



# MØTEINNKALLING

## Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

**Dato: 24. februar 2022**

**Kl.: 10.15**

**Sted: Tromsø, Linken kurs- og konferansesenter**



## MØTEINNKALLING

<b>UTVALG:</b>	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
<b>MØTESTED:</b>	Tromsø, Linken kurs- og konferansesenter
<b>DATO:</b>	24.02.2022 kl 10.15

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

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

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



## ST 10-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 10-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 11-2022	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 26.01.2022
ST 12-2022	Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2021
ST 13-2022	Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2022
ST 14-2022	Investering i ny CT maskin
ST 15-2022	Tertialrapport 3, 2021 for byggeprosjekter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
ST 16-2022	Handlingsplan 2022 for oppfølging av overordnet strategi for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2021-2025
ST 17-2022	Justerte hovedindikatorer 2022
ST 18-2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – <i>mundlig</i></li><li>2. Klinikkpresentasjon – Operasjons- og intensivklinikken - <i>mundlig</i></li><li>3. Forskning i UNN – presentasjon av klinisk forskningsprosjekt – <i>mundlig</i></li><li>4. Økonomisk status og budsjett 2022 – <i>skriftlig og muntlig</i></li></ol>
ST 19-2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 25.01.2022</li><li>2. Referat fra møte i Ungdomsrådet, datert 31.01.2022</li><li>3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 07.02.2022</li><li>4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 07.02.2022</li><li>5. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 09.02.2022</li><li>6. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 16.02.2022</li></ol>
ST 20-2022	Eventuelt
<b>ST 21-2022</b>	<b>Oppdragsdokument 2022</b>

Roald Linaker (s.)  
styreleder

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Styresak:	11/2022
Møtedato:	24.02.2022
Arkivsak:	2022/32-1
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 26.01.2022

### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 16.12.2021.

Tromsø, 11.02.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Møteprotokoll fra styremøte UNN 26.01.2022





## MØTEPROTOKOLL

<b>Møtetype:</b>	Styremøte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
<b>Møtedato:</b>	26.01.2022 - kl. 08.30-13.45
<b>Møtested:</b>	Digitalt møte - Teams

### Tilstede

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

### Forfall

Grete Kristoffersen	styremedlem	
---------------------	-------------	--

### Fra administrasjonen

Anita Schumacher	administrerende direktør
Ingrid Lernes Mathiassen	administrasjonssjef ( <i>styrets sekretær</i> )
Hilde Anne Johannessen	administrasjonskonsulent ( <i>styrets sekretær</i> )
Einar Bugge	kst. viseadministrerende direktør/ forsknings- og utdanningssjef
Elin Gullhav	kst. viseadministrerende direktør
Lars Øverås	økonomisjef
Fredrik Sund	kst. klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Eirik Stellander	klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken
Marianne Nordhov	kst. klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Kate Myräng	klinikkssjef Diagnostisk klinikk
Grethe Andersen	senterleder Drifts- og eiendomssenteret
Bjørn Yngvar Nordvåg	klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Gøril Bertheussen	personal- og organisasjonssjef
Snorre Manskow Sollid	fungerende klinikkssjef Operasjon- og intensivklinikken
David Johansen	klinikkssjef Medisinsk klinikk
Hilde Annie P. Kvalvik	kommunikasjonssjef
Jon Mathisen	klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk
Markus Rumpfeld	senterleder, E- helse, samhandling og innovasjon

Kristian Bartnes	klinikkjef Hjerter- og lungeavdelingen
Vibeke Haukland	senterleder, Narvik sykehus
Marte Lødemel Henriksen	Fag- og kvalitetsavdelingen
Birgith Nerskogen	Avdelingsleder Intensivavdelingen (sak 7 nr. 4)
Torni Myrbakk	Smittevernoverlege (sak 7 nr. 4)

Ved styremøtets start orienterte styreleder om følgende:

Ved behandling at ST 7-2022 Orienteringssaker, punkt 4 *Kvalitet- og pasientsikkerhet – pasienthistorie*, lukkes styremøtet for offentligheten i medhold av *Helseforetakslovens § 26a*. (Saken er unntatt offentlighet i medhold av offl. § 13 jf fvl § 13.1.)

*Saken behandles rekkefølgemessig som første sak i styremøtet.*

## ST 1-2022 Godkjenning av innkalling og sakliste

- |           |   |
|-----------|---|
| ST 1-2022 | Godkjenning av innkalling og sakliste   |
| ST 2-2022 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 16.12.2021   |
| ST 3-2022 | Dialogavtale for 2022 mellom styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og administrerende direktør   |
| ST 4-2022 | Nye hovedindikatorer 2022   |
| ST 5-2022 | Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 3. tertial 2021  |
| ST 6-2022 | Oppsummering av styresaker og styrets vedtak fra 2021   |
| ST 7-2022 | <p>Orienteringssaker</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – <i>mundlig</i></li> <li>2. Salg av Åsgårdmarka – <i>mundlig</i></li> <li>3. Håndteringen av Covid i UNN - <i>mundlig</i></li> <li>4. Kvalitet- og pasientsikkerhet - pasienthistorie – <i>mundlig (unntatt offentlighet) Behandles rekkefølgemessig som første sak i styremøtet.</i></li> <li>5. Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer– <i>skriftlig og muntlig (vedlegg til saken i egen forsendelse)</i></li> <li>6. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF - <i>skriftlig</i></li> <li>7. Statusrapport internrevisjoner ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2021 - <i>skriftlig</i></li> </ol> |
| ST 8-2022 | <p>Referatsaker</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Referat fra møte i Ungdomsrådet, datert 09.12.2021</li> <li>2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 10.01.2022</li> <li>3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 12.01.2022</li> </ol>  |
| ST 9-2022 | Eventuelt   |

Roald Linaker (s.)  
styreleder

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Styrets vedtak:

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

**ST 2-2022 Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 16.12.2021**

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 16.12.2021.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 16.12.2021.

**ST 3-2022 Dialogavtale for 2023 mellom styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og administrerende direktør**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner direktørens dialogavtale for 2023.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner endringene i direktørens dialogavtale for 2022.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner direktørens dialogavtale for 2023.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner endringene i direktørens dialogavtale for 2022.

## **ST 4-2022 Nye hovedindikatorer for 2022**

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge vedtar følgende hovedindikatorer for 2022:

- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende somatikk
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse voksne
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse barn og unge
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende TSB
- Andel aktive fristbrudd (venteliste nyhenviste)
- Andelen kontakter avviklet innen fastsatt tid (interne ventelister)
- Andel operasjoner som strykes etter kl. 14.00 dagen før operasjon
- Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste seks månedene
- Sykefravær
- Månedeverk
- Innleie
- Indikator for stormottakersatsningen (når denne foreligger)

Styreleder la frem følgende forslag til tillegg:

På bakgrunn av debatten vil direktøren komme tilbake med noen justeringer av hovedindikatorene.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge vedtar følgende hovedindikatorer for 2022:

- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende somatikk
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse voksne
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse barn og unge
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende TSB

- Andel aktive fristbrudd (venteliste nyhenviste)
- Andelen kontakter avviklet innen fastsatt tid (interne ventelister)
- Andel operasjoner som strykes etter kl. 14.00 dagen før operasjon
- Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste seks månedene
- Sykefravær
- Månedverk
- Innleie
- Indikator for stormottakersatsningen (når denne foreligger)

På bakgrunn av debatten vil direktøren komme tilbake med noen justeringer av hovedindikatorene.

### **ST 5-2022 Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 3. tertial 2021**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *statusrapport - eksterne tilsyn og revisjoner fra 31.08.2021 til og med 31.12.2021* til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *statusrapport - eksterne tilsyn og revisjoner fra 31.08.2021 til og med 31.12.2021* til orientering.

### **ST 6-2022 Oppsummering av styresaker og styrets vedtak fra 2021**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styresaker og styrets vedtak i 2021 til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styresaker og styrets vedtak i 2021 til etterretning.

## **ST 7-2022 Orienteringssaker**

Innstilling til vedtak:

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

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
  - Prosessen vedrørende lokalisering av nytt bygg psykisk helse og rus
  - Pandemien: - Grønn beredskap ved UNN
    - Normal drift på de fleste områder ved UNN
2. Salg av Åsgårdmarka – *mundlig*
3. Håndteringen av Covid i UNN – *mundlig*
4. Kvalitet- og pasientsikkerhet - pasienthistorie – *mundlig (unntatt offentlighet) Behandlet rekkefølgemessig som første sak i styremøtet.*
5. Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer – *skriftlig og muntlig (vedlegg til saken i egen forsendelse)*
6. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2021 – *skriftlig*
7. Statusrapport internrevisjoner ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2021 - *skriftlig*

Enstemmig vedtatt.

### Styrets vedtak:

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

## **ST 8-2022 Referatsaker**

Innstilling til vedtak:

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

1. Referat fra møte i Ungdomsrådet, datert 09.12.2021
2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 10.01.2022
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 12.01.2022

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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

**ST 9-2022 Eventuelt**

Ingen saker ble fremmet.

Tromsø, 26.01.2022

Roald Linaker  
styreleder

Helga Marie Bjerke  
nestleder

Anne Sissel Faugstad

Erik Arne Hansen

Grete Kristoffersen

Jan Eivind Pettersen

Marianne Starup

Eirik Kjus Aahlin

Sverre Håkon Evju

Monica Fyhn Sørensen



## STYRESAK

Styresak:	12/2022
Møtedato:	24.02.2022
Arkivsak:	2021/7-19
Saksbehandler:	Lars Øverås og Einar Bugge

## Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2021

### Innstilling til vedtak

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

### Bakgrunn

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

### Formål

Informere styret om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

### Saksutredning

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

### Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 6. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.



## Vurdering

### *Tilgjengelighet*

I desember var driften fortsatt noe påvirket av pandemien, med svært tungt og ressurskrevende belegg på intensivene i UNN Tromsø og mange utskrivningsklare pasienter, særlig til Tromsø kommune. UNN opprettholdt gul beredskap i hele desember. Samtidig har UNN hatt et fortsatt sterkt fokus på å opprettholde normal drift, og ikke avlyse flere pasientavtaler enn absolutt nødvendig.

Lavdrift i forbindelse med jul og nyttår har som tidligere år medført lengre ventetid i desember sammenlignet med november, særlig for pasienter som fortsatt venter. Totalt sett er ventetidene for nyhenviste pasienter på omtrent samme nivå som i desember 2020, og antall fristbrudd er vedvarende høyt.

Direktørens ledergruppe behandlet og vedtok før jul en kortsiktig handlingsplan for å øke tilgjengeligheten på våre poliklinikker. Disse kortsiktige tiltakene inkluderer ukentlig rydding i ventelister, øke utnyttelsen av hele poliklinikkenes åpningstid, styrket opplæring av ledere for å styrke virksomhetsoppfølgingen, grundigere gjennomgang av i hvilken grad kontrollforløp kan avsluttes, og fortsatt arbeid med å øke andel videokonsultasjoner. Det planlegges også et lengrevarende prosessarbeid for å optimalisere virksomhetsstyringen på poliklinikkene som vil bli nærmere omtalt senere i 2022. Kontinuerlig forbedringsmetodikk er sentralt i dette arbeidet, både det kortsiktige og det langsiktige.

Gjennomføring av kreftpakkeforløpene med oppstart behandling innen anbefalt frist har fortsatt alt for lav måloppnåelse. Det er som tidligere særlig utfordringer med operasjonskapasiteten som forsinker oppstart kirurgisk behandling av de viktigste kreftpakkeforløpene. Direktøren har rundt årsskiftet besluttet at UNN skal ha en mer dynamisk tilnærming til fordeling av operasjonskapasitet, slik at «topper» av kreftpasienter kan medføre omfordeling av operasjonskapasitet til kreftkirurgi. Overordnet prioriterings- og koordineringsgruppe for operasjonsvirksomheten i UNN (OPK) har fått i oppdrag å operasjonalisere denne beslutningen. Direktøren forventer at dette vil medføre bedret måloppnåelse for kreftpakkeforløpene senest fra andre tertial 2022.

### *Økonomisk resultat*

Regnskapene for 2021 er ikke ferdigstilte. Foreløpig resultat viser et budsjettmessig underskudd på 129 mill. kroner, noe som betyr et regnskapsresultat på 89 mill. kroner i underskudd. Prognosen etter november-rapporten var et negativt budsjettavvik med 100 mill. kroner. I ettertid har det kommet en negativ avregning av ISF inntekter for 2020 på 7,5 mill. kroner. Midlene til arbeid med ventetid er besluttet at kan flyttes til neste år, noe som gir en negativ resultat effekt på 7 mill. kroner. Driften for desember var årsaken til at resultatet ble videre forverret.

Tromsø, 11.02.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2021

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Kvalitets- og virksomhetsrapport

---

Desember 2021



KVALITET

TRYGGHET

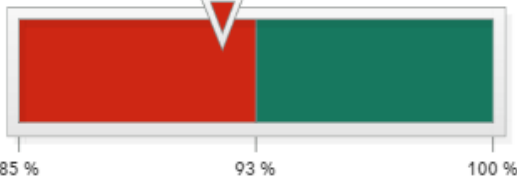
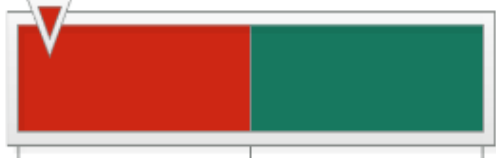

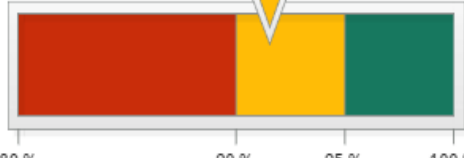
RESPEKT

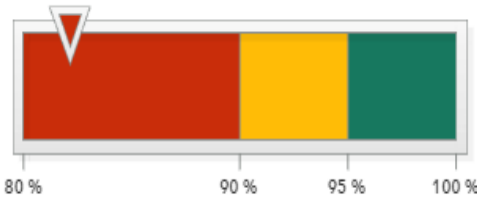
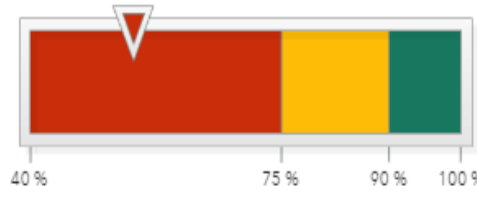
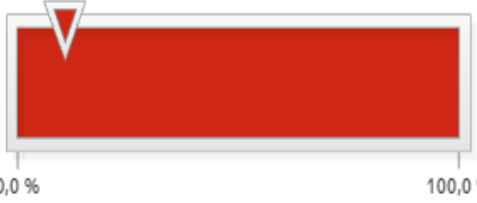
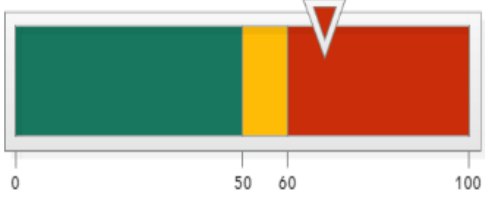
OMSORG

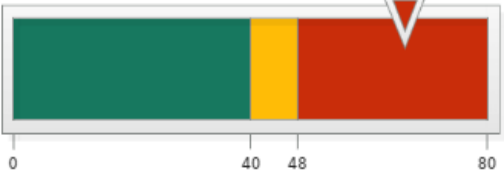
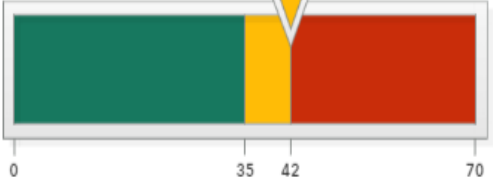
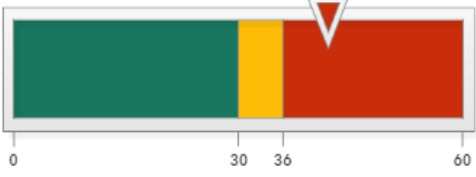
## **Innholdsfortegnelse**

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

## Hovedindikatorer

<p><b>Nærvær (sykefravær)</b></p> <p>Måltall: &gt; 92,5 %</p> <p><b>Desember: 91,0 %</b></p>	<p>Nærværsandel (Siste avsl mnd)</p> <p><b>91 %</b></p>  <p>85 % 93 % 100 %</p>
<p><b>Budsjettavvik akkumulert per november</b></p> <p><b>-86,7 mill kr</b></p>	<p>Budsjettavvik i hele 1000</p> <p><b>-86 700</b></p>  <p>-100 000 0 100 000</p>
<p><b>Innleie hittil i år mot hittil i 2019</b></p> <p>Måltall: redusere innleie med 30 % innen utgang 2023</p> <p><b>November: 37 %</b></p>	<p>Endring i innleie hittil i år mot 2019</p> <p><b>37 %</b></p>  <p>-100 % -30 % 100 %</p>
<p><b>Operasjoner avvirket som planlagt</b></p> <p>Måltall: &gt; 95 %</p> <p><b>Desember: 92 %</b></p>	<p>Operasjoner avvirket som planlagt (Siste avsl mnd)</p> <p><b>92 %</b></p>  <p>80 % 90 % 95 % 100 %</p>

<p><b>Kontakter avviklet innen planlagt tid</b></p> <p>Måltall: &gt; 95 %</p> <p><b>Desember: 82 %</b></p>	<p>Kontakter avviklet innen planlagt tid (Siste avsl mnd)</p> <p><b>82 %</b></p>  <p>80 % 90 % 95 % 100 %</p>
<p><b>Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste 6 månedene</b></p> <p>Måltall: &gt; 90 %</p> <p><b>Desember: 54 %</b></p>	<p>Planlagte kontakter med oppsatt dato 6 mnd fram</p> <p><b>54 %</b></p>  <p>40 % 75 % 90 % 100 %</p>
<p><b>Andel aktive fristbrudd</b></p> <p>Måltall: 0 %</p> <p><b>Desember: 10,7 %</b></p>	<p>Andel fristbrudd sist avsl måned</p> <p><b>10,7 %</b></p>  <p>0,0 % 100,0 %</p>
<p><b>Ventetid somatikk</b></p> <p>Måltall: &lt; 50</p> <p><b>Desember: 68</b></p>	<p>Snitt ventetid somatikk (siste avslutta måned)</p> <p><b>68</b></p>  <p>0 50 60 100</p>

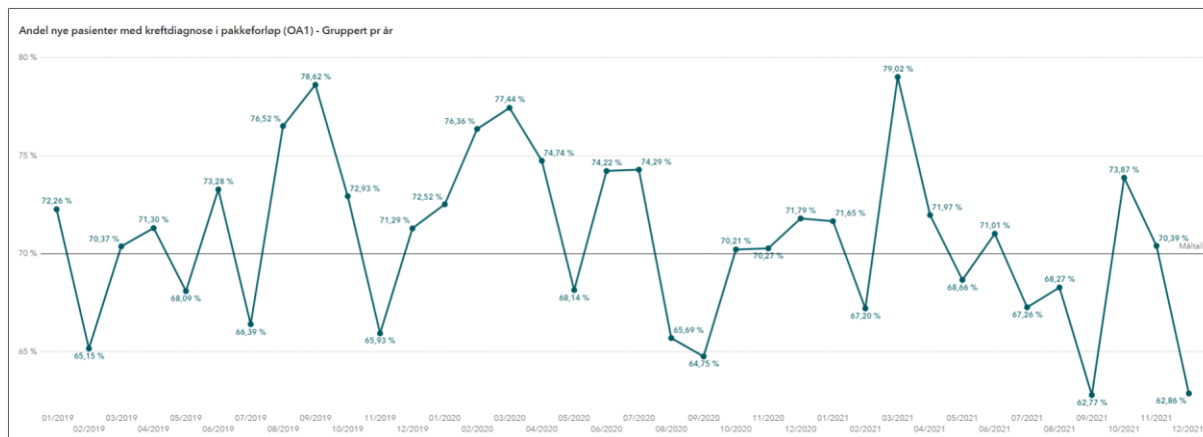
<p><b>Ventetid PHV</b></p> <p>Måltall: &lt; 40</p> <p><b>Desember: 66</b></p>	<p>Snitt ventetid PHV (siste avslutta måned)</p> <p>66</p> 
<p><b>Ventetid PHBU</b></p> <p>Måltall: &lt; 35</p> <p><b>Desember: 42</b></p>	<p>Snitt ventetid PHBU (siste avslutta måned)</p> <p>42</p> 
<p><b>Ventetid TSB</b></p> <p>Måltall: &lt; 30</p> <p><b>Desember: 42</b></p>	<p>Snitt ventetid TSB (siste avslutta måned)</p> <p>42</p> 

## Kvalitet

### Pakkeforløp – kreftbehandling

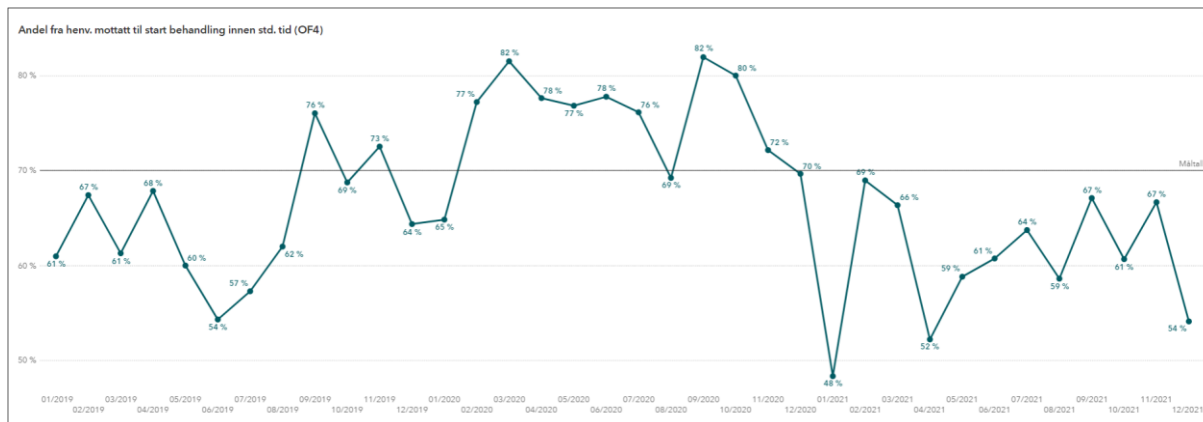
UNN har fokus på to pakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

**Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp**



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

**Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist**



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



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

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
<b>Total</b>		<b>60%</b>	<b>648</b>	<b>1073</b>
Brystkreft	Kirurgisk behandling	32%	59	186
	Medikamentell behandling	80%	41	51
Lungekreft	Kirurgisk behandling	43%	16	37
	Medikamentell behandling	77%	24	31
	Strålebehandling	75%	39	52
Prostatakreft	Kirurgisk behandling	25%	9	36
	Medikamentell behandling	25%	7	28
	Overvåking uten behandling	44%	12	27
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgisk behandling	45%	42	94
	Medikamentell behandling	43%	3	7
	Strålebehandling	55%	6	11
Alle andre	Kirurgisk behandling	78%	307	393
	Medikamentell behandling	79%	63	80
	Overvåking uten behandling	80%	8	10
	Strålebehandling	40%	12	30

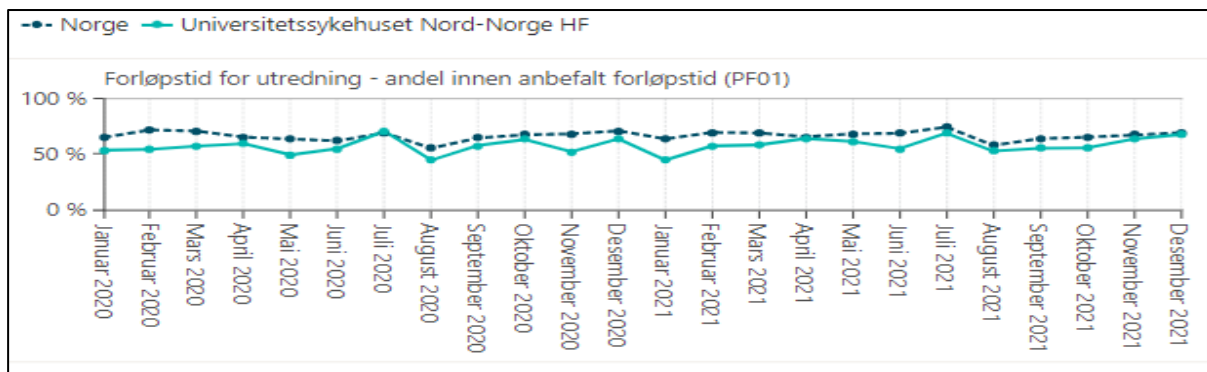
**Tabell 2 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (øvrige forløp)**

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
<b>Total</b>		<b>60%</b>	<b>648</b>	<b>1073</b>
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	100%	1	1
Blærekreft	Kirurgisk behandling	78%	43	55
	Medikamentell behandling	100%	1	1
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgisk behandling	71%	5	7
	Medikamentell behandling	71%	5	7
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgisk behandling	88%	30	34
	Strålebehandling	0%	0	1
Galleveiskreft	Kirurgisk behandling	0%	0	1
Hjernerkeft	Kirurgisk behandling	84%	16	19
	Strålebehandling	33%	1	3
Hode- halskreft	Kirurgisk behandling	82%	9	11
	Strålebehandling	25%	2	8
Kreft hos barn	Kirurgisk behandling	67%	4	6
	Medikamentell behandling	100%	5	5
	Strålebehandling	0%	0	1
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgisk behandling	0%	0	3
	Medikamentell behandling	100%	4	4
	Strålebehandling	0%	0	1
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgisk behandling	67%	6	9
	Medikamentell behandling	0%	0	1
	Strålebehandling	60%	3	5
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgisk behandling	67%	28	42
	Medikamentell behandling	100%	1	1
Malignt melanom	Kirurgisk behandling	100%	36	36
Myelomatose	Medikamentell behandling	78%	7	9
Nevroendokrine svulster	Kirurgisk behandling	33%	1	3
	Medikamentell behandling	0%	0	1
Nyrekreft	Kirurgisk behandling	42%	15	36
	Medikamentell behandling	100%	1	1
	Strålebehandling	100%	1	1
Peniskreft	Kirurgisk behandling	100%	6	6
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgisk behandling	33%	1	3
Sarkom	Kirurgisk behandling	100%	3	3
	Strålebehandling	100%	2	2
Skjoldbruskjertelkreft	Kirurgisk behandling	63%	26	41
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	60%	3	5
	Overvåking uten behandling	80%	8	10
	Kirurgisk behandling	47%	204	431
Alle andre	Medikamentell behandling	68%	110	161
	Overvåking uten behandling	44%	12	27
	Strålebehandling	68%	48	71

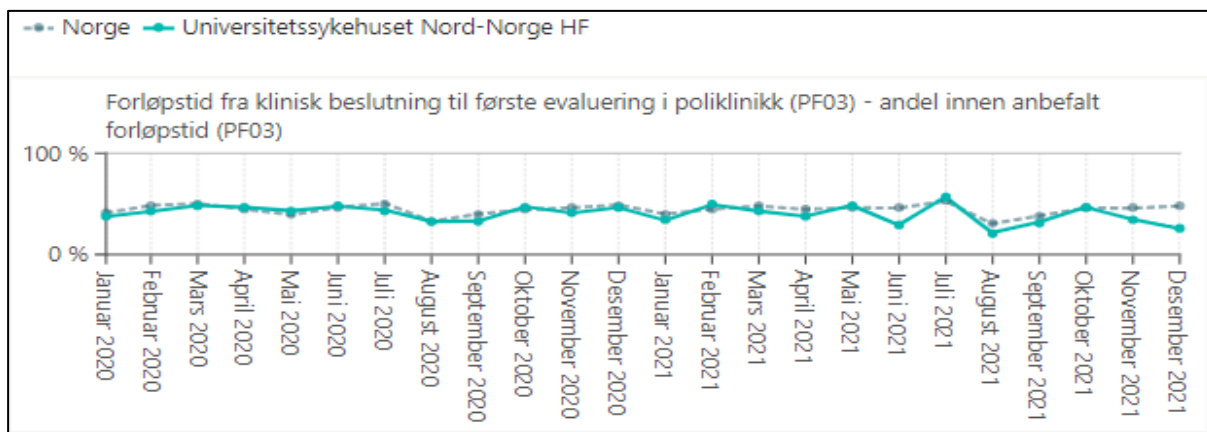
\*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid. Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

### Pakkeforløp – psykisk helse og rus

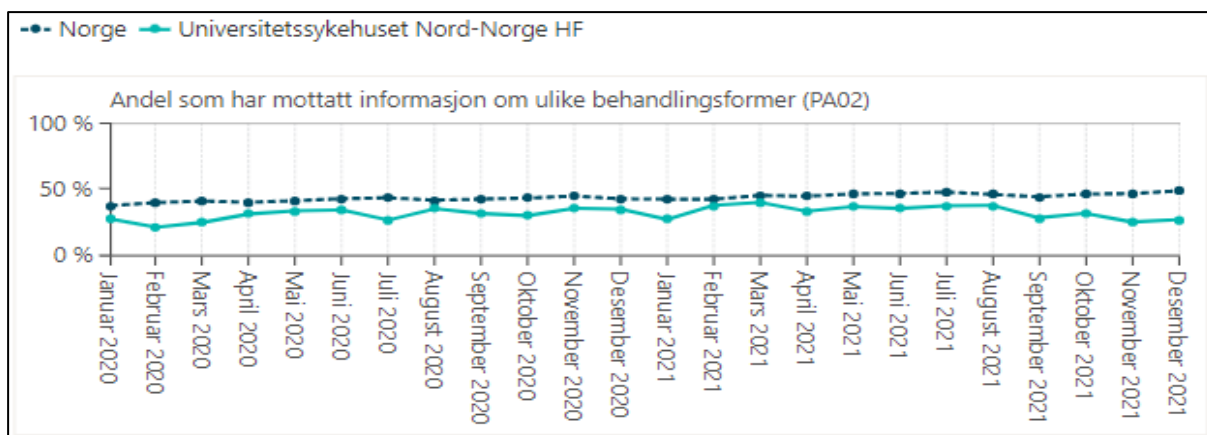
**Figur 3 Forløpstid for utredning – andel innen anbefalt forløpstid**



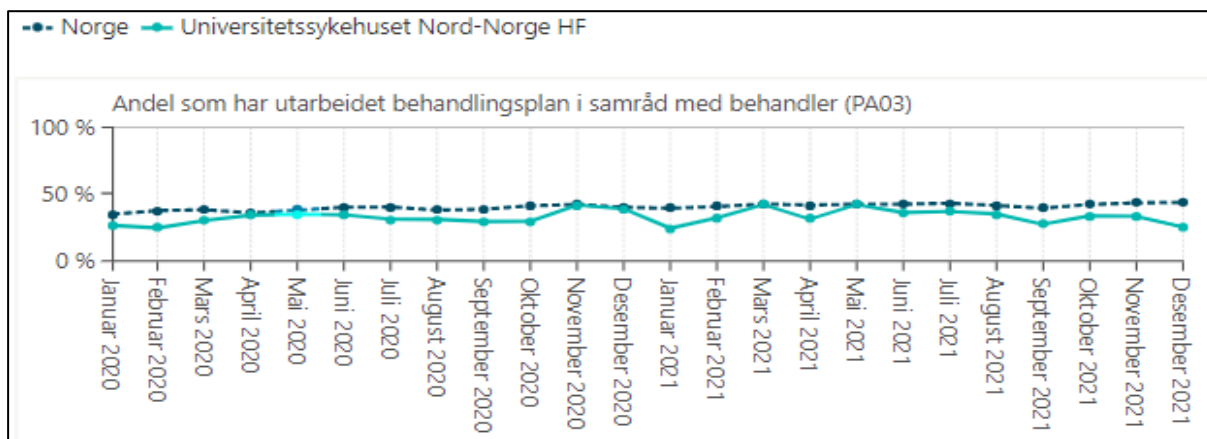
**Figur 4 Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk – andel innen anbefalt forløpstid**



**Figur 5 Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer**



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

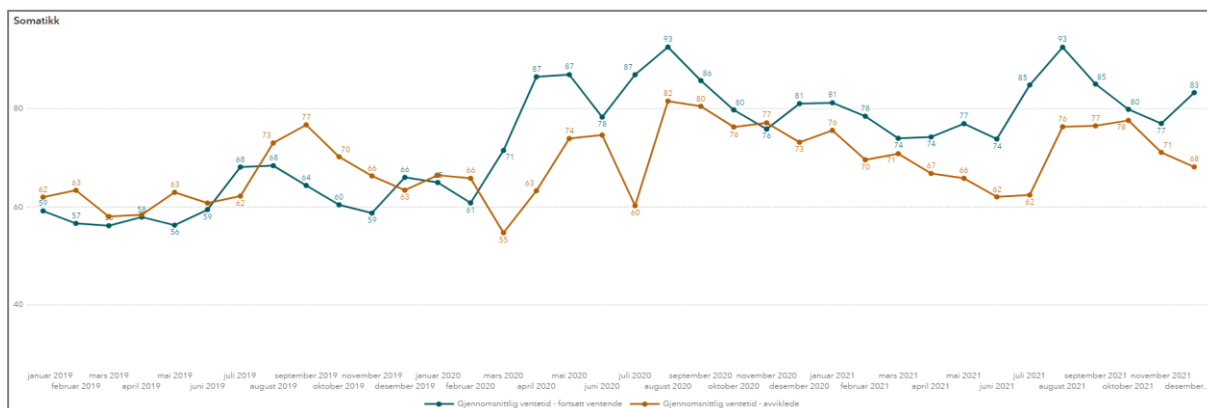


**Ventetid fortsatt ventende og avviklede**

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



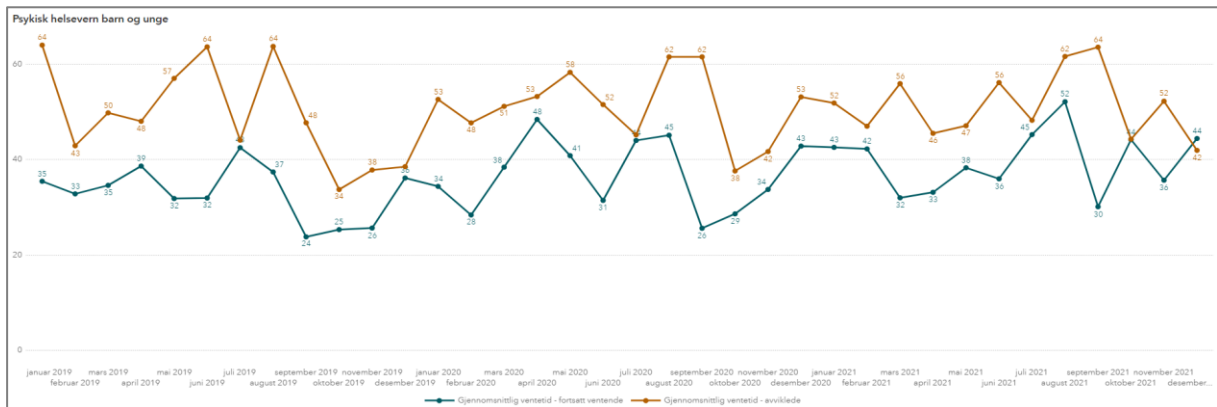
**Figur 8 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – somatikk**



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



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



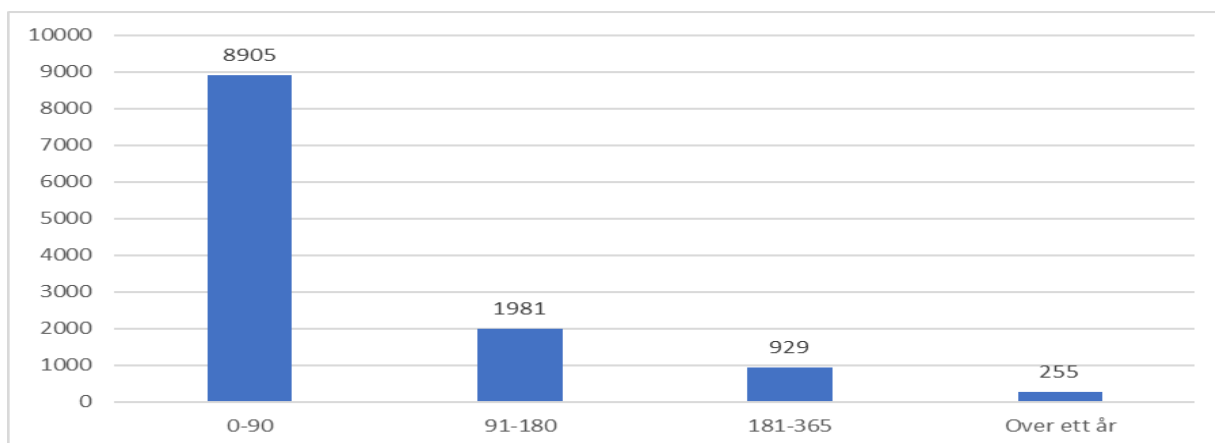
**Figur 11 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – TSB**



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

Hovedfagområde	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede	Gjennomsnittlig ventetid - fortsatt ventende
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>78</b>
Somatisk virksomhet	71	80
Psykisk helsevern voksne	76	63
Psykisk helsevern barn og unge	52	39
TSB	33	26

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

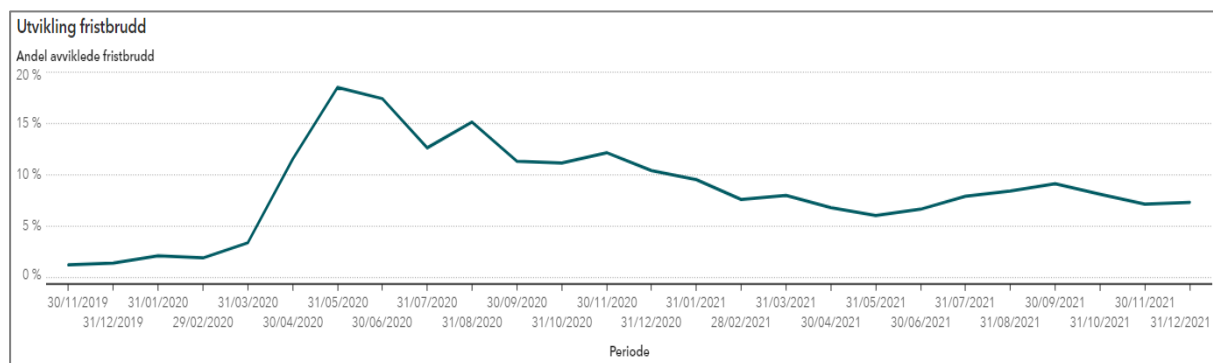
**Figur 12 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)**

## Fristbrudd

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

Måned ▼	desember		november		
	Klinikknavn - UNN ▲	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbrudd Perioder	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbrudd Perioder
Total		1276	10,7 %	1104	9,4 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		50	2,2 %	61	2,6 %
13 - Hjerter- og lungeklinikken		32	6,9 %	19	3,8 %
15 - Medisinsk klinikk		273	21,5 %	206	16,5 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken		19	2,6 %	12	2,0 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken		0	.	0	.
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		736	11,2 %	693	10,8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		166	23,7 %	113	17,3 %

**Figur 13 Prosent avvilede fristbrudd**



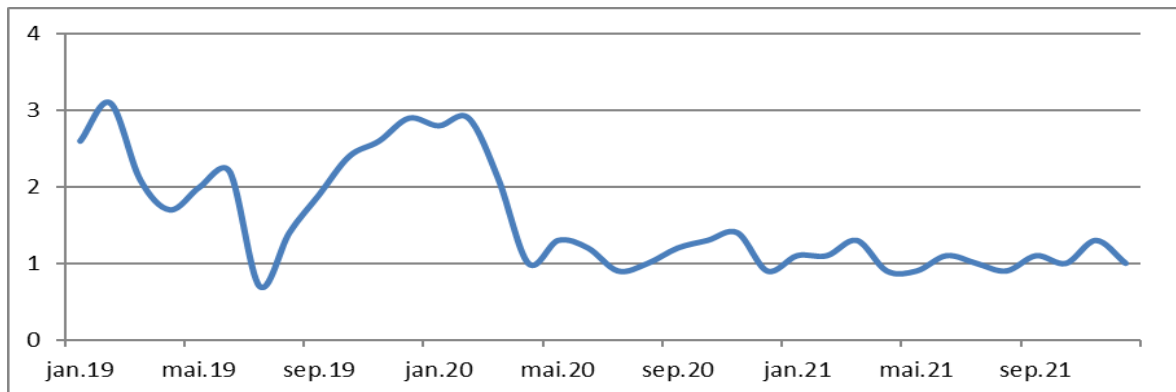
Andel avvilet etter frist per måned

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

Måned ▼	desember		november	
	Klinikknavn - UNN ▼	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall
Total		334	401	
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		172	164	
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		47	74	
15 - Medisinsk klinikk		48	84	
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		37	54	
17 - Barne- og ungdomsklinikken		6	6	
13 - Hjerter- og lungeklinikken		24	19	
18 - Operasjons- og intensivklinikken		0	0	

## Korridorpasienter

Figur 14 Korridorpasienter andel per måned – somatikk



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

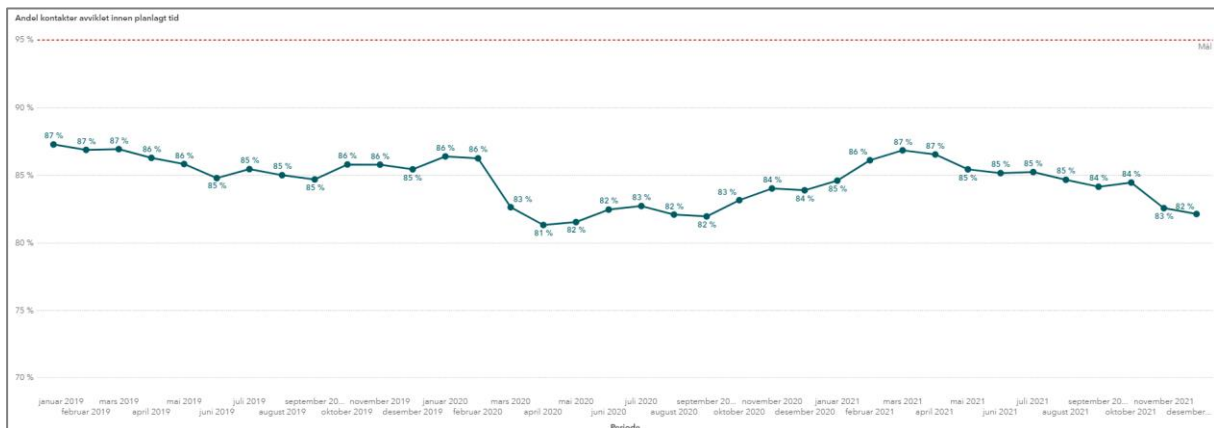
Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Fordøyelse-nyre post Tromsø	411	34	8,3 %
Geriatrisk post Tromsø	396	22	5,6 %
Lungemedisinsk post Tromsø	489	11	2,2 %
Medisinsk post B Harstad	495	7	1,4 %
Hjertemed. post Tromsø	699	6	0,9 %
Ort-kir. post Narvik	384	5	1,3 %
Neuro-hud-revmapost Tromsø	291	4	1,4 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	483	3	0,6 %
Kreftpost Tromsø	388	3	0,8 %
Barne- og ungdomspost Tromsø	296	2	0,7 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	1400	2	0,1 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	707	2	0,3 %
Ortopedisk post Harstad	299	2	0,7 %
Ortopedisk post Tromsø	603	2	0,3 %
Kirurgisk post Harstad	334	1	0,3 %
Medisinsk post A Harstad	562	1	0,2 %

Målepunkt: kl. 07:00 pr dag.

## Andel kontakter avvirket innen planlagt tid

Figur 15 Andel kontakter avvirket innen planlagt tid



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

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

Fagområde	Andel kontakter avvirket innen...	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total	82 %	97 804	17 465
Fordøyelsesykdommer	72 %	5 152	1 463
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	73 %	6 479	1 748
Øre-nese-hals sykdommer	75 %	7 098	1 767
Nevrologi	76 %	3 059	731
Psykisk helsevern barn og unge	78 %	3 724	832
Endokrinologi	78 %	3 220	703
Øyesykdommer	79 %	6 499	1 351
Gastroenterologisk kirurgi	79 %	3 412	700
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	81 %	7 233	1 404
Psykisk helsevern voksne	85 %	7 162	1 040
Alle andre	87 %	44 766	5 726

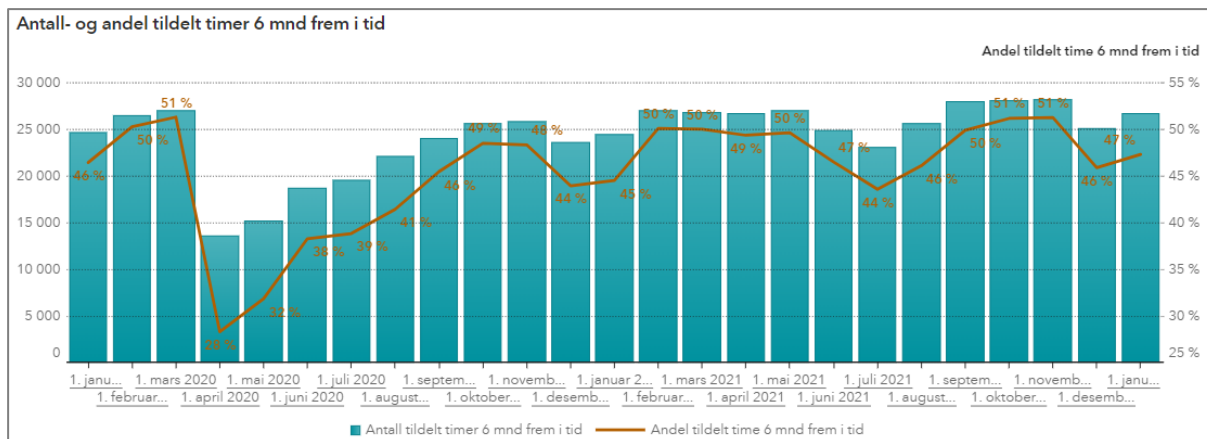
Tabell 8 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på klinikk

Klinikk	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total	82 %	97 787	17 458
Operasjon- og intensivklinikk - UNN	93 %	350	25
Barne- og ungdomsklinikk - UNN	82 %	7 799	1 373
Psykisk helse og rusklinikk - UNN	86 %	10 387	1 425
Hjerte- og lungeklinikk - UNN	84 %	11 584	1 881
Medisinsk klinikk - UNN	75 %	12 429	3 133
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN	90 %	15 726	1 545
Nevro-, orto- og rehabklinikk - UNN	80 %	39 512	8 076



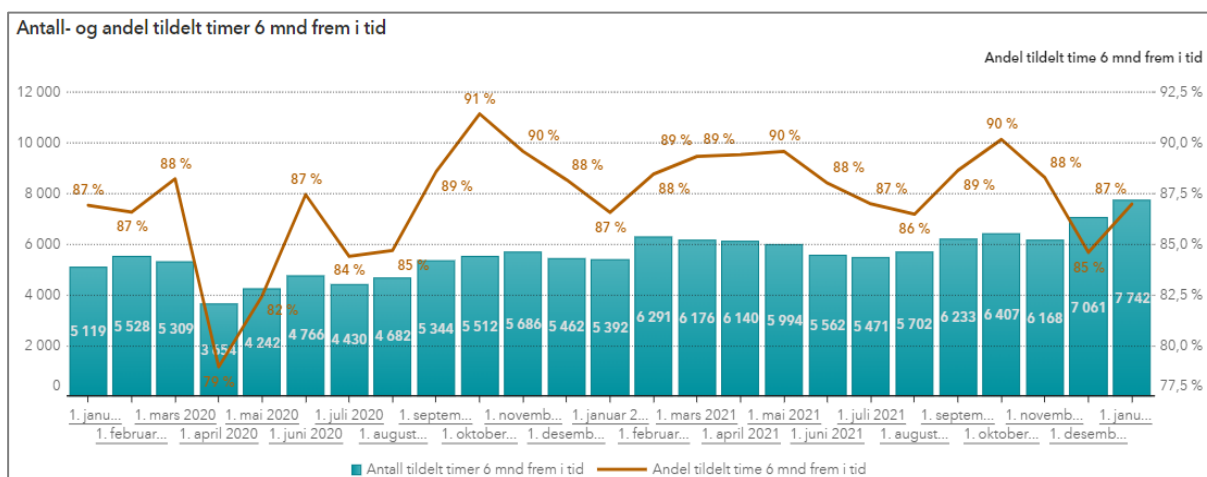
## Planleggingshorisont

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



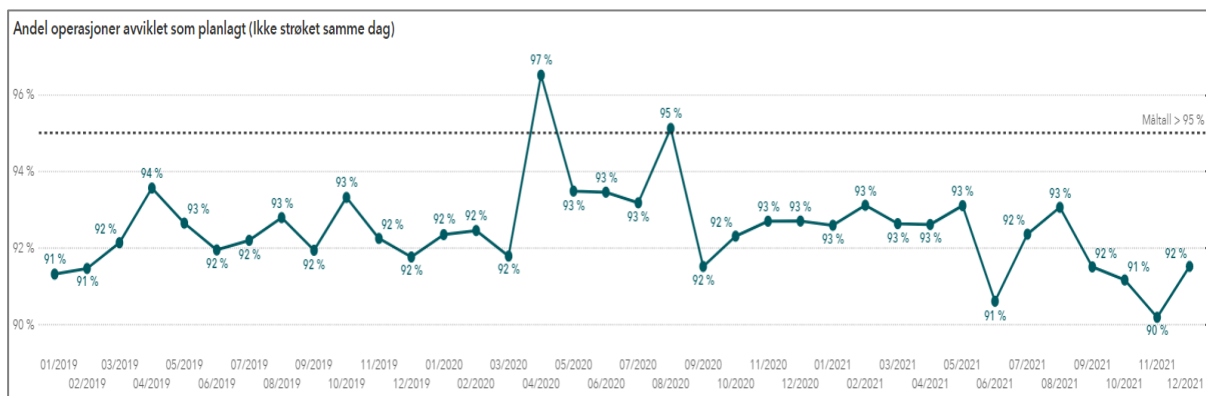
Antall planlagte kontakter som er satt rett på time. Andel planlagte kontakter som er satt rett på time av totalt antall kontakter.

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



## Strykninger

Figur 18 Andel operasjoner avvirket som planlagt



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

Strykingskategorier UNN ▲	Strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag ▲
Total	518	80	15 %
Årsaker hos pasient	239	21	9 %
Sykehus - ikke klinisk årsak	227	48	21 %
Sykehus - kliniske årsaker	52	11	21 %

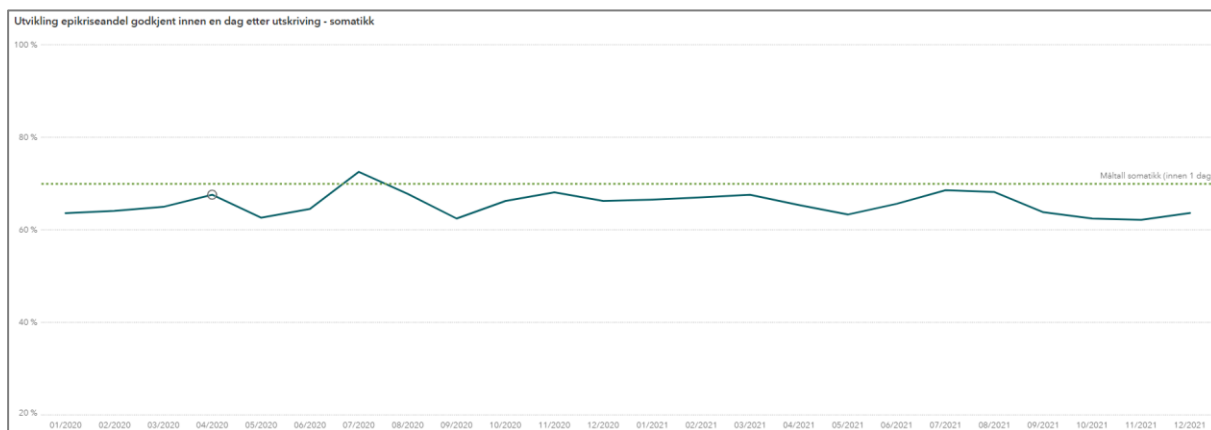
Tabell 10 Operasjoner strøket etter kl 14.00 dagen før operasjon

Måned	År ▲	2021			
		Antall operasjoner	Antall operasjoner gjennomført (Strykingskode ordinært avsluttet)	Antall operasjoner strøket (ikke ordinært avsluttet)	Andel operasjonsstryk
Total		15 126	13 656	1 470	9,7 %
Januar		1 481	1 354	127	8,6 %
Februar		1 383	1 267	116	8,4 %
Mars		1 541	1 404	137	8,9 %
April		1 425	1 299	126	8,8 %
Mai		1 319	1 206	113	8,6 %
Juni		1 287	1 136	151	11,7 %
Juli		622	570	52	8,4 %
August		1 062	969	93	8,8 %
September		1 510	1 351	159	10,5 %
Oktober		1 203	1 072	131	10,9 %
November		1 340	1 173	167	12,5 %
Desember		953	855	98	10,3 %

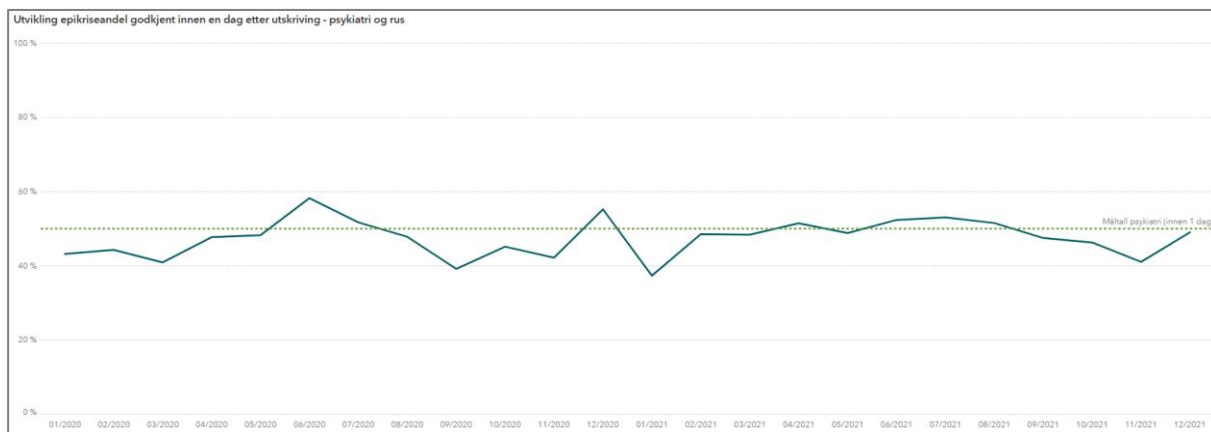
Denne er ny per september. Fagsjefene i Helse Nord HF har bedt om at den tas inn

## Epikrisetid

**Figur 19 Epikriser - andel godkjent innen en dag- somatikk**



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

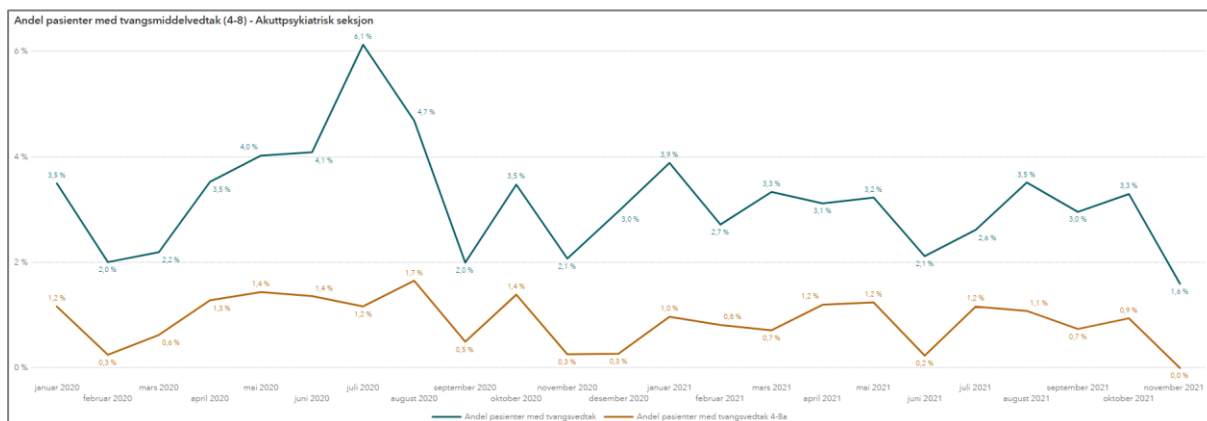


**Tabell 11 Antall og andel epikriser godkjent innen 1 dag siste måned per hovedfagområde og klinikk**

Hovedfagområde ▲	Klinikk UNN ▲	Antall epikriser godkjent innen 1 dag	Andel epikriser godkjent innen 1 dag
Total		1 735	62 %
Psykisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	5	56 %
Psykisk helsevern, voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	103	45 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	34	67 %
Somatikk	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	418	65 %
	13 - Hjerte- og lungeklinikken	250	56 %
	15 - Medisinsk klinikk	455	68 %
	17 - Barne- og ungdomsklinikken	71	72 %
	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	399	63 %

## Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

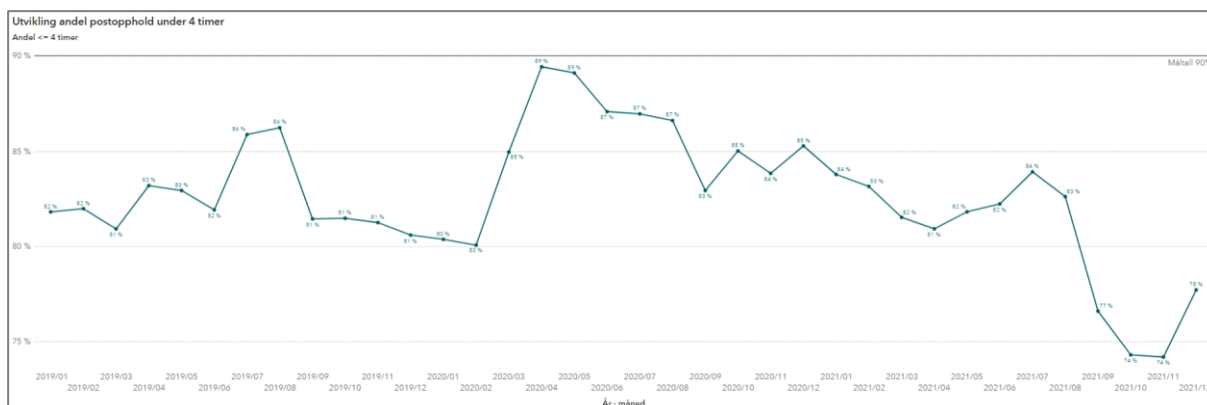
**Figur 21** Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



Tall per november.

## Oppholdstid i akuttmottaket

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



## Aktivitet

Tabell 12 Aktivitet UNN hittil i år

Type	Hovedfagområde	Aktivitet 2019	Aktivitet 2021	Plan 2021	Avvik fra aktivitet 2019	Avvik fra plan 2021	Endring i % fra aktivitet 2019	Endring i % fra plan 2021
Liggetid	Somatikk	204 502	164 082	157 913	-40 420	6 169	-20 %	4 %
	Psykisk helsevern, voksne	43 691	45 090	43 689	1 399	1 402	3 %	3 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	19 959	17 829	19 797	-2 130	-1 968	-11 %	-10 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	2 172	2 591	3 595	419	-1 004	19 %	-28 %
Konsultasjoner	Somatikk	263 476	282 922	268 458	19 446	14 464	7 %	5 %
	Psykisk helsevern, voksne	59 080	62 062	62 900	2 982	-838	5 %	-1 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	13 131	14 304	14 101	1 173	203	9 %	1 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	31 640	37 086	30 867	5 446	6 219	17 %	20 %
<b>Aktivitet UNN HF</b>			<b>2019</b>	<b>2021</b>	<b>Plantall 2021</b>	<b>Endring fra 2019</b>		<b>Avvik fra plan 2021</b>
						<b>Antall</b>	<b>%</b>	<b>Antall</b>
Laboratorieanalyser		Somatikk	7 463 912	8 087 200	7 456 072	623 288	8,4	631 128
Røntgenhenvisninger		Somatikk	152 897	137 780	144 020	-15 117	-9,9	-6 240
PET undersøkelser		Somatikk	1 141	1 486	1 342	345	30,2	144
								8,5
								-4,3
								10,7

## DRG

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

DRG indeks pr klinikk - Somatikk				DRG Avdelingsopphold		
Klinikk	Indeks			Dag, døgn og poliklinikk inkl. 470 (ISF)		
	2020	2021	Endring	2020	2021	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	0,136	0,165	0,030	10 051	12 488	2 437
Barne- og ungdomsklinikken	0,255	0,253	-0,002	10 426	11 306	880
Hjerte-lungeklinikken	0,648	0,607	-0,041	15 846	16 548	702
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,250	0,224	-0,026	75 938	83 467	7 529
Medisinsk klinikk	0,250	0,239	-0,011	43 004	42 891	-113
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,155	0,150	-0,005	116 037	132 846	16 809
OPIN	0,054	0,053	-0,001	1 221	1 595	374
DRG indeks pr klinikk - PHV/TSB				Poliklinikk (ISF)		
Klinikk	Indeks			Poliklinikk (ISF)		
	2020	2021	Endring	2020	2021	Endring
Psykisk helse og rusklinikken	0,137	0,153	0,016	58 647	61 570	2 923
Barne- og ungdomsklinikken	0,325	0,328	0,003	31 314	33 697	2 383

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

Tabell 14 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

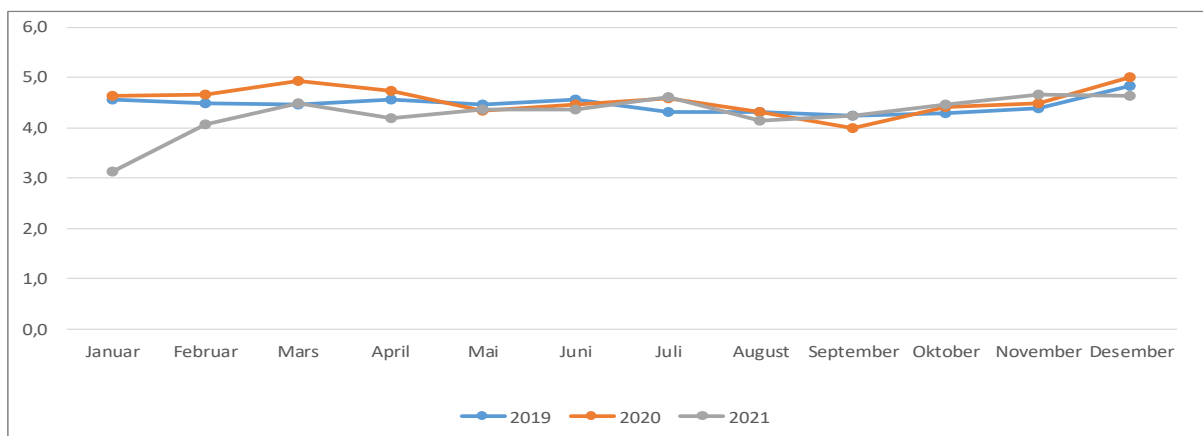
Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	2 268	2 313	-44
Barne- og ungdomsklinikken	3 206	3 447	-241
Hjerte- og lungeklinikken	10 869	11 557	-688
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	20 277	21 518	-1 241
Medisinsk klinikk	11 290	12 326	-1 037
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	21 209	22 254	-1 045
Operasjons- og intensivklinikken	93	79	13
<b>Totalt Somatikk</b>	<b>69 211</b>	<b>73 495</b>	<b>-4 284</b>
Klinikk (Psykiatri/rus)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	11 859	10 035	1 824
Psykisk helse og rusklinikken	10 132	12 540	-2 408
<b>Totalt Psykiatri/rus</b>	<b>21 990</b>	<b>22 575</b>	<b>-584</b>

## Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 15 Liggetid på sykehusopphold fordelt på klinikk

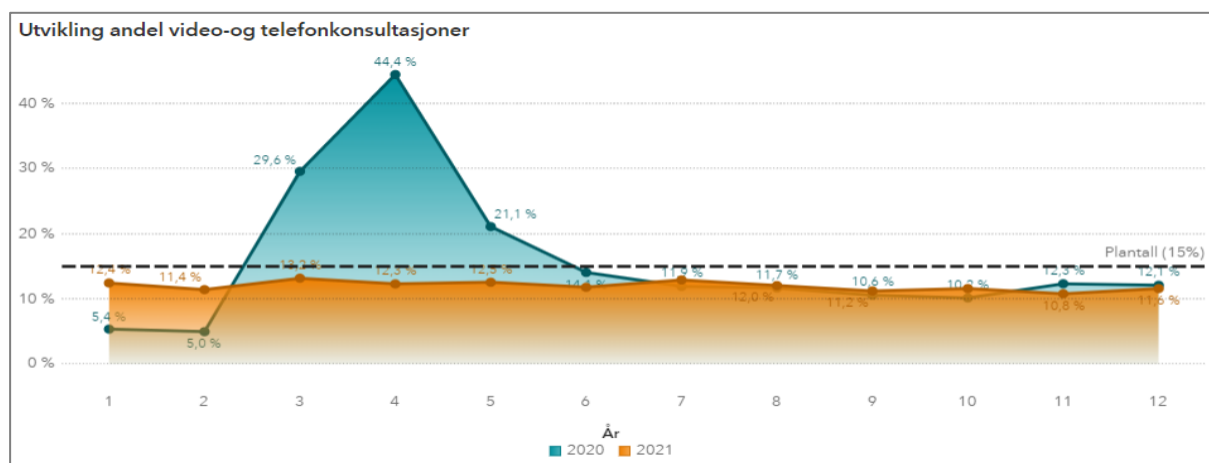
Klinikk	2019	2020	2021
K3K	4,0	3,9	3,7
Hjerte- og lungeklinikken	4,0	4,0	4,1
Medisinsk klinikk	5,3	5,2	5,2
BUK	5,7	5,4	5,2
NOR	4,9	4,7	4,6

Figur 23 Liggetid på sykehusopphold



## Telemedisinsk aktivitet

Figur 24 Andel telemedisinsk aktivitet



Tabell 16 Antall og andel konsultasjoner fordelt per klinikk

	2021				2020			
	Aktiviteter	Konsultasjoner	Andel VK + telefon	Video + telefon	Aktiviteter	Konsultasjoner	Andel VK + telefon	Video + telefon
Total	419 563	372 249	12,0 %	43 298	387 128	340 408	14,5 %	48 127
10 - Akuttmedisinsk klinikk	10 456	10 443	.	0	9 334	9 289	.	0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	76 931	68 133	6,4 %	4 387	70 719	61 523	4,5 %	2 777
13 - Hjerter- og lungeklinikken	15 202	11 864	7,0 %	825	13 911	10 776	5,4 %	582
15 - Medisinsk klinikk	42 453	31 164	8,5 %	2 658	40 948	29 637	9,3 %	2 766
17 - Barne- og ungdomsklinikken	49 904	43 364	23,7 %	10 265	48 039	41 432	32,5 %	13 480
18 - Operasjons- og intensivklinikken	1 929	1 806	31,8 %	574	1 460	1 320	28,7 %	379
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	145 381	135 330	7,0 %	9 516	129 384	120 172	6,0 %	7 238
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	77 019	69 988	21,5 %	15 073	73 123	66 111	31,6 %	20 905
48 - Forsknings- og utdanningscenteret	288	157	0,0 %	0	210	148	0,0 %	0

## Den gylne regel

Tabell 17 Den gylne regel (hittil i år)

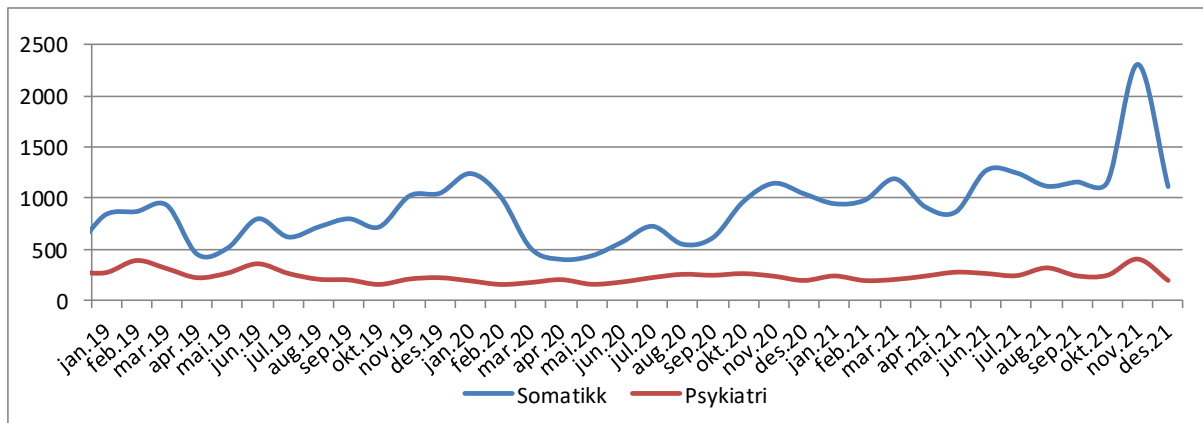
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2019	2021	Endring 19-21
Somatikk*	Økonomi	4 409 787	4 851 951	10,0 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	662 744	740 248	11,7 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	151 394	172 565	14,0 %
TSB	Økonomi	170 749	190 228	11,4 %
Somatikk	Konsultasjoner	263 476	282 922	7,4 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	59 080	62 062	5,0 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	31 640	37 086	17,2 %
TSB	Konsultasjoner	13 131	14 304	8,9 %
Somatikk	Ventetid	64,5	69,8	8,2 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	50,0	74,5	49,0 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50,3	51,7	2,8 %
TSB	Ventetid	29,8	34,0	14,1 %

\* Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB. Konsultasjoner utført av «Legespesialisten» (fristbrudd HELFO i Voksenpsykiatri) telles ikke med her siden de ikke oppfyller rapporteringsplikten til NPR. Økonomi viser tall per november da regnskapet per desember ikke er avsluttet.

## Samhandling

### Utskrivningsklare pasienter

Figur 25 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern



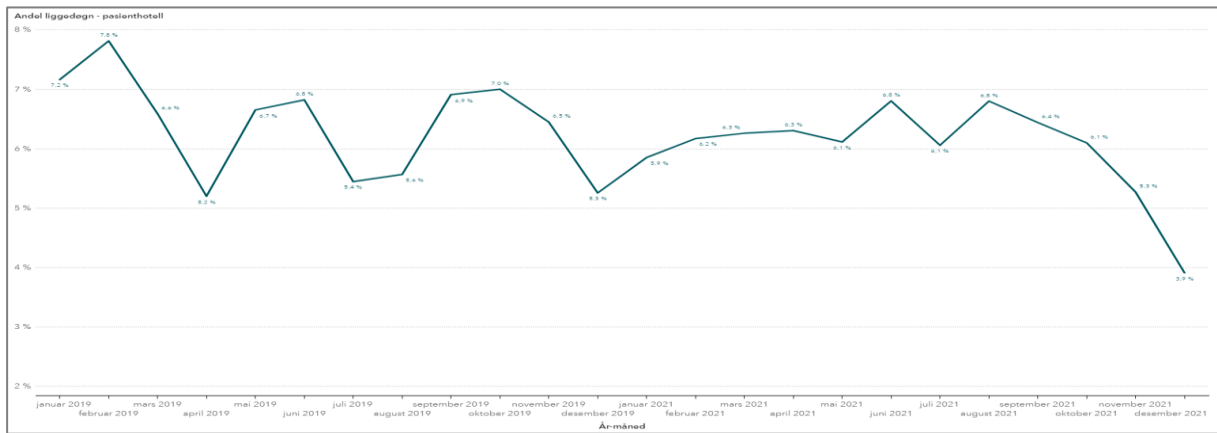
Tabell 18 Utskrivningsklare pasienter hittil i år fordelt på kommune

Kommune	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Harstad	4 066	164	953	39	5 019	203
Evenes	248	187			248	187
Salangen	280	134	7	3	287	137
Tromsø	6 568	85	1 211	16	7 779	101
Ibestad	115	87	1	1	116	88
Nordreisa	345	72	9	2	354	74
Lavangen	72	71	1	1	73	72
Lødingen	99	49	10	5	109	54
Tjeldsund	211	50	11	3	222	53
Narvik	1 013	47	120	6	1 133	52
Kvæfjord	116	41	14	5	130	46
Lyngen	90	32	20	7	110	40
Karlsøy	54	25	18	8	72	33
Senja	280	19	193	13	473	32
Bardu	88	22	19	5	107	27
Balsfjord	119	21	28	5	147	26
Gratangen	25	23			25	23
Gáivuotna Kåfjord	42	20	5	2	47	23
Storfjord	29	16	1	1	30	16
Dyrøy	11	10	3	3	14	13
Skjervøy	34	12	4	1	38	13
Kvæangen	9	8	2	2	11	9
Målselv	57	9	4	1	61	9
Sørreisa	27	8			27	8
<b>SUM</b>	<b>13 998</b>	<b>73</b>	<b>2 634</b>	<b>14</b>	<b>16 632</b>	<b>86</b>

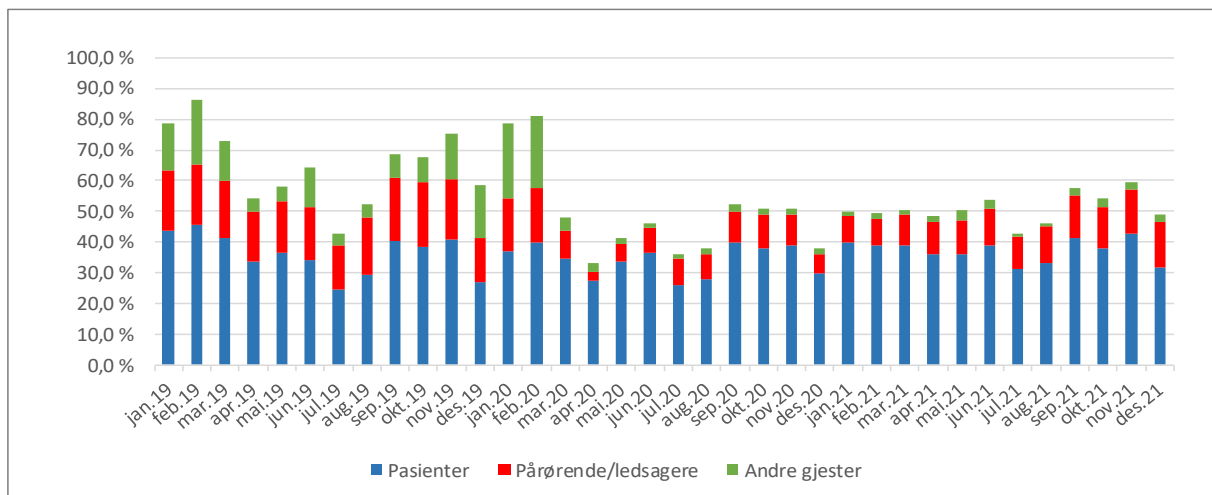


## Bruk av pasienthotell

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



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



## Personal

### Bemanning

#### Månedsværk

Tabell 19 Gjennomsnittlig utbetalte månedsværk

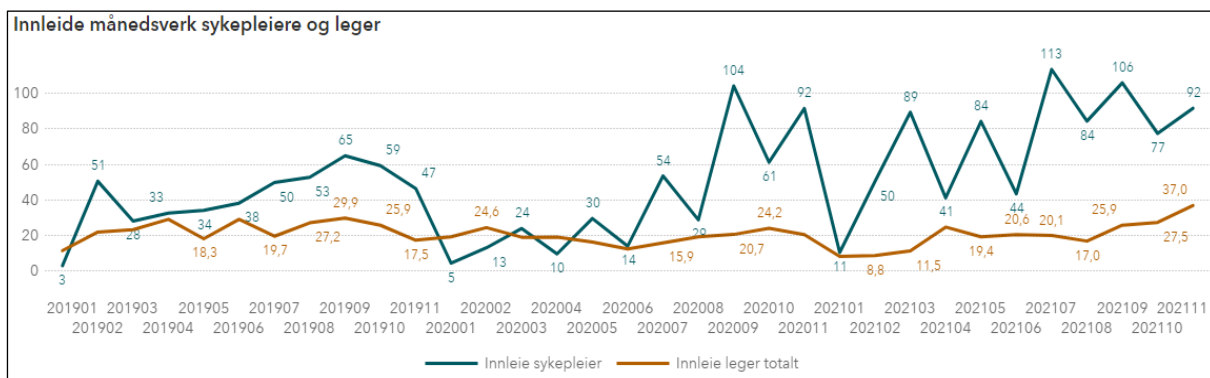
Loennselement ▲	Gj.snitt månedsværk 2019	Gj.snitt månedsværk 2020 ▼	Gj.snitt månedsværk 2021	Gj.snitt endring 2019-2021	Gj.snitt endring 2020-2021
Total	6 601	6 801	6 924	323	123
Grunnlønn/basis	5 864	6 014	6 114	249	99
Mertid / timelønn	405	422	440	35	19
Overtid	185	213	223	38	10
UTA	75	79	79	4	-0
Etterregulering	36	38	33	-3	-5
Utrykning påvakt	36	35	35	-0	0

Gjennomsnittlige månedsværk hittil i 2019, 2020 og 2021.

Tabell 20 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på klinikk og profesjon

	Sum endring 2019-2021	01. Adm. og ledere	02. Pasientrettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeider/hjelpere	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstillinger	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulansepersonell	11. Forskning
Klinikk	323,0	47,1	69,1	23,7	30,8	80,1	1,7	6,1	0,2	36,7	15,3	9,5
10 - Akuttmedisinsk klinikk	51,1	3,8	19,5	2,1	-	11,1	0,1	-	-	-0,8	15,4	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	20,0	4,2	5,2	3,9	-	4,8	0,1	0,2	-	0,2	-	1,5
13 - Hjerter- og lungeklinikken	80,3	2,9	7,9	-0,5	-0,7	69,9	2,2	1,0	-	-1,2	-	-1,2
15 - Medisinsk klinikk	16,8	-2,3	1,8	3,5	-0,9	4,7	-0,7	10,3	0,0	0,7	-0,0	-0,4
17 - Barne- og ungdomsklinikken	22,7	1,7	6,3	0,6	11,7	2,8	-1,5	0,3	-	-0,4	-	1,2
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-41,9	-0,6	-9,9	7,7	0,2	-46,8	-3,9	-	-	11,5	-0,0	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	52,5	2,4	10,5	6,2	6,1	23,1	6,0	-1,0	-	-0,9	-	-0,1
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	43,3	4,8	24,2	-4,3	14,6	3,6	-1,2	-	-	1,6	0,1	0,0
30 - Diagnostisk klinikk	21,8	9,5	3,4	4,1	-	-0,1	0,7	-5,3	0,2	8,7	-	0,6
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	15,4	9,4	0,1	-	-	-	-	-	-	-0,1	-	5,9
45 - Drifts- og eiendomsenteret	24,9	5,2	1,6	-	-	0,0	-	0,6	-	17,5	-	-
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	24,2	9,0	5,0	1,5	-	7,1	-	-	-	-0,2	-	1,8
50 - Direktøren	7,3	5,9	-	-	1,0	0,4	-	-	-	-	-	-
52 - Stabsenteret	-9,6	-7,5	-0,7	-0,7	-	-0,5	-	-	-	-	-	-
62 - Fellesinntekter/-kostnader	-8,5	-1,3	-5,7	-0,4	-1,1	0,0	0,0	-	-	-	-0,1	-

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

**Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger**

Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønssystem. Tall per november, da grafen bygger på tall fra regnskapet som per d.d. ikke er avsluttet.

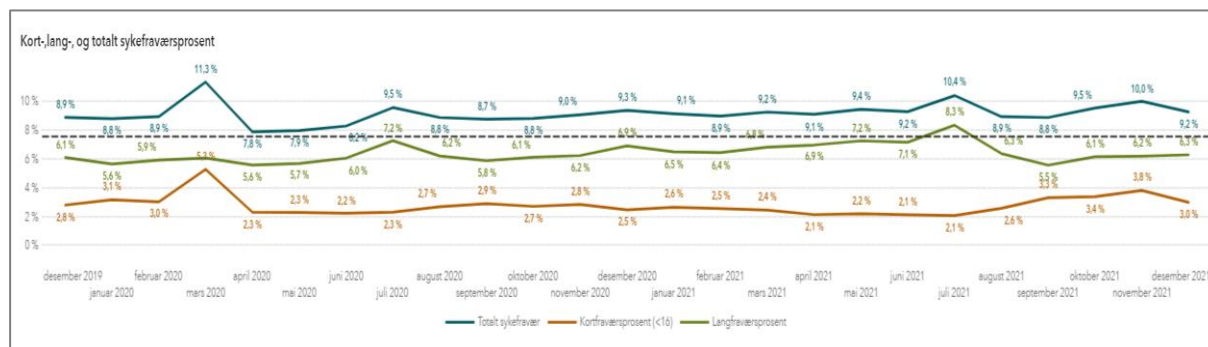
**Tabell 21 Innleide månedsverk per klinikk**

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

Tall per november, da tabellen bygger på tall fra regnskapet som per d.d. ikke er avsluttet.

## Sykefravær

Figur 29 Sykefravær



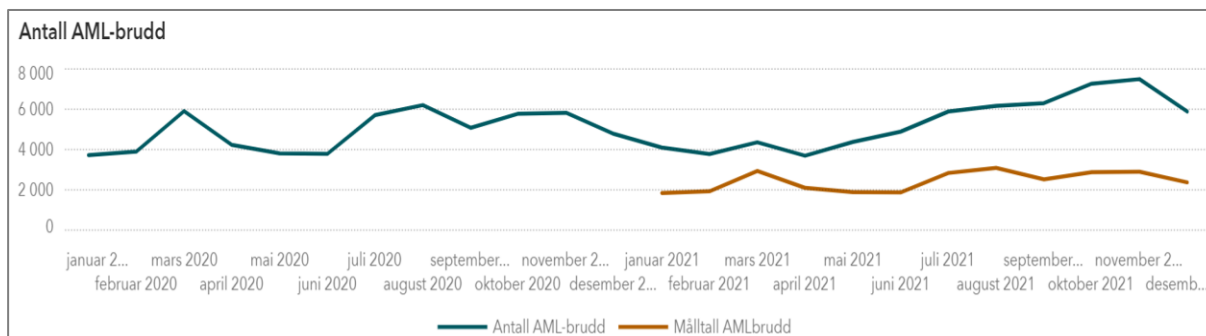
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

Tabell 22 Sykefravær fordelt på klinikk

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

## AML-brudd

**Figur 30 Antall AML-brudd**



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

**Tabell 23 AML-brudd per klinikk**

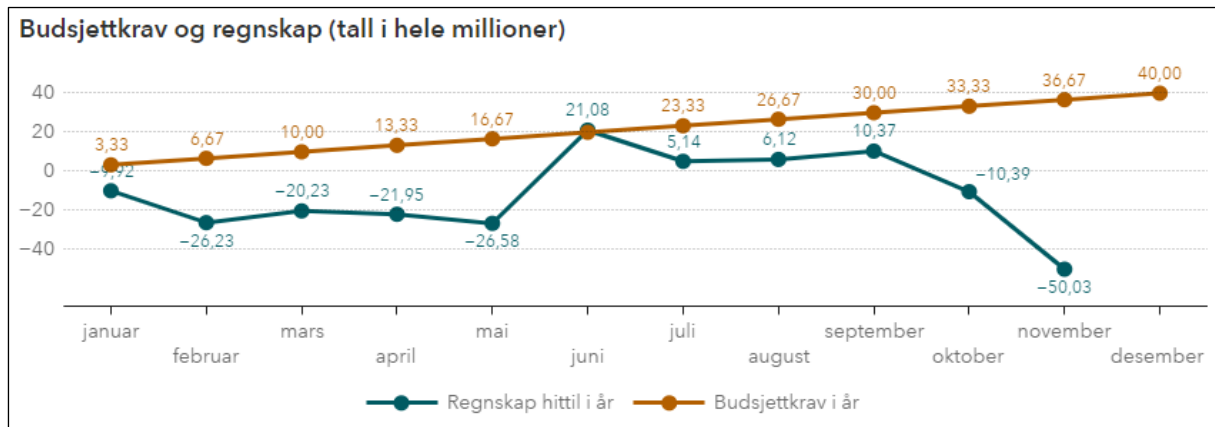
Klinikk - UNN	Antall brudd forrige mnd	Brudd forrige mnd i 2019	Endring i % forrige mnd mot samme mnd 2019
Total	6 911	5 700	21,2 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	1 513	774	95,5 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1 407	1 080	30,3 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	922	1 120	-17,7 %
13 - Hjerte-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

Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2019 til 2021. Tall per november, UNN har ikke data tilgjengelig fra 2019.

## Økonomi

### Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2021



Tabell 24 Resultatregnskap 2021

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

Tabell 25 Resultatregnskap 2021, ekskl. eksternfinansiering

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

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

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

## Prognose

UNN har en prognose som tilsier at en går i budsjettmessig negativt avvik på 100 mill. kr.



## STYRESAK

Styresak:	13/2022
Møtedato:	24.02.2022
Arkivsak:	2022/37-1
Saksbehandler:	Lars Øverås og Einar Bugge

## Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2022

### Innstilling til vedtak

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

### Bakgrunn

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

### Formål

Informere styret om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

### Saksutredning

Det vises til vedlagt *Kvalitets- og virksomhetsrapport for januar 2022*.



## Medvirkning

Saken er drøftet i drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten i uke 7. Protokoll fra møtet legges frem som referatsak i styremøtet.

## Vurdering

### *Tilgjengelighet*

Ventetidene for psykisk helsevern for voksne og for somatikk er fortsatt vesentlig lenger enn måltall og lite endret siste måned. 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. Ventetid for avviklede pasienter er litt høyere på flere områder i januar enn i desember, noe som er forventet fordi man i desember avvikler færre ordinært ventende og større andel pasienter med behov for rask helsehjelp. Det kan ha hatt betydning for ventetidene i januar at det har vært mye korttidsfravær blant personalet som følge av pandemien.

Direktørens ledergruppe avviklet digital lunsj til lunsj samling i slutten av januar der en hel dag var viet til hva klinikkjefene og stabslederne konkret skal gjøre av ledelsesmessige grep på kort sikt for å bedre tilgjengeligheten, med fokus på den polikliniske virksomheten. Disse grepene omfatter i hovedsak tettere og bedre oppfølging av tiltak vedtatt i ledergruppen like før jul, samt at klinikkene i større grad skal lære av hverandre. Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR) har etablert et spennende læringsnettverk med deltakelse fra alle avdelinger, der det jobbes systematisk med kontinuerlig forbedring for å bedre tilgjengeligheten. Direktøren forventer at dette arbeidet følges godt opp i alle klinikkene og fra stabsenhetene, og at dette vil ha en positiv effekt på ventetidene utover vinteren og våren.

Måloppnåelsen for kreftpakkeforløp er noe bedret i januar sammenlignet med foregående måned, som er forventet i januar. Imidlertid er gjennomføringen fortsatt ikke stabil innenfor nasjonale måltall, og direktøren anser at den vedtatte mer dynamiske tildeling av operasjonskapasitet må operasjonaliseres og iverksettes før det kan forventes stabilt bedre resultater på dette området. Dette arbeidet pågår i regi av overordnet komité for prioritering og organisering av operasjonsressursene.

### *Pasientsikkerhet*

Ved de regelmessige målingene av pasientskader med Global Trigger Tool (GTT) beregnes forekomst av slike skader ved tertialvise stikkprøver (journalgjennomgang) på et lite antall pasienter fra somatikk for voksne. Selv om målingene er beheftet med usikkerhet, er det svært positivt at andel pasienter der det påvises sannsynlige pasientskader i UNN er lavere enn tidligere. Det tyder på at UNNs langvarige innsats for å redusere forekomst av sykehusinfeksjoner og riktig legemiddelbruk gir ønskete resultater. Direktøren vil også fremheve pasientsikkerhetsvisittene som et godt verktøy for å sette tydelig fokus fra direktøren på et særdeles viktig område. Ved disse får direktøren møte dyktige og engasjerte fagfolk og får styrket innsikten i hverdagen til våre ansatte.

### *Sykefravær*

Sykefraværet i januar (9,9 %) er noe høyere enn i desember (9,6 %), og høyere enn samme periode foregående år, og er i stor grad knyttet til pandemien. Det som forsterker bemanningsutfordringen er fravær (omsorgspermisjon) knyttet til syke barn/syk barnepasser. I januar var det 1099 fraværsdager registrert som følge av syke barn/syk barnepasser, mens det i desember 2021 var 789 slike fraværsdager.

### *AML brudd*

AML-bruddene er høyere i januar 2022 enn de to foregående årene. Av de totalt 5676 AML-bruddene er ca 24 % knyttet til sykdom, mens ca 12 % er knyttet til korona. Det er dessverre en stor del av AML-bruddene som har mangelfull registrering av årsak (20 %). Dette følges opp i organisasjonen slik at registreringen blir mer korrekt i det videre.

### *Økonomisk resultat*

Januar endte med et negativt budsjettavvik på 39,4 mill. kroner. Inntektssiden har et positivt budsjettavvik på 1,2 mill. kroner på tross av ISF-inntektene som er 8,8 mill. kroner i minus. Inntektssvikten på ISF-inntektene er i all hovedsak innenfor somatikken. Det er en nedgang i antall opphold og på antall unike heldøgns pasienter (ca. 300) i forhold til i januar 2021. For øremerkede midler og tilskudd/refusjoner ble budsjettavviket i januar positivt med til sammen 9,4 mill. kroner, og bidrar sammen med laboratorieinntektene (2,2 mill. kroner i positivt budsjettavvik) til det positive avviket for inntekter.

For varekostnader er det to kostnader som driver opp. Laboratorierekvisita er -7,0 mill. kroner høyere enn budsjett, og varekostnader knyttet til uttak fra lager hadde et overforbruk på 3,6 mill. kroner. Mikrobiologen utgjør 4,1 mill. kroner av avviket på laboratorierekvisita. Mikrobiologen har tilsvarende en merinntekt på 3 mill. kroner som følger av dette. Innleie av personell fra byrå har ikke store avvik i januar. Det er en risiko for at kostnader til innleie januar kan belastes senere måneder.

Personalkostnader har i januar et kraftig overforbruk. I fjorårets siste måneder ble det lagt til 10,5 mill. kroner i covid-midler per måned. Disse midlene er nå borte. Vi har et stabilt for høyt nivå på lønnsiden. En sammenlikning med januar 2019 viser en økning på 470 månedsverk. Enkelte av månedsverkene er ønsket utvikling gjennom nye stillinger med tilhørende finansiering. Likevel er mesteparten av økningen et steg bort fra ønsket retning. Sykefraværsdager er i samme periode økt med 17 %, mens fravær grunnet sykt barn har en økning på 32 % i forhold til januar 2019. Økningen av sykefravær og fravær grunnet sykt barn tilsvarer økte kostnader på henholdsvis 9 mill. kroner og 1 mill. kroner om det forutsettes at alle sykefravær erstattes. Beregningen er et forsiktig anslag med snittlønn på 500 kroner inklusive sosiale kostnader pr time.

Korona-kostnader i januar er på 14,7 mill. kroner. Personalkostnadene er største driver med 9,9 mill. kroner. I tillegg er det innkjøp av laboratorierekvisita på 4,8 mill. kroner. Kostnadene til pandemien er målbare gjennom bruk av eget prosjektnummer. Det er ikke alle kostnader som registreres med prosjektnummeret, og totale pandemikostnader er dermed høyere. Det er ikke bevilget midler for pandemien for 2022. Helse Nord RHF skal fordele sin andel av koronamidler i sitt styremøte i mars. Andelen til fordeling i regionen er 180 mill. kroner som skal dekke pandemien for 1. halvår. Det er gitt signaler om at fordelingen ikke skal følge

inntektsmodellen, men at midlene skal fordeles etter nivå på reelle pandemikostnader. Det jobbes derfor med en grundig gjennomgang for å få et så nøyaktig bilde som mulig på disse kostnadene.

Driftskostnadene har et positivt budsjettavvik for måneden. Mange faktorer bidrar til positivt avvik, men den største er lavere reisevirksomhet enn budsjettet tilsier.

Direktøren erkjenner at UNN er i en svært krevende situasjon som vanskeliggjør å utvikle seg som universitetssykehus. I driften er det lite midler til videreutvikling samtidig som UNN har lavere investeringsmidler enn behovet tilsier, noe som gir begrensninger for utvikling av universitetssykehus-funksjonen.

Tromsø, 16.02.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2022
- 2 Pasientsikkerhet til KVR 3. tertial 2021

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Kvalitets- og virksomhetsrapport

---

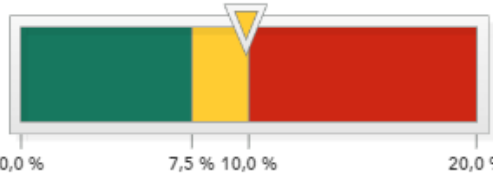

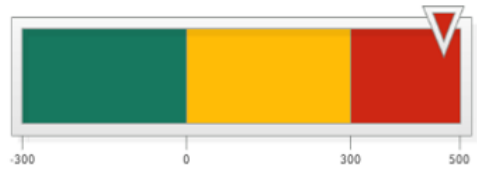
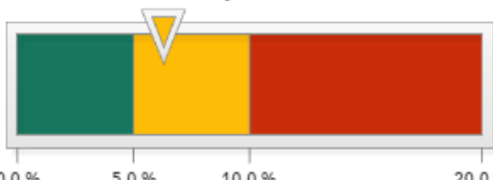
Januar 2022

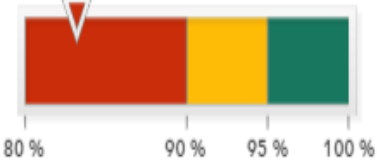
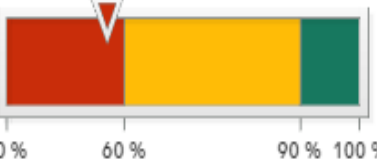
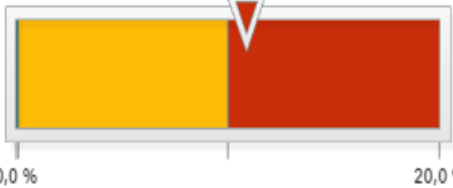
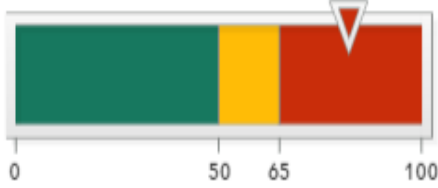


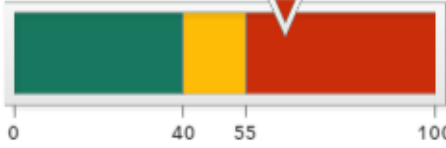
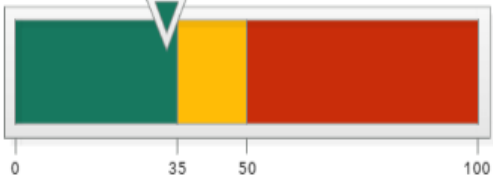
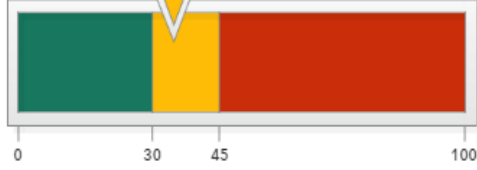
## Innholdsfortegnelse

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

## Hovedindikatorer

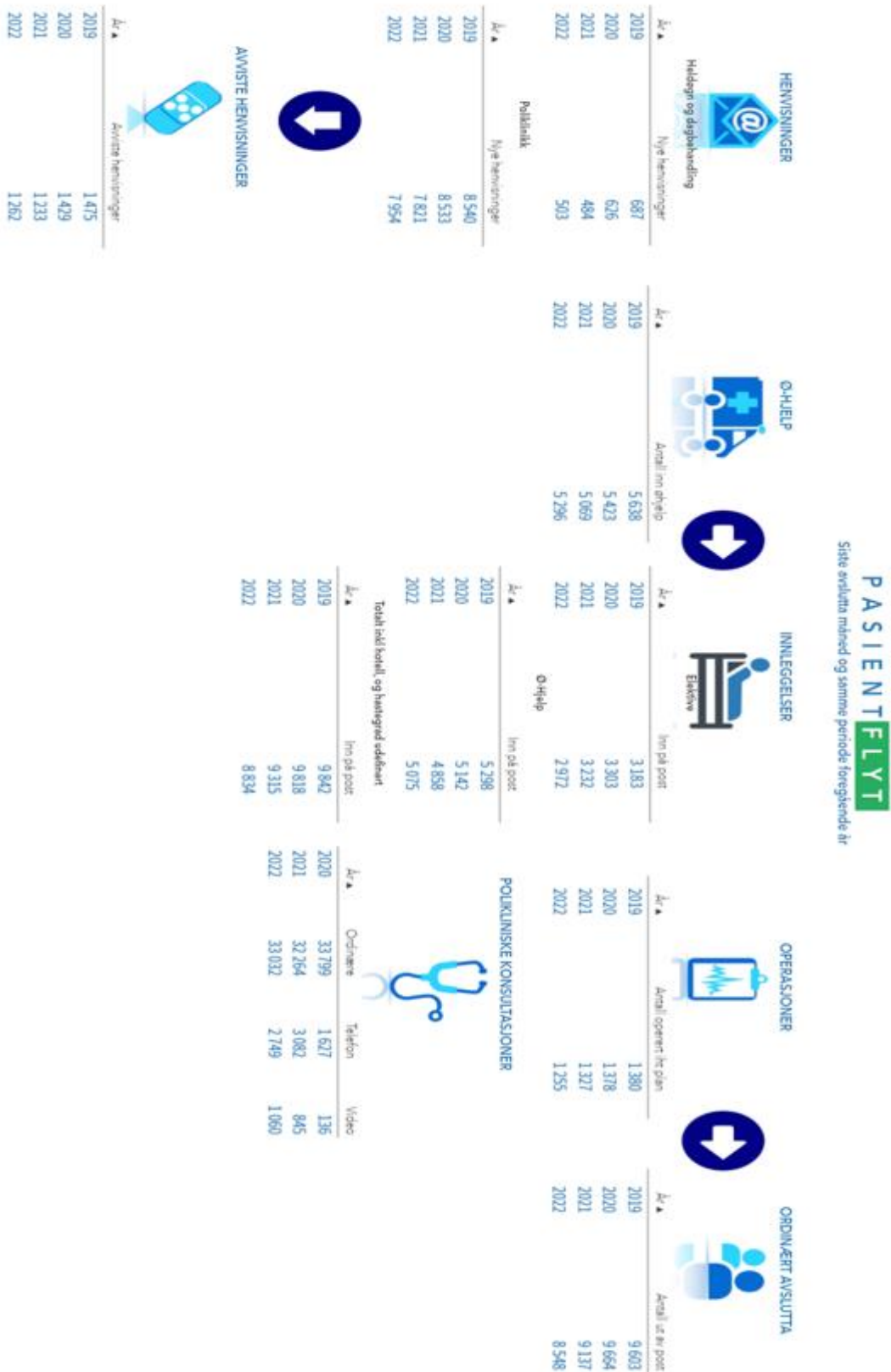
<p><b>Sykefravær</b></p> <p>Måltall: &lt; 7,5 %</p> <p><b>Januar: 9,9 %</b></p>	<p>Sykefravær (siste avslutta måned)</p> <p><b>9,9 %</b></p> 
<p><b>Budsjettavvik akkumulert per januar</b></p> <p><b>-39,4 mill kr</b></p>	<p>Budsjettavvik i hele 1000</p> <p><b>-39 384</b></p> 
<p><b>Gjennomsnittlig endring månedsverk 2022 mot 2019</b></p> <p>Måltall: 0</p> <p><b>Januar: 470</b></p>	<p>Gj.snitt endring månedsverk 2022 mot 2019</p> <p><b>470</b></p> 
<p><b>Andel operasjoner strøket etter kl 14 dagen før</b></p> <p>Måltall: &lt; 5 %</p> <p><b>Januar: 6,3 %</b></p>	<p>Andel operasjoner strøket etter kl 14 dagen før</p> <p><b>6,3 %</b></p> 

<p><b>Kontakter avviklet innen planlagt tid</b></p> <p>Måltall: &gt; 95 %</p> <p><b>Januar: 83 %</b></p>	<p>Kontakter avviklet innen planlagt tid</p> <p><b>83 %</b></p>  <p>80 % 90 % 95 % 100 %</p>
<p><b>Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste 6 månedene</b></p> <p>Måltall: &gt; 90 %</p> <p><b>Januar: 57 %</b></p>	<p>Kontakter med tildelt dato (neste 6 mnd)</p> <p><b>57 %</b></p>  <p>40 % 60 % 90 % 100 %</p>
<p><b>Andel aktive fristbrudd</b></p> <p>Måltall: 0 %</p> <p><b>Januar: 10,9 %</b></p>	<p>Andel fristbrudd (siste avslutta måned)</p> <p><b>10,9 %</b></p>  <p>0,0 % 20,0 %</p>
<p><b>Ventetid somatikk</b></p> <p>Måltall: &lt; 50</p> <p><b>Januar: 82</b></p>	<p>Snitt ventetid somatikk (Siste månedsskift)</p> <p><b>82</b></p>  <p>0 50 65 100</p>

<p><b>Ventetid PHV</b></p> <p>Måltall: &lt; 40</p> <p><b>Januar: 64</b></p>	<p>Snitt ventetid PHV (siste avslutta måned)</p> <p><b>64</b></p>  <p>0 40 55 100</p>
<p><b>Ventetid PHBU</b></p> <p>Måltall: &lt; 35</p> <p><b>Januar: 33</b></p>	<p>Snitt ventetid PHBU (siste avslutta måned)</p> <p><b>33</b></p>  <p>0 35 50 100</p>
<p><b>Ventetid TSB</b></p> <p>Måltall: &lt; 30</p> <p><b>Januar: 35</b></p>	<p>Snitt ventetid TSB (siste avslutta måned)</p> <p><b>35</b></p>  <p>0 30 45 100</p>



## Pasientflyt

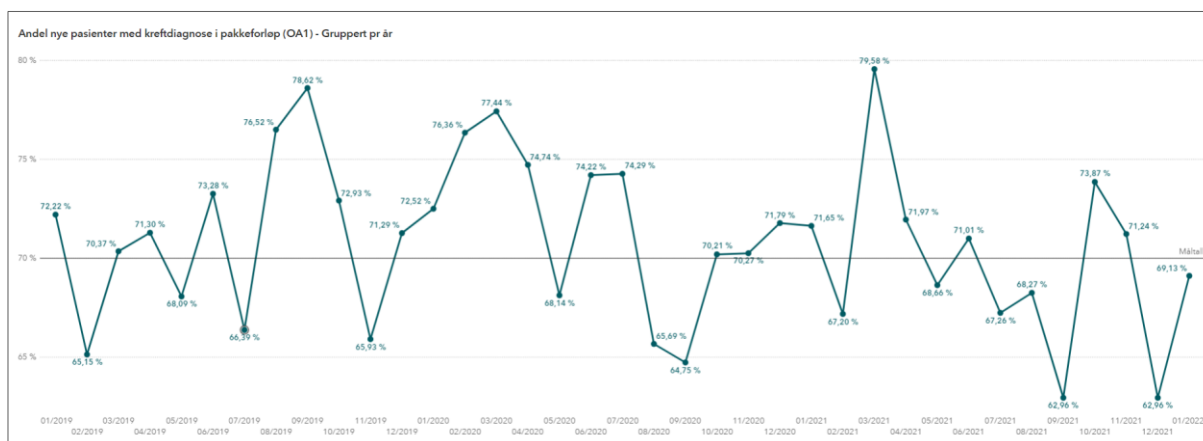


## Kvalitet

### Pakkeforløp – kreftbehandling

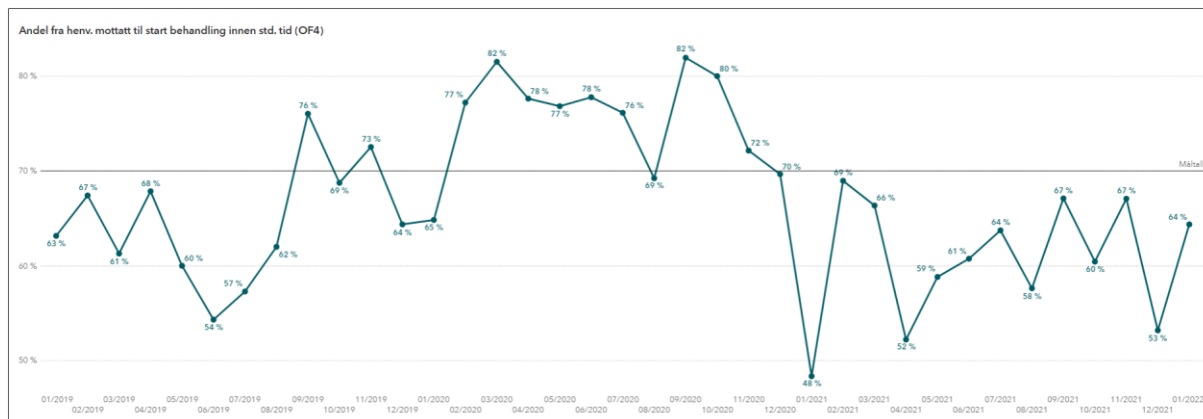
For pakkeforløp kreft fokuserer UNN på to indikatorer, andel nye pasienter i pakkeforløp og andel pakkeforløp innenfor behandlingsfrist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

**Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp OK**



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

**Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist OK**



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
<b>Total</b>		<b>64%</b>	<b>56</b>	<b>87</b>
Brystkreft	Kirurgisk behandling	50%	8	16
	Medikamentell behandling	67%	2	3
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgisk behandling	100%	7	7
	Medikamentell behandling	67%	4	6
Lungekreft	Strålebehandling	33%	1	3
	Kirurgisk behandling	25%	1	4
Tykk- og endetarmskreft	Medikamentell behandling	100%	1	1
	Strålebehandling	100%	1	1
	Kirurgisk behandling	75%	21	28
Alle andre	Medikamentell behandling	69%	9	13
	Overvåking uten behandling	100%	1	1
	Strålebehandling	0%	0	4
	Kirurgisk behandling			

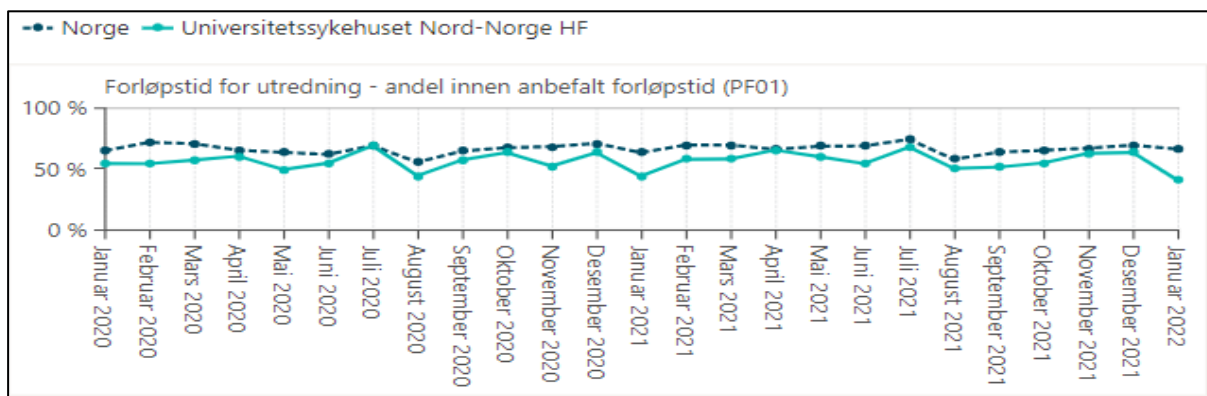
**Tabell 2 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (øvrige forløp)**

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
<b>Total</b>		<b>64%</b>	<b>56</b>	<b>87</b>
Blærekreft	Kirurgisk behandling	67%	2	3
Brystkreft	Kirurgisk behandling	50%	8	16
	Medikamentell behandling	67%	2	3
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgisk behandling	100%	2	2
Hjernerkeft	Strålebehandling	0%	0	1
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	100%	3	3
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgisk behandling	0%	0	1
	Medikamentell behandling	100%	1	1
	Strålebehandling	0%	0	1
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgisk behandling	100%	2	2
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgisk behandling	100%	7	7
Lungekreft	Medikamentell behandling	67%	4	6
	Strålebehandling	33%	1	3
Lymfomer	Medikamentell behandling	75%	3	4
	Strålebehandling	0%	0	2
Malignt melanom	Kirurgisk behandling	100%	11	11
Myelomatose	Medikamentell behandling	50%	1	2
Nyrekreft	Kirurgisk behandling	67%	2	3
Prostatakreft	Kirurgisk behandling	0%	0	3
	Medikamentell behandling	0%	0	1
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgisk behandling	67%	2	3
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	50%	1	2
	Overvåking uten behandling	100%	1	1
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgisk behandling	25%	1	4
	Medikamentell behandling	100%	1	1
	Strålebehandling	100%	1	1

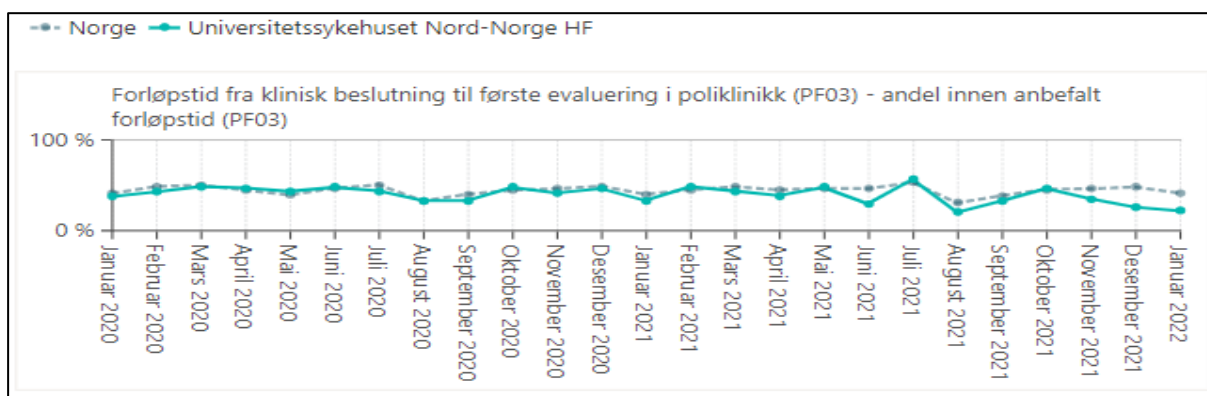
\*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid. Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

## Pakkeforløp – psykisk helse og rus

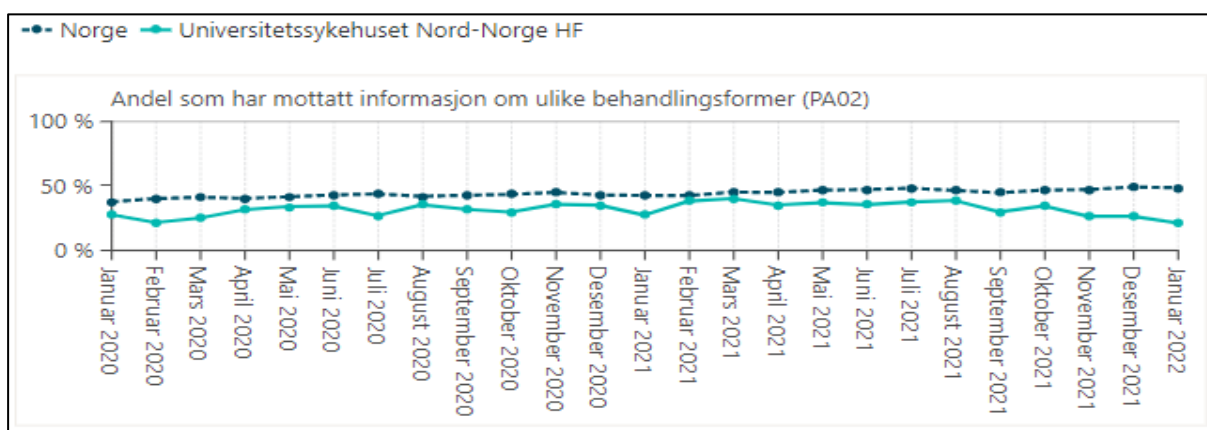
**Figur 3 Forløpstid for utredning – andel innen anbefalt forløpstid**



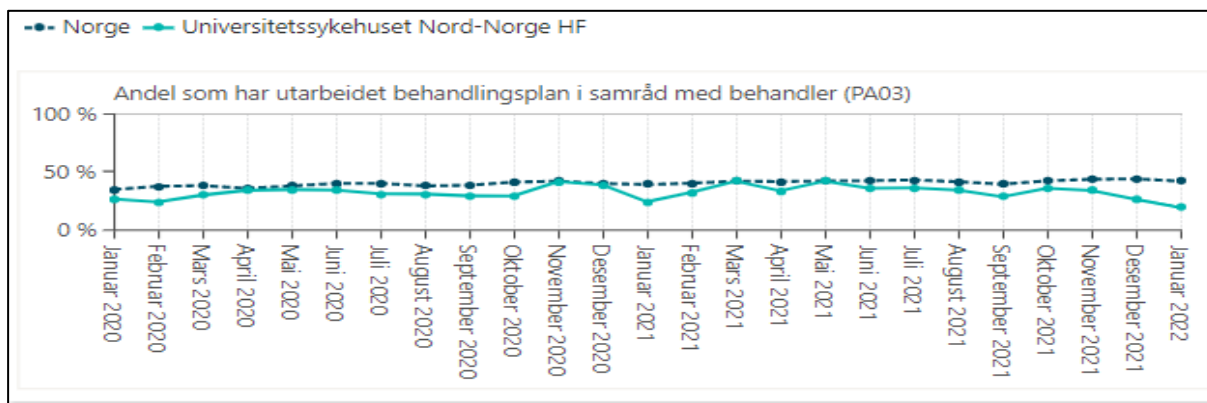
**Figur 4 Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk – andel innen anbefalt forløpstid**



**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**

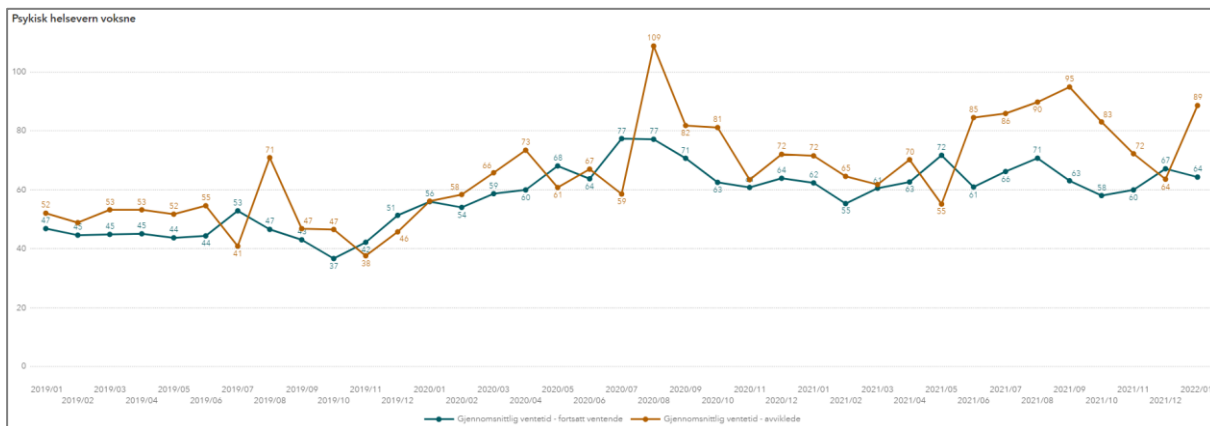
**Figur 7 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede totalt**



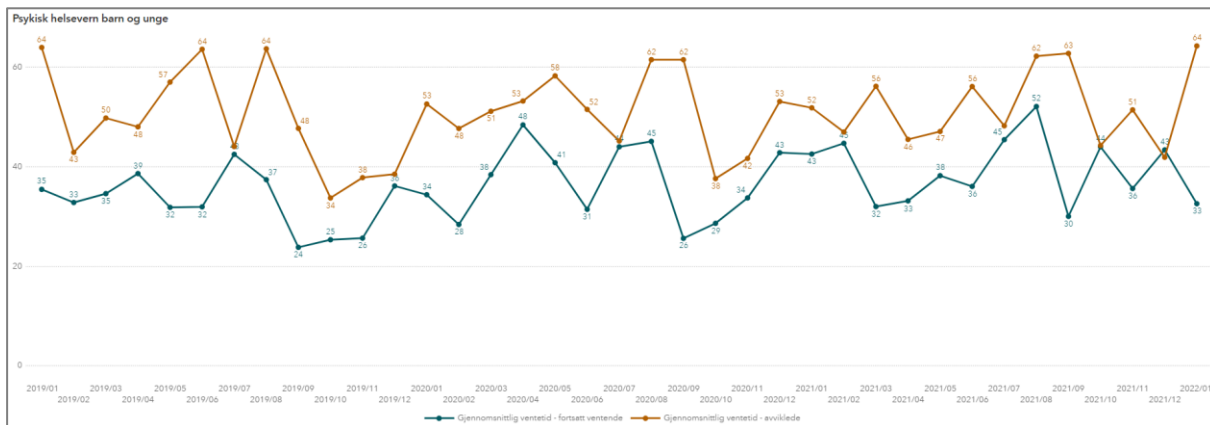
**Figur 8 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – somatikk**



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



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



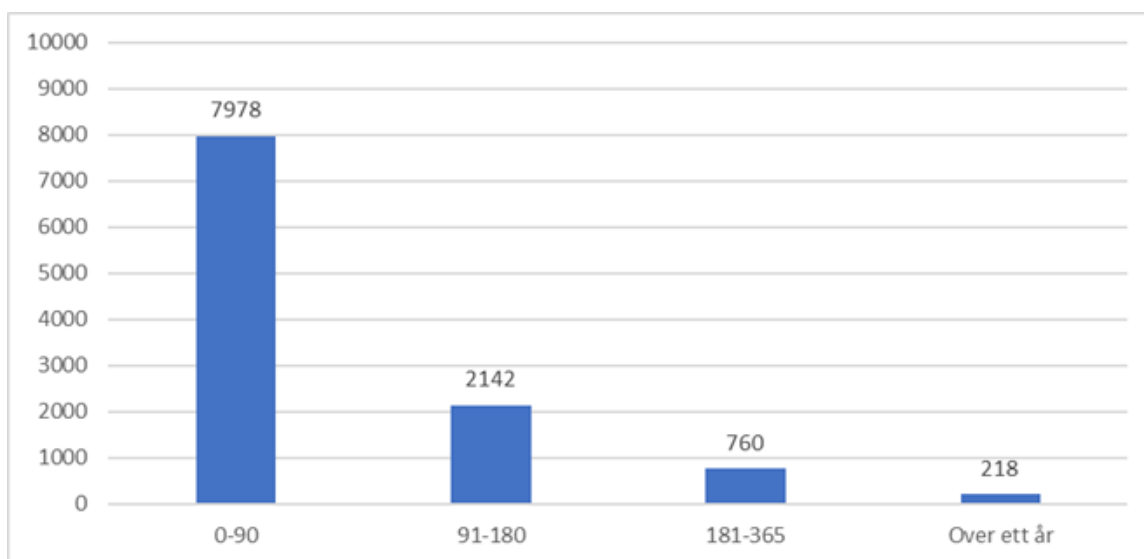
**Figur 11 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – TSB**



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

Hovedfagområde	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede	Gjennomsnittlig ventetid - fortsatt ventende
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>80</b>
Somatisk virksomhet	75	82
Psykisk helsevern voksne	89	64
Psykisk helsevern barn og unge	64	33
TSB	35	35

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

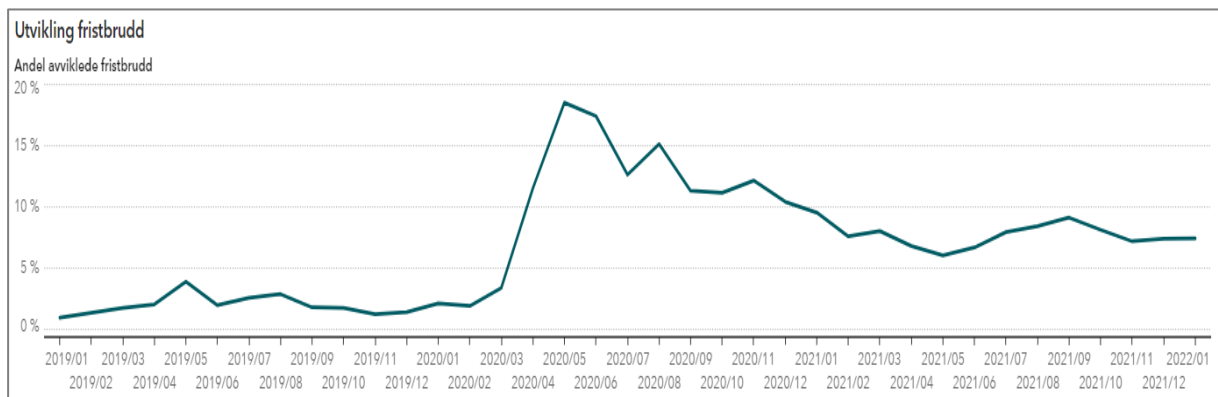
**Figur 12 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)**

## Fristbrudd

Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden

Klinikknavn - UNN	År ▲	2021		2022	
	Måned ▼	desember		januar	
	▲	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbrudd Perioder	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbrudd Perioder
Total		1202	10,2 %	1194	10,8 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		56	2,5 %	74	3,8 %
13 - Hjerter- og lungeklinikken		26	5,8 %	31	7,4 %
15 - Medisinsk klinikk		240	19,6 %	229	19,6 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken		18	2,5 %	2	0,3 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken		0	.	0	.
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		698	10,8 %	715	11,6 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		164	23,8 %	143	21,2 %

Figur 13 Prosent avvilede fristbrudd



Andel avvilet etter frist per måned

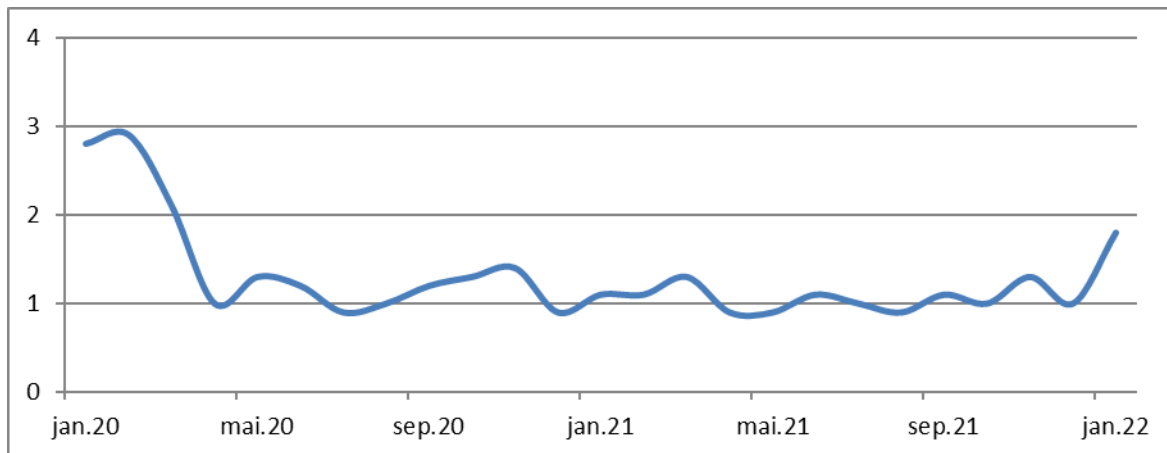
Tabell 5 Antall avvilede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	År ▲	2021		2022	
	Måned ▼	desember		januar	
▲		Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall		Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	
Total		345		427	
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		47		52	
13 - Hjerter- og lungeklinikken		24		28	
15 - Medisinsk klinikk		51		62	
17 - Barne- og ungdomsklinikken		7		14	
18 - Operasjons- og intensivklinikken		0		0	
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		180		192	
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		36		79	



## Korridorpasienter

Figur 14 Korridorpasienter andel per måned – somatikk



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

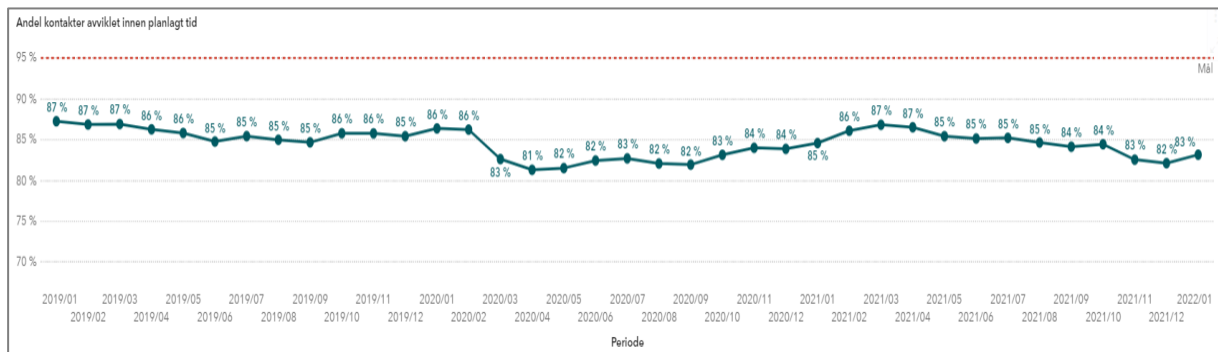
Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Fordøyelse-nyre post Tromsø	442	44	10,0 %
Ortopedisk post Harstad	388	25	6,4 %
Ortopedisk post Tromsø	796	24	3,0 %
Geriatrisk post Tromsø	417	22	5,3 %
Lungemedisinsk post Tromsø	609	22	3,6 %
Hjertemed. post Tromsø	851	17	2,0 %
Kirurgisk post Harstad	370	11	3,0 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	752	9	1,2 %
Nevro-hud-revmapost Tromsø	428	7	1,6 %
Kreftpost Tromsø	395	6	1,5 %
HLK kir. post Tromsø	748	5	0,7 %
Medisinsk post B Harstad	425	5	1,2 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	662	3	0,5 %
Ort-kir. post Narvik	380	3	0,8 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	591	1	0,2 %
Medisinsk post A Harstad	500	1	0,2 %

Målepunkt: kl. 07:00 pr dag.

## Andel kontakter avvirket innen planlagt tid

Figur 15 Andel kontakter avvirket innen planlagt tid



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

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

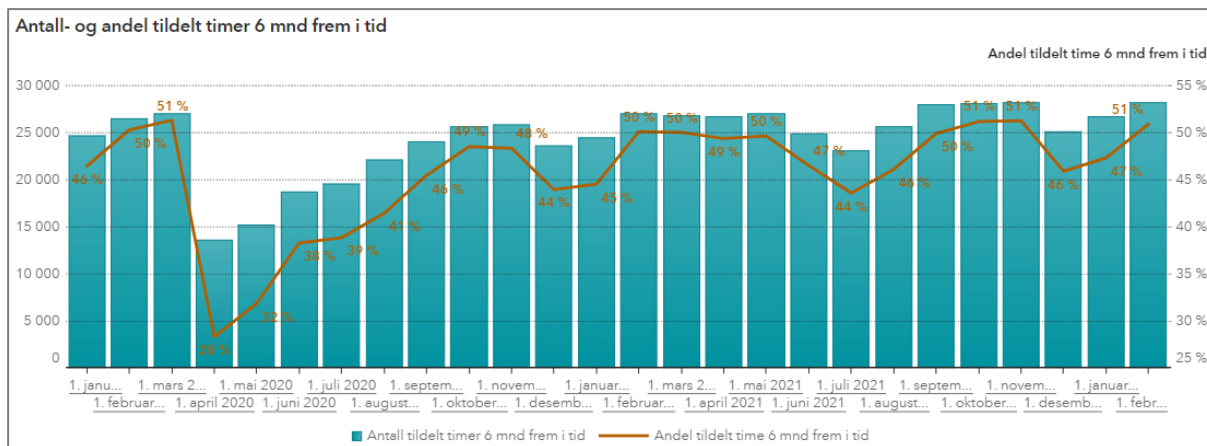
Fagområde	Måned ▲	januar		
	▼	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total		83 %	97 532	16 401
Øyesykdommer		80 %	6 340	1 271
Øre-nese-hals sykdommer		76 %	7 065	1 730
Revmatiske sykdommer (revmatologi)		74 %	6 499	1 672
Psykisk helsevern voksne		89 %	7 532	831
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)		81 %	7 181	1 394
Nevrologi		79 %	2 985	622
Lungesykdommer		75 %	2 573	632
Gastroenterologisk kirurgi		76 %	3 270	772
Fordøyelsesykdommer		72 %	5 232	1 490
Endokrinologi		78 %	3 212	695
Alle andre		88 %	45 643	5 292

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

Klinikk	Måned ▲	januar		
		Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter ▲	Antall passerte kontakter
Total		83 %	97 518	16 393
Operasjon- og intensivklinikk - UNN		94 %	376	22
Barne- og ungdomsklinikk - UNN		88 %	7 835	909
Psykisk helse og rusklinikk - UNN		89 %	10 383	1 144
Hjerte- og lungeklinikk - UNN		85 %	11 262	1 715
Medisinsk klinikk - UNN		75 %	12 515	3 188
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN		90 %	15 462	1 607
Nevro-, orto- og rehabklinikk - UNN		80 %	39 685	7 808

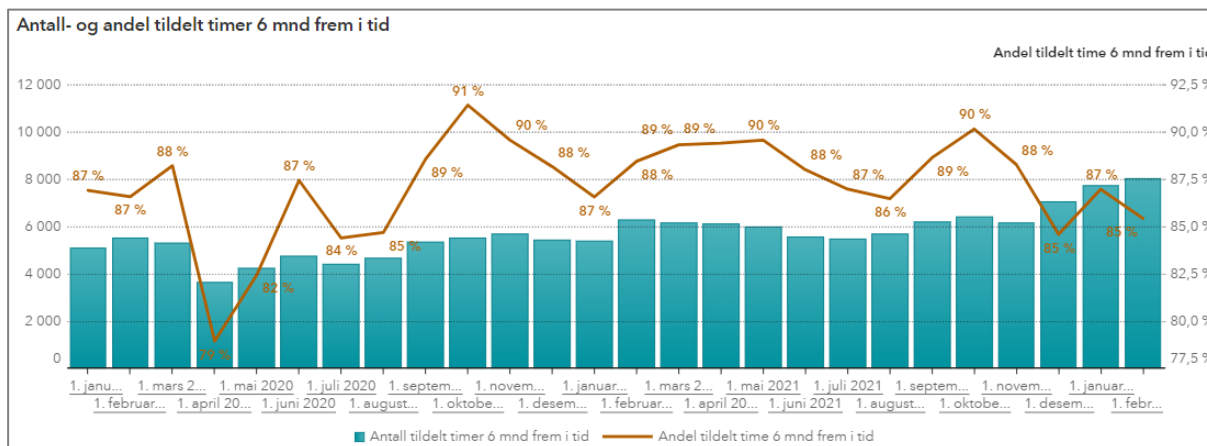
## Planleggingshorisont

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

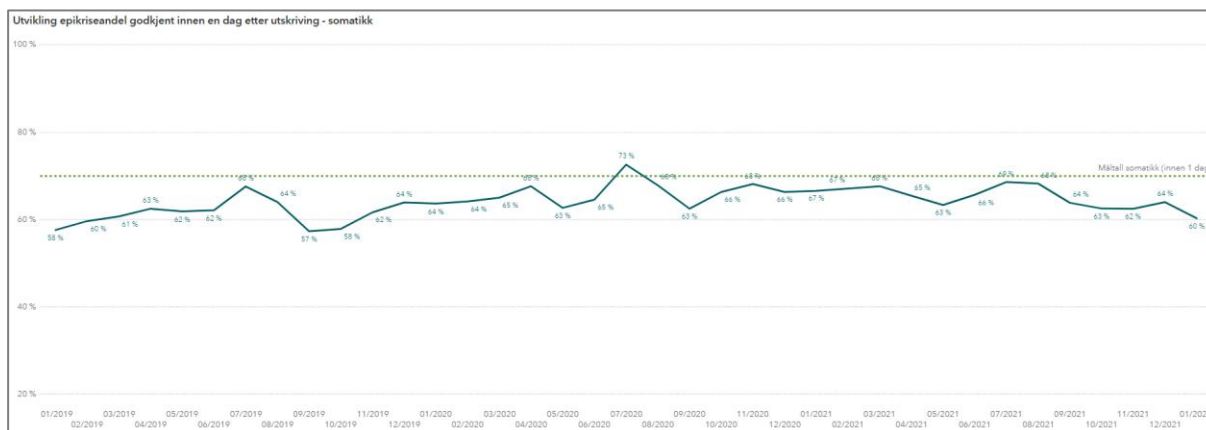


Tabell 9 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned

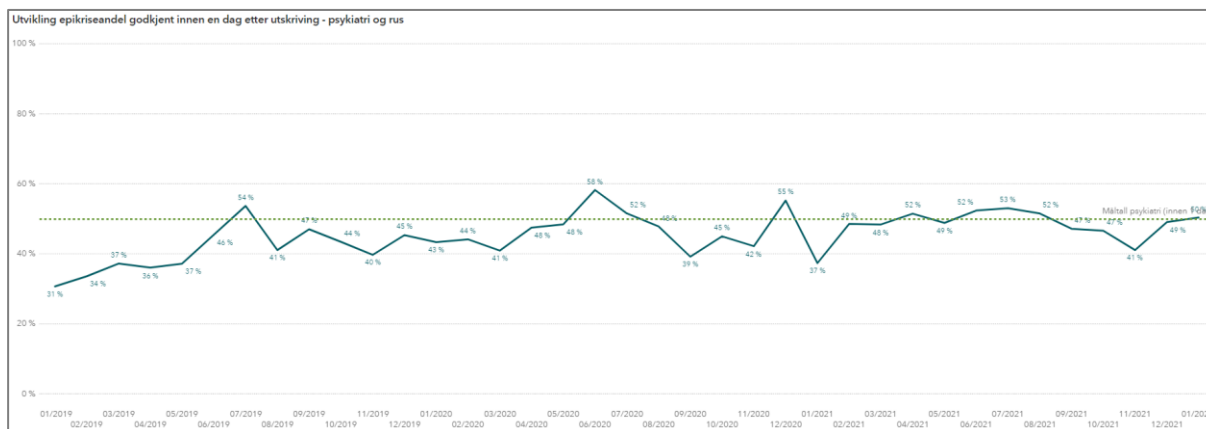
Strykningskategorier UNN	▲ Strøket 1400 dagen før
Total	123
Sykehus - ikke klinisk årsak	56
Sykehus - kliniske årsaker	23
Årsaker hos pasient	44

## Epikrisetid

**Figur 19 Epikriser - andel godkjent innen 1 dag- somatikk**



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

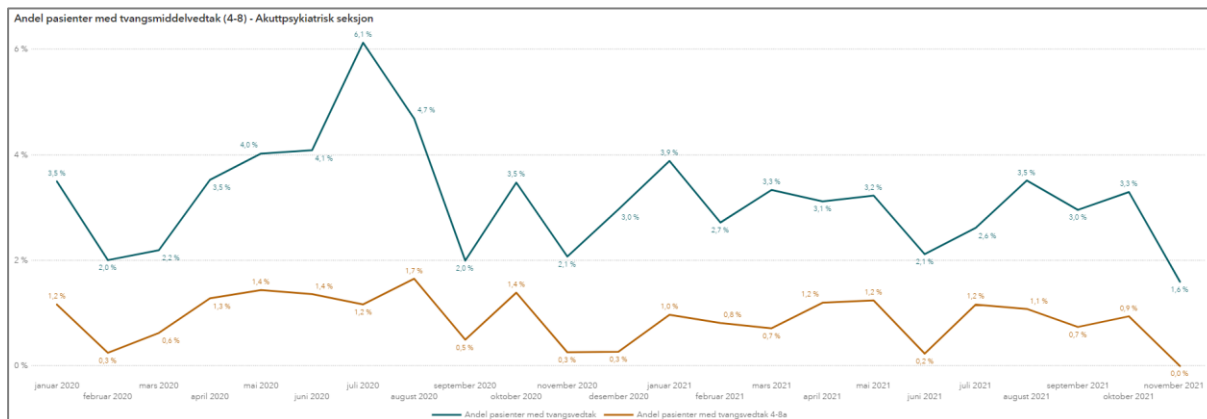


**Tabell 10 Antall og andel epikriser godkjent innen 1 dag siste måned per hovedfagområde og klinikk**

Hovedfagområde	Klinikk UNN	Antall epikriser godkjent innen 1 dag	Andel epikriser godkjent innen 1 dag
Total		1 714	59 %
Psyisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	7	47 %
Psyisk helsevern, voksne	22 - Psyisk helse- og rusklinikken	121	49 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psyisk helse- og rusklinikken	43	54 %
Somatikk	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	378	58 %
	13 - Hjerne- og lungeklinikken	265	51 %
	15 - Medisinsk klinikk	398	65 %
	17 - Barne- og ungdomsklinikken	48	72 %
	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	454	64 %

## Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

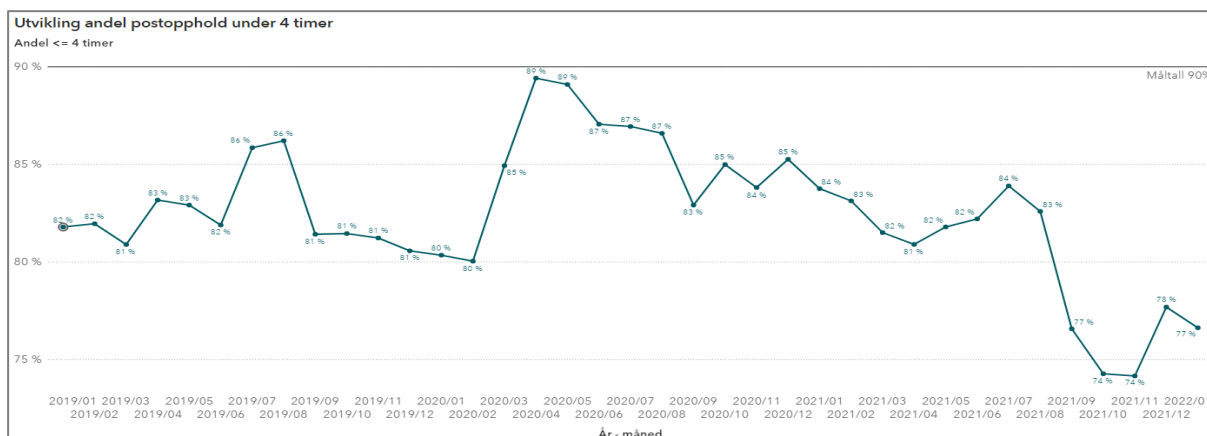
**Figur 21** Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



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
Liggedøgn	Somatikk	22 711	14 555	15 846	-8 156	-1 291	-36 %	-8 %
	Psykisk helsevern, voksne	3 915	4 203	3 940	289	263	7 %	7 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	1 718	1 501	1 816	-218	-315	-13 %	-17 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	257	219	293	-38	-74	-15 %	-25 %
Konsultasjoner	Somatikk	24 962	25 197	27 627	235	-2 430	1 %	-9 %
	Psykisk helsevern, voksne	5 622	5 640	5 997	18	-357	0 %	-6 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	1 259	942	1 260	-317	-318	-25 %	-25 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	2 999	3 186	2 107	187	1 079	6 %	51 %

Aktivitet UNN HF		2019	2020	2021	2022	Plantall 2022	Endring fra 2019	Avvik fra plan 2022
							Antall	Antall
Laboratorieanalyser	Somatikk	685 006	694 792	669 961	698 242	655 921	13 236	42 321
Røntgenhenvisninger	Somatikk	14 212	13 553	11 697	12 195	11 873	-2 017	322
PET undersøkelser	Somatikk	95	140	117	149	219	54	-70

## DRG

Tabell 12 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

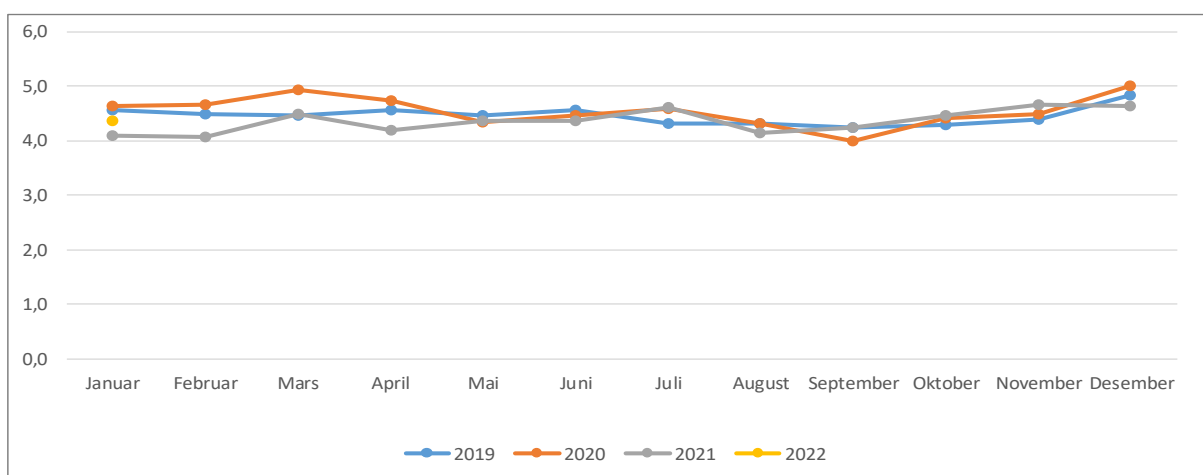
Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	0	0	0
Barne- og ungdomsklinikken	146	217	-71
Hjerte- og lungeklinikken	1 039	1 099	-60
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	1 742	1 940	-198
Medisinsk klinikk	960	1 069	-109
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	1 871	1 980	-109
Operasjons- og intensivklinikken	6	6	0
<b>Totalt Somatikk</b>	<b>5 765</b>	<b>6 310</b>	<b>-546</b>
Klinikk (Psykatri/rus)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	821	778	44
Psykisk helse og rusklinikken	1 018	1 252	-234
<b>Totalt Psykiatri/rus</b>	<b>1 839</b>	<b>2 030</b>	<b>-191</b>

## Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 13 Liggetid sykehusopphold fordelt på klinikk

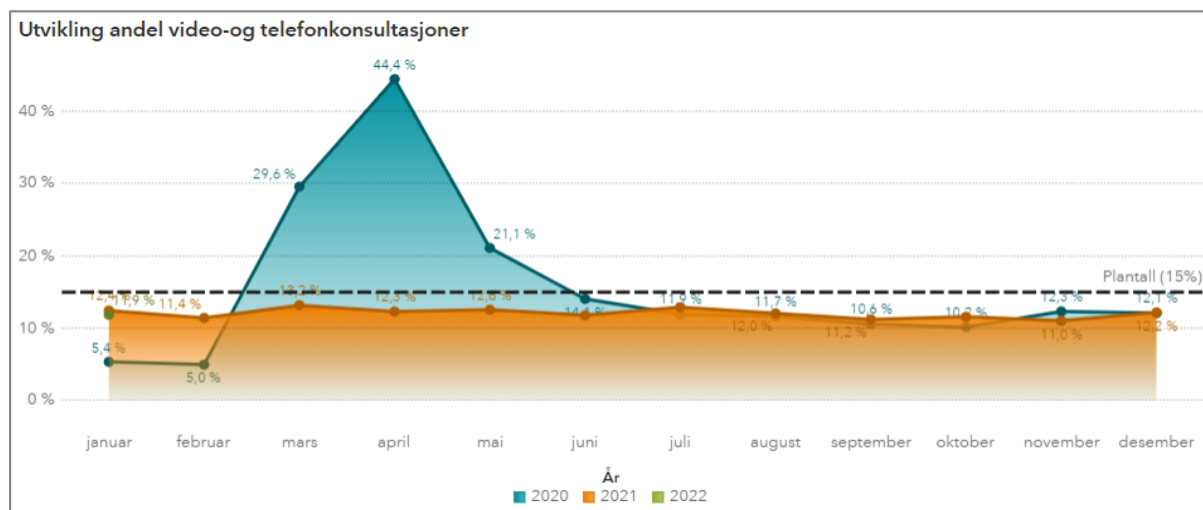
Klinikk	2019	2020	2021	2022
K3K	4,0	4,0	3,3	3,6
Hjerte- og lungeklinikken	4,0	4,3	4,1	3,9
Medisinsk klinikk	5,6	6,0	5,1	6,0
BUK	6,4	8,9	7,9	3,8
NOR	5,1	4,6	4,4	4,9

Figur 23 Liggetid sykehusopphold



## Telemedisinsk aktivitet

Figur 24 Andel telemedisinsk aktivitet





Tabell 14 Antall og andel konsultasjoner per klinikk hittil i år

	2022				2021			
	Aktiviteter	Konsultasjoner	Andel VK + telefon	Video + telefon	Aktiviteter	Konsultasjoner	Andel VK + telefon	Video + telefon
Total	36 670	33 016	11,9 %	3 805	36 650	32 264	12,5 %	3 927
10 - Akuttmedisinsk klinikk	927	924	.	0	729	726	.	0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	6 720	5 984	6,8 %	404	6 428	5 633	5,1 %	287
13 - Hjerter- og lungeklinikken	1 584	1 309	5,0 %	66	1 171	874	4,2 %	37
15 - Medisinsk klinikk	3 683	2 822	7,0 %	197	3 591	2 598	8,5 %	222
17 - Barne- og ungdomsklinikken	4 338	3 839	22,7 %	872	4 689	3 990	25,4 %	1 014
18 - Operasjons- og intensivklinikken	162	126	43,7 %	55	148	140	16,4 %	23
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	12 598	11 803	7,6 %	901	13 006	12 124	6,6 %	795
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	6 648	6 202	21,1 %	1 310	6 854	6 160	25,1 %	1 549
48 - Forsknings- og utdanningsenteret	10	7	0,0 %	0	34	19	0,0 %	0

## Den gylne regel

Tabell 15 Den gylne regel (hittil i år)

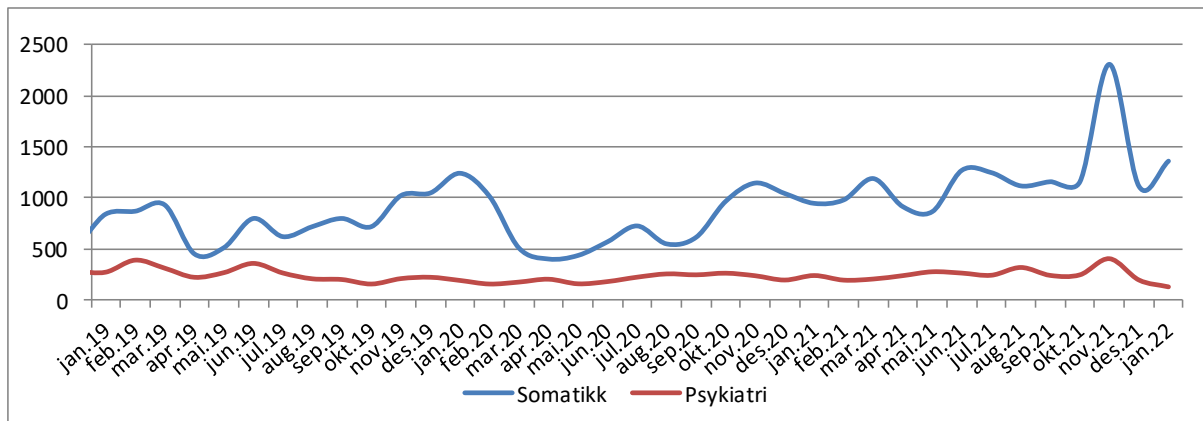
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2019	2022	Endring 19-22
Somatikk*	Økonomi	410 336	473 737	15,5 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	64 980	77 245	18,9 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	14 906	17 497	17,4 %
TSB	Økonomi	15 645	19 696	25,9 %
Somatikk	Konsultasjoner	24 962	25 197	0,9 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	5 622	5 640	0,3 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	2 999	3 186	6,2 %
TSB	Konsultasjoner	1 259	942	-25,2 %
Somatikk	Ventetid	64,9	69,8	7,6 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	50,4	76,0	50,8 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	49,3	52,7	6,9 %
TSB	Ventetid	29,8	33,6	12,8 %

\* 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

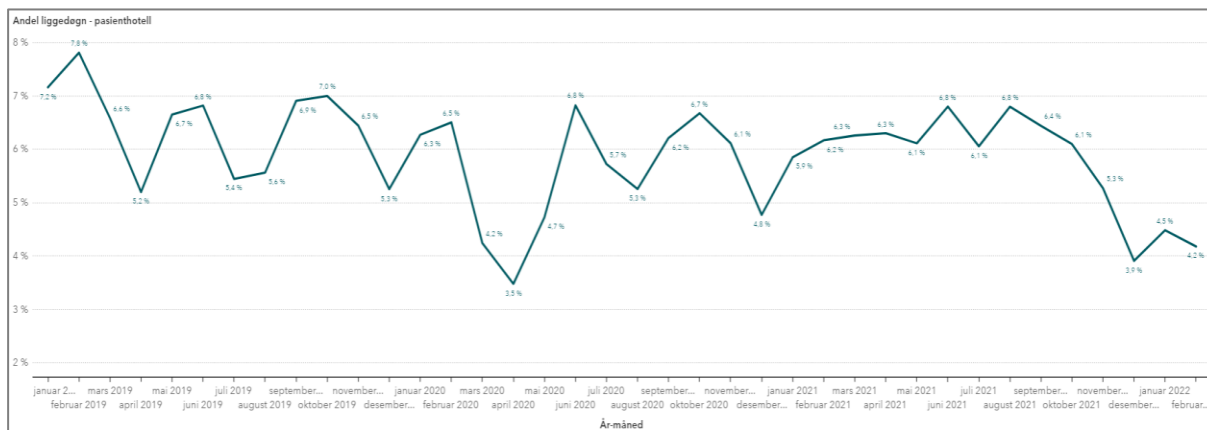


Tabell 16 Utskrivningsklare pasienter hittil i år fordelt på kommune

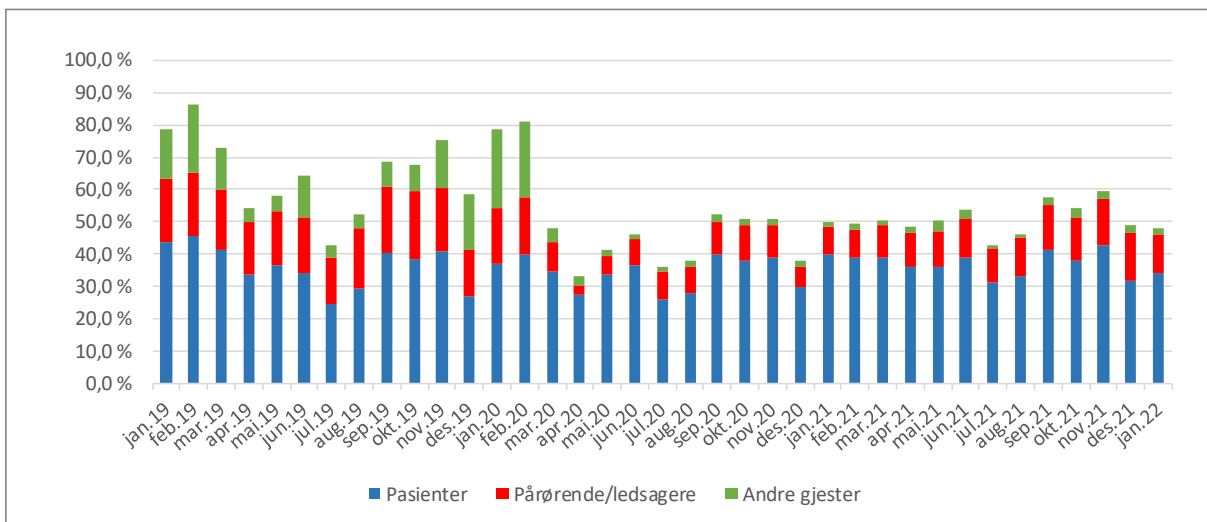
Kommune	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Gáivuotna Kåfjord	24	12	16	8	40	19
Nordreisa	62	13			62	13
Tromsø	769	10	47	1	816	11
Ibestad	12	9	1	1	13	10
Harstad	208	8	14	1	222	9
Lyngen	21	8			21	8
Gratangen	6	5			6	5
Bardu	21	5			21	5
Tjeldsund	17	4	3	1	20	5
Narvik	84	4	17	1	101	5
Skjervøy	13	4			13	4
Kvænangen	2	2	3	3	5	4
Senja	43	3	16	1	59	4
Salangen	8	4			8	4
Evenes	5	4	0	0	5	4
Lødingen	6	3	1	0	7	3
Kvæfjord	9	3			9	3
Balsfjord	15	3			15	3
Karlsøy	4	2	1	0	5	2
Sørreisa	5	1			5	1
Målselv	7	1			7	1
Dyrøy	1	1			1	1
Lavangen					0	0
Storfjord					0	0
<b>SUM</b>	<b>1 342</b>	<b>7</b>	<b>119</b>	<b>1</b>	<b>1 461</b>	<b>8</b>

## Bruk av pasienthotell

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



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



## Personal

### Bemanning

#### Månedsværk

Tabell 17 Gjennomsnittlig utbetalte månedsværk

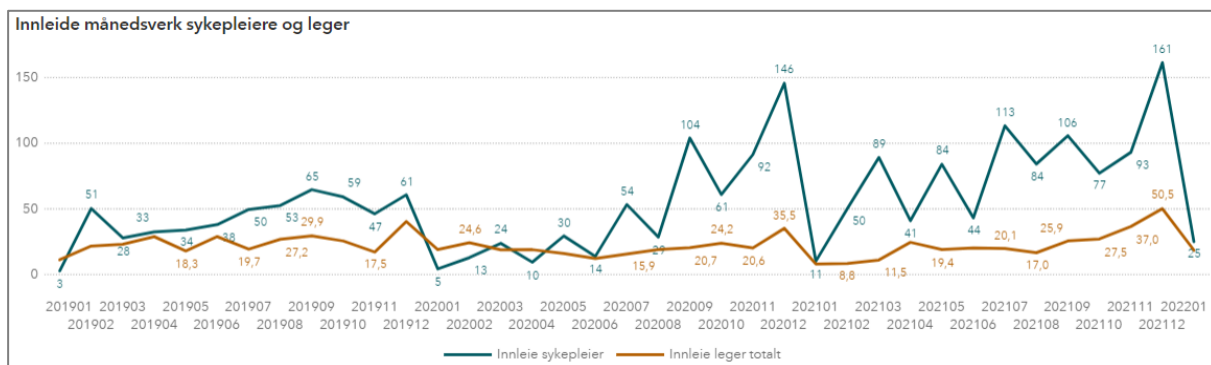
Loennselement ▲	Gj.snitt månedsværk 2019	Gj.snitt månedsværk 2021	Gj.snitt månedsværk 2022	Gj.snitt endring 2019 - 2022	Gj.snitt endring 2021 - 2022
Total	6 415	6 678	6 885	470	207
Etterregulering	20	17	26	6	9
Grunnlønn/basis	5 765	6 012	6 168	403	156
Mertid / timelønn	351	360	362	11	1
Overtid	164	159	217	54	58
UTA	74	83	77	3	-6
Utrykning påvækt	42	46	35	-8	-11

Gjennomsnittlige månedsværk hittil i 2019, 2021 og 2022.

Tabell 18 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/hjelpere	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstillinger	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulanspersonell	11. Forskning
	470,0	87,1	66,2	41,0	41,6	144,2	2,1	16,3	2,9	37,3	18,0	12,5
10 - Akuttmedisinsk klinikk	49,9	4,2	15,9	4,1	-	9,0	-	-	-	-1,5	18,2	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	32,7	11,3	6,0	7,6	-	5,4	2,1	1,0	-	-2,4	-	1,5
13 - Hjerter- og lungeklinikken	90,6	-1,2	7,2	2,8	-0,8	81,1	2,1	1,0	-	-1,6	0,0	-
15 - Medisinsk klinikk	9,0	1,2	6,9	-2,9	-0,9	-1,7	-3,8	10,3	-	0,9	-	-0,9
17 - Barne- og ungdomsklinikken	30,6	1,7	4,7	-0,4	12,5	10,6	-2,4	3,5	-	-0,6	-	1,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0,2	5,8	-11,6	12,9	0,1	-16,7	-5,5	-	-	15,3	0,1	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	92,3	4,9	21,1	13,7	10,7	35,0	7,5	-1,0	-	0,3	-	0,2
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	56,5	7,1	18,0	-1,9	22,1	9,2	-0,0	-	-	1,9	-	0,3
30 - Diagnostisk klinikk	11,1	7,7	3,0	3,8	-	3,3	2,1	-17,6	2,9	7,8	-	-1,9
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	20,1	10,7	-	-	-	-	-	-	-	-1,1	-	10,5
45 - Drifts- og eiendomssenteret	39,9	20,1	0,4	-	-	-	-	-	-	19,4	-	-
48 - Kvalitets- og utviklingscenteret	61,1	19,9	9,3	3,5	-	8,4	-	19,1	-	-1,0	-	1,9
50 - Direktøren	9,9	7,9	-	-	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-
52 - Stabscenteret	-12,1	-10,6	-1,0	-0,3	-	-0,2	-	-	-	-	-	-
62 - Fellesinntekter/-kostnader	-22,3	-3,7	-13,4	-1,8	-3,0	-0,2	-	-	-	-	-0,2	-

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

**Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger**

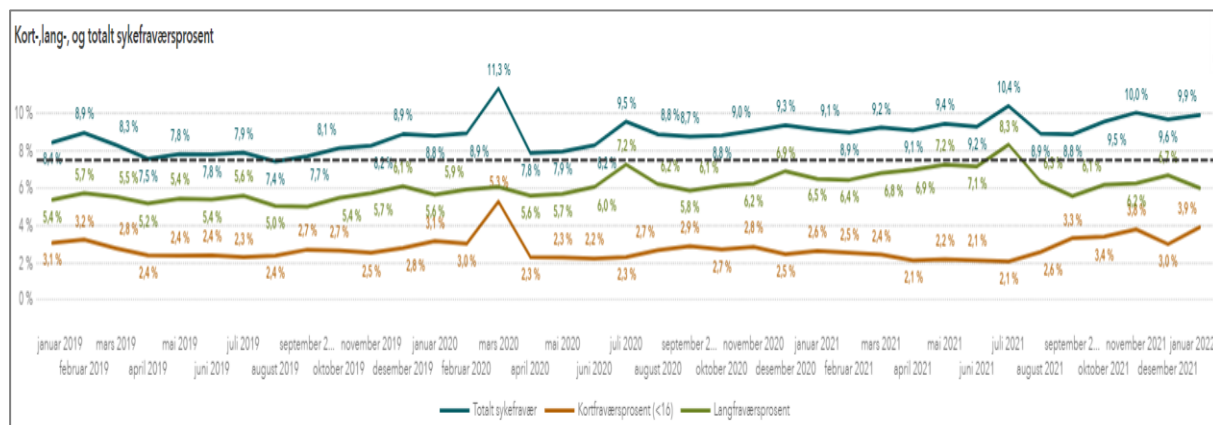
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønnsystem.

**Tabell 19 Innleide månedsverk per klinikk**

Klinikknavn - UNN ▲	2019		2022	
	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)
Total	3,1	11,6	25,3	18,9
10 - Akuttmedisinsk klinikk	-0,1	0,0	1,2	1,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	2,2	1,2	0,2	2,4
13 - Hjerte- og lungeklinikken	0,0	0,0	11,6	0,4
15 - Medisinsk klinikk	0,5	1,5	0,0	2,4
17 - Barne- og ungdomsklinikken	-0,9	0,0	0,0	0,9
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-0,9	2,5	12,5	4,6
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	2,4	1,4	0,0	2,5
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	2,9	0,0	1,0
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	2,2	0,0	3,5

## Sykefravær

Figur 29 Sykefravær



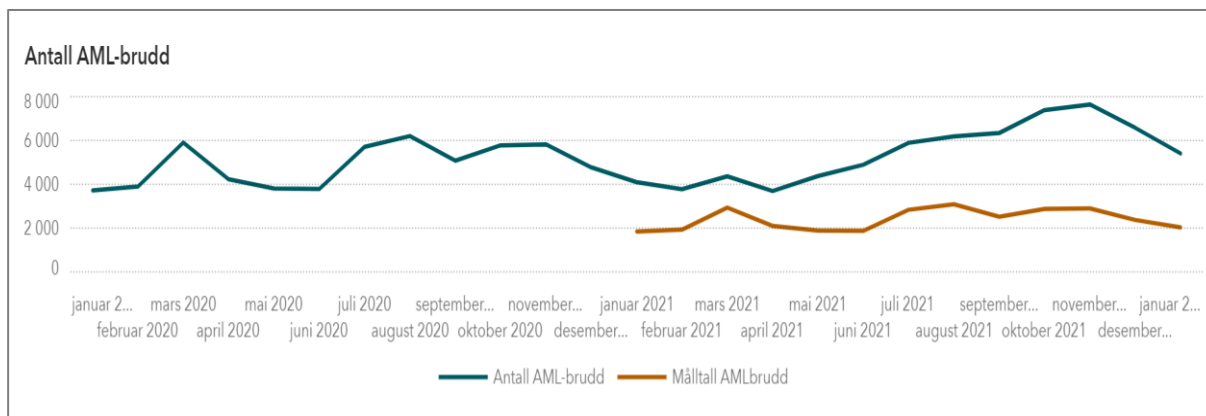
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

Tabell 20 Sykefravær fordelt på klinikk

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

## AML-brudd

**Figur 30 Antall AML-brudd**



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned.

**Tabell 21 AML-brudd per klinikk**

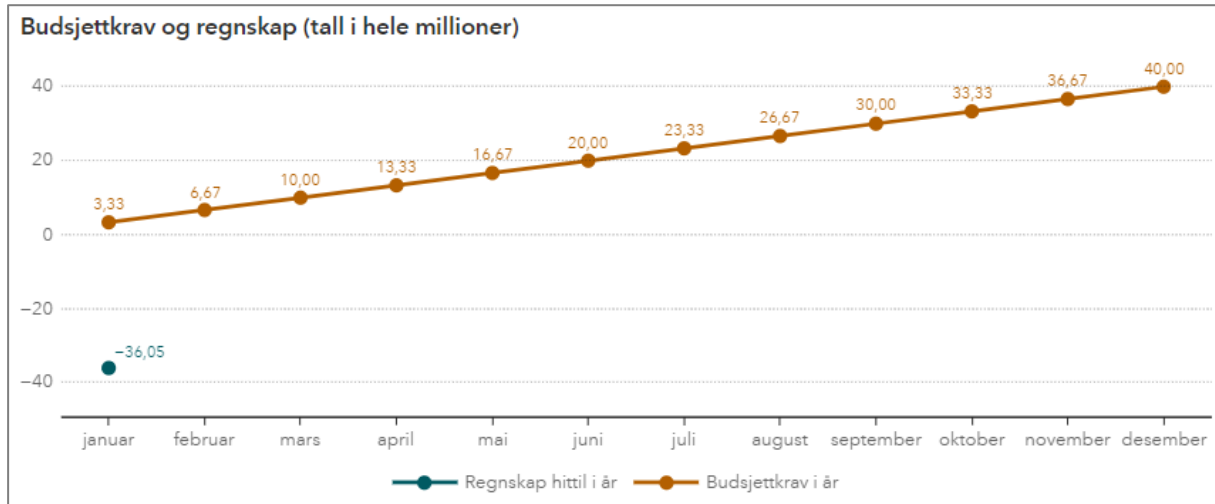
Klinikk - UNN ▲	Antall brudd forrige mnd ▼	Brudd forrige mnd i 2019	Endring i % forrige mnd mot samme mnd 2019
Total	5 410	3 734	44,9 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	1 030	331	211,2 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	975	604	61,4 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	725	668	8,5 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	652	305	113,8 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	615	636	-3,3 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	488	465	4,9 %
15 - Medisinsk klinikk	311	260	19,6 %
30 - Diagnostisk klinikk	282	209	34,9 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	179	119	50,4 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	149	135	10,4 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	4	1	300,0 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	.	1	.

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

## Økonomi

### Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2022



Tabell 22 Resultatregnskap 2022

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Januar				Akkumulert per Januar			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	466,9	466,9	0,0	0 %	466,9	466,9	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	2,6	2,6	0,0	0 %
ISF egne pasienter	150,6	160,3	-9,7	-6 %	150,6	160,3	-9,7	-6 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	16,9	16,0	0,9	5 %	16,9	16,0	0,9	5 %
Gjestepasientinntekter	3,6	3,5	0,1	4 %	3,6	3,5	0,1	4 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	18,8	16,3	2,4	15 %	18,8	16,3	2,4	15 %
Utskrivningsklare pasienter	3,9	2,6	1,3	49 %	3,9	2,6	1,3	49 %
Andre øremerkede tilskudd	25,9	23,4	2,5	11 %	25,9	23,4	2,5	11 %
Andre driftsinntekter	39,0	36,8	2,2	6 %	39,0	36,8	2,2	6 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>728,1</b>	<b>728,5</b>	<b>-0,4</b>	<b>0 %</b>	<b>728,1</b>	<b>728,5</b>	<b>-0,4</b>	<b>0 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	25,4	19,1	6,2	33 %	25,4	19,1	6,2	33 %
Kjøp av private helsetjenester	3,4	5,2	-1,9	-36 %	3,4	5,2	-1,9	-36 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	96,1	85,9	10,2	12 %	96,1	85,9	10,2	12 %
Innleid arbeidskraft	4,2	4,5	-0,3	-8 %	4,2	4,5	-0,3	-8 %
Lønn til fast ansatte	412,5	391,4	21,0	5 %	412,5	391,4	21,0	5 %
Overtid og ekstrahjelp	35,2	18,0	17,2	96 %	35,2	18,0	17,2	96 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	62,1	62,1	0,0	0 %	62,1	62,1	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-33,3	-22,3	-11,0	49 %	-33,3	-22,3	-11,0	49 %
Annen lønnskostnad	34,5	32,1	2,4	7 %	34,5	32,1	2,4	7 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>452,9</b>	<b>423,7</b>	<b>29,3</b>	<b>7 %</b>	<b>452,9</b>	<b>423,7</b>	<b>29,3</b>	<b>7 %</b>
Avskrivninger	27,4	26,2	1,2	5 %	27,4	26,2	1,2	5 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	95,8	101,6	-5,8	-6 %	95,8	101,6	-5,8	-6 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>763,1</b>	<b>723,8</b>	<b>39,4</b>	<b>5 %</b>	<b>763,1</b>	<b>723,8</b>	<b>39,4</b>	<b>5 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-35,0</b>	<b>4,7</b>	<b>-39,7</b>	<b>-847 %</b>	<b>-35,0</b>	<b>4,7</b>	<b>-39,7</b>	<b>-847 %</b>
Finansinntekter	0,4	0,3	0,2		0,4	0,3	0,2	
Finanskostnader	1,4	1,6	-0,2		1,4	1,6	-0,2	
Finansresultat	-1,0	-1,4	0,3		-1,0	-1,4	0,3	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-36,1</b>	<b>3,3</b>	<b>-39,4</b>	<b>-1182 %</b>	<b>-36,1</b>	<b>3,3</b>	<b>-39,4</b>	<b>-1182 %</b>



Tabell 23 Resultatregnskap 2022, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Januar ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Januar ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	466,9	466,9	0,0	466,9	466,9	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	2,6	2,6	0,0
ISF egne pasienter	150,6	160,3	-9,7	150,6	160,3	-9,7
ISF av legemidler utenfor sykehus	16,9	16,0	0,9	16,9	16,0	0,9
Gjestepasientinntekter	3,6	3,5	0,1	3,6	3,5	0,1
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	18,8	16,3	2,4	18,8	16,3	2,4
Utskrivningsklare pasienter	3,9	2,6	1,3	3,9	2,6	1,3
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	39,0	36,8	2,2	39,0	36,8	2,2
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>702,2</b>	<b>705,0</b>	<b>-2,9</b>	<b>702,2</b>	<b>705,0</b>	<b>-2,9</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	25,4	19,1	6,2	25,4	19,1	6,2
Kjøp av private helsetjenester	3,3	5,2	-1,9	3,3	5,2	-1,9
Varekostnader knyttet til aktivitet	95,1	85,0	10,2	95,1	85,0	10,2
Innleid arbeidskraft	4,2	4,5	-0,3	4,2	4,5	-0,3
Lønn til fast ansatte	399,1	379,3	19,7	399,1	379,3	19,7
Overtid og ekstrahjelp	32,1	15,2	16,9	32,1	15,2	16,9
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	58,8	59,1	-0,3	58,8	59,1	-0,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-32,4	-21,5	-10,9	-32,4	-21,5	-10,9
Annen lønnskostnad	32,7	30,5	2,2	32,7	30,5	2,2
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>435,7</b>	<b>408,1</b>	<b>27,6</b>	<b>435,7</b>	<b>408,1</b>	<b>27,6</b>
Avskrivninger	27,4	26,2	1,2	27,4	26,2	1,2
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	91,5	97,7	-6,2	91,5	97,7	-6,2
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>737,2</b>	<b>700,3</b>	<b>36,9</b>	<b>737,2</b>	<b>700,3</b>	<b>36,9</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-35,0</b>	<b>4,7</b>	<b>-39,7</b>	<b>-35,0</b>	<b>4,7</b>	<b>-39,7</b>
Finansinntekter	0,4	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2
Finanskostnader	1,4	1,6	-0,2	1,4	1,6	-0,2
Finansresultat	-1,0	-1,4	0,3	-1,0	-1,4	0,3
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-36,1</b>	<b>3,3</b>	<b>-39,4</b>	<b>-36,1</b>	<b>3,3</b>	<b>-39,4</b>

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

Regnskap per klinikk - tall i mill kr	Januar			Akkumulert per januar		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	47,0	44,5	-2,5	47,0	44,5	-2,5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	23,3	14,4	-8,9	23,3	14,4	-8,9
13 - Hjerte- lungeklinikken	21,8	17,6	-4,1	21,8	17,6	-4,1
15 - Medisinsk klinikk	38,3	29,1	-9,1	38,3	29,1	-9,1
17 - Barne- og ungdomsklinikken	28,1	22,5	-5,7	28,1	22,5	-5,7
18 - Operasjons- og intensivklinikken	71,5	64,1	-7,4	71,5	64,1	-7,4
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	26,5	23,6	-2,9	26,5	23,6	-2,9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	69,8	66,2	-3,5	69,8	66,2	-3,5
30 - Diagnostisk klinikk	53,8	53,3	-0,5	53,8	53,3	-0,5
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,2	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	42,0	42,9	0,9	42,0	42,9	0,9
46 - Fag- og Kvalitetssenteret	1,7	1,9	0,2	1,7	1,9	0,2
48 - Kvalitets- og Utviklingssenteret	3,3	4,4	1,1	3,3	4,4	1,1
49 - Senter For E-Helse, Samhandling og Innovasjon	9,8	10,2	0,4	9,8	10,2	0,4
50 - Direktøren	2,8	3,0	0,2	2,8	3,0	0,2
51 - Personal- og Organisasjonssenteret	5,0	4,9	-0,1	5,0	4,9	-0,1
53 - Kommunikasjons- og Kultursenteret	0,9	1,0	0,1	0,9	1,0	0,1
55 - Økonomi- og Analysesenteret	6,2	6,0	-0,2	6,2	6,0	-0,2
62 - Felles	-415,9	-413,2	2,7	-415,9	-413,2	2,7
<b>Totalt</b>	<b>-36,1</b>	<b>3,3</b>	<b>-39,4</b>	<b>-36,1</b>	<b>3,3</b>	<b>-39,4</b>

## Prognose

UNN har en prognose om et budsjettavvik på kr 0,- for 2022, det vil si at en oppnår Helse Nord RHF sitt resultatkrav.

## Rapportering innsatsområder pasientsikkerhet 3. tertial 2021 til KVR

Plan for videre arbeid med pasientsikkerhet etter avslutning av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ble vedtatt i Kvalitetsutvalget 19/03-2019. Her ønskes fortsatt tertialvise rapporter om innsatsområdene.

**Pasientsikkerhetsvisitter:** Høsten 2020 startet adm.direktør med pasientvisitter. Dette er en strukturert samtale om pasientsikkerheten ved enheten mellom administrerende direktør eller viseadministrerende direktør og en tverrfaglig gruppe på 3-5 medarbeidere som arbeider pasientnært. Siden starten er det gått 28 pasientsikkerhetsvisitter. Det er besøkt enheter både innenfor somatikk og psykisk helsevern i Tromsø, Harstad og Narvik. Identifiserte bevarings- og forbedringsområder arbeides videre med innenfor Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper og -utvalg. Klinikksjefene presenterer oppfølgingsarbeid i egen klinikk for Kvalitetsutvalget. Nye visitter er planlagt og visittene vil bli evaluert i 2022.

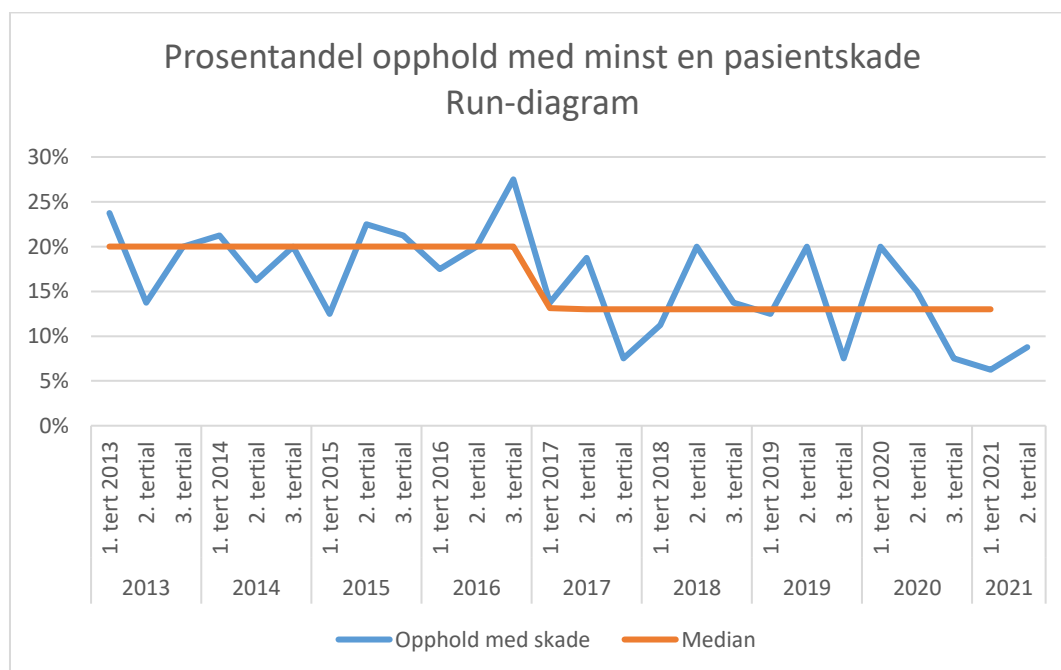
**Legemiddelsamstemming:** Andel legemiddellister samstemt ved innleggelse for 2021 var 33,6 %. Dette tallet speiler nok ikke hvor mange legemiddellister som er samstemt, men i hvilken grad det kodes korrekt i Dips. Registrering av andel samstemt vil bedre seg når elektronisk kurve (MetaVision) tas i bruk.

Somatisk virksomhet:

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

Grafen viser utvikling i pasientopphold med skade fra 2013 -2. tertial 2021. Andel opphold med minst en pasientskade var 14,2 % for hele 2020. Median andel innleggelses med pasientskader var 20% i perioden 2013-2016 og 13% i perioden 2017-2021.

Figur 1. Andel opphold med minst en pasientskade ved UNN fra 2013 til 2020.



GTT antyder færre pasientskader per opphold ved UNN i 2017-2021 sammenlignet med 2013-2016. Det observeres færre legemiddelrelaterte skader og infeksjoner. Dette

sammenfaller tidsmessig med UNNs satsning på legemiddelsamstemming og smittevernvisitter.

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

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

#### Psykisk helse og rusklubben:

Psykisk helse- og rusklubben kjører to årlige læringsnettverkssamlinger, hvor enheter fokuserer på det de opplever er deres viktigste forbedringsområder innen pasientsikkerhet. Dette systematiske arbeidet ledes av fagutviklingsenheten ved klubben og gjelder også poliklinikkene. Det avholdes telematikk-møter mellom samlingene hvor fremdrift følges opp og diskuteres. Enhetene rapporterer om en hel rekke ulike kvalitets- og pasientsikkerhetsprosjekter.



## STYRESAK

Styresak:	14/2022
Møtedato:	24.02.2022
Arkivsak:	2022/37-2
Saksbehandler:	Lars Øverås

## Investering i ny CT maskin

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner investering av ny CT maskin til 19 mill. kroner.

### Bakgrunn

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

### Formål

Erstatte gammelt utstyr med gjentatte driftsstanser.

### Saksutredning

De to CT-maskinene i Tromsø er henholdsvis 9 og 10 år. Det oppleves gjentatte driftsstanser på utstyret som benyttes 24/7 til øyeblikkelig hjelp og innlagte pasienter. Uforutsette driftsstanser under undersøkelser er svært uheldig for pasienter og belastende for ansatte. Det er foreslått å gjøre om lab 7/8-arealet slik det er i dag til én CT-lab med tilhørende forberedelsesrom for CT / MR.

Behovet for et slikt rom har vært meldt i årevis, og vil lette trykket på lab vesentlig ved at man for eksempel kan innlede og avslutte anestesi i dette rommet, og ikke inne på CT-laben. Det vil da bli behov for nytt areal til den andre CT'en, og her foreslår vi areal B3-601 og B3-604. Denne laben vil være i 24/7-drift, og primært brukes til øyeblikkelig hjelp/innlagte

pasienter og i vaktssammenheng. Arealet ligger nært lab 1, som også brukes 24/7 og vil derfor være gunstig på vakt.

Det vil få store konsekvenser for pasientene og driften dersom vi ikke kan starte planlegging og innkjøp før kassasjonsrapport foreligger.

Da de maskinene som kan være aktuelle er noe større enn flash-CTene vi har på lab 7 og 8 i dag, vil det kreves noe ombygging på begge labene ved innkjøp.

Investeringskostnaden vil være 19 mill. kroner, hvor CT-maskinen koster 16 mill. kroner og ombygging vil koste 3 mill. kroner. Ombygningskostnaden vil gjelde for denne CT-maskinen og involverer ikke eventuell ombygging til bytte av den andre CT-maskinen i Tromsø.

Ved innkjøp inngås samtidig opsjon på to nye CT, en til Tromsø og en til Harstad.

## Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 6. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

## Vurdering

Investeringen av ny CT-maskin med tilhørende utbygging følger av utdatert utstyr. Investeringen er på 19 mill. kroner. Utstyret er nødvendig for normal drift og investeringen anbefales.

Tromsø, 11.02.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

Vedlegg 1 - Tilstand CT-lab-7

Vedlegg 2 - Tilstand CT-lab-8

## Tilstandsrapport

<b>Reg.nr</b>	16717	<b>Anlegg ID</b>			
<b>Anlegg navn</b>					
<b>Utstyrsgruppe</b>	CT-system, gantry				
<b>Fabrikat</b>	Siemens	<b>Kode 1</b>	10619-ZZZZ4		
<b>Handelsnavn</b>	Flash	<b>Serienr</b>	73685		
<b>Modell</b>	Somatom Flash				
<b>Eier</b>	Fellesfunksjoner og avskrivinger Røntgen avd. ; Røntgen avdeling ; Diagnostisk klinikk ; UNN ; UNN HF ; Helse Nord RHF				
<b>Plassering</b>	Fellesfunksjoner og avskrivinger Røntgen avd. ; Røntgen avdeling ; Diagnostisk klinikk ; UNN ; UNN HF ; Helse Nord RHF				
<b>Rom/lab</b>	Rtg B6				
<b>Servicefirma</b>	Siemens AS				
<b>Opprinnelig leverandør</b>	Siemens AS				
<b>Nåv. leverandør</b>	Siemens AS				
<b>Adresse</b>	Postboks 1, Alnabru	<b>Telefon</b>	07432		
	0613	Oslo			
<b>Innkjøpspris (NOK)</b>	10 000 000,00	<b>Innkjøpsdato</b>	18.04.2013	<b>Siste PV</b>	28.05.2021
<b>Gjenansk. pris (NOK)</b>		<b>Innkjøpsnr.</b>		<b>Neste PV</b>	
<b>Service tjeneste (NOK)</b>	2 368 009,00	<b>Garanti t.o.m</b>	18.04.2015	<b>Risikograd</b>	30
<b>Serviceleder (NOK)</b>	0,00	<b>Status</b>	Aktiv	<b>Dato</b>	11.10.2021
<b>Tilstand</b>			<b>Tilstand dato</b>		
<b>Kommentar</b>			<b>Signatur</b>		

CT'en er snart 9 år gammel. Denne CT har en del spesialfunksjoner som bl.a. gjennomlysning. Det betyr at kritiske og langvarige undersøkelser som biopsier og ablasjoner blir utført her. Dette er nok med på å skape et bilde av at det er mer feil på denne maskinen enn på CT-lab-8. Feil som oppstår når slike prosedyrer utføres er alltid kritisk og oppleves derfor som svært uheldige. Og det har vært noen slike hendelser. Vi har mistanke til at selve ablasjogeneratoren kan ha vært med å på å skape noen av uregelmessighetene, uten å kunne si det sikkert. Likevel ser det ikke ut for å ha vært flere feil og driftsstans på denne maskinen enn på CT-lab-8. Det er registrert ca. 300 timer totalt, og det gir ca. 35 timer/år. Det blir omtrent det samme som for CT-lab-8, når vi ser bort fra at den har en god del vaktuttrykk registrert på seg, som nødvendigvis ikke har vært alvorlige feil. Vi regner levetiden for denne type CT til 10 år. Det betyr at når det startes innkjøpsarbeide for utskifting av CT-lab-8 bør man få inn denne som opsjon. Vedlegger vedlikeholdshistorikk.

---

## Tilstandsrapport

<b>Reg.nr</b>	16340	<b>Anlegg ID</b>			
<b>Anlegg navn</b>					
<b>Utstyrsgruppe</b>	CT-system, gantry				
<b>Fabrikat</b>	Siemens	<b>Kode 1</b>	10619-ZZZZ4		
<b>Handelsnavn</b>	Flash	<b>Serienr</b>	0		
<b>Modell</b>	Somatom Flash				
<b>Eier</b>	Fellesfunksjoner og avskrivinger Røntgen avd. ; Røntgen avdeling ; Diagnostisk klinikk ; UNN ; UNN HF ; Helse Nord RHF				
<b>Plassering</b>	Fellesfunksjoner og avskrivinger Røntgen avd. ; Røntgen avdeling ; Diagnostisk klinikk ; UNN ; UNN HF ; Helse Nord RHF				
<b>Rom/lab</b>	Rtg-lab-08				
<b>Servicefirma</b>	Siemens AS				
<b>Opprinnelig leverandør</b>	Siemens AS				
<b>Nåv. leverandør</b>	Siemens AS				
<b>Adresse</b>	Postboks 1, Alnabru	<b>Telefon</b>	07432		
	0613	Oslo			
<b>Innkjøpspris (NOK)</b>	10 100 000,00	<b>Innkjøpsdato</b>	20.06.2012	<b>Siste PV</b>	11.10.2021
<b>Gjenansk. pris (NOK)</b>		<b>Innkjøpsnr.</b>		<b>Neste PV</b>	11.10.2022
<b>Service tjeneste (NOK)</b>	2 437 759,00	<b>Garanti t.o.m</b>	20.06.2014	<b>Risikograd</b>	30
<b>Serviceleder (NOK)</b>	4 219 500,00	<b>Status</b>	Aktiv	<b>Dato</b>	11.10.2021

**Tilstand**

**Tilstand dato**

**Kommentar**

CT'en er snart 10 år gammel. Er normalt førstevalget som akutt CT på kveld og natt. Det betyr at den er i bruk hele døgnet, hver uke, hele året. Det er nok med å forklare det relativt sett høye antall timer som er registrert på uregelmessigheter og driftsstans på denne CT. Det er registrert ca. 400 timer siden apparatet var nytt. Inkludert i dette er også planlagt vedlikehold. Det blir i underkant av 40 timer/år. En god del av disse timene er vaktuttrykk fra Mta på kveldstid, som nødvendigvis ikke har avdekket større og mer alvorlige feil. Vedlegger vedlikeholdshistorikk. Vi regner levetiden på denne typen CT til 10 år, og det betyr at vi bør begynne en planlagt utskifting allerede nå, for å komme i mål.

**Signatur**





## STYRESAK

Styresak:	15/2022
Møtedato:	24.02.2022
Arkivsak:	2020/70-7
Saksbehandler:	Tor-Arne Hanssen

## Tertialrapport 3, 2021 for byggeprosjekter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.12.2021 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.

### Bakgrunn

I denne styresaken legges det frem et sammendrag av tertialrapportene for 3. tertial 2021 for utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Styret ble sist orientert om byggeprosjektene i styresak 78/2021 *Tertialrapport 2, 2021 for byggeprosjekter ved UNN*.

UNNs kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og lagspill. Tertialvis rapportering til styret bidrar til å gi styret *trygghet* for at prosjektet gjennomføres i tråd med vedtak.

Rapporteringen gir styret mulighet til å fatte vedtak om korrigerende tiltak i tilfeller hvor det er adekvat. Slik virksomhetsstyring skal bidra til økt *kvalitet* i gjennomføring av krevende prosjekt.

### Saksutredning

Rapporten omfatter prosjektene *PET-senter UNN Tromsø*, *Nye UNN Narvik (NUN)*, *Nybygg psykisk helse og rusbehandling Tromsø (PHR)*, *Renovering kjøkken UNN Breivika* og *Hybridstuer UNN Breivika*. Saksfremlegget er sammenfallende med tilsvarende orienteringssak til styret i Helse Nord RHF (Helse Nord).

	Kjøkken Breivika	PET senter	Nye UNN Narvik
OU status	I henhold til plan		I henhold til plan
HMS	Ingen hendelser H=0		Ingen hendelser H=0
Prognose økonomiavvik	Økt ramme vedtatt i UNN		0
Framdrift	Forsert plan	Valideringsprosess er forsinket	På plan
Planlagt ferdigstillelse	Sept 2022	10.04.2018	2023
Investeringsramme	87,0 mill. kr	567,9 mill. kr	2679 mill. kr*
Ramme inneværende år	30 mill. kr		471 mill. kr
Sum investert hittil 2021	2,3 mill. kr		358,8 mill. kr
Sum investert totalt	2,6 mill. kr	559,0 mill. kr	786,6 mill. kr
	Konseptfase PHR Tromsø	Hybrid stuer Breivika	
OU status		Pågår	
HMS	Ikke aktuell, kun planlegging	Ingen hendelser H=0	
Prognose økonomiavvik	Økte kostnader	Økt ramme vedtatt i UNN	
Framdrift	12 mnd forsinkelse	Ny framdrift utarbeides Ferdigstilles 2023	
Planlagt ferdigstillelse	Konseptrapport Okt 2021	Sept 2022	
Investeringsramme	27 mill. kr	72,0 mill. kr	
Ramme inneværende år	13 mill. kr	53 mill. kr	
Sum investert hittil 2021	9,8 mill. kr	2,4 mill. kr	
Sum investert totalt	9,8 mill. kr	4,4 mill. kr	

Tabell 1 – Nøkkeltall for byggeprosjektene ved UNN

\* eks sykehusapotek

### Nye UNN Narvik (NUN)

Prosjektet har i løpet av høsten kommet godt i gang med bygging. Grunn og fundamenter er ferdige, og fasadeelementer er fullført i fløy C og påstartet i fløy E og A. Framdriften på siste del av prosjektering og bygging er i tråd med plan. I januar 2022 starter innvendige arbeider i første fløy.

Arbeidene pågår uten skader på personell, men en bygningsarbeider er bortvist fra arbeidsplass på grunn av gjentatte episoder med manglende bruk av pålagt verne- og sikringsutstyr. Det har vært sporadiske tilfeller av koronasmitte hos entreprenør, uten at

dette har påvirket framdriften. Innkjøp av byggherrens anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr og inventar er startet i perioden, og foregår i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF. Der det er hensiktsmessig er arbeidet koordinert med Finnmarkssykehusets innkjøp til Nye Hammerfest sykehus. UNN har undertegnet kontrakt med Statkraft om erverv av ekstra tomteareal for parkering.

Prosjektledelsens vurdering av risiko for resultatmålene er knyttet til økonomi og innkjøp av utstyr. Økonomien i prosjektet er under press på grunn av prisøkninger på medisinsk teknisk utstyr og usikkerheter omkring pris på ambulansestasjon og parkeringsløsning. I høst ble det gjennomført en større usikkerhetsanalyse av prosjektet som peker på risiko for måloppnåelsen innenfor styringsrammen på P50. Prosjektstyret har derfor valgt å flagge økonomien gul fram til det foreligger avklaringer omkring ambulansestasjon og parkering, men vurderer det fortsatt som overveiende sannsynlig å levere prosjektet innenfor styringsrammen.

### **Organisasjonsutviklingsprosjektet Nye UNN Narvik**

I rapporteringen fra OU prosjektet er det ingen varsellys i forhold til måloppnåelse. Det har i perioden blitt sett på risiko i forhold til måloppnåelse, og laget en detaljert matrise over kompenserende og risikoreduserende tiltak. Det er iverksatt en egen oppfølgingsplan for å sikre måloppnåelsen. Alle delprosjekter vil være oppstartet i første eller andre kvartal 2022, og påregnes avsluttet i løpet av 2023.

Det pågår et utstrakt samarbeid med Narvik kommune om drift og avtaler som skal regulere framtidig samhandling og tjenesteavtaler. For å sikre lederforankring av arbeidet er det etablert fast møtepunkt på eiernivå med Narvik kommune.

I samarbeid med kommunikasjonsavdelingen er det startet et arbeid med revisjon av kommunikasjonsplan og vitalisering av det generelle informasjonsarbeidet.

Det er ansatt en egen brukerkoordinator som skal sørge for riktig brukerinvolvering i de kommende prosessene i bygge- og OU-prosjektet der brukermedvirkning er ønskelig.

Brukerkoordinator skal også bidra med informasjon til Brukerutvalget ved UNN.

Det er startet opp arbeid sammen med Senter for e-helse, samhandling og innovasjon (ESI) med tanke på digitalisering av arbeidshverdagen i det nye sykehuset (digital transformasjon). Hvordan dette arbeidet skal organiseres og omfang må avklares i perioden.

*Framdriftsplan for delprosjekter OU/ NUN, fase 3*

Delprosjekter OU/ NUN, fase 3	2021				2022				2023		2024	2025
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.		
DP 06: Framtidig drift av poliklinikk for PHV og TSB												
DP 07: Framtidig drift av akutt- og observasjonssenger PHV og TSB												
DP 08: Framtidig drift av somatisk poliklinikk, dialyse og høresenteral												
DP 09: Samordning av servicefunksjoner												
DP 10: Legemiddelkvalitet												
DP 11: Felles prosjekt for OU/ Helsehuset og OU/ NUN												
DP 12: Felles akuttinntak og legevakt												

PHV - psykisk helsevern, TSB - tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### PET-senter valideringsprosess

Sykehusapoteket Nord HF (SANO) og UNN kom til enighet om virksomhetsoverdragelse 25.03.2021 med påfølgende støttende vedtak i styrene for SANO og UNN, henholdsvis 26. april og 16. juni. Arbeidet med virksomhetsoverdragelsen har vært delt i to hovedløp:

- 1) Organisasjonsutvikling (OU-prosess)
- 2) Konsekvensanalyse

OU-prosessen ble ferdigstilt og vedtatt av styringsgruppen 23.06.2021. Arbeidet med konsekvensanalysen og tilbud om endelige arbeidsavtaler for de berørte medarbeiderne kom på plass medio oktober 2021, og virksomhetsoverdragelsen ble gjennomført 01.11.2021. To av de berørte sentrale medarbeidere fulgte ikke med virksomheten over til UNN. Behovet for ny rekruttering og en tilstrekkelig opplæringsperiode, som også legger beslag på øvrig nøkkelpersonell, medfører en forsinkelse på oppstart av prosessvalidering. Etter ny revidering av milepælsplanen vil prosessvalidering starte i mars 2022. Dersom prosessvalideringen går som planlagt, vil virksomheten være klar for tilsyn fra Statens legemiddelverk i mai måned. Statens legemiddelverk har meddelt at de har satt av uke 19 (9. – 13. mai) for tilsyn av PET-senteret. Når egenproduksjon av radiofarmaka kan starte, er avhengig av hvor lang tid det vil ta å lukke eventuelle avvik som kommer etter tilsynet.

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

I tredje tertial har det vært fokusert på å avklare bestillinger gitt i styrevedtak våren 2021. Det har vært planlagt hvilke leveranser som skal være resultat av prosessen, hvilken medvirkning som var nødvendig, samt fysisk gjennomføring. Det har blitt organisert en overordnet, bredt sammensatt medvirkningsgruppe som har vurdert tre alternative

løsninger for nybygg, og som har sammenfattet sine faglige vurderinger av alternativene. Siste møte i denne serien ble gjennomført 14.01.2022, og det er utarbeidet en samlet rapport der de faglige vurderinger av alternativene beskrives systematisk.

Det har vært arbeidet med risiko- og sårbarhetsanalyser av tomtealternativene. Arkitektene har bearbeidet alternativene til lik detaljeringsgrad, og det har blitt gjennomført vurderinger av mulige tomtevalg for sikkerhetspsykiatri i Breivika. Her har prosjektet funnet tomt nord for UNN Breivika tilhørende Universitetet i Tromsø (UiT) som best egnet, og har utarbeidet intensjonsavtale med UiT om overdragelse av tomten hvis det blir aktuelt.

Andre prosesser som har pågått i perioden er driftsøkonomiske sammenlikninger, innhenting av beslutningserfaringer fra sammenliknbare prosjekter i Norge, utforming av miljøprogram for byggeprosjektet, og arealvurderinger av alternativene.

Kommende periode vil være hektisk og fokusert mot ferdigstilling av rapporter, høringsrunde og forberedelse fram mot styrebeslutning om plassering.

### **Hybrid operasjonsstue Breivika**

Som omtalt i forrige tertialrapport har prosjektet hatt behov for økt ramme. Styret i UNN vedtok i desember 2021 i sak 93-2021 å sette av 17 mill. kroner ekstra av egen investeringsramme i 2023 for fullfinansiering av 1 hybridstue innenfor en totalramme på 72 mill. kroner. Denne beslutningen har gitt nødvendige avklaringer for å restarte arbeidet med organisatoriske avklaringer, og oppstart av prosjektering for byggeprosjektet. Prosessen med økonomiske avklaringer har medført forsinkelser i prosjekter, og prosjektledelsen vil legge fram en revidert framdriftsplan i løpet av første tertial.

### **Renovering kjøkken Breivika**

Styret i UNN vedtok i sak 8/2020 å totalrenovere kjøkkenet i Breivika med en kostnadsramme på 65 mill. kroner. I sak 93-2021 vedtok styret i UNN økt ramme på 22 mill. kroner i 2022 for å finansiere byggingen.

De tilbudene som UNN mottok på gjennomføring av byggeprosjektet lå langt over budsjett, og satte prosjektgjennomføringen i stor risiko. Det ble iverksatt prosesser med kuttliste samt overordnet gjennomgang av prosjektet for å se på alle mulige kostnadskutt. Gitt alle kostnadskutt og det økonomisk mest fordelaktige tilbud, lå totalkostnaden for prosjektet 22 mill. kroner over rammen. Den største medvirkende faktor til denne kostnadsøkningen er markedssituasjonen som de seneste 2 til 3 år har hatt en ekstrem kostnadsøkning på alle byggevarer.

Med vedtak om finansiering er det inngått gjennomføringsavtale med PEAB Bjørn Bygg som starter oppdraget 07.02.2022. Entreprenøren har satt en effektiv gjennomføringsplan med ferdigstilling på 6 måneder, inkludert 1 måneds prøvedrift. Prosjektet forventes ferdigstilt i begynnelsen av september.

## Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innsjutt i egne møter i uke 6. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

## Vurdering

Prosjektet Nye UNN Narvik er godt i gang med gjennomføringsfasen, og arbeidet går i henhold til planer, framdrift og HMS. Økonomien er under press på grunn av prisøkninger på medisinsk teknisk utstyr, men har nødvendige sikkerhetsmarginer til å levere prosjektet innenfor P50 styringsrammen. OU arbeidet har godt moment og vurderes som under kontroll.

Prosjekt for nybygg Psykisk helse- og rusbehandling Tromsø har hatt fokus på alternativutredning for å legge fram sak til beslutning om plassering av bygget til styret i UNN og Helse Nord i løpet av mars og april 2022. Det har vært en hektisk periode med forsinkelser på grunn av koronapandemien. Prosjektledelsen har likevel klart å følge overordnet plan, og vil legge fram beslutningssak for UNN styret som planlagt.

Omorganisering av PET-senteret og virksomhetsoverdragelse er ferdigstilt. Fokus er nå forberedelse til valideringsbesøk fra Statens legemiddelverk som er planlagt medio mai.

Det er signert kontrakt med entreprenør for renovering av kjøkkenet ved UNN Breivika. Arbeidet starter 7. februar og har en planlagt varighet på 6 måneder. Matproduksjon vil i denne perioden foregå på Åsgård. Kantinen i Breivika vil være åpen med et noe redusert tilbud.

Hybridstue-prosjektet har fått nødvendige avklaringer omkring omfang og økonomi og vil restarte planlegging i kommende periode. Prosjektet er blitt forsinket og ny framdriftsplan vil bli utarbeidet.

Tromsø, 11.02.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Tertialrapport 3 Nye UNN Narvik



## Nye UNN Narvik

### TERTIALRAPPORT

### 3. tertial 2021

Kuttdato: 31.12.2021

Dato: 14.01.2022

Åge Rødde  
Prosjektleder





## Innhold

1	SAMMENDRAG.....	3
1.1	Prosjektledelsens oppsummering til styringsgruppen for gjeldende periode..	3
1.2	Koordinering og samhandling.....	3
1.3	Viktigste aktiviteter i kommende periode.....	4
2	Resultatmål.....	5
2.1	Resultatmål.....	5
2.2	Effekt mål.....	6
2.3	Overordnede krav.....	7
2.4	Suksessfaktorer.....	8
3	HMS.....	9
3.1	Planlagte og gjennomførte HMS aktiviteter.....	9
3.2	Vernetiltak: Antall vernerunder, Sikker Jobb Analyse (SJA) og Rapportering av Uønskede Hendelser (RUH), Farlige forhold.....	10
3.3	Personskader siste periode og skader på materiell.....	11
3.4	Seriøsitet.....	12
4	KVALITET.....	12
4.1	Kvalitetsarbeid.....	12
4.2	Avviksoppfølging.....	13
5	PROSJEKTERING.....	13
5.1	Prosjektering - Funksjonalitet.....	13
5.2	Prosjektering - Bygg.....	14
5.3	Prosjektering - Teknikk.....	15
5.4	Prosjektering - IKT.....	15
5.5	Prosjektering - Utstyr/ Inventar.....	16
5.6	Prosjektering - Utomhus.....	16
6	PROSJEKTSTYRING.....	17
6.1	Plan og fremdrift.....	17
6.2	Økonomi.....	18
6.3	Risiko- og mulighetsbilde.....	19
7	MYNDIGHETSFORHOLD.....	22
8	KUNST.....	22
9	ANNET.....	22





## 1 SAMMENDRAG

### 1.1 Prosjektledelsens oppsummering til styringsgruppen for gjeldende periode

Prosjektet følger omforent fremdriftsplan både for prosjektering og byggefase.

HMS: H-verdi: 0.

Prosjektet har hatt en alvorlig hendelse knyttet til arbeid i høyden. Dette har medført permanent bortvisning fra byggeplass for aktuelle person. (se kap. 3.2 for ytterligere detaljer).

I perioden er grunnarbeidene tilhørende bygget ferdigstilt for sykehuset, veiforbindelse fra tunell til akuttmottak er opparbeidet og rassikret og fungerer som transportvei for fasadeelementer. Fasadeelementer og bæresystem med hulldekker er ferdig montert for fløy C, og påstartet for fløy E, A. Det har pågått mye

Korona: I perioden har prosjektet hatt noen få tilfeller, som ikke har påvirket fremdrift for prosjektering og bygging. Det har vært opprettholdt og benyttet rutinene som ble innført i gul sone i størsteparten av perioden.

Økonomi: Alle prisforespørsler som var knyttet til Funksjonsprosjektet er nå avklart og bestilt. Dette inkluderer resterende kontorplasser i 4. etg fløy B, ekstra lagerkapasitet, forrom etc. Det henvises til vedlegget for en presentasjon av status på reserver og en oppstilling av kostnader i henhold til Finansdepartementets veileder nr. 2 - Felles begrepsapparat KS 2.

### 1.2 Koordinering og samhandling

Store deler av møtevirksomhet og samhandling for detaljprosjektering har i perioden vært gjennomført via videomøter. Det er avholdt noen fysiske møter med HENT ifbm. kalkylegjennomgang og omtvistede saker for både Sykehuset og Helsehuset.

Byggherremøter gjennomføres nå i felles møterom på Furumoen, det er kun vært to samlinger av prosjekteringsgruppen i Sandvika i hele perioden grunnet korona.

Felles byggherreorganisasjon mellom Narvik kommune, UNN og Sykehusbygg følger fastsatt møteplan.

Felles anskaffelser, og innkjøp følger fastsatt plan.

På samhandlingsnivå 1 pågår KBS-møter pr. mnd. for koordinering, beslutning og samhandling mellom Narvik kommune og UNN. Videre pågår felles tavlemøter på



samhandlingsnivå 2 hver 14. dag for koordinering mellom byggeprosjektet og organisasjonsutviklingen i både UNN og Narvik kommune.

På samhandlingsnivå 3 pågår ukentlige KMP/KMI-møter for å koordinere medvirkningen og prosjekteringen av byggeprosjektet inkludert sykehusplanleggerne.

Det pågår utarbeidelse av felles driftsavtale(r) for UNN og Narvik kommune.

Kontraktsmøter og byggherremøter med HENT avholdes en gang per måned. Byggherremøter avholdes hver andre uke, og ledes fra byggeplass.

For helsehuset har det i perioden pågått slutføring av funksjonsprosjekt, og avklaringer rundt fastinventar. Det er også startet opp detaljprosjektering, samt godkjenning av produktvalg.

### 1.3 Viktigste aktiviteter i kommende periode









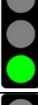

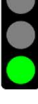





- Delta i vernerunder og utføre kvalitetskontroll i prosjektering og bygging.
- Følge opp avtalt plan for Byggherre anskaffelser, gjennomføre medvirkning og avklaringer med leverandører.
- Arbeide med kalkulasjon for sykehuset og helsehuset, slik at prosjektet får avklart endringer etter funksjonsprosjektet for helsehuset, samt kostnader i fastinventar justeringer for sykehuset og helsehuset.
- Delta i TFK (tverrfaglig kontroll) av arbeidsgrunnlag for Fløy B og D, samt helsehuset.
- Avklare grensesnitts oppfølging, samt oppfølging av grensesnitts register. da spesielt for BH anskaffet utstyr.
- Det vil i kommende periode gjennomføres en usikkerhetsanalyse og budsjettrevisjon av helsehusets økonomi.
- Avslutte produktgodkjenninger Sykehuset, utføre produktgodkjenninger i helsehuset.
- Avslutte funksjonsprosjektet for Ambulansestasjon, og fremlegge dette for prosjektstyre.
- Påstartet utarbeidelse av faseplaner, ansvar og aktiviteter for slutfasen (bruker opplæring, prøvedrift totaltester inkl. klinisk utstyr etc.) i prosjektet.
- Slutføre skiltprosjektet for sykehuset og helsehuset.
- Gjennomføre usikkerhetsanalyse, og avklare økonomiske reserver for helsehuset.
- Jobbe videre med løsning for flateparkering.
- Byggherren skal utarbeide en kontrollplan for sykehus og helsehus.
- Arbeide med driftsavtaler for samarbeid mellom UNN og Narvik Kommune.



## 2 Resultatmål

### 2.1 Resultatmål

#### Resultatmål Sykehuset

Resultatmål bygg	Beskrivelse	Nåværende vurdering	Forrige vurdering
Byggekostnad skal være innenfor P50 rammen på 2,679 mrd kroner	P85 reserven forutsettes ikke utløst.		
Byggeprosjektet skal gjennomføres i tråd med prosjektets SHA plan, slik at alvorlige arbeidsuhell som fører til personskade unngås.	Prosjektets H-verdi skal være 0 ved gjennomført byggeperiode.		
Nye UNN Narvik skal være ferdigstilt, testet og klart til ibruktakelse 30. juni 2024	Bygget er ferdigstilt fra entreprenør, all FDV informasjon er levert og bygget er ferdig testet og klart til full klinisk drift.		
Byggets omfang og kvalitet skal minimum være lik forprosjektets målbeskrivelse.	Det forutsettes at prosjektet leverer den funksjonalitet som er beskrevet i forprosjektrapporten.		
Prosjektets miljøplan skal gjennomføres i byggeperioden	12 mnd: Det skal være målbare reduksjon av energi, CO2, og kostnader per behandlet pasient		
Prosjektets IKT plan skal være gjennomført	6 mnd: IKT løsninger skal fungere for å optimalisere undervisning og være plattform for framtidsrettede løsninger		
Innkjøp av medisinsk teknisk utstyr innkjøp skal gjennomføres innenfor budsjettammen og sørge for funksjonelt utstyr og opplæring innen innflytting.	12 mnd: Ansatte skal oppleve redusert stress i arbeidshverdagen, tilgang til nødvendig MTU og gjenkjennbare strukturer i forskjellige deler av sykehuset		
Prosjektets gjennomføring av interiør og merking skal sørge for at pasienter opplever sykehuset som imøtekommende og enkelt å finne fram i.	3 mnd: Pasienter skal oppleve det lettfattelig å finne fram til sitt behandlingssted i sykehuset uten hjelp fra ansatte		



Kommentar sykehuset på grunn av gul vurdering:

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

Det er knyttet økt risiko til prisstigning for medisinsk teknisk utstyr. Prisene som så langt er levert av leverandørene viser priser som er høyere enn budsjettert. Dette er også reflektert i usikkerhetsanalysen som er gjennomført i perioden.

### Resultatmål Helsehuset

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

Kommentar Helsehuset på grunn av rød vurdering:

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

## 2.2 Effektmål

### Effektmål Sykehuset

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

**Effektmål Helsehuset**

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

**2.3 Overordnede krav****Overordnede krav Sykehuset**

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



## 2.4 Suksessfaktorer

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





Kommentar sykehuset på grunn av gul vurdering:

Det har vært en gjennomgående lav kvalitet på HENTs interne tverrfaglige kvalitetskontrollen før dokumenter har blitt lagt ut for byggherrens kontroll (av TFK). Det har i perioder vært framlagt betydelige antall dokumenter til kontroll hos byggherre og kvaliteten har ikke svart til de forventningene som det er naturlig å stille til dokumenter som skal være internt tverrfaglig kontrollert før utlegging. Stort omfang og korte frister og lav kvalitet utgjør en kvalitetsrisiko.





## Suksessfaktorer Helsehuset

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

Kommentar helsehuset på grunn av rød vurdering:

Ang. fremdrift

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

Ang. økonomi

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

## 3 HMS

### 3.1 Planlagte og gjennomførte HMS aktiviteter

HMS arbeidet på byggeplass går som planlagt. HENT løftet i slutten av forrige tertial opp en fravikssøknad til byggherren, med ønske om å benytte HENT Core istedenfor PIMS i RUH/HMS arbeidet på byggeplass. Derfor har prosjektet i dette tertial arbeidet med å se på effektivisering av HENT sin HMS-oppfølging på byggeplass, med det resultat at vi har akseptert at HENT benytter HENT CORE for HMS oppfølging som eksempelvis RUH, vernerunder og rent tørt bygg. Alt av kvalitetsavvik og oppfølging skal fortsatt utføres i PIMS.

Vi hadde første tertial 2021 en hendelse med velt av betongelement, og har i tertiale hatt stort fokus på tiltak for å sikre mellomlagring av elementer på byggeplassen.

Hovedtiltakene som ble iverksatt var oppsetting av låst byggegjerde rundt oppstilte betong elementer, bedre og jevnt underlag for mellomlagring, og påkobling løft via lift fra sikker avstand. Prosjektet har ikke hatt uønskede hendelser i forbindelse med betongelementer i ettertid av tiltaksinnføringen.

**Covid-19:**

I tråd med økt vaksineringsgrad og gradvis gjenåpning av samfunnet, gikk prosjektets Covid status fra gul til grønn i tertiale. I slutten av tertiale økte smitten i samfunnet grunnet Omikron varianten. Prosjektet måtte dermed gjeninnføre gult nivå, som vil si at vi prøver å etterleve 2 m avstand mellom personellet. Bruk av munnbind i de områder/arbeidsoperasjoner hvor 2 meteren ikke går å gjennomføre. Spritdispensere er satt ut igjen. Hurtigtester er tilgjengelige. Det utføres en daglig kontrollrunde samt spriting av overflater. Under vernerunder skal det ikke være mer enn 4 stykk per gruppe.

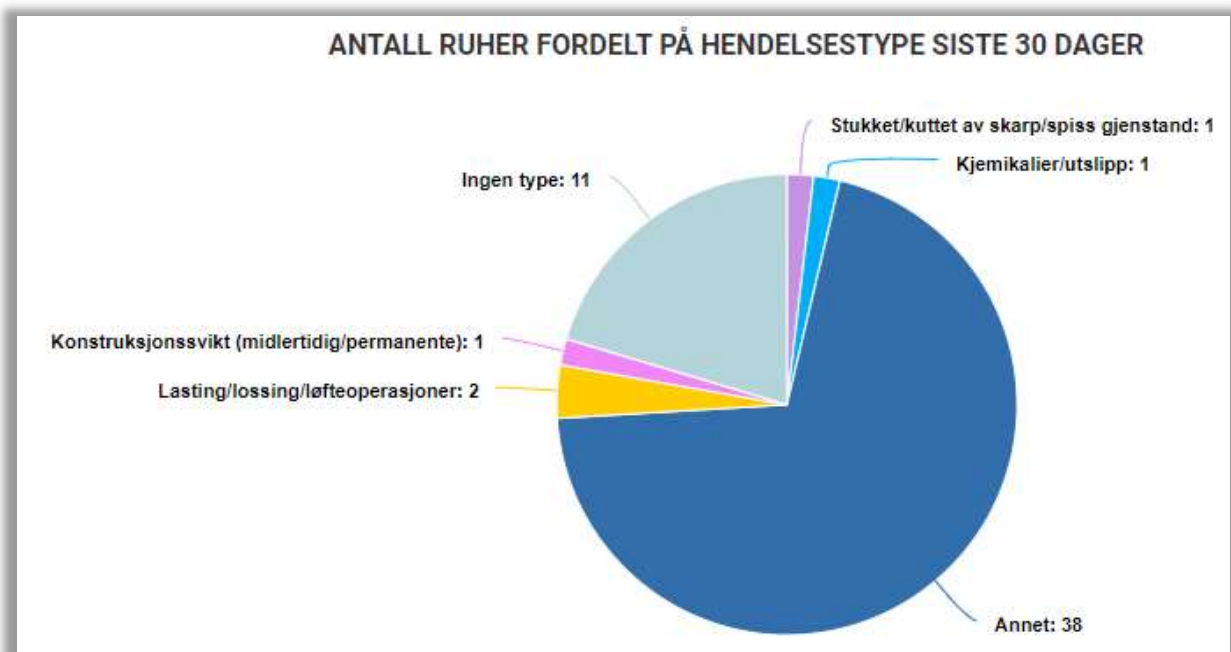
### 3.2 Vernetiltak: Antall vernerunder, Sikker Jobb Analyse (SJA) og Rapportering av Uønskede Hendelser (RUH), Farlige forhold.

**Antall vernerunder:** 14 stk.

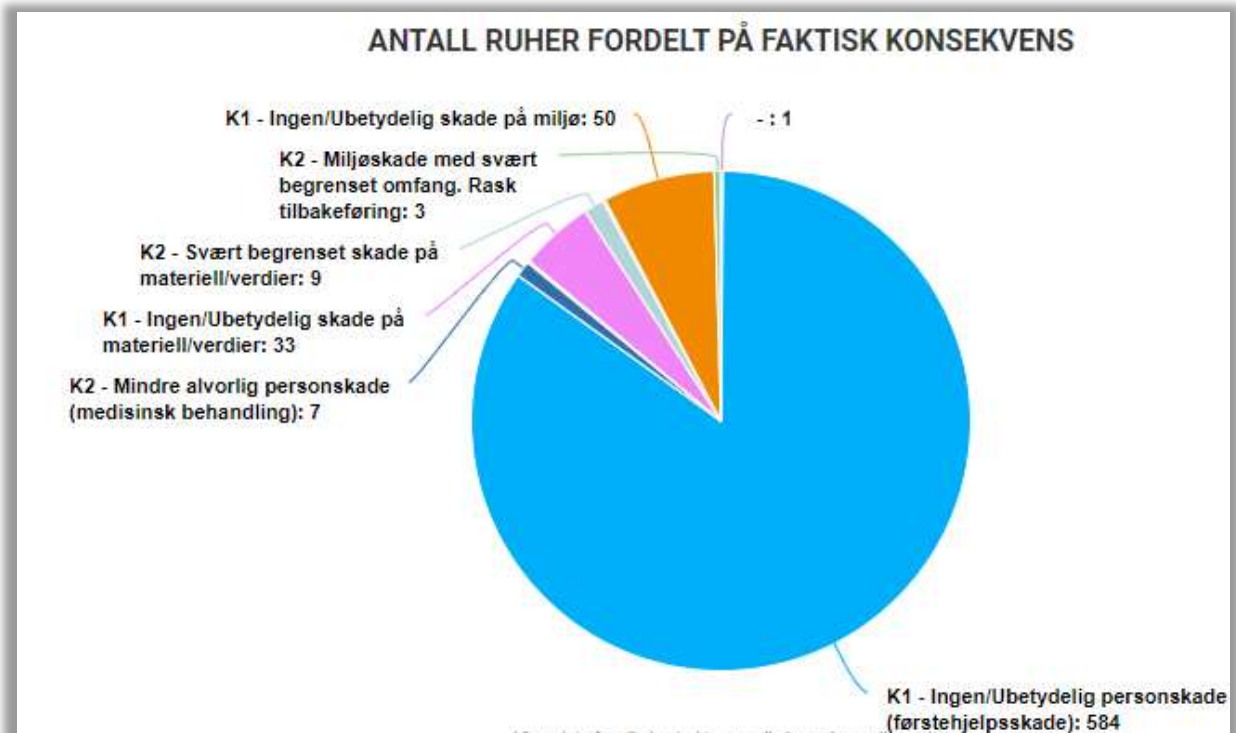
**RUH i perioden:**

Antall RUH (rapport om uønsket hendelse) i desember: 54 stk

Antall totalt i prosjektet: 687 stk







### Farlige forhold i perioden:

- RUH: H00078: Alvorlig hendelse hvor person under hulldekkemontasje balanserer på en bjelke fra ett hulldekke til et annet uten fallsikring. Han har på seg seler, men velger å løpe over bjelken uten å feste seg inn først. Dette var andre hendelsen på 2 uker angående arbeid i høyden. Etter første hendelsen ble det avholdt et avviksmøte med samtlige montører, hvor de skrev under på rapporten. I rapporten kommer det frem at hvis det skulle oppstå en hendelse til hvor person ikke bruker fallsikring så ville det få konsekvenser. Personen som ble dermed tatt i RUH H00078 ble sendt hjem, og fikk ikke returnere til prosjektet.
- RUH H00081: Rør som var montert på tak i plan 5, skled ut av klemmen den var festet i, og falt ned i plan 5 teknisk rom. Røret var av stål, og var festet med en klemme. Riggerarbeidere skulle støype rundt røret da hendelsen oppsto. Årsaken til fallet var at klemmen som skulle holde røret var trolig ikke strammet godt nok, samt det kan også ha vært is og snø i mellom rør og klammer som ble tint da varme i etasjen under ble satt på. Etasjen under var sperret av, slik at ingen oppholdte seg der da hendelsen oppsto. Avviksmøte avholdt, og nye rutiner er utarbeidet etter møtet. Det vil fremover brukes klemmer av stål, uten gummipakning slik at det vil være bedre feste.

### 3.3 Personskader siste periode og skader på materiell

HMS: H-verdi: 0.

Personskader med og uten fravær: 0



### 3.4 Seriøsitet

Samarbeidet med prosjektet går bra. Det er jevnlig dialog med HMS-leder og KU. Både HMS-leder og KU har noen forbedringspotensialer knyttet til aktiv seriøsittetsoppfølging i prosjektet.

Arbeidet på Seriøsittetsområdet har vært stabilt i perioden men med en liten forbedring siste del av perioden. Karakteren har vært lav i perioden med en svak økning i desember.

Det er noen tiltak som er adressert til TE gjennom koordineringsmøte som avventer tilbakemelding. Dette gjelder blant annet etablering av omforent status lærlinger i prosjektet pr 31.12.2021, samt en strategi for å øke lærlingeandelen fremover.

Det mottas månedlig rapporter fra Skatteetaten basert på informasjon Seriøsittetskoordinator deler med etaten. Disse rapportene viser også en stabil situasjon med få avvik. De avvik som avdekkes lukkes fortløpende.

HENT har i slutten av tertialet varslet at de vil fremme en fravikssøknad som gjelder lærlingeandel i prosjektet.

## 4 KVALITET

### 4.1 Kvalitetsarbeid

#### **Kvalitetsarbeid på byggeplass:**

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

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

- Kontroll av forberedende tiltak før fugestøp
- Armering ringmur og fundamenter fløy B og D
- Armering ringmur og fundamenter H1
- Bunnledninger fløy D
- Kontroll av armering i gulv (dekksjikt, forsterkning, lydfuger) i fløy H, G og A

Byggherren har i perioden arbeidet med både byggherren og HENT sin kontrollplan, og underliggende sjekklister pr byggherreombud. Kontroll og sjekklister utføres i PIMS. Det har vært noen utfordringer med både vann og frost med hensyn på kvalitet, dette følges opp fortløpende.

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

Gjennomgangen av tverrfaglige kontroller (TFK) i prosjekteringen går som planlagt. Byggherren har i gjennomførte tverrfaglige kontroller sett signaler på at det er flere brudd på etterlevelse av kvalitetskrav jamfør kontrakten. Derfor har byggherren i dette



tertiert utført en varslet Kvalitetsrevisjon av HENT. Hensikten med revisjonen var å vurdere hvordan totalentreprenøren etterlever kontraktuelle krav relatert kvalitetsstyring og kvalitetssikring i prosjektet. I slutten av tertiale svarte HENT opp revisjonsrapporten, og vi vil i kommende periode arbeide med oppfølging av tiltak og avvikslukking fra revisjonen.

## 4.2 Avviksoppfølging

Basert på byggherrens bekymring på hvordan HENT utførte grensesnitts koordineringen i prosjektet, så arbeidet HENT i forrige tertial med å planlegge arbeidsprosesser og etterlevelsen av kontraktskravene rundt grensesnittkoordinering. Vi ser i dette tertial en bedring rundt prosessen. Det er også opprettet egne fagfora (teknikk, dørmiljø, ikt, MTU/spesialrom) for behandling og oppfølging av grensesnitt for sykehuset. Vi ser med andre ord en bedring fra HENT på dette området, selv om det er lovlig sent i detaljprosjektet.

Det forventes oppstart av fagfora for helsehuset i kommende periode.

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

## 5 PROSJEKTERING

### 5.1 Prosjektering - Funksjonalitet

I denne perioden for sykehuset har det blitt holdt virtuelle ferdigbefaringer for fløy C, E og A. Detaljnivået på de to første ferdigbefaringene anses ikke til å være tilstrekkelig og det må derfor vurderes å gjennomføre å nytt. Det har også vært gjennomført TFK inventar for fløy E og A.

HENT/Interiørarkitekt har for helsehuset og sykehuset presentert forslag til innvendige overflater på. Prosessen startet opp i Sandvika med presentasjon av fargekonsept, samt leverandør av gulvbelegg i vinyl. I etterkant har det vært flere oppfølgingsmøter. Gulvbeleggene i vinyl ble godkjent. Godkjenning av akrylgulv og malingstyper gjenstår fortsatt. Det har også vært avholdt flere møter i forbindelse med ROS-Rengjøring. Det første av disse møtene ble avholdt i Sandvika. Her ble produktprøver på diverse overflater vist fram.

I perioden har det pågått mange saker parallelt med produktavklaringer. Sykeromskanaler og sanitærutstyr er to av de største for sykehuset, i tillegg til fast inventar. Mange av produktene er godkjent, men noe arbeid gjenstår fortsatt. Medvirkning for fast inventar er avsluttet for sykehuset. Likevel gjenstår fortsatt endelig prising.



I denne perioden har det også vært dialog med arbeidstilsynet i forbindelse med garderobene til UNN. Resultatet ble en mindre ending i planløsning for å imøtekomme arbeidstilsynets kommentarer. Arbeidet med ambulansestasjonen har hatt framdrift. HENT har laget en framdriftsplan, og målet er at ambulansestasjonen skal landes våren 2022.

Skiltkonsept har vært jobbet med gjennom perioden. I desember kom vi nesten i mål med konsept som er klart for anbud. De siste detaljene slutføres i starten av januar 2022.

Det gjenstår noe avklaring på fast inventar og løsning for tøyutlevering i helsehuset.

## 5.2 Prosjektering - Bygg

Prosjekteringen er i hovedsak i henhold til plan og det blir gjennomført tverrfaglig kontroll (TFK) før tegningene legges ut som arbeidstegninger.

Fundamenter, ringmurer, innfylling, isolering og støp av gulv på grunn er utført for både sykehuset og helsehuset. Mye av prosjektets arbeid i grunnen, hvor det tradisjonelt sett er størst usikkerhet, er utført.

Siden det er støpt fundamenter og gulv på grunn før elementmontasje og overbygning, kan disse konstruksjonene fortsatt bli påvirket av værforhold, frost, is, snø og regn. Det er knyttet en del bekymringer og usikkerhet til at gulv på grunn med tilhørende oppstikk, utsparinger, forsenkninger og lignende blir stående fritt eksponert for værpåvirkning etter støp. De forskjellige gulvseksjonene er støpt under værbeskyttelse/telt, men denne flyttes til neste seksjon når støp er utført. Konstruksjonen blir dermed fritt eksponert for vær og vind.

Montasje av betongelementer for fløy C er montert og det pågår taktekking og innsetting av vinduer. Første del av horisontal og vertikal fuging av ytterveggselementene er startet. Tekniske arbeider for sjakt fløy C er påbegynt. For fløy E er elementmontasjen godt i gang og det er montert veggelementer for 3. etasje og hulldekker er lagt for dekke over 2. etasje. Innlasting / montering av badekabiner utføres fortløpende i forhold til elementmontasjen. Det har vært noen avvik i forhold til både kvalitet og sikkerhet. Trevirke og isolasjon i ytterveggselementene blir fortsatt ikke tildekket som beskyttelse for vær og tilsmussing.

Det har vært normale værforhold til årstiden.



### 5.3 Prosjektering - Teknikk

Sykehuset:

Tekniske rådgivere følger plan for detaljering i alle fløyer og etasjer i sykehuset.

I perioden er det hovedsakelig jobbet med modellering av fløy A, B, D og E samt korrigert for kommentarer tilbakemeldt i TFK (tverrfaglig kontroll) for fløy A E og G. Det er nå lagt ut hele 1057 tegninger fra samlet prosjekteringsgruppe. Dette utgjør 75% av samlet planlagt tegningsleveranse for sykehuset og helsehuset.

Systemskjema og funksjonsbeskrivelse er slutført for alle tekniske anlegg plassert i sykehuset som er del av HENT sin leveranse. Det er ferdigstilt konseptrapporter for brann, akustikk, bygningsfysikk og energi.

Det er gjennomført prosjekteringsmøter, særmøter- tekniske fag/infrastruktur/kollisjonskontroll/medisinsk teknisk utstyr etc.

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

Helsehuset:

I perioden er det hovedsakelig jobbet vann og avløpssystemer i grunn, jordingsanlegg. Det er også påstartet arbeider med soneplan, samt føringsveier og ventilasjons aggregat.

### 5.4 Prosjektering - IKT

Det har i perioden vært jobbet med å kvalitetssikre intern nettverksinfrastruktur. Intern nettverkstopologi i hoveddatarom, grensesnittsrom og underfordelere er gjennomgått.

Sykehuset har startet opp møteserie sammen med ressurser fra fagmiljøet i Narvik og Tromsø for å jobbe med pasientsignalsystem, sensorteknologi, telefoniløsning og møteromsløsninger. Leverandør av pasientsignalsystemet har kjørt demonstrasjon av sine løsninger. Det er også påstartet avklaringer angående pasientsignalanlegg for helsehuset.

Det har vært arbeidet med VAKe (Videobasert akuttmedisinsk konferanseutstyr) og bestemt hvilke rom dette skal installeres i.



## 5.5 Prosjektering - Utstyr/ Inventar

### Sykehuset:

I samarbeid med Sykehusinnkjøp har arbeidet med anbudsmateriale for innkjøpspakker med byggpåvirkende utstyr fortsatt vært høyt prioritert. I perioden er det gjennomført prosjektmøter med NUN og Sykehusinnkjøp for flere slike innkjøpspakker og følgende nye innkjøpspakker er nå lyst ut eller gjort klare til utlysning:

- 9100-MR
- 9130-CT
- 9160-Digital radiografi
- 9170-Mammografi
- 9615-Senge- og vognvask
- 9611-Endoskopvaskemaskin

Arbeide med anbudsmateriale for følgende innkjøpspakker er påbegynt og utlysning vil finne sted straks anbudsunderlaget er klart:

- 9650-Renhold, byggpåvirkende
- 9210-Sikkerhetskabinetter og avtrekksskap
- 9320-Varmeskap og inkubatorer
- 9360-Lab kjøll- og frys
- 9402-Undersøkeleslamper
- 9220-Analysehall

For innkjøpspakkene som ble kontrahert i november, har også installasjonsplanlegging mellom leverandør, NUN og Sykehusbygg startet. Leverandørenes underlag for fullføring av detaljprosjekteringen er under arbeid, og de første grensesnitts møtene med Hent er avholdt.

Fremdriftsplan for innkjøpsfasen ble revidert på nytt rett før jul.

Det er også benyttet mye tid på revidering av artikler og utstyrslistene i dRofus.

### Helsehuset:

Helsehuset inkluderes med opsjon for aktuelle innkjøpspakker.

## 5.6 Prosjektering - Utomhus

Prosjektering for utomhusarbeider er i hovedsak ferdigstilt. Prosjektets tilpassing til omgivelsene som Stasjonsvei, tunnel, samt endring av gjeldende reguleringsplan for flateparkering på nabotomt pågår. Prosjektering for tilpassing Stasjonsvei til øvrig vegnett er ferdigstilt og innsendt for teknisk godkjenning.



Oppfylling, tilfylling og innfylling av løsmasser ansees som under kontroll, og usikkerhet med hensyn på utførelse er derfor liten. Drens- og overvannsledninger rundt byggene er i hovedsak utført, men det gjenstår å etablere fordrøyningsbasseng ned mot kulverter under jernbane. Det pågår etablering VA-kummer i området for fremtidig park. Midlertidige områder på anlegget er etablert for å øke lagringskapasiteten.

Sprenningsarbeider for prosjektet er i tilnærmet ferdigstilt, både med hensyn på bergskjæring i øst og berg/steinblokker i tomte. Montasje av steinsprangnett, sikring av berg skjæring og løsmasseskråning i øst er utført og det er i utgangspunktet ingen begrensninger med hensyn på tilgang til området under. Sluttrapport fra geolog er levert.

## 6 PROSJEKTSTYRING

### 6.1 Plan og fremdrift

Prosjektet ligger på plan i forhold til godkjent hovedfremdriftsplan. I slutten av tertiale har det blitt gjort forberedende arbeider i fløy C, for oppstart av innredningstog i starten av 2022. Prosjektet arbeider med ny baselinerevisjon av fremdriftsplanen, dette pga vi ønsker å trygge byggherrens leveranser/ MTU i prosjektet. Byggherren ønsker å levere avansert utstyr sent i prosjektet for å sikre nyest mulig utstyr til sykehuset, mens HENT på sin side ønsker tidligere leveranser. Dette blir koordinert inn i baseline revisjonen av fremdriftsplanen. Arbeidet med ferdigstilling av ny baseline vil pågå i kommende periode.

#### **Kommende periode planlegges følgende hovedaktiviteter:**

- Arbeider teknisk rom fløy C (inntakskamre, plassbygde vegger, gulvavretting, malearbeider og gulvbehandling),
- Arbeider teknisk sjakt fløy C,
- Oppstart innredningstog fløy C,
- Gulvstøp, inkl. isolering og jording,
- Videre råbyggsmontasje fløy E, inkl. badekabiner,
- Vann/overvann/avløpsarbeider i brannvei og parken.





## 6.2 Økonomi

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

Det er i tertiale utført en økonomisk usikkerhetsanalyse for prosjektet i kommende periode. Dette har resultert i blant annet i en budsjettrevisjon som også er implementert i perioden.

Det er avholdt møte mellom Narvik Kommune og Sykehusbygg for fordeling av felleskostnader knyttet til administrasjon. UNN har utstedt faktura for perioden tom. mai 2021, men det er utfordringer knyttet til håndtering av mva., dette forventes løst i kommende periode.

Da perioden ikke er avsluttet i UNN's regnskapssystem har det ikke vært en fullstendig avstemming mot prosjektregnskapet, det forventes mindre eller ingen korrigeringer. Fordelingen mellom UNN og Narvik Kommune er ikke reflektert i påløpte kostnader i oversikten.

Totalt bokførte kostnader tom. desember er 751 mnok inkl. mva. Påløpte kostnader, inkl. interim, per desember er 785 mnok inkl. mva. Prognostiserte kostnader er 782 mnok inkl. mva.

Kostnadsstatus per PNS - Nye UNN Narvik									
Periode 31.12.2021									
Alle verdier x1000									
PNS / Arbeidspakke	Fremdrift		Akkumulert verdi så langt i prosjektet				Total Estimert		
	Planlagt %	Faktisk %	Planlagt	Prognose	Påløpt	Bokført	Justert Budsjett	Godkjent Budsjett	Prognose
<b>Nye UNN Narvik</b>			<b>782 369</b>	<b>782 369</b>	<b>784 766</b>	<b>751 053</b>	<b>2 693 860</b>	<b>2 693 860</b>	<b>2 693 860</b>
D.1 Prosjektering tidligfase (NUN)	100 %	100 %	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959
NUN_81 - NUN Prosjektering tidligfase	100 %	100 %	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959
E.1 Nye Narvik Universitetssykehus (NUN)	24 %		719 410	719 410	721 807	688 094	2 630 901	2 630 901	2 630 901
E.1.a BH Administrasjon (NUN)	23 %		42 672	42 672	40 369	38 631	189 167	189 167	189 167
E.1.b HENT (NUN)	26 %		447 898	447 898	448 254	419 821	1 749 918	1 749 918	1 749 918
E.1.c BH Leveranser (NUN)	45 %		198 358	198 358	198 359	198 359	442 493	442 493	442 493
E.1.d Prosjektreserver og LPS (NUN)	7 %		30 482	30 482	34 825	31 283	249 323	249 323	249 323

Status på reserver og endringer er presentert i eget vedlegg til månedsrapporten.

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



**12-mnd rullerende likviditetsprognose - Nye UNN Narvik**

Alle verdier x1000

Periodisert verdi



2022 Totalt		833 925
2022	Januar	44 286
	Februar	70 718
	Mars	74 809
	April	69 234
	Mai	75 130
	Juni	70 487
	Juli	71 408
	August	70 393
	September	68 231
	Oktober	78 001
	November	73 179
	Desember	68 048
<b>Totalt 12 mnd</b>		<b>833 925</b>

### 6.3 Risiko- og mulighetsbilde

I tertiale har det vært lite endring i det overordnede risikobildet. I perioden har prosjektet gått fra grønn Covid status til gul status på grunn av økt Omicron smitte i samfunnet. Vi har også mottatt varsel fra HENT på mulig force majeure relatert til mulige fremdriftsutfordringer relatert til Covid. Dette er et standardvarsel HENT har sendt i alle sine prosjekter, det er per nå ingen signaler på fremdriftskonsekvens.

Prosjektets toppriser er presentert under.



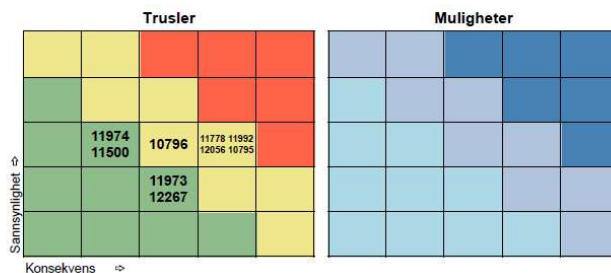
## Status per 14.01.22

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

Ansvarlig:

Laget av: Jørn Refsnes

Utskriftsdato: 14.01.22



ID	Tittel / Beskrivelse / Vurderingskommentar	Sannsynlighet	Konsekvens	Saker / tiltak
10795 N - F	<b>Vanskelig tilgang til utenlands arbeidskraft</b> 1) Vanskelig tilgang på utenlands arbeidskraft i og med at den norske kr svekkes/ mindre lukrativt å komme hit. 2) Smittevern tiltak som hindrer de å komme til landet <i>Det er en oppblomstring av koronasmitte i Norge. Vurderingen utført basert på dagens corona situasjon, og restriksjoner fra myndighetene. Det er nå mindre lokale tiltak ifm korona, så prosjektet har redusert risiko for fremdriftskonsekvenser.</i>  <i>Prosjektet vurderer denne risiko fortløpende i takt med smitteutviklingen.</i>  <i>Prosjektet har mottatt et byggherrevarsel fra HENT rundt forse majeure i forbindelse med mulige fremdriftskonsekvenser som skyldes tilgang på personell/ smittesituasjon rundt covid/orkron smitte.</i>	50%	4	
11778 N - F	<b>Ansvarsforhold og risikoovergang i helsehuskontrakt</b> Ifm. i helsehusets funksjonsprosjekt har det blitt behov for en prinsipiell avklaring angående ansvaret til HENT og de prosjekterende, sett ift. det Narvik kommune har lagt inn i dRofus. Byggherren har vist til kontraktens A.03, Avtaledokument Helsehuset, punkt 8 med tilhørende bestemmelser vedr. at totalentreprenøren overtar risiko for valg av løsninger og annen prosjektering ved kontraktsignering. Samt at byggherren på bakgrunn av denne risikoovergangen ikke kan se at HENTs økonomiske kontraktsansvar kan begrenses til dRofus- beskrivelsen. Resultatet av denne avklaringen har stor økonomisk betydning for Narvik kommune, og utgjør en betydelig risiko i Helsehusprosjektet. Kfr. for øvrig egen PIMS-sak 75044 <i>Vurderingen er basert på at resultatet av denne avklaringen har stor økonomisk betydning for Narvik kommune, og utgjør en betydelig risiko i Helsehusprosjektet. Se også sak 75044. HENT hadde priset det de mente de var berettiget ift. sitt syn i K2001-K001 til 005. Det har vært avholdt egne møter med HENT ang. saken. HENT redusert deretter de opprinnelige kravene. BH besvarte deretter kravene med forventning om ytterligere reduksjoner. HENT har imidlertid tatt inn nytt forhold vedr. romfunksjonsprogram i sin siste besvarelse av krav K004, noe som har økt kravet betydelig.</i>  <i>Saken er avtalt inkludert i Kalkylemøte mellom HENT og byggherren. Diskusjonen pågår fortsatt mellom partene</i>	50%	4	Avklare grensesnitt mellom BH anskaffelsene og hva som ligger i HENT fastpris kontrakten Helsehuset 28.01.22
11992 N - F	<b>Risiko betongarbeid - Kraning, anhuking og teleskoptruck</b> Fallende gjenstander, feil anhuking, klemfare, feil på utstyr(stropper, kjetting), påkjørsel og heising over personell. <i>Alltid benytte sertifisert utstyr, kontroller stropper for skader. Sikring av løse gjenstander. Oppmerksom på klemskader. Avsperring av heisesone. Anhukning utføres kun av sertifisert personell. Signalmann/radio benyttes ifb kommunikasjon med kran sjåfør. Det henvises til sjekkliste "Kranbruk - sjekkliste sikkerhet" 28.05.21 Endret i matrisen pga høyere aktivitet.</i> <i>Sikre hiv mot utglidning. God kommunikasjon og sikkerhetsvurdering med kranførere og evt. andre i nærområdet. Kvalifisert personell. Sikker plassering før last løses. Vær og vind må vurderes daglig. Aldri på under hengende last. Avsperring må på plass dersom personer ferdes i området.</i> <i>Ved tette arbeider skal firma gjennomføre skriftlig vurdering sammen. Ingen fag skal arbeide i nærheten av maskin uten at fører vet det. Dersom mulig, skal alltid annen vei benyttes. Aldri stå i en posisjon som gir fare for å kunne havne i klem mellom to elementer (F.eks. vegg og maskin).</i> <i>SJA skal inneholde opplysninger som ivaretar sikkerheten ift. vær og vind, festing, anhuking, kommunikasjon og tiltak som iverksettes for å redusere risiko for nevnte uønskede hendelser. Sertifikater skal være kontrollert før personer sendes hit av arbeidsgiver. Visuell kontroll før bruk. Varselskilt/kontaktinformasjon skal være på plass i områder hvor det skal heises. SJA skal utarbeides med kranførere og anhukere. Sørg for aktsomhet ved anhuking. Riktig bruk av stropper. Viktig sikkerhetsinformasjon gitt om stropper og slinger, skrevet ut. Fokus på oppbevaring, tarking, visuell inspeksjon og lassering. Hold avstand! Dokumentert opplæring - kontakt HENT Anleggsledelse for rødt klistermerke som viser at personer er kontrollert av HENT på plassen. Avtalt kommunikasjonsform med tegn og signal. Kranførere og anhukere skal gjennomføre SJA sammen, ved flere kraner på plassen samtidig skal egen risikovurdering tas og gjennomgås i daglige morgenmøter.</i>  <i>Loggfør LK i HENT Core - Dokumentasjon som viser godkjent løfteutstyr.</i>  <i>Foretas hyppigere kontroller på løfestropper.</i>  11.10.21: <i>Ingen ny vurdering nødvendig</i>  15.11.21 <i>Har flyttet ansvaret over til Element Nor da Betonorte er ferdig på prosjektet.</i>	50%	4	Områdesikring 29.09.22 Kontroller på løfteutstyret de bruker 30.09.22



12056 N - F	<b>Risiko for kvalitetsavvik pga svak grensesnittkoordinering av HENT</b> Risiko for at prosjektet får kvalitetsavvik og "rework" på prosjerterte løsninger pga svak grensesnitt koordinering av HENT i prosjektet. HENT etterlever ikke kontraktskravene til grensesnittkoordinering for tekniske, funksjonelle og geometriske grensesnitt i prosjektet. <i>Vurdering er utført etter dagens situasjon:</i> Det er utført flere særmøter med HENT for å sikre at de utfører grensesnitt koordineringen tilfredsstillende. Byggherren sendte derfor et avvik mot HENT på at de ikke etterlever kontraktskravene for grensesnitts koordinering i prosjektet. Byggherrens prosjektledelse har i etterkant hatt flere møter med HENT sin ledelse på grunn av dette, med det utfall at HENT har kommet med et utspill på hvordan de skal etterleve D12 dokumentet (grensesnitt) i kontrakten. HENT har besluttet at de selv ikke har tilfredsstillende verktøy, og vil nå bruke PIMS til grensesnittregister. Byggherren har fått oversendt en beskrivelse fra HENT på hvordan de skal etterleve kontraktskravene, som nå er godkjent av byggherren. HENT har jmført kontraktskrav nå etablert egne fagforum hvor grensesnitt behandles. Byggherren har imidlertid måttet gjennomføre flere særmøter for å sikre at fagforumene blir gjennomført som tiltenkt, samt bistått HENT med tilpassing av grensesnittsregister i PIMS. Risikoen vurderes uendret fra sist måned, og kan vurderes tatt ned når vi ser effektene av tiltakene og arbeidet i fagforane.	50%	4	
10796 N - F	<b>Risiko for leveransesikkerheten på BH leveransene pga. korona</b> Risiko for forsinkelser på byggherrelveransene pga corona. Kapasitet/transport mm. <i>Vurdering utført basert på dagens korona situasjon. Byggherren har sendt over byggherrens innkjøpspakker til HENT for implementering i fremdriftsplanen. Det er ventet at fremdriftsplanene er oppdatert med dette i neste baselinerevisjon av fremdriftsplanene. Det pågår arbeid med HENT for å sikre samhandling og koordinering av byggherrens innkjøpspakker inn i prosjektets prosjekterings og fremdriftsplan.</i> Særmøter avholdt i november og desember, og vil trolig ferdigstilles i feb 2022. Byggherren har dette som prioritert sak.	50%	3	Implementere BH innkjøpspakker i HENT sin fremdriftsplan 25.02.22
11500 N - F	<b>Fare for store endringer av omfang og kvaliteter i funksjons &amp; detaljprosjektet</b> Fare for store endringer i funksjon og detaljprosjektet fører til store kostnadsøkninger i prosjektet. Risikoen er begrenset av grunnet stor bruk av standardrom, og erfaringer fra andre sykehusprosjekt. Byggherren koordinerer funksjonsprosjektet, og skal godkjenne produktene. BH koordinerer funksjonsprosjektet. Funksjonsprosjektet er ferdigstilt både for sykehuset og helsehuset. For sykehuset er tilleggene avklart mot HENT, men det pågår fortsatt avklaringer rundt tilleggskrav for Helsehuset. Risikoen opprettholdes inntil dette er avklart for Helsehuset. Vi har i tillegg krevd i kontrakten at BH skal godkjenne produkter som velges, tross totalentreprise. Det er god styring av funksjonsprosjektet, og byggherren har bidrat sterkt med tilstedeværelse i prosjekteringen. BH har nå sendt ut endringsordrer til HENT på tilleggene.	50%	2	
11973 N - F	<b>Fare for fallskader/ fallende gjenstander ved montasje i høyden</b> Fare for fallskader, og fallende gjenstander ved montasje inkl i fjellskråning. <i>Tiltak innført: Firma som skal utføre arbeid i høyden skal i forkant ha levert SJA som er signert av HENT. Kollektiv sikring skal alltid prioriteres (f.eks rekkverk) fremfor personlig fallsikringsutstyr. Dersom man ikke ser enn annen sikrere måte å utført sitt arbeid på, må dette inngå som en del av risikovurderingen (SJA), hvor evakuering er planlagt. Fallforhindrende arbeid prioriteres da, og skal være tilpasset seler ift. område det skal arbeides i krevses. I risikovurdering skal godkjent forankringspunkt skrives ned, samt hvilken høyde det festes for å unngå pendeleffekt. På denne typen arbeid skal det alltid minst være 2 personer sammen. Seler må kontrolleres før bruk, og ingen får arbeide uten godkjent kurs. I fasen vi er inne i nå er sannsynlighet satt ned. UE leverer dokumentasjon og følger opp ute.</i> Underliggende områder skal alltid sperres av med tilstrekkelig avstand og markering, og verktøy sikres mot fall. 30.11.21: det er i november avdekt flere avvik ifm festesæle og sikring av personell i høyden. Samtlige monterer ble kalt inn av HENT til felles gjennomgang med informasjon om viktigheten av etterlevelse av sikkerhetskrav og trussel om bortvisning om ikke dette ble etterlevd. Bortvisningen tyder på at ga effekt i form av rett fokus på byggeplass. Risikoen opprettholdes fra sist måned.	17.5%	3	
11974 N - F	<b>Fare for koronasmitte for/ ved tilreisende</b> Korona risiko for/ved tilreisende. Smitterisiko og tilgang på personell. Risiko for at smittede tilreisende sprer smitte, samt at prosjektet får forsinkelser grunnet vanskeligheter rundt smittespredning & ressurstilgang. <i>Vurdering er utført basert på tiltakene innført på byggeplass samt markeds situasjonen rundt covid. Det er fortsatt ganske sannsynlig at vi kan få smitte ved tilreisende tross tiltakene.</i> Sikre at sikkerhetstiltakene kontinuerlig oppdateres, og informeres til personell på byggeplass/prosjekt. Henviser til oppdatert tiltaksplan/sjekkliste fra sentral HMS-stab i HENT (Underlag; <a href="https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/plakater-og-informasjonsmaterieill#plakat-vaner-som-forebygger-smitte">https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/plakater-og-informasjonsmaterieill#plakat-vaner-som-forebygger-smitte</a> ). Rutiner etablert. Munnbind benyttes når det er pålagt av sentral eller lokal myndighet. Fordeling av spisetid gjøres slik at antallet i spiserom ikke overstiger anbefalt antall mht HENTs/fokal avstandsregler. God håndhygiene og vurder antall mennesker i transportmidlet og ha et bevisst forhold til avstand transporten. Brakkerigg adskilt for å skille entreprenører. Rutiner for å unngå trafikk på kontorrigg er etablert; HMS-brakke tilrettelegges for innregistrering; 1 person hos UE; tar seg av innregistrering av alle HMS-kort, papirinfo er lagt ut i forkant av adkomst av nytt personell. UE bekrefter skriftlig at nasjonale retningslinjer ivaretas ved innreise i Norge. Siden Omikron varianten har fått økt feste i Norge, og smittetallene øker, har prosjektet gått fra grønt til gult nivå. Dette innebærer spriting og avstandsbeholdninger (2meter avstand eller munnbind det hvor 2meteren ikke kan ivareta) på byggeplass. Myndighetenes nye tiltak som omhandler selvtesting delvis skal erstattes karantene for nærkontakter. Prosjektet vurderer risikoen som begrenset med tanke på eventuelle fremdriftsrisiko relatert til koronasmitte, siden vi anser det som mest sannsynlig at smittet personell blir satt i karantene.	50%	2	
12267 N - F	<b>Fare for glatte overflater, vinter</b> På grunn av minusgrader og vinter vil det kunne oppstå situasjoner hvor vi vil få glatte overflater/partier på byggeplass. Ting vil også kunne fryse fast, så viktig at vinteriltak blir gjort. Ved å bruke strøsand og lage tydelige gangsoner vil kunne minimere faren for å gli på isen. Kabler og annet utstyr må henges opp slik at de ikke fryses fast. Løfestropper må lines og tørkes. Få kontroll på utstyr og materielle slik at det ikke snar ned. 27/10-21 Det er på dagens driftsmøte tatt opp definering av områder som skal brøytes og sandes. Dette skal også fremgå av riggplan. Dette skal minimere sannsynligheten for at personskader inntreffer, samt materielle blir ødelagt.	17.5%	3	Få kabler opp fra bakken 29.04.22 Strøing 29.04.22



## 7 MYNDIGHETSFORHOLD

Det pågår arbeid med revisjon og offentlig godkjenning av reguleringsplanen slik at denne også skal omfatte det nyervervede arealet sør for Statkraft ettersom dette skal inngå i den samlede parkeringsløsningen for alle helseinstitusjonene på Furumoen. Det er dessuten oversendt til teknisk godkjenning en plan for tilslutning mellom ny og eksisterende Stasjonsvei, generell og spesiell veioppbygging og tilhørende skiltplan. Miljøsanering er avsluttet og utkast til sluttrapport og rapportering til forurensningsdatabasen er forhåndsdrøftet med forurensningsmyndigheten i Narvik kommune.

HENT har tilbakemeldt til prosjektet at de er fornøyde med rask byggesaksbehandlingstid og alle nødvendige avklaringer i henhold til fremdriftsplan er ivaretatt.

## 8 KUNST

Det har vært gjennomført en åpen invitasjon til å melde interesse for kunstoppdrag ved NUN/NKHH.

Resultatene fra den åpne invitasjonen skal i en redigert versjon gjennomgås i komitesamling i Narvik i uke 9 før det gjøres vedtak om direkteanskaffelser til de prosjektområdene som av fremdriftsmessige årsaker krever dette. Prinsipiell og budsjettmessig fordeling av kunstmidlene på de ulike innsatsområdene skal gjennomgås og vedtas under samling i Narvik (og på Teams) 12.jan-22. Denne samlingen skulle etter planen inneholde en ekskursjon til Nordlandssykehuset i Bodø - denne ble utsatt i påvente av lettelser i smittetrykk/pandemitiltak.

## 9 ANNET

Det er i tertiale slutført og signert avtale med Statkraft for kjøp av tomt for flateparkering.

Det er påstartet arbeid med overordnet driftsavtale sykehuset og helsehuset.



## STYRESAK

Styresak:	16/2022
Møtedato:	24.02.2022
Arkivsak:	2021/2265-4
Saksbehandler:	Einar Bugge

## Handlingsplan 2022 for oppfølging av Overordnet strategi for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2021-2025

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar handlingsplanen for 2022 for oppfølging av foretakets strategi til orientering.
2. Styret ber om å få kortfattet status på oppfølging av handlingsplanen sammen med status på oppfølging av dialogavtalen mellom styret og administrerende direktør etter første halvår 2022.

### Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i juni 2021 ny strategi for foretaket for perioden 2021 – 2025. Strategien inneholder ny visjon for UNN (Med pasienten – for pasienten), UNNs verdier kvalitet, trygghet, respekt og lagspill, og beskriver fem satsingsområder med tilhørende mål for hvor foretaket vil være i 2025, og tiltak for å oppnå disse målene. Mål og tiltak i strategien er overordnede, og det er viktig med konkretisering og operasjonalisering for å sikre oppfølgingen av strategien. Dette gjøres gjennom årlige handlingsplaner med regelmessig rapportering på oppfølgingen av disse.

### Formål

Orientere styret om handlingsplan 2022 for oppfølging av UNNs strategi 2021 – 2025.



## Saksutredning

UNNs strategi 2021 – 2025 beskriver fem satsingsområder:

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

For hvert av satsingsområdene beskriver strategien flere mål («Her er vi i 2025») med tilhørende tiltak («Dette gjør vi for å komme dit»). Målene og tiltakene er stort sett beskrevet overordnet, og for å understøtte god og målrettet oppfølging av strategien har direktøren besluttet at det skal lages årlige handlingsplaner for oppfølgingen.

Etter innspill fra i hovedsak stabssentrene og enhetene som er ansvarlige for støttefunksjonene på de ulike områdene i UNN er det nå fylt inn detaljerte målsettinger for oppfølgingsarbeidet i 2022, og konkrete tiltak for å nå disse. Dette inkluderer delmål og tiltak på alle strategiens satsingsområder. Disse delmålene og tiltakene fremkommer i vedlagte tabell, knyttet på hvert enkelt satsingsområde og de overordnede mål og tiltak som strategien inneholder.

## Medvirkning

Saken er lagt frem i medvirkningsmøte med vernetjenesten og tillitsvalgte i uke 7. Protokoll fra møtet legges frem som referatsak i styremøtet 24.02.2022.

## Vurdering

Direktøren anser det som både nødvendig og hensiktsmessig for å understøtte oppfølgingen av UNNs strategi at det utarbeides årlige handlingsplaner med detaljerte delmål og tiltak.

Den vedlagte handlingsplanen inneholder en rekke detaljerte delmål og tiltak som etter direktørens vurdering i sum gir en tilfredsstillende oppfølging av strategien i dens første hele virkeår. Et unntak er at den ikke er uttømmende på området «Medarbeideren er vår viktigste ressurs». Handlingsplanen vil på dette området bli ytterligere konkretisert og utviklet i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.

For å understøtte god oppfølging av handlingsplanen vil ledergruppen gjennomgå handlingsplanen for å sikre at ansvaret for oppfølging av de enkelte punkter er tydelig plassert, og at relevante mål og tiltak inkluderes i verktøyet Styringshjulet med dialogavtalene og verktøyet for intern styring.

Direktøren foreslår at styret forelegges en kortfattet status på oppfølging av handlingsplanen sammen med status på oppfølging av direktørens dialogavtale etter første halvår 2022.

Tromsø, 16.02.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Handlingsplan oppfølging UNN - strategi 2022

## Handlingsplan oppfølging UNN-strategi 2022

## Pasientperspektivet i alt vi gjør

Her er vi i 2025	Dette gjør vi for å komme dit	Konkrete mål 2022	Konkrete tiltak 2022
Pasienten er aktiv deltaker i egen behandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Invitere alle pasienter til å delta i valg knyttet til utredning, diagnostikk og behandling der samvalg er relevant</li> <li>- Spørre pasienter og pårørende: «Hva er viktig for deg?»</li> </ul>	<p>Samvalg og mulighet for bruk av samvalgsverktøy skal legge til rette for mestring og aktiv deltagelse fra pasienten.</p> <p><i>1. Konkrete mål for samvalg i dialogavtalen 2022 for alle klinikker / avdelinger</i></p> <p><i>2. Plan for implementering, inkludert opplæring innen 1. juni</i></p> <p><i>3. Identifisere hvor samvalget skjer i pasientforløp i din avdeling.</i></p> <p>Alle pasienter skal spørres, og mål skal settes i samarbeid mellom pasient, pårørende og helsepersonell.</p> <p>Egenbehandlingsskjema og egenrapportering tas i bruk</p>	<p>Samvalgsenteret, ESI inviterer inn og bistår klinikkene og avdelingene med implementering av samvalg, inklusive tilgjengelig materiell på norsk og samisk.</p> <p>Dele informasjonsmateriell med pasientorganisasjoner, brukerutvalg, ungdomsråd, pasienter og pårørende om rettigheten til å delta i valg</p> <p>Spørsmålet og pasientens svar inngår i kartleggingsskjema, behandlingsplan og/eller annen dokumentasjon som lagres i pasientjournal. Pasientens mål for behandlingen relateres til; Hva er viktig for deg?</p> <p>Sikre innføring av Checkware gjennom prosjektledelse og -støtte til klinikkene.</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Styrke helsepersonells kompetanse i klinisk kommunikasjon</li> <li>- Tilby pasient- og pårørendeopplæring som styrker evnen til mestring og medvirkning</li> </ul>	<p>Brakerstyrte poliklinikker innføres i flere poliklinikker i UNN</p> <p>UNN har etablert og igangsatt en handlingsplan for klinisk kommunikasjon</p> <p>Lærings- og mestringssenteret (LMS) lager kurs for pårørende, pasienter og helsepersonell, i samarbeid med de kliniske avdelingene, for å styrke og videreutvikle læring og mestring av egen sykdom. Minst 10% av det totale kurstilbudet skal være digitalt i løpet av 2022 slik at flere vil kunne ha nytte av kursene.</p>	<p>ESI skal lede prosjekt og bistå med innføring av brukerstyrte poliklinikker med bla innføring av Checkware og robotiserte automatiserte arbeidsprosesser.</p> <p>Utvikle, videreutvikle og teste kurstilbudet i LMS ved hjelp av brukerforum.</p> <p>Prosess for utredning av mer digitalisering av kurs i 2022, i samråd med etablert brukerforum og Helse Nord.</p>
<p>UNN tilbyr og understøtter flere spesialisthelsetjenester i hjemmet og nært der pasienten bor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvikle og innføre nye tjenester innen e-helse og teknologi som ledd i å utvikle «hjemmesykehus» og for å gi god veiledning og støtte til primærhelsetjenesten og til øvrige sykehus i regionen</li> </ul>	<p>Mål om 15 % videokonsultasjoner videreføres.</p>	<p>UNN innfører timedialog og nye innkallings- og venteliste-brev («Klart Språk brev») i 2022.</p> <p>UNN deltar i arbeidet med «vise medisinske prøvesvar» via helsenorge.no</p> <p>Konsolidere ulike prosjekter i UNN for å understøtte bruk og sikre drift av digitale</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samhandle og dele oppgaver godt med kommunale tjenester, fastleger og andre aktører</li>   <li>- Nær samhandling med Finnmarkssykehuset, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset for å understøtte og bidra til å bygge opp fagmiljø som kan legge til rette for å desentralisere tjenester</li> </ul>	<p>Digitale møter skal være foretrukket møteform for samarbeidsmøter mellom UNN og primærhelsetjenesten (PHT) UNN skal ikke overføre oppgaver til PHT uten prosess og avtale.</p> <p>Det er småskaletestet felleskonsultasjon i et fagområde der pasient og lege sitter i annet foretak og lege fra UNN deltar på video.</p>	<p>tjenester i sykehuset og inn mot primærhelsetjenesten og hjem (stikkord video, Checkware, digitale møterom, e-konsultasjoner)</p> <p>Beskrivelser og skjema oppdateres og gjøres tilgjengelig for samarbeidspartnere</p> <p>Identifisere aktuelt fagområde og gjøre småskaletest</p>
<p>Pasienten opplever sammenheng i tjenestetilbud og sømløse behandlingsforløp</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbeide med kommuner og fastleger om pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester gjennom Helsefelleskap og Stormottakersatsningen</li>   <li>- Møte pasienter med komplekse behov med i team sammensatt på tvers av fag og tjenester</li> </ul>	<p>Alle kommunene inngår i PSHT-samarbeid med UNN</p> <p>Forsterket koordinerende enhet (FKE) samarbeider tett med primærhelsetjenesten og kliniske enheter i UNN</p>	<p>Kommuner og klinikker som ikke har oppnevnt kontaktperson følges opp særskilt ved direkte kontakt. Bidra i pasientens team.</p> <p>Opprettholder tett kontakt med KE-nettverket i kommunene. Er tilgjengelig ved behov for veiledning og koordinering i pasientforløp.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nært samarbeid med de andre sykehusene i regionen som sikrer gode pasientforløp mellom sykehusene</li> </ul>	<p>Koordinerende enhet (KE) bistår på systemnivå og i pasientforløp på tvers av tjenestenivå når behov.</p> <p>Stormottakersatsingen og prosjektets framdrift forankres i helsefellesskapet.</p> <p>Stormottakersatsning framdrift forankres inn i klinikkene og avdelingene i UNN.</p> <p>Det er iverksatt et felles regionalt prosjekt for pasientforløpene som har størst utfordringer i dag</p>	<p>Dialog med kommunale kontaktpersoner og samarbeid om pasientforløp igangsettes fortløpende.</p> <p>SSU oppdateres jevnlig og referansegruppa brukes aktivt.</p> <p>Stormottakersatsning og prosjektet inviterer inn og bistår klinikkene og avdelingene med identifisering av pasientene og oppfølging av satsningens målsettinger</p> <p>Gjennomføre regionalt prosjekt for prehospitalet trombolysedokumentet og ledet fra UNN</p>
<p>UNN har en nullvisjon for pasientskader og alvorlige hendelser, og skårer høyt på nasjonale kvalitetsindikatorer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systematisk innhente og bruke erfaringer i forbedringsarbeid</li> <li>- Være åpne om resultater og hva vi gjør for å sikre trygge tjenester med høy kvalitet</li> <li>- Bruke data fra nasjonale og lokale kvalitetsregistre og nasjonale</li> </ul>	<p>UNN jobber systematisk med å spre læring etter det som går bra («Safety II»)</p> <p>UNNs resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale medisinske kvalitetsregistre er omtalt i media</p> <p>UNN har en handlingsplan for å følge opp utvalgte indikatorer fra kvalitetsregistre og nasjonale</p>	<p>Innhente erfaringer fra #Råbra! og starte videre utbredelse i UNN.</p> <p>Utarbeide pressemelding i forbindelse med publisering av resultatene</p> <p>Utarbeide og vedta en handlingsplan sammen med klinikkene.</p>

	kvalitetsindikatorer systematisk for å forbedre kvaliteten i tjenestene	kvalitetsindikatorer som må forbedres.	
UNN sikrer et likeverdig tilbud til den samiske befolkningen og andre minoriteter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvikle og etterleve handlingsplan for å sikre likeverdig tilbud</li>   <li>- Tilby tolketjenester til alle ved behov</li>   <li>- Arbeide systematisk med å utvikle kulturforståelse</li> </ul>	Målet er å styrke UNNs renommé knyttet til fokus på å ivareta den samiske befolkningen.	<p>Opprette kompetansegruppe internt i UNN som har samisk språk- og kulturkompetanse, og utrede mulighet for å etablere en prosjektstilling som samisk koordinator i UNN gjennom ekstern finansiering.</p> <p>Forbedre informasjonen om tolketjenesten på intranett, og synliggjøre den fysiske tolketjenesten som er lokalisert i Tromsø.</p> <p>Intern kommunikasjonskampanje i UNN, som støtter opp om legeforeningens bevissthetskampanje for registrering av morsmål og kulturell bakgrunn av pasienten.</p> <p>Markering av samisk språkuke i UNN og utvide markering av samisk nasjonaldag til «samisk uke i UNN», med aktivitet i Harstad, Narvik og Tromsø.</p> <p>Dele og spre informasjonsmaterieell om samvalg på nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk.</p>
UNN prioriterer tilbud til barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Følge «Den gylne regel» (utgår)</li> <li>- Samarbeider systematisk om pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser, og gi dem bedre tilgang på somatiske helsetjenester</li> </ul>	Etablering av helsepsykologisk team/CL-tilbud for pasienter innlagt i somatiske avdelinger	<p>Avklaring av tilbud og organisering sammen med NOR-klinikken og Medisinsk klinikk</p> <p>Etablering av tilbud</p>

<p>kronikere og eldre med sammensatte behov</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Videreutvikle pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) og fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam (FACT)</li>              <li>- Sikre gode overganger fra barne- og ungdomsenheter til voksenenheter</li></ul>	<p>Oppfølging av internrevisjon om likeverdige tjenester (R05-21): Styrke somatisk kompetanse innenfor psykisk helse og TSB.</p> <p>Styrke kompetanse for nødvendig tilrettelegging ved polikliniske somatiske tilsyn.</p> <p>PSHT arbeidsform og metodikk breddes ut til alle UNN-kommunene.</p>	<p>Tiltak for å sikre at ansvarlig behandler innehar kompetanse for å vurdere indikasjon og kontraindikasjon i bruk av psykofarmaka, når pasient har somatisk diagnose.</p> <p>Tiltak for å sikre at helsepersonell innehar kompetanse for å kunne observere somatiske bivirkninger og symptombilder. Særlig vektetes dette overfor pasienter med manglende samarbeidsevne og som ikke uttrykker sine somatiske plager.</p> <p>Sikre forståelse for hva som er nødvendig å gjøre for tilrettelegging og hvorfor dette er nødvendig når pasienter ikke har samarbeidsevne.</p> <p>Samarbeid med kommuner om etablering/reetablering av FACT</p> <p>Prosesser i Helsefellesskapet og i samhandlingsutvalg</p>
---	---	---	---

		Implementere og videreutvikle etablerte løsninger for å sikre gode overganger til voksenenheter	Workshop mellom BUK og «voksenklinikker» i mars 2020.
Brukermedvirkning og pårørende har en viktig og naturlig plass på UNN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikre brukermedvirkning på nivået der beslutninger tas, og der endringer som kan påvirke pasientene gjøres</li> <li>- Legge til rette for opplæring av brukere for god medvirkning</li> <li>- Sikre at pårørende ivaretas, med spesielt fokus på barn som pårørende</li> <li>- Legge til rette for at pårørende kan følge pasienten, enten fysisk eller digitalt</li> </ul>	<p>Forbedringspoliklinikken – en åpen kanal (<a href="http://www.unn.no/kf">www.unn.no/kf</a>) pasienter, pårørende og andre kan bruke til å melde inn forbedringsforslag til UNN</p> <p>Engasjert – UNN brukerbank</p> <p>Styrke barneansvarligrollen og sikre overføring av informasjon fra UNN til kommune om barn/søsken som pårørende og etterlatte barn</p>	<p>Følge opp de forbedringsforslag som kommer i Forbedringspoliklinikken</p> <p>Bidra til å sikre brukermedvirkning gjennom å bistå avdelingene med implementering av samvalg</p> <p>Brukerbanken etableres 21. januar 2022 og bidrar til at brukere enklere kan engasjeres i utviklingen av UNNs tjenester</p> <p>Benytte nytt kunnskapsgrunnlag til å styrke barneansvarligfunksjonen og tilpasse den virksomheten</p>

## Medarbeideren - vår viktigste ressurs

Her er vi i 2025	Dette gjør vi for å komme dit	Konkrete mål 2022	Konkrete tiltak 2022
UNN har stabil tilgang på dyktige fagfolk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jobbe systematisk med å heve vår rekrutteringskompetanse og sammen med vertskommunene og UiT gjøre UNN og aksen UNN-UiT synlig og attraktiv i arbeidsmarkedet</li> <li>- Satse på medarbeiderne gjennom systematisk og planlagt kompetanseheving</li> <li>- Sikre mangfold i arbeidsstokken</li> <li>- Gjennomføre utviklingssamtalen «Hva er viktig for deg?»</li> </ul>	<p>UNN skal være en viktig samarbeidspartner i Faglig samarbeidsutvalg for rekruttering og stabilisering av helsepersonell (FSU)</p> <p>UNN skal ta i bruk den nasjonale bemanningsmodellen</p> <p>80 pst av UNNs medarbeider skal få tilbud om å ha gjennomført utviklingssamtalen ila 2022</p>	<p>Markedsføringskampanjer med fokus på «det gode liv» i nord.</p> <p>Ved bruk av bemanningsmodellen skal det utvikles scenarioorer for utviklingen for de mest kritiske personellgruppene.</p> <p>Utviklingssamtalen er tilgjengeliggjort på flere plattformer, inkludert undervisningsmateriell og tilbud om veiledning.</p> <p>Registrere utviklingssamtaler i kompetansemodulen.</p>
Medarbeiderne involveres i utvikling av tjenestene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bygge kultur for kontinuerlig, varig og virkningsfull forbedring av tjenestene gjennom kompetanseutvikling og trening, i partnerskap med brukere og pårørende</li> </ul>	<p>Kompetansehevende tiltak for medarbeidere, ledere og spyspisser er vedtatt styrket og igangsatt, både gjennom regional forbedringsutdanning og obligatorisk lederopplæring</p>	<p>Gjennomfører regional forbedrings- og veilederutdanning 2 ganger/år, obligatorisk e-læring for alle i forbedringsmodellen, modul for ledere gjennomføres for alle ledere, læringsnettverk for pilotklinikk</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Praktisere simulering og ferdighetstrening i team</li> <li>- Sikre medvirkning og medbestemmelse i beslutningsprosesser</li> <li>- Dele kompetanse og lære av hverandre</li> </ul>	Etablere nødvendige treningsfasiliteter for simulering i team	<p>Utvikle samarbeidet og avtaler med UiT</p> <p>Lederforankring og beslutning angående omfang av satsning på simulering og ferdighetstrening i team</p>
Vi har et helsefremmende arbeidsmiljø basert på våre verdier og forebygging	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jobbe systematisk og kunnskapsbasert med helse- miljø og sikkerhetsarbeid</li> <li>- Gjennomføre opplæring for å redusere og håndtere vold og trusselsituasjoner</li> <li>- Ha kollegastøtteordning, psykososialt team og ledere som er opptatt av psykologisk trygghet</li> <li>- Bruke helsefremmende turnusplaner</li> </ul>	<p>UNN skal ha etablert kollegastøtteordningen i organisasjonen</p> <p>UNN skal etabler nettverk for HMS på tvers av senter og klinikker</p>	<p>Gjennomføre ForBedring 2022, følge opp med tiltaksplaner i alle enheter</p> <p>Utdanne kollegastøttere</p>
UNN har god organisering av tjenestene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sørge for balanse mellom oppgaver og ressurser ved å bruke verktøy for bedre ressursstyring for alle yrkesgrupper</li> <li>- Sørge for tydelig ansvars- og oppgavefordeling</li> </ul>	<p>Revitalisere bruk av aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging (ABP) i UNN</p> <p>Arbeidstidsplanleggingsverktøyet GAT skal brukes i alle enheter og for alle yrkesgrupper i UNN</p>	<p>Etablere e-læring og webinarer for ABP</p> <p>Utarbeide samlet oversikt over retningslinjer for bemanningsplanlegging i UNN</p>
UNN har trygge og gode ledere	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rekruttere motiverte og gode ledere</li> <li>- Tilby strukturerte lederutviklingsprogram og god og tilgjengelig lederstøtte</li> <li>- Bruke nettverk for ledelse og ledelsesutvikling</li> </ul>	<p>UNN skal ha tydelige forventninger til ferdigheter, arbeidsverdier og tidsbruk for ledere på ulike nivå. Dette skal gjenspeiles i</p>	<p>Utarbeide krav til ferdigheter, arbeidsverdier og tidsbruk for ledere på ulike nivå til bruk i rekruttering og opplæring av nye ledere.</p>



	<p>- Utnytte administrative støttesystem som gjør det mulig å bruke nok tid på ledelse, forbedringsarbeid og pasientrettet arbeid</p>	<p>rekrutteringsprosessen og opplæring av nye ledere.</p> <p>Klinikk- og sentersejere og ledere som leder ledere skal gjennomføre kompetansehevende tiltak i effektiv ledelse og ledelse av ledere.</p> <p>UNN skal være en viktig samarbeidspartner i nettverk for ledelse og ledelsesutvikling i Helse Nord</p> <p>Alle ledere i UNN skal gjennomføre kompetansehevende tiltak i forbedringsledelse, inkl. effektiv ledelse, motivasjon og endringsledelse</p>	<p>Gjennomføre kompetansehevende tiltak først hos klinikksejere og sentersejere, deretter ledere for ledere. Oppfølging av ledertrener mellom samlingene.</p> <p>I regi av det regionale nettverket skal UNN delta i: Utdanning av ledertrenerne, utdanning av filmkodere og erfaringsutveksling på tvers av foretakene</p> <p>Systematisk gjennomføring av tiltak i alle klinikker, deretter senter/stab</p> <p>Utvikle e-læringskurs om virksomhetsstyring, som inngår i en del av lederprogrammet i UNN.</p>
--	---	--	---

## Vi er universitets- og regionsykehuset for hele Nord-Norge

Her er vi i 2025	Dette gjør vi for å komme dit	Konkrete mål 2022	Konkrete tiltak 2022
<p>UNN gir høyspesialiserte tilbud av internasjonal toppklasse og understøtter fagmiljøene i regionen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikre utvikling av høyspesialisert tilbud gjennom klinisk forskning</li> <li>- Vektlegge forskningskompetanse i rekruttering av leger og psykologer, sykepleiere, terapeuter og andre yrkesgrupper</li> <li>- Inklusjon i kliniske studier og nasjonale kvalitetsregistre er en sentral del av all pasientbehandling</li> <li>- Legge til rette for at pasienter inkluderes i kliniske studier i hele regionen</li>   <li>- Gjennom regionale, nasjonale og internasjonale fagnettverk og fora være synlige, gi aktive bidrag, sikre kompetanseoppbygging og kompetansedeling og slik legge til rette for likeverdig tilbud i regionen</li> </ul>	<p>Øke andelen klinisk forskning</p> <p>Øke andelene pasienter som får tilbud om å delta i kliniske studier</p> <p>Lage en Handlingsplan for Forskning</p> <p>Bedre forutsetningene for å drive klinisk forskning ved UNN</p> <p>Representanter fra UNN deltar aktivt i Helse Nord's fagråd, nasjonale og internasjonale fagnettverk og grupper, samt arbeidsgrupper fra Helsedirektoratet</p>	<p>Lage «en vei inn», for søknader inn til Klinisk forskningsavdeling gjennom å opprette «pakkeforløp for kliniske studier»</p> <p>Utarbeide handlingsplan for Forskning som skal ha som mål å presentere tiltak for å understøtte at UNN driver klinisk forskning på lik linje med de andre Universitetssykehusene i Norge, herunder dreie Forskningspostens ressurser ut mot klinikkene</p> <p>Etablere NorTrials senter</p> <p>Følge opp og ivareta NorCRIN samarbeidet</p> <p>UNN sikrer rask oppnevning til de aktuelle fagrådene, fagnettverk og arbeidsgrupper.</p>

		Videreutvikle fagnettverk innen blant annet PET, persontilpasset medisin og kunstig intelligens	Lede regionalt fagråd for persontilpasset medisin og arrangere regional konferanse om persontilpasset medisin konferanse i juni -22.  Aktiv i utviklingen av samarbeidet «180 grader Nord» om PET-forskning og -utvikling.
UNN er en sentral og anerkjent aktør nasjonalt og internasjonalt innen forskning, klinisk bruk av kunstig intelligens og persontilpasset medisin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sammen med UiT Norges arktiske universitet strategisk bygge opp sterke forskningsgrupper som når opp i konkurranse om ekstern finansiering</li> <li>- Prioritere forskning på området i nært samarbeid med anerkjente institusjoner nasjonalt og internasjonalt</li> <li>- Prioritere forskning med bruk av maskinlæring i helseregistre</li> <li>- Gjennom samarbeid og deling bidra til forskning i hele regionen</li> </ul>	<p>Oppbygging av senter for pasientnær kunstig intelligens</p> <p>Etablering av senter for persontilpasset medisin og bygge gradvis opp infrastruktur</p> <p>Bedre støttesystemer og prosedyrer for forskning innen pasientnær kunstig intelligens</p>	<p>Rekruttere 2-3 nye medarbeidere med relevant kompetanse innen it, jus, evt. bioinformatikk (finansiert fra RHF)</p> <p>Starte rekruttering av leder til senter for persontilpasset medisin. Rekruttere og bygge opp kompetanse på bioinformatikk Videreutvikle relevant gendiagnostikk i UNN i samarbeid med UiT</p> <p>Arbeidsgruppe som skal utvikle og implementere «pakkeforløp» for forskning innen pasientnær kunstig intelligens</p>
Befolkningens behov er førende for utdanningenes omfang og innhold	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delta i felles samarbeidsorgan med utdanningsinstitusjoner i nord, øvrige sykehus i regionen, kommuner og andre aktører</li> </ul>	<p>Videreutvikle samarbeidet med UiT helsefakultet gjennom arbeidet i Felles utdanningsutvalg</p> <p>Være en tydelig aktør for UNN, som universitetssykehuset i</p>	<p>I regi av FUU utarbeides ny handlingsplan som skal sikre riktige fremtidsrettede satsningsområder og tiltak for samarbeidet innen utdanning</p> <p>Aktiv deltakelse i og påvirkning i regionalt strategiarbeid</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruke kombinerte stillinger</li>   <li>- Bruke digitale plattformer og læringsarenaer</li>   <li>- Sikre mange nok spesialsykepleiere gjennom dedikerte utdanningsstillinger og systematisk rekrutterings- og stabiliseringsarbeid</li> </ul>	<p>regionen, i regionalt samarbeidsorgan for utdanning (SAMUT)</p> <p>Bidra i videreutvikling av regionalt nettverk for utdanning i Helse Nord og nasjonalt nettverk for utdanning</p> <p>Digitale plattformer og læringsarenaer brukes målrettet på alle nivå og innen aktuelle utdanningsområder, og kompetanse på digital læring i regionen øker.</p> <p>Tett samarbeid både regionalt og lokalt for å øke utdanningskapasitet, spesielt innen bachelor i sykepleie, anesthesi-, operasjon- og intensivsykepleierutdanning og Master i jordmorfag</p>	<p>Arrangere nasjonal nettverkssamling høst 2022 for utdanningsstøttefunksjoner i regionsykehusene</p> <p>Gjennomgang av ordningen med kombinerte stillinger i tråd med revidert avtale om kombinerte stillinger</p> <p>Gjennomføre forprosjekt og etablere Regional kompetansetjeneste for digital læring: Tett samarbeid med andre helseforetak og LMS i regionen.</p> <p>Utvikling av digitale kurs innen LIS utdanning (bla bruke eget digitalt studio som er bygget opp i regi av Regionalt utdanningssenter LIS)</p> <p>Pådriver av sak i Felles ledermøte ang økte studieplasser, studiepoeng og kvoter innen intensivsykepleierutdanning</p> <p>Etablere utdanningsstillinger i jordmorfag</p>
--	--	--	---

		Sikre nok og riktige praksisplasser i tråd med UNNs utdanningskapasitet	<p>Kontinuerlig forbedringer innen koordinering av praksisplasser i regi av Praksisstudieteamet</p> <p>Aktive i utvikling av Arbeidslivsportalen – et samhandlingsverktøy mellom utdanning og tjeneste</p>
UNN tilbyr spesialistutdanning av høy kvalitet	- Tilrettelegge for gode læringsarenaer hvor læringsmål kan nås	UNN sikrer høy kvalitet i gjennomføring av spesialistutdanning for leger	<p>Forbedring av internundervisning for LIS1 via digitalisering og aktive læringsmetoder</p> <p>Tverrfaglig team for gruppeveiledning av LIS1</p> <p>Styrke LIS1 i vaktarbeid (akuttmottak, i samarbeid med LIS i Akutt- og mottaksmedisin)</p> <p>Følge opp søknader om godkjenning som utdanningsvirksomhet i alle spesialiteter</p> <p>Sikre utdanningsansvarlig overlege for alle spesialiteter</p> <p>Gjennom samarbeidsmøter med regionale utdanningsutvalg for de ulike spesialitetene (enkeltvis eller i grupper) fremme økt bruk av ferdighetstrening og simulering.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikre høy veiledningskompetanse hos fagpersoner som veileder utdanningskandidater</li> </ul>		<p>Utarbeide anbefalinger av utstyr til ferdighetstrening og simulering, som hvert HF bør ha for LIS 1 og 2/3 utdanning/trening.</p> <p>Arrangere minimum 3 veilederkurs per semester</p>
<p>UNN er en attraktiv praksisarena for studenter, og ledende på bruk av ferdighets- og simuleringstrening i utdanningsøyemed og i kompetanseutvikling</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikre veilednings- og vurderingskompetanse hos veiledere i UNN</li> <li>- Praksisstudier i UNN baseres på tverrprofesjonell samarbeidslæring</li> </ul>	<p>Overordnet plan for aktiviteter rettet mot å øke veilednings- og vurderingskompetanse hos veiledere utarbeides</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Videreutvikle eksisterende og understøtte flere studentposter i UNN</li> </ul> <p>Forankring og infrastruktur for systematisk simuleringsarbeid er etablert innen 2022</p>	<p>Sikre oversikt over igangsatte og planlagte aktiviteter for å sikre økt veilednings- og vurderingskompetanse for de aktuelle grupper</p> <p>Initiere og støtte samarbeidsarenaer for utvikling av nye praksis- og veiledningsmodeller, med hovedfokus på sykepleierutdanning, intensivutdanning, medisin og paramedisin</p> <p>Bidra i å vurdere nye tverrprofesjonelle læringsarenaer tilpasset pågående pandemi</p> <p>Utarbeide handlingsplan for oppfølging av strategiens satsing på simulering og ferdighetstrening er utarbeidet</p> <p>Opprettet simuleringsnettverk UNN HF</p> <p>Holde parallellsesjon om ferdighetstrening på regional</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utvikle og gjennomføre fasilitatorkurs og bidra i oppbygging av simulering og ferdighetstrening i hele regionen</li></ul>	<p>Eksisterende simuleringsaktivitet og utstyr i UNN er kartlagt 2021/2022</p>	<p>pasientsikkerhetskonferanse februar 2022.</p> <p>Gjennomføre regional nettverkssamling for ressurspersoner innen ferdighets- og simuleringstrening i Helse Nord.</p> <p>Samarbeide med «Trygg Akuttmedisin» og «Akuttmedisinske systemer» for inkludering av ferdighets- og simuleringstrening i ordinær drift</p> <p>Utarbeide egen nettside for informasjonsflyt og koordinering av ferdighets- og simuleringstrening.</p> <p>Gjennomføre minst tre «Regionalt kurs for helsefaglig simulering Helse Nord» i 2022.</p> <p>Gjennomføre minst et teamlederkurs i løpet av 2022.</p> <p>Samarbeid med andre aktører innenfor helsefaglig simulering i spesialisthelsetjenesten for å videreføre eksisterende kompetanse og læringsnettverk.</p>
--	---	--	---

<p>UNN er det innovative universitets- og regionsykehuset</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvikle tjenestene gjennom prosess- og tjenesteinnovasjon</li> <li>- I nært samarbeid med de andre foretakene være sentral aktør i innovasjon og tjenesteutvikling i hele regionen</li> <li>- Være i front i tjenesteutvikling og få det implementert gjennom fokus på «nytt – nyttig - nyttiggjort»</li> <li>- Samarbeide med UiT og andre kunnskapsleverandører</li> <li>- Styrke lederes kompetanse så de blir pådrivere for innovasjon</li> </ul>	<p>Bistå klinikker med tjenesteutvikling, både internt i UNN og i samarbeid med PHT.</p> <p>Være pådriver for forbedring og innovasjon i forhold til kliniske ikt-systemer.</p> <p>Utvikling av radiologisystemene i Helse Nord.</p> <p>Forbedre arbeidsprosesser i EPJ</p>	<p>Videreutvikle Innovasjonsteamet, som mottar og vurderer fortløpende ideer og forslag, og gir støtte til kliniske miljø som selv initierer innovativ tjenesteutvikling, sikre prosjektstøtte.</p> <p>Være pådriver i å utvikle regionalt innovasjonsmiljø/-nettverk mellom HF-ene i nord.</p> <p>Ha system for å støtte helsepersonell i deres bruk av digitale verktøy ved å delta i prosjektet Digitale pasienttjenester.</p> <p>Konkrete tiltak med blant annet ny løsning for bestilling av rtg-undersøkelser, radiologiløsning med beslutningsstøtte fra legekantor, delta i regionalt og nasjonalt prosjekt for Digital patologi.</p> <p>Utvikle tiltak for å finne mer hensiktsmessige måter å utnytte DIPS Arena på. Delta i nasjonalt arbeid med å legge til rette for strukturering av journal.</p>
---	--	---	---



## Vi er åpne om prioriteringer

Her er vi i 2025	Dette gjør vi for å komme dit	Konkrete mål 2022	Konkrete tiltak 2022
UNN har gode systemer for prioriteringer i samarbeid med pasienter og pårørende	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systematisk arbeid med «kloke valg» og samvalg i alle enheter, basert på «hva er viktig for deg»</li> <li>- Etablere brukerstyrte poliklinikker for viktige kronikergrupper</li> </ul>	<p>UNN deltar i kampanjen «Kloke valg»</p> <p>Konkrete mål for samvalg i dialogavtalen 2022 for alle klinikker / avdelinger:</p> <p>1. Plan for implementering, inkludert opplæring innen 1. juni</p> <p>3. Identifisere hvor samvalget skjer i 2pasientforløp i den enkelte avdeling.</p>	<p>Egen tiltaksplan følges opp.</p> <p>Samvalgssenteret bistår avdelingene med implementering av samvalg.</p>
Styrket samarbeid med kommuner og avtalespesialister, der vi støtter opp om hverandres prioriteringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvikle Helsefellesskapet, der vi setter prioriteringer på dagsorden</li> <li>- Inngå og forbedre samarbeidsavtaler med avtalespesialistene i vårt område, der vi legger grunnlag for felles prioriteringer</li> </ul>	<p>Prioriteringer settes opp som eget tema i Strategisk samarbeidsutvalg. (ses i sammenheng med arbeidet med UNNs utviklingsplan 2022-2038)</p>	<p>Sak om prioriteringer legges fram for SSU for forankring av tiltaksplan</p> <p>Legge fram sak til strategisk SSU i 2002 for videre utvikling og oppfølging samt implementere samarbeidsavtaler for avtalespesialister, og utvikle nye og revidere eksisterende samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner i samarbeid med kommuner</p>
God og bærekraftig ressursutnyttelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruke helseatlas, kvalitetsregistre og egne datakilder for å identifisere tiltak som reduserer uønsket variasjon</li> </ul>	<p>UNN har handlingsplaner for å redusere uønsket variasjon</p>	<p>Oppdaterte resultater presenteres for Kvalitetsutvalget og styret sammen med handlingsplan for å redusere uønsket variasjon</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avslutte gamle metoder og behandlingstilbud når nye er utviklet</li> <li>- Være aktiv i samarbeidsarenaer for sykehusene i nord for å få riktig funksjonsdeling til beste for pasientene</li> </ul>	<p>UNN følger opp vedtak i Nye metoder</p> <p>Representanter fra UNN deltar aktivt i Helse Nords fagråd</p>	<p>Det utarbeides egen handlingsplan dersom Nye metoder vedtar at en metode skal avsluttes</p>
<p>Vi har rom for å opprettholde og utvikle et høyspesialisert og likeverdig tilbud i regionen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikre ressurser til fornying av medisinsk teknisk utstyr og bygningsmasse og utvikling av tjenestene gjennom kontinuerlig omstilling</li> <li>- Ta i bruk ny teknologi i diagnostikk og behandling der dette gir bedre kvalitet og god utnytting av ressursene</li> <li>- Fornye bygningsmasse i tråd med behov og foreliggende planer</li> </ul>	<p>UNN oppnår økonomisk resultat i tråd med budsjett</p> <p>UNNs innspill til regionens økonomiske langtidsplan understøtter UNNs strategiske målsettinger</p> <p>UNN arbeider systematisk for å implementere kunstig intelligens i mer diagnostikk og behandling</p> <p>Starte opp og gjennomføre vedtatte mål for utvikling av bygningsmassen</p> <p>Utvikle IVF og perinataldiagnostikktilbudet</p> <p>Videreutvikle avansert kirurgisk kapasitet</p>	<p>Egne tiltaksplaner, herunder oppfølging av plan for effektivisering og bedring av driften for operasjonsvirksomheten</p> <p>Helhetlig prosess internt i UNN med god medvirkning</p> <p>Oppfølging av klinikkene fra Senter for pasientnær kunstig intelligens</p> <p>Gjennomføre ombygging av kjøkken Breivika</p> <p>Ferdigstille prosjektering og starte ombygging for ny IVF avdeling</p> <p>Ferdigprosjektere og starte bygging av Hybridstue</p>

		<p>Sikre framtidig forutsetning for bygging av nytt bygg for psykisk helse og rusbehandling</p> <p>Lage grunnlag for prioritering av arealer til nyfødt intensiv</p>	<p>Ferdigstille konseptrapport for nybygg til psykisk helse og rusbehandling innen frist for lånesøknad til HOD</p> <p>Ferdigstille konseptfase for nyfødt intensiv for styrebehandling og oversendelse til Helse Nord RHF</p>
--	--	--	--

## En synlig og forberedt samfunnsaktør

Her er vi i 2025	Dette gjør vi for å komme dit	Konkrete mål 2022	Konkrete tiltak 2022
UNN sikrer den nordnorske befolkningen et likeverdig tilbud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Synlige, utadrettede og inkluderende fagmiljø som er den samlende kraften i regionen</li> <li>- Være en fremragende kompetansebedrift som bidrar til gode regionale pasientforløp der ressurser utnyttes koordinert og samlet</li> </ul>	<p>Se mål og tiltak om regionalt samarbeid om pasientforløp</p> <p>Fagpersoner fra UNN er aktive og sentrale aktører i regionale fagråd</p>	
UNN er en synlig samfunnsaktør med en tydelig stemme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioritere å delta aktivt på sentrale nasjonale, regionale og lokale samfunnsarenaer hvor UNN som landsdelens største arbeidsplass og fremste kompetanseinstitusjon på våre områder har en naturlig plass</li> </ul>	<p>Målet er å øke deltakelse fra UNNs toppledelse på prioriterte arenaer for samfunnsutvikling/samarbeid i Nord-Norge.</p> <p>Nasjonalt og regional samarbeide med andre foretak og forskningsmiljø på forbedringsområdet</p> <p>Bidra til å bredde kunnskap hos innbyggeren om retten til å medvirke i valg knyttet til utredning,</p>	<p>Lage årsplan for deltakelse på definerte arenaer for samfunnsutvikling: Hvem deltar hvor og når?</p> <p>Skrive 6 kronikker om UNNs ambisjoner for utvikling/forbedring av pasienttilbud i årene som kommer</p> <p>Synlig og aktiv deltakelse på regional og nasjonal pasientsikkerhetskonferanse, «det gode pasientforløp» sammen med FHI og H-dir, samt vitenskapelige konferanser</p> <p>Inkludere informasjon om retten til å medvirke i behandlingstekster, nye</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruke helsefellesskapet som hovedarena for å utvikle samhandling med koordinerte forløp på tvers av nivåene i helsetjenesten</li> </ul>	<p>diagnostikk, behandling og oppfølging.</p> <p>Helsefellesskapet arena for å videreføre og utvikle arbeidet i stormottakersatsingen</p>	<p>brevmaler og andre digitale flater (samarbeid med FNSP, NHN mv.)</p> <p>Se tiltak i andre avsnitt</p>
<p>UNN er en forberedt aktør i hele landsdelen, samt på Svalbard</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lage gjennomarbeidede og oppdaterte beredskapsplaner basert på øvelser og simuleringer spesifikt rettet mot utfordringer og fortrinn i vårt område</li> <li>- Oppfylle våre forpliktelser i totalforsvaret og være forberedt på pandemier, klimarelaterte hendelser og andre situasjoner gjennom systematisk samarbeid i helsefellesskapet og med andre aktører</li> </ul>	<p>UNN skal ha et godt system for revisjon, vedlikehold og kontinuerlig forbedring av våre beredskapsplaner basert på øvelser og reelle hendelser.</p> <p>UNN skal følge plan for minimum antall beredskapsøvelser. Deriblant gjennomføre minst én massetilstrømningsøvelse og minst en IKT-sviktøvelse i hvert sykehus årlig.</p> <p>UNN skal være en aktiv bidragsyter i totalforsvaret og samarbeide med Helse Nord, Forsvaret og kommuner om å utarbeide overordnet plan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bidra i arbeidet med å få etablert et beredskapslager i Helse Nord.</li> </ul>	<p>Styrke ressurser til beredskapsarbeid</p> <p>Systematisere og koordinere revisjon og vedlikehold av beredskapssystemene</p> <p>Implementere kompetanseplaner om beredskap (RL9771) for ansatte/leder og kriseledelse</p> <p>Implementere plan for evaluering kriseledelse (PR57505)</p> <p>Revidere årshjul for øvelser</p> <p>Gjennomgå og evt. komplettere lokale beredskapslager</p> <p>Delta i aktuelle fora, som f.eks. fylkesberedskapsrådet og REB</p> <p>Lage en plan på hvem i UNN som skal sikkerhetsklareres og hvordan graderte dokumenter skal behandles / oppbevares i UNN, i forbindelse med totalforsvaret.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioriterer systematisk arbeid med god informasjonssikkerhet</li> </ul>	<p>Samarbeid om beredskap er regulert gjennom avtale i Helsefellesskapet Troms og Ofoten</p>	<p>Delta i utarbeidelse av regionale beredskapsplaner for IKT</p> <p>Revidere egne beredskapsplaner for IKT</p> <p>Revidere og følge opp handlingsplan for informasjonssikkerhet</p> <p>Innføre regionale løsninger fra informasjonssikkerhetsprosjekter</p>
<p>UNN reduserer klimabelastningen og vårt CO<sub>2</sub>-fotavtrykk</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruke teknologi fremfor fysiske reiser der det er mulig</li> <li>- Velge miljømessig gode løsninger i nye bygg, og gjennomføre tiltak for å redusere energiforbruket</li> <li>- Redusere forbruket av bredspektret antibiotika, også for å minske belastningen på miljøet ved utslipp</li> </ul>	<p>Videreutvikle areal og teknologi for virtuelle møteplasser egnet for Fagutvikling og pasientkonsultasjoner</p> <p>Implementere miljøplan som et virkemiddel i byggeprosjekter</p> <p>Opplæring og organisering av daglig energikontroll (energiledelse)</p> <p>Det pågår et systematisk arbeid med å redusere bredspektret antibiotika ved alle sykehusene i UNN.</p>	<p>Implementere bruk av Teams i hele UNN</p> <p>Vedta og implementere miljøplan i konseptfase nybygg psykisk helse og rusprosjekt konseptfase</p> <p>Videreføre og etablere a-team ved Harstad, Narvik og Tromsø</p>



## STYRESAK

Styresak:	17/2022
Møtedato:	24.02.2022
Arkivsak:	2021/691-3
Saksbehandler:	Marte Lødemel Henriksen

## Justerte hovedindikatorer 2022

### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende hovedindikatorer for 2022:

- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende somatikk
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse voksne
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse barn og unge
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende TSB
- Andel aktive fristbrudd (venteliste nyhenviste)
- Andel kontakter avviklet innen fastsatt tid (interne ventelister)
- Andel operasjoner som strykes etter kl. 14.00 dagen før operasjon
- Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste seks månedene
- Sykefravær
- Månedsværk
- Innleie
- Antall henvisninger til stormottakersatsningen
- Andel kreftpakkeforløp oppstart innen anbefalt frist

### Formål

Beslutte justerte hovedindikatorer for 2022.

### Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i 2015 (styresak 32/2015) å innføre hovedindikatorer for å fokusere oppfølgingen på de viktigste områdene for måloppnåelse. Indikatorene følges i ledergruppen, klinikkene og avdelingene. Indikatorene presenteres i Kvalitets- og virksomhetsrapporten og revideres årlig.

Forslag til nye hovedindikatorer for 2022 ble lagt fram i styresak 4/2022 den 26.01.2022. I den påfølgende diskusjonen ga styret sine innspill og vurderinger til de foreslåtte hovedindikatorene. I denne saken legges det fram justerte hovedindikatorer for 2022 etter beslutninger og innspill i forrige styremøte.

Indikator for stormottakersatsningen er siden møtet 26.1.22 ferdigstilt og er nå tatt med blant hovedindikatorene for 2022.

## Saksutredning

Forslag til hovedindikatorer for 2022 ble presentert for styret i sak 4/2022 den 26.01.2022. I møtet kom det innspill på at trafikklysmodellen er god, og at grønt nivå bør ligge i nærheten av målkravet. Epikrisetid, AML-brudd, kreftpakkeforløp og strykninger av planlagte operasjoner var blant indikatorene som ble drøftet i møtet. Etter ønske fra styret er *Kreftpakkeforløp – oppstart behandling* nå tatt med blant hovedindikatorene for 2022.

Det er gjort justeringer for hva som er god, middels og lav måloppnåelse for indikatorene *Andel aktive fristbrudd (venteliste nyhenviste)* og *Andelen kontakter avviklet innen fastsatt tid (interne ventelister)*. Justeringene er lagt inn i vedlagte tabell.

Indikator for stormottakersatsningen er satt til *Antall henvisninger*. Det legges opp til en progressiv vekst i antall henvisninger gjennom året, og vurdering av måloppnåelse etter trafikklysmodellen justeres deretter. Tabell 2 illustrerer forventet antall henvisninger til stormottakersatsningen for hver måned gjennom hele 2022. Ved inngangen til 2022 er det mottatt rundt 650 henvisninger. I 2023 forventer stormottakersatsningen å motta omkring 1500 henvisninger.

Epikrisetid og AML-brudd rapporteres regelmessig til styret i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene.

## Medvirkning

Saken vil bli drøftet i medvirknings- og drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten i uke 7. Protokoll fra møtet legges frem som referatsak i styremøtet.

## Vurdering

De to største hovedutfordringene for UNN vil i 2022 fortsatt være å øke tilgjengeligheten og skape et bedre økonomisk handlingsrom. De foreslåtte hovedindikatorene vurderes å kunne understøtte oppfølgingen av disse to områdene.



Tromsø, 11.02.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

**Tabell 1. Hovedindikatorer for 2022**

<b>Tabell. Justerte hovedindikatorer for 2022</b>	<b>God</b>	<b>Middels</b>	<b>Lav</b>	
Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende somatikk	<50	51-65	>65	Endret fra <i>avviklede</i> til <i>fortsatt ventende</i> pasienter fordi sistnevnte bedre beskriver ventelisten fremover.
Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse voksne	<40	41-55	>55	Endret fra <i>avviklede</i> til <i>fortsatt ventende</i> pasienter fordi sistnevnte bedre beskriver ventelisten fremover.
Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse barn og unge	<35	36-45	>45	Endret fra <i>avviklede</i> til <i>fortsatt ventende</i> pasienter fordi sistnevnte bedre beskriver ventelisten fremover.
Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende TSB	<30	31-45	>45	Endret fra <i>avviklede</i> til <i>fortsatt ventende</i> pasienter fordi sistnevnte bedre beskriver ventelisten fremover.
Andel aktive fristbrudd (venteliste nyhenviste)	2%	2-5%	>5%	Justert etter styremøte 26.1.22
Andel kontakter avviklet innen fastsatt tid (interne ventelister)	>95%	95-85%	<85%	Justert etter styremøte 26.1.22
Andel operasjoner som strykes etter kl. 14.00 dagen før operasjon	<5%	5-7,5%	>7,5%	Endret. Indikatoren for strykninger ble i fjor endret til «andel planlagte operasjoner som ble gjennomført» i fjor uten at dette påvirket prosessen. Foreslås endret tilbake til strykninger.
Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste seks månedene	>90%	90-70%	70%	Uendret
Sykefravær	<7,5%	7,5- 9,5%	>9,5%	Endret. Indikatoren for sykefravær ble i fjor endret til «nærvær på arbeidsplass» uten at dette påvirket prosessen.
Månedswerk	Under utarbeidelse			Ny. Indikatoren ble i fjor endret til antall dagsverk innleie av vikar fra eksternt byrå. Pandemien medfører at det er mindre tilgang på eksterne vikarer. Foreslås endret til månedswerk.

Innleie	Under utarbeidelse			Beholdes
Antall henvisinger til stormottakersatsningen	90-100	75-90	<75	Lagt til etter styremøte 26.1.22
Andel kreftpakkeforløp oppstart innen anbefalt frist	>70	60-69	<60	Ny

**Tabell 2: Forventet antall henvisinger til stormottakersatsningen gjennom 2022**

Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
55	62	69	76	83	50 (lavdrift)	40 (lavdrift)	50 (lavdrift)	100	108	115	125



## STYRESAK

Styresak:	18/2022
Møtedato:	24.02.2022
Arkivsak:	2022/33-2
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Orienteringssaker til styremøte 24.02.2022

### Innstilling til vedtak

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

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
2. Klinikpresentasjon – Operasjons- og intensivklinikken - *mundlig*
3. Forskning i UNN - presentasjon av klinisk forskningsprosjekt – *mundlig*
4. Økonomisk status og budsjett 2022 – *mundlig og skriftlig (ettersendes)*

Tromsø, 11.02.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Styresak:	19/2022
Møtedato:	24.02.2022
Arkivsak:	2022/35-2
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Referatsaker til styremøte 24.02.2022

### Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 25.01.2022
2. Referat fra møte i Ungdomsrådet, datert 31.01.2022
3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 07.02.2022
4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 07.02.2022
5. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 09.02.2022
6. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 16.02.2022

Tromsø, 16.02.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør


**Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN**
**Tid:** Tirsdag 25.01.2022 10.00 – 11.50

**Sted:** Digitalt TEAMS-møte

<b>Tilstede</b>	Anita Schumacher <i>(møteleder)</i> Grethe Andersen Einar Bugge  Kristian Bartnes Kirsti Baardsen Elin Gullhav Vibeke Haukland David Johansen Gina Marie Johansen Bjørn Yngvar Nordvåg Jon Mathisen Marianne Nordhov  Hilde Annie Pettersen Kvalvik Markus Rumpsfeld Eirik Stellander Fredrik Sund Lars Øverås Torni Myrbakk Tove Cathrine Mack Kate Myreng Gøril Bertheussen Snorre Manskow Sollid <i>(vara)</i> Marte Lødemel Henriksen	Administrerende direktør  Drifts- og eiendomssjef Forsknings- og utdanningssjef/fungerende viseadministrerende direktør Klinikksjef HLK-klinikken Leder Brukerutvalget Fungerende viseadministrerende direktør Driftsleder Narvik Klinikksjef Medisinsk klinikk Driftsleder Harstad Klinikksjef NOR-klinikken Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk Fungerende Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Kommunikasjonssjef Senterleder E-helse og IKT Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Fungerende Klinikksjef K3K-klinikken Økonomisjef UNN Smittevernoverlege Hovedverneombud Klinikksjef Diagnostisk klinikk Personalsjef Driftsleder Opln Stedfortredende fagsjef Fag- og kvalitetssenteret
<b>Forfall</b>	Haakon Lindekleiv Eva-Hanne Hansen	Fagsjef, Fag- og Kvalitetssenteret Klinikksjef Opln-klinikken
<b>Øvrige</b>	Grete Steinry Åsvang Mette Fredheim  Anja Kjærland Solveig Jacobsen  Line Lura	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Rådgiver Kvalitetsavdelingen Kommunikasjonsrådgiver, Kommunikasjon og Kultur Rådgiver Kvalitetsavdelingen <i>(sak 02/22)</i>
<b>Referent</b>	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Presentasjon/ oppf.ansvar
01/22	<b>Godkjenning av agenda og referat fra KU-møtet 19.10.2021 (Elements 2021/37)</b>	
	<i>Referat vedlagt</i>	Anita Schumacher
	Agenda og referatet ble godkjent uten endringer.	
02/22	<b>Internrevisjon Transfusjon av blodprodukter og ID-sikring</b>	
	<u>Beslutningssak</u>	Anja Kjærland
	<i>Saksfremlegg og vedlegg vedlagt</i>	Grete Åsvang
	<u>Beslutning</u>	
	Kvalitetsutvalget tar revisjonen til orientering.	25.01.2022
	Kvalitetsutvalget ber om at funnene følges opp gjennom en felles handlingsplan når pågående tilsyn « <i>Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev</i> » er gjennomført.	Diagnostisk klinikk/K3K/MK/OPIN Frist: Når tilsyn er gjennomført
	Kvalitetsutvalget ber Diagnostisk klinikk om å lede oppfølgingsarbeidet med å utarbeide felles handlingsplan.	Diagnostisk klinikk Frist: Når tilsynet er gjennomført
	<i>PP-presentasjon vedlagt</i>	
03/22	<b>Pasientsikkerhetsvisitt Opln</b>	
	<u>Orienteringssak</u>	Snorre Manskow Sollid
	<i>Saksfremlegg vedlagt</i>	
	Kvalitetsutvalget tar saken til orientering.	
04/22	<b>Forenklet hendelsesanalyse, Brystdiagnostisk senter</b>	
	<u>Orienteringssak</u>	Kate Myreng
	<i>Saksfremlegg vedlagt</i>	

	Kvalitetsutvalget tar saken til orientering.	
<b>05/22</b>	<b>Oppfølging av hendelsesanalyse etter alvorlig pasienthendelse</b>	
	<u>Beslutningssak</u>  Oppfølging av KU-sak 02/21 <i>Hendelsesanalyse pasienthendelse – UNN Narvik og Tromsø kommune</i>  <i>Saksfremlegg vedlagt</i>	Grete Åsvang  Solveig Jacobsen
	<u>Beslutning</u>  Kvalitetsutvalget tar presentasjonen til orientering og slutter seg til foreslåtte tiltak.  Kvalitetsutvalget ber om å få saken tilbake med status på forbedringstiltak knyttet til de øvrige læringspunktene.  <i>PP-presentasjon vedlagt</i>	KU-møte
<b>06/22</b>	<b>Handlingsplan for å følge opp resultater fra Kreftregisterets medisinske kvalitetsregistre</b>	
	<u>Beslutningssak</u>  Oppfølging av KU-sak 20/21  <i>Saksfremlegg vedlagt</i>	Marte Lødemel Henriksen
	<u>Beslutning</u>  Kvalitetsutvalget gir sin tilslutning til vedlagt handlingsplan.	
<b>07/22</b>	<b>Overgang fra TILT til NEWS2</b>	
	<u>Orienteringssak</u>  <i>Saksfremlegg og vedlegg (2) vedlagt</i>	Marte Lødemel Henriksen
	Kvalitetsutvalget tar informasjonen om overgangen fra TILT til NEWS2 til orientering og godkjenner vedlagt implementeringsplan.	
<b>Eventuelt</b>		
Ingen saker tilkommet under eventuelt		



## MØTEREFERAT

### Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

---

**Møtedato:** Mandag 31.01.22

**Møtested:** Skype

**Tilstede:** Medlemmer: Mathias Halvorsen leder, Johanne-Kristine Mortensen nestleder, Kamilla M. Sørensen, Kamilla Hammari Olsen, Regine Elvevold, Elise Nilssen-Broderstad, Marius Sundstrøm, Helena Andersen

**Koordinator:** Mariann Sundstrøm, Marit Nordmo og Elisabeth Mia Warvik (referent)

**Forfall:** Surajja Zeynalli, Magnhild Hjelme, Mia Berggren Nordahl, Kamilla Hammari Olsen

#### Saksliste:

##### **UR 1/22 Godkjenning av referat fra møte 091221**

Godkjent.

##### **UR 2/22 Årsmelding UR UNN 2021**

Forslag til årsmelding for 2021 ble presentert. Vi sender ut forslaget med en frist for å gi innspill innen 070222.

##### **UR 3/22 Gjennomgang av saksoversikt til ungdomsrådet**

Vi presenterte saksoversikten som viser alle henvendelser til rådet og fordeling av saker til koordinatorene og ungdommer. Her er de nyeste sakene:

- Diagnoseuavhengig ungdomskurs – det er et møte i neste uke for å planlegge kurset som Nordlandssykehuset har utviklet nå i oppstartsfasen.
- NRK har tatt kontakt – de ønsker å gjøre en sak om WHO-filmen som Johanne har spilt inn.



- Direktørens ledersamling er flyttet til høsten – vi avklarer senere hvem som skal delta.
- Pasientsikkerhetskonferansen går i februar, mest digitalt.
- Forskning v/Linda Svorken – saken som vi har nevnt under da vi hadde besøk av Linda i dag.
- «Engasjert» – forbedringsverktøy og tema brukermedvirkning hvor pasienter med erfaring fra helsetjenester kan være med å påvirke. De har nå opprettet egen nettside som vil gi god informasjon. Ordningen ble lansert 210122.

#### **UR 4/22      Utviklingsplan UNN og ny strategi UNN v/Heidi Høifødt**

Heidi deltok via skype og presenterte saken grundig for rådet. Utviklingsplanen skal gå fra 2022-2038 og skal gjelde for hele UNN.

UNNs visjon: Med pasienten- for pasienten. UNNs kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og lagspill. UNN har også 5 strategiske hovedretninger: pasientperspektiv, medarbeideren, universitets og regionsykehus, åpne prioriteringer og synlig og forberedt samfunnsaktør.

Utviklingsplanen er en videreutvikling av UNNs strategi og skal være førende for utviklingen av virksomheten fram mot år 2038. Sommeren 2021 ble ny strategi for UNN vedtatt og gjort kjent i sykehuset. Spørsmål til ungdomsrådet: Hvor vil vi at UNN skal være i 2038 med fokus på barn og unge? Hva kan vi tenke oss mindre av og hva kan vi tenke oss mer av? Ungdomsrådets innspill sendes inn via epost før 1.mars 2022.

#### **UR 5/22      Forskningsprosjekt: «Nytte av tilbakemeldingsverktøy i BUP» v/Linda Svorken**

Vi fikk besøk av Linda som skal forske noen år framover i fagfeltet psykisk helsevern for barn og unge. Flere av ungdommene i rådet var før jul med og ga tilbakemeldinger på skjema Linda har utarbeidet i denne forbindelse. Jfr sak som vi la ut på facebook, lukket gruppe. Hun ønsker å ha kontakt med ungdomsrådet framover i forbindelse med forskningen.

Det brukes i dag tilbakemeldingsverktøy i BUP hvor pasienten er med på å vurdere sin egen psykiske helse og nytte av behandlingen fra time til time, og resultatene framkommer i en graf som i seg selv kan benyttes som et verktøy i behandlingen. Forskningen til Linda skal fokusere på hvordan barn/ungdom synes at disse tilbakemeldingsverktøyene har vært i bruk. Som en del av dette skal også behandler intervjues for å høres deres innspill i nytten av verktøyene. Linda skal også gjøre en tallstudie i sin planlagte doktorgradsavhandling. Ungdomsrådets tilbakemelding under møtet i dag er at det er fint om rådet får tilbakemelding på sine innspill underveis. Det blir artigere å være engasjert hvis man hører fra Linda underveis. Ungdomsrådet ser fram til å holde kontakten.

**UR 6/22      Diverse orientering**

Rekrutteringen til nytt råd for perioden 2022-2024 går som planlagt. Vi har en til to plasser ledig. Fire kandidater er aktuelle for plass i rådet og intervjues i disse dager. Noen har tatt kontakt i denne prosessen og valgt å gå rett inn i ressursbanken. Det er bra. Innspill fra rådet mht et møte som planlegges i vinter med de som skal være med i ressursbanken framover: møtes flere for det sosiale og bli kjent, presentere en sak slik at helt nye får et eksempel på hva rådet jobber med.

Tentativ møteplan for Ungdomsrådet og AU 2022 ble presentert. Øvrige møter som framgår av planen: Dialogmøte med styret, Verdensdagen for psykisk helse og direktørens ledersamling for å nevne noe.

**UR 7/22      Eventuelt**

Ingen saker meldt.



## MØTEREFERAT

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

---

**Dato:** Mandag 07.02.2022 kl. 10.30 – 12.00  
**Sted:** Teamsmøte  
**Tilstede:** Kirsti Baardsen, Paul Dahlø og Hans-Johan Dahl  
**Forfall:**  
**Fra adm:** Ingrid Lernes Mathiassen (administrasjonssjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

---

**BAU 7/22 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 24.02.2022**  
Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU torsdag 03.02.2022.

Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2021  
Økonomisjef Lars Øverås orienterte kort.

Beslutning:  
BAU har ved gjennomgangen av Kvalitets- og virksomhetsrapporten under avsnitt *Vurdering*, merket seg følgende temaer, som også er kjent fra tidligere:

- Tilgjengelighet under pandemien, hvor det på nytt fokuseres på utskrivningsklare pasienter til Tromsø kommune
- Lengre ventetider i forbindelse med lavdrift i jule- og nyttårshelga
- Kortsiktig handlingsplan for å øke tilgjengeligheten på poliklinikkene
- For lav måloppnåelse ved gjennomføring av kreftpakkeforløp innen anbefalt frist

BAU forventer at det settes fokus på bedring av disse forholdene.

Investering i ny CT  
Økonomisjef Lars Øverås orienterte kort.

Tertialrapport 3, 2021 for byggeprosjekter ved UNN  
Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen orienterte kort.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 24.02.2022.

**BAU 8/22 Direktørens time**

BAU har følgende innspill til Direktørens time:

- Hvordan er rehabiliteringstilbudet for pasientene, ved UNN generelt og nå under pandemien? Hvordan tas etterslepet igjen?
- Samhandling psykisk helse og rus og somatikk. Hvordan fungerer strategien, og hva gjøres for å forbedre denne?

Beslutning/oppfølging:

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

**BAU 9/2022 Høring: Psykisk helse og rus – plassering av bygg**

BAU ønsker at BU diskuterer saken i sitt møte 23.02.2022.

Beslutning/oppfølging

Administrasjonen setter saken opp til møte i BU 23.02.2022.

**BAU 10/2022 SSU: Revisjonsutvalg for utarbeidelse av samarbeidsavtaler for Helsefelleskapet Troms og Ofoten - brukermedvirkning**

Det skal oppnevnes en brukerrepresentant til dette prosjektet.

Beslutning/oppfølging

BAU besluttet å ta saken opp i BU-møte 23.02.2022.

**BAU 11/2022 Utprøvningsprosjekt: Hjelpemiddel Dolley - brukermedvirkning**

Det skal oppnevnes en brukerrepresentant til dette prosjektet.

Beslutning/oppfølging

BAU besluttet å ta saken opp i BU-møte 23.02.2022.

**BAU 12/2022 Oppdragsdokument 2022**

Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen orienterte. Dokumentet sendes til BU.

Beslutning/oppfølging

BAU takker for orienteringen og setter opp saken til møte i BU 23.02.2022.

**BAU 13/22 Forslag til dagsorden for BU-møte 23.02.2022**

<b>SAKER</b>	<b>Tid og beskrivelse</b>
1. Godkjenning av innkalling og sakliste	Kl 09.10
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 08.12.2021	
3. Besøk av Pasient- og brukerombudet for Troms og Finnmark	Kl 09.15-09.45 Odd Arvid Ryan
4. Høring angående valg av virksomhetsalternativ: Nye arealer for psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Tromsø	Kl 09.45-11.00
5. Direktørens time	Kl 11.00-11.45 Einar Bugge
Lunsj	Kl 11.45-12.15
6. Nye UNN Narvik	Kl 12.15-13.00 – Lars K Rye og Hege Johannessen (ny koordineringskonsulent)
7. Årsrapport Brukerutvalget UNN 2021	Kl 13.00-13.30 – Ingrid Lernes Mathiassen
Pause	Kl 13.30-13.40
8. SSU: Revisjonsutvalg for utarbeidelse av samarbeidsavtaler for Helsefellesskapet Troms og Ofoten - brukermedvirkning	
9. Utprøvningsprosjekt: Hjelpemiddel Dolley – brukermedvirkning	
<b>10. Orienteringssaker</b>	Kl 13.50-14.50
- Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper	
- Overordnet strategi for pårørende	
- Oppdragsdokument 2022	
<b>11. Referatsaker</b>	Kl 14.50-15.00
- Referat fra møte i Sykehusapoteket Nord, 27.09.2021 og 06.12.2021?	
-Referat fra møte i BU Helgelandssykehuset, 08.12.2021	
-Referat fra møte i UR, 09.12.2021	
-Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset, 14.12.2021	
- Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 20.01.2022	
-Referat fra møte i KU,25.01.2022	
- Referat fra møte i BAU, 10.01. og 07.02.2022	
-Referat fra møte i BU Nordlandssykehuset, 10.02.2022	
12. Eventuelt	

**BAU 14/22 Eventuelt**

## PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 24.02.2022**

Dato: 07.02.2022

Tidspunkt: 14.30-15.30

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Mai-Britt Martinsen, NSF
Einar Bugge, kst. viseadministrerende direktør, forsknings- og utdanningssjef	Rune Moe, Fagforbundet
Gøril Bertheussen, PO sjef	Tove Mack, FVO
Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	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 desember 2021	<p>Einar Bugge og Gøril Bertheussen orienterte og svarte ut spørsmål til saken blant annet på følgende områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positivt at operasjonskapasiteten omfordeles til kreftkirurgi</li> <li>- Savner en detaljert rapport for oppfølging av reduksjon for innleie</li> <li>- Hva skyldes økningen i AML brudd? Dette vil det redegjøres for i neste KVR</li> </ul> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
2. Investering i ny CT	<p>Protokolltilførsel fra vernetjenesten og ansattes organisasjoner:</p> <p>Det foreslås at det i første avsnitt under kapittel <i>Saksutredning</i> tilføyes følgende i setningen (forslag til tilføyelse i kursiv) «Uforutsett driftsstans under undersøkelser er svært uheldig for pasienter og også belastende for ansatte»</p> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
3. Tertialrapport 3, 2021 for byggeprosjekter ved UNN	<p>Tor-Arne Hanssen orienterte om saken.</p> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>

Tromsø, 07.02.2022

Mai-Britt Martinsen (s.)  
NSF

Rune Moe (s.)  
Fagforbundet

Ingrid Lernes Mathiassen (s.)  
administrasjonssjef

*Dokumentet er signert elektronisk og kan derfor være uten signatur.*



## Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Tid: Onsdag 9.2.2022 kl. 13.00-14.35

Sted: Digitalt via teams

Arkiv: 2022/31

Medlemmer		Varamedlemmer	
Anita Schumacher, administrerende direktør	x	Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef	
Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef	x	Hanna Uleberg, avd.leder personal og organisasjonssenteret	
Kate Myräng, klinikkssjef Diagnostisk klinikk	%	Eva-Hanne Hansen, klinikkssjef OpIn	%
Grethe Andersen, drift- og eiendomssjef, DES	x	Fredrik Sund konst. klinikkssjef Kirurg, kreft- og kvinnehelseklinikken	
Jon Mathisen, klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk	%	Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerter- 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 Ytervik, HTV NSF Harstad	
Karina Olsen, DNLF (FTV)	%	Solveig Nergård, DNLF (FTV)	
Rita Vestgård, HTV Fagforbundet UNN Harstad	x		
Geir Magne Lindrupsen, FTV Nito	x	Monica Sjøvoll, NSF	

Til stede (x)

Møteleder: Tove Mack

Saksforbereder: HMS-rådgiver Karina Fredheim

Referent: Anne Christina Simonsen-Sagerup

Fra BHT: Paul Martin Hansen.

På sak 8.22 møtte avdelingsleder Magnar Johansen og utbyggingsjef Tor-Arne Hanssen og på sak 10.22 møtte bioingeniør Anja Ylvisaker og rådgiver Bengt Dahl.

SAKSOVERSIKT		Frist	Ansvarlig
1.22	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b> Godkjent.		Tove Mack
2.22	<b>Protokoll fra AMU-møtet 1.12.2021</b> Møteprotokollen var vedlagt innkallingen, protokollen er godkjent på e-post før møtet. Godkjent.		Tove Mack
<b>BESLUTNING</b>			
3.22	<b>Søknad om velferdsmidler - drift av UNN sine Velferdshytter</b> Leder i hyttestyret Magne Karlsen hadde sendt søknad om velferdsmidler som tilskudd til å dekke utgifter til vedlikehold av UNN sine velferdshytter.  <i>Vedtak:</i> Arbeidsmiljøutvalget vedtar at det gis kr. 45.000,- i 2022 som tilskudd til drift og vedlikehold av UNN sine velferdshytter.		Karina Fredheim
<b>INFORMASJONS-, DISKUSJONS- OG DRØFTINGSSAKER</b>			
4.22	<b>Årsrapport vernetjenesten 2021 + årshjul for 2022</b> Årsrapporten fra vernetjenesten 2021 og nytt årshjul fra 2022 ble fremlagt AMU til orientering.  <i>Konklusjon:</i> Arbeidsmiljøutvalget tar årsrapporten 2021 og årshjulet for 2022 til orientering.		Tove Mack
5.22	<b>Årsrapport Arbeidsmiljøutvalget 2021</b> Den årlige årsrapport fra Arbeidsmiljøutvalget ble fremlagt arbeidsmiljøutvalget til orientering.  <i>Konklusjon:</i> Arbeidsmiljøutvalget tar årsrapporten fra AMU 2021 til orientering.		Karina Fredheim
6.22	<b>Orientering fra Hovedverneombudet</b> Det ble gitt muntlig orientering om følgende:		Tove Mack



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt år og nye muligheter – Vernetjenesten er godt i gang med samarbeidet i forskjellige arenaer.</li> <li>• Oppdragsdokumentet for 2022 fra Helse Nord om HMS. Vernetjenesten ønsker å bidra inn i arbeidet med Forbedringsundersøkelsen.</li> <li>• Orientering om tilbakemeldinger fra klinikk- og senterverneombudene for 2021.</li> <li>• Besøk av helseministeren.</li> </ul>		
7.22	<p><b>Informasjon om kurs som kan være nyttig også for AMU medlemmer.</b></p> <p>Informasjon om digitalt kurs i regi av AMA som kan være relevant for AMU sine medlemmer var vedlagt saksdokumentene. AMU sine medlemmer oppfordres til å delta på kurset, medlemmer fra arbeidstakersiden får dekt kursavgift ved å sende faktura til personalsjef.</p>		Karina Fredheim
8.22	<p><b>Areal-, støy- og luktproblem Kreftpoliklinikken D2</b></p> <p>Saken var meldt inn fra klinikk-sjef i K3K med begrunnelse i at arbeidsmiljøfaktorene som inneklime og støy ikke synes å være forsvarlig ivaretatt ved Kreftpoliklinikken i D2 ut fra Arbeidsmiljølovens § 4-4.</p> <p>Avdelingsleder Magnar Johansen og utbyggingssjef Tor-Arne-Hanssen møtte på sak.</p> <p>AMU hadde en gjennomgang av saken og en diskusjon rundt alternativer og løsninger som går an ut fra dagens situasjon. AMU diskuterte blant annet et midlertidig tiltak om at det arbeide som utføres på miljøstasjonen og som kan legges utenfor arbeidstid, legges når det ikke er åpent for pasienter i poliklinikken.</p> <p><u>Konklusjon:</u></p> <p>-Arbeidsmiljøutvalget ber om at DES følger opp areal, lukt og lydproblematikken i D-fløya 1. og 2. etasje i tråd med drifts- og eiendomssjefens redegjørelse og AMUs innspill i møtet.</p> <p>-Arbeidsmiljøutvalget ber ledelsen ved DES og K3K sørge for god og rettidig informasjon om tiltak og fremdrift i arbeidet til ansatte.</p>		Magnar Johansen/Tor-Arne Hanssen
9.22	<p><b>Orientering fra Bedriftshelsetjenesten</b></p> <p>Det ble gitt muntlig orientering om følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er implementert nytt journalsystem, noe som er en klar kvalitetsforbedring fra det</li> </ul>		Paul Martin Hansen

	<p>gamle journalsystemet. Bedre muligheter for å ta ut statistikker, siden det oppdateres mot ansettelse har vi alltid rette opplysninger om ansatte, mindre fare for feil opp mot for eksempel prøvesvar ol.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningen er igjen fulltallig hos BHT etter en lang periode med ubesatte stillinger.</li> </ul>		
<b>10.22</b>	<p><b>Drøftingssak – Nytt miljømål for kjemikalier</b> Saken er meldt inn fra kjemikaliegruppen i UNN med det formål å gi AMU informasjon om det pågående arbeid med substitusjonsvurdering av kjemikalier i UNN. Substitusjonsvurdering av kjemikalier er et viktig ledd i det systematiske HMS-arbeidet. Bioingeniør Anja Ylvisaker og rådgiver Bengt Dahl møtte på sak.</p> <p><u>Konklusjon:</u> -Arbeidsmiljøutvalget støtter seg til nytt miljømål: Det skal gjøres substitusjonsvurdering av de kjemikalier som kan medføre helse- eller miljøskade. -Arbeidsmiljøutvalget oppfordrer kjemikaliegruppen til å lage en plan for implementeringen i UNN.</p>		Bengt Dahl/Anja Ylvisaker
<b>STYRESAKER</b>			
<b>11.21</b>	<p><b>Styresaker til</b> Følgende styresaker var på forhånd valgt ut av AU til gjennomgang i AMU:</p> <p>-Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2021 -Tertialrapport 3, 2021 for byggeprosjekter ved UNN</p> <p><u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget tar styresakene til orientering.</p>		Tove Mack
<b>EVENTUELT</b>			

## PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 24.02.2022**

Dato: 16.02.2022

Tidspunkt: 09.00-09.30

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Mai-Britt Martinsen, NSF
Einar Bugge, kst. viseadministrerende direktør, forsknings- og utdanningssjef	Rune Moe, Fagforbundet
Lars Øverås, økonomisjef	Einar Rebni, FVO
Marte Lødemel Henriksen, fungerende Fag- og kvalitetssjef	Eirik Inge Nordmark ( <i>deltok fra kl. 09.20-09.30</i> )

### 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 januar 2022	<p>Einar Bugge og Lars Øverås orienterte og svarte ut spørsmål til saken.</p> <p>De tillitsvalgte ga innspill om at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AML bruddene gir stor belastning på de ansatte, og UNN bør høyne fokuset på manglende avtaler.</li> </ul> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
2. Handlingsplan 2022 for oppfølging av overordnet strategi for UNN 2021-2025	<p>Einar Bugge orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Det skal arbeides videre med tiltakene som er beskrevet i handlingsplanen, og områdene omkring medarbeideren vil suppleres.</p> <p>Protokolltilførsel fra tillitsvalgte: <i>Lønn må også brukes som virkemiddel for å få bemanningsstabilitet, og dette punktet bør inn i handlingsplanen. Videre bør arbeidet med oppgaveglidning også beskrives.</i></p> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
3. Justerte hovedindikatorer 2022	<p>Marte Lødemel Henriksen orienterte om saken.</p> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
4. Oppdragsdokument 2022	<p>Einar Bugge orienterte, og svarte ut spørsmål.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planleggingshorisonten internt i UNN</li> <li>- Vernetjenesten mener at fokuset på HMS i</li> </ul>

	<p>Oppdragsdokumentet er for svakt</p> <p>Følgende protokollføres: <i>Tillitsvalgte og vernetjenesten opplever at oppdraget i Oppdragsdokument 2022 til helseforetakene krever mye og har mange oppdrag og at det økonomiske tilskuddet fra RHFet ikke samsvarer med oppdraget og kravene til UNN.</i></p> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
--	--

Tromsø, 16.02.2022

Mai-Britt Martinsen (s.)  
NSF

Rune Moe (s.)  
Fagforbundet

Ingrid Lernes Mathiassen (s.)  
administrasjonssjef

*Dokumentet er signert elektronisk og kan derfor være uten signatur.*



## STYRESAK

<b>Styresak:</b>	<b>20/2022</b>
<b>Møtedato:</b>	<b>24.02.2022</b>
Arkivsak:	2022/36-2
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Eventuelt til styremøte 24.02.2022

*Ingen saker til behandling.*

Tromsø, 11.02.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Styresak:	21/2022
Møtedato:	24.02.2022
Arkivsak:	2021/9847-3
Saksbehandler:	Einar Bugge

## Oppdragsdokument 2022

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge HF* til etterretning.
2. Styret gir administrerende direktør ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.

### Bakgrunn

Oppdragsdokument 2022 ble overlevert i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) den 02.02.2022, og uttrykker prioriteringer og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og styret i Helse Nord RHF. De pålagte oppgavene skal gjennomføres innenfor rammer og ressurser som er stilt til rådighet.

### Formål

Formålet er å orientere styret om styringssignalene og innholdet i Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til UNN.

### Saksutredning

Til grunn for prioriteringene i oppdragsdokumentet ligger tidligere års oppdragsdokumenter, oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF for 2022, Nasjonal helse og sykehusplan, Strategisk utviklingsplan for Helse Nord RHF, protokoller fra foretaksmøter, føringer i statsbudsjett for 2022 og styresaker som omhandler budsjett og investeringer.



## Føringer i Oppdragsdokumentet

I henhold oppdragsdokumentet for 2022 skal helseforetakene innrette sin virksomhet etter tre overordnede felles nasjonale styringsmål:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

### *Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*

Psykisk helsevern er tema i Nasjonal helse- og sykehusplan, og helseforetakene skal innrette sin virksomhet og styring i tråd med planen. Aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021, både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet. Det stilles konkrete krav til andelen pasienter som skal ha utredning og behandling innenfor definerte forløpstider i voksenpsykiatrien, TSB, og barne- og ungdomspsykiatrien. 80 % av pasientene skal få sine tjenester utført innen definerte forløpstider. Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 %.

Antallet tvangsmiddelvedtak skal reduseres, og andelen epikriser sendt innen en dag skal være minimum 70 %. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge, og lavere enn 30 dager for TSB.

UNN skal sikre gode basistjenester innen TSB i alle helseforetak, styrke rusbehandlingstilbudet til barn og unge, og utvikle rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger, psykisk helsevern og TSB.

Det skal legges til rette for å tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning, samt sikre ambulante tilbud til barn og unge.

Fagområdet skal følge opp rapportene «Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester» og «Riksrevisjonens undersøkelse om helse og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse».

### *Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet*

UNN skal redegjøre for hvordan strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025 følges opp innen henholdsvis forskning og innovasjon ved å systematisk registrere (i Induct) og følge opp innovasjonsprosjekter og delta i og understøtte RHF-initierte arbeidsgrupper (radiologi mv) innen kunstig intelligens-feltet (KI).

Det skal legges til rette for helsetjenesteforskning og innovasjonsprosjekter som utvikler



nye måter helsetjenester kan leveres på, samt prosjekter som evaluerer kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandling.

UNN skal øke antallet kliniske studier jf nasjonal handlingsplan for kliniske studier med 15 % sammenlignet med 2021, og samtidig øke antallet pasienter som deltar i kliniske studier. Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene skal følges opp i løpet 2022.

Et systematisk og målrettet arbeid for å sikre bemanning og kompetanse skal gjennomføres i 2022 med flere tiltak. Et vesentlig element i kravet om reduksjon i unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen er å sikre tilstrekkelig kvalifisert personell. UNN skal videreføre arbeidet med inkludering og mangfold, og legge til rette for rekruttering av personer som har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet, samt å forhindre frafall fra arbeidslivet.

UNN skal øke antall helsefagarbeiderlærlinger sammenlignet med 2021, og det skal iverksettes tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdanning for leger ved de mindre sykehusene i distriktene. Innen utgangen av 2022 skal GAT gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid.

Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, jordmor, operasjon- og kreftsykepleie (ABIJOK) skal være minimum 80, og UNN skal tilby øremerkede utdanningsstillinger for allmennleger (ALIS) i samsvar med regional opptrappingsplan for perioden 2022 - 2026. UNN skal utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til jordmødre på kort, mellomlang og lang sikt.

Med utgangspunkt i nivå for 2019, skal foretakets behov for innleid personell reduseres med 30 % innen utgangen av 2023. Herunder skal UNN utrede mulig etablering av et foretaksinternt bemanningssenter som også administrerer all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå.

Et systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene, skal være målet for virksomhetenes arbeid. Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal operasjonaliseres og gjennomføres lokalt, og i samarbeid med andre regioner og nasjonale aktører.

Kvalitetsmålinger, uønskede hendelser, kvalitetsregistre, forskningsbasert kunnskap og pasient- og pårørendeerfaringer skal brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet, og i systematisk forbedringsarbeid.

Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden Global Trigger Tool (GTT), skal reduseres til 10 % innen 2023. UNN skal sørge for god dekningsgrad og kompletthet i lovpålagt rapportering til de nasjonale kvalitetsregistrene, og videreføre arbeidet med pleieplaner i DIPS Arena. Videre stiller Oppdragsdokumentet krav om at gjennomsnittlig svartid for bildediagnostiske undersøkelser skal være under 4 dager, og andel bildediagnostiske undersøkelser gjennomført innen priodato skal være over 80 %. Det skal planlegges for videre arbeid med den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens i 2022.





### *Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp*

Pasientene skal slippe unødvendig ventetid, og pasientforløpene skal være gode og sammenhengende. Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2021, og på sikt være under 50 dager. Andelen overholdte pasientavtaler skal være minst 95 %, og det forventes en økning i andel pasienter med tildelt time innen tidsrammen på 6 måneder. Andelen polikliniske konsultasjoner på video/telefon skal økes og skal være over 15 %. Andel epikriser sendt innen 1 dag etter uskrivelse fra somatisk helsetjeneste skal være minst 70 %. Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid skal være på minst 70 %, og variasjonen mellom de ulike forløpene og foretakene skal reduseres.

### **UNNs særlige oppgaver i 2020**

UNN er region- og universitetssykehus i Helse Nord. UNNs regionssykehusfunksjon innebærer ansvar for å utvikle og tilby høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk. Som regionsykehus skal UNN stimulere og understøtte solide fagmiljøer i hele regionen slik at kvaliteten på tjenestetilbudet er likeverdig. UNN har også et særskilt ansvar for å drive utdanning og forskning i nært samarbeid med UiT. UNN har et særskilt ansvar for helsetilbudet på Svalbard.

Særlige oppgaver for UNN i 2022 inkluderer blant annet:

- Å sørge for at helsetjenesten som deltar i team for helsekartlegging i barnevernet har nødvendig språklig og kulturell kompetanse når samiske barn som skal plasseres utenfor hjemmet.
- Å sørge for døgnkontinuerlig medisinsk tilstedevakt ved redningshelikopterbasen i Tromsø.
- Lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt.
- Følge opp Riksrevisjonens rapport om Svalbardselskapenes håndtering av klimautfordringer.
- Evaluere arbeidet i regionalt fagnettverk for ledelse- og lederutvikling og utarbeide oppdatert handlingsplan.

### **Særskilte saker som skal styrebehandles**

Oppdragsdokumentet stiller følgende krav til saker som skal styrebehandles i 2022:

Innen 30.09.2022 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:

- status for fremdrift for handlingsplan og lukke kjente svakheter
- beskrivelse av trusselbildet
- resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner
- oppsummering fra avviksrapportering
- beskrivelse av hvordan kartlegging av digital sikkerhetskultur er fulgt opp



## Medvirkning

Saken er lagt frem i drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten i uke 7. Protokoll fra møtet legges frem som referatsak til styremøtet 24.02.2022.

## Vurdering

Oppdragsdokumentet ivaretar krav som stilles og oppgaver som pålegges fra overordnede myndigheter. Oppdragsdokumentet inneholder flere nye krav til UNN, samtidig som bestillinger i tidligere oppdragsdokument opprettholdes og videreføres. Selv om oppdragsdokumentet kommer sent i forhold til virksomhetsplanleggingen i foretaket, er de fleste endringer og nye krav kjent fra tidligere.

Direktørens vurdering er at oppdragsdokumentets vektlegging av «Vår felles helsetjeneste» med fortsatt sterkt pasient- og brukerfokus og også vektlegging av betydningen av medarbeiderne, i stor grad er i tråd med UNNs strategi og vår visjon «Med pasienten – for pasienten». Oppdragsdokumentets fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, gode pasientforløp, brukerorientering og brukermedvirkning er i tråd med UNNs satsingsområde «Pasientperspektivet i alt vi gjør». Vektleggingen av riktig bemanning og kompetanse er i stor grad sammenfallende med UNNs satsingsområde «Medarbeideren – vår viktigste ressurs».

Oppdragsdokumentet stiller tydelige krav til at UNN skal styrke sin forskningsaktivitet ved å øke antall kliniske studier, og øke andel pasienter inkludert i kliniske studier. Å skaffe handlingsrom til økt satsning på forskning, videreutvikling av høyspesialiserte funksjoner og nødvendige investeringer vil kreve riktige prioriteringer. Videre utvikling av samhandling, oppfølging av tilgjengelige data for å oppnå et likeverdig tilbud til befolkningen uavhengig av bosted, samt utvikling av UNNs arbeid med å sikre et godt koordinert tilbud til stormottakere av helsetjenester er viktige områder å fokusere på for å skaffe rom til å utvikle UNN videre som et godt universitetssykehus, i likhet med fortsatt satsing på systematisk arbeid med kontinuerlig forbedring og implementering av systematiske pasientforløp.

Oppdragsdokumentets tydelige krav om tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og kapasitetsutnyttelse samt fokus på bruk av resultater fra ulike kilder i systematisk forbedringsarbeid er likeledes i tråd med UNNs strategi.

Koronapandemien har ført til at utviklingen av digitale helsetjenester skyter fart. Oppdragsdokumentet gir føringer for ytterligere fokus på bedre og mer likeverdige helsetjenester gjennom en videreutvikling av det digitale tjenestetilbudet. Digitale tjenester skal inngå som en naturlig del av ordinære sykehustjenester, og benyttes i den grad det passer behov og ønsker hos den enkelte pasient. Dette stiller krav til brukermedvirkning i utvikling av digitale tjenester, samt kompetanse og formidlingsevne hos helsepersonell.



Et tydelig fokus på utvikling av informasjonssikkerhet og beredskapsplaner videreføres og inngår også i UNNs oppdrag for 2022, med spesifikke rapporteringskrav til styret.

Oppdragsdokumentet blir gjennomgått og fordeling av oppgavene diskutert i direktørens ledergruppe. Oppdragene vil bli lagt inn som en del av klinikkenes og senternes dialogavtaler, for å sikre fokus på gjennomføring og lette rapporteringen. Rapporteringen til styret og eier vil i stor grad inngå i den ordinære virksomhetsrapporteringen med månedlige kvalitets- og virksomhetsrapporter, tertialrapporter og Årlig melding.

## Konklusjon

Kravene i oppdragsdokumentet er i god overensstemmelse med UNNs overordnede strategi. Summen av kravene i oppdragsdokumentet vil kreve et tydelig lederfokus i organisasjonen, og god dialog og medvirkning og dedikert innsats fra alle for å sikre god måloppnåelse.

Tromsø, 16.02.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

## Vedlegg:

- 1 Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til helseforetakene vedtatt av styret 02.02.2022
- 2 Oppdragsdokument 2022 - Tilleggsliste fra Helse Nord RHF til helseforetakene vedtatt av styret 02.02.2022

# Oppdragsdokument 2022

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



**HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE



**FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÄRKKU BUOHCCIVIESSU



**NORLANDSSYKEHUSET**  
NORLÁNDA SKIPPIJVIESSO



**SYKEHUSAPOTEK NORD**  
DAVI BUOHCCVIESSOAPOTEHKA



**UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVIESSU



 **HELSE NORD IKT**

Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 2. februar 2022

**Innhold**

1.0 Innledning.....	4
2.0 Mål og føringer .....	4
3.0 Vår felles helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....	8
3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning .....	9
3.2 Somatikk.....	10
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	11
4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen .....	11
4.2 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen .....	12
4.6 Klima- og miljøtiltak.....	12
4.7 Informasjonssikkerhet.....	12
4.8 Beredskap .....	13
5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten .....	13
7.0 Bemanning og kompetanse .....	14
7.1 Sikre gode arbeidsforhold.....	14
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell .....	14
7.3 Utdanning av legespesialister .....	15
7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	15
8.0 Forskning og innovasjon .....	16
9.0 Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling.....	16
9.1 Resultatkrav.....	16
9.2 Anskaffelsesområdet.....	17
10.0 Teknologi.....	17
11.0 Bygg og kapasitet .....	18
12.0 Styringsparametere 2022.....	18
13.0 Oppfølging og rapportering.....	20
14.0 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering .....	20

**Forkortelser**

HELSE NORD RHF	Helse Nord regionalt helseforetak
HF	Helseforetak
FIN	Finnmarkssykehuset
NLSH	Nordlandssykehuset
HSYK	Helgelandssykehuset
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
SANO	Sykehusapotek Nord
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
ABIJOK	Anestesi, barn, intensiv, jordmor, operasjon og kreft- spesialistutdanning
ALIS	Leger i spesialisering i allmennmedisin.
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral
DIPS	Leverandør av elektronisk pasientjournal - EPJ.
GTT	Global trigger tool
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
LIS	Leger i spesialisering
NSM	Nasjonal sikkerhetsmyndighet
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

## 1.0 Innledning

Oppdragsdokumentet er en del av regionens helhetlige virksomhetsstyring som skal sikre at nasjonale og regionale mål for spesialisthelsetjenesten oppfylles. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2022.

Virksomhetsstyringen skal være helhetlig, sammenhengende, forutsigbar og tydelig – på kort og lang sikt. Planverket skal oppfylle våre lovpålagte hovedoppgaver: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, forskning og innovasjon, samt utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling.

Virksomhetsstyringen er illustrert i figur 1:



Figur 1 Helse Nord planlegger og styrer helhetlig og forutsigbart, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

## 2.0 Mål og føringer

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Helseforetakene skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende hovedmål:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Ved inngangen i 2022 er pandemisituasjonen uforutsigbar. Det vil fortsatt være usikkerhet om den videre utviklingen, og det kan komme nye virusvarianter som gir økte utfordringer. Vaksineringsdoser vil ha en effekt på innleggelser. Sykehusene må av denne grunn opprettholde beredskapen og videreføre de gode smittevernrutinene som er innarbeidet i forbindelse med pandemien. Flere helseforetak har måttet utsette planlagte operasjoner for å frigjøre kapasitet og ressurser til alvorlig syke covid-19-pasienter. Helseforetakene skal tilstrebe å holde mest mulig normal drift gjennom 2022.

Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt områdene i regional utviklingsplan 2035 (RU35). Planen skal i løpet av året oppdateres til tidshorisont 2023–2038.

Det legges til grunn at foretakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetaket. Bærekraftig ressursbruk skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene. Dette gjelder økonomi, miljø og disponering personell.

Andre overordnede føringer er:

- Helse Nords *Strategi Helse Nord RHF 2021–2024*, økonomisk langtidsplan og investeringsplan, jf. fig. 1. Planene beskriver utfordringene på lang sikt og hvordan målene skal nås.
- Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet omfatter hele foretaksgruppen.

Demografisk utvikling viser at befolkningen i Nord-Norge går ned. Ved utgangen av 2021 utgjør Nord-Norges befolkning 8,9 % av landets befolkning. Det blir særlig viktig å utvikle tjenestene slik at behovet for arbeidskraft kan tas ned til nivået før pandemien, og helst reduseres ytterligere. Dette er i tråd med Riksrevisjonens konklusjon etter undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinteknisk utstyr som sier at: *Helsepersonell er en knapp ressurs. Investeringer blir et viktigere virkemiddel for å løse helseforetakenes oppgaver og dempe arbeidskraftbehovet i årene som kommer. Det kan få alvorlige konsekvenser for pasienttilbudet dersom man ikke lykkes med dette.*

Dagens struktur på spesialisthelsetjenesten, som kombinerer desentrale tilbud med høyspesialiserte tilbud i hovedsak ved Universitetssykehuset Nord-Norge og et bredt tilbud ved Nordlandssykehuset, har vært tjenlig for landsdel og befolkning. Helse Nord RHF's strategi forutsetter at foretaksgruppen evner å utvikle seg, styrke samarbeidet i forpliktende faglige nettverk mellom enheter og fagmiljø, og endre seg for å sikre kvaliteten på tilbudet.

For å opprettholde et likeverdig tilbud til befolkningen må helseforetakene styrke arbeidet med å tilby tjenester digitalt. Sykehusene skal legge til grunn at nærmere definerte oppgaver som utgangspunkt skal gjennomføres digitalt, og i større grad



benytte ledig kapasitet på de mindre enhetene. Et eksempel kan være å legge elektive tjenester til en eller flere av de mindre enhetene.

I møtet med helsetjenesten skal pasientene oppleve åpenhet, respekt og medvirkning i valg av behandling og hvordan denne gjennomføres. Samvalg og mulighet for bruk av samvalgsverktøy skal legge til rette for mestring og aktiv deltagelse fra pasienten. Pårørende skal involveres der det er relevant, og deres kunnskap og erfaringer skal anerkjennes og benyttes i pasientforløpene.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette betyr bruk av tolketjenester ved behov. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

Pasienter, brukere og pårørende skal oppleve en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste på tvers av forvaltningsnivå og fagområder. I helsefellesskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere og kommuneoverlegene skal inviteres inn. Sammen med representanter for brukere og fastleger skal kommuner og helseforetak planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå. Spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste og pasienter skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller gjennom ambulante og intermediære tjenester.

Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal være basert på nasjonale helsefaglige retningslinjer og veiledere, data fra kvalitetsregister med tilfredsstillende dekningsgrad, klinisk forskning og medvirkning fra pasient og pårørende. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering har anbefalt et utvalg av kvalitetsindikatorer innenfor 5 områder som Helse Nord RHF vil gi særskilt oppfølging i 2022.

Samarbeid med utdanningssektoren er viktig for kompetanseutvikling i spesialisthelsetjenesten, og støtter opp om arbeidet med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde personell.

Aktivitet og arbeidsdeltakelse er helsefremmende og bidrar til inkludering. Helseforetakene skal bidra til at pasienter i spesialisthelsetjenesten tilbys samtidige helse- og arbeidsrettede tilbud i et samarbeid med NAV, for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole.

Utvikling av ny teknologi og mer presis diagnostikk og behandling gjennom innovasjon og næringslivssamarbeid er sentralt for å skape en bærekraftig helsetjeneste.

Prinsippene for prioritering<sup>1</sup> skal ligge til grunn for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder nye legemidler, teknologi og endring i arbeidsprosesser. Der beslutningssituasjonens tema/karakter tilsier det, skal prioriteringskriteriene inngå i grunnlaget for beslutninger sammen med andre relevante hensyn.

På vegne av Helse Nord RHF, er Helse Nord IKT gitt oppgaven med å sikre at alle endringer i Helse Nord's infrastruktur er i tråd med styringssystem for informasjonssikkerhet.

Helse Nord IKT skal sørge for levetidsforvaltning av Helse Nord's infrastruktur og sikre at den er i tråd med vedtatte kvalitetskrav og akseptabel risiko. Dette forutsetter kontroll på applikasjonsporteføljen, og innebærer at portvaktfunksjonen utvides til også å gjelde teknisk og merkantil kontroll over all programvare som kjører på Helse Nord's infrastruktur. Helse Nord IKT får eksplisitte fullmakter i beredskapssammenheng.

Alle helseforetakene skal delta i arbeidet med oppfølging av regional beredskapsplan, og skal samarbeide seg imellom i gjennomføring av egne planer, herunder i revisjon av tjenesteavtaler mellom Helse Nord IKT og sykehusforetakene.

Helse Nord RHF og helseforetak har samarbeidsavtaler med regioner i Nordvest-Russland, Finland og Sverige. Helseforetakene skal bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene og legge til rette for god beredskap, øvelser og helsesamarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Barentsregionen.

Følgende nye nasjonale dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

1. Meld. St. 25 (2020-2021) Likeverdsreformen
2. Meld. St. 38 (2020-2021) Nytte, ressurs og alvorlighet
3. Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser
4. Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025. En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk
5. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester
6. Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien (30.11.2021)
7. Trygghet, mangfold og åpenhet. Handlingsplan mot diskriminering p.g.a seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika 2021-2024
8. Prop. Nr. 1 (2021-2022), kap. 8 Plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere
9. "Ett år inn i koronapandemien", kap. 6 - tjenester med usikker helsegevinst
10. Nasjonal handlingsplan kliniske studier 2021-2025
11. Nasjonale helsefaglige retningslinjer og veiledere

---

<sup>1</sup> Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

Helseforetakene skal også legge regionalt førende styresaker/dokumenter til grunn:

1. Styrearbeid i Helse Nord, veileder – styresak 158-2021
2. Strategi for prehospitale tjenester i Helse Nord – styresak 61-2021
3. Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025 – styresak 54-2021
4. Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord for 2022-2025 – styresak 71-2021
5. Hvordan tilpasse persontilpasset medisin i Helse Nord – styresak 117-2021
6. Regional plan for informasjonssikkerhet – styresak 119-2021
7. Styringsstruktur IKT infrastruktur – ansvar, roller og oppgaver – styresak 120-2021
8. Styringssystem for informasjonssikkerhet, strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet – styresak 135-2021
9. Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter – styresak 170-2021
10. Anskaffelsesområdet – samordningstiltak og styringsmodell – styresak 173-2021
11. Regionale beredskapsplaner
12. Oppfølging av Riksrevisjonens rapporter
13. Oppfølging av internrevisjonens rapporter
14. Oppfølging av Helsetilsynets rapporter

Helseforetakene skal bidra med faglige ressurser i regionale og nasjonale prosjekter og arbeidsgrupper. Utgiftene dekkes av det enkelte helseforetak.

Alle helseforetakene får samme oppdragsdokument, og det er spesifisert hvilke foretak kravene gjelder for. Krav gitt i tidligere oppdragsdokument gjelder fortsatt selv om de ikke gjentas årlig, ref. tilleggslisten.

Helse Nord RHF vil følge med på hvordan pandemisituasjonen påvirker helseforetakene og eventuelt justere krav og rammer i tråd med utviklingen.

### **3.0 Vår felles helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder**

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Overholde minst 95 pst. av pasientavtalene.
2. Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.
3. Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.
4. Benytte nasjonale serviceparametere for pasientreiser fra disse tas i bruk høsten 2022.
5. Implementere nye nasjonale retningslinjer for avviksmelding og -oppfølging innenfor pasientreiser fra andre tertial 2022.
6. Fortsette den digitale satsingen innen pasientreiseområdet, slik at tjenesten effektiviseres for både pasientene og helseforetakene, jf. protokoll fra foretaksmøter for de regionale helseforetakene 15. juni 2021.

7. I samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter. Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering.
8. Skal med bistand fra Pasientreiser HF starte implementering av ny rekvisisjonspraksis i løpet av 2022.
9. Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.
10. Påse at pasienter som mottar behandling hos private leverandører gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg får videreført det tilbudet de har behov for når ordningen avvikles.

#### Foretaksspesifikke krav:

##### **Finnmarkssykehuset**

11. Følge opp arbeidet med å videreutvikle spesialisthelsetjenester ved Klinikk Alta. Departementet ber om status for arbeidet innen utgangen av 2022.

##### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

12. Sørge for at helsetjenesten som deltar i team for helsekartlegging i barnevernet har nødvendig språklig og kulturell kompetanse når samiske barn som skal plasseres utenfor hjemmet.<sup>2</sup>
13. Sørge for døgnkontinuerlig medisinsk tilstedevakt ved redningshelikopterbasen i Tromsø.

### **3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning**

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

14. Ta i bruk nye pasientbrevmaler. En forutsetning for å kunne digitalisere pasientbrevene er oppdatert behandlingsinformasjon på sykehusets nettsider. Krav til nye publiserte behandlingsbeskrivelser:
  - HSYK: 20
  - NLSH: 100
  - UNN: 150
  - FIN: 20 (bokmål) og 30 (nordsamisk)

#### Krav til FIN, UNN og NLSH:

15. I samarbeid med brukerutvalget og ungdomsrådet kartlegge og forbedre samarbeid med frivillige organisasjoner.
16. I samarbeid med brukerutvalget og ungdomsrådet utvikle rutiner for medvirkning i bygge- og ombyggingsprosjekter.

---

<sup>2</sup> Det vises til oppdragsdokument fra HOD 2021: Helse Nord RHF skal opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.

Krav til HSYK og SANO:

17. I samarbeid med brukerutvalget utvikle rutiner for medvirkning i bygge- og ombyggingsprosjekter.

Foretaksspesifikke krav:

**Helgelandssykehuset**

18. I samarbeid med brukerutvalget kartlegge og forbedre samarbeid med frivillige organisasjoner.

### 3.2 Somatikk

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

19. Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2021. Målsetningen på sikt er lavere enn 50 dager.
20. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.
21. Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
22. Bidra til oppfølging av anbefalinger og lukking av avvik etter Helsetilsynets rapport Tilsyn med ambulanseflytjenesten – Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulanseflytjenester datert 14. juni 2021. Helse Nord RHF koordinerer oppfølgingen.
23. Ta i bruk felles prosedyreverk for ambulansetjenesten gjennom deltagelse i FRAM-samarbeidet.

Krav til FIN, UNN, NLSH, HSYK og SANO:

24. Samlet forbruk av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 pst. i 2022 sammenliknet med 2012. 2021 var siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2015-2020) og det planlegges for videre arbeid med den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens i 2022.

Krav til FIN, NLSH og HSYK:

25. Delta i et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Foretaket skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølgning i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefellesskapene. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.

Foretaksspesifikke krav:

**Universitetssykehuset Nord-Norge**

26. Lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved

å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Hvert HF skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølgning i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefellesskapene. Fagråd for Hjertemedisin skal være referansegruppe og fagsjefmøtet skal være styringsgruppe for prosjektet. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.

### **3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

27. Følge opp rapportene «Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester» og «Riksrevisjonens undersøkelse om helse og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse».
28. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.
29. Aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021, både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet.
30. Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
31. Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.
32. Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.
33. I tråd med nasjonal alkoholstrategi 2021 – 2025 sørge for gode basistjenester innen TSB i alle helseforetak, styrke rusbehandlingstilbudet til barn og unge og utvikle rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger, psykisk helsevern og TSB.
34. Innen utgangen av 2022 ha etablert og i funksjon de felles henvisningsmottakene (helseforetak/avtalespesialister) innenfor psykisk helsevern.
35. Legge til rette for å tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning.
36. Sikre ambulante tilbud til barn og unge innen psykisk helse og TSB.

## **4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen**

#### Krav til alle sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

37. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

38. Sørge for god dekningsgrad og komplett i lovpålagt rapportering til de nasjonale kvalitetsregistrene.
39. Videreføre det regionale arbeidet med å utarbeide og innføre veiledende pleieplaner til DIPS Arena pleieplan.
40. Gjennomsnittlig svartid for bildediagnostiske undersøkelser skal være under 4 dager innen utgangen av 2022.
41. Andel bildediagnostiske undersøkelser gjennomført innen priodato skal være over 80% innen utgangen av 2022.

## 4.2 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

### Krav til alle sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

42. Rapportere på innhold og samhandling i forbindelse med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde antall samarbeidsavtaler inngått, beskrivelse av aktiviteter og resultater av samarbeidsavtalen. For eventuelle manglende samarbeidsavtaler skal det beskrives utfordringer og eventuelle tiltak som er planlagt iverksatt for å få samarbeidsavtalen på plass.
43. Beskriv samarbeid foretaket har med private institusjoner om utnyttelse av avtaler for optimalisering av pasientforløp for å hindre unødvendige ventetider og fristbrudd. I eventuelle tilfeller der samarbeidet ikke fungerer tilfredsstillende, skal Helse Nord RHF informeres i eget brev.

## 4.6 Klima- og miljøtiltak

### Krav til alle:

44. Dokumentere årlig status i arbeidet med å nå de langsiktige målene innen klimaområdet gjennom spesialisthelsetjenestens rapport om samfunnsansvar.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

45. Følge opp Riksrevisjonens rapport om Svalbardselskapenes håndtering av klimautfordringer.

## 4.7 Informasjonssikkerhet

### Krav til alle:

46. Innen 30.9.2022 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:
  - status for fremdrift for handlingsplan og lukke kjente svakheter,
  - beskrivelse av trusselbildet,
  - resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntregningstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner,
  - oppsummering fra avviksrapportering,
  - beskrivelse av hvordan kartlegging av digital sikkerhetskultur er fulgt opp



## 4.8 Beredskap

### Krav til alle:

47. Delta i arbeidet med å utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Helse Nord RHF leder dette arbeidet.
48. Videreutvikle beredskapsarbeidet og -planene mtp. pandemier og andre alvorlige kriser, ved å følge opp egevaluering av pandemihåndteringen, Koronakommisjonens rapport og egne risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til infrastruktur, kompetanse og innsatsfaktorer mv.
49. Innen 2. tertial evaluere ansattes erfaringer i møte med pandemien. Arbeidet skal gjøres i nært samarbeid med ansattes representanter.

### Krav til alle sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

50. Sammen med Helse Nord RHF planlegge, gjennomføre og evaluere Nasjonal helseøvelse 2022 (NHØ 22).

### Krav til UNN og NLSH:

51. Sørge for at tjenestegjørende militært personell under NATO-øvelsen Cold Response 2022 gis tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter.
52. Delta i planlegging og gjennomføring av øvelsen Barents Rescue 2022

## 5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

53. Utarbeide en handlingsplan (2022-2023), med milepæler for hvordan helseforetakene i helsefellesskapene vil bidra til å planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå (de fire prioriterte grupper). Frist 1. september 2022.
  - Ved hjelp av tilgjengelige data og dokumenterte erfaringer, gjøre opp status for hvordan spesialisthelsetilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene i dag blir ivarettatt i eget helseforetak.
  - I handlingsplanen skal inngå tverrfaglige, pasientsentrerte team på tvers av tjenestenivå, digital avstandsoppfølging, økt ambulering og styrking av spesialisthelsetjenester som kan ytes i pasientens hjem.
  - Bruk av individuell plan skal vektlegges i handlingsplanen
  - Rollen til og bruk av koordinerende enhet skal tydeliggjøres
  - I den interne oppfølgingen sikre god ledelsesmessig oversikt og oppfølging over framdrift i arbeidet med å forbedre tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene"
54. Inngå avtaler med kommunene når de yter desentraliserte spesialisthelsetjenester på vegne av helseforetaket, jf ISF regelverkets bestemmelser.
55. Invitere kommunene inn i arbeidet med utviklingsplanene på områder hvor det er relevant for å sikre at pasienter med behov for tjenester fra begge nivå får et sammenhengende tilbud.
56. Styrke det desentrale tilbudet til pasientene ved samarbeid mellom små og store sykehus og kommunehelsetjenesten, digitale og ambulante tjenester og intermediære tilbud.



## 7.0 Bemanning og kompetanse

### Krav til alle:

57. Videreføre arbeidet med inkludering og mangfold og legge til rette for rekruttering av personer som har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet, samt å forhindre frafall fra arbeidslivet.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

58. Evaluere arbeidet i regionalt fagnettverk for ledelse- og lederutvikling og utarbeide oppdatert handlingsplan.

## 7.1 Sikre gode arbeidsforhold

### Krav til alle:

59. Videreføre og forsterke arbeidet med å utvikle en heltidskultur.  
60. Redegjøre for hvordan de ulike virksomhetene i foretaket er organisert for å ivareta prinsippet om stedlig ledelse.

## 7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

61. Øke antallet helsefagarbeiderlæringer sammenlignet med 2021. Økningen i perioden 2019-2023 skal være på minimum 20%.  
62. Iverksette tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdanning for leger ved de mindre sykehusene i distriktene.  
63. Innen utgangen av 2022 skal GAT gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid.  
64. Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for blant annet å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2023.  
65. Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, jordmor, operasjon- og kreftsykepleie (ABIJOK) skal økes i tråd med følgende.

Utdanningsstillinger ABIOKJ	2018/2019	2020/2021	2021/2022
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	57	70	80
Nordlandssykehuset HF	26	30	40
Finnmarkssykehuset HF	9	11	15
Helgelandssykehuset HF	14	10	15
Helse Nord totalt	106	121	150

Tabell 1 Totalt antall utdanningsstillinger til ABIOK og jordmor i Helse Nord 2018-2021

66. Utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til jordmødre på kort, mellomlang og lang sikt. Relevante aktører skal involveres i arbeidet.

67. Delta inn i prosjektet «avansert oppgaveplanlegging» (AOP) med aktuelle enheter etter avklaring med prosjekteier. For disse skal det som et minimum innføres 9 måneders planleggingshorisont.

#### Krav til FIN, UNN og HSYK:

68. Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30 prosent innen utgang 2023. Herunder utrede mulig etablering av et foretaksinternt bemanningscenter som også administrerer all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå.

#### Foretaksspesifikke krav:

##### **Nordlandssykehuset**

69. Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30 prosent innen utgang 2023. Herunder utrede mulig administrasjon av all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå gjennom foretaksinternt bemanningscenter.

### 7.3 Utdanning av legespesialister

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH, og HSYK):

70. Tilby øremerkede utdanningsstillinger for allmennleger i spesialisering (ALIS) i samsvar med regional opptrappingsplan for perioden 2022-2026.

Helseforetak	2022		2023		2024		2025		2026	
	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Finnmarkssykehuset	2	2	3	3	4	4	4	4	5	5
UNN	3	3	5	6	7	8	9	9	9	9
Nordlandssykehuset	3	3	4	4	5	6	7	7	8	9
Helgelandssykehuset	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5
<b>Samlet</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>28</b>

Tabell 1 Regional opptrappingsplan for utdanningsstillinger til ALIS i Helse Nord 2022-2026. Det skal gjennomføres årlige evalueringer som kan føre til justeringer i perioden. Periode 1 (P1) mars-august. Periode 2 (P2) september-februar.

71. Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2021.

### 7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

#### Krav til alle:

72. ForBedring: Faktoren "oppfølging" skal på lang sikt ha en foretaksskår lik 75 eller høyere. Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022.

73. ForBedring: "Psykososialt arbeidsmiljø" skal på begge faktorene på lang sikt ha en foretaksskår lik 80 eller høyere. Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022.

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH, og HSYK):

74. Videreutvikle arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng, med utgangspunkt i oppfølging av nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og undersøkelsen ForBedring.

Foretaksspesifikke krav:

**Nordlandssykehuset**

75. Evaluere arbeidet i regionalt fagnettverk for sykefraværsoppfølging og utarbeide oppdatert handlingsplan.

## 8.0 Forskning og innovasjon

Krav til alle:

76. Redegjøre for hvordan strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025 følges opp innen hhv. forskning og innovasjon
77. Systematisk registrere (i Induct) og følge opp innovasjonsprosjekter
78. Delta i og understøtte RHF-initierte arbeidsgrupper (radiologi mv) innen KI-feltet
79. Legge til rette for helsetjenesteforskning og innovasjonsprosjekter som utvikler nye måter helsetjenester kan leveres på, samt prosjekter som evaluerer kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandling.

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK) og SANO:

80. Øke antallet kliniske studier jf nasjonal handlingsplan for kliniske studier med 15 %, sammenlignet med 2021
81. Øke antallet pasienter inn i kliniske studier
82. Følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene.

## 9.0 Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

### 9.1 Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2022 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav:

Finnmarkssykehuset:	Overskudd kr 24 mill.
UNN:	Overskudd kr 40 mill.
Nordlandssykehuset:	Overskudd kr 5 mill.
Helgelandssykehuset:	Overskudd kr 25 mill.
Sykehusapotek Nord:	Overskudd kr 1 mill. <sup>3</sup>
Helse Nord IKT:	Økonomisk balanse

---

<sup>3</sup> Overskudd i publikumsavdelingen

## 9.2 Anskaffelsesområdet

### Krav til alle:

83. Legge til rette for interne prosesser som på en forutsigbar måte sikrer involvering av interessenter i forbindelse med felles anskaffelser, nasjonalt og regionalt.
84. Sørge for at gjennomføring av tiltak knyttet til samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork gis prioritet og utføres i henhold til omforente planer.
85. I tråd regional vedtatt styringsmodell for anskaffelser sine forutsetninger samt fordeling av kategorier gjort i regionalt Innkjøpsforum, må vært enkelt foretak sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å ivareta foretaksgruppens interesser innenfor den enkelte kategori

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH, og HSYK):

86. Bidra til rullering av regionalt beredskapslager ved å gjøre uttak av definert sortiment fra beredskapslageret til forbruk i sine sykehus.

## 10.0 Teknologi

### Krav til alle:

87. Benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.
88. Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.
89. Fortsette arbeidet med å overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT. Foretakene skal innen 1.12.2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.
90. Videreføre arbeidet med å avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer oppfyller krav i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF, og skal gjennomføres i samarbeid med Helse Nord RHF og sykehusforetakene.
91. Fullføre oppgaven med å overføre ansvar og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester fra helseforetakene i tråd med styresak 120-2021 Styringsstruktur IKT infrastruktur - ansvar, roller og oppgaver, samt styresak 135-2021 Styringssystem for informasjonssikkerhet - strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 32-2021.
92. Sikre at samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene er registrert i «Asset Management». Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iV.
93. Innen 1.9 oversende til Helse Nord RHF oversikt over eventuelle applikasjoner der det ikke er identifisert gjeldende avtaler med leverandør.

Foretaksspesifikke krav:**Helse Nord IKT**

94. På vegne av Helse Nord RHF, sikre at alle endringer i Helse Nord's infrastruktur er i tråd med vedtatt styringssystem for informasjonssikkerhet, arkitekturprinsipper samt NSMs tiltaksliste (portvaktfunksjon).

**11.0 Bygg og kapasitet**Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH, og HSYK):

95. Utarbeide verdibevarende vedlikeholdsplaner med bakgrunn i tilstandsregistreringen av bygningsmassen som gjøres hvert fjerde år, slik at fastsatte mål for tilstandsgrad nås.
96. Anvende oversikt over tilstanden på medisinsk-teknisk utstyr som grunnlag for å følge opp planer for utskifting.

**12.0 Styringsparametere 2022**

Helse Nord RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetakene følge opp de valgte styringsparametere samt andre kvalitetsindikatorer ved behov.

Styret og ledelsen i foretakene har et ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og å iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

Indikatorerne i tabellen under rapporteres som beskrevet i tabellen og i mal for tertialrapport og årlig melding.

**Tabell 1. Mål 2022. Datakilder og publiseringsfrekvens.**

Indikator	Mål 2022	Datakilde	Publiseringsfrekvens
<b>1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>			
Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern og TSB	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.	Helsedirektoratet	Månedlig
Aktivitet i psykisk helsevern og TSB	Høyere aktivitet i 2022 enn i 2021, både innen døgntilbud og poliklinisk aktivitet.	Døgntilbud: antall avsluttede pasientopphold (utskrivinger) og antall oppholdsdøgn (Helsedirektoratet)  Antall polikliniske kontakter (Helsedirektoratet)	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB	Minst 80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

Indikator	Mål 2022	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	Minst 80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
<b>2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet</b>			
Antall nye kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2022	Økt med minst 15 % sammenliknet med 2021.	Nasjonalt målesystem for forskning i helseforetakene, NIFU	Årlig
Antall utdanningsstillinger for ABIOK-sykepleie og jordmødre	Økes sammenliknet med 2021	De regionale helseforetakenes HR-systemer	Årlig
Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget	Økes sammenliknet med 2021	De regionale helseforetakenes HR-systemer	Årlig
Antall LIS i psykiatri	Økes sammenliknet med 2021	Helsedirektoratet	Årlig
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT.	Redusert til 10 % innen 2023.	Helsedirektoratet	Årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2022 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).	30 % reduksjon i samlet bruk i 2022 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis
<b>3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp</b>			
Gjennomsnittlig ventetid	Redusert i regionen sammenliknet med 2021.	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Skal overholde minst 95 % av avtalene.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon.	Minst 15 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 24 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid <sup>4</sup> .	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

<sup>4</sup> Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, neuroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

## 13.0 Oppfølging og rapportering

Alle krav for 2022 skal rapporteres i tråd med egen mal for tertialrapport og årlig melding. Styringsparametere rapporteres som beskrevet i tabell 1.

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp **mål 2022, foretaksspesifikke mål 2022 og styringsparametere 2022.**

Der det er mulig skal data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nord's risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen.

**Tabell 2 Oversikt over rapporteringsrutiner og frister:**

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Måned rapport i tråd med mal.	Månedregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertialrapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes.	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 4. juni 2022 7. oktober 2022  Administrativt utarbeidet tertialrapport: 13. mai 2022 23. september 2022 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes.  Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.	<b>Administrativt</b> behandlet årlig melding: 3. februar 2022.  <b>Styrebehandlet</b> årlig melding (styrevedtak): Mars 2023.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2022: Mars 2023.

## 14.0 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

Kunnskapsdepartementets kandidatmål for praksisplasser finnes på [www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/](http://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/).

# Tilleggsliste til oppdragsdokument 2022

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE



 **FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDA SKIPIJVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**  
DAVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU



 **HELSE NORD IKT**

Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 02.02.2022



## Innhold

<b>Vår felles helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....</b>	<b>3</b>
<b>Sikre god pasient- og brukermedvirkning .....</b>	<b>4</b>
<b>Somatikk .....</b>	<b>4</b>
<b>Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....</b>	<b>5</b>
<b>Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....</b>	<b>5</b>
<b>Kvalitet i pasientbehandlingen .....</b>	<b>5</b>
<b>Kvalitetsutvikling.....</b>	<b>6</b>
<b>Pasientsikkerhet .....</b>	<b>7</b>
<b>Smittevern .....</b>	<b>7</b>
<b>Beredskap.....</b>	<b>7</b>
<b>Samhandling med primærhelsetjenesten .....</b>	<b>8</b>
<b>Bemanning og kompetanse .....</b>	<b>8</b>
<b>Sikre gode arbeidsforhold .....</b>	<b>8</b>
<b>Tilstrekkelig kvalifisert personell .....</b>	<b>8</b>
<b>Utdanning av legespesialister.....</b>	<b>9</b>
<b>Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....</b>	<b>9</b>
<b>Forskning og innovasjon .....</b>	<b>9</b>
<b>Teknologi .....</b>	<b>10</b>
<b>Personvern og informasjonssikkerhet .....</b>	<b>10</b>
<b>Bygg og kapasitet.....</b>	<b>11</b>

## Vår felles helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

### Krav til alle:

1. Bidra med oppfølging av strategien for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten i henhold til strategidokumentet [Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen](#). (2021)

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Følge opp Helse Nord sitt styrevedtak om valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet fremlagt i rapport [Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet \(2020\)](#). Målsettingen er å oppnå fordelene som er påpekt i anbefalt alternativ. Dette oppnås best ved at pasientreiser i større grad organiseres sammen med prehospitaltjenester. (2021)
3. Utvikle rutiner for gode overganger fra barn til voksen i sykehus innenfor minst tre fagområder. Ungdomsrådene skal involveres i dette arbeidet. «Prinsipper for gode overganger» utviklet av ungdomsrådene i Helse Nord, bør tas hensyn til i utarbeidelsen av rutinene. (2020)
4. Håndtere prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. Det må sørges for tilstrekkelig kommunikasjon og opplæring for de ansatte dette gjelder. (2019)
5. Sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn og andre sårbare grupper som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset. (2017)
6. Ved endring i akuttfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner. (2017)

### Krav til NLSH og UNN:

7. Delta med fagekspertter til metodevurderinger i Nye metoder. (2021)

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN):**

8. Utvikle en informasjonsstrategi for å formidle hvilke tjenester som ytes til befolkningen og tilreisende ved Longyearbyen sykehus, herunder også betalingsordningene for de ulike tjenestemottakerne, innen 31.12.2021 (2020)

### Krav til NLSH og UNN:

9. Innføre og delta i ParkinsonNet. Det skal opprettes en lokal koordinator for arbeidet. (2020)

## **Sikre god pasient- og brukermedvirkning**

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

10. Bidra i utviklingen av nasjonale prosjekter og tiltak innenfor pasientreiseområdet i henhold til [Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon. \(2021\)](#)

## **Somatikk**

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

11. Sørge for flere tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet. (2021)
12. Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan. (2021)
13. Sikre at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene eventuelt er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene. (2021)
14. Registrere fødselsnummer på alle nyfødte før utskrivelse. (2020)
15. Forberede innføring av screening for tarmkreft i henhold til føringer i regionalt prosjekt. (2020)
16. Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysebehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. (2019)
17. Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. (2018)
18. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulanspersonell for å øke andelen prehospital trombolyse ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI). (2018)
19. Behandle mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter. (2018)

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Nordlandssykehuset**

20. I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Helgelandssykehuset (2021)
21. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Mosjøen. (2021)

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

22. I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Finnmarkssykehuset. (2021)
23. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Kirkenes. (2018)
24. Utrede flere enn 80 % av pasientene under 80 år innlagt med NSTEMI med koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. (2018)

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

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

25. Barnevernet skal etablere team for kartlegging av helsesituasjonen for barn som plasseres utenfor hjemmet, med formål å få bedre grunnlag for valg av omsorgsbasis. Teamene foreslås forankret ved de statlige akuttinstitusjonene for ungdom og ved spe- og småbarnsentrene for mindre barn, jf. høringsnotat fra Barne- og familiedepartementet. Helseforetaket skal bidra med spesialistkompetanse inn i teamene innenfor rammen av de midler som stilles til disposisjon til formålet. Det forutsettes gradvis oppstart fra høst 2021. (2021)
26. Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet. (2021)
27. I tråd med Opptappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd. (2021)
28. Ikke redusere døgnkapasiteten i psykisk helsevern før det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov, jf. oppdrag i revidert oppdragsdokument 2019. (2021)

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

29. I 2021 etablere et regionalt behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, etter modell utarbeidet av Helsedirektoratet. Behandlingstilbudet utarbeides i samarbeid med Helsedirektoratet, SIFER, SANKS og de øvrige regionale helseforetakene. Tilbudet skal tilpasses behovene i den samiske befolkningen. (2021)

## **Samhandling med leverandører av private helsetjenester**

### Krav til alle sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

30. Delta med relevant kompetanse i pilotprosjekter knyttet til avtalespesialistordningen, jf. at det tas sikte på å gi avtalespesialistene rett og plikt til tildeling av pasientrettigheter. (2019)

## **Kvalitet i pasientbehandlingen**

### Krav til alle helseforetak:

31. Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av [Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten](#), samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2021)
32. Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring. (2019)

33. Styrebehandle alle rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder foretaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. (2011).

Krav til alle sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

34. Sørge for at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov sikres ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid slik at de ikke sendes hjem om natten. Dette kan innebære å øke transportkapasitet på dag- og ettermiddagstid. Unntak kan gjøres hvis pasienten selv ønsker å reise hjem, et slikt ønske skal dokumenteres. (2020)
35. Påse at sykehusene ikke bruker fastlegene til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver: (2020)
- Videre henvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten.
  - Rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger.
  - Rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus. Sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå, frem til neste kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist, hvis det er indikasjon for det.
  - Resept på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler.
  - Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene.
- Legeforeningens "Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus" bør legges til grunn for samarbeidet med fastlegene. (2020)
36. Alle akuttsykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og alle store akuttsykehus skal ha spesialist i geriatri. (2020)
37. Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner. (2018)
38. Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder. (2016)

## Kvalitetsutvikling

Krav til alle helseforetak:

39. Helse Nord RHF skal oppdatere regional utviklingsplan (2023–2038) innen desember 2022. Helseforetakene skal oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022 basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2020) skal ligge til grunn for arbeidet. (2021)
40. Gjennomføre ledelsens gjennomgang i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, innen 31. august. Rapporten skal være en del av tertialrapport 2. Status på eksterne tilsyn og revisjoner skal vedlegges. (2021)

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK) og SANO:

41. I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 delta i arbeidet med utviklingen av en strategi for legemiddelforsyningen i regionen. (2020)

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

42. Samarbeide med Folkehelseinstituttet om gjennomføring av kontinuerlige PasOppundersøkelser blant pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB. (2020)

Krav til UNN og NLSH:

43. Klargjøre sine nasjonale medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Helse-dataprogrammets prosessbeskrivelse og plan. (2021)

Foretaksspesifikke krav:

**Helse Nord IKT**

44. Bistå UNN og NLSH med å klargjøre sine medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Helse-dataprogrammets prosessbeskrivelse og plan. (2021)

## Pasientsikkerhet

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

45. Andel legemiddellister som er samstemt inn (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %. (2020)

Krav til sykehusforetakene og SANO:

46. Videreføre arbeidet med innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet. (2019)

## Smittevern

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK) og SANO:

47. I samarbeid med Norsk Helsenett legge til rette for at En vei inn-løsningen/melde.no tas i bruk i virksomhetene for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner. (2021)

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

48. Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP). (2018)
49. Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa. (2018)

## Beredskap

Krav til alle helseforetak:

50. Samordne sine beredskapsplaner med HN IKT for å sikre likeartet håndtering, kompetanse, oversikt, og interne rutiner for informasjon, varsling og håndtering av kritiske hendelser. (2019)

Krav til FIN og UNN:

51. Prøve ut løsninger for å sikre adekvat tilgang på blod og blodprodukter lokalt og regionalt i Nord-Norge. (2021)

## Samhandling med primærhelsetjenesten

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

52. Innrette samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer fastsatt i NHSP og i tråd med avtale mellom regjeringen og KS av 23. oktober 2019 om innføring av helsefelleskap. SANO skal involveres i arbeidet der det er relevant. (2020)
53. Gjennomføre tiltak for å ivareta samhandling om samiske pasienter i helsefelleskapene. (2020)
54. Ved utskrivning skal alle pasienter som har behov for kommunal oppfølging ha med seg nødvendig og forståelig informasjon og medikamenter (epikrise ved utskrivelse og legemiddelliste, jf. tjenesteavtale 5). (2019)
55. Følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om praksis for utskrivning av pasienter, og ha interne systemer og kontroller som sikrer at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter. (2019)

## Bemanning og kompetanse

### Sikre gode arbeidsforhold

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

56. Følge opp Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressursene. (2019)

#### Foretaksspesifikke krav:

#### **Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset:**

57. På bakgrunn av erfaringer bl.a. fra Helgelandssykehuset utarbeide handlingsplan for å redusere sykefravær til under 7,5 pst. innen 2021. (2019)

## Tilstrekkelig kvalifisert personell

### Krav til alle:

58. Delta i utarbeidelse og implementering av en felles handlingsplan for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse «[Utfordringer med bemanningen av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i sykehus](#)», under ledelse av Helse Nord RHF. (2021)

### Krav til sykehusforetakene og SANO:

59. Samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler. (2017)
60. Basere bemanningsplanlegging utfra aktivitet og en planleggingshorisont på minimum 6 måneder. (2016)



## Utdanning av legespesialister

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

61. Sikre at LIS-enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodulen, og at data er oppdatert per 1. mars og 1. september (2021)

## Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

### Krav til alle:

62. Andel enheter med godt sikkerhetsklime i et helseforetak skal være minst 75 prosent innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren. (2021)

## Forskning og innovasjon

### Krav til alle:

63. Utarbeide interne retningslinjer/policy for samarbeid med næringslivet. (2021)

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK) og SANO:

64. Sikre oppfølging av retningslinjer for åpen publisering jf. veileder for Norges Forskningsråd. (2021)
65. Samarbeide med næringslivet om innovative løsninger. (2020)
66. Legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskningsmidler utlyst i det regionale helseforetaket fra og med 1.1.2021 skal være åpent tilgjengelige. (2020)
67. Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer. (2019)
68. Foretakene skal sikre at de rettmessig adresseres ved publikasjoner som utgår fra eller finansieres av foretaksgruppen. (2019)

### Krav til SANO, FIN, NLSH og HSYK:

69. Prioritere en økt andel egne midler til forskning i 2021, for å bidra til å innfri at ressursbruken til forskning skal økes. (2020)

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

70. Sikre at forsknings- og innovasjonsmiljøer sender søknader om ekstern finansiering på samtlige relevante utlysninger ved Norges Forskningsråd og Europeisk Forskningsråd. (2021)
71. UNN skal øke sin ressursbruk til forskning i 2021, for å bidra til å komme på nivå med sammenlignbare universitetssykehus (jf NIFUs statistikk). (2020)
72. Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen. (2017)

#### **Helse Nord IKT**

73. Være aktive pådrivere i innovasjonsarbeidet basert på tjenestens behov, og understøtte prioriterte regionale tiltak. (2021)



## Teknologi

### Krav til alle:

74. Aktivt avviksmelde IKT-sikkerhetsbrudd, avvik fra NSMs tiltaksliste og styringssystem for informasjonssikkerhet, herunder om nødvendig til relevante tilsynsmyndigheter. NSMs grunnprinsipper med definert tiltaksliste, representerer et minimumsnivå og skal ligge til grunn for alt arbeid med IKT i Helse Nord. (2021)
75. Delta i prosjektet for innføring av og ta i bruk system for, medikamentell kreftbehandling i Helse Nord. Det forutsettes at helseforetakene etablerer egne lokale mottaksprosjekt. (2021)
76. Allokere nødvendige ressurser til deltagelse og gjennomføring av prosjektene to-faktor autentisering og automatisert tilgangsstyring. Arbeidet i felles kundeprosjekt ledes av Helse Nord RHF. Ressursbehov konkretiseres gjennom prosjektets styringsgruppe. (2021)
77. Benytte statens standardavtaler (SSA) for dokumentasjon av IKT-leveranser i foretaksgruppen. (2021)

### Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

78. Øke bruken av digital kommunikasjon med allmennleger, avtalespesialister, pasienter og pårørende og ta i bruk andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no. Innføringen gjennomføres i Helse Nords prosjekt Digitale Innbyggertjenester. (2019)

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Helse Nord IKT**

79. Leverer IKT-tjenester i tråd med virkemidler som besluttes av Helse Nord RHF, eksempelvis regionale systemvalg/systemløsninger, arkitekturbeslutninger/føringer, føringer for infrastruktur, regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. (2021)
80. Planlegge nødvendige tiltak for å ta bruk modernisert folkeregister innen 31.12.2021. (2019)
81. Helse Nord IKT har et særlig ansvar å orientere Helse Nord RHF om de tilfeller det iverksettes tiltak eller prosjekter som bryter med regionens vedtatte strategier og planer innen IKT-området. (2017)

## Personvern og informasjonssikkerhet

### Krav til alle:

82. Verifisere at leverandører som innehar rollen databehandlere oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og at nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. (2012)

## Bygg og kapasitet

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH, og HSYK):

83. Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer. (2018)

84. Informere berørte kommuner og fylkeskommuner om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak, på et så tidlig tidspunkt som mulig. (2011)
85. Begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling. (2011)

Foretaksspesifikke krav:

**Universitetssykehuset Nord-Norge:**

86. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Nye Narvik sykehus i tråd med brev av 10.7.18. (2019)

**Finnmarkssykehuset**

87. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Nye Hammerfest sykehus i tråd med brev av 10.7.18. (2020)