



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Onsdag 11. februar 2015 kl. 09:15

Møtested

Tromsø

Administrasjonens møterom, D1-707



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
Dato: 11.2.2015
Tid: 9:15

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 26010 eller til Reidun.Holm@unn.no.
Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

— Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Hanne Frøyshov	Medlem	
Hanne CS Iversen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget

Saksnr	Innhold
ST 1/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 2/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 10.12.14
ST 3/2015	Kvalitets- og virksomhetsrapport november/desember 2014
ST 4/2015	Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
ST 5/2015	Idefaseprosjekt UNN Åsgård
ST 6/2015	Oppfølgingssak budsjett 2015
ST 7/2015	Oppsummering styrevedtak 2014
ST 8/2015	Evaluering styrets arbeid
ST 9/2015	Styrets årsplan 2015
ST 10/2015	Oppnevning av valgstyre
ST 11/2015	Dialogavtale mellom styret og direktør
ST 12/2015	Regulering av direktørlønn
ST 13/2015	Orienteringssaker <i>Skriftlige orienteringer:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vestibyleprosjektet 2. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen 3. Medarbeiderundersøkelsen 4. Håndheving av røykfrihet 5. Orientering om opprettelse av dialyse på Sonjatun 6. Høringssvar fra UNN: NOU 2014:12, Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten <i>Muntlige orienteringer:</i> <ol style="list-style-type: none"> 7. Tromsø kommunes planer om helsehus 8. Henvendelse til styret fra en ansatt 9. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23
ST 14/2015	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Udatert brev fra Balsfjord kommune, mottatt her 15.12.14, vedrørende evt. nedleggelse av Kløvertun. 2. Uttalelse fra Bardu kommunestyre datert 7.1.15 vedrørende opprettholdelse av ambulanseberedskapen. 3. Melding om vedtak fra Eldrerådet i Skånland vedrørende ambulanseberedskapen. 4. Interpellasjon fra Troms fylkesting: Satsing eller kutt innen rus og psykiatri i nord? 5. Uttalelse fra Troms fylkesting 10.12.14: Nei til reduksjon av ambulanseberedskapen. 6. Brev fra Midt-Troms Regionråd datert 17.12.14 vedrørende akuttmedisinske tjenester fra UNN. 7. Brev fra LHL's lokallag datert 16.12.14 vedrørende kutt i vikarordning for ambulanspersonell. 8. Brev fra Ofoten regionråd datert 2.1.15 vedrørende eget PET-senter i Nord-Norge og videre utvikling av UNN-Narvik. 9. Brev fra tillitsvalgte leger ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) vedrørende nedprioritering av psykisk helse og rus ved UNN. 10. Brev fra Tromsø-området regionråd datert 12.12.14 vedrørende psykisk helsetilbud.

11. Brev fra Tromsø kommune datert 19.12.14 vedrørende ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter på UNN 2014.
12. Brev fra UNN til Tromsø kommune datert 6.1.15 vedrørende utskrivningsklare pasienter.
13. E-post fra avdelingsdirektør Cathrine Dammen i Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende responstider i ambulansetjenesten.
14. Kopi av svarbrev til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende responstider i ambulansetjenesten.
15. Uttalelse fra møtet i Harstad kommunestyre 27.11.14 – Vårt lokalsykehus.
16. Referat fra OSO-møtet 4.12.14.
17. Brev fra UNN til Helse Nord datert 22.1.15 vedrørende inntektsmodell somatikk.
18. Brev fra Gimleveien 12 Eiendom AS til UNN datert 23.1.2015 vedrørende Gimleveien 12.
19. Brev fra UNN til Gimleveien 12 Eiendom AS datert 29.1.2015 vedrørende Gimleveien 12.
20. Referat fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 28.1.2015.
21. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 27.1.2015.
22. Referat fra ekstraordinært møte i AMU 14.1.2015.
23. Referat fra møte i AMU 28.1.2015.
24. Brev fra Helse Nord til UNN datert 10.12.2014 vedrørende UNN HF sine innspill til plan 2015-2018.
25. Brev fra UNN til Helse Nord datert 15.12.2014 vedrørende søknad om utvidet investeringsramme – Renovering Bygg 7 UNN Åsgård.
26. Brev fra Helse Nord datert 18.12.2014 vedrørende investeringsramme ”Renovering bygg 7 Åsgård”.

ST 15/2015

Eventuelt

ST 1/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
2/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	11.2.2015

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 10. desember 2014

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner protokoll fra styremøtet 10. desember 2014.

Tromsø, 30.1.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg



PRESSEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 10.12.2014
 Tid: 9:15-14.30

Navn	Funksjon	Merknader
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
— Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Hanne Frøyshov	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget
Forfall:		
Hanne CS Iversen	Medlem	Meldt forfall

Sak 2/2015, vedlegg 1

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Elin Gullhav	konst. viseadministrerende direktør
Kari Holthe	klinikkssjef Rehabiliteringsklinikken
Magnus Hald	klinikkssjef Psykiatri –og rusklinikken
Jon Mathisen	klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk
Hans-Petter Fundingsrud	konst. klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Tone Nordøy	konst. klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Tove Skjelbakken	konst. klinikkssjef Medisinsk klinikk
Gry Andersen	klinikkssjef Diagnostisk klinikk
May-Liss Johansen	konst. klinikkssjef Nevro- og ortopediklinikken
Gina M Johansen	senterleder Drifts- og eiendomssenteret
Susann Bäckström	konst. senterleder Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef
Einar Bugge	fag- og forskningssjef
Gøril Bertheussen	påtroppende stabssjef
Grethe Andersen	konst. økonomisjef
Mai-Liss Larsen	HR-sjef
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef
Leif Hovden	administrasjonssjef

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 10.12.2014 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv)

Saksnr	Innhold
ST 104/2014	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 105/2014	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 13.11.2014
ST 106/2014	Kvalitets- og virksomhetsrapport for oktober 2014
ST 107/2014	Tilsynsrapport - eksterne tilsyn
ST 108/2014	Virksomhetsplan 2015
ST 109/2014	Strategisk utviklingsplan for UNN
ST 110/2014	PET-senter - forprosjekt
ST 111/2014	Protonsenter - i défase
ST 112/2014	A-fløya med integrerte operasjonsstuer
ST 113/2014	Høring regional plan for plastikk kirurgi i Helse Nord
ST 114/2014	Regional plan for ØNH-faget
ST 115/2014	Orienteringssaker Skriftlig: <ol style="list-style-type: none"> 1. Operasjonskapasiteten ved UNN 2. Brev fra Helsetilsynet datert 26.11.2014 vedrørende varsel om alvorlig hendelse – sak 2014/358 – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. §21, jf. 23 3. Brev fra Helsetilsynet datert 26.11.2014 vedrørende varsel om alvorlig hendelse – sak 2014/366 – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. §21, jf. 23 4. Notat vedrørende pasientsak ved UNN datert 14.11.2014 – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. §21, jf. 23 Muntlig: <ol style="list-style-type: none"> 5. Utskrivningsklare pasienter fra Tromsø kommune 6. Forretningsmessig informasjon gitt unntatt offentlighet i medhold av Forvaltningslovens §23 7. Arbeidet med kommunale planer for helsehus i Harstad og Tromsø
ST 116/2014	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Referat fra møtet i Kvalitetsutvalget 21.10.2014 2. Referat fra møtet i Kvalitetsutvalget 18.11.2014 3. Brev datert 18.11.2014 fra psykologspesialist Børge Mathiassen vedrørende status for psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord RHF

4. Kopi av brev til Helse Nord RHF, datert 23.11.2014 fra plasstillitsvalgt for Fagforbundet ved Kløvertun vedrørende fare for nedleggelse av Kløvertun
5. Brev datert 25.11.2014 fra Tromsø-området regionråd vedrørende fare for nedleggelse av Kløvertun
6. Brev datert 26.11.2014 fra Helse- og omsorgstjenesten i Balsfjord kommune vedrørende fare for nedleggelse av Kløvertun
7. Protokoll fra styremøtet i Helse Nord RHF 26.11.2014
8. Referat fra møte i AMU 26.11.2014
9. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 26.11.2014
10. Referat fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 26.11.2014
11. Referat fra møte i Brukerutvalget 27.11.2014
12. Opprop mot reduksjoner i spesialisthelsetjenesten i Troms fra Helsetjenesteaksjonen i Norge v/ Vidje Hansen, mottatt 27.11.2014.
13. Uttalelse fra Brukerutvalget, mottatt 28.11.2014 til Virksomhetsplan 2015
14. e-post datert 25.11.2014 fra ordfører helene Rognli i Målselv kommune angående drift av ambulansetjenesten i Målselv kommune
15. Brev datert 24.11. 2014 fra ordfører Tore Nysæther i Narvik kommune vedrørende kutt i ambulanseberedskapen
16. Brev datert 25.11. 2014 fra Målselv kommune v/kommuneoverlege Oddmund Eriksen og enhetsleder Familieenheten Siv-Hege Severi vedrørende redusert bemanning i ambulansene
17. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 26.11. 2014
18. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 2.12. 2014
19. Brev datert 1.12. 2014 fra Nord-Troms regionråd vedrørende fare for nedleggelse av Kløvertun
20. Brev datert 5.12. 2014 fra Narvik kommune vedrørende kutt i ambulanseberedskapen
21. Kopi av brev fra UNN datert 8.12. 2014 til Tromsø kommune vedrørende utskrivningsklare pasienter
22. Vedtaket fra styremøtet i Sykehusapoteket Nord HF i PET-saken
23. Brev fra Sør-Troms regionråd datert 4.12. 2014 vedrørende det akuttmedisinske tilbud i Sør-Troms
24. Mail fra Balsfjord ungdomsråd datert 3.12. 2014 vedrørende nedleggelse av Kløvertun
25. *Uttalelser fra Troms fylkeskommune datert 10.12.2014 vedrørende ambulanseberedskap og psykisk helsetilbud*

ST 117/2014

Eventuelt

Enstemmig vedtatt.

Vedtaket:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og sakliste til styremøtet 10.12.2014 med de endringer som fremkom under behandling av saken.

ST 105/2014 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 13.11.2014

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 13.11.2014.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 13.11.2014.

ST 106/2014 Kvalitets- og virksomhetsrapport for oktober 2014

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for oktober 2014 til orientering.
2. Styret godkjenner at det investeres i medisinsk-teknisk utstyr for til sammen 10,6 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.

Representantene Mai-Britt Martinsen, Jan-Eivind Pettersen, Rune Moe og Hanne Frøyshov la frem forslag til nytt punkt 3 i saken:

Styret ser med bekymring at det er et økende omfang av overbelegg og korridorpasienter på enkelte somatiske og psykiatriske sengeposter. Dette fører til dårligere kvalitet og et økt press på personalet og gir et uverdige tilbud til pasientene. Overbelegg og korridorpasienter vanskeliggjør også måloppnåelse ved arbeidet med ABP. Både ut fra kommuneøkonomien og de økonomiske utfordringene UNN har til neste år, ser vi at dette kan bli ytterligere forverret dersom man ikke oppretter flere senger i de mest utsatte sengeposter.

Styreleder tok først innstillingen opp samlet til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Forslaget til nytt punkt 3 fikk fire stemmer og falt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for oktober 2014 til orientering.
2. Styret godkjenner at det investeres i medisinsk-teknisk utstyr for til sammen 10,6 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.

ST 107/2014 Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar rapportering vedrørende eksterne tilsyn til og med 11.11.2014 til etterretning.
2. Styret merker seg at tilsynene i hovedsak finner at systemer, rutiner og prosedyrer i internkontrollsystemet nå er tilfredsstillende, slik at avvikene i økende grad gjelder mangelfull implementering, og ber om at direktøren nå retter økt ledelsesmessig oppmerksomhet mot dette.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar rapportering vedrørende eksterne tilsyn til og med 11.11.2014 til etterretning.
2. Styret merker seg at tilsynene i hovedsak finner at systemer, rutiner og prosedyrer i internkontrollsystemet nå er tilfredsstillende, slik at avvikene i økende grad gjelder mangelfull implementering, og ber om at direktøren nå retter økt ledelsesmessig oppmerksomhet mot dette.

ST 108/2014 Virksomhetsplan 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Direktøren la frem følgende endrete innstilling til vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen med tilhørende budsjett for 2015, samt tilhørende omstillingstiltak på 220,5 mill kr, risikovurdert og vektet til 168,5 mill kr.

UNN HF, tall i mill kr	Regnskap 2013	Budsjett 2014	Prognose 2014	Budsjett 2015	Endring budsjett 2014-2015
Basisramme	4 596,9	4 529,2	4 529,2	4 885,2	356,0
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	762,0	1 040,3	1 001,2	1 310,4	270,1
ISF kommunal medfinansiering	219,7	227,3	234,5		-227,3
Samlet ordinær ISF-inntekt	981,7	1 267,5	1 235,7	1 310,4	42,9
ISF av legemidler utenfor sykehus	38,5	51,0	48,8	57,3	6,3
Gjestepasientinntekter	29,8	29,5	27,2	27,2	-2,3
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rønt)	176,2	186,4	191,8	193,9	7,5
Utskrivningsklare pasienter	12,5	12,0	20,4	12,0	0,0
Inntekter "raskere tilbake"	24,3	15,2	21,1	15,2	0,0
Andre øremerkede tilskudd	178,9	267,8	208,0	267,8	0,0
Andre driftsinntekter	308,3	281,7	296,0	281,7	0,0
Sum driftsinntekter	6 346,9	6 640,2	6 578,2	7 050,6	410,4
Kjøp av offentlige helsetjenester	196,9	160,7	196,4	199,9	39,2
Kjøp av private helsetjenester	54,3	56,1	53,0	59,9	3,9
Varekostnader knyttet til aktivitet	653,8	670,2	689,7	692,5	22,4
Innleid arbeidskraft	54,0	43,2	58,7	34,5	-8,7
Lønn til fast ansatte	2 963,9	3 327,0	3 099,9	3 322,0	-5,0
Vikarer	201,6	136,3	230,3	140,8	4,5
Overtid og ekstrahjelp	275,0	146,5	278,1	151,4	4,8
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	670,4	736,1	737,3	918,1	182,0
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-225,5	-216,1	-234,2	-223,2	-7,1
Annen lønnskostnad	305,8	297,7	302,3	302,3	4,6
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	3 574,8	3 734,7	3 735,1	3 727,8	-6,9
Avskrivninger	242,1	253,3	243,3	267,3	14,0
Andre driftskostnader	967,4	1 034,9	1 007,5	1 140,9	106,0
Sum driftskostnader	6 359,7	6 646,1	6 662,2	7 006,5	360,4
Driftsresultat	-12,8	-5,9	-84,0	44,0	50
Finansinntekter	20,6	6,0	15,5	1,5	-4,5
Finanskostnader	0,7	0,1	1,5	5,5	5,4
Finansresultat	19,9	5,9	14,0	-4,0	-9,9
Ordinært resultat	7,1	0,0	-70,0	40,0	40,0

2. Styret er tilfreds med at det er etablert *en* detaljeringsgrad og kvalitet i virksomhetsplanleggingen som er høyere enn tidligere år, og som inkluderer sterkere sammenheng mellom aktivitets- og bemanningsplaner, plantall for månedsverk og budsjett.
3. Styret forutsetter at planleggingen slutføres i tråd med de økonomiske rammene i alle deler av virksomheten så snart som mulig, og forutsetter at omstillingstiltakene gjennomføres i tråd med fremstillingen i saksfremlegget og dialogavtalene.
4. Styret gir sin tilslutning til at aktiv pasientbehandling prioriteres noe høyere og beredskap noe lavere i forhold til hverandre enn tidligere. Styret er innforstått med at dette kan medføre endringer i vaktplaner og økt differensiering av responstidene i bilambulansetjenesten, men forutsetter at eventuelle konkrete forslag om strukturendringer fremmes for godkjenning i styret.
5. Styret tar til etterretning at det foreligger eierkrav om omlegging fra døgn- til dagbehandling innen psykisk helsevern for voksne, og at kravet om sterkere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på regionalt nivå ikke er spesifikt videreført fra Helse Nord RHF til UNN. Styret viser videre til at det ikke er realvekst av betydning i UNNs budsjett. Styret ber med bakgrunn i dette om at reduksjon av sengetallet i psykisk helsevern for voksne utredes, men forutsetter at eventuelle konkrete forslag om strukturendringer fremmes for godkjenning i styret.

Sak 2/2015, vedlegg 1

6. Styret vedtar innføring av overhead for eksternt finansiert virksomhet.
7. Styret vurderer investeringsrammene som utilstrekkelige og ber Helse Nord RHF om økte rammer for investering i nødvendig medisinteknisk utstyr i konsolidert budsjett. Styret viser samtidig til tidligere vedtak og ber på ny om at Helse Nord RHF revurderer bruken av den regionale inntektsfordelingsmodellen.
8. Styret mener at renoveringen av bygg 7 på Åsgård må fullføres selv om prognosen i prosjektet etter anbudsrunden er 16,3 mill kr over vedtatt budsjetttramme. Styret ber om at Helse Nord RHF godkjenner at prosjektet fullføres gjennom omdisponeringer i UNNs investeringsramme.
9. Styret ber om å få seg forelagt en oppfølgende sak om budsjett 2015 i styremøtet i februar eller mars med fokus på kvaliteten og fremdriften i detaljplanleggingen. Styret ber om at det spesielt redegjøres for prosess og fremdrift i Nevro- og ortopediklinikken og Hjerte- og lungeklinikken.

Mai-Britt Martinsen, Rune Moe, Jan-Eivind Pettersen og Hanne Frøyshov la fram følgende forslag:

Nytt punkt 1:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og tar den foreløpige virksomhetsplanen med tilhørende budsjett for 2015 til orientering. Vi er bekymret for lokalsykehusfunksjonen i UNN som blir stadig mer presset økonomisk for å finansiere regionale prosjekter. Helse Nord RHF må komme med mer friske midler for å kompensere for dette.

Nytt punkt 3:

Styret forutsetter at planleggingen videreføres i tråd med de økonomiske rammene i alle deler av virksomheten.

Nytt punkt 4:

Styret ber om at en utredning/risikovurdering av bilambulansetjenesten igangsettes. Konkrete forslag til strukturendring fremmes for godkjenning i styret.

Tove Skjelvik la fram følgende forslag:

Nytt punkt 3:

Styret forutsetter at planleggingen sluttføres innen gitte tidsfrister i tråd med de økonomiske rammene i alle deler av virksomheten, og forutsetter at omstillingstiltakene gjennomføres i tråd framstillingen i saksfremlegget og dialogavtalene.

Punkt 5:

Stryk andre halvdel av første setning.

Styret tar til etterretning at det foreligger eierkrav om omlegging fra døgn- til dagbehandling innen psykisk helsevern for voksne. Styret viser videre til at det ikke er realvekst av betydning i UNNs budsjett. Styret ber med dette om at reduksjon av sengetallet i psykisk helsevern for voksne utredes, men forutsetter at eventuelle konkrete forslag om strukturendringer fremmes for godkjenning i styret.

Sak 2/2015, vedlegg 1

Punkt 7: Tillegg

Eventuelle ubrukte rammer til pasienthotellet bes omdisponert til å dekke merforbruk på utstyr. Samlet investeringsplan legges fram for godkjenning i styret etter at RHF-styret har gjort vedtak i konsolidert budsjett.

Punkt 8: Endring

Styret mener renoveringen av bygg 7 på Åsgård må fullføres selv om prognosen i prosjektet etter anbudsrunden er 16, 3 mill kr over vedtatt budsjetttramme. Styret ber Helse Nord RHF fullfinansiere prosjektet i konsolidert budsjett.

Punkt 9: Endring

Styret ber om å få seg forelagt en oppfølgende sak om budsjett 2015 i styremøtet i februar med fokus på konkrete tiltak og hvordan klinikkene skal realisere den planlagte reduksjon i antall årsverk. Styret ber om at det spesielt redegjøres for prosess og framdrift i Nevro -og ortopediklinikken og Hjerte -og lungeklinikken.

Styreleder tok saken opp til punktvis avstemming:

Punkt 1:

Forslaget fra Mai-Britt Martinsen, Rune Moe, Jan-Eivind Pettersen og Hanne Frøyshov ble satt opp mot innstillingens pkt 1.

Forslaget fikk fire stemmer og falt.

Punkt 2:

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Punkt 3:

Innstillingens punkt 3 ble trukket til fordel for forslaget fra Tove Skjelvik.

Forslaget fra Mai-Britt Martinsen, Rune Moe, Jan-Eivind Pettersen og Hanne Frøyshov ble satt opp mot forslaget fra Tove Skjelvik.

Forslaget fra Mai-Britt Martinsen, Rune Moe, Jan-Eivind Pettersen og Hanne Frøyshov fikk fire stemmer og falt.

Punkt 4:

Forslaget fra Mai-Britt Martinsen, Rune Moe, Jan-Eivind Pettersen og Hanne Frøyshov ble satt opp mot innstillingens punkt 4.

Forslaget fikk fem stemmer og falt.

Punkt 5:

Forslaget fra Tove Skjelvik ble satt opp mot innstillingens punkt 5.

Forslaget fikk én stemme og falt.

Punkt 6:

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Punkt 7:

Sak 2/2015, vedlegg 1

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Tilleggsforslaget fra Tove Skjelvik ble enstemmig vedtatt.

Punkt 8:

Innstillingen ble trukket til fordel for Tove Skjelvik sitt forslag.

Forslaget fra Tove Skjelvik ble enstemmig vedtatt.

Punkt 9:

Forslaget fra Tove Skjelvik ble trukket.

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen med tilhørende budsjett for 2015, samt tilhørende omstillingstiltak på 220,5 mill kr, risikovurdert og vektet til 168,5 mill kr.

UNN HF, tall i mill kr	Regnskap 2013	Budsjett 2014	Prognose 2014	Budsjett 2015	Endring budsjett 2014-2015
Basisramme	4 596,9	4 529,2	4 529,2	4 885,2	356,0
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	762,0	1 040,3	1 001,2	1 310,4	270,1
ISF kommunal medfinansiering	219,7	227,3	234,5		-227,3
Samlet ordinær ISF-inntekt	981,7	1 267,5	1 235,7	1 310,4	42,9
ISF av legemidler utenfor sykehus	38,5	51,0	48,8	57,3	6,3
Gjestepasientinntekter	29,8	29,5	27,2	27,2	-2,3
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rønt)	176,2	186,4	191,8	193,9	7,5
Utskrivningsklare pasienter	12,5	12,0	20,4	12,0	0,0
Inntekter "raskere tilbake"	24,3	15,2	21,1	15,2	0,0
Andre øremerkede tilskudd	178,9	267,8	208,0	267,8	0,0
Andre driftsinntekter	308,3	281,7	296,0	281,7	0,0
Sum driftsinntekter	6 346,9	6 640,2	6 578,2	7 050,6	410,4
Kjøp av offentlige helsetjenester	196,9	160,7	196,4	199,9	39,2
Kjøp av private helsetjenester	54,3	56,1	53,0	59,9	3,9
Varekostnader knyttet til aktivitet	653,8	670,2	689,7	692,5	22,4
Innleid arbeidskraft	54,0	43,2	58,7	34,5	-8,7
Lønn til fast ansatte	2 963,9	3 327,0	3 099,9	3 322,0	-5,0
Vikarer	201,6	136,3	230,3	140,8	4,5
Overtid og ekstrahjelp	275,0	146,5	278,1	151,4	4,8
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	670,4	736,1	737,3	918,1	182,0
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-225,5	-216,1	-234,2	-223,2	-7,1
Annen lønnskostnad	305,8	297,7	302,3	302,3	4,6
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	3 574,8	3 734,7	3 735,1	3 727,8	-6,9
Avskrivninger	242,1	253,3	243,3	267,3	14,0
Andre driftskostnader	967,4	1 034,9	1 007,5	1 140,9	106,0
Sum driftskostnader	6 359,7	6 646,1	6 662,2	7 006,5	360,4
Driftsresultat	-12,8	-5,9	-84,0	44,0	50
Finansinntekter	20,6	6,0	15,5	1,5	-4,5
Finanskostnader	0,7	0,1	1,5	5,5	5,4
Finansresultat	19,9	5,9	14,0	-4,0	-9,9
Ordinært resultat	7,1	0,0	-70,0	40,0	40,0

Sak 2/2015, vedlegg 1

2. Styret er tilfreds med at det er etablert en detaljeringsgrad og kvalitet i virksomhetsplanleggingen som er høyere enn tidligere år, og som inkluderer sterkere sammenheng mellom aktivitets- og bemanningsplaner, plantall for månedsverk og budsjett.
3. Styret forutsetter at planleggingen slutføres innen gitte tidsfrister i tråd med de økonomiske rammene i alle deler av virksomheten, og forutsetter at omstillingstiltakene gjennomføres i tråd framstillingen i saksfremlegget og dialogavtalene.
4. Styret gir sin tilslutning til at aktiv pasientbehandling prioriteres noe høyere og beredskap noe lavere i forhold til hverandre enn tidligere. Styret er innforstått med at dette kan medføre endringer i vaktplaner og økt differensiering av responstidene i bilambulansetjenesten, men forutsetter at eventuelle konkrete forslag om strukturendringer fremmes for godkjenning i styret.
5. Styret tar til etterretning at det foreligger eierkrav om omlegging fra døgn- til dagbehandling innen psykisk helsevern for voksne, og at kravet om sterkere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på regionalt nivå ikke er spesifikt videreført fra Helse Nord RHF til UNN. Styret viser videre til at det ikke er realvekst av betydning i UNNs budsjett. Styret ber med bakgrunn i dette om at reduksjon av sengetallet i psykisk helsevern for voksne utredes, men forutsetter at eventuelle konkrete forslag om strukturendringer fremmes for godkjenning i styret.
6. Styret vedtar innføring av overhead for eksternt finansiert virksomhet.
7. Styret vurderer investeringsrammene som utilstrekkelige og ber Helse Nord RHF om økte rammer for investering i nødvendig medisinteknisk utstyr i konsolidert budsjett. Styret viser samtidig til tidligere vedtak og ber på ny om at Helse Nord RHF revurderer bruken av den regionale inntektsfordelingsmodellen. Eventuelle ubrukte rammer til pasienthotellet bes omdisponert til å dekke merforbruk på utstyr. Samlet investeringsplan legges fram for godkjenning i styret etter at RHF-styret har gjort vedtak i konsolidert budsjett.
8. Styret mener renoveringen av bygg 7 på Åsgård må fullføres selv om prognosen i prosjektet etter anbudsrunden er 16,3 mill kr over vedtatt budsjetttramme. Styret ber Helse Nord RHF fullfinansiere prosjektet i konsolidert budsjett.
9. Styret ber om å få seg forelagt en oppfølgende sak om budsjett 2015 i styremøtet i februar eller mars med fokus på kvaliteten og fremdriften i detaljplanleggingen. Styret ber om at det spesielt redegjøres for prosess og fremdrift i Nevro- og ortopediklinikken og Hjerte- og lungeklinikken.

Representantene Mai-Britt Martinsen, Rune Moe, Jan-Eivind Pettersen og Hanne Frøyshov la frem følgende protokolltilførsel til vedtaket:

Vi ser med bekymring på at Psykisk helse og rusklinikken ikke finner andre måter å realisere omstillingsutfordringen for 2015 på, enn å redusere antall døgnplasser i form av en døgnvirksomhet.

Ansatte er frustrert over at regjeringen via helseministeren profilerer satsing på rus og psykiatri uten å komme med klare bestillinger og penger til helseforetakene. I stedet prioriteres penger til private aktører og fritt behandlingsvalg slik at sengeplasser i

Sak 2/2015, vedlegg 1

rus/psykiatri I UNN vurderes nedlagt. Dette vil ramme en svak pasientgruppe i Troms og Finnmark.

Vi ser også med bekymring på det å øke responstiden i ambulansetjenesten.

Strukturendringer vil kunne føre til for lang responstid og økt belastning på gjenværende stasjoner og ansatte der. Helikopter reduserer ikke behovet for ambulanserbiler.

Vi ser med stor bekymring at det er et økende omfang av overbelegg og korridorpasienter på enkelte somatiske og psykiatriske sengeposter. Sengekapasiteten bør tilpasses behovet slik at UNN uavhengig av om vi har ansvar for utskrivingsklare pasienter eller ikke kan gi alle pasienter et verdig og kvalitetsmessig tilbud. Slik det bl.a. er anbefalt arbeidet som er gjort i arbeidsgruppen som vurderte den sammensatte indremedisinske pasientgruppen.

Det er stor usikkerhet rundt muligheten for innsparing for mange av omstillingstiltakene. Dette kan føre til at både pasientbehandlingen og de ansattes arbeidsmiljø vil bli vesentlig forverret i 2015. Effektiviteten totalt i UNN vil gå ned dersom hver enkelt enhet har for stort fokus på å klare sine tiltak, uten at det tas hensyn til andre enheter som er avhengige av en viss fleksibilitet i systemet.

Omstillingskravet og de foreslåtte tiltak for 2015 virker urealistisk og vil medføre store følger for beredskap og pasientbehandling i UNN, samt et uheldig etterslep på vedlikehold. Det framstår som klart at UNN har for lite ressurser til å kunne klare sine regionale oppgaver og samtidig opprettholde god og effektiv pasientbehandling på de andre områdene. Det er svært uheldig dersom pasientene i UNN sitt opptaksområde skal få et dårligere helsetilbud enn andre. Budsjettet for 2015 må sikre fortsatt god pasientbehandling til alle UNNs pasienter.

ST 109/2014 Strategisk utviklingsplan for UNN

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar innholdet i det foreliggende utkastet til strategiske utviklingsplan for virksomheten.
2. Styret gir direktøren fullmakt til å gi strategidokumentet et grafisk uttrykk, og om nødvendig gjøre mindre språklige forbedringer i forbindelse med dette.
3. Styret gir direktøren fullmakt til å gjøre mindre justeringer av ordlyden i den overordnede strategien slik at UNNs samlede planverk fremstår helhetlig og med konsistent begrepsbruk.
4. Styret ber om at arbeidet med utarbeiding av bygningsmessig virksomhetsplan og klinikkvise delplaner videreføres i 2015.

Hanne Frøyshov la frem forslag om følgende vedtak:

Styret ved UNN tar utkastet til strategisk utviklingsplan til orientering. Styret ber om at det utarbeides en plan som tar hensyn til at de fleste pasientforløp i dag foregår på lokalsykehusnivå og at dette vil fortsatt være hoveddelen av volumet av UNNs aktivitet fremover. Planen må ta inn hvordan denne oppgaven skal utføres med god kvalitet og tilstrekkelig kapasitet. Planen må, også i lys av disse oppgavene, være bærekraftig økonomisk og kapasitetsmessig for de 10 neste år.

Direktøren endret innstillingens punkt 1 til (endringer i kursiv):

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar innholdet i det foreliggende utkastet til strategiske utviklingsplan for virksomheten, *med de endringer som fremkom under behandling av saken.*

Styreleder satte opp innstillingen mot Hanne Frøyshovs forslag.

Innstillingen ble vedtatt mot én stemme.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar innholdet i det foreliggende utkastet til strategiske utviklingsplan for virksomheten, med de endringer som fremkom under behandling av saken.
2. Styret gir direktøren fullmakt til å gi strategidokumentet et grafisk uttrykk, og om nødvendig gjøre mindre språklige forbedringer i forbindelse med dette.
3. Styret gir direktøren fullmakt til å gjøre mindre justeringer av ordlyden i den overordnede strategien slik at UNNs samlede planverk fremstår helhetlig og med konsistent begrepsbruk.
4. Styret ber om at arbeidet med utarbeiding av bygningsmessig virksomhetsplan og klinikkvise delplaner videreføres i 2015.

Hanne Frøyshov la frem følgende stemmeforklaring:

Strategisk utviklingsplan slik den foreligger i saken er ikke bærekraftig verken økonomisk eller kapasitetsmessig for store pasientgrupper. Dersom ikke UNN får tilført svært mye friske midler til regionsfunksjoner vil planen være med på å vri tilbudet slik at det vil bli overforbruk av avanserte undersøkelser og behandling som foreløpig har lite dokumentert effekt, og et underforbruk/underkapasitet på veldokumentert behandling. Et ensidig fokus på funksjonsfordeling vil forringe kvaliteten på enhetene. Det er det ikke tatt høyde for i planen at den enkelte lokalisasjon også må fungere godt som en enhet for at effektivitet, og kvalitet skal kunne opprettholdes. Overordnet strategi for UNN har vært behandlet bredt i organisasjonen og i styret og ordlyden er derav blitt nøye vurdert før den ble vedtatt. Dersom ordlyden i denne skal endres bør den gjennom en ny runde i organisasjonen og styret. Slik jeg ser det er UNNs overordnede strategi god og vil ikke forbedres med de foreslåtte endringer.

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Direktøren la frem følgende endrete innstilling til vedtak (endringene i kursiv):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner fremlagte rapport Universitetssykehuset Nord-Norge HF Tromsø – PET-senter forprosjekt og anbefaler at prosjektet utvides til å inkludere to PET CT-skannere.
2. Forprosjektrapporten oversendes til styret i Helse Nord RHF med anbefaling om endelig godkjenning, finansiering og gjennomføring av prosjektet.
3. Styret anbefaler at brutto arealramme fastsettes til 4 212m² og at kostnadsramme basert på 85 % sannsynlighet for overholdelse (P85) fastsettes til 487,1 mill kr (desember 2014) inkludert utstyr og byggelånsrenter. Prisstigning i byggeperioden beregnet til 29,2 mill kr kommer i tillegg. Samlet kostnadsramme (P85) anbefales dermed fastsatt til 516,3 mill kr. *Dersom Helse Nord RHF etterkommer styrets anbefaling i vedtakspunkt 1 om å inkludere en ekstra PET CT-skanner, vil total ramme (P85) være 536,3 mill kr.*
4. Styret anbefaler bygget finansiert innenfor investeringsplanen for Helse Nord. ~~Styret ber om at 10 mill kroner av ikke disponerte midler innenfor P50-rammen på nytt pasienthotell omfordeles til PET-prosjektet sammen med ubenyttet reserve til P85-margin i samme prosjekt.~~ Styret tar til etterretning at Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet har bevilget 13,5 mill kr til medfinansiering av preklinisk forskningsdel. Styret anbefaler at annet forskningsrelatert utstyr delfinansieres gjennom ubrukte forskningsmidler i Helse Nord RHF.
5. Styret anbefaler at tidligfaseplanleggingen avsluttes og uten opphold videreføres med gjennomføringsfase bestående av detaljplanlegging og bygging med ferdigstilling i første kvartal 2017.
6. Styret anbefaler den foreslåtte entreprisemodellen.
7. Styret ber om at det til neste møte fremlegges kvalitetssikrede estimater av driftskostnader og driftsinntekter etter ferdigstilling av senteret.

Hanne Frøyshov la frem følgende forslag til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar fremlagte rapport *Universitetssykehuset Nord-Norge HF Tromsø – PET-senter forprosjekt* til orientering. I den økonomiske situasjonen UNN befinner seg vil det i for stor grad gå ut over pasientbehandlingen i UNN å gjennomføre byggingen av et så omfattende PET-senter nå. Styret ber derfor direktøren komme tilbake med et forslag som er innenfor den opprinnelige kostnadsrammen, men som legger til rette for utvidelse senere dersom det viser seg at behovet for PET i fremtiden blir så stort som den høyeste av kunnskapscenterets scenarier har anslått.

Styreleder satte Hanne Frøyshovs forslag opp mot endret innstilling fra direktøren.

Forslaget fikk én stemme og falt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner fremlagte rapport *Universitetssykehuset Nord-Norge HF Tromsø – PET-senter forprosjekt* og anbefaler at prosjektet utvides til å inkludere to PET CT-skannere.
2. Forprosjektrapporten oversendes til styret i Helse Nord RHF med anbefaling om endelig godkjenning, finansiering og gjennomføring av prosjektet.
3. Styret anbefaler at brutto arealramme fastsettes til 4 212m² og at kostnadsramme basert på 85 % sannsynlighet for overholdelse (P85) fastsettes til 487,1 mill kr (desember 2014) inkludert utstyr og byggelånsrenter. Prisstigning i byggeperioden beregnet til 29,2 mill kr kommer i tillegg. Samlet kostnadsramme (P85) anbefales dermed fastsatt til 516,3 mill kr. Dersom Helse Nord RHF etterkommer styrets anbefaling i vedtakspunkt 1 om å inkludere en ekstra PET CT-skanner, vil total ramme (P85) være 536,3 mill kr.
4. Styret anbefaler bygget finansiert innenfor investeringsplanen for Helse Nord. Styret tar til etterretning at Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet har bevilget 13,5 mill kr til medfinansiering av preklinisk forskningsdel. Styret anbefaler at annet forskningsrelatert utstyr delfinansieres gjennom ubrukte forskningsmidler i Helse Nord RHF.
5. Styret anbefaler at tidligfaseplanleggingen avsluttes og uten opphold videreføres med gjennomføringsfase bestående av detaljplanlegging og bygging med ferdigstilling i første kvartal 2017.
6. Styret anbefaler den foreslåtte entreprisemodellen.
7. Styret ber om at det til neste møte fremlegges kvalitetssikrede estimater av driftskostnader og driftsinntekter etter ferdigstilling av senteret.

Hanne Frøyshov la frem følgende stemmeforklaring:

Dagens PET tilbud i UNN er ikke optimalt for fremtiden, men dekker dagens behov for nødvendige PET-undersøkelser i regionen og kan ved å øke bruken ut over 2 dager pr uke også dekke behovet en del år fremover.

Et slikt tilbud burde være full-finansiert fra det regionale helseforetaket. Dersom UNN skal realisere dette innenfor de rammer som nå er gitt må et slikt prosjekt sees opp mot de reduksjoner dette vil medføre innenfor andre deler av UNNs virksomhet.

Kostnadene til bygg og drift slik forslaget til PET-senter er fremlagt i forprosjektet vil ta en urimelig stor del av budsjettet på kort og lang sikt og er ikke i tråd med at ressurser som brukes skal gi mest mulig helsegevinst og at helsetilbudet skal være likeverdig. De estimerte prognosene for kostnad (inklusive lønnskostnader) fremover synes uferdig. Det burde være gjort en bedre analyse som sammenligner nytte av PET og nytte av andre tilbud som man vil mangle finansiering.

Et PET-senter vil øke bruken av PET, og dersom tilbudet har mye overkapasitet vil det bli et overforbruk. Det er mange radiologiske undersøkelser som gir mindre stråling enn PET som er under utvikling og som vil kunne benyttes for mange av de samme pasientene også i fremtiden.

Sak 2/2015, vedlegg 1

De aller fleste kreftpasienter skal ikke ha PET-undersøkelse, men er avhengige av andre undersøkelser og behandling der kapasiteten i UNN i dag er for dårlig. Det er i dagens situasjon langt med prekært å bedre den eksisterende kapasiteten i radiologi generelt, slik at kreftpasienter får sin diagnose til rett tid og at behandling settes i gang så raskt som mulig.

Jeg ser det derfor som langt mer hensiktsmessig å bygge et PET-senter med syklotron som er mer nøkternt og også tar til etterretning at det kan komme en PET-CT ved annet HF i regionen som vil redusere behovet i UNN ytterligere.

Mai-Britt Martinsen, Rune Moe og Hanne Frøyshov la frem følgende protokolltilførsel:

Det er viktig at vi får på plass et PET- Senter i UNN for å kunne gi et best mulig regionalt tilbud til pasientene i hele Helse Nord. Det legges opp til en urimelig effektivisering på kort og lang sikt i hele UNN for å bære kostnadene av dette. Det oppleves urimelig at pasientene i UNN sitt nedslagsfelt skal få et dårligere tilbud enn andre på grunn av dette.

ST 111/2014 Protonsenter - i défase

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner fremlagte idéfaserapport *Idéfaseutredning - UNN Protonterapi* senter for videresending til Helse Nord RHF som vårt bidrag til det nasjonale idéfasearbeidet.
2. Styret anbefaler at den regionaliserte løsningen legges til grunn for en eventuell nasjonal konseptfaseutredning, og at idéfaserapportens alternativ 2 legges til grunn for videre utredning av løsning for Helse Nord.
3. Styret forutsetter at eventuell etablering av tilbudet fullfinansieres gjennom realvekst i budsjettene uten krav til omstilling av annen drift.
4. Styret ber om at direktøren umiddelbart etablerer en plan for nødvendig kompetanseoppbygging innen protonterapi.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner fremlagte idéfaserapport *Idéfaseutredning - UNN Protonterapi* senter for videresending til Helse Nord RHF som vårt bidrag til det nasjonale idéfasearbeidet.
2. Styret anbefaler at den regionaliserte løsningen legges til grunn for en eventuell nasjonal konseptfaseutredning, og at idéfaserapportens alternativ 2 legges til grunn for videre utredning av løsning for Helse Nord.

Sak 2/2015, vedlegg 1

3. Styret forutsetter at eventuell etablering av tilbudet fullfinansieres gjennom realvekst i budsjettene uten krav til omstilling av annen drift.
4. Styret ber om at direktøren umiddelbart etablerer en plan for nødvendig kompetanseoppbygging innen protonterapi.

ST 112/2014 A-fløya med integrerte operasjonsstuer

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Direktøren la frem følgende endrete innstilling til vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til anbefalingen om å *oppgradere til integrerte operasjonsstuer som beskrevet i saksfremlegget.*
2. *Styret slutter seg også til anbefalingen om å bygge moderne operasjonsstuer i A-fløya og oppdatere utstyr i den prosjekterte hybridstuen.*
3. *Saken bes sendt til Helse Nord RHF til endelig godkjenning.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til anbefalingen om å oppgradere til integrerte operasjonsstuer som beskrevet i saksfremlegget.
2. Styret slutter seg også til anbefalingen om å oppdatere utstyr i den prosjekterte hybridstuen.
3. Saken bes sendt til Helse Nord RHF til endelig godkjenning.

ST 113/2014 Høring regional plan for plastikkirurgi i Helse Nord

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar forslaget til *Regional plan for plastikkirurgi i Helse Nord* til orientering.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som her påpekes i det videre arbeidet med å utvikle det plastikkirurgiske tilbudet i regionen.

Styreleder foreslo et nytt punkt til saken:

Styret viser til at det er utfordringer knyttet til stabilitet i tilbud bemannet med enkeltspesialister, og vi ber Helse Nord RHF vurdere å samle tilbudet i Nordland på én lokalisasjon.

Styreleder tok først opp innstillingen til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Styreleder tok deretter opp forslaget til nytt punkt.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar forslaget til *Regional plan for plastikkirurgi i Helse Nord* til orientering.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som her påpekes i det videre arbeidet med å utvikle det plastikkirurgiske tilbudet i regionen.
3. Styret viser til at det er utfordringer knyttet til stabilitet i tilbud bemannet med enkeltspesialister, og vi ber Helse Nord RHF vurdere å samle tilbudet i Nordland på én lokalisasjon.

ST 114/2014 Regional plan for ØNH-faget

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF anerkjenner det gode faglige arbeidet som er gjort i utarbeidelsen av *Regional plan for øre-nese-hals i Helse Nord 2014-2025*, og ser at planen beskriver behov styrking av et viktig fagområde som har gjennomgått store endringer de senere år.
2. Styret slutter seg til direktørens konklusjon om at planen ikke er tilstrekkelig gjennomarbeidet og ber om at planen revideres før den legges til grunn for fremtidige prioriteringer. I det videre arbeidet bør det inkluderes analyser av forbruksmønstre, forslag til tiltak for utjevning av eventuelle slike, tydeligere forslag til funksjonsfordeling, tydeligere forslag til prioriteringer mellom opptrappingstiltakene som foreslås, og vurderinger av mulighetene for bruk av telemedisinske løsninger og eventuell jobbglidning.
3. Styret mener at enkeltvis behandling av fagplaner kan skape forventninger i fagmiljøene som ikke lar seg oppfylle, og anbefaler Helse Nord RHF å utvikle en saksbehandlingsprosess som sikrer alle fagplaner vurderes i en helhetlig prioriteringsmessig sammenheng før planene sendes ut på høring.

Enstemmig vedtatt.

Vedtakk:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF anerkjenner det gode faglige arbeidet som er gjort i utarbeidelsen av *Regional plan for øre-nese-hals i Helse Nord 2014-2025*, og ser at planen beskriver behov styrking av et viktig fagområde som har gjennomgått store endringer de senere år.
2. Styret slutter seg til direktørens konklusjon om at planen ikke er tilstrekkelig gjennomarbeidet og ber om at planen revideres før den legges til grunn for fremtidige prioriteringer. I det videre arbeidet bør det inkluderes analyser av forbruksmønstre, forslag til tiltak for utjevning av eventuelle slike, tydeligere forslag til funksjonsfordeling, tydeligere forslag til prioriteringer mellom opptrappingstiltakene som foreslås, og vurderinger av mulighetene for bruk av telemedisinske løsninger og eventuell jobbglidning.
3. Styret mener at enkeltvis behandling av fagplaner kan skape forventninger i fagmiljøene som ikke lar seg oppfylle, og anbefaler Helse Nord RHF å utvikle en saksbehandlingsprosess som sikrer alle fagplaner vurderes i en helhetlig prioriteringsmessig sammenheng før planene sendes ut på høring.

ST 115/2014 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

1. Operasjonskapasiteten ved UNN
Direktøren innledet til saken. Klinikksjef Eva-Hanne Hansen møtte via telematikk og svarte på spørsmål til saken.
2. Brev fra Helsetilsynet datert 26.11.2014 vedrørende varsel om alvorlig hendelse – sak 2014/358 – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. §21, jf. 23
3. Brev fra Helsetilsynet datert 26.11.2014 vedrørende varsel om alvorlig hendelse – sak 2014/366 – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. §21, jf. 23
4. Notat vedrørende pasientsak ved UNN datert 14.11.2014 – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. §21, jf. 23

Muntlig orientering:

5. Status vedrørende utskrivningsklare pasienter fra Tromsø kommune
6. Forretningsmessig informasjon gitt unntatt offentlighet i medhold av Forvaltningslovens § 23
7. Arbeidet med kommunale planer for helsehus i Harstad og Tromsø

Sak 2/2015, vedlegg 1

Direktøren la frem endret innstilling til vedtak (endringene i *kursiv*):

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene 1-7 til orientering.
Styreleder gis fullmakt til å besvare brev i sak 4.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene 1-7 til orientering.
Styreleder gis fullmakt til å besvare brev i sak 4.

ST 116/2014 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

1. Referat fra møtet i Kvalitetsutvalget 21.10.2014
2. Referat fra møtet i Kvalitetsutvalget 18.11.2014
3. Brev datert 18.11.2014 fra psykologspesialist Børge Mathiassen vedrørende status for psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord RHF
4. Kopi av brev til Helse Nord RHF, datert 23.11.2014 fra plasstillitsvalgt for Fagforbundet ved Kløvertun vedrørende fare for nedleggelse av Kløvertun
5. Brev datert 25.11.2014 fra Tromsø-området regionråd vedrørende fare for nedleggelse av Kløvertun
6. Brev datert 26.11.2014 fra Helse- og omsorgstjenesten i Balsfjord kommune vedrørende fare for nedleggelse av Kløvertun
7. Protokoll fra styremøtet i Helse Nord RHF 26.11.2014
8. Referat fra møte i AMU 26.11.2014 - ettersendes
9. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 26.11.2014
10. Referat fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 26.11.2014
11. Referat fra møte i Brukerutvalget 27.11.2014 – ettersendes
12. Opprop mot reduksjoner i spesialisthelsetjenesten i Troms fra Helsetjenesteaksjonen i Norge v/ Vidje Hansen, mottatt 27.11.2014.
13. Uttalelse fra Brukerutvalget, mottatt 28.11.2014 til Virksomhetsplan 2015
14. e-post datert 25.11.14 fra ordfører helene Rognli i Målselv kommune angående drift av ambulansetjenesten i Målselv kommune
15. Brev datert 24.11.14 fra ordfører Tore Nysæther i Narvik kommune vedrørende kutt i ambulanseberedskapen
16. Brev datert 25.11.14 fra Målselv kommune v/kommuneoverlege Oddmund Eriksen og enhetsleder Familieenheten Siv-Hege Severi vedrørende redusert bemanning i ambulansene
17. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 26.11.14
18. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 2.12.14
19. Brev datert 1.12.14 fra Nord-Troms regionråd vedrørende fare for nedleggelse av Kløvertun
20. Brev datert 5.12.14 fra Narvik kommune vedrørende kutt i ambulanseberedskapen
21. Kopi av brev fra UNN datert 8.12.14 til Tromsø kommune vedrørende utskrivningsklare pasienter
22. Vedtaket fra styremøtet i Sykehusapoteket Nord HF i PET-saken

Sak 2/2015, vedlegg 1

23. Brev fra Sør-Troms regionråd datert 4.12.14 vedrørende det akuttmedisinske tilbud i Sør-Troms
24. Mail fra Balsfjord ungdomsråd datert 3.12.14 vedrørende nedleggelse av Kløvertun
25. Uttalelser fra Troms fylkeskommune datert 10.12.2014 vedrørende ambulanseberedskap og psykisk helsetilbud

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt

Vedtak:

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

ST 117/2014 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.12.2014

Ingen saker.

Tromsø, 10.12.2014

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
3/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.2.2015
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Thomas Krogh

Virksomhetsrapport november/desember 2014

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for desember 2014 til orientering.
2. Styret konstaterer at endringer i pasientrettighetslovgivningen medfører at alle pasienter får rett til behandling innen en juridisk bindende frist fra 1.9.2015, og at UNN har for mange langtidsventende.
3. Styret ber om at arbeidet med å redusere antall langtidsventende prioriteres. Styret har som mål at ingen skal vente mer enn 6 mnd på behandling i UNN. Direktøren bes fremlegge en plan for reduksjon av antall langtidsventende til neste møte. Planen skal inkludere ett tiltak for nærmere samarbeid med private avtalespesialister.

Sammendrag

Denne saken viser at gjennomsnittlig ventetid ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i 2014 er 80 (-3) dager (med rett til prioritert helsehjelp 56 (-2) og uten rett 98 (-5) dager). Ved utgangen av desember hadde 1 149 pasienter ventet mer enn ett år på behandling (+40 %). Antall fristbrudd ved månedsskiftet var 121. Epikriseandel innen syv dager var 76 % og 82 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern, mens andel strykninger fra planlagt operasjonsprogram var 3 % i desember.

Gjennomsnittlig antall månedsverk i 2014 ved UNN er 6 358. I tillegg leies det inn helsepersonell tilsvarende 48 månedsverk. Sammenlignet med i 2013 har det vært en økning i antall månedsverk (+1,6 %), men noe reduksjon på slutten av året. Sykefraværet i november var 8,8 %.

Saken peker også på at UNNs foreløpige regnskap for 2014 viser et resultat på -71,1 mill kr. Driftsinntektene har et avvik på -36,6 mill kr, mens driftskostnadene har et avvik på -41,7 mill kr (finansresultatet er +7,2 mill kr). En økt gjennomføringstakt av tiltak samt innfasing av budsjetterte reserver bidrar til bedre resultat de siste månedene av året.

Sak 3/2015

Endringer i pasientrettighetslovgivningen medfører at alle pasienter, også dem uten rett til prioritert helsehjelp i dagens ordning, får rett til behandling innen en juridisk bindende frist fra 1.9.2015. Direktøren mener derfor at det er nødvendig å forsterke aktivitetsstyringen, samt arbeidet med å redusere antall fristbrudd og langtidsventende. Videreføring av en stram økonomistyring med tett oppfølging av planlagte tiltak er også påkrevet.

Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) presenterer resultater rundt helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet, økonomi, og helse, miljø og sikkerhet. Rapporten oversendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdata både på foretaks- og konsernnivå. UNN er i gang med implementering av kvalitetsinformasjonssystemet UNN KIS. Dette verktøyet vil gradvis innføres som kilde for informasjonen som presenteres i Kvalitets- og virksomhetsrapporten.

Formål

Kvalitets- og virksomhetsrapporten skal gi nødvendig ledelsesinformasjon om hvordan UNN ligger an i forhold til eiers krav og interne satsningsområder.

Saksutredning

Kvalitet

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling fra venteliste per desember var 80 (median 54) dager. Dette er tre dager mindre enn på samme tid i 2013. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 56 (median 42) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet i gjennomsnitt 98 (median 67) dager.

Ved utgangen av desember var det 1 149 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Dette er en økning sammenlignet med 2013 (+40 %). Nevro- og ortopediklinikken har, selv om trenden nå er nedadgående, flest med 861 langtidsventende (75 %).

Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i desember var ca. 1 300. Totalt i 2014 var antallet over 17 500.

Antall fristbrudd ved utgangen av desember var 121 (2 % av rettighetspasientene). Nivået har stabilisert seg på et lavere nivå etter økningen som var et resultat av vanlig sesongvariasjon på sommeren. Sammenlignet med 2013 er antallet nesten halvert (-47 %).

Andelen epikriser sendt innen syv dager var i desember 76 % og 82 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall korridorpatienter per dag var 11 i desember. Andelen strykninger av planlagte operasjoner var i desember 3 %.

Aktivitet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet er per desember høyere enn plan (+4 %). Antall innlagte dagopphold (+18 %), polikliniske dagbehandlinger (+2 %) og polikliniske konsultasjoner (+4 %) er høyere enn plan, mens heldøgn (-1 %) er noe lavere enn plan. Den

Sak 3/2015

relative store økningen i antall innlagte dagopphold skyldes høyere aktivitet ved dialyseenhetene ved UNN.

Det er ønskelig å redusere antall kontroller (planlagt kontrollandel i 2014 er 31 %). Per desember er andelen 33 %, dvs. det samme nivået som i 2013. Antall DRG-poeng er lavere enn planlagt (-3 %).

Antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet økte med 2 473 (+53 %) i 2014 sammenlignet med året før. Pasienter med bosted i Tromsø kommune står for $\frac{2}{3}$ av døgnene. Innen psykisk helsevern har det vært en økning på 843 utskrivningsklare døgn (+38 %).

Antall laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser er henholdsvis 11 % og 5 % høyere enn planlagt.

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne er noe lavere enn plan (-1 %). Samme avvik er det også innen psykisk helsevern for barn og unge per desember (-1 %). Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er aktiviteten noe lavere enn planlagt (-3 %).

Personal

Antall månedsverk i desember var 6 267. Dette gir et gjennomsnitt i 2014 på 6 358, som er en økning på 97 månedsverk (+1,6 %) sammenlignet med i 2013, men likevel noe lavere enn tidligere i 2014. I tillegg leies det i gjennomsnitt 40,6 sykepleiermånedsverk og 7,5 legemånedsverk fra byrå.

Sykefraværet i november var 8,8 %. Dette er en økning på 0,1 prosentpoeng sammenlignet med samme måned i 2013. Det korte sykefraværet (1-16 dager) reduseres med 0,3 prosentpoeng, det mellomlange fraværet (17-56 dager) reduseres med 0,4 prosentpoeng, mens langtidsfraværet øker med 0,9 prosentpoeng. Sykefraværsprosenten gjenspeiler at det i gjennomsnitt var 318 ansatte borte fra UNN hver dag i november.

Det er registrert fire egenmeldinger i GAT hvor fraværet ble oppgitt å være arbeidsrelatert. I november ble det registrert 497 ansatte med sykemelding utover 16 dager, hvorav 220 var graderte (44,3 %). Målet er at 50 % av sykemeldingene skal være gradert.

Kommunikasjon

Medieoppmerksomheten i desember var i stor grad rettet mot mulige endringer i tilbudet i bilambulansen og psykiatri/rus. Dette har sammenheng med at både pasientorganisasjoner og UNNs egne medarbeidere uttrykker bekymring for mulige endringer som kan skape utrygghet når det gjelder ambulanseberedskap og tilbud til pasienter med psykiatriske og rusrelaterte diagnoser.

Av positive saker kan nevnes UNN og Helse Nord styrets vedtak om å bygge PET-senter i Tromsø, og at sengeposten i UNN Narvik kunne feire 50 dager uten skader eller infeksjoner som del av pasientsikkerhetsarbeidet.

Økonomi

Regnskapet for desember viser foreløpig et avvik på +7,5 mill kr. Foreløpig regnskapsresultat for 2014 viser et avvik på -71,1 mill kr. Driftsinntektene har et avvik på -36,6 mill kr, mens

Sak 3/2015

driftskostnadene har et avvik på -41,7 mill kr (finansresultat er +7,2 mill kr). Hovedelementene i det akkumulerte avviket er lavere ISF-inntekter (-45,1 mill kr), samt høyere gjestepasientkostnader (-48,6 mill kr), varekostnader (-20,2 mill kr) og lønnskostnader (-22,7 mill kr) enn budsjettert.

Fra august måned har de økonomiske effektene av tiltakene økt. Årsaken til dette er nye hastetiltak som ble innført og andre kompenserende tiltak for å redusere inngangshastigheten til 2015. I tillegg er dette et resultat av at ubrukte budsjetterte reserver er innfaset i resultatet. Den store økningen i realisert effekt er således ikke bare et resultat av gjennomførte tiltak.

UNN har per 31.12.2014 en positiv likviditet på 80,4 mill kr.

I desember er det forbrukt 52,3 mill kr av investeringsrammen. Akkumulert per desember er forbruket 536 mill kr. Dette utgjør 91 % av disponibel ramme for 2014 og innebærer en restramme for 2014 på 50,4 mill kr. Dette skyldes periodisering i de store byggeprosjektene, og endrer ikke det tidligere rapporterte overforbruket av rammen til blant annet medisinskteknisk utstyr.

Medvirkning

Saken er fremlagt for arbeidsmiljøutvalget, brukerutvalgets arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, til drøfting og/eller innspill i egne møter 27. og 28.1.2015. Saken var på dette tidspunkt uferdig, så ansattes organisasjoner og vernetjenesten ba om at saken ble fremmet på nytt i drøftingsmøte 3.2.2015.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg oppfattet det som urovekkende at det ved Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken ikke foreligger bedre utvikling for ventetider ved klinikken. I tillegg ble det pekt på sykefraværstallene ved enkelte klinikker, og stilt spørsmål ved om dette kan påvirke pasientbehandlingen.

Protokoller og referater fra møtene legges frem til styrets behandling som egne referatsaker 11.2.2015.

Vurdering

De fleste kvalitetsindikatorerne har i 2014 vært på et stabilt nivå, og det er har vært en moderat positiv utvikling for mange av de indikatorerne sammenlignet med tidligere år. Et unntak er antall langtidsventende som har økt noe i løpet av året. Endringer i pasientrettighetslovgivningen medfører at alle pasienter, også dem uten rett til prioritert helsehjelp i dagens ordning, får rett til behandling innen en juridisk bindende frist fra 1.9.2015. Direktøren planlegger derfor et samarbeid mellom klinikkene og Fag- og forskningssenteret for å følge dette opp enda tettere i månedene fremover. Når det gjelder fristbruddene, så er det diskrepans mellom andel behandlede pasienter med fristbrudd (5 %) og andel fristbrudd blant dem står på venteliste ved månedens utgang (2 %). Dette er uttrykk for at mange blir behandlet kort tid (dager) etter fristdatoen. Dette vurderes å utelukkende være et uttrykk for at planleggingen ikke er god nok, og direktøren viderefører tett oppfølging også av dette.

Antall korridorpasienter er fortsatt for høyt, til tross for at Virksomhetsdata i hele perioden har vist god tilgang på ledige senger. Stikkprøver viser at dette i stor grad skyldes at registreringen i

Sak 3/2015

DIPS ikke endres for pasienter som får vanlig plass etter et kort opphold på korridor innledningsvis. Det arbeides med å bedre etterlevelsen av registreringsrutinene.

Aktiviteten innen somatikk er på de fleste områder høyere enn planlagt. Direktøren mener at dette er uttrykk for at det fortsatt er grunn til å ha oppmerksomhet rettet mot overbehandling som problemområde, og mot bedre prioriteringer.

Foreløpig regnskap viser et resultat på -71,1 mill kr, det vil si i tråd med den prognosen som ble satt sommeren 2014. Høyere gjennomføringstakt for gamle og nye tiltak samt innfasing av budsjetterte reserver bidro til at resultatene de siste månedene ble bedre. Det har vært jobbet mye den siste tiden med å planlegge nødvendige tiltak som kreves for å møte de økonomiske utfordringene i 2015. Direktøren ser det som nødvendig å videreføre en stram økonomistyring med tett oppfølging av planlagte tiltak. Det registreres at antall månedsverk gikk noe ned mot slutten av året. Dette vurderes å være uttrykk for at ABP begynner å gi effekter, og for at de sterke restriksjonene på nye ansettelser har gitt resultater.

Det har vært diskutert om innholdet av Kvalitets- og virksomhetsrapporten bør fornyes for å gi bedre styringsinformasjon. Blant annet gjelder dette oppfølging av de nasjonale indikatorene for pakkeforløp kreft. Fag- og forskningssenteret vil sammen med Stabssenteret utarbeide forslag til endringer.

Tromsø, 2.2.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2014

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Foreløpig kvalitets- og virksomhetsrapport



**DET ER RESULTATENE FOR PASIENTENE SOM TELLER!
VI GIR DEN BESTE BEHANDLING.**

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Kvalitet	3
Pasientforløp.....	3
Ventelister	3
Ventetid	3
Fristbrudd.....	5
Korridorpasienter	7
Strykninger	7
Epikrisetid	8
Aktivitet.....	9
Somatisk virksomhet	9
Psykisk helsevern voksne	12
Psykisk helsevern barn og unge.....	13
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	13
Samhandling	14
Utskrivningsklare pasienter	14
Kommunal medfinansiering	15
Forbruksrater.....	15
Personal	16
Bemanning	16
Sykefravær.....	17
Kommunikasjon	19
Sykehuset i media.....	19
Økonomi.....	20
Foreløpig resultat	20
Gjennomføring av tiltak	23
Likviditet.....	24
Investeringer.....	24
Byggeprosjekter	25

Kvalitet

Pasientforløp

Tabell 1 Plan for presentasjon av pasientforløp 2014

Virksomhetsrapport for:	Prosjekter	Klinikk
jan.14	Akuttgeriatriiske pasienter	Medisinsk klinikk
feb.14	Komplekse nevrologiske pasienter	Barne- og ungdomsklinikken
mar.14	Endokrinkirurgisk poliklinikk	Diagnostisk klinikk og Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
apr.14	ADHD	Barne- og ungdomsklinikken
mai.14	Sepsis I og sepsis II	Medisinsk klinikk og Akuttmedisinsk klinikk
aug.14	Lungeemboli	Medisinsk klinikk
sep.14	Tverrfaglig ryggcenter	Rehabiliteringsklinikken
okt.14	Pasienthotellet	Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken

Ventelister

Tabell 2 Venteliste

	2012	2013	2014	Endring 2013-2014	Endring %
Pasienter på venteliste	16 961	16 503	17 066	563	3
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	5 074	4 788	5 125	337	7
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp	11 887	11 715	11 941	226	2
...herav med fristbrudd	98	230	121	-109	-47
...herav med ventetid over 365 dager	772	819	1 149	330	40
Ikke møtt til planlagt avtale	1 193	1 256	1 307	51	4

Tabell 3 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

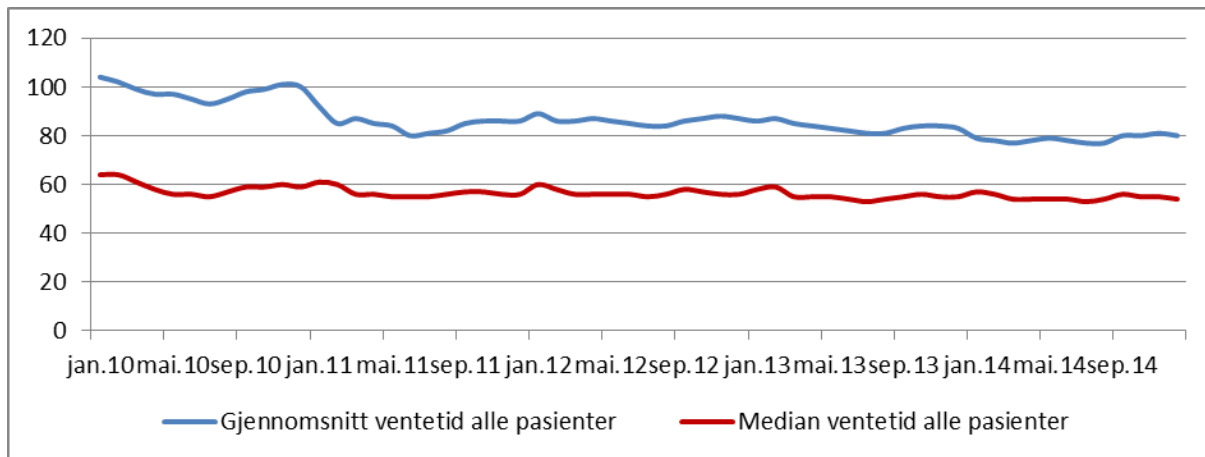
	2012	2013	2014	Endring 2013-2014	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	53 007	51 110	52 028	918	2
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	25 061	23 023	23 165	142	1
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	27 914	28 087	28 863	776	3
...herav med fristbrudd	3 112	1 642	1 508	-134	-8
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	47	45	45	-1	-1

Ventetid

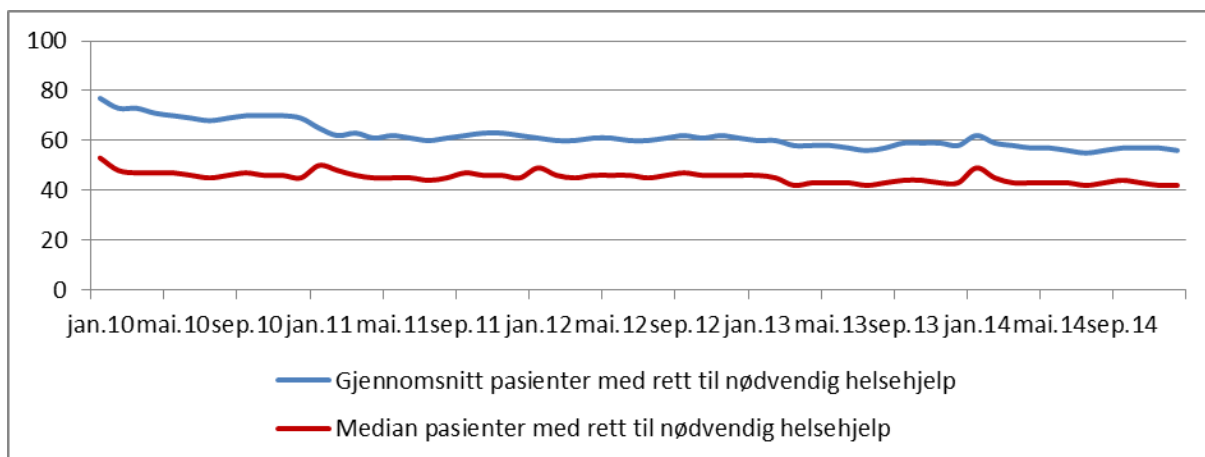
Tabell 4 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år

	2012	2013	2014	Endring 2013-2014	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	87	83	80	-3	-4
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	61	58	56	-2	-3
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	110	103	98	-5	-5
Median ventetid i dager	56	55	54	-1	-2
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	46	43	42	-1	-2
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	70	67	67	0	0

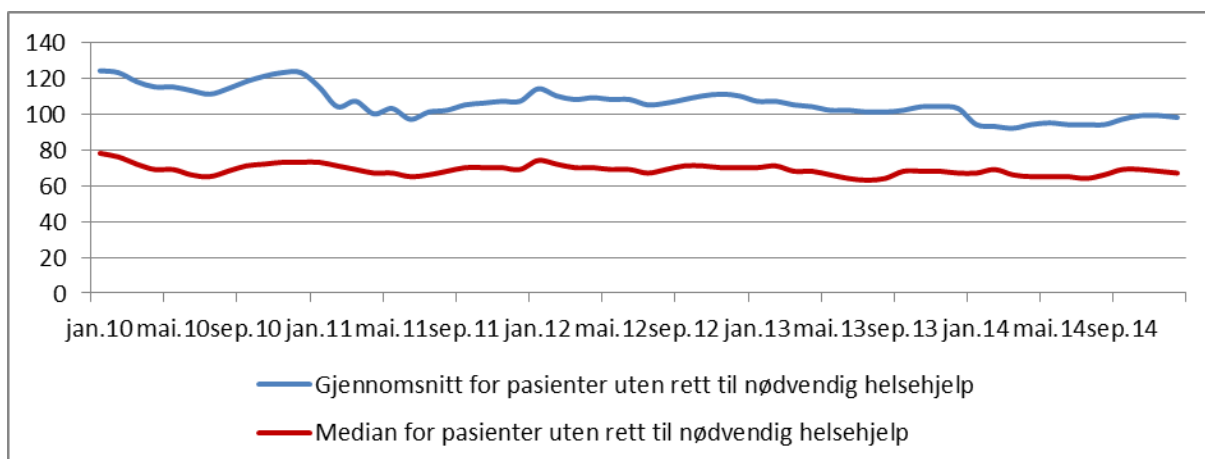
Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



Figur 2 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter med rett til nødvendig helsehjelp

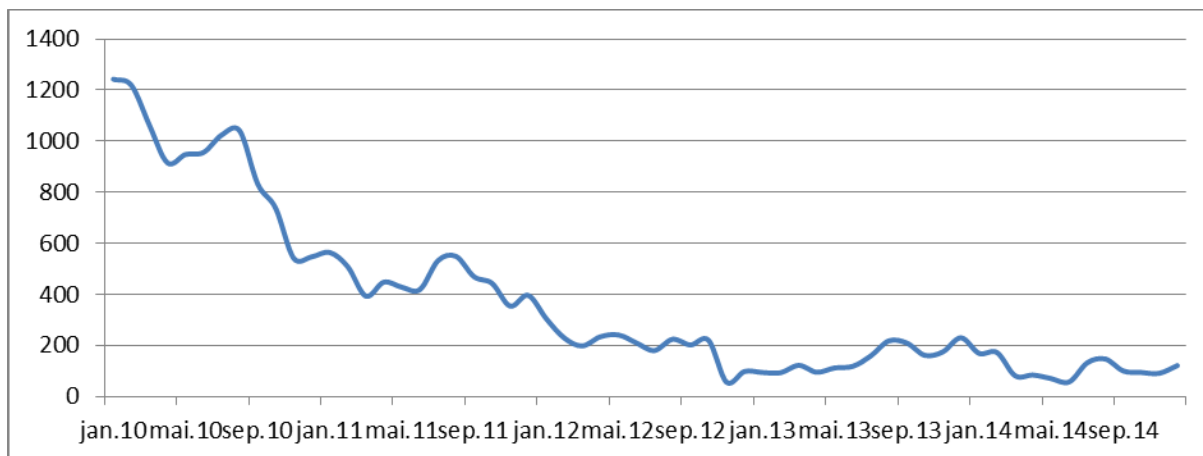


Figur 3 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp



Fristbrudd

Figur 4 Utvikling fristbrudd

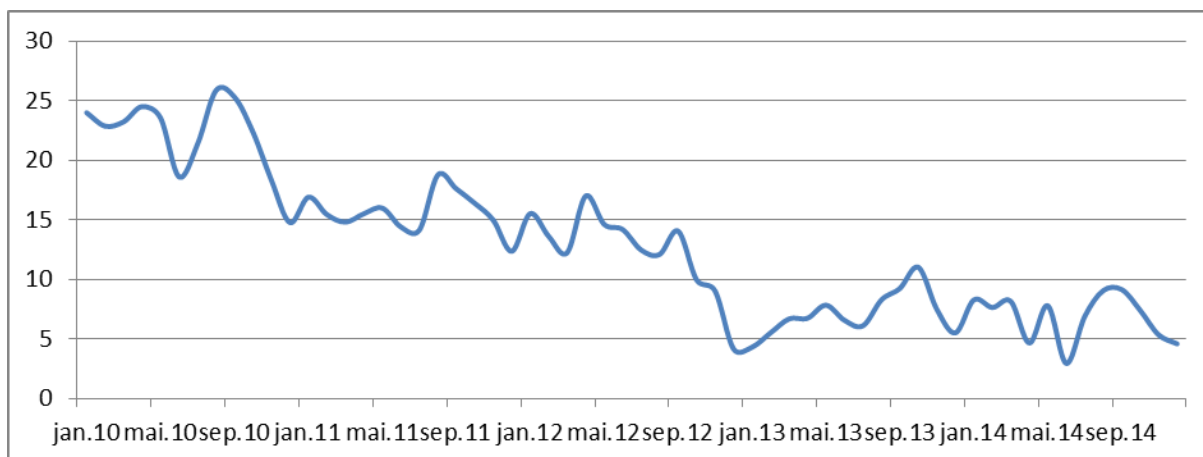


Tabell 5 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av desember 2014

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	22	290	8
Barne- og ungdomsklinikken	1	298	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	30	696	4
Medisinsk klinikk	3	558	1
Hjerte- og lungeklinikken	1	364	0
Nevro - og ortopediklinikken	64	2 906	2
UNN	121	5 112	2

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

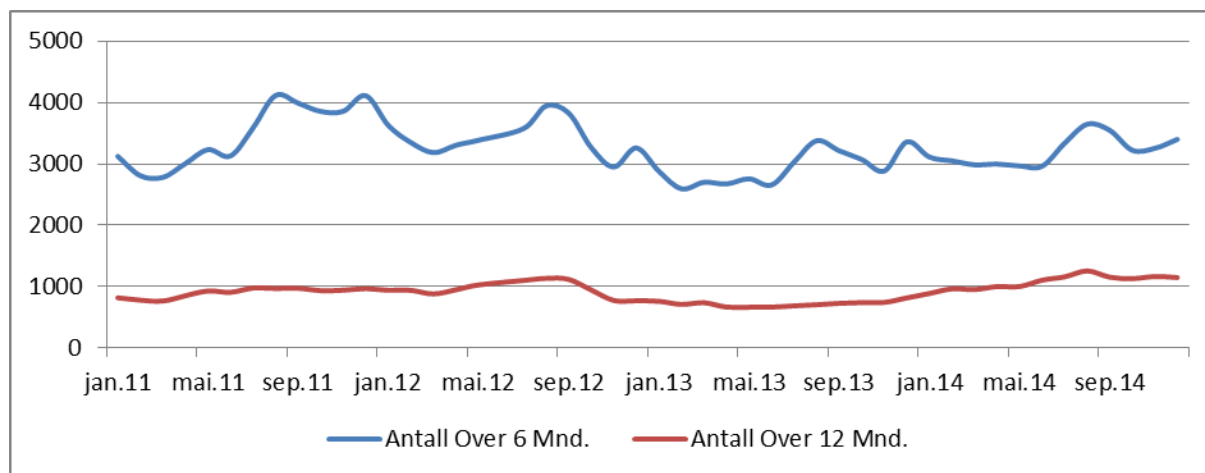
Figur 5 Prosent avvirket fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå



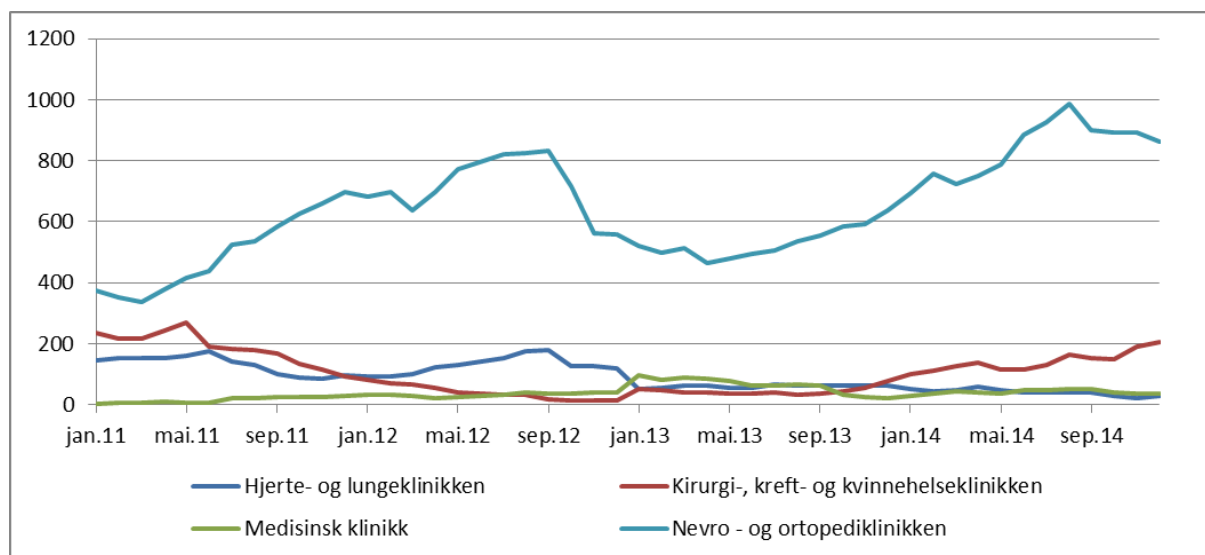
Tabell 6 Antall avviklede fristbrudd per klinikk

Klinikk	nov.14	des.14	Endring
Barne- og ungdomsklinikken	1	2	1
Hjerte- og lungeklinikken	4	3	-1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	32	23	-9
Medisinsk klinikk	10	5	-5
Nevro-og ortopedi klinikken	50	36	-14
Rehabiliteringsklinikken	0	0	0
Psykisk helse- og rusklinikken	11	10	-1
UNN	108	79	-29

Figur 6 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 7 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

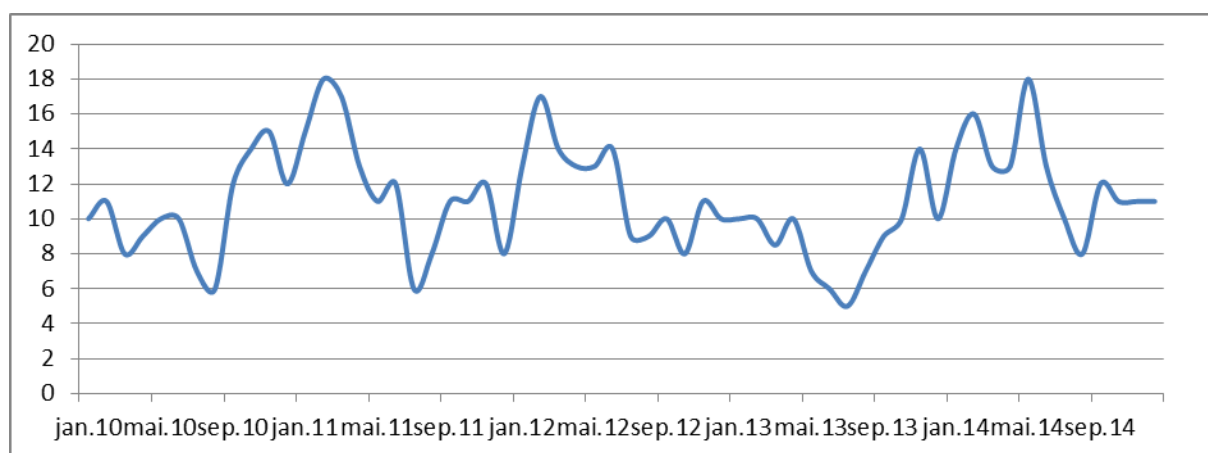
Tabell 7 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av desember 2014

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	3	0
Barne- og ungdomsklinikken	14	2
Rehabiliteringsklinikken	1	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	204	5
Medisinsk klinikk	38	2
Hjerte- og lungeklinikken	27	2
Nevro - og ortopediklinikken	861	10
UNN	1148	7

Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

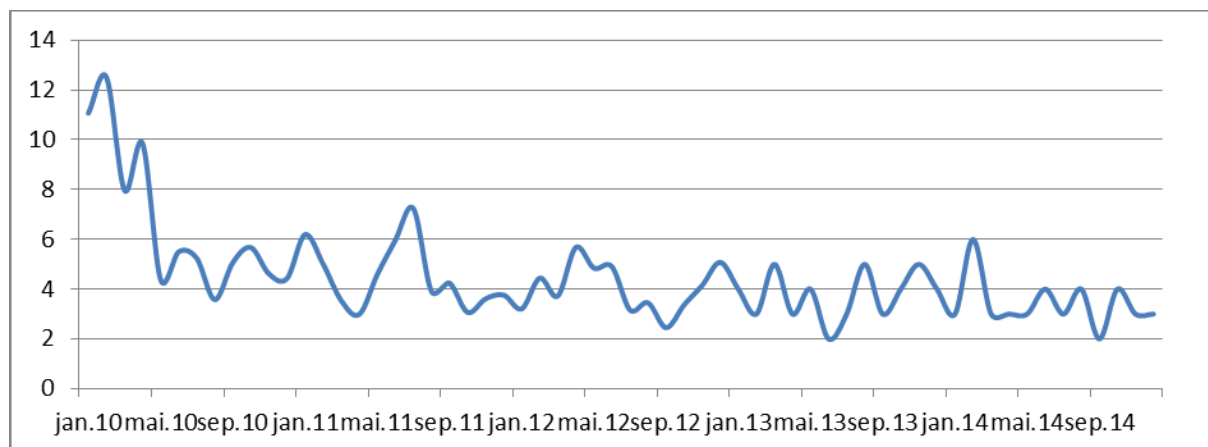
Korridorpasienter

Figur 8 Korridorpasienter– somatikk (gjennomsnitt per måned)



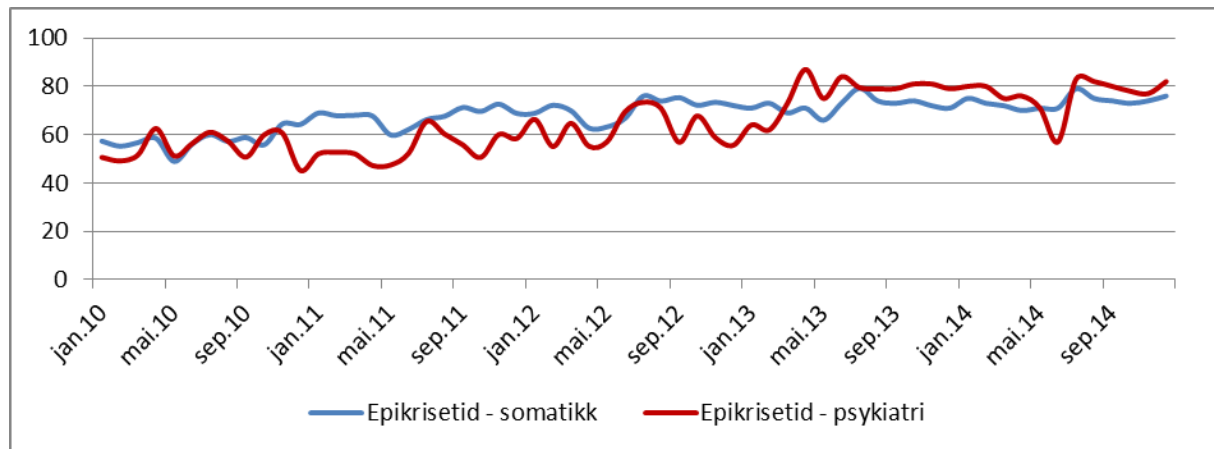
Strykninger

Figur 9 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



Epikrisetid

Figur 10 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Aktivitet

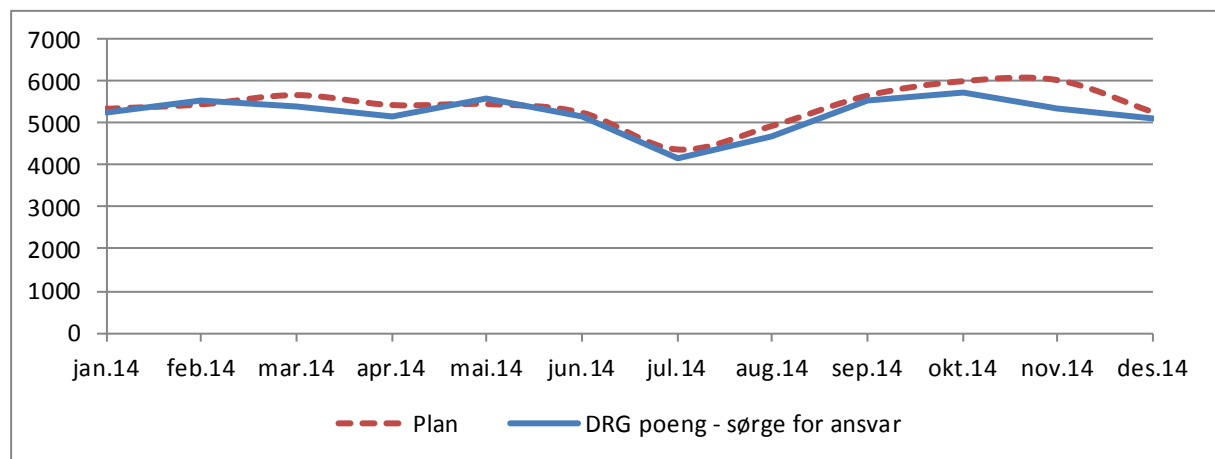
Tabell 8 Aktivitet UNN (per desember)

Aktivitet UNN HF	2012	2013	2014	Plantall 2014	Avvik fra plan 2014	
					Antall	%
Somatikk						
Utskrivelser heldøgn	35 602	36 215	36 237	36 600	-363	-1
Innlagte dagopphold	7 856	5 940	6 394	5 400	994	18
Polikliniske dagbehandlinger	11 528	24 845	25 522	25 000	522	2
DRG poeng (2014 logikk)	60 127	61 291	62 721	64 864	-2 143	-3
Liggedager i perioden	171 163	164 846	160 959	160 000	959	1
Polikliniske konsultasjoner	241 421	244 529	247 453	237 000	10 453	4
Herav ISF	198 423	202 888	205 447	197 000	8 447	4
Laboratorieanalyser	4 447 206	4 706 896	5 037 797	4 519 000	518 797	11
Røntgenundersøkelser	191 668	191 748	190 466	180 800	9 666	5
Fremmøte stråleterapi	35 427	16 936	13 045	14 400	-1 355	-9
Pasientkontakter	284 879	286 684	290 084	279 000	11 084	4
VOP						
Utskrivelser heldøgn	3 493	3 424	3 271	3 230	41	1
Liggedager i perioden	48 905	49 503	49 269	46 800	2 469	5
Polikliniske konsultasjoner	55 773	57 326	57 490	58 000	-510	-1
Pasientkontakter	59 266	60 750	60 761	61 230	-469	-1
BUP						
Utskrivelser heldøgn	172	175	214	250	-36	-14
Liggedager i perioden	2 405	2 549	2 999	2 600	399	15
Polikliniske konsultasjoner	30 311	24 515	24 736	25 000	-264	-1
Pasientkontakter	30 483	24 690	24 950	25 250	-300	-1
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)						
Utskrivelser heldøgn	666	632	668	740	-72	-10
Liggedager i perioden	21 494	21 105	20 761	21 700	-939	-4
Polikliniske konsultasjoner	8 875	9 980	10 902	11 200	-298	-3
Pasientkontakter	9 541	10 612	11 570	11 940	-370	-3

DRG poeng - sørge for ansvar.

Somatisk virksomhet

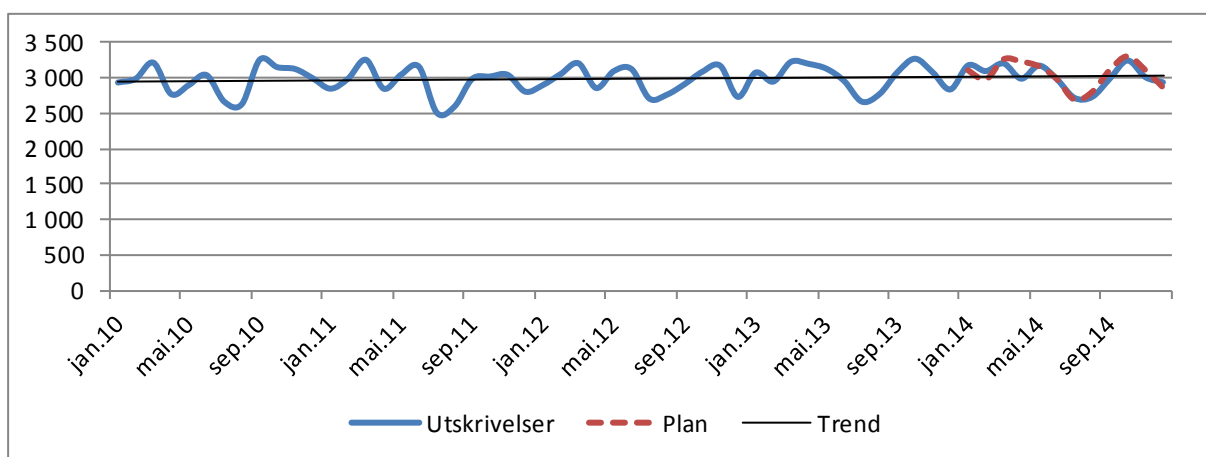
Figur 11 DRG poeng UNN 2014



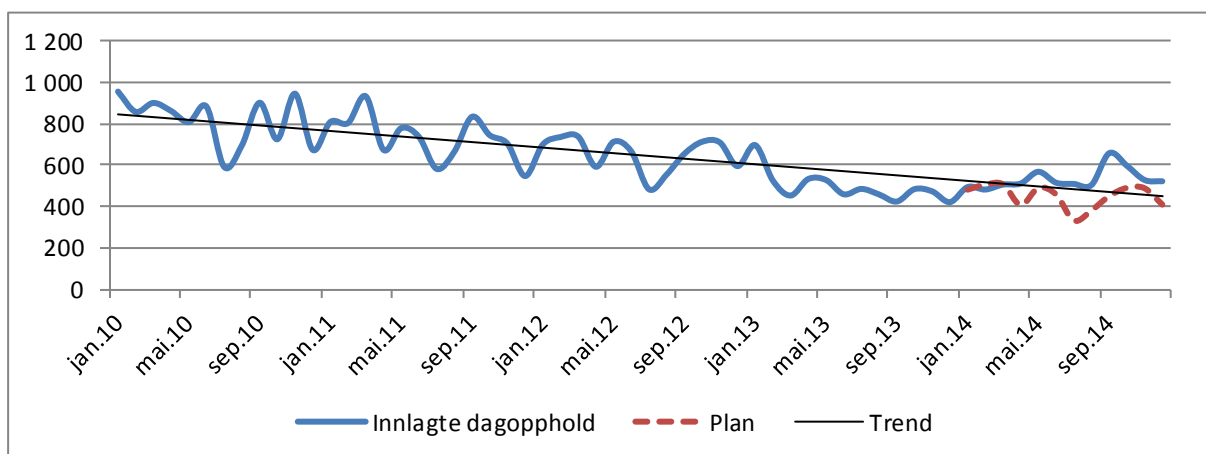
Tabell 9 Kontrollandel per klinikk (prosent per desember)

Klinikk	2012	2013	2014	Plan 2014	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	54	50	49	41	8
Hjerte- og lungeklinikken	45	44	44	40	4
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	34	32	31	27	4
Medisinsk klinikk	46	43	42	43	-1
Nevro- og ortopediklinikken	35	36	36	30	6
Rehabiliteringsklinikken	13	14	5	10	-5
Totalt	34	33	33	31	2

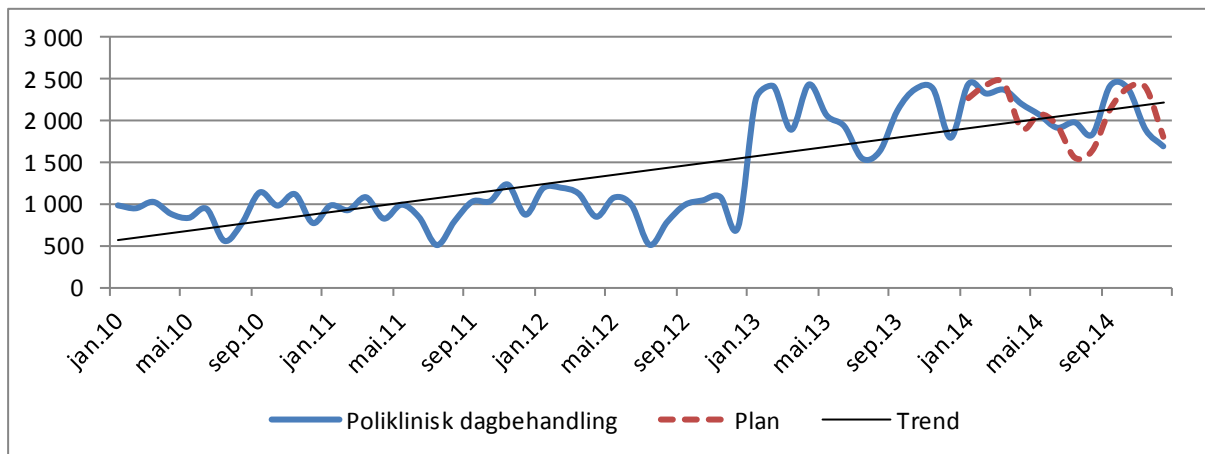
Figur 12 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



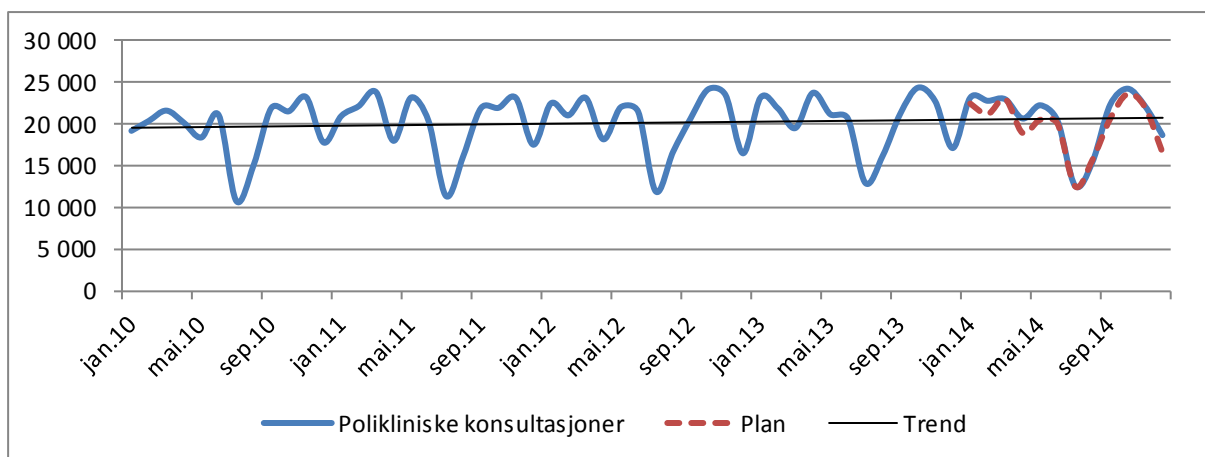
Figur 13 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



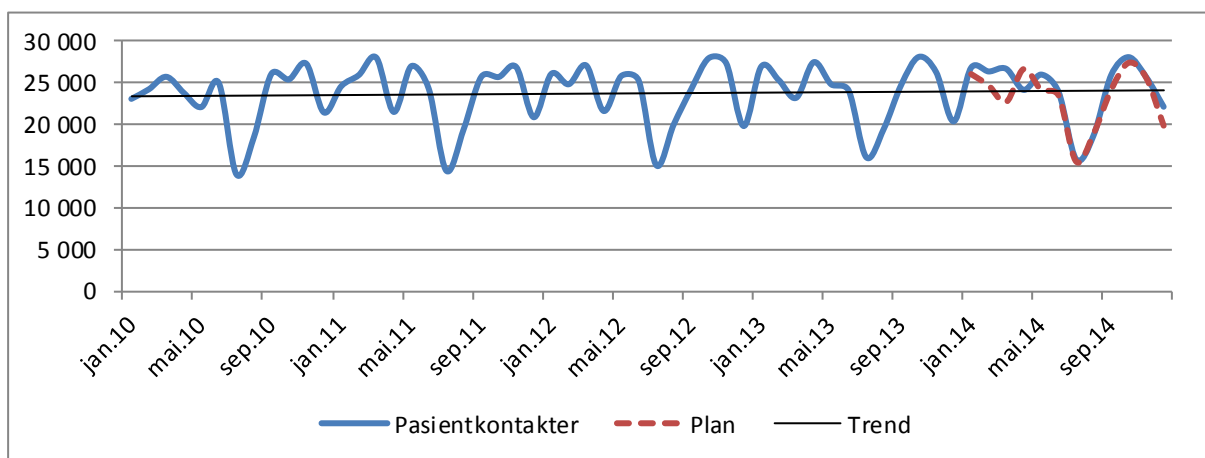
Figur 14 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



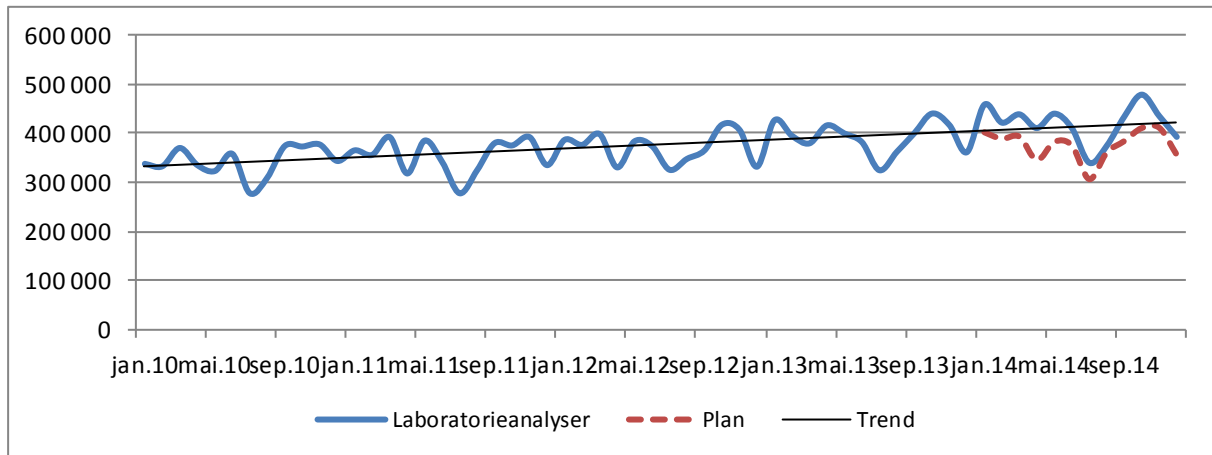
Figur 15 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



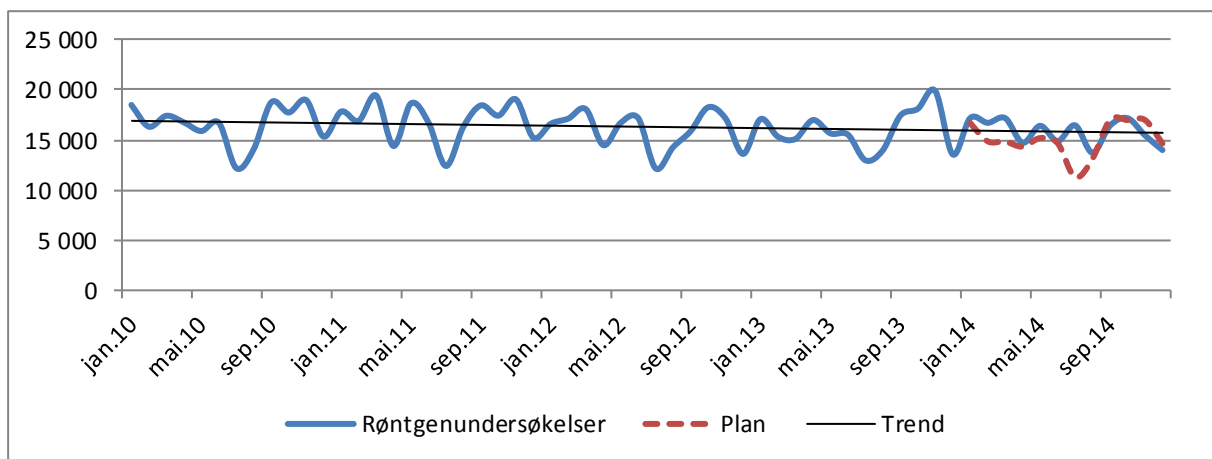
Figur 16 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 17 Laboratorieanalyser

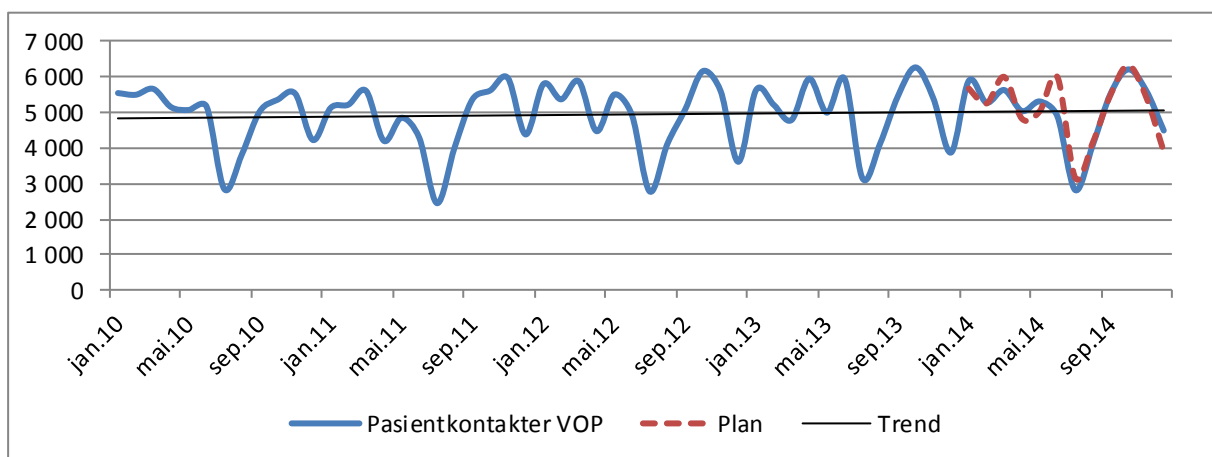


Figur 18 Røntgenundersøkelser



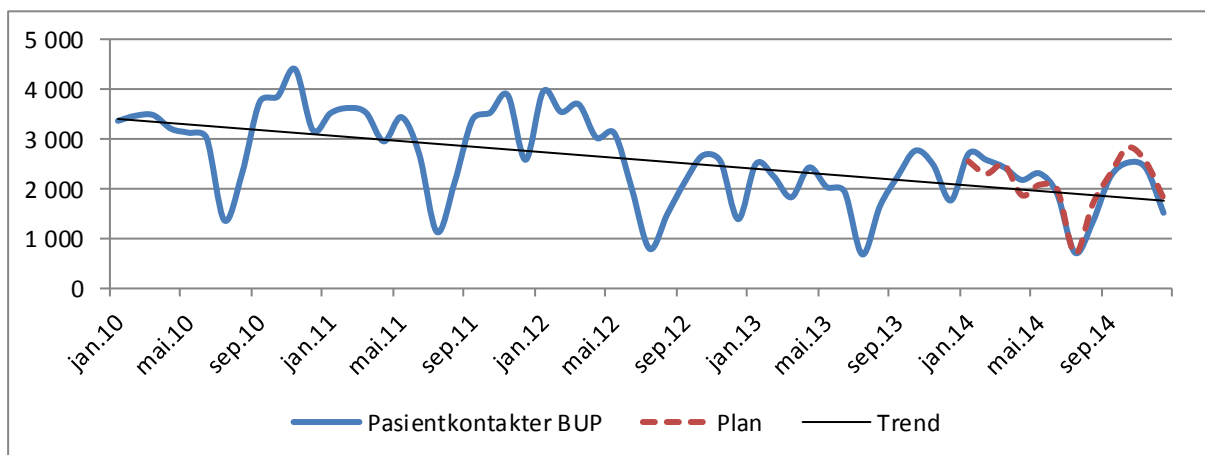
Psykisk helsevern voksne

Figur 19 Pasientkontakter – VOP



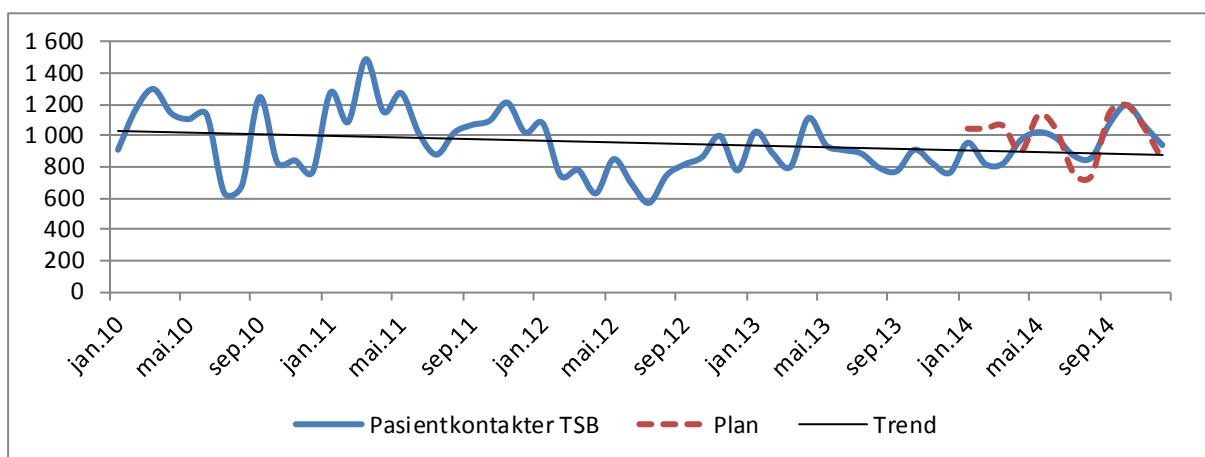
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 20 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 21 Pasientkontakter- TSB

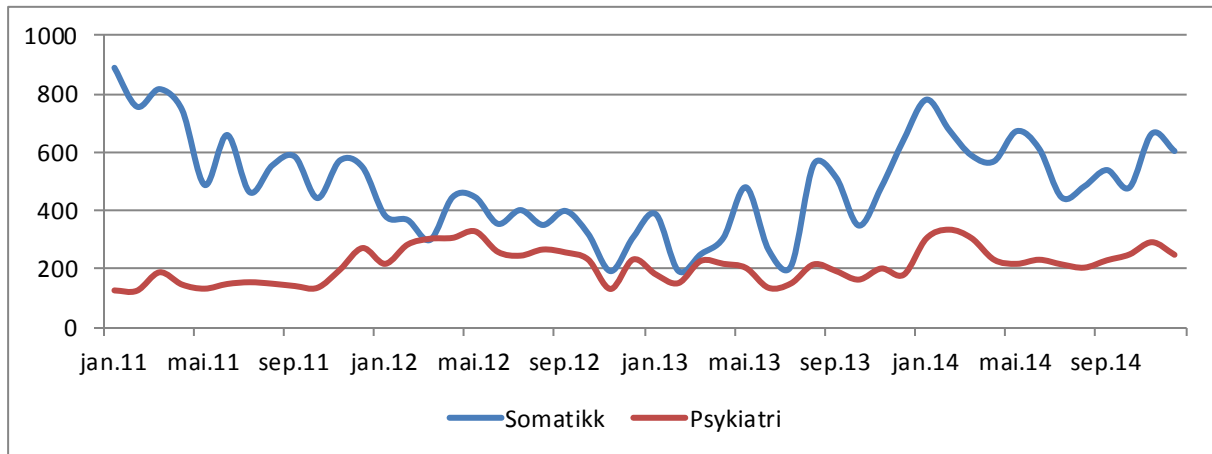


Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Datagrunnlaget som benyttes nå er det samme som brukes til faktureringen av kommunene. Det er marginale endringer fra tidligere hvor reelle utskrivningsklare døgn ble brukt.

Figur 22 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykiatri



Tabell 10 Utskrivningsklare pasienter per kommune – somatikk

Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-des	Utskrivningsklare pasienter jan-des	Utskrivningsklare døgn jan-des pr 1000 innbyggere
BARDU	329	45	85
TROMSØ	4 729	524	68
LYNGEN	151	20	50
NORDREISA	161	29	33
KARLSØY	73	12	31
HARSTAD	564	441	24
NARVIK	433	191	23
BALLANGEN	59	44	23
IBESTAD	31	28	22
TJELDSUND	25	20	19
SKÅNLAND	52	45	17
MÅLSELV	98	19	15
KVÆFJORD	43	30	14
SALANGEN	30	12	14
BERG	12	6	14
EVENES	17	15	13
KÅFJORD	25	7	11
LØDINGEN	24	14	11
DYRØY	13	9	11
STORFJORD	20	3	10
BALSFJORD	49	18	9
SØRREISA	26	14	8
GRATANGEN	6	6	5
TRANØY	8	5	5
SKJERVØY	13	5	5
TYSFJORD	7	6	4
LENVIK	38	23	3
TORSKEN	2	1	2
Totalt	7 113	1623	39

Kommunal medfinansiering

Ikke oppdatert per desember 2014. Opphører fra 2015.

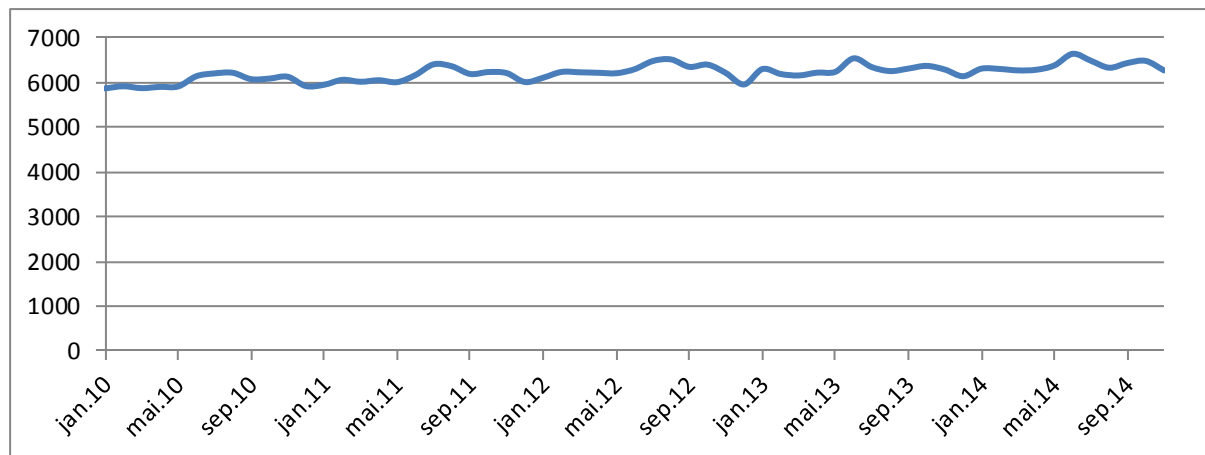
Forbruksrater

Ikke oppdatert per desember. Ny oversikt under utvikling.

Personal

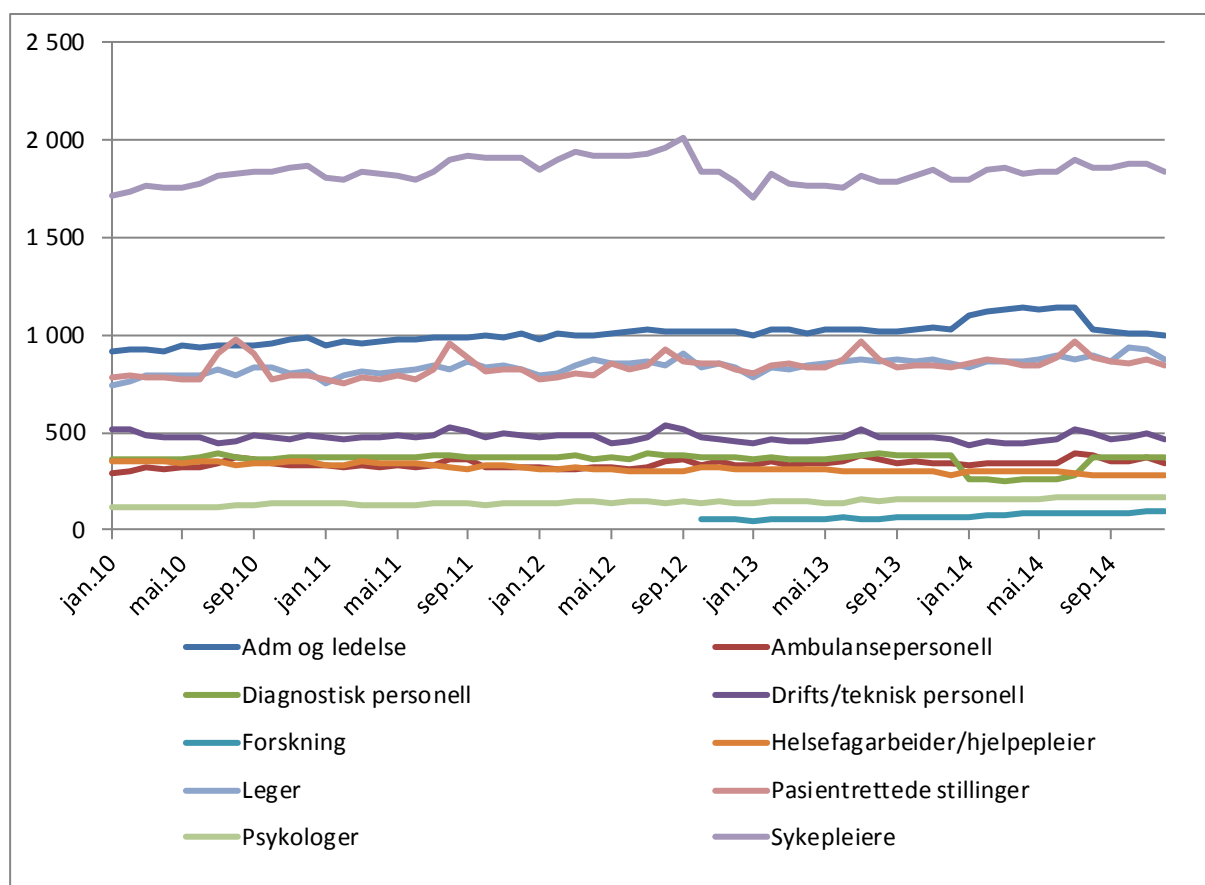
Bemanning

Figur 23 Brutto utbetalte månedsværk 2010-2014



UNN har en økning på 97 månedsværk i gjennomsnitt i perioden januar-desember i forhold til samme periode i fjor. Av dette er ca. 36 månedsværk en planlagt økning. Dette er knyttet til kvalitetsmidler, FIKS, ABIKO, forskning og opptrapping av regionale fagplaner.

Figur 24 Brutto utbetalte månedsværk per profesjon 2010-2014



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 11 Gjennomsnittlig antall månedsverk innleie per desember 2014

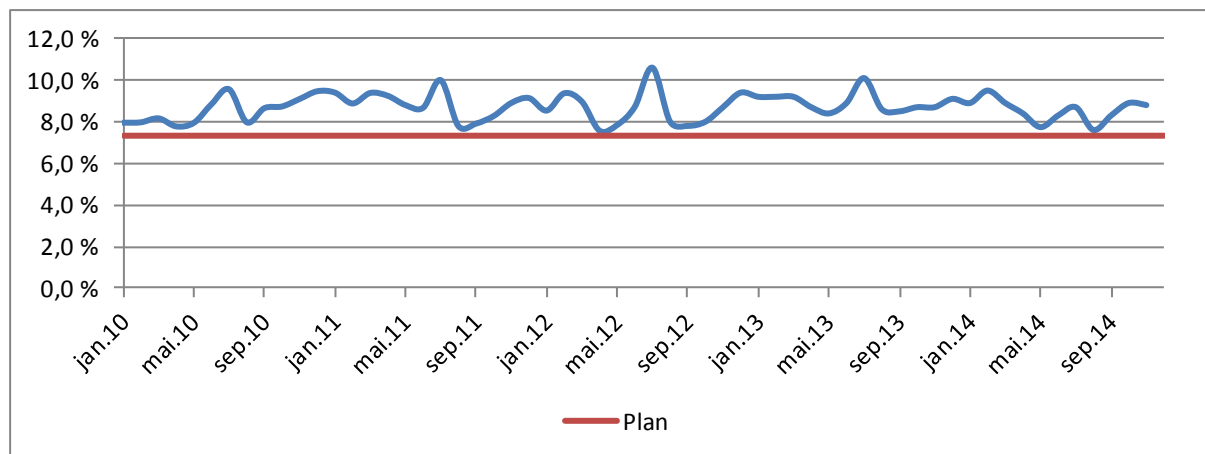
	Sykepleiere	Leger
Akuttmedisinsk klinikk	3,4	
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	1,1	1,9
Hjerte- lungeklinikken	9,0	
Nevro- og ortopediklinikken	6,3	
Medisinsk klinikk	2,8	
Rehabiliteringsklinikken	0,5	0,1
Barne- og ungdomsklinikken	2,3	
Operasjons- og intensivklinikken	14,8	1,5
Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	1,5
Diagnostisk klinikk	0,0	2,5
Fellesinntekter/-kostnader	0,5	
Sum	40,7	7,5

Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

Det korte sykefraværet (1-16 dager) har i november en reduksjon på 0,3 prosentpoeng, mens det mellomlange sykefraværet (17-56 dager) har en reduksjon på 0,4 prosentpoeng. Langtidsfraværet (>56 dager) har en økning på 0,9 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i november 318 ansatte borte fra jobb på grunn av sykdom i UNN HF.

Figur 25 Sykefravær 2010-2014



Tabell 12 Sykefravær per klinikk i november

Klinikk	Sykefravær nov 2013	Sykefravær nov 2014
Akuttmedisinsk klinikk	7,6	10,8
Longyearbyen sykehus	3,5	2,3
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	9,2	7,9
Hjerte og lungeklinikken	6,5	9,5
Nevro- og ortopediklinikken	8,3	8,1
Medisinsk klinikk	8,9	8,5
Rehabiliteringsklinikken	10,3	7,9
Barne- og ungdomsklinikken	7,5	9,0
Operasjons- og intensivklinikken	10,1	9,0
Psykisk helse- og rusklinikken	10,4*	10,8
Diagnostisk klinikk	8,1	6,9
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	8,3	9,1
Drift og eiendomsenteret	9,8	9,3
Direktør og administrasjonssenteret	5,2	4,4
Fag- og forskningscenteret	6,7	9,7
Kommunikasjonssenteret	1,1	0,0
HR-senteret	4,5	7,8
Økonomi og analysesenteret	9,4	7,7
Turnusleger, raskere tilbake	2,4	4,0
Totalt	8,7	8,8
*Sammenslåtte tall for Allmenpsykiatrisk klinikk og Rus og spesialpsykiatrisk klinikk for å gi sammenlignbare tall etter sammenslåing av klinikkene.		

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i november måned vært registrert fire egenmeldinger i GAT hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i november 2014 vært registrert totalt 497 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 220 graderte. Det tilsvarer en andel på 44,3 % graderte sykemeldinger. Andelen er høyere enn i forrige mnd (43 %).

Gradert sykemelding er en hovedstrategi i IA-arbeidet. Partene i IA-avtalen, dvs. myndighetene, arbeidsgiversida og arbeidstakersida har satt mål om at 50 % av sykmeldingene skal være gradert.

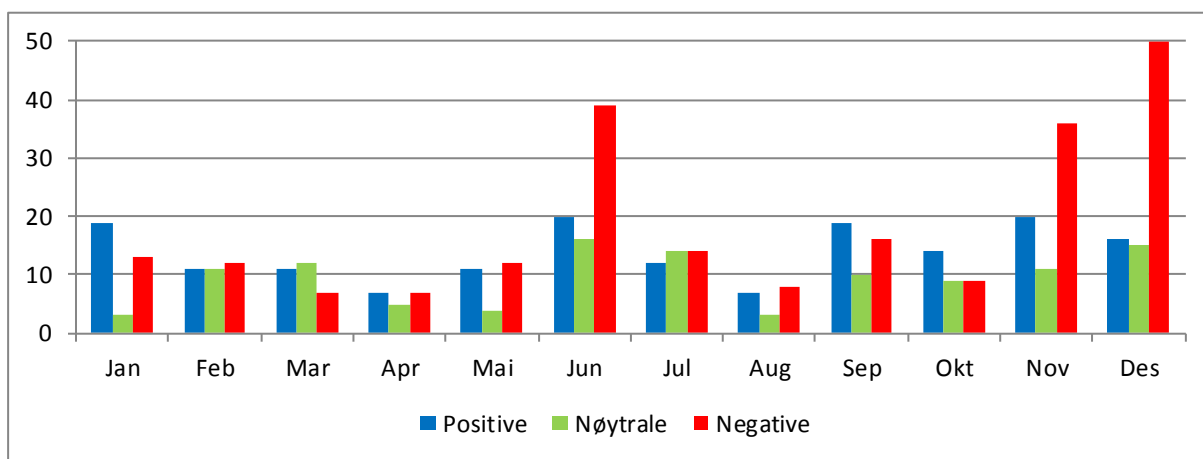
Kommunikasjon

Sykehuset i media

Medieoppmerksomheten i desember var i stor grad rettet mot mulige endringer i tilbudet i bilambulansen og psykiatri/ rus. Dette har sammenheng med at både pasientorganisasjoner og UNNs egne medarbeidere uttrykker bekymring for mulige endringer som kan skape utrygghet når det gjelder ambulanseberedskap og tilbud til pasienter med psykiatriske- og rusrelaterte diagnoser.

Av positive saker kan nevnes UNN- og Helse Nord styrets vedtak om å bygge PET-senter i Tromsø, og at sengeposten i UNN Narvik kunne feire 50 dager uten skader eller infeksjoner som del av pasientsikkerhetsarbeidet.

Figur 26 Mediestatistikk per desember 2014

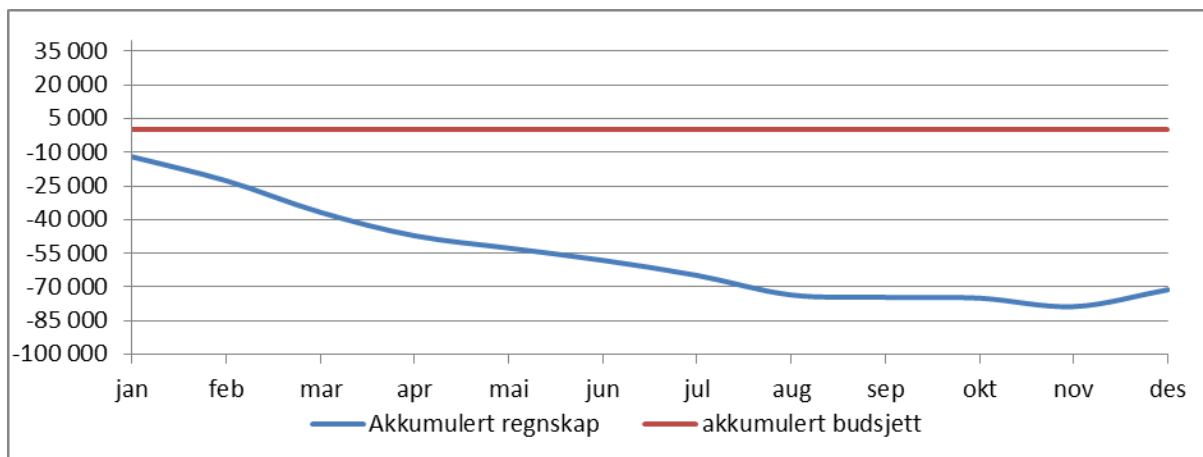


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nr.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Foreløpig resultat

Figur 27 Akkumulert regnskap og budsjett 2014



Foreløpig regnskapsresultat for 2014 viser et negativt avvik på 71,1 mill kr. Desember måned viser foreløpig et positivt regnskapsmessig resultat på 7,5 mill kr. For desember er inntektene 13,1 mill kr høyere enn budsjettet, mens driftskostnadene inkludert finansposter er 4,8 mill kr høyere enn budsjett.

For 2014 er inntektene samlet sett 36,6 mill kr lavere enn budsjettet og driftskostnadene 41,7 mill kr høyere enn budsjett. Finanspostene (renteinntekter-rentekostnader) viser et overskudd på 7,2 mill kr i 2014.

Tabell 13 Foreløpig resultatregnskap 2014

Resultatrapportering, tall i mill kr	Desember				Akkumulert per Desember				Endring ift 2013	Endring i %
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %		
Basisramme	154,7	156,1	-1,5	-1 %	4 278,7	4 277,5	1,1	0 %	-318,2	-7 %
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	88,5	85,2	3,3	4 %	1 000,7	1 040,3	-39,5	-4 %	238,7	31 %
ISF kommunal medfinansiering	12,6	17,9	-5,3	-30 %	225,3	227,3	-1,9	-1 %	5,6	3 %
Samlet ordinær ISF-inntekt	101,1	103,1	-2,0	-2 %	1 226,0	1 267,5	-41,5	-3 %	244,4	25 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	1,3	1,8	-0,6	-31 %	47,3	51,0	-3,7	-7 %	8,8	23 %
Gjestepasientinntekter	2,8	2,5	0,4	16 %	27,2	29,5	-2,3	-8 %	-2,5	-8 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rønt)	14,9	15,8	-0,9	-6 %	192,4	186,4	6,0	3 %	16,2	9 %
Utskrivningsklare pasienter	1,4	1,0	0,4	44 %	21,1	12,0	9,1	76 %	8,6	69 %
Inntekter "raskere tilbake"	1,0	1,2	-0,2	-15 %	20,6	15,2	5,4	36 %	-3,7	-15 %
Andre øremerkede tilskudd	30,5	24,6	5,9	24 %	223,3	269,1	-45,8	-17 %	44,4	25 %
Andre driftsinntekter	41,9	30,5	11,4	38 %	317,8	282,9	34,9	12 %	9,4	3 %
Sum driftsinntekter	349,7	336,6	13,1	4 %	6 354,4	6 391,0	-36,6	-1 %	251,9	4 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	30,4	13,5	16,9	125 %	209,0	160,8	48,2	30 %	12,0	6 %
Kjøp av private helsetjenester	10,1	5,8	4,4	76 %	56,7	56,1	0,6	1 %	2,4	4 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	64,2	60,9	3,4	6 %	694,8	670,2	24,6	4 %	41,0	6 %
Innleid arbeidskraft	7,7	2,6	5,1	194 %	60,0	43,2	16,7	39 %	6,0	11 %
Lønn til fast ansatte	234,6	303,1	-68,5	-23 %	3 066,0	3 333,3	-267,3	-8 %	102,1	3 %
Vikarer	21,7	5,8	15,8	271 %	236,9	136,4	100,6	74 %	35,3	18 %
Overtid og ekstrahjelp	25,3	12,0	13,3	110 %	281,6	148,4	133,2	90 %	6,6	2,4 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	-836,4	-834,6	-1,7	0 %	-157,7	-156,1	-1,5	1 %	-828,1	-124 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-19,1	-18,2	-1,0	5 %	-231,7	-216,0	-15,8	7 %	-6,3	3 %
Annen lønnskostnad	30,8	32,2	-1,3	-4 %	313,4	304,5	9,0	3 %	7,6	2 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	301,1	337,7	-36,6	-11 %	3 726,2	3 749,7	-23,5	-1 %	151,4	4 %
Avskrivninger	20,1	23,9	-3,8	-16 %	245,9	249,8	-3,9	-2 %	3,8	2 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0 %
Andre driftskostnader	125,8	103,0	22,7	22 %	1 036,8	1 039,5	-2,7	0 %	69,3	7 %
Sum driftskostnader	-284,7	-289,9	5,2	-2 %	5 811,7	5 769,9	41,7	1 %	-548,1	-8,6 %
Driftsresultat	634,4	626,5	7,9	1 %	542,8	621,1	-78,3		799,9	
Finansinntekter	0,2	0,5	-0,3		14,3	6,0	8,3		-6,3	
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1		1,2	0,1	1,1		0,5	
Finansresultat	0,1	0,5	-0,4		13,1	5,9	7,2		-6,8	
Ordinært resultat	634,5	627,0	7,5		555,9	627,0	-71,1		793,1	

Tabell 14 Foreløpig resultatregnskap 2014, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering, tall i mill kr	Desember ekskl. eksternfinansiert			Akkumulert per Desember ekskl. eksternfinansiert		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	154,7	156,1	-1,5	4 278,7	4 277,5	1,1
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	88,5	85,2	3,3	1 000,7	1 040,3	-39,5
ISF kommunal medfinansiering	12,6	17,9	-5,3	225,3	227,3	-1,9
Samlet ordinær ISF-inntekt	101,1	103,1	-2,0	1 226,0	1 267,5	-41,5
ISF av legemidler utenfor sykehus	1,3	1,8	-0,6	47,3	51,0	-3,7
Gjestepasientinntekter	2,8	2,5	0,4	27,2	29,5	-2,3
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rønt)	14,9	15,8	-0,9	192,4	186,4	6,0
Utskrivningsklare pasienter	1,4	1,0	0,4	21,1	12,0	9,1
Inntekter "raskere tilbake"	1,0	1,2	-0,2	20,6	15,2	5,4
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	41,9	30,5	11,4	317,8	282,9	34,9
Sum driftsinntekter	319,2	312,0	7,2	6 131,1	6 121,9	9,2
Kjøp av offentlige helsetjenester	30,4	13,5	16,9	209,0	160,8	48,2
Kjøp av private helsetjenester	10,1	5,8	4,3	56,5	56,1	0,4
Varekostnader knyttet til aktivitet	63,6	60,8	2,7	689,8	669,6	20,2
Innleid arbeidskraft	7,7	2,6	5,1	60,0	43,2	16,7
Lønn til fast ansatte	218,2	290,6	-72,4	2 945,8	3 195,7	-250,0
Vikarer	21,4	5,8	15,6	235,0	136,4	98,7
Overtid og ekstrahjelp	22,0	6,8	15,2	257,6	91,5	166,1
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	-838,6	-835,1	-3,5	-173,7	-161,2	-12,5
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-18,4	-18,2	-0,3	-226,7	-216,0	-10,8
Annen lønnskostnad	29,2	31,7	-2,5	301,4	299,5	1,9
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	280,1	319,5	-39,3	3 573,0	3 550,3	22,7
Avskrivninger	20,1	23,9	-3,8	245,9	249,8	-3,9
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	119,1	97,2	21,9	987,9	975,4	12,5
Sum driftskostnader	-315,2	-314,5	-0,7	5 588,4	5 500,8	87,5
Driftsresultat	634,4	626,5	7,9	542,8	621,1	-78,3
Finansinntekter	0,2	0,5	-0,3	14,3	6,0	8,3
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1	1,2	0,1	1,1
Finansresultat	0,1	0,5	-0,4	13,1	5,9	7,2
Ordinært resultat	634,5	627,0	7,5	555,9	627,0	-71,1

De viktigste avvikene for desember er (eksl. eksternfinansiert virksomhet):

Inntekter

- -2,6 mill kr ISF-inntekter
- -0,9 mill kr polikliniske inntekter
- +0,4 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +11,4 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -2,7 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -21,3 mill kr kjøp av helsetjenester
- -39,3 mill kr lønn (+71,4 mill kr fast lønn, -33,3 mill kr variabel lønn)
- -21,9 mill kr andre driftskostnader

De viktigste avvikene akkumulert per desember er (eksl. eksternfinansiert virksomhet)

Inntekter

- -45,1 mill kr ISF inntekter
- +6,0 mill kr polikliniske inntekter
- +9,1 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +34,9 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

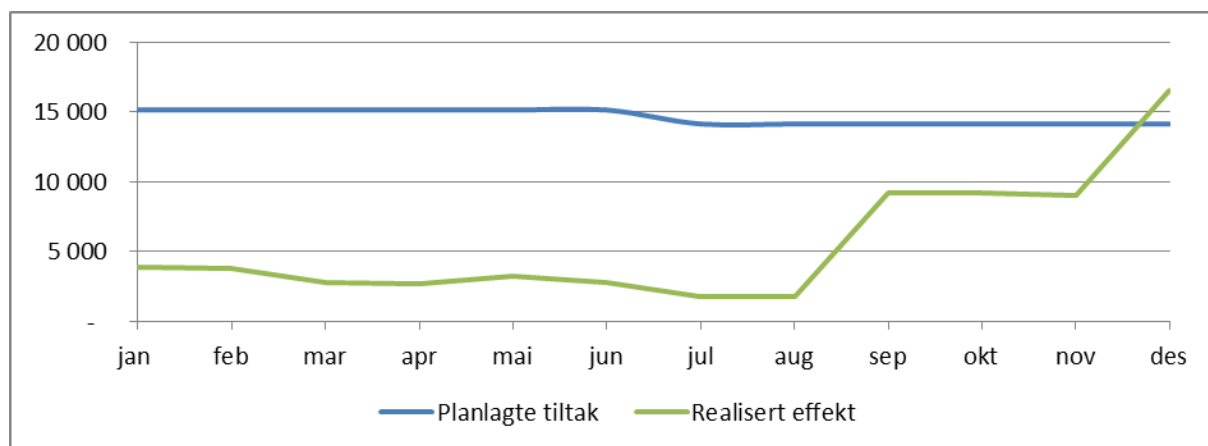
- -48,6 mill kr kjøp av helsetjenester
- -20,2 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -22,7 mill kr lønn (+250,0 mill kr fast lønn, -283,5 mill kr variabel lønn)
- -12,5 mill kr andre driftskostnader
- +10,8 mill kr lønnsrefusjoner

Tabell 15 Foreløpig resultat per klinikk 2014 (beløp i mill kr)

Klinikk, økonomiske tall i mill kr	Desember måned					Akkumulert per desember				
	Regnskap	Budsjett	Avvik	DRG poeng avvik ifht.plan	Endring DRG poeng 2014/2013	Regnskap	Budsjett	Avvik	DRG poeng avvik ifht.plan	Endring DRG poeng 2014/2013
Totalt 10 - Akuttmedisinsk klinikk	32,6	34,7	2,1	14	17	363,2	354,5	-8,7	8	-6
Totalt 11 - Longyearbyen sykehus	2,5	2,7	0,2			24,1	25,0	1,0		
Totalt 12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	46,4	49,1	2,6	-5	-46	510,9	497,4	-13,5	-62	-77
Totalt 13 - Hjerter- lungeklinikken	34,5	37,3	2,8	-41	14	385,8	373,0	-12,8	-781	-32
Totalt 14 - Nevro- og ortopediklinikken	50,9	52,0	1,1	93	55	522,4	470,7	-51,7	921	356
Totalt 15 - Medisinsk klinikk	46,8	47,1	0,4	118	121	458,9	446,6	-12,3	293	-32
Totalt 16 - Rehabiliteringsklinikken	16,2	15,6	-0,6	9	-11	170,9	166,8	-4,0	-195	-46
Totalt 17 - Barne- og ungdomsklinikken	22,3	23,8	1,5	-28	7	232,9	231,3	-1,6	-171	-175
Totalt 18 - Operasjons- og intensivklinikken	55,3	50,9	-4,4	-2	-2	569,7	549,2	-20,5	3	7
Totalt 20 - Psykisk helse- og rusklinikken	62,1	65,5	3,4			660,8	660,6	-0,2		
Totalt 30 - Diagnostisk klinikk	55,4	56,6	1,2			509,5	503,7	-5,8		
Totalt 40 - Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	6,5	6,9	0,4			63,6	67,8	4,2		
Totalt 45 - Drifts- og eiendomsenter	67,8	70,5	2,6			596,7	598,8	2,1		
Totalt 50 - Direktør og Administrasjonssenteret	2,5	2,6	0,2			24,4	23,8	-0,6		
Totalt 54 - Fag- og forskningssenter	2,5	5,1	2,6			49,8	56,6	6,8		
Totalt 56 - Kommunikasjonssenter	0,5	0,7	0,2			4,4	6,4	2,0		
Totalt 58 - HR-senter	3,7	4,4	0,7			64,7	66,4	1,8		
Totalt 60 - Økonomi- og analysesenteret	4,8	5,8	1,0			54,0	57,3	3,3		
Totalt 62 - Fellesinntekter/-kostnader	-1 147,4	-1 158,0	-10,6			-5 822,4	-5 782,7	39,7		
UNN totalt	-634,4	-627,0	7,5	158	155	-555,9	-627,0	-71,1	16	-5

Gjennomføring av tiltak

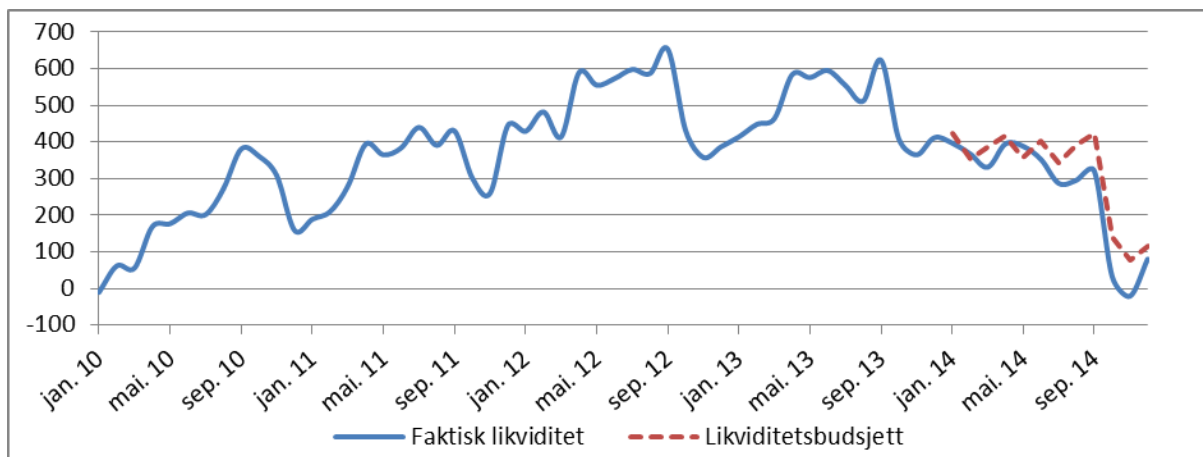
Figur 28 Periodisering og gjennomføring av tiltak



Fra august måned har de økonomiske effektene av tiltakene økt. Årsaken til dette er nye hastetiltak som ble innført og andre kompenserende tiltak for å redusere inngangshastigheten til 2015. I tillegg er dette et resultat av ubrukte budsjetterte reserver som er innfaset i resultatet. Den store økningen i realisert effekt er således ikke bare et resultat av gjennomførte tiltak.

Likviditet

Figur 29 Likviditet



UNN har per 31.12.2014 en likviditet på 80,4 mill kr.

Investeringer

Tabell 16 Investeringer 2014 (tall i 1000 kr)

	Investerings ramme overført til 2014	Investerings ramme 2014	Rest investerings ramme	Investert Nov 2014	Investert Des 2014	Sum investert 2014	Restramme 2014	Forbruk i år av disponibel ramme
Investeringer , tall i mill kr								
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter	24,1	150,0	174,1	9,7	18,0	184,1	-10,0	106 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	-0,4	200,0	199,6	19,5	12,9	115,5	84,1	58 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-9,9	0,0	-9,9	2,5	8,5	14,4	-24,3	-145 %
Nytt sykehus Narvik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
SUM Nybygg	13,8	350,0	363,8	31,7	39,3	314,0	49,8	0,2
Åsgård inkl alle underprosjekter	35,5	64,0	99,5	0,1	0,1	16,0	83,5	16 %
Narvik inkl alle underprosjekter	5,3	0,0	5,3	0,9	0,2	37,7	-32,3	705 %
SUM Rehabilitering	40,9	64,0	104,9	1,0	0,2	53,7	51,2	51 %
Tromsø undersøkelsen	5,0	5,0	10,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0 %
Datarom	0,0	16,3	16,3	0,2	2,7	11,1	5,2	68 %
VAKe	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0 %
ENØK	0,0	14,1	14,1	0,0	0,6	0,6	13,5	4 %
SUM Prosjekter	5,0	36,4	41,4	0,2	3,3	11,7	29,6	28 %
Medisinteknisk utstyr	-21,3	27,0	5,7	0,5	6,7	49,0	-43,3	853 %
Teknisk utstyr	14,6	11,0	25,6	3,0	0,9	7,9	17,6	31 %
Ombygginger	-4,5	18,0	13,5	10,6	1,9	53,4	-39,9	395 %
Ambulanser	8,7	12,0	20,7	-0,5	0,0	19,6	1,1	95 %
UNN-KIS	-6,6	0,0	-6,6	0,2	0,0	6,4	-13,0	
EK KLP	-5,6	23,0	17,4	0,0	0,0	20,1	-2,8	116 %
SUM Til styrets disposisjon	-14,7	91,0	76,3	13,8	9,5	156,5	-80,1	205 %
SUM total	45,1	541,4	586,4	46,8	52,3	536,0	50,4	91 %

I desember er det forbrukt 52,3 mill kr av investeringsrammen. Akkumulert per desember er det brukt 536 mill kr. Dette utgjør 91 % av disponibel ramme for 2014 og innebærer en restramme for 2014 på 50,4 mill kr.

Byggeprosjekter**Tabell 17 Byggeprosjekter per desember**

	Pasienthotell	A-fløya
HMS	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse	23.04.2015	26.02.2018
Fremdrift	Ingen avvik	Ingen avvik
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2013	172,1 mill kr	221,9 mill kr
Sum investert hittil 2014	195,3 mill kr	115,6 mill kr
Sum investert tidligere år	113,8 mill kr	104,4 mill kr
Investeringsramme P50	404 mill kr	1 285,4 mill kr
Prognose økonomiavvik	-12,8 mill kr	55 mill kr

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
4/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.2.2015
Saksansvarlig: Mai-Liss Larsen		Saksbehandler: Kari Brøndbo

Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om aktivitetsbasert bemanningsplanlegging til orientering, og ber om at satsingen videreføres i henhold til de planene saken redegjør for.

Sammendrag

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har tidligere vedtatt at aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) skal innføres ved UNN. Etter siste rapportering i november 2014 har en rekke nye tiltak blitt iverksatt. Særlig har det blitt lagt ned et stort arbeid for å sikre at også legegruppen inkluderes i arbeidet. Klinikkene har nå budsjettet med tiltak tilsvarende 74 mill kr i 2015.

Arbeidet med ABP for leger er organisert i tre arbeidsgrupper, som arbeider med henholdsvis tjenesteplaner/arbeidskontrakter/lønnsfastsettelse/avtaler, rutiner for ABP for leger og eventuelle endringer i vaktordninger for leger. To av gruppene er nær ferdig med sitt arbeid, og konkrete tiltak er foreslått. Dette følges opp med vedtak om implementering på ulike nivå, konkretisering av handlingsplaner og iverksetting i løpet av kommende uker.

HR-senteret har videre jobbet med beredskapsavtaler, og det er etablert rutiner for månedlige workshops i første halvdel av 2015. Et stort og viktig stabssamarbeid er gjennomført i forbindelse med budsjettprosessen i Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken. I tillegg legger man opp til kurs med arbeidsplaner som tema.

Direktøren er fornøyd med at det nå er fremdrift i arbeidet med ABP, selv om dette har tatt lengre tid enn planlagt. Mange av tiltakene som foreslås av arbeidsgruppene viser at det foreligger et betydelig økonomisk potensial som ikke er realisert, og at ABP samtidig vil gi positive effekter på både kvalitet i pasientbehandlingen og arbeidsmiljøet. Direktøren anbefaler at satsingen videreføres.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok høsten 2012 at aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) skulle innføres ved UNN. ABP forventes å føre til forbedring av både kvaliteten i pasientbehandlingen og arbeidsmiljøet, og samtidig redusere kostnadene til bemanning. Det ble budsjettert en samlet økonomisk effekt på 132,3 mill kroner i budsjett 2014. Styret behandlet i møtet 23.04.14 sak 30/2014 *Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging*, og vedtok at status i arbeidet og oppdatert prognose for økonomisk effekt skulle forelegges styret månedlig. I møtet 13.11.14 ble det gjort vedtak om rapportering annenhver måned i 2015.

I styresak 76/2014 ble det dokumentert gjennomførte eller planlagte tiltak med en begrenset økonomisk effekt på 54 mill kroner i 2014 og ytterligere 28,3 mill i 2015. Dette ble i styresak 99/2014 redusert med 12,6 mill kroner, til 119,7 mill kroner i 2014, etter budsjettreguleringer i to klinikker.

Formål

Formålet med saken er å orientere styret om status i arbeidet med ABP.

Saksutredning

Etter siste rapportering har en rekke tiltak blitt iverksatt for å styrke innføringen av ABP i UNN. I denne saken presenteres budsjettert effekt per klinikk samt det pågående arbeidet for å sikre gevinstrealisering, med særlig vekt på arbeidet med å sikre at legegruppen inkluderes i arbeidet.

For 2015 er det beregnet en økonomisk effekt på til sammen 74 mill kr. Dette beløpet representerer en kombinasjon av nye tiltak i 2015 og tiltak fra 2014 som ikke ble gjennomført som planlagt. Beløpet på 74 mill kr er derfor noe høyere enn estimert beløp i virksomhetsplan for 2015 (51 mill kr). Det er utarbeidet konkrete tiltak, og tilhørende detaljerte planer for gjennomføring, for eksempel for å redusere bruk av variabel lønn. Enkelte klinikkvise tiltak for legegruppen er allerede iverksatt. Identifisering og konkretisering av ytterligere tiltak for legegruppen forventes til arbeidsgruppene er ferdige, og de fleste klinikker har iverksatt midlertidige kompensierende tiltak i påvente av dette.

Oversikt over planlagt effekter av ABP tiltak i 2015 fordelt per klinikk

Budsjetterte tiltak for ABP pr klinikk 2015 - tall i hele 1000 kr													
Klinikknavn	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	SUM
Akuttmedisinsk klinikk	421	421	421	421	421	421	421	421	421	421	421	421	5 050
Barne- og ungdomsklinikken	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	5 550
Hjerte- lungeklinikken	1 348	1 348	1 348	1 348	1 348	1 348	1 390	1 390	1 390	1 390	1 390	1 390	16 425
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	16 060
Medisinsk klinikk	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	13 839
Nevro-, ortopedi, og rehabiliteringsklinikken	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	12 000
Operasjons- og intensivklinikken	271	271	271	271	271	271	271	271	271	271	271	271	3 256
Psykisk helse- og rusklinikken	-	-	-	-	-	271	271	271	271	271	271	271	1 900
SUM	5 994	5 994	5 994	5 994	5 994	6 266	6 307	6 307	6 307	6 307	6 307	6 307	74 080

ABP for leger - prosess og status

UNNs ledelse igangsatte sommeren 2014 et eget arbeid for å sikre at også legegruppen inkluderes i arbeidet med ABP. Arbeidet ble organisert med en overordnet arbeidsgruppe ledet av fag- og forskningssjefen, med HR-sjef, økonomisjef, to klinikkjefer fra henholdsvis somatikk (Medisinsk klinikk) og psykiatri, samt to representanter for Legeforeningen. Arbeidet

Sak 4/2015

ble videre organisert i regi av tre partssammensatte underarbeidsgrupper:

1. Arbeidsgruppe tjenesteplaner, arbeidskontrakter, avtaler og lønn
2. Arbeidsgruppe rutiner og prosedyrer for ABP for leger
3. Arbeidsgruppe gjennomgang av eksisterende vaktssystemer, beredskaps-/kompetansebehov og utarbeiding av forslag til eventuelle endringer

De tre arbeidsgruppene arbeider med dels kompliserte problemstillinger rundt sine tema.

Arbeidsgruppe 1 har særlig fokusert på å sikre oppfølging av etablert system for utforming av tjenesteplaner og samsvar mellom tjenesteplaner og lønnsfastsettelse, bruk av totallønnsavtaler, rutiner rundt ambulering og om foretaket tolker overenskomstene riktig i sin lønnspolitikk. Arbeidsgruppen har konkludert med totalt åtte forslag til tiltak, som snarlig vil bli diskutert i direktørens ledergruppe og deretter eventuelt besluttet for implementering. Tiltakene dreier seg blant annet om sentralisering av lønnsfastsettelse, gjennomgang og vurdering av totallønnsavtaler, forhold rundt utdanningspermisjoner og ambulering, tiltak for å sikre samsvar mellom legenes tjenesteplaner og lønn samt rutiner for avvikling av ferie.

Arbeidsgruppe 2 fokuserer på å etablere enighet rundt hvordan ABP best kan gjøres for leger som tradisjonelt jobber etter rullerende tjenesteplaner. Det tilsiktes å oppnå enighet rundt hvilken aktivitet det skal tas hensyn til, og hvordan nødvendig og ønskelig forutsigbarhet for både drift og ansatte best kan ivaretas innenfor dagens system med tjenesteplaner. Slik enighet anses som et viktig grunnlag for å kunne etablere gode ordninger for reell ABP for leger. Gruppen slutfører sitt arbeid i uke 6. Etter diskusjon i foretakets ledergruppe vil det kunne besluttes hvordan disse forhold skal håndteres i UNN, slik at arbeidet med implementering kan begynne i løpet av februar inneværende år. Bedret planlegging og styring av legeressursene vil kunne medføre gevinster i form av reduserte utbetalinger til variabel lønn, særlig kostnader til uforutsette vakter.

Arbeidsgruppe 3 har laget en liste over forhold som skal vurderes i en klinikkvis gjennomgang av legenes vaktordninger. Klinikkerne har dels gjort sine vurderinger, og dels arbeides det fortsatt med gjennomgangen og forslag til endringer. Det er først og fremst i noen av fagområdene i Nevro,- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken det er aktuelt med større omlegginger av vaktordningene, med betydelige potensielle besparelser i lønnsutgifter. I andre klinikker forventes det at justeringer i fordeling av aktive timer i tjenesteplaner medfører betydelige reduksjoner i antall timer utrykning på vakt, og dermed reduksjon i kostnader.

Arbeidet i de tre arbeidsgruppene er på grunn av kompleksitet og omfang forsinket i forhold til opprinnelig plan. Tiltakene vil ha behov for beslutning på ulike nivå, etter nødvendige drøftinger og andre prosesser for medvirkning; enkelte vil kunne gjennomføres på avdelings- eller klinikknivå, andre vil kreve overordnede beslutninger på foretaksnivå, mens noen tiltak muligens vil kreve avklaring med Spekter og Legeforeningen sentralt før de eventuelt kan gjennomføres. Tiltak i forhold til vaktssystemer i foretaket kan gjennomføres i løpet av første tertial 2015.

Så snart beslutninger i forhold til de tiltak arbeidsgruppene foreslår er fattet, vil implementeringsarbeidet startes med iverksetting av konkrete handlingsplaner. HR vil få mye av koordineringsansvaret i de videre prosessene, og god opplæring av ledere vil være en kritisk suksessfaktor for implementeringen. Mye av fokuset i handlingsplanene som utarbeides vil derfor være på opplæring, og deretter oppfølging av og støtte til lederne som vil få ansvar for selve gjennomføringen.

ABP generelt

Sak 4/2015

Fokus siden siste rapportering har vært på å få med legene i ABP, men i tillegg er det jobbet med flere andre tiltak.

HR-senteret har avdekket at desentralisert oppfølging og ansvar for beredskapsavtaler har ført til ulik bruk av lov- og avtaleverk, metodikk og tilnærming til problemstillingene. Sentralisering av mandat og prosess har sikret at overordnet mål holdes i fokus. Beredskapsavtaler har blitt fjernet i perioden, mens andre har blitt omarbeidet og justert etter mer konkrete behov sett i forhold til øvrig aktivitet og drift. Det planlegges gjennomgang av et større antall beredskapsavtaler i UNN.

Det er etablert faste møtepunkter for ledere i form av "ABP workshop". Hensikten er å skape en arena for diskusjon, erfaringsutveksling og læring i arbeidet med ABP generelt og metodikk for kalenderplan spesielt. Behovet for et slikt tilbud er tidligere avdekt. Møtene er satt til første onsdag i måneden og annonseres gjennom interne kanaler og lederbrev.

HR-senteret og øvrige staber bidro bredt inn i budsjettprosessen til Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken i desember. Gjennom ulike tilnærminger til prosess, analyser av arbeidstid og aktivitetstall med mer fikk man en innsikt som gjør det mulig å avdekke potensielle innsparingsområder. Et tverrfaglig samarbeid sikret at man fikk en god sammenstilling av aktivitetsdata som ga økt innsikt og mer helhetlig forståelse av forholdet mellom personalressurser og aktivitetsmønstre. Arbeidet ga også viktig informasjon som gjorde at det ble et viktig verktøy i det videre arbeidet med ressursoptimering og aktivitetsstyring.

HR planlegger å gjennomføre arbeidsplankurs med både teoretisk og praktisk tilnærming via data. Arbeidsplankursene vil gå over to dager. Gjennomføring planlegges én til to ganger i året.

Første år med kalenderplaner er ferdig. Nytt årshjul startet 15.12.2014. Mange enheter har vurdert dette som det beste verktøyet for arbeidstidsplanlegging. HR ser at kvaliteten på arbeidet som gjøres blir gradvis bedre. Det er etablert forskjellige fora for oppfølging innad i den enkelte klinikk og HR-ressursstyring deltar i de prosessene som foregår der.

Medvirkning

Saken er fremlagt for arbeidsmiljøutvalget, brukerutvalgets arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, til drøfting og/eller innspill i egne møter 27. og 28.1.2015. Saken var på dette tidspunkt uferdig, så ansattes organisasjoner og vernetjenesten ba om at saken ble fremmet på nytt i drøftingsmøte 3.2.2015.

Arbeidsmiljøutvalget ga sin tilslutning til saken og uttrykte tilfredshet med at saken forsøker å synliggjøre bedre balanse mellom aktivitet, bemanning og økonomi. Utvalget ga uttrykk for at ABP er en fornuftig metodikk, og at det på sikt vil føre til en positiv effekt på arbeidsmiljøet. Utvalget var opptatt av at det er viktig å få formidlet bedre at ABP kan bidra til forbedring av kvalitet og arbeidsmiljø.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg uttrykte forventninger til at arbeidet forhåpentlig på sikt vil kunne resultere i bedre utnyttelse av medisinskteknisk utstyr, i tillegg til personell, slik at poliklinisk behandling også vil tilbys på ettermiddags- og kveldstid.

Referater og protokoller fra disse møtene vil bli behandlet i styret som egne referatsaker 11.2.2015.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at også arbeidet med ABP for leger nå er i god fremgang, selv om prosessen har tatt lenger tid enn tidligere forutsatt. Mange av tiltakene som foreslås av arbeidsgruppene kan få effekter på omfanget av variabel lønn til legegruppene. Bedre prosesser rundt utarbeidelse av tjenesteplaner og arbeidsplaner er et svært viktig tiltak for å oppnå reell aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging. Det kan igjen både føre til bedret samsvar mellom oppgaver og ressurser, samt gi færre kostbare ad hoc løsninger. Å ferdigstille arbeidet med å få lagt legeårsverkene inn i registreringssystemet GAT, vil sikre korrekt lønn i forhold til tjenesteplaner og tilstedeværelse.

Sentralisering av lønnsfastsettelse anses på litt sikt å kunne ha en bremsende effekt på lønnsutviklingen. Særlig i Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken vil risikoen i budsjettet kunne reduseres som følge av reduksjon i antall vaktordninger og omfanget av variabel lønn. Direktøren vurderer fortsatt at det er et økonomisk potensial i gjennomføring av ABP og anbefaler at satsingen videreføres slik at man kan oppnå gevinster i forhold til økonomi, kvalitet og arbeidsmiljø.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at arbeidet med ABP videreføres slik at forventede gevinster i forhold til kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi kan realiseres.

Tromsø, 2.2.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Detaljert oversikt over ABP-tiltak

Vedlegg:

Detaljert oversikt over tiltak ABP

Budsjetterte tiltak for ABP pr klinikk 2015 - tall i hele 1000 kr														
Klinikknavn	kliniikkens tiltak	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	Sum
Akuttmedisinsk klinikk	Harmonisere turus mellom akuttmottaket og obs.posten	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	750
	Innføre kalenderplan, redusere overtid	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	380
	Parkere ambulanseberedskap ved sykdom	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	750
	Planlegge 5 ferieuke bedre, redusere innleie akuttmottak- og OBS-postavdelinger	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	420
	Redusere antall utrykning for å stå i beredskap for brann/politi	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	125
	Redusert bruk av overtid ved sykefravær	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	1 000
	Redusert innleie ved ferie	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	375
	Redusert ressursbruk ifm akutt-oppdrag	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	250
	Utvidet møtekjøring skal brukes for å unngå utrykning på vakt og overtid	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	500
	Vanlig oppdrag kjøres ikke i passivtid	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	500
Akuttmedisinsk klinikk		421	421	421	421	421	421	421	421	421	421	421	421	5 050
Barne- og ungdomsklinikken	ABP BARN 2014	327	327	327	327	327	327	327	327	327	327	327	327	3 925
	ABP BUPA 2014	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	1 075
	Ikke tilsette vikar v/ sykefravær	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	200
	Reduksjon av UTA-tid for overleger	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	173
	Reduksjon av vakanser for leger	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	100
	Reduksjon av vaktlønn for overleger	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	77
Barne- og ungdomsklinikken		463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	5 550
Hjerte- lungeklinikken	Nedbemannet lege	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	400
	Nedbemannet sykepleier	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1 200
	Permisjon/sykefravær lege	618	618	618	618	618	618	618	618	618	618	618	618	7 410
	Red innleie 4682	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
	Red kostnad 4030	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	450
	Red kostnad 4053	-	-	-	-	-	-	-	42	42	42	42	42	250
	Red kostnad 4070	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	1 500
	Red UTA 5043	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	500
	Red variabel lønn	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	1 080
	vakant stilling lege	175	175	175	175	175	175	175	175	175	175	175	175	2 100
Hjerte- lungeklinikken		78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	935
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		1 348	1 348	1 348	1 348	1 348	1 348	1 390	1 390	1 390	1 390	1 390	1 390	16 425
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	1 338	16 060
Medisinsk klinikk	Overtid, hinkehelg medisinsk avd.Harstad	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	2 564
	Reduksjon variabel lønn og reduksjon stilling. Sykepleieavdeling	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	1 915
	Reduksjon variabel lønn sengepost, reduksjon lønn leger. Medisinsk avd.Narvik	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	5 995
	Redusert innleie, sykefravær, pleiefaktor hinkehelg. Gastro-nyremed.avdeling	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	3 025
	Redusert stilling og variabel lønn. Legeavdeling	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	341
Medisinsk klinikk		1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	13 839
Nevro-, ortopedi, og rehabiliteringsklinikken	ABP 5800	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	12 000
		1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	12 000
Operasjons- og intensivklinikken	ABP Legeressurser Tromsø	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	1 500
	Oppgavetilbudning Intensiv Harstad	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	400
	Redusert overtid og innleie fra byrå Anestesi og operasj.Tromsø	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	300
	Redusert overtid og innleie fra byrå, Intensiv/Opvåkning, Tromsø	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	1 056
Totalt Operasjons- og intensivklinikken		271	271	271	271	271	271	271	271	271	271	271	271	3 256
Psykisk helse- og rusklinikken	-	-	-	-	-	-	271	271	271	271	271	271	271	1 900
Psykisk helse- og rusklinikken	-	-	-	-	-	-	271	271	271	271	271	271	271	1 900
Sum		5 994	5 994	5 994	5 994	5 994	6 266	6 307	6 307	6 307	6 307	6 307	6 307	74 080



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
5/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.2.2015
Saksansvarlig: Gina M. Johansen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Idéfaseutredning for arealer til psykisk helse- og rusbehandling ved UNN

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner oppstart av idéfaseutredning for arealer til psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø, i tråd med mandatet i styringsdokumentet.

Sammendrag

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i desember 2014 *Strategisk utviklingsplan UNN 2015-2025*. Psykisk helsevern og rusbehandling er ett av fire prioriterte utviklingsområder i planen. Det er behov for å se psykisk helse og rusbehandling i sammenheng med somatiske lidelser, ved å vurdere en eventuell samlokaliseringsevne.

Saken viser til at den bygningsmessige tilstandsanalysen fra 2011 nylig er revidert, og avdekker behov for en betydelig oppgradering av bygningsmassen på Åsgårdområdet. Målet for idéfaseutredningen er derfor å identifisere mulige fremtidige løsninger for psykisk helse og rusbehandling i UNN. Dette omfatter både virksomhetsmessige og fysiske løsninger. Det planlegges utredning av nullalternativet (videre utvikling av eksisterende bygningsmasse) og tre alternative løsninger, hvorav en vil være nybygg i Breivika.

Saken anbefaler at idéfaseutredningen gjennomføres i henhold til *Veileder IS-1369 – Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* i løpet av 2015. Kostnadsrammen er satt til 3,5 mill kr inklusive merverdiavgift, og det er avsatt midler til dette i UNNs budsjett for 2015.

Direktøren mener at bygningsmassen ved de distriktpsikiatriske sentrene er god. Unntaket er Senter for psykisk helse Ofoten, hvis behov allerede er planlagt løst i prosjektet Nye UNN Narvik. Utvikling av bygningsmassen for psykisk helse og rusbehandling i Tromsø er det neste store prosjektet som må ha prioritet etter realisering av A-fløya, PET-senteret og Nye UNN Narvik. Direktøren anbefaler derfor at styret godkjenner oppstart av idéfase for psykisk helse og rusbehandling ved UNN Tromsø, i tråd med vurderingene og mandatet i vedlagte styringsdokument.

Bakgrunn

Det er behov for en betydelig oppgradering av bygningsmassen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Åsgård, både med hensyn til tekniske, drifts-, verne- og lovmessige krav, samt tilpasning til moderne pasientbehandling innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Behovet er godt dokumentert i rapport *Kartlegging av bygningsmassen ved UNN HF* i regi av Helse Nord RHF i 2011. Rapporten revideres i disse dager og vil foreligge i oppdatert versjon medio februar 2015. Det er imidlertid ingenting som tyder på at tilstanden på bygningsmassen ved UNN Åsgård er vesentlig endret siden 2011, med unntak av deler av Bygg 4 og 7.

Strategisk Utviklingsplan for UNN 2015-2025 beskriver behovet for å se psykisk helsevern og rusbehandling i sammenheng med somatiske lidelser, og ber om en vurdering av en eventuell framtidig samlokaliseringsevinst. Arbeidet med *Strategisk Utviklingsplan 2015-2025, del II bygningsmessig utviklingsplan* er startet og vil ferdigstilles underveis i arbeidet med idéfaseutredningen for psykisk helse- og rusbehandling.

Disse forholdene danner grunnlaget for å vurdere ulike alternativer for renovering og eventuelt nybygg for hele eller deler av bygningsmassen for psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø.

Formål

Formålet med denne saken er å be om at styret godkjenner oppstart av idéfaseutredning for fremtidig bygningsmessig løsning for psykisk helse- og rusbehandling ved UNN Tromsø.

Saksutredning

Målet for idéfasen er - på bakgrunn av vedtatt *Strategisk Utviklingsplan UNN 2015-2025* og *Tilstandsanalyse – UNNs eiendommer 2015* (under utarbeidelse) - å identifisere mulige prinsipielle løsninger for psykisk helse- og rusbehandling ved UNN Tromsø. I tillegg er det viktig å identifisere og videreutvikle de alternativene (konseptene) som best understøtter visjoner og målsetninger for helsetjenestene i hele opptaksområdet til UNN. Dette omfatter både virksomhetsmessige og fysiske løsninger. Første aktivitet i idéfasen er å presisere og avgrense det valgte prosjektet i forhold til andre tiltak.

Prosjektets rammer og forutsetninger

Idéfasen skal gjennomføres i henhold til *Veileder IS-1369 - Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*, og skal omfatte alternativutredninger for psykisk helse- og rusbehandling med tilhørende støtte- og servicefunksjoner. I tillegg skal relevante universitets- og fylkeskommunale funksjoner medtas.

Idéfasen planlegges gjennomført innenfor en tidsramme på 10 måneder, med oppstart 1.3.2015 og avslutning innen 1.12.2015. Kostnadsrammen er satt til 3,5 mill kr inklusive merverdiavgift, og det er avsatt midler til dette i UNNs budsjett for 2015.

Idéfasen skal redegjøre for fire ulike alternativer, inklusive *null-alternativet*, på en slik måte at det tydelig framkommer hvilke av disse som er hensiktsmessig å utrede videre i en konseptfase. *Null-alternativet* skal vise krav til kostnadsoptimal utvikling nåværende bygningsmasse som er påkrevet for å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten over byggets resterende levetid. Alternativene skal være

Sak 5/2015

- *Relevante* – oppfylle de overordnede målene som gjelder for UNN
- *Gjennomførbare* – kunne gjennomføres innenfor UNNs finansielle handlingsrom
- *Levedyktige* – UNNs økonomiske bæreevne skal kunne opprettholdes gjennom prosjektets levetid

Idéfasen skal avsluttes med en idéfaserapport. Den skal omfatte bearbeidet informasjon fra *Strategisk Utviklingsplan UNN 2015-2025* inklusive *Del II – bygningsmessig utviklingsplan* (under utarbeidelse) for de aktuelle alternativene. I tillegg skal den oppsummere og presisere utredningene og analysene i idéfasen. Idéfaserapporten skal også redegjøre for mandat, og fremme forslag til plan for arbeidet med konseptfasen.

Medvirkning

Det legges opp til en bred medvirkningsprosess i utredningsarbeidet, og prosjektorganiseringen bygger på tidligere erfaringer i større utredningsarbeider i UNN. Saken er forelagt brukernes arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalget, ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 27-28.1.2015. Protokoller og referater fra møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet 11.2.2015. Det er bred tilslutning til at arbeidet iverksettes.

Vurdering

Psykisk helsevern og rusbehandling er ett av fire prioriterte utviklingsområder i UNNs strategiske utviklingsplan. Bygningsmassen ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) er hovedsakelig av nyere dato og i god stand. Unntaket er Senter for psykisk helse Ofoten, hvis behov er planlagt løst i prosjektet Nye UNN Narvik. Direktøren mener derfor at utvikling av bygningsmassen for psykisk helse og rusbehandling i Tromsø er det neste store prosjektet som må ha prioritet etter realisering av A-fløya, PET-senteret og Nye UNN Narvik. Igangsetting av idéfaseutredning er derfor nødvendig.

Grunnlaget som foreligger i *Strategisk Utviklingsplan for UNN 2015-2025*, komplettert underveis med *Del II Bygningsmessige utviklingsplan 2025*, vurderes som tilstrekkelig for oppstart og fullføring av idéfaseutredningen i løpet av 2015. Vedlagte styringsdokument er i tråd med *Veileder IS-1369 - Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*, og mandatet gir et godt grunnlag for gjennomføring av idéfaseutredningen.

Administrerende direktør anbefaler styret å godkjenne oppstart av idéfase for bygg til psykisk helse- og rusbehandling ved UNN Tromsø i tråd med vurderingene og mandatet i det vedlagte styringsdokumentet. Den videre prosessen må avstemmes mot det pågående arbeidet med *Strategisk Utviklingsplan 2015-2025, del II bygningsmessig utviklingsplan*. Ved styrets godkjenning vil administrerende direktør oversende styrets anbefaling og mandat for idéfasen til Helse Nord RHF for videre behandling.

Sak 5/2015

Det understrekes at forventet tidshorisonnt fra oppstart av idéfaseutredning til innflytting i eventuelt nytt bygg forventes å være minst 10 år. Det er derfor nødvendig å videreføre verdibevarende vedlikehold av bygningsmassen på Åsgård-området i mange år fremover.

Tromsø, 30.1.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg



Universitetssykehuset i Nord-Norge Helseforetak (UNN)

Styringsdokument

Idèfase - arealer til psykisk helse- og rusbehandling

Versjon 1 12.1.2015



Innhold

1. BAKGRUNN	3
2. PROSJEKTGRUNNLAG	3
2.1 HENSIKT	3
2.2 MÅL FOR IDÉFASEN	4
2.3 PROSJEKTETS RAMMER OG FORUTSETNINGER.....	4
3. GJENNOMFØRINGSPLAN MED VIKTIGE BESLUTNINGSPUNKTER	5
4. PROSJEKTETS KRITISKE SUKSESSFAKTORER	5
5. ARBEIDSFORM- OG ORGANISERING	6
<i>Organisering</i>	7
6. INTERESSEENTER OG GRENSESNIITT	10
7. KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON	10
8. KOSTNADER/ BUDSJETTOVERSLAG	10
9. KONTRAKTSSTRATEGI	11
10. RESSURSBEHOV INTERNT	12
11. GRUNNLAGSDOKUMENTER:	12



1. Bakgrunn

Det er behov for en betydelig oppgradering av bygningsmassen på Åsgård, både med hensyn til tekniske krav/brannkrav og tilpasning til moderne pasientbehandling innenfor psykisk helse og rusbehandling.

Strategisk Utviklingsplan for UNN 2015-2025 beskriver behovet for å se psykisk helse og rusbehandling i sammenheng med somatiske lidelser og ber om en vurdering av en eventuell framtidig samlokaliseringsevinst.

Erfaringene fra renovering av bygg 7 på Åsgård viser så langt at det er svært kostnadskrevende å tilpasse bygget i henhold til tekniske, driftsmessige, vernemessige og lovmessige krav. Resultatet blir et kompromiss for alle parter der resultatet ikke blir optimalt for noen av hensynskravene.

Disse faktorene danner bakgrunnen for behovet av å vurdere ulike alternativer for renovering og eventuelt nybygg for hele eller deler av psykisk helse og rusbehandling i Tromsø, samt eventuell samlokalisering av tjenester til fremtidige lokaler for psykisk helsevern og rus ved UNN Breivika. Det er formålstjenelig å gjennomføre en slik vurdering i tråd med veilederen for *Tidligfaseplanlegging av sykehusprosjekter (IS-1369)*.

Psykisk helse og rusbehandling ivaretas i dag i en kombinasjon av desentraliserte tilbud på fem distriktpsykiatriske sentre (DPS), en rusklinikk og en sentral sykehusinstitusjon. DPSene i Harstad, Silsand, Storslett og på Storsteinnes er sammen med Nordlandsklinikken i Håkvik i relativt god bygningsmessig stand og egnet for formålet. Lokalene på Sjøvegan er leide lokaler og er relativt dårlig egnet for formålet. Mens, lokalene til psykisk helse i Håkvik og ikke minst på Åsgård i stor grad er i meget dårlig forfatning. En nærmere bygningsteknisk beskrivelse av byggene finnes i vedlagte tiltstandsanalyse (vedlegg 1).

Lokalene til psykisk helse og rusbehandling i Håkvik planlegges samlokalisert med nytt sykehus i Narvik på Furumoen og ivaretas i planarbeidet for nytt sykehus. Det foreligger ikke konkrete planer for utvikling av bygningsmassen på Åsgård med unntak av bygg 7 som i dag er under totalrenovering. Bygningsmassen på Åsgård utgjør totalt ca 33.000 m² ført opp rundt 1960 og består av gamle betongbygninger som bærer preg av dårlig vedlikehold, begrenset kvalitet og til dels utdatert infrastruktur. Byggenes evne til å tilpasse seg endrede driftsbehov er svært begrenset, dette på grunn av utforming og byggeteknikk. I februar 2012 ble alle sykehusbygningene på Åsgård underlagt nasjonalt vern, hele bygningsmassen er vernet i ulike verneklasser. Dette medfører restriksjoner i forhold til å kunne foreta endringer av bygningsmassen.

2. Prosjektgrunnlag

2.1 Hensikt

Hensikten med idèfasen for psykisk helse og rusbehandling UNN HF er å identifisere ulike virksomhetsmessige og fysiske byggløsninger og undersøke om disse harmonerer med tidsriktige, funksjonelle, strategiske og økonomiske rammer for virksomheten.



2.2 Mål for idéfasen

Målet for idéfasen er, på bakgrunn av vedtatt *Strategisk Utviklingsplan UNN 2015-2025* og *Tilstandsanalyse – UNNs eiendommer 2015* (under utarbeidelse), å identifisere mulige prinsipielle løsninger og alternativer for behovet for psykisk helse og rusbehandlingstjenester i UNN, samt identifisere og videreutvikle de alternativene (konsepter) som best understøtter visjoner og målsetninger for helsetjenestene i heel opptaksområdet til UNN. Dette omfatter både virksomhetsmessige løsninger og fysiske byggløsninger. Første aktivitet i idéfasen er å presisere og avgrense det valgte prosjektet i forhold til andre tiltak.

Dette styringsdokumentet gir en oversikt over alle sentrale forhold i prosjektet, og er retningsgivende og avklarende for alle aktører. I tillegg skal det fungere som prosjektets mandat.

2.3 Prosjektets rammer og forutsetninger

Idéfasen skal gjennomføres i henhold til Veileder IS-1369 *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*.

Grunnlagsdokumenter (se kapittel 10) og eventuelle underlag for disse skal gjennomgås. Nødvendige oppdateringer og suppleringer av nåsituasjonen, datagrunnlag og de aktuelle pågående byggeprosjektene i UNN må gjennomføres. I tillegg skal idéfasen avgrense prosjektet fra andre prosjekt i UNN. Dette kan omfatte kapasiteter, arealer, investeringer og tid.

Aktuelle klinikker og enheter i UNN skal på forespørsel levere datagrunnlag knyttet til nåværende virksomhet, samt datagrunnlag knyttet til fremtidig (2030) virksomhet (pasientbehandling, ansatte, driftskostnader, investeringskost).

Idéfasen skal omfatte alternativutredninger for psykisk helse og rusbehandling med tilhørende støtte- og servicefunksjoner i UNN, også de organisert utenfor de nevnte klinikkene. I tillegg skal relevante fylkeskommunale- og universitetsfunksjoner medtas.

Idéfasen skal utføres innenfor en tidsramme på 10 mnd, med oppstart 01.03.2015 og avslutning 01.12.2015.

Prosjektet skal styre mot en kostnadsramme på 3,5 mill kr inkl. mva.

Idéfasen skal redegjøre for 4 ulike alternativer inklusive nullalternativet på en slik måte, at det tydelig framkommer hvilke av disse som er hensiktsmessig å utrede videre i en konseptfase. Nullalternativet skal vise krav til kostnadsoptimal utvikling av bygget for å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten over byggets resterende levetid.

Alternativene skal være

- Relevante – oppfylle de overordnede målene som gjelder for UNN
- Gjennomførbare – kan gjennomføres innenfor UNNs finansielle handlingsrom
- Levedyktige – UNNs økonomiske bæreevne skal kunne opprettholdes gjennom prosjektets levetid.

Idéfasen skal avsluttes med en idéfaserapport. Den skal omfatte bearbeidet informasjon fra *Strategisk Utviklingsplan UNN 2015-2025 inkl del II – bygningsmessig utviklingsplan* (under utarbeidelse) for de aktuelle alternativene, samt oppsummere og presisere utredningene og analysene i idéfasen.



Videre skal idéfaserapporten redegjøre for mandat for konseptfasen som skal inneholde følgende elementer:

- Mål for konseptfasen, suksesskriterier
- Mål, forutsetninger og rammer for prosjektet
- Grunnlag for sammenligning av alternativene
- Kriterier for vurdering og valg
- Ressurser og plan for gjennomføringen av konseptfase

Idéfaserapporten skal også omfatte en plan for arbeidet med konseptfasen som minimum skal inneholde:

- Hovedleveranser i konseptfasen
- Suksessfaktorer
- Organisering, roller/ansvar, forhold mellom prosjekt og driftsorganisasjon
- Aktiviteter og milepæler
- Tidsplan
- Ressursbehov, kostnader
- Vurdering og oppfølging av krav til bygningsvern
- Opplegg for styring og kvalitetsstyring

3. Gjennomføringsplan med viktige beslutningspunkter

I følge tidligfaseveilederen skal det utredes og beskrives minst tre hovedalternativer for lokalisering i idéfasen. Dersom det underveis i arbeidet fremkommer ytterligere lokaliseringalternativer som det er naturlig å utrede, implementeres også disse i prosjektet.

Alternativer som skal utredes er følgende:

Alternativ 0: Oppgradere eksisterende bygg på Åsgård ("0- alternativet")

Alternativ 1: Delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård.

Alternativ 2: Bygge nytt på eksisterende tomt på Åsgård.

Alternativ 3: Bygge nytt i Breivika i kombinasjon med helt (3a) eller delvis å forlate Åsgård (3b).

Alternative tomtealternativer som skal vurderes i Breivika må utredes i løpet av idéfasen. Viktige vurderingsforhold vil i denne sammenheng være parkeringsmuligheter, logistikkforhold, fotavtrykk/volum/ utvidelsesmuligheter og friluftareal.

For detaljerte aktiviteter og milepæler henvises det til foreslåtte framdriftsplan for prosjektet.

4. Prosjektets kritiske suksessfaktorer

- Prosjektdeltagerne, prosjekteier og interessenter for øvrig har felles målforståelse og eierskap til prosjektet
- Det er en forutsetning at de interne ressursene som deltar i de ulike arbeidsgruppene har nødvendig mandat for å kunne bidra til en rasjonell prosess. Videre forutsettes det at disse er engasjert og har avsatt tid til å jobbe med de oppgaver deltakelse i arbeidsgruppene medfører.



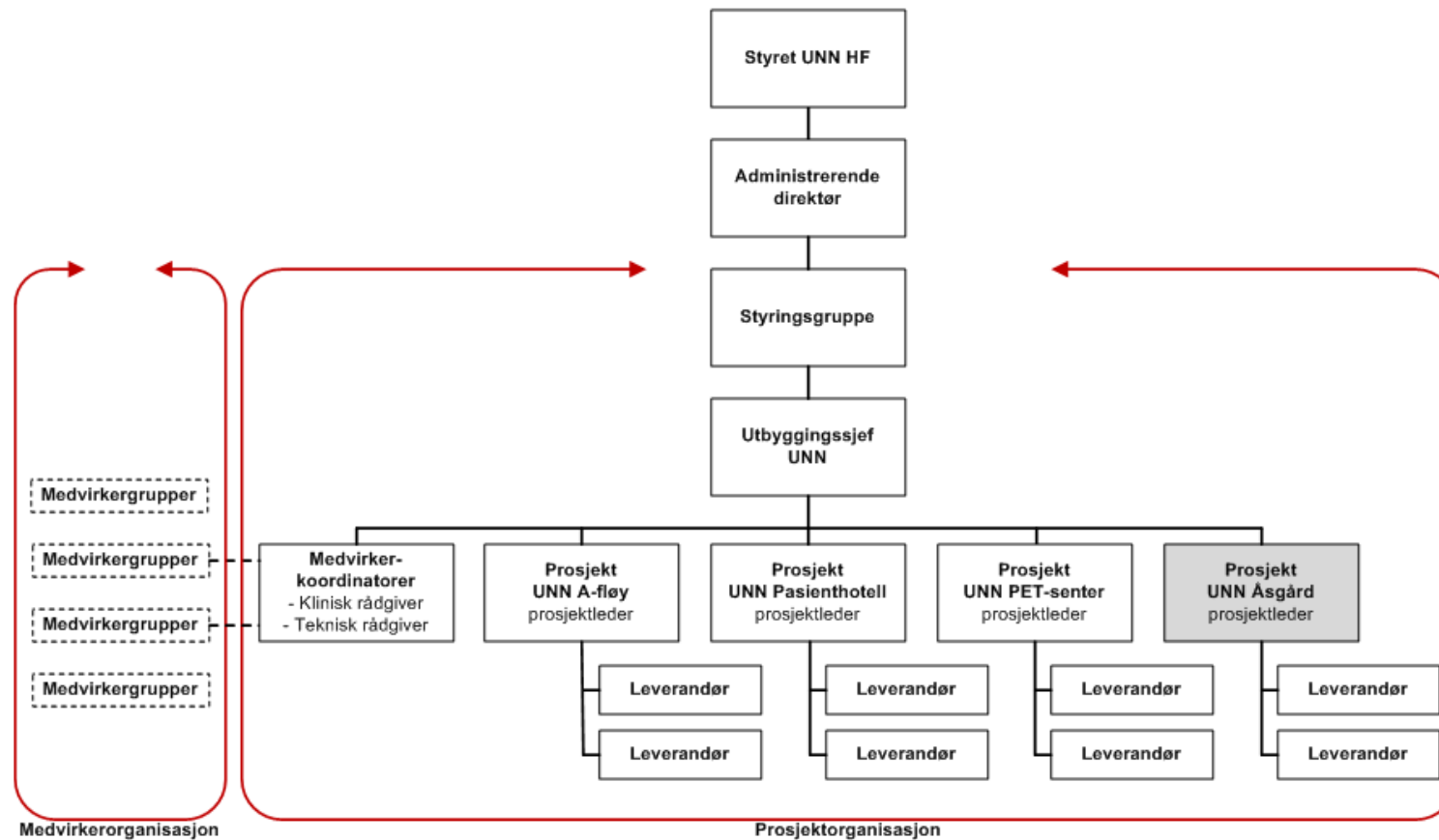
- Bred delaktighet i prosessene
- God organisering, møtestruktur, ledelse og styring av arbeidet
- Gode beslutningsunderlag og god dokumentasjon som leveres tidsnok i forhold til framdriftsplan
- God dialog mellom medvirkningsgruppe, styringsgruppe og rådgiver underveis i prosjektet, samt at de som er med i medvirkningsgruppene også har dialog med og sørger for forankring i egen organisasjon.
- De som er deltakere i medvirkningsgruppene har fått tilstrekkelig mandat og tid til å utføre arbeidet i gruppene.
- Riktige personer er plukket ut til å delta i medvirkningsgruppene
- Prosjektet må oppfattes til å være omkranset av åpenhet

5. Arbeidsform- og organisering

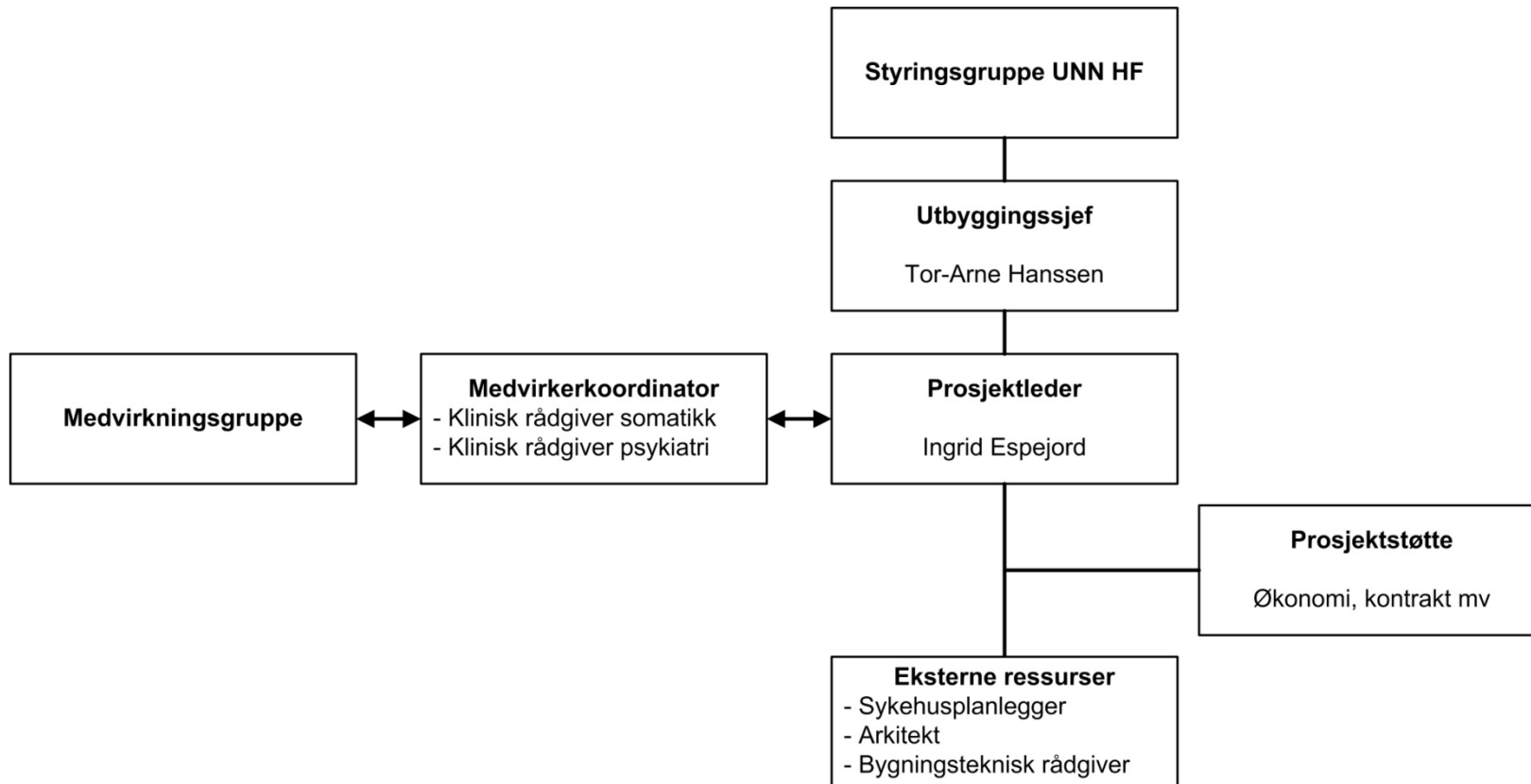
En stor andel av ressursbruken i idéfasen vil være å fremskaffe interne data (både eksisterende og framtidige). Noe av dette vil bestå i å fremskaffe eksisterende data, men den mest krevende delen vil bestå av å framskrive behov, beskrive fremtidig driftsmodeller og deretter beskrive hvordan dette grunnlaget kan gi en effektiv og fremtidsrettet arealbruk som ivaretar pasientbehov og sikrer rasjonell bruk av ansatte. For å være i stand til å finne de beste løsningene, legges det opp til bred deltakelse, med medvirkningsgrupper for de ulike fagfeltene. For å sikre at tverrfagligheten ivaretas, legges det opp til egne møter der gruppelederne i de ulike medvirkningsgruppene deltar. Det vil legges til rette for studiereise til nybygg for psykiatrisk behandling basert på samme behandlingsmetodikk som den norske psykiatrien bygger på. Dette kan gi verdifull input til nødvendig nytenkning for prosessen.



Organisering



Figur 1: Overordnet organisering utbyggingsprosjekt UNN



Figur 2 - Prosjektorganisasjon Idéfase Psykiatri og rusbehandling UNN Tromsø



Medvirkningsgruppene er faglige ressursgrupper i UNN som skal bistå og gi råd i de prosesser som gjennomføres i forbindelse med utarbeiding av idéfaserapporten. Gruppene settes sammen slik at hensyn til medvirkning ansatte og vernetjenesten ivaretas. Brukerutvalget og Universitetet i Tromsø inviteres til å delta i styringsgruppen.

Prosjektet styringsgruppe:

Administrerende direktør Tor Ingebrigtsen
Klinikk sjef Psykisk helsevern og rusbehandling, Magnus Hald
Klinikk sjef Barne- og ungdomsklinikken, Elin Gullhav
Klinikk sjef Medisinsk klinikk, Markus Rumpfeldt
Klinikk sjef Diagnostisk klinikk Gry Andersen
Klinikk sjef Nevro, orto og rehabiliteringsklinikken Bjørn-Yngvar Nordvåg
Drifts- og eiendomssjef Gina Johansen
Stabssjef Grøril Bertheussen
Ansatte representant (konserntillitsvalgt, foretakstillitsvalgt eller foretaksverneombud)
Brukerrepresentant (utnevnes av Brukerutvalget)
Universitetet i Tromsø (medisinsk fakultet – utnevnes av UiT)

Prosjekteier

Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen, UNN

Prosjektleder:

Ingrid Espejord, UNN

Kliniske rådgivere

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling oppnevner en lokal fagressurs.
Klinisk rådgiver Guri Albriksen, UNN

Sykehusplanlegger/ utredningsstøtte:

I dette inngår de innleide personer som bistår prosjektleder UNN direkte med ulike utredninger og sammenstilling og redigering av sluttrapporten. Kontraheres i mars (i henhold til framdriftsplan). Sykehusbygg rådføres før anskaffelse.

Bygningsteknisk rådgiver:

Kontraheres i februar (i henhold til framdriftsplan)

Arkitekt:

Kontraheres i mars (i henhold til framdriftsplan)

Medvirkningsgrupper:

Psykisk helsevern og rusbehandlingsklinikken oppnevner et antall medvirkningsgrupper de mener er tilstrekkelig for å ivareta en god intern prosess. Avklares før oppstart i mars 2015.

Koordineringsgrupper:

Består av gruppelederne i de ulike medvirkningsgruppene, oppnevnes av klinikkene.



6. Interessenter og grensesnitt

Eksterne og interne interessenter på kartlegges og forhold som påvirker grensesnittet mellom disse og psykisk helse og rusbehandling i UNN må kartlegges og vurderes. Listen er ikke uttømmende og kan kompletteres underveis i idéfaseutredningen.

Eksterne grensesnitt:

Forholdet til andre sykehus/helseforetak, spesielt for Helse Finnmark, men også for øvrige foretak i Helse Nord og de andre regionsykehusene i Norge og til private spesialisttilbud som Helse Nord RHF har inngått avtaler med.

Overordna samarbeidsorgan (OSO) om kommunehelsetjenesten, bl.a. effekt av samhandlingsreformen og en eventuell innlemmelse av psykisk helse i samhandlingsreformen.

Felles ledermøte mellom Norges arktiske universitet - Universitetet i Tromsø (UiT) og UNN, jfr. Tilettelegging for forskning og utdanninger innen psykisk helse.

Interne grensesnitt:

Grensesnitt mellom ulike fagområder og eventuell omstilling mellom disse, for eksempel hvilke funksjoner som bør samarbeide i prosjektet for å finne fram til sitt optimale samhandlingspotensiale.

Brukerutvalget for brukermedvirkning og informasjon til pasient- og brukerorganisasjoner.

7. Kommunikasjon og informasjon

Ved prosjektets oppstart avholdes møte med informasjonsansvarlig, der man sammen utvikler en hensiktsmessig informasjon- og kommunikasjonsstruktur i forhold til prosjektets fase og utstrekning.

8. Kostnader/ budsjettoverslag

Aktør	Aktivitet	Budsjett
Sykehusplanlegger	Møter: Styring/ deltakelse/referater Utarbeide beregninger/ framskrivinger/ sammenstilling alternativer/ Idèfaserapport	1.900.000,-
Arkitekt	Deltakelse i møter, utarbeide mulighetsstudier som inkluderer parkeringsmuligheter, verneforhold.	500.000,-
Bygningsteknisk rådgiver	Vurdere/ oppgradere rapporter om etterslepet i vedlikeholdskostnader. Kostnader oppdateres med tidsriktige	



	tall. Vurdere kostnadsomfang av tilbygg.	500.000,-
Klinisk rådgivere	Bidra aktivt til konstruktive og innovative prosesser.	350.000,-
Reserve 15 %	For å dekke opp evt. behov for å utrede ytterligere alternativer	250.000,-
Sum	(inkl mva)	Kr 3.500.000,-

9. Kontraksstrategi

Aktør	Anskaffelsesform	Begrunnelse	Kontraksform
Sykehusplanlegger Helsebygg HF ???	Minikonkurranse blant våre rammeavtaleleverandører. Kontakter Helsebygg for å vurdere kapasitet	Begrenset fagmiljø i Norge (2 stk). Vi har rammeavtale med begge disse.	Bygger på timebasert kontrakt med honorarbudsjett, NS 8401 (evt. NS 8402, avgjøres senere)
Arkitekt	Ekstern konkurranse (stipulert til kr 800.000,- inkl. mva).	Vi ønsker å konkurranseutsette denne tjenesten (ofte blir integret under den helsefaglige rådgiveren) for å få best mulig pris og for selv få lov til å evaluere den kompetansen.	Bygger på fast pris (NS 8401) evt. timebasert kontrakt med honorarbudsjett (avgjøres senere).
Bygningsteknisk rådgiver (kost/ nytte/ ombygging eksisterende bygning)	Anskaffes direkte ved å henvendelse til Multiconsult	Tjenesten bygger direkte på en tilstandsrapport som Multiconsult har utarbeidet for UNNs bygningsmasse.	Bygger på timebasert kontrakt med honorarbudsjett, NS 8401 (evt. NS 8402 avgjøres senere)
Klinisk rådgiver	Intern ressurs som frikjøpes til prosjektet (for omfang, jmf ressursbehov, pkt 9)	Dette er en viktig funksjon som bør kjenner de aktuelle fagområdene godt, for å kunne bidra som aktivt i de interne prosessene.	Intern ressurs.

I denne modellen opptrer alle de eksterne aktørene i et sidestilt forhold, med en direkte rapporteringslinje mot UNN. Det vurderes underveis om en av de eksterne aktørene skal tillegges et administrasjonsansvar i forhold til de andre.



10. Ressursbehov internt

Ressurs	Volum	Kommentarer
Administrasjon		
Prosjektleder	60 % stilling i 11 måneder	Ressurs- topp i februar samt august/ september/ oktober
Kliniske rådgivere	20-30 % stilling i 9 måneder	Ressurs- topp i perioden april-sept
Økonomirådgiver Rus og spesialpsykiatri	10 % stilling i 3 måneder	Ressurs- topp i perioden april-sept
Økonomirådgiver allmennpsykiatrisk avd.	10 % stilling i 3 måneder	Ressurs- topp i perioden april-sept
Representant forsyningsavd.	10 % stilling i 3 måneder	Ressurs- topp i perioden april-sept
Representant teknisk avdeling	10 % stilling i 3 måneder	Ressurs- topp i perioden april-sept
Kommunikasjonsrådgiver	10 % stilling i 3 måneder	Ressurs- topp i perioden april-sept
Fra klinikkene		
Medvirkningsgrupper		
Gruppeleder	20 % stilling i 4 måneder	Ressurs- topp i perioden april- sept samt november
Deltakere, pr stk	10 % stilling i 3 måneder	Ressurs- topp i perioden april- sept

Det understrekes at intern bruk av arbeidstid ikke kompenseres av prosjektet. Listen konkretiseres og kompletteres etter hvert som man får på plass de ulike ressursene.

11. Grunnlagsdokumenter:

1. *Strategisk utviklingsplan for UNN 2015-2025*, vedtatt i UNNs styre 10.12.14 (ST 109/2014).
2. *Virksomhetsplan 2015*, vedtatt i UNNs styre 10.12.14 (ST 108/2014).



3. *Kartlegging av bygningsmassen ved Universitetssykehuset i Nord- Norge HF*”, rapport Multiconsult AS, 11. mars 2011, oppdatert versjon februar 2015.
4. Forskrift om fredning av statens kulturhistoriske eiendommer- Kapittel 2 Fredete eiendommer i Helse og omsorgsdepartementet landsverneplan- vedtatt 16.02.2012.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
6/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Grethe Andersen	11.2.2015

Oppfølging budsjett 2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er fornøyd med at tiltaksarbeidet kvalitetssikres og detaljeres, og forutsetter at arbeidet fortsetter til risikoen i totalbudsjettet er på et akseptabelt nivå.
2. Styret ber direktøren sørge for at det fortløpende iverksettes kompenserende tiltak ved eventuell manglende effekt av vedtatt tiltakspakke, samt at styret blir oppdatert på risiko og tiltaksarbeid i Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar i styremøtet i mars.
3. Styret er fornøyd med at det er utviklet tiltak i Psykisk helse- og rusklinikken som løser den korrigerende omstillingsutfordringen uten å redusere sengetallet i form av nedleggelse av en døgnenhet. Styret forutsetter at utredningen og risikovurderingen som er gjort i forbindelse med nedleggelse av en døgnpost innenfor psykisk helsevern for voksne, inngår som i grunnlagsmaterialet i arbeidet med ny struktur og organisasjonsplan for Psykisk helse- og rusklinikken.
4. Styret godkjenner prosess- og fremdriftsplanen for utredning av bilambulansetjenesten og er fornøyd med at planen ivaretar bred involvering av kommuner og brukerorganisasjoner.

Sammendrag

I styresak 108/2014 *Virksomhetsplan 2015* ba styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om en oppfølgende sak om budsjett 2015 med hensikt å redegjøre for fremdrift i arbeidet med kvalitetssikring og etablering av tilstrekkelig detaljeringsgrad i virksomhetsplanleggingen og gjennomføringen av tiltak. I virksomhetsplanleggingsprosessen for 2015 ble det stilt krav om økt detaljeringsgrad og kvalitet i planarbeidet i forhold til tidligere år. I den anledning er det besluttet flere tiltak som skal bidra til bedre virksomhetsstyring, økt gjennomføringsgrad og redusert risiko i budsjettet.

Den totale omstillingsutfordring for 2015 i Psykisk helse- og rusklinikken er redusert med omlag 6 mill kr. Dette gjør at det er mulig å løse den umiddelbare omstillingsutfordringen uten å redusere sengetallet i form av nedleggelse av en døgnenhet.

Det er utarbeidet en detaljert prosess- og fremdriftsplan for utredning av bilambulansetjenesten som legger til rette for beslutning om eventuelle endringer i styremøtet i april.

Saken viser at den totale risikoen i UNNs budsjett for 2015 skal gjennomgås i detalj i ledergruppens budsjettkonferanse 10.2.2015, og prosess for utvikling av eventuelle kompenserende tiltak igangsettes umiddelbart etter det.

Det er direktørens vurdering at arbeidet har høy prioritet i klinikkene og sentrene, og at det nå etableres gode oppfølgingsrutiner i hele organisasjonen på alle ledernivåer. Den planlagte prosessen og oppfølgingen vurderes som hensiktsmessig for å nå målet om redusert risiko i budsjettet og økt gjennomføringsgrad av den totale tiltakspakken. Direktøren starter samtidig virksomhetsplanleggingen for 2016 i en budsjettkonferanse som avholdes allerede 10.2.2015. Dette forventes å bidra til å opprettholde fokus på økonomistyringen inneværende år, og til å sikre etableres et mer langsiktig perspektiv på det kontinuerlige omstillingsarbeidet.

Styret vil bli forelagt status i risikovurderingen og tiltaksarbeidet i Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar, i styremøtet i mars.

Bakgrunn

I styresak 108/2014 *Virksomhetsplan 2015*, vedtaks punkt 9, ba styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om å få seg forelagt en oppfølgende sak om budsjett 2015:

- 9. Styret ber om å få seg forelagt en oppfølgende sak om budsjett 2015 i styremøtet i februar eller mars med fokus på kvaliteten og fremdriften i detaljplanleggingen. Styret ber om at det spesielt redegjøres for prosess og fremdrift i Nevro- og ortopediklinikken og Hjerte- lungeklinikken.*

I vedtaket ga også styret sin tilslutning til at aktiv pasientbehandling prioriteres noe høyere og beredskap noe lavere i forhold til hverandre enn tidligere. Styret var inneforstått med at dette kan medføre endringer i vaktplaner og økt differensiering av responstidene i bilambulansetjenesten. Konkrete forslag om strukturendringer ble forutsatt fremmet for godkjenning i styret. Direktøren har på bakgrunn av dette igangsatt en utredning av bilambulansetjenesten, og legger frem fremdrifts – og prosessplan for utredningen til godkjenning i dette styremøtet.

I vedtaket ba styret videre om at reduksjon av sengetall i psykisk helsevern for voksne utredes, men forutsatte også her at eventuelle konkrete forslag om strukturendringer fremmes for styret. Direktøren legger på bakgrunn av dette frem den endelige utredningen i dette styremøtet og ber styret om å ta stilling til forslag til strukturendring slik saken beskriver.

Til slutt ba styret i samme sak Helse Nord RHF om økte rammer til nødvendig medisinteknisk utstyr, samt fullfinansiering av renovering av bygg 7 på Åsgård i konsolidert budsjett.

Saksutredning

Det ble i virksomhetsplanleggingsprosessen for 2015 stilt krav om økt detaljeringsgrad og kvalitet i det totale budsjettarbeidet. Med kravet om økt detaljeringsgrad og kvalitet i planarbeidet, følger et behov for økt effektivitet i oppfølgingen av de vedtatte planene i gjennomføringsåret. Det er

Sak 6/2015

besluttet å iverksette en rekke tiltak som skal gjennomføres for å bidra til mer effektiv styring internt og redusert risiko i budsjettet.

Styringsinformasjon og standardisering

Det vil bli igangsatt et arbeid med å standardisere budsjettnotat og virksomhetsrapporter for klinikkene/sentrene som både skal brukes som bakgrunnsinformasjon til dialogmøtene, og til økonomi- og virksomhetsrapportering internt i den enkelte enhet. I forlengelsen av dette vil et forslag til standardisering av økonomioppfølgingen fra økonomirådgiverne utarbeides. Hensikten med standardiseringen er å gjøre det lettere for direktørens ledergruppe, tillitsvalgte og ansatte å sette seg inn i og forstå de ulike utfordringene i klinikkene og sentrene, å synliggjøre eventuelle sammenfallende utfordringer som kan løses i fellesskap og å frigjøre kapasitet til analyse av økonomi- og aktivitetsdata.

Dialogmøtene

Økonomistyring med ekstra fokus på tiltaksgjennomføring blir et av hovedområdene i dialogmøtene i 1. og 2. kvartal. I tillegg vil det også være stort fokus på implementering av kreftpakkeforløpene, reduksjon av antall fristbrudd og ventetid, og oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen.

Klinikkvise ekstraordinære oppfølgingsmøter

Det er gjennomført en møteserie med de fleste klinikker og sentre med fokus på detaljplaner i tiltakene, konkretisering av gjennomføringsplaner, vurdering av prosess og fremdriftsplan for videre arbeid med tiltak og etablering av en felles forståelse av klinikkens/senterets risiko i budsjettet.

Gjennomgangen viser at gjennomføringsplanene generelt er ytterligere konkretisert siden forrige gjennomgang, og at tiltakene er fordelt på enhetene internt i klinikkene. Det gjenstår noe arbeid før risikoen er akseptabel i alle de klinikkvise planene, og det er derfor avtalt ulike oppfølgingspunkter fremover. Enheter med høy risiko planlegges fulgt opp ytterligere i ekstraordinære møteserier inntil gjenværende risiko i budsjettet aksepteres. Det er foreløpig identifisert en uløst omstilling på omlag 3 mill kr ut over det som nedenfor er beskrevet i Akuttmedisinsk klinikk og Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken.

Oppfølging av Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken

I samarbeid med Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken og stabene ble det satt sammen et tverrfaglig team som fikk i oppdrag å hjelpe klinikken med å identifisere forbedringsområder og mulige tiltak for å løse klinikkens omstillingsutfordring for 2015. Arbeidsgruppen presenterte i midten av desember et forslag til handlingsplan med til sammen 36 tiltak som beskriver hva som bør gjøres, tidsfrister og ansvarlige. Klinikken har likevel en uløst omstillingsutfordring på omlag 12 mill kr, og jobber med prioritering og konkretisering av de foreslåtte tiltakene. Klinikken vil bli tett fulgt opp i ekstraordinære møter frem til risikoen i budsjettet er på akseptabelt nivå.

Oppfølging av Hjerte- og lungeklinikken

I etterkant av dialogmøtene i høst det vært avholdt flere oppfølgingsmøter med Hjerte- og lungeklinikken med fokus på budsjett 2015 og tilhørende tiltaksarbeid. I midten av desember hadde klinikken skissert tiltak tilsvarende omstillingsutfordringen. Det gjenstår noe detaljeringsarbeid og kvalitetssikring av enkelte tiltak som det jobbes med. Eventuell nedlegging av den hjertekirurgiske intermediærenheten krever beslutning på foretaksnivå, og utredes. Klinikken har laget interne oppfølgingsrutiner og retningslinjer som skal brukes i hver enkelt vurdering om bruk av ekstra personell (vikar og overtid). Videre ekstraordinær oppfølging av klinikken vil vurderes på lik linje med andre klinikker og sentre i oppfølgingsmøte i januar.

Oppfølging av Akuttmedisinsk klinikk

Akuttmedisinsk klinikk har etter anbud engasjert den statlige forskningsinstitusjonen Sintef til å gjøre en analyse av dagens status og konsekvenser av mulige endringer i bilambulansetjenesten, med utgangspunkt i nasjonale målsettinger for responstider ved akutt- og hasteoppdrag. Arbeidet er påbegynt og skal være ferdigstilt 1.3.2015. Parallelt med dette er det sendt ut forespørsel til kommuner og brukerorganisasjoner for å innhente informasjon og sikre medvirkning i utarbeidelse av et beslutningsgrunnlag. Med bakgrunn i rapporten fra Sintef vil Akuttmedisinsk klinikk vurdere alternativer. Det legges deretter opp til tre uker høring i kommunene med frist før påske. Etter påske vil klinikken bearbeide høringssvar før drøfting og til slutt styrebehandling 29.4.2015. Fremdriftsplan for ambulansetutredning er skissert i figur 1.

Figur 1 Fremdriftsplan ambulansetutredningen

Aktivitet	Uke 2	Uke 3	Uke 4	Uke 5	Uke 6	Uke 7	Uke 8	Uke 9	Uke 10	Uke 11	Uke 12	Uke 13	Uke 14	Uke 15	Uke 16	Uke 17	Uke 18
Anbud analyse																	
Sintef (syv uker)																	
Innspill fra kommuner og brukerorganisasjoner																	
Innspill fra fagorganisasjoner																	
Orientering til OSO																	
Møter med regionråd																	
Intern utredning konsekvenser og risikoreduerende tiltak (parallelt med Sintef utredning)																	
Gjennomgang av leieavtaler for stasjoner																	
Bearbeiding av innspill																	
Diskusjon i seksjonsvise KVAM																	
Utarbeidelse av saken (5 arbeidsdager)																	
Høring i kommuner og brukerorganisasjoner (3 uker)																	
Slutføring av saken (5 arbeidsdager i påsken)																	
Utsending til drøftingsmøte 10.04.14 (5 dager)																	
Drøfting Tillitsv, AMU 15.04.14																	
Bearbeiding etter drøfting																	
Utsending styresak 17.04.15 (2 uker)																	
Behandling i brukervalget 22.04.14																	
Styrebehandling 29.04.15																	

Klinikken har en foreløpig uløst omstillingsutfordring på omlag 5 mill kr. I dialogmøtet med direktøren (uke 6) vil det bli fokus på kompensierende tiltak i påvente av beslutning om eventuell endring i bilambulansetjenesten.

Oppfølging av Psykisk helse- og rusklinikken

I arbeidet med årets budsjett og omstillingsutfordring i Psykisk helse- og rusklinikken, er det blitt klart at forutsetningene har endret seg. I stedet for et prognostisert underskudd på over 6 mill kr i 2014, ser det nå ut til at klinikken vil gå med ca 1 mill kr i overskudd. Hovedårsakene til dette er korrigerende av budsjett for lønnsoppgjør, korrigerende av inntekter (engangs-effekt), noe lavere forbruk av månedsverk i desember, samt større effekt av klinikkens reise- og innkjøpsstopp enn tidligere antatt. Korrigert for engangs-effekter er inngangshastigheten balanse, forutsatt at midlertidige tiltak i 2014 opprettholdes på samme nivå i 2015. Klinikkenes totale omstillingsutfordring er med bakgrunn i dette redusert med omlag 6 mill kr. Dette gjør at det er mulig å løse den umiddelbare omstillingsutfordringen for 2015 uten å redusere sengetallet i form av nedleggelse av en døgnenhet.

Sammenslåingen av tidligere Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk og Allmennpsykiatrisk klinikk til Psykisk helse- og rusklinikken fra 1.9.2014, medfører at et omfattende arbeid med utredning av ny struktur og organisasjonsplan for den nye klinikken er igangsatt. Dette arbeidet skal etter planen ferdigstilles til sommeren med etterfølgende implementering fra høsten 2015. I tråd med fagutviklingen knyttet til de generelle føringer om overgang fra døgnbehandling til polikliniske, dag- og ambulante tilbud, er det naturlig og se på det samlede døgntilbudet i klinikken som en del av denne prosessen. Det arbeidet som er gjort med risikovurdering av Rus- og psykiatriposten og Døgnenheten på Storsteinnes (vedlegg 1) vil være en del av grunnlagsmaterialet her.

Sak 6/2015

Klinikken har utarbeidet nye tiltak for å løse omstillingsutfordringen for 2015. Det arbeides med å konkretisere gjennomføringsplaner for enkelte tiltak, for å redusere den samlede risikoen i klinikken totalbudsjett til et akseptabelt nivå. Dette arbeidet følges tett opp av direktøren på lik linje med øvrige klinikker og sentre.

Fellestiltak

Fellestiltakene er fordelt til klinikkene og sentrene. De tiltakene som er ferdig utredet og endelig besluttet i direktørens ledergruppe, er gjennomgått i den ekstraordinære møteserien med samme krav til detaljerte gjennomføringsplaner som for de øvrige tiltakene.

Det gjenstår noen fellestiltak som ikke er ferdig utredet og som dermed ikke har vært til endelig behandling og beslutning i ledergruppen. Disse tiltakene er også fordelt budsjettmessig etter en foreløpig fordelingsnøkkel i klinikk- og senterbudsjettene, men mangler overordnet gjennomføringsplan, noe som bidrar til økt risiko i UNNs totale budsjett. Det er satt opp en fremdriftsplan for snarlig behandling av disse tiltakene.

Risiko

Det er planlagt en detaljert gjennomgang av gjenværende risiko per klinikk og senter, samt en oppsummering av det enkelte fellestiltak til gjennomgang i budsjettkonferansen i direktørens ledergruppe 10.2.2015. Prosessplan for videre arbeid med budsjett 2015 vil bli konkretisert på bakgrunn av risikovurderingen. Utvikling av kompenserende tiltak vil bli vurdert dersom risikoen fremdeles vurderes som for høy.

Investeringsrammer 2015

I RHF's styresak 3/2015 *Budsjett 2015 – konsolidert* har UNN fått 16,3 mill kr i ekstra investeringsramme for renovering Bygg 7 på Åsgård. Dette medfører at det planlagte overforbruket for potten til "HF-styrets disposisjon" for 2015 reduseres fra 168,1 mill kr til 151,8 mill kr (tabell 1).

Tabell 1 Korrigert investeringsplan for potten "til HF-styrets disposisjon"

	Investeringsramme overført til 2015	Investeringsramme 2015	Disponibel investeringsramme 2015	Forpliktelse 2015 (godkjent og igangsatt)*	Forpliktelse 2015 (godkjent - ikke igangsatt)*	Investeringsbehov 2015 (tillegg til forpliktelser)	Total investeringsplan 2015	Avvik plan - disponibel investeringsramme
Investeringer 2015, tall i mill kr								
Teknisk utstyr				7,3		6,0	13,3	-13,3
Ambulanser				1,3	7,8		9,1	-9,1
EK KLP						20,0	20,0	-20,0
Medisinteknisk utstyr				27,5	14,1	22,1	63,8	-63,8
Ufordelt/overforbruk	-145,6	100,0	-45,6					-45,6
Sum investeringer (til HF styrets disposisjon)	-145,6	100,0	-45,6	36,2	21,9	48,1	106,2	-151,8

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalget samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 27. og 28.2.2015. Saken var fremlagt i foreløpig utgave, og ble presentert av økonomisjefen. Brukerutvalgets arbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalget tok saken til orientering, mens det blir gjennomført ny drøftingsrunde med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 3.2.2015. På første drøftingsmøtet ble det lever en protokolltilførsel der blant annet inntektsfordelingsmodellen på nytt ble problematisert, ref. eget vedlegg til protokollen.

Protokoller fra møtene behandles av styret som egne referatsaker i møtet 11.2.2015.

Vurdering

Risikoen i UNNs totalbudsjett for 2015 er fremdeles høy, og direktøren vurderer det som helt nødvendig å fortsette arbeidet med å detaljere og kvalitetssikre tiltakene, samt identifisere ytterligere kompenserende tiltak for eventuell manglende effekt av det som er planlagt. Direktøren er fornøyd med at dette arbeidet nå har høy prioritet i klinikkene og sentrene og vil følge opp at det etableres gode oppfølgingsrutiner i hele organisasjonen på alle ledernivåer.

Direktøren starter samtidig virksomhetsplanleggingen for 2016 i en budsjettkonferanse som avholdes allerede 10.2.2015. Dette forventes å bidra til å opprettholde fokus på økonomistyringen inneværende år, og til å sikre etableres et mer langsiktig perspektiv på det kontinuerlige omstillingsarbeidet.

Styret vil i neste møte bli forelagt status i risikovurderingen og tiltaksarbeidet i styresaken Kvalitets- og virksomhetsrapport for januar.

Konklusjon

Den skisserte prosessen vurderes som dekkende for å nå målet om redusert risiko i budsjettet og økt gjennomføringsgrad av den totale tiltakspakken.

Tromsø, 2.2.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Risikovurdering reduksjon av døgnplasser 2015.

Omstillingsutfordringer 2015

Mandat: Utredning og risikovurdering knyttet til nedleggelse av døgnbasert virksomhet i tilknytning til budsjett 2015: Oppnevning av representanter til arbeidsgruppe

1. Bakgrunn

Psykisk helse- og rusklinikken skal for 2015 gjennomføre omstillingstiltak av omfang kr. 19 728 295.

Etter uttak av konkret definerte omstillingstiltak gjenstår en resterende omstillingsutfordring av omfang kr. 10 106 605.

Klinikken ser ingen mulighet for å realisere resterende omstillingsutfordring uten gjennom å redusere antall døgnplasser i form av én døgnvirksomhet. Etter grundig gjennomgang og drøfting i klinikkledelsen, har en valgt å utrede og risikovurdere nedleggelse av følgende enheter.

Døgnvirksomhet	Budsjett kr.	Halvårseffekt kr.
Rus- og psykiatriposten	20 239 680	10 164 840
Døgn Storsteinnes	14 268 144	7 134 072

2. Etablering av arbeidsgruppe, oppdrag og tid for arbeidet

Arbeidsgruppe:

Klinikkjefen etablerer, som oppdragsgiver for arbeidet, en arbeidsgruppe med slik sammensetning:

- 4 medlemmer oppnevnt av klinikkledelsen, hvorav to fra de berørte avdelingene (Avdeling Nord og Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn). En av disse ivaretar lederfunksjon for gruppen. En av disse ivaretar sekretariatsfunksjon for arbeidet.

Følgende er nå oppnevnt av klinikkledelsen:

Avdelingsleder Geir Øyvind Stensland, Avdeling Sør

Seksjonsleder Åshild Vangen, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn

Leder av Rus- og psykiatriposten Kristin Johannessen, Avdeling Nord

Kvalitetsrådgiver Trude Nydal Wynn, klinikk

- 2 brukerrepresentanter
- 1 representant oppnevnt av klinikktilitsvalgte ved Psykisk helse- og rusklinikken.
- 1 representant oppnevnt av klinikkverneombudet ved Psykisk helse- og rusklinikken.

Klinikken vil sørge for nødvendig tilgang på virksomhetsdata i tilknytning til arbeidet.

Oppdrag:

Arbeidsgruppen gis i oppdrag å utrede nedleggelse av de ovennevnte døgnvirksomheter inkludert å gjennomføre en risikovurdering i henhold til Helse Nord RHF's modell for risikovurdering.

Sentralt i oppdraget vil stå beskrivelse av faglige-, økonomiske- og samfunnsmessige konsekvenser knyttet til nedleggelse av de to virksomhetene og en beskrivelse av risikoreduserende tiltak. Klinikkinterne risikoreduserende tiltak må i størst mulig grad konkretiseres og kostnadsberegnes.

Arbeidsgruppen forventes å komme med en konkret anbefaling.

INNHold

Sammensetning av arbeidsgruppen	2
Gjennomføring av arbeidet	2
Arbeidsgruppens hovedfunn, vurderinger og konklusjoner	3
Konkretisering av mål for omstillingen	3
Vurdering av bakgrunnen for oppdraget	3
Konsekvenser ved nedleggelse av Døgn Storsteinnes	4
Beskrivelse av konsekvenser ved nedleggelse og risikoreducerende tiltak	4
Oppsummering av de viktigste momentene fra risikovurderingen	6
Frigjøring av midler ved nedleggelse av Døgn Storsteinnes	7
Konsekvenser ved nedleggelse av Rus- og psykiatriposten	7
Beskrivelse av konsekvenser ved nedleggelse og risikoreducerende tiltak	7
Oppsummering av de viktigste momentene fra risikovurderingen	9
Frigjøring av midler ved nedleggelse av Rus- og psykiatriposten	9
Generelle tiltak for å kompensere for tap av sengeplasser	10
Gruppens vurdering	11
Hovedrapport Døgn Storsteinnes	12
Drifts- og forbruksdata for 2013.....	13
Risikovurdering	15
Risikotabell for nedleggelse av Døgn Storsteinnes	19
Hovedrapport Rus- og psykiatriposten	23
Drifts- og forbruksdata for 2013.....	24
Risikovurdering	26
Risikotabell for nedleggelse av Rus- og psykiatriposten	31

Sammensetning av arbeidsgruppen

Gruppen er sammensatt av personer utnevnt av klinikkledelsen, vernetjenesten og representant utpekt av tillitsvalgte, samt bruker-/ pårørenderepresentanter fra de berørte døgnplassene. Samlet har gruppen inngående kjennskap til pasientbehovene, drift og organisering av de aktuelle enhetene.

Navn	Stilling/oppgave	Tilhørighet
Geir Øyvind Stensland	Avdelingsleder, leder av arbeidsgruppen	Avdeling Sør
Trude Nydal Wynn	Kvalitetsrådgiver inkl. sekretariatsfunksjon	Klinikken
Åshild Vangen	Seksjonsleder	PSTO
Kristin Johannessen	Leder	Rus- og psykiatriposten
Nils Vollstad/ Eldfrid Marjala	Vara klinikkverneombud 05.-17.12/ Klinikkverneombud 18.12-15.01	Ruspoliklinikken Akuttpost Nord
Eivind Eckhoff	Overlege, representant for tillitsvalgte	PSTO
Hanne Bjørn	Bruker-/pårørenderepresentant	
Jonny Christensen	Bruker-/pårørenderepresentant	

Gjennomføring av arbeidet

Vi har hatt fire arbeidsuker til gjennomføring av oppdraget. I tillegg til møter i arbeidsgruppen har det vært gjennomført møter med miljøpersonale og ledere ved hver av de berørte sengepostene for å informere om og få innspill til arbeidet. Vi har valgt å bygge denne rapporten med utgangspunkt i den rapporten som ble skrevet i 2012/-13 i et tilsvarende oppdrag, og velger derfor å bruke en annen mal for risikovurderingen enn det som står i mandatet. Dette er godkjent av klinikkjef.

Rapporten består av en oppsummering over arbeidsgruppens hovedfunn samt hovedrapporter for Døgn Storsteinnes og Rus- og psykiatriposten. Det er beskrevet risiko med forslag til risikoreduserende tiltak, beregnede økonomiske konsekvenser og restrisiko. Hovedrapportene inneholder en bredere beskrivelse av de enkelte døgnpostene med en detaljert risikotabell.

Kostnadene vi stipulerer under risikoreduserende tiltak er for lønn med sosiale utgifter. Vi har beregnet ut fra at en overlege vil koste ca. kr. 1,1 millioner, en psykologspesialist ca. kr. 825 000,- og en med 3-årig helseutdanning (sykepleier, vernepleier etc. i turnus) m/ spesialutdanning ca. kr. 650 000,-. Informasjon om pasientsammensetning og annen driftsdata er i hovedsak hentet fra Dips.

Denne prosessen kommer i forkant av et omfattende arbeid med ny klinisk struktur og organisering. Det er utfordrende å gjennomføre en risikovurdering og vurdere risikoreduserende tiltak i en situasjon der klinikken vurderer store strukturelle endringer. De risikoreduserende tiltakene som fremkommer i rapporten må derfor ses i sammenheng med mulige endringer i klinisk struktur. Vedtak om ny struktur bør komme i forkant av en eventuell nedleggelse, og det burde gis tilstrekkelig tid til etablering av risikoreduserende tiltak før eksisterende tilbud fjernes.

Arbeidsgruppens hovedfunn, vurderinger og konklusjoner

Konkretisering av mål for omstillingen

1. Psykisk helse- og rusklinikken skal gjøre en betydelig økonomisk innsparing for 2015 for å frigjøre midler til investering i nybygg/renovering, IKT og teknisk utstyr i UNN. Reduksjon av døgnplasser er ett av flere tiltak som vurderes.
2. De oppgavene døgntilbudet har innen utredning og behandling av pasienter, utdanning av helsepersonell, kvalitetsutvikling/forskning og samarbeid internt og eksternt, skal ivaretas av andre på en slik måte at brukere og samarbeidspartnere opplever å få et tilbud fra spesialisthelsetjenesten som er kvalitativt like godt, eller bedre enn før omstilling.
3. De berørte medarbeiderne skal bli godt ivaretatt og kompetansen skal beholdes i klinikken etter omstillingen.

Vurdering av bakgrunnen for oppdraget

Arbeidsgruppen har fått i oppdrag å utrede og risikovurdere eventuell nedleggelse av en av to døgnposter; Rus- og psykiatriposten og Døgn Storsteinnes, i forbindelse med at klinikken er pålagt å gjennomføre omstillingstiltak av omfang kr 19 728 295,-. Psykiatrien i UNN HF har tidligere vært gjennom slike vurderinger og har lagt ned to poster i løpet av de siste 6 årene. Omstillingsprosessen i seg selv har en betydelig risiko ved at medarbeidere får en utrygg jobbsituasjon og pasienter/pårørende blir usikker på om deres tilbud blir borte. De ansatte blir engstelige, slitne og oppgitte av disse endringene og den usikkerheten det medfører. Noen søker seg til andre jobber. For de postene som stadig blir vurdert nedlagt, er dette en spesielt stor belastning. De prøver for pasientenes skyld å holde motivasjonen oppe, men dette er vanskelig.

Personer som har så lavt funksjonsnivå at de blir vurdert innlagt i psykiatrien tilhører en av de svakeste pasientgruppene vi har, med sammensatte problemer og lav livskvalitet. De har ikke så sterke pasientorganisasjoner og støttegrupper i ryggen. Fordi problemene er sammensatte og fordi forverring av sykelighet med tilhørende funksjonssvikt ofte kommer langsomt, er det ikke mulig å måle umiddelbare effekter av kutt i behandlingstilbudene. Det blir sjelden akutt krise som direkte følge av kutt i tilbudene. Men vanskene kommer imidlertid etter hvert og mindre problemer kan bli store, sammensatte og av og til nærmest uløselige, om en ikke finner gode behandlingsalternativer. Vi er engstelige for at det samlede tilbudet for innleggelser, spesielt i Tromsø-området, nærmer seg en kritisk grense.

Vi konfronteres stadig med driftsdata som viser at det er mange ledige sengeplasser i de psykiatriske sengepostene. Fagmiljøene kjenner seg dårlig igjen når det beskrives at vi har mye ledig kapasitet. Det er mange grunner til at det tilsynelatende kan se ut til at det eksisterer en overkapasitet. Det jobbes aktivt med å sikre mottakskapasitet på sengeposter med akuttfunksjon, særlig fram mot helg (dette gjelder 8 sengeposter/89 av sengeplassene). Pasienter utskrives som regel tidlig på dagen, mens nye pasienter kommer inn på ettermiddag/kveld. Det gjør at et øyeblikksbilde på formiddagen kan gi et svært feilaktig inntrykk. Klinikken har en stor og kompleks klinikk med til sammen 220 senger fordelt på 19 sengeposter og 7 geografiske lokalisasjoner (både rus og psykiatri). Det betyr at hvis vi har et

gjennomsnittlig belegg på 90 % vil vi samlet ha 22 ledige senger. Britiske helsemyndigheter har satt 85 % belegg som øvre grense for forsvarlighet og helsetilsynet har gitt anbefalinger i tråd med dette (85 % på enheter med høy andel øyeblikkelig hjelp og 90-95 % på enheter med hovedsakelig planlagt virksomhet). Effektiv drift krever noe ledig sengekapasitet.

Konsekvenser ved nedleggelse av Døgn Storsteinnes

Beskrivelse av konsekvenser ved nedleggelse og risikoreducerende tiltak

Tilbud til pasienter/pårørende:

Nedleggelse av Døgn Storsteinnes strider mot klare, faglige og politiske føringer som legger opp til satsing på desentralisert psykiatribehandling og tilbud så nært pasientenes hverdag og livssituasjon som mulig. Jf. Oppdragsdokument 2015 fra Helse Nord RHF skal distriktpspsykiatriske sentre prioriteres innen psykisk helsevern. Mulighet for innleggelse på lokal behandlingsinstitusjon reduseres og brukerstyrte innleggelser blir mindre aktuelle når disse ikke er tilgjengelig lokalt eller i tilstrekkelig omfang. Nedleggelse av Døgn Storsteinnes kan ikke gjennomføres uten betydelig svekkelse av kvaliteten på pasienttilbudet som gis i dag.

Samlet sengekapasitet:

Ved nedleggelse av Døgn Storsteinnes mister Psykiatrisk Senter for Tromsø og Omegn (PSTO) 9 sengeplasser som brukes til pasienter i hele opptaksområdet. Anslagsvis 5 sengeplasser brukes av pasienter tilhørende Tromsø kommune. Nedleggelse svekker lokalsykehusfunksjonen og den totale sengekapasiteten for PSTO. For å redusere risiko kan pasienter fra Storfjord og Lyngen få sitt døgntilbud i Avdeling Nord (SPH Nord-Troms (Storslett) og Akutt-/Subakuttpost Nord i Tromsø). Pasienter fra Balsfjord kan få sitt døgntilbud i Avdeling Sør (SPH Midt-Troms (Silsand) og Akuttpost Sør (Tromsø)). Døgnetenheten ved SPH Nord-Troms bør styrke bemanningen slik at de ikke må holde stengt hver 4. helg slik de gjør nå. Det vil gi mulighet for en mer effektiv bruk av sengeplassene. Selv om ansvar for innleggelser fra kommunene Balsfjord, Storfjord og Lyngen legges til andre avdelinger vil PSTO fortsatt ha en stor utfordring med å håndtere innleggelser fra sitt resterende opptaksområde. Dette er en utfordring i størrelsesorden 5 sengeplasser. Gjennom styrking av de gjenværende døgnenhetene til PSTO i Tromsø, kan risikoen reduseres noe.

I klinikkens arbeid med ny klinisk struktur må man ta stilling til framtidig fordelingene av sengekapasiteten mellom lokalsykehussenger og spesialiserte senger. Man må tilstrebe at befolkningen i de forskjellige opptaksområdene får likeverdige lokalsykehusstilbud. Et alternativ til å etablere flere sengeplasser i Tromsø kan være å satse mer på ambulante tjenester/ACT-team og dermed styrke tilbudet til de aller sykeste uten bruk av innleggelser.

Videre drift av voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP):

Det er i dag tett samarbeid mellom VOP og Døgn Storsteinnes og det er usikkert om vi vil klare å opprettholde et godt fagmiljø ved nedleggelse av Døgn. Mange pasienter får behandling fra poliklinikken under innleggelse, noe som ikke vil være mulig å gjennomføre ved nedleggelse. Traumebehandling er et av tilbudene som gis på denne måten og er et spesialisert tilbud vi ellers har lite av i klinikken. Ved kun å gi et ordinært poliklinisk tilbud er vi redd for at pasientene ikke blir fulgt opp tilstrekkelig før livssituasjonen blir for vanskelig. Dette kan medføre unødige akuttinnleggelser og økt bruk av tvang. En måte å redusere risiko ved nedleggelse av Døgn Storsteinnes er å styrke ambulant virksomhet for eksempel ved etablering av ACT-team for å gi pasienter som trenger tettere oppfølging et reelt tilbud.

Det vil også være vanskelig å finne en naturlig organisatorisk tilhørighet for VOP hvis pasientene VOP behandler kommer fra tre kommuner som i forhold til innleggelser er fordelt på to avdelinger. Skal VOP fortsette organisatorisk under PSTO og dermed behandle polikliniske pasienter fra et opptaksområde man ellers ikke har ansvar for, eller skal poliklinikken knyttes opp mot SPH Nord-Troms og/eller SPH Midt-Troms? Dette har vi ikke gode forslag på, og er en diskusjon som må tas gjennom klinikkens arbeid med ny klinisk struktur.

Risiko for medarbeidere/samfunnsmessige konsekvenser:

En stor risiko ved nedleggelse av Døgn Storsteinnes er knyttet til ivaretagelse av personalet. Det blir vanskelig å finne tilsvarende arbeid lokalt til alle de gode medarbeiderne ved Døgn Storsteinnes, og kompetansen vil sannsynligvis forvinne ut fra klinikken da de fleste har fast bosted i Balsfjord. Det er begrenset med alternative jobber i nærområdet, slik at disse ansatte og deres familier går en svært usikker fremtid i møte, om de skulle miste jobbene sine ved Døgn Storsteinnes. Dette er risiko vi ikke finner risikoreducerende tiltak for. UNN har også finansiert videreutdanning og spesialisering for en stor andel av de fast ansatte, så i tillegg til tap av gode medarbeidere med høy kompetanse er dette tap av en relativt stor økonomisk investering. Vi kan forvente betydelig uro og mye negativ medieomtale hvis nedleggelse av Døgn Storsteinnes vedtas. Dette gir risiko i forhold til UNNs omdømme og status som arbeidsgiver.

Bygningsmasse:

Bygningsmassen til vår virksomhet på Storsteinnes er meget god og mye bedre enn mange andre lokaler vi har virksomhet i. I en situasjon der nybygg i psykiatrien også utredes, kan man redusere kostnadene til nybygg ved å beholde den gode bygningsmassen vi i dag disponerer. Ved nedleggelse kan man selvfølgelig også vurdere salg av bygningsmasse, for eksempel til kommunene slik at de kan drifte virksomheten videre i kommunal regi.

Oppsummering av de viktigste momentene fra risikovurderingen

Nedleggelse	Tilhørende Risiko	Risikoreducerende tiltak	Kostnader	Restrisiko
<p>Døgnerhet Storsteinnes 9 senger Budsjett 14 268 144 kr</p>	<p>Svekket tilbud til pasienter og pårørende i Balsfjord, Storfjord og Lyngen</p>	<p>Storfjord/Lyngen (5000innb) får sitt døgntilbud i Avd. Nord</p>		
		<p>Balsfjord (5500 innb) får sitt døgntilbud i Avdeling Sør</p>		
		<p>VOP Storsteinnes styrkes med ambulerende team/ACT-liknende team som støtter pasientgrupper</p>	<p>Kostnad for styrking av ambulerende team Storsteinnes: 1 300 000 kr</p>	<p>Det tar tid å bygge opp ACT-team. Vi får ikke umiddelbar effekt.</p>
	<p>Redusert total sengekapasitet for PSTO, som allerede har stort press på sengeplassene</p>	<p>Døgnerheten i Nord-Troms slutter med helgestenging hver 4. uke.</p>	<p>Kostnad: Styrke døgnerheten SPH Nord-Troms 1 950 000 kr</p>	<p>Finne løsning for ca 5 senger som idag brukes av Tromsø på Storsteinnes</p>
		<p>Styrke døgnerheter i PSTO</p>	<p>Kostnad styrke døgnerheter PSTO: 2 800 000 kr</p>	
		<p>Økte polikliniske ressurser til ambulerende team/ACT-team i Tromsø for å gi tilbud til pasienter som ellers ville vært innlagt</p>	<p>Kostnad ambulerende virksomhet PSTO: 1 925 000 kr</p>	
		<p>Generell kompensasjon for tap av sengeplasser kan vurderes. Se tekst.</p>	<p>Kostnad øke generell sengekapasitet (sikkerhetsposter): 2 051 000 kr</p>	
		<p>VOP blir eneste virksomhet igjen. Risiko for at vi ikke klarer å opprettholde dette fagmiljøet. Utfordrende å finne ut hvordan VOP skal organiseres.</p>		
	<p>Vanskelig å skaffe medarbeidere tilsvarende arbeid lokalt.</p>			
	<p>UNN taper investeringen som er gjort i videreutdanning av personell</p>			
	<p>UNN taper bygningsmessig investering</p>			
	<p>Betydelig lokal motstand mot nedleggelse. Tap av omdømme.</p>			

Frigjøring av midler ved nedleggelse av Døgn Storsteinnes

	Budsjett		Fristilte midler
Budsjettposter			
Samlet postbudsjett	14 268 144		
Legestillinger	0		
SUM	14 268 144		
		Kostnader	
Risikoreducerende tiltak			
Styrke døgnenhet SPH Nord-Troms med tre stillinger i miljøet for å sikre kontinuerlig 7 døgndrift		1 950 000	6 293 144
Styrke døgnenhetene for PSTO med to miljøstillinger og en overlegestilling, samt styrke vikarbudsjettet		2 800 000	
Etablere ambulerende polikliniske stillinger for Balsfjord, Storfjord og Lyngen med to stillinger		1 300 000	
Styrke ambulerende virksomhet i Tromsø og Karlsøy med overlege og psykologspesialist		1 925 000	
SUM		7 975 000	

Konsekvenser ved nedleggelse av Rus- og psykiatriposten

Beskrivelse av konsekvenser ved nedleggelse og risikoreducerende tiltak

Tilbud til pasienter/pårørende:

Pasientene i målgruppen for RoP nyttiggjør seg dårlig tradisjonell rus- og psykiatribehandling. Retningslinjene er klare på at døgnbasert tilbud bør vurderes som et supplement når oppsøkende og hjemmebaserte tjenester viser seg å være utilstrekkelige. Hvis vi legger ned RoP mister en stor gruppe pasienter med alvorlige rus- og psykiatrilidelser sitt eneste spesialiserte tilbud i UNN, et tilbud som vi i dag allerede har for lite av. Dette kan medføre økt belastning på pasientene, deres omgivelser og spesielt deres pårørende.

Tap av fagmiljø:

Ved å legge ned RoP vil UNN miste et samlet kompetent fagmiljø på utredning og behandling av alvorlige ROP-lidelser. Dagens fagmiljø, som er etablert over 12 år, vil ikke kunne bygges raskt opp et annet sted. Selv om vi flytter deler av personalet til andre poster med sammenfallende pasientgruppe, vil pasientene ikke kunne motta et like godt eller bedre tilbud umiddelbart. Kompetanseoverføringen og veiledningen som RoP har bidratt med til kommunehelsetjenesten og DPS vil også falle bort. UNN mister i tillegg et utdanningstilbud for leger i spesialisering innen langtidstjeneste psykiatri og den nye rus-spesialiteten. Det er allerede i dag få utdanningsplasser for langtids rehabiliteringstjeneste, og tap av disse plassene kan medføre forsinkelser i utdanningsforløpene.

Målgruppen av pasienter som i dag er på RoP vil ha behov for døgninnleggelse også i fremtiden. Subakuttpost Nord kan styrkes med ansatte fra RoP da pasientgruppen for begge postene er til dels sammenfallende. Dette vil kunne gjøres ved å slå sammen disse postene og på den måten sørge for en samlet kompetanseoverføring i miljøet. Et alternativ til sammenslåing av postene kan være å etablere en kompetansegruppe for alvorlige ROP-lidelser bestående av personale fra RoP. Denne gruppen kan knyttes tett opp mot Subakuttpost Nord og da ha oppgaver ifht. kompetanseoverføring til andre deler av spesialisthelsetjenesten og samarbeidspartnere.

Mange av pasienter med ROP-lidelser vil ikke kunne følge opp ordinær poliklinisk behandling. Et risikoreducerende tiltak kan være å etablere ACT-team på poliklinikkene, som knyttes tett opp mot de lokale døgnhetene. ACT-team er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, hvor man kan forvente at kostnadene deles likt. Dette har vi tatt med i våre beregninger. En stor utfordring her vil ligge på mulighetene for rekruttering av rett helsepersonell. For de pasientene som kan motta frivillig døgnbehandling må DPSene styrke sin kompetanse på ROP-lidelser for å kunne gi pasientene et adekvat behandlingstilbud. En betydelig restrisiko er tiden det tar å bygge opp en slik kompetanse.

Samlet sengekapasitet:

En del pasienter som i dag mottar behandling på Subakuttpost Nord mister sitt tilbud der ved en sammenslåing med RoP. For å gi flere pasienter muligheter til å motta døgnbehandling kan man slutte med stenging hver 4. helg på døgnheten på Storslett. Storslett har relativt god kapasitet sett ut i fra beleggsprosent de siste tre årene, dette vil kunne avlaste Subakuttpost Nord. Vi kan ikke fullt ut kompensere for tapet av sengeplasser, så det vil være en betydelig restrisiko.

Omtrent halvparten av pasientene som er innlagt på RoP er under tvungen psykisk helsevern. Disse pasientene vil i fremtiden også være i behov for en innleggelse i en sengepost som er godkjent for bruk av tvang. For å redusere risiko ved en nedleggelse kan sengekapasiteten økes innenfor Avdeling for sikkerhetspsykiatri med 4 plasser; fra dagens 12 plasser til 16. Dette vil føre til en mulighet for 4 nye sengeplasser for de som har behov for tvangsinnleggelse og en generell bedret sengekapasitet for klinikken. Målgruppen for en av de to sengepostene kan dreie fra dagens tilbud for hovedsaklig de som er dømt til behandling, til å få større fokus på rehabilitering av pasienter med samtidig alvorlig psykiatrisk lidelse og rusavhengighet.

Oppsummering av de viktigste momentene fra risikovurderingen

Nedleggelse	Tilhørende Risiko	Risikoreducerende tiltak	Kostnader	Restrisiko
<p>Rus og psykiatriposten 8 senger Budsjett 22 569 680</p>	<p>Bortfall av spesialisert regionalt tilbud for pasienter med ROP-lidelser. Denne typen lidelser er økende, og det finnes ingen tilsvarende tilbud i klinikken.</p> <p>Redusert total sengekapasitet i Tromsø. Det er et område med stort press på sengeplassene</p> <p>Bortfall av kompetent samlet fagmiljø på ROP-lidelser som er viktig for oppbygging av kompetanse på ROP-lidelser i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.</p> <p>Bortfall av utdanningstilbud. Spesielt utdanning av LIS innen langtidstjeneste psykiatri og rus-spesialitet.</p> <p>Strider mot nasjonale faglige føringer om satsing på tilbud til pasienter med samtidig rus og psykiatri lidelser</p>	<p>Styrke tilbudet på subakuttpost Nord med ansatte fra ROP. Dette kan gjøres ved å slå sammen postene, alternativt etablere en kompetansegruppe for ROP-lidelser på Subakuttpost Nord.</p>	<p>Kostnad: Ved sammenslåing av poster der ny post skal videreføre ROP oppgaver kreves noe ressurstilførsel. 1 475 000 kr</p>	<p>Ved sammenslåing av Subakuttpost Nord og ROP vil en del pasienter som idag får tilbud på Subakuttpost Nord miste viktig tilbud</p> <p>Tidsperspektiv. Vi klarer ikke å bygge opp alternative tilbud før evt. nedleggelse i 2015</p>
		<p>Styrke rusbehandling og kompetanse på ROP-lidelser på DPS/andre sengeposter. Etablere rusteam/ACT-liknende team på hver poliklinikk. Teamene knyttes tett opp mot lokale døgnerheter.</p>	<p>Vanskelig å vurdere kostnader. Ved etablering av ACT-liknende team på hvert SPH: 9 687 500 kr.</p>	
		<p>Sengeplasser i sikkerhetspsykiatrien økes fra 12 til 16 for å bedre generell sykehuskapasitet</p>	<p>Kostnad: Øke senger på sikkerhetsposter 2 051 000 kr.</p>	
		<p>Døgnerheten i Nord-Troms slutter med helgestenging hver 4. uke.</p>	<p>Kostnad: Styrke døgnerheten SPH Nord-Troms 1 950 000 kr</p>	

Frigjøring av midler ved nedleggelse av Rus- og psykiatriposten

		Budsjett		Fristilte midler
Budsjettposter				
Samlet postbudsjett		20 239 680		
Legestillinger		2 330 000		
	SUM	22 569 680		
			Kostnader	
Risikoreducerende tiltak				
Styrking av ruskompetanse på poliklinikker/DPS: Oppsøkende tverrfaglig behandlingsteam (3 med helseutdanning, 1 overlege, 1 psykologspesialist) x 5 team			9 687 500	7 406 180
Delvis kompensasjon for tap av sengekapasitet i klinikken (se avsnittet under)			4 001 000	
Sette Subakuttpost Nord og RoP i omstilling. Tilpassing av bemanning. Tilførsel av en psykologspesialist og sosionom med ruskompetanse.			1 475 000	
		SUM	15 163 500	

Generelle tiltak for å kompensere for tap av sengeplasser

Hvis UNN legger ned en av de to foreslåtte sengepostene mister vi muligheten til døgnbehandling i størrelsesorden 8 eller 9 senger. Selv om vi har føringer som sier at vi skal dreie behandlingen fra døgn til dag, samt setter inn risikoreduserende tiltak i form av ambulerende virksomhet og styrking av poliklinikk, er det fortsatt en stor risiko for at pasienter som har behov for innleggelse ikke vil få det.

For å kompensere for reduksjon av sengeplasser i klinikken, foreslår vi å øke kapasiteten ved allerede eksisterende virksomheter, noe vi mener både kan føre til mer effektiv drift samt gi et sårt tiltrengt handlingsrom når det gjelder å gi et best mulig tilpasset tilbud til pasientene. Tilbudet som i dag er ved sengepostene som vurderes nedlagt vil ikke bli fullt ut erstattet, men disse to foreslåtte tiltakene vil bedre sengekapasiteten i klinikken og gi muligheter for en mer hensiktsmessig pasientflyt.

Tiltak 1: Øke kapasiteten på Avdeling for sikkerhetspsykiatri

I dag består avdelingen av to døgnposter med 6 senger på hver. Lokalene har fysisk kapasitet til to senger til pr. seksjon, så vi foreslår å øke sengene fra dagens 12 til 16. Dette vil ikke gi samme type sengeplasser som vi legger ned, men vi vil øke den samlede sengekapasiteten i Tromsø og dermed gi mulighet for at vi samlet sett bedre klarer å håndtere dagens og fremtidens behov for innleggelser. Sikkerhet Rehabilitering kan omdefineres fra å kun gjelde dagens sikkerhetspasienter til en rehabiliteringspost for pasienter med psykoseproblematikk og rus.

Dette gir også mulighet til å ta imot pasienter på tvang, da rammene for slike innleggelser er til stede. Dersom de pasientene som trenger lengre tids opphold i institusjon, som i dag ofte kan finne seg på akuttpostene, kan komme hit, frigjøres det samtidig plass til andre som har behov for akuttinnleggelse.

Behandlersituasjonen innen Avdeling for sikkerhetspsykiatri er god, slik at med økning av 4 nye pasienter vil det ikke kreve flere behandlere enn dagens 2 overleger, 1 lege i spesialisering og 2,5 psykologspesialister. Det er i hovedsak økning av miljøpersonale i turnus som vil medføre økonomiske utgifter i dette tiltaket. Vi har kostnadsberegnet at dette vil ligge på kr. 2 051 000,-. Dette er etter beregninger fra dagens bemanning på RoP, noe som ikke innebærer økning av personale på natt. I og med at dette tiltaket forutsetter en endring av innholdet i tjenesten, er det knyttet noe usikkerhet til denne kostnadsberegningen. Innholdet i den ene døgnposten må ses i sammenheng med fremtidens behov og ny klinikkstruktur.

Tiltak 2: Åpne for 7 døgn behandlingstilbud på Døgneten Storslett

Dagens ordning med 6 senger på Storslett med stengt hver 4. helg, skaper utfordringer med å utnytte behandlingsskapasiteten maksimalt. Dette kan vi bl.a. se på beleggsprosenten de tre siste årene hvor den i gjennomsnitt har ligget på i underkant av 70 %. Ved å utnytte plassene bedre for pasienter tilhørende Nord-Troms og Finnmark, vil vi kunne avlaste Subakuttpost Nord og frigjøre plass her til pasienter tilhørende Tromsø-området. I det videre arbeidet med ny klinikkstruktur må det tas en diskusjon hvordan det vil være mest

hensiktsmessig og organisatorisk plassere Subakuttpost Nord. Det må ses i lys av en best mulig utnyttelse av plassene ut i fra behovet i opptaksområdet, men vi vil ikke gå videre inn på dette her.

Vi kan også vurdere å øke sengekapasiteten på Storslett, men i og med at dagens 6 senger ikke fullt ut benyttes, er vi usikker på behovet for flere behandlingsplasser. For å holde åpent hver 4. helg, kreves det tilførsel av turnuspersonell tilsvarende tre 100 % stillinger. Dette har vi kostnadsberegnet til kr. 1 950 000,-.

Gruppens vurdering

Gruppen har ikke samlet seg om en sengepost som vil medføre den laveste risikoen, men har konkludert med det er en høy risiko ved nedleggelse av begge sengepostene. Selv når vi har satt inn mange risikoreduserende tiltak gjenstår det en betydelig restrisiko som vi ikke kan finne gode løsninger for. Restrisikoene er ikke minst knyttet opp mot den korte tidsfristen det er for en nedleggelse sett i forhold til tiden det tar å flytte sentrale arbeidsoppgaver til andre enheter i spesialist- og kommunehelsetjenestene, samt at klinikken er i gang med en omfattende strukturendring som langt nær er på plass.

Selv om det totalt sett til enhver tid er noe ledig sengekapasitet i klinikken gjelder dette ikke spesielt postene UNN har i Tromsø og i særlig liten grad de postene som behandler pasienter fra Tromsø kommune. Under forutsetningen av at pasientene skal ha et tilsvarende godt tilbud i klinikken etter en nedleggelse, kan en derfor si at nedleggelse av en av disse postene gir svært store omstillingsutfordringer for hele virksomheten.

I løpet av perioden vi har jobbet med risikovurderingen har det kommet frem antydninger om at underskuddet til klinikken ser ut til å bli noe mindre enn først antatt. Hvis omstillingsutfordringer for 2015 nå er mindre bør arbeidet med ny klinikkstruktur ferdigstilles før evt. nedleggelse av virksomhet iverksettes.

Hovedrapport Døgn Storsteinnes

Døgn Storsteinnes er en av tre døgnenheter i Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn (PSTO) som har Tromsø, Karlsøy, Lyngen, Storfjord og Balsfjord som sitt opptaksområde. Pr. november 2014 var det 66 143 innbyggere over 18 år og 18307 under 18 år. Dette opptaksområdet har til sammen 31 døgnplasser på DPS-nivå og Døgn Storsteinnes har 9 av disse plassene.

Døgn Storsteinnes er et allmennpsykiatrisk behandlingstilbud på DPS-nivå med innleggelser av avgrenset varighet når polikliniske og ambulante tilbud ikke er tilstrekkelig. For å ivareta gode pasientforløp og i størst mulig grad begrense innleggelser i akuttpost, har Døgn Storsteinnes øremerket 2 plasser for akutt- og krisehjelpsinnleggelser. De øvrige 7 plassene er elektive innleggelse etter søknad.

Døgn Storsteinnes gir tilbud til et bredt utvalg av pasienter med forskjellige diagnoser (depresjon, psykoser og personlighetsforstyrrelser) og et stort symptomtrykk. Dette er pasienter med et relativt lavt funksjonsnivå. De klarer seg så vidt hjemme med kommunal hjelp støttet av psykiatrisk poliklinikk. Innleggelsen er i noe mindre grad krisepreget og i større grad rettet mot å stabilisere pasientene slik at de faller til ro og får øket funksjonsnivået. En samarbeider tett med hjemmetjenestene i kommunen og de polikliniske behandlerne under innleggelsen, for å sikre og bedre oppfølgingen etter utskrivelse. En mottar en god del pasienter fra akuttpostene for stabilisering før utskrivelse, men en tar også inn pasienter elektivt. Dette er ofte pasienter langt inne i sitt sykdomsforløp som trenger behandling, ro og orden for en kortere periode for å kunne klare seg videre ute i samfunnet. Posten demmer opp for innleggelser i akuttpostene og avlaster disse. All erfaring viser at dersom pasientene ikke fikk dette tilbudet ville mange etter hvert komme i større kriser som krever innleggelser på akuttpost.

Posten er så godt bemannet med stabilt og godt utdannet miljøpersonal, at kvaliteten på behandlingen er stor selv med små lege- og psykologressurser. Pasientene blir trygge og faller fort til ro slik at innleggelsene blir korte. Posten er således både billig og effektiv og er en viktig del av det totale behandlingstilbudet i PSTO til å dekke opp for det store innleggelsesbehovet i området.

Drifts- og forbruksdata for 2013.

Opptaksområdet har en befolkning på 84 450. 58 % av liggedøgnene brukes av pasienter fra Tromsø kommune.

Drifts- og forbruksdata for perioden 1.1.2013 - 31.12.2013	
Innbyggere >18 år i opptaksområdet	66 143
Antall senger	9
Antall innleggelser	268
Antall liggedøgn	3 012
Beleggsprosent	91,4
Innleggelser per seng	29,7
Innleggelser per 10 000 innbyggere >18 år i opptaksområdet	39,3
Kostnader per seng (budsjettet)	1 585 349
Kostnader per innleggelse (budsjettet)	53 239
Kostnader per liggedøgn (budsjettet)	4 737

Kilder:

Driftsdata fra rapport i DIPS

Befolkningstall fra "Klinikkdata per 25.11.14" på klinikkens hjemmeside.

Oppgaver ved Døgn Storsteinnes

Utredning/behandling/opplæring:

Enheten bistår med akutt- og krisetjenester i tett samarbeid med poliklinisk og ambulante tjenester. Videre tilbyr man utredning, behandling og rehabilitering av henviste pasienter.

- Håndtere akutt og krisehendelser fra Balsfjord, Storfjord og Lyngen.
- Oppfølging og behandling baserer seg på frivillige innleggelser. Enheten er ikke godkjent for tvangsinnleggelser, men tar imot pasienter på tvunget vern uten døgnopphold (TUD) som ønsker frivillig opphold i døgnenhet.
- Utredning, behandling og rehabilitering av de fleste psykiske lidelser, inkludert rus og psykose lidelse. Tilbyr behandlingsopphold til pasienter med alvorlige og sammensatte rus og psykoselidelser, bipolare lidelser og alvorlig angst og depresjonslidelser.
- Prioriterer behandlingstilbud til unge med debut av alvorlig psykisk lidelse.
- Behandlingstilbudet generelt er en forsterkning av poliklinisk tilbud. Tilbudet kan bestå av utredning, nettverksarbeid, miljøterapi, samtalerterapi, gruppeterapi og medikamentell behandling.
- Aktivitetstilbud som fremmer fysisk helse vektlegges høyt.

- Døgnetenheten har en sentral støttefunksjon til pasienter med kroniske psykisk lidelse som mottar sammensatte tjenester fra kommunen. Personalet inngår i ansvarsgrupper sammen med kommunehelsetjenestene.
- Tilbyr brukerstyrte innleggelses til selekterte pasienter fra Balsfjord, Storfjord og Lyngen.
- Familieleiligheten som er tilknyttet enheten benyttes til rehabilitering, familiebehandling, samarbeid med pårørende og arbeid med barn som pårørende.
- Forsterker poliklinisk traumebehandling med døgnopphold.
- Utøver ambulant virksomhet i samarbeid med poliklinikken. Ambulant vakttelefon administreres av døgnetenheten utenom poliklinikkens åpningstid.
- Gir opplæring av pårørende og brukere i tett samarbeid med poliklinikk og kommunehelsetjeneste.
- Beredskapsenhet ved evt. pandemi.
- Nye framtidige oppgaver: Døgn Storsteinnes vil være et mulig sted der klinikken kan utvikle et spesielt medikamentfritt behandlingstilbud

Personalressurser:

En stor andel av miljøpersonalet har lang terapeuterfaring. Det er en meget stabil personalgruppe som er godt utdannet med flere videreutdanninger innen psykisk helse og rusavhengighet. Lis-lege og overlege har et samtidig arbeid i poliklinikk og døgnetenhet, noe som bidrar til god kontinuitet i pasientforløpene. Andre polikliniske medarbeidere kan også være pasientansvarlig under innleggelse for å ivareta behandlingskontinuitet.

Utdanningsarena:

Tilbyr praksis inne grunn- og videreutdanning for sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, hjelpepleiere, politistudenter, legestudenter og psykologstudenter.

Samarbeid internt i UNN:

Kontinuitet i behandlingen gjennom faste behandlingsrelasjoner og et sammenhengende nettverk av godt integrerte tiltak, oppfattes som viktig i psykisk helsearbeid. Pasientene kan få tilbud i ulike deler av PSTO samtidig, eller på forskjellig tidspunkt ut fra hva som vurderes som hensiktsmessig for den enkelte. Døgn Storsteinnes inngår som en viktig del av det totale tilbudet som gis i avdelingen. PSTO har stort pågang på innleggelses, og Storsteinnes utgjør en viktig del av behandlingsskjeden for mange pasienter med alvorlig lidelse og sammensatte behov. Døgn Storsteinnes har en svært høy kvalitet på sin miljøterapi som skaper trygghet. Mange pasienter i psykisk krise faller til ro her.

PSTO har et felles inntaksteam som vurderer og fordeler alle elektive søknader om døgnopphold. De fleste elektive innleggelses fra opptaksområdet går til Døgn Storsteinnes. I tillegg overføres pasienter til Døgn Storsteinnes fra akuttpost Tromsø og akuttpost Nord ved

Åsgård. Behovet for innleggelse ved PSTO er allerede betydelig større enn hva vi klarer å dekke med dagens sengekapasitet.

Samarbeid eksternt:

- Samarbeider tett opp mot kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom ansvarsgruppemøter og utadrettet oppfølging av pasienter.
- Månedlige teamreiser til Lyngen, Storfjord og Balsfjord med faste møter med fastleger og psykiatritjeneste.
- Veileder personell i primærhelsetjenesten.
- Flere samarbeidsprosjekt med kommunene knyttet til fysisk aktivitet for psykisk psyke. (F. eks Kløverdilten).
- Tilbyr 24/7 ambulante tjenester til Balsfjord, Storfjord og Lyngen.
- Utvikler et kompetansehevingsprogram sammen med Balsfjord kommune: Fagutvikling innen RoP-lidelser samt PsyConnect- utvikling av nettbasert samhandlingsverktøy (prosjektansvarlig Nasjonalt senter for telemedisin).
- Tett samarbeid med NAV og barneverntjenesten.
- Samarbeid med flyktningmottak i Skibotn.

Risikovurdering

Svekket tilbud til pasienter og pårørende i Balsfjord, Storfjord og Lyngen.

Døgn Storsteinnes og det polikliniske teamet ved Storsteinnes har over mange år bygd opp et tett og overlappende samarbeid med kommunehelsetjenesten i Balsfjord, Storfjord og Lyngen. De driver en aktiv ambulerings ut til kommunene, samt hjemmebesøk hos klienter i samarbeid med kommunehelsetjenesten. De ansatte ved poliklinikken og Døgnerheten kjenner oppgavene og utfordringsbilde i sitt opptaksområde svært godt. De representerer en nærhet til befolkningen og erfares som en god og tilgjengelig samarbeidspartner til kommunehelsetjenesten.

Innleggelse ved Døgnerheten er en nødvendig forsterkning av behandlingen når det polikliniske/ambulante tilbudet ikke er tiltrekkelig. En vurderer til enhver tid økt innsats fra kommunens side og polikliniske behandlingsformer før en tar imot til innleggelse. Nedleggelse av døgntilbudet vil med stor sannsynlighet svekke spesialisthelsetjenestens totale tjenester til befolkningen, samt svekke samarbeidet med kommunehelsetjenesten i Balsfjord, Storfjord og Lyngen.

Døgn Storsteinnes har etablert et brukerstyrt innleggelsestilbud til pasientgrupper fra Storfjord, Balsfjord og Lyngen. Det vil være vanskelig å opprettholde det brukerstyrte tilbudet hvis pasientene må få sitt framtidige døgntilbud ved andre døgnerheter som ligger geografisk langt fra pasientens hjem.

Risikoreducerende tiltak: Befolkningen i Balsfjord må få sitt døgntilbud i Avdeling Sør; akuttinnleggelser i Tromsø og annet døgntilbud på Silsand.

Befolkningen i Lyngen og Storfjord må få sitt døgntilbud i Avdeling Nord. Akutt innleggelser i Tromsø og annet døgntilbud på Storslett. Døgnetheten ved Storslett må tilføres økonomiske ressurser slik at de kan ha åpent alle helgene.

Redusert total sengekapasitet for PSTO som allerede har stort press på sengeplassene.

58 % av innleggelsene ved Storsteinnes innehas av pasienter fra Tromsø kommune. Ved nedleggelse på Storsteinnes vil det samlede tilbudet for innleggelse til pasienter fra Tromsø-området nærme seg en kritisk grense. Befolkningen i Tromsø øker med tusen innbyggere pr år. Som de fleste andre vertskommuner til psykiatriske sykehus, har også Tromsø kommune et betydelig merforbruk av innleggelser og liggedøgn, sammenlignet med andre kommuner.

Døgn Storsteinnes demmer opp for innleggelser i akuttpost og avlaster denne. Ved redusert sengekapasitet vil man i betydelig mindre grad kunne demme opp for akutte kriser, og dermed forhindre ø-hjelpsinnleggelser. Risikoen for at det blir flere ø-hjelps-/tvangsinnleggelser er stor.

Risikoreducerende tiltak: Tilførsel av stillingsressurser til økt satsing på poliklinisk og ambulant behandling av pasienter tilhørende Tromsø og Karlsøy.

Styrking av stillingsbudsjett til Døgn 1 og Døgn 2 slik at disse enhetene i enda større grad kan behandle flere ressurskrevende pasienter/avlaste akuttposten.

Samarbeidet med Subakuttpost Nord må videreutvikles både organisatorisk og faglig slik at man utvikler bedre kontinuitet i pasientforløpene. Øremerking av plasser til Tromsø og Karlsøy vil være en mulighet.

I klinikkens arbeid med ny klinisk struktur må en se på framtidig organisering av Subakuttpost Nord med henblikk på at enheten skal gi et behandlingstilbud til Tromsø og Karlsøy i tett samarbeid med PSTO, samtidig som man skal gi befolkningen i Nord-Troms og Finnmark et adekvat behandlingstilbud.

Vanskelig å skaffe medarbeidere lignende arbeid lokalt.

Ved nedleggelse av Døgn Storsteinnes vil det være ca. 25 personer som må omstilles. De aller fleste av disse er bosatt i Balsfjordområdet. Hvis de fortsatt skal jobbe ved UNN vil dette medføre dag- eller ukependling med minimum tre timer kjøretid pr. dag. For de aller fleste vil ikke dette være et aktuelt alternativ. De fleste har barn i barnehage og skole. En så lang reisevei til nytt arbeidssted vil for de fleste være uforenlig med deres privatliv

/familiesituasjon. Det finnes svært få andre ledige arbeidsplasser om dette området. For de aller fleste vil nedleggelse føre til arbeidsledighet, evt. flytting til annen kommune.

Risikoreduserende tiltak: Vanskelig å finne tiltak utover at ansatte må tilbys ledige jobber ved andre lokalisasjoner i UNN.

UNN taper investeringen som er gjort i videreutdanning av personell.

Døgn Storsteinnes har et meget stabilt personell som i kraft av lang ansettelsestid ved UNN er påkostet flere videreutdanninger innen rus og psykisk helse. I og med at det sannsynligvis ikke vil finnes aktuelle omplasseringssteder verken i UNN-systemet eller ledige i jobber kommunal regi, vil denne verdifulle investeringen gå tapt.

I lys av samhandlingsreformens intensjon vil man på sikt se for seg at døgnheten på Storsteinnes kunne overtas og drives i et interkommunalt samarbeid. I et slikt perspektiv vil det samfunnsøkonomisk være svært uheldig å fjerne nåværende kompetansemiljø, for evt. på et senere tidspunkt bygge opp et interkommunalt tilbud helt fra bunnen. I forhold til UNNs samfunnsoppdrag vil vi mene at tap av dagens kompetanse ved Storsteinnes er dårlig forvaltning av statens helseressurser.

Risikoreduserende tiltak: Vanskelig å finne tiltak, i og med at det ikke p.t. er ledige helsepersonellstillinger i Balsfjord, Storfjord og Lyngen.

VPP blir eneste virksomhet fra UNN igjen ved Storsteinnes. Risiko for at vi ikke klarer å opprettholde dette fagmiljøet. Utfordrende å finne ut hvordan VPP skal organiseres.

I den praktiske hverdagen arbeider de polikliniske medarbeiderne og døgnheten på Storsteinnes svært tett. I alle saker vurderes det innsats fra kommunens side og polikliniske behandlingsformer i spesialisthelsetjenesten før en tar imot til innleggelse. Adekvat poliklinisk behandling etableres i de fleste sakene. Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten, poliklinikken og døgnheten er tett og overlappende. For å sørge for nytt døgntilbud for befolkningen fra Balsfjord, Storfjord og Lyngen, i og med nedleggelse, må en splitte dagens opptaksområde slik at innleggelser fra Balsfjord går til døgnheten på Silsand, mens innleggelser fra Storfjord og Lyngen går til døgnheten på Storslett. I og med en oppsplitting og omorganisering av DPS-tilhørighet for disse tre kommunene, vil den polikliniske enheten som blir igjen på Storsteinnes kunne få utfordringer i å samarbeide tett nok med døgnhetene på Storslett og på Silsand. Det er en fare for at fagmiljøet blir for lite. Siden man ikke lenger vil være samlokalisert med en døgnenhet vil man ikke lenger kunne spille på ressursene i Døgnheten, noe som kan forringe det polikliniske fagmiljøet og kvaliteten på tilbudet.

Det er samtidig utfordrende å se for seg hvilken organisatorisk løsning man skal velge i og med at det polikliniske teamet vil måtte forholde seg til to DPS-områder.

Risikoreduserende tiltak: Tilføre to stillinger til det polikliniske teamet slik at behandlingstilbudet blir mer robust, samt en reell mulighet å opprettholde ambulering.

Betydelig lokal motstand mot nedleggelse. Tap av omdømme for UNN.

Fagmiljøet ved poliklinikken og døgnenheten på Storsteinnes erfares som en stor ressurs for kommunene Balsfjord, Storfjord og Lyngen. Det totale tilbudet bidrar til at kommunene kan gi adekvate og gode tjenester til befolkningen. Flytting av døgnbehandlingstilbud til Silsand og Storslett vil med stor sannsynlighet erfares som forringelse av tilbudet til opptaksområdet. Kommunene mener at en omlegging av dagens tilbud vil gå på tvers av nasjonale føringer; føringer som peker i retning av at behandlingstilbud skal gis så nært pasientens hverdag og livssituasjon som mulig. Kommunene uttrykker bekymring for at mennesker med psykiske lidelser vil miste nærheten til et brukervennlig lavterskeltilbud i spesialisthelsetjenesten. For Balsfjord kommune vil en nedleggelse også bety fjerning av 25 arbeidsplasser.

Risikoreduserende tiltak: Opprettholde samarbeidet mellom UNN og kommunene i henhold til overordnede samarbeidsavtaler.

Tap av bygningsmasse som er godt egnet til moderne poliklinisk og døgnbehandling av rus og psykisk lidelser.

Det er på sin plass å nevne at Akuttpost Tromsø og en av våre døgnenheter (til sammen 20 senger) som tilhører opptaksområde til Tromsø og omegn er lokalisert i bygg 6 på Åsgård. Dette bygget er ikke renovert, og er det dårligste bygget på hele Åsgård-området. Bygget er svært slitt, og lite egnet til moderne psykiatrisk døgnbehandling. Bygg 7 vil sannsynligvis ikke være ferdigrenovert før slutten av 2016. I dette perspektivet er det også svært uheldig for UNN å miste de gode moderne lokalene som Storsteinnes representerer innen døgnbehandling i PSTOs opptaksområde.

Risikoreduserende tiltak: Bygget bør selges til kommunehelsetjenestene/ interkommunalt samarbeid.

Risikotabell for nedleggelse av Døgn Storsteinnes

Kritisk suksessfaktor	Tilhørende risiko	Risikoreducerende tiltak	Restrisiko
<p>Utredning/behandling/rehabilitering/opplæring</p> <p>Imøtekomme gode faglige føringer og styringssignaler</p>	<p>Imøtekommer ikke gode faglige føringer og styringssignaler.</p> <p>1. Lokalsykehus skal være hovedveien inn og ut av psykisk helsevern. Hovedansvaret for tilbudet skal ligge på lokalsykehusfunksjonen * Svekkelse av det desentrale tilbudet strider mot klare faglige føringer og styringssignaler. Reduserer det akutte og elektive døgntilbudet til befolkningen i opptaksområdet.</p> <p>2. Akutt og elektive tjenester * Døgnenheten Storsteinnes er en sentral del av det akutte og elektive tilbudet lokalt og en svært viktig samarbeidspartner for VPP Storsteinnes.</p> <p>3. Brukermedvirkning * Brukerstyrte innleggelser som tilbud til befolkningen i opptaksområdet blir ikke oppfylt. * Manglende kunnskap om lokale forhold, den enkelte pasient og pasientpopulasjonen reduserer mulighetene for å gi et godt tilbud og sikre god brukermedvirkning.</p> <p>4. Nærhet til behandlingstilbudet * Befolkningen må få nødvendige tjenester når de trenger det og der de trenger det. Mulighet for innleggelse lokalt for utredning og behandling er en viktig del av det totale helsetilbudet for kommunene Balsfjord, Storfjord og Lyngen.</p>	<p>1. Styrking av polikliniske og ambulante tjenester i Tromsø og Storsteinnes kan ikke kompensere for redusert døgncapasitet på kort sikt.</p> <p>Overføring av innleggelser til Storslett og Silsand.</p> <p>Overta/ bruke større andel av plassene ved Subakuttpost Nord til pasienter fra Tromsø.</p> <p>2. VPP Storsteinnes kan samarbeide om akutte innleggelser på akuttpostene i Tromsø, eller ved døgnenhet på Storslett eller Silsand. Det polikliniske tilbudet til befolkningen i Balsfjord, Storfjord og Lyngen overføres til Avdeling sør og Nord.</p> <p>3 Brukerstyrte innleggelser må fordeles på et opptaksområde som er mye større enn dagens.</p> <p>4. Innleggelse vil måtte tilbys fra andre døgnenheter i klinikken. PSTO må utvide sengekapasiteten i Tromsø.</p>	<p>1. Nær 60 % av nåværende liggedøgn er pasienter tilhørende Tromsø kommune. De to døgnenhetene som ligger i Tromsø (Åsgård) har til enhver tid 90-100 % belegg. Nedleggelse av Døgn Storsteinnes vil føre til flere innleggelser og flere liggedøgn i Tromsø.</p> <p>Ved evt. overtakelse av Subakuttpost Nord vil flere pasienter fra Nord-Troms og Finnmark måtte ferdigbehandles på akuttpost. Det er en stor utfordring å få pasienter overført fra akuttpost til døgnenheter i Finnmark etter at sengekapasiteten i Finnmark er betydelig redusert. Dette kan medføre overbelegg/ redusert beredskap på akuttpostene.</p> <p>2. Poliklinikkenheten ved Storsteinnes er en meget liten enhet. Etter en evt. nedleggelse av Døgn, som er en viktig samarbeidspartner i det daglige, vil fagmiljøet bli så svakt at det blir utfordrende å opprettholde tilstrekkelig høy faglighet i driften ved enheten.</p> <p>3. Høy risiko for at tilbudet begrenses og at</p>

Kritisk suksessfaktor	Tilhørende risiko	Risikoreducerende tiltak	Restrisiko
			<p>det reelt sett vil falle bort på grunn av begrenset kapasitet, og for lang vei til nærmeste døgnerhet.</p> <p>4. Avdeling Sør eller Nord har liten mulighet for å avgi senger til PSTO.</p> <p>Diskontinuitet i behandlingsforløp.</p>
<p>Videreføring og styrking av god samhandling internt og eksternt</p>	<p>Risiko for redusert samhandlingsmulighet.</p> <p>Samhandling med pasienter og pårørende</p> <p>1. Økt risiko for at behandling/opptrening av funksjon ikke skjer så nær pasientens hverdag og livssituasjon som mulig. Tap av lokal kunnskap og samhandling.</p> <p>Samhandling internt i Psykiatrisk senter</p> <p>1. Poliklinisk og ambulant virksomhet mister noen støttefunksjoner og må styrkes hver for seg for å kunne opprettholde dagens standard.</p> <p>Det er likevel stor fare for at vi mister bredde i tilbudet lokalt, noe som vil kunne medføre risiko for lengre ventelister i forhold til poliklinisk behandling, økt risiko for fristbrudd og flere akuttinnleggelser.</p> <p>2. Redusert muligheten for raske og korte innleggelser i Døgnerhet, øke press på det polikliniske og ambulante virksomhetene i organisasjonen med risiko for lengre ventelister</p>	<p>1. Døgn Storslett og Døgnerheten på Silsand må opparbeide seg lokalkunnskap og etablere samhandlingsarenaer med Balsfjord, Storfjord og Lyngen. Samhandlingen knyttet til innleggelse må ivaretas fra andre enheter som ikke har samme lokalkunnskap som Storsteinnes.</p> <p>1 og 2. Øke bemanning i poliklinikk og ambulant virksomhet, spesielt med tanke på å unngå fristbrudd.</p>	<p>1. Lokal samhandling med Balsfjord, Storfjord og Lyngen vil bli redusert Det vil ta lang tid før man klarer å utvikle tilfredsstillende samhandling/tilstrekkelig lokalkunnskap fra de nye behandlingseenhetene som skal erstatte Storsteinnes. Dagens tette samarbeid mellom VPP og Døgn Storsteinnes og nåværende opptaksområde er vanskelig å kompensere.</p> <p>1 og 2. Redusert tilbud av elektive innleggelser og mindre fleksibilitet på raske innleggelser</p>
		1, 2. Flere polikliniske	1. Innleggleser ved

Kritisk suksessfaktor	Tilhørende risiko	Risikoreducerende tiltak	Restrisiko
	<p>i forhold til poliklinisk behandling og fristbrudd. Det vil bli lengre ventetid på elektive innleggelser og PSTO vil ikke kunne være så fleksibel knyttet til behovet for raske innleggelser i Døgnetenhet.</p> <p>Samhandling internt i PSTO med øvrige avdelinger i klinikken</p> <p>1. Reduksjon av sengeplasser i PSTO vil øke risikoen for behov for bistand fra de øvrige avdelingene i klinikken for å avhjelpe behovet for innleggelser fra opptaksområdet til PSTO.</p> <p>Samhandling eksternt (kommunehelsetjenestene)</p> <p>1. Risiko for dårligere samarbeid med kommunenes helse- og sosialtjenester pga geografiske avstander og tap av eksisterende nettverk/samarbeid/ lokalkunnskap.</p> <p>2. Å vite at tilbudene er lett tilgjengelig kan ha forebyggende effekt for innleggelser og styrke den kommunale psykiatritjenesten. Denne risikoen vil reflekteres i pasientforløpet og kan påvirke hvilke oppgaver kommunen kan påta seg.</p>	<p>stillinger i Tromsø</p> <p>Klinikken må revurdere den interne strukturen slik at PSTO får tilstrekkelige sengekapasitet og gode pasientforløp.</p>	<p>akuttposter og andre sengeenheter utenfor PSTOs opptaksområde fører til diskontinuitet i pasientforløp.</p>
<p>Redusert og riktig bruk av tvang.</p>	<p>Økt bruk av tvang</p> <p>1. Døgnetenhetene spiller en viktig rolle i samarbeid med den polikliniske og ambulante virksomheten i forhold til å komme tidlig inn i et pasientforløp og derved hindre forverring av sykdom som kan føre til økt bruk av tvang. Erfaringene fra de siste års</p>	<p>Vanskelig å redusere risiko.</p> <p>Flytte Balsfjord (5500 innb) til Avd. Sør.</p> <p>Flytte Storfjord (1910) og Lyngen (3058) til Avd. Nord.</p>	<p>Flytting av kommuner kan gå på tvers av det kommunene ønsker.</p> <p>Redusert samhandling kan føre til mer tvangsbruk</p>

Kritisk suksessfaktor	Tilhørende risiko	Risikoreduserende tiltak	Restrisiko
	utvikling indikerer at vi kan unngå bruk av tvang når vi har et psykisk helsevern som preges av tidlig intervensjon, nærhet til eget opptaksområde, stor grad av fleksibilitet og et variert tilbud, deriblant lett tilgang til innleggelser lokalt.	Åpne døgnenheten Storslett i alle helger ved å tilføre stillinger for helgebemannning.	
Beholde arbeidsplasser/ bosetting/ kompetanse desentralisert	De fleste som arbeider ved Døgn Storsteinnes er helsefagarbeidere som ikke vil finne seg nytt arbeid i nærmiljøet. For de aller fleste vil ikke pendling til Tromsø eller andre lokalisasjoner ved UNN være alternative arbeidsplasser på grunn av for lang dagpendling. For å få ny jobb i UNN vil mange måtte vurdere flytting, noe som vil medføre store sosiale/økonomiske konsekvenser for enkelte arbeidstaker og deres familie.	Finner ikke risikoreduserende tiltak	Arbeidsledighet
Beholde sentral kompetanse desentralt	Tap av kompetanse. * Ved nedleggelse av Døgnenheten Storsteinnes taper vi et kompetent behandlingsmiljø. Tilbud om ny arbeidsplassering i UNN vil for de fleste medføre pendling. * Risiko for å miste kompetente fagpersoner fordi UNN ikke har mulighet til å tilby annen stilling nært nok ansattes bosted.	Riktig gjennomføring av omstillingsprosess * Vanskelig å redusere risiko * Pga av avstand er det vanskelig å skulle omplassere i øvrig virksomhet i UNN * UNN vil miste kompetente fagpersoner med lang erfaring innenfor psykisk helsevern.	UNN taper kompetansen
Fortsatt mulighet for å gi utdanning og praksis til helsearbeidere desentralt	Tap av utdanningsmulighet/praksis desentralt * Det er stor mangel på praksisplasser for helsefagutdanningene. Dette gir også risiko for dårligere rekruttering desentralt.	Etablere flere polikliniske og ambulante praksisplasser	Økt press på praksisplasser i de øvrige sengeenhetene innenfor psykisk helsevern

Hovedrapport Rus- og psykiatriposten

Rus- og psykiatriposten (RoP) er en døgnpost for inngående utredning (differensialdiagnostisk vurdering, funksjonsvurdering og rehabiliteringsbehov), behandling av personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse (ROP-lidelser) og poliklinisk oppfølging etter utskrivelse. Med alvorlig psykisk lidelse siktes det hovedsakelig til psykoselidelser. I tillegg inkluderes mindre alvorlig psykiske lidelser og samtidig ruslidelse som samlet gir betydelig funksjonssvikt. I følge Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser (ROP-retningslinjen) skal denne pasientgruppen få sin rusbehandling innenfor psykisk helsevern. Personene i målgruppen til RoP (18-35 år) nyttiggjør seg dårlig tradisjonell rus- og psykisk helsebehandling. Retningslinjene er klare på at døgnbasert tilbud bør vurderes som et supplement når oppsøkende og hjemmebaserte tjenester viser seg å være utilstrekkelige. Personer med ROP-lidelser har det svært vanskelig og har store behandlingsbehov. De er ofte husløse og forskning viser at personer med alvorlig psykisk lidelse har høyere dødelighet i ung alder enn øvrig befolkning. Dette skyldes ofte somatiske sykdommer knyttet til rusmiddelmissbruk, som hjerte- og lungesykdom og infeksjonssykdom. De er derfor i behov for behandling både av sin psykiske lidelse, rusavhengighet og ulike somatiske sykdommer.

Det er 8 sengeplasser inkludert en egen skjermingsenhet på RoP. På årsbasis er gjennomsnittlig 44 % av pasientene innlagt etter Lov om Tvungent Psykisk Helsevern.

Drifts- og forbruksdata for 2013.

Opptaksområdet er alle kommunene i Finnmark og Troms i tillegg til 5,5 kommuner i Nordland (Ofoten).

Drifts- og forbruksdata for perioden 1.1.2013 - 31.12.2013	
Innbyggere >18 år i opptaksområdet	208 098
Antall senger	8
Antall innleggelser	36
Antall liggedøgn	2 395
Beleggsprosent	92,4
Innleggelser per seng	4,5
Innleggelser per 10 000 innbyggere >18 år i opptaksområdet	1,7
Kostnader per seng (budsjettet)	2 821 210
Kostnader per innleggelse (budsjettet)	626 936
Kostnader per liggedøgn (budsjettet)	9 424

Kilder:

Driftsdata fra rapport i DIPS

Befolkningstall fra "Klinikkdata per 25.11.14" på klinikkens hjemmeside.

Oppgaver ved Rus- og psykiatriposten

Utredning/behandling/opplæring:

- Utreder unge pasienter, hovedsakelig i alderen 18-35 år med mistanke om alvorlig psykisk lidelse kombinert med rusmisbruk.
- Utredningen består i systematisk observasjon, samtaler, div. kartleggings- og diagnostiske verktøy i samarbeid med pasientene, se detaljert beskrivelse under "Utdanningsarena".
- Tilbyr oppstart og langsgående behandling for samtidige lidelser i samarbeid med pasientene
- Det er rimelig godt dokumentert at personer med RoP-lidelser har effekt av en integrert behandlingsmodell (TSB og psykisk helsevern).
- Tilbyr psykoedukasjon, informasjon og opplæring til pasienter, pårørende og øvrig hjelpeapparat
- Undervisning for UiT Norges arktiske universitet og Høyskolen i Narvik

Behandling av ROP-lidelser i denne sengeposten er tuftet på miljøterapeutiske prinsipper som bl.a. er oversikt, rammer og struktur. Forutsigbarhet for både pasienter og personalet er

viktig, hvor det er tett og daglig kontakt mellom pasientene og terapeutene. Dette fører til høyere intensitet og bedre kontroll med rus, og er et godt utgangspunkt for ulike terapeutiske intervensjoner. I bunnen ligger en ydmyk tilnærming uten press, krav og forventninger. Det er i tillegg fokus på bruk av elementer fra Motiverende intervju og kognitiv terapi i miljøterapien.

Personalressurser:

- Posten er godt faglig bemannet med en psykologspesialist i psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer og en psykologspesialist i voksenpsykologi, en psykiater, en assistentlege, samt erfarent miljøpersonale med god kunnskap om ruslidelser og psykisk helse, hvor flesteparten har en spesialisering innenfor sine respektive helse- og sosialfaglige utdanninger. Flere har vært ansatt siden oppstarten for 12 år siden (2002).
- Posten har et godt psykososialt arbeidsmiljø

Samarbeid internt i UNN:

- Er en naturlig del av pasientforløpet mellom akuttposter og DPSer. Har også en del pasienter som er i grensesnittet mot sikkerhetspsykiatrien.
- TSB henviser pasienter til RoP i et noe mindre omfang enn psykisk helsevern. Men vi ser jevnlig pasienter som enten henvises fra vurderingsteam (før inntak til TSB) eller fra døgnpostene i TSB. Dette er gjerne pasienter som ved vurderingstidspunktet behandlingmessig anses bedre ivaretatt innen rammene av psykisk helsevern. Man ser videre pasienter som etter en tid i behandling i TSB framviser symptomer på alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelser), og som er i behov av grundigere utredning før evt. videre behandling.

Samarbeid eksternt:

- RoP tilbyr alle pasienter 3 mnd. poliklinisk oppfølging etter utskrivelse med mulighet til forlengelse. Seksjonen har høy poliklinisk aktivitet.
- Den polikliniske aktiviteten er i stor grad direkte pasientrettet, men også en del av aktiviteten handler om veiledning av pårørende og personer som jobber i kommunale helse- og sosialtjenester. Lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3 spesifiserer denne veiledningsplikten som UNN har til kommunene.
- Møter og tett samarbeid med ACT-team Tromsø kommune da de har pasienter i samme målgruppe. Mottar også henvisninger direkte fra ACT-teamet.
- Posten mottar også henvisninger fra fastleger, ruskonsulenter i kommunene og DPSer.

Utdanningsarena:

- Tar imot mange studenter i praksis; sykepleiere, vernepleiere, politistudenter, helsefagarbeidere, sosionomer, ergoterapeuter, VUD, leger i LIS (intermediærtjeneste), psykologer i observasjonspraksis og 5.årsstudenter (psykologpraktikanter).
- RoP har utarbeidet en modell for gjennomføring av studentpraksis som har høstet stor anerkjennelse på UiT Norges arktiske universitet.
- RoP er den eneste praksisplassen i UNN hvor studenter kan fordype seg i rop-lidelsesproblematikken på en helhetlig måte.
- Posten er nylig søkt for å bli godkjent som 9 mnd. fordypningstjeneste i RoP-lidelser iht. det nye spesialistreglementet i psykiatri.

Kvalitetsutvikling/forskning:

- Er en av fem seksjoner som har bidratt med data, personell og pasienter til studien "ROP-Nord", som omhandler pasienter innlagte til døgnbehandling for rusavhengighet. Studien har til nå generert en doktorgrad, to mastergrader og to spesialistoppgaver i psykologi, i tillegg til flere artikler.

Risikovurdering

Bortfall av spesialisert regionalt tilbud for pasienter med ROP-lidelser. Denne typen lidelser er økende, og det finnes ingen tilsvarende tilbud i klinikken.

RoP er det eneste anbefalte (jf. Helsedirektoratet og nasjonale faglige retningslinjer) spesialiserte døgntilbudet fra Ofoten i Nordland, Troms og Finnmark for denne pasientgruppen. Oppsummert forskning viser at opp mot 50 % av alle pasienter med psykose som kommer til akuttpsykiatrisk behandling, også har livstidsprevalens for illegale rusmidler (Nasjonalfaglig retningslinje). Disse pasientene overforbruker helsetjenester på alle nivåer sammenliknet med andre pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og responderer dårlig på de tradisjonelle behandlingstilbudene. Forskning viser at denne pasientgruppen oppnår lettere bedring under et tilrettelagt spesialisert institusjonsopphold enn ved poliklinisk behandling. Retningslinjene er klare på at døgnbasert tilbud bør vurderes som et supplement når oppsøkende og hjemmebaserte tjenester viser seg å være utilstrekkelige.

Denne pasientgruppen har vist seg å nyttiggjøre spesialiserte tilbud som ACT-team, noe som har ført til at de over tid legges inn i mindre grad. Men et poliklinisk tilbud til denne pasientgruppen krever store ressurser, tar lang tid å etablere og er tung å drive. Nøkkelen til suksess er stor fleksibilitet, mobilitet, høy faglighet på alle områder (tverrfaglighet), konkret

daglig samarbeid om den enkelte pasient mellom nivåene (en nærmest utvasket grense mellom spesialisthelsetjeneste og kommune) og kontinuitet over svært lang tid (5-10 år). Det er dermed urealistisk å tenke seg at en styrking av det polikliniske tilbudet på kort sikt vil kunne demme opp for innleggelser selv om det vil være fornuftig og på lang sikt vil kunne senke innleggelsesbehovet til pasientgruppen.

Denne pasientgruppen, som oftest kommer først til akuttpsykiatrien, vil ha behov for integrert behandling av både alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Denne kompetansen er ikke tilstrekkelig utbredt innen akuttpsykiatrien i dag, og de har heller ikke rammene for å kunne gi den langvarige oppfølgingen som er nødvendig. Ved evt. bortfall av RoP, må UNN HF enten henvise pasientene ut av eget helseforetak for spesialisert utredning og behandling. Dette vil med stor sannsynlighet medføre store ekstra kostnader på gjestepasientbudsjettet til UNN HF. Eller så må pasientene flyttes til andre enheter i klinikken med mindre kompetanse på samtidige lidelser. Dette vil gå utover kvaliteten på behandlingen, samt øke presset på poster som allerede sliter med å gi et optimalt tilbud til denne gruppen jfr. ROP-retningslinjen. En stor gruppe samarbeidspartnere, pårørende, pasienter med samtidig alvorlig rus- og psykiske lidelser mister sitt eneste spesialiserte tilbud i UNN, et tilbud om lengre tids innleggelser for utredning og behandling som vi allerede i dag har for lite av. Dette kan medføre økt belastning på pasientens omgivelser og spesielt deres pårørende.

Risikoreducerende tiltak:

En ønsker å styrke rusbehandlingstilbudet og kompetansen innen ROP-lidelser på DPSer og andre sengeposter. Videre ønsker en å etablere rusteam/ACT-team på hver poliklinikk. Teamene knyttes opp mot lokale døgnenheter. Et slikt tiltak har en betydelig stor restrisiko ved at man ikke vil klare å bygge opp disse alternative tilbudene før nedleggelse i 2015.

Bortfall av kompetent samlet fagmiljø på ROP-lidelser som er viktig for oppbygging av kompetanse på ROP-lidelser i spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Posten driver med kompetanseoverføring i form av undervisning og oppfølging for øvrige deler av spesialisthelsetjenesten, DPS og NAV.

Fagmiljøet er tuftet på integreringen av både tradisjonell rusbehandling og behandling av psykiske lidelser. Integrert behandling av samtidige lidelser er svært krevende og det har siden oppstart av sengeposten i 2002 blitt etablert en svært god kompetanse på nettopp dette. Behandlingsforløpene til denne pasientgruppen tar tid. Pasientene trenger ro og tid for å komme seg etter ofte lange alvorlige sykdomsperioder uten behandling, medisiner og tilstrekkelig oppfølging. I følge de nasjonalfaglige retningslinjene skal pasienten minimum ha vært rusfri en mnd. for å kunne stille sikre diagnoser. I tillegg skal de stabiliseres medikamentelt noe som ofte kan ta opp til 4 uker gitt riktig valg av medikament. Når pasienten er stabilisert, minimum etter 2 mnd., skal funksjonsvurdering påbegynnes og et

samarbeid med pasienten rundt oppfølging etter utskrivelse. Til sammen tenker man at et utredningsopphold tar minimum 3 mnd. gitt at det ikke er behov for medikamentskifte og pasienten her vært rusfri. Umiddelbar rusintervensjon gjøres når kommer inn i forhold til abstinensbehandling og beskyttelse mot ytterligere rusinntak. Videre kartlegges risikosituasjoner og rusens funksjon og teamet planlegger videre mer langsiktig rusbehandling. For de pasientene som er tilstrekkelig stabilisert og motivert starter en mer innsiktsfull rusbehandling under innleggelsen i posten

ACT-team Tromsø/kommunale helsetjenester følger opp pasienter med alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelse) og rusproblemer. RoP og ACT-team Tromsø møtes jevnlig for å drøfte generelle problemstillinger knyttet til felles pasientgruppe, eller planlegging av konkret samarbeid rundt pasienter. RoP har tatt mot pasienter fra ACT til stabiliseringsopphold, eller fulle utredningsopphold. Den senere tid har også tidligere pasienter fra RoP, nå tilhørende ACT, kommet til poliklinisk oppfølging (depotmedikasjon, kontrollvurdering jf. TUD m.m.). Nær 45 % av alle innleggelser på RoP er fra Tromsø kommune. Evalueringen av ACT-team-tilbudet på landsbasis viser til at pasientene nyttiggjør seg av et spesialisert tilbud. Det vil bli store konsekvenser for ACT-team Tromsø om RoP legges ned, da de vil miste en viktig samarbeidspartner. Samtidig mister de et viktig tilbud for pasienter som har behov for en lengre tids stabilisering og utredning/behandling.

RoP har vært organisert under Avdeling Nord siden 01.09.13. Tidligere var RoP organisert under Avdeling for psykiatri og rusbehandling. Hensikten med overføringen var blant annet å heve kompetansen på ROP-lidelser i øvrige deler av klinikken, samt lette pasientflyten og behandlingsforløpene. 01.09.14 ble Psykisk helse- og rusklinikken dannet hvor en forventning om en integrering av psykisk helse og rus feltene ble framlagt av Direktøren. RoP er UNNs kompetanseenheter i forhold til samtidige lidelser og vil kunne være av stor betydning i det videre arbeidet med å integrere de to fagfeltene internt i klinikken. Imidlertid vil en nedleggelse føre til at Psykiske helse- og rusklinikken UNN vil stå uten en egen kompetanseenheter og et spesialpsykiatrisk tilbud til pasienter med alvorlige RoP-lidelser.

Et samlet og meget kompetent erfaringsbasert fagmiljø vil forvitte og trolig forsvinne. I tillegg vil TSB kunne stå i fare for å måtte viderehenvise pasientene ut av helseforetaket til private institusjoner og kostbare gjestepasientopphold, eller til andre enheter innen psykisk helsevern som ikke innehar tilstrekkelig kompetanse på rusbehandling.

RoP tilbyr alle pasienter 3 mnd. oppfølging etter utskrivelse. Målsettingen er å følge pasienten ut i kommunen etter utskrivelse og få til et samarbeid med kommunene slik at de i større grad klarer å ivareta pasientene etter utskrivelse. En viktig del av utredningen går på å lage tiltaksplaner og komme med anbefalinger i forhold til pasientens helhetlige fungering og oppfølgingsbehov hjemme, både i forhold til psykisk helse, rus og aktivitet. Deltakelse på

ansvarsgruppemøter/samarbeidsmøter er en selvfølge. Den polikliniske behandlingen kan gå på direkte oppfølging av pasienten sammen med øvrig primærhelsetjeneste/spesialisthelsetjeneste, oppfølging og veiledning til pårørende, NAV og kommunalt ansatte.

Uten denne oppfølgingen vil det sannsynligvis bli flere unødvendige reinnleggelse da enkelte kommuner ikke innehar tilstrekkelig ressurser og faglig kompetanse til å ivareta disse pasientene alene. RoP er en verdifull samarbeidspartner og støttespiller som kan i tillegg kan avlaste. Pasientgruppen krever store økonomiske ressurser fra kommunale helse- og sosialtjenester, og vil være i helsevesenet over svært mange år, ofte resten av livet.

Risikoreducerende tiltak:

En ønsker å beholde kompetansen i UNN og styrke tilbudet på Subakuttpost Nord med ansatte fra RoP. Et alternativ er å sette begge disse postene i omstilling og slå dem sammen for å sikre at større deler av behandlingsmiljøet blir videreført. Restrisikoen ved å sammenslå RoP og Subakuttpost Nord vil vise seg i at en del av pasientene som i dag får tilbud på Subakuttpost Nord vil miste et viktig tilbud. Vi stipulerer at beholdersiden må styrkes ved å tilføre en psykologspesialist og i tillegg en sosionom med ruskompetanse.

Bortfall av utdanningstilbud. Spesielt utdanning til LIS innen langtidstjeneste psykiatri og rus-spesialitet.

Posten er nylig søkt for å bli godkjent som 9 mnd. fordypningstjeneste i ROP-lidelser iht. det nye spesialistreglementet i psykiatri. I følge UNNs Strategiske utviklingsplan, så skal det satses betydelig på kompetanseheving innen rus og avhengighetsmedisin. På RoP vil LIS få erfaring med grundig utredning og observasjon av ROP-lidelser i tverrfaglige behandlingsteam. LIS skal få kjennskap til ulike rusmidler, bruk, avhengighet og skadevirkninger, for å ha best mulig grunnlag mtp. utredning og diagnostiske differensieringer. LIS vil få kjennskap til ulike medikamentell abstinensbehandling og substitusjonsbehandling ved opiatavhengighet. Per i dag har vi løpende undervisning og veiledning av overlege i spesialisert rusbehandling/avrusning/LAR, 2 timer ukentlig. Differensiering mellom ulike psykiatriske lidelser står sentralt. Pasientene på RoP har i hovedsak disse lidelsene; uni- eller bipolare affektive lidelser, med eller uten psykose, vrangforestillingslidelser, lidelser innenfor psykose og schizofreni-spekteret, samt alvorlig personlighetspatologi – i kombinasjon med rusavhengighet. Rusens innvirkning på den psykiske helsen, for eksempel i form av rusutløst psykopatologi versus psykoselidelse som grunnlidelse, vil være sentralt i vurderingen og behandlingen og dette er en unik læringsarena for kommende helsearbeidere.

En nedleggelse av RoP vil føre til at et viktig utdanningstilbud innenfor et strategisk satsningsområde faller bort.

Risikoreducerende tiltak:

LIS-legene og andre studenter vil måtte få sin praksis på andre poster som ikke jobber like integrert som RoP gjør i dag. Praktikantene må reise ut av eget HF for å få erfare denne type integrerte behandlingsmodell.

Redusert total sengekapasitet i Tromsø, som er et område med stor press på sengeplassene.

RoP mottar mange av pasientene fra de ulike akuttpsykiatriske sengepostene i klinikken. Pasientgruppen med stor psykisk symptombelastning og ruslidelse er svært ofte "svingdørspasienter" i de akuttpsykiatriske avdelingene, og opptar ofte vesentlige ressurser i form av lengre liggetid og hyppige innleggelser.

En sannsynlig konsekvens av nedleggelse av RoP vil være økt press på akuttpsykiatriske sengeposter i UNN, og økt antall reinnleggelser. I tillegg vil det merkes et økt press på DPSene til tidligere å ta imot disse pasientene uten den faglige støtten og muligheten for tett oppfølging fra RoP som tilfellet er i dag.

Forskning viser at forekomsten av rusavhengighet kombinert med psykiske lidelser er rundt 50 % av pasientene som er innlagt i akuttavdelinger og sikkerhetsavdeling. Omfanget er også stort innen rehabiliteringsavdelinger.

Risikoreducerende tiltak:

Ved en økning av sengeplassene i sikkerhetspsykiatrien fra 12 til 16 så kan det bedre generell sykehuskapasitet, men ikke spesifikt mot denne pasientgruppen. Døgnetenheten ved SPH Nord-Troms kan slutte med helgestenging hver 4 uke. Det kan åpne for noe større mottakskapasitet generelt. Restrisikoen vil være at ved en generell økning av sykehussengene så vil ikke det favne pasienter med ROP-lidelser spesifikt, men kunne avlaste akuttsenger.

Strider mot nasjonale faglige føringer om satsing på tilbud til pasienter med samtidige rus og psykiske lidelser.

I rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet I-36-2001 står det at det må finnes enheter i hver helseregion som har helsepersonell med behandlingskompetanse både for den psykotiske lidelsen og ruslidelsen. I følge ROP-retningslinjen, skal behandling gis samtidig og av samme behandlingsteam. Med riktig behandling er resultatene gode og den enkelte kan få betydelig bedring.

Ved tap av dette fagmiljøet vil man stikk i strid med helsedirektoratets anbefalinger og helsepolitiske føringer om integrert behandling, kunne tape både fagkunnskap og personell som vanskelig vil kunne oppstå raskt i nye former.

Risikoreducerende tiltak:

Samme som ved "Bortfall av kompetent samlet fagmiljø på ROP-lidelser som er viktig for oppbygging av kompetanse på RoP-lidelser i spesialisthelsetjenesten og kommunene."

Risikotabell for nedleggelse av Rus- og psykiatriposten.

Kritisk suksessfaktor	Tilhørende risiko(er)	Risikoreducerende tiltak og eventuelle kostnader	Restrisiko
<p>Utredning/behandling/opplæring: Pasienter med ROP-lidelser skal få et like godt eller bedre diagnostisk og behandlingsmessig tilbud for sine sammensatte lidelser etter nedleggelse.</p>	<p>Bortfall av eneste anbefalte spesialiserte tilbudet for pasienter med ROP-lidelser i UNN.</p> <p>Tilbud om samtidig rusbehandling er i liten grad etablert på andre sengeposter innen psykisk helsevern i UNN. UNN vil ikke kunne vise til at de følger Helsedirektoratets anbefalinger i like stor grad som før med tanke på den Nasjonale faglige retningslinjen med tanke på samtidig rusbehandling.</p> <p>Denne typen lidelser er økende, mister et tilbud det allerede er for liten kapasitet til å håndtere tilstrekkelig. Ca. 44 % av pasientgruppen behandles med tvang (PHVL).</p> <p>De responderer dårlig på tradisjonell behandling. Det er for få ambulante tjenester i UNN for denne pasientgruppen.</p> <p>Det er urealistisk å tenke seg at en styrking av et poliklinisk tilbud til denne pasientgruppen vil kunne demme opp for innleggelser.</p> <p>Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og</p>	<p>Styrke rusbehandling og kompetanse på ROP-lidelser på DPS/andre sengeposter.</p> <p>Etablere ACT- /rusteam på hver poliklinikk med legespesialister og psykologer. Teamene knyttes tett opp mot lokale døgnenheter.</p> <p>Frivillig utredning kan i enkelte tilfeller foregå på DPSene såfremt kompetansen heves.</p> <p>Kommunene følger disse pasientene tett med oppfølging og tilpasset bolig og bemanning.</p>	<p>Tidsperspektiv. Vi klarer ikke å bygge opp alternative tilbud før nedleggelse i 2015.</p> <p>Hvorvidt Helse Finnmark vil utbygge ACT-team rundt denne pasientgruppen på alle DPS-nivå er usikkert.</p> <p>Mangelfull ruskompetanse på DPSene.</p> <p>Store geografiske områder vanskeliggjør oppsøkende virksomhet fra behandlerne, og vil skape en forskjellsbehandling til for eksempel pasienter fra Finnmark.</p> <p>Enkelte pasienter i denne målgruppen krever langvarig institusjonsopphold med låste dører. Kan</p>

Kritisk suksessfaktor	Tilhørende risiko(er)	Risikoreducerende tiltak og eventuelle kostnader	Restrisiko
	<p>kommunene vil kvalitativt bli svekket rundt den enkelte pasient. Det vil bli få plasser igjen med rammer for å ha pasientene inne til lengre stabilisering og kartleggingsopphold.</p> <p>Pga. redusert oppfølging og samarbeid med kommunene vil en anta at tvangsinnleggelse antas å øke og vil sette press på akuttposter, samt muligens krav om langvarig utredning innen andre enheter.</p> <p>Tilbudet til pasientene ACT-team følger opp vil svekkes. Deres pasienter vil miste et viktig tilbud for uredning, behandling, stabilisering og samarbeid rundt oppfølging da RoP har pasienter på Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold som ACT-teamet følger opp.</p> <p>RoP er den eneste praksisplassen i UNN hvor studentene/ utdanningskandidater kan fordype seg i integrert behandling.</p>		<p>føre til at rettighetspasienter får utilstrekkelige tilbud.</p> <p>Pasienter som må behandles utenfor eget helseforetak påfører UNN store økonomiske utfordringer og vanskeliggjør lokalt nettverksarbeid.</p>
<p>Kompetansetap/ personal:</p> <p>Behandlingsmiljø med integrert behandlingstradisjon fra både TSB og psykiatri blir bygget opp i andre avdelinger</p> <p>UNN fremstår fortsatt utad med særlig kompetanse på ROP-lidelser.</p>	<p>Et samlet og meget kompetent fagmiljø vil forvitte og trolig forsvinne. Ved tap av dette fagmiljøet vil man stikk i strid med helsedirektoratets anbefalinger og helsepolitiske føringer om integrert behandling, kunne tape både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap og personell som vanskelig vil kunne oppstå raskt i nye former.</p> <p>Svekkelse av tilbudet om kompetanseoverføring i form av undervisning og oppfølging av øvrig helsetjeneste/ samarbeidspartnere.</p> <p>Det tar tid å bygge opp nye kompetente tverrfaglig behandlingsmiljø med et samlet fokus på denne problematikken.</p>	<p>Overfører ROP-kompetansen til Subakuttpost Nord med ansatte fra RoP ved å slå sammen postene.</p> <p>Større deler av fagmiljøet vil få arbeidsoppgaver tilsvarende en "kompetansenhet" for denne typen problematik.</p> <p>Ruskompetansen innen psykisk helsevern og psykiatrikompetansen innen rusbehandling økes.</p>	<p>Ved sammenslåing av Subakuttpost Nord og RoP vil en del pasienter som i dag får tilbud på Subakuttpost Nord miste et viktig tilbud</p> <p>Mye av denne kompetansen sitter i det samlede tverrfaglige behandlingsmiljøet og fysiske rammene og kan ikke oppstå like sterk i andre, nye omgivelser.</p>

Kritisk suksessfaktor	Tilhørende risiko(er)	Risikoreducerende tiltak og eventuelle kostnader	Restrisiko
	Det naturlige bindeleddet mellom TSB og psykisk helsevern forsvinner.		
<p>Samarbeid internt: Neste ledd i pasientforløpet etter akuttinnleggelse blir ivaretatt av andre.</p>	<p>En naturlig del av pasientforløpet mellom akuttpost og DPSer kan bli borte. Halvparten av pasientene er overført internt fra andre seksjoner på Åsgård.</p> <p>En sannsynlig konsekvens av nedleggelse av RoP vil være økt press på akuttpsykiatriske sengeposter i UNN, og økt antall reinnleggelser. I tillegg vil det merkes et økt press på DPSene til tidligere å ta imot disse pasientene uten den faglige støtten og muligheten for tett oppfølging fra RoP som tilfellet er i dag.</p> <p>Mindre kompetanse på samtidige lidelser, spesielt samtidig rusbehandling hos andre enheter i klinikken.</p> <p>Ved en nedleggelse av RoP vil pasientene med behov for tvungent psykisk helsevern bli liggende lenge på akuttpost i påvente av en behandlingsplass.</p> <p>Akuttpsykiatrien har heller ikke rammene for å kunne gi den langvarige oppfølgingen som er nødvendig.</p> <p>Ved evt. bortfall av RoP, må UNN HF enten henvise pasientene ut av eget helseforetak for videre utredning og behandling. Ekstern utredning og behandling kan føre til store ekstra kostnader på gjestepasienten budsjettet til UNN HF.</p> <p>Bortfall av kompetent samlet fagmiljø på ROP-lidelser som er viktig for oppbygging av kompetanse på ROP-lidelser i spesialisthelsetjenesten.</p>	<p>Med en heving av kompetansen på DPSene i forhold til rusbehandling og ved etablering av flere oppfølgende behandlingsteam/ACT-team, så vil pasientene kunne skrives ut raskere fra akuttpost da de vil få tettere oppfølging hjemme, ev. videre innleggelse til stabilisering på DPSene.</p> <p>Pasienter som er i grensesnittet mot sikkerhetspsykiatrien kan få sin utredning og behandling der hvis sengeplassene økes fra 12-16 senger.</p> <p>Døgnetenheten i Nord-Troms slutter med helgestegning hver 4. uke.</p>	<p>Sammenblanding av mange pasientgrupper med ulike behov vil føre til at fokuset på rus ikke vil alltid være det mest aktuelle og oppdaterte.</p> <p>Tidsperspektiv. Vi klarer ikke å bygge opp alternative tilbud før nedleggelse i 2015.</p> <p>Hvorvidt Helse Finnmark vil utbygge ACT-team rundt denne pasientgruppen på alle DPS-nivå er høyst usikkert.</p> <p>Mangelfull ruskompetanse på DPSene.</p>

Kritisk suksessfaktor	Tilhørende risiko(er)	Risikoreducerende tiltak og eventuelle kostnader	Restrisiko
	<p>I mangel av RoP kan en uenighet om ansvarsforholdet mellom psykisk helsevern og TSB føre til at pasientene får et dårligere behandlingstilbud og blir således skadelidende.</p> <p>Redusert total sengekapasitet i Tromsø, som er et område med stort press på sengeplassene.</p>		
<p>Samarbeid eksternt: Langvarig oppfølging, utredning og behandling i forhold til en krevende og kronisk pasientgruppe blir gitt av andre seksjoner i klinikken.</p> <p>Poliklinisk oppfølging av pasienter og kommunalt hjelpeapparat etter utskrivelse blir ivaretatt av andre med spesialkompetanse på ROP-lidelser.</p>	<p>Kompetanseheving og veiledning for eksterne samarbeidspartnere vil ikke bli ivaretatt med samme fagkunnskap som i dag.</p> <p>Økt bruk av tvang. Uten poliklinisk oppfølging vil det sannsynligvis føre til flere unødvendige reinnleggelse da enkelte kommuner ikke innehar tilstrekkelig ressurser og faglig kompetanse til å ivareta disse pasientene alene.</p> <p>Redusert poliklinisk tilbud til pasientene og pårørende etter opphold på UNN.</p> <p>Redusert poliklinisk inntekt til UNN.</p> <p>ACT- teamene vil miste en viktig samarbeidspartner og pasientgruppen vil miste et viktig tilbud for lengre tids stabilisering og utredning/behandling.</p> <p>Pasientgruppen krever store økonomiske ressurser fra kommunale helse- og sosialtjenester, og vil være i helsevesenet over svært mange år, ofte resten av livet. En kontinuitet i behandlingsskjeden forsvinner når pasientene ikke lengre kan ønske seg tilbake på RoP fra andre poster i UNN eller når de trenger stabilisering.</p>	<p>Kompetansehevingen, oppfølgingen og kontinuiteten i behandlingen av rop-pasientene vil bli ivaretatt av personale fra ROP som etter en sammenslåing av RoP og Subakuttpost Nord</p>	<p>Små kommuner er særlig sårbare med tanke på mangel på kompetanse og ressurser for å ivareta enkeltpasienter, som etter en nedleggelse ikke blir like tett fulgt opp etter utskrivelse.</p>

Kritisk suksessfaktor	Tilhørende risiko(er)	Risikoreducerende tiltak og eventuelle kostnader	Restrisiko
Utdanning: Studentveiledning og praksisplasser gis av andre døgnsesjoner.	Bortfall av utdanningstilbud. Spesielt utdanning av LIS innen langtidstjeneste psykiatri og rus-spesialitet. Betydelig svekkelse av fagkompetanse på et strategisk satsningsområde.	Studenter må ut av UNN for å få kvalitativt like god praksis i spesialisthelsetjenesten innen ROP-lidelser.	
Kvalitetsutvikling/ forskning:	Redusert fokus på ROP- lidelser i henhold til nasjonale retningslinjer.	Implementering av Helsedirektoratets Nasjonal faglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelser og psykiske lidelser på alle enheter.	



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
7/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	11.2.2015

Oppsummering av styrevedtak 2014

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2014 til orientering.

Sammendrag

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har i første ordinære møte hvert kalenderår en gjennomgang av alle fattede vedtak foregående år. Dette er i tråd med vedtatt styreinstruks, og anvendes som del av grunnlaget for prioriteringer av styrets fokusområder.

Oversikten som er vedlagt saken viser at det i 2014 ble avholdt 10 styremøter, herav ett ekstraordinært. Videre ble det behandlet til sammen 116 saker, hvorav 65 beslutnings saker. Direktøren vurderer antall og type saker å ha vært i overensstemmelse med årsplanen for faste styresaker som ble vedtatt i styresak 6/2014 *Styrets årsplan 2014* samt de utfordringer helseforetaket har hatt i 2014. Saken viser at tendensen fra 2013 med dreining mot flere strategi- og fagsaker, er forsterket i 2014. Den økonomiske utviklingen i foretaket har vært et av styrets prioriterte områder også i 2014.

Saken viser til at styresakene som ble behandlet i 2014 ligger innenfor rammen for saker som styreinstruksen anviser. Vedtakene vurderes av direktøren å ha vært fulgt opp på forsvarlig vis fra administrasjonen. Arbeids- og ansvarsdelingen mellom direktøren og styret vil bli evaluert i egen sak.

Måloppnåelse for sentrale kvalitetsparametre som ventetid, fristbrudd og epikrisetid, samt økonomi- og aktivitetsutvikling, blir løpende behandlet i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene. Direktøren vil særlig trekke frem videre utvikling av langsiktig virksomhetsplanlegging, aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og oppfølging av investeringsprogrammet som prioriterte områder for styrets arbeid i 2015.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s arbeid undergis en årlig evaluering. Dette gjøres på flere måter. I styreinstruks og oppdragsdokument stilles det krav om evaluering

Sak 7/2015

av styrets arbeid. Styrets arbeids- og fungeringsmåte blir evaluert i egen styresak. I denne saken vektlegges kun en skjematisk oversikt over fattede vedtak, og formell oppfølging av disse.

Styreseminarene ble i årsplanen for 2014 lagt i forbindelse med de ordinære styremøtene i juni og november. Seminaret i juni ble gjennomført på Storslett, og hadde fokus på oppfølging av samhandlingsprosessene lokalt, styret som kollegium og innspill til UNNs strategiske utviklingsplan. Seminaret i november var lagt til Nordlandssykehuset i Bodø, og hadde fokus på forhold knyttet til sikker sykehusdrift samt viktige prosesser under større utbyggingsprosjekter.

Saken gir styret anledning til å vurdere om arbeids- og ansvarsdelingen mellom administrerende direktør og styret er i tråd med oppdrag og instruks, samt vurdering av administrasjonens oppfølging av vedtakene.

Formål

Formålet med saken er å gi en oversikt over styrevedtak som styret ved UNN fattet i 2014, og vurdere oppfølgingen av disse som grunnlag for prioriteringer av styrets arbeid i 2015.

Saksutredning

I eget vedlegg til saken følger utdrag av styreprotokollen over saker som er behandlet i 2014. Det ble avholdt 10 styremøter, hvorav ett ekstraordinært. Det ble behandlet til sammen 116 saker, herav 68 beslutningssaker, fordelt slik:

Type saker/ kategori	2012	2013	2014
S) Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	26	30	35
Ø) Økonomi-, aktivitets- og kvalitetssaker	13	15	17
F) Fagsaker	4	3	9
B) Bygg- og eiendomssaker	7	6	7

De resterende 48 sakene var godkjenning av innkalling, saksliste, referatsaker, orienteringssaker og eventuelt saker.

Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	2012	2013	2014
Tilsynsrapporter	5	7	4
Ledelsens gjennomgang	3	3	3
Overordnede strategier	1	1	3
Lønnssaker	2	–	1
Årlig melding	1	1	1
Møte- og styreseminarplan	2	2	2
Samhandlingsreformen	2	1	–
Oppdragsdokument	1	1	1
Oppsummering av styrets vedtak	1	1	1
Styre- og direktørinstruks	2	–	–
Styrets evaluering av eget arbeid	1	1	1

Sak 7/2015

Mottak av gave, PET-skanner og MR-maskin	1	–	–
Konstituering av administrerende direktør	1	–	–
Valg av ansatterepresentanter i styret	–	1	–
Kvalitetsstrategi	1	–	–
Brukerutvalget – nyvalg og/ eller mandat	1	1	1
Nasjonale medisinske kvalitetsregistre	–	1	–
Tidspunkt for evt. ekstraordinært styremøte	–	1	–
Brukermedvirkning – strategi og handlingsplan	–	1	–
Lokalisering av ambulanshelikopterbase i Midtre Hålogaland	–	1	–
Høringssvar – Intensivbehandling av nyfødte	–	1	–
Høring – ny helselovgivning på Svalbard	–	1	–
Styrets årsplan	–	1	1
Seniorpolitikk i Helse Nord	–	–	1
Strategi internasjonal satsing	–	–	1
Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging	–	–	5
Organisering av nasjonale tjenester i UNN	–	–	1
Oppfølging av LUO-evalueringen – organisatoriske konsekvenser	–	–	1
Strategisk utviklingsplan for UNN	–	–	3
Miljøledelse i UNN – om sertifiseringsprosessen	–	–	1
Protoner – idéfase	–	–	1
Årsrapport for Brukerutvalget	1	1	1
Eventuelsaker (der det er truffet vedtak)	–	2	1

Økonomisaker	2012	2013	2014
Økonomi-, aktivitets- og kvalitetsrapporter med tertialrapporter	8	8	9
Regnskap	1	1	1
Investering	2	1	1
Budsjett 2014, ny behandling	–	–	1
Forberedende arbeid til nytt budsjett/ virksomhetsplan	1	1	1
Virksomhetsplan (budsjettsaken)	1	1	1
Tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende budsjett 2014	–	1	–
Inntektsfordelingsmodellen	–	1	
Konsekvenser av Helse Nord RHF's IKT-investeringer	–	–	1
Tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende Plan 2015-2018	–	–	1
Konsekvenser av Helse Nord RHF's Plan 2015-2018	–	–	1

Fagsaker	2012	2013	2014
Samarbeid mellom UNN og UiT	1	–	–

Sak 7/2015

Nettbrettløsning for styresaker i UNN	1	–	–
Høring om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet	1	–	–
Anmodning om etablering av studietilbud i klinisk ernæringsfysiologi ved UiT	1	–	–
Prosjekt Sengeposter og aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging – tiltaksplan	–	2	–
Status i arbeidet med oppfølging av styresak 16/2013 i Nevro- og ortopediklinikken	–	1	–
Driftsstuasjonen ved UNN Tromsø – utfordringer med utskrivningsklare pasienter og overbelegg i januar 2014	–	–	1
Økt frivillighet i psykiatrien – handlingsplan 2014-2016	–	–	1
Regional plan for habilitering – høringsuttalelse	–	–	1
Regional plan for geriatri – høringsuttalelse	–	–	1
Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering – høringsuttalelse	–	–	1
Regional plan for hudsykdommer - høringsuttalelse	–	–	1
Regional plan for revmatologi - høringsuttalelse	–	–	1
Høring regional plan for plastikkirurgi - høringsuttalelse	–	–	1
Regional plan for ØNH-faget - høringsuttalelse	–	–	1

Eiendomssaker	2012	2013	2014
Arealplan for UNN Narvik	1	–	–
Store byggeprosjekter ved UNN Breivika	1	–	–
Arealplan UNN Narvik – risikoreducerende tiltak – Driftøkonomisk konsekvensanalyse	1	–	–
A-fløya – forprosjekt	1	–	–
Pasienthotellet – forprosjekt	1	–	–
Åsgårdlia – reguleringsplan	1	1	–
Tomtesalg av parsell i Breivika	1	–	–
Nytt pasienthotell ved UNN Breivika, kostnader og opsjoner i totalentreprisetilbud	–	1	–
Idè- og konseptrapport for PET	–	1	–
Bærekraft og trinnvis utbygging av PET-senter	–	1	–
Entrepriseplan for A-fløya	–	1	-----
Praktisering av konsernbestemmelser i byggeprosjekter	–	1	–
Byggeprosjekter ved UNN – tertialrapporter	–	–	3
A-fløya – utbyggingsstrategi	–	–	1
Reguleringsplan for UNN Harstad	–	–	1
PET-senter – forprosjekt	–	–	1

A-fløya med integrerte operasjonsstuer	–	–	1
----------------------------------------	---	---	---

Oppfølging av tidligere vedtak

Følgende saker er fortsatt under oppfølging etter tidligere vedtak:

- Handlingsplan for geriatri basert på vedtatt strategi, ref. styresak 25/2011 pkt. 3
- Evaluering av bedriftshelsetjenesten etter at foretaket etablerte egen ordning, ref. styresak 44/2010

Medvirkning

Ettersom saken avviker fra en ordinær beslutningssak ved en skjematisk oppsummering av styrets vedtak fra 2014, er den ikke undergitt behandling eller drøfting i arbeidsmiljøutvalg, brukerutvalg og ansattes organisasjoner.

Vurdering

Direktøren oppfatter at vedlagte saksoversikt viser at styresakene som ble behandlet i 2014 er innenfor rammen av type saker som styreinstruksen anviser. Styret behandler Kvalitets- og virksomhetsrapportene månedlig, med stadig større fokus på kvalitetsparametre. Økonomisaker som ligger innenfor styrets ansvarsområde har vært fremmet fortløpende i 2014 i henhold til årsplanen for styresaker. Driften har i store deler av året vært preget av økonomiske utfordringer, men oppmerksomheten rundt kvalitetsutviklingen innenfor de ulike tjenesteområdene er opprettholdt og forsterket, og det er foretatt investeringer i nytt utstyr. Direktøren mener at dette indikerer balanse mellom langsiktig strategisk fokus, og nødvendig oppmerksomhet på daglig drift og kvalitet, til tross for en stram økonomi.

Arbeids- og ansvarsdelingen mellom direktøren og styret skal undergis evaluering i egen sak. Vedtak i styresakene fra 2014 vurderes av direktøren å være fulgt opp av administrasjonen på forsvarlig vis. Oppfølgingsrutinene vurderes i hovedsak å være tilfredsstillende, og det planlegges ikke endringer av disse i 2015, utover de nye rutinene som er beskrevet i saken *Oppfølging budsjett 2015*, som også behandles i dette møtet.

Øvrige saker nevnt ovenfor som ikke er sluttbehandlet i styret, eller har ufullstendig måloppnåelse, vil bli fulgt opp overfor styret med ny behandling i løpet av 2015. Måloppnåelse for sentrale kvalitetsparametre som ventetid, fristbrudd og epikrisetid, samt økonomi- og aktivitetsutvikling, vil bli fulgt opp i forbindelse med behandling av de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene.

Sak 7/2015

Direktøren vil ellers særlig trekke frem videre utvikling av langsiktig virksomhetsplanlegging, aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og oppfølging av investeringsprogrammet som prioriterte områder for styrets arbeid også i 2015.

Tromsø, 30.1.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt over styrets vedtak i 2014

OVERSIKT OVER STYREVEDTAK I BESLUTNINGSSAKER 2014

- S: *Strategi-, rapport og oppfølgingssaker*
Ø: *Økonomi- og kvalitetssaker*
F: *Fagsaker*
B: *Bygg- og eiendomssaker*

Ø 3/2014 Kvalitets- og virksomhetsrapport for november og desember 2013

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for november og desember 2013 til orientering.
2. Styret ber om at referatene fra Kvalitetsutvalget legges frem som referatsak slik at man kan følge med på kvalitetsarbeidet i UNN.

S 4/2014 Oppsummering av styrevedtak fra 2013

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2013 til orientering.

S 5/2014 Styrets evaluering av egen virksomhet 2013

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar resultatene fra evalueringen til etterretning, og vil i inneværende periode vektlegge følgende utviklingsområder knyttet til egen virksomhet:
 - Utbyggingsprosessene – infrastruktur
 - Samhandling – oppfølging av samhandlingsavtalene
 - Videre oppfølging av igangsatte prosesser
 - Fortsatt fokus på kvalitet
 - Kompetanseutvikling for styret
2. Styret ber administrerende direktør formidle relevante resultater til Helse Nord RHF gjennom *Årlig melding* i tråd med kravet i styreinstruksen.

S 6/2014 Styrets årsplan 2014

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner Årsplan 2014.

S 8/2014 Seniorpolitikk i Helse Nord

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til direktørens vurderinger og oversender denne styresaken som høringsuttalelse til Helse Nord RHF's utkast til styresak *Forslag til ny seniorpolitikk i Helse Nord*.

2. Styret ber om å bli orientert om den regionale seniorpolitikken når denne er vedtatt, og vil på dette tidspunkt vurdere om det er behov for nærmere behandling av seniorpolitikken i UNN.

B 9/2014 Byggeprosjekter ved UNN - tertialrapport pr. 31. desember 2013

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tertialrapport per 31.12.2013, med de presiseringer som fremkom i møtet, til orientering.
2. Styret tar til etterretning at det nå er avklart at endelig investeringsramme (P50) for Pasienthotellet er 404 mill kr. Styret er inneforstått med at det i tillegg er bevilget 77 mill kr til etablering av datasenter i tilknytning til Pasienthotellet.
3. Styret tar til etterretning at Helse Nord RHF har forutsatt at Lærings- og mestringscenteret og Vardesenteret finansieres gjennom disponering av inntil 15 mill kr av UNNs ordinære investeringsramme. Styret ber om å få seg forelagt en egen vedtakssak om disse funksjonene så snart prosjekteringen er ferdigstilt.
4. Styret tar til etterretning at det nå er avklart at endelig investeringsramme (P50) for A-fløya er 1 285 mill kr.

S 10/2014 Justering av lønn til administrerende direktør

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF justerer administrerende direktørs årslønn til kr 1 750000.

F 13/2014 Eventuelt

Driftssituasjonen ved UNN Tromsø - utfordringer med utskrivningsklare pasienter og overbelegg i januar 2014

Behandling:

Saken ble omgjort fra orienteringssak nr 6 (11/2014) til beslutningssak.

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringen om utskrivningsklare pasienter til orientering, og ber direktøren om å videreføre samarbeidet med kommunene samt interne risikoreduserende tiltak for å sikre gode pasienttilbud på riktig nivå.

Ø 16/2014 Årsregnskap 2013

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende innstilling til foretaksmøtet med Helse Nord RHF:

Det fremlagte årsoppgjøret med resultatregnskap og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultatet, fastsettes som Universitetssykehuset Nord-Norge HFs regnskap for 2013. Styret foreslår at årets overskudd på 7 142 452 kr overføres til dekning av tidligere års *udekket tap*.

2. Årsberetning 2013 vedtas.

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Årlig melding* for oversendelse til Helse-Nord RHF.

S 18/2014 Ledelsens gjennomgang

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2013* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Ø 19/2014 Kvalitets- og virksomhetsrapport for januar og februar 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar og februar 2014 til orientering.
2. Styret viser til orienteringen om status i arbeidet med aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og forutsetter at dette nå gjennomføres i henhold til foreliggende planer.
3. Styret viser til orienteringen om status i arbeidet med aktivitetsbasert bemanningsplanlegging.

Styret er sterkt urolig for at arbeidet til nå ikke har gitt forventet effekt, med de negative økonomiske konsekvensene dette gir. En manglende måloppnåelse på dette området vil få store konsekvenser for alle planlagte investeringer i medisinsk teknisk utstyr og bygg, og vil også påvirke drifta i sykehuset fremover.

Styret ber direktøren om å få seg forelagt en skriftlig orientering om status i arbeidet til neste møte, samt en vurdering av om det er nødvendig å foreslå ytterligere innsparingstiltak.

S 20/2014 Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar rapportering vedrørende eksterne tilsyn til og med 20.2. 2014 til etterretning.

Ø 21/2014 Budsjett 2014 - ny behandling

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar budsjettet for 2014 med de endringer som fremkommer i denne styresaken.

UNN HF, mill kr	Regnskap 2012	Prognose 2013	Budsjett 2013	Budsjett 2014	Endring budsjett 2013-2014
Basisramme	4 378,4	4 593,0	4 593,0	4 486,3	-106,7
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	737,9	752,3	763,3	1 040,3	277,0
ISF kommunal medfinansiering	210,7	221,2	218,3	227,3	8,9
Samlet ordinær ISF-inntekt	-948,5	973,5	981,6	1 267,5	285,9
ISF av legemidler utenfor sykehus	37,4	38,7	38,7	51,0	12,3
Gjestepasientinntekter	31,0	31,0	28,8	29,5	0,7
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rønt)	169,9	177,7	168,1	188,5	20,4
Utskrivningsklare pasienter	12,9	12,1	15,5	12,0	-3,5
Inntekter "raskere tilbake"	35,0	24,7	22,0	15,2	-6,8
Andre øremerkede tilskudd	168,6	180,9	233,5	262,6	29,1
Andre driftsinntekter	303,0	301,9	299,9	289,1	-10,8
Sum driftsinntekter	6 084,8	6 333,5	6 381,0	6 601,6	220,6
Kjøp av offentlige helsetjenester	166,9	171,0	158,2	160,8	2,6
Kjøp av private helsetjenester	72,4	56,0	62,3	57,4	-4,9
Varekostnader knyttet til aktivitet	637,6	658,4	656,9	684,5	27,6
Innleid arbeidskraft	44,8	54,6	45,7	36,3	-9,4
Lønn til fast ansatte	2 902,5	3 019,0	3 109,0	3 296,6	187,7
Vikarer	118,0	172,9	152,4	149,2	-3,2
Overtid og ekstrahjelp	246,1	258,7	238,8	133,8	-104,9
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	680,7	678,8	678,6	723,5	44,8
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-214,4	-218,0	-215,6	-222,1	-6,5
Annen lønnskostnad	285,9	307,6	290,9	310,4	19,5
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	3 382,9	3 594,9	3 621,2	3 604,3	-16,9
Avskrivninger	258,0	240,1	240,2	261,4	21,2
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	914,1	953,2	939,5	1 015,6	76,2
Sum driftskostnader	6 112,7	6 352,3	6 357,0	6 607,5	250,5
Driftsresultat	-27,9	-18,8	24,0	-5,9	-29,9
Finansinntekter	22,0	19,8	18,0	6,0	-12,0
Finanskostnader	0,8	1,0	1,0	0,1	-0,9
Finansresultat	21,2	18,8	17,0	5,9	-11,1
Ordinært resultat	-6,6	0,0	41,0	0,0	-41,0

2. Styret viser til orienteringen om status i arbeidet med aktivitetsbasert bemanningsplanlegging.

Styret er sterkt urolig for at arbeidet til nå ikke har gitt forventet effekt, med de negative økonomiske konsekvensene dette gir. En manglende måloppnåelse på dette området vil få store konsekvenser for alle planlagte investeringer i medisinsk teknisk utstyr og bygg, og vil også påvirke drifta i sykehuset fremover.

Styret ber direktøren om å få seg forelagt en skriftlig orientering om status i arbeidet til neste møte, samt en vurdering av om det er nødvendig å foreslå ytterligere innsparingstiltak.

S 22/2014 Oppdragsdokument 2014

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Oppdragsdokumentet 2014 til etterretning.

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner den fremlagte *Plan for økt frivillighet 2014 – 2016 for Allmennpsykiatrisk -og Rus -og spesialpsykiatrisk klinikk.*
2. Styret ber om å bli holdt orientert om status i arbeidet for redusert og riktig bruk av tvungen psykisk helsevern gjennom årlig tilbakemelding.

S 24/2014 Strategi internasjonal satsing

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner avtalen mellom Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om internasjonalt solidaritetsarbeid. Styret ber direktøren om å få inn en revisjonsdato hvert fjerde år.
2. Styret ber administrerende direktør følge opp avtalen i tråd med UNNs overordnede strategi.

S 30/2014 Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om *aktivitetsbasert bemanningsplanlegging* til orientering
2. Styret ber om at orienteringen inklusive prognosene for økonomisk effekt med risikovurdering inntil videre oppdateres og forelegges styret månedlig

Styrerepresentantene Hanne Frøyshov, Jan-Eivind Pettersen, Mai-Britt Martinsen og Rune Moe leverte følgende protokolltilførsel til saken:

Det er et stort fokus på å få redusert utgiftene til lønn ved aktivitetsbasert bemanningsplanlegging. Tillitsvalgte og verneombud gir tilbakemeldinger om urealistisk budsjettering som reduserer bemanningen slik at det kan gå ut over faglig utvikling til personalet og kvaliteten på pleie og behandling. Det meldes om forventninger til mer faglig oppdatering på fritiden. Dessverre oppleves det som om prioritering av penger til utstyr og investeringer går på bekostning av personalet som jobber nærmest pasientene.

Ø 31/2014 Kvalitets- og virksomhetsrapport for mars 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar virksomhetsrapporten for mars 2014 til orientering.
2. Styret ser alvorlig på den økonomiske resultatutviklingen og forutsetter at de allerede innførte sterke begrensningene i innkjøp og ansettelser videreføres.
3. Styret viser til at direktøren er i ferd med å igangsette utredning av ytterligere kostnadsreduserende tiltak som beskrevet i saken og ber om at vurdering av støttefunksjoner samt overhead på eksterntfinansiert virksomhet og regionale koordineringsfunksjoner konkretiseres med beskrivelse av forventet økonomisk effekt i 2014 og 2015 til neste styremøte.
4. Styret ber direktøren ha fortsatt fokus på situasjonen med korridorpasienter og overbelegg på sengeposter. Det vises til vedtak i sak 13/2014 og styret ber om tilbakemelding i saken til neste styremøte.

B 32/2014 A-fløya - utbyggingsstrategi

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) tar til etterretning at statusrapportering for A-fløya prosjektet viser at det er nødvendig med tiltak for å redusere prosjektets økonomiske gjennomføringsrisiko.
2. Styret slutter seg til vurderingen om at endret gjennomføringsstrategi med redusert byggetid (Alternativ 2) innebærer en risikoreduksjon. Styret anbefaler gjennomføring etter denne strategien slik den er beskrevet i saksfremlegget, og ber om at saken oversendes til Helse Nord RHF for godkjenning av den endrede gjennomførings-strategien.
3. Styret godkjenner at entreprismodellen endres fra byggherrestyrte delentrepriser til totalentreprise, under forutsetning av at Helse Nord RHF godkjenner endringen i gjennomføringsstrategi.
4. Styret ber om at direktøren sikrer at prosjektet arbeider videre med utvikling av kuttlisten slik at ytterligere kostnadsreducerende tiltak kan vurderes dersom dette blir nødvendig når resultat av anbudskonkurransen foreligger.

Ø 33/2014 Investeringsplan 2015-2022

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) anbefaler at Helse Nord RHF øker investeringsrammene til medisinteknisk utstyr i perioden 2015-2022 med 95,0 mill kr.
2. Styret ved UNN anbefaler Helse Nord RHF å endre periodiseringen av investeringsrammen slik at 250 mill kr flyttes fra perioden 2019-2022 til perioden 2015-2018.
3. Investering i og drift av PET-senter er en regional oppgave, og styret ved UNN forutsetter at kostnadene kompenseres.
4. Dersom det fattes vedtak i styresak 32/ 2014, *A-fløya - utbyggingsstrategi* som har konsekvenser for UNNs investeringsramme, bærekraft og likviditet, gis direktøren fullmakt til å oppdatere investeringsplanen i tråd med disse.
5. Styret ved UNN anbefaler Helse Nord RHF å øke kassakreditten til UNN i perioden 2015-2019 tilsvarende manglende likviditet.

Ø 34/2014 Tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende Plan 2015-2018

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at vedlagte saksutredning sendes Helse Nord RHF som innspill til *Plan 2015-2018*.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) anbefaler at Helse Nord RHF øker investeringsrammene til medisinteknisk utstyr i perioden 2015-2022 med 95,0 mill kr.
3. Styret viser til det dokumenterte behovet for styrking av investeringsrammen til medisinskteknisk utstyr i perioden 2015-2018, og ber om at Helse Nord RHF endrer periodiseringen av investeringsrammen slik at 250 mill kr flyttes fra perioden 2019-2022 til 2015-2018.
4. Styret viser til at PET-senteret forventes videreført fra forprosjektfase til gjennomføringsfase i 2015 og ber om at investeringsrammen periodiseres i henhold til dette. Investering i og drift av PET-senter er en regional oppgave, og styret ved UNN forutsetter at kostnadene kompenseres.

3. Styret anbefaler Helse Nord RHF å øke UNNs kassakreditt i perioden 2015-2019 for å håndtere forbigående manglende likviditet.
6. Styret viser til at det er dokumentert store ulikheter i befolkningens tilgang på lokalsykehusfunksjoner, og er bekymret for at den regionale inntektsmodellen nødvendiggjør nedprioritering av UNNs lokalsykehusfunksjoner for å sikre nødvendig finansiering av regionfunksjonene. Styret ber derfor om at bruken av modellen gjennomgås slik at nødvendig finansiering av regionfunksjonene sikres.
7. Dersom det fattes vedtak i styresak 32/2014 *A-fløya - utbyggingsstrategi* som har konsekvenser for størrelsen på og periodiseringen av UNNs investeringsramme, bærekraft og likviditet, gis direktøren fullmakt til å oppdatere UNNs innspill til Helse Nord RHF i tråd med dette.

S 35/2014 Organisering av nasjonale tjenester i UNN

1. Styret tar orienteringen om organisering av de nasjonale tjenestene til etterretning.
2. Styret ber om at de økonomiske forholdene vedrørende driften av tjenestene avklares når det gjelder øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, størrelsen på basistilskuddet fra Helse Nord RHF og intern fordeling i UNN. Dette bes utredet videre i en egen sak.
3. Styret ber om at driften og organiseringen av Nevromuskulært kompetansesenter (NMK) følges opp i en egen styresak.

F 36/2014 Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering - høringsuttalelse

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til direktørens høringsuttalelse til *Regional plan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014-2017*.
2. Styret mener at lokalsykehusfunksjonene er finansiert i den regionale inntektsmodellen, og legger til grunn at den foreslåtte videreutviklingen av disse på rehabiliteringsområdet håndteres gjennom intern omfordeling i helseforetakene. Forslagene til videre utvikling av regionfunksjonene er ikke håndtert i inntektsmodellen. Styret ber om at Helse Nord RHF avklarer finansieringen før eventuell realisering av tiltakene.

F 37/2014 Regional handlingsplan for habilitering – høringsuttalelse

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til direktørens høringsuttalelse til Regional plan for habilitering i Helse Nord 2014-2017.
2. Styret mener at lokalsykehusfunksjonene er finansiert i den regionale inntektsmodellen, og legger til grunn at den foreslåtte videreutviklingen av disse på habiliteringsområdet håndteres gjennom intern omfordeling i helseforetakene. Forslagene til videre utvikling av regionfunksjonene er ikke håndtert i inntektsmodellen. Styret ber om at Helse Nord RHF avklarer finansieringen før eventuell realisering av tiltakene.

F 38/2014 Regional handlingsplan for geriatri – høringsuttalelse

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar til orientering at direktørens høringsuttalelse i saken er oversendt styret i Helse Nord RHF.
2. Styret ser forslaget til regional handlingsplan som et godt utgangspunkt for videreutvikling i landsdelen. Styret mener at tilbudet innenfor de enkelte HF, må dimensjoneres i forhold til den befolkningen som skal dekkes. Styret forutsetter at UNN skal lage egen tiltaksplan for de enkelte lokalisasjonene i UNN når den regionale planen er vedtatt. Styret vil spesielt framheve den beskrevne mangelen på geriatriisk kompetanse på alle nivåer og ber om at man så raskt som mulig legger til rette for flere utdanningsplasser, og at de tildelte hjemlene blir tatt i bruk innenfor geriatrien.

S 39/2014 Plan for styreseminar i juni 2014

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner utkast til rammer for styreseminaret 24.6.2014 som foreslått i saken.

S 40/2014 Årsrapport 2013 fra Brukerutvalget

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar årsrapporten for 2013 fra Brukerutvalget til etterretning.

F 41/2014 Oppnevning av nytt Brukerutvalg

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer og varamedlemmer til brukerutvalget for valgperioden 2014–2016:

Representanter (*alfabetisk rekkefølge*)

Navn:	Bosted:	Foreslått av:
Björg Molander	Harstad	FFO Troms
Cathrin Carlyle	Tromsø	Kreftforeningen (<i>pasientforening</i>)
Greta Altermark	Narvik	FFO Nordland
Johan Morland	Hammerfest	FFO Finnmark
Håkon Elvenes	Tromsø	Kreftforeningen
Martin André Moe	Brønnøy	FFO Nordland - Diabetesforbundet
Karin Næsvold	Tromsø	Troms fylkes eldreråd
Klemet Anders Sara	Kåfjord	FFO Troms
Sander O. Henriksen	Tromsø	CP-foreningen
Tone Tobiassen	Tromsø	RIO Nord

Vararepresentanter (*rangert rekkefølge ihht mandat*)

Navn	Bosted:	Foreslått av:
Obiajulu Odu	Tromsø	Autismeforeningen
Britt Sofie Illguth	Tromsø	Kreftforeningen
Jon Arne Østvik	Narvik	Prematurforeningen
Randi Nilsen	Harstad	FFO Troms

2. Som leder oppnevnes Cathrin Carlyle og som nestleder Sander Oliver Henriksen. Brukerutvalget oppnevner selv arbeidsutvalget.

S 42/2014 Dialogavtale mellom styret og administrerende direktør

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner forslaget til dialogavtale for 2015 for administrerende direktør.

S 48/2014 Oppfølging av LUO-evalueringen – organisatoriske konsekvenser

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF viser til styresak 84/2007 *Ny organisasjonsmodell for UNN HF* og viderefører organisering i henhold til de vedtatte prinsippene.
2. Styret viser til at organisasjonsmodellen skal være dynamisk og tar til orientering at direktøren nå gjennomfører endringer og videre utredninger som beskrevet i denne saken.
3. Styret viser til at det på nasjonalt nivå utredes endringer av spesialitetsstrukturen og kvalitetskrav til akuttinntak, og til at beslutninger på disse områdene kan få konsekvenser for organisatoriske løsninger i UNN. Styret ber derfor om å få seg forelagt en sak som følger opp dette innen utgangen av året.
4. Styret tar til etterretning at deler av organisasjonen vil bli evaluert i 2016 og ber om å bli orientert om utfallet av dette.
5. Styret ber om å bli holdt løpende orientert om erfaringene med de organisatoriske endringene innen psykisk helsevern.

S 54/2014 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar rapportering vedrørende eksterne tilsyn til og med 5.5.2014 til etterretning.

Ø 55/2014 Tertialrapport 1- 2014 med Kvalitets- og virksomhetsrapport for april 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar tertialrapporten for 1. tertial 2014 og oversender denne til Helse Nord RHF
2. Styret tar virksomhetsrapporten for april 2014 til orientering
3. Styret ser alvorlig på den økonomiske resultatutviklingen, og viser i denne sammenheng til vedtaket i sak 31/2014 *Kvalitets- og virksomhetsrapport for mars 2014*. Styret forutsetter at sterke begrensinger i innkjøp og ansettelser samt det øvrige arbeidet med utvikling av nye kostnadsreduserende tiltak videreføres.
4. Styret ber direktøren om å revurdere investeringsplanen for teknisk utstyr på 12 mill kr.
5. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for til sammen 4,13 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.
6. Styret ber om å få fremlagt sak til neste styremøte om konsekvenser for investeringsplan når Helse Nord RHF har gjort vedtak om investeringsrammer for 2015-2018.

S 56/2014 Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP)

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om *Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging* til orientering.

S 57/2014 Strategisk utviklingsplan for UNN

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ber om at utkastet til *Strategisk utviklingsplan* gjennom prosessen i organisasjonen, innspill fra kommunene og videre diskusjon i styret, videreutvikles og legges frem for styret - før saken tas opp til realitetsbehandling på et senere tidspunkt.

B 58/2014 Byggeprosjekter ved UNN. Tertialrapport pr. 30.4.2014

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport om byggeprosjekter ved UNN for 1. tertial 2014 til orientering.

Ø 64/2014 Kvalitets- og virksomhetsrapport for mai 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mai 2014 til orientering
2. Styret viser til at overbelegg som følge av økende antall utskrivningsklare pasienter samt behandling av flere lokalsykehuspasienter enn forutsatt fra resten av regionen medfører høyere personalkostnader enn budsjettet, og ber om at samarbeidet med Tromsø kommune

og de andre helseforetakene om å løse disse utfordringene prioriteres.

3. Styret viser til vedtaket i sak 31/2014 og ber om å få seg forelagt en oversikt over forventet effekt av de planlagte tiltakene samt en ny vurdering av prognosen til neste styremøte.
4. Styret godkjenner at investeringsplanen for teknisk utstyr på 4,1 mill kr gjennomføres
5. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for til sammen 11,3 mill kr - som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift
6. Styret ser at den økonomiske situasjonen gjør at den daglige driften blir mer utfordrende og ber direktøren være spesielt oppmerksom på dette slik at det rammer pasienter og ansatte i minst mulig grad.

S 65/2014 Prosjekt aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om *aktivitetsbasert bemanningsplanlegging* til orientering.
2. Styret ser at arbeidet med *aktivitetsbasert bemanningsplanlegging* (ABP) tar lengre tid enn forutsatt, og at man er på etterskudd med å nå de økonomiske mål for ABP. Styret ber direktøren legge ytterligere vekt på arbeidet med å nå målene snarest mulig for å hente ut alle fordeler, inkludert de økonomiske premissene styret har satt, og understreker viktigheten av dette arbeidet for å kunne møte de fremtidige utfordringer innen personell- og ressursituasjonen.

Ø 66/2014 Konsekvenser av Helse Nord RHF's Plan 2015-2018

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saksutredningen til orientering.
2. Styret viser til vedtaket i sak 34/2014 *Tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende Plan 2015-2018* og ber om at Helse Nord RHF prioriterer en gjennomgang av bruken av den regionale inntektsfordelingsmodellen slik at nødvendig finansiering av regionsfunksjonene sikres i budsjett 2015.
3. Styret viser til merforbruket i investeringsbudsjettet og ber direktøren om å utrede konsekvenser for drift av å styre mot et overskudd utover styringsmålet fra Helse Nord RHF fra og med 2016
4. Styret ber Helse Nord RHF om at eventuell realvekst utover det som nå ligger til grunn for planen i sin helhet brukes til å styrke investeringsbudsjettet.

Styrerepresentantene Mai-Britt Martinsen, Hanne Frøyshov, Jan Eivind Pettersen og Bengt Ole Larsen la frem følgende protokolltilførsel:

Vi anser det som svært risikofylt å planlegge driften i perioden 2015-2022 med utgangspunkt i den foreliggende saken fra Helse Nord RHF. UNN er i en svært presset situasjon - økonomisk og driftsmessig, vi mener at utsiktene til å løse de pålagte oppgaver som regionssykehus og lokalsykehus innenfor de foreslåtte rammene fra RHFet ikke lar seg gjøre. Forslaget vil gi risiko for forringelse av tilbudet til pasientene samt uheldige hendelser i pasientbehandlingen. Vi mener at en ytterligere nedprioritering av UNNs lokalsykehusfunksjon vil medføre stor fare for at helsetjenestene til befolkningen ikke oppfyller kravene til forsvarlighet og nærhet.

Vi mener det er nødvendig at Helse-Nord RHF setter seg ytterligere inn i UNNs økonomiske situasjon. Etter vår mening gir den nå ikke rom for å utvikle og drive regionale oppgaver og samtidig drifte slik at RHFets sørge-for-ansvar oppfylles. Samtidig må UNN selv gjennomføre planlagte tiltak så langt det er mulig, men dette vil ikke være tilstrekkelig for å sikre tilbudene.

S 67/2014 Ledelsens gjennomgang

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2014* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

S 68/2014 Strategisk utviklingsplan for UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner vedlagd prosess- og tempoplan for overordnet strategisk utviklingsplan.
2. Styret ber om at de innspill som kom opp i arbeidsseminardelen om strategisk utviklingsplan tas med i det videre arbeidet med planen.
3. Styret ber om at høringsutkastet oversendes fylkeskommunene i regionen og Sametinget.

S 69/2014 Møteplan for styremøter 2015

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner følgende møteplan for 2015:

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter		11	24	29		3 24			16	6	11	16
Styreseminar						23- 24					10- 11	
Regionalt seminar			25- 26							28- 29		

Møtetidspunkter	Sted	Styresaker
Onsdag 11. februar	Tromsø	Styrets evaluering av egen virksomhet
Onsdag 24. mars	Bodø	Årsregnskap, årlig melding og oppdragsdokument
Onsdag 29. april	Tromsø	Investeringsplan 2014-2023
Onsdag 3. juni	Tromsø	Første tertialrapport
Onsdag 24. juni	Harstad	Ledelsens gjennomgang i fbm styreseminar 23.6.
Onsdag 16. september	Tromsø	Forberedelse til virksomhetsplanleggingen 2016
Tirsdag 6. oktober	Tromsø	Andre tertialrapport 2015
Onsdag 11. november	Narvik	Ledelsens gjennomgang ifbm styreseminar 10.11.
Onsdag 16. desember	Tromsø	Virksomhetsplan og budsjett for 2016

S 72/2014 Miljøledelse i UNN – om sertifiseringsprosessen

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar fremlagte informasjon til orientering.
2. Styret ber om at miljøindikatorer synliggjøres i sak om Ledelsens gjennomgang for 2. tertial 2014 til styret 13.11.2014

Ø 75/2014 Kvalitets- og virksomhetsrapport for juni og juli 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for juni og juli 2014 til orientering.
2. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for til sammen 7,2 mill kr - som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.
3. Styret understreker at den negative økonomiske utviklingen er alvorlig, og ber direktøren innskjerpe den tidligere vedtatte innkjøps- og ansettelsesstoppen til de nye kostnadsreduserende tiltakene begynner å virke.

S 76/2014 Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om *aktivitetsbasert bemanningsplanlegging* til orientering.
2. Styret ber om at god medvirkning sikres i alle ledd i arbeidet med ABP for å bedre måloppnåelsen både på økonomi og kvalitet

Ø 77/2014 Konsekvenser av Helse Nord RHF's IKT-investeringer

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar informasjonen om vedtatte og planlagte IKT-investeringer, samt overordnet vurdering av forventede effekter av FIKS-prosjektet til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør om å bli holdt orientert om arbeid med FIKS-programmet, og ber spesielt om at planlegging av tiltak rettet mot gevinstrealisering blir nærmere beskrevet.
3. Styret ser at utgiftene til IKT gir UNN en stor økonomisk utfordring, og ber derfor om at Helse Nord RHF avklarer om det er deler av investeringene som kan utsettes eller endres slik at utgiftene går ned. Det bes også om at Helse Nord RHF drøfter med de andre RHFene om det kan oppnås synergi, kostnadsreduksjoner eller medbetaling ved samarbeid om disse oppgavene.

F 79/2014 Regional plan for hudsykdommer

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF har behandlet forslaget til *Regional plan for hudsykdommer i Helse Nord 2014-2020* og vil be om at planen blir gjenstand for en revisjon der en drøfter/ avklarer følgende punkter:

- utfordringer med små og sårbare lokalisasjoner
- Alternative, desentrale løsninger som ambulering og telemedisin
- Ansvar og rollefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Hvordan en vil utjevne de urimelige forbrukskontrastene i faget innen regionen

Ø 86/2014 Tertialrapport II 2015 med virksomhetsrapport for august 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar tertialrapporten for 2. tertial 2014 og oversender denne til Helse Nord RHF.
2. Styret tar virksomhetsrapporten for august 2014 til orientering.
3. Styret ser alvorlig på den økonomiske resultatutviklingen for UNN og forutsetter at tiltaksarbeidet videreføres og intensiveres i hele foretaket, med kortsiktige og langsiktige

tiltak. Styret viser spesielt til at det ikke er god nok styring med bruken av månedsverk, og forventer at dette innskjerpes.

4. Styret godkjenner utstyrssøknadene for medisinteknisk utstyr på til sammen 0,77 mill kr som direktøren vurderer som nødvendige for å opprettholde driften.
5. UNN må redusere antall fristbrudd og lange ventetider, særlig innenfor ortopedi. Ved å utnytte operasjonsstuekapasiteten i Harstad og Narvik fullt ut vil dette kunne gjennomføres straks og til en lavest mulig kostnad.
Styret ber om at det legges frem en egen sak som viser hvordan operasjonskapasiteten utnyttes, og planlegges under utbyggingsperioden.

B 87/2014 Utbyggingsprosjektene ved UNN - tertialrapportering

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr. 31.8.2014 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering.

S 88/2014 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar rapportering vedrørende eksterne tilsyn til og med 12.9.2014 til etterretning.

Ø 89/2014 Forberedende arbeid til Virksomhetsplan 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringen om status i arbeidet med virksomhetsplan og budsjett for 2015 til etterretning.
2. Styret godkjenner at den foreliggende saken legges til grunn for tiltaksplanen som skal oversendes Helse Nord RHF for å dokumentere at planprosessen ivaretar det økonomiske resultatkravet for 2015
3. Styret viser til vedtaket i sak 34/2014 *Tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende plan 2015-2018* der styret ba Helse Nord RHF om å gå igjennom bruken av den regionale inntektsmodellen for å sikre nødvendig finansiering av regionfunksjonene. Styret ber om at dette nå blir gjort og forventer at dette bidrar til å redusere UNNs omstillingsutfordring i budsjett 2015.
4. Styret forutsetter at det legges opp til streng budsjettdisiplin og at gjennomføringsgraden for tiltak økes i vesentlig grad i 2015.

F 91/2014 Regional plan for revmatologi

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) anerkjenner det gode faglige arbeidet som er gjort i utarbeidelsen av *Regional handlingsplan for revmatologi 2014-2019 – fra biologisk terapi til helhetlig behandling*, og ser at planen beskriver et behov for ytterligere styrking av et viktig fagområde som har gjennomgått meget store endringer de senere år.
2. Styret ser at det er et behov for å sikre et godt tilbud til reumatologiske pasienter. Styret anser den samlede økning i ressursallokering til dette fagfeltet som foreslås i planen som problematisk, og ber om at dette må ses i en helhetlig sammenheng med øvrige behov i spesialisthelsetjenesten i regionen.

3. En vesentlig del av en eventuell styrking av revmatologien bør skje gjennom intern prioritering i det enkelte foretak, basert på helhetlig vurdering av behov.

B 92/2014 Reguleringsplan for UNN Harstad

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar å oversende detaljreguleringsplanen for et boligområde på nordsiden av UNN Harstad (Søsterstien) til Harstad kommune med sikte på fremtidig salg.
2. Ved godkjenning av detaljreguleringsplan slik den er fremlagt, gis administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre salget av eiendommene i området, under forutsetning av Helse Nord RHF's og foretaksmøtets godkjenning.
3. Styret ber Helse Nord RHF om at frigjorte ressurser fra salg av ovennevnte eiendommer disponeres til finansiering av modernisering, nybygg og oppgradering av eiendomsmassen i UNN.

Ø 98/2014 Kvalitets- og virksomhetsrapport for september 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for september 2014 til orientering.
2. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for til sammen 13,55 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.
3. Styret ber om et forslag til neste møte på hvordan merforbruket i investeringer skal dekkes inn.

S 99/2014 Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om aktivitetsbasert bemanningsplanlegging til orientering
2. Styret godkjenner at det rapporteres annenhver måned i 2015
- 3.

S 100/2014 Ledelsens gjennomgang

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2014* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Ø 106/2014 Kvalitets- og virksomhetsrapport for oktober 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for oktober 2014 til orientering.
2. Styret godkjenner at det investeres i medisinsk-teknisk utstyr for til sammen 10,6 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar rapportering vedrørende eksterne tilsyn til og med 11.11.2014 til etterretning.
2. Styret merker seg at tilsynene i hovedsak finner at systemer, rutiner og prosedyrer i internkontrollsystemet nå er tilfredsstillende, slik at avvikene i økende grad gjelder mangelfull implementering, og ber om at direktøren nå retter økt ledelsesmessig oppmerksomhet mot dette.

Ø 108/2014 Virksomhetsplan 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen med tilhørende budsjett for 2015, samt tilhørende omstillingstiltak på 220,5 mill kr, risikovurdert og vektet til 168,5 mill kr.

UNN HF, tall i mill kr	Regnskap 2013	Budsjett 2014	Prognose 2014	Budsjett 2015	Endring budsjett 2014-2015
Basisramme	4 596,9	4 529,2	4 529,2	4 885,2	356,0
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	762,0	1 040,3	1 001,2	1 310,4	270,1
ISF kommunal medfinansiering	219,7	227,3	234,5		-227,3
Samlet ordinær ISF-inntekt	981,7	1 267,5	1 235,7	1 310,4	42,9
ISF av legemidler utenfor sykehus	38,5	51,0	48,8	57,3	6,3
Gjestepasientinntekter	29,8	29,5	27,2	27,2	-2,3
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rønt)	176,2	186,4	191,8	193,9	7,5
Utskrivningsklare pasienter	12,5	12,0	20,4	12,0	0,0
Inntekter "raskere tilbake"	24,3	15,2	21,1	15,2	0,0
Andre øremerkede tilskudd	178,9	267,8	208,0	267,8	0,0
Andre driftsinntekter	308,3	281,7	296,0	281,7	0,0
Sum driftsinntekter	6 346,9	6 640,2	6 578,2	7 050,6	410,4
Kjøp av offentlige helsetjenester	196,9	160,7	196,4	199,9	39,2
Kjøp av private helsetjenester	54,3	56,1	53,0	59,9	3,9
Varekostnader knyttet til aktivitet	653,8	670,2	689,7	692,5	22,4
Innleid arbeidskraft	54,0	43,2	58,7	34,5	-8,7
Lønn til fast ansatte	2 963,9	3 327,0	3 099,9	3 322,0	-5,0
Vikarer	201,6	136,3	230,3	140,8	4,5
Overtid og ekstrahjelp	275,0	146,5	278,1	151,4	4,8
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	670,4	736,1	737,3	918,1	182,0
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-225,5	-216,1	-234,2	-223,2	-7,1
Annen lønnskostnad	305,8	297,7	302,3	302,3	4,6
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	3 574,8	3 734,7	3 735,1	3 727,8	-6,9
Avskrivninger	242,1	253,3	243,3	267,3	14,0
Andre driftskostnader	967,4	1 034,9	1 007,5	1 140,9	106,0
Sum driftskostnader	6 359,7	6 646,1	6 662,2	7 006,5	360,4
Driftsresultat	-12,8	-5,9	-84,0	44,0	50
Finansinntekter	20,6	6,0	15,5	1,5	-4,5
Finanskostnader	0,7	0,1	1,5	5,5	5,4
Finansresultat	19,9	5,9	14,0	-4,0	-9,9
Ordinært resultat	7,1	0,0	-70,0	40,0	40,0

2. Styret er tilfreds med at det er etablert en detaljeringsgrad og kvalitet i virksomhetsplanleggingen som er høyere enn tidligere år, og som inkluderer sterkere sammenheng mellom aktivitets- og bemanningsplaner, plantall for månedsverk og budsjett.
3. Styret forutsetter at planleggingen slutføres innen gitte tidsfrister i tråd med de økonomiske rammene i alle deler av virksomheten, og forutsetter at omstillingstiltakene gjennomføres i tråd framstillingen i saksfremlegget og dialogavtalene.
4. Styret gir sin tilslutning til at aktiv pasientbehandling prioriteres noe høyere og beredskap noe lavere i forhold til hverandre enn tidligere. Styret er innforstått med at dette kan medføre endringer i vaktplaner og økt differensiering av responstidene i

til ambulansetjenesten, men forutsetter at eventuelle konkrete forslag om strukturendringer fremmes for godkjenning i styret.

5. Styret tar til etterretning at det foreligger eierkrav om omlegging fra døgn- til dagbehandling innen psykisk helsevern for voksne, og at kravet om sterkere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på regionalt nivå ikke er spesifikt videreført fra Helse Nord RHF til UNN. Styret viser videre til at det ikke er realvekst av betydning i UNNs budsjett. Styret ber med bakgrunn i dette om at reduksjon av sengetallet i psykisk helsevern for voksne utredes, men forutsetter at eventuelle konkrete forslag om strukturendringer fremmes for godkjenning i styret.
6. Styret vedtar innføring av overhead for eksternt finansiert virksomhet.
7. Styret vurderer investeringsrammene som utilstrekkelige og ber Helse Nord RHF om økte rammer for investering i nødvendig medisinteknisk utstyr i konsolidert budsjett. Styret viser samtidig til tidligere vedtak og ber på ny om at Helse Nord RHF revurderer bruken av den regionale inntektsfordelingsmodellen. Eventuelle ubrukte rammer til pasienthotellet bes omdisponert til å dekke merforbruk på utstyr. Samlet investeringsplan legges fram for godkjenning i styret etter at RHF-styret har gjort vedtak i konsolidert budsjett.
8. Styret mener renoveringen av bygg 7 på Åsgård må fullføres selv om prognosen i prosjektet etter anbudsrunderen er 16,3 mill kr over vedtatt budsjett. Styret ber Helse Nord RHF fullfinansiere prosjektet i konsolidert budsjett.
9. Styret ber om å få seg forelagt en oppfølgende sak om budsjett 2015 i styremøtet i februar eller mars med fokus på kvaliteten og fremdriften i detaljplanleggingen. Styret ber om at det spesielt redegjøres for prosess og fremdrift i Nevro- og ortopediklinikken og Hjerte- og lungeklinikken.

Representantene Mai-Britt Martinsen, Rune Moe, Jan-Eivind Pettersen og Hanne Frøyshov la frem følgende protokolltilførsel til vedtaket:

Vi ser med bekymring på at Psykisk helse og rusklinikken ikke finner andre måter å realisere omstillingsutfordringen for 2015 på, enn å redusere antall døgnplasser i form av en døgnvirksomhet.

Ansatte er frustrert over at regjeringen via helseministeren profilerer satsing på rus og psykiatri uten å komme med klare bestillinger og penger til helseforetakene. I stedet prioriteres penger til private aktører og fritt behandlingsvalg slik at sengeplasser i rus/psykiatri i UNN vurderes nedlagt. Dette vil ramme en svak pasientgruppe i Troms og Finnmark.

Vi ser også med bekymring på det å øke responstiden i ambulansetjenesten.

Strukturendringer vil kunne føre til for lang responstid og økt belastning på gjenværende stasjoner og ansatte der. Helikopter reduserer ikke behovet for ambulansetjenester.

Vi ser med stor bekymring at det er et økende omfang av overbelegg og korridorpasienter på enkelte somatiske og psykiatriske sengeposter. Sengekapasiteten bør tilpasses behovet slik at UNN uavhengig av om vi har ansvar for utskrivingsklare pasienter eller ikke kan gi alle pasienter et verdig og kvalitetsmessig tilbud. Slik det bl.a. er anbefalt arbeidet som er gjort i arbeidsgruppen som vurderte den sammensatte indremedisinske pasientgruppen. Det er stor usikkerhet rundt muligheten for innsparing for mange av omstillingstiltakene. Dette kan føre til at både pasientbehandlingen og de ansattes arbeidsmiljø vil bli vesentlig forverret i 2015. Effektiviteten totalt i UNN vil gå ned dersom hver enkelt enhet har for stort fokus på å klare sine tiltak, uten at det tas hensyn til andre enheter som er avhengige av en viss fleksibilitet i systemet.

Omstillingskravet og de foreslåtte tiltak for 2015 virker urealistisk og vil medføre store følger for beredskap og pasientbehandling i UNN, samt et uheldig etterslep på vedlikehold. Det framstår som klart at UNN har for lite ressurser til å kunne klare sine regionale

oppgaver og samtidig opprettholde god og effektiv pasientbehandling på de andre områdene. Det er svært uheldig dersom pasientene i UNN sitt opptaksområde skal få et dårligere helsetilbud enn andre. Budsjettet for 2015 må sikre fortsatt god pasientbehandling til alle UNNs pasienter.

S 109/2014 Strategisk utviklingsplan for UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar innholdet i det foreliggende utkastet til strategiske utviklingsplan for virksomheten, med de endringer som fremkom under behandling av saken.
2. Styret gir direktøren fullmakt til å gi strategidokumentet et grafisk uttrykk, og om nødvendig gjøre mindre språklige forbedringer i forbindelse med dette.
3. Styret gir direktøren fullmakt til å gjøre mindre justeringer av ordlyden i den overordnede strategien slik at UNNs samlede planverk fremstår helhetlig og med konsistent begrepsbruk.
4. Styret ber om at arbeidet med utarbeiding av bygningsmessig virksomhetsplan og klinikkvise delplaner videreføres i 2015.

Hanne Frøyshov la frem følgende stemmeforklaring:

Strategisk utviklingsplan slik den foreligger i saken er ikke bærekraftig verken økonomisk eller kapasitetsmessig for store pasientgrupper. Dersom ikke UNN får tilført svært mye friske midler til regionsfunksjoner vil planen være med på å vri tilbudet slik at det vil bli overforbruk av avanserte undersøkelser og behandling som foreløpig har lite dokumentert effekt, og et underforbruk/underkapasitet på veldokumentert behandling. Et ensidig fokus på funksjonsfordeling vil forringe kvaliteten på enhetene. Det er det ikke tatt høyde for i planen at den enkelte lokalisasjon også må fungere godt som en enhet for at effektivitet, og kvalitet skal kunne opprettholdes. Overordnet strategi for UNN har vært behandlet bredt i organisasjonen og i styret og ordlyden er derav blitt nøye vurdert før den ble vedtatt. Dersom ordlyden i denne skal endres bør den gjennom en ny runde i organisasjonen og styret. Slik jeg ser det er UNNs overordnede strategi god og vil ikke forbedres med de foreslåtte endringer.

B 110/2014 PET-senter - forprosjekt

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner fremlagte rapport *Universitetssykehuset Nord-Norge HF Tromsø – PET-senter forprosjekt* og anbefaler at prosjektet utvides til å inkludere to PET CT-skannere.
2. Forprosjektrapporten oversendes til styret i Helse Nord RHF med anbefaling om endelig godkjenning, finansiering og gjennomføring av prosjektet.
3. Styret anbefaler at brutto arealramme fastsettes til 4 212m² og at kostnadsramme basert på 85 % sannsynlighet for overholdelse (P85) fastsettes til 487,1 mill kr (desember 2014) inkludert utstyr og byggelånsrenter. Prisstigning i byggeperioden beregnet til 29,2 mill kr kommer i tillegg. Samlet kostnadsramme (P85) anbefales dermed fastsatt til 516,3 mill kr. Dersom Helse Nord RHF etterkommer styrets anbefaling i vedtaks punkt 1 om å inkludere en ekstra PET CT-skanner, vil total ramme (P85) være 536,3 mill kr.

4. Styret anbefaler bygget finansiert innenfor investeringsplanen for Helse Nord. Styret tar til etterretning at Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet har bevilget 13,5 mill kr til medfinansiering av preklinisk forskningsdel. Styret anbefaler at annet forskningsrelatert utstyr delfinansieres gjennom ubrukte forskningsmidler i Helse Nord RHF.
5. Styret anbefaler at tidligfaseplanleggingen avsluttes og uten opphold videreføres med gjennomføringsfase bestående av detaljplanlegging og bygging med ferdigstilling i første kvartal 2017.
6. Styret anbefaler den foreslåtte entreprisemodellen.
7. Styret ber om at det til neste møte fremlegges kvalitetssikrede estimater av driftskostnader og driftsinntekter etter ferdigstilling av senteret.

Hanne Frøyshov la frem følgende stemmeforklaring:

Dagens PET tilbud i UNN er ikke optimalt for fremtiden, men dekker dagens behov for nødvendige PET-undersøkelser i regionen og kan ved å øke bruken ut over 2 dager pr uke også dekke behovet en del år fremover.

Et slikt tilbud burde være full-finansiert fra det regionale helseforetaket. Dersom UNN skal realisere dette innenfor de rammer som nå er gitt må et slikt prosjekt sees opp mot de reduksjoner dette vil medføre innenfor andre deler av UNNs virksomhet.

Kostnadene til bygg og drift slik forslaget til PET-senter er fremlagt i forprosjektet vil ta en urimelig stor del av budsjettet på kort og lang sikt og er ikke i tråd med at ressurser som brukes skal gi mest mulig helsegevinst og at helsetilbudet skal være likeverdig. De estimerte prognosene for kostnad (inklusive lønnskostnader) fremover synes uferdig. Det burde være gjort en bedre analyse som sammenligner nytte av PET og nytte av andre tilbud som man vil mangle finansiering.

Et PET-senter vil øke bruken av PET, og dersom tilbudet har mye overkapasitet vil det bli et overforbruk. Det er mange radiologiske undersøkelser som gir mindre stråling enn PET som er under utvikling og som vil kunne benyttes for mange av de samme pasientene også i fremtiden.

De aller fleste kreftpasienter skal ikke ha PET-undersøkelse, men er avhengige av andre undersøkelser og behandling der kapasiteten i UNN i dag er for dårlig. Det er i dagens situasjon langt med prekärt å bedre den eksisterende kapasiteten i radiologi genrelt, slik at kreftpasienter får sin diagnose til rett tid og at behandling settes i gang så raskt som mulig. Jeg ser det derfor som langt mer hensiktsmessig å bygge et PET-senter med syklotron som er mer nøkternt og også tar til etterretning at det kan komme en PET-CT ved annet HF i regionen som vil redusere behovet i UNN ytterligere.

Mai-Britt Martinsen, Rune Moe og Hanne Frøyshov la frem følgende protokolltilførsel:

Det er viktig at vi får på plass et PET- Senter i UNN for å kunne gi et best mulig regionalt tilbud til pasientene i hele Helse Nord. Det legges opp til en urimelig effektivisering på kort og lang sikt i hele UNN for å bære kostnadene av dette. Det oppleves urimelig at pasientene i UNN sitt nedslagsfelt skal få et dårligere tilbud enn andre på grunn av dette.

S 111/2014 Protonsenter - idéfase

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner fremlagte idéfaserapport *Idéfaseutredning - UNN Protonterapisenter* for videresending til Helse Nord RHF som vårt bidrag til det nasjonale idéfasearbeidet.
2. Styret anbefaler at den regionaliserte løsningen legges til grunn for en eventuell nasjonal konseptfaseutredning, og at idéfaserapportens alternativ 2 legges til grunn for videre utredning av løsning for Helse Nord.

Sak 7/2015 - vedlegg 1

3. Styret forutsetter at eventuell etablering av tilbudet fullfinansieres gjennom realvekst i budsjettene uten krav til omstilling av annen drift.
4. Styret ber om at direktøren umiddelbart etablerer en plan for nødvendig kompetanseoppbygging innen protonterapi.

B 112/2014 A-fløya med integrerte operasjonsstuer

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til anbefalingen om å oppgradere til integrerte operasjonsstuer som beskrevet i saksfremlegget.
2. Styret slutter seg også til anbefalingen om å oppdatere utstyr i den prosjekterte hybridstuen.
3. Saken bes sendt til Helse Nord RHF til endelig godkjenning.

F 113/2014 Høring regional plan for plastikkirurgi i Helse Nord

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar forslaget til *Regional plan for plastikkirurgi i Helse Nord* til orientering.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som her påpekes i det videre arbeidet med å utvikle det plastikkirurgiske tilbudet i regionen.
3. Styret viser til at det er utfordringer knyttet til stabilitet i tilbud bemannet med enkeltspesialister, og vi ber Helse Nord RHF vurdere å samle tilbudet i Nordland på én lokalisasjon.

F 114/2014 Regional plan for ØNH-faget

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF anerkjenner det gode faglige arbeidet som er gjort i utarbeidelsen av *Regional plan for øre-nese-hals i Helse Nord 2014-2025*, og ser at planen beskriver behov styrking av et viktig fagområde som har gjennomgått store endringer de senere år.
2. Styret slutter seg til direktørens konklusjon om at planen ikke er tilstrekkelig gjennomarbeidet og ber om at planen revideres før den legges til grunn for fremtidige prioriteringer. I det videre arbeidet bør det inkluderes analyser av forbruksmønstre, forslag til tiltak for utjevning av eventuelle slike, tydeligere forslag til funksjonsfordeling, tydeligere forslag til prioriteringer mellom opptrappingstiltakene som foreslås, og vurderinger av mulighetene for bruk av telemedisinske løsninger og eventuell jobbglidning.
3. Styret mener at enkeltvis behandling av fagplaner kan skape forventninger i fagmiljøene som ikke lar seg oppfylle, og anbefaler Helse Nord RHF å utvikle en saksbehandlingsprosess som sikrer alle fagplaner vurderes i en helhetlig prioriteringsmessig sammenheng før planene sendes ut på høring.

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
8/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	11.2.2015

Evaluering av styrets arbeid**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar resultatene fra evalueringen av styrets arbeid til etterretning.
2. Styret vil for inneværende periode vektlegge egne utviklingsområder knyttet til eget arbeid.
3. Styret ber administrerende direktør formidle relevante resultater til Helse Nord RHF gjennom *Årlig melding* i tråd med kravet i styreinstruksen.

Sammendrag

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har tidligere gjennomført slik evaluering, sist i februar 2014. Saken viser til at evaluering av styrets egen virksomhet er forankret i oppdragsdokument og styreinstruks, og er regnet som god skikk for eierutøvelse i følge statens prinsipper for eierstyring. Det er innleid ekstern rådgiver til gjennomføring av evalueringen. Saken synliggjør fremgangsmåte og metodikk knyttet til opplegget.

Bakgrunn

Oppdragsdokumentet vektlegger årlig evaluering av Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sin egen virksomhet. Dette underbygges av *Veilederen for styrearbeid* fra Helse Nord RHF samt UNNs styreinstruks. Ordningen har også forankring i statens prinsipper for eierstyring.

Formål

Formålet med saken er at styret evaluerer egen virksomhet på en systematisk og etterprøvbar måte, slik at det legges til rette for om nødvendig å korrigere styrets arbeidsmåte og egenutvikling som kollegium.

Saksutredning

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomførte for første gang en gjennomgang av styrets *arbeidsmåte* i styreseminar i november 2010. I 2011 kom styreveilederen fra Helse Nord RHF, som vektla en helhetlig evaluering, parallelt med departementets krav til det samme i Oppdragsdokumentet for 2012. Det ble derfor gjennomført en slik evaluering også i 2012, slik styreinstruksen for UNN nå foreskriver. Styret har altså gjennomført evaluering av egen virksomhet hvert år de fem siste årene.

Styreveilederen angir at evalueringen skal gjennomføres én gang hvert år, herunder at hele styret og daglig leder bør være med i evalueringen. Ordningen skal også ta utgangspunkt i hva som er styrets viktigste oppgaver og helseforetakets utfordringer, og videre skal man vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte bidrar positivt til styrets håndtering av disse oppgavene.

Ettersom administrerende direktør ikke deltok i gjennomføring av styrets evaluering i forrige runde, legges det i denne saken til rette for at direktøren får gitt sin vurdering av samspill og arbeidsform.

Oppfølging etter evalueringen i 2014

Vedtaket fra evalueringen i 2014 pekte på følgende prioriteringer for 2014:

- *Utbyggingsprosessene – infrastruktur*
- *Samhandling – oppfølging av samhandlingsavtalene*
- *Videre oppfølging av igangsatte prosesser*
- *Fortsatt fokus på kvalitet*
- *Kompetanseutvikling for styret*

I det etterfølgende vil de prioriterte fokusområdene bli belyst med hensyn til hvordan styret selv har fulgt dem opp gjennom 2014:

Utbyggingsprosessene - infrastruktur

Styret behandlet i 2014 flere saker som omhandlet utbyggingsprosessene, der blant annet infrastrukturen knyttet til disse ble vektlagt. Egne tertialrapporter for utbyggingsprosjektene ble behandlet, i tillegg til endring av utbyggingsstrategi for A-fløya, forprosjekt for PET-senteret og idéfaseprosjekt for et protonsentet. Strategisk utviklingsplan ble også vedtatt, og vil være det viktigste premissdokumentet for fremtidige utbygginger.

Samhandling – oppfølging av samhandlingsavtalene

Styreseminaret i juni hadde eget fokus på oppfølging av samhandlingsprosessene lokalt, særlig knyttet til Nord-Troms-kommunene, der det ble gjennomført eget møte med ordførerne i regionen. I tillegg ble det gjennomført besøk og møter ved det distriktsmedisinske senteret og det distriktspsykiatriske senteret i Nordreisa. UNN har etablert en egen samhandlingsavdeling

Sak 8/2015

som følger opp de inngåtte samhandlingsavtalene med kommunene. Referater fra overordnet samarbeidsorgan med kommunene (OSO) legges fortløpende frem som referatsaker til styret.

Videre oppfølging av igangsatte prosesser

UNNs strategiske utviklingsplan har vært på styrets agenda i flere omganger, også i styreseminarene. I tillegg har driftsformen *Aktivitetsbasert bemanning* vært undergitt grundige vurderinger i flere omganger, og innretningen på saken er endret etter styrets ønske.

Fortsatt fokus på kvalitet

Styrets kvalitetsfokus har gjennom behandling av de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene vektlagt flere kvalitetsindikatorer, som ventetider, fristbrudd og epikrisetid. Etter initiativ fra brukerutvalgets leder, følger styret utviklingen av kvalitetsarbeidet tettere ved at referatene fra Kvalitetsutvalget fortløpende legges frem som referatsaker i styret.

Kompetanseutvikling for styret

Seminaret i juni hadde fokus på styret som kollegium, samt innspillsrunde til UNNs strategiske utviklingsplan, herunder prosessforløp og medvirkning. Seminaret i november hadde fokus på forhold knyttet til sikker sykehusdrift og viktige prosesser under større utbyggingsprosjekter.

Evalueringsopplegget

Styreleder har valgt å innhente ekstern bistand til evalueringen. Fremgangsmåten som rådgivningsselskapet Cirius Consulting bruker, er identisk med det tilbudet arbeidsgiverforeningen Spekter tidligere hadde, og som UNN-styret benyttet seg av i 2012 og 2013.

Evalueringens gjennomføring:

- Det enkelte styremedlem fyller ut nettbasert spørreskjema som gir full anonymitet i forhold til hvem som svarer hva. Undersøkelsen tar utgangspunkt i styrets ulike roller, styrets sammensetning, styrets oppgaveløsning og arbeidsform, styreledelse, styrets opptreden utad, forholdet til administrasjonen og til revisor – samt den enkeltes vurdering av sin egen posisjon i styret
- Svar fra spørreskjemaer sammenstilles og analyseres av ekstern konsulent
- Ekstern konsulent mottar saksdokumenter og deltar som observatør gjennom kommende styremøte
- Ekstern konsulent presenterer sammenstilte resultater fra spørreundersøkelse og fra sine observasjoner

Ekstern konsulent vil være tilgjengelig for styret i drøfting av potensielle oppmerksomhetsområder og eventuelt tiltak –eller fokusområder som styret vil vektlegge for sin videre utvikling.

Medvirkning

Saken har ikke vært gjenstand for nærmere vurdering av andre interessentgrupper enn styret selv.

Vurdering

Evalueringen kan gjennomføres på ulike måter. Veilederen anviser eksempelvis bruk av samtaler, intervjuer eller egevalueringsskjema. Det er opp til styret selv hvilken gjennomføringsmåte som velges, og styreleder har bedt om ekstern bistand til gjennomføring av evalueringen. I følge veilederen for styrearbeid er det essensielle med slike opplegg at styret selv klargjør hva som er dets viktigste oppgaver og utfordringer, og at evalueringen tar hensyn til det.

Tromsø, 30.1.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
9/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	11.2.2015

Styrets årsplan 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner Styrets årsplan 2015.
2. Styreseminaret/møtet som er planlagt til 23-24.6.2015 flyttes til 22-23.6.2015.

Sammendrag

Årsplanen for styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) angir hvilke saker som kommer til behandling i løpet av et driftsår. Den består av en fastlagt saksplan der også behandlingstidspunktene for styresakene fremkommer. Årsplanen inngår i styrets overordnede planlegging for å sikre at de faste styresakene blir behandlet rettidig. Det er i oppdragsdokumentet stilt nye krav om styrebehandling av status i oppfølging av oppdragsdokumentet samt status for ROS-analyser på området informasjonssikkerhet, og dette er ivaretatt i planen. Det planlagte styreseminaret/møtet 23-24.6.2015 kolliderer med nasjonalt møte for helseforetaksdirektører, som denne gangen arrangeres i Bodø av Helse Nord RHF. Direktøren foreslår derfor at seminaret/møtet flyttes til 22-23.6.2015.

Bakgrunn

Bakgrunnen for saken er at Helse Nord RHF har stilt krav til alle helseforetak om å utarbeide egne årsplaner for styrene. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har derfor lagt dette inn som en del av styreinstruksen. *Møteplanen* for 2015, som styret behandlet som sak 69/2014, danner grunnlaget for *Styrets årsplan 2015*.

Formål

Formålet med saken er å synliggjøre de viktigste sakene som det stilles krav om at styret skal behandle i løpet av et driftsår, slik at styret har tilstrekkelig tid til forberedelse og behandling.

Saksutredning

Helse Nord RHF forutsetter at det ved oversendelse av møteplanen for styret ved UNN også følger tilhørende oversikt over styrets hovedaktiviteter/ fastlagte saker som skal behandles til gitte tider. Årsplanen - som i følge *Veilederen for styrearbeid for helseforetak i Helse Nord* består av møteplan og i tillegg faste saker knyttet til denne, er ment som et redskap for å skape best mulig oversikt, strukturere styrearbeidet og for å sikre tilstrekkelig tid til involvering i og behandling av de viktigste sakene. Samtidig peker veilederen på at det er mulig å legge inn så vel de faste sakene i årsplanen som saker som varierer fra møte til møte. UNN har i denne omgangen valgt å legge inn de *faste sakene* (som skal behandles til gitte tider).

Det er i årets oppdragsdokument stilt nye krav om tertialvis behandling av status for oppfølging av oppdragsdokumentet samt status på ROS-analyser for området informasjonssikkerhet. Dette er tatt inn i møteplanen.

Oversikten under viser møteplanen for 2015 som styret gjorde vedtak om 25.6.2014 som sak 69/2014:

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter		11	24	29		3 24			16	6	11	16
Styreseminar						23- 24					10- 11	
Regionalt seminar			25- 26							28- 29		

Styrets årsplan 2015

Styret har tidligere godkjent møteplanen for 2015, som danner grunnlaget for følgende årsplan for 2015:

<u>Møtetidspunkter</u>	<u>Sted</u>	<u>Styresaker</u>
Onsdag 11. februar	Tromsø	Styrets evaluering av egen virksomhet. Valgstyre.
Onsdag 24. mars	Bodø	Årsregnskap, årlig melding og oppdragsdokument
Onsdag 29. april	Tromsø	Investeringsplan 2015-2023
Onsdag 3. juni	Tromsø	Første tertialrapport. Status for oppfølging av oppdragsdokumentet. Status for ROS-analyse av informasjonssikkerhet.
Onsdag 24. juni	Harstad	Ledelsens gjennomgang i fbm styreseminar 23.6.
Onsdag 16. september	Tromsø	Forberedelse til virksomhetsplanlegging 2016
Tirsdag 6. oktober	Tromsø	Andre tertialrapport. Status for oppfølging av oppdragsdokumentet. Status for ROS-analyse av informasjonssikkerhet.
Onsdag 11. november	Narvik	Ledelsens gjennomgang ifbm styreseminar 10.11.
Onsdag 16. desember	Tromsø	Virksomhetsplan og budsjett for 2016

Månedlige kvalitets- og virksomhetsrapporter samt eventuell orientering om alvorlige hendelser behandles i samtlige møter.

Medvirkning

Ettersom saken er basert på tidligere vedtatte møteplan for 2015, forutsettes den kjent, og er ikke lagt frem til drøfting.

Vurdering

Årsplanen slik den er foreslått i denne saken ivaretar etter direktørens vurdering formålet med saken, og gir eier og styret tilstrekkelig oversikt slik at de viktigste faste sakene får rettidig behandling. Det er i oppdragsdokumentet stilt nye krav om styrebehandling av status i oppfølging av oppdragsdokumentet samt status for ROS-analyser på området informasjonssikkerhet, og dette er ivare tatt i planen.

Det planlagte styreseminaret/møtet 23-24.6.2015 kolliderer med nasjonalt møte for helseforetaksdirektører, som denne gangen arrangeres i Bodø av Helse Nord RHF. Direktøren foreslår derfor at seminaret/møtet flyttes til 22-23.6.2015.

Vedtaket i sak 69/2014 *Møteplan for styremøter 2015* tok utgangspunkt i lokalisering av møtesteder som forutsatte nøktern reisevirksomhet i 2015. Forslaget slik det nå foreligger vurderes å ivareta en rimelig balanse i styrets reisevirksomhet for driftsåret sett under ett. Styret må på selvstendig grunnlag vurdere om den foreslåtte saksfordeling, seminarfrekvens og reisebelastning er forenelig med styrets planer og øvrige aktiviteter.

Tromsø, 30.1.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
10/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	11.2.2015

Oppnevning av valgstyre**Innstilling til vedtak**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer til valgstyre ved UNN:

- Hilde Annie Pettersen og Leif Hovden fra arbeidsgiversiden
- Monica Fyhn Sørensen og Randi Steinli Pedersen fra arbeidstakerorganisasjonene

Saksutredning

Helseforetaksloven § 23 omhandler ansattes styrerepresentasjon i helseforetak. Ansattevalgte representanter til styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF velges for to år av gangen. Perioden for de sittende representanter utgår på valgtidspunktet for nye representanter i april/mai 2015. Valg av ansattevalgte representanter skal ledes av et valgstyre, jfr. § 8 i forskrift til helseforetakslovens bestemmelser om de ansattes rett til representasjon i helseforetakets styre. Forskriften gir nærmere regler om de ansattes rett til styrerepresentasjon og om gjennomføring av valg for styremedlemmer valgt av og blant de ansatte.

Valgstyret skal bestå av minst tre personer med stemmerett, hvorav en leder og en nestleder. Valgstyret konstituerer seg selv. De ansatte og foretakets ledelse skal ha minst en representant hver, og valgstyret oppnevnes av foretakets styre. Direktøren foreslår arbeidsgiverrepresentantene i tråd med innstilling til vedtak.

Arbeidstakernes organisasjoner presenterte sine representanter under drøftingsmøte 28.1.2015.

Tromsø, 30.1.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
11/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen	11.2.2015

Dialogavtale for 2016 mellom styret ved UNN og administrerende direktør

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner forslaget til dialogavtale for 2016 for administrerende direktør.
2. Styret ber om at direktøren legger egen dialogavtale til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2016.

Sammendrag

Virksomhetsstyring ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ved hjelp av dialogavtaler mellom ledernivåene ble innført som en del av det langsiktige utviklings- og omstillingsprosjektet i 2007. Dialogavtalene inneholder de til enhver tid gjeldende målsettingene for UNN og skal fastsette foretakets ambisjoner, samt ivareta forskjellige krav fra myndigheter, oppdragsdokument, foretaksprotokoller, styrevedtak, mv.

Direktørens dialogavtale med styret foreslår overordnede satsinger for 2016, og vil være retningsgivende for målsettingene som etableres på klinikk-, avdelings- og seksjonsnivået i organisasjonen. Dialogavtaleverktøyet er dynamisk slik at det er mulig å gjøre justeringer i avtalen dersom det er nødvendig når oppdragsdokumentet for 2016 foreligger.

Direktøren ber om at styret godkjenner forslaget til dialogavtale for direktøren for 2016.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har som grunnlag for administrerende direktørs oppdrag vedtatt en egen direktørinstruks. Denne tar for seg direktørens plikter overfor styret, og den fastsetter formelle rammer rundt den daglige ledelse og utvikling av foretaket. Instruksen er i tråd med krav fra Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dialogavtaleverktøyet, slik det er beskrevet i denne saken, kommer som et tillegg til instruksen, og er å forstå som et dynamisk verktøy til bruk i kontinuerlig virksomhetsstyring. Metodikken

Sak 11/2015

ble etablert allerede i 2007 ved implementering av ny organisasjonsstruktur, og de to siste årene er IKT-verktøyet tilpasset og videreutviklet i ny versjon.

Dialogavtalen mellom styret og administrerende direktør tar utgangspunkt i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF. Oppdragsdokumentet vedtas imidlertid ikke før i februar det året det gjelder (oppdragsdokumentet for 2015 vedtas i foretaksmøte 4.2.2015), mens direktøren må starte virksomhetsplanlegging for neste driftsår om lag 10 måneder før årsskiftet for å overholde tidsfrister og fremskaffe en god virksomhetsplan. Direktøren har derfor allerede nå behov for signaler fra styret som kan legges til grunn for virksomhetsplanleggingen i 2015. Dette behovet løses gjennom styrebehandling av direktørens dialogavtale for 2016.

Avtalen vil bli presentert på den årlige ledersamlingen i mars måned, der ledere fra alle ledernivå i UNN deltar. På samlingen starter prosessen med å utvikle virksomhetsplanen for 2016. Klinik- og senterledere får som en del av samlingen i oppdrag å starte interne prosesser med utgangspunkt i dialogavtalen som styret har inngått med direktøren.

Formål

Formålet med denne saken er å vedta direktørens dialogavtale for 2016.

Saksutredning

Dialogavtalen ivaretar strategisk og operasjonell virksomhetsstyring gjennom en balanse mellom helhetlig planlegging og praktisk iverksetting. Dialogavtalen har et ulikt fokus alt etter hvilket nivå i organisasjonen den anvendes. På overordnet nivå er Dialogavtalen et strategisk verktøy, og den inneholder de kontinuerlige og komplekse målsettingene. På mellomledernivå benyttes Dialogavtalen til mer operasjonell styring, og på lavere nivå i organisasjonen kan Dialogavtalen bidra til å administrere utførelsen av konkrete mål og tiltak.

I Dialogavtalen får hvert nivå mulighet til å definere hvordan de best kan løse lokale utfordringer, samtidig som organisasjonens strategi understøttes ved at målsettingene utarbeides i tråd med de overordnede strategier, satsinger og prioriteter som er vedtatt. Direktørens dialogavtale med styret inneholder satsinger som presiserer de organisasjonsgjennomgående prioriteringene. Forslaget til avtale er avstemt mot Strategisk utviklingsplan, og mot nye styringssignaler i Oppdragsdokument 2015. Tiltak etableres fra klinikknivå og videre nedover i organisasjonen.

Dialogavtalen er dynamisk slik at det er mulig å gjøre justeringer i avtalen dersom det er nødvendig når oppdragsdokumentet for 2016 foreligger.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, til drøfting og/eller innspill i egne møter 27. og 28.1.2015. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

Implementeringen av den nye versjonen av dialogavtaleverktøyet er gjennomført for å forenkle nødvendig administrasjon av avtalene mellom ledernivåene. Det anses som avgjørende at UNNs

Sak 11/2015

strategiske satsingsområder er gjennomgående og danner grunnlag for målsettingene som etableres. I tillegg er det viktig at Dialogavtalen er dynamisk og inneholder de til enhver tid gjeldende målsettingene for UNN.

Styrets dialogavtale med administrerende direktør vil danne et viktig utgangspunkt for planprosessene rundt virksomhetsstyringen hvert år. Direktøren vurderer styrking av foretakets evne til å gjennomføre vedtatte planer som viktig både i 2015 og 2016. Forbedring av internkommunikasjonen vurderes å være et viktig virkemiddel i denne sammenhengen, og direktøren planlegger endringer i møtестruktur og tidsbruk for å få dette til.

Konklusjon

Direktøren ber om at styret godkjenner forslaget til dialogavtale for direktøren for 2016.

Tromsø, 2.2.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Forslag til administrerende direktørs dialogavtale for 2016

Direktørens dialogavtale - 2016

Direktørens arbeid med virksomhetsplanlegging for 2016 skal innrettes mot å realisere Helse Nords viktigste mål for planperioden 2015-2018 slik disse fremgår av Oppdragsdokument 2015. Oppfylging av nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet, utvikling av bygg i samsvar med vedtatte planer samt innfrielse av økonomiske mål står sentralt. Dette krever styrking av gjennomføringsevnen og internkommunikasjonen i foretaket.

Pasientforløp

UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt.¹

- UNN skal følge opp implementeringen av pakkeforløp for pasienter med mistenkt kreft
- UNN skal arbeide for å utjevne variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester og sikre et likeverdig tilbud for regionen
- UNN skal gjennomføre en videre omlegging fra døgn- til dagbehandling i forbindelse med åpningen av nytt pasienthotell

Pasient- og brukervedvirkning

- UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning
- UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle beslutningsstøtteverktøy for pasientmedvirkning

Samhandling og funksjonsfordeling

UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene. UNN skal samhandle med kommunene, primærhelsetjenesten og andre sykehus.

- UNN skal bruke den nyetablerte arenaen for samhandling med avtalespesialistene og andre private aktører til å sikre god samhandling også med disse aktørene
- UNN skal utvikle en tydeligere funksjonsfordeling mellom region- og lokalsykehusfunksjonene, både internt i eget foretak, og i samarbeidet med de andre helseforetakene i regionen
- UNN skal definere lokalsykehusfunksjonen ved UNN Tromsø tydeligere, og slik bidra til å løse kapasitetsutfordringer

Kvalitet og pasientsikkerhet

UNN skal tilby spesialiserte helsetjenester og beredskap på høyt internasjonalt nivå. UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt. UNN skal definere mål for kvalitet i pasientbehandlingen, måle og dokumentere resultater i kvalitetsregistre og formidle resultatene slik at pasienten kan delta i beslutninger på egne premisser.

- UNN skal ha fokus på å utvikle seg som en lærende organisasjon, der resultater fra kvalitetsregistre, tilsyn, revisjoner og risikostyring brukes til utvikling og forbedring
- UNN skal rette økt oppmerksomhet mot pasientens opplevelse av kvaliteten på behandlingen
- UNN skal bredde ut Pasientsikkerhetsprogrammet i alle relevante enheter
- Ledelses- og kvalitetsinformasjonssystemene skal videreutvikles og anvendes til å presentere klinisk relevant og faglig kvalitetsinformasjon til styring, læring og forbedringsarbeid

¹ Strategiske mål, hentet fra UNNs overordnede strategi, er tatt med under hvert strategiske satsingsområde.

- UNN skal konsolidere bruk av KVAM-strukturen for å fremme kvalitetsforbedringsarbeid
- UNN skal fortsatt utdanne medarbeidere i prosessforbedring med Lean som metode

Utdanning og rekruttering

UNN skal i samarbeid med universitetene, høyskolene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere.

- UNN skal utvikle og bredde bruken av e-læring som et verktøy for utdanning og kompetanseutvikling
- UNN skal øke antall lærlinger

Forskning

UNN skal forbedre seg gjennom forskning, kontinuerlig utvikling og innovasjon.

- UNN skal videreføre satsningen på forskning for å nå målene i HelseOmsorg21
- UNN skal, i samarbeid med det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø, legge til rette for gjennomføring av Tromsø 7 (Tromsøundersøkelsen)

Teknologi og e-helse

UNN skal være pådriver innen utvikling og bruk av teknologi og e-helse

- UNN skal gjennomføre FIKS-prosjektet og være en aktiv bidragsyter i utviklingen av strukturert journal samt prosess- og beslutningsstøtte i den elektroniske pasientjournalen
- UNN skal anvende ny og tilgjengelig teknologi for å fremme effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen
- UNN skal arbeide aktivt med å oppnå forventede gevinster av IKT-prosjekter

Annet

- UNN skal samordne IKT-prosjektene og byggeprosjektene med organisasjonsutvikling samt prosessforbedring med lean-metoden, for å oppnå forbedringer i kvalitet og driftsøkonomi
- UNN skal videreføre satsingen på aktivitetsbasert bemanning for å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen og bedre arbeidsmiljø
- UNN skal ha et særskilt fokus på utfordringene rundt operasjonskapasitet gjennom utbyggingsfasen for A-fløya
- UNN skal følge opp resultatene fra medarbeiderundersøkelsen
- UNN skal utarbeide fullstendige beredskapsplaner og treårig rullerende plan for øvelser i beredskapssammenheng



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
12/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Jorhill Andreassen	11.2.2015

Justering av lønn til administrerende direktør

Innstilling til vedtak

Saken utredes av styreleder, og legges frem før behandlingen i styremøtet.

Tromsø, 30.1.2015

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
13/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	11.2.2015

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlig orientering

1. Vestibyleprosjektet
2. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen
3. Medarbeiderundersøkelsen
4. Håndheving av røykfrihet
5. Orientering om opprettelse av dialyse ved DMS Nord-Troms
6. Høringssvar fra UNN, NOU 2014:12, Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

Muntlig orientering

1. Tromsø kommunes planer for helsehus
2. Henvendelse til styret fra en ansatt
3. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23

Tromsø, 30.1.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg



Sak: Vestibyleprosjektet
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen
Møtedato: 11.2.2015

Sammendrag

Vestibyleprosjektet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), Breivika ble etablert i forbindelse med etablering av nytt pasienthotell og ombygging av ny A-fløy. Prosjektet tar for seg og vurderer hensiktsmessige endringer i og rundt hovedinngangen til sykehuset. Det er etablert en egen styringsgruppe som er bredt sammensatt og som skal gi råd til direktøren i utforming av endret hovedinngang.

Første del av vestibyleprosjektet er gjennomført ved flyttingen av Narvesen-kiosken og klargjøring for åpning inn til nytt pasienthotell. Videre arbeid i vestibylen vil i perioden 2015 til 2018 bestå i å tilrettelegge for nødvendige midlertidige løsninger i forbindelse med utbyggingen av A-fløya og PET-senteret. Dette innebærer utflytting av Kulturavdelingen og Post- og dokument-senteret, midlertidig stengning av Møteplassen og Stillerom, samt midlertidig flytting av Innskrivingskontor og Reisekontor. Rigg- og byggeområder utenomhus vil gi behov for logistikkendringer som løses ved flytting av gjesteparkering og garderober.

Endelig løsning for vestibyleområdet vil ikke være hensiktsmessig å slutføre før A-fløya ferdigstilles. I 2015 skal det gjennomføres en organisasjonsutviklingsprosess der det vektlegges å avklare hvordan pasientlogistikk skal løses sett opp mot poliklinikkene, dagbehandling og sengeavdelinger. I etterkant av disse avklaringene kan endelig utforming av vestibylearealet planlegges og gjennomføres som en vanlig byggeprosess med involvering mot de funksjonene som skal være i eller flytte ut av området. Planarbeidet vil bli fullført i løpet av 2016.

De midlertidige løsningene er finansiert i utbyggingsprosjektene. Den permanente løsningen inngår ikke i vedtatt investeringsplan. Planen for permanent løsning, inklusive forslag til finansiering av denne, må legges frem for styret til behandling i løpet av 2016.

Bakgrunn

Arbeidet med A-fløya ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har avdekket at vestibyleområdet ved UNN Breivika har mangler og ikke har logistikk-løsninger som er i henhold til dagens muligheter. Nytt pasienthotell medfører også noe endring av området. Som følge av dette er det startet et arbeid i regi av utbyggingssjef og intern prosjektleder med egen styringsgruppe for å utrede muligheter og løsninger. Tidsrammen for arbeidet må sees i sammenheng med ferdigstilling av A-fløya og andre pågående byggeprosjekter som påvirker området. I selve byggefasen av A-fløya og PET-senteret vil logistikken omkring hovedinngangen påvirkes. Denne saken orienterer kort om disse forholdene.



Formål

Denne saken skal orientere styret om planer for vestibyleområdet ved UNN Breivika, og hvordan logistikk påvirkes av byggeprosjektene.

Saksutredning

Permanent løsning

Arbeidet med vestibylen startet opp etter beslutning i direktørens ledergruppe i september 2012. Styringsgruppen har siden da hatt fire møter. En viktig sak i denne prosessen har vært prioriteringer innenfor et begrenset areal. Dette spørsmålet har vært løftet ut til AMU og Brukerutvalget som har gitt følgende innspill:

- Lettere tilgjengelig og bedre synlig skrankefunksjon
- Ett punkt for pasientkontakt
- Kiosk og apotekutsalgsalg må bevares
- Møteplassen er en viktig funksjon for Brukerutvalget
- Kultursykehuset har en viktig plass i vestibylen

I styringsgruppemøte 14.6.2014 ble det besluttet å gi utbyggingssjefen oppdrag med å lage en ledergruppesak med hensikt å starte et pasientforløpsprosjekt/organisasjonsutviklingsprosjekt der det på bakgrunn av de foreliggende utredningene og personflytanalyse lages en beskrivelse av hvordan pasientflyt og logistikk frem til behandlingssted på sykehuset best kan løses på en rasjonell og trygg måte. Dette innebærer innskrivningsforløp, teknologiske løsninger, effektiv merking, pasientbistand, informasjonstjenester og andre forhold omkring pasienter og pårørende.

Prosjektet planlegges oppstartet og gjennomført i løpet av inneværende år og vil danne grunnlag for videre tenkning omkring utforming av den endelige forbedrede vestibyle. Utførelse av planleggingen vil foregå i løpet av 2016, slik at gjennomføring av arbeider kan implementeres parallelt med, og i etterkant av ferdigstilling av A-fløya. Arealutvalget for UNN Breivika har hatt oppe sak og besluttet ny, permanent plassering av Narvesen-kiosken i arealene. Flytting av kiosken er gjennomført og den åpnet i nye lokaler 13.1.2015. Ny plassering av kiosken forutsatte midlertidig utflytting av Møteplassen og Kulturavdelingen. Arealutvalget har også behandlet sak om Post- og dokumentcenteret som skal flytte til ny, permanent plassering ved Sentralforsyningen i løpet av våren 2015. Det forutsettes at apotekutsalgsalg videreføres i dagens lokaler.

Midlertidige løsninger

I kommende treårsperiode vil vestibyle og uteområdet ved hovedinngangen være preget av byggeaktivitet som vil påvirke logistikkstrømmen av ansatte, pasienter, pårørende og andre besøkende. Det vil ikke være formålstjenlig, eller mulig, å ha annet enn offentlig transport til hovedinngangen. Vi søker å løse all busstrafikk som i dag, mens det legges opp til av- og påstigning for drosje langs Hansine Hansens vei.

Gjesteparkering endres av rigg- og byggeplass for PET-senteret og A-fløya. For best mulig tilgjengelighet for pasienter på gjesteparkering vurderes det som hensiktsmessig å flytte dette til parkeringsareal nord for sykehuset og legge til rette for bruk av en av personalinngangene også for pasienter. Pasientflyten vil dermed gå gjennom to innganger. I en kortere periode må dagens hovedinngang stenges. Det planlegges i denne perioden å benytte inngang i arealet som i dag disponeres av Post- og dokumentcenteret like ved hovedinngangen. Inne i arealet mellom



hovedinngangen og utsalget for Sykehusapoteket HF, vil det være behov for midlertidige løsninger av inngang, innskriving, informasjon, kjørekontor og andre pasientrettede funksjoner. For å løse dette ansees det som nødvendig å stenge/flytte Stillerommet midlertidig. Løsningene ivaretas fortløpende av utbyggingskontoret og koordineres mot byggeprosjektet og funksjonene det gjelder.

For å løse ytterligere opp i logistikk omkring hovedinngangen, vil ansattegarderober i A5 midlertidig flyttes inn i det gamle pasienthotellet når dette er frigjort. Venteplass for distriktsdrosjer flyttes til parkering like utenfor det gamle pasienthotellet, med venteplass for pasientene i dagens resepsjonsområde. Dette oppfattes å ivareta funksjonen som Stillerom midlertidig.

Økonomi

Helse Nord RHF har forutsatt at UNN løser vestibyleprosjektet innenfor sine ordinære investeringsmidler, eller innenfor rammen av byggeprosjektene som pågår. Prosjektering og flytting av Narvesen er økonomisk løst innenfor budsjett for Nytt pasienthotell. Dette inkluderer oppgradering av gulv og vegger i gammelt kioskareal. Andre midlertidige løsninger ivaretas økonomisk av byggeprosjektene. Inngangspartiet vil berøres når det anlegges kulvert til PET-senteret og av A-fløya. Mindre endringer i dette området er det derfor naturlig å belaste byggeprosjektene med. Andre ombygginger som vil være rene oppgraderinger av vestibylen må løses innenfor øvrig investeringsramme. Kostnadsberegninger for ombygginger foreligger ikke før planlegging er gjennomført.

Medvirkning

Saken ble presentert for Arbeidsmiljøutvalget 28.1.2015, og utvalget sluttet seg til saken gjennom å ta den til orientering.

Vurdering

Løsning av vestibylen henger fremdriftsmessig sammen med øvrige byggeprosjekter, men er definert som et eget prosjekt. Finansieringen er ikke avklart. Det er derfor nødvendig med fleksibilitet i forhold til planlegging og gjennomføring slik at tidsplan passer med øvrige prosjekter og at kostnader reduseres. Det redegjøres for en plan som ivaretar de overordnede føringer og som samtidig er gjennomførbar innenfor de rammer som finnes. Det er naturlig at planer fortløpende revideres ved endring av forutsetninger, eksempelvis slik som ved vedtak om gjennomføring av PET-senteret.

Direktøren finner at Vestibyleprosjektet er tilfredsstillende belyst i denne saken til styrets orientering, og vil videreføre arbeidet i henhold til beskrivelsen. Planen for permanent løsning, inklusive forslag til finansiering av denne, må legges frem for styret til behandling i løpet av 2016.



Sak: Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: Fag- og forskningssjef Einar Bugge
Møtedato: 11.2.2015

Sammendrag

Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er våren 2014 gjennomført for andre gang ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Svarprosenten var over nasjonalt krav. Det var små endringer i resultatene fra 2012 til 2014. Direktøren er ikke fornøyd med at resultatene ikke er forbedret siden forrige undersøkelse. Arbeidet for bedret kvalitet og økt pasientsikkerhet vil derfor bli sterkere vektlagt fremover. Undersøkelsen gjentas våren 2016.

Bakgrunn

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har tre hovedmålsettinger: Redusere antall pasientskader, etablere varige systemer og strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er en nasjonal undersøkelse som ble gjennomført ved UNN for andre gang våren 2014, som en del av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Pasientsikkerhetskultur er definert som verdier, holdninger, oppfatninger, kompetanse og adferdsmønstre som får betydning for hvordan sikkerhet prioriteres i pasientbehandlingen. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen kartlegger noen slike forhold som virker inn på pasientsikkerheten.

Resultater fra undersøkelsen foreligger nå på foretaks-, klinikk-, avdelings- og enhetsnivå. Resultatene for egne enheter er formidlet til respektive klinikker for videre bearbeiding. Nasjonalt mål for undersøkelsen var en svarprosent > 70 %. UNN endte på en svarprosent på 71,9 %. Samme undersøkelse ble gjennomført i 2012, og det er ingen vesentlige endringer i resultatene på foretaksnivå fra 2012 til 2014.

Formål

Formålet med denne saken er å orientere styret om resultatene fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen og hvordan det arbeides med å forbedre disse i klinikkene og avdelingene.

Saksutredning

Resultater

I pasientsikkerhetskulturundersøkelsen ble de ansatte spurt om 16 ulike utsagn hvor de skulle angi hvor enige de var i utsagnene. Undersøkelsen omfatter tre temaområder: Sikkerhetsklima, Teamarbeidsklima og Ledelsens fokus på pasientsikkerhet. For de to første temaene er det regnet ut en samleskår. Når det gjelder temaet Ledelsens fokus på pasientsikkerhet finnes bare resultat for hvert enkeltspørsmål og ikke for temaet samlet, da en samlet skår for dette temaet ikke er testet ut.



Poengskalaen i undersøkelsen:

Svært uenig = 0

Litt uenig = 25

Nøytral = 50

Litt enig = 75

Svært enig = 100

Alternativet "Vet ikke" er ikke tatt med i beregningen.

Resultatene fra undersøkelsen er presentert på to måter:

1. Gjennomsnittsskår på faktorene Sikkerhetsklima og Teamarbeidsklima og disse faktorenes underliggende enkeltspørsmål og på enkeltspørsmål på temaet Ledelsens fokus.
2. Andel positive svar (Litt enig eller Svært enig) på faktorene Sikkerhetsklima og Teamarbeidsklima og disse faktorenes underliggende enkeltspørsmål og på enkeltspørsmål på temaet Ledelsens fokus.

Et ganske høyt gjennomsnitt er ikke uten videre uttrykk for en positiv kultur – det kan være uttrykk for veldig varierende svar. Andel positive svar vil være et bedre mål på kultur, ut fra resonnementet at kultur er noe man har felles og er enige om. Andel ansatte som er enige gjenspeiler således organisasjonsklimaet best, og anbefalingene vedrørende å identifisere forbedringsområder knytter seg til dette resultatet:

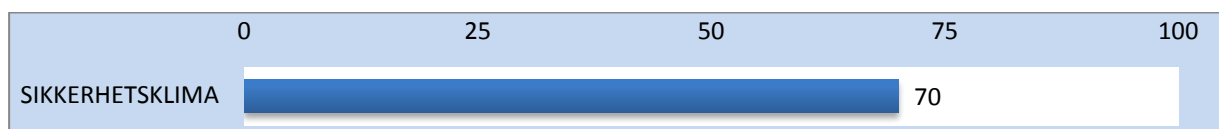
Organisatoriske enheter der

1. Færre enn 60 % rapporterer om et godt teamarbeidsklima eller et godt sikkerhetsklima har høyest risiko for pasientskade og må arbeide mest for å få det bedre.
2. Mellom 60 % og 80 % av medarbeiderne som rapporterer om et godt teamarbeidsklima eller et godt sikkerhetsklima har mindre risiko for pasientskader, men må fortsatt forbedre seg.
3. 80 % eller flere rapporterer om et godt teamarbeidsklima eller et godt sikkerhetsklima bør ikke endre på noe.

Sikkerhetsklima

Temaet Sikkerhetsklima består av sju spørsmål. Spørsmålene dekker tema som til sammen gir et inntrykk av hvor høyt sikkerhet prioriteres i enheten. Dette er et produkt av lokale forhold samt holdninger i omgivelsene og rammene som enheten jobber under.

Sikkerhetsklima – gjennomsnittsskåre:



	Antall svar	Resultat 2014	Resultat 2012	Standard avvik	Andel vet ikke
SIKKERHETSKLIMA		70,0	70,0		
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	3245	80,5	82,1	25,93	2 %



Her blir medisinske feil håndtert riktig	2988	74,2	75,9	26,08	9 %
Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerhet her	3138	72,4	72,1	28,21	5 %
Jeg får passende tilbakemeldinger om arbeidet mitt (korrekt, tilstrekkelig og fra rett person)	3260	64,0	64,6	30,87	1 %
Det er vanskelig å diskutere feil her*	3252	62,6	61,5	31,95	1 %
Kolleger oppmuntrer meg til å si fra om enhver sikkerhetsbekymring jeg måtte ha	3222	70,6	68,8	28,52	2 %
Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil	3194	65,8	66,3	28,72	3 %

Sikkerhetsklima – andel positive svar:

SIKKERHETSKLIMA **	48,9 %
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	80,2 %
Her blir medisinske feil håndtert riktig	72,6 %
Jeg vet hvilke kanaler jeg skal bruke for å stille spørsmål om pasientsikkerhet her	70,7 %
Jeg får passende tilbakemeldinger om arbeidet mitt (korrekt, tilstrekkelig og fra rett person)	60,2 %
Det er vanskelig å diskutere feil her*	57,7 %
Kolleger oppmuntrer meg til å si fra om enhver sikkerhetsbekymring jeg måtte ha	65,2 %
Kulturen her gjør det lett å lære av andres feil	61,2 %

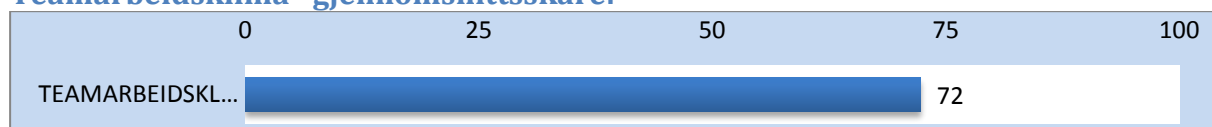
* Svaret er reversert, prosentandel som sier seg uenig i denne negativt formulerte påstanden

**Prosentandel ansatte som svarer positivt på alle spørsmålene i denne faktoren (skårer i gjennomsnitt over 75 poeng)

Teamarbeidsklima:

Temaet Teamarbeidsklima består av seks spørsmål. Spørsmålene dekker tema som til sammen gir et inntrykk av hvor godt de ansatte jobber sammen som et team for å gi en best mulig behandling.

Teamarbeidsklima- gjennomsnittsskåre:



	Antall svar	Resultat 2014	Resultat 2012	Standard avvik	Andel vet ikke
TEAMARBEIDSKLIMA		72,3	72,7		
Mine innspill blir godt mottatt her	3248	73,2	73,5	26,01	2 %



Her er den vanskelig å si fra om jeg oppdager et problem i pasientbehandlingen*	3216	68,6	66,6	30,12	3 %
Her blir uenighet håndtert riktig (dvs. ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten)	3153	67,6	69,3	28,45	4 %
Jeg får den støtte jeg trenger fra andre sykehusansatte for å ta meg av pasientene	3175	75,3	76,0	25,36	4 %
Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår	3260	83,0	83,0	23,97	1 %
Legene og de andre ansatte her samarbeider som et velkoordinert team	3223	66,4	67,9	30,56	2 %

Teamarbeidsklima - andel positive svar:

TEAMARBEIDSKLIMA**	53,8 %
Mine innspill blir godt mottatt her	73,1 %
Her er den vanskelig å si fra om jeg oppdager et problem i pasientbehandlingen*	65,4 %
Her blir uenighet håndtert riktig (dvs. ikke ut fra hvem som har rett, men ut fra hva som er best for pasienten)	62,4 %
Jeg får den støtte jeg trenger fra andre sykehusansatte for å ta meg av pasientene	73,8 %
Her er det lett for ansatte å spørre når det er noe de ikke forstår	84,3 %
Legene og de andre ansatte her samarbeider som et velkoordinert team	64,5 %

* Svaret er reversert, prosentandel som sier seg uenig i denne negativt formulerte påstanden

**Prosentandel ansatte som svarer positivt på alle spørsmålene i denne faktoren (skårer i gjennomsnitt over 75 poeng).



Ledelsens fokus på pasientsikkerhet

Temaet Ledelsens fokus består av tre spørsmål. Svarene gir et inntrykk av medarbeidernes oppfattelse av hvor høyt ledelsen på alle nivå prioriterer sikkerhet. Dette temaet er ikke validert for samleskåre.

Ledelsens fokus på pasientsikkerhet - gjennomsnittsskåre

LEDELSESFOKUS	Antall svar	Resultat 2014	Resultat 2012	Standard avvik	Andel vet ikke
Mine forslag om sikkerhet ville bli behandlet om jeg la dem fram for ledelsen	3004	70,1	70,2	28,47	9 %
Ledelsen her i enheten gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten	2995	65,5	66,5	30,93	9 %
Sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten	2803	49,7	53,7	30,03	15 %

Ledelsens fokus på pasientsikkerhet - andel positive svar

LEDELSESFOKUS	Andel Positive Svar
Mine forslag om sikkerhet ville bli behandlet om jeg la dem fram for ledelsen	69,4 %
Ledelsen her i enheten gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten	59,9 %
Sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten	42,4 %

Medvirkning

Undersøkelsen er presentert for Kvalitetsutvalget 18.11.2014. Kvalitetsutvalget besluttet at KVAM-utvalg og KVAM-grupper skal være hovedarenaene for diskusjon omkring og oppfølging av forbedringspunkter, og her er tillitsvalgte og vernetjeneste representert. Brukerutvalget får presentert undersøkelsen i sitt møte 4.2.2015.

Vurdering

Resultatene for foretaket samlet sett ligger omtrent på samme nivå som ved forrige undersøkelse. UNN sine resultater er i nedre del av skalaen i Helse Nord, selv om forskjellene er små. Det er stor variasjon mellom de undersøkte enhetene. Kultur skapes ute i den enkelte enhet, og det er derfor viktig at svarene bearbeides og at konkrete tiltak utformes i samarbeid med personalet.

Siden undersøkelsen sist var gjennomført, er fokuset på pasientsikkerhet økt, arbeidet med konkrete tiltak kommet i gang på flere avdelinger og det er kommet på plass en person som skal følge opp satsingen på pasientsikkerhet gjennom å bistå avdelingene i dette arbeidet.

Direktøren er ikke fornøyd med at resultatene av pasientsikkerhetskulturmålingen ikke er bedret siden forrige undersøkelse i 2012, og vil rette stor oppmerksomhet mot arbeidet med bedret pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur. Kvalitetsutvalget i UNN har gjennomgått og diskutert resultatene, og de enkelte klinikker har fått tilbakemelding på sine resultater.



Klinikkenes og avdelingenes resultater gjennomgås i KVAM-utvalg og KVAM-grupper, og konkrete tiltak utarbeides i disse dager. Direktøren forventer at alle ledere i foretaket legger stor vekt på å sikre en kultur i egen enhet der det legges til rette for at alle medarbeidere trygt kan si fra om egne og eventuelt andres mulige feil, og der enhver komplikasjon eller feil kan diskuteres åpent med læring som formål. Ledere kan imidlertid ikke alene sørge for en bedret kultur for pasientsikkerhet. Medarbeiderne må kunne forvente konstruktive tilbakemeldinger fra sin leder, og forventes samtidig å bidra aktivt til en åpenhetskultur og lærende kultur i forhold til pasientsikkerhet og kvalitet for øvrig.

Konklusjon

Det er positivt at foretaket nådde målet om minimum 70 % deltakelse i fjorårets undersøkelse om pasientsikkerhetskultur, men direktøren er ikke fornøyd med de resultater foretaket oppnår i undersøkelsen. Arbeidet for bedret kvalitet og økt pasientsikkerhet vil bli vektlagt fremover.



Sak: Resultater fra medarbeiderundersøkelsen (MU)
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: konst. HR-sjef Kari Brøndbo
Møtedato: 11.2.2015

Sammendrag

Det er besluttet at alle helseforetak i Helse Nord skal gjennomføre Medarbeiderundersøkelsen i Helse Nord (MU) innen utgangen av 2014¹. MU er et helhetlig utviklingsverktøy. Hensikten er å utvikle et godt arbeidsmiljø på den enkelte medarbeiders arbeidsplass.

Verktøyet består av to komponenter: En spørreundersøkelse som etterfølges av et prosessorientert forbedringsarbeid. Universitetssykehuset Nord-Norge HF gjennomførte spørreundersøkelsen i perioden 4.11.-25.11.2014.

Saken viser til de resultatene fra spørreundersøkelsen som foreligger nå, og blir tilgjengelig for klinikkene i eget rapporteringsverktøy i tilnytning til SAS-LIS løsningen.² Forbedringsarbeidet vil løpe gjennom første halvdel av 2015.

Direktøren anser dette som et godt grunnlag til å arbeide videre med saken, og det er etablert fremdriftsplaner for dette.

Bakgrunn

Helse Nord RHF har besluttet at det skal utvikles en felles medarbeiderundersøkelse i Helse Nord³ (MU). Beslutningen er forankret i egen ledermøtesak.⁴ Ramme for felles gjennomføring i foretaksgruppen ble satt til ukene 44-50. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomførte MU som planlagt i perioden 4.11.-25.11.2014.

Formål

Formålet med saken er å orientere styret om gjennomføring av MU, deltakelse, resultater, samt det planlagte oppfølgingsarbeidet.

Saksutredning

Deltakelsen er en viktig indikator fordi den kan si noe om i hvilken grad medarbeiderne opplever MU som et relevant og nyttig forbedringsverktøy. Høy deltakelse gir også grunnlag for mer valide resultater, og gjør det samtidig lettere og mer motiverende å bruke resultatene i forbedringsarbeid.

¹ Oppdragsdokument 2014 - Fra Helse Nord RHF til helseforetakene: 6.1 Helse, miljø og sikkerhet, kulepunkt 1.

² Det gjenstår noe arbeid med å strukturere og kvalitetssikre dataene på klinikknivå.

³ Mandat for medarbeiderundersøkelser i Helse Nord. 9.12.2011.

⁴ Ledermøtesak 183.12 i UNN HF.



Arbeidsmiljøutvalget i UNN (AMU) satte et gjennomføringsmål på 70 prosent deltakelse eller mer. Det ble totalt sendt ut 5 946 spørreskjema i UNN.⁵ Vi fikk inn 4 262 (71,7 %). Av disse var 144 blanke, dvs. at respondenten valgte å krysse av for ikke å levere spørreskjema. Det gir et totalt datagrunnlag med svar fra 4 131 spørreskjema (69,5 %), en klar fremgang fra tidligere undersøkelser i UNN der gjennomsnittdeltakelsen har ligget på ca. 64 %.⁶ Ut fra fremgangen, samt at vi med rimelighet kan anta at antallet utsendte spørreskjema i alle fall ikke er for lavt, er vi godt fornøyd med deltakelsen.

Selv om deltakelsen er god totalt sett, ser vi stor lokal variasjon. Der svarprosenten er lav, og godt under foretakssnittet (<60 %), bør deltakelsen være et tema som diskuteres. Variasjonen i deltakelse vises allerede på klinikknivå.

Tabell 1. Svarprosent på MU i de ulike klinikkene.

Medarbeiderundersøkelsen - Deltakelse	Svarprosent
UNN HF totalt	69,5
Ledere i UNN totalt	77,2
Medarbeidere i UNN totalt	68,5
Klinikk/senter	
Akuttmedisinsk klinikk	73,8
Longyearbyen sykehus	77,3
Kirurgi-, kreft og kvinneklinikken	63,9
Hjerte- og lungeklinikken	64,0
Nevro- og ortopediklinikken	60,3
Medisinsk klinikk	58,5
Rehabiliteringsklinikken	72,6
Barne- og ungdomsklinikken	82,6
Operasjons- og intensivklinikken	71,1
Psykisk helse- og rusklinikk (Allmennpsykiatrisk klinikk)	72,5
Psykisk helse- og rusklinikk (Rus og spesialpsykiatrisk klinikk)	72,5
Diagnostisk klinikk	74,7
Nasjonal senter for telemedisin	58,6
Drifts- og eiendomssenteret	69,8
Administrasjon og stab	
Fag- og forskningssenteret	98,1
Kommunikasjonssenteret	100
HR-senter	89,3
Økonomi og analysesenter	93,2
Direktøren og Administrasjonssenter	91,7

⁵ Det ble sendt ut tre undersøkelser slik at vi kan skille mellom ledere og medarbeidere uten lederansvar, og for å kunne lage en egen rapport for direktørens ledergruppe

⁶ Beregnet gjennomsnitt av alle klinikkvise gjennomføringer i perioden 2010-2012. Dette har vært med lister som har blitt manuelt kvalitetssikret og "vasket" av klinikkene. Det totale antallet spørreskjema har da vært i overkant av 5700.



Resultater

Spørreskjemaet kartlegger fem hovedområder fordelt på 17 tema. I tillegg kartlegges to spesialtema; ”vold eller trusler” og ”jobbrelatert sykefravær”. Spørsmålene og påstandene i spørreskjemaet har fem svaralternativ. Resultatet vises som et gjennomsnitt av svarene langs en skala fra 0 til 100 der 0 alltid er minst ønskelig og 100 alltid er mest ønskelig.

De overordnede rapportene viser hovedtrekkene samlet for foretaket. Det er viktig å være klar over at rapporten dekker over store lokale variasjoner som finnes mellom ulike enheter. Resultatene fra de overordnede rapportene bør derfor i liten grad være gjenstand for tolkning. På overordnet nivå bør man være opptatt av mulige risikoområder, og støtte opp under oppfølgingsarbeidet som MU får på de lavere nivåene. Når vi får flere gjennomføringer, vil det bli interessant å se på utviklingstrekk på overordnet nivå.

Hovedområde 3: Arbeidsglede og motivasjon

Dette hovedområdet utgjør trivselsindikatoren og måler jobbtildfredshet. Indikatoren gir et uttrykk for i hvilken grad medarbeiderne opplever motivasjon, arbeidsglede og tilhørighet til arbeidsplassen. Utover å ha en positiv egenverdi, virker jobbtildfredshet positivt inn på pasienters opplevelse av behandlingstilbudet og tjenestebrukers tilfredshet med tjenesteleveransen.^{7 8}

Foretaket skårer totalt 75 poeng. Vi ser at ledere ligger en del høyere enn medarbeidere med henholdsvis 82 og 74 poeng. Dette er forventet, men også vurdert som nødvendig, gitt det som tilligger lederrollen. Stabene skiller seg ut med noe høyere skåre enn klinikkene.

Tabell 2. Resultater: Hovedområde 3 Arbeidsglede og motivasjon

Medarbeiderundersøkelsen - Resultater	Hovedområde: Arbeidsglede og Motivasjon (Trivselsindikator)			
	Motivasjon	Arbeidsglede	Tilhørighet	Samlet
UNN HF totalt	75	76	74	75
Ledere i UNN totalt	81	83	82	82
Medarbeidere i UNN totalt	75	75	73	74
Resultater per klinikk (medarbeider)				
Akuttmedisinsk klinikk	78	76	74	76
Longyearbyen sykehus	73	79	70	74
Kirurgi-, kreft og kvinneklinikken	78	79	76	78
Hjerte- og lungeklinikken	74	74	75	74
Nevro- og ortopediklinikken	72	73	73	73
Medisinsk klinikk	76	76	76	76
Rehabiliteringsklinikken	77	78	73	76
Barne- og ungdomsklinikken	79	77	76	77
Operasjons- og intensivklinikken	75	75	71	74
Psykisk helse- og rusklinikk (Allmennpsykiatrisk klinikk)	73	74	69	72

⁷ Björklund C., Grahn A., Jensen I. og Bergström G. (2007): Does survey feedback enhance the psychosocial work environment and decrease sick leave? European Journal of Work and Organizational Psychology: 16 (1), 76 – 93. Psychology Press, Taylor & Francis Group

⁸ Hoff, T og Lone J. A. (2014): Medarbeiderundersøkelser – En praktisk håndbok. Gyldendal Akademisk.



Psykisk helse- og rusklinikk (Rus og spesialpsykiatrisk klinikk)	77	77	77	77
Diagnostisk klinikk	72	74	71	72
Nasjonal senter for telemedisin	72	76	71	73
Drifts- og eiendomssenteret	65	75	71	70
Administrasjon og stab				
Fag- og forskningscenteret	78	78	76	77
Kommunikasjonscenteret				
HR- senter	81	82	78	80
Økonomi og analysesenter	69	79	76	75
Direktøren og Administrasjonscenter	83	88	82	84

Resultater for de øvrige temaområdene i undersøkelsen

Figuren under viser resultater for de øvrige temaområdene. Det er små forskjeller mellom resultatene i UNN og foretaksgruppen totalt.⁹ Det er stor variasjon mellom resultatene fra de ulike temaene. Vi vet fra tidligere gjennomføringer i enkeltklinikker at slik variasjon er naturlig. En overordnet vurdering av temaområdene vil imidlertid bli mer interessant ved neste gangs gjennomføring da vi vil få mulighet til å se utviklingstrekk.

Tabell 3. Resultater øvrige temaområder i MU: Hovedrapport UNN HF med sammenlignet med tallene fra NH RHF.

Tema	Resultat UNN HF 2014 totalt	Resultat HN 2014 totalt
Mål	61	63
Forbedringer	62	64
Faglig utvikling	60	60
Kvalitet	71	72
Trygghet	74	74
Respekt	71	71
Medvirkning	56	57
Rolleklarhet	85	85
Sosialt samspill	77	77
Konflikter	69	70
Arbeidsbelastning	62	62
Egenkontroll	46	46
Rollekonflikt	67	67
Opplevd lederadferd	71	71
Pasientsikkerhetskultur	74	75

Oppfølging

Det stilles også noen konkrete "ja/nei" spørsmål knyttet til HR- oppfølging. Resultatene fra disse spørsmålene blir presentert i prosent ut fra svarfordelingen mellom svaralternativene.

Et av spørsmålene er knyttet til oppfølgingsarbeidet lokalt. Primærformålet med MU er å legge til rett for et lokalt forbedringsarbeid slik at dette kan gjennomføres på alle nivå i foretaket (jf. ledermøtesak 183.13). Arbeidsformen som er foreskrevet følger en såkalt survey-feedback metodikk. Dette er en anerkjent tilnærning som finner støtte hos både praktikere og forskere innen fagfeltet. Forskning viser at gode survey-feedbackprosesser er nøkkelen for å gjennomføre

⁹ UNN HF inngår som en del av resultatene i Helse Nord RHF og utgjør nær halvparten av alle svar.



medarbeiderundersøkelser som faktisk har en effekt i virksomheten.¹⁰ Analyser gjort i Helse Sør-Øst underbygger dette. Enheter som skårer høyt på involvering av ansatte i oppfølgingsarbeidet, skårer signifikant høyere på alle tema i undersøkelsen. Året etter har de samme enhetene signifikant forbedring på en lang rekke tema i undersøkelsen som er relevante for kvaliteten ved tjenesteytingen; faglig utvikling, motivasjon, tilhørighet, kvalitet, forbedringsarbeid, medvirkning, konflikter og sosialt samspill.¹¹

I lys av det vi vet om survey-feedback metodikken, ligger selve nøkkelen til å oppnå resultater etter en medarbeiderundersøkelse i at flest mulig opplever å bli involvert i oppfølgingen av undersøkelsen. At kun 23 prosent oppgir at de har vært involvert i oppfølgingen av resultatene etter tidligere medarbeiderundersøkelser, gir grunn til bekymring.¹² Det vurderes som avgjørende for tilliten til MU at denne indikatoren skårer høyere ved neste gjennomføring. Grunnlaget for å få det til legges gjennom en felles overordnet plan som knyttes til og følges opp gjennom dialogavtalen og god oppfølging av linjeledere med ansvar for oppfølging av MU i egen enhet.

Medvirkning

Sak om resultater fra MU har vært behandlet i AMU 14.1.2015 samt i oppfølgende gjennomgang 26.1.2015.

Vurdering

Direktøren er tilfreds med å ha gjennomført MU som planlagt. Høy svarprosent gir et godt grunnlag for videre arbeid. Tiltaksarbeidet med MU vil foregå i blant annet KVAM-utvalg og KVAM-grupper utover våren. Det er etablert konkrete fremdriftplaner for tiltaksarbeidet og nødvendig lederstøtte.

¹⁰ Hoff og Lone (2014: 157).

¹¹ Analyse av resultater og endringer fra MU 2012 til MU 2013

¹² Gjennomsnitt i Helse Sør-Øst var 57 % i 2013.



Sak: Håndheving av røykfrihet i arbeidstiden
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: Konst. HR-sjef Kari Brøndbo
Møtedato: 11.2.2015

Sammendrag

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtok i styresak 31/2003 *Røykfritt sykehus – ”Røykfritt UNN”* at sykehuset skal være røykfritt. Vedtaket slo fast at ansatte ikke har anledning til å røyke i arbeidstiden. Bakgrunn for saken var blant annet at krav om røykfrihet i arbeidstiden i varierende grad ble håndhevet. Saken ble igjen behandlet av styret 11.11.2011. Styret merket seg da at det hadde vært utfordrende å håndheve røykfrihet i arbeidstiden for de ansatte, og ba om at dette ble innskjerpet. I 2014 ble det oppnevnt en arbeidsgruppe som utformet retningslinjer for håndheving av røykfrihet i arbeidstiden. I retningslinjene fremheves blant annet linjeleders særskilte ansvar, rollen til KVAM- grupper, bruk av avviksmelding/miljøavvik samt bistand fra BHT. Arbeidsmiljøutvalget (AMU) sluttet seg til disse retningslinjene 26.11.14. Direktøren mener at håndheving av røykfrihet i arbeidstiden er skjerpet inn gjennom disse retningslinjene.

Bakgrunn

Styret for ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) fattet i styresak 31/2003 *Røykfritt Sykehus – ”røykfritt UNN”* følgende vedtak:

Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge gir sin tilslutning til at det innføres røykfritt sykehus etter følgende retningslinjer: UNN skal være en røykfri arbeidsplass. Dette betyr at ansatte ikke skal røyke mens de er på jobb. For å iverksette dette, skal det legges en plan for innføring av røykfri arbeidstid, samt lages retningslinjer.

Retningslinjer for ansatte ble innført og direktøren oppnevnte i 2010 en arbeidsgruppe i regi av AMU for å vurdere problemstillingen nærmere. Saken var oppe til vurdering i AMU over lengre tid, og arbeidsgruppen ble underveis i prosessen utvidet med flere representanter blant annet fra Brukerutvalget (BU). AMU vedtok at røyking i arbeidstiden måtte håndheves strengere og la vekt på linjeleders ansvar. Direktørens ledergruppe behandlet saken 6.9.2011. Den besluttet at det skal jobbes systematisk med tiltak som gjør UNN røykfritt og at røykeforbudet krever at ledernes ansvar for å håndheve forbudet innskjerpes. Ledergruppen ba HR-sjefen, i samarbeid med AMU og tillitsvalgte representanter, om å utarbeide en tiltaksplan for oppfølging av røykeforbudet.

Saken ble behandlet av styret 11.11.2011. Styret bemerket at det har vært utfordrende å håndheve røykfrihet i arbeidstiden for de ansatte og ba om at dette innskjerpes.

Formål

Formålet med saken er å orientere om hvordan UNN har innskjerpet håndheving av røykfrihet i arbeidstiden for ansatte.



Saksutredning

I 2014 ble det opprettet en ny arbeidsgruppe knyttet til oppfølging av tidligere vedtak om røykeforbud for ansatte. Den ble ledet av Grete Furu (Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk) og bestod for øvrig av Marit E. Johansen (HR), Geir Magne Johnsen (NSF), Geir Lindrupsen (NITO), May-Britt Jensen (Fagforbundet), Sickan Anderson/Paul Martin Hansen (BHT) og Jonny Svendsen (DES). AMU ble orientert om oppnevningen 24.9.2014, og 26.11.s.å. la arbeidsgruppen frem følgende anbefaling for AMU:

- Godkjenne en retningslinje i Docmap om ”Håndheving av røykfrihet i arbeidstiden.
- I forbindelse med omfattende endringer i tobakksskadeloven (Lov om vern mot tobakksskader, Lovdata) følger krav til røykfrie arbeidslokaler (§ 12) og røykfrie inngangspartier (§ 25). Fra 1.7.14 skal alle inngangspartier til helseinstitusjoner og offentlige virksomheter være røykfrie. Det er særdeles viktig at alle UNNs lokalisasjoner får tilrettelagte utendørs røyketilbud til besøkende og pasienter. Dersom dette arbeidet ikke iverksettes på en god måte, vil det kunne få uheldige miljømessige konsekvenser både innendørs og utendørs.

AMU sluttet seg til arbeidsgruppens tilrådning og anbefaler at retningslinjene inngår som en del av reglementet til UNN. Gjennom retningslinjene presiseres det at den enkelte linjeleder har et særskilt ansvar for å følge opp den enkelte medarbeider dersom vedtaket om røykfri arbeidsplass ikke overholdes. Linjeleder har ansvar for å sørge for at alle medarbeidere er kjent med reglene, at brudd på disse ikke aksepteres og at de skal samtale med medarbeider som ikke overholder reglementet. Videre skal KVAM-grupper og utvalg iverksette lokale tiltak dersom vedtaket om røykfritt UNN ikke overholdes. I tillegg skal bruk av avviksmelding/miljøavvik i Docmap vurderes ved brudd på bestemmelsene. Bistand fra BHT skal også vurderes. Sist, men ikke minst, understrekes det at jobbsøkere må informeres allerede under jobbintervju om at UNN er et røykfritt sykehus.

Medvirkning

Saken er behandlet og utarbeidet i regi av UNNs arbeidsmiljøutvalg i flere omganger.

Vurdering

Styret ved UNN vedtok allerede i 2003 at sykehuset skulle være røykfritt og vedtaket slo fast at ansatte ikke skulle ha anledning til å røyke i arbeidstiden. Håndheving av kravet om røykfrihet i arbeidstiden går med andre ord langt tilbake i tid og erfaringen viser at det har vært vanskelig å håndheve det. Direktøren mener at de anbefalte retningslinjene vil skjerpe håndhevingen av røykfri arbeidstid.



Konklusjon

Gjennom nye retningslinjer er håndhevingen av UNN som røykfri arbeidsplass innskjerpet.



Sak: Orientering om opprettelse av dialyse ved DMS Nord-Troms
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: Tove Skjelbakken
Møtedato: 11.2.2015

Sammendrag

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tilbyr rutinemessig dialyse til pasienter med kronisk nyresvikt ved sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik. Tilbudet er relativt nylig etablert også ved DMS Midt-Troms på Finnsnes.

Det forventes at antall nyresyke vil øke i årene som kommer, herunder også antall pasienter med behov for dialyse. Ut fra en helhetlig vurdering av både livskvalitet for pasientene, behandlingskvalitet og økonomi, har direktøren besluttet å etablere en dialysesatellitt i Nord-Troms lokalisert ved Distriktsmedisinske senteret (DMS) Nord-Troms på Sonjatun i Nordreisa.

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tilbyr rutinemessig dialyse ved sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik. Tilbudet er relativt nylig etablert også ved DMS Midt-Troms. UNN registrerer nå en svak økning av nyresyke pasienter med behov for dialyse i Nord-Troms. Behandling i Tromsø er belastende for pasientens livskvalitet og for sykehusets økonomi. For å møte dagens behov og de demografiske endringer vi står ovenfor, mener vi det er hensiktsmessig å etablere en lokal kompetanse innenfor dialysebehandling i Nord-Troms.

Saksutredning

I saksutredningen omkring opprettelse av et desentralisert hemodialysetilbud (bloddialyse) til pasienter tilhørende kommunene i Nord-Troms har vi vurdert flere aspekter utover de økonomiske som følger:

Pasient – livskvalitet

Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011- 2015) utgitt av Helsedirektoratet skriver følgende: ”Reisetiden til og fra behandlingssted bør ikke overstige 1 time hver vei”. Pasientene fra Nord-Troms har en reisetid på minimum 3 timer hver vei til UNN Tromsø, uansett om det velges fly eller drosje. Behandlingen i seg selv tar 4 timer, tre ganger i uken. Dette gir minimum 18 timer pr uke. Ventetid knyttet til reise og behandling kommer i tillegg. Disse pasientene er ofte i relativt høy alder og er alvorlig kronisk syke. De lange behandlingdagene medfører en stor belastning og en betydelig forringelse av livskvaliteten.

Kvalitet/pasientsikkerhet

Prevalensen av dialysepasienter i Norge var per 31.12.2012 250 per million innbyggere. Det betyr at det gjennomsnittlige antallet pasienter i Nord-Troms med behov for dialyse er to til tre. Befolkningen i Troms utenom Tromsø (inklusive kommunene i Nord-Troms) forventes å øke



med drøyt 5 % fram til år 2028. Det forventes en relativt størst økning av antall eldre pasienter. Siden median alder ved dialyseoppstart er >65 år, må det tas høyde for at prevalensen av dialysepasienter i regionen vil kunne være høyere. Det vil likevel alltid være en usikkerhet i en slik beregning. I perioder vil det ikke være pasienter i regionen med behov for hemodialyse, i andre perioder vil det kunne være flere enn tre pasienter. Dette skaper utfordringer for kontinuitet av kunnskaper og ferdigheter hos personalet. Det kreves god opplæring og nær kontakt med Dialyseenheten i Tromsø for å sikre kvalitet.

Oppsummert økonomi

Vurdering av etablerings- og driftskostnader versus reisekostnader viser at tiltaket vil være kostnadsbesparende for UNN allerede fra andre driftsår, forutsatt at vi i snitt per år har to eller flere pasienter tilknyttet dialysebehandling på DMS Nord-Troms. Prevalensen tilsier at denne forutsetningen innfris.

Vurdering

I Handlingsplan for forebygging av kronisk nyresykdom 2011-2015 finner vi at antallet nyresyke forventes å øke. Dette er sammenfallende med våre erfaringer. Pasientantallet fra Nord-Troms er svakt økende over de siste år. Videre anbefaler handlingsplanen at reisetid ikke bør overstige 1 time hver vei. Etableringen vil også bidra til å bedre det ytre miljø (Grønt sykehus) ved redusert antall kjørte kilometer.

Konklusjon

Ut fra en helhetlig vurdering av økonomi, livskvalitet for pasientene og behandlingskvalitet etableres en dialysesatellitt i Nord-Troms lokalisert ved DMS Nord-Troms (Sonjatun) i løpet av 2015. Ledig kapasitet i lokalene kan benyttes av DMS Nord-Troms til andre planlagte tjeneseter tilknyttet innbyggernes behov.



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:
2014/5179-4

Saksbehandler/dir.tff.:
Geir Bjørsvik, Åge Wifstad og
Trude Johannessen 77 62 76 69

Dato:
29.1.2015

Høringsvar – NOU 2014:12, Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten (utkast per 29.1.2015)

Det vises til ovennevnte NOU og høringsbrev av 13.11.2014.

Høringsuttalelsen er utarbeidet av Klinisk etikk-komité ved UNN. Saken har vært debattert i åpent høringsmøte på UNN (7.1.2015), der Reidun Førde og Jan Abel Olsen, to av utvalgets medlemmer var invitert. I tillegg har saken vært sendt ut til klinikkene og Brukerutvalget ved UNN og ble behandlet i Ledermøte UNN.

Sammendrag

Universitetssykehuset Nord-Norge er enig i hovedtrekkene i Prioriteringsutvalgets innstilling. Innstillingens utgangspunkt er nasjonal og internasjonal dokumentasjon av stor medisinsk praksisvariasjon, med overdiagnostikk og overbehandling som begrunnelse for nødvendigheten av å prioritere.

Ulik fordeling av sykdom og helse fremstilles i innstillingen kun som et medisinsk problem. Samfunnsmessige årsaker som for eksempel fattigdom og arbeidsledighet, drøftes ikke som sykdomsfremkallende faktorer. Lav sosial status og fattigdom kan ikke bedres med tabletter eller kirurgi. Innstillingen ”medikaliserer” årsaker til sykdom og uhelse.

Utvalget vil verdsette helsegevinster til de dårligst stilte høyere enn helsegevinster til bedre stilte. Det er ikke uten videre forenlig med ideen om et solidarisk helsevesen med universell tilgang til helsetjenester.

Drøfting av alder som et mulig tilleggskriterium har fått stor plass. Innstillingen er kritisert for å være aldersdiskriminerende. Det er en kritikk vi anser som gyldig. Innstillingen diskuterer ikke skillet mellom kronologisk og biologisk alder. I tillegg er utvalgets formuleringer av en slik karakter at de kan tolkes som at alder både kan og bør tillegges vekt ved prioritering. (*”Der prioritet synker med alder, vil det dessuten være slik at de som har lavere prioritet, vil ha hatt høyere prioritet tidligere i livet.”*)

Denne høringsinstansen mener at utvalgets beskrivelse av hvordan kriteriene bør anvendes er god. Beskrivelsen burde umiddelbart formidles til alle med beslutningsansvar og

beslutningsmyndighet i det norske helsevesenet.

1. Generelt

Utvalgets utgangspunkt er "flest mulig leveår, rettferdig fordelt". Prioriteringer bør følge klare kriterier, være systematiske, kunnskapsbaserte, åpne og med brukermedvirkning.

Utvalgets innstilling bygger på solid forskningsbasert, internasjonal medisinsk faglig kunnskap om store regionale forskjeller i medisinsk praksis. Forskjellene er så store at de ikke kan forklares medisinsk. Utvalgets innstilling bereder derfor grunnen for faglig baserte diskusjoner om overdiagnostikk og overbehandling/underbehandling 1).

"Dagkirurgi i Norge 2011-2013", www.helseatlas.no sin første publikasjon, viser behovet for kunnskapsbasert prioritering av medisinske tiltak. Rapporten viser at for 9 av 12 utvalgte dagkirurgiske inngrep (av mer enn 300 000 inngrep) er den regionale variasjon i operasjonsrater så stor at den ikke kan forklares medisinsk. Utvalget beskriver, og begrunner derfor, prioriteringsbeslutninger som nødvendige.

Sykdom og helse er ulikt fordelt, av biologiske, sosiale og økonomiske årsaker. Innstillingen har i sine drøftinger utelatt ikke-medisinske faktorer. Fremstilling av den ulike fordelingen av sykdom og helse som et medisinsk anliggende, er en form for medikalisering. Den tildekker samfunnsmessige forhold som årsak til sykdom, forhold medisinske tiltak ikke kan påvirke.

Innstillingen er ordrik. Synspunkter presenteres med forskjellige formuleringer forskjellige steder. Fremstillingen er tidvis vanskelig tilgjengelig. Variasjon i formuleringer gir rom for ulike tolkninger.

Et aktuelt eksempel er diskusjonen om alder som tilleggskriterium. Flere har hevdet at innstillingen er aldersdiskriminerende. Utvalgsmedlemmene Reidun Førde og Jan Abel Olsen uttalte på det åpne høringsmøtet ved UNN, at alder ikke var å anse som et eget kriterium og innrømmet at man i innstillingen ikke har uttrykt seg klart nok i så henseende. Forskjellige tolkninger av innstillingen bekrefter utsagnet "dunkelt sagt er dunkelt tenkt".

1. Om prinsippene

Utvalget mener prioriteringsarbeidet i Norge bør bygge på fire hovedprinsipper:

1. Prioriteringer bør bidra til «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler.

Helsetjenesten kan i liten grad bidra til en rettferdig fordeling av gode leveår, eller helse og uhelse (pkt. 1) Samfunnsmessige forhold utenfor helsetjenestens revir er av langt større betydning i et overordnet perspektiv. De øvrige punktene er av større betydning i helsetjenesten og understreker behovet for at prioritering gjøres kunnskapsbasert, åpent og er etterprøvbart.

2. Om kriteriene

Utvalget er bedt om å vurdere dagens prioriteringskriterier (Nytte-, alvorlighets- og kostnads-effektivitetskriteriet). Man har konkludert med at prioriteringsarbeidet i norsk helsetjeneste kan styrkes av ny terminologi, noe endret i innhold, men i følge Førde og Olsen i stor grad en konkretisering av tidligere kriterier. Utvalget har foreslått følgende overordnede kriterier:

Helsegevinstkriteriet

- Ressurskriteriet
- Helsetapskriteriet

2.1 Helsegevinst

Utvalget mener at helsegevinst bør være det sentrale kriteriet ved prioriteringer. Begrepet er definert som den velferdsøkningen et individ får som følge av bedret helse, økt levetid og økt livskvalitet ("gode leveår"). Slik gevinst har også effekt for pårørende og samfunn, med redusert ressursbruk og produktivitetsøkning.

For samfunnet kan en helseforbedring også bidra til økte kostnader. Vi kan forhindre at en pasient dør ved akutt sykdom eller skade. Pasienten overlever imidlertid med varierende grad av funksjonshemming.

Siden utvalget velger bort "minimumsverdi for helsegevinst" synes dette kriteriet å kunne være anvendelig både på overordnet og på individnivå, særlig fordi det understrekes at en eventuell helsegevinst ved tiltaket bør være tilstrekkelig dokumentert. Samtidig må beslutningstakere i helsetjenesten være trygg på at forventet helsegevinst fra iverksatt tiltak er positiv. Her ligger også en implisitt påpekning av at kriteriene bør ses i sammenheng: Ved liten helsegevinst og stor ressursbruk bør andre tiltak få høyere prioritet.

2.2 Ressurskriteriet

Kriteriet innebærer hvor mye ressurser som behøves for å gjennomføre ulike tiltak. Et tiltak får høyere prioritet desto mindre ressurser det forbruker. Kriteriet skal anvendes sammen med de to andre hovedkriteriene.

Utvalget illustrerer sin tilnærming, og gjør den lettere tilgjengelig ved at det finner det:

«... riktig å prioritere et tiltak som krever mye mer ressurser enn et annet dersom det første tiltaket gir større helsegevinster eller retter seg mot individer med større helsetap.»

Prioriteringsbeslutningens dilemma, i alle fall på individnivå, illustreres ved utvalgets kommentar: *"... Tiltak som krever lite ressurser, vil gjøre det lettere å gjennomføre andre viktige prosjekter, og slike tiltak bør derfor få prioritet. Innenfor helsetjenesten representerer ressursbruk et sted, normalt tapte helsegevinster et annet sted."*

Det er mange skjær i sjøen som kan forhindre at ressursene blir brukt der det er mest nødvendig og slik utvalget mener de bør brukes. Vi ønsker å trekke frem følgende eksempler:

1. Det finnes ulike typer ressurser. Økonomiske ressurser som *kan* løses med økte bevilgninger. Mangel på personellressurser kan man ikke gjøre noe med på kort sikt. Derfor blir prioriteringer særlig viktig. 1. januar trådte «Lov om rituell omskjæring av gutter» ikraft. Urologer er en knapphetsressurs. Skal urologer prioritere omskjæring av friske guttebarn? Det er i reguleringen ikke tatt hensyn til dagens kriterier om alvorlighetsgrad og kost- /nyttevurderinger. Det er heller ikke snakk om ytelse av helsehjelp. Helsehjelp omfatter etter dagens lovgivning kun handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål.

2. DRG kodingen ved UNN er ikke god nok. De økonomiske konsekvensene av manglende og dårlig koding skal nå speiles på klinikknivå. Pasientbehandling kan bli et middel til inntjening.

2.3 Helsetap

Helsetap skal erstatte Lønning II-utvalgets alvorlighetskriterium (et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes), jf. prioriteringsforskriften § 2.

Utvalget problematiserer og konkretiserer helsetapskriteriet ved å drøfte to spørsmål:

1. Hvordan skal helsetap forstås og måles?

Utvalget tar utgangspunkt i et livsløp med referanseverdi på 80 år. Verdien 80 år er ikke begrunnet. Det er heller ikke åpenbart hvordan og hvilken type helsetap som bør vurderes som mest relevant ("... gode leveår, livsløpsperspektiv, referansenivå, eksisterende tiltak og de individene som faktisk får helsegevinst fra det aktuelle tiltaket.")

2. Forholdet mellom helsetap og prioritet?

Helsetap er ikke relevant å diskutere, dersom det ikke foreligger en gevinst, og alle tre kriterier må ses i sammenheng.

Utvalget peker på et sentralt poeng. Alvorlighetsgrad har ofte blitt oppfattet som hastegrad. Noen ganger er disse begrepene nært beslektet. Dersom helsegevinstkriteriet trekkes inn i denne diskusjonen, vil det fremstå tydeligere at disse begrepene må skilles fra hverandre, spesielt når ressurskriteriet aktiveres.

I sin begrunnelse for et helsetapskriterium skriver utvalget:

"Helsetap er viktig fordi helse er viktig. Å gi prioritet til de med størst helsetap har primært å gjøre med fordelingsrettferdighet og en idé om at en gitt helsegevinst er viktigere desto dårligere stilt mottakeren av helsegevinsten er i utgangspunktet (Parfit 1995; Brock 2002a). Høyere prioritet til de dårligere stilte kan begrunnes på to hovedmåter: direkte ved at disse gruppene vil komme dårligere ut uten helsehjelpen, og indirekte ved at prioritet til disse gruppene vil bidra til å redusere ulikhet i fordelingen av gode leveår. Den enkle ideen om prioritet til de som har det dårligste utgangspunktet, er kjent for mange og har bred appell."

Å gi prioritet til de dårligst stilte virker umiddelbart både riktig og "rettferdig". Imidlertid er dette svært problematisk. Utsagnet kan tolkes som at helse og uhelse er tilstander kun helsevesenet har evne til å håndtere. Det underslår allmenn kunnskap om årsaker til sykdom og uhelse, for eksempel at lav sosial status og fattigdom er viktige årsaker til sykdom og dårlig helse. Verken lav sosial status eller fattigdom bedres ved tabletter eller kirurgi.

Utvalget legger særlig vekt på verdien rettferdighet, og nettopp fordi det kan være vanskelig å enes om en felles forståelse, kunne man godt ha brukt mer plass på å drøfte ulike måter å tolke dette sentrale begrepet på. Flere betydninger nevnes kort, men det er i stor grad den amerikanske filosofen John Rawls' forskjellsprinsipp – at ulikheter fordeles slik at de er til størst fordel for de svakest stilte – utvalget synes å bygge på. Selv om det kan være gode grunner til å bruke Rawls, er det ikke opplagt at hans kontrakteoretiske fortolkning av rettferdighet harmonerer så godt med (norske) grunnverdier som lik tilgang til helsetjenester og fordeling etter behov.

Å verdsette helsegevinster til de dårligst stilte høyere enn helsegevinster til de som er bedre stilt, er for eksempel ikke uten videre forenlig med ideen om et solidarisk helsevesen bygd på

universell tilgang til helsetjenester. Her savnes med andre ord en grundigere drøfting av forholdet mellom Rawls' liberalisme og de norske fellesskapsverdiene.

2.4 Andre kriterier

Utvalgets mandat omhandlet fire potensielle tilleggskriterier: alder, mangel på alternative tiltak, bidrag til innovasjon og sjeldnes tilstander.

Utvalgets konklusjon er at disse "tilleggskriteriene" er ivaretatt av de tre hovedkriteriene. Samtidig er det åpenbart at alder som tilleggskriterium har fått en mer omfattende omtale i utvalgets innstilling enn de øvrige tilleggskriterier.

Utgangspunktet er at alder både normativt, gjennom sentrale dokumenter og helsepersonells daglige praksis har en veletablert rolle i dagens prioritering i helsevesenet. Samtidig er ikke dagens praksis overensstemmende med uttalte holdninger blant helsepersonell og i befolkningen: *alder skal ikke ekskludere*. På dette punktet gjør imidlertid utvalget det vanskelig for seg selv. Utvalgets innstilling er fra flere hold kritisert for nettopp å være aldersdiskriminerende. Det er to forhold som bidrar til at denne kritikken er gyldig.

1. Utvalget drøfter alder i et endimensjonalt perspektiv. Skillet mellom kronologisk og biologisk alder, og betydningen av dette skillet, er ikke tydeliggjort.

2. Det følgende siteres fra utvalgets innstilling: *"I tillegg er alder en spesiell karakteristikk ved personer ved at den endrer seg gjennom livet, til forskjell fra for eksempel hudfarge og kjønn, og gjør dette på en måte som er lik for alle som ikke dør. De fleste vil derfor få både høy og lav prioritet i løpet av livet. Der prioritet synker med alder, vil det dessuten være slik at de som har lavere prioritet, vil ha hatt høyere prioritet tidligere i livet (Kappel og Sandøe 1994).*

Det er også slik at høy alder, særlig sett ut fra et livsløpsperspektiv, ikke nødvendigvis er å betrakte som en ulempe i seg selv. I stedet kan høy alder indikere noe fordelaktig: at man har fått leve et langt liv."

Utvalget synes ikke å ta inn over seg det åpenbare andre aspektet nemlig at høy alder ofte er et resultat av god helse. Og god helse vil påvirke risiko og komplikasjonspotensiale ved nyoppstått sykdom.

Det er påfallende at utvalget selv ikke ser at disse to forhold, og spesielt det siterte avsnittet, kan tolkes som at alder både kan og bør anvendes som et prioriteringskriterium. Det svekker utvalget og utvalgets medlemmers insistering på at de ikke har ment at alder skal tillegges vekt ved prioritering.

3.5 Utvalgets forslag til bruk av kriterier

Utvalget viser i kap. 9 hvordan kriteriene kan anvendes, både på overordnet nivå og på individnivå. Gjensidig forståelse og samarbeid på tvers av nivåene er avgjørende for god og konsistent prioritering i helsetjenesten. Den praktiske beskrivelsen av hvordan kriteriene bør anvendes er av en slik karakter at de umiddelbart burde formidles til alle med beslutningsansvar og beslutningsmyndighet i det norske helsevesenet:

Ved ekstra tilgjengelige ressurser for beslutningstakeren

- Beslutningstakeren bør identifisere det tiltaket eller den gruppen av tiltak som vil gi flest gode leveår for de ekstra ressursene, justert for helsetap

Ved reduksjon i totale tilgjengelige ressurser

- Beslutningstakeren bør identifisere tiltak som er minst problematisk etter hovedkriteriene, dvs. fører til minst reduksjon av vunne gode leveår, justert for helsetap

Dette innebærer at økning eller reduksjon kommer der helsegevinsten er størst og/eller helsetapet er minst.

Ved uendrede ressurser – i praksis fordeling/omfordeling

Vi støtter utvalgets presisering når det gjelder å skille mellom fordeling og omfordeling, dvs.:

- Fordeling: rekkefølgeprioritering, av operasjoner, røntgenundersøkelser, andre ”knappe” ressurser (respiratorer, overvåkningsplasser) mv.
- Omfordeling: ressurser fra tiltak som gir færrest gode leveår mht ressursbruk (justert for helsetap) til tiltak som gir flest gode leveår.

En sentral del av prioriteringsarbeidet bør være å vurdere om gjeldende fordeling bør endres, herunder om det bør gjøres en omfordeling mellom eksisterende tiltak.

Behovet for å prioritere forsvinner ikke om bevilgninger økes. Vi mener at det kan stilles spørsmål ved om ressurser i dag utnyttes godt nok mht. helsetjenestens målsetninger. Prioritering kan være ubehagelig, finansieringsordninger kan skyve prioriteringer i feil retning; historiske budsjetter (som ikke har endret seg raskt nok i takt med demografiske og epidemiologiske endringer) og fordeling av helsepersonell (hvor behovet for styring kommer i konflikt med helsepersonellens valgfrihet). Dette er krefter som motvirker god prioritering.

Vi registrerer at utvalget ikke har uttalt hvordan har man tenkt å operasjonalisere kriteriene i den kliniske hverdagen. Det er en betydelig utfordring ved at det skal være «oppdaterte kokebøker» om det meste. Det er viktig at også det medisinskfaglige skjønnet overlever, samtidig som man må legge noenlunde like vurderinger til grunn når det gjelder «like tilfeller».

3. Nye tiltak

Når nye tiltak innføres innenfor uendrede ressurser, skapes «tause tapere». Pasientgrupper med sterke og taleføre personer blir vinnere uten at man i klartekst ser eller sier hvem som blir påført helsetap eller mister sin mulighet for helsegevinst.

Utvalget drøfter også omfanget av legens ”advokatrolle”. Vi mener at den enkelte lege skal sikre at egen pasient får den behandlingen som pasienten har rett på etter de overordnede prioriteringskriteriene, verken mer eller mindre.

Utvalget er her forbilledlig klar og uttaler seg helt i overensstemmelse med Legeforeningens etiske regler og helsepersonelloven:

Legeforeningens etiske regler § 12: «*En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes. (...) Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel. Ved mangel på ressurser innen sitt ansvarsområde bør*

legen melde fra.» og Helsepersonelloven § 6: «Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift».

4. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Utvalget har tolket sitt mandat slik at det ikke omfatter den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Gamle mennesker skal ha behandling og verdighet. Får de eldre det de trenger i dagens helsetjeneste? Vår påstand er at sykehjemspasienter både dør med plager de skulle vært behandlet for, samtidig som de blir henvist til spesialisthelsetjenesten for lidelser de kanskje ikke skulle blitt behandlet for. Skal man for eksempel yte hjertekirurgi til demente? Slike spørsmål må behandles og håndteres av kommunen og spesialisthelsetjenesten i samarbeid.

Utvalget har ikke kommentert mangelfulle prioriteringer knyttet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eksempelvis ved tildeling av sykehjemsplass, ved tjenester i institusjonene, ved behov for tilpasset bolig med heldøgns omsorgstjeneste for yngre mennesker med sjeldne sykdommer og andre lidelser.

Helse- og omsorgsdepartementet oppfordres til å iverksette en utredning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på lik linje med spesialisthelsetjenesten.

5. Mulige konsekvenser av forslaget

Vil en nedprioritering av enkelte pasientgrupper og eventuell innføring av graderte egenandeler, kunne medføre økt privatisering, økt bruk av ulike helseforsikringer og reduksjon av fagfolk i det offentlige helsevesenet?

Vi ønsker å se prioriteringsutvalgets anbefalinger i lys av den utvikling og tilrettelegging for private aktører, som i dag skjer i Norsk helsevesen. Vi vil særlig påpeke Fritt behandlingsvalg (FBV) og konsekvenser i så måte.

Private aktører gis gjennom FBV adgang til både utredning og behandling uten volumbegrensning. FBV som ordning kan bidra til overbehandling. Det er en sammenheng mellom tilbud og etterspørsel av helsetjenester. Det vil også være naivt å tro at prioriteringer skjer uavhengig av økonomiske interesser.

Vi er i prinsippet enige i at differensiert egenbetaling gradert etter prioritet, kan endre bruk av helsetjenester, men ved ytterligere etablering av private aktører, er vi bekymret for at dette også vil kunne bidra til en økning av bruk av helseforsikringer. I 2003 hadde ca. 30 000 personer privat helseforsikring i Norge, mens nærmere 400 000 hadde en slik ordning i 2014. (Tall fra Finansnæringens Fellesorganisasjon.) De aller fleste har forsikringen gjennom arbeidsgiver.

Når det gjelder tilgangen til enkelte grupper helsepersonell, er situasjonen i dag utfordrende. Ved UNN har vi tydelig merket konkurransen med andre offentlige institusjoner og private aktører.

Å skaffe nødvendig arbeidskraft, vil være hovedutfordringen i mange år fremover. Befolkningen blir eldre mens tilgangen på arbeidskraft reduseres. En eldre befolkning og et stadig mer spesialisert helsevesen er drivende for etterspørselen etter helsetjenester.

Hvordan en økt privatisering vil påvirke den offentlige helsetjenestens evne til å ivareta grunnleggende funksjoner, vil være knyttet til hvordan dette påvirker evnen til å rekruttere og beholde arbeidskraft. Det er i det offentlige helsevesenet utdanning av helsepersonell skjer i dag. Vi ser med bekymring på at det offentlige skal utdanne helsepersonell, som kan søke seg bort fra det offentlige helsevesenet, så snart bindingstiden er ute. Private aktører er ikke forpliktet til å bidra til fellesskapet i så måte.

Med vennlig hilsen

Einar Bugge
Fag- og forskningssjef

Geir Bjørsvik
Leder, klinisk etikk-komité

1) Kunnskapen er ikke ny, se ref. N. Engl. J. Med. 1982 Nov 18;307(21): 1310-4.: Small area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway; McPherson K, Wennberg JE, Hovind OB, Clifford P.)



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
14/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.2.2015
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Reidun Holm

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Udatert brev fra Balsfjord kommune, mottatt her 15.12.14, vedrørende evt. nedleggelse av Kløvertun.
2. Uttalelse fra Bardu kommunestyre datert 7.1.15 vedrørende opprettholdelse av ambulanseberedskapen.
3. Melding om vedtak fra Eldrerådet i Skånland vedrørende ambulanseberedskapen.
4. Interpellasjon fra Troms fylkesting: Satsing eller kutt innen rus og psykiatri i nord?
5. Uttalelse fra Troms fylkesting 10.12.14: Nei til reduksjon av ambulanseberedskapen.
6. Brev fra Midt-Troms Regionråd datert 17.12.14 vedrørende akuttmedisinske tjenester fra UNN.
7. Brev fra LHL's lokallag datert 16.12.14 vedrørende kutt i vikarordning for ambulanspersonell.
8. Brev fra Ofoten regionråd datert 2.1.15 vedrørende eget PET-senter i Nord-Norge og videre utvikling av UNN-Narvik.
9. Brev fra tillitsvalgte leger ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) vedrørende nedprioritering av psykisk helse og rus ved UNN.
10. Brev fra Tromsø-området regionråd datert 12.12.14 vedrørende psykisk helsetilbud.
11. Brev fra Tromsø kommune datert 19.12.14 vedrørende ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter på UNN 2014.
12. Brev fra UNN til Tromsø kommune datert 6.1.15 vedrørende utskrivningsklare pasienter.
13. E-post fra avdelingsdirektør Cathrine Dammen i Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende responstider i ambulansetjenesten.
14. Kopi av svarbrev til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende responstider i ambulansetjenesten.
15. Uttalelse fra møtet i Harstad kommunestyre 27.11.14 – Vårt lokalsykehus.
16. Referat fra OSO-møtet 4.12.14.
17. Brev fra UNN til Helse Nord datert 22.1.15 vedrørende inntektsmodell somatikk.

Sak 14/2015

18. Brev fra Gimleveien 12 Eiendom AS til UNN datert 23.1.2015 vedrørende Gimleveien 12.
19. Brev fra UNN til Gimleveien 12 Eiendom AS datert 29.1.2015 vedrørende Gimleveien 12.
20. Referat fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 28.1.2015.
21. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 27.1.2015.
22. Referat fra ekstraordinært møte i AMU 14.1.2015.
23. Referat fra møte i AMU 28.1.2015.
24. Brev fra Helse Nord til UNN datert 10.12.2014 vedrørende UNN HF sine innspill til plan 2015-2018.
25. Brev fra UNN til Helse Nord datert 15.12.2014 vedrørende søknad om utvidet investeringsramme – Renovering Bygg 7 UNN Åsgård.
26. Brev fra Helse Nord datert 18.12.2014 vedrørende investeringsramme ”Renovering bygg 7 Åsgård”.

Tromsø, 30.1.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Vår dato

Vår referanse

Arkivkode: H25

Vår saksbehandler
Ole-Johan Rødvei, tlf 77722010

Deres dato

Deres referanse

Helse Nord RHF
8038 BodøStyret v/Universitetssykehuset Nord Norge
Postboks 100
9038 Tromsø

Fare for nedleggelse av Psykiatrisk Senter for Tromsø og Omegn Døgnerheten Storsteinnes - Uttalelse

Balsfjord kommunestyre vedtok i møte 3. desember 2014, under sak 112/14 Eventuelt, følgende enstemmige uttalelse vedr forslag om nedleggelse av døgnerheten ved Distriktpsykiatrisk Senter på Storsteinnes – Kløvertun:

Balsfjord kommune har fått informasjon om at det er fare for nedleggelse av Døgnerheten på Storsteinnes. Kommunestyret i Balsfjord er bekymret for reduksjon av tjenestetilbudet for en pasientgruppe som er sårbar og har behov for tett faglig oppfølging. Dette gjelder både for poliklinisk tilbud og døgntilbud.

Døgnerheten på Storsteinnes er kjent for et aktivt, allsidig behandlingsmiljø basert på frivillige innleggelse. Pasientene uttrykker stor tilfredshet med behandlingstilbudet. Gjennom 35 år har stedet utviklet omsorgs- og terapikompetanse for mennesker med alle slags psykiske lidelser inkludert dobbeltdiagnoser som rus og psykiatri eller psykisk utviklingshemming og psykiatri.

Tjenestestedet benyttes også i utdanningsøyemed hvor sykepleierstudenter og andre helsefaglige utdanningsgrupper får sin psykiatripraksis. Balsfjord kommune uttrykker stor tilfredshet med tilbud om veiledning, og ansatte i psykisk helse Balsfjord er meget fornøyd med det.

Nasjonale føringer de siste 20-30 år har vært å bygge ned sentralinstitusjonene og bygge opp tilbud der folk bor. Betydelige statlige midler er brukt til å ruste opp distrikts psykiatrisk senter gjennom renovering i 2005. Nasjonale styringssignaler peker i retning av distriktpsykiatriske tilbud og tilbud så nært pasientens hverdag og livssituasjon som mulig. Etter føringer i samhandlingsreformen vil en desentralisert spesialisthelsetjeneste med lokalkunnskap og nærhet kunne bistå innbyggere /pasienter på en faglig tilrettelagt måte.

Dersom Døgnerheten på Storsteinnes blir nedlagt, vil mennesker med psykiske lidelser miste nærheten til et brukervennlig lavterskeltilbud. Et kompetansemiljø med stor endringsvilje og hensiktsmessig ressursutnyttning vil forsvinne.

Balsfjord kommune vil også miste kompetanse arbeidsplasser og tilbudet til innbyggerne blir redusert.

***Hvor blir målet for samhandling og oppfølging av gode samarbeids/
samhandlingsarenaer i tråd med samhandlingsreformens intensjon av?
Balsfjord kommune ber om at Psykiatrisk Senter for Tromsø og Omegn Døgnetenhet,
Storsteinnes opprettholdes.***

Etter fullmakt


Torunn Guleng
sekretær

Ekstern kopi til:

Universitetssykehuset v/direktør Tor Ingebrigtsen, Postboks 100
Psykiatrisk Senter Storsteinnes avd. døgnetenhet
Bladet Nordlys Postboks 2515

9038 Tromsø
9050 Storsteinnes
9272 Tromsø

Intern kopi til:

Ordfører Ole-Johan Rødvei, her



Universitetssykehuset Nord-Norge HF
v/Styret
Postboks 100 Langnes
9038 TROMSØ

Vår ref.	Vår dato	Arkivkode	Avd/Saksb	Deres ref.
Saksnr.-løpenr. 14/1797-15/95-7 Oppgis ved alle henv.	07.01.2015		STAB/RB	

Uttalelse ang. ambulansedrift: Oppretthold ambulanseberedskapen

Bardu kommunestyre vedtok enstemmig følgende uttalelse i sitt møte 17.12.2014:

Uttalelse ang. ambulansedrift: Oppretthold ambulanseberedskapen

Bardu kommunestyre ser med stor bekymring på de akuttmedisinske konsekvensene av at UNN må kutte 170 millioner kroner i 2015. I virksomhetsplanleggingen for 2015 er det lagt opp til å prioritere aktiv pasientbehandling høyere, og beredskap noe lavere enn tidligere. I ambulansetjenesten resulterer det i en prinsipiell endring i retning av å akseptere økt differensiering av responstidene i bilambulansetjenesten, skriver UNN-direktør Tor Ingebrigtsen i sitt fremlegg til sykehusstyret.

Kommunestyre mener at den akuttmedisinske responstiden, spesielt i våre mindre kommuner allerede er på et minimumsnivå, og at ytterligere reduksjoner vil gi en helt uakseptabel beredskap. Dette vil med rette føre til stor grad av usikkerhet for de svakeste gruppene i samfunnet, våre eldre og pleietrengende. Bardu kommunestyre ber styret i UNN sørge for at den akuttmedisinske beredskapen ikke blir redusert i 2015, slik at akuttmedisinsk beredskap, inkl. ambulansetjenester, blir ytterligere redusert.


Rita Bjørn
stabsleder

Stab og fellestjenester

Bardu kommune, postboks 401, 9365 Bardu
Altevannsveien 16, 9360 Bardu
Org.nr. NO 864 993 982
Telefon: 77 18 52 00 (sentralbord)
Telefaks: 77 18 52 01
www.bardu.kommune.no
E-post: postmottak@bardu.kommune.no
Bankgiro: 4770 07 00131 Konto for skatt: 6345 0619223



SKÅNLAND KOMMUNE

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)
Helse Nord RHF
Postboks 100
9038 TROMSØ

Vår ref.	Arkivkode	Deres ref.	Dato
14/203-17/GEL	033		09.12.2014

MELDING OM VEDTAK – AMBULANSETJENESTEN I EVENES, TJELDSUND OG SKÅNLAND KOMMUNER (ETS)

Eldrerådet i Skånland har i møte den 08.12.2014, sak 32/14 behandlet medieoppslag om nedlegging/endring av ambulansetjenesten i ETS. Følgende uttalelse ble vedtatt:

1. Eldrerådet i Skånland viser til medieoppslag om nedlegging/endring av ambulansetjenesten i ETS.
2. Eldrerådet er bekymret over en mulig endring av eksisterende ambulansetjeneste og vil sterkt påpeke viktigheten av å opprettholde eksisterende tjeneste, for å gi befolkningen den tryggheten denne tjenesten innebærer i hele ETS.
3. Det er naturlig at tjenesten fortsatt er lokalisert på Evenskjer i tilknytning til ETS Medisinske senter.

Enstemmig vedtatt.

Med vennlig hilsen
Skånland kommune

Tørbjørn Simonsen
rådmann

Gerd Elin Larsen
rådgiver

Kopi til: Eldrerådet i Evenes kommune, Rådhuset, Boks 43, 8539 Bogen i Ofoten
Eldrerådet i Tjeldsund kommune, Rådhuset, 9444 Hol i Tjeldsund

Postadresse:
Pb 240
9439 EVENSKJER

Besøksadresse:
EVENSKJER

Telefon: 77089533
Telefaks: 77089502



UNN HF
Helse- og sosialdepartementet
Helse Nord RHF
Stortingets Helse- og omsorgskomite
Tromsbenken
Media

Vår ref.:
14/1724-18
Løpenr.:
46727/14

Saksbehandler:
Knut Werner Hansen
Tlf. dir.innvalg:
77 78 80 07

Arkiv:
033 SAKSARKIV
Deres ref.:

Dato:
18.12.2014

INTERPELLASJON: SATSING ELLER KUTT INNEN RUS OG PSYKIATRI I NORD

I forbindelse med overnevnte interpellasjon vedtok fylkestinget i møte 11. desember 2014 følgende:

Interpellasjon nr. 3:

Satsing eller kutt innen rus og psykiatri i nord?

Troms Fylkesting ser med stor bekymring på at UNN HF foreslår nedleggelse av Rus og psykiatriposten og/eller distriktpsikiatrisk sengepost på Storsteinnes, noe som vil medføre en reell svekkelse av pasienttilbudet for en sårbar pasientgruppe. Fylkestinget ber om at psykiatri reelt sett styrkes, i tråd med oppdragsdokumentet for 2014. En reduksjon i kvaliteten og kapasiteten i behandlingstilbudet til unge voksne med samtidig psykisk- og ruslidelse vil bryte med deres pasientrettigheter og kunne frata flere muligheten til verdige liv.

Med vennlig hilsen

Knut Werner Hansen
Fylkesordfører

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.

Kopi:

- Fylkesråd for næring, kultur og helse
- Næringsjefen

Besøksadresse

Strandveien 13

Postadresse

Postboks 6600, 9296 TROMSØ

Telefon

77 78 80 00

Epost mottak

postmottak@tromsfylke.no

Telefaks

77 78 80 01

Bankgiro

4700 04 00064

Internettadresse

www.tromsfylke.no

Org.nr.

NO 864 870 732



Helse- og sosialdepartementet
Stortingets helse- og omsorgskomite
Helse Nord RHF
Tromsbenken
Media

Vår ref.:
14/1723-17
Løpenr.:
45920/14

Saksbehandler:
Knut Werner Hansen
Tlf. dir.innvalg:
77 78 80 07

Arkiv:
033 SAKSARKIV
Deres ref.:

Dato:
15.12.2014

UTTALELSE: NEI TIL REDUKSJON AV AMBULANSEBEREDSKAP

Troms fylkesting vedtok på møte 10. desember 2014 følgende uttalelse:

«Nei til reduksjon av ambulanseberedskap

Fylkestinget ser med stor bekymring på de akuttmedisinske konsekvensene av at UNN må kutte 170 millioner kroner i 2015.

Vår bekymring forsterkes av UNN direktørens uttalelse i Nordlys 2. desember d.å. hvor følgende står å lese:

- I virksomhetsplanleggingen for 2015 er det lagt opp til å prioritere aktiv pasientbehandling høyere, og beredskap noe lavere enn tidligere. I ambulansetjenesten resulterer det i en prinsipiell endring i retning av å akseptere økt differensiering av responstidene i bilambulansetjenesten, skriver UNN-direktør Tor Ingebrigtsen i sitt fremlegg til styret.

Fylkestinget mener at den akuttmedisinske responstiden, spesielt i våre mindre kommuner allerede er på et minimumsnivå, og at ytterligere reduksjoner vil gi en helt uakseptabel beredskap. Dette vil med rette føre til stor grad av usikkerhet for de svakeste gruppene i samfunnet, våre eldre og pleietrengende.

Fylkestinget ber styret i UNN sørger for at den akuttmedisinske beredskapen ikke blir redusert i 2015 slik at akuttmedisinsk beredskap, inkl. ambulansetjenester, blir ytterligere redusert.»

Med vennlig hilsen

Knut Werner Hansen
Fylkesordfører

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.

Besøksadresse

Strandveien 13

Postadresse

Postboks 6600, 9296 TROMSØ

Telefon

77 78 80 00

Telefaks

77 78 80 01

Epost mottak

postmottak@tromsfylke.no

Bankgiro

4700 04 00064

Internettadresse

www.tromsfylke.no

Org.nr.

NO 864 870 732

Kopi:

- Fylkesråd for Næring-, kultur- og helsekomiteen
- Næringsjefen

Styret for UNN HF
post@unn.no

17.12.2014

AKUTTMEDISINSKE TJENESTER FRA UNN - OPPRETTHOLD BEREDSKAPEN

Midt-Troms regionråd vedtok i sitt møte 15.12.2014 følgende uttalelse:

UNN-styret har nylig vedtatt å prioritere ned beredskap i forhold til det som betegnes som aktiv pasientbehandling. Det ligger i kortene at dette kan gå ut over bilambulansetjenesten med mulige endringer i vaktplaner og økte responstider.

Midt-Troms regionråd er redd for at det nå er gitt grønt lys for å legge ned ambulansestasjoner, øke responstider i ambulansetjenesten og gi dårligere tilbud til de områdene i sykehusregionen som har lengst veg til UNN.

Regionrådet er kjent med det gode og effektive samarbeidet som er mellom lokale brannvesen og ambulansetjenesten. Vi frykter at økonomikutt hos UNN skal føre til at kommunenes brannpersonell må ta større ansvar enn det som er avtalt. Vi understreker at dette er en tilleggstjeneste. Den må aldri bli en erstatning for ambulansen.

Midt-Troms regionråd vil understreke at i alle akuttsituasjoner så starter den aktive pasientbehandlinga i ambulansen. Vi er derfor svært kritiske til UNN-styrets vedtak.

Midt-Troms regionråd krever at den akuttmedisinske beredskapen opprettholdes.

Med vennlig hilsen

Paul Dahlø (s)
regionrådets leder

Herbjørg Valvåg
daglig leder



LHL

Universitetssykehuset Nord-Norge

Ved styreleder
Pb 100 Langnes
9038 Tromsø

Vår ref :
Deres ref :
Dato : 16. desember 2014

Vedtak vedrørende kutt i vikarordning for ambulanspersonell

LHLs lagsamling i Troms har den 13. desember 2014 diskutert vedtak fattet av styret i UNN i sak ST 108/2014 punkt 4 gjort 10. desember 2014.

"Styret gir sin tilslutning til at aktiv pasientbehandling prioriteres noe høyere og beredskap noe lavere i forhold til hverandre enn tidligere. Styret er innforstått med at dette kan medføre endringer i vaktplaner og økt differensiering av responstidene i bilambulansetjenesten, men forutsetter at eventuelle konkrete forslag om strukturendringer fremmes for godkjenning i styret."

LHL i Troms er sterkt bekymret over at UNN setter i gang en omlegging som vil gi økte responstider pga mulig uttak av ambulansbiler ved sykdom hos ambulanspersonell. Slik LHLs lokallag i Troms vurderer det har distriktene i Nord Norge allerede en svært lang responstid for livreddende akutt hjelp og lange kjøredistanser til sykehus. For pasienter som er hjerte-, kar- og lungesyke er responstid til akutt hjelp livsviktig, og det er derfor med stor uro at det registreres at responstiden kan øke pga innsparelser i bruken av vikarer ved sykdom hos ambulanspersonell.

LHL i Troms vil anmode styret i UNN om å stoppe denne omleggingen og ikke påføre pasientene i distriktene er dårligere akutt tilbud enn det som er etablert i dag.

Med vennlig hilsen

Odd J. Solberg
Landsstyrerepresentant LHL Troms

Marit Myklevoll
Landsstyrerepresentant LHL Troms

Kopi til: Adm. dir UNN



v/ Narvik kommune
8512 Narvik
post@ofotraadet.no
Saksbehandler: Elisabeth Storjord

Styret for UNN HF
post@unn.no

Narvik 02.01.2015

Eget PET-senter i Nord-Norge og videre utvikling av UNN-Narvik

Ofoten regionråd er et politisk samarbeidsorgan for kommunene Ballangen, Evenes, Narvik, Tjeldsund og Tysfjord. Ofoten Regionråd registrerer med glede at det er gitt klarsignal for oppstart av forprosjekt til bygging av et eget PET-senter i Nord-Norge. Et eget PET-senter i Nord-Norge vil være et viktig tilbud for innbyggerne i Ofoten og resten av Nord-Norge.

Samtidig vil Ofoten regionråd uttrykke bekymring for at bygging av et slikt senter i Tromsø vil kunne virke forsinkende på oppstart av bygging av nye Narvik sykehus. Vi er kjent med at ikke tilfredsstillende prosjektstyring på byggeprosjekter i Tromsø har bidratt til økt press på den totale økonomiske rammen. Med tanke på den økte belastningen på en allerede sprengt økonomisk ramme i Helse Nord ber Ofoten regionråd her om en garanti for at oppstart bygging nye Narvik sykehus ikke vil bli ytterligere forskjøvet ut i tid som en konsekvens av dette vedtaket.

Ofoten regionråd ønsker også å kommentere UNN-styrets vedtak om å prioritere ned beredskap i forhold til det som betegnes som aktiv pasientbehandling. Dette kan gå ut over bilambulansetjenesten med mulige endringer i vaktplaner og responstider. Økonomikutt i tjenesten kan føre til at kommunenes brannpersonell må ta for stort ansvar. Ofoten regionråd vil understreke at i alle akutsituasjoner starter den aktive pasientbehandlinga i ambulansen. Derfor må den akuttmedisinske beredskapen opprettholdes.

Vennlig hilsen

Tore Nysæter
leder Ofoten regionråd

✓ Styret UNN HF v/Styreleder Jorhill Andreassen

✓ Adm. direktør UNN HF Tor Ingebrigtsen

Tromsø 12.12.14

Nedprioritering av psykisk helsevern og rus ved UNN

Som følge av UNNs finansieringsplan for bl.a. bygging av A-fløya og pasienthotell er det besluttet årlige innsparinger for en rekke avdelinger frem til 2022. Målet med disse innsparingene er å tilfredsstille kapitalbehovet tilknyttet de planlagte byggeprosjekter og investeringer. For Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) ved UNN innebærer dette at man for 2015 er pålagt innsparinger i størrelsesorden kr. 20 millioner. For å få dette til er det bl.a. fremlagt forslag om nedleggelse av Rus- og psykiatriposten ved PHR eller PSTOs¹ lokale enhet på Storsteinnes.

Legene og psykologene ved PHRK mener at de foreslåtte innsparinger vil medføre at behandlingstilbudet for psykiatriske pasienter blir vesentlig svekket, både på kort og lang sikt. Særlig bekymringsfullt er forslaget om nedleggelse av sengeposter, fordi dette i stor utstrekning vil ramme de aller sykeste pasientene. Denne pasientgruppen er i dag, og vil i fremtiden være, i behov av et behandlingstilbud på sengepostnivå, *uavhengig* av kommunale tiltak og poliklinisk behandling. Dette fordi pasientgruppen periodisk vil ha et behandlingsbehov som utelukkende kan ivaretas gjennom innleggelse ved en sengepost. Denne argumentasjonen understøttes av tilbakemeldinger fra kommunene om at de allerede i dag ikke makter å gi de alvorligst syke pasientene et tilstrekkelig tilbud².

Nedleggelse av nevnte avdelinger vil også medføre at kompetanse og funksjoner bygget opp over flere år vil forsvinne, hertil at kapasiteten for utdanning av spesialister vil reduseres gjennom bortfall av aktuelle tjenestesteder. Ved siden av svekket spesialistrekuttering - noe som har vært en mangeårig problemstilling for hele landsdelen - vil også nedleggelse av Rus- og psykiatriposten gjøre at muligheten for faglig fordypning innen kombinerte lidelser med rusavhengighet og psykisk lidelse forsvinner.

Innsparingene kommer på toppen av en flerårig negativ ressursutvikling innen psykiatrien, med bl.a. en vesentlig reduksjon i antall sengeplasser. Eksempelvis ble en psykiatrisk sengepost med 13 senger ved UNN Tromsø nedlagt sommeren 2012 p.g.a. økonomiske innsparinger. Tall fra Samdata for Helse Nord i perioden 2009-2013 viser også at anvendte ressurser til psykiatrien har hatt en realnedgang i perioden, hertil at psykiatrien taper terreng sammenlignet med somatikken. Spesielt gjelder dette psykiatriske sengeposter og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. M.h.t. tverrfaglig spesialisert rusbehandling har Helse Nord nå en gjennomsnittlig ressursbruk per voksen innbygger kun svarende til 87 % av landsgjennomsnittet. Tallene viser altså at somatikken prioriteres foran psykiatrien, og denne prioriteringen har nå nådd et nivå som setter det psykiatriske behandlingstilbudet i fare.

¹ PSTO: Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn.

² Jfr. NRKs spørreundersøkelse fra november 2014 blant 240 kommuner som viser at 8 av 10 norske kommuner ikke makter å ivareta et nødvendig tilbud til de aller sykeste psykiatriske pasientene.

De foreslåtte innsparinger må også sees i lys av dagens driftsmessige fakta, som i dag viser at man for 2014 har et estimert driftsunderskudd på ca. kr. 6 millioner ved PHRK. Dette viser at man allerede i dag har problemer med å opprettholde et behandlingstilbud innenfor de eksisterende økonomiske rammer. Disse driftsdata må også sees i relasjon til at antall innleggelser ved akuttavdelingene stiger for 2014 sammenlignet med 2013.

Vi vil også påpeke at innparingsplanene, også omtalt som "omstillingsutfordringer", går på tvers av sentrale politiske målsetninger om satsning på rus- og psykiatrifeltet. Det er i dag bred politisk enighet om at rus- og psykiatrifeltet skal være satsningsområde for RHF'ene, med en prioritering av psykiatri i forhold til somatikk, jfr. bl.a. regjeringens pressemelding i forbindelse med statsbudsjettet 2015.

Legene og psykologene ved PHRK ser med stor bekymring på de fremlagte innsparingskrav og konsekvensene av disse. Særlig gjelder dette innskrenkninger i behandlingstilbudet gjennom nedleggelse av en sengepost, fordi dette vil ramme de aller sykeste pasientene. Vi ber derfor direktør og styret ved UNN HF om å skrinlegge planene om nedleggelse av en sengepost ved PHRK. Utviklingen de siste årene og dagens situasjon tilsier at psykiatrien trenger mer ressurser, ikke mindre.

Med hilsen

Lena-Kristin Nerdal
Tillitsvalgt Overlegeforeningen PHRK



Lene Mydland Rasmussen
Tillitsvalgt Norsk Psykologforening PHRK



Eirik Støllander
Tillitsvalgt Yngre legers forening PHRK



Erlend Bugge
Tillitsvalgt Overlegeforeningen PHRK (vara)



KOPI:

Klinikkjef Magnus Hald
Adm. direktør Helse Nord RHF Lars Vorland
Styret Helse Nord RHF

Balsfjord
kommuneKarlsøy
kommuneTromsø
kommuneUNIVERSITETSSYKEHUSET
NORD-NORGE HF

9038 TROMSØ

Deres ref.:

Vår ref.:

14/9195 /64621/14-033

Saksbehandler:

Yngve Voktor

Telefon:

77 79 01 19

Dato:

12.12.2014

UTTALELSE: PSYKISK HELSETILBUD

Tromsø-områdets regionråd vedtok på møte 12. desember 2014 følgende uttalelse.

«Nei til kutt i psykisk helsetilbud

Tromsø-områdets regionråd er på lik linje med Troms fylkesting bekymret for de kutt som er varslet i rus og psykiatritilbudet i Troms. Bakgrunnen er at årets forventede underskudd på 70 mill. kroner vil gi UNN en omstillingsutfordring på 170 millioner kroner i 2015. Dette betyr at kostnadene i dagens drift må reduseres tilsvarende. På bakgrunn av dette, står både Rus- og psykiatriposten på Åsgård og Døgn Storsteinnes (Kløvertun) i fare for å bli lagt ned. Posten (ROP) på UNN, avdeling Åsgård har ansvar for samfunnets mest sårbare grupper: Unge personer med alvorlige ruslidelser kombinert med psykiske lidelser. På sengeposten får personer mellom 18 og 40 år behandling for begge lidelsene.

Helseforetakene rundt om i hele landet må gjøre store kutt i sine budsjetter. Dessverre går dette ut over viktige psykiatriske tilbud.

Tromsø-områdets regionråd på lik linje med Troms fylkesting mener regjeringen må styrke helseforetakene økonomisk slik at de kan utføre viktige verdifulle samfunnsoppgaver for de mest sårbare gruppene i samfunnet»

Med vennlig hilsen

Hanny Ditlefsen (sign)

Leder for Tromsø-områdets regionråd

Kopi til: Troms fylkesting, Balsfjord kommune, Karlsøy kommune og Tromsø kommune



UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE

9038 TROMSØ

Deres ref.:

Vår ref.:

14/1032 /66079/14-H11

Saksbehandler:

Trond Brattland

Dato:

19.12.2014

Telefon:

77 79 00 17

FERDIGBEHANDLEDE/UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER PÅ UNN - 2014

Tromsø kommune har de siste årene hatt utfordringer med å ta imot utskrivningsklare pasienter fra UNN.

Det er viktig for oss å understreke at kommunen anser dette som en svært uheldig situasjon. Det er uheldig for pasienter som må vente på tilbud fra kommunen, det er uheldig for UNN som får sin driftssituasjon forverret, og det er vanskelig for kommunen som får store kostnader.

Analyser kommunen har gjort har vist at en viktig årsak til denne situasjonen er mangel på langtidsplasser i kommunen.

Tromsø kommune skal etablere et nytt sykehjem med 137 sykehjemsplasser. Dette er beregnet satt i drift i overgangen 2017-2018.

I tillegg skal kommunen etablere et «Helsehus» nært UNN. Dette bygget skal inneholde 60 korttidsplasser, inkludert øyeblikkelig-hjelp-døgnplasser. Forventet oppstart er høsten 2016.

For å sikre tilstrekkelig med antall institusjonsplasser frem til disse byggene er ferdige har kommunen gjennomført en rekke tiltak.

Det er de siste 3 årene etablert 20 ekstraplasser i egen bygningsmasse. Kommunen har også ute et anbud på kjøp av 30 korttidsplasser.

På tross av den økningen som kommunen har gjennomført i antallet ekstraplasser de siste årene har antallet utskrivningsklare pasientdøgn økt enda mer.

Kommunen har derfor i begynnelsen av desember hatt en ny gjennomgang av muligheter for å etablere ytterligere ekstraplasser. Vurderingene knyttet til denne gjennomgangen finnes i det vedlagte dokumentet.

Det vil på kort sikt bli etablert 9 nye ekstraplasser, hvorav to plasser som prøvedrift igjennom jula.

Sak 14/2015 - vedlegg 11

Etablering av ekstraplasser i form av bruk av dobbeltrom eller ved å ta i bruk alternative lokaler er ikke en ønsket løsning. Men i den situasjonen man er i nå er det vanskelig å komme unna bruk av slike plasser.

Når Helsehuset er ferdig vil kommunen samle korttidsplassene der. Da vil Seminaret og Tromsøysund stå ledig. Dette vil gi rom for inntil 49 sengeplasser.

Men for å bedre situasjonen fram til Helsehuset er ferdig skal kommunen vurdere mulighet for å etablere en midlertidig avdeling for korttidsplasser på Mellomveien 100. Når denne avdelingen planlegges driftet i mindre enn to år vil man kunne etablere den uten å gjennomføre totalrehabilitering.

Tromsø kommune har drøftet denne situasjonen flere ganger i møte med direktøren ved UNN og hans stab. Siste gang ble møtet preget av dette temaet.

Selv om Tromsø kommune stort sett har et svært godt samarbeid med UNN skaper denne situasjonen noen utfordringer i samarbeidet. Situasjonsbeskrivelsene fra UNN avviker tidvis en del fra det som Tromsø kommune får rapportert fra egen tjenesten.

UNN ser ut til å operere med en «bruttoliste» som ved nærmere gjennomgang inneholder pasienter som ikke er meldt til kommunen, som burde vært avmeldt, eller der det er andre lignende rutineavvik gjør at listen ikke er korrekt. Dette skaper et krevende utgangspunkt for dialogen. Det er viktig at UNN og kommunen har en felles og korrekt vurdering av antallet utskrivningsklare pasienter ved slike møter.

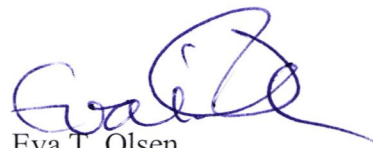
For å kunne gjøre gode framskrivninger er kommunen avhengig av tall på utviklingen når det gjelder utskrivningsklare pasienter. De tallene vi har fått fra UNN så langt viser en økning på nesten 25 % i antallet pasienter som meldes utskrivningsklar fra 2013 til 2014. Dette er langt over det befolkningsutviklingen tilsier og kan skyldes endrete rapporteringsrutiner. Det er viktig at UNN bidrar i dette analysearbeidet slik at kommunene kan framskrive behovet for tjenester, også for denne gruppen og dermed unngå å komme i en situasjon der antallet utskrivningsklare pasienter blir uhåndterlig på UNN.

Den vedlagte rapporten viser alternative tiltak og forventet effekt av disse. Med dette håper vi å ha besvart eventuelle spørsmål sykehusdirektøren har om dette temaet og ønsker direktøren og de øvrige ansatte på UNN en riktig god jul.

Med vennlig hilsen



Kristoffer Kanestrøm
Byråd for helse og omsorg



Eva T. Olsen
Kommunaldirektør

Kopi til:
Fylkesmannen i Troms
Styret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
Helse Nord RHF

Utskrivnings- klare pasienter

Rapport og vurderinger og tiltak etter befaring 2.12.2014

På grunn av stor pågang av utskrivningsklare pasienter har Tromsø kommune hatt en befarings på aktuelle omsorgsbygg for å vurdere mulighet for å etablere flere institusjonsplasser, både på kort og litt lengre sikt. Denne rapporten beskriver de vurderingene som er gjort på bakgrunn av befaringsen og beskriver de tiltak som er besluttet utført for å møte situasjonen.

Trond Brattland 19.12.2014

Innledning

Tromsø kommune har mangel på institusjonsplasser og har derfor hatt utfordringer med å ta imot utskrivningsklare pasienter. Situasjonen høsten 2014 har vært at tallet på utskrivningsklare pasienter fra somatiske avdelinger har variert fra ca. 10 pr døgn til litt over 20.

Tromsø kommune har avtale med Kurbadet om kjøp av 3 omsorgsplasser og 3 rehabiliteringsplasser. Denne avtalen går til og med 23.12.2014. Det vil ikke være mulig å drifte disse plassene i jula pga. at lokalene skal pusses opp. Det er ennå ikke avklart om avtalen kan forlenges etter jul.

Tromsø kommune har lagt ut et anbud på kjøp av 30 korttidsplasser. Anbudsfrist er 5.1.2015. Kommunen er orientert at det er interessenter for dette anbudet, men det er likevel usikkert i hvor stor grad anbudet vil lykkes.

Det er derfor behov for tiltak på kort sikt for å sikre forsvarlig uttak av utskrivningsplasser fram mot jul. På litt lengre sikt har kommunen behov for å tenke på alternative tiltak dersom anbudsrunder ikke lykkes eller resulterer i færre institusjonsplasser enn ønskelig.

På bakgrunn av dette gjennomførte kommunen den 2.12.2014 en befaring på Sør-Tromsøya sykehjem, Kvaløysletta sykehjem og Seminaret. I tillegg ble lokalene til nedlagte Hvilhaug sykehjem og de ledige lokalene i Mellomveien 100 besøkt.

Denne rapporten beskriver de vurderingene som er gjort dette denne befaringen og de tiltak som er besluttet utført videre.

Deltakere på befaring:

Kristoffer Kanestrøm
Eva T. Olsen
Viggo Larssen
Åshild Moen
Johan Robertsen
Merethe Kvalheim
Trond Brattland

Status.

Tromsø kommune har for tida etablert følgende ekstraplasser:

Kurbadet (avtale utgår 24.12.2014)

- 3 plasser for rehabiliteringsopphold
- 3 ordinære korttidsplasser

Mortensnes

- 2 plasser etablert som dobbeltrom på stue
- 1 plass etablert som enkeltrom på stue

Kroken sykehjem

- 2 plasser etablert som dobbeltrom på stue

Seminaret

- 3 plasser ekstra ved at enkeltrom er omgjort til dobbeltrom

Sør-Tromsøya sykehjem

- 4 plasser ekstra ved at enkeltrom er omgjort til dobbeltrom

Kvaløysletta sykehjem

- 1 plass ekstra på stue.

Herakleum

- 1 leilighet omgjort til korttids plass

Befaring

Sør-Tromsøya sykehjem

Det ble vurdert mest hensiktsmessig å etablere eventuelle ekstrasenger i form av å gjøre enkeltrom til dobbeltrom. Forsøk viser at det er praktisk mulig å gjøre dette som en sekundær løsning i en presset situasjon for kommunen; 3 nye senger kan etableres ved å øke antall plasser fra 9 til 10 på 3 bogrupper.

Sak 14/2015 - vedlegg 11

Det er også mulig å bruke et kontor, et hvilerom og et toalett tilknyttet dagsenteret for yngre personer med demens som en tidsavgrenset nødløsning for 2 beboere i perioden 19. desember – 5. januar 2015.

På denne måten øker man antallet ekstraser med 3 + 2, hvorav 2 plasser driftes som et tidsavgrenset nødtiltak i perioden 19. desember til 5. januar.

Sør-Tromsøya sykehjem ble bygget for 82 døgnplasser og vil med de foreslåtte tiltakene drifte ytterligere 7 midlertidige døgnplasser og 2 nødplasser – samlet 91 døgnplasser.

Mellomveien 100

Det er laget planer for 15 korttidsplasser i 1. etasjen på Mellomveien. I tillegg var det planlagt etterbehandlingsplasser i psykisk helsevern i 2. etasje. Planene ble skrinlagte pga. at oppussingskostnadene ble for store.

Dersom man planlegger for drift i maksimum to år kan man drifte dette som midlertidige lokaler. Dette innebærer at selv om man ønsker å gjennomføre en begrenset oppussing vil ikke alle kravene i Tek10 tre inn. Dermed vil en midlertidig avdeling for et begrenset antall korttidsplasser på Mellomveien 100 ikke ha de ombyggingskostnadene som først ble beregnet og som gjorde at planene her ble stoppet.

Da kan det være mulig å drifte dette lokalet som et midlertidig lokale i inntil 2 år. På den tiden skal helsehuset i Breivika være ferdig og lokalene på Seminaret og Tromsøysund stå ledige.

Ved befaringen ser man at lokalene er rimelig store. Det er fellesarealer, skyllerom og kjøkken. Lokalene er i relativt god stand.

Den største mangelen gjelder bad og toalett. Det er noen få bad som er tilstrekkelig store. Det vil derfor være behov for å etablere flere baderom.

Det kan også være krevende med tanke på logistikk å bruke lokalene til korttidsplasser.

Hvilhaug

Hvilhaug sykehjem ble nedlagt i 2006 i forbindelse med at Sør-Tromsøya sykehjem ble åpnet. Det har de siste årene blitt brukt til midlertidig barnehage, men lokalene står nå tomme.

Avdelingene består av en lang korridor med pasientrom på begge sider. Lokalene er preget av dårlig vedlikehold og stor slitasje. I tillegg har ingen av rommene eget bad men man er avhengig av fellesbad. De fleste av disse er svært små og ikke egnet til bad for sykehjemsbeboere.

Sak 14/2015 - vedlegg 11

Hvilhaug framstår som så nedslitt og med så klar mangel på baderomsfasiliteter at det vurderes å være uaktuelt til bruk som korttidsplasser.

Kvaløysletta sykehjem

Kvaløysletta sykehjem har små pasientrom uten mulighet til å lage dobbeltrom. Stuene er i bruk både av beboere og som dagsenter.

Det ville være mulig å ta i bruk kontorer i administrasjonsfløyen, men da måtte det etableres en brakkerigg på utsiden som administrasjonen kunne bruke. Denne fløyen har uansett så vanskelig tilgang til brukbare toalettfasiliteter at dette ikke anses aktuelt.

Det samme gjelder et treningsrom i kjelleren. Dette rommet er i en annen etasje enn der pasientavdelingene ligger. Dette vil vanskeliggjøre driften. Det er også vanskelig tilgang til brukbare toalettfasiliteter. Dermed anses også dette lokalet som uaktuelt.

Seminaret

Seminaret har 24 sengeplasser fordelt på en korttidsavdeling og en rehabiliteringsavdeling. De fleste rommene ligger mot nord. Disse er relativt store. Det er allerede gjort om totalt tre enkeltrom til dobbeltrom.

Det ene rommet med inngang som er plassert i en kjøkkenavdeling har blitt stengt som pasientrom av Mattilsynet. Dette rommet brukes nå som kontor til sykehjemslegen.

Det anses mulig å ta i bruk 2 enkeltrom til som dobbeltrom.

I tillegg kan det være mulig å ta i bruk legekontoret som pasientrom dersom man kan gjøre noen bygningstekniske endringer som gjør at døra ikke kommer i konflikt med kjøkkenavdelingen. I så tilfelle må man finne annet kontorlokale til sykehjemsoverlegen.

Det er da totalt mulig å etablere 3 ekstraplasser her, hvorav to kan etableres relativt raskt.

Mortensnes sykehjem

Det ble ikke gjennomført befaring på Mortensnes sykehjem siden det allerede er tatt en beslutning om at det ekstrarommet som et etablert som enerom på en stue skal omgjøres til dobbeltrom.

Korridorpasienter

Det har blitt stilt spørsmål om kommunen bør etablere plasser i form av senger på korridorene på sykehjemmene. Dette ble også vurdert på befaringsene.

På Sør-Tromsøya sykehjem er korridorene for trange til å kunne ha korridorpasienter. På Kvaløysletta sykehjem er korridorene videre, men pga. små pasientrom er man avhengig av å bruke korridor som lagerplass for hjelpemidler slik at det også der er dårlig plass. Det samme gjelder til en viss grad på Seminaret.

Det anses i utgangspunktet i tillegg svært problematisk å etablere korridorplasser. Sykehjemmene er, i motsetning til sykehuset, pasientenes hjem. Dette gjør det uverdig å plassere noen på korridor. I tillegg er demensproblematikken på sykehjem så omfattende at det ikke ville være forsvarlig å la noen ha seng på korridoren.

Effekt av tiltak

Effekten av de vurderte tiltakene baseres på hvorvidt Tromsø kommune vil bli bedre i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter.

Avgjørende for dette er:

- Hvor mange plasser man får på det anbudet som er lagt ut
- Hvor mange ekstraplasser man ønsker å avvikle
- Hvor mange ekstra pasienter som blir liggende på korttidsplass med vedtak om langtids plass
- Om man vil etablere ekstraplasser på Mellomveien.

Dersom man velger følgende forutsetning:

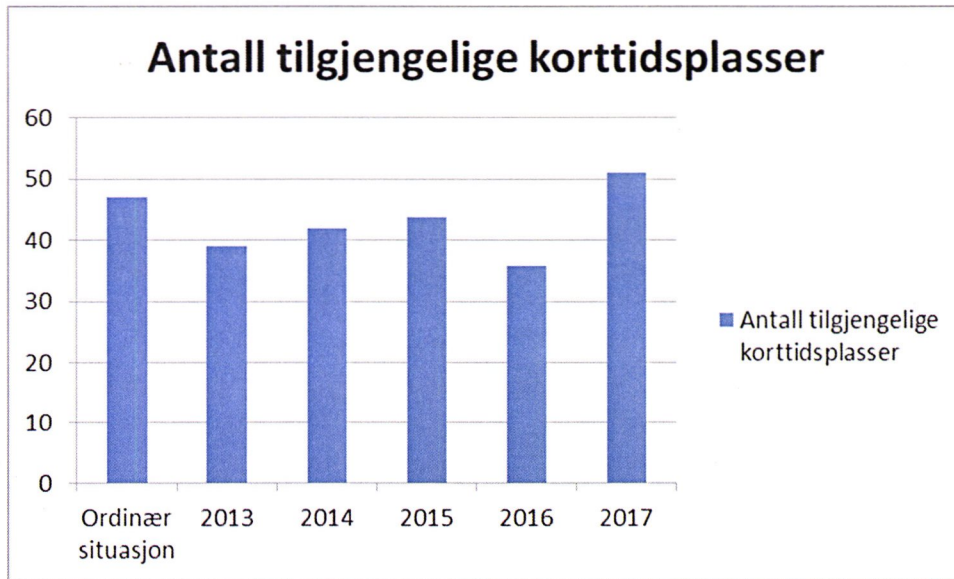
- Antallet pasienter med behov for langtids plass øker med 8 pr år med et utgangspunkt om at det er 25 slike pasienter i 2014.
- Antallet utskrivningsklare pasientdøgn (= USP-døgn) øker med 3 % pr år
- Helsehuset etableres med 60 plasser i slutten av 2016
- Otium etableres 2018.

vil man kunne få følgende scenarier på tilgjengelige korttidsplasser når pasienter med vedtak om langtids plass er holdt utenom:

Sak 14/2015 - vedlegg 11

1. Stort anbud uten ekstraplasser

Man får 30 korttidsplasser på anbud og ønsker å avvikle alle ekstraplassene. Det etableres 10 plasser for langtidspasienter på Seminaret etter at korttidsplassene er flyttet til helsehuset.

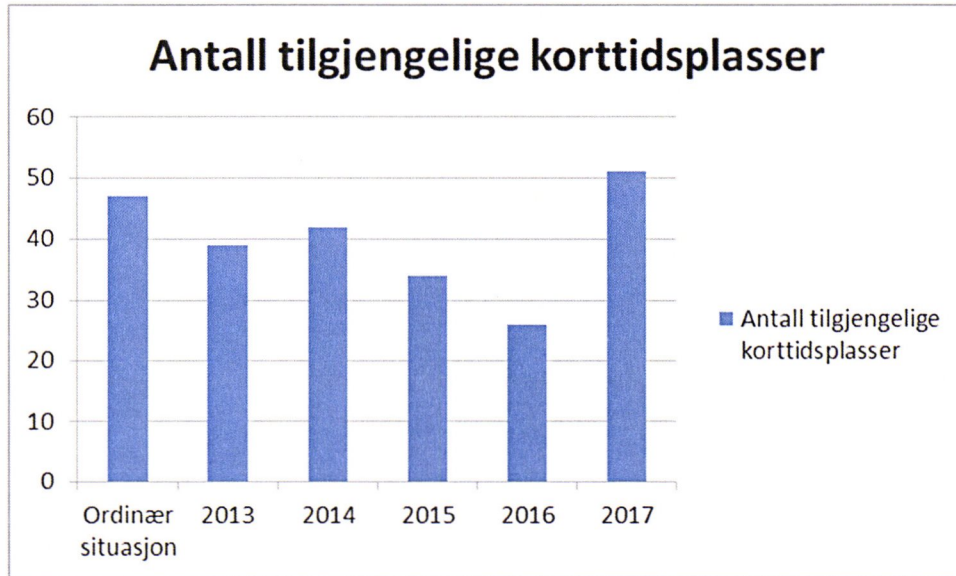


	Ordinær situasjon	2013	2014	2015	2016	2017
Seminaret	23	23	23	23	23	10
Tromsøysund	24	24	24	24	24	0
Ekstraplasser	0	9	20	0	0	0
Mellomveien	0	0	0	0	0	0
Helsehuset	0	0	0	0	0	60
Anbud korttidsplasser	0	0	0	30	30	30
Plasser belagt med langtidspasienter	0	-17	-25	-33	-41	-49
Totalt antall plasser	47	56	67	77	77	100
Antall tilgjengelige korttidsplasser	47	39	42	44	36	51

Sak 14/2015 - vedlegg 11

2. Middels anbud uten ekstraplasser

Man får 20 korttidsplasser på anbud og ønsker å avvikle alle ekstraplassene. Det etableres 20 plasser for langtidspasienter på Seminaret etter at korttidsplassene er flyttet til helsehuset.

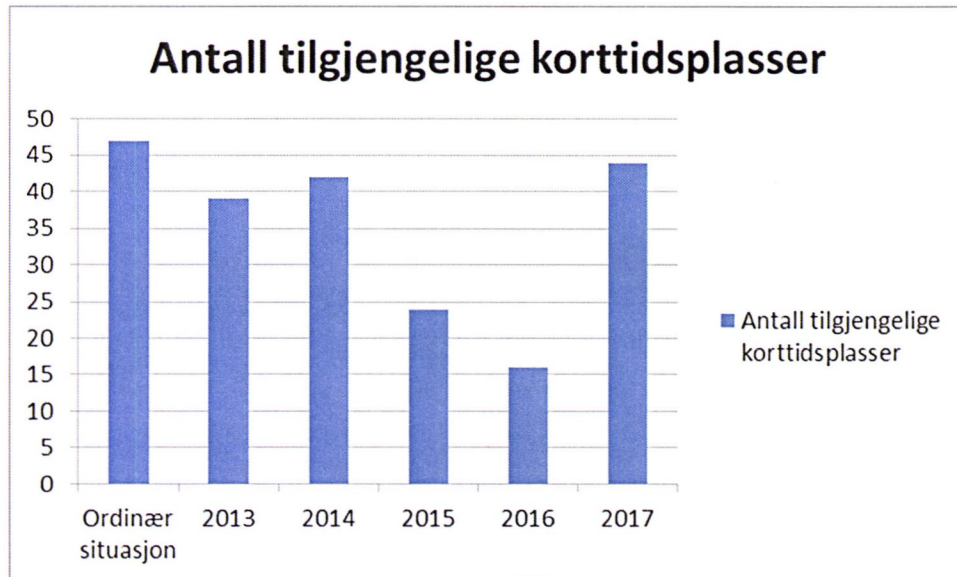


	Ordinær situasjon	2013	2014	2015	2016	2017
Seminaret	23	23	23	23	23	20
Tromsøysund	24	24	24	24	24	0
Ekstraplasser	0	9	20	0	0	0
Mellomveien	0	0	0	0	0	0
Helsehuset	0	0	0	0	0	60
Anbud korttidsplasser	0	0	0	20	20	20
Plasser belagt med langtidspasienter	0	-17	-25	-33	-41	-49
Totalt antall plasser	47	56	67	67	67	100
Antall tilgjengelige korttidsplasser	47	39	42	34	26	51

Sak 14/2015 - vedlegg 11

3. Lite anbud uten ekstraplasser

Man får 10 korttidsplasser på anbud og ønsker å avvikle alle ekstraplassene. Det etableres 23 plasser for langtidspasienter på Seminaret etter at korttidsplassene er flyttet til helsehuset.

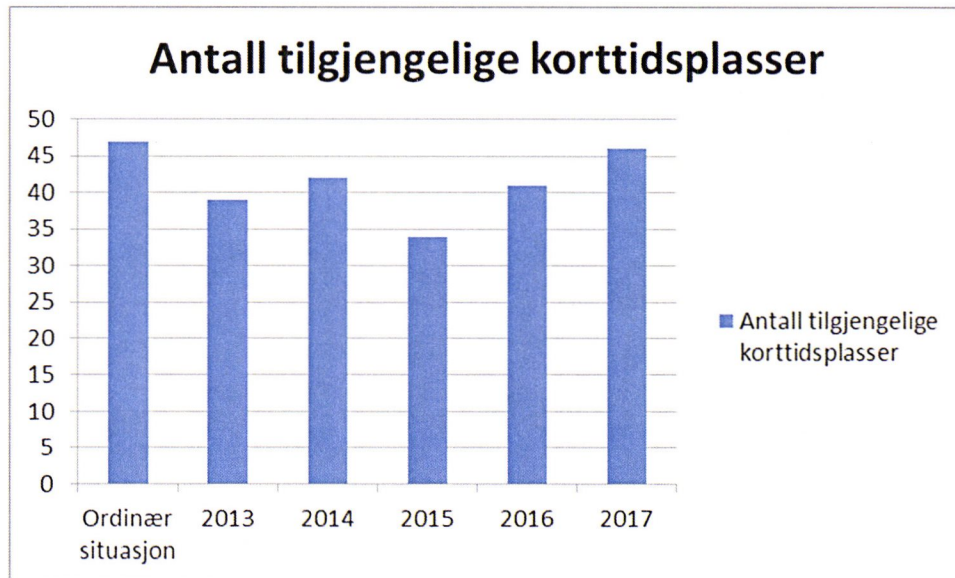


	Ordinær situasjon	2013	2014	2015	2016	2017
Seminaret	23	23	23	23	23	23
Tromsøysund	24	24	24	24	24	0
Ekstraplasser	0	9	20	0	0	0
Mellomveien	0	0	0	0	0	0
Helsehuset	0	0	0	0	0	60
Anbud korttidsplasser	0	0	0	10	10	10
Plasser belagt med langtidspasienter	0	-17	-25	-33	-41	-49
Totalt antall plasser	47	56	67	57	57	93
Antall tilgjengelige korttidsplasser	47	39	42	24	16	44

Sak 14/2015 - vedlegg 11

4. Mellomløsning uten ekstraplasser

Man får 20 korttidsplasser, ønsker å avvikle alle ekstraplassene og etablerer 15 korttidsplasser på Mellomveien 100 som flyttes til Seminaret etter at Helsehuset er etablert.

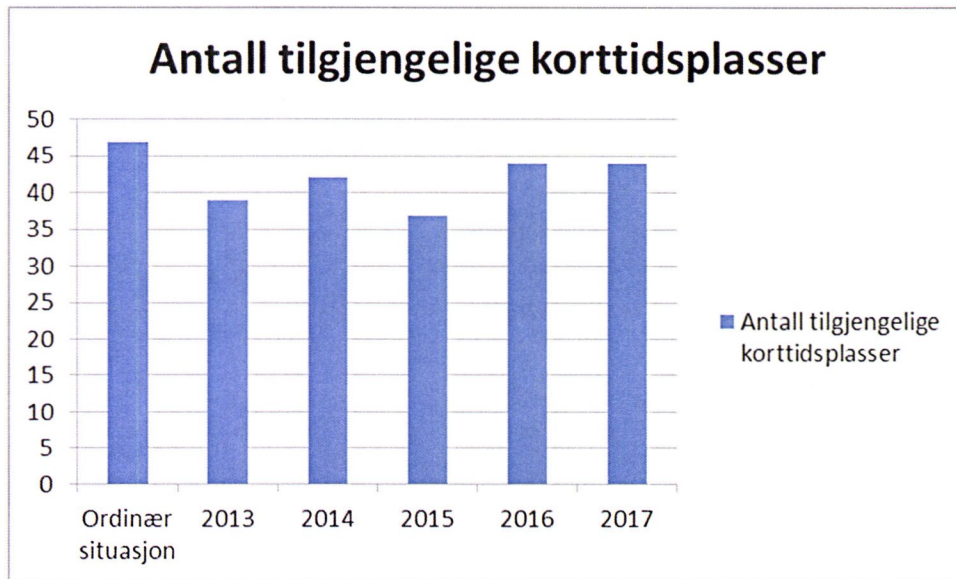


	Ordinær situasjon	2013	2014	2015	2016	2017
Seminaret	23	23	23	23	23	15
Tromsøysund	24	24	24	24	24	0
Ekstraplasser	0	9	20	0	0	0
Mellomveien	0	0	0	0	15	0
Helsehuset	0	0	0	0	0	60
Anbud korttidsplasser	0	0	0	20	20	20
Plasser belagt med langtidspasienter	0	-17	-25	-33	-41	-49
Totalt antall plasser	47	56	67	67	82	95
Antall tilgjengelige korttidsplasser	47	39	42	34	41	46

Sak 14/2015 - vedlegg 11

5. Løsning uten anbuds plasser

Man får ingen plasser på anbud, etablerer 15 plasser på Mellomveien og beholder de fleste ekstraplassene. Det etableres 23 plasser på Seminaret og 10 plasser på Tromsøysund for langtids pasienter etter at korttidsplassene er flyttet til Helsehuset.

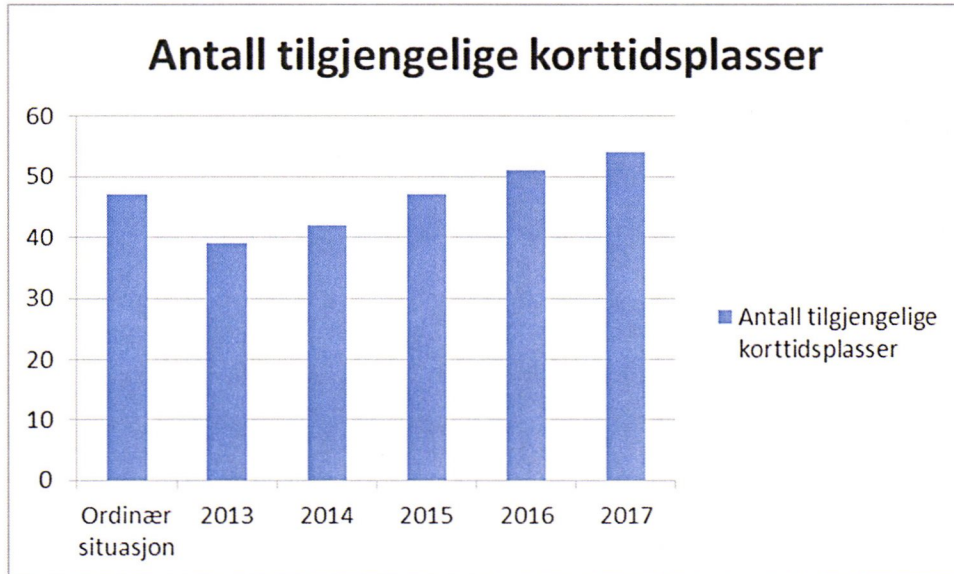


	Ordinær situasjon	2013	2014	2015	2016	2017
Seminaret	23	23	23	23	23	23
Tromsøysund	24	24	24	24	24	10
Ekstraplasser	0	9	20	23	23	0
Mellomveien	0	0	0	0	15	0
Helsehuset	0	0	0	0	0	60
Anbud korttidsplasser	0	0	0	0	0	0
Plasser belagt med langtids pasienter	0	-17	-25	-33	-41	-49
Totalt antall plasser	47	56	67	70	85	93
Antall tilgjengelige korttidsplasser	47	39	42	37	44	44

Sak 14/2015 - vedlegg 11

6. Mellomløsning optimalisert for minst mulig USP-døgn.

Man får ti korttidsplasser gjennom anbudsrunden og etablerer 15 plasser på Mellomveien. Noen ekstraplasser beholdes.

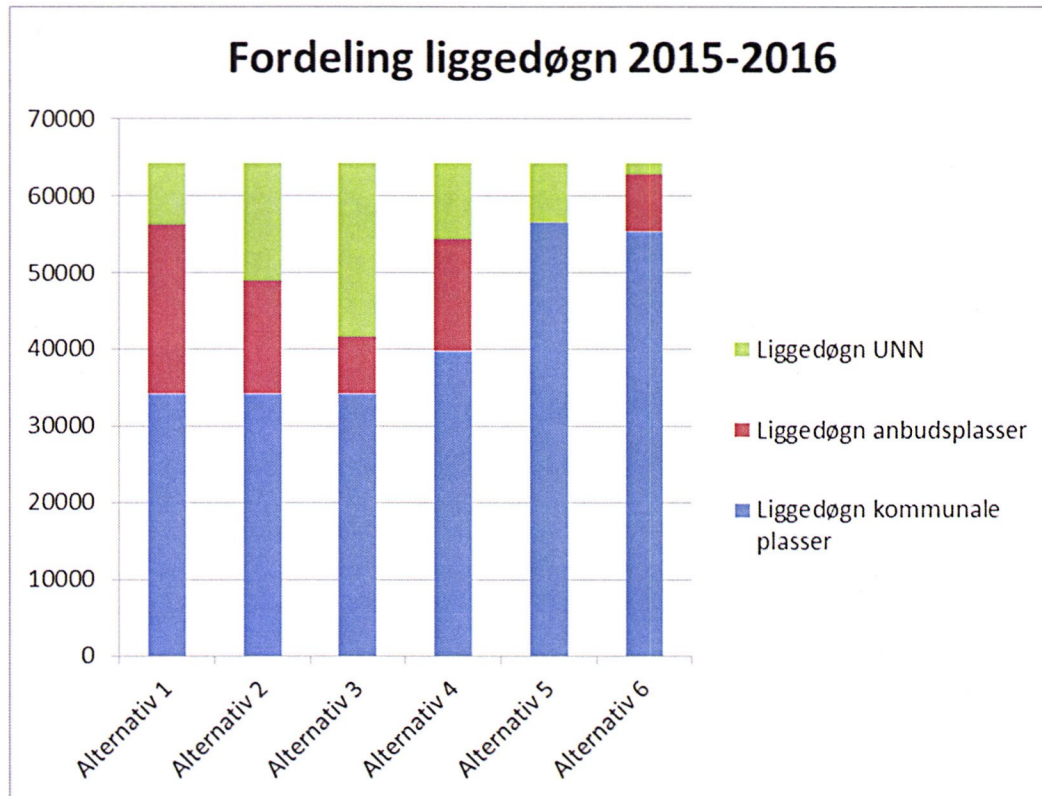


	Ordinær situasjon	2013	2014	2015	2016	2017
Seminaret	23	23	23	23	23	23
Tromsøysund	24	24	24	24	24	10
Ekstraplasser	0	9	20	23	20	0
Mellomveien	0	0	0	0	15	0
Helsehuset	0	0	0	0	0	60
Anbud korttidsplasser	0	0	0	10	10	10
Plasser belagt med langtidspasienter	0	-17	-25	-33	-41	-49
Totalt antall plasser	47	56	67	80	92	103
Antall tilgjengelige korttidsplasser	47	39	42	47	51	54

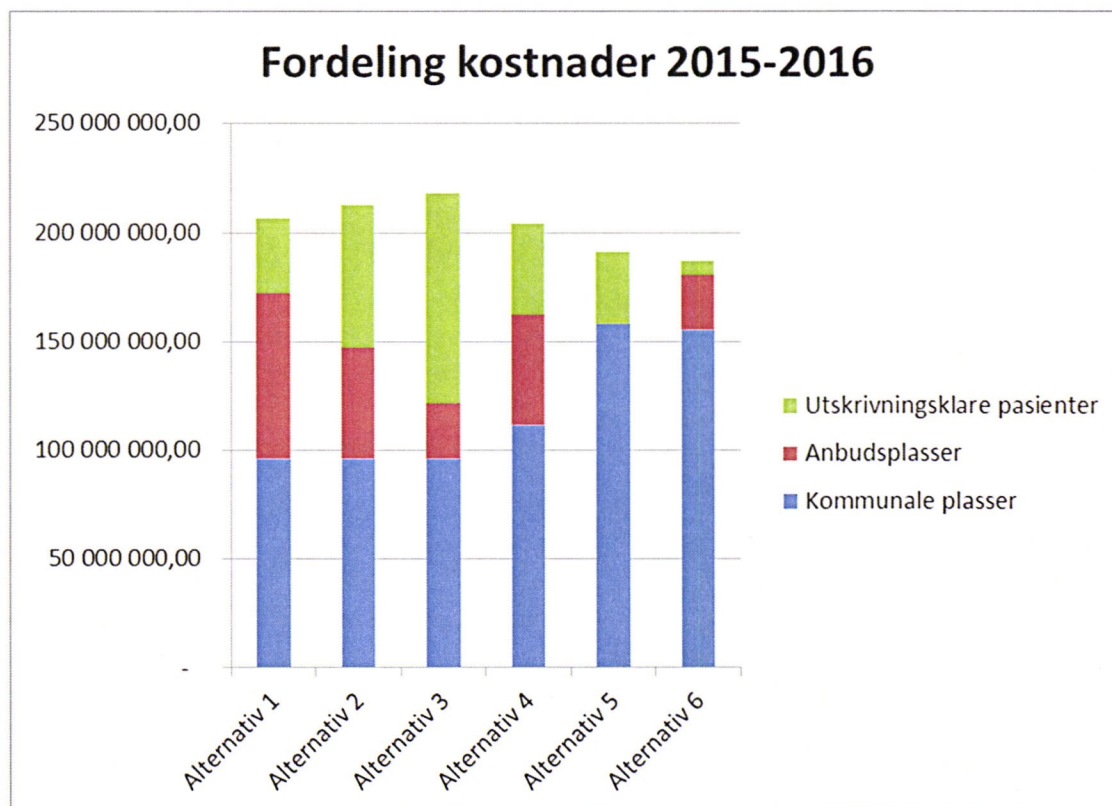
Sammenligning mellom alternativer

De seks alternativene som er satt opp over skal alle føre til at det totalt sett vil være like mange liggedøgn for den pasientgruppen som dette handler om. Forskjellen vil være hvor mange liggedøgn som vil komme i kommunale plasser, hvor mange som vil komme i anbuds plasser og hvor mange som vil komme i form av USP-døgn på UNN.

En sammenligning av effekten på liggedøgn vil bli som følger:



Totalkostnaden for disse alternativene vil derimot være forskjellige. Gitt en gjennomsnittlig liggedøgnpris på 2800 kroner for kommunale plasser, 3500 kroner for anbuds plasser og 4255 kroner for UKP-døgn vil forskjellene bli:



Det er viktig å bemerke at dette ikke er en kostnadsberegning av de forskjellige tiltakene, men en illustrasjon av forskjell i total kostnader for de forskjellige alternativene. Det er heller ikke tatt med eventuelle kostnader for renovering av Mellomveien.

For 2017 vil man ha flere handlingsalternativer siden Seminaret og Tromsøysund da er gjort ledig. Derfor er ikke 2017 med i denne kostnadsberegningen.

Konklusjon framskrivninger

1. Dersom man ønsker å utvikle alle ekstraplasser inntil Helsehuset er etablert må man uansett etablere tilbud på Mellomveien 100
2. Dersom man får tilbud på færre enn 30 plasser gjennom anbudet må man beholde et visst antall ekstraplasser inntil tilbudet på Mellomveien 100 er etablert.
3. Dersom man mislykkes med anbudet vil de fleste ekstraplassene måtte holdes i drift inntil Helsehuset er etablert i 2016.
4. Den løsningen som totalt sett vil ha de laveste driftskostnadene er det alternativet der det etableres en ny korttidsavdeling i kommunal regi på Mellomveien.

Tiltak

Følgende nye ekstraplasser etableres med effekt så snart som praktisk mulig:

Sør-Tromsøya sykehjem

- 3 plasser ved å gjøre enkeltrom til dobbeltrom
- 2 plasser i perioden 19. desember til 5. januar ved å bruke kontorlokaler tilknyttet dagsenter.

Mortensnes sykehjem

- 1 plass ved at enkeltrom på stue gjøres om til dobbeltrom

Seminaret

- 2 plasser ved å gjøre enkeltrom om til dobbeltrom
- 1 plass ved å flytte legekantoret til annet rom og bruke det som pasientrom. Dette vil kreve noe ombygging av inngangspartiet siden dette er inne i et kjøkkenområde.

Total 9 plasser (hvorav 2 plasser som prøvedrift i jula). **Sykehjemslegekapasiteten må vurderes økt tilsvarende.**

Total antall ekstra korttidsplasser vil da være:

Mortensnes sykehjem	4 (to stuer brukt som dobbeltrom)
Kroken sykehjem	2 (en stue brukt som dobbeltrom)
Seminaret	6 (5 enkeltrom omgjort til dobbeltrom + legekantor)
Kvaløysletta sykehjem	1 (stue brukt til enkeltrom)
Sør-Tromsøya sykehjem	9 (7 enkeltrom gjort til dobbeltrom, 2 kontorer brukt som pasientrom i en periode)

Det iverksettes en utredning for å vurdere å etablere en avdeling for utskrivningsklare pasienter ved Mellomveien 100. Målsetning vil være å etablere drift i 2015 og drifte i maksimalt to år med rundt tjue plasser. Disse plassene flyttes over til Seminaret og Tromsøysund for videre drift etter at Helsehuset er etablert og fram til Otium er i drift.

Fremtidig behov for korttidsplasser til utskrivningsklare pasienter

Tromsø kommune har ingen gode estimater på fremtidig behov for korttidsplasser til utskrivningsklare pasienter.

Sak 14/2015 - vedlegg 11

Når disse pasientene kommer inn i det kommunale journalsystemet vil det skje i form av vedtak om korttids plass, vedtak om langtids plass eller vedtak om hjemmetjeneste. Disse kan da ikke skilles fra andre pasienter med disse tjenestene.

For å kunne beregne fremtidig behov er vi avhengig av tall fra UNN.

Kommunen har fått noen tall fra UNN. Disse er grunnlaget for å legge til grunn en økning i behov på 3 % pr år. Men ifølge tallene fra UNN økte dette pasienttallet med nesten 25 % fra 2013 til 2014. Denne økningen er så langt ikke mulig å forklare. Det kan dreie seg om endret registreringspraksis. Kommunen jobber derfor videre sammen med UNN for å sikre et korrekt datagrunnlag for å kunne estimere fremtidig behov.



Tromsø kommune
Rådhuset
9299 TROMSØ

Att. Byråd for helse og omsorg

Deres ref.:
14/1032/66079/14-H11

Vår ref.:
2014/5790-2

Saksbehandler/dir.tff.:
Magne Nicolaisen, 917 36 289

Dato:
6.1.2015

Utskrivningsklare pasienter på UNN

Viser til brev datert 19. desember med tittel «Ferdigbehandlede/ utskrivningsklare pasienter på UNN-2014» samt rapporten «Utskrivningsklare pasienter - vurderinger og tiltak etter befaring 2.12.2014» som var vedlagt brevet.

Problematikken rundt utskrivningsklare pasienter har vært drøftet på en rekke møter mellom Tromsø kommune og UNN de siste årene. I brev og rapport som nå er mottatt fra kommunen, skisseres både langsiktige tiltak og kortsiktige tiltak for å avhjelpe dagens situasjon.

UNN er svært tilfreds med at Tromsø kommune tar tak i problematikken rundt utskrivningsklare pasienter, og har tillit til at foreslåtte tiltak vil avhjelpe situasjonen og at framdriften i de foreslåtte tiltak følges.

I brevet peker kommunen på utfordringer knyttet til at kommunen og UNN tidvis opererer med ulikt antall utskrivningsklare pasienter, at rutinesvikt ved UNN kan føre til feil tallgrunnlag m.m. UNN har full forståelse for at slike forhold vanskeliggjør dialogen, og har allerede igangsatt prosesser – både internt og i samarbeid med Tromsø kommune, for å sikre korrekte tall og felles situasjonsforståelse.

I brevet påpeker kommunen avslutningsvis, at for å kunne gjøre gode og korrekte framskrivninger, er det nødvendig med tall og analyser av utviklingen. Dette støtter UNN, og vil bidra til å framskaffe nødvendig faktagrunnlag. Det kan i den forbindelse nevnes at OSO (overordnet samarbeidsorgan) har igangsatt en slik analyse for hele UNN-området, og her samarbeider Tromsø kommune, KS og UNN i saksforberedelsene.

UNN takker for brev med informasjon om tiltak og forventet effekt av disse, og ønsker Tromsø kommune lykke til med det videre arbeidet.

Med vennlig hilsen

Tor Ingebrigtsen
Administrerende direktør

Magne Nicolaisen
Avdelingsleder Samhandlingsavdelingen

Kopi til:
Helse Nord RHF, Sjøgata 10, 8038 Bodø
UNN HF, v/styreleder
Fylkesmannen i Troms, Postboks 6105, 9291 Tromsø

Sak 14/2015 - vedlegg 13

Fra: Elsbak Trond Marius[Trond.Marius.Elsbak@helse-nord.no]

Dato: 10.12.2014 07:59:00

Til: Cathrine.Dammen@hod.dep.no; postmottak@hod.dep.no

Kopi: Postmottak UNN; Ingebrigtsen Tor

Tittel: Spørsmål til skriftlig besvarelse - innspill fra Helse Nord - Svarfrist 10. desember 2014 kl. 0900

Vedlagt følger innspill fra Helse Nord RHF.

Mvh

Trond M. Elsbak | Rådgiver fagavdelingen
Helse Nord RHF | Seksjon somatikk

Tlf: +47 75 51 29 17 | Mob: +47 9716 6063

Besøksadresse: Sjøgata 10, 8006 Bodø



Fra: Dammen Cathrine <Cathrine.Dammen@hod.dep.no>

Dato: 8. desember 2014 kl. 13.05.09 CET

Til: RHF-Postmottak <postmottak@helse-nord.no>, Tollåli Geir <Geir.Tollali@helse-nord.no>

Kopi: Lunde Siv <Siv.Lunde@hod.dep.no>

Emne: Spørsmål til skriftlig besvarelse - innspill fra Helse Nord

Vi har mottatt spørsmål til skriftlig besvarelse fra stortingsrepresentant Anna Ljunggren om det er forsvarlig at enkelte steder vil være uten ambulanse og at det vil ta betydelig lengre tid å få akutt hjelp, som følge av at UNN nå vurderer mer ulike responstider i ambulansetjenesten grunnet økonomi. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=61451>

Vi ønsker innspill til svar på dette spørsmålet (herunder hva forslaget innebærer mht responstider (jf at det er nasjonale mål for responstider), om forholdet mellom luftambulanse og bilambulanse ("nedleggelsen skal ses i sammenheng med etableringen av ambulanshelikopterbasen på Evenes"), og i hvilken grad kommunen er involvert/orientert om forslaget).

Frist onsdag 10. desember kl 0900.

Med hilsen

Cathrine Dammen

avdelingsdirektør

Helse- og omsorgsdepartementet

Spesialisthelsetjenesteavdelingen/Seksjon for helsefag

Telefon 22 24 87 75

Mobil 92049097

E-post cathrine.dammen@hod.dep.no

www.regjeringen.no

Tenk på miljøet – ikke skriv ut denne e-posten med mindre det er nødvendig

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.:
Avd.direktør
Cathrine Dammen

Vår ref.:
2014/511-7/ 325

Saksbehandler/dir.tlf.:
Trond Marius Elsbak, 75 51 29 17

Sted/dato:
Bodø, 09.12.2014

Spørsmål til skriftlig besvarelse (15:313, Anna Ljunggren) - innspill fra Helse Nord

— Vi viser til henvendelse pr. epost 8. desember 2014 vedrørende spørsmål til Helse- og omsorgsministeren: «Er det forsvarlig at enkelte steder vil være uten ambulansetjeneste og at det vil ta betydelig lengre tid å få akutt hjelp, som følge av at UNN nå vurderer mer ulike responstider i ambulansetjenesten begrunnet i økonomi?»

Direktøren i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har i sin innstilling til styret foreslått at aktiv pasientbehandling prioriteres noe høyere og beredskap noe lavere enn tidligere. Det som ligger i innstillingen til styremøte UNN 10. desember 2014, er at direktøren ber om tilslutning til prinsippet, og godkjenning av at en utredning gjennomføres.

De konkrete spørsmålene lar seg ikke besvare før utredningen eventuelt er gjennomført. Involvering av kommunene vil være en del av prosessen.

Helse Nord RHF legger til grunn at befolkningen i UNN - også i fortsettelsen - skal ha gode ambulansetjenester som oppfyller de til enhver tid gjeldende forskrifter.

Med vennlig hilsen

Lars H. Vorland
Signert
Adm. direktør

Geir Tollåli
Signert
Fagdirektør

Kopi: Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Saksdokument

Saksmappenr: 2014/6425
 Saksbehandler: Aud Jorun Pedersen
 Arkivkode: G00

Behandles av:

Utvalg	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kommunestyret	27.11.2014	14/118

FORSLAG TIL UTTAELSE - VÅRT LOKALSYKEHUS

Harstad kommunestyre vedtok enstemmig:

Vedtak Kommunestyret - 27.11.2014:

"Harstad kommunestyre er kjent med at UNN i sitt desembermøte er invitert til å vedta Strategisk Utviklingsplan, og er bekymret for et manglende fokus på UNN som lokalsykehus.

Harstad kommunestyre ønsker UNN Harstad som et fullverdig lokalsykehusstilbud for befolkningen i Sør-Troms; noe som innbefatter generell kirurgi og indremedisin, akuttmottak, gynekologisk tilbud og fødetilbud, samt tilbud innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Slik planen nå framstår er lokalsykehusfunksjonen drøftet kun kort i et avsnitt under kapittel 4.3, hvor vi opplever at lokalsykehusfunksjonen reduseres til å omfatte elektiv dagkirurgi og et desentralisert tilbud til pasienter med kroniske lidelser. Våre mål og ønsker om hva lokalsykehuset vårt skal være er langt mer ambisiøse enn det. Harstad kommunestyre ønsker å opprettholde dagens funksjoner, og at det samtidig drives aktiv rekruttering for videreutvikling av våre fagmiljøer. Harstad kommunestyre er kjent med at UNN Harstad drifter særskilt effektivt og med god kvalitet, og ser dermed også at god bruk av UNN Harstad vil være et gode både for pasientene og sykehusøkonomien. Harstad kommunestyre er særskilt kritisk til en slik innsnevring av lokalsykehusfunksjonen i et strategisk dokument nå, kun kort tid før nasjonal sykehusplan vil komme til diskusjon og kunne gi nye føringer for utvikling av lokalsykehusene.

Den strategiske utviklingsplanen beskriver i avsnittet om regionsfunksjoner under kapittel 4.3 at regionsfunksjonene gis prioritet, noe Harstad kommunestyre er kritiske til. Vi kan ikke godta at Harstad og de omliggende kommuners befolkning skal ha et dårligere spesialisthelsetjenestetilbud enn andre steder i landet fordi vårt sykehus er knyttet til et regionssykehus som krever mye ressurser. At deler av Midt-Troms i framtida kan ha sitt lokalsykehusstilbud i Harstad vil vi imidlertid være positive til og legge til rette for.

Harstad kommunestyre er bekymret for hvordan nedleggelse av AMK-funksjonen kan påvirke lokalsykehuset negativt, og er derfor særskilt opptatt av videreutvikling av akuttmottaket og av de prehospitale tjenestene i vår region.

Videre baserer den strategiske utviklingsplanen seg på oppgaveoverføring til kommunene som det ikke er grunnlag for i nasjonale føringer; herunder kan nevnes teambaserte samarbeidsformer for pasienter med somatiske lidelser, rusavhengighet og psykiske lidelser. For kommunene vil det være vesentlig med økte statlige overføringer for å kunne overta flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Pasientsentrerte helsetjenesteteam er en del av strategien, men Harstad kommunestyre vil understreke at det ikke vil være mulig med kommunale midler inn i dette uten økte statlige overføringer.

Harstad kommunestyre ønsker som vertskommune for et av UNNs sykehus et fortsatt godt samarbeid med UNN og ber om at UNN i sluttprosessen for Strategisk utviklingsplan

Sak 14/2015 - vedlegg 15

hensyntar våre innspill om konkretisering og videreutvikling av lokalsykehusfunksjonen ved Harstad sykehus nå og i framtida.

Rett utskrift:

Aud Jorun Pedersen
Sekretær

UTSKRIFT:
Styret UNN

Kopi:
Ordfører



Referat fra møte i Overordnet Samarbeidsorgan (OSO) 4. desember 2014

Sted: Scandic Ishavshotell Tromsø

Møtestart: kl.13:30 Slutt: 15:55

Tilstede

Merete Hessen	Administrasjonssjef, Kvæfjord kommune. Sør-Troms regionråd
Trond Brattland	Kommuneoverlege, Tromsø kommune
Anne- Marie Gaino	Rådmann, Nordreisa kommune, Nord-Troms regionråd
Inger Linaker	Enhetsleder, Helse, omsorg og barnevern, Bardu kommune, Midt-Troms regionråd
Magne Nicolaisen	Avdelingsleder, Samhandlingsavdelingen, UNN
Elin Gullhav	Viseadministrerende direktør, UNN
Tor Kristian Grimeland	Rådgiver i ledelsen, Senter for psykisk helse Ofoten, Narvik, UNN
Jon H. Mathisen	Klinikkssjef, Akuttmedisinsk klinikk, UNN
Alf Lorentzen	Helse – og sosialsjef, Karlsøy kommune. Tromsø- områdets regionråd
Jorunn Lorentsen	Avdelingsleder, Avdeling for psykiatri og rusbehandling, UNN
Kari Holte	Klinikkssjef, Rehabiliteringsklinikken, UNN

Medlemmer med møte- og talerett

Guri Moen Lajord	Rådgiver, Kommunesektorens organisasjon, Helse og velferd, KS Nord-Norge
Knut Ivar Berglund	Ass. fylkeslege, Troms

Øvrige som møtte

Jon Bruun Hansen	Seksjonsleder, Behandlingshjelpemidler, UNN
Ann Karin Furskognes	Seksjonsleder, Samhandlingsavdelingen, NST, UNN
Kjetil Jørgensen	Konsulent, Samhandlingsavdelingen, NST, UNN
Beate Nyheim	Seniorrådgiver, Samhandlingsavdelingen, NST, UNN

Forfall

Per Christian Valle	Avdelingsleder, Medisinsk klinikk, Harstad, UNN
Karin Friborg Berger	Kommunalsjef, Balsfjord kommune, Tromsø-områdets regionråd
Eva T. Olsen	Kommunalsjef, Tromsø kommune, Tromsø-områdets regionråd
Wenche Folberg	Kommunalsjef, Narvik kommune, Ofoten regionråd og Lødingen
Steinar Sørensen	Rådmann, Evenes kommune, Ofoten regionråd og Lødingen (Vara for Wenche Folberg)
Tor Ingebrigtsen	Administrerende direktør, UNN
Svein R. Steinert	Fylkeslege Troms, Fylkesmannens helseavdeling
Jon Arne Østvik	Brukerrepresentant, Brukerutvalget, UNN
Britt Sofie Illguth	Vara for Jon Arne Østvik

Møteleder Magne Nicolaisen ønsket velkommen. Etter valg av leder for OSO overtok nyvalgt leder Merete Hessen møteledelsen.

Sak: 42/14
Tittel: Referat fra møte 18.9.14 og innspill fra Dialogforum

Referatet godkjent uten merknader.

Sak: 43/14
Tittel: Valg av leder for OSO

Konstituering av OSO med valg av ledelse ble behandlet i OSO – møte 18. september i sak 37/14. Ass. rådmann Brynjulf Hansen ble valgt. Hansen har besluttet å gå av med AFP pensjon og slutter i Harstad kommune.

Forslag til vedtak:

1. Kommunerepresentantene velger leder av OSO.

Vedtak

1. Administrasjonssjef Merete Hessen, Harstad, Sør- Troms regionråd ble valgt til leder av OSO.
2. Avdelingsleder, Magne Nicolaisen, Samhandlingsavdelingen UNN ble valgt til nestleder.
3. OSO sekretariatet valgt for 4 nye år.

Sak: 44/14
Tittel: Gode prosedyrer for saksgang ved søknad om Behandlingshjelpemidler. Leveranse fra KSU 2- 2014

Seksjonsleder Jon Bruun – Hanssen fra Seksjon for Behandlingshjelpemidler i UNN orienterte.

Forslag til vedtak:

1. OSO vedtar prosedyren for saksgang ved søknad om Behandlingshjelpemidler for pasienter i kommunale institusjoner og hjemmeboende
2. OSO ber om at prosedyren gjøres kjent i kommunene og i UNN
3. OSO vedtar forslag til endring av tjenesteavtale 2 og 5. Endringene trer i kraft i forbindelse med revisjon av tjenesteavtalene

Vedtak

1. OSO vedtar prosedyren for saksgang ved søknad om Behandlingshjelpemidler for pasienter i kommunale institusjoner og hjemmeboende.
2. OSO ber om at prosedyren gjøres kjent i kommunene og i UNN.

3. OSO ber om at foreslåtte endringer i tjenesteavtale 2 og 5 tas med når forslag til revisjon ferdigstilles.

Sak: 45/14

Tittel: Helsetjenesteplanlegging, oppfølging av sak 21/14 og 30/14

Kommuneoverlege Trond Brattland orienterte.

Forslag til vedtak:

1. OSO oppfordrer kommunene og helseforetaket til å
 - bidra til prosjektet ved å framskaffe data som etterspørres
 - sette fokus på problemstillingen gjennom å informere om prosjektet på aktuelle administrative og politiske møtearenaer
2. OSO oppfordrer Fylkesmannen og KS til å sette prosjektet på dagsorden.

Vedtak

1. OSO oppfordrer kommunene og helseforetaket til å
 - bidra til prosjektet ved å framskaffe data som etterspørres
 - sette fokus på problemstillingen gjennom å informere om prosjektet på aktuelle administrative og politiske møtearenaer
2. OSO oppfordrer Fylkesmannen og KS til å sette prosjektet på dagsorden.

Sak: 46/14

Tittel: Status for samhandlingsreformen

Avdelingsleder Magne Nicolaisen orienterte, se vedlegg.

Vedtak

1. OSO tar gjennomgangen til orientering.

Sak: 47/14

Tittel: Samhandlingsavvik – statistikk og utskrivningsklare pasienter

Konsulent Kjetil Jørgensen orienterte.

Vedtak

1. OSO oppfordrer partene til å melde avvik, og oppfordrer til at avvikets alvorlighetsgrad påføres.

Sak: 48/14
Tittel: Samarbeidsavtale rus og psykisk helsevern

Kommuneoverlege Trond Brattland orienterte.

Forslag til vedtak:

1. Saken legges fram til diskusjon.

Vedtak

1. Forslag til samarbeidsavtale fra Helse Bergen innen rusmedisin og psykisk helsevern oversendes samarbeidsforaene mellom Distriktpsikiatriske senter, omkringliggende kommuner og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til vurdering.
2. Saken legges frem for OSO etter behandling i samarbeidsforaene.

Neste møte

Neste møte: Torsdag 5. februar kl. 11:00-15:30.

Sted: UNN Harstad, auditoriet (1.etg).

Formøte: Kommunerepresentantene, møterommet i 6.etg. UNN sine representanter møter i auditoriet.

Status for samhandlingsreformen

- Rapport fra Helsedirektoratet oktober 2014
- Rapport fra Nasjonalt nettverk oktober 2014

Møte OSO 4. desember 2014.

 UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE | 
DÁVVI NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVIESSU

 Nasjonalt senter for
samhandling og telemedisin
NST

Hovedmålet med Samhandlingsreformen....

- Å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet vil langt på vei fordre en ny kommunerolle og en ny spesialisthelsetjeneste.
- I alle deler skal det legges økt vekt på forebygging, tidlig intervensjon, diagnostisering, behandling, rehabilitering og nødvendig omsorg.
- Utfordring og tiltak på 13 definerte områder

Samarbeidsavtaler

- Lite kjent – vanskelig tilgjengelig.
- Ikke implementert i det daglige arbeid
- Lite brukermedvirkning

Tiltak:

- Helsedirektoratet vil bidra til at avtalene blir bedre tilgjengelig.
- Database for å kunne forske på samarbeidsavtalene.

Finansieringsordninger

- Kommunal medfinansiering avvikles. Erfaringene tas vare på, de kan være nyttig senere.
- For dårlige «skjermingsordninger» i dagens ordning.

Tiltak:

- Søke etter andre *«løsninger som bidrar til at kommunene og sykehusene i fellesskap fortsetter arbeidet med å forebygge sykehusinnleggelse»*.
- Avklare hvordan rammevilkårene for «spleiselag» bør forbedres.

Kvalitet og pasientsikkerhet

- Lowerk og meldeordninger er ulike, dette svekker kvaliteten. Alvorlige hendelser håndteres ulikt.
- Gode pasientforløp er sentralt.
- Ikke gode nok kvalitetssindikatorer, spesielt i kommunene.

Tiltak:

- Nytt register for den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- De anbefaler OSO *«til å se nærmere på kvaliteten på pasientforløpene mellom kommuner og helseforetak, inkludert kvaliteten på brukermedvirkningen».*

Ledelse

- Ledelse avgjørende for at målene skal nås.
- Få og overordna felles mål for hva en skal oppnå
- Stor ulikhet mellom «partene»/ ulike systemer.
- Samhandling forutsetter forskjellig fagkompetanse, men felles samhandlingskompetanse.

Tiltak:

- Initiere møter mellom ledere i kommunene og HF'ene, regionale læringsnettverk for ledere, bedre utdanning og etterutdanning i forbedringsarbeid og samhandling.

Personell og kompetanse

- Det går rett vei;
 - 4%vekst i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten
 - 3 %vekst i spesialisthelsetjenesten.
 - Økning i årsverk innen forebyggende tjenester.

Tiltak:

- Hvordan kan kommunehelsetjenesten i større grad benyttes som arena for praksisstudier? Finansiering?
- Kompetanseløft for helse- og omsorgstjenesten 2020.

Elektroniske løsninger for samhandling

- Økt pasient og brukermedvirkning / innflytelse krever nye løsninger.
- Helsenorge.no, selvbetjeningsordninger, elektronisk kjernejournal etc.
- «Utvikling av IKT-systemer har vært lite preget av helhetstenkning. Fagsystemene støtter ikke godt nok helhetlige pasientforløp og samhandling på tvers og bestillerfunksjonen er fragmentert».

Tiltak:

- Det er nødvendig å samordne bestillingen av sektorovergripende prioriterte nasjonale tiltak for å oppnå koordinert og lik utvikling.

Forebygging

- Kommunene lykkes ikke godt nok å følge opp helsestasjon- og skolehelsetjenester.
- Tannhelse er ikke direkte omfattet av samhandlingsreformen
- Spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver er ikke tydelig nok.
- Fastlegen er ikke tilstrekkelig integrert i tverrfaglige kommunale team.

Tiltak:

- Nasjonal veileder for lærings- og mestringstjenester som omfatter både spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Pasientforløp

- Utviklingen viser mer oppstykkede pasientforløp, motsatt av målsettingen.
- Juridiske hindringer for kobling av pasientregistre må fjernes.

Tiltak:

- Det anbefales å utvikle en felles generell modell for pasientforløp mellom nivåene i helsetjenesten.
- Nasjonale standardiserte løsninger for gode henvisninger og gode epikriser bør revideres.
- IKT-plattformen må moderniseres for å få flere fellesløsninger for hele helse- og omsorgssektoren.

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommuner

- For tidlig å si om dette reduserer øhj-innleggelse i sykehus.
- Blir lite brukt, få henvises fra fastlegene.
- Ulik organisering, strider det mot mål om «likeverdige tilbud».
- Ytterligere fragmentering av pasientforløpene?

Tiltak:

- Tydeligere beskrivelse av hva tilbudet skal være.
- Egen forskrift som trer i kraft samtidig med lovbestemmelsen.

Utskrivningsklare pasienter – kommunale omsorgstjenester

- Flere registreres som utskrivningsklare og skrives raskere ut enn tidligere. Dette er i tråd med målene for reformen.
- Kommunene opplever at pasientene er dårligere
- Antall reinnleggelser øker.
- Vanskeligere for «andre» å få sykehjems- eller korttidsplass.

Tiltak:

- Betalingsordning videreføres.
- Analysere årsak til reinnleggelser.
- Forbedre utskrivningsprosess gjennom helhetlige pasientforløp.

Fastlegeordningen

- Potensialet i kommunene er ikke tatt ut.
- Ledelse av legetjenesten i kommunene for svakt utviklet.
- Lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene.
- Bør engasjeres mer i arbeidet med psykisk helse og rus.

Tiltak:

- Kvalitets- og pasient sikkerhet sarbeid bør forbedres
- Fast legenes medvirkning i samarbeidsutvalg bør styrkes.
- Ytterligere anbefalinger kommer i primærhelsemeldingen

Psykisk helse og rus

- Psykisk helse og rus må sees i sammenheng.
- Bruker og mestringsperspektivet må styrkes
- Sikre helhetlige og koordinerte tjenester.
- Dårlige finansieringsordninger svekker etablerte tilbud

Tiltak:

- Tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam bør etableres som en nasjonal modell i samarbeid mellom kommuner og DPS.
- Det bør utvikles finansieringsmodeller som stimulerer til samhandlingsmodeller.

Habilitering og rehabilitering

- Begrenset datagrunnlag, vanskelig å vite om dette er styrket i tråd med nasjonale mål.
- Store regionale forskjeller.

Tiltak:

- Utvikle nasjonale faglige standarder for pasientforløp for definerte diagnosegrupper.
- Øke kommunale rehabiliteringstjenester
- Styrke sp.h.tjenestens ambulante tjenester og veiledning til kommunene.

Nasjonalt nettverk sin oppsummering

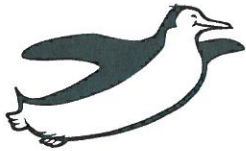
- Spesialisthelsetjenesten som helhet har ikke tatt inn over seg intensjonene i samhandlingsreformen og dens rolle i å nå de overordna målene i reformen.
- Det er skapt et engasjement for endring og samhandling både i kommuner og helseforetak.
- De varslede stortingsmeldinger om folkehelse, primærhelsetjenesten, sykehusplan og kommunereformen blir viktige «virkemidler» for å nå de overordna målene i reformen.

Takk for oppmerksomheten

Magne Nicolaisen
magne.nicolaisen@unn.no

www.unn.no
www.telemed.no





Helse Nord RHF
Sjøgata 38

8038 Bodø

22. januar 2015

Inntektsmodell somatikk

Bakgrunn

Det vises til brev av 10.12.2014 hvor det redegjøres for Helse Nord's budsjett og planarbeid, formål med og revideringsrutiner for de regionale inntektsmodellene og konsekvenser av endring i ISF-andel fra 40 til 50 %.

I flere styrevedtak og henvendelser fra UNN er det argumentert for behov for å *endre bruken* av den regionale inntektsmodellen. Dette er begrunnet i at modellen ikke er tilstrekkelig dynamisk til å håndtere endrede forutsetninger mellom revisjonene. Dette gjelder særlig to forhold som UNN har pekt på i flere tilbakemeldinger tidligere.

Endret ISF andel

UNN (og Helse Nord) er finansiert for høyere kostnader pr produserte DRG poeng enn nasjonal pris pr DRG poeng. Endret andel finansiering gjennom ISF-ordningen gjør at UNN får mindre betalt pr DRG poeng enn tidligere fordi en mindre andel av finansieringen skjer gjennom basisrammen. I beregningen av redusert basisramme pr foretak har Helse Nord RHF brukt både behovs- og kostnadskomponenten. Dette medfører at kostnadsulempen i den regionale inntektsmodellen nå bare finansieres for 50 % pr produsert DRG poeng, mot 60 % tidligere. UNNs finansiering av kostnadsulempe er redusert.

Friske midler som fordeles gjennom modellen

Friske midler som fordeles gjennom inntektsmodellen (behovskomponent og kostnadskomponent) gir hvert foretak ekstra penger for aktivitet (inkludert kostnadsulemper) knyttet til *behov*. Det tas ikke hensyn til pasientstrømmer internt i regionen. Dette innebærer at friske penger fordeles etter behov fremfor reell aktivitet, og netto gjestepasientmottakere i regionen får en mindre andel friske penger pr produserte DRG poeng enn de foretakene som har en netto pasientstrøm ut av eget foretak. UNN er lokalsykehus for om lag 40 % av befolkningen, men har over 50 % av aktiviteten i regionen. Dette fører til at den relative veksten blir betydelig svakere i UNN enn i lokalsykehusforetakene. Konsekvensen er at regionfunksjonene styrkes mindre enn lokalsykehusfunksjonene.

Regionsfunksjonene bør være et spleiselag i Helse Nord. Den regionale inntektsfordelingsmodellen, slik den nå brukes, tar ikke tilstrekkelig høyde for dette. Utfordringen er håndterbar gjennom endret bruk av dagens modell enten ved økt pris for gjestepasientkjøp (mobilitetskomponenten), eller ved økning i den særskilte finansieringen i modellen.



UNN mener at det er nødvendig å gjøre denne typen mindre justeringer i *bruken av modellen* mellom de regelmessige revisjonene, når de eksterne forutsetningene endrer seg mye, og med utilsiktede konsekvenser, som nedprioritering av regionsfunksjonene etter vårt syn oppfattes å være. Vi kan ikke se at dette er vurdert eller besvart i Helse Nord RHF's brev datert 10.12.2014, og er derfor fortsatt i tvil om hvorvidt UNN-styrets vedtak er forstått i RHFet.

Vennlig hilsen

Tor Ingebrigtsen
Adm.direktør

Grethe Andersen
Økonomisjef

Universitetssykehuset Nord-Norge
Sykehusvegen 38
9019 Tromsø

Tromsø, 23. Januar 2015

Det vises til møte hos dere 12. desember 2014 vedrørende Gimleveien 12.

Vi er glad for at det ble anledning til å få avviklet møtet etter at vi i lenger tid har forsøkt å komme i dialog med UNN både i brev form datert 23.mai.2014, og e-post utveksling.


Basert på det som fremkom i møtet legger vi til grunn at et eventuelt salg av eiendommen til UNN ikke er noen aktuell problemstilling nå eller de nærmeste år. UNN redegjorde i møtet for at arealbehovet nå var endret som følge av endringene i planene rundt Åsgård. Man så derfor ikke for seg at man hadde behov for tomtearealet før om 10-15 år. Det var også betydelig usikkerhet om hvor mye av tomten man ville ha behov for.

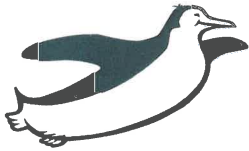
Vi tar UNNs tilbakemelding til etterretning, og vil arbeide videre med andre løsninger. Ut fra det som fremkom i møtet synes det og som UNN har et helt urealistisk bilde av verdien på tomten enten overdragelse skjer ved frivillig salg eller på annen måte. Dette uavhengig av eventuelle reguleringsmessige grep som måtte bli gjort fra UNN/kommunens side.

Vi tar til etterretning at det ikke var mulig å komme frem til noen løsning, og anser dialogen som avsluttet.

Med vennlig hilsen
For Gimleveien 12 Eiendom AS


Erik Drechsler
Styremedlem


Svein Stormo
Daglig leder/Eiendomssjef



Gimleveien 12 Eiendom AS
C/O Nordic Last og Buss as
8305 SVOLVÆR

Deres ref.:

Vår ref.:
2013/938-2

Saksbehandler/dir.tlf.:
Kristina Bratrein,

Dato:
29.01.2015

Status etter møtet 12. desember 2014.

— Viser til deres brev datert 23.01.15, basert på vårt møte den 12.12.2014.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er enige i at det var positivt at vi fikk anledning til å treffes, slik at begge parter fikk fremført våre syn. UNN er av en annen oppfatning når det gjelder konklusjonen dere trekker i brevet. Arealbehovet til UNN er ikke endret vesentlig og det er under ingen omstendigheter redusert. UNN har lenge vært klar og tydelig på at behovet for tomten i Gimleveien 12 er av langsiktig strategisk karakter. Det er ikke usikkerhet i UNN på at det er behov for **hele** tomten for fremtidig utbygging av regionsykehusfunksjonene til beste for befolkningen i Nord-Norge.

UNN registrerer at partene fortsatt har svært ulike oppfatninger av den økonomiske verdien på tomten. Ut fra innhentet takst fra NAI First Partners, som er anerkjent på taksering av næringsbygg, mener vi at vi har grunn til å fastholde vårt syn på størrelsen av en eventuell kjøpesum.

UNN finner det heller ikke formålstjenlig å fortsette dialogen på nåværende tidspunkt. Vi tar gjerne opp tråden igjen dersom dere åpner for en betydelig reduksjon i prisen på tomten.

Med vennlig hilsen

Tor Ingebrigtsen
administrerende direktør
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og foretaksverneombud vedrørende styresaker til 11.2.2015**

Dato: 28.1.2015

Tidspunkt: 9.00-10.30

Sted: Adm. møterom D1 707

Tilstede:

Fra arbeidsgiver
 Grethe Andersen
 Tor Ingebrigtsen (sak 6)
 Gina M. Johansen
 Leif Hovden (ref.)

Fra arbeidstakerne
 Jan Eivind Pettersen, Delta
 Einar Rebni, foretakshovedverneombud
 Rigmor Frøyum, Fagforbundet
 Ulla Dorte Mathisen, DNLF/ OLF
 Michelle I. Hokland, Forskerforbundet
 Geir Lindrupsen, NITO
 Mai-Britt Martinsen, NSF
 Terje Møien, foretakshovedverneombud
 Yvonne Sollied, DNJ
 Vidar Andersen, Samfunnsviterne

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Ulla Dorte Mathisen valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport nov/des 2014	GA	<i>Økonomisjefen innledet til saken. Saken ble gjennomgått så langt det var mulig i den foreløpige versjonen av saken. Det ble enighet om et nytt drøftingsmøte før styrebehandling.</i>
2. Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging	MLL	<i>Anmerkninger til de uferdige delene av saken, og innspill til nyansert ordlyd til enkelte deler. Forberedende arbeid er ferdigstilt og det ligger bedre til rette for å lage en tidsplan for det videre arbeid. Det ble enighet om et nytt drøftingsmøte før styrebehandling.</i>
3. Oppfølgingssak budsjett 2015	GA	<i>Økonomisjefen innledet til saken. Saken ble gjennomgått så langt det var mulig i den foreløpige versjonen av saken. Det ble enighet om et nytt drøftingsmøte før styrebehandling. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten hadde protokolltilførsel til saken (se vedlegg).</i>
4. Idéfaseprosjekt UNN	GMJ	<i>Drifts- og eiendomssjefen innledet til saken.</i>

Åsgård		<i>Saken ble svart ut, og ansattes organisasjoner og vernetjenesten støttet at idéfaseutredningen kommer i gang.</i>
5. Oppnevning av valgstyre	LH	<i>Fra arbeidstakersiden er følgende kandidater oppnevnt: Monica Fyhn Sørensen (NSF) Randi Steinli Pedersen (Fagforbundet)</i>
6. Dialogavtale mellom styret og direktøren	RD	<i>Direktøren møtte, og svarte på spørsmål til saken. Saken er fortsatt under utvikling, og vil bli sluttført i løpet av uken, og innspill mottas gjerne før slutføring.</i>

Beramning av møtetidspunkt av drøftingsmøtene for styresaker

Tidspunktet for møtene legges primært til onsdager to uker før styremøtene kl 9-10.30.

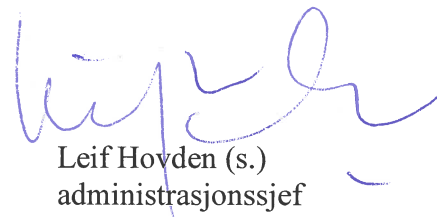
Tromsø, 28.1.2015



Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV DNLF/ YLF



Ulla Dorte Mathisen (s.)
FTV DNLF OLF



Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef

Vedlegg: Protokolltilførsel til sak 3) Oppfølgingssak til budsjett 2015

Protokolltilførsel til oppfølgingssak budsjett 2015, drøftingsmøte januar 2015

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten er fornøyd med at tiltaksarbeidet risikoanalyseres og kvalitetssikres, men ser at den totale rammen i budsjettet ikke er stor nok.

Lokalsykehusfunksjonen i UNN blir økonomisk nedprioritert av Helse Nord RHF. Dette må kompenseres økonomisk før vi kan vedta et endelig budsjett.

Medvirkningen har vært fraværende i enkelte klinikker. Flere tiltak er besluttet uten at klinikktiltitsvalgte har deltatt i prosesser. Vi er skeptisk til at man oppnår god effekt dersom tiltakene blir preget av hastverk og manglende forståelse i organisasjonen. Endring av vedtak eller nye tiltak som følge av manglene økonomisk effekt, må også skje i prosesser der organisasjonene og vernetjenesten er involvert.

Ansattes organisasjoner er misfornøyd med innsparingskravet innen rus -og psykiatriområdet. Helseministeren burde ha prioritert langt mer penger til offentlige tjenester innenfor rus -og psykiatriområdet.

Ansattes organisasjoner støtter prosess og framdriftsplan for utredning av bilambulansetjenesten, uten å forskuttere aksept av den økonomiske rammen.



MØTEREFERAT – BRUKERUTVALGETS ARBEIDSUTVALG UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Møtedato: 27.1.2015 kl. 12.00 – 13.30
Møtested: Møterom D1 744 Administrasjonen

Tilstede:

Medlemmer: Cathrin Carlyle, Sander O. Henriksen

Fra adm.: Leif Hovden, Heidi Robertsen, Grethe Andersen, Gina Johansen, Kari Brøndbo

BAU 01/15 Behandling av styresakene til 11.2.2015

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 23.1.2015.

Dagsorden

1. Virksomhetsrapport november/desember 2014
2. Aktivitetsbaser bemanningsplanlegging
3. Oppfølgingssak budsjett 2014
4. Idéfaseprosjekt UNN Åsgård
5. Oppnevning av valgstyre

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

1. *Virksomhetsrapport november/desember 2014*

BAU gir uttrykk for at det er urovekkende at særlig NEVRO/ORTO- klinikken tross tiltaksarbeid ikke kan vise til en bedre utvikling med tanke på økning i ventelister og fristbrudd.

Med tanke på korridorpasienter, ønsker BAU at utnyttelse av ledige senger på andre avdelinger enn der pasienten er inneliggende følges opp.

BAU ønsker å bringe kvalitetsfokus inn i det store sykefraværet ved UNN, og tenker det får store konsekvenser for pasientbehandlingen når sykefraværet blant de ansatte er for stort. Bruk av vikarer og innleid personell kan føre til dårlig kvalitet, ikke minst med tanke på opplæring og gjennomføring i bruk av medisinskteknisk utstyr. BAU ønsker å eksemplifisere med Psykisk helse- og rusklinikken hvor det til enhver tid er stort sykefravær.

2. *Aktivitetsbaser bemanningsplanlegging (ABP)*

Mange pasienter forhindres fra å møte til polikliniske konsultasjoner pga. arbeid, skole og enkelte lidelser. BAU ønsker at arbeidsgruppene ved å strekke bemanningen utover ettermiddag og kveld kan øke tjenestetilbudet, samt bruk av medisinskteknisk utstyr.

BAU ser seg fornøyde med at styret i denne saken skaper en arena for kvalitet og meningsutveksling.

3. *Oppfølgingssak budsjett 2014*

BAU er bekymret for at innsparingstiltak vil gå ut over resultatene i pasientbehandlingen. BAU har merket seg bekymringer fra BU-organ innen ambulansetjenesten og Rus og psykiatri, og ber om at dette blir hensyntatt når man vurderer videre tiltak.

BAU ser seg fornøyde med diskusjonene i denne saken er åpne.

4. *Idéfaseprosjekt UNN Åsgård*

BAU understreker at bygningsmassen er en utfordring for pasientene, og forventer at idéfasen nå kommer i gang.

5. *Oppnevning av valgstyre*

BAU tar saken til orientering.

Etter avtale ettersender administrasjonssjefen direktørens dialogavtale for 2016 til drøftingsmøtet onsdag 28.1.2015 til BAU. Frist for innspill torsdag 29.1.2015.

BAU gikk gjennom innkommende saker, med følgende konklusjoner:

BAU-02/15 Forespørsel høring fra Justis- og beredskapsdep. – Tilregnelighetsutvalgets utredning NOU 2014: Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern
Frist FFS 11.3. 2015

Behandling

Høringen er tilsendt BAU med resyme fra FFS. BAU tar stilling til videre behandling av høringen.

BAU-03/15 NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten
Frist FFS 20.1. 2015

Behandling

Forslag til uttalelse sendes BU 29./30. januar. Høringsutkastet behandles i BU 4.2.2015.

BAU-04/15 Forespørsel om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten (HOD)

Behandling

Saken var tilsendt BAU 30. 11. 2014 inkludert resymé fra FFS.
Administrasjonen fulgte opp intensjonen i vedtak i BU-sak 45/14.
BU's uttalelse 19.1.2015 og uttalelse fra FRMA 14.1.2015 går som høringsuttalelse fra UNN.

BAU-05/15 Oppfølgingssak BU 45/14 - Høringsnotat vedrørende pasienters reiseutgifter

Behandling

Saken var tilsendt BAU 30.11. 2014 inkludert resymé fra FFS.
Administrasjonen fulgte opp intensjonen i vedtak i BU-sak 45/14. UNN ga ikke uttalelse i saken.

BAU-06/15 Brev til brukerorganisasjonene og BU vedørende utredning ambulanseberedskap UNN.

Behandling

Brev fra Akuttmedisinsk klinikk datert 19.12. 2014 er tilsendt BU-medlemmene.
BAU har bedt om utsettelse på svarfristen 16.1.2015. BU gis anledning til å komme med innspill i BU-møtet 4.2.2015.

BAU-07/15 Saker til neste BU-møte 4.2.2015

- Godkjenning av innkalling og sakliste
- Godkjenning av referat fra BU-møte 27.11.2014
- Direktørens time – gjennomgang av styresaker og andre aktuelle saker og innspill ambulanseberedskapen
- Orienteringssak – Pasientsikkerhetsprogrammet
- Presentasjon av PasOpp

- Rapportering fra prosjekter/arbeidsgrupper – nytt pkt. Etablering av prostatasenter ved UNN
- Referatsaker
- Eventuelt

BAU 07/15 Eventuelt

1. BAU skal vurdere høringsuttalelser fra UNN på vegne av BU. Høringsuttalelser er arkivverdig materiale, og blir behandlet som referatsaker i BU-møter.

BAU er fornøyde med at FFS nå utformer resyme av høringer. BAU vil be om at høringsuttalelser som er av interesse for BU oversendes BAU, og formidler at BU stiller seg til disposisjon ved behov for å luften problemstillinger.

2. BAU har blitt gjort oppmerksomme på at kontaktgruppen UNN-Brukerutvalg i Outlook inneholder BU-medlemmenes unn.no-adresse, og ikke deres private mailadresser. Dette har beklageligvis ført til at utvalgsmedlemmer ikke har mottatt e-post fra UNN. Dette tas til orientering, og administrasjonen arbeider med saken.

Kopi:

Brukerutvalget og styret i UNN

**PROTOKOLL FRA EKSTRAORDINÆRT MØTE I AMU 14.1.2015**

Utvalg: Arbeidsmiljøutvalget (AMU)

Tidspunkt: 14.1.15 kl. 13.00-15.00

Sted: UNN Breivika møterom D1 707, videokonferanse med UNN Åsgård, Harstad og Narvik

Til stede (x):

Medlemmer 1.1.2015- 31.12.2016			
Arbeidsgiversiden:		Varamedlemmer	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk Helse og rusklinikken	x	Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	
Mai-Liss Larsen, HR-sjef		Gøril Bertheussen, stabssjef	x
Arthur Revhaug, klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	x
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef	x	Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	
Ove Laupstad, avdelingsleder Medisinsk avdeling UNN Narvik	x	Anders Nordgård, avdelingsleder Kirurgisk avdeling UNN Harstad	
Arbeidstakersiden:			
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN	x	Terje Møien, foretaksverneombudet UNN	
Geir Magne Johnsen, HTV NSF – UNN Harstad		Elisabeth Hole, PTV NSF, Tromsø	
Tore Ovesen, Fagforbundet UNN Harstad		Ingebjørg Santi, Fagforbundet Narvik	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet Tromsø	x	Camilla Pettersen Samfunnsviterne	
Elisabeth Olstad, Ylf	x	Jo Endre Midtbu, Ylf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Monica F. Sørensen, NSF	

Møteleder: Gina Johansen

Sekretær: Walter Andersen

Dessuten møtte avdelingsleder Paul Martin Hansen fra bedriftshelsetjenesten, viseadm. Elin Gullhav, kommunikasjonssjef Hilde Pettersen, fung. HR-sjef Kari Brøndbo, samt rådgiverne Ole-Martin Andersen og Bjørn Kleiven fra HR-senteret.



Sak 1/15 Medarbeiderundersøkelsen

HR-senteret innledet om gjennomføring og oppfølgingsarbeidet med MU, samt resultatet for hele foretaket, sammenholdt med Helse Nord. HR-senteret presenterte følgende fremdriftsplan:

- Behandling av resultater i ledermøte/AMU (uke 3/4)
- Rapporter tilgjengelig fra (uke 5)
- Behandling av resultater i KVAM (uke 5-13)
- Tilbakerapportering av resultater til medarbeidere (uke 5-13)
- Etablering av handlingsplaner (uke 5-13)
- Status oppfølgingsarbeidet/handlingsplaner behandles i KVAM/AMU (innen uke 21)
- Sluttrapport MU innen juni

I forlengelse av orienteringssak om medarbeiderundersøkelsen 2014, ble AMU bedt om råd vedrørende.. publisering av resultatene.

Saken var ikke forberedt, men AMU valgte likevel på behandle saken som en beslutningssak i møtet, siden resultatene av undersøkelsen blir bekjentgjort med det første. Det haster for foretaket å avklare hvordan resultater fra undersøkelsen skal formidles internt og i hvilken grad de skal gjøres tilgjengelig for media.

Foretaksnivå og klinikk/senter/stabs-nivå

AMU legger til grunn at UNN HF ønsker og er forpliktet til størst mulig åpenhet, og anbefaler at resultatene fra medarbeiderundersøkelsen på foretaksnivå og på klinikk/senter/stabs-nivå snarest publiseres internt og gjøres tilgjengelig for offentligheten.

Avdelings- og seksjonsnivå

To hensyn som hører inn under AMUs ansvarsområde kan tenkes å tilsi begrensinger i åpenhet om resultatene fra medarbeiderundersøkelsen på avdelings- og seksjonsnivå.

- 1) Dersom publisering av en av våre enheters resultater fra medarbeiderundersøkelsen sannsynligvis svekker effekten av ledelsens forbedringsarbeid, bør resultatene holdes internt.
Spørsmålet anbefales utredet ved å innhente erfaringer fra andre helseforetak og virksomheter.
- 2) Medarbeiderundersøkelsen ivaretar respondentenes, men ikke ledernes anonymitet. Publisering på seksjons- og avdelingsnivå innebærer at identifiserbare enkeltpersoner evalueres anonymt i offentlighet. Dette kan tenkes å innebære en betydelig og urimelig personlig belastning. Dersom man etter å ha tatt opp spørsmålet i KVAM-grupper og – utvalg finner sannsynliggjort at publisering på seksjons- og avdelingsnivå innebærer en uakseptabel risiko for at mellomledere eksponeres på en belastende måte, bør resultatene på dette nivået holdes internt.



Vedtak:

1. AMU tar informasjon om gjennomføringen av medarbeiderundersøkelsen (MU) til orientering.
2. AMU tar totalrapporten for MU i UNN til orientering.
3. AMU ber HR-senteret i samarbeid med klinikk-/senter sjefene gjennomgå MU med tanke på å peke ut organisatoriske enheter det bør arbeides særskilt med i oppfølgingsarbeidet.
4. AMU støtter fremlagte gjennomføringsplan for oppfølging av MU i UNN og ber HR utarbeide en statusrapport for oppfølgingsarbeidet i UNN til AMUs møte i mai 2015.01.18.
5. AMU anbefaler at resultatene fra medarbeiderundersøkelsen på seksjons- og avdelingsnivå holdes internt til problemstillingene ovenfor er utredet og behandlet i AMU og deretter i foretaksledelsen.

Pkt 1-4 enstemmig vedtatt, pkt. 5 vedtatt mot 1 stemme.

**PROTOKOLL FRA AMU-MØTE 28.1.15**

Utvalg: Arbeidsmiljøutvalget (AMU)
Tidspunkt: 28.1.15 10.30-13.00
Sted: D1 707 Breivika, videokonferanse

Til stede (x):

Arbeidsgiversiden:		Varamedlemmer	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk Helse og rusklinikken	x	Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	
Gøril Bertheussen, stabssjef		Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Arthur Revhaug, klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef	x	Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	
Ove Laupstad, avdelingsleder Medisinsk avdeling UNN Narvik		Anders Nordgård, avdelingsleder Kirurgisk avdeling UNN Harstad	
Arbeidstakersiden:			
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN	x	Terje Møien, foretaksverneombudet UNN	
Geir Magne Johnsen, HTV NSF – UNN Harstad	x	Elisabeth Hole, PTV NSF, Tromsø	
Tore Ovesen, Fagforbundet UNN Harstad		Ingebjørg Santi, Fagforbundet Narvik	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet Tromsø	x	Camilla Pettersen Samfunnsviterne	
Elisabeth Olstad, Ylf	x	Jo Endre Midtbu, Ylf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Monica F. Sørensen, NSF	

Møteleder: Gina Johansen
Sekretær: Walter Andersen

Dessuten møtte Leif Hovden som vara for Gøril Bertheussen i permisjonsperioden, Hilde Pettersen og Frode Abrahamsen på sak 4/15, Kari Brøndbo under sak 5/15 og 6/15, Tommy Schjøberg på sak 5/15, Tor Arne Hanssen på sak 5/16, samt Gunn-Ingvil Derås på sak 6/15.



Sak 2/15 *Konstituering av nytt AMU*

Det skal utnevnes leder og nestleder til AMU, samt et arbeidsutvalg bestående av tre medlemmer – to fra arbeidsgiversiden og en fra arbeidstakersiden. AMU fikk forelagt gjeldende retningslinjer.

Vedtak:

1. AMU viser til vedlagte retningslinjer for Arbeidsmiljøutvalget i UNN og tar disse til etterretning.
2. AMU viser til direktørens, vernetjenestens og organisasjonenes ny- og reoppnevning av medlemmer for den neste 2 års periode og vedtar denne.
3. AMU tar til etterretning direktørens utnevning av Gørill Bertheussen som leder og Gina Johansen som nestleder for AMU i arbeidsgiverperioden frem til 31.12.2016.
4. AMU oppnevner Gørill Bertheussen, Einar Rebni og Gina Johansen som medlemmer til AMUs arbeidsutvalg for perioden.
5. I permisjonsperioden inngår Leif Hovden i rollen til Gøril Bertheussen.

Sak 3/15 *Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 14.1.15*

Vedlagt følger protokoll fra AMU-møtet 14.1.15, vedlegg 2.

Vedtak:

AMU godkjenner protokoll fra AMU-møtet 14.1.2015

Sak 4/15 *Orienteringssaker og drøftingssaker*

Muntlig orientering

1. Pingvinen som nettavis.
Presentasjon av konseptet v/kommunikasjonssjef Hilde Pettersen og web-koordinator Frode Abrahamsen.

Skriftlig orientering

2. Pasientinformasjon, medisiner og annet medisinsk og personlig utstyr i tøyleveranser fra UNN til vaskeriet.
Presentasjon v/drifts- og eiendomssjef Gina M Johansen
3. Røykehuset v/hovedinngangen UNN Breivika og ytre miljø
Orientering fra foretakshovedverneombud Einar Rebni.
4. Referat fra AMU-seminaret 25.11.2014.
Fremlagt av AMUs sekretær Walter Andersen

Vedtak:

1. AMU tar fremlagte saker til orientering.
2. AMU ser med bekymring på pasientinformasjon, medisiner og annet medisinsk og personlig utstyr følger med i tøyleveranser fra UNN til vaskeriet og ber om å få forelagt ledelsens tiltaksplan.



Sak 5/15 Styresaker til møtet 11.2.15.

- a) Kvalitets- og virksomhetsrapport nov/des 2014
Presentasjon v/økonomisjef Grethe Andersen
- b) Oppfølgingssak Budsjett 2015
Presentasjon v/økonomisjef Grethe Andersen
- c) Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
Presentasjon v/fungerende HR-sjef Kari Brøndbo
- d) Vestibyleprosjektet
Presentasjon v/utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen
- e) Idéfaseprosjekt UNN Åsgård
Presentasjon v/drifts- og eiendomssjef Gina M Johansen
- f) Medarbeiderundersøkelsen
Presentasjon v/adm. Direktør Tor Ingebrigtsen og fung. HR-sjef Kari Brøndbo

Vedtak:

1. AMU tar fremlagte drøftingssaker til UNN styremøtet 11.2.2015 til orientering.
2. AMU-innspill i sak Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging tas inn i styresaken.
3. AMU er tilfreds med at idéfase-utredning for bygg til psykisk helse og rusbehandling i Tromsø nå starter opp med tanke på de vedlikeholds- og arbeidsmiljøutfordringer den gamle bygningsmassen på Åsgård gir.



Sak 6/15 Mål og handlingsplan for arbeidet med IA i UNN

UNN har inngått "Samarbeidsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv" fra 04.03.14 til 31.12.18. Foretaket har samtidig forpliktet seg til å stille seg bak målene i avtalen og til å utarbeide en overordnet mål- og handlingsplan for perioden. IA-avtalens overordnet mål er å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. I tillegg er følgende delmål formulert:

1. Reduksjon i sykefravær med 20 prosent i forhold til nivå 2. kvartal 2001. Nasjonalt nivå skal ikke overstige 5,6 prosent.
2. Hindre frafall og øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne.
3. Yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med 12 mnd. Økning sammenlignet med 2008 i snitt periode med yrkesaktivitet (for personer over 50 år).

Med bakgrunn i AMU-seminaret 25.11.14 fremmet HR-senteret en egen sak om dette til AMU. Presentasjon i møtet v/fungerende HR-sjef Kari Brøndbo og rådgiver Gunn-Ingvil Derås

Vedtak:

1. AMU vedtar foreslåtte målformuleringer, med den endring som fremkom under behandling av saken
2. AMU vedtar forslag til handlingsplan for å nå vedtatte mål.
3. AMU vedtar å følge opp arbeidet med IA som foreslått, og skal ha et livsfaseperspektiv som i denne perioden tar sikte på at arbeidstakere står lengre i arbeid.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Sendes kun som e-post

Deres ref.:

Vår ref.:
2014/9-36/ 123

Saksbehandler/dir.tff.:
Jann-Georg Falch, 75 51 29 21

Sted/dato:
Bodø, 10.12.2014

Tilbakemelding på UNN HF sine innspill til plan 2015-2018

Bakgrunn

I e-post av 21. november 2014, etterlyser foretaksdirektøren v/UNN HF, eksplisitt tilbakemelding på punkt 6 i UNN HF styrets innspill til rullering plan 2015-2018. Det er spesielt ønsket om en endring av den regionale inntektsfordelingsmodellen som tas opp. Vedtakspunktet er formulert slik at styret for UNN HF forventer at en revisjon av modellen vil øke UNN HF sin andel av de samlede inntektene. Vi antar at dette innspillet gjelder den somatiske inntektsfordelingsmodellen hvor ca 45 % av basisrammen fordeles.

I eposten 21. november fremgår det at ønsket om revisjon av inntektsfordelingsmodellen begrunnes med endringer i ISF-andelen fra 40 til 50 %.

Helse Nord RHF sin virksomhetsstyring

Helse Nord sin langsiktige plan, fire år frem i tid pluss en investeringsplan med åtte års horisont, rulleres og oppdateres årlig og legges frem for behandling i RHF styret i juni. Som et ledd i den årlige rulleringen gis helseforetakstyrene hvert år anledning til å komme med innspill til planen før den legges frem for RHF styret til beslutning.

Innspillene fra HFene oppsummeres og presenteres i saken (se kap.12), i tillegg ligger det lenke til HF styrenes styresaker med vedtak.

I sakens kapittel 9.1.8 gis det en oversikt over hvilke av de ulike innspillene som er innarbeidet i den oppdaterte planen. Dette er den vanlige måten å gi tilbakemelding på innspillene fra HFene. Innholdet i RHF styrets vedtatte plan oppsummeres i budsjettskriv 2 og skal legges som premiss for foretakenes arbeid med neste års budsjett.

Oppdatering av inntektsmodeller

Helse Nord startet i 2005 med å utarbeide og ta i bruk inntektsfordelingsmodeller for å fordele inntekter mellom helseforetakene. Formålet med inntektsfordelingsmodellene er flere:

- Modellen skal primært bidra til at alle innbyggerne i regionen får tilgang til likeverdige og helhetlige helsetilbud uavhengig av hvor pasienten bor
- Modellen skal støtte opp under intern samhandling og pasientflyt
- Modellen skal skjerme pasientene fra pengeflyten, betaling for behandling og eventuell uenighet skal håndteres av organisasjonen uten å berøre pasienten
- Pengene skal følge pasienten

- Modellen skal støtte opp under effektivisering i og mellom foretak
- Modellen skal bidra til å redusere behovet for interne transaksjoner og dermed frigjøre ressurser fra administrative oppgaver til pasientbehandling

Inntektsfordelingsmodellen for somatikk ble første gang behandlet i 2006, senere har den vært bearbeidet og justert to ganger. Etter en prosess med bred deltakelse fra alle HF ble nåværende modell besluttet i juni 2013 og tatt i bruk med virkning fra 2014.

Inntektsfordelingsmodell for TSB og Psykiatri ble utarbeidet og vedtatt første gang juni 2011.

Inntektsfordelingsmodeller ”går ut på dato” og blir derfor gjennomgått og revidert med ujevne mellomrom.

Videre behandling av HN sine inntektsfordelingsmodeller.

Eksisterende modeller oppdateres årlig for pasientstrømmer, realvekst og kriteriedata.

Inntektsfordelingsmodellen for TSB og psykiatri gjennomgås, oppdateres og revideres første tertial 2015.

Høsten 2015 starter arbeidet med å utvikle og ta i bruk inntektsfordelingsmodell for prehospitale tjenester, ambulanse og pasientreiser. Modell for disse tjenestene planlegges styrebehandlet juni 2016.

Deretter er den primære planen å forsøke å utvikle en helhetlig inntektsfordelingsmodell for hele basisrammen. Dersom vi skulle konkludere med at dette blir for komplekst, er planen å starte en gjennomgang og oppdatering av inntektsmodellen for somatikk, høsten 2016 med sikte på styrebehandling juni 2017.

Endringer i ISF andel fra 40 til 50 %

Endringen av ISF-andelen innebærer at de aktivitetsavhengige inntektene får en større andel i den samlede finansieringen. Det er derfor forventet at endringer i ISF-andel vil føre til relative endringer mellom HF. (Hvis endringen i finansiering ikke medførte noen endringer, har det ingen mening å endre ISF-andelene).

Siden konsekvensene av denne endringen kom svært sent (desember 2013) valgte HN styret å dempe effekten av denne endringen internt i foretaksgruppen i budsjett 2014. Siden disse endringene i budsjettforutsetningene kom svært sent i budsjettprosessen, valgte RHF styret å dempe omfordelingseffekten i budsjett 2014. Selv etter denne endringen, fikk alle HFene en større realvekst i sin inntektsramme for 2014 enn det styret hadde vedtatt og kommunisert i juni.

I første omgang vil økt ISF-andel være en ulempe for UNN, som får en større reduksjon i basisrammen enn økningen i de aktivitetsbaserte inntektene. I Helse Nord sitt oppdragsdokument for 2014 var veksten i aktivitetskravet til UNN større enn gjennomsnittet i HN. Begrunnelse for dette er todelt.

- Befolkningen i UNN området er yngst i regionen og det området som forventes å vokse mest.
- Endringen i funksjonsfordelingen innebærer at en større andel av aktiviteten skal skje ved UNN. Dermed vil en høy ISF-andel over tid være gunstig for UNN, ved at inntektene som følger av aktivitetsvekst kommer raskere.

I sum vurderes ikke effekten av endret ISF-andel så stor at det i seg selv gir grunnlag for å utvikle en ny inntektsmodell.

Fremtidig finansiering.

I den grad det er mulig å se fremover er det noen forhold vi bør forberede oss på. I fremtiden vil en mindre andel av inntektene fordeles gjennom inntektsmodellen. Det vil stilles større krav til aktivitet, kvalitet og innhold i tjenestene. Det ser vi gjennom:

- Økt aktivitetsbasert finansiering (ISF-andel)
- Innføring av kvalitetsbasert finansiering
- Generelle effektiviseringskrav fordelt ut fra total inntektsramme
- Tilrettelegging for økte tilbud fra private og dermed økt konkurranse

Behov for mer informasjon?

Dersom det er ønskelig kan RHF stille på interne styreseminar for å redegjøre nærmere for enkelte elementer i virksomhetsstyringen, langtidsplanlegging, investeringsregime og inntektsfordelingsmodeller.

Med vennlig hilsen

—
Lars Vorland
signert
Administrerende direktør

Jann-Georg Falch
signert
Økonomidirektør



Helse Nord RHF
Sjøgata 10
8038 Bodø

Att.: Hilde Rolandsen

Deres ref.:

Vår ref.:
2012/711-108

Saksbehandler/dir.tlf.:
Gina Marie Johansen,

Dato:
15.12.2014

Søknad om utvidet investeringsramme - Renovering Bygg 7 UNN Åsgård

Det vises til styremøte i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) den 10. desember 2014 der styret gjorde følgende vedtak i styresak 108/2014 *Virksomhetsplan 2015* pkt 8: ”Styret mener renoveringen av bygg 7 på Åsgård må fullføres selv om prognosen i prosjektet etter anbudsrunderen er 16, 3 mill kr over vedtatt budsjetttramme. Styret ber Helse Nord RHF fullfinansiere prosjektet i konsolidert budsjett.”

UNN har gjennom høsten arbeidet med bygningsmessige og -tekniske kutt for å gjøre anbudsoverskridelsen så lav som teknisk og funksjonelt mulig. Dette har medført en utvidet vedståelsesfrist i anbudene som ikke vil være mulig å forskyve ytterligere. Vedståelsesfristen er satt til 31.12.2014.

UNN ber derfor om Helse Nord RHF's godkjenning til å fullføre anbudsarbeidet og starte kontrahering av entreprenør innen vedståelsesfristen slik at prosjektet ikke risikerer ytterligere forsinkelser i prosjektet med påfølgende risiko for kostnadsoverskridelser og fremdrift.

UNN ber samtidig om at søknad om utvidet investeringsramme på 16,3 mill kr for Renovering av Bygg 7 UNN Åsgård behandles i konsolidert budsjett i tråd med styrets vedtak.

Med vennlig hilsen

Gina Marie Johansen
drifts- og eiendomssjef

Kopi til:

Magnus P. Hald	Klinikkjef Psykiatri- og rusklinikken UNN
Tor Ingebrigtsen	Administrerende direktør UNN
Grethe Andersen	Økonomisjef UNN
Tor-Arne Hanssen	Utbyggingssjef UNN

UNN HF
Attn.: Drifts- og eiendomssjef Gina M. Johansen

(dokumentet sendes kun elektronisk)

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:
H. Rolandsen,

Sted/Dato:
Bodø, 18. des. 2014

Investeringsramme "Renovering bygg 7 – Åsgård"

Vi viser til brev av 15.12.2014 og ytterligere dokumentasjon mottatt 17.12.2014 vedr. "Renovering av bygg 7 – Åsgård". Saken er diskutert med adm. dir. i Helse Nord 17.12.2014.

Vi vil først påpeke at det er uheldig at rammene for dette prosjektet på nytt må utvides. Vi legger til grunn at UNN HF gjør egne vurderinger om hvordan slike situasjoner kan unngås for fremtiden.

Vi mener at prosjektet må fullføres slik planlagt innenfor en utvidet ramme på 16,3 mill kr. Investeringsrammen til UNN vil bli oppdatert i forbindelse med justering av endelig budsjett 2015 i februar, eventuelt i forbindelse med plansaken for 2016.

Med hilsen

Hilde Rolandsen
Eierdirektør
(sign).



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
15/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	11.2.2015

Eventuelt

Tromsø, 30.1.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør