UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEINNKALLING

Styret ved
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Dato: **17. mars 2021**

Kl.: **08.30**

Sted: **Digitalt møte**

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEINNKALLING

UTVALG:	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
MØTESTED:	Digitalt møte - Teams
DATO:	17.03.2021 kl. 08.30

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 69122 eller til Hilde.Anne.Johannessen@unn.no

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Roald Linaker	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Johan Ailo Kalstad	Medlem	
Grete Kristoffersen	Medlem	
Thrina Loennechen	Medlem	
Kay Müller	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Kirsti Baardsen	Observatør	Leder Brukerutvalget

ST 15-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 15-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 16-2021	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 10.02.2021
ST 17-2021	Årsregnskap 2020 med styrets beretning
ST 18-2021	Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2020
ST 19-2021	Kvalitets- og virksomhetsrapport for januar 2021
ST 20-2021	Årlig melding
ST 21-2021	Oppdragsdokument 2021
ST 22-2021	Nye hovedindikatorer 2021
ST 23-2021	Handlingsplan for informasjonssikkerhet *(unntatt offentlighet)*
ST 24-2021	Oppsummering av styrets beslutningssaker fra 2020
ST 25-2021	Faglig utvikling i Avdeling sør, Psykisk helse – og rusklinikken
ST 26-2021	Pasientvelferdsfondet for de voksenpsykiatriske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF- endring av statutter
ST 27-2021	Orienteringssaker 1. Klinikkpresentasjon – Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken – *muntlig* 2. Informasjon fra administrerende direktør til styret - *muntlig* 3. Framdrift og alternativvurderinger Nybygg psykisk helse- og rusbehandling - *skriftlig*
ST 28-2021	Referatsaker 1. Referat Fellesmøte Ungdomsråd Helse Nord RHF med vedlegg, datert 4.11.2020 2. Referat fra møte i Ungdomsrådet med årsrapport for 2020, datert 22.01.2021 3. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 24.02.2021 4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 01.03.2021 5. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 02.03.2021 6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 03.03.2021 7. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 03.03.2021
ST 29-2021	Eventuelt
ST 30-2021	**Nyoppnevning av valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF for 2021-2023**

Roald Linaker (s.)
styreleder

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

STYRESAK:	**16/2021**
MØTEDATO:	**17.03.2021**
ARKIVSAK:	2021/3-1
SAKSBEHANDLER:	Ingrid Lernes Mathiassen

Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 10.2.2021

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 10.2.2021.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Møteprotokoll fra styremøte 10.2.2021

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEPROTOKOLL

Møtetype:	Styremøte ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF
Møtedato:	10.2.2021 - kl. 08.30- 15.50
Møtested:	Digitalt møte via Teams

Tilstede

Roald Linaker	styreleder	
Helga Marie Bjerke	styrets nestleder	
Sverre Håkon Evju	styremedlem	
Anne Sissel Faugstad	styremedlem	
Erik Arne Hansen	styremedlem	
Vibeke Haukland	styremedlem	
Marianne Johnsen	styremedlem	
Johan Ailo Kalstad	styremedlem	
Grete Kristoffersen	styremedlem	
Thrina Loennechen	styremedlem	
Kay Müller	styremedlem	
Jan Eivind Pettersen	styremedlem	
Kirsti Baardsen	observatør	Brukerutvalgets leder

Fra administrasjonen

Anita Schumacher	direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Ingrid Lernes Mathiassen	administrasjonssjef *(styrets sekretær)*
Einar Bugge	forsknings- og utdanningssjef
Lars Øverås	økonomisjef
Hilde Annie Pettersen Kvalvik	kommunikasjonssjef
Haakon Lindekleiv	medisinsk fagsjef og senterleder
Bjørn Yngvar Nordvåg	klinikksjef, Nevro- og ortopediklinikken
Tordis Sørensen Høifødt	klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken
Kate Myreng	klinikksjef Diagnostisk klinikk
Elin Gullhav	klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken
Grethe Andersen	drifts- og eiendomssjef
Markus Rumpsfeld	senterleder, e-helse, samhandling og innovasjon
Jon Mathisen	klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk
Gina Johansen	driftsleder UNN Harstad
Kristian Bartnes	klinikksjef Hjerte- og lungeklinikken
Rolv-Ole Lindsetmo	klinikksjef Kirurgi, - Kreft- og kvinnehelseklinikken

Gry Andersen	driftsleder UNN Narvik
Gøril Bertheussen	personal- og organisasjonssjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef
David Johansen	klinikksjef Medisinsk klinikk
Roger Dahl	foretakscontroller

ST 1-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

ST 1-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 2-2021	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.12.2020
ST 3-2021	Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2020
ST 4-2021	Status i omstillingsarbeidet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (vedlegg 3)
ST 5-2021	Gave til Universitetssykehuset Nord-Norge HF – utstyr hybridstue
ST 6-2021	Salg av Åsgårdmarka
ST 7-2021	Tertialrapport 3, 2020 for byggeprosjekter ved UNN
ST 8-2021	Dialogavtale for 2022 mellom styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og administrerende direktør
ST 9-2021	Oppnevning av valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret for 2021-2023
ST 10-2021	Etablering av Helsefellesskap
ST 11-2021	Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 3. tertial 2020

ST 12-2021 Orienteringssaker

1. ~~**Kvalitet og pasientsikkerhet – pasienthistorie –** ***muntlig***~~ ***- UTGÅR***
2. Strategiprosessen – løypemelding – *muntlig*
3. Helseatlas for kvalitet – resultater for UNN – *skriftlig og muntlig*
4. Nasjonale kvalitetsindikatorer – oppdaterte resultater – *skriftlig*
5. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF – *skriftlig*
6. Resultater fra nasjonale brukererfaringsundersøkelser – *skriftlig*
7. Statusrapport interne revisjoner UNN, årlig rapport – *skriftlig*
8. Faglig utvikling i Avdeling sør, Psykisk helse og rusklinikken – *skriftlig*
9. Informasjon fra administrerende direktør til styret - *muntlig*

ST 13-2021 Referatsaker

1. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 09.12.2020
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 15.12.2020 og 26.01.2021
3. Brev fra Salangen kommune til styret UNN vedrørende endringer i avdeling for psykisk helse og rus, datert 18.01.2021
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 25.01.2021
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 27.01.2021

6. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 27.01.2021
7. Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 «Sammen om helse i nord» - Høringsinnspill fra UNN, datert 27.01.2021

ST 14-2021 Eventuelt

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som kom frem under behandling av saken (endringer i uthevet kursiv).

ST 2-2021 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.12.2020

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 14.12.2020.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 14.12.2020.

ST 3-2021 Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2020

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for november 2020* til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for november 2020* til orientering.

ST 4-2021 Status i omstillingsarbeidet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (vedlegg 3)

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF beslutter å finansiere tiltak nr. 1, 2 og 3 i tabell 1 (Egne prioriteringer 2020).

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ber om en tett oppfølging av resultatene for å sikre måloppnåelse.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF beslutter å finansiere tiltak nr. 1, 2 og 3 i tabell 1 (Egne prioriteringer 2020).

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ber om en tett oppfølging av resultatene for å sikre måloppnåelse.

ST 5-2021 Gave til Universitetssykehuset Nord Norge HF – utstyr hybridstue

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar å akseptere en gave fra forretningsmannen Trond Mohn til anskaffelse av nødvendig røntgenutstyr til angiografi og en «glidende» CT-maskin.

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF retter stor takk til giveren for den sjenerøse gaven, som vil være et viktig bidrag i videreutviklingen av UNN som regions- og universitetssykehus for Nord-Norge.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar å akseptere en gave fra forretningsmannen Trond Mohn til anskaffelse av nødvendig røntgenutstyr til

angiografi og en «glidende» CT-maskin.

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF retter stor takk til giveren for den sjenerøse gaven, som vil være et viktig bidrag i videreutviklingen av UNN som regions- og universitetssykehus for Nord-Norge.

ST 6-2021 Salg av Åsgårdmarka

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner at Tromsø kommune tilbys kjøp av Åsgårdmarka, hele eiendommen, til takst.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner at Tromsø kommune tilbys kjøp av Åsgårdmarka, hele eiendommen, til takst.

ST 7-2021 Tertialrapport 3, 2020 for byggeprosjekter ved UNN

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.12.2020 om byggeprosjekter ved UNN til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.12.2020 om byggeprosjekter ved UNN til orientering.

ST 8-2021 Dialogavtale for 2022 mellom styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og administrerende direktør

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner direktørens dialogavtale for 2022.

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner endringene i direktørens dialogavtale for 2021.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner direktørens dialogavtale for 2022.

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner endringene i direktørens dialogavtale for 2021.

ST 9-2021 Oppnevning av valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret for 2021-2023

Innstilling til vedtak:

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

- Gøril Bertheussen og Hilde Pettersen fra arbeidsgiversiden
- Monica Fyhn Sørensen og Jan Bakkevoll fra arbeidstakerorganisasjonene

Styreleder la frem følgende forslag til justering i vedtaket:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer til valgstyre *for valg av ansattevalgte representanter til styret* ved UNN:

- Gøril Bertheussen og Hilde Pettersen fra arbeidsgiversiden
- Monica Fyhn Sørensen og Jan Bakkevoll fra arbeidstakerorganisasjonene

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer til valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret ved UNN:

- Gøril Bertheussen og Hilde Pettersen fra arbeidsgiversiden
- Monica Fyhn Sørensen og Jan Bakkevoll fra arbeidstakerorganisasjonene

ST 10-2021 Etablering av Helsefellesskap

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til partnerskapet «*Troms og Ofoten helsefellesskap*» i tråd med modell for helsefellesskap for UNN, 24 kommuner, fastleger og brukere, presentert i vedlegg 1.

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til konsensusprinsippet, som innebærer at konsensusbeslutninger i helsefellesskapet forplikter UNN, jfr. vedtektene §2, se vedlegg 2. Den formelle beslutningsmyndigheten skal fortsatt være i de aktuelle organisasjoner.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til partnerskapet «*Troms og Ofoten helsefellesskap*» i tråd med modell for helsefellesskap for UNN, 24 kommuner, fastleger og brukere, presentert i vedlegg 1.

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til konsensusprinsippet, som innebærer at konsensusbeslutninger i helsefellesskapet forplikter UNN, jfr. vedtektene §2, se vedlegg 2. Den formelle beslutningsmyndigheten skal fortsatt være i de aktuelle organisasjoner.

ST 11-2021 Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 3. tertial 2020

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 01.09.2020 til og med 31.12.2020* til etterretning.

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF beslutter endret rapportering for eksterne tilsyn og revisjoner lik presentert i saken:
    a. Status for pågående eksterne tilsyn og revisjoner *tertialvis*
    b. Rapporter etter nasjonale og landsomfattende tilsyn presenteres av ansvarlig klinikk eller senter *fortløpende*. Handlingsplan for oppfølging skal inngå i presentasjonen.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 01.09.2020 til og med 31.12.2020* til etterretning.

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF beslutter endret rapportering for eksterne tilsyn og revisjoner lik presentert i saken:
    a. Status for pågående eksterne tilsyn og revisjoner *tertialvis*
    b. Rapporter etter nasjonale og landsomfattende tilsyn presenteres av ansvarlig klinikk eller senter *fortløpende*. Handlingsplan for oppfølging skal inngå i presentasjonen.

ST 12-2021 Orienteringssaker

Innstilling til vedtak:

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

1. ~~**Kvalitet og pasientsikkerhet – pasienthistorie – *muntlig* –**~~ ***utgår***
2. Strategiprosessen - løypemelding – *muntlig*
3. Helseatlas for kvalitet – resultater for UNN – *skriftlig og muntlig*
4. Nasjonale kvalitetsindikatorer – oppdaterte resultater – *skriftlig*
5. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF - *skriftlig*
6. Resultater fra nasjonale brukererfaringsundersøkelser – *skriftlig*
7. Statusrapport interne revisjoner UNN, årlig rapport – *skriftlig*
8. Faglig utvikling i Avdeling sør, Psykisk helse- og rusklinikken- *skriftlig*- ***utgår. Tas inn som styresak i et kommende styremøte.***
9. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *muntlig*
    - *Administrerende direktør informerte om at det er oppdaget at UNN ikke har hatt en enhetlig praksis i tråd med forskriften for egenandeler og pasientbetaling ved poliklinisk helsehjelp og dagbehandling. Feilen ble oppdaget etter gjennomgang av en konkret sak i forbindelse med en klage.*

Saken vil bli fulgt opp, og UNN jobber nå for å få oversikt over antall pasienter som har betalt for mye, og hvem disse er.

- *Administrerende direktør informerte om konsekvenser for intensivkapasiteten sett i lys av karantenereglene og redusert tilgang på svenske og danske vikarer.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar fremlagte saker til orientering med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i uthevet kursiv).

ST 13-2021 Referatsaker

Innstilling til vedtak:

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

1. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 09.12.2020
2. Referat fra møter i Kvalitetsutvalget, datert 15.12.2020 og 26.01.2021
3. Brev fra Salangen kommune til Styret UNN vedrørende endringer i avdeling for psykisk helse og rus, datert 18.01.2021
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 25.01.2021
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 27.01.2021
6. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 27.01.2021
7. Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 «Sammen om helse i nord» - Høringsinnspill fra UNN, datert 27.01.2021

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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

ST 14-2021 Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Tromsø, 10.02.2021

Roald Linaker styreleder	Helga Marie Bjerke nestleder	Anne Sissel Faugstad
Erik Arne Hansen	Grete Kristoffersen	Jan Eivind Pettersen
Johan Ailo Kalstad	Marianne Johnsen	Kay Müller
Sverre Håkon Evju	Thrina Loennechen	Vibeke Haukland

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**17/2021**
Møtedato:	**17.03.2021**
Arkivsak:	2020/1896-2
Saksbehandler:	Lars Øverås

Årsregnskap 2020 med styrets beretning

Innstilling til vedtak

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

   Det framlagte årsoppgjøret med resultatregnskapet og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultat, fastsettes som Universitetssykehuset Nord-Norge HFs regnskap for 2020. Styret foreslår at årets overskudd på 66 131 303 kroner overføres til annen egenkapital.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnsfastsettelse.

3. Styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investeringer av utstyr med mer i 2021.

4. Årsberetning 2020 vedtas.

Vurdering og konklusjon

Formålet med denne saken er å behandle årsberetning og årsregnskap for Universitetssykehuset Nord-Norge HF for 2020. Regnskapet viser et overskudd på 66 131 303 kroner. Eiers opprinnelige resultatkrav for 2020 var pluss 40 000 000 kroner. Styret anbefaler Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investering av utstyr i 2021. Direktøren anbefaler at årsberetningen vedtas, og at regnskapet oversendes foretaksmøtet til endelig behandling og godkjenning.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Årsregnskap 2020
2. Styrets årsberetning 2020

Årsregnskap

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

2020

Resultatregnskap

NOTE	DRIFTSINNTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2020	2019
3	Basisramme	5 236 378 997	5 102 584 000
3	Aktivitetsbasert inntekt	2 166 648 033	2 264 831 264
3	Annen driftsinntekt	633 710 551	527 986 413
2	**Sum driftsinntekter**	**8 036 737 581**	**7 895 401 677**
4	Kjøp av helsetjenester	381 261 837	379 363 313
5	Varekostnad	917 147 049	857 681 355
6/7	Lønn og annen personalkostnad	5 172 934 141	5 174 911 613
10	Ordinære avskrivninger	314 289 979	307 064 475
8	Annen driftskostnad	1 171 247 277	1 147 744 527
	Sum driftskostnader	**7 956 880 283**	**7 866 765 283**
	Driftsresultat	**79 857 298**	**28 636 394**
	FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER		
9	Finansinntekt	5 532 872	10 967 715
9	Annen finanskostnad	19 258 867	23 297 068
	Netto finansresultat	**-13 725 995**	**-12 329 353**
	Resultat før skattekostnad	**66 131 303**	**16 307 041**
	ÅRSRESULTAT	**66 131 303**	**16 307 041**
	OVERFØRINGER		
15	Overført til/fra annen egenkapital	66 131 303	16 307 041
	Sum overføringer	66 131 303	16 307 041

Balanse pr 31. desember

NOTE	EIENDELER	2020	2019
	Anleggsmidler		
	Immaterielle driftsmidler		
10	Immaterielle eiendeler	963 536	264 577
	Sum immaterielle eiendeler	**963 536**	**264 577**
	Varige driftsmidler		
10	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	4 402 651 172	4 572 962 444
10	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	811 856 154	706 771 022
10	Anlegg under utførelse	671 781 215	475 307 850
	Sum varige driftsmidler	**5 886 288 541**	**5 755 041 316**
	Finansielle anleggsmidler		
12	Investering i andre aksjer og andeler	353 400 474	324 767 700
7	Pensjonsmidler	252 556 933	165 012 575
	Sum finansielle anleggsmidler	**605 957 407**	**489 780 275**
	Sum anleggsmidler	**6 493 209 484**	**6 245 086 168**
	Omløpsmidler		
5	**Varer**	125 031 572	90 297 751
	Fordringer		
18	Fordringer på selskap i samme konsern	371 355 932	465 630 937
13	Øvrige fordringer	176 222 497	126 508 057
	Sum fordringer	**547 578 429**	**592 138 994**
14	**Bankinnskudd, kontanter o.l.**	197 772 152	192 124 533
	Sum omløpsmidler	**870 382 153**	**874 561 278**
	SUM EIENDELER	**7 363 591 636**	**7 119 647 446**

Balanse pr 31. desember

NOTE	EGENKAPITAL OG GJELD	2020	2019
	Egenkapital		
	Innskutt egenkapital		
15	Foretakskapital	100 000	100 000
15	Annen innskutt egenkapital	4 531 253 844	4 531 253 844
	Sum innskutt egenkapital	**4 531 353 844**	**4 531 353 844**
	Opptjent egenkapital		
15	Udekket tap	-124 904 500	-191 030 003
	Sum opptjent egenkapital	**-124 904 500**	**-191 030 003**
	Sum egenkapital	**4 406 449 344**	**4 340 323 841**
	Gjeld		
	Avsetning for forpliktelser		
7	Pensjonsforpliktelser	0	4 743 171
16	Andre avsetninger og forpliktelser	369 107 346	333 221 556
	Sum avsetninger for forpliktelser	**369 107 346**	**337 964 727**
	Annen langsiktig gjeld		
17	Gjeld til Helse Nord RHF	869 400 000	907 200 000
17	Øvrig langsiktig gjeld	97 172 566	98 282 653
	Sum annen langsiktig gjeld	**966 572 566**	**1 005 482 653**
	Sum langs. forpliktelser og annen lang. gjeld	**1 335 679 912**	**1 343 447 380**
	Kortsiktig gjeld		
	Skyldige offentlige avgifter	240 014 027	247 954 386
18	Kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	189 331 354	150 366 192
17	Annen kortsiktig gjeld	1 192 116 998	1 037 555 647
	Sum kortsiktig gjeld	**1 621 462 379**	**1 435 876 225**
	Sum gjeld	**2 957 142 291**	**2 779 323 605**
	SUM EGENKAPITAL OG GJELD	**7 363 591 636**	**7 119 647 446**

Tromsø, 17. mars 2021

Roald Linaker Styreleder	Helga Marie Bjerke Nestleder	Anne Sissel Faugstad Styremedlem
Erik Arne Hansen Styremedlem	Grete Kristoffersen Styremedlem	Jan Eivind Pettersen Styremedlem
Johan Ailo Kalstad Styremedlem	Marianne Johnsen Styremedlem	Kay Müller Styremedlem
Sverre Håkon Evju Styremedlem	Thrina Loennechen Styremedlem	Vibeke Haukland Styremedlem
Anita Schumacher Administrerende direktør		

Kontantstrømoppstilling

		2020	2019
	KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
15	Årsresultat før skattekostnad	66 131 303	16 307 041
	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	1 576 596	251 827
10	Ordinære avskrivninger	314 289 979	307 064 475
22	Endring i omløpsmidler	9 826 744	187 318 437
22	Endring i kortsiktig gjeld	183 577 695	-56 171 337
7	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	-92 287 529	-43 130 659
	Inntektsført investeringstilskudd	2 002 659	2 035 806
	Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	**485 117 448**	**413 675 590**
	KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
	Innbetalinger ved salg av driftsmidler	85 000	313 825
10	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-447 897 758	-451 784 044
	Utbetalinger ved kjøp av finansielle eiendeler	-28 632 774	-27 759 001
	Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	**-476 445 532**	**-479 229 220**
	KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
17	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-37 800 000	-38 305 357
	Endring øvrige langsiktige forpliktelser	34 775 703	117 362 574
	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	**-3 024 297**	**79 057 217**
1	Netto endring i likviditetsbeholdning	5 647 619	13 503 587
1	Likviditetsbeholdning pr 01.01.	192 124 533	178 620 945
1/14/18	**Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12**	**197 772 152**	**192 124 532**
	Banksaldo ført opp som fordring/gjeld på RHF	221 875 400	305 716 459
	Sum bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.	419 647 552	497 840 991
	Ubenyttet trekkramme i konsernkontoordningen	0	0
	Likviditetsreserve pr 31.12*	**221 875 400**	**305 716 459**
	Innvilget trekkramme i konsernkontoordningen pr 31.12		

* Likviditetsreserve består av ubenyttet driftskredittramme, og bankinskudd og kontanter som ikke er bundet.

Note 1 Regnskapsprinsipper

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering

Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger, og er avlagt i samsvar med regnskapslov og god regnskapsskikk i Norge gjeldende pr 31. desember 2020. Notene er følgelig en integrert del av årsregnskapet.

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsipper om historisk kost, sammenlignbarhet, fortsatt drift, kongruens og forsiktighet. Transaksjoner regnskapsføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. Inntekter resultatføres når de er opptjent og kostnader sammenstilles med opptjente inntekter. Regnskapsprinsippene utdypes nedenfor. Når faktiske tall ikke er tilgjengelige på tidspunkt for regnskapsavleggelsen, tilsier god regnskapsskikk at ledelsen beregner et best mulig estimat for bruk i resultatregnskap og balanse. Det kan fremkomme avvik mellom estimerte og faktiske tall.

Eiendeler/gjeld som knytter seg til varekretsløpet og poster som forfaller til betaling innen ett år etter balansedagen, er klassifisert som omløpsmidler/kortsiktig gjeld. Vurdering av omløpsmidler/kortsiktig gjeld skjer til laveste/høyeste verdi av anskaffelseskost og virkelig verdi. Virkelig verdi er definert som antatt fremtidig salgspris redusert med forventede salgskostnader. Andre eiendeler er klassifisert som anleggsmidler. Vurdering av anleggsmidler skjer til anskaffelseskost. Anleggsmidler som forringes avskrives. Dersom det finner sted en verdiendring som ikke er forbigående, foretas en nedskrivning av anleggsmidlet.

Ved anvendelse av regnskapsprinsipper og presentasjon av transaksjoner og andre forhold, legges det vekt på økonomiske realiteter, ikke bare juridisk form. Betingede tap som er sannsynlige og kvantifiserbare, kostnadsføres. Tallene i notene er avstemt mot selskapets resultat- og balanse.

Andre generelle forhold

Universitetssykehuset Nord-Norge HF ble stiftet 18.12.2001 i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. 01.01.02 overførte staten formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregion nord til Helse Nord RHF. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m.

Virksomhetsoverføringen har skjedd som et tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet er lagt til grunn. Dette innebærer at virkelige verdier pr. overdragelsestidspunktet er lagt til grunn for verdsettelsen av innskutte eiendeler.

Helseforetakene er non-profit-virksomheter. Eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital. Bruksverdi representerer derfor virkelig verdi for anleggsmidler.

I åpningsbalansen, er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter, er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien, er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet.

For overførte anleggsmidler der det pr. 01.01.02 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

Det følger av Helseforetakslovens § 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser.

Regnskapsprinsipper for vesentlige regnskapsposter

Inntektsføringstidspunkt

Behandlingsrelaterte inntekter regnskapsføres i den periode behandlingen har funnet sted. Basisramme inntektsføres i den perioden den mottas. Øvrig inntekt resultatføres når den er opptjent. Inntektsføring skjer følgelig normalt på leveringstidspunktet ved salg av varer og tjenester. Driftsinntektene er fratrukket merverdiavgift, rabatter, bonuser og fakturerte fraktkostnader.

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Andre driftsinntekter (-kostnader)

Vesentlige inntekter og kostnader som ikke har sammenheng med den ordinære virksomheten, klassifiseres som andre driftsinntekter og -kostnader.

Immaterielle eiendeler

Utgifter forbundet med forskning og utvikling kostnadsføres løpende som følge av at sammenhengen mellom utgifter til forskning og eventuelle framtidige inntekter er uklar. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter aktiveres. Avskrivninger beregnes lineært over eiendelenes økonomiske levetid.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler føres i balansen til anskaffelseskost, fratrukket akkumulerte av- og nedskrivninger. Dersom den virkelige verdien av et driftsmiddel er lavere enn bokført verdi, og dette skyldes årsaker som ikke antas å være forbigående, skrives driftsmidlet ned til virkelig verdi.

Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført.

Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, aktiveres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en viss økonomisk levetid, samt en vesentlig kostpris. Renter som knytter seg til anlegg under oppføring blir aktivert som en del av kostprisen.

Leieavtaler

Leieavtaler vurderes som operasjonell eller finansiell leasing etter en konkret vurdering.

Avskrivninger

Ordinære avskrivninger er beregnet lineært over driftsmidlenes økonomiske levetid med utgangspunkt i historisk kostpris. Tilsvarende prinsipper legges til grunn for immaterielle eiendeler. For bygninger blir det ved beregningen av årlige avskrivninger legges til grunn en dekomponering hvor de ulike bygningsdelene avskrives over forskjellig levetid. Avskrivningene er klassifisert som ordinære driftskostnader. Balanseført leasing avskrives i henhold til plan, og forpliktelsen reduseres med betalt leie etter fradrag for beregnet rentekostnad.

Finansielle eiendeler

Behandling av felleskontrollerte virksomheter

Med felleskontrollert virksomhet (joint venture) menes virksomhet hvor deltakerne sammen har felles kontroll. Felleskontrollert virksomhet er enten felleskontrollert drift eller felles kontrollert selskap. Ingen deltaker alene har bestemmende innflytelse, men man har sammen bestemmende innflytelse. Samarbeidet må være regulert i en samarbeidsavtale som hjemler felles kontroll, og deltakelsen må ikke være midlertidig.

Det er i prinsippet to metoder for regnskapsmessig behandling av deltakelse i felleskontrollert virksomhet; egenkapitalmetoden og bruttometoden. Kostmetoden kan unntaksvis benyttes ved midlertidig deltakelse, eller dersom det ikke utarbeides konsernregnskap. I Helse Nord vurderes felleskontrollert virksomhet etter egenkapitalmetoden i selskapsregnskapet og i konsernregnskapet.

Valuta

Transaksjoner i utenlandsk valuta omregnes til kursen på transaksjonstidspunktet. Pengeposter i utenlandsk valuta omregnes til norske kroner ved å benytte balansedagens kurs. Ikke-pengeposter som måles til historisk kurs uttrykt i utenlandsk valuta, omregnes til norske kroner ved å benytte valutakursen på transaksjonstidspunktet. Ikke-pengeposter som måles til virkelig verdi uttrykt i utenlandsk valuta, omregnes til valutakursen fastsatt på måletidspunktet. Valutakursendringer resultatføres løpende i regnskapsperioden under andre finansposter.

Finansplasseringer

Andre investeringer i aksjer og andeler, klassifisert som anleggsmidler, vurderes til laveste av kostpris og virkelig verdi.

Investeringer i aksjer og andeler, klassifisert som omløpsmidler, vurderes til laveste av gjennomsnittlig anskaffelseskost og markedsverdi.

Varelager og varekostnad

Beholdninger av varer vurderes til det laveste av gjennomsnittskostnad og antatt salgspris. Kostpris for innkjøpte varer er anskaffelseskost. Årets varekostnad består av kostpris brukte/solgte varer med tillegg av nedskrivning i samsvar med god regnskapsskikk pr. årsslutt.

Fordringer

Fordringer er oppført til pålydende med fradrag for forventede tap.

Pensjon

Pensjonsordninger behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk regnskapsstandard for pensjonskostnader. Helseforetaket følger oppdatert veiledning om pensjonsforutsetninger fra Norsk Regnskapsstiftelse, justert for foretaksspesifikke forhold. Benyttede parametere framgår av note om pensjoner.
Helseforetaket har pensjonsordninger som gir de ansatte rett til avtalte fremtidige pensjonsytelser, kalt ytelsesplaner. Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening basert på forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, fremtidig avkastning på pensjonsmidler, fremtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuarmessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang, osv.
Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser på underfinansierte ordninger er balanseført som avsetning for forpliktelser, mens netto pensjonsmidler på overfinansierte ordninger er balanseført som langsiktig fordringer.

Norsk regnskapsstandard nr. 6 Pensjonskostnader, ble endret i 2019. Planendringsgevinster som oppstår i forbindelse med ubetingede planendringer, kan etter endringen benyttes til å redusere ikke-innregnede estimatavvik. Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at helseforetak skal bruke dette regnskapsprinsippet. Før endringen var det plikt til å resultatføre slike gevinster i sin helhet.

Endringer i pensjonsforpliktelser og pensjonsmidler som skyldes endringer i forutsetningene for beregning (estimatavvik), fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av endringene som overstiger 10% av brutto pensjonsforpliktelse/pensjonsmidler. Gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid er satt til 12 år.

Netto pensjonskostnad består av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på beregnet pensjonsforpliktelse, periodisert arbeidsgiveravgift og forventet avkastning på pensjonsmidler, virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner og resultatført avvik mellom faktisk og forventet avkastning. Netto pensjonskostnad klassifiseres som ordinær driftskostnad, og er presentert sammen med lønn og andre ytelser.

Skatt

Universitetssykehuset Nord-Norge HF driver ikke skattepliktig virksomhet, og det er derfor ikke foretatt noen skatteberegning

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter den indirekte metoden. Kontanter og kontantekvivalenter omfatter kontanter, bankinnskudd og andre kortsiktige, likvide plasseringer som umiddelbart og med uvesentlig kursrisiko kan konverteres til kjente kontantbeløp og med forfallsdato kortere enn tre måneder fra anskaffelsesdato.

Konsernregnskap

Regnskapet til Universitetssykehuset Nord-Norge HF inngår i konsernregnskapet til Helse Nord. Regnskapet til Universitetssykehuset Nord-Norge HF kan lastes ned fra www.unn.no, Konsernregnskapet til Helse Nord kan lastes ned fra www.helse-nord.no

Note 2 Virksomhetsinformasjon

Driftsinntekter per virksomhetsområde (tabell 1)	2020	2019
Somatiske tjenester	5 985 784 969	5 875 176 325
Psykisk helsevern Voksne	969 564 398	954 340 418
Psykisk helsevern Barn og unge	206 936 177	191 305 579
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	242 127 551	241 447 519
Annet	632 324 486	633 131 836
Sum driftsinntekter	**8 036 737 581**	**7 895 401 677**

Driftskostnader per virksomhetsområde (tabell 2)	2020	2019
Somatiske tjenester	5 995 907 606	5 926 840 658
Psykisk helsevern Voksne	837 188 895	837 075 141
Psykisk helsevern Barn og unge	193 655 242	195 790 054
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	226 215 327	222 569 109
Annet	703 913 213	684 490 326
Sum driftskostnader	**7 956 880 283**	**7 866 765 287**

Driftsinntekter fordelt på geografi (tabell 3)	2020	2019
UNN HF sitt opptaksområde	7 979 992 094	7 823 813 716
Resten av landet	42 562 782	46 319 397
Utlandet	14 182 705	25 268 564
Sum driftsinntekter	**8 036 737 581**	**7 895 401 677**

Virksomhetsområdet benevnt Annet omfatter i hovedsak kostnader og inntekter knyttet til ambulanse, pasientreiser og administrativ virksomhet.

Note 3 Inntekter

	2020	2019
Basisramme		
Basisramme	**5 236 378 997**	**5 102 584 000**
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region	1 655 906 029	1 741 034 739
Behandling av egne pasienter i andre regioner	63 113 588	77 573 316
Behandling av andre sine pasienter i egen region	42 562 782	46 319 397
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	330 949 768	324 049 206
Utskrivningsklare pasienter	28 393 877	22 789 011
Andre aktivitetsbaserte inntekter	45 721 990	53 065 594
Sum aktivitetsbasert inntekt	**2 166 648 034**	**2 264 831 263**
Annen driftsinntekt		
Kvalitetsbasert finansiering	34 677 000	27 093 000
Øremerket tilskudd raskere tilbake	722 002	495 306
Øremerkede tilskudd til andre formål	381 125 158	261 157 781
Inntektsførte investeringstilskudd	24 633 367	23 033 934
Andre driftsinntekter	192 553 024	216 206 393
Sum annen driftsinntekt	**633 710 551**	**527 986 414**
Sum driftsinntekter	**8 036 737 582**	**7 895 401 677**

I forbindelse med COVID-19-pandemien fikk Universitetssykehuset Nord-Norge HF tildelt basisramme på 267,6 mill. kroner samt øremerket tilskudd 125,2 mill. kroner som kompensasjon for økte kostnader og tapte aktivitetsbaserte inntekter.

Aktivitetstall

	2020	2019
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	71 836	78 507
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	70 637	76 760
Antall polikliniske konsultasjoner	207 904	221 548
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	181	163
Antall polikliniske opphold	28 968	24 947
DRG-poeng iht. eieransvaret	10 015	9 540
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	2 972	3 195
Antall polikliniske opphold	57 082	57 446
DRG-poeng iht. eieransvaret	8 614	7 710
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	720	768
Antall polikliniske opphold	8 507	10 207
DRG-poeng iht. eieransvaret	1 082	1 439

Note 4 Kjøp av helsetjenester

	2020	2019
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	199 954 665	217 778 041
Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	20 964 816	15 463 016
Kjøp fra utlandet somatikk	0	-334
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	16 051 769	23 276 273
Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	26 184 816	10 212 349
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	4 705 441	191 948
Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	1 135 936	1 055 078
Sum gjestepasientkostnader	**268 997 443**	**267 976 370**
Innleie av vikarer	100 517 505	99 634 884
Kjøp av ambulansetjenester	11 096 743	11 008 179
Andre kjøp av helsetjenester	650 147	743 879
Sum kjøp av helsetjenester	**381 261 838**	**379 363 313**

Note 5 Varer

Varelager	**31.12.2020**	**31.12.2019**
Sum lager til videresalg	0	0
Varelager til eget bruk	125 031 572	90 297 751
Sum varebeholdning	**125 031 572**	**90 297 751**
Kostpris	125 031 572	90 297 751
Nedskrivning for verdifall		
Bokført verdi 31.12	**125 031 572**	**90 297 751**

I forbindelse med COVID-19-pandemien har helseregionene mottatt smittevernutstyr vederlagsfritt fra nasjonalt beredskapslager. I regnskapet er varene verdsatt til anskaffelseskost for tilsvarende varer i henhold til helseforetakenes avtalepris med leverandører. Verdien av mottatte varer utgjør 9,1 mill. kroner, hvorav 4,3 mill. kroner inngår i varekostnad for 2020 og 4,8 mill. kroner inngår i varebeholdningen per 31.12.20.

Varekostnad	**2020**	**2019**
Legemidler	355 526 418	345 232 988
Medisinske forbruksvarer	483 274 162	419 815 731
Andre varekostnader til eget forbruk	64 257 721	75 121 398
Innkjøpte varer for videresalg	14 088 748	17 511 238
Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer		
Sum varekostnad	**917 147 049**	**857 681 355**

Note 6 Lønn og andre godtgjørelser

	2020	2019
Lønninger	4 351 019 884	4 090 944 919
Arbeidsgiveravgift	278 982 439	299 200 994
Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	505 181 510	729 302 667
Andre ytelser	39 466 630	56 833 829
Balanseført lønn egne ansatte	-1 716 322	-1 370 796
Sum lønn- og personalkostnader	**5 172 934 141**	**5 174 911 613**

Som del av den generelle tiltakspakken fra regjeringen i forbindelse med COVID-19-pandemien, ble arbeidsgiveravgiftsatsen redusert med 4 prosentenheter i 3. termin (mai-juni). For Universitetssykehuset Nord-Norge HF utgjorde dette 39,8 mill. kroner i redusert arbeidsgiveravgift.

Gjennomsnittlig antall ansatte	8 646	8 556
Gjennomsnittlig antall årsverk	7 002	6 807

Lønn til administererende direktør

								Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
Navn	**Tittel**	**Lønn**	**Pensjon**	**Andre godtgj.**	**Sum**	**Tjeneste-periode**	**Ansettelses-periode**	**Lønn**	**Pensjon og andre godtgj.**
Anita Schumacher	Adm. direktør	2 017 788	371 158	5 248	2 394 194	1.1-31.12	1.1-31.12		

Administrerende direktør har oppsigelsestid på 6 mnd. Ingen særskilt sluttavtale.

Lønn til ledende personell

								Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
Navn	**Tittel**	**Lønn**	**Pensjon**	**Andre godtgj.**	**Sum**	**Tjeneste-periode**	**Ansettelses-periode**	**Lønn**	**Pensjon og andre godtgj.**
Marit Lind	Viseadm. direktør	1 887 703	328 352	5 248	2 221 303	1.1-31.12	1.1-31.12		
Gina Marie Johansen	Driftsleder	1 360 950	299 092	5 248	1 665 290	1.1-31.12	1.1-31.12		
Gry Andersen	Driftsleder	1 590 465	235 636	856	1 826 957	1.1-31.12	1.1-31.12		
Jon Henrik Mathisen	Klinikksjef	1 305 223	208 653	5 248	1 519 124	1.1-31.12	1.1-31.12		
Elin Gullhav	Klinikksjef	1 473 721	232 537	5 248	1 711 506	1.1-31.12	1.1-31.12		
Kate Myreng	Klinikksjef	1 202 646	216 079	856	1 419 581	1.1-31.12	1.1-31.12		
Kristian Bartnes	Klinikksjef	1 808 319	239 437	5 248	2 053 004	1.9-31.12	1.1-31.12		
Truls Myrmel	Konst. klinikksjef	1 174 373	258 607	856	1 433 836	1.1-31.8	1.1-31.12		
Rolv-Ole Lindsetmo	Klinikksjef	1 759 966	222 965	5 248	1 988 179	1.1-31.12	1.1-31.12		
Per Angermo	Konst. klinikksjef	451 198	256 800	856	708 854	1.9-29.11	1.1-31.12		
David Johansen	Klinikksjef	148 545	247 440	856	396 841	30.11-31.12	1.1-31.12		
Bjørn-Yngvar Nordvåg	Klinikksjef	1 688 703	269 030	5 248	1 962 981	1.1-31.12	1.1-31.12		
Eva-Hanne Hansen	Klinikksjef	1 596 516	320 387	856	1 917 759	1.1-31.12	1.1-31.12		
Tordis Høifødt	Klinikksjef	1 542 269	225 478	5 248	1 772 995	1.1-31.12	1.1-31.12		
Markus Rumpsfeld	Senterleder*	1 706 059	219 127	5 248	1 930 434	1.9-31.12	1.1-31.12		
Haakon Lindekleiv	Senterleder**	1 406 849	209 134	856	1 616 839	1.4-31.12	1.1-31.12		
Einar Bugge	Senterleder***	1 811 955	225 128	5 248	2 042 331	1.9-31.12	1.1-31.12		
Stein Olav Skrøvseth	Senterleder	1 092 830	210 778	5 248	1 308 856	1.1-31.12	1.1-31.12		
Grethe Andersen	Driftssjef	1 368 771	257 455	5 248	1 631 474	1.1-31.12	1.1-31.12		
Gøril Bertheussen	Personalsjef	1 394 457	378 787	5 248	1 778 492	1.1-31.12	1.1-31.12		
Mai-Liss Larsen	Konst. personalsjef	438 330	290 262	3 784	732 376	24.8-31.12	1.1-31.12		
Hilde Annie Pettersen	Komm.sjef	1 174 523	245 677	5 248	1 425 448	1.1-31.12	1.1-31.12		
Lars Øverås	Økonomisjef	1 134 365	292 174	856	1 427 395	1.1-31.12	1.1-31.12		

*Klinikksjef medisinsk klinikk 01.01-31.08
**Fagsjef 01.01-31.03
***Leder Kvalitets- og utviklingssenteret 01.01-31.08

Styrehonorar	**2020**	**2019**
Samlet honorar til styrets medlemmer	1 547 914	1 416 540
Honorar til styreleder	198 000	180 500

Godtgjørelse til styrets medlemmer

							Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
Navn	**Tittel**	**Styrehonorar**	**Lønn**	**Andre godtgj.**	**Sum**	**Tjeneste-periode**	**Honorar/ lønn**	**Andre godtgj.**
Roald Linaker	Styreleder	198 000			198 000	1.1-31.12		
Helga Marie Bjerke	Nestleder	131 004			131 004	1.1-31.12		
Sverre Håkon Evju	Styremedlem	120 996	3 300		124 296	1.1-31.12		
Anne Sissel Faugstad	Styremedlem	120 996			120 996	1.1-31.12		
Erik Arne Hansen	Styremedlem	120 996			120 996	1.1-31.12	1 196 539	5 174
Vibeke Haukland	Styremedlem	120 996	688 797	856	810 649	1.1-31.12		
Marianne Johnsen	Styremedlem	120 996	494 460	856	616 312	1.1-31.12		
Johan Ailo Kalstad	Styremedlem	120 996			120 996	1.1-31.12		
Grete Kristoffersen	Styremedlem	120 996			120 996	1.1-31.12		
Thrina Loennechen	Styremedlem	120 996			120 996	1.1-31.12		
Kay Muller	Styremedlem	120 996	1 586 671	856	1 708 523	1.1-31.12		
Jan Eivind Pettersen	Styremedlem	120 996	533 574	856	655 426	1.1-31.12		
Mai Britt Martinsen	Varamedlem	4 700	634 995	856	640 551	1.1-31.12		
Rigmor Frøyum	Varamedlem	4 250	542 964	856	548 070	1.1-31.12		
Sum		**1 547 914**	**4 484 761**	**5 136**	**6 037 811**		**1 196 539**	**5 174**

Revisjonshonorar

	2020	**2019**
Lovpålagt revisjon	387 700	230 000
Utvidet revisjon	50 000	30 000
Andre attestasjonstjenester	72 000	33 350
Skatte- og avgiftsrådgivning		
Andre tjenester utenfor revisjon		
Sum honorarer	**509 700**	**293 350**
Honorar til revisor i henhold til inngått avtale	354 000	220 000

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) definerer personer i stillingene knyttet til direktørens ledergruppe som ledende ansatte i helseforetaket.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2020

Lønn og godtgjørelse til adm. direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 55-2020.
Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt av administrerende direktør.

Lønnsutvikling for ledergruppen

Klinikk/senter, navn	Stilling	Årslønn 1.1.20	Årslønn 31.12.20	%-vis endring	Merknad
Direktøren, Anita Schumacher	Adm. Direktør	2 029 000	2 029 000	0 %	
Direktøren, Marit Lind	Viseadm. direktør	1 848 465	1 848 465	0 %	
Driftsledelse Harstad, Gina Marie Johansen	Driftsleder	1 346 341	1 346 341	0 %	
Driftsledelse Narvik, Gry Andersen	Driftsleder	1 566 269	1 566 269	0 %	
Akuttmedisinsk klinikk, Jon Henrik Mathisen	Klinikksjef	1 291 212	1 291 212	0 %	
Barne- og ungdomsklinikken, Elin Gullhav	Klinikksjef	1 469 781	1 469 781	0 %	
Diagnostisk klinikk, Kate Myreng	Klinikksjef	1 190 000	1 190 000	0 %	
Hjerte- og lungeklinikken, Truls Myrmel	Klinikksjef	1 788 903	1 788 903	0 %	Konstituert 01.01-31.08
Hjerte- og lungeklinikken, Kristian Bartnes	Klinikksjef	1 788 907	1 788 907	0 %	Utd.perm m/lønn 01.01-31.08
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Rolv-Ole Lindsetmo	Klinikksjef	1 762 059	1 762 059	0 %	
Medisinsk klinikk, Per Angermo	Klinikksjef	1 303 999	1 303 999	0 %	Konstituert 01.09-31.12
Medisinsk klinikk, David Johansen	Klinikksjef	1 800 000	1 800 000	0 %	30.11-31.12
NOR-klinikken, Bjørn-Yngvar Nordvåg	Klinikksjef	1 693 050	1 693 050	0 %	
Operasjons- og intensivklinikken, Eva-Hanne Hansen	Klinikksjef	1 593 691	1 593 691	0 %	
Psykisk helse- og rusklinikken, Tordis Høifødt	Klinikksjef	1 545 000	1 545 000	0 %	
E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret, Markus Rumpsfeld	Senterleder	1 711 928	1 800 000	5,14 %	Klinikksjef Med. klinikk 01.01 - 31.08
Fag- og kvalitetssenteret, Haakon Lindekleiv	Senterleder	1 337 191	1 450 000	8,44 %	Fagsjef 01.01-31.03
Forsknings- og utdanningssenteret, Einar Bugge	Senterleder	1 790 373	1 790 373	0 %	Leder KVALUT 01.01-31.08
Nasjonalt senter for e-helseforskning, Stein Olav Skrøvseth	Senterleder	1 082 112	1 082 112	0 %	
Drifts- og eiendomssenteret, Grethe Andersen	Driftssjef	1 354 078	1 354 078	0 %	
Stabssenteret, Gøril Bertheussen	Personalsjef	1 380 100	1 380 100	0 %	Utd.perm m/lønn 24.08-31.12
Stabssenteret, Mai-Liss Larsen	Personalsjef	1 331 412	1 331 412	0 %	Konstituert 24.08-31.12
Stabssenteret, Hilde Annie Pettersen	Kommunikasjonssjef	1 160 253	1 160 253	0 %	
Stabssenteret, Lars Øverås	Økonomisjef	1 122 550	1 122 550	0 %	

Administrerende direktørs lønn ble endret fra kr 1 970 000 i 2019 til kr 2 029 000 i 2020, tilsvarende en endring på 2,99 %.

Retningslinjer for 2021

Til grunn for Universitetssykehuset Nord-Norge HFs retningslinjer ligger blant annet generelle retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015) hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- Lønnsutviklingen i Helse Nord generelt
- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger
- Resultatvurderinger i forhold til de mål og krav styret har satt

Dette innebærer at årlige lederlønnsjusteringer ikke skal skje før de årlige tariffoppgjørene i spesialisthelsetjenesten er avslutte

Naturalytelser

Ytelser vurderes med utgangspunkt i hva som er behovet for utøvelsen av stillingen, dog begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefonordning i henhold til foretakets bestemmelse
- Hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- Ordinære forsikringsordninger i henhold til lov og avtaler
- Eventuelt avisabonnement

Videre vurderes firmabil basert på behov og som en del av de totale lønnsvilkårene.

Pensjonsordning

Ledende ansatte skal være omfattet av offentlig tjenestepensjon på lik linje med andre ansattes vilkår i foretaket. Det vil si gjennom ordinær løsning i KLP. Det er ikke anledning til å inngå avtale om pensjon ut over ordinære vilkår gjennom KLP.

Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn.
- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppebåret i perioden.
- Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratre sin stilling umiddelbart. Avtale om sluttvederlag er betinget av at den ledende ansatte fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern.

Note 7 Pensjon

Pensjonsforpliktelse	31.12.2020	31.12.2019
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	15 754 980 903	13 865 368 367
Pensjonsmidler	13 218 581 898	12 028 917 478
Netto pensjonsforpliktelse	**2 536 399 005**	**1 836 450 889**
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	180 084 330	130 388 013
Ikke resultatført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-2 969 040 268	-2 127 108 306
Netto balanseført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	**-252 556 933**	**-160 269 404**
herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga		4 743 171
herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	-252 556 933	-165 012 576

Spesifikasjon av pensjonskostnad	2020	2019
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	588 418 703	620 596 611
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	318 644 602	362 730 538
Årets brutto pensjonskostnad	**907 063 305**	**983 327 149**
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-471 888 487	-488 248 496
Administrasjonskostnad	31 518 632	30 715 546
Netto pensjonskostnad inkl. adm. kost	**466 693 450**	**525 794 199**
Aga netto pensjonskostnad inkl. adm.kost	29 380 175	37 331 388
Resultatført aktuarielt tap (gevinst)	4 846 873	92 461 159
Resultatført aga av aktuarielt tap (gevinst)	3 286 018	10 641 825
Resultatført planendring		62 034 608
Resultatført andel aktuarielt tap (gevinst) v/avk.		
Resultatført andel av nettoforpliktelse v/avk.		
Ekstraordinære kostnader		
Årets netto pensjonskostnad	**504 206 516**	**728 263 179**
Andre pensjonskostnader	974 994	1 039 488
Sum pensjonskostnader	**505 181 510**	**729 302 667**

Spesifikasjon av premiefond	2020	2019
Saldo pr 1.1	366 515 237	353 549 744
Tilført premiefond	78 329 349	100 407 739
Uttak fra premiefond	-132 880 000	-87 442 246
Saldo pr 31.12	**311 964 586**	**366 515 237**

Økonomiske forutsetninger	2020	2019
Diskonteringsrente	1,70 %	2,30 %
Forventet avkastning på pensjonsmidler	3,10 %	3,80 %
Årlig lønnsregulering	2,25 %	2,25 %
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,00 %	2,00 %
Pensjonsregulering	1,24 %	1,24 %
Antall aktive personer med i ordningen	7 910	7 184
Antall oppsatte personer med i ordningen	11 929	11 687
Antall pensjoner med i ordningen	5 328	5 095

Foretaket har en ytelsesbasert tjenestepensjonsordning i KLP (/SPK m.fl). Denne pensjonsordningen tilfredssstiller kravene i Lov om offentlig

Ytelsesbaserte pensjonsordninger
Foretaket har en offentlig kollektiv pensjonsordning (sikrede pensjoner) for sine ansatte, som gir en bestemt framtidig pensjonsytelse basert på antall opptjeningsår og lønnsnivået ved pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Pensjonsordningen dekker alderspensjon, uførepensjon og barnepensjon.

Opptjeningstiden for full alderspensjon er 30 år. Sammen med folketryden gir full opptjening en alderspensjon på omkring 66 % av sluttlønn. Det opptjenes ikke pensjon for lønn over 12 G (folketrygdens grunnbeløp), det vil si at det er et tak på 12 G.

Pensjonskostnaden for 2019 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2019 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt per 31.12.2019. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2019 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2019.

Demografiske forutsetninger	31.12.2020	31.12.2019
Anvendt dødelighetstabell	K 2013 BE	K 2013 BE
Forventet uttakshyppighet AFP	*15-42,5 %*	*15-42,5 %*

Frivillig avgang i sykepleierordningen (i %)

Alder (i år)	< 20	20-25	26-30	31-40	41-49	50-55	>55
Avgang (i %)	25	15	10	6	4	3	0

Frivillig avgang i legeordningen (i %)

Alder (i år)	< 24	24-28	29-31	32-35	36-39	40-49	50-55	>55
Avgang (i %)	40	30	20	15	10	6	4	0

Frivillig avgang i fellesordningen (i %)

Alder (i år)	< 24	24-29	30-39	40-49	50-55	>55
Avgang (i %)	25	15	7,5	5	3	0

AFP-førtidspensjoner
Foretaket har i tillegg til ordinær offentlig tjenestepensjon også avtalefestet førtidspensjon (AFP) etter reglene for offentlig sektor. Ordningen er 100% egenfinansiert av foretakene, men blir administrert av KLP/SPK. Siden offentlig AFP er tett integrert med ordinær tjenestepensjon, inngår forpliktelsen for AFP som del av beregningen av pensjonsforpliktelsen.

Resultatførte estimatavvik

I samsvar med god regnskapsskikk, benytter Helse Nord reglene om "korridor" og fordeling over gjenværende opptjeningstid ved behandling av estimatavvik knyttet til pensjonsordningen. Estimatavvik utover "korridoren" resultatføres med 1/12-del.

Note 8 Andre driftskostnader

	2020	2019
Pasientreiser	183 267 186	195 247 110
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og brensel	144 792 062	159 320 876
Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv.	124 869 402	72 239 438
Reparasjon, vedlikehold og service	157 491 967	131 678 872
Konsulenttjenester	28 113 607	23 513 490
Annen ekstern tjeneste	408 990 937	409 831 878
Kontor- og kommunikasjonskostnader	32 568 737	31 859 885
Kostnader forbundet med transportmidler	11 871 209	11 270 911
Reisekostnader	33 656 489	74 724 494
Forsikringskostnader	4 668 424	4 052 702
Pasientskadeerstatning	3 099 935	4 473 524
Øvrige driftskostnader	37 857 323	29 531 347
Sum	**1 171 247 278**	**1 147 744 528**

Note 9 Finansposter

	2020	2019
Resultatandel felleskontrollerte selskaper		
Konserntinterne renteinntekter	5 525 730	10 967 715
Andre renteinntekter		
Andre finansinntekter	7 142	
Sum finansinntekter	**5 532 872**	**10 967 715**

	2020	2019
Resultatandel felleskontrollerte selskaper		
Konserninterne rentekostnader	10 350 797	14 402 929
Andre rentekostnader	8 908 070	8 894 139
Andre finanskostnader		
Sum	**19 258 867**	**23 297 068**

Note 10 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Immaterielle eiendeler	Lisenser og programvare	Sum
Anskaffelseskost 1.1	1 819 951	1 819 951
Tilgang	955 938	955 938
Tilgang virksomhetsoverdragelse		-
Avgang		-
Fra anlegg under utførelse til….		-
Anskaffelseskost 31.12	2 775 889	2 775 889
Akk avskrivninger 31.12	1 812 353	1 812 353
Akk nedskrivninger 31.12		-
Balanseført verdi 31.12	**963 535**	**963 535**
Årets ordinære avskrivninger	257 429	257 429
Årets nedskrivninger		**-**

Årets balanseførte lånekostnader		
Levetid	5 år	
Avskrivningsplan	lineær	

Varige driftsmidler	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1	672 760 869	6 571 903 967	485 424 388	1 265 677 074	346 841 131	9 342 607 429
Tilgang			288 582 483	139 896 291	18 463 046	446 941 820
Tilgang virksomhetsoverdragelse						-
Avgang		705 786		6 811 895	714 957	8 232 637
Fra anlegg under utførelse til….			(102 225 655)	93 397 709	8 827 946	-
Anskaffelseskost 31.12	672 760 869	6 571 198 181	671 781 216	1 492 159 179	373 417 166	9 781 316 612
Akk avskrivninger 31.12	49 133 068	2 786 275 285		795 027 526	258 692 666	3 889 128 544
Akk nedskrivninger 31.12	5 899 526					5 899 526
Balanseført verdi 31.12	**617 728 275**	**3 784 922 897**	**671 781 216**	**697 131 653**	**114 724 500**	**5 886 288 542**
Årets ordinære avskrivninger	1 072 101	158 549 509		120 011 059	34 399 884	314 032 552
Årets nedskrivninger						**-**

Årets balanseførte lånekostnader					
Levetider		Dekomponert 10-60 år		3-15 år	3-15 år
Avskrivningsplan	lineær	lineær		lineær	lineær

Finansielle leieavtaler	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transport-midler, annet inventar og utstyr
Bokført verdi 31.12.20		97 172 566		
Årlige avskrivninger		1 984 133		
Estimert leiebeløp neste år		9 275 416		
Estimert leiebeløp 2 til 5 år		37 101 664		
Estimert leiebeløp utover 5 år		18 550 832		
Varighet (år)		10		

Operasjonelle leieavtaler	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transport-midler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp		49 003 507	1 211 328	4 123 695
Varighet		Løpende	Løpende	Løpende

For store deler av gruppene "tomter og boliger" og "bygninger" er det løpene kontrakter som gjelder til de blir sagt opp.

Langsiktige byggeprosjekter

Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2020 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Akkumulert regnskap pr 31.12.20	Akkumulert regnskap pr 31.12.19	Total kostnads-ramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt for ferdigstillelse
Nye UNN Narvik	395 703 896	219 440 291	2 270 000	2 270 000	2023
Sum	**395 703 896**	**219 440 291**	**2 270 000**	**2 270 000**	

Note 11 Eierandeler i datterforetak, fellesk. virksomhet og tilknyttet selskap

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ingen eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet eller tilknyttet selskap

Note 12 Investeringer i aksjer og andeler

	31.12.2020	31.12.2019
Norinnova AS	662 480	662 480
Egenkapitalinnskudd KLP	352 737 994	324 105 220
	353 400 474	**324 767 700**

Egenkapitalinnskudd KLP
Som gjensidig selskap har KLP dekket hoveddelen av sitt egenkapitalbehov gjennom egenkapitalinnskudd fra kundene. Bortsett fra det oppsamlede egenkapitalinnskudd finnes det egenkapital i form av et egenkapitalfond. Egenkapitalfondet er såkalt opptjent egenkapital. Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP kan endre seg noe fra år til år selv om det verken er tapt egenkapital eller innbetalt nye egenkapitalinnskudd. Dersom en kunde flytter sin pensjonsordning fra KLP til en annen pensjonsinnretning, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjon der kunden faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

Note 13 Kundefordringer og andre fordringer

	31.12.2020	31.12.2019
Kundefordringer	107 891 912	68 503 777
Påløpne inntekter	7 018 451	6 137 793
Andre kortsiktige fordringer	61 312 134	51 866 487
Sum	**176 222 497**	**126 508 057**

Aldersfordeling kundefordringer:

	31.12.2020	31.12.2019
Ikke forfalte fordringer	90 620 587	54 475 581
Forfalte fordringer 1-30 dager	3 184 568	5 916 477
Forfalte fordringer 30-60 dager	3 189 613	809 810
Forfalte fordringer 60-90 dager	1 801 970	1 514 861
Forfalte fordringer over 90 dager	9 095 175	5 787 048
Kundefordringer pålydende pr. 31.12.	**107 891 912**	**68 503 777**

	31.12.2020	31.12.2019
Avsetning for tap på fordringer pr. 1.1.	6 370 000	5 495 200
Årets avsetning til tap på krav	4 837 576	2 027 965
Reverserte tidligere avsetninger	105 576	1 153 165
Avsetning for tap på fordringer pr. 31.12.	**11 102 000**	**6 370 000**

Årets konstaterte tap	3 627 821	4 330 765

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kr 8 360 196,- i 2020. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ingen fordringer med forfall senere enn ett år

Note 14 Kontanter og bankinnskudd

	31.12.2020	31.12.2019
Skattetrekksmidler	197 662 691	191 995 187
Andre bundne konti		
Sum bunde kontanter og bankinnskudd	**197 662 691**	**191 995 187**
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	109 461	129 346
Sum kontanter og bankinnskudd	**197 772 152**	**192 124 533**

Note 15 Egenkapital

	Foretaks-kapital	Annen innskutt egen-kapital	Fond for vurderings-forskjeller	Annen egen-kapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2019	100 000	4 531 253 844	-	-191 030 003	4 340 323 841
Korrigeringer av feil i tidligere års regnskap					-5 800
Egenkapital 1.1.2020	100 000	4 531 253 844	-	-191 030 003	4 340 318 041
Årets resultat				66 131 303	66 131 303
Egenkapital 31.12.2020	**100 000**	**4 531 253 844**	**-**	**-124 898 700**	**4 406 449 344**

Korrigeringer av feil i tidligere års regnskap består av: Manglende oppdatering av data. Initialisering av saldotabell

Note 16 Avsetninger for forpliktelser

	31.12.2020	31.12.2019
Tariffestet utdanningspermisjon	193 387 449	186 503 226
Investeringstilskudd	163 784 897	134 916 330
Avsetning til egenandeler vedrørende pasientskadeerstatning	11 935 000	11 802 000
Andre avsetninger for forpliktelser	0	0
Sum avsetning for forpliktelser	**369 107 346**	**333 221 556**
Antall ansatte som er omfattet av ordningen med tariffestet utdanningspermisjon	625	635
Uttakstilbøyelighet	100 %	100 %

Note 17 Gjeld og obligasjoner

Annen kortsiktig gjeld består av:

	31.12.2020	31.12.2019
Leverandørgjeld	248 190 537	193 832 865
Påløpt lønn	160 270 273	108 055 389
Feriepenger	495 808 932	471 332 939
Påløpte kostnader	75 770 479	100 004 292
Annen kortsiktig gjeld	212 076 778	164 330 162
Sum	**1 192 116 999**	**1 037 555 647**

Annen langsiktig gjeld består av:

	31.12.2020	31.12.2019
Gjeld til Helse Nord RHF	869 400 000	907 200 000
Gjeld til kredittinstitusjoner		
Annen langsiktig gjeld	97 172 566	98 282 653
Sum langsiktig gjeld	**966 572 566**	**1 005 482 653**
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	680 400 000	718 200 000

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har tatt opp lån til finansiering av investeringer hos Helse Nord RHF. Lånene er konvertert til langsiktig langsiktig lån med en løpetid beregnet som et veid gjennomsnitt av den økonomiske levetiden til de enkelte investeringene.
Løpetid er 25 år.

Avdragsprofil	Saldo pr 31.12.20	2021	2022	2023	2024	2025	2026-
A-fløya	529 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	414 000 000
PET-senteret	340 400 000	14 800 000	14 800 000	14 800 000	14 800 000	14 800 000	266 400 000
Sum	**869 400 000**	**37 800 000**	**37 800 000**	**37 800 000**	**37 800 000**	**37 800 000**	**680 400 000**

Note 18 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

Kortsiktige fordringer	31.12.2020	31.12.2019
Helse Nord RHF	329 828 323	436 513 247
Helse Nord IKT HF	862 190	1 474
Finnmarkssykehuset HF	9 345 991	5 448 759
Nordlandssykehuset HF	26 523 021	15 229 021
Helgelandssykehuset HF	4 031 503	6 832 484
Sykehusapotek Nord HF	764 903	1 605 953
Sum	**371 355 931**	**465 630 937**

Kortsiktig gjeld	31.12.2020	31.12.2019
Helse Nord RHF	159 743 960	142 426 537
Helse Nord IKT HF	3 957 353	-13 245 446
Finnmarkssykehuset HF	230 552	11 216
Nordlandssykehuset HF	401 035	123 065
Helgelandssykehuset HF	0	68 058
Sykehusapotek Nord HF	24 998 455	20 982 762
Sum	**189 331 355**	**150 366 192**

Alle Helseforetakene i Helse Nord er med i en konsernkontoordning i DNB og formelt er alle innskuddene i denne ordningen eid av Helse Nord RHF. I årsregnskapet er derfor alle innskudd og trekk på konti som er med i konsernkontoordningen satt som mellomværende med Helse Nord RHF.

Note 19 Nærstående parter

Foretakets nærstående er definert i regnskapslovens § 7-30b og regnskapsforskriftens § 7-30b-1. Vesentlige transaksjoner med nærstående parter framgår i denne og andre noter i årsregnskapet.

Ytelser til ledende ansatte er omtalt i note 6, og mellomværende med konsernselskaper er omtalt i note 17 og 18.

Foretaket mottar det vesentligste av sine inntekter fra eier, det vil si Helse Nord RHF som igjen er eid av staten v/Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD er også eier av de andre regionale helseforetakene.

Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Nord-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Nord-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Foretakets kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 269,0 mill kroner i 2020 mot 267,9 mill kroner i 2019, tilsvarende salg utgjorde 42,5 mill kroner i 2020 mot 46,3 mill kroner i 2019. Det vesentligste av gjestepasientoppgjøret er basert av avtalte beregningsmåter for prising.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Nord er Helse Nord RHFs overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i 2020 kjøpt varer og tjenester for 33,8 mill kr. hos Helse Nord RHF, 290,5 mill. kr. hos Helse Nord IKT HF og for 242,4 mill. hos Sykehusapoteket. Fra Helse Nord IKT HF har UNN hovedsaklig kjøpt IKT-tjenester, fra Sykehusapoteket har UNN hovedsaklig kjøpt legemidler.

Medikamenter utgjør en stor andel av helseforetakenes kostnader. I forskning og utvikling av forekommer det samarbeid mellom legemiddelindustrien og sykehusene. Det regionale helseforetaket har inngått gjensidig forpliktende avtale med Legemiddelindustrien omkring etikk knyttet til avtaler.

Foretaket har gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører. Helseregionen er blant annet underlagt lov om offentlige anskaffelser. I foretaket er det etablert rutiner som skal bidra til å sikre at ansatte som er ansvarlig for, eller har innflyttelse på inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgsavtaler ikke sitter med verv eller han andre relasjoner til leverandører eller kunder mv som kan tenkes å komme i konflikt deres rolle i foretakene. Det er etablert gjennomgående rutiner og retningslinjer for kartlegging, vurderinger, dokumentasjon mv av dette i foretaket.

Note 20 Universitetet og høyskolers rettigheter til arealer i helseforetak

Undervisning er en sentral del av helseforetakets virksomhet. Dette innebærer at Universitetssykehuset Nord-Norge HF plikter å stille nødvendig arealer mv til disposisjon for universiteter og høyskoler.

Rettighetene er knyttet til areal vedr. kontor, undervisningsrom og forskning. UIT-Norges Arktiske Universitet har disponeringsrett på til sammen 3113 m2 ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Videre har Universitetssykehuset Nord-Norge HF disponeringsrett på til sammen 599 m2 ved UIT-Norges Arktiske Universitet.

Note 21 Garantiforpliktelser

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ikke stilt noen garantiforpliktelser for andre

Note 22 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

	2020	2019
Endring i varelager	-34 733 820	-7 877 974
Endring i fordring på selskap i samme konsern	94 275 005	73 350 731
Endring i øvrige fordringer	-49 714 440	121 845 680
Sum endring i omløpsmidler	**9 826 745**	**187 318 437**
Endring i skyldige offentlige avgifter	-7 940 359	30 975 997
Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	38 965 162	357 693
Endring i annen kortsiktig gjeld	152 552 892	-87 505 027
Sum endring i kortsiktig gjeld	**183 577 695**	**-56 171 337**

Note 23 Forskning og utvikling

	2020	2019
Øremerkede tilskudd fra eier til forskning	31 094 617	42 781 907
Andre inntekter til forskning	40 857 051	39 515 093
Basisramme til forskning	141 312 984	134 903 709
Sum inntektekter til forskning	**213 264 652**	**217 200 709**
Andre inntekter til utvikling		
Basisramme til utvikling	51 652 652	49 309 938
Sum inntekter til utvikling	**51 652 652**	**49 309 938**
Sum inntekter til forskning og utvikling	**264 917 304**	**266 510 647**

	2020	2019
Kostnader til forskning - somatikk	202 486 280	205 859 693
Kostnader til forskning - psykisk helsevern	10 035 224	10 559 075
Kostnader til forskning - TSB	743 148	781 941
Kostnader til forskning - annet		
Sum kostnader til forskning	**213 264 652**	**217 200 709**
Kostnader til utvikling - somatikk	44 700 667	42 673 261
Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	4 407 062	4 207 179
Kostnader til utvikling - TSB	2 544 923	2 429 498
Kostnader til utvikling - annet		
Sum kostnader til utvikling	**51 652 652**	**49 309 938**
Sum kostnader til forskning og utvikling	**264 917 304**	**266 510 647**

	2020	2019
Antall avlagte doktorgrader	22	18
Antall publiserte artikler	360	376
Antall årsverk forskning	182	191
Antall årsverk utvikling	43	43

Note 24 Skatt

UNN HF driver ikke skattepliktig virksomhet

Note 25 Betingede utfall

UNN HF er ikke kjent med andre forhold, herunder rettssaker, potensielle offentlige pålegg eller lignende som har vesentlig innvirkning på regnskapet for helseforetaket ut over de avsetninger som er foretatt i regnskapet per 31.12.2020.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

ÅRSBERETNING 2020 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

1. Opplysninger om arten av virksomheten og hvor virksomheten drives

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ble stiftet 18.12.2001 som eget helseforetak, og leverer som universitetssykehus spesialisthelsetjenester til befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard. Helseforetakets virksomhet reguleres i henhold til Lov om helseforetak (2001) og er 100 % eid av det regionale helseforetaket for Nord-Norge, Helse Nord RHF.

UNN hadde i 2020 lokalsykehusfunksjon for 30 kommuner i Nordland, Troms og Finnmark, samt på Svalbard. Størstedelen av somatisk virksomhet og psykisk helsevern var i 2020 lokalisert til Tromsø, Harstad og Narvik. I tillegg er det etablert to distriktsmedisinske sentre (Nordreisa og Finnsnes) og sju distriktspsykiatriske sentre (Narvik, Harstad, Sjøvegan, Silsand, Tromsø, Storsteinnes og Storslett) i UNNs opptaksområde.

2. Redegjørelse for forutsetningen om fortsatt drift

I årsregnskapet er forutsetningen om fortsatt drift lagt til grunn da det etter styrets oppfatning ikke er forhold som tilsier noe annet. Det vises i denne sammenheng til § 5 i helseforetaksloven som fastslår at helseforetak ikke kan slås konkurs.

3. Virksomheten i 2020

Styrets hovedstrategier for virksomheten i 2020 var å sikre en økonomisk utvikling som grunnlag for videre utvikling av UNN som region- og universitetssykehus. Fokus på å utvikle organisasjonens evne til å arbeide etter prinsippet om kontinuerlig forbedring med bedre pasientforløp, økt kvalitet og pasientsikkerhet, styrking av forskningens omfang og posisjon, samt helseforetakets mulighet til å sikre nødvendig fornyelse av medisinteknisk utstyr og arealer.

Det har ikke vært noen større ulykker eller skader i foretaket i 2020.

4. Pasientbehandling i helseforetaksgruppen

I styrets beretning til RHF har vi med en kort kommentar til følgende:

Somatisk virksomhet

Antall liggedager innen somatisk virksomhet var i 2020 lavere enn plan (-8,6 %), mens poliklinisk aktivitet med 310 283 kontakter var noe over plan. Antall døgnopphold hadde en nedgang i forhold til 2019 (-10,3 %). DRG-aktiviteten var godt under plan for 2020 (-11,2 %). Antall røntgenundersøkelser (-6,3 %) er vesentlig under plan, mens antall laboratorieanalyser (+7,6 %) er over plan i 2020.

Den somatiske virksomheten i 2020 ble i stor grad preget av pandemien og den påfølgende nedstengingen av samfunnet våren 2020.

Det har vært utført et stort arbeid med å etablere beredskap for covid-19 og håndtere pasientbehandling både av pasienter med (spørsmål om) covid-19 og andre pasienter. Dette gjorde at UNN ble i stand til å ta i mot et større antall pasienter med covid-19 i tråd med Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nords krav om å forberede sykehusene for en situasjon med utbredt smitte. UNN har samtidig opprettholdt den øvrige pasientbehandlingen med spesielt fokus på å opprettholde kreftbehandlingen.

Nedstengningen våren 2020 medførte en forverring av fristbrudd og ventetider som beskrevet under.

Pandemien har medført omprioriteringer av andre oppgaver, men det har likevel vært fokusert på omstillinger, pasientforløp, pasientsikkerhet og kvalitet i virksomheten.

Det er ikke gjennomført store organisatoriske endringer i klinikkene. Standardiserte pakkeforløp innen psykiatri og rus er under implementering.

Psykisk helse og rusbehandling

Virksomheten innenfor psykisk helsevern er organisert gjennom to klinikker: Psykisk helse- og rusklinikken og Barne- og ungdomsklinikken.

Psykisk helse- og rusklinikken ivaretar UNNs samlede tilbud innenfor psykisk helsevern for voksne. Virksomheten omfatter p.t. 7 poliklinikker, 6 ambulante team og 15 døgnbaserte enheter. Sentre for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) ivaretar lokalsykehusfunksjoner (omfattende poliklinikk, døgntilbud og ambulant virksomhet) for Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Tromsø og Nord-Troms. I samarbeid med kommuner i opptaksområdene er det etablert ACT/FACT- team ved SPHR Ofoten, SPHR Sør- Troms og SPHR Tromsø. Psykiatrisk avdeling (med tilbud innenfor akutt-, sikkerhets- og alderspsykiatri samt Psykose- og rusenhet) ivaretar sentralsykehusfunksjoner for Troms og Finnmark og nordre Nordland (Ofoten).

Regionale funksjoner: Regionale sikkerhetsplasser er under etablering ved Psykiatrisk avdeling med åpning 2021. Hertil ivaretar Medikamentfritt behandlingstilbud og OCD-team for voksne ved SPHR Tromsø regionale funksjoner for Helse Nord.

Tilbudet innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ivaretas av Psykisk helse- og rusklinikken (ved Rusavdelingen) gjennom virksomheter lokalisert til Tromsø og Narvik. Russeksjon Tromsø består av Ruspoliklinikken (også omfattende Legemiddelassistert rehabilitering, Forebyggende familieteam samt tjenesten spillsnakk.no - sistnevnte er en nasjonal funksjon), Avrusing inkludert regionale akuttplasser, Rusbehandling restart og Rusbehandling ung. Russeksjon Narvik består av Avrusning og Døgn. Kapasiteten innenfor TSB er regional for Helse Nord RHF. Det er hertil etablert polikliniske rusteam ved Sentrene for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Tromsø og Nord-Troms.

Klinikken omfatter også følgende regionale kompetansesentra: RVTS –Nord (Regionalt ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), KoRus-Nord (Kompetansesenter rus Nord-Norge) og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-,

fengsels og rettspsykiatri. VIVAT dekker nasjonal funksjon som et av Helsedirektoratets selvmordsforebyggende tiltak.

Ventetid

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling i UNN i løpet av 2020 var 71 dager, som er syv dager lengre enn i 2019, og over nasjonalt måltall. Median ventetid ved UNN var 49 dager for alle avviklede. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fortsatt står på venteliste ved utgangen av 2020 er 79 dager.

Pandemien medførte et betydelig antall fristbrudd og økte ventetider i 2020. Det ble høsten 2020 igangsatt en rekke tiltak som beskrevet i kvartals- og virksomhetsrapportene for å korrigere fristbrudd og ventetider. Situasjonen er stabilisert og i bedring, men vil påvirke virksomheten i UNN også videre i 2021.

Forskning og utvikling

UNN bidrar i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet og Helse Nord RHF, i hovedsak med klinisk forskning som tilstrebes å være av høy internasjonal kvalitet, innenfor de fleste kliniske fagområder og for et bredt spekter av helsepersonell. Forskningen fremskaffer ny kunnskap for å bedre pasientbehandlingen, styrke forskningskompetansen og bidrar i utdanningen av helsepersonell.

Klinisk forskningsavdeling (KFA) bistår forskere i UNN og Helse Nord med støtte, veiledning og praktisk gjennomføring av forskningsprosjekter, ivaretar sekretariatet for Helse Nords utlyste forskningsmidler, deltar i nasjonale arbeidsgrupper på vegne av UNN og Helse Nord, arbeider strategisk samt samarbeider med helseforetak og universitet i regionen. Det er laget nye rutiner for kliniske oppdrags- og bidragsstudier. KFA implementerer «pakkeforløp» for kliniske studier, for å lette arbeidet med forskning i klinikken, frigjøre tid for lokal prosjektleder og bidra til å øke antall kliniske studier ved UNN. I tillegg er målet å sikre en bedre oppfølging av kliniske studier.

Forskningsposten er et ettertraktet tilbud ved UNN. 2020 ble et annerledes driftsår på grunn av Covid-19 situasjonen, som medførte tidvis stenging av Forskningsposten samt utlån av personell til andre enheter i UNN. Personell ved Forskningsposten ble blant annet brukt til å planlegge og drifte Covid-19 studier på infeksjons- og intensiv avdelingene. Utvalgte 2020 tall viser at posten har deltatt aktivt inn i 20 studier; inkludert 649 studiedeltagere, og gjennomført 1243 studievisitter hvorav 522 telefonvisitter. Forskningsposten har fortsatt et økt fokus på å bidra i veiledning av forskere og studiesykepleiere/støttepersonell i de kliniske avdelingene. Dette for å kunne realisere flere kliniske studier i UNN enn posten selv har kapasitet til å gjennomføre.

Arbeidet med brukermedvirkning i forskning er viktig, og i samarbeid med Helse Nord er det opprettet nye stillinger for å styrke området. Målet er å videreutvikle brukermedvirkning i forskning som kunnskapsfelt i Helse Nord. UNN har også tatt initiativ til og leder ny nasjonal arbeidspakke innen brukermedvirkning i kliniske studier i det nasjonale infrastruktur-prosjektet for kliniske studier, NorCRIN.

I NorCRIN, er det også opprettet en arbeidspakke som har som overordnet mål å øke antallet og kvaliteten i kliniske studier i Norge, og styrke forskningssamarbeidet nasjonalt og

internasjonalt. UNN deltar aktivt i arbeidspakken. Det er ønskelig å gi et nasjonalt løft til klinikker og forskningsstøtteenheter, tjenester og kompetanse, slik at vi samlet øker kapasiteten til å gjennomføre kliniske studier. Det er stort fokus på aktiviteten rundt kliniske behandlingsstudier der forskningen er knyttet til den kliniske virksomheten, og resultatene raskt kan bidra til forbedringer i pasienttilbudet. Rapportering av foretakets kliniske behandlingsstudier vil foreligge i april 2021.

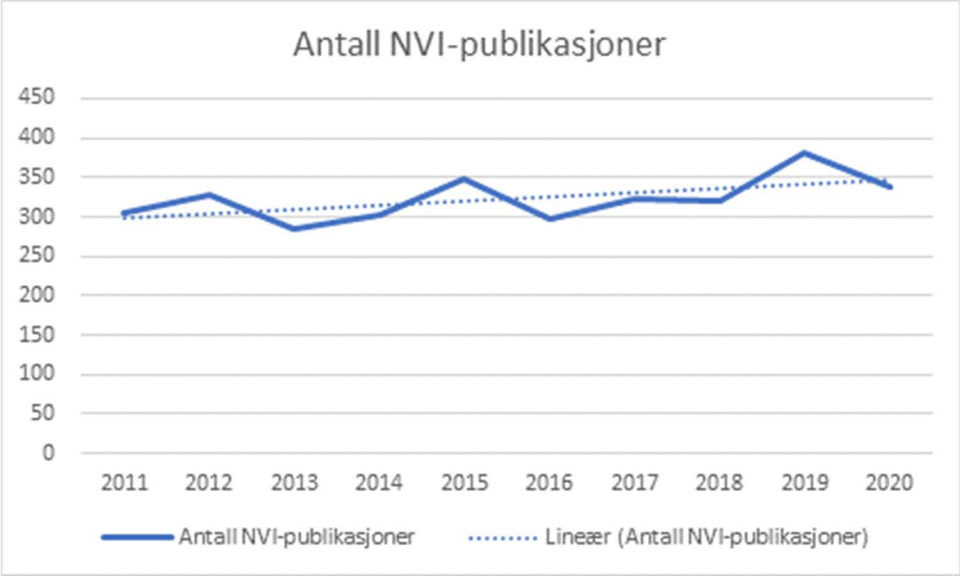
Forskningsaktiviteten i UNN har de siste årene vært i jevn positiv utvikling (*Fig.1*). Både antall vitenskapelige artikler og antall doktorgrader utført av ansatte i foretaket har imidlertid hatt en liten nedgang siste året. Det er usikkert hva nedgangen skyldes, men det kan være en mer naturlig svingning etter uvanlig mange publikasjoner i 2019 og/eller ha sammenheng med pandemien. Figuren (*Fig. 2*) med antall publikasjoner fra UNN de siste 10 årene viser at trenden med økende antall over tid er stabil.

Fig. 1

År	2020	2019	2018	2017	2016
Antall publikasjoner	339*	382	320	324	297
Publikasjonspoeng	*	268,38	231,57	224,93	220,76
Antall doktorgrader	21	30	30	23	16

**Endelige tall er klar i april 2020.*

Fig. 2



5. Redegjørelse for årsregnskapet

Etter styrets oppfatning gir årsregnskapet en rettvisende oversikt over utviklingen og resultatet av foretakets virksomhet og stilling.

De mest sentrale risiko og usikkerhetsfaktorer som foretaket står overfor er:

UNN finansieres i all hovedsak av overføringer fra Helse Nord RHF. Aktivitetsnivå og inntekter er et resultat av Stortingets prioriteringer.

UNN vurderer likviditeten i foretaket som god.

UNN finansierer investeringer med egen likviditet og lån fra Helse Nord RHF. UNN avstemmer sitt investerings- og driftsnivå slik at foretaket planlegger med positiv likviditet i løpet av året.

Kontantstrømmen i 2020 var positiv, jfr. kontantstrømoppstillingen og utviklingen fra 2019 er en økning i likviditeten på 5,6 mill. kr.

UNN har per 31.12.2020 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 15,8 milliarder kroner. Pensjonsmidler er 13,2 milliarder kroner. I tråd med regnskapsloven og Norsk Regnskapsstandard er det per 31.12.2020 3,0 milliarder kroner i negative estimat- og planendringer som ikke er resultatført.

6. Økonomisk drift

UNN hadde i 2020 et resultatkrav på 40 mill. kr fra RHF' et.:

	Resultat 2020	Styringsmål 2020	Resultat 2019
Over-/ underskudd	66,1 mill.	80,0 mill.	16,3 mill.
Resultatkrav fra RHF	40,0 mill.	40,0 mill.	40,0 mill.
Avvik fra eiers resultat mål	26,1 mill.	40,0 mill.	-23,7 mill.

Avvik mot styringsmål fra Helse Nord RHF i 2020 var følgelig på 26,1 mill. kr.

De viktigste årsakene til avviket er følgende:
- Lønnsoppgjør 84 mill. kroner
- Pandemisituasjonen har gitt en lavere drift enn planlagt, samtidig er det gitt økte midler som følger av pandemien

7. Investeringer

Viktige investeringer i 2020 har vært:

Prosjekt	Investeringskostnad 2020
Nye UNN Narvik (forprosjekt) (710210)	174 811 157
AFL - Dialyse (710340)	37 169 243
Etabl. av regionale døgnplasser bygg 5 (752000)	11 355 479
Arealplan fase 1 (764500)	9 206 665
Gjennomlysningslab Rtg, lab 14 (723000)	5 617 347
Gjenstående arb. PET, før ferdigstillelse (710440)	4 548 244
Massespektromiinstrument, Labmed (72300)	3 449 575
Strålemaskin 2016 (721200)	2 712 628
Tø-Us: Preklinisk PET/SPECT/CT utstyr (773000)	2 408 184
Undersøkelsesenhet optiker, Øye (721900)	2 183 437
Ny hybridstue i Breivika (710510)	2 002 137
Autoklav - Destruksjon Tromsø miljøstasjon (744500)	1 984 705
Datakabling Breivika (IKT-nettverk) (764500)	1 859 951
Trådløst nett Harstad sykehus (764500)	1 740 698
Bærbare pc-er (COVID - 19) (726200)	1 587 000
Uroalarm og wifi (722200)	1 382 587
OU Nye UNN Narvik (710210)	1 339 850
Skopvaskemskiner (744500)	1 224 011
Utvide tråløst nett-Breivika (IKT-nettverk) (764500)	1 170 657
Merkemaskin, mikrobiol. (721500)	1 032 505

8. Arbeidsmiljø mm (internt)

Arbeidsmiljøet i foretaket anses tilfredsstillende. Det har vært gjennomført 8 møter i arbeidsmiljøutvalget (AMU) gjennom året. Det er iverksatt følgende tiltak for å bedre arbeidsmiljøet:

- Resultatene fra *ForBedring 2020* ble fulgt med revidert plan tilpasset pandemisituasjonen. Det ble satt et felles krav i UNN om at alle ansatte skal få mulighet til å se resultatene, og gis mulighet til å kommentere dem og bidra inn i tiltaksarbeidet, enten direkte eller indirekte (via KVAM og/eller arbeidsgrupper). Videre at alle klinikker skulle behandle resultatene i klinikkens KVAM-utvalg og etablere en hensiktsmessig lokal oppfølgingsplan. Planen skal ivareta arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur på en forsvarlig måte. Enhetene har selv ansvar for at egen plan følges.
- Løpende oppfølging av avtale om *Inkluderende arbeidsliv* med tilhørende mål og handlingsplan.
- Seks IA-kurs for ledere og tillitsvalgte er gjennomført i 2020. Kursene omhandler helsefremmende og forbyggende arbeid, samt sykefraværsoppfølging som

hovedtema. I tillegg ble spesielle forhold rundt koronasituasjonen tatt med. Med unntak fra to kurs ble alle kurs gjennomført digitalt.

- I 2020 er det arbeidet med å implementere dokumentsamling for forebygging og håndtering av trusler og vold. Det er har vært fokus på risikovurdering av denne arbeidsmiljøfaktoren, men aktiviteten rundt dette har vært noe redusert pga. covid-19. I starten av 2020 ble det jobbet med organisering av undervisningstilbud i forebygging og håndtering av trusler og vold for hele UNN. Ble midlertid satt på vent på grunn av Covid-19
- Koronasituasjonen krever mye av ansatte og avdelinger. UNN etablerte derfor Psykososialt team som består av psykologer, spesialrådgivere og sykepleiere. Teamet har tilbudt støtte og rådgivning som kan hjelpe ansatte og ledere å stå i arbeid og forebygge stressbelastninger. Arbeidet videreføres i 2021.
- Covid-19 har satt fokus på bruk av smittevernutstyr, der bruk av masker er sentralt. Det har vært jobbet mye opp mot maskebruk og det vurderes å innføre systematisk masketetthetsmåling i fortsettelsen for å redusere risiko for smitte gjennom masker.
- I 2020 ble det utarbeidet retningslinjer for å risikovurdere risiko for SARS-Cov-2 smitte. Risikovurdering av denne faktoren er gjennomført på gruppe og individnivå, blant annet for å ivareta personell med underliggende sykdom og risiko for å utvikle alvorlig forløp ved SARS-Cov-2 smitte.
- Det har vært jobbet med å gjennomføre planene for bedriftshelsetjenesten bistand i klinikkenes HMS-arbeid. Covid-19 situasjonen har forsinket gjennomføringsgraden av planene noe.
- Tilgjengelige seniorpolitiske virkemidler med sikte på å redusere tidligpensjon og beholde kompetanse
- Flere andre kurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud innen eksempelvis HMS og rekruttering
- Månedlige møter mellom direktør, personalsjef og FTV/HTV/FHVO

I 2020 utgjorde det totale sykefraværet 8,9 %. Til sammenligning var det i 2019 8,1 % og i 2018 8,6 %.

Foretaket hadde i 2020 7002 gjennomsnittlig årsverk mot 6804 årsverk 2019.

9. Likestilling

Styret i UNN består av 6 menn og 6 kvinner. Toppledergruppen har i 2020 bestått av 6 menn (f.o.m 1.1-31.8.20) og 9 menn (f.o.m 1.9.20) og 11 kvinner.

Av alle ansatte er 29,9 % menn, noe som er en liten økning i forhold til 2019 (28,5 %). I forhold til andel ansatte er kvinner underrepresentert i lederstillinger på mellomnivå i helseforetakene. I ledelsesutviklingstiltakene som gjennomføres er det lagt særlig vekt på rekruttering av kvinnelige deltakere.

Det har ikke blitt gjennomført særskilte kartlegginger og tiltak knyttet til likeverd og likestilling.

10. Diskriminering og tilgjengelighet

Alle nye byggeprosjekter og ombygginger følger myndighetenes krav til universell utforming for å sikre god tilgjengelighet. Tilpasninger og ombygginger gjennomføres også etter kravet om universell utforming.

Som en oppfølging av aktivitets- og redegjørelsesplikten som følger av Lov om likestilling og forbud mot diskriminering, startes det opp et regionalt arbeid i løpet av våren 2021. Ufrivillig deltid og lønn vil i henhold til aktivitets- og redegjørelsesplikten bli kartlagt i løpet av 2021.

For å hindre diskriminering skjer rekruttering i samsvar med WHOs internasjonale kode for etisk rekruttering av helsepersonell.

11. Ytre miljø

UNN ble resertifisert etter ISO 14001:2015 03.12.2020 for tre nye år. Det ble gjort tre mindre funn som førte til merknader. Revisjonen ble gjennomført i sin helhet med videomøter av revisjonsselskapet KIWA.

UNNs drift sammenlignet med foregående år.				
Indikator	**%**	**2020**	**2019**	Kommentarer:
Utslipp av CO2 i tonn	-16 %	26 413	31 210	Miljømål på 3 % reduksjon er nådd.
Antall pasientbehandlinger	-16%	91 532	109 185	Måles i forhold til polikliniske/dag og døgnbehandlinger
Temperaturkorrigert kwh pr m2 brutto areal UNN (Ikke alle ambulansestasjoner)	2 %	350	344	Miljømål med reduksjon på 3 % er ikke nådd.
Faktisk forbruk av kwh pr m2	-1 %	359	364	
Pasientreiser, reiste km	-14 %	35 051 082	40 875 168	Miljømål med på 3 % reduksjon er nådd
Ansattereiser, reiste km	-60 %	7 045 752	17 704 976	
Kg avfall pr pasientbehandling	18 %	68	57	Reduksjonen i behandlede pasienter og økning bruk av smittevernutstyr kan være en mulig årsak.

Alle UNNs måledata er sterkt påvirket av pandemien. Vi har ingen måte for å kompensere hvordan driften er blitt påvirket for å kunne gi et reelt sammenligningsgrunnlag mot 2019. Det kan likevel bemerkes at utslippet av CO2 totalt er blitt redusert med redusert reiseaktivitet, og at reduksjonen i antall behandlede pasienter følger reduksjonen av CO2.

12. Redegjørelse som gir grunnlag for å vurdere foretakets fremtidige utvikling

De mest sentrale utfordringene som foretaket står overfor er etter styrets vurdering evnen til å videreføre driften innen de økonomiske rammene, samtidig som en sikrer et godt tilbud

med god kvalitet og tilgjengelighet til befolkningen. Nye og mer kostbare behandlingsmetoder og medikamenter, økte kostnader til kliniske og administrative IKT-systemer, og mangel på personell innen enkelte fag utfordrer helseforetakets økonomiske rammer i stadig større grad. Evnen til å gjennomføre nødvendige økonomiske omstillings-tiltak for å sikre driften er sentral for å sikre et godt tilbud.

Hovedsatsningen fremover for UNN vil fortsatt være kontinuerlig forbedring. Et gjennomgående og dyptgripende fokus på kontinuerlig forbedring vil gi UNN grunnlag for å møte de framtidige utfordringene. Dette forbedringsarbeidet forutsetter engasjement fra ledere og ansatte på alle nivå ved UNN. Målet med forbedringsarbeidet er å videreutvikle pasientens helsetjeneste, med økt kvalitet i pasientbehandlingen, god medvirkning fra pasienter og medarbeidere, god samhandling, bedre arbeidsmiljø og involvering og frigjøring av ressurser til prioriterte områder. Samhandlingen med primærhelsetjenesten er viktig gjennom OSO og det kontinuerlige arbeidet som har vært gjort med etablering og vedlikehold av avtaler inngått som følge av samhandlingsreformen, og skal videreutvikles i tråd med revidert Nasjonal helse- og sykehusplan.

Mangel på personell vil for helsevesenet være en stor utfordring på både kort og lang sikt. UNN vil derfor fortsette å ha stort fokus på både rekruttering og stabilisering av medarbeidere. Det er særlig mangel på spesialsykepleiere og spesialister innen enkelte fag, og for lokalsykehusene er det sistnevnte ekstra merkbart. Sterkt fokus på å bevare og utvikle UNN som en viktig utdanningsarena for alle typer helsearbeidere, både grunnutdanninger, videreutdanninger og spesialiseringer er sammen med kontinuerlig arbeid med å utvikle god ledelse og godt arbeidsmiljø sentrale elementer i dette.

Den økonomiske utviklingen i 2020 har vært på nivå med 2019, men Helse Nords overskuddskrav ble oppnådd hovedsakelig på grunn av et lavt lønnsoppgjør. Resultatet for 2020 gir økt handlingsrom til å investere i medisinteknisk utstyr og mindre ombygginger i 2021.

Ved inngangen til 2021 er spesialisthelsetjenesten preget av beredskapsarbeidet i forbindelse med Covid-19. Pandemien forventes å tilføre ekstra kostnader og utfordringer første halvår 2021. For å sikre behandlingskapasitet vil planlagte behandlinger kunne utsettes når det er medisinsk forsvarlig, inntil situasjonen er avklart.

Styret følger utviklingen tett og kontinuerlig. Helseregionene og underliggende helseforetak er finansiert av staten og økte kostnader i forbindelse med pandemien blir kartlagt løpende. Finansiering av økte kostnader og reduserte inntekter vil bli tema i dialogen med eier. Styret mener at dette forholdet ikke påvirker forutsetningen om videre drift.

13. Resultatdisponering

Styret foreslår følgende disponering av årsresultat:

Overført til annen egenkapital 66,1 mill. kroner.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Tromsø, 17.03.2021

Roald Linaker styreleder	Helga Marie Bjerke nestleder	Anne Sissel Faugstad styremedlem
Erik Arne Hansen styremedlem	Grete Kristoffersen styremedlem	Jan Eivind Pettersen styremedlem
Johan Ailo Kalstad styremedlem	Marianne Johnsen styremedlem	Kay Müller styremedlem
Sverre Håkon Evju styremedlem	Thrina Loennechen styremedlem	Vibeke Haukland styremedlem
Anita Schumacher adm. direktør		

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**18/2021**
Møtedato:	**17.03.2021**
Arkivsak:	2020/7-14
Saksbehandler:	Lars Øverås og Haakon Lindekleiv

Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2020

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar *Kvalitets og virksomhetsrapport for desember 2020* til orientering.

Bakgrunn

Vedlagt Kvalitets- og virksomhetsrapport presenterer resultater ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for desember 2020.

Formål

Gi styret informasjon om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

Saksutredning

Se vedlagt *Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2020*.

Medvirkning

Det vises til egne referat fra medvirknings- og drøftingsmøter.

Vurdering

Kvalitetsparameterne var i 2020 preget av omprioriteringer som følge av pandemien og etterslepet som oppstod våren 2020. Andelen passert planlagt tid økte fra 13,7 % i januar 2020

til 18,7 % i april 2020. Dette medførte en tilsvarende økning i ventetider. Det har vært iverksatt en rekke tiltak som beskrevet i tidligere *Kvalitets- og virksomhetsrapporter* for å ta igjen etterslepet. Tiltakene stabiliserte situasjonen og det har vært en gradvis bedring av andel passert planlagt tid og reduksjon i ventetider siden sommeren 2020. Arbeidet med å bedre tilgjengelighet vil følges tett gjennom 2021.

For de øvrige kvalitetsindikatorene var det mindre endringer gjennom 2020. Oppfølgningen av disse vil kunne gis høyere prioritet når overnevnte utfordring med tilgjengelighet er bedret.

Årets resultat for 2020 viser 26,1 mill. kroner i positivt budsjettavvik, som betyr at vi er noe over det vi har sagt i prognosene de siste månedene. Resultatet er på samme nivå som presentert forrige styremøte. Årsaken til det positive avviket i forhold til prognose er at vi har fått en ekstra avregning fra HN-IKT nå i januar som gjelder 2020 på 18 mill. kroner i mindre kostnader. I tillegg har overføring av beredskapslageret i Harstad (som tidligere var i Bjerkvik) over til RHF'et gitt en positiv effekt på 10 mill. kroner.

2020 ble et spesielt år hvor vi har tapt 287 mill. kroner i inntekter på pandemien. Av dette har vi fått dekning for 125,2 mill. kroner som gjaldt ISF inntekter mars-mai. Videre har vi hatt økte kostnader på 281,2 mill. kroner som følger av pandemien. Som dekning for dette har vi mottatt 265,7 mill. kroner i direkte tilførte midler. I tillegg var det redusert arbeidsgiveravgift i mai og juni som resulterte i en besparelse på 35,5 mill. kroner.

Lønnsoppgjøret for 2020 ble lavt med 1,7 %. Dette resulterte i en positiv effekt på kostnadene med 82 mill. kroner i forhold til budsjettert lønnsjustering.

I desember er det satt av 1,1 mill. kroner til å tilbakebetale pasienter som har betalt for takster det ikke er anledning å ta betalt for.

For øvrig vises det til *Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2021 og årlig melding 2020*.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Kvalitets og virksomhetsrapport desember 2020

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Desember 2020

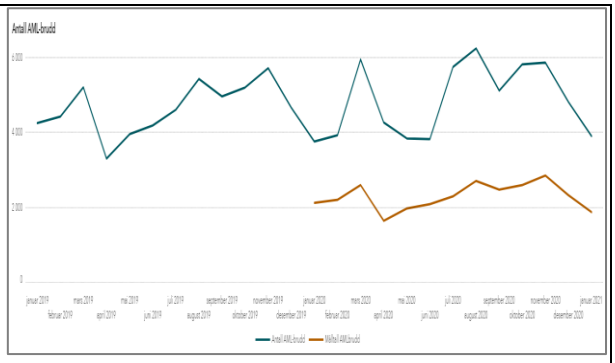
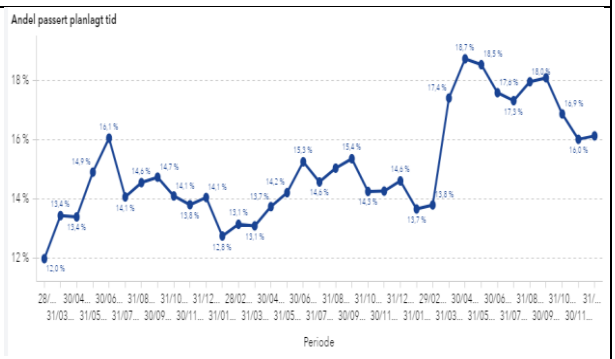
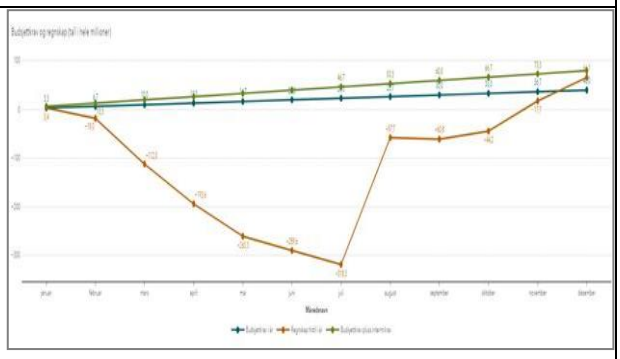
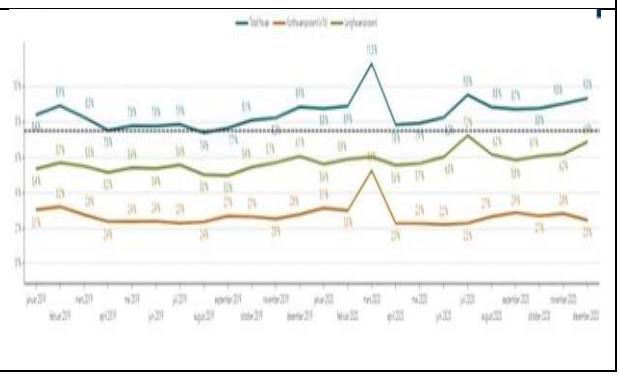
DET ER RESULTATENE FOR PASIENTENE SOM TELLER!
VI GIR DEN BESTE BEHANDLING.

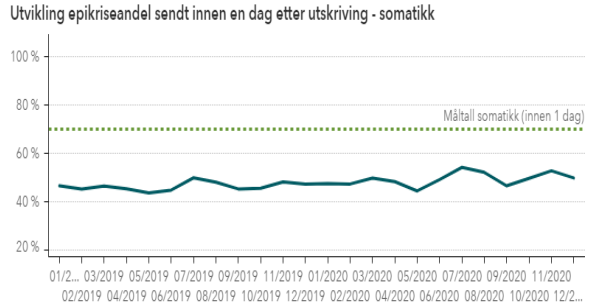
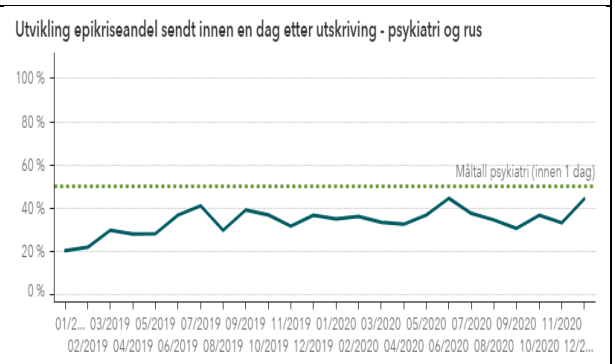
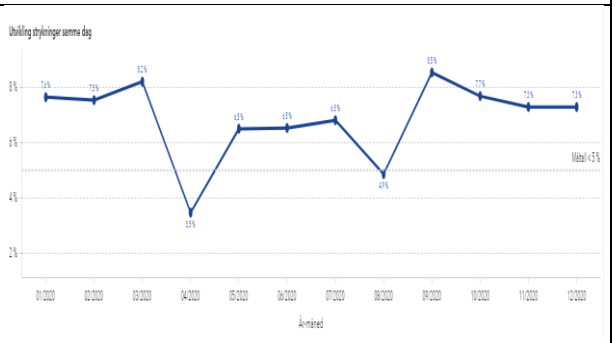
KVALITET TRYGGHET RESPEKT OMSORG

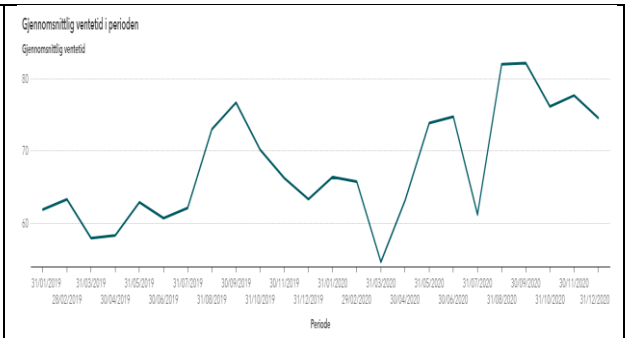
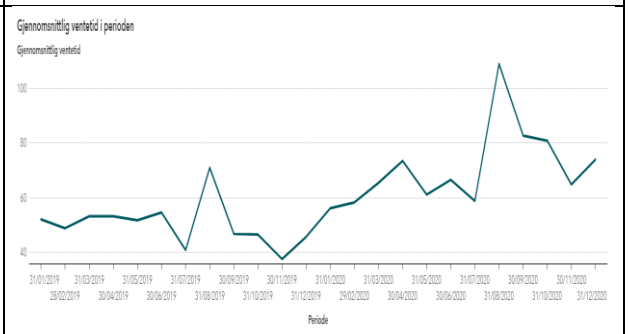
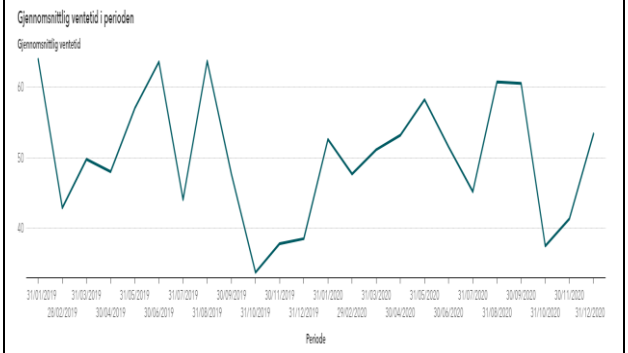
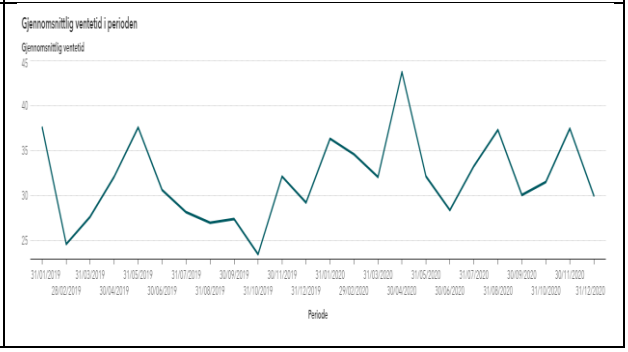
Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse **2**
Hovedindikatorer **3**
Kvalitet **6**
Pakkeforløp – kreftbehandling **6**
Ventelister **8**
Ventetid **8**
Fristbrudd **9**
Korridorpasienter **10**
Passert planlagt tid **11**
Strykninger **12**
Epikrisetid **13**
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern **14**
Oppholdstid i akuttmottaket **14**
Aktivitet **15**
DRG **15**
Liggetid på sykehusopphold - somatikk **16**
Telemedisinsk aktivitet **17**
Den gylne regel **18**
Samhandling **19**
Utskrivningsklare pasienter **19**
Bruk av pasienthotell **20**
Personal **21**
Bemanning **21**
Sykefravær **23**
AML-brudd **24**
Økonomi **25**
Resultat **25**
Prognose ..... Feil! Bokmerke er ikke definert.

Hovedindikatorer

AML-brudd **Måltall: < -50 %** **Desember: 3,2 %**	
Passert planlagt tid **Måltall: < 5 %** **Desember: 16,1 %**	
Budsjettavvik akkumulert per desember **26,1 mill kr**	
Sykefravær **Måltall: 7,5 %** **Desember: 9,3 %**	

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, desember **Måltall: 70 %** **Andel i pakkeforløp: 76,3 %** **Andel innenfor frist: 76,0 %**	Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp hittil i år. Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling hittil i år.
Andel epikriser sendt innen 1 dag somatikk **Måltall: 70 % innen 1 dag** **Desember: 50,0 %**	
Andel epikriser sendt innen 1 dag PH og TSB **Måltall: 50 % innen 1 dag** **Desember: 44,0 %**	
Strykninger av planlagte operasjoner **Måltall: < 5 %** **Desember: 7,3 %**	

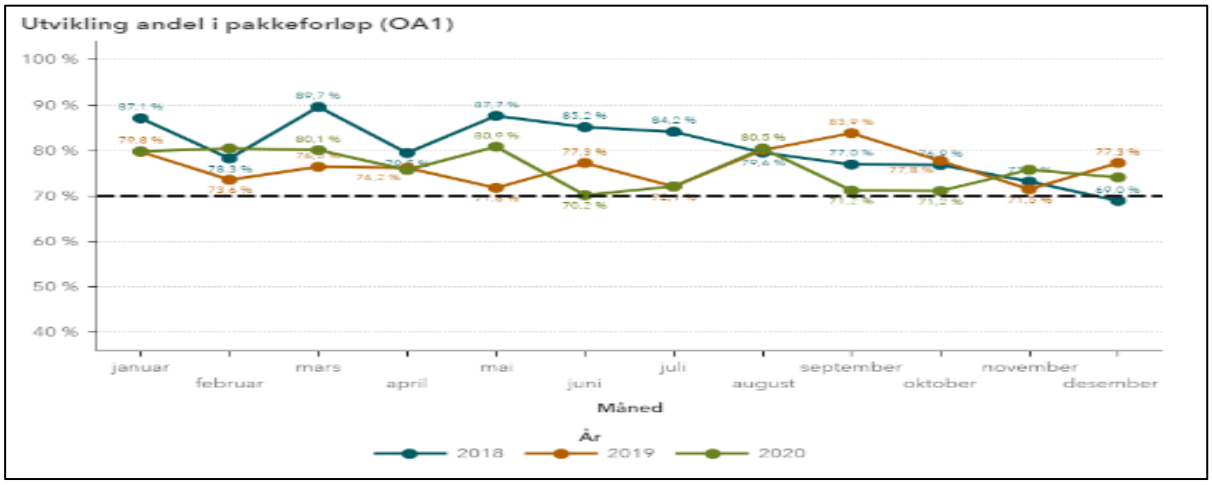
Ventetid somatikk **Måltall: < 50** **Desember: 75**	
Ventetid PHV **Måltall: < 40** **Desember: 74**	
Ventetid PHBU **Måltall: < 35** **Desember: 53**	
Ventetid TSB **Måltall: < 30** **Desember: 30**	

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

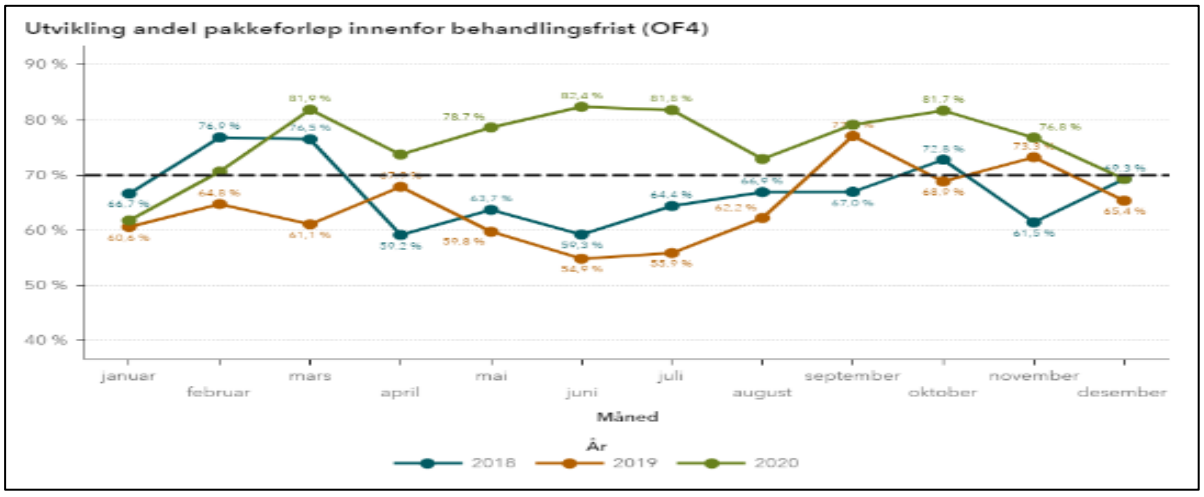
UNN har fokus på to kreftpakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp



Eventuelle justeringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist



Tabell 1 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp hittil i år

Pakkeforløp	Behandlingstype	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	Antall innen std forløpstid	Andel innen frist
Total		**1039**	**790**	**76,0%**
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	4	4	100,0%
Blærekreft	Kirurgi	40	34	85,0%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Brystkreft	Kirurgi	121	81	66,9%
	Medikamentell behandling	55	50	90,9%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	6	4	66,7%
	Medikamentell behandling	12	11	91,7%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	36	34	94,4%
	Medikamentell behandling	3	3	100,0%
Føflekkreft	Kirurgi	120	117	97,5%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Galleveiskreft	Kirurgi	6	5	83,3%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Hjernekreft	Kirurgi	17	16	94,1%
	Strålebehandling	2	1	50,0%
Hode- halskreft	Kirurgi	19	16	84,2%
	Strålebehandling	24	13	54,2%
Kreft hos barn	Kirurgi	3	2	66,7%
	Medikamentell behandling	8	6	75,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	10	7	70,0%
	Medikamentell behandling	11	11	100,0%
	Strålebehandling	9	7	77,8%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	Overvåking uten behandling	5	5	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	4	3	75,0%
	Strålebehandling	3	3	100,0%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	32	30	93,8%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
	Strålebehandling	1	1	100,0%
Lungekreft	Kirurgi	28	19	67,9%
	Medikamentell behandling	28	22	78,6%
	Strålebehandling	59	48	81,4%
Lymfomer	Medikamentell behandling	43	36	83,7%
	Strålebehandling	10	5	50,0%
Myelomatose	Medikamentell behandling	4	4	100,0%
Nevroendokrine svulster	Kirurgi	7	5	71,4%
	Medikamentell behandling	2	0	0,0%
Nyrekreft	Kirurgi	22	13	59,1%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
	Strålebehandling	1	1	100,0%
Peniskreft	Kirurgi	5	4	80,0%
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgi	5	0	0,0%
Prostatakreft	Kirurgi	41	15	36,6%
	Medikamentell behandling	30	10	33,3%
	Overvåking uten behandling	13	8	61,5%
	Strålebehandling	2	1	50,0%
Sarkom	Kirurgi	3	3	100,0%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
	Strålebehandling	3	3	100,0%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	32	26	81,3%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	3	0	0,0%
	Overvåking uten behandling	13	12	92,3%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	104	71	68,3%
	Medikamentell behandling	5	5	100,0%
	Strålebehandling	19	12	63,2%

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

Ventelister

Tabell 2 Venteliste

	2018	2019	2020	Endring 2019-2020	Endring %
Pasienter på venteliste	9 398	10 544	12 125	1 581	15
Gjennomsnittlig ventetid dager	57	65	79	14	22
Ikke møtt til planlagt avtale	1 159	1 025	982	-43	-4

Ventetid

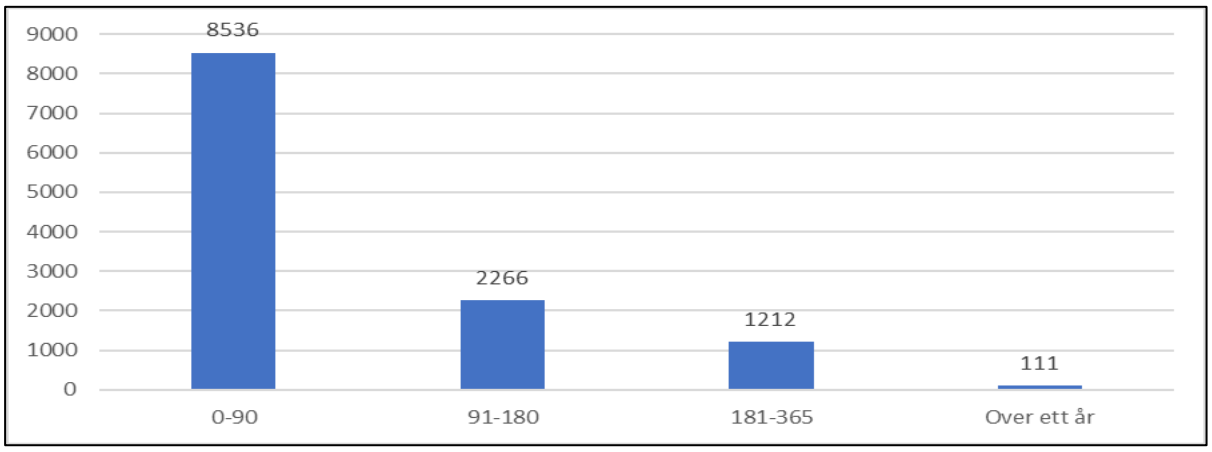
Tabell 3 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

	2018	2019	2020	Endring 2019-2020	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	59	64	71	7	11
Median ventetid i dager	46	48	49	1	2

Tabell 4 Gjennomsnitt ventetid i dager hittil i år fordelt på næring og klinikk

Næring	Klinikknavn - UNN	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede
Total		**71**
Somatisk virksomhet	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	88
Somatisk virksomhet	13 - Hjerte- og lungeklinikken	75
Somatisk virksomhet	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	57
Somatisk virksomhet	15 - Medisinsk klinikk	53
Somatisk virksomhet	17 - Barne- og ungdomsklinikken	46
Psykisk helsevern voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	71
Psykisk helsevern barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	51
TSB	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	34

Figur 3 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



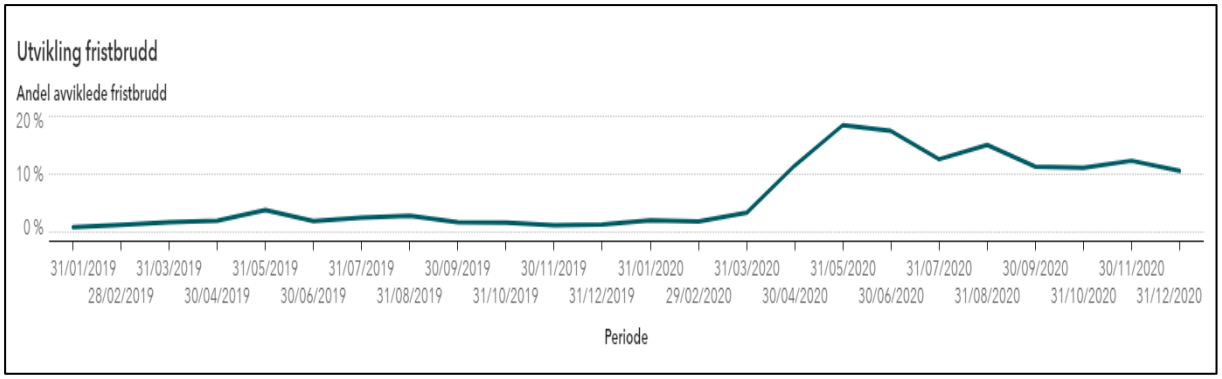
Fristbrudd

Tabell 5 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden

Klinikknavn - UNN	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd
Total	**1 451**	**12 125**	**12,0 %**
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	149	2 218	6,7 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	30	613	4,9 %
15 - Medisinsk klinikk	209	1 273	16,4 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	25	624	4,0 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	909	6 804	13,4 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	129	592	21,8 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

Figur 4 Prosent avviklet fristbrudd

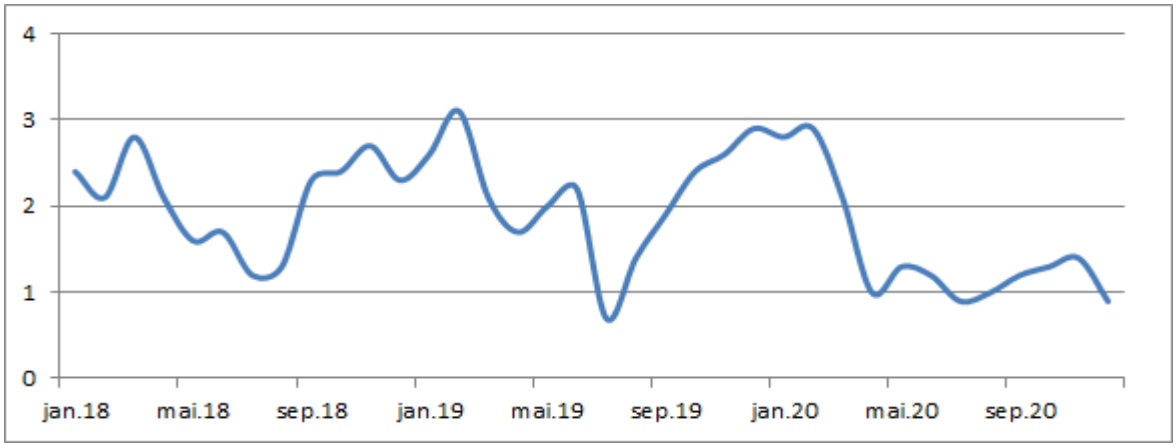


Tabell 6 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	nov.20	des.20
SUM	**742**	**474**
17 - Barne- og ungdomsklinikken	3	6
13 - Hjerte- og lungeklinikken	13	7
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	36	22
15 - Medisinsk klinikk	78	62
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	114	39
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	498	337

Korridorpasienter

Figur 5 Korridorpasienter andel per måned – somatikk



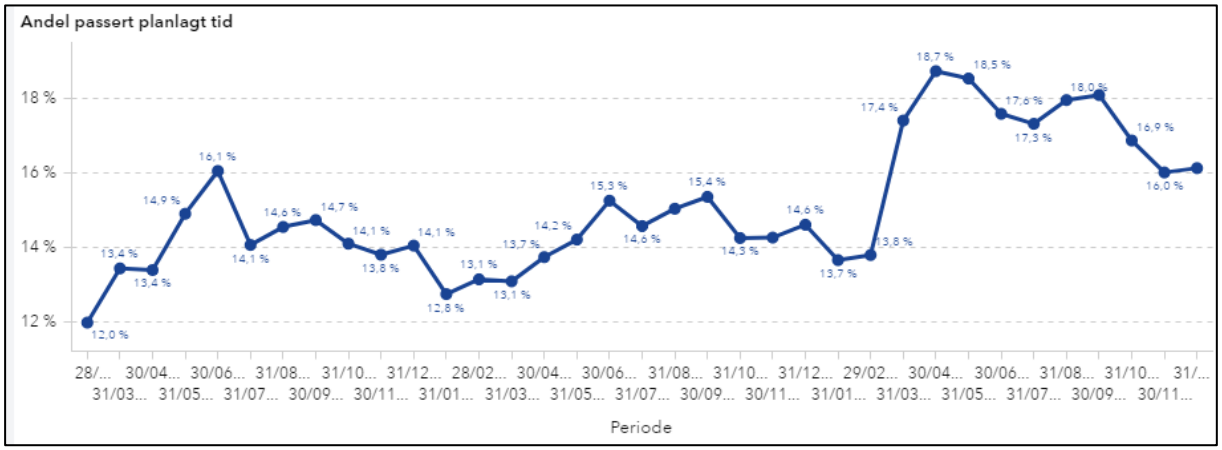
Tabell 7 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Medisinsk post A Harstad	267	14	5,2 %
Ortopedisk post Tromsø	746	12	1,6 %
Fordøyelse-nyre post Tromsø	438	11	2,5 %
Lungemedisinsk post Tromsø	277	9	3,2 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	632	9	1,4 %
Geriatrisk post Tromsø	341	7	2,1 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	520	5	1,0 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	703	4	0,6 %
Kreftpost Tromsø	424	4	0,9 %
Hjertemed. post Tromsø	750	2	0,3 %
Kirurgisk post Harstad	655	2	0,3 %
Ortopedisk post Harstad	142	2	1,4 %
HLK kir. post Tromsø	647	1	0,2 %
Ort-kir. post Narvik	334	1	0,3 %

Målepunkt: kl. 07:00 første dag i påfølgende måned.

Passert planlagt tid

Figur 6 Andel passert planlagt tid



Tabell 8 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på fagområde (10 største)

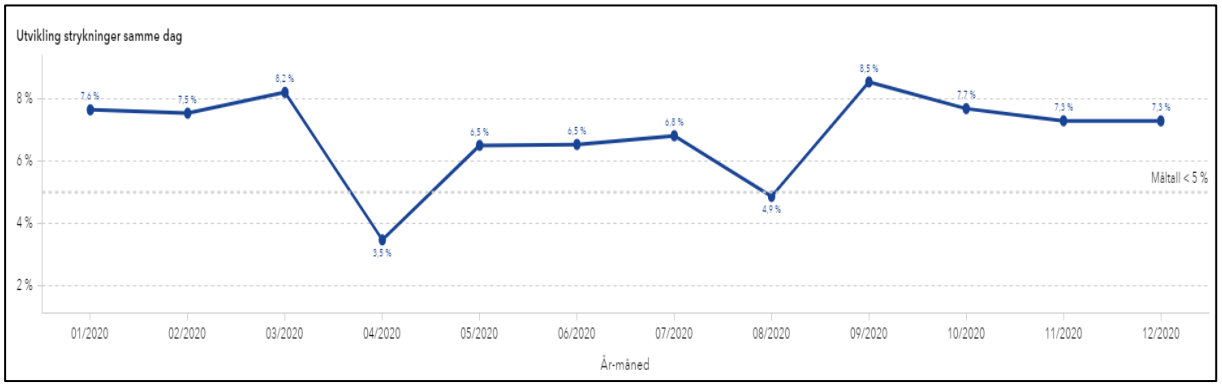
Fagområde	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter	Andel passert planlagt tid
Øre-nese-hals sykdommer	7 180	1 715	23,9%
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	5 587	1 599	28,6%
Ortopedisk kirurgi (inklusiv revmakirurgi)	7 395	1 554	21,0%
Øyesykdommer	6 089	943	15,5%
Lungesykdommer	2 570	940	36,6%
Fordøyelsessykdommer	4 221	923	21,9%
Hjertesykdommer	6 470	839	13,0%
Endokrinologi	2 960	678	22,9%
Gastroenterologisk kirurgi	2 990	515	17,2%
Psykisk helsevern barn og unge	3 428	428	12,5%

Tabell 9 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på klinikk

Klinikk	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter	Andel passert planlagt tid
Nevro-, orto- og rehabklinikk - UNN	36 842	6 746	18,3%
Hjerte- og lungeklinikk - UNN	10 746	2 233	20,8%
Medisinsk klinikk - UNN	10 863	2 170	20,0%
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN	14 210	1 224	8,6%
Barne- og ungdomsklinikk - UNN	6 786	621	9,2%
Psykisk helse og rusklinikk - UNN	3 420	336	9,8%
Operasjon- og intensivklinikk - UNN	529	83	15,7%

Strykninger

Figur 7 Strykninger samme dag av planlagte operasjoner (prosent)

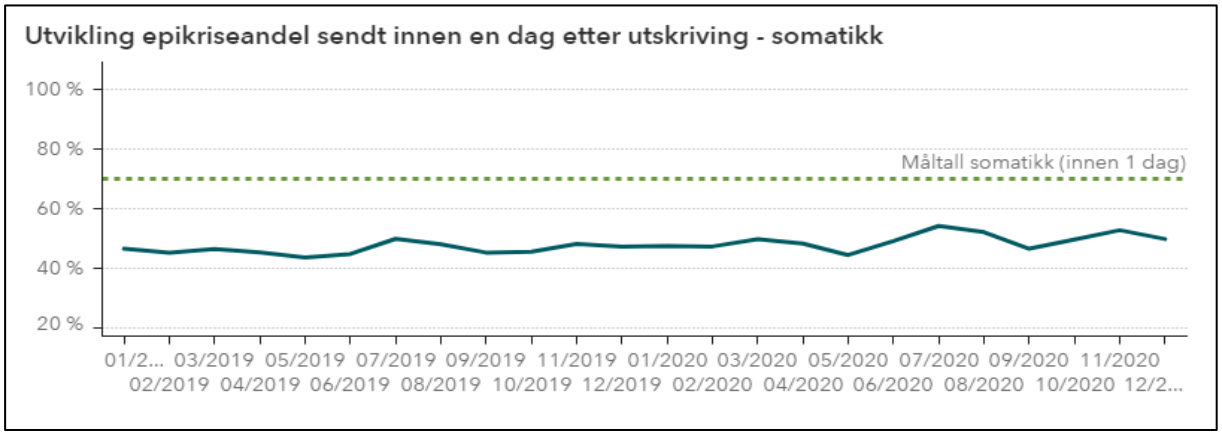


Tabell 10 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned (sammedagsstrykning)

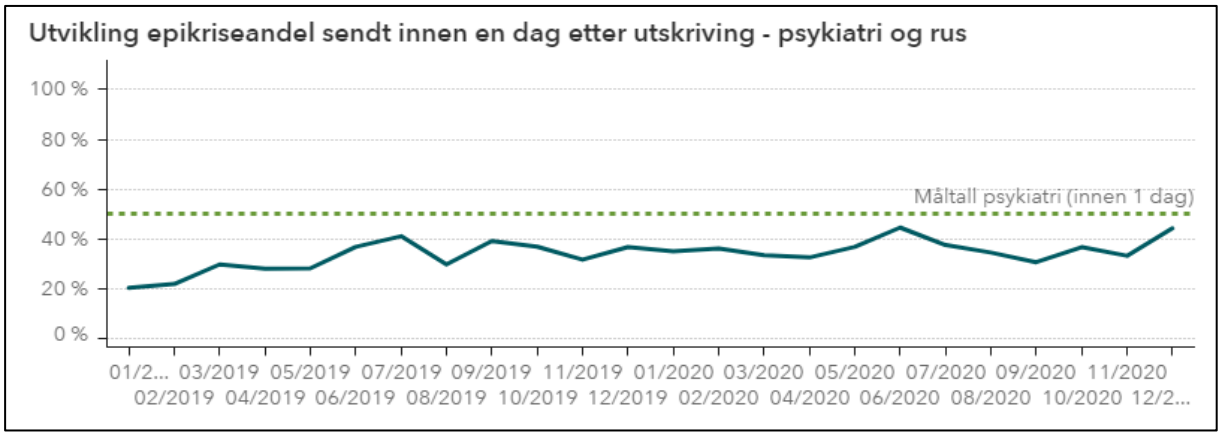
Strykningskategorier UNN	Sum strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag
SUM	**438**	**72**	**16,4%**
Sykehus - kliniske årsaker	60	20	33,3%
Sykehus - ikke klinisk årsak	167	41	24,6%
Årsaker hos pasient	211	11	5,2%

Epikrisetid

Figur 8 Epikriser - andel sendt innen en dag- somatikk



Figur 9 Epikriser - andel sendt innen en dag- psykiatri og rus

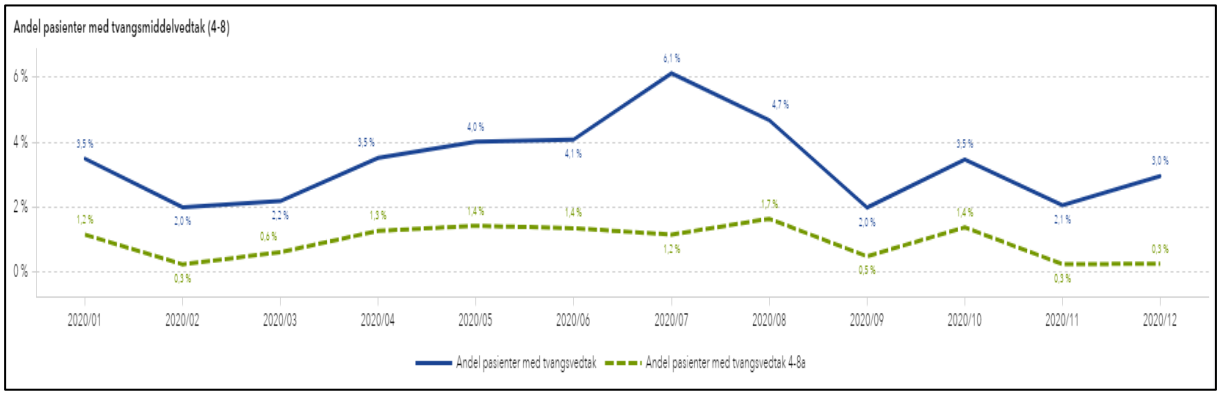


Tabell 11 Antall og andel epikriser sendt innen 1 dag siste måned per næring og klinikk

Avdelingstype - funksjon	Klinikk UNN	Antall epikriser sendt innen 1 dag	Andel epikriser sendt innen 1 dag
Total		**1 384**	**49%**
Delsum: Psykiatri og rus		137	44%
Psykiatri og rus	17 - Barne- og ungdomsklinikken	6	40%
Psykiatri og rus	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	131	44%
Delsum: Somatikk		1 247	50%
Somatikk	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	321	47%
Somatikk	13 - Hjerte- og lungeklinikken	230	49%
Somatikk	15 - Medisinsk klinikk	271	47%
Somatikk	17 - Barne- og ungdomsklinikken	34	52%
Somatikk	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	391	54%

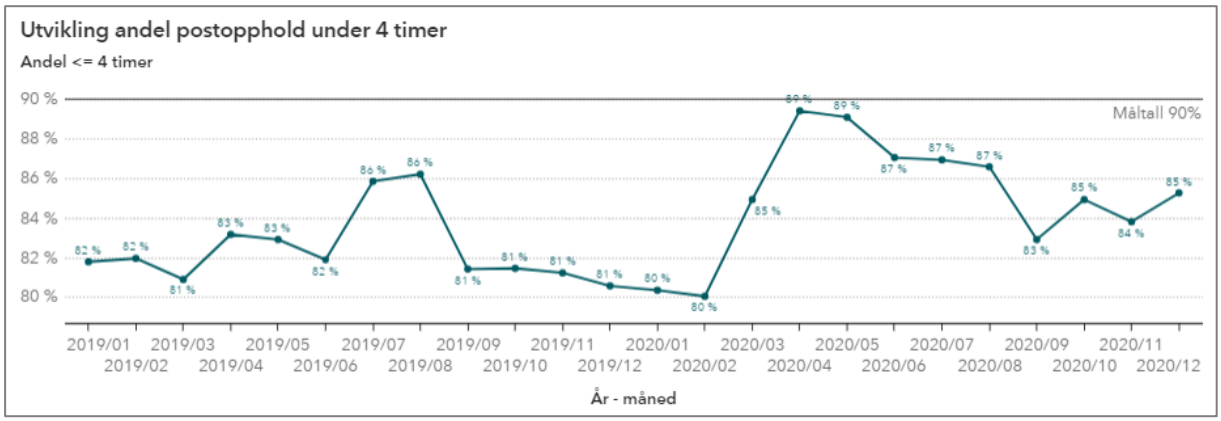
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

Figur 10 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 11 Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer)



Aktivitet

Tabell 12 Aktivitet UNN hittil i år

Type	Næring	Aktivitet 2019	Aktivitet 2020	Plan 2020	Avvik fra 2019	Endring i % fra 2019	Avvik fra plan 2020	Endring i % fra plan 2020
Antall opphold	Somatikk	39 129	35 010	37 048	−4 119	−11 %	−2 038	−6 %
	Psykisk helsevern, voksne	3 011	2 773	3 051	−238	−8 %	−278	−9 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	735	658	700	−77	−10 %	−42	−6 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	160	167	0	7	4 %	167	.
Delsum: Antall opphold		43 035	38 608	40 799	−4 427	−10 %	−2 191	−5 %
Konsultasjoner	Somatikk	263 476	283 090	275 020	19 614	7 %	8 070	3 %
	Psykisk helsevern, voksne	59 080	56 624	63 500	−2 456	−4 %	−6 876	−11 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	13 131	12 464	13 501	−667	−5 %	−1 037	−8 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	31 640	32 614	31 185	974	3 %	1 429	5 %
	Annet	2	6	0	4	200 %	6	.
Delsum: Konsultasjoner		367 329	384 798	383 205	17 469	5 %	1 593	0 %
Liggedøgn	Somatikk	184 816	158 450	173 982	−26 366	−14 %	−15 533	−9 %
	Psykisk helsevern, voksne	43 691	40 766	43 073	−2 926	−7 %	−2 308	−5 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	19 959	17 509	19 656	−2 450	−12 %	−2 147	−11 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	2 172	2 562	3 154	389	18 %	−592	−19 %
Delsum: Liggedøgn		250 638	219 286	239 865	−31 352	−13 %	−20 579	−9 %

Aktivitet UNN HF		2019	2020	Plantall 2020	Endring fra 2019		Avvik fra plan 2020	
					Antall	%	Antall	%
Laboratorieanalyser	Somatikk	7 463 912	7 419 743	6 892 927	-44 169	-0,6	526 816	7,6
Røntgenhenvisninger	Somatikk	152 897	135 008	144 020	-17 889	-11,7	-9 012	-6,3
PET undersøkelser	Somatikk	1 141	1 403	1 400	262	23,0	3	0,2

DRG

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

DRG indeks pr klinikk - Somatikk			
	Indeks		
Klinikk	2019	2020	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	0,171	0,134	-0,036
Barne- og ungdomsklinikken	0,291	0,248	-0,043
Hjerte-lungeklinikken	0,670	0,656	-0,014
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,243	0,246	0,003
Medisinsk klinikk	0,257	0,247	-0,009
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,159	0,153	-0,006
OPIN	0,064	0,053	-0,011
DRG indeks pr klinikk - PHV/TSB			
	Indeks		
Klinikk	2019	2020	Endring
Psykisk helse og rusklinikken	0,136	0,137	0,001
Barne- og ungdomsklinikken	0,312	0,325	0,012

Indeks: gjennomsnittstyngde per avdelingsopphold målt i DRG - poeng.

Tabell 14 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 544	2 349	-805
Barne- og ungdomsklinikken	2 826	3 539	-712
Hjerte- og lungeklinikken	11 289	12 617	-1 328
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	20 538	21 922	-1 384
Medisinsk klinikk	11 561	13 013	-1 452
Nevro- , ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	19 411	22 419	-3 008
Operasjons- og intensivklinikken	69	79	-11
Totalt Somatikk	**67 239**	**75 938**	**-8 699**
Klinikk (Psykiatri/rus)	**Faktisk**	**Plan**	**Avvik**
Barne- og ungdomsklinikken	10 170	8 470	1 700
Psykisk helse og rusklinikken	8 061	11 733	-3 672
Totalt Psykiatri/rus	**18 231**	**20 203**	**-1 972**

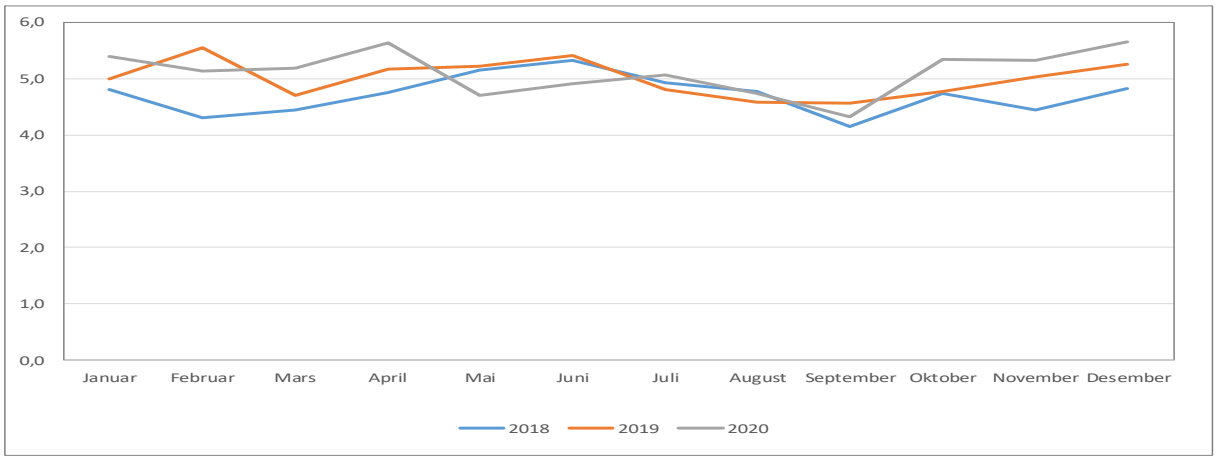
(avvik pr klinikk påvirkes av koronaen og den omorganiseringen som er gjort innen somatikk slik at totaltallet er det som gir mest mening).

Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 15 Liggetid på sykehusopphold fordelt på klinikk

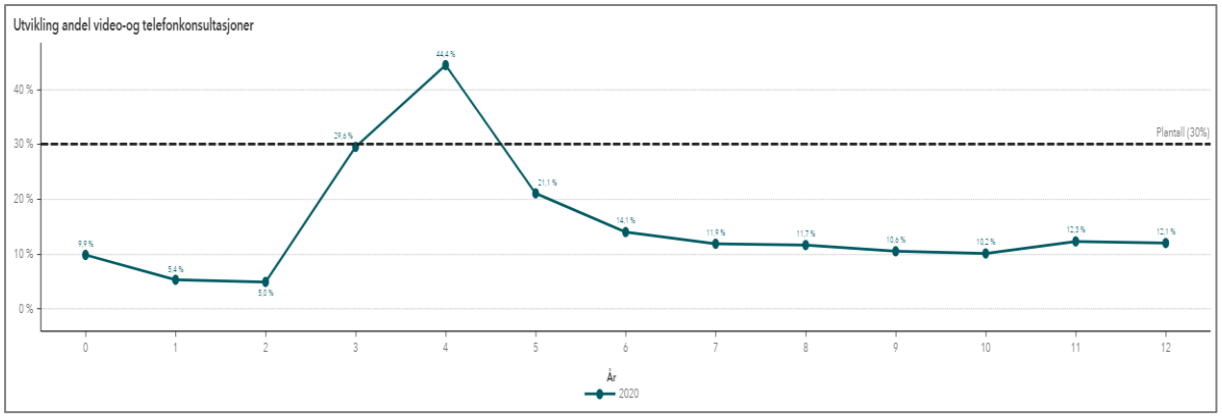
Klinikk	2018	2019	2020
K3K	4,4	4,5	4,8
Hjerte- og lungeklinikken	4,9	4,9	5,0
Medisinsk klinikk	5,4	5,7	5,7
BUK	4,6	5,7	6,1
NOR	4,5	5,1	5,1

Figur 12 Liggetid på sykehusopphold



Telemedisinsk aktivitet

Figur 13 Andel telemedisinsk aktivitet



Den gylne regel

Tabell 16 Den gylne regel (hittil i år)

Den gylne regel				
Funksjon	**Måleparameter**	**2019**	**2020**	**Endring 19 -20**
Somatikk*	Økonomi	4 409 787	4 574 725	3,7 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	662 744	678 094	2,3 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	151 394	153 668	1,5 %
TSB	Økonomi	170 749	176 759	3,5 %
Somatikk	Konsultasjoner	263 476	283 090	7,4 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	59 080	56 624	-4,2 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	31 640	32 614	3,1 %
TSB	Konsultasjoner	13 131	12 464	-5,1 %
Somatikk	Ventetid	64,5	71,8	11,4 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	50,0	73,3	46,7 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50,3	51,1	1,5 %
TSB	Ventetid	29,8	34,3	14,8 %

** Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB.*

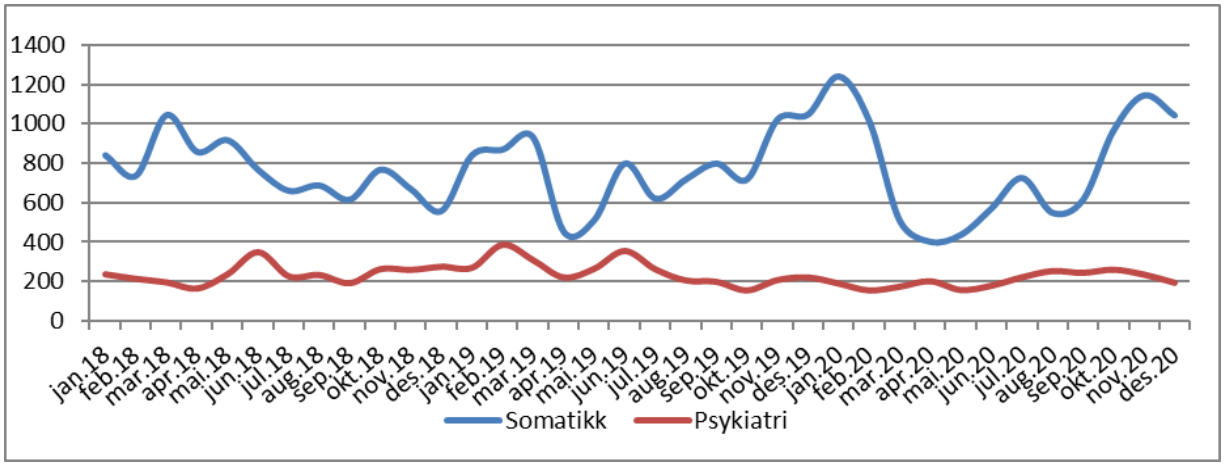
Tabell 17 Den gylne regel (hittil i år)

	Økonomi	Konsultasjoner	Ventetid
Somatikk	3,7 %	7,4 %	11,4 %
Psykisk helse - voksne	2,3 %	-4,2 %	46,7 %
Psykisk helse - barn og unge	1,5 %	3,1 %	1,5 %
TSB	3,5 %	-5,1 %	14,8 %

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 14 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

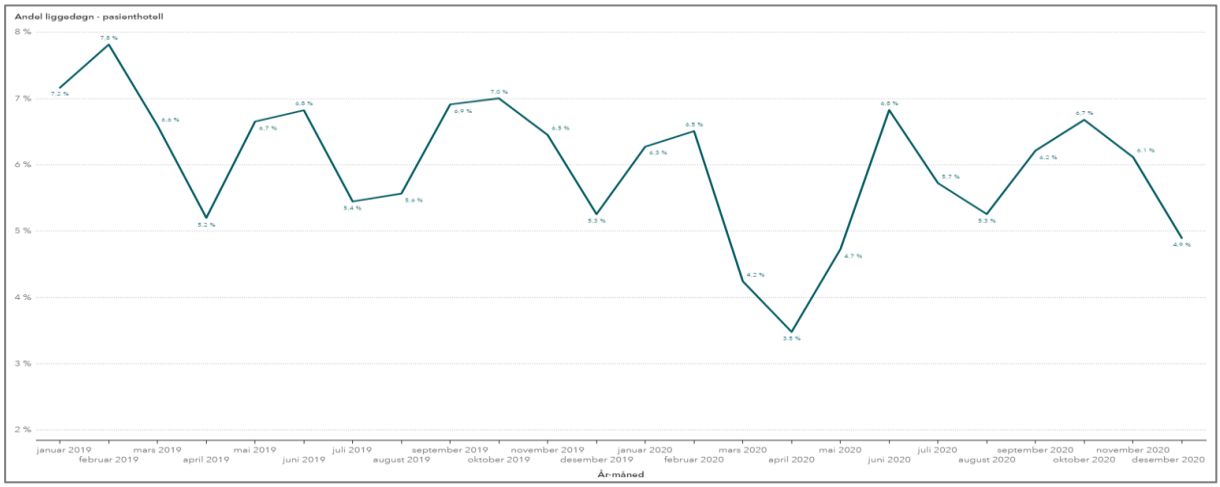


Tabell 18 Utskrivningsklare pasienter hittil i år fordelt på kommune

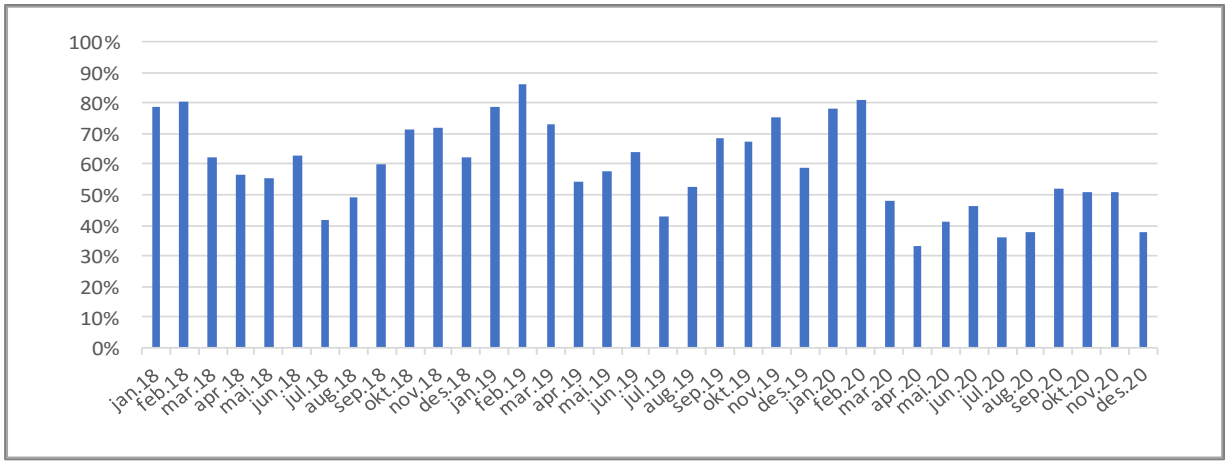
	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
Kommune	Utskrivnings-klare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivnings-klare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivnings-klare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Salangen	239	109	4	2	243	111
Harstad	1 785	72	413	17	2 198	89
Tromsø	4 736	62	1 639	21	6 375	83
Bardu	244	61	4	1	248	62
Ibestad	81	59			81	59
Lødingen	121	58			121	58
Karlsøy	22	10	77	34	99	44
Evenes	59	43			59	43
Tjeldsund	176	41	3	1	179	42
Narvik	822	36	9	0	831	36
Gáivuotna Kåfjor	55	26	16	8	71	34
Lyngen	37	13	59	21	96	34
Kvæfjord	76	27			76	27
Nordreisa	83	17	36	7	119	24
Lavangen	15	14	8	8	23	22
Målselv	137	20	5	1	142	21
Gratangen	20	18			20	18
Skjervøy	36	12	15	5	51	17
Balsfjord	63	11	29	5	92	16
Dyrøy	17	15	1	1	18	16
Storfjord	20	11			20	11
Senja	146	10	3	0	149	10
Kvænangen	6	5	3	2	9	7
Sørreisa	20	6			20	6
SUM	**9 016**	**47**	**2 324**	**12**	**11 340**	**59**

Bruk av pasienthotell

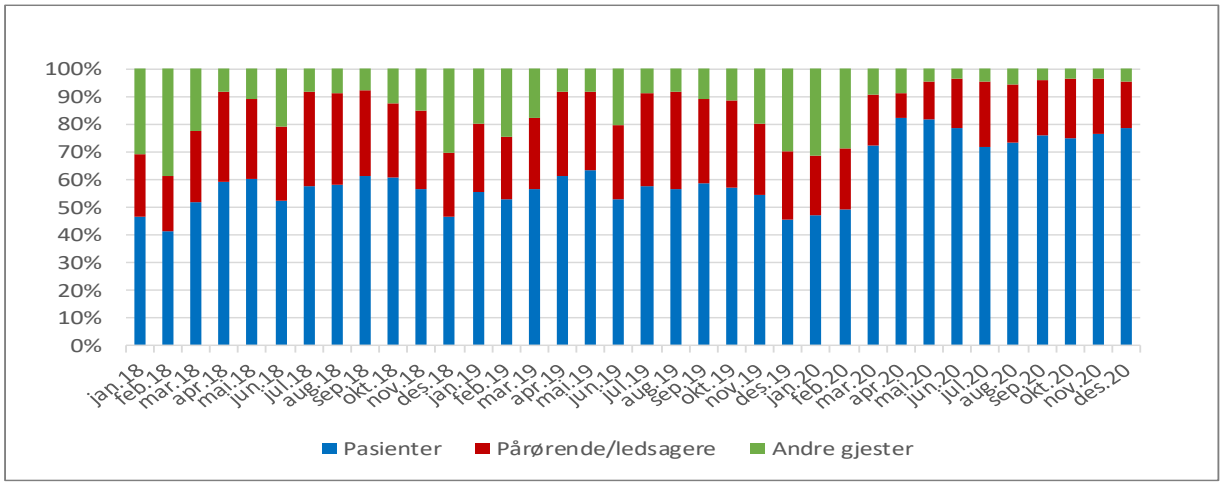
Figur 15 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 16 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Figur 17 Oppholdstype på Pingvinhotellet



Personal

Bemanning

Tabell 19 Brutto utbetalte månedsverk

Måned	Faktisk 2020	Plantall 2020	Avvik mot plan
Januar	6 507	6 393	114
Februar	6 650	6 377	273
Mars	6 679	6 393	286
April	6 739	6 393	346
Mai	6 732	6 408	324
Juni	6 873	6 534	339
Juli	7 164	7 000	164
August	7 040	6 890	149
September	6 849	6 471	378
Oktober	6 786	6 424	362
November	6 858	6 424	434
Desember	6 726	6 424	302
Snitt hittil i år	**6 800**	**6 511**	**289**

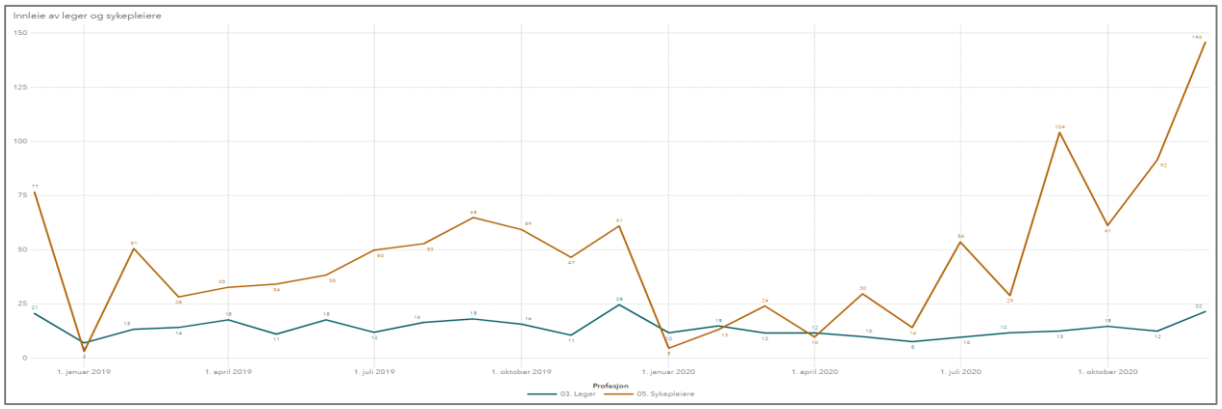
Tabellen viser faktiske månedsverk per måned korrigert for LIS 1 leger, ABIKO og ekstern virksomhet.

Tabell 20 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på klinikk og profesjon

Klinikk	Sum endring 2019-2020	01. Adm. og ledere	02. Pasientrettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeider/ hjelpepleier	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstillinger	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulanseperson ell	11. Forskning
	198,2	21,9	22,3	22,7	12,0	65,3	4,4	2,6	0,2	31,4	14,1	2,0
10 - Akuttmedisinsk klinikk	32,0	4,0	9,0	1,8	-	5,0	0,0	-	-	-2,0	14,1	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	11,9	4,3	3,3	3,6	-	-0,5	0,6	-0,1	-	0,2	-	0,5
13 - Hjerte- og lungeklinikken	57,4	3,4	5,3	6,1	-0,7	44,5	0,1	0,3	-	-0,5	-	-1,1
15 - Medisinsk klinikk	29,5	1,8	3,0	8,4	-0,8	13,0	-2,5	5,9	0,0	0,8	-0,0	-0,2
17 - Barne- og ungdomsklinikken	5,6	0,6	7,6	-3,9	-2,0	3,5	0,2	0,2	-	-0,4	-	-0,2
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-12,1	-1,5	-5,5	3,8	-0,3	-15,5	-2,5	-	-	9,4	-0,0	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	38,8	0,8	3,5	5,2	3,7	19,6	5,3	-0,9	-	1,6	0,0	-0,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	7,2	2,3	-1,0	-4,0	12,1	-3,9	2,0	-	-	0,4	-	-
30 - Diagnostisk klinikk	10,9	7,7	0,4	1,9	-	-0,1	1,0	-3,0	0,1	2,5	-	0,4
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	4,6	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-0,1	-	2,5
45 - Drifts- og eiendomssenteret	23,5	2,7	1,1	-	-	-0,0	-	0,2	-	19,5	-	-
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	-2,3	-2,1	0,0	-0,1	-	-0,4	-	-	-	-	-	0,2
50 - Direktøren	6,6	5,5	-	0,1	1,0	-	-	-	-	-	-	-
52 - Stabssenteret	-6,7	-8,5	1,3	0,1	0,2	0,1	0,0	-	-	0,1	-	-
62 - Fellesinntekter/-kostnader	-8,4	-1,2	-5,7	-0,4	-1,1	-0,0	0,0	-	-	0,0	-0,0	-

Tabellen viser gjennomsnittlig endring i månedsverk 2019-2020 fordelt per profesjon.

Figur 18 Innleide månedsverk sykepleiere og leger



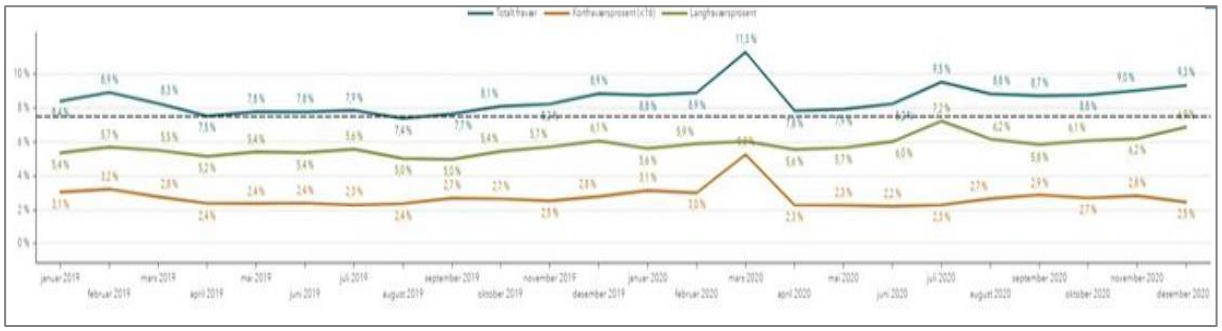
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønnssystem.

Tabell 21 Innleide månedsverk per klinikk

År ▲	2019		2020	
Klinikknavn - UNN ▲	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)
Total	**43,5**	**14,9**	**48,4**	**12,5**
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1,5	0,1	7,6	0,5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	3,1	1,4	1,3	1,9
13 - Hjerte- og lungeklinikken	0,5	0,2	14,7	0,3
15 - Medisinsk klinikk	0,9	2,3	0,3	0,6
17 - Barne- og ungdomsklinikken	2,0	0,2	0,3	0,2
18 - Operasjons- og intensivklinikken	33,6	4,0	22,5	3,0
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	1,9	0,9	1,7	0,8
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	2,5	0,0	2,7
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	3,3	0,0	2,6

Sykefravær

Figur 19 Sykefravær



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

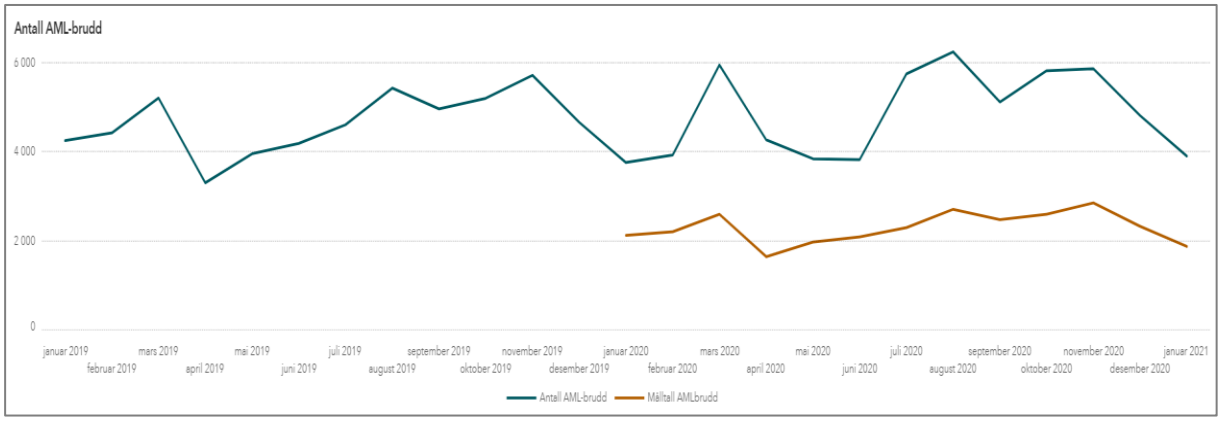
Tabell 22 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikkvis sykefravær

Klinikknavn - UNN	Totalt fravær des 2020	Endring totalt fravær des 2020 mot des 2019	Korttidsfravær des 2020	Endring korttidsfravær des 2020 mot des 2019	Langtidsfravær des 2020	Endring langtidsfravær des 2020 mot des 2019
Total	9,3 %	0,5 %	2,5 %	-0,3 %	6,9 %	0,8 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	12,0 %	3,1 %	2,1 %	-0,1 %	10,0 %	3,1 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,4 %	-0,6 %	2,3 %	0,3 %	5,1 %	-0,9 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	7,4 %	-1,3 %	1,9 %	-0,8 %	5,5 %	-0,5 %
15 - Medisinsk klinikk	8,4 %	-0,2 %	3,0 %	-0,2 %	5,4 %	-0,0 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	7,8 %	-1,2 %	2,1 %	-0,2 %	5,7 %	-1,1 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	9,8 %	-1,0 %	2,0 %	-1,1 %	7,8 %	0,1 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9,6 %	0,5 %	3,4 %	0,8 %	6,1 %	-0,3 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	11,0 %	0,1 %	2,7 %	-1,1 %	8,3 %	1,3 %
30 - Diagnostisk klinikk	9,8 %	2,8 %	2,5 %	-0,6 %	7,2 %	3,5 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	6,1 %	1,4 %	0,5 %	-1,4 %	5,5 %	2,8 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	9,2 %	2,8 %	2,4 %	0,3 %	6,9 %	2,4 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	8,3 %	-1,0 %	1,8 %	-0,4 %	6,5 %	-0,6 %
50 - Direktøren	3,4 %	-3,0 %	0,3 %	-2,3 %	3,1 %	-0,7 %
52 - Stabssenteret	9,6 %	2,4 %	1,6 %	-1,6 %	8,0 %	4,0 %
Annet						

AML-brudd

Figur 20 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 23 AML-brudd per klinikk

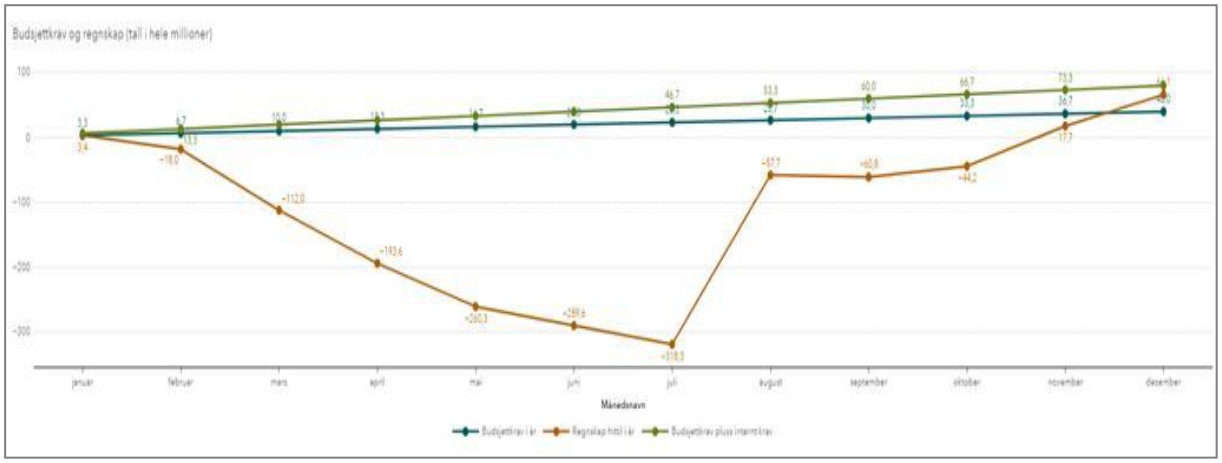
Klinikk - UNN ▲	Brudd desember 2020	Brudd desember 20219	Endring i % samme periode (1)
Total	4 810	4 661	3,2 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	925	951	−2,7 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	306	487	−37,2 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	604	498	21,3 %
15 - Medisinsk klinikk	436	349	24,9 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	170	129	31,8 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	525	804	−34,7 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	728	686	6,1 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	479	544	−11,9 %
30 - Diagnostisk klinikk	365	102	257,8 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	7	.	.
45 - Drifts- og eiendomssenteret	209	103	102,9 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	8	.	.
50 - Direktøren	.	.	.
52 - Stabssenteret	40	2	1 900,0 %
Annet	8	6	33,3 %

Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2019 til 2020

Økonomi

Resultat

Figur 21 Akkumulert regnskap og budsjett 2020



Tabell 24 Resultatregnskap 2020

	Desember				Akkumulert per Desember			
Resultatrapportering (tall i mill kr)	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**	**Avvik i %**	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**	**Avvik i %**
Basisramme	549,1	513,9	35,2	7 %	5 236,4	4 961,8	274,6	6 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,9	3,9	-1,0	-25 %	34,7	34,7	0,0	0 %
ISF egne pasienter	134,9	154,8	-19,9	-13 %	1 630,2	1 893,6	-263,4	-14 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	8,0	5,3	2,7	50 %	88,8	80,7	8,1	10 %
Gjestepasientinntekter	4,1	3,5	0,6	17 %	42,6	42,0	0,6	1 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	16,0	14,2	1,8	13 %	178,6	171,7	6,9	4 %
Utskrivningsklare pasienter	1,7	2,6	-0,9	-36 %	28,4	31,0	-2,6	-8 %
Andre øremerkede tilskudd	4,1	27,2	-23,1	-85 %	405,8	347,5	58,3	17 %
Andre driftsinntekter	37,1	37,9	-0,8	-2 %	391,4	432,3	-40,9	-9 %
Sum driftsinntekter	**757,9**	**763,3**	**-5,5**	**-1 %**	**8 036,7**	**7 995,3**	**41,5**	**1 %**
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,0	19,9	-1,9	-10 %	222,5	225,0	-2,5	-1 %
Kjøp av private helsetjenester	10,5	4,6	5,9	127 %	59,6	37,7	21,9	58 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	71,5	45,8	25,7	56 %	917,1	828,2	89,0	11 %
Innleid arbeidskraft	22,5	3,7	18,8	507 %	99,2	41,2	58,1	141 %
Lønn til fast ansatte	373,3	412,0	-38,7	-9 %	4 291,7	4 389,5	-97,9	-2 %
Overtid og ekstrahjelp	29,7	72,8	-43,1	-59 %	380,3	376,7	3,6	1 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	41,4	40,8	0,6	1 %	505,2	504,3	0,9	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-36,5	-23,0	-13,5	59 %	-331,3	-295,6	-35,7	12 %
Annen lønnskostnad	32,7	43,4	-10,7	-25 %	327,2	356,1	-28,9	-8 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	**421,8**	**508,9**	**-87,1**	**-17 %**	**4 767,0**	**4 867,8**	**-100,9**	**-2 %**
Avskrivninger	32,6	36,9	-4,3	-12 %	314,3	322,8	-8,5	-3 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	112,7	102,0	10,7	10 %	1 171,2	1 156,0	15,3	1 %
Sum driftskostnader	**708,5**	**758,9**	**-50,4**	**-7 %**	**7 956,9**	**7 941,8**	**15,1**	**0 %**
Driftsresultat	**49,4**	**4,5**	**44,9**	**1008 %**	**79,9**	**53,5**	**26,4**	**49 %**
Finansinntekter	0,3	1,0	-0,7		5,5	12,0	-6,5	
Finanskostnader	1,3	2,1	-0,9		19,3	25,5	-6,2	
Finansresultat	-1,0	-1,1	0,1		-13,7	-13,5	-0,2	
Ordinært resultat	**48,4**	**3,3**	**45,1**	**1352 %**	**66,1**	**40,0**	**26,1**	**65 %**

Tabell 25 Resultatregnskap 2020, ekskl. eksternfinansiering

	Desember ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Desember ekskl eksternfinansiering		
Resultatrapportering (tall i mill kr)	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**
Basisramme	549,1	513,9	35,2	5 236,4	4 961,8	274,6
Kvalitetsbasert finansiering	2,9	3,9	-1,0	34,7	34,7	0,0
ISF egne pasienter	134,9	154,8	-19,9	1 630,2	1 893,6	-263,4
ISF av legemidler utenfor sykehus	8,0	5,3	2,7	88,8	80,7	8,1
Gjestepasientinntekter	4,1	3,5	0,6	42,6	42,0	0,6
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	16,0	14,2	1,8	178,6	171,7	6,9
Utskrivningsklare pasienter	1,7	2,6	-0,9	28,4	31,0	-2,6
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	37,1	37,9	-0,8	391,4	432,3	-40,9
Sum driftsinntekter	**753,7**	**736,1**	**17,6**	**7 631,0**	**7 647,8**	**-16,8**
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,0	19,9	-1,9	222,5	225,0	-2,5
Kjøp av private helsetjenester	10,5	4,6	5,9	59,2	37,4	21,8
Varekostnader knyttet til aktivitet	71,4	44,7	26,6	901,4	814,7	86,7
Innleid arbeidskraft	22,5	3,7	18,8	99,2	41,2	58,1
Lønn til fast ansatte	371,2	397,9	-26,8	4 081,8	4 209,9	-128,0
Overtid og ekstrahjelp	29,2	69,6	-40,4	333,1	336,4	-3,2
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	40,8	37,3	3,5	453,6	460,1	-6,5
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-36,3	-22,0	-14,3	-316,7	-283,0	-33,6
Annen lønnskostnad	32,4	41,5	-9,1	299,6	332,4	-32,9
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	**419,0**	**490,8**	**-71,8**	**4 497,1**	**4 636,8**	**-139,7**
Avskrivninger	32,6	36,9	-4,3	314,3	322,8	-8,5
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	112,0	97,5	14,6	1 103,1	1 097,6	5,5
Sum driftskostnader	**704,4**	**731,7**	**-27,3**	**7 551,1**	**7 594,3**	**-43,2**
Driftsresultat	**49,4**	**4,5**	**44,9**	**79,9**	**53,5**	**26,4**
Finansinntekter	0,3	1,0	-0,7	5,5	12,0	-6,5
Finanskostnader	1,3	2,1	-0,9	19,3	25,5	-6,2
Finansresultat	-1,0	-1,1	0,1	-13,7	-13,5	-0,2
Ordinært resultat	**48,4**	**3,3**	**45,1**	**66,1**	**40,0**	**26,1**

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

	Desember			Akkumulert per desember		
Regnskap per klinikk - tall i mill kr	**Regnskap**	**Budsjett**	**Avvik**	**Regnskap - HiA**	**Budsjett - HiA**	**Avvik - HiA**
10 - Akuttmedisinsk klinikk	47,9	42,1	-5,8	507,8	425,6	-82,2
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	29,2	23,0	-6,3	237,0	134,3	-102,7
13 - Hjerte- lungeklinikken	26,0	17,6	-8,3	218,4	144,7	-73,7
15 - Medisinsk klinikk	39,8	35,0	-4,8	437,7	325,1	-112,6
17 - Barne- og ungdomsklinikken	26,1	22,8	-3,3	232,6	212,4	-20,2
18 - Operasjons- og intensivklinikken	71,7	69,8	-1,8	796,6	723,8	-72,8
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	33,2	25,0	-8,2	331,9	233,4	-98,5
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	66,8	64,4	-2,4	713,7	696,5	-17,2
30 - Diagnostisk klinikk	67,5	53,1	-14,4	668,1	577,4	-90,7
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,0	0,0	0,0	4,3	4,3	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	77,2	60,8	-16,4	647,2	601,6	-45,6
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	11,6	24,1	12,5	110,0	132,6	22,6
52 - Stabssenteret	3,2	4,1	0,9	29,0	33,0	4,1
62 - Felles	-557,7	-454,7	103,1	-5 122,9	-4 406,8	716,1
Totalt	**48,4**	**3,3**	**45,1**	**66,1**	**40,0**	**26,1**

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**19/2021**
Møtedato:	**17.03.2021**
Arkivsak:	2021/7-1
Saksbehandler:	Lars Øverås og Haakon Lindekleiv

Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2021

Innstilling til vedtak

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

Bakgrunn

Vedlagt Kvalitets- og virksomhetsrapport presenterer resultater ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for januar 2021 og tertialrapport for tiltaksområdene *I trygge hender 24-7* (tidligere omtalt som pasientsikkerhetsprogrammet).

Formål

Gi styret informasjon om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

Saksutredning

Det vises til vedlagte *Kvalitets- og virksomhetsrapport for januar 2021* som bakgrunn for etterfølgende vurdering.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 9. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 17.03.2021.

Vurdering

Selv om UNN har hatt få pasienter innlagt med Covid-19, er fortsatt virksomheten preget av pandemien. Mange pasienter innlegges fortsatt med spørsmål om Covid-19, kontaktreduserende tiltak medfører mindre effektiv drift, og medarbeidere har vært i karantene på grunn av lokale smitteutbrudd. Videre har det vært færre tilgjengelige vikarer, og det kom i 2021 nye nasjonale karanteneregler for utenlandske vikarer. UNN startet med å vaksinere våre medarbeidere mot koronaviruset i januar.

Indikatorer på kvalitet og aktivitet
Det vil langt ut i 2021 eksistere et etterslep som følge av at planlagt aktivitet ble redusert våren 2020. Det pågår flere tiltak for å korrigere etterslepet, for eksempel helge- og kveldspoliklinikk, gjennomgang av poliklinikklister for å avslutte kontroller uten merverdi for pasienten, jobbglidning til sykepleier eller fysioterapeut, og arbeid med å omgjøre til videokonsultasjoner. Noen av tiltakene er særskilt rettet mot fagområdene som utgjør flertallet av fristbrudd og lengeventende pasienter. For voksenpsykiatri og rus foregår det tiltak relatert til pasientflyt i poliklinikkene, herunder organisering av vurderingssamtaler og fokus på avslutninger, samt kveldspoliklinikk.

Andelen pasienter passert planlagt tid er fortsatt fallende (til 15,2 %) og nærmer seg resultatene fra før pandemien. Dette betyr at UNN i januar overholdt 84,8 % av pasientavtalene. Oppdragsdokument 2021 stiller krav om at UNN skal overholde minst 95 % av avtalene innen utgangen av 2021. Ventetiden i UNN er fortsatt over kravene til måloppnåelse. Sammenlignet med november 2020 er gjennomsnittlig ventetid for somatikk relativt uendret (76 vs. 78 dager), mens ventetiden økte for psykisk helse voksne (73 vs. 64 dager) og psykisk helse barn og unge (52 vs. 41 dager). Andelen fristbrudd er svakt fallende. Et unntak er Medisinsk klinikk der andel fristbrudd har økt fra 16,5 % i oktober 2020 til 19,8 % i januar 2021. Fagfeltene som er spesielt utfordrende er fordøyelsessykdommer, lungemedisin, hjertemedisin og hormonsykdommer. Arbeidet med dette er innskjerpet. Det er påstartet en prosess for å utvikle nye tiltak innen april 2021.

Andelen planlagte kontakter satt rett på time de neste seks månedene er lav for somatikk, men høy for psykiatri. Indikatoren viser i hvor stor grad sykehusene setter opp timeavtaler med fastsatt dato og tid for pasientene. Dette er viktig for både pasienter og for bemanningsstyringen i sykehusene. UNN ligger på nivå med sykehusene i Helse Nord, men lavere enn de andre universitetssykehusene. For psykiatri skyldes den høye andelen et høyt antall planlagte behandlingsrekker frem i tid. Det vil bli jobbet med å korte ned behandlingsrekker der dette er forsvarlig for å frigjøre kapasitet til å behandle flere pasienter. Oppdragsdokument 2021 stiller krav om at UNN skal øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021. Arbeidet med dette vil innskjerpes. Det er påstartet en prosess for å utvikle nye tiltak i løpet av april 2021.

Den telemedisinske aktiviteten har vært stabil, og cirka 12 % av konsultasjonene har vært gjennomført på video eller telefon. Oppdragsdokument 2021 stiller krav om at andelen skal økes til 15 % innen utgangen av 2021. Tiltaksarbeidet er innskjerpet.

Det er god måloppnåelse for andel kreftpakkeforløp innen standardisert forløpstid.

Andel strykninger samme dag av planlagte operasjoner er tilnærmet uendret de siste to årene. Iverksatte tiltak har hittil ikke hatt effekt, og det vil vurderes nye tiltak for å redusere samme dags styrkninger innen april 2021.

Andelen epikriser sendt innen en dag er tilnærmet uendret siste to år. Eksisterende tiltak har ikke hatt tilstrekkelig effekt. En arbeidsgruppe har identifisert flere årsaker. En årsak er at overleger ofte skriver egne epikriser og kontrasignerer epikriser fra leger i spesialisering sent. En underliggende årsak til dette er at det i liten grad er avsatt tid i arbeidsplaner for overleger til å kontrasignere epikriser. Det vil bli småskalatestet ulike tiltak i løpet av 2021, men et større arbeid med å øke andelen er nedprioritert for å fokusere på å redusere ventetid og redusere andelen pasienter passert planlagt tid.

Aktiviteten målt ved DRG-poeng var totalt sett lavere i 2021 enn planlagt (7 % lavere i somatikk og 11 % lavere i psykiatri/rus). Årsaken til dette er sammensatt. En årsak kan være at den planlagte aktiviteten i flere klinikker kan være satt for høyt budsjettmessig, og at pasientoppholdene har vært mindre komplekse (lavere DRG per opphold) enn forutsatt. Mange utskrivningsklare pasienter virker også hemmende på planlagt drift. En annen årsak er kodingen fra januar som ikke er komplett, og denne kan både øke og redusere DRG-poengene. Videre var det 3 % færre innleggelser som øyeblikkelig hjelp i januar 2021 sammenlignet med 2020. Aktiviteten på elektive postopphold var stabil i januar 2021 sammenlignet med samme periode i 2020. Aktiviteten på polikliniske konsultasjoner var høyere enn planlagt, men polikliniske konsultasjoner genererer en svært liten andel av DRG-poengene.

I trygge hender 24/7
Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet opphørte i 2019 og er nå videreført som *I trygge hender 24/7.* Det pågår et godt arbeid i klinikkene på de utvalgte innsatsområdene som beskrevet i vedlagte tertialrapport.

Arbeidet med pasientsikkerhet i UNN vil bli revidert i løpet av 2021 for å spisse fokus mot de områdene der det er størst utfordringer med pasientsikkerheten, men som ikke inngår som egne innsatsområder i det nasjonale *I trygge hender 24/7.* Et eksempel på dette er sammenhengen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, samt at høy turnover og mange nye ansatte kan medføre svakere kompetanse i pasientbehandlingen.

Sykefravær
I forbindelse med Covid-19 pandemien har tiltak direkte knyttet til sykefravær ikke vært prioritert. Ettersom generelle smitteverntiltak er skjerpet, er det grunnlag for å anta at sykefravær relatert til andre smittsomme sykdommer er redusert, men dette har ikke blitt avspeilet i korttidsfraværet. En mulig årsak til sistnevnte er at det har blitt lavere terskel for å være hjemme med luftveissymptomer.

Økonomi
Det økonomiske resultatet for januar endte med et negativt budsjettavvik på 13,3 mill. kroner. Avviket består i hovedsak av lavere ISF inntekter enn planlagt. Det var 1 335 færre sykehusopphold i januar 2021 mot tilsvarende periode i fjor. På tross av dette har vi ikke klart å ta ned kostnadene. Kostnader som personalkostnader, laboratorierekvisita, andre medisinske forbruksvarer og insulinpumper har økt med 14,2 mill. kroner i forhold til budsjett. Hovedårsaken til kostnadsøkningen er merkostnader i forbindelse med Covid-19. Pasienttransport og egne reisekostnader har en besparelse på hhv 1,2 mill. kroner og 3,1 mill.

kroner i januar. Situasjonen rundt karanteneregler er med på å fordyre innleie av vikarer fra utlandet.

Klinikkene har en negativ styringsfart inn i 2021. Denne farten skal hentes inn i løpet av 2021 ved tiltak som er utarbeidet i handlingsplanene utarbeidet høsten 2020. Det er for tidlig å si noe om utviklingen nå i januar. Vi har mottatt Covid-19 midler for 2021 som skal ta høyde for endringer i smittevern, beredskap og etterslep. Vi har forutsatt at pandemien vil gi økte kostnader første halvår.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets og virksomhetsrapport januar 2021

2. Rapportering innsatsområder pasientsikkerhet 3. tertial 2020 til KVR

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Januar 2021

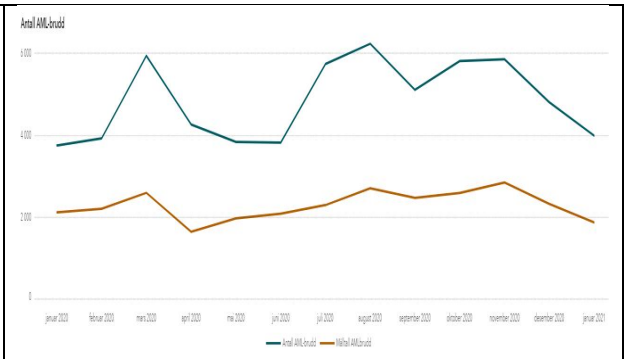
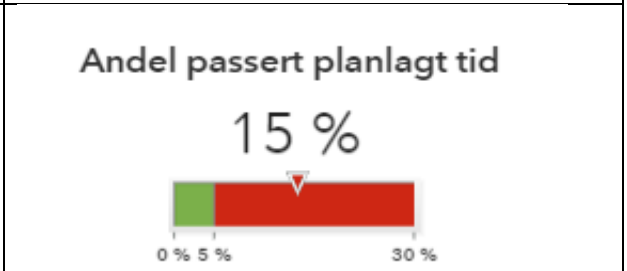
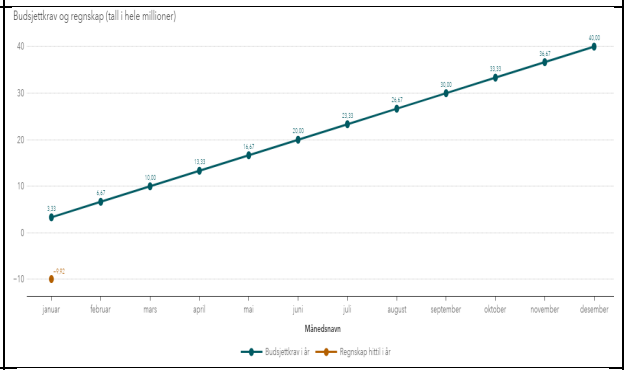
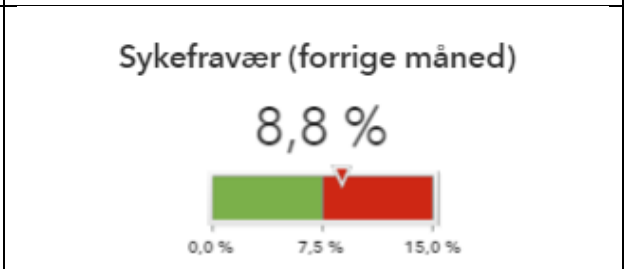
DET ER RESULTATENE FOR PASIENTENE SOM TELLER!
VI GIR DEN BESTE BEHANDLING.

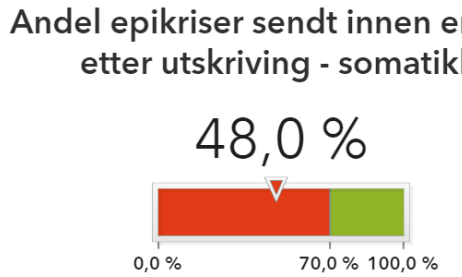
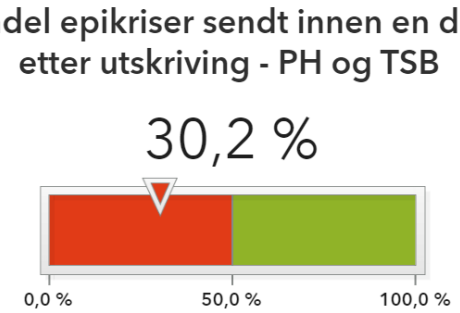
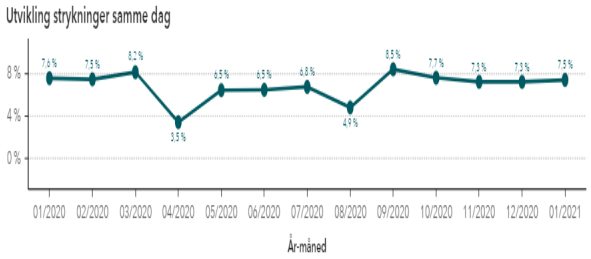
KVALITET TRYGGHET RESPEKT OMSORG

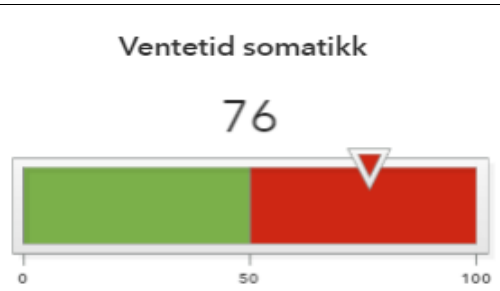
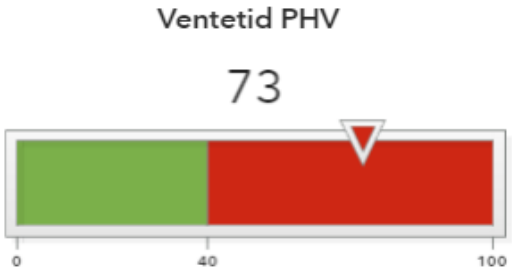
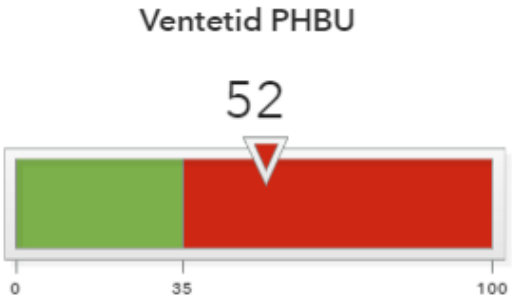
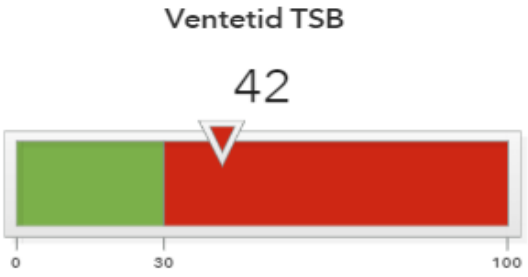
Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse 2
Hovedindikatorer 3
Kvalitet 6
Pakkeforløp – kreftbehandling tall tom desember 2020 6
Ventelister 8
Ventetid 8
Fristbrudd 9
Korridorpasienter 10
Passert planlagt tid 11
Planleggingshorisont 12
Strykninger 13
Epikrisetid 14
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern 15
Oppholdstid i akuttmottaket 15
Aktivitet 16
DRG 16
Liggetid på sykehusopphold - somatikk 17
Telemedisinsk aktivitet 18
Den gylne regel 18
Samhandling 19
Utskrivningsklare pasienter 19
Bruk av pasienthotell 20
Personal 21
Bemanning 21
Sykefravær 23
AML-brudd 24
Økonomi 25
Resultat 25
Prognose 26

Hovedindikatorer

AML-brudd **Måltall: < -50 %** **Januar: 6,4 %**	
Passert planlagt tid **Måltall: < 5 %** **Januar: 14,9 %**	
Budsjettavvik akkumulert per januar **-13,3 mill kr**	
Sykefravær **Måltall: 7,5 %** **Januar: 8,8 %**	

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, desember 2020 **Måltall: 70 %** **Andel i pakkeforløp: 76,3 %** **Andel innenfor frist: 76,0 %**	Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp hittil i år. Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling hittil i år.
Andel epikriser sendt innen 1 dag somatikk **Måltall: 70 % innen 1 dag** **Januar: 48,0 %**	
Andel epikriser sendt innen 1 dag PH og TSB **Måltall: 50 % innen 1 dag** **Januar: 30,2 %**	
Strykninger av planlagte operasjoner **Måltall: < 5 %** **Januar: 7,5 %**	

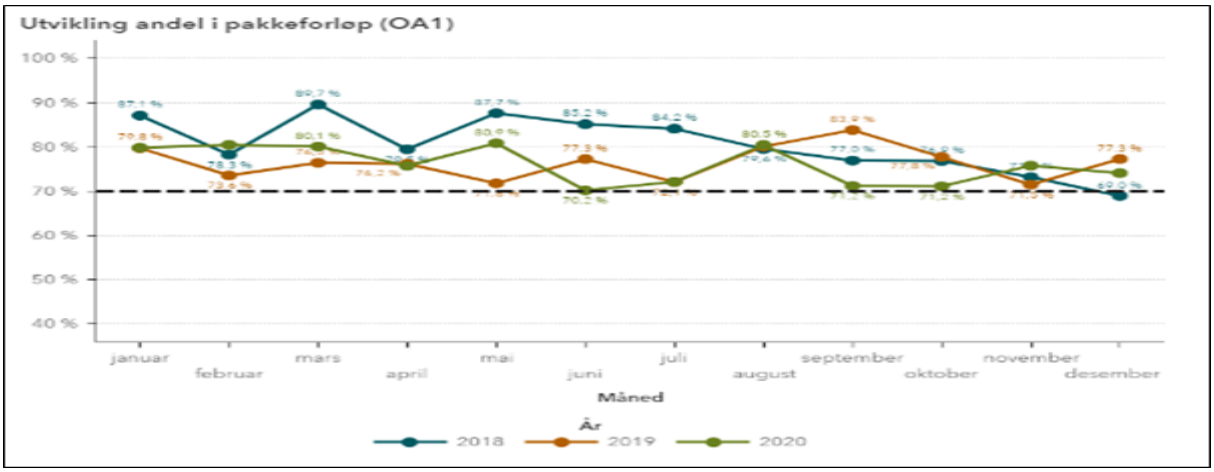
Ventetid somatikk **Måltall: < 50** **Januar: 76**	
Ventetid PHV **Måltall: < 40** **Januar: 73**	
Ventetid PHBU **Måltall: < 35** **Januar: 52**	
Ventetid TSB **Måltall: < 30** **Januar: 42**	

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling tall tom desember 2020

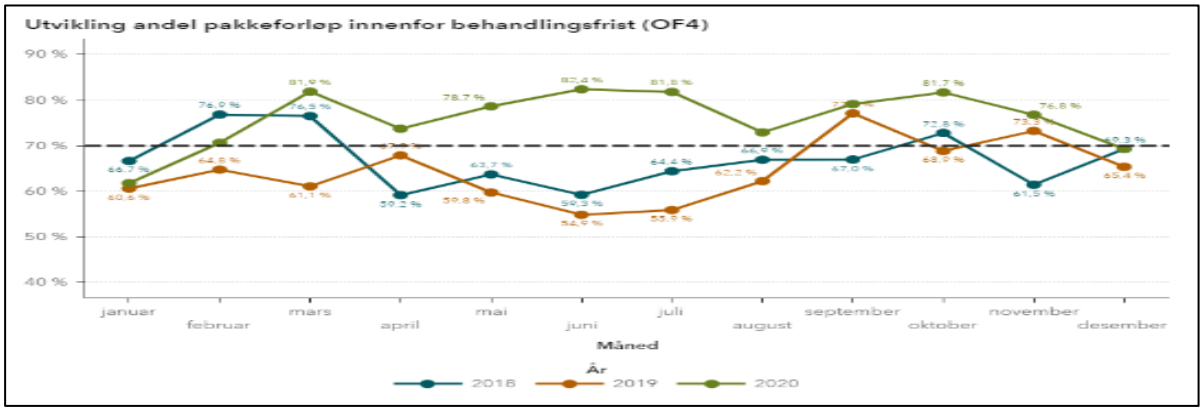
UNN har fokus på to kreftpakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp



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

Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist



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

Tabell 1 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp hittil i år

Pakkeforløp	Behandlingstype	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	Antall innen std forløpstid	Andel innen frist
Total		**1039**	**790**	**76,0%**
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	4	4	100,0%
Blærekreft	Kirurgi	40	34	85,0%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Brystkreft	Kirurgi	121	81	66,9%
	Medikamentell behandling	55	50	90,9%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	6	4	66,7%
	Medikamentell behandling	12	11	91,7%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	36	34	94,4%
	Medikamentell behandling	3	3	100,0%
Føflekkreft	Kirurgi	120	117	97,5%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Galleveiskreft	Kirurgi	6	5	83,3%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Hjernekreft	Kirurgi	17	16	94,1%
	Strålebehandling	2	1	50,0%
Hode- halskreft	Kirurgi	19	16	84,2%
	Strålebehandling	24	13	54,2%
Kreft hos barn	Kirurgi	3	2	66,7%
	Medikamentell behandling	8	6	75,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	10	7	70,0%
	Medikamentell behandling	11	11	100,0%
	Strålebehandling	9	7	77,8%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	Overvåking uten behandling	5	5	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	4	3	75,0%
	Strålebehandling	3	3	100,0%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	32	30	93,8%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
	Strålebehandling	1	1	100,0%
Lungekreft	Kirurgi	28	19	67,9%
	Medikamentell behandling	28	22	78,6%
	Strålebehandling	59	48	81,4%
Lymfomer	Medikamentell behandling	43	36	83,7%
	Strålebehandling	10	5	50,0%
Myelomatose	Medikamentell behandling	4	4	100,0%
Nevroendokrine svulster	Kirurgi	7	5	71,4%
	Medikamentell behandling	2	0	0,0%
Nyrekreft	Kirurgi	22	13	59,1%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
	Strålebehandling	1	1	100,0%
Peniskreft	Kirurgi	5	4	80,0%
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgi	5	0	0,0%
Prostatakreft	Kirurgi	41	15	36,6%
	Medikamentell behandling	30	10	33,3%
	Overvåking uten behandling	13	8	61,5%
	Strålebehandling	2	1	50,0%
Sarkom	Kirurgi	3	3	100,0%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
	Strålebehandling	3	3	100,0%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	32	26	81,3%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	3	0	0,0%
	Overvåking uten behandling	13	12	92,3%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	104	71	68,3%
	Medikamentell behandling	5	5	100,0%
	Strålebehandling	19	12	63,2%

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

Ventelister

Tabell 2 Venteliste

	2019	2020	2021	Endring 2020-2021	Endring %
Pasienter på venteliste	9 213	10 065	11 211	1 146	11
Gjennomsnittlig ventetid dager	60	64	83	19	30
Ikke møtt til planlagt avtale	1 565	1 273	1 290	17	1

Antall pasienter på venteliste per siste avslutta måned. Gjennomsnitt ventetid hittil i år per siste avslutta måned

Ventetid

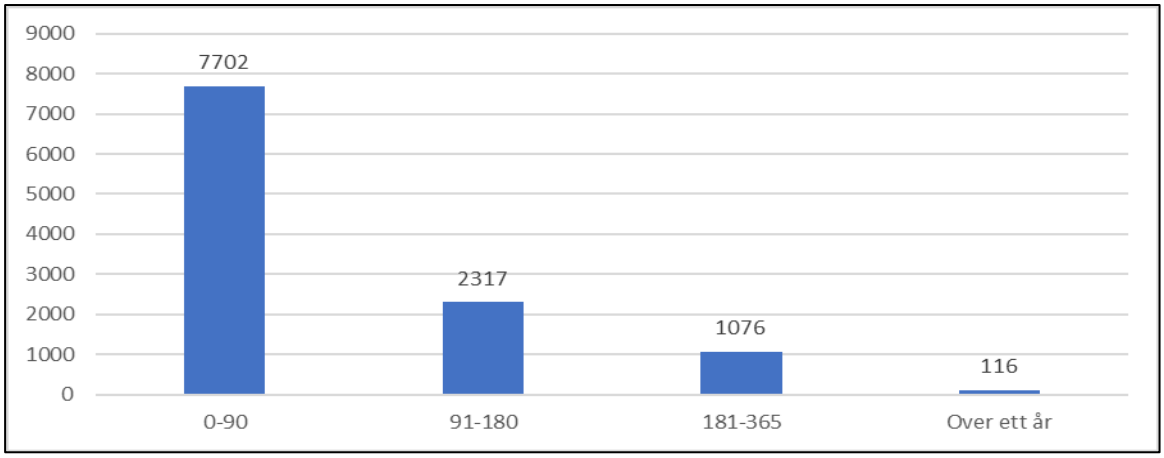
Tabell 3 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

	2019	2020	2021	Endring 2020-2021	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	61	66	76	10	15
Median ventetid i dager	52	54	56	2	4

Tabell 4 Gjennomsnitt ventetid i dager hittil i år fordelt på hovedfagområde og klinikk

Næring	Klinikknavn - UNN	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede
Total		**76**
Somatisk virksomhet	13 - Hjerte- og lungeklinikken	113
Somatisk virksomhet	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	84
Somatisk virksomhet	15 - Medisinsk klinikk	69
Somatisk virksomhet	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	61
Somatisk virksomhet	17 - Barne- og ungdomsklinikken	49
Psykisk helsevern voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	73
Psykisk helsevern voksne	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	
Psykisk helsevern barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	53
TSB	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	44

Figur 3 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



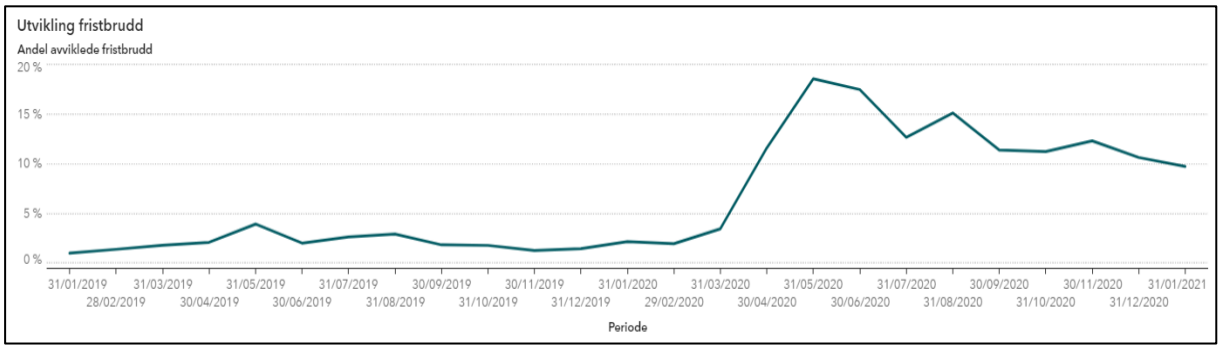
Fristbrudd

Tabell 5 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden

Klinikknavn - UNN	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd
Total	**1 393**	**11 211**	**12,4 %**
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	135	2 074	6,5 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	20	563	3,6 %
15 - Medisinsk klinikk	250	1 262	19,8 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	25	602	4,2 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	854	6 187	13,8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	108	520	20,8 %

Antall aktive fristbrudd ved utgangen av måneden totalt og pr klinikk. Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

Figur 4 Prosent avviklet fristbrudd



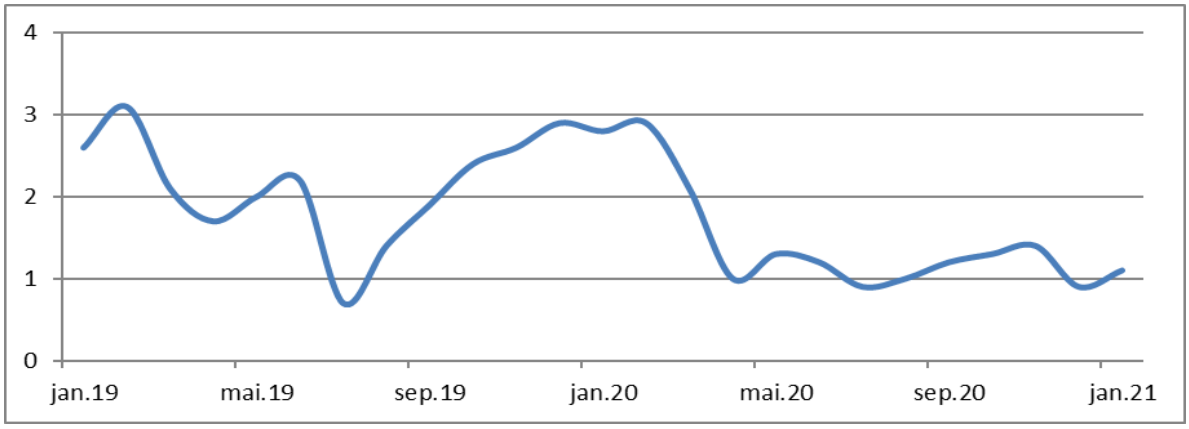
Andel avviklet etter frist per måned

Tabell 6 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	des.20	jan.21
SUM	**481**	**558**
17 - Barne- og ungdomsklinikken	6	10
13 - Hjerte- og lungeklinikken	8	20
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	22	49
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	39	56
15 - Medisinsk klinikk	63	99
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	342	324

Korridorpasienter

Figur 5 Korridorpasienter andel per måned – somatikk



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

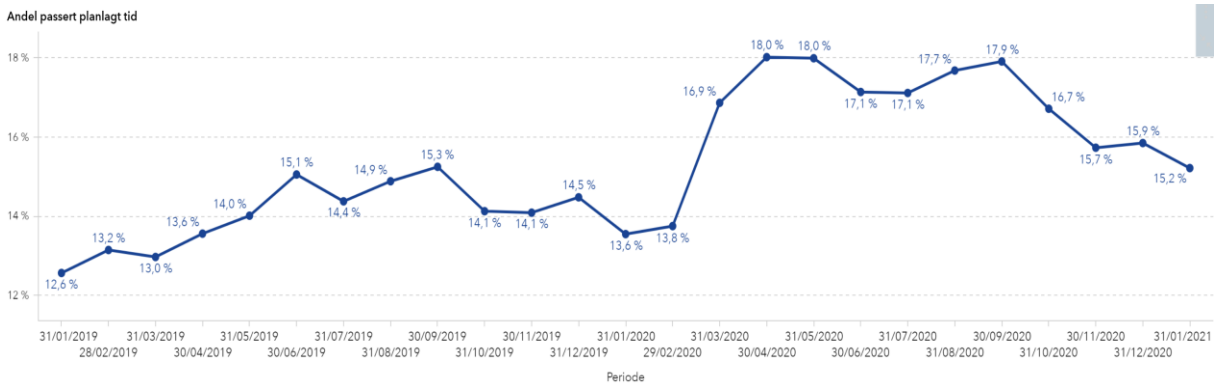
Tabell 7 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Hjertemed. post Tromsø	886	31	3,5 %
Ortopedisk post Tromsø	764	15	2,0 %
Fordøyelse-nyre post Tromsø	379	13	3,4 %
Ortopedisk post Harstad	320	13	4,1 %
Geriatrisk post Tromsø	397	12	3,0 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	655	8	1,2 %
Ort-kir. post Narvik	405	5	1,2 %
Medisinsk post A Harstad	360	5	1,4 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	674	5	0,7 %
Rehabiliteringspost Harstad	157	4	2,5 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	638	3	0,5 %
HLK kir. post Tromsø	655	1	0,2 %
Kirurgisk post Harstad	359	1	0,3 %

Målepunkt: kl. 07:00 pr dag.

Passert planlagt tid

Figur 6 Andel passert planlagt tid



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

Tabell 8 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på fagområde (10 største)

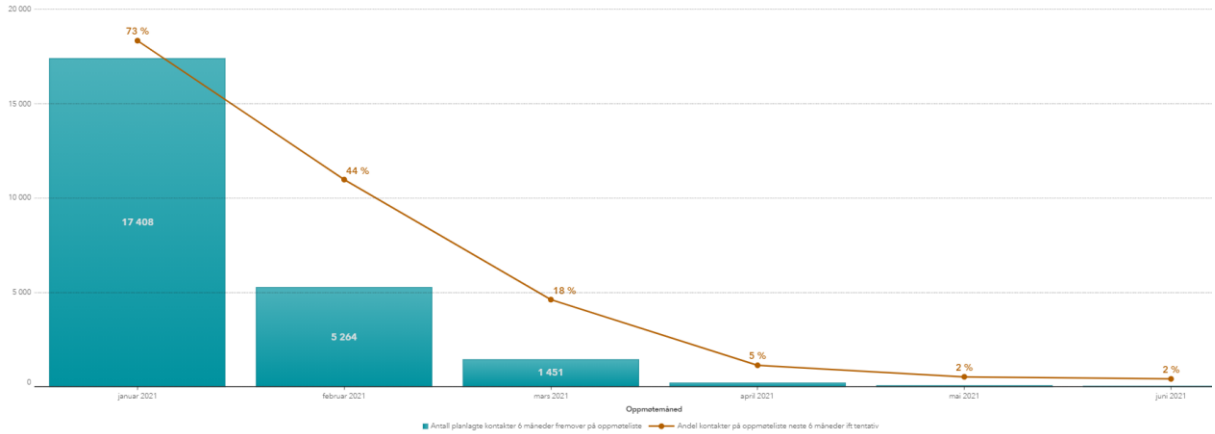
Fagområde	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter	Andel passert planlagt tid
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	5 177	1 509	29,1%
Øre-nese-hals sykdommer	6 224	1 468	23,6%
Lungesykdommer	2 467	1 040	42,2%
Fordøyelsessykdommer	4 122	876	21,3%
Hjertesykdommer	5 811	828	14,2%
Øyesykdommer	4 329	708	16,4%
Endokrinologi	2 978	656	22,0%
Ortopedisk kirurgi (inklusiv revmakirurgi)	5 432	631	11,6%
Psykisk helsevern barn og unge	3 666	492	13,4%
Psykisk helsevern voksne	3 200	339	10,6%

Tabell 9 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på klinikk

Klinikk	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter	Andel passert planlagt tid
Nevro-, orto- og rehabklinikk - UNN	31 605	5 118	16,2%
Medisinsk klinikk - UNN	10 188	2 068	20,3%
Hjerte- og lungeklinikk - UNN	9 241	1 944	21,0%
Barne- og ungdomsklinikk - UNN	7 062	791	11,2%
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN	11 716	600	5,1%
Psykisk helse og rusklinikk - UNN	3 556	376	10,6%
Operasjon- og intensivklinikk - UNN	483	83	17,2%
Kvalitets- og utviklingsenter - UNN	70	25	35,7%
Akuttmedisinsk klinikk - UNN	1	1	100,0%

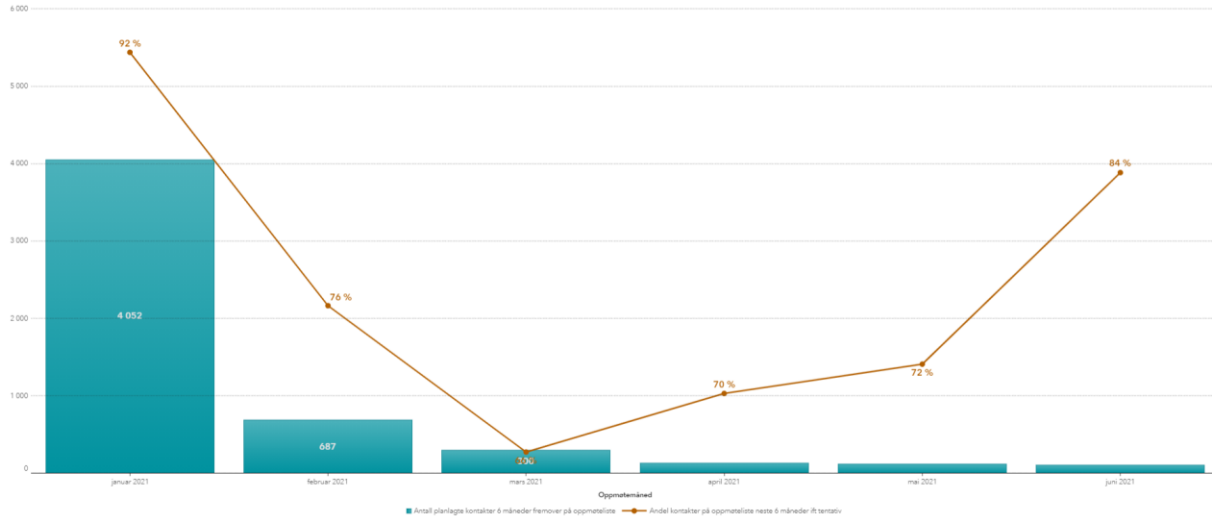
Planleggingshorisont

Figur 7 Antall og andel planlagte kontakter 6 mnd. fremover på oppmøteliste - Somatikk



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

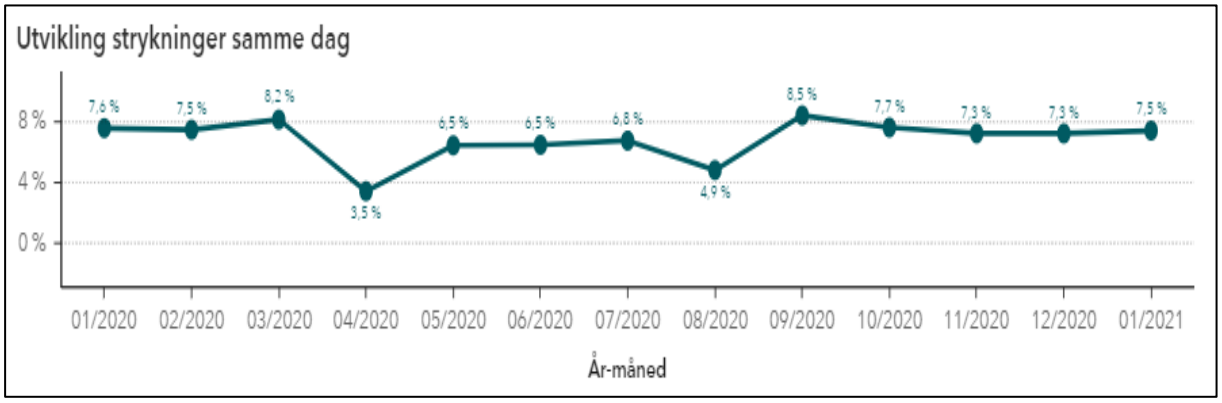
Figur 8 Antall og andel planlagte kontakter 6 mnd. fremover på oppmøteliste -Psykiatri



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

Strykninger

Figur 9 Strykninger samme dag av planlagte operasjoner (prosent)

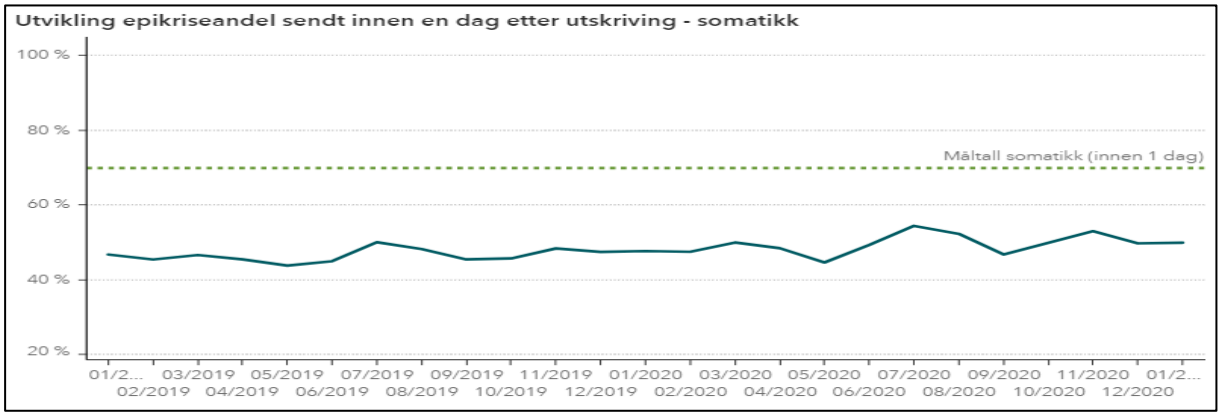


Tabell 10 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned (sammedagsstrykning)

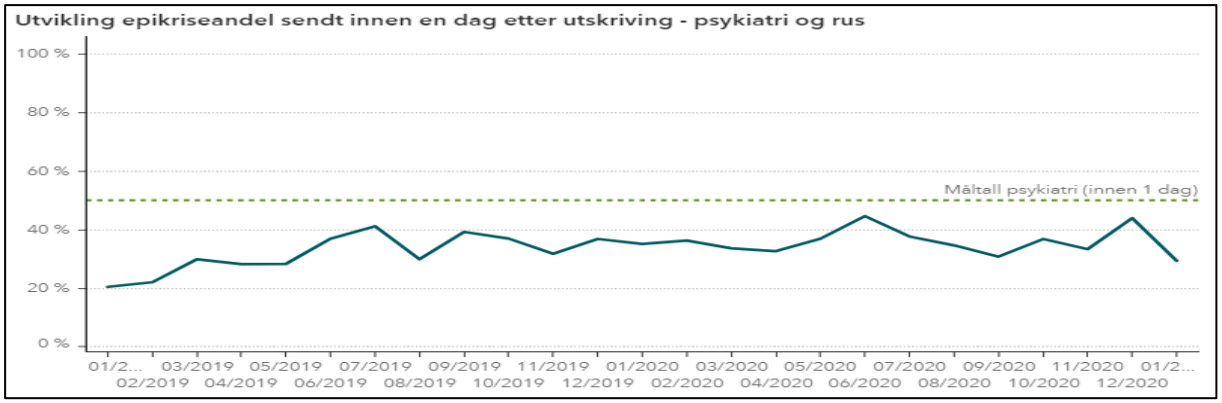
Strykningskategorier UNN	Sum strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag
SUM	**578**	**105**	**18,2%**
Sykehus - kliniske årsaker	89	26	29,2%
Sykehus - ikke klinisk årsak	200	53	26,5%
Årsaker hos pasient	289	26	9,0%

Epikrisetid

Figur 10 Epikriser - andel sendt innen en dag- somatikk



Figur 11 Epikriser - andel sendt innen en dag- psykiatri og rus

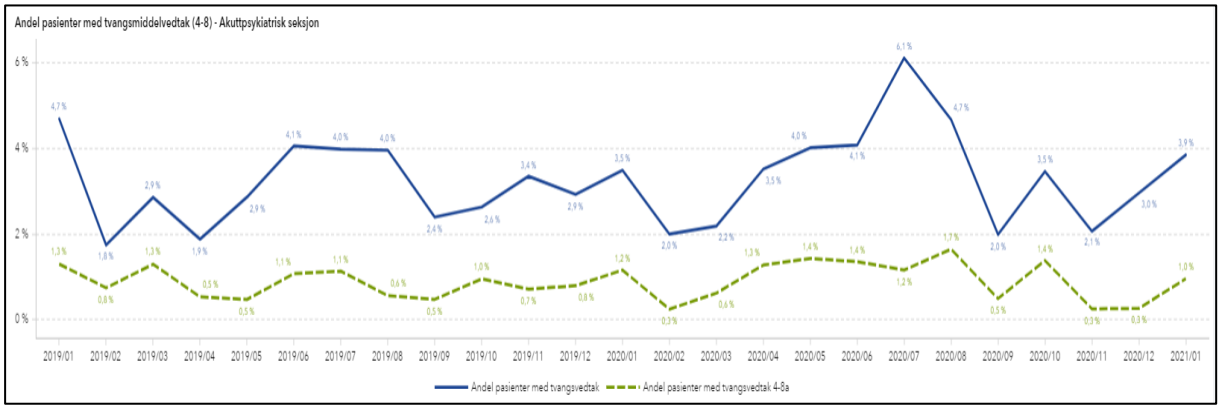


Tabell 11 Antall og andel epikriser sendt innen 1 dag siste måned per hovedfagområde og klinikk

Hovedfagområde	Klinikk UNN	Antall epikriser sendt innen 1 dag	Andel epikriser sendt innen 1 dag
Total		**1 407**	**46,9%**
Psykisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	2	16,7%
Psykisk helsevern, voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	67	27,8%
Somatikk	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	348	47,9%
Somatikk	13 - Hjerte- og lungeklinikken	235	46,8%
Somatikk	15 - Medisinsk klinikk	313	53,2%
Somatikk	17 - Barne- og ungdomsklinikken	47	61,8%
Somatikk	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	368	46,6%
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	27	42,2%

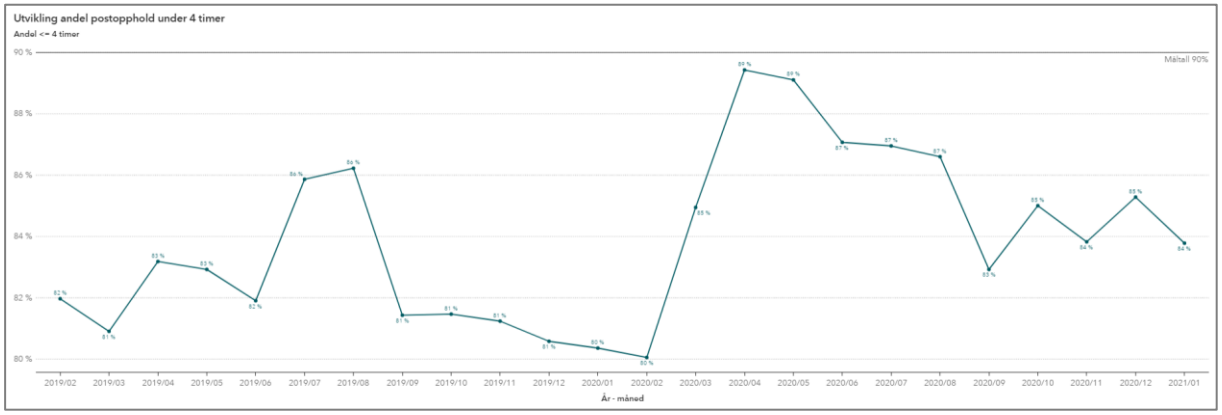
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

Figur 12 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



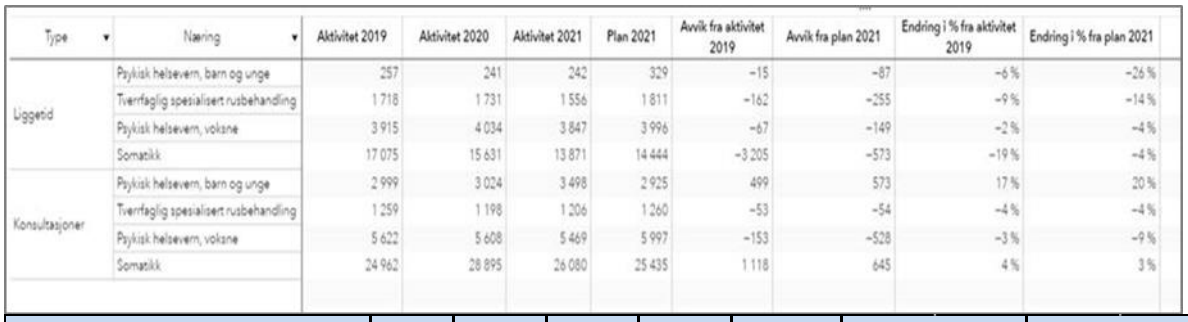
Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 13 Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer)



Aktivitet

Tabell 12 Aktivitet UNN hittil i år



Type	Næring	Aktivitet 2019	Aktivitet 2020	Aktivitet 2021	Plan 2021	Avvik fra aktivitet 2019	Avvik fra plan 2021	Endring i % fra aktivitet 2019	Endring i % fra plan 2021
Liggetid	Psykisk helsevern, barn og unge	257	241	242	329	-15	-87	-6 %	-26 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	1 718	1 731	1 556	1 811	-162	-255	-9 %	-14 %
	Psykisk helsevern, voksne	3 915	4 034	3 847	3 996	-67	-149	-2 %	-4 %
	Somatikk	17 075	15 631	13 871	14 444	-3 205	-573	-19 %	-4 %
Konsultasjoner	Psykisk helsevern, barn og unge	2 999	3 024	3 498	2 925	499	573	17 %	20 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	1 259	1 198	1 206	1 260	-53	-54	-4 %	-4 %
	Psykisk helsevern, voksne	5 622	5 608	5 469	5 997	-153	-528	-3 %	-9 %
	Somatikk	24 962	28 895	26 080	25 435	1 118	645	4 %	3 %

Aktivitet UNN HF		2019	2020	2021	Plantall 2021	Endring fra 2019		Avvik fra plan 2021	
						Antall	%	Antall	%
Laboratorieanalyser	Somatikk	685 006	694 792	684 880	684 286	-126	0,0	594	0,1
Røntgenhenvisninger	Somatikk	14 212	13 553	11 685	13 387	-2 527	-17,8	-1 702	-12,7
PET undersøkelser	Somatikk	95	140	117	112	22	23,2	5	4,7

DRG

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

DRG indeks pr klinikk - Somatikk			
	Indeks		
Klinikk	2020	2021	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	0,171	0,184	0,012
Barne- og ungdomsklinikken	0,265	0,358	0,092
Hjerte-lungeklinikken	0,581	0,681	0,100
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,221	0,217	-0,003
Medisinsk klinikk	0,247	0,232	-0,015
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,148	0,146	-0,003
OPIN	0,086	0,058	-0,028
DRG indeks pr klinikk - PHV/TSB			
	Indeks		
Klinikk	2020	2021	Endring
Psykisk helse og rusklinikken	0,147	0,149	0,002
Barne- og ungdomsklinikken	0,312	0,317	0,005

Indeks: gjennomsnittstyngde per avdelingsopphold målt i DRG - poeng.

Tabell 14 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	191	194	-4
Barne- og ungdomsklinikken	312	296	17
Hjerte- og lungeklinikken	945	1 011	-66
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	1 641	1 776	-135
Medisinsk klinikk	879	1 011	-132
Nevro- , ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	1 777	1 878	-101
Operasjons- og intensivklinikken	7	7	0
Totalt Somatikk	**5 752**	**6 173**	**-422**
Klinikk (Psykiatri/rus)	**Faktisk**	**Plan**	**Avvik**
Barne- og ungdomsklinikken	1 032	826	206
Psykisk helse og rusklinikken	776	1 183	-407
Totalt Psykiatri/rus	**1 808**	**2 009**	**-201**

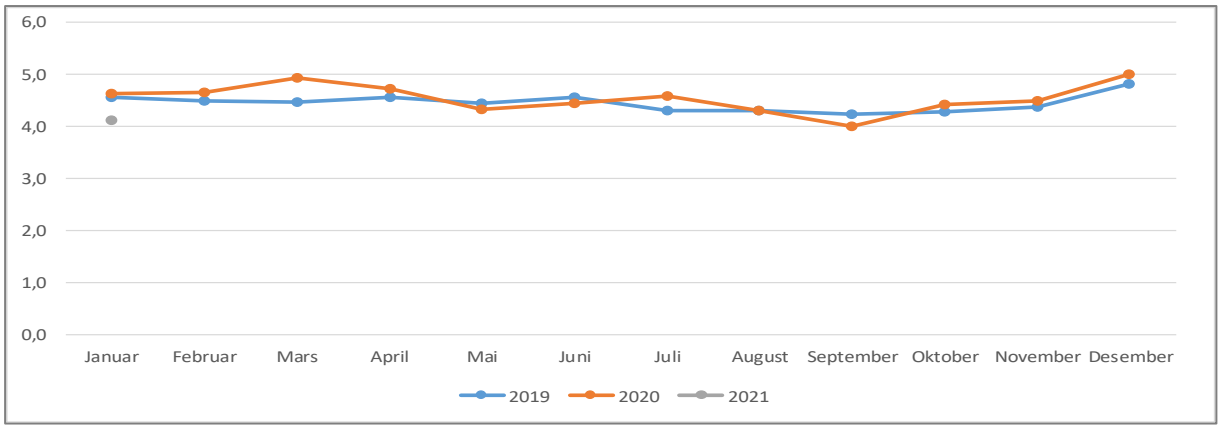
(avvik pr klinikk påvirkes av koronaen og den omorganiseringen som er gjort innen somatikk slik at totaltallet er det som gir mest mening).

Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 15 Liggetid på sykehusopphold fordelt på klinikk

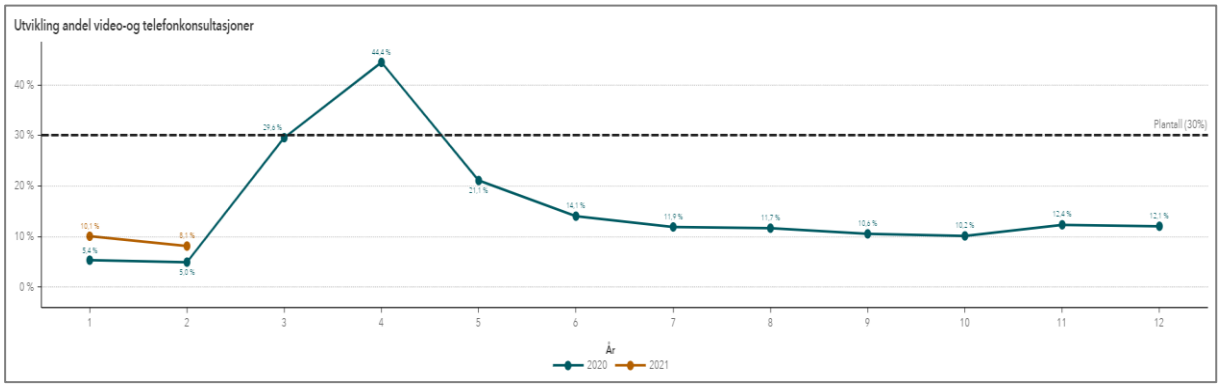
Klinikk	2019	2020	2021
K3K	4,0	4,1	3,4
Hjerte- og lungeklinikken	4,0	4,2	4,4
Medisinsk klinikk	5,3	5,4	5,0
BUK	5,7	6,4	7,0
NOR	4,9	4,9	4,4

Figur 14 Liggetid på sykehusopphold



Telemedisinsk aktivitet

Figur 15 Andel telemedisinsk aktivitet



Den gylne regel

Tabell 16 Den gylne regel (hittil i år)

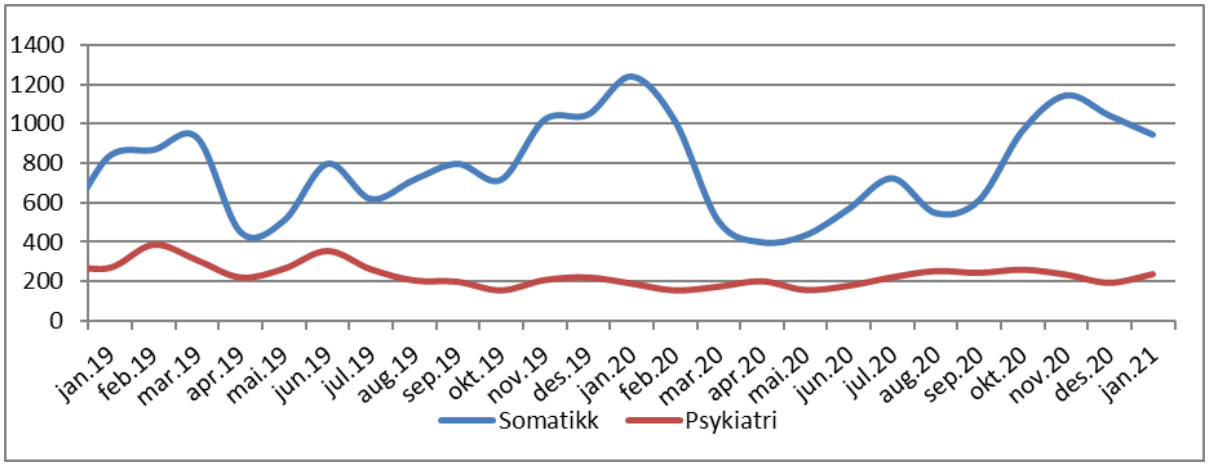
Den gylne regel				
Funksjon	**Måleparameter**	**2020**	**2021**	**Endring 20-21**
Somatikk*	Økonomi	418 303	433 800	3,7 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	65 380	65 520	0,2 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	14 734	15 968	8,4 %
TSB	Økonomi	17 133	17 275	0,8 %
Somatikk	Konsultasjoner	28 895	26 080	-9,7 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	5 608	5 469	-2,5 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	3 024	3 498	15,7 %
TSB	Konsultasjoner	1 198	1 206	0,7 %
Somatikk	Ventetid	64,9	72,5	11,7 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	50,4	74,4	47,6 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	49,3	51,1	3,7 %
TSB	Ventetid	29,8	34,8	16,8 %

** Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB.*

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 16 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

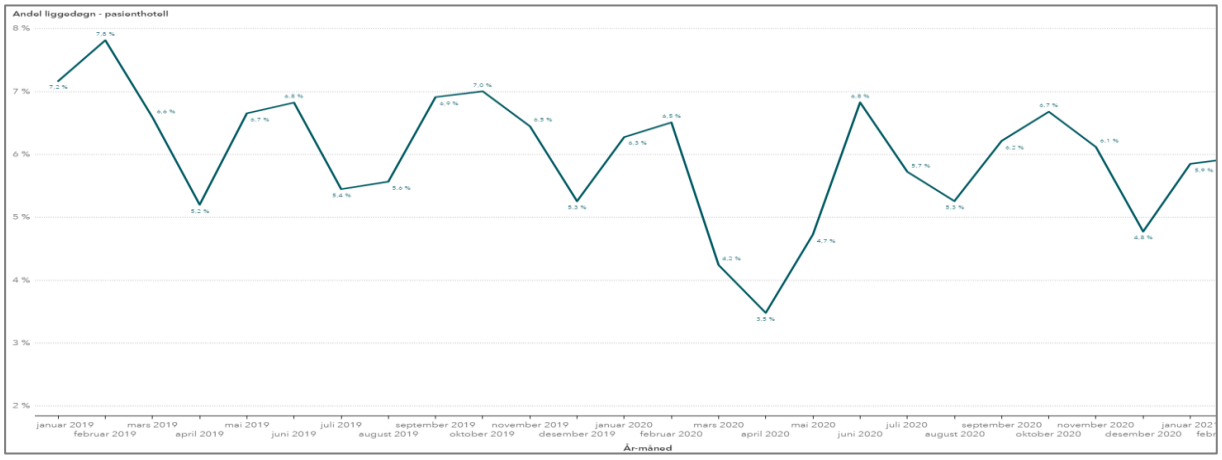


Tabell 17 Utskrivningsklare pasienter hittil i år fordelt på kommune

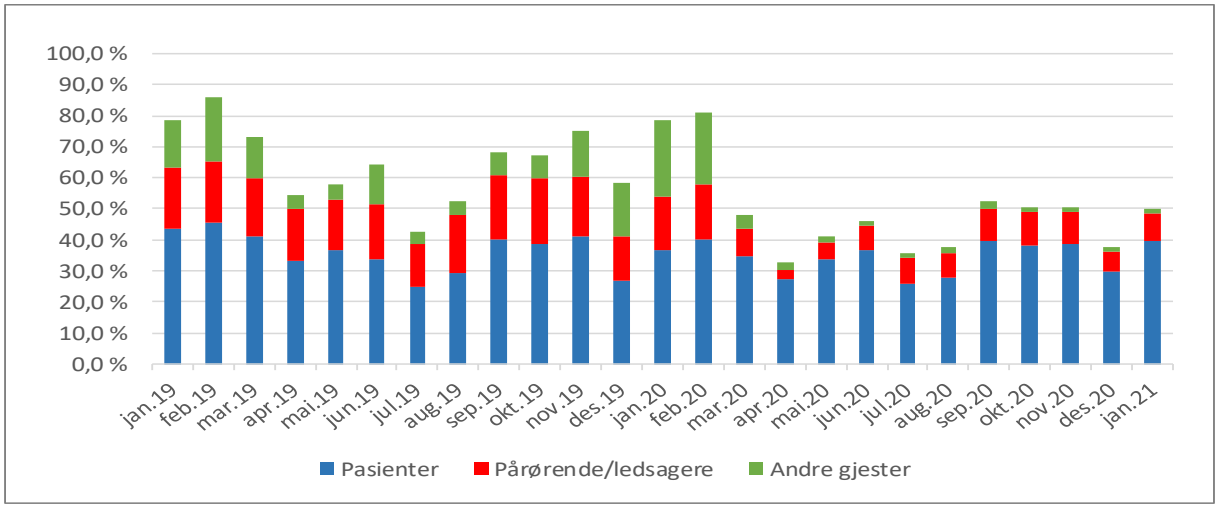
	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
Kommune	Utskrivnings-klare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivnings-klare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivnings-klare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Harstad	263	11	94	4	357	14
Ibestad	9	7	1	1	10	7
Tromsø	481	6	70	1	551	7
Bardu	15	4	13	3	28	7
Salangen	13	6	1	0	14	6
Tjeldsund	16	4	1	0	17	4
Nordreisa	18	4	0	0	18	4
Kvæfjord	9	3	1	0	10	3
Lødingen	5	2	1	0	6	3
Gáivuotna Kåfjord	5	2	1	0	6	3
Lyngen	8	3	0	0	8	3
Dyrøy	3	3	0	0	3	3
Narvik	55	2	1	0	56	2
Skjervøy	6	2	0	0	6	2
Kvænangen	2	2	0	0	2	2
Senja	22	1	0	0	22	1
Evenes	2	1	0	0	2	1
Gratangen	1	1	0	0	1	1
Målselv	4	1	0	0	4	1
Balsfjord	3	1	0	0	3	1
Karlsøy	0	0	0	0	0	0
Lavangen	0	0	0	0	0	0
Storfjord	0	0	0	0	0	0
Sørreisa	0	0	0	0	0	0
SUM	**9 016**	**47**	**2 324**	**12**	**11 340**	**59**

Bruk av pasienthotell

Figur 17 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 18 Beleggsprosent på Pingvinhotellet fordelt etter oppholdstype



Personal

Bemanning

Tabell 18 Brutto utbetalte månedsverk

Måned	Faktisk 2021	Plantall 2021	Avvik mot plan
Januar	6 685	6 393	292
Februar			
Mars			
April			
Mai			
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Snitt hittil i år	**6 685**	**6 393**	**292**

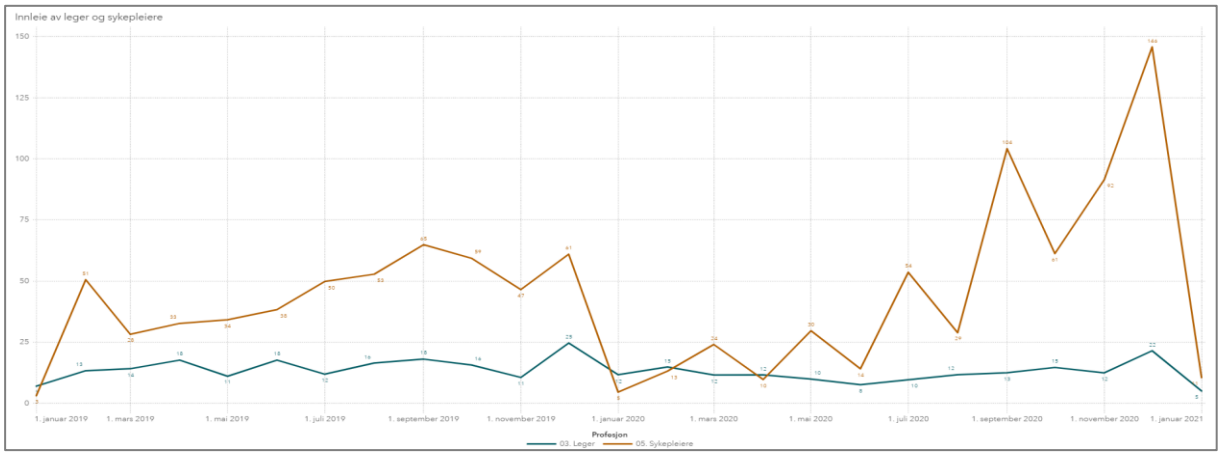
Tabellen viser faktiske månedsverk per måned korrigert for LIS 1 leger, ABIKO og ekstern virksomhet.

Tabell 19 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på klinikk og profesjon

Klinikk	Sum endring 2020-2021	01. Adm. og ledere	02. Pasientrettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeider/ hjelpepleier	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstillinger	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulanseperson ell	11. Forskning
	178,3	13,2	45,4	-1,9	25,2	27,0	0,2	10,7	0,8	44,7	18,1	0,9
10 - Akuttmedisinsk klinikk	36,9	2,8	14,4	-1,3	-	3,5	0,1	-	-	-0,7	18,1	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	10,0	1,9	2,1	0,8	-	8,7	-3,1	-0,1	-	-1,3	-	1,0
13 - Hjerte- og lungeklinikken	51,8	-2,2	8,8	-9,2	-0,8	56,8	-0,9	1,0	-	0,3	-	-2,0
15 - Medisinsk klinikk	21,1	-3,5	6,7	2,0	-1,0	6,8	1,9	10,0	0,0	0,7	-	-2,5
17 - Barne- og ungdomsklinikken	10,6	2,6	2,8	-1,7	9,0	1,1	-0,1	-	-	-	-	2,1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-63,1	3,5	-5,9	-4,1	-0,8	-67,4	0,1	-	-	11,6	-	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklini	16,0	0,4	-8,4	9,9	3,2	8,4	0,5	-1,0	-	3,2	-	-0,1
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	27,4	-4,8	19,2	-4,5	15,6	3,7	-1,4	-	-	0,7	-	-
30 - Diagnostisk klinikk	21,2	3,9	0,6	6,0	-	-1,1	3,2	-0,2	0,8	8,0	-	0,0
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	4,7	4,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5
45 - Drifts- og eiendomssenteret	25,6	1,6	0,7	-	-	-	-	1,0	-	22,3	-	-
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	15,4	3,1	2,9	1,0	-	6,4	-	-	-	-	-	2,0
50 - Direktøren	0,4	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
52 - Stabssenteret	0,3	-0,8	1,5	-0,8	-	0,4	-	-	-	-	-	-
62 - Fellesinntekter/-kostnader	-0,1	-0,1	0,0	-	-	-0,1	0,1	-	-	-	0,0	-

Tabellen viser gjennomsnittlig endring i månedsverk 2020-2021 fordelt per profesjon.

Figur 19 Innleide månedsverk sykepleiere og leger



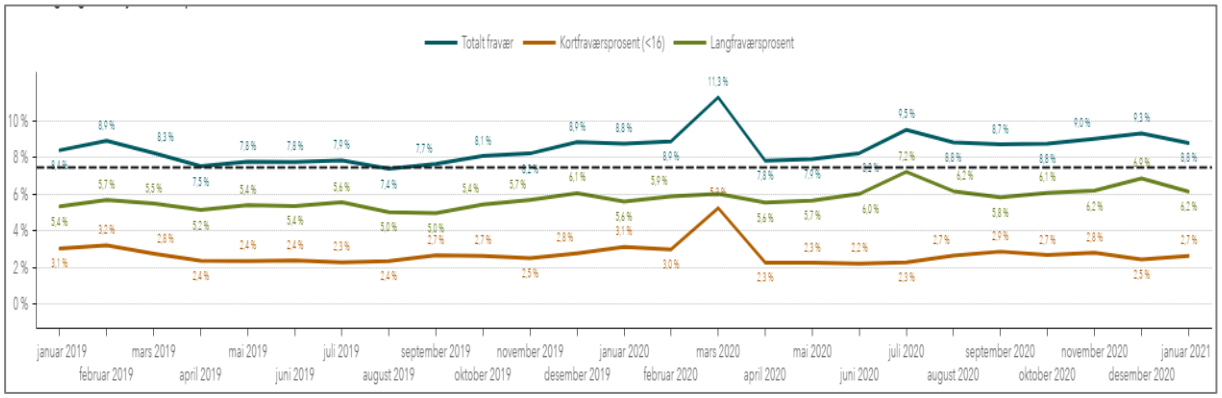
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønnssystem.

Tabell 20 Innleide månedsverk per klinikk

År ▲	2020		2021	
Klinikknavn - UNN ▲	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)
Total	**4,6**	**11,7**	**10,5**	**5,1**
10 - Akuttmedisinsk klinikk	0,0	0,2	0,5	0,6
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,2	1,5	0,0	0,6
13 - Hjerte- og lungeklinikken	0,0	0,6	1,6	0,0
15 - Medisinsk klinikk	0,0	0,1	0,0	0,6
17 - Barne- og ungdomsklinikken	0,3	0,0	0,0	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	4,0	1,9	8,5	2,8
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	0,1	0,8	0,0	0,1
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	3,2	0,0	0,1
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	3,3	0,0	0,3

Sykefravær

Figur 20 Sykefravær



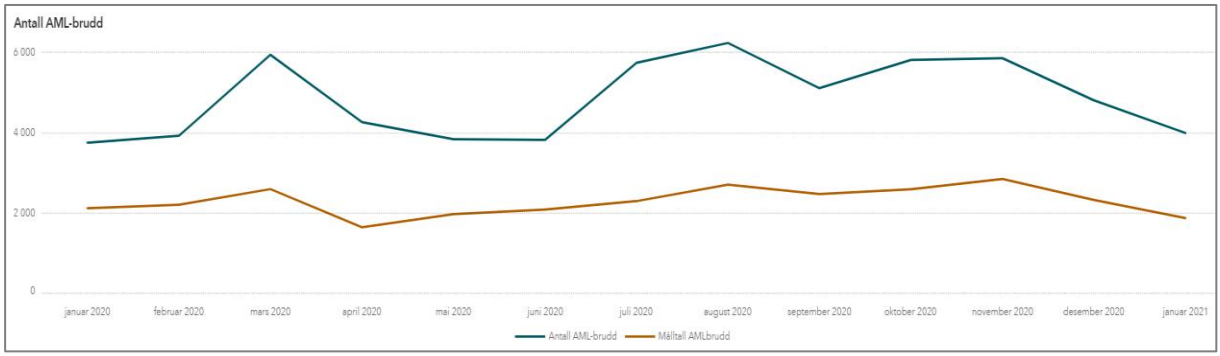
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

Tabell 21 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN (1)	Totalt sykefravær forrige måned	Endring totalt fravær forrige måned mot ifjor	Korttidsfravær forrige måned	Endring korttidsfravær forrige måned mot ifjor	Langtidsfravær forrige måned	Endring langtidsfravær forrige måned mot ifjor
Total	8,8 %	0,0 %	2,7 %	−0,5 %	6,2 %	0,5 %
Annet	5,8 %	.	0,9 %	.	4,9 %	.
52 - Stabssenteret	7,1 %	0,2 %	1,3 %	−1,7 %	5,8 %	1,9 %
50 - Direktøren	2,9 %	−4,3 %	0,6 %	−1,2 %	2,3 %	−3,1 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	11,3 %	0,2 %	4,3 %	0,9 %	6,9 %	−0,8 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	8,6 %	1,4 %	2,5 %	−0,0 %	6,1 %	1,4 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	3,4 %	−2,5 %	1,0 %	−1,4 %	2,4 %	−1,2 %
30 - Diagnostisk klinikk	8,1 %	0,2 %	2,2 %	−1,3 %	5,9 %	1,5 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	10,7 %	1,6 %	3,7 %	0,3 %	7,0 %	1,3 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9,0 %	−0,2 %	2,7 %	−0,8 %	6,3 %	0,6 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	9,7 %	0,2 %	3,0 %	−0,3 %	6,7 %	0,5 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	6,7 %	−3,7 %	2,1 %	−0,9 %	4,6 %	−2,7 %
15 - Medisinsk klinikk	9,0 %	0,3 %	2,5 %	−0,4 %	6,4 %	0,7 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	6,4 %	−1,4 %	2,4 %	−0,9 %	4,0 %	−0,5 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,6 %	−1,3 %	2,8 %	0,1 %	4,8 %	−1,4 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	11,3 %	3,1 %	2,2 %	−0,6 %	9,0 %	3,7 %

AML-brudd

Figur 21 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 22 AML-brudd per klinikk

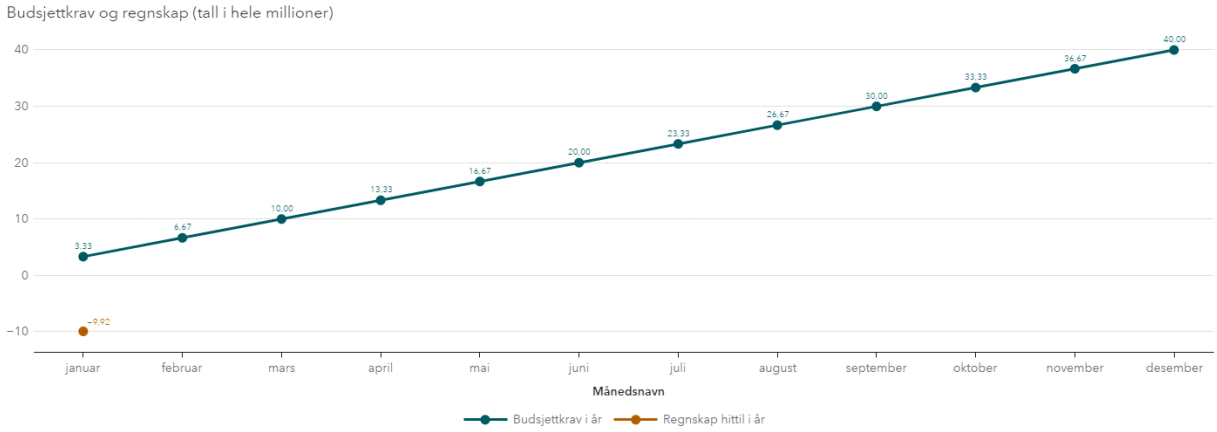
Klinikk - UNN ▲	Brudd siste måned	Brudd siste måned ifjor	Endring i % samme periode
Total	3 999	3 759	6,4 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	656	604	8,6 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	446	465	−4,1 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	528	305	73,1 %
15 - Medisinsk klinikk	365	260	40,4 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	157	135	16,3 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	304	636	−52,2 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	607	668	−9,1 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	457	331	38,1 %
30 - Diagnostisk klinikk	262	209	25,4 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	1	1	0,0 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	153	119	28,6 %

Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2020 til 2021

Økonomi

Resultat

Figur 22 Akkumulert regnskap og budsjett 2021



Tabell 23 Resultatregnskap 2021

	Januar				Akkumulert per Januar			
Resultatrapportering (tall i mill kr)	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**	**Avvik i %**	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**	**Avvik i %**
Basisramme	443,1	443,1	0,0	0 %	443,1	443,1	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	2,6	2,6	0,0	0 %
ISF egne pasienter	140,8	155,0	-14,2	-9 %	140,8	155,0	-14,2	-9 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	13,3	12,9	0,4	3 %	13,3	12,9	0,4	3 %
Gjestepasientinntekter	2,0	3,5	-1,5	-44 %	2,0	3,5	-1,5	-44 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	18,2	16,0	2,2	14 %	18,2	16,0	2,2	14 %
Utskrivningsklare pasienter	3,0	2,6	0,4	15 %	3,0	2,6	0,4	15 %
Andre øremerkede tilskudd	35,8	37,7	-1,8	-5 %	35,8	37,7	-1,8	-5 %
Andre driftsinntekter	31,6	36,7	-5,1	-14 %	31,6	36,7	-5,1	-14 %
Sum driftsinntekter	**690,5**	**710,2**	**-19,7**	**-3 %**	**690,5**	**710,2**	**-19,7**	**-3 %**
Kjøp av offentlige helsetjenester	22,3	18,5	3,8	20 %	22,3	18,5	3,8	20 %
Kjøp av private helsetjenester	1,8	3,6	-1,8	-49 %	1,8	3,6	-1,8	-49 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	88,1	86,1	2,0	2 %	88,1	86,1	2,0	2 %
Innleid arbeidskraft	1,6	2,2	-0,6	-28 %	1,6	2,2	-0,6	-28 %
Lønn til fast ansatte	383,3	381,1	2,2	1 %	383,3	381,1	2,2	1 %
Overtid og ekstrahjelp	29,4	22,1	7,3	33 %	29,4	22,1	7,3	33 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	58,8	58,8	0,0	0 %	58,8	58,8	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-28,9	-23,3	-5,6	24 %	-28,9	-23,3	-5,6	24 %
Annen lønnskostnad	31,6	30,6	1,1	3 %	31,6	30,6	1,1	3 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	**417,0**	**412,7**	**4,3**	**1 %**	**417,0**	**412,7**	**4,3**	**1 %**
Avskrivninger	26,4	26,9	-0,4	-2 %	26,4	26,9	-0,4	-2 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	85,2	98,5	-13,3	-14 %	85,2	98,5	-13,3	-14 %
Sum driftskostnader	**699,6**	**705,1**	**-5,5**	**-1 %**	**699,6**	**705,1**	**-5,5**	**-1 %**
Driftsresultat	**-9,1**	**5,0**	**-14,1**	**-280 %**	**-9,1**	**5,0**	**-14,1**	**-280 %**
Finansinntekter	0,3	0,5	-0,2		0,3	0,5	-0,2	
Finanskostnader	1,1	2,2	-1,1		1,1	2,2	-1,1	
Finansresultat	-0,8	-1,7	0,9		-0,8	-1,7	0,9	
Ordinært resultat	**-9,9**	**3,3**	**-13,3**	**-398 %**	**-9,9**	**3,3**	**-13,3**	**-398 %**

Tabell 24 Resultatregnskap 2021, ekskl. eksternfinansiering

Utgår denne måneden.

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

	Januar			Akkumulert per Januar		
Regnskap per klinikk - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	39,7	38,2	-1,5	39,7	38,2	-1,5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	21,8	16,5	-5,3	21,8	16,5	-5,3
13 - Hjerte- lungeklinikken	17,9	16,7	-1,1	17,9	16,7	-1,1
15 - Medisinsk klinikk	35,6	29,7	-5,8	35,6	29,7	-5,8
17 - Barne- og ungdomsklinikken	19,8	18,9	-0,9	19,8	18,9	-0,9
18 - Operasjons- og intensivklinikken	63,8	63,1	-0,8	63,8	63,1	-0,8
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	26,9	22,2	-4,7	26,9	22,2	-4,7
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	61,6	62,9	1,3	61,6	62,9	1,3
30 - Diagnostisk klinikk	56,8	49,7	-7,1	56,8	49,7	-7,1
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,5	0,5	0,0	0,5	0,5	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	42,9	43,9	1,0	42,9	43,9	1,0
46 - Fag- Og Kvalitetssenteret	1,4	1,6	0,2	1,4	1,6	0,2
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	5,4	6,0	0,6	5,4	6,0	0,6
49 - Senter For E-Helse, Samhandling Og Innovasjon	5,1	6,1	1,0	5,1	6,1	1,0
52 - Stabssenteret	11,0	11,5	0,5	11,0	11,5	0,5
62 - Felles	-400,8	-393,8	7,0	-400,8	-393,8	7,0
Totalt	**-9,9**	**3,3**	**-13,3**	**-9,9**	**3,3**	**-13,3**

Prognose

UNN har en prognose om et budsjettavvik på kr 0,- for 2021, det vil si at en oppnår Helse Nord RHF sitt resultatkrav.

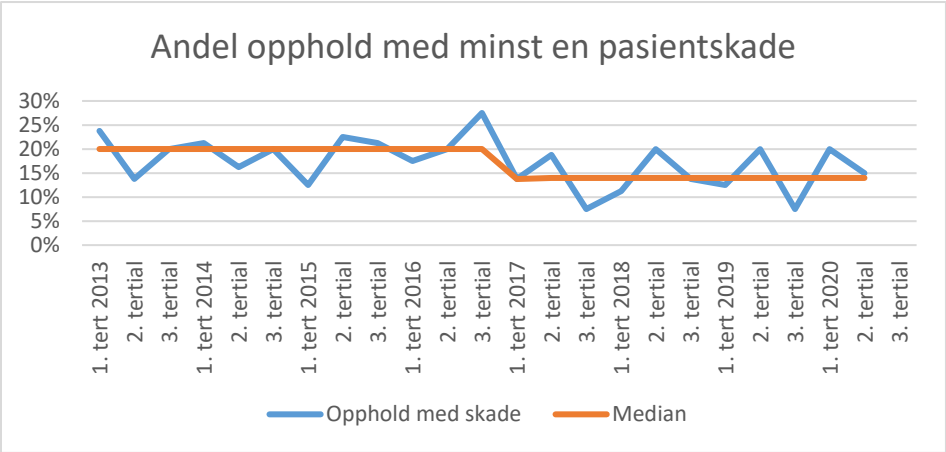
Vedlegg:

Pasientsikkerhet 3. tertial. 2020

Rapportering innsatsområder pasientsikkerhet 3. tertial 2020 til KVR

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

Måling av nivå av pasientskader (GTT): Tallene for 2020 er ikke klare enda, det er kun 2 tertial for 2020 som er rapportert.
Det er krav i oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF at andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med året før. Grafen viser utvikling i pasientopphold med skade fra 2013 -2. tertial 2020.



Tabell: Andel sykehusopphold med minst én pasientskade og tilhørende 95 % konfidensintervall (KI).

År	2015	2016	2017	2018	2019
Estimat	16,3 %	21,7 %	13,3 %	15,0 %	13,3 %
95 % KI	(12,1-20,8)	(17,1-26,3)	(8,8-17,9)	(11,3-18,8)	(9,6-17,1)

(kilde Helsedirektoratet, rapport 4/11-2020).

Legemiddelsamstemming: Andel legemiddellister samstemt ved innleggelse var 38,6 % i 2020 mot 34,1 % i 2019. Dette tallet speiler nok ikke hvor mange legemiddellister som er samstemt, men i hvilken grad det kodes korrekt i Dips. Registrering av andel samstemt vil bedre seg når elektronisk kurve (MetaVision) tas i bruk.

Pasientsikkerhetsvisitter: Høsten 2020 startet adm.direktør med pasientvisitter. Dette er en strukturert samtale mellom direktøren og en tverrfaglig gruppe på 4-5 medarbeidere som arbeider pasientnært. Fem enheter er besøkt i 2020. Bevarings- og forbedringsområder arbeides videre med innenfor Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper og -utvalg.

Somatisk virksomhet: Det er mottatt rapporter fra 24 enheter innenfor somatisk virksomhet. 18 enheter oppgir at de har pasientsikkerhetstavler som de benytter til å følge opp sine resultater.
15 enheter har risikotavler, hvor man følger opp risikoområder i forhold til den enkelte pasient. Det er en økning på 6 fra 2019.

Smittevernvisitter: Gjennomføres månedlig ved alle enheter. Smittevernsenteret utarbeider egne rapporter over disse. Her telles også opp urinkatetre uten indikasjon.

Forebygging av fall: 3. tertial 2020 er det meldt 146 fall som pasienthendelser i avvikssystemet. For hele 2020 er det registrert mer enn 300 fall. Det er en betydelig økning i meldte fall i forhold til 2019.

Det er gjennomført et innovasjonsprosjekt ved Geriatrisk avdeling Tromsø og Medisinsk avdeling Narvik, som har prøvd ut teknologiske hjelpemidler til fallforebygging. Geriatrisk avdeling kan vise til betydelig nedgang i antall fall etter å ha tatt i bruk sengematter, vandrealarm og romovervåkning.

Forebygging av trykksår: For hele 2019 er det registrert 41 trykksår/begynnende trykksår. Dette er på samme nivå som 2019.

Trykksårteamet gjør en stor innsats i forhold til internundervisning om emnet på sengepostene.

Nye innsatsområder: *Trygg utskrivning* og *Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis på sengepost.* Her er pilotene avsluttet, og innføring ved andre relevante enheter i UNN må gjennomføres i løpet av 2020. Spredningsseminar er utsatt pga Covid-19-pandemien.

Egne prosjekter: 14 enheter rapporterer at de har ett eller flere egne prosjekter utover innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet.

Klinikkvis oversikt:

De obligatoriske tiltakene i innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet rapporteres nå iverksatt ved alle sengepostene, men det er noen enkeltelementer som mangler ved enkelte enheter. Disse områdene er merket med lys grønn i de klinikkvise fremstillingene. Der de ikke er i gang, men planlegger oppstart/re-start er de merket gult.

Mange spesialavdelinger har iverksatt tilpassede tiltak. Et eksempel på dette er forebygging av trykksår i ambulanseavdelingen eller ved intensivavdelingene. Her vil ikke de generelle tiltakene gjelde, men man må allikevel være oppmerksom på trykksårfare og handle deretter. Har de iverksatt denne type tiltak, er ruten merket med «tilpasset».

Barne- og ungdomsklinikken:
Så godt som ingen av innsatsområdene er rettet mot enheter for barn og ungdom, men de benytter elementer fra de ulike innsatsområdene i sitt arbeid for økt pasientsikkerhet.
BUK har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 69,7 % av innleggelsene 3. tertial.

Hjerte- og lungeklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2020	Legemiddel-samstem-ming	Fall	Trykksår	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis	Forebygging av underernæring	Utskrivnings samtaler	PS-tavle	Risikotavle	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Hjerte- og lungeklinikken	8,7 %									
Hjertemed sengepost										Eget journalnotat ved utreise
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost										PVK, utskrivningssamtale
Lungemed										Tavlemøter daglig

Medisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2020	Legemiddel-samstem-ming	Fall	Trykksår	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis	Forebygging av underernæring	Utskrivnings samtaler	PS-tavle	Risikotavle	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Medisinsk klinikk	44,7 %									
Blod og endokrin										
Inf med										Revurdering av AB
Fordøyelse/Nyre										Opplæring i forebygging av vold og unngå skade i truende situasjoner, intox fastvakt-kort
Geriatrisk										Fallforebygging vhja teknologi fullført
Med A og B Narvik				TILT + PedSafe						Ernæringsscreening eget prosjekt
Med. avdeling Harstad (A+B)		Startet prosjekt "fallskjerm"		NEWS2 + PedSafe	Legene bidrar i akuttmottak					Simuleringstrening inn i rutine, "prosjekt Fallskjerm", innført NEWS2, MetaVision, væskebalanse, prosedyrerevidering,

Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2020	Legemiddel-samstem-ming	Fall	Trykksår	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis	Forebygging av underernæring	Utskrivnings samtaler	PS-tavle	Risikotavle	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
K3K	29,4 %									
Føde/Barsel Tromsø				ONEWS		Hyperemesis-pasienter				Implementering av ny veileder i fødselshjelp, Partner i barsel (utsatt pga korona), reduksjon av sfinkterrupturer, evaluering «mor-barn-vennlig sykehus» (MBVI) og kvalitetssikring av ernæring nyfødte, elektronisk lagring/tilgang fosterovervåkning (CTG/STAN),oppfølging smittevern og logistikk mv mht Covid-19
Føde/gyn Harstad				ONEWS 2021						Kval.sikr. opr.melding, red. akutt sectio, sjekklister utskrivning
Føde/gyn Narvik				ONEWS						Post-partum blødning og rifter
Kreft										
Gastro kir							Kreftpasienter			
Gyn,uro,endo,plast										Reduksjon av bredspektret AB
Kir. Harstad				NEWS2						Brokksenter, pasientdagbøker, MetaVision

Nevro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2020	Legemiddel-samstem-ming	Fall	Trykksår	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis	Forebygging av underernæring	Utskrivnings samtaler	PS-tavle	Risikotavle	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	48,8 %									
Nevro-, hud- og revmatologiskavdeling										
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdelingen										Ikke besvart
Ortopeden Tromsø		Eget fallprosjekt					Har utskrivnings-koordinator		Bruker sengepost-lista	
Ortopeden Harstad										Ikke besvart
Fys.- og rehab.medisin Tromsø (Døgn)										
Ortopedisk/kirurgisk post Narvik							For enkelte pas.gr, sjekkliste			Forebygging av flebitt rt PVK, ID-merking av pas
Fys.- og rehab.medisin Harstad (Døgn)				NEWS2						Kommunikasjon med hjemkommune - oppfølging via tavle

Operasjons- og intensivklinikken:

Det er ikke mottat noen rapporter fra Operasjons- og intensivklinikken 3. tertial 2020. Det er imidlertid få innsatsområder som er rettet mot disse enhetene. Det innsatsområdet som er spesifikt rettet mot virksomheten her er Trygg kirurgi. Her er det utviklet en rapport i HN LIS, slik at det til enhver tid er oppdaterte rapporter tilgjengelig.

Trygg kirurgi – bruk av sjekkliste: Her leveres resultater for bruk av sjekkliste for trygg kirurgi mellom 80 og 100 %.

Akuttmedisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2020	Legemiddel-samstem-ming	Fall	Trykksår	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis	Forebygging av underernæring	Utskrivnings samtaler	PS-tavle	Risikotavle	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Akuttmedisinsk klinikk										
Akuttmottak og obs.post Tromsø	Obs.post	Kun risikovurdering	Kun risikovurdering	Obs-post - TILT Akuttmottak RETTS			Tipasset: Obs.post starter planl. og formidler info			
Akuttmottak Narvik		Tilpasset	Tilpasset							Øvelse teammotak, mottaksprosedyre, ventetider ak.mottak, kartlegging pas.forløp, felles morgenmøte, kommunesammenslåing
Akuttmottak Harstad		Tilpasset	Risikovurderer, mangler utstyr	Ikke TILT i AM						

Det registreres ikke heldøgnsopphold ved Akuttmedisinsk klinikk, derved vil legemiddelsamstemming gjort her «tilfalle» pasientens moderpost.

Psykisk helse og rusklinikken:

PHRK har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 52,9 % av innleggelsene 3. tertial.

Psykisk helse- og rusklinikken kjører to årlige læringsnettverkssamlinger, hvor enheter fokuserer på det de opplever er deres viktigste forbedringsområder innen pasientsikkerhet. Dette systematiske arbeidet ledes av fagutviklingsenheten ved klinikken og gjelder også poliklinikkene. Det avholdes telematikk-møter mellom samlingene hvor fremdrift følges opp og diskuteres. Forbedringsområdene og innsatsområdene rapporteres samlet. For 3. tertial er det mottatt 21 rapporter. Disse er sammenfattet i de følgende tabeller (markert grønt).

Forbedringstavle	
Risikotavle	
Deltatt LN siste år	
Inkl. brukerperp.	
Selvevaluering	
Sams. legemiddel	
Foreb. selvmord	
Foreb. overdose	

Forklaring:
x– ja
U – uaktuelt
1-5 selvevaluering i tråd med skjema
Tomme felt er ikke besvart

	Seksjon / Senter	Enhet	Levert Rapp.	Forbedringsområder / prosjekter	Pasientsikkerhets-arbeid
Avd. Nord	SPHR Nord-Troms	VPP			
		AAT / Døgn			
	SPHR Tromsø - poliklinikk	AAT	x	* Ringe tilbake ordningen * Innføring av pakkeforløp * Medarbeidersamtaler med alle ansatte	
		VPP Tromsø	x	* Pakkeforløp * Veiledningstiltak som følge av ForBedring: ny faglig plattform, en spesialist tilgjengelig en time hver uke til behandlere Sike tilsetting i alle behandlerstillinger. *Ventelisteprosjektet – behandlere skal avvikle 8 pasientsaker hver innen 01.03.21; fagdag – fokus på avslutnings / avslutningskriterier; etablere bedre oversikt over refordelinger i poliklinikken. *Medarbeidersamtaler våren 2021 * Smittevern	
		VPP Storsteinnes	x	*Arbeidsbelastning etter nedtrekk av stilling - *Pakkeforløp, interne fagmøter – gjennomført 4 møter høsten 2020	Forbedringstavle: x Risikotavle: Deltatt LN siste år: x Inkl. brukerperp.: Selvevaluering: 3 Sams. Legemiddel: x Foreb. Selvmord: x Foreb. Overdose: u
		Amb. rehab-team	x	Omstilling til FACT	
	Medikamentfritt behandlingstilbud				
	SPHR Tromsø – døgn	Døgn Storsteinnes			
		Døgn 1	x Felles rapp.	*Feed-back verktøy – utprøving /impl ORS/SRS. SRS er implementert etter samtale med behandlingsteam. *Avviksmelding – opplæring Døgn 2 *Legemiddelhåndtering – kvalitetssikring etter intern revisjon *Smittevern – hovedmål: trygt og sikkert smittevern for pasienter og personal.	Kommentar til overdose: kommende prosjekt. Forbedringstavle: X Risikotavle: X Deltatt LN siste år: X Inkl. brukerperp.: X Selvevaluering: 4 Sams. legemiddel: X Foreb. selvmord: X Foreb. overdose:
		Døgn 2			

	Seksjon / Senter	Enhet	Levert Rapp.	Forbedringsområder / prosjekter	Pasientsikkerhets-arbeid
Avd. Sør	SPHR Ofoten	AAT			
		VPP			
		Døgn	x	*Pakkeforløp – målinger ihht registering av koder. Pakkeforløp gjennomføres og følges internt. *Kommune-samhandling: veiledning til alle kommuner.	Forbedringstavle: X Risikotavle: Deltatt LN siste år: X Inkl. brukerperp.: Selvevaluering: 4 Sams. legemiddel: X Foreb. selvmord: X Foreb. overdose: u
	SPHR Midt-Troms	AAT	x Felles rapp.	*Pakkeforløp: basisutredning TSB iverksatt ved Rusteamene, forløpskoordinator fra 1.3.20, involvering av pårørende. *Smittevern *Bedre systematikk i SRV (selvmords risikovurdering) og forbedring av dokumentasjon – riktig bruk av maler i dips og utarbeidelse av intern prosedyre *Øke kunnskap om prosedyrer ift alvorlige hendelser, vold og trusler.	Forbedringstavle: Risikotavle: Deltatt LN siste år: Inkl. brukerperp.: Selvevaluering: Sams. legemiddel: x Foreb. selvmord: x Foreb. overdose: * *settes på dagorden i 2021
		VPP			
		Døgn			
	SPHR Sør-Troms	AAT	x	*Kvalitetssikre suicidal risikovurdering. *Utvikle samhandling mellom andre enheter på senteret for faglig utvikling, kvalitetssikre pasientbehandling	Forbedringstavle: Risikotavle: Deltatt LN siste år: x Inkl. brukerperp.: x Selvevaluering: 2 Sams. legemiddel: U Foreb. selvmord: x Foreb. overdose:
		VPP	x	*Opplæring og veiledningstiltak som følge av ForBedring: -Gruppeveiledning for yngre psykologer -Forsøke avholde kurs i MBT -Team-veiledning -Kollegaveiledning	
		Døgn	x	*Pakkeforløp – feedback og behandlingsplanen *Miljøterapi – mer aktiv bruk av miljøterapi, spesifikk ukeplan /dagsplan og involvere pasienter i større grad i egen behandling Metavisjon – elektronisk kurve er innført	Forbedringstavle: X Risikotavle: X Deltatt LN siste år: X Inkl. brukerperp.: X Selvevaluering: 4 Sams. legemiddel: X Foreb. selvmord: X Foreb. overdose: * Kommentar til overdose: Ikke fokus

	Seksjon / Senter	Enhet	Levert Rapp.	Forbedringsområder / prosjekter	Pasientsikkerhets-arbeid
Psykiatrisk avdeling	Sikkerhets psyiatrisk seksjon	Sikkerhet døgn	x Felles rapp	*Krisemestringsplan – alle pasienter som skrives ut og/eller har permisjon skal inneha en plan *Ettersamtale ved tvangsbruk – alle pasienter skal få tilbud om ettersamtale når de er utsatt for tvangsbruk	Forbedringstavle Risikotavle Deltatt LN siste år x Inkl. brukerperp. Selvevaluering 2 Sams. legemiddel x Foreb. selvmord x Foreb. overdose u Kommentar: Gruppen ift pasientsikkerhet er oppløst av ulike grunner, lite ressurser pga omstendigheter med nyetablering av enhet og pandemi.
		Sikkerhet rehabilitering			
	Alder-psykiatrisk seksjon	Alderpsyk. poliklinikk	x	*Imp. Pakkeforløp – behandlere og forløpskoordinator registrere *Imp. KVALAP – nye skjemaer tatt i bruk april -20 *Imp. nye prosedyrekoder og tilknyttet data i DIPS – tatt i bruk 1.1.20 *Fagnettverk alderspsykiatri i Nord-Norge (FANN) – regelmessige møter, søkt midler til en samling	Forbedringstavle Risikotavle Deltatt LN siste år Inkl. brukerperp. x Selvevaluering 5 Sams. legemiddel x Foreb. selvmord x Foreb. overdose u
		Alderpsyk. døgn			
	Akutt-psyiatrisk seksjon	Akuttpost Tromsø			
		Akuttpost Sør	x	*Ettersamtale tvangsvedtak – fortsettelse av såkornprosjekt. Videreført fokus, forbedringstavle og fast møtetid. *Pakkeforløp – imp, fast møtetid, oppstartsfase. *MAP – kursing av alle ansatte og instruktører. Jevnlig oppdatering og trening. *Dokumentasjon – påbegynt arbeid ift bedre journalføring.	Forbedringstavle x Risikotavle x Deltatt LN siste år x Inkl. brukerperp. Selvevaluering 4 Sams. legemiddel x Foreb. selvmord x Foreb. overdose
		Akuttpost Nord			
		PRE	x	* DIPS Arena – opplæring og implementering *Pakkeforløp *Smittevern *Teamarbeid – koordineringsmøter og flere ukentlige teammøter	Forbedringstavle x Risikotavle Deltatt LN siste år x Inkl. brukerperp. x Selvevaluering 3 Sams. legemiddel x Foreb. selvmord x Foreb. overdose x

	Seksjon / Senter	Enhet	Levert Rapp.	Forbedringsområder / prosjekter	Pasientsikkerhets-arbeid	
Rusavdelingen	Rus-seksjon Narvik	Avrusning	x Felles rapp	*Smittevernarbeid *SEPREP tverrfaglig videreutdanning – komp.løft Oppstart jan 2021. *KvaRus – impl. *Brukerundersøkelser til pasientene – alle fyller ut ved utreise. *Veiledning til personalgruppen *Utredning av Nalokson nesespray før utreise. *Bedre samhandling med kommunalt hjelpeapparat *Fokus på kartlegging av behov for IP *Undervisning/scenariotrening for medisinsk personell på ulke akutte hendelser. *Håndtering av aggresjonsproblematikk *Epikrisetall *Impl av MetaVision *Melding av avvik	Forbedringstavle Risikotavle X Deltatt LN siste år X Inkl. brukerperp. X Selvevaluering 4 Sams. legemiddel X Foreb. selvmord X Foreb. overdose x	
		Døgn				
	Rus-seksjon Tromsø	Ruspoliklinikk				
		Avrusning	x	*Gjennomgang av akutte rutiner, akuttkoffert og HHLR *Innføring av behandlingsplan TSB – dynamisk plan som brukes gjennom hele forløpet *Innføring av KvaRus – tverrfaglig kartlegging som gjennomføres på pasienter i pakkeforløp *Reel brukermedvirkning – sikre at pasientens ønsker blir fanget opp og ivaretatt. *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. *Bruk av klinisk farmasøyt	Forbedringstavle x Risikotavle x Deltatt LN siste år x Inkl. brukerperp. x Selvevaluering Sams. legemiddel x Foreb. selvmord x Foreb. overdose x	
		Rusbeh. restart				
		Rusbeh. ung		*Gitt tilbakemelding om at enheten ikke har mulighet til å rapportere.*		

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**20/2021**
Møtedato:	**17.03.2021**
Arkivsak:	2021/113-3
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Årlig melding 2020

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Årlig melding 2020* for oversendelse til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Årlig melding 2020 rapporterer i hvilken grad Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har fulgt opp kravene i Oppdragsdokument 2020 fra Helse Nord RHF til helseforetakene, og redegjør for planlagte tiltak på områder der målene ikke er nådd. Helseforetakenes rapportering danner grunnlaget for Helse Nord RHFs Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartement

Formål

Formålet med denne saken er styrets gjennomgang og godkjenning av *Årlig melding 2020* for Universitetssykehuset Nord-Norge HF til Helse Nord RHF.

Saksutredning

Virksomheten ved UNN i 2020 har vært preget av pandemien og håndtering av etterslepet som oppstod som følge av nedstengingen av samfunnet våren 2020. Ved siden av pandemien har UNN hatt fokus på å videreføre arbeidet med å styrke et gjennomgående system og kultur for kontinuerlig forbedringsarbeid, herunder læring av hendelser, fokus på sammenhengen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, og videre utvikling av systemer for interne revisjoner og for ledelsens gjennomgang.

Pandemien har medført færre tilgjengelige ressurser til oppfølgingsaktiviteter på alle områder i oppdragsdokumentet for 2020. Samtlige oppfølgingspunkter er ikke fullt oppfylt, men flere av

oppgavene er uansett løpende aktiviteter som er gjenstand for langsiktig arbeid og kontinuerlig forbedring. Arbeidet med disse vil bli videreført i 2020.

Vedlegget omtaler nærmere de spesifikke områdene i Årlig melding.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 9. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 17.03.2021.

Vurdering

På tross av endrede prioriteringer som følge av pandemien er de fleste oppdragene i Oppdragsdokument 2020 enten oppfylt eller påbegynt. Nærmere detaljer om arbeidet ved UNN med de ulike områdene i oppdragsdokumentet fremkommer i stor grad gjennom styresakene til de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene, tertialrapporter, og andre styresaker.

Selv om direktøren er tilfreds med at arbeidet på en rekke områder knyttet til pasientens helsetjeneste og kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern gir resultater, er resultatene ikke gode nok på flere områder. Direktøren vil her spesielt trekke frem utfordringene med mange fristbrudd og høye ventetider. Utfordringen på disse områdene ble forsterket av etterslepet som oppstod som følge av pandemien. Arbeidet med ventelister og fristbrudd vil ha svært høy prioritet gjennom 2021.

Direktøren anser at den årlige meldingen og redegjørelsen i denne styresaken gir en representativ oppsummering av hvordan oppdraget for 2020 er løst innenfor gitte rammer og omprioriteringer som følge av pandemien, samtidig som det pekes på områder som skal utvikles videre i 2021.

Direktøren anbefaler styret å oversende *Årlig melding 2020* til Helse Nord RHF.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:
- Årlig melding 2020

HELSE NORD

Årlig melding 2020 for Universitetssykehuset Nord-Norge

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

1 Innledning 3

3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder 4

3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning 9

3.2 Somatikk 9

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 11

4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen 13

4.1 Kvalitetsutvikling 14

4.3 Pasientsikkerhet 16

4.4 Smittevern 17

4.5 Personvern og informasjonssikkerhet 17

4.8 Beredskap 18

5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten 18

7.1 Sikre gode arbeidsforhold 20

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell 20

7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS) 22

8.0 Forskning og innovasjon 22

9.2 Anskaffelsesområdet 24

10.0 Teknologi 25

11.0 Bygg og kapasitet 26

1 Innledning

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2020 og er viktig for å utvikle helsetjenesten til befolkningen.

Nummereringen på kravene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

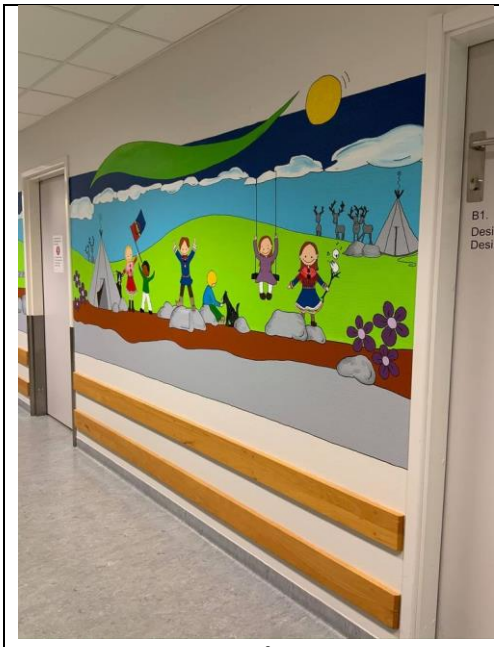
Rapporteringsteksten inneholder en kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke, og når forventer man å oppnå kravet.

Forkortelser i tabellene:

OD HOD	-	Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet
RHF	-	Helse Nord RHF
FTP HOD	-	Foretaksprotokoll Helse- og omsorgsdepartementet
FIN	-	Finnmarkssykehuset HF
UNN	-	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
NLSH	-	Nordlandssykehuset HF
HSYK	-	Helgelandssykehuset HF
SANO	-	Sykehusapotek Nord HF
HNIKT	-	Helse Nord IKT HF

3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Kilde	Nr	Kravtekst	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens
RHF	1	Pasientene må gis god informasjon om kontaktlegeordningen. Registrere andel pasienter som får kontaktlege innen fagområder hvor behovet for kontaktlege er særlig stort, f.eksempel kreft og habilitering.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Klinikkene i UNN har jobber med å sikre kontaktlegeordningen for fagområder der viktigheten av kontaktlege er særlig stort, f.eks. kreft og rehabilitering. *Det gjenstår imidlertid et mer systematisk arbeid for å registrere andel pasienter som har fått kontaktlege. Arbeidet med dette vil fortsette i 2021, men de tekniske løsningene er lite gjennomførbare. Videre er det flere utfordringer med hvordan ordningen er utformet, hvilket gjør den vanskelig å implementere. Dette er tidligere redegjort for fra foretakene til Helse Nord RHF.*				
RHF	2	Gjennomføre tiltak med mål om å styrke helsepersonells kompetanse i involvering og opplæring av voksne pårørende.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Gjennom lærings- og mestringssenteret gjennomføres det særskilt opplæring av voksne som pårørende. UNN har i tillegg flere tiltak som bidra til økt mestring blant helsepersonell i opplæringssituasjoner bl.a. «fire gode vaner», samvalg og helsepedagogikk.				
RHF	3	Gjennomføre tiltak med mål om å styrke helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
UNN har gjennom mange år hatt tiltak for å styrke helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse. En forsterkning av dette arbeidet har blitt nedprioritert i 2020 på grunn av pandemien, men det er gjort noen tiltak. For eksempel ble hele barneavdelingen i 2020 utsmykket med samiske motiv og samiske navn (Figur 1). Medarbeiderne i barneavdelingen har fått informasjon om den samiske kulturen/ historiene som fortelles, og fått økt oppmerksomhet om samiske ord og betegnelser.				





Figur 1. Eksempler på utsmykning av barneavdelingen med samisk kultur og navn.

Det videre arbeidet med å styrke helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse er en langsiktig prosess som vil forsterkes og videreføres i årene som kommer.

RHF	4	Utvikle rutiner for gode overganger fra barn til voksen i sykehus innenfor minst tre fagområder. Ungdomsrådene skal involveres i dette arbeidet. «Prinsipper for gode overganger» utviklet av ungdomsrådene i Helse Nord, bør tas hensyn til i utarbeidelsen av rutinene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
UNN har utarbeidet retningslinjer for å sikre gode overganger fra barn til voksen. Det gjennomføres overføringsmøter for mange fagområder, men foreløpig er lite skriftliggjort. Arbeidet med å forbedre disse overgangene fortsetter i et kontinuerlig arbeid i tråd med de etablerte retningslinjene.				

RHF	5	Ta i bruk samvalgsverktøyene som er publisert på helsenorge.no i klinisk praksis. UNN skal lede arbeidet med å utvikle en mal for evaluering av samvalgsverktøy i samarbeid med de andre helseforetakene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Samvalgsverktøyene på Helsenorge.no er tatt i bruk av relevante avdelinger i UNN. *Arbeidet med å ferdigstille en mal for evaluering er forsinket, men det pågår pilotering av ulike måter å evaluere samvalgsverktøy.*				

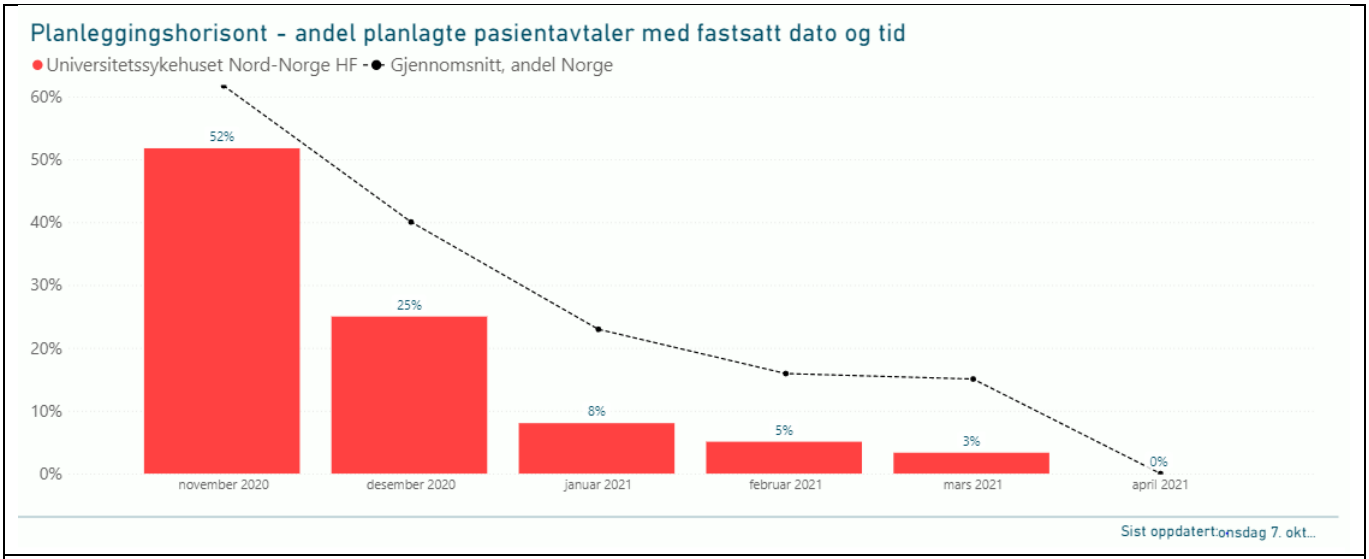
OD HOD	6	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2019. Utgår. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen utgangen av 2021. *Selv om målet ble tatt ut ifm. justert oppdragsdokument 2020, skal det rapporteres på resultatet for 2020.*	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhets-rapport, tertialrapport og Årlig melding
Ventetiden innen somatikk har som ventet hatt en betydelig økning i 2020. Ved utgangen av året var den gjennomsnittlige ventetiden på 74 dager. Trenden har vært nedadgående siden toppmåneden i august, som var på 82 dager. Ventetider vil være sterkt fokusert fremover. Arbeide med å få ned etterslepet har vært i gang i siste tertial 2020. På tiltakssiden er det utvidede åpningstider, telefonkonsultasjoner, lørdagspoliklinikker,				

sykepleiedrevet poliklinikk, og gjennomgang (prioritering) av pasientlister som skal bidra til å normalisere ventetiden.

OD HOD	8	Vurdere utvikling i bruk av behandlingshjelpemidler for å korrigere uønsket variasjon og definere ønsket utvikling med økt hjemmebehandling. Vurdere behov for kompetanse og eventuelle organisatoriske endringer.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Arbeidet med dette har vært nedprioritert som følge av pandemien. *Aktiviteten ved seksjon for Behandlingshjelpemidler har økt betydelig de siste årene, både i antall utstyrsenheter og forbruksmateriell. Dette har medført stor økning i driftskostnader og økt behov for personellressurser. Hjemmebaserte tjenester utvikles raskt og stiller nye krav til installasjon, opplæring og vedlikehold av behandlingsutstyr og analyseutstyr, ettersom dette skal plasseres ut i hjemmene til pasienter i landsdelen. Seksjonen registrerer alt behandlingsutstyr i eget system (medusa BHM modul) i henhold til krav i håndteringsforskriften. En naturlig videreutvikling av seksjonen er å ta større del i den behandlingen som foregår desentralisert og i hjemmet. Den økende mengden pasienter som behandles i hjemmet, ny teknologi og mer avstandsoppfølging gjør det nødvendig med en utredning på regionalt nivå for hvordan behandlingshjelpemidler skal være organisert og finansiert i fremtiden.*				

OD HOD	9	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (*passert planlagt tid*) utgår. Overholde minst 95 pst. av pasientavtalene sammenlignet med 2019 (passert planlagt tid) innen utgangen av 2021. Selv om målet ble tatt ut ifm. justert oppdragsdokument 2020, skal det rapporteres på resultatet for 2020.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
84 % av pasientkontaktene ble overholdt ved utgangen av 2020. Dette er en reduksjon, og det arbeides nå aktivt i klinikkene med å bedre dette. Det er særlig NOR klinikken som har flest pasienter i poliklinikk, og som dermed er hardest rammet av situasjonen, og som trekker ned tallet på foretaksnivå. Svært mange pasienter med reisevei har hatt utfordringer med å møte til oppsatt time. UNN fortsetter arbeidet med å øke andelen og vi ser en positiv trend mot slutten av 2020.				

OD HOD	10	Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i andre halvår 2020 sammenliknet med andre halvår 2019, målt ved indikatoren planleggingshorisont, tidligere stilt krav om at det skal være en planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minst 6 måneder gjelder fortsatt.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding



UNN ligger under landsgjennomsnitt på planleggingshorisont for pasienter. For klinikkene i UNN vil dette fokuseres på i 2021 med bl.a. utvikling av lokal indikator i HN-LIS med hyppig oppdatering og en mer kontinuerlig oppmerksomhet fra lederne. Arbeidet med å forbedre resultatene på denne indikatoren vil klinikkene arbeide med i 2021.

OD HOD	11	Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport og Årlig melding

Den gylne regel rapporteres månedlig i Kvalitet og virksomhetsrapportene. UNN har i 2020 ikke innfridd alle kravene til økt vekst innen psykiatri i forhold til somatikk. Årsakene til dette er sammensatt, men en av utfordringene er tilgangen på spesialistkompetanse. På bakgrunn av Helse-Nords internrevisjon høsten 2020 gjennomføres nå et større arbeid innen psykiatrien. Det vil bli gjennomført flere analyser og risikovurderinger med tiltak i løpet av 1.tertial 2021.

OD HOD	12	Ikke ha korridorpasienter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport og Årlig melding

UNN har i 2020 hatt færre korridorpasienter enn tidligere. I 1. tertial 2020 var andelen pasienter i korridor 2,0 % (993) og i 2.tertial 1,1 % (536). Korridorpasienter forkommer på noen få sengeposter i UNN og rapporteres månedlig i kvalitet- og virksomhetsrapport til styret. Det har vært omrokkeringer av ressurser i 2020 på grunn av Covid-19. Det arbeides aktiv med problemstillingen med utskrivningsklare pasienter.

OD HOD	13	Innføre, i samarbeid med kommunene, bedre rutiner for avklaring av hjelpebehov hos barn og unge. Disse rutinene skal innrettes i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet, som tentativt vil foreligge våren 2020 (*utsettes hvis anbefaling ikke kommer*).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Så vidt UNN kjenner til ble de nasjonale retningslinjene ikke ferdigstilt våren 2020. Arbeidet vil igangsettes når retningslinjene er ferdigstilt.				

OD-Tillegg 20	14	Gjennomføre tiltak som har dokumentert effekt på kapasitetsutnyttelse og unødvendig venting innen poliklinisk behandling. Det legges til grunn at disse tiltakene gjennomføres for all poliklinisk behandling, med mindre særskilte forhold tilsier noe annet. Det tas et generelt forbehold om at beredskapsarbeidet kan forsinke eller forstyrre gjennomføringen av tiltakene. Tiltakene skal bl.a. inkludere: • Innføring og bruk av digitale skjemaer og verktøy for å innhente nødvendig informasjon fra pasientene før oppmøte til time. • Ta i bruk video- og telefonkonsultasjoner med sikte på opprettholde omfanget av slike konsultasjoner etter hvert som aktiviteten normaliseres. • Bruke digitale skjemaer, video– og telefonkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging for minst 30% av alle polikliniske konsultasjoner i 3. tertial.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
UNN har igangsatt ulike tiltak for å redusere bedre kapasitetsutnyttelse og redusere unødvendig venting *ved polikliniske undersøkelser. Dette inkluderer bedre styring av poliklinikk og avslutning av kontroller med lav medisinsk nytteverdi. Det pågår et målrettet arbeid mot fagområdene med størst utfordringer.* *Andelen video- og telefonkonsultasjoner har stabilisert seg på rundt 11 %. Andelen video- og telefon konsultasjoner varierer mellom klinikkene. Det er utarbeidet en egen covid-rapportering til å følge utviklingen. Andelen konsultasjoner på video og telefon er samlet sett doblet fra perioden før coronatiltakene ble iverksatt.*				

RHF	15	Utarbeide en plan for å innføre ParkinsonNet innen utgangen av året, med sikte på innføring innen 30. juni 2021.	UNN, NLSH	Årlig melding
Tiltaket er forsinket på grunn av covid-19 og planlegges igangsatt fra februar 2021.				

RHF	17	Utvikle mal for å evaluere bruk av samvalgsverktøy i samarbeid med de andre helseforetakene.	UNN	Årlig melding
Arbeidet med å ferdigstille en mal for evaluering er forsinket, men det pågår pilotering av ulike måter å evaluere samvalgsverktøy. Dette tas med i et nasjonalt arbeid som vil danne grunnlag for regional evaluering.				

FTP	18	Utvikle en informasjonsstrategi for å formidle hvilke tjenester som ytes til befolkningen og tilreisende ved Longyearbyen sykehus, herunder også betalingsordningene for de ulike tjenestemottakerne innen 31.12.2021.	UNN	Årlig melding

Det er avtalt med kommunikasjonsdirektør i Helse Nord at tiltaket videreføres i 2021. Dette kunne ikke prioriteres i 2020 p.g.a koronapandemien

3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning

RHF	1	Minimum 100 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på foretakets nettside.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport og Årlig melding
UNN har publisert over 100 behandlingsbeskrivelser på foretakets nettside.				

3.2 Somatikk

OD HOD	1	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Med unntak av januar måned var andelen pakkeforløp innenfor standard forløpstid over 70% i 2020. Pakkeforløpene overvåkes nøye og det er enkelte forløp som ligger under 70% i enkelte måneder. Dette er gjerne forløp med få pasienter i inkluderingen slik at en pasient kan trekke ned andelen til under 70%. UNN har hatt en positiv utvikling for flere av krefttypene i siste tertial 2020.				

RHF	2	Innføre pakkeforløp for hjerneslag del 2.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Pakkeforløp Hjerneslag del 2 er et samarbeidsoppdrag mellom NEHR og Slagenheten og er innført. Pakkeforløpet er videre ivaretatt så langt som mulig ut fra situasjonen med Covid-19 i 2020.				

RHF	3	Registrere fødselsnummer på alle nyfødte før utskrivelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Ikke gjennomførbart i 2020 på grunn av avhengighet fra dataleverandør/IKT-leverandør.				

RHF	4	Forberede innføring av screening for tarmkreft i henhold til føringer i regionalt prosjekt.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
UNN ved Medisinsk klinikk og Diagnostisk klinikk har deltatt med representanter både i regionalt og nasjonalt prosjekt. For å imøtekomme føringer i regionalt prosjekt er det behov for å øke kapasitet på UNNs gastrolaboratorium. Det er behov for å utvide eksisterende desinfeksjonsrom, bygge ekstra endoskopirom, samt å rekruttere personell i forbindelse med økningen av pasientkontakter. Dette er meldt inn og håndteres gjennom virksomhetsplanleggingen.				

OD HOD	5	Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport og Årlig melding
48 % av epikrisene i somatisk virksomhet er sendt innen 1 dag ved utgangen av 2020. UNN har i 2020 hatt dette som en av hovedindikatorene og det er gjenstand for diskusjon på tavlemøter. For UNN har tallene likevel vært stabile. Vi har i årsskiftet 2020/21 gjennomført en undersøkelse av de bakenforliggende tiltakene til den manglende måloppnåelse. Dette vil danne grunnlag for nye tiltak i løpet av 2021.				

OD-Tillegg 20	6	Følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten "Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem" i utvikling av fødeinstitusjonene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Rapporten beskriver en utvikling der de viktigste endringene er en økning i alder og KMI og en økt andel gravide som har ressurskrevende sykdommer og tilstander i svangerskapet og en større andel med inngrep og komplikasjoner under fødsel. Det er også en vesentlig økning av gravide med fødeland utenfor Norge. Fødende fra enkelte land bidrar vesentlig til økning i risikoprofil for fødepopulasjonen. *Vi har fulgt opp hovedpunktene i rapporten på følgende måte:* ***Bemanning og kompetanse*** *UNN har kvalifisert personell tilgjengelig for den behandlingen de gravide trenger i tråd med kvalitets- og kompetansekrav definert i Nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. UNN har en langsiktig plan for å rekruttere, beholde og utdanne helsepersonell i fødeinstitusjonene slik at behovet for god kvalitet i fødselsomsorgen blir dekket. UNN oppfyller de nasjonale normtallene gjennom overtid hos ansatte. Vi er i en prosess med å ansette flere slik at normtallene kan oppfylles i ordinær arbeidstid.* ***Seleksjonskriteriene*** *UNN har gjennomgått, følger og oppdaterer kontinuerlig seleksjonskriteriene for fødsler, slik de er nedfelt i nasjonale veiledere.* ***Økonomi*** *Behovet for å øke det økonomiske handlingsrommet for fødevirksomheten i UNN er meldt inn til virksomhetsplanleggingen. En evt. økning i intern finansiering vurderes som del av en helhetlig prioritering.* ***Følgetjeneste*** *Behovet for følgetjenester gjelder for UNN ytre deler av Lyngen kommune. VI har implementert nasjonale føringer og gjort avtale med kommunen om dette.*				

RHF	7	Andel av meniskopererte over 50 år ved skal være lavere enn 35%.	FIN, UNN, HSYK	Årlig melding
UNN har gjennomført kravet om andelen meniskopererte over 50 år skal være lavere enn 35 %.				

OD-Tillegg	9	Delta i ny vurdering av intensivtilbudet ved Kirkenes sykehus, for å sikre at klinikken har ressurser og kompetanse til å behandle respiratorpasienter som ikke kan sendes videre. Frist for vurderingen er 1. oktober.	FIN, UNN	Årlig melding
UNN har bidratt med to medarbeidere i vurderingen av intensivtilbudet ved Kirkenes sykehus. Disse deltok på et fysisk møte i Kirkenes og i flere oppfølgingsmøter via Skype og bidro til rapporten. Foretaksmøtet gav utsatt frist til 1.november. Oppdraget ble levert innen fristen.				

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

OD HOD	1	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport og Årlig melding
Det har vært etablert et eget prosjekt med prosjektleder og prosjektgruppe knyttet til implementering av pakkeforløp i klinikken. Som del av dette er det utviklet både strategisk plan og handlingsplan for implementeringen og oppfølging av denne. Ansvar for implementering har vært lagt til ledelseslinjen med prosjektet som en aktiv bidragsyter til ledelser i virksomheten. Arbeidet pågår fortsatt. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne var 66, 5% i 2020. Det vil også i 2021 være et kontinuerlig arbeid i alle enheter for å innfri måltall. Måltall forventes innfridd i løpet av 2021.				

OD HOD	2	Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport og Årlig melding
Det har vært etablert et eget prosjekt med prosjektleder og prosjektgruppe knyttet til implementering av pakkeforløp i klinikken. Som del av dette er det utviklet både strategisk plan og handlingsplan for implementeringen og oppfølging av denne. Ansvar for implementering har vært lagt til ledelseslinjen med prosjektet som en aktiv bidragsyter til ledelser i virksomheten. Arbeidet pågår fortsatt. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne var 41,2 % i 2020. For TSB 30,2 %. Det vil også i 2021 være et kontinuerlig arbeid i alle enheter for å innfri måltall. Måltall forventes innfridd i løpet av 2021.				

OD HOD	3	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport og Årlig melding
Det har vært etablert et eget prosjekt med prosjektleder og prosjektgruppe knyttet til implementering av pakkeforløp i klinikken. Som del av dette er det utviklet både strategisk plan og handlingsplan for implementeringen og oppfølging av denne. Ansvar for implementering har vært lagt til ledelseslinjen med prosjektet som en aktiv bidragsyter til ledelser i virksomheten. Arbeidet pågår fortsatt. Det har ikke lyktes oss å få ut data fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/pakkeforlop-for-psykisk-helse-rus for denne indikatoren. Det vil også i 2021 være et kontinuerlig arbeid i alle enheter for å innfri måltall. Måltall forventes innfridd i løpet av 2021				

OD HOD	*4*	*Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.*	*FIN, UNN, NLSH, HSYK*	*Virksomhetsrapport og Årlig melding*
I overkant av 37 % av epikrisene innenfor psykisk helsevern og TSB er sendt ut innen en dag i 2020. Det er fremdeles variasjoner mellom enhetene i klinikken, og det arbeides med tiltak for å øke andelen og oppnå måltallet.				

OD HOD	*5*	*Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2020.*	*FIN, UNN, NLSH, HSYK*	*Årlig melding*
Psykisk helse- og rusklinikken har økt antall pasienter med tvangsmiddelvedtak (§§ 4.8a, 4.8b, 4.8c og 4.8d) i psykisk helsevern fra 92 i 2019 til 100 i 2020. Andelen tvang har hatt en svak nedgang fra 2017 med unntak av 2.tertial 2020.				

OD HOD	*6*	*Implementere tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam innen psykisk helsevern der det er befolkningsmessig grunnlag for det.*	*FIN, UNN, NLSH, HSYK*	*Årlig melding*
Det er etablert FACT-team ved Sentrene for Psykisk helse- og rusbehandling (SPHR) i Ofoten og Sør-Troms. Dette har skjedd gjennom bruk av prosjektmidler fra Fylkesmannen og midlertidig omdisponering av egne midler. FACT-team er under etablering ved SPHR Tromsø (hvor det fra tidligere også er etablert ACT-team), gjennom omstilling av virksomheten ved Ambulant rehabiliteringsteam. FACT-team er også under planlegging ved SPHR Midt-Troms og SPHR Nord-Troms. Det er etablert ambulante akutteam ved samtlige SPHR.				

OD HOD	*7*	*Legge til rette for at flere metoder innen psykisk helsevern og TSB blir vurdert i systemet for Nye metoder.*	*FIN, UNN, NLSH, HSYK*	*Årlig melding*
Med økende grad av differensierte behandlingsmetoder innenfor psykisk helsevern og rus blir det viktig at disse blir vurdert innenfor systemet for Nye metoder. I 2020 er en rekke polikliniske behandlingsforløp gjennomført med digitale konsultasjoner. Dette vil også bli en del av metodevurderingen og holde opp ansikt til ansikt terapi opp mot digital kontakt.				

OD-Tillegg 20	*8*	*Legge funnene i SINTEFs første rapport for evaluering av pakkeforløpene i psykisk helse og rus til grunn for videreutvikling av arbeidet med registrering og tekniske løsninger knyttet til pakkeforløpene, samt sørge for at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter involveres i forbedringsarbeidet og implementeringen av pakkeforløpene.*	*FIN, UNN, NLSH, HSYK*	*Årlig melding*
Klinikken har sikret involvering av brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter på flere nivå i implementeringen: Klinikknivå: Representasjon i prosjektgruppe pakkeforløp (1 erfaringskonsulent og 3 brukerrepresentanter). Avdelings-/enhetsnivå: Her deltar erfaringskonsulenter (der dette finnes) og brukerrepresentanter i noe varierende utstrekning. Det er en betydelig oppmerksomhet knyttet til å involvere brukerperspektivet i implementeringsarbeidet. Brukermedvirkningsforum i de ulike deler av virksomheten vil også være en sentral arena for å sikre brukermedvirkning rundt implementeringsarbeidet. *SINTEFs første rapport for evaluering av pakkeforløpene i psykisk helse og rus kom på et tidspunkt før klinikken for alvor kom i gang med registrering av pakkeforløp. Funnene har vært benyttet i utformingen av eget prosjekt med prosjektleder og prosjektgruppe knyttet til implementering av pakkeforløp i klinikken. Som del av dette er*				

det utviklet både strategisk plan og handlingsplan for implementeringen og oppfølging av denne. Ansvar for implementering har vært lagt til ledelseslinjen med prosjektet som en aktiv bidragsyter til ledelser i virksomheten.

3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

RHF	*1*	*Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister tertialvis.*	*FIN, UNN, NLSH, HSYK*	*Tertialrapporter og Årlig melding*
UNN har inngått avtale med 39 avtalespesialister som er lokalisert på 6 ulike steder. 26 i Tromsø, 4 i Harstad, 4 i Narvik, 3 på Finnsnes, 1 på Bardufoss og 1 på Skjervøy/Storslett. *Avtalene knytter seg til 8 fagområder;* *Gynekologi 3 avtaler, indremedisin 5 avtaler, urologi 1 avtale, øyelege 7 avtaler, øre,nese,hals 3 avtaler, revmatolog 1 avtale, psykiater – 5 avtaler, psykolog – 15 avtaler.* *Avtalene er viktige for det videre arbeidet med å håndtere etterslepet som er oppstått som en konsekvens av Covid-19. Samhandlingen med avtalespesialistene har fått ny og høyst aktuell betydning for å klare å håndtere etterslepet. Ettersom situasjonen er endret i løpet av 2020 er det ikke laget egne rapporteringer på samarbeidet. Det planlegges for en ny situasjon der samarbeidet med avtalespesialistene vurderes som en del av den samlede kapasiteten.* *UNN har inngått avtale med to private sykehus i Tromsø for å øke dagkirurgisk kapasitet slik at vi kan operere det etterslepet av inngrep som har oppstått i forbindelse med koronapandemien.*			

4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen

OD HOD	1	Sørge for at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov sikres ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid slik at de ikke sendes hjem om natten. Dette kan innebære å øke transportkapasitet på dag- og ettermiddagstid. Unntak kan gjøres hvis pasienten selv ønsker å reise hjem, et slikt ønske skal dokumenteres.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
UNN rapporterer på innhold og samhandling med inngåtte avtalespesialister. *Akuttmedisinsk klinikk har i 2020 gjennomgått oppdrag med eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov. Det er en svært lav andel pasienter der transport har vært gjennomført på natt, og da i tilfeller hvor pasienten ikke ønsket å vente til neste dag. UNN har en grunnleggende rutine på at tilbakeføringer/hjemkjøringer ikke skal skje på natt. Utskrivende avdelinger samarbeider tett med akuttmedisinsk klinikk slik at trygg hjemtransport sikres.*				

OD HOD	2	Påse at sykehusene ikke bruker fastlegene til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver: Videre henvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten. Rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger. Rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus. Sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå, frem til neste	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding

		kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist, hvis det er indikasjon for det. Resept på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler. Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene. Legeforeningens "Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus" bør legges til grunn for samarbeidet med fastlegene.		
Overordnet samarbeidsorgan (OSO) har etablert normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger i UNN-området. Samarbeidsnormen, er utarbeidet på initiativ fra Fagråd for fastleger i Troms og Ofoten (Fastlegerådet). OSO er formell oppdragsgiver. Samarbeidsnormen tar utgangspunkt i intensjonene i Samhandlingsreformen. Dette innebærer bl.a. at det etableres gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder, og legges til rette for at eventuell uenighet løses i dialog mellom samhandlingspartnerne uten at pasienter og brukere berøres. Samarbeidsnormen gir detaljerte anbefalinger om samhandling mellom leger, bl.a. ansvars- og oppgavefordeling, og legenes informasjons- og veiledningsansvar. Områder for felles anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og UNN: *1) Henvisning* *2) Epikrise* *3) Timebestilling etter sykehusopphold* *4) Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (LiB)-liste* *5) Blodprøver og røntgen* *6) Sykemelding* *7) Pasienttransport* *8) Samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser* *9) Parallell henvisning til flere avdelinger* *10) Rådgivning og gjensidig tilgjengelighet pr telefon* *11) Tverrfaglig samarbeid* *12) Samhandling generelt og oppfølging av samarbeidsnormen*			

OD HOD	3	Alle akuttsykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og alle store akuttsykehus skal ha spesialist i geriatri.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Samtlige lokasjoner (HA/NA/TØ) i Medisinsk klinikk har spesialister i geriatri, og god breddekompetanse i behandling av eldre.				

OD HOD	4	Etablere et regionalt barnepalliativt team som skal veilede de lokale barneavdelingene og ha ansvar for helseregionens kompetanse, tilbud og kvalitet innen barnepalliasjon, i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge. Helse Nord sitt barnepalliative team må ha tilgang til samisk språk og kulturkompetanse og skal bistå de andre helseregionenes barnepalliative team ved behov for samisk språk og kulturkompetanse.	UNN	Årlig melding
Arbeidet med å opprette regionalt barnepalliativt team er startet. Mandat er utarbeidet og regional arbeidsgruppe er etablert for å starte utredning av arbeidet i 2021. Finansiering for utredning av dette arbeidet kom på plass sent i 2020.				

4.1 Kvalitetsutvikling

RHF	1	Innføre nye rutiner for risikostyring i tråd med oppdaterte regionale retningslinjer.	Alle	Årlig melding
UNN har i 2020 arbeidet med rutinene og malene i risikostyring i tråd med reviderte regionale retningslinjer. Det er gjort suppleringer med forenkla maleverk for operative risikovurderinger på klinikk og avdelingsnivå, slik at avdelingene selv kan gjennomføre risikovurderinger. UNN har også hatt en gjennomgang av prosess for å få frem risikoområder på strategiske mål slik at vesentlige risikoområder adresseres og at det synliggjøres om strategiske satsninger er riktige og tilstrekkelige for å nå de helsepolitiske målene. UNN har brukt noe tid på å komme frem til en arbeidsflyt på dette for å sikre at eksisterende tiltak er i tråd med målene, og at disse rettes inn mot målsetningene tydeligere. Forberedelser til småskala utprøving av prosessen ble gjennomført tredje tertial 2020 og ferdigstilles i 1.tertial 2021.			

RHF	2	I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 delta i arbeidet med utviklingen av en strategi for legemiddelforsyningen i regionen.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Arbeidet med strategiutviklingen er flyttet til RHF og forventes oppstart tidlig i 2021. UNN vil bidra med nødvendig fagkompetanse i arbeidet og fylle de behov som er nødvendig for utvikling av strategi for legemiddelforsyningen.				

RHF	3	I samarbeid med helseforetakene gjennomføre planlagt ressursopptrapping i henhold til opprinnelig opptrappingsplan for klinisk farmasi vedtatt i Helse Nord RHFs styre 15.6.2016.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Legemiddelkomiteen har i samråd med SANO fordelt ressursene til klinisk farmasi i klinikkene i UNN. Vurderingene er dynamiske og vil justeres i tråd med behovet. I tillegg til dette har UNN revidert samarbeidsavtale med SANO om rådgivningsfarmasi.				

RHF	4	I samsvar med Regional utviklingsplan etablere lokale ressursgrupper for samisk språk og kultur. Ressursgruppene skal være en ressurs for samiske pasienter og ansatte.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Tilrettelegging av helsetilbudet til den samiske befolkningen, kapittel 5 i Regional utviklingsplan 2035 er behandlet i ledermøtesak 19.11 2019. Direktøren besluttet flere tiltak for å oppfylle behovet til den samiske befolkningen, *Lokal ressursgruppe er under etablering.*				

OD HOD	5	Øke bruken av simulering for kompetanseheving og samarbeide med andre helseforetak om utvikling og deling av opplegg for simulering.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
SIM UNN er etablert. UNN har overtatt simuleringssenteret fra UiT og klargjort alle avtaler og dokumenter for drift av senteret. Innflyttingen i nye arealer har blitt utsatt p.g.a. covid 19. Det har i 2020 vært en betydelig økning i bruken av simuleringer blant annet på områder som HLR trening, Covid-19 og smitteverntrening, samt				

simulering av arbeidsflyt for innføring av elektronisk kurve. SIM UNN har et tett samarbeid med REG SIM og SIM Norge, som er regionale og nasjonale senter for simuleringstreninger.

OD HOD	6	Samarbeide med Folkehelseinstituttet om gjennomføring av kontinuerlige PasOppundersøkelser blant pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
UNN er involvert i gjennomføring av kontinuerlige PasOppundersøkelser innen psykisk helsevern. Det er etablert kontaktpersoner på alle relevante avdelinger som ivaretar kommunikasjonen med folkehelseinstituttet.				

RHF	7	Tilby 10 plasser per kull på QI Nord - Forbedringsutdanning til Finnmarkssykehuset.	UNN	Årlig melding
UNN har tilbudt 10 plasser i kull 4 og 5 i QI-Nord til Finnmarkssykehuset. Finnmarkssykehuset deltok med 10 deltakere i kull 4. For kull 5 ble deltakelsen noe mindre, men de har fått tilbud om 10 plasser fra UNN.				

4.3 Pasientsikkerhet

OD HOD	1	Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med året før.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding

Tall for 2020 er ikke tilgjengelig før i slutten av mai. Tallene for 2019 viser en nedgang sammenliknet med 2018, og er tilbake på samme nivå som i 2017. (kilde Helsedirektoratet, rapport 4/11-2020). Vi ser ikke like store utslag på andre indikatorer og vi mener endringene skyldes tilfeldig variasjon, små tall, utskifter i analyseteam etc. Det arbeides kontinuerlig med å redusere pasientskader, bedre meldekultur og lære av hendelser.

Tabell: Andel sykehusopphold med minst én pasientskade og tilhørende 95 % konfidensintervall (KI).

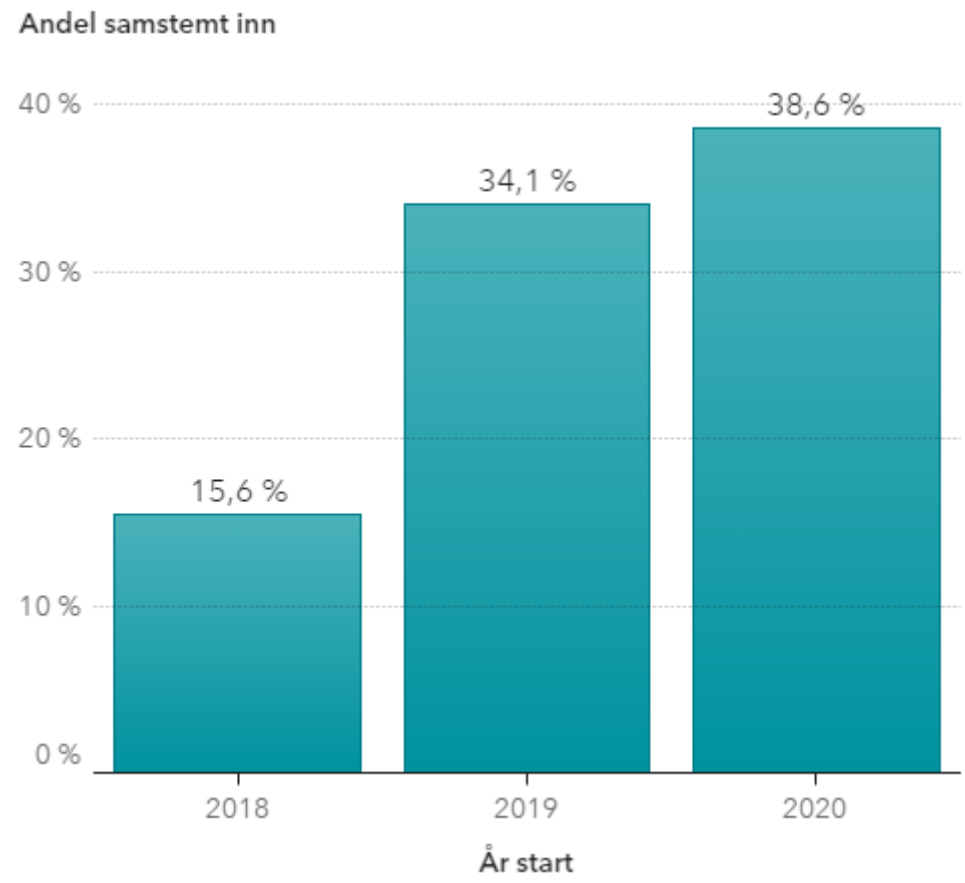
År	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Estimat	16,3 %	21,7 %	13,3 %	15,0 %	13,3 %
95 % KI	(12,1-20,8)	(17,1-26,3)	(8,8-17,9)	(11,3-18,8)	(9,6-17,1)

RHF	2	Andel legemiddellister som er samstemt inn (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding

Andel legemiddellister samstemt ved innleggelse var 38,6 % i 2020. Dette tallet speiler ikke hvor mange legemiddellister som er samstemt, men i hvilken grad det kodes korrekt i Dips. Det er også stor variasjon mellom klinikkene.

Det elektroniske systemet for å registrere samstemming består av mange klikk og valg i menyer. Det vurderes som vanskelig å øke andelen registrerte uten at datasystemet endres og automatiseres. MetaVision skal ha en funksjonalitet som gjør det mulig å automatisere registrering av tjenestekoden. Det er da forventet at andel registrert samstemt vil øke

Utvikling fremgår av figur (kilde HN LIS):



4.4 Smittevern

OD HOD	1	30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012. 2020 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Antall definerte døgndoser var i 2.tertial 2020 12,3 pr 100 liggedøgn. Dette er noe under inngangsverdien fra 2012 som var på 14,5. Det er tertialvis mindre variasjon i perioden 2017 – 2020 og bruken er innenfor et mindre intervall samt på et lavere nivå enn tidligere. Reduksjonen er ikke på 30%, men UNN var og er et av helseforetakene med lavest forbruk av bredspektret antibiotika. Arbeidet med dette fortsetter og vil konsentreres rundt enheter med størst forbruk av bredspektrede antibiotika.				

OD-Tillegg 20	2	Følge opp beredskapsplanen for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien.	Alle	Årlig melding
UNN har organisert og etablert nødvendige tiltak i tråd med beredskapsplanen for covid -19. Det er gjort kontinuerlige vurderinger av situasjonen og etablert smitteverntiltak i alle deler av foretaket. Smittevernregimet er under kontinuerlig justering og beredskapen vurderes i tråd med smittesituasjonen lokalt, regionalt og nasjonalt.				

4.5 Personvern og informasjonssikkerhet

RHF	1	Utarbeide en tiltaksplan, og iverksette nødvendig tiltak, som sikrer at helseforetakenes IKT-systemene og teknologiske sikkerhetstiltak bidrar til å forebygge og avdekke dataangrep.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
UNNs tiltaksplan ble våren 2020 behandlet av direktørens ledergruppe (sak 69.20-1) og av styret (sak 67/2020). Tekniske sikkerhetstiltak er håndtert av Helse Nord-IKT og prosjektet Helhetlig informasjonssikkerhet. En mer detaljert tiltaksplan/handlingsplan er under utarbeidelse og skal ferdigstilles januar 2021.				

RHF	3	Dataansvarlig skal etablere rask og sikker pålogging i form av to-faktor autentisering for tilgang til helseopplysninger/personopplysninger. Datatilsynets anbefalinger skal legges til grunn.	Alle	Årlig melding
Dette er en del av HIS prosjektet og foretaket avventer ferdigstilling fra Helse Nord IKT				

RHF	4	Etablere formelle rutiner og *prosedyrer* som sikrer at dataansvarlig godkjenner endringer i infrastrukturen som påvirker dataansvarliges ansvarsområde.	Alle	Årlig melding
Prosedyre PR54669 er utarbeidet av HN IKT og tatt i bruk.				

4.8 Beredskap

RHF	1	Årlig rapportere oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater. Kompetansesenter i smittevern Helse Nord har utarbeidet en regional mal for dette.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
UNN har sendt oversikt over antall senger til beredskapsledelsen den 7/2 -20 og oppdatert rapport den 22/1-21 etter regional mal.				

FTP	2	Utvikle planverk for systematiske samhandlingsøvelser med samtlige beredskaps- og redningsaktører i Longyearbyen og å prioritere å trene eget personell og øve dette planverket ved Longyearbyen sykehus.	UNN	Årlig melding
UNN Longyearbyen deltar i eget øvingsutvalg i regi av Sysselmannen på Svalbard, med jevnlige møter gjennom året. Disse møtene har vært tonet ned under pandemi-situasjonen. UNN Longyearbyen avventer videre initiativ fra Sysselmannen for møter. UNN Longyearbyen har ellers øvelse med helikopteret hver 5 onsdag. Dette er fysisk øvelse. Ellers har sykehusets personell jevnlig lovpålagt kurs og oppdatering på HLR og AHLR.				

5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten

FTP	1	Innrette samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer fastsatt i NHSP og i tråd med avtale mellom regjeringen og KS av 23. oktober 2019 om innføring av helsefellesskap.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Arbeidet er i god rute. OSO har etablert en egen arbeidsgruppe som følger opp dette arbeidet. Sak til alle 24 kommunestyrer samt styret for UNN sendes uke 2/2021. Det er innkalt til Partnerskapsmøte 22.april 2021, hvor Helsefellesskapene formelt blir etablert.				

FTP	2	Sette konkrete mål for kompetansedeling sammen med kommunene i helsefellesskapene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Helsefellesskapene vil formelt etableres i Partnerskapsmøtet 22.april 2021. Konkrete mål om kompetansedeling med kommunene vil kunne bli tema når alle formaliteter er på plass.				

FTP	3	Gi innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan sammen med kommunene i helsefellesskapet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Dette vil bli gjort når slike innspill blir aktuelt, sannsynligvis første del av 2022.				

RHF	4	Gjennomføre tiltak for å ivareta samhandling om samiske pasienter i helsefelleskapene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Helsefellesskapene vil formelt etableres i Partnerskapsmøtet 22.april 2021. Konkrete tiltak om samhandling om samiske pasienter vil kunne bli tema når alle formaliteter er på plass.				

OD HOD	5	I samarbeid med kommunene få på plass følgetjeneste for gravide og fødende, i tråd med Helsedirektoratets nasjonale veileder Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Veilederen legger til grunn et behov for en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense og må beregnes ut fra faktisk bosettingsmønster, ikke beliggenhet av kommunesenteret. Det vises til Helsedirektoratets oppdrag om å belyse hva endringer i kompleksitet i fødselsomsorgen betyr for bemanning og finansieringssystem med frist 1. mars 2020.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Følgetjenesten fra UNN fungerer tilfredsstillende. Det registreres at det er utfordringer med jodmorfølgetjenester i kommuner. UNN samarbeider med kommunene om jordmordfølgetjenestene.				

RHF	6	Implementere minst ett felles tiltak for medisinsk avstandsoppfølgning som tidligere har vært pilotert med gode resultater i samarbeid med kommunene og med støtte av Helse Nord IKT og de andre helseforetakene i regionen. Nordlandssykehuset HF skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Innen kreftbehandling har UNN har implementert cytostatikabehandling i pasientens hjemkommune som et av tiltakene i medisinsk avstandsoppfølging. Det er identifisert flere hindringer som må løses, blant annet finansiering av cytostatikaforbruket og det pågår et arbeid for å etablere avtaler med kommunene i samråd med Finnmarkssykehuset og Helse Nord RHF. *Innen Rehabilitering har UNN implementert verktøyet Whereby for pasientkonsultasjoner. Det er startet opplæring og lagt planer for å ta i bruk Whereby for pasientkonsultasjoner på flere områder.*				

RHF	7	Videreutvikle tjenestetilbudet til stormottakere av helsetjenester (somatikk, psykisk helsevern og rus) i samarbeid med kommunene og andre helseforetak. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
PSHT innarbeides som ordinær del av pasientforløpet for pasientgrupper som oppfyller inklusjonskriteriene. Stormottakersatsningen er overført til Senter for E-helse, Samvalg og Innovasjon fom 1.1.21				

7.1 Sikre gode arbeidsforhold

RHF	1	Etablere regionalt nettverk for ledelse og lederutvikling.	UNN	Årlig melding
UNN deltar i det regionale nettverket for ledelse og lederutvikling. UNN har koordinatorfunksjonen for nettverket ut 2021. Det er utarbeidet handlingsplan for arbeidet i nettverket. Arbeidet er igangsatt, men er forsinket på grunn av pandemien.				

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

FTP	1	Vurdere å ta i bruk traineeordninger i sitt arbeid for å nå målene i inkluderingsdugnaden.	Alle	Årlig melding
Arbeidet med å implementere tiltakene i inkluderingsdugnaden er forsinket som følge av pandemien. I følge vedtatt handlingsplan skal UNN ha vurdert å ta i bruk traineeordninger i sitt arbeid med å nå målene i inkluderingsdugnaden innen våren 2021.				

FTP	2	Antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus økes i løpet av planperioden 2020–2023. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlærlinger med minimum 20% innen utgangen av 2023 skal prioriteres.	Alle	Årlig melding
Det har siden 2014 vært arbeidet systematisk med å etablere ordning for ansettelse av helsefaglærlinger i UNN, samt øke antall helsefaglærlinger. I løpet av planperioden 2020-2023 planlegges en ytterligere 20 % økning. Høsten 2020 ble det etablert en ordning for lærlinger innen portørfaget i UNN. Det er generelt et større fokus på lærlinger både innen helsefag og andre lærefag i UNN.				

RHF	4	"Utarbeide og styrebehandle handlingsplan innen 1.5.2021 for Inkluderingsdugnaden."	Alle	Årlig melding
Handlingsplan for inkluderingsdugnaden ble behandlet av styret ved UNN i desember 2020.				

RHF	5	Etablere tverrfaglig team for bemanningsplanlegging og framskriving av kompetansebehov.	Alle	Årlig melding
Et team bestående av personell fra Klinisk utdanningsavdeling, Lederstøtte og organisasjonsutvikling og Økonomi og analyseavdelingen er under etablering. Før disse er operativ skal de få opplæring i den den regionale bemanningsmodellen regionalt.				

RHF	6	Delta i arbeidet med revidering av strategisk kompetanseplan.	Alle	Årlig melding
Dette oppdraget er forskjøvet grunnet pandemien, kommer på nytt i OD2021.				

RHF	7	I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 utrede strategier for å beholde og rekruttere ansatte med samisk språk og kulturforståelse.	Alle	Årlig melding
Arbeidet er forsinket på grunn av prioritering av bemanning ved covid *UNN har dessverre ikke kommet i gang med arbeidet med å utrede strategier for å beholde og rekruttere ansatte med samisk språk og kulturforståelse. Dette arbeidet vil bli tatt fatt på i 2021.*				

FTP	8	Etablere en ordning for ALIS' (leger i spesialisering i allmennmedisin) sykehuspraksis for å oppnå fastsatte læringsmål. Det forutsettes ikke opprettelse av egne stillinger, og det bes om at tilgjengelige ressurser benyttes. Avvikling av sykehuspraksis skal avtales med samarbeidende kommuner.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
UNN har gjennom klinisk samarbeidsutvalg med sine kommuner, utarbeidet mal for samarbeidsavtale om spesialiseringsperiode for ALIS. Avtalen baserer seg på styrt/prioritert bruk av oppdukkende vikariater. Avtalene er signert. Det gjenstår for UNN å beslutte hvilke klinikker og avdelinger som systematisk skal prioritere å tilby LIS-vikariatene til ALIS. I 2020 har dette løst seg for de ALIS som har ønsket og hatt behov for sykehustjeneste, og det er ved utgangen av 2020 ikke kø for slik tjeneste. Det løses primært ved at ALIS prioriteres ved ledige 6-mnd vikariater i LIS-stillinger. *Arbeidet med dette er pågående og UNN vil lede et regionalt arbeid i 2021 for å se på hvordan vi kan styrke ALIS.*				

RHF	10	Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Det er ansatt 73 helsefagarbeidere i UNN. Helsefagarbeidere utgjør ca. 1 % av arbeidsstokken. Slik situasjonen er i dag vil UNN neppe nå måltallet innen 2021. Arbeidet med dette er pågående.				

RHF	11	Etablere Akutt- og mottaksmedisin som spesialitet.	NLSH, UNN	Årlig melding
Akutt- og mottaksmedisin er etablert som spesialitet i UNN. Det er søkt om godkjenning av utdanningsplanen, og de første kandidater er i gang med spesialiseringen. Enhet for Akutt- og mottaksmedisin er etablert i UNN Tromsø. I løpet av 1. kvartal 2021 vil UNN Tromsø ha utdannet de tre første spesialistene innen fagfeltet Akutt- og mottaksmedisin. Ytterligere tre spesialister vil være klare innen utgangen av 2023.				

FTP	12	Opprette et opplæringskontor for helsefaglærlinger og andre relevante lærefag. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig.	UNN, HSYK	Årlig melding
I et møte 26.08.20 drøftet Helse Nord, Personal- og organisasjonsutvikling og Klinisk utdanningsavdeling hvorvidt det er hensiktsmessig at UNN danner eget opplæringskontor eller fortsetter dagens ordning der man har et samarbeid med eksternt opplæringskontor. Dette er en ordning som fungerer meget godt og UNN er fornøyd med. Dersom UNN skal etablere eget opplæringskontor i helseforetaket vil dette medføre betydelige administrative endringer og dertil økte behov for ressurser. *Samarbeid mellom de ulike helseforetakenes opplæringskontorer eksisterer i dag, men det ansees ikke som aktuelt å flytte administrativt og oppfølgingsarbeid tilknyttet lærlingene til de andre helseforetakene.* *I møtet ble det enighet om at UNN fortsetter dagens ordning der UNN samarbeider med eksterne opplæringskontor. Helse Nord rapporterer til HOD tilknyttet pkt. 7.2.12. med bakgrunn i møtet.*				

RHF	13	Etablere regional koordineringsenhet for helsefaglig simulering og ferdighetstrening.	UNN	Årlig melding
Regional koordinerende enhet for helsefaglig simulering i Helse Nord hadde oppstart 2.oktober 2020. Rekruttering av ansatte ble fullført i november 2020 og 15. februar 2021 vil alle ansatte være på plass. Etableringen ble forsinket av pandemien og vi anser 2021 som etableringsåret. Handlingsplanen for 2020 er ikke fulgt og flere tiltak er, av Strategisk råd, vedtatt flyttet til handlingsplanen for 2021. Informasjonsside på intranett er etablert. Sim-koordinatorer er på plass i UNN og NLSH og til dels i Finnmarkssykehuset.				

7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

OD HOD	1	Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 pst. innen utgangen av 2023.	Alle	Årlig melding
Vi avventer en avklaring mellom Helsedirektoratet og de fire regionale helseforetakene om hvordan dette skal beregnes.				

RHF	2	Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av RHF-et.	Alle	Årlig melding
UNN deltar i det regionale arbeidet med å utarbeide felles retningslinjer for varsling.				

8.0 Forskning og innovasjon

RHF	1	Inngå eller revidere avtaler med universitetene i regionen, i tråd med ny rammeavtale som Helse Nord RHF har inngått i oktober 2019.	Alle	Årlig melding
Avtale mellom UNN og Det helsevitenskapelige fakultet er revidert i tråd med ny overordnet avtale mellom Helse Nord RHF og UiT.				

RHF	2	Samarbeide med næringslivet om innovative løsninger.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Arbeidet er pågående. Flere klinikker i UNN har i løpet av 2020 inngått innovasjonskontrakter med flere bedrifter om utprøving og utvikling av nye løsninger. UNN er partner i et innovasjonspartnerskapsprosjekt ved St. Olavs; Autoskår.				

OD Tillegg 20	3	Legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskningsmidler utlyst i det regionale helseforetaket fra og med 1.1.2021 skal være åpent tilgjengelige.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Det er informert om Open Access publisering og muligheten for å søke støtte til dette fra RHFs publiseringsfond ved utlysning av regionale forskningsmidler og i etterfølgende informasjonsmøter. I tillegg informeres det om muligheten i alle tilsagnsbrev som blir sendt ut fra Klinisk forskningsavdeling. Informasjon om mulighet for publiseringsstøtte -og veiledning rundt dette har også vært gitt ved relevante kurs arrangert av Klinisk forskningsavdeling, og ved presentasjon av regional forskningsstøtte ved forskningsseminar ved Finnmarkssykehuset. Publiseringsfondet ble lansert 22. mars 2019. Samme året ble det innvilget 10 søknader				

for refusjon av avgift for totalt tolv artikler med åpen tilgang. Det har nok vært en nedgang i søknader i 2020, men foreløpig finnes det ingen nøyaktige tall for mengden.

RHF	4	Bruke innovasjonsverktøyet Induct for å registrere og utvikle innovasjonsprosjekter. Det skal rapporteres på innovasjonsindikatorene definert av HOD.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
UNN benytter Induct for å registrere, utvikle og rapportere på innovasjonsprosjekter. Årlig rapportering gjøres 11.01.2021. Testuttrekk foretatt 14.12.2020. *Prøverapporteringen viser totalt 40 poeng, mot 16 året før. Dette vil endres noe ved endelig uttrekk.* *I portalen er det 154 registrerte brukere og 40 aktive ideer/prosjekter.*				

OD HOD	5	Antall nye kliniske behandlingsstudier skal økes med 5 pst. i 2020 sammenliknet med 2018.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Definisjon kliniske behandlingsstudier: «Alle kliniske behandling- og rehabiliteringsstudier som kan påvirke pasientforløpet til forskningsdeltakerne, og som er åpne for inklusjon.» *Definisjon på kliniske behandlingsstudier som ligger til grunn er presisert i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av «Indikator for kliniske behandlingsstudier og antall pasienter som deltar i kliniske behandlingsstudier».* (https://www.regjeringen.no/contentassets/4516918b0e52454a81ee3c92c4685ee6/arbeidsgrupperrapport_indikatorer-for-kliniske-behandlingsstudier-og-pasienter-som-inngar.pdf). *Dette ses i sammenheng med rapportering for kliniske behandlingsstudier. Det er gjennomført prøverapportering for kliniske behandlingsstudier 2017 og 2018, samt ordinær rapportering for 2019.* *UNN hadde 41 kliniske behandlingsstudier som var aktive i 2017 og 2018, mens det i **2019** var rapportert 52 kliniske behandlingsstudier, altså 11 nye. 10 av de 52 var koordinert fra UNN. Det finnes foreløpig ikke tall som kan sammenligne 2020 med tidligere rapportering. Mulighet for en slik sammenligning vil først være klar i april/mai 2021.*			

RHF	6	Stimulere til tjenesteinnovasjon. Medisinsk avstandsoppfølging er et aktuelt felt for å utvikle og ta i bruk nye løsninger.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
UNN arbeider systematisk med innovasjon og har igangsatt flere tiltak for å øke foretakets innovasjonsevne. Som ledd i dette arbeidet er det etablert et innovasjonsteam i E-helse, samhandling og innovasjonssenteret (ESI) som totalt utgjør ca 160 % stillingsressurs (https://unn.no/om-oss/innovasjon-i-unn). *Teamet har flere ansvarsområder knyttet til lokale, regionale og nasjonale oppgaver:* 1. *Idémottak og forvaltning av ideer og innovasjonsprosjekter i Induct* 2. *Innovasjonsstøtte; rådgivning og prosjektutvikling* 3. *Oppgaver i forbindelse med kommersialisering og IPR-forvaltning* 4. *Samarbeid med TTO og virkemiddelapparat* 5. *Deltakelse og oppgaver knyttet til ulike nasjonale, regionale og lokale fora og prosesser*			

UNN har innført ny regional videoløsning (whereby). E-helse og IKT avdelingen leder arbeidet med tilrettelegging, prosedyrer, opplæring og brukerstøtte for polikliniske 1:1 konsultasjoner. I 2021 vil tjenesten utvides til gruppebehandling og samhandling. Merkantilt personell og behandlere i alle klinikkene har fått tilbud om å ta i bruk tjenesten. Det har vært gjennomført kurs både for innkallere og behandlere. Det er utarbeidet informasjon og læringsmateriell som er tilgjengelig for tildeling i kompetansemodulen.

RHF	8	UNN skal øke sin ressursbruk til forskning i 2021, for å bidra til å komme på nivå med sammenlignbare universitetssykehus (jf NIFUs statistikk).	UNN	Årlig melding
Dette må skje primært ved økt ekstern finansiering. Forskere tilknyttet UNN har i 2020 fått tilslag på ekstern finansiering i betydelig grad, både fra NFR og fra EU. Eksempler: UNN er partner i SFI tilknyttet maskinlæring med NT-fakultetet ved UiT, og NSE har fått tilslag på EU-søknad og NFR-søknad. UNN er med på to SFF-søknader sendt NFR i november 2020. UNN sender skisse for søknad om Senter for klinisk behandlingsforskning i januar 2021.				

9.2 Anskaffelsesområdet

RHF	1	Med utgangspunkt i UNNs artikkelregister utvikle rutiner for forvaltning av felles regionalt avtaleregister på lagerført sortiment.	Alle	Årlig melding
Dette er forhold som håndteres i det regionale innkjøpsprosjektet ledet av Helse Nord RHF.				

RHF	2	Ved utgangen av 2020 skal andel omsetning av definerte varegrupper gjennom innkjøpssystemet ClockWork være: Varekjøp 90 % og tjenestekjøp 50 %.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Andelen av den totale vareomsetning bestilt og fakturert via Clockwork utgjorde 65 % i 2020 mot 66 % i 2019. Koronapandemien har i 2020 medført at UNN har måttet prioritere ned arbeidet med å øke omsetningen i Clockwork. Mer brukeropplæring og større avtaledekning er sentrale stikkord for å øke vareomsetningen via Clockwork. For større avtaledekning er vi imidlertid også avhengige av Sykehusinnkjøp HF.				

RHF	3	Delta med klinisk, teknisk eller merkantilt personell i alle relevante nasjonale og regionale anskaffelsesprosjekt, eller aktivt gi fullmakt til andre foretak å ivareta deres interesser.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
UNN bidrar med fagressurser til nasjonale og regionale anskaffelsesprosjekter. Forespørsler om fagressurser til anskaffelsesprosjekter fra Helse Nord RHF/Sykehusinnkjøp HF videreformidles internt i UNN til fagenhetene. UNN har, med ett unntak, meldt inn fagressurser til alle igangsatte nasjonale og regionale anskaffelser i 2020. UNN har ikke hatt behov for å avgi fullmakt til andre foretak om å ivareta våre interesser.				

RHF	4	Utarbeide en ansvars-/interessematrise i tråd med kategoristrukturen, som synliggjør ansvarsfordeling og beslutningsstruktur på anskaffelsesområdet. Arbeidet skal utføres i samarbeid med Sykehusinnkjøp og helseforetakene.	Alle	Årlig melding
Dette styres av Helse-Nord RHF.				

RHF	5	Planlegge mottak og implementering av alle nasjonale og regionale avtaler; i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
UNN samarbeider godt med Sykehusinnkjøp for å etablere gode rutiner for mottak og implementering av avtaler. Utfordringene er mye knyttet til få involvert interne fagressurser i implementeringen samt å få registrert og klargjort de nye avtalene i Clockwork.				

RHF	6	Utarbeide oversikt over foretakets samlede avtaleportefølje innen 1.9.20 Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF.	Alle	2. tertial og Årlig melding
Innkjøpsavdelingen ved UNN har oversikt over foretakets samledede avtaleportefølje.				

10.0 Teknologi

RHF	1	Leveranser inkl. SLA mellom helseforetakene og Helse Nord IKT HF skal være formalisert skriftlig og signert av begge parter.	Alle	Årlig melding
Arbeidet med å formalisere leveranser, inkl SLA mellom UNN og Helse-Nord IKT, og er fortsatt pågående og ikke ferdigstilt. Arbeidet fortsetter i 2021.				

RHF	2	Delta i innføringen av produksjonsstøttesystem for medikamentell kreftbehandling.	Alle	Årlig melding
UNN ved Kreftavdelingen deltar aktivt i innføringen av produksjonsstøttesystem for medikamentell kreftbehandling. Arbeidet er i ferd med å ferdigstilles og er helt i sluttfasen.				

RHF	3	Helseforetakene skal delta i arbeidet med utarbeidelse av teknologiplan for Helse Nord. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.	Alle	Årlig melding
UNN deltar rutinemessig i arbeidsgruppene fra Helse Nord RHF på ulike strategier og planer, herunder arbeidet med planer på teknologiområdet.				

RHF	4	Betalingsforpliktelser i SLA må skille mellom kostnader besluttet av eier og kostnader for tjenester og bestillinger direkte fra helseforetakene.	Alle	Årlig melding
Arbeidet med å formalisere leveranser inkl SLA mellom UNN og Helse-Nord IKT er fortsatt pågående og ikke ferdigstilt. Arbeidet fortsetter i 2021. Skillet mellom kostnadene innarbeides i SLA avtalene.				

RHF	5	Innenfor rammen av digitale innbyggertjenester skal dokumentdeling via kjernejournal realiseres i Helse Nord. Helseforetakene skal aktivt prioritere og delta i arbeidet.	Alle	Årlig melding
UNN har deltatt i DIS-prosjektet og mottatt informasjon og hatt dialog med prosjektet om dokumentdeling via kjernejournal. Det regionale prosjektet startet pilotering på slutten av 2020. Forvaltningssenter EPJ (regional enhet) har bidratt i digitale innbygger-prosjektet for realisering av dokumentdeling via kjernejournal. Vi har blant annet bidratt med test i forbindelse med pilot med Bodø Kommune.				

RHF	6	Helse Nord IKT HF og helseforetakene skal innen 1.12.2020 (frist utgår) i fellesskap utrede en hensiktsmessig modell for tjenesteprising der eventuelt prinsippene for avkortning, som eneste sanksjonsmiddel ved sviktende leveranser, skal gå frem. Arbeidet skal tilpasses covid- 19 situasjonen og om nødvendig ferdigstilles i 2021. Det skal for 2020 ikke brukes økonomiske sanksjoner mellom Helse Nord IKT og andre helseforetak i regionen.	Alle	Årlig melding
Arbeidet med tjenesteprising er inntil videre forskjøvet og vil ferdigstilles i løpet av 2021.				

OD HOD	8	Øke bruk av skjermtolking.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Situasjonen med Covid-19 har gjort det nødvendig å bruke digitale møter. UNN har tatt i bruk Skype til digitale møter. Tolkning er en naturlig del av digitale møter. Vi har ikke oversikt over i hvilken grad det er en økning av digitale møter med tolkning. Det antas at det er en økning på dette området på lik linje med andre møter som har hatt stor økning ved bruk av lyd/bilde i 2020.				

OD-Tillegg 20	9	Innføre løsninger for digital hjemmeoppfølging som kan redusere behovet for polikliniske kontroller.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
UNN har tatt i bruk Skype, videokonferanseløsninger og telefonkonsultasjoner for å redusere behovet for oppmøte for polikliniske kontroller. Andelen konsultasjoner som utføres med lyd/bilde er doblet fra perioden før mars 2020. Verktøyet Whereby er gjort tilgjengelig og er klart til bruk. NOR klinikken har tatt dette i bruk systematisk innen rehabilitering.				

11.0 Bygg og kapasitet

RHF	1	Oppdatere tilstand på hele bygningsmassen ved bruk av Multimap. I tillegg til teknisk tilstand skal tomt- og områdeforhold, funksjonell egnethet og strukturelle egenskaper vurderes. Frist for gjennomføring 1. juni (frist utgår).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Den tekniske tilstandsvurderingen er ferdigstilt på hele bygningsmassen til UNN. Funksjonell tilstandsvurdering er gjennomført for alle bygg med unntak av DPS Nord-Troms.				

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Styresak:	21/2021
Møtedato:	17.03.2021
Arkivsak:	2020/8440-5
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Oppdragsdokument 2021

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar protokoll fra foretaksmøtet 03.02.2021 med *Oppdragsdokument 2021* til etterretning.

Bakgrunn

Helse Nord RHFs oppdragsdokument til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) ble gjort gjeldende i foretaksmøte 03.02.2021.

Formål

Orientere styret nærmere om innholdet i *Oppdragsdokument 2021*.

Saksutredning

Oppdragsdokument 2021 inneholder totalt 111 krav. Nedenfor beskrives kort noe av det viktigste innholdet i årets oppdragsdokument:

Virksomheten skal innrettes med sikte å nå følgende hovedmål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

<u>Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen</u>
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under:

- 50 dager i somatikk
- 40 dager i psykisk helsevern voksne
- 35 dager i psykisk helsevern barn og unge
- 30 dager i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andelen overholdte pasientavtaler skal være minst 95 %.

Andelen pasienter med tildelt time de neste 6 måneder skal økes.

Minst 70 % av epikrisene i somatikk og 60% av epikrisene i psykiatri skal være sendt innen en dag etter utskrivelse.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges det til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen.

Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn 4,5 %. Det vises her også til vedtak i styret i Helse Nord (styresak 3-21) om at «*Styret [i Helse Nord RHF] forutsetter at helseforetakene legger konkrete planer for måloppnåelse for psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i tråd med oppdragsdokumentets krav. Manglende måloppnåelse kan medføre endringer i budsjettforutsetningene. Styret ber adm. direktør legge frem egen sak om helseforetakenes arbeid med å oppfylle krav i oppdragsdokument om å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, innen utgangen av mars 2021*».

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 %.

Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

UNN vil i 2021 fortsatt jobbe målrettet med å redusere andel pasientskader og øke andelen enheter med et godt sikkerhetsklima målt i undersøkelsen Forbedring.

Antibiotikaresistens innebærer at bakterier ikke blir svekket eller utryddet når man trenger antibiotika for å behandle infeksjoner. Et viktig tiltak for å redusere resistens er et lavere forbruk av bredspektret antibiotika.[1] Oppdragsdokumentet angir at forbruket av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 % i 2021 sammenlignet med 2012.

Det skal vurderes om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøres for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonal traumeplan stiller krav til hvordan sykehusene organiserer mottak og behandling av pasienter med alvorlige skader. Oppdragsdokumentet stiller krav om at UNN skal oppfylle alle sterke anbefalinger i traumeplanen i løpet av 2021.

Andre utvalgte særlige oppgaver for UNN i 2021

[1] Bredspektret antibiotika har effekt mot svært mange bakteriearter. Bredspektret antibiotika gir mest resistens. Det er derfor viktig å redusere forskriving av bredspektret antibiotika og heller forskrive smalspektret antibiotika (som virker mot få bakteriearter).

Et robust og aktivt forskningsmiljø forutsetter at det skaffes ekstern finansiering. Det er viktig at UNN øker andelen ekstern finansiering. For å styrke dette skal forsknings- og innovasjonsmiljøer sende søknader om ekstern finansiering på samtlige relevante utlysninger ved Norges Forskningsråd og Europeisk Forskningsråd.

Kartlegging av arvestoffet ved genomsekvensering er viktig for persontilpasset behandling. For eksempel kan kreftbehandling individualiseres utfra en kreftsvulsts mutasjonsprofil. UNN skal delta i et arbeid med å utrede og etablere et nasjonalt genomsenter med tilhørende registerløsninger for lagring og bruk av genetiske opplysninger for helsehjelp, kvalitetssikring og forskning. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF.

UNN skal bistå Direktoratet for strålevern og atomberedskap med planlegging og gjennomføring av nasjonal atomberedskapsøvelse 2022.

UNN skal delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for utdanning og kompetanseutvikling av helsepersonell. Det skal lages handlingsplaner som reduserer ufrivillig deltid for yrkesgrupper som har gjennomsnittlig stillingsprosent lavere enn 75 %. UNN skal delta i utarbeidelsen av regional opptrappingsplan for allmennleger i spesialisering og sørge for sykehuspraksis for disse. Antall utdanningsstillinger for spesialsykepleiere skal økes til minimum 80 stillinger.

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

Det er en rekke krav om å styrke informasjonssikkerheten for å følge opp Riksrevisjonens rapport *Undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer* fra 15.12.2020.

<u>Oppdragsdokumentet stiller følgende krav til ekstra saker som skal styrebehandles:</u>
Status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet (innen 01.06.2021).

<u>Økonomi</u>
Resultatkravet til UNN er 40 millioner kroner.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 9. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 17.03.2021.

Vurdering

Oppdragsdokumentet 2021 er forenelig med UNNs planer og budsjett, men vil kreve tydelig lederfokus i organisasjonen med god dialog, innsats og medvirkning.

Eier har tydelige forventninger om bedre måloppnåelse for kravene i oppdragsdokumentet relatert til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Arbeidet med dette vil følges opp tett.

Direktøren vil videre trekke frem kravene om å styrke informasjonssikkerhet. Dette vil bli en hovedoppgave i 2021 og de kommende årene. Kravene på dette i oppdragsdokumentet og Riksrevisjonens rapport *Undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer* vil følges opp i egen handlingsplan. Styret vil regelmessig holdes orientert om arbeidet.

Oppdragene er fordelt ut på ansvarlige enheter i organisasjonen og følges opp i helseforetakets oppfølgings- og rapporteringsrutiner, herunder rapporteringen til styret og Helse Nord RHF.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Protokoll fra foretaksmøtet 3.2.21 med *Oppdragsdokument 2021*
2. Oppdragsdokument 2021- fra Helse Nord RHF til helseforetakene
3. Tilleggsliste til oppdragsdokument 2021

HELSE NORD

Protokoll

Vår ref.:	Saksbehandler/dir.tlf.:	Sted/dato:
2020/1455	Tina Eitran, 915 79 783	Bodø, 3.2.2021

Møtetype:	Foretaksmøte
Møtedato:	3. februar 2021 – kl. 14.30
Møtested:	Video-/telefonmøte pr Teams

Tilstede – fra Helse Nord RHF:

Navn:	
Renate Larsen	styreleder
Hans-Jacob Bønå	styremedlem
Tom Erik Forså	styremedlem
Kari Sandnes	styremedlem
Fredrik Sund	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Knut Hartviksen	Observatør - RBU
Cecilie Daae	adm. direktør
Anne May Knudsen	kommunikasjonsdirektør
Tove Klæboe Nilsen	fung. kvalitets- og forskningsdirektør
Hilde Rolandsen	eierdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Tina Eitran	fung. stabsdirektør

Tilstede – fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

Navn:	
Roald Linaker	styreleder
Anne Sissel Faugstad	styremedlem
Sverre Håkon Evju	styremedlem
Thrina Loennechen	styremedlem
Erik Arne Hansen	styremedlem
Marianne Johnsen	styremedlem
Anita Schumacher	adm. direktør
Elin Gullhav	klinikksjef

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med helseforetaksloven § 45.

Postadresse:
Helse Nord RHF
8038 BODØ

Besøksadresse:
Sjøgata 10
8006 BODØ

Tlf.: 75 51 29 00

www.helse-nord.no
postmottak@helse-nord.no
Org.nr.: 883 658 752

I forkant av foretaksmøtet presenterte adm. direktør i Helse Nord RHF Cecilie Daae hva som prioriteres dette året i oppdragsdokument 2021. Presentasjonen ble strømmet på Helse Nord RHFs YouTube-kanal.

Sak 1-2021 Godkjenning av innkalling

Styreleder i Helse Nord RHF, Renate Larsen, med fullmakt til å utøve eiermyndighet på vegne av Helse Nord RHF ønsket velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

I tråd med etablert praksis ledes foretaksmøter av eiers styreleder. Foretaksmøtet ble ledet av styreleder Renate Larsen.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2-2021 Godkjenning av saksliste

Møtelederen spurte om noen hadde merknader til den utsendte sakslisten. Det var ingen merknader til sakslisten.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Sakslisten godkjennes.

Sak 3-2021 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder

Styreleder Roald Linaker ble foreslått til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Styreleder Roald Linaker ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Sak 4-2021 Oppdragsdokument 2021 Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Det ble vist til saksfremlegg og presentasjon fra adm. direktør i forkant av foretaksmøtet. Styreleder Renate Larsen redegjorde kort for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som oppdragsdokument 2021 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

2. På vegne av styret i Helse Nord RHF har adm. direktør i Helse Nord RHF ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet 2021.

Bodø, den 3. februar 2021

godkjent elektronisk jf. e-post 3. februar 2021 …….. Renate Larsen, styreleder Helse Nord RHF	godkjent elektronisk jf. e-post 8. februar 2021 …….. Roald Linaker, styreleder Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Vedlegg:
1. Oppdragsdokument 2021 – fra Helse Nord RHF til helseforetakene
2. Tilleggsliste til oppdragsdokument 2021

HELSE NORD | DAVVIDEARVVAŠVUOHTA VARRESVUOHTA NUORTTA HEALSOE NOERHTE

Oppdragsdokument 2021

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE

FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO

SYKEHUSAPOTEK NORD
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

HELSE NORD IKT

Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 3. februar 2021

Innhold

Innledning **4**
Mål og føringer **5**
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder **8**
Sikre god pasient- og brukermedvirkning *9*
Somatikk *10*
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) *11*
Samhandling med leverandører av private helsetjenester *12*
Kvalitet i pasientbehandlingen 12
Kvalitetsutvikling *12*
Pasientsikkerhet *13*
Smittevern *13*
Klima- og miljøtiltak *13*
Beredskap *13*
Samhandling med primærhelsetjenesten **14**
Bemanning og kompetanse **14**
Sikre gode arbeidsforhold *14*
Tilstrekkelig kvalifisert personell *14*
Utdanning av legespesialister *15*
Helse, miljø og sikkerhet (HMS) *16*
Forskning og innovasjon **16**
Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling **17**
Resultatkrav *17*
Anskaffelsesområdet *17*
Teknologi 18
Informasjonssikkerhet 19
Bygg og kapasitet **20**
Styringsparametere 2021 ..... **21**
Oppfølging og rapportering **23**
Utdanning av helsepersonell – dimensjonering **23**

Forkortelser

HELSE NORD RHF	Helse Nord regionalt helseforetak
HF	Helseforetak
FIN	Finnmarkssykehuset
NLSH	Nordlandssykehuset
HSYK	Helgelandssykehuset
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
SANO	Sykehusapotek Nord
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
ABIOK	Anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreft- spesialistutdanning
ALIS	Leger i spesialisering i allmennmedisin.
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral
DIPS	Leverandør av elektronisk pasientjournal - EPJ.
GTT	Global trigger tool
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
LIS	Leger i spesialisering
NIFU	Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
NIPT	Non invasiv prenatal test. En analyse av fosterets DNA i en blodprøve fra mor. Testen er aktuell hos gravide der kombinert ultralyd og blodprøve har vist høy risiko for å føde barn med trisomi 21
NSM	Nasjonal sikkerhetsmyndighet
SIFER	Nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
SANKS	Samisk nasjonal kompetansetjeneste- psykisk helse og rus
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
UAO	Utdanningsansvarlig overlege/lege

Innledning

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2021 og er viktig for å utvikle helsetjenesten til befolkningen.

Helse Nord RHFs virksomhetsstyring skal være sammenhengende, forutsigbar og tydelig på kort og lang sikt. Våre planer skal oppfylle våre lovpålagte hovedoppgaver: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, forskning og innovasjon, og utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling.



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

Mål og føringer

For å innfri de nasjonale styringsmålene fra Helse- og omsorgsdepartementet, og fortsette oppfølgingen av regional utviklingsplan 2035, innretter vi de regionale styringsmålene i samsvar med nasjonale:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt områdene i regional utviklingsplan 2035.

Bærekraftig økonomi skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene.

Andre overordnede føringer er Helse Nords regionale utviklingsplan, økonomisk langtidsplan og investeringsplan, jf. figur 1. Disse planene beskriver utfordringene på lang sikt og hvordan målene skal nås.

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

Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Et systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene, skal være målet for virksomhetenes arbeid. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et viktig verktøy og skal implementeres på alle nivåer.

For å utvikle gode helhetlige pasientforløp til pasientene, styrke kvaliteten og bruke ressursene på en god måte må samhandlingen med den kommunale helsetjenesten videreutvikles.

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

Helseforetakene er store samfunnsaktører som det forventes tar samfunnsansvar. Det gjelder fire kjerneområder: klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstaker-rettigheter og antikorrupsjon.

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

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

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

- *Meld. St. 15 (2019–2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid*
- *Meld. St. 24 (2019–2020) Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*
- *Meld. St. 11 (2020–2021) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*
- *Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025*
- *Demensplan 2025*
- *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029*
- *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021–2025)*
- *Nasjonal alkoholstrategi 2020–2025*
- *Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan.*
- *Strategidokumentet Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*
- Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 (vedtas 24. februar).

I løpet av 2020 er det i Helse Nord gjort ytterligere klargjøring av styringsstruktur for IKT, og det er konkludert en rekke prinsipper både gjeldende Helse Nord RHFs styringsrett knyttet til forvaltning av fellesregionale IKT-systemer, helseforetakenes ansvar som dataansvarlige samt forvaltning av regionale kliniske IKT-systemer. Helse Nord RHFs formelle eierstyring rundt IKT er tidligere hjemlet i oppdragsdokument og presiseres ytterligere i oppdragsdokument 2021.

Helseforetakene skal aktivt arbeide for å redusere risiko på informasjonssikkerhetsområdet, jf. tidligere års oppdragsdokument. Ved ulike vurderinger av nivået for akseptabel risiko i regionale fellesløsninger kan Helse Nord RHF gjennom eierstyringen, pålegge helseforetakene til å legge høyeste nivå til grunn. Ytterlige presiseringer kommer i oppdatering av styringssystem for informasjonssikkerhet.

Pandemisituasjonen er uforutsigbar i 2021. Nye smitteutbrudd kan oppstå lokalt. Samtidig vil vaksinering forbedre situasjonen utover i 2021. Helseforetakene må derfor være forberedt på smitte og sykdom i befolkningen, med mulig behov for økning i sengekapasitet og spesielt intensivkapasitet. Rehabilitering og opptrening etter covid-19-sykdom er viktig for å unngå senfølger, og Helsedirektoratet har publisert nasjonale faglige råd om rehabilitering etter covid-19-sykdom. Sykehusene må videreføre de gode

[1] Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

smittevernrutinene som er innarbeidet i forbindelse med pandemien. Det er viktig at helseforetakene opprettholder en mest mulig normal drift gjennom 2021.

Det skjer endringer i måten helsetjenestene kan ytes på. Det gir store muligheter i nord, og Helse Nords ambisjon er å være i front når det gjelder medisinsk avstandsoppfølging. Dette gjøres ved å ta i bruk teknologi som kan kompensere for våre store avstander og bedre samhandlingen mellom helsetjeneste og pasient og mellom ulike nivå i helsetjenesten.

Koronapandemien har ført til at utviklingen av digitale helsetjenester skyter fart. Helse Nord RHF ser muligheter for bedre og mer likeverdige helsetjeneste gjennom en videreutvikling av det digitale tjenestetilbudet. Digitale tjenester vil inngå som en naturlig del av ordinære sykehustjenester, og benyttes i den grad det passer behov og ønsker hos den enkelte pasient. Dette stiller krav til brukermedvirkning i utvikling av digitale tjenester, samt kompetanse og formidlingsevne hos helsepersonell. Brukermedvirkningen i innkjøps- og anskaffelsesprosesser øker sikkerheten for at brukerperspektivet veier tungt når verktøy og løsninger for hjemmebruk skal velges. «Pasientens helsetjeneste» i pasientens hjem stiller andre krav til opplæring og oppfølging av pasient og pårørende.

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

Det legges til grunn at foretakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetaket.

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

Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Krav til alle:

1. Bidra med oppfølging av strategien for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten i henhold til strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*.

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

2. Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022.
3. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 prosent av avtalene innen utgangen av 2021.
4. Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont.
5. Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 prosent og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.
6. Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 prosent. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.
7. Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.
8. Følge opp Helse Nord sitt styrevedtak om valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet fremlagt i rapport *Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet (2020)*. Målsettingen er å oppnå fordelene som er påpekt i anbefalt alternativ. Dette oppnås best ved at pasientreiser i større grad organiseres sammen med prehospitale tjenester.
9. Ta i bruk nye pasientbrevmaler. En forutsetning for å kunne digitalisere pasientbrevene er oppdatert behandlingsinformasjon på sykehusets nettsider. Hvert helseforetak skal ha dedikert ressurs for å publisere behandlingsbeskrivelser. Krav om antall publiserte behandlingsbeskrivelser:
    - Helgelandssykehuset: 50
    - Nordlandssykehuset: 150
    - UNN: 200
    - Finnmarkssykehuset: 50
10. Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskade.

Krav til NLSH og UNN:

11. Delta med fageksperter til metodevurderinger i Nye metoder.

Foretaksspesifikke krav:

Finnmarkssykehuset

12. Opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.

Nordlandssykehuset

13. Lede et interregionalt arbeid på vegne av Helse Nord RHF, som skal utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging samt redegjøre for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. En rapport om arbeidet skal leveres innen 15. oktober 2021. I tillegg til ordinær tertialrapportering forutsettes det tett dialog med Helse Nord RHF.

Sikre god pasient- og brukermedvirkning

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

14. Kartlegge og evaluere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeide med Brukerutvalg og Ungdomsråd.
15. Utvikle diagnoseuavhengig kurs ved Lærings- og mestringssentrene, tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene. Nordlandssykehuset skal koordinere arbeidet.
16. Sikre brukerrepresentasjon fra spesialisthelsetjenesten i planlegging og etablering av helsefellesskapene.
17. Bidra i utviklingen av nasjonale prosjekter og tiltak innenfor pasientreiseområdet i henhold til *Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon*.

Krav til FIN, NLSH og HSYK:

18. Tilsette en Samvalgs- koordinator i 100 prosent stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifikasjon knyttet til kravet vil komme i eget brev.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

19. Lede det interregionale arbeidet med tiltak 8 i rapporten *Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon*.

Somatikk

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

20. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 prosent. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.
21. Sørge for flere tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.
22. Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.
23. Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.
24. Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven:
    - Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helsedirektoratet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak.
    - Starte opp med kompetansehevende tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd.
25. Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.
26. Tilsette tarmscreeningskoordinator i 20 prosent stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifikasjon knyttet til kravet vil komme i eget brev.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

27. I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Finnmarkssykehuset.

Nordlandssykehuset

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

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

30. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent.
31. Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent.
32. Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 prosent.
33. Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.
34. Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.
35. Barnevernet skal etablere team for kartlegging av helsesituasjonen for barn som plasseres utenfor hjemmet, med formål å få bedre grunnlag for valg av omsorgsbase. Teamene foreslås forankret ved de statlige akuttinstitusjonene for ungdom og ved spe- og småbarnsentrene for mindre barn, jf. høringsnotat fra Barne- og familiedepartementet. Helseforetaket skal bidra med spesialistkompetanse inn i teamene innenfor rammen av de midler som stilles til disposisjon til formålet. Det forutsettes gradvis oppstart fra høst 2021.
36. Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.
37. Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.
38. Delta i det regionale fagnettverket for innsatspersonell, jf. Meld. St. 15 (2019–2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid.
39. I tråd med Opptrappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

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

Samhandling med leverandører av private helsetjenester

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

41. Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde:
    - Antall samarbeidsavtaler.
    - Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.
42. Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.

Kvalitet i pasientbehandlingen

Krav til alle:

43. Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av *Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten*, samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

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

44. Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.
45. Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.

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

46. 30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.
47. Ingen korridorpasienter.
48. Minst 70 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
49. Delta i det regionale arbeidet med å utarbeide veiledende behandlingsplaner til DIPS Arena behandlingsplan.

Kvalitetsutvikling

Krav til alle:

50. Helse Nord RHF skal oppdatere regional utviklingsplan (2023–2038) innen desember 2022. Helseforetakene skal oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022 basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2020) skal ligge til grunn for arbeidet.
51. Gjennomføre ledelsens gjennomgang i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, innen 31. august. Rapporten skal

være en del av tertialrapport 2. Status på eksterne tilsyn og revisjoner skal vedlegges.

Krav til UNN og NLSH:

52. Klargjøre sine nasjonale medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Helsedataprogrammets prosessbeskrivelse og plan.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

53. Delta i arbeidet med å utrede og etablere et nasjonalt genomsenter med tilhørende registerløsninger for lagring og bruk av genetiske opplysninger for helsehjelp, kvalitetssikring og forskning. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF og skal gjøres i samarbeid med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

Helse Nord IKT

54. Bistå UNN og NLSH med å klargjøre sine medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Helsedataprogrammets prosessbeskrivelse og plan.

Pasientsikkerhet

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

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

Smittevern

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

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

Klima- og miljøtiltak

Krav til alle:

57. Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.

Beredskap

Krav til alle:

58. Videreutvikle sine beredskaps- og smittevernplaner i lys av erfaringer og evalueringer av koronapandemien.

Krav til FIN og UNN:

59. Delta i pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Erfaringer fra piloten skal kunne brukes som grunnlag for å utvikle beredskapsplaner i alle regioner. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.
60. Prøve ut løsninger for å sikre adekvat tilgang på blod og blodprodukter lokalt og regionalt i Nord-Norge.

Krav til UNN og NLSH:

61. Bistå Direktoratet for strålevern og atomberedskap med planlegging og gjennomføring av nasjonal atomberedskapsøvelse 2022.

Foretaksspesifikke krav:

Helse Nord IKT

62. Ha beredskap for å prioritere digitaliseringstiltak som understøtter håndtering av pandemien.

Samhandling med primærhelsetjenesten

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

63. Etablere helsefellesskapene, sammen med kommunene, i tråd med rammeavtale mellom regjeringen og KS.
64. Drive felles planlegging, sammen med kommunene, av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene (*jf. nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*): barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Bemanning og kompetanse

Sikre gode arbeidsforhold

Krav til alle:

65. Iverksette tiltak for å ivareta medarbeiderne på en god måte og ha et særskilt fokus på arbeidsmiljø og arbeidsforhold i lys av koronapandemien i tråd regional handlingsplan for koronapandemi.

Tilstrekkelig kvalifisert personell

Krav til alle:

66. Gjennomføre tiltak i henhold til strategisk handlingsplan for inkluderingsdugnaden og rapportere på status i dette arbeidet innen 1. april 2021.
67. Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord, under ledelse av Helse Nord RHF.

68. Lage handlingsplan med målsetting å redusere ufrivillig deltid blant yrkesgrupper som har gjennomsnittlig stillingsprosent lavere enn 75 prosent, innen 1. juni 2021.

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

69. Sørge for jevnlig vurdering av bemanningsplaner i lys av scenarier fra Folkehelseinstituttet om smitteutviklingen.
70. Delta i å utarbeide en regional opptrappingsplan som i løpet av 2022 sikrer nødvendig antall øremerkede utdanningsstillinger (x antall stillinger av 6 måneder) for sykehuspraksis for ALIS-leger.
    - Planen skal også ivareta hvordan ALIS kan tilbys en sykehuspraksis som er tilpasset allmennlegers behov tilknyttet fastsatte læringsmål og i tråd med inngåtte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene.
    - Opptrappingsplanen skal ferdigstilles innen 1. august 2021 slik at ordningen kan iverksettes i regionen fra tredje tertial 2021. I planen må det inngå opplegg for systematisk evaluering for å sikre riktig kapasitet/antall.
    - Planarbeidet skal gjøres i samarbeid med Regionalt ALIS-kontor/ALIS Nord, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Regionalt utdanningssenter for leger i spesialisering og ledes av UNN. ALIS-kontoret for Nord-Norge gis ansvar for å rekruttere fastleger og LIS-leger under utdanning for deltagelse i utredningsarbeidet.
71. Delta i utarbeidelse og implementering av en felles handlingsplan for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse «Utfordringer med bemanningen av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i sykehus», under ledelse av Helse Nord RHF.
72. Øke antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleiere (ABIOK) til minimum:
    - Universitetssykehuset i Nord-Norge: 80 stillinger
    - Nordlandssykehuset: 40 stillinger
    - Finnmarkssykehuset: 15 stillinger
    - Helgelandssykehuset: 15 stillinger

Utdanning av legespesialister

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

73. Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretakelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UOA.
74. Sikre at LIS-enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodulen, og at data er oppdatert per 1. mars og 1. september.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

75. For å sikre gjennomføring av utdanningsløp hos leger i spesialisering og minimere forsinkelser under den pågående pandemien, bør de fire regionale

utdanningssentrene digitalisere flest mulig av de nasjonale kursene i 2021. Dette gjelder først og fremst kurs som ikke inneholder praktiske øvelser.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Krav til alle:

76. Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 prosent innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren.
77. Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av Helse Nord RHF.
78. Delta i utarbeidelse og implementering av felles veileder for vernetjenesten i Helse Nord under ledelse av Helse Nord RHF med utgangspunkt i nasjonal strategi for verneombudene (2019–2024).

Krav til FIN, UNN og HSYK:

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

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset

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

Forskning og innovasjon

Krav til alle:

81. Utarbeide interne retningslinjer/policy for samarbeid med næringslivet.

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

82. Sikre oppfølging av retningslinjer for åpen publisering jf. veileder for Norges Forskningsråd.

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

83. Antall kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst 15 prosent sammenliknet med året før.
84. Følge opp *handlingsplan for kliniske studier*.

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge

85. Sikre at forsknings- og innovasjonsmiljøer sender søknader om ekstern finansiering på samtlige relevante utlysninger ved Norges Forskningsråd og Europeisk Forskningsråd.

Helse Nord IKT

86. Være aktive pådrivere i innovasjonsarbeidet basert på tjenestens behov, og understøtte prioriterte regionale tiltak.

Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2021 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav:

Finnmarkssykehuset:	Overskudd kr 24 mill.
UNN:	Overskudd kr 40 mill.
Nordlandssykehuset:	Overskudd kr 5 mill.
Helgelandssykehuset:	Overskudd kr 20 mill.
Sykehusapotek Nord:	Overskudd kr 1 mill.
Helse Nord IKT:	Økonomisk balanse

Anskaffelsesområdet

Krav til alle:

87. Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interessematrise utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstyrs- og produktporteføljen.
88. Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.

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

89. Bidra med ressurser til team i regi av Sykehusinnkjøp, som skal implementere og vedlikeholde malverket i tiltak 6 Drosjemarked, anbud og avtaler.

Teknologi

Krav til alle:

90. Aktivt avviksmelde IKT-sikkerhetsbrudd, avvik fra NSMs tiltaksliste og styringssystem for informasjonssikkerhet, herunder om nødvendig til relevante tilsynsmyndigheter. NSMs grunnprinsipper med definert tiltaksliste, representerer et minimumsnivå og skal ligge til grunn for alt arbeid med IKT i Helse Nord.
91. Innen utløpet av 2021 avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT-systemer, ikke påvirker Helse Nord IKTs ansvar og oppgaver. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT.
92. Delta i prosjektet for innføring av og ta i bruk system for, medikamentell kreftbehandling i Helse Nord. Det forutsettes at helseforetakene etablerer egne lokale mottaksprosjekt.
93. Allokere nødvendige ressurser til deltagelse og gjennomføring av prosjektene to-faktor autentisering og automatisert tilgangsstyring. Arbeidet i felles kundeprosjekt ledes av Helse Nord RHF. Ressursbehov konkretiseres gjennom prosjektets styringsgruppe.
94. Benytte statens standardavtaler (SSA) for dokumentasjon av IKT-leveranser i foretaksgruppen.
95. Innen utløpet av 2021, oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene i tråd med tidligere bestillinger fra Helse Nord RHF samt med bestillinger i årets oppdragsdokument gjeldende Helse Nord IKTs tekniske og merkantile ansvar og oppgaver.
96. Aktivt sette av ressurser samt prioritere arbeidet som gjennomføres i regi av prosjektet digitale innbyggertjenester.

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

97. Overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT etter tilsvarende modell som for forvaltning av regionale kliniske systemer. Helseforetakene skal benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT, innenfor avgrensingen gitt ovenfor. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. Sykehusforetakene, SANO og Helse Nord IKT skal i perioden 2021–2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.
98. Helse Nord IKT har ansvaret og oppgaven for leveranse av IKT infrastrukturtjenester til helseforetakene på følgende områder: IKT-drift, IKT-produksjon, levering og innstallering av brukerutstyr, systemintegrasjon samt brukerstøtte og andre forvaltningsoppgaver som naturlig tilknyttes områdene nevnt ovenfor. Ytterligere tydeliggjøring vil fremkomme i styringssystem for informasjonssikkerhet.
    - Styringskravet gjelder ikke området medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.

- Innen utløpet av 1. kvartal avklare om det foreligger andre områder som setter særlige lov/forskriftskrav krav for utførelse av de IKT-oppgaver her nevnt, og behandle slike i forbindelse med klargjøring av drifts- og forvaltningsmodeller med Helse Nord IKT.

99. Prioritere innføring av meldingsstandard for henvisning og helsefaglig dialog innen utløpet av 2021/tidlig 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT på oppdrag av Helse Nord RHF.
100. Planlegge og ta i bruk ny nasjonal personidentifikator og felles hjelpenummer fra 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT på oppdrag av Helse Nord RHF.
101. Innen tredje kvartal 2021 levere Helse Nord RHF en oversikt over samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene hvor relevant programvare i tillegg er dokumentert i Sureway (sureway.no). Asset i Sureway og andre applikasjoner, registreres i Helse Nord IKTs asset/managementverktøy når Helse Nord IKT har ferdigstilt innføring. Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iV. Helseforetakene skal ved oversendelse til Helse Nord RHF også oversende kopi av alle avtaler tilknyttet de aktuelle applikasjoner.

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset

102. Innføre dialogmelding mellom sykehus og fastleger før utløpet av 2. kvartal 2021.

Helse Nord IKT

103. Levere IKT-tjenester i tråd med virkemidler som besluttes av Helse Nord RHF, eksempelvis regionale systemvalg/systemløsninger, arkitekturbeslutninger/føringer, føringer for infrastruktur, regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet.
104. På vegne av Helse Nord RHF, sikre at alle endringer i Helse Nords infrastruktur er i tråd med vedtatt styringssystem for informasjonssikkerhet, arkitekturprinsipper samt NSMs tiltaksliste (portvaktfunksjon).

Informasjonssikkerhet

Krav til alle:

105. Følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger fra *undersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer.*
106. Benytte Norsk Helsenett SFs årlige rapport om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak som sektoren kan benytte i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger.
107. Innen 1. april 2021 utarbeide en handlingsplan som er dekkende for å lukke påpekte svakheter på kort og lang sikt. Handlingsplanen skal ha en tidfestet fremdriftsplan og oppgavefordeling. Handlingsplanen skal som minimum dekke de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, og NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak.
108. Inkludere informasjonssikkerhet i virksomhetskulturen ved å kartlegge virksomhetens sikkerhetskultur, og identifisere hva som kan forbedres. Helseforetakene skal beskrive og fastsette ønsket kultur, og gjennomføre

tilpasset årlige opplæringsprogram for å fremme god sikkerhetskultur. Opplæringen skal tilpasses den enkeltes oppgaver.

109. Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:
    - status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet
    - resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner
    - oppsummering fra avviksrapportering
    - behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet
110. Med utgangspunkt i oppfølging fra *Riksrevisjonens dokument 3:2 (2020–2021),* skal helseforetaket sikre at organisering av informasjonssikkerhet i eget helseforetak er i tråd med styringssystem for informasjonssikkerhet. Helseforetakene skal også bidra i regionale forbedringsaktiviteter slik at nødvendige korrigerende tiltak blir iverksatt.

Bygg og kapasitet

Foretaksspesifikke krav:

Finnmarkssykehuset

111. Vurdere organiseringen av prosjekt Nye Hammerfest sykehus i tråd med anbefalinger fra Sykehusbygg om at styringsmodellen endres fra styringsgruppe til prosjektstyre med ekstern deltaker.

Styringsparametere 2021

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

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

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

Tabell 1 Mål 2021. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2021	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen			
Gjennomsnittlig ventetid.	Redusert i regionen sammenliknet med 2020. Skal være under 50 dager i regionen i 2022. Måles som årlig gjennomsnitt.	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Redusert i regionen sammenliknet med 2019. Skal overholde minst 95 % av avtalene innen utgangen av 2021.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder.	Økt i regionen sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont.	Helsedirektoratet	Månedlig
Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon.	Minst 15 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid[2].	Minst 70 % Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.	Helsedirektoratet	Tertialvis
2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold). I 2021 måles kostnader innen	Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB. Gjennomsnittlig ventetid måles som årlig gjennomsnitt. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap.	

[2] Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkraft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

Mål 2021	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens
psykisk helsevern og TSB mot resultat innen somatikk 2019.	helsevern og TSB skal være høyere enn den var for somatikk i 2019, dvs. høyere enn 4,5 %. Prosentvis større økning i aktivitet.	Polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF)	
Forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB	Minst 80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB	Minst 80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og barn og unge. Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	Minst 60 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak	Redusert sammenliknet med 2020.	Helsedirektoratet	Årlig
3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023.	Redusert til 10 % innen 2023.	GTT-undersøkelsene Helsedirektoratet	Årlig
Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 pst. innen utgangen av 2023.	"Godt" sikkerhetsklima innebærer at minst 60 % av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere på faktoren for sikkerhetsklima.	Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren	Årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2021 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).	30 % reduksjon i samlet bruk i 2021 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis
Andel korridorpasienter på sykehus.	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt.	Økt med 15 % i 2021 sammenliknet med året før	UNIT	Årlig

Oppfølging og rapportering

Alle krav for 2021 skal rapporteres i tråd med egen mal for tertialrapport og årlig melding. Styringsparametere rapporteres som beskrevet i tabell 1.

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp **mål 2021, foretaksspesifikke mål 2021 og styringsparametere 2021**.

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

Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nords risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen. Det blir sendt ut egen informasjon til helseforetakene om dette.

Tabell 2 Oversikt over rapporteringsrutiner og frister:

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Månedsrapport i tråd med mal.	Månedsregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertialrapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes.	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 4. juni 2021 8. oktober 2021 Administrativt utarbeidet tertialrapport: 14. mai 2021 24. september 2021 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes. Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.	**Administrativt** behandlet årlig melding: 4.Februar 2022. **Styrebehandlet** årlig melding (styrevedtak): Mars 2022.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2021: Mars 2022.

Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

Kunnskapsdepartementets kandidatmål for praksisplasser finnes på www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/Tildelingsbrev/id753324/.

HELSE NORD

Tilleggsliste til oppdragsdokument 2021

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE

FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO

SYKEHUSAPOTEK NORD
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

HELSE NORD IKT

Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 03.02.2021

Innhold

Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder 3
Sikre god pasient- og brukermedvirkning 3
Somatikk 4
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 5
Samhandling med leverandører av private helsetjenester 5
Kvalitet i pasientbehandlingen 5
Kvalitetsutvikling 6
Pasientsikkerhet 7
Smittevern 7
Beredskap 7
Samhandling med primærhelsetjenesten 7
Bemanning og kompetanse 8
Sikre gode arbeidsforhold 8
Tilstrekkelig kvalifisert personell 8
Utdanning av legespesialister 9
Forskning og innovasjon 9
Økonomi - behov for kontinuerlig forbedring og omstilling 10
Anskaffelsesområdet 10
Teknologi 10
Personvern og informasjonssikkerhet 12
Bygg og kapasitet 12

Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

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

1. Pasientene må gis god informasjon om kontaktlegeordningen, med særlig fokus på fagområder hvor behovet for kontaktlege er særlig stort, for eksempel kreft og habilitering. (2020)
2. Gjennomføre tiltak med mål om å styrke helsepersonells kompetanse i involvering og opplæring av voksne pårørende. (2020)
3. Utvikle rutiner for gode overganger fra barn til voksen i sykehus innenfor minst tre fagområder. Ungdomsrådene skal involveres i dette arbeidet. «Prinsipper for gode overganger» utviklet av ungdomsrådene i Helse Nord, bør tas hensyn til i utarbeidelsen av rutinene. (2020)
4. Håndtere prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. Det må sørges for tilstrekkelig kommunikasjon og opplæring for de ansatte dette gjelder. (2019)
5. Bruken av Mine Pasientreiser (digitaliseringsgrad), skal ved utgangen av 2019 være 70 % i Helse Nord (2019)
6. Sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn og andre sårbare grupper som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset. (2017)
7. Ved endring i akuttfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner. (2017)
8. 80 % av telefonhenvendelsene til pasientreisekontorene skal besvares innen 90 sekunder (2016)

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN):

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

Krav til NLSH og UNN:

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

Sikre god pasient- og brukermedvirkning

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

11. Legge til rette for samarbeid mellom ungdomsrådene i regionen. (2019)
12. Sikre at pasienten får god nok kvalitet på informasjon for å kunne ta reelle valg for sin behandlingsmetode/behandlingssted. (2018)
13. Legge til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelser. (2018)

Somatikk

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

14. Innføre pakkeforløp for hjerneslag del 2.(2020)
15. Registrere fødselsnummer på alle nyfødte før utskrivelse. (2020)
16. Forberede innføring av screening for tarmkreft i henhold til føringer i regionalt prosjekt. (2020)
17. Følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten "Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem" i utvikling av fødeinstitusjonene. (2020)
18. Ha kompetanse for utredning og diagnostikk av kronisk utmattelsessyndrom. (2019)
19. Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysebehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. (2019)
20. Ha det økonomiske ansvaret for hormonpreparater når kvinner i fertil alder får tilbud om å ta ut egg hvis behandling av alvorlig sykdom kan gå utover fertiliteten. (2019)
21. Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetakene skal arbeide målrettet for å øke registreringsandelen. (2019)
22. Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. (2018)
23. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulansepersonell for å øke andelen prehospital trombolyse ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI). 2018)
24. Behandle mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter. (2018)
25. Sikre lokalsykehustilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykelig overvekt. (2018)

Krav til FIN, UNN og HSYK:

26. Andel av meniskopererte over 50 år ved skal være lavere enn 35%.

Krav til NLSH og FIN:

27. Antall acromionreseksjoner i 2020 skal være lavere enn 50 per 100 000 innbyggere i opptaksområdet.

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset

28. Ha kortere ventetid enn 16 uker på det regionale tilbudet for utredning og behandling av pasienter med sykelig overvekt. (2018)

Universitetssykehuset Nord-Norge

29. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Kirkenes. (2018)
30. Utrede flere enn 80 % av pasientene under 80 år innlagt med NSTEMI med koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. (2018)

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

31. Etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll. Kvinner i LAR[1] skal ha informasjon om LAR-behandling og graviditet, tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR. (2017)

Samhandling med leverandører av private helsetjenester

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

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

Kvalitet i pasientbehandlingen

Krav til alle helseforetak:

33. Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring. (2019)
34. Styrebehandle alle rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder foretaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. (2011).

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

35. Sørge for at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov sikres ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid slik at de ikke sendes hjem om natten. Dette kan innebære å øke transportkapasitet på dag- og ettermiddagstid. Unntak kan gjøres hvis pasienten selv ønsker å reise hjem, et slikt ønske skal dokumenteres. (2020)
36. Påse at sykehusene ikke bruker fastlegene til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver: (2020)
    - Videre henvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten.
    - Rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger.

[1] Legemiddelassistert rehabilitering

- Rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus. Sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå, frem til neste kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist, hvis det er indikasjon for det.
- Resept på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler.
- Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene.

Legeforeningens "Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus" bør legges til grunn for samarbeidet med fastlegene. (2020)

37. Alle akuttsykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og alle store akuttsykehus skal ha spesialist i geriatri. (2020)
38. Levere KPP-data etter nasjonal spesifikasjon. (2018)
39. Levere data inn i den nasjonale KPP-databasen. (2018)
40. Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner. (2018)
41. Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder. (2016)
42. Skal ha etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer. (2015)

Foretaksspesifikke krav:

Helse Nord IKT

43. Sørge for at Open Q-Reg[2] og Rapporteket[3] videreutvikles og forvaltes på måter som tilfredsstiller de nasjonale kvalitetsregistre som bruker disse tjenestene. (2018)

Kvalitetsutvikling

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

44. I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 delta i arbeidet med utviklingen av en strategi for legemiddelforsyningen i regionen. (2020)
45. I samarbeid med helseforetakene gjennomføre planlagt ressursopptrapping i henhold til opprinnelig opptrappingsplan for klinisk farmasi vedtatt i Helse Nord RHFs styre 15.6.2016. (2020)

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

46. Øke bruken av simulering for kompetanseheving og samarbeide med andre helseforetak om utvikling og deling av opplegg for simulering. (2020)
47. Samarbeide med Folkehelseinstituttet om gjennomføring av kontinuerlige PasOppundersøkelser blant pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB. (2020)

[2] Plattform for web-baserte kvalitetsregistre
[3] Støtte for tilgjengeliggjøring, analyse og tolkning av data i kvalitetsregistre

Pasientsikkerhet

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

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

Krav til sykehusforetakene og SANO:

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

Smittevern

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

50. Utføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksette tiltak. Dette skal rapporteres sammen med den ordinære NOIS-POSI rapporteringen. (2019)
51. Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene. (2018)
52. Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP). (2018)
53. Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa. (2018)

Beredskap

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

54. Årlig rapportere oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater. Kompetansesenter i smittevern Helse Nord har utarbeidet en regional mal for dette. (2020)

Krav til alle helseforetak:

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

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge:

56. Utvikle planverk for systematiske samhandlingsøvelser med samtlige beredskaps- og redningsaktører i Longyearbyen og å prioritere å trene eget personell og øve dette planverket ved Longyearbyen sykehus. (sjekk årstall)

Samhandling med primærhelsetjenesten

Krav til alle helseforetak:

57. Delta i oppfølgingen av Helsedirektoratets felles plan for nasjonal tilrettelegging og bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter. (2019)

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

58. Innrette samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer fastsatt i NHSP og i tråd med avtale mellom regjeringen og KS av 23. oktober 2019 om innføring av helsefellesskap. SANO skal involveres i arbeidet der det er relevant.(2020)
59. Sette konkrete mål for kompetansedeling sammen med kommunene i helsefellesskapene.2020
60. Gi innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan sammen med kommunene i helsefellesskapet.2020
61. Gjennomføre tiltak for å ivareta samhandling om samiske pasienter i helsefellesskapene. 2020
62. I samarbeid med kommunene få på plass følgetjeneste for gravide og fødende, i tråd med Helsedirektoratets nasjonale veileder Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Veilederen legger til grunn et behov for en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense og må beregnes ut fra faktisk bosettingsmønster, ikke beliggenhet av kommunesenteret. Det vises til Helsedirektoratets oppdrag om å belyse hva endringer i kompleksitet i fødselsomsorgen betyr for bemanning og finansieringssystem med frist 1. mars 2020. (2020)
63. Ved utskrivning skal alle pasienter som har behov for kommunal oppfølging ha med seg nødvendig og forståelig informasjon og medikamenter (epikrise ved utskrivelse og legemiddelliste, jf. tjenesteavtale 5). (2019)
64. Følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om praksis for utskrivning av pasienter, og ha interne systemer og kontroller som sikrer at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter. (2019)

Foretaksspesifikke krav:

Finnmarkssykehuset:

65. Nedsette en arbeidsgruppe med kommunene på Varangerhalvøya og Tana kommune for å utrede hvilke ytterligere spesialisthelsetjenestetilbud som kan tilbys i Vadsø, herunder røntgen/ultralyd. Utredningen skal gjennomføres innen desember 2021. Utredningen skal gjennomføres innen 31. 12. 2021. (2020)

Bemanning og kompetanse

Sikre gode arbeidsforhold

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

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

Foretaksspesifikke krav:

Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset:

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

Tilstrekkelig kvalifisert personell

Krav til alle:

68. Antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus økes i løpet av planperioden 2020–2023. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlærlinger med minimum 20% innen utgangen av 2023 skal prioriteres. (2020)
69. I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 utrede strategier for å beholde og rekruttere ansatte med samisk språk og kulturforståelse. (2020)
70. Følge opp regional handlingsplan for rekruttering, med særskilt fokus på tiltak for økt kapasitet for utdanning og rekruttering av sykepleiere. Planen skal også vise prognose for endring i antall helsefagarbeidere. (2019)

Krav til sykehusforetakene og SANO:

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

Utdanning av legespesialister

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

73. Stille med nødvendige leger til kursporteføljen i legespesialistutdanningen. Det gjelder kurskomiteer og lærerkrefter på kursene som i ny ordning koordineres av de regionale utdanningssentrene. Veilederkurs er omfattet av kravet. (2019)

Forskning og innovasjon

Krav til alle:

74. Inngå eller revidere avtaler med universitetene i regionen, i tråd med ny rammeavtale som Helse Nord RHF har inngått i oktober 2019. (2020)

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

75. Samarbeide med næringslivet om innovative løsninger. (2020)
76. Legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskningsmidler utlyst i det regionale helseforetaket fra og med 1.1.2021 skal være åpent tilgjengelige. (2020)
77. Bruke innovasjonsverktøyet Induct for å registrere og utvikle innovasjonsprosjekter. Det skal rapporteres på innovasjonsindikatorene definert av HOD.(2020)
78. Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer. (2019)
79. Foretakene skal sikre at de rettmessig adresseres ved publikasjoner som utgår fra eller finansieres av foretaksgruppen. (2019)

Krav til SANO, FIN, NLSH og HSYK:

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

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge:

81. UNN skal øke sin ressursbruk til forskning i 2021, for å bidra til å komme på nivå med sammenlignbare universitetssykehus (jf NIFUs statistikk).2020
82. Tilrettelegge særlig for klinisk forskning og helsetjenesteforskning, også i samarbeid med andre helseforetak og universiteter i regionen. (2018)
83. Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen. (2017)
84. Tilrettelegge for forskning utover doktorgrad og slik sikre stabil forskningskompetanse i alle klinikker. (2018)

Økonomi - behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

Anskaffelsesområdet

Krav til alle:

85. Med utgangspunkt i UNNs artikkelregister utvikle rutiner for forvaltning av felles regionalt avtaleregister på lagerført sortiment. (2020)
86. Planlegge mottak og implementering av alle nasjonale og regionale avtaler; i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF. (2020)
87. I alle lokale anskaffelser skal Sykehusinnkjøp HF være involvert i forkant og brukermedvirkning skal gjennomføres der det er relevant. (2019)

Foretaksspesifikke krav:

Nordlandssykehuset

88. Redusere omfang diverseordrer i innkjøpssystemet.2020

Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

89. Redusere antall ad-hoc anskaffelser. (2019)

Teknologi

Krav til alle:

90. Helseforetakene skal delta i arbeidet med utarbeidelse av teknologiplan for Helse Nord. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF. (2020)
91. Betalingsforpliktelser må skille mellom kostnader besluttet av eier og kostnader for tjenester og bestillinger direkte fra helseforetakene. (2020)
92. Innenfor rammen av digitale innbyggertjenester skal dokumentdeling via kjernejournal realiseres i Helse Nord. Helseforetakene skal aktivt prioritere og delta i arbeidet. (2020)

Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

93. Øke bruken av digital kommunikasjon med allmennleger, avtalespesialister, pasienter og pårørende og ta i bruk andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no. Innføringen gjennomføres i Helse Nords prosjekt Digitale Innbyggertjenester. (2019)
94. Delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og dele erfaringer med bruk av digitale pasientrettede tjenester (selvtester, o.l.) mellom helseregionene. (2019)
95. Prinsippene i styresak 70-2002 IKT-strategi i Helse Nord skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt. Eventuelle innovasjonsprosjekter og resultatet av slike skal kunne benyttes av hele foretaksgruppen. (2016)

Foretaksspesifikke krav:

Helse Nord IKT

96. Planlegge nødvendige tiltak for å ta bruk modernisert folkeregister innen 31.12.2021. (2019)
97. Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. (2018)
98. Brudd på avtalt servicenivå slik disse fremkommer på tjenestenivå skal meldes i Helse Nords avvikssystem Docmap. (2017)
99. Bidra i Direktoratet for e-helses arbeid med å ferdigstille og ta i bruk nødvendige standarder for elektronisk samhandling, jf. forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren. (2018)
100. Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. Bekrefte etterlevelse innen utløp 1. tertial. For eventuelle områder med avvik fra nasjonale standarder, skal dette begrunnes. (2017)
101. Drifte og forvalte integrasjonsbuss (ESB)4 i tråd med anbefalingene knyttet til tjenesteorientert arkitektur og med de standarder som defineres av Direktoratet for e-helse samt Nasjonal IKT. Integrasjonsgrensesnitt som utvikles skal i så stor utstrekning som mulig kunne gjenbrukes i andre helseregioner. (2017)
102. Sikre at det foreligger tilstrekkelig ressurser til å realisere regionens sentrale integrasjonsbehov slik disse er utledet av behov definert i prosjekt porteføljen. Leveransene gjennomføres uten unødvendige forsinkelser for de aktuelle hovedprosjekter – enten ved interne ressurser eller i form av partnerskap ved eksterne aktører. (2017)
103. Helse Nord IKT har et særlig ansvar å orientere Helse Nord RHF om de tilfeller det iverksettes tiltak eller prosjekter som bryter med regionens vedtatte strategier og planer innen IKT-området. (2017)

Personvern og informasjonssikkerhet

Krav til alle:

104. Utarbeide en tiltaksplan, og iverksette nødvendig tiltak, som sikrer at helseforetakenes IKT-systemene og teknologiske sikkerhetstiltak bidrar til å forebygge og avdekke dataangrep. (2020)
105. Dataansvarlig skal etablere rask og sikker pålogging i form av to-faktor autentisering for tilgang til helseopplysninger/personopplysninger. Datatilsynets anbefalinger skal legges til grunn (2020)
106. Rapportere, som et minimum, resultater fra helseforetakenes sikkerhetsrevisjoner, oppsummering fra avviksrapportering og trender fra gjennomførte risikovurderinger i «Ledelsens gjennomgang». Dette for å sikre etterlevelse av innholdet i revidert regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet. (2018)
107. Verifisere at leverandører som innehar rollen databehandlere oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og at nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. (2012)

Helse Nord IKT:

108. Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial. (2019)

Bygg og kapasitet

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

109. Følge opp en 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard, kvalitet og verdier over tid. Planen skal samordnes med fremtidige nybygg/ombygging. (2018)
110. Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer. (2018)
111. Informere berørte kommuner og fylkeskommuner om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak, på et så tidlig tidspunkt som mulig. (2011)
112. Begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling. (2011)

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge:

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

Finnmarkssykehuset

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

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**22/2021**
Møtedato:	17.03.2021
Arkivsak:	2021/691-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Nye hovedindikatorer 2021

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende hovedindikatorer for virksomhetsstyringen fra 01.04.2021:

   - Andel overholdte pasientavtaler
   - Gjennomsnittlig ventetid i somatikk og psykiatri
   - Andel planlagte operasjoner som ble gjennomført
   - Andel planlagte kontakter med oppsatt tidspunkt neste seks måneder
   - Andel planlagt aktivitet som gjennomføres
   - Nærvær på arbeidsplass
   - Antall dagsverk innleie av vikar fra eksternt byrå (når denne er klar)
   - Indikator for stormottakersatsningen (når denne er klar)

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF ber om rapportering på indikatorene i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF (UNN) vedtok i 2015 (styresak 32/2015) å innføre fem hovedindikatorer. Formålet var *å styrke evnen til å fokusere oppfølgningen på de områdene som er mest kritiske for måloppnåelse.* Indikatorene følges i ledergruppen, i klinikkene og avdelingene og løftes frem i Kvalitets- og virksomhetsrapporten. Antallet indikatorer har deretter gradvis økt. Indikatorene har vært revidert årlig, men ved en inkurie ble dette ikke gjort i 2020.

Formål

Beslutte nye hovedindikatorer for UNN i 2021.

Saksutredning

Dagens hovedindikatorer ble vedtatt i 2019 (styresak 91/2019) og rapporteres i Kvalitets- og virksomhetsrapporten. Dette er:

- Epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivelse (andel) i somatikk
- Epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivelse (andel) i psykiatri
- Kreftpakkeforløp gjennomført innen normert tid (andel)
- Strykninger fra planlagt operasjonsprogram, inneliggende og dagkirurgiske pasienter (andel)
- Pasienter passert planlagt tid (andel)
- Ventetider innen somatikk
- Ventetider innen psykisk helsevern for voksne
- Ventetider innen psykisk helsevern for barn og unge
- Ventetider innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- AML-brudd (antall)
- Sykefravær (andel)
- Regnskapsresultat
- Gjennomføring av pakkeforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra det tidspunkt målinger er tilgjengelig

Styret har gjennom direktørens dialogavtale bedt om at innsatsen i 2021 spisses mot å bedre tilgjengelighet og økonomisk handlingsrom. Pandemien har medført et betydelig etterslep av pasienter som venter på timer. UNN er blant foretakene med lengst ventetider og høyest andel fortsatt ventende pasienter. Pandemien har også medført utfordringer både på kostnads- og inntektssiden. Utgifter til beredskap og personalkostnader har økt. Det har vært utfordrende å opprettholde inntektene og den planlagte aktiviteten på samme nivå som før pandemien.

For å understøtte dette arbeidet foreslås antall hovedindikatorer redusert og gjenværende hovedindikatorer fokusert på bedre tilgjengelighet og økonomisk handlingsrom. Basert på diskusjonen i ledergruppen foreslås ni indikatorer som beskrevet i vedlagt tabell.

Overnevnte innebærer at flere av dagens hovedindikatorer tas ut. Disse er alle viktige, men i mindre grad relatert til hovedutfordringene med å skape bedre tilgjengelighet og å skape bedre økonomi, eller de har relativt god måloppnåelse. Selv om hver enkelt av de utgående indikatorene isolert sett kan argumenteres å beholdes som hovedindikatorer er det ikke hensiktsmessig med mange hovedindikatorer. For å sikre at styret er orientert om de utgående hovedindikatorene foreslås disse rapportert i Kvalitets- og virksomhetsrapporten som i dag (uten at de er hovedindikatorer).

Det bemerkes at tre av indikatorene foreslås gjort omvendt for å betone det positive som blir forsøkt oppnådd. Gjennom dette kan tiltaksarbeidet og kommunikasjonen internt i UNN styrkes. De aktuelle indikatorene som er snudd er *andel passert planlagt tid* (omgjort til *andel overholdte pasientavtaler*), strykninger samme dag (Omgjort til *andel planlagte operasjoner som ble gjennomført*) og sykefravær (omgjort til *nærvær på arbeidsplass*).

Innslagspunktet for de nye indikatorene foreslås fra og med april 2021.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 9. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 17.03.2021.

Vurdering

Formålet med hovedindikatorer er å styrke evnen til å fokusere oppfølgningen på de områdene som er mest kritiske for måloppnåelse. Et høyt antall indikatorer gjør det vanskelig å fokusere. De to største hovedutfordringene for UNN i 2021 er å øke tilgjengeligheten og skape et bedre økonomisk handlingsrom.

Direktøren erkjenner at det er viktig at styret tidlig involveres i utvelgelsen av hovedindikatorer. Direktøren beklager at dette ved en inkurie ikke ble gjort i 2020. Dette vil sikres for neste år ved at hovedindikatorene 2022 gjennomgås på styreseminar høsten 2021. For å understøtte styrets dialogavtale med direktøren vurderes det likevel som viktig å snarlig endre indikatorene for 2021 slik at disse fokuserer på økt tilgjengelighet og bedre økonomisk handlingsrom.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

- Tabell - Nye hovedindikatorer 2021

Vedlegg: Tabell. Nye hovedindikatorer 2021

Hovedgruppe	Hovedindikator	Begrunnelse	Måltall*
Tilgjengelighet	Andel overholdte pasientavtaler (1 minus andel passert planlagt tid)	Mål på etterslepet og mål på om vi holder det vi lover til pasientene. UNN er blant foretakene i Norge med lavest andel. Krav i Oppdragsdokument 2021 om at skal være minst 95% ved utgangen av 2021. Nasjonalt styringsmål.	≥95%
	Gjennomsnittlig ventetid i somatikk	Mål på etterslepet og mål på om vi holder det vi lover til pasientene. UNN er blant foretakene i Norge med lengst ventetid i somatikk. Det er sterkere krav til ventetid i Oppdragsdokumentet 2021. Nasjonalt styringsmål.	≤50 dager
	Gjennomsnittlig ventetid i psykiatri voksne		≤40 dager
	Andel planlagte operasjoner som ble gjennomført (1 minus strykninger samme dag)	Pasienter som blir strøket samme dag må få et annet tidspunkt og medfører at kapasiteten ikke utnyttes optimalt.	≥95%
	Andel planlagte kontakter med oppsatt tidspunkt neste seks måneder	UNN er blant universitetssykehusene med lavest andel planlagte kontakter med oppsatt tidspunkt neste seks måneder. Dette vanskeliggjør aktivitetsstyrt bemanning. Krav i Oppdragsdokument 2021 om å styrke dette. Nasjonalt styringsmål.	+15%
Økonomisk handlingsrom	Andel planlagt aktivitet som gjennomføres	Beregnes utfra andelen faktiske mot planlagte DRG-poeng. Mål på hvorvidt vi klarer å oppnå den planlagte inntektsgivende aktiviteten	100%
	Nærvær på arbeidsplass (1 minus sykefravær)	Økt nærvær gjennom reduksjon av sykefravær representerer betydelig potensiale for å redusere kostnadene i UNN.	>93%
	Antall dagsverk innleie av vikar fra eksternt byrå (når denne er klar)**	En av de viktigste driverne for utgiftene i UNN. Oppdragsdokumentet 2021 stiller krav om at vi skal redusere foretakets innleie av personell med 30 prosent innen utgang 2023.	Ikke klar
	Indikator for stormottakersatsningen* (når denne er klar)**	Et viktig omstillingstiltak. UNN er forespeilet at stormottakersatsingen skal kunne gi en kapasitet på 1700 pasienter per år og forventes å kunne redusere UNN's behov for totalt ca 5500 liggedager, tilsvarende 15 senger eller ca 35 mill. kr innen utgangen av 2023.	Ikke klar

*Måltallene er absoluttverdier med unntak av *Andel planlagte kontakter med oppsatt tidspunkt neste seks måneder* og *Antall dagsverk innleie av vikar fra eksternt byrå*. Her er måltallene relative verdier sammenlignet med januar 2021.

** Indikatorene for antall dagsverk innleie av vikar fra eksternt byrå og stormottakersatsningen er under utvikling og vil ferdigstilles av Økonomi og analysesenteret før sommeren 2021. Det vil da settes målkrav for 2021 basert på det overordnede målet for hver indikator innen utgangen av 2023.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**24/2021**
Møtedato:	17.03.2021
Arkivsak:	2020/81-2
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Oppsummering av styrets beslutningssaker fra 2020

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2020 til etterretning, og vil bruke oppsummeringen som underlag for styrets videre evaluering av eget arbeid.

Bakgrunn og formål

I tråd med styreinstruksen gjennomgår styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s arbeid en årlig evaluering. I denne aktuelle saken gis en skjematisk oversikt over fattede vedtak i 2020 og formell oppfølging av disse, som bakgrunn for planlegging og eventuelt prioriteringer i styrets arbeid for 2021.

Styrets arbeidsmåte og hvordan denne fungerer blir evaluert i egen styresak i styremøte våren 2021.

Styreseminarene ble i årsplanen for 2020 lagt i forbindelse med de ordinære styremøtene i juni og november. Grunnet korona pandemien og begrensninger for reiser samt omlegging til digitale møteplattformer ble styreseminaret i juni 2020 avlyst, og styreseminaret i november 2020 ble gjennomført som digitalt styreseminar. Styreseminaret i november omhandlet strategiprosessen i UNN og revidering av UNNs overordnede strategi, samt virksomhetsplanprosessen for 2021.

Saksutredning

I eget vedlegg til saken følger utdrag av styreprotokollen over styrets beslutningssaker som er behandlet i 2020. Det ble i 2020 avholdt til sammen 10 styremøter, hvorav 1 var ekstraordinært styremøte. 6 av styremøtene har vært gjennomført som digitale møter. Det er behandlet til sammen 95 saker, herav 43 beslutningssaker, fordelt slik:

Type saker/ kategori	2018	2019	2020
S) Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	29	22	15
K) Kvalitets, -, økonomi- og aktivitetssaker *Inkludert orienteringssaker kvalitet og pasientsikkerhet 2020	14	17	19 (27*)
F) Fagsaker	2	1	0
B) Bygg og eiendomssaker	10	9	9
Totalt	55	48	43 (51*)

De resterende sakene var godkjenning av innkalling, saksliste, referatsaker, orienteringssaker og eventueltsaker. Styret har fått fortløpende tilleggsrapportering i form av egne rapporter for status korona.

I orienteringssakene til styret har det i løpet av 2020 vært fokus på pandemisituasjonen, med flere muntlige og skriftlige orienteringer omkring status Covid- 19, beredskap, intensivkapasitet mm. Videre har det vært muntlige og skriftlige orienteringer på kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i UNN, med 4 orienteringssaker med pasienthistorier, og 4 orienteringer om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn, og oppfølgingen av disse.

I de påfølgende fire tabellene er de ulike vedtakssakene fremstilt innenfor de respektive kategoriene, herunder variasjonene fra de siste tre årene.

Tabell 1

Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	2018	2019	2020
Tilsynsrapporter	2	3	2
Ledelsens gjennomgang	1	1	1
Overordnede strategier	2	–	–
Lønnssaker	0	1	1
Årlig melding	1	1	1
Møte- og styreseminarplan	1	2	1[1]
Oppdragsdokument	1	1	1
Oppsummering av styrets vedtak	1	1	1
Styrets evaluering av eget arbeid	1	1	1
Oppnevning av valgstyre – ansattevalgte repr.	–	1	–
Brukerutvalget – valg, mandat m.v.	1	–	2
Strategisk utviklingsplan	1	–	–
Informasjonssikkerhet	–	1	1
Eventueltsak (der det er truffet vedtak)	–	1	–
Styrets dialogavtale med direktøren	1	1	1
Innspill fra UNN til RHFets plan til økonomisk bærekraft	1	1	1
Kontinuerlig forbedring	1	1[3]	*
Nye hovedindikatorer for UNN	2	1	–
Mediebilde – situasjonsbeskrivelse	–	–	**
LUO-evalueringen del 2	1	–	–
Direktøravgang, konstituering og rekruttering	4	–	–
Sykestuesenger i Nord-Troms samt spesialisthelsetjenester	2	–	–
Beredskapsarbeidet ved UNN – prosessplan	1	–	–
Høring – Nasjonal inntektsfordelingsmodell	1	–	–
Høring – Regional utviklingsplan	1	–	–
Innspill til etiske retningslinjer for Helse Nord	1	–	–
Ambulansebåtsaken i Bjarkøy	1	–	–
Rullerende plan IKT	–	1	–
Evaluering av pasienthotelldriften UNN Tromsø	–	1	–

Utredning sammenslåing av UNN og FIN	–	1[4]	–
Handlingsplan for inkluderingsdugnaden	–	–	1
Informasjon om pandemi Covid- 19	–	–	[5*]
Totalt	29	21	15

1)Også flere behandlinger som eventueltsaker ved mindre endringer i møtested styret. *) Muntlige og skriftlige orienteringssaker til styret gjennom hele 2020. **) Muntlig orienteringssaker.

Tabell 2

Kvalitets- og økonomisaker	**2018**	**2019**	**2020**
Kvalitets-, økonomi- og aktivitetsrapporter inkl. tertialrapporter	8	10	11[1]
Kvalitet og pasientsikkerhet- *orienteringssaker**			(8*)
Årsregnskap med styrets beretning	1	1	1
Budsjettsak, ny behandling/oppfølgingssak	–	–	–
Forberedende arbeid til Virksomhetsplan	2	3	–
Virksomhetsplan (budsjettsaken)	1	1	2
Mottak av pengegave til PET-senteret	1	–	–
PET-senterøkonomien, gavetilsagn m.v.	1	–	–
Internrevisjon rapport Helse Nord- Mislighetsrisiko	–	1	–
Plan reduksjon innleie	–	1	1
Resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer	–	–	1[2]
Statusrapport korona	–	–	1
Eventueltsak (der det ble truffet vedtak)- økonomiske tiltak i forbindelse med virusutbruddet	–	–	1
Revisjonsprogram	–	–	1
Totalt	14	17	19 (27*)

1)KVR mai 2020 behandlet som skriftlig orienteringssak 2020/18-5. 2) Også som skriftlig orienteringssak.

Tabell 3

Fagsaker	**2018**	**2019**	**2020**
Kompetanse og styring av akuttmottaket i Tromsø			*
Trombektomitjenester ved UNN	1	–	–
Strukturelle endringer i ambulansetjenesten	1	–	–
Reduksjon av styrkninger til operasjoner ved UNN	–	1	–**
Totalt	2	1	0

*) Skriftlig orienteringssak 12/2020 **) Skriftlig orienteringssak 25/2020-2

Tabell 4

Bygg- og eiendomssaker	**2018**	**2019**	**2020**
Byggeprosjekter ved UNN – tertialrapporter	3	3	3
Regionalt PET-senter	1	–	–
Nye UNN Narvik	–	–	2[1]
Oppgradering og renovering kjøkken UNN Breivika	–	–	1
UNN Narvik	1	–	–
Tomtesak ved SIVA-bygget	1	–	–
Salg av C00	1	–	–
Byggeprosjekt ved UNN Åsgård	–	1	1
Arealplan UNN Breivika	2	–	–
Arealplan Harstad	–	1	–
Arealplan UNN 2021-2023	–	–	1
Ervervelse av tomt	–	2	–
Bygningsmessige tiltak ambulansestasjoner	–	1	–
Salg av Åsgårdmarka	1	1[1]	1
Prosjektinnramming UNN Harstad	–	–	1
Totalt	10	9	9

Oppfølging av tidligere vedtak

Gjennomgangen viser at samtlige saker er fulgt opp i tråd med styrets vedtak.

Medvirkning

Ettersom saken avviker fra en ordinær beslutningssak ved en skjematisk oppsummering av styrets vedtak fra 2020, er den ikke undergitt behandling eller drøfting i arbeidsmiljøutvalg, brukerutvalg eller med ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

Vurdering

Oversikten som er vedlagt saken viser at det i 2020 ble avholdt 10 styremøter og behandlet til sammen 95 saker, herav 43 beslutningssaker. Direktøren vurderer at styresakene som ble behandlet i 2020 er innenfor den rammen som styreinstruksen anviser og i overensstemmelse med vedtatt årsplan for faste styresaker 2020, samt de utfordringer helseforetaket har hatt i 2020. Variasjonen knyttet til saksmengde over år, viser seg å ligge på inntil +/- 10.

Den økonomiske utviklingen i foretaket har vært et av styrets prioriterte områder i 2020, samtidig med en sterk vektlegging av kvalitet og pasientsikkerhet. Styret behandler kvalitets- og virksomhetsrapportene månedlig, og i tillegg har styret fått orientering om pandemisituasjonen, samt kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet i UNN.

De administrative rutinene knyttet til styresaksoppfølgingen vurderes å være tilfredsstillende ivaretatt, og det planlegges ikke endringer av disse i 2021. Arbeids- og ansvarsdelingen mellom direktøren og styret vurderes også som tilfredsstillende.

Måloppnåelse for sentrale kvalitetsparametere vil bli fulgt opp videre i forbindelse med behandling av de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene. Direktøren vil også inneværende år fokusere på utviklingen innenfor innsatsområdene stormottakere, rekruttering og stabilisering og innkjøp, videre satsing på kontinuerlig forbedring, samt oppfølging av informasjonssikkerhetsarbeidet.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Oversikt over styrets vedtak i beslutningssaker i 2020

OVERSIKT OVER STYREVEDTAK I BESLUTNINGSSAKER 2020

S: Strategi-, rapport og oppfølgingssaker
K: Kvalitets, - økonomi og aktivitetssaker
F: Fagsaker
B: Bygg- og eiendomssaker

K ST 3/2020 Virksomhetsplan 2020 - oppfølging

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) godkjenner de reviderte plantallene for 2020.

2. Styret ber direktøren sikre at medvirkning og forankring ivaretas på alle nivå i organisasjonen.

3. Styret tar til orientering at det er omfordelt midler til Operasjons- og intensivklinikken (OPIN).

4. Styret tar til orientering tiltakslisten per enhet.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 4/2020 Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2019

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for desember 2019* til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak

S ST 5/2020 Dialogavtale mellom styret og administrerende direktør

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner direktørens dialogavtale for 2021.

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner endringene i direktørens dialogavtale for 2020.

3. Styret ønsker at Universitetssykehuset Nord- Norge HFs rolle som region- og universitetssykehus og Universitetssykehuset Nord- Norge HFs samfunnsrolle kommer tydeligere frem, og at føringer for disse områdene innarbeides i direktørens dialogavtale for 2021.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 8/2020 Oppgradering og renovering av kjøkken Breivika

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner planen for renovering av kjøkken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, lokalisasjon Breivika, i henhold til alternativ 1, full renovering av kjøkken til en total kostnadsramme på 65 mill. kr.

2. Finansiering av prosjektet håndteres gjennom egne investeringsmidler, 30 mill. kr i 2020 og 35 mill. kr i 2021.

3. Styret ber om at saken oversendes til videre behandling i styret i Helse Nord.

Saken følges opp i tråd med vedtak.

S ST 9/2020 Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 3. tertial 2019

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 1.9.19 til og med 31.12.19 til etterretning.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 10/2020 Oppsummering av styresaker fra 2019

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2019 til etterretning, og vil bruke oppsummeringen som underlag for styrets videre evaluering av eget arbeid.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 11/2020 Styrets evaluering av eget arbeid

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar resultatene fra evalueringen av styrets arbeid til etterretning.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 17-2020 Årsregnskap 2019 med styrets beretning

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

   Det framlagte årsoppgjøret med resultatregnskapet og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultat, fastsettes som UNNs regnskap for 2019. Styret foreslår at årets overskudd på 16 307 041 kr overføres til annen egenkapital.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnsfastsettelse.

3. Styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investeringer av utstyr med mer i 2020.

4. Årsberetning 2019 vedtas med de endringer som fremkom i møtet, henholdsvis i note 6 og 23, samt i styrets beretning, - redegjørelse som gir grunnlag for styrets fremtidige utvikling.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 18-2020 Kvalitet- og virksomhetsrapport januar 2020

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar 2020* til orientering

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 19-2020 Årlig melding 2019

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Årlig melding 2019* for oversendelse til Helse Nord RHF.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 20-2020 Tertialrapport byggeprosjekt - 3. tertial 2019

Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr.31.12.2019 om byggeprosjekter ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 21-2020 Prosjektinnramming UNN Harstad

1. Styret godkjenner fremlagte rapport *Prosjektinnramming UNN Harstad* med vedlagte styringsdokument som grunnlag for videre arbeid med utvikling av Universitetssykehuset Nord-Norge HF Harstad i tråd med *Veileder for tidligfase i sykehusbyggprosjekter*.

2. *Prosjektinnramming UNN Harstad* ligger ikke inne i Helse Nords langsiktige investeringsplan, og styret ber administrerende direktør oversende rapport *Prosjektinnramming UNN Harstad* til Helse Nord RHF for videre behandling i tråd med gjeldende retningslinjer.

3. Styret konstaterer at *Mulighetsstudien* viser at det etter etablering av skisserte helsehus fortsatt er handlingsrom på eiendommen for en utvikling av Universitetssykehuset Nord-Norge HF Harstad i en trinnvis utbygging.

4. Harstad kommune inviteres til å etablere seg med et helsehus på sykehustomtens nordøstlige hjørne. På grunn av manglende investeringsmidler i Universitetssykehuset Nord- Norge HF forutsetter styret at Harstad kommune leder planarbeidet og dekker alle kostnader med etableringen inkludert tomtekostnader, nødvendig sanering av eksisterende bygg, omlegging av vei og teknisk infrastruktur, samt erstatning for parkeringsplasser, både permanente og midlertidige. Nødvendige forutsetninger for dette arbeidet utarbeides av Universitetssykehuset Nord- Norge HF som også skal godkjenne endelig løsning.

5. Styret forutsetter at Harstad kommune i samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge HF planlegger og bygger helsehuset slik at det legger til rette for samvirke med fremtidige planer for Universitetssykehuset Nord- Norge HF Harstad, som beskrevet i *Prosjektinnramming UNN Harstad*. Prosessen ledes av Harstad kommune, og det skal utredes hvordan bygg og virksomhet kan tilrettelegges på kort og lang sikt for å utløse identifiserte effekter for pasientforløp og -behandling, undervisning og effektiv drift.

6. Avhending av tomt skal godkjennes av foretaksstyrene i tråd med Helse Nord sin fullmaktstruktur.

7. Administrerende direktør bes fortsette arbeidet med pågående reguleringsplanprosess, slik at sykehustomten gis tilstrekkelig kapasitet for fremtidig utvikling og plassering av bygg, uavhengig av plassering av helsehus.

Saken følges opp i tråd med vedtak.

S ST 22-2020 Oppdragsdokument 2020

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF viser til foretaksmøtets behandling den 5.2.2020 av oppdragsdokument.

2. Styret gir administrerende direktør ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 24-2020 Justert mandat for Brukerutvalget ved UNN

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF (UNN) godkjenner justert mandat for Brukerutvalget ved UNN.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 30-2020 Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2020

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2020* til orientering

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 31-2020 Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2020

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for mars 2020* til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 33-2020 Parkeringsløsning ved Nye UNN Narvik

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF (UNN) tar til etterretning at det er en felles reguleringsplan for Furumoen, og at parkeringsløsning må dekke både UNNs og Narvik kommunes parkeringsbehov.

2. Styret forutsetter at prosjektet løser parkeringsspørsmålet knyttet til prosjektet uten at dette medfører behov for utvidelse av den økonomiske rammen for prosjektet.

3. Styret ber administrerende direktør legge frem ny sak om parkeringsløsning for styret straks reguleringsmyndigheten i Narvik kommune har tatt beslutning om antall parkeringsplasser.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak og punkt 3 er fulgt opp i ST 81-2020.

S ST 34-2020 RHFs Plan 2021-2024

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord – Norge HF (UNN) tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft, kontantstrøm og lånebehov perioden 2021 – 2027 til orientering.

2. Styret ber om at P85 rammen for Nye UNN Narvik økes tilsvarende prisvekst for oktober 2017 – januar 2020.

3. Styret ber om at nytt sykehusbygg for psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling prioriteres i Helse Nord RHF sin investeringsplan.

4. Styret erkjenner et større investeringsbehov enn det som er i tildelt investeringsramme, og ber Helse Nord RHF hensynta dette i den totale investeringsrammen for å forsøke å imøtekomme behovet.

5. Styret tar redegjørelsen om innspill til prioritering av investeringer i perioden 2021 –2027 til orientering, og slutter seg til at denne saken oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding på *Økonomisk langtidsplan 2021-2024, inkludert rullering av investeringsplan 2021 - 2027.*

6. Styret forutsetter at regionale oppgaver og funksjoner som pålegges Universitetssykehuset Nord- Norge HF fullfinansieres.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 35-2020 Oppnevning av nytt brukerutvalg ved UNN 2020-2022

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer og varamedlemmer til brukerutvalget for valgperioden 2020-2022:

Representanter

Navn	Fødselsår	Bosted	Brukerorganisasjon/ pasientforening
Kirsti Baardsen	1950	Tromsø	Kreftforeningen
Ulf Jack Bergstrøm*	1955	Harstad	Kreftforeningen
Hans Johan Dahl	1950	Tromsø	Troms fylkes eldreråd
Paul Dahlø	1944	Finnsnes	FFO/ LHL Troms
Merethe Krohn*	1961	Tromsø	SAFO Nord/ Norges Handikapforbund
Ingolf Kvandahl*	1947	Ballangen	Nordland eldreråd
Merethe Saga Lønnum*	1963	Tromsø	FFO/ Mental Helse Tromsø
Nina Nedrejord	1956	Karasjok	SAFO Nord/ Norsk forbund for utviklingshemmede
Terje Olsen	1951	Storslett	FFO/ Huntingtonforeningen
Siv- Elin Reitan	1983	Narvik	RIO Nord

*= nye representanter

Vararepresentanter (*rangert rekkefølge ihht mandat*)

Navn	Fødselsår	Bosted	Brukerorganisasjon/ pasientforening
Mildrid H. Pedersen	1950	Målselv	FFO/ Norges Astma og allergiforbund
Stein- Wiggo Olsen*	1969	Hammerfest	FFO/ Norges blindeforbund

Thomas Engelskjøn*	1977	Tromsø	Kreftforeningen
Nina Benjaminsen*	1970	Storslett	RIO Nord
Inger Marie Olsen*	1955	Tromsø	Hørselshemmedes landsforbund
Målfrid Ovanger*	1947	Vadsø	Pensjonistforbundet Finnmark

*= nye representanter

2. Som leder oppnevnes Kirsti Baardsen og som nestleder oppnevnes Paul Dahlø. Brukerutvalget oppnevner selv arbeidsutvalget.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 40-2020 Godkjenning av forprosjekt og byggestart Nye UNN Narvik

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF godkjenner fremlagte rapport *Universitetssykehuset Nord Norge HF- Forprosjekt Nye UNN Narvik,* og anbefaler at Helse Nord RHF legger forprosjektrapporten til grunn for gjennomføringen av prosjektet.

2. Forprosjektrapporten oversendes til styret i Helse Nord RHF med anbefaling om endelig godkjenning, finansiering og vedtak om gjennomføring av prosjektet. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF ber om at styret i Helse Nord RHF behandler saken snarest mulig innen utgangen av mai måned.

3. Styret anbefaler at brutto arealramme fastsettes til 26860 m2 og at kostnadsramme basert på 85 % sannsynlighet for overholdelse (P85) fastsettes til 2877 mill. kr (mars 2023) inkludert utstyr, byggelånsrenter og prisstigning i gjennomføringsperioden. Styringsrammen basert på 50 % sannsynlighet for overholdelse (P50) fastsettes til 2705 mill. kr.

4. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF ber om at kostnadsrammen justeres i Helse Nord RHFs behandling av økonomisk langtidsplan.

5. Styret godkjenner at prosjektet gjennomfører en begrenset prosjektering i mai måned, begrenset oppad til 7,5 mill. kr inkludert mva.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 44-2020 Statusrapport korona ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar statusrapport *60 dager med korona* til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 45-2020 Status i oppfølging av risikovurderinger av informasjonssikkerhet

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar orienteringen om oppfølging av risikovurderinger av informasjonssikkerhet til etterretning.

2. Styret gir sin tilslutning til den videre oppfølging av arbeidet med informasjonssikkerhet som direktøren beskriver i saken, og ber om ny rapportering på status i arbeidet med å bedre informasjonssikkerheten i foretaket innen utgangen av mai 2021.

3. Styret ber om tilbakemelding i løpet av høsten på status på punktene 1-5 risikoområder.

Saken er fulgt opp. Vedtakspunkt 3 følges opp i styresak februar 2021

K ST 51-2020 Tertialrapport 1, 2020

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Første tertialrapport 2020* for oversendelse til Helse Nord RHF.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 52-2020 Kvalitets- og virksomhetsrapport for mai

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2020,* samt statusrapport *90 dager med korona* til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 53-2020 Tertialrapport 1, 2020 for byggeprosjekter ved UNN

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar tertialrapporten pr. 30.4.2020 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord- Norge HF til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 54-2020 Salg av Åsgårdmarka

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar status og videre arbeid vedrørende salg av Åsgårdmarka til orientering.

2. Styret vedtar at eiendommen selges under ett, med ett oppgjør.

3. Styret har beslutningsfullmakten i budprosessen, og vurderer alle bud.

Saken følges opp i tråd med vedtak.

S ST 55-2020 Justering av direktørens lønn

Administrerende direktør Anita Schumachers lønn reguleres med 59.000 kr fra 1. januar 2020.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 56-2020 Møteplan for styret 2021

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner følgende *møteplan* for 2021:

Møter	Febr	Mars	April	Mai	Juni	Sept	Okt	Nov	Des
Styremøter	10	17	21	19	16	15	13	10	16
UNNs styreseminar					15 Narvik		14 Felles med UiT	9 Harstad	
Regionalt styreseminar		24-25 (Bodø)					27-28 (Tromsø)		

2. Styret vedtar følgende *årsplan* i tråd med krav i styreinstruksen for UNN:

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Styrets evaluering av eget arbeid. OD 2020	Tromsø	Onsdag 10. februar
Årsregnskap, årlig melding m.v.	Tromsø	Onsdag 17. mars
RHFs Plan 2021-2024	Tromsø	Onsdag 21. april
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Tromsø	Onsdag 19. mai
Tertialrapport 1	Tromsø	Onsdag 19. mai
Forberedende virksomhetsplanlegging 2021	Narvik	Onsdag 16. juni
Status oppdragsdokument 2020	Tromsø	Onsdag 15. september
Tertialrapport 2	Tromsø	Onsdag 15. september
Virksomhetsplan og budsjett for 2022	Tromsø	Torsdag 16. desember

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak. Styrets evaluering av eget arbeid som var planlagt lagt til styremøtet 10. februar 2021 flyttes til styremøte våren 2021 når fysiske styremøter kan gjennomføres.

K ST 57-2020 Resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer

Styret tar resultatene fra nasjonale kvalitetsindikatorer til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 60-2020 Eventueltsak- økonomiske tiltak i møte med virusutbruddet

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF gir administrerende direktør fullmakt til å gjøre de nødvendige prioriteringer fra bevilgningen til mindre vedlikeholdsprosjekter.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 63-2020 Kvalitets- og virksomhetsrapport for juni og juli 2020

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for juni og juli 2020* til orientering

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 64-2020 Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner, 1. og 2. tertial 2020

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 1.1.2020 til og med 31.8.2020* til etterretning

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 70-2020 Tertialrapport 2, 2020

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar *Tertialrapport 2, 2020* til orientering

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 71-2020 Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2020

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2020* til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 72-2020 Tertialrapport 2, 2020 for byggeprosjekter ved UNN

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tertialrapportene pr. 31.8.2020 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 78-2020 Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2020

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for september 2020* til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 79-2020 Internrevisjonsrapport innleie av helsepersonell i UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Internrevisjonsrapport *Innleie av helsepersonell i Universitetssykehuset Nord- Norge HF* til orientering, og slutter seg til videre plan for utbedring av rutinene rundt innleie.

2. Styret ber om en skriftlig orientering på status for plan for utbedring av rutinene rundt innleie til styremøtet i mai 2021.

Saken følges opp i tråd med vedtak. Skriftlig orientering på status er satt opp i styremøtet mai 2021.

S ST 80-2020 Ledelsens gjennomgang 2019

Styret tar redegjørelsen for *Ledelsens gjennomgang 2019* til etterretning, og ber direktøren følge opp de besluttede tiltakene.

Saken følges opp i tråd med vedtak.

B ST 81-2020 Parkeringsløsning Nye UNN Narvik *(unntatt offentlighet, jf offl. § 5)*

Saken følges opp i tråd med vedtak.

B ST 85-2020 Innramming konseptfase psykisk helse- og rusbehandling, Tromsø

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF viser til vedtakspunkt 2 i sak 26/2017 Idéfase for psykiatri- og rusfeltet ved UNN og ber om at alternativene som skal inngå i konseptfasen justeres til:

- Revidert 0-alternativ: Nybygg på Åsgård- tomten, eventuelt kombinert med utvikling av eksisterende bygg.
- Alternativ 1: Bygge nytt med utgangspunkt i et utvidet B1 alternativ i Breivika, inkludert ervervet tomt Gimleveien 46.
- Alternativ 2: Delt løsning mellom 0-alternativet og alternativ 1.

Saken følges opp i tråd med vedtak.

K ST 88-2020 Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2020

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for oktober 2020* til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 89-2020 Virksomhetsplan 2021

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF viser til saksutredningen, og vedtar den framlagte virksomhetsplanen for 2021 med tilhørende budsjett.

UNN HF, beløp i mill kr	Justert budsjett 2020 (JB)	Prognose 2020	Vedtatt budsjett 2021 (VB)	Endring VB 2021 - JB 2020
Basisramme	4 961,8	194,2	5 428,8	467,1
Kvalitetsbasert finansiering	34,7	0,0	31,6	-3,0
ISF egne pasienter	1 893,6	-87,9	1 858,6	-35,0
Isf av biologiske legemidler utenfor sykehus	80,7	7,2	80,7	0,0
Gjestepasientinntekter	42,0	0,2	42,0	0,0
Polikliniske inntekter	171,7	-0,1	169,1	-2,6
Utskrivningsklare pasienter	31,0	-2,7	31,0	0,0
Raskere tilbake	0,0	0,2	0,0	0,0
Andre øremerkede tilskudd	341,3	-42,7	315,5	-25,7
Andre inntekter	432,3	-40,7	430,4	-1,9
SUM driftsinntekter	***7 989,1***	***27,6***	***8 387,8***	***398,8***
Kjøp av offentlige helsetjenster	225,0	3,7	223,5	-1,5
Kjøp av private helsetjenester	37,7	-15,7	42,8	5,1
Varekostnader knyttet til aktivitet	827,5	-37,6	872,8	45,4
Innleid arbeidskraft (fra firma/private)	41,2	-28,8	40,5	-0,7
Lønn til fast ansatte	4 219,6	217,8	4 352,6	133,0
Vikarer	180,2	-133,0	184,8	4,6
Overtid og ekstrahjelp	377,1	-37,9	381,6	4,5
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	504,4	-0,2	690,3	185,9
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-297,8	20,1	-288,6	9,2
Annen lønn	355,0	22,3	333,2	-21,8
Avskrivninger	322,8	2,0	338,2	15,4
Andre driftskostnader	1 142,9	2,5	1 155,8	12,9
Sum driftskostnader	***7 935,6***	***15,2***	***8 327,6***	***392,0***
Driftsresultat	***53,5***	***12,4***	***60,2***	***6,8***
Finansresultat	***-13,5***	***0,7***	***-20,2***	***-6,8***
Ordinært resultat	***40,0***	***40,6***	***40,0***	***0,0***

2. Styret vedtar investeringsplanen for 2021 slik den foreligger i saksutredningen.

3. Styret forutsetter at overført betalingsansvar for Sykehusinnkjøp HF ikke medfører økt kostnadsnivå for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og ber Helse Nord RHF bidra til å sikre dette.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 90-2020 Arealplan Universitetssykehuset Nord- Norge HF 2021-2023

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Arealplan Universitetssykehuset Nord- Norge HF 2021-2023* med de prioriteringer som framkommer i vedlegg *Tiltaksplan prioriterte arealer UNN 2021-2023.*

Saken følges opp i tråd med vedtak.

S ST 91-2020 Handlingsplan for inkluderingsdugnaden ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF gir sin tilslutning til den foreslåtte handlingsplanen.

2. Administrerende direktør bes å sikre gjennomføring i henhold til handlingsplanen.

Saken følges opp i tråd med vedtak.

K ST 92-2020 Revisjonsprogram 2021-2023, foretaksnivå Universitetssykehuset Nord-Norge HF

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner *Revisjonsprogram UNN 2021-2023* og *Årsprogram 2021.*

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF slutter seg til at Direktøren kan vedta endringer i revisjonsplanene.

Saken følges opp i tråd med vedtak.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**25/2021**
Møtedato:	**17.03.2021**
Arkivsak:	2021/704-2
Saksbehandler:	Tordis Sørensen Høifødt

Faglig utvikling i Avdeling sør, Psykisk helse- og rusklinikken

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) gir sin tilslutning til den beskrevne faglige utviklingen i Avdeling sør, Psykisk helse- og rusklinikken:

1. Opptaksområdene for SPHR Ofoten og SPHR Midt-Troms justeres ved at kommunene Lavangen og Salangen overføres til opptaksområdet for SPHR Ofoten fra og med 01.06.2021.
2. Med bakgrunn i justering av opptaksområdene og flyttes dagens poliklinikktilbud for voksne på Sjøvegan til SPHR Ofoten fra samme tidspunkt. Ressursgruppe for omstilling og organisasjonsendring (RON) i UNN involveres.
3. Døgnkapasiteten i Avdeling sør justeres fra 36 til 30 døgnplasser fra og med 12.04.2021, fordelt med 10 døgnplasser ved SPHR Sør-Troms, 9 døgnplasser ved SPHR Midt-Troms og 9 døgnplasser ved SPHR Ofoten. For SPHR Ofoten vil det i tillegg være 2 akutt-/ utredningsplasser for avdelingen i tilknytning til realiseringen av nye UNN Narvik.
4. Frigjorte ressurser som følge av faglig utvikling benyttes til å forsterke allerede etablerte polikliniske og ambulante tilbud ved de tre sentrene i Avdeling sør. Det vil være en tett dialog rundt utforming av tjenestetilbudet til kommunene Lavangen og Salangen.

Bakgrunn

Saken utgikk som orienteringssak i styremøte 10.02.2021 og legges frem for styret som beslutningssak. I møtet 10.02.21 ble virksomhetsdata og en kort oversikt med hensyn til prosessen overfor berørte kommuner etterspurt.

Tillegg – kommentarer til tidligere fremlagte orienteringssak (møte 10.02.21)

Psykisk helse- og rusklinikken har over tid hatt betydelig oppmerksomhet rettet mot den polikliniske virksomheten for voksne på Sjøvegan, og rekrutteringsutfordringer har vært et pågående tema de siste ti årene.

Den stedlige aktiviteten er redusert med 62 % siden 2017. For kommunene Salangen og Lavangen har antall konsultasjoner ved poliklinikken på Sjøvegan blitt redusert fra 1120 i 2017 til 542 i 2020. En nedgang i aktiviteten kan forklares i at klinikken både har hatt færre ansatte lokalisert ved Sjøvegan, og at pasienter i området, i stigende grad, har fått behandlingstilbudet sitt ved poliklinikken på Silsand.

Gjennom de siste årene har klinikken hatt mange utlysninger av stillinger på Sjøvegan. Som følge av manglende kvalifiserte søkere, har ansatte fra Silsand reist ukentlig til Sjøvegan. Det er i dag en ansatt som er lokalisert på Sjøvegan. Det har vært jevnlig utlysning av stillinger med få kvalifiserte søkere. Ansatte har vært nyutdannede og har flyttet relativt raskt. Slik gjennomtrekk påvirker robusthet og faglighet på en uheldig måte.

Det er nødvendig å presisere at klinikken ikke legger ned tilbudet til pasientene i området, men viderefører og bygger opp tilbudet på en slik måte at det skal holde god faglig kvalitet. Stadig flere har fått sitt polikliniske tilbud ved Silsand, noe som betyr at det reelt sett er få pasienter som vil få endret sitt tilbud. Resultatet av den faglige omstillingen medfører høyere kvalitet på tjenestetilbudet, og mer ressurser til direkte pasientbehandling ved reduserte kostnader knyttet administrasjon og reisetid av høyt kvalifisert personell. En videreutvikling av tjenesten skjer også av hensyn til å sikre et større og mer robust fagmiljø. Formålet med å justere antall døgnplasser handler også om å forsterke det polikliniske tilbudet i avdelingen. Vi forstår at dette vil medføre ulemper for pasienter med hensyn til reisetid og nærhet til det polikliniske tilbudet. Dette tenker en løst gjennom økt bruk av videokonsultasjoner som et element i behandlingen (jamfør også bestilling i Oppdragsdokument 2021), og større grad av ambulering som skal utformes i nært samarbeid med kommunene.

I prosessen ble det vurdert å være mest gunstig å få innspill fra samarbeidspartnere før risikovurderingen ble gjennomført. Dette med bakgrunn i ønsket om å få innspill fra kommuner og samarbeidspartnere tidligst mulig, slik at aktuelle innspill kunne trekkes inn i selve risikovurderingen.

Styret har etterspurt prosessen overfor kommunene med hensyn til faglig utvikling i Avdeling sør. Her kan følgende anføres:

1. Det ble gitt grundig informasjon om og gitt innspill til prosessen i Samarbeidsforum Midt-Troms 06.10.2020 og Samarbeidsforum Sør-Troms og Ofoten 07.10.2020. Saksfremlegg fra avdelingen ble utsendt i forkant av møtene for å bidra til en best mulig drøfting.

2. Saken om faglig omstilling ble sendt på høring for innspill fra samarbeidspartnere 07.10.2020. Høringsfrist var satt til 28.10.2020. Det kom inn totalt 13 innspill og som alle ble tatt med i risikovurderingen.

3. Kommunene Salangen, Lavangen og Bardu ble videre invitert til kommunevise møter. Salangen var eneste kommune som takket ja til møtet, som ble gjennomført 20.10.2020. Momenter fra møtet og skriftlige innspill ble også tatt med inn i risikovurderingen.

4. Risikovurderingen ble gjennomført 25.11.2020. KS var bedt om å oppnevne representant for deltagelse og møtte.

5. Det har videre vært møter med Salangen kommune 03.02.2021 og Lavangen kommune 15.02.2021. Tematikk har vært videre oppfølging av saken og videreutvikling av tjenestetilbudet. Videre samarbeid vil bli fulgt opp fra Avdeling sør, men konkrete møter er enda ikke avtalt.

Med bakgrunn i styrebehandlingen 10.02.2021, avventes den videre formelle prosessen.

Det vises for øvrig til redegjørelse i saksdokument fremlagt til styremøte 10.02.2021 (vedlegg 1).

Direktøren anbefaler at styret fatter vedtak i tråd med innstillingen.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:
1. Faglig utvikling i Avdeling Sør
2. Faglig utvikling- endringer i Avdeling Sør

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2021/704-1
Saksbehandler:	Tordis Sørensen Høifødt

Faglig utvikling i Avdeling sør, Psykisk helse- og rusklinikken

Bakgrunn

UNN skal levere likeverdige tjenester uavhengig av hvor folk bor, og det forventes at vi skal sørge for god bruk av ressursene. Både nasjonalt og i strategisk utviklingsplan for PHRK i UNN, er det føringer på at tjenestetilbudet skal dreies fra døgn til dag. Dette med henvisning til faglige grunner, og av hensyn til god ressursbruk. Per i dag har UNN en høyere forbruksrate av døgnopphold i psykisk helsevern og TSB enn ellers i landet [1]. I tillegg har vi store variasjoner mellom de ulike opptaksområdene i UNN med tanke på antall innleggelser og liggedøgn, og forbruk av polikliniske tjenester [2].

Saken omhandler klinikkens vurderinger knyttet til å:

- Justere ned døgnkapasitet i Avdeling sør (omfattende Sentre for psykisk helse og rusbehandling i Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms – tilsvarende DPS) fra 36 til 30 døgnplasser fra og med 01.04.2021.
- Justering av opptaksområdet for to av sentrene (m.h.t. kommunene Lavangen og Salangen) fra 01.06.2021.
- Flytting av poliklinikktilbudet fra Sjøvegan i løpet av 2021 (2,75 stillinger).

Avdelingen har over flere år hatt lav beleggsprosent på sine døgnenheter, samtidig som en har hatt kapasitetsutfordringer i poliklinikk. Klinikken har på denne bakgrunn vurdert det som riktig å justere ned døgnkapasitet fra 36 til 30 døgnplasser fra og med 01.04.2021. Det betyr 10 døgnplasser ved Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Sør-Troms (uttak av 2 plasser), 9 døgnplasser ved SPHR Midt-Troms (uttak av 3 plasser) og 9 døgnplasser ved SPHR Ofoten (uttak av 3 plasser), men hvor det i tillegg vil være 2 akutt/utredningsplasser for avdelingen i tilknytning til realiseringen av nye UNN Narvik.

Befolkningen i kommunene Lavangen og Salangen kommune som i dag inngår i opptaksområdet for SPHR Midt-Troms overføres til opptaksområdet for SPHR i Ofoten fra og med 01.06.21.

Formålet med å justere antall døgnplasser handler om å forsterke det polikliniske tilbudet som etterspørres i økende grad.

[1] Helseatlas https://helseatlas.no/atlas/259/instant-atlas
[2] Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge 2015-2017, SKDE november 2019

Bakgrunnen for at vi ønsker å flytte poliklinikktilbudet i Salangen, er at det over tid har vært vanskelig å rekruttere kvalifisert personell hit og skape et robust fagmiljø. I tillegg gjør kommune-sammenslåinger, kortere reisevei og endringer i befolkning, at vi også må endre våre tilbud. Vi er opptatt av å videreutvikle det faglige pasienttilbudet og bevare gode fagmiljø i regionen. Våre risikoreduserende tiltak er å styrke samarbeidet med fastlegene, styrke ambulerende virksomhet og øke tilbudet via videokonsultasjoner. Det vises for øvrig til saksfremlegg av 17.12.20 for ytterligere redegjørelse av bakgrunn, prosess og vurderinger (vedlagt).

Saksutredning

Slik det fungerer i dag, er helsetilbudet for folk i Salangen og Lavangen todelt, alt etter om det gjelder somatisk eller psykisk helse. Trenger man somatisk helsehjelp, må man til UNN Narvik, mens man ved behov for psykisk helsehjelp må til Senter for psykisk helse og rus i Midt-Troms, på Silsand. Endringen som nå gjøres i opptaksområdet innebærer at somatikk, psykiatri og rus skal samlokaliseres i nye UNN Narvik. Målet med dette er å gi et mer helhetlig pasientforløp til befolkningen, også for kommunene Salangen og Lavangen.
Klinikken har brukt lang tid på denne prosessen og gjennom denne hatt møter med ledere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten i avdelingen og klinikken, med bruker- og pårørendeorganisasjoner, de berørte kommunene og barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (som også har virksomhet på Sjøvegan).

Klinikken har et betydelig fokus på rekruttering av behandlingskritisk personell. Dette gjelder også i forhold til poliklinikktilbudet på Sjøvegan. Det har vært kontinuerlig utlysning av stillinger over år, en har hyppig opplevd å ikke ha fått søkere, eller fått tilsatt personer som dessverre har sluttet etter mindre enn ett år. Flere ansatte har vært nyutdannede og har flyttet relativt raskt. Slik gjennomtrekk påvirker også robusthet og faglighet på en uheldig måte.

Det er nå også slik i dag at en ikke alltid trenger å reise for å gjennomføre møte med en fagperson. Videokonsultasjoner tilbys nå til våre pasienter i stadig større grad.

Vurdering

Samtidig som det i dag framstår som riktig å justere ressursbruk fra døgn til dag, er det nødvendig å vurdere *ønsket framtidig* bruk av senger og poliklinisk/ambulante tjenester ved SPHR, samt å ta stilling til hvor lang reisevei det er akseptabelt å ha til poliklinisk behandlingstilbud. Vi må gjennom dette altså både vurdere dagens ressursbruk og se for oss framtidas helsetjenester der oppgaveutforming og oppgavedeling mellom kommuner, SPHR og mer spesialiserte sykehusfunksjoner kan bli annerledes enn i dag.

I Avdeling sør har vi per i dag noe ujevn størrelse på opptaksområdene. Vi har derfor vært nødt til å vurdere om vi skal ha en liten døgnenhet og to litt større enheter, eller om vi skal justere på opptaksområdene. For å skape en robusthet i alle de tre fagmiljøene ved SPHR har det vært vurdert som viktig å ha en tilnærmet jevn størrelse på enhetene.

Spørsmålet om opptaksområder i avdelingen handler i utgangspunktet om at en må ha tre robuste SPHR som i stand til å gi et kvalitativt godt og likeverdig tilbud til pasientene. Et resultat av kommunesammenslåinger siste år har ført til at SPHR Ofoten nå ivaretar et betydelig mindre befolkningsgrunnlag enn Sør-Troms og Midt-Troms. Alternativet til å justere på opptaksområdene, har vært å bygge ned tilbudet i Ofoten. En slik utvikling vil på flere måter være kritisk både med hensyn til det lokale tilbudet i Ofoten og den videre utviklingen av pasienttilbudet i avdelingen samlet. Det bryter også med tanken om å knytte robuste fagmiljø i nær tilknytning til øvrige sykehusfunksjoner, og ville ikke samsvart med de allerede planlagte utviklingsmulighetene i Nye UNN Narvik (NUN).

Det er selvsagt også knyttet en risiko knyttet til å flytte kommuner i et opptaksområde. Av risikovurderingen framgår det at dette vil være mest gjeldende i en overgangsperiode, og en vil over litt tid kunne forvente at det blir etablert nye og gode relasjoner. Erfaringer fra tidligere endringer av opptaksområder i avdelingen tilsier også dette (f.eks. er Lødingen kommune tidligere overført fra opptaksområdet for SPHR Ofoten til SPHR Sør-Troms). En annen utvikling som har aktualisert endring av opptaksområder, er at reiseveier er endret gjennom åpningen av Hålogalandsbrua: Reiseveien fra tettstedene i Salangen og Lavangen er like kort til Narvik som til Silsand.

Konklusjon

Klinikkledelsens beslutning knyttet til den beskrevne faglige omstillingen, baserer seg på et strategisk valg om å endre tjenestetilbudet fra døgn til dag. Frigjorte ressurser skal benyttes til å forsterke allerede etablerte polikliniske og ambulante tilbud ved de tre sentrene i Avdeling sør. Vi er avhengig av kvalifisert ansatte som fundament for å opprettholde og bygge sterke fagmiljøer fremover.

Klinikken er svært opptatt av å yte et godt tilbud i form av samarbeidsmøter og veiledning til kommuner i vårt opptaksområde. For Salangen kommune vil vi over tid kunne bistå gjennom regelmessige møter og et ambulerende pasienttilbud.

Prosessen knyttet til berørte ansatte, som i dag har sitt arbeidssted ved Sjøvegan, vil være svært fleksibel og bli ivaretatt i samarbeid med tillitsvalgte gjennom 2021. Ressursgruppe for omstilling og organisasjonsendring (RON) i UNN er involvert.

Vedlegg: Faglig utvikling Avd. sør

Endring av døgnkapasitet og opptaksområder i Avdeling sør

Til: Klinikkledelsen i Psykisk helse- og rusklinikken
Fra: Avdelingsledelsen Avdeling sør v/ avdelingsleder Beathe Fridfeldt
Dato: 17.12.20

Bakgrunn

UNN skal levere likeverdige tjenester uavhengig av hvor folk bor og det forventes at vi skal sørge for god bruk av ressursene. Både nasjonalt og i strategisk utviklingsplan for PHRK i UNN er det føringer på at tjenestetilbudet skal dreies fra døgn til dag. Dette både av faglige grunner og av hensyn til god ressursbruk. Pr i dag har UNN en høyere forbruksrate av døgnopphold i psykisk helsevern og TSB enn ellers i landet [1]. I tillegg har vi store variasjoner mellom de ulike opptaksområdene i UNN med tanke på antall innleggelser og liggedøgn, og forbruk av polikliniske tjenester [2]. Det anses derfor som riktig at avdelingen når gjør nødvendige justeringer for å få til en dreining fra døgn til dag samt reduserer uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester.

Avdeling sør har over flere år hatt lav beleggsprosent på sine døgnenheter, samtidig som vi har hatt kapasitetsutfordringer i poliklinikk. Vi har derfor sett nærmere på om det er hensiktsmessig å justere ned døgnkapasitet og bruke frigitte ressurser til poliklinisk/ambulant virksomhet. Etter kommunesammenslåinger og tidligere justering av opptaksområder, ser vi også at budsjett-midler mellom de tre SPHRene i Avdeling sør, er noe ujevnt fordelt når en tar utgangspunkt i antall innbyggere i et gitt område. Det kan medføre ulikt tjenestetilbud knyttet til de tre SPHRene i Avdeling sør.

Klinikkledelsen har drøftet disse problemstillingene ved flere anledninger. Det vises blant annet til notat av 12.02.20 og 10.09.2020 fra avdelingsleder Avdeling sør til klinikkledelsen.

Dagens notat omhandler vurderinger av følgende områder:

1) Døgnkapasitet. Det vurderes om antall døgnplasser i Avdeling sør bør reduseres for å styrke det poliklinisk/ambulante tilbudet.

2) Fordeling av budsjettmidler mellom de tre seksjonene i Avdeling sør. Det ses på om vi kan få til en bedre justering ut fra størrelsen på opptaksområdene. Det kan gjøres ved å:

   a) Justere opptaksområde slik at opptaksområdet i Ofoten økes med kommuner fra Midt-Troms. Dette gjelder kommuner som fått kortere reisevei til Narvik grunnet Hålogalandsbrua.

   b) Refordele budsjettmidler/stillinger fra Ofoten til Sør-Troms og Midt-Troms.

3) Videre drift ved poliklinikken Sjøvegan.

[1] Helseatlas https://helseatlas.no/atlas/259/instant-atlas
[2] Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge 2015-2017, SKDE november 2019

~~Aktuelt~~

Det vises til beslutning på samling for klinikkledelsen 10.09.2020:

1. *Avdeling sør arbeider videre med forslag til endring av døgnkapasitet og opptaksområder i Avdeling sør (jamfør notat 12.02 og 10.09.20) etter skisserte alternative modeller frem mot valg av modell.*
2. *Med bakgrunn i at det over tid har vist seg vanskelig å bygge opp et stabilt og robust kompetansemiljø ved poliklinikken på Sjøvegan vurderes det om virksomheten her skal opphøre og tilbudet flyttes. Som ledd i dette vurderes kommunene Salangen, Lavangen (og Bardu?) tillagt opptaksområdet for SPHR Ofoten og betjenes derfra. Øvrige kommuner som i dag betjenes av poliklinikken på Sjøvegan tillegges som tidligere SPHR Midt-Troms, men betjenes fra virksomheten på Silsand. Konsekvenser i forhold til BUP Sjøvegan må avklares. Sakskomplekset utredes.*
3. *Prosessen (punkt 1 og 2) må skje gjennom et arbeid som inkluderer en bred intern drøfting i berørte enheter og Psykiatrisk avdeling, samt Rusavdelingen, inkludert risikovurdering av foreslåtte endringer, drøfting med tillitsvalgte og vernetjeneste og dialog med berørte kommuner. Retningslinjer for omorganisering skal følges. Ansvar: Avdelingsledelse. Tid: 29.10.20*
4. *Beslutningssak til klinikkledelsen: November*
5. *Frigjorte midler som følge av redusert døgnkapasitet beholdes i avdelingen og nyttes til styrking av poliklinisk/ambulant virksomhet*
6. *Omfordeling av midler mellom SPHR i Avdeling sør som følge av ovennevnte endringer må avklares internt i avdelingen.*

~~Prosess~~

Jfr. punkt 3 i beslutning (under overskrift Aktuelt).

Bred intern drøfting i berørte enheter og Psykiatrisk avdeling, samt Rusavdelingen, [] inkludert drøftinger med tillitsvalgte og vernetjenesten.

- Ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten i Avdeling Sør ble invitert til informasjonsmøte om prosessen 25.09.20. Det var i forkant av møtet sendt ut saksdokumenter.
- Drøftinger ved alle seksjoner i Avdeling sør i ukene 40 - 44 hvor ledere, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjeneste deltok.
- Det har vært avholdt møte med lederne i Psykiatrisk avdeling 30.09.20 og Rusavdelingen 07.10.20. Det ble i tillegg åpnet for ytterligere drøftingsmøter i uke 43 hvor noen fra Avdeling Sør kunne stille, men det ble ikke meldt tilbake noe ønske om dette. Ut over dette må avdelingslederne i de respektive avdelingene redegjøre for ytterligere drøftinger i sine avdelinger.
- Saken og aktuelle problemstillinger ble tatt opp i dialogmøte med klinikkverneombud og klinikktillitsvalgte 09.10.20 og i klinikkens KVAM-utvalg 23.10.20.
- Det ble avholdt møte med bruker- og pårørendeorganisasjonene 20.10.20.
- Det ble avholdt møte med BUPA 14.okt – jfr. punkt 2.

Dialog med berørte kommuner

- Det ble informert om prosessen i Samarbeidsforum psykisk helse og rus Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms i uke 41. Saksnotat var sendt ut i forkant av møtene.
- Bardu, Lavangen og Salangen var nevnt spesielt i beslutningen og ble derfor invitert til eget møte for ytterligere drøftinger. Salangen takket ja til møte som ble avholdt 20.09.20.
- Øvrige kommuner ble bedt om å ta kontakt med oss hvis de ønsket eget møte for ytterligere drøftinger. Ingen tok kontakt.

Risikovurdering av foreslåtte endringer

I forkant av risikovurderingen ble det sendt ut et notat hvor vi ba om innspill slik at vi skulle få med oss de viktige momentene når vi skulle vurdere endring av døgnkapasitet, opptaksområde for hvert SPHR, og den polikliniske driften på Sjøvegan. Innspillene dannet utgangspunkt for risikovurderingen.

Notatet og forespørsel om innspill ble sendt til alle kommunene som «tilhører» opptaksområdet for Avdeling sør, Bruker- og pårørendeorganisasjonene, BUPA, internt i Avdeling sør, alle avdelingene i klinikken (først som avtalt til Rusavdelinga og Psykiatrisk avdeling, med kopi til Avdeling nord og FFU. Deretter direkte til Avdeling nord og FFU etter oppfordring). Det kom inn 13 innspill.

Kvalitetsavdelingen bisto i planlegging og gjennomføring av risikovurdering som ble gjort 25.11.20 (vedlegg 2). Risikovurderingen ser ikke modellene opp mot hverandre, men tar utgangspunkt i de ulike elementene som er aktuelt å gjøre noe med.

~~Vurdering~~

Samtidig som det i dag framstår som riktig å justere ressursbruk fra døgn til dag, er det nødvendig å vurdere *ønsket framtidig* bruk av senger og poliklinisk/ambulante tjenester ved SPHR, samt ta stilling til hvor lang reisevei det er akseptabelt at det er til poliklinikk. Vi må altså både vurdere dagens bruk og se for oss framtidas helsetjenester der oppgaveutforming og oppgavedeling mellom kommuner, SPHR og mer spesialiserte sykehusfunksjoner kan bli annerledes enn i dag.

Døgnkapasitet

Døgnkapasitet samlet i Avdeling Sør

Døgnenhetene har de siste årene hatt relativt lavt pasientbelegg, rundt 60 %. Det betyr at i gjennomsnitt har minst 12 av de 36 sengene være ledig i Avdeling sør. Man kunne tenkt seg en reduksjon med 12 senger, men det vil da være en risiko for at man ikke har strekkelig kapasitet til å håndtere i svingninger man ser mellom dagene/ ukene, samt håndtere akutte forløp på en god måte. Spørsmålet blir da hva som blir «riktig» antall senger i en avveining av de oppgavene vi har, mulige framtidige oppgaver og ressursbruk. En reduksjon med 6 - 8 senger, vil bety at omlag 80 % av døgnkapasiteten beholdes og vi vil ha et en samlet kapasitet i avdelingen på 28 - 30 senger.

Framskrivningstall viser at det samlet er forventet en reduksjon i liggedøgn i Avdeling sør fram til år 2030 med omtrent 12 prosent sammenlignet med år 2018, og omtrent 20 prosent i år 2040 [3].

[3] Aktivitet- og kapasitetsframskriving UNN HF 2014-2040. UNN og Sykehusbygg november 2020.

Disse tallene har ikke tatt høyde for ujevnheter i forbruksmønster mellom opptaksområdene i klinikken, og må antageligvis justeres noe. Det framstår likevel som fullt mulig å ta ned sengetallet med 6 - 8 plasser og samtidig ha kapasitet til faglig omstilling, og mulige nye oppgaver lengre frem i tid (jfr. innspill fra Psykiatrisk avdeling). I den gjennomførte risikovurderingen framkommer heller ingen nevneverdig risiko når det gjelder å redusere antall senger i døgnenhetene i denne størrelsesorden.

Døgnkapasitet pr SPHR

Det er videre sett på hvor stor kapasiteten bør være pr SPHR vurdert opp mot befolkning i hvert opptaksområde. Dette med tanke på å gi likeverdig tilgang på et lokalt døgntilbud uavhengig av hvilket SPHR man tilhører. Ut fra dette var det i en tidlig fase vurdert som ønskelig å ha døgnenhet ved alle SPHR som i dag, selv om det er dyrere å drifte tre enheter enn to.

Med mindre vi skal lage mer spesialiserte funksjoner/ oppgaveløsning for hver enkelt SPHR, bør døgnenhetens størrelse samsvare sånn noenlunde med størrelsen på opptaksområdet/ innbyggertall. Det har pr nå vært vurdert at alle døgnenhetene bør ha generell kompetanse. Vi opprettholder altså dagens ordning og bruker geografi som styrende prinsipp for hvilken døgnenhet som velges for den enkelte pasient og for kapasitetsberegning. En eventuell spesialisering må heller komme på et senere tidspunkt som et resultat av en helhetlig prosess i klinikken.

I Avdeling sør har vi pr i dag noe ujevn størrelse på opptaksområdene. Vi har derfor vært nødt til å vurdere om vi skal ha en liten døgnenhet og to litt større enheter, eller om vi skal justere på opptaksområdene. For å skape en robusthet i alle de tre fagmiljøene har det vært vurdert om viktig å ha en tilnærmet jevn størrelse på enhetene. Det er derfor sett nærmere på opptaksområdene.

Opptaksområde for hvert SPHR i Avdeling Sør

Spørsmålet om opptaksområder i avdelingen handler i utgangspunktet om at en må ha tre robuste SPHR som i stand til å gi et kvalitativt godt og likeverdig tilbud til pasientene. Et resultat av kommunesammenslåinger siste år har ført til at SPHR Ofoten ivaretar et betydelig mindre befolkningsgrunnlag enn Sør-Troms og Midt-Troms. Alternativet til å justere på opptaks-områdene, har vært å bygge ned tilbudet i Ofoten. En slik utvikling vil på flere måter være kritisk både med hensyn til det lokale tilbudet i Ofoten og den videre utviklingen av pasienttilbudet i avdelingen samlet. Det bryter også med tanken om å knytte robuste fagmiljø i nær tilknytning til øvrige sykehusfunksjoner, og ville ikke samsvart med de allerede planlagte utviklings-mulighetene i Nye UNN Narvik (NUN).

Det er selvsagt også knyttet en risiko til å flytte kommuner i et opptaksområde. Ut fra risikovurdering framgår at dette vil være mest gjeldende i en overgangsperiode og en vil over litt tid, kunne forvente at det blir etablert nye og gode relasjoner.

En annen utvikling som har aktualisert endring av opptaksområder, er at reiseveier er endret fordi Hålogalandsbrua er bygget. Reiseveien fra tettstedene i Salangen, Lavangen og Bardu er like kort til Narvik som til Silsand. Bakgrunnen for at vi ikke har gjort en vurdering av dette tidligere, handler om at vi har en poliklinikk på Sjøvegan. Driften på Sjøvegan må derfor tas med inn i den helhetlige vurderingen.

Poliklinisk drift i Sjøvegan

Utgangspunktet for spørsmål om videre poliklinisk drift ved Sjøvegan knytter seg i hovedsak til rekrutteringsutfordringer og reisevei for pasienter i området.

Gjennom risikovurderingen fremkom at nedleggelse av drift på Sjøvegan sannsynligvis ville oppleves som en stor negativ konsekvens for pasientene i dette opptaksområdet. Samtidig vet vi at pr i dag har vi bare én ansatt som jobber i poliklinikken i Sjøvegan, og at pasienter fra opptaksområdet i stor grad allerede får det polikliniske tilbudet på Silsand.

Reisevei fra Sjøvegan (Salangen) til Silsand er 1 t 16 min, mens det til Narvik er 1 t 14 min. Fra Tennevoll (Lavangen) til Silsand er det 1t 34 min, mens det til Narvik vil være 58 min. Vi har flere deler av vårt opptaksområde som ligger rundt en times tid unna våre SPHR, så dette vil ikke være spesielt for befolkningen i dette området. Men det vil selvfølgelig oppleves som utfordrende, siden man har vært vant til å ha poliklinisk drift på Sjøvegan, noe som har medført kort reisevei for befolkning i Salangen og Lavangen. En reisevei på rundt en time anses dog som akseptabelt for å komme til poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten [4]. Det er samtidig en reell risiko at noen vil vegre seg for å ta imot poliklinisk behandling når reisevei er lang. Risikoreduserende tiltak vil være å styrke samarbeidet med fastlegene, styrke ambulerende virksomhet og øke tilbudet via videokonsultasjoner.

BUP har virksomhet sammen med oss på Sjøvegan. Denne virksomheten vil gjøres mer sårbar med hensyn til rekruttering og fagmiljø, dersom vi ikke skal ha poliklinisk drift på Sjøvegan. Dette er selvfølgelig uheldig. Når det gjelder felles pasientforløp for familier og overgang BUP til VPP, så er dette i en så liten målestokk at det anses å utgjøre en svært liten risiko at vi ikke har tilbud ved samme lokalisasjon.

Når det gjelder samarbeid med kommunene og ringvirkningene av at UNN ikke har virksomhet i Salangen, ser vi argumentene med at dette kan være uheldig når det gjelder å bidra til levedyktige distrikter. Samtidig er spesialisthelsetjenesten sin oppgave å gi gode spesialisthelsetjenester til pasientgruppen vår og støtte opp under kommunenes tilbud. Dette kan vi bidra til, selv om vi ikke har poliklinisk drift på Sjøvegan.

Risiko ved å opprettholde driften på Sjøvegan, er at vi ikke greier å gi et kvalitativt godt tilbud grunnet mangel på personell og spesialistkompetanse. At vi bruker unødige ressurser for at fagpersonell reiser mellom Sjøvegan og Silsand, er i tillegg uheldig fordi vi har marginalt med det som kan kalles kritisk kompetanse også på Silsand. Langt på vei skaper vi i dag et skinn av at vi har en fullverdig poliklinikk på Sjøvegan, men det er ikke realiteten. Vi mener derfor at en samlet drift et sted, vil tilsi et mer robust og kvalitativt godt tilbud for pasientene.

Det vil være mindre kostnadskrevende for oss hvis vi greier å lage et tilfredsstillende pasienttilbud ved at eksempelvis første samtale gis ved Silsand eller i Narvik, og deretter behandling med kombinasjon av video og tilstedeværelse. Dette vil også være i tråd med framtidsrettet tankegang og føringer for tjenesten som tilsier at vi skal øke graden av videokonsultasjoner.

Ut fra de avveininger som er gjort, anses det som riktig å ikke videreføre poliklinisk drift i Sjøvegan.

[4] Til sammenligning er reisetid til sykehus med akuttfunksjon for 47% av befolkningen på 31- 60 min og for 14% av befolkningen er den på 61-90 minutt (Innspill til nasjonal sykehusplan for Den norske legeforening).

Samlet vurdering av døgnkapasitet og opptaksområde

En samlet vurdering av døgnkapasitet og justering av opptaksområder opp mot god bruk av ressurser og likeverdige tjenester, tilsier at befolkningen i Salangen og Lavangen får sitt tilbud ved SPHR Ofoten og at vi samlet beholder 30 senger i Avdeling sør. Disse fordeles med 9 døgnplasser ved SPHR Midt-Troms, 10 ved SPHR Sør-Troms og 9 + 2 ved SPHR Ofoten [5]. Det betyr også at vi avvikler fast drift ved poliklinikken i Sjøvegan.

Gevinst av endringene

En reduksjon av døgnkapasiteten er ikke basert på en innsparingsprosess i klinikken eller avdelingen. Kapasitetsreduksjonen er en faglig omstilling som handler om å bruke ressursene i avdelingen på en bedre måte. Endring i døgnkapasitet, opptaksområde og forflytning av poliklinisk drift, vil ikke medfører de store innsparingene i sum av kroner. Likevel anser avdelingen at dette er nødvendige justeringer for å ytterligere gå i retning av riktig ressursbruk, den ønskede faglige dreining fra døgn til dag, samt sørge for et likeverdig behandlingstilbud uavhengig av hvor folk bor.

Ved valg av modell 2 og standard bemanning på døgnenhetene, vil det være mulig å bespare anslagsvis kr 3 millioner [6]. I tillegg kommer økonomisk gevinst dersom vi ikke skal drifte poliklinikk på Sjøvegan. Denne er imidlertid begrenset da de polikliniske stillinger må overføres til Silsand eller Harstad. Reell besparelse gjelder husleie (kr 300 000) og 0,5 sekretærstilling, samt de omkostningene vi har i dag med å drive en poliklinikk på to lokalisasjoner.

Samlet innsparingspotensial ved valg av modell 2, anslås å være kr 3,5 mill. En poliklinisk stilling koster kr 700 000 - 850 000 [7]. Det betyr at vi frigjør midler til 4 - 5 polikliniske stillinger. En poliklinisk stilling gir inntekter i form av refusjoner (ISF + egenandeler) på 240 000 pr år [8]. Det betyr en økt inntekt for klinikken på kr 720 000 - 900 000. Det betyr i realiteten at klinikken ytterligere kan finansiere en poliklinisk stilling.

Når det gjelder gevinst for pasientene, så betyr 5 polikliniske stillinger at vi kan tilby om lag 1 500 pasientkonsultasjoner mer i løpet av et år. Det vil være et godt bidrag inn mot å bedre kapasiteten og tilbudet i den polikliniske/ ambulante virksomheten.

Det er en viss risiko ved å justere opptaksområdet og ved nedleggelse av poliklinikk på Sjøvegan. Risiko ved å ikke gjøre noe anses imidlertid som større enn ved de endringene som foreslås i modell 2. Ved å justere opptaksområdet slik at Salangen og Lavangen hører til Ofoten, vil ingen av opptaksområdene bli spesielt små og vi kan bevare store nok fagmiljø på begge stedene noe som vil bidra til en viss stabilitet og robusthet i fagmiljøene [9].

[5] Se vedlegg 1 modell 2
[6] Aktuelle data som ble brukt til risikovurderingen (vedlegg 3 side 2)
[7] Tall for innsparing døgn og pris per poliklinisk stilling er 2018-tall, så disse er sammenlignbare. Må likevel regnes mer nøyaktig før fordeling av stillinger mellom seksjonene gjøres.
[8] Anslag beregnet av DRG-rådgiver basert på historiske data (DRG-poeng x enhetspris 2021)
[9] Se risikovurderingen vedlegg 2

Oppsummering og anbefalinger

Det har vært dialog med Psykiatrisk avdeling vedrørende konsekvenser for kapasitetsnedgang i forhold til felles pasientforløp. Etter risikovurdering har saken vært drøftet og behandlet i avdelingsledelsens sitt møte 02.12.20.

- Avdelingsledelsen anbefaler at kommunene Lavangen og Salangen overføres fra SPHR Midt-Troms til SPHR Ofoten fra og med 01.04.21. Opptaksområdet samsvarer da med opptaksområdet for NUN og vil være i tråd med fremtidig tenkte pasientforløp.
- Avdelingsledelsen erkjenner at det er faglig krevende å opprettholde videre drift av den polikliniske virksomheten i Sjøvegan. Den polikliniske driften i Sjøvegan avvikles fra og med 01.04.21. En omfordeling av ressursene vil gjøres på bakgrunn av behov. En overføring av arbeidsted for de som nå har sitt arbeidssted på Sjøvegan, forutsetter gode prosesser sammen med de ansatte.
- Avdelingsledelsen anbefaler en reduksjon av døgnkapasitet i Avdeling sør fra 36 til 30 døgnplasser fra og med 01.04.21. Disse fordeles med 9 døgnplasser ved SPHR Midt-Troms, 10 ved SPHR Sør-Troms og 9 + 2 ved SPHR Ofoten.
- Omfordeling av midler mellom SPHR i Avdeling Sør som følge av ovennevnte endringer følges opp i avdelingsledelsen etter at klinikkledelsen har tatt sin beslutning i saken. Ved behov for omstilling av personell følges gjeldende retningslinjer for omorganisering i UNN.

Innstilling til vedtak:

1. Døgnkapasiteten i Avdeling sør reduseres fra 36 til 30 døgnplasser fra og med 01.04.21. Kapasiteten fordeles med 9 døgnplasser ved SPHR Midt-Troms, 10 ved SPHR Sør-Troms og 9 ved SPHR Ofoten hvor det i tillegg vil være 2 akutt/ utredningsplasser.
2. Kommunene Lavangen og Salangen overføres fra opptaksområdet for SPHR Midt-Troms til opptaksområdet for SPHR Ofoten fra og med 01.04.21.
3. Det har over tid vist seg krevende å opprettholde den polikliniske driften på Sjøvegan. Driften avvikles fra og med 01.04.21. Det legges opp til overføring av arbeidssted for ansatte her i samarbeid med ansatte og i henhold til RON.
4. Omdisponering av midler fra døgnbasert til poliklinisk/ ambulant virksomhet følges opp av avdelingsledelse i samarbeid med klinikksjef. Ved behov for overføring av personell følges RON.
5. Klinikksjef drøfter oppfølging av vedtak med administrerende direktør.

Vedlegg til saksfremlegg

1. Aktuelle modeller til vurdering jfr. punkt 1 i klinikkledelsen beslutning
2. Risikovurdering
3. Aktuelle data som ble brukt til risikovurderingen
4. Avstand/reiseveier
5. Oppsummering av høringssvar

1. Aktuelle modeller til vurdering jfr. punkt 1 i klinikkledelsen beslutning

Alternativ 0: Dagens situasjon

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere over 18 år	Sengeplasser per 10 000 innbyggere	2019 Beleggsprosent /liggedøgn	2020 Beleggsprosent /liggedøgn
Midt-Troms	12	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 732	4,33	59,7 % 2112	52,6 % 1468
Sør-Troms	12	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	4,40	65,3 % 2328	61,3 % 1646
Ofoten	12	Narvik, Evenes, Gratangen	19 690	6,09	65,0 % 2485	65,8 % 1855
Avdeling sør	36		74 697	4,82	63,4 % 6925	59,9 % 4969

Dagens fordeling av døgnplasser, opptaksområder og beleggsprosent/liggedøgn

Ut fra dagens forbruk ser det ut som om Avdeling Sør vil ha tilstrekkelig kapasitet til å ivareta sine oppgaver selv om vi reduserer sengekapasiteten til 28 senger. Altså en reduksjon på 8 senger.

Alternativ 1

Denne modellen tar utgangspunkt i dagens opptaksområde og justering av senger. Den tar ikke høyde for planer NUN.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere over 18 år	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	10	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 732	3,61
Sør-Troms	10	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,67
Ofoten	8	Narvik, Evenes, Gratangen,	19 690	4,06
Avdeling sør	28		74 697	3,75

Alternativ 2

Modell er justert med utgangspunkt i NUN sitt opptaksområde og antall senger beregnet der. Det er der planlagt med to akutt-/utredningsplasser tillagt Døgnenheten ved SPHR Ofoten. Disse sengene må sees i forhold til Avdeling sør samlet.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere over 18 år	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	9	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv, Bardu	25 155	3,58
Sør-Troms	10	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,67
Ofoten	9 + 2 akutte utredningsplasser for hele Avdeling sør	Narvik, Evenes, Gratangen, Lavangen, Salangen	22 267	4,04
Avdeling sør	30		74 697	4,02

Alternativ 3

Justering av opptaksområdet hvor Bardu også dras sørover og sengeplasser per 10 000 blir mer likt i opptaksområdet. Sengetallet i Harstad og Midt-Troms justeres her ned slik at det tar høyde for at vi samlet sett i Avdeling Sør ikke ser ut til å ha behov for mere enn 28 senger.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere over 18 år	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	8	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv	21 970	3,64
Sør-Troms	9 (10)	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,29 / (3,67)
Ofoten	9 + 2 akutt utredningsplasser	Narvik, Evenes, Gratangen, Lavangen, Salangen, Bardu	25 452	3,54
Avdeling sør	28		74 697	3,75

Risikovurdering UNN HF – mal gjennomføring

Dokumentansvarlig: Hans Petter Bergseth, Anja Kjærland

Dokumentnummer:

Godkjent av:

Versjon:

Gyldig for: UNN HF

Problemstilling	**Ønsker å sørge for god bruk av ressurser og likeverdig tilbud uavhengig av hvor pasienten bor** Utfordringer som det jobbes med å løse per nå: 1) Lavt beleggsprosent døgn og manglende ressurser til poliklinisk/ambulant virksomhet, samt faglige føringer på dreining fra døgn til dag utenat vi de senere år har flyttet ressurser i den retningen. 2) Ressursfordeling mellom seksjoner er skjev hvis vi tar utgangspunkt i innbyggertallet i opptaksområdet som per i dag er knyttet til hvert Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR). I tillegg er reiseveier endret grunnet at Hålogalandsbrua er på plass og opptaksområdet for Nye UNN Narvik er nå klart. Dette gjør at det er aktuelt å vurdere om opptaksområdet rundt hvert SPHR skal endres. 3) Poliklinikk på Sjøvegan: Vært utfordrende å bygge opp tilstrekkelig kompetanse lokalt og per i dag får mange av pasientene et tilbud på Silsand. Mulige justeringer som vurderes: • Redusere ned antall sengeplasser i Avdeling Sør for å styrke det poliklinisk/ambulante tilbudet. • Ressursallokering mellom de tre seksjonene i Avdeling sør: - enten ved å justere opptaksområder eller gjennom budsjettjustering. • Legge ned drift poliklinikken Sjøvegan og gi tilbudet fra annen lokasjon (Silsand eller Narvik)		
Klinikk/senter	Psykisk helse- og rusklinikken, Avd.Sør		
Utført dato	25.11.2020		
Deltakere	Navn	Stilling	Seksjon/avdeling
	Jorunn Lorentsen (X)	Seksjonsleder	SPHR Midt-Troms, Avdeling sør
	Audun S. Eskeland (X)	Seksjonsleder	SPHR Sør-Troms, Avdeling sør
	Tore Opdahl (X)	Seksjonsleder	SPHR Ofoten, Avdeling sør
	Beathe Fridfeldt (X)	Avdelingsleder	Avdeling sør
	Liv Heidi Heil (X)	Tillitsvalgt	Avdeling sør
	Emil Andersen (X)	Verneombud	Avdeling sør

	Even Petter Olsen (X)	Medisinskfaglig rådgiver	Avdeling sør
	Evy Norby (X)	Kommunerepresentant	KS
	Siv-Elin Reitan (X)	Brukerorganisasjon	Marborg
	Siv-Hege Fagerheim (X)	Enhetsleder	Psykiatrisk avdeling
	Tone Lise Forsaa (-)	Representant	TSB
	Hans Petter Bergseth (X)	Prosessleder risikostyring	Kvalitetsavdelinga
	Anja Kjærland (X)	Prosessleder risikostyring	Kvalitetsavdelinga

Oppsummering	Deltakerne møtte til arbeidsmøte om risikovurdering i Kunnskapsparken på Finnsnes den 25.11.20. Risikovurderingen viser at områder med høy risiko som bør vies oppmerksomhet ved beslutning av ovennevnte endringer er: - rekruttering og stabilisering av fagmiljø, som følge av endring av opptaksområde og flytting av budsjettmidler - antall planlagte senger i NUN Det er videre påvist andre områder som har middels og lav risiko, men hvor det også finnes forslag til risikoreduserende tiltak. Det er enighet i gruppen om at: - nullalternativet ikke er et ønsket alternativ - åtte sengeplasser, uansett enhet, vil kunne gi kapasitetsproblemer og for små fagmiljø - det etter beslutning må tilrettelegges for en ryddig omstillingsprosess, som blant annet sikrer at arbeidsmiljø og personalet blir ivaretatt Ved beslutning bør klinikkledelsen ta hensyn til de risikoområder som fremkommer og vurdere hvilke risikoreduserende tiltak som kan settes inn for å minske sannsynlighet og/eller konsekvens av uønskede hendelser i forbindelse med endring.		
Oppfølging	Beskriv hva som er avtalt når det gjelder oppfølging av tiltak	Ansvarlig	Frist
	Risikovurderingen inngår i beslutningsgrunnlaget for klinikkledelsen. Avdelingsleder i Avdeling-Sør fremmer saken for klinikkledelsen.	Beathe Fridfeldt	XXXXX

1. Innledning

Bakgrunn	*Beskriv hvorfor risikovurderingen gjøres. Det kan være å kartlegge risiko i eksisterende drift eller risiko i forbindelse med planlagte endringer. Her bør det beskrives ETT fremtidig scenario hvor man gjør alle de tingene man mener bør gjøres og så ser man da på de uønskede hendelser som oppstår.* Det er skissert at mulige endringer kan bestå i: 1) Ta ned antall sengeplasser i Avd.Sør 2) Ressursallokering mellom seksjoner ved enten å a) endre opptaksområdet eller b) flytte budsjett 3) Legge ned driften på Sjøvegan og gi tilbud til pasientene ved en av de andre poliklinikkene Før risikovurderingen, er det bedt om innspill fra ulike aktører (se vedlegg). Innspillene er brukt som grunnlag for å definere de uønskede hendelsene som her skal risikovurderes.
Mål	*Beskriv hva dere ønsker å oppnå med å gjennomføre risikovurderingen.* Ønsker å klargjøre hvilken risiko det er ved å gjennomføre de ulike endringene slik at risiko er kjent før det evt gjøres en beslutning om hvordan videre drift bør være i Avd.Sør.
Suksessfaktorer	*Beskriv fordeler/positive effekter som ønskes oppnådd dersom den planlagte endringen gjennomføres.* 1) Ressurser som i dag er bundet opp i døgndrift utenat sengeplassene er i bruk, kan brukes til direkte pasientbehandling poliklinisk eller ambulant. Mere helsegevinst for pasient for hver krone UNN bruker. 2) Utjevner forskjeller i antall behandlere/døgnplasser ved at man får en jevnere ressursprofil mellom de tre seksjonene. Reduserer risikoen for at vi ikke greier å tilby likeverdig behandling uavhengig av hvor pasienten bor 3) Kvalitativt godt og forutsigbart tilbud til pasienter som i dag sokner til poliklinikken på Sjøvegan. Mer samla og robuste fagmiljø.
Avgrensninger	*Beskriv hvilke rammer som ligger til grunn for risikovurderingen og om det er forhold som ikke skal inkluderes.* Dette handler om en justering av ressurser og tilbud som gis i Avdeling sør. Ved et eventuelt nedtak av antall senger, skal penger/stillinger som frigjøres benyttes internt i avdelinga til poliklinisk/ambulant virksomhet. Beslutning om hvorvidt det skal gjøres endringer skal fattes av klinikkledelsen. Denne risikovurderingen er en del av sakskomplekset som skal legges fram for klinikkledelsen.

2. Risikovurdering (gjennomføring)

2.1 Kartlegging av uønskede hendelser

Nr.	**Uønsket hendelse** Hva kan skje?	**Årsak** Hvorfor skjer det?	**Informasjons-grunnlag**	**Mulige konsekvenser** Hva er konsekvensen dersom det skjer?	**Sannsynlighet** Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	**Konsekvens** Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	**Forslag til tiltak** Hva kan vi gjøre?
1	Færre planlagte elektive innleggelser enn i dag gjør at pasient blir sykere. Det kan føre til at innleggelser på tvang øker og økt press på akuttpost fordi pas som kunne vært på døgnenheter ikke får plass her. Diskusjon: -Få elektive innleggelser, ingen venteliste. -Muligens ikke ønskelig med mange elektive innleggelser. -Tiltak, f.eks. ambulant akutteam er ment å forhindre elektive innleggelser. -Må være mulig å få elektiv innleggelse, f.eks. brukerstyrte senger. -Narvik har få akutte innleggelser til akuttposten i Tromsø -Problem at pasienter som skrives ut må vente lenge på poliklinisk time. -Lite som tyder på økt tvang og økt press på akuttpost, da det er kapasitet til å ta seg av planlagte innleggelser. -Innleggelse er ikke nødvendigvis det beste for pasienten. -Nasjonale føringer peker på en dreining fra døgn til dag. -Hvor går smertegrensen for nedtak av senger m.tp. å opprettholde et døgntilbud.	Ta ned antall senger = antatt for få senger i Avd.Sør	Innspill DeVaVi-leger	Muligheten for planlagte innleggelser blir lavere eller forsvinner – pasienter får ikke et tilbud	☐ Svært lav ☒ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☒ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	1.1 Tydelig hvilke pasienter som skal få et tilbud i de sengene som står igjen. Viktig for å imøtegå OU-prosessen som pågår i Tromsø. 1.2 Mulighet for å reversere prosessen om det skulle gi et annet utfall enn forventet.

	-Hvilke pasienter skal bruke de sengene som står igjen? -Prosessen i Avd. Sør har pågått lenge, behov for å lande den.						
2	Ikke ledig kapasitet til å påta seg flere/andre oppgaver knyttet til døgnbehandling (for eksempel lengre rehabiliteringsopphold, ytterligere tilbud til ruspasienter). Diskusjon: -Subakuttpostene i Tromsø er lagt ned. Mangler tilbud i mellomrommet mellom akutt- og døgnpostene for pasienter som trenger stabiliseringsperiode. -Avd. sør har hatt ledig kapasitet over mange år. -Unntaksvis at forespørsler har blitt avvist. -Brukermønsteret viser at det vil være en restkapasitet. -Tallene viser kapasitet, men ikke hva slags trykk det er i avdelingen. -Kan vi risikere å ta ned senger både i Avd. sør og på akutt samtidig? -Mange pasienter skrives ut og har et stort behov i kommunene. -Pasienter på akuttpost kan ikke være på DPS. -Pakkeforløpene har gitt bedre samarbeid med kommunene. Opplever bedre samarbeid når pasienten kommer fra DPS enn fra akuttpost.	Ta ned antall senger = antatt for få senger i Avd.Sør	Innspill Psyk.avd.	Kapasiteten blir lavere eller forsvinner – pasienter får ikke et tilbud	☐ Svært lav ☒ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☒ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Se 1.1 og 1.2
3	Ikke ledig kapasitet og ressurser til å påta seg tvunget psykisk helsevern med døgnopphold (*nye* framtidige oppgaver). Diskusjon:	Ta ned antall senger = antatt for få senger i Avd.Sør	Innspill Psyk.avd.	Pasienter må følge eksisterende tilbud i Tromsø	☒ Ikke relevant, oppgaven gjøres ikke i dag	☒ Ikke relevant, oppgaven gjøres ikke i dag	3.1 På sikt, vurdere om noen av pasientene kan gå via DPS i en overgangsfase?

	-Ikke realistisk m.tp. tilstedeværelse av legespesialister. Krever andre personalressurser. -Avdelingen blir helt annerledes (lukket post). -Kjenner ikke til nasjonale føringer om at DPS skal ta imot pasienter på tvang. -Regionale føringer sier at vi ikke skal ha pasienter på tvang i DPS. -Dette vil i så fall gjelde pasienter som er på dom i slutten av en rehabiliteringsfase.						
4	Underforbruk av tjenester: Færre som ønsker å ta imot et poliklinisk tilbud i kommunene i indre Sør-Troms (enten ikke tilbud eller økt press på kommunehelsetjenesten). Diskusjon: -Bekymring for at pasienter syns det er vanskelig med buss etc. -Økonomisk belastning for pasienten å komme seg til poliklinisk time. Det koster også noe å ikke møte til timen hvis de ikke melder ifra. -Problemstillingen er aktuell for flere geografiske områder innen Avdeling Sør. Flere pasienter lever med dette i dag, men har det samme innleggelsesmønster som øvrige. Kjenner ikke til at lang reisevei fører til større press på sengepostene jf. bruksmønsteret. -Tilbudet skal ha samme kvalitet som i dag, men på en annen måte. -Befolkningen i Midt-Troms bruker tilbudet mindre enn i Sør-Troms og Ofoten. -Pasientene vil kjenne mest på konsekvensene i en overgang – de mister et tilbud de er blitt vant til og må venne seg til nytt tilbud.	Ikke poliklinikk Sjøvegan	Innspill Salangen kommune og SPHR Midt-Troms	Pasienter får ikke adekvat hjelp for sin tilstand. Økt sykelighet. Økonomisk belastende for pasient å reise og/eller å ikke møte til time.	☐ Svært lav ☐ Lav ☒ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☐ Svært lav ☒ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	4.1 Øke antall videokonsultasjoner 4.2 Opprettholde en form for virksomhet? 4.3 Styrke ambulerende tjeneste (f.eks. lege som er til stede med visse intervall), som et supplement. 4.4 Rekkevidde på ambulant team?

Nr.	**Uønsket hendelse** Hva kan skje?	**Årsak** Hvorfor skjer det?	**Informasjons-grunnlag**	**Mulige konsekvenser** Hva er konsekvensen dersom det skjer?	**Sannsynlighet** Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	**Konsekvens** Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	**Forslag til tiltak** Hva kan vi gjøre?
5	Økte omkostninger og belastning for pasient grunnet lengre reisevei: reisetid og økonomi Diskusjon: -Billigste reisevei dekkes av pasientreiser, også for polikliniske reiser. -Det kan være utfordrende å skrive reiseregning. -Det er ikke lenger enkelt å få taxi. Billigste reisevei er ofte upraktisk. - Andre pasienter har tilsvarende reisevei allerede. -Pasientene har i liten grad et eksisterende behandlingstilbud på Sjøvegan per i dag.	Ikke poliklinikk på Sjøvegan	Innspill BUPA	Pasientene vil kjenne mest på dette i en overgangsfase. Pasienter ønsker ikke å bruke billigst mulig reisevei. Ender opp med å kjøre. Hyppigheten på de polikliniske timene kan medføre mye reising.	☐ Svært lav ☐ Lav ☐ Middels ☒ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☒ Lav ☐ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Se 4.1. 5.1 (I overgangsfasen) være særlig bevisst på å informere og veilede fastlege om mulighet for refusjon av reisekostnader.
6	Overgang BUP/PHV kan vanskeliggjøres ved at tilbudet ikke gis på samme sted. Diskusjon: -Behandlersamarbeidet kan bli svekket. - Ingen automatikk i at samarbeidet er bra, selv om man er samlokalisert.	Ikke poliklinikk Sjøvegan	Innspill BUPA Innspill SPHR Midt-Troms, psykolog-gruppa	Pasienter over 18 år må reise til Silsand eller Narvik. Lengre reisevei til behandlingssted. Kan være særlig belastende i en overgangsfase.	☐ Svært lav ☒ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☒ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Se 4.1 6.1 Behandlere fortsetter god samhandling via video.
7	Barnet gis tilbud på BUP ved en lokasjon og foreldre må få tilbud i PHV ved en annen lokasjon. Dette øker risiko for: - Mangel på koordinerte timer (samme tid/sted) - Manglende samarbeid på tvers av fagpersoner/fagfelt - Dårligere tilbud til barn som pårørende	Ikke poliklinikk Sjøvegan Flytting av opptaksområdet	Innspill SPHR Midt-Troms, psykolog-gruppa, døgnenheten	Samme familie må forholde seg til to lokalisasjoner som muligens ikke har samarbeidet/samsnakk et godt nok.	☒ Svært lav ☐ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☒ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Se 6.1

	Diskusjon: - Få tilfeller hvor det har vært aktuelt at foreldre og barn behandles samme dag og samme sted. -Ingen automatikk i at samarbeidet er bra, selv om man er samlokalisert. -Avdeling Sør sørger for tilbud til barn som pårørende.						
8	Destabilisering av fagmiljø i BUP da disse er samlokalisert med VOP på Sjøvegan. Samarbeid om utdanning psykologer lokalt vanskeliggjøres. Diskusjon: -Sikre utdanningsforløp for psykologene, gjensidig utveksling mellom BUP og VOP.	Ikke poliklinikk Sjøvegan	Innspill BUPA Innspill SPHR Midt-Troms	Psykologer fra BUP på Sjøvegan må reise til et annet sted for å følge spesialiseringsforløp og få erfaring innen VOP	☒ Ikke relevant	☒ Ikke relevant	8.1 Psykologer fra Avdeling Sør i utdanningsforløp kan f.eks. ha praksis på BUP Silsand. 8.2 Dersom endringen gjennomføres må BUP Sjøvegan informeres slik at de kan gjøre egne tiltak for å sikre utdanningsforløp.
9	Økte kostnader knyttet til lokaler når poliklinisk behandler skal sitte i Narvik.	Ikke poliklinikk Sjøvegan/endret opptaksområde	Innspill BUPA		☒ Ikke relevant	☒ Ikke relevant	Forutsetter at UNN tilbyr nødvendige lokaler og at kostnadene til disse dekkes uavhengig av hvor tjenestene utføres.

Nr.	**Uønsket hendelse** Hva kan skje?	**Årsak** Hvorfor skjer det?	**Informasjons-grunnlag**	**Mulige konsekvenser** Hva er konsekvensen dersom det skjer?	**Sannsynlighet** Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	**Konsekvens** Sett kryss Se gradering under punkt 2.2	**Forslag til tiltak** Hva kan vi gjøre?
10	Flere innleggelser grunnet manglende lokalt poliklinisk tilbud Diskusjon: -Avstand til poliklinikk gir flere innleggelser. Store byer har mer poliklinikk. -Sjøvegan har vært et forsterket mottak i.f.t. flyktninger, men ressurspersonen har sluttet.	Ikke poliklinikk Sjøvegan	Innspill Midt-Troms og Salangen kommune	Pasienter tar ikke imot det polikliniske tilbudet som er lengre unna. Økt sykelighet.	☐ Svært lav ☐ Lav ☒ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☒ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Se 4.1, 4.3 og 4.4.
11	Etablerte samarbeidsflater brytes: SPHR har god kjennskap til kommunenes lokalmiljø, fagpersonell og pasienter (risiko i endringsprosessen) Diskusjon: -Samarbeidsflatene kan re-etableres. -Samhandling ikke avhengig av individer. -Personalet på døgnenhetene er stabile, vil kunne bli en betydelig prosess å re-etablere. I prinsippet skal sengepostene være like, men i praksis vil det være forskjell på hvilken sengepost man samhandler med.	Endret opptaksområde	Se innspill fra Salangen kommune	Plunder og heft for kommunene å gå i samarbeid med nye partnere. Kan glippe i overganger fordi man tar noe for «gitt» - sengepostene er forskjellige.	☐ Svært lav ☐ Lav ☐ Middels ☒ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☒ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	11.1 Dialog med kommunene som blir påvirket av endret opptaksområde. Planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere overgangsprosessen.
12	Etablerte samarbeidsflater brytes: Pasient må bytte behandlingssted (Risiko i endringsprosessen) Diskusjon: -Noen av pasientforløpene ble lengre, mer tvang etc. når pasienten flyttet midlertidig til en annen behandlingspost.	Endret opptaksområde		Pasienter påføres økt belastning ved å måtte introdusere seg og sin historie på nytt. «Glipper» i overgangene?	☐ Svært lav ☐ Lav ☐ Middels ☒ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☒ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	12.1 La pasienter avslutte forløp innenfor det gamle opptaksområdet. Definere en retningslinje for nå eventuelt stormottakerne og kronikere bør flyttes til nytt opptaksområde. 12.2 Informasjon til pasienter – Hva betyr denne endringen for deg?

	-Kjenner ikke til pasientavvik ved endring av opptaksområde (tidligere flytting av tre kommuner)						12.3 Fritt sykehusvalg
13	Fagmiljøet i Midt-Troms for lite – vanskeliggjøre rekruttering. Er avhengig av et noe større fagmiljø enn Harstad/Narvik som er samlokalisert med somatikk/TSB. Diskusjon: -Er det attraktivt å jobbe i Midt-Troms hvis man endrer opptaksområde? -Få søkere til stillinger på høgskolenivå og oppover ute i distriktene. -Sykehus og store byer tiltrekker fagfolkene. -Mange andre ting som tiltrekker fagfolk ut over fagmiljø. -Kanskje like stor utfordring å beholde kompetanse. -Midt-Troms vil likevel ligge over Ofoten i antall personer i opptaksområdet. -Fagfolk vurderer også hvor mange kolleger de har å jobbe med i det daglige, ansatte på poliklinikken og på sengepost. -Ved endring i opptaksområde må et mindre antall stillinger overføres. Det er ikke gitt at stillingene følger opptaksområdet eksakt. -Større opptaksområde gir større tilfang av ulike kliniske problemstillinger.	Endre opptaksområde	Innspill Midt-Troms	Få søkere til nye stillinger. Vanskelig å holde på personell.	☐ Svært lav ☐ Lav ☒ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☒ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Må sees i sammenheng med punkt 14. 13.1 Ønsker at klinikkledelsen er særlig bevisst på konsekvensen og vurderer kompenserende tiltak som kan sikre god rekruttering og stabilisering av personell. Ulike meninger om hva justering av opptaksområdet vil ha noe å si for evnen til å beholde et robust og stabilt fagmiljø. Enighet om at små fagmiljøer vil vanskeliggjøre rekruttering.
14	Mindre robust fagmiljø og vansker med rekruttering i Ofoten Diskusjon: -Når budsjettet flyttes må også stillinger flyttes.	Flytte budsjettmidler: Budsjettmidler flyttes til seksjon med større befolkningsgrun		Få søkere til nye stillinger. Vanskelig å holde på personell. Stor sannsynlighet for at ressursene	☐ Svært lav ☐ Lav ☒ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☐ Moderat ☒ Alvorlig ☐ Svært alvorlig	Må sees i sammenheng med punkt 13. 14.1 Ønsker at klinikkledelsen er særlig bevisst på konsekvensen og vurderer kompenserende tiltak som kan sikre god rekruttering og

	-Klare føringer om at ingen skal sies opp. Betyr det også at ingen skal flytte? -Naturlig avgang? -Skjevhetene har bygget seg opp over tid, blant annet som følge av kommunesammenslåing.	nlag (-fra Ofoten til Midt/Sør)		(personell) må forskyves. Ansatte må få tilbud om å jobbe på et annet sted dersom det ikke kan løses gjennom naturlig avgang.			stabilisering av personell. Ulike meninger om hva justering av budsjettmidler vil ha å si for evnen til å beholde et robust og stabilt fagmiljø. Enighet om at små fagmiljøer vil vanskeliggjøre rekruttering.
15	Færre ressurser og annet opptaksområde enn grunnlag for planer i Nye UNN Narvik. a) risiko for å ikke innfri mtp integrering somatikk, TSB, PHV. b) utfordrer mulighet for å bygge ut felles akutt utredningsenger. Diskusjon: -Knyttet til alternativ 1 hvor det er skissert 8 senger i Ofoten og ikke tatt hensyn til planer for NUN. NUN har forventning om 2 akutt utredningsplasser. -Ofoten bør kanskje få mer ressurser for å håndtere utredningsplassene. -Hva slags fordeler er det med å ha 8 versus 10 senger. Kanskje er 10 senger et mer ønskelig alternativ for alle	Flytte budsjettmidler: Budsjettmidler flyttes til seksjon med større befolkningsgrunnlag (-fra Ofoten til Midt/Sør)		8 sengeplasser gjør det vanskelig å realisere sømløse pasientforløp med samhandling mot somatikk, TSB og PHV slik det er tenkt i NUN. 8 sengeplasser gir kun 6 rene psykisk helsevernplasser. De 6 sengene vil i stor grad utgjøre et subakutttilbud og lite rom for elektive innleggelser. Det påvirker samhandlingsflatene og fagmiljøet blir lite. Fleksibiliteten blir mindre. Pasienter vil kunne måtte legges inn på en annen sengepost. Ev. at pasienter takker nei til tilbudet og blir sykere.	☐ Svært lav ☐ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☒ Svært stor Gjelder 8 plasser (6+2)	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☒ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig Gjelder 8 plasser (6+2)	15.1 Være bevisst på at beslutningen i avdeling sør vil kunne påvirke planene i NUN. Dialog med NUN prosjektet. 15.2 Avklare og utarbeide tydelige føringer for bruken av akutt utredningssenger, slik at Avdeling Sør vet hva og hvem de kan benyttes til og innholdet i akutt utredning.

				10 sengeplasser vil gi mindre konsekvens av denne uønskede hendelsen.			
16	Ikke plass til Ø-hjelpspasienter som skal legges inn Diskusjon: -Noen DeVaVi er prinsipielt imot enhver nedtak av sengekapasiteten på grunn av bekymring om at det ikke vil bli plass til Ø-hjelpspasienter.			Manglende kapasitet til å ta unna topper kan føre til at pasienten må legges inn på høyere omsorgsnivå. Belastende for pasienten å komme på en akuttpost sammen med andre pasienter som er sykere. Mister fordel med nærsykehus. 10 sengeplasser vil kunne ta unna topper og Ø-hjelps pasienter.	☐ Svært lav ☒ Lav ☐ Middels ☐ Stor ☐ Svært stor Gjelder 10 plasser	☐ Ubetydelig ☐ Lav ☒ Moderat ☐ Alvorlig ☐ Svært alvorlig Gjelder 10 plasser	16.1 Videreføre etablerte tiltak for prioritering og fleksibilitet 16.2 Noen av pasientene kan behandles i akuttfasen og følges opp senere f.eks. gjennom planlagt innleggelse, bruk av AAT og/eller poliklinikk. Ikke automatikk i at pasienter som går fra akuttinnleggelse kontinueres i et planlagt opplegg.

2.2 Risikomatrise

Nr. 3, 8 og 9 er ikke relevant.

SANNSYNLIGHET						
	5 Svært stor Daglig			15) Grunnlag for planer i NUN		
	4 Stor Ukentlig		5) Økte omkostninger og belastning for pasient	11) Etablerte samarbeidsflater brytes 12) Pasient må bytte behandlingssted		
	3 Middels Månedlig		4) Underforbruk av tjenester	10) Flere innleggelser grunnet manglende poliklinisk tilbud	13) Lite fagmiljø Midt-Troms 14) Lite fagmiljø Ofoten	
	2 Lav Hvert halvår	1) Færre planlagte elektive innleggelser		16) Ikke plass til Ø-hjelpspasienter		
	1 Svært lav Årlig eller sjeldnere	2) Lite kapasitet til andre oppgaver døgnbehandling 6) Overgang fra BUP til PHV 7) Barn på BUP, foreldre på DPS				
KONSEKVENS		**4) Ubetydelig**	**5) Lav**	**6) Moderat**	**7) Alvorlig**	**8) Svært alvorlig**
For pasienter/pårørende og pasientsikkerhet		-Ingen negativ påvirkning på pasient eller pårørende.	-Forbigående pasientskade som ikke krever omfattende behandling. -Forbigående misnøye hos pasient eller pårørende. -Mindre avvik fra prosedyrer og retningslinjer.	-Pasientskade eller utsatt diagnostikk/behandling av et visst omfang. -Klage fra pasient eller pårørende. -Avvik fra prosedyrer og retningslinjer.	-Pasientskade som krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet. -Flere klager fra pasienter/pårørende. -Grove avvik fra prosedyrer og retningslinjer.	-Dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient. -Tilsynssak eller NPE-sak.
For ansatte og arbeidsmiljø		-Ubetydelig fysisk/psykisk skade eller belastning.	-Mindre og forbigående fysisk/psykisk skade eller belastning. -Kortvarig sykefravær.	-Moderat fysisk/psykisk skade eller belastning. -Økt sykefravær.	-Betydelig fysisk/psykisk skade eller belastning. -Sykefravær eller arbeidsmiljø påvirker evnen til å levere tjenester med tilfredsstillende kvalitet.	-Alvorlig og varig fysisk/psykisk skade. -Mulig tap av liv. -Sykefravær eller arbeidsmiljø fører til uforsvarlig kvalitet på tjenestene.
For materielle verdier, økonomi, omdømme og ytre miljø		-Tap/skader/tapte inntekter inntil kr. 10000. -Ubetydelig innvirkning på omdømme og ytre miljø.	-Tap/skader/tapte inntekter inntil kr. 100 000. -Forbigående negativ innvirkning på omdømme og ytre miljø.	-Tap/skader/tapte inntekter inntil kr. 500 000. -Negativ oppmerksomhet fra lokale medier.	-Tap/skader/tapte inntekter inntil kr. 1 000 000. -Rekrutteringsproblemer. -Negativ oppmerksomhet fra lokale og nasjonale medier.	-Tap/skader/tapte inntekter over kr. 1 000 000. -Betydelig tap av kompetanse. -Alvorlig medieomtale.

Aktuelle data som kan benyttes i risikoanalysen

Dagens fordeling av døgnplasser og opptaksområder

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	12	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 732	4,33
Sør-Troms	12	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	4,40
Ofoten	12	Narvik, Evenes, Gratangen	19 690	6,09
Avd.sør	36		74 697	4,82

Pasientbelegg og liggedøgn pr oktober 2019/2020

Pasientbelegg og liggedøgn

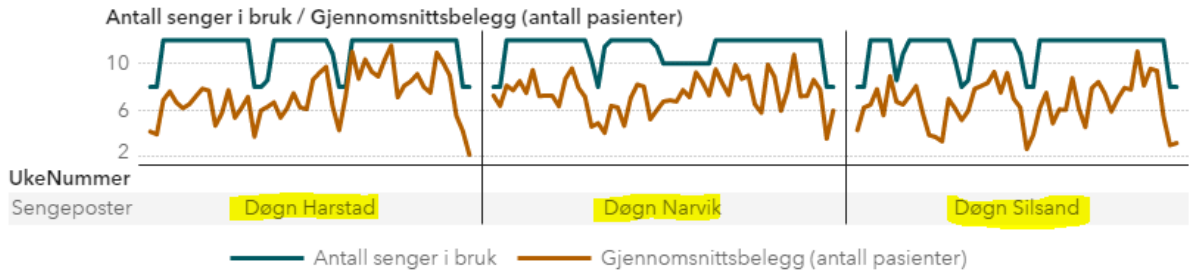
Avdeling RESH	Sengeposter	Belegg % i år	Belegg i % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	62,3 %	64,1 %	1 943	2 053	−110
	Døgn Narvik	64,7 %	64,9 %	2 105	2 249	−144
	Døgn Silsand	58,0 %	58,0 %	1 870	1 845	25
Delsum: Avdeling sør (700762)		**61,7 %**	**62,4 %**	**5 918**	**6 146**	**−229**
Total		**61,7 %**	**62,4 %**	**5 918**	**6 146**	**−229**

Senger i bruk 2018, 2019 og 2020

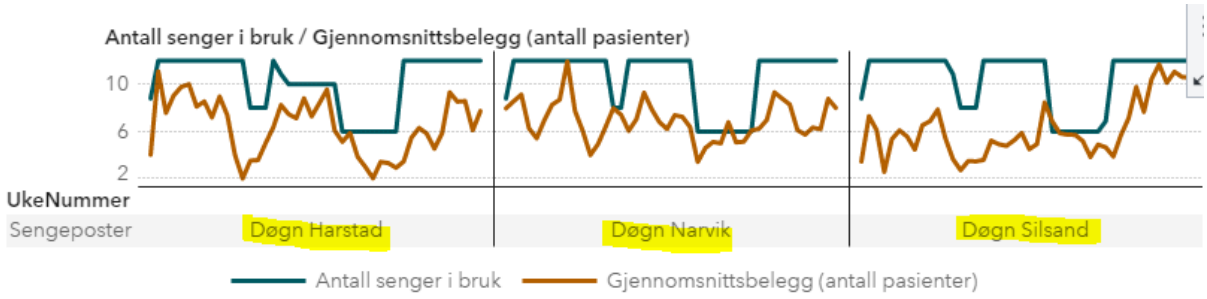
Kapasitet og snitt antall pasienter aktuelle uker

Sengeposter	Døgn Harstad		Døgn Narvik		Døgn Silsand	
År	Antall senger i bruk	Gjennomsnittsbelegg (antall pasienter)	Antall senger i bruk	Gjennomsnittsbelegg (antall pasienter)	Antall senger i bruk	Gjennomsnittsbelegg (antall pasienter)
2018	11,3	7,8	11,4	7,3	11,3	8,0
2019	11,4	7,3	11,3	7,4	11,3	6,7
2020	10,2	6,4	10,7	6,9	10,6	6,1

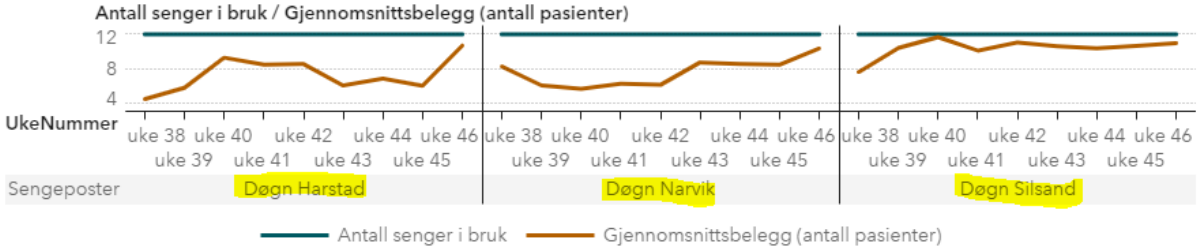
2019



2020 (1.jan-31.10)



2020 (uke 38 - 46)



Økonomi

Budsjett fordeling mellom SPHR med utgangspunkt i innbyggertall 2020

	Vop stillinger per 10 000	Antall døgnplasser per 10 000	Samlet budsjett	Penger per innbygger
Ofoten	8,7	6,1	43 458 000	2207
Midt-Troms	7,6	4,3	47 852 000	1726
Sør-Troms	7,2	4,4	46 710 000	1713
			138020000	1848

Standard bemanning ved gitt sengetall

Alt.II Bemanningsbehov utfra døgnplasser			
	10 senger	9-8 senger	6 senger
D	7	6	5 til 6
A	3	3	3
N	2	2	2
Helg	3+3	3+3	2+2
Årsverk i turnus	17,39	16,33	15,02
Alt.II Bemanningsbehov utfra døgnplasser			
Døgn Harstad	616 000	1 199 000	1 919 500
Døgn Narvik	665 500	1 248 500	1 969 000
Døgn Silsand	1 875 500	2 458 500	3 179 000

- *Merk at dette er tall fra 2018*
- En poliklinisk stilling beløper seg til sammenligning til kr 670 490 (2018-tall). I tillegg kommer ISF-inntekter

Forbruksdata

Aktivitetsdata forbruk antall innleggelser og liggedøgn per okt 2020

		Akuttpost				Døgn SPHR			
Pasienttilhørighet	**Befolkning**	Liggedøgn	per 10 000	tall innleggel	per 10 000	Liggedøgn	per 10 000	Antall innleggelser	per 10000
Ofoten	19690	623	316,4	41	20,8	2244	1139,7	255	129,5
Sør-Troms	27275	651	238,7	78	28,6	1726	632,8	300	110,0
Midt-Troms	27732	514	185,3	62	22,4	1481	534,0	99	35,7
Tromsø og omegn	71660	3665	511,4	389	54,3	7944	1108,6	526	73,4
Nord-Troms	8962	273	304,6	26	29,0	911	1016,5	107	119,4

		Akuttpost og døgn SPHR		Akuttpost og døgn SPHR	
		Liggedøgn	per 10000	Antall innleggelser	per 10 000
Pasienttilhørighet	**Befolkning**				
Ofoten	19690	2867	1456,1	296	150,3
Sør-Troms	27275	2377	871,5	379	139,0
Midt-Troms	27732	1995	719,4	162	58,4
Tromsø og omegn	71660	11609	1620,0	915	127,7
Nord-Troms	8962	1184	1321,1	133	148,4

		TSB		TSB og PHV			
Pasienttilhørighet	**Befolkning**	Liggedøgn	per 10000	Liggedøgn	per 10 000	antall innleg	per 10 000
Ofoten	19690	2873	1459,1	6227	3162,5	454	230,6
Sør-Troms	27275	956	350,5	4240	1554,5	461	169,0
Midt-Troms	27732	585	210,9	2781	1002,8	202	72,8
Tromsø og omegn	71660	4453	621,4	21312	2974,0	1314	183,4
Nord-Troms	8962	363	405,0	1775	1980,6	168	187,5

Gul farge er de med høyest forbruk	Orange er de med nest høyest forbruk

Vi ser at det er relativt store forskjeller mellom områdene:

- **Forbruk Akuttpost** er høyest for **pasienter bosatt i Tromsø** og omegn (både liggedøgn og antall innleggelser), og pasienter fra Tromsø og omegn har *flest liggedøgn* samlet sett akuttpost og døgnenhet på SPHR.
- **Forbruk døgnenhet** relativt ifht innbyggertall er **høyest for pasienter bosatt i Ofoten** (både liggedøgn og antall innleggelser). Samme gjelder *antall innleggelser* samlet for akuttpost og døgnenhet. Pasienter fra Ofoten har også **høyest forbruk TSB.**

Merk. Det er her ikke tatt hensyn til befolkningssammensetning. (Liggedøgn lokal SPHR for pasienttilhørighet Ofoten angir ikke antall liggedøgn på døgnenhet i Håkvik, men antall liggedøgn på døgnenhet uansett lokasjon i UNN for pasienter som har bostedsadresse i Ofoten).

Poliklinikk ved SPHR

	PHV		TSB	
Poliklinikk	Antall henvisninger tatt til behandl	% av befolkn	Antall henvisninger tatt til behandl	% av befolkn
Narvik	116	0,6	7	0,04
Harstad	224	0,8	30	0,11
Silsand og Sjøvegan	158	0,6	12	0,04

I tabellen er det lagt inn % av befolkning som får et tilbud med utgangspunkt i befolkning rundt hvert SPHR. Dette er noe unøyaktig, siden en ikke har tatt høyde for pasientens bostedskommune.

En kan likevel anta at hvis pasienten er tatt i behandling ved poliklinikk i Harstad, så kommer pasienten fra kommunene i Sør-Troms. Tilsvarende for de pasientene som er tatt til behandling i Narvik tilhører de Ofoten osv. Dette stemmer selvfølgelig ikke helt. Tallene gir allikevel en pekepinn på likheter/ forskjeller i hvor stor andel av befolkningen som faktisk får et poliklinisk tilbud.

Henvisningsmengde/produksjon/spesialistdekning/forbruk befolkning: Variasjoner og ulikheter

Funn fra SKDE-rapport

https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20innen%20rus%20og%20psykiatri%20i%20Nord-Norge%202015-2017%20%28SKDE%202019%29.pdf

Andel pasienter per 10 000 som får et tilbud i poliklinikk innen PHV varierer mellom SPHR i UNN. Nord-Troms ligger høyest med pasientrate på 477, mens Midt-Troms og Tromsø ligger lavest med en rate på 359. Sør-Troms har en rate på 441 og Ofoten 413.

Det er stor variasjon i den totale kontaktraten per 10 000 innbygger hvor Nord-Troms er høyest og har en totalrate på 5410, og Midt-Troms med den laveste på 3229. Kontaktraten for pasientgruppen alvorlig psykiske lidelser er om lag dobbelt så høy i Tromsø som ved de andre SPHRene. Dette skyldes hovedsakelig at antall kontakter per pasient er høyere i Tromsø hvor den ligger på 19,1, mens de ved de andre SPHRene varierer det fra 9,3-10,9. Antall kontakter per pasient for gruppen andre psykiske lidelser varierer noe mindre, men også her ser vi variasjoner fra 8,3 konsultasjoner per pasient i Ofoten til 10,4 i Tromsø. Det virker å være en relativt høy korrelasjon mellom pasientrate og kontaktrate, men Tromsø skiller seg ut med forholdsvis høye kontaktrater og lave pasientrater. Høyere kontaktrater og flere kontakter per pasient med alvorlige psykiske lidelser enn de øvrige opptaksområdene finner vi igjen fra Salten. Dette skyldes at det i Tromsø og Bodø nnes spesialiserte polikliniske tilbud rettet mot pasienter med psykoser.

Antall pasienter per 10 000 som får et institusjonsopphold i PHV varierer fra en rate på 96 i Nord-Troms til 70 i Tromsø. Totalraten på oppholdsdøgn varierer fra 3377 i Tromsø til 2342 i Midt-Troms.

Antall oppholdsdøgn på SPHR per 10 000 innbyggere er høyest i Tromsø og lavest i Sør-Troms. Pasienter bosatt i Ofoten er de som har færrest oppholdsdøgn på akuttpost.

Funn fra evaluering DPS fra fastlegene

https://www.fhi.no/contentassets/3ef7995ea898407cb73e10053bdd2700/alle-rapporter/nord-norge/universitetssykehuset-nord-norge/113-universitetssykehuset-i-nord-norge-hf.pdf

Helseatlas

https://helseatlas.no/atlas/259/instant-atlas

Samlet vurdering «Vi fann at bruk av poliklinikk og døgnbehandling var noko ulik i landet, med ein tendens til større bruk av poliklinikk i dei større byane og av døgnopphald i Helse Nord. Som kontrastar fann vi for eksempel låg poliklinisk kontaktrate og mange korte døgnopphald for vaksne i buområda Finnmark og UNN, mens vaksne frå OUS-området hadde høg poliklinisk kontaktrate, og få lange døgnopphald. Om vi reknar eitt opphaldsdøgn og re poliklinikkar som likt i ressursbruk, fann vi likevel ein skilnad mellom buområda i bruk av tenestene, der vaksne frå Lovisenberg og Telemark hadde høgast bruk. Funna våre viser uønska variasjonar i behandling av vaksne, og særleg tydeleg var dette når vi såg særskilt på pasientar med alvorleg psykisk liding eller rusliding.»

Poliklinikk

Det angis at det er liten variasjon i pasientraten for voksne i poliklinisk behandling. Det samme gjelder pasientraten i poliklinisk behandling for de med alvorlig psykiske lidelser. Det er likevel slik at UNN ligger i nedre halvdel og har en rate under gjennomsnittet i Norge.

Den direkte kontaktraten for voksne i poliklinisk behandling er omentrent dobbelt så stor i boområder med størst rate som i boområder med minst rate. UNN ligger 6. nederst av de 21. helseforetakene. Det er også stor variasjon i poliklinisk tilbud til pasienter med alvorlig psykiske lidelser. UNN har en rate på 75, Nordland 62, Finnmark nederst med 43. Øverst på lista ligger Sørlandet med rate på 128 og Lovisenberg 262.

Når det gjelder tilbudet for pasienter med ruslidelser, så er det stor variasjon i pasientrate og UNN ligger lavest sammen med Finnmarkssykehuset. Det er særlig stor variasjon i dirkete kontakter i den poliklinisk behandling for voksne og UNN ligger som 4.lavest av 21 helseforetak.

Døgnbehandling

Det er en merkbar variasjon med nær tre ganger flere døgnopphold per 10 000 innbygger i boområder med høyest rate. UNN og Finnmarksykehuset ligger høyest her med en rate på 25, mens Diakonhjemmet har 9. Når det gjelder antall pasienter som legges inn, er det liten variasjon i rate.

Når det gjelder raten for døgnbehandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse er det stor variasjon og UNN ligger øverst på denne lista. Raten for døgnbehandling ruslidelser er ikke så markant som ved poliklinisk behandling, men også her en uønsket variasjon. UNN ligger over gjennomsnittet i Norge.

Avstandskomponent SPHR – oppdatert 20.11.20

Tabellene under viser anslag reiseavstand med bil i tid og km. fra kommunesenter til kommunesenter i kommuner med lokalisert SPHR. Kilde: **NAF reiseplanlegger**

SPHR	Kommune	Kommunesenter	Avstand min.	Avstand km
SPHR Ofoten, VPP	Narvik	Narvik	0	0
		Ballangen*	45 m	43,3
		Kjøpsvik*	1 t 32 m	97,7
	Evenes	Bogen	42 m	43,7
	Gratangen	Årstein	46 m	41,1
SPHR Ofoten, døgn Håkvik	Narvik	Narvik	14 m	11,7
		Ballangen*	28 m	30,2
		Kjøpsvik*	1 t 15 m	84,6
	Evenes	Bogen	52 m	54,4
	Gratangen	Årstein	56 m	51,8

Lavangen til Narvik: 58 min/57,1 km - Salangen til Narvik: 1 t 14 min/74,5 km - Bardu til Narvik: 1 t 8 min/74 km

SPHR	Kommune	Kommunesenter	Avstand min.	Avstand km
SPHR Sør-Troms	Harstad	Harstad	0	0
	Kvæfjord	Borkenes	23 m	18,9
	Ibestad	Hamnvik	1 t 22 m	34,3
	Tjeldsund	Evenskjer	33 m	31,2
		Hol*	1 t 30 m	94,8
	Lødingen	Lødingen	1 t 12 min	75,5

Ibestad til Sjøvegan: 48 min/44,8 km - Ibestad til Silsand: 1 t 39 m/97,6 km - Tjeldsund til Harstad: 58 min/57,5 km.

SPHR	Kommune	Kommunesenter	Avstand min.	Avstand km
SPHR Midt-Troms, Silsand	Lenvik	Finnsnes	5 m	2,6
		Skaland*	54 m	54,3
		Gryllefjord*	1 t	59,2
		Vangsvik*	16 m	15
	Dyrøy	Brøstadbotn	53 m	46,5
	Sørreisa	Sørreisa	23 m	20,3
	Målselv	Moen	39 m	40,1
	Salangen	Sjøvegan	1 t 16 min	73,3
	Bardu	Setermoen	1 t 10 m	74,4
	Lavangen	Tennevoll	1 t 34 m	91,5
SPHR Midt-Troms, Sjøvegan (VPP)	Salangen	Sjøvegan	0	0
	Dyrøy	Brøstadbotn	31 m	30
	Bardu	Setermoen	28 m	28,2
	Lavangen	Tennevoll	20 m	18,6
	Sørreisa	Sørreisa	53 m	53
	Målselv	Moen	1 t 4 m	67,6

ADMCEW/20.11.20

SPHR	Kommune	Kommunesenter	Avstand min.	Avstand km
SPHR Nord-Troms	Nordreisa	Storslett	0	0
	Kvænangen	Burfjord	1 t 1 m	72,6
	Kåfjord	Olderdalen	42 m	45,2
	Skjervøy	Skjervøy	42 m	45,1

Storfjord til Storslett: 2 t/136 km – Lyngen til Storslett: 1 t 35 m/58,5 km - Kvænangen til Alta: 1 t 16 m/91,9 km

SPHR	Kommune	Kommunesenter	Avstand min.	Avstand km
SPHR Tromsø	Tromsø	Tromsø	0	0
	Karlsøy	Hansnes	1 t 5 m	62,6
	Balsfjord	Storsteinnes	1 t 20 m	90,8
	Lyngen	Lyngseidet	1 t 47 m	78,4
	Storfjord	Hatteng	1 t 26 m	95,9
SPHR Tromsø, Storsteinnes (VPP og døgn)	Balsfjord	Storsteinnes	0	0
	Lyngen	Lyngseidet	1 t 14 m	77,5
	Storfjord	Hatteng	35 m	39,8
	Tromsø	Tromsø	1 t 20 m	89,1

Oversikten er oppdatert i forhold til fullførte veiprosjekter i Ofoten og Nord-Troms.

* Kommunereformen:
Kommunereformen innvirker på kommuneinndeling:
- Nye Narvik kommune: Narvik, Ballangen, Tysfjord (Tysfjord deles)
- Nye Tjeldsund kommune: Tjeldsund, Skånland
- Nye Senja kommune: Tranøy, Lenvik, Torsken, Berg

Tidligere kommunesentra figurerer i oversikten for å indikere avstander i nye kommuner

Kilde:
https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/Hvorfor-kommunereform/nye-kommuner/id2470015/

ADMCEW/20.11.20

Nr.	Høringssvar fra	Avsender	Dato	Hovedbudskap
1	Lødingen kommune	Odd erling Lundberg, avdelingsleder Omsorgsservice og Helseavdelinger	22.10.2020	**Støtter alternativ 2** dersom noen av alternativene blir besluttet gjennomført. Bekymret for at små døgnenheter vil være krevende med hensyn til rekruttering. Kommunene kjenner seg ikke igjen i beskrivelsen om lavt belegg på døgnpostene siden de opplever lange ventelister. Savner tilstedeværelse av ambulant team etter flytting til Harstad.
2	Salangen kommune	Sigrun Wiggen Prestbakmo, ordfører, Lars Ø. Strøm, administrasjonssef og Lars A. Nesje, kommuneoverlege	26.10.2020	Savner en ROS-analyse av alternativene og det å bli invitert inn tidligere i prosessen**. Basert på beleggsprosent synes det hensiktsmessig å prioritere styrking av polikliniske og/eller ambulante tjenester**. Endret opptaksområde; kan foreventer et mer helhetlig tilbud ved NUN, men ved flytte tilbudet til NUN er kommunen bekymret for å bryte etablerte relasjoner SPHR MT mht god kjennskap til lokalmiljø, fagpersonell og pasienter. Kommunen ønsker imidlertid heller ikke å begrense seg til Silsand, da det vil kunne bidra til å svekke den polikliniske tjenesten nært pasientene. Hvis tilbudet tas vekk på Sjøvegan pekes det på at **økt reisevei medfører underforbruk av spesialist helsetilbud**. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse er høyrisikogruppe for å falle ut av skole og yrkesliv og har ofte problemer med sosial fungering og intergrering - lengre reisevei øker risiko. Å flytte tilbudet fra Sjøvegan vil medføre en svekkelse av spesialisthelsetilbudet. Det forventes at tjenesten ved Sjøvegan i stedet ble styrket med gjensidig støtte på tvers av geografiske lokalisasjoner ved at en da setter pasienten i sentrum der denne bor.
3	SPHR Ofoten	Tore Opdhal, seksjonsleder	26.10.2020	**Anbefaler modell 2.** Tilbakemeldingen har vært behandlet på seksjons, enhetsnivå og i KVAM-gruppe. Alternativ 1: Mener det vil påvirke mulighetene for samhandling internt i NUN på en uønsket måte og heller ikke være i tråd med ønskene om å bidra til bedre og mer helhetlige pasientforløpene i UNN`s opptaksområde. Alternativ 2: Det pekes på mindre ressursbruk og logistikk på pasienttransport, nye opptaksområder har lik og kortere reisevei til NUN. I tillegg vil man opprettholde en kapasitet som gir lavere press mot akuttpostene. Lokalt i Ofoten vil det bety at man totalt har høyere kapasitet til samhandling med somatikk og TSB. Alternativ 3: Lokalt for Ofoten vil alternativ 3 i all hovedsak ha de samme konsekvensene som alternativ 2. Dette alternativet vil dog potensielt ha større negative konsekvenser for avdelingen som helhet enn hva som er tilfelle for alternativ 2. Senteret er opptatt av mulige konsekvenser på poliklinisk virksomhet på **Sjøvegan** og at en eventuell fl**ytting av denne virksomheten vil oppleves negativt for de ansatte der og for de kommunene som sokner til denne.** En eventuell nedleggelse av poliklinisk virksomhet ved Sjøvegan betyr at man **går bort fra nærhetsprinsippet i tjenesteutviklingen.** En eventuell **opprettholdelse av virksomheten vil således bety at man må diskutere hvorvidt man skal tenke på samme måte i tjenesteutviklingen på de andre lokalisasjonene.** Gir innspill på ressursbruk.
4	Døgn Silsand	Hilde Storsveen	27.10.2020	**Ønsker alternativ 1** siden den utgjør mindre merkbar forskjell fra dagens modell. Ønsker å beholde dagens opptaksområdet. Ønsker også å opprettholde dagens tilbud på Sjøvegan. Peker på at legevaktsamarbeidet idag er samlet overfor Midt-Troms. Det gjøres rede for flere negative forhold knyttet til både et brukerperspektiv, personalperspektiv og et samhandlingsperspketiv. Ugunstig tidspunkt, tallgrunnlaget 2020 representerer ikke virkeligheten.
5	SPHR Sør-Troms	Audun Eskeland, seksjonsleder	27.10.2020	Saken har vært drøftet med bred involvering. **1) Ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten støtter en reduksjon til 10 døgnplasser.** 2) Ansatte, tillitsvalgte og vernetjensten er opptatt av en mest mulig lik fordeling av ressurser i avdelingen og at det gjøres en fordeling med hensyn til befolkning i opptaksområdet. 3) Ingen ønsker å uttale seg om den polikliniske virksomheten ved Sjøvegan.

Nr.	Høringssvar fra	Avsender	Dato	Hovedbudskap
6	Kvæfjord kommune	Ågot Hammari, Helse- og omsorgssjef	27.10.2020	**Støtter en reduksjon av 2 døgnplasser i Harstad** og forslaget om å etablere 2 akuttplasser for TSB ved NUN for hele Avdeling sør. Videre støttes at ressurser går til **styrking av polikliniske/ambulante tjenester** ut fra bekymring om økte polikliniske ventelister. Ønsker at UNN tar initiativ til en helhetlig evaluering med utgangspunkt i endringer som er skjedd i det samlede tilbudet hos kommunene og i spesialisthelsetjenesten (FACT, KAD, kommunepsykologer).
7	Ibestad kommune	Kristin Wiik-Johansen, enhetsleder miljøtjenesten	27.10.2020	**Ønsker alternativ 2 og 3**. Kommunene har spesielt bruk for akutt/ utredningsplasser.
8	BUPA	Kjetil Heggelund, seksjonsleder BUP Midt-Troms og Børge Mathiassen, avdelingsleder BUPA	27.10.2020	1) **De foreslåtte endringene i døgnkapasitetn oppfattes i være fornuftige ved at de også i større grad harmonerer med behovet i befolkningen.** Det oppfattes riktig å frigjøre kapasitet til den polikliniske- og ambulante virksomheten. 2) Uklart hvordan reduksjonen i senger skal omsettes til økt kapasitet til dagbehandling (som dere viser til er en av drivkreftene bak reduksjonen av senger, jfr nasjonal helse og sykehusplan). En eventuell **endring av opptaksområdet vil ha konsekvenser** for innbyggerne i Salangen, Lavangen og Bardu mht **økt reisetid og økte reisekostnader**. De skisserte endringene i dette forslaget går på tvers av hvor pasientene i dag oppsøker helsetjenester, og hvor kommunene ønsker tilbudet skal være lokalisert. 3) Ser med bekymring på forslaget om endring av opptaksområdet og ikke et tilbud Sjøvegan. Risiko for destabiliserende for fagmiljøet også i BUP. Større utfordringer med gode overganger fra barn til voksen. **Foreslår en modell som tar utgangspunkt i større grad av samdrift mellom BUP og VOP på Sjøvegan**.
9	SPHR Midt-Troms	Jorunn Lorentsen, seksjonsleder, uttalelse fra seksjonsledelsen i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten	28.10.2020	**Beholde opptaksområdet som nå og redusere til 10 senger ved hvert SPHR, hvorav 2 i Ofoten er akuttutredningssenger for hele Avd.Sør** Vi mener at denne modellen er den som best styrker det samlede behandlingstilbudet i Avdeling Sør. Viktig med et stort nok opptaksområde i Midt-Troms for å sikre rekruttering og fagmiljø (i Harstad og Narvik allerede større fagmiljø fordi ligger i nær tilknytning til somatikk/TSB). Beholde poliklinikk i Sjøvegan over en lengre periode for å se om man kan få til en tilstrekkelig rekruttering.
10	Psykiatrisk avdeling	Siren Hoven, avdelingsleder	28.10.2020	Avdelingen stiller **spørmål omkring prosessen** (medvirkning fra andre, kort tidspersektiv, og uheldig at det sammendaller med første fase av OU prosess nybygg Tromsø). Til innholdet pekes det på manglende beskrivelse av hvilke pasientgrupper, utover akutte utredningsplasser, man ser for seg å gi et døgnbasert tilbud til i årene fremover. Savner drøftinger om behovet for pasienter med langvarige rehabiliteringsbehovpersoner, pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern og behandling innen TSB. Notatet har **for stor vektlegging av tidligere forbruksmønster**. Savner drøfting behovet for å ivareta . Avdelingen vurderer at samarbeidet og samspillet omkring akutte innleggelser og overføringer etter øyeblikkelig hjelp-opphold fungerer i all hovedsak godt og bør videreføres. Notatet har i liten grad tematisert om den fremtidige retningen bør være å dreie i retning av sengeposter der man også har somatisk sykehus. Avdelingen ser ikke grunnlag for å gi innspill på etterspurte alternativer. Dette dels grunnet merknadene foran, dels da vi ikke finner inkludert om det er andre retninger man bør gå i, eventuelt begrunnelse for at andre alternativer er tatt ut. Avdelingen stiller spørmål om de foreslåtte innsparingene er realistiske. **Opptaksområdet** henger klart sammen med de overordnede spørsmål, dvs om alle 3 SPHR skal ha like oppgaver fremover. Ellers er vi enige i at hensyntagen til avstand/reisevei og demografiske endringer er av betydning for gode beslutninger her. Avdelingen har forståelse for at videre drift ved Sjøvegan er krevende. Det bør vurderes nøye om dagens deling av det polikliniske tilbudet ut fra SPHR Midt-Troms faktisk er hensiktsmessig og god ressursutnyttelse for fremtiden.

Nr.	Høringssvar fra	Avsender	Dato	Hovedbudskap
11	Avdeling nord	Vemund N Myrbakk, avdelingsleder	28.10.2020	Forslaget o**ppfattes som en dreining fra døgn til dag uten at det foretas drastiske lite reverserbare tiltak** som nedleggelse av døgnenhet. I dette ligger det også begrenset med midler til å omstille fra døgn til dag. Vurderingene som ligger bak, bør komme tydeligere frem. OU prosessen vil sette retning for SPHR sine oppgaver i årene som kommer. Dette kan innebære at det kommer nye forventninger til døgnenhetene sitt oppdrag. Eksempel på dette er alvorlig psykiske lidelser og behov for lengre rehabiliteringsopphold. Videre bør det vurderes om døgntilbudene til personer med alvorlig traumelidelser og personer med alvorlig psykoselidelse, da særlig unge nysyke, er godt nok ivaretatt innenfor dagens tilbud. Kvalitet på tilbudet til disse pasientgruppene vil kunne påvirke beleggsprosent og behov for døgnkapasitet i fremtiden. Dette kan forsvare en «forsiktig» dreining fra døgn til dag. Det savnes en grundigere redegjørelse/betraktning rundt status angående behov og dekning av **behov i befolkningen i et faglig perspektiv**. •Reduksjon av sengetall vil kunne gi **høyere pleiefaktor i alle tre enhetene**. Det fremkommer ikke av dokumentet hvilken pleiefaktorer som er planlagt eller ønskelig. •En **reduksjon** til fra 36 til 30 eller 28 senger **vil fortsatt være høyere tilbud enn det faktiske forbruk av senger**. •Det fremkommer av dokumentet at en reduksjon av sengetall, skal bidra til en dreining/omstilling av ressurser fra døgn til dag i form av økning av det ambulant og polikliniske tilbudet. Dette vil kunne bidra til at man reduserer behovet for innleggelser ytterligere sammenlignet med forbruket av senger i dag. •En reduksjon på 2-4 senger i hver enhet vil mest sannsynlig fordre samme bemanning på aften, natt og helg. Slik at besparelsene vil være begrenset, anslagsvis 3-4 millioner. Det vil likevel være noe for omstilling til dag.
12	Psykologgruppa SPHR Midt-Troms	Therese L Danielsen, psykolog		**Anbefaler ikke færre enn 10 døgnplasser**. Viktig å **opprettholde stort nok opptaksområde rundt SPHR Midt-Troms** for å sikre fagmiljø. **Opprettholdelse av poliklinikk Sjøvegan viktig** for pasient - lengre reisevei medfører risiko for å ikke benytte poliklinisk tilbud og da flere innleggelser. Helhetlig pasienttilbud for voksne og barn i samarbeid med BUP.
13	DeVaVi-leger	Even Petter Olsen, lege i vakt og medisinskfaglig rådgiver		4 av legene har gitt tilbakemelding via medisinskfaglig rådgiver. De er **skeptiske til å redusere antall senger**. Redusert antall senger vil gi færre elektive innleggelser, og det er uheldig. Vi er avhengig av å ha ledige senger å spille på for å ivareta pas som er akutt suicidale. Reduksjon av senger på DPS vil gi flere innleggelser på akuttpostene. Både fordi pas vil bli sykere før de for lov til å bli innlagt, og fordi noen som kunne ha vært på DPS ikke får plass. Innleggelser på tvang vil kunne øke fordi pas blir dårligere før de får tilbud om innleggelse. Man trenger da flere ressurser på akuttpostene. Antall innleggelser i Harstad (30 epikriser hver mnd) er flere enn til døgnpostene i Tromsø, noe som viser behovet. Hva sparer man ved å kutte antall senger?

Notat til klinikkledelsen
Utvikling i Avdeling sør– fokus døgnkapasitet

Dato: 12.02.2020
Til: Klinikkledelsen PHRK
Fra: Avdelingsleder i Avdeling sør, Anita M Vaskinn

Aktuelt

Dette saksframlegget bygger på drøftinger siste år og siste diskusjon i klinikkledelsen 19. desember 2019. Avd. Sør erkjenner utfordringsbildet med lav beleggsprosent på døgnpostene og for liten kapasitet i den polikliniske driften. Vi har sett på ulike måter å ta ned sengekapasitet for å omdisponere midler internt i avdelingen slik at vi får styrket de polikliniske og ambulante tjenestene. Mulig behov for endring av opptaksområdet per SPHR kompliserer dette bildet.

Til klinikkledelsens samling 13.februar 2020 er jeg bedt om å levere et notat/beslutningsforslag knyttet til *ønsket endring av døgnkapasitet i Avdeling sør, nødvendige forutsetninger for dette inkludert interne prosesser, samt bruk av frigjorte ressurser.*

Mulige løsninger/Ønskede endringer

Forslag antall senger

Avdelingsledelsen i Avd. Sør har et klart ønske om å ta ned sengetallet i Avd. Sør. Siden vi både ser på ulike prinsipper for planlegging av sengekapasitet og vi ikke har avklart om det er aktuelt å endre opptaksområdet, ønsker vi i første omgang å redusere sengetallet til 10 senger per seksjon. Det er da ønskelig å beholde bemanning slik den er i dag (jfr argumentasjon i pkt 4.1.1 i vedlagt notat). Om ønskelig, kan det utredes muligheten for mer standardisert bemanning ved Avd. Sør sine døgnenheter. Dette må inkludere en risikovurdering.

Det er deretter ønskelig å utrede ulike alternativer for antall senger i Avd.Sør. I første omgang ser det ut som en samlet sengekapasitet på 28 senger vil være mest aktuelt å se nærmere på (jfr pkt 4.1.3 og 4.2.2 i vedlagt notat).

Hva er gjort til nå?

Per nå er utfordringsbildet drøftet med alle lederne i Avd. Sør (lav beleggsprosent/dårlig kapasitet i poliklinikk som gjør at vi må se på ressursfordeling til ulike oppgaver, samt at opptaksområde eller budsjetter må justeres). Fordi antall sengeplasser ikke er en avgjørelse som kan tas bare i Avd. Sør da det berører den samlede kapasiteten i klinikken, har vi forholdt oss lojal til det klinikkledelsen har hatt som beslutning mtp å ikke gå ut med konkrete forslag i første omgang, da det innebærer en risiko for å skape unødig uro i organisasjonen.

Konkret innhold i vedlagt notat er derfor verken drøftet med enhetsledere, brukere, vernetjeneste eller tillitsvalget. Vi har således et begrenset tilfang av synsvinkler og innspill. Det må ut fra dette tas høyde for at det kan komme nye momenter og andre forslag som ikke er vurdert tidligere.

Videre prosess

a) Avklaring i klinikkledelsen om Avd.Sør kan ta ned sengekapasitet til 10 senger med en samlet kapasitet på 30 senger. Det anses som lite kontroversielt i avdelingen og det anses som en liten risiko forbundet med dette – spesielt hvis personellressursen i alle vesentlig grad beholdes inntil vi får gjort en større utredning/risikovurdering. I mellomtid forsøker vi å dokumentere dreining av bruk døgnressurser mot poliklinisk- og utadrettet virksomhet.
b) Avklaring i klinikkledelsen omkring hvorvidt vedlagt notat skal tas ut i avdelingen eller om det fortsatt anses som for tidlig
c) Avklaring i klinikken omkring ønsket utvikling av sengepostene og pasientstrømmer. Det bør gis føringer for hele klinikken før det gjørs store endringer i deler av virksomheten.
d) Avklaring i klinikkledelsen av hvilken modell(er) mtp framtidig sengekapasitet som er ønskelig å utrede videre i Avd. Sør (- bør ikke være for mange)
e) Involvering av aktuelle parter:
    - enhetsledere, tillitsvalgte og vernetjenesten i Avd. Sør
    - brukerorganisasjoner
    - kommuner
    - berørte enheter i UNN HF
f) Risikovurdering av alternativer
g) Innspillsrunde før beslutning i klinikkledelsen mtp sengekapasitet

Klinikkens utfordring ved valg av løsning

Klinikken bør i denne sammenheng ta stilling til hvordan man skal sørge for likeverdig behandlingstilbud uavhengig av hvor man bor, og hvilket prinsipp man planlegger ut fra (jfr pkt 2.2 og siste avsnitt i pkt 5 i vedlagte notat).

Bruk av frigjorte ressurser i Avdeling Sør

Vi har kapasitetsutfordringer i den polikliniske driften, og vi jobber med å etablere FACT som innebærer et kvalitativt og ressursmessig nytt tilbud i Avd.Sør. Sistnevnte tenkes finansiert gjennom UNN sin langtidsplan da dette er en nyetablering av tilbud til en gruppe pasienter som i vårt opptaksområde ikke har fått et helhetlig behandlingstilbud tidligere. Når det gjelder kapasitetsutfordringer poliklinikk, så er det behov for flere stillinger og kapasitetsforbedringer gjennom det å se på drift og pasientforløp i poliklinikk. Dette vil være et ledd i videreutvikling mtp satsningen fra døgn til dag. Fordeling av evt. frigjorte midler ved nedtak av sengeplasser vil kunne konkretiseres når opptaksområde for hvert SPHR er avklart og vi har fått sett nærmere på fordeling av polikliniske stillinger per 10 000 innbyggere, antall pasienter henvist til hvert SPHR og justeringer for det vi antar er et for lavt forbruk/evt for høyt forbruk i deler av opptaksområdet til Avd.Sør.

Vedlegg: Arbeidsnotat: Utvikling av Avdeling sør i 2020 – fokus døgnkapasitet, desember 2019

Vedlegg

Arbeidsnotat: Utvikling av Avdeling sør i 2020 – fokus døgnkapasitet

Desember 2019

1 Innledning

Å se på tjenestetilbudet og omstilling av pasienttilbudet i avdelingen, har vært en prosess over tid. I klinikkledelsens møte 19.desember ble jeg bedt om å belyse «Utfordring døgnvirksomhet i Avdeling Sør». Oppdraget kan besvares med å si at vi blant annet har utfordring med:

- Å få ansatt behandlere (lege- og psykologspesialister). Vi må derfor ha innleie fra firma (Ofoten) og må «låne» overlege fra akuttpost (Midt-Troms).
- Utfordringer med for få vikarer - ved fravær miljøpersonalet får vi enten ikke tak i folk eller det kan fort generes overtid (Sør-Troms).
- Vi strever med å vite hvordan vi kan gi et godt tilbud til pasienter med rusproblematikk og pasienter med psykiske lidelser innenfor samme døgnenhet (Midt-Troms og Sør-Troms).
- Vi har ulike forbruksprofil på innleggelser på de tre seksjonene uten at vi helt vet hvorfor (bruk av akuttpost, lengde på innleggelser og antall innleggelser).
- Vi har for dårlige lokaler til å gi polikliniske injeksjoner (Sør-Troms).
- Hvordan vi skal få til å bidra inn i pakkeforløpene (behov for kompetanseheving og samordning forløp i poliklinikk).
- Arbeidsmiljøutfordringer og høyt sykefravær.

Bakgrunnen for bestilling inn i klinikkledelsen var ikke med ønske om å belyse ovenstående, men fordi antall senger vi har på døgn ikke benyttes (lav beleggsprosent).

Utvidet avdelingsledelse har, med bakgrunn i det å sørge for likeverdige behandlingstilbud og god ressursbruk, **sett på om det er det behov for å endre måten vi leverer tjenestene i Avdeling sør.** Det mest nærliggende er å tenke at vi må:

- Justere ned antall sengeplasser i avdelingen (lav beleggsprosent/annet pasientgrunnlag enn tidligere).
- Oppjustere kapasitet i poliklinikkene (for lav kapasitet).
- Se på om akuttfunksjon er dimensjonert og organisert på riktig måte (ulik profil, ulik bemanning og bruk av beredskapstid, ikke så ambulant som først tenkt).
- Avklare hvordan vi skal sørge for at vi har får funksjonelle ambulante tjenester (inkl. FACT).

I dette notatet fokuseres det på justering av antall sengeplasser med det formål å frigjøre ressurser slik at Avd. Sør kan forsterke den polikliniske og ambulante virksomhet ytterligere.

2 Bakgrunn

2.1 Avdeling sør – vårt ansvar og våre primæroppgaver

Avdeling sør består av tre Senter for psykisk helse og rusbehandling – ofte omtalt som DPS. Som del av spesialisthelsetjenesten har vi fire primære ansvarsområder: Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring til pasienter.

Konkret er vårt ansvar knyttet til utredning og behandling av pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser - altså Psykisk helsevern voksne (PHV), samt oppfølging av pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk (TSB).

- Elektiv virksomhet (poliklinisk, innleggelse)
- Akuttfunksjon 24/7 (AAT, DeVaVi -leger, døgn + i samarbeid med Psykiatriskavdeling og Rusavdelingen). Veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten skal gå via SPHR
- Fokus på justering av tilbudet fra døgn til dag, og at mest mulig av tilbudet skal kunne gis lokalt
- Tilby pasientforløp i tråd med beskrivelsene i pakkeforløp

2.2 Likeverdig behandlingstilbud

Et likeverdig behandlingstilbud betyr at de som søkes inn til våre tjenester får et tilbud (kapasitet tilpasset etterspørsel/ forbruk), men samtidig må det tas hensyn til antatt behov i befolkningen (for eksempel ressursbruk pr 10 00 innbygger). Vi har i første omgang brukt befolknings-grunnlaget som utgangspunkt for ressursfordeling av budsjett per seksjon, men siden opptaks-området endres grunnet sammenslåing av kommuner og endrede transportveier, er det antageligvis nødvendig å se fordeling mellom seksjonene på nytt. Vi ser også at vi har store variasjoner i forbruk og det er per nå i mindre grad vektlagt – vi må ta stilling til om dette også må ses nærmere på som en parameter for antall stillinger/ sengeplasser/ kapasitet. Et annet mål som kan være aktuelt her, er å se på hvor mange pasienter vi greier å gi et tilbud til per enhet/seksjon heller enn å snakke om liggedøgn, beleggsprosent og antall konsultasjoner.

Når det gjelder likeverdig behandlingstilbud, så må vi også se på det innholdsmessige/ kvalitative i tilbudene, om like typer tjenester har forskjellig profil og i så fall om dette er en ønsket variasjon. Dette tenker skal vi ta inn som en del av kompetanseplanlegging som allerede er satt på dagsorden i avdelingen.

2.3 Aktivitetsprofil og ressursbruk

Vi har siste årene relativt lavt belegg på døgnenhetene våre (53 - 60 %). Det er ei forventning om 80 - 85 % belegg. Samtidig som det er ofte er sprengt kapasitet ved akuttpostene og ved døgnenhetene i Tromsø. I tillegg er det ganske store forskjeller mellom hvor mange pasienter fra hvert opptaks-område som får et tilbud på det lokale SPHR og på akuttpost (antall innleggelser pr år fra hvert opptaksområde og innleggelser per 10 00 innbyggere).

Den polikliniske aktiviteten i 2019 ligger lavere enn forventet. Vi har i år hatt fristbrudd ved alle tre seksjonene grunnet for lav kapasitet. Det er i tillegg store forskjeller på kompetanseprofil på de tre poliklinikkene og antall pasienter tatt inn i behandling samsvarer ikke med befolkningsgrunnlaget.

Avdeling sør brukte i 2019 mere penger enn i 2018, og det stilles spørsmålstegn ved at ressursbruk ikke gir seg utslag i økt aktivitet verken i polikliniske konsultasjoner eller beleggsprosent/antall liggedøgn. Det må her påpekes at vi de siste årene har vi jobbet med store endringsoppgaver: blant annet pakkeforløp og drift av FACT uten tilførsel av flere ressurser. En annen oppgave som vi tydeligere har ansvar for i 2016, er rusbehandling ved SPHR. Utvikling og avklaring av hvordan disse tjenesten skal være, er ikke ferdigstilt (spesielt med tanke på behandling av ruspasienter på døgn). På personellsiden har vi store utfordringer fordi vi mangler spesialister. Det gjør at vi leier inn personell fra firma, noe som er dyrt. I tillegg har vi kjørt kveldspoliklinikk i Sør-Troms for å unngå fristbrudd. I forbindelse med innføring DIPS Arena ble det klart at vi hadde for gamle PC'er og innkjøp av disse har medført merkostnader i 2019. Vi har også hatt en økning i reisekostnader. Dette blant annet knyttet til nødvendig kompetanseheving. I døgnvirksomheten sparer vi lite, selv om beleggsprosent er lav siden personell går i turnus.

3 Aktivitetsdata med tanke på døgnvirksomhet

3.1 Antall døgnplasser SPHR i PHRK

	Antall døgnplasser		
SPHR	**Befolkning**	**Senger**	**per 10000**
Ofoten	21132	12	5,7
Sør-Troms	26360	12	4,6
Midt-Troms	27980	12	4,3
Tromsø	71262	33	4,6
Nord-Troms	8998	6	6,7

Nord-Troms har flest antall senger pr 10 000 innbygger. Dernest kommer Ofoten. Midt-Troms har færrest senger pr 10 000 innbyggere.

Tabell 1 Antall døgnplasser per 10 000 innbyggere med utgangspunkt i bostedskommuner knyttet til hvert SPHR (tall fra 2019)

3.2 Beleggsprosent på de ulike sengepostene

Avdeling (for...	Sengeposter	Belegg % i år	Belegg i % i fjor	Liggedøgn hiå	Endr. liggedøgn	Innleggelser hiå	Endr. innleggelser
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	87,6 %	84,2 %	3 494	125	257	-23
	Døgn 2 Tromsø	87,7 %	88,8 %	2 714	133	201	-46
	Døgn Storslett	65,4 %	64,9 %	1 217	16	182	0
	Døgn Storsteinnes	80,9 %	83,0 %	2 266	-61	255	5
	Medikamentfritt døgntilbud	77,6 %	69,3 %	1 384	125	101	7
Delsum: Avdeling nord (700763)		81,9 %	80,3 %	11 075	338	996	-57
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	59,1 %	64,3 %	2 125	-186	374	52
	Døgn Narvik	60,0 %	58,6 %	2 298	37	224	-39
	Døgn Silsand	53,0 %	57,7 %	1 867	-199	222	0
Delsum: Avdeling sør (700762)		57,4 %	60,1 %	6 290	-348	820	13
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	94,6 %	81,3 %	4 076	768	341	-21
	Akuttpost sør	97,6 %	84,9 %	3 033	-129	313	-5
	Akuttpost Tromsø	96,9 %	90,6 %	3 900	256	399	30
	Alderpsykiatri døgn	73,5 %	81,3 %	3 281	3	74	2
	Annet	.	.	.	.	2	-1
	Psykose og rusenheten	89,4 %	88,2 %	3 254	98	97	4
	Sikkerhet døgn	96,8 %	87,4 %	2 266	221	13	-8
	Sikkerhet rehabilitering	135,5 %	117,3 %	3 168	424	4	-7
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		94,9 %	88,5 %	22 978	1 640	1 243	-6
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	83,8 %	84,7 %	1 850	-16	161	14
	Avrusning Tromsø	86,3 %	78,0 %	2 922	322	354	86
	Rus døgn Narvik	88,0 %	87,3 %	6 178	39	207	39
	Rusbehandling Restart	88,9 %	90,7 %	3 548	-61	150	-30
	Rusbehandling ung	74,5 %	67,0 %	3 727	373	64	-10
Delsum: Rusavdeling (700754)		84,4 %	81,5 %	18 225	657	936	99
Sum		**83,3 %**	**80,3 %**	**58 568**	**2 287**	**3 995**	**49**

Tabell 2: HN-LIS januar-november 2019

3.3 Forbruksmønster

Aktivitetsdata januar - november 2019

		Akuttpost		Døgn SPHR		Samlet liggedøgn Akuttpost og døgn		Samlet antall på akuttpost og døgn		TSB		TSB + PHV	
	Befolkning	Liggedøgn	pr 10 000	Liggedøgn SPHR	pr 10 000	Liggedøgn	pr 10 000	Innleggelser	pr 10 000	Liggedøgn	pr 10 000	Liggedøgn	pr 10 000
Ofoten	21 132	394	186,4	2 089	988,5	2 483	1 175,0	267	126,3	2 736	1 294,7	5 872	2 778,7
Sør-Troms	26 360	1 240	470,4	1 959	743,2	3 199	1 213,6	477	181,0	1 792	679,8	5 431	2 060,3
Midt-Troms	27 980	1 056	377,4	1 886	674,1	2 942	1 051,5	301	107,6	607	216,9	5 727	2 046,8
Tromsø og omegr	71 262	4 782	671,0	8 134	1 141,4	12 916	1 812,5	1 209	169,7	5 828	817,8	24 871	3 490,1
Nord-Troms	8 998	432	480,1	894	993,6	1 326	1 473,7	186	206,7	443	492,3	1 952	2 169,4

Tabell 3: Kilde: HN-LIS. Se vedlegg for ytterligere detaljer. Merket gult er høyeste forbruk av liggedøgn per type sengepost fra et gitt geografisk opptaksområde. Merket hudfarge er nest høyeste forbruk.

Kommuner tilhørende SPHR Tromsø (Tromsø, Karlsøy, Lyngen, Balsfjord og Storfjord) har *flest liggedøgn* pr 10 000 innbygger både på akuttpost og på døgn. Kommuner tilhørende Nord-Troms er de som dernest forbruker mest. Ser vi samlet på *antall innleggelser* på akuttpost og døgn, er det Nord-Troms som har flest antall innleggelse og dernest Sør-Troms. Når det gjelder liggedøgn TSB (Rusavdelinga) er det innbyggere fra Ofoten som har flest liggedøgn. Samlet sett for TSB og PHV, er det flest liggedøgn per innbygger i Tromsø og dernest i Ofoten.

4 Avdeling Sør ønsker å justere ned antall sengeplasser

Vi har 12 døgnplasser ved alle de tre seksjonene i Avd. Sør. Vi erfarer at vi ikke alltid greier å gi et kvalitativt godt tilbud til 12 pasienter samtidig med den bemanningen vi har tilgjengelig i dag (mange akuttinnleggelser, rusproblematikk, problematikk som krever høyere bemanningstetthet, korte innleggelser). Det har derfor vært et ønske om å ta ned antall sengeplasser til 10, slik at det samsvarer med det reelle tilbudet vi kan gi. Da med tanke på å beholde tilnærmet samme bemanning som i dag.

I tillegg har det vært fokusert utvikling med tanke på å dreie tilbudsprofilen fra døgn til dag. Til en viss grad kan man si at vi delvis har lyktes med dette når vi ser på liggetid og den lave beleggsprosenten over tid. Dette gjør at det er nærliggende å se for seg et nedtak av antall senger for å se om vi kan få en forflytning av ressurser over til polikliniske og ambulante tilbud.

Det er tatt utgangspunkt i to hovedmodeller:

- 4.1 Dagens opptaksområder: Likt antall senger eller evt. mest mulig likt antall senger per 10 000 innbygger-
- 4.2 Ulikt antall senger ved SPHR – prinsipp bygge opp virksomhet rundt sykehusene. Endre opptaksområde – noe som kan bety nedleggelse Sjøvegan

4.1 Dagens opptaksområder: Likt antall senger eller evt. mest mulig likt antall senger per 10 000 innbygger

4.1.1 Ti senger

Når vi skal justere ned senger, vil det være spørsmål om hvor mange senger vi bør ha. Det er tidligere vurdert at nedtak til 10 senger per SPHR er ønskelig. Vi tar derfor utgangspunkt i dette. Mulighet for å omdisponere midler vil da, ut fra en standard bemanning av døgnpersonell, være 3,15 mill. (se tabell 4).

Alt.II Bemanningsbehov utfra døgnplasser			
	10 senger	9-8 senger	6 senger
D	7	6	5 til 6
A	3	3	3
N	2	2	2
Helg	3+3	3+3	2+2
Årsverk i turnus	17,39	16,33	15,02
Alt.II Bemanningsbehov utfra døgnplasser			
Døgn Harstad	616 000	1 199 000	1 919 500
Døgn Narvik	665 500	1 248 500	1 969 000
Døgn Silsand	1 875 500	2 458 500	3 179 000

Tabell 4 Standard bemanning og mulige besparelser ut fra dagens bemanningssituasjon

Døgnenhetene skal gi et kvalitativt godt tilbud til pasienter med ulik problematikk og vi søker i UNN å gi mest mulig tilbud lokalt, slik at pasientene slipper å reise til og ta opp unødig plass ved mer spesialiserte tilbud. Avd. Sør sine pasienter har et relativt lavt forbruk av liggedøgn på akuttpost (jfr tabell 3). Bemanning på døgnenhetene må derfor ikke reduseres i en slik grad at vi risikerer at døgnenhetene ikke kan ivareta den pasientpopulasjonen de i dag har mulighet for å gi et tilbud, med risiko for å forskyve pasientmassen over mot akuttpost.

Et annet argument for å beholde bemanning på dagens nivå, selv om vi tar ned til 10 senger, er at det gir oss mulighet til å fortsette utvikling av tilbudet fra døgn til dag med en dertil kontrollert forskyving av ressurser. Per i dag vet jeg at Sør-Troms bruker ressurser fra døgn inn i gruppebehandling, Ofoten jobber med å få til mer utadrettet virksomhet/rådgiving til kommunene mtp de pasientene som omtales som «stormottakere», og i Midt-Troms har man også tidvis brukt ressurser ut i kommunene for å unngå innleggelse.

Sammenligner vi bemanning i Avd. Nord sine sengeposter inkl. behandlere (tabell 5), så har Avd. Sør sine sengeposter lavere bemannings- og pleiefaktor enn døgnpostene i Avd. Nord. Tar vi ned antall senger uten å endre bemanning, vil det være en bemanningsfaktor som er litt, men ikke vesentlig høyere i Avd. Sør enn i Avdeling Nord. Reduserer vi bemanning tilsvarende tabell 4, så vil pleiefaktoren være på 1,74 som er lik døgn 1 i Tromsø, mens bemanningsfaktor vil være på henholdsvis 2,21 (Sør-Troms), 2,34 (Ofoten) og 2,18 (Midt-Troms).

	Senger	Bemanningsfaktor (stillingsark døgn + behandlere per seng)	Pleiefaktor (ansatte i turnus per seng)
Døgn 1 Tromsø	12	2,28	1,73
Døgn 2 Tromsø	12	2,53	1,82
Døgn Storsteinnes	9	2,26	1,94
Døgn Storslett	6	2,83	2,42
Døgn Sør-Troms	12 (10)	1,93 (2,32)	1,54 (1,85)
Døgn Ofoten	12 (10)	2,05 (2,46)	1,55 (1,86)
Døgn Midt-Troms	12 (10)	2,14 (2,57)	1,73 (2,08)

Tabell 5 Bemanningsfaktor og pleiefaktor på de ulike døgnenheten i PHRK – kartlegging gjort av Vivian Bjellmo vår 2019. Ved døgnenhetene i Avd.Sør er det beregnet tall for 10 senger med samme bemanning som i dag.

Å sammenligne direkte mellom sengeposter ved ulike lokasjoner er vanskelig, da det er åpenbare forskjeller – for eksempel at Avd. Nord sine sengeposter i Tromsø forvalter tvang, mens Avd. Sør sine sengeposter har mindre mulighet for støtte fra andre enheter på ettermiddag og i helger.

4.1.2 Åtte senger ved alle SPHR i Avd. Sør

Vi ser at beleggsprosent på rundt 60 % kan tilsi at det er mulig å gå ned til 8-9 senger per seksjon og heller frigjøre mere ressurser til poliklinisk/ambulant drift i Avd. Sør. Hvis vi beholder opptaksområdene rundt sentrene som i dag (Tjeldsund over til Sør-Troms grunnet kommunesammenslåing), blir opptaksområdet rundt Ofoten relativt mindre enn de to andre seksjonene i Avdeling sør.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	8	Senja (Lenvik, Berg, Torsken, Tranøy), Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 980	2,9
Sør-Troms	8	Tjeldsund (Skånland, Tjeldsund), Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 401	2,9
Ofoten	8 (6)	Narvik (halve Tysfjord, Ballangen, Narvik), Evenes, Gratangen	20 091	3,98 (2,99)
Avd.Sør	**24 (22)**		75 427	**3,18 (2,92)**

Tabell 6 Antall senger fordelt på kommuner slik de er i dag og beregning av senger per 10 000 innbygger

- Denne modellen gir en besparelse ca 4,9 millioner med utgangspunkt i standardisert bemanning for 8 senger (se tabell 4). Grunnet få behandlere i Midt-Troms, er det valgt å ha noe høyere bemanning miljøpersonalet, så besparelse vil nok være noe mindre.

- Det kan vurderes om det er aktuelt å ta ned til 6 senger i Ofoten for å få tilnærmet likt antall senger per 10 000 innbyggere i hele Avdeling sør. Dette vil gi en ytterligere besparelse på 700 000.

    - Problemet med denne løsningen er at *forbruksmønstret* ikke tilsier at vi skal ta ned senger i Ofoten mer enn ved de to andre SPHR i Avd.Sør. Det er også en risiko at vi samlet sett får en noe for lav kapasitet i avdelingen. I tillegg samsvarer dette dårlig med det som inngår i planlegging av Nye UNN Narvik (NUN)[1].

4.1.3 Åtte senger i Narvik og ti senger i Midt-Troms og Sør-Troms

For å unngå at vi juster ned sengetallet for mye og på en slik måte at det ikke er i tråd med allerede planlagte endringer, er det sett på mulig for å justere sengeantallet slik at det blir 10 senger i Midt-

[1] Psykisk helsevern er planlagt med 11 senger i NUN som skal stå ferdig i 2024. Av disse er to senger definert som akutte utredningsplasser som skal følges opp i samarbeid med TSB. TSB har på sin sengepost også to slike senger som skal følges opp i samarbeid med PHV (til sammen 4 akutte utredningsplasser).

Troms og Sør-Troms, mens vi reduserer til 8 senger i Ofoten. En slik løsning vil frigjøre ca 3,1 millioner – da tatt utgangpunkt i tabell 4.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	10	Senja (Lenvik, Berg, Torsken, Tranøy), Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 980	3,57
Sør-Troms	10	Tjeldsund (Skånland, Tjeldsund), Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 401	3,64
Ofoten	8	Narvik (halve Tysfjord, Ballangen, Narvik), Evenes, Gratangen,	20 091	3,98
Avd.Sør	**28**		75 427	**3,7**

Tabell 7 Antall senger fordelt på kommuner slik de er i dag og beregning av senger per 10 000 innbygger

4.2 Ulikt antall senger ved SPHR - bygge opp virksomhet rundt sykehusene

4.2.1|Seks senger i Midt-Troms og tolv senger i Sør-Troms og i Ofoten

Dette forslaget tar utgangspunkt i at klinikken mener at vi ikke kan greie å ha like stor døgnvirksomhet alle steder (økonomi + tilgang fagpersoner), og at prinsippet da blir at vi bygger opp de største døgnenhetene i nærhet av somatisk sykehus med tanke på integrering somatikk, TSB og PHV. Det betyr at vi i Avd.Sør velger de to største døgnenhetene i tilknytning til sykehuset i Harstad og i Narvik, og en noe mindre sengepost i Midt-Troms. Med dette prinsippet som utgangspunktet må det også ses på sengepost i Nord-Troms.

For at dette forslaget skal være aktuelt bør opptaksområdet endres, og det blir da aktuelt å legge ned poliklinikk på Sjøvegan.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	6	Senja (Lenvik, Berg, Torsken, Tranøy), Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv	22 189	2,7
Sør-Troms	12 (10)	Tjeldsund (Skånland, Tjeldsund), Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 403	4,38 (3,65)
Ofoten	12 (10)	Narvik (halve Tysfjord, Ballangen, Narvik), Evenes, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen	25 880	4,64 (3,86)
Avdeling sør	**30 (26)**		**75 472**	**3,98 (3,45)**

Tabell 8 Antall senger fordelt på kommuner etter endret opptaksområde, samt beregning av senger per 10 000 innbygger

- Samlet økonomisk besparelse: 3,4 mill.
    - Ved å ta ned til 6 døgnplasser i Midt-Troms kan det frigjøres kr 3,1 mill. til omfordeling poliklinisk/ambulant virksomhet i avdelingen. Siden beleggsprosent i

dag er så vidt lavt, antas ikke at det vil bli så mye besparelser i driftskostnader (potensiale dessuten lite, ved omstillingsutfordring 2018/ 2019 er det allerede redusert vesentlig på driftskostnader)

- Økonomisk besparelse ved nedleggelse av poliklinikk Sjøvegan er beregnet til: 660 000,- (inkl. husleie), men her må polikliniske stillinger overføres til Silsand eller Narvik, så reell besparelse gjelder husleie (300 000,-) og reisekostnader for personell, samt omkostninger med å drive en poliklinikk på to lokasjoner. Det antas økninger i kostnader knyttet til pasientreiser og reise ambulerende personell.

- Ulempene med dette forslaget:
  - er at befolkningen i indre del av Midt-Troms/Sør-Troms får lengre vei til poliklinisk behandling. Vi ser allerede i dag at det er et relativt lavt forbruk av polikliniske tjenester i Midt-Troms og tenker at noe av grunnen er lange avstander i opptaksområdet.
  - Kommunene må endre samarbeidsflater/hvilket SPHR de samarbeider med, og opptaksområdet vil ikke samsvare helt med de interkommunale samarbeidene som foreligger
  - I tillegg vil at det noen ganger blir noe for lite kapasitet på sengepost i Midt-Troms, og vi risikerer å måtte sende pasienter unødig. Vi opprettholder samtidig en «overkapasitet» i Sør-Troms og Ofoten. Et alternativ kan da være å beholde 8 senger i Midt-Troms og ha 10 senger i Narvik og Harstad. Da opprettholdes tilnærmet lik kapasitet per 10 000 innbyggere ved de tre seksjonene (se 4.2.2).

4.2.2. Åtte senger i Midt-Troms, og ti senger i Ofoten og i Sør-Troms

For å opprettholde lik tilgang til antall senger per 10.000 innbyggere i Avd.Sør sitt nedslagsfelt vil en sengekapasitet på 8, 10,10 vil være en bedre løsning enn det som skisseres i 4.2.1.

	Antall senger	**Kommuner**	**Antall innbyggere**	**Sengeplasser per 10 000 innbyggere**
Midt-Troms	8	Senja (Lenvik, Berg, Torsken, Tranøy), Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv	22 189	3,6
Sør-Troms	10	Tjeldsund (Skånland, Tjeldsund), Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 403	3,65
Ofoten	10	Narvik (halve Tysfjord, Ballangen, Narvik), Evenes, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen	25 880	3,86
Avdeling sør	**28**		**75 472**	**3,7**

Tabell 9 Antall senger fordelt på kommuner etter endret opptaksområde, samt beregning av senger per 10 000 innbygger

Den økonomiske besparelsen her vil bli omlag av 4 mill. (3,7 mill samlet for alle tre døgnseksjoner og 300 000 nedleggelse Sjøvegan) gitt at vi tar utgangspunkt i tabell 4, men noe mindre hvis vi tar høyde for argumentasjon under pkt. 4.1.1. Ulemper med endrede samarbeidsflater og at noen innbyggere får noe lengre reisevei gjelder også dette alternativet.

4.3 Oppsummering modeller

Modell	Antall senger per sted	Ulempe	Fordel	Økonomi besparelse gitt standard bemanning
Dagens opptaksområde	4.1.1 Ti senger 30 senger		Liten risiko Beholder kjente samarbeidsflater kommune	3,15 mill
	4.1.2 Åtte senger ved alle SPHR i Avd. Sør 24 senger	Ofoten lite opptaksområde Ujevn fordeling per 10 000 innbyggere Risiko for perioder med for få senger?	Økt besparelse og sengekapasitet mer i tråd med beleggsprosent Beholder kjente samarbeidsflater kommune	4,9 mill
	4.1.3 Åtte senger i Ofoten og ti senger i Midt-Troms og Sør-Troms 28 senger	Ofoten lite opptaksområde Ikke i tråd med planer NUN	Beholder kjente samarbeidsflater kommune Bedre justert enn 4.1.2 ifht antatt behov	3,7 mill
Bygge opp virksomhet rundt sykehusene – Endre opptaksområde og legge ned Sjøvegan	4.2.1 Seks senger i Midt-Troms og tolv senger i Sør-Troms og i Ofoten 30 senger	Deler av befolkningen får lengre vei til poliklinisk behandling Kommunene må endre samarbeidsflater Noen ganger blir noe for lite kapasitet på sengepost i Midt-Troms + opprettholder «overkapasitet» i Sør-Troms og Ofoten	Utjevner størrelse på opptaksområder til SPHR i Avd. Sør	3,4 mill
	4.2.2 Åtte senger i Midt-Troms, og ti senger i Ofoten og i Sør-Troms 28 senger	Deler av befolkningen får lengre vei til poliklinisk behandling Kommunene må endre samarbeidsflater	Utjevner størrelse på opptaksområder til SPHR i Avd. Sør Mer i tråd med planer for NUN Jevn kapasitet per 10 000 innbygger	4 mill

Tabell 10 Oppsummering av de ulike modellene for valg av antall senger

5 Vurdering

Avdelingsledelsen i Avd. Sør har et klart ønske om å ta ned sengetallet i Avd. Sør. Siden vi både ser på ulike prinsipper for planlegging av sengekapasitet og vi ikke har avklart om det er aktuelt å endre opptaksområdet, ønsker vi å redusere sengetallet til 10 senger per seksjon i første omgang. Det er da ønskelig å beholde bemanning slik den er i dag (jfr argumentasjon i pkt 4.1.1). Det kan være aktuelt å se nærmere på mer standardisert bemanning ved Avd. Sør sine døgnenheter. Dette må inkluderer en risikovurdering.

Det bør tas stilling til om noen alternativer skissert i dette notatet bør utredes nærmere og hvor fort det er aktuelt å ta prosessen ytterligere ut i avdelingen. Per nå er utfordringsbildet drøftet med alle lederne i Avd. Sør (lav beleggsprosent/dårlig kapasitet i poliklinikk som gjør at vi må se på ressursfordeling til ulike oppgaver, samt at opptaksområde eller budsjetter må justeres). Fordi antall sengeplasser ikke er en avgjørelse som kan tas bare i Avd. Sør da det berører den samlede kapasiteten i klinikken, har vi forholdt oss lojal til det klinikkledelsen har hatt som beslutning mtp å ikke gå ut med konkrete forslag i første omgang, da det innebærer en risiko for å skape unødig uro i organisasjonen. Konkret innhold i dette notat er derfor ikke drøftet med enhetsledere, brukere, vernetjeneste eller tillitsvalget. Vi har således et begrenset tilfang av synsvinkler og innspill.

I en evt ytterligere prosess mtp nedtak av antall senger må det være en tydelig involvering av aktuelle parter, dvs enhetsledere, tillitsvalgte og vernetjenesten i Avd. Sør, kommuner, mulig berørte enheter i UNN HF og brukerorganisasjoner tas med. I denne prosess må det være åpning for at de ser andre og bedre løsninger som her ikke er nevnt og som da må tas til vurdering. Vi vet blant annet for lite om hvordan innføring av FACT-team blir å påvirke behov for senger og hvorfor forbruksmønsteret er så vidt forskjellig ved de tre døgnenheten selv om det tilsynelatende ser likt ut hvis vi bare ser på beleggsprosent. Ønsket utvikling av sengepostene i hele klinikken bør ses på og gis noen føringer før man gjør store endringer i deler av virksomheten.

Klinikkens utfordring hvis vi tar vekk sengeplasser i Avdeling sør vil være å tydeliggjøre hvordan vi skal sikre likeverdig tilgang til behandlingstilbud fordi vi da vil ha store forskjeller i sengekapasitet og forbruksmønster i de ulike opptaksområdene. SPHR Tromsø har 4,6 senger per 10 000 innbygger og Nord-Troms har 6,7, mens Avd. Sør vil ha en sengekapasitet på under 4 per 10 000 innbygger hvis vi tar ned sengetall som skissert i dette notatet. Det kan hende dette er riktig prioritering, men klinikken bør da kunne forklare hvorfor vi velger å planlegge med så vidt store forskjeller. Slike forklaringer kan for eksempel være: *Fordi det er høyere sykelighet i Tromsø og Nord-Troms? *Fordi Avd. Sør er kommet lengre i utviklingen fra døgn til dag? I så fall må vi sørge for økning i poliklinisk og ambulante tjenester * Ulik alderssammensetning i befolkninga og derfor antatt større/mindre behov?

Vedlegg til pkt. 3 Aktivitetsdata med tanke på døgnvirksomhet

Kilde: HN-LIS. Aktivitet januar - november

Ofoten

Liggedøgn pasienter med pasienttilhørighet SPHR Ofoten (t.o.m nov)

Pasientbelegg og liggedøgn 2019 og 2018 [eks. permisjoner]

Avdeling (for...	Sengeposter	Belegg % i år	Belegg i % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling nord (700763)	Døgn 2 Tromsø	.	.	5	1	4
	Døgn Storsteinnes	.	.	14	1	13
	Medikamentfritt døgntilbud	.	.	237	11	226
Delsum: Avdeling nord (700763)		.	.	256	13	243
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	.	.	157	196	-39
	Døgn Narvik	.	.	1 870	1 596	274
	Døgn Silsand	.	.	62	21	41
Delsum: Avdeling sør (700762)		.	.	2 089	1 813	276
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	.	.	23	40	-17
	Akuttpost sør	.	.	337	490	-153
	Akuttpost Tromsø	.	.	34	13	21
	Alderpsykiatri døgn	.	.	397	91	306
	Psykose og rusenheten	.	.	.	43	.
	Sikkerhet døgn	.	.	.	84	.
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		.	.	791	761	30
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	.	.	461	374	87
	Avrusning Tromsø	.	.	110	187	-77
	Rus døgn Narvik	.	.	1 726	1 301	425
	Rusbehandling Restart	.	.	197	161	36
	Rusbehandling ung	.	.	242	176	66
Delsum: Rusavdeling (700754)		.	.	2 736	2 199	537
Sum		.	.	**5 872**	**4 786**	**1 086**

Antall innleggelser Ofoten

	År ▼	2019	2018
Avdeling (for... ▲	Sengeposter ▲	Antall inn på post	Antall inn på post
Sum		**267**	**275**
Avdeling nord (700763)	Døgn 2 Tromsø	2	1
	Døgn Storsteinnes	1	1
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	23	19
	Døgn Narvik	194	198
	Døgn Silsand	2	2
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	5	4
	Akuttpost sør	32	47
	Akuttpost Tromsø	8	3

Vi ser at det er samme antall innleggelser på døgn 2018 og 2019, og en nedgang i antall innleggelser akuttpost (fra 54 til 45 i 2019).

Sør-Troms

Liggedøgn pasienter med pasienttilhørighet SPHR Sør-Troms (t.o.m nov)

Pasientbelegg og liggedøgn 2019 og 2018 [eks. permisjoner]

Avdeling (for...	Sengeposter	Belegg % i år	Belegg i % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	.	.	.	5	.
	Døgn 2 Tromsø	.	.	.	18	.
	Døgn Storslett	.	.	.	0	.
	Døgn Storsteinnes	.	.	.	0	.
	Medikamentfritt døgntilbud	.	.	54	0	54
Delsum: Avdeling nord (700763)		.	.	54	23	31
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	.	.	1 686	1 983	-297
	Døgn Narvik	.	.	136	219	-83
	Døgn Silsand	.	.	137	195	-58
Delsum: Avdeling sør (700762)		.	.	1 959	2 397	-438
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	.	.	55	96	-41
	Akuttpost sør	.	.	1 168	832	336
	Akuttpost Tromsø	.	.	17	0	17
	Alderpsykiatri døgn	.	.	112	236	-124
	Psykose og rusenheten	.	.	112	238	-126
	Sikkerhet døgn	.	.	162	389	-227
	Sikkerhet rehabilitering	.	.	.	14	.
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		.	.	1 626	1 805	-179
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	.	.	207	376	-169
	Avrusning Tromsø	.	.	193	154	39
	Rus døgn Narvik	.	.	875	927	-52
	Rusbehandling Restart	.	.	123	49	74
	Rusbehandling ung	.	.	394	220	174
Delsum: Rusavdeling (700754)		.	.	1 792	1 726	66
Sum		.	.	**5 431**	**5 951**	**-520**

Antall innleggelser Sør-Troms

		År ▼	2019	2018
Avdeling (for... ▲	Sengeposter ▲		Antall inn på post	Antall inn på post
Sum			**477**	**408**
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad		314	283
	Døgn Narvik		13	28
	Døgn Silsand		23	17
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord		10	4
	Akuttpost sør		113	76
	Akuttpost Tromsø		4	.

Det er en økning i antall innleggelser både på akuttpost (økning fra 80 til 127) fra 2018 til 2019, og på antall innleggelser døgn (fra 328 til 350).

Midt-Troms

Liggedøgn pasienter med pasienttilhørighet SPHR Midt-Troms (t.o.m nov)

Pasientbelegg og liggedøgn 2019 og 2018 [eks. permisjoner]

Avdeling (for...	Sengeposter	Belegg % i år	Belegg i % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	.	.	.	1	.
	Døgn 2 Tromsø	.	.	.	44	.
	Døgn Storslett	.	.	.	9	.
	Døgn Storsteinnes	.	.	188	19	169
	Medikamentfritt døgntilbud	.	.	206	217	-11
Delsum: Avdeling nord (700763)		.	.	394	290	104
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	.	.	109	28	81
	Døgn Narvik	.	.	59	190	-131
	Døgn Silsand	.	.	1 530	1 637	-107
Delsum: Avdeling sør (700762)		.	.	1 698	1 855	-157
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	.	.	21	45	-24
	Akuttpost sør	.	.	1 000	1 019	-19
	Akuttpost Tromsø	.	.	35	39	-4
	Alderpsykiatri døgn	.	.	863	560	303
	Psykose og rusenheten	.	.	405	131	274
	Sikkerhet døgn	.	.	370	566	-196
	Sikkerhet rehabilitering	.	.	334	102	232
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		.	.	3 028	2 462	566
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	.	.	69	149	-80
	Avrusning Tromsø	.	.	149	180	-31
	Rus døgn Narvik	.	.	91	294	-203
	Rusbehandling Restart	.	.	208	211	-3
	Rusbehandling ung	.	.	90	265	-175
Delsum: Rusavdeling (700754)		.	.	607	1 099	-492
Sum		.	.	**5 727**	**5 706**	**21**

Antall innleggelser Midt-Troms

		År ▼	2019	2018
Avdeling (formell) ▲	Sengeposter ▲		Antall inn på post	Antall inn på post
Sum			**301**	**298**
Avdeling nord (700763)	Døgn Storsteinnes		18	2
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad		8	4
	Døgn Narvik		6	11
	Døgn Silsand		162	179
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord		6	13
	Akuttpost sør		92	77
	Akuttpost Tromsø		9	12

Vi ser at det er omentrent samme antall pasienter innlagt i 2018 som 2019. Dette gjelder både akuttpost og innleggelser døgn.

Tromsø

Liggedøgn pasienter med pasienttilhørighet SPHR Tromsø/Tromsø kommune

Pasientbelegg og liggedøgn 2019 og 2018 [eks. permisjoner]

Avdeling (for...	Sengeposter	Belegg % i år	Belegg i % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	.	.	3 274	3 278	-4
	Døgn 2 Tromsø	.	.	2 554	2 298	256
	Døgn Storslett	.	.	305	197	108
	Døgn Storsteinnes	.	.	2 001	2 164	-163
	Medikamentfritt døgntilbud	.	.	379	499	-120
Delsum: Avdeling nord (700763)		.	.	8 513	8 436	77
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	.	.	16	43	-27
	Døgn Narvik	.	.	21	24	-3
	Døgn Silsand	.	.	77	144	-67
Delsum: Avdeling sør (700762)		.	.	114	211	-97
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	.	.	937	824	113
	Akuttpost sør	.	.	258	262	-4
	Akuttpost Tromsø	.	.	3 587	3 055	532
	Alderpsykiatri døgn	.	.	1 340	1 441	-101
	Psykose og rusenheten	.	.	1 075	1 149	-74
	Sikkerhet døgn	.	.	1 053	622	431
	Sikkerhet rehabilitering	.	.	2 166	2 099	67
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		.	.	10 416	9 452	964
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	.	.	183	259	-76
	Avrusning Tromsø	.	.	1 607	1 009	598
	Rus døgn Narvik	.	.	726	771	-45
	Rusbehandling Restart	.	.	1 586	1 304	282
	Rusbehandling ung	.	.	1 726	1 016	710
Delsum: Rusavdeling (700754)		.	.	5 828	4 359	1 469
Sum		.	.	**24 871**	**22 458**	**2 413**

Antall innleggelser Tromsø og omkringliggende kommuner

		År ▼	2019	2018
Avdeling (formell) ▲	Sengeposter ▲		Antall inn på post	Antall inn på post
Sum			**1 209**	**1 185**
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø		246	259
	Døgn 2 Tromsø		192	204
	Døgn Storslett		29	30
	Døgn Storsteinnes		234	230
Avdeling sør (700762)	Døgn Silsand		17	15
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord		96	86
	Akuttpost sør		53	62
	Akuttpost Tromsø		342	299

Det er en økning i antall innleggelser på akuttpost (447 til 491) fra 2018 til 2019, og en nedgang i antall innleggelser døgn (fra 738 til 718).

Nord-Troms

Liggedøgn pasienter med pasienttilhørighet SPHR Nord-Troms (t.o.m nov)

Pasientbelegg og liggedøgn 2019 og 2018 [eks. permisjoner]

Avdeling (for...	Sengeposter	Belegg % i år	Belegg i % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	.	.	16	0	16
	Døgn 2 Tromsø	.	.	35	38	-3
	Døgn Storslett	.	.	830	846	-16
	Døgn Storsteinnes	.	.	11	30	-19
	Medikamentfritt døgntilbud	.	.	71	0	71
Delsum: Avdeling nord (700763)		.	.	963	914	49
Avdeling sør (700762)	Døgn Narvik	.	.	.	6	.
	Døgn Silsand	.	.	2	0	2
Delsum: Avdeling sør (700762)		.	.	2	6	-4
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	.	.	383	331	52
	Akuttpost sør	.	.	14	4	10
	Akuttpost Tromsø	.	.	36	37	-1
	Alderpsykiatri døgn	.	.	15	56	-41
	Psykose og rusenheten	.	.	96	67	29
Delsum: Psykiatrisk avdeling (601035)		.	.	544	495	49
Rusavdeling (700754)	Avrusning Narvik	.	.	61	0	61
	Avrusning Tromsø	.	.	74	68	6
	Rus døgn Narvik	.	.	144	0	144
	Rusbehandling Restart	.	.	164	318	-154
	Rusbehandling ung	.	.	.	88	.
Delsum: Rusavdeling (700754)		.	.	443	474	-31
Sum		.	.	**1 952**	**1 889**	**63**

Antall innleggelser Nord-Troms

	År ▼	2019	2018
Avdeling (for... ▲	Sengeposter ▲	Antall inn på post	Antall inn på post
Sum		**186**	**172**
Avdeling nord (700763)	Døgn 1 Tromsø	4	.
	Døgn 2 Tromsø	2	4
	Døgn Storslett	146	132
	Døgn Storsteinnes	1	6
Psykiatrisk avdeling (601035)	Aktuttpost nord	28	25
	Akuttpost sør	4	2
	Akuttpost Tromsø	1	3

Det er en økning i antall innleggelser på døgn fra 2018 til 2019 (økning fra 142 til 153), og omentrent samme antall innleggelser på akuttpost (økning fra 30 til 33).

Opptaksområde og antall senger i Avd. Sør
Tilleggsnotat til diskusjonen i klinikkledelsen 10.09.2020

Dette notatet er et tilleggsnotat til internt notat klinikkledelsen av 12.02.2020 for å oppdatere informasjonen som ligger til grunn for videre beslutninger (premisser og datagrunnlag).

Premisser som er blitt tydeligere

1) Planer for NUN er mere klare.
    a. Det er beregnet med 9 ordinære døgnplasser (+ 4 akutte utredningsplasser i samarbeid med TSB – hvorav 2 er i tilknytning til døgnenheten SPHR Ofoten)
    b. Opptaksområdet: Narvik, Evenes, Gratangen, Salangen, Lavangen. Bufferområde for Bardu og Målselv.
2) På Sjøvegan har vi over år nå slitt med å bygge opp et stabilt og robust nok kompetansemiljø. Det vurderes derfor om man heller skal bygge opp fagmiljøet Silsand (eller evt Narvik) for å betjene befolkningen i denne delen av opptaksområdet.
3) Behov for refordeling av ressurser internt i avdelingen går over to akser:
    a. Mellom seksjoner: Avd.Sør må refordele ressurser internt mellom seksjoner fordi kommunesammenslåinger har resultert i to store opptaksområder og et noe mindre. Befolkningsgrunnlaget harmonerer ikke med ressursfordeling.
    b. Fra døgn til dag: Vi strever fortsatt med å få til ønsket drift i poliklinisk virksomhet og trenger ytterligere ressurser der for å bedre tjenestetilbudet.
4) Nødvendig å vurdere *ønsket* bruk av senger på SPHR og ikke bare dimensjonere ut fra dagens bruk.
    a. UNN har høye tall mtp akuttinnleggelser – bør vi jobbe ytterligere for å få ned disse?
    b. Kan pasienter på sikkerhet overføres raskere til SPHR?
    c. Annet?

Mulige endringer av opptaksområde

- Nye Narvik sykehus skal ha opptaksområde som også inkluderer Salangen og Lavangen (hos oss tilhører det Midt-Troms). Endring i tråd med dette vil si at Ofoten får et opptaksområde på 22 267 og Midt-Troms 25 155.
- Spørsmålet blir om man også skulle ta med Bardu over til Ofoten. Ofoten blir da 25 425 og Midt-Troms 21 970
- Når det gjelder Ibestad vil det være aktuelt å vurdere om det skal flyttes tilbake til Sør-Troms eller fortsatt tilhøre Midt-Troms som nå.

Prosess i Avdeling Sør og aktuelle modeller

På ledernivå i Avd.sør har det over tid vært drøftet nedtak av antall senger og en endret bruk av ressurser. Konkrete modeller har kun vært diskutert i avdelingsledelsen. Avdelingsledelsen ønsker at vi skal gå videre med varianter av de to modellene som i vedlegg til notat av 12.2.20 ligger under pkt 4.1.3 og 4.2.2. Disse modellene er her justert og oppdatert med befolkningstall fra 2020.

Modell 1 (jfr pkt 4.1.3 i notat fra desember 2019)

Denne modellen tar utgangspunkt i dagens opptaksområde og justering av senger. Den tar ikke høyde for planer NUN.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	10	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv Lavangen, Bardu, Salangen	27 732	3,61
Sør-Troms	10	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,67
Ofoten	8	Narvik, Evenes, Gratangen,	19 690	4,06
Avd.Sør	**28**		**74 697**	**3,75**

Modell 2

Modell er justert med utgangspunkt i NUN sitt opptaksområde og antall senger beregnet der

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	9	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv, Bardu	25 155	3,58
Sør-Troms	10	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,67
Ofoten	9	Narvik, Evenes, Gratangen, Lavangen, Salangen	22 267	4,04
Avdeling sør	**28**		**74 697**	**3,75**

Antall senger fordelt på kommuner etter endret opptaksområde, samt beregning av senger per 10 000 innbygger

Modell 3 (jfr pkt 4.2.2 i notat fra desember 2019)

Justering av opptaksområdet hvor Bardu dras sørover og sengeplasser per 10 000 blir mer likt i opptaksområdet.

	Antall senger	Kommuner	Antall innbyggere	Sengeplasser per 10 000 innbyggere
Midt-Troms	8	Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa og Målselv	21 970	3,64
Sør-Troms	10	Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	27 275	3,67
Ofoten	9	Narvik, Evenes, Gratangen, Lavangen, Salangen, Bardu	25 452	3,54
Avdeling sør	**27**		**74 697**	**3,62**

Antall senger fordelt på kommuner etter endret opptaksområde, samt beregning av senger per 10 000 innbygger

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**26/2021**
Møtedato:	**17.03.2021**
Arkivsak:	2020/8018-2
Saksbehandler:	Hilde Annie Pettersen Kvalvik

Pasientvelferdsfondet for de voksenpsykiatriske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - endring av statutter

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner de nye fremlagte «*Statutter for pasientvelferdsfondet for de voksenpsykiatriske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF*».

2. Statuttene trer i kraft så snart disse er undertegnet av KVAM-utvalget ved Psykisk helse- og rusklinikken, og signert av minst to brukerrepresentanter.

3. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner at myndighet for godkjenning av fremtidige endringer i statuttene delegeres til administrerende direktør.

Bakgrunn

Pasientvelferdsfondet for de voksenpsykiatriske avdelinger i Psykisk helse- og rusklinikken, som har vært forvaltet av et styre og et prioriteringsutvalg, har ligget «urørt» over mange år. Nå har det kommet et ønske fra Psykisk helse- og rusklinikken om å aktivere fondet, og overføre forvaltningen av fondet til KVAM-utvalget i Psykisk helse- og rusklinikken hvor også brukerrepresentanter er med.

Formål

Formålet med saken er å få styrets godkjenning til å endre statuttene slik at forvaltningen av fondet kan overføres til KVAM-utvalget i Psykisk helse- og rusklinikken hvor også

brukerrepresentanter er representert. På den måten kan fondet aktiveres igjen, og deler av fondet kan brukes til pasientvelferd. I tillegg bes styret om å godkjenne en delegering av myndighet til administrerende direktør for fremtidig godkjenning av endringer i statuttene (vedlegg 1).

Saksutredning

Statuttene for fondet ble sist endret gjennom behandling av styresak 22/04 (vedlegg 2).

Fondets grunnkapital er oppsparte renter fra pasientregnskapets konto for pasientmidler, oppsamlede midler fra forretningsavgift ved tidligere Åsgard sykehus, donasjoner uten spesifisert formål som tillegges fondet, samt renteavkastning av opprinnelig grunnkapital på 816 000 kroner fra 2005 til 2020. Saldo for fondet pr. 2020 er på 1,226 millioner kroner.

Det fremgår av statuttene at fondets grunnkapital settes til 1 millioner kroner, og det overskytende beløp på 226 000 kroner skal fordeles i 2021. Det står også i statuttene at fondets grunnkapital skal anbringes slik at avkastning blir stabilt gunstig.

Medvirkning

Kontrollkommisjonen var opprinnelig med på å gi tillatelse til opprettelse av pasientvelferdsfondet, og leder av Kontrollkommisjonen, Kjell-Martin Haug er blitt forelagt utkastet til nye statutter. Kontrollkommisjonen har ingen innvendinger til foreslåtte endringer for Pasientvelferdsfondet.

Saken er også forelagt ledelsen i Psykisk helse- og rusklinikken ved Njål Bjørhovde og Carl Erik Westgren, som har bidratt til å utforme de nye statuttene.

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 9. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 17.03.2021.

Vurdering

Direktøren mener at pasientvelferdsfondet bør aktiveres og overføres til KVAM-utvalget i Psykisk helse- og rusklinikken som kan bidra til at avkastningen av fondet kan komme pasientene til gode. Det er en forutsetning at det utarbeides prioriteringskriterier og prosedyre for søknader og behandling av disse som skal gjøres kjent for pasienter og andre aktuelle søkere i god tid før søknadsfrist og beslutning om fordeling av midler.

Direktøren anbefaler at styret godkjenner den foreslåtte endring av statuttene slik at forvaltningen av fondet kan overføres til KVAM-utvalget i Psykisk helse- og rusklinikken hvor også brukerrepresentanter er representert. Styret bes også om å delegere myndighet til administrerende direktør for fremtidig godkjenning av endringer i statuttene.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Nye «Statutter for pasientvelferdsfondet for de voksenpsykiatriske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF».
2. Statutter for pasientvelferdsfondet for de voksenpsykiatriske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, godkjent i styremøte sak 22/04.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Statutter
Pasientvelferdsfond for Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

§ 1

Det er etter opprinnelig tillatelse fra Kontrollkommisjonen og Troms fylkeskommune vedtatt å opprette fond med formål å yte økonomisk støtte til velferdstiltak for pasienter ved Psykisk helse- og rusklinikken. Fondets navn er Pasientvelferdsfondet for Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Statuttene for fondet er endret gjennom behandling av styresak 22/04. Statuttene legges frem for ny endring i styresak 26/2021. Pasientvelferdsfondets statutter endres denne gang ved at tidligere styre og prioriteringsutvalg bortfaller. I stedet skal Pasientvelferdsfondet for voksenpsykiatriske avdelinger i UNN, forvaltes av KVAM-utvalget ved Psykisk helse- og rusklinikken.

Støtte fra fondet skal komme i tillegg til velferdsmidler over helseforetakets budsjett.

§ 2

Fondets grunnkapital er oppsparte renter fra pasientregnskapets konto for pasientmidler, oppsamlede midler fra forretningsavgift ved tidligere Åsgard sykehus, donasjoner uten spesifisert formål som tillegges fondet samt renteavkastning av opprinnelig grunnkapital på 816 000 kroner fra 2005 til 2020.

Fondets grunnkapital settes til 1mill. kroner. Saldo for fondet pr. 2020 er på kr. 1,226 mill. kroner. Overskytende beløp på 226 000 kroner fordeles i 2021.

Fondets grunnkapital anbringes slik at avkastning blir stabilt gunstig.

§ 3

Fondet forvaltes av KVAM-utvalget ved Psykisk helse- og rusklinikken. Utvalget gir årlig beretning om virksomheten til styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Revisjon av fondets regnskap foretas av revisjon for helseforetaket.

§ 4

Fondets årlige avkastning skal etter søknad benyttes til velferdstiltak for pasientene ved de voksenpsykiatriske avdelinger i Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Fondets renteavkastning skal benyttes til:
- Etablering av velferdstiltak
- Individuelle velferdstiltak

§ 5

Prioritering av søknader for fordeling av fondsavkastning gjennomføres av KVAM-utvalget. Det skal ved behandling av søknader være minst 2 brukerrepresentanter med i søknadsbehandlingen.

Det skal utarbeides prioriteringskriterier og prosedyre for søknad og behandling av disse som skal gjøres kjent for pasienter og andre aktuelle søkere i god tid før søknadsfrist og beslutning om fordeling av midler.

§ 6

Endringer av fondets statutter skal i fremtiden godkjennes av administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Ved oppløsning av fondet tilfaller grunnkapitalen de voksenpsykiatriske avdelinger ved Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

§ 7

Disse statuttene trer i kraft når de er undertegnet av KVAM-utvalget og godkjenning er gitt av styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Vedlegg 2

STATUTTER FOR PASIENTVELFERDSFONDET FOR DE VOKSENPSYKIATRISKE AVDELINGER VED UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

§ 1

Det er etter opprinnelig tillatelse fra Kontrollkommisjonen og Troms fylkeskommune vedtatt å opprette fond med formål å yte økonomisk støtte til velferdstiltak for pasienter ved de voksenpsykiatriske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (Allmennpsykiatrisk avdeling, Spesialpsykiatrisk avdeling, Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy, Senter for Psykisk helse Midt-Troms og Senter for Psykisk helse Nord-Troms).

Støtte fra fondet skal komme i tillegg til velferdsmidler over helseforetakets budsjett.

Fondet gis navnet: Pasientvelferdsfondet for de voksenpsykiatriske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

§ 2

Fondets grunnkapital er oppsparte renter fra pasientregnskapets konto for pasientmidler og oppsamlede midler fra forretningsavgift ved tidligere Åsgård sykehus og donasjoner uten spesifisert formål som tillegges fondet. Fondets grunnkapital skal anbringes i bank til høyest mulig rente, 1. prioritets panteobligasjoner eller på annen måte med tilfredsstillende sikkerhet. Anbringelse av fondets grunnkapital vurderes jevnlig slik at avkastningen blir gunstigst mulig.

§ 3

Fondets styre består av et medlem fra kontrollkommisjonen ved sykehuset, et medlem oppnevnt av helseforetakets styre og direktøren eller den han/hun oppnevner.

Oppnevning skjer for 4 årsperiode.

Leder for kulturavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er sekretær.

Styret avgir årlig beretning m.h.t. virksomheten.

Revisjon av regnskap foretas av revisjon for helseforetaket.

§ 4

Prioriteringsutvalget for fordeling av fondsavkastning består av:

3 representanter oppnevnt av voksenpsykiatriske avdelinger, 1 representant for fylkeslaget i Mental Helse og 1 representant for fylkeslaget for Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP).
Leder for kulturavdelingen er saksbehandler og sekretær.

Prioriteringsutvalget rapporterer til fondets styre m.h.t. sin virksomhet.

§ 5

Fondets renteavkastning skal etter søknad nyttes til velferdstiltak for pasientene ved de voksenpsykiatriske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Fondets renteavkastning skal nyttes til:

- **Etablering av velferdstiltak**
- **Individuelle velferdstiltak**

§ 6

Endringer av fondets statutter må godkjennes av styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Ved oppløsning av fondet tilfaller grunnkapitalen de voksenpsykiatriske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

§ 7

Statuttene trer i kraft så snart de er undertegnet av fondets styre og godkjenning er gitt av styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Kontrollkommisjonen.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

STYRESAK:	**27/2021**
MØTEDATO:	**17.03.2021**
ARKIVSAK:	2021/4-2
SAKSBEHANDLER:	Ingrid Lernes Mathiassen

Orienteringssaker til styremøte 17.03.2021

Innstilling til vedtak

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

1. Klinikkpresentasjon – Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken- *muntlig*
2. Informasjon fra administrerende direktør til styret -*muntlig*
3. Framdrift og alternativer nybygg psykisk helse og rusbehandling- *skriftlig*

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	17.03.2021
Arkivsak:	2020/10153-2
Saksbehandler:	Tor-Arne Hanssen

Framdrift og alternativvurderinger Nybygg psykisk helse- og rusbehandling

Bakgrunn

Foretaket har vedtatt å gå i gang med konseptfase for nye lokaler til psykisk helse– og rusbehandling i Tromsø, sist behandlet i styremøte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i sak *85-2020 Innramming av konseptfase psykiske helse- og rusbehandling, Tromsø.*

Formål
Denne saken orienterer styret om framdrift og kriterier for virksomhetsalternativ og plassering av nybygg.

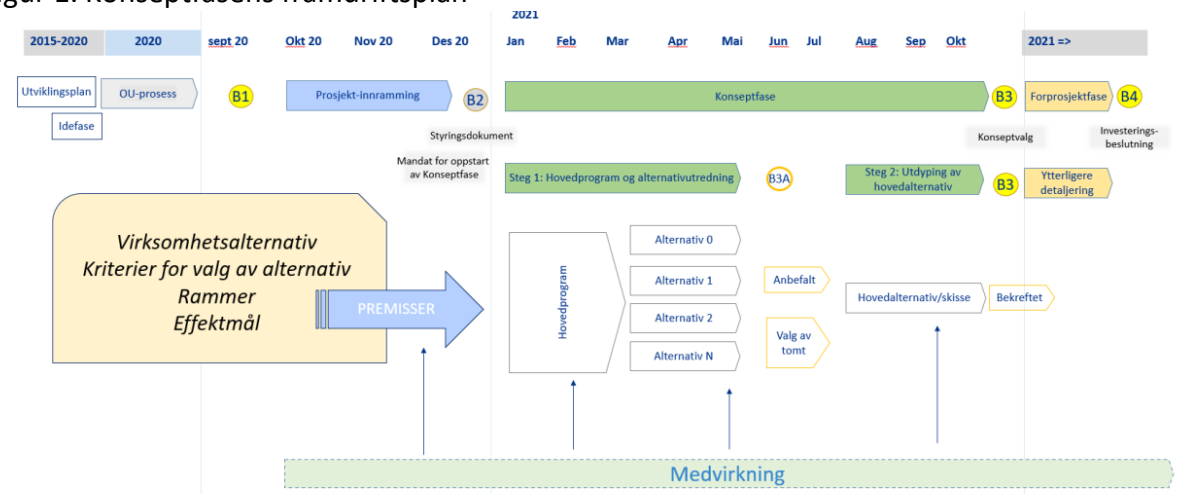
Saksutredning

Prosjektarbeidet startet i høst og pågår. Organisasjonsutviklingsprosjektet (OU) ledet av Psykisk helse- og rusklinikken har hatt et stort engasjement, og har levert underlag til byggeprosjektet (BYGG) ledet av Sykehusbygg HF. Alle nødvendige rådgivere er kontrahert og bidrar i prosjektet.

Det har vist seg nødvendig å jobbe grundig med målhierarki for prosjektet, og sette dette i sammenheng med de kriteriene som skal benyttes for å evaluere virksomhetsalternativene og plassering av virksomheten. Dette arbeidet har inkludert både OU og BYGG, og har vært godt forankret i organisasjonen med bred deltakelse på tvers av klinikkene i UNN, deltakelse av ansatte, brukere og pårørende, møter med politi og kommune, presentasjoner i administrerende direktørs ledergruppe, arbeidsmiljøutvalg og brukerutvalg. Kriterier og mål er en del av prosjektets styringsdokument som er vedtatt av prosjektets styringsgruppe.

Dette omfattende arbeidet sikrer et solid grunnlag for videre beslutninger i prosjektet, men har krevd endring i framdriftsplanene i prosjektet. Styringsgruppen har derfor besluttet å revidere opprinnelig målsetning om å vedta virksomhetsalternativ og plassering av bygg i mars 2021, og har utsatt dette til styringsgruppemøte i mai med påfølgende styrebehandling i juni. Dette påvirker ikke den overordnede målsetting om å fullføre og vedta konseptfasen høsten 2021.

Figur 1. Konseptfasens framdriftsplan



Kriteriene som er utarbeidet for vurdering av virksomhetsalternativene er prosjektets arbeidsredskap for å evaluere de forskjellige løsningsalternativene for framtidig psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø. Prosjektet har beskrevet en modell for evalueringen og hvem som deltar i prosessen. I den grad det er mulig på dette stadiet i prosjektet vil også drift, gevinster, byggetrinn, økonomi, og spesielle dimensjonerende forutsetninger bli vurdert opp mot alternativene og tatt med i vurderingen.

Figur 2. Evalueringskriterier for virksomhetsalternativ

Vekting:

	Mål	Evaluerings kriterier	Vekt (HK)
1	Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og		20
2	Behandlingen er sammenhengende og helhetlig		15
3	Behandlingen er ressurseffektiv både for virksomheten og for pasienten		15
4	Psykisk helse- og rusklinikken er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper		10
5	UNN bidrar med kompetanseutvikling		10
6	Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder		20
7	Byggene er teknisk funksjonsdyktige		10
	SUM		100

Prosessen vil lede fram til prosjektledelsens anbefaling som deretter behandles og vedtas i styringsgruppen, styret i UNN og avslutningsvis i styret i Helse Nord RHF. Denne delen av prosessene er godt beskrevet i kapittel 6 og 7 i vedlagte styringsdokument og kriteriene legges fram i kapittel 8.

Vurdering og konklusjon

Prosjektet har gjennomført grundige og godt forankrede prosesser der OU og BYGG samarbeider svært godt. Det foreligger en framdriftsplan som har som mål å levere

beslutningsgrunnlag for godkjenning av konseptfase, nødvendig styrebehandling og søknad om låneopptak til Helse- og omsorgsdepartementet innenfor fristen i desember 2021.

Styret får gjennom denne saken og vedlagte styringsdokument god kjennskap til prosessen som leder fram til første milepæl; beslutning om virksomhetsalternativ og plassering. Styret får også anledning til å tilkjennegi eventuelle ytterligere behov for prosessinformasjon.

Vedlegg:
Godkjent styringsdokument for prosjektet

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU



Styringsdokument

Nye areal PHR UNN Tromsø

Konseptfase

Prosjektets viktigste styringsredskap.

Vår forståelse av oppgaven, - hvordan vi vil løse den

Revisjon:	Revisjonen gjelder:	Godkjent:	Dato:
Versjon 1.0	Til styringsgruppen for beslutning		12.02.20
Utkast 0.3	Korrigering av Evalueringskriterier		03.02.20
Utkast 0.2	Orientering til styringsgruppen		14.12.20
Utkast 0.1	Forslag styringsdokument		20.10.20
Prosjektnr:	**Arkivnr:**	**Løpenr:**	**Saksbeh:**

Dokumenttittel: Styringsdokument Konseptfase

Nye areal PHR UNN Tromsø

Bygg og Organisasjonsutvikling

DEL 1 GENERELL DEL ---- 4

1 BAKGRUNN OG OVERORDNEDE RAMMER ---- 5

1.1 VEDTAK ---- 5
1.2 GRUNNLAGSDOKUMENTER OG BESLUTNINGER ---- 8
1.3 FØRINGER ---- 8
1.4 STYRENDE FOR PROSJEKTET PHR ---- 9

2 PROSJEKT OMFANG ---- 12

2.1 DRIFT VED ÅSGÅRD ---- 13
2.2 REGIONALE FUNKSJONER ---- 16
2.3 FAGUTVIKLING, FORSKNING OG UTDANNING ---- 16
2.4 PROSJEKTUTLØSENDE FAKTORER ---- 17
2.5 UTREDNING ALTERNATIVER ---- 19

3 MÅLSETTING ---- 20

3.1 SAMFUNNSMÅL ---- 20
3.2 RESULTATMÅL FOR KONSEPTFASEN ---- 22
3.3 SUKSESSKRITERIER ---- 22
3.4 SUKSESSFAKTORER ---- 23

4 ORGANISERING ---- 24

4.1 STYRINGSGRUPPE ---- 24
4.2 PROSJEKTORGANISASJONEN ---- 26
4.3 ORGANISASJONSUTVIKLING / DRIFTSORGANISASJONEN ---- 27
4.4 SAMHANDLING MELLOM SYKEHUSBYGG, DRIFTSORGANISASJONEN OG OU-PROSESSEN ---- 27

5 FREMDRIFTSPLAN ---- 28

5.1 FREMDRIFTSPLAN KONSEPTFASE ---- 28
5.2 MILEPÆLER OG BESLUTNINGSPUNKT KONSEPTFASE ---- 28
5.3 OVERORDNEDE FASER, LANGTIDSPLAN ---- 29

6 PROSJEKTBESKRIVELSE KONSEPTFASE ---- 29

6.1 HOVEDLEVERANSER – HENSIKT OG INNHOLD ---- 29
6.2 STEG 1- HOVEDPROGRAM OG ALTERNATIVUTREDNING ---- 30
6.3 STEG 2 - SKISSEPROSJEKT ---- 32
6.4 AVHENGIGHETER TIL ANDRE LOKASJONER, PROSJEKT OG FORETAK ---- 32

7 ALTERNATIVVURDERINGER ---- 33

7.1 ALTERNATIV Å – ÅSGÅRD (NULLALTERNATIVET) ---- 34
7.2 ALTERNATIV B – BREIVIKA ---- 35
7.3 ALTERNATIV AB – DELT LØSNING ---- 35

8 EVALUERINGSKRITERIER FOR VALG AV ALTERNATIV ---- 36

8.1 EVALUERINGSKRITERIENE ---- 37

9 GEVINSTREALISERING ---- 40

DEL 2 BYGGEPROSEJKTET ---- 41

10 RAMMEBETINGELSER/ØKONOMI OG RAPPORTERING ---- 41

10.1 FINANSIERING OG KOSTNADSRAMME ---- 41
10.2 KOSTNADSRAMME FOR KONSEPTFASEN BYGG ---- 41
10.3 FULLMAKTS MATRISE ---- 42

11 STRATEGIER ---- 42

11.1 GJENNOMFØRINGSSTRATEGI ---- 42
11.2 KONTRAKTSTRATEGI ---- 42
11.3 STRATEGI FOR STYRING AV USIKKERHET ---- 43
11.4 KOMMUNIKASJONSSTRATEGI ---- 43
11.5 DIGITALISERING OG BIM-STRATEGI ---- 44

12 PROSJEKTSTYRING OG OPPFØLGING ---- 45

12.1 STYRINGSVERKTØY ---- 45
12.2 DOKUMENTKONTROLL ---- 45
12.3 PROSJEKTREGNSKAP OG FAKTURABEHANDLING, BYGG ---- 46
12.4 RAPPORTERING ---- 46

DEL 3 OU-PROSJEKTET ---- 47

13 BAKGRUNN ---- 47

13.1 PRIORITERTE UTVIKLINGSOMRÅDER ---- 48

14 PROSJEKTFASER ---- 49

14.1 BESKRIVELSE AV HOVEDFASER ---- 49

15 DELPROSJEKTER OG LEVERANSER ---- 49

15.1 BESKRIVELSE AV DELPROSJEKTER OG LEVERANSER ---- 49

16 AVHENGIGHETER ---- 50

17 GJENNOMFØRINGSSTRATEGI ---- 50

17.1 BUDSJETT 2021 ---- 50
17.2 TOLERANSER ---- 51
17.3 PROSJEKTSTYRING OG RAPPORTERINGSMEKANISMER ---- 51

DEL 4 VEDLEGG ---- 52

DEL 1 GENERELL DEL

Styringsdokumentet for Nye areal Psykisk helse- og rusbehandling (PHR) Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) beskriver omfang, rammebetingelser, mål, organisering av arbeidet samt hvilke krav som gjelder for ledelse og styring i prosjektet.

Styringsdokumentet skal gi oversikt over de sentrale forhold i prosjektet på en måte som virker retningsgivende og avklarende for alle aktører i prosjektet. Styringsdokumentet skal tilpasses de ulike fasene, hvor styrende premisser, og endringer skal dokumenteres og forankres løpende mot prosjekteier, og danne basis for mandat og ansvarsområder.

Styringsdokumentet vil også være prosjektet og prosjektledernes viktigste redskap for å kommunisere prosjekt og fremdrift mot prosjektdeltagere, styringsgruppen, ledere og ansatte.

Formålet med styringsdokumentet er å beskrive på et overordnet nivå hvilke prosjektutløsende faktorer, mål og rammebetingelser som gjelder for prosjektet.

Styringsdokumentet skal videre:

- Sikre at prosjektet har et sunt grunnlag før styringsgruppen blir bedt om å gjøre noen viktige forpliktelser i prosjektet
- Fungere som et basisdokument som styringsgruppen kan bruke for å vurdere fremdrift, eventuelle avvik og spørsmål om det pågående prosjektets levedyktighet
- Gi et enkelt referansepunkt til prosjektet slik at personer som kommer inn i prosjektet raskt og lett kan finne ut hva prosjektet gjelder, og hvordan det styres.
- Det er utarbeidet mandat for Konseptfasen. Styringsdokumentet for konseptfasen reflekterer oppgaver gitt i mandatet.
- Prosjekteier for PHR er administrerende direktør UNN.
    - Prosjekteier byggeprosjekt: Utbyggingssjef UNN
    - Prosjekteier organisasjonsutviklingsprosjekt (OU): Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken

1 Bakgrunn og overordnede rammer

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er prosjekteier, og leder prosjektorganisasjonen for konseptfasen. Styringsgruppen er oppnevnt av UNN og ledes av administrerende direktør UNN.

Prosjektet PHR er organisert i form av et byggeprosjekt og et organisasjonsutviklingsprosjekt (OU.) Sykehusbygg (SB) er rådgivende prosjektleder bygg med hovedansvar for prosess og utarbeidelse av dokumenter, herunder hovedprogram, volummodeller og konseptrapport. Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) har prosjektlederansvar for Organisasjonsutviklingen. Prosjektorganisasjonen har en felles styringsgruppe, og samarbeider med klinikker og avdelinger i prosjektutvikling og gjennomføring.

1.1 Vedtak

Helse Nord (Helse Nord) vedtok i styresak 62-2016 mandat for *Idéfase – arealer til psykisk helse- og rusbehandling Universitetssykehuset i Nord-Norge Tromsø*.

Arbeidet med idéfasen ble fullført og sendt til behandling i styret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF 28.03.2017, sak 26/-017 *Idéfase for psykiatri og rusfeltet ved UNN.*

Følgende vedtak ble gjort:

1. *Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner rapport for* Idéfase – arealer til psykisk helse- og rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Tromsø*.*
2. *Styret anbefaler å gå videre med utredning av UNN Åsgård,* 0-alternativet*, UNN Åsgård,* Vest-alternativet *og UNN Breivika,* Gimleveien 12-alternativet *til neste fase av planleggingen.*
3. *Styret oversender rapport og anbefaling til styret ved Helse Nord RHF.*

Helse Nord behandlet idéfaserapporten 26.04.2017 i sak 45-2017 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø -arealer til psykisk helse og rusbehandling, idéfaserapport*.

Følgende vedtak ble gjort:

1. *Styret i Helse Nord RHF godkjenner Idéfaserapport - arealer til psykiske helse- og rusbehandling, Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Tromsø.*
2. *Styret vedtar at følgende alternativer tas inn i konseptfase:*
   - *0-alternativet, dvs. vedlikehold eksisterende bygg*
   - *Alternativ 2a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å2), 60.000 m2*
   - *Alternativ 3a: Bygge nytt i Breivika i Gimleveien 12, øvre og nedre del (B2 a og b)*

3. *Styret ber adm. direktør om å komme tilbake til styret med en kostnadsramme for realiseringen av Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - arealer til psykisk helse og rusbehandling i konseptfasen inkludert prisstigning og byggelånsrenter.*
4. *Styret ber adm. direktør legge frem forslag til valg av tomt så snart del 1 av program- og konseptfasen er ferdig, og før arbeidet med skisseprosjekt starter. Universitetssykehuset Nord-Norge HF kan starte arbeidet med konseptfasen. Tidspunkt for byggestart vil bli klarlagt ved behandling av investeringsplanen i styremøte i mai 2017*

Sak ST 85-2020, 18.November 2020 la administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF frem endrede innstilling til styrets vedtak. Følgende endring ble enstemmig vedtatt: *Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF viser til vedtakspunkt 2 i sak 26/2017 Idéfase for psykiatri- og rusfeltet ved UNN og ber om at alternativene som skal inngå i konseptfasen justeres til:*

- *Revidert 0-alternativ: Nybygg på Åsgård- tomten, eventuelt kombinert med utvikling av eksisterende bygg.*
- *Alternativ 1: Bygge nytt med utgangspunkt i et utvidet B1 alternativ i Breivika, inkludert ervervet tomt Gimleveien 46.*
- *Alternativ 2: Delt løsning mellom 0-alternativet og alternativ 1.*

Helse Nord behandlet Styresak 156-2020 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - nybygg psykisk helse- og rusbehandling, konseptfase. Formålet med styresaken var å oppdatere vedtak i styresak 45-2017 med ny informasjon. Begrunnelsen var blant annet at idéfaserapporten var 3 år gammel, og det var behov for å oppdatere grunnlaget og justere alternativene. Vedtak i styresak 156-2020 ble som følger:

Styret i Helse Nord RHF viser til vedtakspunkt 2 i styresak 45-2017 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - arealer til psykisk helse og rusbehandling, idéfaserapport, og ber om at alternativene som skal inngå i konseptfasen justeres til:

- *Revidert 0-alternativ;* Nybygg på Åsgård-tomten, eventuelt kombinert med utvikling av eksisterende bygg
- *Alternativ 1: Utvidet B1-alternativ som inkluderer nyervervet tomt i Gimleveien 46 i Breivika*
- *Alternativ 2: Delt løsning mellom 0-alternativet og alternativ 1*

Kjøp og salg av eiendom

Gimleveien 46:

Styret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF vedtok i sak 21-2019 *Erververlse av tomt. Ny behandling* 10.3.2019 å kjøpe tomt i Gimleveien 46. Tomten er regulert til næringsformål. Tomtekjøpet gir alternativ B1 fra idéfasen større areal og mulighetsstudie viser at etablering her er

realistisk selv om forholdne ikke er optimale. Ref.: *«Kriteria for valg av tomt for bygg til psykisk helse og rus, Utomhus området i Breivika, UNN, Sykehusbygg 6.11.2019.»*

Åsgårdmarka:
Bakgrunn: Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i styresak 81/2013 Åsgårdmarka å oversende detaljreguleringsplan for Åsgardmarka til Tromsø kommune med sikte på omregulering av området til boligformål og salg. Styret ba adm. Direktør om innhenting av tillatelse av salg fra Helse Nord, og forutsatte at inntektene helt eller delvis skal bidra til modernisering eller nybygg på rus- og psykiatriområdet

Styret i Helse Nord vedtok i sak 97-2020/5 *Salg av Åsgårdmarka, status i arbeidet* 25.06.2020 (lukket møte). Åsgårdmarka er per 29.10.2020 lagt ut for salg.

Økonomi

Helse Nord behandlet 25.6.2020 sak 82-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021-2024 - inkl. rullering av investeringsplan 2021-2028*

I vedtakets punkt 5:

> *Investeringsrammer 2020-2028 fastsettes i tråd med tabell nr. 10 i Økonomisk langtidsplan 2020-2023, inkl. rullering av investeringsplan 2020-2027 - som følger:* (viser til tabell 10 investeringsplan)

I investeringsplan 2020-2027 er det satt av total ramme inkludert prisstigning til ferdigstillelse og byggelånsrenter på totalt 1,7 mrd nok i perioden 2023-2026 til UNN psykisk helsevern Tromsø.

Helse Nord RHF												
FRESK	235 000	112 000	0	121 100	130 000	15 100	0					613 200
Felles regionale IKT-prosjekt	99 700	15 000	134 000	92 000	49 000	20 000	28 000	28 000	33 000	25 000	25 000	548 700
Digitale innbyggertjenester	38 000	20 000	30 000	60 000	33 000	0	0	0	0	0		181 000
Nasjonale prosjekt/utlån felleseide selskap	85 800	8 000										93 800
Finnmarkssykehuset Alta nærsykehus P85		0										0
Finnmarkssykehuset Hammerfest P85			0	0	0	162 000	100 000					262 000
UNN Narvik P85						72 000	100 000					172 000
Helgelandssykehuset utvikling P85							0	0	0	500 000		500 000
UNN psykisk helsevern Tromsø						100 000	200 000	700 000	700 000			1 700 000
Sikkerhetspsykiatri		0	0	0								0
Sum Helse Nord RHF		155 000	164 000	273 100	212 000	369 100	428 000	728 000	733 000	525 000	89 000	
Sum investeringsplan		1 244 800	1 880 800	2 064 100	1 944 000	2 378 100	2 032 000	1 880 000	1 347 000	1 172 000	481 000	

Tabell 10 – Investeringsplan 2021–2028. Tall i tusen kroner.

Tabell hentet fra: «Helse Nord Økonomisk langtidsplan 2021-2024 - inkl. rullering av investeringsplan 2021-2028.»

1.2 Grunnlagsdokumenter og beslutninger

Den videre utredningsprosessen skal bygge på sentrale styrende dokumenter. Det er utført en rekke utredninger og rapporter i prosessen så langt.

Idefasen har inkludert:

- Idefaseutredning 2017
- Mulighetsstudie arealer til UNN Idéfaseutredning psykisk helse og rusbehandling ved UNN i Tromsø, Asplan Viak 22.1.2017
- Framskriving, dimensjonering og kapasitetsberegning, Sykehusbygg (med utgangspunkt i aktivitet 2014 framskrevet til 2030 og 2040)
- Kostnadskalkyle (Inge Johnsen Prosjekt AS)
- Investerings- og bærekraftsanalyse (Økonomiavdelingen ved UNN)

I etterkant av Idefasen er det utført følgende utredninger:

- Analyse utomhus og kriterier for tomtevalg Breivika 6.11.2019 (Sykehusbygg)
- Analyse av Breivika B1 med tilleggstomt, 31.1.2020 Asplan Viak
- Modernisering UNN Breivika 2018 (somatikk)

Kartlegging av bygningsmassen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, rapport Multiconsult versjon 2016, oppdateres høst 2020

1.3 Føringer

Nasjonale føringer:

- Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)
- Kommune og omsorgshelsetjenesteloven (regulerer bl.a. tvang innenfor TSB)
- Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)
- Landsverneplan for helsesektoren
- Med tanke på fremtidens PHV, vil endringer i Straffeloven som innebærer at flere kan dømmes til tvunget psykisk helsevern være aktuelt samt evt. innføring av Tvangsbegrensingsloven som i vesentlig grad vil endre måter å jobbe på..

Regionale føringer

- Utviklingsplan psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025, sak 74-2016
- Regional utviklingsplan Helse Nord 2035 sak 158-2018, 19.12.2018
- Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Helse Nord, 2019-2025
- Kommuneplanens arealdel 2017-2026

- Økonomisk langtidsplan i Helse Nord 2021-2024 inkludert investeringsplan 2021-2028, sak 82-2020, 25.06.2020
- Salg av tomt på Åsgård, vedtak i Helse Nord sak 97-2020/5, 25.6.2020

Føringer gitt i UNN:

- Strategisk utviklingsplan UNN 2015-2025, sak 109-2014
- Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT, sak 40-2017
- Strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og rusbehandling 2015-2025, 2.5.2016
- Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN 2040 sak 30-2018, 25.04.2018
- Styrevedtak i sak 21-2019 Erververlse av tomt Gimleveien 46, 10.3.2019
- Kriteria for valg av tomt for bygg til psykisk helse og rus, Utomhus området i Breivika, UNN, Sykehusbygg, 6.11.2019
- Analyse av ny tomt, Breivika, B1, UNN, Asplan Viak, 31.01.2020
- Salg av tomt på Åsgård, vedtak i Helse Nord sak 97-2020/5, 25.6.2020
- Miljø/klimamål UNN

Det er i hovedsak Idefase-rapporten og de strategiske planene som er styrende for prosjektet. Det er styringsgruppen som videre vedtar hvilke utredninger som skal legges til grunn inn i konseptfase utredningen.

1.4 Styrende for prosjektet PHR

Utviklingsplan psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025 sak 74/2016

Styrets vedtak:

1. *Styret i Helse Nord RHF vedtar Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB 2016- 2025 for den videre utviklingen av fagområdet i foretaksgruppen med den endringen som kom frem under behandling av saken (konklusjonens punkt 1).*

2. Styret ber adm. direktør om å vurdere og prioritere utviklingsplanens tiltak og budsjett i forbindelse med oppdragsdokument og budsjett i årene fremover.

3. Styret ber adm. direktør om å sørge for at det i løpet av 2016 etableres et døgntilbud med to plasser for personer med samtidig utviklingshemming og psykiske lidelser.

4. Styret ber adm. direktør videre om å sørge for at det etableres fem regionale sikkerhetspsykiatriske senger i regionen innen 2025. De første tre sengene etableres ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF fra 2019. De resterende to etableres ved Nordlandssykehuset HF fra 2020.

5. Styret ber adm. direktør om å etablere en regional kompetansetjeneste for sikkerhetspsykiatri i Helse Nord.

6. *Styret ber adm. direktør om å starte arbeidet med en regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).*

7. Styret ber adm. direktør om å komme tilbake til styret med en sak som beskriver bygningsmassen og kompetansen innenfor psykisk helsevern og rus og hvilke tiltak som ønskes/er iverksatt for å dekke ev. gap.

8. Styret ber adm. direktør være særskilt oppmerksom på behovet for økt kompetanse i psykisk helsevern og TSB generelt, og spesielt når det gjelder kompetansebehovet på alle tjenesteplan til utviklingshemming kombinert med psykiske lidelser og kompetanse av sosialfaglig karakter. Noen utviklingsområder vil ha betydning for virksomheten med tanke på dimensjonering og utforming av bygg. Pasienter med sammensatte og samtidige behov skal tilbys koordinerte tjenester fra somatikk, psykisk helsevern og TSB.

Konkrete enkelttiltak:

- For TSB skal poliklinisk kapasitet økes til landsgjennomsnittet.
- Helse Nord skal etablere et tilpasset døgntilbud til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse. (Dette tiltaket ligger ikke innenfor rammene til PHR.)
- Kapasitet og kompetanse for alderspsykiatri skal bygges opp for Helse Nord.
- Det bør etableres tilbud som fyller kriteriene for regional sikkerhetspost og etableres en regional kompetanseenhet for sikkerhetspsykiatri

Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2019-2025, oppfølging av styresak 74/2016, sak nr. 12/2019

Styrets vedtak:

1. *Styret i Helse Nord RHF vedtar Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord 2019-2025 som retningsgivende for den videre utviklingen av fagområdet i foretaksgruppen. Styret ber adm. direktør om å sørge for at ungdomsrådene i Helse Nord involveres i den videre utviklingen av fagområdet også for barn og unge.*
2. *Styret godkjenner oppstart av tiltakene i fase 1 innenfor rammen som ligger i Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord 2019- 2025.*
3. *Styret ber adm. direktør vurdere prioritering av tiltakene i fase 2 i forbindelse med rullering av langsiktig økonomisk plan som legges frem for styret i juni 2019 og fremover.*
4. *Styret ber adm. direktør legge frem en egen styresak med vurdering av erfaringer fra opprettelse av fire akuttplasser ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og anbefaling av omfang og videre finansiering, senest høsten 2020.*

I saksfremlegg til saken fremholdes følgende:

«Tiltakslisten i planen består av 17 punkter. De høyest prioriterte utviklingsområder/tiltak er:

- *Brukermedvirkning er sentral i planen og skal også sikres i arbeidet med å realisere tiltak som foreslås gjennom å invitere brukerorganisasjoner til gjensidig samarbeid om faglig utvikling av tiltakene.*
- *Det må etableres døgntilbud som bidrar til å ivareta helseforetakenes ø-hjelpsplikt på fagområdet. Dette gjøres ved at åtte døgnplasser etableres, likt fordelt mellom Bodø og Tromsø. Universitetssykehuset Nord-Norge HF omgjør fire avrusningsplasser til fire akuttplasser fra 1. april 2019.*
- *Det foreslås at det etableres behandlingsforløp som sikrer oppfølging over tid på riktig behandlingsnivå. Økt fokus på sekvensielle behandlingsforløp, innføring av pakkeforløp og redusert bruk av lange sammenhengende innleggelser bidrar til dette.*
- *Det polikliniske behandlingstilbudet foreslås bygget ut slik at det blir dimensjonert etter behov i landsdelen. Landsgjennomsnittet for dekningsrate bør brukes som et mål på riktig nivå på tjenesten.*
- *Helse Nord skal bli selvforsynt med RAM2 -spesialister.*

2 Prosjekt omfang

Prosjektet omfatter Psykisk helse- og rusklinikken ved UNN.

Klinikken har 5 avdelinger, hvor prosjektet begrenses geografisk til avdelinger som har helt eller delvis plassering på Åsgård, Tromsø. Avdeling Sør inngår i utbyggingen av Nye UNN Narvik og vil i liten grad involveres i dette prosjektet. Virksomhetene i de eksterne DPS enhetene, kalt Sentre for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) i UNN, vil inngå i vurderinger som gjøres i OU delen av prosjektet. Dersom OU finner det hensiktsmessig å omprioritere deler av kapasiteten mellom lokasjonene, vil byggeprosjektet hensynta dette.

- Avdeling sør:
  - Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten (Narvik)
  - Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms (Harstad)
  - Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt Troms (Silsand og Sjøvegan)

- Avdeling nord:
  - Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø. (Tromsø og Storsteinnes)
  - Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms (Storslett)

- Psykiatrisk avdeling:
  - Dekker sykehusfunksjonene innenfor psykisk helsevern for Ofoten, Troms og Finnmark.
  - Avdelingen har sin virksomhet lokalisert til Tromsø.

- Rusavdeling
  - Dekker sykehusfunksjon innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord.
  - Avdelingen har sin virksomhet lokalisert til Narvik og Tromsø.
  - Både Narvik og Tromsø har avrusnings- og behandlingstilbud.

- Fagutvikling, forskning og utdanning
  - virksomhet lokalisert til Narvik og Tromsø

Følgende deler av ovennevnte avdelinger skal ikke være en del av prosjektet:

- Psykisk helse- og rusklinikken, Avdeling Sør
- SPHR Nord-Troms (døgn og poliklinikk)
- Storsteinnes (døgn og poliklinikk)
- Russeksjon Narvik
- Fagutvikling, forskning og utdanning. Kompetansesenter for rus Nord-Norge, lokalisert i Narvik

2.1 Drift ved Åsgård

Sykehusfunksjoner innen psykisk helsevern

Opptaksområde: Ofoten, Troms og Finnmark. Samtlige er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold iht. psykisk helsevernloven (med unntak av poliklinikk.)

- Regionale akuttposter x3:
  - Akuttpost nord (opptaksområde tidl. Finnmark og Nord-Troms)
  - Akuttpost sør (opptaksområde Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms)
  - Akuttpost Tromsø (opptaksområde Tromsø, Lyngen, Balsfjord og Storfjord).
- Psykose- og rus enhet
- 3 sikkerhetsposter:
  - Sikkerhetspsykiatri døgn
  - Sikkerhetspsykiatri rehabilitering
  - (regionale sikkerhetsplasser er under etablering, noe som vil medføre at det fra 2021 vil være 3 sikkerhetsposter og en kapasitetsutvidelse med 3 døgnplasser).
- Alderspsykiatrisk post
- Alderspsykiatrisk poliklinikk

TSB (Russeksjon Tromsø), regionale funksjon:

Godkjent for tvang iht. Helse- og omsorgstjenesteloven (med unntak av poliklinikk.)

- Ruspoliklinikk
  - inkludert forebyggende familieteam og Legemiddelassistert rusbehandling LAR)
- Avrusning med akuttilbud
- Rusbehandling restart
- Rusbehandling ung

DPS (SPHR) Tromsø):

- 2 døgnenheter: Døgn 1 og Døgn 2. Begge godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold iht. Psykisk helsevernloven.
- Regionalt medikamentfritt behandlingstilbud
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk (inkludert regionalt OCD-team samt rusteam)
- Ambulant akutte team
- Ambulant rehabiliteringsteam (under omforming til FACT-team)
- ACT-team

Fagutvikling, forskning og utdannings avdelingen

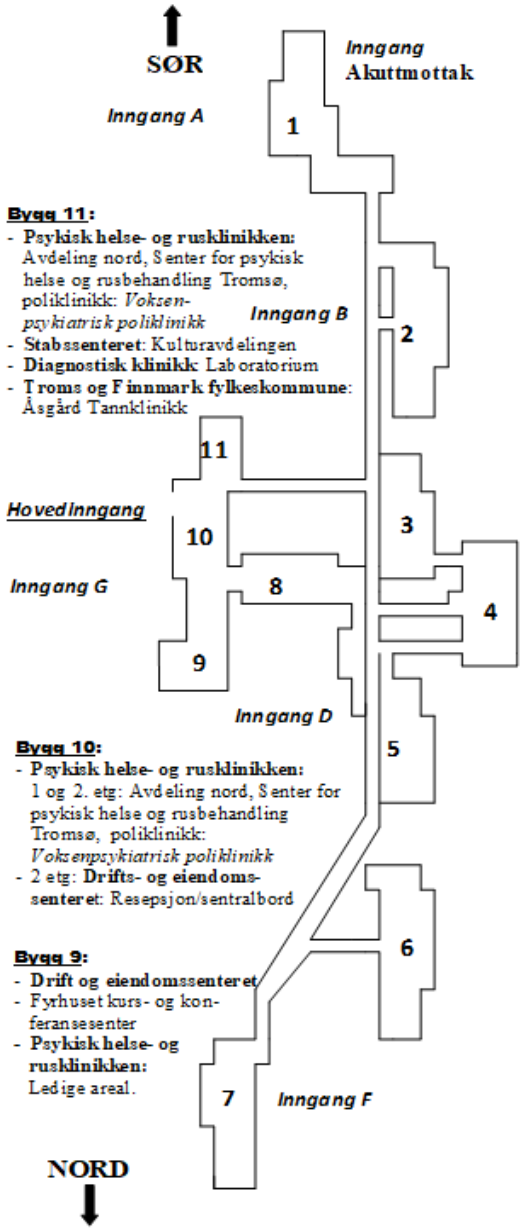
- Fagutviklingsenhet
- RVTS-Nord
- VIVAT

- Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
- Tvangsforsk
- Bibliotek.

Andre virksomheter lokalisert til området Åsgård

- Klinikkledelse med tilhørende stabsenhet
- Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet: Institutt for klinisk medisin (forskningsgruppe psykiatri) og Institutt for psykologi (studentkontorer for profesjonsstudium i psykologi)
- Kulturavdelingen (Kommunikasjons- og kultursenteret, UNN)
- Laboratorium (Diagnostisk klinikk, UNN)
- Drifts- og eiendomssenteret, UNN (teknisk, renhold, sentralbord, tøyforsyning, catering og matforsyning)
- Fysioterapi (Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, UNN)
- Fyrhuset kurs- og konferansesenter, UNN
- Åsgård tannklinikk (Troms og Finnmark fylkeskommune)
- Sosial-medisinsk institusjonsskole (Troms og Finnmark fylkeskommune)

Alle virksomheter og funksjoner lokalisert på Åsgård, skal ivaretas i videre planlegging, men kan ha varierende arealbehov avhengig av lokalisering av nybygget. Dette må avgrenses tidlig i steg 1.



Bygg 1: Psykisk helse- og rusklinikken
1. etg: Psykiatrisk avdeling: Akuttmottak, kontorer og ekspedisjon. Skadestue
2. etg: Psykiatrisk avdeling, Akuttseksjonen: *Akuttpost Tromsø*
3. etg: Psykiatrisk avdeling, Akuttseksjonen: *Akuttpost nord*
Loft: Telematikkstudio/møterom A, B og D

Bygg 2: Psykisk helse- og rusklinikken
U. etg: Avdeling nord og Psykiatrisk avdeling: Kontorer. Treningsleil, trenings-rom og journalarkiv **NOR-klinikken**: Fysioterapitjeneste Åsgård
1. etg: Psykiatrisk avdeling, Akuttseksjonen: *Akuttpost sør*. Sidefløy: Psykiatrisk avdeling: Kontorer, telematikkstudio og møterom.
2. etg: Psykiatrisk avdeling, Akuttseksjonen: *Psykose- og rusenheten* (PRE)

Bygg 3: Psykisk helse- og rusklinikken
U. etg: Avdeling nord: Kontorer.
1. etg: Gymnastikksal. Rusavdelingen: Kontorer.
2. etg: Avdeling nord: *Medikamentfritt behandlingstilbud.*
3. etg: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Avrusning*

Bygg 4: Psykisk helse- og rusklinikken
U. etg: Psykiatrisk avdeling, Alderspsykiatrisk seksjon: *Alderspsykiatri poliklinikk.* Kontorer
Fagutvikling, forskning og utdanning: *Fagutviklingsenheten*
Universitetet i Tromsø, IKM: Forskningsgruppe psykiatri
1. etg: Psykiatrisk avdeling, Alderspsykiatrisk seksjon: *Alderspsykiatri døgn*
Sidefløy: Psykiatrisk avdeling, Sikkerhetspsykiatrisk seksjon: Kontorer.

Bygg 5: Psykisk helse- og rusklinikken
1. etg: Klinikkledelse og Stabsenheten Psykisk helse- og rusklinikken: Kontorer, telematikkstudio og møterom (B5.115 og B5.128)
Psykiatrisk avdeling, Akuttpsykiatrisk seksjon: Kontorer (PRE)
2. etg: Postareal under bygningsmessig oppgradering
3. etg: Postareal under bygningsmessig oppgradering

Bygg 6: Psykisk helse- og rusklinikken
U. etg: Avdeling nord: Kontorer og møterom. Studentkontorer Treningsleil.
1. etg: Psykiatrisk avdeling, Sikkerhetspsykiatrisk seksjon: *Sikkerhets-psykiatri døgn (midl)*
Sidefløy: Avdeling nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, poliklinikk: *Ambulant rehabiliteringsteam*
2. etg: Psykiatrisk avdeling, Sikkerhetspsykiatrisk seksjon: *Sikkerhets-psykiatri rehabilitering (midl)*

Bygg 7: Psykisk helse- og rusklinikken
1. etg: Avdeling nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, poliklinikk: *Ambulant akutteam.* Psykiatrisk avdeling: Kontorer
2. etg: Avdeling nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, døgn (SPHR Tromsø, døgn): *Døgn 2*
3. etg: Avdeling nord, SPHR Tromsø, døgn: *Døgn 1.*

Bygg 8:
Psykisk helse- og rusklinikken: Møterom "Glassburet" (felles), VPPs møterom (Avdeling nord) og Bibliotek med møterom og kontorer (Fagutvikling, forskning og utdanning, Fagutviklingsenheten)
Drifts- og eiendomssenteret: Tøyforsyning og renhold. Kantine/kjøkken. Festsal.

Hertil lokalisert på området:

Bygg 12 (Lars Eriksens vei 10B):	**Psykisk helse- og rusklinikken:** Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Rusbehandling Restart.*
Bygg 12 (Lars Eriksens vei 10D):	**Psykisk helse- og rusklinikken:** Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Ruspoliklinikken* og *Vurderingsenhet TSB.*
Bygg 14 (Åsgårdveien 18):	**Psykisk helse- og rusklinikken:** Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Rusbehandling ung*
Fiolveien 15:	**Psykisk helse- og rusklinikken:** Fagutvikling, forskning og utdanning: *RVTS og Vivat*
Sørslettveien 4 og 6:	**Psykisk helse- og rusklinikken:** Avdeling Nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, poliklinikk: *Gruppetilbud*
Sørslettveien 2:	**Troms og Finnmark fylkeskommune:** *SMI-skolen*

Figur 3: Oversiktskart Åsgård området 12.10.20

2.2 Regionale Funksjoner

UNN har en rekke regionale funksjoner som skal ivaretas i prosjektet. Noen av disse funksjonene vil være gjenstand for avklaringer av omfang i konseptfasearbeidet.

Sikkerhets psykiatriske seksjon

Det er vedtatt etablert med 3 av 5 regionale plasser i Tromsø. Driftskostnader og etableringskostnader er store i forhold til disse plassene. UNN vil be om at Helse Nord gjøre en ny vurdering som gjelder hensiktsmessigheten av å etablere denne regionale funksjonen på 1 lokalisasjon. Prosjektet forholder seg i konseptfase til gjeldende vedtak om å utrede 3 plasser i Tromsø.

Medikamentfri behandlingstilbud

UNN har etablert 6 regionale plasser for ikke-medikamentell behandling. Dette videreføres.

PIT plasser

Det skal opprettes konsultasjonsteam og ikke sengeplasser for denne pasientgruppen. Teamet er organisert under NOR klinikken.

2.3 Fagutvikling, forskning og utdanning

UiT Norges arktiske universitet (UiT)

Klinikken har svært omfattende utdanningsoppgaver og har bl.a. ca. 600 studenter i praksis hvert år. Arena for utdanning skal ivaretas i prosjektet.

UNN er universitetssykehus og skal ivareta forskning, utvikling og utdanning innen alle medisinske fagområder. Psykisk helse og rus områdene er tradisjonelt rekrutteringssvake og leverer under middels på forskning. Det er et uttalt mål for UNN å styrke dette, og må ivaretas i planleggingen av det nye bygget.

Fagutvikling, forskning og utdanning (FFU) inngår i prosjektet. Det gjelder:

- VIVAT (selvmordsforebygging), nasjonal funksjon. I Fiolveien, rett nord for Åsgård
- RVTS Nord, regional kompetansefunksjon. I Fiolveien, rett nord for Åsgård
- SIFER Nord, Åsgård
- Fagutviklingsenheten

- KoRus – regionalt kompetansesenter for rusbehandling, ligger i Narvik, og inngår ikke i prosjektet.

Omfanget av areal til UiT og forskning må avklares tidlig i konseptfasen.

Stortinget har vedtatt prinsipper for planlegging, bygging og finansiering av universitetsarealer i nye sykehusbygg, gjeldende fra 2018. Dette innebærer at helseforetakene planlegger og bygger universitetsareal for medisinutdanningen i nye sykehusbygg. Helseforetakene eier arealene, og universitetene leier dem Prosjektet skal ivareta behovet til «Fagutvikling, forskning og utdanning», i tråd med retningslinjer fra UNN og anbefalinger fra Styringsgruppen.

2.4 Prosjektutløsende faktorer

Prosjektutløsende behov beskrevet i OU-prosessen:

Byggenes funksjonelle egnethet

- Bygg dårlig tilrettelagt for å ivareta pasientsikkerhet.
- Kan ikke tilpasses målet om reduksjon av tvang.
- Har ikke tilgang på lukkede skjermede utearealer.
- Det kan perioder være uro som medfører mye støy, og byggene er ikke godt lydisolert. Uro sprer seg og lyd bærer igjennom bygget, noe som øker risiko for flere hendelser som følge av en hendelse.
- Mangler tilgang på aktivitetsrom inne i sengepostene.
- Ikke tilpasset aktivitet integrert i behandling. Noen må følge pasientene.
- Dårlig tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelser
- Arealene er ikke funksjonelt egnet for å drive moderne helsetjeneste
- Dårlig oversikt som reduserer personalets overblikk.
- Mange lange og relativt smale korridorer med dødvinkler, innsmett og nisjer betyr uoversiktlige arealer. Enkelte korridorer er 60 meter lang. Det er vanskelig å ha oversikt over hvor pasienter befinner seg, noe som medfører økt behov for personell.
- Byggene er lite fleksible for endring i pasientgrupper og behov. Det er vanskelig å tilpasse arealene til nye behandlingstilbud som for eksempel akutt TSB, B4DT samt tilrettelegging for aktivitet og trening integrert i behandling.
- Bygningsmassen begrenser ressursutnyttelse.
- Utdatert bygningsmasse.

Byggetekniske forhold

- Fredning og verne forhold gjør ombygging og endring av eksisterende bygningsmasse krevende.
- Byggene bidrar ikke til tidsmessig og fremtidsrettet drift og er ikke egnet for moderne helsetjeneste.
- Bygningsstrukturer vanskeliggjør funksjonelle tilpasninger.

- Høye renoveringskostnader på grunn av vern og fredning. Påtrengende behov for renovering, men med begrensede muligheter nettopp pga. vern og fredning.
- Bygningstekniske grunnfeil/mangler som vanskelig eller ikke lar seg utbedre påvirker HMS. Byggene er satt rett på bakken og trekker opp fukt. Det er dårlig kvalitet på betong og støpning. (Oppfyller ikke byggeforskriften fra 1949, selv om byggene er oppført fra 1956-1966).
- Høye drifts- og vedlikeholdskostnader knyttet til stor og eldre bygningsmasse på 55.000m2. Beregnet til 30-40 millioner per år.
- Teknisk utdatert bygningsmasse

Sikkerhet og HMS

- Vanskelig og til dels umulig å ivareta HMS i dagens bygningsmasse
- Vanskelig å ivareta pasienters og ansattes sikkerhet i dagens bygningsmasse.
- Problematisk inneklima (Ansatte i bygg 10 må flytte til erstatningsbygg etter pålegg fra Arbeidstilsynet – lignende problematikk finnes også i flere andre bygg).
- Vanskelig å ivareta smittevern i bygningsmassen.
- Manglende personalgarderober gjør det vanskelig å benytte sykehustøy og begrenser muligheter for å kunne løpe, jogge eller sykle til arbeid.

Fag og prosess

- Behov for bedre integrerte tjenester mellom psykisk helsevern, TSB og somatikk.
- Krevende å få til samarbeid på tvers når enheter ligger langt unna hverandre.
- Behov for økt samhandling og samarbeid med kommunene. (Samlokalisert drift).
- Fysiske forhold understøtter i begrenset grad samhandling med eksterne samarbeidspartnere.
- Vanskelig å ivareta pårørende og barn som pårørende inne i lokalene.
- Behov for tilpasning til endring i befolkningssammensetning, demografi og endret lovgivning. Dette er relevant i forhold til at det blir flere eldre og flere som dømmes til behandling.

Ressursutnyttelse personell

- Behov for mer pasientrettet, effektiv organisering og bruk av tilgjengelige ressurser.
- Behov for bedre kontinuitet i behandling og team som følger pasienten mellom nivåer.
- Arealene og utformingen av disse muliggjør i begrenset grad effektiv utnyttelse av personell.
- Vanskelig å tilrettelegge for fleksibel bruk av personell på tvers av enheter.

Sårbar rekrutteringssituasjon

- Leger, legespesialister, psykologspesialister og sykepleiere er vanskelig å rekruttere til flere enheter.
- Ikke nok spesialister til å imøtekomme krav om spesialistinvolvering i pakkeforløpene
- Vanskelig å rekruttere utenfra, men noe enklere å beholde de som er utdannet lokalt.

Behov for faglig styrking

- Økt satsing på forskning, innovasjon og utdanning
- Arealer som understøtter forskning, faglig utvikling, studentundervisning, simulering og bruk av ny teknologi.

Økonomi

- Fra 2007 har klinikken redusert sengekapasiteten med totalt 36 senger (konsekvens av faglige føringer og økonomiske omstillingskrav i UNN).
- Det har vært meget vanskelig å endre faglig tilbud og arbeidsprosesser på en måte som er i samsvar med økonomiske rammer, og samtidig innenfor rammen av faglig forsvarlighet.
- Klinikken er bevisst på å ha kontinuerlig fokus på forbedring og effektivisering, og er innstilt på å ta ut de effekter som er mulige å ta ut.

2.5 Utredning alternativer

Prosjektet sin tolkning av hva som skal utredes i konseptfasen – en fase som skal sikre sammenheng mellom løsningsalternativ bygg, og organisering av drift. Konseptfasen skal belyse virksomhets- og løsningsalternativer. Det beste alternativet som oppfyller helseforetakets overordnede mål tas videre til steg 2; godt nok til å gjøre en investeringsbeslutning

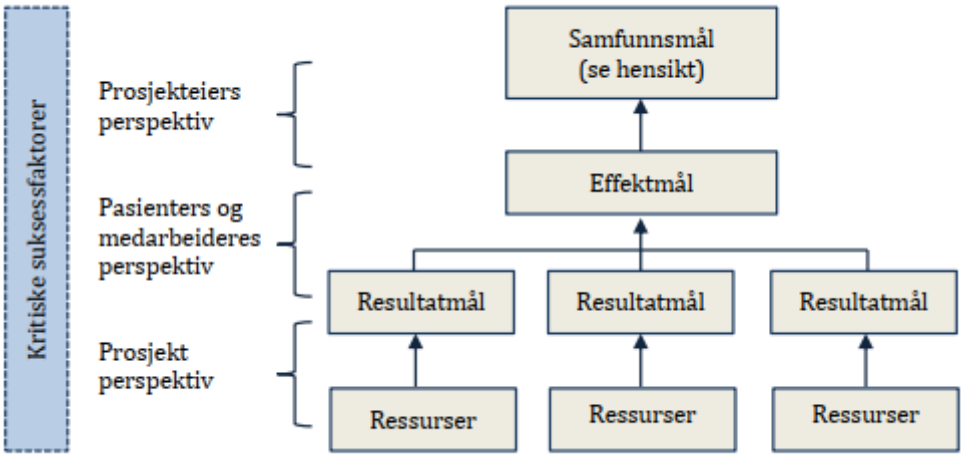
Basert på disse styrevedtakene (*Red.: Styrevedtak Helse Nord*) vil prosjektet gå inn i konseptfasen med 3 hovedretninger i forhold til bygningsmessig løsninger og plassering:

1. Å samle all PHR virksomhet på Åsgård
2. Å samle all PHR virksomhet i Breivika
3. En deling av funksjonene om dette viser seg mest hensiktsmessig gjennom utarbeidelse av programmet.

3 Målsetting

Psykisk helsevern og TSB er et av UNNs prioriterte utviklingsområder. Prosjektet skal bidra til å styrke utviklingen på dette området.

Prosjektets samfunns- og effektmål er styrende for hva prosjekteier ønsker å oppnå med gjennomføring av konseptfasen for det framtidige målbildet. Målene som skal ivaretas i konseptfasen er vist i nedenstående figur:



3.1 Samfunnsmål

Samfunnsmål beskriver prosjektets nytte eller verdiskapning for samfunnet, og hvilke samfunnsbehov prosjektet forventes å bidra til. Samfunnsmålet skal vise eiers intensjon og ambisjon med tiltaket.

Det overordnede samfunnsmålet for UNN er *«å sikre godt og effektivt spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i foretakets ansvarsområde».*

Prosjektet skal basere seg på nasjonale føringer, Helse Nord sine planer og UNNs ansvar for å tilby gode tjenester til befolkningen i Troms, Finnmark og Nordland.
Effektmål

Effektmål er den ønskede gevinsten av prosjektet, og peker tilbake på de behov eller problemer som er grunnlaget for prosjektet.

Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og pårørende
Behandlingen er sammenhengende og helhetlig
Behandlingen er ressurseffektiv både for virksomheten og for pasienten
Psykisk helse- og rusklinikken er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper
UNN bidrar med kompetanseutvikling
Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder
Byggene er teknisk funksjonsdyktige

Organisasjonsutvikling prosessen har høsten 2020 beskrevet målene slik:

Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og pårørende

- Behandlingen understøtter pasientens egne ressurser
- UNN legger til rette for at pasienten kan medvirke i egen behandling
- Pasientopplevd kvalitet og behov ligger til grunn for tjenesteutvikling
- Pasienters og pårørendes erfaringskunnskap ses som likeverdig med fagkunnskap
- Behandlingen er tilpasset den samiske befolkningen og pasienter med annen kulturell bakgrunn

Behandlingen er sammenhengende og helhetlig

- Behandlingsforløp planlegges under ett og i samarbeid med involverte enheter
- Pasienter med sammensatte/komplekse behov møtes av team, og behandling gjennomføres med samarbeid på tvers av fag
- Tjenesten ivaretar kontinuitet i behandlingen

Behandlingen er ressurseffektiv både for virksomheten og for pasienten

- Ved mottak gjennomføres kvalifisert beslutning om pasientens videre behandling
- Behandlingen skjer på det beste virkningsfulle nivå for pasienten
- Ressurser fra andre faglige enheter gjøres tilgjengelig for pasienten etter behov
- Ressursbruk som ikke fører til verdiskaping omstilles til andre prioriterte pasientgrupper (f.eks. prioritere de sykeste, stormottakere mm)

Psykisk helse- og rusklinikken er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper

- Klinikken har stabilt fagmiljø og riktig kompetanse
- Klinikken har gode muligheter for etter- og videreutdanning
- HMS-situasjonen er tilpasset risikosituasjon hos ulike personellgrupper

UNN bidrar med kompetanseutvikling i samfunnet

- Forskning, kvalitetsutvikling og utdanning er integrert i virksomheten

Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder

- Byggene legger til rette for virkningsfulle behandlingsforløp
- Byggene kan tilpasses endringer i behov
- Byggene kompenserer for mestringssvikt
- Byggene understøtter størst mulig grad av frivillighet

Byggene er teknisk funksjonsdyktige

- Byggene ivaretar miljøkrav relatert til grønt sykehus
- Byggene understøtter god driftsøkonomi
- Byggene har tilstrekkelig elastisitet og fleksibilitet og understøtter endring av driftsformer
- Gode og framtidsrettede IKT løsninger som legger til rette for digital samhandling med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere

3.2 Resultatmål for konseptfasen

Å utarbeide en konseptrapport/et beslutnings-grunnlag godt nok til at UNN og Helse Nord kan beslutte om man skal gå videre i en forprosjektfase med valgt alternativ. Videre skal det være godt nok til å gi grunnlag for lånesøknad til departementet.

Prosjektet skal i konseptfasen utrede og framskaffe et faglig grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene innenfor de rammer som er definert i mandatet for konseptfasen, og utdypet med prosjektets tolkning i styringsdokumentet for prosjektet.

Innenfor OU-prosjektets tidsplan og økonomiske ramme skal fremtidig behandlingstilbud, ressursbehov og organisering av disse beskrives, som grunnlag for etablering av nye arealer for psykisk helse og TSB ved UNN Tromsø.

3.3 Suksesskriterier

Suksesskriteriene er knyttet til prosjekts mål og kan registreres etter at prosjektet er avsluttet. Prosjektet måles på følgende kriterier ved leveranse av konseptrapport:

- Rammebetingelser: Konseptrapporten svarer på og er tilpasset gjeldende rammebetingelser for Klinikk for Psykisk helse- og rus voksne, ved UNN, med hensyn til økonomisk bæreevne, funksjonsdeling og fremtidig kapasitet.
- Kostnadsrammen: Kostnadsrammen for konseptfasen holdt og budsjetter ikke overskredet.
- Tidsplan: Tidsplanen holdt, og konseptrapporten er levert i henhold til avtalt plan.
- Konseptrapport: Konseptrapporten har en kvalitet og et innhold som gir basis for at den innen rimelig tid danner grunnlag for styrebehandling og beslutning i Helse Nord.
- At resultatene fra OU-prosjektet bidrar til at det nye bygget for psykisk helsevern og TSB støtter opp under fremtidsrettede behandlingsmetoder i tråd med foretakets faglige ambisjoner.

3.4 Suksessfaktorer

Suksessfaktorer er forhold som må ligge til rette for at prosjektet skal bli vellykket, og har innvirkning på måloppnåelsen i prosjektets konseptfase:

- Ledelsesforankring* og solid forankring av prosjektet i organisasjonen
- Alle deltagere i prosjektet har felles målforståelse
- Klare ansvarsområder og tydelige mandater (klar organisering)
- Åpen og transparent planprosess
- Rett kompetanse på rett plass til rett tid
- Tilstrekkelige økonomiske rammer og god kostnadsstyring
- Avsette tilstrekkelig tid og ressurser for å arbeide med prosjektet
- Avsatte ressurser styres av prosjektet
- Avklaring av interessentbildet, oppfølging av kritiske aktører og miljøer
- Bruker- og ansatte involvering

* styringsgruppen (med representanter fra PHRV og somatikk ved UNN.)

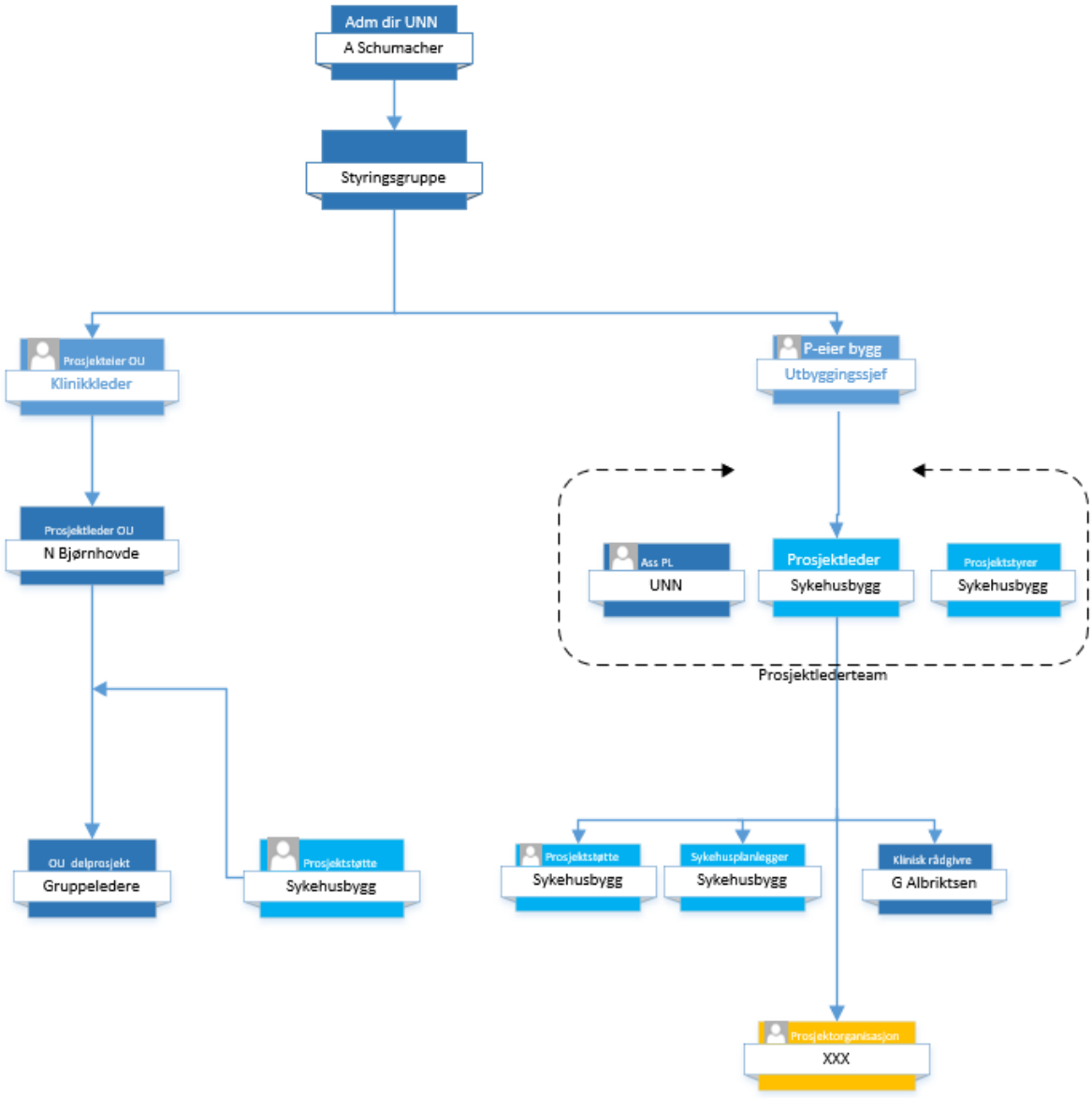
Suksessfaktorer for Organisasjonsutvikling:

- Bred forankring av arbeidet gjennom medvirkning internt, i forhold til brukere, pårørende og samarbeidspartnere samt prioritering og implementering av resultatene I UNN.
- God samhandling mellom sentrale aktører, prosjektgruppen i UNN, aktuelle samarbeidspartnere internt i Sykehusbygg, samt eksterne samarbeidspartnere.
- Tilgjengelige data (intervjudata, spørreundersøkelse, kvantitative data mm.).

I tillegg ser prosjektet det som en kritisk suksessfaktor at:

- Prosjekteier (UNN) er aktiv og beslutningsdyktig
- Aktiv bruk av referanseprosjekter for erfaringsoverføring (prosjektleder)
- Tydeliggjøring av detaljeringsgrad/behov i konseptfase (utredninger, analyser og alternativ)

4 Organisering



4.1 Styringsgruppe

UNN v/ administrerende direktør er prosjekteier og har oppnevnt en egen rådgivende styringsgruppe (SG) med ansvar for å gjennomføre konseptfasen i tråd med de rammer og forutsetninger som er lagt til grunn av styret. Administrerende direktør leder styringsgruppen og innehar beslutningskompetanse.

Styringsgruppen er i konseptfasen steg 1 samlet satt sammen for å inneha tilstrekkelig bredde til å forankre prosjektet i organisasjonen samt å inneha erfaring på områder som:

- Økonomi og bærekraft
- Medisinsk/helsefaglig kompetanse

- Brukerkompetanse
- Organisatoriske endrings- og omstillingsprosesser
- Erfaring fra tilsvarende prosesser
- Kompetanse innenfor prosjektgjennomføring og erfaring fra komplekse byggeprosjekter.

I utgangspunktet innebærer oppgaven til styringsgruppen å sikre utvikling av en konseptrapport som skal danne et beslutningsunderlag slik at styrene i UNN og Helse Nord kan fatte beslutning om videreføring til forprosjekt og lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Prosjektledere og prosjekteiere forbereder saker til prosjektets styringsgruppe som er rådgivende til administrerende direktør.

Styringsgruppen behandler tema som:

- fremdrift og status i henhold til mandat, herunder risiko og avvik
- informasjon og oppdatering
- beslutte aktiviteter og tiltak
- avklare eventuelle uavklarte saker fra prosjektledelsen og prosjektgruppe 2
- forberede og gi råd til administrerende direktør som gjelder saker som skal behandles i styremøter
- opprette arenaer eller arbeidsgrupper for spesielle behov/tema

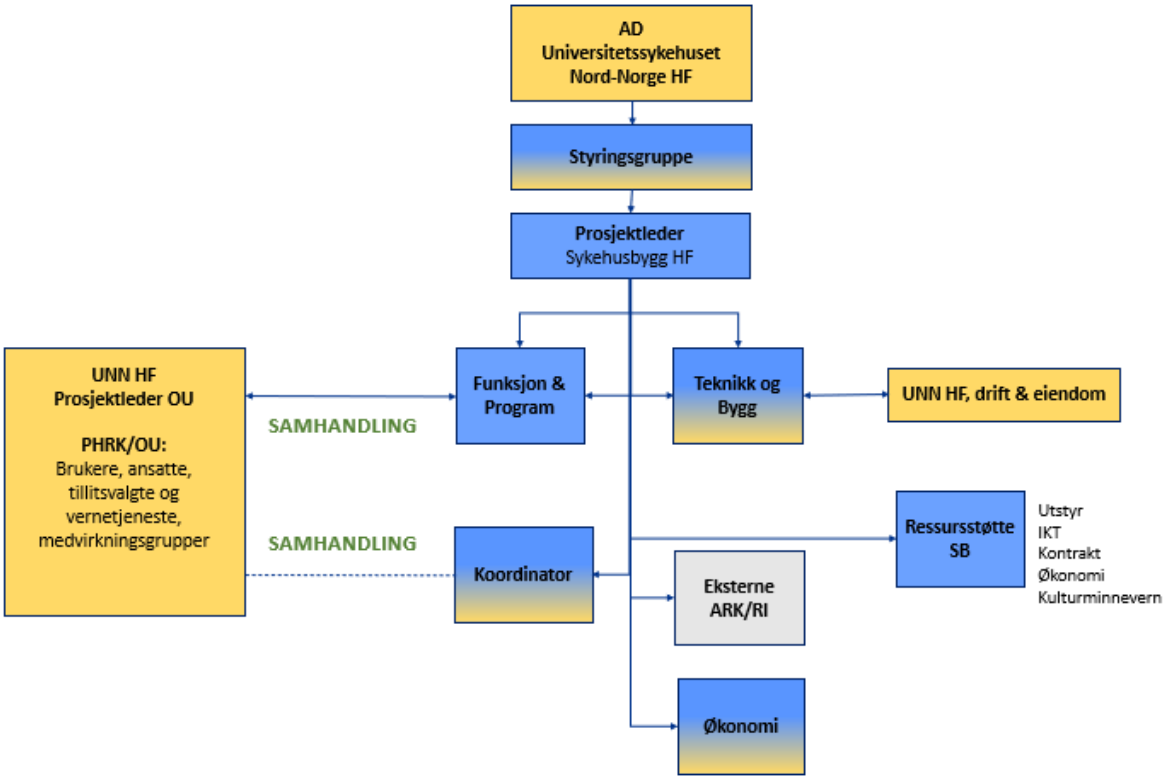
Medlemmer av Styringsgruppen:

ROLLE	**NAVN**
Administrerende direktør (leder)	Anita E. Schumacher
Viseadministrerende direktør	Marit Lind
Utbyggingssjef	Tor-Arne Hanssen
Prosjekteier OU	Tordis Høifødt
Klinikkleder somatisk klinikk	Rolv-Ole Lindsetmo
Drifts- og eiendomssjef	Grethe Andersen
Økonomisjef	Lars Øverås
UiT	Trond Nylund
Helse Nord RHF	Lars Alvar Michelsen
Ansatte representant	Mai-Britt Martinsen
Brukerrepresentant	Merethe Saga Lønnum
Avdelingsleder psykiatrisk avdeling	Siren Hoven
Avdelingsleder rusavdeling	Ruben Sletteng
Fra prosjektet:	
Prosjektleder OU	Njål Bjørhovde
Prosjektleder SBHF	Aud K. Sivertsen
Klinisk rådgiver UNN HF	Guri Albrigtsen
Prosjektsekretær	Marita Sørensen

Administrerende direktør har følgende fullmakt:

- fullmakt til å treffe beslutninger som gjelder detaljering av prosjektets innhold og utforming, samt forankre og avklare dette med UNN innenfor de rammene som er gitt av styret i Helse Nord, slik at et best mulig beslutningsunderlag fremskaffes.

4.2 Prosjektorganisasjonen



Sykehusbygg er engasjert av UNN for å stille ressurser til prosjektledelse av bygg, og PHRK stiller med prosjektledelse OU.

På bakgrunn av mandat gitt av UNN, er prosjektledere ansvarlig for å:

- planlegge, gjennomføre og styre prosjektet i henhold til rammer og forutsetninger
- sikre at nødvendige ressurser og kompetanse tilføres prosjektorganisasjonen
- sikre at prosjektets ressurser brukes på en effektiv måte og at de er riktig organisert i forhold til de oppgaver som skal løses
- sikre at arbeidet utføres i henhold til definerte kvalitetsstandarder og aktuelle lover og forskrifter
- sikre at det etableres en effektiv og god struktur for medvirkning fra sykehusets ansatte og brukere slik at prosjektet får god forankring og slik at de prosjekterende får nødvendige tilbakemeldinger i forhold til det løpende prosjekteringsarbeid

- holde involverte parter oppdatert og sikre god og etterrettelig informasjon om prosjektet i henhold til prosjektets kommunikasjonsplan
- rapportere status til styringsgruppen 1 gang pr. måned

4.3 Organisasjonsutvikling / Driftsorganisasjonen

Psykisk helse- og rusklinikken skal utvikle organisasjonen og nye driftskonsepter. Organisasjonen skal tilpasses nye driftskonsepter, nye bygg, ny teknologi og nytt utstyr. Det er lagt til grunn at sykehuset skal kunne effektivisere driften. Den gitte årlige besparelsen er under utredning, og er sammensatt av endring i drift og gevinster fra byggeprosjektet
Psykisk helse- og rusklinikken har en intern prosjektorganisasjon i Tromsø som ledes av prosjektleder OU. All samhandling koordineres gjennom intern prosjektleder, for å sikre ledelsesforankring og at de rette personene/fagmiljøene blir inkludert til rett tid.

Videre vil sykehuset fristille ressurser i egen organisasjon slik at det sikres nødvendig deltakelse i arbeidet med konseptfasen (ansattmedvirkning utover Klinikkens og UNN prosjektgruppe). Dette for å sikre at nødvendige avklaringer kan gis de prosjekterende i henhold til forutsatt fremdrift, og at de løsninger som velges har god forankring på sykehuset.

4.4 Samhandling mellom Sykehusbygg, driftsorganisasjonen og OU-prosessen

Prosjektet skal ha et strukturert opplegg for samhandling og samarbeid med driftsorganisasjonen ved UNN og PHRK. De løsninger som utvikles i konseptfasen skal være godt forankret på ulike nivåer i driftsorganisasjonen.

Utbyggings- og driftsdelen av prosjektet skal sees i sammenheng, med sikte på å oppnå de mål som er satt for både drifts- og investeringsdelen av prosjektet.

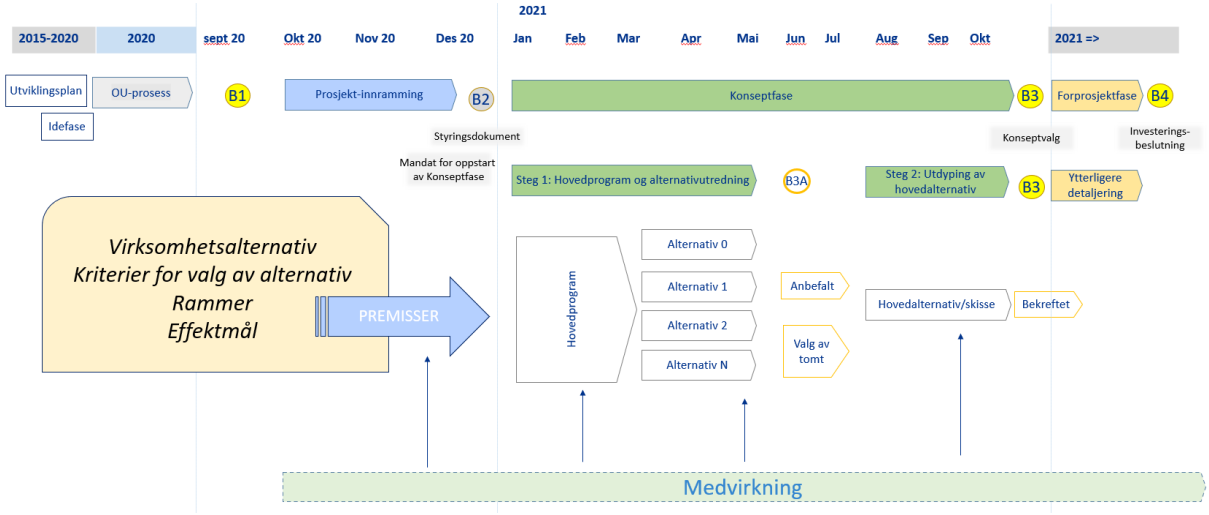
Samarbeidet mellom SB og UNN om planlegging og etablering av PHR har som formål å oppnå engasjement, forankring og eierskapsfølelse hos driftsorganisasjonen (klinikken) som grunnlag for god og vellykket opplæring, organisasjonsutvikling og drift.

Medvirkningen skal ivareta helhetstenkning på en slik måte at problemer og muligheter på tvers av sykehusets avdelingsgrenser blir belyst og ivaretatt.

5 Fremdriftsplan

5.1 Fremdriftsplan konseptfase

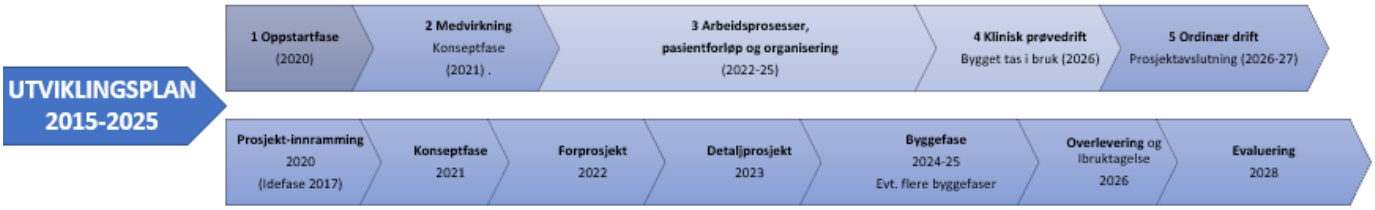
Fremdriftsplan for konseptfasen skal bidra til å sikre at det ved endt konseptrapport foreligger et gjennomarbeidet og godt forankret forslag til konseptrapport innenfor rammene av konseptfasen som grunnlag for behandling av forprosjekt i Helse Nord.



5.2 Milepæler og beslutningspunkt konseptfase

Tidslinje	Hoved leveranser	Økonomi, analyser	Eksterne, kontrakt	KSK	Styringsgruppe
nov.20	Tidlige avklaringer				
des.20	Mandat Prosjektorganisering		ARK/ (RI)		Møte 1
jan.21	Styringsdokument	Bærekraft Gevinster	KSK		Styringsdok.
mar.21	Hovedprogram	Driftsøk. Analyser		KSK	Hovedprogram
mai.21	**Delrapport, B3A Anbefaling**	Alternativene		KSK	Beslutningspunkt B3A hovedalternativ
jun.21	Beslutningspunkt B3A (styrebehandling UNN HF)				Godkjenning
aug.21	Oppstart skisseprosjekt Utdyping av hovedalternativ		Tekniske Rådgivere Usikkerhetsanalyse		
okt.21	Skisseprosjekt	Øk. Bæreevne Prosjektkalkyle Usikkerhetsanalyse		KSK	KSK
nov.21	**Konseptrapport**			KSK Rapport	Godkjenning
nov.21	Styrebehandling HF konseptfase				Godkjenning
des.21	Beslutningspunkt B3 konseptfase (styrebehandling RHF)				Godkjenning
des.21	Sende lånesøknad HOD				Lånesøknad

5.3 Overordnede faser, langtidsplan



6 Prosjektbeskrivelse Konseptfase

Formålet med konseptfasen er å utrede og fremskaffe et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene innenfor de rammer som er definert for prosjektet/PHR Tromsø. Vi legger prosjektmodellen i «Tidligefaseveilederen» til grunn for gjennomføring av prosjektet.

UNN hadde som plan at OU-prosjektet skulle ha levert ett grunnlag/føring ved start av byggeprosjektet. OU-prosessen er forsinket, og vil derfor gå i parallell med byggeprosjektet. Det er viktig med tett samhandling i utvikling av virksomhetsalternativer og hovedprogram.

Videre vil prosjektet jobbe tett med UNN for å gjøre vurderinger på hvilke avdelinger/seksjoner/pasientgrupper med flere som skal samles/flyttes sett opp mot nærhetsbehov i varierende grad. Dette bør være er en del av en effektiviseringsprosess ved UNN, for å sikre godt grunnlag for fremtidig drift.

6.1 Hovedleveranser – Hensikt og innhold

Hovedprogrammet:
Hovedprogram starter med en beskrivelse av nå-situasjonen, framskrivinger av aktivitet og en beskrivelse av hvordan man skal tilnærme seg den kalkulerte aktiviteten i fremtiden. Det blir satt opp forutsetninger for virksomhets -modell og innhold. Gjennom programmet blir overordnet arealbruk beskrevet. Programmet deles opp i følgende områder:

1. Funksjon
2. Teknikk
3. Utstyr
4. IKT konsept
5. Rom og areal

Videre vurderes ulike ønskede driftskonsepter, som settes sammen i moduler på overordnet nivå, og danner muligheter innenfor alternativene.

Programmet resulterer i ett nettofunksjonsareal, som videre gir ett estimert volum-behov for bygg, dette noe avhengig av tomt og sammensetting av funksjoner og moduler.

Alternativvurdering:
Alle alternativene skal utredes og vurderes ihht kriteriene og gis en poengsum. I den grad det er mulig, vil vi se på drift og gevinster, byggetrinn, økonomi, spesielle dimensjonerende forutsetninger for det enkelte alternativet, alternative virksomhetsmodeller, programkrav (hentes fra hovedprogrammet), illustrasjoner, modeller fra evt. mulighetsstudier og om alternativet er gjennomførbart.

På dette nivået vil det utføres enklere estimat på prosjektkostnad, LCC- og driftsøkonomiske analyser med mer.

Basert på kriterier for vurdering og valg av alternativt, vil alternativene bli rangering og prosjektet gir en anbefaling til valgt alternativ som skal utredes videre i skisseprosjekt, steg 2.
Valg av hovedalternativ

Konseptrapport:
Utredning av anbefalt hovedalternativ. Dette inkluderer skisser og modeller av anbefalt alternativ med tilhørende kalkyler, usikkerhetsanalyse mv. Konseptrapporten vil også inneholde en rapport fra ekstern kvalitets sikrer (KSK), forslag til mandat for neste fase, forprosjekt.

6.2 Steg 1- Hovedprogram og alternativutredning

På bakgrunn av tidligere utførte analyser og en kort tidsplan, velger prosjektet å komprimere detaljeringsgraden i alternativutredningen. Det er utført en detaljert Idefase etter eldre gjennomføringsmodell, i tillegg til ulike analyser av tomter og alternativer av UNN.

Det vil være nødvendig med en verifisering av dimensjoneringsgrunnlaget. Noe av dette vil skje i OU-prosjektet, som framskriving, beskrivelse av pasientforløp, framtidige virksomhetskonsepter med mer.

Se innledning, kap.2 Bakgrunn.

I steg 1 vil det være viktig å sikre at byggeprosjektet legger til grunn ønsket fremtidig drift og virksomhetsalternativ, og at byggeprosjektet kan holdes innenfor kostnadsrammen på 1700 MNOK.

Virksomhetsalternativene og tomtevalg er åpenbart forskjellig, og det er beregninger av driftskostnader, pasient- og ansatte-flyt som vil veie tyngst for valget mellom alternativene. Prosjektet anser estimat for de ulike bygg-alternativene som godt nok for utredningen. Omfanget av valgt tomt og virksomhetsalternativ må videre justeres i skisseprosjektet for å sikre at vi holder oss innenfor rammen.

Evalueringskriterier lagt til grunn, er ikke førende for at det er behov for dypere utredning av de ulike alternativene.

Kostnader til infrastruktur, teknisk tilførsel, grensekostnader og eventuelle ulempekostnader som følge av rokader, midlertidige bygg og bygging tett på sykehus i drift blir identifisert i skisseprosjekt, og vurderes kun overordnet for de ulike alternativene.

Hovedaktiviteter i konseptfasen	Forklaring	Aktiviteter
Konseptfase Steg 1		
Oppdatering	Bearbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidet under prosjektinnramming/idéfase.	Evalueringskriterier valg av alternativ
		Prioriteringsrekkefølge for kriterier
		Oppdatering framskrivinger
	Utføre driftsøkonomiske konsekvensvurderinger av alternative driftsmodeller	Etablere en spesifisert gevinstoversikt, herunder både økonomiske gevinster og kvalitative effekter
	Oppdatere Økonomiske Analyser	Oppdatert Investeringsanalyse
		Oppdatert finansieringsplan
	Etablere styringsdokument	
Kontrahering	Engasjere eksterne	ARK (RI) & KSK Mini-konkurranse
Utarbeide Hovedprogram	Utarbeide Hovedprogram, avgrenset til det virksomhetsinnhold som skal inngå i alternativene, inndelt i følgende delprogram:	Status dagens virksomhet og bygg Forutsetninger virksomhet -modell og innhold Moduler av ønskede driftskonsepter Alternativer og muligheter
	1 Funksjon	Må beskrives tydelig hva som skal løses, hvordan og hvor
	2 Teknikk	
	3 Utstyr	
	4 IKT konsept	
	5 Rom og areal (arealtabeller)	Nettofunksjonsareal Beskrive arealbruk (overordnet)
Utrede nullalternativ	Utrede Nullalternativ	Fremstilles sammenlignbart med øvrige alternativer
Alternativvurdering	Utvikle de bygningsmessige alternativene identifisert i idéfasen og tilpasset utredninger gjort i etterkant av Idefase	Rokade løsning - gjennomførbart
		Spesielle dimensjonerende forutsetninger for det enkelte alternativet
		Alternative virksomhetsmodeller
		Programkrav (hentes fra hovedprogrammet)
		Byggetrinn
		Estimering
	Alternativene visualiseres	Løsninger visualiseres enkelt for å sikre m2 Arkitekt skissere alternativ
	Utredning av alternativene	Overordnede drifsøkonomiske analyser (mindre omfatende beregninger) Realisme innenfor kostnadsrammen i byggeprosjektet. Investeringsrammene og helseforetakets økonomiske bæreevne.
Anbefale ett bygningsmessig alternativ	Anbefale ett bygningsmessig alternativ (beslutning B3A)	Kriterier for vurdering og valg av alternativ
		Rangering og vurdering av alternativene, anbefaling

6.3 Steg 2 - Skisseprosjekt

I skisseprosjektet vil prosjektet benytte seg av ekstern arkitekt og rådgivere, UNN, SB og intern og ekstern kalkylekompetanse. Avhengig av forventningene, hva gir ett godt nok beslutningsgrunnlag for en videre behandling til lånesøknad og før et forprosjekt. Dette er et av tiltakene for å holde plan.

Erfaringsmessig har flere sykehusbygge-prosjekt estimert for lave faktorer for brutto/netto-areal. Prosjektet vil ha søkelys på dette, og sikre at kalkyler er overordnet realistiske.

Hovedaktiviteter i konseptfasen	Forklaring	Aktiviteter
Konseptfase Steg 2		
Kontrahering	Engasjere eksterne	RI, om ikke engasjert i steg 1 Usikkerhetsanalyse
Utdyping av hovedalternativ	Skisser og modeller av anbefalt bygningsmessig alternativ med tilhørende kalkyler mv. (Inkluderer investeringskostnader, driftseffekter, bærekraftsanalyse og investeringsplan)	Prosjektkostnad (kalkyle) Usikkerhetsanalyse (3.part) LCC-analyse Økonomisk bæreevne (komplet ØLP-beregning) med utvidet analyse periode Oppdatert finansieringsplan Drifsøkonomiske analyser Gevinstoversikt
Ekstern kvalitetssikring konseptvalg (KSK)	Kvalitetssikring som en følgeevaluering gjennom konseptfasen	KSK-Rapport
Gjennomføringsmodell	Vurdering av gjennomføringsmodell beskrives i konseptrapporten med forslag til mandat for forprosjektfasen og i oppdatert styringsdokument.	Kontraktsstrategi
Videreføring til forprosjekt	Utarbeide plan for neste fase	Plan for vidare arbeid
	Fra og med forprosjektet skal prosjektet gjennomføres i byggetrinn, med egne planer per byggetrinn.	Forslag til mandat forprosjekt
Rapport	Utarbeide konseptrapport	Konseptrapport

6.4 Avhengigheter til andre lokasjoner, prosjekt og foretak

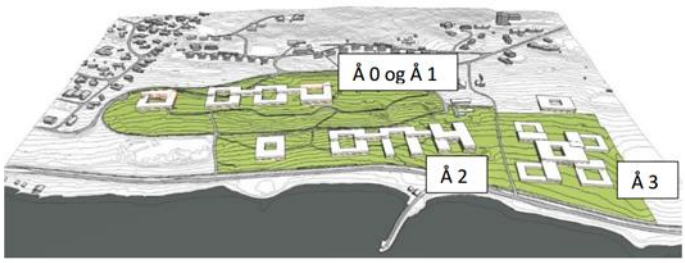
Pågående prosjekter i UNN som har relevans for PHR er:

- Nye UNN Narvik som involverer psykisk helse og rusbehandling
- Salg av Åsgård marka
- Utredning av helikopterlandingsplass i Breivika med hensyn til nytt redningshelikopter AW101
- Konseptfase nyfødt intensiv Breivika

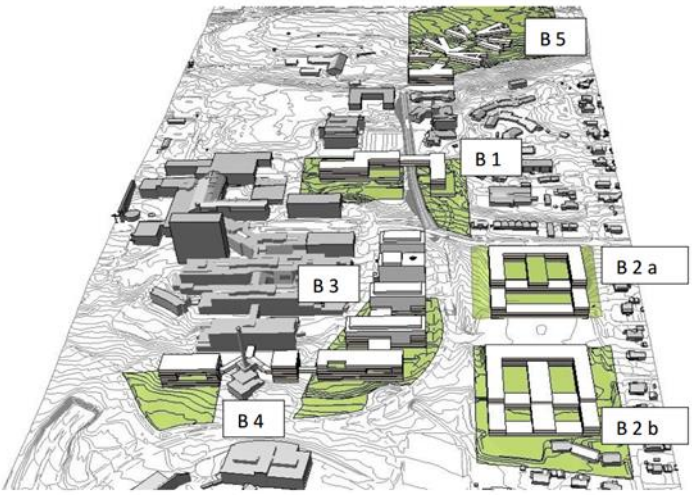
7 Alternativvurderinger

Idefasens konklusjon var å gå videre å utrede 3 alternativer:

- Å0-alternativet (utvikling av eksisterende bygningsmasse på Åsgård)
- Å2-alternativet (nybygg vest for eksisterende bygningsmasse på Åsgård)
- B2-alternativet (nybygg på Gimleveien 12, den såkalte busstomta i Breivika)



Åsgård - alternativer samlet



Breivika - alternativer samlet

Etter behandling av idéfaserapporten er det utført nye utredninger. Disse er blant annet behandlet i styresak 45-2017, *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - arealer til psykisk helse og rusbehandling, idéfaserapport*. Helse Nord har behandlet idéfase og nye utredninger i sin styresak 156-2020 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - nybygg psykisk helse- og rusbehandling, konseptfase*. I denne styresaken ber Helse Nord om at alternativene som skal inngå i konseptfasen justeres til:

- Revidert 0-alternativ; dvs vedlikehold av deler av eksisterende bygg kombinert med nybygg på tomten.
- Alternativ 1: Utvidet B1-alternativ som inkluderer nyervervet tomt i Gimleveien 46 i Breivika
- Alternativ 2: Delt løsning mellom 0-alternativet og alternativ 1

Basert på disse styrevedtakene vil prosjektet går inn i konseptfasen er det med 3 hovedretninger i forhold til bygningsmessig løsninger og plassering:

4. Å samle all PHR virksomhet på Åsgård
5. Å samle all PHR virksomhet i Breivika
6. En deling av funksjonene om dette viser seg mest hensiktsmessig gjennom utarbeidelse av programmet.

I tillegg til bygningsmessig løsninger og plassering er det i løpet av tidlig fasen arbeidet med virksomhetsmessige alternativer i OU-prosjektet. I alternativet med delt løsning er det ønskelig å utrede ulike alternativer. Det er vist til noen eksempler på plassering av virksomhetene i den delte løsningen. I løpet av steg 1 i konseptfasen vil det på bakgrunn av analyser av pasientforløp også kunne komme andre og reviderte alternative virksomhetsløsninger. Under vises virksomhetsalternativene i den delte løsningen som er et forslag til løsning, og vil kunne endres dersom analyser viser det:

7. Alternativ Å – nullalternativet Åsgård: Å samle all PHR virksomhet på Åsgård
    a. Nybygg på Åsgård- tomten, eventuelt kombinert med utvikling av eksisterende bygg. (revidert nullalternativ)
8. Alternativ B – Breivika: Å samle all PHR virksomhet i Breivika
    a. Utvidet B1-alternativ som inkluderer nyervervet tomt i Gimleveien 46 i Breivika
9. Alternativ ÅB: Delt løsning mellom alternativ Å og alternativ B. En deling av funksjonene om dette viser seg mest hensiktsmessig gjennom utarbeidelse av programmet.
    a. Alternativ ÅB1: DPS i Breivika, resterende på Åsgård.
    b. Alternativ ÅB2: Akutt i Breivika (akutt TSB og akuttpsykiatri), resterende på Åsgård.
    c. Alternativ ÅB3: Akutt (akutt TSB og akuttpsykiatri) samt alderspsykiatri i Breivika, resterende på Åsgård.
    d. Alternativ ÅB4: Sikkerhetspsykiatri og DPS på Åsgård, resterende i Breivika.

7.1 Alternativ Å – Åsgård (Nullalternativet)

Nullalternativet skal ta utgangspunkt i dagens konsept/løsning og lokalisering, lovlig drift, framtidig behovstilfredsstillelse/dekningsgrad, og skal ikke bli dårligere enn på beslutningspunktet. Det foreligger en veileder til nullalternativet som er utarbeidet av Finansdepartementet og kan benyttes.

Alternativet åpner opp for en videreutvikling av 0-alternativet til å kunne tilfredsstille tidsperioden det planlegges for. Videre at det skal kunne utføres lovlig drift (inkludert sikkerhet for pasient og ansatte) på lokasjonen.

Prosjektet ønsker å se på ett realistisk 0-alternativet, som nærmer seg alternativet kalt 3B-alternativet i Idefasen.

7.2 Alternativ B – Breivika

Alternativ vurdering i Breivika endres på bakgrunn av ny ervervet tomt i Gimleveien 46. Dette kjøpet gir større areal til å utvikle alternativ B1 (utvidet B1) fra Idefasen. Foreløpig volumskisse utført av Asplan Viak viser at dette gir tilstrekkelig plass for et egnet behandlingsbygg for rus og psykisk helsevern. Utfordringer som peker seg ut er plassering av sikkerhetsposten, vil den kunne få plass i Breivika hvis en velger alternativet med flytting.

Idéfasen lyktes ikke å klarlegge hvilken effekt samlokalisering av somatikk og psykiatri- og rusbehandling kan gi til pasientene. Somatiske avdelinger har vært tydelig på at somatiske pasienter med psykiske- eller rusplager kan få bedre behandling for sin somatiske lidelse ved bedre tilgang til tjenester og tilsyn fra rus og psykiatri. Det reises tvil omkring riktig behandlingsnivå for majoriteten av somatiske plager og primærprofylakse hos pasienter med psykisk sykdom og rus. Dette løses kanskje mer kostnadseffektivt ved bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

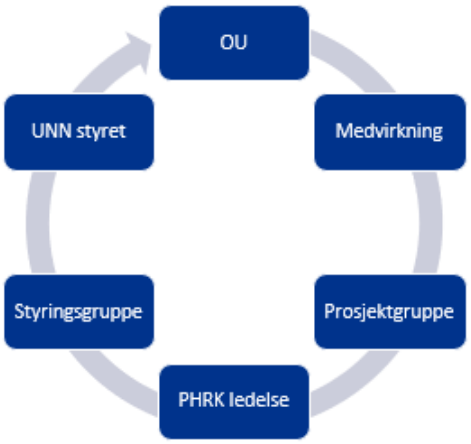
7.3 Alternativ AB – Delt løsning

Dette alternativet ser på en deling av funksjonen mellom Åsgård og Breivika. Arbeidsgruppene i OU prosjektet har pekt på at det er utfordringer knyttet til alle forslag om delte løsninger og har i utgangspunktet ikke anbefalt å gå videre med noen av dem. Dette også med bakgrunn i at de pr. dags dato ikke ser vesentlige fordeler for pasientbehandlingen. Klinikksjef og prosjektgruppa mener imidlertid at delte virksomhetsalternativer bør tas med, slik at disse kan vurderes opp mot kriterier som blir valgt. De ulike alternativene bør drøftes med representanter fra enheter i somatikken som psykisk helsevern og rusbehandling samarbeider tettest med, samt at det bør gjennomføres ytterligere analyser av pasientforløp, slik at man får et best mulig vurderingsgrunnlag. Det anbefales videre å ha med forslag til delte virksomhetsalternativer med tanke på hvorvidt tomten i Breivika faktisk kan romme hele virksomheten, fremtidige utvidelsesmuligheter for somatikk, spørsmål om av-verning/av-fredning samt reguleringsforhold på Åsgård vest tomta. Virksomhetsalternativene er fremlagt for Direktør Anita Schumacher som stiller seg bak vurderingene av hvilke alternativer, som skal tas med til vurdering i konseptfasen. Uprioriterte forslag til delt løsning er fremstilt i alternativer ÅB1-ÅB4.

- Alternativ ÅB1: DPS i Breivika, resterende på Åsgård.
- Alternativ ÅB2: Akutt i Breivika (akutt TSB og akuttpsykiatri), resterende på Åsgård.
- Alternativ ÅB3: Akutt (akutt TSB og akuttpsykiatri) samt alderspsykiatri i Breivika, resterende på Åsgård.
- Alternativ ÅB4: Sikkerhetspsykiatri og DPS på Åsgård, resterende i Breivika.

8 Evalueringskriterier for valg av alternativ

Etter steg 1 av konseptfasen skal det velges ett alternativ som skal gå videre til konseptfasens steg 2 og skisseprosjekt. Valg av alternativ skal basere seg på kriterier som er bestemt i prosjektinnramming. I tillegg er det utarbeidet en vekting av kriteriene, der noen kriterier veier tyngre enn andre basert på hvilke utfordringer man primært ønsker løst. Denne vektingen er lik for de alternativene som vurderes.



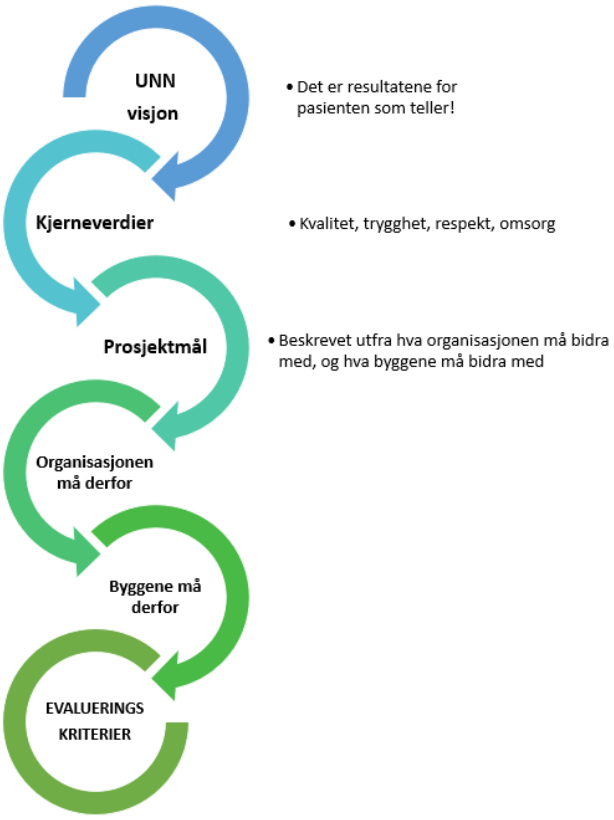
Målhierarkiet utarbeidet av OU-prosjektet, UNN, er grunnlag for kriteriene. Målene er delt opp i hva organisasjonen må oppfylle, og hva bygget må oppfylle. Kriteriene er utarbeidet basert på hva bygget må oppfylle. Arbeidsgruppene har gitt innspill til kriterier, og disse er avstemt med målhierarkiet og strukturert deretter. Ledelsen i PHRK og AD i UNN har vært sterkt delaktig i prosessen som er godt forankret i organisasjonen.

Utover kriteriene er det noen absolutte rammer som MÅ oppfylles.

Dette er økonomiske rammer (at foretaket har råd til å bygge), at lovpålagte krav er dekket og at prosjektet bidrar til å nå det fremtidige målbildet.

Dersom disse absolutte rammene ikke er oppfylt, er ikke prosjektet "Liv-laga."

Figuren viser målbildet, med mål knyttet til organisasjon og bygg:



8.1 Evalueringskriteriene

1. Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og pårørende (vekt 20)
    a. Ha tilstrekkelig kapasitet
    b. Legge til rette for god utredning og behandling tilpasset pasientens behov.
    c. Tilrettelegge for at pasienten kan få god struktur i behandlingstilbudet og en innholdsrik og meningsfull hverdag som del av tilbudet.
    d. Understøtte åpenhet rundt psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser
    e. Sikre at pasienten har trygge omgivelser med aktivitets- og behandlingstilbud som stimulerer til mobilisering av egne ressurser.
    f. Legge til rette for fysisk trening som integrert del av behandlingen.
    g. Sikre at alle pasienter i lukkede sengeposter har tilgang på skjermede uteområder der pasienter kan gå uhindret ut.
    h. 8. Sikre at alle pasienter har enkel og god tilgang på egnede utearealer og natur som stimulerer til aktivitet.
    i. 9. Sikre mulighet for at pårørendes behov ivaretas, og at pårørende kan ta aktivt del i pasientens behandling.
    j. 10. Tilrettelegge for brukere med ulik kulturell bakgrunn.
    k. 11. Være tilrettelagt for å ivareta spesielle krav til sikkerhetsplasser.

2. Behandlingen er sammenhengende og helhetlig (vekt 15)
    a. Legge til rette for godt samarbeid mellom ulike enheter innen PHV og TSB.
    b. Legge til rette for godt samarbeid mellom PHV/TSB og somatiske avdelinger slik at pasienten får somatisk helsehjelp av høy kvalitet.
    c. Legge til rette for godt samarbeid og veiledning/kunnskapsdeling mellom PHV/TSB og kommunale tjenester.
    d. Ha nærhet mellom kliniske enheter.
    e. Understøtte muligheten for samarbeid i team der pasienter og pårørende kan være aktiv i utforming av behandlingstilbud.
    f. Legge til rette for at pasienter med sammensatte og komplekse behov skal møtes med team sammensatt på tvers av fag (TSB, PHV og somatikk)

3. Behandlingen er ressurseffektiv for pasient og virksomhet (vekt 15)
    a. Ha arealer som er godt tilrettelagt for mottak, vurdering og behandling av pasienter
    b. Legge til rette for nærhet mellom akuttfunksjoner innen PHV, TSB og somatikk.
    c. Sikre at personalressurser kan utnyttes fleksibelt, og legge til rette for samhandling og ressursdeling slik at man unngår unødvendig høy personalfaktor
    d. Kunne utnytte tverrfaglig kompetanse på tvers av PHV, TSB og somatikk.
    e. Unngå etablering av flere vaktordninger med lik funksjon.

4. Psykisk helse- og rusklinikken er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper (vekt 10)
    a. Ha helsefremmende arkitektur som sikrer at både pasienter og personale har gode fysiske rammer.
    b. Ha fysiske rammer som virker forebyggende på uro og utagering*
    c. Legge til rette for opplæring og utdanning samt videre- og etterutdanning av helsepersonell*
    d. Legge til rette for opplæring og praksisundervisning av studenter*
    e. Ha tilpassede lokaler for undervisning og trening på kliniske ferdigheter nært kliniske enheter (f.eks. simulerings lab).
    f. I seg selv kunne virke rekrutterende og stabiliserende.

5. UNN bidrar med kompetanseutvikling (vekt 10)
    a. Legge til rette for erfaringsutveksling samt opplæring av pasienter og pårørende.
    b. Legge til rette for klinisk forskning og innovasjon.
    c. Ha kompetansesenterfunksjoner og forskningsfasiliteter nær klinisk virksomhet.
    d. Ha nærhet til Universitetet

6. Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder (vekt 20)
    a. Legge til rette for aktivitet som integrert del av behandlingen, både innendørs og utendørs.
    b. Understøtte størst mulig grad av frivillighet og bidra til reduksjon av formell og opplevd bruk av tvang.
    c. Legge til rette for at man kan benytte tvang på en trygg måte (når det er nødvendig) og hvor omgivelsene bidrar til minst mulig til opplevelse av tvang.
    d. Sikre pasienter nødvendig konfidensialitet.
    e. Være fleksibelt utformet slik at de enkelt kan tilpasses framtidige endringer i behandlingstilbud.
    f. Legge tilsette for mulig utvidelse av komplekse funksjoner (sikkerhetsplasser).
    g. Legge til rette for godt smittevern (kunne isolere pasienter og lage kohorter).
    h. Kunne ivareta pårørende som ressurs og pårørendes egne behov.

7. Byggene er teknisk funksjonsdyktige (vekt 10)
    a. Ha utvidelsesmulighet slik at nye oppgaver og behandlingstilbud kan gis riktig plassering i forhold til etablerte tilbud.
    b. Ha færrest mulig kostnader som tilkommer etter at bygget er satt opp.
    c. Ivareta miljøkrav i henhold til regional og lokal miljøstrategi.
    d. Understøtte god driftsøkonomi.

Ved evaluering skal arbeidsgruppene gi en karakter fra 1-5 (1 dårligst, 5 best) på hvordan alternativet oppfyller kriteriet. Kriteriene og vektingen av disse er like for alle alternativene. Dersom gruppene ikke klarer å enes om en karaktersetting, kan det åpnes opp for individuell scoring, der gjennomsnittet blir gruppens resultat.

- Modellen som er satt opp er fleksibel – det anbefales at hovedkriteriene evalueres.
    a. For hvert alternativ går vi igjennom og vurderer styrker og svakheter knyttet opp mot kriteriene.
    b. Deretter settes en karakter (mellom 1 og 5), helst i plenum for gruppen, men dersom det ikke er enighet, kan man åpne for individuell karaktersetting og deretter bruke gjennomsnitt for gruppen.
- Karaktersetting * vekt for kriteriet summeres opp, og det gis en matematisk verdi til hvert alternativ, og alternativene sammenlignes.

Vekting:

	Mål	Evaluerings kriterier	Vekt (HK)
1	Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og		20
2	Behandlingen er sammenhengende og helhetlig		15
3	Behandlingen er ressurseffektiv både for virksomheten og for pasienten		15
4	Psykisk helse- og rusklinikken er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper		10
5	UNN bidrar med kompetanseutvikling		10
6	Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder		20
7	Byggene er teknisk funksjonsdyktige		10
	SUM		100

Ledelsen i klinikken vil vurdere pris-kriteriene og videre godkjenne poenggiving av de øvrige kriteriene. Styringsgruppen beslutter.

9 Gevinstrealisering

Formålet med gevinstrealiseringsplanen er å gi linjeorganisasjonen et best mulig utgangspunkt for å realisere gevinster ved ibruktagelse av PHR Tromsø. Gevinstrealiseringsplanen skal motvirke ansvarspulverisering, forplikte og motivere linjeorganisasjonen i arbeidet med realiseringen av gevinster. Gevinstplanen er under arbeid ved UNN. Ved status for revisjon 1.0 av styringsdokumentet er det ikke utarbeidet en gevinstplan, men dette vil bli utformet i tråd med DFØs veileder basert på matrisen under:

Gevinst¤	Resultatindikator¤	Gevinstområde¤	Gevinstansvarlig¤	Tidspunkt¤	Datafangst¤			Tiltak/-kostnader ved å realisere gevinsten¤	Frist/ansvar¤	Risikofaktorer¤	Evt. konsekvens¤	Evt. risikoreduserende tiltak¤
					Datakilde¤	Måling¤	Rapportering¤					
<Beskrivelse av forventet gevinst / mål / nytteeffekt for prosjekt>¤	<Angi parameter for måling>¤	<Hvor gevinsten oppstår>¤	<Spesifiser overordnet ansvar for gevinstrealisering så langt som mulig>¤	<Tidsangivelse for når gevinsten oppstår>¤	<Oppgi datakilde for måling>¤	<Tidspunkt og ansvar for måling>¤	<Tidspunkt og ansvar for rapportering/ innhenting av rapporter>¤	<Identifiserte tiltak som må gjennomføres for å realisere gevinsten>¶ ¤	<Angi frist for å iverksette det aktuelle tiltaket og ansvarlig for å gjennomføre>¶ ¤	<Identifiserte risikofaktorer som kan hindre at gevinsten oppnås>¶ ¤	<Konsekvensvurdering av aktuell risiko, som kan gi behov for risikoreduserende tiltak>¶ ¤	<Angi ev. vurderte tiltak og ev. ansvarlig for tiltak>¶ ¤

OU-prosjektet skal sørge for at det utarbeides et forslag til organisering av virksomheten innen psykisk helsevern og TSB, med utgangspunkt i målbildet. Formålet er å løse behovene beskrevet, på en måte som best ivaretar pasientbehandling, ansatte og rekruttering, og som videre legger til grunn god og økonomisk drift for fremtiden i nye bygg.

DEL 2 BYGGEPROSJEKTET

10 Rammebetingelser/Økonomi og rapportering

10.1 Finansiering og kostnadsramme

Styret i Helse Nord behandlet 25.6.2020 sak 82-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021-2024 - inkl. rullering av investeringsplan 2021-2028*

I vedtakets punkt 5:

> *Investeringsrammer 2020-2028 fastsettes i tråd med tabell nr. 10 i Økonomisk langtidsplan 2020-2023, inkl. rullering av investeringsplan 2020-2027 - som følger:* (viser til tabell 10 investeringsplan)

I investeringsplan 2020-2027 er det satt av total ramme inkludert prisstigning til ferdigstillelse og byggelånsrenter på totalt 1,7 mrd nok i perioden 2023-2026 til UNN psykisk helsevern Tromsø.

Helse Nord RHF											
FRESK	235 000	112 000	0	121 100	130 000	15 100	0				613 200
Felles regionale IKT-prosjekt	99 700	15 000	134 000	92 000	49 000	20 000	28 000	28 000	33 000	25 000	25 000	548 700
Digitale innbyggertjenester	38 000	20 000	30 000	60 000	33 000	0	0	0	0	0		181 000
Nasjonale prosjekt/sdån felleseide selskap	85 800	8 000										93 800
Finnmarkssykehuset Alta nærsykehus PBS		0										0
Finnmarkssykehuset Hammerfest PBS			0	0	0	162 000	100 000					262 000
UNN Narvik PBS						72 000	100 000					172 000
Helgelandssykehuset utvikling PBS							0	0	0	500 000		500 000
UNN psykisk helsevern Tromsø						100 000	200 000	700 000	700 000			1 700 000
Sikkerhetspsykiatri		0	0	0								0
Sum Helse Nord RHF		155 000	164 000	273 100	212 000	369 100	428 000	728 000	733 000	525 000	89 000	
Sum investeringsplan		1 244 800	1 880 800	2 064 100	1 944 000	2 378 100	2 032 000	1 880 000	1 347 000	1 172 000	481 000	

Tabell 10 – Investeringsplan 2021–2028. Tall i tusen kroner.

Figur 1 Tabell fra Helse Nords Økonomisk langtidsplan 2021-2024 - inkl. rullering av investeringsplan 2021-2028.

Det er usikkert om denne rammen inkluderer sikkerhetspsykiatri og PIT og antall plasser.

Tallene i grunnkalkylen i tabellen nedenfor er foreløpig, og vil bli oppdatert under alternativ vurderingene. Usikkerhetsavsetningene vil bli oppdatert etter utført usikkerhetsanalyse etter ferdig skisseprosjekt.

10.2 Kostnadsramme for Konseptfasen Bygg

Konseptfasen eies og finansieres av UNN. Konseptfasen er budsjettert til å gjennomføres innenfor en økonomisk ramme på 15 millioner kroner.

I den nevnte rammen inngår ikke kostnader for medarbeideres bruk av tid til medvirkning og øvrige bidrag av ressurser fra UNN. Eventuelle frikjøp og fakturerbare kostnader fra UNN må avtales spesielt.

Det skal legges tilsvarende regnskapsmessig håndtering av utgiftene til grunn i regnskapene for UNN og eventuelt Helse Nord.

Budsjett, okt 2020:

1Prosjektledelse og administrasjon	4 540 000
2Funksjonsplanlegging og framskrivning	4 520 000
3Teknikk	905 000
4Prosjektstøtte	780 000
5Arkitekt og BIM	1 580 000
6 Estimering/Kalkyle	495 000
73.part, RI, KSK & usikkerhetsanalyse	1 540 000
8Reisekostnader	640 000
Totalt	15 000 000

10.3 Fullmakts matrise

Fullmaktsmatrise Konseptfase Prosjekt PHR UNN Tromsø						
Område	**Styret Helse Nord**	**Styret UNN**	**AD UNN /SG**	**Prosjekteier OU/BYGG**	**PL bygg**	**PL OU**
Disposisjon innefor budsjett > 2 mill kr			X			
Disposisjon innenfor budsjett < 2 mill kr					X	
Attestasjonsrett innenfor budsjett					X	X
Anvisningsrett				X		
Innleie personell					X	X
Mediauttalelser			X			
Juridiske avklaringer				X		
Beslutning Alternativ	X	X	X			
Godkjenning av konseptrapport	X	X	X			

11 Strategier

11.1 Gjennomføringsstrategi

En vurdering av gjennomføringsmodell vil gjøres i løpet av steg 2 i konseptfasen, og beskrives i konseptrapporten. Å velge modell for gjennomføring er en viktig avgjørelse både for prosjekteier, prosjekt- og driftsorganisasjon. Ved valg av modell bør det tas hensyn til prosjektets egenart, markedsforhold og byggherrens evne og vilje til å håndtere risiko. Ved valg av f.eks. en gjennomføringsmodell med tidlig involvering av entreprenør, bør beslutning om gjennomføringsmodell skje i løpet av arbeidet med konseptfasen.

11.2 Kontraktstrategi

Kontraktstrategi skal sikre at prosjektet realiseres på en trygg og forutsigbar måte til riktig pris. Det legges opp til å kontrahere noen aktører i konseptfasen.

KSK, Ekstern kvalitetssikrer:

- Mini-konkurranse på RHFene sin rammeavtale
- Konkurranse sendes januar 2021

Arkitekt (ARK) med Rådgivende ingeniører (RI):

- Mini-konkurranse på Sykehusbygg HF rammeavtale
- Sendes ut i nov/des 2020

Geolog: Behov usikkert

Usikkerhetsanalyse:

- Mini-konkurranse før sommer 2021.

Avtale med arkitekt og øvrige rådgivere i konseptfasen skal kunne avgrenses til denne fasen, med opsjoner for øvrige faser.

11.3 Strategi for styring av usikkerhet

Usikkerhetsbildet for PHR er sammensatt.

Det knytter seg først og fremst til usikkerhet til tomtevalg, tiltak for vernede bygg og deres tilstand som også betyr økonomi, men også driftsavhengigheter til eksisterende sykehus. Videre skal fremtidsrettet IKT løse en rekke utfordringer med avstander i ett stort geografisk område for sykehuset.

Det vil bli utarbeidet egne rutiner for usikkerhetsstyring i samarbeid med UNN og SB. Det skal bidra til prosjektets styring mot resultatmålene.

I konseptfasen (før beslutning) skal usikkerhetsstyringen sette søkelys på å velge riktige løsninger for byggeprosjektet og foretaket innenfor gitt styringsramme.

11.4 Kommunikasjonsstrategi

Det er lagt til grunn at prosjektorganisasjonen skal drive en åpen, etterrettelig og effektiv kommunikasjon rettet mot aktuelle strategiske målgrupper eksternt og internt. Med strategiske målgrupper menes alle grupper som kan bidra til at de overordnede målene som gjelder sykehusutbyggingen blir nådd. Interessentanalyse kan bli utført.

Mediehåndtering

Administrerende direktør i UNN er ansvarlig for ekstern håndtering på vegne av prosjektet i media.

Samarbeid og samspill i prosjektet

I forhold til omgivelsene står intern kommunikasjon sentralt. Tillit til prosjektet og den enkelte medarbeider er basert på utveksling av informasjon. Organisering i team skaper en effektiv og åpen organisasjon, som kan kommunisere effektivt med omverden.

Kommunikasjonen internt skal sikre en god gjennomføring av prosjektet, bevare motivasjonen hos de ansatte, skape klima for samarbeid og kunnskapsdeling, og gjøre prosjektet til en attraktiv arbeidsplass.

Samarbeid med lokale myndigheter

PHR skal oppleves som en troverdig, inkluderende og profesjonell aktør – som legger forholdene til rette for en effektiv og tillitsvekkende samhandling på tvers av skillelinjer. PHR skal ha et proaktivt forhold til lokale myndigheter. Det skal bla:

- Pleie kontaktene med gjentatte informasjons- og oppdateringsmøter.
- Informere nettverk og myndigheter *før* mediene – vi eier informasjonen og deler med dem. De skal ikke få kjennskap gjennom andre.

11.5 Digitalisering og BIM-strategi

Alle prosjekter på UNN er å betrakte som en del av Helse Nord sin overordnede BIM-strategi, som er under utvikling. Styringsdokumentet blir oppdatert fortløpende.

Alle bygningsmasse i UNN skal digitaliseres til formål for digital eiendomsledelse, forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU). Følgelig skal alle prosjekter i UNN bidra til at den eksisterende bygningsinformasjon oppdateres til åpent BIM-format (IFC).

Prosjektet må ta hånd om rutiner for at all bygningsinformasjon håndteres på en sikker måte og leveres på åpne formater, iht. UNN og Sykehusbygg sine anvisninger. Det henvises ellers til Sykehusbyggs rutiner og BIM-manual.

All bygningsinformasjon, herunder modeller, skal leveres og koordineres kontinuerlig i byggherrens (evt. Sykehusbygg) sitt prosjektstyringssystem.

Det må etableres rutiner for informasjonsforvaltningen for hele prosjektet, med formål å betjene byggherrens FDVU.

I konseptfasen skal BIM benyttes til for eksempel:

- Visualiseringer av ulike forslag og konsept
- Volum-skisser
- Simuleringer

Før oppstart forprosjekt skal det etableres et dokument med nødvendige avklaringer og dokumentasjon av BIM-arbeidet. BIM-strategi vil gjelde for ny bygningsmasse, og ikke eksisterende bygningsmasse.

Alle aktører som skal benytte, videreutvikle og midlertidig lagre eiendomsdata skal godkjennes av byggherren eller Sykehusbygg. Det forutsettes at alle leverandører signerer databehandleravtale.

12 Prosjektstyring og oppfølging

Prosjektet skal gjennomføres i henhold til «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter». For å kvalitetssikre prosjektet er det for konseptfasen lagt opp rutiner for rapportering og evaluering:

- Ukentlige statusmøter prosjekt
- Månedlige felles prosjektmøter, SB/UNN
- Månedlig rapportering til styringsgruppen
- 9 planlagte møter med styringsgruppen
- Ekstern kvalitetssikring (KSK) - Følgeevaluering
- Øvrig rapportering i henhold til pålegg fra styringsgruppen eller UNN

12.1 Styringsverktøy

Grunnet spesielle omstendigheter rundt covid-19 restriksjoner, stilles det større krav til fleksibilitet og tilgang til gode styringsverktøy. De fleste fysiske møter vil erstattes med digitale. Sykehusbygg anvender Teams til digital samhandling og videokonferanse. UNN har besluttet å implementere systemet. Prosjektet har signalisert ett behov for at prosessen med implementering av dette systemet blir fremskyndet for deltagere i prosjektet ved UNN.

I konseptfasen benyttes følgende styringsverktøy:

- PIMS, Arena Prosjekthotell for dokumentdeling. Dette systemet fungerer ikke best mulig, og prosjektet ønsker at det kan erstattes dette med Teams snarest
- PIMS prosjektstyringssystem, sakregister, møteregister og dokumentregister
- dRofus (rom- og utstyrsdatabase)
- MS Project /Excel (tidsplanlegging og fremdriftsstyring)
- BIM/SlimBIM (visualisering)

Eventuelt andre aktuelle styringsverktøy suppleres før oppstart forprosjekt.

12.2 Dokumentkontroll

Dokumenter gis ett dokumentnummer og lagres i PIMS.

Det vil bli etablert rutiner for:

- Fysisk merking av alle typer dokumenter.
- Tegningsnummerering.
- Koding og arkivering.
- Postbehandling

12.3 Prosjektregnskap og fakturabehandling, bygg

Prosjektet bruker PIMS som sitt styringsverktøy. Her skal det registreres:

- Budsjett
- Prognose basert på alle disponeringer av midler i form av kontrakter, direktebestillinger, osv.
- Når aktuelt; bestilte endringer, uavklarte endringer og forventninger.
- Prognose over sluttkostnad skal sammenlignes mot budsjett.
- Fakturaer går til UNN, v /Utbyggingssjef og merkes i henhold til UNNs krav.
- Fakturerte beløp overføres daglig fra UNN sitt regnskapssystem (Agresso) og leses inn i PIMS

12.4 Rapportering

Prosjektet skal utarbeide en kortfattet månedsrapport med følgende hovedpunkter:

- Status for arbeidet
- Hovedaktiviteter i perioden
- Status for økonomi og fremdrift
- Ved eventuelle avvik i forhold til budsjett, fremdriftsplaner eller kvalitet - skal avviket og korrigerende tiltak beskrives
- Spesielle problemområder og tiltak
- Hovedaktiviteter neste periode

Månedsrapportene blir forelagt styringsgruppen.

Tertialrapport i henhold til krav fra Helse Nord utarbeides 3 ganger i året.

Del 3 OU-prosjektet

13 Bakgrunn

Psykisk helse- og rusklinikken besluttet 6. mai 2019 å etablere et organisasjonsutviklingsprosjekt (OU-prosjekt) relatert til at det skal bygges nye arealer for virksomheten i Tromsø. Etablering av et OU prosjekt er i samsvar med anbefaling gitt i veileder for tidligfasen i sykehusbygg prosjekter. OU-prosjektet skal beskrive og utvikle innhold og organisering av virksomheten i forbindelse med etablering av nye arealer til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Tromsø. Gjennomføring av prosjektet skal bidra til at framtidige behandlingstilbud og ressursbehov, samt organiseringen av disse skal legges til grunn ved utformingen av nye arealer. Dette skal sikre at nye bygg tar utgangspunkt i pasientens og virksomhetens framtidige behov for areal og løsninger.

Ved å etablere et OU-prosjekt som tar ansvar for å initiere endringsprosesser vil det være mulig å utvikle samarbeidskultur på tvers av psykisk helsevern, TSB og somatikk. Det skal utarbeides føringer for fysisk utforming av nye areal og tekniske løsninger som understøtter realisering av den valgte virksomhetsmodell. Brukere, pårørende, ansatte og samarbeids- partnere skal involveres på en måte som sørger for pasientsentrerte og behovsorienterte behandlingstilbud. OU-prosjektet bidrar her til å utvikle arbeidsprosesser og pasientforløp kjennetegnet ved god koordinering på tvers av fagområder med god samordning mot primærhelsetjenesten og fastleger. Det skal legges til rette for et attraktivt, lærende og utviklende arbeidsmiljø som er kjennetegnet ved samarbeids- og samordningskultur. Det skal tilrettelegges for fleksibel bruk av arealer, utstyr og personell på tvers av enheter.

Høsten 2019 ble 50% stilling som prosjektleder for OU-prosjektet utlyst og prosjektleder tiltrådte 1. desember. OU-prosjektet ble etablert i januar 2020, men nødvendige avklaringer og behov for forankring i UNN innledningsvis medførte en noe forsinket oppstart og fremdrift den første tiden. Covid-19 situasjonen medførte full stans i prosjektet fra primo mars til ultimo mai måned, og beredskapssituasjonen gjennom sommeren gjorde at prosjektleder måtte bidra i klinisk drift. Den viktige workshopen som skulle markere starten på prosjektet ble som følge av dette utsatt flere ganger og ikke gjennomført før 2. oktober 2020. Opprinnelig plan var at OU-prosjektet skulle levere innspill til byggeprosjektet før oppstart av konseptfase sommeren 2021, men dette ble endret i september 2020 da det ble klart at lånesøknad til HOD må være inne 15. desember 2021. Fra oktober har det vært høy aktivitet og god fremdrift i prosjektet.
Det vil være nært og tett samarbeid mellom OU-prosjektet og byggeprosjektet for å sikre fremdrift. OU-prosjektet prioriterer å bistå med arbeidet i konseptfasen i 2021, og prosjektleder inngår i prosjektgruppen for å sikre samarbeid og fremdrift. Det er felles målsetting om å levere konseptfaserapport av god nok kvalitet til at lånesøknaden kan sendes

13.1 Prioriterte utviklingsområder

Føringene er tatt inn i strategiarbeid i psykisk helse- og rusklinikken, blant annet hentet fra strategisk utviklingsplan for UNN 2015-2025 og plandokument for klinisk struktur og organisering i klinikken 2016.. Nedenfor presenteres utvalgte prioriterte utviklingsområder med relevans for arealbehov og utforming av bygg[1], som vil være del av grunnlaget for arbeidet i prosjektet:

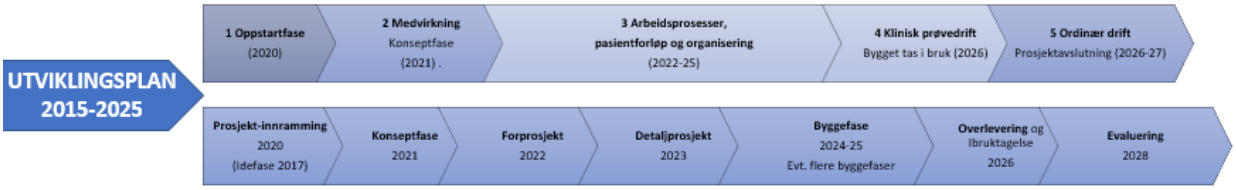
- Tydelig ansvars- og funksjonsfordeling mellom regionalt og lokalt behandlingsnivå.
- Pasientbehandling gis i størst mulig grad poliklinisk og ambulant.
- Utvikle helhetlige og sammenhengende tilbud og styrke samarbeidet mellom somatikk, TSB og psykisk helsevern.
- Opprette flere tverrfaglig aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modell (e.l.).
- Fortsatt ambulering innen alderspsykiatri og TSB.
- Differensiere tilbudet til langtidssyke med fokus på rehabilitering.
- Den største delen av pasientbehandlingen skal foregå på SPHR (DPS-nivå). Økt integrering av tilbudene innen rusbehandling og psykisk helsevern på SPHR, og styrking av tilbudet innenfor alderspsykiatri ved SPHR.
- Tilbudet ved sykehusposter skal ivareta problemstillinger som ikke kan ivaretas tilfredsstillende ved SPHR. Tilstander innen TSB, akuttpsykiatri, alderspsykiatri og sikkerhetspsykiatri er eksempler på tilbud som må differensieres etter pasientens behandlingsbehov.
- Tettere samarbeid med kommunene, samarbeid om ambulant virksomhet, kompetanseoverføring mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

I henhold til UNNs strategiske utviklingsplan skal både lokal-, sentral- og regionsykehusfunksjoner samt universitetsklinikkfunksjoner ivaretas. Nye arealer skal gi muligheter for videreutvikling av behandlingstilbud i tråd med framtidens utfordringer. Byggene må kunne tilpasses nye behandlings-former med andre nye arealbehov, bruk av teknologi i behandlingen og driften, og gi plass for hensiktsmessige samarbeidsarenaer. OU-prosjektet skal bidra til å legge et kunnskapsmessig grunnlag for utvikling av nye arealer som understøtter fremtidens helsetjeneste innen psykisk helsevern og TSB.

[1] Strategisk utviklingsplan for UNN psykisk helse og rusklinikken 2015-2025.

14 Prosjektfaser

Overordnede Prosjektfaser



14.1 Beskrivelse av hovedfaser

OU prosjektet er delt inn i 5 hovedfaser:

- Første hovedfase: Oppstartfase (2020).
- Andre hovedfase: Medvirkning i hovedprogrammet/konseptfase (2021). Her beskrives arealbehov, funksjoner og nærhetsbehov.
- Tredje hovedfase: Arbeidsprosesser/pasientforløp og organisering (2022-25).
- Fjerde hovedfase: Klinisk prøvedrift hvor bygget tas i bruk (2026).
- Femte hovedfase: Ordinær drift og prosjektavslutning (2026-27).

15 Delprosjekter og leveranser

15.1 Beskrivelse av delprosjekter og leveranser

Etablering av arbeidsgruppe 1-3 (døgnvirksomhet/poliklinisk og ambulant virksomhet/fag, forskning, utdanning og kompetansefunksjoner) skjedde primo november 2020 i regi av OU- prosjektet, mens arbeidsgruppe 4-7 (IKT, drift, utstyr og logistikk) ble etablert som en del av konsepetfasens hovedprogram i februar 2021. Det ble ved oppstart gitt et omfattende mandat til arbeidsgruppe 1-3. Rapport/notat fra arbeidet i november og desember ble levert til klinikkledelsen medio januar og behandlet der 28.1.21. Denne rapporten sammenfatter også resultatene fra spørreundersøkelse til ansatte og oppsummering fra workshop med pasienter og pårørende 3.12.20. Klinikkledelsen vedtok på bakgrunn av dette at OU prosjektet skal etablere en arbeidsgruppe på tvers av etablerte arbeidsgrupper som bl.a. skal vurdere behovet for spesialiserte tilbud og om det er tilbud som mangler.

Medvirkning

Bred og god medvirkning er av overordnet betydning for at prosjektet skal kunne nå sine mål. Det er med bakgrunn i dette etablert gjennomgående medvirkning i prosjektet, noe som innebærer representasjon i styringsgruppe og arbeidsgrupper. Det er tilsatt erfarings- konsulent og verneombud

i prosjektgruppen og disse har særskilt ansvar for å sikre medvirkning sammen med prosjektleder og prosjekteier.

Strategi for brukermedvirkning fra pasienter og pårørende

Erfaringskonsulent i prosjektgruppen er sammen med prosjektleder ansvarlig for å sikre medvirkning. Det er utarbeidet egen plan for medvirkning som inkluderer flere workshops og faste koordinerende møter i forkant av alle møter i arbeidsgruppene.

Strategi for medvirkning fra ansatte, verneombud og tillitsvalgte

Frikjøpt verneombud i prosjektgruppa er sammen med prosjektleder ansvarlig for å sikre medvirkning. Det er utarbeidet egen plan for medvirkning som inkluderer at dette er fast tematikk på alle dialogmøter og KVAM møter i klinikken. I tillegg arrangeres månedlig informasjonsmøte for verneombud hvor også ledere på enhets og seksjonsnivå inviteres til å delta

16 Avhengigheter

Forutsetninger

OU-prosjektet må ha god lederforankring i hele UNN, tilstrekkelige økonomiske rammer og tilgjengelige ressurser. Det er nødvendig med bred medvirkning fra hele organisasjonen.

Eksterne avhengigheter

Tett samarbeid med konseptfasen er av avgjørende betydning for at prosjektet skal nå sine mål. Arbeidstakerorganisasjoner, bruker- og pårørende sine interesseorganisasjonene RIO, Marborg, LPP og Mental Helse er svært viktige premissleverandører.

17 Gjennomføringsstrategi

17.1 Budsjett 2021

		Andel årslønn
Prosjektleder	Prosjektleder 80%	699 490
Gruppeleder døgn	Psykologspesialist 50%	478 012
Gruppeleder poliklinikk	Psykologspesialist 30%	286 807
Gruppeleder Fag- og forskning	Psykologspesialist 30%	286 807
Verneombud (dekkes av AMU)	Spesialsykepleier 50%	0
Medvirkning pasienter og pårørende	Erfaringskonsulent 40%	273 883
Drift*		225 000
Sum		2 250 000

*Møter, studietur, utstyr, honorar, reiser, bistand)

17.2 Toleranser

Avvik som overskrider følgende toleranser formidles til styringsgruppen/ prosjekteier OU:

Tid: Faser + 4 uker.

Kostnader: Pr. måned. + 20 %

17.3 Prosjektstyring og rapporteringsmekanismer

Prosjektleder rapporter løpende til prosjekteier OU og månedlig til Administrerende Direktør i egne oppdateringsmøter. I tillegg rapporteres det skriftlig på alle møter i styringsgruppen og i Tertialrapport til Helse Nord. Prosjektleder deltar i prosjektgruppen til konseptfasen og fungerer som klinikk koordinator.

Del 4 Vedlegg

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

STYRESAK:	**28/2021**
MØTEDATO:	**17.03.2021**
ARKIVSAK:	2021/5-2
SAKSBEHANDLER:	Ingrid Lernes Mathiassen

Referatsaker til styret 17.03.2021

Innstilling til vedtak

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

1. Referat Fellesmøte Ungdomsråd Helse Nord RHF med vedlegg, datert 4.11.2020
2. Referat fra møte i Ungdomsrådet med årsrapport for 2020, datert 22.01.2021
3. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 24.02.2021
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 01.03.2021
5. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 02.03.2021
6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 03.03.2021
7. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 03.03.2021

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Ungdomsrådene i Helse Nord

REFERAT

4. november 2020

Beate Juliussen
04.11.2020

Marie Dahlskjær	Nordlandssykehuset	Leder	x
Lars-Herman Nordland	Nordlandssykehuset	Nestleder	x
Sofie Jonette Berg	Nordlandssykehuset	Medlem	x
Viktoria Linea Høybakk	Nordlandssykehuset	Medlem	x
Sarah Gjerstad	Nordlandssykehuset	Medlem	x
Danielle Johanna Hansen	Nordlandssykehuset	Medlem	x
Bendik Laumann Vedal	Nordlandssykehuset	Medlem	x
Susanne Regina Inga	Nordlandssykehuset	Medlem	Meldt forfall
Mathias Klæboe	Nordlandssykehuset	Medlem	x
Trine-Lise Antonsen	Nordlandssykehuset	Medlem	x
Miriam Thi F. Berglen	Finnmarkssykehuset	Leder	x
Benjamin Berglen	Finnmarkssykehuset	Medlem	Meldt forfall
Erik Karlstrøm	Finnmarkssykehuset	Medlem	x
Evelina Sæter Tro Johnsen	Finnmarkssykehuset	Medlem	x
Hedda Kristoffersen	Finnmarkssykehuset	Medlem	x
Lone Nilsen	Finnmarkssykehuset	Medlem	Forfall
Sol Andrea Hasselberg	Finnmarkssykehuset	Medlem	x
Mathias Halvorsen	UNN	Leder	x
Iben Einan	UNN	Nestleder	x
Johanne Mortensen	UNN	Medlem	x
Kamilla H. Olsen	UNN	Medlem	x
Kamilla Sørensen	UNN	Medlem	Meldt forfall
Ola Aas	UNN	Medlem	x
Surajja Zeynalli	UNN	Medlem	x
Magnhild Hjelme	UNN	Medlem	Forfall
Regine Elvevoll	UNN	Medlem	x
Nikolai Raabye Haugen	Regionalt brukerutvalg	Medlem	x

Fra helseforetakene møtte:

Turid Turunen	Ofelaš /Erfaringskonsulent Sámi Klinihkka
Beate Sørslett	Medisinsk direktør Nordlandssykehuset
Siri Engstad	Erfaringskonsulent UNN
Sissel Eidhammer	Koordinator UR Nordlandssykehuset, rådgiver fag stab
Mariann Sundstrøm	Koordinator UR UNN, sosiolog barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
Marit Nordmo	Koordinator UR UNN, seksjonsleder, barne- og ungdomsavdelingen
Beate Juliussen	Koordinator UR Finnmarkssykehuset (referent)

Velkommen, bolk ledet av Marie Dahlskjær, leder av Ungdomsrådet Nordlandssykehuset HF

- **Oppdatering fra Ungdomsrådet Nordlandssykehuset HF**
  Leder for ungdomsrådet i Nordlandssykehuset, Marie Dahlskjær gav en oppdatering om hva ungdomsrådet i Nordlandssykehuset har hatt fokus på dette året.
- Laget hefte og plakat for prinsipper for gode overganger. Ligger tilgjengelig på nettet.
- Hovedsaker:
    - Rutiner for gode overganger
        - Revma
        - Psykisk helse og rusklinikken
        - Neste område: habilitering
    - Ungdomsrom
    - Brukermedvirkning
        - Ti prinsipper for god brukermedvirkning – har laget et utkast for reel brukermedvirkning på systemnivå
        - Bidrar inn med innspill til sykehusets arbeid med brukermedvirkning
        - Skal bidra inn når det lages kurs for brukermedvirkere på sykehuset

- Oversikt over prosjekter UR NLSH har deltatt i
- Oversikt over hva det jobbes med fremover
- Under korona: møter på skype, skal teste ut whereby. Gjort arbeid i arbeidsgrupper. Helgesamling 16.-18. oktober.
- Skal holde et foredrag for Helgelandssykehuset om hvordan starte opp ungdomsråd

- **Oppdatering fra Ungdomsrådet UNN HF**
  Leder for ungdomsrådet på UNN, Mathias Halvorsen gav en oppdatering om hva ungdomsrådet på UNN har hatt fokus på dette året.
  - Fått nye medlemmer, Ola, Heidi og Kamilla
  - Endelig likestilt med Brukerutvalget i UNN. Ikke lenger underordnet Brukerutvalget. Får tilsendt samme dokumenter som Brukerutvalget får.
  - Får mange forespørsler om å være med på prosjekter
  - Får mulighet til å delta og komme med innspill fra vårt perspektiv
  - Følger oss anerkjent som en viktig ressurs i UNN
  - Digitale møter på skype under koronatiden
  - Helgesamling 02.-03.10.20
      - Hvordan unn håndterte første bølgen covid-19
      - UNNs mål om økt bruk av videokonsultasjoner innen rus og psykiatri
      - Brukermedvirkning på tjenestenivå og bruken av erfaringskonsulent i forbedringsarbeid
  - Gode diskusjoner om fokus fremover og viktige innspill til oppdragsdokumentet for 2021
  - Prosjekter deltatt i: – presenteres av Iben.
      - Filminnspilling med WHO
      - Møte med Helse Nord direktør
      - www.involvert.no – utarbeide nettside
      - Brukermedvirkning UPS

- **Oppdatering fra Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset HF**
  Leder for ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset, Miriam Thi F. Berglen gav en oppdatering om hva ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset har hatt fokus på dette året.

- Møter i Ungdomsrådet har foregått på skype møter i UR – februar og juni.
- Gode overganger: Fått presentasjon fra Finnmarkssykehuset om hva som er gjort så langt i arbeidet med prosedyrer for gode overganger. UR har gitt innspill om at ungdommene må få være med å gi innspill på de ulike fagområdene. Har gitt innspill til gode overganger for diabetespasienter.
- Deltakelse i forskningsgruppe for befolkningsundersøkelsen FETCH
- Nye Hammerfest sykehus: Gitt innspill til nye Hammerfest sykehus om hva som er viktig for ungdom i nytt sykehusbygg
- Pasientsikkerhetsuka: Deltok i Alta og Kirkenes med presentasjon om hva som er viktig for pasientsikkerhet sett fra ungdommene.
- Hettegensere: Miriam Thi har designet hettegensere som ungdomsrådet har fått laget
- Valg nytt UR: Besluttet at sittende ungdomsråd blir sittende til mars 2022 på grunn av koronasituasjonen
- OD 2021: Har gitt innspill til oppdragsdokumentet 2021

Brukermedvirkning, bolk ledet av Miriam Thi F. Berglen, leder av Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset HF

- **Hvordan jobber vi med brukermedvirkning i Sámi Klinihkka ved Turid Turunen, erfaringskonsulent/Ofelaš i Sámi Klinihkka**

- Sámi Klinihkka er en egen klinikk i Finnmarkssykehuset. I denne klinikken er en avdeling SANKS (samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus). SANKS har i tillegg nasjonale kompetansetjenestefunksjoner for den samiske befolkningen.
- Ofelaš (brukermedvirker) er en brobygger mellom pasient, bruker, pårørende og klinikken. Målet er at Ofelaš skal få en plass i alle avdelinger og enheter i Sámi Klinihkka. Ofelaš skal bidra til å styrke tilbudet til samiske pasienter, brukere og pårørende i hele Finnmarkssykehuset. Mandatet til Ofelaš, er å øke brukerperspektivet i tjenesten og kvaliteten på de tilbud vi gir samiske pasienter, brukere og pårørende. Jobber for at samiske brukere skal få likeverdige tjenester. Egen klinikk fra 1. oktober 2019. nasjonal funksjon. Skal være rådgivere til andre helseforetak med tanke på samiske spørsmål.

  Spørsmål: Jobbes det tett med ungdom?
  Svar: Det jobbes med alle som er innom klinikken. I brukerrådet er det ungdom med.

  Spørsmål: Er det bare samer på klinikken?
  Svar: Dette er en klinikk for alle, ikke bare samer. Men er spesielt der for de som er samiske, i alle land. Når en sliter med noe er det lettere å snakke morsmål. De som ikke har samisk språk, har likevel den samiske kulturen. Viktig å bli forstått for den en er.

Spørsmål: Er det utfordringer med samiske pasientrettigheter?
Svar: Det er en utfordring at en ikke har helsepersonell som snakker samisk. Det gjøres en viktig jobb å gi opplæring i samisk språk og kulturforståelse. Viktig at alle som ansettes i klinikken får denne opplæringa. Det er veldig mange som ønsker å bruke morsmålet sitt i kontakt med helsevesenet.

Spørsmål: Hva er en erfaringskonsulent?
Svar: En som har egen erfaring. En veiviser, stifinner, som hjelper brukerne å finne veien tilbake til det en har mistet.

Spørsmål: Hva ønskes fra UR'ene med tanke på samarbeid?
Svar: Knytt gjerne Finnmarkssykehuset sitt UR opp mot UPA.

- **Brukermedvirkning på avdelingsnivå ved Siri Engstad, erfaringskonsulent UNN**
  Brukermedvirkning på tjenestenivå. Presentasjon legges ved.

  Spørsmål: Hva er brukermedvirkningsforum?
  Svar: Fast forum med 6 møter i året. Brukerorganisasjoner deltar i dette forumet. Tar opp saker som er aktuelt å diskutere med foretaket. Erfaringsutveksling. Mulighet til å påvirke.

- **Hvorfor er brukermedvirkning viktig for ledelsen i helseforetak ved Beate Sørslett, medisinsk direktør Nordlandssykehuset**
  Presentasjon legges ved.

  Spørsmål: Har UR reel innvirkning på ledelsen/styret?
  Svar: Kan kun svare for NLSH. UR har reel medvirkning. Ett tiltak det jobbes med er at brukerrepresentant i styret skal bli fullverdig styremedlem, ikke bare være observatør.

  Spørsmål: hvordan påvirke som brukermedvirker/ungdomsråd?
  Svar: Dere bidrar til å påvirke. Dere setter opp egne saker, gir oss klare råd. UR bidrar via sin pasientorganisasjon eller via brukerutvalget, innspill til oppdragsdokumentet.

  Spørsmål: Er det en grunn til at Norge ikke har kommet lengre med brukermedvirkning? Andre land har kommet lengre, hvorfor?
  Svar: Henter mye inspirasjon fra utlandet. Må bli flinkere til å trekke inn BU og UR til å hente inn denne inspirasjonen fra utlandet. Andre land kommet lengre med sin utdanning innen dette feltet.

  Spørsmål: Er det slik at NLSH har tenkt å gjøre det samme som UNN ved å likestille BU og UR?
  Svar: NLSH og FIN har likestilt BU og UR.

Spørsmål: Er det en plan i ledelsen i Helse Nord å få på plass kjøreregler for hvordan UR skal behandles?
Svar fra Nikolai: Har fått ungdomsrepresentant inn i RBU som eneste RBU i landet. Løfter inn saker om ungdom.

Hva skal vi jobbe med fremover, bolk ledet av Mathias Halvorsen, leder av Ungdomsrådet UNN HF

Hva skal være tema for helgesamling i Finnmark våren 2021?
Forslag til dato for helgesamling 2021

- 28.-30. mai 2021 eller 4.-6. juni 2021 i Hammerfest

Innspill til tema:

- Opplæring i brukermedvirkning
- Brukermedvirkning på systemnivå – jobbe videre med det som UR NLSH har begynt med
- Digitalisering av helsetjenester – råd til helsepersonell
- Felles innspill til oppdragsdokumentet 2022. Dette er et tema som bør være fast på felles helgesamling. Står sterkere når det blir gitt felles innspill som UR'ene har jobbet med sammen.
- Organisering av UR – bør være likt i hele Helse Nord. Honorering o.l.

Hvordan har møtet fungert?

- Har vært et godt opplegg, men mye å sitte å høre på. Blir kjedelig i lengden. Ta gjerne i bruk ulike digitale plattformer for å gi innspill. Ikke bare prat. Menti er et eksempel.
- Whereby er en plattform som fungerer godt. Her var det litt mye innspill fra andre. Greit å kunne diskutere saker litt lengre og i dybden. Få mindre foredrag og mere diskusjon. Fikk mye ut av det som ble presentert.
- Møtet kan gjerne vare lengre dersom medlemmene blir aktivisert og en har flere pauser innimellom.
- Eksempel – ungdommens fylkesting fungerte veldig bra.
- Lettere å ha oftere og kortere møter.
- Bedre med kortere møter og færre personer. Får lite ut av det dersom det er mange og vi har kort tid.
- Dersom lengre møte, dele opp i grupper, jobbe med tema.
- Bruke andre plattformer enn skype. Få inn ordskyer, avstemninger o.l.
- Digitale møter er nyttig. Vi skal få det til bedre neste gang.

Vedlegg:

- Presentasjoner
- Program for felles møte

Kopi til:

- Styrene helseforetakene – referatsak til styremøtene
- Foretaksledelsen i helseforetakene
- Brukerutvalgene i helseforetakene
- Kommunikasjonsavdelingene i helseforetakene
- Regionalt Brukerutvalg
- Pasient- og brukerombudene

Program møte Ungdomsrådene Helse Nord

Dato: 4. november, tidspunkt 18:00 til 20:00, Skype
For: Medlemmer av Ungdomsråd Helse Nord

17:45 *Test av utstyr - innlogging*

18:00 *Velkommen*, bolk ledet av Marie Dahlskjær, Ungdomsrådet Nordlandssykehuset

- Oppdatering fra alle Ungdomsråd, v/ledere av Ungdomsrådene
- Ungdomsarbeidet under Corona

18:30 Tema: **Brukermedvirkning**, bolk ledet av Miriam Thi Berglen, Leder av Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset

- *Hvordan jobber vi med brukermedvirkning i Sámi Klinihkka* ? v/ Turid Turunen, Erfaringskonsulent Sámi Klinihkka
- *Brukermedvirkning på avdelingsnivå* v/ Siri Engstad, Erfaringskonsulent UNN

19:00 Pause

19:15 *Hvorfor er brukermedvirkning viktig for ledelsen i Helseforetak*? v/ Beate Sørslett, Medisinsk direktør Nordlandssykehuset

19:30 *Hva skal vi **jobbe** med fremover*, bolk ledet av Mathias Halvorsen, leder av Ungdomsrådet UNN

- Hva ønsker vi å jobbe med fremover?
- Hva er viktig for ungdom på sykehus?
- Tema for helgesamling?
- Forslag til dato for helgesamling for 2021:
  1) 28. til 30. mai, 2021 eller
  2) 4. til 6. juni, 2021

20:00 Takk for nå!



Velkommen

Innlogging 17:45 til 18:00



Programstart

- Praktisk info
  - Husk å mute mikrofon
  - Skriv navnet ditt i chatten for å få ordet
  - Still gjerne spørsmål til foredragsholdere
- Gjennomgang av program
- Introduksjonsrunde
  - Navn, alder, hvor dere kommer fra, farge på tannbørsten

Program møte Ungdomsrådene Helse Nord

Dato: 4. november, tidspunkt 18:00 til 20:00, Skype
For: Medlemmer av Ungdomsråd Helse Nord

17:45	*Test av utstyr - innlogging*
18:00	*Velkommen*, bolk ledet av Marie Dahlskjær, Ungdomsrådet Nordlandssykehuset • Oppdatering fra alle Ungdomsråd, v/ledere av Ungdomsrådene • Ungdomsarbeidet under Corona
18:30	Tema: **Brukermedvirkning**, bolk ledet av Miriam Thi Berglen, Leder av Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset • *Hvordan jobber vi med brukermedvirkning i Sámi Klinihkka* ? v/ Turid Turunen, Erfaringskonsulent Sámi Klinihkka • *Brukermedvirkning på avdelingsnivå* v/ Siri Engstad, Erfaringskonsulent UNN
19:00	Pause
19:15	*Hvorfor er brukermedvirkning viktig for ledelsen i Helseforetak*? v/ Beate Sørslett, Medisinsk direktør Nordlandssykehuset
19:30	*Hva skal vi **jobbe** med fremover*, bolk ledet av Mathias Halvorsen, leder av Ungdomsrådet UNN • Hva ønsker vi å jobbe med fremover? • Hva er viktig for ungdom på sykehus? • Tema for helgesamling? • Forslag til dato for helgesamling for 2021: *1) 28. til 30. mai, 2021 eller* *2) 4. til 6. juni, 2021*
20:00	Takk for nå!



Ungdomsrådene Helse Nord



Presentasjon av Ungdomsrådenes arbeid

18:10 – 18:30

Arbeid Ungdomsrådet Nordlandssykehuset



Digital samling 04.11.2020

Marie Dahlskjær, leder Ungdomsrådet Nordlandssykehuset

HELSE NORD

Prinsipper for gode overganger fra barneorienterte til voksenorienterte tjenester i Helse Nord



Hefte

HELSE NORD

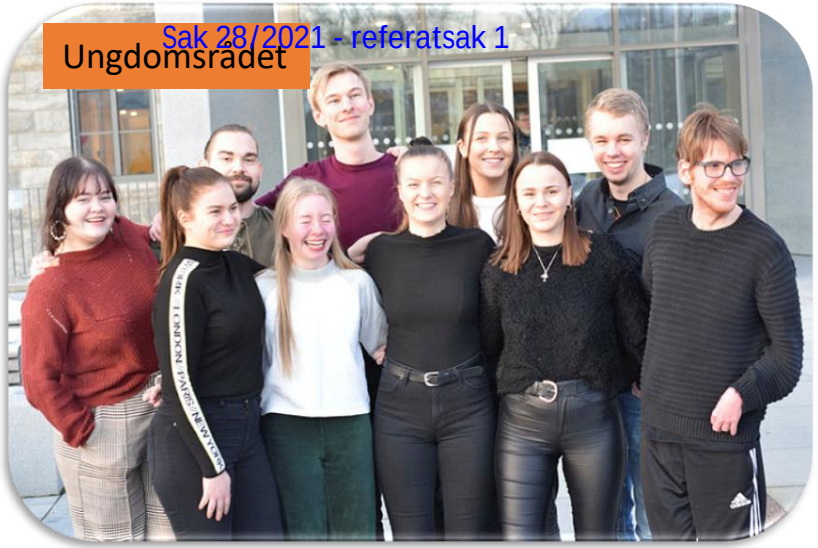
Plakat

Prinsipper for gode overganger fra barneorienterte til voksenorienterte tjenester i Helse Nord

1. Forberedelsene må begynne tidlig.
2. Ungdom må få medvirke.
3. Ungdommen og pårørende må ha god tilgang på informasjon og opplæring.
4. Tjenestene må ta utgangspunkt i ungdommens behov og være fleksible.
5. Helsepersonell må ha kunnskap om ungdoms behov.
6. Det må være godt samarbeid mellom sykehus, kommune og skole.
7. Å ta vare på pårørende er å ta vare på pasienten.



Ungdomsrådet



Jeg er så mye mer enn bare sykdommen min. Jeg er venn, datter, kjæreste, skuespiller, hunde-eier, arbeidstaker og skoleelev.

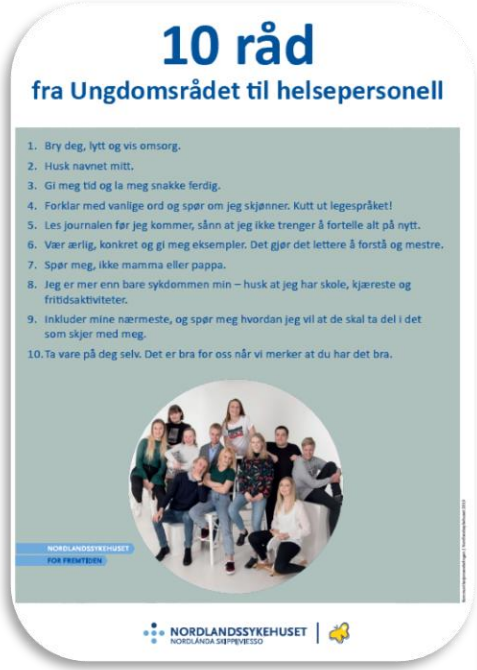
Innspill til sykehuset





Slakter prioriteringer:

– God tilgang til et hotell framstår som viktigere enn god tilgang til sykehuset



10 råd

fra Ungdomsrådet til helsepersonell

1. Bry deg, lytt og vis omsorg.
2. Husk navnet mitt.
3. Gi meg tid og la meg snakke ferdig.
4. Forklar med vanlige ord og spør om jeg skjønner. Kutt ut legespråket!
5. Les journalen før jeg kommer, sånn at jeg ikke trenger å fortelle alt på nytt.
6. Vær ærlig, konkret og gi meg eksempler. Det gjør det lettere å forstå og mestre.
7. Spør meg, ikke mamma eller pappa.
8. Jeg er mer enn bare sykdommen min – husk at jeg har skole, kjæreste og fritidsaktiviteter.
9. Inkluder mine nærmeste, og spør meg hvordan jeg vil at de skal ta del i det som skjer med meg.
10. Ta vare på deg selv. Det er bra for oss når vi merker at du har det bra.

NORDLANDSSYKEHUSET FOR FREMTIDEN

NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



Ha en klar ide om rollen til brukerrepresentanten. Sørg for at vi har reell påvirkningskraft og vær bevisst på maktforholdene ved møtebordet. Dere kjenner hverandre, er mange flere og snakker samme språk. Husk kompetansen vår, og legg til rette for at vi kan dele den!



Vil lære unge om rettigheter

Hovedsaker 2020

1. Rutiner for gode overganger

- Revmatologi
- Psykisk helse- og rusklinikken
- Neste område: Habilitering

2. Ungdomsrom

3. Brukermedvirkning

- Ti prinsipper for god brukermedvirkning i prosjekter
- Bidrar inn med innspill til Sykehusets arbeid med brukermedvirkning
- Skal bidra inn når det lages kurs for brukermedvirkere på sykehuset

Prinsipper for reell brukermedvirkning på systemnivå

1. Kompetansen og tiden til brukeren har enorm verdi
2. Brukeren skal involveres fra starten av prosjektet (fra planleggingen)
3. Rollen til brukeren skal være tydelig definert
4. Brukeren skal være godt involvert (kontaktperson)
5. Brukeren skal bli tatt alvorlig, og ha innflytelse
6. Behovene til brukeren skal bli tatt hensyn til
7. Det skal alltid være minst to brukere representert
8. Brukeren skal bli gitt nødvendig informasjon og opplæring
9. Språket som brukes i møtene og prosessen skal være forståelig
10. Brukeren skal bli regelmessig oppdatert om prosjektet, også etter det fullføres

Prosjekter vi deltar/har deltatt i

1. Presentasjon av **prinsippene** i ledergruppemøte
2. Referansegruppe arbeidet med **bygging/oppgradering psykisk helse- og rusklinikken**
3. Prosjekt om **ungdom og fedme**
4. Deltakelse **Ungdommens Fylkesting**
5. Innspill til **Helse Nord sin forskningsstrategi**
6. HIPPO-prosjektet er i gang igjen – Bamse/flodhest
7. Innspill til **Barne- og Ungdomspsykiatrien (BUP)** om endringer
8. Utarbeide **to filmer** som skal vises på **Pasientsikkerhetskonferansen** 2021
9. Vi skal begynne arbeidet med å lage et **kurs for brukermedvirkere på Sykehuset**
10. **Presentasjoner** i Overordnet samarbeidsorgan og for Helgelandssykehuset (bistand med å opprette UR)
11. Leder fast representant i **Brukerutvalgets** møter



Arbeid fremover…

1. Lage en **nettside** for Ungdom på sykehuset
2. Fortsette arbeidet med **overgang**
3. **Sjekkliste** for ungdom i overgangen
4. **Ungdomsrom**
5. **Brukermedvirkning** i alle ledd
6. **Ettermiddagspoliklinikk** for ungdom
7. Lærings- og mestringskurs (LMS)-**kurs** for ungdom
8. Tilbudet for **samisk ungdom**
9. Innkjøp av merch (**hettegenser** osv.)
10. Bidra inn i ulike **prosjekter**/holde **foredrag**

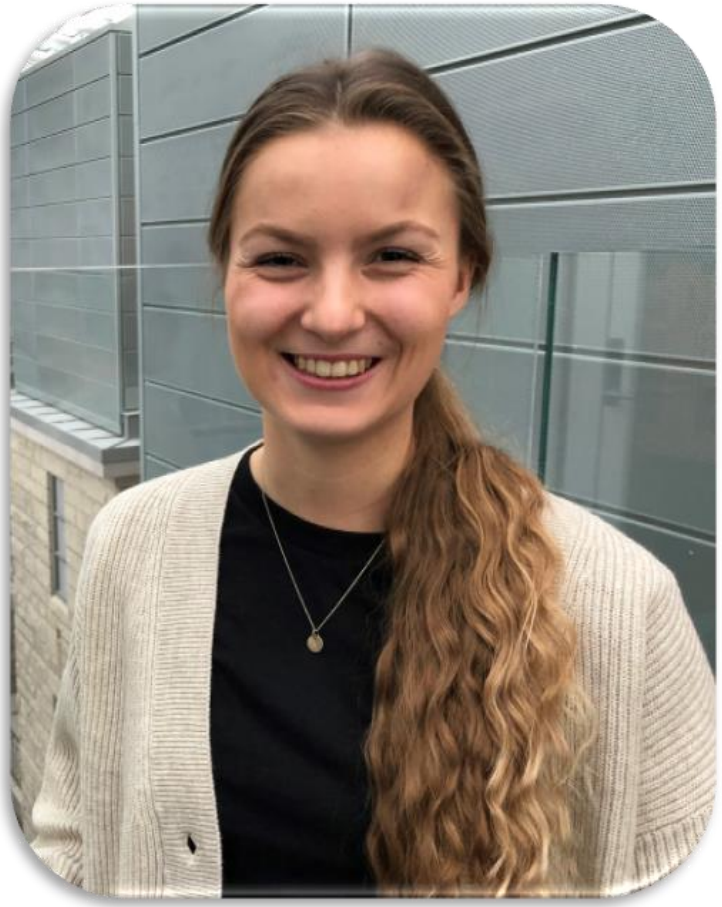


Ungdomsrådsarbeid under Corona

1. Gjennomført møter over Skype – skal teste ut nytt system: Whereby
   - Gjort arbeid i arbeidsgrupper
   - Gjort mer og mer arbeid fysisk
2. Helgesamling 16. til 18. oktober
3. Mye som stoppet opp er nå i gang igjen
4. Utfordrende, men vi får det til ☺



Takk for meg!



Oppdatering fra Ungdomsrådet UNN

Til de andre ungdomsrådene i Helse Nord, digitalt møte 04.11.2020

Oppdatering fra Ungdomsrådet i UNN

- Nye medlemmer

Ola Aas, Tromsø, mer erfaring fra somatikk

Heidi Pedersen, Narvik, viktig ressurs i medvirkning byggeprosjekt Nye UNN Narvik – med i referansegruppe

Kamilla Hammari Olsen, Tromsø, somatikk, rullestolbruker

Oppdatering fra Ungdomsrådet i UNN

- ENDELIG likestilt med Brukerutvalget i UNN!

Får mange forespørsler om å være med på prosjekter (kommer tilbake til noen av disse)

Får mulighet til å delta og komme med innspill fra vårt perspektiv

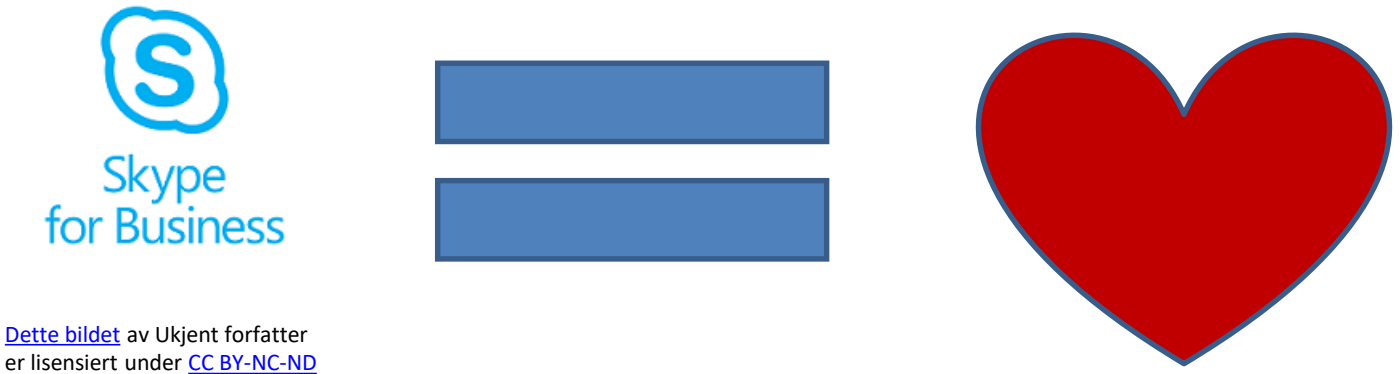
Føler oss anerkjent som en viktig ressurs i UNN!



Oppdatering fra Ungdomsrådet i UNN

- Digitale møter på Skype under koronatiden

Holdt digitale møter gjennom koronatiden så godt det gikk an, og fikk diskutert og tatt opp viktige temaer



Dette bildet av Ukjent forfatter
er lisensiert under CC BY-NC-ND

Oppdatering fra Ungdomsrådet i UNN

- Helgesamling 02.-03.10.2020

Møttes på hotell Radisson Blu i Tromsø sentrum

Flotte foredrag, blant annet om

- Hvordan UNN håndterte den første bølgen av Corona-pandemien
- UNNs mål om økt bruk av videokonsultasjoner (VK) innenfor rus og psykiatri
- Brukermedvirkning på tjenestenivå og bruken av erfaringskonsulenter i forbedringsarbeid

Gode diskusjoner om fokus fremover og viktige innspill til oppdragsdokumentet for 2021

Litt mer om noen av prosjektene vi har vært med på …

- Filminnspilling med WHO

- Innspilt i Februar, før Corona-utbruddet, Johanne var med fra UR UNN
- Om unges opplevelser av å oppsøke psykisk helsehjelp
- Også med overlege fra BUP i Tromsø
- Skal brukes på digital konferanse om psykisk helsehjelp for barn og unge til neste år

- Møte med Helse Nord-direktør Cecilie Daae

Johanne var med på møtet med Direktøren og ledere i UNN.

Stort fokus på visjonene for helseforetaket. Verdier som settes høyt er kvalitet, trygghet, respekt og lagspill.

Her ble også ungdomsrådets tilstedeværelse på møtet trukket spesielt frem. Dette sender et viktig signal! Bra!

Litt mer om noen av prosjektene vi har vært med på …

- www.involvert.no

- Jobbes med å utarbeide nettside med fokus på brukermedvirkning, for de som ønsker å lære mer om dette, både på bruker- og tjenestenivå.
- Kamilla S fra UR UNN har bidratt med innspill her, virker å være en veldig god nettside så langt.

- Brukermedvirkning UPS

- Jobbes med å gjøre Ungdomspsykiatrisk Seksjon (UPS) mer ungdomsvennlig. Blant annet gjennom digitalisering og utarbeiding av nye behandlingsformer.
- Også her har Kamilla S bidratt med innspill og vært tett innvolvert

Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset



Miriam Thi Berglen, Leder Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset

Hvordan jobber vi med brukermedvirkning i Sámi Klinihkka?



Turid Turunen, Erfaringskonsulent Sámi Klinihkka

18:30 til 18:45

Brukermedvirkning på avdelingsnivå



Siri Engstad, Erfaringskonsulent UNN

18:45 til 19:00

Kontinuerlig forbedring

Dette er ikke noe som kommer i tillegg
- det er måten vi jobber på



Ungdomsrådene i Helse Nord 04.11.2020

Siri Engstad
Erfaringskonsulent i
Psykisk helse- og rusklinikken og i Kontinuerlig forbedring

Hva er brukermedvirkning?



Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren.

Definisjon på brukermedvirkning

Med brukermedvirkning menes at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet.

Stortingsmelding nr. 34 (1996-97).

En lovfestet rettighet

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke.

- Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1 slår fast at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.
- Helseforetaksloven slår fast at de regionale helseforetakene skal ha brukermedvirkning i sin arbeidsform.
- Helse- og omsorgsdepartementet har i styringspålegg slått fast at dette også skal være gjennomført for helseforetakene.

Demokrati og likeverd

Demokratisk rettighet

- en overføring av erfaringsbasert kunnskap fra bruker til for eksempel beslutningstaker eller tjenesteyter.

Ideologi om likeverdighet

- en ideologi om likeverdighet i samhandlingen mellom brukere og fagpersoner.
- innebærer at brukeres og fagfolks kompetanse og erfaringer er like verdifulle i utvikling, gjennomføring og evaluering av tilbud.

Brukermedvirkning på flere nivåer

Individnivå	Tjenestenivå	Systemnivå
• Ingen avgjørelser om meg - uten meg • innebærer at pasientene og deres pårørende gjennom hele behandlingsforløpet skal gis mulighet til å ta valg ut fra sine behov, ønsker og verdier • ***Hva er viktig for deg?***	• Endring, evaluering og forbedring av behandlingstilbud og tjenester • Brukerrepresentanter deltar aktivt • Likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet • Eksempler på utvalg/strukturer: Brukerråd, brukerpanel, brukermedvirkningsforum	• Utvikling og evaluering av det samlede tjenestetilbudet • Innebærer at brukerrepresentanter involveres i prosesser før beslutninger fattes gjennom faste utvalg • Eksempler på utvalg/strukturer: Brukerutvalg og Ungdomsråd

Helsedirektoratet beskriver brukermedvirkning slik:

- Brukermedvirkning har en egenverdi. Den har en terapeutisk verdi
- Den er et virkemiddel for forbedring og kvalitetssikring av tjenestene
- Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem

Kunnskapsbasert praksis



Helsebiblioteket.no

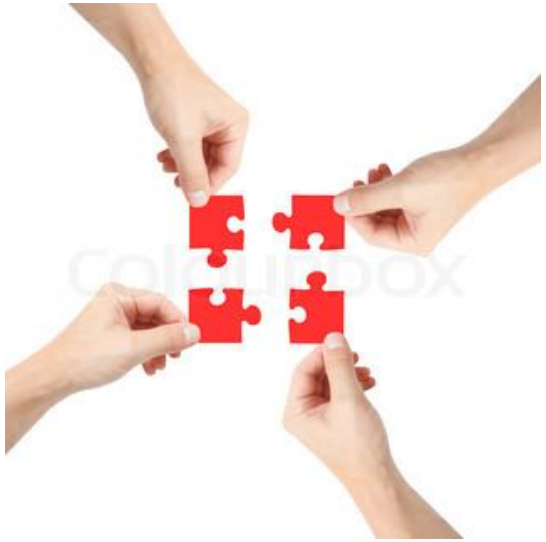
Hva skal til for å kunne medvirke på tjenestenivå?

For deg som er eller har vært pasient, bruker eller pårørende:

- Ha interesse og lyst til å påvirke
- Helst tilknytning til en pasient- og brukerorganisasjon eller interesseorganisasjon
- Delta i arenaer som f.eks ungdomsråd/brukerråd/brukerpanel/brukerbank
- Bidra med kunnskap og erfaringer fra et bruker- og pårørendeperspektiv
- Bidra med hverdagsspråk og åpenhet om utfordrende tema
- Bistå med kunnskap om praktisk tilrettelegging for brukere med spesielle behov

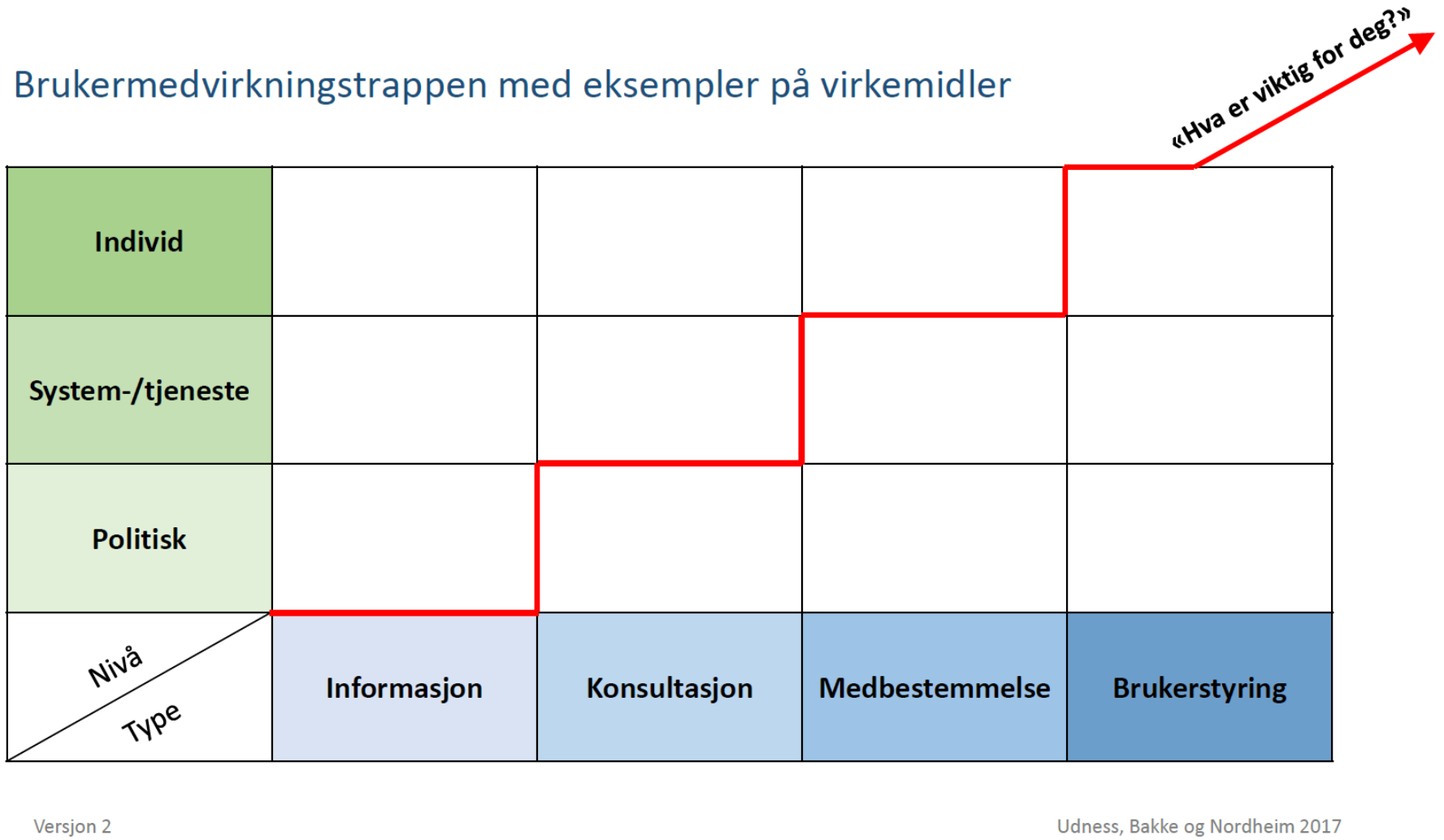
Hva skal til for å kunne medvirke på tjenestenivå - forts

For deg som arbeider i helsetjenesten:

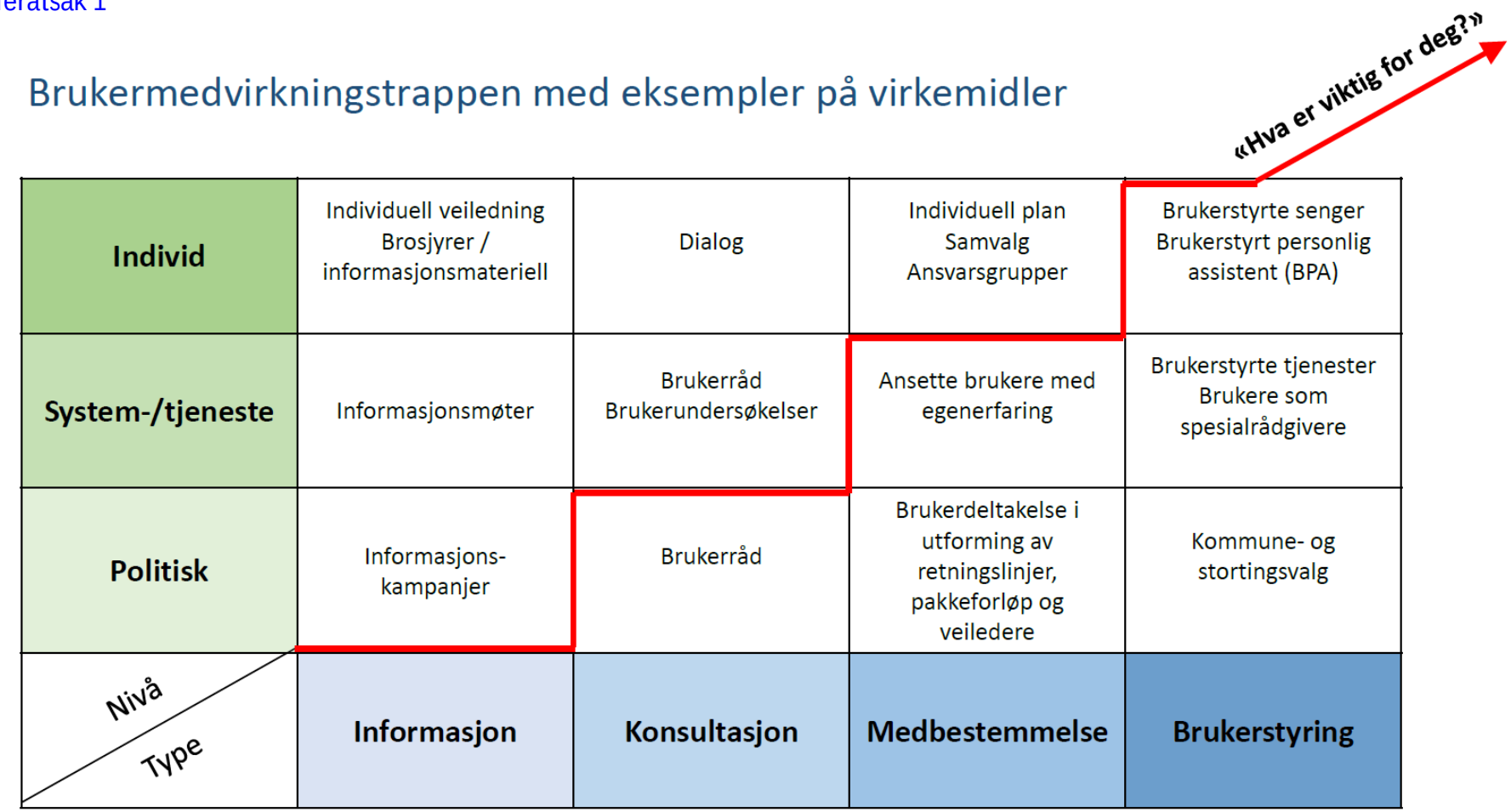


- Sørg for trygge og forutsigbare rammer
- Gi god og tilpasset informasjon
- Gi rom for *både* bruker- og fagkunnskap
- Skap trygghet og vis respekt
- Evaluer samarbeidet
- Gi rom for at deltagere kan komme med forbedringsforslag
- Skap rom for refleksjon omkring arbeidet

Brukermedvirkningstrappen



Brukermedvirkningstrappen med eksempler på virkemidler



Versjon 2

Udness, Bakke og Nordheim 2017

Les mer om brukermedvirkningstrappen her:
http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/utvikling-av-en-ny-brukerrolle-i-helse-og-omsorgstjenesten-en-beskrivelse-av-suksessfaktorer

Takk for oppmerksomheten

Bruk hurtigknappen på internettsiden vår og send din forbedrings-ide



https://unn.no/kf

Kontaktinfo:
Siri.Kristine.Engstad@unn.no
Tlf. 918 88 576

Pause



19:00 til 19:15

Hvorfor er brukermedvirkning viktig for ledelsen i Helseforetak?



Beate Sørslett, Medisinsk direktør Nordlandssykehuset

19:15 til 19:30



Hvorfor er brukermedvirkning viktig for ledelsen i helseforetak

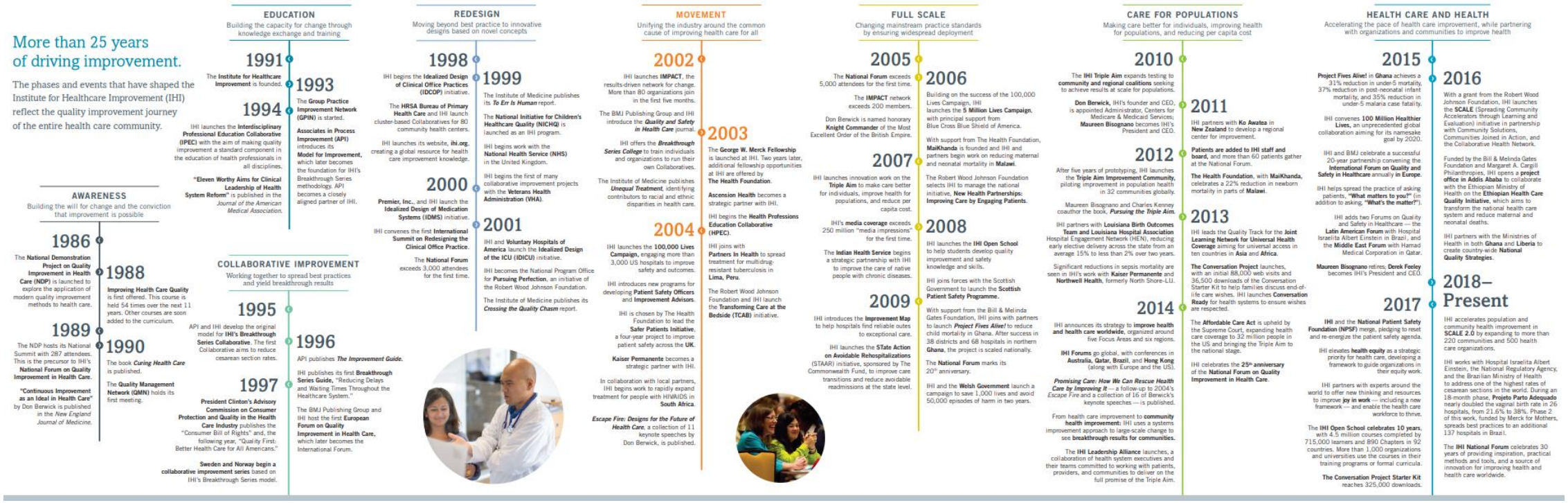
Digitalt møte ungdomsrådene Helse Nord 04.11.2020

med.dir Beate Sørslett

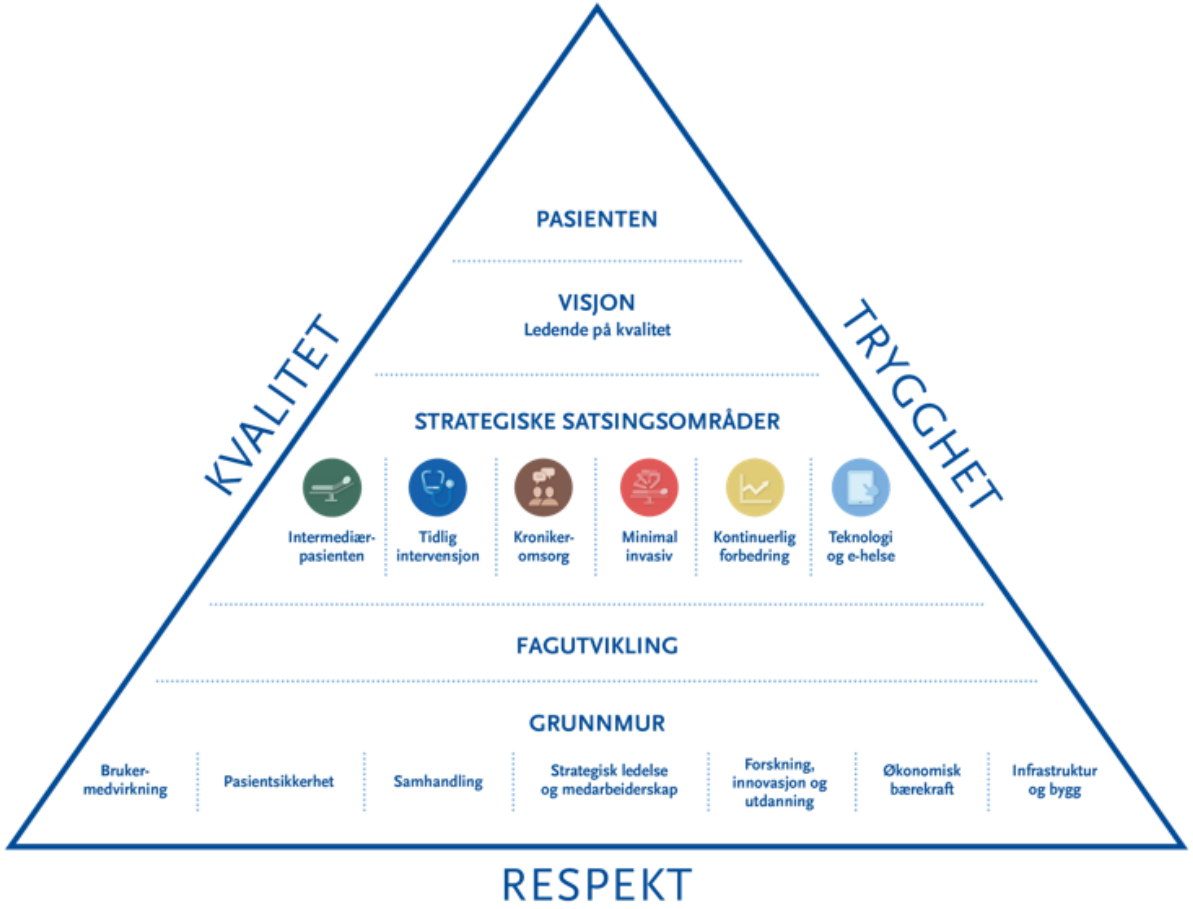
Veien mot bedre helsetjenester



Implementering av ny kunnskap tar tid - noen ganger grusomt lang tid…



Brukermedvirkning har sentral plass både i strategiske utviklingsplan for Nordlandssykehuset og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023





Individnivå

6.1.2. Brukermedvirkning på individnivå

«Ingen beslutninger skal tas om meg – uten meg»

Pasientene er de nærmeste til å si hvordan behandlingen virker på dem, hvilke bivirkninger de klarer å håndtere, hvilke tiltak de ønsker, hva de vil gjøre selv og hva de trenger hjelp til. De er også de nærmeste til å vite hva de trenger for å mestre sykdommen, hvor de ønsker å motta sin behandling og hvordan sykdommen påvirker deres nærmeste. Vårt mål er at pasientene gjennom hele behandlingsforløpet skal ha mulighet til å ta valg ut fra sine behov, ønsker og livskvalitet. Vårt utgangspunkt skal alltid være: Hva er viktig for deg?

Kortsiktige tiltak (innen 5 år)

- Videreutvikle sykehusets informasjonsmateriell med særlig vekt på tilpasset informasjon til barn, ungdom og de med kognitive funksjonsnedsettelser.
- Utarbeide og implementere rutiner for innkomst- og avslutnings/utskrivingssamtaler ved alle sengeposter i somatikken i tråd med «Et vennligere sykehus».
- Innføre en årlig «Hva er viktig for deg» dag i Nordlandssykehuset.
- Ha pårørende og barn som pårørende som fast punkt i alle epikrisemaler.

Langsiktige tiltak (innen 10 år)

- Implementere en overordnet strategi for pasient- og pårørendeopplæring, i samarbeid med de andre Lærings- og mestringssentrene i Helse Nord
- Arrangere kurs- og veiledningstilbud i helsekommunikasjon
- Ha brukermedvirkning, helsepedagogikk og samvalg som tema i alle sykehusets utdanningsløp
- Forsterke opplæring i migrasjon og minoritetshelse samt samisk språk og kultur

Systemnivå

6.1.4. Mål om brukermedvirkning på systemnivå

«Innhenting av brukeres erfaringer og synspunkter har en sentral plass i utvikling og evaluering av pasienttilbudet i Nordlandssykehuset»

Nordlandssykehuset har Brukerutvalg og Ungdomsråd samt brukerrepresentasjon i flere faste utvalg som Overordnet samarbeidsorgan (OSO), Klinisk etisk komite (KEK), forskningsutvalget og overordnet kvalitetsutvalg. Brukerrepresentanter oppnevnes i alle aktuelle prosjekter og følges opp av Brukerutvalget.

Nordlandssykehuset har som mål å være ledende på brukermedvirkning på systemnivå gjennom å:

- Ha et nært samarbeid med brukerorganisasjonene i Nordlandssykehusets virksomhetsområde
- Tilrettelegge for frivillig arbeid i sykehuset
- Ha en interaktiv nettside som er oversiktlig og inneholder all informasjon som pasienter og deres pårørende har behov for
- Ha brukere som medforskere i prosjekter der det er relevant
- Jobbe for at brukerutvalgets leder gis stemmerett i Nordlandssykehusets styre

Kortsiktige tiltak (innen 5 år)

- Gjennomgå vårt informasjonsmateriell, inklusive våre nettsider, i samarbeid med Brukerutvalg og Ungdomsråd for å utforme en plan for videreutvikling av materiellet.
- Utvikle tilstrekkelig informasjonsmateriell på samisk språk.
- Nordlandssykehuset har etablert et system for å samle inn og vurdere pasientopplevd kvalitet.

Langsiktige tiltak (innen 10 år)

- Involvere brukerrepresentanter med relevant erfaring ved utarbeiding av alt pasientrettet informasjonsmateriell.
- Ha et system for pasienttilbakemeldinger på alle kliniske enheter.

Tjenestenivå

6.1.3. Mål om brukermedvirkning på tjenestenivå

«Det er bare de som mottar helsehjelp hos oss som kan si noe om hvordan de opplever å motta denne hjelpen»

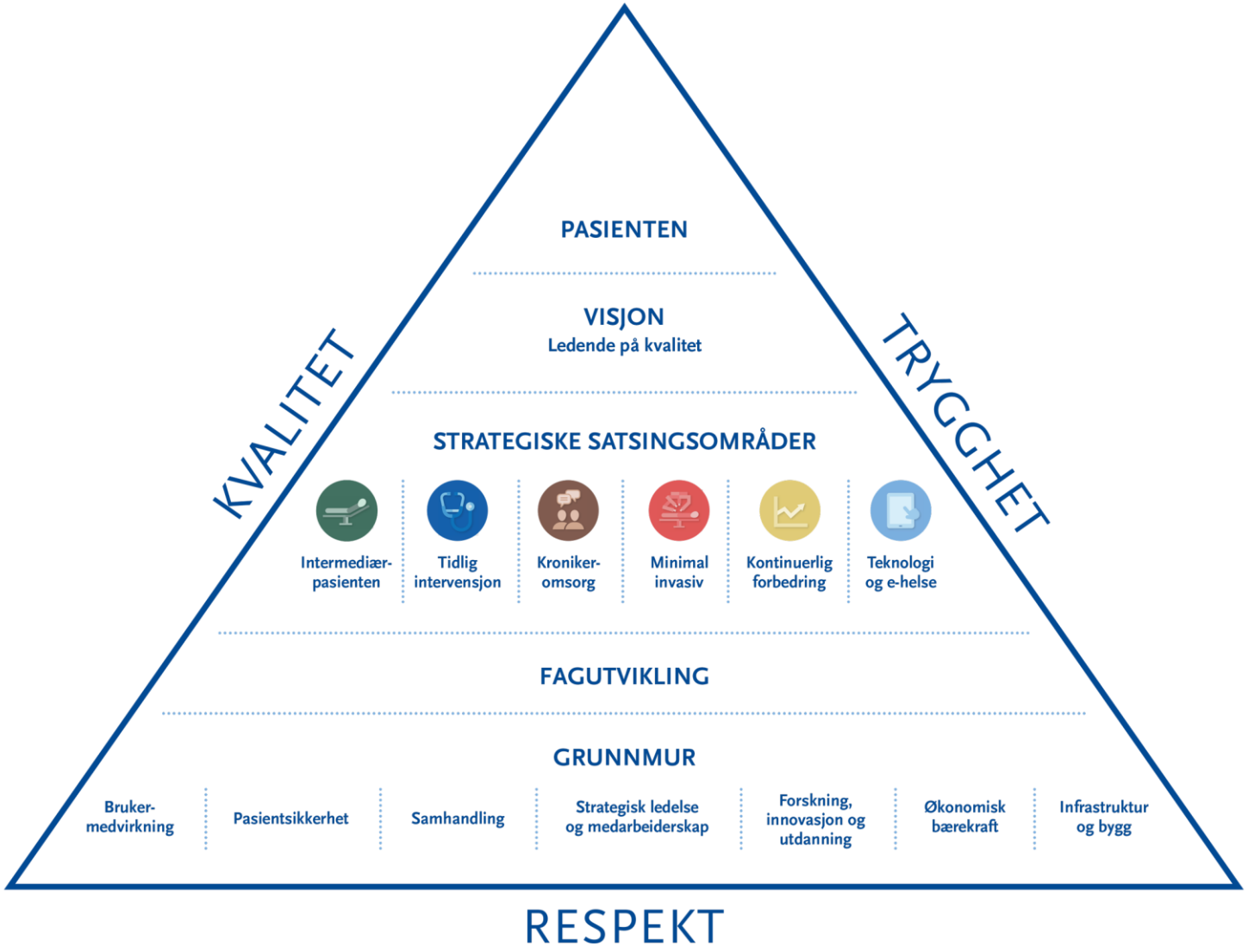
Det er et mål at alle klinikker i Nordlandssykehuset skal ha tilbakemeldingssystemer for pasienter og pårørende som et ledd i kontinuerlig forbedring. Svarene registreres og oppsummeres fortløpende. Det er videre et mål å legge til rette for tidlig og aktiv brukermedvirkning ved utvikling og evaluering av alle pasientrettede tilbud, ved planlegging og utforming av bygningsmessige forhold samt ved utvikling av kommunikasjonssystemer, brosjyremateriell, lærings- og mestrings-tiltak, informasjonsskriv og filmer. Å legge til rette for likeperson arbeid samt invitere brukere med erfaring fra egen enhet til internopplæring, er god brukermedvirkning på tjenestenivå. Ved noen enheter i Nordlandssykehuset kan det være det aktuelt å oppnevne egne brukerråd.

Kortsiktige tiltak (innen 5 år)

- Ha årlig samarbeidsmøte med alle pasient- og pårørendeorganisasjoner
- Utvikle kurs og tilby opplæring av brukerrepresentanter i foretaket

Langsiktige tiltak (innen 10 år)

- Utvikle en strategi for frivillighetsarbeid i Nordlandssykehuset
- Ansette en frivillighetskoordinator i 50% stilling i Nordlandssykehuset


KVALITET
TRYGGHET
PASIENTEN
VISJON
Ledende på kvalitet
STRATEGISKE SATSINGSOMRÅDER
Intermediær-pasienten
Tidlig intervensjon
Kroniker-omsorg
Minimal invasiv
Kontinuerlig forbedring
Teknologi og e-helse
FAGUTVIKLING
GRUNNMUR
Bruker-medvirkning
Pasientsikkerhet
Samhandling
Strategisk ledelse og medarbeiderskap
Forskning, innovasjon og utdanning
Økonomisk bærekraft
Infrastruktur og bygg
RESPEKT

Arbeid fremover



Mathias Halvorsen, leder Ungdomsrådet UNN

19:30 til 20:00

Hva skal ungdomsrådene i Helse Nord jobbe med fremover?

Digitalt møte 04.11.2020

Hva skal vi jobbe med fremover?

- Helgesamling i Finnmark våren 2021

- **Helse Nord v/ Kari Bøchmann har sagt ja til å stille med et foredrag om opplæring i brukermedvirkning**
- Digitalisering av helsetjenester – råd til helsepersonell?
- Felles innspill til oppdragsdokumentet i 2022?

Tusen takk for nå!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEREFERAT

Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Onsdag 22.01.21
Møtested: Skype og Bupa T-113
Tilstede: Medlemmer: Mathias Halvorsen leder, Iben Einan nestleder, Kamilla Hammari Olsen, Surajja Zeynalli, Ola Aas Hansen, Kamilla M. Sørensen, Magnhild Hjelme

Koordinatorer: Mariann Sundstrøm, Marit Nordmo og Elisabeth M. Warvik (referent)

Forfall: Johanne-Kristine Mortensen, Regine Elvevold

Saksliste:

UR 1/21 Godkjenning av referat fra helgesamlingen 2. og 3. oktober

Referatet ble kort gjennomgått. Referat godkjent.

UR 2/21 Tentativ møteplan for 2021 til godkjenning

Det er laget forslag til en tentativ møteplan for 2021. Det planlegges mulighet for flere møter i arbeidsutvalget. Vi tar inn i oversikten at helga 15.-17. oktober er foreslått som helgesamling i regionen. Smittesituasjonen og vaksinering er for lite avklart til å satse på samling i juni. Forslag til møteplan oppdateres med foreslåtte datoer for dialogmøter med styret 210421 og 150921. Oppdatert plan sendes alle i rådet.

UR 3/21 Årsmelding 2020 til godkjenning

Forslag til Årsmelding for 2020 er sendt ut til UR UNN, koordinatorer og klinikksjef BUK. Årsmeldingen ble gjennomgått av Mathias. Rådet sluttet seg til forslag til noen korrigeringer. Årsmeldingen ferdigstilles av Mariann i neste uke. Årsmeldingen er godkjent og sendes ut.

UR 4/21 Forslag til revidert mandat for UR UNN

Forslag til revidert mandat ble gjennomgått av Iben. De viktigste endringene er at rådet er likestilt utvalg på linje med Brukerutvalget, alder korrigeres til 12-25 år, rådet nå har tre koordinatorer. I praksis har det vært slik siden oppstart. Forslaget er godkjent av UR UNN og oversendes klinikkledelsen i BUK for endelig godkjenning.

UR 5/21 Rapportering fra aktiviteter medlemmene deltar på samt ajourhold oversikt

Kamilla S er med i tre prosjekter på BUPA - UPS. **CAPA** (brukermedvirkning) har stått stille men det er planer om å starte opp mer aktivt. **DBT-prosjektet** (dialektisk adferdsterapi) går ut på å utvikle digitale dagbokskort for utfylling av pasienten. Det ble søkt om midler men søknaden ble avslått. De jobber imidlertid videre med dette med planlagt ferdigstilling våren 2021. **BET** (basal eksponeringsterapi) er en behandlingsform for voksne med sammensatte alvorlige psykiske lidelser. Behandlingsformen skal tilpasses og tilbys ungdom med samme problematikk. Det ble søkt om midler men søknaden ble avslått. Prosjektet jobber videre med å lage behandlingsmaual og planlegges implementert over de neste to årene.

Ola er med i **Fit future 3** (ungdomsdelen av Tromsøundersøkelsen) som brukerrepresentant. Han har deltatt på et møte i april i fjor. På grunn av pandemien ble mye utsatt til i år. Neste møte er planlagt i februar i år.

Helsefellesskap ble presentert av koordinator Mariann. Helsefellesskap et det nye navnet på samarbeidet mellom kommunene i regionene og spesialisthelsetjenesten. Saken er i en oppstartsfase. Samarbeidet skal være basert på avtaler og forpliktende samarbeid. I april er det oppstart med et partnerskapsmøte. Pasientgruppene som nevnes spesielt i saken er: barn og unge, alvorlig psykisk helse og rus, eldre pasienter og pasienter med flere kroniske helseutfordringer.

Iben skal delta som erfaringskonsulent i prosjektet **Fact for ungdom** i oppstartsfasen i 6 måneder i første omgang. Prosjektet blir nok å gå over flere år. Dette handler om behandling og oppfølging til ungdommer og familiene til ungdommer som har moderate til alvorlige psykiske eller rus problemer. Ungdommene er i alderen 12-23 år. Ungdommene opplever ofte å havne mellom to stoler. Teamet som skal følge opp pasienten og familien er tverrfaglig sammensatt med representanter fra kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Ungdommene som deltar i prosjekter følger selv opp at de får avtalte honorar fra oppdragsgiver. Ta kontakt med sekretær Elisabeth hvis behov.

UR 6/21 Diverse informasjon og avklaringer

Deltagere til regional pasientsikkerhetskonferanse 170221 hele dagen: Surajja og Kamilla S er interessert i å delta. Vi undersøker påmelding. Programmet finnes på https://helse-nord.no/arrangementer/regional-pasientsikkerthetskonferanse-2021

UR UNN er bedt om å stille på undervisning for sykepleiere i videreutdanning 040221 kl 12.30 til 14.15. Iben stiller og vi jobber for å få med en til i rådet. Vi undersøker om det er digitalt møte og jobber fram et opplegg. Vi vurderer om en koordinator også kan stille.

UR 7/21 Eventuelt

Brukermedvirkning på tjenestenivå v/Siri Engstad: Siri har presentert ideen om en brukerbank på UNN tidligere for UR UNN. Saken er behandlet i direktørens ledermøte. UNN planlegger å gå bredt ut i media for å få tak i interesserte brukermedvirkere. Disse skal få tilbud om opplæring, og det lages en veileder for brukermedvirkning på UNN. Opplæring i brukermedvirkning skal gis til ansatte på UNN. I lederutviklingsprogrammet til UNN vil brukermedvirkning tas inn. Det planlegges en årlig lunsj til lunsj konferanse for brukermedvirkere. Dette i samarbeid med frivilligheten på UNN. Forslaget er at nye brukermedvirkere som melder seg skal få en «kompis» som de kan ta kontakt med for å få nærmere informasjon. Flere i UR UNN meldte seg til å være «kompis». Ungdomsrådet vil få tilbud om å sitte i referansegruppen til prosjektet som skal gå over ett og et halvt år. I prosjektet skal brukermedvirkning monitoreres blant annet for å se om den øker.

Saker til dialogmøte med styret 210421: Saken utsettes til neste møte. Vi nevnte kort hva et dialogmøte er og nevnte noen mulige saker.

Konferansen Arctic Frontiers: Koordinator Mariann informerte om en stor konferanse som i år har fokus på helse. Konferansen har særlig fokus på barne- og ungdomshelse, psykiatri. Konferansen er spennende med topp forelesere. Et par ungdommer meldte sin interesse.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Årsrapport for 2020 Ungdomsrådet UNN



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Innhold

		Side
1	Forord	3
2	Organisering og administrasjon	4
3	Mandat - et utdrag	5
4	Sammensetning av ungdomsrådet	6
5	Ungdomsrådets arbeid i 2020	6
6	Rekruttering	11
7	Økonomi 2020	11
8	Hilsen fra leder	12
9	Avslutning og planer for 2021	13

Vedlegg

1 Forord

«NYTT ÅR, NYE MULIGHETER, NYTT MØTE, NY LEDER OG NESTLEDER»

«Den siste arbeidsuka i årets første måned ble avsluttet med årets første møte. Og vi rakk et vanlig møte før pandemien skulle sette sitt preg for lang tid framover» (sak lagt ut på rådets facebookside).

Innlegget henviser til Covid-19 Pandemien, som utvilsom preget hele året og oss ungdommer. Men, på tross av pandemien har det vært jevn pågang av saker gjennom hele året, og arbeidet i ungdomsrådet har vært ganske normalt ettersom møtene kunne digitaliseres. For eksempel gjennomførte vi et stort digitalt møte mellom alle de tre ungdomsrådene i Helse Nord i november. Det gikk strålende – vi har mange felles saker og satser på mer regionalt samarbeid framover – selv om pandemien ser ut til å prege også det kommende året.

Ungdomsrådet har mange samarbeidspartnere, de fleste innen egen organisasjon. Vi setter stor pris på kontakten og bidragene fra UNN's ansatte, brukerutvalget og ledelse på mange nivå. Vi har i løpet av året hatt besøk av direktør Anita Schumacher, som også sender en hilsen til rådet her:

Kjære medlemmer av Ungdomsrådet i UNN!
Dere er en svært viktig ressurs for UNN som organisasjon, for våre ansatte og for våre pasienter. Dere er nytenkende forbedringsagenter som hjelper oss å utvikle en enda bedre spesialisthelsetjeneste, også for barn og unge.

«Ingenting om meg, uten meg» er, og skal være, et bærende prinsipp i vårt møte med dem som trenger våre tjenester. Ingen vet bedre hva som er viktig for ungdom, enn ungdom selv.

Tusen takk for et stort og glødende engasjement, sentrale og tankevekkende spørsmål og tydelige tilbakemeldinger om hva som er av betydning i deres møte med UNN. Innspill fra dere om hva som er viktig for at ungdom med langvarige helseplager skal få den hjelp og støtte som trengs for å mestre egne utfordringer i hverdagen og i livet, er viktig erfaringskompetanse som dere gir oss.

Takk for at dere ønsker å bruke stemmen og dele kunnskapen deres slik at vi sammen kan forbedre både innholdet i tjenestene og hvordan vi best møter dere når dere trenger oss.

Jeg ser fram til et godt og spennende samarbeids- og forbedringsår i 2021!



Med vennlig hilsen
Anita Schumacher
Administrerende direktør UNN

Ungdom vet fortsatt mest om ungdom – de ønsker å bruke sin stemme og dele sin kunnskap!

Leder UR UNN Mathias Halvorsen og nestleder UR UNN Iben Einan



2 Organisering og administrasjon

Ungdomsråd UNN (UR UNN) er et foretaksovergripende organ for ungdoms brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten – et råd for hele UNN. Organisatorisk er Ungdomsrådet likestilt med Brukerutvalget (BU) i UNN.. Ungdomsrådets arbeid og prioriteringer styres av medlemmene, og koordinatorer bistår rådets arbeid. Referat fra rådets møter legges på internett og lagres i sykehusets saksarkiv.
Se ungdomsrådet på internett: https://unn.no/om-oss/ungdomsradet#kontaktpersoner-for-ungdomsr%C3%A5det

Rådet har administrativ forankring i Barne- og ungdomsklinikken (BUK) i klinikksjefens stab. Budsjett og driftsansvar ligger til klinikksjef i BUK, og klinikkrådgiver Elisabeth Mia Warvik har sekretærfunksjon for rådet. Støttefunksjoner til koordinering er hentet fra Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA/RSS) ved rådgiver Mariann Sundström og Barne- og ungdomsavdelingen (BUA) ved seksjonsleder Marit Nordmo. Av hensyn til kontinuitet og fleksibilitet har vi svært god erfaring med at rådet driftes av en gruppe fagpersoner i samarbeid og fra ulike fagområder.

2.1. Kontaktinfo koordinatorer og sekretær:

Koordinator Marit Nordmo, e-post: marit.nordmo@unn.no, telefon: 77669513

Koordinator Mariann H Sundström, e-post: Mariann.sundstrom@unn.no, telefon 77755753/41326354

Koordinator/Sekretær: Elisabeth Mia Warvik, E-post: Elisabeth.lorentsen.Warvik@unn.no , telefon 77626336/95758579

2.2 Oppgaver for koordinator/sekretær for ungdomsrådet – ofte i samarbeid med leder og nestleder for rådet

1. Bistå leder/nestleder og andre medlemmer av rådet vedrørende rådets oppgaver. Holde faste møter i arbeidsutvalget (AU) med nevnte representanter i forkant av rådets møter.

2. Være kontaktperson for interne og eksterne henvendelser. Herunder svare på henvendelser og bidra til god flyt og etterrettelighet i samhandlingen med samarbeidsparter, lokalt og nasjonalt.

3. Års- og møteplanlegging, møteinnkallinger, saksforberedelser og referater.

4. Kontinuerlig utvikling av strategier, planer og strukturer for bedring av ungdomsrådets drift og funksjon internt, i UNN-systemet og i forholdet til Helse-Nord.

5. Ansvar for rekrutteringsprosess hver 2.år og ved behov utenom.

6. Planlegging og gjennomføring av helgesamlinger.

7. Tilpasse metodikk rundt saker for aldergruppen.

8. Rapportere ungdomsrådets virksomhet.

9. Bistå ungdomsrådets medlemmer ved ulike kommunikasjons- og representasjonsoppgaver.

10. Holde seg orientert innen fagområdet ungdomshelse/ungdomsmedisin. Formidle faglig utvikling til ungdomsrådet.

11. Lage utkast til årsrapport.

3 Mandat – et utdrag

Ungdomsrådet representerer ungdom i alderen 12-23 år i UNN. Ungdomsrådet skal være et rådgivende organ for UNN og en høringsinstans for sykehusets arbeid med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom.
Ungdomsrådet skal arbeide for å:

- Fremme brukerperspektivet for ungdom i sykehuset, med spesielt fokus på ungdom med langvarige helseplager og de utfordringer denne gruppen har overfor helsepersonell, sykehusledelse og helsemyndigheter.
- Gi konkrete råd til forbedring av tjenester til ungdom på UNN.
- Dele sin erfaring som brukere til nytte for annen ungdom.
- Kommunisere med alle klinikker i sykehuset som behandler ungdom.
- Fremme kontakt med brukerorganisasjoner.
- Fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus, på nasjonalt nivå, i samråd med andre ungdomsråd i Norge.

Bakgrunnsdokumenter for ungdomsrådets formål: Se mandat.
Se for øvrig vedlagt fullstendig mandat.

4 Sammensetning av Ungdomsrådet

Rådet har 11 plasser, 9 medlemmer og to varamedlemmer. Varamedlemmer innkalles til møter.

Mathias Halvorsen	Medlem (leder), Tromsø kommune
Iben Einan	Medlem (nestleder), Balsfjord kommune
Regine Elvevold	Medlem, Tromsø kommune
Johanne Kristine Mortensen	Medlem, Tromsø kommune
Heidi Pedersen	Medlem (utgikk oktober 2020), Narvik kommune
Surajja Zeynalli	Medlem, Tromsø kommune
Anne- Marthe Hansen	Medlem (utgikk juni 2020), Kåfjord kommune
Kamilla Mari Sørensen	Medlem, Tromsø kommune
Kamilla Hammari Olsen	Medlem, Alta kommune
Ola Aas	Varamedlem, Tromsø kommune
Magnhild Hjelme	Varamedlem, Harstad kommune

5 Ungdomsrådets arbeid i 2020

Møter og helgesamling

Ungdomsrådet har avholdt 5 møter i 2020, de fleste digitalt. Et av møtene var en helgesamling. Samlingen ble avhold fysisk på Raddison Blue i Tromsø 2. og 3. oktober, med fokus på smittevern og god avstand.

Høsten 2020 skulle det etter planen være regional samling for rådene i Helse Nord. Pandemien satte dessverre en stopper for fysisk samling. Tidlig på våren startet arbeidet med planlegging av et digitalt regionalt møte. Møtet ble gjennomført 4. november med god deltagelse fra de tre aktive ungdomsrådene i nord; Finnmark, Troms og Nordland.

Ungdomsrådet rakk å ha et vanlig møte i Tromsø i slutten av januar 2020 før pandemien var et faktum. Direktør Anita Schumacher deltok og la fram sin visjon for helseforetaket. Ungdomsrådet satte pris på direktørens deltagelse. I samme møte fikk rådet besøk av kommunikasjonsavdelingen UNN, som produserte en film om Ungdomsrådet.

Filmen kan blant annet brukes til orientering om ungdomsrådets arbeid, til å rekruttere nye medlemmer eller gjøre rådet kjent. Lenke til filmen på ungdomsrådets facebookside facebook.com/ungdomsradetUNN:

https://www.facebook.com/universitetssykehusetnordnorge/videos/188655849147514/UzpfSTE3NTQ4NjIzNzEyMDIyOTI6MjkxOTk4ODk3MTM1NjI4Nw/?q=ungdomsr%C3%A5det%20unn&epa=SEARCH_BOX

Neste møte ble avholdt digitalt i april. Det gikk fint selv om vi hadde mange saker på mye kortere tid enn et vanlig møte. Ungdommene deltok aktivt. Under viser vi et øyeblikksbilde tatt av leder Mathias Halvorsen ved et av rådets digitale møter. I juni var det igjen et digitalt møte.



Bildet under fra juni hvor lege/rådgiver Heidi Høifødt presenterte saken «Kloke valg» for ungdomsrådet. På bildet står hun sammen koordinatorene Mariann og Marit.



I løpet av våren og sommeren hadde koordinatorer og ledere for rådene i nord møter for å planlegge et felles møte for alle medlemmene i alle rådene i Helse Nord i november. Både digital løsning og aktuelle temaer måtte på plass.

Bildet under er fra fysik helgesamling i oktober hvor erfaringskonsulent Siri Engstad snakket om brukermedvirkning



Et utvalg av saker fra året 2020 UR UNN

- Besøk av direktør Anita Schumacher. Tema: Betydningen av de unges stemme, samvalg, pasientforløp, overgang fra barne- til voksenorienterte helsetjenester, helsefellesskap mm.
- Besøk av Pasient- og brukerombudet. Tema: Etablering av digitale plattformer.
- Samarbeid gjennom året med Forbedringsenheten UNN. Tema: Innføring av rødt og grønt kort som signal for brukermedvirkning, likemannstjenester, bedring av samarbeidet mellom BU og UR, opplæring til ledere i brukermedvirkning mm.
- Helse Nord IKT / tjenesteutvikling ved Tove Sørensen. Tema: Orientering om elektronisk pasientjournal for unge mellom 12-16 år.
- Nasjonalt senter for e-helseforskning v/forsker Monika K Gullslett. Tema: Forskning på bruk av videokonsultasjoner i psykisk helsevern. UR UNN er inviter til å delta i dette prosjektet.
- Tromsøundersøkelsen: Forskning på unge - «Fit future», del 3 i følgeforskningen. Tema er blant annet livsstil, psykisk helse, kvinnehelse og fertilitet, infeksjoner, tannhelse. UR UNN er inviter til å delta i dette prosjektet.
- Ungdomsrådets organisatoriske plassering i UNN: Ungdomsrådet ble likestilt Brukerutvalget i starten av året
- Etablering av ressursbank for UR. Saken følges opp i samarbeid med Forbedringsenheten med mål om felles system for rekruttering, opplæring og ivaretakelse av brukerrepresentanter.

- «Kloke valg i UNN». Orientering ved lege/rådgiver Heidi Høifødt. Fokus er kort fortalt å unngå overutredning og overbehandling. Ungdomsrådet ble invitert til å komme med innspill.
- Gode overganger fra barne- til voksenorienterte helsetjenester. Oppdrag gitt i oppdragsdokument fra Helse-Nord til helseforetakene 2018 og 2019. Ungdomsrådet har utarbeidet intern retningslinje som har vært på høring i UNN. Retningslinjen er ferdig og skal lanseres. Dokumentnummer: RL 9091.
- Økt offentliggjøring av pasienthendelser v/ klinikksjef Elin Gullhav. Ungdomsrådet ble invitert til å komme med innspill.
- Rapport om endring og forbedring under koronapandemien v/Hege Andersen og Siri Engstad, Forbedringsenheten UNN. Ungdomsrådet ble invitert til å komme med innspill. Ungdomsrådet ble invitert til å komme med innspill.
- Oppdragsdokument fra Helse Nord til helseforetakene for 2021. Ungdomsrådet ble invitert til å komme med innspill sammen med de øvrige ungdomsrådene i Helse-Nord.
- Samvalg v/Anne Regine Lager, Samvalgssenteret UNN. Ungdomsrådet ble invitert til å lage korte filmsnutter rundt dette tema i samarbeid med Samvalgssenteret.
- Justering av arbeidsform i ungdomsrådet. Revisjon av mandatet for UR UNN ble startet i 2020, og vil bli ferdigstilt i 2021. Nytt: Utvidet øvre aldersgrense, utarbeidelse av strategi, flere årlige møter i rådet i 2021 – deriblant innslag av digitale møter. Tentativ årlig møteplan legges fram på første møte.

Listen er ikke uttømmende.

Totalt antall saker i UR UNN i 2020: 34

Foredragsvirksomhet og deltagelse i prosjekter, utvalg, møter ol.

- Møte med ny direktør i Helse Nord Cecilie Daae. Medlem Johanne Kristine Mortensen deltok.
- Pasientsikkerhetskonferansen i Helse Nord, 11.-12. februar i Tromsø. Medlem Magnhild Elise Hjelme deltok på framlegg med Marie Dalskjær fra UR NLSH.
- Møte med Helse Nord angående revidering av innovasjonsstrategien for Helse Nord. Medlem Johanne Mortensen deltok.
- Møte og intervju med Statens undersøkelseskommisjon for Helse og sosiale tjenester (UKOM) vedrørende utarbeidelse av undersøkelsesrapporten "Ungdom med uavklart tilstand - Samhandling mellom kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og BUP". Medlem Johanne Mortensen, medlem Kamilla Mari Sørensen og medlem Magnhild Hjelme deltok i intervju. Kamilla Mari Sørensen ble senere plukket ut som representant for ungdom ved nasjonal digital lansering av rapporten. Det ble stor medieoppmerksomhet rundt saken, og Kamilla Mari Sørensen bidro blant annet i TV-innslag på riks- og lokalnyheter ved NRK.
- I november var det felles digital samling for alle ungdomsrådene i Helse Nord. Flere saker tatt opp i møtet, og vi la planer for videre samarbeid og felles møte i 2021.

Listen er ikke uttømmende.

UR UNN er representert i flere prosjekter, fagdager og lignende:

- Verdensdagen for Psykisk helse Tromsø.
- CAPA (Choice and partnership approach) i Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) UNN. Forløpsprosjekt. Deltager fra UR er medlem Kamilla M Sørensen.
- ADHD og Omega 3. Forskningsprosjekt BUP UNN. Deltager: medlem i ressursgruppe Einar Sissener Engstad.
- Involvert. Prosjekt ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unges psykiske helse, UiT/ Helsedirektoratet. Etablering av nasjonalt nettsted for brukermedvirkning, samt forskningsprosjekt. Deltager fra UR UNN er medlem Kamilla M Sørensen og koordinator Mariann H Sundström.
- Nye Narvik sykehus. Presentert ved Lars Rye, prosjektleder UNN. Deltager i referansegruppe var for en periode medlem Heidi Pedersen. Framover er hele rådet involvert.
- Frivillighet i UNN. Ressursgruppe. Deltagelse fra UR ved koordinator Elisabeth M Warvik.

Listen er ikke uttømmende.

UNGDOMSRÅD I INNLEGG PÅ DEN REGIONALE PASIENTSIKKERHETSKONFERANSEN i TROMSØ I FEBRUAR

I februar deltok UR UNN og UR NLSH på pasientsikkerhetskonferansen. Fastlege Kaveh Rashidi holdt et foredrag om kommunikasjon med ungdom. Her bidro Magnhild fra oss og Marie fra ungdomsrådet ved Nordlandssykehuset med sine erfaringer. Budskapet deres kan oppsummeres slik:

"Hadde vi fått velge, så hadde vi sluppet å ha noe med dere å gjøre. Men når vi først er nødt til det, så har måten dere møtes oss på stor betydning for hvordan vi kan leve våre liv". Klar tale, der altså.

Fra venstre: Medlem Magnhild Hjelme UR UNN og leder Marie Dalskjær UR NLSH, fastlege Kaveh Rashidi



Sosialt

Året 2020 ble veldig spesiell pga koronapandemien. Etter møtet i januar ble det med bakgrunn i smitterisiko, ansett som uforsvarlig å treffes. Ungdomsrådets møter ble derfor avholdt digitalt. Dette fungerte fint, men pauser og det sosiale rammes til en viss grad, i tillegg til at møtene blir kortet ned. Til møtet i mars hadde vi satt av god tid før møtet slik at de som ønsket det kunne logge seg på for «utenomsnakk». Noen ungdommer valgte å komme inn i møtet tidlig for en uformell prat i starten.

Alle ønsket fysisk oppmøte på helgesamlingen i oktober. Der ble det tid til å være sosiale etter møtet på fredag. Vi ordnet med god middag og spillet «Kortskalle».

6 Rekruttering

Hvert annet år oppnevnes nytt råd. Sist gang januar 2019. Nytt råd skulle etter planen vært valgt vinter 2021, men selv om ungdomsrådet har gjennomført møter og behandlet mange saker, har året vært spesielt. Det ble derfor besluttet å utsette valg av nytt råd med ett år, til vinter 2022. Rekrutteringsprosessen vil dermed starte høsten 2021 med valg på nyåret vinter 2022.

Rådet har for tiden to ledige plasser. Vi ønsker å rekruttere medlem med samisk bakgrunn og medlem utenfor Tromsø. Det vil jobbes framover med å fylle de ledige plassene.

7 Økonomi 2020

Driftsbudsjett	**580 000**
Honorar	47 000
Lønn	108 000
Seminarer og lignende	2 500
Servering ved møter	19 200
Reisekostnader	2 300
Øvrige driftsposter	200
Sum brukt	**179 200**

Kommentar: Generelt er det brukt mindre penger på drift av UR UNN enn i et vanlig år. Det har vært en økning i utbetalt honorar. Det er brukt lite penger på møteutgifter og reise. Økning i budsjett og lønnskostnader gjelder tilførte midler lønn koordinatorer med om lag 40% stilling, kr 330 000,-.

8 Hilsen fra leder av Ungdomsrådet UNN

Hei alle sammen!

Året 2020 var merkelig for de aller fleste av oss. Hjemmeundervisning, en-meter og begrensing av nærkontakter stilte, og stiller i skrivende stund fortsatt, store krav til vår kollektive tilpasningsevne og vår kreativitet. Det fikk også vi i ungdomsrådet UNN merke. Fysiske møter med tette diskusjoner rundt bordet og livlig småprat i pausene, ble for det meste byttet ut med digitale erstatninger hvor hyppige påminnelser om demping av mikrofon og trøbbel med deling av skjerm tok uvant mye plass på agendaen.

Til tross for de uunngåelige utfordringene pandemien la for oss, vil jeg tørre å påstå at dette året har vært det beste for ungdomsrådet ved UNN så langt i vår cirka 5 år lange historie.

Vi har aldri før fått så mye oppmerksomhet for det viktige arbeidet vi gjør, og mengden forespørsler fra ulike aktører tilknyttet hele UNN HF har til tider vært en smule overveldende å håndtere. Her fortjener våre koordinatorer stor takk, som gjør en kjempejobb med å skille klinten fra hveten og dermed bidra til at rådet arbeider så effektivt og målrettet som mulig!

I år ble vi endelig likestilt med brukerutvalget i sykehuset. Dette var en stor seier for oss, og det er ikke utenkelig at dette har mye av skylden for den økte saksmengden vi har opplevd. Av saker vi har jobbet med i året som har gått, kan blant annet nevnes bidrag i utviklingen av flere ressurser for brukermedvirkning i helsetjenesten, innspill knyttet til utarbeiding og lansering av nasjonal rapport om barne- og ungdomspsykiatri, presentasjonsmøte om nytt sykehusbygg ved UNN Narvik, samt utarbeidelse av retningslinje for god overføring fra barne- til voksenorienterte helsetjenester for UNN. Som en stor bonus klarte vi å få gjennomført en produktiv og hyggelig fysisk helgesamling for hele rådet, godt hjulpet av intens vasking av hendene og gjennomtenkt bordplassering. Vi fikk også gjennomført et flott felles møte mellom alle ungdomsrådene i Helse Nord RHF (via Skype).

Alle disse sakene og opplevelsene kommer ikke alene. De kommer først og fremst som følge av at ungdomsrådet UNN nå har blitt en utrolig godt sammensveiset gjeng som alle drar nytte av hverandres ulike erfaringer med sykehuset for å jobbe mot vårt felles mål om at alle unge skal bli sett og hørt i møte med sykehuset. Som leder er jeg vanvittig stolt over å få ha et stort ansvar i en så kompetent og kreativ gruppe med unge ressurser for UNN HF og Helse Nord RHF. Jeg gleder meg stort til nye prosjekter, saker, møter, smil og latter i året som kommer!

Med ønske om et gledelig og forhåpentligvis litt mer koronafritt 2021!

Mathias Halvorsen

Mathias Halvorsen

Leder, Ungdomsrådet UNN

9 Avslutning og planer for 2021

Året 2020 vil lenge bli husket med ord som pandemi, korona, covid-19. Men også for positive ord som rask omstilling, digitale møter, gode smitteverntiltak. Starten på 2021 vil preges av det samme, men ordet vaksine må tas med.

Året ble avsluttet med møte i Arbeidsutvalget. Vi hadde som vanlig mange saker og flere planer for neste år. Tidlig i året 2021 kommer to saker om bygg – Nye UNN Narvik og nytt bygg til voksenpsykiatrien i Tromsø. Det er lagt planer for at alle ungdomsrådene i Helse-Nord skal samles i Hammerfest, Finnmark våren 2021, hvor hovedtema blir opplæring av brukerrepresentanter på systemnivå.

Bilde fra årets siste møte i arbeidsutvalget for UR - Fra venstre nestleder Iben Einan, leder Mathias Halvorsen og koordinatorene Elisabeth M Warvik og Mariann Sundstrøm.



Vedlegg

Mandat for Ungdomsrådet ved UNN

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Mandat for Ungdomsrådet ved UNN

Grunnlag

Ungdomsrådets oppgaver bygger på prinsippet om at det er pasientens behov som skal være førende for struktur og innhold i tjenestene, og at brukermedvirkning skal brukes som en kunnskapskilde til forbedring av praksis. Ungdoms brukererfaringer og forslag til tiltak skal systematisk brukes for å forbedre sykehusets tilbud til ungdom.

Overordnede føringer

- Barnekonvensjonens artikkel 12 sier at ungdom har rett til å si sin mening og bli hørt. Barnekomiteen i Genève har videre slått ettertrykkelig fast at det er voksne som har ansvar for å legge til rette for at de blir hørt.
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 (st.11(2015-2016)) Planen vedtar opprettelse av ungdomsråd ved alle sykehus i Norge.
- Brukermedvirkning i helseforetak - Lov om helseforetak § 35.
- Visjon for brukermedvirkning i Helse Nord:
  Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.
- Definisjon på brukermedvirkning: "De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud" (Stortingsmelding nr. 34-1996-97).

Formål

Ungdomsrådet representerer brukergruppen ungdom i alderen 12-23 år i UNN. Det skal være et rådgivende organ for UNN og en høringsinstans for sykehusets arbeid med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom. Ungdomsrådet skal også være et rådgivende organ for Brukerutvalget ved UNN.

Ungdomsrådet skal arbeide for å:

- Fremme brukerperspektivet for ungdom i sykehuset, med spesielt fokus på ungdom med langvarige helseplager og de utfordringer denne gruppen har overfor helsepersonell, sykehusledelse og helsemyndigheter.
- Gi konkrete råd til forbedring av tjenester til ungdom på UNN.
- Dele sin erfaring som brukere til nytte for annen ungdom.
- Kommunisere med alle klinikker i sykehuset som behandler ungdom.
- Fremme kontakt med brukerorganisasjoner
- Fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus, på nasjonalt nivå, i samråd med andre ungdomsråd i Norge.

Organisering og administrasjon

Ungdomsrådet arbeider for ungdoms brukermedvirkning på tvers av klinikker i UNN. For at denne pasientgruppen skal kunne bidra med reell brukermedvirkning, foreligger det særlige behov for tilrettelegging av metode og arbeidsform. Ungdomsrådet skal derfor ha administrativ forankring i BUK gjennom *to koordinatorer* som representerer henholdsvis somatisk og psykisk helsevern. Det skal etableres et arbeidsutvalg som i tillegg til de to koordinatorene skal bestå av en klinikkrådgiver samt leder og nestleder i ungdomsrådet.

Koordinator/klinikkrådgivers rolle og oppgaver:

- Være ambassadører for ungdomsrådet og ivareta et formidlingsansvar for Ungdomsrådets virke og arbeid.

- Være prosessledere og sørge for egnet metodikk tilpasset aldersgruppen.
- Bistå ungdomsrådets leder/ nestleder i deres funksjoner.
- Bidra til effektiv linje for saksbehandling.
- Sørge for møteplan, møteinnkalling samt skrive referat.
- Være et bindeledd mellom ungdomsrådet, brukerutvalget og øvrig ledelse i BUK og på UNN.
- Administrere møte- og reisegodtgjørelser for ungdomsrådets representanter.
- Sende ut referat fra møter til Brukerutvalget på UNN samt BUK lederteam.

Arbeidsutvalg

- Bistå ved utarbeidelse av møteplan, saksliste og forberedelse av saker.
- Bistå ved arrangementer og større saker/prosesser hvor det er behov for en bredere saksforberedelse eller utredning.

Sammensetning

Ungdomsrådet skal være bredt sammensatt. Det skal gjenspeile den demografiske sammensetningen i opptaksområdet, bredden i de aktuelle pasientgrupper og mangfoldet i diagnoser og erfaring med sykehuset.

Rådet skal bestå av 9 medlemmer mellom 12-23 år, fordelt etter alder, kjønn, etnisk bakgrunn og bosted som avspeiler helseforetakets nedslagsfelt. Ungdomsrådet skal ha minst en representant med samisk bakgrunn. Det er ønskelig at ungdomsrådet også inkluderer barn som pårørende.

Ungdomsrådet skal ha minst 2 representanter fra hvert av områdene somatikk, habilitering og psykiatri. Det er et krav at ungdommene skal ha personlige erfaringer fra møte med sykehus og helsetjenester på sykehuset, at de er villige til å dele disse, og har et ønske om å bidra til bedre helsetjenester for ungdom.

Rekruttering og konstituering

Utlysning etter nye rådsmedlemmer formidles allment, i BUK og ved henvendelse til brukerorganisasjoner. Brukerorganisasjonene foreslår aktuelle kandidater blant sine medlemmer. Ungdommer som ønsker å være med i rådet kan selv ta kontakt med UNN. For å sjekke ut grad av motivasjon og samtidig klargjøre forventninger og forpliktelser som følger vervet, vil kandidater bli innkalt på intervju ved BUK. BUK innstiller og velger ut rådets medlemmer.

Rådsmedlemmer sitter i 2 år, med mulighet for reoppnevning. Det er ønskelig at ikke hele rådet skiftes ut på samme tid. Oppnevning av leder og nestleder skjer ved valg av rådet selv hvert andre år. Ungdomsrådet konstituerer seg selv hvert år.

Det inngås en skriftlig avtale med rådsmedlemmene. Rådsmedlemmer under 18 år må ha samtykke fra foresatt til å sitte i rådet.

Godtgjøring

Møtegodtgjøring skjer etter egne satser. Timesats for møter er for 2015/16 satt til kr 120 for medlemmer og kr 150 for leder/nestleder. Reisegodtgjøring skjer etter statens reiseregulativ.

Ungdomsrådet har 5/6 faste møter i året. Et møte i året erstattes av en helgesamling. Om et ordinært møte erstattes av helgesamling, honoreres dette som to møter a 4 timer. I tillegg kan ungdomsrådet inviteres til frivillig deltakelse ved andre forespørsler (møter med ledelse, foredrag etc.) inntil 15 timer pr år. Honorar for oppdrag utenfor ungdomsrådets faste møteagenda, avtales i det enkelte tilfelle.

Leder og nestleder møter i ungdomsrådets arbeidsutvalg. Leder og nestleder møter i Brukerutvalget UNN og i klinikkledermøter i BUK ved behov. Representasjon av ungdomsrådet i ulike fora og eventuelt annet kan også bli aktuelt. Til sammen inntil 30 timer ekstra årlig.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEREFERAT

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato:	**Onsdag 24.02.2021 kl 09.00-14.55**
Møtested:	Teamsmøte
Tilstede:	**Medlemme**r*:* Kirsti Baardsen (leder), Paul Dahlø (nestleder - *til kl 13.55*), Hans-Johan Dahl, Nina Nedrejord (*til kl 14.00*), Merete Krohn*(ut kl 10.00 – tilbake kl 11.10)* , Merethe Saga Lønnum, Ingolf Kvandahl, Ulf J Bergstrøm, Mildrid Pedersen, Ulf J Bergstrøm
Fra adm.:	Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen Administrasjonsulent Hilde A. Johannessen (referent)
Forfall	Siv-Elin Reitan, Terje Olsen

Saksliste

BU-1/21 **Årsmelding 2020 – pasient- og brukerombudet**

Pasient- og brukerombud Odd Arvid Ryan og seniorrådgiver Kristin Jenssen orienterte.

- UNN har forbedringspotensial når det gjelder å fange opp brukerstemmen. Det er ikke tilstrekkelig med PING-telefonen. I Helse Sør- Øst tester de ut elektronisk skjema på informasjonssiden til bruk for brukerne der de kan komme med klage, forbedringsforslag o.a. Pasient- og brukerombudet vil holde Brukerutvalget orientert om resultatet.

- Pasient- og brukerombudet støtter Brukerutvalgets ønske om at PING-telefonen vernes, samt bedre koordinering av denne.
- De har flest henvendelser innenfor ortopedi, gastokirurgi og psykisk helse og rus. I mange tilfeller er det tilstrekkelig med en samtale.
- Pasient- og brukerombudet ønsker bedre dialog med UNN når det gjelder tilbakemelding fra tilsynssaker. Gir de en varig endring i rutinene ved UNN?
- Nasjonalt prosjekt – Felles fokus på ungdom mellom 16-26 år, blant annet for å finne en bedre måte å kommunisere med ungdommen på. Samarbeid med Ungdomsrådet.

UTKAST

Pasient- og brukerombudet kommer gjerne for en generell orientering i Brukerutvalget, dersom det er ønskelig.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-2/21 **Direktørens time**

Viseadministrerende direktør Marit Lind orienterte om

- **Status på pandemien og beredskap i UNN**

UNN har pr dato to pasienter innlagt for covid-19 (Harstad og Tromsø)
Håndtering av covid-19-pasienter har gått helt fint.
Størst utfordring for UNN er bemanning, ettersom UNN er avhengig av vikarer fra Skandinavia. Det er pr idag mangel på anestesileger.
Besøksregler for fødende har vært mye omdiskutert, men sårbarhet innenfor fagmiljøet avgjør hvor strengt det må være.
Det har vært nødvendig å forberede og lære opp annet personell, spesielt til intensivavdelingen. Dette har gått på bekostning av ordinært personell.
De ulike fagområdene arbeider med å forberede nedprioritering.
Vaksinering: 840 ansatte ved UNN har fått to doser vaksine. Alle ansatte ved UNN får tilbud om vaksine, og vaksineringen prioriteres etter viktigheten av hvem som trenger det mest.

- **Håndtering av etterslep**

Behandling av kreftpasienter blir prioritert
Utfordring å hente inn etterslepet etter covid-19, men etterslepet går sakte men sikkert ned.
Eksempel: - Ventetid ved UNN – 74,81 dager – kravet er 50 dager
UNN har kjøpt operasjonskapasitet hos to private klinikker i Tromsø - Volvat og Aleris. Avtalen gjelder frem til 30.6.2021.

Brukerutvalget etterspør lignende tilbud for psykisk helse- og ruspasienter.
Viseadministrerende direktør tar med spørsmålet til klinikksjefen ved psykisk helse og rus.

Mediasak: Feilbelastning av kostnader til pasienter ved UNN
– økonomisjef Lars Øverås orienterte:

6300 pasienter ved UNN har til sammen betalt 1,1 mill kroner for mye i egenkostnader (kostnader for krykker er ikke tatt med i beregningen da det fortsatt er usikkert hvem som skal belastes denne kostnaden)
Aktuelle pasienter blir kontaktet pr brev med beløp og frankert svarkonvolutt (for opplysning om kontonummer).
Årsaken til hendelsen er systemsvikt.
Det arbeides nå med å få til gode felles rutiner på dette.

Økonomisjefen ønsket innspill fra Brukerutvalget om hvilken beløps-grense som bør settes for tilbakebetaling.
Brukerutvalget kom frem til at grensen for utbetaling passende kunne settes til kr 50,-(ikke hensiktsmessig med utbetaling under dette).

Vedtak: Brukerutvalget tok informasjonen til orientering, og imøteser tilbakemelding fra klinikksjefen ved Åsgård vedrørende forespørsel om ekstra behandlingssteder for psykisk helse- og ruspasienter under pandemien.

BU-3/21 **Godkjenning av innkalling og saksliste**
Innkalling og saksliste ble gjennomgått. Sak BU-8/21 utgår.

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste med de endringer som fremkom.

BU-4/21 **Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 09.12.2020**
Referatet ble gjennomgått.

Vedtak Referatet ble godkjent.

BU-5/21 **Orienteringssaker**
BU-5/21-1 **Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper**

	Aktivitet/Prosjekt	Ansvarlig 2020-2022	Status/ merknader
1	Styret ved UNN	Kirsti Baardsen Paul Dahlø vara	
2	Kvalitetsutvalget i UNN	Kirsti Baardsen Merethe S Lønnum vara	
3	Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl Ulf J Bergstrøm vara	
4	OSO (Overordnet Samarbeidsorgan)	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Se sak 53/20 av i dag.
5	Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	Beredskap mht pandemien.
6	Parkeringsutvalget	Merete Krohn Mildrid Pedersen vara	Merete orienterte.
7	Pasientsentrert helsetjenesteteam	Merethe Saga Lønnum Marit Stemland vara	Merethe ikke hørt noe. Ses i sammenheng med Stormottakersatsingen.
8	Nye UNN Narvik	Styringsgruppe: Siv Elin Reitan Esben Haldorsen vara Prosjektgruppe: Anita Fjellfoss, Narvik Brukerrepresentanter: Esben Haldorsen Cathrin Carlyle Marit Myklevoll	Nedlegges grunnstein i Narvik. Esben Haldorsen og Anita Fjellfoss blir representanter fra BU. Opprettet en liten undergruppe av brukerrepresentanter

9	Kvam utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Nina Nedrejord Terje Olsen vara	Klinikksjef Jon Mathisen Vært møte, men deltok ikke.
10	Kvam utvalg Diagnostisk klinikk	Terje Olsen Kirsti Baardsen vara	Klinikksjef Kate Myreng
11	Kvam utvalg Hjerte- og lungeklinikken	Hans- Johan Dahl Mildrid Pedersen vara	Klinikksjef Kristian Bartnes
12	Kvam utvalg NOR klinikken	Merete Krohn Merethe S Lønnum vara	Klinikksjef Bjørn Yngvar Nordvåg Utvalget fungerer veldig bra. HMS-handlingsplan. Diskuterer om KVAM-grupper skal helt ned på sengepostnivå.
13	Kvam utvalg Psykiatri- og rusklinikken	Nina Benjaminsen Merethe S Lønnum vara	Klinikksjef Tordis S. Høifødt
14	Kvam utvalg Operasjons- og intensivklinikken	Merethe Saga Lønnum Nina Nedrejord vara	Klinikksjef Eva- Hanne Hansen
15	Kvam utvalg Barne- og ungdomsklinikken	Ungdomsrådet Nina Nedrejord	Klinikksjef Elin Gullhav Vært observatør imøte. Nina tok opp sak om pårørende.
16	Kvam utvalg Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken	Terje Olsen Ulf Jack Bergstrøm vara	Klinikksjef Rolv Ole Lindsetmo Hvordan tenke fremover strategisk. Åpenhet for brukermedvirkning har vært god. Samvalg.
17	Kvam utvalg Medisinsk klinikk	Mildrid Pedersen Siv-Elin Reitan vara	Klinikksjef David Johansen/ konst.klinikksjef Per Angermo. Nytt møte 21.12.
18	Utvikling av sykepleiernes praksisstudier	Nina Nedrejord	Ingenting skjer.
19	Prosjekt arealplan UNN Harstad	Arvid Eliseussen Ulf Jack Bergstrøm vara	
20	Pasient-app saken HN FRESK	Martin Andrè Moe fortsetter	
21	Ungdomsrådet	Kirsti Baardsen	
22	Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	Avventer situasjonen. Nina vært i kontakt med Nina Moe-Nilssen.
23	Helse I Arbeid	Mildrid Pedersen Terje Olsen vara	Ikke skjedd noe i arbeidsgruppen. Deltar også i forskningsgruppen.
24	OSO satsing: Samhandlingsforum for somatikk i UNN Tromsø UNN Harstad UNN Narvik	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Skal oppnevnes en brukerrepr. i øverste organ – OSO. Brukerorganisasjonene skal oppnevne en representant. Arrangeres videomøte med orientering om Helsefellesskap og brukermedvirkning.
25	KLIN-REG- prosjekt: Likeverdige helsetjenester	Paul Dahlø	Forskningsprosjekt. Ingenting å rapportere.
26	Etablering av robotassistert PCI	Nina Nedrejord	Har vært et møte. Stoppet pga korona.
27	Samvalgsverktøy - Muskelknuter i livmor	Marit Stemland fortsetter	Prosjektleder Kirsti Rakkenes.
28	Klinisk etisk komite	Terje Olsen Kirsti Baardsen vara	Møtene går sin gang. Møte 10.12.2020.
29	Etablering av Helsefellesskap	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Magne Nicolaisen orientert I BU 9.12.2020. Møte 22.4.2021
30	Ref.gruppe for behandlingshjelpemidler	Martin Moe	Diabeteshjelpemidler
31	Strategisk plan for utvikling av kliniske	Kirsti Baardsen	Prøve på en fornuftig fordeling

	fagområder i NOR og K3K	Paul Dahlø vara	av de tre UNN-lokaliseringer - hvor skal behandling plasseres. Kartlegging av behov for utstyr og ansatte på de ulike lokalisasjonene. BU mener at de små fagene må være lokalisert enten i Harstad eller Narvik med arbeidsavtale om faste dager på den andre lokasjonen. Det må være samlet fagmiljø slik at kvaliteten for pasientene sikres. Arbeidsgruppa er ikke ferdig ennå.
32	Arbeidsgruppe om helsefellesskap	Paul Dahlø	Paul informerte. Etableringsmøte 22.4.2021
33	Kunstig intelligens innen radiologisk diagnostikk	Ulf Bergstrøm	Flerårig prosjekt. Brukerrepr. vært i kontakt med prosjektleder.
34	Styringsgruppe for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø - konseptfase	Merethe Saga Lønnum	Tor-Arne Hanssen. Første møte 14.12.2020.
35	Fagråd for Akuttmedisinsk tjeneste	Hans-Johan Dahl	
36	KSU 1/2020 – helhetlig gjennomgang av tjenesteavtale 2	Merete Krohn	Prosjektet er utsatt.
37	Stormottakersatsingen	Ulf J Bergstrøm	Ulf vært i kontakt med prosjektleder - mottatt dokumenter i saken.
38	Revisjon av UNNS overordnede strategi	Merethe S Lønnum	Merethe sender info til adm. som videresender til BU. Prosjektet er flink til å involvere brukerstemmen.
39	Pingvin TV – kulturavdelingen	Merethe S Lønnum	Hva ønsker BU å spille inn i prosjektet? Tilbakemelding til kulturavd: Ta kontakt med FFO, evnt andre organisasjoner for innspill Orientere om BUs rolle
40	Pårørende - Arbeidsgruppe	Merethe S Lønnum Terje Olsen Nina Benjaminsen Merete Krohn	Referat sendt ut med BU-innkalling 24.02.2021 med vedtakspunkt.
41	Ny UNN strategi – Arbeidsgruppe	Merethe Saga Lønnum	

Vedtak Brukerutvalget vedtar endringer i representasjon og sekretariatet følger opp der det er aktuelt.

BU-5/21-2 **Diabetesplanen**

I Brukerutvalgets møte 9.12.2020 ble det vedtatt at Brukerutvalget setter fokus på at Helse Nord RHF utarbeider ny Diabetesplan for hele Nord-Norge. Vedlagt følger korrespondanse i saken.

Vedtak Brukerutvalget fortsetter å ha fokus på saken.

BU-5/21-3 **Rapport fra arbeidsgruppe – pårørende (tidl. BU 57/20)**
Utgår som orienteringssak, inn som egen sak 1 under Eventuelt 12/21.

BU-6/21 **Bedre oppfølging av legemidler ved UNN**
Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv orienterte. Se vedlegg.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-7/21 **Informasjon fra Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS)**
Seksjonsleder Agnes Syversen orienterte. Sengeposten har både akutt- og elektive innleggelser. De aller fleste innlagte har, i tillegg til lege og psykolog, en familieterapeut som ofte har hovedkontakt med pårørende, barnevernet mm. Det er tett kontakt med pårørende gjennom hele forløpet.
De har fokus på ulike etnisiteter og deres behov, ettersom språk og kulturforskjeller kan by på utfordringer. Tolk benyttes ved behov.
Overføring tilbake til hjemmet er utfordrende, spesielt etter lengre opphold. Tilvenning kan feks være hjemme i helgene.
Det er utfordrende med somatikk og psykiatri i samme avdeling, så det er behov for større plass for oppdeling av de to avdelingene, samt en familieavdeling.

Vedtak Brukerutvalget takker for orienteringen.

BU-8/21 **Brukermedvirkning på tjenestenivå**
Utgikk på grunn av sykdom. Satt opp til neste møte i Brukerutvalget.

BU-9/21 **Nye UNN Narvik – orientering fra brukerrepresentantene i prosjektet**
Brukerrepresentantene Cathrin Carlyle og Anita Fjellfoss orienterte.
Prosjektet er godt igang, og byggeprosjektet er i rute.
Det er behov for en klinisk rådgiver som kan formidle synspunkt fra BU til alle nødvendige delprosjekter. Det er også behov for flere brukerrepresentanter, eksempelvis yngre brukerrepresentanter slik at denne aldersgruppen også blir sett og hørt.
De føler at de blir godt ivaretatt i prosjektet, de blir lyttet til og imøtekommet, selv om det ikke alltid blir gjort noe med innspillene.
Enkeltsaker i prosjektet kan ved behov løftes til BU for en beslutning eller vurdering.
Delprosjekter er i gang, og det er viktig at BU blir hørt, - både med forslag for servicefunksjoner, framtidig drift av rus- og psykiatri mm.

Styringsdokumentet til NUN er omfattende, og det er mye å sette seg inn i. Saken settes opp i førstkommende BAU-møte for en grundigere gjennomgang. Frist for innspill fra brukerrepresentantene innen mandag 01.03.2021.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og setter opp til

behandling sak om styringsdokument NUN i BAU-møte 01.03.2021. Innspill sendes leder Kirsti Baardsen eller Hilde A Johannessen innen mandag 01.03.2021.

BU-10/21 **Nye UNN Narvik og Nye arealer psykisk helse- og rusbehandling, Tromsø**

Utbygginggsjef Tor-Arne Hanssen, prosjektlederne Lars Rye NUN og Njål Bjørhovde Psykisk helse og rus, orienterte.

Styringsdokumentet NUN:
De hadde ikke noe spesielt å meddele orienteringsmessig.

Styringsdokumentet psykisk helse og rus:
Kriterier for valg av alternativer er basert på innholdet *i «hva bygget må bidra med»* for å nå fremtidige mål.

- både brukere og erfaringskonsulenter i prosjektet
- brukerundersøkelse
- kriterier skal lede frem til det valget som tas (handler om hva bygget skal gjøre)
- vekting av kriterier
- ha tilstrekkelig kapasitet: fysisk trening som del av behandling mm

Brukerutvalget kom med innspill om at det er viktig å se pasientforløpet for seg, og forsøke å visualisere ulike pasienforløp. Prosjektleder og utbyggingssjef skal se om og eventuelt hvordan innspillet kan imøtekommes.

Vedtak Brukerutvalget tok informasjonen til orientering, men savnet en grundigere gjennomgang av styringsdokumentene for NUN. Brukerrepresentantene gav tilbakemelding om at det var svært god prosess og involvering i arbeidet med Nytt bygg psykisk helse og rus. Når det gjelder styringsdokumentet for NUN vil BU vil komme med innspill etter BAUs møte mandag 1.3.2021.

BU-11/21 **Referatsaker**

Det ble referert følgende referatsaker:

1. Referat fra møter i BU Nordlandssykehuset, 30.11.2020 og 10.02.2021
2. Protokoll fra Sykehusapoteket Nord, 07.12.2020
3. Referat fra møter i Kvalitetsutvalget, 15.12.2020 og 26.01.2021
4. Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset, 15.12.2020
5. Referat fra møte i BU Helgelandssykehuset, 15.01.2021
6. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 21.01.2021
7. Referat fra møte i Ungdomsrådet med årsmelding, 22.01.2021
8. Referat fra møter i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, 25.01.2021

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

BU-12/21 **Eventuelt**

1. Pårørende – arbeidsgruppe (tidl. Sak 57/20)
Brukerutvalget ønsker en helhetlig strategi for pårørende ved UNN. De ønsker at alle pårørende skal føle seg nyttige, og bli møtt med anerkjennelse og respekt uavhengig av hvilken klinikk pasienten er knyttet til. De ønsker også at UNN ser på mulighetene for et pårørenderom.

Vedtak BU oppfordrer UNN, med bakgrunn i regjeringens pårørendestrategi, å utarbeide og implementere en helhetlig plan for samhandling, støtte og veiledning av pårørende i UNN. Strategien bør være enhetlig og gjenkjennelig i hele UNN og være naturlig implementert i de ansattes hverdag. Gjennom «ei dør inn-prinsippet» skal veiledning og støtte være enkelt tilgjengelig for alle pårørende i UNN uavhengig av om man er pårørende i en akuttfase eller i et langvarig forløp.
Som regionssykehus ser vi det også som viktig at UNN har et særlig fokus på barn og unge som pårørende, samt den samiske delen av befolkningen.

Kirsti Baardsen (sign.)
utvalgsleder

Hilde A Johannessen(sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 20.04.2021
Kopi til:

- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Sissel Eidhammer, Nordlandssykehuset
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Bård Forsdahl
- Lærings- og mestringssenteret, UNN v/ Kristin Lernes
- Kreftforeningen ved Wenche P Kjølås
- Ungdomsrådet UNN ved Elisabeth Warvik

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEREFERAT

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

Dato: Mandag 01.03.2021 kl. 10.30-12.35

Sted: Teamsmøte

Tilstede: Kirsti Baardsen, Paul Dahlø og Hans-Johan Dahl

Forfall:

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

BAU 13/21 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 17.03.2021

Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU fredag 26.02.2021.

Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2020

BAU tar Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2020 til orientering.

Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2021

BAU tar Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2021 til orientering.

Årsregnskap med styrets beretning
Økonomisjef Lars Øverås orienterte kort om status i saken.
UNN hadde et positivt budsjettavvik for 2020 på 66 mill kroner.

BAU etterspurte tidsperspektiv for behandling av Vestibyleprosjektet ved UNN. Prosjektet er tatt med i arealplanen, men denne planen er utsatt til etter 2027.

BAU tar Årsregnskap med styrets beretning til orientering.

Årlig melding 2020
Fagsjef og senterleder Haakon Lindekleiv orienterte kort om status i saken.

BAU tar Årlig melding 2020 til orientering.

Oppdragsdokument 2021
Fagsjef og senterleder Haakon Lindekleiv orienterte kort om status i saken.

BAU tar Oppdragsdokument 2021 til orientering.

Nye hovedindikatorer
Fagsjef og senterleder Haakon Lindekleiv orienterte kort om status i saken.

BAU tar Nye hovedindikatorer til orientering.

Handlingsplan for informasjonssikkerhet
Seksjonsleder ved E-helse og IKT, Heidi M Jacobsen orienterte om status i saken.
Saken er en del av oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF 2021-2025.

BAU tar Handlingsplan for informasjonssikkerhet til orientering.

Faglig utvikling i avdeling Sør, Psykisk helse- og rusklinikken
Klinikksjef Tordis Sørensen Høifødt hadde en god orientering om status i saken.
Denne saken handler ikke om sentralisering av penger eller folk, men en justering. Ressursene i området beholdes selv om sengekapasiteten reduseres.

BAU tar Faglig utvikling i avdeling Sør, Psykisk helse- og rusklinikken til orientering.

Pasientvelferdsfondet for de voksenpsykiatriske avdelinger ved UNN-endring av statutter

BAU tar Pasientvelferdsfondet for de voksenpsykiatriske avdelinger ved UNN-endring av statutter til orientering.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 17.03.2021.

BAU 14/21 Styringsdokument Nye UNN Narvik (forts. av sak BU 9/21)

Gjennomgang av innspill fra brukerrepresentantene og diskusjon i BAU med brukerrepresentant fra NUN, Cathrin Carlyle.

Beslutning/oppfølging:

BAU formidler følgende innspill til utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen:

Brukerutvalget etterspør plan for reell brukermedvirkning for prosjektene som er kommet i planleggingsfasen, jf side 23 i styringsdokumentet. Brukermedvirkning er nevnt, men er ikke operasjonalisert. For at det skal bli tilrettelagt for brukermedvirkning, må brukerne ha administrativ støtte fra NUN i planleggingsfasen, for eksempel med klinisk rådgiverressurs. Man må finne alternative måter å få informasjon fra brukere.

BAU 15/21 Rullestoler og oppbevaringsbokser ved UNN

Henvendelse fra Tove-Iren Smedvik ved Vakt og Sikkerhet ved UNN. Det er mangel på rullestoler og oppbevaringsbokser for pasienter og pårørende ved UNN. BAU mener at tilstrekkelig antall rullestoler for pasienter og pårørende – og oppbevaringsbokser – burde være en selvfølge.

Beslutning/oppfølging:

BU ser på det som en selvfølge at det er tilstrekkelig antall rullestoler for pasienter og pårørende, og dette gjelder også oppbevaringsbokser. Administrasjonen formidler dette videre.

BAU 16/21 Direktørens time

BAU har foreløpig ett innspill til direktørens time i BU-møtet 20.4.2021.

- Status for kontaktlegeordningen

Beslutning/oppfølging:

BAU tar med innspillet til neste møte i BAU 7.4.2021 i tilfelle av flere innspill.

BAU 17/21 Forslag til dagsorden for BU-møte 20.4.2021

SAKER	Tid og beskrivelse
1. Godkjenning av innkalling og saksliste	Kl 13.30
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 24.02.2021	
3. Ekstra forskningsmidler og brukermedvirkning	Kl 13.45-14.05 – Ingvild Pettersen – klinisk forskningsavdeling
4. Brukermedvirkning på tjenestenivå	Kl 14.05-14.25 – Siri Engstad?
5. Pakkeforløp hjerneslag	Kl 14.25-14.45 – Linn Hofsøy Steffensen
6. Direktørens time 7. – Kontaktlegeordningen (foreløpig)	Kl 14.45-15.30 – Marit Lind
Pause	Kl 15.30-15.45
12. **Orienteringssaker** - Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper	Kl 15.45-16.45
13. **Referatsaker** - Referat fra møte i BU, 01.03. og 07.04.2021 - Referat fra møte i KU, 02.03. og 06.04.2021 - -Referat fra møte i BU Nordlandssykehuset, 11.03.2021 Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 11.03.2021 - Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset, 17.03.2021 - Referat fra møte i BU Helgelandssykehuset, 19.03.2021 Referat fra møte i Sykehusapoteket Nord, 07.12.2020xxx Referat fra møte i UR, 3.10.2020xxx	
14. Eventuelt	

BAU 18/21 Eventuelt

UTKAST

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Møtedato:	02.03.2021
Møtested:	Heldigitalt møte
Tid:	13.30-15.30

Tilstede	Anita Schumacher	Administrerende direktør *(møteleder)*
	Marit Lind	Viseadministrerende direktør
	Gry Andersen	Driftsleder Narvik
	Grethe Andersen	Drifts- og eiendomssjef
	Kristian Bartnes	Klinikksjef HLK-klinikken
	Einar Bugge	Forsknings- og utdanningssjef
	Gøril Bertheussen	Personalsjef
	Kirsti Baardsen	Leder Brukerutvalget
	Elin Gullhav	Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken
	Eva-Hanne Hansen	Klinikksjef OpIn-klinikken
	Erik Stellander	Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken
	David Johansen	Klinikksjef Medisinsk klinikk
	Rolv-Ole Lindsetmo	Klinikksjef K3K-klinikken
	Haakon Lindekleiv	Fagsjef, Fag- og Kvalitetssenteret
	Jon Mathisen	Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk
	Torni Myrbakk	Smittevernoverlege
	Tove Cathrine Mack	Hovedverneombud
	Kate Myreng	Klinikksjef Diagnostisk klinikk
	Bjørn Yngvar Nordvåg	Klinikksjef NOR-klinikken
	Hilde Annie Pettersen Kvalvik	Kommunikasjonssjef
	Markus Rumpsfeld	Senterleder E-helse og IKT
	Lars Øverås	Økonomisjef UNN
Øvrige	Grete Steinry Åsvang	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen
	Gunnar Skov Simonsen	Avdelingsleder avdeling for mikrobiologi og smittevern
	Jeanette Schultz Johansen	Provisorfarmasøyt Sykehusapoteket Nord
	Marte Lødemel Henriksen	Medisinskfaglig rådgiver Kvalitetsavdelingen
	Odd Arvid Ryan	Pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark, kontor Tromsø
	Kristin Jenssen	Seniorrådgiver Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø
	Eli Åsgård	Jurist og seniorrådgiver Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø
Forfall	Gina Johansen	Driftsleder Harstad
Referent	Konsulent Kvalitetsavd.	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
05/21	**Godkjenning av saksliste og referat fra KU-møtet 26.01.2021** *(Elements 2021/37)*	
	Referat ble godkjent uten endringer.	Anita Schumacher
06/21	**Pest eller kolera – antibiotikastyring i UNN**	
	Diskusjonssak *Saksfremlegg og vedlegg (2) vedlagt*	Gunnar Skov Simonsen Jeanette Schultz Johansen 13.35 – 14.00
	Beslutning 1. Kvalitetsutvalget tar saken til orientering. 2. Kvalitetsutvalget oppfordrer klinikksjefene til å invitere A-team til klinikklederteammøter for å presentere resultatene for egen klinikk og diskutere det videre arbeidet i klinikken. 3. Kvalitetsutvalget understreker det ansvaret alle ledere i UNN har for å gjennomføre antibiotikastyringsprogrammet.	Klinikkledelse/ Frist 01.06.2021
07/21	**Handlingsplan – oppfølging av RHF internrevisjon «Behandling av personopplysninger i UNN»**	
	Orienteringssak *Jfr. KU-sak 29/20* *Saksfremlegg og vedlegg vedlagt*	Einar Bugge Markus Rumpsfeld 14.00 – 14-15
	Beslutning 1. Kvalitetsutvalget tar status i oppfølging av handlingsplan etter Helse Nord RHFs internrevisjonsrapport 07/20 Behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering. 2. Kvalitetsutvalget ber direktøren sikre at videre oppfølging av handlingsplanen inkluderes i arbeidet med å følge opp Riksrevisjonens rapport om arbeidet med informasjonssikkerhet i helseforetakene.	Direktøren
08/21	**Handlingsplan Intern revisjon utlokaliserte pasienter somatikk**	
	Beslutningssak	Marte Lødemel Henriksen 14.15 – 14.30

	Jfr. KU-sak 14/20 *Saksfremlegg og vedlegg (3) vedlagt*	
	<u>Beslutning</u> Kvalitetsutvalget beslutter handlingsplanen.	
09/21	**Pasient- og brukerombudets årsmelding 2020 - dialog**	
	<u>Diskusjonssak</u> *Saksfremlegg og vedlegg (PP-presentasjon) vedlagt* Marte Lødemel Henriksen redegjorde for arbeidet med «Klinisk kommunikasjon i UNN» Markus Rumpsfeld redegjorde for arbeidet med «Stormottakersatningen i UNN»	Odd Arvid Ryan 14.30 – 15.30
	<u>Konklusjon</u> Kvalitetsutvalget takker for dialogen, og tar med seg innspillene som fremkom i møtet i det videre forbedringsarbeidet i UNN.	
Eventuelt		
Ingen saker tilkommet under eventuelt		

UNNAST

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 17.03.2021**
Dato: 03.03.2021
Tidspunkt: 09.30-10.35
Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	**Fra arbeidstaker**
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Jan- Eivind Pettersen, Delta
Haakon Lindekleiv, fag- og kvalitetssjef	Eirik Nordmark, Norsk psykologforening
Heidi M Jacobsen, seksjonsleder E-helse og IKT	Mai- Britt Martinsen NSF
Stig Bakken, avdelingsleder ØAS	Einar Rebni, FVO
Tordis S. Høifødt, klinikksjef PSHR	Rune Moe, Fagforbundet
Hilde Pettersen Kvalvik, kommunikasjonssjef	

Protokollsignering:
Fra arbeidstakersiden ble Mai -Britt Martinsen og Rune Moe valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerte fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	**Merknad/ grunnlag**
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2020	Haakon Lindekleiv og Stig Bakken orienterte og svarte ut spørsmål. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
2. Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2021	Haakon Lindekleiv og Stig Bakken orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
3. Årsregnskap med styrets beretning	Stig Bakken orienterte om saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
4. Årlig melding 2020	Haakon Lindekleiv orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Innspill og spørsmål som fremkom i saken fra de tillitsvalgte og vernetjenesten handlet om måloppnåelse for epikrisetid, helhetlig tilnærming ifht arbeidsmiljø - som skal være premissleverandør for alt vi gjør i UNN og utfordringer med tilstrekkelig kvalifisert personell. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
5. Oppdragsdokument 2021	Haakon Lindekleiv orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Protokolltilførsel fra ansattes organisasjoner: *UNN har stabilisering og rekruttering som et satsingsområde. Vikarbruken skal ned. UNN må i større grad ta i bruk lønn som virkemiddel for å rekruttere/stabilisere ansatte. UNN har i dag en lønnspolicy som praktiseres så strengt at flere av søkere får langt bedre*

	lønn om de tar seg jobb i andre helseforetak. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
6. Nye hovedindikatorer	Haakon Lindekleiv orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
7. Handlingsplan for informasjonssikkerhet	Heidi M Jacobsen orienterte. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling
8. Faglig utvikling i avdeling Sør, Psykisk helse- og rusklinikken	Tordis S Høifødt orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
9. Pasientvelferdsfondet for de voksenpsykiatriske avdelinger ved UNN-endring av statutter	Hilde A Pettersen Kvalvik orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.

Tromsø, 03.03.2021

Mai- Britt Martinsen (s.)	Rune Moe (s.)	Ingrid Lernes Mathiassen (s.)
NSF	Fagforbundet	administrasjonssjef

Dokumentet er signert elektronisk og kan derfor være uten signatur.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

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

Tid: Onsdag 3.3.2021 kl. 13.00-15.15
Sted: Via Teams

Medlemmer		**Varamedlemmer**	
Anita Schumacher, administrerende direktør	x	Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef	
Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef	x		
Kate Myräng, klinikksjef Diagnostisk klinikk	x	Eva-Hanne Hansen, klinikksjef OpIn	
Rolv-Ole Lindsetmo, klinikksjef Kirurg, kreft-og kvinnehelseklinikken, *til 14.30*	x	Grethe Andersen, drift- og eiendomssjef, DES	
Jon Mathisen, klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk	x	Kristian Bartnes, klinikksjef Hjerte- og lungeklinikken	
Gina Johansen, driftsleder UNN Harstad	x	Gry Andersen, driftsleder UNN Narvik	
Tove Mack, FVO	x	Rita Vang, FHVO	x
Rune Moe, fagforbunnet	x	Camilla Pettersen, KTV Samfunnsviterne	
Monica Fyhn Sørensen, HTV UNN	x	Geir Magne Johnsen, HTV NSF Harstad	
Karina Olsen, DNLF (FTV) *til 14.20.*	x	Solveig Nergård, DNLF (FTV)	
Hilde Eva Haakonsen, HTV Fagforbunnet	x	Rita Vestgård, HTV Fagforbundet UNN Harstad	
Geir Magne Lindrupsen, FTV Nito	x	Monica Sjøvoll, NSF	

Til stede (x)

Møteleder: Tove Mack
Referent: Anne Christina Simonsen-Sagerup.
Fra BHT: Glenn-Helge Hattmann.

På sak 16.21 møtte avdelingsleder Tor-Arne Hanssen og på styresaker (sak 17.21) om handlingsplan for informasjonssikkerhet møtte seksjonsleder Heidi Merete Jacobsen.

SAKSOVERSIKT		**Frist**	**Ansvarlig**
14.21	**Godkjenning av innkalling og saksliste** Godkjent.		Tove Mack
15.21	**Protokoll fra AMU-møtet 27.1.2021** Møteprotokoll var vedlagt innkallingen, protokollen er godkjent på e-post før møtet. Godkjent.		Tove Mack
OPPFØLGINGSSAKER			
16.21	**Oppfølging sak 4.21. Oppsummering etter gjennomgang av HMS rapporter for Pingvinhotellet, A-fløya og PET-senteret.** Saken er oppfølging på sak 4.21 om status og fremdrift etter rapportene fra Norconsult. Ved siste AMU-møte bad Arbeidsmiljøutvalget avdelingsleder for prosjekt og utbygging Tor-Arne Hanssen om en presis rapport med en konkret beskrivelse av hva som er gjort og hva som gjenstår i oppfølgingen etter rapportene fra Norconsult. Tor-Arne Hanssen stilte i dagens møte og svarte ut spørsmål til rapporten. Arbeidsmiljøutvalget tar rapporten til orientering.		Tor-Arne Hanssen
STYRESAKER			
17.21	**Styresaksdokumenter** Styresakene var sendt ut på forhånd i eget drøftingsdokument. Arbeidsmiljøutvalget hadde fokus på følgende saker: • Handlingsplan for informasjonssikkerhet • Oppdragsdokument 2021 • Nye hovedindikatorer 2021 Seksjonsleder Heidi Jacobsen, personal og organisasjonssjef Gøril Bertheussen og driftsleder Gina Johansen gav kort informasjon om styresakene og svarte ut spørsmål. Arbeidsmiljøutvalget tar styresakene til orientering og ser det som positivt at UNN fokuserer på nærvær, og understreker hvor viktig tilstedeværelse på jobb er for både arbeidstaker, kollegaer og arbeidsgiver.		Heidi Merete Jacobsen, Gøril Bertheussen og Gina Johansen

	Arbeidsmiljøutvalget støtter derfor forslaget om at nærvær blir ny indikator. Arbeidsmiljøutvalget mener arbeidet med å få frem en indikator for innleie bør prioriteres, siden det er avgjørende for UNNs mulighet til å redusere innleie at vi kan følge med på dette.		
BESLUTNINGSSAKER			
18.21	**Søknad om velferdsmidler** Leder i hyttestyret Magne R. Karlsen hadde sendt inn en søknad om tilskudd på 50.000 kr til drift og vedlikehold av UNN sine velferdshytter i 2021. *Vedtak* Arbeidsmiljøutvalget vedtar at det gis et tilskudd på 50.000 kr i 2021 til drift og vedlikehold av UNN sine velferdshytter.		Hyttestyret v/ Magne Karlsen
INFORMASJONS-, DISKUSJONS- OG DRØFTINGSSAKER			
19.21	**«Arbeidsglede» 4 aktiviteter i året** Leder av arbeidsmiljøutvalget og en del av arbeidsgruppen for prosjektet «Arbeidsglede» Tove Mack orienterte om status på prosjektet som har stoppet litt opp – det er mangel på initiativ og arbeidskraft. Enheten Kontinuerlig Forbedring etterspør hvordan det kan bli mere liv i prosjektet. Arbeidsmiljøutvalget tok en kort runde og gav innspill på ideer til Tove Mack.		Tove Mack
20.21	**Orientering fra Hovedverneombudet** Hovedverneombud Rita Vang orienterte om: • Utfordringer/uro vaksiner i forbindelse med Covid19 • Involvering av vernetjenesten i ombyggingsprosjekter samt NUN • Utfordringer i forhold til lite kontorer til ansatte • Forbedringsundersøkelsen • Ivaretagelse av personell etter truende atferd • Allergiske reaksjoner på arbeidstøy		Rita Vang
21.21	**Orientering fra Bedriftshelsetjenesten** Orientering fra Bedriftshelsetjenesten utgikk fra dette møte.		Paul Martin Hansen

22.21	**«Arbeidsmiljø handler om arbeidet»** Film av Pål Molander – Statens arbeidsmiljøinstitutt. -Til inspirasjon og felles begrepsforståelse. Hvordan jobbe med å sikre et godt arbeidsmiljø, hva handler arbeidsmiljøet egentlig om? Arbeidsmiljøutvalget så filmen og hadde en kort diskusjonsrunde rundt filmen og hva som kan tas med videre i arbeidet med arbeidsmiljøet på UNN.		Tove Mack
EVENTUELT			

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

STYRESAK:	**29/2021**
MØTEDATO:	**17.03.2021**
ARKIVSAK:	2021/6-2
SAKSBEHANDLER:	Ingrid Lernes Mathiassen

Eventuelt - styremøte 17.03.2021

Ingen saker til behandling.

Tromsø, 05.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

STYRESAK:	**30/2021**
MØTEDATO:	**17.03.2021**
ARKIVSAK:	2020/1848-2
SAKSBEHANDLER:	Ingrid Lernes Mathiassen

Nyoppnevning av valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF for 2021-2023

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer til valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret ved UNN:

- Gøril Bertheussen og Hilde Pettersen fra arbeidsgiversiden
- Hanne Sofie Yttervik og Jan Bakkevoll fra arbeidstakerorganisasjonene

Saksutredning

Oppnevningen av valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret ved UNN ble vedtatt i styresak 9/2021. I etterkant av oppnevnelsen har det tilkommet endringer som gjør at medlem av valgstyret Monica Fyhn Sørensen går inn på valglisten, og dette gjør at hun derved må tre ut av valgstyret. Hanne Sofie Yttervik trer derved inn i valgstyret.

Direktøren ber styret vedta endringen i tråd med innstillingen.

Tromsø, 09.03.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør