



# INNKALLING

**Styret ved**

**Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Møtetid**

**Onsdag 29. april 2015 kl. 9:00**

**Møtested**

**Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707**



## MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Møtested: Tromsø, Administrasjonens møterom  
Dato: 29.4.2015  
Tid: 9:00

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 26010 eller til [Reidun.Holm@unn.no](mailto: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 30/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 31/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 25.3.2015
ST 32/2015	Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2015
ST 33/2015	Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
ST 34/2015	Tilbakemelding på Helse Nord RHF's Plan 2016-2019
ST 35/2015	Kjøp av tomt for Nye UNN Narvik
ST 36/2015	Årsplan for styret - justering
ST 37/2015	Årsrapport fra Brukerutvalget 2014
ST 38/2015	Orienteringssaker <i>Skriftlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beredskapsplaner UNN HF</li> <li>2. NST som nasjonal kompetansetjeneste</li> <li>3. Status i satsing på helsefaglæringer i Helse Nord</li> <li>4. PET – driftskonsept og utdanning av personell</li> <li>5. Reduksjon i antall langtidsventende - ettersendes</li> </ol> <i>Muntlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 1, jf. 23</li> <li>7. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 1, jf. 23</li> <li>8. Valgresultat – ansattevalgte representanter i styret</li> <li>9. Ambulanseberedskap – langsiktig bestilling</li> <li>10. Gimleveien 12</li> <li>11. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen – videre oppfølging</li> </ol>
ST 39/2015	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopi av brev fra Narvik kommune til helse- og omsorgsminister Bent Høie datert 25.3.15: <i>Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan, framtidens sykehus og sykehusstruktur</i></li> <li>2. Brev fra Geriatrisk fagråd datert mars/april 2015 vedrørende geriatrik strategiplan</li> <li>3. Protokoll fra møte i Regional brukerutvalg 19.3.2015</li> <li>4. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 26.3.2015</li> <li>5. Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 13.4.2015</li> <li>6. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget 14.4.2015</li> <li>7. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 15.4.2015</li> <li>8. Referat fra AMU-møtet 15.4.2015 - ettersendes</li> </ol>
ST 40/2015	Eventuelt

## **ST 30/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste**



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
31/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	29.4.2015

### Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 25.3.2015

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 25. mars 2015.

Tromsø, 17.4.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg



## MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Møtested: Bodø, Scandic hotell Havet  
 Dato: 24.3.2015 (del 1) – 25.3.2015 (del 2)  
 Tid: 16:00-20:00 (24.3.) og 9:00-13:00 (25.3.)

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	<i>Ankom 24.3. kl 17.00</i>
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder Brukerutvalget</i>

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Gry Andersen	klinikkjef ved Diagnostisk klinikk
Arthur Revhaug	fag- og forskningssjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Ole-Marius Johnsen	service-/ styreassistent
Leif Hovden	administrasjonssjef (styrets sekretær)

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 25.3.2015**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 25.3.15 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv). *Under møtets første del (24.3.2015) prioriteres sakene 16, 22 og 27. Øvrige saker tas i den rekkefølge som fremgår av sakslisten.*

Saksnr.	Innhold
ST 16/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 17/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 11.2.2015
ST 18/2015	Kvalitets- og virksomhetsrapport januar og februar
ST 19/2015	Tilsynsrapport – eksterne tilsyn
ST 20/2015	Årlig melding 2014
ST 21/2015	Tertialrapport 3/2014 for utbyggingsprosjekter
ST 22/2015	Årsregnskap 2014 – med Årsberetningen
ST 23/2015	Oppdragsdokument 2015
ST 24/2015	Ledelsens gjennomgang
ST 25/2015	Investeringer og økonomisk bærekraft
ST 26/2015	Regulering av direktørlønn
ST 27/2015	Henvendelse fra en ansatt – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Flv. § 13.1
ST 28/2015	Orienteringssaker

***Skriftlige orienteringer:***

1. Status regional geriatriplan
2. Nytt pasienthotell – status og driftskonsept
3. PET-senteret - driftsøkonomi

***Muntlige orienteringer:***

4. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23
5. *Ambulansébåttjenesten i Nord-Troms*
6. *Videreutvikling av den nasjonale kompetansetjenesten ved NST*

ST 29/2015	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Udatert uttalelse fra Lyngen kommunestyre, mottatt 27.2.2015, angående pågående omorganisering av ambulansetjenesten.</li><li>2. Udatert brev fra Nordreisa KrF, mottatt her 5.3.2015, vedrørende Høyere - ikke lavere prioritering av beredskap.</li><li>3. Brev fra ordførerne i kommunene Skjervøy og Kvæningen, datert 20.2.2015, vedrørende kutt i rutetilbud samt fremtidig ambulansberedskap i området Kvæningen/Skjervøy.</li><li>4. Uttalelse fra Lødingen kommunestyre 12.2.2015, vedrørende Nei til reduksjon av ambulansberedskap.</li><li>5. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 3.2.2015, vedrørende oppnevning av 26 ordinære medlemmer av HelseOmsorg21-rådet.</li><li>6. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 26.2.2014.</li><li>7. Referat fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 11.3.2015.</li></ol>

Sak 31/2015 - vedlegg 1

8. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 9.3.2015.
9. Referat fra møte i AMU 10.3.2015.
10. Protokoll drøftingsmøte vedrørende reisepolicy 6.3.2015.
11. Referat fra møtet i Kvalitetsutvalget 9.3.2015.

ST 30/2015

Eventuelt

1. *Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen – videre oppfølging*



**ST 17/2015 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 11.2.2015**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 25.3.2015**

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 11.2.2015.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 11.2.2015.

**ST 18/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport januar/februar 2015**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 25.3.2015**

Direktørens innstilling til *endret* vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar og februar 2015 til orientering.
2. Styret ber om få seg forelagt en egen orienteringssak om arbeidet med å redusere antall langtidsventende i neste styremøte.
3. Styret er ikke fornøyd med det økonomiske resultatet hittil i år. ~~og ber om å få seg forelagt en oppdatert og detaljert gjennomgang av risikoen i samtlige tiltak i Kvalitets- og virksomhetsrapporten i styremøtet i april. Styret ber direktøren vurdere kompensierende tiltak dersom gjennomgangen viser høyere risiko for avvik fra eiers styringskrav enn akseptabelt.~~  
*Styret forventer at gjennomføringsgraden for planlagte tiltak økes. Direktøren bes i tillegg legge frem en oppdatert risikovurdering og om nødvendig en justert fordeling av klinikkens og sentrenes omstillingskrav i neste møte.*
4. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for til sammen 9,0 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

## Sak 31/2015 - vedlegg 1

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar og februar 2015 til orientering.
2. Styret ber om få seg forelagt en egen orienteringssak om arbeidet med å redusere antall langtidsventende i neste styremøte.
3. Styret er ikke fornøyd med det økonomiske resultatet hittil i år. Styret forventer at gjennomføringsgraden for planlagte tiltak økes. Direktøren bes i tillegg legge frem en oppdatert risikovurdering og om nødvendig en justert fordeling av klinikkenes og sentrenes omstillingskrav i neste møte.
4. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for til sammen 9,0 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.

### **ST 19/2015 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 25.3.2015**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tilsynsrapporten for perioden 11.11.2014 - 28.2.2015 til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tilsynsrapporten for perioden 11.11.2014 - 28.2.2015 til etterretning.

### **ST 20/2015 Årlig melding 2014**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 25.3.2015**

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

**ST 21/2015 Tertialrapport 3/2014 for utbyggingsprosjekter**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 25.3.2015**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 31.12.2014 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 31.12.2014 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering

**ST 22/2015 Årsregnskap 2014 – med Årsberetningen**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 25.3.2015**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 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 UNNs regnskap for 2014. Styret foreslår at årets overskudd på 615 090 442 kr overføres til annen egenkapital.

2. Årsberetning 2014 vedtas.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 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 UNNs regnskap for 2014. Styret

## Sak 31/2015 - vedlegg 1

foreslår at årets overskudd på 615 090 442 kr overføres til annen egenkapital.

2. Årsberetning 2014 vedtas.

### **ST 23/2015 Oppdragsdokument 2015**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 25.3.2015**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Oppdragsdokumentet 2015 til etterretning.
2. Styret viser til at oppdragsdokumentet stiller nye krav til behandling av saker i UNN-styret, og ber direktøren innarbeide disse i en oppdatert årsplan for styret og fremme denne for behandling i neste styremøte.
3. Styret viser til oppdragsdokumentets krav om at risikostyring skal innarbeides i ledelsens gjennomgang av internkontrollen, og ber om at styresaken om ledelsens gjennomgang etter 1. tertial redegjør for hvordan dette følges opp.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Oppdragsdokumentet 2015 til etterretning.
2. Styret viser til at oppdragsdokumentet stiller nye krav til behandling av saker i UNN-styret, og ber direktøren innarbeide disse i en oppdatert årsplan for styret og fremme denne for behandling i neste styremøte.
3. Styret viser til oppdragsdokumentets krav om at risikostyring skal innarbeides i ledelsens gjennomgang av internkontrollen, og ber om at styresaken om ledelsens gjennomgang etter 1. tertial redegjør for hvordan dette følges opp.

### **ST 24/2015 Ledelsens gjennomgang**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 25.3.2015**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2014* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2014* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

### **ST 25/2015 Investeringer og økonomisk bærekraft**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 25.3.2015**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft og investeringer for perioden 2016-2022 til orientering, og slutter seg til direktørens overordnede strategi for fremtidige økonomiske tilpasninger.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft og investeringer for perioden 2016-2022 til orientering, og slutter seg til direktørens overordnede strategi for fremtidige økonomiske tilpasninger.

### **ST 26/2015 Regulering av direktørlønn**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 25.3.2015**

*Saken ble behandlet unntatt offentlighet i medhold av Offentlighetslovens § 13 jf. Forvaltningslovens § 13.1.*

Styreleders innstilling til vedtak:

Lønn til administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF justeres opp med kr. 35 000 (2 %) til kr 1 785 000.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Lønn til administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF justeres opp med kr 35 000 (2 %) til kr 1 785 000.

## **ST 27/2015 Henvendelse fra en ansatt**

### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 25.3.2015**

*Saken ble behandlet unntatt offentlighet i medhold av Offentlighetslovens § 13 jf. Forvaltningslovens § 13.1.*

*Styreleder hadde i denne saken bistand fra foretaksadvokat Marit E. Johansen.*

*I henvendelsen fra den ansatte, ble det anmodet om at nestleder Olav Helge Førde avklarte sin habilitet. Olav Helge Førde erklærte seg habil. Det samme gjorde styrerepresentant Tove Skjelvik, som var ansatt ved Helse Nord RHF på det tidspunkt direkteanskaffelsen som er omtalt i saken ble gjennomført. Disse vurderingene ble støttet av foretaksadvokaten.*

Styreleders innstilling til vedtak:

- 1) Styret viser til foretaksadvokatens utredning og tar til etterretning at henvendelsen ikke er å anse som en varsling etter arbeidsmiljølovens § 2-4.
- 2) Styret tar til orientering at Helse Nord RHF er ansvarlig for mange av de problemstillingene som henvendelsen omhandler.
- 3) Styret tar til etterretning at det er utfordringer med arbeidsmiljøet i Røntgenavdelingen og at Arbeidstilsynet har gjenåpnet tilsynssak, uten pålegg, i avdelingen. Styret ber om at dette følges opp av direktøren og klinikkledelsen, og forutsetter at det i denne sammenhengen gjennomføres en prosess som stiller tydelige krav både til medarbeiderskap og lederskap i avdelingen.

Styreleder tok saken opp til punktvis avstemming.

Punkt 1 ble vedtatt mot én stemme, se stemmeforklaring i tilknytning til vedtak.

Punkt 2 ble enstemmig vedtatt.

Før avstemming av punkt 3 foreslo styreleder å invitere direktør og klinikkleder til møtet. Dette fikk styrets tilslutning. Etter drøftingen ble det foreslått følgende endringer i punkt 3, etter endringsforslag fra Hanne Iversen og Erling Espeland (endringer i *kursiv*):

Styret tar til etterretning at det er utfordringer med arbeidsmiljøet i Røntgenavdelingen og at Arbeidstilsynet har gjenåpnet tilsynssak, uten pålegg, i avdelingen. ~~Styret ber om at dette følges opp av direktøren og klinikkledelsen~~ Styret stiller seg bak den igangsatte prosessen for bedringer i arbeidsmiljøet, og forutsetter at det i denne sammenhengen

## Sak 31/2015 - vedlegg 1

~~gjennomføres en prosess som~~ stilles tydelige krav både til medarbeiderskap og lederskap i avdelingen.

Punkt 3 ble enstemmig vedtatt.

Styreleder foreslo et nytt punkt 4:

Styret ber om å bli holdt løpende orientert i saken.

Punkt 4 ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

- 1) Styret viser til foretaksadvokatens utredning og tar til etterretning at henvendelsen ikke er å anse som en varsling etter arbeidsmiljølovens § 2-4.
- 2) Styret tar til orientering at Helse Nord RHF er ansvarlig for mange av de problemstillingene som henvendelsen omhandler.
- 3) Styret tar til etterretning at det er utfordringer med arbeidsmiljøet i Røntgenavdelingen og at Arbeidstilsynet har gjenåpnet tilsynssak, uten pålegg, i avdelingen. Styret stiller seg bak den igangsatte prosessen for bedringer i arbeidsmiljøet, og forutsetter at det i denne sammenhengen stilles tydelige krav både til medarbeiderskap og lederskap i avdelingen.
- 4) Styret ber om å bli holdt løpende orientert i saken.

Etter at vedtak var gjort, bestemte styret at saksutredningen skulle avgraderes, etter at nødvendige prosedyrer er gjennomført.

Stemmeforklaring til punkt 1) fra styrerepresentant Hanne Frøyshov:

*Det er ikke klart i paragraf 2.4 i AML at en varslingssak må omhandle bare nye momenter. Mye av dette angår forhold som ikke er behandlet tidligere. Varselet inneholder alvorlige momenter og etter min mening vil det være av nytte for UNN å behandle denne saken som en varslingssak og undersøke den så godt så mulig i et slikt lys.*

## Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF -25.3.2015

### *Skriftlige orienteringer:*

1. Status regional geriatriplan
2. Nytt pasienthotell – status og driftskonsept
3. PET-senteret - driftsøkonomi

### *Muntlig orientering:*

4. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 1, jf. 23
5. Ambulansebåttjenesten i Nord-Troms
6. Videreutvikling av den nasjonale kompetansetjenesten ved NST

### Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

### Vedtak:

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

## **ST 29/2015 Referatsaker**

### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 25.3.2015**

1. Udatert uttalelse fra Lyngen kommunestyre, mottatt 27.2.2015, angående pågående omorganisering av ambulansetjenesten.
2. Udatert brev fra Nordreisa KrF, mottatt her 5.3.2015, vedrørende Høyere - ikke lavere prioritering av beredskap.
3. Brev fra ordførerne i kommunene Skjervøy og Kvæningen, datert 20.2.2015, vedrørende kutt i rutetilbud samt fremtidig ambulanseberedskap i området Kvæningen/Skjervøy.
4. Uttalelse fra Lødingen kommunestyre 12.2.2015, vedrørende Nei til reduksjon av ambulanseberedskap.
5. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 3.2.2015, vedrørende oppnevning av 26 ordinære medlemmer av HelseOmsorg21-rådet.
6. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 26.2.2014.
7. Referat fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 11.3.2015.



## Sak 31/2015 - vedlegg 1

8. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 9.3.2015.
9. Referat fra møte i AMU 10.3.2015.
10. Protokoll drøftingsmøte vedrørende reisepolicy 6.3.2015.
11. Referat fra møtet i Kvalitetsutvalget 9.3.2015.

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 30/2015 Eventuelt

### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 23.3.2015

1. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen – videre oppfølging  
Styrerepresentant Hanne Frøyshov stilte spørsmål ved hvordan denne saken bør følges opp gjennom styrets arbeid. Styret avventer direktørens tilrådning i neste møte.

Bodø, 25. mars 2015

Jorhill Andreassen (s.)  
styreleder



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
32/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	29.4.2015
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

### Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2015

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mars 2015* til orientering.
2. Styret gir sin tilslutning til at antall langtidsventende, antall fristbrudd, bruk av pasienthotell, gjennomføringsgrad for aktivitetsbasert bemanning og måloppnåelse i kreftpakkeforløpene innføres som hovedindikatorer i virksomhetsoppfølgingen.
3. Styret ser med bekymring på at antall utskrivingsklare pasienter øker og ber direktøren vurdere om UNN kan frigjøre lokaler som kan tilbys kommunene til drift av sykehjem.
4. Styret er ikke fornøyd med at lavere aktivitet enn planlagt i psykisk helsevern medfører risiko for at målet om størst vekst på dette området ikke nås, og ber om en nærmere analyse av aktivitetsmønsteret til neste møte.
5. Styret viser til vedtak i sakene 66/2014 *Konsekvenser av Helse Nord RHF's plan 2015-2018*, 108/2014 *Virksomhetsplan 2015* og 6/2015 *Oppfølging budsjett 2015*, og tar til etterretning at investeringsmidlene for utstyr med mer som forventet i sin helhet er disponert. Styret ber Helse Nord RHF om at investeringsrammen for 2015 økes med 58,6 mill kr for å ivareta reanskaffelse av virksomhetskritisk utstyr ved sammenbrudd.

#### Sammendrag

Kvalitets- og virksomhetsrapporten skal gi nødvendig ledelsesinformasjon om hvordan Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) ligger an i forhold til eiers krav og interne satsingsområder.

Direktøren foreslår i denne rapporten at det innføres fem hovedindikatorer for å styrke evnen til å fokusere oppfølgingen på de områdene som er mest kritiske for måloppnåelse. De foreslåtte indikatorene er:

- Antall langtidsventende
- Antall fristbrudd

## Sak 32/2015

- Bruk av pasienthotell
- Gjennomføringsgrad aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
- Måloppnåelse kreftpakkeforløp.

Rapporten viser at ventetidene i hovedsak er stabile med gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i mars på 77 (-0) dager (med rett til prioritert helsehjelp 56 (-2) og uten rett 95 (+3) dager). Antall langtidsventende som har ventet mer enn ett år (1 174) og antall fristbrudd (79) ved utgangen av mars ligger fortsatt stabilt og for høyt. Måloppnåelsen for de nylig innførte kreftpakkeforløpene er god når det gjelder kravene til forløpstider, men andelen pasienter som inkluderes i forløpene fortsatt er under måltallet på 80 % for tykk- og endetarmskreft (44 %), lungekreft (45 %) og prostatakreft (3 %).

Aktiviteten innen somatikk har tatt seg opp etter årets to første måneder slik at denne nå ligger 1 % over plan. Dette medfører at antall DRG-poeng også lå over plan for mars isolert, men fortsatt 3 % under plan akkumulert hittil i år. Antall utskrivingsklare pasienter fortsetter å øke og er nå på samme nivå som før samhandlingsreformen. Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne (- 4 %) og for barn og ungdom (-8 %) er lavere enn planlagt.

Gjennomsnittlig antall månedsverk er stabilisert og var ved utgangen av mars 6 263. Bruken av innleid helsepersonell er redusert til 15 månedsverk. Sykefraværet i februar var 10,2 %.

Regnskapet viser et budsjettavvik på -2,9 mill kr for mars og -9,6 mill kr akkumulert hittil i år. Det var et positivt avvik på inntektsiden på +14 mill kr og et merforbruk på kostnadssiden på 17,8 mill kr (finansresultatet +0,9 mill kr). Høyere aktivitetsbaserte inntekter og høyere medikamentkostnader enn budsjettet bidro mest til avvikene.

Årets investeringsramme er brukt opp og det foreligger i tillegg et merforbruk på 9,8 mill kr.

Direktøren vurderer de forslåtte hovedindikatorene som hensiktsmessige og anbefaler at styret godkjenner disse til bruk i fremtidig rapportering. Direktøren er fornøyd med at arbeidet med implementering av kreftpakkeforløpene er godt i gang og med at aktiviteten i den somatiske virksomheten har tatt seg opp. Aktiviteten innen psykisk helsevern er ikke tilfredsstillende og dette må analyseres nærmere til neste rapportering. Det gir grunn bekymring at antall utskrivingsklare pasienter øker og UNN må vurdere om vi kan tilby Tromsø kommune lokaler til drift av sykehjem. Det er positivt at gjennomføringsgraden for planlagte tiltak øker og at bruken av bemanning nå synes å gå ned. Direktøren vurderer det som sannsynlig at utvikling i mars indikerer en positiv trend i driftsøkonomien. Det vil bli redegjort muntlig i møtet for endelige vurderinger av uløst omstillingsutfordring i klinikkene og planlagte budsjettreguleringer for å løse denne. Overskridelsene på investeringsbudsjettet medfører at direktøren ikke kan foreslå at styret godkjenner innkjøp av utstyr. Direktøren anbefaler derfor at styret ber Helse Nord RHF om å øke investeringsrammen for inneværende år med 58,6 mill kr for å ivareta reanskaffelse av virksomhetskritisk utstyr ved sammenbrudd.

## Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) (vedlegg 1) 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.

## Formål

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

## Saksutredning

### Hovedindikatorer

I denne kvalitets- og virksomhetsrapporten foreslår direktøren fem hovedindikatorer som vurderes å være spesielt viktig å følge for å nå sykehusets viktigste mål inneværende år. De fem indikatorene er fremhevet på rapportens førsteside, og er:

- Antall langtidsventende
- Antall fristbrudd
- Bruk av Pasienthotell
- Gjennomføringsgrad aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
- Måloppnåelse kreftpakkeforløp.

### Kvalitet

#### *Pasientforløp*

Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mars inneholder en oversikt som viser hvorvidt UNN klarer å følge opp de mål som er satt for de gjennomførte pasientforløpsprosjektene. For flere av pasientforløpene er ikke resultatene tilfredsstillende.

#### *Måloppnåelse kreftpakkeforløp*

Andel kreftpasienter som utredes i pakkeforløp i UNN er ennå langt under den nasjonale målsettingen på 80 %, bortsett fra på brystkreft (83 %). Statistikken er estimert av Norsk pasientregister ut fra diagnosekoding og er heftet med usikkerhet. UNN har nettopp kommet i gang med registrering av prostatakreftpasientene, slik at pasienter utredet og behandlet fram til mars måned ikke er ivaretatt i pakkeforløp. I løpet av mars måned er det en pasient som er kommet til beslutningspunkt der det er konkludert med at pasienten har prostatakreft. Det ser ut som om en del pasienter innlagt og behandlet som øyeblikkelig hjelp ikke er inkludert i pakkeforløpene slik som planlagt.

Av forløpstidene for de komplette pakkeforløp, fra henvisning mottatt til første behandling, overholder UNN stort sett de anbefalte forløpstidene. Det er likevel seks pasienter som har ventet mer enn anbefalte dager for å få kirurgisk behandling for brystkreft og fire som har ventet over tiden for kirurgi for tarmkreft. Det synes som UNN ikke har problemer med å overholde fristene på lungekreft. Median tid til kirurgi er her 24 dager, mens det er satt en anbefaling på 42 dager.

Når det gjelder kodekvaliteten er den ennå ikke optimal. Mange forløp forkastes og blir ikke med i beregningsgrunnlaget. Forløpsledere og koordinatorene må sammen ta ansvar for å bedre kvaliteten i kodingen.

#### *Ventetid*

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling fra venteliste per mars var 77 (median 51) dager. Dette er samme gjennomsnittlige ventetid som i fjor. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 56 (median 42) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet 95 (median 63) dager. Det er etablert to fagfora (Fagforum for pasientadministrative

## Sak 32/2015

rutiner og Fagforum for rapportering og analyse) som i første omgang har som oppgave å etablere gode rutiner for å redusere antall langtidsventende.

Ventetiden for de som fortsatt står på venteliste er 117 dager. Dette er en økning på syv dager sammenlignet med i fjor. Rettighetspasientene har i gjennomsnitt stått 52 dager på venteliste, mens de uten rett til prioritert helsehjelp har stått 143 dager.

Ved utgangen av mars var det 1 174 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Dette er en økning på 220 (+23 %) sammenlignet med samme tid i fjor. Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken har flest med 950 (81 %) av alle langtidsventende.

Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i mars var 1 394, og viser en nedgang fra i fjor med 77 (-5 %) sammenlignet med samme måned i fjor.

### *Fristbrudd*

Antall fristbrudd ved utgangen av mars var 79 (2 % av rettighetspasientene). Dette er på nivå med samme tid i fjor. Utviklingen viser at nivået har stabilisert seg rundt eller rett i underkant av under 100 fristbrudd.

### *Andre kvalitetsindikatorer*

Det er i hovedsak stabile resultater for de øvrige kvalitetsindikatorer. Andelen epikriser sendt innen syv dager var i mars 73 % og 83 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall korridorpatienter per dag var 16 i mars. Andelen strykninger av planlagte operasjoner var i mars 3 %.

## **Aktivitet**

### *Somatikk*

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet er per mars noe høyere enn plan (+1 %). Antall polikliniske dagbehandlinger har negativt avvik mot plan (-8 %). Dette skyldes blant annet færre dialysepasienter. Hver pasient genererer flere opphold. Plantallene er også periodisert med fjorårets aktivitet som fordelingsnøkkel. Dette gir oss litt svingning i avvikene fra måned til måned nå i starten av året. Det er en økning i antall heldøgn (+2 %), innlagte dagopphold (+3 %) og polikliniske konsultasjoner (+1 %). Økt aktivitet sammenlignet med årets to første måneder førte til at antall DRG-poeng var høyere enn plan i mars, mens det akkumulerte resultatet fortsatt er noe lavere enn plan (-3 %).

Rapporten viser at bruken av pasienthotell målt som andel døgnopphold på hotellet har ligget nokså stabilt rundt 4 % de siste årene.

Antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet økte med 275 (+13 %) sammenlignet med samme tid i fjor. Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 158 utskrivningsklare døgn (-17 %).

Antall røntgenundersøkelser (+3 %) og laboratorieanalyser (+9 %) er høyere enn plan. Det siste skyldes blant annet høy forekomst av influensa i 2015.

### *Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne er lavere enn plan (-4 %). Det samme gjelder aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge (-8 %). Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er aktiviteten høyere enn plan (+5 %).

**Personal**

Antall månedsverk i mars var 6 294. Dette gir et gjennomsnitt hittil i år på 6 263, som er en økning på 16 månedsverk (+0,3 %) sammenlignet med i fjor. I tillegg leies det i gjennomsnitt ni sykepleiermånedsverk og seks legemånedsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er redusert (-70 %) sammenlignet med i fjor, mens nivået for innleide leger er på samme nivå.

Sykefraværet i februar var 10,2 %. Dette er en økning på 0,7 prosentpoeng sammenlignet med samme måned i 2014. Sykefraværsprosenten gjenspeiler at det i gjennomsnitt var 398 ansatte borte fra UNN hver dag i februar.

I februar var det registrert to egenmeldinger i GAT hvor fraværet ble oppgitt å være arbeidsrelatert. 528 ansatte ble registrert med sykemelding utover 16 dager, hvorav 259 (49,1 %) var graderte. Målet er at 50 % av sykemeldingene skal være gradert.

**Kommunikasjon**

UNN fikk hovedoppslaget i VG 9.3.2015, med omtale av landets fremste fagmiljø innenfor robotkirurgi. Medieoppmerksomheten for øvrig var rettet mot UNN-direktørens beslutning om at det ikke blir umiddelbare endringer i bilambulansetjenesten, men at det i stedet skal utarbeides en plan for gradvis endring av ambulansetjenesten over en femårsperiode. Beslutningen om å stenge fødeavdelingen i Narvik i seks uker sommeren 2015 ga negative oppslag både i Narvik og Harstad. Denne måneden var mediebildet også preget av personlige historier om pasienter som ikke er helt fornøyd med ventetiden for operasjoner.

**Økonomi**

*Driftsresultat*

UNN har for 2015 et overskuddskrav på 40 mill kr. Regnskapet for mars viser et avvik på -0,4 mill kr, som gir et budsjettavvik på -2,9 mill kr. Akkumulert per mars er det et budsjettavvik på -9,6 mill kr. Driftsinntektene for mars viser et avvik på +14 mill kr hvorav ISF-inntektene utgjør +9,9 mill kr. Driftskostnadene har et avvik på -17,9 mill kr hvorav aktivitetsdrevne varekostnader utgjør -9,1 mill kr og lønnskostnader -4,6 mill kr. Finanspostene har et avvik på +0,9 mill kr.

*Gjennomføring av planlagte tiltak og særskilt oppfølging*

I mars er det realisert en økonomisk effekt av tiltak på 13,6 mill kr. Akkumulert hittil i år er det beregnet en økonomisk effekt på 32,5 mill kr, som utgjør en gjennomføringsgrad på 57 %, hvilket er noe bedre enn tidligere i år.

Vedlegg 2 redegjør nærmere for arbeidet i direktørens ledergruppe med en særskilt oppfølging av tiltaksgjennomføringen samt planlegging av budsjettreguleringer. Sistnevnte vil bli konkludert i ei ledergruppesamling 27. og 28. april, og det vil bli orientert muntlig om resultatet i styremøtet 29. april.

*Investeringer*

Det ble investert for 32,5 mill kr i mars. Hittil i år er det investert for 106,6 mill kr av en samlet investeringsramme på 800 mill kr. For utstyr med mer er det per mars investert for 15,7 mill kr og utestående forpliktelser beløper seg til 62 mill kr. Direktøren har godkjent en mindre investering på 0,37 mill kr til erstatning av kasserte endoskop fordi dette ble vurdert som kritisk for å videreføre normal drift. Til sammen foreligger det et overforbruk på 9,8 mill kr hvilket betyr at det ikke er tilgjengelige rammer for nye investeringer.

## Sak 32/2015

Rapporten viser at det nå foreligger behov for investeringer på til sammen 12,7 mill kr, til erstatning av utstyr som har eller er i ferd med å bryte sammen. Nye behov av samme type må påregnes å oppstå i løpet av året. Vedlegg 3 redegjør nærmere for denne utfordringen og prognostiserer et uløst investeringsbehov på 58,6 mill kr for 2015.

Likviditeten per mars er 219 mill kr. Helse Nord RHF har i løpet av mars utbetalt 130 mill kr i lån knyttet til A-fløya. Det forventes at likviditeten vil øke ytterligere i april som følge av at Helse Nord RHF har valgt å styrke egenkapitalen i helseforetakene.

## Medvirkning

Det er orientert muntlig om denne saken i egne møter med brukerutvalgets arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalget samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten henholdsvis 13. og 15.3.2015. Utvalgene fikk svart ut spørsmålene til orienteringene, med mulighet til å be om eget møte når saken ble ferdigstilt.

## Vurdering

### *Hovedindikatorer*

Direktøren foreslår i denne rapporten fem hovedindikatorer som det er vurdert som spesielt viktig å følge for å redusere risikoen for manglende måloppnåelse innværende år. Reduksjon av antall langtidsventende og fristbrudd samt god måloppnåelse i innføringen av kreftpakkeforløpene vurderes å være de aller viktigste målene i pasientbehandlingen. Økt gjennomføringsgrad for ABP kombinert med rask økning i bruken av pasienthotellet etter sommerferien, vurderes å være viktigst for måloppnåelse innen driftsøkonomien. ISF-inntekter kunne også vært en hovedindikator, men det er direktørens vurdering at denne indikatoren er lett å følge og at den får tilstrekkelig oppmerksomhet gjennom den nye budsjetteringen og regnskapsføringen av inntektene på klinikknivå.

### *Pasientbehandling*

Direktøren er fornøyd med at UNN i stor grad overholder anbefalte forløpstider for de nye kreftpakkeforløpene, men understreker at kodekvaliteten må forbedres også på dette området for å sikre at alle forløp som skal inngå faktisk blir en del av beregningsgrunnlaget for pakkeforløp. Rapporten viser samtidig at det ikke er god nok måloppnåelse for andre strukturerte pasientforløp. Dette vurderes å skyldes at annet pasientforløpsarbeid har vært noe nedprioritert til fordel for arbeidet med å implementere kreftpakkeforløpene. Det vil til høsten bli lagt frem en egen styresak om videre strategi for det generelle pasientforløpsarbeidet.

Direktøren er fornøyd med at aktiviteten i somatikken har tatt seg opp etter at den var noe lavere enn planlagt i årets to første måneder. Det gir grunn til bekymring at aktiviteten innen psykisk helsevern er lavere enn planlagt. Dette kan medføre utfordringer med å nå målet om størst vekst på disse virksomhetsområdene, og direktøren har derfor bedt om en nærmere analyse av aktivitetsmønsteret til neste rapportering.

Rapporten viser at ventetidene i hovedsak er stabile og at økningen i langtidsventende i Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken har flatet ut. Det er nå et prioritert mål å redusere antall langtidsventende, og det vises i denne sammenhengen til at det foreligger en egen skriftlig orienteringssak til dette møtet.



## Sak 32/2015

Det gir grunn til bekymring at antall utskrivingsklare fortsetter å øke. Dette vurderes å være hovedårsaken til at vi ikke lykkes med å redusere antall korridorpatienter. I OSO-møtet 16. april ble det orientert om at Tromsø kommunes anbud på kjøp av langtidsplasser har vært mislykket slik at kommunen nå står uten tilbydere. Kommunen arbeider nå med å etablere et alternativt tilbud i egen regi, men det er uklart når det vil kunne være på plass, og hvor stor kapasiteten kan bli. Direktøren mener at UNN nå må vurdere om vi kan være i stand til å tilby kommunen lokaler til drift av sykehjem, og vil iverksette en ny gjennomgang av dette.

### *Driftsøkonomi*

Det er positivt at regnskapsresultatet for mars er nær balanse. Gjennomføringsgraden for planlagte tiltak har økt og ligger nå på 57 %. Det er også positivt at veksten i antall månedsverk synes å ha flatet ut. Det har samtidig funnet sted en betydelig reduksjon i bruken av innleie. Det vurderes nå å foreligge en trend der den samlede personalbruken går ned. Det er redegjort nærmere for arbeidet med å implementere ABP i en egen sak.

Direktøren er fornøyd med at ISF-inntektene øker. Dette vurderes å være et resultat av både økt aktivitet og bedre koding. Det er et betydelig merforbruk på varekostnader, og medikamenter utgjør den største komponenten, til tross for at budsjettet er styrket betydelig. Økende legemiddelkostnader vurderes å være en vedvarende utfordring som det sannsynligvis må skapes mer rom for i fremtidige budsjetter.

Direktøren vurderer det som sannsynlig at utviklingen i mars er uttrykk for en positiv trend. Det vurderes samtidig å foreligge muligheter for ytterligere forbedring, og slik at det fortsatt burde være mulig å nå årets budsjettmål. Direktøren vil i denne sammenhengen redegjøre muntlig i styremøtet om endelig uløst omstillingsutfordring i klinikkene, og om hvordan dette planlegges håndtert med budsjettreguleringer.

### *Investeringer*

Det foreligger nå god oversikt over investeringene og gjennomarbeide prognoser som viser at investeringsrammen for utstyr med mer for 2015 i sin helhet er disponert. Dette er forventet og i tråd med tilbakemeldinger som UNN konsistent har gitt Helse Nord RHF i budsjettarbeidet de to siste årene. Direktøren kan dermed ikke foreslå at utstyrssøknadene til dette møtet godkjennes selv om utsettelse av innkjøpene kommer til å medføre forstyrrelser i driften. Direktøren vurderer dette som en uholdbar situasjon og foreslår at styret ber Helse Nord RHF om økte investeringsrammer for 2015 for å ivareta det mest kritiske behovet for reanskaffelser inneværende år.

Tromsø, 17.4.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

### Vedlegg

1. Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mars 2015
2. Oppfølging budsjett og tiltak 2015
3. Investeringer, utstyr, med mer



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

# Kvalitets- og virksomhetsrapport

Mars 2015



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

## **Innholdsfortegnelse**

<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>1</b>
<b>Kvalitet .....</b>	<b>3</b>
<b>Pasientforløp.....</b>	<b>4</b>
<b>Pakkeforløp- kreftbehandling .....</b>	<b>5</b>
<b>Ventelister .....</b>	<b>6</b>
<b>Ventetid .....</b>	<b>6</b>
<b>Fristbrudd.....</b>	<b>8</b>
<b>Korridorpasienter .....</b>	<b>11</b>
<b>Strykninger .....</b>	<b>11</b>
<b>Epikrisetid .....</b>	<b>11</b>
<b>Aktivitet.....</b>	<b>12</b>
<b>Somatisk virksomhet .....</b>	<b>12</b>
<b>Psykisk helsevern voksne .....</b>	<b>15</b>
<b>Psykisk helsevern barn og unge.....</b>	<b>16</b>
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....</b>	<b>16</b>
<b>Samhandling .....</b>	<b>17</b>
<b>Utskrivningsklare pasienter .....</b>	<b>17</b>
<b>Forbruksrater.....</b>	<b>18</b>
<b>Personal .....</b>	<b>19</b>
<b>Bemanning .....</b>	<b>19</b>
<b>Sykefravær.....</b>	<b>20</b>
<b>Kommunikasjon .....</b>	<b>22</b>
<b>Sykehuset i media.....</b>	<b>22</b>
<b>Resultat .....</b>	<b>23</b>
<b>Prognose.....</b>	<b>26</b>
<b>Gjennomføring av tiltak .....</b>	<b>26</b>
<b>Likviditet.....</b>	<b>27</b>
<b>Byggeprosjekter .....</b>	<b>29</b>

Hovedindikatorer UNN HF:

<p><b>Antall langtidsventende per mars (ventet mer enn 12 måneder)</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;"><b>1 174</b></p>																																													
<p><b>Antall fristbrudd per mars</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;"><b>79</b></p>																																													
<p><b>Bruk av pasienthotell (andel av alle heldøgn - postopphold)</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;"><b>4 %</b></p>																																													
<p><b>Gjennomføringsgrad ABP</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;"><b>40 %</b></p>																																													
<p><b>Pakkeforløp – kreft (andel innenfor frist forløp fra henvisning til start behandling)</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;"><b>85 %</b></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fullførte forløp, antall</th> <th>Forløp innenfor frist, %</th> <th>Antall over frist</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"><b>BRYSTKREFT</b></td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.</td> <td>32</td> <td>81</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.</td> <td>4</td> <td>100</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>TYKK- OG ENDETARMSKREFT</b></td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.</td> <td>16</td> <td>75</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling</td> <td>9</td> <td>88</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>LUNGEKREFT</b></td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.</td> <td>3</td> <td>100</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.</td> <td>4</td> <td>100</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling</td> <td>6</td> <td>100</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Fullførte forløp, antall	Forløp innenfor frist, %	Antall over frist	<b>BRYSTKREFT</b>				Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	32	81	6	Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	4	100	0	<b>TYKK- OG ENDETARMSKREFT</b>				Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	16	75	4	Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	9	88	1	<b>LUNGEKREFT</b>				Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	3	100	0	Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	4	100	0	Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	6	100	0
	Fullførte forløp, antall	Forløp innenfor frist, %	Antall over frist																																										
<b>BRYSTKREFT</b>																																													
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	32	81	6																																										
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	4	100	0																																										
<b>TYKK- OG ENDETARMSKREFT</b>																																													
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	16	75	4																																										
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	9	88	1																																										
<b>LUNGEKREFT</b>																																													
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	3	100	0																																										
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	4	100	0																																										
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	6	100	0																																										

## Kvalitet

### Pasientforløp

Tabell 1 Status i utvalgte pasientforløp

Forløp	Klinikk	Mål	Før	2013	2014	Pr dags dato/siste måling	Status	Revidert mål
Akutt slag	NOR	Trombolyse-andel >20 %	2,3 %	17	17,4	17,4	Jobber med å redusere tiden fra «door to needle»	Nei
Hastegrad	AKUTT	100 % av pasientene skal hastegrad-vurderes	Ikke systematisk vurdering og sortering.	91,1 %	72,1 %	69,5 %	Andelen hastegrad-vurderte pasienter følges og evalueres kontinuerlig. RETTS-håndboken revideres i 2015.	Nei
Histo-patologi	DK	Prøvesvar biopsi <12 dager	16 – 30 dager	8,06	11,36	10,74	Nytt mål om å komme ned på 7 dagers svartid.	Ja
Hofte- og kne-protoser	NOR	4 dager liggetid ved hofteprotese (median)	6,9 dager	4,1	7	7	Liggetiden har gått tilbake til slik det var før. Resultatet må følges opp.	Nei
		5 dager liggetid ved kneprotese (median)	6,5 dager	3,3	6	6		Nei
Koronar angiografi	HLA	50 % av pasientene skal gjennom enkelt forløp på en dag	0 %	50 %	60 %	70 %	Legger om driften til mer polikliniske koronarutredninger med CT angio. Andelen pasienter med enkle forløp forventes redusert som følge av omleggingen.	Ja
Lunge-emboli	MED	Reduksjon av CT thoraks ved mistanke om lungeemboli ved å innføre standard skåringssystem (Geneva skår)	496	432	569	142	Fortsetter trenden i 2015 vil det rekvireres ca. 70-80 færre CT'er med tanke på lungeemboli i forhold til 2014. Man er ikke i mål med bruk av Geneva skår som ledd i å redusere bruk av CT thoraks ved mistanke om lungeemboli. Følges opp av MED og DK.	Nei
Prøve-takings-enheten	DK	Ventetid < 10 min	30 min	Ikke reg.	10	8	Stabile resultater over tid.	Nei
Sepsis 1 og 2	MED, AKUTT	Antibiotika < 60 min (median)	103 min	80 ÷	÷	÷	Det gjøres ikke systematiske målinger av tid til antibiotika i Akuttmottak-Tromsø.	Nei
		Legetilsyn innen 30 min	29 min	7 ÷	÷	÷	Tid til lege differensieres etter hastegrad ihht RETTS	Ja

**Pakkeforløp- kreftbehandling****Tabell 2 Nye kreftpasienter i UNN 2015 (per mars)**

Pakkeforløp	Nye kreftpas i UNN, antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp, %
Brystkreft	43	36	83
Tykk og endetarmskreft	38	17	44
Prostatakreft	33	1	3
Lungekreft	22	10	45

**Tabell 3 Tilbakemelding fra NPR på forløpssidene for pakkeforløp UNN 2015 (per mars)**

BRYSTKREFT	Fullførte forløp, antall	Forløp innenfor frist, %	Antall over frist	Median forløpstid	Anbefalt forløpstid
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	32	81	6	21	27
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	4	100	0	10	24
<b>TYKK- OG ENDETARMSKREFT</b>					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	16	75	4	29	35
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	9	88	1	25	39
<b>LUNGEKREFT</b>					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	3	100	0	24	42
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	4	100	0	17	35
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	6	100	0	8	42

Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

## Ventelister

Tabell 4 Venteliste

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
<b>Pasienter på venteliste</b>	15 835	16 112	15 417	-695	-4
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 892	4 452	4 346	-106	-2
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp	10 943	11 660	11 071	-589	-5
...herav med fristbrudd	122	81	79	-2	-2
...herav med ventetid over 365 dager	740	954	1 174	220	23
Gjennomsnittlig ventetid dager	108	110	117	7	6
<b>Ikke møtt til planlagt avtale</b>	1 108	1 471	1 394	-77	-5

Tabell 5 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

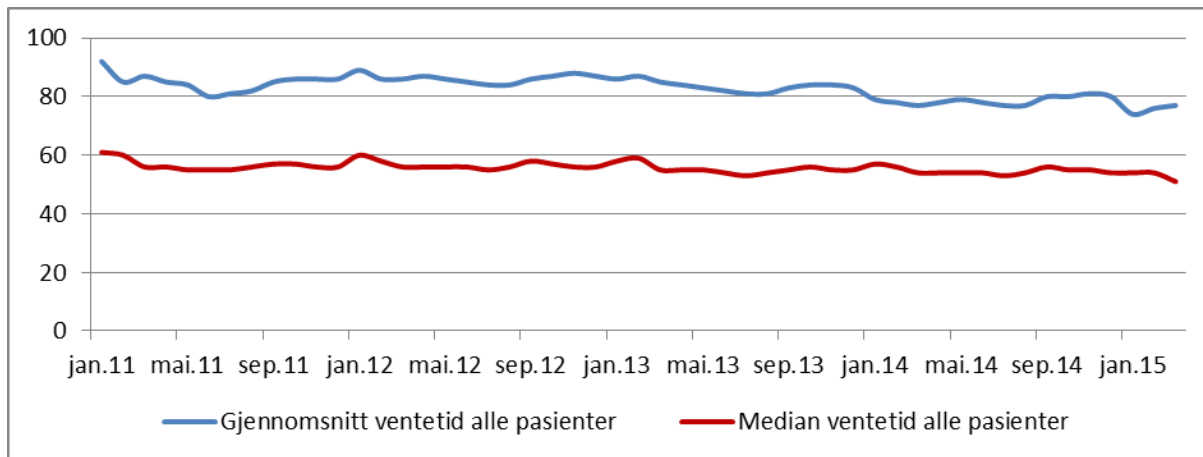
	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
<b>Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år</b>	14 055	14 418	14 350	-68	0
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	6 182	6 447	6 770	323	5
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	7 873	7 971	7 580	-391	-5
...herav med fristbrudd	336	518	357	-161	-31
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	44	45	47	2	6

## Ventetid

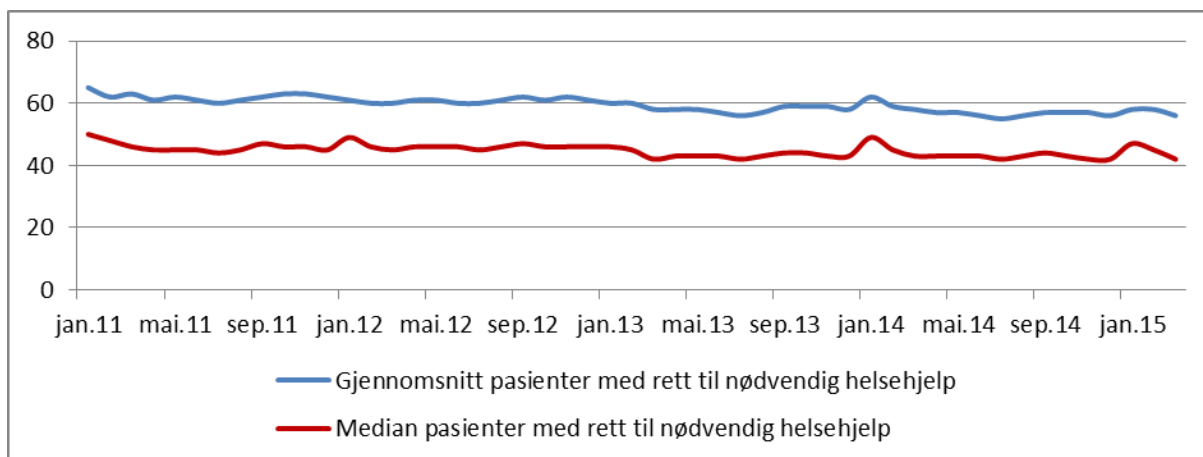
Tabell 6 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
<b>Gjennomsnittlig ventetid i dager</b>	85	77	77	0	0
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	58	58	56	-2	-3
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	105	92	95	3	3
<b>Median ventetid i dager</b>	55	54	51	-3	-6
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	42	43	42	-1	-2
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	68	66	62	-4	-6

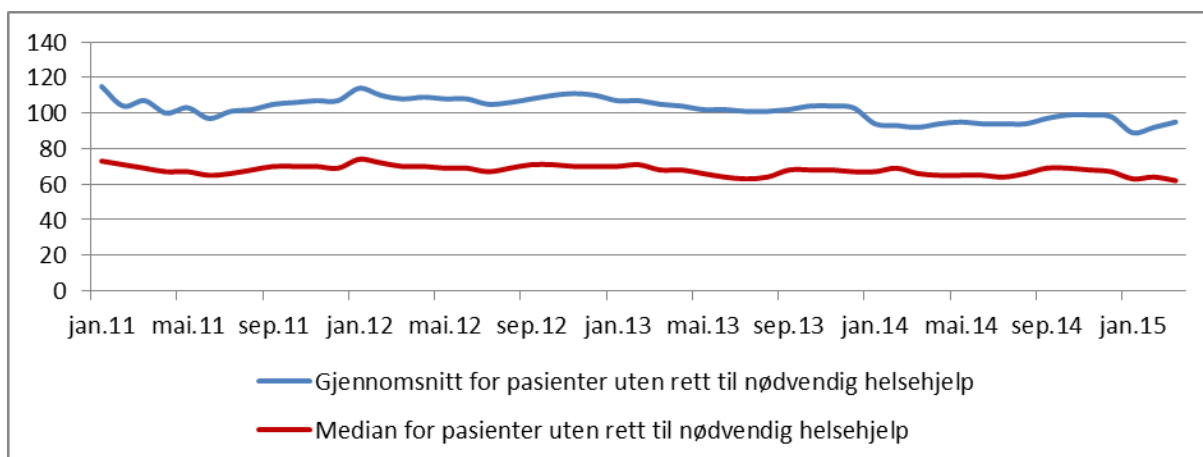
**Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter**



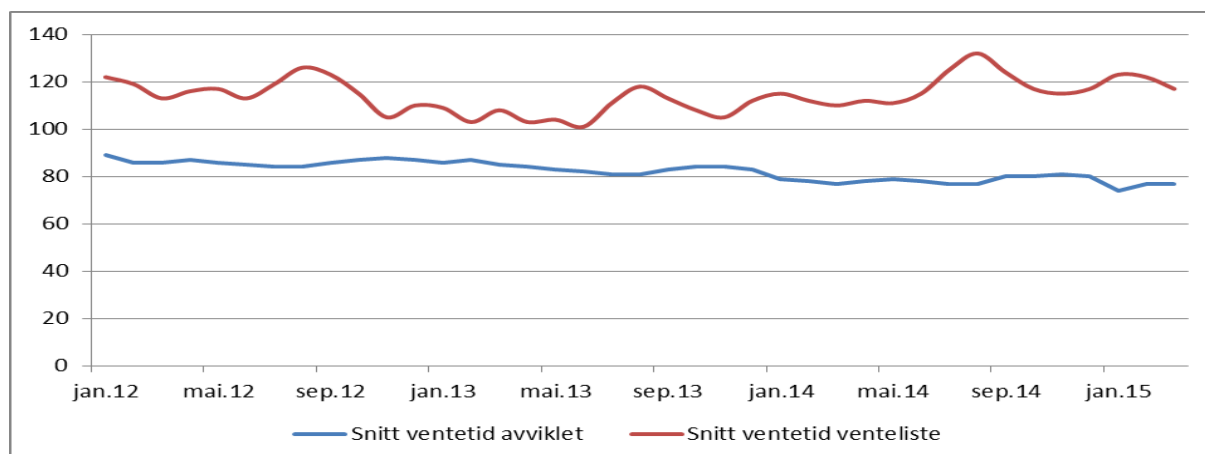
**Figur 2 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter med rett til nødvendig helsehjelp**



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

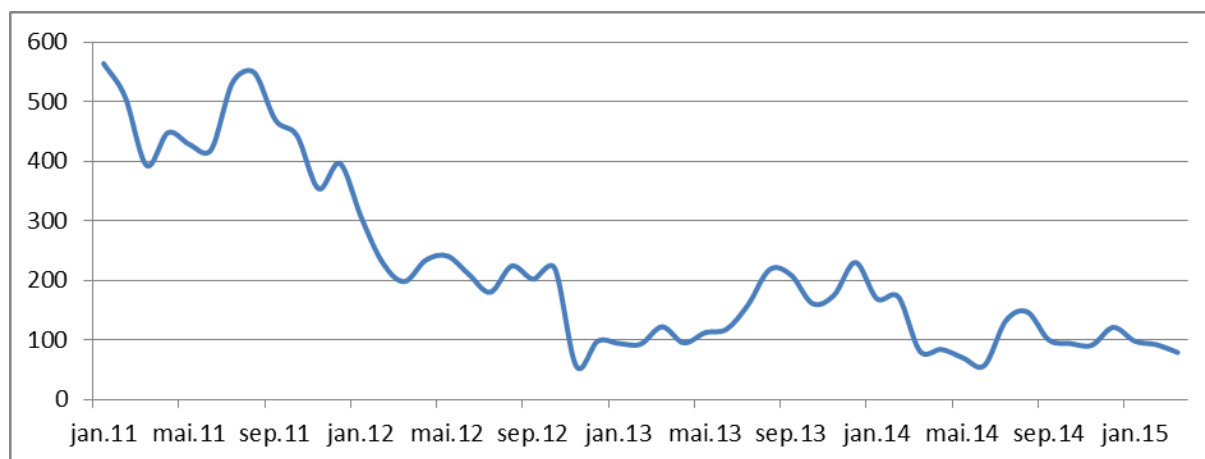


**Figur 4 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste**



## Fristbrudd

**Figur 5 Utvikling fristbrudd**



**Tabell 7 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av mars 2015**

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	10	250	4
Barne- og ungdomsklinikken	16	296	5
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18	591	3
Medisinsk klinikk	4	467	1
Hjerte- og lungeklinikken	5	359	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	26	2 383	1
<b>UNN</b>	<b>79</b>	<b>4 346</b>	<b>2</b>

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.



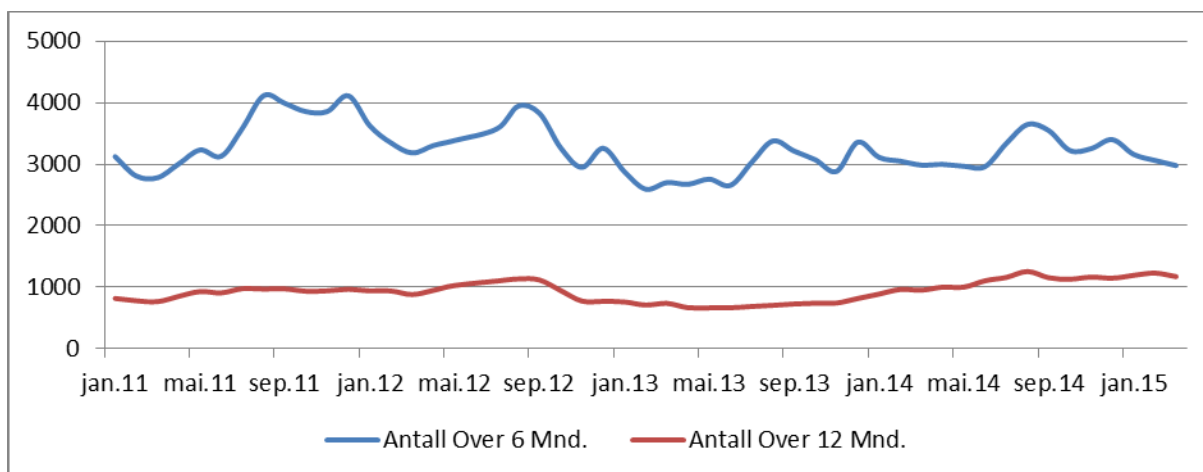
**Figur 6 Prosent avviklet fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå**



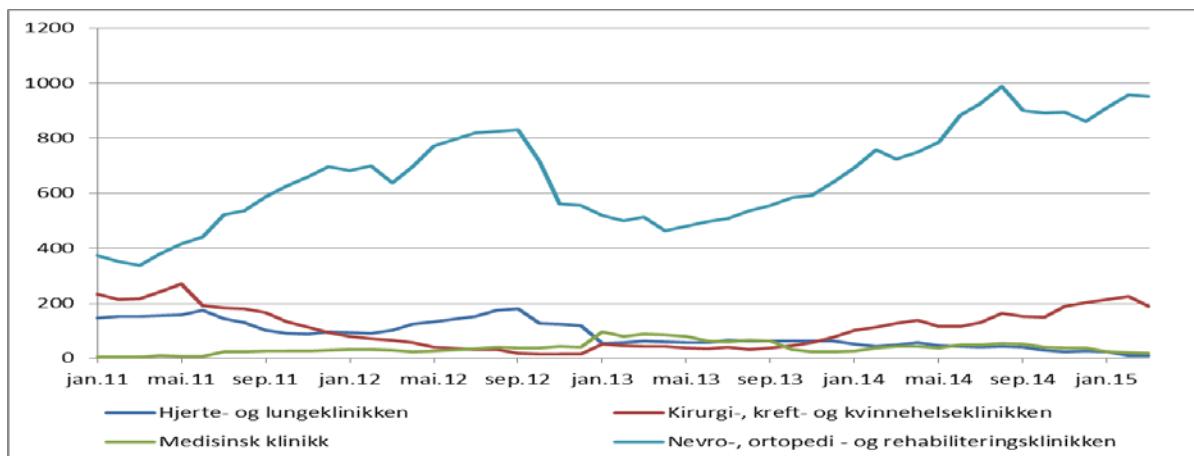
**Tabell 8 Antall avviklede fristbrudd per klinikk**

Klinikk	feb.15	mar.15	Endring
Barne- og ungdomsklinikken	4	6	2
Hjerte- og lungeklinikken	8	4	-4
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	45	40	-5
Medisinsk klinikk	3	5	2
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	36	46	10
Psykisk helse- og rusklinikken	12	24	12
<b>UNN</b>	<b>108</b>	<b>125</b>	<b>17</b>

**Figur 7 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder**



Figur 8 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



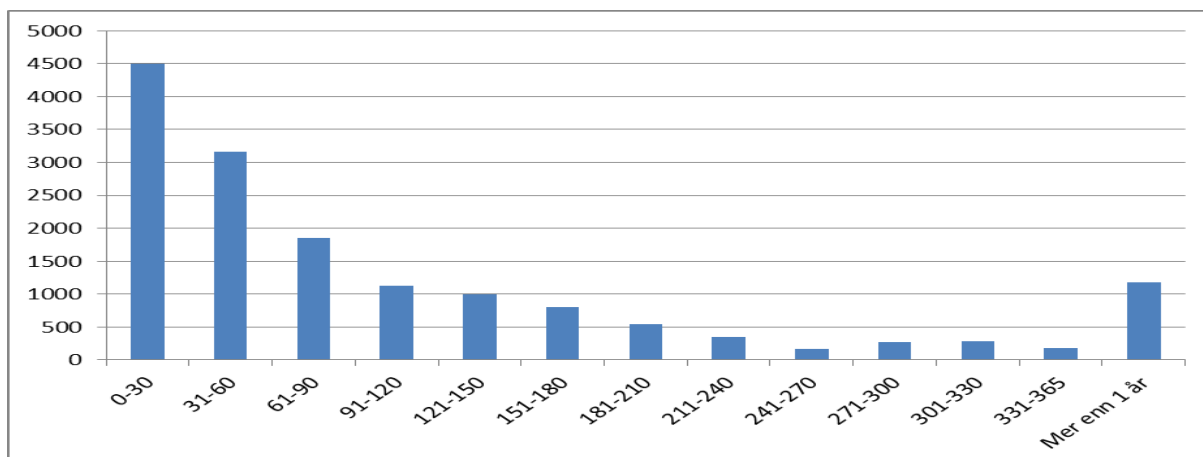
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

Tabell 9 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av mars 2015

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	5	1
Barne- og ungdomsklinikken	3	1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	189	6
Medisinsk klinikk	17	1
Hjerter- og lungeklinikken	10	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	950	11
<b>UNN</b>	<b>1174</b>	<b>8</b>

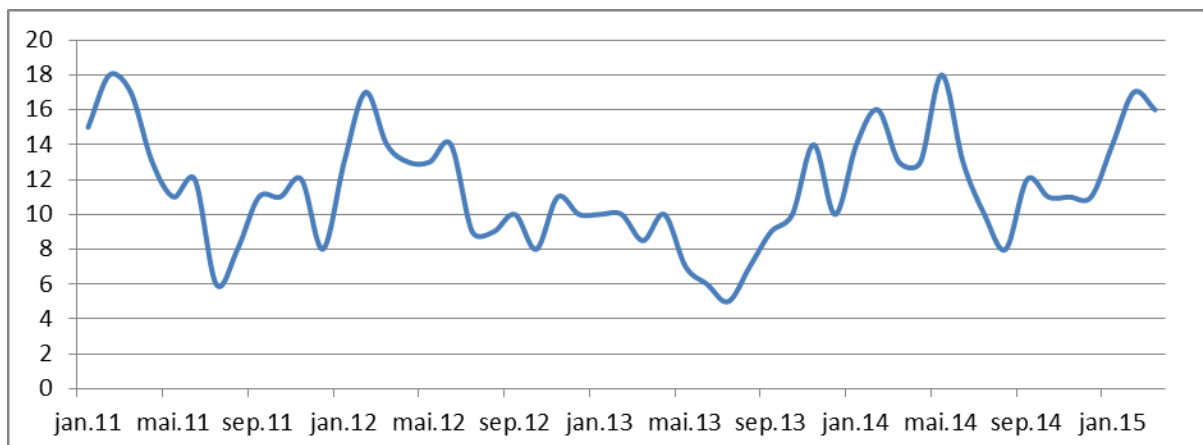
Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

Figur 9 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



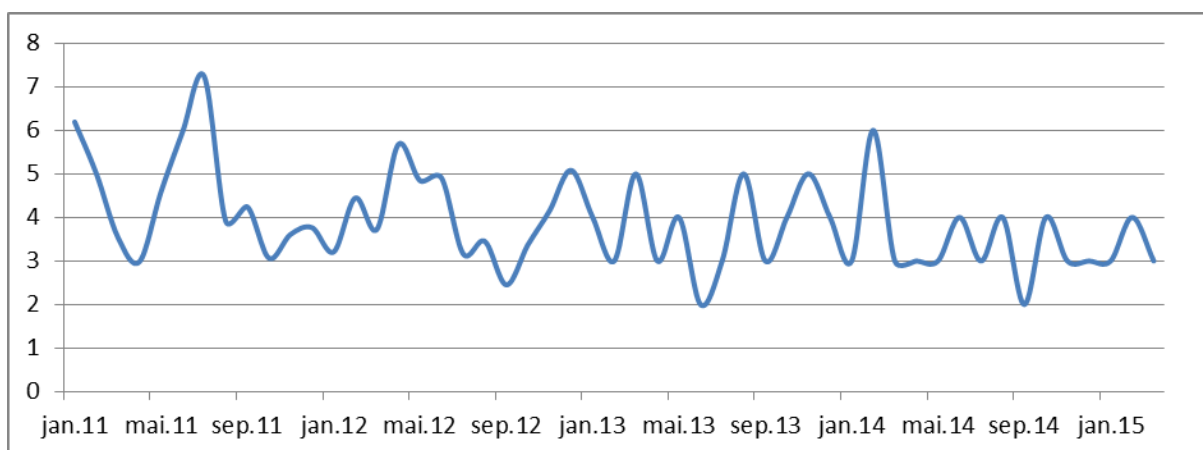
## Korridorpasienter

Figur 10 Korridorpasienter- somatikk (gjennomsnitt per måned)



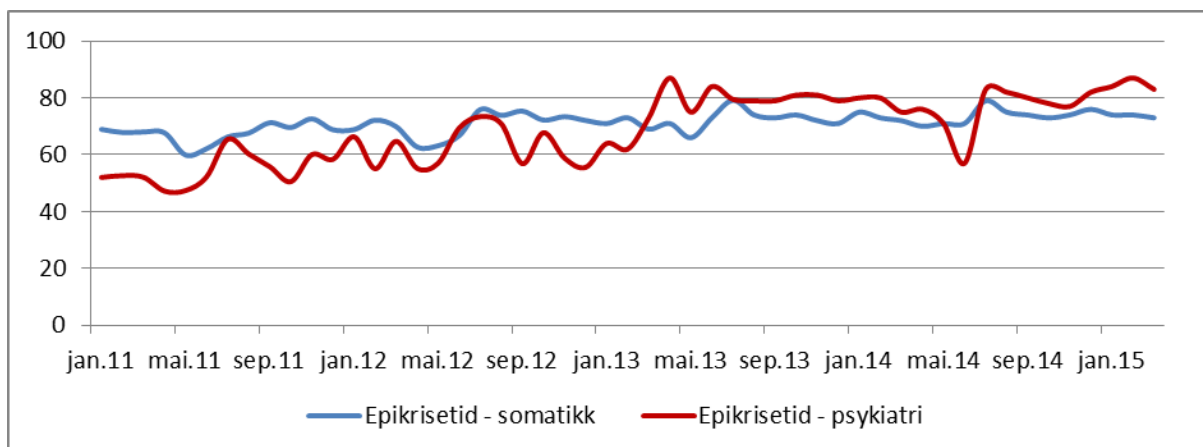
## Strykninger

Figur 11 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



## Epikrisetid

Figur 12 Epikriser - andel sendt innen syv dager



## Aktivitet

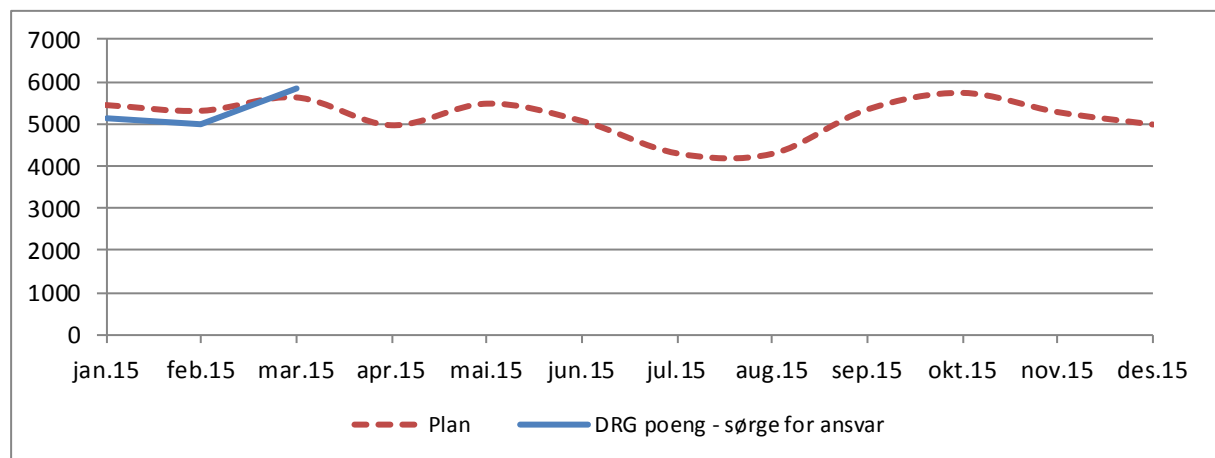
Tabell 10 Aktivitet UNN (per mars)

Aktivitet UNN HF	2013	2014	2015	Plantall 2015	Avvik fra plan 2015	
					Antall	%
<b>Somatikk</b>						
Utskrivelser heldøgn	10 198	10 387	10 374	10 203	171	2
Innlagte dagopphold	1 654	1 466	1 488	1 450	38	3
Polikliniske dagbehandlinger	6 932	7 455	6 976	7 602	-626	-8
DRG poeng (2015 logikk)	15 482	16 186	15 936	16 404	-468	-3
Liggedager i perioden	43 174	43 001	43 172	43 012	160	0
Polikliniske konsultasjoner	64 514	68 875	66 612	65 687	925	1
Herav ISF	53 071	57 433	55 060	57 059	-1 999	-4
Kontrollandel poliklinikk			31 %	32 %	-1 %	-3
Laboratorieanalyser	1 201 595	1 319 414	1 346 698	1 236 339	110 359	9
Røntgenundersøkelser	47 545	51 110	48 513	47 090	1 423	3
Fremmøte stråleterapi	4 360	3 500	3 402	3 506	-104	-3
Pasientkontakter	76 366	80 728	78 474	77 340	1 134	1
<b>VOP</b>						
Utskrivelser heldøgn	916	862	851	868	-17	-2
Liggedager i perioden	13 270	13 323	12 487	12 316	171	1
Polikliniske konsultasjoner	14 705	15 924	16 206	16 846	-640	-4
Pasientkontakter	15 621	16 786	17 057	17 715	-658	-4
<b>BUP</b>						
Utskrivelser heldøgn	44	54	56	62	-6	-9
Liggedager i perioden	577	747	983	700	283	40
Polikliniske konsultasjoner	6 561	7 689	7 060	7 651	-591	-8
Pasientkontakter	6 605	7 743	7 116	7 713	-597	-8
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>						
Utskrivelser heldøgn	180	174	188	183	5	3
Liggedager i perioden	5 536	5 449	5 108	5 426	-318	-6
Polikliniske konsultasjoner	2 528	2 419	3 234	3 080	154	5
Pasientkontakter	2 708	2 593	3 422	3 263	159	5

DRG poeng - sørge for ansvar.

## Somatisk virksomhet

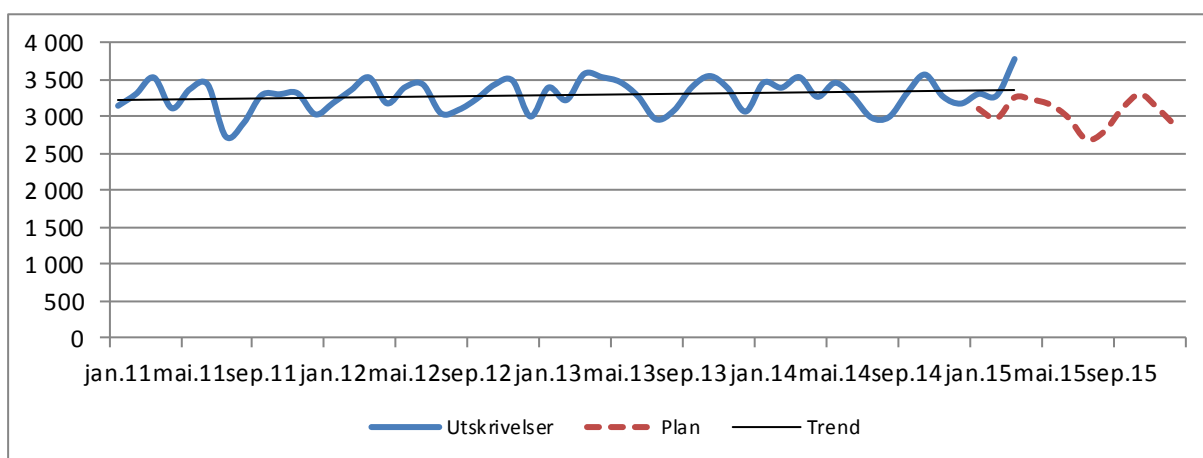
Figur 13 DRG poeng UNN 2015



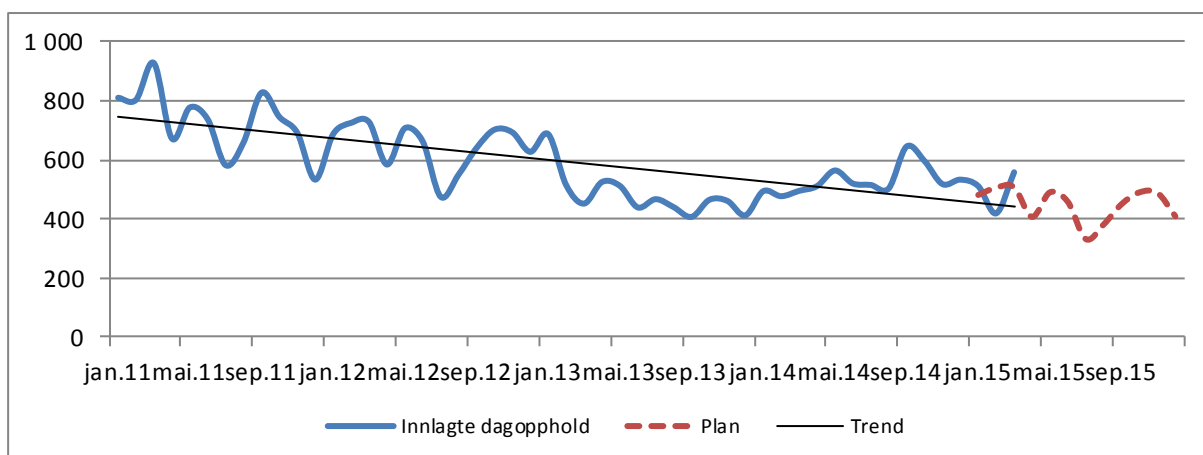
Tabell 11 DRG poeng per klinikk 2015

Klinikk	Plan	Faktisk	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	376	371	-5
Barne- og ungdomsklinikken	749	795	46
Hjerte- og lungeklinikken	2 922	2 569	-353
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4 343	4 165	-178
Medisinsk klinikk	2 950	2 999	49
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	4 713	4 728	15
Operasjons- og intensivklinikken	100	100	0
<b>Totalt</b>	<b>16 153</b>	<b>15 727</b>	<b>-426</b>

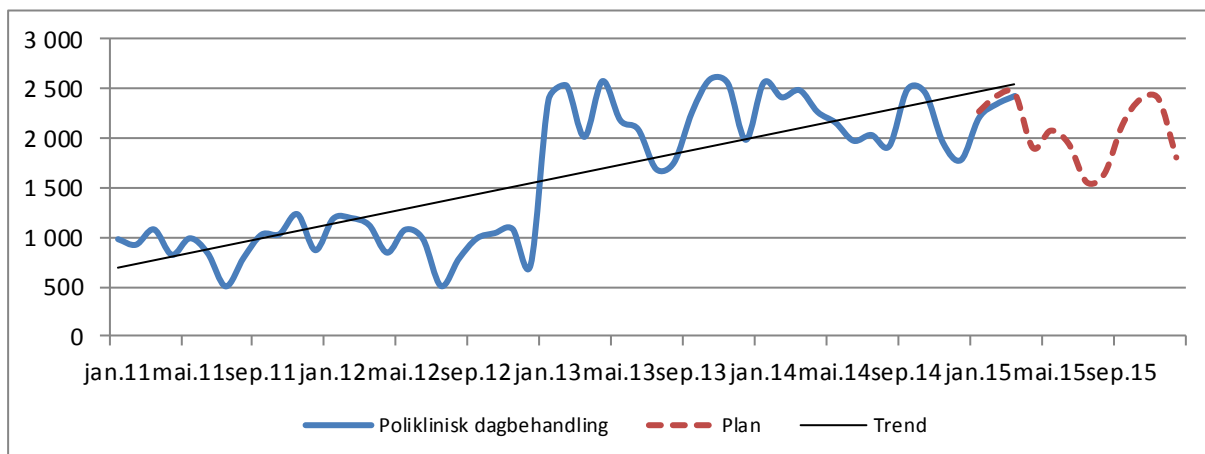
Figur 14 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



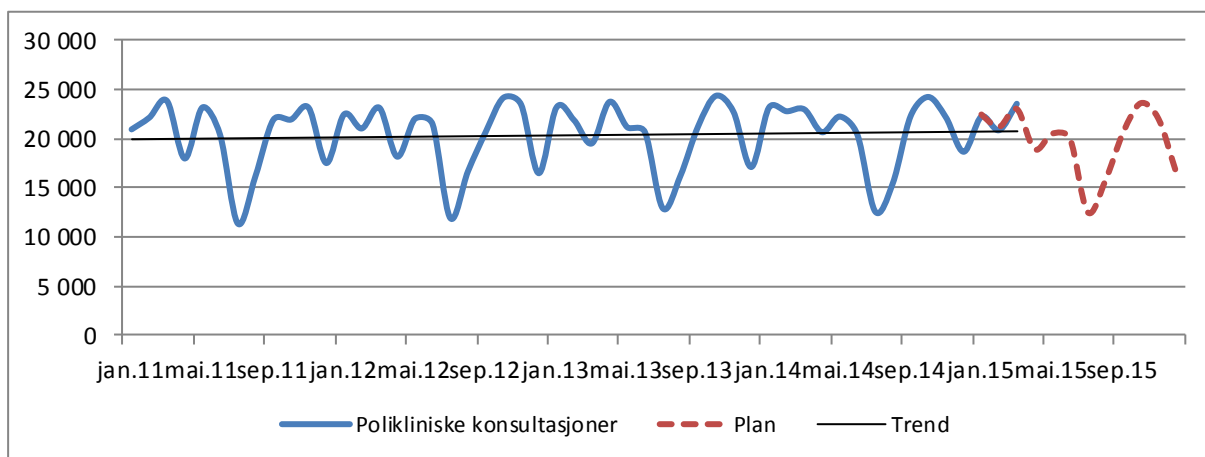
Figur 15 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



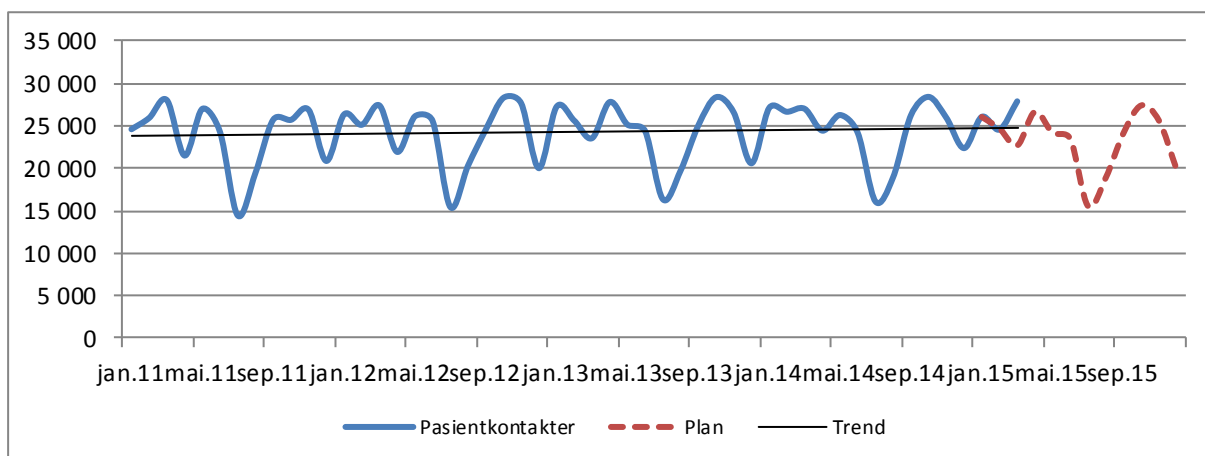
**Figur 16 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet**



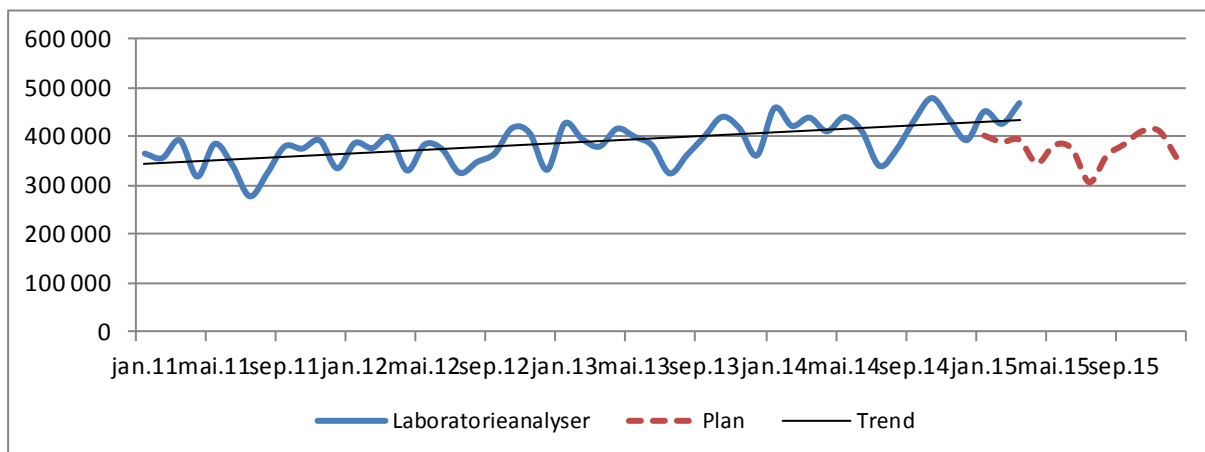
**Figur 17 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet**



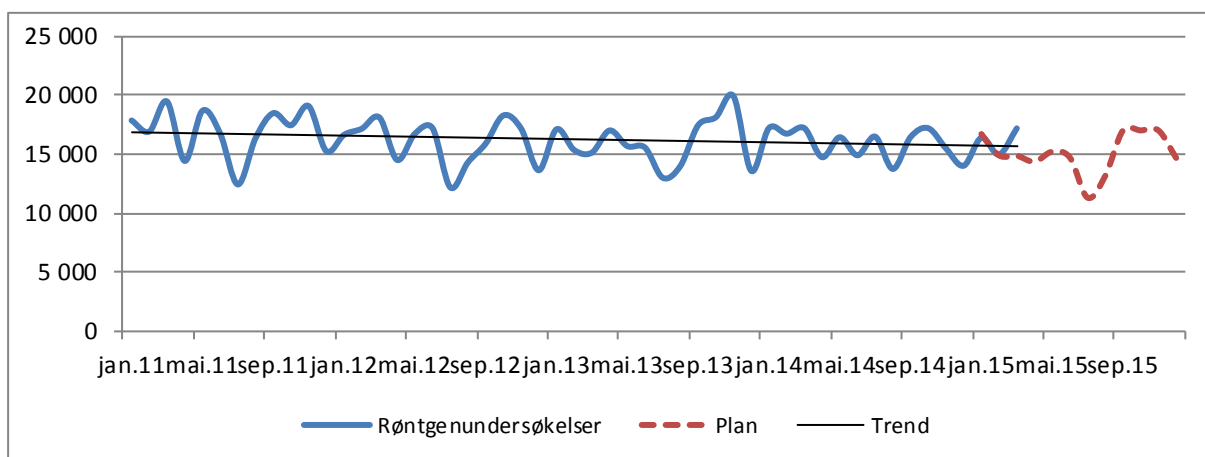
**Figur 18 Pasientkontakter - somatisk virksomhet**



**Figur 19 Laboratorieanalyser**

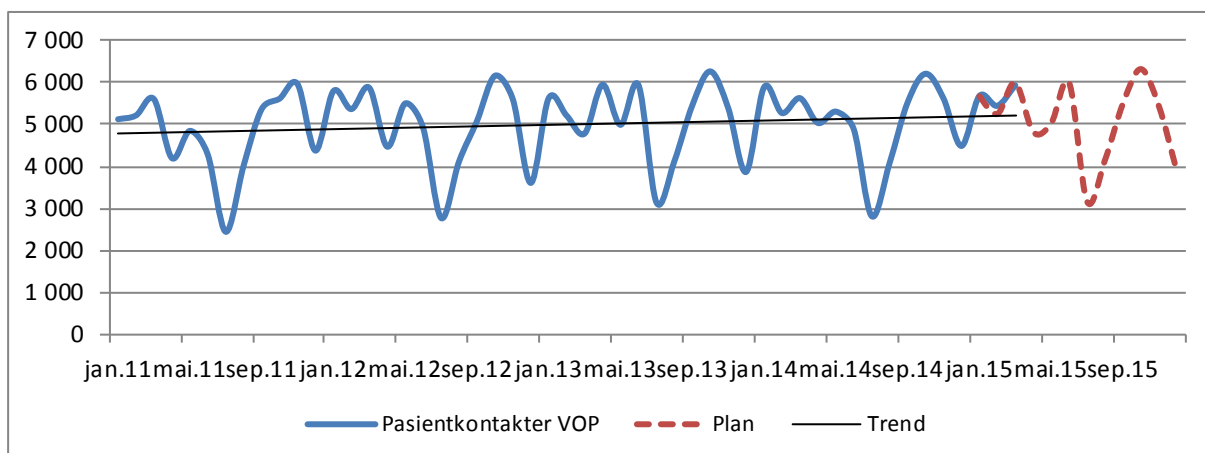


**Figur 20 Røntgenundersøkelser**



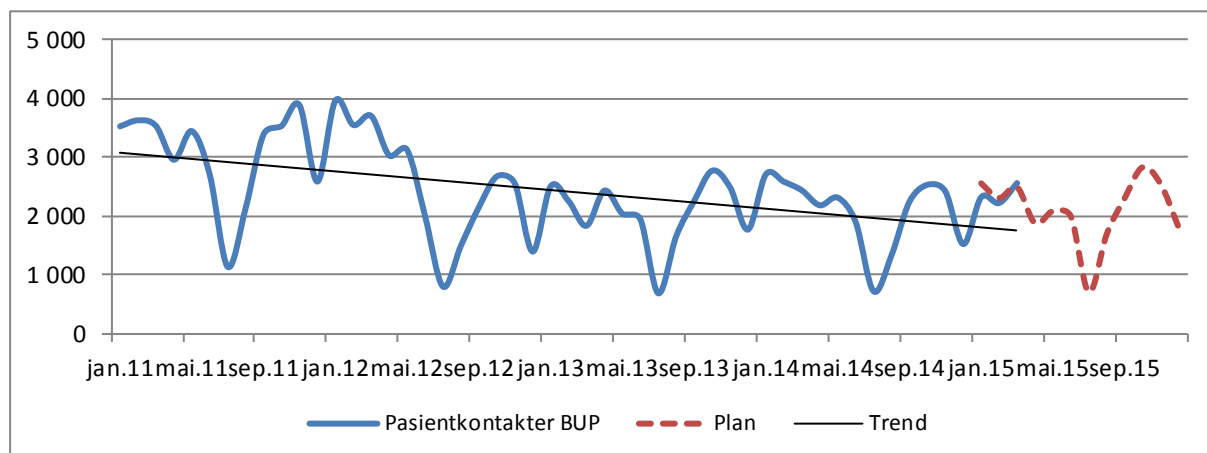
**Psykisk helsevern voksne**

**Figur 21 Pasientkontakter – VOP**



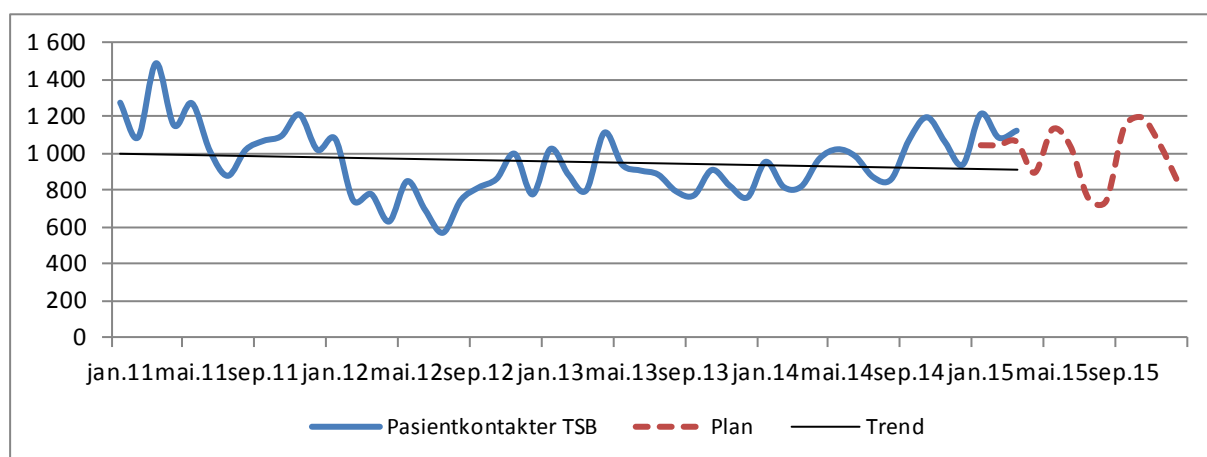
## Psykisk helsevern barn og unge

Figur 22 Pasientkontakter – BUP



## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 23 Pasientkontakter- TSB



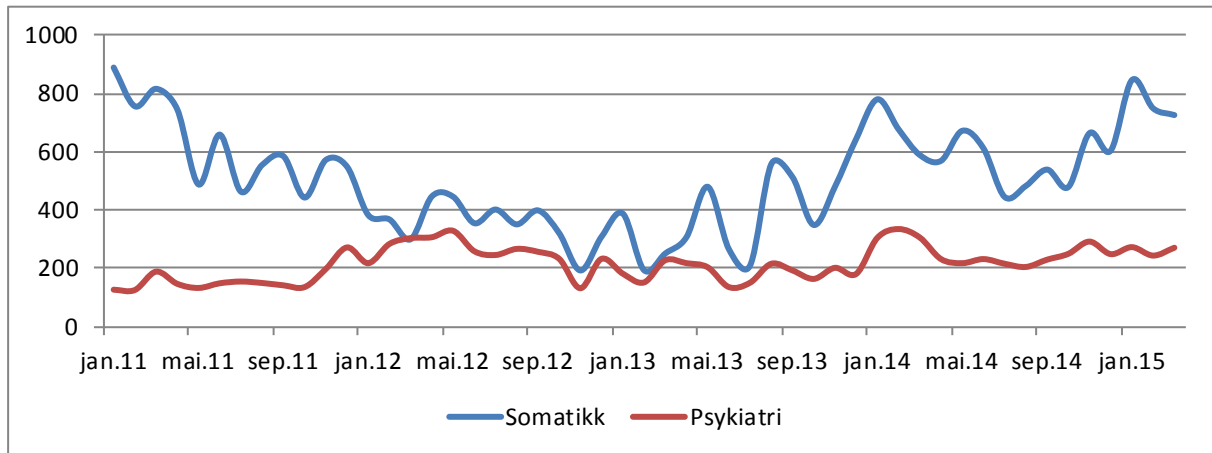


## Samhandling

### 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 24 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykiatri



Tabell 12 Utskrivningsklare pasienter per kommune – somatikk

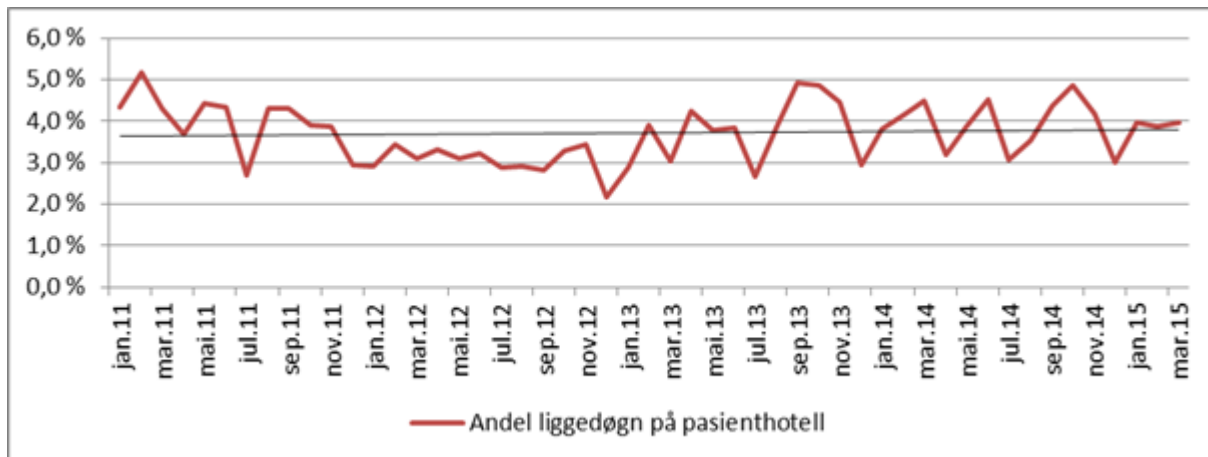
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-mar	Utskrivningsklare opphold jan-mar	Utskrivningsklare døgn jan-mar pr 1000 innbyggere
GRATANGEN	28	7	25
TROMSØ	1 260	160	17
SALANGEN	38	12	17
NARVIK	282	92	15
HARSTAD	300	178	12
BARDU	48	9	12
DYRØY	13	3	11
KARLSØY	25	6	11
NORDREISA	50	10	10
LØDINGEN	18	19	8
TJELDSUND	10	8	8
TRANØY	12	5	8
LENVIK	74	24	6
LYNGEN	18	3	6
SKÅNLAND	18	18	6
IBESTAD	8	9	6
SKJERVØY	14	6	5
BALLANGEN	11	9	4
EVENES	5	5	4
SØRREISA	12	7	3
MÅLSELV	23	11	3
BALSFJORD	19	7	3
KVÆFJORD	10	11	3
STORFJORD	6	2	3
BERG	2	1	2
TORSKEN	1	1	1
TYSFJORD	2	2	1
LAVANGEN	1	1	1
KÅFJORD	1	1	0
<b>Totalsum</b>	<b>2 309</b>	<b>627</b>	<b>12</b>

### Forbruksrater

Økonomi- og analysesenteret undersøker mulighet for tilgang til månedlige NPR-uttrekk slik at forbruksratene også kan inneholde aktiviteten gjort ved andre helseforetak (inkludert de private). Tidligere har forbruksratene kun inneholdt behandling ved UNN.

## Bruk av pasienthotell

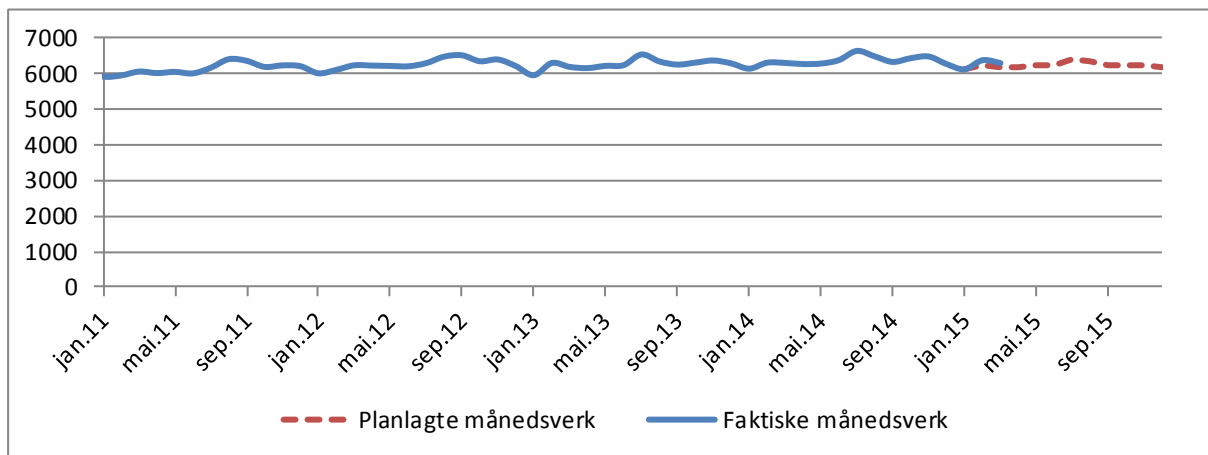
Andel liggedøgn på pasienthotell av alle heldøgn (postopphold)



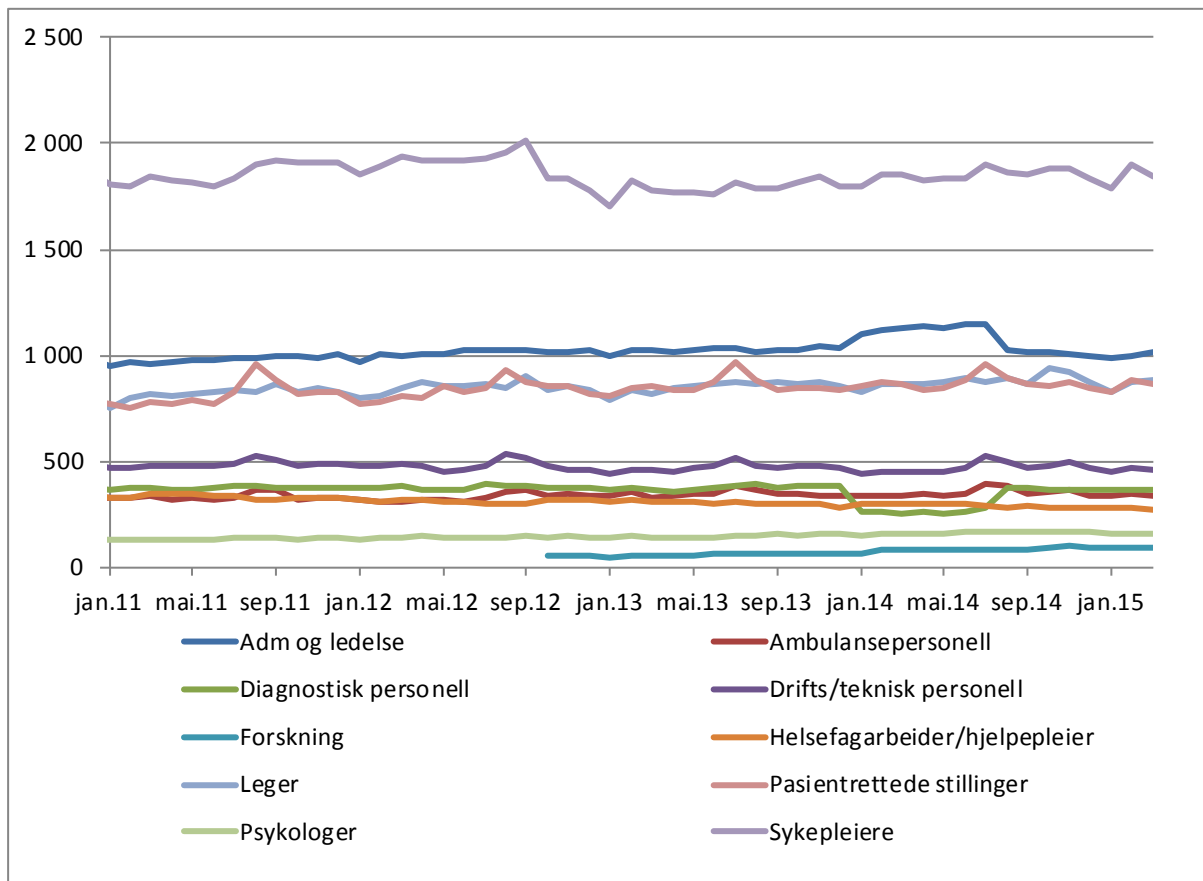
## Personal

### Bemanning

Figur 25 Brutto utbetalte månedsværk 2011-2015

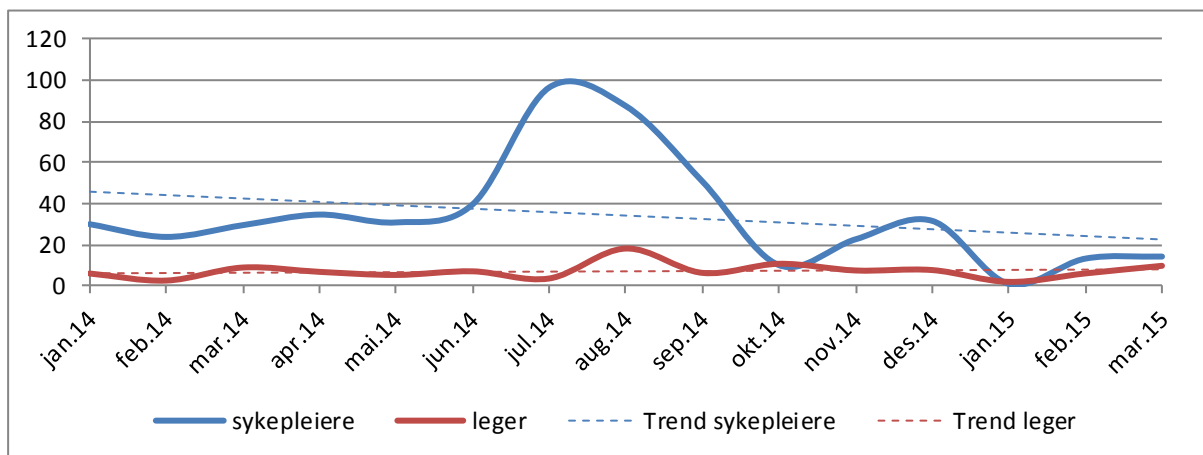


**Figur 26 Brutto utbetalte månedsværk per profesjon 2011-2015**



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

**Figur 27 Innleide månedsværk sykepleiere og leger per måned**

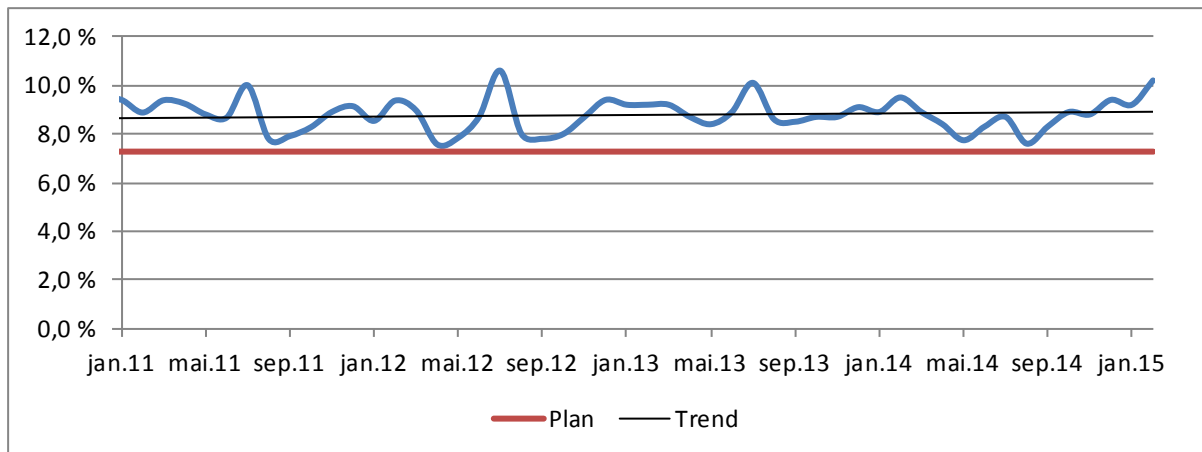


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

### Sykefravær

Det korte sykefraværet (1-16 dager) har i februar en økning på 0,6 prosentpoeng, mens det mellomlange sykefraværet (17-56 dager) har en reduksjon på 0,2 prosentpoeng. Langtidsfraværet (>56 dager) har en økning på 0,3 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i februar 398 ansatte borte fra jobb på grunn av sykdom i UNN HF.

Figur 28 Sykefravær 2010-2014



Tabell 13 Sykefravær per klinikk i februar og gjennomsnittlig sykefravær siste 12 måneder

Klinikk	Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd	Sykefravær februar 2015
Akuttmedisinsk klinikk	9,7	8,8
Longyearbyen sykehus	1,1	4,9
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,7	9,4
Hjerte og lungeklinikken	9,2	10,0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8,0	9,9
Medisinsk klinikk	8,7	10,8
Barne- og ungdomsklinikken	8,7	11,3
Operasjons- og intensivklinikken	9,0	10,5
Psykisk helse- og rusklinikken	10,3	11,8
Diagnostisk klinikk	7,7	9,3
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	9,0	10,8
Drift og eiendomsenteret	10,4	10,4
Stabssenteret	7,1	8,6
Fag- og forskningssenteret	9,0	9,1
Turnusleger, raskere tilbake	3,9	4,7
<b>Totalt</b>	<b>8,7</b>	<b>10,2</b>

### Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Dette parameteret er under utvikling.

### Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i februar 2015 vært registrert totalt 528 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 259 graderte. Det tilsvarer en andel på 49,1 % graderte sykemeldinger. Andelen er høyere enn i forrige mnd (45,2 %).

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

## Kommunikasjon

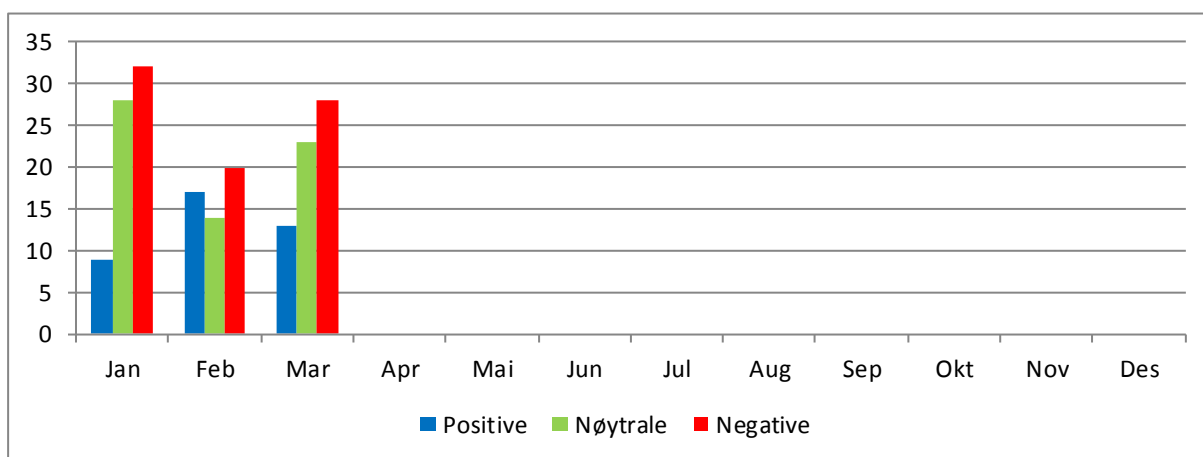
### Sykehuset i media

9. mars hadde UNN førstesiden i VG med omtale av landets fremste fagmiljø innenfor robotkirurgi.

Medieoppmerksomheten for øvrig var rettet mot UNN-direktørens beslutning om at det ikke blir umiddelbare endringer i bilambulansetjenesten, men at det i stedet skal utarbeides en plan for gradvis endring av ambulansetjenesten over en femårsperiode.

Beslutningen om å stenge fødeavdelingen i Narvik i seks uker sommeren 2015, ga negative oppslag både i Narvik og Harstad. Denne måneden var mediebildet også preget av personlige historier om pasienter som ikke er helt fornøyd med ventetiden for operasjoner.

**Figur 29 Mediestatistikk per mars 2015**

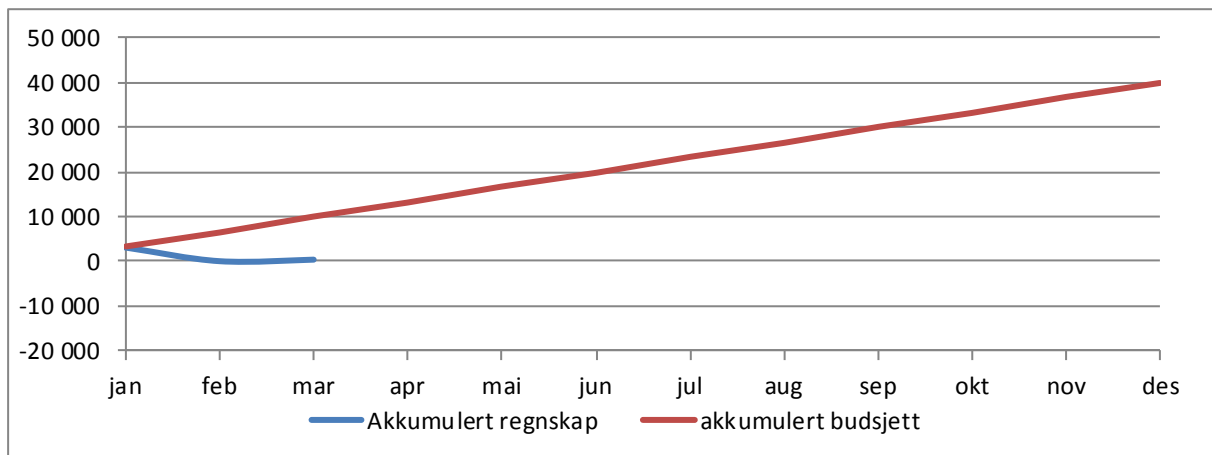


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

## Økonomi

## Resultat

Figur 30 Akkumulert regnskap og budsjett 2015



For 2015 er det et overskuddskrav på 40 mill kr. Det er budsjettert med 3,3 mill kr i overskudd per måned. For mars er det et regnskapsmessig avvik på -0,4 mill kr som gir et budsjettavvik på -2,9 mill kr. Akkumulert per mars er det et budsjettavvik på -9,6 mill kr.

Samlede inntekter viser et positivt avvik på 14 mill kr i mars, hvorav ISF utgjør 9,9 mill kr. Driftskostnadene er samlet sett 17,9 mill kr høyere enn budsjettert. Av dette utgjør aktivitetsdrevne varekostnader -9,1 mill kr og lønnskostnader -4,6 mill kr.

Finanspostene har et positivt avvik på 0,9 mill kr.

Tabell 14 Resultatregnskap mars 2015

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mars				Akkumulert per Mars				Akkumulert per Mars	
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Endring ift 2014	Endring i %
Basisramme	391,7	391,8	-0,1	0 %	1 206,8	1 207,0	-0,2	0 %	147,5	14 %
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	0 %	9,0	9,0	0,0	0 %	2,3	35 %
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	121,3	109,9	11,4	10 %	333,1	330,2	2,9	1 %	76,1	30 %
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	-58,7	-100 %
<b>Samlet ordinær ISF-inntekt</b>	<b>121,3</b>	<b>109,9</b>	<b>11,4</b>	<b>10 %</b>	<b>333,1</b>	<b>330,2</b>	<b>2,9</b>	<b>1 %</b>	<b>17,4</b>	<b>5 %</b>
ISF av legemidler utenfor sykehus	6,5	8,0	-1,5	-19 %	16,8	23,8	-7,0	-29 %	-3,1	-16 %
Gjestepasientinntekter	3,5	2,4	1,1	45 %	9,3	7,3	2,0	27 %	4,7	101 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rø)	20,2	18,0	2,2	12 %	56,4	49,8	6,6	13 %	4,9	10 %
Utskrivningsklare pasienter	2,6	1,0	1,6	160 %	6,9	3,0	3,9	131 %	1,2	21 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,0	1,3	0,7	52 %	5,6	3,5	2,1	61 %	0,4	7 %
Andre øremerkede tilskudd	18,2	23,5	-5,4	-23 %	50,0	66,8	-16,8	-25 %	-5,2	-9 %
Andre driftsinntekter	30,4	26,4	4,0	15 %	77,9	72,6	5,3	7 %	-0,5	-1 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>599,4</b>	<b>585,3</b>	<b>14,0</b>	<b>2 %</b>	<b>1 771,8</b>	<b>1 773,0</b>	<b>-1,2</b>	<b>0 %</b>	<b>169,6</b>	<b>11 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	17,1	15,2	1,9	13 %	49,1	45,4	3,7	8 %	4,6	10 %
Kjøp av private helsetjenester	2,6	5,1	-2,5	-49 %	10,6	14,3	-3,8	-26 %	0,5	5 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	66,8	57,7	9,1	16 %	190,6	175,4	15,2	9 %	8,9	5 %
Innleid arbeidskraft	3,2	2,5	0,7	29 %	5,8	6,7	-0,9	-13 %	-4,0	-41 %
Lønn til fast ansatte	296,2	304,2	-8,0	-3 %	868,2	917,5	-49,2	-5 %	63,9	8 %
Overtid og ekstrahjelp	21,1	10,4	10,7	103 %	78,8	31,2	47,6	152 %	9,5	14 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	77,3	77,2	0,1	0 %	231,9	231,8	0,1	0 %	50,6	28 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,3	-19,5	-1,8	9 %	-58,1	-58,0	-0,1	0 %	0,9	-2 %
Annen lønnskostnad	26,5	23,5	3,0	13 %	77,7	71,9	5,8	8 %	-2,6	-3 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>325,7</b>	<b>321,1</b>	<b>4,6</b>	<b>1 %</b>	<b>972,4</b>	<b>969,3</b>	<b>3,1</b>	<b>0 %</b>	<b>67,7</b>	<b>7 %</b>
Avskrivninger	21,8	21,8	0,0	0 %	65,2	65,2	0,0	0 %	3,7	6 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0 %
Andre driftskostnader	88,6	84,1	4,6	5 %	253,8	261,8	-8,1	-3 %	-5,3	-2 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>600,0</b>	<b>582,1</b>	<b>17,9</b>	<b>3 %</b>	<b>1 773,6</b>	<b>1 763,4</b>	<b>10,2</b>	<b>1 %</b>	<b>130,7</b>	<b>8,0 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-0,6</b>	<b>3,2</b>	<b>-3,8</b>	<b>-119 %</b>	<b>-1,8</b>	<b>9,6</b>	<b>-11,4</b>	<b>-118 %</b>	<b>38,9</b>	<b>96 %</b>
Finansinntekter	1,0	0,1	0,9		2,5	0,4	2,1		-1,8	42 %
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1		0,3	0,0	0,3		0,0	16 %
Finansresultat	1,0	0,1	0,9		2,2	0,4	1,8		-1,8	46 %
<b>Ordinært resultat</b>	<b>0,4</b>	<b>3,3</b>	<b>-3,0</b>	<b>-89 %</b>	<b>0,4</b>	<b>10,0</b>	<b>-9,6</b>	<b>-96 %</b>	<b>37,1</b>	<b>101 %</b>

Tabell 15 Resultatregnskap mars 2015, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mars, ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Mars, ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	391,7	391,8	-0,1	1 206,8	1 207,0	-0,2
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	9,0	9,0	0,0
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	121,3	109,9	11,4	333,1	330,2	2,9
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Samlet ordinær ISF-inntekt</b>	<b>121,3</b>	<b>109,9</b>	<b>11,4</b>	<b>333,1</b>	<b>330,2</b>	<b>2,9</b>
ISF av legemidler utenfor sykehus	6,5	8,0	-1,5	16,8	23,8	-7,0
Gjestepasientinntekter	3,5	2,4	1,1	9,3	7,3	2,0
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rø)	20,2	18,0	2,2	56,4	49,8	6,6
Utskrivningsklare pasienter	2,6	1,0	1,6	6,9	3,0	3,9
Inntekter "raskere tilbake"	2,0	1,3	0,7	5,6	3,5	2,1
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	28,9	26,4	2,5	76,4	72,6	3,9
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>579,7</b>	<b>561,8</b>	<b>17,9</b>	<b>1 720,3</b>	<b>1 706,2</b>	<b>14,1</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	17,1	15,2	1,9	49,1	45,4	3,7
Kjøp av private helsetjenester	2,5	5,1	-2,5	10,5	14,3	-3,8
Varekostnader knyttet til aktivitet	64,9	56,8	8,1	187,4	172,8	14,6
Innleid arbeidskraft	3,2	2,5	0,7	5,8	6,7	-0,9
Lønn til fast ansatte	286,8	292,1	-5,3	842,4	882,9	-40,5
Overtid og ekstrahjelp	19,0	7,7	11,3	73,0	23,4	49,5
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	75,0	74,2	0,8	225,6	223,3	2,2
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-20,6	-18,7	-2,0	-56,3	-55,6	-0,7
Annen lønnskostnad	25,2	21,9	3,3	74,2	67,3	6,9
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>313,6</b>	<b>305,4</b>	<b>8,2</b>	<b>939,1</b>	<b>924,8</b>	<b>14,2</b>
Avskrivninger	21,8	21,8	0,0	65,2	65,2	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	85,4	80,1	5,3	245,2	250,6	-5,4
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>580,3</b>	<b>558,6</b>	<b>21,7</b>	<b>1 722,1</b>	<b>1 696,5</b>	<b>25,5</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-0,6</b>	<b>3,2</b>	<b>-3,8</b>	<b>-1,8</b>	<b>9,6</b>	<b>-11,4</b>
Finansinntekter	1,0	0,1	0,9	2,5	0,4	2,1
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,3
Finansresultat	1,0	0,1	0,9	2,2	0,4	1,8
<b>Ordinært resultat</b>	<b>0,4</b>	<b>3,3</b>	<b>-3,0</b>	<b>0,4</b>	<b>10,0</b>	<b>-9,6</b>

De viktigste avvikene for mars er (ekskl. eksternfinansert virksomhet):

#### Inntekter

- +9,9 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- +2,2 mill kr polikliniske inntekter
- +1,6 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +2,5 mill kr Andre driftsinntekter

#### Driftskostnader

- -8,1 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +0,6 mill kr kjøp av helsetjenester
- -8,2 mill kr lønn (+5,3 mill kr fast lønn, -12,1 mill kr variabel lønn)
- -5,3 mill kr andre driftskostnader



De viktigste avvikene akkumulert per mars er (ekskl. eksternfinansert virksomhet):

#### Inntekter

- -4,2 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- +6,6 mill kr polikliniske inntekter
- +3,9 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +3,9 mill kr Andre driftsinntekter

#### Driftskostnader

- -14,6 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet (-5,5 mill kr TNF-hemmere)
- +0,1 mill kr kjøp av helsetjenester
- -14,2 mill kr lønn (+40,5 mill kr fast lønn, -48,6 mill kr variabel lønn)
- +5,4 mill kr andre driftskostnader

Tabell 16 Funksjonsregnskap for mars

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201503							
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år
Somatikk	346,7	328,8	938,5	1 019,1	995,7	23,4	8,6 %
Somatikk, (re-hab)	25,2	24,1	67,4	75,4	73,4	2,1	11,9 %
Lab/rtg	76,1	73,9	206,1	224,2	223,3	0,9	8,7 %
<b>Somatikk inkl lab/rtg</b>	<b>448,0</b>	<b>426,9</b>	<b>1 212,0</b>	<b>1 318,7</b>	<b>1 292,3</b>	<b>26,4</b>	<b>8,8 %</b>
VOP, sykehus og annen beh	32,5	34,7	94,9	99,7	105,3	(5,6)	5,1 %
VOP, DPS og annen beh	33,4	34,2	94,2	101,3	104,4	(3,1)	7,6 %
BUP	14,5	14,6	41,0	43,2	45,1	(1,9)	5,4 %
<b>Psykisk helse</b>	<b>80,4</b>	<b>83,4</b>	<b>230,1</b>	<b>244,3</b>	<b>254,9</b>	<b>(10,6)</b>	<b>6,2 %</b>
RUS, behandling	18,4	19,1	52,9	54,2	57,3	(3,1)	2,4 %
<b>Rusomsorg</b>	<b>18,4</b>	<b>19,1</b>	<b>52,9</b>	<b>54,2</b>	<b>57,3</b>	<b>(3,1)</b>	<b>2,4 %</b>
Ambulanse	31,0	31,2	88,9	96,9	96,2	0,7	9,0 %
Pasienttransport	18,8	18,4	52,9	53,4	54,3	(0,9)	0,9 %
<b>Prehospitale tjenester</b>	<b>49,8</b>	<b>49,6</b>	<b>141,8</b>	<b>150,2</b>	<b>150,5</b>	<b>(0,3)</b>	<b>5,9 %</b>
Administrasjon (skal være 0 p)	-	0,0	(0,0)	-	(0,0)	0,0	-100,0 %
Personalboliger, barnehager	2,3	1,7	5,8	4,3	3,7	0,7	-25,5 %
<b>Personal</b>	<b>2,3</b>	<b>1,7</b>	<b>5,8</b>	<b>4,3</b>	<b>3,7</b>	<b>0,7</b>	<b>-25,5 %</b>
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>598,9</b>	<b>580,8</b>	<b>1 642,7</b>	<b>1 771,7</b>	<b>1 758,6</b>	<b>13,1</b>	<b>7,9 %</b>

Tabell 17 Resultat per klinikk (beløp i mill kr)

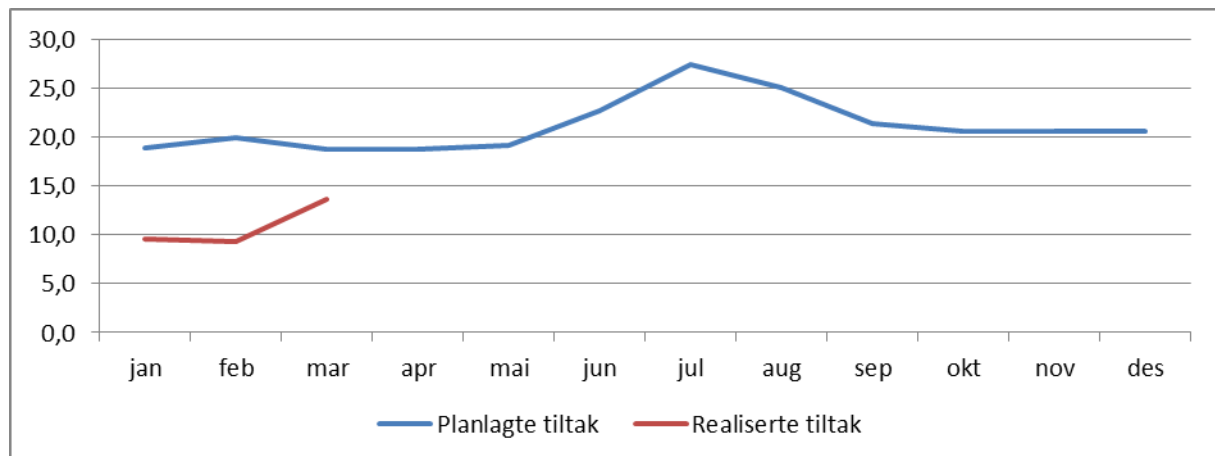
Klinikk, økonomiske tall i mill kr	Mars				Akkumulert per mars			
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF
Totalt 10 - Akuttmedisinsk klinikk	29,5	28,6	-0,9	0,5	88,9	84,6	-4,3	-0,1
Totalt 11 - Longyearbyen sykehus	2,2	1,1	-1,1		5,8	6,0	0,2	
Totalt 12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	15,5	14,8	-0,7	-0,1	48,7	40,4	-8,3	-3,6
Totalt 13 - Hjerter- lungeklinikken	14,2	12,7	-1,5	-1,2	43,8	34,3	-9,5	-7,2
Totalt 14 - Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	19,7	21,0	1,3	4,3	69,9	61,6	-8,3	1,5
Totalt 15 - Medisinsk klinikk	13,4	17,8	4,4	2,7	53,3	55,7	2,4	1,2
Totalt 17 - Barne- og ungdomsklinikken	15,8	15,1	-0,7	-0,5	46,9	47,7	0,8	1,0
Totalt 18 - Operasjons- og intensivklinikken	56,0	53,3	-2,8	0,0	162,2	155,3	-7,0	-0,2
Totalt 20 - Psykisk helse- og rusklinikken	58,2	61,2	3,0		174,3	177,7	3,4	
Totalt 30 - Diagnostisk klinikk	44,3	44,8	0,4		135,6	133,9	-1,7	
Totalt 40 - Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	7,1	7,1	0,0		21,5	20,2	-1,4	
Totalt 45 - Drifts- og eiendomssenter	49,7	49,0	-0,7		148,5	151,2	2,8	
Totalt 52 - Stabsenteret	13,3	14,0	0,7		39,6	42,0	2,4	
Totalt 54 - Fag- og forskningssenter	5,2	5,4	0,3		14,3	15,2	0,9	
Totalt 62 - Fellesinntekter/-kostnader	-344,1	-349,7	-5,6	4,2	-1054,2	-1037,8	16,4	3,2
	<b>0,3</b>	<b>3,3</b>	<b>-3,0</b>	<b>9,9</b>	<b>0,4</b>	<b>10,0</b>	<b>-9,6</b>	<b>-4,2</b>

## Prøgnose

Årsprognosen for 2015 er et resultat i tråd med styringsmålet på +40 mill kr.

## Gjennomføring av tiltak

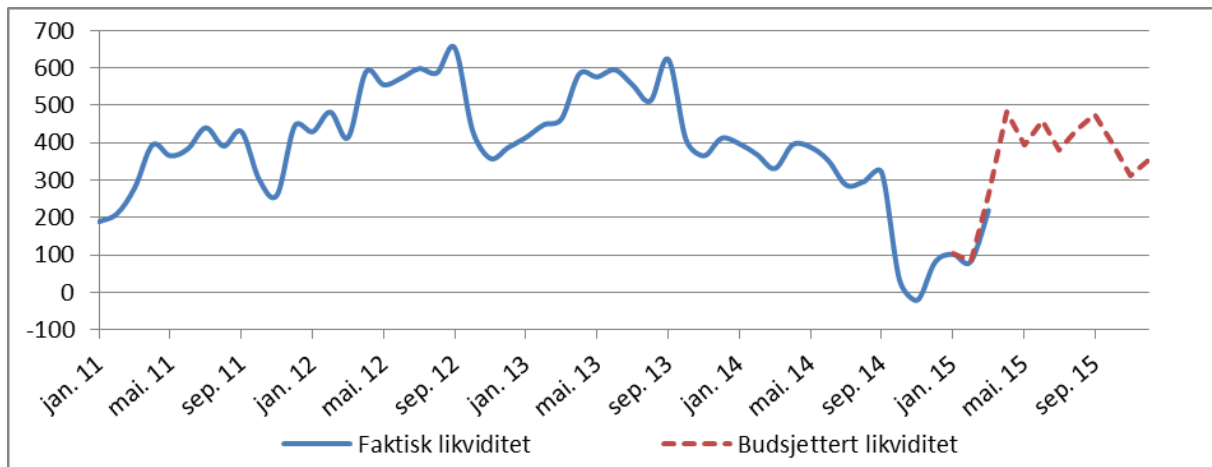
Figur 31 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I mars er det realisert en økonomisk effekt på 13,6 mill kr. Akkumulert hittil er det beregnet en økonomisk effekt på 32,5 mill kr, som tilsvarer en gjennomføringsgrad på 57 %. Gjennomføringsgraden for ABP er per mars 40 %.

## Likviditet

Figur 32 Likviditet



UNN har per utgangen av mars en likviditet på 219 mill kr. I løpet av mars er det utbetalt 130 mill kr i lån knyttet til A-fløy fra RHF'et. Det forventes at likviditeten vil øke ytterligere i april som følge av Helse Nord RHF har vedtatt å styrke egenkapitalen i foretakene.

## Investeringer

Tabell 18 Investeringer (tall i 1000 kr)

Investeringer, tall i mill kr	Sum investert 2014	Investerings ramme overført til 2015	Investerings ramme 2015	Rest investerings ramme	Investert februar 2015	Investert mars 2015	Sum investert 2015	Rest-forpliktelser (godkjent tidligere)	Rest disponibel investerings ramme
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter	184,1	-10,0	124,0	114,0	9,3	12,8	23,0		91,0
A-fløy inkl alle underprosjekter	115,5	84,1	290,0	374,1	28,3	6,4	57,2		316,9
PET-senter inkl alle underprosjekter	4,6	-14,5	163,0	148,5	0,4	7,8	8,6		139,9
Nytt sykehus Narvik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
<b>SUM Nybygg</b>	<b>304,3</b>	<b>59,6</b>	<b>577,0</b>	<b>636,6</b>	<b>38,0</b>	<b>27,0</b>	<b>88,8</b>		<b>547,8</b>
Åsgård øvrige prosjekter	1,8	-12,8	0,0	-12,8	0,0	0,0	0,0		-12,8
Åsgård Bygg 7	14,2	85,4	16,3	101,7	0,1	0,2	0,2		101,5
<b>SUM Rehabilitering</b>	<b>16,0</b>	<b>72,6</b>	<b>16,3</b>	<b>88,9</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>		<b>88,7</b>
Tromsø undersøkelsen	0,0	10,0	5,0	15,0	0,0	0,0	0,0		15,0
Datarom	11,1	5,2	0,0	5,2	0,2	0,2	0,5		4,6
Tiltak kreftplan	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
VAKe	0,0	1,0	0,0	1,0	0,6	0,0	0,6		0,3
Nytt nødnett	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0		1,0
ENØK	0,6	13,5	0,0	13,5	0,2	0,4	0,7		12,8
<b>SUM Prosjekter</b>	<b>11,7</b>	<b>29,6</b>	<b>7,0</b>	<b>35,6</b>	<b>1,0</b>	<b>0,6</b>	<b>1,8</b>		<b>33,8</b>
Narvik inkl alle underprosjekter	37,7	-32,3	0,0	-32,3	0,2	0,1	6,3	2,0	-40,6
Medisinteknisk utstyr	56,2	-50,4	200,0	149,6	5,5	2,8	9,9	50,2	89,5
Teknisk utstyr	7,9	17,6	0,0	17,6	0,6	0,2	0,8	2,0	14,8
Ombygginger	65,9	-52,4	0,0	-52,4	-0,1	1,6	-3,1	0,0	-49,3
Ambulanser	19,6	1,1	0,0	1,1	0,0	0,0	1,3	7,8	-8,0
UNN-KIS	6,4	-13,0	0,0	-13,0	0,4	0,2	0,5	0,0	-13,5
EK KLP	20,1	-2,8	0,0	-2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	-2,8
<b>SUM Utstyr med mer</b>	<b>213,8</b>	<b>-132,1</b>	<b>200,0</b>	<b>67,9</b>	<b>6,6</b>	<b>4,7</b>	<b>15,7</b>	<b>62,0</b>	<b>-9,8</b>
<b>SUM total</b>	<b>545,8</b>	<b>29,7</b>	<b>800,3</b>	<b>829,0</b>	<b>45,7</b>	<b>32,5</b>	<b>106,6</b>	<b>62,0</b>	<b>660,4</b>

I mars 2015 er det investert 32,5 mill kr. Hittil i år er det totalt investert 106,6 mill kr av en samlet investeringsramme på 800 mill kr. For utstyr med mer er det per mars brukt 15,7 mill kr og med utestående forpliktelser på 62 mill kr. Det innebærer et overforbruk på 9,8 mill kr og betyr at det ikke er tilgjengelige rammer for nye investeringer. Se vedlegg 3 «Investeringer» for ytterligere detaljer. Tabell 18 og 19 investeringssøknader til styret viser

21 nye utstyrssøknader på til sammen 12,72 mill kr for utstyr som hovedsakelig er blitt kassert. Med dagens investeringsrammer kan ikke styret godkjenne disse.

Tabell 19 Søknader utstyrsinvesteringer

Investeringssøknader til Styremøte 29.04.2015										
Nr	Klinikk/Avdeling	Type utstyr	Årsak til søknad	Begrunnelse for søknaden			Tilsynspålegg	Konsekvenser	Stipulert kostnad (inkl mva) mill. kr	Godkjent Direkte
				Nødvendig for opprettholdelse av normal drift	Nødvendig for opprettholdelse av liv og helse	Sparte driftskostnader				
1	Kirurgi-kreft- og kvinnehelse-klinikken - Foden (Narvik)	Ultralyd-apparat. Apparat nr 1	Kassasjon	100 % nødvendig	Ja	Har ikke beløp , men uten apparat må alle pas reise til Harstad eller Tromsø for gyn. us.	Nei	Stenging av gynekologisk poliklinikk.	0,63	
2	Operasjons-og Intensiv-klinikken, Anestesi- og Operasjons-avdelingen (Tromsø)	Endoskop	Kassasjon	Ja. Utstyrsparken er i utgangspunktet marginal, og et skop mindre gir store driftmessige problemer	Nei ,med mindre det oppstår akutte tilstander og tilgjengelig utstyr er i bruk	Ja pga. a) mer effektiv drift b) unngår utsettelse og strykninger c) med redusert slitasje på utstyret blir det også færre reparasjoner med påfølgende redusert drift og strykninger.	Nei	a) redusert drift b) utsettelse av undersøkelser og inngrep c) økt slitasje på tilgjengelig utstyr, noe som medfører flere kostbare reparasjoner, redusert drift, utsettelse og strykninger	0,35	
3	Operasjons-og Intensiv-klinikken, Anestesi- og Operasjons-avdelingen (Tromsø)	Olympus endoskop (ERCP)	Kassasjon	Ja. Skopet er i daglig bruk, og uten dette må undersøkelser utsettes eller strykes, og det brukes svært mye tid og ressurser til planlegging og koordinering av programmet.	I utgangspunktet ikke, men det kan - i spesielle tilfeller - være det dersom pasienttilstanden er kritisk og øvrige skop er i bruk el. kontaminerte.	Ja, gjennom at driften kan gå som planlagt ved AnOp-avdelingen.	Nei	1) mye ressurser til planlegging og koordinering 2) utsettelse og strykninger av pasienter 3) ikke oppdatert og riktig utstyr for diagnostisering og behandling	0,37	
4	Operasjons-og Intensiv-klinikken, Anestesi- og Operasjons-avdelingen (Tromsø)	Endoskop	Kassasjon	Ja. Minimumsbehovet for drift to funksjonelle skop - faktisk behov er 4. Med kun ett skop blir det ventetid mellom hvert inngrep og færre inngrep pr. dag. Stor slitasje på det ene skopet øker risikoen for at feil el. skader oppstår. Vi står da uten denne type skop i flere dager før låneskop er på plass.	I utgangspunktet nei, men i noen akutte situasjoner kan det ene skopet vi har være i bruk, under desinfisering el. vi står uten pga. reparasjon og låneskop ikke er mottatt, f.eks. en hel helg.	Svært vanskelig å beregne, men pasienter slipper ventetid/forlenget liggetid eller strykninger fra programmet. For personalet kan overtidsbruk unngås.	Nei	Redusert drift/færre pasienter pr. dag, økt ventetid og liggetid for pasientene, evt. strykninger fra programmet, overtidsbruk for personalet, redusert sikkerhet og kvalitet (jfr. tidligere)	0,37	Godkjent 09.04.15
5	Operasjons-og Intensiv-klinikken, Anestesi- og Operasjons-avdelingen (Tromsø)	Endoskop - ureteroendoskop	Kassasjon	Ja. Minimumsbehovet for drift to funksjonelle skop - faktisk behov er 4. Nå er begge kassert og søkt erstattet, og vi har kun ett låneskop tilgjengelig (inntil videre). Med kun ett skop blir det ventetid mellom hvert inngrep og færre inngrep pr. dag. Stor slitasje på det ene skopet øker risikoen for at feil el. skader oppstår. Vi står da uten denne type skop i flere dager før nytt låneskop eventuelt er på plass.	I utgangspunktet nei, men i noen akutte situasjoner kan det ene skopet vi har være i bruk, under desinfisering eller vi står uten pga. reparasjon og nytt låneskop ikke er mottatt, f.eks. en hel helg.	Svært vanskelig å beregne, men pasienter slipper ventetid/forlenget liggetid eller strykninger fra programmet. For personalet kan overtidsbruk unngås.	Nei	Redusert drift/færre pasienter pr. dag, økt ventetid og liggetid for pasientene, evt. strykninger fra programmet, overtidsbruk for personalet, redusert sikkerhet og kvalitet (jfr. tidligere)	0,23	
6	Diagnostisk klinikk -Klinisk patologi (TØ)	Analyse-instrument: 2 stk BenchMark Ultra	Vi har 2 stk analyse-instrument til immunhistokjemi som er utslitt og som vi har store driftsproblemer	Ja, helt nødvendig for å kunne diagnostisere pasientprøver	Ja	Ja		Analyseinstrumentene er helt nødvendig i diagnostikk av vevsprøver. Dette gjelder spesielt prøver med mistanke om kreft. Immunanalyser brukes til å diagnostere ulike kreftformer.	2,00	
7	Diagnostisk klinikk - Radiologen(TØ)	LabMobil - Et mobilt konvensjonelt røntgen apparat	Sviktende utstyr, underkapasitet ift tidligere	Nødvendig for å opprettholde en tilfredstillende stabil drift. Se begrunnelse i eget skriv vedlagt	En ny lab mobil vil begrense risiko ved at utstyr må brukes mellom nyfødtintensiv, infeksjon og akuttmottak..	Mindre sårbarhet ved driftstans/service. Begrense liggedøgn ved at inneliggende får raskere undersøkelse.	Nei	En bedre og tryggere drift ved at mobilt utstyr i større grad kan begrenses i bruk på ulike pasientgrupper (øremerking av de ulike lab mobilene til ulike pasientgrupper samt styrke beredskapen.	1,50	
8	Akuttmedisinsk klinikk/ Drifts- og eiendoms-senteret	Helibase Narvik	Etablering av midlertidig landingsplass ved UNN Narvik i påvente av nytt sykehus og nedleggelse av Framneslia	Bedre ressursutnyttelse, avlaste amb tjenesten lokalt.	Signifikant tidsbesparelse for akuttmed pasientforlop.	Sparte etableringskost Framneslia kr 850'. Sparte årlige driftskostnader Framneslia butto kr 345'. Netto 310' (fratrukket lys/varme/broyting egen plass)	Framneslia stenger i 2016/2017. Nye UNN Narvik ferdig i 2022. Midlertidig løsning må på plass.	En midlertidig landingsplass nær sykehuset vil spare årlige driftskostnader netto ca 310', samt bedre ressursutnyttelse Amb.	1,00	
9	Kirurgi-, kreft og kvinnehelse-klinikken - KK Fode-gyn (HA)	Poliklinisk operativ Hysteroskopi	Nytt utstyr	Nødvendig for å løse oppdraget med felles venteliste operasjon, gynekologi, generell kirurgi i UNN (Ha/Na/Tr). Sparte driftkostnader.	Nei, men netto helsegevinst for pasient/kvinnen med tilbudt utstyr kontra dagens praksis	Ja. Besparing av total operasjonstid, innleggelsestid og bruk av operasjon- og anestesi-personell	Nei	Innkjøp av utstyr vil gjøre at kvinner vil kunne fullbehandles poliklinisk som ellers ville blitt innlagt eller dagkirurgisk pasient. Dette minsker belastningen på operasjonsavd. og på avdelingen med kortere ventetid/venteliste som konsekvens. Det vil også minske pasientens opphold på sykehuset med kortere eller ingen sykemelding. Det er også et viktig tiltak for LIS som får opplæring i minste invasive metode, som vil bli foretrukket fremover. Ved å la være å oppgradere utstyret begrenses muligheten til pasient-behandling og man mister alle ovenstående nevnte fordeler.	0,32	

Tabell 20 Fortsettelse søknader utstyrsinvesteringer

Nr	Klinikk/ Avdeling	Type utstyr	Årsak til søknad	Begrunnelse for søknaden			Tilsynspålegg	Konsekvenser	Kommentar	Stipulert kostnad (inkl mva) mill. kr
				Nødvendig for opprettholdelse av normal drift	Nødvendig for opprettholdelse av liv og helse	Sparte driftskostnader				
10	Operasjons- og Intensiv-klinikken, An-OP-avdelingen (Tromsø)	Skopvaskemaskin (inkl. scoop-skap)	Kassasjon	100 % nødvendig	Ja	Uten maskin til å vaske skopene vil virksomheten stoppe opp	Nei	Virksomheten vil stoppe opp		0,65
11	HjerteLunge og Neuro-Orto Tromsø	Instrumentvaskemaskiner	Kassasjon	Ja. To gamle og ustabile maskiner planlegges byttet på HUD-Rauma dagbeh. og Hjertermed. Lab	Ja	Ja, koster mye å opprettholde liv i 24 år gamle maskiner	Nei	Virksomheten vil stoppe opp		0,24
12	Flere klinikker Tromsø	Dekontaminatorer	Kassasjon	Ja. Gjelder bytte av 13 dekontaminatorer som er 24 år gamle ved flere avdelinger i Breivika	Ja	Ja, koster mye å opprettholde liv i 24 år gamle maskiner	Nei	Stor risiko for at vi her vil oppleve å ha flere desinfeksjonsrom som settes ute av drift. Ref. liste over avdelinger		1,11
13	DES Matforsyning Tromsø	Regenereringsvogner	Kassasjon av 15 vogner	Ja, disse vognene brukes til utlevering av varm mat på sengepostene i Breivika	Ja, uten middagservering til pasienter er det mye som stopper opp	Ja, opplever i dag store kostnader ved feilretting, opp mot 50 - 60 % av ei vognens innkjøpsverdi	Nei	Stopp i serveringen av varm mat til pasienter ved sengepostene i Breivika		1,60
14	DES Matforsyning Tromsø	Stekebord	Kassasjon av 3 stekebord	Ja, disse brukes i matproduksjon i Tromsø	Ja, uten stekebord vil kjøkkenet i Breivika ikke kunne utføre steiking av mat	Ja, store driftskostnader til å holde liv i 24 år gamle stekebord	Nei	Stopp i matproduksjonen ved Hovedkjøkkenet i Tromsø		0,31
15	DES Tøylforsyning Tromsø	Tørketrommel	Kassasjon	Ja, disse brukes i produksjon ved vaskeriet på Åsgård	Ja	Ja, store driftskostnader til å holde liv i gammel trommel som brukes daglig	Nei	Stopp i produksjonen på vaskeriet på Åsgård		0,13
16	Psykatri og Rusklinikk Tromsø	Dekontaminatorer	Kassasjon	Ja	Ja	Ja, store driftskostnader til å holde liv i 24 år gammelt utstyr.	Nei	Ubrukelig desinfeksjonsrom		0,10
17	Flere Harstad	Dekontaminatorer	Kassasjon	Ja. Gjelder bytte av 7 dekontaminatorer som er 38 år gamle ved flere avdelinger i Harstad.	Ja	Ja, koster mye å opprettholde liv i snart 40 år gamle maskiner.	Nei	Stor risiko for at vi her vil oppleve å ha flere desinfeksjonsrom som settes ute av drift. Ref. liste over avdelinger.		0,60
18	Flere Harstad	Instrumentvaskemaskiner	Kassasjon	Ja. Gjelder bytte av 3 instrumentvaskemaskiner som er 38 år gamle ved flere avdelinger i Harstad	Ja	Ja, koster mye å opprettholde liv i snart 40 år gamle maskiner	Nei	Stor risiko for at vi her vil oppleve å ha flere desinfeksjonsrom som settes ute av drift. Ref. liste over avdelinger.		0,24
19	Medisinsk klinikk Med. Pol Med sengepost-Nanvik	Dekontaminator og instrumentvaskemaskin	Kassasjon	Ja	Ja	Ja, store driftskostnader til å holde liv i 24 år gammelt utstyr	Nei	Ubrukelig desinfeksjonsrom		0,24
20	OPIN Operasjon-Nanvik	Instrumentvaskemaskin	Kassasjon	Ja	Ja	Ja, store driftskostnader til å holde liv i 24 år gammelt utstyr	Nei	Ubrukelig desinfeksjonsrom		0,25
12	DES Teknisk drift Tromsø	Lastebil liten	Utløp av leasingavtale	Ja, bil brukes daglig til utkjøring av varer, mat etc.	Ja	Ja, store kostnader ved å inngå ny leasingavtale.	Nei	Slik lastebil må vi ha, leasingavtale frarådes, her har vi basert oss på å kjøpe leaset bil.		0,50
<b>Totalt</b>										<b>12,72</b>

## Byggeprosjekter

Tabell 21 Byggeprosjekter per mars

	Pasienthotell	A-fløya	PET-senter	Bygg 7 Åsgård
HMS	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse	23.04.2015	26.02.2018	24.02.2017	18.04.2016
Fremdrift	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2014	94,9 mill kr	374,4 mill kr	163 mill kr	77,8 mill kr**
Sum investert hittil 2015	10,6 mill kr	50,8 mill kr	0,7 mill kr	0,01 mill kr
Sum investert tidligere år	309,1 mill kr	220,0 mill kr	23,3 mill kr	18,2 mill kr
Investeringsramme P50	404 mill kr	1 285,4 mill kr	493,1 mill kr	96 mill kr
Prognose økonomiavvik	-12,8 mill kr	Usikker	0	0



## Vedlegg 2. Oppfølging budsjett og tiltak 2015

### Saksutredning

I styremøtet i mars ba styret Direktøren om å ”..legge frem en oppdatert risikovurdering og om nødvendig en justert fordeling av klinikkenes og sentrenes omstillingskrav i neste møte.”

Det har vært avholdt to ekstraordinære ettermiddagsmøter i direktørens ledergruppe med tema prognose og uløst omstillingsutfordring 2015, samt behov for og eventuelt metode for omfordeling.

I møtet 9. april 2015 ble det klart at det er tre klinikker som har en underskuddsprognose for 2015 som de ikke klarer å løse internt i klinikken. Dette gjelder Nevro, -ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken), Akuttmedisinsk klinikk (AK) og Hjerte- og lungeklinikken (HLK). Til sammen beløper den uløste omstillingsutfordringen seg til ca. 40 mill kr for 2015. Dette er en bedring fra forrige prognose, og er et resultat av at NOR-klinikken har utarbeidet flere tiltak den siste måneden, samt at uløst omstilling i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K) og Operasjons- og intensivklinikken (OPIN) er vurdert håndterbart håndteres internt i disse klinikkene.

Den uløste omstillingsutfordringen er delvis midlertidig og delvis permanent for de tre klinikkene. Det er dermed behov for omfordeling av budsjetttrammer som gjelder for 2015, samt omfordeling av mer permanent karakter. De eksakte beløpene er ikke klare enda.

### Videre prosess

#### 1. Revisjoner og interne klinikkvise risikovurderinger.

I budsjettmøtet 24.mars 2015 ble det besluttet å opprette tre revisjonsteam. I tillegg ble det besluttet i budsjettmøtet 9. april at det skal gjennomføres interne klinikkvise/sentervise risikovurderinger. Både revisjonene og risikovurderingene må være gjennomført innen utgangen av uke 17.

#### Revisjonsteam

##### Mandat

Revisjonsteamene skal gjennomgå klinikkenes skriftlige rutiner, påpeke eventuelle manglende rutiner og kontrollere om rutineene følges. Revisjonsteamene må selv lage konkrete kontrollister for arbeidet. Skriftlig oppsummering per klinikk leveres til klinikkssjef og direktør innen utgangen av uke 17.

- ✓ Revisjonsteam 1: ISF-inntekter og kodekvalitet
- ✓ Revisjonsteam 2: ABP leger
- ✓ Revisjonsteam 3: Økt dagbehandling/bruk av Pasienthotellet  
Det tredje foreslåtte revisjonsteamet gjelder økt dagbehandling/bruk av Pasienthotellet. Arbeidet er igangsatt i virksomhetsplanens tiltak nr 26 *Økt dagbehandling*, men er ikke kommet langt nok til at det er klart for en revisjon. Det planlegges derfor at arbeidet fra gruppe 3 kanaliseres inn mot en klinikkvis ny gjennomgang for å øke andelen



dagpasienter/bruken av pasienthotellet. Gruppen må minimum ha utarbeidet fremdriftsplan og ha avtalt møter med avdelinger innen utgangen av uke 17. Revisjon utføres av samme gruppe og gjøres rett etter sommerferien, senest innen utgangen av august 2015.

### Risikovurdering

Klinikkene og Drifts- og eiendomssenteret gjennomfører intern risikovurdering av egen virksomhet. Stikkord (listen er ikke uttømmende):

- Kritisk gjennomgang av egen klinikk/senter
- Hvor er det mer å hente? Hva skal til få å hente dette ut?
- Hvor finnes det uforløste potensialer (eks. fraseverktøy)
- Kan vi strekke oss enda lenger, alle steiner snudd, gjennomgått flere ganger?

Frist for skriftlig tilbakemelding på risikovurderingen til direktøren er innen utgangen av uke 17.

### 2. *Lunch til lunch samling 27. og 28. april*

Tema for neste lunch til lunch samling i direktørens ledergruppe er budsjett 2015 og 2016. Mål for samlingen er å konkludere budsjettregulering/overskuddskrav for 2015, samt starte arbeidet med budsjett 2016.

### 3. *Budsjettmøte onsdag 6. mai kl. 15-17*

Tema er budsjett 2016. Tillitsvalgte inviteres med på møtet. Mål for møtet er å konkludere størrelse og fordeling på omstillingsutfordring 2016.

### **Oppsummering**

Endelig uløst omstillingsutfordring og budsjettregulering for 2015 legges frem muntlig i styremøtet 29. april. Samtidig opprettholdes arbeidet med detaljering og kvalitetssikring av de klinikkvise tiltakene for å redusere risikoen i UNNs totale budsjettoplegg og for å øke gjennomføringsgraden av tiltak.



### Vedlegg 3. Investeringer utstyr med mer.

Dette vedlegget redegjør for behovet for økte investeringsrammer for 2015 til utstyr med mer inkludert overforbruk for renovering UNN Narvik.

#### Forslag til investeringsplan 2015, desember 2014

I styresak 108/2014 *Virksomhetsplan 2015* viste svært nøkterne beregninger et minimums investeringsbehov for utstyr med mer for 2015 på 168,1 mill kr utover vedtatt investeringsramme fra Helse Nord RHF. Dette inkluderte overforbruk på renovering UNN Narvik samt behov for ekstra midler utover vedtatt ramme for renovering av bygg 7 UNN Åsgård.

**Tabell 1 Forslag til investeringsplan 2015 (desember 2014)**

Investeringer 2015, tall i mill kr	Investeringsramme overført til 2015	Investeringsramme 2015	Disponibel investeringsramme 2015	Forpliktelse 2015 (godkjent og igangsatt)*	Forpliktelser 2015 (godkjent - ikke igangsatt)*	Investeringsbehov 2015 (tillegg til forpliktelser)	Total investeringsplan 2015	Avvik plan - disponibel investeringsramme
Teknisk utstyr				7,3		6,0	13,3	-13,3
Renovering Åsgård, egen ramme						16,3	16,3	-16,3
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
<b>Sum investeringer (til HF styrets disposisjon)</b>	<b>-145,6</b>	<b>100,0</b>	<b>-45,6</b>	<b>36,2</b>	<b>21,9</b>	<b>64,4</b>	<b>122,5</b>	<b>-168,1</b>

\* Spesifikasjon vedlegg 1

#### Økte rammer fra Helse Nord RHF

I Helse Nord RHF's styresak 31-2015 *Justering av rammer nr 1* fikk UNN ekstra investeringsrammer på 16,3 mill kr til renovering Åsgård, samt 100 mill kr til utstyr med mer. Korrigert for de økte bevilgningene er behovet dermed 51,8 mill kr utover vedtatt ramme.

#### Status per mars 2015

Virksomhetsrapporten mars viser at vi har et overforbruk på 9,8 mill kr hittil i år inkludert forpliktelser og renovering UNN Narvik. Dette innebærer at styret ikke har anledning til å godkjenne utstyrssøknader fremover, heller ikke de som er fremmet til dette styremøtet.

**Tabell 2 Investering utstyr med mer pr mars 2015**

Investeringer, tall i mill kr	Sum investert 2014	Investeringsramme overført til 2015	Investeringsramme 2015	Rest investeringsramme	Investert januar 2015	Investert februar 2015	Investert mars 2015	Sum investert 2015	Restforpliktelser (godkjent tidligere)	Rest disponibel investeringsramme
Narvik inkl alle underprosjekter	37,7	-32,3	0,0	-32,3	6,0	0,2	0,1	6,3	2,0	-40,6
Medisinteknisk utstyr	56,2	-50,4	200,0	149,6	1,7	5,5	2,8	9,9	50,2	89,5
Teknisk utstyr	7,9	17,6	0,0	17,6	0,0	0,6	0,2	0,8	2,0	14,8
Ombygginger	65,9	-52,4	0,0	-52,4	-4,6	-0,1	1,6	-3,1	0,0	-49,3
Ambulanser	19,6	1,1	0,0	1,1	1,3	0,0	0,0	1,3	7,8	-8,0
UNN-KIS	6,4	-13,0	0,0	-13,0	0,0	0,4	0,2	0,5	0,0	-13,5
EK KLP	20,1	-2,8	0,0	-2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-2,8
<b>SUM Utstyr med mer</b>	<b>213,8</b>	<b>-132,1</b>	<b>200,0</b>	<b>67,9</b>	<b>4,4</b>	<b>6,6</b>	<b>4,7</b>	<b>15,7</b>	<b>62,0</b>	<b>-9,8</b>

Renoveringsarbeidet ved UNN Narvik er nå avsluttet. Prosjektet avventer fremdeles noen sluttoppgjør, men disse vil kun kunne medføre mindre justeringer. Totalt overforbruk inkludert forventet sluttoppgjør er 40,6 mill kr. Dette er 6,8 mill kr mer enn det som lå i forslag til investeringsplan i desember og skyldes i hovedsak en oppretting av feilført faktura.

#### Behov for økte rammer 2015

I styresak 108/2014 *Virksomhetsplan 2015* ble det redegjort for investeringsbehovet for 2015. På bakgrunn av de lave investeringsrammene som er disponible, ble behovet satt til et absolutt





minimum for å reinvestere ved kassasjoner. Det ble også vist til at forslaget innebar økende etterslep i reinvestering i både teknisk og medisinteknisk utstyr og ambulanser, og at det ikke planlegges med ombygginger i driften.

Med bakgrunn av den svært nøkterne planen som ble forelagt UNN styret i desember 2014, samt korrigeringsene fra Helse Nord RHF i mars 2015, har UNN fremdeles et uløst behov på 51,8 mill kr. I tillegg er det brukt 6,8 mill kr mer til renovering av UNN Narvik i 2015 enn forutsatt i planen (pga korrigeringer av feilført faktura) og samlet uløst investeringsbehov for 2015 er dermed på 58,6 mill kr.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
33/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	29.4.2015
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Mai-Liss Larsen

### 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 som 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 februar 2015 har klinikkene arbeidet aktivt med å følge opp de tiltak som er besluttet. Arbeidet er krevende og Stabscenteret yter bistand innenfor flere områder. Det er hittil i år realisert besparelser på 7,2 mill kr (42 % av budsjett).

Direktøren er fornøyd med at det er fremdrift i arbeidet med ABP, selv om dette har tatt lengre tid enn planlagt. Arbeidet i arbeidsgruppene som har jobbet med ABP for leger har resultert i mange tiltak som nå er under oppfølging. I tillegg skal det etableres et revisjonsteam som følger opp at tiltak gir den ønskede effekt.

Direktøren anbefaler at satsingen videreføres med opprettholdelse av kravet om økt gjennomføringsgrad.

#### 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 reduserte kostnader til bemanning. Det ble budsjettert en samlet økonomisk effekt på 132,3 mill kroner i budsjett 2014. Styret behandlet i møtet 23.4.2014 sak 30/2014 *Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging*, og vedtok at status i arbeidet og oppdatert prognose for økonomisk effekt skulle forelegges styret månedlig. I møtet 13.11.2014 ble det gjort vedtak om rapportering annenhver måned i 2015.

## Sak 33/2015

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. Den samlede økonomiske effekten 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

#### Resultat ABP hittil i år

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

For 2015 er det budsjettet en økonomisk effekt på 51 mill kr (44 mill kr etter risikovurdering), og planlagt tiltak med en effekt på til sammen 74 mill kr. Plantallet er høyere enn budsjett fordi dette beløpet representerer en kombinasjon av nye tiltak i 2015 og tiltak fra 2014 som ikke ble gjennomført som planlagt. 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 avventes til arbeidsgruppene er ferdige, og de fleste klinikker har iverksatt midlertidige kompenserende tiltak i påvente av dette. Per mars måned er det beregnet en realisert effekt for ABP på 7,3 mill kr mot 17,5 som var planlagt. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 42 %.

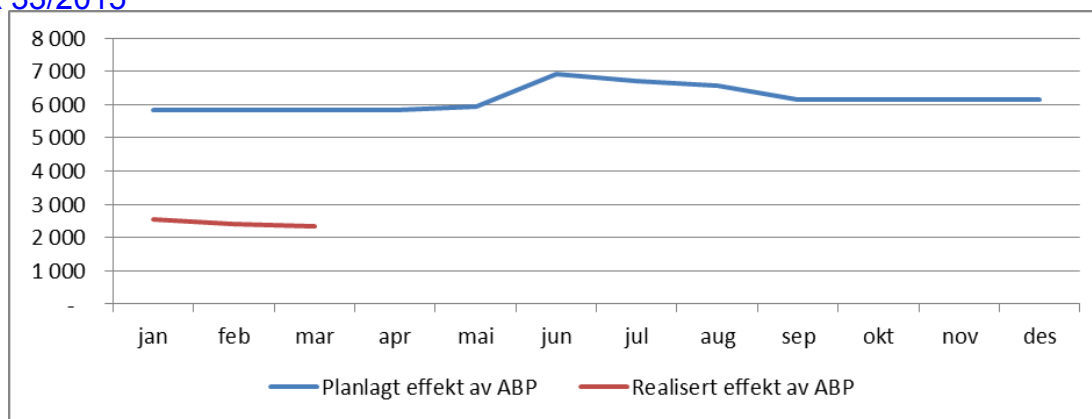
Tabell 1 Oversikt over planlagt effekter av ABP tiltak i 2015 fordelt per klinikk (tall i 1000 kr)

Planlagt effekt av ABP	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	1 190	1 190	1 190	1 190	1 281	2 012	1 784	1 665	1 231	1 231	1 231	1 231	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	1 900
<b>SUM planlagt effekt av ABP</b>	<b>5 836</b>	<b>5 836</b>	<b>5 836</b>	<b>5 836</b>	<b>5 927</b>	<b>6 930</b>	<b>6 701</b>	<b>6 583</b>	<b>6 149</b>	<b>6 149</b>	<b>6 149</b>	<b>6 149</b>	<b>74 080</b>

Tabell 2 Oversikt over realisert effekt per klinikk (tall i 1000 kr)

Rapportering ABP per mars	Planlagt effekt	Realisert effekt	Gjennomføringsgrad
Akuttmedisinsk klinikk	1 263	734	58 %
Barne- og ungdomsklinikken	1 388	196	14 %
Hjerte- lungeklinikken	3 569	3 341	94 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4 015	1 740	43 %
Medisinsk klinikk	3 460	732	21 %
Nevro, - ortopedi, og rehabiliteringsklinikken	3 000	-	0 %
Operasjons- og intensivklinikken	814	539	66 %
Psykisk helse- og rusklinikken	-	-	0 %
<b>SUM</b>	<b>17 508</b>	<b>7 282</b>	<b>42 %</b>

Figur 1 Gjennomføring av ABP tiltak (tall i 1000 kr)



### ABP for leger

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 og psykiatri, samt to representanter for Legeforeningen. Arbeidet 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

Dette arbeidet med ABP for leger har resultert i identifisering av mange tiltak, både kortsiktige og litt mer langsiktige. Arbeidet med å implementere tiltakene er påbegynt, men fremdriften varierer noe. Dette har først og fremst sammenheng med at tiltakene er av ulik kompleksitet og omfang. Det er spesielt krevende å implementere tiltak som krever endret arbeidsdeling mellom klinikkene, for eksempel som følge av endringer i legenes vaktplaner.

Tiltakene følges nå konkret opp både i klinikkene og i Stabssenteret. Blant annet bistår HR-senteret i mange prosesser knyttet til endringer av legers tjenesteplaner. Bistanden omfatter både opplæring, rådgivning og beregningsstøtte knyttet til varige tjenesteplanendringer. Det samme gis også i forhold til implementering av sommerplaner for leger. Flere avdelinger er kommet langt i prosessen knyttet til sommerplaner.

Et sentralt oppfølgingspunkt i arbeidet med ABP for leger er å slutføre arbeidet med å få alle legers tjenesteplaner inn i GAT. Det ble før påske gjennomført et møte mellom HR og ledelsen i Gatsoft for å avklare i hvilken grad Gatsoft kan bistå UNN med ekstra ressurser og kompetanse i dette arbeidet. Vi forventer en snarlig avklaring av dette spørsmålet.

Mye av fokuset i oppfølgingen av handlingsplanene vil fortsatt være på opplæring, og deretter oppfølging av og støtte til lederne som vil få ansvar for selve gjennomføringene.

### ABP generelt

HR-senteret fortsetter arbeidet med å følge opp ulike beredskapsavtaler i UNN og er inne i flere aktive prosesser knyttet til dette arbeidet. Ny arbeidsmiljølov med ikrafttreden 1.7.2015 gir grunnlag for å redusere det økonomiske omfanget av slike avtaler. Det planlegges derfor gjennomgang av et større antall beredskapsavtaler i UNN.

Den siste tiden har HR-senteret hatt stor pågang fra klinikkene med ønske om bistand til ulike prosesser knyttet til ABP. Behovene er mange og omfatter flere ulike yrkesgrupper. Det store antall henvendelser har ført til at noen planlagte aktiviteter har blitt noe forskjøvet i tid.

Ledergruppen i UNN har nylig besluttet å sette sammen et revisjonsteam, i hovedsak bestående av representanter fra klinikkene. Revisjonsteamet er tiltenkt en rolle der det skal gå gjennom klinikkens rutiner og vurdere om disse følges. Endelig mandat og sammensetting er ennå ikke besluttet.

På bakgrunn av den store arbeidsmengden knyttet til oppfølgingen av tiltakene relatert til ABP, har stabssjefen til hensikt å styrke kapasiteten til gruppen ved Stabssenteret som bistår klinikkene med ABP. Det praktiske rundt dette er ikke endelig besluttet.

## **Medvirkning**

Saken ble forelagt brukernes arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter i uke 16 (13. og 15.6.2015). Referater/ protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker i møtet 29.4.2015.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg påpekte viktigheten av å fokusere på kvalitetsdimensjonen i arbeidet, samt en henstilling om at foretaket fortsatt vil vurdere utvidete åpningstider til pasientbehandling.

Arbeidsmiljøutvalget la særlig vekt på forholdet mellom kvalitet på pasientbehandlingen og et godt arbeidsmiljø som grunnlag for en sunn, økonomisk drift.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til saken slik den forelå i møtet 15.4.2015.

## **Vurdering**

Direktøren er fornøyd med at også arbeidet med ABP for leger er i fremgang, selv om også denne prosessen har tatt lenger tid enn opprinnelig forutsatt. Direktøren vurderer fortsatt at det er et økonomisk potensial i gjennomføring av ABP og anbefaler at satsingen videreføres med krav om økt gjennomføringsgrad 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, 17.4.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
34/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	29.4.2015
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

### Tilbakemelding på Helse Nord RHF's Plan 2016-2019

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til den foreliggende tilbakemeldingen til Helse Nord RHF på **Plan 2016-2019**.

#### Sammendrag

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gir i denne saken en tilbakemelding til Helse Nord RHF på deres rullerende plandokument, *Plan 2016-2019*. Saken vektlegger at UNNs strategiske utviklingsplan er i samsvar med regionens planer og satsingsområder.

UNN ber i denne saken om årlige økte investeringsrammer i perioden, om og at eventuelle friske midler i årene fremover prioriteres til investering i utstyr med mer. UNN ønsker at øremerket finansiering i hovedsak opphører og begrunner det i saken.

Direktøren er fornøyd med regionens langtidsplan og satsinger, og anbefaler at denne videreføres med mindre endringer som fremkommer i tilbakemeldingen.

#### Bakgrunn

Helse Nord RHF ber i Plan og Budsjettbrev 1 – *Plan 2016-2019, inkludert rullering investeringsplan* om innspill til Plan 2016-2023, inkludert rullering av investeringsplanen. Tilbakemeldingen til Helse Nord RHF skal være styrebehandlet av styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) innen utgangen av april 2015, og vil danne grunnlaget for Helse Nord RHF's rullering av investeringsplan og plan i styremøtet 17.6.2015. Dette vil være førende for helseforetakenes langtidsplanlegging for perioden.

Styret behandlet i styremøtet 25.3.2015 oppdatert bærekraftanalyser, kontantstrøm og lånebehov med bakgrunn i investeringsplan i tråd med eiers krav.

## Formål

Målet med saken er å invitere styret til å slutte seg til vedlagte tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende *Plan 2016-2019*.

## Saksutredning

UNN har vedtatt en strategisk utviklingsplan gjeldende for den neste tiårsperioden, og innretter derfor tilbakemeldingen med utgangspunkt i regionens mål og satsinger i den strategiske planen.

### Regionens mål for perioden

UNNs strategiske utviklingsplan er i tråd med regionens mål, og vi anbefaler at mål og satsingsområder blir videreført. Konsekvensene av regionens planer og satsinger må etter UNNs mening variere mellom foretakene i regionen, og UNN ber om at dette kommer tydeligere frem i det videre arbeidet. For UNNs funksjon i regionen er kreftsatsingen avgjørende. I planene er dette beskrevet litt for snevert, og vi ber om at satsingen inkluderer avansert kirurgi og intervensjon også på andre områder, slik det er beskrevet i UNNs strategiske utviklingsplan under *Prioriterte utviklingsområder 1*.

### Investeringer

For å støtte opp under regionens mål og UNNs strategiske utviklingsplan er det helt nødvendig med investeringer i utstyr med mer. Investeringsrammene har over flere år vært svært små, og UNN er nå i en situasjon hvor investeringsrammen for 2015 allerede er disponert. Tidligere beregninger viser at årlige behov for reanskaffelser av utstyr, inkludert etterslep og egne kapitaltilskudd til KLP, er på 144 mill kr. Beløpet er økende fordi UNN opparbeider seg et stadig større etterslep.

UNN ber om at ekstraordinære investeringsrammer for 2015 nedbetales over tid, og fra og med 2018, slik at overskudd i driften fra og med 2015 kan brukes til investeringer i påfølgende år. Dersom ikke investeringsrammene økes fremover, vil det medføre at både regionens mål og UNNs strategisk utviklingsplan ikke kan realiseres. UNN anbefaler derfor at alle friske budsjettmidler i regionen de neste årene brukes til investeringer i utstyr med mer, og at prioriteringer i driften - inkludert fagplaner og andre satsningsområder i langtidsplanen - håndteres gjennom omstilling i det enkelte foretak. Nye regionale oppgaver eller funksjoner må finansieres særskilt.

Dersom det likevel skal fordeles friske midler i årene fremover, påpeker UNN at fordeling av friske midler gjennom inntektsfordelingsmodellen gir en utilsiktet skjevfordeling i regionen. Dette er et viktig anliggende for regionen, og må settes på agendaen ved neste revidering av inntektsfordelingsmodellen.

For å nå periodens mål, jobbes det aktivt med kontinuerlig forbedring i hele foretaket. Dette gjelder blant annet behovsbasert aktivitetsplanlegging, aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, mer bruk av pasienthotellet (både økt andel dagpasienter og økt bruk av hotellet for inneliggende heldøgns pasienter), bedre kodekvalitet ISF, bruk av fraseverktøy, pasientsikkerhetsprogrammet, med mer.

## **Medvirkning**

Saken ble forelagt brukernes arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter i uke 16 (13. og 15.6.2015). Referater/ protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker i møtet 29.4.2015.

Brukernes arbeidsutvalg valgte å la Brukerutvalgets møte 22.4.2015 behandle saken. Protokoll fra dette møtet vil oversendes styret før styremøtets behandling av saken.

Arbeidsmiljøutvalget tok saken til orientering, og ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til saken slik den forelå under behandling av saken.

## **Vurdering og konklusjon**

UNN er fornøyd med regionens langtidsplan og satsinger, og anbefaler at denne videreføres med de korrigeringsene som fremkommer i tilbakemeldingen. UNN erkjenner at utfordringene med å skape nødvendige investeringsrammer til utstyr med mer, for å oppfylle regionens planer i perioden, er så store at det ikke kan løses av UNN alene. Det bes derfor om at Helse Nord RHF bidrar ved at alle friske midler kanaliseres til utstyr i årene fremover.

UNN vektlegger at ekstraordinære investeringsrammer bevilget i 2015 kan innløses over tid, og fra og med 2018, og at de årlige rammene til utstyr med mer økes i perioden 2016-2019.

Styret inviteres til å slutte seg til vedlagte tilbakemelding til RHF's plan 2016-2019.

Tromsø, 17.4.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg: Brev fra UNN til Helse Nord RHF, datert 12.4.2015



Helse Nord RHF  
Sjøgata 38

8038 Bodø

12. april 2015

### **Tilbakemelding fra UNN HF på Helse Nord's Plan 2016-2019**

Det vises til *Plan og Budsjettbrev 1 – Plan 2016-2019, inkludert rullering investeringsplan* der Helse Nord RHF ber om innspill til Plan 2016-2023, inkludert rullering av investeringsplanen.

Helse Nord RHF ber om tilbakemelding på strategier og tiltak for å utvikle helsetilbudet i regionen frem til 2023 og følgende punkter bes konkret om innspill på:

1. Innspill til regionens mål og faglige satsninger i planperioden.
2. Vurdere størrelse og fordeling av anbefalt investeringsramme for perioden, med særlig fokus på analyse av driftsøkonomiske konsekvenser av denne, samt avveining mellom drift og investering.
3. Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan.
4. Innspill til driftsbudsjettet og forventninger om økt finansiering til nye vedtatte tiltak.
5. Vurdere nivå på og fremdrift av egen investeringsplan.
6. Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling, skape økonomisk handlingsrom, eller bidra til gjennomføring av samhandlingsreformen.

Tilbakemeldingen til Helse Nord RHF skal være styrebehandlet av styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) innen utgangen av april 2015, og vil danne grunnlag for Helse Nord's rullering av investeringsplan og plan i styremøtet 17. juni 2015 som vil være førende for helseforetakenes langtidsplanlegging for perioden.

Helse Nord viktigste mål for planperioden 2016-2019 er:

1. Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet
2. Bedre samhandlingen med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp
3. Realisere forskningsstrategien
4. Bedre pasient- og brukervedvirkningen
5. Sikre gode arbeidsforhold, samt tilstrekkelig og kvalifisert personell
6. Innfri de økonomiske mål i perioden
7. Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling

### **Innledning**

UNN har vedtatt en strategisk utviklingsplan gjeldende for den neste tiårsperioden. Vi finner det derfor uhensiktmessig å gi tilbakemelding på RHF's plan for de neste årene så detaljert som det legges opp til. Vi innretter tilbakemeldingen med utgangspunkt i regionens mål og satsninger og UNN's arbeid med dette. Tilbakemeldingen inndeles derfor slik:

- Tilbakemelding på regionens mål og satsinger
- Investeringer
- Driftsøkonomi
- Kontinuerlig forbedring og langtidsplan

### **Regionens mål for perioden**

UNN er fornøyd med at regionens mål er stabile og holder en stø kurs i forhold til tidligere år. Dette gir oss forutsigbare rammevilkår i forhold til intern planlegging. UNNs strategiske utviklingsplan er i tråd med regionens mål, og vi anbefaler at mål og satsningsområder blir videreført. Konsekvensene av regionens planer og satsinger må variere mellom foretakene i regionen, og vi ber om at dette kommer tydelig frem i det videre arbeidet.

UNNs prioriterte utviklingsområder i strategisk utviklingsplan er:

1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
2. Psykisk helsevern og rusbehandling
3. Prehospitaltjenester og mottaksmedisin
4. Kroniske og sammensatte lidelser.

For UNNs funksjon i regionen er kreftsatsingen avgjørende. I planene er dette beskrevet litt for snevert, og vi ber om at satsingen inkluderer avansert kirurgi og intervensjon også på andre områder slik det er beskrevet i UNNs strategiske utviklingsplan under prioriterte utviklingsområder 1 (vedlegg 1).

### **Investeringer**

For å støtte opp under regionens mål og UNNs strategiske utviklingsplan er det helt nødvendig med investeringer i utstyr med mer. Investeringsrammene har over flere år vært svært små, og UNN er nå i en situasjon hvor investeringsrammen for 2015 allerede er disponert. I tillegg er ikke de neste års investeringsrammer tilstrekkelig for å håndtere kassasjoner av teknisk og medisinsk utstyr, og vi har opparbeidet oss et etterslep for reinvesteringer de siste årene som gir stadig økende antall kassasjoner. Tidligere beregninger viser at årlige behov for reanskaffelser av utstyr, inkludert etterslep og egenkapitaltilskudd til KLP er på 144 mill kr. Beløpet er økende fordi vi opparbeider oss et stadig større etterslep.

Hittil i 2015 har vi fått 100 mill kr i en ekstraordinær økning av investeringsrammen, og det er behov for ytterligere ekstraordinære bevilgninger for 2015. Styret i UNN vil be om ekstraordinære bevilgninger til utstyr med mer for 2015 i Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mars 2015. Dette oversendes Helse Nord RHF i eget brev.

Dersom vi ikke får tilført ekstra investeringsmidler for 2015, samt økte rammer for de nærmeste årene, vil vi ikke være i stand til å erstatte kassert utstyr. Dette vil umiddelbart gå ut over normal drift. UNN jobber med en langsiktig plan for å skape overskudd i driftsregnskapet til økte investeringsrammer. Dersom ekstraordinære investeringsrammer for 2015 må innløses før vi kan øke investeringene, vil det ikke avhjelpe situasjonen for de nærmeste årene. Investeringsrammene for 2016 og 2017 til utstyr med mer er på hhv 70 og 100 mill kr. Vi ber derfor om at ekstraordinære investeringsrammer for 2015 nedbetales over tid, og fra og med 2018, slik at vi kan bruke overskudd i driften fra og med 2015 til investeringer påfølgende år for å kompensere for de lave rammene i regionens plan.

Ny teknologi og investeringer som følge av ny medisinsk utvikling vil medføre ytterligere behov for investeringer i utstyr med mer. Investeringsbehovene er dermed flerdelt;

- Små investeringsrammer over tid har medført et stadig økende etterslep og overforbruk.
- Små investeringsrammer fremover dekker ikke de årlige behovene.
- Små investeringsrammer gjør at investeringer i nytt utstyr som følge av ny teknologi og medisinsk utvikling ikke er realiserbart.

Dersom ikke investeringsrammene økes fremover vil det medføre at både regionens mål og UNNs strategisk utviklingsplan ikke kan realiseres. UNN ber derfor om at alle friske budsjettmidler i regionen de neste årene brukes til investeringer i utstyr med mer, og at prioriteringer i driften, inkludert fagplaner og andre satsningsområder i langtidsplanen, håndteres gjennom omstilling i det enkelte foretak.

### **Driftsøkonomi**

UNNs interne økonomiske prioriteringer fremover vil være basert på prioriterte utviklingsområder i strategisk utviklingsplan, og dermed også i tråd med regionens mål og satsinger. Vi jobber med kontinuerlig forbedring for å skape det nødvendige økonomiske handlingsrom for de prioriterte utviklingsområdene i strategisk utviklingsplan.

Prosesser knyttet til forventninger om øremerket finansiering av satsinger i regionen tar mye tid og er til dels konfliktskapende. UNN mener derfor at øremerket finansiering er uhensiktsmessig, og ber om at dette opphører. Finansiering av eventuelle nye regionale oppgaver eller funksjoner må ivaretas særskilt. For øvrig bør alle fremtidige friske midler settes av til investeringer i utstyr med mer.

Dersom det likevel skal fordeles friske midler i årene fremover vil vi for ordens skyld påpeke at fordeling av friske midler gjennom inntektsfordelingsmodellen gir en utilsiktet skjevfordeling i regionen. Dette vil vi sette på agendaen ved neste revidering av inntektsfordelingsmodellen.

### **Kontinuerlig forbedring og langtidsplan**

For å nå periodens mål jobbes det aktivt med kontinuerlig forbedring i hele foretaket. Dette gjelder blant annet behovsbasert aktivitetsplanlegging, aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, mer bruk av pasienthotellet (både økt andel dagpasienter og økt bruk av hotellet for inneliggende heldøgns pasienter), bedre kodekvalitet ISF, bruk av fraseverktøy, pasientsikkerhetsprogrammet med mer.

Arbeidet med detaljert langtidsplanlegging starter 6. mai. Målet er å komme tidlig i gang med detaljplanlegging for 2016, samt en oppstart på detaljplanlegging for 2017-2019. Strategisk utviklingsplan danner grunnlag for planleggingsarbeidet.

### **Oppsummering og konklusjon**

Kontinuerlig forbedringsarbeid og økt gjennomføringsgrad av tiltak vil være hovedstrategi for å skape økonomisk handlingsrom til prioriterte områder i strategisk utviklingsplan. UNN erkjenner at utfordringene med å skape nødvendige investeringsrammer til utstyr med mer, for å nå regionens planer i perioden er så store at det ikke kan løses av UNN alene. Vi ber om at Helse Nord RHF bidrar ved at alle friske midler kanaliseres til utstyr i årene fremover.

- Regionens plan og satsingsområder er i tråd med UNNs strategiske utviklingsplan. UNN ber om at det spesifiseres at konsekvensene av planen er ulik for foretakene i regionen. For UNNs funksjon i regionen er kreftsatsingen avgjørende. I planene er dette beskrevet litt for snevert, og vi ber om at satsingen inkluderer avansert kirurgi og intervensjon også på andre områder slik det er beskrevet i UNNs strategiske utviklingsplan under prioriterte utviklingsområder 1.
- UNN ber om at ekstraordinære investeringsrammer bevilget i 2015 innløses over tid, og fra og med 2018.
- UNN ber om at investeringsrammene økes fra og med 2016, i tillegg til planlagt internt overskuddskrav i UNN.
- UNN ber om at alle friske midler overføres til investeringsrammer i regionen, og at eventuelle driftsutfordringer, realisering av fagplaner og øvrige satsingsområder løses gjennom omstilling i det enkelte foretak.
- Prioriteringer i UNNs langtidsplan og årlige budsjetter vil være i tråd med strategisk utviklingsplan.

Tor Ingebrigtsen  
Adm.direktør

Grethe Andersen  
Økonomisjef

**Vedlegg:**

UNNs styresak 25-2015 *Investeringer og økonomisk bærekraft.*

Strategisk utviklingsplan UNN

KVR med styresak mars (om investeringer)



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
35/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	29.4.2015
Saksansvarlig: Gina Marie Johansen		Saksbehandler: Viggo Søderblom

### Kjøp av tomt for Nye UNN Narvik

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til at det er nødvendig å erverve tomt til Nye UNN Narvik i år for å komme i gang med utbyggingen som forutsatt i 2019, og til at forhandlinger med eieren LKAB Norge AS nå er fullført.
2. Styret ber om at Helse Nord RHF frigjør 9,7 mill kr til denne investeringen i rulleringen av investeringsplanen i juni 2015. Styret anbefaler at dette finansieres innenfor den totale investeringsrammen for Nye UNN Narvik, som er avsatt i Helse Nord RHF's investeringsplan fra 2019.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å erverve tomten (gnr 38, bnr 1 i Narvik kommune - totalt omlag 60 mål) fra LKAB Norge AS innenfor en økonomisk ramme på totalt 9,7 mill kr inklusive avgifter og omkostninger, under forutsetning av at Helse Nord RHF stiller investeringsramme til disposisjon i henhold til vedtaks punkt 1.

#### Sammendrag

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i 2009 at Nye UNN Narvik skal lokaliseres til Furumoen i Narvik kommune, gårdsnummer (gnr) 38, bruksnummer (bnr) 1. Vedtaket ble fattet etter tilrådning basert på en utredning av SINTEF Helse, samt en enstemmig anbefaling fra kommunestyret i Narvik. Tomten eies av LKAB Norge AS.

UNN har nå sluttført forhandlinger for ervervelse av eiendommen og en samlet kostnad for tomte kjøp vil i henhold til dette forslaget bli omlag 9,7 mill kr inklusive avgifter og omkostninger. Prisen gjenspeiler markedsverdi og takst.

Det er nødvendig å erverve tomten på nåværende tidspunkt, for å sikre at tomt og bygging av transportveier, inklusive tunnel fra E6, er klart til planlagt byggestart i 2019.

Administrerende direktør anbefaler ervervelse av tomten til tilbudt pris, og ber Helse Nord RHF om å frigjøre midler til investeringen gjennom rullering av investeringsplanen i juni 2015.

## Bakgrunn

Plassering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sitt nye sykehus på Furumoen i Narvik kommune ble besluttet i styresak 79/2009 *Tomtevalg UNN Narvik*. Denne tomten er brukt i den videre planleggingen i konseptrapporten som ble vedtatt i styresak 78/2010 *Konseptrapport Nye UNN Narvik* og Helse Nord RHF's styresak 35/2011 *Konseptrapport Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik*. Planlagt byggstart er 2019 med en ferdigstilling ved årsskiftet 2022/23 jfr. Helse Nord RHF's styresak 78/2014 *Plan 2015-2018 – inkl rullering av investeringsplan 2015-2022*.

## Formål

Formålet med denne styresaken er å redegjøre for og fremme begrunnet forslag om, å erverve tomt gnr. 38, bnr. 1 på Furumoen i Narvik kommune, fra LKAB Norge AS, for bygging av Nye UNN Narvik.

## Saksutredning

Lokaliseringsanalyse av fire alternativer basert på tomte kvalitet, sykehusfaglige kriterier, økonomi og samfunnsutvikling, ble lagt til grunn før styrene ved UNN og Helse Nord RHF besluttet lokalisering til Furumoen. Lokalisering på Furumoen ligger til grunn for konseptrapporten utarbeidet av SINTEF Helse i 2010.

UNN har primært behov for å erverve omlag 40 mål til bygging av sykehuset på Furumoen. I dette arealet er det inkludert en del areal for å sikre at det er plass til adkomsttunnel fra E6. LKAB Norge AS (LKAB) har i forhandlingene bedt UNN overta de tilleggsarealene som ligger innenfor eksisterende infrastrukturbegrensninger på området (Ofofbanen - Stasjonsvegen), et tilleggsareal på ca 20 mål. Prisforlangende fra LKAB Norge AS er kr 150 pr kvm, som er markedspris i området, med forutsetning om at UNN overtar hele det tilbudte området.

Til tross for at tilleggsarealene ligger opp mot jernbanetrasé, og har enkelte begrensninger i forhold til bruksformål, vil dette tilføre prosjektet viktige arealer til uteaktiviteter samt fleksibilitet i forhold til eventuelle fremtidige bygningsbehov, parkering m.v. Samlet kostnad for tomtkjøp vil i henhold til dette forslag bli på omlag 9,7 mill kr inklusive avgifter og omkostninger.

Tomtearealet er en del av gnr. 38, bnr. 1. Arealet er omtrentlig angitt på vedlagte kartutsnitt og er regulert til "*offentlig eller privat tjenesteyting*" i henhold til gjeldende kommunedelplan.

## Medvirkning

Saken ble forelagt brukernes arbeidsutvalg 13.4.2015, samt arbeidsmiljøutvalg og ansattes organisasjoner med vernetjenesten 15.4.2015. Saken ble tatt til orientering. Referater/protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker i møtet 29.4.2015.

## Vurdering

Denne tomten er vurdert som best egnet for etablering av Nye UNN Narvik. Tomten er taksert, og prisforlangende gjenspeiler taksten. Kvadratmeterprisen er den samme som Narvik kommune betalte for nabotomten for omlag 10 år siden.

Prosjektet Nye UNN Narvik er kostnadsberegnet til omlag 1,5 mrd kr (i 2010-kroner). Det var på dette tidspunktet uklart hvem som eide tomta, og det er i sakspapirene fra 2010 ikke lagt inn kostnader i forbindelse med overtakelse av den. Det er derfor en forutsetning at denne kostnaden dekkes inn av investeringsrammen til utbyggeprosjektet, og at kostnadsrammen revideres i forprosjektfasen slik IS-1369” *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehus*” krever.

Planleggingen er gjennomført til og med konseptrapport. Prosjektet ligger i Helse Nord RHF's investeringsplan med oppstart i 2019. Planleggingen som er gjennomført så langt, må derfor oppdateres før forprosjekt kan påbegynnes. Prosjektet ventes ferdigstilt og klart for prøvedrift fjerde kvartal i 2022.

Det er av betydning for fremdriften i prosjektet at tomta erverves på nåværende tidspunkt, slik at nødvendige tiltak for adkomst for person- og biltrafikk kan gjennomføres før byggestart.

## Konklusjon

Administrerende direktør anbefaler styret å beslutte erverv av tomt gnr 38, bnr 1 i Narvik kommune, av LKAB Norge AS med totalt omlag 60 mål.

Finansiering av tomten forutsettes tatt av den totale budsjettammen for Nye UNN Narvik, avsatt i Helse Nord RHF's investeringsplan i 2019. Administrerende direktør ber om fullmakt til å erverve tomten innenfor en økonomisk ramme på totalt 9,7 mill kr inklusive avgifter og omkostninger.


Direktøren anbefaler styret at det fremmes sak overfor Helse Nord RHF, der man ber om å frigjøre midler til investeringen i 2015, når rullering av investeringsplan gjennomføres i juni 2015.

Tromsø, 17.4.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg: Kartutsnitt av tomtearealet på Furumoen i Narvik kommune





[www.narvik.kommune.no](http://www.narvik.kommune.no)

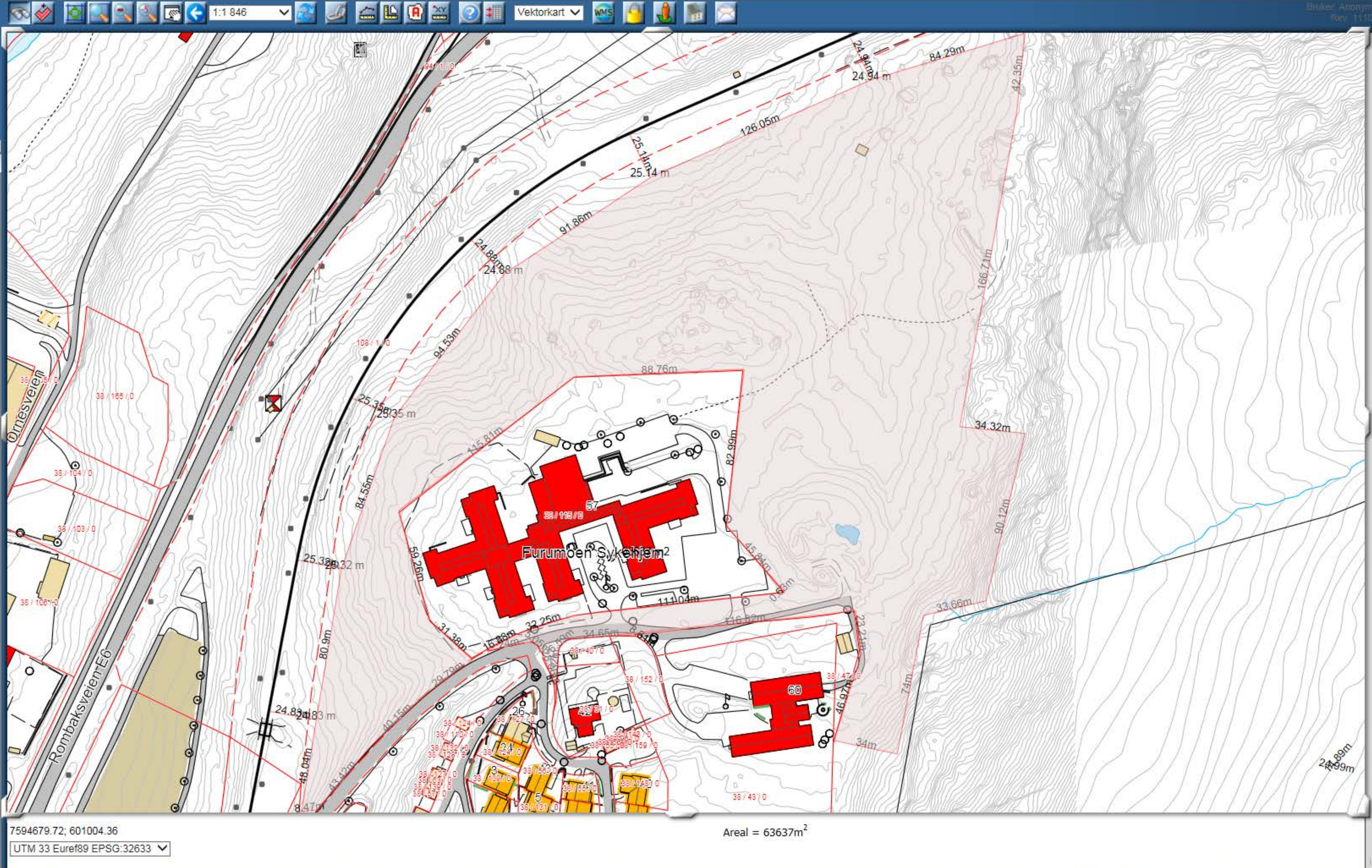
Verktøy Standard kart

Veig karttype

### Eiendomsinfo

GID: 1805/38/1/0/0  
Målebrev: Opplysning ikke tilgjengelig  
Naboliste  
Matrikkeltre

- Type: Grunneiendom
- Bruksnavn: TARALDSVIK
- Beregnet areal: 2285294.7
- Oppgitt areal: 2383305.7
- Arealkilde: 5-Areal hentet fra eiendomsbase
- Tinglyst: Ja
- Teiger
- Representasjonspunkt
- Adresser
- Bygninger







## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
36/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	29.4.2015
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Årsplan for styret 2015 - justering

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner endringene i Årsplan for styret 2015.

#### Sammendrag

Universitetssykehuset Nord-Norge HF må justere Årsplan for styret 2015 som følge av nye krav fra Helse Nord RHF gjennom Oppdragsdokument 2015.

Saken viser til at justeringene for selve årsplanen er relativt små, og at de fleste krav etterkommes gjennom allerede eksisterende rapporteringsstruktur til styret.

#### Bakgrunn

Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF stilte i 2015 eksplisitte krav til helseforetaksstyrene om styrebehandling av flere saker enn tidligere. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjente i sak 69/2014 *Årsplan for styret 2015*. I møte 11.2.2015 (sak 9/2015) gjorde styret endringer knyttet til avvikling av styreseminar og styremøte i juni 2015.

Av gjeldende årsplan for styret fremgår følgende:

<i>Møtetidspunkter</i>	<i>Sted</i>	<i>Styresaker</i>
<i>Onsdag 11. februar</i>	<i>Tromsø</i>	<i>Styrets evaluering av egen virksomhet</i>
<i>Onsdag 18. mars</i>	<i>Tromsø</i>	<i>Årsregnskap, årlig melding og oppdragsdokument</i>
<i>Onsdag 29. april</i>	<i>Tromsø</i>	<i>Investeringsplan 2014-2023</i>
<i>Onsdag 3. juni</i>	<i>Tromsø</i>	<i>Første tertialrapport</i>
<i>Onsdag 23. juni</i>	<i>Harstad</i>	<i>Ledelsens gjennomgang i fbm styreseminar 22.6.</i>
<i>Høstsemester 2015:</i>		
<i>Onsdag 16. september</i>	<i>Tromsø</i>	<i>Forberedelse til virksomhetsplanleggingen 2016</i>
<i>Tirsdag 6. oktober</i>	<i>Tromsø</i>	<i>Andre tertialrapport 2015</i>

Årsplanen for styret må nå justeres som følge av kravene i oppdragsdokumentet.

## Formål

Formålet med saken er å få en styregodkjenning til endringer i Årsplan for styret 2015 som følge av krav i Oppdragsdokument 2015.

## Saksutredning

Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF for 2015 stiller krav til at styret ved UNN skal styrebehandle en rekke saker. Flere av kravene er allerede oppfylt gjennom eksisterende rapporteringssaker, der styrebehandling inngår i en fastlagt struktur. Andre deler av etterfølgende kravoversikt er ikke dekket i eksisterende rapporteringsstruktur til styret, og må følgelig tas inn som en del av denne.

### Kravene til styrebehandling i Oppdragsdokument 2015

Av vedlegg 2) i oppdragsdokumentets kapittel 9.2 fremkommer at helseforetakene i Helse Nord skal styrebehandle følgende saker;

1. *Månedlig oppfølging av regionale kvalitetsindikatorer og alvorlige hendelser.*
2. *Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.*
3. *Månedlige virksomhetsrapporter og vedta eventuelle korrigerende tiltak uten unødig opphold, herunder også gjennomføringen av helseforetakets investeringsplan sett opp mot vedtatt fremdriftsplan og tildelt investeringsramme.*
4. *Skal utarbeide og styrebehandle komplette og reelle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i 2015 og i planperioden 2015–2018.*
5. *Skal gjennomføre investeringsplanen slik den er vedtatt i budsjett 2015. Eventuelle avvik i fremdrift og behov for omprioriteringer skal fortløpende behandles i eget styre.*
6. *Rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder helseforetaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger, jf. krav i oppdragsdokument 2011.*
7. *Status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet én gang årlig. Blant annet skal sakene omfatte status for innføringen av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet, GTT25-resultater og oppfølging av disse.*
8. *Tertialvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2015, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2015, med tiltak.*
9. *Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 01.06.15. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfylder de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik skal være lukket innen 31.12.15.*
10. *Ledelsens gjennomgang av internkontroll skal minimum gjøres 1 gang pr år og styrebehandles. Gjennomgangen skal være basert på sammenlignbar statistikk som omfatter kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen skal også inneholde:*
  - ROS- analyser

- gjennomgang av informasjonssikkerhet, klima og miljø og beredskap.
  - en oversikt over gjennomførte og planlagte interne og eksterne tilsyn og revisjoner
  - status for pålegg eller avvik som er gitt av tilsynsorganer jf. styresak 148-2014 Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål.
- Som del av saken skal styret vurdere helseforetakets resultater, årsak til variasjon, samt identifisere og prioritere tiltak.

### UNNs oppfølging av kravene

I det etterfølgende fremgår hvordan kravene til styrebehandling skal følges opp i UNN;

1. Regionale kvalitetsindikatorer og alvorlige hendelser rapporteres gjennom de faste Kvalitets- og virksomhetsrapportene (KVR).
2. Resultatene fra pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker vil bli rapportert gjennom KVR.
3. KVR vil også innholde behov for korrigeringer samt helseforetakets investeringsplan, som settes opp mot vedtatt fremdriftsplan og tildelt investeringsramme.
4. Komplette og reelle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i 2015 og i planperioden 2015–2018 vil bli fremmet som egne saker.
5. Investeringsplanen slik den er vedtatt i budsjett 2015, samt eventuelle avvik i fremdrift og behov for omprioriteringer skal fortløpende behandles som egne styresaker.
6. Rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF fremmes for styret gjennom den faste revisjons- og tilsynsrapporteringen til styret.
7. Egen sak om pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet skal forelegges styret som enkeltsak én gang pr år, herunder status for innføringen av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet, GTT25-resultater og oppfølging av disse.
8. Oppfølging av oppdragsdokument 2015 fremmes som del av tertialrapportene for aktivitet, økonomi og kvalitet.
9. Informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets tillyste styremøte 3.6.2015.
10. Ledelsens gjennomgang av internkontroll legges frem for styret hvert tertial.

### Justering av årsplanen

I det følgende fremkommer forslag til justert årsplan for styret:

<u>Møtetidspunkter</u>	<u>Sted</u>	<u>Styresaker</u>
Onsdag 11. februar	Tromsø	Styrets evaluering av egen virksomhet
Onsdag 18. mars	Tromsø	Årsregnskap. Årlig melding. Investeringsplan. Oppdragsdokument.
Onsdag 29. april	Tromsø	Tilbakemelding på RHF's Plan 2016-2019 <sup>1</sup>
Onsdag 3. juni	Tromsø	Første tertialrapport. Informasjonssikkerhet.

<sup>1</sup> Opprinnelig var dette en samlet sak, Investeringsplan. Nå er saken delt mellom Investeringer og økonomisk bærekraft og saken Tilbakemelding på Helse Nord RHF's Plan 2016-2019

Høstsemester 2015:

Onsdag 16. september

Tromsø

Forberedelse til virksomhetsplanleggingen 2016

Tirsdag 6. oktober

Tromsø

Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.

Onsdag 11. november

Narvik<sup>2</sup>

Ledelsens gjennomgang. Styreseminar 10.11.2015.

Onsdag 16. desember

Tromsø

Virksomhetsplan og budsjett for 2016

## Medvirkning

Ettersom saken er å anse som en rutinemessig sak, er den ikke fremlagt for de ordinære medvirknings- og drøftingsinstansene i forkant av styrebehandlingen. Begrunnelsen for justeringene er likevel muntlig presentert for drøftingsmøtet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

## Vurdering

Kravene i oppdragsdokumentet til styrebehandling av ovennevnte rapporteringskrav i UNN, representerer en innskjerping av allerede kjente forhold. Direktørens vurdering er at det på generelt grunnlag anses formålstjenlig å legge saksrapporteringen til allerede etablerte styresaker. I de tilfellene der dette ikke sammenfaller tidmessig eller temamessig med allerede etablert struktur, legges sakene frem for styret i egne saker. En annen justering i planen er at den opprinnelige saken Investeringsplan nå er delt mellom sakene *Investeringer og økonomisk bærekraft* og *Tilbakemelding på RHF's Plan 2016-2019*.

## Konklusjon

Direktøren anbefaler styret å godkjenne sakens forslag til de foreslåtte justeringene av Årsplan for styret 2015.

Tromsø, 17.4.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

---

<sup>2</sup> Helse Nord RHF planlegger et regionalt seminar som kan influere på valg av møtested.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
37/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	29.4.2015
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Årsrapport fra Brukerutvalget 2014

Saken ettersendes

Tromsø, 17.4.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
38/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	29.4.2015

### Orienteringssaker

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar orienteringssakene til orientering.

#### *Skriftlige orienteringer*

1. Beredskapsplanen UNN HF
2. NST som nasjonal kompetansetjeneste
3. Status i satsing på helsefaglæringer i Helse Nord
4. PET – driftskonsept og utdanning av personell
5. Reduksjon i antall langtidsventende - *ettersendes*

#### *Muntlige orienteringer*

6. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 1, jf. 23
7. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 1, jf. 23
8. Valgresultat – ansattevalgte representanter i styret
9. Ambulanseberedskap – langsiktig bestilling
10. Gimleveien 12
11. Status etablering av kommunale akutte døgnplasser i Ofoten og Troms
12. Rapport etter revisjon av landets traumesentre
13. Opphopning av infeksjoner forårsaket av multiresistent klebsiella i UNN
14. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen

Tromsø, 17.4.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg



**Sak:** Beredskapsplanen ved UNN  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
**Fra:** Jon H. Mathisen/ Berit Bergslid Salvesen  
**Møtedato:** 29.4.2015

---

## Sammendrag

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er det etablert én enhetlig beredskapsplan. Denne saken beskriver utviklingsprosessen fra en situasjon med delt planhierarki for beredskapsplaner og frem til dagens situasjon med én enhetlig beredskapsplan. Videre viser saken til de ulike beredskapsnivåene, og hvordan de fungerer ved UNNs ulike sykehus.

I den enhetlige beredskapsplanen har UNN etablert egen beredskap for IKT-svikt, pandemier, massetilstrømming av pasienter, høyrisikosmitte m.fl. Det er tatt i bruk et elektronisk støttesystem som kan varsle et tilnærmet ubegrenset antall personer i løpet av kort tid. I tillegg er UNN nå tilknyttet et nasjonalt krisestøtteverktøy for loggføring og rapportering i beredskapssituasjoner.

Saken konkluderer med at arbeidet med UNNs beredskapsplan er godt tilpasset regionale og nasjonale planer.

## Bakgrunn

I 2009 ble det besluttet at det skulle etableres én enhetlig beredskapsplan ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Akuttmedisinsk klinikk fikk samtidig tildelt systemansvar for beredskapsarbeidet. Arbeidet startet i 2012 med gjennomføring av en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) for UNN (se vedlegg 1). Basert på ROS-analysen, ble det besluttet at beredskapsplanen for UNN skulle omfatte følgende scenarier:

- Massetilstrømming av pasienter til sykehuset
- IKT svikt (inkl. svikt i DIPS/EPJ, telefon, røntgensystemer, laboratoriesystemer, AMK kommunikasjon og nettverk)
- Pandemi/epidemi/høyrisikosmitte
- Ekstremvær
- Brann på sykehus
- CBRN ulykke (pasienter forurenset av kjemisk, biologisk og/eller radioaktivt agens fra skadested)
- Sikkerhetstrussel
- Svikt i sykehusintern infrastruktur (inkl. svikt i elektrisitetsforsyning, vannforsyning, avløpssystem, kjøleanlegg, ventilasjon, oppvarming og renovasjon)
- Svikt i forsyning (inkl. svikt i forsyning av medisinske gasser/trykkluft, legemiddelforsyning og drivstofforsyning)
- Ekstern bistand



Direktørens ledergruppe besluttet at planarbeidet i første omgang skulle konsentrere seg om tre scenarier i følgende prioritet:

1. Etablering av felles planer for massetilstrømning av pasienter ved alle sykehus i UNN.
2. Etablering av felles planer for IKT svikt i UNN.
3. Etablering av felles planer for pandemi/epidemi/høyrisikosmitte.

Etter Riksrevisjonens tilsyn med helseforetakenes beredskapsplaner er det i oppdragsdokumentet for 2015 satt et langsiktig mål om utarbeidelse av treårige rullerende planer for øvelser i beredskapssammenheng, herunder øvelser som innbefatter håndtering av vann-, strøm- og IKT-svikt. Dette kan påvirke UNNs videre prioritering når det gjelder utarbeidelse av beredskapsplaner for flere scenarier.

## Saksfremstilling

Grunnleggsdokumentet for beredskapsplanen ved UNN ble vedtatt og implementert i september 2013 (vedlegg 2). Her beskrives beredskapsansvar, planstruktur, scenarier, beredskapsledelse og beredskapsnivåer. UNN opererer med tre beredskapsnivåer i tillegg til normal drift – grønn, gul og rød beredskap.

### *Beredskapsplan for massetilstrømning av pasienter til sykehus*

Beredskapsplan for massetilstrømning av pasienter består av lokale planer ved UNN Harstad, UNN Narvik, UNN Tromsø og UNN Longyearbyen. Planene er bygget opp etter samme mal og prinsipper, og knyttes sammen på strategisk nivå og der det er relevant på operativt og taktisk nivå. Planen ble implementert ved UNN Tromsø i september 2013, ved UNN Narvik i juni 2014 og ved UNN Harstad i februar 2015. Ved UNN Longyearbyen er prosessen i gang og forventes avsluttet i løpet av 2015.

### *Beredskapsplan for IKT-svikt*

Overordnet målsetting med beredskapsplan for IKT-svikt er å sikre at UNN er i stand til å etablere en beredskap for å drifte helseforetaket forsvarlig i timer/dager/uker, uten IKT-systemer. I dag har UNN en plan for beslutning av beredskapsnivå, varsling og kriseledelse ved IKT-svikt. Utarbeidelse av tiltaksplaner for IKT-svikt pågår, og omfatter følgende systemer: AMK kommunikasjon, telefoni og calling, EPJ/DIPS, røntgensystemer, laboratoriesystemer og nettverk. Arbeidet organiseres som et prosjekt, og vil pågå ut 2015.

Overordnede beredskapsplaner for de ulike systemene utarbeides første halvår 2015, og tilpasning av klinikkvise beredskapsplaner vil foregå andre halvår 2015. Prosjektgruppen rapporterer 10. april at beredskapsplaner for AMK kommunikasjon, telefoni og calling er tilnærmet ferdigstilt, og at EPJ/DIPS, røntgensystemer, laboratoriesystemer og nettverk står for tur. Overordnede planer samt katastrofeledelsens tiltakskort forventes ferdigstilt til sommeren.

### *Beredskapsplan for høyrisikosmitte*

I forbindelse med Ebola-epidemien i Vest-Afrika i 2014/2015, etablerte UNN en beredskapsplan for høyrisikosmitte ved hvert av sykehusene. Planen bygger på de nasjonale føringene for håndtering av Ebola ved norske sykehus. Blant annet fremkommer det at alle sykehus med akuttfunksjon, skal ha beredskap for å ta imot og iverksette diagnostikk og behandling av pasienter, med mistenkt eller bekreftet høyrisikosmitte. De fysiske forholdene for håndtering av høyrisikosmitte ved de ulike sykehusene ved UNN, tilsier imidlertid at det ikke er ønskelig under normale omstendigheter å behandle pasienter som skal isoleres etter strenge isoleringstiltak





(dråpesmitte med alvorlige konsekvenser av smitte). Dette gjelder for alle våre sykehus. Senere revisjoner av planen må gjennomgå disse problemstillingene på nytt.

### *Beredskapsplan for pandemi*

UNN Tromsø har en utdatert pandemiplan. Arbeidet med en enhetlig beredskapsplan for pandemi startet i mars 2015. Det er utpekt personer til deltagelse i definerte arbeidsgrupper med representanter fra hvert av sykehusene. I tillegg til interne planer for sykehusene, legges det i dette arbeidet opp til en bred koordinering mot kommunehelsetjenesten. Dette for å sikre felles forståelse for ansvar, oppgaver og samhandling.

### *Øvrige beredskapsplaner*

Når beredskapsplanene for IKT-svikt og pandemi er ferdigstilt, vil det settes i gang prosesser for suksessivt å utarbeide de øvrige beredskapsplanene. Rekkefølgen i dette arbeidet vil bestemmes ut fra den vurderte risikoen for at hendelsen skal inntreffe, og konsekvensen av at den inntreffer uten at vi har gode beredskapsplaner på plass. Aktuelle scenarier å prioritere er ekstremvær, CBRN ulykker eller brann på sykehus.

Når det gjelder svikt i sykehusintern infrastruktur, har Drifts- og eiendomssenteret et vedlikeholdsstyringssystem og rutiner som reduserer sannsynligheten for at feil skal inntreffe. Skulle det oppstå hendelser der eksempelvis vann- og avløpssystemer svikter, er opplevelsen at de aller fleste situasjoner skal kunne håndteres i et godt samarbeid vertsskapskommunene for UNNs sykehus. Plan for svikt i sykehusintern infrastruktur er derfor i utgangspunktet ikke ansett som et prioritert område i beredskapsarbeidet. Denne prioriteringen må nå revurderes i lys av nye krav i oppdragsdokumentet nevnt innledningsvis når det gjelder mulig svikt i vann- og strømforsyning. Planarbeidet drives og følges opp av Akuttmedisinsk klinikk.

Alle beredskapsplaner ved UNN er publisert i kvalitetssystemet Docmap. Link til beredskapsplanene: <http://boo-hndcm-01.hn.helsenord.no/DocMapProd/page/doc/dmDocAll.html?DOCVIEW=FALSE?DOCKEYID=565843> (krever tilgang til Helse Nord/UNN intranett).

### *Støttesystemer*

Massevarslingssystemet Unified Message System (UMS) har siden 2013 blitt tatt i bruk ved alle sykehusene ved UNN. Systemet kan varsle et tilnærmet ubegrenset antall personer i løpet av kort tid gjennom telefonoppringning og/eller SMS, med forhåndsdefinerte meldinger. Dette systemet benyttes i dag for å varsle ledelse og ansatte om alle beredskapssituasjoner ved UNN.

Krisestøtteverktøyet CIM er det nasjonale systemet for loggføring og rapportering i beredskapssituasjoner. Systemet ble innført i september 2013 ved UNN. Så langt benyttes systemet ved hendelser ved UNN Tromsø og UNN Harstad. Ved UNN Narvik vil systemet tas i bruk innen juni 2015. Det er foreløpig ikke planlagt at UNN Longyearbyen skal ta i bruk CIM. Det foreslås at direktørens ledergruppe og eventuelt sentrale styremedlemmer gis tilgang samt opplæring i CIM, for å kunne holde seg oppdatert på beredskapssituasjoner ved UNN.

## **Konklusjon**

Arbeidet med utarbeidelse av beredskapsplaner ved UNN foregår systematisk, etter faste maler, og er i tråd med nasjonale og regionale planer. Akuttmedisinsk klinikk er ansvarlig for å drive



prosessen og for å involvere og ansvarliggjøre relevante fagmiljøer. Øvrige helseforetak i Helse Nord benytter i stor grad UNNs beredskapsplaner som utgangspunkt for revisjon av sine lokale planer.

Vedlegg

Vedlegg 1: Overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse for UNN

Vedlegg 2: Grunnlagsdokument for beredskapsplan UNN

## **RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE (ROS) FOR UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**

Gjeldende fra 16.06.12

### **1. DELTAKERE PÅ ROS ANALYSEN:**

#### **1.1. Medisinsk deltakelse UNN Tromsø**

Nina Hesselberg  
Mads Gilbert

Kristian Bartnes  
Olaf Jacobsen

Jon Henrik Mathisen

#### **1.2. Deltakelse katastrofekomiteen i Harstad**

Niels Krum-Hansen  
Lisbeth Gaustad Johansen  
Rita Pernille Martnes  
Per Christian Valle  
Jørn Grønvold  
Kjell Engkrog

Arnt-Børge Jensen  
Tor Harald Nyheim  
Ella Giertsen  
Viktoria Hansen  
Kirsti Steinvoll  
Helge Ulrichsen

Herdis Hellan  
Sylvia Kristine Johansen  
Janne Måge  
Björg Steiro  
Ann-Kjerstin Dypvik

#### **1.3. Deltakelse katastrofekomiteen i Narvik**

Beate Klubnes  
Ove Laupstad  
John Martin Pedersen

Tore Opdahl  
Lene Finsveen  
Trond Reinholdsen

Eigil Røger  
Jon Harr

#### **1.4. Deltakelse kaastrofekomiteen i Longyearbyen**

Søren Nissen

John Aksel Bilicz

#### **1.5. Drift- og eiendom**

Martin Sivertsen  
Eivind Nydal (Harstad)  
Stein H. Fredriksson  
Gørill Mikalsen (Harstad)  
Nora Andreassen  
Sissel Elise Evensen

Anne-Lise Berg  
Halvorsen  
Halgeir Hansen  
Svein Hansen  
Tore Renland  
Jonny Svendsen

Trond Reinholdtsen  
(Narvik)  
Arnt-Børge Jensen  
(Harstad)  
Gina Marie Johansen

#### **1.6. Medisinsk teknisk utstyr**

Leiv Hellefossmo

Jan Erik Søreng

#### **1.7. IKT**

Per Bruvold  
Inger Pauline Landsem  
Marit Einejord  
Yngve Skar

Svein Are Osbakk  
Øyvind Sørensen  
Merete Postmyr  
Steinar Nyhus

Terje Hellemo  
Yngve Skar

#### **1.8. Psykiatri**

Grete Furu

Magnus P Hald

#### **1.9. Apoteket**

Airin Nordgård

Sidsel Kristiansen

## 2. INNLEDNING

”LOV 200-06-23 nr. 56: Lov om helsemessig og sosial beredskap” pålegger alle helseforetak å ha beredskapsplaner:

*”Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Beredskapsplanen skal også omfatte tjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter som en del av de respektive tjenester. Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenesteområder” (§2-2)*

”FOR 2001-07-23 nr. 881: Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap” forutsetter at det utarbeides risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS analyse) som grunnlag for beredskapsplanen. Følgende krav til ROS analysen gjelder:

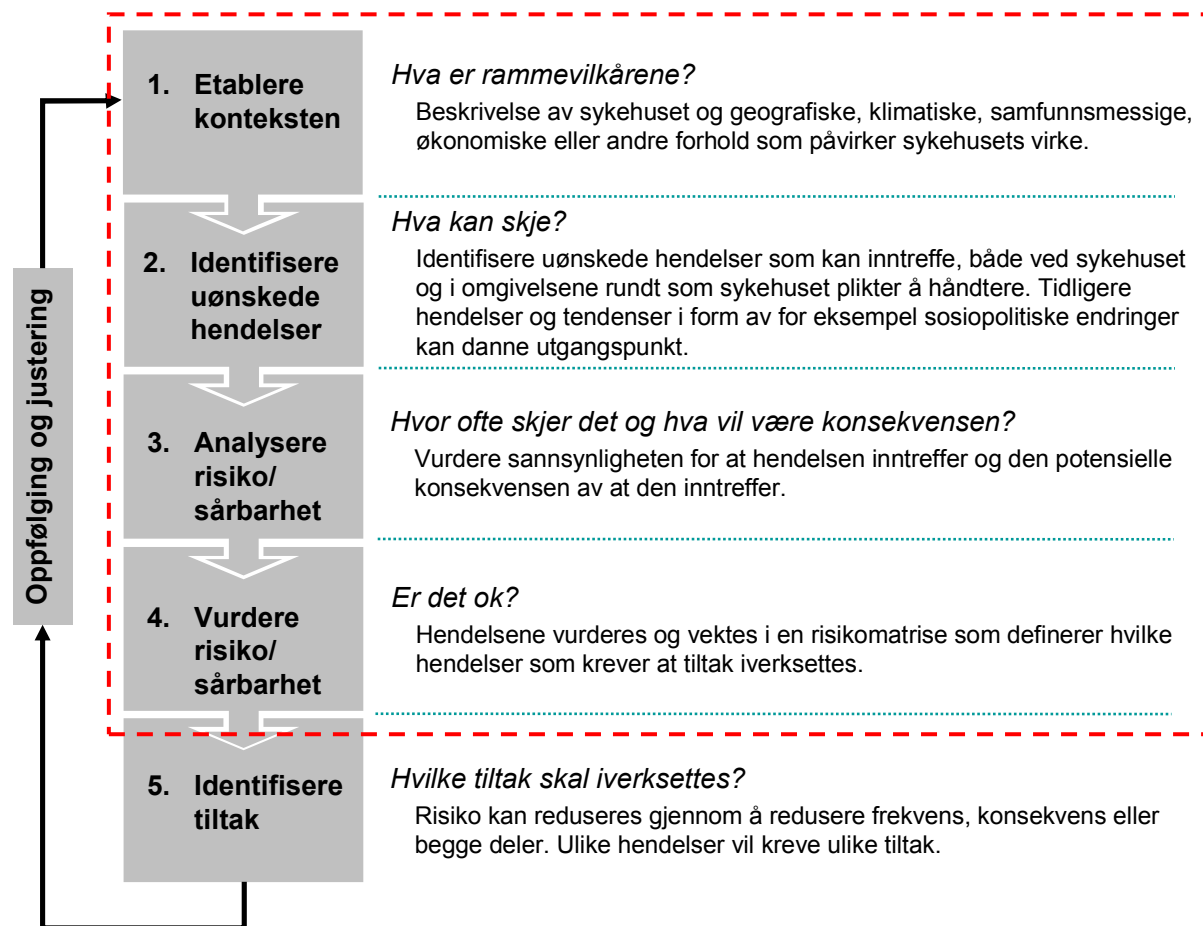
*”Virksomheten skal gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal ta utgangspunkt i og tilpasses virksomhetens art og omfang. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal alltid omfatte selve virksomheten, virksomhetens ansvarsområde og lokale forhold som innvirker på virksomhetens sårbarhet. Forutsetningene risiko- og sårbarhetsanalysen bygger på skal dokumenteres. Avdekket risiko og sårbarhet reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak. Beredskapsplaner skal sikre en tilstrekkelig produksjon av tjenester ved mulige hendelser knyttet til avdekket risiko og sårbarhet i samsvar med § 4 til § 9.” (§3)*

Den 10.06.11 ble det etter møte i den overordnede Katastrofefkomiteen ved UNN HF besluttet at det skulle utarbeides en felles katastrofe- og beredskapsplan for sykehusene i Harstad, Narvik, Tromsø og Longyearbyen. Som et ledd i utviklingen av ny beredskapsplan for UNN HF gjennomføres det ved hvert sykehus ROS analyser i henhold til instruksjonene som er gitt i ”FOR 2001-07-23 nr. 881: Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap”. Den følgende ROS analysen gjelder fra 16.06.12 for UNN HF og de områdene UNN HF har lokalsykehusansvar for. Analysen har som siktemål å kartlegge potensielle hendelser som vil kunne påvirke UNNs evne til å ivareta sitt behandlingstilbud. Det innebærer at både hendelser som kan føre til ekstraordinær belastning for virksomheten (slik som større ulykker) og situasjoner hvor kritisk infrastruktur i UNN kan svikte, som igjen kan føre til at behandlingstilbudet ikke kan opprettholdes (slik som strømstans), må vurderes.

## 3. METODE

Målet med denne ROS analysen har vært å identifisere potensielle hendelser som kan påvirke behandlingstilbudet i UNN i så stor grad at det bør etableres beredskapsplaner for å håndtere det best mulig. Risiko og sårbarhet er kartlagt dels gjennom dokumentasjon av

risikovurderinger gjort av Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap (DSB) (2009, 2011), Fylkesmannen i Troms (2010), Fylkesmannen i Nordland (2011), Helse-Nord RHF (Regional ROS-analyse av Helseberedskapen i Nordområdene, 2010), Politidirektoratet (2010) og dels gjennom strukturert idemyldring med eksperter innenfor ulike fagområder i UNN. Metoden er oppsummert gjennom figuren 1. Fokuset har vært på stegene 1-4 i figuren fordi målet med ROS analysen i denne omgang ikke har vært å iverksette tiltak, men snarere etablere et grunnlag å basere beredskapsplanen på.

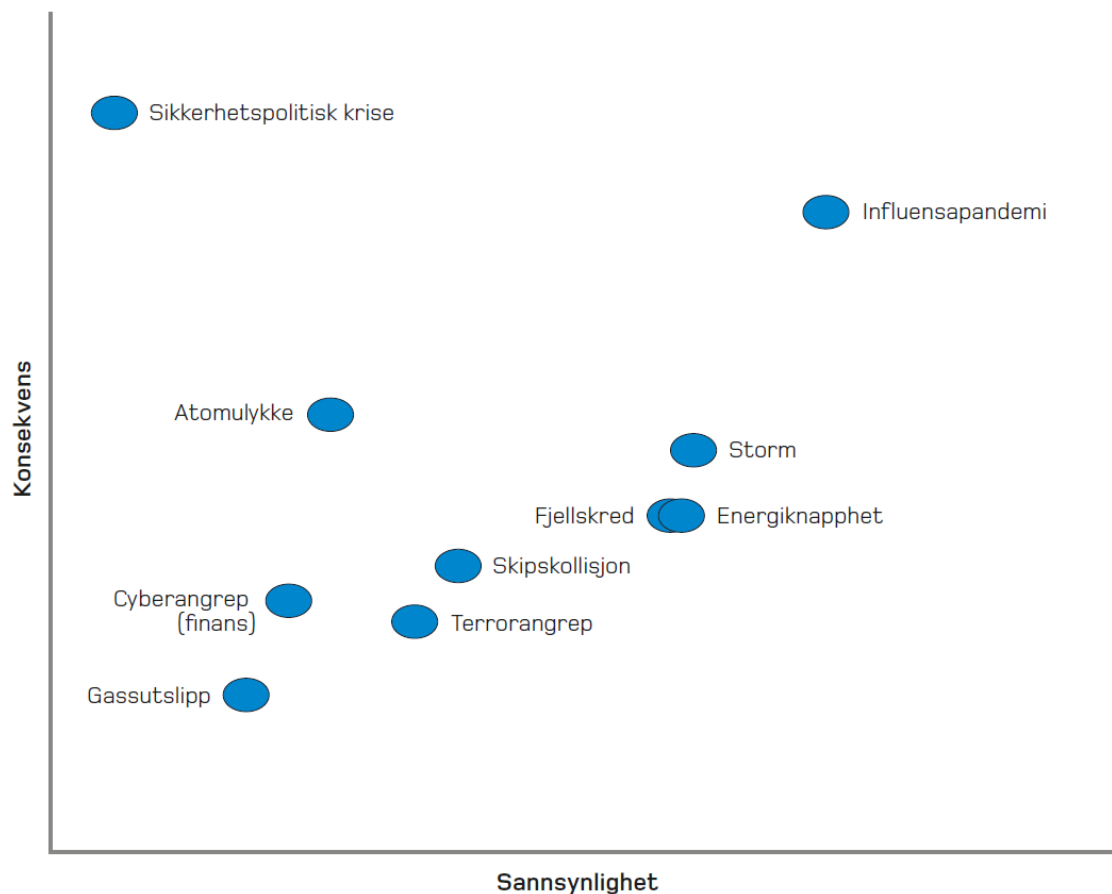


Figur 1: Modell for risikostyring.

## 4. RAMMEVILKÅR

### 4.1. Nasjonalt risikobilde

I ”Nasjonal Sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2011” vurderer DSB ti hendelser i sin risikoanalyse. Figuren 2 illustrerer resultatet av risikovurderingene.



Figur 2: Risikomatrix tatt fra DSBs "Sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2011".

Hendelsene kategoriseres som naturhendelser, store ulykker og tilsiktede hendelser. Innenfor kategorien 'naturhendelser' trekkes risiko for fjellpartier som kan rase ut og utløse store flodbølger fram spesielt for Nord-Norge. Lyngen i Troms bemerkes som et spesielt utsatt område (s.26). Innenfor kategorien 'store ulykker' trekkes skipsulykker forbundet med en økning i russisk sjøtransport av olje langs kysten av Nord-Norge fram som en økende risiko (s. 36). Videre pekes det på Kolahalvøya hvor det under den kalde krigen foregikk utbygginger med kjernekraftverk, marinebaser for reaktordrevne fartøy, avfallslagre og våpenarsenaler som et risikoområde for atomulykker som vil ramme Norge og kanskje særlig Finnmark. Sannsynligheten for at en slik ulykke skal inntreffe og samtidig ramme Nord-Norge (avhengig av vind og værforhold) er imidlertid vurdert som lav (Statens Strålevern, 2008).

#### 4.2.Regionalt risikobilde

I "Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2009" behandler DSB risiko, sårbarhet og beredskap i nordområdene spesielt i et fordypningskapittel. Med "nordområdene" menes her de norske områdene nord for polarsirkelen, inkludert Svalbard. Nordområdene blir betegnet som Norges viktigste strategiske satsningsområde i årene som kommer (Soria Moria-erklæringen, 2005, i "Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport" (NSBR) 2009, s. 37) og det er forventet økt virksomhet innenfor forvaltning, produksjon og transport av naturressurser (fiske, mineralforekomst, olje og gass).

Risiko- og sårbarhetsutfordringene i nordområdene er i rapporten vurdert ut fra særlige forhold i nordområdene som skiller seg fra situasjoner lenger sør i landet slik som:

- Begrensninger i infrastruktur

- Store avstander og spredt bosetning
- Lysforhold og mørketid
- Tøft klima med lave temperaturer, vind, snø og is
- Bølger, havstrøm og tidevannsforhold

Rapporten konkluderer med at risikoen for skipsulykker er økende i nordområdene og høyere enn risikoen for ulykker knyttet til petroleumsutvinning. Begrensninger i infrastruktur og store avstander trekkes frem som særlige sårbarhetsforhold som utgjør en stor risiko. Særlig gjelder dette sårbarhet i veg- og strømmnett. Risikoen for radioaktivt nedfall i forbindelse med en atomulykke er vurdert som relativ lav. Svalbard blir trukket fram som et område med særlig sårbar beredskap både i forhold til stedlig helsetilbud ved større ulykker og i forhold til evakuering av pasienter til fastlandet (s. 50).

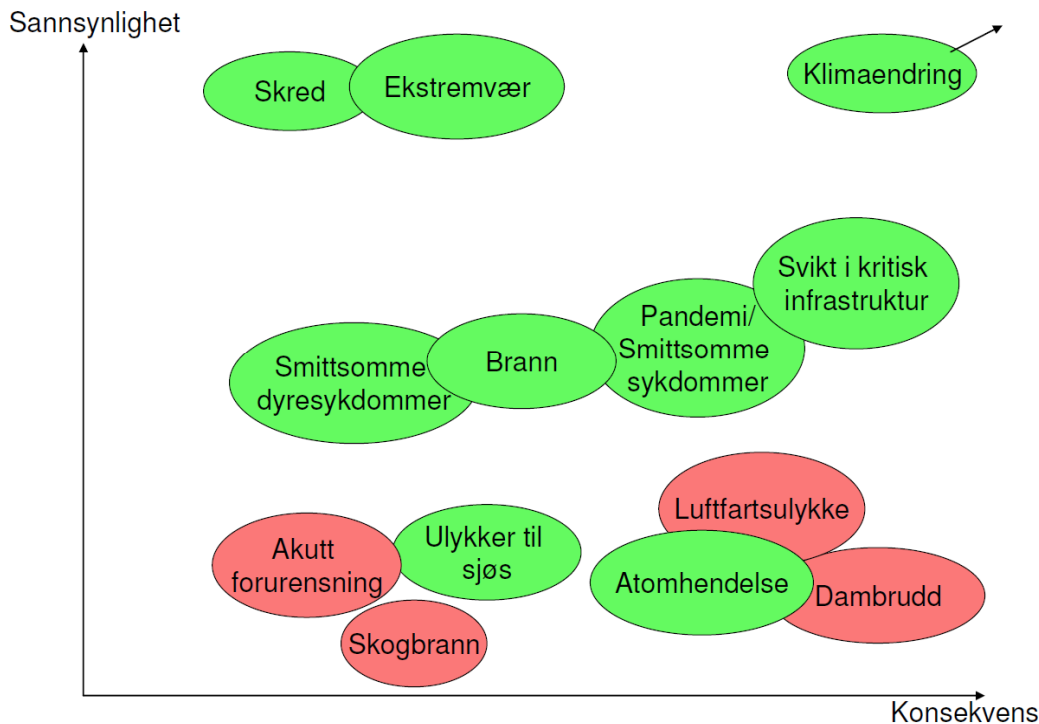
### **4.3.Lokalt risikobilde**

Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (Justis- og politidepartementet, 2010) pålegger kommunene å utarbeide en sektorovergripende ROS-analyse som et overordnet grunnlag for all planlegging i kommunen, inkludert beredskapsplanleggingen. Fylkesmannen er pålagt å utarbeide en sektorovergripende ROS analyse for fylket. Det kan forventes et sterkere engasjement rundt beredskap fra kommunenes side i årene som kommer. Det vil også være sterkt ønskelig med et tettere beredskapssamarbeid mellom kommunene og UNN.

UNN HF er lokalsykehus for 185 000 i Troms og Ofoten, i 31 kommuner innenfor Troms og Nordland fylkesgrenser og den norske befolkningen på Svalbard. UNN HF er universitetssykehus for 465 500 personer i fylkene Nordland, Troms og Finnmark, samt Svalbard. Da det er lokalsykehusfunksjonen som dominerer i beredskapsplanleggingen vil det også være lokalsykehusområdet som er av spesiell interesse for denne ROS analysen. Finnmark fylke behandles derfor ikke spesielt i analysen, men vil trekkes inn der det er nødvendig av hensyn til forvaltning av helseforetakenes felles ressurser (luftambulans og regional AMK funksjon).

#### **4.3.1. Troms fylke**

I Fylkesmannens ”Risiko- og sårbarhetsanalyse for Troms fylke” (Fylkesmannen i Troms, 2010) presenteres følgende risikobilde:



Figur 3: Risikomatrix tatt fra Risiko- og sårbarhetsanalyse for Troms fylke (Fylkesmannen i Troms, 2010).

Skred og ekstremvær er to hendelser som oppstår nesten årlig i fylket. Tidligere hendelser viser imidlertid at konsekvensene vanligvis har omfattet relativt få personer både direkte og indirekte. Svikt i kritisk infrastruktur slik som kraftforsyning, vegnett, vanntilførsel og tele- og datakommunikasjon rammer fylket jevnlig, men det er sjelden langvarig svikt. Både pandemi/smittsomme sykdommer og ulykker til sjøs er vurdert med lavere risiko i Fylkesmannens ROS analyse av Troms fylke enn i DSBs "Nasjonale sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2011". Hvorvidt dette gjenspeiler faktiske forskjeller i risikobildet for Troms fylke sammenlignet med det nasjonale risikobildet eller om det tyder på at forskjellige kriterier er lagt til grunn for risikovurderingene er vanskelig å si. Det er også bemerkelsesverdig at Fylkesmannen angir nesten lik sannsynlighet for atomhendelse og ulykke til sjøs, og anslår sannsynligheten for luftfartsulykke å være høyere enn sannsynligheten for ulykke til sjøs.

#### 4.3.2. Nordland fylke

I Fylkesmannens "Risiko og sårbarhetsanalyse Nordland 2011" (Fylkesmannen i Nordland, 2011) trekkes telenettet frem som en sårbar infrastruktur i fylket. Transport er også en særlig sårbarhetsfaktor i fylket: Det er mange lokalsamfunn i fylket som har sjøtransport som eneste transportmulighet til fastlandet og ved uvær vil disse samfunnene være isolert. Veinettet er sårbart fordi det er preget av utfordrende topografi, mange tunneller og bruer, hardt klima, varierende standard samt få og lange omkjøringsveier. Tidligere hendelser har imidlertid vist at transportsvikt ikke har utløst særlige krisesituasjoner. I hovedsak skyldes dette at bruddene har vært relativt kortvarige.

Nordland er et av landets største industrifylker og er særlig stor på metallurgisk industri. Det er ikke registrert store ulykker ved noen av bedriftene i Nordland som drifter med det man kan kalle et storulykkepotensiale. Store deler av industrivirksomheten befinner seg imidlertid relativt nær tettbefolkede områder og det går mye tungtransport med farlig gods (særlig



kjemikalier) gjennom noen av fylkets største byer. Konsekvensene av en industriulykke kan være store, men risikoen vurderes allikevel av fylkesmannen som moderat, om enn noe stigende. Skipsulykker representerer også for Nordland en betydelig risiko. Særlig gjelder dette den trafikken som går innaskjærs.

Skred og flom betegnes i analysen som særlige risikoområder når det gjelder naturhendelser. Jordskred, kvikkleireskred og steinskred utgjør en høyere risiko enn snøskred (s.108).

Som for resten av landet, vurderes også i Nordland fylke pandemisk influensa som en høy risiko (s.122).

### **4.3.3. Svalbard**

Svalbards geografi med spredt bosetningsmønster og store avstander, samt de tøffe klimatiske forholdene deler av året, gjør at konsekvensen ved ulike hendelser (for eksempel svikt i infrastruktur) ofte blir større enn tilsvarende hendelser andre steder i landet. Dette medfører tilleggsutfordringer for redningstjenesten. Endringer i klima, økt trafikk og økt/endret bosetting øker trolig risikoen i området.

I rapporten ”Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av de viktigste utfordringer for helseberedskapen i Nordområdene” peker Helse Nord RHF (2010) på en rekke forhold som utgjør stor risiko på Svalbard. Utfordringene i forhold til transport på Svalbard er store. Dette skyldes særlig helseberedskapens avhengighet av fly, helikopter og båt til transport av pasienter og helsepersonell kombinert med dårlig og uforutsigbart vær. Bruk av luftambulanser i området har økt de siste årene. Spredt bosetting, begrensede lege- og sykepleierressurser samt sentralisering av tjenester som behandling av akutt hjerteinfarkt, alvorlig skader og fødende medfører at man er avhengig av å frakte pasientene til fastlandet for diagnose og behandling eller eventuelt hente helsepersonell fra fastlandet. Ved alvorlig akutt sykdom eller skade stilles det derfor store krav til effektiv transport til fastlandet. Svalbard kan i perioder være isolert fra fastlandet på grunn av vær og forholdene på rullebanen i Longyearbyen, i alt fra timer til dager. Tilsvarende vil også gjelde for Jan Mayen og andre bosettinger i området.

Demografien på Svalbard har endret seg. Den norske bosetningen har vokst, turismen har økt og Longyearbyen har utviklet seg fra et gruvesamfunn til et moderne familiesamfunn. Dette medfører økt og endrede behov for rednings- og helseressurser. Grunnlaget for beslutninger om driftsnivå ved Longyearbyen sykehus og helseberedskap i Nordområdene har bygget og bygger fortsatt på gruveaktiviteten. Med en økning i annen industriaktivitet, forskningsaktivitet og ikke minst internasjonal turisme kan det imidlertid virke som om det er nødvendig å redefinere beredskapsbehovet på Svalbard.

”Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av de viktigste utfordringer for helseberedskapen i Nordområdene” (Helse Nord, 2010) presenterer følgende risikobilde for helseberedskapen på Svalbard, Jan Mayen og havområdene rundt:

Sannsynlighet	Svært sannsynlig		1A. Ulykker med 1 hardt skadd, evt 5 mindre skadde pasienter på Svalbard	6. Mangel på legemidler og medisinsk utstyr	8. Svikt i transport og samferdsel 7. Døttfall av behandlingsskapitet	1B. Masseskadulykker/ storbrann på Svalbard
	Sannsynlig	4B. Strålingsulykke industri e.l.		5B. Moderat epidemi/ smittespredning		2. Ulykker til havs 3. Samferdselsulykker luftfart 4C. Kjemikalieulykker
	Mindre sannsynlig				5A. Stor /ukontrollert epidemi/pandemi	
	Lite sannsynlig					
	Svært lite sannsynlig					4A. Atomulykker
		Ikke alvorlig	Mindre alvorlig	Betydelig	Alvorlig	Svært alvorlig
<b>Konsekvens</b>						

Figur 4: Risikomatrix tatt fra "Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av de viktigste utfordringer for helseberedskapen i Nordområdene" (Helse Nord, 2010)

Det er verd å legge merke til at man for Svalbard, Jan Mayen og havområdene rundt får en forskyvning mot høy risiko (rødt område) sammenlignet med tilsvarende regionale analyser for andre deler av landet. Dette skyldes primært en kombinasjon av begrensede helseressurser og vanskelige værmessige forhold store deler av året. Samtidige hendelser, selv om de er relativt små, vil også raskt overskride kapasiteten.

I Sysselmannens "Risiko- og sårbarhetsanalyse for Svalbard" (Sysselmannen på Svalbard, 2010) trekkes fem risikoområder fram som de største utfordringene på Svalbard:

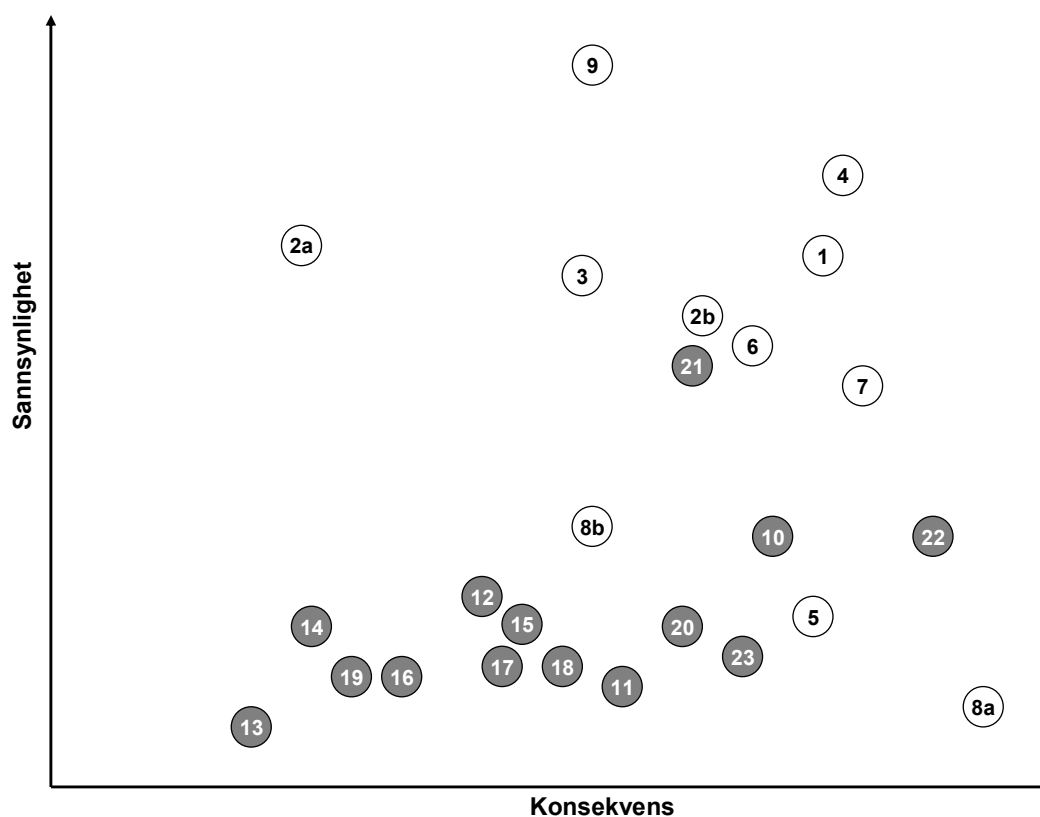
- Større ulykker i gruver, fly- og skiptrafikk. Her trekkes særlig store avstander, arktisk klima og begrensede ressurser fram som sårbarhetsfaktorer
- Svikt i kritisk infrastruktur. Svikt i tilførselen av elektrisk kraft utgjør en hovedrisiko. På Svalbard henger imidlertid elektrisk kraft, vannforsyning og fjernvarme sammen i et gjensidig avhengighetsforhold. Energiverket i Longyearbyen gjør Svalbard selvberget med elektrisitet, men svært sårbar dersom produksjonen skulle stoppe opp.
- Brann i bosetninger. Svalbard har gjennomgående tett trehusbebyggelse, mye vind og begrensede slokkerressurser.
- Skred. Snø og sørpeskred er betegnet som en relativt høy risiko.
- Svikt i tele- og dataforsyningen. Som i resten av landet er også Svalbard sårbar for svikt i tele- og datakommunikasjon.

## 5. ROS ANALYSE UNN HF

Helsevesenet har en plikt til å yte helsetjenester til befolkningen i normale situasjoner samt under kriser eller katastrofer og krig. Det har også en plikt til å etablere robuste systemer for pasientbehandling slik at man til enhver tid så langt det lar seg gjøre kan opprettholde behandlingstilbudet til tross for at infrastruktur svikter. Helseforetakene er dermed pålagt å etablere beredskap både i forbindelse med naturhendelser og store ulykker som skjer utenfor

sykehuset og i forbindelse med sviktende infrastruktur og ressurser internt på sykehuset. I det siste tilfellet har helseforetakene også ansvar for å forebygge svikt. Det er viktig å poengtere at risikovurderingene er gjort med utgangspunkt i hvilke hendelser som vil skape en risiko for at behandlingstilbudet ikke kan opprettholdes, enten på grunn av sprengt kapasitet eller på grunn av at nødvendige verktøy/infrastruktur til bruk i behandlingen svikter. Vurderingene omfatter altså ikke elementer som dødelighet og alvorlighetsgrad av pasientskader ved forskjellige hendelser bortsett fra i tilfeller hvor dette kan ha betydning for kapasiteten ved sykehuset. Risikoanalysen gjelder for UNN Tromsø, UNN Harstad, UNN Narvik og UNN Longyearbyen.

Følgende risikomatrix viser hvilke risiko- og sårbarhetsforhold UNN HF er utsatt for:



Figur 5: Risikomatrix for UNN HF. Hvite sirkler indikerer naturhendelser og store ulykker og blå sirkler indikerer svikt i kritisk infrastruktur på UNN.

Nummereringen av hendelsene i matrisen korresponderer med følgende hendelser:

Naturhendelser og store ulykker

- 1. Pandemi
- 2a) Snøras
- 2b) Jordras
- 3) Skipsulykke (cruise, hurtigbåt og offshore)
- 4) Stor trafikkulykke
- 5) Flyulykke

- 6) Brann
- 7) Industriulykke
- 8a) NBC ulykke (atomulykke)
- 8b) NBC ulykke (kjemikalieulykke)
- 9) Ekstremvær

Svikt i kritisk infrastruktur på UNN

- 10) Svikt i elektrisitetsforsyning
- 11) Svikt i vannforsyning
- 12) Svikt i avløpssystem
- 13) Svikt i forsyning av medisinsk forbruksmateriell
- 14) Svikt i forsyning av medisinske gasser og trykkluft
- 15) Svikt i legemiddelforsyning

- 16) Svikt i kjøleanlegg
- 17) Svikt i ventilasjon
- 18) Svikt i oppvarming
- 19) Svikt i renovasjon
- 20) Sikkerhetstrussel
- 21) IKT svikt
- 22) Brann på sykehus
- 23) Svikt i drivstoffilførsel

## 5.1. Naturhendelser og store ulykker (hendelser 1-9)

### 5.1.1. Pandemi/ Epidemi

Influensapandemi er vurdert som en høy risiko for UNN HF. Utbruddet av H1N1 viruset i 2009 var den første av sannsynligvis en rekke pandemier som vil kunne dukke opp i årene fremover. Erfaringene fra 2009 viste at konsekvensene av pandemien sannsynligvis ble begrenset av en strukturert og relativt rask vaksinerings og et velfungerende helsetilbud til de som ble smittet. Få sykehus rapporterte om sprengt kapasitet som følge av pandemien. Behovet for informasjon og legekonsultasjon blant befolkningen gjorde imidlertid at kapasiteten i primærhelsetjenesten ble presset. Beredskapstiltakene som ble iverksatt for å dempe dette presset gjorde imidlertid at situasjonen stabiliserte seg etter noen dager. Et virus som er mer virulent enn H1N1 viruset vil kunne utfordre kapasiteten på UNN. Særlig gjelder dette UNN Harstad, UNN Narvik og UNN Longyearbyen som har en lavere andel elektiv virksomhet enn UNN Tromsø og som dermed i begrenset grad kan øke kapasiteten ved å stanse elektiv virksomhet.

Et annet risikoforhold i forbindelse med utbrudd av influensa er fravær av ansatte. Helsevesenet er særdeles viktig under en pandemi både i forhold til vaksinerings og for å kunne behandle syke. Dersom helsepersonell selv blir syke og ikke kan møte på jobb svekker dette kapasiteten.

Medisinsk utstyr og forbruksmateriell til bruk i smittevern på sykehusene kan også være en begrensende faktor under en pandemi dersom ekstern tilførsel uteblir og beredskapslagene på sykehusene er små.

De samme prinsippene som de som er skissert ovenfor gjelder også for andre typer epidemier, men sannsynligheten for at dette skal inntreffe og ramme store deler av befolkningen er lav.

### 5.1.2. Skred/ras

Det finnes hovedsakelig tre hovedtyper ras som UNN må forholde seg til: Snøras, jordras og steinras.

Foran hver vintersesong forbereder redningsetater i Nord-Norge seg på søk, redning og behandling av personer som blir tatt av snøras. Det utvikles i tillegg stadig mer avanserte systemer for overvåking av rasfare over store arealer i Nord-Norge, noe som gjør at varsel om skredfare blir kommunisert til befolkningen og andre som ferdes i området. Erfaring viser at det de siste årene i hovedsak er skikjørere som blir tatt av snøras og at antallet pasienter med behov for ressurskrevende behandling (slik som behandling av hypotermi) som regel er ganske få. Snøras anses derfor ikke for å være en særlig høy risiko for UNN, selv om noen av

sykehusene har en svært begrenset kapasitet for behandling av pasienter med alvorlig hypotermi.

Jordras er vurdert som en høyere risiko for UNN enn snøras. Jordras skjer sjeldnere i vårt lokalsykehusområde enn snøras. Imidlertid er systemene for overvåkning av risiko for jordras langt dårligere enn for snøras. Lyngen i Troms er både på nasjonalt og regionalt nivå trukket fram som et høyrisikoområde for jordras. Også her viser tidligere hendelser at relativt få personer har blitt fysisk skadet når det har gått jordras. Risikoen vurderes imidlertid som relativt høy fordi det er stor usikkerhet rundt skadeomfanget av et stort jordras og overvåkingmulighetene er relativt dårlige. Det samme gjelder til en viss grad steinras.

### **5.1.3. Skipsulykker**

Skipstrafikken langs kysten av Nord-Norge er økende. Det samme gjelder havområdene rundt Svalbard og Jan Mayen. Økningen kan tilskrives to forhold: Cruisetrafikken er økende i området både sommer og vinter. Skipene er ofte store og de beveger seg i trange farvann nær kysten. Risikoen knyttet til denne trafikken anses som relativt høy og stigende for hele UNN HF, dels fordi frekvensen av hendelser ser ut til å være nokså høy og dels fordi skadepotensialet er svært stort. Denne risikoen ble sist illustrert gjennom brannen på et Hurtigruteskip utenfor Ålesund 15.09.11.

Det er en økning også i kommersiell shipping tilknyttet industrivirksomhet i Nord-Norge og Russland. Industrivirksomhet det her er snakk om er petroleumsutvinning (tank) og mineralutvinning (bulk). Denne trafikken beveger seg i åpnere farvann og har som regel et lite antall mannskap om bord. Risikoen for et havari eller en ulykke med et betydelig antall alvorlig skadde er lav. Fra et miljøhensyn er risikoen imidlertid betydelig høyere, men dette holdes utenfor UNN HF's vurderinger.

I tillegg til de overnevnte risikoområdene er det også risiko tilknyttet fiskeindustrien og ferge/hurtigbåttrafikken. Fiskeindustrien er i endring da stadig flere isfrie områder gjør det mulig med helårsfiske og fiske på nye steder. Dette skaper en økt risiko. En annen tendens er at mindre fiskebåter blir byttet ut med større og mer industrialiserte fartøy, noe som antas å virke positivt inn på risikoen. Hurtigbåttrafikken som går mellom visse strekninger i UNN HF's lokalsykehusområde utgjør også en viss risiko grunnet antallet passasjerer om bord, relativt høy fart, trange farvann og høy hyppighet på turene. Historisk ser det imidlertid ut til at risikoen for et stort antall skadde passasjerer dersom det skjer en ulykke er relativt moderat.

### **5.1.4. Stor trafikkulykke**

Nord-Norge er en landsdel med store avstander. Hovedandelen av varene som kommer til og fra landsdelen fraktes via tungtransport på veinettet. Ferdsel mellom byene i Troms og nordlige deler av Nordland foregår også i all hovedsak via bil/buss. Veinettet har til dels dårlig kvalitet og er preget av kaldt, mørkt og snørikt klima store deler av året. Den akuttmedisinske kjeden i UNN HF er godt forberedt på og har god øving i å håndtere trafikkulykker da dette utgjør en stor andel av ulykkene ambulansene i UNN rykker ut til. Større trafikkulykker med mange skadde (for eksempel ulykke som involverer buss) vil imidlertid gjøre at kapasiteten på de nærmeste lokalsykehusene overskrides. Dette scenariet anses å utgjøre en av de høyeste risikoområdene for UNN HF.

### **5.1.5. Flyulykke**

Nord-Norge har et stort antall små flyplasser. Disse flyplassene betjener vanlige rutefly, postfly, varetransportfly, private fly, ambulansfly og militære fly. En høyere andel av

ruteflyene som beveger seg i luftrommet over landsdelen er mindre propellfly sammenlignet med resten av landet. Det er også generelt mer utfordrende værforhold i nord enn i resten av landet. Disse to forholdene kan gjøre det nødvendig å oppjustere risikoen for flyulykke for UNN sammenlignet med nasjonale risikovurderinger av flyulykker som vurderer risikoen for flyulykker som lav. Statistisk er det imidlertid lite som tyder på at risikoen for flyulykker er høyere i Nord-Norge enn i resten av landet (Luftfartstilsynet, 2010).

Dersom en flystyrt skulle inntreffe vil det sannsynligvis involvere en høy andel døde og en relativt liten andel hardt skadde kirurgiske pasienter. Kapasiteten ved de mindre lokalsykehusene vil sannsynligvis overskrides.

#### **5.1.6. Brann**

Risiko for brann med stort spredningspotensial vil være avhengig av tetthet og kvalitet på bebyggelsen og terrenget for øvrig samt vær og vindforhold. I sin ROS analyse har sysselmanen på Svalbard vurdert risiko for brann i Longyearbyen som høy på grunn av tett trehusbebyggelse, mye vind og begrensede slukningsmuligheter (Sysselmanen på Svalbard, 2009). Fylkesmannen i Troms har vurdert risikoen for brann som moderat (Fylkesmannen i Troms, 2010). UNN HF legger disse vurderingen til grunn for sin vurdering av risiko knyttet til store branner i UNNs lokalsykehusområde.

Dersom det skulle oppstå en større brann, for eksempel en institusjonsbrann, som fører til mange alvorlig brannskadde pasienter vil dette medføre et kapasitets- og kompetanseproblem for UNN. Haukeland sykehus er det eneste sykehuset i Norge med spesialister innefor behandling av brannskader. Det vil bli nødvendig å frakte mange pasienter til Bergen i tillegg til at det kan bli aktuelt å sende utrykningsteam fra Haukeland sykehus opp til UNN for bistand i pasientbehandlingen. I tillegg skal det etableres samarbeid med og eventuelt evakuering til andre brannskadesentre i Norden dersom man står ovenfor et høyt antall brannskadde. Dette vil legge beslag på og kanskje sprengte luftambulanskapasiteten.

#### **5.1.7. Industriulykker**

I Nordland foregår det en stor industriaktivitet tilknyttet mineralutvinning til dels nær tettbefolkede områder. Mye tyder på at det er denne industriaktiviteten som medfører høyest risiko for større industriulykker i UNN Narviks lokalsykehusområde.

Fiske utgjør fortsatt en stor industri i landsdelen og er et risikofyllt yrke. Ulykker rammer imidlertid svært sjelden mer enn en eller to personer og anses derfor ikke som en risiko som må behandles prinsipielt forskjellig fra ulykker til havs i denne sammenhengen.

Petroleumsindustrien er i vekst i hele Nord-Norge (særlig i Nordland og Finnmark) og i havområdene rundt Svalbard og Jan Mayen. Fra et miljøperspektiv utgjør denne industrien en betydelig risiko. Fra et helsemessig ståsted er det imidlertid særlig eksplosjon og brann ved industrianleggene som vil utgjøre en risiko for at kapasiteten ved sykehusene overskrides. Sikkerhetstiltakene ved anlegg som utvinner petroleumsprodukter er så strenge at sannsynligheten for at dette skulle inntreffe er lav. Konsekvensen ved et slikt scenario kan imidlertid være alvorlig fordi redningsarbeidet kan være krevende og det sannsynligvis vil være mange brannskadde pasienter som krever spesiell behandling (jfr. pkt. 5.1.6.)

Gruveaktiviteten i forbindelse med kullutvinning på Svalbard har vært toneangivende for den helsemessige beredskapen på øya. I takt med at aktiviteten i gruva gradvis har minket har også beredskapen blitt nedskalert. De største risikoene i kullgruvene på Svalbard er



sannsynligvis knyttet til sammenrasing av gruvene og brann/ eksplosjon. Gruvearbeiderne risikerer å bli levende begravd eller å bli innesperret i tunellene. I begge tilfellene vil det høyst sannsynlig være behov for omfattende bergingsarbeid før helsepersonell kommer fram til pasientene og kan starte behandlingen. I løpet av den tiden vil det være mulig å tilføre ekstra ressurser til Svalbard fra fastlandet og å forberede evakuering eller eventuelt stedlig behandling ved Longyearbyen sykehus. Risikoen vurderes derfor som moderat.

#### **5.1.8. NBC ulykker**

Atomulykker ved kraftverk på Kola i Russland eller andre steder i nærheten av Norge vil kunne få konsekvenser for UNNs lokalsykehusområde dersom vær og vind gjør at atomavfall kommer inn over området. Statens strålevern (2008) har imidlertid vurdert dette som svært lite sannsynlig, og UNN forholder seg til dette i sin risikovurdering av atomulykker.

Trafikkulykker som involverer tungtransportkjøretøy med kjemisk last eller en ulykke ved et industrianlegg som håndterer giftige kjemiske materialer vil kunne skape en krevende situasjon der det kan være nødvendig med sanering av kontaminerte pasienter enten på ulykkesstedet eller før pasientene kommer inn på sykehuset. Det er en varierende grad av saneringsberedskap ved de forskjellige sykehusene i UNN og behov for sanering av bare noen få personer vil raskt kunne føre til at den akuttmedisinske kjeden går i metning. UNN Tromsø opererer en saneringsvogn med saneringstelt som kan fraktes til et ulykkessted eller til sykehuset ved behov. Denne vogna er per dags dato bare delvis operativ grunnet mangel på transport- og vedlikeholdskapasitet. UNN Harstad har en tilsvarende vogn som opereres av Sivilforsvaret. Ved UNN Narvik og UNN Longyearbyen finnes ingen saneringskapasitet. Risikoen knyttet en slik ulykke anses som moderat.

#### **5.1.9. Ekstremvær**

Nord-Norge, Svalbard, Jan Mayen og havområdene rundt er områder med tøffe klimatiske forhold, særlig i vinterhalvåret. Mye tyder på at klimaendringene vi er inne i også vil føre med seg mer ekstremvær enn det som har vært vanlig. Ekstremværet oppleves i form av sterk kulde visse steder, mye vind og mye nedbør kombinert med mørketid. Været i seg selv utgjør ikke en stor helsemessig risiko for befolkningen da bosettingene på disse stedene er tilpasset forholdene og det sjelden oppstår tyfoner og orkaner som kan utgjøre en umiddelbar fare for liv og helse.

Helsevesenet i de aktuelle områdene er svært avhengig av ambulansetransport både per bil, båt, fly og helikopter for å kunne yte tilfredsstillende og likeverdig helsetilbud til befolkningen. Noen steder er bare ett av disse framkomstmidlene tilgjengelig. Ved dårlig vær vil visse deler av befolkningen være svært sårbare dersom det skulle bli behov for øyeblikkelig hjelp. Bosettinger som ikke har vegforbindelse til fastlandet kan risikere å bli isolert dersom ambulansebåten ikke kan gå på grunn av dårlig vær. I disse situasjonene er det stor sannsynlighet for at heller ikke helikopteret vil kunne ta seg fram. De mindre sykehusene (UNN Harstad, UNN Narvik og UNN Longyearbyen) kan oppleve sprengt kapasitet fordi muligheten for evakuering og/eller overflytning av pasienter faller bort eller blir redusert. Særlig sårbar i denne sammenhengen er UNN Longyearbyen: Der er den stedlige helseberedskapen ytterst begrenset og man er helt avhengig av å kunne evakuere og overflytte pasienter med fly til fastlandet.

Risikoen for et vulkanutbrudd på Island med en påfølgende askesky som gjør det umulig å bruke lufttransport, slik som i mai 2011 legges også under kategorien ekstremvær. Denne risikoen er ansett som høy. I en slik situasjon vil sannsynligheten for en langvarig periode

uten mulighet for lufttransport være høyere enn ved uvær. For bosettingen på fastlandet vil det stort sett være mulig å bruke alternative transportmidler selv om tidstapet for pasienter som krever øyeblikkelig hjelp vil kunne være betydelig. Bosettingen på Svalbard og Jan Mayen vil imidlertid måtte benytte båt for å komme seg til et sykehus dersom behandlingen ikke kan utføres ved Longyearbyen sykehus eller kapasiteten der er overskredet. Båtturen mellom Longyearbyen og Tromsø tar vanligvis to døgn.

## 5.2. Svikt i kritisk infrastruktur på UNN (hendelser 10-23)

Betydningen av svikt i infrastrukturens systemer vil avhenge av fire sårbarhetsfaktorer (Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap, 2011, s. 71):

- Systemavhengighet (i hvilken grad alternative systemer kan benyttes).
- Redundans i systemene (for eksempel i form av alternative framføringsveier).
- Resiliens i systemet, dvs. virksomhetens evne til å *motstå* påkjenning og å *gjenopprette* funksjonalitet etter en hendelse.
- Kontekstuelle forhold (nødkommunikasjon er for eksempel viktig i en nødssituasjon, mindre viktig ellers).

### 5.2.1. Svikt i elektrisitetsforsyning

Fullstendig og uventet stans i elektrisitetsforsyningen til UNN vil kunne få fatale og svært omfattende konsekvenser for sykehusets drift i løpet av kort tid. Dersom tilførsel av elektrisitet uteblir uanmeldt vil dette i første omgang ramme kirurgiske pasienter som blir operert og inneliggende pasienter som er avhengig av medisinsk teknisk utstyr fordi det meste av slikt utstyr vil slutte å virke (bortsett fra det utstyret som er batteridrevet). Tilførselen av medisinske gasser og trykkluft vil også forsvinne. Alle laboratorier vil bli svekket, noe som også kan få ettervirkninger fordi prøver som er under analysering kan bli ødelagt. Røntgenmaskiner vil ikke være operative. Dette vil gjøre diagnostisering vanskelig, noe som vil kunne få alvorlige konsekvenser i første omgang for øyeblikkelig-hjelp-pasienter. Strømbrydd vil videre kunne få konsekvenser for telefoni og data. Umiddelbart vil dette gi utfordringer for operativsystemene til AMK samt for callingsystemene som brukes for å tilkalle leger i vakt. Strømbrydd vil videre få konsekvenser for ventilasjon, oppvarming, kjøleanlegg, belysning, vanntilførsel og avløp.

Ved alle sykehusene i UNN finnes det nødstrømsaggregat som slår seg på dersom kraftforsyningen fra ekstern leverandør uteblir. Videre finnes ytterligere ett system for batterinødstrøm (UPS) som sørger for kontinuerlig strømtilgang i kortere perioder under for eksempel bytte fra primær kraftkilde til nødstrømsaggregat. Sannsynligheten for at ett av sykehusene i UNN skulle komme i en situasjon hvor det ikke tilføres elektrisitet fra noen av systemene for strømtilførsel er svært lav dersom prosedyrer for varsling og nødvendig omdisponering av strømmuttak ved endret strømkilde er på plass og blir fulgt.

Planlagt strømutkobling som følge av nødvendig testing eller vedlikehold vil kunne håndteres i korte perioder dersom gode prosedyrer for varsling og tiltak for å begrense konsekvensene er på plass.

### 5.2.2. Svikt i vannforsyning

Uventet svikt i vannforsyningen til ett av sykehusene i UNN vil få umiddelbare konsekvenser for sanitet på operasjonsstusene og videre i den generelle pasientbehandlingen samt for



rengjøring av medisinsk utstyr. I neste omgang vil svikt i vannforsyningen få konsekvenser for tilgangen på drikkevann, matproduksjonen og generelt renhold av sykehuset.

Ved UNN Tromsø finnes det to kilder for vannforsyning og dersom den ene svikter vil den andre tas i bruk. Det er usikkert hvordan dette er ved UNN Harstad, Narvik og Longyearbyen. Sannsynligheten for at ett av sykehusene i UNN skulle komme i en situasjon hvor det ikke tilføres vann fra noen av vannkildene er vurdert so lav dersom prosedyrer for varsling og nødvendig omdirigering av vanninntak er på plass og blir fulgt.

Ved varslet stans i vannforsyningen vil sykehusene kunne planlegge begrensning eller stans i virksomhet som er avhengig av vann for en kortere periode dersom disse begrensningene og risikoreducerende tiltak er nedfelt i prosedyrer. Videre har kommunen beredskap for vanntilførsel gjennom vannvogner som kan plasseres rundt sykehuset ved langvarig bortfall. Det eksisterer imidlertid ingen formelle avtaler mellom UNN og vertskommunene om en slik ordning.

### **5.2.3. Svikt i avløpssystem**

Konsekvensen av svikt i avløpssystemene i UNN vil kunne være tette avløp både tilknyttet utslagsfasiliteter og kloakk. Etter relativt kort tid vil dette kunne skape en uholdbar situasjon på sykehuset. Lavere plan på sykehusene vil bli berørt først.

Giftig og helseskadelig væskeavfall skal ikke skylles ned i det vanlige avløpet. Det finnes dedikerte containere hvor slik væske skal tømmes. I garasjeanleggene finnes det også oljeavskillere som gjør at oljesøl ikke går ned i det vanlige avløpet.

Ved alle UNNs sykehus finnes bare ett avløpssystem og er dermed et mer sårbart system enn systemet for vannforsyning. Konsekvensene av tette avløp i deler av eller en hel bygning vil raskt kunne gjøre det nødvendig å omplassere pasienter til andre deler av bygningen eller evakuere sykehuset. Prosedyrer for varsling samt omplassering av pasienter ved forskjellige grader av svikt i avløpssystemene er en forutsetning for at UNN skal kunne håndtere en slik sviksituasjon på en effektiv måte.

### **5.2.4. Svikt i forsyning av medisinsk forbruksmateriell**

Den største risikoen her er svikt i forsyning av materiell til sykehuset på grunn av streik i transportnæringen, tilbaketrekning av utstyr fra leverandør, eller andre forhold som gjør at materialet ikke kommer inn til sykehusene.

Alle sykehusene i UNN kan drifte normalt i 2-3 uker uten ekstern tilførsel av medisinsk forbruksmateriell, men er da avhengig av intern distribusjon mellom sykehusene. I en masseskadesituasjon eller lignende hvor det forventes at forbruket øker vil den tiden UNN klarer seg uten ekstern tilførsel av medisinsk forbruksmateriell synke. Beredskapslageret for medisinsk forbruksmateriell er allikevel så stort at det ikke forventes et akutt forsyningsproblem hverken ved normal drift eller ved økt aktivitet. Det bør imidlertid utarbeides noen retningslinjer for å redusere forbruket ved behov.

### **5.2.5. Svikt i forsyning av medisinske gasser og trykkluft**

Forsyningen av medisinske gasser og trykkluft kan svikte på en av to mulige måter: Enten ved at leveransen av gasser og trykkluft stanser opp fra leverandørens side eller at den interne infrastrukturen for distribusjon av gasser og trykkluft til operasjonssaler, undersøkelses Sengekapasiteten er 100 senger og kan ikke utvides ved behov rom og sengeposter svikter.

Strukturen som distribuerer gass og trykkluft i UNN har flere reservesystemer. Det er derfor ingen umiddelbar risiko for at distribusjonen av disse produktene internt vil svikte. Den største risikoen knytter seg til leveransen av disse produktene til sykehusene ved at transportnæringen streiker, det blir stans i produksjon fra leverandør eller andre forhold som gjør at leveransen ikke kommer til sykehuset. Sykehusene i UNN bruker flere leverandører av medisinske gasser og trykkluft og er dermed ikke så sårbar for produksjonsstans fra leverandørens side.

Ved UNN Tromsø finnes det to tanker oksygen med en kapasitet på to tonn til sammen. Ved normal drift er forbruket 800 kg i uka. Det betyr at sykehuset vil kunne opprettholde normal drift i over to uker uten ekstern tilførsel av oksygen. Det er usikkert hvor stor lagerbeholdningen er ved UNN Harstad og UNN Narvik.

#### **5.2.6. Svikt i legemiddelforsyning**

Svikt i legemiddelforsyning kan oppstå av to grunner. Det kan være leveringsvansker på grunn av råvaremangel, stor etterspørsel, produksjonsproblemer, prioritering av andre land ved levering eller avregistreringer. Det kan også oppstå svikt i legemiddelforsyningen som følge av transportproblemer. Sykehusapoteket opplever oftere og oftere problemer med leveringssvikt på enkelte legemidler og det brukes mye tid på å skaffe til veie alternativer. Livsviktige legemidler der det ikke finnes alternativer utgjør en relativt høy risiko.

Ved normal drift kan UNN klare seg i ca. en uke uten tilførsel av legemidler. Tromsø og Harstad vil kunne klare seg noe lengre enn Narvik fordi det på disse stedene er apotek med lager, mens det i Narvik ikke er et slikt tilbud. Grossisten for hele UNN befinner seg i Harstad (NMD) og de har de fleste legemidler på lager. Dersom UNN går tom for legemidler kan grossisten levere til sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik i løpet av få timer. Ved streik eller stort sykefravær vil levering av legemidler til sykehus alltid prioriteres først.

#### **5.2.7. Svikt i kjøleanlegg**

Kjøleanleggene på UNN bidrar til å drifte en rekke kritisk funksjoner slik som kjøling av arealer, kjøling av røntgenapparater, kjøling av medisinsk teknisk utstyr, kjøling av data og kjøle/fryse områder som er nødvendig blant annet i forbindelse med labarbeid og oppbevaring av mat. Det er forskjell på kjøleanleggene ved de forskjellige sykehusene.

De fleste kjøleanleggene som brukes i UNN har krysskobling med to separate systemer (redundans). Risiko ved svikt i kjøleanlegg er ansett som relativt lav såfremt prosedyrer for varsling av bortfall og nødvendige tiltak ved bortfall er på plass.

#### **5.2.8. Svikt i ventilasjonssystem**

Ved svikt i ventilasjonssystemet vil konsekvensene primært ramme operasjonsstuen og labene. Det finnes mulighet for manuell kjøring av ventilasjon på de enkelte anlegg ved behov. Risiko er derfor ansett som lav såfremt prosedyrer for manuell kjøring av ventilasjonsanleggene er på plass for operasjonsstuer og labor i UNN.

#### **5.2.9. Svikt i oppvarming**

Damp og vannbåren fjernvarme produseres og leveres av Troms Kraft til UNN Tromsø. Svikt eller uhell i varmesentralen eller i dens forbindelse til UNN Tromsø vil kunne medføre stopp i varmeleveransen. Dette gir store konsekvenser for sykehusets drift: Varmtvann vil falle bort, radiatorvarme og ventilasjonsluften blir kald. Det vil også medføre driftsstopp på dampdrevne

ustyr og anlegg. Det er usikkert hvordan dette fungerer ved UNN Harstad, Narvik og Longyearbyen.

Det finnes et nødsystem internt i UNN for oppvarming dersom den normale varmeleveransen svikter. Risikoen for tap av varme er derfor ansett som lav såfremt prosedyrer for varsling og iverksetting av tiltak er på plass.

#### **5.2.10. Renovasjon**

Avfallet som produseres ved sykehusene i UNN utgjør et stort volum og vil relativt raskt hope seg opp dersom det ikke blir fjernet. Så lenge avfallsmottaket fungerer kan sykehusets avfallssystem imidlertid håndtere store økninger i avfallsmengde gjennom omdisponering av bemanning og evt. døgnkontinuerlig autoklaving. Det betyr at alle sykehusene i UNN vil være i stand til å håndtere både stans i henting av avfall og en drastisk økning i avfallsmengde i en begrenset tidsperiode. Over en lengre periode med opphopning av avfall vil krav til rensing bli mindre vesentlig og det vil være mulig med visse justeringer å kunne brenne avfallet. I Tromsø vil dette kunne gjøres i Tromskrafts biobrensel anlegg. På den måten vil man også kunne produsere varme til sykehuset. Risikoen for at en opphopning av normalt avfall vil føre til en situasjon som vil gå ut over behandlingstilbudet ved UNN er svært lav.

Smitteavfall håndteres på en annen måte enn annet avfall i UNN og kan ikke blandes med vanlig avfall. Ved alle sykehusene finnes det egne prosedyrer for å håndtere, kaste og frakte bort smitteavfall. Blant annet finnes egne avfallscontainere plassert på sykehuset for å kaste dette avfallet i. Dersom leveransen av slike containere til UNN uteblir eller mengden smitteavfall øker drastisk slik at kapasiteten på kort sikt overskrides vil dette kunne føre til økt smittefare ved sykehusene. Det vil imidlertid være mulig å implementere provisoriske løsninger og risikoen er derfor ansett som lav såfremt prosedyrer varsling og for implementering av provisoriske løsninger er på plass.

#### **5.2.11. Sikkerhetstrussel**

Terrortrusselen er ikke vurdert i denne ROS analysen da slike vurderinger ivaretas fortløpende av Politiets Sikkerhetstjeneste på nasjonalt nivå.

Når det gjelder sabotasje av kritisk infrastruktur internt på UNN (forgiftning av drikkevann, spredning av datavirus, hacking inn i datasystemer eller annen sabotasje) er risikoen ansett som moderat. UNN har gode systemer for overvåking av kritisk infrastruktur slik at dersom sabotasje inntreffer vil dette kunne oppdages relativt raskt. Responsen på en slik trussel vil kunne være å stenge de systemene som er under angrep. I praksis vil konsekvensene bli de samme som ved uintent svikt. For eksempel vil forgiftning av vannkilden til UNN kunne føre til at vannet må stenges av og konsekvensen for behandlingstilbudet vil da bli det samme som ved bortfall av vann på grunn av andre årsaker.

#### **5.2.12. IKT svikt**

IKT svikt har mange fasetter og lar seg vanskelig isolere fra svikt i annen kritisk infrastruktur slik som elektrisitetssvikt. SLA-avtalen (Helse Nord, 2009) mellom Helse-Nord IKT og UNN baserer seg på en kritikalitetsvurdering av kjernesystemene innefor IKT. I følge denne avtalen er IKT systemer prioritert på følgende måte:

- Nettverk (internett)
- Dips (EPJ)
- Kritiske kjernesystemer (røntgen, lab, AMK systemer, telefoni)

- Ikke-kritiske systemer (GAT, Outlook, ePhorte, Clockwork)

Denne prioriteringen tar ikke i tilstrekkelig grad høyde for viktigheten av telefoni for effektiv ivaretagelse av behandlingstilbudet. Telefonnettet er et kritisk system for UNN fordi hele virksomheten internt på sykehuset er bygd opp rundt en forutsetning om at det er mulig å tilkalle leger dit det er nødvendig for å utnytte ressursene mest mulig effektivt.

Personsoekersystemet til leger i vakt er også avhengig av telefonnettet for å virke:

Akuttelefoner er spesialmerkede telefoner på hele UNN som kan brukes for å utløse alarm som går til aktuelle vaktlegers personsøkere. Dette gjøres via telefonlinjene. Det bør videre vurderes hvorvidt kritiske kjernesystemer slik som røntgen og lab skal rangeres høyere enn Dips.

Svikt i kritiske IKT systemer er ikke ukjent i UNN. De senere årene har det vært flere tilfeller hvor leverandører av telefoni- og nettverkstjenester ikke har klart å opprettholde tilbudet i kortere eller lengre perioder. I tillegg har kritiske IKT systemer ved flere anledninger vært ute av drift som følge av vedlikehold og oppgraderinger som har ført til uventede problemer. Det er også mange avhengighetsforhold tilknyttet IKT utstyr, og det viktigste er elektrisitet. Dersom elektrisiteten forsvinner vil alt IKT utstyr som ikke har batterikapasitet falle bort. Risikoen for svikt i kritiske IKT systemer er ansett som høy.

Helse-Nord IKT har døgnbemannet vaktfunksjon ved UNN Tromsø, UNN Harstad og UNN Narvik. I Tromsø er det første linje brukerstøtte som kan benyttes av alle sykehusene og som nås via telefon og e-post. Videre er det spesialiserte bakvakter i andre linje i Tromsø som kan rykke ut til UNN Tromsø ved behov. Disse kan konsulteres per telefon/e-post fra Harstad/Narvik. Ved behov for stedlig tilsyn i Harstad eller Narvik finnes en bakvakt i tredje linje som kan rykke ut ved behov.

Prosedyrer for varsling og kommunikasjon mellom Helse Nord IKT og UNN samt prosedyrer for bruk av alternative ressurser dersom IKT systemer svikter må være på plass.

### **5.2.13. Brann på sykehuset**

Brann på ett av sykehusene i UNN eller i nærheten vil kunne få store og umiddelbare konsekvenser for behandlingstilbudet. En brann som berører bare deler av en bygning vil i beste fall føre til at pasientene må omrokkers til andre deler av bygningen. Sannsynligheten for brann ved noen av UNNs lokasjoner er alltid til stede. Evakuering vil da ofte være resultatet. Det kan være grunn til å anta at sannsynligheten er noe høyere ved de bygningene som huser psykiatriske pasienter, men det lar seg vanskelig påvise. Konsekvensene av en brann ved eller i tilknytning til noen av UNNs lokaler vil kunne være svært høy, selv om ingen skulle omkomme eller bli skadet. Brann vil sette sykehus ut av drift i svært lang tid da oppbyggingsarbeid vil være krevende og ta tid. Både på umiddelbar og på lang sikt vil det derfor være nødvendig med provisoriske sykehuslokasjoner. Behandlingstilbudet vil på ingen måte kunne opprettholdes. En plan for etablering av provisoriske sykehus på kort sikt mellom UNN og vertskommunene til UNNs lokasjoner vil kunne redusere konsekvensene drastisk. Ambulanseressursene (både bil, fly og helikopter) vil sannsynligvis være en begrensende faktor i dette scenariet. Videre må det være klare prosedyrer og planer for omrokking/evakuering av pasienter.

### **5.2.14. Massefravær av ansatte**

Risikoen for at en så stor gruppe ansatte er borte fra jobb på samme tid at behandlingstilbudet ikke kan opprettholdes må sees i forhold til risikoen for en epidemi, pandemi og i mindre grad

omfattende streik. Ved pandemiutbrudd vil sykehusansatte være av de første som får tilbud om vaksine og under utbruddet i 2009 skapte ikke fravær av ansatte store utfordringer for UNN. Risikoen for massefravær på grunn av pandemi/epidemi er ansett å være moderat høy. Ved en alvorlig epidemi/pandemi hvor antallet innleggelser øker drastisk slik at kapasiteten står i fare for å overskrides vil imidlertid fravær av ansatte på grunn av sykdom kunne føre til utfordringer med å opprettholde behandlingstilbudet. Ved omfattende streik i barnehage eller annen kommunal sektor må UNN være forberedt på å håndtere et massefravær av ansatte. Risikoen for at en slik situasjon vil føre til at UNN ikke greier å opprettholde behandlingstilbudet sitt anses imidlertid som lav.

En stor krise eller katastrofe som krever ekstra bemanning vil også være krevende under ferieavvikling. Etter terrorkatastrofen i Oslo 22.07.11, som fant sted midt i fellesferien og på en fredag ettermiddag da mange var på veg ut av byen, var en av erfaringene fra Oslo Universitetssykehus at det var relativt uproblematisk å få tak i nødvendig ekstra bemanning i løpet av kort tid. Grunnen var at mange ferierte hjemme eller i relativt kort avstand fra Oslo. Ved UNN er det grunnlag for å anta at en lignende situasjon på samme tidspunkt ville medført betydelig større vanskeligheter med å få tak i personell da mange velger å legge feriene langt borte.

## 6. KONKLUSJON

Etter en vurdering av de 23 hendelsene som har blitt tatt med i denne ROS analysen konkluderes det med at 22 av hendelsene vil kunne påvirke UNNs evne til å ivareta behandlingstilbudet i så stor grad at de bør inngå i katastrofe- og beredskapsplanen til UNN HF. Den hendelsen som ikke tas med er hendelse nummer 13 *Svikt i forsyning av medisinsk forbruksmateriell*. Grunnen til det er at beredskapslagrene for medisinsk forbruksmateriell er så store at forsyningssvikt ikke vil utgjøre noen umiddelbar risiko. I tillegg er hendelse 8a *Atomulykke* vurdert som så usannsynlig at det ikke blir tatt med i planverket.

Hendelsene danner utgangspunktet for de hendelsesbaserte planverkene som skal utarbeides på foretaksnivå, sykehusnivå og klinikk-/avdelingsnivå. Noen av hendelsene kan slås sammen i planverket fordi responsprosedyrene anses å være relativt like. Følgende kategorisering foreslås:

- Pandemi/epidemi/høyriskosmitte
- Massetilstrømming av pasienter til sykehuset  
(Inkluderer hendelsene snøras, jordras, skipsulykke, offshoreulykke, stor transportulykke med bil/buss/tog, flyulykke, brann, industriulykke)
- NBC ulykke (kjemikalieulykke)
- Ekstremvær
- IKT svikt
- Brann på sykehus
- Sikkerhetstrussel
- Svikt i sykehusintern infrastruktur
  - Svikt i elektrisitetsforsyning
  - Svikt i vannforsyning
  - Svikt i avløpssystem
  - Svikt i forsyning av medisinske gasser og trykkluft
  - Svikt i legemiddelforsyning

- Svikt i kjøleanlegg
- Svikt i ventilasjon
- Svikt i oppvarming
- Svikt i renovasjon
- Svikt i drivstofftilførsel

Innenfor hver av disse kategoriene vil det være flere mulige hendelser og alvorlighetsgrader. Disse må i neste omgang spesifiseres slik at det kommer tydelig fram hva kategoriene dekker.

Følgende spesialplaner foreslås:

- Antidoter
- Blodprodukter
- Brannskadebehandling
- Dekontaminering
- Dialyse
- ECMO
- Høyrisikosmitte
- Masseskade på Svalbard
- Psykososialt støttearbeid
- Regional AMK
- Trykktank
- Helseteam ved kriser og katastrofer
- Vaksinasjon av ansatte

## 7. FORBEHOLD

Det har ikke lyktes å skaffe en utfyllende oversikt over teknisk tilstand tilknyttet drift- og eiendom ved sykehusbyggene i Harstad og Narvik. Informasjonen om teknisk tilstand tilknyttet drift- og eiendom ved sykehusbygget i Tromsø er heller ikke komplett kvalitetssikret. Denne oversikten jobbes det fortløpende med å etablere og kvalitetssikre.

Risikovurderingene for UNN Longyearbyen baserer seg i sin helhet på Helse-Nords regionale ROS-analyse for helseberedskapen i nordområdene gjennomført i 2010. Informasjonen er dermed ikke oppdatert av året og er heller ikke kvalitetssikret.

Til tross for disse manglene er det gjort en vurdering om at analysen uansett er gyldig og vil danne grunnlag for UNNs katastrofe- og beredskapsplan i påvente av utfyllende informasjon. Ved neste revisjon av planverket vil eventuelle endringer på bakgrunn av ny eller oppdatert informasjon bli tatt med.

## 8. REFERANSER

Helse- og omsorgsdepartementet (2000). *LOV 2000-06-23 nr. 56: Lov om helsemessig og sosial beredskap*. <http://www.lovdata.no/all/hl-20000623-056.html>

Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *FOR 2001-07-23 nr. 881: Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap.* <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010723-0881.html>

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2011). Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2009). Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport.

Fylkesmannen i Troms (2010). *Risiko- og sårbarhetsanalyse for Troms fylke.* <http://www.fylkesmannen.no/hoved.aspx?m=3843&amid=3022044>

Fylkesmannen i Nordland (2011). *Risiko- og sårbarhetsanalyse for Nordland fylke.* <http://fylkesmannen.no/fagom.aspx?m=21350&amid=3502683>

Helse-Nord RHF (2010). *Regional ROS-analyse av helseberedskapen i Nordområdene. Del 1: Svalbard, Jan Mayen og havområdene rundt Hovedrapport.*

Politidirektoratet (2010). *Tendenser i kriminaliteten – utfordringer i Norge 2010-2012.* [https://www.politi.no/strategier\\_og\\_analyser/statistikker\\_og\\_analyser/Tema\\_762.xhtml](https://www.politi.no/strategier_og_analyser/statistikker_og_analyser/Tema_762.xhtml)

*Statens Strålevern (2008). Strålevernrapport 2008:11: Atomhendelser.* [http://www.nrpa.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Center\\_6304&LeftMiddle\\_6254=6262:0:15,4974:1:0:0:::0:0&CenterAndRight\\_6254=6304:0:15,6226&Center\\_6304=6312:80022::0:6321:2:::0:0](http://www.nrpa.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Center_6304&LeftMiddle_6254=6262:0:15,4974:1:0:0:::0:0&CenterAndRight_6254=6304:0:15,6226&Center_6304=6312:80022::0:6321:2:::0:0)

Sysselmannen på Svalbard (2009). *Risiko- og sårbarhetsanalyse for Svalbard.* <http://www.sysselmannen.no/enkel.aspx?m=46070>

Luftfartstilsynet (2010). *Flyulykker 2010.* <http://www.luftfartstilsynet.no/aktuelt/article568.ece>

Helse Nord (2009). SLA avtale. <http://intranett.helse-nord.no/sla-avtaler/category24036.html>



## Innhold

1. Ansvar og omfang.....	1
1.1 Styrende prinsipper .....	1
1.2 UNN HF's beredskapsansvar.....	2
1.3 Ansvar for utarbeidelse av beredskapsplanen .....	2
1.4 Kjennskap til beredskapsplanen .....	3
1.5 Planstruktur .....	3
2. Scenarier i beredskapsplanen .....	4
3. Beredskapsledelse.....	5
3.1 Innsatsledelse .....	5
3.2 Kriseledelse/ Katastrofeledelse .....	5
4. Tiltak.....	5
4.1 Beslutte beredskapsnivå.....	6
4.1.1 Grønn beredskap – Normal drift, men med særlig r monitorering .....	7
4.1.2 Gul beredskap – Alvorlig situasjon .....	7
4.1.3 Rød beredskap – Krise eller katastrofe .....	7
4.2 Varsling og oppmøtested.....	8
4.3 Etablere beredskapsfunksjoner .....	8
4.4 Arbeidsoppgaver .....	8
4.5 Vedlikeholde kapasitet .....	8
4.6 Avvikling og etterarbeid.....	9

## 1. Ansvar og omfang

### 1.1 Styrende prinsipper

Beredskapsplanen for Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF skal sikre at helseforetaket er i stand til å gi tilfredsstillende behandlingstilbud ved epidemier, større ulykker og katastrofer samt å håndtere situasjoner hvor svikt i kritisk infrastruktur internt i helseforetaket truer behandlingstilbudet.

Beredskapsplanen så vel som beredskapsarbeidet skal basere seg på de styrende prinsippene som er beskrevet i "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan":

**Ansvarsprinsippet:** Den virksomheten som har ansvar for et fagområde og tjenestetilbud i en normalsituasjon, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære situasjoner. Dette gjelder også ansvaret for intern informasjon innen eget fagområde.

**Nærhetsprinsippet:** En krise skal håndteres på lavest mulig operative nivå.

**Likhetsprinsippet:** Den organisasjonen man etablerer ved beredskap, kriser og katastrofer skal være mest mulig lik organisasjonen man opererer med til vanlig.



Beredskapsarbeidet og planverket følger den ansvars- og oppgavefordelingen som eksisterer i linjeorganisasjonen ved ordinær drift. Ledere på alle nivåer er ansvarlige for å forebygge, begrense og håndtere uønskede situasjoner som oppstår innenfor deres ansvarsområde. Videre er de enhetene som utfører ulike oppgaver til daglig også ansvarlig for å ivareta disse oppgavene når uønskede hendelser inntreffer. Situasjoner skal håndteres så likt ordinær drift som mulig.

## **1.2 UNN HF's beredskapsansvar**

Ifølge "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan" har UNN HF ansvar for å kunne tilby helsetjenester under kriser og katastrofer i krig og i fred. Helseforetaket har ansvar for beredskapsplanlegging og operativ krisehåndtering i sitt geografiske ansvarsområde og for å samkjøre planleggingen med andre samarbeidspartnere som politi, brann og kommuner.

## **1.3 Ansvar for utarbeidelse av beredskapsplanen**

Det overordnede ansvaret for beredskapsplanen ligger hos Administrerende Direktør i UNN HF. Administrerende Direktør leder også overordnet katastrofekomité, som er et rådgivende organ for direktøren. Katastrofekomiteen opererer som styringsgruppe for Akuttmedisinsk klinikk, som har det operative ansvaret for beredskapsplanen. Med operativt ansvar menes følgende:

Akuttmedisinsk klinikk er ansvarlig for å lede, koordinere og drive den kontinuerlige prosessen med å utarbeide, forbedre og vedlikeholde UNNs beredskapsplan. I praksis omfatter dette operative og administrative arbeidsoppgaver knyttet til å fasilitere ROS analyser på overordnet og lokalt nivå, utarbeide overordnede planer, utarbeide rammeverk for planer på lavere nivå, tilby støtte og veiledning i utarbeidelse av scenariobaserte beredskapsplaner på klinikk-/senternivå (heretter kalt klinikk) og lavere, sammenstille planverk, revidere planverk og planlegge og lede gjennomføring av regelmessige, minst årlige, beredskapsøvelser. Klinikken er også ansvarlig for å ivareta samarbeid med eksterne beredskapspartnere som UNN HF forventes å ha et samarbeid med. Dette omfatter blant annet brann/redning, politi og kommuner.

Lokale katastrofekomiteer ved hvert sykehus skal bistå Akuttmedisinsk klinikk med å utarbeide scenariobaserte planer på lokalt nivå (Figur 1: Struktur i beredskapsplan for UNN HF, nivå 2), samt følge opp arbeidet med å utarbeide klinikk-/avdelingsvise planer ved hvert sykehus.

Ansvaret for å utarbeide og vedlikeholde beredskapsplaner på klinikknivå og/eller lavere følger linja. Det betyr i praksis at det er den enkelte klinikks ansvar å utarbeide planverk for klinikk/seksjoner/avdelinger i egen klinikk. Klinikkene kan opprette klinikkvise beredskapsutvalg for å koordinere arbeidet. Særlig kan dette være fornuftig i store, komplekse klinikker der hendelser utenfor normal drift raskt vil kunne få konsekvenser for behandlingstilbudet. Denne ansvarsdelingen er i tråd med ansvarsprinsippet slik det er beskrevet i "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan". Klinikksjef bestemmer hvilke underliggende senter, avdelinger, seksjoner og enheter som skal lage egne planer. Klinikkenes beredskapsplaner skal ta utgangspunkt i planen på foretaksnivå og skal være bygget opp etter prinsipper beskrevet her.

## 1.4 Kjennskap til beredskapsplanen

Den enkelte medarbeider skal kjenne til beredskapsplanen og være øvet i egne beredskapsoppgaver. Nærmeste leder har ansvar for dette.

## 1.5 Planstruktur

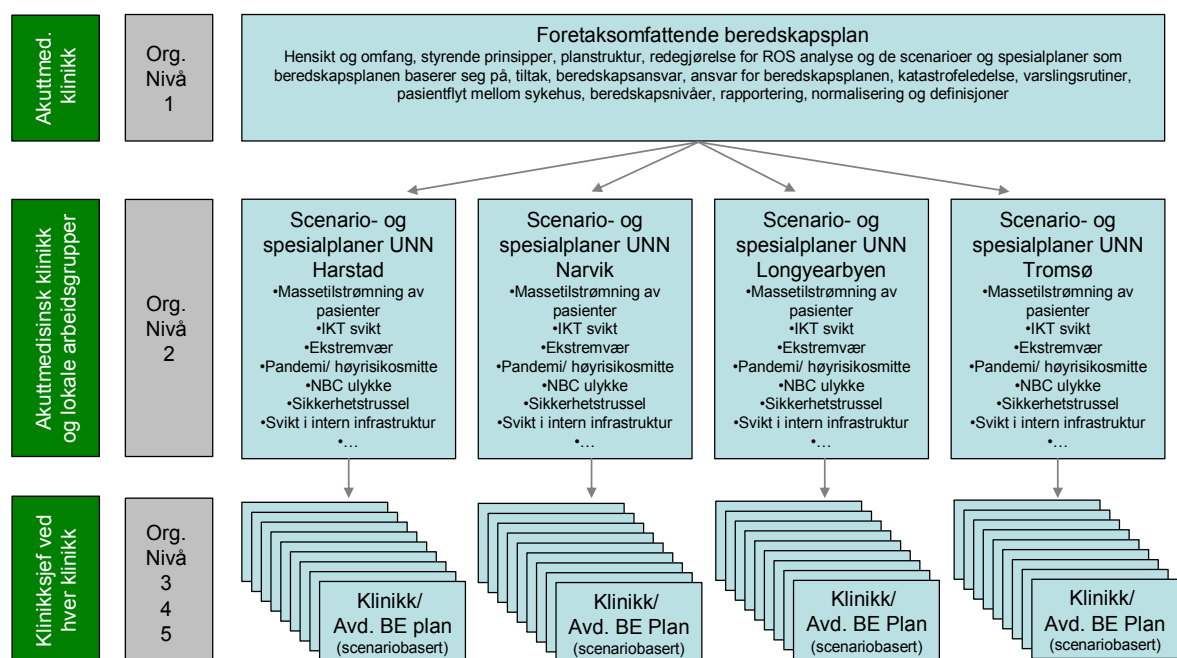
Ansvars-, nærhets- og likhetsprinsippet benyttes i oppbyggingen av planverket.

Planstrukturen tar derfor utgangspunkt i helseforetakets organisasjonsstruktur.

Rapporteringslinjer skal i prinsippet følge de linjer vi har til daglig, men med de justeringene som er nødvendige for å ivareta både en beredskapssituasjon og daglig drift samtidig.

Klinikker og avdelinger må delegere nødvendige ledelsesfullmakter til vaktorganisasjonen for å kunne iverksette beredskapstiltak.

Planverket har en generell del (Figur 1: Struktur i beredskapsplan for UNN HF, nivå 1), dette dokumentet, som er felles for hele helseforetaket og en spesiell del som gjelder for deler av helseforetaket (Figur 1: Struktur i beredskapsplan for UNN HF, nivå 2 og 3). Den generelle delen inneholder overordnede beredskapsprinsipper, ansvarsfordeling, varslingsrutiner, beredskapsledelse og overordnet tiltaksbeskrivelse. Den spesielle delen (Figur 1: Struktur i beredskapsplan for UNN HF, nivå 2 og 3) inneholder scenariobaserte beredskapsplaner for de enkelte sykehus, klinikker og avdelinger samt noen spesialplaner. Spesialplanene omhandler beredskapssituasjoner som bare noen få utpekte enheter er involvert i. Planer for sykehus, klinikk og avdelinger følger en forhåndsdefinert mal. Figuren under illustrerer planverkets oppbygging.



Figur 1: Struktur i beredskapsplan for UNN HF

## 2. Scenarier i beredskapsplanen

Som grunnlag for den foretaksomfattende beredskapsplanen er det gjennomført [risiko- og sårbarhetsanalyser \(ROS analyser\)](#) ved sykehusene i Harstad, Narvik, Tromsø og Longyearbyen. ROS analysen vurderer ulike typer scenarier som kan medføre at UNN HF ikke vil være i stand til å ivareta behandlingstilbudet uten å iverksette beredskapstiltak. Det er disse scenariene som ligger til grunn for UNNs beredskapsplan. De samme scenariene benyttes av Helse Nord og andre HF..

Helseforetaket skal, basert på resultatet fra ROS analysen, ha følgende scenarieplaner:

- Massetilstrømming av pasienter til sykehuset
- (Inkluderer hendelsene snøras, jordras, skipsulykke, offshoreulykke, stor transportulykke med bil/buss/tog, flyulykke, brann, industriulykke)
- Pandemi/epidemi/høyrisikosmitte
- Ekstremvær
- IKT svikt
- Brann på sykehus
- CBRN ulykke
- Sikkerhetstrussel
- Svikt i sykehusintern infrastruktur
  - Svikt i elektrisitetsforsyning
  - Svikt i vannforsyning
  - Svikt i avløpssystem
  - Svikt i kjøleanlegg
  - Svikt i ventilasjon
  - Svikt i oppvarming
  - Svikt i renovasjon
- Svikt i forsyning
  - Svikt i forsyning av medisinske gasser og trykkluft
  - Svikt i legemiddelforsyning
  - Svikt i drivstofftilførsel
- Ekstern bistand

Scenarieplanene utformes etter samme standard for hvert sykehus, men med nødvendige lokale tilpasninger.

Enkelte klinikker eller utvalg/ komiteer vil ha viktige oppgaver innenfor spesialisert beredskap. Det skal eksistere spesialplaner for følgende spesialiserte beredskap:

- Antidoter
- Blodprodukter
- Brannskadebehandling
- Dekontaminering
- Dialyse
- ECMO
- Høyrisikosmitte
- Masseskade på Svalbard
- Psykososialt støttearbeid

- Regional AMK
- Trykktank
- Helseteam ved kriser og katastrofer i utlandet
- Vaksinasjon av ansatte
- Transport av pasienter fra Longyearbyen sykehus

### 3. Beredskapsledelse

Beredskapsledelse er i utgangspunktet et linjeansvar.

#### 3.1 Innsatsledelse

Innsatsledelse skjer på stedet og/eller tilknyttet praktiske oppgaver direkte relatert til hendelsen. Innsatsledelse utøves i linjen og ivaretas i utgangspunktet av avdelings- og seksjonsledelse.

#### 3.2 Kriseledelse/ Katastrofeledelse

Kriseledelsen har fokus på håndtering av hendelsen ved det enkelte sykehus, og bistår innsatsledelsen med å prioritere ut fra tilgjengelige ressurser. Innsatsen planlegges og koordineres i kriseledelsen slik at den samlede krisehåndteringen blir best mulig. Kriseledelsen vurderer også situasjonen fram i tid og ivaretar kontakt med kommuner, andre nødetater og eventuelt andre samarbeidspartnere. Kriseledelse etableres ved det/ de sykehusene hvor det er utløst beredskapsalarm. Medlemmene i kriseledelsen varierer avhengig av hendelse, og fremgår av scenarieplanene på sykehusnivå (Figur 1: Struktur i beredskapsplan for UNN HF, nivå 2).

Kriseledelsen ved UNN Tromsø har, i tillegg til den overnevnte funksjonen, rollen som koordinerende ledelse for hele helseforetaket - Katastrofeledelse. Ved utløst gul eller rød beredskap eller når regional AMK overtar koordineringen av en hendelse skal alltid katastrofeledelsen ved UNN Tromsø varsles og medlemmene vurderer behovet for å samles fysisk.. I slike situasjoner vil katastrofeledelsen ved UNN Tromsø se på de langtrekkende virkningene av krisen/ katastrofen samt legge en strategi for å minimalisere skaden. Videre vil denne gruppen fokusere på fortsatt drift på tross av situasjonen og koordinere aktivitet på tvers av sykehus og helseforetak. De vil også ha et overordnet ansvar for mediehåndtering.

Det forutsettes at krise/katastrofeledelsen ved UNN Tromsø håndterer dobbeltrollen som beskrevet over uten at planverket beskriver dette videre i de detaljerte planene. Videre i beredskapsplanen vil derfor både krise- og katastrofeledelsen benevnes som k-ledelse.

### 4. Tiltak

Enhver hendelse som krever beredskap ut over normal drift skal håndteres i henhold til en fast tiltaksliste:

- Beslutte beredskapsnivå
- Varsling og oppmøtested
- Etablere beredskapsfunksjoner

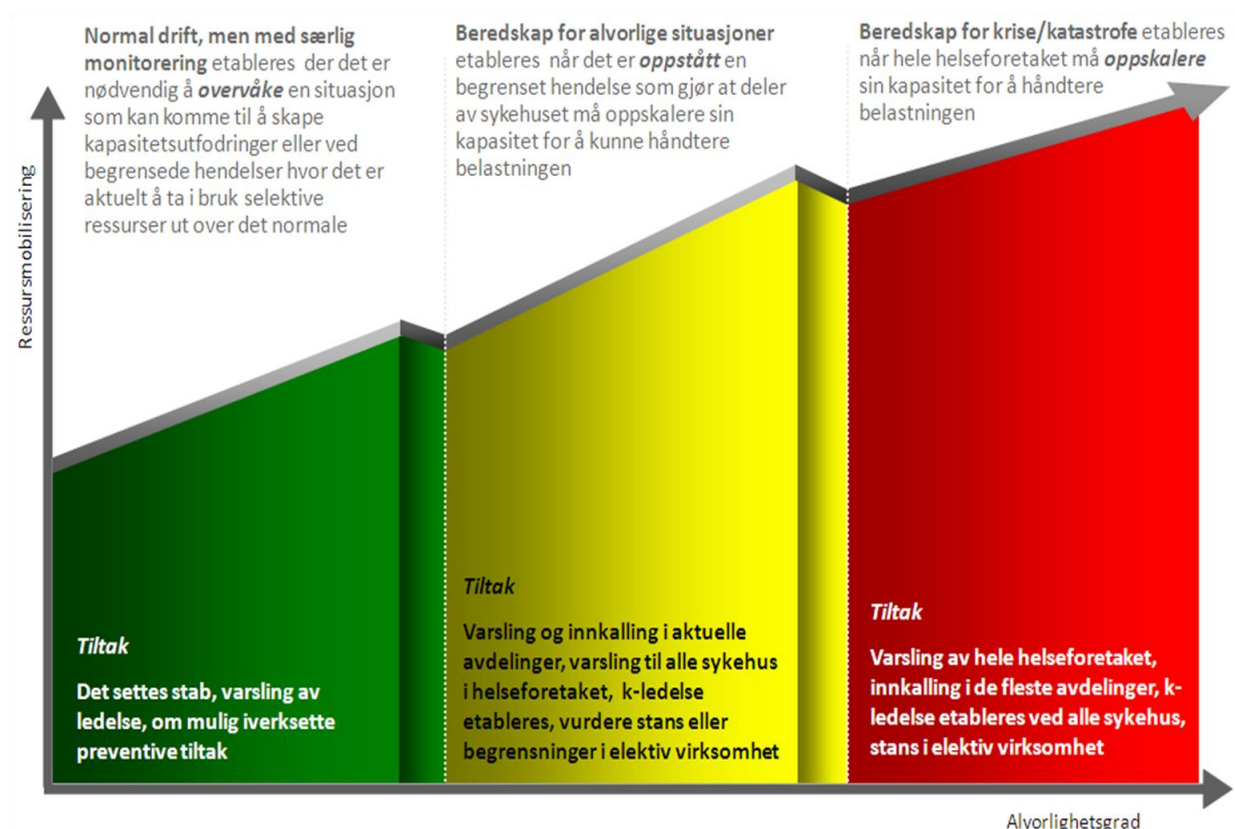
- Arbeidsoppgaver
- Vedlikeholde kapasitet
- Avvikling og etterarbeid

I det følgende blir det beskrevet hva som skal gjøres innenfor hver av punktene på tiltakslisten.

#### 4.1 Beslutte beredskapsnivå

Beredskapsalarm utløses av AMK. Beslutningen om beredskapsalarm er det dedikerte funksjoner som har myndighet til å fatte, avhengig av hendelse. Disse mandatene fremgår i scenarioplanene. AMK varsler sentralbordet om beredskapsnivå og hvilken scenarioplan som skal iverksettes.

UNN HF opererer med tre beredskapsnivåer i tillegg til normal drift; grønn, gul og rød beredskap. Dette er i tråd med nasjonale og regionale helseberedskapsplaner. Ved utløst beredskap på ett av sykehusene skal regional AMK varsles uansett beredskapsnivå. Ved utløsning av beredskap ved ett av sykehusene i helseforetaket skal de andre sykehusene i helseforetaket også vurdere å utløse beredskap. Figur 2 er en prinsippskisse for beredskapsnivåene i UNN HF.



Figur 2: Prinsippskisse for beredskapsnivåer i UNN HF

#### 4.1.1 Grønn beredskap – Normal drift, men med særlig r monitorering

Grønn beredskap iverksettes i situasjoner som ikke direkte og/eller umiddelbart krever økt beredskap, men hvor det er en økt sannsynlighet for at det kan bli aktuelt å høyne beredskapen eller på andre måter å gjennomføre ekstraordinære tiltak på sikt.

Eksempel på situasjoner hvor det er aktuelt å utløse grønn beredskap:

- Økt beredskap ved andre sykehus regionalt eller nasjonalt som kan komme til å få konsekvenser for UNN.
- Ekstremvær som kan få konsekvenser for UNN.
- IKT-svikt som kan medføre betydelige driftsutfordringer.
- Svikt i intern infrastruktur.

Tiltak ved grønn beredskap er varsling i henhold til varslingsplan for det aktuelle scenario. Øvrige tiltak vil være avhengig av situasjon.

#### 4.1.2 Gul beredskap – Alvorlig situasjon

Gul beredskap iverksettes når det har oppstått en alvorlig hendelse som gjør at det er fare for at de ordinære ressursene ikke strekker til og hvor det er aktuelt å mobilisere begrensede ressurser og iverksette forhåndsdefinerte tiltak.

Eksempel på situasjoner hvor det er aktuelt å utløse gul beredskap:

- Hendelse der innmeldte teamkrevende og andre pasienter overskrider sykehusets kapasitet.
- Alvorlig IKT-svikt.

Tiltak ved gul beredskap er varsling i henhold til varslingsrutine for det aktuelle scenario og iverksetting av beredskapsplan.. Dette inkluderer innkalling i aktuelle avdelinger, varsling av regional AMK som varsler videre til de andre sykehusene i helseforetaket, k-ledelse etableres lokalt og ved UNN Tromsø etter behov og det vurderes stans eller begrensninger i elektiv virksomhet.

#### 4.1.3 Rød beredskap – Krise eller katastrofe

Rød beredskap iverksettes ved krise eller katastrofe hvor store ekstraordinære ressurser må settes inn for å håndtere belastningen. Dette er særlig aktuelt ved hendelser hvor et stort antall pasienter er meldt fra ambulanse/AMK eller ankommet (både teamkrevende og andre) fra samme hendelse.

Eksempel på situasjoner hvor det er aktuelt å utløse rød beredskap:

- Storulykke med bekreftet masseskade.
- Plutselig utbrudd av epidemi/pandemi hvor tilstrømning til sykehuset raskt overgår kapasiteten.

Tiltak ved rød beredskap er varsling av hele sykehuset i henhold til varslingsrutine og iverksetting av scenarieplan tilhørende den inntrufne uønskede hendelsen. Dette inkluderer innkalling i aktuelle avdelinger, varsling av regional AMK som varsler videre til de andre

sykehusene i helseforetaket og overtar koordineringsansvaret, mobilisering på de andre sykehusene i foretaket, anmodning om bistand ved behov, k-ledelse etableres på alle sykehus og all elektiv virksomhet stanses.

#### **4.2 Varsling og oppmøtested**

Varsling om økt beredskap skjer på private telefoner, arbeidstelefoner, vaktcalling, høytafon, e-post og/eller intranett. Hvordan varslingen skjer vil avhenge av type hendelse, omfang, grad av hast og hvem som skal varsles. Varsling om økt beredskap som følge av massetilstrømming av pasienter til sykehus skjer normalt alltid gjennom det automatiserte telefonvarslingssystemet UMS. K-ledelsen varsles i tillegg manuelt per telefon fra sentralbordet.

Hvem som varsles er avhengig av scenario og fremkommer i scenarioplanene og de enkelte enheters planer. Klinikksjef er ansvarlig for at det finnes ajourførte lister med navn og telefonnummer for alt personell tilgjengelig i klinikkene/sentrene og at listene også blir oppdatert kvartalsvis i UMS.

Ansatte møter opp på avtalt sted i henhold til sin enhets beredskapsplan.

#### **4.3 Etablere beredskapsfunksjoner**

I tråd med likhetsprinsippet beskrevet i "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan" skal organiseringen i en beredskapssituasjon være så lik vanlig organisering som mulig. Allikevel vil det være behov for å etablere noen ekstraordinære beredskapsfunksjoner som har andre mandater og/eller arbeidsoppgaver enn de har til vanlig. Eksempler på slike beredskapsfunksjoner er k-ledelse, pårørendetjenesten, opprettelse av sorteringsledere og trafikkdirigering. På samme måte kan det være nødvendig i den enkelte enhet å definere noen funksjoner som skal sørge for at beredskapstiltakene blir gjennomført i henhold til planverk. Disse funksjonene skal i utgangspunktet ha egne tiltakskort som deles ut til de som skal ivareta funksjonene når alarmen går.

#### **4.4 Arbeidsoppgaver**

Hvilke ressurser som skal mobiliseres og hvilke oppgaver som skal gjennomføres ved de ulike beredskapsnivå og scenarier skal fremgå av beredskapsplaner på nivå 2 og 3 (Figur 1: Struktur i beredskapsplan for UNN HF, nivå 2 og 3).

Rapportering i en beredskapssituasjon følger den vanlige linjeorganiseringen. Hver enhet skal ha en fast dedikert funksjon som er kontaktpunkt og ansvarlig for å avgi rapport.

#### **4.5 Vedlikeholde kapasitet**

I planverkets nivå 3 (Figur 1: Struktur i beredskapsplan for UNN HF, nivå 3) skal det beskrives hvordan enhetene skal vedlikeholde sin kapasitet dersom situasjonen blir langvarig og krever økte ressurser over tid.

#### **4.6 Avvikling og etterarbeid**

K-ledelsen har myndighet til å avblåse beredskapssituasjonen. Beslutning om avvikling formidles til klinikkene som formidler til egne avdelinger. Det formidles også på intranett og på e-post til alle ansatte.

Enkelte enheter må være forberedt på å legge planer for ledelse og etterarbeid (særlig ved spesielt belastede avdelinger) i tiden etter at beredskapssituasjonen er avviklet.





**Sak:** NST som nasjonal kompetansetjeneste  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
**Fra:** Senterleder NST Susann Bäckström  
**Møtedato:** 29.4.2015

---

## Sammendrag

Helsedirektoratet har i sin årlige evaluering av den nasjonale kompetansetjenesten for telemedisin, som er tillagt Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), vurdert at tjenesten hadde oppfylt målet. Fagområdet er så utbredt at helsetjenesten i hver region kan ivareta dette feltet lokalt. Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har iverksatt en prosess for ivaretagelse og videreføring av senterets kompetansemiljø i en nasjonal rolle.

## Bakgrunn

De nasjonale kompetansetjenestene innen spesialisthelsetjenesten blir hvert år evaluert etter ulike faktorer. Disse tjenestene er et virkemiddel for å utvikle og spre kompetanse innen helsetjenesten på fagområder som trenger ekstra drahjelp for styrking og bredding i sektoren. Når kompetansen er tilstrekkelig utbredt, ivaretas denne av de regionale tjenestene.

## Saksutredning

Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) har i mange år hatt en nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin. Siste evaluering av kompetansetjenesten konkluderte med at telemedisin som kompetanseområde nå vurderes ferdig utviklet og spredt i hele landet. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har derfor besluttet at denne kompetansetjenesten avvikles og at finansieringen opphører fra og med 1.1.2016.

Ledelsen ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og NST er ikke overrasket over denne konklusjonen. Innholdet i kompetansetjenesten har gradvis endret seg med den teknologiske utviklingen slik at tjenesten i økende grad driver forskning og utvikling innenfor hele e-helse området, med fokus på utviklingen av elektroniske pasientjournaler og kommunikasjonsløsninger. Tradisjonell telemedisin basert på lyd- og bildeoverføring integreres i disse løsningene, og utgjør nå en begrenset del av virksomheten.

Det er med bakgrunn i dette igangsatt en prosess der Helse Nord RHF i samarbeid med HOD skal avklare NST sin framtidige nasjonale og regionale rolle. UNNs og senterets ledelse er inkludert i denne prosessen. NSTs styringsgruppe har uttalt seg til HOD og støtter videreføring av kompetansemiljøet i en ny nasjonal rolle. HOD er tydelige i sin tilbakemelding på at de har intensjon om bevare forskningsmiljøet på NST. Departementet beskriver et udekket behov knyttet til forskningsbasert dokumentasjon og evalueringer i forbindelse med realiseringen av Stortingsmeldingen *Én innbygger - én journal*.



## Vurdering

NSTs kompetanse og relevans for utvikling av en helsetjeneste som i økende grad digitaliseres, er presentert for HOD. I den videre prosessen er det igangsatt jevnlig møter mellom HOD og Helse Nord RHF, der senterets nye oppdrag vil bli konkretisert. Det forventes at finansieringen vil bli videreført, og at NST også i fremtiden vil ha en sentral rolle både nasjonalt og i regionen.

## Konklusjon

Prosesen med å overføre NSTs nasjonale kompetansetjenesterolle er i gang. Dersom det oppstår utfordringer, vil senterleder orientere UNNs direktør og styre.



**Sak:** Status på satsing på helsefaglæringer i Helse Nord  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Arthur Revhaug  
**Møtedato:** 29.4.2015

---

## Sammendrag

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har bedt om å få seg forelagt en orienteringssak om hvordan UNN organiserer sitt arbeid med satsing på helsefaglæringer.

Sommeren 2014 ble det i ledermøtesak 115.14 *Helsefaglæringer i UNN* besluttet tre punkter:

- 1. Direktørens ledergruppe ønsker at det ansettes fire nye lærlinger i UNN høsten 2014, og økes med fire nye ansettelser av lærlinger pr. år fram mot 2017*
- 2. Ledergruppen forutsetter at klinikkvise budsjetter for lærlingordningen er eller vil bli etablert, for å imøtekomme krav om inntak og økning av antall lærlingplasser*
- 3. Det er ønskelig å etablere praksisarena ved UNN for elever fra videregående skole, videregående trinn 2 (helsearbeiderfaget), i faget Prosjekt til fordypning (PTF)*

Med dette som utgangspunkt har det fra høsten 2014 og fram til nå vært jobbet systematisk med at UNN skal kunne tilby ansettelse av lærlinger i helsearbeiderfaget, samt være praksisarena for elever i videregående skole.

Økonomiske stimulerings tiltak fra Fag- og forskningssenteret og sentral finansiering av lærlingstillinger i helsearbeiderfaget har så langt ført til at

- Medisinsk klinikk, Tromsø, ansatte en lærling høsten 2014
- Medisinsk klinikk, Harstad, har hatt en lærling på utveksling fra Harstad kommune
- Det lyses ut seks stillinger for lærlinger i helsearbeiderfag med oppstart høst 2015

I tillegg har UNN, både i Narvik og i Tromsø, vært praksisarena for elever i videregående skole i faget Prosjekt til fordypning (PTF).

Det overordnede samarbeidsorganet mellom UNN og kommunene (OSO) er også opptatt av at både UNN og kommunene rekrutterer flere lærlinger. Saken ble diskutert på initiativ fra KS i siste møte 16.4.2015, og det ble besluttet å invitere fylkeskommunens utdanningsavdeling til neste møte for å forankre samarbeidet ytterligere i både UNN, kommunene og fylkeskommunen.



## Bakgrunn

Som følge av den regionale satsingen i Helse Nord RHF, ble det i januar 2014 opprettet 50 % prosjektstilling som fagansvarlig for helsefaglæringer i UNN. Dette for å bidra med å bygge opp og etablere ordning med lærlinger i helsearbeiderfaget. Stillingen er finansiert av Helse Nord RHF, og er organisatorisk plassert i Klinisk utdanningsavdeling, Fag- og forskningssenteret. Prosjektperioden var opprinnelig 2013-2015. Det er søkt Helse Nord RHF om å forlenge prosjektperioden ut 2016. Dette er innvilget.

## Saksutredning

### *Regionalt arbeid*

Regional prosjektgruppe består av prosjektleder fra Helse Nord RHF, fagansvarlig for helsefaglæringer i alle de fire helseforetakene (Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset, UNN og Finnmarksykehuset) og konserntillitsvalgt for YS i Helse Nord. Prosjektgruppens hovedmål er å utarbeide og iverksette tiltak for å styrke det regionale samarbeidet om rekruttering, faglig oppfølging og gjennomføring av lærlingordningen i Helse Nord.

Det er så langt gjennomført totalt 24 arbeidsmøter i den regionale prosjektgruppen. Fokus har vært erfaringsutveksling og arbeid med utvikling av felles kommunikasjonsplan, kvalitetskrav med mer i hele helseforetaksgruppen. Statusrapport er gitt styringsgruppen og direktørmøtet ved RHFet 30.1.2015. Sluttrapport fra regional prosjektgruppe planlegges levert Helse Nord RHF i oktober 2016.

### *Lokalt arbeid i UNN*

Fra oppstart i januar 2014 ble det fra Klinisk utdanningsavdeling jobbet blant annet med kartlegging av behov for helsefagarbeidere og motivasjon for ansettelse av lærlinger i helsearbeiderfaget i de ulike klinikkene som var aktuelle i UNN. Kartleggingen skjedde gjennom klinikkvise samtaler med oversykepleier og tilsvarende personell i lederfunksjoner. Det ble våren 2014 utarbeidet ledermøtesak om *Helsefagarbeidere i UNN*. Saken var til behandling i direktørens ledermøte 1.7.2014.

### *Ansettelse av lærlinger*

Med utgangspunkt i beslutningspunktene fra ledermøtesaken, ble det sendt ut informasjon fra Klinisk utdanningsavdeling til alle klinikkjefer og oversykepleiere i UNN, der det ble bedt om snarlig tilbakemelding fra de klinikker/avdelinger som ønsket å ansette lærlinger i helsearbeiderfaget høsten 2014. Som økonomisk stimuleringsiltak for å lette prosessen med ansettelse av lærlinger, tilbød Fag- og forskningssenteret å dekke lønnsutgifter for lærlingene fra oppstart og ut 2014. Det kom imidlertid ingen tilbakemeldinger fra klinikkene med hensyn til ansettelse av lærlinger høsten 2014.

I samarbeid med Tromsø kommune ble det formidlet én søker som hadde gjennomført første læreår i Tromsø kommune, og som ønsket andre læreår ved UNN. Gjennom dialog med oversykepleier på Medisinsk klinikk, samt økonomisk stimuleringsiltak fra Fag- og forskningssenteret, ble denne lærlingen ansatt i Medisinsk klinikk høsten 2014, og avlegger sin fagprøve i UNN i løpet av våren 2015. I november og desember 2014 hadde UNN Harstad en lærling i utveksling fra Harstad kommune ved Medisinsk avdeling A.

I desember 2015 ble det besluttet sentral finansiering via Fag- og forskningssenteret for ansettelse av 6 lærlinger i helsearbeiderfaget med oppstart høsten 2015.



### *Praksisarena for elever i PTF*

UNN Tromsø, Nevro- ortopediklinikken (Ortopedisk- og plastikkirurgisk avdeling) har hatt en elev fra Nordkjosbotn videregående skole i praksis i vårsemesteret. Henvendelse om praksis kom fra eleven selv i form telefonsamtale, etterfulgt av skriftlig søknad om praksisplass. Evaluering fra eleven, skolen og avdelingen der eleven har vært, er positive. UNN Narvik har hatt fire elever i praksis skoleåret 2014/15. To elever i høstsemesteret og to elever i vårsemesteret.

### *Samarbeid gjennom OSO*

Det overordnede samarbeidsorganet mellom UNN og kommunene (OSO) er også opptatt av at både UNN og kommunene rekrutterer flere lærlinger. Saken ble diskutert på initiativ fra KS i siste møte 16.4.2015, og det ble besluttet å invitere fylkeskommunens utdanningsavdeling til neste møte for å forankre samarbeidet ytterligere i både UNN, kommunene og fylkeskommunen.

## **Konklusjon**

Som følge av økonomiske stimulerings tiltak fra Fag- og forsknings senteret ble det i 2014 ansatt én lærling ved UNN Breivika samt én lærling fra Harstad kommune i utveksling over to måneder, ved UNN Harstad.

Sentral finansiering av lærlingstillinger i helsearbeiderfaget, har ført til at det er lyst ut seks stillinger for lærlinger i helsearbeiderfaget med oppstart høsten 2015. Stillingene er fordelt på henholdsvis Medisinsk klinikk, Hjerte- og lungeklinikken, Nevro- og ortopediklinikken samt Rus og spesialpsykiatrisk klinikk. Det lyses ut stillinger ved alle tre lokalisasjonene.

UNN har for skoleåret 2014/2015 vært praksisarena for elever i PTF.

- I Narvik har fire elever fra Solhaugen videregående skole hatt praksis i UNN. To elever i høstsemesteret og to elever i vårsemesteret.
- I Tromsø har en elev fra Nordkjosbotn videregående skole hatt praksis i vårsemesteret.



**Sak:** Driftsøkonomi PET-senter  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
**Fra:** Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef  
**Møtedato:** 29.4.2015

---

## Sammendrag

Styret til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har bedt om en orienteringssak om driftsøkonomi i det planlagte PET-senteret ved UNN Tromsø.

Ved gjennomgangen av økonomien finner UNN at bygging av senteret vil gi en kostnadsøkning på 42 mill kr for drift av senteret og inntil 7 mill kr i reiseutgifter. Alternativet ved å ikke bygge vil være avhengig av pris på tjenesten fra leverandør. Med dagens kostnadsbilde på Aleris vil kostnadene stige til 58 mill kr for kjøp, samt omlag 12 mill kr i reiseutgifter. Gitt disse forutsetningene vil senteret være økonomisk lønnsomt i tredje driftsår (2019). Gitt en reduksjon av pris fra Aleris med omlag 30 % vil senteret likevel være lønnsomt i åttende driftsår (2024).

Utover å være økonomisk fordelaktig vil realisering av senteret gi et klart bedre pasienttilbud og unike forskningsmuligheter.

## Bakgrunn

I styresak 110/2014 *PET-senter – forprosjekt* ble det gjort følgende vedtak:

- Styret ber om at det til neste møte fremlegges kvalitetssikrede estimater av driftskostnader og driftsinntekter etter ferdigstillelse av senteret.*

Denne saken redegjør for driftsøkonomien, og forsøker på den ene siden å klargjøre kostnader ved å drifte PET-senteret. På den andre siden belyses alternativet ved å ikke bygge senteret.

I senere styremøter har det vært etterspurt plan for kompetansebygging innen fagområdet. Dette vil bli besvart i egen sak, i sammenheng med behandling av rapport fra en arbeidsgruppe som skal levere en innstilling til driftsmodell for radiofarmakaproduksjon. Denne arbeidsgruppen ferdigstiller sitt arbeid i mai, slik at saken kan legges frem for UNN-styret i juni måned.

## Saksutredning

Forut for styresaken om bygging av PET-senteret var det divergerende oppfatning i UNN og i Helse Nord RHF på nivået av driftsutgifter og alternativkostnad ved ikke å gjennomføre bygging. Det er derfor viktig å kvalitetssikre anslåtte driftsutgifter i det fremtidige PET-senteret.

### Inntekter



Inntekter utgjøres av refusjonstakst pluss egenandel, der egenandelen er fast kr 240 og der det er takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som referer til prosedyrekoder. I dag benyttes i hovedsak 3 koder STOAL, SVOAL og SYOAL. Inntekter ved PET-senteret er beregnet ut fra dagens fordeling av disse takstene.

Tabell S3: Refusjonssatser for PET-undersøkelser		
Prosedyrekode	KR	Merknad
AA0AL	4 125	S1
SC0AL	4 683	S1
SJ0AL	5 223	S1
SLOAL	5 970	S1
ST0AL	5 105	S1
SVOAL	5 970	S1
SY0AL	5 693	S1
AA0AM	8 894	S1
SC0AM	8 894	S1
SY0AM	8 894	S1

Sammenlikningen mellom dagens driftssituasjon og en fremtidig senterdrift, er vanskelig å gjøre på en entydig måte. Det må gjøres noen forutsetninger for å splitte inntekter og utgifter mellom vanlig nukleærmedisin og PET.

Dagens driftstall inkluderer begge deler og er summert til 11,8 mill kr i budsjett for 2015. Tall for denne driften inkluderer ikke huskostnad (forvaltning, drift og vedlikehold (FDV), avskrivning og renter) og serviceavtaler for utstyr. Anslått ligger FDV-kostnad på omlag 1 mill kr og serviceavtaler på medisinsk teknisk utstyr på 1 mill kr. Av dagens varekostnad går størstedelen til kjøp av radioaktive sporstoffer (FDG) til PET undersøkelser, omlag 7,8 mill kr. Dagens kostnader til kjøp av PET undersøkelser ved andre foretak eller private leverandører er ikke med i budsjettet.

Av inntekter til nukleærmedisin beregnes at 1,9 mill kr vil utgjøre inntekter for PET-undersøkelser, ved gjennomførte 400 undersøkelser i henhold til takstrefusjon. Inneliggende pasienter refunderes ikke, og utgjør om lag 10 % av undersøkelsene. Ved undersøkelse utført utenfor UNN bortfaller refusjon og egenandel.

Budsjett nukleærmedisin 2015	
Inntekt	-7,2 mill kr
Lønnskostnad	10,2 mill kr
Varekostnad	8,2 mill kr
Annen drift	0,25 mill kr
Total	11,85 mill kr
FDV*	1 mill kr
Service med tekn*	1 mill kr
Sum nukleær med	13,85 mill kr

\*Inngår ikke i ordinært budsjett

I forbindelse med forprosjektet for PET-senteret ble det utarbeidet bærekraftanalyse for bygget. I denne er det tatt med kapitaltilskudd fra Helse Nord RHF, økte inntekter av PET-undersøkelser





som følge av økt kapasitet, lønnsutgifter for driften av hele PET-senteret og nukleærmedisin inkludert dagens bemanning. I realiteten betyr dette at lønnskostnader for 10,9 mill kr skulle vært trukket ut av denne bærekraftanalysen, og at beregnet netto lønnsøkning er fra 11 til 17 mill kr. I tillegg må noe økte lønnsutgifter beregnes inn i oppstartfasen før senteret er i drift. Analysen inkluderer alle husutgifter inkludert FDV for universitetsarealer og Sykehusapotek og vi har beregnet kvadratmeterpris for FDV på 2000 kr per m<sup>2</sup>, dette er en dobling av hva UNN har beregnet i andre prosjekter.

I posten *Andre driftskostnader* har vi estimert serviceavtaler og liknende til 3,5 mill kr, og økende til 5 mill kr pr år. Dette er avhengig av hvilke avtaler som inngås ved kjøp av utstyr og hva som er mulig å drive av egen service. *Produksjonskostnad* er basert på tall fra Norsk medisinsk syklotronsenter. I deres driftsmodell var det anslått 1,5 mill kr pr år til produksjonskostnad for FDV. På grunn av forskning og mulighet for økning av produksjon til å dekke flere scannere er dette estimert til 2,5 mill kr og økende til 5 mill kr pr år i modellen. Disse estimatene gir godt rom for usikkerheten som ligger i denne type analyse.

I bærekraftanalysen er det benyttet 4 % renter på lån. Faktisk lånerente per januar 2015 er 1,8 %. Lånerente er imidlertid en variabel som endres, og i en langsiktig modell er det nødvendig å legge inn en antatt midlere verdi. Det virker likevel unødvendig høyt med 4 % i et 10 års perspektiv, all den tid en hvilken som helst bankkunde kan skaffe seg huslån til 3,2 % rente med 10 års bindingstid i privatmarkedet i dag.

Lønnskostnader er en stor post ved drift av sykehus. I forprosjektet var det lagt stor vekt på å bygge inn rasjonelle løsninger som reduserer personalbehov. Dette er realisert gjennom ca 10 % redusert bemanning sammenliknet med konseptfasens beskrivelse.

#### Bemanning og lønnskostnader (1000 kr)

Personellkategori	Lønn inkl sosiale utgifter	Dagens bemanning		Senter 1 skanner		Senter 2 scannere	
		Årsverk	Kostnad	Årsverk	Kostnad	Årsverk	Kostnad
Ileder	1400	0	0	1	1400	1	1400
legespesialist	1400	3,85	5390	4	5600	6	8400
LIS	1050	1	1050	2	2100	3	3150
Radiograf	600	2	1200	3	1800	4	2400
Bioing	600	5,5	3300	6	3600	7	4200
sekretær	450			2	900	2	900
Fysiker	700			2	1400	2	1400
Apotektekniker	500			1	500	1	500
Farmasøyt	700			2	1400	2	1400
Kjemiker	700			3	2100	3	2100
Ingeniør	650			1	650	2	1300
Forskningstekniker	450			1	450	1	450
Sum		12,35	10940	28	21900	34	27600

#### Bærekraft per oktober 2014

Bærekraftanalyse -PET senter p85	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kapitaltilskudd RHF			10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Inntekter			4,4	7,1	10,8	13,5	16,1	16,5	16,7	16,7	16,8
Lønnskostnader			20	20	21	23	27	27	27	27	27
Andre driftskostnader			3,5	3,5	3,5	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Driftskostnader bygg			8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4
Produksjonskostnad			2,5	3,5	4,5	5,0	5,0	5,0	5,5	5,5	5,5
Avskrivninger			12,3	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5
Rente egen likviditet	6,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5
Netto kostnader	6,5	19,5	51,8	56,2	54,5	55,8	57,3	56,9	57,2	57,1	57,0



## Justert bærekraft med netto lønnsøkning og 3 % kapitalutgift per april 2015

Bærekraftanalyse -PET senter p85	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kapitaltilskudd RHF			10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Inntekter			4,4	7,1	10,8	13,5	16,1	16,5	16,7	16,7	16,8
Lønnskostnader		3,0	10	11	11	13	17	17	17	17	17
Andre driftskostnader			3,5	3,5	3,5	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Driftskostnader bygg			8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4
Produksjonskostnad			2,5	3,5	4,5	5,0	5,0	5,0	5,5	5,5	5,5
Avskrivninger			12,3	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5
Rente egen likviditet	4,9	14,6	14,6	14,6	14,6	14,6	14,6	14,6	14,6	14,6	14,6
Netto kostnader	4,9	17,6	36,9	42,4	39,7	41,0	42,4	42,0	42,3	42,3	42,2

**Alternativkostnad ved kjøp av tjenester**

Kapasiteten for PET-undersøkelser i det offentlige helsevesen er per i dag kun benyttet av egne foretak, slik at det ikke eksisterer et reelt alternativ i det offentlige. Alternativkostnad til dette regnestykket er derfor basert på Aleris sykehus Oslo sin prisliste på PET/CT-undersøkelser publisert på internett.

PET/CT Aleris	
Beskrivelse	Pris i NOK
PET/CT halvkropp	29 000
PET/CT prostata	39 300
PET/CT hjerne	19 700

**PET/CT tilbys også gjennom offentlig avtale\***

Helse Nord RHF har ikke inngått avtale med Aleris om å kjøpe PET-undersøkelser, og UNN har derfor ingen annen referansepris. Den vanligste undersøkelsen som benyttes er PET/CT halvkropp til 29 000 kr, og vi har ikke beregnet noen undersøkelser til dyreste takst. Volumberegning av antall bygger på fremskrivingsmodell publisert av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I tillegg er det forutsatt at UNN utnytter sin maksimale kapasitet i eksisterende fasilitet på rundt 600 pasienter.

I henhold til disse beregningene vil UNN ved bygging av PET-senteret ha en midlertidig underkapasitet i 2017, som delvis kompenseres med kjøp av en ny skanner som er operativ fra senteret tas i drift. Ved denne modellen er det behov for kjøp av tjenester for 9 mill kr i 2017, deretter vil behovet for PET-tjenester være dekket av eget senter. Uten PET-senteret vil behovet for kjøpte tjenester stige i perioden fra 27 mill kr i 2017 til 58 mill kr i 2025.

**Reisekostnader**

Den tredje store kostnadsposten i regnestykket er pasientreiser. Et PET-senter vil generere pasientreisekostnader, både til Tromsø og Oslo. Til å estimere reisekostnader har Økonomi- og analysesenteret og Pasientreiser ved UNN Tromsø bidratt. Dette er et regnestykke med mange parametre som bidrar til kostnadene, slik at det er nødvendig å lage estimater over gjennomsnittskostnader.

Reviderte vurderinger har redusert antatt pris på reiser til Tromsø. Følgende gjennomsnittlige forutsetninger ligger derfor til grunn for kostnadsvurdering:

- 5-6000 kr for pasienter fra nord til Oslo
- 1500 kr for reiser til Tromsø innen UNN sitt område
- 3000 kr fra andre HF i Helse Nord til Tromsø

Disse forutsetningene gir reisekostnader fra 7,2 til 12,7 mill kr pr år ved ikke å bygge ut senteret, og tilsvarende 5,8 til 7,4 mill kr pr år ved å bygge.



## Vurdering

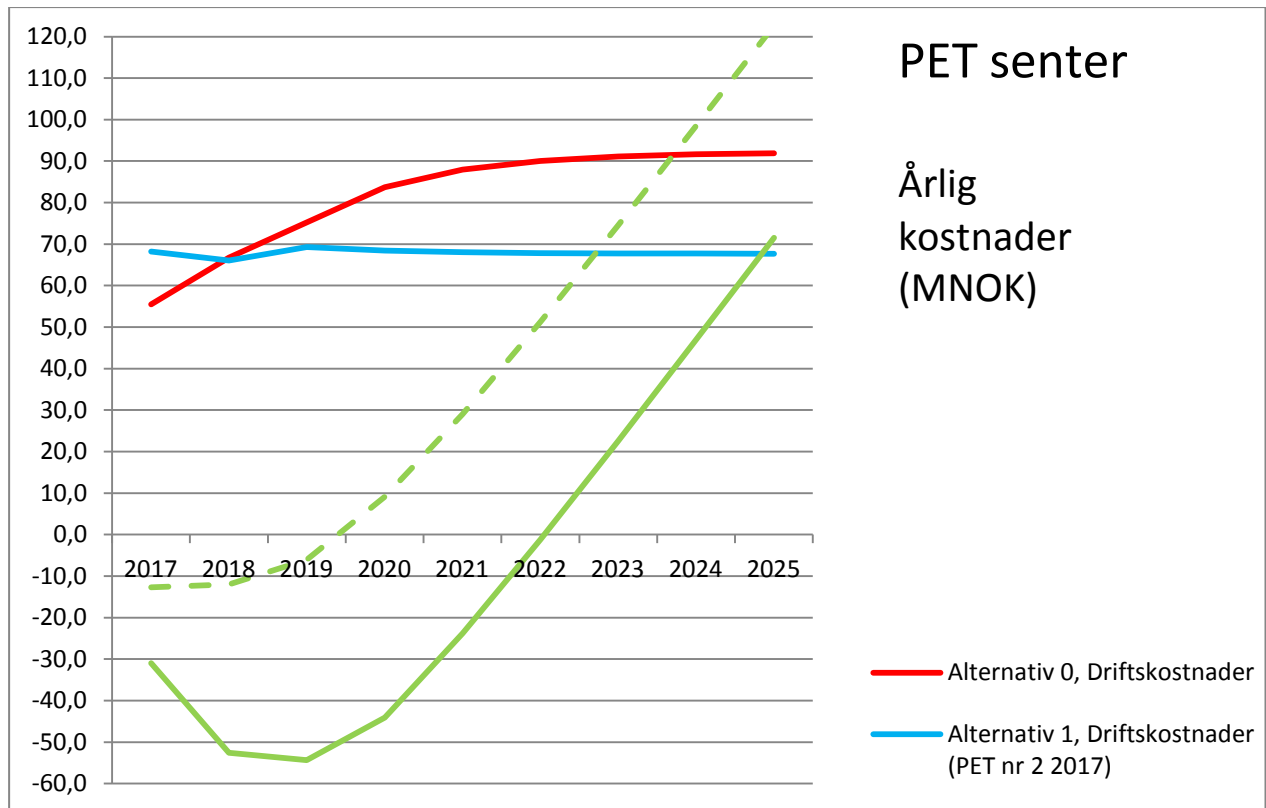
PET-undersøkelser er et kostbart, men nødvendig tilbud for et universitetssykehus. Det er viktig for pasientene i Helse Nord å få et likeverdig tilbud som resten av landet. Merkestnadene ved å bygge ut senteret er omlag 42 mill kr pr år, samt reisekostnader på omlag 7 mill kr.

Alternativkostnaden er beregnet til inntil 58 mill kr pr år for kjøp av tjenester, og 12 mill kr i reisekostnad. Prisen for kjøp av tjenester kan endres ved å inngå avtaler med leverandører, men ettersom Aleris må kjøpe radiofarmaka, vil deres priser være høyere enn "inhouse".

Ved vurdering av alternativkostnad, har UNN valgt å vurdere totalkostnaden for driften av hele nukleærmedisinfeltet i begge alternativene, både 0-alternativet (ikke bygge) og alternativ 1 (bygge). Vi har også vurdert effekt av å umiddelbart installere en ny PET/CT versus å flytte eksisterende. Den reviderte økonomiske analysen vurderer fortsatt byggealternativet som fordelaktig, spesielt med tidlig realisering av ny PET/CT. Beregningsmodellen viser at bygging av senteret fortsatt vil være akkumulert lønnsomt fra 2024, med reduksjon av prisen fra 28 000 kr til 20 000 kr fra Aleris (halvkropp).

Endelig rapport fra kvalitetssikring av PET-senterets forprosjektrapport foreligger ikke ennå, men i første utkast har rapporten ikke kommentert større feil i analysen. To punkter er kommentert: reduksjon i antall ansatte, sammenliknet med konseptrapport og høy rentekostnad på egen likviditet. Antall ansatte er noe redusert sammenliknet med konseptrapporten på grunn av bedre logistikk i bygget. Dette også som følge av ny gjennomgang av behov for det kliniske personell som skal drifte senteret. Rentenivået er i redusert til 3 % i revidert bærekraftanalyse i denne rapporten.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Alternativ 0, Driftskostnader	55,5	66,7	75,2	83,7	87,9	90,0	91,1	91,6	91,9
Alternativ 1, Driftskostnader (PET nr 2 2017)	68,2	66,1	69,3	68,5	68,1	67,9	67,8	67,7	67,7
Alternativ 1, Akkumulert besparelse (PET nr 2 2017)	-12,7	-12,0	-6,1	9,2	29,0	51,2	74,5	98,5	122,7
Alternativ 1, Akkumulert besparelse (PET nr 2 2020)	-31,0	-52,6	-54,3	-44,1	-23,8	-1,2	22,5	46,9	71,5



## Konklusjon

Denne saken viser at netto omstillingsbehov for PET-senteret er 42 mill kr fra 2018, og at dette er stabilt til 2025, i tillegg kommer reisekostnader. UNN opprettholder sin konklusjon omkring lønnsomhet ved bygging fremfor 0-alternativet, basert på kjøp av tjenester. Det er også en kjensgjerning at realisering av et tilbud i landsdelen vil gi et bedre tilbud til pasientene i regionen.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
39/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	29.4.2015

### Referatsaker

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar referatsakene til orientering

1. Kopi av brev fra Narvik kommune til helse- og omsorgsminister Bent Høie datert 25.3.15: *Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan, framtidens sykehus og sykehusstruktur*
2. Brev fra Geriatrisk fagråd datert mars/april 2015 vedrørende geriatrisk strategiplan
3. Protokoll fra møte i Regional brukerutvalg 19.3.2015
4. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 26.3.2015
5. Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 13.4.2015
6. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget 14.4.2015
7. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 15.4.2015
8. Referat fra AMU-møtet 15.4.2015 - ettersendes

Tromsø, 17.4.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg



Helse- og omsorgsminister Bent Høie  
Postboks 8011

0030 OSLO

postmottak@hod.dep.no

Vår ref. (oppgi ved henvendelse)  
15/33-1/HEE

Deres ref.

Narvik, 27.03.2015

## **Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan, framtidens sykehus og sykehusstruktur**

Helseministeren har bedt om innspill i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan. I lys av min stilling som kommuneoverlege ved Narvik Legevakt, tillater jeg meg å komme med innspill, orientering og en alvorlig bekymring til Helseminister Høie sitt foreslåtte tiltak om endring i sykehusstrukturen. I forslag til ny Helseplan i Norge kan det se ut som at vår region vil få et dårligere helsetilbud. Det er i høyeste grad betenkelig! Målet med en slik plan må være å gjøre et godt helsetilbud bedre for alle, ikke dårligere for noen. Med det forslaget som er tenkt fremmet, vil regioner under 60 000 innbyggere ikke ha døgnkontinuerlig akuttkirurgi. Det vil medføre et livstruende dårligere helsetilbud til befolkningen i mindre byer og regioner, som Narvik og Ofoten.

### **Langreist spesialistbehandling vs kortreist akuttbehandling**

Den medisinske utviklingen går raskt. Avansert, høyspesialisert utredning og behandling for eksempel kreftkirurgi mm, må gjøres på store sykehus hvis kvaliteten skal bli god nok. Dette er langreist høyspesialisert behandling, og den må og skal være der. Ved langreist spesialistbehandling har man litt tid, selv om det er snakk om alvorlige sykdommer med mulig dødelig utgang som krever rask diagnostisering og behandling. Her er ikke minutter avgjørende for utfallet.

De tilfellene der minutter er avgjørende, er når de akutte alvorlige ulykkene inntreffer. Når personbilen med foreldre og 2 barn frontkolliderer i 80 sonen med en trailer, da er det minutter som teller. Eller den gravide kvinnen på 23 år gravid i 8 mnd som plutselig får en voldsom blødning. Da er det ikke langreist spesialistbehandling på Universitetssykehus om er viktig, da er det kortreist akuttbehandling på lokalsykehuset som er avgjørende for om du, ektefelle, barn, barnebarn dør eller ikke, eller om gravid kvinne og barn blør ihjel.

### **Et bedre Helsetilbud?**

Med Helseministeren sitt forslag vil ikke folk i Ofoten regionen på 33 000 innbyggere i fremtiden lengre ha fullverdig kortreist akuttbehandling, hvis døgnkontinuerlig akuttkirurgi fjernes fra UNN Narvik. De pasientene som er mest sårbare, der tidsfaktoren til behandling på sykehus er den avgjørende for overlevelse, må da transporters i ambulanse til eventuelt nærmeste sykehus i Harstad. Den korteste avstand på 140 km (125 km i 2017 pga ny bru) fra



## Sak 39/2015 - vedlegg 1

Narvik og den lengste 220 km fra Tysfjord. Transporten er primært planlagt på veier som er svært hyppig stengt på vinterhalvåret. I følge Statens Vegvesen var det 268 stenginger av E6 fra oktober 2014 til januar 2015. Alternativt til ambulanse, er transport via helikopter som i vinterhalvåret periodevis har svært begrenset mulighet for å fly. Det er også på sin plass å understreke at ambulanshelikopter er et meget effektivt og rask transport middel for akutt syke når de kan fly, men det er ingen erstatning for lokalsykehus.

### **Dårlig vær og utfordrende geografi**

Vi bor i en landsdel der vær og avstander gir spesielle utfordringer, og dette må tas hensyn til i forslag til ny sykehusstruktur. Bare i løpet av dette året har vi flere ganger fått oppleve hvor livsnødvendig døgnkontinuerlig akuttkirurgi ved UNN Narvik er. Flere ganger har Ofoten regionen vært helt isolert både via luften og langs veien, med stengte veier og bruer. Med Helseministeren sitt forslag vil det i fremtiden for 33 000 innbyggere i vår region, ikke være noe akuttkirurgisk tilbud til «alvorlig- kirurgi- trengende- pasienter» fra kl 1530-0800 om morgenen. Jeg som legevaktlege kan ikke redde dem.

### **Blør vi saktere?**

I Helse Sør-Øst ble det i forbindelse med bygging av nytt felles sykehus i regionen nedfelt i 2010 at det ikke skulle være lengre enn 30 min fra ulykke til akuttkirurgisk behandling hele døgnet. Med ditt forslag til ny sykehusstruktur vil det for befolkning i Ofoten bli ca 90-120 min til akutt kirurgisk behandling, hvis veiene er åpne. Jeg nevner igjen 268 stenginger i oktober i 2014 til januar 2015 av E6. I flg statistikk for trafikkulykker i Nord-Norge 2008-2013, er det svært mange alvorlige ulykker i vår region.. UNN Narvik håndterte 293 ulykker med 433 skadde pasienter, 30 alvorlig skadde og 8 drepte. Dette er ca dobbelt så mange som for eksempel UNN Harstad. Vi er muligens kjent for å være seige i nord, men Helseminister Høie og HOD; «Vi blør ikke saktere»!

### **Svært godt akutttilbud i dag i Ofoten og ved UNN Narvik**

Helse Nord har over flere år bygd opp et robust og godt traumesystem med traumesenter i UNN Tromsø og bla UNN Narvik som traumemottak. Traumemottaket ved UNN Narvik oppfyller alle krav. Det fungerer meget godt. Per i dag har vi en svært god akuttmedisinsk beredskap i Ofoten regionen. Det er et meget stabilt, entusiastisk og godt anestesilogisk miljø, som bidrar aktivt i prehospitale ulykker, og bistår meg som legevaktlege i en uvurderlig høy grad. Dette er i betydelig grad medvirkende til at vi også har et entusiastisk prehospitalt miljø. Fastleger, ambulanse og anestesileger samt trener flere ganger i året. I flere år har de i samarbeid arrangert akuttmedisinske kurs for leger fra hele landet med svært gode tilbakemeldinger. Den gode kvaliteten på kurset er pga nært samarbeid mellom sykehusspesialister i anestesi og kirurgi, fastleger og ambulanse. Dette er samhandling satt ut i praksis.

UNN Narvik har alle stillinger på kirurgisk avdeling besatt, uten vikar-innleie. De følger felles undervisning og hospitering med UNN Tromsø og Harstad. De har i tillegg mye «knivtid», og leverer stort volum med god kvalitet. Fjerner helministeren døgnkontinuerlig akuttkirurgi, fjernes også døgnberedskap i kirurgi, anestesi beredskap ,og gynekolog i vakt og dermed også fødeavdeling. Dette forvitrer den akutt medisinske kompetansen og den prehospitale akuttmedisinske kvaliteten, som er mitt ansvarsområde. Det vil også ramme sykepleieutdanningen på Høgskolen i Narvik, som har et nært og avgjørende samarbeid med UNN Narvik. Ser Helseministeren og HOD omfanget av konsekvensene og vil dere foreslå dette?



## Sak 39/2015 - vedlegg 1

### **Ny spesialist struktur for sykehus, ikke for mindre sykehus.**

Det er i disse dager også forslag om nye akuttmedisin forskrift og ny spesialist struktur for sykehus. Det er bla foreslått en ny type legespesialitet, akuttmedisiner. Disse skal ikke være kirurger og ikke utøve akutt livbergende kirurgi. Det er ingen erstatning for akuttkirurgi. Dette i den mening å gi et bedre helsetilbud til folk? Du er avhengig av gode rådgivere som skal gi deg råd, og det er nedsatt 3 ekspertgrupper i forbindelse med Nasjonal Helse- og sykehusplan. Jeg skal ikke betvile deres kompetanse, men for meg virker rådgivingen og ekspertene veldig orientert om større byer. Mindre regioner blir nedprioriteres, slik jeg opplever det. Det er muligens med hensikt? At Norge må holde tritt i den medisinske utviklingen er hevet over enhver tvil, men Helseministeren får ikke ofre tilbudet ved mindre sykehus ved å fjerne viktige funksjoner som akuttkirurgiske funksjoner lokalt! Da sier du direkte at du nedprioriterer vår helse i mindre regioner. Du må skille mellom kortreist akuttbehandling og langreist spesialistbehandling. Det er ikke snakk om enten eller, men både og!

### **Ansvar for naboer i Sverige, og til advarsel!**

Ofoten regionen har en utfordrende geografi med sårbare veistrekninger med mye ulykker og mye tungtransport på gjennomgående E6. Vi har tungindustri med havn og jernbane, samt et stort alpinanlegg i vekst midt i byen og økende cruiseskip anløp. Det er som nevnt tidligere mange ulykker i regionen. I tillegg dekker også Unn Narvik akuttkirurgi- tilbud for våre naboer i Sverige inn mot Kiruna, der mellomriksveien E10 går med mye tungtransport. Like over grensen, 40 km fra Narvik, er det store alpinanlegg, omfattende snøscooter -ferdsel og stor turisme hele året. Dette er anslagvis flere 10 000vis pasienter, og ved akutte skader sokner disse til UNN Narvik. Kiruna Sykehus var et velfungerende sykehus med alle akuttfunksjoner, men er blitt et offer for liknende tiltak som Helseministeren foreslår. Der er akuttkirurgien fjernet for flere år siden, og aktiviteten degradert til for det meste poliklinisk virksomhet. Dette med det resultat at fagfolk flytter og man får ikke nye til. Fagmiljø forvitrer. Det kan du bruke som et «godt» eksempel på hvor dårlig det vil gå med UNN Narvik med Helseministeren sitt forslag. Helseministeren trenger virkelig ikke gjøre samme feilen i Narvik!

### **Lang transport for syke**

Som legevaktlege i vakt, vil det uten døgnkontinuerlig akuttkirurgi medføre at flere av mine pasienter fra Narvik Legevakt må transporteres lang tid i ambulanse eller helikopter for å få nødvendig hjelp istedenfor å få denne hjelpen lokalt som i dag. Ofte er dette eldre og svake pasienter, med økt sårbarhet, som vil tåle en slik transport dårlig og øke faren for komplikasjoner. Er det god pasientbehandling å gi dem et dårligere tilbud? Nylig var det en svært urovekkende historie i lokalpressen, Fremover (24.03.15), om en eldre dame sin opplevelse over å bli transportert til Harstad med lårhals brudd. Enda mer skremmende var svar fra styreleder i UNN, at «slikt må man bare tåle». Et bedre helsetilbud? Dette er krenkende og respektløs, og medfører svekket tillit til helsebyråkratiet. Ambulanseberedskapen som disse pasientene må transporteres med, har du allerede gitt signaler til om reduksjon i responstid og kapasitet pga økonomi. Jeg vet ikke hvordan helseministeren med sitt forslag har tenkt å løse dette?

### **Snu i tide, ikke grav oss ned**

Mitt innspill til Nasjonal helse og sykehusplan er at det pga til avstander, vær og geografi fortsatt må opprettholdes døgnkontinuerlig akutt kirurgi ved UNN Narvik. Vi har i dag et vel fungerende akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik, og dette må videreføres sammen med døgnkontinuerlig anestesi og føde tilbud. Dersom akuttkirurgien fjernes, fjernes og døgn beredskap i anestesi og fødetilbud. Dette vil og redusere kvaliteten på den medisinske akutt behandling, og den prehospital akuttmedisinen som er mitt ansvarsområde. Da fjerner du avgjørende kompetanse fra meg for å kunne gi god akuttmedisinsk behandling utenfor



## Sak 39/2015 - vedlegg 1

sykehuset. Et godt akuttmedisinsk miljø vil visne bort for hele regionen. Det er ikke befolkningen her tjent med, og jeg håper heller ikke at det er det Helseministeren ønsker?

### Helse ute av kurs

Forslåtte endringene i sykehusenes spesialisthelsestruktur er ikke tilpasset mindre sykehus, og det er en stor svakhet. Det synes som om «helsekompasset» er låst fast i sin kurs. Er kompasshuset lekk og nålen satt fast mot sentrale strøk? Jeg håper at du viser oss i mindre regioner såpass respekt at vi kan få fylle på kompasshuset med livsnødvendig informasjon, gi bevegelse i nålen og justere en kurs også mot mindre sykehus. Jeg har forståelse for at det ikke kan være, som foreslått, minimum 6 gastrokirurger, 6 urologer og 6 ortopeder på UNN Narvik. **Mitt innspill at du tar ansvar og bidrar med en tilpasset døgnkontinuerlig akuttkirurgisk virksomhet for mindre sykehus. Slik at de kirurgene vi har, fortsatt kan være i døgnkontinuerlig vaktberedskap og framover ivareta døgnkontinuerlig akuttberedskap slik som i dag. Det må også fortsatt være et fullverdig traume mottak for regionen.** Dette vil gi regionen trygghet på nødvendig akutt kirurgisk behandling, beholde akuttmedisinsk kompetanse, samt spare mange pasienter for unødvendig lang, belastende transport tid. Og sist og ikke minst, redde liv!

### Vær Sjef, ta ansvar!

Jeg tror at Helseministeren vil gi folk flest et godt helsetilbud, også akuttkirurgisk. Det må skilles mellom langreist spesialistbehandling og kortreist akuttbehandling. Døgnkontinuerlig akuttkirurgi er bærebjelken i akuttmedisinen. Den kan ikke erstattes med «bleke» alternativer. Ikke ødelegg et svært velfungerende akuttmedisinsk kompetansemiljø med å plukke det fra hverandre. Jeg tror det er et ønske om å holde oss mest mulig trygge og friske og skape utvikling og vekst i vår «lille» region også. Vi vil gjerne leve lenge og vel vi også. Jeg kan verken med hode eller hjertet forstå hvorfor helseministeren vil foreslå å ødelegge et godt velfungerende akuttmedisinsk miljø som vi har bygget opp over tiår i Narvik. Det er du som er sjef, åpne øyene, se og ta ansvar! Tilrettelegg slik at vi også fortsatt kan ha et døgnkontinuerlig akuttkirurgisk tilbud og en god akutt beredskap. Vi blør ikke saktere her i nord!

Jeg forventer at mitt innspill når ekspertutvalgene og imøteser svar fra Helseminister Høie og HOD

Med vennlig hilsen

  
Sverre Håkon Evju

Kommuneoverlege, Narvik Legevakt  
Fastlege og spesialist i allmenntmedisin, Narvik Kommune  
Medlem Referanse gruppen i Legevaktmedisin  
Allmennlegenes representant i Norsk Rescusiteringsråd

Kopi:

Styreleder UNN HF Jorhill Andreassen  
Styreleder Helse-Nord Bjørn Kaldhol  
De 3 ekspertutvalgene i Nasjonal helse- og sykehus plan  
Ordfører Tore Nysæther, Narvik kommune  
Rådmann Wenche Folberg, Narvik kommune

Geriatrisk Fagråd UNN

Tromsø 02.03.15/07.04.15

## Til ledelsen i medisinsk klinikk, direktøren og styret ved UNN

Geriatriske strategiplan ble vedtatt av styret på UNN i 2011.

Fagrådet utarbeidet som avtalt en handlingsplan som gjenspeiler strategiplanen som ble levert direktøren samme høst. Det er i løpet at strategiplanens virkeperiode vært gjennomført en betydelig nedbygging av geriatrisk seksjon ved UNN-Tromsø, noe som ikke var en del av strategien.

I geriatriske strategiplan 2011-2014 er det forutsatt en betydelig større kapasitet enn det som nå er tilfellet for geriatrisk seksjon i Tromsø.

Sengetallet er i perioden nedbygget fra 15 til 7, mens strategiplanen la opp til en kapasitet på 25 senger. Antallet geriatere i klinisk stilling ved seksjonen er redusert fra ca 4 til dagens 1,5.

Daghospitalet er ønsket lagt ned og poliklinikk-kapasiteten er redusert.

De geriatriske rehabiliteringssengene er nå lagt ned og det finnes i dag ikke lenger geriatriske rehabiliteringssenger i sykehus i Nord-Norge.

Strategiplanen la opp til en økning i antallet geriatere, spesielt med tanke på den viktige rollen UNN har som eneste utdanningsinstitusjon for geriatri i Nord-Norge med egen geriatrisk sengepost og med geriatrisk rehabilitering.

Fagrådet er bekymret for at nedbyggingen av geriatrien i UNN vil føre til at landsdelen ikke har et godt nok tilbud for denne pasientgruppen og at landsdelen heller ikke er i stand til å utdanne geriatere slik som forutsatt av sentrale og regionale helsemyndigheter og UNNs eget styre (Jfr styrevedtak i sak 25/2011 og 38/2014).

Fagmiljøet på UNN har jobbet systematisk og samlet for at alle lokalisasjoner skal utnytte sin kapasitet og kompetanse til å gjennomføre oppdraget som er skissert i strategiplanen på en god måte. Det er muligheter for rekruttering av både leger og sykepleiere, men i dagens situasjon er det ikke mulig å komme videre med de betydelig reduserte kapasitetmessige forutsetninger.

Styret på UNN har understreket hvor viktig det er at geriatristillingene må brukes. (4 overleger og 6 LIS-stillinger ved geriatrisk seksjon UNN Tromsø, styrevedtak i sak 38/2014.)

Fagråd i geriatri på UNN ønsker å bidra til at geriatrien i UNN kan oppfylle sitt oppdrag på en faglig god måte og ber om at klinikkledelsen og direktøren møter fagrådet slik at vi kan starte et planleggingsarbeid for å få dette til. Fagrådet har satt av tid i fagrådets møte den 4. mai 2015 til dette (tid og sted avtaler vi senere) og inviterer med dette direktøren og klinikkledelsen med i møtet.

Mvh

På vegne av

Geriatrisk fagråd UNN

Silje Heitmann, konst. leder



## **RBU-sak 16-2015      Godkjenning av innkalling og saksliste**

- Sak 16-2015      Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 17-2015      Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 21. januar 2015 og fra møte i arbeidsutvalget til det Regionale brukerutvalget  
9. februar 2015 og 25. februar 2015
- Sak 18-2015      Årlig melding 2014
- Sak 19-2015      Oppfølging av *Internrevisjonsrapport 01/2013: Revisjon av tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS* - status i arbeidet med tiltaksplanen, jf. styresak 37-2014
- Sak 20-2015      Plan for Helse Nord 2016-2019, informasjon
- Sak 21-2015      Strategisk utviklingsplan for psykisk helse og TSB 2015-2025, informasjon
- Sak 22-2015      Pasientrettet informasjon om kliniske studier på helsenorge.no - brukerrepresentant til arbeidsgruppe
- Sak 23-2015      Orienteringssaker
1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
    - Oppnevning av felles brukerrepresentant fra de fire regionene til Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, jf. *RBU-sak 24-2015/1 Referatsaker*
  2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
  3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
  4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker
- Sak 24-2015      Referatsaker
1. Oppnevning av felles brukerrepresentant fra de fire regionene til Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, jf. *RBU-sak 23-2015/1 Orienteringssaker*, første kulepunkt
  2. Referat fra møte i Brukerutvalget i UNN HF, den 4. februar 2015
  3. Referat fra møte i Brukerutvalget i Nordlandssykehuset HF, den 17. februar 2015
  4. Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF – årsmelding 2014
- Sak 25-2016      Eventuelt
- A. Henvendelse fra NAAF Nord ad. etablering av allergisenter i Tromsø
  - B. Tilgjengelighet for bevegelseshemmede ved private institusjoner

### Vedtak:

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

**RBU-sak 17-2015      Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 21. januar 2015 og fra møte i arbeidsutvalget til det Regionale brukerutvalget 9. februar 2015 og 25. februar 2015**

Vedtak

Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 21. januar 2015 og fra møte i arbeidsutvalget til det Regionale brukerutvalget 9. februar 2015 og 25. februar 2015 godkjennes.

**RBU-sak 18-2015      Årlig melding 2014**

Vedtak:

1. Regionalt Brukerutvalg viser til utkast til Årlig melding 2014 og tar informasjonen i saken til orientering.
2. RBU er bekymret over at krav fra oppdragsdokumentet ad. fristbrudd og ventetid fortsatt ikke er oppfylt i foretaksgruppen. RBU ber derfor om at arbeidet med å redusere ventetider og fjerne fristbrudd intensiveres ytterligere.
3. RBU vil presisere at fagområdet rehabilitering/habilitering fortsatt har mange uløste oppgaver. RBU ber om at dette området gis særskilt fokus i oppdragsdokumentene i årene fremover, og at det rapporteres i årlig melding på dette.

**RBU-sak 19-2015      *Oppfølging av Internrevisjonsrapport 01/2013: Revisjon av tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS - status i arbeidet med tiltaksplanen, jf. styresak 37-2014***

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar status på arbeidet med anbefalingene fra internrevisjonens rapport 1/2013 til orientering.
2. RBU vil påpeke behovet for en avklaring rundt kompensasjon for dokumentert tapt arbeidsfortjeneste for ledsagere til pasienter.

**RBU-sak 20-2015      Plan for Helse Nord 2016-2019, informasjon**

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg tar saken om rullering av dokumentet *Plan for Helse Nord 2016-2019* til orientering.

**RBU-sak 21-2015      Strategisk utviklingsplan for psykisk helse og TSB 2015-2025, informasjon**

Vedtak:

Regionalt Brukerutvalg tar informasjon om status i arbeidet med *Strategisk utviklingsplan for psykisk helse og TSB 2015-2025* til orientering.

**RBU-sak 22-2015      Pasientrettet informasjon om kliniske studier på helsenorge.no - brukerrepresentant til arbeidsgruppe**

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner *Arnfinn Hanssen* som brukerrepresentant i arbeidsgruppen for pasientrettet informasjon om kliniske studier på helsenorge.no.

**RBU-sak 23-2015      Orienteringssaker**

Det ble gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
  - *Oppnevning av felles brukerrepresentant fra de fire regionene til Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, jf. RBU-sak 24-2015/1 Referatsaker: RBU spiller inn Astri Danilo*ff som kandidat.
  - *Styremøte i Helse Nord RHF 4. februar 2015: Informasjon om omvisning på Nordlandssykehuset Bodø og styremøtet.*
  - *Styremøte i Helse Nord RHF 25. februar 2015: Informasjon om tematimer (Nasjonalt beslutningssystem for nye metoder og NOU om prioriteringer) og styremøtet.*
  - *Nasjonal helse- og sykehusplan, møte i ekspertgruppen 3. mars 2015: Informasjon*
  - *Brukerrepresentant til prosjekt Ny teknologi AMK: Informasjon om oppnevning av Elisabeth Salte fra Helse Vest RHF og Jørn Pettersen fra Helse Sør-Øst RHF - felles brukerrepresentant fra de fire regionene.*
  - *Observatører fra regionale brukerutvalg til styret og brukerpanel i Pasientreiser ANS: RBU foreslår at dagens observatører til styret og brukerpanel i Pasientreiser ANS fortsetter. For Helse Nord møter RBU-medlem Werner*



- Johansen* som observatør til styret med RBU-leder *Mildrid Pedersen* som vararepresentant.
- *Møte med Elsa Hamre ad. pasient- og pårørendeopplæring 17. mars 2015 i Bodø:* Informasjon om møtet og planer om e-læringskurs, forskning innen feltet m. m.
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
- *RBU-medlem Werner Johansen:*
    - Møte i styringsgruppen for prosjekt *Mine Pasientreiser* 4. februar 2015: Informasjon
  - *RBU-nestleder Asbjørn Larsen:*
    - Ledere av diverse prosjekter i Helse Nord må gi tilbakemelding til Regionalt brukerutvalg (eller organisasjonene), dersom brukerrepresentanter ikke møter.
    - Prosjekt *strategisk utviklingsplan psykisk helse og rus:* Informasjon
    - Prosjekt *Én innbygger - én journal:* Informasjon om møte i nasjonal gruppe.
    - Fagråd TSB: Informasjon om møtevirksomhet så langt og fremover, møte med vurderingsteamet m. m.
    - Regional inntektsmodell psykisk helse og rus, revisjon: Informasjon.
    - Overtakelse av LAR-behandling i HF-ene: Informasjon.
    - Samisk eldreråd - møte om brukermedvirkning: Informasjon om møte og behov for tolk (og kulturforståelse) i helseforetakene
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
- Styreseminar i Helse Nord 26. - 27. mars 2015 i Bodø: Informasjon
  - Styreseminar for RHF-ene i regi av Helse- og omsorgsdepartementet 7. - 8. april 2015 i Bodø: Informasjon
4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

## **RBU-sak 24-2015      Referatsaker**

Det ble referert fra følgende saker:

1. Oppnevning av felles brukerrepresentant fra de fire regionene til Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, jf. *RBU-sak 23-2015/1 Orienteringssaker*, første kulepunkt
2. Referat fra møte i Brukerutvalget i UNN HF, den 4. februar 2015
3. Referat fra møte i Brukerutvalget i Nordlandssykehuset HF, den 17. februar 2015
4. Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF – årsmelding 2014

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

## **RBU-sak 25-2015      Eventuelt**

### *A. Henvendelse fra NAAF Nord ad. etablering av allergisenter i Tromsø*

RBU-leder Mildrid Pedersen orienterte om henvendelse fra NAAF Nord ad. etablering av et allergisenter i Tromsø.

#### Beslutning:

Regionalt brukerutvalg ber om en tilbakemelding i et senere møte om status for etableringen av et allergisenter i Tromsø.

### *B. Tilgjengelighet for bevegelseshemmede ved private institusjoner*

RBU-medlem May Anne Brand stilte spørsmål om tilgjengeligheten for bevegelseshemmede ved private institusjoner, og hvordan private institusjoner som har avtale med Helse Nord følges opp.

#### Beslutning:

Regionalt brukerutvalg ber om en orientering i et senere møte, der det redegjøres for oppfølgingen av private institusjoner generelt og tilgjengelighet for bevegelseshemmede spesielt.

Bodø, den 19. mars 2015

*godkjent av Mildrid Pedersen,  
i etterkant av RBU-møtet,  
den 19MAR2015 – kl. 12.00*

---

Mildrid Pedersen  
RBU-leder



## Styresak 25-2015 Godkjenning av innkalling og saksliste

- Sak 25-2015 Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 26-2015 Godkjenning av protokoll fra styremøte 26. februar 2015
- Sak 27-2015 Årlig melding 2014
- Sak 28-2015 Godkjenning av årsregnskap og styrets beretning 2014 – herunder disponering av resultat  
*Saksdokumentene var ettersendt.*
- Sak 29-2015 Virksomhetsrapport nr. 2-2015  
*Saksdokumentene var ettersendt.*
- Sak 30-2015 Egenkapitalinnskudd og endring av driftskredittramme i helseforetakene
- Sak 31-2015 Budsjett 2015 – justering av rammer nr. 1
- Sak 32-2015 Byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF: Tertialrapport pr. 31. desember 2014
- Sak 33-2015 Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF: Tertialrapport pr. 31. desember 2014
- Sak 34-2015 Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF: Tertialrapport pr. 31. desember 2014
- Sak 35-2015 Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
  2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
- Sak 36-2015 Referatsaker
1. Årsrapport 2014 fra konsernverneombudet i Helse Nord RHF
  2. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 3. mars 2015
  3. E-post med vedlegg av 4. mars 2015 fra overlege Jan Størmer, UNN Tromsø ad. oppfølging av sak 133-2014 - sist sak 22-2015/1 og sak 23-2015/8
  4. Brev fra EFTA Surveillance Authority (ESA) av 16. februar 2015 ad. own-initiative case against Norway for breach of EEA rules on public procurement resulting from the direct award of a public contract on IT services
  5. Protokoll fra drøftingsmøte, den 17. mars 2015 ad. Årlig melding 2014  
*Kopi av protokollen var ettersendt.*
  6. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 19. mars 2015  
*Kopi av protokollen var ettersendt.*
  7. Brev fra statsråd Bent Høie av 17. mars 2015 ad. Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel  
*Kopi av brevet var ettersendt.*
  8. E-post med vedlegg av 18. mars 2015 fra overlege Jan Størmer, UNN Tromsø ad. Etterlysning av svar  
*Kopi av e-posten med alle vedlegg var ettersendt.*
- Sak 37-2015 Eventuelt
- A. Nordlandssykehuset HF - endringer i ambulanseberedskapen, jf. styresak 38-2015 Økonomiske strakstiltak i ambulansetjenesten (Nordlandssykehuset HF)

Sak 38-2015 Nordlandssykehuset Vesterålen - salg av bygg for psykisk helsevern i Bø i Vesterålen til Bø kommune  
*Saksdokumentene var ettersendt.  
Saken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt sakliste.  
Saksdokumentene er utsatt offentlighet, jf. Offl. § 13, Forv.l. § 13.*

Styrets vedtak:

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

**Styresak 26-2015 Godkjenning av protokoll fra styremøte  
26. februar 2015**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 26. februar 2015 godkjennes.

**Styresak 27-2015 Årlig melding 2014**

Under behandling av saken ba styret i Helse Nord RHF om at det formuleres noen presiseringer om status på den "gyldne regelen" innen psykisk helse/rus, før endelig utgave av årlig melding 2014 oversendes til Helse- og omsorgsdepartementet.

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

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner *Årlig melding 2014 for Helse Nord til Helse- og omsorgsdepartementet*.
2. *Årlig melding 2014 for Helse Nord til Helse- og omsorgsdepartementet* fremstiller på en dekkende måte virksomheten i foretaksgruppen.
3. Styret ber adm. direktør om å følge helseforetakene opp, slik at krav som ikke er fullt ut gjennomført i 2014 gjennomføres. Det forutsettes at disse prioriteres av helseforetakene.
4. Styret ber adm. direktør videre om å ha fortsatt stor oppmerksomhet i 2015 på å redusere ventetider og unngå fristbrudd.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner *Årlig melding 2014 for Helse Nord til Helse- og omsorgsdepartementet*.
2. *Årlig melding 2014 for Helse Nord til Helse- og omsorgsdepartementet* fremstiller på en dekkende måte virksomheten i foretaksgruppen.
3. Styret ber adm. direktør om å følge helseforetakene opp, slik at krav som ikke er fullt ut gjennomført i 2014 gjennomføres. Det forutsettes at disse prioriteres av helseforetakene.
4. Styret ber adm. direktør videre om å ha fortsatt stor oppmerksomhet i 2015 på å redusere ventetider og unngå fristbrudd.

**Styresak 28-2015**

**Godkjenning av årsregnskap og styrets beretning 2014 – herunder disponering av resultat**

*Saksdokumentene var ettersendt.*

*I forbindelse med behandling av saken la revisjonsselskapet KPMG frem en oppsummering av revisjon 2014 for foretaksgruppen og Helse Nord RHF.*

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

1. Styret i Helse Nord RHF innstiller overfor foretaksmøte at det fremlagte årsoppgjør med resultatregnskap og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultatet fastsettes som Helse Nord RHF's regnskap for 2014.
2. Styret innstiller overfor foretaksmøte at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.
3. Styrets beretning 2014 vedtas.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF innstiller overfor foretaksmøte at det fremlagte årsoppgjør med resultatregnskap og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultatet fastsettes som Helse Nord RHF's regnskap for 2014.
2. Styret innstiller overfor foretaksmøte at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.
3. Styrets beretning 2014 vedtas.





4. Endringene i egenkapitalinnskudd og driftskredittramme i helseforetakene stadfestes i foretaksmøte med helseforetakene så snart som mulig.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner et egenkapitalinnskudd i helseforetakene på 1.000 mill. kroner fordelt etter inntektsmodellen.
2. Egenkapitalinnskuddet i helseforetakene fordeles som følger:
  - Finnmarkssykehuset HF kr. 160 mill. kroner
  - Universitetssykehuset Nord Norge HF kr. 421 mill. kroner
  - Nordlandssykehuset HF kr. 269 mill. kroner
  - Helgelandssykehuset HF kr. 150 mill. kroner
3. Driftskredittrammene i helseforetakene fastsettes fra 1. mai 2015 som følger:
  - Finnmarkssykehuset HF kr. 300 mill. kroner
  - Universitetssykehuset Nord Norge HF kr. 100 mill. kroner
  - Nordlandssykehuset HF kr. 400 mill. kroner
  - Helgelandssykehuset HF kr. 100 mill. kroner
4. Endringene i egenkapitalinnskudd og driftskredittramme i helseforetakene stadfestes i foretaksmøte med helseforetakene så snart som mulig.

**Styresak 31-2015      Budsjett 2015 – justering av rammer nr. 1**

**Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *kursiv*):**

5. Styret i Helse Nord RHF vedtar å disponere 56 mill. kroner fra styrets reserve til å finansiere endringer i rammebetingelser og økte kostnader.
6. Styret godkjenner at 46,9 mill. kroner omdisponeres i RHF-budsjettet for å finansiere økte kostnader og nye tiltak.
7. *Styret vedtar å øke investeringsrammen til medisinsk-teknisk utstyr ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF med 100 mill. kroner.*
8. Styret tar de administrative tildelinger til orientering.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar å disponere 56 mill. kroner fra styrets reserve til å finansiere endringer i rammebetingelser og økte kostnader.
2. Styret godkjenner at 46,9 mill. kroner omdisponeres i RHF-budsjettet for å finansiere økte kostnader og nye tiltak.
3. Styret vedtar å øke investeringsrammen til medisinsk-teknisk utstyr ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF med 100 mill. kroner.
4. Styret tar de administrative tildelinger til orientering.

**Styresak 32-2015      Byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF:  
Tertialrapport pr. 31. desember 2014**

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

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. desember 2014 om Nye Kirkenes Sykehus i Finnmarkssykehuset HF og tilleggsinformasjon fra *styresak 15-2015 Finnmarkssykehuset Kirkenes - nybygg, godkjenning av entrepriser og justeringer av prosjektramme* til orientering.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. desember 2014 om Nye Kirkenes Sykehus i Finnmarkssykehuset HF og tilleggsinformasjon fra *styresak 15-2015 Finnmarkssykehuset Kirkenes - nybygg, godkjenning av entrepriser og justeringer av prosjektramme* til orientering.

**Styresak 33-2015      Byggeprosjekter i Universitetssykehuset  
Nord-Norge HF: Tertialrapport pr. 31.  
desember 2014**

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

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. desember 2014 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. desember 2014 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.

**Styresak 34-2015      Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF:  
Tertialrapport pr. 31. desember 2014**

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. desember 2014 om byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem en orientering innen utgangen av 1. halvår 2015 om plan og gjennomføring av omstillingsprogrammet i Nordlandssykehuset HF.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. desember 2014 om byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem en orientering innen utgangen av 1. halvår 2015 om plan og gjennomføring av omstillingsprogrammet i Nordlandssykehuset HF.

**Styresak 35-2015      Orienteringssaker**

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundtlig*
  - *Neste styremøte* avholdes 29. april 2015 i Tromsø.
    - o Informasjon om møtested og foreløpig program.
  - *Felles regionalt styreseminar*, den 7. - 8. april 2015 i Bodø:
    - o Informasjon om program og påmelding.
    - o Kort avklaring av deltakelse fra styret i Helse Nord RHF.
  - *E-post med vedlegg av 18. mars 2015 fra overlege Jan Størmer, UNN Tromsø ad. Etterlysning av svar, jf. styresak 36-2015/3 og 8 Referatsaker*
    - o Diskusjon om saken og innholdet i henvendelsene.
    - o Tilbakemelding til avsender.
  - *Helsekonferansen 2015*, den 6. - 7. mai 2015 i Oslo: Informasjon

2. Informasjon fra adm. direktør til styret – muntlig
- *Styresak ad. muligheter for arealeffektivisering, oversikt over arealbehov og effektivisering - kontorplasser, oppfølging av styresak 62-2014 og arealbehov i HF-ene - kontorplasser, oppfølging av styresak 62-2014:*
    - o Det ble vist til styresak 62-2014, vedtakets punkt 2: *Styret ber adm. direktør om å få seg forelagt en ny oversikt over behovet for arealer i helseforetakene, når utviklingsplanene er ferdig utarbeidet, og registreringen av arealer i helsebyggene i den nasjonale databasen for klassifikasjonssystemet, er gjennomført.*
    - o Det ble videre vist til styresak 62-2014, vedtakets punkt 3: *Styret ber adm. direktør om å se på mulighetene for arealeffektivisering i tråd med vurderingene i denne saken. Sak med ny oversikt over arealbehov og forslag til effektivisering av arealbruk bes fremlagt for styret i løpet av første halvår 2015.*
    - o Styresaken(e) utsettes til høsten 2015.
  - *Seniorpolitikk, forslag om endringer - informasjon:*
    - o Informasjon om ønske på endringer i sett av attraksjonstiltak/virkemidler som er tidligere vedtatt av styret i Helse Nord RHF.
    - o Endringer i arbeidsmiljøloven med hensyn til økt aldersgrense kan medføre behovet for endringer i foretaksgruppens seniorpolitikk.
  - *Anbud landeveistransport - turvognnæringen i konkurranse med Troms Taxi, jf. styresak 22-2015/2 Orienteringssaker, adm. direktørs muntlige orienteringer, andre strekpunkt: Informasjon om henvendelse fra Troms Fylkeskommune.*
  - *Møte mellom Helse Nord RHF/Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nord-Troms Regionråd/kommunene ad. sykestuesengene etter 2015, den 27. februar 2015: Informasjon om møte - sammen med styreleder Kaldhol.*
  - *Møte med Helse- og omsorgsdepartementet ad. Nasjonal helse- og sykehusplan, den 10. mars 2015: Informasjon om møtet og deltakere (ledergruppen i Helse Nord RHF og adm. direktører i underliggende helseforetak)*
  - *Møte i Beslutningsforum for nye metoder, den 16. mars 2015: Informasjon om møtet og avtale med Roche Norge AS*  
*Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Off.loven § 23, 1. ledd.*

#### Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

## **Styresak 36-2015      Referatsaker**

Det ble referert fra følgende saker:

1. Årsrapport 2014 fra konsernverneombudet i Helse Nord RHF
2. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 3. mars 2015
3. E-post med vedlegg av 4. mars 2015 fra overlege Jan Størmer, UNN Tromsø ad. oppfølging av sak 133-2014 - sist sak 22-2015/1 og sak 23-2015/8

4. Brev fra EFTA Surveillance Authority (ESA) av 16. februar 2015 ad. own-initiative case against Norway for breach of EEA rules on public procurement resulting from the direct award of a public contract on IT services: *Svarbrev fra Helse Nord RHF til Nærings- og fiskeridepartementet oversendes til styret i Helse Nord RHF.*
5. Protokoll fra drøftingsmøte, den 17. mars 2015 ad. Årlig melding 2014  
*Kopi av protokollen var ettersendt.*
6. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 19. mars 2015  
*Kopi av protokollen var ettersendt.*
7. Brev fra statsråd Bent Høie av 17. mars 2015 ad. Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel  
*Kopi av brevet var ettersendt.*
8. E-post med vedlegg av 18. mars 2015 fra overlege Jan Størmer, UNN Tromsø ad. Etterlysning av svar  
*Kopi av e-posten med alle vedlegg var ettersendt.*

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

## **Styresak 37-2015      Eventuelt**

- A. *Nordlandssykehuset HF - endringer i ambulanseberedskapen, jf. styresak 38-2015 Økonomiske strakstiltak i ambulansetjenesten (Nordlandssykehuset HF)*  
Varamedlem Ann-Mari Jensen stilte spørsmål om konsekvensene av styrets vedtak i styresak 38-2015 ad. økonomiske strakstiltak i ambulansetjenesten (Nordlandssykehuset HF) med hensyn til Helse Nords sørge-for-ansvar. I tillegg ble det stilt spørsmål om Helse Nords retningslinjer må redigeres etter at ny Akutforskrift ble vedtatt tidligere i mars 2015.

Styrets vedtak:

1. Informasjonen fra adm. direktør tas til orientering.
2. Styret i Helse Nord RHF ber om tilbakemelding i denne saken i neste styremøte.

**Styresak 38-2015 Nordlandssykehuset Vesterålen - salg av bygg for psykisk helsevern i Bø i Vesterålen til Bø kommune**

*Saksdokumentene var ettersendt.*

*Saken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt sakliste.*

*Saksdokumentene er utsatt offentlighet, jf. Offl. § 13, Forv.l. § 13.*

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

1. Styret i Helse Nord RHF ber Helse- og omsorgsdepartementet om fullmakt i foretaksmøte til å avhende eiendommen Straume i Bø i Vesterålen fra Nordlandssykehuset HF i tråd med saksfremlegget.
2. Ved eventuelt salg skal frigjorte ressurser disponeres i samsvar med vedtak i styresak 111-2005 *Prinsipper for investering, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord.*

*Enstemmig vedtatt.*

**Styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF ber Helse- og omsorgsdepartementet om fullmakt i foretaksmøte til å avhende eiendommen Straume i Bø i Vesterålen fra Nordlandssykehuset HF i tråd med saksfremlegget.
2. Ved eventuelt salg skal frigjorte ressurser disponeres i samsvar med vedtak i styresak 111-2005 *Prinsipper for investering, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord.*

Bodø, den 26. mars 2015

*godkjent av Bjørn Kaldhol,  
i etterkant av styremøtet,  
den 26MAR2015 – kl. 15.55*

---

Bjørn Kaldhol



## MØTEREFERAT – BRUKERUTVALGETS ARBEIDSUTVALG UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

---

**Møtedato:** 13.4.2015 kl. 14.00 – 15.30  
**Møtested:** Møterom D1 744 Administrasjonen

**Tilstede:**

**Medlemmer:** Cathrin Carlyle, Sander O. Henriksen

**Fra adm.:** Leif Hovden, Heidi Robertsen, Grethe Andersen, Svein Malvin Vatne,  
Bjørn -Yngvar Nordvåg, Elin Gullhav

### **BAU 26/15 Behandling av styresakene til 29.4.2015**

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 10.4.2015.

#### **Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;**

1. *Kvalitets- og virksomhetsrapport pr mars 2015*

BAU tar stilling til innspill når virksomhetsrapporten er klar, og orienter muntlig overfor styret i den grad det er mulig.

2. *Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging*

BAU poengterer at de nå som tidligere er opptatt av at man i arbeidet med aktivitetsbasert bemanningsplanlegging også vektlegger aktivitetsplanlegging og utvidede åpningstider på poliklinikkene, ikke minst i forhold til prioritering av pasienter og utnyttelse av medisinsk utstyr.

3. *Helse Nord RHF's plan 2015 – 2018 – rullering*

BU 22.4.2015 kan eventuelt komme med innspill i saken.

4. *Kjøp av tomt for Nye UNN Narvik*

BAU tar saken til orientering.



5. *Årsrapport fra Brukerutvalget 2014*  
Årsrapporten videresendes Brukerutvalgets medlemmer for innspill.
6. *Eventuelt: Plan for kjørekontoret – nedleggelse av lukefunksjonen*  
BAU tar saken til orientering. Saken fremmes skriftlig for BU 22.4.2015.

BAU gikk gjennom innkomne saker, med følgende konklusjoner:

**BAU-27/15** Forespørsel- Høring fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT – Mandat for Brukerråd og mal for rapportering - *Frist FFS 1.4.2015*

Behandling

BAU ga ingen uttalelse i saken.

**BAU-28/15** Forespørsel – Høring fra Helse Nord RHF - Regional plan for øyefaget i Helse Nord 2015 – 2025 - *Frist FFS 26.4.2015*

Behandling

BAU ga ingen uttalelse i saken.

**BAU-29/15** Forespørsel – Høring fra Helse- og omsorgsdepartementet - Lov og forskrifter om gjennomføring av rusomsorgen - *Frist 28.4.2015*

Behandling

BU har for tiden ingen medlemsrepresentant fra rusomsorgen.  
Brukerrepresentant Asbjørn Larsen fra RIO inviteres som observatør i BU 22.4.2015

**BAU-30/15** Invitasjon til høring – Strategi for undervisning og læring 2015 – 2020 (UNN internt) *Frist 10.5.2015*

Behandling

BAU ga ingen uttalelse i saken.

**BAU-31/15** *BAU-12/15* - Referat fra møte 8.12.2014 i Regionalt fagnettverk for bruker- og pårørendes erfaringskompetanse og brukervedvirkning innen psykisk helse og rus i Helse Nord

Behandling

Uttalelse fra klinikkssjef psykisk helse- og rusklinikken Magnus Hald behandles i BU 22.4.2015.

Asbjørn Larsen og Astrid Weber inviteres i BAU 18.5.2015 for orientering i saken.

**BAU 32/15** BU foreslår å stille representant som kontaktperson til rådighet overfor Pasienteiser

Behandling

Pasientreiser har ikke respondert på forespørselen. Påminnelse gjøres i samband med BAU-sak 26/15-7.

**BAU 33/15** Henvendelse fra Brukerutvalget datert 24.3.2015 vedrørende redusert kulturtilbud i UNN

Behandling

BAU merker seg at Kulturavdelingen har tatt saken videre.

**BAU-34/15** Trafikkplan UNN-området – uformell innspillrunde

Behandling

Saken tas opp i BU-møte 22.4.2015.

**BAU-35/15** Årsrapport BU 2014

Behandling

Årsrapport oversendes BUs medlemmer for gjennomgang før endelig godkjenning i BU 22.4.2015.

**BAU-36/15** Forespørsel fra Klinisk forskningsavdeling – brukermedvirkning ved planlegging og gjennomføring av kliniske studier på UNN

Behandling

BAU tar henvendelsen til orientering og takker for interessen. Referatsak til BU 22.4.2015.

**BAU-37/15** Orientering om fremtidig plan for PETØ-tilbudet for barn og voksne fra høst 2015

Behandling

Barne- og ungdomsklinikken og Nevro/orto-klinikken var representert i møtet ved klinikksjef Bjørn-Yngvar Nordvåg og klinikksjef Elin Gullhav. De ønsket å komme med en mer spesifikk skriftlig tilbakemelding til BAU 18.5.2015.

**BAU-38/15 Saker til BU-møte 22.4.2015**

Behandling

Sakslisten godkjennes.

Kopi: Brukerutvalget og styret i UNN

## REFERAT KVALITETSUTVALGSMØTE UNN HF (KU)

**Tid:** Mandag 14.4.2015 kl. 10.00-12.00

**Sted:** Administrasjonens møterom D1 707

### Deltakelse:

<b>Fag- og forskningssenteret</b>	<b>Lise Balteskard for Revhaug <i>kst/ leder</i></b>
<u>Akuttmedisinsk klinikk</u>	<u>Jon Mathisen</u>
<u>Barne- og ungdomsklinikken</u>	<u>Elin Gullhav</u>
<u>Brukerutvalgets leder</u>	<u>Cathrin Carlyle</u>
<u>Drifts -og eiendomssenteret</u>	<u>Gina M. Johansen</u>
<u>Foretaksverneombud</u>	<u>Einar Rebni</u>
<u>Hjerte- og lungeklinikken</u>	<u>Kristian Bartnes</u>
<u>Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk</u>	<u>Tone Nordøy (<i>kst</i>)</u>
<u>Medisinsk klinikk</u>	<u>Tove Skjelbakken (<i>kst</i>)</u>
<u>Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken</u>	<u>Bjørn-Yngvar Nordgård</u>
<u>Operasjons- og intensivklinikken</u>	<u>Snorre Sollid for Eva-Hanne Hansen</u>
<u>Psykisk helse- og rusklinikken</u>	<u>Magnus Hald</u>
<u>Smittevernoverlege</u>	<u>Torni Myrbakk</u>
<u>Viseadministrerende direktør</u>	<u>Marit Lind</u>
<u>Stabssenteret</u>	<u>Gøril Bertheussen</u>

### Øvrige:

<u>Administrasjonssenteret</u>	<u>Leif Hovden (<i>referent</i>)</u>
--------------------------------	--------------------------------------

### Forfall:

<u>Administrerende direktør</u>	<u>Tor Ingebrigtsen</u>
<u>Diagnostisk klinikk</u>	<u>Gry Andersen</u>
<u>Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin</u>	<u>Susann Bäckström</u>

Saksnr	SAKSOVERSIKT	Ansvar
12.2015	<b>Godkjenning av referat fra 9.3.2015</b> Referatet ble godkjent.	Leif Hovden
	<b>BESLUTNINGSSAKER</b>	
13.2015	<b>Bruk av smittevernfrakker ved UNN</b> Saken belyser at ved behandling av smitteførende pasienter ved isolering brukes flergangssmittefrakker i tekstil som personlig beskyttelsesutstyr. Denne typen frakk har flere ulemper som gjør det vanskelig å bruke den i henhold til retningslinjene. Dette øker smittefaren.	Tove Skjelbakken/ Torni Myrbakk

	<p>Saken anbefaler at Kvalitetsutvalget godkjenner at engangssmittefrakker erstatter dagens flergangssmittefrakker som personlig beskyttelsesutstyr ved isolering av smitteførende pasienter. Det anbefales en gradvis utfasing av de eksisterende tekstilfrakkene.</p> <p>Kvalitetsutvalget drøftet ulike sider ved ordningen, herunder hvorvidt forhold og behov i de ulike fagmiljøene blir kartlagt, for deretter å gjennomføre i tråd med behovene. Det ønskes ikke en ordning hvor både engangs- og flergangssmittefrakker er tilgjengelig, slik at det bør settes en dato for når flergangssmittefrakker fjernes fra sortimentet.</p> <p>Videre mente utvalget at ordningen bør bli evaluert etter en tid.</p> <p><b>Beslutning</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kvalitetsutvalget beslutter at engangssmittefrakker blir standard ved UNN, og ordningen iversettes så snart som praktisk mulig.</li> <li>2. Flergangssmittefrakker i tekstil utgår fra og med 1.6.2015</li> <li>3. Det må gis nødvendig informasjon om den nye ordningen slik at endringer i innkjøp og lagring blir gjennomført</li> </ol>	
<b>ORIENTERINGS- OG DISKUSJONSSAKER</b>		
14.2015-1	<p><b>Gjennomgang funksjon/oppgaver for Kvalitetsutvalget</b> Saken skulle ta utgangspunkt i gjeldende mandat for Kvalitetsutvalget med sikte på å oppdatere det i tråd med endret struktur, frekvens og deltakelse.</p> <p>Saken ble utsatt.</p>	Arthur Revhaug
14.2015-2	<p><b>Pakkeforløp kreft – kort statusoppdatering</b> Avdelingsleder ved Kvalitetsavdelingen, Lise Balteskard innledet til saken, med vektlegging av koderegistrering -og kvalitet. Når det gjelder forløpstidene er det begynt å tegne seg et bilde av at det tar noe lengre tid en anbefalt fra avsluttet utredning til start av kirurgisk behandling for brystkreft og tarmkreft. Den totale forløpstiden overholdes. Det tar også noe lang tid fra henvisning mottas til utredning starter for prostatakreft. Få pasienter er kommet igjennom hele forløpet og totaltiden kan derfor ikke vurderes.</p>	Arthur Revhaug

	<p>Det ble videre vist til organiseringen rundt pakkeforløpene, og at det er fremmet en egen sak til ledergruppen om dette. Målet er å mobilisere og forplikte flere fags- og stabsfunksjoner til støtte for de berørte klinikkene.</p> <p><u>Beslutning</u> Kvalitetsutvalget tok orienteringen til orientering.</p>	
14.2015-3	<p><b>Pasientsikkerhetsprogrammet – samstemming av legemidler</b> Samstemming av legemiddellister er et av innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Pasientsikkerhetskoordinator Mette Fredheim innledet til saken.</p> <p>Videre presenterte sykehusfarmasøyt Stine Haustreis noen erfaringer fra pilotperioden på Hjertemedisinsk avdeling. Formålet er å innføre samstemming som metode i UNN, der helsepersonell sammen med pasienten skal sikre en korrekt liste over pasientens legemidler i bruk. Erfaringene viser at pilotavdelingen i stor grad har lyktes med samstemming. Dokumentasjon av samstemming ved innleggese er overveiende i henhold til prosedyren. Samstemming ved utskrivelse er gjennomgående utført ved legens signering av epikrisen, og ikke i tillegg med stempel og signatur. KU diskuterte hvorvidt dokumentasjon av samstemming ut kan gjøres enklere enn prosjektet i utgangspunktet la opp til. I tillegg ble det presentert data fra en kvalitetsstudie ved flere avdelinger som viser til at det er mange uoverensstemmelser mellom medisinkurven og hva pasienten faktisk bruker av legemidler.</p> <p><u>Bruk av Elektronisk resept – medikamentmodulen</u> Fagsjef ved Sykehusapoteket Nord HF, Margareth Aarag Antonsen, presenterte mulighetene som ligger i å ta i bruk medikamentmodulen i Dips og hvordan denne samvirker med e-reseptmodulen. Hun oppfordret KU til å vurdere om disse tre tiltakene bør sees i sammenheng.</p> <p>KU var opptatt av at det ble iverksatt et arbeid med sikte på utbredelse av endret praksis i hele foretaket, basert på erfaringene fra pilotperioden. Videre ble resultater fra kvalitetsmålinger diskutert, samt at forslag til ny prosedyre bør fremlegges.</p> <p><u>Beslutning</u></p> <p>Kvalitetsutvalget ber om å få seg forelagt egen sak snarest, hvor erfaringene fra piloten og forslag til tiltaksplan for innføring ved hele UNN fremkommer.</p>	Arthur Revhaug

14.2015-4a	<p><b>Smittevern</b>  <u>NOIS-tall 3.tertial 2014</u>  Smittevernoverlege Tornir Myrbakk innledet og viste til tidligere utsendte NOIS-tall til ledergruppen.</p> <p>Det ble vist til uønsket utvikling av infeksjoner etter bypass-operasjoner, og klinikkjefen ved HLK informerte om at flere tiltak nå er iverksatt eller planlegges iverksatt.</p> <p>Det ble samtidig vist til meget positive resultater fra blant andre keisersnitt, totalprotese hofte, der dype infeksjoner avtar i antall.</p> <p><u>NOIS som ny nasjonal kvalitetsindikator</u>  Smittevernoverlege Tornir Myrbakk innledet og viste til tidligere utsendte NOIS-tall til ledergruppen.</p> <p>Det ble vist til uønsket utvikling av infeksjoner etter bypass-operasjoner i 2014, og klinikkjefen ved HLK informerte om den tiltakspakken som har vært iverksatt og som er under videreutvikling.</p> <p>Det ble samtidig vist til meget positive funn fra blant andre keisersnitt, totalprotese hofte, der dype infeksjoner har en positiv utvikling.</p> <p>Videre når de fleste inngrepene målet om 95 prosent oppfølging.</p> <p><u>NOIS som ny nasjonal kvalitetsindikator</u>  I mars 2015 ble det lansert 6 nye nasjonale kvalitetsindikatorer som omhandler i hvor stor grad pasienter innenfor blir fulgt opp med hensyn til infeksjonsstatus i 30 dager etter innleggelse for 6 utvalgte kirurgiske inngrepNOIS. UNN har her gode resultater. Det vil i løpet av 2015 også komme en resultatindikator vedrørende NOIS, dvs infeksjonsinsidens som vil publiseres på helsenorge.no</p> <p>Antibiotikabruken ved UNN Tromsø viser en gledelig nedgang i bruk av bredspektredeAB.. Tilsvarende bruk ved UNN Harstad og UNN Narvik viser en økning. UNN Narvik har høyere forbruk av bredspektrede AB enn Tromsø, noe som ikke er forklarlig ut frapasientpopulasjonen. Smittevernoverlegen viser til at det økte fokus på antibiotikabruk, spesielt i Tromsø, de siste årene har hatt effekt og oppfordrer til fortsatt fokus på dette i hele UNN</p> <p><u>Beslutning</u></p>	Tove Skjelbakken





---

## PROTOKOLL

---

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og foretaksverneombud vedrørende styresaker til 29.4.2015**

Dato: 15.4.2015

Tidspunkt: 9.00-10.30

Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

---

Fra arbeidsgiver

Grethe Andersen

Mai-Liss Larsen

Lisbeth Tollefsen

Leif Hovden (ref.)

Fra arbeidstakerne

Jan Eivind Pettersen, Delta

Rigmor Frøyum, Fagforbundet

Vidar Andersen, Samfunnsviterne

Einar Rebni, Foretakshovedverneombud

Kurt Gschib,

Terje Møien, Foretakshovedverneombud

Protokollsignering:

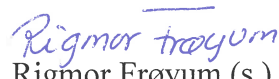
Fra arbeidstakersiden ble Jan Eivind Pettersen og Rigmor Frøyum valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

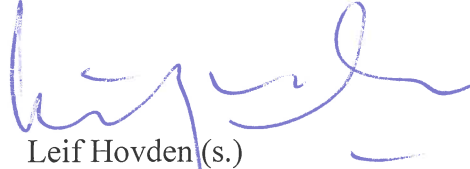
Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
Kvalitets- og virksomhets-rapport pr mars 2015	GA	<p><i>Økonomisjef Grethe Andersen redegjorde for innhold og status i utredning av saken og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Orientering om saken ble tatt til foreløpig orientering, og foretakstillitsvalgte ba om å få ta stilling til en eventuell ny gjennomgang av saken før styremøtet – så snart saken blir ferdigstilt.</i></p>
Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP)	GA	<p><i>HR-sjef og HR-rådgiver møtte og svarte ut spørsmål til saken.</i></p> <p><i>Det ble bedt om at opplysningene vedrørende status for den politiske behandling av saken om endringer i AML blir sjekket nærmere og presisert i saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til saken slik den ble forelagt for drøftingsmøtet.</i></p>
Tilbakemelding fra UNN på Helse Nord RHF's Plan 2016-2019		<p><i>Økonomisjef Grethe Andersen redegjorde for innhold og status i utredning av saken og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til saken slik den ble forelagt for drøftingsmøtet, og ga ytterligere innspill til den vedrørende regionale funksjoner.</i></p>
Kjøp av tomteareal til		<i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin</i>

Nye UNN Narvik	<i>tilslutning til saken slik den ble forelagt for drøftingsmøtet.</i>
----------------	--

Tromsø, 15.4.2015

  
Jan Eivind Pettersen (s.)  
FTV Delta

  
Rigmor Frøyum (s.)  
FTV Fagforbundet

  
Leif Hovden (s.)  
administrasjonssjef



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
40/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	29.4.2015

### Eventuelt

Tromsø, 17.4.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør