UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEINNKALLING

Styret ved
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Dato: **10. februar 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:	10.02.2021 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

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

ST 1-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
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 for 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 *(ettersendes)*
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* 2. Strategiprosessen - løypemelding – *muntlig* 3. Helseatlas for kvalitet – resultater for UNN – *skriftlig og muntlig* 4. Nasjonale kvalitetsindikatorer – oppdaterte resultater – *skriftlig (vedlegg til saken i egen forsendelse)* 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

Roald Linaker (s.)
styreleder

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

STYRESAK:	**2/2021**
MØTEDATO:	**10.02.2021**
ARKIVSAK:	2020/3-9
SAKSBEHANDLER:	Ingrid Lernes Mathiassen

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.12.2020

Innstilling til vedtak

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

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Møteprotokoll fra styremøte 14.12.2020

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEPROTOKOLL

Møtetype:	Styremøte ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF
Møtedato:	14.12.2020 - kl. 9.00- 14.30
Møtested:	Digitalt møte, administrert fra møterom D1-707, UNN Tromsø

Tilstede

Roald Linaker	styreleder	
Helga Marie Bjerke	styrets nestleder	*Tiltrådte kl. 10.00*
Sverre Håkon Evju	styremedlem	
Anne Sissel Faugstad	styremedlem	
Erik Arne Hansen	styremedlem	*Tiltrådte kl. 10.00*
Vibeke Haukland	styremedlem	
Marianne Johnsen	styremedlem	
Johan Ailo Kalstad	styremedlem	*Forfall*
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
Mai-Liss Larsen	kst. personal- og organisasjonssjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef
David Johansen	klinikksjef Medisinsk klinikk

ST 86-2020 Godkjenning av innkalling og saksliste

ST 86-2020	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 87-2020	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 18.11.2020
ST 88-2020	Kvalitets- og virksomhetsrapport for oktober 2020
ST 89-2020	Virksomhetsplan for 2021
ST 90-2020	Arealplan UNN 2021-2023
ST 91-2020	Handlingsplan for inkluderingsdugnaden ved UNN
ST 92-2020	Revisjonsprogram 2021-2023, foretaksnivå UNN

ST 93-2020 Orienteringssaker

1. Klinikkpresentasjon Hjerte- og lungeklinikken – *muntlig*
2. Kvalitet og pasientsikkerhet – pasienthistorie - *muntlig*
3. Sykehusledelsen i koronatid – presentasjon av funn – *skriftlig*
4. ***Informasjon fra styreleder til styret -muntlig***
5. ***Informasjon fra administrerende direktør til styret -muntlig***

ST 94-2020 Referatsaker

1. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 10.11.2020
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 24.11.2020
3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 30.11.2020
4. Brev fra kommunestyret i Tromsø til Universitetssykehuset Nord-Norge HF, datert 30.11.2020
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 1.12.2020
6. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 2.12.2020

ST 95-2020 Eventuelt

1. ***Spørsmål fra styremedlem Marianne Johnsen om en orientering på sak fra Nord- Troms Tingrett.***
2. ***Innspill fra Brukerutvalgets leder Kirsti Baardsen angående innkjøp av mammografiutstyr- tomosyntese***

<u>Styrets vedtak:</u>

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

ST 87-2020 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 18.11.2020

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 18.11.2020.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 18.11.2020.

ST 88-2020 Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2020

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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

ST 89-2020 Virksomhetsplan 2021

Innstilling til vedtak:

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.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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.

ST 90-2020 Arealplan Universitetssykehuset Nord- Norge HF 2021-2023

Innstilling til vedtak:

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,* og ber om at det i budsjett for 2021 settes av 33,7 mill. kroner til investering og utvikling av bygningsmassen.

Styremedlem Anne Sissel Faugstad la frem forslag til endret vedtak:

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.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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.*

ST 91-2020 Handlingsplan for inkluderingsdugnaden ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF gir sin tilslutning til den foreslåtte handlingsplanen.

2. Personal- og organisasjonssenteret bes å sikre gjennomføring i henhold til handlingsplanen.

Styremedlem Erik Arne Hansen la frem forslag til endret vedtakspunkt 2:

Administrerende direktør bes å sikre gjennomføring i henhold til handlingsplanen.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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.

ST 92-2020 Revisjonsprogram 2021-2023, foretaksnivå Universitetssykehuset Nord- Norge HF

Innstilling til vedtak:

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.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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.

ST 93-2020 Orienteringssaker

Innstilling til vedtak:

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

1. Klinikkpresentasjon – Hjerte- og lungeklinikken – *muntlig (ble behandlet rekkefølgemessig før sak 86-2020)*
2. Kvalitet og pasientsikkerhet - pasienthistorie – *muntlig*
3. Sykehusledelsen i koronatid - læring til bruk etter korona – *skriftlig*
4. Informasjon fra styreleder til styret -*muntlig*
   - Utskrivningsklare pasienter til Tromsø kommune- status
5. Informasjon fra administrerende direktør til styret -*muntlig*
   - Orientering om pandemistatus ved UNN Harstad
   - Orientering om status for salg av Åsgårdmarka

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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

ST 94-2020 Referatsaker

Innstilling til vedtak:

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

1. Referat fra møte i Ungdomsrådet, datert 2.-3.10.2020
2. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 10.11.2020
3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 24.11.2020
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 30.11.2020
5. Brev fra kommunestyret i Tromsø til Universitetssykehuset Nord-Norge HF, datert 30.11.2020
6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 1.12.2020
7. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 2.12.2020

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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

ST 95-2020 Eventuelt

1. Styremedlem Marianne Johnsen bad om en orientering på sak fra Nord-Troms tingrett. Foretaksadvokaten orienterte om saken og svarte ut spørsmål.

2. Brukerutvalgets leder Kirsti Baardsen la frem innspill angående innkjøp av mammografiutstyr (tomosyntese). Klinikksjef ved Diagnostisk klinikk svarte ut de ulike aspektene av saken, og orienterte om at det vil bli sendt inn ny søknad om
3. utstyr til UNNs investeringsgruppe.

Styrets vedtak

Vedrørende punkt 1: Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF takker for orienteringen, og tar orienteringen til etterretning.

Vedrørende punkt 2: Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar redegjørelsen fra klinikksjef ved Diagnostisk klinikk til orientering.

Tromsø, 14.12.2020

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:	**3/2021**
Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2020/7-13
Saksbehandler:	Lars Øverås og Haakon Lindekleiv

Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2020

Innstilling til vedtak

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

Bakgrunn

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

Formål

Rapporten skal gi ledelsesinformasjon om status i UNN sett opp mot eiers krav og satsninger.

Saksutredning

Se vedlagt *Kvalitets- og virksomhetsrapporter for november*.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 4. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 10.02.2021.

Vurdering

Aktivitet og ventetid
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. Dette inkluderer helge- og

kveldspoliklinikk, gjennomgang av poliklinikklister for å avslutte kontroller uten merverdi for pasienten, 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 at det er startet kveldspoliklinikk.

Det er fortsatt ikke måloppnåelse for andelen pasienter passert fastsatt tid eller for ventetider. Andelen pasienter som har passert fastsatt tid falt fra 16,9 % i oktober til 16,0 % i november. Ventetiden i psykisk helsevern og rus falt fra 82 dager i oktober til 64 dager i november, mens det er relativt uendrede resultater for ventetid somatikk, psykisk helsevern barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Kreftpakkeforløp
Andelen kreftpasienter i kreftpakkeforløp som er behandlet innen standardisert forløpstid er innenfor nasjonal måloppnåelse.

Epikriser
Andelen epikriser sendt innen en dag er uendret, og resultatene fra UNN tilsvarer resultatene fra de andre universitetssykehusene. En intern gjennomgang har avdekket sannsynlige underliggende årsaker til dette, inkludert forsinkelser i endelig godkjenning fra overleger og organisering av arbeidsplaner til overleger. Det er krevende å gjøre endringer i dette, men småskalatesting av nye tiltak for å øke andelen epikriser utsendt innen tidskravene planlegges igangsatt i løpet av våren 2021.

Strykninger
Andelen strykninger er tilnærmet uendret fra oktober. Det pågår målrettede tiltak for å forbedre planleggingen av operasjonsvirksomheten, herunder sterkere oppfølgning av prosedyrene i «flytprosjektet» og bedre samstemming slik at planleggingen er tilpasset ressursene. Vi forventer at dette vil redusere andelen strykninger i 2021.

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.

Økonomi
Til tross for et godt økonomisk resultat i november viser den underliggende driften et budsjettmessig underskudd. De aktivitetsbaserte inntektene på klinikkene faller med 17 mill. kroner i forhold til budsjett. Tre hovedårsaker til nedgangen i ISF inntektene er:

- Færre innlagte pasienter, som er det som gir den største vekten og dermed betalingen
- Indeksen totalt er gått ned; dvs. at vi behandler lettere pasienter i år enn i fjor
- Høye budsjettkrav som ikke er oppnådd

Samtidig med nedgang i ISF inntekten øker personalkostnadene i klinikkene med 46,4 mill. kroner i forhold til budsjett, hvorav overforbruket på innleie av personell er på 11,6 mill. kroner. Overforbruket av innleiekostnader i november er 7 mill. kroner høyere enn gjennomsnittlig

overforbruk i årets ti første måneder. Samtidig er overforbruk på overtid 3,6 mill. kroner høyere enn gjennomsnittet de ti siste måneder.

De positive effektene besto i hovedsak av lønnsoppgjøret som resulterte i et positivt budsjettavvik på 70 mill. kroner og ekstra Covid-19 midler på 23,8 mill. kroner som følger av at Helse Nord har holdt igjen noe av midlene tidligere i år.

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2020

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

November 2020

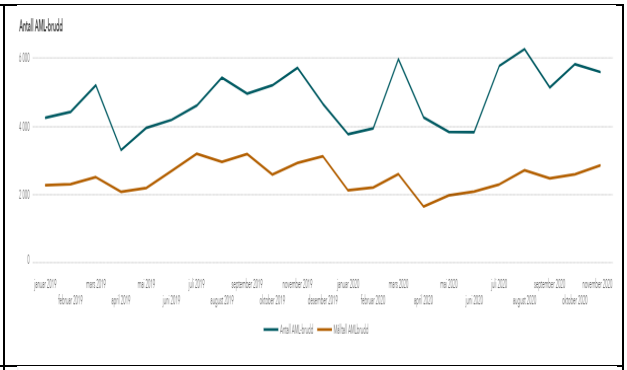
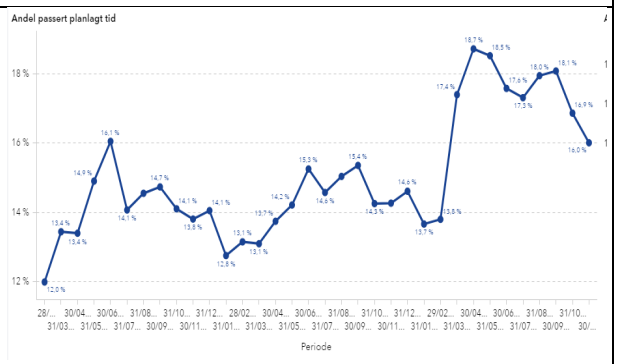
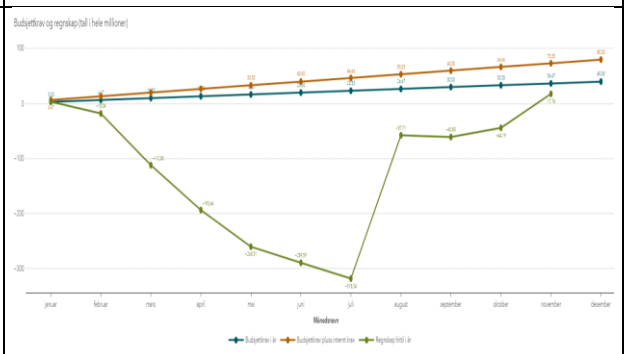
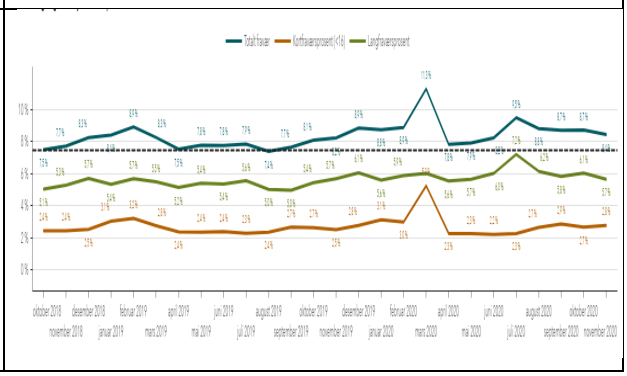
DET ER RESULTATENE FOR PASIENTENE SOM TELLER!
VI GIR DEN BESTE BEHANDLING.

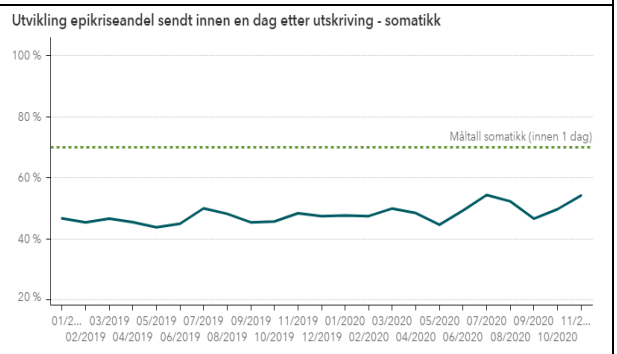
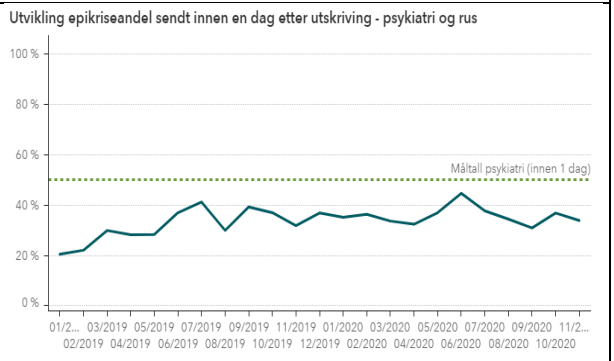
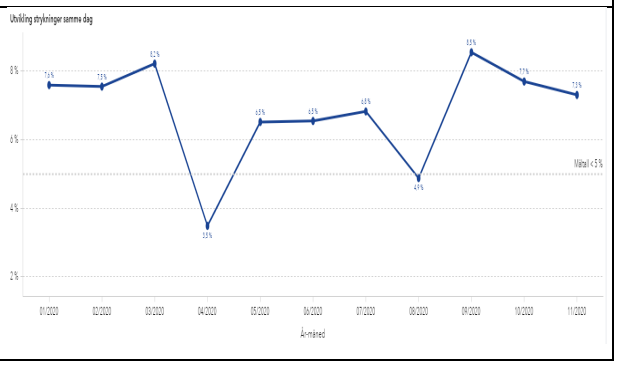
KVALITET TRYGGHET RESPEKT OMSORG

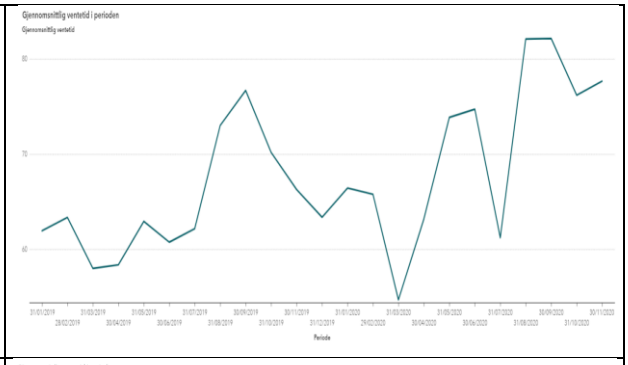
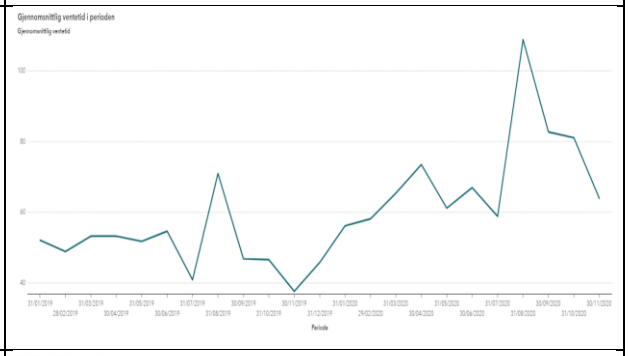
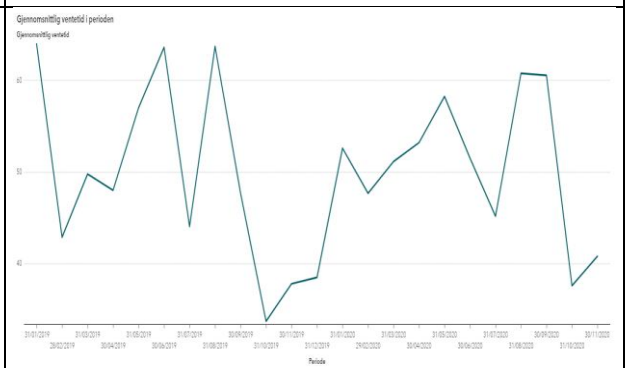
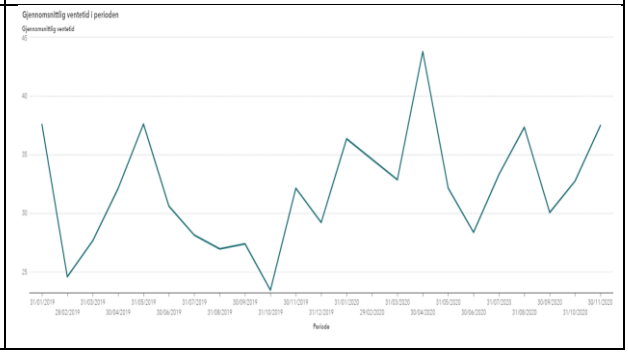
Innholdsfortegnelse

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 16
Den gylne regel 17
Samhandling 18
Utskrivningsklare pasienter 18
Bruk av pasienthotell 19
Personal 20
Bemanning 20
Sykefravær 22
AML-brudd 23
Økonomi 24
Resultat 24
Prognose 25

Hovedindikatorer

AML-brudd **Måltall: < -50 %** **November: -2,1 %**	
Passert planlagt tid **Måltall: < 5 %** **November: 16,0 %**	
Budsjettavvik akkumulert per november **-18,9 mill kr**	
Sykefravær **Måltall: 7,5 %** **November: 8,4 %**	

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, november **Måltall: 70 %** **Andel i pakkeforløp: 64,3 %** **Andel innenfor frist: 74,8 %**	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** **November: 54,0 %**	
Andel epikriser sendt innen 1 dag PH og TSB **Måltall: 50 % innen 1 dag** **November: 34,0 %**	
Strykninger av planlagte operasjoner **Måltall: < 5 %** **November: 7,3 %**	

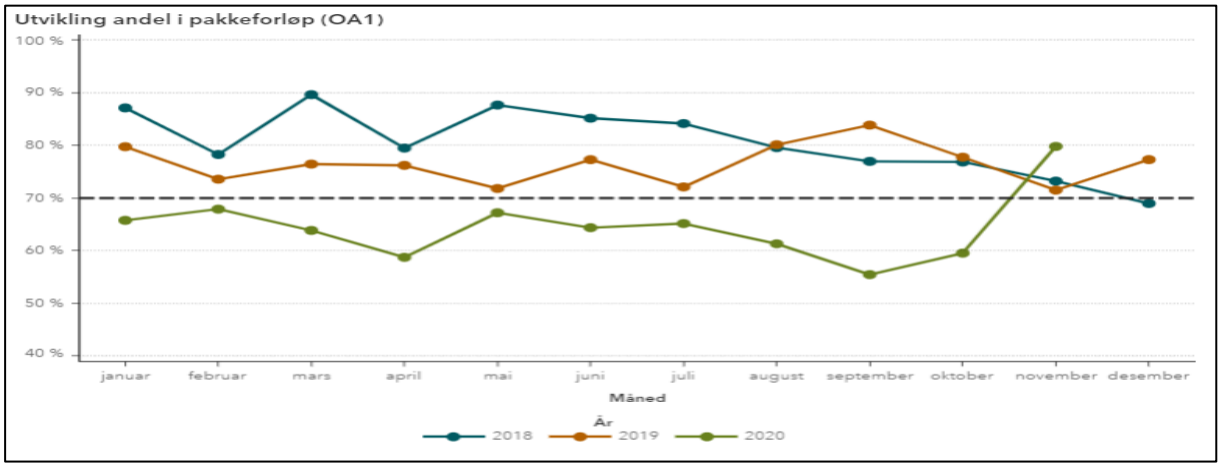
Ventetid somatikk **Måltall: < 50** **November: 78**	
Ventetid PHV **Måltall: < 40** **November: 64**	
Ventetid PHBU **Måltall: < 35** **November: 41**	
Ventetid TSB **Måltall: < 30** **November: 37**	

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		**730**	**546**	**74,8%**
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	4	4	100,0%
Blærekreft	Kirurgi	36	30	83,3%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Brystkreft	Kirurgi	105	71	67,6%
	Medikamentell behandling	53	49	92,5%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	3	3	100,0%
	Medikamentell behandling	9	9	100,0%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	29	29	100,0%
	Medikamentell behandling	3	3	100,0%
Føflekkreft	Kirurgi	18	16	88,9%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Galleveiskreft	Kirurgi	4	3	75,0%
Hjernekreft	Kirurgi	11	11	100,0%
Hode- halskreft	Kirurgi	3	3	100,0%
	Strålebehandling	11	6	54,5%
Kreft hos barn	Kirurgi	3	2	66,7%
	Medikamentell behandling	7	5	71,4%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	7	5	71,4%
	Medikamentell behandling	7	7	100,0%
	Strålebehandling	5	5	100,0%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	Overvåking uten behandling	3	3	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	4	3	75,0%
	Strålebehandling	3	3	100,0%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	30	28	93,3%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Lungekreft	Kirurgi	26	19	73,1%
	Medikamentell behandling	24	20	83,3%
	Strålebehandling	48	39	81,3%
Lymfomer	Medikamentell behandling	31	26	83,9%
	Strålebehandling	7	5	71,4%
Myelomatose	Medikamentell behandling	4	4	100,0%
Nevroendokrine svulster	Kirurgi	4	3	75,0%
	Medikamentell behandling	1	0	0,0%
Nyrekreft	Kirurgi	19	10	52,6%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
	Strålebehandling	1	1	100,0%
Peniskreft	Kirurgi	4	3	75,0%
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgi	2	0	0,0%
Prostatakreft	Kirurgi	27	10	37,0%
	Medikamentell behandling	24	6	25,0%
	Overvåking uten behandling	11	7	63,6%
	Strålebehandling	1	1	100,0%
Sarkom	Kirurgi	1	1	100,0%
	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
	Strålebehandling	1	1	100,0%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	28	23	82,1%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	4	1	25,0%
	Overvåking uten behandling	8	7	87,5%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	73	47	64,4%
	Medikamentell behandling	2	2	100,0%
	Strålebehandling	16	9	56,3%

**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	9 095	9 986	12 153	2 167	22
Gjennomsnittlig ventetid dager	55	58	77	19	33
Ikke møtt til planlagt avtale	1 453	1 297	1 154	-143	-11

Ventetid

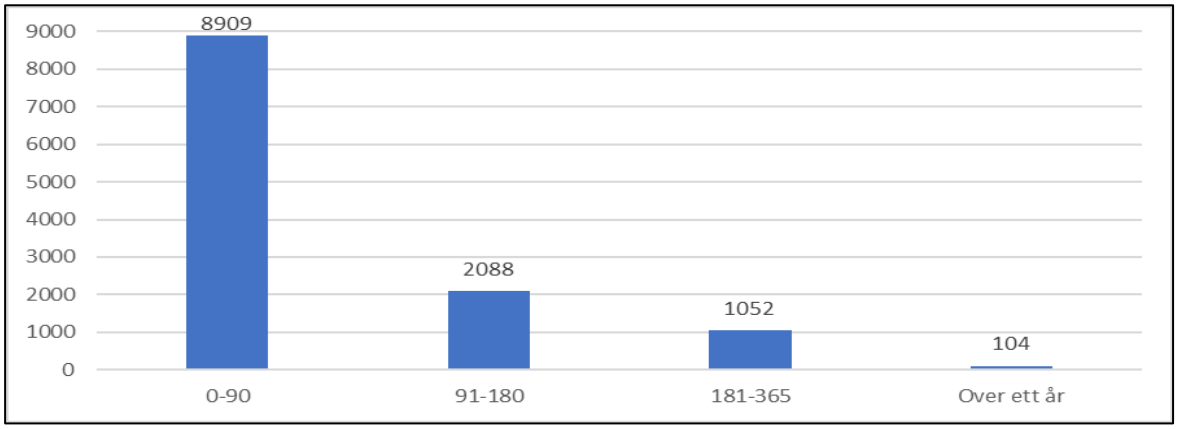
Tabell 3 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

	2018	2019	2020	Endring 2019-2020	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	62	64	71	7	11
Median ventetid i dager	47	49	49	0	0

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	87
Somatisk virksomhet	13 - Hjerte- og lungeklinikken	75
Somatisk virksomhet	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	57
Somatisk virksomhet	15 - Medisinsk klinikk	52
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)



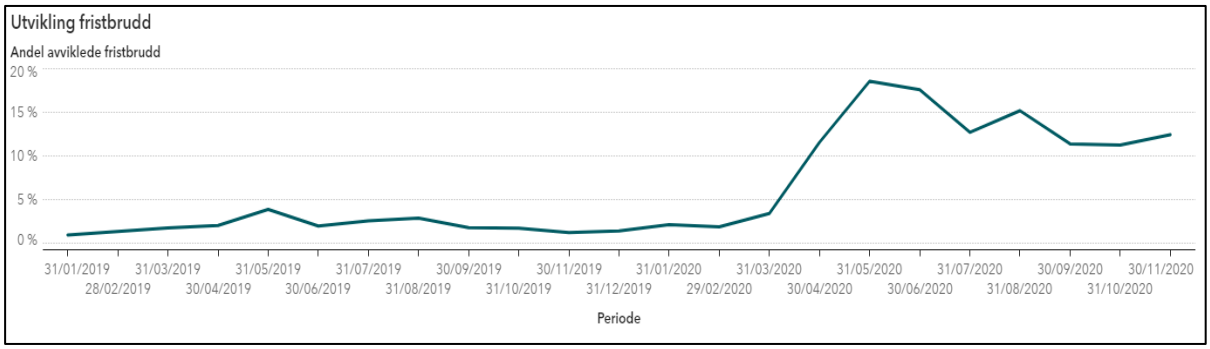
Fristbrudd

Tabell 5 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden

Klinikknavn - UNN	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd
Total	**1 454**	**12 153**	**12,0 %**
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	97	2 203	4,4 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	22	585	3,8 %
15 - Medisinsk klinikk	214	1 203	17,8 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	12	557	2,2 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	969	7 008	13,8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	139	593	23,4 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

Figur 4 Prosent avviklet fristbrudd

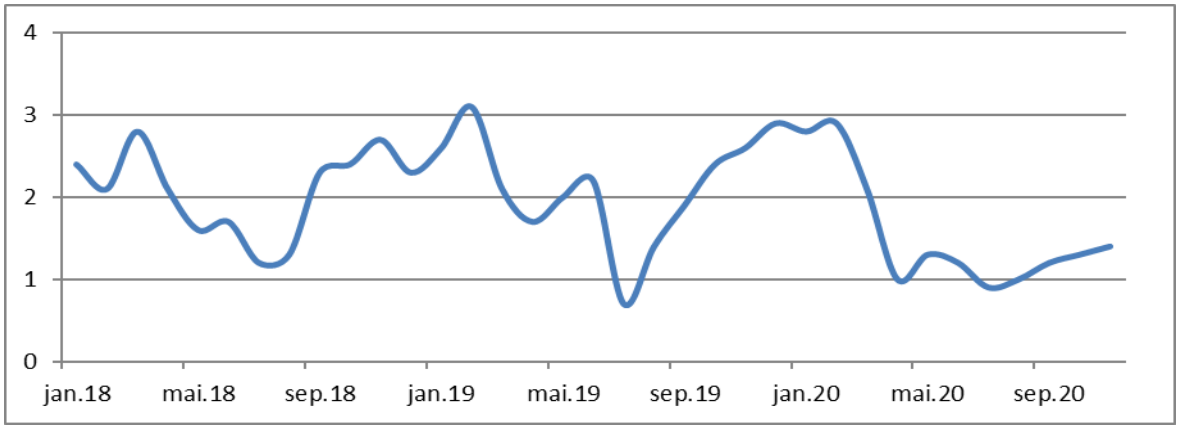


Tabell 6 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	okt.20	nov.20
SUM	**623**	**734**
17 - Barne- og ungdomsklinikken	2	3
13 - Hjerte- og lungeklinikken	26	13
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	46	36
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	81	115
15 - Medisinsk klinikk	82	77
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	386	490

Korridorpasienter

Figur 5 Korridorpasienter andel per måned – somatikk



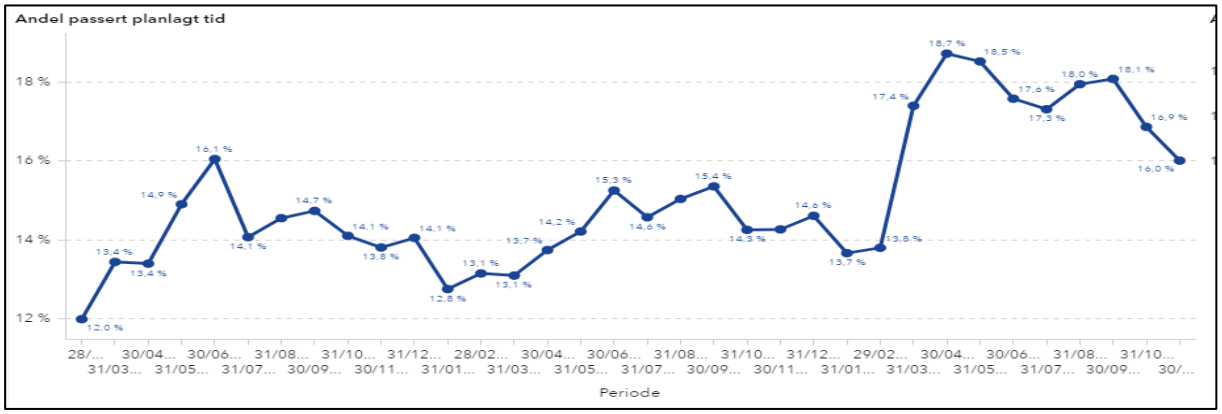
Tabell 7 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Ortopedisk post Tromsø	778	29	3,7 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	730	18	2,5 %
Fordøyelse-nyre post Tromsø	446	18	4,0 %
Geriatrisk post Tromsø	408	14	3,4 %
Hjertemed. post Tromsø	809	12	1,5 %
Lungemedisinsk post Tromsø	413	12	2,9 %
Kreftpost Tromsø	646	11	1,7 %
Medisinsk post A Harstad	440	11	2,5 %
Ortopedisk post Harstad	374	9	2,4 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	769	7	0,9 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	718	7	1,0 %
Kirurgisk post Harstad	390	4	1,0 %
HLK kir. post Tromsø	680	3	0,4 %
Medisinsk post B Harstad	389	3	0,8 %
Ort-kir. post Narvik	360	2	0,6 %

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)

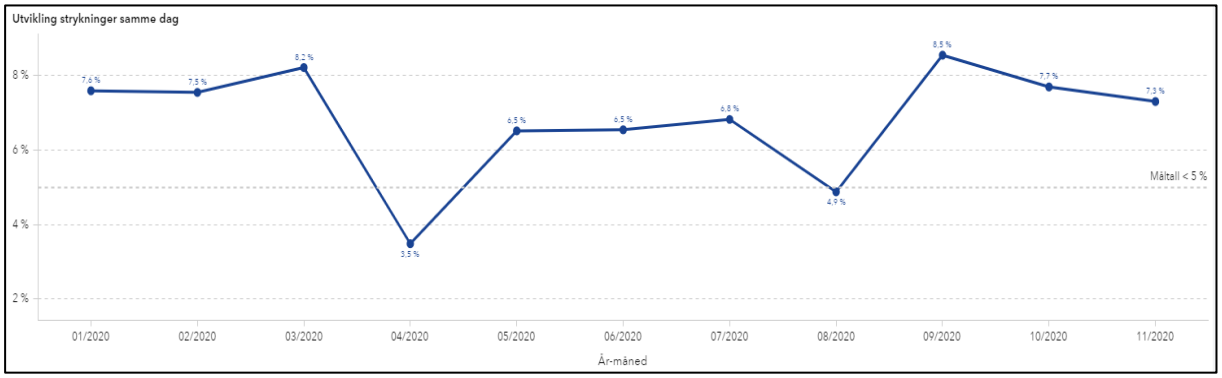
Fagområde	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter	Andel passert planlagt tid
Øre-nese-hals sykdommer	7 332	1 762	24,0%
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	5 455	1 607	29,5%
Ortopedisk kirurgi (inklusiv revmakirurgi)	7 532	1 588	21,1%
Øyesykdommer	5 982	892	14,9%
Lungesykdommer	2 519	805	32,0%
Fordøyelsessykdommer	4 093	789	19,3%
Hjertesykdommer	6 263	760	12,1%
Endokrinologi	2 977	733	24,6%
Psykisk helsevern barn og unge	3 530	517	14,6%
Gastroenterologisk kirurgi	2 869	435	15,2%

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	36 760	6 746	18,4%
Medisinsk klinikk - UNN	10 781	2 017	18,7%
Hjerte- og lungeklinikk - UNN	10 481	2 004	19,1%
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN	14 024	1 150	8,2%
Barne- og ungdomsklinikk - UNN	6 748	763	11,3%
Psykisk helse og rusklinikk - UNN	3 630	449	12,4%
Operasjon- og intensivklinikk - UNN	404	82	20,3%

Strykninger

Figur 7 Strykninger samme dag av planlagte operasjoner (prosent)

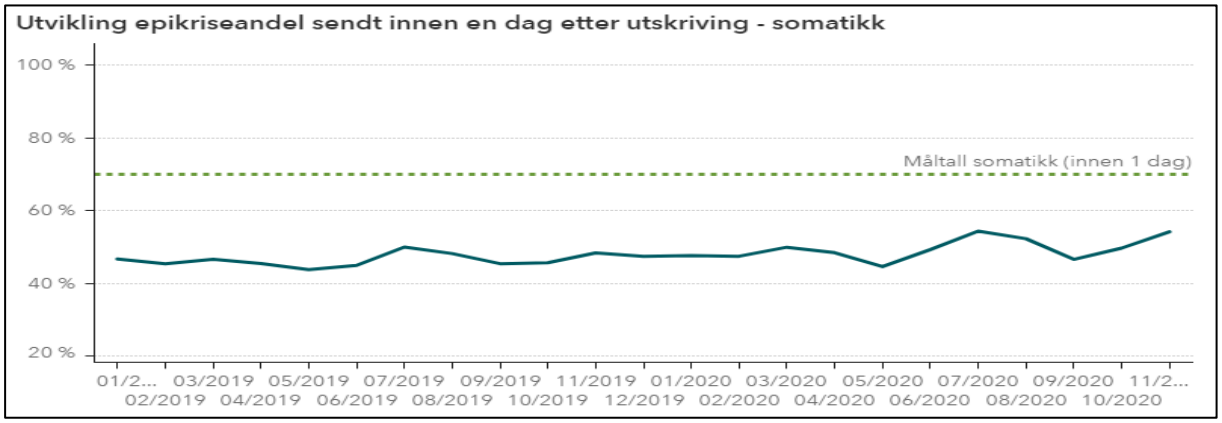


Tabell 10 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned (sammedagsstrykning)

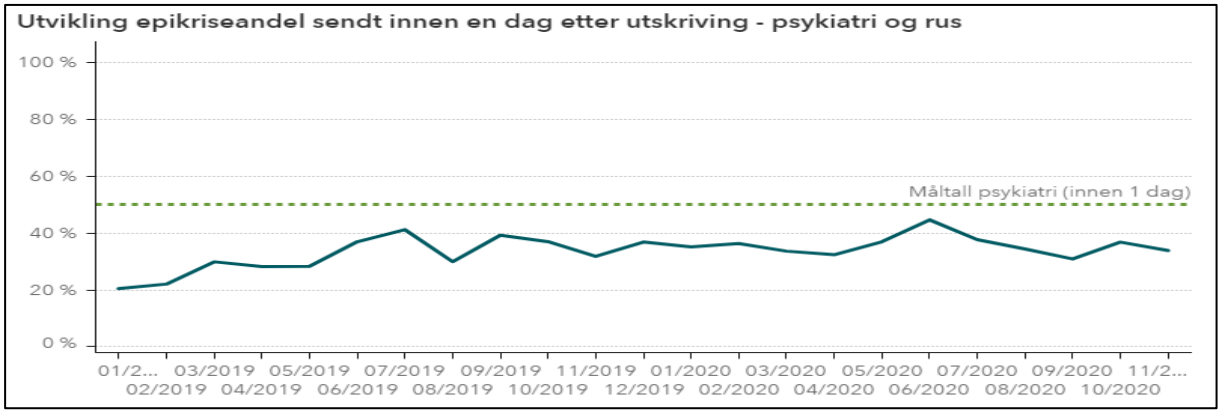
Strykningskategorier UNN	Sum strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag
SUM	**593**	**99**	**16,7%**
Sykehus - kliniske årsaker	83	22	26,5%
Sykehus - ikke klinisk årsak	235	55	23,4%
Årsaker hos pasient	275	22	8,0%

Epikrisetid

Figur 8 Epikriser - andel sendt innen en dag- somatikk



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

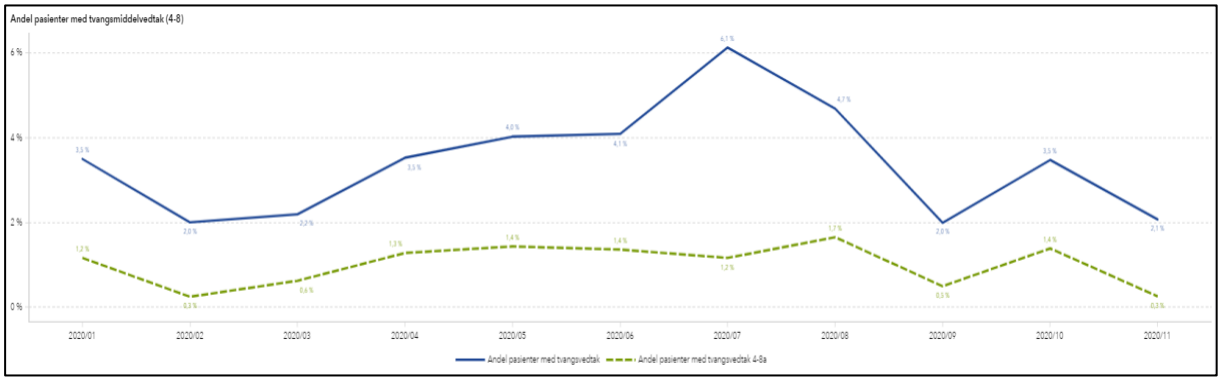


Tabell 11 Antall og andel epikriser sendt innen 1 dag siste måned per næring og klinikk

Avdelingstype - funksjon	Klinikk UNN	Antall epikriser sendt innen 1 dag	Andel epikriser sendt innen 1 dag
Total		**1 582**	**51%**
Delsum: Psykiatri og rus		106	34%
Psykiatri og rus	17 - Barne- og ungdomsklinikken	5	22%
Psykiatri og rus	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	101	34%
Delsum: Somatikk		1 476	53%
Somatikk	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	366	50%
Somatikk	13 - Hjerte- og lungeklinikken	258	49%
Somatikk	15 - Medisinsk klinikk	385	60%
Somatikk	17 - Barne- og ungdomsklinikken	41	48%
Somatikk	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	426	53%

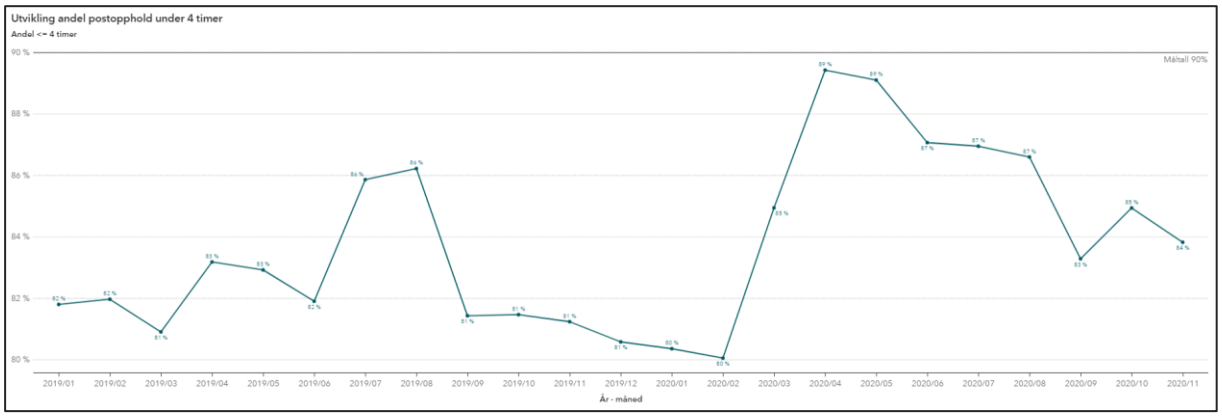
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

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

Næring	Type	Aktivitet 2019	Aktivitet 2020	Plan 2020	Avvik fra 2019	Endring i % fra 2019	Avvik fra plan 2020	Endring i % fra plan 2020
Somatikk	Antall opphold	36 002	31 960	34 086	−4 042	−11 %	−2 126	−6 %
	Konsultasjoner	245 051	210 616	255 905	−34 435	−14 %	−45 289	−18 %
	Liggedøgn	169 752	146 464	159 947	−23 288	−14 %	−13 483	−8 %
Psykisk helsevern, voksne	Antall opphold	2 758	2 475	2 807	−283	−10 %	−332	−12 %
	Konsultasjoner	55 197	54 735	59 183	−462	−1 %	−4 448	−8 %
	Liggedøgn	40 395	37 586	39 598	−2 808	−7 %	−2 012	−5 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Antall opphold	687	583	644	−104	−15 %	−61	−9 %
	Konsultasjoner	12 273	12 263	12 383	−10	−0 %	−120	−1 %
	Liggedøgn	18 199	16 054	18 070	−2 145	−12 %	−2 017	−11 %
Psykisk helsevern, barn og unge	Antall opphold	147	153	0	6	4 %	153	.
	Konsultasjoner	29 553	32 693	29 017	3 140	11 %	3 676	13 %
	Liggedøgn	2 041	2 373	2 900	332	16 %	−526	−18 %

Aktivitet UNN HF		2019	2020	Plantall 2020	Endring fra 2019		Avvik fra plan 2020	
					Antall	%	Antall	%
Laboratorieanalyser	Somatikk	6 882 204	6 827 024	6 355 719	-55 180	-0,8	471 305	7,4
Røntgenhenvisninger	Somatikk	141 694	124 369	133 467	-17 325	-12,2	-9 098	-6,8
PET undersøkelser	Somatikk	1 040	1 297	1 276	257	24,7	21	1,6

DRG

Tabell 13 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 380	2 153	-773
Barne- og ungdomsklinikken	2 625	3 244	-618
Hjerte- og lungeklinikken	10 402	11 582	-1 180
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18 913	20 272	-1 360
Medisinsk klinikk	10 590	11 860	-1 269
Nevro- , ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	17 669	20 545	-2 876
Operasjons- og intensivklinikken	63	73	-10
Totalt Somatikk	**61 643**	**69 729**	**-8 086**
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).

Tabell 14 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

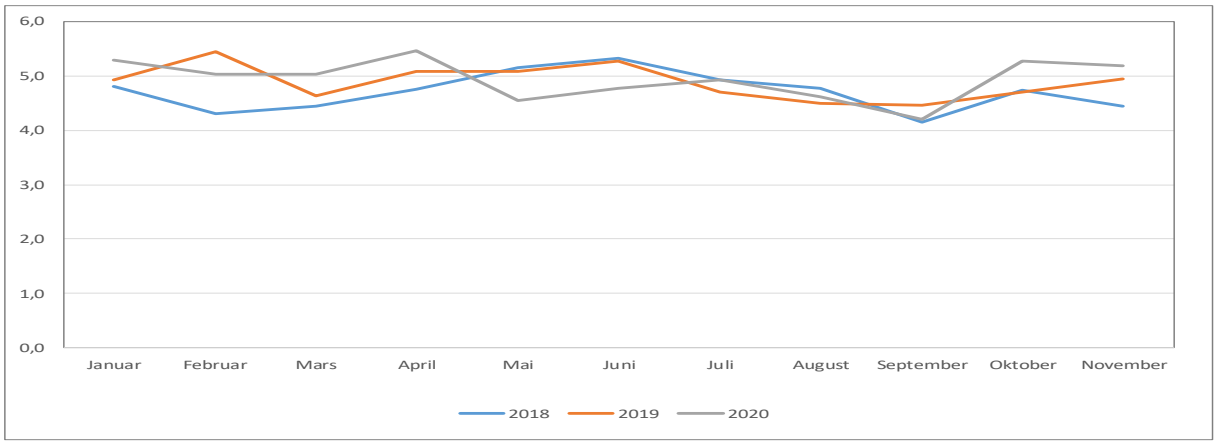
Indeks: gjennomsnittstyngde per avdelingsopphold målt i DRG - poeng.

Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 15 Liggetid på sykehusopphold fordelt på klinikk

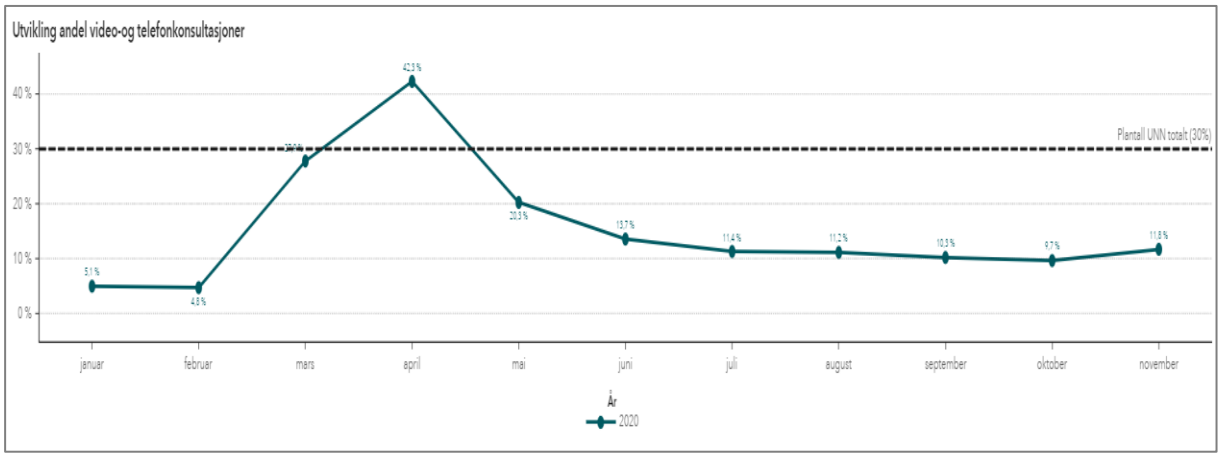
Klinikk	2018	2019	2020
K3K	4,4	4,4	4,7
Hjerte- og lungeklinikken	4,9	4,7	4,8
Medisinsk klinikk	5,4	5,3	5,3
BUK	4,6	5,6	6,1
NOR	4,5	5,1	4,9

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	245 051	210 616	-14,1 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	55 197	54 735	-0,8 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	29 553	32 693	10,6 %
TSB	Konsultasjoner	12 273	12 263	-0,1 %
Somatikk	Ventetid	64,2	70,8	10,3 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	49,4	70,8	43,2 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50,6	49,9	-1,3 %
TSB	Ventetid	29,8	34,2	14,5 %

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

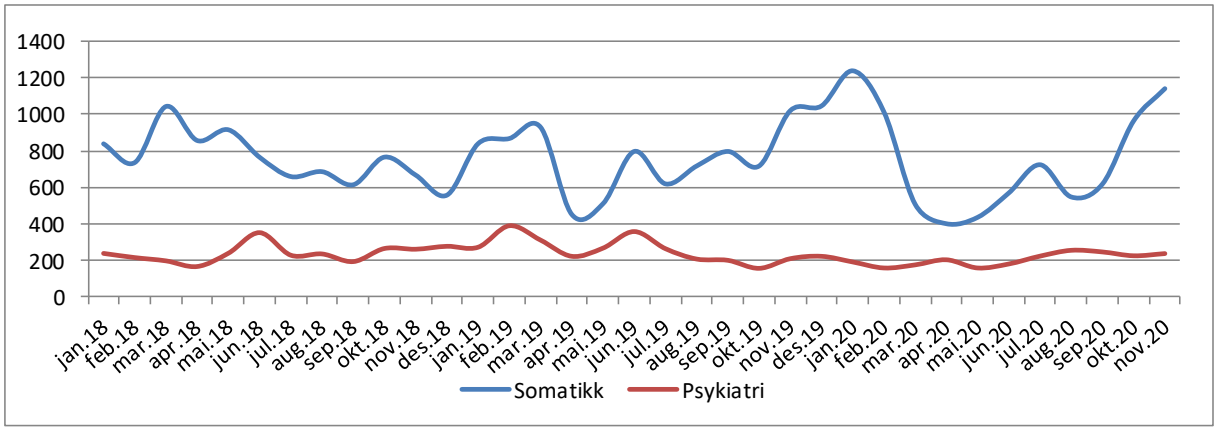
Tabell 17 Den gylne regel (hittil i år)

	Økonomi	Konsultasjoner	Ventetid
Somatikk	3,7 %	-14,1 %	10,3 %
Psykisk helse - voksne	2,3 %	-0,8 %	43,2 %
Psykisk helse - barn og unge	1,5 %	10,6 %	-1,3 %
TSB	3,5 %	-0,1 %	14,5 %

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 14 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

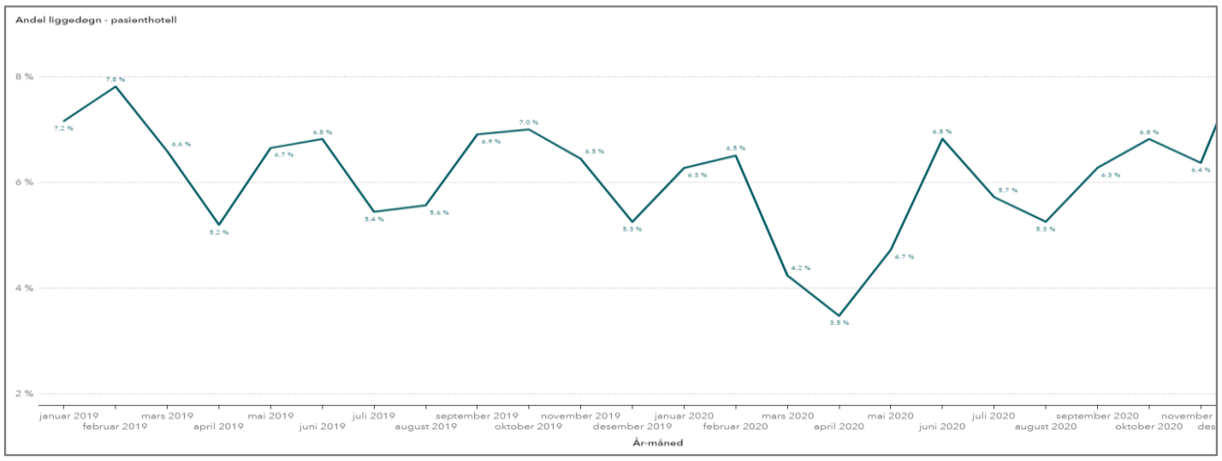


Tabell 18 Utskrivningsklare pasienter hittil i år fordelt på kommune

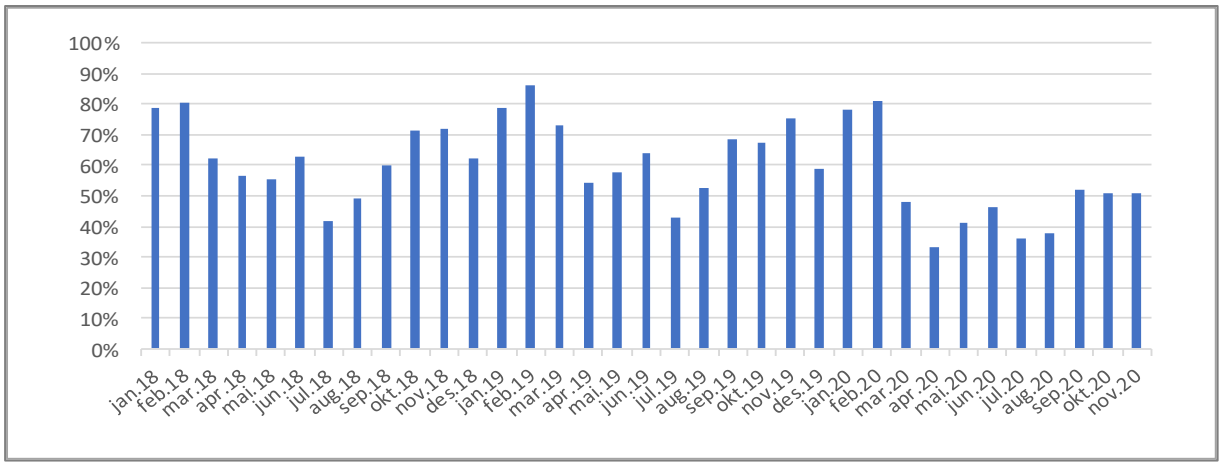
	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
Kommune	Utskrivnings-klare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivnings-klare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivnings-klare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Salangen	219	100	3	1	222	102
Harstad	1 492	60	362	15	1 854	75
Tromsø	4 103	54	1 530	20	5 633	73
Bardu	236	59	2	0	238	59
Lødingen	109	52			109	52
Ibestad	68	49			68	49
Evenes	58	42			58	42
Tjeldsund	168	39	3	1	171	40
Karlsøy	20	9	69	31	89	40
Narvik	795	35	9	0	804	35
Gáivuotna Kåfjord	54	26	16	8	70	33
Kvæfjord	73	26			73	26
Nordreisa	81	17	35	7	116	24
Lavangen	15	14	8	8	23	22
Målselv	137	20	5	1	142	21
Lyngen	37	13	22	8	59	21
Gratangen	20	18			20	18
Balsfjord	61	11	28	5	89	16
Skjervøy	36	12	10	3	46	16
Dyrøy	16	14	1	1	17	15
Storfjord	20	11			20	11
Senja	136	9	3	0	139	9
Kvænangen	6	5	3	2	9	7
Sørreisa	20	6			20	6
SUM	**7 980**	**41**	**2 109**	**11**	**10 089**	**52**

Bruk av pasienthotell

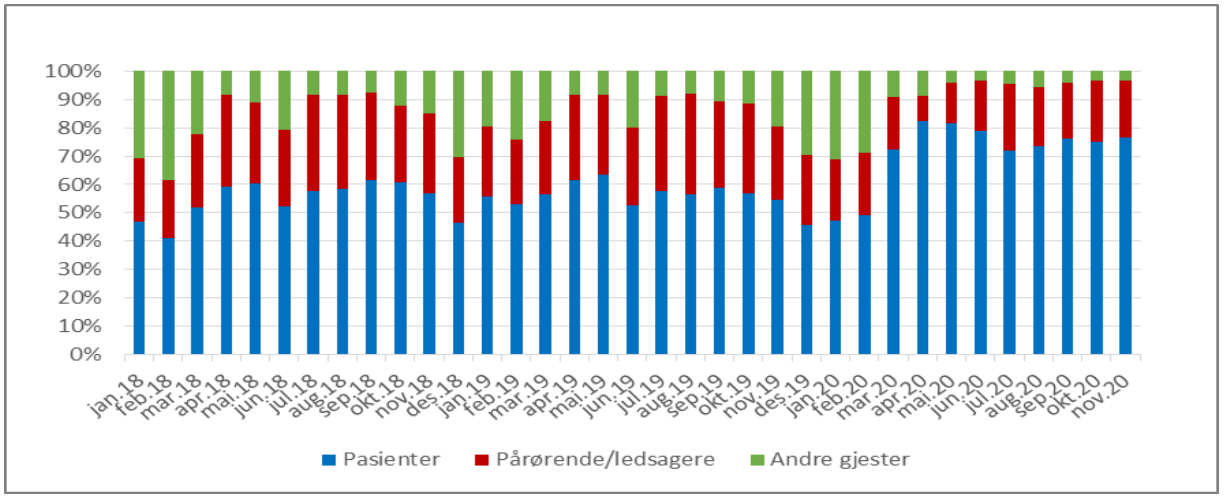
Figur 15 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



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	6 855	6 424	431
Desember		6 424	
Snitt hittil i år	**6 807**	**6 519**	**288**

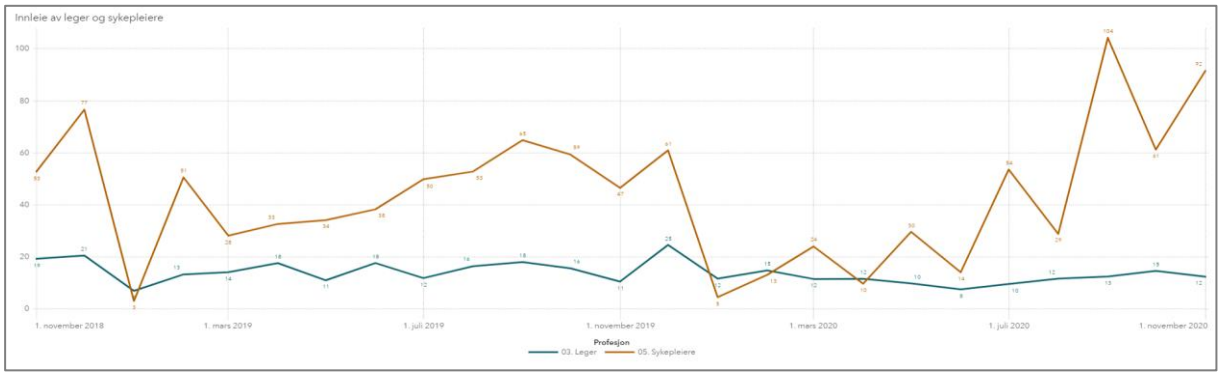
Tabellen viser faktiske månedsverk per måned korrigert for LIS 1 leger, ABIKO og ekstern virksomhet.

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
	200,7	22,9	20,1	23,3	12,4	66,3	4,4	2,6	0,2	30,5	15,5	2,9
10 - Akuttmedisinsk klinikk	33,6	4,2	8,8	1,5	-	5,6	0,1	-	-	-2,0	15,6	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	12,3	4,0	3,4	4,3	-	-0,6	0,8	-0,1	-	0,3	-	0,4
13 - Hjerte- og lungeklinikken	57,6	3,6	5,0	7,3	-0,8	43,8	0,2	0,2	-	-0,6	-	-1,1
15 - Medisinsk klinikk	28,1	1,9	2,5	8,3	-0,8	12,6	-2,8	5,7	0,0	0,8	-0,0	-0,1
17 - Barne- og ungdomsklinikken	6,7	0,8	8,0	-4,0	-2,4	4,0	0,2	0,2	-	-0,4	-	-0,1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-10,4	-1,6	-5,3	3,9	-0,2	-13,9	-2,8	-	-	9,6	-0,0	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	38,8	0,6	3,8	4,7	3,7	19,0	5,6	-0,9	-	1,6	0,0	0,6
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	7,4	2,5	-2,0	-4,0	12,8	-3,9	2,2	-	-	0,5	-	-
30 - Diagnostisk klinikk	10,8	8,0	-0,0	1,6	-	-0,1	0,9	-2,6	0,2	2,4	-	0,4
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	4,8	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-0,1	-	2,7
45 - Drifts- og eiendomssenteret	22,4	2,7	1,1	-	-	-0,0	-	0,2	-	18,5	-	-
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	-2,1	-1,7	-0,1	-0,1	-	-0,4	-	-	-	-	-	0,1
50 - Direktøren	6,6	5,5	-	0,1	1,0	-	-	-	-	-	-	-
52 - Stabssenteret	-6,6	-8,6	1,4	0,2	0,3	0,2	0,0	-	-	0,1	-	-
62 - Fellesinntekter/-kostnader	-9,2	-1,3	-6,3	-0,4	-1,2	-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



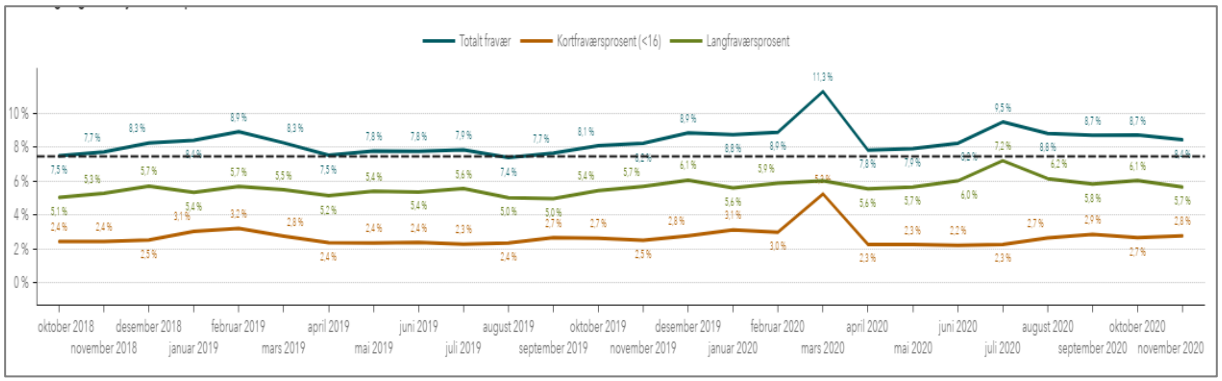
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønnssystem.

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	**41,9**	**14,0**	**39,5**	**11,7**
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1,6	0,1	5,5	0,5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	3,2	1,3	1,3	1,8
13 - Hjerte- og lungeklinikken	0,5	0,2	10,4	0,3
15 - Medisinsk klinikk	0,9	2,4	0,4	0,4
17 - Barne- og ungdomsklinikken	2,1	0,2	0,4	0,2
18 - Operasjons- og intensivklinikken	31,5	3,7	20,0	2,7
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	2,5	0,8	1,6	0,8
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	2,4	0,0	2,5
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	2,9	0,0	2,5

Sykefravær

Figur 19 Sykefravær



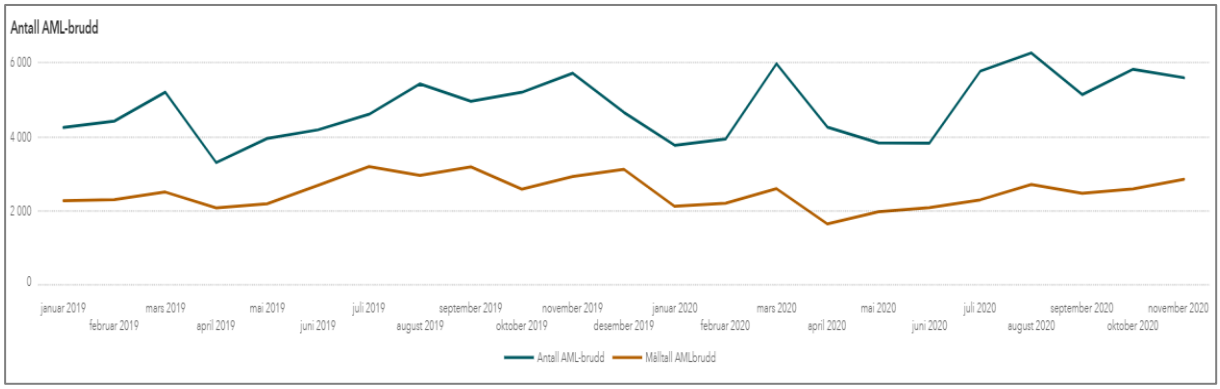
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

Tabell 22 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	**8,4 %**	**0,2 %**	**2,8 %**	**0,3 %**	**5,7 %**	**−0,0 %**
10 - Akuttmedisinsk klinikk	10,2 %	1,7 %	2,5 %	1,1 %	7,7 %	0,7 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,0 %	−0,8 %	2,2 %	0,2 %	4,8 %	−1,0 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	6,9 %	−0,8 %	3,0 %	0,1 %	3,9 %	−0,9 %
15 - Medisinsk klinikk	7,4 %	0,0 %	2,4 %	−0,1 %	5,1 %	0,2 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	7,9 %	0,9 %	2,3 %	−0,1 %	5,7 %	0,9 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	10,2 %	0,4 %	3,2 %	0,6 %	7,1 %	−0,2 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	7,4 %	−0,5 %	2,8 %	0,0 %	4,6 %	−0,5 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	10,3 %	−0,2 %	3,6 %	0,1 %	6,6 %	−0,2 %
30 - Diagnostisk klinikk	8,0 %	1,3 %	3,0 %	0,5 %	5,0 %	0,8 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	5,7 %	3,2 %	2,0 %	1,2 %	3,8 %	2,1 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	8,5 %	0,1 %	2,7 %	−0,1 %	5,8 %	0,2 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	7,1 %	−1,9 %	3,0 %	1,0 %	4,1 %	−2,9 %
50 - Direktøren	2,9 %	−1,9 %	1,5 %	0,4 %	1,4 %	−2,3 %
52 - Stabssenteret	10.1 %	3.6 %	1.7 %	−0.1 %	8.5 %	3.8 %

AML-brudd

Figur 20 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 23 AML-brudd per klinikk

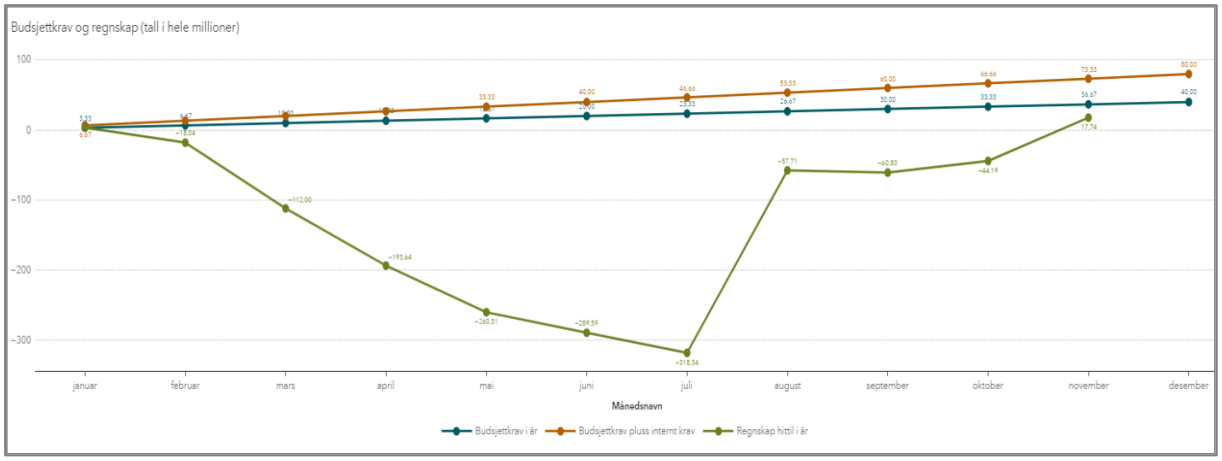
Klinikk - UNN ▲	Brudd siste måned	Brudd siste måned ifjor	Endring i % samme periode
Total	5 592	5 714	−2,1 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	899	1 080	−16,8 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	454	572	−20,6 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	692	467	48,2 %
15 - Medisinsk klinikk	463	255	81,6 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	184	125	47,2 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	700	1 120	−37,5 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	913	805	13,4 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	590	774	−23,8 %
30 - Diagnostisk klinikk	379	260	45,8 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	1	.	.
45 - Drifts- og eiendomssenteret	197	221	−10,9 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	40	10	300,0 %
50 - Direktøren	.	.	.
52 - Stabssenteret	55	11	400,0 %
Annet	25	14	78,6 %

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

Økonomi

Resultat

Figur 21 Akkumulert regnskap og budsjett 2020



Tabell 24 Resultatregnskap 2020

	November				Akkumulert per November			
Resultatrapportering (tall i mill kr)	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**	**Avvik i %**	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**	**Avvik i %**
Basisramme	476,5	429,5	47,0	11 %	4 687,3	4 447,9	239,4	5 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,9	3,7	-0,8	-21 %	31,8	30,8	1,0	3 %
ISF egne pasienter	20,2	175,7	-155,6	-89 %	1 495,4	1 738,8	-243,5	-14 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	3,9	5,7	-1,8	-31 %	80,8	75,4	5,4	7 %
Gjestepasientinntekter	3,2	3,5	-0,3	-7 %	38,5	38,5	0,0	0 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	19,6	14,4	5,2	36 %	162,6	157,5	5,1	3 %
Utskrivningsklare pasienter	3,7	2,6	1,1	41 %	26,7	28,4	-1,7	-6 %
Andre øremerkede tilskudd	153,2	29,0	124,1	428 %	401,6	320,2	81,4	25 %
Andre driftsinntekter	36,4	36,0	0,4	1 %	354,2	394,3	-40,1	-10 %
Sum driftsinntekter	**719,5**	**700,1**	**19,4**	**3 %**	**7 278,9**	**7 231,9**	**47,0**	**1 %**
Kjøp av offentlige helsetjenester	21,7	18,6	3,1	17 %	204,5	205,1	-0,6	0 %
Kjøp av private helsetjenester	5,0	4,6	0,3	7 %	49,1	33,1	16,0	48 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	85,2	69,5	15,6	22 %	845,6	782,4	63,2	8 %
Innleid arbeidskraft	14,2	3,7	10,5	280 %	76,7	37,4	39,3	105 %
Lønn til fast ansatte	312,2	376,6	-64,5	-17 %	3 918,3	3 977,6	-59,3	-1 %
Overtid og ekstrahjelp	36,8	30,9	5,9	19 %	350,5	303,9	46,7	15 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	43,0	42,9	0,1	0 %	463,8	463,5	0,3	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-25,4	-23,2	-2,2	9 %	-294,9	-272,6	-22,3	8 %
Annen lønnskostnad	33,5	29,5	4,1	14 %	294,5	312,6	-18,1	-6 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	**371,3**	**417,5**	**-46,2**	**-11 %**	**4 345,2**	**4 359,0**	**-13,8**	**0 %**
Avskrivninger	26,3	28,5	-2,3	-8 %	281,6	285,9	-4,2	-1 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	103,0	113,9	-10,9	-10 %	1 058,5	1 054,0	4,5	0 %
Sum driftskostnader	**655,4**	**695,7**	**-40,3**	**-6 %**	**7 248,4**	**7 182,9**	**65,5**	**1 %**
Driftsresultat	**64,1**	**4,5**	**59,7**	**1339 %**	**30,5**	**49,0**	**-18,5**	**-38 %**
Finansinntekter	0,3	1,0	-0,7		5,3	11,0	-5,7	
Finanskostnader	2,6	2,1	0,4		18,0	23,4	-5,4	
Finansresultat	-2,2	-1,1	-1,1		-12,7	-12,4	-0,4	
Ordinært resultat	**61,9**	**3,3**	**58,6**	**1758 %**	**17,7**	**36,7**	**-18,9**	**-52 %**

Tabell 25 Resultatregnskap 2020, ekskl. eksternfinansiering

	November ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per November ekskl eksternfinansiering		
Resultatrapportering (tall i mill kr)	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**	**Resultat**	**Budsjett**	**Avvik i kr**
Basisramme	476,5	429,5	47,0	4 687,3	4 447,9	239,4
Kvalitetsbasert finansiering	2,9	3,7	-0,8	31,8	30,8	1,0
ISF egne pasienter	20,2	175,7	-155,6	1 495,4	1 738,8	-243,5
ISF av legemidler utenfor sykehus	3,9	5,7	-1,8	80,8	75,4	5,4
Gjestepasientinntekter	3,2	3,5	-0,3	38,5	38,5	0,0
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	19,6	14,4	5,2	162,6	157,5	5,1
Utskrivningsklare pasienter	3,7	2,6	1,1	26,7	28,4	-1,7
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	36,4	36,0	0,4	354,2	394,3	-40,1
Sum driftsinntekter	**566,4**	**671,1**	**-104,7**	**6 877,2**	**6 911,7**	**-34,5**
Kjøp av offentlige helsetjenester	21,7	18,6	3,1	204,5	205,1	-0,6
Kjøp av private helsetjenester	4,8	4,6	0,2	48,7	32,8	15,9
Varekostnader knyttet til aktivitet	79,2	68,4	10,8	830,0	770,0	60,1
Innleid arbeidskraft	14,2	3,7	10,5	76,7	37,4	39,3
Lønn til fast ansatte	233,0	361,6	-128,6	3 710,7	3 812,0	-101,4
Overtid og ekstrahjelp	19,0	27,5	-8,5	303,9	266,7	37,2
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	23,5	39,2	-15,7	412,8	422,8	-10,0
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-19,8	-22,1	2,3	-280,3	-261,0	-19,3
Annen lønnskostnad	23,1	27,5	-4,4	267,2	290,8	-23,7
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	**269,4**	**398,2**	**-128,8**	**4 078,1**	**4 146,0**	**-67,9**
Avskrivninger	26,3	28,5	-2,3	281,6	285,9	-4,2
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	77,2	109,0	-31,8	991,0	1 000,2	-9,1
Sum driftskostnader	**502,2**	**666,6**	**-164,4**	**6 846,8**	**6 862,7**	**-15,9**
Driftsresultat	**64,1**	**4,5**	**59,7**	**30,5**	**49,0**	**-18,5**
Finansinntekter	0,3	1,0	-0,7	5,3	11,0	-5,7
Finanskostnader	2,6	2,1	0,4	18,0	23,4	-5,4
Finansresultat	-2,2	-1,1	-1,1	-12,7	-12,4	-0,4
Ordinært resultat	**61,9**	**3,3**	**58,6**	**17,7**	**36,7**	**-18,9**

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

	November			Akkumulert per november		
Regnskap per klinikk - tall i mill kr	**Regnskap**	**Budsjett**	**Avvik**	**Regnskap - HiA**	**Budsjett - HiA**	**Avvik - HiA**
10 - Akuttmedisinsk klinikk	48,5	39,0	-9,5	459,9	383,5	-76,4
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18,9	10,7	-8,2	207,8	111,4	-96,4
13 - Hjerte- lungeklinikken	24,1	13,5	-10,6	192,4	127,1	-65,4
15 - Medisinsk klinikk	37,6	27,1	-10,5	397,9	290,0	-107,9
17 - Barne- og ungdomsklinikken	17,6	19,3	1,6	206,5	190,6	-15,9
18 - Operasjons- og intensivklinikken	74,0	61,5	-12,5	724,9	653,9	-71,0
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	27,7	16,8	-10,9	298,7	208,4	-90,4
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	63,3	61,0	-2,3	646,9	632,2	-14,8
30 - Diagnostisk klinikk	63,0	53,2	-9,8	600,6	524,3	-76,3
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,0	0,0	0,0	4,3	4,3	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	56,3	58,3	2,0	570,0	540,8	-29,2
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	9,0	10,9	1,9	98,5	108,6	10,1
52 - Stabssenteret	13,9	14,1	0,2	138,8	141,4	2,6
62 - Felles	-515,9	-388,8	127,1	-4 565,1	-3 953,0	612,1
Totalt	**61,9**	**3,3**	**58,6**	**17,7**	**36,7**	**-18,9**

Prognose

UNN har en prognose om et budsjettavvik på kr 0,- for 2020, det vil si at en oppnår Helse Nord RHF sitt resultatkrav.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

STYRESAK:	**4/2021**
MØTEDATO:	**10.02.2021**
ARKIVSAK:	2019/7935-5
SAKSBEHANDLER:	Lars Øverås

Status i omstillingsarbeidet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

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.

Bakgrunn

I styresak 40/2020 «*Gevinstrealisering Nye UNN Narvik og omstillingsarbeid UNN*» forpliktet Universitetssykehuset Nord- Norge HF (UNN) seg til flere tiltak for å klare den store omstillingsutfordringen som UNN står ovenfor i årene fremover. Per i dag skal UNN de neste 8 årene omstille for 574 mill. kroner i ny omstilling. Beløpet vil i perioden justeres etter hvert som nye omstillinger kommer til. Vedlegg 3 beskriver hovedtrekkene for hvordan denne omstillingsutfordringen skal møtes. De tre satsingsområdene i UNN er sentrale i styresaken. Det er satt følgende forpliktende mål på besparelse de neste 8 årene:

- Reduksjon av varekostnader - 130 mill. kroner
- Reduksjon av personalkostnader/ reduksjon av dyre løsninger- 230 mill. kroner
- Videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet - 247,7 mill. kroner
- Gevinstrealisering Nye UNN Narvik – 17,7 mill. kroner

Status

Reduksjon varekostnader
Vi har økt innkjøpene via vårt innkjøpssystem med 7 prosentpoeng siden oppstarten av satsingen, og samtidig endret alle artikler som lå uten avtale til å være ikke konkurransebaserte

avtaler. Vi har ikke klart å gi en økonomisk måling på disse oppnåelsene. For høykostlegemidler er det ansatt en farmasøyt som jobber med forbedring av vår oppfølging av LIS-anbud. Det er store besparelser å hente ved å raskere gå over på nye anbud, og dette blir nå fulgt opp av høykostlegemiddelgruppen. På legemidler ble det gjort endringer på kjøp til billigere produkter, som resulterte i en besparelse på 3 mill. kroner i 2020.

Reduksjon av personalkostnader/ reduksjon av dyre løsninger
Gjennom satsingen på dette området vil UNN bli i stand til å løse de oppgaver som ligger til oss, med mindre overtid og innleie, samt et lavere arbeidspress på medarbeiderne. Denne satsingen vil også påvirkes av arbeidet med videreutvikling og forbedring av tilbudet. Vi har ingen synlige økonomiske gevinster av satsingen i 2020, og har heller ikke påvist lavere «turn over». Innleiekostnadene har vært påvirket av pandemien gjennom året som har gått.

Videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet
Alle enheter i UNN jobber med å identifisere grupper av pasienter som egner seg for stormottakersatsingen. Satsingen skal bidra til færre kontakter i sykehuset og døgnopphold, noe som imøtekommer forventet økning i forbruk av spesialisthelsetjenester i årene framover basert på demografi og befolkningsendring. Per nå ser vi ingen utvinnede gevinster av stormottakersatsingen, men disse vil komme ved innføring av satsingen.

I tillegg er økt fokus på kloke valg og økt bruk av video- og telefonkonsultasjoner en viktig strategi for 2021 og årene framover for å sikre økonomiske resultater ved UNN. Vi så en stor økning i tele- og videokonsultasjoner i starten av pandemien, men denne økningen har hatt en tilbakegang de siste månedene. Som følger av pandemien har vi fått på plass utstyret for å kunne gjennomføre tele- og videokonsultasjoner på en god måte. Det arbeides med å finne en god økonomisk målemetode for satsingen.

Formål

Formålet med saken er å få styrets tilslutning til å beslutte finansiering av de 3 første av egne prioriteringer for 2020. Dette er nødvendig for å fortsette vårt arbeid på tiltak for å møte de utfordringer vi står ovenfor. I styresaken om Nye UNN Narvik til Helse Nord forpliktet UNN seg til å gjennomføre tiltak innenfor innkjøp, rekruttering og stabilisering og pasientens helsetjeneste de neste årene. For å klare dette må arbeidet starte nå.

Saksutredning

I hele UNNs satsing ligger det til grunn at en ønsker å utvikle pasientens helsetjeneste. Muligheter for økt bruk av videokonsultasjoner, at det er innført lik betaling for telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner, og økt fokus på pasientforløpsfinansiering er med på å kunne gi flere pasienter sykehustjenester i hjemmet.

For satsingene i vedlegg 3 er det Stormottakersatsingen som trenger en økning i driftskostnader for å oppnå de gitte effekter. Det trengs en finansiering på 21,8 mill. kroner i 2021 for å utvide antall pasienter som skal få tilbudet, utvikle metodikk og sikre tilgang. Av dette er 6,1 mill. kroner finansiert gjennom andre kanaler, slik at finansieringen som behøves fra UNN sentralt i 2021 er 15,7 mill. kroner.

For budsjettet i 2020 ble det besluttet å sette av 80 mill. kroner til egne prioriteringer. Disse midlene skulle utløses ved budsjettbalanse ved utgangen av første og andre tertial med 40 mill. kroner for hvert tertial. Fordelingen av egne prioriteringer i prioritert rekkefølge er vist i tabell 1.

Tabell 1 Egne prioriteringer 2020

Pri	Hva	Beløp (mill)
1	Allerede besluttede tiltak	25
2	Pakkeforløp PHRK/BUK	10
3	Stormottakersatsing inkl FACT og lavterskel	20
4	Akutt- og mottaksmedisin	10
5	Kvalitetsforbedringsprosjekt	5
6	Økt utdanningskapasitet LIS	10
	SUM	**80**

Som tabell 1 viser er *allerede besluttede tiltak* prioritert først. Dette er beslutninger som er gjort i tidligere ledermøter, styremøter og av direktøren. I prioriteringen inngår beslutninger som endrede leieavtaler (ambulanser, UIT og SKDE), drift og vedlikehold av C00, ambulansestasjon Harstad og rest A-fløya, leie av lokaler til bygg 10 på Åsgård, ny avtale på matvarer, tekstil og vaskeritjenester og engangskostnad for garderober ambulansestasjon Tromsø. Bakgrunnen for disse beslutningene er forskjellige, men enkelte av dem kommer av myndighetspålagte krav som gjør at de ikke kan unngås. Av de budsjetterte 25 mill. kroner utgjør engangskostnader 5,9 mill. kroner. Disse kostnadene vil dermed ikke følge oss videre etter bruk.

Pakkeforløp PHRK/BUK er et forløp som er besluttet gjennomført av HOD. Pakkeforløpsbeskrivelsene omfatter dels logistikkforventninger, dels krav til kvalitet og kompetanse, som for UNNs vedkommende innebærer et behov for blant annet en bedre spesialistdekning enn vi hadde i utgangspunktet. I budsjettet for 2020 ble det besluttet å sette av 10 mill. kroner til dette. Enkelte av disse kostnadene er startet å påløpe uten at det er delt ut budsjett for ordningen.

Stormottakersatsingen er UNNs mest gjennomarbeidede og ambisiøse forslag til endring i hvordan man leverer helsetjenester til gruppen av pasienter med sammensatte og komplekse behov. Prosjektet har vært tatt inn i budsjettdiskusjoner siden 2019, men har ikke blitt tilført midlene for gjennomføring av satsingen. Stormottakersatsingen er sentral i vedlegg 3, og er en del av forutsetningene knyttet til Nye UNN Narvik.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 4. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 10.2.2021.

Vurdering

Omstillingsarbeidet

Omstillingsutfordringen var høy for 2020, og deler av dette skyldtes satsing på egne prioriteringer og eget overskuddskrav. Tiltakene har ikke gitt ønskede effekter og

inngangshastigheten er dermed stor i 2021. Våre tre satsinger for å møte omstillingsutfordringen fremover har hittil ikke gitt de resultater som forventet.

Hvorfor er det viktig å sette i gang med egne prioriteringer nå?

Allerede besluttede prioriteringer
Beslutningene er allerede tatt, og det vil fortløpende komme nye tilskudd av områder som må utbedres. Myndighetspålagte krav må utbedres innen en viss tid og vil ikke bli billigere med tiden.

Pakkeforløp psykisk helse og rus
Pakkeforløpene er en beslutning som er tatt på nasjonalt nivå. Kostnadene er begynt å belaste regnskapene, og fordeling av midler bør derfor følge med. Det er anslått en større merkostnad enn 10 mill. kroner for å innføre pakkeforløpene, men tilførselen av midler til klinikkene det gjelder vil være til sammen 10 mill. kroner.

Stormottakersatsingen
Stormottakersatsingen skal bygge systemer som blant annet sikrer kommunikasjon og kompetanseoverføring for pasienter med sammensatte problemstillinger. Først og fremst introduserer stormottakersatsningen en ny arbeidsmetode hvor fokus på å jobbe tverrfaglig på tvers av enheter og organisasjoner skal settes i system. Når prosjektet leverer på del-leveransene skal dette komme også flere pasientgrupper til gode, for eksempel gjennom digital avstandsoppfølging (det utadvendte sykehuset) og brukerstyrte poliklinikker (den aktive pasienten). Ved å fokusere på pasientsentrering flyttes fokus fra oss (UNN) til pasientens nærområde, dette betyr også en forflytting av tjenester til mer hjemmebaserte tjenester hvor spesialisthelsetjenestens nye rolle utformes i tråd med Nasjonal helse og sykehusplan.

1. Internt i UNN

I påvente av full finansering har prosjektet sammen med klinikkene kartlagt flere komplekse pasientforløp hvor overlappende kompetanse og ressursbruk vil støtte under forbedringsarbeid. Utredning og organisering av overlappende kompetanse og ressursbruk og samarbeid med primærhelsetjenesten ligger i oppdrag til stormottakerprosjektet.

2. I samarbeid med andre

Arbeidsmetoden i stormottakersatsingen (personsentrert, helhetlig og proaktivt) skal inngå i «Ishavserklæringen» som nå utarbeides i forbindelse med etablering av Helsefellesskapene.
I planlegging av Helsefellesskapet og under den pågående pandemien har vi sett hvor viktig det er å ha konkrete verktøy (PSHT teamene) for å samarbeide med kommunene. Ved å sette i gang med stormottakersatsingen vil UNN også nå tilby tjenesten til alle innbyggere i UNNs opptaksområde. UNN har fått et regionalt oppdrag for å følge opp stormottakersatsingene i regionen, og det er derfor viktig at UNN beholder en motorfunksjon for landsdelen.

3. Konsekvens av utsettelse

Ved å utsette beslutningen økes risiko for oppnåelse av målene for omstillingstiltak som kan føre til kapasitetsbrist (ikke nok senger) og ressursbrist (ikke nok personell). Ikke minst må UNN kompensere redusert økonomisk potensial med nye og andre tiltak for de kommende årene.

Resultatoppnåelse
Gjennomføringsgraden for tiltakene er ikke god nok, og vi gjør noen endringer for å oppnå tettere og bedre resultatoppfølging. Økonomi og analysesenteret har jevnlig oppfølging av klinikkene og sentrene i den daglige driften gjennom økonomirådgiverne. Det vil i 2021 i tillegg bli kvartalsvise møter med klinikkene hvor handlingsplanen følges opp. Disse planene legger grunnlaget for måloppnåelse. Nye rapporter er under arbeid, og disse vil følges opp ukentlig og månedlig ettersom hva som er relevant for tema (ikke alle mål egner seg til ukentlig oppfølging).

Rapportering styret
For at styret ved UNN skal kunne følge utviklingen på våre satsinger, vil vi gi oppdaterte målinger i styremøtene i 2021. Målingene vil bestå i innkjøp, rekruttering og stabilisering, stormottakersatsingen og tele- videokonsultasjoner. Innholdet vil være status og måltall, og rapporteres i Kvalitets- og virksomhetsrapportene til styret.

Oppsummering
UNN har forpliktet seg til vedlegg 3 gjennom godkjenningen av Nye UNN Narvik. Det er nødvendig for å oppnå de forventede effekter at vi setter i gang arbeidet tidlig i 2021, og stormottakersatsningen er en viktig del av dette arbeidet. Konsekvensen av å ikke oppfylle de forpliktelser vi har kan være utsettelse av senere store byggeprosjekter vi ønsker gjennomført. Økonomien i Helse Nord er stram, og for å gjennomføre den utbyggingsfrekvensen som er i dag og ønskes videre må alle HF-er oppnå ønskede mål. Vi må derfor ha på plass målinger tidlig i 2021, slik at vi kan endre kurs om vi ikke når målene.

Allerede besluttede tiltak er besluttet i andre saker, og er/vil bli gjennomført.

Vedlegg 3, «*Gevinstrealisering Nye UNN Narvik og omstillingsarbeid UNN*», er blitt et viktig strategisk dokument som legger føringer for fremtidig arbeidsmetodikk for å sikre måloppnåelse.

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Vedlegg 3, Gevinstrealisering Nye UNN Narvik (NUN) og omstillingsarbeid UNN

Sak: **Gevinstrealisering Nye UNN Narvik og omstillingsarbeid UNN**
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Lars Øverås, økonomisjef
Møtedato: 11.5.2020

---

1 Innledning

Behovet for og viktigheten av et nytt sykehus i Narvik er godt dokumentert i forprosjektrapporten og i tidligere faser i prosjektet. Sykehuset gir et samlokalisert og integrert helsetilbud innen somatikk, psykisk helsevern og rus og avhengighetsmedisin. Kostnadene for Nye UNN Narvik (NUN) inngår i den totale omstillingsutfordringen for UNN som øker med 600 mill. kr i perioden 2021-2027. UNNs tiltaksplan for å håndtere omstillingen omfatter hele foretaket, inkludert økonomisk gevinstrealisering i NUN.

2 Bærekraftsanalyse

Bærekraftanalyse NUN

Tabell 1 viser bærekraftsanalyse for NUN. Kapitalkompensasjon er en kompensasjonsordning fra Helse Nord ved bygging av nytt sykehus. Gevinstrealisering for NUN er beregnet til 17,7 mill. kr årlig (detaljert utredning senere i saken). Dersom NUN utsettes påløper alternative investeringskostnader for kritisk nødvendig renovering. Renovering må utføres for å hindre brekkasje i infrastruktur og bygningsmasse, samt for å forhindre tilsynsavvik blant annet knyttet til sopp og råte, lekkasje i vinduer og manglende ventilasjon.
De alternative renoveringsinvesteringene utgjør 250 mill. kr, og avskrivnings- og rentekostnadene fremkommer i tabell 1.

De mest åpenbare renoveringsinvesteringer som må gjøres er :

- A-fløya må utbedres i noen grad, her har vi i hovedsak originalvinduer av teak med dårlig tetting og dårlig U-verdi (isolasjonsevne).
- B-fløya har stort sett aluminiumsvinduer som er utslitt og har vært gjenstand for tidligere forsøk på utbedring. Det lar seg ikke gjøre å skaffe reservedeler til disse.
- C-fløya har omtrent samme tilstand som B-fløya.
- D-fløya har stort sett originale teak- vinduer. Ettersom det ikke er pasientrom her vil det kunne driftes videre med disse enda noen år.
- Nesten alle dører i B-fløya og i C-fløya ble vurdert å kunne holde en periode på 6-8 år da sykehuset ble utbedret for 5 år siden. Disse er nå i ferd med å bryte helt sammen og det kreves ekstra vedlikehold for å få dem til å vare fram til 2024.
- Dørene i A-fløya er i hovedsak skiftet, men det gjenstår en del gamle originale tredører som «synger på siste verset».
- Den store glassveggen i trapperommet, som går over 6 etasjer, må utbedres en gang til, eller bygges tett dersom levetiden for sykehuset skal utvides ytterligere.

Sak 40/2020 - vedlegg 3

- Toalettforholdene for pasienter er svært dårlige. Det vil med stor sannsynlighet komme krav om forbedringer her dersom det blir aktuelt med en forlengelse av driftstiden.
- Etter råd fra konsulentrapporter utarbeidet i 2010 ble det ikke gjort utbedring av skader på utvendige betongkonstruksjoner (søyler og bjelker) der det er tydelige rustangrep på armering og utfall av betong og puss. Disse konstruksjonene får gradvis redusert bæreevne, og det vil være nødvendig med en ny vurdering av om disse skadene må utbedres for å sikre levetiden til bygningskroppen. Dette gjelder både A, C, og D-fløy.
- Avløpssystemene ble bare i begrenset omfang byttet under utbedringen for fem år siden. Støpejernsrørene er svært utsatt for korrosjon og tæring etter 40-90 års belastning med ulike kjemikalier. Det skjer fra tid til annen at disse bryter sammen uten forvarsel. Det vil være uholdbart å ikke gjøre omfattende utbedring av avløpsrørene dersom driftstiden skal forlenges.
- Elektroanleggene i huset er gode og oppdaterte, men kapasiteten er på det nærmeste brukt opp. Enhver endring må vurderes i forhold til om det er behov for å forsterke hovedsystemer og hovedforsyning.
- Distribusjonssystemer for IKT er nye og fungerer, men også her (og om mulig i enda større grad) er kapasiteten for endring nesten ikke eksisterende.
- Elektrokjel er svært gammel og driftes med ekstra oppfølging og vedlikehold. Kraftforsyningen og varmedistribusjonssystemet er i hovedsak oppgradert og velfungerende.
- Rusbehandlingsklinikk og døgnenhet for psykisk helse er generelt i «sliten tilstand». Det er behov for forbedringer på en del av de tekniske og bygningsmessige anleggene.
- Eventuelt andre tillegg begrunnet i tilsynskrav hvis man skal fortsette å bruke bygget.

Tabell 1 Bærekraftsanalyse NUN

Bærekraft Nye UNN Narvik							
Tekst / År	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Avskrivning gml. UNN Narvik	0	0	0	0	0	0	0
Avskrivning nye UNN Narvik	109,3	109,3	109,3	109,3	109,3	109,3	109,3
Renter Nye Narvik	85,4	80,0	78,5	75,0	71,5	64,6	61,2
Kapitalkompensasjon	-50	-50	-50	-50	-50	-50	-50
Gevinstrealisering	-17,7	-17,7	-17,7	-17,7	-17,7	-17,7	-17,7
Alternativkostnader Narvik - renter	-7,4	-7,0	-6,7	-6,3	-5,9	-5,5	-5,2
Alternativkostnader Narvik - avskrivninger	-25,0	-25,0	-25,0	-25,0	-25,0	-25,0	-25,0
Omstillingsutfordring	**127,0**	**121,6**	**120,1**	**116,6**	**113,1**	**106,2**	**102,7**

Bærekraftanalyse UNN

Den samlede bærekraftsanalysen for UNN viser at omstillingsutfordringen øker i årene 2021-2027. De største endringene gjelder:

- Egne prioriteringer: 50 mill. kr per år
- Eksterne IKT kostnader: 49 mill. kr per år
- Årlig avbyråkratiseringsreform: 15 mill. kr per år
- Internt overskuddskrav: 80 mill. kr økende til 110 mill. kr per år.
- Renter og avskrivningskostnader NUN: 195 mill. kr per år fom 2025 (reduseres årlig med gjennomsnittlig 3 mill. kr)
- Kapitalkompensasjon (økt basisramme fra Helse Nord RHF): 50 mill. kr per år fra og med 2025

Tabell 2 – Bærekraftsanalyse UNN

Bærekraftanalyse UNN HF (tall i mill kr)	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Sum inntekter	7 867	7 867	7 867	7 947	7 967	7 967	7 967
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	*7 713*	*7 769*	*7 833*	*7 904*	*7 969*	*8 036*	*8 141*
Sum avskrivninger	*315*	324	320	305	415	410	400
Netto rentekostnader	21	22	23	89	85	80	75
Totale kostnader	8 049	8 115	8 177	8 299	8 469	8 526	8 616
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	**-182**	**-247**	**-309**	**-352**	**-502**	**-558**	**-649**
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	10	10	10	10
Internt overskuddskrav UNN	80	80	80	110	110	110	110
Sum resultatkrav	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-302	-367	-429	-472	-622	-678	-769
Årlig endring omstillingsutfordring	133	66	62	42	150	57	90

3 Omstillingsutfordring og tiltak 2020

Bærekraftanalysen fra og med 2021 forutsetter budsjettbalanse ved inngangen til 2021. Omstillingsutfordringen for 2020 er på 254 mill. kr (2,8 % av totalbudsjettet), og er høyere enn både foregående og fremtidige år. Omstillingsutfordring for årene 2021-2027 er på 0,6 % -1,9 % av totalbudsjettet inklusive NUN fra 2024.

I budsjettarbeidet for 2020 ble det utarbeidet tiltak tilsvarende omstillingsutfordringen, tabell 3. Tiltakene er grovinndelt i seks hovedgrupper; økte inntekter ved økt aktivitet, økte inntekter ved kodeforbedring, øvige økte inntekter, reduserte varekostnader, reduserte lønnskostnader og reduserte driftskostnader. Tabell 3 viser tiltak per hovedgruppe per klinikk og beskriver fordelingene per tiltak per klinikk. Tiltakene er risikovurdert og ytterligere detaljert for hver klinikk med fastsatte iverksettelsestidspunkter. Ved manglende tiltaksgjennomføring skal det utarbeides nye tiltak.

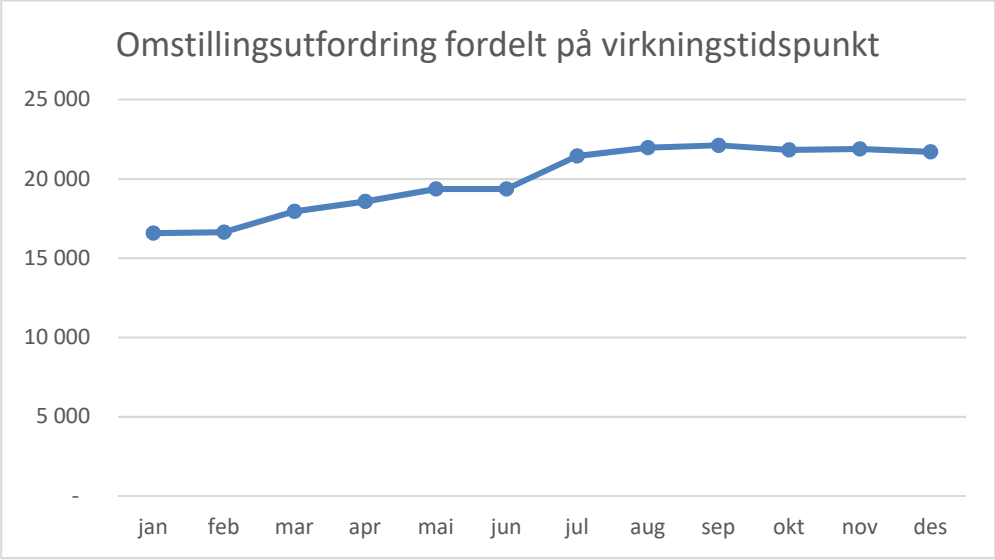
Sak 40/2020 - vedlegg 3

Tabell 3 – Tiltak UNN 2020

Klinikk	Type tiltak	Totalt
10 - akutt	Reduserte driftskostnader	300
10 - akutt	Reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	3 300
10 - akutt	Øvrig inntektøkning	670
12 - K3K	ISF-økning pga. kodeforbedring	500
12 - K3K	ISF-økning pga. økt aktivitet	16 000
12 - K3K	Reduserte driftskostnader	5 200
12 - K3K	Reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	9 350
12 - K3K	Øvrig inntektøkning	3 950
13 - HLK	Nedbemanning	11 772
13 - HLK	Reduserte driftskostnader	6 608
13 - HLK	Reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	1 620
15 - Medisinsk klinikk	ISF-økning pga. kodeforbedring	9 350
15 - Medisinsk klinikk	Reduserte driftskostnader	6 000
15 - Medisinsk klinikk	Reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	6 650
15 - Medisinsk klinikk	Øvrig inntektøkning	10 000
17 - BUK	ISF-økning pga. økt aktivitet	1 350
17 - BUK	Nedbemanning	1 030
17 - BUK	Reduserte driftskostnader	2 581
17 - BUK	Øvrig inntektøkning	39
18 - OPIN	Nedbemanning	10 100
18 - OPIN	Reduserte driftskostnader	17 412
18 - OPIN	Reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	26 635
18 - OPIN	Øvrig inntektøkning	1 300
19 - NOR	ISF-økning pga. kodeforbedring	1 000
19 - NOR	ISF-økning pga. økt aktivitet	22 831
19 - NOR	Nedbemanning	1 930
19 - NOR	Reduserte driftskostnader	4 000
19 - NOR	Reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	6 440
19 - NOR	Øvrig inntektøkning	2 820
22 - PHRK	Reduserte driftskostnader	4 000
30 - Diagnostisk klinikk	Nedbemanning	550
30 - Diagnostisk klinikk	Reduserte driftskostnader	24 806
30 - Diagnostisk klinikk	Reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	11 745
30 - Diagnostisk klinikk	Øvrig inntektøkning	9 650
45 - DES	Nedbemanning	400
45 - DES	Reduserte driftskostnader	16 550
45 - DES	Reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	500
45 - DES	Øvrig inntektøkning	3 300
48 - KVALUT	Reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	15 000
52 - Gml. Stabssenteret	Nedbemanning	9 579
52 - Gml. Stabssenteret	Reduserte driftskostnader	2 426
62 - FELLES	Reduserte driftskostnader	17 000

Resultatet endte med et negativt budsjettavvik for årets to første måneder, der avviket ble -24,7 mill kr. Tiltakene vedrørende økte ISF- inntekter ble ikke oppnådd i tilstrekkelig grad. Det er startet et arbeid for å øke operasjonskapasiteten. Underskuddet på ISF var derfor en periodisert effekt som med iverksatte tiltak skulle hentes inn i løpet av mars og april.

Figur 1 – Tiltak 2020 periodisert



Tiltakene som omhandler nedbemanning og reduksjon av variabel lønn var ajour da koronapandemien startet. Nedbemanning gjelder naturlig avgang av medarbeidere og følger

planen. I tillegg ble innleiekostnadene redusert med 25 % fra samme periode i 2019. UNN har fortsatt ubesatte radiologstillinger som medfører høye innleiekostnader utover budsjett. Det jobbes med nye tiltak som skal dekke inn dette budsjettavviket på årsbasis. Arbeidet med kloke valg forventes å ta ned antall henvisninger til røntgen noe. Erfaringene fra arbeidet med å redusere antall laboratorierekvisisjoner og prøver blir tatt med i denne prosessen. I tillegg jobbes det kontinuerlig med rekruttering. Tiltak som omhandler redusert overtid hadde litt lavere effekt enn planlagt i starten av året. Det er i gangsatt et systematisk arbeid for å øke gjennomføringsgraden og redusere overtidskostnadene i henhold til budsjett på årsbasis.

For driftskostnadene er størsteparten av innsparingen fra satsingen på innkjøpsområdet. Effektene per februar er litt lavere enn budsjettert, men med iverksatte tiltak skal dette tas inn i løpet av året.

Det er i 2020 satt av 80 mill. kr til egne prioriteringer, og 80 mill. kr til eget overskuddskrav. Egne prioriteringer er besluttet og rekkefølgemessig prioritert, og gjennomføres dersom UNN er i budsjettbalanse etter 1. og 2. tertial. Med bakgrunn i koronasituasjonen vil det bli vurdert om tiltakene skal korrigeres, utsettes, eller iverksettes når vi er tilbake i normal drift. Eget overskuddskrav skal brukes til investeringer på medisinsk teknisk utstyr og ombygginger.

Fra og med mars 2020 har fokusområdet for foretaket vært å håndtere pandemien. Som følge av dette er også tiltaksarbeidet forsinket, og det vil derfor være etterslep inn i 2021 med tanke på gjennomføring av tiltakene fra 2020. Størrelsen på etterslepet er per nå ikke kjent da det vil endre seg i forhold til varigheten av koronapandemien. Tiltaksarbeidet før pandemien var i tråd med planen, bortsett fra manglende måloppnåelse for ISF-inntektene, som det ble iverksatt korrigerende tiltak for. Per i dag beholder vi derfor målet om å oppnå full effekt av tiltakene, men med senere innslagstidspunkt enn planlagt. Det betyr at tiltak for 2020 må iverksettes inn i 2021 parallelt med nye tiltak tilsvarende ny omstillingsufordring for 2021.

4 Omstillingsutfordring og tiltak for årene fremover

For å løse omstillingsutfordringer i årene fremover jobber UNN med omstilling innefor flere områder. Hovedområdene for arbeidet er reduserte varekostnader, reduserte personalkostnader, videreutvikle og forbedre tjenestetilbudet og gevinstrealisering i NUN. Innretningen på omstillingsarbeidet er basert på prinsipper og verktøy i kontinuerlig forbedring.

Demografiske forhold, endringer i sykdomsbildet i befolkningen, samt nye behandlingsmetoder- og medikamenter gir behov for økt kapasitet og finansiering i årene fremover. Det vil imidlertid ikke være tilgjengelig helsepersonell, arealer, eller budsjett for å øke kapasiteten tilsvarende aktivitetsveksten. Reduksjon i liggedøgn er derfor en nødvendig investering for å frigi kapasitet for å møte fremtidige behov. Det er også avgjørende å gjennomføre tiltak som gir mer effektiv bemanningsstyring for å sikre mest mulig effektiv drift fremover.

For å frigi sengekapasitet jobber UNN med blant annet stormottakersatsingen, optimalisering av pasientforløp, og å redusere overbehandling. Enkelte tiltak, for eksempel stormottakersatsingen, medfører økte kostnader før gevinster i form av reduserte liggedøgn kan realiseres. UNN har derfor satt av 50 mill. kr per år for blant annet å kunne iverksette tiltak som gir gevinster på et senere tidspunkt. Omstillingsutfordringen inkluderer økte kostnader til

prioriteringer hvert år, samtidig som gevinstene er inkludert i tiltakslista i de årene de realiseres. Det samme prinsippet gjelder når frigitt kapasitet skal benyttes til nye pasienter. Kostnadene håndteres fra interne prioriteringer og økte inntekter inkluderes i tiltakslista. I praksis vil frigitt kapasitet tas i bruk fortløpende, men justeringer i sengetallet mellom fagområdet må justeres i takt med reduserte liggedøgn og nye pasienter.

Tabell 4 viser akkumulert omstillingsutfordring og tiltak for årene 2021-2027. Akkumulert for hele perioden mangler det tiltak for ca 25 mill. kr med uløst omstilling i 2025.

Tabell 4 – Akkumulert omstillingsutfordring og tiltak 2021-2027

CW benyttes til anskaffelser	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Omstillingsutfordring akkumulert	133,0	199,0	261,0	303,0	453,0	510,0	600,0
Redusere varekostnader	20,0	40,0	65,0	65,0	65,0	80,0	80,0
CW benyttes til anskaffelser	*5,0*	*10,0*	*20,0*	*20,0*	*20,0*	*20,0*	*20,0*
Reduksjon i varesortiment	-	*5,0*	*5,0*	*5,0*	*5,0*	*10,0*	*10,0*
Ajourhold av kontrakter og artikkelinformasjon	-	-	*10,0*	*10,0*	*10,0*	*20,0*	*20,0*
Optimal bruk av legemiddelavtaler	*10,0*	*15,0*	*15,0*	*15,0*	*15,0*	*15,0*	*15,0*
Etablere produktråd	*5,0*	*10,0*	*15,0*	*15,0*	*15,0*	*15,0*	*15,0*
Redusere personalkostn / red bruk av dyre løsninger	*40,0*	*60,0*	*60,0*	*80,0*	*130,0*	*180,0*	*230,0*
Videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet	69,6	89,6	134,2	139,2	207,9	207,9	247,7
Redusere liggetid	*11,1*	*11,1*	*22,2*	*22,2*	*33,3*	*33,3*	*44,6*
Videokonsultasjoner	*30,0*	*40,0*	*40,0*	*40,0*	*40,0*	*40,0*	*40,0*
Økt aktivitet	*28,5*	*28,5*	*57,0*	*57,0*	*85,5*	*85,5*	*114,0*
Ikt-satsinger		*10,0*	*15,0*	*20,0*	*49,1*	*49,1*	*49,1*
Gevinstrealisering NUN				17,7	17,7	17,7	17,7
Uløst omstilling	**3,4**	**9,4**	**1,8**	**1,1**	**32,4**	**24,4**	**24,6**

Som det fremgår av tabell 5 er det tre år med høyere effekt av tiltak enn omstillingsutfordring. Dette ses på som en periodiseringseffekt gjennom årene og et risikoreduserende element. Det gjenstår å løse omstillingsutfordring på ca 25 mill. kr i perioden. Dette håndteres i detaljplanlegging i de årlige virksomhetsplanene.

Tabell 5 – Omstillingsutfordring og tiltak pr år 2021-2027

CW benyttes til anskaffelser	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Omstillingsutfordring akkumulert	133,0	66,0	62,0	42,0	150,0	57,0	90,0
Redusere varekostnader	20,0	20,0	25,0	-	-	15,0	-
CW benyttes til anskaffelser	*5,0*	*5,0*	*10,0*	-	-	-	-
Reduksjon i varesortiment	-	*5,0*	-	-	-	*5,0*	-
Ajourhold av kontrakter og artikkelinformasjon	-	-	*10,0*	-	-	*10,0*	-
Optimal bruk av legemiddelavtaler	*10,0*	*5,0*	-	-	-	-	-
Etablere produktråd	*5,0*	*5,0*	*5,0*	-	-	-	-
Redusere personalkostn / red bruk av dyre løsninger	*40,0*	*20,0*	-	*20,0*	*50,0*	*50,0*	*50,0*
Videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet	69,6	20,0	44,6	5,0	68,7	-	39,8
Redusere liggetid	*11,1*		*11,1*	-	*11,1*	-	*11,3*
Videokonsultasjoner	*30,0*	*10,0*	-	-	-	-	-
Økt aktivitet	*28,5*		*28,5*	-	*28,5*	-	*28,5*
Ikt-satsinger	-	*10,0*	*5,0*	*5,0*	*29,1*	-	-
Gevinstrealisering NUN				17,7			
Uløst omstilling	**3,4**	**6,0**	**- 7,6**	**- 0,7**	**31,3**	**- 8,0**	**0,2**

4.1 Redusere varekostnader

Innkjøp er et av våre satsingsområder i UNN som skal bidra til at vi reduserer varekostnadene. Vi har to hovedområder for besparelsene, varekostnader og legemidler. I arbeidet med varekostnader er innkjøpssystem Clockwork (CW) sentralt for å måle antall anskaffelser. Reduserte kostnader for legemidler oppnås gjennom bytte fra dyre til billigere legemidler. Når det kommer nye avtaler på legemidler, får preperatene på utgående avtaler en høy økning i pris. Et forsinket bytte av preparat gir dermed en større negativ økonomisk effekt.

For å oppnå planlagte økonomiske effekter av innkjøpssatsingen skal en prosjektmedarbeider jobbe med dette fulltid for en periode for å bistå klinikkene i arbeidet. En viktig oppgave er oppfølging av innkjøpsavtaler samt vurdere nye avtaleområder.

Tabell 6 – Besparelser innkjøp

Besparelse innkjøp (beløp i mnok)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Sum
CW benyttes til anskaffelser	15	5	5	10					35
Reduksjon i varesortiment	5		5				5		15
Ajourhold av kontrakter og artikkelinformasjon	20			10			10		40
Optimal bruk av legemiddelavtaler	10	10	5						25
Etablere produktråd		5	5	5					15
Sum	**50**	**20**	**20**	**25**	**0**	**0**	**15**	**0**	**130**

Fullmaktstrukturer

Fullmaktstrukturen i UNN er oppdatert. Det fremkommer tydelig hvem som kan utføre bestillinger i fullmaktstruktukturen og med hvilke beløpsgrenser. Dokumentet gir ingen direkte økonomisk effekt, men er et grunnlag for det videre arbeidet med besparelser på innkjøp med begrensninger på hvem som kan anskaffe varer og tjenester for UNN. Antall bestillere i UNN skal halveres i forhold til antallet i dag innen utgangen av 2020.

Clockwork (CW) benyttes til anskaffelser

Innkjøpssystemet CW gir oss en god oversikt over hva som er anskaffet innenfor hvilke avtaler. Det er i overkant av 9 000 avtaleartikler i CW. Ved bestilling gjennom CW blir faktura sjekket mot bestilling og godkjent uten attestasjon eller anvisning. Etterarbeidet på en bestilling blir dermed forenklet i forhold til en bestilling utenom CW hvor faktura må gjennom attestasjon og anvisning. Kvalitetsikring av faktura blir bedre av bestilling gjennom CW ettersom avvik mellom leveranse og faktura vil stoppe fakturaen i systemet. Innkjøpsavdelingen har hatt opplæring i CW ute i organisasjonen for å øke kompetanse med å søke riktige artikler, samt velge artikler med riktig pris. Dette arbeidet vil fortsette kontinuerlig for å bedre kunnskapen om CW i organisasjonen. Systemet vil da oppleves som mer brukervennlig og lojaliteten til systemet blir høyere. Dette er eneste mulighet for å måle avtalelojalitet. Antallet faktura er for stort til at vi kan sjekke avtalelojalitet via vårt regnskapssytem Agresso. Vi har to typer avtaler i CW, konkurransebaserte- og ikke konkurransebaserte avtaler. Erfaringstall viser at å sette avtaler ut på konkurranse vil redusere prisen med i gjennomsnitt 15 %.

Tabell 7 – Fordeling anskaffelser i CW

Avtaler	Antall	Beløp 2019 i mnok
Konkurransebaserte avtaler (KB)	701	248,3
Ikke konkurransebaserte avtaler (IKB)	1045	216,6
Sum	**1746**	**464,9**

Tabell 7 viser fordelingen på avtaletyper i UNN ved innkjøp gjennom CW. I 2019 gjorde vi innkjøp for 464,9 mill. kr via CW. Av dette ble innkjøp for 216,6 mill. kr handlet på ikke-konkurransebaserte avtaler. Det innebærer at det er et potensial på 32,5 mill. kr ved å få konkurransebaserte avtaler på disse artiklene. Arbeidet med å konkuranseutsette avtaler tar tid. Den økonomiske effekten vil derfor fordeles noe fremover i tid. Vi har i tillegg potensial ved å handle artikler som i dag handles utenom avtaler i CW. Økning i lojalitet til CW har til nå resultert i små gevinster, da mye av endringen var avtaler som ble anskaffet utenfor CW med avtalepriser. Det forventes å oppnå gevinster både i 2020 og de neste fire årene.

Sak 40/2020 - vedlegg 3

Rapportering i LIS på etterlevelse av avtaler

I HN-LIS som er vårt rapporteringssystem er det utviklet en rapport som viser lojaliteten til bruken av CW. Rapporten oppdateres jevnlig og kan brukes til å måle andel innkjøp i CW med «drilldown» på kostnadssteder og kostnadskonti. For oppfølging av CW lojalitet brukes rapporten ut mot klinikkene. I dag er andelen innkjøp via CW 67 %.Det % er en økning fra satsingen startet høsten 2018. Rapporten gir ingen direkte økonomisk effekt, men er et hjelpemiddel for å måle effekter, og grunnlag for å korrigere innsatsen.

Reduksjon i varesortimentet

Det er i overkant av 9 000 artikler i CW. Ikke alle disse artiklene brukes. UNN følger den nasjonale kategoristrukturen for systematisering av innkjøpsmodellen. Det jobbes kontinuerlig med å fjerne artikler vi ikke trenger i sortimentet både for mer oversiktlig system, og for at det skal være lettere å velge produkter vi har avtaler på. Besparelse av en reduksjon i varesortiment vil komme i form av bedre avtaler og at artikler med høye priser blir fjernet fra CW slik at de med lavere pris blir bestilt. Sistnevte har en beregnet effekt allerede i 2020.

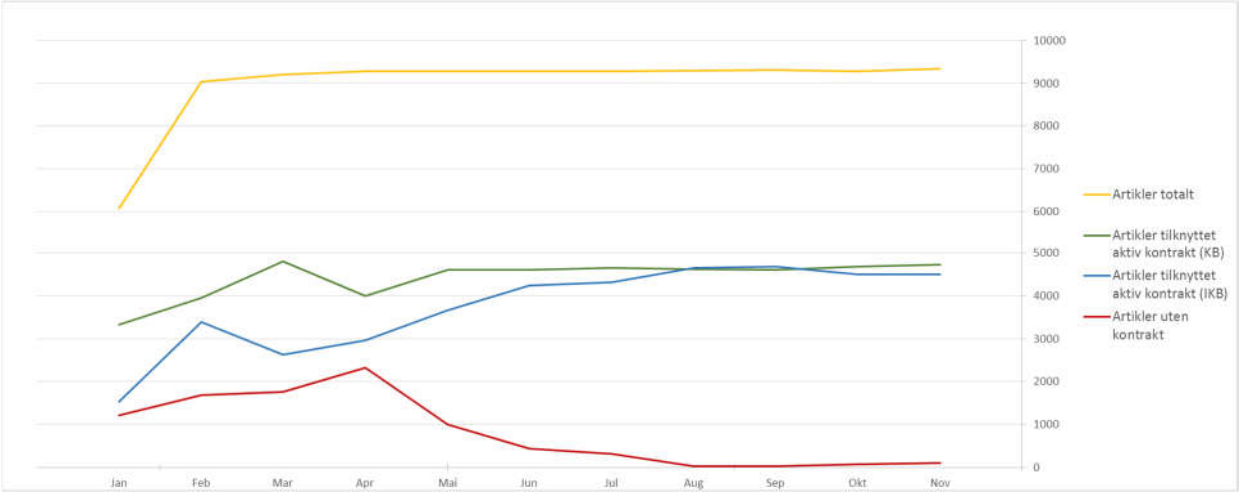
Bedre kontroll på CW artikler

For å gjøre riktige valg ved anskaffelse, må vi sikre at det alltid er oppdaterte priser på leverandørartikler i CW. Arbeidet er iverksatt og pågår kontinuerlig fremover. Dette vil gi en mindre, ikke målbar økonomisk gevinst.

Ajourthold kontrakter og artikkelinformasjon

En viktig del av innsparingene er å inngå avtaler på de områder vi trenger avtaler for. Innkjøpsseksjonen har derfor hatt høy prioritet på avtalene den siste tiden. For omtrent halvparten av de 9 000 artiklene i Clockwork foreligger konkurransebaserte avtaler. I den andre halvparten har det vært en fordeling (ca 60 %/40 %) med avtaler som ikke er konkurransebasert, som betyr av det er avtalt en pris uten noen form for konkurranser, og artikler uten avtaler. Det er gjort en stor jobb de siste måneder for å få artiklene uten avtaler over til artikler med avtaler. Figur 2 viser at artiklene per nå er 50 % med konkurransebaserte avtaler og 50 % med ikke konkurransebaserte avtaler. Det er dermed ingen artikler uten avtaler i CW per nå. Denne jobben skal fortsette kontinuerlig med målsetning om 100 % konkurransebaserte avtaler.

Figur 2 - Artikler i CW fordelt på avtaletype



Sak 40/2020 - vedlegg 3

UNN har per i dag 43 prosjekter (avtale konkurranser) pågående via Sykehusinnkjøp for nye innkjøpsavtaler. Hver av disse prosjektene inneholder mange artikler og enkelte av prosjektene inneholder flere hundre artikler. For et spesifikt prosjekt vil vi ha en årlig besparelse på 0,4 mill. kr. Prosjektet er i sluttfasen og gir en halvårseffekt i 2020..

Optimal bruk av legemiddelavtaler

Sykehusinnkjøp divisjon legemidler (tidligere LIS) innhenter nasjonale anbud på legemidler. I samarbeid med spesialistgrupper fra helseforetakene utarbeides anbefalinger for ulike legemiddelområder. Helse Nord ønsker at helseforetakene etterfølger anbefalingene. Dersom rimeligste alternativ ikke kan brukes av medisinske årsaker, skal det begrunnes i pasientens journal. Når doseøkning vurderes på grunn av utilstrekkelig effekt, skal økte kostnader veies mot kostnader og forventet helsegevinst ved skifte av preparat. Å etterfølge anbudene er viktig for god legemiddeløkonomi. For eksempel koster førstevalget for infliksimab (Remsima) 50 000 kr i året, mens originalpreparat Remicade koster 90 000 kr i året. Raskt bytte når et legemiddel mister førsteplassen er også viktig. Det er flere eksempler på at produsenter øker prisene dersom de mister anbudet, for eksempel øker prisen på legemiddelet Imatinib fra 500 kr til 10 000 kr pakken i det neste anbudet for HIV-legemidler der et kopipreparat har blitt førstevalget. Videre mister UNN ISF-inntekter for resepter med feil eller ingen ICD-10 kode. Dette utgjorde i 2019 ca 1 mill. kr i ISF-tap.

I UNN har anbefalingene om legemidler vært fulgt opp av hver klinikk og avdeling. Enkelte avdelinger følger LIS-anbudene, men det er fortsatt for stor variasjon. Generelt er det et potensial til å raskere gjennomføre skifte når det kommer nye LIS-anbud. For å møte dette er det igangsatt en jobb med å etablere en høykostlegemiddelgruppe som skal sikre at LIS-anbudene følges opp og etterleves. Arbeidet er under oppstart, og det skal nå ansettes en farmasøyt til oppfølging av dette arbeidet. Forventet besparelse er 10 mill. kr i 2020, med en effekt på ytterligere 10 mill. kr i 2021. Deltakerne i gruppen følger med på dato for nye LIS-anbud. Av de legemidler som skal på nye anbud i år vil potensial variere noe, ettersom hva er ny pris og hva endres prisen til på utgående anbud. Byttegraden kan følges slik at vi har månedlig oversikter over utviklingen gjennom at oversikten er på medikamentnivå, og viser hvor stor andel det er per medikament for enkelte sykdomsdiagnoser. Denne informasjonen brukes til målrettet oppfølging i fagmiljøene for å sikre medikamentbytter og beregne økonomiske effekter. God informasjon og dialog med fastleger og avtalespesialister i regionen er også viktig. Når du behandles på sykehus, har sykehuset ansvar for å finansiere de legemidlene du får under behandlingen. Sykehuset har også ansvar for legemiddelbehandling som skjer utenfor sykehus. Dette kalles forskriving på h-resept. Kostnadene for h-reseptlegemidler belastes helseforetaket hvor pasienten sogner til ut fra folkeregisrert adresse. Det er dermed ikke nødvendigvis helseforetaket som forskriver h-reseptlegemiddelet som betaler regningen.

Etablere produktråd

Det brukes mye tid på anbudskonkurranser for nye og eksisterende artikler. Ved enkelte tilfeller kreves høy deltakelse og mye tid for deltakere fra aktuelle fagmiljø i en konkurranse, mens det i andre tilfeller er mindre jobb. Det er planlagt produktråd både i UNN og på Helse Nord nivå. Produktrådene vil bistå i konkurranser og anbefale hvilke artikler som skal benyttes i de forskjellige kategoristrukturene. På denne måten blir det en større standardisering på artikler i forhold til pasientforløp. Å etablere produktråd har tatt lengre tid enn forventet, men UNN er nå klare til å igangsette sitt første. Det er forventet økonomiske effekter av å standardisere

artikler på tvers i UNN både mellom klinikker og lokalisasjoner. I dag bestilles det for mange forskjellige artikler til samme funksjon. Standardiseringen vil føre til at vi kjøper riktig produkt til riktig pris, noen som gir oss en forventet besparelse over tre år på totalt 15 mill. kr. Første produktråd var under planlegging før koronapandemien, og er blitt utsatt på bakgrunn av dette. Det forventes oppstart etter sommeren for første produktråd med ytterligere to produktråd i løpet av høsten.

Klinikker

Økonomisjefen har avholdt møter med alle klinikk – og senterlederteam med gjennomgang av innsparingspotensial for klinikken/senteret. Det er gjennomført lignende møter på seksjonsnivå, og det foreligger nå en detaljert oversikt over potensialet for å optimalisere innkjøpene.

I lanseringen av innkjøpssatsingen var målet til Helse Nord en besparelse på 400 mill. kr. Basert på dette ble målsetningen for UNN beregnet til 200 mill. kr. De grundige gjennomgangene har imidlertid vist at enkelte gevinster ikke vil bli like store som først antatt. UNN har derfor justert målsetningen til en besparelse på 130 mill. kr.

4.2 Redusere personalkostnader / redusere bruk av dyre løsninger

Våre ansatte er den viktigste ressursen vi har i UNN, og personalkostnadene utgjør en stor andel av vårt budsjett. Vi planlegger med at aktivitetsvekst ikke kan følges av like sterkt vekst i bemanningen. Det blir derfor avgjørende at vi gjennomfører tiltak som vil gi mer effektiv bemanningsstyring, som for eksempel større grad av samdrift og oppgaveglidning. Det er vanskelig å skille effektene av disse aktivitetene fra hverandre, men det er foventet 40 mill. kr i økonomisk effekt fra og med 2021 for summen av disse tiltakene, gradvis økende til 230 mill. kr i 2027.

Rekruttering og stabilisering

UNN tar i bruk metoden «Joy in work» eller «trivsel på jobb» som en systematisk tilnærming for å bygge en organisasjon som skaper fornøyde, friske medarbeidere som bidrar til å utvikle og oppnå organisasjonens mål og verdier. Metoden er utviklet av IHI (Instutute of Healthcare Improvements). Dette stiller krav til lederne våre, og satsing på opplæring og utvikling av lederne i UNN inngår derfor som en viktig del av satsingsområdet. Metodens trinn er utledet fra «hva er viktig for deg» konseptet for pasienter, sammenfaller godt med våre verdier, og inngår i UNNs arbeid med kontinuerlig forbedring.

Nærværsarbeid

UNN har gjennom de siste årene tatt i bruk flere gode verktøy for nærværsarbeid, og organisasjonen har blitt mer målrettet i nærværsarbeidet. Dette synliggjøres både gjennom særlig fokus på gravide og i arbeidet med forebygging av vold og trusler, hvor vi har hatt gode resultater og redusert sykefravær. Dette arbeidet vil fortsette i tiden fremover med utvikling av flere målrettede tiltak. Gjennom samarbeid med NAV øker vi fokuset på våre ansattes psykiske helse, og iverksetter tiltak som skal redusere fravær knyttet til belastninger og stress.

Utdanningskapasitet

Nasjonale framskrivinger og rapporter viser at helse- og omsorgssektoren i framtiden vil ha store utfordringer med å sikre tilstrekkelig rekruttering av personell med riktig kompetanse.

UNN har utdanningsprogrammer i dag som fylles opp etter behov. I dag har vi ikke en god nok oversikt over bemanningsbehovet i UNN i årene fremover. Etterutdanning skal planlegges slik at folk får nødvendig spesialkompetanse, men samtidig sikre videre drift ved avdelinger/seksjoner.

Arbeidet med utdanningskapasitet er påbegynt ved at det er laget en rapport med grundig gjennomgang av hvilke ressurser det vil være behov for. Denne viser tidslinjen frem til 2030. Det videre arbeidet med å sikre nok utdanningskapasitet for det økte behovet vil vi ikke se resultater av før de siste tre årene i bærekraftsanalysen. Arbeidet er i gang og vil gi gevinster i form av mindre innleie og overtid.

Aktivitetsstyrt bemanning

UNN har gjennom flere år utviklet verktøy for bedre bemanningsplanlegging. «Sengepostprosjektet» er et verktøy som gir sammmenstilte oversikter over aktivitet og bemanning gjennom døgnet per sengepost, og gir nødvendig informasjon for å korrigere bemanningsplanene slik at disse er i tråd med aktiviteten. Verktøyet er lagt frem for alle klinikker og tatt i bruk. Innen utgangen av 2020 skal alle sengeposter ta verktøyet i bruk og justerte bemanningsplaner skal foreligge. Deretter må planene justeres jevnlig i tråd med endringer i aktivitet.

Verktøy for bruk av trafikklysmetoden er utarbeidet, og opplæring igangsatt. Ved uforutsett fravær skal oppgaver utføres i henhold til en forhåndsdefinert prioritert liste. Dette sikrer at de viktigste oppgavene prioriteres når det er færre ansatte på jobb enn vanlig. Verktøyet bidrar også som beslutningsgrunnlag for fortløpende vurderinger av behov for å leie inn vikarer.

Legenes tjenesteplaner er lagt inn i GAT, og det er utviklet verktøy for bedre ressursstyring også på legesiden. Det gjennomføres kontinuerlige forbedringer i verktøyene, og målsetningen er at dette skal effektivisere driften, samtidig som det reduserer bruk av overtid. Bruk av overtid søkes videre fordelt på flere ansatte, slik at belastningen på noen få ikke skal bli for stor. Dette følges opp månedlig gjennom rapporter til lederne.

Jobbglidning

Satsing på utdanning og oppgaveglidning vil redusere behovet for vikarer i fremtiden. Gjennom avtaler med fagforeningene vil sommerplanleggingen endres slik at vi i større grad dekker våre tjenester uten å bruke dyre vikarløsninger. Dette gir både økt pasientsikkerhet og reduserte kostnader. Det er en målsetting å bruke vikarbyrå i minimal grad da dette er en særdeles kostbar måte å dekke opp bemanning på. Det er igangsatt arbeid med handlingsplaner for å øke oppgaveglidning fra sykepleiere til helsefagarbeidere, og klinikkene måles tertialvis opp mot målsettingen om økt andel helsefagarbeidere. Videre er det i flere klinikker gjort faste avtaler med helsefagstudenter i helgestillinger.

4.3 Videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet

Dersom vi ikke satser på å jobbe smartere med de innbyggerne som trenger mest helsetjenester, vil vi måtte velge hvilke grupper vi ikke skal hjelpe, og/eller bygge ut sengekapasiteten. Basert på SSB-tall og framskrivning utført av Økonomi-og analyseavdelingen på UNN (ØAA) om behov for senger i 2030, er det anslått et behov for 54 nye senger for UNN

totalt. Reduksjon i liggedøgn er en nødvendig investering for å frigi kapasitet for å møte fremtidige behov for helsetjenester. For å oppnå dette jobbes det med stormottakersatsingen, optimalisering av pasientforløp, og å redusere overbehandling. Videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet vil gi mange positive effekter. Av økonomiske effekter er det liggetiden som gir størst handlingsrom for å ta ut gevinster. UNN kan redusere med cirka 15 000 liggedøgn årlig ved å redusere liggetiden i UNN til samme nivå som gjennomsnitlig liggetid ved andre universitetssykehus. Dette tilsvarer cirka 41 senger, og en besparelse på ca 70 mill. kr. Nord-Norge har store avstander, og pasienter er ofte avhengige av å reise med fly, båt eller buss. Resultatet av dette er at enkelte pasienter må ligge en ekstra natt, og at liggetiden dermed blir lengre. UNN kan derfor ikke utnytte hele potensialet på 15 000 liggedøgn, og har en målsetning om å redusere med cirka 9 000 liggedøgn over de neste årene. Dette gir en besparelse på 45 mill. kr. Finansiering for å utnytte frigitt kapasitet må fordeles fra avsatte budsjettmidler i potten egne prioriteringer.

Stormottakersatsing
Stormottakersatsingen bygger på erfaringene med Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT), og har som mål å konsolidere metodikk, styrke samhandling med primærhelsetjenesten, og skalere PSHT metodikk fra den opprinnelige målgruppen skrøpelige eldre til flere pasientgrupper innenfor barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. Dette er i tråd med målsetting for etablering av «Helsefellesskapene», jfr. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.* Felles for disse pasientene er at de mottar tjenester fra flere aktører. Koordinering og samhandling glipper ofte, med konsekvens at disse pasientene blir «svingdør-pasienter» mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette påfører pasienter og helsetjenesten unødvendige kostnader, redusert livskvalitet, og frustrasjon hos helsearbeidere.

De sentrale prinsippene er: personsentrerte helsetjenester basert på pasientens prioriteringer («hva er viktig for deg?»), helhetlige helsetjenester på tvers av fag og nivå, og proaktive helsetjenester som forebygger og forutser endringer i risiko for forverring av tilstand. Stormottakersatsingen snur spesialisthelsetjenesten fra å være en «innadvendt reaktiv» tjeneste rettet mot pasienter som er sendt til sykehuset, til å bli en «utadvendt» digitalisert støtte til førstelinjetjenesten og pasienten selv, for om mulig å unngå sykehusinnleggelser i stormottakergruppen.

Etablering av «Helsefellesskapene», jfr. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*, skal sikre at arbeid med pasientforløpene til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre, og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres. Stormottakersatsingen retter seg mot disse pasientgruppene, og vil videreføres når Helsefellesskapene er formelt etablert.

Forankring i nasjonale, regionale og lokale strategier
Satsingen er tungt forankret nasjonalt (Nasjonal helse- og sykehusplan), regionalt (strategisk utviklingsplan, økonomisk langtidsplan og oppdragsdokument) og lokalt (strategisk utviklingsplan, direktørens dialogavtale og i direktørens ledergruppe)

Resultater

Sak 40/2020 - vedlegg 3

Publiserte forskningsresultater[1] viste at sammenliknet med en matchet kontrollgruppe, førte PSHT til:

- Lavere forbruk av øyeblikkelig hjelp
- 10 % reduksjon av ø-hjelpinnleggelser
- 32 % færre ø-hjelpsdøgn i sykehus
- Høyere forbruk av planlagte lavnivå tjenester (2,3 ganger mer planlagt poliklinikk)
- Lavere risiko for død (43 % redusert dødelighet etter seks måneder)

Forventede gevinster

Det er forventet gevinster både for pasienter, medarbeidere og økonomi:

- Redusert forbruk av de mest kostbare helsetjenestene i både kommuner og sykehus
- Redusert behov for øyeblikkelig hjelp (skifte med redusert bruk av kostbare ø-hjelpinnleggelser til økt bruk av planlagt poliklinikk)
- Redusert behov for institusjonstjenester
- Økt egenmestring (sekundærforebyggende, kan gi langtidseffekter på redusert risiko for andre komplikasjoner og kroniske lidelser)
- Økt jobbtilfredshet (redusertredusert sykefravær, redusert turnover)
- Økt bruk av IKT, inkludert videokonferanse, som vil gi gevinster i forhold til reduserte reiseutgifter og bedre smittevern
- Bedre koordinering, samhandling og gjensidig kompetanseoverføring mellom UNN og kommunene. Det bidrar til at kommunene blir i stand til å ta mer kompliserte pasienter tilbake til primærhelsetjenesten med ytterligere reduksjon i liggedøgn på sykehus
- Bedre integrerte tjenester for pasienter med psykisk lidelse, rus og samtidig somatiske sykelighet
- Bedret tilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusavhengighet

Gevinstrealisering

Basert på forbrukstall de siste årene er det lagt til grunn en forutsetning om at stormottakersatsing (PSHT delen) skal ha en kapasitet på 1700 pasienter per år. Ekstrapolering av forskningsresultatene til Stormottakersatsingens utvidete pasientgruppe vil dette redusere UNNs behov for ca 5500 liggedager tilsvarende 15 senger på årsbasis. En sengepost dimensjonert for 15 senger har et årsbudsjett på ca 35 mill. kr (lønn personell: leger og sykepleiere) på UNN. Dette må regnes opp mot kostnader for etablering av team tilsvarende ca 20 mill. tilsammen i de første to årene. Deretter vil kostnadene reduseres, noe som gir en nettobesparelse på cirka 14 mill. kr på årsbasis fra andre året, deretter 18 mill. kr per år knyttet til personalkostnader alene.

I Stormottakersatsingen forventes tilsvarende gevinster for flere pasientgrupper og med ringvirkninger i forhold til kvalitet og riktig bruk av ressurser.

To faser i utviklingen

Fase 1, fra 2020

En *gevinstfordelingsnøkkel* er utarbeidet og fordeles basert på avdelingsopphold:

- Nevro,- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR): 33 %

[1] Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score matched controlled trial G. K. R. Berntsen1,5*, M. Dalbakk2 , J. S. Hurley1 , T. Bergmo1 , B. Solbakken2 , L. Spansvoll3 , J. G. Bellika1 , S. O. Skrøvseth1 , T. Brattland4 and M. Rumpsfeld2

- Medisinsk klinikk (MK): 33 %
- Hjerte- og lungeklinikken (HLK): 24 %
- Kreft,- kirurgi- og kvinnehelseklinikken (K3K): 10 %

Antall senger innen psykisk helsevern som ytterligere kan reduseres med bakgrunn i drift av FACT team og endrede arbeidsformer er vanskelig å vurdere på nåværende tidspunkt. Gevinstene består i reduserte lønnskostnader når liggedøgn og tilhørende senger er redusert.

Fase 2, inn mot 2030

Stormottakersatsingen økes gradvis i årene fremover i takt med prioriteringer i budsjettet. Satsingen kan enten finansieres gjennom den årlige potten UNN har avsatt til interne prioriteringer (50 mill. kr pr år), eller ved å fordele kostnadene mellom de aktuelle klinikker.

Stormottakersatsing og COVID pandemi

PSHT team i dagens format og utbredelse (UNN i samarbeid med fem kommuner om skrøpelige eldre) ivaretar over 500 pasienter per år (før pandemien). I forbindelse med covid-19 har PSHT vært en ressurs i forhold til å bistå med erfaringer med bruk av videokonferanse (VK) og organisering av VK-støttede helsetjenester for ulike avdelinger og faggrupper. Dette er en gevinst som tydeliggjør potensialet som ligger i næroppfølgingen av komplekse pasienter når helsetjenesten finner fram til en forandret normalsituasjon. Foreløpig er dette potensialet ikke tallfestet. En evaluering av covid-19 handteringen og permanente endringer av organisering av arbeidsflyt vil gi bedre detaljer og innsikt. Redusert bruk av fysisk poliklinikk, bedre faglig oppfølging av pasienter og kommunehelsetjenesten, og sparte reisekostnader er gevinster som er realisert i denne perioden. Erfaringene fra koronapandemien vil bidra til å kunne utvide tjenestene til flere pasientgrupper (innenfor og utenfor målgruppen til stormottakersatsing), og dermed bidra til gevinstrealisering utover dagens estimat. PSHT forventes å være tilbake i normal drift i løpet av siste halvdel av 2020, og vil da basert på dagens kapasitet fortsette å produsere de gevinster som er beskrevet i forskningen, eller noe bedre.

Gjennomføring av stormottakersatsing er detaljert planlagt. Arbeid med delprosjektene er igangsatt avhengig av økonomisk og organisatorisk handlingsrom.
Effektene realiseres kontinuerlig og fram til slutten av implementeringsfasen 4. kvartal 2021. Vedlagt milepælsplan beskriver implementering og innslag for gevinstrealisering, ved oppstart av prosjektet høsten 2020.

I avhengighet av beslutning om fullfinansering er følgende milepælsplan utarbeidet:

Tabell 8 – Milepælsplan Stormottakersatsing

Sak 40/2020 - vedlegg 3

Periode	Aktivitet/gevinst/milepæl	Forventet gevinstrealisering
Q3 – 2020	PSHT utvidelse med flere kommuner Klinikkvise case beskrivelser Bruk av videokonferanse	PSHT utvider kapasitet og dermed økt gevinstrealisering Liten gevinstrealisering for Stomottakersatsningen, men noe gevinstrealisering i form av reduserte reiseutgifter er knyttet til økt bruk av VK Konkretisering av gevinster fra pasientgrupper som ikke har vært del av PSHT (gevinstidentifisering)
Q4 – 2020	• «114»-enhet etableres («Én dør inn»). Dette er et responssenter mellom kommunene og UNN som setter sammen pasientens team (rett kompetanse og rett ressurs) • Pilot : Risikostratifiseringsverktøy identifiserer stormottakere ved kontakt med helsevesen • Flere kommuner inkludert i programmet	Redusert ressursbruk i team som deler ressurser for koordinering (gevinstrealisering) Mer effektiv identifisering av pasienter som bør få tilbud om stormottakertjenester (gevinstidentifisering) Økt rekruttering (gevinstrealisering av effekt for flere pasienter)
Q1 – 2021	Som Q4 – 2020	Som Q4 – 2020
Q2 – 2021	• «114»-enhet(responssenter) i drift • Risikostratifiseringsverktøy identifiserer stormottakere ved kontakt med helsevesen Pasientgrunnlag utvidet • Antall kommuner utvidet • Andre metoder og verktøy er videreutviklet og innfaset	Redusert ressursbruk i team som deler ressurser for koordinering (gevinstrealisering) Mer effektiv identifisering av pasienter som bør få tilbud om stormottakertjenester (gevinstidentifisering) Økt rekruttering (gevinstrealisering av effekt for flere pasienter)
Q3+4 – 2021	+ Evaluering og iterasjon av metoder og organisering	Identifisering av nye gevinster Forbedring av gevinstrealisering
Q1+Q2 – 2022	Konsolidering i drift og avvikling av prosjekt	Forbedring av gevinstoppnåelse

Video- og skypekonsultasjoner

Arbeidet med å øke video- og telekonsultasjoner skal intensiveres fremover. Dette medfører mindre reising for pasienter hvor behovet for fysisk oppmøte ikke er tilstede, og dermed reduserte pasientreisekostnader. Frem til nå har det vært knyttet usikkerhet til kvalitet på videokonferanseutstyr for å gjennomføre konsultasjoner over video. Under koronatiden fra 12. mars frem til i dag har det vært en mangedobling av aktiviteten over video og telefon. Den tekniske løsningen har fungert bra, og det har gitt verdifull erfaring for målrettet og hensiktsmessig bruk av video- og telekonsultasjoner i en mer normal driftssituasjon etter koronapandemien. Økonomisk er gjennomsnittlig reisekostnad for en pasient i UNN 700 kr. I 2019 haddde UNN 231 521 ISF berrettigede konsultasjoner. Målet er at 30 % av disse skal over til videokonsultasjon. Dette vil gi en kostnadsreduksjon på pasientreiser med 48,6 mill. kr.

Optimalisere pasientforløp

Nasjonal kostnad per pasient (KPP)-database kombinert med lokal KPP-database (for ytterligere detaljinnsikt) er brukt som datagrunnlag for å benchmarke pasientforløp i UNN med andre universitetssykehus. Målet med benchmarkingen er at klinikkene skal få detaljert kunnskap for å effektivisere sine forløp. Store deler av den potensielle gevinsten ligger i liggetiden. Arbeidet med å definere hvilke forløp som kan forbedres og effektiviseres er i gang. Den videre jobben med å ta lærdom av andre og endre egne forløp er utsatt på grunn av koronapandemien, men vil starte opp igjen så fort det er mulig. Tilnærmingen i dette arbeidet vil være gjennom

kontinuerlig forbedringsmetodikk, der målet er å forbedre arbeidsprosesser og redusere ikke medisinsk begrunnet ventetid. Hittil er det K3K, MK og NOR klinikkene som har kommet lengst i arbeidet med å forbedre pasientforløp basert på nasjonale og lokale KPP-tall. Øvrige klinikker skal starte opp arbeidet når databasene er oppdatert med 2019-tall.

Benchmarkingen i K3K sammenligner UNNs resultater med tilsvarende tall fra Helse Bergen (HB).

Tabell 9 – Hovedfunn benchmarking KPP Kreft-, kirurgi- og kvinnehelseklinikken

	Vektet gj.sn liggetid pr.opphold		
Utvalg, type	UNN	Helse Berger	Forskjell UNN-HB, gj.sn liggedøgn pr.opphold
Binyrer og hypofyse	6,4	4,7	1,7
Biskjoldbruskkjertelen	2,6	2,4	0,2
Bryst	2,0	2,4	-0,5
Bukspyttkjertel, lever og galleveier	9,9	15,9	-6,0
Gyn	3,3	2,0	1,3
Gyn, malign	5,8	5,5	0,3
Gyn, rekonstruktive inngrep	1,9	1,5	0,4
Kolecystektomi, endoskopisk eller lapraskopisk	5,1	5,0	0,2
Nyre, ureter, blære	6,7	9,1	-2,4
Prostata	2,9	3,1	-0,2
Rectum	8,5	10,4	-1,9
Scrotum	2,0	1,9	0,1
Skjoldbruskkjertelen	2,6	2,5	0,1
Spiserør, magesekk, tolvfingertarm	14,8	14,4	0,4
Transurethrale operasjoner ekskl på prostata	2,6	2,2	0,4
Tynn og tykktarm	12,2	12,0	0,2

Tabell 9 viser at flere pasientforløp har potensial for reduksjon av liggetid. Det videre arbeidet er utsatt til høsten i påvente av bedring av koronasituasjonen. Planen er å identifisere effektiviseringspotensialet i samarbeid med Helse Bergen og endre pasientforløpet på UNN.

Alle avdelinger i Medisinsk klinikk har gjennom interne arbeidsprosesser analysert tallmaterialet for sine avdelinger. På bakgrunn av dette har Økonomi- og analyseavdelingen laget et oppsett som sammenligner UNN med øvrige helseforetak nasjonalt. Denne fremstillingen er så langt presentert for avdelings- og seksjonsledelsen innenfor alle fagfelt i klinikken. Ved gjennomgang og diskusjon rundt disse har det kommet frem interessante observasjoner og erkjennelser. Det ble ikke tatt tak i disse før koronapandemien, men tiltak vil bli iverksatt så snart det blir normalsituasjon igjen. Etter identifisering av potensial, vil det bli gjennomført tiltak for effektivisering av pasientforløpene.

Nevro-, ortopedi-, og rehabiliteringsklinikken har gått gjennom kostnad per pasient (kpp)-data innen sykdommene:

- Hjerneslag (uten TIA m/BK)
- Revisjonsproteser
- Primærproteser med og uten komplikasjoner
- Primær protese i kne eller ankel
- Overarmsbrudd og beinbrudd
- Rygglidelser og traumatiske tilstander / symptomer i ryggen

Sak 40/2020 - vedlegg 3

- Netthinneløsning
- Rehabilitering, kompleks og vanlig

Hjerneslag
I gjennomgangen av hjerneslagsforløp ble det oppdaget feil i datamaterialet. ØAA skal lage en oppdatert fremstilling når 2019-dataene er klare på grunn av feil i tallmaterialet. Klinikken skal deretter analysere tallene så snart de foreligger og vurdere om det er grunnlag for videre arbeid.

Ortopedi
Det er spesielt ved revisjonsproteser og primære, ukompliserte hofteleddproteser at UNN har lengre liggetid sammenlignet med de andre universitetssykehusene. Kostnadene kan reduseres betydelig ved å få ned liggetiden. Representanter fra Ortopedisk avdeling, alle lokalisasjoner, var på studiebesøk ved St. Olavs Hospital i november -19. St Olavs Hospital har svært effektive forløp, men på grunn av ulik organisering og lavere pasientvolum kan ikke forløpene kopieres direkte til UNN. Ortopedisk avdeling jobber aktivt med å redusere liggetiden for pasienter med primært innsatt kne- og hofteprotese. Avdelingen har kopiert elementer fra St. Olavs Hospital blant annet i forhold til preoperativ poliklinikk, og planlegger en integrert, tverrfaglig klargjøring og vurdering som øker effektiviteten. I tillegg utnyttes mange andre råd som vil bidra til å redusere liggetiden. Pasientene blir tildelt time for operasjon direkte etter vurdering, og forespeiles et planlagt tre dagers opphold. Dette er en viktig betingelse for å få ned liggetiden med potensialet, som er to dager. Opplegget sparer ekstra besøk ved UNN for å være med på hofte- eller kneskole. Pasientene legges inn på sengeposten operasjonsdagen. Det planlegges en pilot av ny type preoperativ poliklinikk før sommeren, før det implementeres for fullt fra høsten (med forbehold om pandemisituasjonen). Opplegget skal overføres også til pasienter som får kneproteser, og til de andre UNN-lokalisasjonene. Revisjonsproteseforløpene er interessante på grunn av store forskjeller fra andre universitetssykehus. Her er liggetiden funnet uventet lang og lengre enn alle andre universitetssykehus. Dette skal analyseres nærmere på når KPP-data for 2019 foreligger. Fra høsten vil vi ha oppdaterte tall og gevinstene vil komme fra senhøsten.

Rygglidelser
Det har foreløpig ikke vært gjort konkrete vurderinger av pasientforløpene i denne delen av benchmarkingen. Resultatene har vist signifikant høyere kostnader ved slik behandling i UNN enn ved andre universitetssykehus med unntak av OUS. Liggetiden var noe lengre i UNN. Det er nødvendig å se nærmere på pasientforløpet basert på 2019 data. Videre arbeid vil fortsette når disse data foreligger.

Netthinneløsing
Netthinneløsing er øyeblikkelig hjelp behandling. Liggetiden er noe lenger i UNN sammenlignet med andre universitetssykehus. Kostnadsforskjellene mellom sykehusene er uventet store. Det sykehuset som har høyest kostnad og det som har lavest kostnad har identisk liggetid. Dette gjør at datasettene må kvalitetssikres. Pasientforløpet er under vurdering og sammenlignes med de andre universitetssykehusene for å få til en reduksjon i liggetiden med 0,5 – 1 døgn. Noe av oppholdet kan trolig flyttes til poliklinisk- eller dagbehandling ved mer bruk av pasienthotell før eller etter operasjonen. Dette vil redusere kostnadene for pasientforløpet. Geografiske forhold påvirker liggetiden til en viss grad. Det kan også være forskjeller i

implantatkostnader mellom sykehusene. Over sommeren vil tallene for 2019 være klare og arbeidet vil fortsette.

Rehabilitering
UNN har en høyere driftskostnad enn andre universitetssykehus både for vanlig og kompleks rehabilitering. Liggetiden er noe lenger ved vanlig rehabilitering enn de andre universitetsykehus. Pasientforløpene innen rehabilitering og hele virksomheten som sådan blir nå gjennomgått i et større prosjekt som omfatter rehabiliteringsvirksomheten ved alle UNNs lokalisasjoner, inkludert de områdegeriatriske teamene. Så langt er det funnet at det er nødvendig å redusere/eliminere vikarinnleie ved døgnenheten i Breivika, arbeide med forbedring av arbeidsmiljøet, samt forbedret koding. Andre former for omlegging i driften vil også bli vurdert i prosjektet.

Kloke valg – unngå overbehandling
Det er en økende erkjennelse at mange pasienter mottar behandling og oppfølgning med liten nytteverdi. Dette er bakgrunnen for blant annet Legeforeningens kampanje «Gjør kloke valg». En del oppfølging foregår på grunn av vaner, tradisjoner, og som ledd i nasjonale retningslinjer, uavhengig av prognose. Nytten av en del kontroller er omdiskutert, for eksempel opptrer symptomer på tilbakefall av kreft som hovedregel i intervallene mellom kontroller. Mange pasienter som får symptomer kontakter ikke lege, men venter på kontrolltime. Det planlegges en satsning på «kloke valg» i UNN. Arbeidet vil starte i 2020 og gi effekter fra og med 2021. Formålet er å redusere unødvendig diagnostikk og behandling. I det forberedende arbeidet har UNN vært i dialog med Legeforeningen og andre sykehus. Flere tiltak har vært pilotert og behovet forsterkes av etterslepet som har oppstått på grunn av koronapandemien. I 2019 startet et prosjekt som heter «ikke stikk meg uten grunn». Dette har resultert i 26 % nedgang i antall blodprøver hos den aktuelle avdelingen.

«Unyttige inngrep» er definert fra de kirurgiske miljøene, helse- og omsorgsministeren, og er etablert som indikator i overordnet planleggingsgruppe for operasjonsvirksomhet UNN.

Tabell 10 – Unyttige inngrep

	2019	2018
Unyttige inngrep totalt	**958**	**925**
Karpaltunnelsyndrom	151	170
Tonsillectomier	104	140
Varicerinngrep	141	139
Hemorrideinngrep	159	114
Ganglion	39	61
Brystreduksjonsinngrep	34	57
Mannlig sterilisering	39	11
Acromionreseksjon i skulder	26	20
Hysterectomier store blødninger	35	18
Artroskopi ved kneartrose	4	4

Ved å redusere disse inngrepene vil det bli frigjort kapasitet til å operere andre pasienter (ventelisteproblematikk). Tiltaket vil dermed først og fremst ha en kvalitetsgevinst. Økonomisk gevinst oppnås dersom den frigjorte kapasiteten benyttes til operasjoner som gir høyere ISF-inntekter enn de operasjonene som reduseres. Dette er foreløpig ikke analysert og beregnet, og er dermed ikke en del av den økonomsike tiltakslista.

Overbehandling poliklinikker
Tidligere analyser gjort av Økonomi- og analyseavdelingen i UNN, har avdekket betydelige forskjeller i forbruksrater innad i UNNs opptaksområder. Innbyggere i Sør-Troms har i gjennomsnitt en konsultasjon mer per innbygger enn resten av opptaksområdet. Det er planlagt å kartlegge tiltak for å redusere denne forskjellen. Dette arbeidet er ikke påbegynt.

Økt aktivitet
Vi står ovenfor en eldrebølge hvor økt kapasitet og akivitet ved sykehusene vil være nødvendig. Fremskrivning for 2030 viser at UNN trenger 54 flere senger i 2030 enn i dag. For å møte dette må vi allerede nå planlegge for den økte aktiviteten som kommer i årene fremover. Lange ventelister og høye gjestepasientkostnader tilsier også at det er behov for en aktivitetsøkning. Det har over flere år vært høye ventelister i UNN. Flere av tiltakene for å videreutvikle og forbedre tjenestetilbudet skal resultere i redusert liggetid, og dermed frigi kapasitet. Denne kapasiteten kan brukes til økt aktivitet dersom den finansieres av UNNs interne pott til egne prioriteringer. Ny hybridstue (ferdig 2021/2022) gir også økt operasjonskapasitet. Økte inntekter som følge av økt aktivitet er beregnet til 28,5 mill. kr i 2021, gradvis økende til 114 mill. kr i 2027.

IKT satsinger
Helse Nord RHF signerte i desember 2014 en avtale med EVRY som sikret helseregionen en gjennomgående løsning for elektronisk kurve og medikasjon, MetaVision. En kurve er tilknyttet journalen, og er det skjemaet legene blant annet bruker for å notere medisindoser og type behandling pasientene får, blodprøvesvar, observasjoner, data fra medisinsk teknisk utstyr og annen relevant informasjon. Den elektroniske kurven vil sørge for at all informasjon er tilgjengelig for alle som har tilgang til journalkurven. Informasjon som tidligere bare fantes på papir vil gjennom elektronisk kurve bli tilgjengelig for helsepersonell flere steder samtidig, noe som gjør at beslutninger kan fattes raskere og tiltak starte med en gang. Tidspunktet for innføringen i UNN er påvirket av pågående pandemisituasjon, men vil sannsynligvis skje i løpet av 2021. Det regionale kurveprosjektet har beskrevet en rekke potensielle gevinster, også økonomiske, ved innføring av elektronisk kurve. Dette inkluderer mindre tidsbruk på høsting av data fra medisinsk teknisk utstyr, økt pasientsikkerhet med betydelig redusert risiko for feilmedisinering, færre komplikasjoner og tidlig oppdagelse av forverret tilstand med mere. Tilsvarende innføres det etter foreliggende planer også i 2021 en betydelig oppgradert og forbedret versjon av elektronisk pasientjournal, DiPS Arena. Arena vil legge grunnlag for mer strukturerte journaldata, gjenbruk av data, bedre operasjonsplanlegging, og en rekke andre muligheter der det legges stor vekt på både brukervennlighet og felles regionale prosedyrer. Dette vil på sikt innebære mindre «brødtekst» i pasientjournalen og mindre behov for skrivetjenester, samt bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Også forbedret versjon av eksisterende talegjenkjenningsteknologi vil gi grunnlag for betydelig lavere ressursbruk på skriving av journaltekst.

Det regionale prosjektet med digitale innbyggertjenester legger til rette for at innkallingsbrev og andre dokumenter kan sendes elektronisk til pasienter i løpet av inneværende år. Dette vil redusere oppgaver med fysisk utsending, og spare portoutgifter. Innføring av elektroniske skjema for kommunikasjon med pasient der innsendte data kommer rett inn i pasientjournal, vil innebære potensial for mer digital oppfølging av pasienter og færre konsultasjoner/kontroller. Det gir også reduserte reisekostnader og bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

Prosjektet helhetlig informasjonssikkerhet i Helse Nord IKT vil lette administrering av tilganger til kliniske og administrative IKT-systemer i betydelig grad. Det vil også legge grunnlag for raskere og sikrere pålogging til systemene samt økt bruk av mobile plattformer. Også i dette vil det ligge gode muligheter for gevinster i sykehusforetakene i regionen.

Det arbeides nå strukturert med gevinstrealiseringsplaner i mottaksprosjektene for DiPS Arena og elektronisk kurveløsning i UNN, i nært samarbeid med det regionale prosjektet. Innføringsprosjektene i seg selv innebærer store kostander, og det vil ikke være realistisk å beregne vesentlige gevinster av disse i 2021. På litt lengre sikt vil disse prosjektene legge grunnlag for betydelige gevinster i form av redusert tid til journaldokumentasjon, særlig mindre skriving. Gevinsten kan tas ut ved reduksjon i merkantile ressurser, eller ved at merkantile ressurser kan omdisponeres til å utføre oppgaver som frigir tid for leger og eventuelt sykepleiere. Dette kan legge grunnlag for økt aktivitet med tilhørende inntekter uten tilsvarende økning i personellkostnader, og/eller bidra til lavere personellkostnader. I sum er det realistisk å planlegge med at gevinstene minst vil kunne tilsvare de økte kostandene med investering i systemene og forvaltning av disse. Gevinstpotensialet vil underbygges ytterligere når også mobile plattformer blir tilgjengelig, noe som letter arbeidshverdagen for ansatte og tilgjengeliggjør og bedrer journaldokumentasjon. Økt pasientsikkerhet og effekter av bedre regionale løsninger bidrar også til gevinstpotensialet sammen med forventede gevinster av bedre digitale innbyggertjenester og omtalte effekter av informasjonssikkerhetsarbeidet. Alle disse tiltakene innebærer også store kostnader, men i sum vil det være realistisk at samlet gevinstuttak blir tilsvarende økning i ikt-kostnader, ca. 50 mill. kr pr år fra 2023, med noe lavere sum i 2022.

4.4 Gevinstrealiseringsplan NUN

Forutsetninger for å beregne gevinstrealisering i NUN

Prinsippene er at NUN skal driftes som et pasientsentrert og integrert sykehus for somatikk, rus- og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern med fysisk samlokalisering, og med «én dør inn og én skjerm inn». De tre funksjonsområdene skal samarbeide og samdrifte på en helhetlig og proaktiv måte. Dette inkluderer samarbeid med kommunene rundt lokalsykehuset. En sentral gevinst av samdrift og samarbeid er knyttet til pasienter med komplekse og sammensatte helseutfordringer. Det forventes at en samlokalisering vil gi gevinst i form av økt samarbeid og styrket helsetjenestetilbud rundt særlig sårbare pasientgrupper.

NUN skal ha bufferkapasitet for lokalsykehusfunksjonen i sitt opptaksområde, det vil si omfatte Midt-Troms. Befolkningsgrunnlaget til NUN vil frem mot 2035 øke med 500 til 30.000. Inkludert bufferkapasitet er befolkningsgrunnlaget 42.000.

For å kunne utnytte bufferkapasiteten er det iverksatt arbeid for å se på funksjonsfordeling mellom UNNs lokalisasjoner. Dette arbeidet er nå satt på vent med bakgrunn i den pågående

koronapandemien. Dokumentasjon av gevinster gjennom bedre funksjonsfordeling og bruk av bufferkapasitet i NUN er derfor p.t. ikke ferdigstilt.

Andre fokusområder i arbeidet er personellressurser, oppgaveglidning, e-helse og medisinsk teknisk utstyr, inkludert sambruk.

UNN Narvik har den laveste bemanningsfaktoren for sykepleiere og andre personellgrupper innenfor hele UNN sin organisasjon. Det er fortsatt slik at ikke alle får tilbud om fulltidsstillinger. Gjennom arbeidsgruppene i OU-prosessen viser den lave bemanningsfaktoren at det er lite rom for å ta ned dagens bemanning, også inn mot NUN. Effektiviseringen i NUN skjer primært gjennom bedre arbeidsflyt og økt aktivitet levert fra de medarbeidere og stillinger som er i UNN Narvik.

Endringer i bemanning for eksempel innen radiologi, operasjon, anestesi, kirurgi, vil være en del av de strategiske endringene som UNN gjør fortløpende, eller allerede har vedtatt (som satsningen innen ortopedi og dagkirurgi som følge av Nasjonal helse- og sykehusplan) og er ikke en konsekvens av NUN. Unntaket er at det er lagt inn en ekstra operasjonsstue som vil gi økt aktivitet i UNN Narvik og UNN samlet.

Etablering av portørtjenesten for UNN Narvik og UNN Harstad er det lagt frem forslag for. Dette skal behandles i forbindelse med virksomhetsplanlegging 2021. Denne vil bli innført i forkant av NUN. Gevinstrealiseringen ligger i avlastning av sykepleiere i forhold til oppgaver de ivaretar i dag.

UNN Narvik har lavere gjennomsnittlig liggetid enn øvrige deler av UNN. Det er vurdert at det ikke er mye gevinst å hente ut på ytterligere redusert liggetid i NUN utover det som følger av økt bruk av pasienthotell og avklaringsenhet. Det er forventet gevinster gjennom stormottakersatsningen, spesielt på færre øyeblikkelig hjelp innleggelser. For UNN samlet kan det være noe å hente på reduksjon av liggetid.

Narvik kommune skal bygge Helsehus samtidig som NUN bygges. Narvik kommune har størst antall av utskrivingsklare pasienter og døgn i UNN Narvik. Gjennom at kommunen øker sengekapasitet gir det en gevinst for NUN fordi det ikke blir behov for å bruke UNNs personellressurser på pasienter som er ferdigbehandlet hos oss.

I NUN vil det etableres en avklaringsenhet («OBS-post») i tilknytning til akuttmottaket. Denne kan ivareta pasienter som er 24 timer eller kortere inne på sykehuset. Det betyr en reduksjon i antall pasienter som blir lagt inn på sengepostene sammenlignet med i dag.

Gevinst av samlokalisering av somatisk poliklinikk er allerede hentet ut i UNN Narvik. Fremover vil det også være mulighet for gevinst gjennom økt aktivitet knyttet til endring av åpningstid fra seks til åtte timer per dag for funksjonsområdene somatikk, rus- og avhengighetsmedisin, og psykisk helsevern.
Gjennom å standardisere rom har man planlagt for fleksibel bruk av rom mellom fagområdene. Dette reduserer risiko for store og/eller kostbare ombygninger ved bruksendring, eller senere omdisponering av rommene ved endret aktivitet.

Sak 40/2020 - vedlegg 3

I OU-prosessen inn mot forprosjektet er areal redusert med over 1100 kvadratmeter sammenlignet med konseptrapporten. Dette er gjort for å unngå areal som vil kreve økt bruk av personell, samt å redusere driftskostnader og investeringskostnader. Ytterligere kutt i bygningsarealet er vurdert å gå direkte utover funksjonalitet i bygget, og kan påvirke de kliniske tjenestene på en uheldig måte.

Tabell 11 viser detaljert oversikt over gevinstrealiseringstiltakene i NUN.

Tabell 11 – Gevinstrealisering NUN

Gevinstrealiseringsberegning Nye UNN Narvik			
Pkt	**Hva**	**Netto beløp**	**Kommentar**
1	PSHT	-	Siden lønn og felleskostnader inngår i PSHT- tallet forutsettes det reduksjon i lønnsutgifter mm som notatet sier en ikke skal ta inn
2	3 færre utskrivningsklare senger	-	UNN har et inntektskrav på 31 mill kr. I tillegg vil eventuelle besparinger bli på lønn.
3	Føde/ ortopedi senger	-	En skal ikke se på lønnsdelen jft. notatet
4	700 flere opphold	1 400 000	Forutsetning: direkte kostnader (3 stillinger + 8000 pr. inngrep). Inntekt lik gj. Snitt indeks. Forutsetter at kirurgi, sterilsentral, oppvåkning og anestesileger ikke økes
5	3 vakter spart per uke- innleie/ overtid	720 000	Forutsetning: timepris 750 kr timen (gj. Snitt av overtid/ innleie), 8 timers vakt, 40 ukers behov
6	Fremtidig økning i konsultasjoner	-400 000	Forutsetning: 2025 nivå (28270). Merkostnad: pasientreiser,+ ½ time lege a 750 per time. Indeks 0,063 per konsultasjon. Medikamentkostnader pr kons. kr 670,-. Dagens pris på ett poeng.
7	Besparte pasientkostnader. 30 % telefon/ VK	6 596 333	Forutsetning: besparing kr 700 pr. konsultasjon. 2025 nivå er lagt på antall konsultasjoner (se over).
8	1.14 Dialyse	-	Ved 6 dagers drift/ doble skift vil lønnskostnad øke. Ingen netto effekt. I 2019 var det 73 behandlinger på Harstad sykehus som tilhørte opptaksområdet til NUN.
9	Økt audiograf	-	Inngår i økningen over (fremskrivingen)- de 1100 økte konsultasjonene inngår i pkt. 7 (nettovirkning).
10	Fremskrivning sykehusopphold	-	Inngår slik vi ser det i de over (pkt. 1 og 7)
11	5 færre merkantile ressurser	2 500 000	Gj. lønn kr 500 000 inkl. sosiale kostnader
12	Renhold	500 000	Samlet areal i ett hus, mer effektivt renhold, redusert 0,7 stilling renhold
13	MVA refusjon	2 500 000	MVA refusjon fra Narvik kommune etter overdragelse av tunnel (10 års varighet)
14	Energi	1 600 000	Reduserte energikostnader ved nybygg og utnytting av grunnvann til varmepumpe
15	Kjøkken	800 000	Reduksjon 1 stilling
16	Forsyning	-500 000	Aktiv forsyning, jobbglidning der forsyning er nærmere pasient og sykepleier effektiviseres
17	Vedlikehold	-	
18	Drift	1 600 000	Ny teknologi for drift, redusert vedlikehold, reduksjon av 2 stillinger
19	Ny teknologi	-	
20	Leiekostnader Brakke Narvik	381 512	Faller bort når NUN står ferdig- helårsvirkning
Sum		**17 697 845**	

Tiltakene omfatter både økte inntekter og reduserte kostnader og er oppsummert i tabell 12.

Tabell 12 – Gevinstrealisering NUN på innteker/kostnader

Sak 40/2020 - vedlegg 3

Hva	Netto beløp i tnok
Inntekt	9 404
Personalkosnader	2 467
Pasient-/reisekostnader	996
Driftskostnader	4 832
SUM	**17 698**

Gevinstene av NUN er totalt 17,7 mill. kr pr år. Det betyr at store deler av nye avskrivnings- og rentekostnader vil dekkes av generell omstilling i UNN.

Gevinster og tiltak

Stormottakersatsingen vil bygge på satsingen Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT) og konsolidere metodikk, styrke samhandling med primærhelsetjenesten, og skalere PSHT fra den opprinnelige målgruppen skrøpelige eldre til flere pasientgrupper innenfor barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. UNN Narvik vil fram mot innflytting i NUN utvikle PSHT og stormottakersatsingen i samarbeid med kommunene. I 2019 ble FACT team etablert i UNN Narvik, og kommunen og vil komme inn som en del av den videre stormottakersatsingen.

For UNN Narvik kan det bety en sengetallsreduksjon på mellom tre-fem senger i somatikken begrunnet i PSHT. Med bakgrunn i den lavere grunnbemanningen i UNN Narvik vil ikke dette ha en effekt med hensyn til å ta ned pleiestillinger fordi dette vil gå utover beredskapen. Sammen med oppgaveglidning fra sykepleiere til annet personell vil redusert bruk av senger i post gi som effekt at man kan bruke personell på tvers og bemanne avklaringsenheten («obs-post») i felles akuttmottak. Avklaringsenheten skal ivareta pasienter som er inne 24 timer eller kortere.

Narvik kommune alene har de siste årene hatt kapasitetsutfordringer for å ta imot utskrivningsklare pasienter. I det siste året utgjorde dette cirka 1300 liggedager i UNN Narvik (inkludert liggedager fra Ballangen kommune som nå inngår i Narvik kommune). Det nye Helsehuset vil bidra til å redusere liggedager på NUN tilsvarende med cirka tre senger på årsbasis.

I NUN blir det flere hotellsenger enn i UNN Narvik. Sengene skal brukes til føde-/gyn pasienter, og pasienter innen kirurgi og ortopedi primært som ikke har behov for å ligge på en somatisk sengepost mens de får behandling ved NUN.

Operasjonsaktivitet

I NUN er det planlagt en ekstra operasjonsstue sammenlignet med dagens UNN Narvik, slik at det i NUN blir til sammen seks stuer. Operasjonsplanlegging i UNN har vist at det er økt behov for å flytte flere operasjoner fra Tromsø til de to andre lokalisasjonene i UNN, og at det er gjennom NUN at UNN kan få en økt operasjonskapasitet. En operasjonsstue nummer seks i NUN vil gi en økt elektiv kapasitet i UNN på mer enn 700 inngrep per år. Beregningene er gjort ut i fra 3,5 inngrep per dag, fem dager per uke i 40 uker per år, samt noen inngrep i lavdriftsperioden. For å kunne gi en slik økt aktivitet må det ansettes tre spesialsykepleiere innen anestesi-/operasjonsvirksomhet. De økte personalkostnadene i NUN må primært tas gjennom omfordeling internt i UNN, økte inntekter, redusert variabel lønn (overtid og innleie),

og reduserte gjestepasientutgifter. Økt kapasitet vil lønne seg økonomisk, gi stabil arbeidsflyt og bidra til kontinuerlig drift inkludert bemanning ved beredskap. Mht miljøkonsekvenser er det fordelaktig at det bygges en sjette operasjonsstue i forbindelse med byggingen av NUN, sammenlignet med å gjøre ombygginger ved en senere anledning for å imøtekomme behovet for økt kapasitet.

Oppgaveglidning fra spesialsykepleiere operasjon til personell sterilsentral er allerede igangsatt og vil ha full effekt innen 2022. Det vil ikke gi noen innsparing for NUN.

Intensiv og dagkirurgi

Intensiv og dagkirurgi blir samlokalisert i NUN. Gevinsten er tettere faglig samarbeid og at man ikke trenger å bruke samme grad av innleie og vikarer på ettermiddag og kveld ved sykefravær slik som det må gjøres i UNN Narvik i dag. Bemanningsfaktoren i UNN Narvik for intensiv og dagkirurgi er også lavere enn for UNNs øvrige lokalisasjoner som det er naturlig å sammenligne seg med.

Felles somatisk poliklinikk og dagbehandling

Framskrivningstall for forventet vekst poliklinikk somatikk er 37 % fram mot 2040. I tillegg kommer stormottakersatsingen som vil gi en effekt fra døgn til dag (økt bruk av planlagt poliklinikk) for gruppen som har stort behov for helsetjenester. Den økte aktiviteten planlegges gjennomført ved bruk av åtte timers åpningstid i poliklinikken (i dag er det seks timer effektiv åpningstid), gjennom oppgaveglidning fra sykepleiere til merkantilt personell, og gjennom etablering av portørtjenesten. En slik endring medfører at vi ikke øker antall årsverk sykepleiere ved etablering av NUN. Effekten av samlokalisering er i hovedsak tatt ut i UNN Narvik. Bruk av video- og telefonkonsultasjoner brukes i noen grad i dag. Det er fortsatt et stort potensial her. Denne omstillingen kommer ikke som en følge av NUN, men blir gjennomført fram mot innflytting i nytt sykehus. Rommene i poliklinikken er planlagt slik at de legger til rette for video- og telefonkonsultasjoner både for sykepleierdrevet poliklinikk, legespesialister og for andre profesjoner. Dette vil redusere reisekostnader for pasienter, gjøre det mulig med flere konsultasjoner, og effektivisere personellbruken.

Endringer som kommer som følge av funksjonsfordeling i UNN til NUN må ivaretas gjennom omfordeling mellom lokalisasjonene.

Dialyse

I UNN Narvik er det seks dialyseplasser. I NUN er det, basert på framskriving og vurdering fra klinisk miljø nyremedisin, behov for åtte dialyseplasser. Aktiviteten fram mot 2035 er forventet å øke tilsvarende dagens aktivitet ganger med 1,14. I tillegg kommer hjemmedialyse. Driften legges opp til inntil seks dager drift per uke og/eller doble skift. Dette reduserer pasientreiser til andre lokalisasjoner, og gir et bedre pasienttilbud nærmere der pasienten bor. Det innebærer også at pasienter som trenger sin behandling i isolat på grunn av skjerming eller smittevern, får et tilbud i NUN.

Høresentralen

I NUN er det planlagt å l øke med en audiograf, slik at de blir tre audiografer i NUN. Bakgrunnen for dette er endringer med store andeler eldrealdersgrupper (født etter krigen) som har behov for helsehjelp fra audiografer. Gevinsten er tilbud til de som trenger det, og økt aktivitet som gir økte inntekter.

Rus, avhengighetsmedisin og psykisk helsevern

Samlokalisering og samdrift for rus og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern døgn og dag gir en gevinst knyttet opp til kvalitet i tjenestetilbudet, bruk av personell og reduksjon i antall lokalisasjoner. Disse fagområdene utgjør en betydelig andel av NUNs virksomhet. Gjennom at man flytter fra tre geografiske lokalisasjoner til ett samlet miljø, i en etasje i NUN, viser arbeidet gjennom OU-prosessen at det gir rom for bedre bruk av kompetanse og personell på tvers av fagene sammenlignet med i dag. Det er planlagt en arbeidsgruppe og frikjøpt personell til å jobbe med dette, men på grunn av pandemien er videreutvikling av denne delen av OU-prosessen utsatt. Arbeidet igangsettes igjen, forhåpentligvis, over sommeren og vil gis høy prioritet.

En annen gevinst er økning i aktivitet primært knyttet til nedgang i liggedøgn og gjennom økt bruk av poliklinikk. Framskrivningstall fra Sykehusbygg viser en økning i aktivitet tilsvarende ca 28 %. Denne økningen tas gjennom effektivisering i bruk av eksisterende stillinger. Gevinstrealiseringen skjer gjennom endrede arbeidsformer som økt bruk av videokonsultasjoner og økte inntekter på grunn av økt aktivitet.

Radiologi

Ved endringer i funksjonsfordeling mellom UNNs lokalisasjoner som f.eks at radiologer ved UNN Harstad og UNN Narvik skal gå i døgnvakt, vil det kreve flere radiologer i NUN enn det er i UNN Narvik. Et annet eksempel er at UNN Narvik overtar ansvaret for mammografiscreeningen. Endringer i antall stillinger vil ikke komme som en konsekvens av NUN, men som en konsekvens av endringer i driften i hele UNN.

Felles akuttmottak og legevakt (FAM)

Etablering av avklaringsenhet («obs post») i felles legevakt og akuttmottak vil medføre en flytting av oppgaver fra sengepostene til FAM, og flere sykepleieressurser må legges til FAM. Denne endringen må finansieres gjennom en intern omprioritering mellom enhetene i UNN Narvik.

Etablering av komplett apotek og oppgaveglidning inn mot klinisk drift

Sykehusapoteket Nord skal etablere et komplett apotek i NUN. Endringene fra dagens drift er at det blir en stor forbedring av tjenestetilbudet ved at det etableres produksjonsareal og publikumsavdeling. Forbedringen i tjenestetilbudet vil gi økte kostnader for UNN. Kvaliteten for pasientene er lik tilgang til apotektjenester, pasientsikkerhet, enklere logistikk før innleggelse, ved poliklinikkbesøk og ved utskrivelse enn i dag. Medikamenter kan hentes på apotek i sykehuset og pasienter eller personell trenger ikke sørge for ekstratransport for at pasientene skal få medikamenter ved utreise. Det gir økt tilgang til farmasikompetanse i sykehuset. Det planlegges med økt oppgaveglidning fra sykepleiere ved sengepostene primært til personell

som inngår i bemanningen av sykehusapoteket inne på medisinrom. Dette vil gjøre at sykepleierkompetansen kan effektiviseres. Det forventes også en gevinst for den enkelte pasient som er innlagt i NUN innenfor legemiddelkvalitet, inkludert problemstillingen polyfaramasi og interaksjon mellom legemidler ved at farmasøyter skal være tettere på klinisk drift.

Merkantile funksjoner

UNN Narvik har få merkantile funksjoner og liten administrasjon. Dette gjør at flere av enhetene blir sårbare gjennom at de enten ikke har merkantilt personell lokalt eller har lav stillingsandel tilknyttet deres drift. Inn mot NUN skal det derfor gjennomføres et OU- prosjekt for samdrift av felles administrative oppgaver på tvers av dagens klinikkstruktur som vil gi full effekt når vi samlokaliseres i NUN. Det forventes endringer i oppgaver og arbeidsflyt gjennom satsninger som iverksettes regionalt, primært innen e-helse og teknologi, inkludert endringer ved at pasientene selv bestiller og endrer i sine kontakter med helsetjenestene og endringer i arkivfunksjoner og sentralbord. Det planlegges oppgaveglidning fra tradisjonelle merkantile funksjoner i poliklinikk og sengeposter til å bemanne felles resepsjon- og servicesenter i NUN, inkludert ansatte og pasientservice og ivareta lagerfunksjoner. Basert på alderssammensetningen i gruppen i dag og planlagt samdrift legger vi opp til at merkantile ressurser vil reduseres noe, primært gjennom naturlig avgang. Det utgjør ca. 10 % av dagens bemanning, det vil si fem stillinger.

Teknisk drift og forsyningstjenester

Matforsyning

Ved å utnytte dagens bemanning i UNN mer effektivt gjennom samlokalisering fra tre lokalisasjoner til én, og legge all middagsproduksjon inn som tilleggsaktivitet, kan det hentes ut økonomiske gevinster tilsvarende inntil to årsverk. Kostverter er planlagt å avlaste sykepleiere og andre som jobber med pasientpleie. Gevinsten ved egenproduksjon er bedre ressursutnyttelse og at kokkene, når de er på kjøkkenet også håndterer middagsproduksjon til pasientene, pasienthotellet og varm mat til kantina for de ansatte og besøkende. Begrunnelsen for egenproduksjonen og kok/server prinsippet er dagens gode erfaringer med å ha deler av kjøkkenet i egen regi, og kjøp av varm mat laget fra kok/kjøl prinsippet. Innenfor psykisk helsevern og rus og avhengighetsmedisin er det pasienter som ligger inne på sykehuset over lengre tid. Disse pasientene krever at det er større rullering/fylde på menyer enn pasienter i somatikken. Somatikken har en rullering på pasienter ca.hvert fjerde døgn. Som oftest passer standardkost for disse, men i takt med samfunnsutviklingen er matintoleranse mer vanlig enn før. Noen pasienter har derfor større behov for tilpasning av maten sin. Det er også et økende behov for tilrettelagt kost. Det kreves et kjøkken som kan håndtere daglige tilpasninger. Dette er gjelder også for personer som er over- eller underernært. Særskilte krav innenfor gruppene er som følger:

- Mulighet for ønskekost
- Tilpasset mat ved lav appetitt
- Tilpasset mat ved behov for mer/mindre næring
- Dietter

Sentralforsyning

Forsyningen vil legges om til aktiv forsyning der forsyningsavdelingen leverer varer nærmere sluttbruker istedenfor til større avdelingslagre. Dette krever hyppigere leveranse, men sparer inn sykepleiearbeid i avdelingene. Aktiv forsyning krever også effektive elektroniske systemer for å sikre at forsyningslinjene opprettholdes. Aktiv forsyning vil kreve økt bemanning tilsvarende om lag 0,75 årsverk, til en kostnad på 500 000 kr.

Drift og vedlikehold vil effektiviseres med samlokalisering og overgang til mer moderne driftsanlegg. I dagens sykehus i Narvik drives mye forebyggende vedlikehold og korrigering av løpende feiloppretting for å opprettholde drift. Det er planlagt reduksjon av to stillinger i driften etter at innflytting og vanlige nybyggsutfordringer er ivaretatt.

Opphør av leieavtale av kontorbrakker vil inntre ved innflytting i 2024, og reduserer kostnader med 382 000 kr årlig.

UNN Narvik, inkludert rusklinikken og psykiatri bygg, har hatt et ganske høyt energiforbruk. Dette blir tatt mye ned med et nytt bygg som er mer energieffektivt. Foreløpig beregnet besparelse er estimert til 1,6 mill. kr pr år. Effekten tas ut ved innflytting i 2024.

MVA

Det er undertegnet avtale med Narvik kommune om overdragelse av tunnel og drift av denne ved ferdigstilling av sykehuset. Narvik kommune er fradragsberettiget merverdiavgift og vil overføre denne kompensasjonen til UNN over en 10 års periode. Denne kompensasjonen utgjør 2,5 mill. kr årlig i 10 år, og vil ha effekt fra 2024.

Oppfølging av resultatoppnåelse

OU-prosjektet i NUN skal jobbe sammen med brukere, medarbeidere og eksterne aktører helt fram til ett år etter innflytting i nytt sykehus. OU har ansvaret for å drive organisasjonsutviklingen i samarbeid med klinikkene. Uttak av gevinster og sikring av oppnådd resultat ligger i klinikk- og senterstrukturen dvs. linjeledelsen. Alternativt kan ansvaret for gjennomføringen legges til driftsledelsen i UNN Narvik. For å sikre at man oppnår resultatene er det etablert flere mindre OU prosjekter som; åtte timers åpningstid poliklinikk, servicetorg sammen med kommunen, samkjøring merkantile funksjoner i NUN, samarbeid og drift mellom sengepostene, samlokalisering og samdrift rus og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern og legemiddelsikkerhet.

5 Risikoreduserende tiltak

Omstillingsutfordringen for UNN inkluderer noen risikoreduserende forhold:

P50 ramme

I bærekraftsanalysen er det lagt til grunn en P85 kalkyle i tråd med føringer fra Helse Nord. Prosjektet forventes gjennomført innenfor P50 rammen, som er 172 mill. kr lavere enn P85, og reduserer omstillingsutfordringen med 12,1 mill. kr fra 2025 på grunn av lavere avskrivnings- og rentekostnader.

Egne prioriteringer

Det er satt av 50 mill. kr til egne prioriteringer hvert år. I 2020 er det satt av 80 mill. kroner.

Sak 40/2020 - vedlegg 3

Disse er i 2020 i prioritert rekkefølge satt av til:

- Allerede besluttede tiltak, 25 mill. kr
- Pakkeforløp PHRK/BUK 10 mill. kr
- Stormottakersatsing inkl FACT og lavterskeltilbud, 20 mill. kr
- Akutt- og mottaksmedisin, 10 mill. kr
- Kvalitetsforbedringsprosjekt mv, 5 mill. kr
- Økt utdanningskapasitet LIS, 10 mill. kr

Dersom UNN ikke oppnår budsjettbalanse i årene fremover, må budsjettposten som gjelder egne prioriteringer reduseres enten for hvert enkelt år eller for videre planlagte år.

Eget overskuddskrav

Eget overskuddskrav er satt for å imøtekomme det etterslepet som er på investeringer av medisinsk teknisk utstyr og mindre ombygginger. Det budsjetterte beløpet er 80 mill. kr pr år frem til og med 2023. Fra 2024 reduseres overskuddskravet fra Helse Nord RHF fra 40 mill. kr til 10 mill. kr. På samme tidspunkt øker UNN eget overskuddskrav tilsvarende fra 80 mill. kr til 110 mill. kr. Dette for å beholde samme investeringsmuligheter. Også denne posten kan reduseres enten for enkelte år eller for fremtiden.

Resultatoppfølging

Det er tre tertialmøter gjennom året. Tertialmøtene er endret fra tidligere, og har en standard agenda hvor økonomi er et av temaene. På disse møtene legger klinikk- og senterledelsene frem hvor de er i henhold til budsjett og hvordan de skal nå sine økonomiske mål ved utgangen av året. Det er tett dialog mellom økonomirådgiverne og klinikkene/sentrene for økonomistyring gjennom året. For de klinikker og senter som har store avvik fra budsjett, gjennomføres ekstra økonomimøter for å se på tiltaksstatus. Gjennomføringsgraden av tiltak vil følges jevnt gjennom året, og nødvendige korrigeringer vil bli gjennomført. Det underskrives også en forpliktet dialogavtale i starten av året.

Femårig budsjett

Det er planlagt å lage et fem års budsjett som vil gi en større forutsigbarhet lenger fremover i tid. Arbeidet skulle startet, men er usatt på ubestemt tid grunnet koronapandemien. Hver klinikk og hvert senter vil i større grad forplikte seg til en plan som for UNN og den enkelte klinikk/senter vil gi en større forutsigbarhet.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**5/2021**
Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2021/64-1
Saksbehandler:	Lars Øverås, Stig Bakken

Gave til Universitetssykehuset Nord- Norge - utstyr hybridstue

Saken ettersendes.

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**6/2021**
Møtedato:	**10.02.2021**
Arkivsak:	2020/4988-2
Saksbehandler:	Grethe Andersen

Salg av Åsgårdmarka

Innstilling til vedtak

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

Bakgrunn

I 2009 startet arbeidet med å omregulere øvre del av tomtene på Åsgård til boligformål og fremtidig salg av eiendommen. Foretaksmøtet godkjente 27.06.2014 i sak 3 salg av Åsgårdmarka med forbehold om at reguleringsplanen ble godkjent av Tromsø kommune. I november 2017 ble reguleringsplanen for området godkjent i Tromsø kommune. Området eies av Universitetssykehuset Nord- Norge HF (UNN) og Troms og Finnmark fylkeskommune (TFFK). I mai 2019 startet arbeidet med den konkrete avhendingen (orientering i styresak 92-6 i styremøtet 11.12.2019). Styret vedtok i styresak 54-2020 *Salg av Åsgårdmarka* at eiendommen selges under ett, med ett oppgjør, og at styret har beslutningsfullmakten i budprosessen og vurderer alle bud.

Formål

Formålet med denne saken er å be om styrets godkjenning til å tilby Tromsø kommune å kjøpe Åsgårdmarka, hele eiendommen, til takst.

Saksutredning

UNN ble kontaktet av Tromsø kommune (TK) i november 2020 vedrørende Åsgårdmarka. Kommunen erkjente å ha mottatt henvendelse fra UNN om kjøp av Åsgårdmarka i november 2019, uten å ha respondert på dette. TK har bedt om tilbud på kjøp av deler av eiendommen og

vurderer at kommunen har forkjøpsrett i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen (vedlegg 1).

UNN har avvist forespørselen (vedlegg 2). Eiendommene Åsgårdmarka omfatter i hovedsak hele planområdet slik det fremgår av reguleringsplan 1725 vedtatt i kommunestyret 27.09.2017 i sak 229/17. Eiendommene eies av UNN HF og Troms og Finnmark fylkeskommune (TFFK), og det er inngått samarbeidsavtale om felles salg av eiendommene, der det er forutsatt at alle eiendommene selges samlet. Avhendingsprosessen har vært omfattende og pågått over mer enn halvannet år, og er nå kommet til salgsfasen. Megler er engasjert. Det vil ikke være forsvarlig av UNN HF å reversere dette, verken økonomisk eller sykehusfaglig.

UNN har derimot tilbudt kommunen direkte salg for hele eiendommen under ett, til takst. Tilbudet er forbeholdt UNN-styrets og Troms og Finnmark fylkeskommunes samtykke.

Tromsø kommune har bekreftet at de ønsker å motta tilbud om salg av hele eiendommen under ett. UNN har akseptert tre måneders svarfrist etter at Tromsø kommune har mottatt salgsdokumenter.

UNN jobber nå med å utarbeide og oversende konkret tilbud inkludert salgsprospekt, kjøpekontrakt og takstdokument. Dette er et omfattende arbeid som forventes ferdigstilt og oversendt kommunen i løpet av kort tid.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 4. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 10.02.2021.

Vurdering og konklusjon

Tidligere vedtatt avhendingsstrategi opprettholdes, også i direktesalgtilbudet til Tromsø kommune. Dersom kommunen etter intern behandling takker nei til tilbudet, vil vi fortsette opprinnelig plan om å legge eiendommen for salg i det åpne markedet. Dersom dette blir utfallet vil vi potensielt tape noen måneder i realisering av salg i forhold til opprinnelig plan. Forsinkelsen vil ikke være til hindrer for realisering av nytt rus- og psykiatribygg.

Direktøren inviterer styret til å godkjenne tilbudet til Tromsø kommune om salg av Åsgårdmarka, under ett, til takst.

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg 1:
Brev fra Tromsø kommune til UNN 17.11.2020,
Tromsø kommunes tilbakemeldinger til orientering om avhending av eiendommer eid av Universitetssykehuset i Nord Norge HF

Vedlegg 2:
Brev fra UNN til Tromsø kommune 26.11.2020, Salg av Åsgårdmarka

Tromsø kommune

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF
Postboks 100
9038 TROMSØ

Att: Grethe Andersen, Drifts- og eiendomssjef

Deres ref:	Vår ref:	Saksbehandler:	Dato:
	19/06633-2	Kjersti Lund Martinsen +47 48265377	17.11.2020

Tromsø kommunes tilbakemeldinger til orientering om avhending av eiendommer eid av Universitetssykehuset i Nord Norge HF

Det vises til orientering om avhending av eiendommer eid av Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, datert 27. november 2019.

Tromsø kommune er av den oppfatning av at kommunen har forkjøpsrett til kjøp av Åsgårdmarka, eiendommene gnr. 118 bnr. 409, 506, 526, 507, 408, 669, 443, 407 og deler av gnr. 118 bnr. 1561.

Det følger av Sykehusbyggs avhendingsstrategi punkt 4.7 og 4.8 en klar forutsetning om at kommunen skal ha forkjøpsrett der en eiendom kan være egnet til bruk i forhold til intensjonene i samhandlingsreformen. For å begrunne forkjøpsretten i den konkrete saken må det følgelig ses til samhandlingsreformen i St. meld. nr. 47 (2005-2006).

Samhandlingsreformen forutsetter et tett samarbeid mellom sykehus og kommune. Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles og omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. Tanken bak reformen er at kommunene skal settes i stand til å ivareta innbyggernes helsetjenester før det er behov for sykehusinnleggelse. Dette betyr at kommunen må jobbe forebyggende. Kommunen er i mange tilfeller avhengig av statlig samarbeid i forbindelse med tilrettelegging for sine tjenester, herunder tilbud om kjøp av eiendom/boliger.

Tromsø kommune har et stort behov for boliger for å kunne tilby helsetjenester i flere kategorier. Kjøp av boliger på Åsgårdmarka vil bidra til kommunes boligmangel og er et direkte tiltak med bakgrunn i samhandlingsreformen. Selv om det aktuelle området er regulert til boligformål, har Tromsø kommune et ønske om å benytte deler av den eksisterende boligmassen til viktige og lovpålagte helsetjenester. I denne sammenheng viser vi til eksisterende leieforhold i Lars Eriksens veg 11, der kommunen drifter tjenesten Minelli, et heldøgns botiltak med seks gjennomgangsleiligheter. Dette er etter vårt syn et bidrag til samhandling for forebyggende tiltak, slik at forkjøpsretten kan gjøres gjeldende.

På grunn av at forkjøpsretten henger tett sammen med samhandlingsreformen, er kommunen av den oppfatning at forkjøpsretten ikke strekker seg lengre enn til de eiendommer som er tenkt brukt til viktige og lovpålagte helsetjenester. Tromsø kommunes plan for etablering av slike helsetjenester begrenser seg til eiendommene gnr. 118 bnr. 409, 506, 507, 408, 407 hvor det er planlagt å utnytte

eksisterende boligmasse. I tillegg gjelder det samme for den delen av gnr. 125 bnr. 1561 hvor det står eksisterende boliger i dag. Det vil være behov for fradeling av enkelte av eiendommene fra gnr. 118 bnr. 1561.

Vi avventer deres tilbakemelding.

Med vennlig hilsen

Mari Enoksen Hult
Konstituert kommunedirektør
Tromsø kommune

Dokumentet er elektronisk godkjent.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

HELSE NORD

Tromsø kommune
Postboks 6900
9299 Tromsø

Att: Mari Enoksen Hult, konstituert kommunedirektør

26. november 2020

Salg av Åsgårdmarka

Det vises til vårt brev av 27.11.2019, kommunens brev av 18.11.2020, vårt møte 13.11.2020 og deres henvendelse 17.11.2020 med referanse 19/06633-2.

Eiendommene Åsgårdmarka omfatter i hovedsak hele planområdet slik det fremgår av reguleringsplan 1725 vedtatt i kommunestyret 27.09.2017 i sak 229/17. Eiendommene eies av UNN HF og Troms og Finnmark fylkeskommune (TFFK) og det er inngått samarbeidsavtale om felles salg av eiendommene, der det er forutsatt at alle eiendommene selges samlet. Avhendingsprosessen har vært omfattende og pågått over mer enn halvannet år og er nå kommet til salgsfasen. Megler er engasjert. Det vil ikke være forsvarlig av UNN HF å reversere dette, verken økonomisk eller sykehusfaglig. UNN HF vil derfor ikke tilby deler av eiendommene til Tromsø kommune.

Derimot vil UNN HF som en villighet kunne tilby eiendommen i sin helhet til Tromsø kommune til takst. Her må vi ta forbehold om TFFK og UNN-styret sitt samtykke til direkte salg til kommunen.

Dersom kommunen ser dette som en tjenlig løsning vil vi utarbeide og oversende konkret tilbud vedlagt salgsprospekt, kjøpekontrakt og takstdokument.

Salg av Åsgårdmarka er av stor betydning for UNN HF ifm realisering av nytt bygg for psykisk helse og rus i Tromsø. I den anledning er det behov for en rask avklaring, og vi anmoder kommunen om tilbakemelding innen 7 virkedager.

Med vennlig hilsen

Grethe Andersen
Drifts- og eiendomssjef
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Dette dokumentet sendes kun elektronisk, er godkjent elektronisk og har derfor ingen håndskreven signatur.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

STYRESAK:	**7/2021**
MØTEDATO:	**10.02.2021**
ARKIVSAK:	2020/70-4
SAKSBEHANDLER:	Tor-Arne Hanssen

Tertialrapport 3, 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.

Bakgrunn

I denne styresaken legges det frem et sammendrag av tertialrapportene for 3. tertial 2020 for utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Styret ble sist orientert om byggeprosjektene i styresak 72-*2020 Tertialrapport 2, 2020 for byggeprosjekter ved UNN.*

UNNs kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og omsorg. Tertialvis rapportering til styret bidrar til å gi styret *trygghet* for at prosjektet gjennomføres i tråd med vedtak. Rapporteringen gir styret mulighet til å fatte vedtak om korrigerende tiltak i tilfeller hvor det er adekvat. Slik virksomhetsstyring skal bidra til økt *kvalitet* i gjennomføring av krevende prosjekt.

Formål

Formålet med saken er å orientere styret om status for byggeprosjektene for 3. tertial 2020.

Saksutredning

Rapporten omfatter prosjektene *Nye UNN Narvik (NUN), PET-senter UNN Tromsø og ny dialyseavdeling UNN Tromsø.* Saksfremlegget er sammenfallende med tilsvarende orienteringssak til styret i Helse Nord RHF (Helse Nord).

	Dialyse	PET	UNN NARVIK
OU status	Ikke aktuelt		Pågår
HMS	Ingen hendelser H=0		Ingen hendelser H=0
Planlagt ferdigstillelse	30.04.2021	10.04.2018	2023
Framdrift		Overtatt 27. april 2018	Etter plan
Ramme inneværende år	52 mill. kr		188 mill. kr
Sum investert hittil 2020	41,0 mill.kr	3,7 mill.kr	170,0 mill. kr
Sum investert totalt	41,0 mill. kr	557,3 mill. kr	395,5 mill. kr
Investeringsramme	52 mill. kr	567,9 mill. kr	2679 mill. kr*
Prognose økonomiavvik	+3 mill. kr	+62 mill. kr	0

Tabell 1 – Nøkkeltall for byggeprosjektene ved UNN
** eks sykehusapotek*

Nye UNN Narvik (NUN)

Det er i perioden opprettet eget prosjektstyre for gjennomføringsfasen som erstatter tidligere styringsgruppe. Det er gjennomført to prosjektstyremøter med velfungerende sammensetning. Prosjektstyret har evaluert møteformen og revidert møtelengden for å få bedre tid til diskusjoner.

Koronapandemien og reiserestriksjoner har gitt utfordringer for prosjektet som har aktivitet lokalisert i samtidighet på 3 steder i Norge; Narvik, Trondheim og Sandvika. Likevel har prosjektet gjennomført planlagte prosjekteringsaktiviteter og grunnarbeider innenfor tidsplan. Både byggherre, OU-prosjektet, medvirkere og totalentreprenør (HENT) opplever samarbeidet som velfungerende til tross for de pålagte restriksjoner.

Gjennomføring av funksjonsprosjektet for sykehuset, inngåelse av totalentreprisekontrakt for helsehuset mellom Narvik kommune og HENT, og godkjenning av reguleringsplan er 3 sentrale hendelser i siste periode. Funksjonsprosjektet har definert rominnhold og detaljer i utforming av de funksjonelle rommene i sykehuset. Funksjonsprosjektet er startet opp for helsehuset, og planlagt for ambulansestasjon inklusive gymsal i kommende periode.

Prosjektet har som avtalt ved kontraktsinngåelse, arbeidet med å detaljere ut framdriftsplanen for prosjektet sammen med entreprenør. Arbeidet har tatt lengre tid enn antatt, men har vist seg nødvendig for å sikre en god framdriftsplan for detaljprosjekt og byggefasen. Resultatet av planleggingen har vist det hensiktsmessig å utsette oppstart av råbygg til mars for å gi bedre tid til kontroll av prosjektert materiale.

Prosjektet har på basis av ny framdriftsplan også revidert betalingsplanen. Både revidert framdriftsplan og betalingsplan vil bli fullført og lagt fram for godkjenning i kommende prosjektstyremøte. Ved godkjenning vil prosjektet utføre ny budsjettrevisjon, slik at gjeldende budsjett viser rett periodisering av totalprosjektet.

Prosjektstyret har hatt fokus på risikostyring i prosjektet, og prosjektledelsen og entreprenør har jobbet godt med å etablere solide systemer for risikostyring i prosjekt både for byggherre og hos HENT. Prosjektledelsen jobber fortsatt med å lage gode systemer for rapportering av risikoreduserende tiltak.

Parkeringsløsning er forutsatt finansiert av ekstern aktør, og ikke medtatt i kostnadsrammen for sykehuset. Det har i perioden vært jobbet med alternativ parkeringsløsning i form av flateparkering. Nødvendige avtaler omkring parkering er ikke ferdigstilt.

Planlagt grunnsteinsnedleggelse skulle finne sted 18. januar. På grunn av nye tiltak mot koronapandemien ble det besluttet å utsette dette til 3. mai.

Organisasjonsutviklingsprosjektet (OU) Nye UNN Narvik

Ressursene i OU-prosjektet har i rapporteringsperioden i vesentlig grad blitt benyttet som en støttefunksjon i byggeprosjektet. Dette omfatter å legge til rette for medvirkning fra brukere, pasienter og ansatte, samt sørge for at byggets utforming understøtter arbeidsprosesser og pasientflyt beskrevet av OU-prosjektet.

OU-prosjektet har samarbeidet tett med OU-prosjektet for Narvik kommunes Helsehus og UNN sin stormottakersatsing. Framdriften i disse prosjektene er av vesentlig betydning for framdriften av OU-prosjektet. En god samordning med disse prosjektene styrker gevinstrealiseringen, og det gjennomføres derfor jevnlige fellesmøter for å avklare relevante samarbeidsområder. Arbeidet med å etablere kliniske ytelsesavtaler mellom kommunen og UNN innen enkelte områder er igangsatt.

OU-prosjektet er engasjert i aktiviteter innen forskning, utvikling og innovasjon. Dette innebærer et utstrakt samarbeid med Nasjonalt senter for e-helseforskning gjennom deltakelse i 4 forskningsprosjekter, hvorav 2 er finansiert av Forskningsrådet.

Forskningsområdene er innen teknologiutvikling og digitalisering av legemiddelhandtering et prosjekt med bruk av journaldata på tvers av forvaltningsnivå (inkludert somatikk, rus og psykisk helse), og følgeforskning innen bruk av teknologiske løsninger innen legemiddelkvalitet.
Videre er OU-prosjektet engasjert i et samarbeid med UiT Norges arktiske universitetet for å legge til rette for forsknings- og utviklingsprosjekter innen teknologi, helse og logistikk.
Gjennom disse samarbeidsområdene får OU-prosjektet muligheten til å delta i praksisfellesskap knyttet til forskning og utvikling.

PET-senter

Det har blitt utarbeidet en tverrfaglig framdriftsplan for valideringsprosessen av legemiddel for PET- undersøkelser. Planlagt ferdigstilling av validering er medio februar 2021, med inspeksjon fra Statens Legemiddelverk (SLV) etter påske i uke 15. Det er en solid plan for valideringsgjennomføring som foreligger, der alle aktiviteter er identifisert og risikovurdert. Nødvendige tiltak for å gjennomføre i henhold til plan er iverksatt av alle involverte parter. Gjenstående arbeider som utgjør risiko for valideringen er ferdigstilling av tekniske vedlikeholdsprosedyrer, og etablering av kvalitetssystem.

Identifiserte risikoer for avsluttende arbeider består i uforutsett sykefravær av kritisk personell på klinisk og teknisk side, stabilitet i elektronisk kvalitetssystem (PETra) og ventilasjon, samt ferdigstilling av dokumentasjon av tekniske anlegg. Det er iverksatt tiltak som skal sikre gjennomføringen innenfor tidsrammen som er satt for prosjektet.

Ny dialyseavdeling UNN Tromsø

Det etableres ny dialyseenhet i fløy B2 (del 1) og B3 (del 2) plan 9. Første del av prosjektet er fullført og arealene ble tatt i bruk i 09.11.2020.

Etter innflytting i nye arealer startet rivearbeider del 2 i uke 46, og ombyggingen fullføres i april 2021. Prøvedrift skal ha varighet en måned, og innflytting i arealene er estimert til medio mai 2021. Byggearbeidene har blitt gjennomført uten personskader.

Prosjektet del 1 og teknisk rom har hatt utfordringer av bygningsmessige og teknisk karakter som har vært større enn forutsatt. Dette har sammen med noen utfordringer knyttet til pandemien medført ekstra kostnader utover prosjektets sikkerhetsavsetning. Det forventes en overskridelse på om lag 3 mill. kr av prosjektets totalramme. Prosjektet har iverksatt tiltak for å begrense overforbruket, men har ikke funnet det hensiktsmessig å redusere omfanget av prosjektet.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 4. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

Prosjektet Nye UNN Narvik har gjennomført detaljplanlegging samt prosess med revidering av framdriftsplan og betalingsplan. Revidert framdriftsplan flytter oppstart råbygg til mars 2021, men gir samtidig et svært godt grunnlag for resterende gjennomføring, prøvedrift og innflytting. Endringen av styringsformen i prosjektet, med etablering av prosjektstyre ser ut til å fungere bra.

Organisasjonsutviklingsprosjektet i Narvik har en viktig funksjon i byggeprosjektet. Det bidrar til koordinering med Narvik kommune, og har også engasjert seg i forskningsprosjekter, noe som vil ha stor betydning for gevinstrealisering og UNNs framtidige tjenesteutvikling.

Ny dialyseavdeling har tatt i bruk del 1 av prosjektet, og avsluttende arbeider er startet opp. Det er uheldig at prosjektet går mot et overforbruk i forhold til budsjett på om lag 3 mill. kr, men det er ikke hensiktsmessig å stoppe gjennomføringen. Arbeidene avsluttes i april, og innflytting er planlagt i mai 2021, noe etter opprinnelig plan.

I PET-senteret er fokus rettet mot validering av legemiddelproduksjon for PET -undersøkelser, såkalt radiofarmaka. Den tverrfaglige fremdriftsplanen som foreligger for det avsluttende valideringsarbeidet er godt bearbeidet, med risikovurdert plan med risikoreduserende tiltak som følges opp i alle ledd. Inspeksjon fra Statens legemiddelverk (SLV) er avtalt i uke 15 og er en svært viktig milepæl for prosjektet.

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tertialrapport 3 2020 Nye UNN Narvik
2. Tertialrapport 3 2020 PET senter
3. Tertialrapport 3 2020 Dialyse

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

NARVIK KOMMUNE

SYKEHUSBYGG



Nye UNN Narvik

TERTIALRAPPORT

3 tertial 2020

Kuttdato: 31.12.2020

Dato: 14.01.2021

Åge Rødde
Prosjektleder

Innhold

1 SAMMENDRAG 3
1.1 Prosjektledelsens oppsummering til prosjektstyret for gjeldende periode 3
1.2 Koordinering og samhandling 4
1.3 Viktigste aktiviteter i kommende periode 5
2 HMS 6
2.1 Planlagte og gjennomførte HMS aktiviteter 6
2.2 Vernetiltak: Antall vernerunder, Rapportering av Uønskede Hendelser (RUH), Farlige forhold 7
2.3 Personskader siste periode og skader på materiell 9
3 KVALITET 9
3.1 Kvalitetsarbeid 9
3.2 Avviksoppfølging 10
4 PROSJEKTERING 10
4.1 Prosjektering- Funksjonalitet 10
4.2 Prosjektering- Bygg 11
4.3 Prosjektering- Teknikk 12
4.4 Prosjektering- IKT 12
4.5 Prosjektering- Utstyr/ Inventar 12
4.6 Prosjektering- Utomhus 13
5 PROSJEKTSTYRING 14
5.1 Plan og fremdrift 14
5.2 Økonomi 15
5.3 Investeringsramme fra Helse Nord RFH 16
5.4 Investeringsplan 16
5.5 Reserver 17
5.6 Risiko- og mulighetsbilde (topprisker) 17
6 MYNDIGHETSFORHOLD 19

1 SAMMENDRAG

1.1 Prosjektledelsens oppsummering til prosjektstyret for gjeldende periode

Det er i perioden opprettet eget prosjektstyre for gjennomføringsfasen som erstatter tidligere styringsgruppe. Det er gjennomført to prosjektstyremøter.

Coronapandemien har gitt utfordringer også for nye UNN Narvik sykehus og Narvik kommunes helsehus. Prosjektledelsen er meget fornøyd at vi har klart å gjennomføre planlagte aktiviteter for henholdsvis funksjonsprosjekt og grunnarbeider innenfor planlagt fremdrift. Spesielt utfordrende har dette vært for ansatte i sykehuset, som har medvirket, og deltatt i arbeidsmøter via videokonferanse i gjeldende periode.

I perioden har prosjektet vært lokalisert på 3 steder. I Narvik har prosjektledelse og byggeledelse vært samlokalisert med entreprenør på felles anleggskontor og koordinert de fysiske arbeidene på tomta. I Trondheim har prosjektledelsen fra Sykehusbygg i stor grad vært underlagt reiserestriksjoner og hjemmekontor, men har ledet prosjektet gjennom videokonferanser og fulgt opp ledelsen hos totalentreprenøren (HENT) som også er lokalisert i byen. Prosjekteringsarbeidet som var planlagt gjennomført samlokalisert i Sandvika i Bærum, har til en viss grad samlet arkitekt og rådgivere, mens koordineringen med byggherre har vært gjennomført på videokonferanse.
Både byggherre og HENT opplever samarbeidet som velfungerende, tross de pålagte restriksjoner relatert til Corona.

Totalentreprisekontrakt for helsehuset mellom Narvik kommune og HENT ble signert i slutten av september. Reguleringsplan ble politisk vedtatt 29.10.20. Etter klagefristens utløp var det ikke mottatt klager på vedtaket, og planen er dermed ferdigbehandlet fra planmyndighetens side.

Funksjonsprosjektet har pågått i store deler av perioden, og er i desember fullført for sykehuset. Funksjonsprosjektet er videre påstartet for helsehuset, og planlagt for ambulansestasjon inklusive gymsal i kommende periode. Det vil også bli utarbeidet en rapport for funksjonsprosjektet som oppsummerer medvirkning og resultat.

Prosjektet har som avtalt ved kontraktsinngåelse med HENT arbeidet med å detaljere ut fremdriftsplanen for prosjektet. Dette arbeidet har tatt lengre tid enn antatt, men har vist seg nødvendig for å sikre en god fremdriftsplan for detaljprosjekt og byggefasen. Prosjektet har på basis av endelig fremdriftsplan også revidert betalingsplanen for begge entreprisene. Det arbeides med å fremlegge både revidert fremdriftsplan, betalingsplan for godkjenning i kommende prosjektsyremøter. Se kap 5.1 og 5.2 for mer info. Ved

godkjenning vil prosjektet utføre ny budsjettrevisjon, slik at gjeldende budsjett viser rett periodisering av totalprosjektet.

Revidert styringsdokument er under utarbeiding og vil bli ferdigstilt til kommende prosjektstyremøte. Det er arbeidet mye med etablering av risikostyring i prosjekt både for byggherre og hos HENT, og prosjektet har i felleskap etablert en risiko og sårbarhets plan (ROS) for prosjektet.

Byggherreadministrasjonen har brukt mye tid og ressurser for å følge opp prisforespørsler, varsler, krav, og endringer i samhandling med entreprenør. Alle økonomiske konsekvenser behandles fortløpende i henhold til kontraktens bestemmelser.

Parkeringsløsning er forutsatt finansiert av ekstern aktør, og ikke medtatt i kostnadsrammen for sykehuset. Det har i perioden vært jobbet med alternativ parkeringsløsning i form av flateparkering.

1.2 Koordinering og samhandling

Det har ikke vært mulig å møte HENT og prosjekteringsgruppen i Sandvika grunnet Corona restriksjoner i hele perioden. Alt av møtevirksomhet og samhandling har i perioden vært gjennomført via videomøter. Dette med noen unntak av enkelte møter mellom Sykehusbygg og Prosjekteringsledelse hos HENT, som alle har tilhørighet i Trondheim. Dette har fungerer upåklagelig rent teknisk, men er langt fra optimalt hva gjelder åpenhet, detaljer og prosesser som er viktig får å fange opp alle forhold og grensesnitt.

Felles byggherreorganisasjon mellom Narvik kommune, UNN og Sykehusbygg har i perioden arbeidet med å få definert roller, ansvar og oppgaver entydig. Resultatet av dette arbeidet er en omforent ytelses-/ansvarsmatrise. Det må jobbes videre med å få på plass tilhørende rutiner med lik standard for hvordan ansvarene skal følges opp, og få på plass kontrollplan og sjekklister for felles byggherreorganisasjon.

Møteplan for prosjektet er utarbeidet for å få definert hensikten med ulike typer møter, deltakere, agenda og struktur. HENT har også lagt til sine interne møter, slik at byggeprosjektet har en komplett og felles møteplan.

Kommunes organisasjonsutviklingsprosess har startet opp i perioden. Ansvarlig for organisasjonsutviklingen i kommunen er ny etter forprosjektfasen. Det har også vært en utskifting av kommunens nye prosjektleder for organisasjonsutviklingsprosessen i perioden. OU- arbeidet er i en oppstartsfase og kommunen er kommet i gang med interne prosesser og samarbeidet med UNN.

Koordinering mellom byggeprosjektet og organisasjonsutviklingen i Narvik kommune pågår gjennom ukentlige interne koordineringsmøter. Likeledes er det gjennomført tavlemøter mellom byggeprosjektet og organisasjonsutvikling/ driftsavdeling for UNN.

Arbeider med felles anskaffelser og innkjøp er oppstartet i perioden. Avklaringer knyttet til hvilke innkjøpspakker som skal gjøres i fellesskap mellom UNN og kommunen pågår. Arbeidspakker for utstyrsanskaffelser er også påstartet koordinert med nye Hammerfest sykehus, som tidsmessig ligger i fase med nytt sykehus i Narvik.

På samhandlingsnivå 1 pågår møter hver 14. dag, for koordinering, beslutning, samhandling mellom Narvik kommune og UNN. Videre pågår ukentlig felles tavlemøter på samhandlingsnivå 2 for koordinering mellom byggeprosjektet og organisasjonsutviklingen i både UNN og Narvik kommune.

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

Arbeid med avtaler for UNN og Narvik kommune for henholdsvis utbygging, investeringskostnader, teknisk drift, og klinisk virksomhetsdrift er alle påstartet og under utarbeidelse.

Funksjonsprosjektet er fullført for sykehuset. Alle UNN- og fellesfunksjoner i helsehuset gjenstår, likeledes er ambulansestasjon, gymsal og CBRNE stasjon gjenstående og planlagt utført Januar-februar 2021. Dette blir fokus for medvirkning i kommende periode.

I uke 50 ble det gjennomført felles videomøte for sykehuset og helsehuset med informasjon til brukere/pasienter. Herunder Eldrerådet, FFO og Narvik demensforening.

Det er jobbet bra i prosjekteringsgruppen, og samarbeidet med Totalteknisk underentreprenør Totalteq har hevet kvalitet og bidratt til gode byggbare prosjekterte løsninger. Det er mange møter som har gode prosesser. Vi har opprettet mange risiko og sårbarhets analyser (ROS) hvor enkelte er påstartet, og resterende blir viktige fokus i kommende periode.

1.3 Viktigste aktiviteter i kommende periode

- Byggeplass oppskalering av aktiviteter med fundamentering og råbygg.
- Ferdigstille funksjonsprosjektet for helsehuset Narvik kommune.
- Følge opp og gjennomføre risiko og sårbarhets analyser til riktig tid og kvalitet.
- Fullføre avtaler mellom UNN og Narvik kommune for henholdsvis utbygging, investeringskostnader, og teknisk drift.
- Sørge for økonomisk kontroll på alle forhold gjennomført i funksjonsprosjekt.

- Gjennomføre ROS og funksjonsprosjekt for ambulansestasjon og gymsal RUS.

2 HMS

2.1 Planlagte og gjennomførte HMS aktiviteter

Det er i tertiale utført følgende Risiko og sårbarhetsanalyser (ROS):

- ROS SHA i byggefasen, prosjektering Sikker bygging
- ROS SHA i byggefasen, prosjektering Utomhus
- ROS Ras og flom
- ROS Sikringsrisikoanalyse (oppstartsmøte avholdt)
- ROS Helhetlig risikostyring
- ROS Gymsal
- ROS Helikopterlandingsplass

Prosjektet har i perioden arbeidet med å implementere risikostyring i prosjektet både mot HENT og mot byggherre. SHA planen har i løpet av perioden blitt oppdatert, og vi har arbeidet med å få etablert en samlet ROS plan for de risiko analysene som skal utføres i prosjektet.

Det er i perioden gjennomført befaring av tunell med Ofoten Brann IKS. Dette for å trygge sikkerheten til entreprenør som benytter tunellen til ankomst til byggeplass.

HENT har tilført en HMS leder på byggeplass i desember, noe som styrker HMS fokuset på byggeplassen. Byggherren har prioritert å sette av godt med tid for å få gjeldende ressurs raskt opp i fart med tanke på HMS og risikostyrings prosessene i prosjektet. Det planlegges følgende ROS analyser i kommende periode:

- ROS IKT-rom
- ROS Kliniske IKT systemer
- ROS IKT kommunikasjon
- ROS Apotek
- ROS Analysehall
- ROS Ambulansestasjon
- ROS Fasaderengjøring
- ROS Strømforsyning
- ROS Varsling, alarmering og integrasjoner

- ROS Radiologi og stråleterapi
- ROS A: Helhetlig risikovurdering
- ROS C: Teknikk - Teknisk infrastruktur
- ROS C: Teknikk: Spesialsystemer
- ROS Miljørisiko
- ROS Sikringsrisikoanalyse
- ROS E: Ulemper
- ROS Vannkvalitet, Tosidig vannforsyning
- ROS Sensitiv informasjon/data i byggeprosjektet

HENT har også startet å benytte PIMS (byggherrens prosjektstyringsverktøy) til å føre/dokumentere vernerundene sine, og de tiltak som gjøres relatert til disse. Byggherren har også iverksatt digital føring av befaringer/befaringsnotat på byggeplass.

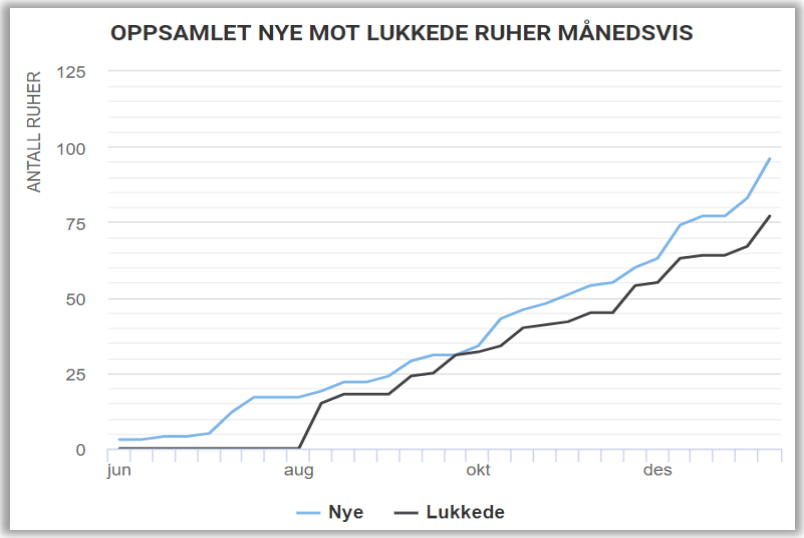
2.2 Vernetiltak: Antall vernerunder, Rapportering av Uønskede Hendelser (RUH), Farlige forhold

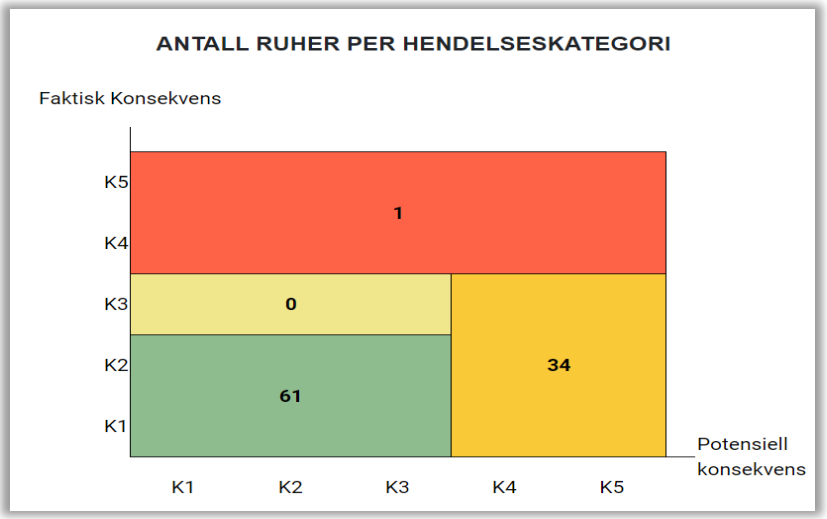
Vernerunder:
Gjennomføres ukentlig, tidspunkt er endret til tirsdager kl.12. Antall i perioden = 16stk.

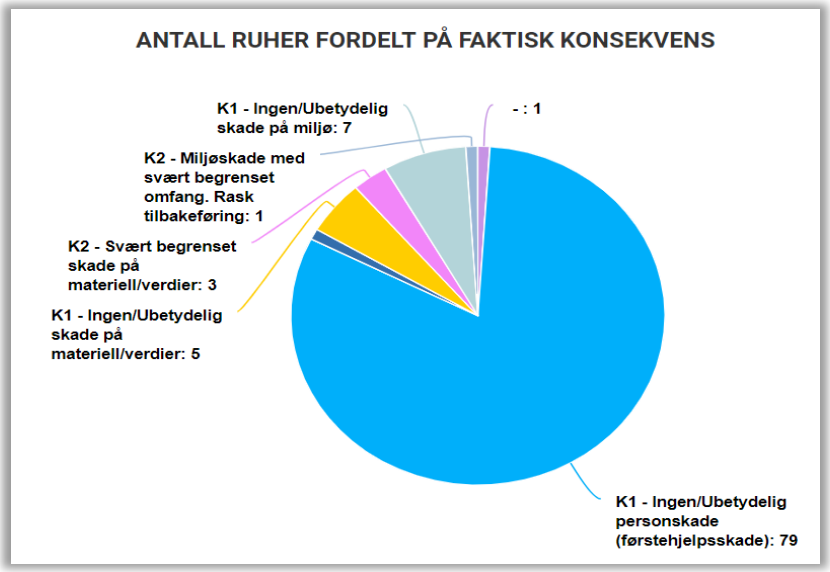
HMS-inspeksjoner:
Det har ikke vært noe tilsyn i perioden.

RUH i perioden:
Antall RUH (rapport om uønsket hendelse) i perioden: 76 stk.
Antall totalt i prosjektet: 96 stk.

Byggherre og HENT har felles verktøy for RUH registrering/behandling i prosjektet. Prosjektet har følgende utvikling, hendelseskategorisering, og faktisk konsekvens av RUH`ene i prosjektet:


OPPSAMLET NYE MOT LUKKEDE RUHER MÅNEDSVIS
ANTALL RUHER
125
100
75
50
25
0
jun
aug
okt
des
Nye
Lukkede


ANTALL RUHER PER HENDELSESKATEGORI
Faktisk Konsekvens
K5
K4
K3
K2
K1
1
0
61
34
K1
K2
K3
K4
K5
Potensiell konsekvens


ANTALL RUHER FORDELT PÅ FAKTISK KONSEKVENS
K1 - Ingen/Ubetydelig skade på miljø: 7
- : 1
K2 - Miljøskade med svært begrenset omfang. Rask tilbakeføring: 1
K2 - Svært begrenset skade på materiell/verdier: 3
K1 - Ingen/Ubetydelig skade på materiell/verdier: 5
K1 - Ingen/Ubetydelig personskade (førstehjelpsskade): 79

Farlige forhold:
Det er i hovedsak vært registreringer av lavt farenivå i perioden. Prosjektet har 1 RUH i rød hendelseskategori i perioden. Dette gjelder RUH 15547 og omhandler "Byggegjerdet i øst - mot skråning/fjell er noen steder svært ulent. Fare for uvedkommende skal komme seg inn på området". Tiltak: byggegjerde ytterligere utbedret og festet.

2.3 Personskader siste periode og skader på materiell

Ingen skader på personell og materiell i perioden.

3 KVALITET

3.1 Kvalitetsarbeid

Prosjektet har i perioden etablert prosesser for at prosjektert underlag skal kvalitetssikres (tverrfaglig kontroll) i dokumentregistret i PIMS. Prosjektet har gjennomført den første tverrfaglig kontroll av første arbeidspakke av prosjektert underlag i perioden. Arbeidspakken omhandlet utomhus dokumentasjon, area ØST. Evaluering av denne tverrfaglige kontrollen (TFK) er planlagt utført i januar, og i god tid før neste TFK som er planlagt i slutten av januar 2021. Erfaring så langt er at det er mismatch mellom prosjektert underlag, og det som går ut som arbeidstegninger. Det er også mangler i de prosjekterende sine egenkontroller og sidemannskontroller som skal utføres i forkant av en TFK.

Det er i perioden laget en liste angående produktgodkjenninger som byggherrene skal godkjenne i forkant av bestilling av HENT. Hver produktgodkjenning formaliseres i egen saksflyt i PIMS, hvor byggherre kvitterer ut.

Prosjektet har også etablert egne saksflyter i prosjektstyringsverktøyet PIMS angående eksempelvis:

- Tekniske avklaringer
- Produktgodkjenninger
- Beslutning byggherre
- Optimaliseringsforslag
- Byggherre registrert avvik
- Entreprenør registrert avvik

Dokumentleveranseplan

Prosjektet har utarbeidet en dokumentleveranseplan for detaljprosjekt og gjennomføringsfasen. Samtlige dokumenter er inndelt i grupper/arbeidspakker som er lagt i en fremdrift for ulike steg for eksempelvis gjennomsyn/tverrfaglig kontroll. Dokumentleveranseplanen er lagt inn som nivå 4 i fremdriftsplanen, og er koblet mot prosjekteringsplanen.

3.2 Avviksoppfølging

I denne perioden har det ikke oppstått noen vesentlige kvalitetsavvik foruten etableringen av Gabionmuren (støttemur). Basert på avviket så tok prosjektet å stoppet arbeidet med oppsettingen av Gabion muren, hvorav HENT så framskaffet manglende prosjekteringsunderlag og foretok prøver/analyser av fyllmassene.

Prosjektet har kommet i gang med en god arbeidsflyt på å behandle/avklare de avvik som oppstår i prosjektering og på byggeplass. Det er etablert egne saksflyter i PIMS som styrer prosessen i oppfølgingen av avvikene. Det er også mulighet for å knytte avvik direkte inn i BIM modellen for sortering hvis ønskelig. Både byggherre og HENT benytter nettbrett på byggeplass for digitalt registrere under vernerunder og befaringer.

4 PROSJEKTERING

4.1 Prosjektering- Funksjonalitet

Arbeidet med funksjonsprosjekt har pågått for fullt i hele perioden for sykehuset. Det ble avholdt oppstartsmøte i september. Funksjonsprosjektet er en videreutvikling av forprosjektet med hovedhensikt å videreutvikle prosjektet ved å modellere ut alle rom med plassering av utstyr og inventar. Arbeidet er lagt opp med ukentlige arbeidsmøter med arkitekter, sykehusplanleggere fra Sykehusbygg og kliniske koordinatorer fra UNN. Gruppeledere for de funksjonsvise OU-gruppene har også deltatt i de fleste. Resultatet er deretter kvalitetssjekket med hele medvirkningsgruppen i et møte. Medvirkningen i denne fasen ble avsluttet i desember.

Gjennom funksjonsprosjektet er planløsningene fra forprosjekt kvalitetssikret og det har medført en del omflyttinger av rom innbyrdes i arealene ved at noen rom har delt seg, blitt slått sammen eller byttet plass. Men i all hovedsak er funksjonsorganiseringen lik forprosjektet. Antall kapasitetsbærende rom (antall av sengerom, poliklinikkrom, operasjonsstuer, bildelabber etc) er uendret fra Forprosjekt.

Funksjonsprosjekt rapporten som skal ferdigstilles på nyåret, vil oppsummere manglene mellom programmert (fra forprosjektet) til låst funksjonsprosjekt. Den største mangelen er manko på 11 programmerte arbeidsplasser som det ikke er funnet plass til på gjeldende tegninger jamfør det som var programmert ved utgang forprosjekt.

Funksjonsprosjekt for helsehuset ble så vidt påstartet i desember og fortsetter de første ukene i januar og februar.

I neste periode vil prosjektet ferdigstille funksjonsprosjektrapport og gjøre en kvalitetssjekk av alt innhold i dRofus som avslutning på fasen. Det vil også legges en plan for den videre medvirkningen fra UNN i detaljprosjektet.

4.2 Prosjektering- Bygg

Prosjektering har i all hovedsak vært konsentrert rundt funksjonsprosjekt for sykehuset. Alle rom i alle etasjer er detaljert og bearbeidet, samt at tegnet/ programmert utstyr er verifisert i medvirkningen. Det er også utarbeidet førsteutkast av himlingsplaner, gulvplaner, vinduskjema og dørskjema. For prosjektet har det vært viktig å forankre løsningene med byggherren i medvirkningen. Funksjonsprosjektet for sykehuset ble sluttført i desember, hvor vi gikk rett over til oppstart funksjonsprosjekt for helsehuset.

Hovedaktiviteter på byggeplass i perioden har vært forberedende tomtearbeider for sykehuset, samt oppstart kontraktsarbeider i grunnen. Arbeidene har omfattet knusing og intern flytting av masser på tomt, bortkjøring av masser og sprengningsarbeider ved skjæring i øst. Området for parken (tidligere benevnt Helseparken) er oppfylt med løsmasser fra egen tomt.

Det har vært noe mangelfull utlegging av kontrollplaner og sjekklister for pågående arbeider. Kompleksiteten er begrenset, og utførelsen har i utgangspunktet ikke blitt påvirket av dette. Arbeidsgrunnlaget fra prosjekterende til utførende har vært noe ufullstendig og har hatt noen mangler, men verken kvalitet eller fremdrift har vært vesentlig påvirket av dette.

Det har pågått prosjektering basert på forprosjektgrunnlaget og brukermedvirkning for å komme frem til låste planer. Videre har det vært stor aktivitet i utarbeidelse av endelig underlag infrastruktur for hele tomten.

Funksjonen med varm overgang fra Helsehuset til eksisterende Sykehjem har vært vurdert med kulvert, men en kostnadsvurdering har medført behov for vurdering av gangbru.

4.3 Prosjektering- Teknikk

Det er jobbet mye med infrastruktur som skal i bakken, dette gjelder blant annet; redundant fremføring av vannforsyning til helsehuset og sykehuset. Trasevalg for høyspent og fiber kabler til begge bygg. Plassering av kummer, sluk, og energibrønner for energisentral. Nødstrømsaggregat, trafoer og tankanlegg er plassert for sikker strømforsyning. Energisentral og gassanlegg inkl. trykklufts kompressorer er prosjektert ferdig med alle hovedkomponenter. UPS anlegg er plassert sammen med alle ventilasjonsanlegg på tak i respektive fløyer for sykehuset og helsehuset.

Totalentreprenøren HENT har overført ansvaret, og oppfølging av tekniske rådgivere til totalunderentreprenør Totalteq. Dette har medført enkelte misforståelser og usikkerhet i grensesnitts avklaringer.

4.4 Prosjektering- IKT

Det er utarbeidet en dekningsplan for trådløst nettverk i sykehuset og helsehuset. Det er laget en plan for redundante føringsveier for fiber utomhus. Det skal gjennomføres møte med leverandør som skal bistå med prosjektering av innomhus mobildekning.

4.5 Prosjektering- Utstyr/ Inventar

Q4 har i vesentlig grad bestått av brukermøter og medvirkning i forbindelse med funksjonsprosjekt. Innhold fra forprosjekt i første halvår 2020 er tatt med videre og supplert med de behov og innspill som er kommet i etterkant av de endringer (ref. pkt. 4.1) fra medvirkning. Utstyr er i møter mellom brukere/arkitekt/sykehusbygg funnet sin plass i rommene, samt blitt programmert inn i planleggingsverktøyet dRofus.

Prosjekteringsgruppen har i hele perioden hatt bi-ukentlige "MTU-møter" møter hvor ansatte ved drift i UNN Narvik sammen med Sykehusbygg har bistått med å svare opp spørsmål fra tekniske fag.

Det er inngått avtale med Sykehusinnkjøp HF om bistand til innkjøps- og innkjøpsleder-ressurser for anskaffelser av byggherreutstyr til NUN. Det tas sikte på at anskaffelser til NUN og Nye Hammerfest Sykehus kjøres samlet, for blant annet sikre standardisering av utstyr til helseregionen, samt oppnå bedre betingelser på innkjøp av utstyr. Det er startet opp arbeid med anskaffelser av vaske- og steriliseringsutstyr, samt utstyr til senge- og vognvask, og autoklave til madrasser, dyner og puter, med en estimert dato for

kontraktsignering ila. første halvår '21.

Funksjonsprosjekt Helsehuset rakk akkurat å starte opp før jul, og planlegges avsluttet i februar '21. Vi vil i løpet av denne perioden også gjøre avklaring på hvilket utstyr (i Helsehuset) som anskaffes gjennom Sykehusinnkjøp, og hvilket utstyr som Narvik kommune selv anskaffer.

Viktige punkter for Q1 2021 er;

- Avklare og programmere eksisterende utstyr som UNN Narvik gjenbruker i nytt sykehus
- Oppstart av anskaffelser til bildediagnostisk utstyr, fastmontert utstyr til operasjon/intensiv samt laboratoriemedisinsk utstyr.
- Oppstart av planlegging av utstyrsmottak i perioden 2023-2024.
- Møteserie hvor foreslåtte produkter levert av HENT (eks fast innredning, EL og VVS-utstyr) blir fremlagt brukere for evaluering og godkjenning.
- Bistå prosjekteringsgruppen (PG) videre i fløy- og etasjevis gjennomgang med tanke på byggherreutstyr/MTU.

4.6 Prosjektering- Utomhus

Landskapsarkitekt har vært på befaring for å sikre god tilpassing til stedlige forhold, blant annet med å bevare så mye som mulig av stedlig form og vegetasjon. Offentlige og interne veger og plasser er under prosjektering og blir tilpasset utomhusplaner. Geolog og geoteknikker har også vært på befaring og vurdert utførelse og sikkerhet i forhold til prosjekterte løsninger. Det vil blant annet bli vurdert montering av steinsprangnett for å sikre mot nedfall fra overliggende områder, samt endret plassering av energibrønner.

Arbeid med Gabionmur er ferdig og nederste del av overvannskulvert er avsluttet med plastring av utløp for å sikre god avrenning ned mot stikkrenne under jernbane. Område for Helseparken er oppfylt med stedlig sprengstein, og dette vil også være areal for riggområde i anleggsperioden.

Sprengningsarbeid i øst er i utgangspunktet ferdigstilt, men vurdering av permanent bergsikring av skjæring gjenstår. Entreprenøren utfører graving for veg rund C-fløy og tilpassing av eksisterende terreng mot Furutoppen. For øvrig arbeides det med intern masseflytting på tomta.

Det har vært gjennomført tverrfaglig kontroll (TFK) for området Area øst med nyttig

erfaring om prosess og mulig forbedring av denne.

Byggestrømstrafo er oppgradert med tilstrekkelig kapasitet for den totale driften på byggeplass. Værforholdene har i perioden vært gunstig for arbeider i grunnen i forhold til årstiden.

5 PROSJEKTSTYRING

5.1 Plan og fremdrift

Prosjektet og HENT har i perioden arbeidet med å heve kvaliteten på fremdriftsplanen etter kontrakts signering. I slutten av perioden ble dette arbeidet ferdigstilt, og det arbeides med å fremlegge revidert fremdriftsplan og betalingsplan til prosjektstyrene for godkjenning.

Prosjektet har revidert fremdriftsplanen for alle nivå 1,2,3,4:

- Nivå 1: Hovedfremdriftsplan
- Nivå 2: Entrepriseplan
- Nivå 3: Styringsplan/prosjekteringsplan
- Nivå 4: Dokumentleveranseplan

Det arbeides nå med oppdatering av betalingsplanen jamfør oppdatert fremdriftsplan. Endelig betalingsplan og fremdriftsplan planlegges å fremlegges prosjektstyrne for sykehuset og Helsehuset for godkjenning i kommende prosjektstyringsmøte.

Slik som den reviderte fremdriftsplanen ligger per nå så er det lagt opp til en felles overlevering av sykehuset og helsehuset. Dette er gjort på bakgrunn av at entreprisene har fellesnevnere i teknisk infrastruktur, samt henger sammen bygningsmessig. Det er dermed lagt opp til en gradvis ferdigstillelse og prøvedrift av byggene. Det er derfor en trygghet for totalprosjektet å ha en felles overleveringsdato som er satt til 08.aug.2024.

Den reviderte Hovedfremdriftsplanen som viser sykehuset og Helsehusets milepæler, samt hovedaktivitetene i prosjektet aggregert opp til nivå 1, er vedlagt tertialrapporten.

5.2 Økonomi

Arbeidet med integrasjon mellom UNN's fakturasystem (Agresso) og Sykehusbygg's prosjektregnskap (PIMS) er sluttført. Dette betyr at alle fakturaer som konteres i Agresso med en PIMS relatert kode blir automatisk overført til prosjektregnskapet når de er endelig godkjent.

Det pågår et arbeid med å etablere rutiner for fordeling av kostnader mellom UNN og Narvik Kommune. Arbeidet forventes sluttført i kommende periode.

Totalt bokførte kostnader tom. desember er 390 512 926 kr inkl. mva. Påløpte kostnader, inkl. interim, per desember er 395 491 368 kr. Planlagte kostnader er 525 454 451 kr.

Regnskapet til UNN for 2020 blir ikke avsluttet før 25.02.2021. Det presiseres derfor at avstemmingen er utført på foreløpige tall og det kan komme endringer. Eventuelle endringer vil kommenteres i påfølgende rapporter.

Prosjektet har påløpte kostnader som er omtrent 130 mnok lavere enn planlagte kostnader hittil i perioden. Avviket skyldes i hovedsak to faktorer:

1: Budsjett avsatt til Prosjektreserver og LPS var prognostisert å følge kostnadspådraget for prosjektet for øvrig. I virkeligheten ser vi at selv om mye av reservene forventes å bli brukt, påløper ikke kostnadene før i gjennomføringsfasen av prosjektet.

2: HENT har startet sitt arbeid senere enn forventet. Dette skyldes forskjøvet oppstart byggeplass for å sikre god kvalitet på funksjon- og detaljprosjekt. Dette påvirker også andre kostnader knyttet til administrasjon av prosjektet som følgelig får et lavere pådrag i starten av prosjektet.

Ny betalingsplan vil medføre en budsjettrevisjon med oppdatert periodisering. Denne revisjonen vil utføres når betalingsplan er godkjent av byggherre.

For videre detaljer vises til “Vedlegg til kapittel 5” til tertialrapporten.

Kostnadsstatus per PNS - Nye UNN Narvik

Periode 31.12.2020

SYKEHUSBYGG

Alle verdier x1000	Fremdrift		Akkumulert verdi sålangt i prosjektet				Total Estimat		
PNS / Arbeidspakke	Planlagt %	Faktisk %	Planlagt	Prognose	Påløpt	Bokført	Justert Budsjett	Godkjent Budsjett	Prognose
Nye UNN Narvik			525 455	525 455	395 491	390 512	2 692 609	2 692 609	2 692 609
D.1 Prosjektering tidligfase (NUN)	100 %	100 %	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959
NUN_81 - NUN Prosjektering tidligfase	100 %	100 %	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959
E.1 Nye Narvik Universitetssykehus (NUN)	17 %		462 496	462 496	332 532	327 553	2 629 650	2 629 650	2 629 650
E.1.a BH Administrasjon (NUN)	4 %		9 214	9 214	1 886	13 526	248 415	248 415	248 415
E.1.b HENT (NUN)	10 %		169 079	169 079	114 452	101 084	1 662 054	1 662 054	1 662 054
E.1.c BH Leveranser (NUN)	44 %		198 359	198 359	198 359	198 359	446 148	446 148	446 148
E.1.d Prosjektreserver og LPS (NUN)	19 %		85 844	85 844	17 834	14 584	273 033	273 033	273 033

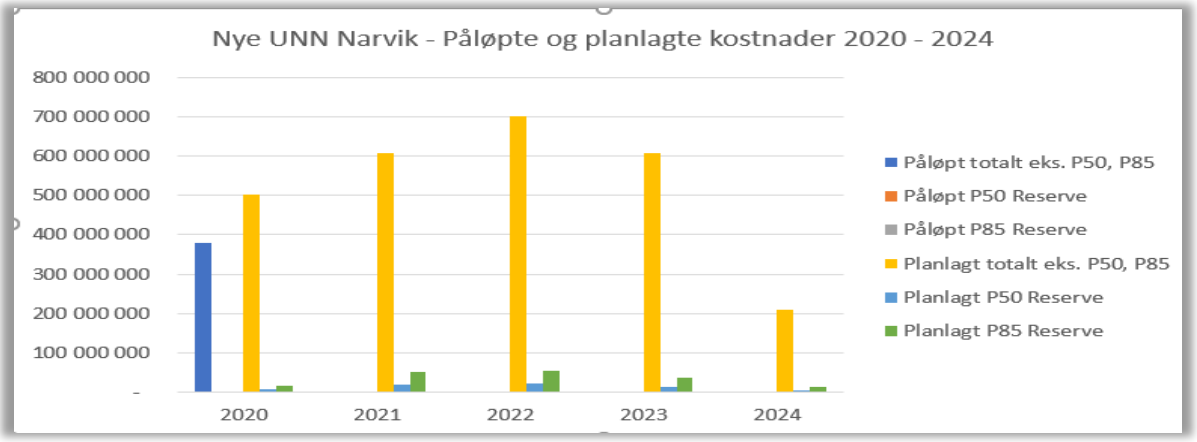
5.3 Investeringsramme fra Helse Nord RFH

Investeringsrammen for Nye UNN Narvik er uendret siden forrige periode og hittil i prosjektet.
P85: 2866 mrd NOK, dette inkluderer ikke OU prosjektet.

5.4 Investeringsplan

HENT har levert en revidert betalingsplan som er basert på oppdatert fremdriftsplan. Denne, sammen med en vurdering av prosjektet, utgjør grunnlaget for arbeid med en ny investeringsplan. Inntil arbeidet er sluttført og godkjent av prosjektstyret ligger tidligere investeringsplan til grunn.

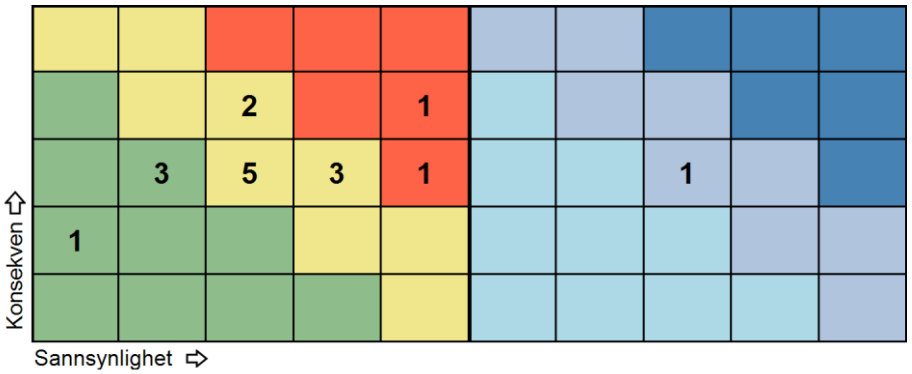
En investeringsplan basert på dagens likviditetsplan er vedlagt under:



5.5 Reserver

Status på reserver er presentert I "vedlegg til kapittel 5" til tertial rapporten.

5.6 Risiko- og mulighetsbilde (topprisker)



10795 Vanskelig tilgang til utenlands arbeidskraft
1) Vanskelig tilgang på utenlands arbeidskraft i og med at den norske kr svekkes/ mindre lukrativt å komme hit.
2) Smittevern tiltak som hindrer de å komme til landet

10796 Risiko for leveransesikkerheten på BH leveransene
Risiko for forsinkelser på byggherreleveransene pga corona. Kapasitet/transport mm.

10803 Fare for manglende parkeringsløsning iht reguleringsplan
Fare for manglende parkeringsløsning iht reguleringsplan

11348 Fare for ulemper mot naboer og trafikk ved legging av ny VA-ledning.
Ny VA-ledning. Sikre utfordring mot naboer og trafikk

11361 Fare for fallskader/ fallende gjenstander ved montasje i høyden
Fallskader
Fallende gjenstander

11371 Fare ved løfteoperasjoner
Innløfting av vinduer, fasadeelementer, glasselementer til tak alle etasjer

11379 Fare for kommunikasjonssvikt pga språkproblemer på byggeplass
Ved bruk av utenlandsk arbeidskraft kan det oppstå kommunikasjonssvikt pga språkproblemer og kulturforskjeller som igjen kan medføre uhell og skade.

11380 Fare for koronasmitte for/ ved tilreisende
Korona risiko for/ved tilreisende. Smitterisiko og tilgang på personell. Risiko for at smittede tilreisende sprer smitte, samt at prosjektet får forsinkelser grunnet vanskeligheter rundt smittespredning & ressurstilgang.

11392 Fare for fremdriftsutfordringer mellom entreprisene
Fare for fremdriftsutfordringer mellom entreprisene

11436 Fare for ras fra fjell, snøsmelting/snø/vann/stein mm.

Fare for ras fra fjell. Snøsmelting/snø/vann/stein mm. Fare for at utgliding av masser ved nedbør

11449 Fare for at inntransporten/ heising skaper farlige hendelser.
Fare for at inntransporten/ heising skaper farlige hendelser. Eksempel inntransport av tungt utstyr, operasjonsstuer.

11496 Fare for mangler i romfunksjons- og utstyrsbeskrivelse helsehuset
Risiko for mangler i romfunksjons- og utstyrsbeskrivelse i dRofus for helsehuset, og grensesnittet mot HENT- leveranser. Samt mangler i grensesnitt mot UNN ift. fellesarealer og arealer i annen parts hus.

11500 Fare for store endringer av omfang og kvaliteter i funksjons & detaljprosjektet
Fare for store endringer i funksjon og detaljprosjektet fører til store kostnadsøkninger i prosjektet. Risikoen er begrenset av grunnet stor bruk av standardrom, og erfaringer fra andre sykehusprosjekt. Byggherren koordinerer funksjonsprosjektet, og skal godkjenne produktene.

11504 Fare for overskridelser av P35 reserven
Fare for at endringer, og krav i forbindelse med medvirkning, overskrider usikkerhetsavsetning og P35 reserve i prosjektet.

11525 Mulighet for økt tilskudd fra Husbanken
Narvik kommune sendte 12.06.20 et brev til Husbanken hvor vi utfordret Husbankens eksisterende virkemidler. Slik Husbankens virkemidler for investeringstilskudd er utformet per i dag er de mer tilpasset tradisjonelle sykehjems bygg, sett i forhold til det helsehuset som Narvik kommune nå planlegger. Dette med utgangspunkt i at vi mener helsehusets utforming og samlokalisering med UNN vil være med på å tilby pasientene ekstra fasiliteter som beriker deres tilbud.
Tilbakemelding per e-post fra Husbanken november 2020 er at de fortsatt jobber med behandling av saken, men det vil ta tid før de har noe svar på dette. De jobber med å få inn at enn evt. endring i ordning må ha tilbakevirkende kraft for prosjekter som ikke er ferdigstilte. De vet ennå ikke om det blir noen endring eller hvilken evt. annen løsning som kan benyttes på denne type problemstillinger.

11566 Risiko grunnarbeid - arbeid i høyden ved sprengningsarbeid
Pga. vanskelige forhold ved sprengning/kontur-arbeid er det fare for fall fra høyden

11605 Omlegging av høy- og lavspent, samt fiber
Det skal etableres ny trasé for høy- og lavspent, samt fiber og tele-kabel. Dette grunnet at eksisterende trasé vil komme i konflikt med fremtidig grunnarbeid. Dette blir et krevende arbeid pga. mye eksisterende infrastruktur i grunn. Nordkraft eier fiber og lav-/høyspent, Telenor eier fiber og mulig telekabel (kobberkabel). Stor risiko for skade eksisterende infrastruktur, personskade og

økonomisk risiko!

6 MYNDIGHETSFORHOLD

Detaljreguleringsplanen ble politisk vedtatt 29.oktober 2020, og kunngjort 6.november 2020 med klagefrist 27.november 2020.

Etter klagefristens utløp var det ikke mottatt klager på vedtaket, og planen er dermed ferdigbehandlet fra planmyndighetens side.

Rammesøknad for sykehuset (g.nr.38 b.nr.187) er under behandling hos Narvik kommune Areal og samfunnsutvikling.

Godkjenning av rammesøknad ventes primo januar 2021. Rammesøknad for helsehuset forberedes for levering til Narvik kommune januar 2021.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Byggeprosjekter

Tertialrapport 3, 2020



Foto: Universitetssykehuset Nord-Norge, pingvinavisa.no

UNN HF PET-senter - Prosjektnummer 71055

Innholdsfortegnelse

1 Innledning og sammendrag 1
1.1 Viktigste aktiviteter i denne perioden 1
2 Fremdrift 1
2.1 Bygningsmessige arbeider 1
2.2 Valideringsprosessen 1
3 Økonomihovedtall 2
4 Risikovurderinger i prosjektet 2
5 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger 3

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Tertialrapporten gjelder for perioden september-desember 2020.

1.1 Viktigste aktiviteter i denne perioden

Denne perioden har vært fokusert på valideringsarbeid og reklamasjoner.

Det pågår gjennomgang og utbedringer av reklamasjoner og endringer i prekliniske forskningsarealer som følge av utstyrsendringer i universitetsarealene.

2 FREMDRIFT

Det har blitt utarbeidet en tverrfaglig fremdriftsplan for valideringsprosessen. Opprinnelig plan for prosessen hadde intensjon om å være ferdig med validering til 31. mai 2020. I begynnelsen av februar 2020 ble planen revidert. Antatt ferdigstilling av validering og tidspunkt for tilsyn fra Statens legemiddelverk (SLV) er uke 15 i april 2021.

2.1 Bygningsmessige arbeider

Tekniske anlegg som er forutsetning for validering er fullført. Anleggene fungerer i hovedsak slik forventet, men det foreligger fortsatt reklamasjoner som er knyttet til enkelthendelser i ventilasjons- og romtrykkstyring/logging i lokalene. Dette oppleves som forstyrrende for drift, men har ikke vært til hinder for valideringsarbeidet i denne perioden. Andre reklamasjoner følges opp fortløpende. Gjenstående arbeider i Universitetsarealer gjelder i hovedsak befuktningsanlegg i rom med PET MR for smådyr.

Dokumentasjon og opplæring i bruk av teknisk utstyr er levert i tilstrekkelig grad til at dette er grunnlag for utarbeiding av nødvendige driftsprosedyrer som kreves i forhold til validering.

Deler av entreprenørs opplæring av teknisk personell skulle foregå med befaringer i senteret. Dette har vært svært vanskelig å få gjennomført på grunn av pandemitiltak og er utsatt inntil videre.

Noe dokumentasjon for tekniske anlegg har vært mangelfullt levert fra entreprenør og avtalt metode for datafangst av dokumentasjon har vist seg å være utfordrende for begge parter. Dette har resultert i at UNN har en større jobb med å få lagt dokumentasjon inn i vårt elektroniske system for dokumentstyring og vedlikeholdsrutiner (Plania).

Avtalt evaluering av byggeprosessen og ferdig bygg pågår i regi av Sykehusbygg HF og forventes ferdigstilt før sommeren 2021.

2.2 Valideringsprosessen

Arbeidet med kvalitetssystemene følger plan satt opp og gjennomgått med ledelsen i Helse Nord RHF i august 2020. De viktigste risikoområdene er identifisert og det er iverksatt kompenserende tiltak der dette er mulig.

Delmålene i milepælsplanen er per 11.01.2021 justert med tanke på å kunne ha inspeksjon fra SLV. Tilbakemelding fra SLV er at de er tilgjengelige for å gjennomføre inspeksjon i uke 15 (12-16. april).

De største risikoene vurdert per 11.01.2021 for forsinkelser i milepælsplanen er beskrevet under:

- Fravær av personell på grunn av karantene, sykdom, syke barn, permisjoner. De fleste av oppgavene i milepælsplanen kan ikke gjøres fra hjemmekontor.
- PETra i stabilt kjøremiljø (M1-5). Feil i systemet oppstår stadig. Servicepersonell fra hardware- og softwareleverandører er involvert. Programvaren ble oppdatert til v.2.2.1 primo desember 2020. Denne oppdateringen hadde dessverre flere nye kritiske feil som man har jobbet hardt for å løse sammen med leverandør. Resultatet er at leverandør leverer en dedikert servicepakke til oss i uke 2.
- Ferdigstilling av tekniske driftsprosedyrer er forsinket i henhold til opprinnelig plan. Drifts- og eiendomssenteret har gjennomført risikoreduserende tiltak og skal levere innenfor rammen av valideringsprosessen.

3 Økonomihovedtall

Vi opprettholder prognosen på et overforbruk på 62 mill. kr, uforandret fra forrige rapportering.

Fakturert i rapporteringsperioden er 1,28 mill kr. Dette er noen endringsarbeider samt leie av prosjektadministrasjon for oppfølgning og ferdigstilling av prosjektet.

I tillegg til prosjektets utfakturerte kostnader er det fakturert 72.159.256 kroner i medisinsk teknisk utstyr betalt av gavemidler. Disse innkjøpene er medregnet i prosjektets prognose.

Totalt forbruk

Investeringer tall i mill kr	Investerings-ramme	Sum investert	Rest-ramme	Forbruk av disponibel ramme %	Utstyr gavemidler
UNN PET-senter	567,9	557,3	10,6	97%	72,1

4 Risikovurderinger i prosjektet

Arbeidet med etablering av kvalitetssystem og validering i prosjektet vurderes fortsatt som en risikofaktor både med hensyn til ferdigstillelse, godkjenninger og økonomi. Risikoen vurderes som betydelig redusert i perioden da det er gjennomført kompenserende tiltak ved de største identifiserte flaskehalsene.

Covid-19 har gitt noen utfordringer både vedrørende ferdigstilling av reklamasjonsarbeider og valideringen. Videre usikkerhet avhenger av pandemiutviklingen.

Etablering og ferdigstillelse av drifts- og vedlikeholdssystemer for senteret i regi av Teknisk driftsavdeling er avgjørende for å kunne gå i gang med inspeksjon. Det har vært gjennomført tiltak for å sikre at dette blir gjennomført innen rammen av valideringsplan. Konkret tiltak som er gjennomført er

- Omprioritering av ressurser internt i teknisk avdeling, DES, UNN
- Prioritering av ressurser eksternt hos entreprenør
- Kjøp av eksterne tjenester

5 OVERORDNEDE VURDERINGER

Det er utarbeidet en solid plan for valideringsgjennomføring der alle aktiviteter er identifisert og risikovurdert. Nødvendige tiltak for å gjennomføre i henhold til plan er iverksatt av alle parter involvert. På teknisk side er det størst risiko knyttet til ferdigstilling av drifts- og vedlikeholdsprosedyrer samt stabilitet i ventilasjons- og romtrykksstyring. På valideringsarbeidet er usikkerhet forbundet med kvalitetssystemet PETra vurdert som den største gjenstående risikoen. I henhold til revidert plan om ferdigstillelse til SLV-tilsyn forventes det klart for tilsyn medio april 2021.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Byggeprosjekter

Tertialrapport 3, 2020



Foto: Universitetssykehuset Nord-Norge - pingvinavisa.no

Ny Dialyseavdeling Universitetssykehuset Nord-Norge HF, gjenstående delprosjekt av A-fløy, – Prosjekt 71067

Innhold

1 Innledning og sammendrag 3
2 Usikkerhet 3
3 Økonomi 4
4 Fremdrift 6
5 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA) 7
6 Ytre miljø og avfallshåndtering 8
7 Kommende aktiviteter 8
8 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger 8

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Tertialrapporten gjelder for perioden september-desember 2020 og omhandler ny dialyseavdeling i Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) i Tromsø, Breivika, et gjenstående delprosjekt av A-fløyprosjektet.

Det etableres ny dialyseenhet i fløy B2 (del 1) og B3 (del 2) plan 9. Arbeidene gjennomføres av driftsmessige hensyn i to deler. Første del av prosjektet er fullført og ble tatt i bruk 9. november. Dette frigjør arealene til del 2 hvor siste del av prosjektet nå pågår. I tillegg har det vært gjennomført utvidelse av teknisk bygg på tak i B-fløya for å romme ventilasjonsanlegg for området. Dette er fullført.

Sykehusinnkjøp HF har gjennomført innkjøp utstyr til avdelingen inkludert dialysesøyler.

Status:

Tillatelser: Alle nødvendige tillatelser (Rammetillatelse, Arbeidstilsynets samtykke og Igangsettingstillatelse) er mottatt.

Fremdrift: Byggearbeider på del 1 (B2-9) startet 13. januar 2020 og avsluttet i uke 41. Utvidelse av teknisk bygg på taket startet 13.05.2020 og avsluttet også med ombyggingen del 1. Etter prøvedrift og innflytting startet rivearbeider del 2 i uke 46 og ombyggingen fullføres april 2021. Prøvedrift skal ha varighet en måned, og derfor er overtakelse estimert i medio mai 2021.

Kostnad: Første del av prosjektet og teknisk rom har hatt utfordringer av bygningsmessige og teknisk karakter som har vært større enn forutsatt. Dette har sammen med noen utfordringer knyttet til pandemi medført ekstra kostnader utover prosjektets sikkerhetsavsetning. Det forventes en overskridelse på om lag 3 mill. kr av prosjektets totalramme.

2 USIKKERHET

Etablering av ny dialyseenhet har gitt noen utfordringer som er blitt løst med planlegging og støtte fra de involverte:

- Pandemisituasjonen (Covid-19). Den pågående pandemien har medført stans i arbeidet og medførte utarbeidelse av revidert logistikkplan i byggeperioden for å unngå å lage kryssende linjer med klinisk virksomhet. Prosjektet ble stoppet 4 uker. Tiltakene involverer hovedsakelig aspekter ved adkomst, avfallshåndtering, standarder for fremdriftsmøter og forebyggende tiltak for smitte på byggeplassen. Smitteverntiltakene er fremdeles i kraft og gjennomgås kontinuerlig avhengig av om det er endringer i nasjonale smittevernregler fra Folkehelseinstituttet (FHI).

- På grunn av midlertidig arbeidsstans i del 1 hadde vi en forsinkelse som førte til merkostnader. Kostnaden ble beregnet av byggentreprenør og diskutert med entreprenør og foretaksadvokat
- Det har vært noen avvik fra Helse-, miljø- og sikkerhetsplanen (HMS-planene) fra entreprenør sin side. Avvikene er umiddelbart blitt korrigert og har ikke medført uhell eller skader.
- Etter nøye gjennomgang av utstyr og innredning som ble planlagt for avdelingen for mange år siden, var det behov for å gjøre noen endringer. Disse endringene fokuserte på materialer og mengder som delvis ble påvirket av tiltak i møte med Covid-19-situasjonen. En stor innsats gikk i å holde seg innenfor budsjettet. Det kreves imidlertid flere ressurser for å fullføre del 2.
- Vannlekkasjer i plan 8.
  Etter at del 1 (B2-9) ble tatt i bruk, kom det to vannlekkasjer fra vannrenseanlegg i dialysesøylene. Korrigerende tiltak ble tatt, og dette ble løst. Byggentreprenøren dekket utgiftene knyttet til dette.
  Fire uker etter at dialyseavdelingen var i bruk, var det en ny lekkasje relatert til tett rør fra wc-personal B2-914. Korrigerende tiltak ble tatt, og dette ble løst.
- Bjelke uten riktig støtte.
  Ved fjerning av systemhimling i del 2 (B3-9) ble det oppdaget en strukturell bjelke i bygningen som ikke hadde riktig støtte og betongen var skadet. Dette genererer merkostnader for å beregne riktig støtte (boltet stålvinkel) og utføring av byggentreprenøren.
- Tilleggsarbeid
  For del 1 ble det utført flere tilleggsarbeider, spesielt i byggentreprise. Dette ble dekket med prosjektets usikkerhetsbeløp.

Punkt	**Lav risiko**	**Behov for korrigerende tiltak**	**Høy risiko**
Økonomi			X
Fremdrift	X		
HMS	X		
Andre forhold	X		

3 ØKONOMI

Prosjektet *Ny dialyseavdeling UNN Tromsø* er finansiert med 52 mill. kr. Det ble beregnet en kostnad for renoveringen del 1, del 2 og byggingen av det tekniske rommet på taket på 41 286 736 kr. uten moms. Det ble estimert 3 753 340 kr. for usikkerheter.

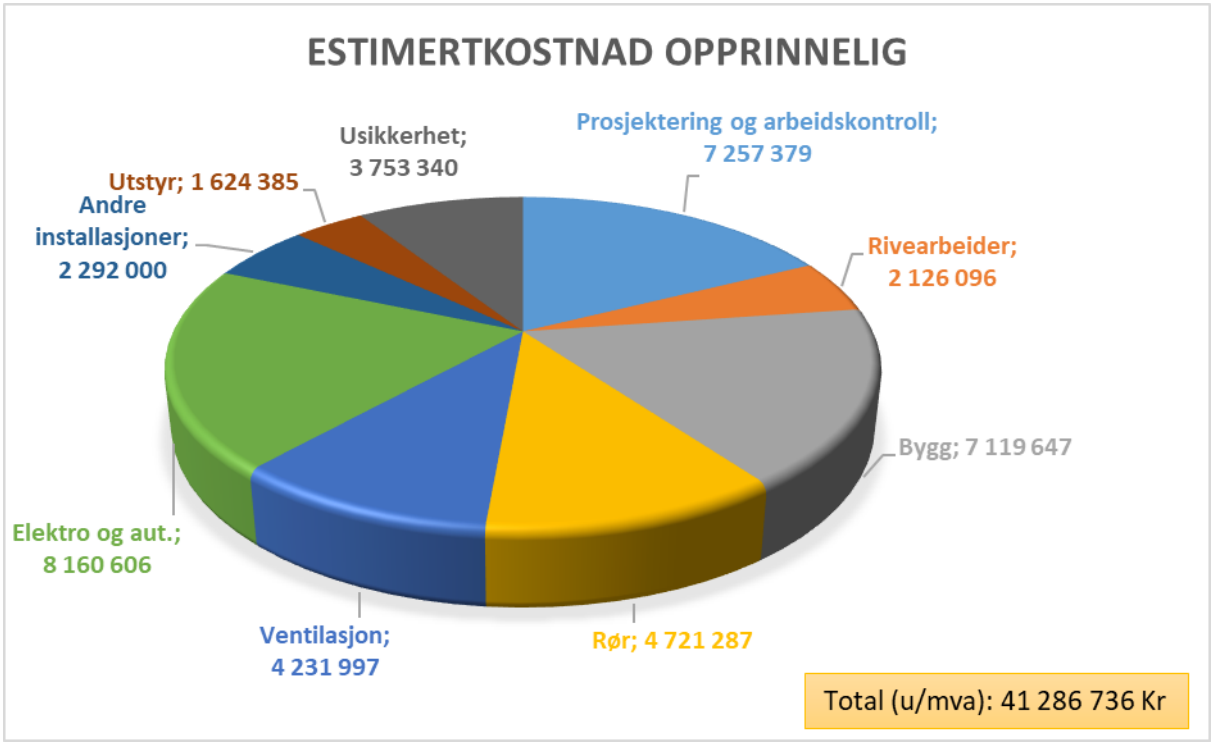
De fleste kostnadene for tilleggsarbeid, indirekte kostnader ved Covid-19-situasjonen ble dekket av den estimerte usikkerheten. Det er ikke tilgjengelig beløp for å dekke usikkerhet for

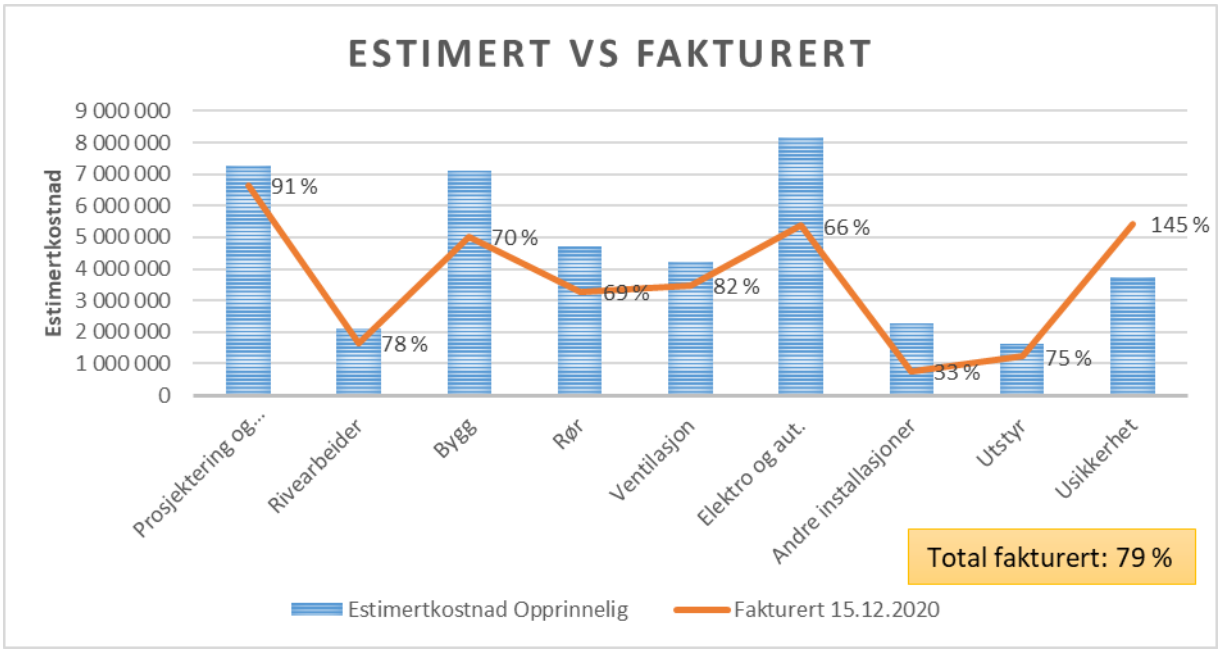
del 2 (B3-9). Frem til 15.12.2020 er 79 % av prosjektbeløpet fakturert (32 820 259 kr. uten moms).

Gitt den samme estimerte forbruk og ekstrakostnader for del 2 av prosjektet som i første del er det beregnet et overforbruk på 3,6 mill. kr. Dette beløpet anslås som høyeste estimat for overskridelse i prosjektet. Del 2 av prosjektet er teknisk enklere enn del 1 og realistisk vil merforbruk ikke bli like høyt. Det gjøres også tiltak for å kutte kostnader. Laveste anslag for kostnadsoverskridelse er 2,2 mill. kr. Sannsynlig resultat er estimert til 3 mill. kr i overforbruk.

Nedenfor er en tabell med økonomiske oppsummering av prosjektet, et kakediagram med kostnadsestimatet ved starten av prosjektet, og en graf der de estimerte kostnadene kontra fakturerte kostnader fram til 15.12.2020 vises.

Ny dialyseavdeling (Del 1 og del 2) (71067/710340)	Estimertkostnad Opprinnelig	Estimert oppdatert	Fakturert 15.12.2020	% Fakturert 15.12.2020
Prosjektering og arbeidskontroll	7 257 379	7 257 379	6 635 979	91 %
Rivearbeider	2 126 096	2 126 096	1 662 343	78 %
Bygg	7 119 647	7 119 647	5 011 853	70 %
Rør	4 721 287	4 196 511	3 255 726	69 %
Ventilasjon	4 231 997	4 231 997	3 473 970	82 %
Elektro og aut.	8 160 606	8 160 606	5 364 196	66 %
Andre installasjoner	2 292 000	1 375 811	762 387	33 %
Utstyr	1 624 385	1 624 385	1 223 283	75 %
Usikkerhet	3 753 340	8 824 604	5 430 522	**145 %**
Total	**41 286 736**	44 917 036	**32 820 259**	**79 %**
Total Ink. Mva	51 608 420	56 146 295	41 025 324	





4 FREMDRIFT

- **Del 1 (B2-9) og teknisk rom på taket (B2-10) – 100% fullført**

Overføring av FDV-dokumentasjon og tegninger som bygget fra del 1 planlegges i samarbeid med teknisk driftsavdelingen.

- **Del 2 (B3-9)**

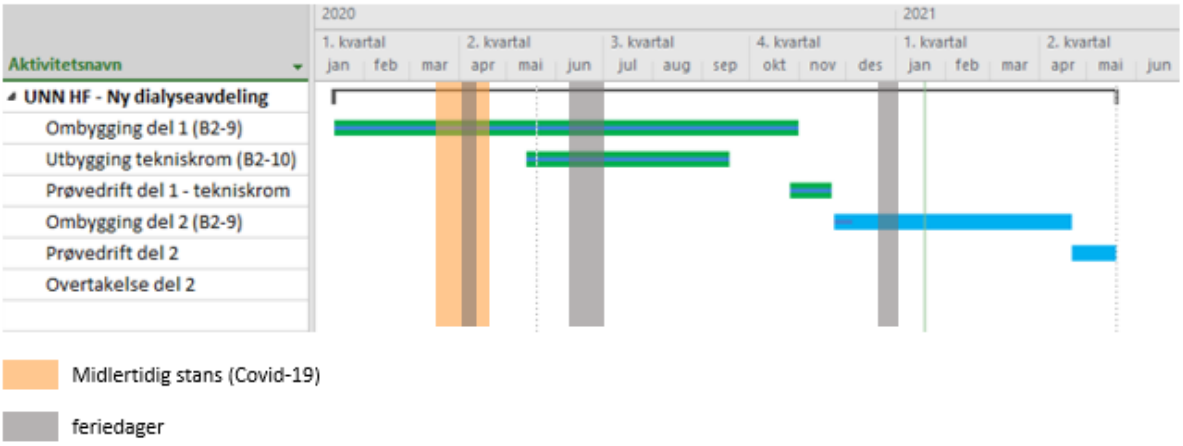
  Riving: Fullført.

  Ombyggingen: pågår. Ferdigstillelse forventet i april 2021. Juleferie fra 21.12.2020 til og med 03.01.2021.

  Prøvedrift: 1 måned (april-mai 2021).

  Overtakelse: medio mai 2021.

En grov fremdriftsplan for totalprosjektet er vist i figur.



5 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ (SHA)

HMS-plan (helse-, miljø- og sikkerhetsplan) for prosjektet er utarbeidet i konkurransefasen (oktober 2019). Byggherrens SHA-plan (sikkerhets-, helse- og arbeidsmiljøplan) og HMS-krav fra byggherren er innarbeidet i entreprenørens HMS-plan.

HMS-rutiner på byggeplassen er etablert med vernerunder hver 14. dag. Skjema fra vernerundene arkiveres i en mappe (09 HMS) i UNNs prosjektdokumentsystem, Interaxo (AFL-Dialyse) sammen med Sikker jobb-analyse (SJA) og rapport om uønskede hendelser (RUH).

Antall skader: 0 totalt.

Vernerunde del 1: 13 totalt.

Vernerunde del 2: 1 totalt.

Det har vært noen få avvik fra HMS på entreprenørsiden som er rettet umiddelbart.

6 YTRE MILJØ OG AVFALLSHÅNDTERING

Et av smittevernstiltakene for å gjenoppta arbeidet var at avfallshåndtering ville bli utført på miljøstasjonen (UNN i Breivika) og kostnadene vil bli belastet prosjektet.

Det ble enighet om at gips, metall, trevirke kastes i miljøstasjonskonteinerne. Byggentreprenøren har en egen konteiner for restavfall. Avfallshåndteringskostnader vil bli betalt av entreprenøren, inkludert de som gjelder feilsortering.

I rivningsarbeidene (del 2) vil spesialavfallet (gulvbelegg) ble håndtert av byggentreprenøren.

7 KOMMENDE AKTIVITETER

For neste tertialperiode (januar-mars 2021) kommer følgende aktiviteter:

- Fullføre ombygging del 2.
- Prøvedrift.

8 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE VURDERINGER

Planlegging, oppstart og gjennomføring av prosjektet har fungert godt der samarbeid med de ansatte i de berørte områdene har vært nøkkelen til kontinuiteten i prosjektet.

Entreprenørene har tilpasset seg veldig godt den dynamikken som covid-19 pandemien har krevd, og til de nye tiltakene som ble påkrevd for videre gjennomføring.

Usikkerhetsbeløpet ble i sin helhet benyttet i del 1. Det antas at prosjektet vil ha et overforbruk på om lag 3 mill. kroner i forhold til budsjett. På grunn av dette anses den økonomisk risiko som høy.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**8/2021**
Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2020/80-2
Saksbehandler:	Roger Dahl

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.

Bakgrunn

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

Virksomhetsstyring ved UNN ved hjelp av dialogavtaler mellom ledernivåene ble innført som en del av det langsiktige utviklings- og omstillingsprosjektet. Dialogavtalene inneholder de til enhver tid prioriterte målsettingene for UNN og skal fastsette foretakets ambisjoner, samt ivareta forskjellige krav fra myndigheter, oppdragsdokumentet, foretaksprotokoller, styrevedtak, mv.

Dialogavtalen mellom styret og administrerende direktør tar utgangspunkt i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF. Oppdragsdokumentet vedtas imidlertid ikke før i februar det året det gjelder, mens direktøren må starte virksomhetsplanlegging for neste driftsår om lag 10 måneder før årsskiftet for å overholde tidsfrister og fremskaffe en god virksomhetsplan. Direktøren har derfor allerede nå behov for styringssignaler fra styret som kan legges til grunn for virksomhetsplanleggingen i 2021. Dette behovet løses gjennom styrebehandling av direktørens dialogavtale for 2022.

Dialogavtaleverktøyet er dynamisk slik at det er mulig å gjøre justeringer i avtalen dersom det er nødvendig når oppdragsdokumentet for 2021/2022 foreligger.

Formål

Formålet med denne saken er å vedta direktørens dialogavtale for 2022, samt justeringene i direktørens vedtatte dialogavtale for 2021.

Saksutredning

Omfanget av direktørens og underliggende nivåers dialogavtaler har gradvis økt siden innføringen startet for fullt i 2013, en utviklingsretning som ikke har vært i tråd med de bærende ideene om dynamikk og fokus i virksomhetsstyringen. For å imøtegå utviklingsretningen, ble direktørens dialogavtale for 2018 redusert i omfang til å gjelde spesielt prioriterte satsinger. I 2019 reviderte direktøren innretningen ytterligere. Det ble gitt føringer om at samtlige klinikker og sentra skal revidere avtalene i retning av færre og mer konkrete resultatmål som er egnet for oppfølging. For 2021/2022 foreslår direktøren en ny revidering for å gjøre dialogavtalene mer anvendelig som styringsverktøy.

Satsingene i dialogavtalen utgjør en del av den årlige virksomhetsplanen for UNN, hvor man setter stegene som skal tas i retning av de overordnede målene, og utgjør slik et årlig grunnlag for styring og ledelse av virksomheten. I revidert dialogavtale for 2021 foreslås det at prioriterte styringsmål med målbare nøkkelområder anvendes fremfor de komplekse målene som finnes i vedtatt dialogavtale for 2021. Direktøren forventer at en slik forenkling er med på å fremme det viktige arbeidet med å sikre eierskap og implementering av dialogavtalene på organisasjonsnivåene, da det bidrar til en tydelig kobling mellom overordnende mål, suksessfaktorene som må på plass for å nå disse målene, sammen med virkemidlene i form av hovedsatsninger, strategier og tiltak som iverksettes for å realisere målene.

Endringen som foreslås skal bidra til en høyere kongruens mellom utfordringsbildet og innholdet i dialogavtalene, og rede grunnen for en mer aktiv lederoppfølging rundt spesielt viktige mål og hovedsatsinger. Dialogavtalene forventes også å bli mer smidige, da syklusen på målstyringen kortes betraktelig ned i tid. Det er stadig behov for justeringer etter hvert som utfordringsbildet og endrer seg og ny kunnskap om problemområder blir tilgjengelig. Nøkkelområder og virkemidler vil kunne justeres ved behov, i tråd med kontinuerlig forbedring.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 4. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 10.02.2021.

Vurdering

Dialogavtalen er direktørens styringsverktøy og utgjør et grunnlag for styring og ledelse av UNN, hvor stegene som skal tas for å nå de overordnede målene fastsettes som en del av den årlige virksomhetsplanleggingen. Direktørens dialogavtale med styret foreslår overordnede satsinger for 2021/2022 etter en ny innretning som forventes å gjøre dialogavtalen mer anvendelig som styringsverktøy. Endringen innebærer en reduksjon og forenkling av omfanget komplekse mål i vedtatt dialogavtale for 2021 til fordel for konkrete styringsmål med nøkkelområder hvor UNN må lykkes.

Direktøren ber om at styret godkjenner forslaget til direktørens dialogavtale for 2022, samt endringene i direktørens dialogavtale for 2021.

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Direktørens dialogavtale med UNN-styret for 2022 og endringer i vedtatt dialogavtale for 2021

Vedlegg 1. Direktørens dialogavtale med UNN-styret for 2022 og endringer i vedtatt dialogavtale for 2021

2021 – vedtatt versjon
Helsepersonell skal jobbe mer i team rundt pasienten, og UNN skal spesielt øke bruken av ambulante/tverrfaglige team for å ivareta de de mest sårbare pasientene.
UNN skal etablere en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede der informasjonen følger pasienten hele veien, og tverrfaglig kompetanse i mottak gir rask avklaring og riktig behandling.
UNN skal inngå i et helsefellesskap som bidrar til en bedre felles planlegging og utvikling av tjenestene slik at pasientene opplever mer sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
UNN skal videreutvikle en god kultur for lokalt forbedringsarbeid som frigjør tid og ressurser til pasientbehandling.
UNN skal bli et mer utadvendt sykehus hvor det ytes flere spesialisthelsetjenester hjemme hos pasientene og hvor det samarbeides mer med kommunale helse- og omsorgstjenester og jobbes tettere med andre sykehus.
Hovedsatsning – Stormottakere
UNN skal ha fokus på å utdanne, rekruttere, stabilisere og utvikle kompetanse for de områdene hvor udekket kompetansebehov gir vesentlig risiko for manglende måloppnåelse.
Hovedsatsning – Rekruttering og stabilisering
UNN skal drive pasientrettet klinisk forskning og innovasjon som bidrar til bedre diagnostikk og behandling, og forbedring av pasientens helsetjeneste.
UNN skal i økende grad ta i bruk digitale tjenester som understøtter satsingen om å bli et mer utadvendt sykehus.
UNN skal være foregangssykehus for utvikling av samvalgsverktøy og implementering av samvalg jf. oppdraget gitt fra HOD.
UNN skal videreutvikle pasientens helsetjeneste ved å legge mer til rette for at pasienten kan være en aktiv deltaker i beslutninger om egen helse og i utviklingen av helsetjenestene.
Hovedsatsning – Innkjøp

2021 – revidert versjon	2022
UNN skal jobbe for øke tilgjengelighetene ved å ta igjen etterslepet fra pandemien og oppnå en vesentlig forbedring av hovedindikatorene, spesielt for - Ventetid - Fristbrudd - Passert tenativ tid - Strykninger - Den gylne regel	Videreføres i 2022.
Utvikle UNN i retning av pasientens helsetjeneste, samt videreutvikle og forbedre tjenestetilbudet, spesielt for - Stormottakersatsingen - Samvalgsverktøy - Polikliniske konsultasjoner over video/telefon - Kloke valg - Gode pasientforløp uten unødig venting	Videreføres i 2022.
Sikre økonomisk bærekraft – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling, især gjennom - Optimalisering av kapasitetsutnyttelse og arbeidsprosesser - Redusere varekostnader - Rekruttering og stabilisering - Redusere bruk av dyre personelløsninger	Videreføres i 2022.
UNN skal tydeliggjøre sin rolle som region- og universitetssykehus og samfunnsaktør overfor samarbeidspartnere og interessenter i regionen, herunder	Videreføres i 2022.

- Videreutvikle den regionale rollen som faglig spydspiss ved å ta initiativ som løfter det faglige nivået i landsdelen totalt sett i gjennom samarbeid med de andre foretakene i regionen - Gjennomføre satsinger som videreutvikler samhandlingen med kommuner blant annet gjennom etableringen av helsefellesskapene - Prioritere å være aktivt deltagende på sentrale nasjonale-, regionale- og lokale samfunnsarenaer hvor UNN som landsdelens største arbeidsplass har en naturlig plass - Videreutvikle beredskapen i UNN ved å ta initiativ til tverrsektorielt samarbeid med andre aktuelle samfunnsaktører - Utvikle universitetssykehusets førende rolle innen klinisk forskning i regionen, med inklusjon av pasienter fra hele Nord-Norge og i nært samarbeid med UiT Norges arktiske universitet og de andre foretakene i Helse Nord. - Bidra vesentlig til å sikre landsdelen nok helsearbeidere med riktig kompetanse ved å videreutvikle rollen som hovedaktør innen legespesialistutdanning og moderne praksisarena for alle helsefaglige utdanninger i nært samarbeid med UiT Norges arktiske universitet og de andre foretakene i regionen.	

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**9/2021**
Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2020/1848-1
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Oppnevning 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 ved UNN:

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

Saksutredning

Helseforetaksloven § 23 omhandler ansattes styrerepresentasjon i helseforetak. Ansattevalgte representanter til styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) velges for to år av gangen.

Perioden for de sittende representanter utgår på valgtidspunktet for nye representanter i april/ mai 2021. Valg av ansattevalgte representanter skal ledes av et valgstyre, jfr.§ 8 i forskrift til helseforetakslovens bestemmelser om de ansattes rett til representasjon i helseforetakets styre. Forskriften gir nærmere regler om ansattes rett til styrerepresentasjon og om gjennomføring av valg for styremedlemmer valgt av og blant de ansatte. Valgstyret skal bestå av minst tre personer med stemmerett, hvorav én leder og én nestleder.

Valgstyret konstituerer seg selv. De ansatte og foretakets ledelse skal ha minst én representant hver, og valgstyret oppnevnes av foretakets styre. Direktøren har foreslått arbeidsgiverrepresentantene, og arbeidstakerorganisasjonene har oppnevnt sine representantkandidater, i tråd med innstillingen.

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**10/2021**
Møtedato:	**10.02.2021**
Arkivsak:	2021/95-1
Saksbehandler:	Markus Rumpsfeld

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.

Bakgrunn

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 gir retning og rammer for utvikling av spesialist-helsetjenesten, og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Sentralt i planen er etablering av helsefellesskap. I denne saken foreslås det at UNN formelt slutter seg til etablering av Troms og Ofoten Helsefellesskap.

Formål

Formålet med å etablere helsefellesskap, er at disse skal bidra til en sammenhengende og bærekraftig helsetjeneste. Det som er nytt sammenlignet med dagens samarbeidsstruktur er;

- Man skal gå fra partssamarbeid til partnerskap
- Det er fire partnere: Kommuner, helseforetak, fastleger og brukere
- Helsefellesskapene skal ha hovedfokus på fire prioriterte pasientgrupper: 1) Barn og unge, 2) Personer med psykisk helse- og rusproblemer, 3) Personer med flere kroniske lidelser, 4) Skrøpelige eldre

- Helsefellesskapene skal fatte forpliktende vedtak basert på konsensus i strategisk samarbeidsutvalg
- Det forutsettes at det etableres en kommunal samhandlingsfunksjon

Saksutredning

Overordnet samarbeidsorgan for UNN og kommunene (OSO) vedtok på møte i februar 2020 å sette ned en arbeidsgruppe som skulle legge fram forslag til hvordan helsefellesskap i UNN-området skulle etableres. Arbeidsgruppens forslag har vært diskutert på senere OSO-møter, og OSO har sluttet seg til arbeidsgruppens anbefalinger.

Kort om helsefellesskapet
Helsefellesskapet er en tredelt modell; Partnerskapsmøtet, strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.

I Partnerskapsmøtet skal toppledelsen i kommunene og toppledelsen i UNN, samt brukerrepresentanter og fastlegerepresentanter, møtes årlig for å forankre overordnet retning og drøfte prinsipielle saker. Partnerskapsmøtet bør være todelt – en dialogdel der politisk tillitsvalgte i kommunen og styremedlemmene i UNN deltar i drøfting av overordnet retning, og en operativ del der administrativ toppledelse avklarer mål og rammer for arbeidet i helsefellesskapet.

Strategisk samarbeidsutvalg, som på mange måter er en videreføring av dagens OSO, skal innafor de rammene som Partnerskapsmøtet beslutter, drive felles strategisk planlegging og fatte beslutninger i konkrete samarbeidssaker. Her skal faglige og administrative ledere i kommuner og UNN møtes.

På tredje nivå skal det etableres faglige samarbeidsutvalg. Her skal brukere, fastleger og fagfolk i helse- og omsorgstjenesten i kommuner og UNN møtes. I disse utvalgene skal man utarbeide konkrete prosedyrer og tjenestemodeller basert på føringer fra nivåene ovenfor.

Kort om arbeidsgruppenes arbeid
- OSO-vedtak 13.02.2020. Deretter sak i alle OSO-møter fram til nå.
- Arbeidsgruppe med deltakere fra kommuner, UNN, KS, brukerutvalg, ungdomsråd og Legeforeningen. Første arbeidsgruppemøte 10.03.2020. Til nå 6 møter, og nye planlegges fortløpende.
- Informasjons- og innspillsrunder i interkommunale politiske råd, Brukerutvalget, samarbeidsfora, klinikksamlinger, KS m.fl.
- August 2020 ble det sendt invitasjon til partnerskapsmøte 22.04.2021 til alle kommuner, og UNN (styret og direktørens ledergruppe)
- 18.12.2020 ble det sendt forhåndsvarsel til ordfører og kommunedirektør om kommende kommunestyresak
- 15.01.2021 ble sak om tilslutning til helsefellesskap og etablering av kommunalt samhandlingssekretariat oversendt kommunene for kommunestyrebehandling
- 20.01.2021 ble sak om tilslutning til helsefellesskap sendt styret ved UNN
- Partnerskapsmøte: Planlagt avholdt 22.04.2021.

Januar 2021	Februar 2021	Mars 2021	Partnerskapsmøtet 22. april 2021.
20.1: Frist for oversending av sak til UNN-styret **Oversende spørsmål til KS og HOD om konsensus og oppnevning**	08.02: Nasjonalt møte i regi av HOD og KS Til OSO møte 11.02: Innspill til «Ishavs-erklæringen» som diskuteres og bearbeides som saksgrunnlag til Partnerskapsmøtet.	10.03: Frist for tilbakemelding om kommunenes beslutning Til OSO-møte 25.03: Ferdigstille Ishavserklæringen Hvis ikke god nok kommunetilslutning – hvordan gå videre?	Del 1. Konferanse Del 2. Politisk verksted som munner ut i «Ishavserklæringen» Hovedtema framgår av erklæringen, per nå; • Personer med sammensatte behov • Utdanning og rekruttering • Forebygging og egenmestring

Partnerskapsmøtet planlegges gjennomført **torsdag 22. april 2021** i Tromsø. Arbeidsgruppen anbefaler at kommunene deltar med administrativ og politisk toppledelse (ordfører, rådmann/kommunedirektør, kommuneoverlege, helse- og omsorgssjef), og minimum 3 – 4 deltakere fra hver kommune. I tillegg deltar UNN sitt styre og UNN-direktørens ledergruppe, samt representanter fra brukerorganisasjoner, regionråd og andre. Sannsynlig rundt 150 deltakere. Det foreslås et to-delt møte, del 1 som en konferanse med sentrale og profilerte innledere, del to en formell del hvor OSO legger fram forslag til konkrete og forpliktende vedtak. Det sendes på forhånd ut sakspapirer til del 2.

Medvirkning

Arbeidsgruppen er oppnevnt av OSO og består av medlemmer fra kommuner, UNN, fastleger, brukerrepresentanter og KS Nord-Norge. Brukerutvalget ved UNN har oppnevnt en representant, og i tillegg har Ungdomsrådet ved UNN deltatt i arbeidet.

Arbeidsgruppens arbeid har vært drøftet på OSO-møter, hvor oppnevnte representanter fra kommuner, UNN, brukere, tillitsvalgte m.fl. har deltatt.

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 4. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 10.02.2021.

Vurdering

Arbeidsgruppen mener det er særdeles viktig at helsefellesskapene er godt forankret i samtlige kommuner og i styret ved UNN, og foreslo derfor at det skulle sendes en felles sak til alle kommunestyrer og UNN-styret kort etter OSO-møtet, og at saken behandles i kommunestyrer og UNN-styret i januar/februar 2021. Arbeidsgruppen mener det er viktig at forslag til mandat og vedtekter for helsefellesskapet også forankres godt blant partnerne og at disse er vedtatt i god tid før selve Partnerskapsmøtet, hvor konstitueringen vil skje. Det foreslås at utkast til mandat og vedtekter sendes kommuner og UNN sammen med saken ovenfor. I programmet for Partnerskapsmøtet er det foreslått at del 2 av programmet er et politisk verksted som munner ut i en uttalelse. Intensjonen med Partnerskapsmøtet er at politisk toppledelse i kommuner og foretak skal forankre overordnet retning og drøfte prinsipielle saker. Arbeidsgruppen foreslår at dette gjøres ved at Partnerskapsmøtet vedtar en felleserklæring som trekker opp noen overordnede føringer og strategier.

Etter idè fra Regjeringens Granavolden-erklæring er «Ishavserklæringen» foreløpig arbeidstittel. For at Partnerskapsmøtet skal bli i stand til å fatte en slik beslutning, anbefaler arbeidsgruppen at ordlyden i erklæringen sendes partene i god tid før Partnerskapsmøtet, dette for å sikre lokal forankring av innholdet i erklæringen. Utkast til «Ishavserklæringen» følger som vedlegg 3.

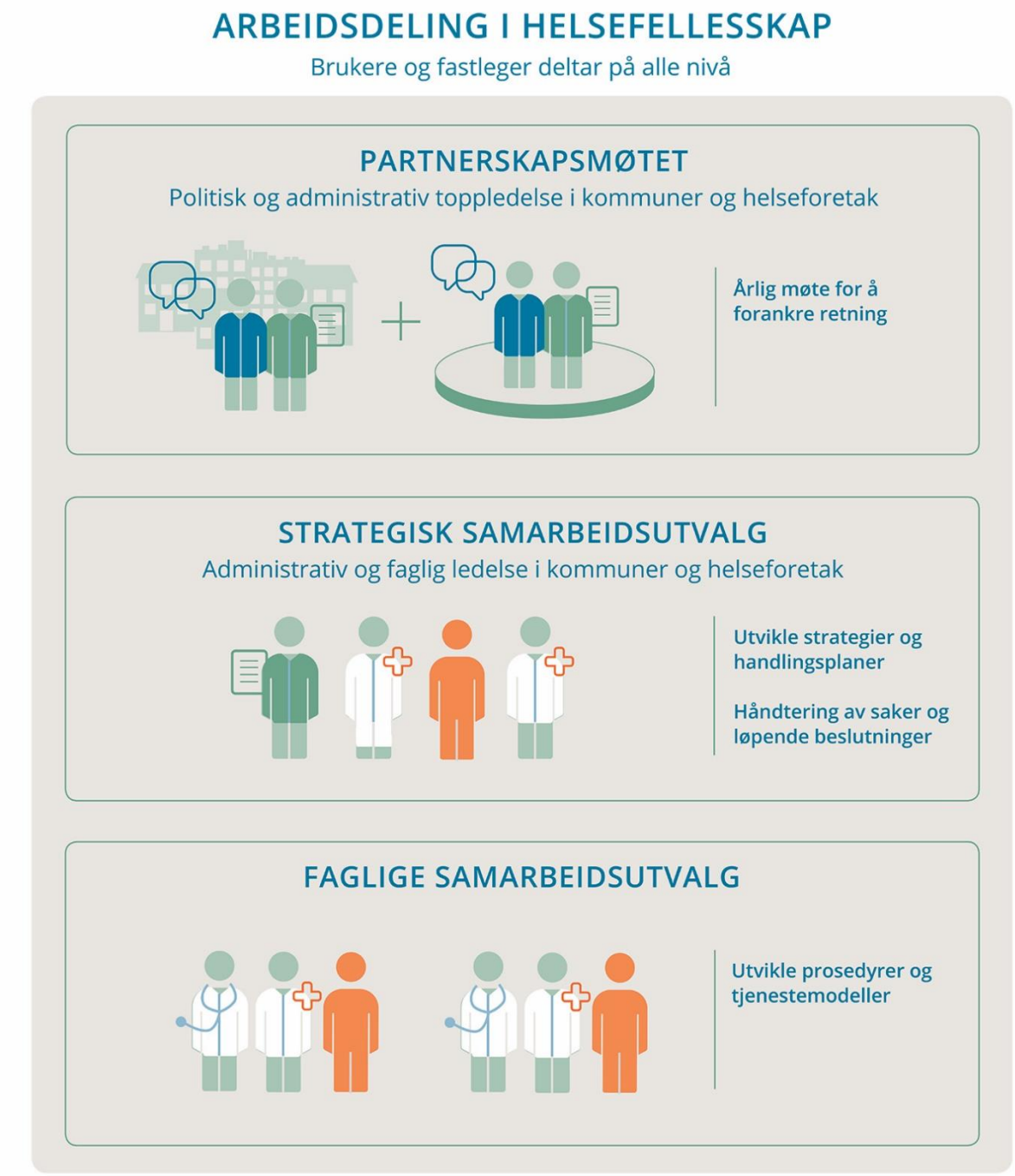
Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Forslag hovedstruktur Troms og Ofoten helsefellesskap
2. Utkast vedtekter helsefellesskap
3. UNN styret utkast Ishavserklæringen

Forslag til hovedstruktur TROMS OG OFOTEN HELSEFELLESSKAP



Samhandlingssekretariat	Interkommunal samhandlingssjef UNNs samhandlingssjef
Samhandlingskontakt i hver enkelt kommune	Kontaktpunkt for de kommunale representantene i Strategisk Samarbeidsutvalg og Faglige Samarbeidsutvalg.

OSO
OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN
UNN og kommunene

Vedtekter for Troms og Ofoten helsefellesskap

(Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF og kommunene i lokalsykehusområdet)

(Sist revidert dato 15.01.2021)

§ 1 Formål

Helsefellesskapets formål er å skape sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelse-tjenesten og primærhelsetjenesten. Gjennom å utvikle et velfungerende partnersamarbeid mellom kommuner, UNN, fastleger og brukere skal helsefellesskapet legge til rette for gode og sammenhengende pasientforløp.

§ 2 Oppgaver

Helsefellesskapet skal ha særlig fokus på å utvikle gode tjenester for:

- Barn og unge
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Personer med flere kroniske lidelser

I tråd med formålet skal helsefellesskapet bygge på følgende prinsipper;

En tydeligere samarbeidsstruktur:
Helsefellesskapet består av en tredelt struktur; et partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.
Brukere og fastleger skal involveres på alle nivå, både i det strategiske arbeidet og i utvikling av konkrete prosedyrer.

Bedre felles planlegging:
Samarbeidspartnerne i helsefellesskapet skal sammen planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå, gjennom å etablere konkrete avtaler om hvordan man skal drive utvikling og planlegging av tjenestene.

Bedre beslutningsprosesser:
Den formelle beslutningsmyndigheten ligger i UNN og kommunene. Helsefellesskapet skal bidra til at beslutningsprosessen i partnerskapet blir bedre og mer forpliktende.
Helsefellesskapet tilstreber konsensusbeslutninger som forplikter partnerne i det videre arbeidet.

UTKAST

OSO
OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN
UNN og kommunene

§ 3 Representasjon

1) Partnerskapsmøtet
I partnerskapsmøtet skal toppledelsen i kommunene, toppledelsen i UNN, brukerrepresentanter og fastlegerepresentanter møtes årlig for å forankre overordnet retning og ta opp prinsipielle saker. I partnerskapsmøtet skal samarbeidspartnerne drøfte og beslutte mål og rammer for arbeidet i helsefellesskapet.

- **Medlemmer med stemmerett**
  - Ordfører eller den ordfører delegerer stemmerett til fra hver av kommunene som inngår i helsefellesskapet.
  - Styret for UNN samt adm. direktør UNN.
  - Medlemmer av OSO/Strategisk samarbeidsutvalg.
  - Valgte representanter fra brukerutvalg og ungdomsråd
  - Fastlegenes valgte representanter

2) Strategisk samarbeidsutvalg
Så snart partnerskapsmøtet har konstituert seg og oppnevnt representanter til Strategisk samarbeidsutvalg, oppløses dagens OSO (Overordnet samarbeidsorgan) og Strategisk samarbeidsutvalg viderefører OSO's arbeid.

Strategisk samarbeidsutvalg skal innenfor de rammene som partnerskapsmøtet beslutter, drive felles strategisk planlegging og fatte beslutninger i konkrete samarbeidssaker. Her skal faglige og administrative ledere i kommuner og helseforetak, samt bruker- og fastlegerepresentanter møtes.

- **Medlemmer med stemmerett**
  Strategisk samarbeidsutvalg har 16 medlemmer. UNN HF har 6 representanter, kommunene har 6 representanter, og fastleger og brukere har 2 representanter hver.

  Kommunenes representanter oppnevnes av de interkommunale politiske rådene i Troms og Ofoten. Tromsøområdets interkommunale politiske råd oppnevner to representanter hvorav en skal være fra Tromsø kommune, Hålogalandsrådet oppnevner to representanter, Nord-Troms interkommunale politisk råd og Midt-Troms interkommunale politisk råd oppnevner en representant hver.

  UNN HF sine representanter oppnevnes av direktøren.

  Brukerrepresentanter oppnevnes av aktuelle brukerutvalg og ungdomsråd.

  Fastlegerepresentanter oppnevnes av.. *(ikke avklart per januar 2021)*

  - **Personlig vara**

  Det oppnevnes personlig vara for alle faste representanter. Vararepresentantene får tilsendt alle saksdokumenter, men har stemmerett bare når fast representant er forhindret.

  Ved forfall gir den faste representanten beskjed til sekretariatet og personlig vara.

  Medlemmer og varamedlemmer oppnevnes for 4 år av gangen.

UTKAST

OSO
OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN
UNN og kommunene

- **Medlemmer med møte- og talerett**
    - Statsforvalteren i Troms og Finnmark, og Statsforvalteren i Nordland.
    - Kommunesektorens organisasjon (KS) Nord-Norge.
    - Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet.
    - Ansattes organisasjoner, med en representant fra UNN HF og en fra kommune.

3) Faglige samarbeidsutvalg
Strategisk samarbeidsutvalg oppnevner faglige samarbeidsutvalg for spesifikke tema og arbeidsområder hvor ansatte i helse- og omsorgstjenesten i kommuner og i UNN, samt fastlege- og brukerrepresentanter deltar. I faglige samarbeidsutvalg skal man utarbeide konkrete prosedyrer og tjenestemodeller basert på føringer fra nivåene ovenfor. De faglige samarbeidsutvalgene rapporterer til strategisk samarbeidsutvalg.

§ 4 Myndighet

Helsefellesskapet tar beslutninger på vegne av alle kommunene og UNN HF, med de begrensninger som følger av lovverk og Overordnet samarbeidsavtale. Konkrete samarbeidstiltak som krever beslutningsmyndighet ut over det de utøvende ledd har, skal forelegges helsefellesskapet.

Tiltak som har vesentlige økonomiske eller andre konsekvenser og som går ut over den fullmakt partnerne har, må behandles på ordinær måte i kommunene og helseforetaket, samt i brukerutvalg, ungdomsråd og fastlegegruppen, før behandling i helsefellesskapet.

§ 5 Budsjett

Helsefellesskapet har ikke eget budsjett. UNN og kommunene bærer selv sine egne kostnader. UNN dekker kostnader for brukerrepresentasjon mens kommunene dekker fastlegerepresentasjon.

Kommunene og UNN oppretter egne driftsbudsjetter for sine respektive samhandlingssekretariat.

§ 6 Arbeidsform

Helsefellesskapet konstituerer seg på det årlige partnerskapsmøtet, med valg av leder, nestleder og sekretariat. Ledelsens funksjonstid er ett år, men ledelsen fungerer inntil ny ledelse er konstituert. Ledelse bør alternere mellom samarbeidspartnerne, men leder og nestleder bør komme fra to ulike partnere.

Saker som ønskes tatt opp i helsefellesskapet meldes fungerende sekretariat.

Om møtevirksomheten:
1. Partnerskapsmøtet arrangeres minimum én gang pr. år
2. Strategisk samarbeidsutvalg møtes minst åtte ganger pr. år
3. Møtene er i prinsippet åpne
4. Møter kan avholdes som fysiske møter, videokonferanse eller telefonmøte
5. Det utarbeides og vedtas møteplan for hvert kalenderår før året starter

UTKAST

OSO
OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN
UNN og kommunene

6. Saker kan fremsettes av enhver interessent, i samråd med leder/nestleder/ sekretariat
7. Saker til Strategisk samarbeidsutvalg må meldes senest tre uker før møtet
8. Innkalling, dagsorden og sakspapirer sendes medlemmer og varamedlemmer senest to uker før møtet
9. Innkalling, dagsorden og sakspapirer sendes kun på e-post
10. Strategisk samarbeidsutvalg kan ikke gjøre beslutninger i saker som ikke er meldt og utsendt på forhånd
11. Kun Strategisk samarbeidsutvalgs 16 medlemmer har stemmerett
12. Strategisk samarbeidsutvalg er beslutningsdyktig når minst halvparten av de stemmeberettigede medlemmene fra hver av partnerne er representert
13. Der ikke annet er bestemt gjøres forpliktende vedtak ved konsensus
14. Ved avstemming hvor det ikke oppnås enstemmighet, skal det protokolleres hvordan den enkelte har stemt. Ved eventuelle tvister, se overordnet samarbeidsavtale.
15. Referater anses godkjent dersom møtedeltakerne etter en frist på fire arbeidsdager ikke har gitt tilbakemelding om ønskede endringer
16. Referat fra møter skal være tilgjengelig for alle interesserte senest én uke etter møtet
17. Referater sendes medlemmene og legges ut på www.unn.no/samhandling
18. Det kan i helt spesielle tilfeller innkalles til ekstraordinære møter med minimum en ukes varsel
19. Leder, nestleder og sekretariat danner et arbeidsutvalg for prioritering av saker til møter i Strategisk samarbeidsutvalg

§ 7 Endringer i vedtektene

Strategisk samarbeidsutvalg kan vedta endringer i vedtektene med 2/3 flertall av de fremmøtte medlemmer med stemmerett. Vedtektsendringene drøftes først på et møte, og vedtas i et påfølgende møte. Der vedtektene sammenfaller med Overordnet Samarbeidsavtale mellom UNN HF og kommunene, kan det ikke gjøres endringer uten at alle avtalepartnere er involvert.

Disse vedtektene er vedtatt på Partnerskapsmøtet torsdag 22. april 2021.

[Logo] TROMS OG OFOTEN HELSEFELLESSKAP

ISHAVSERKLÆRINGEN 2021-2023

Felles erklæring for partnerne i Troms og Ofoten helsefellesskap

Partnerne i helsefellesskapet er Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), kommunene Balsfjord, Bardu, Dyrøy, Evenes, Gratangen, Harstad, Ibestad, Karlsøy, Kvæfjord, Kvænangen, Kåfjord, Lavangen, Lyngen, Lødingen, Målselv, Narvik, Nordreisa, Salangen, Senja, Skjervøy, Storfjord, Sørreisa, Tjeldsund og Tromsø, samt fastlege- og brukerrepresentanter.

I Nasjonal Helse- og Sykehusplan 2020-2023 (NHSP) beskrives framtidens utfordringer knyttet til helse og omsorgstjenestene. NHSP konkluderer med at konsekvensene av de store demografiske endringene vi står overfor, kombinert med mangel på ressurser (både økonomiske og menneskelige) gjør at vi ikke kan fortsette å levere helse- og omsorgstjenester på samme måte som i dag. Vi må finne nye måter å levere tjenestene på, og endringstakten må opp.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og KS inngikk oktober 2019 en samarbeidsavtale om innføring av helsefellesskap for helseforetak og kommuner for at disse sammen lettere skal kunne planlegge og utvikle bedre helse- og omsorgstjenester. Brukere og fastleger skal involveres på alle nivå i den nye samhandlingsstrukturen. Målet er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helsetjenester til personer som trenger tjenester fra både spesialist- og primærhelsetjenesten.

Partnerskapsmøtet i Troms og Ofoten helsefelleskap har drøftet og erkjent partnernes felles utfordringer, og vedtatt Ishavserklæringen 2021-2023. Ishavserklæringen bygger på prinsippene i partnerskapsavtalen mellom HOD og KS, og NHSP. Overordnet mål er helhetlige og sammenhengende pasientforløp, hvor visjonen er;

«Innbyggerens helsetjeneste - en god og trygg helsetjeneste basert på innbyggernes behov og premisser»

Erklæringen er vedtatt i Partnerskapsmøtet 22. april 2021, og gir hovedretning for samarbeidet i Troms og Ofoten helsefellesskap i perioden 2021-2023.

UTKAST

[Logo] TROMS OG OFOTEN HELSEFELLESSKAP

Troms og Ofoten helsefellesskap vil

- ***Satse på felles innsats for helsetjenester til personer med sammensatte behov***

  - ✓ Arbeide for at helsetjenesten er basert på prinsippene personsentrert, helhetlig og proaktiv
  - ✓ Sørge for et tett og forpliktende samarbeid mellom fastleger, kommuner og UNN
  - ✓ Ta i bruk teknologi og digitale løsninger som understøtter tjenesten og muliggjør samhandling

- ***Satse på forebygging og egenmestring som en viktig del av innbyggerens helsetjeneste***

  - ✓ Styrke forebyggings- og folkehelseperspektivet i utøvende tjeneste
  - ✓ Sørge for gode tilbud om læring og mestring
  - ✓ Dele kunnskap om og konkrete erfaringer med forebyggende tiltak med god effekt på egenmestring og folkehelse

- ***Satse på felles innsats for å sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse i alle ledd av helsetjenesten***

  - ✓ Sørge for utdanning av og kompetanseutvikling for helsepersonell
  - ✓ Sørge for kompetansedeling på tvers av og innad i tjenestenivåene
  - ✓ Arbeide for rekruttering og stabilisering av helsepersonell

Tromsø 22. april 2021

For Balsfjord kommune: _____	For Bardu kommune: _____	For Dyrøy kommune: _____
For Evenes kommune: _____	For Gratangen kommune: _____	For Harstad kommune: _____
For Ibestad kommune: _____	For Karlsøy kommune: _____	For Kvæfjord kommune: _____
For Kvænangen kommune: _____	For Kåfjord kommune: _____	For Lavangen kommune: _____
For Lyngen kommune: _____	For Lødingen kommune: _____	For Målselv kommune: _____
For Narvik kommune: _____	For Nordreisa kommune: _____	For Salangen kommune: _____
For Senja kommune: _____	For Skjervøy kommune: _____	For Storfjord kommune: _____
For Sørreisa kommune: _____	For Tjeldsund kommune: _____	For Tromsø kommune: _____
Brukerrepresentant: _____	Fastlegerepresentant: _____	For UNN HF: _____

UTKAST

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

Styresak:	**11/2021**
Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2020/8-5
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

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.

Bakgrunn

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomføres det systematiske tilsyn fra statlige tilsynsmyndigheter. I tillegg gjennomfører Helse Nord RHF revisjoner på ulike virksomhetsområder. Statusrapportering for oppfølging av eksterne tilsyn og revisjoner i UNN er besluttet forelagt styret etter avsluttet tertial.

Formål

Formålet med saken er å gi styret oversikt over gjennomførte eksterne tilsyn og revisjoner fra 01.09.2020 til og med 31.12.2020.

Saksutredning

Oversikt over avsluttede tilsyn

Det er avsluttet 3 tilsyn siden forrige rapportering:

- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Helseforetakets internkontrollsystem, lukket i brev av 19.10.2020.

- Det Norske Veritas og Germanischer Lloyd AS, Periodisk miljørevisjon. Lukket da revisjon konkluderte med at UNN tilfredsstilte krav til resertifisering.

Oversikt over gjennomførte eksterne tilsyn og revisjoner

- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB): tilsyn med helseforetakets internkontrollsystem. Tilsyn gjennomført 22.-24.09.2020.
- Arbeidstilsynet: tilsyn ble gjennomført i september 2020 ved følgende enheter:
    - Nordlandsklinikken
    - Færingen Terapeutiske Samfunn
    - Ofoten psykiatriske senter, Narvik
    - Barne- og ungdomspsykiatri, Narvik

- Arbeidstilsynet. Tilsyn ble varslet og gjennomført i oktober 2020 ved Allmenn psykiatrisk avdeling.

- Statens helsetilsyn: tilsyn på hvordan UNN ved AMK Tromsø tilrettelegger sine tjenester slik at luftambulansetjenestene som tilbys og gis er forsvarlige. Tilsyn ble gjennomført i perioden september til november 2020.

Oversikt over kommende tilsyn og revisjoner
Det er pr 31.12.2020 ikke varslet nye tilsyn som inngår i detaljrapportering.

Gjennomførte rutinemessige tilsyn
Det har i perioden vært gjennomført rutinemessige el- tilsyn, branntilsyn og tilsyn av detaljomsetning, produksjon og servering av mat og drikke. Påviste mangler etter tilsyn følges opp av Drifts- og eiendomssenteret (DES). Dersom større avvik med økonomiske konsekvenser ut over normal drift orienteres styret om dette i egen sak.

Riksrevisjon
Det har i perioden 01.09.2020 tom 31.12.2020 ikke vært mottatt revisjonshenvendelser fra Riksrevisjon.

Endret rapportering til styret

Det anbefales endret rapportering til styret for å gi styret bedre oversikt over pågående tilsyn samt inngående innsyn i funn etter tilsyn og plan for oppfølging i helseforetaket. Anbefalt endring foreslås som følger:

1. Oversikt over pågående tilsyn og interne revisjoner
Fag- og kvalitetssenteret anbefales inneha oppgaven med å samle inn informasjon og utarbeide forenklet rapport med status for pågående eksterne tilsyn og revisjoner i UNN. Vedlagt saken foreligger forslag til mal for forenklet statusrapport (vedlegg 2). Det anbefales at følgende tilsynsmyndigheter inngår i oversikten:

- Planlagte tilsyn fra Helsetilsynet
- Arbeidstilsyn
- Direktoratet for samfunnsberedskap (DSB)

- Intern revisjon Helse Nord
- Riksrevisjonen
- Sivilombudsmannen

2. Rapporter etter nasjonale/landsomfattende tilsyn presenteres fortløpende

Det anbefales at klinikksjef/sentersjef for klinikk/senter som er ansvarlig for handlingsplan etter tilsyn/revisjon presenterer rapport med handlingsplan for styret. Vedlagt saken foreligger forslag til mal (vedlegg 3). Presentasjon foreslås gjøres fortløpende etter vedtatt handlingsplan:

- Helsetilsyn
- Arbeidstilsyn
- DSB
- Intern revisjon Helse Nord
- Sivilombudsmannen

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 4. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 10.02.2021.

Vurdering

Det lave antallet eksterne tilsyn i 2020 er forårsaket av koronasituasjonen og forventes normalisert i løpet av 2021.

Statusrapporten viser at oppfølgingen av aktuelle tilsyn og revisjoner i UNN er tilfredsstillende. Direktøren er spesielt tilfreds med funnene fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskaps tilsyn med helseforetakets internkontrollsystem for HMS/kvalitet, håndtering og vedlikehold av medisinsk utstyr. Tilsynet viste at vi har etablert et internkontrollsystem som brukes aktivt i klinikkene, og det ble ikke gitt avvik. Arbeidet med å styrke og utvikle internkontrollen i UNN vil fortsette. Dette inkluderer arbeidet med interne revisjoner, egeninspeksjon, hendelsesanalyser og ledelsesgjennomgang på klinikknivå.

De foreslåtte endringene i rapporteringen kan gi styret en bedre oversikt over eksterne tilsyn og mer inngående innsyn i funn og oppfølgning av tilsynene fra tilsynsmyndigheter listet i sakspresentasjon.

Direktøren anbefaler at styret tar statusrapporten til etterretning, og godkjenner forslaget til endret rapportering.

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Statusrapport eksterne tilsyn og revisjoner pr. 31.12.2020
2. Mal: Status eksterne tilsyn/revisjoner
3. Mal: Presentasjon av rapport etter eksterne tilsyn/revisjon

Nr	Revisjonspart	Saksnr	Gjennomføring oppstartdato	Klinikk/senter (enhet)	Tema	Funn	Saksgang	Status
1	Arbeidstilsynet	16/4543	19.10.2016	Psykisk helse- og rusklinikken (Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård)	Melding fra verneombud (VO) vedr omfattende bygningsmessige mangler ved poliklinikken	Vedtak om to pålegg i brev av 25.8.17: 1. Arbeidsplasser og arbeidslokale, utforming og innredning 2. Arbeidsplasser og arbeidslokale, luftkvalitet	Det er etter avtale med Arbeidstilsynet ikke utstedt dagsmulkt som varslet i brev februar 2020. Det har vært god dialog og oppfølging for å lukke pålegg. UNN setter opp nytt erstatningsbygg for å utbedre pålegg. Bygg vil stå ferdig i april.	Under behandling
2	Statens helsetilsyn	2020/1716	30.01.2020	KVALUT	Tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker - egenvurdering			Venter tilbakemelding
3	Arbeidstilsynet	2020/2902	17.11.2020	Færingen Terapeutiske Saamfunn	Vold og trusler	Det er gitt varsel om pålegg. Frist for tilbakemelding 22.12.2020		Under behandling
4	Arbeidstilsynet	2020/2342	22.10.2020	Ofoten psykiatriske senter, Narvik	Vold og trusler	Det er gitt tre pålegg. Frist for tilbakemelding er 29. januar 2021		Under behandling
5	Arbeidstilsynet	2020/2341	16.12.2020	Barne og ungdomspsykiatri, Narvik	Vold og trusler	Det er gitt 4 pålegg. Frist for tilbakemelding er 26. februar 2021		Under behandling
6	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)	2020/5847	22.-24.9.2020	UNN HF	Helseforetakets internkontroll system	Ingen avvik		Lukket
7	HN internrevisjon	2020/4297	april-aug 2020	UNN HF	Bekrefte at UNN har en samlet oversikt over behandlinger av personopplysninger som blir utført, i samsvar med kravene i PVforordningen, og at nødvendige databehandleravtaler foreligger.	Funn:	Foreløpig rapport pr 27.8.20. Endelig rapport presentert for Kvalitetsutvalget i UNN. Handlingsplan utarbeides	Under behandling
8	Statens helsetilsyn	2020/1093	sept- nov 2020	Luftambulansetjenesten og UNN	Det ses på hvordan UNN ved AMK Tromsø tilrettelegger sine tjenester slik at luftambulansetjenestene som tilbys og gis er forsvarlige.			Venter tilbakemelding
9	Arbeidstilsynet	2020/9036	28.10.2020	Almennpsyk. Åsgård	Vold og trusler			Venter tilbakemelding
10	Det norske veritas og Germanischer Lloyd AS	2020/5034	1-2.12.2020	UNN HF	Periodisk miljørevisjon i hht ISO 14001:2015	Revisjon konkluderte med at UNN tilfredsstilte krav til resertifisering	Anbefalte oppfølgingspunkter følges opp av lederlinje. Ingen avvik.	Lukket

Eksempel på presentasjon av data i rapport

Status for eksterne tilsyn av følgende tilsynsmyndigheter:

Helsetilsyn
Arbeidstilsyn
Internrevisjon HN
Direktoratet for
Riksrevisjon
samfunnsberedsskap
Direktoratet for
strålevern og
Sivilombudsmannen
atomberedsskap

Tilsynsmyndighet og tema for revisjon	Status		Rapport foreligger	Handlings-plan besluttet	Styret informert i sak:	KU orientert i sak:	Stabsmøtet orientert i sak:	Klinikk/senter: koordinator	Elements
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB): Tilsyn HF internkontrollsystem		Avsluttet	Ja					Fag- og kvalitetssenteret	2020/5847
Internrevisjon Helse Nord: Behandling av personopplysninger		Pågår	Ja			Ja		Forsknings- og utdanningssenteret	2020/4297
Statens helsetilsyn: Luftambulansetjenesten tjenesteforvalting		Pågår	Nei					Fag- og kvalitetssenteret	2020/1093
Statens helsetilsyn: Tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker		Pågår, dokumenter oversendt	Ja					Forsknings- og utdanningssenteret	2020/1716
Statens helsetilsyn: Landsomfattende tilsyn med helseforetakenes styring og ledelse av de voksenpsykiatriske poliklinikker		Pågår	Nei					Psykisk-helse og rusklinikken	2020/1192
Riksrevisjonen: Undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene		Pågår, dokumenter sendt over	Nei					Fag- og kvalitetssenteret	2020/2916

	Avsluttet
	Under gjennomføring
	Pålegg

Styrerapport – eksterne tilsyn og revisjoner ved UNN

Tilsynsmyndighet:…….

Elements saksnr	2020/xxxx
Status	Avsluttet/ under oppfølging/ varsel om eller vedtak om pålegg
Tilsyn/revisjon	
Varsel om tilsyn/revisjon	Mottatt dato
Tema	Kort beskrivelse av hva som undersøkes
Tidspunkt for gjennomføring	Ukenummer evt dato
Lovgrunnlag	• Punktvis oppsatt (klipp fra «varsel om tilsyn eller rapporten»)
Involverte klinikker/senter	Navn på klinikker/senter
Rapport	
Rapportutkast	Mottatt dato: Tilbakemelding ble gitt: dato med/uten anmerkninger
Endelig rapport	Mottatt dato:
Konklusjon	Klipp og lim inn konklusjon fra rapport
Begrunnelser for konklusjon	Liste opp kortfattet bakgrunn for konklusjon/avvik
Handlingsplan	
Koordineringsansvar	Navn og tittel, klinikk/senter
Frist for godkjenning av handlingsplan	Dato
Kommentar	Kommentar som forklarer det som er nødvendig å forklare vedrørende handlingsplan

xx.xx.xxxx

Navn til den som har fylt ut rapporteringsskjema
Tittel/avdeling
Senter/klinikk

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

STYRESAK:	**12/2021**
MØTEDATO:	**10.02.2021**
ARKIVSAK:	2021/4-1
SAKSBEHANDLER:	Ingrid Lernes Mathiassen

Orienteringssaker til styremøte 10.02.2021

Innstilling til vedtak

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

1. Kvalitet og pasientsikkerhet - pasienthistorie – *muntlig*
2. Strategiprosessen – løypemelding – *muntlig*
3. Helseatlas for kvalitet – resultater for UNN – *skriftlig og muntlig*
4. Nasjonale kvalitetsindikatorer – oppdaterte resultater – *skriftlig*
   (vedlegg til saken i egen forsendelse)
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*

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2021/604-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Helseatlas for kvalitet – resultater for UNN

Bakgrunn

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre samler inn opplysninger fra helsetjenesten for å beskrive prosesser, resultater og kvalitetsegenskaper i tjenestetilbudet. Formålet er å øke kvalitet og redusere unødvendig variasjon. Registrene utarbeider kvalitetsindikatorer og viser måloppnåelse ved helseforetakene. Det eksisterer 54 nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) publiserte 18.1.2021 et helseatlas for kvalitet, se vedlagt sammendrag. Hensikten var å undersøke om befolkningen i 2017-2019 fikk likeverdig kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted og på tvers av fagområder.

Formål
Orientere styret om resultater fra helseatlas for kvalitet og oppfølgningen av disse.

Saksutredning

Helseatlas for kvalitet viser variasjon mellom helseregionene i måloppnåelse på 24 kvalitetsindikatorer fra 12 utvalgte registre. UNN hadde lav måloppnåelse for ni kvalitetsindikatorer.

Resultatene og oppfølgingsarbeid vil bli presentert muntlig.

Vurdering

Nasjonale helseatlas og medisinske kvalitetsregistre er viktige verktøy for å sikre likeverdige helsetjenester. Resultatene fra helseatlaset viser flere forbedringsområder i UNN. Det pågår og vil bli igangsatt tiltak for å bedre måloppnåelsen på indikatorer der UNN har lav måloppnåelse. Direktøren vil i sin oppfølgning av klinikkene fremover vie ekstra oppmerksomhet mot at klinikkene bruker resultater fra medisinske kvalitetsregistre til konkret forbedringsarbeid.

Vedlegg: Helseatlas for kvalitet- 2017-2019

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

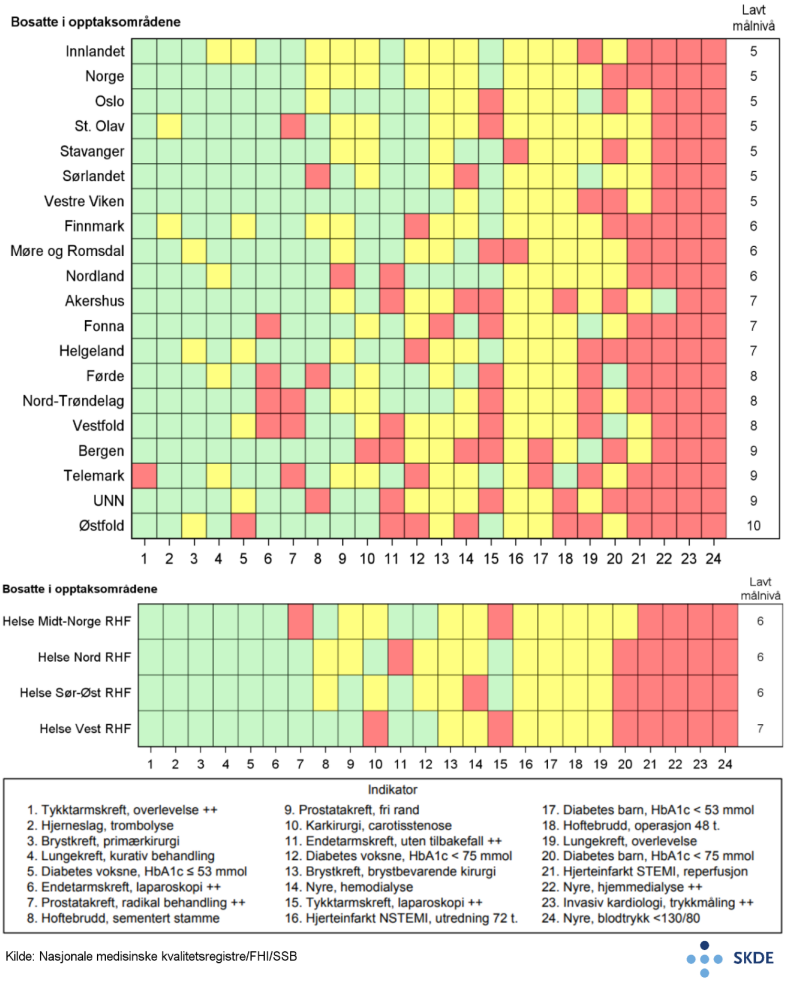
Samlede resultater

Helseatlas SKDE

Helseatlas for kvalitet er basert på informasjon om i underkant av 100 000 pasienter og behandlinger årlig, hvorav noen kan ha fått samme behandling flere ganger eller ha flere sykdommer. Hensikten er å undersøke om befolkningen får likeverdig kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted og på tvers av fagområder. Atlaset synliggjør hvorvidt sørge-for-ansvaret for pasienter som rammes av alvorlige sykdommer er tilstrekkelig ivaretatt.

Bakgrunn

Totalt inngår 31 kvalitetsindikatorer innen fagområdene hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes, nyresykdom og hoftebrudd i atlaset. For 24 indikatorer er det definert målnivå for behandlingskvalitet. Sammenstilling av ulike indikatorer for ulike fagområder gir en forenklet framstilling av en kompleks virkelighet, men gir et grunnlag for å identifisere kvalitetsutfordringer innad i, og mellom, de ulike opptaksområdene og helseregionene.



Samlet oversikt over kvalitet, utvalgte nødvendige helsetjenester, opptaksområder, høy (grønn), moderat (gul) og lav måloppnåelse (rød). Gjennomsnitt 2017-2019. ++ markerer indikatorer som har to målnivå, høy (grønn) og lav måloppnåelse (rød).

Resultater

Det var betydelig geografisk variasjon i måloppnåelse for bosatte i de ulike helseforetakenes opptaksområder for mange av kvalitetsindikatorene i perioden 2017-2019. Variasjon i måloppnåelse mellom ulike opptaksområder viser samtidig at det var mulig å oppnå høy kvalitet i behandlingen indikatoren måler, men at dette har lyktes i ulik grad i de forskjellige opptaksområdene. Utfordringene med lav måloppnåelse var aller størst i opptaksområde Østfold, som hadde lav måloppnåelse for 10 av 24 indikatorer og for opptaksområdene Bergen, Telemark og UNN, som alle hadde lav måloppnåelse for 9 av 24 utvalgte indikatorer.

På regionalt nivå var det ulik måloppnåelse, og dermed også geografisk variasjon i kvalitet, for 9 av de 24 indikatorene som ble valgt til å måle kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester. Samtlige opptaksregioner hadde lav måloppnåelse for indikatorer hvor andre opptaksområder lyktes bedre. For fire indikatorer var måloppnåelsen lav i alle regioner. Dette gjelder andel nyretransplanterte pasienter med godt regulert blodtrykk, andel pasienter i hjemmedialyse, åpning av tette blodårer innen anbefalt tid ved alvorlige hjerteinfarkt (STEMI-infarkt) og andel prosedyrer der trykkmåling ble utført for å bedømme grad av innsnevring i kransårene.

Nasjonalt var måloppnåelsen høy for ni kvalitetsindikatorer, moderat for 10 kvalitetsindikatorer og lav for fem kvalitetsindikatorer i perioden 2017–2019.

Kommentar

Helseatlaset gir oversikt over hvilke opptaksområder som har kvalitetsutfordringer på de ulike fagområdene, og viser at kvaliteten i behandlingen ikke er like god i hele landet. Dette innebærer at pasienter som var bosatt i noen opptaksområder fikk bedre kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, enn pasienter bosatt i andre områder. Geografisk variasjon i kvalitet i behandling av alvorlig sykdom er ikke ønskelig, og dette atlaset kan være et utgangspunkt for arbeidet med å redusere slik uønsket variasjon.

For noen kvalitetsindikatorer var det utfordringer med lav måloppnåelse i alle opptaksregioner og i de fleste opptaksområder. Spesielt for disse indikatorene lever kvaliteten ikke opp til den faglige standarden som er satt, og årsakene til dette kan være mange og sammensatte. Det bør for disse områdene undersøkes nærmere hva årsakene til den lave måloppnåelsen var, og hvordan den kan bedres.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

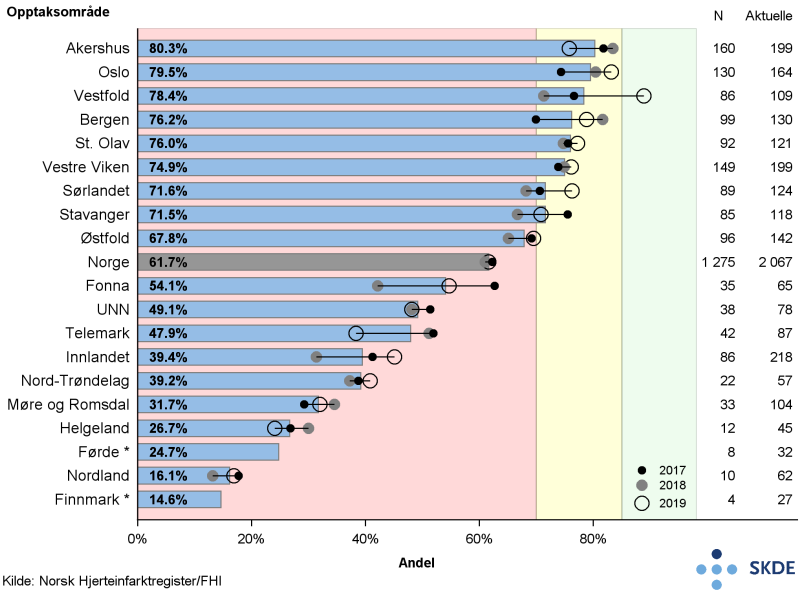
Hjerteinfarkt

Helseatlas SKDE

Hvert år rammes i underkant av 12 000 nordmenn av akutt hjerteinfarkt. Om lag 25 % av hjerteinfarktene har ST-segment elevasjon i EKG (STEMI) som skyldes at en koronararterie er helt tett på grunn av en rift i det trange partiet i blodåren og trombedannelse (blodpropp). 75 % av hjerteinfarktene er NSTEMI, der det er mindre EKG-forandinger og kranspulsåren er i de fleste tilfeller ikke helt tett.

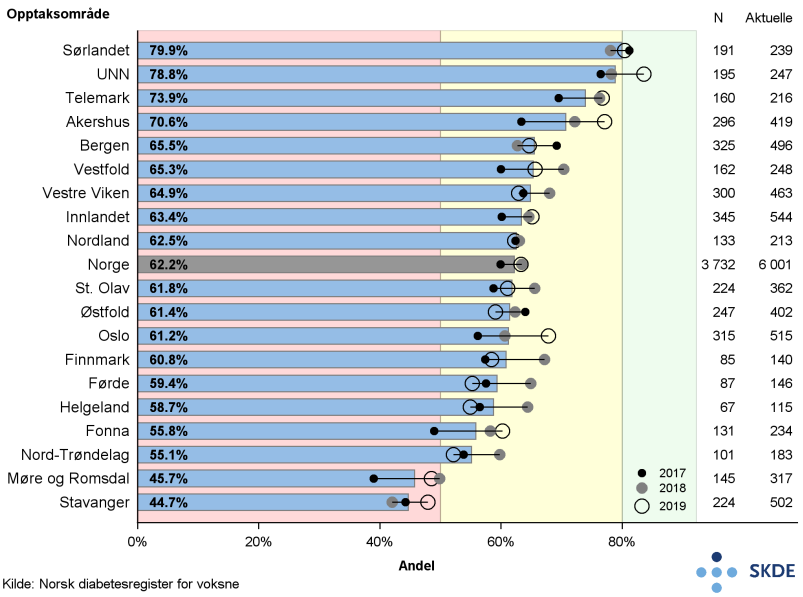
Bakgrunn

Ved STEMI hjerteinfarkt er det viktig å åpne blodåren snarest mulig. Dette gjøres ved å gi blodproppoppløsende medisin (trombolyse) før ankomst i spesialsykehus, eller mekanisk med utblokking (PCI) i spesialsykehus. Indikatoren reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI viser andel aktuelle pasienter som ble behandlet med trombolyse innen 30 minutter eller med PCI innen 120 minutter.



Kilde: Norsk Hjerteinfarktregister/FHI

Andel pasienter som fikk reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI. Alder 18-84 år, gj.snitt 2017-2019.* Opptaksområdet har færre enn 10 hendelser i gj.snitt pr. år.



Kilde: Norsk diabetesregister for voksne

Andel pasienter med NSTEMI som ble invasivt utredet innen 72 timer etter innleggelse

Fagrådet for Norsk hjerteinfarktregister har vurdert at pasienter med NSTEMI hjerteinfarkt bør utredes med kransårerøntgen innen 72 timer etter sykehusinnleggelse.

Resultater

Høy måloppnåelse er av fagrådet satt til reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid for minst 85 % av pasientene, mens moderat måloppnåelse gis når mellom 70 og 85 % av pasientene fikk reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid. Kun 62 % av pasientene i Norge fikk behandling for å åpne en tett blodåre innen anbefalt tid, og det var store geografiske forskjeller. Mens 80 % av pasientene i opptaksområdene Akershus og Oslo ble behandlet i tide, ble under 15 % av pasientene i Finnmark og 16 % av pasientene på Helgeland behandlet innen anbefalt tid. På regionalt nivå var måloppnåelsen lavest for Helse Nord (32 %) og høyest i Helse Sør-Øst (67 %).

For utredning med kransårerøntgen skal minst 80 % av pasientene utredes innen 72 timer for høy måloppnåelse og 50 – 80 % for moderat måloppnåelse. Nasjonalt ble 62 % av pasientene utredet innen 72 timer i 2017-2019. I opptaksområdet Sørlandet ble rett under 80 % av pasientene utredet innen fristen. Også opptaksområdet UNN var nært høy måloppnåelse for kransårerøntgen. Måloppnåelsen var lavest i opptaksområdene Møre og Romsdal og Stavanger, hvor rundt 45 % av pasienten ble utredet innen anbefalt tid. Regionalt ble 67 % av pasientene i Helse Nord utredet med kransårerøntgen innen anbefalt tid, mens tilsvarende andel for Helse Midt-Norge var lavest med 54 %.

Kommentar

Nasjonalt er det utfordringer for utredning med kransårerøntgen ved NSTEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tid. Måloppnåelsen er moderat for nesten alle opptaksområder og bør bedres.
For reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI hjerteinfarkt var kvalitetsutfordringen betydelig. Rask åpning av den tette blodåren vil ofte være det viktigste enkelttiltak i akuttfasen av et hjerteinfarkt. Den geografiske variasjonen var stor, og mange pasienter fikk ikke åpnet tette blodårer raskt nok. Trombolysebehandling er et behandlingsalternativ som kan gis før ankomst i spesialsykehus, prehospitalt eller i lokalsykehus, og som bør benyttes langt oftere ved STEMI hjerteinfarkt.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

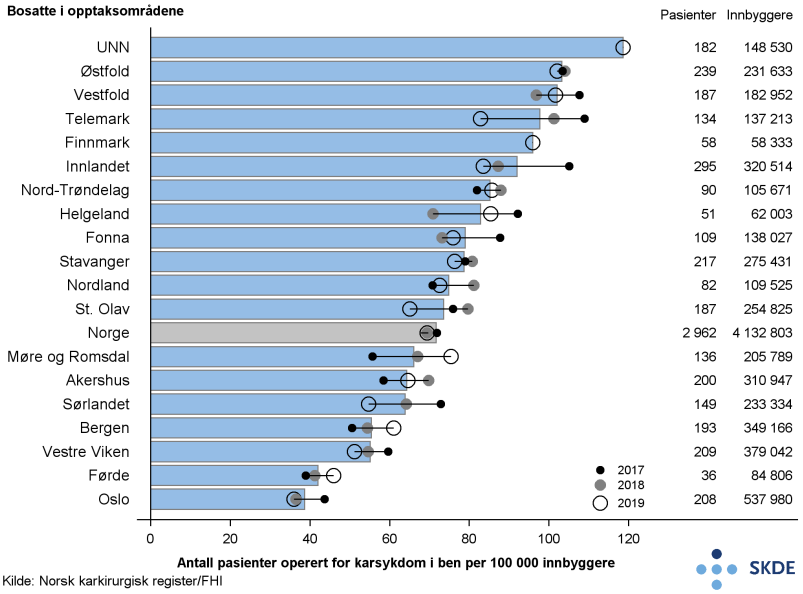
Karkirurgi

Helseatlas SKDE

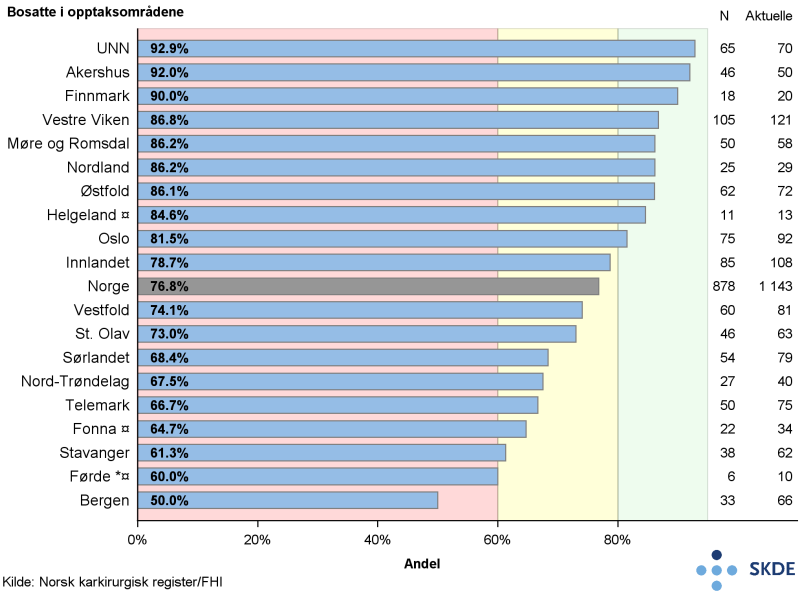
Karkirurgi er inngrep for å behandle sykdommer i blodårene utenfor hjertet og hodet. Karkirurgi gjøres særlig ved utvidet hovedpulsåre (aneurisme), ved nedsatt blodforsyning i ben og ved trang halspulsåre. Det gjøres årlig rundt 6 100 karkirurgiske inngrep i Norge, hvorav rundt 3 400 for nedsatt blodforsyning til ben, og om lag 500 for forsnevring av halspulsåren, som er de tilstandene som inngår i dette altaset.

Bakgrunn

Karkirurgi kan blant annet bedre blodtilførselen til områder som får for lite blod, ved at kirurgen fjerner åreforkalkninger fra innsiden av blodåren, setter inn en ny blodåre som leder blodet forbi området som er tett (bypass-operasjon), bruker ballongkateter som utvider blodåren eller setter inn en sylinder (stent) som holder blodåren åpen.



Antall pasienter operert for karsykdom i ben per 100 000 innbyggere, ujustert, opptaksområder. Søylene viser gjennomsnittlige rater, årlig rate vises med symbol. Tall til høyre for figuren viser antall pasienter og antall innbyggere. Gj.snitt per år, 2017-2019.



Andel pasienter med symptomatisk carotisstenose operert innen 14 dager, opptaksområder. Gj.snittlige andeler, antall opererte innen 14 dg (N) og antall opererte (aktuelle). * opptaksområdet har færre enn 10 opr i gj.snitt/år. ¤ mangler data for minst ett år.

Resultater

Forekomst av operasjoner for karsykdom i ben varierer mye, fra 123 og 103 per 100 000 innbygger i opptaksområdene UNN og Østfold til henholdsvis 39 og 42 per 100 000 innbyggere i opptaksområdet for hele Oslo og Førde.

Det var geografisk variasjon i måloppnåelse for indikatoren andel pasienter med symptomatisk carotisstenose behandlet innen 14 dager i perioden 2017–2019. Ni av 19 opptaksområder hadde høy måloppnåelse, ni opptaksområder hadde moderat måloppnåelse og ett opptaksområde hadde lav måloppnåelse. Andelen var høyest i opptaksområdet UNN og lavest i opptaksområdet Bergen. Henholdsvis 93 % og 50 % av pasientene bosatt i disse opptaksområdene ble behandlet innen 14 dager.

Kommentar

Variasjon i antall pasienter operert for karsykdom i ben er uventet stor, og det er grunn til å stille spørsmål ved hvorfor praksisen er så ulik. Røyking over tid er en viktig og godt dokumentert årsak til karsykdom i ben. Forekomsten av lungekreft er sterkt relatert til røyking og kan brukes som indirekte mål på langvarig røyking i opptaksområdene, jf. Helseatlas kols. En sammenligning av rater mellom operasjoner for karsykdom i ben og forekomst av lungekreft viser at flere av opptaksområdene med høyest rate av lungekreft ikke har de høyeste operasjonsratene for karsykdom i ben. Det tyder på at forskjeller i sykelighet ikke kan forklare all variasjon, og det må derfor være flere årsaker til ulik operasjonspraksis.

Alle opptaksområder unntatt Bergen har oppnådd moderat eller høy måloppnåelse for indikatoren andel med symptomatisk carotisstenose behandlet innen anbefalt tid. En undersøkelse tyder på at knapt halvparten av tilfellene med forsinkelse skyldes forhold i helsetjenesten. Dette indikerer behov for systematisk arbeid med pasientforløp for denne gruppen i opptaksområder som ikke har høy måloppnåelse.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

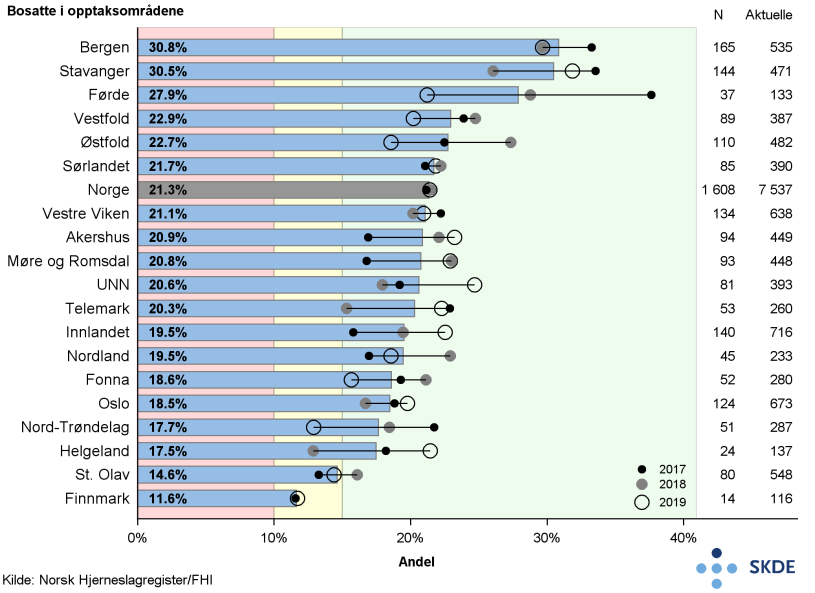
Hjerneslag

Helseatlas SKDE

Om lag 10 000 personer legges årlig inn i sykehus med hjerneslag. Rundt 85 % skyldes blodpropp og 10-15 % hjerneblødning. Forekomsten av hjerneslag varierer lite geografisk, fra 2 til 2,8 per 1 000 innbyggere. Ny behandling har bidratt til 40 % reduksjon i dødelighet for denne alvorlige sykdommen de siste 10 år.

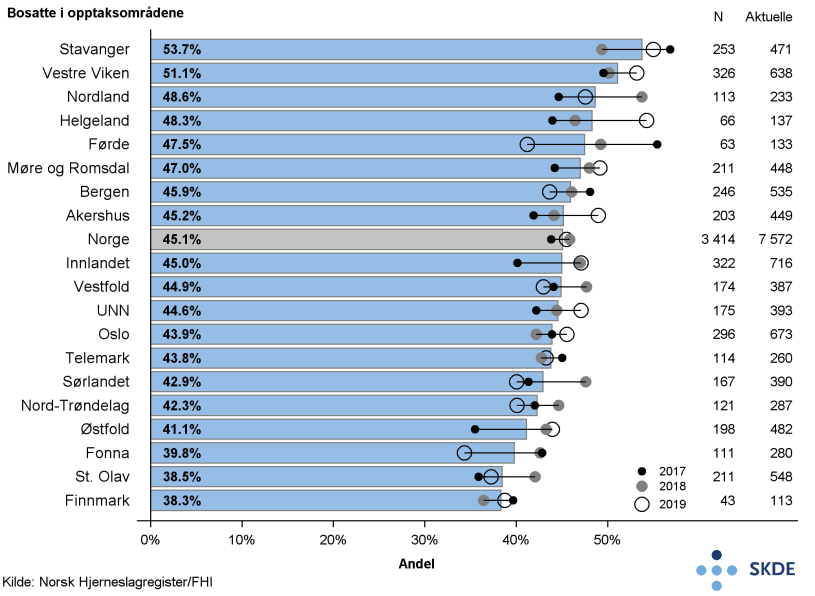
Bakgrunn

Trombolyse (blodproppsoppløsende behandling) innen 4,5 timer etter akutt debut av alvorlig hjerneslag reduserer funksjonshemming. Alle pasienter med hjerneslag bør imidlertid ikke ha slik behandling da effekten ikke er dokumentert for lette og meget lette slag og selve behandlingen kan føre til hjerneslag i ca. 5 % av behandlingene.



Kilde: Norsk Hjerneslagregister/FHI

Andel pasienter med hjerneinfarkt behandlet med trombolyse. Søylene viser gj.snitt andeler, årlige andeler med symbol. Tallene til høyre viser antall pasienter som fikk tombolyse (N) og ant. pas. med hjerneinfarkt (aktuelle). Gj.snitt per år i perioden 2017–2019



Kilde: Norsk Hjerneslagregister/FHI

Andel pasienter innlagt innen fire timer etter hjerneslag, søylene viser gjennomsnittlige rater, årlig rate vises med symbol, Tall til høyre viser antall pasienter og antall innbyggere. Gj.snitt per år, 2017-2019.

Nasjonale retningslinjer anbefaler at pasienter aktuelle for trombolyse bør utredes så raskt som mulig. Det er ikke definert målnivåer for indikatoren andel pasienter med hjerneinfarkt som innlegges innen fire timer.

Resultater

17 av 19 opptaksområder hadde høy måloppnåelse for andel pasienter med hjerneinfarkt som ble behandlet med trombolyse mens to opptaksområder (St.Olav og Finnmark) hadde moderat måloppnåelse. Opptaksområdene Bergen og Stavanger hadde 30 % andel og de fleste med høy måloppnåelse hadde vesentlig høyere nivå enn grensen på 15 %. For opptaksområdet Finnmark mangler data fra 2018, som sammen med lavt antall pasienter gjør resultatene usikre.

Mer enn halvparten av pasientene i Norge ble innlagt senere enn fire timer etter symptomdebut. 54 % av pasientene i opptaksområdet Stavanger kom til sykehus innen fire timer mens pasientene i opptaksområdene St.Olav og Finnmark hadde lavest andel med 38 %. Nasjonalt var det ingen entydig utvikling mot raskere innleggeser i sykehus ved hjerneslag i perioden 2017–2019.

Kommentar

Det var stor variasjon i andel pasienter behandlet med trombolyse i de ulike opptaksområdene. For enkelte opptaksområder så det ut til å være en sammenheng mellom andel pasienter innlagt innen fire timer og andel som fikk trombolyse. Eksempler på dette var opptaksområdene til St.Olav og Finnmark hvor det var lavest andel innlagt innen fire timer og lavest behandlingsandel. Tilsvarende hadde opptaksområdet Stavanger høyest andel innlagt innen 4 timer og nest høyest behandlingsandel.

Ulik behandlingspraksis for de mindre alvorlige slagene er hovedårsaken til variasjonen i bruk av trombolyse. Forskjeller i behandlingspraksis for mindre alvorlige hjerneslag er ikke uproblematisk, fordi trombolysebehandling er forbundetmed økt risiko for hjerneblødning, også ved lette og meget lette hjerneinfarkt. Målet på sikt bør være en mer ensartet praksis for behandling med trombolyse ved akutt hjerneinfarkt

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

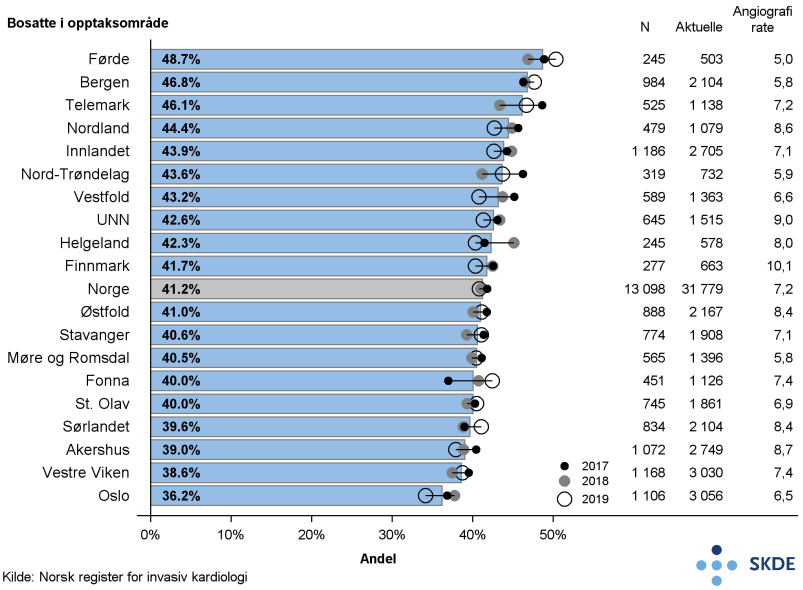
Invasiv kardiologi

Helseatlas SKDE

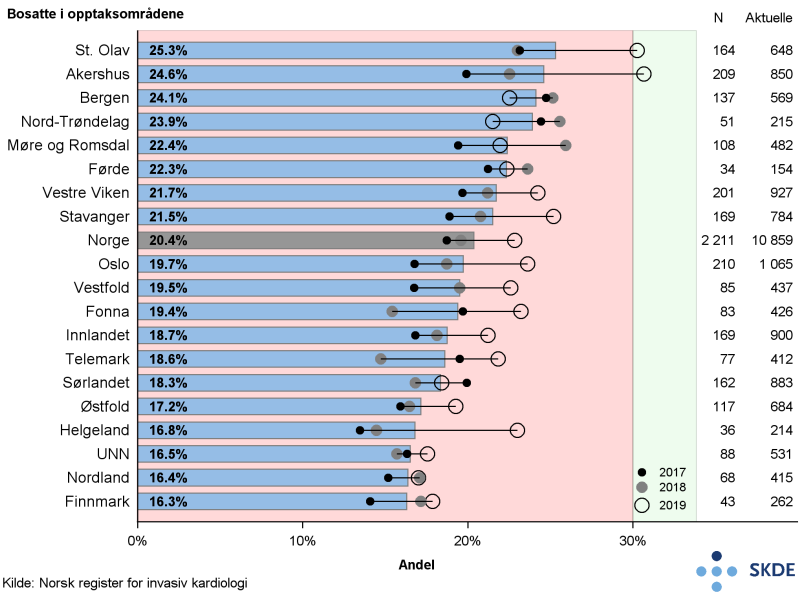
Invasiv kardiologi omfatter utredning og behandling av hjertesykdommer ved hjelp av tynne katetre som føres til hjertets kransårer via en blodåre. De viktigste prosedyrene som utføres innen dette fagfeltet er kransårerøntgen (koronar angiografi), utblokking av trange kransårer (PCI) og innsetting av ny hjerteklaff. Hvert år utføres om lag 32 000 koronare angiografier eller PCI behandlinger fordelt på 9 sykehus i Norge.

Bakgrunn

Ved koronar angiografi undersøkes det for innsnevringer eller blokkeringer i hjertets kransårer, og dernest om det er behov for PCI eller bypass-operasjon. PCI er en fellesbetegnelse for ulike teknikker som kan brukes til mekanisk åpning av en trang eller tett blodåre. Under koronar angiografi kan intrakoronar trykkmåling benyttes for å vurdere om en innsnevring i blodåren er så trang at den har betydning for blodstrømmen.



Andel PCI hos pasienter som gjennomgikk invasive koronare prosedyrer, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.



Andel prosedyrer med trykkmåling for å vurdere innsnevring i kransårene hos personer med stabil kransåresykdom, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.

Fagrådet for Norsk register for invasiv kardiologi har ikke definert målnivåer for andel PCI hos personer som gjennomgår invasive koronare prosedyrer. Høy måloppnåelse for andel prosedyrer der trykkmåling blir utført under koronar angiografi har fagrådet satt til minst 30 %. Lav måloppnåelse er satt til under 30 %.

Resultater

Det var geografisk variasjon i andel utblokking av trange kransårer (PCI) hos pasienter som gjennomgikk invasive koronare prosedyrer. Mens 49 % av koronare angiografier ledet til PCI i opptaksområdet Førde, ledet 36 % av koronare angiografier til PCI i opptaksområdet Oslo. Andelen koronar angiografi som ledet til PCI var høyest i opptaksområder som samtidig hadde lavest antall koronare angiografier per 1 000 innbyggere, mens det blant opptaksområdene med lavest andel angiografier som ledet til PCI var høyest antall koronare angiografier per 1 000 innbyggere. Nasjonalt fikk 41 % av pasientene PCI behandling under annen invasiv koronar prosedyre. Regionalt var det små forskjeller. Andel PCI ved koronare angiografier var lavest i Helse Sør-Øst (40 %) og høyest i helse Vest (44 %).

Om lag 20 % av pasientene i Norge fikk utført intrakoronar trykkmåling under koronar angiografi i perioden 2017-2019, og det var geografiske forskjeller. Mens 25 % av pasientene fikk utført trykkmåling i opptaksområdet St. Olav, fikk om lag 16 % av pasientene i opptaksområdene Finnmark, Nordland og UNN utført trykkmåling ved koronar angiografi. Resultatene gjenspeiler seg på regionalt nivå, der måloppnåelsen var lavest for Helse Nord (16 %) og høyest for Helse Midt-Norge (24 %). Nasjonalt steg andelen intrakoronar trykkmåling fra 19 % i 2017 til 23 % i 2019.

Kommentar

Resultatene kan tyde på at seleksjonen av pasienter til angiografi er strengere for pasienter bosatte i noen opptaksområder enn andre. Forskjellene skyldes trolig i hovedsak ulik tilgang eller praksis hva angår utredningsmetoder for kransåresykdom, som CT-undersøkelser eller ulike bildebaserte belastningstester som brukes til å selektere pasienter til koronar angiografi. Bruk av trykkmåling har i 2019 økt for 16 av 19 opptaksområder men må fortsatt breddes mye for å nå ønsket nivå.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

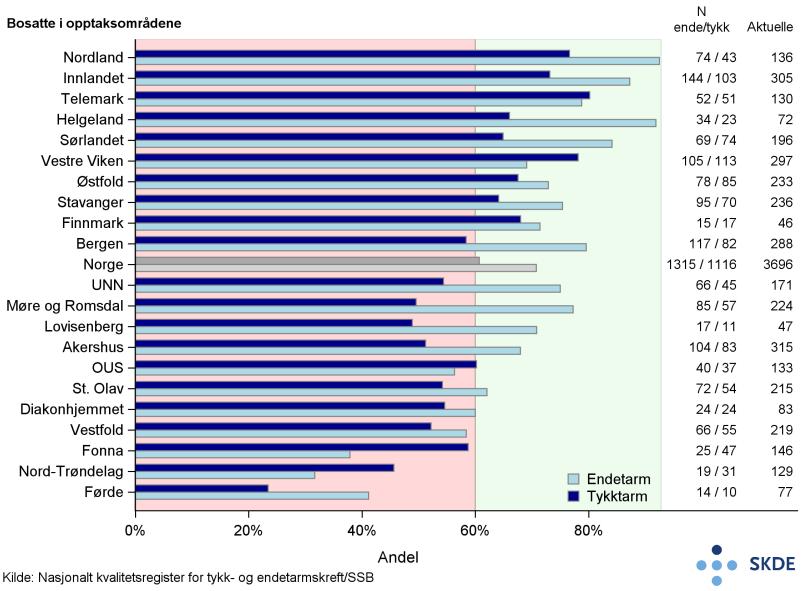
Tykk- og endetarmskreft

Helseatlas SKDE

Tykk- og endetarmskreft er den kreftformen med høyest forekomst, for begge kjønn, med om lag 4 000 nye tilfeller årlig. Av disse utgjør tykktarmskreft rundt 70 %, resten er endetarmskreft. Forekomsten er doblet de siste 50 årene. Om lag 35 000 personer levde med disse sykdommene i 2019 og rundt 1 500 dør hvert år.

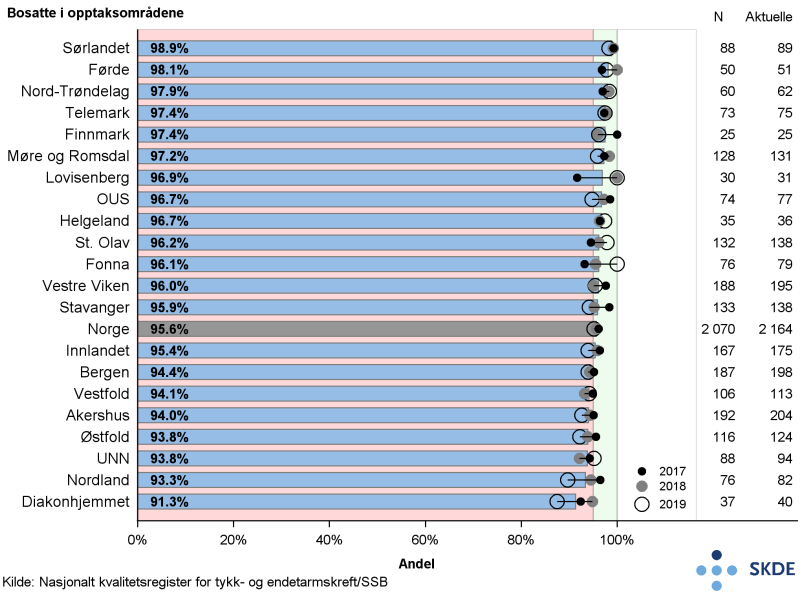
Bakgrunn

Kirurgi er hovedbehandling for tykk- og endetarmskreft, ofte supplert med cellegift og stråling (særlig for endetarmskreft). Kikkhullsoperasjon er likeverdig med åpen operasjon, men er mer skånsom. Teknikken krever spesialisert opplæring og kan ikke alltid brukes på grunn av forhold ved svulst/pasient.



Kilde: Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft/SSB

Andel pasienter med tykk- og endetarmskreft operert med kikkhullsteknikk. Alder 20-99 år (tykktarmskreft) og 25-96 år (endetarmskreft), gj.snitt 2017-2019, Målnivå for 2019.



Kilde: Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft/SSB

Andel pasienter med endetarmskreft uten lokalt tilbakefall fem år etter operasjonen, statistisk beregnet, alder 25-96 år, gj.snitt 2017-2019

Høy måloppnåelse for andel pasienter med endetarmskreft uten lokalt tilbakefall er av registerets fagråd satt til minst 95 % fem år etter operasjon.

Resultater

Fagrådet for tykk- og endetarmsregisteret justerte høy måloppnåelse for andel kikkhullsoperasjoner fra 30 til 60 % for både tykk og endetarmskreft i 2019. For endetarmskreft hadde 16 av 21 opptaksområder høy måloppnåelse i hele perioden. Nordland hadde høyest måloppnåelse med 92,5 % og Nord-Trøndelag lavest med 31,7 %. For tykktarmskreft hadde 10 av 21 opptaksområder høy måloppnåelse for hele perioden med Telemark høyest med 80 % og Førde lavest med 23 % (noe usikre tall på grunn av lav innrapportering).

Fjorten av 21 opptaksområder oppnådde høyt målnivå for andel pasienter uten lokalt tilbakefall fem år etter operasjon for endetarmskreft. For hele perioden hadde Sørlandet høyest andel med 98,9 % og Diakonhjemmets opptaksområde lavest med 91 %. Resultatene var stabile i perioden. Dette er statistisk beregnede resultater da det ikke er tilstrekkelig observasjonstid for indikatoren.

Kommentar

Kikkhullsteknikk ble i økende grad benyttet som operasjonsmetode, både for tykk- og endetarmskreft fra 2017 til 2019. På grunn av forskjellig funksjonsfordeling for tykk- og endetarmskreft vil det ikke nødvendigvis være sammenheng mellom andel pasienter operert med kikkhullsteknikk for tykk- og endetarmskreft innen et gitt boområde. Den geografiske variasjonen i bruk av kikkhullskirurgi for tykktarmskreft viser at det fortsatt må arbeides aktivt for å øke bruken av denne metoden.

Variasjonen i tilbakefall av endetarmskreft er ikke stor sammenlignet med omtale av annen variasjon, men likevel viktig. I mer enn 25 år er det arbeidet systematisk i norske fagmiljø for å redusere andel pasienter som får lokalt tilbakefall innen 5 år etter kurativ behandling for endetarmskreft. At hele 7 opptaksområder ennå ikke har nådd høyt målnivå for denne indikatoren tyder på at det fortsatt er nødvendig med målrettet satsing for å lykkes.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

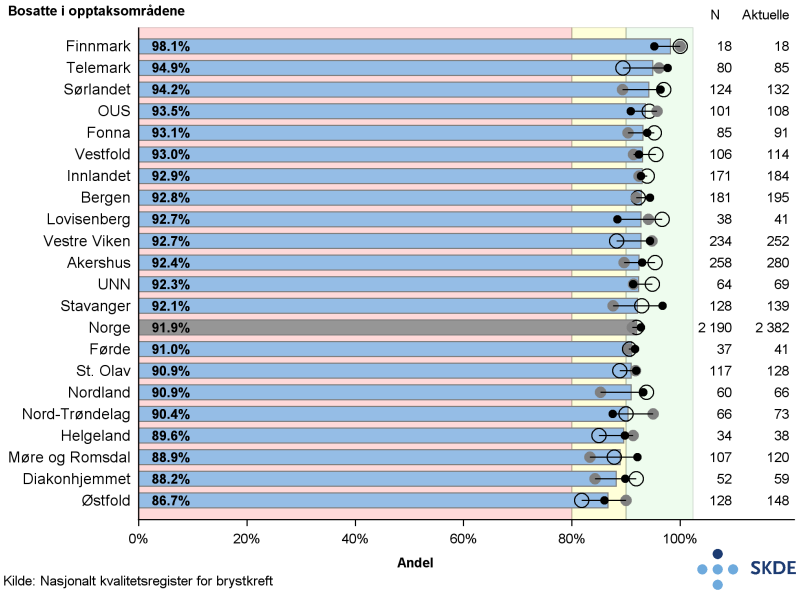
Brystkreft

Helseatlas SKDE

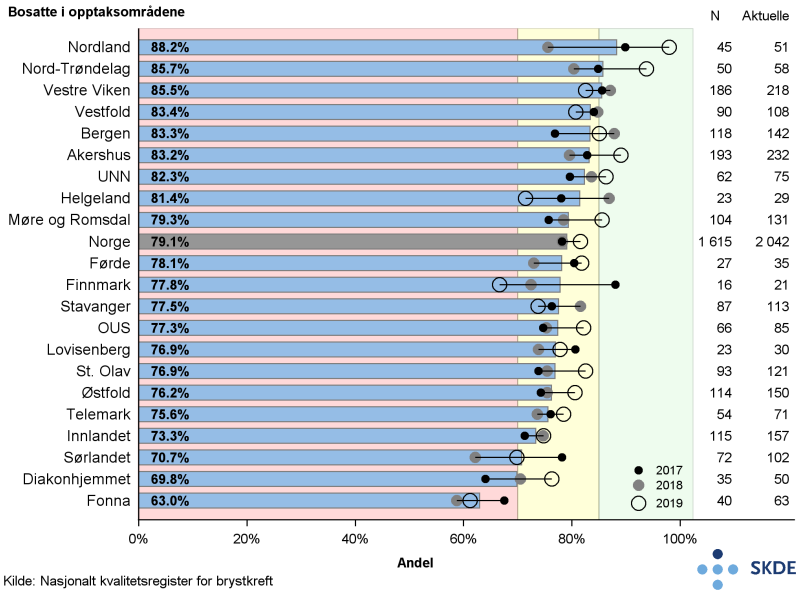
Brystkreft er den vanligste formen for kreft blant kvinner. I 2019 fikk 3 700 kvinner brystkreft for første gang. Forekomsten har økt betydelig de siste tiårene, delvis forklart av screening og bedret diagnostikk. Det er gjort store fremskritt i behandlingen - for de som rammes av sykdommen er utsiktene til å overleve stadig bedre. De som ikke blir friske, kan leve lenge med sykdommen.

Bakgrunn

Det er en fordel å fjerne alt kreftvev ved første operasjon. Reoperasjoner forsinker oppstart av etterbehandling, det gir et dårligere kosmetisk resultat og er i tillegg belastende for pasienten og ressurskrevende for helsevesenet. Ved brystbevarende operasjon fjernes kun svulsten i brystet, mens resten av brystet bevares. Når strålebehandling gis som tilleggsbehandling, oppnås like gode resultater som å fjerne hele brystet.



Andel kvinner, 19-99 år, som kun har fått utført ett inngrep på primærtumor, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019



Andel brystbevarende operasjoner utført på kvinner, 19-99 år, tumorstørrelse under 30 mm, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019

Fagrådet for Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft har definert kvalitetsindikatorer og satt målnivå på disse. Andelen pasienter som kun får ett inngrep på primærtumor bør være 90 % (høy måloppnåelse), 80 % er definert som moderat måloppnåelse. Brystbevarende kirurgi bør utføres på 85 % av de som har brystkreft med tumorstørrelse under 30 mm (høy måloppnåelse). Moderat måloppnåelse er satt til 70 %.

Resultater

De fleste av opptaksområdene hadde høy andel med ett kirurgisk inngrep og resultatene viste liten grad av geografisk variasjon. Forskjellen mellom bosatte i Finnmark, som var opptaksområdet med høyest andel, og bosatte i Østfold, som hadde lavest andel, var på om lag 11 prosentpoeng. Små tall for opptaksområdet Finnmark gjør at resultatet er forbundet med noe usikkerhet.

For brystbevarende operasjoner på svulster mindre enn 30 mm, nådde tre opptaksområder, Nordland, Nord-Trøndelag og Vestre Viken, målet på 85 %. Seksten av 21 opptaksområder hadde moderat måloppnåelse og to opptaksområder hadde lav måloppnåelse. Den geografiske variasjonen var relativt stor, fra opptaksområdet i Nordland med 88,2 % til opptaksområde i Fonna med 63,0 %. En forskjell på 25 prosentpoeng.

Kommentar

Det er positivt at de fleste av opptaksområdene klarte å behandle en høy andel av pasientene med ett inngrep på svulst i brystet. Det tyder på godt tverrfaglig samarbeid og god kvalitet i behandlingen.

For brystbevarende operasjoner er måloppnåelsen moderat eller lav for de fleste opptaksområder og bør bedres. Den geografisk variasjon i måloppnåelse er relativt stor og tyder på at det gjøres ulike behandlingsvalg i ulike deler av landet. Brystbevarende operasjoner gir minst like god prognose som når hele brystet fjernes. Pasientenes selvfølelse og livskvalitet er vist å være bedre ved slik kirurgi, sammenlignet med fjerning av hele brystet.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

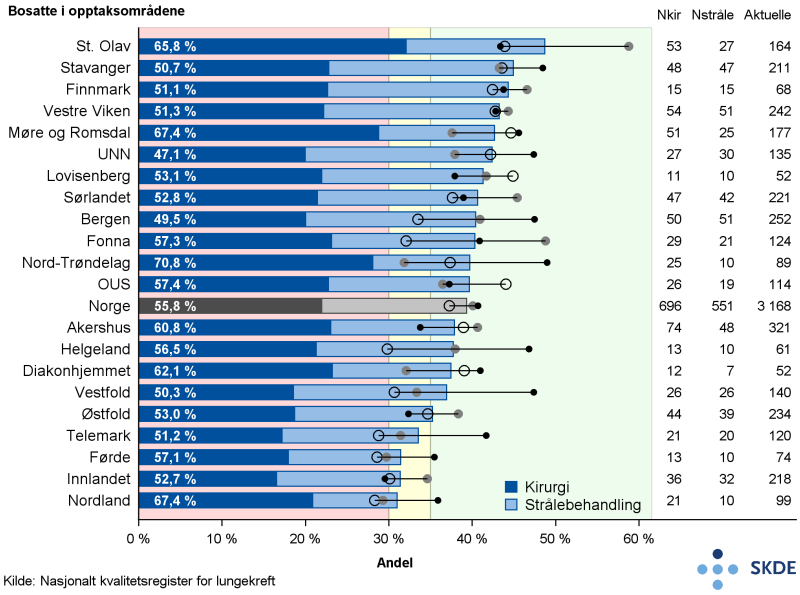
Lungekreft

Helseatlas SKDE

Årlig får ca. 3000 nye pasienter lungekreft. Det er nå er like mange kvinner som menn som får lungekreft. Forekomsten for menn har flatet ut, mens den fortsatt er stigende for kvinner. Lungekreft er en av de kreftformene det er enklest å forebygge, fordi 8 av 10 tilfeller skyldes røyking. Det har vært en kraftig reduksjon i røyking, men det tar mange år før dette gir effekt. Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv.

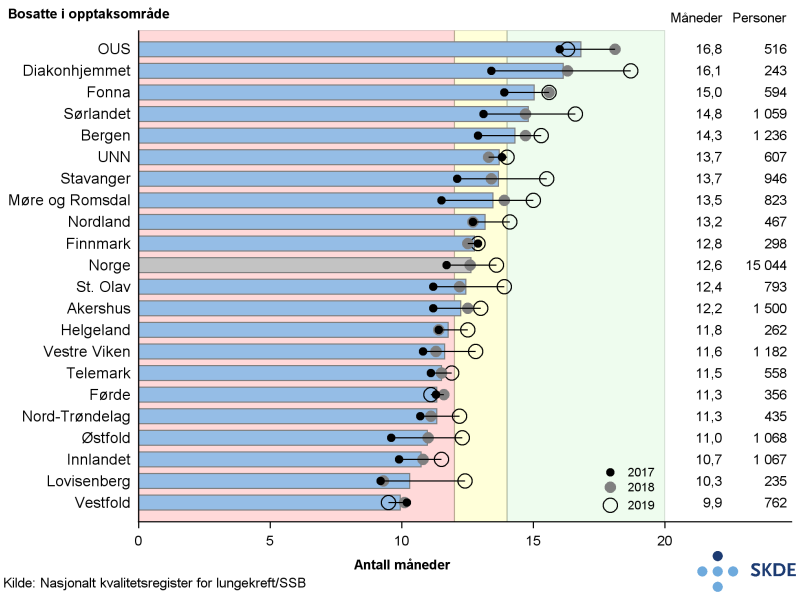
Bakgrunn

Bedre behandling har ført til at flere pasienter nå blir friske. Kirurgi, stereotaktisk strålebehandling og kurativ fraksjonert strålebehandling (ofte gitt sammen med kjemoterapi) er aktuelle former for kurativ behandling av lungekreft. Flere med ikke-kurabel sykdom lever lengre fordi persontilpasset behandling og immunterapi har revolusjonert lungekreftbehandlingen.



Kilde: Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft

Andel pasienter med lungekreft som ble kurativt behandlet (kirurgi eller strålebehandling), fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019



Kilde: Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft/SSB

Median overlevelse i måneder for lungekreftpasienter, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019

Fagrådet for Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft har vurdert at mer enn 35 % av pasientene bør få kurativ behandling. Moderat og lav måloppnåelse er satt til henholdsvis 30-34 % og under 30 %. For median overlevelse er høy måloppnåelse satt til minst 14 mnd. og moderat og lav måloppnåelse satt til 12-14 mnd. og under 12 mnd.

Resultater

I gjennomsnitt for 3-årsperioden fikk nesten 40 % av lungekreftpasienter i Norge kurativ behandling - i overkant av halvparten (55,8 %) av disse ble operert, mens resten fikk strålebehandling. Sytten av 21 opptaksområder hadde høy måloppnåelse. Det var variasjon mellom opptaksområdene. Andelen var høyest i opptaksområdet St. Olav, der nesten 50 % av pasientene ble behandlet med kurativt mål i perioden 2017-2019. Telemark, Førde, Innlandet og Nordland hadde lavest andel og moderat måloppnåelse. Forskjellen mellom opptaksområdet med høyest- og lavest andel var om lag 20 prosentpoeng.
Av pasienter som ble kurativt behandlet, fikk flest kirurgisk behandling i Nord-Trøndelag, Møre- og Romsdal samt Nordland. Den laveste andelen kirurgisk behandling ble observert for bosatte i Bergen og UNN-området.

Det var variasjon i median overlevelse i perioden 2017–2019. Ni av 21 opptaksområder hadde lav måloppnåelse. Median overlevelse var lengst i opptaksområdet OUS med 16,8 måneder, sammenlignet med 9,9 måneder i opptaksområdet Vestfold, en forskjell på om lag syv måneder. For de fleste av opptaksområdene var det en positiv utvikling i perioden, med en økning i median overlevelse i 2019 sammenlignet med 2017.

Kommentar

Det er høy måloppnåelse for kurativ behandling av lungekreft i Norge, men likevel geografisk variasjon mellom opptaksområdene. Kirurgi nyttes i ulik grad som behandlingsmetode i de forskjellige opptaksområdene. Ulik fordeling i sykdomsutbredelse kan forklare ulike behandlingsvalg, men slike data var ikke tilgjengelig for denne analysen.
Raskere utredning og bedre behandling har gitt lengre overlevelse for pasienter rammet av lungekreft, men det er en geografisk variasjon som ikke synes tilfeldig. Geografisk variasjon både i kurativ behandling og overlevelse bør undersøkes nærmere.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

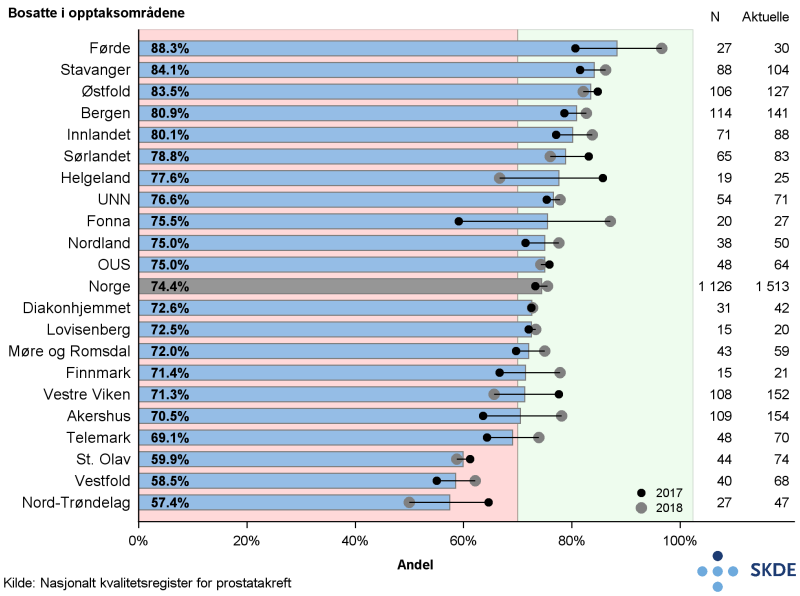
Prostatakreft

Helseatlas SKDE

Prostatakreft er den mest utbredte kreftformen hos menn i Norge, om lag 5 000 blir diagnostisert med denne sykdommen hvert år. Årlig dør ca. 900 menn av prostatakreft. Antallet menn som lever med denne tilstanden og som trenger oppfølging, øker. I 2019 levde i overkant av 54 000 menn med prostatakreft i Norge.

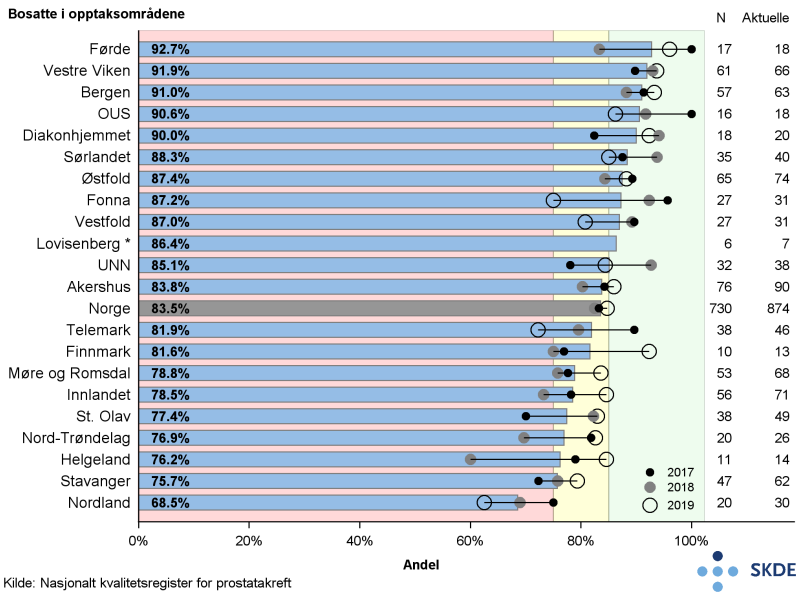
Bakgrunn

Hvilken behandling som tilbys, avhenger av hvor utbredt og aggressiv sykdommen er. Pasienter med sykdom som ikke har spredt seg, vurderes ut fra ulike kriterier til å ha høy- eller lavrisiko. Behandling tilpasses risikoprofilen. Radikal behandling, dvs. kirurgisk fjerning av prostata eller strålebehandling, kan kurere prostatakreft. Pasienter i høyrisikogruppen bør i hovedsak behandles radikalt. Nervesparende operasjonsteknikk reduserer risiko for senere impotens og urinlekkasje, men øker risiko for ufri rand og tilbakefall. Ved et tilbakefall gis oftest strålebehandling og seneffektene øker.



Kilde: Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft

Andel høyrisikopasienter, 38-79 år, radikalt behandlet, fordelt på opptaksområder, 2017-19



Kilde: Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft

Andel menn med fri rand etter kirurgi for mindre kreftsvulster (≤ T2), fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019

Fagrådet for Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft har definert kvalitetsindikatorer og satt målnivå på disse. Høy måloppnåelse for andel radikalt behandlet for prostatakreft er satt til 70 % eller høyere. Lav måloppnåelse er <70 %. For andel med fri rand etter kirurgi, er høy måloppnåelse ≥85 % og lav måloppnåelse <75 %. Moderat måloppnåelse 75% – 84%.

Resultater

De fleste av opptaksområdene hadde høy måloppnåelse for andel radikalt behandlet for prostatakreft. Fire opptaksområder, Nord-Trøndelag, Vestfold, St. Olav og Telemark, hadde lav måloppnåelse. Førde og Stavanger hadde høyest andel høyrisikopasienter som ble radikalt behandlet. Det var om lag 30 prosentpoeng forskjell mellom opptaksområdet med høyest og lavest andel radikalt behandlede høyrisikopasienter.

For andel med fri rand etter kirurgi på mindre svulster (T2), hadde elleve av 21 opptaksområder høy måloppnåelse (>85 %), ni opptaksområder hadde moderat måloppnåelse (75% – 84%) og ett opptaksområde (Nordland) hadde lav måloppnåelse (<75 %). Telemark hadde en klar nedadgående trend med lav måloppnåelse i 2019. Det var om lag 25 prosentpoeng forskjell mellom opptaksområdet med høyest- og lavest andel fri rand.

Kommentar

Menn som har en høyrisiko-kreft uten spredning og som ikke gjennomfører en radikal behandling, har en klart økt sannsynlighet for å dø av sin kreft. Det er derfor viktig å tilby slik behandling til alle pasienter uavhengig av alder, som ønsker og tåler behandlingen. Det er høy måloppnåelse, men likevel noe geografisk variasjon for denne indikatoren.

Måloppnåelsen er ikke tilfredstillende for andelen med fri rand etter kirurgi. Det er mulig at enkelte kirurger prioriterer nervesparende teknikk høyere enn andre, og at dette fører til lavere andel med fri rand i enkelte opptaksområder. Vurderingen av om operasjonsmarginen er fri eller ikke, er ikke et helt objektivt mål, men gjøres av den enkelte patolog. Praksis for hva som regnes for fri/ufri rand kan variere mellom patologer med konsekvens for det nasjonale bilde.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

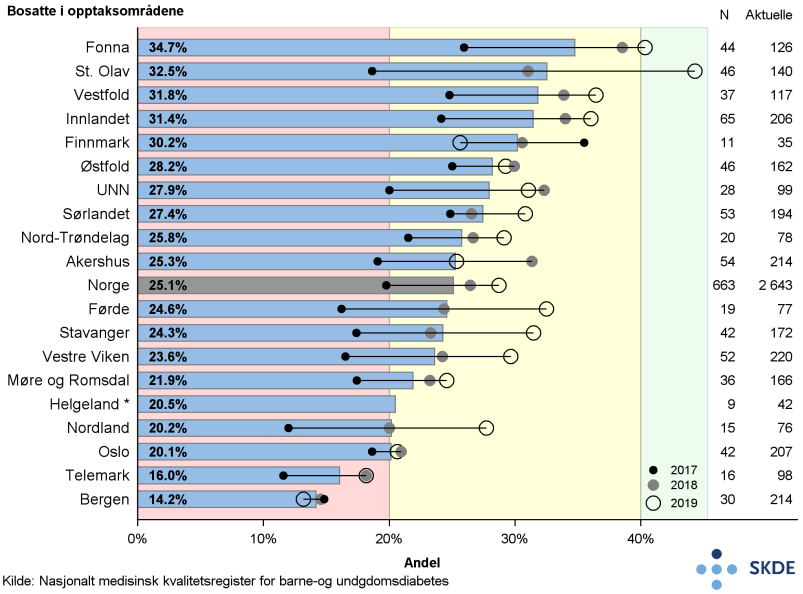
Diabetes type 1 hos barn og unge

Helseatlas SKDE

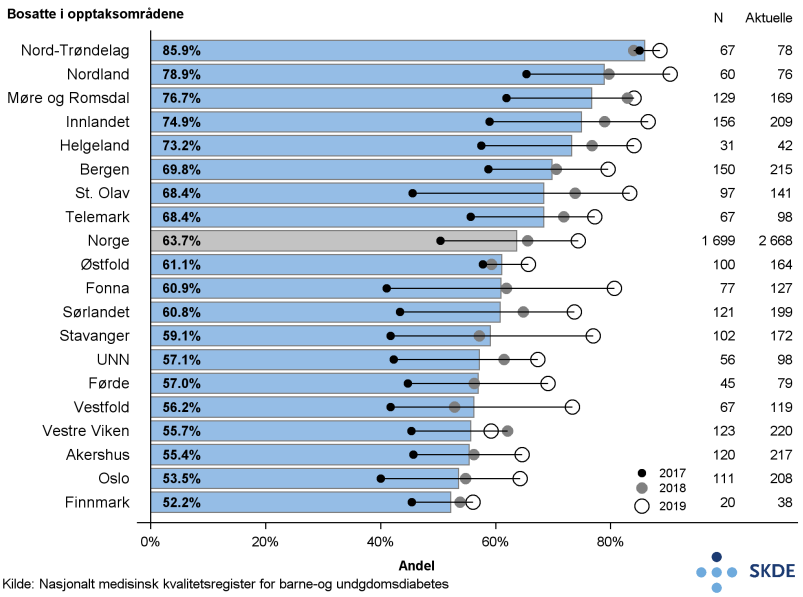
Diabetes type 1 er den nest vanligste kroniske sykdommen hos barn og unge i Norge, og Norge er på verdenstoppen når det gjelder forekomst av diabetes diagnostisert før 15-årsalderen. Diabetes type 1 utgjør 96 % av alle tilfeller av diabetes hos barn og unge i alderen 0-17 år, og i 2019 ble det rapportert inn 410 nye tilfeller av diabetes type 1 blant barn og unge i Norge.

Bakgrunn

Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom som fører til insulinmangel og for høyt blodsukker. Høyt blodsukker over tid vil forårsake skader i kroppens små blodårer, noe som igjen kan medføre skade på flere av kroppens organer. Senkomplikasjoner som tap av syn, nyresvikt, hjerteinfarkt, slag, amputasjoner og tidlig død hos pasienter med diabetes utvikler seg over flere år, men også barn og unge kan utvikle senkomplikasjoner.



Andel barn og unge, 0-17 år, med HbA1c under 53 mmol/mol, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019. * Opptaksområdet har færre enn 10 hendelser i gj.snitt pr. år.



Andel barn og unge, 0-17 år, som bruker CGM, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.

Blodsukkerkontroll oppnås ved måling av langtidsblodsukker (HbA1c). Det anbefales at HbA1c er under 53 mmol/mol, for i størst mulig grad forebygge utviklingen av senkomplikasjoner. Et hjelpemiddel for regulering av blodsukkernivået er bruk av kontinuerlig glukosemåler (CGM). For bruk av CGM er det ikke definerte målnivå.

Resultater

Høy måloppnåelse oppnås når minst 40 % av barn og unge med diabetes type 1 har HbA1c under 53 mmol/mol. Kun 25 % av barn og unge i Norge hadde HbA1c under 53 mmol/mol i perioden 2017-2019. Høyest måloppnåelse hadde Fonna (35 %) og St. Olav (33 %), og lavest måloppnåelse hadde Telemark (16 %) og Bergen (15 %). Regionalt var forskjellene mindre. Måloppnåelsen var høyest for Helse Midt-Norge (27 %) og lavest i Helse Vest (23 %). Utviklingen i andelen pasienter med HbA1c under 53 mmol/mol var gjennomgående positiv i perioden. Fonna og St. Olav var de eneste opptaksområdene som hadde høy måloppnåelse i 2019, med henholdsvis 40 % og 44 %.

Det var geografisk variasjon i bruk av CGM mellom opptaksområdene. 86 % av pasientene i Nord-Trøndelag brukte CGM i perioden 2017-2019 sammenlignet med 54 % i Oslo og 52 % i Finnmark. Det var også geografisk variasjon i bruk av CGM mellom regionene. Andelen var høyest i Helse Midt-Norge (75 %) og lavest i Helse Sør-Øst (60 %). Utviklingen i bruk av CGM var stor i perioden, med en økning for alle opptaksområder. Det var 25 pp. høyere andel barn med diabetes type 1 som brukte CGM i 2019 sammenlignet med i 2017. Regionalt brukte 85 % av pasientene i Helse Midt-Norge CGM i 2019, sammenlignet med 70 % i Helse Sør-Øst. I regionene Helse Nord og Helse Vest brukte henholdsvis 75 % og 78 % av pasientene CGM i 2019.

Kommentar

De fleste barn og unge når ikke behandlingsmålet når det kommer til regulering av blodsukkernivået. Nasjonalt var det geografisk variasjon både i andelen som hadde svært godt regulert blodsukker, og andelen som brukte CGM mellom opptaksområdene. Flere av opptaksområdene med høyest andel barn og unge med høy HbA1c hadde lavest andel som bruker CGM.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

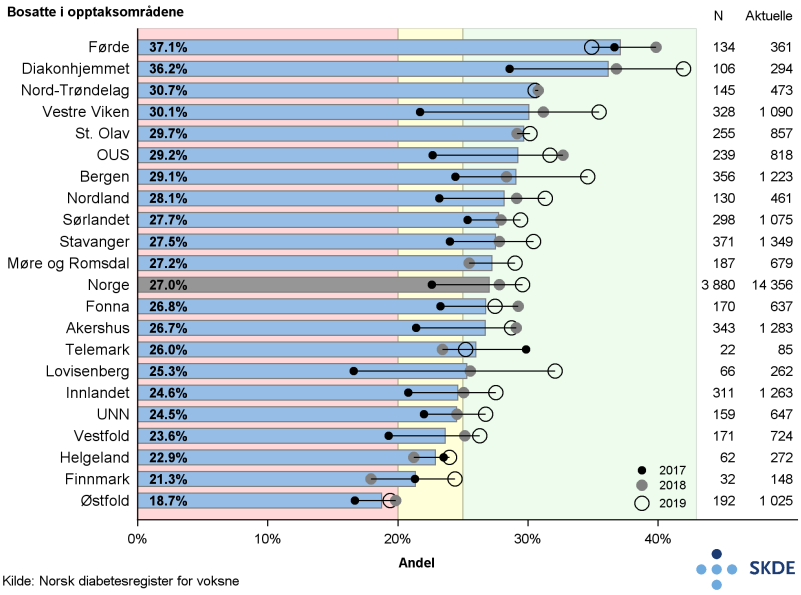
Diabetes type 1 hos voksne

Helseatlas SKDE

Den vanligste årsaken til redusert levetid og økt sykdomsbyrde for personer med diabetes er tidlig hjerte- og karsykdom. Komplikasjoner knyttet til sykdom i øye, nyrer og nervesystemet bidrar også til vesentlig helsetap. Store deler av kostnadene til diabetesomsorgen er knyttet til behandling av komplikasjoner. God diabetesbehandling er dermed essensielt for å forhindre eller forsinke utvikling av senkomplikasjoner knyttet til diabetes.

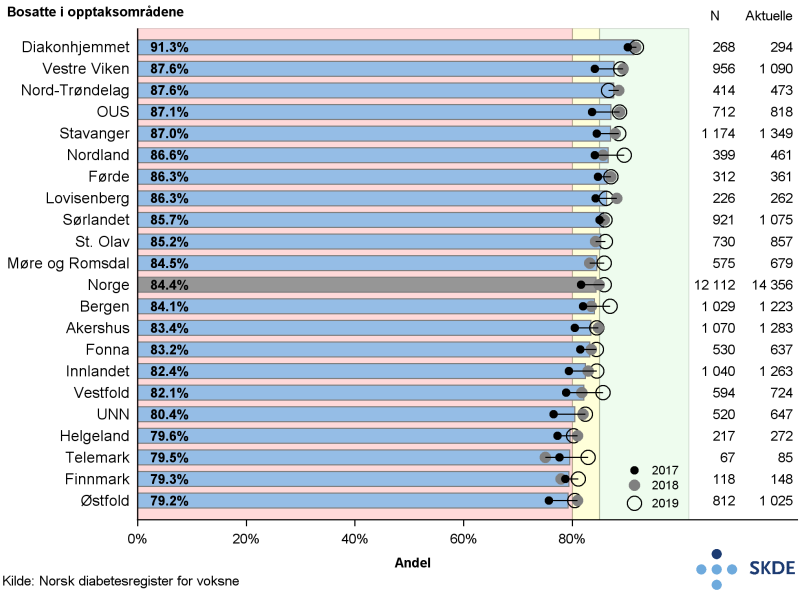
Bakgrunn

Langtidsblodsukkeret (HbA1c) reflekterer blodsukkernivået de siste 4-12 ukene, og er den viktigste variabelen som kan relateres til risiko for utvikling av alvorlige komplikasjoner til diabetes. HbA1c bidrar sammen med andre risikofaktorer (blodtrykk, LDL-kolesterol og røyking) til risikoen for å utvikle hjertesykdom, slag og behov for amputasjon. I tillegg øker høyt blodsukker over tid risikoen for tidlig død.



Kilde: Norsk diabetesregister for voksne

Andel pasienter med HbA1c under 53 mmol/mol, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.



Kilde: Norsk diabetesregister for voksne

Andel pasienter med HbA1c under 75 mmol/mol, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.

Fagrådet for Norsk diabetesregister for voksne har vurdert at pasienter med diabetes bør ha HbA1c lik eller under 53 mmol/mol for i størst mulig grad forebygge utviklingen av senkomplikasjoner til diabetes.

Resultater

Høy måloppnåelse er av fagrådet satt til HbA1c lik eller under 53 mmol/mol for minst 25 %, moderat til 20-25 % og lav måloppnåelse til under 20 %. Måloppnåelsen var overordnet sett høy i perioden 2017-2019. Det var likevel betydelige forskjeller i andel måloppnåelse for de ulike opptaksområdene. Førde, som hadde høyest måloppnåelse i perioden (37 %) hadde nesten dobbelt så høy andel pasienter med HbA1c lik eller under 53 mmol/mol som Østfold (19 %). For perioden var det en gjennomgående positiv utvikling i de fleste opptaksområder mot en større andel pasienter med HbA1c lik eller under 53 mmol/mol. På regionalt nivå var måloppnåelsen lavest i Helse Nord (25 %), og høyest i Helse Vest og Helse Midt-Norge (begge med 29 %)

Når blodsukkeret er over eller lik 75 mmol/mol øker faren for å utvikle senkomplikasjoner betraktelig. Det anbefales derfor at andelen pasienter med HbA1c under 75 mmol/mol skal være høyest mulig. Høy måloppnåelse for HbA1c under 75 mmol/mol er satt til minst 85 %, moderat måloppnåelse er 80-85 % og lav måloppnåelse er under 80 %. Resultatet viser store forskjeller i andel måloppnåelse mellom opptaksområdene. I opptaksområdet Diakonhjemmet hadde 91 % av pasientene HbA1c under 75 mmol/mol, sammenlignet med 79 % i opptaksområdene Østfold, Finnmark, Telemark og Helgeland. Regionalt var forskjellene mindre. Lavest måloppnåelse hadde Helse-Nord (82 %) og høyest måloppnåelse hadde Helse Midt-Norge (86 %). Det var en gjennomgående positiv utvikling for alle opptaksområder i perioden, der alle opptaksområder hadde minimum moderat måloppnåelse i 2019.

Kommentar

Måloppnåelsen for blodsukkerregulering er for lav i enkelte opptaksområder og det er geografisk variasjon i kvalitet i behandling av diabetes. Det er flere opptaksområder som både har høy andel pasienter med høyt blodsukker og som har lavere andel pasienter med svært godt regulert blodsukker.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

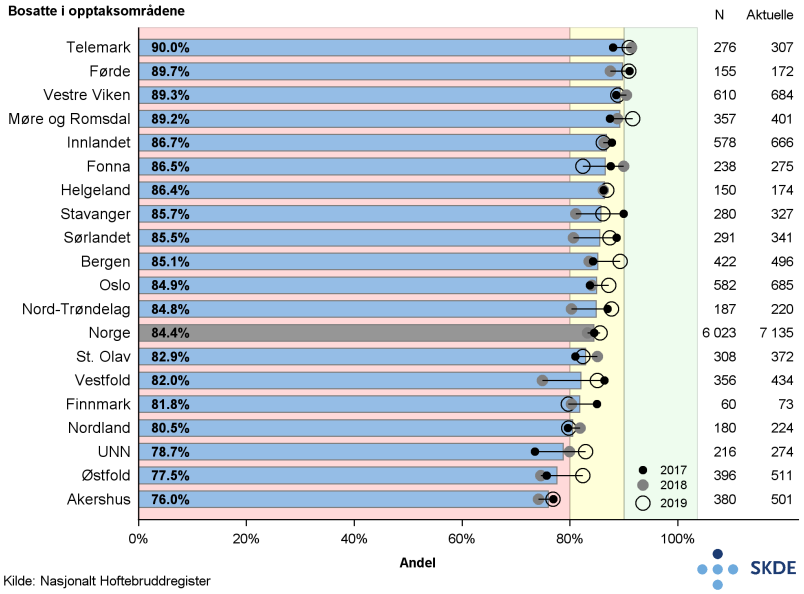
Hoftebrudd

Helseatlas SKDE

Norge har en av verdens høyeste forekomster av hoftebrudd. I overkant av 8 000 personer opereres hvert år og antallet av brudd forventes å stige i takt med en aldrende befolkning. Hoftebrudd kan ha alvorlige konsekvenser med funksjonstap, redusert livskvalitet og livslengde. Bedre behandlingsresultater og mindre hjelpebehov kan oppnås ved å fokusere på effektive pasientforløp og optimal behandlingsteknikk.

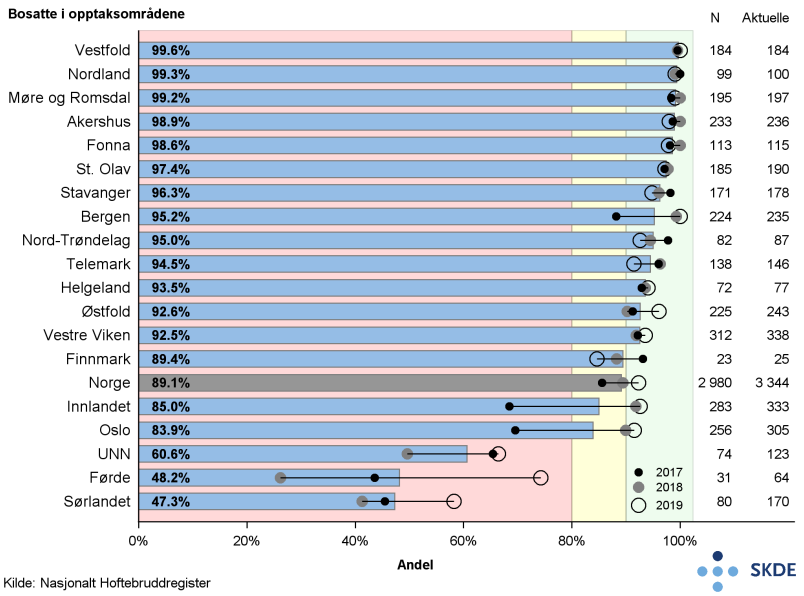
Bakgrunn

I 2014 kom en nasjonal retningslinje om at hoftebrudd burde opereres innen 24 timer, og senest 48 timer etter bruddtidspunktet for å redusere dødelighet og risiko for medisinske komplikasjoner. Nasjonale retningslinjer anbefaler også at pasienter eldre enn 70 år med lårhalsbrudd i feilstilling, skal behandles med innsetting av en protese med sementert stamme. Dette gir lavere risiko for reoperasjon og komplikasjoner.



Kilde: Nasjonalt Hoftebruddregister

Andel pasienter, ≥ 60 år, operert innen 48 timer etter bruddtidspunktet, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019



Kilde: Nasjonalt Hoftebruddregister

Andel pasienter, > 70 år, med lårhalsbrudd i feilstilling som fikk protese med sementert stamme, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019

Fagrådet med Nasjonalt Hoftebruddregister (felles med Nasjonalt Register for Leddproteser) har definert kvalitetsindikatorer og satt målnivå. 90 % eller høyere anses som høy måloppnåelse både for andel som opereres innen 48 timer etter bruddtidspunkt og for andel med lårhalsbrudd i feilstilling som får protese med sementert stamme.

Resultater

De fleste av opptaksområdene hadde moderat eller lav måloppnåelse for andel pasienter operert innen 48 timer. Kun opptaksområde Telemark hadde høy måloppnåelse, mens tre opptaksområder, UNN, Østfold og Akershus, hadde lav måloppnåelse. Resultatene var stabile for de fleste av opptaksområdene gjennom perioden.

Seksten av opptaksområdene hadde enten høy eller moderat måloppnåelse for bruk av protese med sementert stamme hos pasienter eldre enn 70 år, vurdert ut fra samlet resultat i perioden. Tre opptaksområder, Sørlandet, Førde og UNN, skilte seg ut med lav måloppnåelse for denne indikatoren. Kvalitetsindikatoren viste stor geografisk variasjon. Forskjellen mellom opptaksområdet med høyest- og lavest andel var hele 50 prosentpoeng.

Kommentar

Rask og god kirurgisk behandling er viktig for denne pasientgruppen. De fleste av opptaksområdene hadde moderat eller lav måloppnåelse for å operere pasientene innen tidsfristen. På nasjonalt nivå går ikke utviklingen i riktig retning. Det kan ta varierende tid fra brudd til ankomst sykehus, men svært få bor timesvis unna sykehus i Norge. Den manglende måloppnåelse kan ikke forklares ut fra variasjon i avstand til sykehus. Årsaken til den lange ventetiden bør derfor undersøkes nærmere før den aksepteres.

Usementerte protesestammer er forbundet med økt risiko for nye brudd rundt protesen og dermed behov for reoperasjon for pasientgruppen over 70 år. Nasjonalt er det en tendens til utvikling i riktig retning i perioden. Variasjonen i behandlingspraksis er ikke tilfeldig og bør studeres nærmere.

Helseatlas for kvalitet 2017–2019

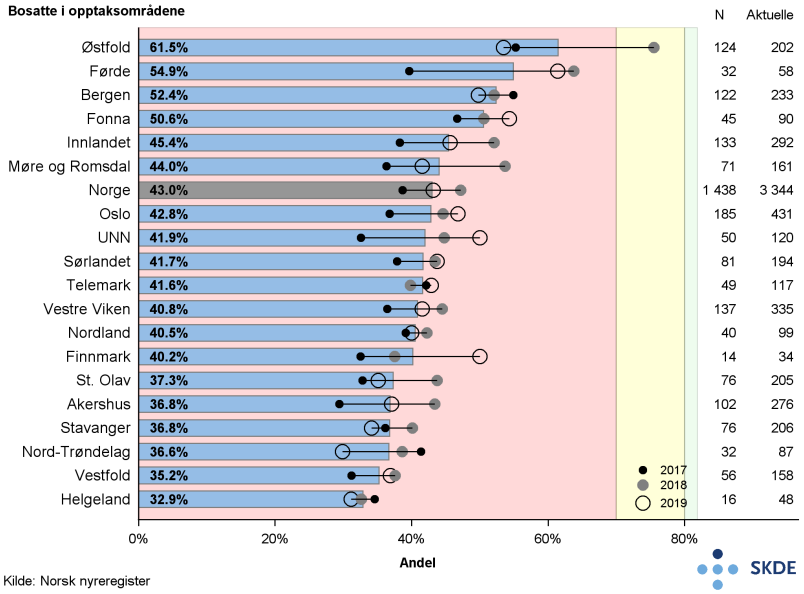
Alvorlig nyresykdom

Helseatlas SKDE

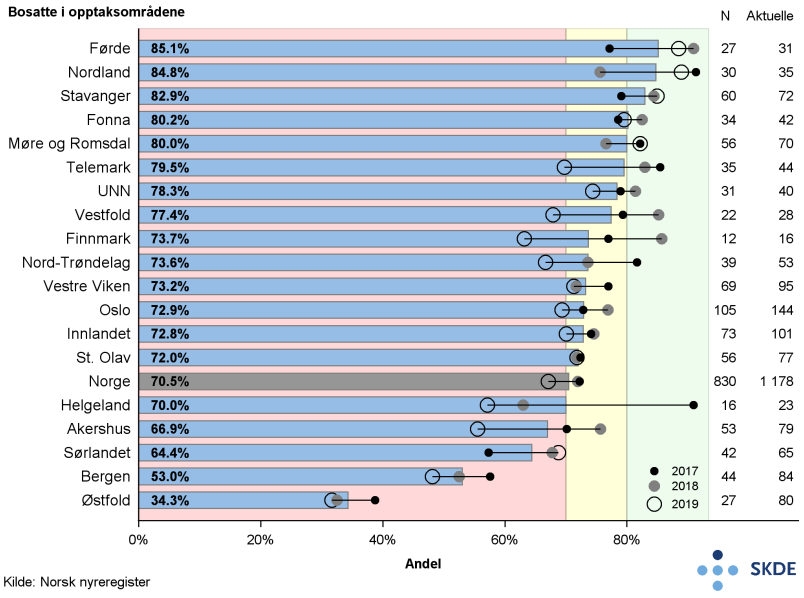
Kronisk alvorlig nedsatt nyrefunksjon er en sjelden men alvorlig tilstand. Hvert år starter om lag 600 nye pasienter opp med nyreerstattende behandling. I slutten av 2019 var det registrert om lag 5 800 levende pasienter i Norsk nyreregister Av disse er 60 % nyretransplanterte pasienter, 30 % dialysepasienter og 10 % pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon som ikke mottok nyreerstattende behandling.

Bakgrunn

Pasienter med kronisk alvorlig nedsatt nyrefunksjon har mindre enn 15 % av normal nyrefunksjon, og er avhengige av nyreerstattende behandling i form av dialyse eller transplantasjon for å overleve og redusere helseproblemer forbundet med kronisk nyresykdom. Ved hemodialyse fjernes avfallsstoffer fra blodet ved hjelp av en kunstig nyre i en maskin, og effekten av behandlingen måles ved indikatoren ukentlig Kt/V.



Andel nyretransplanterte pasienter med blodtrykk under 130/80 mmHg, fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.



Andel pasienter med tilfredsstillende dialyse (hemodialyse), fordelt på opptaksområder, for perioden 2017-2019.

Fagrådet for Norsk nyreregister har vurdert at nyretransplanterte pasienter bør ha et blodtrykk lavere enn 130/80 mmHg, for å redusere risikoen for at en transplantert nyre svikter. For personer som gjennomgår hemodialyse bør ukentlig Kt/V være over 2,3.

Resultater

Høy måloppnåelse er av fagrådet satt til minst 80 % av nyretransplanterte pasienter med blodtrykk lavere enn 130/80 mmHg, mens moderat måloppnåelse er mellom 70-80 % og lav måloppnåelse er under 70 %. Kun 43 % av nyretransplanterte pasienter hadde et blodtrykk under 130/80 mmHg, og det var store geografiske forskjeller. Opptaksområdet Østfold hadde nesten dobbelt så høy andel pasienter med blodtrykk under anbefalt grense (62 %) enn pasienter i opptaksområdet Helgeland (33 %) i perioden 2017-2019. Alle opptaksområdene hadde lav måloppnåelse i perioden, og Østfold var det eneste opptaksområdet som nådde moderat måloppnåelse for ett av årene. Regionalt var måloppnåelsen lavest i Helse Nord og Helse Midt-Norge (begge med 40 %) og høyest i Helse Vest (47 %).

Høy måloppnåelse er når 80 % av pasientene har en ukentlig Kt/V over fastsatt grense på 2,3, moderat måloppnåelse er 70-80 % og lav måloppnåelse er under 70 %. Kun 71 % av pasientene i Norge hadde god effekt av hemodialysen, og det var store geografiske forskjeller. Mens 85 % av pasientene i opptaksområdet Førde hadde god effekt av hemodialysen gjaldt det kun 34 % i opptaksområdet Østfold. På regionalt nivå var måloppnåelsen høyest i Helse Nord (79 %) og lavest i Helse Sør- Øst (69 %).

Kommentar

Det er store geografiske forskjeller i måloppnåelse når det kommer til nyreerstattende behandling. Resultatene viser at måloppnåelsen for blodtrykkregulering er for lav for samtlige opptaksområder, og at nyretransplanterte pasienter ikke følges opp i tilstrekkelig grad etter nasjonale anbefalinger. Flere av opptaksområdene med høyest andel nyretransplanterte med blodtrykk over anbefalt nivå har også lavest andel pasienter med tilfredsstillende dialyseeffektivitet i hemodialyse.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2020/11231-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Nasjonale kvalitetsindikatorer – oppdaterte resultater

Bakgrunn

Nasjonale kvalitetsindikator sammenligner kvaliteten ved norske sykehus. Helsedirektoratet publiserte 03.12.2020 nye resultater for 103 av 174 nasjonale kvalitetsindikatorer. Resultatene er i hovedsak fra tidsperiode i 2019 eller første halvdel 2020.

Formål
Orientere styret om resultatene for Universitetssykehuset Nord- Norge HF.

Saksutredning

Oppdaterte resultater er vedlagt. Resultatene fra UNN er i hovedsak på landsgjennomsnittet.

Det er flere resultater der UNN utpeker seg positivt:

- UNN har gode resultater på postoperative sårinfeksjoner.
- UNN har lav andel bruk av tvang i psykiatri.
- Betydelig økning fra 2016 på legemiddelbehandling av atrieflimmer etter hjerneinfarkt.

UNN ligger under landsgjennomsnittet på tre særlig viktige områder:

- For få pasienter med lårhalsbrudd opereres innen nasjonale tidskrav.
- For mange pasienter i somatikk og psykiatri med rett til helsehjelp får helsehjelp etter frist for oppstart av helsehjelp (fristbrudd)
- Gjennomsnittlig ventetid i somatikk og psykiatri er for lang

Det er igangsatt tiltak for å sikre at andelen pasienter med lårhalsbrudd opereres innen nasjonale tidskrav. Det pågår mange tiltak for å redusere fristbrudd og ventetid, som beskrevet i flere kvalitets og virksomhetsrapporter.

Vurdering

UNN har i hovedsak gode resultater som ligger på landsgjennomsnittet. UNN har i likhet med de andre sykehusene i Helse Nord ekstra store utfordringer med fristbrudd og ventetid. Tiltak for å adressere dette pågår og følges tett opp av sykehusledelsen og i klinikkene.

Vedlegg:
Resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsindikatorer – oppdatert 03.12.2020.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2021/168-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

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

Bakgrunn

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

Formål

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

Saksutredning

I perioden 01.10-31.12.2020 har UNN sendt 12 varsler til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a:

- 11 varsler er overført til Fylkesmannen for tilsynsmessig vurdering
- 1 varsel er avsluttet uten tilsynsmessig oppfølgning

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

Vurdering

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

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Oversikt over §3-3a varsler ved UNN 01.10- 31.12.2020

Hva skjedde	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Interne forbedringstiltak*
Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølgning	Under intern gjennomgang
Oversett prøvesvar på kreft. Forsinket oppstart av kreftbehandling med 1,5 år.	Forsinket behandling	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølgning	Revidert rutiner for å unngå at prøvesvar blir usignert hos vikarer som har avsluttet arbeidsforhold.
Dødsfall etter ortopedisk inngrep.	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølgning	Innskjerpet indikasjoner for inngrep. Under intern oppfølgning.
Pasient døde som komplikasjon etter hjertekirurgi.	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølgning	Endret valg av væske som brukes til å roe hjertet. Innskjerpet rutiner for valg av kunstig klaff.
Skade på tarm under gynekologisk inngrep	Alvorlig skade	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølgning	Innskjerpet rutiner for bruk av instrument under inngrepet.
Oversett prøvesvar på infeksjon med herpes. Forsinket oppstart av antiviral behandling.	Alvorlig skade	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølgning	Under intern gjennomgang
Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølgning	Under intern gjennomgang
Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelse.	Under intern gjennomgang
Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølgning	Under intern gjennomgang

Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølgning	Under intern gjennomgang
Pasient under behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølgning	Under intern gjennomgang
Pasient døde etter kirurgi og intensivbehandling	Død	Ja	Overført Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølgning	Under intern gjennomgang

* Alle §3-3a varsler gjennomgås internt for å finne forbedringsområder på systemnivå. Dette gjøres enten på klinikknivå eller foretaksnivå. I tillegg tas hendelsene opp for læring internt i avdelingene og behandles av pasientsikkerhetsutvalget.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2019/2868-2
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Resultater fra nasjonale brukererfaringsundersøkelser

Bakgrunn

Folkehelseinstituttet gjennomfører nasjonale brukererfaringsundersøkelser på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Studien het opprinnelig PasientOpplevelser («PasOpp»), men inkluderer i dag også undersøkelser innenfor pårørende og samarbeidspartnere.

Utvalgte pasienter som var skrevet ut fra somatiske døgnopphold i perioden 01.08- 31.10.2019 besvarte et spørreskjema med ni indikatorer som beskriver ulike sider ved sykehusoppholdet. Resultatene ble publisert desember 2020, se vedlegg.

Formål
Orientere styret om resultatene for UNN fra Den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen.

Saksutredning

Resultatene tilsvarer omtrent samme nivå som ved den forrige nasjonale brukererfaringsundersøkelsen fra 2015. Det observeres nasjonalt en lett økning på indikatorene utskrivning og ventetid, mens det er uendrede resultater for samhandling. Det er lett tilbakegang på indikatorene pleiepersonalet, leger, informasjon, organisering, pårørende, standard. Metodiske begrensninger i studien kan gjøre sammenligning over tid usikker.

Indikatorene utskriving og samhandling har de laveste scorene.

Resultatene fra UNN er på nivå med landsgjennomsnittet. Det er mindre forskjeller mellom Harstad, Narvik og Tromsø. Ulikheter i pasientgrupper ved sykehusene kan gjøre sammenligning mellom sykehus usikker.

Vurdering

Både i UNN og på landsbasis gir pasientene forholdsvis gode tilbakemeldinger om erfaringene sine fra sykehusoppholdet. Resultatene viser at både UNN og andre sykehus har behov for å forbedre praksis knyttet til utskrivning og samhandling. UNNs satsning på stormottakere er et viktig tiltak for å styrke rutiner ved utskrivelse og samhandling.

Vedlegg:

Sak 12/2021 - orienteringssak 6

1. Nasjonale resultater brukererfaringsundersøkelsen

2. UNN resultater brukererfaringsundersøkelsen

FHI
Folkehelseinstituttet

BRUKEROPPLEVD KVALITET

2020

Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019. Metodebeskrivelse og analyser for landet samlet

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsetjenester
Tittel Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019. Metodebeskrivelse og analyser for landet samlet
English title Inpatients' experiences with somatic hospitals in 2019. Methods and analyses at the national level
Ansvarlig Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere Ingeborg Strømseng Sjetne, prosjektleder, *seniorforsker, Folkehelseinstituttet*
Olaf Holmboe, *forsker, Folkehelseinstitutttet*
Prosjektkoordinator Inger Opedal Paulsrud, *Folkehelseinstituttet*

ISSN 1890-1565
Rapport 2020:839
Prosjektnummer 2605
Publikasjonstype PasOpp-rapport
Antall sider 44 (58 inklusiv vedlegg) 86 institusjonsrapporter med resultater
Oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet
Emneord(MeSH) Patient Reported Experience Measures; Patient Reported Outcomes Measures; Surveys and Questionnaires; Hospitals; Inpatients; Secondary Care; Quality of Health Care; Secondary Care, Patient Satisfaction; Norway
Sitering Sjetne IS, Holmboe O. Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019. Metodebeskrivelse og analyser for landet samlet [Inpatients' experiences with somatic hospitals in 2019. Methods and analyses at the national level] PasOpp-rapport 2020:839. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.

Fraskrivelse Publikasjonen har benyttet opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de tilgjengeliggjorte opplysningene. Registerforvalter for NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de tilgjengeliggjorte opplysningene

Disclaimer Data from the Norwegian Patient Registry has been used in this publication. The interpretation and reporting of these data are the sole responsibility of the authors, and no endorsement by the Norwegian Patient Registry is intended nor should be inferred.

Innhold

INNHOLD 3

HOVEDBUDSKAP 5

SAMMENDRAG 6

KEY MESSAGES 9

EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH) 10

FORORD 13

INNLEDNING 14

METODE OG MATERIALE 15
Spørreskjema og indikatorer 15
Etablering av utvalget 17
Datainnsamling 17
Etikk og personvern 18
Svarandeler og representativitet 18
Justering for ulik pasientsammensetning 19
Sammenlikning med pasienterfaringer i 2015 19
Sammenlikninger og signifikanstesting 20

NASJONALE RESULTAT I 2019 OG OVER TID 22

RESULTATER FOR ULIKE GRUPPER I 2019 24
Resultater etter kjønn og alder 24
Egenrapportert helsestatus 28
Resultater etter fødeland 28
Etter diagnosegrupper 30
Resultater etter innleggelsesmåte og avdelingstype 31
Hjelp til utfylling 31
Svarmodus 32
Resultater etter sykehustype 33

RESULTAT PÅ ENKELTSPØRSMÅL 35

AVSLUTTENDE BEMERKNINGER 41
Hovedfunn 41
Styrker og svakheter 41
Konklusjon 42

REFERANSER **43**

VEDLEGG **45**
Vedlegg 1. Spørreskjema i papirversjon 45
Vedlegg 2. Indikator for pasientopplevd pasientsikkerhet: Spørsmål som inngår og utregning 52
Vedlegg 3. Resultater på pasienterfaringsindikatorer for alle enheter 54

Hovedbudskap

Spørreundersøkelser som måler erfaringene til pasienter er akseptert som ett av flere gyldige perspektiv for å beskrive kvalitet i helsetjenestene. Erfaringene til pasienter som har vært innlagt på somatiske avdelinger har vært målt en rekke ganger tidligere, seinest i 2015.

- Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å gjennomføre fem årlige målinger blant somatiske døgnpasienter, med start i 2019. Pasienter som var skrevet ut i perioden 1.august til 31. oktober 2019 ble invitert til å delta. Svarerandelen var 58 %.
- Det ble laget ni indikatorer som beskriver ulike sider ved sykehusoppholdet, basert på svarene fra grupper av enkeltspørsmål. Indikatorskårene var på en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best
    - Pleiepersonalet (7 spørsmål)
    - Legene (7 spørsmål)
    - Informasjon (3 spørsmål)
    - Organisering (4 spørsmål)
    - Pårørende (2 spørsmål)
    - Standard (6 spørsmål)
    - Utskrivning (2 spørsmål)
    - Samhandling (2 spørsmål)
    - Ventetid (1 spørsmål)

  Det ble også regnet ut en skår for pasientopplevd pasientsikkerhet
- Indikatoren med den høyeste skåren på nasjonalt nivå er Pårørende (75 poeng), tett fulgt av Pleiepersonalet og Legene (begge 74 poeng). Pasientenes svar har gitt Samhandling (62 poeng) og Utskrivning (60 poeng) de laveste skårene.
- Hvordan indikatorene skårer i forhold til hverandre på nasjonalt nivå er svært lik rekkefølgen fra tidligere undersøkelser. Endringer i datainnsamlingsmetoden gjør sammenlikning med 2015 litt usikker, men det synes som om det er tilbakegang på de fleste indikatorskårene. Unntakene er Samhandling, som er uforandret, og Utskrivning og Ventetid, hvor skårene har gått opp siden 2015.
- Forskjellen på høyeste og laveste skår blant sykehusene var størst på Standard (28 poeng), Ventetid (27 poeng) og Samhandling (25 poeng)
- Resultatene varierer mellom pasientgrupper, og alder og helsestatus har størst betydning av egenskapene som vi har undersøkt.

Denne undersøkelsen tyder på at det er forskjeller i tilbudet til pasientene.

Sammendrag

Innledning

Spørreundersøkelser som måler erfaringene til pasienter blir betraktet som ett av flere relevante perspektiv for å beskrive kvalitet i helsetjenestene. Formålet er å skaffe kunnskap om hvordan sykehusene oppleves fra pasientenes ståsted. Kunnskapen skal brukes i drift og forbedring av tjenestene og til å gi offentligheten innsikt i hvor godt tjenestene fungerer.
Det har vært gjennomført flere landsomfattende undersøkelser blant pasienter som har vært innlagt på somatiske sengeavdelinger. Seinest fra og med 2011 til og med 2015. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å gjennomføre fem årlige målinger, med start i 2019.

Metode

Undersøkelsen ble gjennomført på alle offentlige sykehus og sykehus med avtale med det offentlige. Deltakerne ble trukket ut fra Norsk pasientregister. For hvert sykehus ble det trukket et tilfeldig utvalg på 400 pasienter blant dem som ble skrevet ut i perioden 1. august til 31. oktober 2019. Disse ble kontaktet via brev som inneholdt invitasjon til å delta, nødvendig informasjon og et spørreskjema. Brevet inneholdt også veiledning for å svare via Internett, for de som foretrakk det. Til de som ikke svarte ble det sendt inntil to påminnelser.
Etter at spørreundersøkelsen blant pasientene var avsluttet, ble det hentet inn tilleggsinformasjon fra Norsk pasientregister. Det vil si administrativ og klinisk informasjon knyttet til oppholdet.

Resultatene fra undersøkelsen er oppsummert ved å regne ut indikatorskårer, basert på svarene fra grupper av enkeltspørsmål. På grunnlag av pasientenes svar på 34 av spørsmålene ble det regnet ut skår på ni indikatorer. En skår er gjennomsnittet på enkeltspørsmålene som inngår, omregnet til en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best.

- Pleiepersonalet (7 spørsmål)
- Legene (7 spørsmål)
- Informasjon (3 spørsmål)
- Organisering (4 spørsmål)
- Pårørende (2 spørsmål)
- Standard (6 spørsmål)
- Utskrivning (2 spørsmål)
- Samhandling (2 spørsmål)
- Ventetid (1 spørsmål)

Det regnes også ut en skår for pasientopplevd pasientsikkerhet, med en litt annerledes prosedyre.

Framstilling av disse gjennomsnittene er en sentral del av resultatrapporteringen for institusjonene som deltar. Gjennomsnittene for hver enhet blir sammenliknet med gjennomsnittene for enheter på det aktuelle organisatoriske nivået (sykehus, helseforetak, regionalt helseforetak).
Ettersom tendensen til å svare ikke er lik i alle pasientgrupper, blir svarene vektet for å bedre representativiteten i datamaterialet. Og, på grunn av at sammensetningen av pasientgruppene kan være forskjellig fra enhet til enhet, blir resultatene justert for å gjøre dem mer sammenliknbare på tvers av enheter.
Det er også gjort analyser som deler pasientene inn i grupper etter ulike egenskaper, for å sette lys på eventuelle forskjeller i gruppenes erfaringer under sykehusoppholdet.

Resultat

Av 21 189 mulige svarte 12 296 tidligere pasienter, hvilket gir en total svarprosent på 58. Svarprosenten varierte mellom 40 og 86 blant sykehusene.
Tabellen nedenfor viser resultatene når de er oppsummert i indikatorskårer (vektet materiale).

Indikator	Antall svar	Gjennomsnitt	Endring fra 2015 [a, b]
Pleiepersonalet	12218	74	↓
Legene	12075	74	↓
Informasjon	12042	72	↓
Organisering	12081	66	↓
Pårørende	8568	75	↓
Standard	12107	71	↓
Utskrivning	10670	60	↑
Samhandling	7345	62	→
Ventetid [c]	5367	67	↑

[a]: Endring i datainnsamlingsrutinene kan ha påvirket resultatene

[b]: Endring fra 2015 er testet med signifikansnivå på p<0,01.

[c]: Indikatoren Ventetid er beregnet på svar fra kun elektivt innlagte pasienter

Indikatoren med den høyeste skåren på nasjonalt nivå er Pårørende (75 poeng), tett fulgt av Pleiepersonalet og Legene (begge 74 poeng). Pasientene har gitt indikatorene Samhandling (62 poeng) og Utskrivning (60 poeng) de laveste skårene.

Skåren for indikatoren som beskriver pasientopplevd pasientsikkerhet er 86 (skala 0–100) for landet samlet i 2019-undersøkelsen, og testing mot 2015-resultatet viste ingen statistisk signifikant endring.

Rekkefølgen på indikatorskårene på nasjonalt nivå er i hovedsak lik rekkefølgen fra tidligere undersøkelser. Endringer i datainnsamlingsmetoden gjør sammenlikning med 2015 litt usikker, men det synes som om det er tilbakegang på de fleste

indikatorskårene. Unntakene er Samhandling, som er uforandret, og Utskrivning og Ventetid, hvor skårene har gått opp siden 2015.

Blant de regionale helseforetakene ligger skårene til Helse Midt-Norge regionalt helseforetak (RHF) statistisk signifikant over gjennomsnittet for RHF-ene på seks av de ni pasienterfaringsindikatorene mens Helse Vest RHF ligger under dette gjennomsnittet på tre indikatorer.
Blant helseforetakene (HF) hadde Helse Fonna HF de laveste skårene, med fem av åtte skårer under gjennomsnittet, mens «Private ideelle spesialsykehus i Helse Sør-Øst RHF» i den motsatte enden hadde skårer som lå over gjennomsnittet på tre indikatorer.
På sykehusnivået hadde Akershus universitetssykehus og Haugesund sjukehus de laveste skårene idet begge hadde fem skårer under gjennomsnittet for sykehus. Kysthospitalet i Hagevik, Lærdal sjukehus og Volda sjukehus hadde den mest positive vurderingen, med seks skårer over gjennomsnittet.

Indikatorskårene ble sammenliknet mellom pasientgrupper definert av ulike individuelle egenskaper, for eksempel alder, eller egenskaper ved innleggelsen, for eksempel innleggelsesmåte. De egenskapene som hadde sterkest sammenheng med skårene var alder og helsestatus. Høy alder og dårlig helse var forbundet med lave skårer

Konklusjon

På landsbasis gir pasientene forholdsvis gode tilbakemeldinger om erfaringene sine fra sykehusoppholdet. Imidlertid, og som i tidligere undersøkelser, indikerer resultatene fra 2019 at pasienter generelt vil ha nytte av at sykehusene forbedrer sin praksis knyttet til utskrivning og samhandling. Det synes å være noe tilbakegang i resultatene på nasjonalt nivå siden 2015, men metodiske endringer gjør sammenligningene over tid usikre.

Key messages

Surveys that measure patient reported experiences are accepted as one of several valid perspectives for describing quality in health services. The experiences of patients who have been admitted to somatic wards have been measured several times before, most recently in 2015. The response rate was 58 %.

- The Ministry of Health and Care Services has commissioned the Norwegian Institute of Public Health to carry out five annual measurements, starting in 2019. Patients who were discharged in the period 1 August to 31 October 2019 were invited to participate.
- The answers to groups of single questions were summarized to scores on a scale from 0 to 100 where 100 is best, on nine indicators that describe different aspects of the hospital stay.
    - Nursing staff (7 questions)
    - The doctors (7 questions)
    - Information (3 questions)
    - Organisation (4 questions)
    - Next-of-kin (2 questions)
    - Standard (6 questions)
    - Discharge (2 questions)
    - Collaboration (2 questions)
    - Waiting time (1 question)

  A score is also calculated for patient-experienced patient safety
- The indicator with the highest score at the national level is Next-of-kin (75 points), closely followed by Nursing staff and Doctors (both 74 points). Collaboration (62 points) and Discharge (60 points) had the lowest scores.
- The order of the indicators at national level is very similar to the order in previous surveys. Changes in the data collection method make comparisons with 2015 uncertain, but it seems that there is a decline in most indicator scores, with the exception of Collaboration, which is the same, and Discharge and Waiting time where the scores have increased since 2015.
- The difference between the highest and lowest scores among the hospitals was greatest on Standard (28 points), Waiting time (27 points) and Collaboration (25 points).
- The scores vary between patient groups, and age and health status are most important among the characteristics examined.
- The survey indicates that there are differences in the services offered to patients.

Executive summary (English)

Background

Surveys that measure patients' experiences are considered one of several relevant sources for describing quality in health care. The purpose is to gain knowledge about the hospitals from the patients' point of view. The knowledge will be used in service management and for public transparency about how well the services work.
Several national surveys have been conducted among patients who have been hospitalized in somatic units. Most recently in the period 2011 to 2015. The Ministry of Health and Care Services has commissioned the Norwegian Institute of Public Health to carry out five annual measurements, starting in 2019.

Method

The survey was conducted in all public hospitals. The participants were sampled from the Norwegian Patient Registry. For each hospital, a random sample of 400 patients was sampled from those who were discharged in the period 1 August to 31 October 2019. These were contacted via letters containing an invitation to participate, necessary information and a printed questionnaire. The letter also included guidance for responding via the Internet, for those who preferred so. Up to two reminders were sent to those who did not respond.
After the survey was completed, additional administrative and clinical information was obtained from the Norwegian Patient Registry.

Results

The results from the survey are summarized by calculating indicator scores, based on the answers from groups of single questions. Scores on nine indicators were calculated based on the patients' answers to 34 of the questions. A score is the mean of the individual questions included in the indicator, converted to a scale from 0 to 100, where 100 is best.

- Nursing staff (7 questions)
- Doctors (7 questions)
- Information (3 questions)
- Organization (4 questions)
- Next-of-kin (2 questions)
- Standard (6 questions)
- Discharge (2 questions)
- Collaboration (2 questions)
- Waiting time (1 question)

A score is calculated also for patient-experienced patient safety, with a slightly different procedure.
The presentation of these means is a central part of the reporting of results. The means for each unit are compared with the means for units at the relevant organizational level (hospitals, health trusts, regional health authorities).
As the tendency to respond is not the same in all patient groups, the responses are weighted to strengthen the representativeness of the data material. Because the patient mix may differ between units, the results are case-mix adjusted.

Analyses have been made that divide the patients into groups according to different characteristics, in order to explore any differences in the groups' experiences during the hospital stay.

Of 21 189 eligible, 12 296 patients responded, giving a total response rate of 58. The response rate varied between 40 and 86 among the hospitals.

The table below shows the results summarized in indicator scores (weighted data).

Indicator	No of respondents	Mean scores	Change from 2015 [a, b]
Nursing staff	12218	74	↓
Doctors	12075	74	↓
Information	12042	72	↓
Organization	12081	66	↓
Next-of-kin	8568	75	↓
Standard	12107	71	↓
Discharge	10670	60	↑
Collaboration	7345	62	→
Waiting time [c]	5367	67	↑

[a]: Changes in data collection procedures may have affected the results

[b]: Difference from 2015 was tested with a significance level of p <0.01.

[c]: Waiting time score is based on responses from electively admitted patients only

The indicator with the highest score at the national level is Next-of-kin (75 points), closely followed by Nursing staff and Doctors (both 74 points). The patients' responses gave Collaboration (62 points) and Discharge (60 points) the lowest scores.
The indicator that describes patient-perceived patient safety is 86 (scale 0–100) nationally in the 2019 survey and testing against the 2015 result showed no difference.

The order of the indicators at the national level is essentially the same as the order in previous surveys. Changes in the data collection procedures make comparison with 2015 somewhat uncertain, but it seems to be a decline in most indicator scores. The exceptions are Collaboration, which is unchanged, and Discharge and Waiting Time, where the scores have increased from 2015.

Among the regional health authorities, the scores of Helse Midt-Norge regional health authority (RHA) are statistically significantly above the RHA mean on six of the nine

patient experience indicators, while Helse Vest RHA is below this mean on three indicators.
Among the health trusts, Helse Fonna HT had the poorest result, with five out of eight scores below the mean, while "Helse Sør-Øst private ideelle spesialsykehus" on the opposite had scores that were above the mean on three indicators.
At the hospital level, Ahus and Haugesund sjukehus had the poorest result, as both had five indicator scores below the hospital mean. Having recieved six scores above mean, the Kysthospitalet i Hagevik, Lærdal sjukehus and Volda sjukehus had the best result at hospital level.
The indicator scores were explored with the patients grouped by different individual characteristics, for example age, or characteristics of the hospital stay, for example the admission mode. Age and self-assessed health were the most important characteristics among those examined.

Conclusion

On a national basis, patients provide relatively good feedback about their experiences from hospital stays. However, as in previous surveys, the results from 2019 indicate that patients in general will benefit from improvement of the hospitals' practice regarding discharge and collaboration with municipal services.

Forord

Denne rapporten er en del av et oppdrag som Folkehelseinstituttet fikk fra Helse- og omsorgsdepartementet via tildelingsbrev for 2019. Fra og med 2019 til og med 2023 skal pasienterfaringer ved somatiske sykehusavdelinger måles årlig.

Ved siden av denne nasjonale rapporten blir resultatene formidlet til enhetene som deltar i institusjonsrapporter, hvor hver enkelt enhet får sine resultater sammenliknet med gjennomsnittet fra de andre enhetene på samme organisatoriske nivå (Regionalt helseforetak, helseforetak, eller behandlingssted). Rapportene følger i store trekk samme utforming som rapportene fra tidligere undersøkelser.

Vi takker for uunnværlig hjelp fra kolleger ved Folkehelseinstituttet. Sindre Møgster Braaten og Ole Martin Kvinge, begge senioringeniør i område for helsedata og digitalisering, har vært sentrale i datainnsamlingen. Jon Helgeland, forskningsleder i avdeling for forskning og analyse av helsetjenesten, og Katrine Damgaard Skyrud, forsker/statistiker i den samme avdelingen, står bak oppsett av analyser i statistikkprogrammet R.

Og sist, men ikke minst: Tusen takk til alle som tok seg tid til å svare på undersøkelsen.

Oslo, desember 2020

Øyvind Andresen Bjertnæs
Avdelingsdirektør

Ingeborg Strømseng Sjetne
prosjektleder

Innledning

I tidligere tider var norske sykehus preget av paternalistiske holdninger. Tjenestenes kvalitet ble vurdert hovedsakelig ut fra kliniske resultater men systematisk observasjon av resultatene var stort sett fraværende. Mot slutten av 1900-tallet vokste bevisstheten om nytten av å gjøre systematiske vurderinger av behandlingskvalitet. I dagens situasjon dekkes behovet for evaluering av kvalitet av aktiviteter som strekker seg fra innsamling av kunnskap i medisinske kvalitetsregistre over avgrensete sykdomsgrupper til internasjonale samarbeid for å underbygge evidensbasert pasientbehandling. I tråd med avvikling av paternalistiske holdninger er pasientperspektivet inkludert som én av flere kilder til kunnskap om behandlingskvaliteten. Nytten av å legge vekt på pasientenes lekmannserfaringer i møtet med tjenestene er ikke lenger kontroversiell, slik den var da slike målinger ble tatt i bruk i Norge på midten av 1990-tallet. God pasientopplevd kvalitet, representert for eksempel ved tilpasset informasjon, medvirkning og tillit, skapes sammen med gode kliniske resultater, ikke i stedet for.

Hensikten med pasienterfaringsundersøkelsene er å samle inn systematisk kunnskap om tidligere pasienters erfaringer med sykehusene, til bruk i:

- Faglig kvalitetsforbedring (kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten)
- Virksomhetsstyring (styring og ledelse i helsetjenesten)
- Forbrukervalg (støtte til pasienter og helsepersonell i valg mellom behandlingssteder)
- Samfunnsmessig legitimering og kontroll (gi allmennheten innsikt i helsetjenestens ytelser i samfunnsmessig og helsepolitisk sammenheng)

Resultatene inngår i Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorsystem for behandlingsstedene (1).

Dette er den åttende undersøkelsen blant pasienter som er utskrevet fra døgnopphold i somatiske avdelinger siden 2002. Folkehelseinstituttet gjennomførte 2019-undersøkelsen på vegne av helseforetakene.

Metode og materiale

Undersøkelsens metode følger rutiner fra tidligere gjennomføringer, med gradvis utvikling ettersom endringer innen formelle rammer og teknologi gjør det påkrevet eller mulig (2).

Spørreskjema og indikatorer

Spørreskjemaet om pasienterfaringer ble utviklet i 1990-årene (3). Det er gjort endringer siden den gang. I 2006 ble svarskalaen endret fra ti til fem trinn (4). Dessuten er noen spørsmål tatt ut og noen er kommet til. Det er viktig å balansere muligheten til å sammenlikne over tid med hensynet til at pasientene, tjenestene og verden omkring forandrer seg.

Spørreskjemaet som ble brukt i 2019-undersøkelsen hadde 36 spørsmål som handlet om pasienterfaringer, elleve spørsmål som var knyttet til pasientsikkerhet og fire spørsmål om bakgrunnsinformasjon. Som oppfølging til innføring av pakkeforløp for kreft var det ni spørsmål som var rettet til svarere som var utredet og/eller behandlet for kreft. Resultatet fra disse spørsmålene blir ikke rapportert her. Svarerne hadde mulighet til å kommentere i fritekst, både om sykehusoppholdet generelt og om eventuell kreftutredning og/eller -behandling.

Spørreskjemaet ble satt opp på papir (Vedlegg 1), og de som foretrakk det, kunne svare på undersøkelsen via Internett.

Det blir regnet ut ni indikatorer med utgangspunkt i enkeltspørsmålene om pasienterfaringer. Tabell 1 viser hvordan grupper av spørsmål blir samlet for å beregne indikatorskårer som er mer robuste enn enkeltspørsmålene og som også innebærer en oppsummering av svarene. For alle svarere som har gyldig svar på minimum halvparten av enkeltspørsmålene som inngår i den aktuelle indikatoren blir det regnet ut et gjennomsnitt, som siden blir transformert lineært til en indikatorskår på en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best.

Tabell 1. Enkeltspørsmål i spørreskjemaet og indikatorer

Indikator	Spm	Spørsmålstekst
Pleiepersonalet	2	Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?
	3	Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?
	4	Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?
	5	Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?
	6	Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?
	7	Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?
	8	Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?
Legene	9	Snakket legene til deg slik at du forsto dem?
	10	Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?
	11	Har du tillit til legenes faglige dyktighet?
	12	Hadde legene tid til deg når du trengte det?
	13	Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?
	14	Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?
	15	Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?
Informasjon	16	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?
	17	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultatet av prøver og undersøkelser?
	18	Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?
Organisering	19	Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?
	20	Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?
	21	Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?
	22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?
Pårørende	23	Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?
	24	Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?
Standard	25	Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?
	26	Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?
	27	Var rommet du lå på tilfredsstillende?
	28	Var muligheten for ro og hvile tilfredsstillende?
	29	Var maten tilfredsstillende?
	30	Var renholdet tilfredsstillende?
Utskrivning	41	Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?
	42	Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?
Samhandling	44	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?
	45	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?
Ventetid	1	Måtte du vente for å få et tilbud fra sykehuset?

Etablering av utvalget

Utvalgsrammen i 2019-undersøkelsen er Norsk pasientregister (NPR). Fra hvert sykehus/behandlingssted ble det tilfeldig trukket et bruttoutvalg på 400 pasienter som innfridde inklusjonskriteriene. Utvalgsstørrelsen er beregnet ut fra krav til statistisk presisjon i resultatene og en vurdering av ventet variasjon og svarprosent i utvalget (2).

Pasienter med følgende kjennetegn inkluderes:

- utskrevet etter heldøgnsopphold fra sykehusene som deltok, fra og med 1.august til og med 31. oktober i 2019
- minimum 16 år gammel ved innleggelse
- utskrevet fra et opphold med varighet minimum ett døgn
- ikke registrert som død

Hvis en pasient innfrir kriteriene i forbindelse med flere opphold i perioden, er det det siste oppholdet som gjelder.

Pasienter fra føde- barselavdelinger, barneavdelinger, palliative enheter, rehabiliterings- og psykiatriske avdelinger skal ikke inkluderes. Undersøkelsen er tilpasset voksne pasienter som har vært innlagt i somatiske avdelinger og innholdet er følgelig mindre relevant for pasienter fra disse avdelingene.

Datainnsamling

På helseforetakenes vegne fikk datainnsamlingsteamet i FHI overført fødselsnummeret til pasientene som var trukket ut, sammen med et prosjektspesifikt løpenummer. Navn og adresse ble hentet fra folkeregisteret. Pasientene fikk et brev i posten med invitasjon til å delta fra sykehuset samt nødvendig informasjon og spørreskjema fra FHI. Svar som ble gitt på papirskjema ble returnert i en vedlagt svarkonvolutt og senere skannet. De som ønsket å svare elektronisk kunne logge seg inn på Nettskjema ved hjelp av innloggingskoder, med lagring av svarene i Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo.
Undersøkelsen ble sendt ut samlet til hele utvalget 15. november. Det ble sendt påminnelse til de vi ikke hadde mottatt svar fra, i midten av desember og i slutten av januar.

Da utsendelsene var avsluttet, ble den personidentifiserende informasjonen slettet. Til alle de inkluderte (med unntak av de som har reservert seg), og ved hjelp av det prosjektspesifikke løpenummeret ble det føyet til administrativ og klinisk informasjon:

- Navn på sykehus, avdeling og sengepost
- Liggetid
- Innleggelsesmåte
- ICD-10 diagnosekoder
- Prosedyrekoder

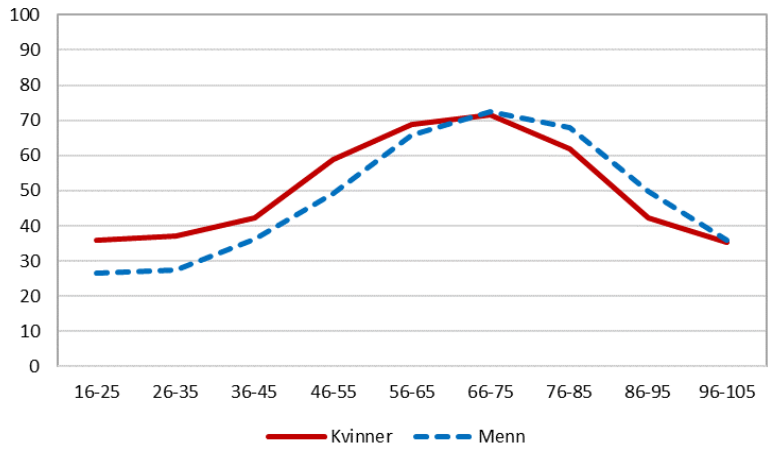
Etikk og personvern

Undersøkelsen ble gjennomført med dispensasjon fra taushetsplikten fra Helsedirektoratet. Folkehelseinstituttet inngikk databehandleravtale med samtlige helseforetak og gjennomførte undersøkelsen på deres vegne. Personvern og datasikkerhet i alle ledd ble ivaretatt ved å bruke rutiner og infrastruktur som er etablert og vurdert for denne typen databehandling.

Svarandeler og representativitet

Etter at pasienter som reserverte seg, hadde mangelfull adresse eller var døde var tatt ut, besto bruttoutvalget av 21 189 personer. Av disse svarte 12 296, hvilket gir en total svarprosent på 58. Mellom behandlingsstedene varierte svarprosenten fra 40 (Finnmarkssykehuset, Hammerfest) til 86 (Kysthospitalet i Hagevik), med median 57 % og gjennomsnitt 58 %.

En høy eller lav svarprosent sier ikke nødvendigvis noe om hvorvidt undersøkelsens resultater er representative for bruttoutvalget som ble tilfeldig trukket ut. Som figur 1 viser eksempel på, er det ganske forskjellig frafall i ulike grupper. Det innebærer at unge menn (figur 1) er underrepresentert i svarergruppa, og følgelig har mindre innflytelse på undersøkelsens resultater enn de burde hatt.



Figur 1. Svarerandeler etter alder og kjønn.

Korreksjon for frafall

Response Homogeneity Group (RHG)-modellen ble brukt til å korrigere for skjevhet som skyldes ulikt frafall i ulike pasientgrupper (5). I denne modellen blir pasientene i bruttoutvalget, basert på tilgjengelig bakgrunnsinformasjon, delt inn i homogene grupper når det gjelder svarsannsynlighet. Svarsannsynligheten antas å være konstant i hver gruppe som dannes, og sannsynligheten i hver gruppe blir beregnet ut fra de faktiske svarerandelene. «Recursive partitioning» med «bootstrapping» ble brukt for å konstruere et regresjonstre med bruk av *rpart*-pakken i R (6). Minimumsstørrelsen på gruppene ble satt til 100, og bakgrunnsinformasjonen som ble brukt var alder, kjønn, om innleggelsen var akutt, liggetid, antall diagnoser, Charlson komorbiditetsindeks,

hoveddiagnosegruppe (basert på ICD-10 kapitler) og avdeling (medisinsk eller kirurgisk) (7).
Bruttoutvalget ble med dette delt inn i 14 responshomogene grupper, med svarsannsynlighet som varierte fra 0,19 til 0,87. Egenskapene som viste seg å være av betydning for å danne RHG-grupper var alder, om innleggelsen var akutt, Charlson komorbiditetsindeks og hoveddiagnosegruppe.
I disse undersøkelsene blir RHG-gruppene brukt til å vekte resultatene, for å styrke representativiteten. Pasientenes svar får ulik innflytelse på resultatene, alt etter hvor godt deres gruppe fra bruttoutvalget er representert i nettoutvalget. Lavere svarsannsynlighet gir større vekt.

Justering for ulik pasientsammensetning

Et viktig formål med pasienterfaringsundersøkelsene er å undersøke om de enkelte enhetene skiller seg statistisk signifikant fra gjennomsnittet for enhetene på samme nivå (behandlingssteder, helseforetak og regionale helseforetak) og at enhetene skal kunne følge sine egne resultater over tid. Enhetene yter tjenester til pasientgrupper som er forskjellige, og sammensetningen av gruppene kan forandre seg over tid. Samtidig er det påvist at det er sammenheng mellom sosiodemografiske- og helsemessige karakteristika på den ene siden og pasientenes beskrivelse av helsetjenester på den andre siden (8;9). Justering for ulik pasientsammensetning (case-mix adjustment) bruker statistiske metoder for å forutsi hva hver enhets skårer ville vært for en standard pasientgruppe, og med dette fjerne forutsigbare effekter av forskjeller i pasientkarakteristika fra sammenlikningene (10).
For eksempel er det slik at generelt er pasienter som er elektivt innlagt mer positive i sine svar enn de som er akutt innlagt. For et sykehus med en høy andel elektivt innlagte pasienter vil denne assosiasjonen føre til at dette sykehuset får en relativt høyere skår. Justering for pasientsammensetning har som formål å redusere effekten av at enhetenes pasientgrupper er ulikt sammensatt. Vi brukte tilgjengelige bakgrunnsvariabler som var ulikt fordelt blant sykehusene og antatt å være assosiert med indikatorskårene. Det vil her si alder, kjønn, hoveddiagnosegruppe (ICD-10 kapitler), antall diagnoser, Charlson komorbiditetsindeks, akutt versus elektivt innlagt, om avdelingstypen var medisinsk, kirurgisk eller annet (7), om svarene var avgitt på papirskjema eller via Internett, egenrapportert helsestatus (spørsmål 48), egenrapportert antall sykehusinnleggelser siste to år (spørsmål 49), født i Norge versus andre land (spørsmål 50), og om svareren hadde fått hjelp til å svare (spørsmål 51). For modelltilpasning ble disse variablene testet i trinnvise regresjonsmodeller med indikatorskårene som utfallsvariabler. Bakgrunnsvariabler som i regresjonsmodellene var assosiert med én eller flere av pasienterfaringsindikatorene ble inkludert i den statistiske modellen som justerer for ulik pasientsammensetning. Det gjaldt alle bakgrunnsvariablene som ble testet, med unntak av antall diagnoser.

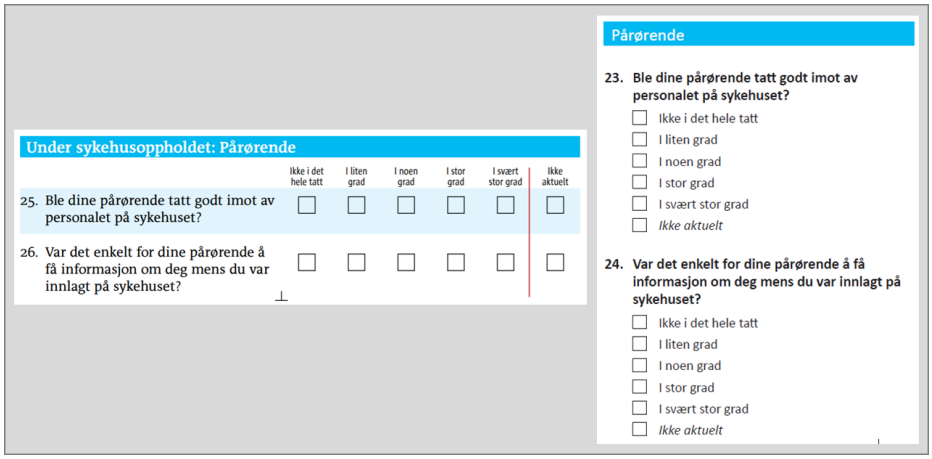
Sammenlikning med pasienterfaringer i 2015

Når formålet er å sammenlikne resultater over tid, er det ønskelig å sammenlikne datamaterialer som er så like som mulig på alle måter. Samtidig er det behov for å utvikle

undersøkelsen videre. Etter 2015-undersøkelsen er det gjort endringer som kan ha en effekt på resultatene. I så fall vil sammenlikning av resultater fra 2019 med de tidligere resultater bli usikker.

Det er et generelt ønske fra sentrale myndigheter om å digitalisere prosesser der hvor det er mulig. Når datainnsamlingen gjør bruk av digitale løsninger i økende grad, gir det store innsparinger i tid og kostnader. Samtidig har det en mulig effekt på hvem som svarer, og dermed muligens på resultatene (11). I 2015 svarte 10 % av svarerne elektronisk, og i 2019 var denne andelen 14 %.

Forut for undersøkelsen i 2019 ble oppsettet i papirversjonen endret. I tidligere år ble svarskalaene presentert horisontalt, og gruppert tydelig etter tema. I 2019-versjonen er svarskalaen satt opp vertikalt og den blir gjentatt for hvert spørsmål, på samme måte som i det elektroniske skjemaet. Hensikten er å stimulere til at svarerne tar stilling til valgalternativene ved hvert enkelt spørsmål. Hvis denne endringen har hatt en effekt, vil det også påvirke sammenliknbarheten i resultatene fra 2015 og 2019.



Figur 2. Oppsett av spørsmål og svaralternativer i 2015 (til venstre) og 2019

Det har vært endring i hvilke bakgrunnsvariabler vi har samlet inn. Ved sammenlikning bakover i tid, må vekting og justering baseres på data som er tilgjengelig i begge undersøkelsesårene. For eksempel er det bare 2019-materialet som inneholder opplysninger om type avdeling og fødeland.

I 2015 var et av inklusjonskriteriene at oppholdet skulle ha vart i minimum ti timer. Dette kriteriet var endret til minimum 24 timer ved trekking av utvalget i 2019.

Sammenlikninger og signifikanstesting

På nivåer lavere enn nasjonalt blir enhetene sammenliknet med gjennomsnittet for alle enhetene på det det respektive nivået. I tillegg sammenliknes hver enkelt enhet med sine egne tidligere resultater, for å framstille utvikling over tid. Når forskjellene blir testet statistisk tyder en lav *p*-verdi på at det sannsynligvis er en forskjell, ut over naturlig variasjon.
Der hvor indikatorskårene til en enhet blir sammenliknet med et aktuelt gjennomsnitt, blir *p*-verdien oppgitt i tabellen når den er lavere enn 0,1. For endring over tid anses

forskjellene som statistisk signifikante og blir vist med pil opp eller ned hvis $p<0,05$ for sykehus eller helseforetak, og for regionalt og nasjonalt nivå er tilsvarende grense $p<0,01$.
Vanligvis blir signifikanstesting brukt til å undersøke sannsynligheten for feilslutning når vi foretar én enkelt test. Her har vi imidlertid testet forskjeller blant svært mange enheter, og på mange indikatorer. Vi har korrigert for det store antallet tester i tabellene ved å bruke multippel testing, som gir en større beskyttelse mot feilslutninger i denne situasjonen (12).

Tabellene i institusjonsrapportene og i denne rapportens tabell 2, kapitlet med resultater på enkeltspørsmål og vedlegg 2 og 3 er framstilt med statistikkprogrammet R (13). Øvrige tall og figurer i denne rapporten er framstilt med IBM SPSS Statistics versjon 26.

Nasjonale resultat i 2019 og over tid

Tabellen viser resultatene for landet samlet. Indikatorene som handler først og fremst om mellommenneskelige forhold har de høyeste skårene: Pårørende, Pleiepersonalet og Legene. Skårene som gjelder forberedelse til Utskrivning og Samhandling med tjenester i kommunen er lavest. Denne rekkefølgen på skårene har vært noenlunde stabil over tid (14).
Vi har tatt et forbehold om endringer som kan ha påvirket resultatet når det gjelder sammenlikning mellom 2015 og 2019 (se side 19–20). Sammenlikningen viser at skårene er statistisk signifikant lavere i 2019 på seks av de ni indikatorene i tabellen. På indikatoren Samhandling er det ikke statistisk signifikant endring. Mens det er statistisk signifikant økning i 2019 i skårene når det gjelder Utskrivning og de elektivt innlagte pasientenes oppfatning om Ventetid.

Tabell 2. Indikatorskårer. Skala fra 0 til 100 hvor 100 er best. Vektet materiale.

Indikator	Antall svar	Gjennomsnitt	Endring fra 2015 [a, b]
Pleiepersonalet	12218	74	↓
Legene	12075	74	↓
Informasjon	12042	72	↓
Organisering	12081	66	↓
Pårørende	8568	75	↓
Standard	12107	71	↓
Utskrivning	10670	60	↑
Samhandling	7345	62	→
Ventetid [c]	5367	67	↑

[a]: *Endring i datainnsamlingsrutinene kan ha påvirket resultatene*

[b]: *Endring fra 2015 er testet med signifikansnivå på p<0,01.*

[c]: *Indikatoren Ventetid er beregnet på svar fra kun elektivt innlagte pasienter*

Indikatoren for pasientsikkerhet er en skår på en skala fra 0 til 100 hvor 100 er best. Den blir regnet ut på en annen måte enn de øvrige, se Vedlegg 2. I 2019 var gjennomsnittet for alle svarere 86, og det var ikke statistisk signifikant endring fra 2015.

Vedlegg 3 viser resultater for alle enhetene som deltok i undersøkelsen. Helse Midt-Norge regionalt helseforetak (RHF) har fått skårer som ligger statistisk signifikant over gjennomsnittet for RHF-ene på seks av de ni pasienterfaringsindikatorene (Pleiepersonalet, Informasjon, Organisering, Pårørende, Standard og Samhandling) mens Helse

Vest RHF ligger under dette gjennomsnittet på tre indikatorer (Pårørende, Standard og Ventetid).

Det er 22 helseforetak (HF) som er sammenliknet med gjennomsnittet for alle HF-ene. Fem av HF-ene hadde ingen skårer som skilte seg statistisk signifikant (p<0,05) fra gjennomsnittet. De laveste skårene hadde Helse Fonna HF, med fem av åtte skårer under gjennomsnittet, mens «Private ideelle spesialsykehus i Helse Sør-Øst RHF» i den motsatte enden hadde skårer som lå over gjennomsnittet på tre indikatorer. Det var på indikatoren Standard at det var flest forskjeller fra gjennomsnittet (for ti av 22 HF, fire negative og seks positive). Det var ingen statistisk signifikante forskjeller fra gjennomsnittet på Pårørende, Utskrivning og Samhandling.

Av 59 sykehus eller behandlingssteder er det 21 hvor ingen av indikatorene er statistisk signifikant (p<0,05) forskjellig fra gjennomsnittet på dette nivået. De laveste skårene hadde Akershus universitetssykehus og Haugesund sjukehus, som begge hadde fem skårer under gjennomsnittet. Med seks skårer over gjennomsnittet hadde Kysthospitalet i Hagevik, Lærdal sjukehus og Volda sjukehus det beste resultatet. De fleste forskjellene er på Standard, hvor 13 sykehus har skår som er lavere enn gjennomsnittet og 14 sykehus har skår høyere enn gjennomsnittet. På Samhandling er det bare to sykehus som er statistisk signifikant (p<0,05) forskjellig fra gjennomsnittet, og begge ligger under.

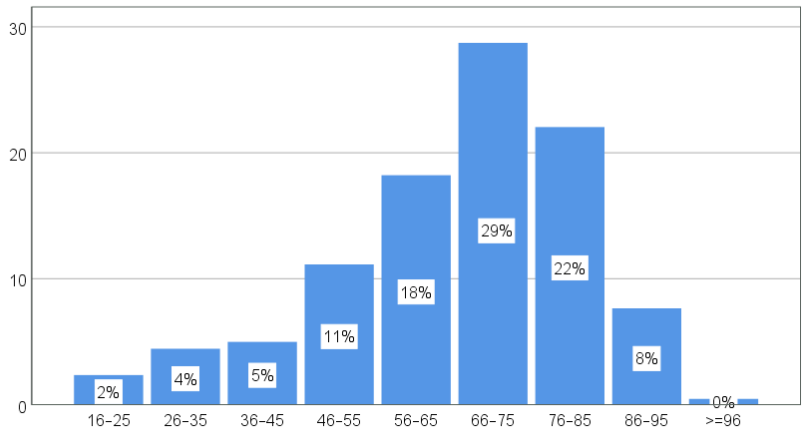
Resultater for ulike grupper i 2019

Når sykehusene og de andre enhetene blir sammenliknet med gjennomsnittet på sitt organisatoriske nivå, er resultatene justert for å gjøre resultatene mest mulig sammenliknbare. Å justere for forskjeller i sammensetningen av pasienter ved sykehusene er et grep for å gjøre pasientgruppene så like som mulig. Imidlertid kan det være av nytte å rette oppmerksomheten også mot eventuelle forskjeller mellom ulike grupper pasienter. Dette kapitlet viser beskrivende framstillinger som sammenlikner resultater når pasientene i undersøkelsen er gruppert etter ulike egenskaper i stedet for etter hvor de har vært innlagt. Slike grupperinger av individer gir et bilde som stykker opp og overforenkler sammensatte tilstander og fenomen. For eksempel når egenskaper som helsestatus og aldersgrupper blir betraktet hver for seg mens de i virkeligheten henger nært sammen. Vi mener sammenlikningene likevel kan være av interesse og vekke nye spørsmål.

Figurene 4, 7, 8, 9, 10 og 13 viser gjennomsnittene i linjediagram, som blir fulgt opp med testing for å slå fast om resultatene er statistisk signifikante. Figurene 5A–5I, 11 og 12 viser beregnete gjennomsnitt for gruppene som et punkt på y-aksen. Figurene viser også konfidensintervallet (usikkerhetsområdet) for hvert gjennomsnitt, som ei vertikal linje gjennom punktet. Et konfidensintervall er det området som vi med 95 prosent sikkerhet kan si at det sanne gjennomsnittet ligger innenfor. Framstillingen synliggjør usikkerheten som kommer av at det oppgitte gjennomsnittet er beregnet på grunnlag av svar fra bare et utvalg av populasjonen vi vil vite noe om. Der hvor usikkerhetsområdet for gruppers gjennomsnitt ikke overlapper med hverandre i figurene, kan vi slutte at forskjellene er statistisk signifikante, men det er ikke nødvendigvis motsatt der det er overlapp (15).

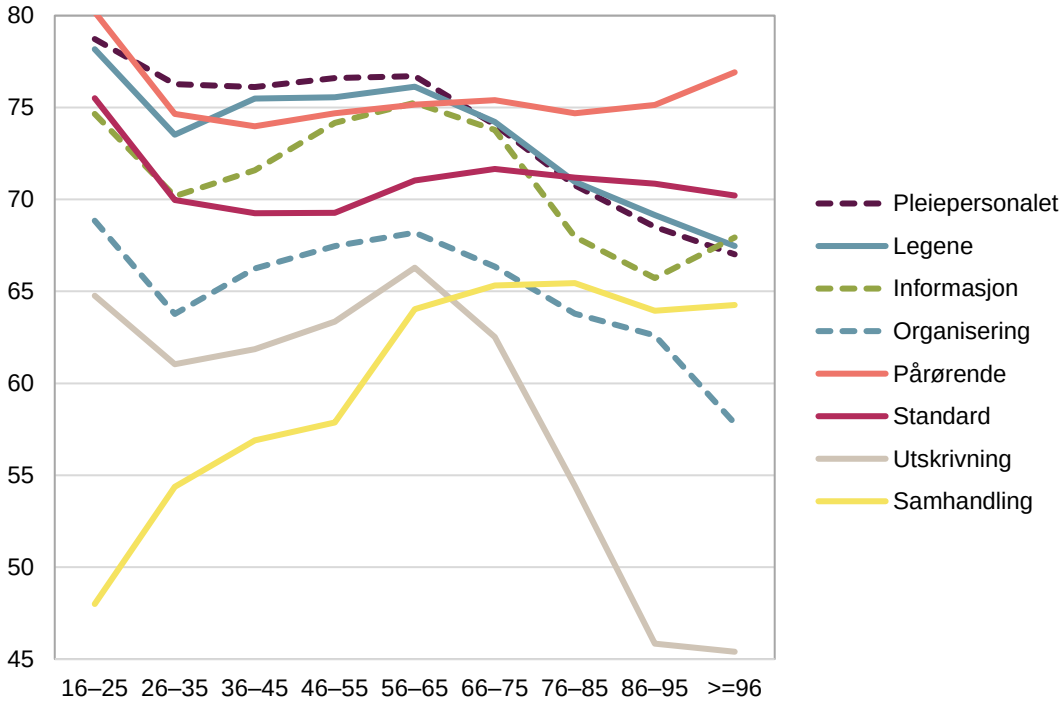
Resultater etter kjønn og alder

Blant svarerne var 53% kvinner. Når 2019-materialet deles etter kjønn, er det slik at kvinnenes skårer er litt lavere enn mennenes på alle indikatorene, fra under ett poeng forskjell på Informasjon, til tre poeng forskjell på Utskrivning (vektet materiale, *t*-test, $p \leq .0{,}001$).



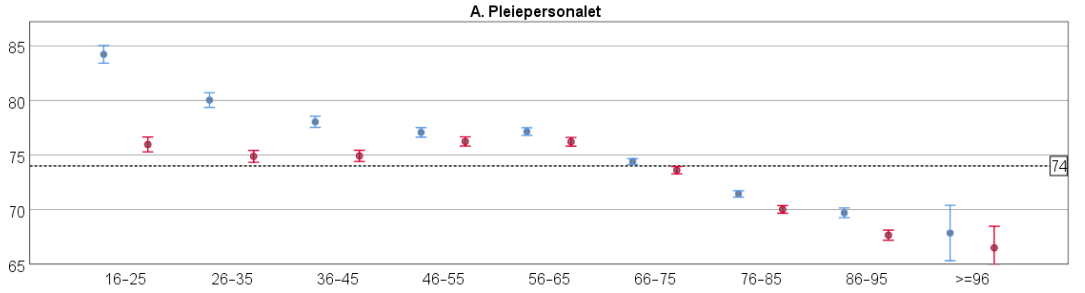
Figur 3. Svarere, etter aldersgruppe.

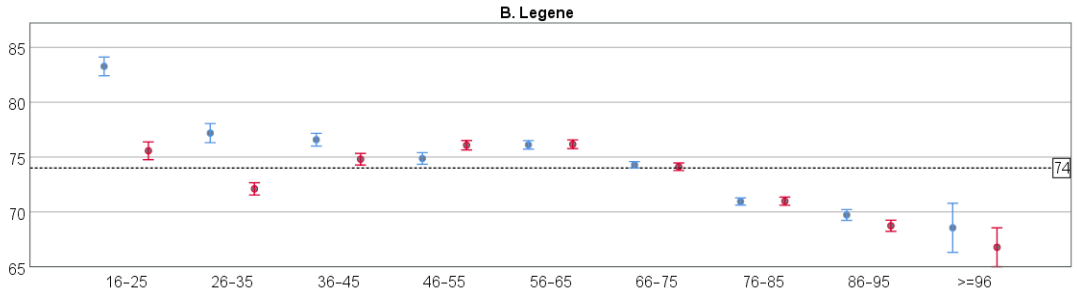
Aldersgruppe 66-75 var størst av aldersgruppene. Den inneholdt 29 % av svarerne, og den minste gruppa var svarere på 96 år eller eldre (Figur 3). Figur 4 gir en oversikt over gjennomsnittskårene på åtte indikatorer i ni aldersgrupper. Forskjellen mellom to eller flere av aldersgruppene er statistisk signifikant for alle indikatorene (vektet materiale, ANOVA, p≤0,001). Den generelle trenden er at den lille gruppa med de yngste er mest positive, deretter faller skårene noe. Videre øker skårene og er relativt høye i de midterste aldersgruppene, for så å falle i de eldste gruppene. Utskrivning skiller seg ut med et stort fall fra aldersgruppe 56–65 og eldre. Pårørende, Informasjon og Samhandling er unntak, der øker skårene mot den eldste aldergruppa.

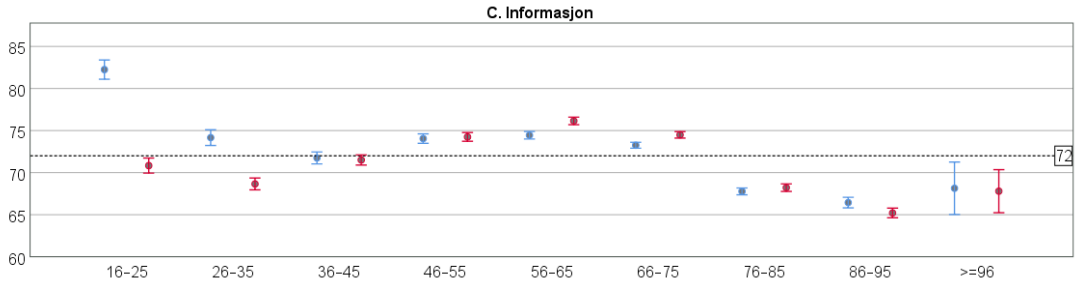


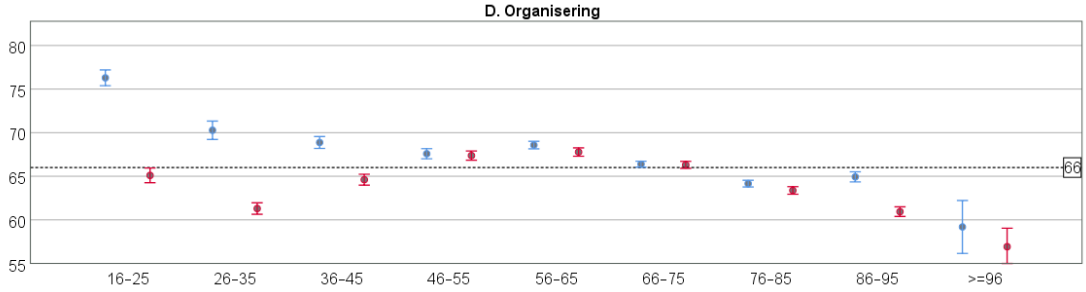
Figur 4. Gjennomsnittsskårer på åtte indikatorer, etter aldersgrupper. Vektet materiale.

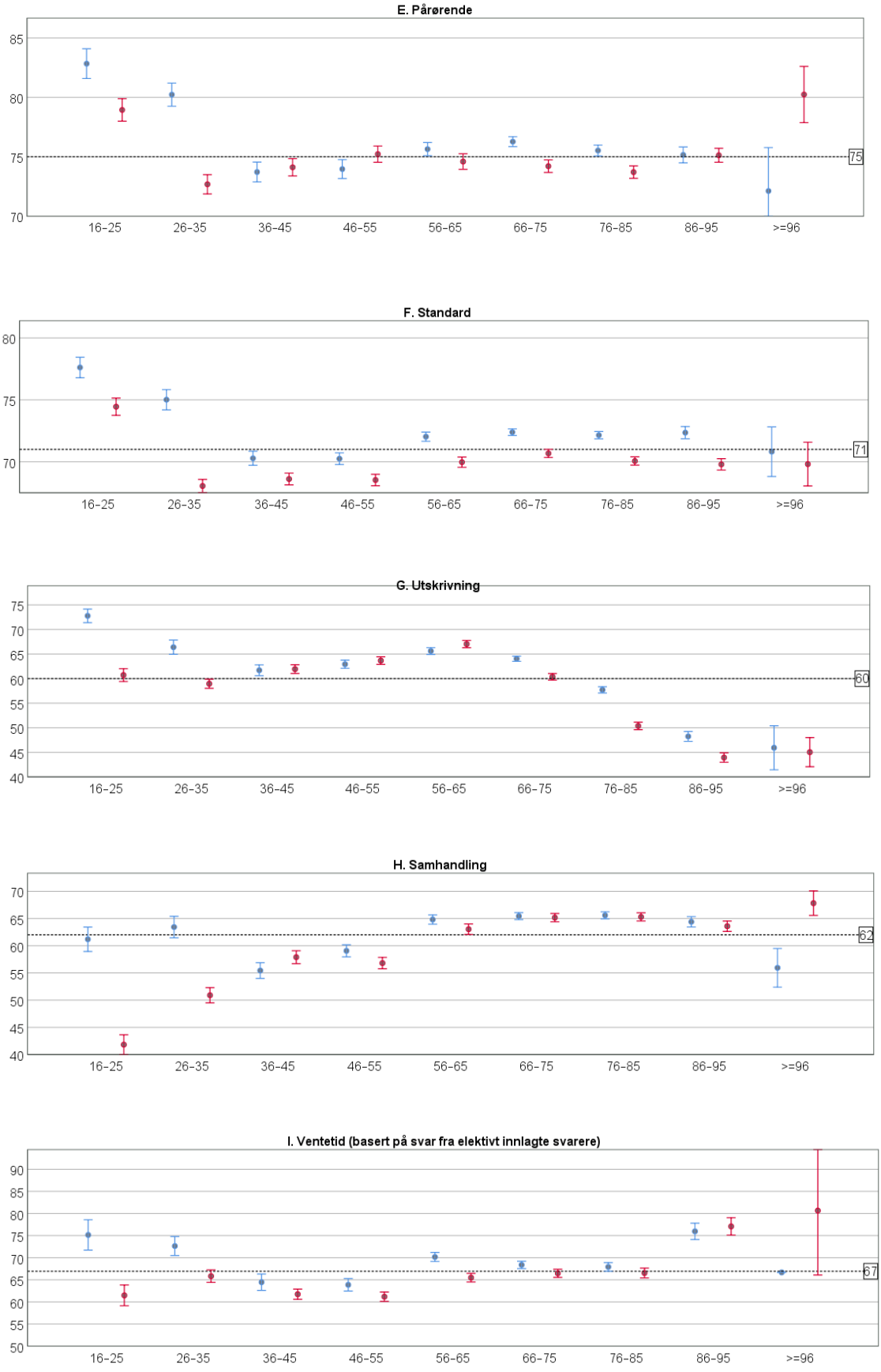
Figur 5A–5I viser skårene på hver indikator etter kjønn og alder (vektet materiale). Det er små forskjeller mellom kvinner og menn, generelt er kvinners skårer (røde) litt lavere enn menns (blå). De største forskjellene er i de yngste aldersgruppene. Ellers er tendensen at kvinners og menns skårer følger hverandre over aldersgruppene, med de høyeste skårene blant de yngre og de laveste blant de eldste pasientene.
I materialet er tre av ti pasienter 76 år eller eldre. Denne aldersgruppa har beskrevet sine erfaringer med skårer som er statistisk signifikant lavere enn gjennomsnittet for alle pasienter på indikatorene Pleiepersonalet, Legene, Informasjon, Organisering og Utskrivning. I en ideell verden hvor alle pasienter blir møtt med tjenester som er tilpasset deres individuelle behov, ville skårene vært jevne over aldersgruppene. Vi har ikke grunnlag i materialet for å gjøre antakelser om hva som kan ligge bak den negative assosiasjonen mellom skårer og alder som er framstilt her.







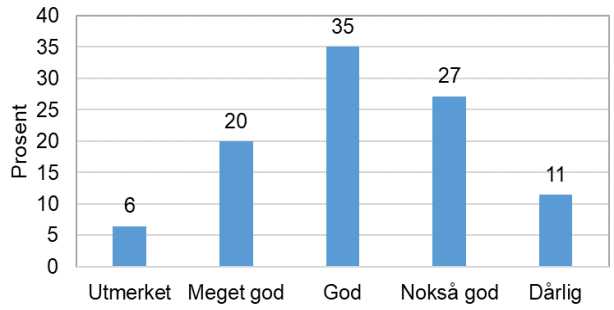




Figur 5. A–I. Gjennomsnitt med 95% konfidensintervall, på ni indikatorer. Etter alder og kjønn, blått for menn, rødt for kvinner. Stiplet linje er gjennomsnitt for alle svarere. Vektet materiale. NB: tilpassete y-akser.

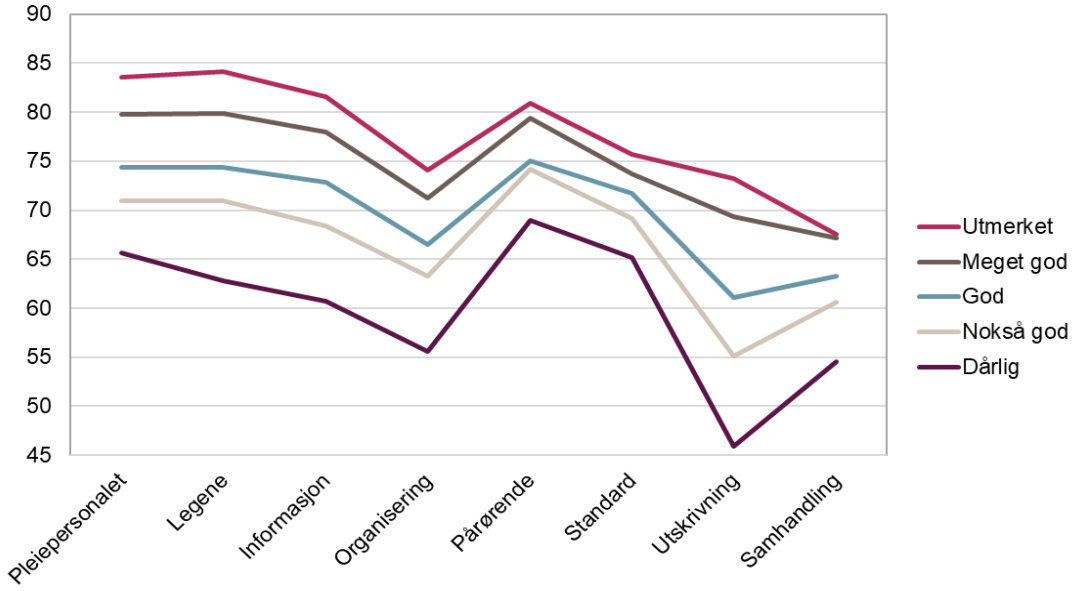
Egenrapportert helsestatus

For å samle informasjon om hvordan pasientene vurderte sin egen helse brukte vi et spørsmål som er mye benyttet til dette formålet, nummer 48 i spørreskjemaet. Svarernes beskrivelse av sin egen helsestatus er blant egenskapene som er sterkest assosiert med svarene de har gitt.



Figur 6. Svarernes respons på spørsmålet «Stort sett vil du si din helse er…»

Figur 7 viser at jo bedre helsestatus, desto høyere indikatorskårer. Rekkefølgen på gruppene er gjennomgående. Alle forskjellene er statistisk signifikante (vektet materiale, ANOVA, p≤0,001). Den største forskjellen mellom høyeste og laveste skår er på Utskrivning, med 27 poeng, og minst på Standard, med 11 poeng.



Figur 7. Gjennomsnitt på åtte indikatorer. Etter egenrapportert helsestatus. Vektet materiale.

Resultater etter fødeland

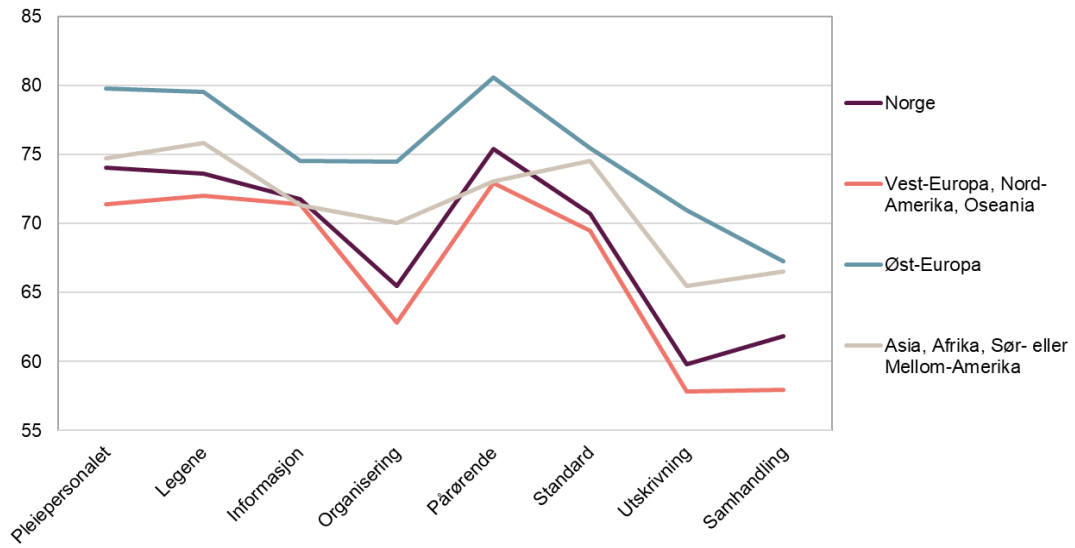
Vi stilte spørsmålet «Hvor er du født?» og svarene fordelte seg som vist i tabell 3.

Tabell 3. Svarernes fødeland, egenrapportert

Fødeland	n	%
Norge	11119	92,4
Norden utenfor Norge	211	1,8
Vest-Europa utenfor Norden	117	1,0
Øst-Europa innenfor EU	138	1,1
Øst-Europa utenfor EU	41	0,3
Afrika	85	0,7
Asia med Tyrkia	247	2,1
Nord-Amerika	42	0,3
Sør- og Mellom-Amerika	29	0,2
Oseania	<5	-

Blant svarerne hadde 7,5% oppgitt et annet fødeland enn Norge, en andel som er om lag halvparten av andelen personer født utenfor Norge i befolkningen (16). At innvandrergruppene generelt har en relativt høy andel yngre personer kan være forklaringen på at de utgjør en mindre andel av landets sykehuspasienter. Ettersom de fleste svargruppene med fødeland utenfor Norge var veldig små, slo vi sammen til fire kategorier for sammenlikning. Vi finner det riktig å understreke at dette er en svært grov inndeling, og det er gode grunner til å anta at det er stor variasjon innenfor alle disse gruppene.

Det er statistisk signifikante forskjeller mellom to eller flere grupper på alle indikatorene (vektet materiale, ANOVA, p≤0,001). Den største forskjellen mellom høyeste og laveste skår er på Utskrivning (13 poeng), mens gruppene har skåret likest på Informasjon (3 poeng). Gruppa av svarere som er født i Øst-Europa har gjennomgående gitt de høyeste skårene, og med unntak av Informasjon, har gruppa som er født i Vest-Europa, Nord-Amerika eller Oseania gitt de laveste skårene.



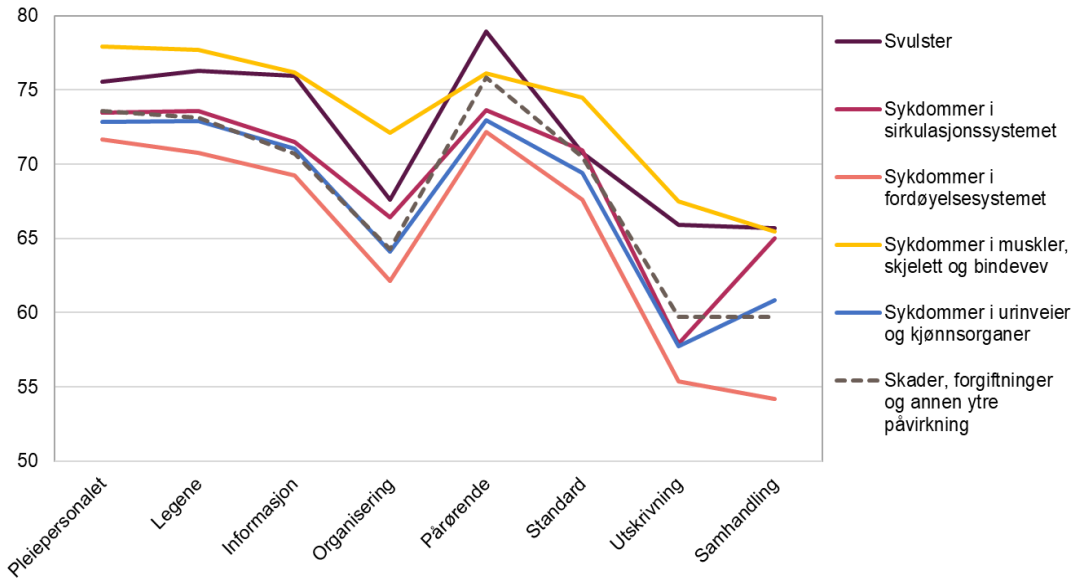
Figur 8. Gjennomsnitt på åtte indikatorer. Etter fødeland eller -region. Vektet materiale.

Etter diagnosegrupper

Av praktiske årsaker valgte vi å begrense diagnosegrupper til de seks største gruppene i materialet for å sammenlikne indikatorskårene mellom disse, vist i Tabell 4.

Tabell 4. Hoveddiagnosegrupper og deres andel blant svarerne

Hoveddiagnosegruppe (basert på ICD-10 kapitler)	%
Svulster	9
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	15
Sykdommer i fordøyelsessystemet	10
Sykdommer i muskler, skjelett og bindevev	19
Sykdommer i urinveier og kjønnsorganer	8
Skader, forgiftninger og annen ytre påvirkning	9



Figur 9. Gjennomsnitt på åtte indikatorer. Etter hoveddiagnosegruppe. Vektet materiale

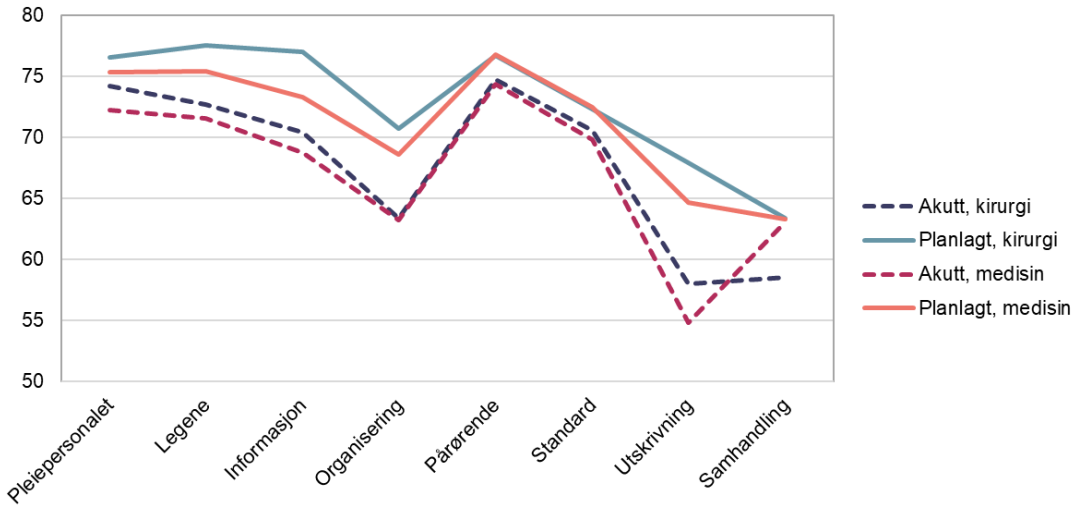
Blant gruppene som er sammenliknet er forskjellen mellom høyeste og laveste skår størst på Samhandling (11 poeng) og minst på Standard og Pleiepersonalet (6 poeng). Det er statistisk signifikante forskjeller mellom to eller flere av gruppene på alle indikatorene (vektet materiale, ANOVA, p≤0,001).
Gruppa som har vært innlagt med sykdommer i muskler, skjelett og bindevev har høyest skår på alle indikatorene, med ett unntak. Når det gjelder sykehusenes ivaretakelse av Pårørende er det pasienter fra diagnosegruppe svulster som har gitt høyest skår.

Resultater etter innleggelsesmåte og avdelingstype

Blant svarerne var 55 % lagt inn akutt og 45 % elektivt. De elektivt innlagte har gjennomgående gitt de høyeste skårene (vektet materiale, *t*-test, $p \leq 0{,}001$). De største forskjellene er på Utskrivning (11 poeng), Informasjon og Organisering (begge 7 poeng). Det ligger i sakens natur at det er lettere for sykehusene å legge til rette for gode tjenester der hvor beslutninger er tatt på forhånd, pasientene er forberedt på innleggelsen og hvor forløpet – både under oppholdet og etter hjemreise – er noenlunde forutsigbart.

Flertallet av svarerne (53 %) var skrevet ut fra «kirurgiske- og andre avdelinger med operative inngrep», de øvrige fra avdelinger som klassifiseres som medisinske (7). Det er statistisk signifikant forskjell på skårene på alle åtte indikatorer (vektet materiale, *t*-test, $p \leq 0{,}001$). De største forskjellene er på Utskrivning (7 poeng) og Informasjon (4 poeng), hvor kirurgiske avdelinger har høyest skår. På Samhandling er skåren to poeng høyere for medisinske avdelinger.

Når disse variablene kombineres, kan svarergruppa deles i 19 % akutt og 34 % planlagt fra kirurgiske avdelinger og 36 % akutt og 11 % planlagt fra medisinske avdelinger. Figur 10 viser en tendens til at pasienter som har hatt en planlagt innleggelse har gitt de mest positive skårene, uansett avdelingstype. Den største forskjellen er på Utskrivning, med 13 poeng mellom høyeste og laveste skår og Informasjon med forskjell på åtte poeng. Pårørende er indikatoren med minst forskjell, to poeng. Utskrivning handler om å forberede pasienten til tiden etter sykehusoppholdet, og indikatoren har gjennomgående hatt lave skårer i tidligere undersøkelser.

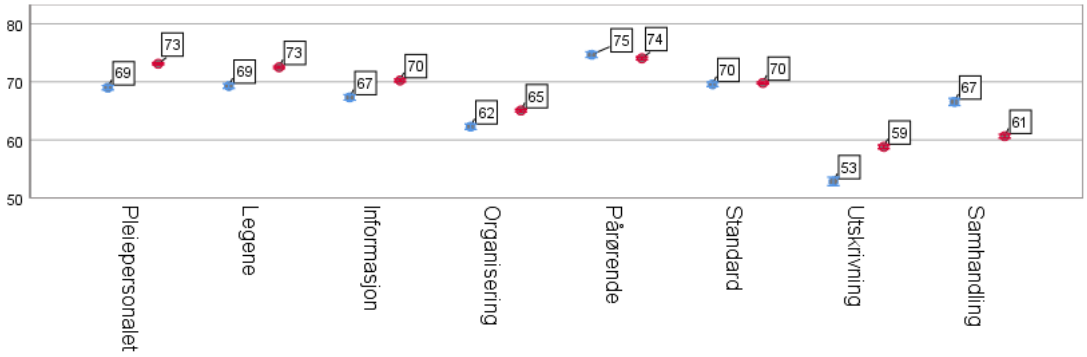


Figur 10. Gjennomsnitt på åtte indikatorer. Etter innleggelsesmåte og avdelingstype. Vektet materiale.

Hjelp til utfylling

Av svarerne var det tolv prosent som svarte at noen hadde hjulpet dem med å besvare skjemaet (spørsmål 51). Svarene som var gitt av pasienter som har hatt behov for hjelp

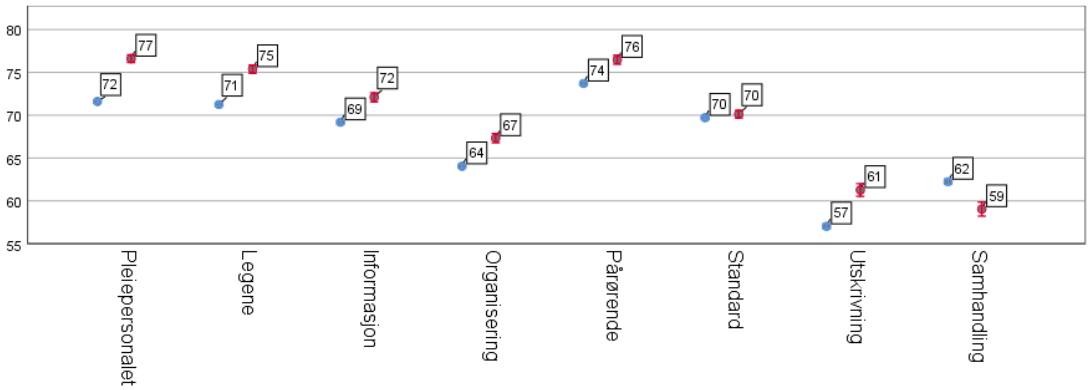
med utfylling er generelt sett noe lavere enn svarene fra pasienter som greide seg på egen hånd, med unntak for Samhandling.



Figur 11. Gjennomsnitt med 95% konfidensintervall på åtte indikatorer. Etter fått hjelp (blå symboler) eller ikke (røde symboler) til utfylling av spørreskjemaet. Vektet materiale.

Svarmodus

I 2019 fikk alle de inkluderte en sending i posten, med informasjonsbrev og spørreskjema på papir. Brevet inneholdt veiledning og innloggingskode for de som foretrakk å svare på Internett. Det er en ønsket utvikling at datainnsamlingen blir digitalisert i så stor grad som mulig, og det vil bli tilstrebet i de kommende undersøkelsene. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på eventuelle konsekvenser av digitalisering. I andre undersøkelser har vi sett at andelen som velger å svare digitalt er forskjellig i ulike svarergrupper (11). I denne undersøkelsen valgte 14% av svarerne å logge seg inn og svare via Internett. Figur 12 viser at de som har brukt papirskjema har gitt de laveste skårene på indikatorene med unntak av Samhandling (høyere) og Standard (likt). Det er nærliggende å tenke at valg av svarmodus er assosiert med andre egenskaper som vi ovenfor har sett har betydning for hvordan pasientene svarer, for eksempel alder.



Figur 12. Gjennomsnitt med 95% konfidensintervall på åtte indikatorer. Etter svarmodus, blått for papirsvar, rødt for elektronisk svar. Vektet materiale.

Resultater etter sykehustype

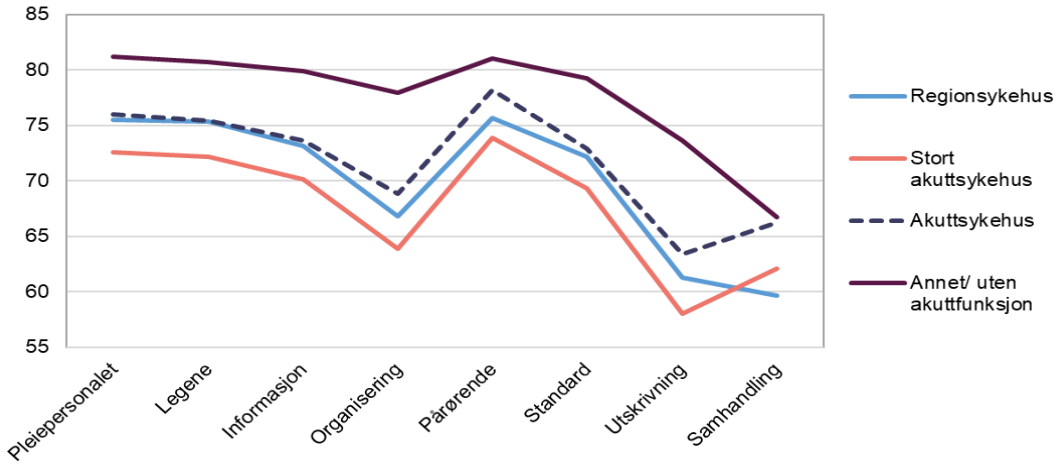
Sykehusstørrelse og -funksjon er fenomen som ofte er tema i helsepolitiske diskusjoner. Sykehusene/behandlingsstedene kan klassifiseres etter flere prinsipper og det er ulike betegnelser i bruk. For vårt formål her er inndelingen i grupper basert på forslaget i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) (17) s.43. Tabell 5 viser gruppene og hvilken andel av svarerne som er skrevet ut fra sykehusene i hver gruppe.

Tabell 5. Sykehusene klassifisert i fire typer, med svarergruppeandeler (%)

Regionsykehus (13 %)	Akuttsykehus (38 %)
Aker sykehus	Akershus universitetssykehus Kongsvinger
Haukeland universitetssjukehus	Finnmarkssykehuset Hammerfest
Radiumhospitalet	Finnmarkssykehuset Kirkenes
Rikshospitalet	Førde sentralsjukehus
St. Olavs hospital	Helgelandssykehuset Mo i Rana
Ullevål sykehus	Helgelandssykehuset Mosjøen
UNN Tromsø	Helgelandssykehuset Sandnessjøen
Stort akuttsykehus (39 %)	Kongsberg sykehus
Akershus universitetssykehus Nordbyhagen	Kristiansund sjukehus
Bærum sykehus	Lovisenberg diakonale sykehus
Diakonhjemmet sykehus	Lærdal sjukehus
Drammen sykehus	Nordfjord sjukehus
Haraldsplass diakonale sykehus	Nordlandssykehuset Lofoten
Haugesund sjukehus	Nordlandssykehuset Vesterålen
Molde sjukehus	Odda sjukehus
Nordlandssykehuset Bodø	Stord sjukehus
Orkdal sjukehus	Sykehuset Innlandet Elverum
Ringerike sykehus	Sykehuset Innlandet Tynset
Stavanger universitetssjukehus	Sykehuset Namsos
Sykehuset i Vestfold	Sykehuset Telemark Notodden
Sykehuset Innlandet Gjøvik	Sørlandet sykehus Flekkefjord
Sykehuset Innlandet Hamar	UNN Harstad
Sykehuset Innlandet Lillehammer	UNN Narvik
Sykehuset Levanger	Volda sjukehus
Sykehuset Telemark Skien og Porsgrunn	Voss sjukehus
Sykehuset Østfold	Andre sykehus /uten akuttfunksjon (10 %)
Sørlandet sykehus Arendal	Betanien Hospital
Sørlandet sykehus Kristiansand	Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus
Ålesund sjukehus	Kysthospitalet i Hagevik
	LHL - klinikken Gardermoen
	Martina Hansens Hospital
	Revmatismesykehuset Lillehammer

Figur 13 viser at pasienter fra sykehusgruppe Annet/uten akuttfunksjon har gitt de høyeste skårene på alle indikatorene. Det er statistisk signifikante forskjeller mellom to eller flere av gruppene på alle indikatorene (vektet materiale, ANOVA, p≤0,001). De største forskjellene er på Utskrivning, hvor det er 16 poeng forskjell på høyeste og laveste skår og Organisering hvor forskjellen er 14 poeng. Som tabell 5 viser, er

sykehusene i gruppe Annet/uten akuttfunksjon spesialsykehus, og her har 99 % av pasientene hatt et planlagt opphold.



Figur 13. Gjennomsnitt på åtte indikatorer. Etter sykehustype. Vektet materiale.

Resultat på enkeltspørsmål

De neste sidene viser tabeller med resultater for alle enkeltspørsmålene.

Tabell 6 inneholder vektede resultater for erfaringsspørsmålene som inngår i indikatorene og som har svaralternativer på en skala fra 1 til 5 («Ikke i det hele tatt» til «I svært stor grad»). Tabellen viser antall, gjennomsnitt, prosentvis fordeling i svarkategoriene og endring fra 2015 er markert med piler.

Tabell 7 inneholder vektede resultater for de øvrige erfaringsspørsmålene. Tabellen viser antall, prosentvis fordeling i svarkategorier og endring fra 2015 er markert med piler.

Tabell 8 viser vektede resultater på spørsmål om pasientsikkerhet.

Forskjellen mellom 2015 og 2019 er testet med signifikansnivå $p<0,01$.

Tabell 6. Vektede resultater på enkeltspørsmål om pasienterfaringer

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennom-snitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015
	Pleiepersonalet								
2	Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?	12204	4.2	0	2	9	52	37	↓
3	Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?	12204	4.2	1	2	11	49	37	↓
4	Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?	12210	4.2	0	2	11	53	34	↓
5	Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?	12164	3.9	1	5	19	50	24	↓
6	Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?	12150	3.9	2	4	20	49	25	↓
7	Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?	12024	3.4	7	13	30	36	15	→
8	Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?	12186	3.9	1	5	20	49	25	↓
	Legene								
9	Snakket legene til deg slik at du forsto dem?	12082	4.1	1	3	13	52	31	↓
10	Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?	12066	4	1	4	20	48	27	↓
11	Har du tillit til legenes faglige dyktighet?	12043	4.2	1	2	10	49	39	↓
12	Hadde legene tid til deg når du trengte det?	11907	3.7	2	8	29	44	17	↓
13	Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?	11948	3.8	2	7	22	47	22	↓
14	Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?	11957	3.8	2	6	23	45	23	↓
15	Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?	12012	4.1	1	3	13	47	35	↓

Forts. Tabell 6. Vektede resultater på enkeltspørsmål om pasienterfaringer

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennom-snitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015
	Informasjon								
16	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?	12025	4	2	5	18	46	29	↓
17	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultatet av prøver og undersøkelser?	12008	3.8	2	7	23	44	24	↓
18	Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?	11989	3.8	2	7	21	42	27	↓
	Organisering								
19	Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?	12014	3.5	4	11	30	38	16	↓
20	Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?	11980	3.4	8	14	27	31	20	↓
21	Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?	11985	3.8	2	6	21	49	22	↓
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	11878	3.8	3	6	21	49	22	↓
	Pårørende								
23	Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?	8143	4.1	2	4	12	44	39	→
24	Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?	7166	3.8	3	7	21	42	28	↓

Forts. Tabell 6. Vektede resultater på enkeltspørsmål om pasienterfaringer

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennom-snitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015
	Standard								
25	Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?	11906	4	1	2	16	56	25	↓
26	Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?	11938	3.8	1	5	25	51	18	↓
27	Var rommet du lå på tilfredsstillende?	12055	3.8	3	7	23	44	23	↓
28	Var muligheten for ro og hvile tilfredsstil-lende?	12071	3.7	4	9	23	41	23	→
29	Var maten tilfredsstillende?	12056	3.9	2	5	21	46	26	↓
30	Var renholdet tilfredsstillende?	12057	3.8	2	5	20	49	22	↓
	Utskrivning								
41	Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?	9147	3.5	12	11	18	34	25	↑
42	Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusopphol-det?	9698	3.3	15	13	22	31	20	↑
	Samhandling								
44	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?	6457	3.4	12	11	20	35	22	→
45	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommu-nale tjenester om det du var innlagt for?	3319	3.5	13	10	17	37	23	→

Tabell 7. Vektede resultater på øvrige enkeltspørsmål om pasienterfaringer

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015
1	Måtte du vente for å få et tilbud fra sykehuset?	5359	Ja, altfor lenge	7	↑
			Ja, ganske lenge	18	
			Ja, men ikke lenge	43	
			Nei	32	
46	Alt i alt, var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset tilfredsstillende?	12136	Ikke i det hele tatt	1	→
			I liten grad	2	
			I noen grad	9	
			I stor grad	48	
			I svært stor grad	39	
47	Alt i alt, har du hatt utbytte av behandlingen på sykehuset?	12022	Ikke i det hele tatt	2	
			I liten grad	3	
			I noen grad	12	
			I stor grad	37	
			I svært stor grad	46	

Spørsmål 1 viser resultater kun for elektivt innlagte pasienter
Spørsmål 47 har ikke sammenlignbare resultater fra 2015
Pil opp viser positiv endring fra 2015, pil ned viser negativ endring (p<0,01). Horisontal pil viser ingen signifikant endring fra 2015

Tabell 8. Vektede resultater på enkeltspørsmål om pasientsikkerhet

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	11878	Ikke i det hele tatt	3	↓
			I liten grad	6	
			I noen grad	21	
			I stor grad	49	
			I svært stor grad	22	
31	Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?	12007	Ikke i det hele tatt	78	→
			I liten grad	11	
			I noen grad	7	
			I stor grad	3	
			I svært stor grad	2	
32	Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet (f.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt)	12082	Nei	87	→
			Ja, én gang	9	
			Ja, flere ganger	3	
33	Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?	12099	Nei	96	→
			Ja, én gang	2	
			Ja, flere ganger	2	
34	Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?	11944	Nei	90	→
			Ja, én gang	7	
			Ja, flere ganger	3	
35	Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?	10262	Ikke i det hele tatt	82	→
			I liten grad	10	
			I noen grad	5	
			I stor grad	2	
			I svært stor grad	1	

Forts. Tabell 8. Vektede resultater på enkeltspørsmål om pasientsikkerhet

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015
36	Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk inngrep eller en undersøkelse?	9977	Ikke i det hele tatt	82	→
			I liten grad	7	
			I noen grad	6	
			I stor grad	3	
			I svært stor grad	3	
37	Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte bli feilmedisinert?	11032	Ikke i det hele tatt	87	→
			I liten grad	6	
			I noen grad	4	
			I stor grad	1	
			I svært stor grad	1	
38	Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?	10629	Ikke i det hele tatt	87	→
			I liten grad	9	
			I noen grad	3	
			I stor grad	1	
			I svært stor grad	1	
39	Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet? (f.eks: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)	11556	Nei	91	→
			Ja	9	
40	Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?	4102	Ikke i det hele tatt	28	→
			I liten grad	10	
			I noen grad	15	
			I stor grad	26	
			I svært stor grad	21	
43	Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?	9075	Ja	69	↑
			Nei	31	

Avsluttende bemerkninger

Hovedfunn

Resultatene fra landet samlet tyder på at sykehusene leverer gode tjenester til pasienter som er innlagt til døgnopphold i somatiske avdelinger. De høyeste skårene handler om mellommenneskelige relasjoner, hvordan pasientene er blitt møtt av pleiepersonalet og legene, og hvordan pårørende er ivaretatt. De laveste skårene handler om forberedelse til utskrivning og samhandling med andre tjenester.

På alle organisatoriske nivå er det enheter som skiller seg fra gjennomsnittet på sitt nivå, i positiv eller negativ retning. Forskjellene viser at tjenestene er ulike på behandlingsstedene, noe som er uønsket i et kvalitetsperspektiv. Undersøkelsesresultatene varierer mellom pasientgrupper, og alder og helsestatus har størst betydning av grupperingene som er undersøkt.

Siden forrige undersøkelse i 2015 er det gjort enkelte endringer i datainnsamlingsprosedyrene. Derfor tar vi et forbehold om usikkerhet når vi har beregnet skårene i 2019 til å være lavere enn i 2015. Sammenlikningen viser at skårene er statistisk signifikant lavere i 2019 på seks av ni indikatorer. På indikatoren Samhandling er det ikke statistisk signifikant endring. Mens det er statistisk signifikant økning i 2019 i skårene når det gjelder Utskrivning og de elektivt innlagte pasientenes oppfatning om Ventetid.

Styrker og svakheter

Undersøkelsen er gjennomført med bruk av godt etablerte rutiner og spørreskjema som er utviklet for norske forhold. Den inkluderer alle landets sykehus og informasjonen som er samlet inn representerer et pålitelig referansemateriale som enhetene kan sammenlikne seg med.
I likhet med alle spørreundersøkelser med liknende tilnærming er den innrettet på å beskrive erfaringer med tjenestene på gruppenivå, og er lite egnet til å fange opp enkeltmenneskers spesielle erfaringer.
Deltakelsen i undersøkelsen er lavere enn ønskelig. Vekteprosedyrene som er i bruk reduserer faren for at resultatene ikke er representative. Det er likevel ønskelig å studere konsekvensene av frafallet på nytt.

Konklusjon

På landsbasis gir pasientene forholdsvis gode tilbakemeldinger om erfaringene sine fra sykehusoppholdet.

I likhet med tidligere undersøkelser, tyder resultatene fra 2019 på at sykehusene generelt har muligheter til å forbedre pasientenes erfaringer ved å styrke praksis knyttet til utskrivning og overgang til kommunale tjenester.

Det synes å være noe tilbakegang i resultatene på nasjonalt nivå siden 2015, men metodiske endringer gjør sammenligningene over tid usikre.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Om kvalitet og kvalitetsindikatorer: Helsedirektoratet [oppdatert 08.04.2020; lest august 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer
2. Oltedal S, Helgeland J, Garratt A. Pasienters erfaringer med døgnenheter ved somatiske sykehus. Metodedokumentasjon for nasjonal undersøkelse i 2006. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2007. PasOpp-rapport Nr.2. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/contentassets/afbbc340c02b444e978edc83137f426a/pasopp_0702_metoderapport.pdf
3. Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. Int J Qual Health Care 2004;16:453-63.
4. Garratt AM, Helgeland J, Gulbrandsen P. Five-point scales outperform 10-point scales in a randomized comparison of item scaling for the Patient Experiences Questionnaire. J Clin Epidemiol 2011;64(2):200-7.
5. Särndal C-E, Swensson B, Wretman J. Chapter 15: Nonresponse. I: Model Assisted Survey Sampling. New York: Springer-Verlag; 1992. s. 556-95.
6. Therneau TM, Atkinson EJ. An Introduction to Recursive Partitioning Using the RPART Routines. 2019. Tilgjengelig fra: https://cran.r-project.org/web/packages/rpart/vignettes/longintro.pdf
7. Helsetilsynet. Nytt avdelingskodeverk for helseinstitusjoner. IK-44/89 2018. Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/regelverk/rundskriv/rundskriv-helsetjenesten/rundskriv-helsetilsynet/nytt-avdelingskodeverk-for-helseinstitusjoner/
8. Danielsen K, Garratt AM, Bjertnaes OA, Pettersen KI. Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: a survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. ScandJ Public Health 2007;35:70-7.
9. Young GJJ, Meterko MP, Desai KRP. Patient Satisfaction With Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. Medical Care 2000;38:325-34.
10. O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, Zaborski L, Cleary PD. Case-mix adjustment of the CAHPS Hospital Survey. Health ServRes 2005;40:2162-81.
11. Sjetne IS, Iversen HH, Holmboe O, Helgeland J. Response probabilities and response-mode preferences in a self-administered survey. BMC Res Notes 2019;12(1):289.
12. Westfall PH. Multiple testing of general contrasts using logical constraints and correlations. Journal of the American Statistical Association 1997;92:299-306.
13. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.R-project.org/
14. Holmboe O, Bjertnæs ØA. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. PasOpp-rapport 2016: 147. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/contentassets/f1656ccea8d243acabd94ca7574155bf/vedlegg/84-nasjonalt.pdf

15. Greenland S, Senn SJ, Rothman KJ, Carlin JB, Poole C, Goodman SN, et al. Statistical tests, P values, confidence intervals, and power: a guide to misinterpretations. Eur J Epidemiol 2016;31(4):337-50.
16. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre[oppdatert 09.03.2020]. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/innvbef
17. Helse- og omsorgsdepartementet. Melding til Stortinget 11. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Oslo: 2015. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf

Vedlegg

Vedlegg 1. Spørreskjema i papirversjon

FHI
Folkehelseinstituttet

Erfaringene dine med sykehuset

Spørsmålene nedenfor handler om erfaringene dine med sykehuset du har hatt opphold ved, og som er oppgitt i informasjonsskrivet.

Før sykehusoppholdet

1. Måtte du vente for å få et tilbud ved sykehuset?

- ☐ Ja, altfor lenge
- ☐ Ja, ganske lenge
- ☐ Ja, men ikke lenge
- ☐ Nei
- ☐ *Ikke aktuelt*

Pleiepersonalet

2. Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

3. Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

4. Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

5. Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

6. Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

7. Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

8. Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Legene

9. Snakket legene til deg slik at du forsto dem?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

10. Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

11. Har du tillit til legenes faglige dyktighet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

12. Hadde legene tid til deg når du trengte det?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

13. Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

14. Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

15. Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Informasjon

16. Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

17. Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultater av prøver og undersøkelser?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

18. Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose / dine plager?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Organisering

19. Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

20. Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

21. Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

22. Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Pårørende

23. Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Ikke aktuelt*

24. Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Ikke aktuelt*

Standard og omgivelser

25. Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

26. Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

27. Var rommet du lå på tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

28. Var muligheten for ro og hvile tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

29. Var maten tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

30. Var renholdet tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Pasientsikkerhet ved sykehuset

31. Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

32. Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet?
(F.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt.)

- ☐ Nei
- ☐ Ja, én gang
- ☐ Ja, flere ganger

33. Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?

- ☐ Nei
- ☐ Ja, én gang
- ☐ Ja, flere ganger

34. Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?

- ☐ Nei
- ☐ Ja, én gang
- ☐ Ja, flere ganger

35. Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

36. Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk ingrep eller en undersøkelse?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

37. Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte å bli feilmedisinert?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

38. Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

39. Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet?
(F.eks: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)

- ☐ Nei
- ☐ Ja
- ☐ *Hadde infeksjon før innleggelsen*

40. Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Personalet visste ikke om det*
- ☐ *Ikke aktuelt*

Forberedelse til tiden etter utskriving

41. Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Ikke aktuelt*

42. Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Ikke aktuelt*

43. Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ *Ikke aktuelt*

Sykehusets samarbeid med andre

44. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

45. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten / andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

Samlet vurdering av sykehuset

46. Alt i alt, var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

47. Alt i alt, har du hatt utbytte av behandlingen på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Bakgrunnsspørsmål

48. Stort sett, vil du si din helse er...

- ☐ Utmerket
- ☐ Meget god
- ☐ God
- ☐ Nokså god
- ☐ Dårlig

49. Hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus de siste to årene?

- ☐ 1 gang
- ☐ 2 ganger
- ☐ 3-5 ganger
- ☐ 6-10 ganger
- ☐ Mer enn 10 ganger

50. Hvor er du født?

- ☐ Norge
- ☐ Norden unntatt Norge
- ☐ Vest-Europa unntatt Norden
- ☐ EU-land i Øst-Europa
- ☐ Øst-Europa unntatt EU-land
- ☐ Afrika
- ☐ Asia med Tyrkia
- ☐ Nord-Amerika
- ☐ Sør- og Mellom-Amerika
- ☐ Oseania

51. Var det noen som hjalp deg å fylle ut dette skjemaet?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Her kan du skrive mer om dine erfaringer med sykehuset:

Vedlegg 2. Indikator for pasientopplevd pasientsikkerhet: Spørsmål som inngår og utregning

I denne rapporten blir indikator for pasientsikkerhet beskrevet via svarene på tolv enkeltspørsmål. Først er alle svarene som handler om pasientsikkerhet kodet om, slik at de er todelt. Positive beskrivelser har fått verdien 1, og negative beskrivelser verdien 0 (se neste side).

Utregningen av indikatoren er slik:

1. En forutsetning for å få en skår på denne indikatoren er at pasienten har svart på minst halvparten av de tolv enkeltspørsmålene
2. Det telles hvor mange svar pasientene har avgitt, og hvor mange av svarene som er positive.
3. Pasientens skår regnes ut som prosentandel positive av avgitte svar. F.eks.: En pasient har svart på åtte av de tolv spørsmålene, og seks av svarene er positive beskrivelser: (6/8)*100=75%.
4. Sykehusenes skårer er gjennomsnittet av pasientenes skårer.

Gruppering av svarkategorier til positive og negative svar

Spm nr	Spørsmål	Negative kategorier	Positive kategorier
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
31	Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
32	Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet (f.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt)	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
33	Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
34	Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
35	Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
36	Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk inngrep eller en undersøkelse?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
37	Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte bli feilmedisinert?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
38	Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
39	Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet? (f.eks.: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)	Ja	Nei
40	Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?	Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
43	Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?	Nei	Ja

Vedlegg 3. Resultater på pasienterfaringsindikatorer for alle enheter

Tabellen viser skårene for alle enhetene på de ulike organisatoriske nivåene: sykehus, helseforetak og regionalt helseforetak. Med unntak av Ventetid er erfaringsindikatorene både vektet for frafall og justert for forskjellig sammensetning av pasientgruppene. Ventetid er bare vektet for frafall, og den basert på svarene bare fra elektivt innlagte pasienter.

Sammenligning vektede og justerte skårer for regionale helseforetak

	Pleiepersonalet	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikkerhet
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Helse Midt-Norge RHF	76 +**	75	74 +*	69 +***	78 +***	73 +***	63 +.	66 +*	69	88 +**
Helse Nord RHF	74	74	71	66	75	71	60	63	68	85
Helse Sør-Øst RHF	74	74	72	65	75	71	59	61	67	86
Helse Vest RHF	74	73	71	65	73 -*	69 -***	59	61	64 -**	86

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av regionale helseforetak markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: .p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.*
Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.
Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå p<0,01.

Sammenligning vektede og justerte skårer for helseforetak

	Pleiepersonalet	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikkerhet
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Akershus universitetssykehus HF	70 -**	71	69	62 -.	71	72	54 -.	58	61	82 -**
Finnmarkssykehuset HF	74	74	72	66	76	69	59	65	58	83 -**
Helgelandssykehuset HF	76	76	74	68	79	72	62	66	77 +**	87
Helse Bergen HF	74	74	71	65	73	69	58	58	65	87
Helse Fonna HF	71 -*	69 -**	66 -*	62 -*	72	67 -***	56	60	64	84 -**
Helse Førde HF	75	73	72	68	76	70	60	64	73 +**	88
Helse Møre og Romsdal HF	74	73	72	68	76	64 -***	61	65	68	86
Helse Nord-Trøndelag HF	77 +.	75	74	69 +**	79	75 +***	64	67	66	89 +**
Helse Stavanger HF	74	74	72	66	74	67 -**	61	64	57	85
Helse Sør-Øst private ideelle med opptaksområde	77 +**	75	73	69	77	71	63	59	69	88
Helse Sør-Øst private ideelle spesialsykehus	76 +**	75	74	70 +***	78	75 +***	64 +.	61	66	93 +**
Helse Vest private	75	74	72	69	77	81 +***	66	66	66	90 +**
Nordlandssykehuset HF	74	74	71	66	78	75 +**	60	64	71	86
Oslo universitetssykehus HF	74	75	72	66	77	71	59	57 -.	66	87
St. Olavs hospital HF	77 +*	75	75	69	79	78 +***	64	68	70	89 +**
Sykehuset i Vestfold HF	73	72	71	63	74	71	57	65	77 +**	84
Sykehuset Innlandet HF	76	76 +*	74	68	77	71	63	67	70 +**	88
Sykehuset Telemark HF	73	72	71	64	77	71	63	64	68	86
Sykehuset Østfold HF	69 -**	70	68	58 -**	72	76 +**	52 -.	53 -.		82 -**
Sørlandet sykehus HF	74	74	72	67	77	72	61	64	60 -**	87
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	74	73	71	65	73	71	60	62	66	85
Vestre Viken HF	74	74	73	65	75	68 -***	61	63	68	86

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av helseforetak markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: .p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.*

Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.

Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå p<0,01.

Sammenligning vektede og justerte skårer for sykehus

	Pleiepersonalet	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikkerhet
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Aker sykehus	77	76	72	64	75	72	63	52 -*	69	88
Akershus universitetssykehus Kongsvinger	74	74	73	66	75	70	63	70	76 +**	87
Akershus universitetssykehus Nordbyhagen	68 -***	69 -*	68	60 -***	69 -*	73	52 -*	54	57	81 -**
Betanien Hospital	77	74	73	68	79	78 +***	64	63	71	91 +**
Bærum sykehus	74	75	72	65	75	66 -***	64	64	67	87
Diakonhjemmet sykehus	78	76	73	70	78	73	63	58	67	87
Drammen sykehus	73	74	72	62 -*	72	64 -***	58	65	67	85
Finnmarkssykehuset Hammerfest	73	73	71	64	75	62 -***	56	64	59	80 -**
Finnmarkssykehuset Kirkenes	75	76	73	67	78	80 +***	63	67		86
Førde sentralsjukehus	74	71	70	66	72	68 -***	59	63	72	86
Haraldsplass diakonale sykehus	75	74	72	69	77	81 +***	66	66	65	89 +**
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	80	77	76	73	82	87 +***	65	77 +.	68	95 +**
Haugesund sjukehus	69 -**	68 -**	65 -**	60 -***	69 -.	67 -**	55	55	64	82
Haukeland universitetssjukehus	73	73	71	64	71 -*	69 -**	57	57	64	87
Helgelandssykehuset Mo i Rana	73	73	71	64	75	69	60	64	73	86
Helgelandssykehuset Mosjøen	78	75	74	72	81	77	65	67	83 +**	89
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	78	78 +*	76	71	81	72	65	70	79 +**	88
Kongsberg sykehus	75	76	74	68	75	68 -**	62	66	74 +**	89
Kristiansund sjukehus	78	77	77	74 +***	79	73	69	70	59	90 +**
Kysthospitalet i Hagevik	79 +***	77 +*	76 +*	73 +***	81 +*	75 +*	63	70	68	95 +**
LHL - klinikken Gardermoen	78	80 +**	78	75 +***	86 +.	85 +***	63	70	74 +**	95 +**
Lovisenberg diakonale sykehus	77	76	74	69	76	70	65	60	70	90 +**
Lærdal sjukehus	79 +**	79 +**	77 +*	76 +***	83 +**	78 +***	67	70	72	95 +**
Martina Hansens Hospital	76	76	74	71 +*	76	71	64	58	62 -**	93 +**
Molde sjukehus	72 -*	69 -**	69	65	75	59 -***	58	62	63	84

	Pleiepersonalet	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikkerhet
Nordfjord sjukehus	80	77	75	70	79	77	61	67		88
Nordlandssykehuset Bodø	74	74	70	65	77	72	59	65	71	86
Nordlandssykehuset Lofoten	76	74	75	69	76	74	63	63	71	86
Nordlandssykehuset Vesterålen	77	77	73	70	80	84 +***	63	65	67	86
Odda sjukehus	74	75	74	66	79	70	67	71		87
Orkdal sjukehus	75	74	72	68	75	70	64	63	63	88
Radiumhospitalet	75	73	71	65	76	65 -***	59	60	76 +**	87
Revmatismesykehuset Lillehammer	77	73	71	69	76	80 +***	65	65	64	93 +**
Rikshospitalet	76	75	73	68	80	75	57	58	68	88
Ringerike sykehus	78	76	75	70	80	78 +***	62	63	69	89
St. Olavs hospital	78	76	76	70	80	80 +***	65	71	72	89
Stavanger universitetssjukehus	74	74	73	67	74	67 -***	61	64	57	85
Stord sjukehus	73	71	69	65	74	69 -*	55	67	64	86
Sykehuset i Vestfold	73	72	71	64	74	71	58	66	77 +**	84
Sykehuset Innlandet Elverum	75	76	74	68	77	74	63	68	66	89
Sykehuset Innlandet Gjøvik	75	75	73	67	75	71	62	68	71	86
Sykehuset Innlandet Hamar	74	73	72	65	77	65 -***	61	66	65	84
Sykehuset Innlandet Lillehammer	77	78	75	68	77	70	68	70	78 +**	90 +**
Sykehuset Innlandet Tynset	81 +***	78	77	76 +***	85 +***	78 +***	68	61	73 +**	92 +**
Sykehuset Levanger	78	76	76	71	81	76	65	69	65	89 +**
Sykehuset Namsos	76	74	73	68	77	75	65	66	68	88
Sykehuset Telemark Notodden	73	72	70	66	74	73	61	66	73	86
Sykehuset Telemark Skien og Porsgrunn	74	73	71	64	78	71	64	64	67	86
Sykehuset Østfold	69 -***	70 -.	69	59 -***	72	76 +*	52 -*	54 -*		82 -**
Sørlandet sykehus Arendal	73	74	72	67	75	69 -.	56	61	56 -**	87
Sørlandet sykehus Flekkefjord	79 +*	79 +*	77	75 +***	85 +***	82 +***	69	74 +.	64	91 +**
Sørlandet sykehus Kristiansand	74	74	72	67	77	73	63	65	63	86
Ullevål sykehus	73	75	72	65	75	69	60	56	58	85

	Pleiepersona-let	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikker-het
UNN Harstad	78	77	74	70	77	70	66	59	65	87
UNN Narvik	74	72	71	67	78	70	62	65	67	87
UNN Tromsø	74	74	71	64	71	71	58	64	66	84
Volda sjukehus	80 +**	81 +***	80 +***	74 +***	85 +***	75	71 +**	73	69	90 +**
Voss sjukehus	77	75	73	70	82	74	65	66	63	89
Ålesund sjukehus	72	72	69	66	74	61 -***	58	63	72	84

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av sykehus markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: .p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.*

Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.

Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå p<0,01.

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Published by Norwegian Institute of Public Health

Desember 2020

Bestilling/Order: Kun tilgjengelig som PDF.
Lastes ned fra www.fhi.no

Only available as PDF from www.fhi.no

ISSN: 1890-1565

FHI
Folkehelseinstituttet

BRUKEROPPLEVD KVALITET

Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019

Resultater etter en nasjonal undersøkelse

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utgitt av	Folkehelseinstituttet, område for helsetjenester
Tittel	Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019. Universitetssykehuset Nord-Norge HF
English title	Inpatients' experiences with Norwegian hospitals in 2019. Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Ingeborg Strømseng Sjetne, prosjektleder, seniorforsker, Folkehelseinstituttet Olaf Holmboe, forsker, Folkehelseinstituttet
Prosjektkoordinator	Inger Opedal Paulsrud
ISSN	1890-1565
Rapport	2020:829
Publikasjonstype	PasOpp-rapport
Antall sider	15 (30 med vedlegg)
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
Emneord	Patient Reported Experience Measures; Patient Reported Outcomes Measures; Surveys and Questionnaires; Hospitals; Inpatients; Secondary Care; Quality of Health Care; Patient Satisfaction; Norway
Sitering	Sjetne IS, Holmboe O. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2019. Universitetssykehuset Nord-Norge HF. [Inpatients' experiences with Norwegian hospitals in 2019. Universitetssykehuset Nord-Norge HF]. PasOpp-rapport 2020:829. Oslo, Folkehelseinstituttet 2020.

Fraskrivelse	Publikasjonen har benyttet opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de tilgjengeliggjorte opplysningene. Registerforvalter for NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de tilgjengeliggjorte opplysningene.

Forord

Denne rapporten er del av et oppdrag til Folkehelseinstituttet fra Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet. Fra og med 2019 skal pasienterfaringer ved somatiske sykehusavdelinger måles årlig i fem år.

Vi takker for uunnværlig hjelp fra kolleger ved Folkehelseinstituttet. Sindre Møgster Braaten og Ole Martin Kvinge, begge senioringeniør i område for helsedata og digitalisering, har vært sentrale i datainnsamlingen. Jon Helgeland, forskningsleder i avdeling for forskning og analyse av helsetjenesten, og Katrine Damgaard Skyrud, forsker/statistiker i den samme avdelingen, står bak oppsett av analyser i statistikkprogrammet R.

Og sist, men ikke minst: Tusen takk til alle som tok seg tid til å svare på undersøkelsen.

Oslo, november 2020

Øyvind Andresen Bjertnæs
avdelingsdirektør

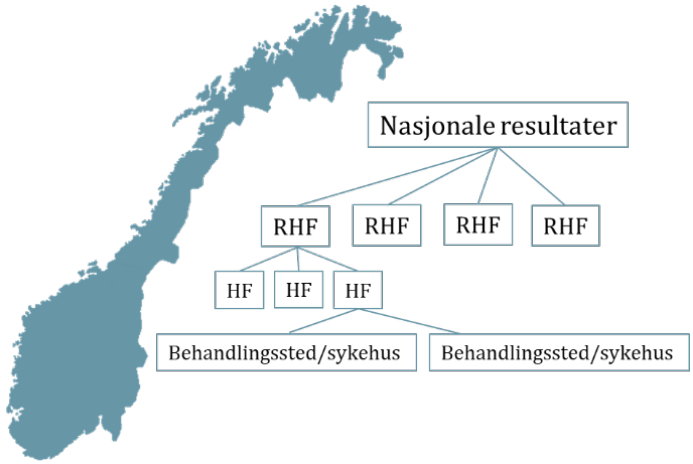
Ingeborg Strømseng Sjetne
prosjektleder

Innledning

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet skal Folkehelseinstituttet gjennomføre kartlegging av pasienterfaringer ved somatiske sykehusavdelinger i fem år fra og med 2019. Denne rapporten er en del av oppdraget.

Oppdraget går ut på å gjennomføre en spørreundersøkelse blant personer som er utskrevet etter døgnopphold ved somatiske sykehusavdelinger, og rapportere resultatene til bruk for ulike formål. Resultatene skal beskrive situasjonen på hvert sykehus (behandlingssted), helseforetak (HF) og regionalt helseforetak (RHF) slik den ser ut fra pasientenes ståsted. Resultatene for den enkelte enheten blir sammenliknet med gjennomsnittsresultatet for enheter på det aktuelle organisatoriske nivået, det vil si på nivå av enten sykehus, HF eller RHF.

Det er laget en rapport som beskriver nasjonale resultater og en serie «institusjonsrapporter», som beskriver resultatene fra hver enkelt enhet hver for seg.



Figur 1 Rapportering på ulike organisatoriske nivå

Metode

Deltakerne i undersøkelsene er pasienter som er utskrevet fra sykehus som er offentlige eller driver etter avtale med det offentlige. Inklusjonsperioden var august, september og oktober i 2019. Pasienter fra psykiatriske- og rehabiliteringsavdelinger, barneavdelinger samt føde-barselavdelinger ble holdt utenfor. Norsk pasientregister trakk tilfeldig 400 pasienter fra hvert sykehus, og disse ble kontaktet per brev og forespurt om å delta. De som valgte å svare, kunne fylle ut et tradisjonelt papirskjema, eller registrere svarene sine via Internett.

Svarerandelen er ulik i ulike undergrupper av pasienter. For å tilstrebe best mulig representativitet for hele gruppen av pasienter som opprinnelig ble inkludert, er svarene vektet.

Sammensetningen av pasienter er forskjellig fra sykehus til sykehus, og sammensetningen kan endre seg over tid. Når en enhet blir sammenliknet med gjennomsnittet for enheter på det aktuelle nivået eller med seg selv over tid, er resultatene justert for viktige egenskaper ved pasientene. Justeringen gjør at det blir mer «rettferdig» å gjøre sammenlikninger, selv om enhetene behandler ulike pasientgrupper, for eksempel at pasientgruppene er ulike med tanke på fordelingen av gamle og unge.

Spørsmålene som ble stilt er utviklet for denne pasientgruppen og har vært brukt i flere undersøkelser tidligere. De aller fleste spørsmålene blir besvart på en skala fra 1 til 5: 1: «Ikke i det hele tatt»; 2: «I liten grad»; 3: «I noen grad»; 4: «I stor grad»; 5: «I svært stor grad». Spørreskjemaet har tre deler med i alt 51 spørsmål og et åpent felt for kommentarer. Den første delen handler om pasienterfaringer, den neste om pasientsikkerhet og den siste delen samler inn bakgrunnsinformasjon om svareren.

For å oppsummere svarene og regne ut mer robuste skårer, blir svarene fra 34 enkeltspørsmål samlet til ni pasienterfaringsindikatorer, som beskriver viktige områder av pasientenes sykehusopphold (se Tabell 1).

Sammenlikning av resultater fra 2015 og 2019 må leses med forsiktighet. Det er gjort endringer i datainnsamlingen siden 2015 og disse endringene kan ha påvirket resultatene.

Undersøkelsens metode er beskrevet mer detaljert i den nasjonale rapporten.

Tabell 1: Enkeltspørsmål og indikatorer

Indikator	Spm	Spørsmålstekst
Pleiepersonalet	2	Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?
	3	Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?
	4	Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?
	5	Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?
	6	Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?
	7	Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?
	8	Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?
Legene	9	Snakket legene til deg slik at du forsto dem?
	10	Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?
	11	Har du tillit til legenes faglige dyktighet?
	12	Hadde legene tid til deg når du trengte det?
	13	Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?
	14	Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?
	15	Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?
Informasjon	16	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?
	17	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultatet av prøver og undersøkelser?
	18	Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?
Organisering	19	Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?
	20	Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?
	21	Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?
	22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?
Pårørende	23	Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?
	24	Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?
Standard	25	Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?
	26	Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?
	27	Var rommet du lå på tilfredsstillende?
	28	Var muligheten for ro og hvile tilfredsstillende?
	29	Var maten tilfredsstillende?
	30	Var renholdet tilfredsstillende?
Utskrivning	41	Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?
	42	Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?
Samhandling	44	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?
	45	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?
Ventetid	1	Måtte du vente for å få et tilbud fra sykehuset?

Resultater

Svarprosent

Etter å ha trukket fra pasienter som ble ekskludert på grunn av ukjent adresse, feilregistrering, som var døde eller reserverte seg mot å delta, besto bruttoutvalget av 21 189 pasienter. I hele landet var det 12 296 som svarte på undersøkelsen, noe som gir en total svarprosent på 58.

Vi fikk i alt 622 svar fra pasienter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, noe som gir en svarprosent på 54.

Resultater på indikatorene

Tabellen med pasienterfaringsindikatorer viser skårene på ni indikatorer. De oppsummerer til sammen 34 enkeltspørsmål (se Tabell 1) og indikatorene gir mer robuste mål enn enkeltspørsmålene gir hver for seg.

For alle som har svart på minst halvparten av spørsmålene som inngår i en gitt indikator er det regnet ut et gjennomsnitt. For hver enhet regnes det ut en indikatorskår, som er gjennomsnittet av alle svarene som «tilhører» den aktuelle enheten. Indikatorskårene er omregnet fra den opprinnelige skalaen som går fra 1 til 5 til en skala som går fra 0 til 100, hvor 100 er best.

Tabell 2 viser indikatorene, antall svar og enhetens skårer for 2019. Hvis det er statistisk signifikant forskjell når enhetens resultat sammenliknes med gjennomsnittet for enheter på det samme nivået, er det markert med symboler for retning og *p*-verdi i tabellen. I neste kolonne betyr piler opp eller ned at det er statistisk signifikant endring i skårene fra 2015. Pil oppover indikerer positiv, og pil nedover negativ endring. Vannrett pil betyr at forskjellen ikke er statistisk signifikant. Lengst til høyre viser tabellen gjennomsnittet for alle svarere i landet.

Hvis det er færre enn fem svarere å basere utregningen på ved en enhet, eller hvis det er stor statistisk usikkerhet (standardfeil >6), blir resultatet utelatt, og celler blir stående tomme. Men disse svarene teller med når enhetene blir slått sammen, for eksempel når et sykehus blir slått sammen med andre i et helseforetak.

Tabell 2: Vektede og justerte indikatorskårer. Skala 0-100 hvor 100 er best

Indikator	Antall	Gjennom-snitt	Endring fra 2015	Snitt hele landet 2019
Pleiepersonalet	580	74	↓	74
Legene	577	73	↓	74
Informasjon	576	71	→	72
Organisering	577	65	↓	66
Pårørende	410	73	→	75
Standard	576	71	→	71
Utskrivning	508	60	→	60
Samhandling	350	62	→	62
Ventetid	231	66	→	67

*Dersom denne enhetens resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet for helseforetak markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: .p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.*
Endring fra tidligere måling er testet med signifikansnivå på p<0,05.
Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.
Indikatoren Ventetid skiller seg fra de øvrige ved at den er beregnet kun på elektive pasienter, vektet men ikke justert, og testet mot landsgjennomsnittet og endring fra 2015 med signifikansnivå p<0,01.

Resultater på enkeltspørsmål om pasienterfaringer

På de neste sidene viser vi to tabeller med resultater for enkeltspørsmålene i spørreskjemaet.

Tabell 3 inneholder vektede resultater for spørsmål som inngår i indikatorene og som har svaralternativer på en skala fra 1 til 5 («Ikke i det hele tatt» til «I svært stor grad»), Her vises antall, gjennomsnitt, prosentvis fordeling i svarkategorier, endring fra 2015 og gjennomsnittet for alle som har svart på undersøkelsen.

Tabell 4 inneholder vektede resultater for andre erfaringsspørsmål Her oppgir vi antall, prosentvis fordeling i svarkategorier, endring fra 2015 og prosentvis fordeling for alle svarerne i hele landet.

Endring fra tidligere måling er testet med signifikansnivå på $p<0,05$.

Når det er få som har svart på et spørsmål, kan både selve resultatet og anonymiteten til svarerne bli usikker. I slike tilfeller blir resultatet utelatt, og celler i tabellene stående tomme. Hvis færre enn elleve personer har svart, blir prosentvis fordeling på de ulike svaralternativene utelatt, og hvis færre enn fem har svart, får enheten ikke oppgitt noe resultat på spørsmålet. Svar som blir utelatt fra rapporter på grunn av dette, teller med når enhetene blir slått sammen, for eksempel når et sykehus blir slått sammen med andre sykehus i et helseforetak.

Tabell 3: Vektede resultater på enkeltspørsmål om pasienterfaringer

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennom-snitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015	Snitt hele landet 2019
	Pleiepersonalet									
2	Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?	612	4.3	2	1	6	55	37	→	4.2
3	Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?	613	4.2	1	2	9	50	39	↓	4.2
4	Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?	613	4.2	0	1	9	58	32	↓	4.2
5	Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?	614	3.9	1	4	18	51	25	→	3.9
6	Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?	613	3.9	2	4	17	53	24	→	3.9
7	Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?	608	3.5	5	9	32	40	14	→	3.4
8	Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?	616	3.9	1	5	21	50	23	↓	3.9
	Legene									
9	Snakket legene til deg slik at du forsto dem?	603	4.1	1	2	10	59	29	↓	4.1
10	Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?	603	3.9	2	3	20	50	26	↓	4
11	Har du tillit til legenes faglige dyktighet?	600	4.2	1	1	9	53	36	→	4.2
12	Hadde legene tid til deg når du trengte det?	602	3.7	2	7	28	47	15	↓	3.7
13	Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?	601	3.8	1	6	21	54	18	→	3.8
14	Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?	601	3.8	2	5	22	50	21	→	3.8
15	Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?	600	4.1	1	2	17	50	30	↓	4.1

Tabell 3 forts.

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennom-snitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015	Snitt hele landet 2019
				Informasjon						
16	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?	598	4	2	4	18	48	28	→	4
17	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultatet av prøver og undersøkelser?	603	3.8	2	6	23	48	21	↓	3.8
18	Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?	604	3.9	3	5	21	45	27	→	3.8
				Organisering						
19	Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?	602	3.5	6	7	31	41	15	↓	3.5
20	Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?	602	3.4	9	11	29	34	17	→	3.4
21	Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?	599	3.8	3	5	23	50	19	→	3.8
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	594	3.8	3	6	20	53	19	→	3.8
				Pårørende						
23	Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?	414	4.1	3	3	10	46	38	→	4.1
24	Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?	374	3.8	7	5	21	37	29	→	3.8

Tabell 3 forts.

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Gjennom-snitt	Ikke i det hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)	I svært stor grad (%)	Endring fra 2015	Snitt hele landet 2019
				Standard						
25	Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?	597	4	1	2	19	54	24	→	4
26	Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?	598	3.9	2	2	20	56	20	↓	3.8
27	Var rommet du lå på tilfredsstillende?	599	3.7	3	8	24	46	19	↓	3.8
28	Var muligheten for ro og hvile tilfredsstillende?	604	3.6	5	7	27	43	18	→	3.7
29	Var maten tilfredsstillende?	605	4	1	5	17	52	25	→	3.9
30	Var renholdet tilfredsstillende?	602	3.8	2	6	23	50	18	↓	3.8
				Utskrivning						
41	Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?	460	3.6	9	10	17	40	24	→	3.5
42	Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?	487	3.3	11	13	27	30	19	→	3.3
				Samhandling						
44	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?	317	3.5	12	11	18	37	21	→	3.4
45	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?	187	3.3	15	11	12	48	14	→	3.5

Tabell 4: Vektede resultater på andre spørsmål

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015	Hele landet 2019 (%)
1	Måtte du vente for å få et tilbud fra sykehuset?	231	Ja, altfor lenge	7	→	7
			Ja, ganske lenge	19		18
			Ja, men ikke lenge	43		43
			Nei	32		32
46	Alt i alt, var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset tilfredsstillende?	612	Ikke i det hele tatt	2	→	1
			I liten grad	1		2
			I noen grad	7		9
			I stor grad	52		48
			I svært stor grad	38		39
47	Alt i alt, har du hatt utbytte av behandlingen på sykehuset?	608	Ikke i det hele tatt	2		2
			I liten grad	2		3
			I noen grad	14		12
			I stor grad	37		37
			I svært stor grad	45		46

Spørsmål 1 viser resultater kun for elektivt innlagte pasienter
Spørsmål 47 har ikke sammenlignbare resultater fra 2015
Pil opp viser positiv endring fra 2015, pil ned viser negativ endring (p<0,05). Horisontal pil viser ingen signifikant endring fra 2015

Resultater på indikator om pasientsikkerhet

Skåren for pasientsikkerhet blir regnet ut på grunnlag av svarene på tolv enkeltspørsmål. Denne indikatoren forteller hvor stor prosentandel av de avgitte svarene som gir en positiv beskrivelse av pasientsikkerheten under svarernes sykehusopphold. Framgangsmåten i denne beregningen er beskrevet i Vedlegg 2.

Tabell 5: Vektede resultater på indikator for pasientsikkerhet

Antall	Gjennomsnitt	Endring fra 2015	Prosentandel som har svart positivt på alle besvarte spørsmål	Snitt hele landet 2019
610	85	↓	35	86

Tabell 6: Vektede resultater på enkeltspørsmål om pasientsikkerhet

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015	Hele landet 2019 (%)
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	594	Ikke i det hele tatt	3	→	3
			I liten grad	6		6
			I noen grad	20		21
			I stor grad	53		49
			I svært stor grad	19		22
31	Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?	611	Ikke i det hele tatt	73	→	78
			I liten grad	14		11
			I noen grad	9		7
			I stor grad	3		3
			I svært stor grad	1		2
32	Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet (f.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt)	612	Nei	87	→	87
			Ja, én gang	9		9
			Ja, flere ganger	4		3
33	Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?	609	Nei	96	→	96
			Ja, én gang	2		2
			Ja, flere ganger	2		2
34	Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?	607	Nei	89	→	90
			Ja, én gang	8		7
			Ja, flere ganger	4		3
35	Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?	527	Ikke i det hele tatt	83	→	82
			I liten grad	9		10
			I noen grad	6		5
			I stor grad	2		2
			I svært stor grad	1		1

Tabell 6 forts.

Spm-nr	Spørsmål	Antall	Svarkategori	%	Endring fra 2015	Hele landet 2019 (%)
36	Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk inngrep eller en undersøkelse?	505	Ikke i det hele tatt	77	→	82
			I liten grad	8		7
			I noen grad	10		6
			I stor grad	2		3
			I svært stor grad	3		3
37	Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte bli feilmedisinert?	552	Ikke i det hele tatt	84	→	87
			I liten grad	7		6
			I noen grad	5		4
			I stor grad	1		1
			I svært stor grad	3		1
38	Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?	533	Ikke i det hele tatt	87	→	87
			I liten grad	5		9
			I noen grad	5		3
			I stor grad	1		1
			I svært stor grad	2		1
39	Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet? (f.eks: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)	586	Nei	87	→	91
			Ja	13		9
40	Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?	231	Ikke i det hele tatt	23	→	28
			I liten grad	10		10
			I noen grad	13		15
			I stor grad	32		26
			I svært stor grad	21		21
43	Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?	456	Ja	71	→	69
			Nei	29		31

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema

FHI
Folkehelseinstituttet

Erfaringene dine med sykehuset

Spørsmålene nedenfor handler om erfaringene dine med sykehuset du har hatt opphold ved, og som er oppgitt i informasjonsskrivet.

Før sykehusoppholdet

1. Måtte du vente for å få et tilbud ved sykehuset?

- ☐ Ja, altfor lenge
- ☐ Ja, ganske lenge
- ☐ Ja, men ikke lenge
- ☐ Nei
- ☐ *Ikke aktuelt*

Pleiepersonalet

2. Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forsto dem?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

3. Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

4. Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

5. Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

6. Opplevde du at pleiepersonalet var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

7. Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din pleie?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

8. Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Legene

9. Snakket legene til deg slik at du forsto dem?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

10. Opplevde du at legene hadde omsorg for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

11. Har du tillit til legenes faglige dyktighet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

12. Hadde legene tid til deg når du trengte det?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

13. Fikk du fortalt legene alt du mente var viktig om din tilstand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

14. Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

15. Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Informasjon

16. Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

17. Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultater av prøver og undersøkelser?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

18. Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose / dine plager?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Organisering

19. Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

20. Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

21. Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

22. Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Pårørende

23. Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Ikke aktuelt*

24. Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Ikke aktuelt*

Standard og omgivelser

25. Fikk du inntrykk av at sykehusets utstyr var i god stand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

26. Fikk du inntrykk av at sykehuset forøvrig var i god stand?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

27. Var rommet du lå på tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

28. Var muligheten for ro og hvile tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

29. Var maten tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

30. Var renholdet tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Pasientsikkerhet ved sykehuset

31. Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

32. Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet?
(F.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt.)

- ☐ Nei
- ☐ Ja, én gang
- ☐ Ja, flere ganger

33. Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?

- ☐ Nei
- ☐ Ja, én gang
- ☐ Ja, flere ganger

34. Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?

- ☐ Nei
- ☐ Ja, én gang
- ☐ Ja, flere ganger

35. Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

36. Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk ingrep eller en undersøkelse?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

37. Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte å bli feilmedisinert?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

38. Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

39. Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet?
(F.eks: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)

- ☐ Nei
- ☐ Ja
- ☐ *Hadde infeksjon før innleggelsen*

40. Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Personalet visste ikke om det*
- ☐ *Ikke aktuelt*

Forberedelse til tiden etter utskriving

41. Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Ikke aktuelt*

42. Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Ikke aktuelt*

43. Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ *Ikke aktuelt*

Sykehusets samarbeid med andre

44. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

45. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten / andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

Samlet vurdering av sykehuset

46. Alt i alt, var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset tilfredsstillende?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

47. Alt i alt, har du hatt utbytte av behandlingen på sykehuset?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ I liten grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I stor grad
- ☐ I svært stor grad

Bakgrunnsspørsmål

48. Stort sett, vil du si din helse er...

- ☐ Utmerket
- ☐ Meget god
- ☐ God
- ☐ Nokså god
- ☐ Dårlig

49. Hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus de siste to årene?

- ☐ 1 gang
- ☐ 2 ganger
- ☐ 3-5 ganger
- ☐ 6-10 ganger
- ☐ Mer enn 10 ganger

50. Hvor er du født?

- ☐ Norge
- ☐ Norden unntatt Norge
- ☐ Vest-Europa unntatt Norden
- ☐ EU-land i Øst-Europa
- ☐ Øst-Europa unntatt EU-land
- ☐ Afrika
- ☐ Asia med Tyrkia
- ☐ Nord-Amerika
- ☐ Sør- og Mellom-Amerika
- ☐ Oseania

51. Var det noen som hjalp deg å fylle ut dette skjemaet?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Her kan du skrive mer om dine erfaringer med sykehuset:

Vedlegg 2: Beregning av indikator for pasientsikkerhet

I denne rapporten blir indikator for pasientsikkerhet beskrevet via svarene på tolv enkeltspørsmål. Først er alle svarene som handler om pasientsikkerhet kodet om, slik at de er todelt. Positive beskrivelser har fått verdien 1, og negative beskrivelser verdien 0. Utregningen av indikatoren er slik:

1. En forutsetning for å få en skår på denne indikatoren er at pasienten har svart på minst halvparten av de tolv enkeltspørsmålene.
2. Det telles hvor mange svar pasientene har avgitt, og hvor mange av svarene som er positive.
3. Pasientens skår regnes ut som prosentandel positive av avgitte svar. F.eks.: En pasient har svart på åtte av de tolv spørsmålene, og seks av svarene er positive beskrivelser: (6/8)*100=75%.
4. Sykehusenes skårer er gjennomsnittet av pasientenes skårer.

Gruppering av svarkategorier til positive og negative svar

Spm nr	Spørsmål	Negative kategorier	Positive kategorier
22	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?	Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
31	Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av sykehuset (etter det du selv kan bedømme)?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
32	Opplevde du administrative feil under sykehusoppholdet (f.eks. rot i papirene, prøvesvar uteble, ble ikke innkalt som avtalt, avtalte undersøkelser ble ikke bestilt)	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
33	Opplevde du at personalet glemte å kontrollere identiteten din?	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
34	Opplevde du at personalet glemte å gi deg viktig informasjon?	Ja, én gang Ja, flere ganger	Nei
35	Fikk du feil eller forsinket diagnose i forbindelse med sykehusoppholdet?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
36	Fikk du unødig skade eller unødig problem som følge av et kirurgisk inngrep eller en undersøkelse?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
37	Opplevde du å få feil medisiner eller på annen måte bli feilmedisinert?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
38	Opplevde du mangelfull håndhygiene (håndvask) blant personalet?	I noen grad I stor grad I svært stor grad	Ikke i det hele tatt I liten grad
39	Fikk du infeksjon i forbindelse med sykehusoppholdet? (f.eks: betennelse/puss i operasjonssår, lungebetennelse, blodforgiftning eller urinveisinfeksjon/blærekatarr)	Ja	Nei
40	Hvis du opplevde feil eller unødig problem i forbindelse med sykehusoppholdet, tok personalet hånd om feilen eller problemet på en tilfredsstillende måte?	Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
43	Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?	Nei	Ja

Vedlegg 3: Resultater på pasienterfaringsindikatorer for alle enheter

Tabellen viser skårene for alle enhetene på de ulike organisatoriske nivåene: sykehus, helseforetak og regionalt helseforetak. Med unntak av Ventetid er erfaringsindikatorene både vektet for frafall og justert for forskjellig sammensetning av pasientgruppene. Ventetid er bare vektet for frafall, og den basert på svarene bare fra elektivt innlagte pasienter.

Sammenligning vektede og justerte skårer for regionale helseforetak

	Pleiepersonalet	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikkerhet
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Helse Midt-Norge RHF	76 +**	75	74 +*	69 +***	78 +***	73 +***	63 +.	66 +*	69	88 +**
Helse Nord RHF	74	74	71	66	75	71	60	63	68	85
Helse Sør-Øst RHF	74	74	72	65	75	71	59	61	67	86
Helse Vest RHF	74	73	71	65	73 -*	69 -***	59	61	64 -**	86

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av regionale helseforetak markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: .p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.*
Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.
Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå p<0,01.

Sammenligning vektede og justerte skårer for helseforetak

	Pleiepersonalet	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikkerhet
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Akershus universitetssykehus HF	70 -**	71	69	62 -.	71	72	54 -.	58	61	82 -**
Finnmarkssykehuset HF	74	74	72	66	76	69	59	65	58	83 -**
Helgelandssykehuset HF	76	76	74	68	79	72	62	66	77 +**	87
Helse Bergen HF	74	74	71	65	73	69	58	58	65	87
Helse Fonna HF	71 -*	69 -**	66 -*	62 -*	72	67 -***	56	60	64	84 -**
Helse Førde HF	75	73	72	68	76	70	60	64	73 +**	88
Helse Møre og Romsdal HF	74	73	72	68	76	64 -***	61	65	68	86
Helse Nord-Trøndelag HF	77 +.	75	74	69 +**	79	75 +***	64	67	66	89 +**
Helse Stavanger HF	74	74	72	66	74	67 -**	61	64	57	85
Helse Sør-Øst private ideelle med opptaksområde	77 +**	75	73	69	77	71	63	59	69	88
Helse Sør-Øst private ideelle spesialsykehus	76 +**	75	74	70 +***	78	75 +***	64 +.	61	66	93 +**
Helse Vest private	75	74	72	69	77	81 +***	66	66	66	90 +**
Nordlandssykehuset HF	74	74	71	66	78	75 +**	60	64	71	86
Oslo universitetssykehus HF	74	75	72	66	77	71	59	57 -.	66	87
St. Olavs hospital HF	77 +*	75	75	69	79	78 +***	64	68	70	89 +**
Sykehuset i Vestfold HF	73	72	71	63	74	71	57	65	77 +**	84
Sykehuset Innlandet HF	76	76 +*	74	68	77	71	63	67	70 +**	88
Sykehuset Telemark HF	73	72	71	64	77	71	63	64	68	86
Sykehuset Østfold HF	69 -**	70	68	58 -**	72	76 +**	52 -.	53 -.		82 -**
Sørlandet sykehus HF	74	74	72	67	77	72	61	64	60 -**	87
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	74	73	71	65	73	71	60	62	66	85
Vestre Viken HF	74	74	73	65	75	68 -***	61	63	68	86

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av helseforetak markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: .p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.*
Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.
Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå p<0,01.

Sammenligning vektede og justerte skårer for sykehus

	Pleiepersonalet	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikkerhet
Nasjonalt	74	74	72	66	75	71	60	62	67	86
Aker sykehus	77	76	72	64	75	72	63	52 -*	69	88
Akershus universitetssykehus Kongsvinger	74	74	73	66	75	70	63	70	76 +**	87
Akershus universitetssykehus Nordbyhagen	68 -***	69 -*	68	60 -***	69 -*	73	52 -*	54	57	81 -**
Betanien Hospital	77	74	73	68	79	78 +***	64	63	71	91 +**
Bærum sykehus	74	75	72	65	75	66 -***	64	64	67	87
Diakonhjemmet sykehus	78	76	73	70	78	73	63	58	67	87
Drammen sykehus	73	74	72	62 -*	72	64 -***	58	65	67	85
Finnmarkssykehuset Hammerfest	73	73	71	64	75	62 -***	56	64	59	80 -**
Finnmarkssykehuset Kirkenes	75	76	73	67	78	80 +***	63	67		86
Førde sentralsjukehus	74	71	70	66	72	68 -***	59	63	72	86
Haraldsplass diakonale sykehus	75	74	72	69	77	81 +***	66	66	65	89 +**
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	80	77	76	73	82	87 +***	65	77 +.	68	95 +**
Haugesund sjukehus	69 -**	68 -**	65 -**	60 -***	69 -.	67 -**	55	55	64	82
Haukeland universitetssjukehus	73	73	71	64	71 -*	69 -**	57	57	64	87
Helgelandssykehuset Mo i Rana	73	73	71	64	75	69	60	64	73	86
Helgelandssykehuset Mosjøen	78	75	74	72	81	77	65	67	83 +**	89
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	78	78 +*	76	71	81	72	65	70	79 +**	88
Kongsberg sykehus	75	76	74	68	75	68 -**	62	66	74 +**	89
Kristiansund sjukehus	78	77	77	74 +***	79	73	69	70	59	90 +**
Kysthospitalet i Hagevik	79 +***	77 +*	76 +*	73 +***	81 +*	75 +*	63	70	68	95 +**
LHL - klinikken Gardermoen	78	80 +**	78	75 +***	86 +.	85 +***	63	70	74 +**	95 +**
Lovisenberg diakonale sykehus	77	76	74	69	76	70	65	60	70	90 +**
Lærdal sjukehus	79 +**	79 +**	77 +*	76 +***	83 +**	78 +***	67	70	72	95 +**
Martina Hansens Hospital	76	76	74	71 +*	76	71	64	58	62 -**	93 +**
Molde sjukehus	72 -*	69 -**	69	65	75	59 -***	58	62	63	84
Nordfjord sjukehus	80	77	75	70	79	77	61	67		88
Nordlandssykehuset Bodø	74	74	70	65	77	72	59	65	71	86

	Pleiepersonalet	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikkerhet
Nordlandssykehuset Lofoten	76	74	75	69	76	74	63	63	71	86
Nordlandssykehuset Vesterålen	77	77	73	70	80	84 +***	63	65	67	86
Odda sjukehus	74	75	74	66	79	70	67	71		87
Orkdal sjukehus	75	74	72	68	75	70	64	63	63	88
Radiumhospitalet	75	73	71	65	76	65 -***	59	60	76 +**	87
Revmatismesykehuset Lillehammer	77	73	71	69	76	80 +***	65	65	64	93 +**
Rikshospitalet	76	75	73	68	80	75	57	58	68	88
Ringerike sykehus	78	76	75	70	80	78 +***	62	63	69	89
St. Olavs hospital	78	76	76	70	80	80 +***	65	71	72	89
Stavanger universitetssjukehus	74	74	73	67	74	67 -***	61	64	57	85
Stord sjukehus	73	71	69	65	74	69 -*	55	67	64	86
Sykehuset i Vestfold	73	72	71	64	74	71	58	66	77 +**	84
Sykehuset Innlandet Elverum	75	76	74	68	77	74	63	68	66	89
Sykehuset Innlandet Gjøvik	75	75	73	67	75	71	62	68	71	86
Sykehuset Innlandet Hamar	74	73	72	65	77	65 -***	61	66	65	84
Sykehuset Innlandet Lillehammer	77	78	75	68	77	70	68	70	78 +**	90 +**
Sykehuset Innlandet Tynset	81 +***	78	77	76 +***	85 +***	78 +***	68	61	73 +**	92 +**
Sykehuset Levanger	78	76	76	71	81	76	65	69	65	89 +**
Sykehuset Namsos	76	74	73	68	77	75	65	66	68	88
Sykehuset Telemark Notodden	73	72	70	66	74	73	61	66	73	86
Sykehuset Telemark Skien og Porsgrunn	74	73	71	64	78	71	64	64	67	86
Sykehuset Østfold	69 -***	70 -.	69	59 -***	72	76 +*	52 -*	54 -*		82 -**
Sørlandet sykehus Arendal	73	74	72	67	75	69 -.	56	61	56 -**	87
Sørlandet sykehus Flekkefjord	79 +*	79 +*	77	75 +***	85 +***	82 +***	69	74 +.	64	91 +**
Sørlandet sykehus Kristiansand	74	74	72	67	77	73	63	65	63	86
Ullevål sykehus	73	75	72	65	75	69	60	56	58	85
UNN Harstad	78	77	74	70	77	70	66	59	65	87
UNN Narvik	74	72	71	67	78	70	62	65	67	87
UNN Tromsø	74	74	71	64	71	71	58	64	66	84
Volda sjukehus	80 +**	81 +***	80 +***	74 +***	85 +***	75	71 +**	73	69	90 +**
Voss sjukehus	77	75	73	70	82	74	65	66	63	89

	Pleiepersonalet	Legene	Informasjon	Organisering	Pårørende	Standard	Utskrivning	Samhandling	Ventetid	Pasientsikkerhet
Ålesund sjukehus	72	72	69	66	74	61 -***	58	63	72	84

*Dersom en enhets resultat er statistisk signifikant dårligere eller bedre enn gjennomsnittet av sykehus markeres dette med henholdsvis - eller + i kolonnen for gjennomsnitt. Det aktuelle signifikansnivået vises ved symboler slik: .p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.*
Eventuelle blanke celler betyr at det er få svarere eller at den statistiske usikkerheten er stor.
Resultatene er vektet og justert med unntak av ventetid som bare er vektet og testet med signifikansnivå p<0,01.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Published by Norwegian Institute of Public Health

November 2020

Bestilling/Order: Kun tilgjengelig som PDF.
Lastes ned fra www.fhi.no
Only available as PDF from www.fhi.no

ISSN: 1890-1565

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.02.2021
Arkivsak:	2020/9729-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Statusrapport interne revisjoner UNN, årlig rapport

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomfører systematisk interne revisjoner på foretaks- og klinikk-/senternivå. Det besluttes årlig revisjonsprogram både på foretaks- og klinikk-/senternivå. Revisjoner på foretaksnivå gjennomføres i hovedsak som systemrevisjoner og ledes av erfarne rådgivere fra Kvalitetsavdelingen, Fag- og kvalitetsstenteret.

Formål

Formålet med saken er å gi styret oversikt over og status for oppfølging av interne revisjoner gjennomført i 2020.

Saksutredning

Det anbefales en systematisk rapportering til styret for at styret ved UNN skal få bedre oversikt og nærmere innsyn i funn etter interne revisjoner og planer for oppfølging i helseforetaket. Anbefalt rapportering foreslås som følger:

1. Oversikt over gjennomførte interne revisjoner

Det anbefales at Fag- og kvalitetssenteret innehar oppgaven med å samle inn informasjon, og utarbeide forenklet rapport med status for interne revisjoner på foretaksnivå årlig. Rapporten presenteres for styret årlig i første tertial, gjeldende for forutgående år. Foreslått mal for rapportering er benyttet for å rapportere i denne saken.

2. Rapporter etter internrevisjoner

Det anbefales at revisjonsrapport og handlingsplan presenteres for styret der hvor revisjoner er gjennomført som systemrevisjoner på foretaksnivå. Foreslått mal for rapportering er benyttet i denne saken, og er sammenfallende med malen som benyttes for rapportering av eksterne tilsyn og revisjoner. I denne saken vedlegges oppsummering av systemrevisjoner gjennomført i 2020 til orientering, da ny praksis anbefales innført gjeldende fra vedtaksdato i styret.

Vurdering

Den foreslåtte rapportering vil gi styret en bedre oversikt over gjennomføring av besluttet revisjonsprogram, samt nærmere innsyn i funn og oppfølgning av systemrevisjoner på foretaksnivå. Direktøren anbefaler at styret godkjenner forslaget til rapportering.

Oppfølgende arbeid etter revisjoner og ulike eksterne tilsyn er et område som er i kontinuerlig forbedring. Sammenfallende funn gjøres i ulike undersøkelser, og kunnskap om dette gjør at UNN nå arbeider med metodikk for å sammenstille funn slik at oppfølging av enkeltrapporter også blir styrking av kvalitet i hele organisasjon. Ett eksempel på dette er utarbeidelse og publisering av læringsnotat.

Direktøren anbefaler at styret tar statusrapport og rapporter etter internrevisjoner til orientering

Konklusjon

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Statusrapport- internrevisjon UNN* gjeldende for 01.01.2020 til og med 31.12.2020 til orientering.

Vedlegg:
1. Statusrapport interne revisjoner for 2020
2. Samlet rapportering systemrevisjoner 2020 *(Unntatt off jf. offl § 14)*

Elements	Revisjonsnr	Type revisjon	Revisjons tema/navn	Status	Kommentar til status	Klinikksjef rev.part informert	KU informert	Styret informert
2020/1981	R04/20	Systemrevisjon	Smittevern		4 avvik, ikke utarbeidet handlingsplan/tiltak iverksatt som følge av pågående koronapandemi	Ja	Nei (korona)	Nei
2020/7021	R07/20	Systemrevisjon	Transfusjon av blodprodukter		Ingen avvik, gitt anbefalinger/ revisjon avsluttet	Ja	Nei (sak til HT)	Nei
2020/6337	R08/20	Systemrevisjon	Overføring av pasienter mellom sykehus i UNN		Ingen avvik, gitt anbefalinger/ revisjon avsluttet	Ja	Ja (sak31/20)	Nei
2020/7518	R09/20	Systemrevisjon	Utlokaliserte pasienter		Utarbeidet handlingsplan under oppfølging	Ja	Ja (sak14/20)	Nei
2020/3936	R10/19	Systemrevisjon	Innhold epikriser		Ingen avvik, gitt anbefalinger/ revisjon avsluttet	Ja	Nei (korona)	Nei
2020/835	R09/19	Systemrevisjon	Traumemottak		Ingen avvik, gitt anbefalinger/ revisjon avsluttet	Ja	Ja (sak22/20)	Nei
	R01/20	kontroll myndighetskrav	HMS inkl ytre miljø		Avvik lukket/ revisjon avsluttet	Ja	Nei	Nei
	R05/20	kontroll myndighetskrav	Legemiddelhåndtering		Utarbeidet handlingsplan under oppfølging	Ja	Nei	Nei
	R06/20	kontroll myndighetskrav	Legemiddelhåndtering		Utarbeidet handlingsplan under oppfølging	Ja	Nei	Nei

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

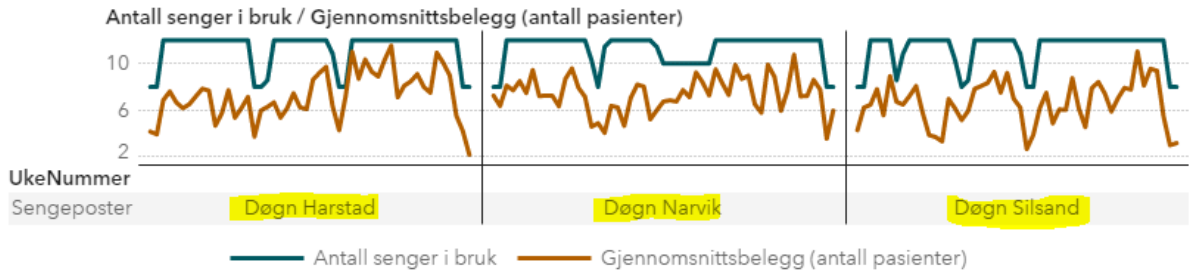
Avdeling RESH	Sengeposter	Belegg % i år	Belegg i % i fjor	Liggedøgn hiå	Liggedøgn hif	Endr. liggedøgn
Avdeling sør (700762)	Døgn Harstad	62,3 %	64,1 %	1 943	2 053	−110
	Døgn Narvik	64,7 %	64,9 %	2 105	2 249	−144
	Døgn Silsand	58,0 %	58,0 %	1 870	1 845	25
Delsum: Avdeling sør (700762)		**61,7 %**	**62,4 %**	**5 918**	**6 146**	**−229**
Total		**61,7 %**	**62,4 %**	**5 918**	**6 146**	**−229**

Senger i bruk 2018, 2019 og 2020

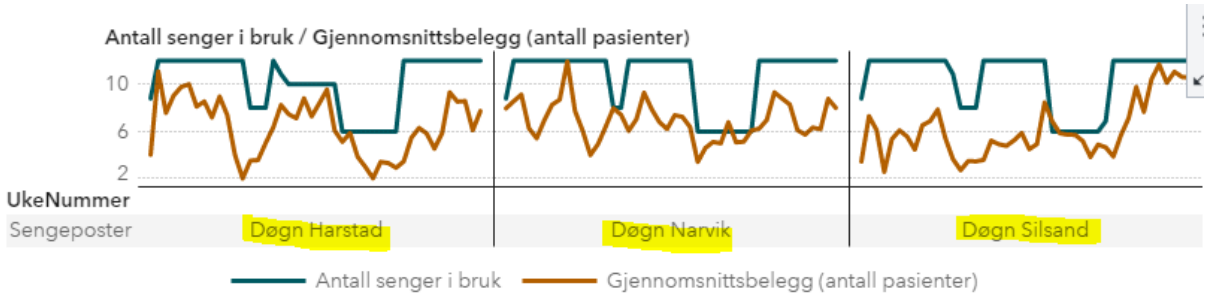
Kapasitet og snitt antall pasienter aktuelle uker

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

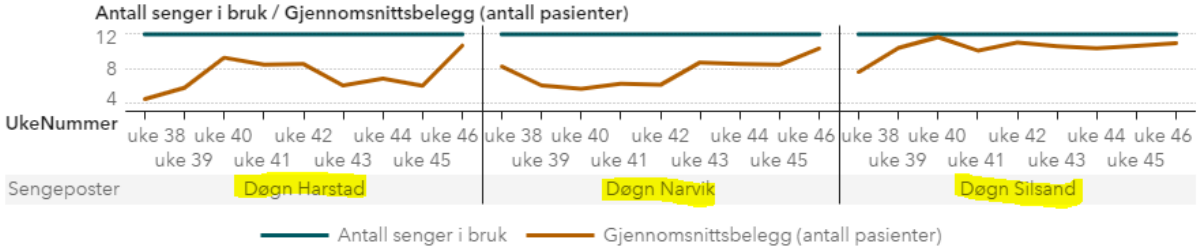
2019



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:	**13/2021**
MØTEDATO:	**10.02.2021**
ARKIVSAK:	2021/5-1
SAKSBEHANDLER:	Ingrid Lernes Mathiassen

Referatsaker til styret 10.02.2021

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 09.12.2020
2. Referater fra møter i Kvalitetsutvalget, datert 15.12.2020 og 26.1.2021
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

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEREFERAT

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato:	**Onsdag 9.12.2020 kl 09.00-14.10**
Møtested:	Skypemøte
Tilstede:	**Medlemme**r*:* Kirsti Baardsen (leder), Paul Dahlø (nestleder), Hans-Johan Dahl, Nina Nedrejord, Terje Olsen, Siv-Elin *Reitan (til kl 11.45)*, Merete Krohn, Merethe Saga Lønnum, Ingolf Kvandahl, Mildrid Pedersen, Thomas Engelskjøn
Fra adm.:	Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen Administrasjonsulent Hilde A. Johannessen (referent)
Forfall	Ulf J. Bergstrøm

Saksliste

BU-48/20 **Godkjenning av innkalling og saksliste**

Innkalling og saksliste ble gjennomgått. Tidligere BU-sak 46/20 - *Bedre oppfølging av legemidler ved UNN* er utsatt til møte i februrar 2021.
Saker til eventuelt:

- Arbeidgruppe – pårørende
- Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) – foreldre med barn under 18 år
- Møtehonorar til Brukerutvalget

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste med de endringer som fremkom.

BU-49/20 **Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 10.11.2020**

Referatet ble gjennomgått.

Vedtak Referatet ble godkjent.

BU-50/20 **HC Parkering ved hovedinngang UNN (tidl BU 37/20) og HC Parkering for biler med heis og korttidsparkering**

Tidsbegrensningen på 3 timer for å kunne parkere på HC-parkering nærmest hovedinngangen blir noen ganger for kort dersom pasienten for eksempel har flere timeavtaler ved UNN.

HC parkering for biler med heis har i dag egne plasser. Dette oppleves som en forfordeling av HC-biler med heis.

Forslag til vedtak:
1. Ettersom godkjent HC parkeringskort for forflytingshemmede tildeles ut ifra et dokumentert behov, og Statens vegvesen setter opp mål på HC parkeringsplasser for å dekke ulike biler, skulle det ikke være nødvendig med egne regler på HC parkering ved UNN. En forutsetning er at alle HC parkeringsplasser utformes etter standard mål.

2. Unngå underskilt på HC parkering som skiller mellom hvem som kan parkere enten det er biler med eller uten heis eller pasienter fremfor ansatte.

3. Korttidsplassene med begrensning på 3 timer bør enten utvides til f.eks. 4 timer eller ha en mulighet for ekstra lapp i vinduet som hindrer bot.

Vedtak Brukerutvalget er enig i forslag til vedtak som er fremmet. Administrasjonen formidler innspillene til Parkeringsutvalget.

BU-51/20 **Etablering av en intern TV-kanal i UNN; «Pingvin-TV»**
Målet er å opprette en intern TV-kanal for pasienter ved UNN med kulturtilbud, informasjon om servicetilbud og annen klinisk informasjon fra avdelingene. Tilbudet skal være tilgjengelig ved UNN sine lokalisasjoner i Harstad, Narvik og Tromsø. Kulturavdelingen ønsker en brukerrepresentant til dette prosjektet.

Vedtak Brukerutvalget stiller seg svært positiv til forslaget, og har valgt Merethe Saga Lønnum som brukerrepresentant til prosjektet. Administrasjonen formidler kontaktinformasjon.

BU-52/20 **Direktørens time**
Svar på bestillingen fra møte i Brukerutvalget 10.11.2020:
- **Utskrivningsklare pasienter - Brukerutvalget forstår det slik at det mangler palliative plasser i kommunen som hindrer utskrivning av pasienter fra UNN. Hvordan stiller UNN seg til dette?**
Mottatt svar fra rådgiver Marit Bergh, Samhandlingsavdelingen:
UNN erfarer at pasienter med behov for lindrende behandling prioriteres av kommunene for å få plass så raskt som mulig. En god plan for oppfølging med beskrivelse av satsningsnivå og forslag til tiltak er særdeles viktig for disse pasientene.
Dette krever et godt samarbeid og at forhold vedrørende pasientens behov, forventet fremtidige utvikling og medisinering, er beskrevet i pasientjournal. Når det gjelder pasienter tilhørende Tromsø kommune er vi økende bekymret med tanke på antall tilgjengelige plasser/kapasitet for heldøgns omsorg. Dette gjelder også denne gruppen.

- **Pakkeforløp hjerneslag. Hva er status ved UNN vedrørende dette?**
Mottatt svar fra seksjonsoverlege Linn Hofsøy Steffensen, Nevro-, hud- og revmatologisk avdeling

Vi er godt i gang med pakkeforløp hjerneslag. Det som gjenstår er å få i gang tre måneders konsultasjon med lege, og ved behov, tverrfaglig team. Per i dag skjer dette kun i form av samtale med sykepleier i forbindelse med registrering i hjerneslagregistret. Flest utfordringer med å få ned prehospital tidsbruk

- *Pasienten tar ikke kontakt tidsnok*
- *Store avstander i vårt lokalsykehus nedslagsfelt*
- *Transporten er i mange tilfeller helt avhengig av værforholdene*
- *Samtidighetskonflikt vedrørende lufttransport*

Mottatt svar fra seksjonsleder Disa Håkstad, Fysikalsk- og Rehabiliteringsmedisinsk seksjon Tromsø/Narvik

Rehab.medisinsk sengepost blir koblet inn i de tilfeller der det blir bedt om tilsyn for vurdering av videre rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Lokalsykehuspasienter med behov for spesialisert rehabilitering i sykehus blir tilbudt plass ved vår avdeling. Rehab.medisinsk sengepost Tromsø har også regionalt ansvar for unge pasienter med store utfall og pasienter som er hemikraniektomert. Det etterstrebes at minst 80% av de aktuelle pasientene tas imot innen 7 kalenderdager i hht. målepunkt 11A i Pakkeforløpet.

- Status for Diabetesplanen for UNN. Hva skjer nå?

Mottatt svar fra Ragnar Joakimsen, overlegeMedisinsk klinikk:

Sak om Diabetesplan ble behandlet i styremøtet i Helse Nord den 26/11-20, *Sak 157-2020 – Regional handlingsplan for Diabetes, 2014-2019 - hovedfunn av evaluering av planen og videre tiltak.*

Jeg/Man oppfatter at styret i Helse Nord har gjort det de kan for å støtte diabetes-team, og at de ser behovet for å tilrettelegge for legedekningen. Men det er ikke spesifisert godt hva som skal skje.

Diabetesteamet i Bodø har blitt svekket: To erfarne diabetes-sykepleierne har sluttet, og overlege Tor Claudi er pensjonert.

Jeg er leder i fagrådet, og fagrådets oppgave er å gi råd til Helse Nords fagdirektør. Jeg oppfatter at ballen nå ligger delvis hos direktør i Helse Nord (som har fått oppdraget fra styret). Mhp. situasjonen i Bodø, så er det Nordlandssykehuset som har den ballen.

Ny bestilling:

-Hvordan følger Direktøren opp at tjenestene for vask av tøy til UNN er tilfredsstillende?

Svar mottatt fra driftssjef Harald Uhre ved Nor-Tekstil AS:

Det er Nor-Tekstil AS som forestår all vask av tøy til UNN.

Alle våre kjemikalier tilfredsstiller kriteriene for bruk i Svanemerket vaskeri, der kravet er at vaskemidlene ikke kan inneholde stoffer som er allergifremkallende med risikosetningene Xn med R42 og/eller Xi med R43.

Vi har et system for kontinuerlig prosesskontroll av skyllevannet, der pH korrigeres automatisk for å sikre nøytralisering etter vaskeprosessen. Vi gjennomfører også daglige manuelle målinger, der vi raskt vil avdekke avvik i vaskeprosessen eller feil dosering.

Det ingen tekstilbehandlingsprosesser som er mer allergivennlig enn våre, og vi opplever svært sjelden at dette er et tema knyttet til konkrete saker, med påvist allergisk reaksjon. Om man kan benytte bekledning og sengetekstiler til vanlig så kan man benytte våre.

I henhold til Norges astma- og allergiforbund er det likevel ingenting som er

allergifritt. Det er alltid en mulighet for at et individ vil oppleve en reaksjon. Gå også gjerne selv inn på hjemmesidene til nordisk miljømerking: www.svanemerket.no

Viseadministrerende direktør Marit Lind orienterte:

Revidering av UNNs overordnede strategi:
Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge er ansvarlig for strategiarbeidet ved UNN. I forbindelse med revideringen av UNNs overordnede strategi er det nedsatt en arbeidsgruppe der Brukerutvalget har en representant. Arbeidsgruppen arbeider med å finne prosesser rundt hva strategien skal inneholde. Ny strategiplan vedtas i UNN sitt styremøte i april 2021. Brukerutvalget ønsker et arbeidsmøte før høringsuttalelse i saken. Marit Lind formidler dette til Einar Bugge.

Pandemien:
UNN har utarbeidet en beredskapsplan for å skalere opp både senge- og intensivkapasiteten for å ivareta Covid-19 pasienter ved behov. Lagebeholdning på smittevernutstyr er god. Hurtigtester brukes der det er nødvendig. Vaksinering er forhåpentligvis klar ut på nyåret, dette arbeidet reguleres nasjonalt. Det er kjent at Tromsø kommune ikke har kapasitet for å ta imot utskrivningsklarepasienter fra UNN. Dette fører til ekstra utfordringer til beredskapen for Covid-19 pasienter.

Vedtak: Brukerutvalget stiller krav om at pakkeforløp for hjerneslag følges opp i alle ledd i tråd med pakkeforløpenes tilrådinger. Brukerutvalget tilrår at det formidles kontakt med organisasjonene som har medlemmer som er slagrammede, for eksempel LHL og Landsforeningen for slagrammede.

Brukerutvalget setter fokus på at Helse Nord utarbeider ny Diabetesplan for hele Nord-Norge.

BU-53/20 Helsefellesskap

Avdelingsleder Magne Nicolaisen ved Samhandlingsavdelingen orienterte om status. I helsefellesskapene skal representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Helsefellesskap skal erstatte OSO, men OSO er operativ til Helsefellesskapet formelt blir etablert i partnerskapsmøte 22.4.2021. Se vedlegg.

Vedtak Brukerutvalget takker for en god orientering.

BU-54/20 Pårørende til barn over 18 år

Juridisk rådgiver Leif Nohr ved Kvalitets- og utviklingssenteret orienterte. Det er ingen automatikk i hvem som er nærmeste pårørende, det er den personen som pasienten oppgir. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi dette, er det de som yter helsehjelp som må ta stilling til hvem som er nærmeste pårørende. Pårørendes rettigheter – En oversikt for helsepersonell i den psykiske

helsetjenesten og rustiltak. Se vedlegg.

Vedtak Brukerutvalget var fornøyd med å få avklart de juridiske sidene ved dette temaet, og tar med seg de ulike synspunkter og innspill videre.

BU-55/20 Orienteringssaker
BU-55/20-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgruppe

	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. Apotek med ekspedisjon og produksjon ved NUN. Omsetning over disk gått ned.
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	Tema i Direktørens time 9.12.2020. Stormottakersatsing og PHST har vært tema.
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 fagområder i NOR og K3K	Kirsti Baardsen Paul Dahlø vara	Prøve på en fornuftig fordeling av de tre UNN-lokaliseringer - hvor skal behandling plasseres.
32	Arbeidsgruppe om helsefellesskap	Paul Dahlø	Paul informerte. Etableringsmøte 22.4.2021
33	Kunstig intelligens innen radiologisk diagnostikk	Ulf Bergstrøm	Flerårig prosjekt.
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	
37	Stormottakersatsingen	Ulf J Bergstrøm	
38	Revisjon av UNNS overordnede strategi	Merethe Saga Lønnum	Merethe sender info til adm. som videresender til BU. Må være ferdig til 16.12.

Vedtak Brukerutvalget vedtar endringer i representasjon og sekretariatet følger opp der det er aktuelt.

BU-56/20 **Referatsaker**

Det ble referert følgende referatsaker:

1. Referat fra møte i Ungdomsrådet, 2.-3.10.2020
2. Referat fra møter i BU Nordlandssykehuset, 26.10.2020
3. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 11.11.2020
4. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, 24.11.2020
5. Referat fra møter i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, 30.11.2020

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

BU-57/20 **Eventuelt**

1. Arbeidsgruppe – pårørende

Brukerrepresentant Merethe Saga Lønnum orienterte.
Hun ser behovet for en pårørendegruppe for psykisk helse og rus.Det opprettes en arbeidsgruppe med oppgave å fremlegge et forslag til innspill til UNN og Lærings- og mestringssenteret.

Vedtak Brukerutvalget opprettet en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen ledes av Merethe Saga Lønnum, og arbeidsgruppen kommer tilbake med et resultat i neste møte i BU i februar 2021.

2. Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) – foreldre med barn under 18 år

Brukerrepresentant Merethe Saga Lønnum orienterte. Ønsker en orientering i Brukerutvalget fra UPS om dette arbeidet.

Vedtak Brukerutvalget inviterer UPS til neste møte i Brukerutvalget og administrasjonen gjør nødvendige forberedelser.

3. Møtehonorar til Brukerutvalget

Utdrag fra presseprotokoll Helse Nord RHF 29.4.2020,sak 59/20:

2. Møtehonorar til brukerutvalgene i Helse Nord RHF og alle helse-foretakene i Helse Nord fastsettes fra og med 1. januar 2020 som følger:
a. Fysiske møter, uansett varighet: kr. 1.960,-
b. Telefon- videomøter over 2,5 timer, ifølge oppsatt møtetid: kr. 1.960,-
c. Telefon- videomøter inntil 2,5 timer, ifølge oppsatt møtetid: kr. 980,-

3. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å sette i gang et arbeid for å videreutvikle systemet for godtgjørelser ved brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå i Helse Nord RHF og alle helseforetakene i Helse Nord med mål om å harmonisere godtgjørelsene for dette arbeidet regionalt.

Kirsti Baardsen (sign.)
utvalgsleder

Hilde A Johannessen(sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 9.12.2020
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

UTKAST

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Referat fra møte i Kvalitetsutvalget UNN

Tid: Tirsdag 15.12.2020 12.30-14.30
Sted: Direktørens møterom – UNN-Breivika-D1-707 UNN.D1-707@uc.nhn.no
Biblioteket – UNN-Breivika-D1-704 - UNN.D1-704@uc.nhn.no

Tilstede	Administrerende direktør	Anita Schumacher *(møteleder)*
	Viseadministrerende direktør	Marit Lind
	Driftsleder Narvik	Gry Andersen
	Drifts- og eiendomssjef	Grethe Andersen
	Klinikksjef MED-klinikk	David Johansen – *til 14.00*
	Klinikksjef HLK-klinikken	Kristian Bartnes
	Forsknings- og utdanningssjef	Einar Bugge
	Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken	Elin Gullhav
	Klinikksjef OpIn-klinikken	Eva-Hanne Hansen
	Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken	Tordis Sørensen Høifødt
	Driftsleder Harstad	Gina Johansen
	Kommunikasjonssjef	Hilde Annie Pettersen Kvalvik
	Fungerende personal- og organisasjonssjef	Mai-Liss Larsen
	Fagsjef, Fag- og Kvalitetssenteret	Haakon Lindekleiv
	Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk	Jon Mathisen
	Klinikksjef Diagnostisk klinikk	Kate Myreng
	Klinikksjef NOR-klinikken	Bjørn Yngvar Nordvåg
	Foretaksverneombud	Einar Rebni
	Senterleder E-helse og IKT	Markus Rumpsfeld
	Økonomisjef UNN	Lars Øverås
	Brukerutvalgsmedlem	Merethe Saga Lønnum *(vara)*
Forfall	Leder Brukerutvalget	Kirsti Baardsen
	Smittevernoverlege	Torni Myrbakk
	Klinikksjef K3K-klinikken	Rolv-Ole Lindsetmo
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen	Grete Steinry Åsvang
	Rådgiver Kvalitetsavdelingen	Mette Fredheim
	Rådgiver Kvalitetsavdelingen	Hans Petter Bergseth
	Avdelingsleder MED-avd. Harstad	Hanne Frøyshov
	Rådgiver E-helse og IKT/ Innføringsleder for prosjekt Metavision	Janne Kristin Nilssen
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
32/20	**Godkjenning av agenda og referat fra KU-møtet 24.11.2020** *(Elements 2020/75)*	

	Referat vedlagt	Anita Schumacher 12.30 -12.35
	Agenda og referat ble godkjent med en endring. *Kommentar til referat:* *Sak 31/20 – OPIN tas med i pkt. 2*	
33/20	**Handlingsplan tilsynssak blodtransfusjoner**	
	Orienteringssak *Saksfremlegg og PP-presentasjon vedlagt*	Haakon Lindekleiv 12.35 – 12.55
	Beslutning 1.Kvalitetsutvalget tar saken til orientering og ber om å bli forelagt den planlagte internrevisjonen når denne er gjennomført høsten 2021. 2.Kvalitetsutvalget ber klinikksjefene følge opp internt at ansatte som har fått tildelt, men ikke gjennomført opplæringsplanen *UNN-transfusjon*, gjennomfører denne.	KU-møte 4. kvartal 2021 Klinikksjefer/ Frist 28.02.2021
34/20	**Nasjonale kvalitetsindikatorer. Nye tall fra Helsedirektoratet 3. desember 2020**	
	Diskusjonssak *Saksfremlegg og PP-presentasjon vedlagt.*	Hans Petter Bergseth 12.55 – 13.15
	Beslutning 1.Kvalitetsutvalget ber klinikkene følge opp egne resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer. 2.Kvalitetsutvalget anbefaler at resultatene fra de nasjonale kvalitetsindikatorene presenteres for styret sammen med en kort redegjørelse for tiltak på et par av forbedringsområdene. 3. Kvalitetsutvalget ber om å få presentert erfaringer fra forbedringsarbeid på *indikatorene hoftebrudd innen 24 og 48 timer* i et senere møte.	Styremøte/ Frist: 10. feb 2021 Klinikksjef OPIN og NOR/ høsten 2021

35/20	**PasOpp 2019**	
	<u>Diskusjonssak</u> Resultatene fra PasOpp ble presentert i møtet. Det ble ikke tid til diskusjon vedrørende oppfølging av resultatene. *Saksfremlegg, vedlegg (5) og PP-presentasjon vedlagt*	Haakon Lindekleiv 13.15 – 13.35
	<u>Beslutning</u> Kvalitetsutvalget ber KVAM-utvalgene diskutere funnene i PasOpp og utarbeide handlingsplaner for hvordan pasientopplevelsen kan bedres. Kvalitetsutvalget ber om at klinikksjefene redegjør for dette arbeidet i fellesmøtet mellom AMU og Kvalitetsutvalget våren 2021 Kvalitetsutvalget ber om at diskusjon om hvordan vi bruker resultatene fra PasOpp tas tilbake til utvalget for vurdering våren 2021.	Klinikksjefer/ KU-møte 02.03.2021
36/20	**Trygg innføring av Metavision 2020**	
	<u>Orienterings-/diskusjonssak</u> *Saksfremlegg, vedlegg (2) og PP-presentasjon vedlagt*	Hanne M. Frøyshov Janne Kristin Nilssen 13.35 – 14.30
	<u>Beslutning</u> 1. Kvalitetsutvalget ber om at lederteam UNN Harstad nedsetter et utvalg som, sammen med innføringsprosjektet, utarbeider og leverer en kort rapport fra innføringen ved UNN Harstad til neste møte. 2. Rapporten kan være del av vurderingsgrunnlaget for en sak om hvordan UNN skal arbeide med forbedring av slike prosesser.	KU-møte/ 26.01.2021
Eventuelt		
Ingen saker tilkommet under eventuelt		

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 26.01.2021 12.30-14.30
Sted: Direktørens møterom – UNN Breivika D1-707

Tilstede	Administrerende direktør	Anita Schumacher *(møteleder)*
	Viseadministrerende direktør	Marit Lind
	KVALUT-sjef	Einar Bugge
	Personalsjef	Gøril Bertheussen
	Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken	Elin Gullhav
	Fagsjef, KVALUT	Haakon Lindekleiv
	Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk	Jon Mathisen
	Smittevernoverlege	Torni Myrbakk
	Klinikksjef NOR-klinikken	Bjørn Yngvar Nordvåg
	Hovedverneombud	Tove Cathrine Mack
	Klinikksjef OpIn-klinikken	Eva-Hanne Hansen
	Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken	Tordis Sørensen Høifødt
	Klinikksjef Medisinsk klinikk	David Johansen
	Driftsleder Narvik	Gry Andersen
	Drifts- og eiendomssjef	Grethe Andersen
	Klinikksjef HLK-klinikken	Kristian Bartnes
	Økonomisjef UNN	Lars Øverås
	Leder Brukerutvalget	Kirsti Baardsen
	Klinikksjef Diagnostisk klinikk	Kate Myreng
	Kommunikasjonssjef	Hilde Annie Pettersen Kvalvik
	Driftsleder Harstad	Gina Johansen
	Senterleder E-helse og IKT	Markus Rumpsfeld
	Avdelingsoverlege Gastrokirurgisk avdeling	Stig Norderval *(for K3K)*
Forfall	Klinikksjef K3K-klinikken	Rolv-Ole Lindsetmo
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen	Grete Steinry Åsvang
	Rådgiver Kvalitetsavdelingen	Hege Signete Fredheim-Kildal
	Pasientsikkerhetskoordinator, Kvalitetsavdelingen	Mette Fredheim
	Medisinskfaglig rådgiver Kvalitetsavdelingen	Marte Lødemel Henriksen
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Saksnr.	Sakstittel	Ansvarlig
01/21	**Godkjenning av saksliste og referat fra KU-møtet 15.12.2020** *(Elements 2020/75)*	
	Referat vedlagt	Anita Schumacher 13.30 -13.35

	Saksliste og referat ble godkjent uten endringer.	
02/21	**Hendelsesanalyse pasienthendelse – UNN Narvik og Tromsø kommune**	
	Beslutningssak	Hege Signete Fredheim-Kildal 13.35 – 14.15
	1. Kvalitetsutvalget tar presentert hendelsesanalyse til orientering 2. Kvalitetsutvalget ber om at læringspunktene fra rapporten presenteres for alle ansatte i UNN på onsdagsmøtet 10.2.21 3. Kvalitetsutvalget ber Fag- og kvalitetssenteret lede en arbeidsgruppe med deltagelse fra NOR, HLK og K3K som skal utarbeide et forslag til rutiner i UNN for: - Hvilken standard informasjon skal gis til pasienter om hvem de skal kontakte om hvilke symptomer etter et inngrep? - Hvordan skal informasjonsskriv til pasienter etter dagkirurgi/-behandling gis (selvstendig skriv eller mal i journalen)? - Hvordan skal henvendelser fra pasienter håndteres dersom pasienter kontakter sykehuset etter dagkirurgi/-behandling? 4. Handlingsplan med status i tiltaksarbeid oversendes som skriftlig orientering til Kvalitetsutvalget senest oktober 2021 *Saksfremlegg vedlagt* *Presentasjonen ble gitt muntlig og ikke sendt ut da den er unntatt offentlighet.*	Haakon Lindekleiv/ *10.02.2021 (tentativt)* Haakon Lindekleiv/ Frist 01.11.2021 Haakon Lindekleiv/ Frist 31.10.2021
03/21	**Kvalitetsatlas – resultater fra nasjonale kvalitetsregistre**	
	Beslutningssak	Haakon Lindekleiv 14.15 – 15:00
	1. Kvalitetsutvalget diskuterte saken og ga innspill på hvordan oppfølgningen av arbeidet kan styrkes i UNN.	

UTKAST

	2. Fagsjef bes forelegge ledergruppen et forslag til hvordan oppfølgningen av resultatene fra de medisinske kvalitetsregistrene kan styrkes. *Saksfremlegg vedlagt*	Haakon Lindekleiv/ Frist 28.2.2021
04/21	**Oppnevning-/reoppnevning av medlemmer til pasientsikkerhetsutvalget i UNN**	
	Beslutningssak	Haakon Lindekleiv 15.00 – 15:10
	Kvalitetsutvalget anbefaler at Direktøren godkjenner revidert mandat og sammensetning av Pasientsikkerhetsutvalget med innspill som kom frem i møtet. *Saksfremlegg og vedlegg vedlagt*	
Eventuelt		
Ingen saker tilkommet under eventuelt		

UTKAST

SALANGEN KOMMUNE
Ordfører

Vår dato: 18.01.2021

Vår ref.: 20/952 - 4
Arkiv: FA-G70, TI-&13

Saksbehandler, dir. telefon:
Sigrun Wiggen Prestbakmo, 481 80 945

Deres ref.:

Universitetssykehuset Nord-Norge Hf
Postboks 100
9038 TROMSØ

Til styret i UNN HF vedrørende endringer i avdeling for pykisk helse og rus.

73:2

Salangen kommune ble ad omveier tipset om at det var lagt til rette for endringer i avdeling sør, psykisk helse- og rusklinikken i oktober 2020. Etter undersøkelser ble det klart at vi kunne be om et møte, for å gi innspill, i tillegg til å gi et skriftlig innspill. Avdelingen hadde opprinnelig vurdert regionrådene som høringsinstans, men det var blitt gitt tilbakemelding om at vertskommuner og samarbeidskommuner var rette instanser. Jeg vil gjøre oppmerksom på at regionrådene er interkommunale politiske råd, og ikke forvaltningsnivå som kan uttale seg på vegne av kommunene i slike saker.

Da vi ble kjent med igangsatt prosess, og møtte avdleingsleder samt klinikklederne ved Narvik og Silsand, var representantene fra Salangen samstemte i sitt innspill. Vi stilte med ordfører, administrasjonssjef, leder/fagleder ved miljøtjenesten (rus og psykiatri), kommuneoverlege og ledende helsesøster. Innspillet kan leses i møtereferat og i vårt skriftlige innspill.

Det er en dramatisk endring som er foreslått nå, der Salangen og Lavangen kommune er flyttet fra opptaksområde Silsand til opptaksområde Narvik. Vi ser at våre innspill er fullstendig oversett. Endringen er begrunnet på ulike måter, der konsekvensen av kommuesammenslåinger i Ofoten og Sør-Troms er en av dem. Det er en uakseptabel begrunnelse, da befolkninge i vår kommune ikke kan bære en større belastning på grunn av rent kommunale beslutninger tatt i andre regioner. En annen begrunnelse er rekruttering av fagfolk. Dette er også en svært marginal begrunnelse, da dette er en mer overordnet utfordring for feltet, og ikke bare isolert til Sjøvegan eller til distriktskommuner som sådann. UNN sin avdelingsledelse for psykisk helse og- rusklinikken har heller ikke vært i dialog med Salangen kommune om dette. Som vertskommune er vi vant med at institusasjoner og privat næringsliv har en aktiv dialog med kommunen for å løse slike utfordringer. I tillegg er det ansatt psykolog ved avdelingen, som pr nå er under spesialisering, så løsning på utfordringen knyttet til psykologspesialist vil være løst om relativt kort tid. Vedkommende er etablert i Salangen. I tillegg er det et unikt fagmiljø på poliklinikken, sett i sammenheng med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

73#375:0f9000b7-3a5d-44a6-8eeb-1f3c7689defe:3

Det er bekymringsfullt at avdelingsledelsen overser de svært tydelige tilbakemeldingene på konsekvensene av nedleggelse av voksenpsykiatrisk poliklinikk på Sjøvegan. Tilbakemeldinger som er basert på vurderinger og erfaring hos våre lokale helsetjeneste. Nedslagsfeltet til poliklinikken på Sjøvegan er på omkring 8000-10000 innbyggere. De som er friske nok, kombinerer behandling av sin psykiske lidelse med skolegang på vgs eller arbeid i enten ordinære bedrifter eller vekstbedrift. Denne muligheten vil for mange blir svært redusert og helt borte, når de frarøves muligheten til å få et politiklinisk tilbud i nærmiljøet. Sjøvegan er nært for mange, da Sjøvegan VGS samler mange unge voksne, og da vekstbedriften Astafjord vekst har avdelinger i kommuner som ligger nært Sjøvegan. Fravær fra jobb og skole betyr alt fra å miste skoleplass, til å miste tilhørighet til klasse og arbeidssted. Tilhørighet og muligheter som for mange med psykiske lidelser er hardt tilkjempet.

De prioriterte pasientene ved poliklinikken er definert å ha alvorlig psykiske lidelser. Diagnose- og symptomspekteret er stort. Vår lokale tjeneste i rus- og psykiatrifeltet, samt legetjenesten, varser at de er bekymret for pasientene dersom de belastes med betydelig lengre reiseveg til poliklinisk behandling. Mange vil avstå fra behandling, da avstand og reiseveg vil være en for stor beslastning. For mange er det utfordrende nok å komme seg ut av egen bolig for å komme til behandling. Nå flyttes hele byrden over på pasientene, noe som fremstår som uforsvarlig og uforståelig. Vi kan ikke risikere at pasientene velger bort polikinisk behandling, og at akuttmedisinske tjenester blir de spesialisthelsetjenestene som denne pasientgruppen først og fremst vil benytte.

Poliklinikken på Sjøvegan har hatt et årelangt samarbeid med Silsand, og i det samrbeidet har det vært samarbeid om å løse faglige utfordringer, midlertidige rekrutteringutfordringer og de har levert et godt tilbud til pasientgruppen. Det vil i det videre arbeidet være å foretrekke at Salangen fortsatt ble værende i opptaksområdet til til Silsand, da erfaringer fra dette samarbeidet vil gi grunnlag for å gi gode tjenester nært pasientene også fremover i tid. Da kan UNN ivareta hensynet til pasientene, samt opptre som en ordentlig arbeidsgiver overfor sine ansatte.

Et perspektiv i tillegg til de rent helsefaglige vurderingene, er konsekvensene av de prosessene og beslutningene helseforetak, sykehus, avdelinger gjennomfører stykkevis og delt. Det er åpenbart i innbyggernes og kommunenes interesse at prosessene som kjøres er fullstendig åpne, da den samlede summen av innsparings- og nedstyringsvedtak har dramatiske konsekvenser for lokalsamfunnene.

Salangen kommune vil be styret i UNN HF ta ansvar for å reversere beslutningen om å legge ned psykiastrisk poliklinikk på Sjøvegan, samt la Salangen fortsatt til høre opptaksområde Silsand. Vi kan ikke forestille oss at styret i UNN HF ønsker å påføre en svært sårbar pasientgruppe den belasting som forslaget innebærer, ei heller en varig svekkelse av Silsand som konsekvens av reduksjon i opptaksområde.

Salangen kommune imøteser gjerne et møte med styret i UNN i sakens anledning.

73#376:0f9000b7-3a5d-44a6-8eeb-1f3c7689defe:4

Med hilsen

Sigrun Wiggen Prestbakmo
ordfører

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Vedlegg
Høringsutalelse fra Salangen kommune

73#377:0f9000b7-3a5d-44a6-8eeb-1f3c7689defe:5

Mottatt UNN HF 25.01.2021

SALANGEN KOMMUNE
Ordfører

Vår dato: 26.10.2020

Vår ref.: 20/952 - 2
Arkiv: FA-G70, TI-&13

Saksbehandler, dir. telefon:
Sigrun Wiggen Prestbakmo, 481 80 945

Deres ref.:

Vaskinn Anita

Høringsutalelse fra Salangen kommune

Innspill angående mulige endringer i Avdeling Sør, Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF. Vurdering av døgnkapasitet og opptaksområder.

Salangen kommune viser til møte avholdt 20.10.20, og innspill gitt der. Salangen kommune vil påpeke at vi ikke er tilfreds med måten denne prosessen er gjennomført så langt. Vi har som vertskommune ikke vært invitert inn i dialigen om dette, før vi stårt nært opp til en beslutning som vil ha dramatiske konsekvenser for lokalsamfunnet. I tillegg er det heller ikke heldig å invitere til høring på alternativer som ikke har vært gjenstand for ROS-analyse, da denne spesifikke helsetjenesten ivaratar behandling av menneser som er i svært sårbar situasjon. Det er i tillegg lagt opp til en svært kort høringsfrist. Det vil omfanget av tilbakemeldinger bære preg av. I tillegg til innspillene gitt i møtet ønsker vi å påpeke følgende til UNN på de tre konkrete forholdene:

1. Reduksjon av sengekapasitet / styrking av poliklinisk og ambulant virksomhet.
2. Endring av opptaksområde fra Midt-Troms til Ofoten.
3. Videre drift av poliklinikken på Sjøvegan.

1: Basert på fremlagte tall (beleggsprosent på ca. 65 %) kan synes det hensiktsmessig å prioritere styrking av polikliniske og/eller ambulante tjenester. Ambulant virksomhet fra poliklinikken på Sjøvegan bør utredes. Det å i enda større grad bringe behandlerne til pasientene vil være både faglig og samfunnsøkonomisk hensiktmessig.

2: Nye UNN Narvik (NUN) vil betjene både somatikk, psykisk helse og rus, mens Senter for psykisk helse og rus, Midt-Troms (SPHRMT) betjener psykisk helse, og i noen grad rus. Man kunne forevente et mer helhetlig tilbud ved NUN i relasjon til somatiske helseutfordringer. Det ble også antydet forslag om at poliklinikken på Sjøvegan kunne endre tilhørighet til NUN. Ulempen med dette er å bryte allerede etablerte relasjoner, der personell ved SPHRMT Silsand har god kjennskap til lokalmiljø, fagpersonell og pasienter. relasjoner bygget opp over lengre tid. Det er heller ikke ønskelig fra Salangen kommune sin side å begrense opptaksområdet til Silsand, da det vil kunne bidra til å svekke den polikliniske tjenesten nært pasientene i vårt område.

3: Økt reisevei medfører mindre bruk av helsetilbud. Erfaring fra tidligere tilsier at få pasienter vil utnytte et poliklinikktilbud lenger unna. Psykiatrisk poliklinikk skal prioritere

Postadresse: Postboks 77 9355 Sjøvegan
Fakturaadresse: Postboks 84 9358 Tennevoll
Telefon: 77 17 20 00
E-post: postmottak@salangen.kommune.no
www.salangen.kommune.no
Bankkonto: 7878.06.50752
Org.nr.: 961 416 388 Mva

73#379:0f9000b7-3a5d-44a6-8eeb-1f3c7689defe:7
73.4

pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Disse er høyrisikogruppe for å falle ut av skole og yrkesliv og har ofte problemer med sosial fungering og intergrering.

Selv om kjøretiden til Narvik er redusert pga. Hålogalandsbrua, vil pasienter uten tilgang til privat skyss bruke en hel dag ved fremmøte på poliklinikken. Siden disse pasientene ofte møter til konsultasjoner flere ganger i måneden over lengre tid, vil dette medføre omfattende fravær fra skole eller arbeid. Skoleelever kan miste undervisningsår på grunn av dette. Vi ønsker å tilstrebe at de som mottar behandling hos VP, men likevel er friske nok til å delta i skole eller jobb skal få gjøre det. Vi er bekymret for den generelle livssituasjonen til denne gruppen, dersom behandlingen tvinger dem ut av jobb og skoletilbud over tid.

Vi er bekymret for at dette kan medføre et underforbruk av helsetjenester med svekket psykososialt funksjonsnivå, risiko for høyere forbruk av akuttjenester og innleggelser, og økt risiko for destruktiv adferd. Pasienter vil trolig benytte tjenester fra primærhelsetjenesten, også når det ut fra faglig vurdering foreligger et behov for spesialisthelsetjenester.

Vi er kjent med at det i perioder er rekrutteringsutfordringer også i spesialisthelsetjenesten, og ønsker som vertskommune å bidra til samarbeid rundt rekruttering av fagpersonell. Vi er også kjent med at poliklinikken på Sjøvegan i perioder med behov har bistått med fagkompetanse på Silsand. I påvente av at psykolog under spesialisering, tilsatt ved poliklinikken på Sjøvegan, gjør seg ferdig med kvalifiseringen vil kompetansesituasjonen kunne løses. Enten ved bistand fra ambulerende behandler fra Silsand, eller ved at psykologspesialist ved BUP Sjøvegan også ivaretar VP i den gjeldende perioden.

Dersom VP avdeling Sjøvegan fjernes, utgjør det en betydelig svekkelse av spesialisthelsetilbudet, som beskrevet ovenfor. Avdelingen betjener i dag pasienter for et større omland, og Bardu kommune har bekreftet at de deler kommuneoverlegen i Astafjordlegen, samt Salangen kommunes bekymring for den aktuelle pasientgruppens tilbud.

Salangen kommune vil understreke at en nedlegging eller flytting av tilbud av tilbudet på Sjøvegan vil ramme en populasjon på mellom 8000 og 10000 innbyggere i form av lengre reisevei og begrenset tilgjengelighet på et kritisk helsetilbud. Mindre bruk av polikliniske tjenester vil samlet sett ramme totalt pasientgrunnlag, rekruttering til og dimensjonering av tjenesten regionalt. Vi vil derfor advare mot en tilnærming der rekrutteringsutfordringer på steder med behandlingstilbud møtes med nedlegging eller flytting av tilbudet. Om noe, burde det motsatte vurderes; Å styrke tjenesten på Sjøvegan, styrke faglige bånd og gjensidig støtte på tvers av geografiske lokalsjoner, og å sette pasienten i sentrum der denne bor.

73#380:0f9000b7-3a5d-44a6-8eeb-1f3c7689defe:8

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEREFERAT

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

Dato: Mandag 25.1.2021 kl. 10.30-12.35

Sted: Skypemøte

Tilstede: Kirsti Baardsen, Paul Dahlø og Hans-Johan Dahl

Forfall:

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

BAU 1/21 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 10.2.2021

Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU fredag 22.1.2021.

Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2020
Økonomisjef Lars Øverås orienterte kort om status i saken.

BAU tar Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2020 til orientering.

Status i omstillingsarbeidet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (vedlegg 3)
Økonomisjef Lars Øverås orienterte kort om status i saken.

UNN har et regionalt oppdrag med å følge opp blant annet stormottakersatsningene i regionen. Drift av Stormottakersatsingen prioriteres.

BAU tar Status i omstillingsarbeidet ved Universitetetssykehuset Nord-Norge HF - vedlegg 3 til orientering.

Gave til Universitetssykehuset Nord-Norge HF – utstyr hybridstue
Økonomisjef Lars Øverås orienterte kort om status i saken.

BAU tar Gave til Universitetssykehuset Nord-Norge HF – utstyr til hybridstue til orientering.

Salg av Åsgårdmarka

BAU tar Salg av Åsgårdmarka til orientering.

Tertialrapport 3, 2020 for byggeprosjekter ved UNN

BAU tar Tertialrapport 3, 2020 for byggeprosjekter ved UNN til orientering.

Dialogavtale for 2022 mellom styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og administrerende direktør
Foretakscontroller Roger Dahl orienterte kort om status i saken.

Dialogavtalen mellom styret og administrerende direktør tar utgangspunkt i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF. Dialogavtalen går inn for et mer tydelig innhold. I stedet for store komplekse mål, skrives det mer konkret hvilke mål og hvor det skal etterspørres resultater.

BAU tar Dialogavtale for 2022 mellom styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og administrerende direktør til orientering.

Etablering av Helsefellesskap

BAU tar Etablering av Helsefellesskap til orientering.

Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 3. tertial 2020
Senterleder/medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv orienterte kort om status i saken.

BAU tar Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 3. tertial 2020 til orientering.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 10.2.2021.

BAU 2/21 Nye UNN Narvik – Informasjon om medvirkning

Prosjektleder Lars Rye orienterte. Prosjektet er i gang med å oppdatere styringsdokumentasjonen for Nye UNN Narvik, og da også brukermedvirkning i nye delprosjekter, både på systemnivå, tjenestenivå og individnivå.

Beslutning:

BAU er tilfreds med informasjonen fra Lars Rye og tar denne til orientering. Administrasjonen vil innhente rapporter fra BUs brukerrepresentanter i prosjektet vedrørende status og fremleggelse i neste BAU.

BAU 3/21 Digitalt formøte til prosjekter og møter i BU

Brukerrepresentant Merethe S Lønnum har uttrykt behov for digitale formøter til prosjekter og møter i BU. Det vil ikke være anledning til å ha slike formøter til prosjekter BU er involvert i. For de som ønsker det, kan det tas kontakt med brukerutvalgets leder Kirsti Baardsen som kan gi utfyllende informasjon. Videre forberedelse for saker behandles videre i BAU.

Beslutning:

UTKAST

Ved behov for mer informasjon eller dialog omkring forberedelse til møter i ulike prosjekt og KVAM-utvalg kan medlemmene fra BU kontakte BUs leder. Ved behov tas enkeltsaker videre til BAU.

BAU 4/21 Direktørens time

BAU har foreløpig følgende innspill til direktørens time i BU-møtet 24.2.2021:

- Status på pandemien og beredskap i UNN
- Håndtering av etterslep

Beslutning/oppfølging:

Administrasjonen sender ut forespørsel til BU vedrørende spørsmål til direktøren. Administrasjonen formidler innspillene til viseadministrerende direktør i god tid før møtet.

BAU 5/21 Brukerutvalget ansvarlig for onsdagsmøtet 24.2.2021

Pasient- og brukerombud Odd Arvid Ryan presenterer årsmelding 2021 i onsdagsmøtet. I tillegg vil leder i BU gi en generell orientering om Brukerutvalget.

Beslutning:

Leder i BU gir en kort orientering om Brukerutvalget ved UNN i tillegg til pasient- og brukerombudets presentasjon av årsmeldingen.

BAU 6/21 Utlysning av ekstra forskningsmidler

Orientering til BAU om utlysing av ekstra forskningsmidler der brukermedvirkning er ett av tre satsningsområder. Dette følges opp av FORUT/KFAD ved UNN.

Beslutning/oppfølging:

BAU tar informasjonen til orientering. BAU ønsker en orientering om temaet i BU, og administrasjonen tar kontakt med Klinisk forskningsavdeling for avtale.

BAU 7/21 Pasientstyrt epilepsioppfølging

Det planlegges å søke om midler til prosjekt om pasientstyrt oppfølgning ved epilepsi. Målet er å gi pasienter mulighet for oppfølging elektronisk, samt mulighet for pasientinitiert kontakt med nevrolog ved behov i stedet for standardiserte avtaler.

Beslutning/oppfølging:

BAU ønsker kontakt med underorganisasjoner hos SAFO og FFO som kan ha aktuelle brukerrepresentanter. Leder og nestleder tar kontakt med disse og formidler videre til administrasjonen for oppfølging.

UTKAST

BAU 8/21 Strategisk plan - ferdigstillelse

Torill D Nilssen, rådgiver ved NOR-klinikken kommer gjerne til BU for en orientering om ferdigstillelse av strategisk plan.

Beslutning/oppfølging:

BU ønsker gjerne en orientering om Strategisk plan – ferdigstillelse på et senere tidspunkt. Administrasjonen tar kontakt når dette blir aktuelt.

BAU 9/21 Høring: Persontilpasset medisin i Helse Nord

Kreftforeningen i Tromsø og Regionalt Brukerutvalg har gitt uttalelse i saken.

Beslutning:

BAU har ikke ytterligere merknader til høringen og tar saken til orientering.

BAU 10/21 Høring: Helse Nord RHF – Strategi 2021-2025

Høringen er sendt Regionalt brukerutvalg for uttalelse. BAU har ingen innspill til høringen.

Beslutning:

BAU har ikke ytterligere merknader til høringen og tar saken til orientering.

BAU 11/21 Forslag til dagsorden for BU-møte 24.2.2021

SAKER	Tid og beskrivelse
1. Årsmelding 2021 – Pasientombudet	Kl 09.00-10.00 – Odd Arvid Ryan
2. Direktørens time	Kl 10.00-10.40
3. Godkjenning av innkalling og saksliste	
4. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 9.12.2020	
Lunsj	Kl 11.00-11.20
5. Bedre oppfølging av legemidler ved UNN	Kl 11.40-12.00 – Haakon Lindekleiv
6. Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS)	Kl 12.00-12.35 – Agnes Syversen
7. Pakkeforløp hjerneslag	Kl 12.35-12.55 – Linn Hofsøy Steffensen
8. Brukermedvirkning på tjenestenivå	Kl 13.00-13.30 – Siri Engstad
12. **Orienteringssaker** - Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper	
13. **Referatsaker** - Referat møte Nordlandssykehuset 30.11.20 - Referat fra møte i KU, 15.12.2020 og 26.1.2021	

- Referat møte BU Finnmarkssykehuset, 15.12.20 - Referat møte BU Helgelandssykehuset, 15.1.2021 - Protokoll fra møte i UR, 21.1.2021 - Protokoll møte i RBU, 21.1.21 - Referat fra møte i BAU 25.1.2021	
14. Eventuelt	

BAU 12/21 Eventuelt

UTKAST

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 10.02.2021**
Dato: 27.01.2021
Tidspunkt: 09.30-10.30
Sted: SKYPE møte

Fra arbeidsgiver	**Fra arbeidstaker**
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Jan- Eivind Pettersen, Delta
Roger Dahl, foretakscontroller	Rigmor Frøyum, Fagforbundet
Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	Mai- Britt Martinsen NSF
Lars Øverås, økonomisjef	Einar Rebni, FVO
Grethe Andersen, drifts- og eiendomssjef	
Guri Lajord Moen, rådgiver, Samhandlingsavdelingen	

Protokollsignering:
Fra arbeidstakersiden ble Mai -Britt Martinsen og Rigmor Frøyum valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerte fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	**Merknad/ grunnlag**
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2020	Økonomisjef Lars Øverås orienterte og svarte ut spørsmål. NSF leverte følgende protokolltilførsel til saken: *Saksfremlegget viser til at det må kjøres kveldspoliklinikker for å få ned ventelister. NSF oppfordrer til snarlig å få plass en avtale om ekstraordinær arbeidstid med NSF sentralt slik at man lovlig kan få med sykepleiere i slike prosjekt der det er nødvendig.* Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
2. Status i omstillings-arbeidet ved Universitets-sykehuset (vedlegg 3)	Økonomisjef Lars Øverås orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner fokuserte på flere tema i styresaken, blant annet fremdrift i stormottakersatsingen, rekrutteringsarbeidet i UNN, samt potensial for innsparing og beregninger som fremkommer i saken. NSF leverte følgende protokolltilførsel til saken: *Det er spesielt viktig å få plass gode avtaler på arbeidstid med de avdelinger/enheter som bruker mest innleie, for å få mer stabilisering på kompetanse.* *Vi vet at intensiv / opinklinikken har store utfordringer med helgebemanning samtidig som arbeidsgiver ønsker å bruke styringsrett på hinkehelg. NSF ønsker å bidra med å få på plass avtaler, men da må det være frivillighet og ikke tvang. Skal vi få stabilitet, et bedre arbeidsmiljø samt god rekruttering til utdanningsstillingene må man ta hensyn til de ansatte. Man må lokke med gode avtaler for å få ansatte til frivillig å ta på seg mer ubekvemme vakter. NSF fraråder UNN å tvangsinnføre hinkehelg på intensiv, som den eneste intensivavdelingen i landet. Det gir ikke godt omdømme.*

	Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
3. Gave til Universitetssykehuset Nord-Norge HF – utstyr hybridstue	Økonomisjef Lars Øverås orienterte om saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
4. Salg av Åsgårdmarka	Drift og eiendomssjef Grethe Andersen orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
5. Tertialrapport 3, 2020 for byggeprosjekter ved UNN	Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
6. Dialogavtale for 2022 mellom styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF og administrerende direktør	Foretakskontroller Roger Dahl orienterte om endringene i innretningen i dialogavtalen og svarte ut spørsmål til saken. Hovedverneombud Einar Rebni leverte en protokolltilførsel til saken: *Vernetjenesten etterlyser oppfølging av systematisk HMS i dialogavtalen, med mer fokus på arbeidsmiljø og medvirkning, noe som igjen vil styrke arbeidet med rekruttering og stabilisering.* *Ansattes organisasjoner støttet protokolltilførselen.* Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
7. Etablering av Helsefellesskap	Guri Lajord Moen, rådgiver i Samhandlingsavdelingen orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling
8.Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 3. tertial 2020	Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.

Tromsø, 27.01.2021

Mai- Britt Martinsen (s.) NSF	Rigmor Frøyum (s.) Fagforbundet	Ingrid Lernes Mathiassen (s.) administrasjonssjef

Dokumentet er signert elektronisk 27.01.2021 kl. 13.56

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

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

Tid: Onsdag 27.1.2021 kl. 13.00-15.35
Sted: Skype

Medlemmer		**Varamedlemmer**	
Anita Schumacher, administrerende direktør *til kl. 14.28*	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	x	Grethe Andersen, drift- og eiendomssjef, DES	
Jon Mathisen, klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk *til kl. 15.21*	x	Kristian Bartnes, klinikksjef Hjerte- og lungeklinikken	
Gina Johansen, driftsleder UNN Harstad *fra kl.13.15*	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)	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. Saksforbereder: Ingrid Lernes Mathiassen
Fra BHT: Paul Martin Hansen

På sak 4.21 møtte avdelingsleder på Drift- og eiendom Tor-Arne Hanssen, på sak 5.21 møtte rådgiver for kvalitetsavdelingen Line Lura og på sak 7.21 møtte rådgiver fra Kontinuerlig forbedring Arne Magnus Elvegård. På styresakene møtte rådgiver hos direktøren Roger Dahl og økonomisjef Lars Øverås.

SAKSOVERSIKT		**Frist**	**Ansvarlig**
1.21	**Godkjenning av innkalling og saksliste** Godkjent. Møtet ble startet med en kort presentasjonsrunde av alle AMU-medlemmene.		Tove Mack
2.21	**Protokoll fra AMU-møtet 2.12.2020** Møteprotokoll var vedlagt innkallingen, protokollen er godkjent på e-post før møtet. Godkjent.		Tove Mack
BESLUTNINGSSAKER			
OPPFØLGINGSSAKER			
3.21	**Status på HMS-funksjonen i UNN** Personal og organisasjonssjef Gøril Bertheussen orienterte om status på rekruttering av ny HMS-rådgiver. Tidligere HMS-rådgiver er gått av med pensjon og prosessen med å rekruttere ny HMS-rådgiver er i gang. Stillingen er flyttet til personal og organisasjonssenteret, og det jobbes med rammen rundt stillingen. AMU får saken tilbake til orientering når omorganiseringen er faldet på plass og stillingen er besatt. Arbeidsmiljøutvalget tar statusen til orientering.		Gøril Bertheussen
4.21	*Oppfølging sak 19.20;* **Status og fremdrift etter rapportene fra Norconsult** Avdelingsleder for Drift- og eiendom Tor-Arne Hanssen møtte på sak og orienterte om hvor langt de har kommet i arbeidet med å utbedre feil og mangler etter befaringen av de nye bygg (PET, A-fløy og Pingvinhotellet) som ble gjort av Norconsult i november 2019. Drift- og eiendomssenteret har i samarbeid med vernetjenesten hatt en prosess rundt status og hva som gjenstår for å lukke de siste punktene. Arbeidsmiljøutvalget tar oppfølging av saken til orientering og ber videre om en presis rapport med en		

	konkret beskrivelse av hva som er gjort og hva som gjenstår, og at BHT involveres i siste del av prosessen. Saken tas opp på nytt i neste AMU-møte 3.3.2021.		
5.21	**HMS-avvik** Rådgiver for kvalitetsavdelingen Line Lura gav en presentasjon av status på HMS-avvik. Presentasjonen inneholdte AML-brudd, avvik med HMS-klassifisering, Personalskader som følge av vold og trusler om vold, avvik med årsaksforhold ressurser/arbeidsmengde og samtidighetskonflikt. Arbeidsmiljøutvalget diskuterte forskjeller og mulige årsaker på de forskjellige områder. Arbeidsmiljøutvalget tar presentasjonen til orientering og ber om at det jobbes videre med HMS-avvik og AML-brudd i KVAM-utvalgene. Arbeidsutvalget til AMU lager en presisering av saken og drar inn BHT og Line Lura for innspill før oppdraget sendes KVAM-utvalgene.		
INFORMASJONS-, DISKUSJONS- OG DRØFTINGSSAKER			
6.21	**Årsrapporter 2020** -Vernetjenesten 2020 -Arbeidsmiljøutvalget 2020 Arbeidsmiljøutvalget takker for rapportene og tar begge rapporter til orientering.		Ingrid Lernes Mathiassen og Tove Mack
7.21	**Nye verktøy og tjenester innenfor området Arbeidsglede** Rådgiver Arne Magnus Elvegård fra Kontinuerlig forbedring møtte på sak og orienterte om de nye konkrete verktøyer og tjenester innenfor området arbeidsglede, samt hvordan Kontinuerlig forbedring kan bistå med hjelp for de som ønsker å benytte disse verktøyer. Arbeidsmiljøutvalget takker for en god jobb, og tar presentasjonen til orientering. Arbeidsmiljøutvalget er opptatt av at denne saken videreformidles og spres ut til resten av organisasjonen.		Arne Magnus Elvegård
8.21	**AMU-seminar 2021** Det skal planlegges AMU-seminar for 2021. Arbeidsmiljøutvalget støtter at AMU-seminaret i år gjennomføres fredag 24. september 2021.		Tove Mack

	Arbeidsgruppen som planlegger seminaret består av følgende: Tove Mack, Geir Lindrupsen og Gina Johansen.		
9.21	**Orientering fra Hovedverneombudet** • Orientering om vernetjenesten i UNN • Spørsmål fra klinikkverneombud om Evaluering av covid-19 i 2020 • Fysisk arbeidsmiljø i UNN • Nytt konsernverneombud i Helse Nord • Utfordringer MetaVisjon • Arbeidsmiljøportalen – oppfordring til AMU-medlemmene om å se i portalen. Den ble lansert i des. 2020, er utviklet av bl.a. Statens Arbeidsmiljøinstitutt og «sykehus» er eget tema i portalen.		Tove Mack
10.21	**Orientering fra Bedriftshelsetjenesten** • BHT sin rolle i forbindelse med koronavaksinasjonen • Videreføring av arbeidet i psykososialt støtteteam • Legesituasjon i BHT		Paul Martin Hansen
11.21	**KVAM-utvalgene videre fremover** Det ble diskutert om ordningen skal videreføres og hvordan det kan jobbes med dette videre fremover på en mere konstruktiv måte enn tidligere. Arbeidsmiljøutvalget ønsker at AU jobber videre med saken og lager et opplegg for hvordan dette kan videreføres på en mere gunstig måte. AU sender ut henvendelse til lederne av KVAM-utvalgene og ber om en tilbakemelding på hvordan de opplever ordningen/samspillet mellom KVAM og AMU.		Tove Mack
STYRESAKER			
12.21	**Styresaksdokumenter** Styresakene var sendt ut på forhånd i eget drøftingsdokument. Arbeidsmiljøutvalget hadde fokus på følgende saker: • Dialogavtalen • Status i omstillingsarbeidet ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF Rådgiver Roger Dahl og økonomisjef Lars Øverås møtte på sak og svarte ut spørsmål.		Ingrid Lernes Mathiassen

EVENTUELT			
13.21	**Forslag til tema for fellesmøtet med KU i april 2021** Leder for arbeidsmiljøutvalget ber om å få en tilbakemelding på innspill til temaer for fellesmøtet med KU. Frist 19. februar (AU-møte). Foreslåtte forslag fra KU: -Forbedringsundersøkelsen -Klinisk kommunikasjon -Oppdraget *Koblingen mellom pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.*		Tove Mack

HELSE NORD RHF
Postboks 1445
8038 BODØ

Deres ref:	Vår ref:	Saksbehandler:	Dato:
2021/40-1/	2021/334-9	Einar Bugge	27.01.2021

Strategi for Helse Nord RHF 2021 – 2024 «Sammen om helse i nord» – Høringsinnspill fra UNN

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) takker for denne muligheten til å gi innspill til utkastet til ny strategi for Helse Nord RHF. I hovedsak mener vi strategien er godt i tråd med gjeldende planer og føringer, og fremhever viktige forhold RHF særlig skal legge til rette for utvikling på i de kommende årene. UNN støtter forslaget til ny visjon, beskrivelsen av RHFs formål og forslaget til verdier. De valgte innsatsområdene støttes også. UNN synes det er bra at det i strategien presiseres at RHF skal sikre at tjenestene leveres i tråd med nasjonale retningslinjer og veiledere.

Selv om strategien kort nevner at forskning er en av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver savner vi at strategien omtaler dette området nærmere. Regjeringens handlingsplan for klinisk forskning som nylig er kommet legger tydelige føringer på at klinisk forskning skal være et viktig utviklingsområde fremover, og dette bør omtales mer i strategien. Universitetssykehusets oppgave med, og ansvar for, å være en hovedaktør i regionen for å oppfylle de nasjonale målene i denne planen kan med fordel omtales. Avsnitt om klinisk forskning kan gjerne inkluderes i avsnitt 7.2 (Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandlingen) og/eller avsnitt 7.3 (Vi forbedrer gjennom samarbeid).

Vi har følgende konkrete innspill til utkastet:

1. **Helse Nord RHFs rammeverk for utvikling.** Dette er vårt viktigste innspill: Den korte omtalen av UNN innledningsvis ikke er dekkende for UNN som regions- og universitetssykehus, og vi foreslår at denne justeres slik at den er i tråd med formuleringen i Regional utviklingsplan 2035: *Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) er regions- og universitetssykehus i Helse Nord. UNNs regionssykehusfunksjon innebærer ansvar for å utvikle og tilby høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk. Som regionsykehus skal UNN stimulere og understøtte solide fagmiljøer i hele regionen for å sikre et likeverdig tjenestetilbud. UNN har som universitetssykehus et særskilt ansvar for å drive utdanning og forskning i nært samarbeid med UiT, Norges*

arktiske universitet, og skal bidra til forskning og utdanning i hele regionen. UNN er en sentral aktør for å sikre nødvendig beredskap i regionen.

I forhold til den «strategiske figuren» som er laget er vi usikker på om det er riktig å ha piler mellom innsatsområdene og mellom hovedoppgavene, og foreslår at disse fjernes.

2. **I kapittel 6 Utfordringer og utviklingstrekk** foreslår vi litt justering i tredje avsnitt, som begynner med «Medisinsk utvikling fører til …»: *Teknologisk utvikling har gjort at flere funksjoner som tidligere var forbeholdt få og store sykehus er blitt tilgjengelig også for mindre sykehus. Utvikling innen persontilpasset medisin gjør det mulig å tilpasse utredning og behandling individuelt. Dette fordrer høyspesialisert utstyr og spisskompetanse og vil trekke utviklingen i retning mot sentralisert utredning og behandling. Kunstig intelligens med analyser av storvolum datasett («big data») kan effektivisere tjenestene. Ved å ta i bruk resultatene av forskning og innovasjon, som for eksempel sensorteknologi, kan sentralisering motvirkes og dermed tilrettelegge for mer behandling og oppfølging i hjemmet. Slik vil medisinsk utvikling føre til både sentralisering og desentralisering av tjenester.*

3. **Kapittel 7.1 Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig**. Rusbehandling er ikke nevnt i utkastet til strategi, og dette bør rettes opp. Vi foreslår at tredje kulepunkt i listen over hva RHF legger innsats i bør lyde «*bidra til at sykehusforetakene prioriterer tilbud innenfor psykisk helsevern, (tverrfaglig spesialisert) rusbehandling, til kronikergrupper, barn og unge samt eldre med sammensatte behov*.

4. **Kapittel 7.2 Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling**. Vi foreslår en justering av tredje avsnitt som begynner med «Medisinske fremskritt, bruk av …..»: *Høyspesialiserte miljø skal være pådrivere for utvikling av persontilpasset diagnostikk og behandling. Samtidig som medisinsk og teknologisk utvikling fordrer mer avansert utstyr og høyspesialisert kompetanse som vil føre til sentralisering av noen tjenester, vil medisinske fremskritt, bruk av teknologi og godt samarbeid mellom helseforetak gjøre at tjenester som tidligere har vært sentralisert kan bli mer desentralisert, også til pasientens hjem. Sikker og robust digital infrastruktur må derfor prioriteres.*

   Vi foreslår at fjerde kulepunkt i samme kapittel (bruke data fra kvalitetsregistre som grunnlag …) justere noe: Bruk av data fra kvalitetsregistre *og andre helseregistre* som grunnlag ….

   Tilsvarende foreslår vi en endring i syvende kulepunkt i samme kapittel (nedprioritere behandling og støttefunksjoner som har usikker nytteverdi) slik: Nedprioritere diagnostikk, behandling og støttefunksjoner som *ikke har dokumentert nytteverdi*.

   I kulepunktene i dette kapittelet er «prioritere pasient- og pårørendeopplæring» skrevet to ganger.

5. I **kapittel 7.3 Forbedring gjennom samarbeid** er utvikling av helsefellesskapene og gode pasientforløp godt beskrevet i teksten, men vi savner at RHFs pådriverfunksjon for etablering av helsefellesskap med formål om å utvikle gode og sømløse

pasientforløp med avklart rolledeling også gir seg uttrykk i kulepunktene i dette kapittelet. Samtidig er noen av punktene mer relatet til sykehusforetakenes oppgaver enn til RHFets sørge-for ansvar (eksempelvis «stimulere til at det etableres faste kontaktmøter med NAV og andre offentlige aktører for å støtte pasienter som har særlige behov»), mens punktet «hente innspill fra frivillige organisasjoner for å bidra til økt trivsel på sykehusene» mer hører hjemme i kapittel 7.4.

6. **Kapittel 7.4 Vi legger til rette for attraktive arbeidsplass**. Første kulepunktet er ikke forståelig; sannsynligvis skal det deles etter ordet «kompetanseutvikling».

Ellers er det i deler av dokumentet en del lange setninger og noe tungt språk, som vi regner med at vil bli justert.

Dette høringssvaret fra UNN vil forelegges UNN-styret som referatsak i styremøte 10.2.21.

Vennlig hilsen
Universitetssykehuset Nord-Norge

Anita Schumacher
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

STYRESAK

STYRESAK:	**14/2021**
MØTEDATO:	**10.02.2021**
ARKIVSAK:	2021/6-1
SAKSBEHANDLER:	Ingrid Lernes Mathiassen

Eventuelt - styremøte 10.2.2021

Ingen saker til behandling.

Tromsø, 29.01.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør