



# INNKALLING

**Styret ved**

**Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**NB – Dialogmøte med Brukerutvalget kl 09.00 – 10.00**

**Møtetid**

**Onsdag 11. september 2019 kl 09.00**

**Møtested**

**UNN Tromsø, Adm. Møterom D1-707**



## MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Møtested: UNN Tromsø, Adm.møterom D1-707  
Dato: 11.9.2019 kl 09.00

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

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

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

## ST 61/2019 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 61/2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 62/2019	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 20.6.2019
ST 63/2019	Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 64/2019	Ledelsens gjennomgang
ST 65/2019	Møteplan 2020 for styret UNN
ST 66/2019	Orienteringssaker
	<i>Skriftlige orienteringer</i>
	1. Brev fra Harstad kommune til Styret UNN m.fl. vedr uttalelse - krav om lovfestet responstid, datert 7.6.2019
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	2. Pasienthistorie
	3. Orientering fra direktøren vedrørende sammenslåing med Finnmarkssykehuset
ST 67/2019	Referatsaker
	1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 26.8.2019
	2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 27.8.2019
	3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 27.8.2019
	4. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 28.8.2019
ST 68/2019	Eventuelt

Roald Linaker (s.)  
styreleder

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
62/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.9.2019
Saksansvarlig: Ingrid Lernes Mathiassen Saksbehandler: Ingrid Lernes Mathiassen		

### Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 20.6.2019

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 20.6.2019.

Tromsø, 30.8.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Møteprotokoll fra styremøte 20.6.2019



## MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Møtested: UNN Harstad, Auditoriet  
 Dato: 20.6.2019  
 Tid: kl 09.00 -15.00

Navn	Funksjon	Merknader
Roald Linaker	Leder	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	<i>forlot møtet kl 12.00</i>
Vibeke Haukland	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	varamedlem	<i>for Marianne Johnsen</i>
Grete Kristoffersen	Medlem	
Thrina Loennechen	Medlem	
Kay Müller	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Kirsti Baardsen	Observatør	<i>Brukerutvalgets leder</i>

Forfall:

Helga Marie Bjerke  
 Johan Ailo Kalstad  
 Marianne Johnsen

Fra administrasjonen møtte:

Anita Schumacher	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef ( <i>til kl 12.00</i> )
Elin Gullhav	klunikksjef Barne- og ungdomsklinikken ( <i>til kl 12.00</i> )
Grethe Andersen	drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	virksomhetssjef ( <i>styrets sekretær</i> )
Gina Johansen	driftsleder Harstad
Eva-Hanne Hansen	klunikksjef ved OpIn-klinikken ( <i>fra kl 10.10</i> )
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klunikksjef NOR-klinikken
Kristian Bartnes	klunikksjef Hjerte- og lungeklinikken
Jon Mathisen	klunikksjef Akuttmedisinsk klinikk
Rolv-Ole Lindsetmo	klunikksjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Tordis Høifødt	klunikksjef Psykiske helse og rusklinikken ( <i>skype</i> )
Karl Ivar Lorentzen	avdelingsleder NOR ( <i>skype</i> ) på muntlig orientering pasienthistorie
Hanne Frøyshov	avdelingsleder medisinsk klinikk Harstad
Siv J. Olsen	ass. avdelingsleder medisinsk klinikk Harstad

## ST 50/2019 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 20.6.2019 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *uthevet kursiv*):

Saksnr.	Innhold
ST 50/2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 51/2019	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 29.5.2019
ST 52/2019	Kvalitets- og virksomhetsrapport ( <i>ettersendt</i> )
ST 53/2019	Tertialrapport 1, 2019 for byggeprosjekter ved UNN
ST 54/2019	Forberedende virksomhetsplanlegging 2020
ST 55/2019	Bygningsmessige tiltak etter Arbeidstilsynets tilsyn på ambulansestasjoner
ST 56/2019	Plan for reduksjon av innleie
ST 57/2019	Møteplan 2020 for styret ved UNN ( <i>utsatt</i> )
ST 58/2019	Orienteringssaker
	<i>Skriftlige orienteringer</i>
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra UNN</li><li>2. Evaluering av driftslederfunksjonen ved UNN Harstad og UNN Narvik</li></ol>
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Pasienthistorie</li><li>4. Klinikkpresentasjon Medisinsk klinikk</li><li>5. Orientering fra direktøren vedr sammenslåing med Finnmarkssykehuset</li><li>6. <b>Orientering fra klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk vedrørende midlertidig base for ambulanshelikopter</b></li></ol>
ST 59/2019	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 30.4.2019</li><li>2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 3.6.2019</li><li>3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 4.6.2019</li><li>4. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 5.6.2019</li><li>5. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 12.6.2019</li><li>6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 17.6.2019</li></ol>
ST 60/2019	Eventuelt

*UNNs vurdering av «Rullering av økonomisk plan 2020-2023, inkl. rullering av investeringsplan for 2020-2027» (styresak for Helse Nord RHF 72/2019, den 28. juni 2019).*

**ST 51/2019 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 29.5.2019  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 20.6.2019**

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 29.5.2019.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 29.5.2019.

**ST 52/2019 Kvalitets- og virksomhetsrapport  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 20.6.2019**

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord – Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mai 2019 til orientering.

*Forslag fra Roald Linaker:*

*Styret ser alvorlig på manglende oppfyllelse av den gylne regel, og uttrykker støtte til arbeidet som er igangsatt med kvalitetsforbedring. Styret ber om å bli holdt løpende oppdatert på planlagte og iverksatte tiltak i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord – Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mai 2019 til orientering.
2. Styret ser alvorlig på manglende oppfyllelse av den gylne regel, og uttrykker støtte til arbeidet som er igangsatt med kvalitetsforbedring. Styret ber om å bli holdt løpende oppdatert på planlagte og iverksatte tiltak i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene.

**ST 53/2019 Tertilrapport pr 30.04.2019 for utbyggingsprosjekter ved UNN  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 20.6.2019**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 30.04.2019 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 30.04.2019 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

**ST 54/2019 Forberedende virksomhetsplanlegging 2020  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 20.6.2019**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saken om status i virksomhetsplanlegging til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saken om status i virksomhetsplanlegging til orientering.

**ST 55/2019 Bygningsmessige tiltak etter Arbeidstilsynets tilsyn på ambulansestasjoner  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 20.6.2019**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar de bygningsmessige tiltakene for å lukke Arbeidstilsynets pålegg i Ambulansetjenesten til orientering.



Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar de bygningsmessige tiltakene for å lukke Arbeidstilsynets pålegg i Ambulansetjenesten til orientering.

**ST 56/2019 Plan for reduksjon av innleie  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 20.6.2019**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar status om reduksjon av innleie til orientering og slutter seg til videre plan for reduksjon av innleie.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar status om reduksjon av innleie til orientering og slutter seg til videre plan for reduksjon av innleie.

**ST 57/2019 Møteplan 2020 for styret ved UNN - utsatt  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 20.6.2019 – utsatt**

**ST 58/2019 Orienteringssaker  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 20.6.2019**

Innstilling til vedtak:

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

*Skriftlige orienteringer*

1. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra UNN
2. Evaluering av driftslederfunksjonen ved UNN Harstad og UNN Narvik

*Muntlige orienteringer*

3. Pasienthistorie
4. Klinikkpresentasjon Medisinsk klinikk
5. Orientering fra direktøren vedrørende sammenslåing med Finnmarksykehuset
6. Orientering fra klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk vedrørende midlertidig base for ambulanshelikopter

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

**ST 59/2019 Referatsaker**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 20.6.2019**

Innstilling til vedtak:

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

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 30.4.2019
2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 3.6.2019
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 4.6.2019
4. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 5.6.2019 (*ettesendt*)
5. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 12.6.2019 (*ettesendt*)
6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 17.6.2019

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

**ST 60/2018 Eventuelt**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 20.6.2019**

UNNs vurdering av «Rullering av økonomisk plan 2020-2023, inkl. rullering av investeringsplan for 2020-2027» (styresak for Helse Nord RHF 72/2019, den 28. juni 2019).

Direktøren anbefaler at UNN gir følgende tilbakemelding:

Administrerende direktør konstaterer at Helse Nords investeringsplan ikke har tatt høyde for vedtatt fremdriftsplan for byggeprosjektet, Nye UNN Narvik. Realisering av nytt sykehus i Narvik er førsteprioritet i UNNs investeringsplan og må gjennomføres på grunn av risiko ved infrastruktur i eksisterende sykehus. UNN anbefaler at investeringsplanen justeres til en middelvei mellom dagens plan og vedtatt fremdrift i prosjektet. Dette vil medføre 6 mnd forsinket oppstart i det nye sykehuset, men tar høyde for den likviditet som finnes i foretaksgruppen som helhet. Forslaget vil medføre økt lønns og prisstigning tilsvarende 57 mill kr og øke investeringsrammen til 2375 mill kr, (P50, 2023 kroner).

Styreleder Roald Linaker foreslo:

Styret slutter seg til direktørens anbefalinger i denne saken.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret slutter seg til direktørens anbefalinger i denne saken.

Tromsø, 20.6.2019

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



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
63/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.09.2019
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Lars Øverås

### Kvalitets- og virksomhetsrapport

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten* for juli 2019 til orientering.

#### Bakgrunn

Vedlagte Kvalitets- og virksomhetsrapport for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for juli 2019 presenterer resultatet for helseforetakets satsningsområder. Den er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse-, miljø- og sikkerhet. Rapporten sendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdataene både på foretaks- og konsernnivå.

#### Formål

Kvalitets- og virksomhetsrapporten skal gi nødvending ledelsesinformasjon om status i UNN sett opp mot eiers krav og interne satsningsområder.

#### Saksutredning

Det vises til vedlagte Kvalitets- og virksomhetsrapport for juli 2019, som bakgrunn for etterfølgende vurdering.

#### Medvirkning

Det vises til egne referat fra brukerutvalg, arbeidsmiljøutvalg og drøftingsmøte med tillitsvalgte.

## Vurdering

Andel *epikriser sendt innen 1 og 7 dager* er fortsatt langsomt økende, men måloppnåelsen på andel epikriser sendt innen 7 dager er fortsatt ikke god nok. Andel *strykninger* av planlagte operasjoner er redusert i første halvår, men stabilt på noe over målet på maks 5 % de siste månedene. Indikatorene følges opp på ledergruppens tavlemøte ukentlig, og gjennomføring av disse møtene er endret med større fokus på konkret tiltaksarbeid og måloppnåelse i den enkelte klinikk, samt mulighet til å lære av hverandres erfaringer i større grad.

Måloppnåelsen for gjennomføring av *kreftpakkeforløp* innen anbefalt forløpstid er fortsatt ikke tilfredsstillende. Som tidligere er det for kreft i tykk- og endetarm samt kreft i urinveiene at utfordringene med å gjennomføre pakkeforløpene innen anbefalt forløpstid er størst. I juli var det også lav måloppnåelse for pakkeforløp for lungekreft, som i stor grad tilskrives økt etterspørsel etter, og derav økende ventetid for PET-undersøkelser. Den betydelige økningen i behovet for MR-undersøkelser representerer en stor utfordring, og medvirker også til forsinket gjennomføring av noen pakkeforløp for kreft. Det arbeides med tiltak for å håndtere økningen, men dette er krevende. Direktøren forventer at de aktuelle klinikker og fagmiljø gjennomfører detaljerte gjennomganger og justeringer av de forløp som ikke har høy nok måloppnåelse, og vil rapportere nærmere på dette i neste måneds kvalitets- og virksomhetsrapport.

Direktøren er ikke fornøyd med den store økningen i antall *fristbrudd* inneværende år, som har vedvart gjennom sommeren. Det er fortsatt innen psykisk helsevern for voksne det er flest fristbrudd, og også høyest andel fristbrudd blant de pasienter som er avviklet fra venteliste. Den bekymringsfulle situasjonen i Psykisk helse- og rusklinikken med betydelig nedgang i poliklinisk aktivitet og høyt antall fristbrudd vedvarer, selv om antallet fristbrudd er noe lavere enn før sommeren. Nedgangen i aktivitet skyldes i stor grad at flere erfarne behandlere har sluttet i Midt-Troms. Det er nå ansatt flere, stort sett nyutdannede behandlere (psykologer) i Midt- og Sør-Troms, og direktøren forventer at aktiviteten gradvis tar seg opp, og at antall fristbrudd reduseres betydelig i de kommende måneder. Det etableres også et team fra ulike stabsenheter som skal bistå Psykisk helse- og rusklinikken i arbeidet med å snu utviklingen i forhold til aktivitet, ventetider, fristbrudd og økonomi.

Det er mange enheter i klinikkene som har fristbrudd ved utgangen av ferien, noe som dels skyldes aktivitetsreduksjon i ferieperioden, samt at ferieavviklingen medfører at det oppstår flere feilregistreringer som telles som fristbrudd. Direktøren forventer at alle klinikker retter et stort fokus på å sikre korrekt registrering, og systematisk følger opp med opplæringstiltak og læring av de feil som oppstår.

Ventetiden i UNN har etter en betydelig nedgang fra 2014 til 2017 vært stabil de siste to år, og viser nå en liten oppgang de siste månedene. Kvalitetsutvalget har etter ferien behandlet tiltaksplan for å sikre videre nedgang i ventetid til nasjonalt mål på maksimum 50 dager gjennomsnittlig ventetid innen 2021. Tiltakene inkluderer rydding, opplæring, tiltak for god statistikk, fokus på avvikling av langtidsventende over 6 måneder, samt tilstrekkelig lang planleggingshorisont i arbeidsplanene. Dette vil bli ytterligere utviklet og fulgt opp i de kommende måneder. Flere av disse tiltakene er også viktige for å unngå fristbrudd, og redusere andel pasienter passert planlagt tid (internt ventende).

Det totale *sykefraværet* i UNN HF i juli ligger på 7,7%. Det arbeides godt med ForBedring 2019, der identifisering av faktorer som kan virke inn på sykefraværet er en del av prosessen. Jobbes det godt og målrettet med ForBedring lokalt, bør det forventes at dette vil gi positiv innvirkning på sykefraværet. Høsten 2018 ble styrket innsats mot høyt sykefravær etablert. I en

av enhetene som ble valgt ut, kan man se en reduksjon av det totale sykefraværet. Til tross for dette, er det for tidlig å konkludere om denne reduksjonen er et resultat av styrket innsats.

I enheter med høy andel av hyppig korttids-fravær (over 3%), må ledere prioritere systematisk oppfølging av denne typen fravær. På det nåværende tidspunkt prioriteres dette i varierende grad. Det jobbes med å øke NAVs involvering i oppfølging av sykmeldte. Dette vil innebære at NAV mer systematisk bistår i forebygging og oppfølging i en tidligere fase.

UNN lykkes ikke med å oppfylle *Den gyldne regel*. Dette henger sammen med overforbruk innen somatikk med henhold til økonomi og færre konsultasjoner og vakante stillinger innen voksenpsykiatri.

Det *økonomiske* resultatet for juli viser et negativt budsjettavvik på 1,8 mill kroner. I dette er det en negativ post på ISF med 4 mill kroner som følger av for høye inntekter tidligere i år. Det er fremdeles variabel lønn som er den største økonomiske utfordringen, og det arbeides med å redusere denne posten. Fokuset på variabel lønn er forsterket, og vi forventer at dette gir resultater utover høsten.

## Konklusjon

Kvalitets- og virksomhetsrapporten for juli viser at UNN har utfordringer på flere av områdene som måles. Det jobbes systematisk og aktivt for å sikre bedret resultatoppnåelse også på disse områdene.

Det økonomiske resultatet i juli gav et negativt resultatavvik på 1,8 mill kroner. Samtidig er det negative engangseffekter i juli for 4 mill kroner. Måneden isolert sett er derfor bedre enn resultatet tilsier. Det er enkeltklinikker som fortsatt har overforbruk, og det jobbes tett opp mot og sammen med disse for å snu trenden.

Den økonomiske prognosen på 20 mill kroner i overskudd fra tidligere opprettholdes.

Tromsø, 30.8.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2019



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	2
Hovedindikatorer .....	3
Kvalitet .....	5
Pakkeforløp – kreftbehandling .....	5
Ventelister .....	7
Ventetid .....	7
Fristbrudd.....	7
Korridorpasienter .....	9
Intern venteliste.....	10
Strykninger .....	11
Epikrisetid .....	12
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern- .....	12
Oppholdstid i akuttmottaket.....	13
Aktivitet.....	14
Somatisk virksomhet .....	15
Psykisk helsevern voksne .....	17
Psykisk helsevern barn og unge.....	17
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	18
Den gylne regel .....	18
Samhandling .....	19
Utskrivningsklare pasienter .....	19
Bruk av pasienthotell .....	21
Personal.....	23
Bemanning .....	23
Sykefravær.....	25
AML-brudd .....	26
Kommunikasjon .....	27
Sykehuset i media.....	27
Økonomi.....	28
Resultat .....	28
Prognose.....	29

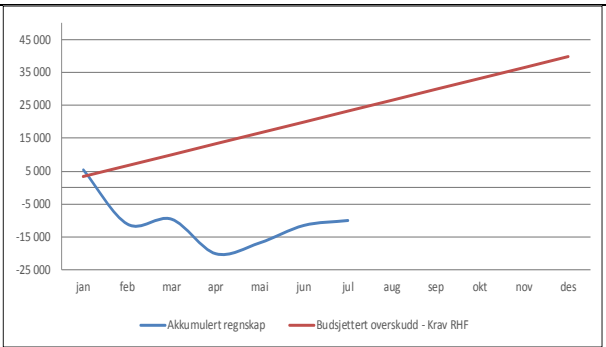


## Hovedindikatorer

<p><b>Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, juli</b></p> <p><b>Måltall: 70 %</b></p> <p><b>Andel i pakkeforløp: 74,3 %</b></p> <p><b>Andel innenfor frist: 60,2%</b></p>	<p>Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp hittil i år.</p> <p>Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling hittil i år.</p>																												
<p><b>Strykninger av planlagte operasjoner</b></p> <p><b>Måltall: &lt; 5 %</b></p> <p><b>Juli: 7,8 %</b></p>	<p>Utvikling strykninger samme dag</p> <table border="1"> <caption>Utvikling strykninger samme dag</caption> <thead> <tr> <th>Måned</th> <th>Prosent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>07/2018</td><td>7,0%</td></tr> <tr><td>08/2018</td><td>7,7%</td></tr> <tr><td>09/2018</td><td>8,2%</td></tr> <tr><td>10/2018</td><td>9,4%</td></tr> <tr><td>11/2018</td><td>10,0%</td></tr> <tr><td>12/2018</td><td>12,5%</td></tr> <tr><td>01/2019</td><td>8,7%</td></tr> <tr><td>02/2019</td><td>8,6%</td></tr> <tr><td>03/2019</td><td>7,9%</td></tr> <tr><td>04/2019</td><td>6,4%</td></tr> <tr><td>05/2019</td><td>7,3%</td></tr> <tr><td>06/2019</td><td>8,0%</td></tr> <tr><td>07/2019</td><td>7,8%</td></tr> </tbody> </table>	Måned	Prosent	07/2018	7,0%	08/2018	7,7%	09/2018	8,2%	10/2018	9,4%	11/2018	10,0%	12/2018	12,5%	01/2019	8,7%	02/2019	8,6%	03/2019	7,9%	04/2019	6,4%	05/2019	7,3%	06/2019	8,0%	07/2019	7,8%
Måned	Prosent																												
07/2018	7,0%																												
08/2018	7,7%																												
09/2018	8,2%																												
10/2018	9,4%																												
11/2018	10,0%																												
12/2018	12,5%																												
01/2019	8,7%																												
02/2019	8,6%																												
03/2019	7,9%																												
04/2019	6,4%																												
05/2019	7,3%																												
06/2019	8,0%																												
07/2019	7,8%																												
<p><b>Sykefravær</b></p> <p><b>Måltall: 7,5 %</b></p> <p><b>Juli: 7,7 %</b></p>	<p>Sen, avg. og total sykefravær</p>																												
<p><b>Andel epikriser sendt innen 1 dag og innen 7 dager</b></p> <p><b>Måltall: 50 % innen 1 dag</b> <b>100 % innen 7 dager</b></p> <p><b>Juli 1 dag: 57,9 %</b> <b>Juli 7 dager: 85,3 %</b></p>	<p>Andel epikriser sendt innen 1 og 7 dager</p>																												

### Budsjettavvik akkumulert per juli

**-33,4 mill kr**

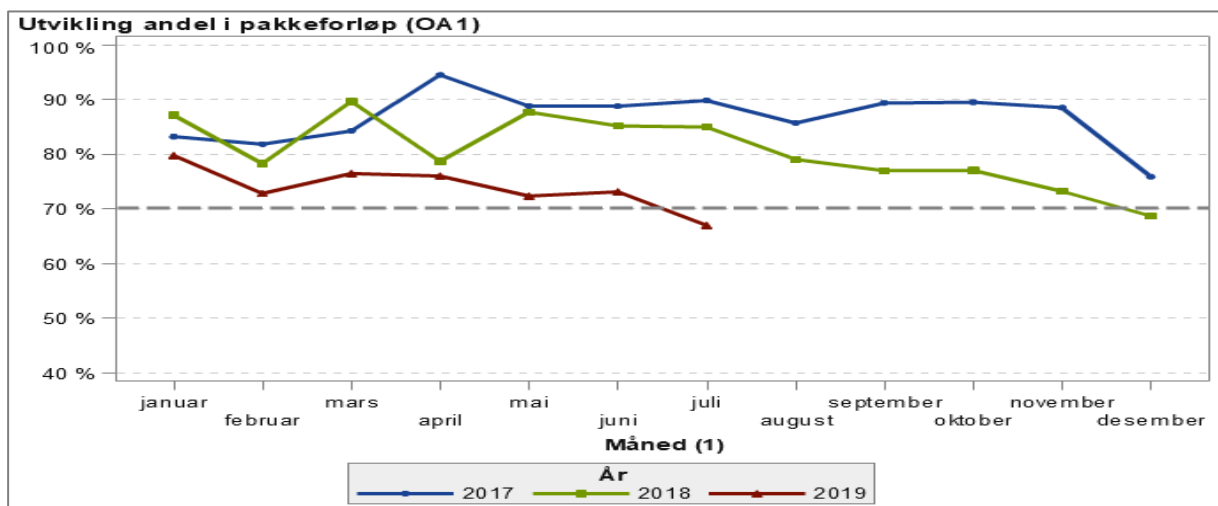


## Kvalitet

### Pakkeforløp – kreftbehandling

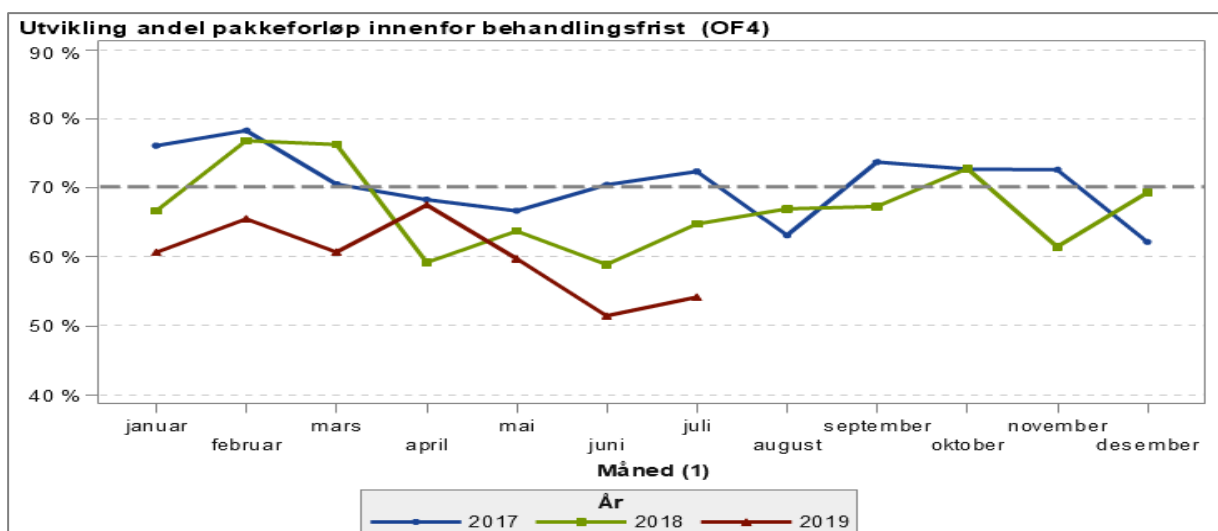
UNN har fokus på to kreftpakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

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	Antall innen std forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	Andel innen frist
<b>Total</b>		<b>344</b>	<b>571</b>	<b>60,2%</b>
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	4	4	100,0%
Blærekreft	Kirurgi	25	35	71,4%
Blærekreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Blærekreft	Strålebehandling	0	1	0,0%
Brystkreft	Kirurgi	37	84	44,0%
Brystkreft	Medikamentell behandling	19	26	73,1%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	4	6	66,7%
Bukspyttkjertelkreft	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	17	22	77,3%
Eggstokkreft (ovarial)	Medikamentell behandling	2	4	50,0%
Føflekkreft	Kirurgi	20	24	83,3%
Galleveiskreft	Kirurgi	2	3	66,7%
Galleveiskreft	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Hjernekreft	Kirurgi	11	11	100,0%
Hode- halskreft	Kirurgi	9	13	69,2%
Hode- halskreft	Strålebehandling	7	9	77,8%
Kreft hos barn	Kirurgi	1	1	100,0%
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	3	4	75,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	1	2	50,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Medikamentell behandling	5	6	83,3%
Kreft i spiserør og magesekk	Strålebehandling	2	3	66,7%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL )	Overvåking uten behandling	0	2	0,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	3	3	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Strålebehandling	3	3	100,0%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	19	22	86,4%
Livmorkreft (endometrie)	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Livmorkreft (endometrie)	Strålebehandling	0	1	0,0%
Lungekreft	Kirurgi	7	20	35,0%
Lungekreft	Medikamentell behandling	9	12	75,0%
Lungekreft	Strålebehandling	15	21	71,4%
Lymfomer	Medikamentell behandling	23	27	85,2%
Lymfomer	Strålebehandling	0	4	0,0%
Myelomatose	Medikamentell behandling	3	3	100,0%
Nevroendokrine svulster	Kirurgi	1	2	50,0%
Nevroendokrine svulster	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Nyrekreft	Kirurgi	5	20	25,0%
Peniskreft	Kirurgi	1	3	33,3%
Peniskreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Primær leverkreft (HCC)	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Prostatakreft	Kirurgi	8	24	33,3%
Prostatakreft	Medikamentell behandling	4	11	36,4%
Prostatakreft	Overvåking uten behandling	13	23	56,5%
Sarkom	Kirurgi	2	2	100,0%
Sarkom	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	17	24	70,8%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	1	2	50,0%
Testikkelkreft	Overvåking uten behandling	8	9	88,9%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	11	42	26,2%
Tykk- og endetarmskreft	Medikamentell behandling	0	2	0,0%
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	17	22	77,3%

\*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

	2017	2018	2019	Endring 2018-2019	Endring %
Pasienter på venteliste	8 993	9 099	9 604	505	6
Gjennomsnittlig ventetid dager	64	61	69	8	13
Ikke møtt til planlagt avtale	1 324	1 016	886	-130	-13

## Ventetid

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

	2017	2018	2019	Endring 2018-2019	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	53	59	60	1	2
Median ventetid i dager	39	45	42	-3	-7

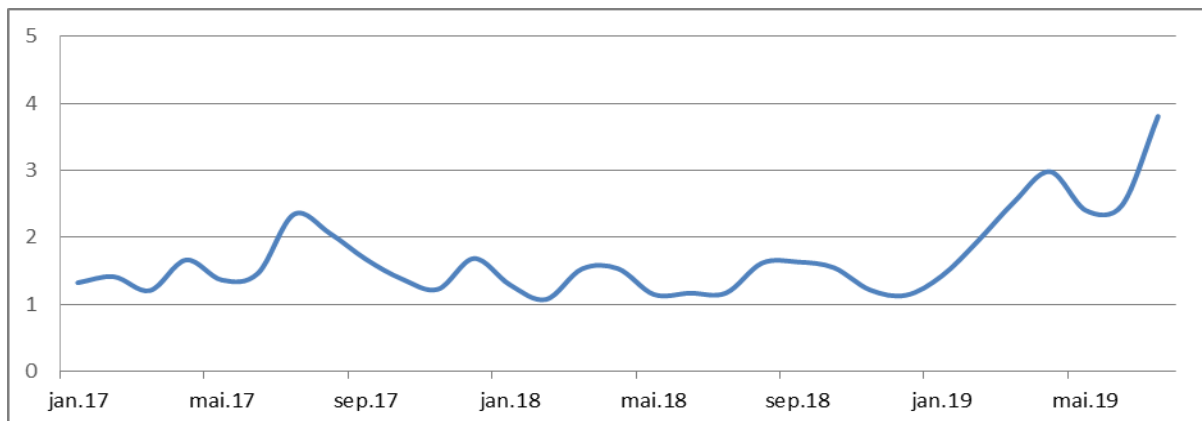
## Fristbrudd

Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av juli 2019

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	33	369	8,9 %
Barne- og ungdomsklinikken	1	484	0,2 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	26	1 882	1,4 %
Medisinsk klinikk	6	788	0,8 %
Hjerte- og lungeklinikken	5	691	0,7 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	40	5 257	0,8 %
UNN	111	9 471	1,2 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

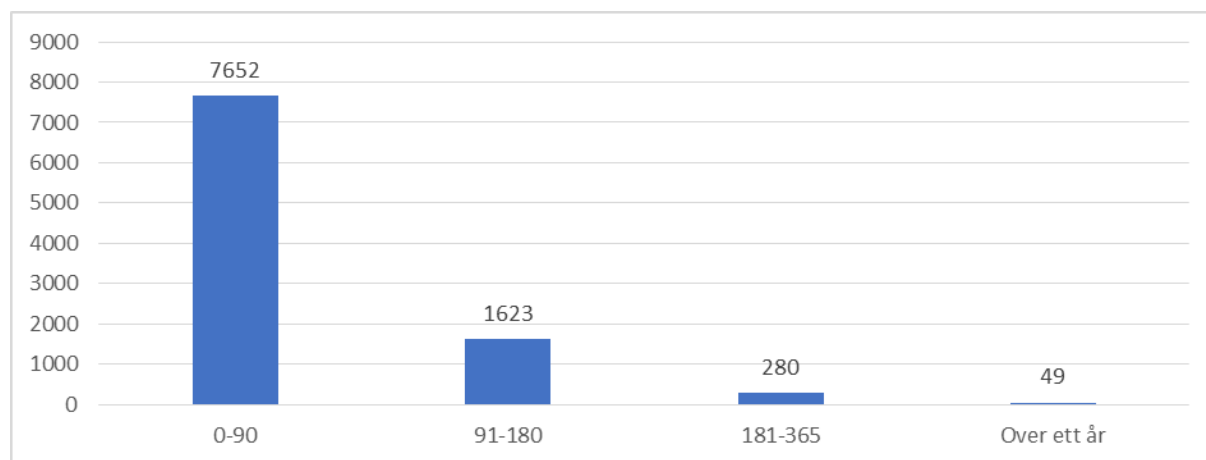
Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 5 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

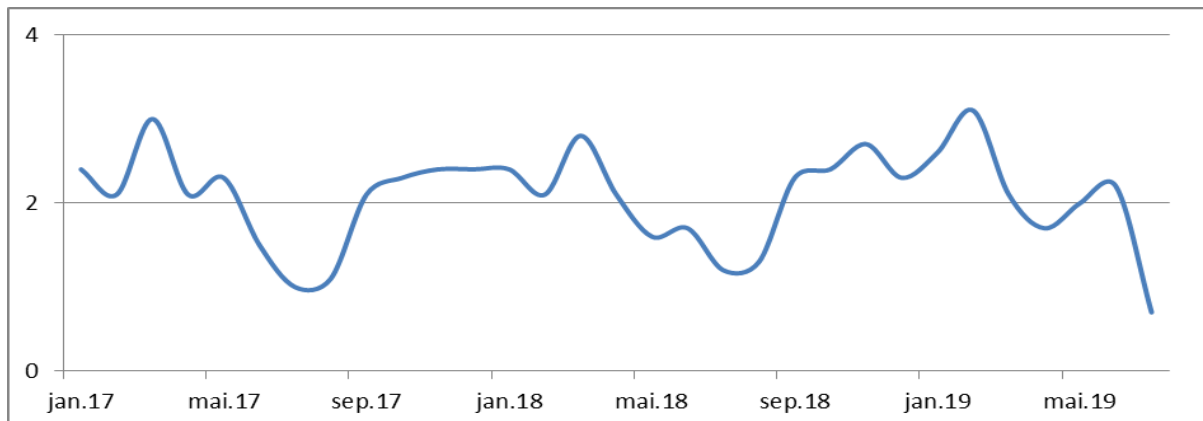
Klinikk	jun.19	jul.19
Hjerte- og lungelinikken	5	2
Medisinsk klinikk	12	14
Psykisk helse- og ruslinikken	22	7
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringslinikken	51	25
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelselinikken	12	40
<b>UNN</b>	<b>102</b>	<b>88</b>

Figur 4 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



## Korridorpasienter

Figur 5 Korridorpasienter andel per måned - somatikk

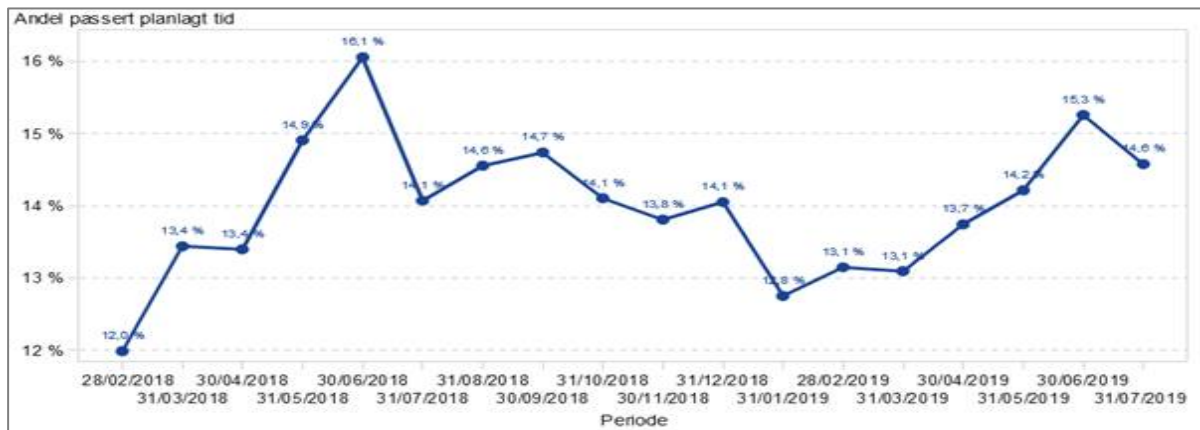


Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridorpasienter	Andel
Hjertermed. post Tromsø	807	17	2,1 %
Medisinsk post A Harstad	326	14	4,3 %
Nevro-hud-revmapost Tromsø	1036	8	0,8 %
Ort-kir. post Narvik	325	6	1,8 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	710	4	0,6 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	604	4	0,7 %
Fordøyelse-nyre post Tromsø	334	3	0,9 %
Ortopedisk post Harstad	246	2	0,8 %

## Intern venteliste

Figur 6 Andel passert planlagt tid



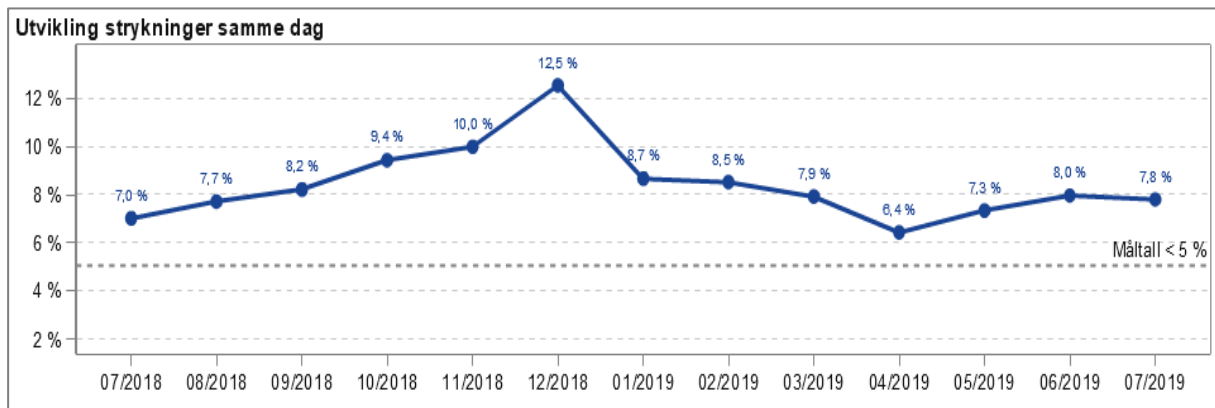
Tabell 7 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på fagområde (10 største)

Fagområde	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter	Andel passert planlagt tid
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	5 501	1 643	29,9%
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	6 776	1 279	18,9%
Øre-nese-hals sykdommer	6 396	1 245	19,5%
Lungesykdommer	2 986	996	33,4%
Nevrologi	2 991	929	31,1%
Øyesykdommer	5 651	838	14,8%
Fordøyelsesykdommer	4 147	582	14,0%
Gastroenterologisk kirurgi	3 219	499	15,5%
Hjertesykdommer	6 069	490	8,1%
Endokrinologi	2 617	314	12,0%



## Strykninger

Figur 7 Strykninger samme dag av planlagte operasjoner (prosent)

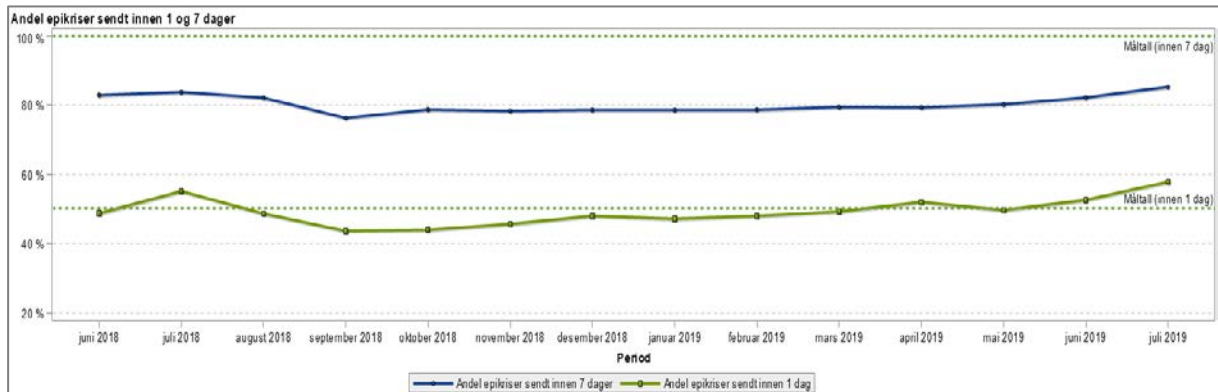


Tabell 8 Årsak til strykninger av planlagte operasjoner siste måned

Avsluttkode - UNN	Sum strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag
Ikke indikasjon for operasjon	57	23	40,4%
Utsatt grunnet ø-hjelp (annen pasient)	41	15	36,6%
Administrativ feil	45	11	24,4%
Overbooking/skiftetid/forsinkelse annen elektiv operasjon	19	10	52,6%
Ikke kapasitet intensiv/oppvåkning	5	5	100,0%
Pasient syk	18	5	27,8%
Preoperative retningslinjer ikke fulgt	5	4	80,0%
Pasient ikke møtt og ingen beskjed	6	4	66,7%
Ikke kapasitet anestesisykepleier	5	3	60,0%
Manglende utredning	8	3	37,5%
Pasienter ønsker ikke kirurgi	25	2	8,0%
Dårlig vær/transportproblemer	1	1	100,0%
Ikke kapasitet operasjonssykepleier	3	1	33,3%
Ikke kapasitet kirurg	19	0	0,0%
Ikke kapasitet sengepost	1	0	0,0%
Pasient har hatt operasjon på annet sykehus	2	0	0,0%
Tidspunkt passer ikke	88	0	0,0%
Utstyr - teknisk feil eller utilgjengelig	1	0	0,0%

## Epikrisetid

Figur 8 Epikriser - andel sendt innen syv dager

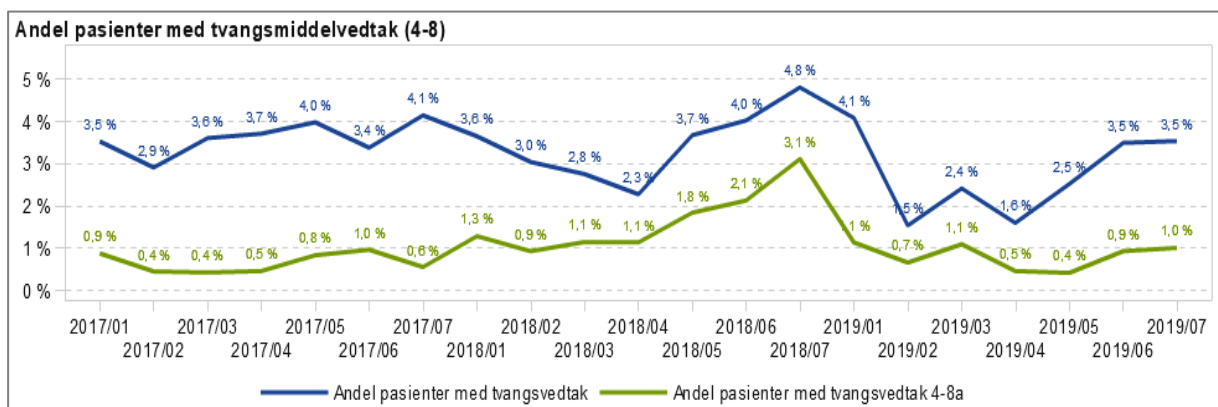


Tabell 9 Andel epikriser sendt innen 1 og 7 dager siste måned

Klinikk UNN	Antall epikriser som skal skrives	Antall epikriser sendt innen 1 dag	Antall epikriser sendt innen 7 dager	Andel epikriser sendt innen 1 dag	Andel epikriser sendt innen 7 dager
<b>Sum</b>	<b>2 767</b>	<b>1 602</b>	<b>2 360</b>	<b>57,9%</b>	<b>85,3%</b>
10 - Akuttmedisinsk klinikk	13	1	1	7,7%	7,7%
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	637	343	503	53,8%	79,0%
13 - Hjerter- og lungeklinikken	459	282	421	61,4%	91,7%
15 - Medisinsk klinikk	649	428	564	65,9%	86,9%
17 - Barne- og ungdomsklinikken	93	41	79	44,1%	84,9%
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	653	374	559	57,3%	85,6%
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	263	133	233	50,6%	88,6%

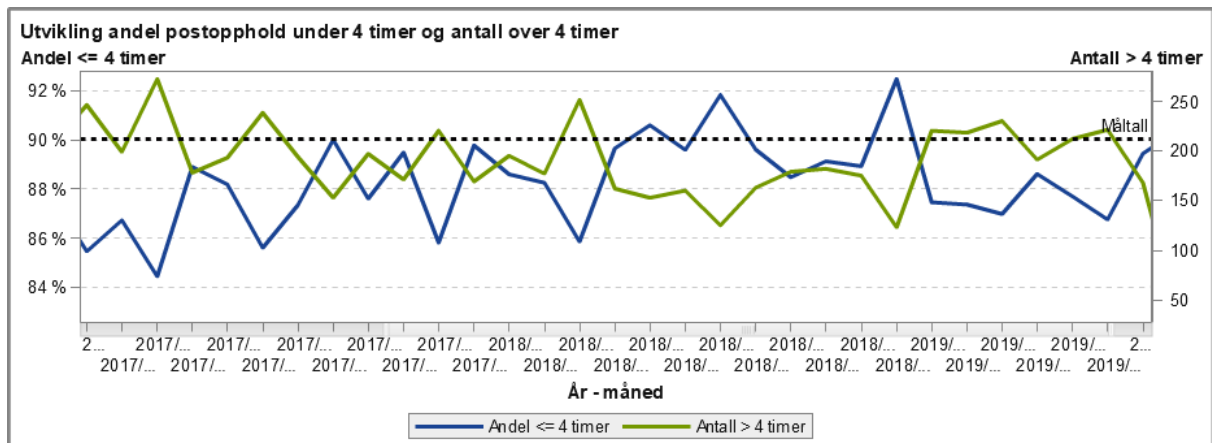
## Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern-

Figur 9 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



## Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 10 Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



Tabell 10 Tid til triage

Team - UNN ▲	Tid til triage intervaller ▲	Tid til triage (gjennomsnitt)	Tid til triage (median)	Antall episoder
Sum		21	9	8 711
Annet	0-15 minutter	6	6	1 443
	Over 15 minutter	55	27	813
Blå	0-15 minutter	8	10	22
	Over 15 minutter	53	42	37
Grønt	0-15 minutter	7	6	279
	Over 15 minutter	45	28	191
Gult	0-15 minutter	7	6	1 954
	Over 15 minutter	52	25	1 031
Orange	0-15 minutter	6	6	1 753
	Over 15 minutter	52	24	633
Rødt	0-15 minutter	5	5	466
	Over 15 minutter	81	24	89

## Aktivitet

Tabell 11 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF		2018	2019	Plantall 2019	Endring fra 2018		Avvik fra plan 2019	
					Antall	%	Antall	%
<b>Somatikk</b>								
Heldøgnsopphold	Somatikk	22 282	22 815		533	2,4		
Dagopphold	Somatikk	4 558	4 470		-88	-1,9		
Gjennomsnittlig liggetid	Somatikk	4,0	4,0		0,0	0,0		
Liggedager i perioden	Somatikk	98 870	102 352	106 015	3 482	3,5	-3 663	-3,5
Polikliniske konsultasjoner	Somatikk	157 749	158 610	152 306	861	0,5	6 304	4,1
- herav dagkirurgi	Somatikk	8 362	8 313		-49	-0,6		
DRG-poeng	Somatikk	42 627	45 861	45 391	3 234	7,6	470	1,0
Laboratorieanalyser	Somatikk	3 746 618	4 326 351	3 985 779	579 733	15,5	340 572	8,5
Røntgenhenvisninger	Somatikk	84 224	89 422	85 441	5 198	6,2	3 981	4,7
PET undersøkelser	Somatikk	454	643	536	189	41,6	107	20,0
<b>PHV</b>								
Heldøgnsopphold	PHV	1 662	1 567		-95	-5,7		
Gjennomsnittlig liggetid	PHV	13,1	12,6		-0,5	-3,8		
Liggedager i perioden	PHV	24 111	25 244	25 277	1 133	4,7	-33	-0,1
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	PHV	37 971	34 640	38 374	-3 331	-8,8	-3 734	-9,7
<b>BUP</b>								
Heldøgnsopphold	BUP	122	100		-22	-18,0		
Gjennomsnittlig liggetid	BUP	17,3	27,3		10,0	57,8		
Liggedager i perioden	BUP	1 536	1 317	1 831	-219	-14,3	-514	-28,1
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	BUP	17 619	18 511	17 834	892	5,1	677	3,8
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>								
Heldøgnsopphold	TSB	376	379		3	0,8		
Gjennomsnittlig liggetid	TSB	30,5	28,2		-2,3	-7,5		
Liggedager i perioden	TSB	11 457	11 306	11 740	-151	-1,3	-434	-3,7
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	TSB	7 368	7 575	6 957	207	2,8	618	8,9
<b>Sum</b>								
Sum polikliniske konsultasjoner		220 707	219 336		-1 371	-0,6		
Sum heldøgnsopphold		24 442	24 861		419	1,7		

*DRG-poeng - sørge for ansvar (behandling av pasienter i UNNs opptaksområde).*

Fra mars 2019 er disse nye: Heldøgnsopphold, dagopphold, gjennomsnittlig liggetid (beregnet på avdelingsopphold med > 0 liggedøgn) og spesifisering av dagkirurgi under poliklinikk (uttrekk basert på lokasjon dagkirurgi). Det er ikke plantall i 2019 for disse.

## Somatisk virksomhet

Tabell 12 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

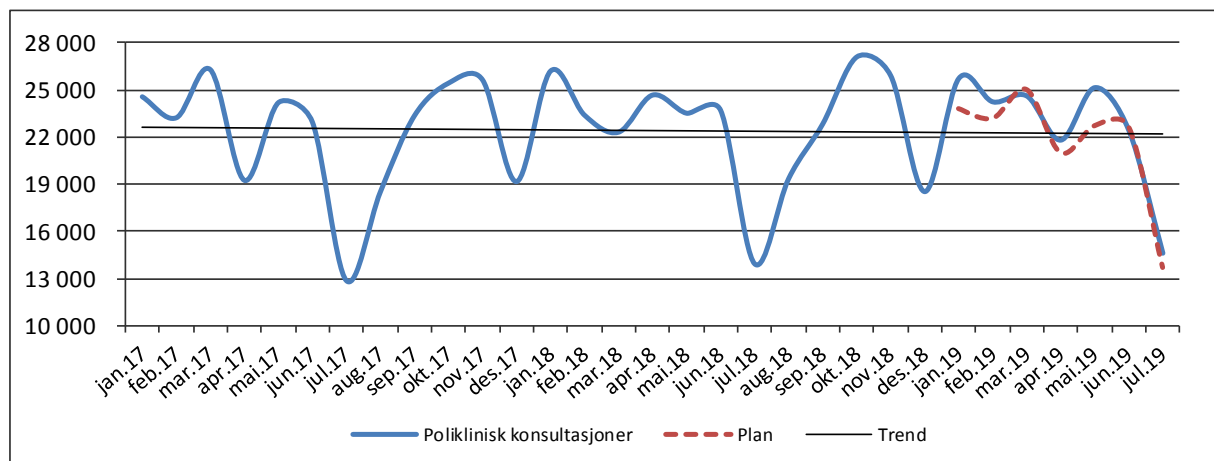
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 345	1 243	102
Barne- og ungdomsklinikken	2 057	2 054	3
Hjerte- og lungeklinikken	7 554	7 283	271
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	11 851	11 647	204
Medisinsk klinikk	7 406	7 049	357
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	12 397	11 968	429
Operasjons- og intensivklinikken	35	46	-11
<b>Totalt</b>	<b>42 645</b>	<b>41 291</b>	<b>1 354</b>

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

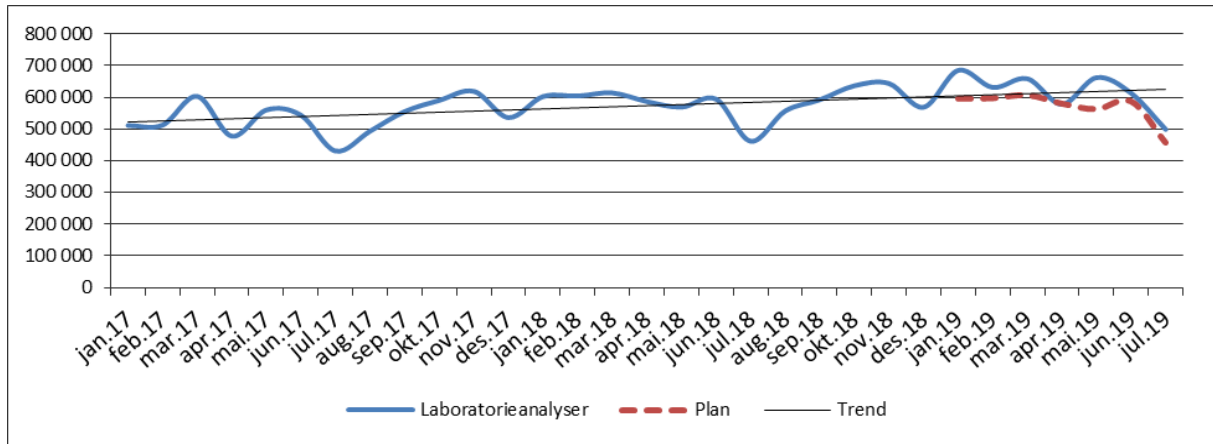
DRG indeks/ISF opphold pr klinikk - somatikk - alle omsorgsnivå						
Klinikk	Indeks			Dag, døgn og poliklinikk inkl. 470 (ISF)		
	2018	2019	Endring	2018	2019	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	0,166	0,166	0,000	7 636	8 036	400
Barne- og ungdomsklinikken	0,325	0,334	0,010	6 086	6 106	20
Hjerte-lungeklinikken	0,705	0,681	-0,024	10 623	11 060	437
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,232	0,242	0,010	48 656	48 776	120
Medisinsk klinikk	0,273	0,263	-0,009	26 972	28 051	1 079
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,147	0,158	0,012	78 081	78 117	36
OPIN	0,062	0,063	0,002	755	567	-188
<b>SUM</b>				<b>178 809</b>	<b>180 713</b>	<b>1 904</b>

Indeks: gjennomsnittstygnde per avdelingsopphold målt i DRG - poeng (eks: hvert av avdelingsoppholdene på Hjerte-lungeklinikken gir 0,664 poeng).

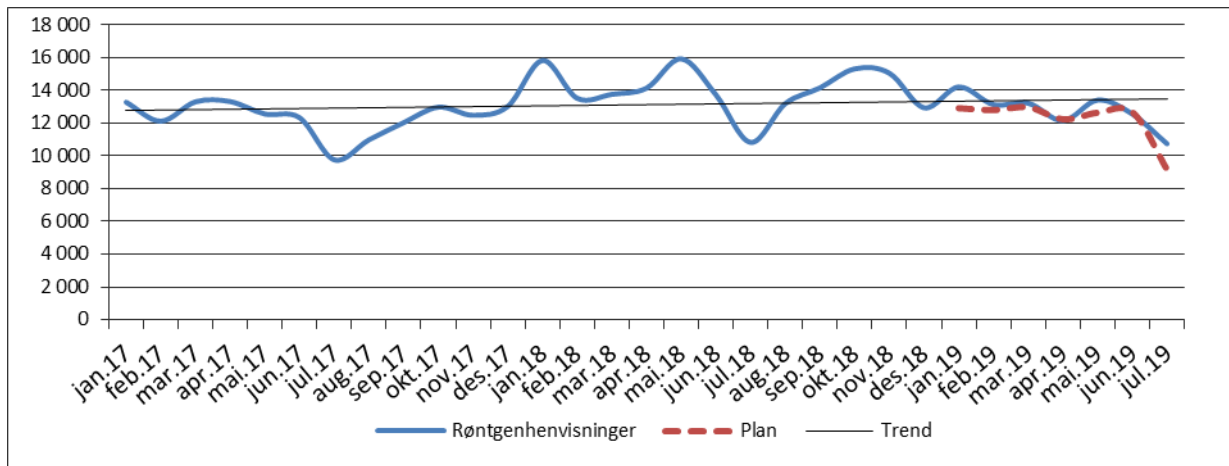
Figur 11 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



**Figur 12 Laboratorieanalyser**

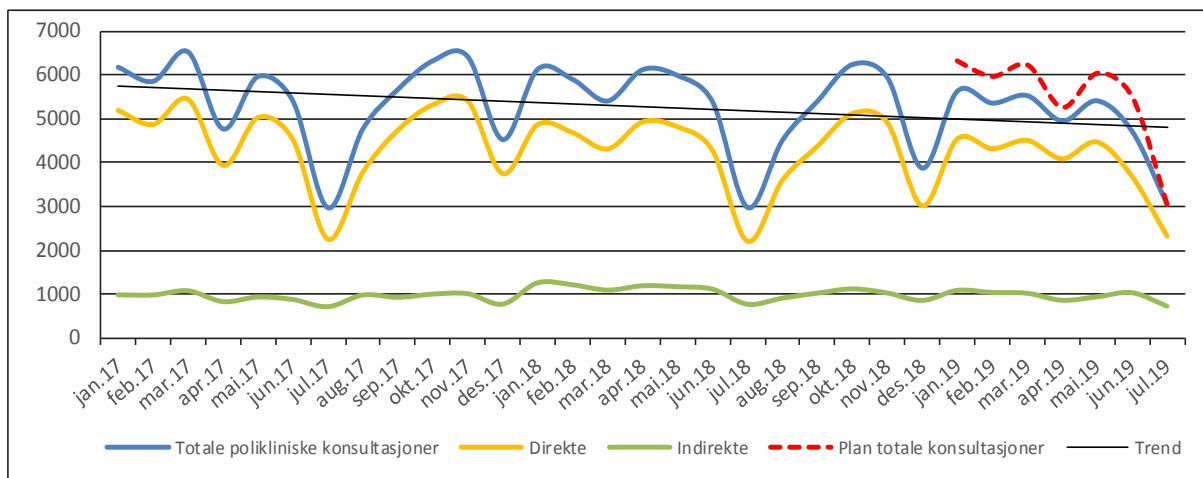


**Figur 13 Røntgenhenvisninger**



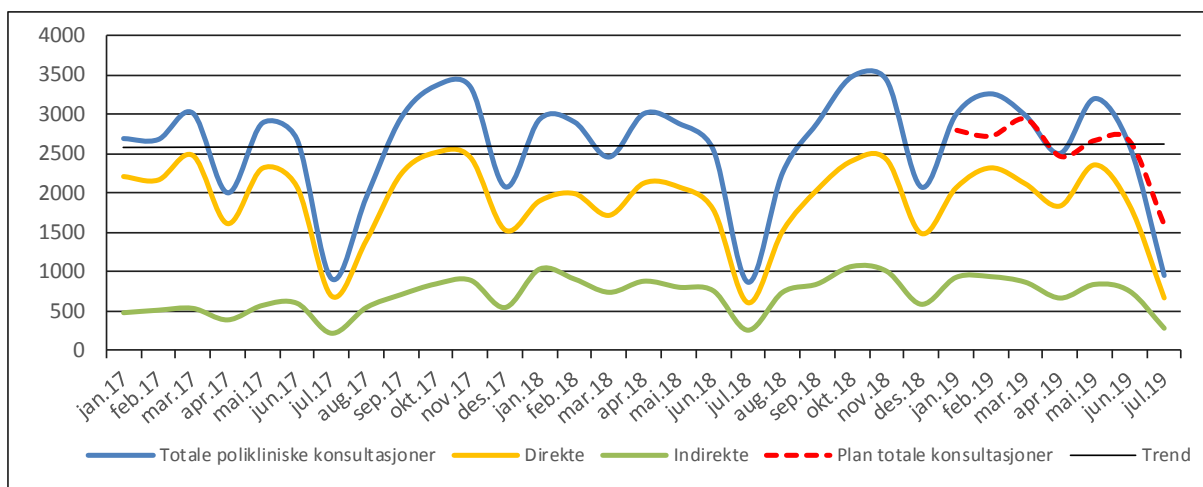
## Psykisk helsevern voksne

Figur 14 Polikliniske konsultasjoner – PHV



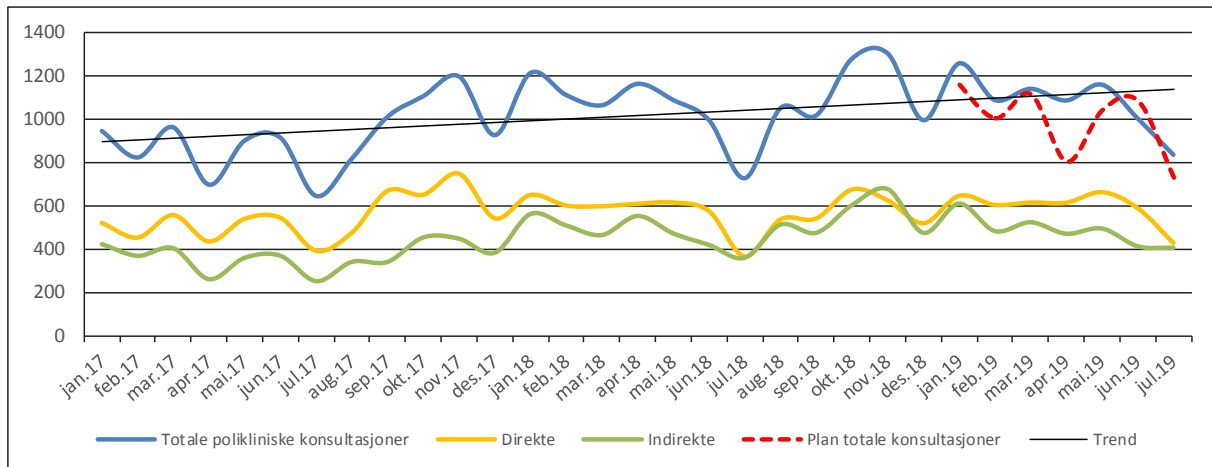
## Psykisk helsevern barn og unge

Figur 15 Polikliniske konsultasjoner – BUP



## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 16 Polikliniske konsultasjoner- TSB



## Den gylnе regel

Tabell 14 Den gylnе regel

Den gylnе regel				
Funksjon	Måleparameter	2018	2019	Endring 18 -19
Somatikk*	Økonomi	2 602 724	2 740 764	5,3 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	398 855	418 235	4,9 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	90 799	94 870	4,5 %
TSB	Økonomi	98 343	107 553	9,4 %
Somatikk	Konsultasjoner	157 749	158 610	0,5 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	37 971	34 640	-8,8 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	17 619	18 511	5,1 %
TSB	Konsultasjoner	7 368	7 575	2,8 %
Somatikk	Ventetid	60,3	61,6	2,1 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	39,8	49,9	25,6 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50	52,4	4,8 %
TSB	Ventetid	32,9	31,2	-5,3 %

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

Tabell 15 Den gylnе regel

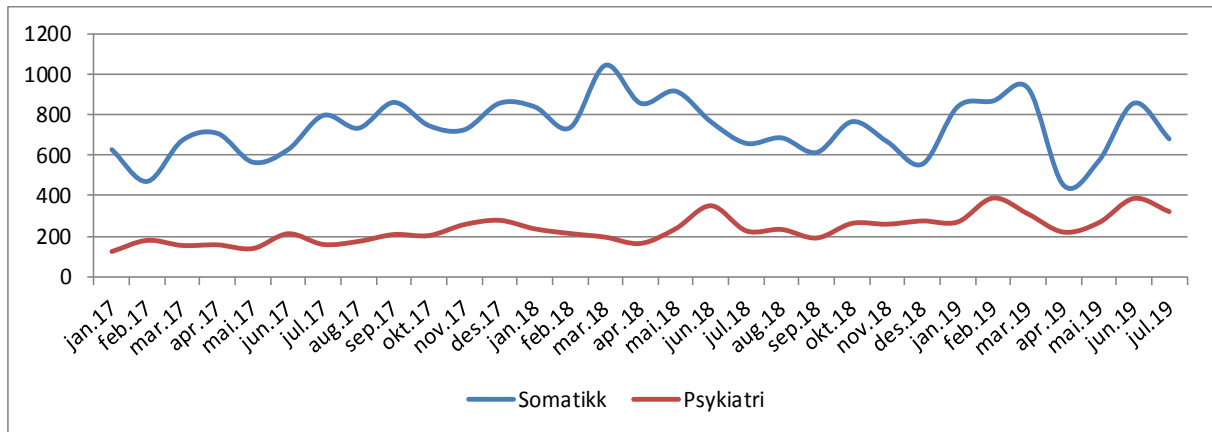
	Økonomi	Konsultasjoner	Ventetid
Somatikk	5,3 %	0,5 %	2,1 %
Psykisk helse - voksne	4,9 %	-8,8 %	25,6 %
Psykisk helse - barn og unge	4,5 %	5,1 %	4,8 %
TSB	9,4 %	2,8 %	-5,3 %



## Samhandling

### Utskrivningsklare pasienter

Figur 17 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern



Tabell 16 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – psykiatri og rus

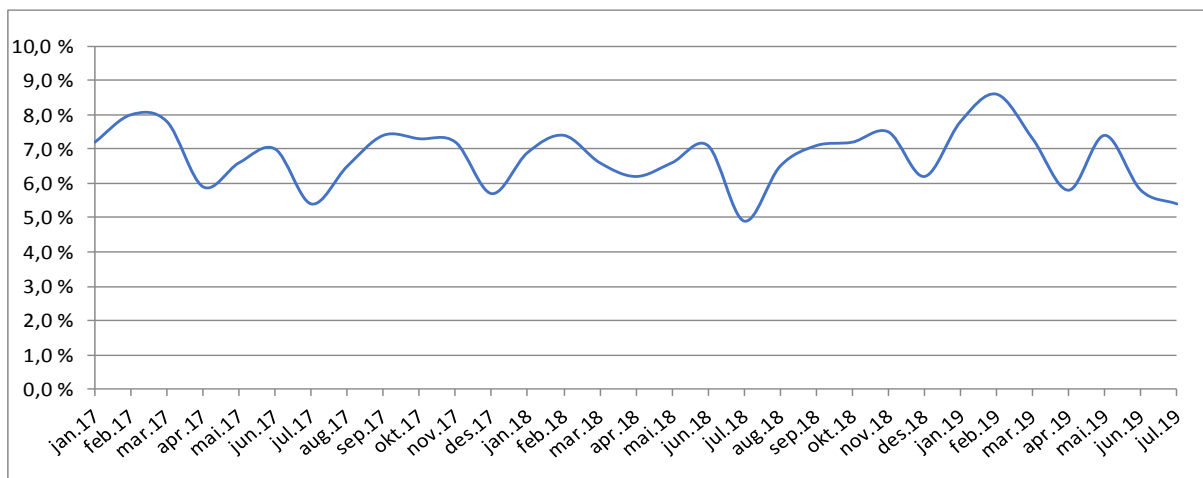
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
	per Juli	Juli	Juli	Juli
GRATANGEN	119	118	5	108
LAVANGEN	28	28	2	27
KARLSØY	42	40	3	19
TROMSØ	1 374	1 336	85	18
SØRREISA	25	24	3	7
LENVIK	80	77	6	7
BERG	6	5	1	7
BARDU	20	17	4	5
HARSTAD	117	99	20	5
SALANGEN	8	5	3	4
SKJERVØY	7	2	5	2
SKÅNLAND	6	5	1	2
STORFJORD	3	3	1	2
LØDINGEN	2	0	2	1
KÅFJORD	2	0	2	1
KVÆNANGEN	1	0	1	1
NARVIK	11	7	4	1
NORDREISA	2	0	2	0
BALSFJORD	1	0	1	0
IBESTAD	0	0	1	0
MÅLSELV	0	0	1	0
<b>Totalt</b>	<b>1 854</b>	<b>1 766</b>	<b>153</b>	<b>10</b>

Tabell 17 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

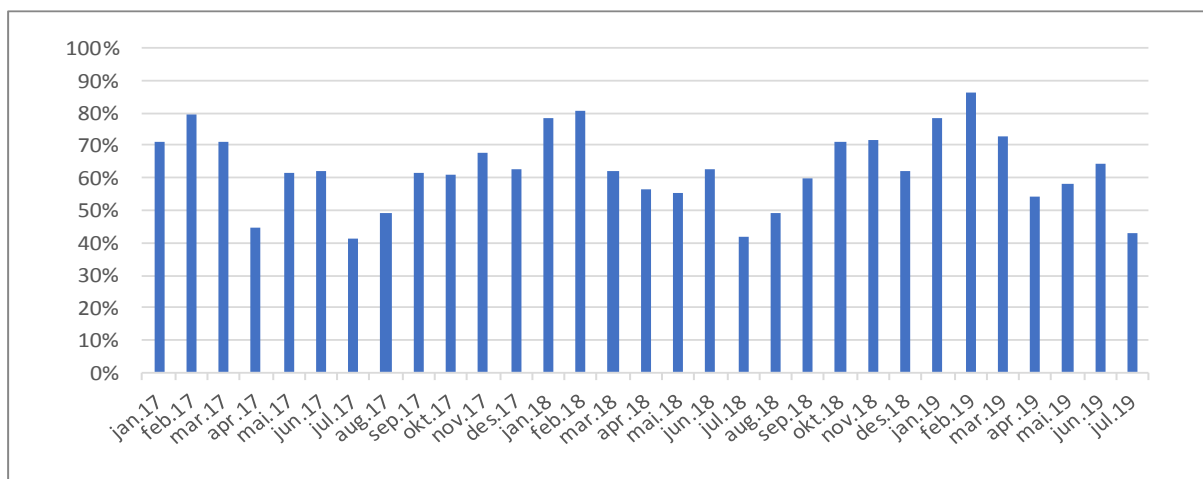
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	Juli	Juli	Juli	Juli
BALSFJORD	286	245	50	51
HARSTAD	1 167	611	590	47
TRANØY	68	53	17	45
SALANGEN	91	59	32	42
BARDU	164	138	31	41
SKÅNLAND	122	29	98	41
BALLANGEN	100	73	29	40
TJELDSUND	49	6	43	39
NARVIK	667	447	231	36
EVENES	49	2	48	35
LØDINGEN	68	13	56	33
MÅLSELV	199	156	51	29
IBESTAD	36	2	35	26
KVÆFJORD	65	4	62	23
TROMSØ	1 623	1 292	377	21
SKJERVØY	45	29	18	15
BERG	13	7	7	15
NORDREISA	61	37	25	12
DYRØY	11	3	9	10
TORSKEN	9	2	7	10
TYSFJORD	18	15	4	9
LYNGEN	26	9	17	9
GRATANGEN	10	4	6	9
KARLSØY	17	8	9	8
KÅFJORD	15	5	12	7
LAVANGEN	7	0	7	7
LENVIK	73	21	52	6
KVÆNANGEN	5	0	5	4
SØRREISA	12	4	8	3
STORFJORD	3	0	4	2
<b>Sum</b>	<b>5 079</b>	<b>3 274</b>	<b>1 940</b>	<b>26</b>

## Bruk av pasienthotell

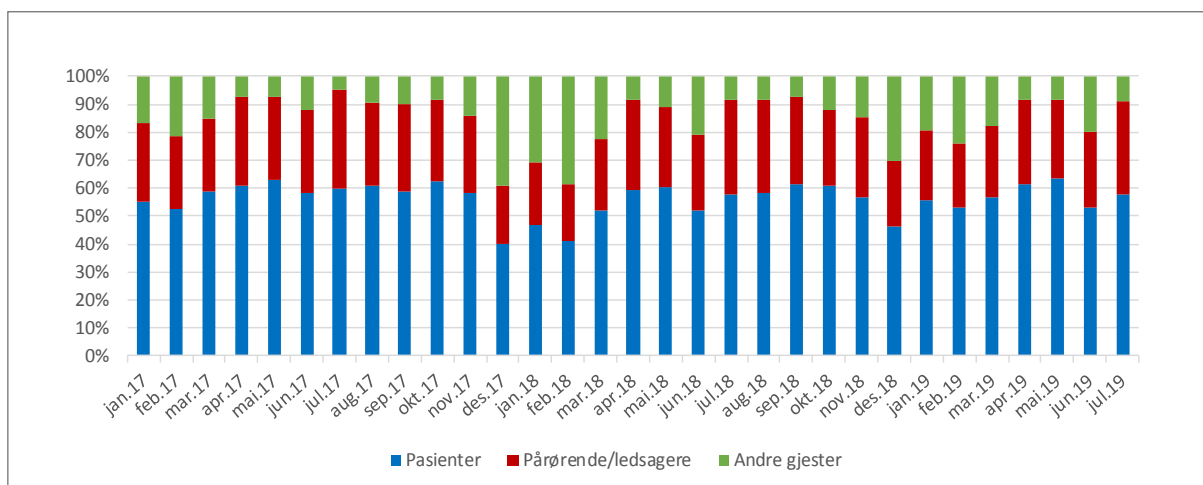
**Figur 18 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)**



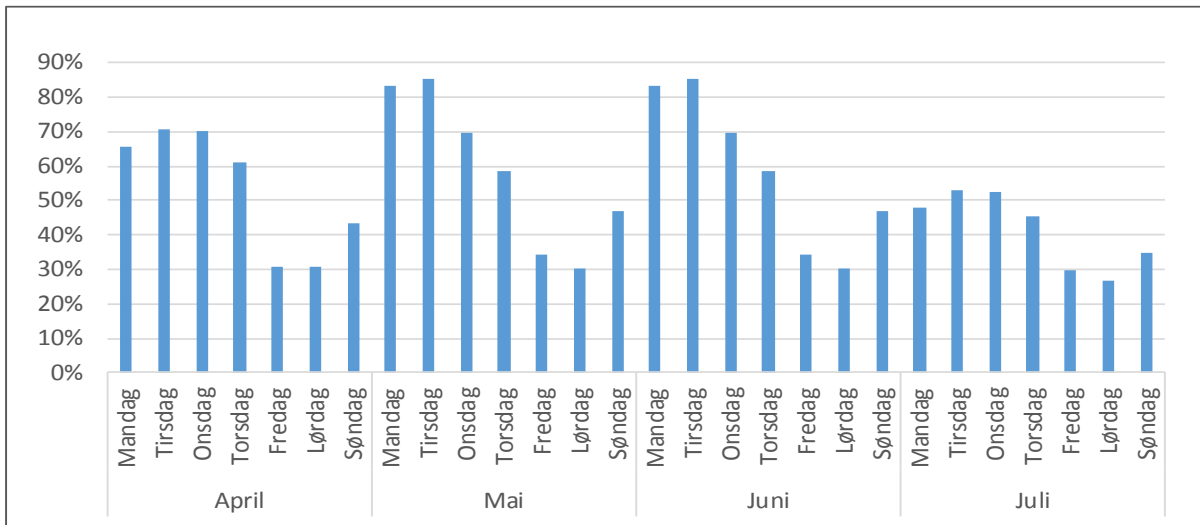
**Figur 19 Beleggsprosent på Pingvinhotellet**



**Figur 20 Oppholdstype på Pingvinhotellet**



**Figur 21 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet**



## Personal

### Bemanning

Tabell 18 Brutto utbetalte månedsværk

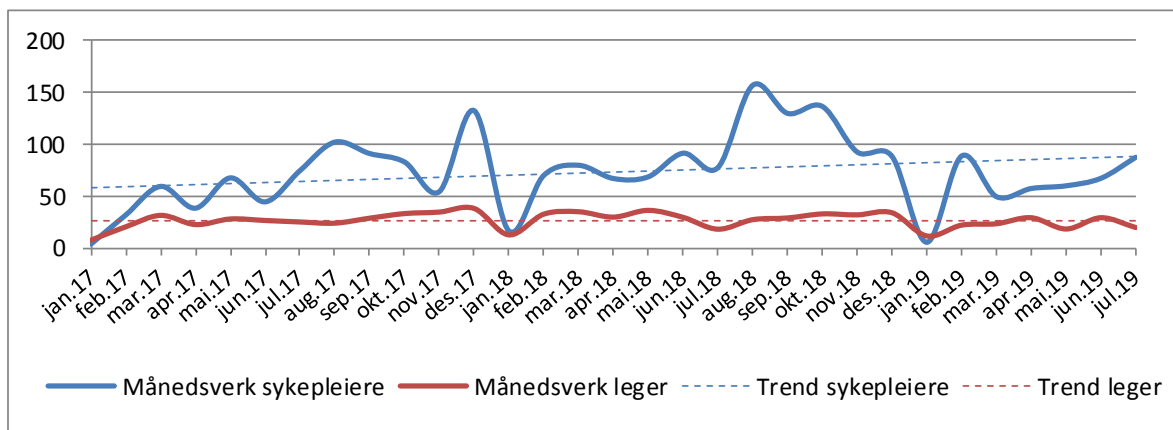
Måned	2019	Plantall 2019	Avvik mot plan
Januar	6 415	6 299	116
Februar	6 534	6 299	235
Mars	6 485	6 304	181
April	6 472	6 303	168
Mai	6 472	6 311	162
Juni	6 635	6 482	153
Juli	6 946	7 152	-206
August	-	6 617	
September	-	6 327	
Oktober	-	6 298	
November	-	6 310	
Desember	-	6 315	
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 565</b>	<b>6 450</b>	<b>115</b>

Tabell 19 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på klinikk og profesjon

Klinikk Nr og navn	Totalt 2018	Totalt 2019	01. Adm og ledere	02. Pasientrettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeider/hjelpere	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstillinger	09. Drift/teknisk personell	10. Ambulanspersonell	11. Forskning	Endring 2018-2019
10 - Akuttmedisinsk klinikk	600	609	2	2	5	-	-3	-1	-	-	2	-	-	9
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	674	695	1	-1	2	-	22	-3	1	-	-2	-	-1	21
13 - Hjerte- og lungeklinikken	299	320	6	3	6	-0	4	-1	-	-	2	-	-0	20
15 - Medisinsk klinikk	608	607	4	-3	-3	-	6	-5	-2	-	1	-	1	-0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	387	390	-1	-3	1	3	2	-0	0	-	0	-	0	3
18 - Operasjons- og intensivklinikken	678	678	9	2	6	-0	-25	0	-	-	7	-	-	-1
19 - NOR klinikken	765	799	4	12	-2	2	6	6	-	-	1	-	0	34
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	971	995	8	14	-3	1	13	-7	-	-	-0	-	-0	25
30 - Diagnostisk klinikk	612	621	1	-3	0	-	-1	-3	15	0	1	-	-1	9
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	52	53	1	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-0	1
45 - Drifts- og elendomsenter	409	422	1	3	-	-	-	-	-	-	7	-	-	13
48 - Kvalitets- og utviklingscenteret	175	171	-1	-3	0	-	0	-	-	-	-	-	0	-4
50 - Direktør og Administrasjonssenteret	9	12	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
52 - Stabscenteret	168	168	1	-1	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-0
62 - Fellesinntekter/-kostnader	25	26	-0	-1	-1	-0	-	-	-	-	-	-	4	1
<b>Totalsum</b>	<b>6 432</b>	<b>6 565</b>	<b>38</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>-13</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>133</b>

Tabellen er ny i mars 2019: Den viser gj. månedsværk for perioden per klinikk i 2018/2019. I tillegg viser den *endringen* i månedsværk fordelt per profesjon. Tabellen er *normalisert* mht. to omorganiseringer: akuttmottakene som i juli i fjor ble flyttet fra OPIN til Akuttmed., ligger begge år på Akuttmed., samt MIHO som lå på HLK til mai 2018 og som da ble flyttet til OPIN, er begge år på OPIN.

Figur 22 Innleide månedsverk sykepleiere og leger



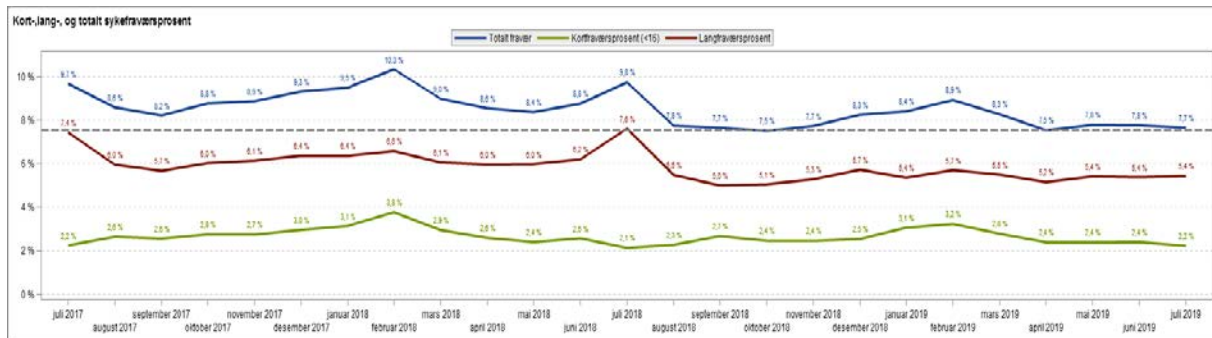
Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt. Leger er inkludert innleie leger fra lønnsystem.

Tabell 20 Innleide månedsverk per klinikk

År ▲	2018		2019	
	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)
Sum	67,2	27,7	59,4	21,9
10 - Akuttmedisinsk klinikk	2,1	0,0	0,7	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelsetklinikken	2,4	4,7	4,8	1,4
13 - Hjerte- og lungeklinikken	19,0	0,1	0,2	0,1
15 - Medisinsk klinikk	8,0	3,4	1,6	4,5
17 - Barne- og ungdomsklinikken	1,2	0,2	2,1	0,3
18 - Operasjons- og intensivklinikken	31,2	9,4	46,0	5,3
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	3,2	1,4	5,5	1,2
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	2,8	0,0	3,8
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	5,9	0,0	5,2

## Sykefravær

Figur 23 Sykefravær



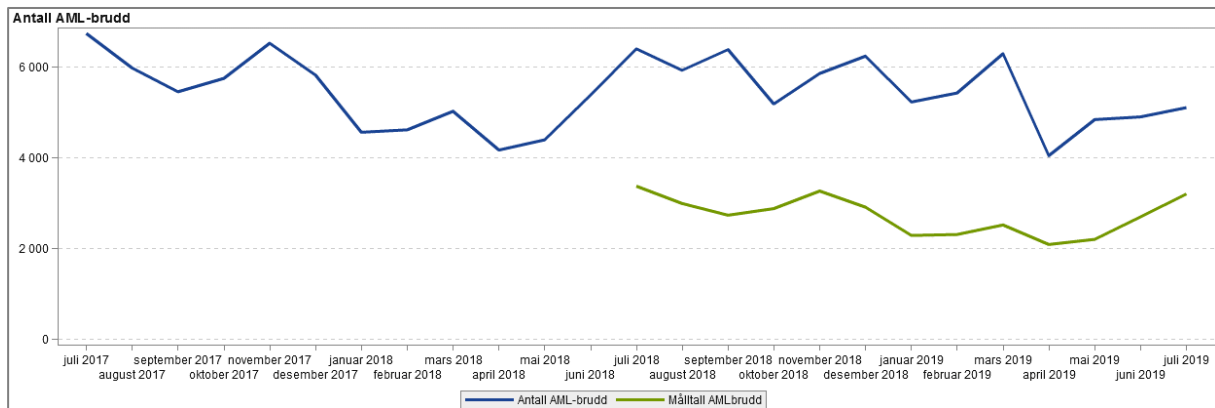
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned.

Tabell 21 Sykefravær fordelt på klinikk

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

## AML-brudd

Figur 24 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 22 AML-brudd per klinikk

Klinikk - UNN ▲	Brudd siste måned ifjor	Brudd siste måned	Endring i % samme periode	Differanse mellom brudd siste måned og måltall
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1 274	1 024	-19,6 %	387
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	583	435	-25,4 %	144
13 - Hjerte- og lungeklinikken	313	378	20,8 %	222
15 - Medisinsk klinikk	328	288	-12,2 %	124
17 - Barne- og ungdomsklinikken	168	162	-3,6 %	78
18 - Operasjons- og intensivklinikken	850	711	-16,4 %	286
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	753	776	3,1 %	400
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	1 570	918	-41,5 %	133
30 - Diagnostisk klinikk	272	216	-20,6 %	80
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	.	.	.	.
45 - Drifts- og eiendomssenteret	241	182	-24,5 %	62
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	4	5	25,0 %	3
50 - Direktøren	.	.	.	.
52 - Stabssenteret	44	5	-88,6 %	-17
Annet	.	3	.	.
<b>Sum</b>	<b>6 400</b>	<b>5 103</b>	<b>-20,3 %</b>	<b>1 903</b>

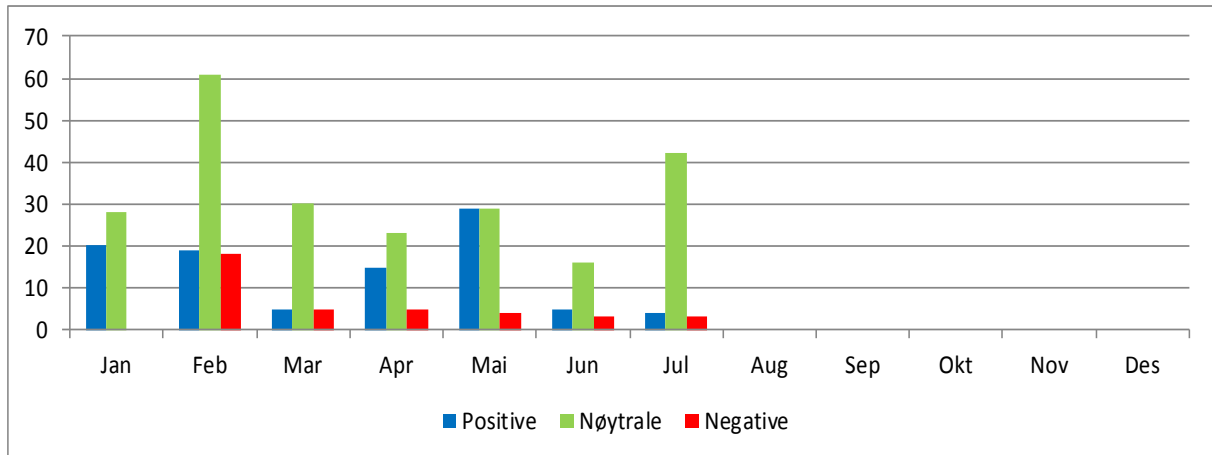
Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2018 til 2019



## Kommunikasjon

### Sykehuset i media

Figur 25 Mediestatistikk 2019

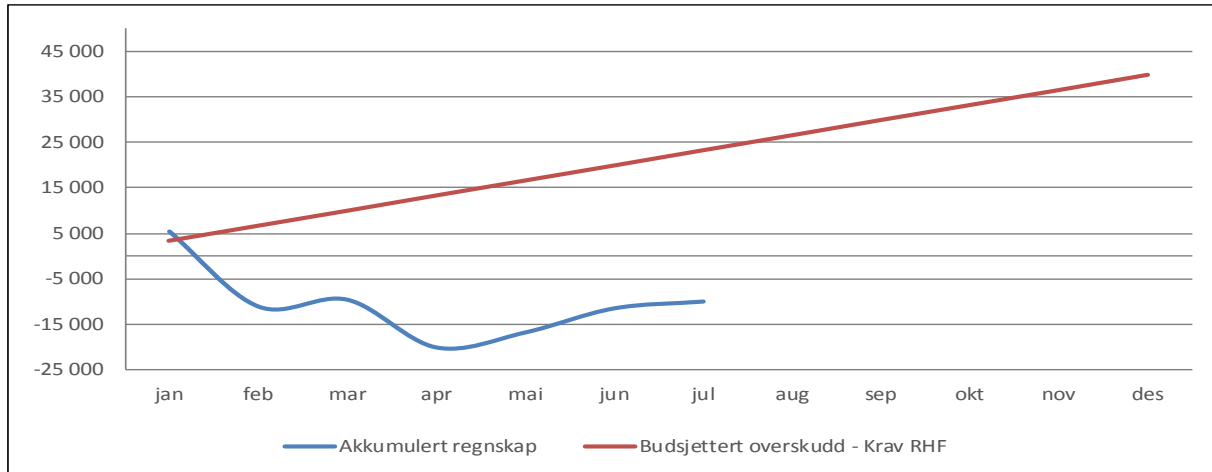


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser: *Fremover*, *Harstad Tidende*, *Hålogalands Avis*, *iTromsø*, *Nordlys* samt oppslag publisert i *Aftenposten.no*, *Tv2.no*, *Nrk.no*, *Dagbladet.no*, *Vg.no*, *Dagensmedisin.no*, *Framtidinord.no* og *Folkebladet.no*.

## Økonomi

### Resultat

Figur 26 Akkumulert regnskap og budsjett 2019



Tabell 23 Resultatregnskap 2019

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Juli				Akkumulert per Juli			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	353,9	353,9	0,0	0 %	2 853,0	2 853,0	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	0 %	15,8	15,8	0,0	0 %
ISF egne pasienter	113,5	115,0	-1,4	-1 %	1 008,5	979,4	29,2	3 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,5	4,8	0,7	14 %	46,6	54,7	-8,1	-15 %
Gjestepasientinntekter	4,9	3,1	1,8	59 %	28,7	21,6	7,1	33 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	10,9	10,6	0,4	3 %	97,7	88,7	9,0	10 %
Utskrivningsklare pasienter	1,7	2,6	-0,9	-33 %	10,7	18,1	-7,4	-41 %
Andre øremerkede tilskudd	21,4	30,6	-9,2	-30 %	144,8	210,0	-65,2	-31 %
Andre driftsinntekter	30,0	30,8	-0,8	-3 %	240,8	236,2	4,6	2 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>544,2</b>	<b>553,6</b>	<b>-9,4</b>	<b>-2 %</b>	<b>4 446,5</b>	<b>4 477,3</b>	<b>-30,8</b>	<b>-1 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,9	17,0	-0,1	-1 %	130,9	124,9	6,0	5 %
Kjøp av private helsetjenester	0,9	3,2	-2,3	-71 %	15,6	22,0	-6,4	-29 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	58,0	62,6	-4,7	-7 %	488,2	497,6	-9,3	-2 %
Innleid arbeidskraft	8,2	2,0	6,3	316 %	48,0	14,7	33,3	227 %
Lønn til fast ansatte	260,9	265,3	-4,5	-2 %	2 364,2	2 364,2	0,0	0 %
Overtid og ekstrahjelp	29,9	26,2	3,7	14 %	192,5	193,6	-1,1	-1 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	55,5	55,8	-0,3	-1 %	379,7	380,0	-0,3	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,5	-22,8	-0,8	3 %	-164,6	-160,3	-4,2	3 %
Annen lønnskostnad	32,5	31,2	1,3	4 %	191,6	193,0	-1,4	-1 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>308,0</b>	<b>301,9</b>	<b>6,0</b>	<b>2 %</b>	<b>2 631,6</b>	<b>2 605,1</b>	<b>26,5</b>	<b>1 %</b>
Avskrivninger	21,9	25,9	-4,0	-15 %	152,9	157,6	-4,7	-3 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	80,3	83,9	-3,6	-4 %	651,7	668,1	-16,4	-2 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>541,5</b>	<b>550,4</b>	<b>-8,9</b>	<b>-2 %</b>	<b>4 450,6</b>	<b>4 455,2</b>	<b>-4,6</b>	<b>0 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>2,7</b>	<b>3,2</b>	<b>-0,5</b>	<b>-16 %</b>	<b>-4,0</b>	<b>22,1</b>	<b>-26,2</b>	<b>-118 %</b>
Finansinntekter	1,0	1,0	0,0		6,9	7,0	-0,1	
Finanskostnader	2,2	0,8	1,3		12,9	5,8	7,1	
Finansresultat	-1,1	0,2	-1,3		-6,0	1,2	-7,2	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>1,5</b>	<b>3,3</b>	<b>-1,8</b>	<b>-54 %</b>	<b>-10,1</b>	<b>23,3</b>	<b>-33,4</b>	<b>-143 %</b>

Tabell 24 Resultatregnskap 2019, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Juli ekskl eksternfinansiering			Akumulert per Juli ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	353,9	353,9	0,0	2 853,0	2 853,0	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	15,8	15,8	0,0
ISF egne pasienter	113,5	115,0	-1,4	1 008,5	979,4	29,2
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,5	4,8	0,7	46,6	54,7	-8,1
Gjestepasientinntekter	4,9	3,1	1,8	28,7	21,6	7,1
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	10,9	10,6	0,4	97,7	88,7	9,0
Utskrivningsklare pasienter	1,7	2,6	-0,9	10,7	18,1	-7,4
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	30,0	30,8	-0,8	240,8	236,2	4,6
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>522,8</b>	<b>523,0</b>	<b>-0,2</b>	<b>4 301,7</b>	<b>4 267,4</b>	<b>34,4</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,9	17,0	-0,1	130,9	124,9	6,0
Kjøp av private helsetjenester	0,9	3,2	-2,3	15,4	21,8	-6,4
Varekostnader knyttet til aktivitet	57,1	61,4	-4,3	482,6	489,4	-6,8
Innleid arbeidskraft	8,2	2,0	6,3	48,0	14,7	33,3
Lønn til fast ansatte	249,8	249,5	0,3	2 289,3	2 255,6	33,7
Overtid og ekstrahjelp	27,4	22,6	4,8	175,6	169,2	6,4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	52,8	51,9	0,9	361,3	353,3	8,0
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,8	-21,7	-1,1	-159,3	-152,7	-6,6
Annen lønnskostnad	31,1	29,1	1,9	181,7	178,7	3,1
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>293,8</b>	<b>281,6</b>	<b>12,2</b>	<b>2 535,3</b>	<b>2 465,4</b>	<b>69,9</b>
Avskrivninger	21,9	25,9	-4,0	152,9	157,6	-4,7
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	76,7	78,8	-2,1	627,4	632,8	-5,4
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>520,1</b>	<b>519,8</b>	<b>0,3</b>	<b>4 305,8</b>	<b>4 245,2</b>	<b>60,6</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>2,7</b>	<b>3,2</b>	<b>-0,5</b>	<b>-4,0</b>	<b>22,1</b>	<b>-26,2</b>
Finansinntekter	1,0	1,0	0,0	6,9	7,0	-0,1
Finanskostnader	2,2	0,8	1,3	12,9	5,8	7,1
Finansresultat	-1,1	0,2	-1,3	-6,0	1,2	-7,2
<b>Ordinært resultat</b>	<b>1,5</b>	<b>3,3</b>	<b>-1,8</b>	<b>-10,1</b>	<b>23,3</b>	<b>-33,4</b>

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

Regnskap per klinikk per juli - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	38,8	41,6	2,9	240,8	232,8	-8,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	30,9	26,6	-4,3	91,4	87,9	-3,4
13 - Hjerte- lungeklinikken	12,9	13,1	0,2	45,7	50,2	4,4
15 - Medisinsk klinikk	35,7	35,1	-0,5	174,9	170,8	-4,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	22,4	22,1	-0,4	117,4	110,6	-6,7
18 - Operasjons- og intensivklinikken	68,5	61,3	-7,2	439,7	402,4	-37,3
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	38,1	38,4	0,3	120,8	126,7	5,9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	61,9	62,7	0,8	378,4	365,5	-12,8
30 - Diagnostisk klinikk	54,1	49,7	-4,5	322,8	307,8	-15,1
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,4	0,4	0,0	2,3	2,3	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	43,8	43,3	-0,5	314,1	311,1	-3,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	11,1	12,0	0,9	62,5	68,5	6,0
52 - Stabssenteret	12,8	14,7	1,9	84,0	89,6	5,6
62 - Felles	-432,8	-424,3	8,5	-2 384,7	-2 349,7	35,0
<b>Totalt</b>	<b>1,5</b>	<b>3,3</b>	<b>-1,8</b>	<b>-10,1</b>	<b>23,3</b>	<b>-33,4</b>

## Prognose

Prognosen per juli er uforandret fra juni. Prognosen for 2019 er 20 mill kr i overskudd.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
64/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.9.2019

Saksansvarlig: Einar Bugge Saksbehandler: Lena Oprand Heggelund/Grete Åsvang

### Ledelsens gjennomgang 2018

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 2018*, og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

#### Bakgrunn

Gjennomføring og styrebehandling av *Ledelsens gjennomgang* er et krav i oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket.

#### Formål

Formålet med styresaken er å informere styret om ledelsens gjennomgang (LGG) av virksomheten for 2018, samt vurdering av tiltak for måloppnåelse innenfor valgte hovedområder.

#### Saksutredning

LGG 2018 er gjennomført som en hybrid mellom ny (LGG på avdelings- og klinikknivå + foretaksnivå) og gammel (LGG kun på foretaksnivå) modell. Ny modell er gjennomført i to pilotklinikker på avdelings og klinikknivå. Grunnlaget for LGG 2018 er tilbakemelding innhentet fra respektive fagmiljøer/-funksjoner. Hovedområdet risikostyring er en del av LGG for første gang. Ledelsens gjennomgang ble gjennomført i direktørens ledermøte 18.6.2019, der tiltak for ytterligere bedring av internkontrollen ble diskutert og prioritert.

#### Ledelsens gjennomgang i UNN - sammendrag

Antall meldte pasienthendelser er stort sett uforandret siste år. Det er imidlertid fortsatt økning i antall meldte avvik totalt. Bruken av avvikssystemet er økende. I 2018 ble det utviklet en prosedyre for hendelsesgjennomgang, en enklere versjon av hendelsesanalyse, som på sikt skal

brukes på alle varslede pasienthendelser etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. Det ble gjennomført 8 hendelsesgjennomganger i 2018.

Antall dokumenter i Docmap er fortsatt økende, til tross for innføring av ulike tiltak for å sikre mer felles og samordnete prosedyrer.

Ny modell for interne revisjoner innebærer 3-årig revisjonsprogram og revisjoner gjennomført på foretaks- og klinikknivå, samt egeninspeksjoner på avdelings- og enhetsnivå. Det er gjennomført 11 internrevisjoner på foretaksnivå. Det er utviklet og igangsatt systematisk opplæring i intern revisjon. Økt kompetanse om internrevisjon gir økt bruk av revisjon som metode i å avdekke forbedringsområder.

Tilsynsmyndighetene har gjentatte ganger påpekt områder med svikt i det systematiske HMS-arbeidet, herunder at det ikke sikres at vi både planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer. Mangelfull oversikt over og etterlevelse av tiltak gjør det krevende å ha kontroll over vedtatte mål og strategier. Utvikling av et elektronisk verktøy (styringshjul) for å legge bedre til rette for slik oversikt pågår.

De fleste innsatsområdene fra Pasientsikkerhetsprogrammet er implementert i de fleste klinikkene, men dokumentasjon på gjennomføring av legemiddelsamstemming har hengt etter.

For å standardisere og sikre at risikostyring utvikler seg i tråd med anbefalte retningslinjer, er det tilrådelig å øke kompetansen på risikostyring i UNN.

UNN nådde i 2018 målet om færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, men ikke målet om å redusere bruken av bredspektrert antibiotika med 20 % sammenlignet med 2012.

Det gjennomføres tverrfaglig gjennomgang av pasientforløp ved dype postoperative sårinfeksjoner. Direktøren vedtok en forenklet avfallshåndtering som innebærer mindre smitteavfall.

Styringssystemet for informasjonssikkerhet implementeres i flere faser i UNN, hvorav første fase 1 (mål og strategier) er gjennomført. UNN har gjennom flere år gjennomført risikovurderinger (ROS) innenfor informasjonssikkerhet og personvern. Klinikkene er blitt flinkere til å bestille ROS når nye tjenester og systemer skal innføres eller endres. Gjennomføring av tiltak som avdekkes gjennom ROS er imidlertid ikke god nok. Noe av tiltakene gjennomføres, men kvitteres ikke ut og blir derfor liggende som ikke fullført.

Det regionale samarbeidet mellom helseforetakene i Helse Nord har vist at det er forskjeller på prosedyrer, prosesser og styringssystem for miljø. Det regionale klima- og miljøforumet har vurdert det som hensiktsmessig å starte et arbeid for å gjøre styringssystemer og prosedyrer mer enhetlig. En vesentlig mangel er at indikatorene på miljøaspektene ikke er integrert i Helse Nord's lederinformasjonssystem (HN-LIS). Resultatene viser at miljøstyringssystemet virker etter hensikten, men det er potensiale for at lederne bruker systemet mer aktivt.

## **Medvirkning**

Det vises til egne referat fra brukerutvalg, arbeidsmiljøutvalg og drøftingsmøte med tillitsvalgte.

## Vurdering

Direktøren er fornøyd med at ledelsens gjennomgang av virksomheten for 2018 er gjennomført etter prinsippene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og at piloten for ny modell er igangsatt og gjennomført i to klinikker. Plan for implementering av ny modell for LGG er i rute.

Direktøren er tilfreds med den positive utvikling i meldekultur og utvikling av metode for hendelsesgjennomgang. Det er likevel viktig å jobbe mer med å sikre oppfølging av avvik og uønskede pasienthendelser, for å sikre læring og forbedring.

Direktøren er ikke fornøyd med fremdriften i utarbeidelse av felles og oppdaterte prosedyrer i UNN. Det er viktig å sikre at flest mulig gjennomfører utarbeidede kompetanseplaner i bruk av Docmap. Dette vil bli prioritert det kommende året.

Det er også positivt at det er innført ny, overordnet modell for interne revisjoner og innføring av systematisk opplæring. Det er viktig at opplæringen gjøres tilgjengelig i tilstrekkelig grad. Direktøren vil fremover sikre at UNN-styret involveres i prosess for oppfølging av interne revisjoner og godkjenning av årlig plan for interne revisjoner på foretaksnivå.

I smittevernarbeidet er det positivt at det er innført tverrfaglig gjennomgang av pasientforløp ved dype postoperative sårinfeksjoner. Det er viktig at ledere følger opp eventuelle tiltak etter tverrfaglig gjennomgang, og at handlingsplan for smittevernarbeidet i UNN revideres.

Direktøren er ikke tilfreds med at bare ca. 30% av legemiddellistene dokumenteres samstemt. Rapporten som er under utvikling i Helse Nord LIS må benyttes for oppfølging av legemiddelsamstemming.

Det er positivt at det skal igangsettes et arbeid for å gjøre miljøstyringssystemer og prosedyrer mer enhetlig. Direktøren erkjenner at det er en utfordring at vi ikke har tilgang til indikatorer på miljøaspektet i Helse Nord LIS.

Den samlede vurderingen er at UNN har hatt en positiv utvikling på flere områder i 2018. Ledelsens gjennomgang har avdekket områder med manglende måloppnåelse. Det viktigste er likevel kanskje det utviklingsarbeidet som er igangsatt på ny modell av interne revisjoner, innføring av hendelsesgjennomgang av uønskede pasienthendelser, og tverrfaglige gjennomganger på dype sårinfeksjoner, som sammen med innføring av ny modell for ledelsens gjennomgang bidrar til oppfølging av virksomhetsstyringen. Ytterligere økt fokus på arbeid med informasjonssikkerhet og personvern er også et prioritert område fremover.

Resultater fra arbeidet med LGG vil bli fulgt opp på foretaksnivå og i klinikkene. Flere av tiltakene er allerede påbegynt. Oppfølgingen av LGG 2018 inngår i LGG 2019.

Tromsø, 30.8.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tiltaksliste Ledelsens gjennomgang 2018
2. Dokument *Ledelsens gjennomgang - 2018*

## Ledelsens gjennomgang 2018 - tiltaksliste

### Bakgrunn

LGG 2018 er gjennomført som en hybrid mellom ny og gammel modell. Ny modell er gjennomført i to pilotklinikker på avdelings og klinikknivå.

Grunnlaget for LGG2018 er tilbakemelding innhentet fra respektive fagmiljøer/-funksjoner.

### Hovedområde Avvikssystem

Antall meldte avvik er jevnt økende, fra 4448 i 2013 til 9714 i 2017. Antall meldte pasienthendelser økte fra 289 til 1791 i samme periode. Satsning på utvikling av hendelsesgjennomgang som metode har blitt prioritert, derav ble det bare gjennomført to hendelsesanalyser i 2018.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Klinikkene fullfører prosess med å definere hva som skal meldes/varsles, jf. LGG for 2017	Klinikkjefer	1.12.2019
KVALUT koordinerer rapportering på status i oppfølging av tiltak etter hendelsesanalyser/hendelsesgjennomganger halvårlig	Senterleder KVALUT	1. gang innen 31.12.2019

### Hovedområde dokumentstyring

Antall dokumenter i Docmap økte fra 23364 i 2016 til 24686 i 2018. Antallet prosedyrer er jevnt stigende, fra 8843 i 2012 til 12693 i 2017.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
KVALUT legger frem forslag til struktur/plan for systematisk, langsiktig arbeid med å sikre felles og oppdaterte prosedyrer i UNN.	Senterleder KVALUT	1.11.2019
Det er utarbeidet kompetanseplanene (grunnleggende opplæring) UNN-Docmap-Alle ansatte (nivå 1) og UNN-Docmap-Ledere og godkjennerne av dokumenter (nivå 2). Det er viktig å sikre at flest mulig gjennomfører utarbeidede kompetanseplaner i bruk av Docmap	Senterleder KVALUT	Iverksatt

### Hovedområde Intern revisjon

Ny modell for interne revisjoner innebærer 3-årig revisjonsprogram og revisjoner gjennomført på foretaksnivå, klinikknivå og egeninspeksjoner.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
1. KVALUT samler oversikt over oppfølging av handlingsplaner/tiltak etter interne revisjoner, og legger dette frem for Kvalitetsutvalg eller ledergruppe halvårlig	Senterleder KVALUT	Første gang 31.12.2019
2. KVALUT sikrer system for systematisk opplæring av interne revisorer i alle klinikker, der minst én person(er) i hver klinikk har fått tilbud om opplæring	Senterleder KVALUT	Gjennomført 31.12.2019
3. UNN-styret involveres i prosessen med interne revisjoner i UNN ved at	Senterleder KVALUT/adm dir.	Første plan senest 15.2.2020



a. UNN-styret forelegges og godkjenner plan for interne revisjoner på foretaksnivå årlig b. Styret forelegges rapporter fra interne revisjoner med anbefalt handlingsplan for oppfølging.		
--	--	--

### Hovedområde Kompetansestyring

Kompetansemodule er et elektronisk verktøy som skal brukes til dokumentasjon av kompetanse; utviklingssamtaler, kompetanseplaner, utviklingsmål, og på sikt CV.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling Stabssenter og fagmiljøene.	Stabssenter	1/10-19
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Stabssenter	1/10-19

### Hovedområde Systematisk HMS-arbeid

UNNs kvalitets- og styringssystem er sammensatt og planlagt slik at det skal være mulig for ledere å etterleve lovpålagte krav. Mangelfull samlet oversikt over gjennomførte tiltak gjør etterlevelsen av vedtatte mål og strategier krevende å følge opp.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Innføring av styringshjulet forseres i den grad det er mulig, og HMS prioriteres lagt inn med mål og tiltak	Foretakscontroller	31.12.2019

### Hovedområder Pasientsikkerhetsprogrammet

De fleste enheter rapporterer alle innsatsområder implementert eller delvis implementert. Oppmerksomhet må vies til iverksetting av tiltak etter identifisert risiko.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp vedtatt plan, jf. vedtak i Kvalitetsutvalget 19.3.2019, med tertialvis rapportering til Kvalitetsutvalg og styre.	Klinikkjefer og senterleder KVALUT	Løpende

## Hovedområde Smittevern

Infeksjonskontrollprogram UNN består av følgende:

- Smittevernrutiner.
- Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk:
  - Antibiotikastyringsprogram UNN og Antibiotikateam (A-team).
- Retningslinjer for avfallshåndtering.
- Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS).
- Smittevernvisitter.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Smittevernsenteret leder arbeid med å utarbeide revidert handlingsplan for smittevernarbeid i UNN, som vedtas i UNNs ledergruppe	Klinikkssjef Medisinsk klinikk	30.11.19
Plan for hvordan målet om 75 % ansattevaksinasjon mot influensa skal nås utarbeides og vedtas i Kvalitetsutvalget	Klinikkssjef Medisinsk klinikk	31.10.19

## Hovedområde Risikostyring (nytt hovedområde 2018)

Risikostyring er en prosess som skal gjennomsyre virksomheten fra fastsettelse av overordnede strategi og plandokumenter til den operative styringen i førstelinjen. Risikostyring pågår kontinuerlig i UNN, men begrepsapparatet og metoden varierer. Risikovurderinger er i hovedsak kvalitative vurderinger som bygger på faglig skjønn og erfaring, og skal gjennomføres av personer med kompetanse og erfaring fra det aktuelle området.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNNs ledergruppe og UNN-styret orienteres om/vedtar årlig plan for oppfølging av risikostyring senest innen 31.3. hvert år, med rapportering på oppfølging i tertialrapporter/årlig melding	Senterleder KVALUT/adm. dir.	31.3.2020
KVALUT sikrer at foretaket har tilstrekkelig kompetanse på gjennomføring av systematiske risikoanalyser; minimum 3 personer behersker dette og kan lede risikoanalyser.	Senterleder KVALUT	31.12.2019

## Hovedområde personvern og informasjonssikkerhet

Styringssystemet for informasjonssikkerhet gjelder all informasjonsbehandling som skjer i foretaket og skal sikre at administrerende direktør (databehandlingsansvarlig) etablerer nødvendige krav, operative retningslinjer og prosedyrer. Dette innebærer å organisere virksomheten slik at lovpålagte plikter, pasienters og andre registrertes rettigheter etterleves.

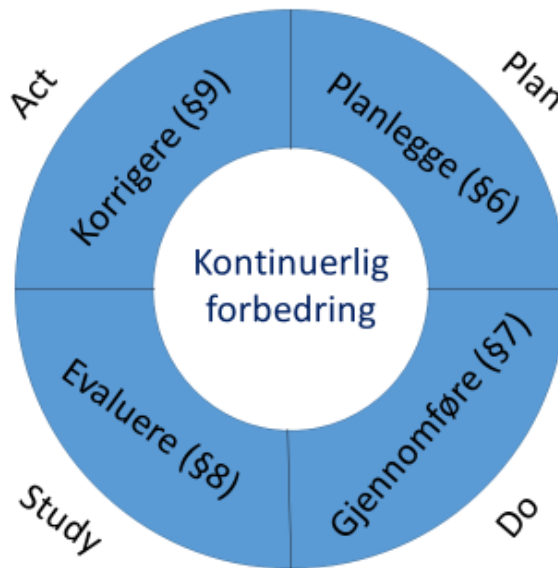
Tiltak	Ansvarlig	Frist
Avholde møte mellom UNN og Helse Nord IKT på høyeste ledernivå om status i og videre arbeid med å bedre informasjonssikkerheten	Senterleder KVALUT	31.8.2019
Gjennomføre workshop i direktørens ledergruppe om informasjonssikkerhet i samarbeid med Helse Nord IKT, der tiltaksplan for videre arbeid med å bedre informasjonssikkerhet utarbeides og vedtas. I denne planen skal som minimum følgende elementer inngå: - Sikre gjennomføring av opplæring - Oppfølging av tilgangsstyring - Innføring av sikker utskrift - Ivaretagelse av informasjonssikkerhet ved e-konsultasjoner/Skype	Senterleder KVALUT/Adm. dir.	31.10.2019

Senterleder KVALUT avklarer i samråd med adm. dir. eventuell endring i organisering av arbeidet med informasjonssikkerhet i UNN	Senterleder KVALUT	31.12.2019
---	--------------------	------------

### Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

Styret og administrerende direktør har ansvar for etablering, implementering og oppfølging av ledelsessystemet for miljø. Ansvaret er delegert til drifts- og eiendomssjefen.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sikre at miljømål og tiltak inngår i dialogavtalen gjennomgående, på alle nivå	Klinikksjefer/senterledere	30.11.2019
UNN prioriterer internt arbeidet med å få styringsdata for miljøledelse inn i HN-LIS	Økonomisjef og Drifts- og eiendomssjef	01.10.2019



# Ledelsens gjennomgang 2018

## Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Juni 2019

## Innhold

Innledning.....	2
Formål.....	2
Hovedområde Avvikssystem .....	2
Beskrivelse av systemet for avvik.....	3
Avvikssystem - konklusjon og anbefalinger.....	4
Hovedområde dokumentstyring .....	5
Beskrivelse av systemet for dokumentstyring: .....	5
Dokumentstyring - Konklusjon og anbefalinger.....	6
Hovedområde Intern revisjon .....	6
Beskrivelse av systemet for intern revisjon: .....	7
Intern revisjon - Konklusjon og anbefalinger .....	8
Hovedområde Systematisk HMS-arbeid .....	8
Beskrivelse av systemet for internkontroll av HMS i UNN.....	8
Systematisk HMS-arbeid - Konklusjon og anbefalinger .....	10
Hovedområde Pasientsikkerhetsprogrammet .....	10
Beskrivelse av systemet for pasientsikkerhetsprogrammet: .....	11
Pasientsikkerhetsprogrammet - Konklusjon og anbefalinger .....	12
Hovedområde Risikostyring (nytt hovedområde 2018).....	12
Beskrivelse av systemet for Risikostyring.....	12
Risikostyring - Konklusjon og anbefalinger .....	14
Hovedområde Smittevern .....	14
Beskrivelse av systemet for smittevern: .....	14
Smittevern - Konklusjon og anbefalinger .....	16
Hovedområde personvern og informasjonssikkerhet.....	16
Beskrivelse av systemet for personvern og informasjonssikkerhet.....	17
Personvern og informasjonssikkerhet - Konklusjon og anbefalinger, inkludert tiltaksforslag: .....	18
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus.....	19
Beskrivelse av miljøstyringen i UNN.....	19
Miljøledelse - Konklusjon og anbefalinger, inkludert tiltaksforslag.....	24

## Ledelsens gjennomgang 2018

### Innledning

Direktørens ledergruppe vedtok ny modell for gjennomføring av Ledelsens gjennomgang (LGG) 9. januar 2018, i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Ny modell innebærer å gjennomføre LGG både på avdelings-, klinikk og foretaksnivå.

Implementeringsperiode 2019-2022.

LGG 2018 er gjennomført som en hybrid mellom ny og gammel modell. Ny modell er gjennomført i to pilotklinikker på avdelings og klinikknivå. Evaluering blir levert som egen sak til ledergruppen.

Grunnlaget for LGG2018 er tilbakemelding innhentet fra respektive fagmiljøer/-funksjoner.

### Formål

Ledelsens gjennomgang er en årlig systematisk gjennomgang og vurdering av styringssystemet for å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

## Hovedområde Avvikssystem

### Mål og planer 2018:

- Kvalitets- og utviklingscenteret skal være en sentral aktør i å videreføre arbeidet med å utvikle en åpenhetskultur i UNN der avviksmeldinger, konstruktivt kritiske innspill og varslinger brukes i arbeidet med kontinuerlig forbedring jf dialogavtalen for KVALUT.
- Forbedre avvikssystemet og styrke arbeidet med å bruke avvik som forbedringsverktøy, jf dialogavtalen for Kvalitetsavdelingen.
- Revidere prosedyrer og retningslinje for hendelsesgjennomgang og hendelsesanalyse, jf dialogavtalen for Kvalitetsavdelingen

### Lov- og forskriftsendringer 2018:

- Legemiddelverket er fra 1.1.2018 fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge

### Status tiltak etter LGG 2017

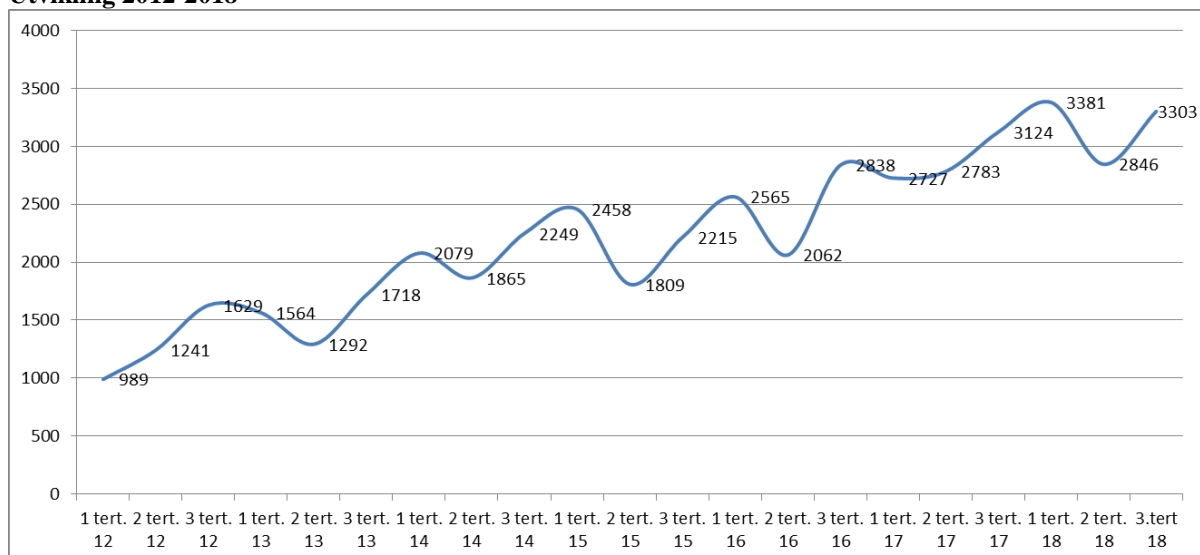
Tiltak	Ansvarlig	Status	
Den nye forbedringsstaben utarbeider program for systematisk opplæring i forbedringsarbeid for ansatte og ledere i UNN.	Forbedringsstab	Arbeidet er startet.	
KVAM-utvalgene skal ha som fast sak på møtene å behandle oversikt over avvik i egen klinikk/ senter. Herunder følge opp at avvikene gjennomgås, tiltak utarbeides og iverksettes og evaluere effekt.	Klinikksjefer Senterledere	Alle KVAM-utvalg har avvik som sak.	
Kommunikasjonsavdelingen er i gang med å utarbeide Kommunikasjonsplan for UNN. Planen skal også omfatte klinisk kommunikasjon. Faglig innhold i planen skal utarbeides i samarbeid med KVALUT.	Kommunikasjonsavd. KVALUT v/ Med fagsjef, KUA og KA	Ny strategisk utviklingsplan er utarbeidet. Prosjekt for implementering av Klinisk kommunikasjon ble utarbeidet høsten 2018 – vedtatt februar 2019	

Fullføre påbegynt arbeid med å utarbeide oversikter over hva som skal meldes og varsles innenfor de ulike fagområder: «Avdeler skal ha oversikter med eksempler på hva som skal meldes Meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3 og varsles Helsetilsynet etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.», jfr PR31377 Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt melding og varsling.	Kliniksjefer	Alle avdelinger har ikke laget egne oversikter på hva som skal meldes.
--	--------------	--

### Beskrivelse av systemet for avvik

UNN benytter Helse Nord's felles elektroniske avviks- og dokumentstyringsverktøy Docmap. Helse Nord hadde vedtatt å oppgradere til ny versjon av Docmap i 2018. Oppgraderingen var ikke mulig å få gjennomført i 2018.

### Utvikling 2012-2018



Kvalitetsavdelingen gjennomgår alle pasienthendelser som meldes. Et utvalg av hendelsene blir behandlet i Pasientsikkerhetsutvalget. Alle meldte Pasienthendelser overvåkes og lukkes sentralt. Antall meldte pasienthendelser er stort sett uforandret siste år. Det er imidlertid økning i antall meldte avvik totalt så trend til å benytte avvikssystemet er økende.

### Utvikling totalt meldt avvik og andel pasienthendelser

Type avvik	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Totalt meldte avvik</b>	4448	6144	6737	7733	8666	9714
<b>Pasienthendelser</b>	289	381	831	1346	1784	1791

UNN gjennomførte 2 hendelsesanalyser på alvorlige pasienthendelser i 2018. Hensikten med analysen er å avdekke bakenforliggende årsaker til at hendelsen kunne skje og utarbeide tiltak for å hindre gjentakelse.

Etter innføring av hendelsesanalyser ble det klart at dette er en svært ressurskrevende metode for både analyseteam og klinikkene. Ny retningslinje for hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang ble oppdatert og behandlet i direktørens ledergruppe desember 2017. Det er gjennomført 8 hendelsesgjennomganger i 2018 med bakgrunn i varsel jf spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.

#### **Vurdering av hendelsesgjennomgang**

**Planlegging:** UNN iverksatte hendelsesanalyse i 2017 for å avdekke risikoområder ved alvorlige pasienthendelser. Det ble i desember 2017 besluttet forenklet metode for analysene, hendelsesgjennomgang. I 2018 skal forenklet metodikk testes ut på hendelser som varsels etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. Metoden skal deretter implementeres i UNN. Det skal lages plan for opplæring i hendelsesgjennomgang som metode slik at klinikkene selv skal ivareta hendelsesgjennomgang.

**Gjennomføring:** Det ble utarbeidet egen prosedyre for gjennomføring av hendelsesgjennomgang. Det ble også laget en forenklet mal. Flere kliniksjefer har sikret kompetanse i egne rekker ved at rådgivere har deltatt på nasjonalt kurs i hendelsesanalyse. Disse klinikkene har påbegynt arbeid med å gjennomføre hendelsesgjennomgang i egne klinikker. Det er laget grunnkurs for hendelsesgjennomgang og plan for gjennomføring av kurs med påfølgende veiledning i 2019.

**Evaluering:** Både mal og prosedyre for gjennomføring av hendelsesgjennomgang ble revidert med bakgrunn i erfaringer gjort i 2018. I tillegg ble retningslinje for hendelsesgjennomgang og hendelsesanalyse revidert. Metodikk hendelsesgjennomgang kan benyttes innen ulike områder.

**Korrigerings:** Retningslinjen ble besluttet desember 2018 i direktørens ledergruppe og prosedyre og mal ble revidert for å følge opp retningslinjen. Sistnevnte ble godkjent av kvalitets- og utviklingssjef. Det er nødvendig å sette standard for når denne metode skal benyttes. Derav ble det besluttet at kliniksjefer er ansvarlig for å gjennomføre hendelsesgjennomgang på samtlige hendelser som varsles etter §3-3a, målsetning om 100% oppnåelse i løpet av tre år (2019- 2022)

#### Forhold som har påvirket måloppnåelse 2018

##### **Hendelsesanalyser**

Satsning på utvikling av hendelsesgjennomgang som metode har blitt prioritert, derav ble det bare gjennomført to hendelsesanalyser i 2018.

##### **Hendelsesgjennomganger**

Målsetning om utvikling og utprøving av metode ble gjennomført. Noen få klinikker har tatt metoden i bruk. Disse har på egen hånd sikret at de som leder gjennomgangene har deltatt på Helsedirektoratets kurs i hendelsesanalyse.

#### Forbedringer som har utpekt seg i 2018

##### **Hendelsesgjennomganger**

Der hvor metoden er tatt i bruk hos klinikkene selv oppleves økt forståelse for hendelsesforløp som førte til uheldig hendelse. Ved tiltaksarbeid vises det til økt eierskap til besluttede tiltak.

#### Avvikssystem - konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Klinikkene fullfører prosess med å definere hva som skal meldes/varsles, jf. LGG for 2017	Kliniksjefer	1.12.2019
KVALUT koordinerer rapportering på status i oppfølging av tiltak etter hendelsesanalyser/hendelsesgjennomganger halvårlig	Senterleder KVALUT	1. gang innen 31.12.2019



## Hovedområde dokumentstyring

### Mål og planer 2018:

- Koordinere og videreutvikle arbeidet med felles faglige prosedyrer for UNN i Docmap.
- Utarbeide sak om hvordan prosedyrearbeidet i UNN skal organiseres, jf. Dialogavtalen.

### Status tiltak etter LGG 2017

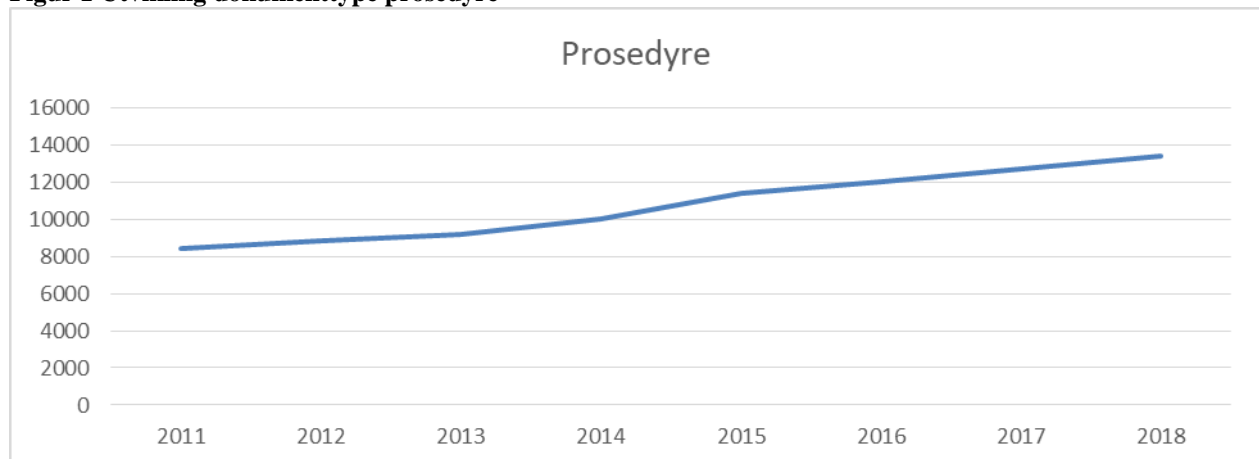
Tiltak	Ansvarlig	Status
Utarbeide mal for standardisering av overskrifter på prosedyrer i Docmap. Malen må beskrive hvordan en aktiverer relevante søkeord.	KVALUT v/Kvalitetsavdelingen	Ikke gjennomført på grunn av endring i prioritering.
Etterlevelse av prosedyre <i>PR24232 Utarbeidelse og implementering av prosedyrer med gyldighet UNN HF.</i>	Klinikkene KVALUT	Overordnet prosedyrearbeid er iverksatt
Foreslå et regionalt prosjekt for utarbeidelse av flere regionalt overgripende prosedyrer, ledet av regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet.	KVALUT v/ Med. fagsjef	Forslag spilt inn regionalt. Ikke gitt prioritet.

### Beskrivelse av systemet for dokumentstyring:

UNN benytter Helse Nord's felles elektroniske avviks- og dokumentstyringsverktøy Docmap. Alle ansatte skal ha tilgang til å lese relevante dokumenter fra sin startside og ha tilgang til andre dokumenter via søk.

UNN HF har 24686 dokumenter i Docmap (23364 i 2017). Av disse er 12693 prosedyrer. Antallet er jevnt stigende.

**Figur 1 Utvikling dokumenttype prosedyre**



Utvikling viser at mengden prosedyrer og andre dokumenter er økende.

Kvalitetsavdelingen overvåker revideringsfrister og sender ut lister til klinikkene med oversikt over dokumenter med overskredet frist. Det oppfordres til å rydde i dokumenter på alle nivå. Klinikkene er ansvarlige for egne dokumenter i Docmap.

Det er ikke lagt noen overordnede føringer på dokumentstyring i UNN. Funn etter interne og eksterne revisjoner viser at det er behov for økt kompetanse i dokumentstyring. Dette gjelder kontroll av papirkopier og at ansatte sikres tilgang til kritiske prosedyrer.

**Oppfølging av prosedyre for overordnet prosedyrearbeid (PR24232).**

I 2018 er det utarbeidet 3 overordnede prosedyrer med implementeringsplaner: Hjerneslag oppstått intrahospitalt, Nasogastrisk sonde hos voksne og Diagnostisk spinalfunksjon.

Det er også startet arbeid med 4 overordnede prosedyrer som skal ferdigstilles i løpet av 2019. Dette omhandler: temperaturmåling, ID sikring og merking av pasienter, prosedyresamling vedrørende vold og trusler og traumemanual UNN.

Forarbeidet til oppgradering av Docmap ble startet vår 2018. Arbeidet stoppet opp på grunn av serverproblematikk og det ble ikke gjennomført i 2018. Ny oppgradering skal gi nye muligheter til å «tagge» dokumenter og det vil kreve en gjennomgang av alle eksisterende dokumenter. Dette er ikke påbegynt pr 31.12.2018.

**Vurdering av oppfølging av prosedyre for overordnet prosedyrearbeid**

**Planlegging:** Forslag til nye prosedyrer blir spilt inn medisinsk fagsjef. Fagsjef avklarer hvem som skal være «eier» og ha dokumentansvarlig og godkjenner.

**Gjennomføring:** Kvalitetsavdelingen kan bidra med å koordinere arbeidet med å lage møteplaner og å sammenstille prosedyrene. Det er også gjennomført prosedyrearbeid i klinikkene – der Kvalitetsavdelingen kun har bistått i utgivelse av prosedyrene.

**Evaluerings:** Innmelding av behov for ny overordnet prosedyre følges av klinikkene. Det som er hovedutfordring er at kan ta lang tid for å få ferdigstilt resultat. Utfordringen er blant annet å finne tidspunkt for å samle alle som skal bidra inn i arbeidet.

**Korrigerings:** Viktig med å legge langsiktige møteplaner slik at fagpersoner kan planlegge dette i god tid.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2018

Organisasjonen har dratt nytte av å lage føring for klinikkovergripende prosedyrer. De forskjellige fagmiljø er tydelig opptatt av å få felles overgripende prosedyrer.

## Dokumentstyring - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
KVALUT legger frem forslag til struktur/plan for systematisk, langsiktig arbeid med å sikre felles og oppdaterte prosedyrer i UNN.	Senterleder KVALUT	1.11.2019
Det er utarbeidet kompetanseplanene (grunnleggende opplæring) UNN-Docmap-Alle ansatte (nivå 1) og UNN-Docmap-Ledere og godkjenner av dokumenter (nivå 2). Det er viktig å sikre at flest mulig gjennomfører utarbeidede kompetanseplaner i bruk av Docmap	Senterleder KVALUT	Iverksatt

## Hovedområde Intern revisjon

Mål og planer 2018:

- Forbedre revisjonsprogram og årsprogram for revisjoner på foretaksnivå.
- Implementering av klinikk-/sentervise revisjoner.
- Etablere struktur for oversikt over revisjonsprogram klinikk-/senternivå.
- Iverksette systematisk opplæring: grunnkurs intern revisjon.

**Status tiltak etter LGG 2017**

Tiltak	Ansvarlig	Status	
Bruke funn fra interne revisjoner i forbedringsarbeid.	Klinikkjefer	Ny modell implementert i 2018 – vanskelig å se effekt kort tid etter implementeringsfasen	Yellow
Opplæring av revisorer i klinikker og senter.	KVALUT v/ KA	Gjennomført og videreføres	Green
Etablere prosess for klinikkvise revisjonsprogram.	KVALUT v/ KA	Igang satt og følges opp av Kvalitetsavdelingen	Yellow
Etablere struktur for oversikt over oppfølgende arbeid etter funn revisjoner 2017. Inngår i implementering av ny modell for Ledelsens gjennomgang i UNN.	KVALUT v/ KA	Igang satt og følges opp av Kvalitetsavdelingen	Green

**Beskrivelse av systemet for intern revisjon:**

- 3 delt modell (foretak, klinikk, egeninspeksjon) og 3-årig program.
- Roller, ansvar, beslutningslinjer definert.
- Oppfølging av revisjoner.

**Vurdering av utarbeiding og implementering av intern revisjon klinikk-/senter nivå og systematisk opplæring:**

**Planlegging:** Prosess for utvikling av revisjonsprogram på foretak, klinikk-/senternivå er beskrevet og godkjent av direktør.

**Gjennomføring:** Direktør har besluttet 3-årig revisjonsprogram for foretaket og årsprogram 2019 i forbedret oversikt hvor innhold i revisjon, tid (hvilket kvartal), sted (involverte klinikker/senter) og ansvar (revisjonsleder) for revisjon defineres tydelig. Det er avsatt ressurs for implementering av revisjonsprogram på klinikk-/senternivå. Prosedyrer og maler oppdateres i tråd med gjeldende retningslinje for revisjoner i UNN. Det er avklart struktur for dokumentasjon av revisjonsprogram klinikk-/senternivå. Det er utviklet og etablert systematisk opplæring «grunnkurs intern revisjon» x tre pr år, med pilotkurs mai 2018.

**Evaluerings:** Økt kompetanse om internrevisjon gir økt bruk av revisjon som metode i å avdekke forbedringsområder i tjenesten. Deltakelse på grunnkurs har gitt mulighet for nettverksbygging på tvers av klinikker og senter med hensikt å dele erfaring og kompetanse om revisjon og revisjonsfunn. Det iverksettes i større grad revisjoner som ikke ledes av kvalitetsavdelingen (KA). Arbeidet med dokumentasjon av revisjonsprogram i Dialogavtale samt gjennomføring av klinikk-/sentervise revisjoner er i prosess og videreføres i 2019. Det er ikke etablert struktur som gir enkel oversikt over klinikkvise-/sentervise revisjonsprogram.

**Korrigerings:** Tilgjengelighet til revisjonsprogram og årsplan for revisjoner på foretaksnivå bør forbedres ved at disse publiseres i dokumentstyringssystem (Docmap) og på intranett.

**Forhold som har påvirket måloppnåelse 2018:**

- Kompetanse om revisjon som metode er ikke tilstrekkelig i organisasjon og hindrer fremdrift i implementering av klinikk-/sentervise revisjonsprogram.

- Krysspress og samtidighetskonflikter for personer som er dedikert til å ivareta oppgaver for etablering av revisjonsprogram i klinikk/senter og gjennomføre revisjoner påvirker gjennomføringsevne selv om vilje er tilstede.
- Funn som gjelder hele organisasjonen følges ikke opp i alle relevante enheter.

#### Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2018

- Synergi i bruk av revisjonskompetanse på tvers av klinikker og senter, som erfaringsoverføring og kompetansebygging.
- Økt interesse for revisjon som metode etter hvert som kompetanse etableres i organisasjon.

#### Intern revisjon - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
1. KVALUT samler oversikt over oppfølging av handlingsplaner/tiltak etter interne revisjoner, og legger dette frem for Kvalitetsutvalg eller ledergruppe halvårlig	Senterleder KVALUT	Første gang 31.12.2019
2. KVALUT sikrer system for systematisk opplæring av interne revisorer i alle klinikker, der minst én (to?) person(er) i hver klinikk har fått tilbud om opplæring	Senterleder KVALUT	Gjennomført 31.12.2019
3. UNN-styret involveres i prosessen med interne revisjoner i UNN ved at <ol style="list-style-type: none"> <li>UNN-styret forelegges og godkjenner plan for interne revisjoner på foretaksnivå årlig</li> <li>Styret forelegges rapporter fra interne revisjoner med anbefalt handlingsplan for oppfølging.</li> </ol>	Senterleder KVALUT/adm dir.	Første plan senest 15.2.2020

#### Hovedområde Systematisk HMS-arbeid

##### Mål og planer 2018:

- Styringshjulets funksjonalitet skal videreutvikles i samarbeid med klinikkene og andre relevante fagmiljøer.
- Arbeidet skal koordineres med utvikling av ny modell for Ledelsens gjennomgang.
- Oppfølging av ForBedring skal gjennomføres i alle enheter.

##### Lov- og forskriftsendringer 2018:

Ny Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fra 1. jan 2017 har medført økt oppmerksomhet om bedre styring og kontroll.

#### Beskrivelse av systemet for internkontroll av HMS i UNN

UNNs kvalitets- og styringssystem er sammensatt og planlagt slik at det skal være mulig for ledere å etterleve lovpålagte krav. Relevante støttefunksjoner i denne sammenheng er organisert på tvers av Drifts- og eiendomssenteret, Stabssenteret, Diagnostisk klinikk og Kvalitets- og utviklingscenteret.

Det overordnede HMS- og forbedringsarbeidet ivaretas gjennom:

- KVAM-strukturen
- Dialogavtale: målsetting, tiltak og dokumentasjon.
- Avvikssystemet: dokumentasjon, analyse og oppfølging.
- Interne revisjoner og hendelsesanalyser/-gjennomganger: avdekke risiko- og forbedringsområder.

- Risikostyring: analyse, vurdering og evaluering.
- Ledelsens gjennomgang (LGG) på foretaks- og to piloter på klinikknivå: følge opp risikoområder.

#### Status tiltak etter LGG 2017

Tiltak	Ansvarlig	Status	
Styringshjulets funksjonalitet skal videreutvikles i samarbeid med klinikkene og andre relevante fagmiljøer	Foretakscontroller KVALUT Klinikksjefer	Pågår	
Arbeidet skal koordineres med utvikling av ny modell for Ledelsens gjennomgang	Foretakscontroller KVALUT	Igang satt og pågående.	
Oppfølging av ForBedring skal gjennomføres i alle enheter.	Klinikksjefer Stabscenter KVALUT	Gjennomføringsgrad 74.9%	

Relevante dokumenter i HMS-arbeidet, som overordnede strategier og prosedyrer, rapporter fra analyser og risikovurderinger, eksterne tilsyn og interne revisjoner, vernerunder, måldokument HMS, oppfølgende handlingsplaner og lignende, er dokumentert i ulike systemer.

#### Vurdering av systemet:

Tilsynsmyndighetene har gjentatte ganger påpekt svikt i det systematiske HMS-arbeidet, herunder at det ikke sikres at vi både planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer.

Det er krevende å sikre kontroll av vedtatte mål og strategier da det er mangelfull samlet oversikt over tiltak og etterlevelse av tiltak/handlingsplaner

Arbeidstilsynet gjennomførte i 2018 et systemrettet tilsyn i 10 seksjoner ved UNN-Breivika og – Åsgård. Arbeidstilsynet opplevde dagens at gjennomføringen av HMS-arbeidet var uoversiktlig. Tilsynet mente det var vanskelig å få klarhet i hva som var utarbeidet av tiltak og planer. Mye av dokumentasjonen synes å være knyttet til flere system - noe er knyttet til vernerunder, noe til ForBedring og noe til egne HMS-planer i seksjonene. Arbeidstilsynet er blitt gjort kjent med at HMS-relaterte dokumenter (strategi, prosedyrer, skjemaer for vernerunder, avviksmeldinger, tiltaksplaner mv) skal være samlet i Docmap. Brukerne av Docmap opplever dette som tungvint, også når det gjelder å lete frem HMS-relaterte dokumenter eller ved registrering av avvik i Docmap.

Arbeidstilsynet påpekte åtte forbedringsområder i det systematiske arbeidet og påla derfor UNN å gjennomføre en systematisk gjennomgang av internkontrollen med frist 31.11.2019.

#### **Vurdering av arbeidet med nytt årshjul HMS/styringshjulet:**

**Planlegging:** Utviklingsarbeidet av styringshjulet fortsatte med pilotavdelingene Laboratoriemedisinsk avdeling og Rusavdelingen.

**Gjennomføring:** Det ble gjennomført 6 workshopmøter med pilotavdelingene. Tilpasningen av Styringshjulet til LGG er koordinert med arbeidet i pilotklinikken for LGG. Arbeidet med å involvere fagmiljøene er startet opp ved at disse områdene inngår i malen for LGG.

**Evaluering:** Pilotavdelingene tilfredse med det nye verktøyet (Styringshjulet), og kom med et ønske om å få overført innholdet i dagens Dialogavtale til Styringshjulet. Det ble fremmet egen sak for

ledelsen i UNN om å overføre innholdet i dialogavtalene til Styringshjulet, samt et strategisk valg om å satse på Styringshjulet som det framtidige verktøyet for dialogavtaler i UNN.

**Korrigerig:** Tilbakemeldinger fra pilotene og Arbeidstilsynet understreker behovet for å videreutvikle og implementere internkontrollsystemet, og tilrettelegge bedre for å kunne holde orden i eget hus for fagmiljøene ved hjelp av LGG-prosessen og et elektronisk verktøy. Ved å samle gjeldende prosedyrer og tiltaksplaner i samme sted.

Utviklingsarbeidet har vist at styringshjulet har potensiale til å kunne omfatte det meste av kvalitets- og forbedringsarbeidet. Forbedrede overordnede prosedyrer for internkontroll i UNN ble igangsatt.

#### Forhold som har påvirket måloppnåelse 2018:

Tilgang til ressurser hos HN-IKT har vært en begrensende faktor i utviklingen av nytt elektronisk styringshjul. Arbeidets omfang er ikke i samsvar med ressursene som er satt av til å arbeide med å utvikle og implementere et helhetlig system for internkontroll i UNN og HN IKT.

#### Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2018:

Styringshjulet er designet slik at det gir en enkel og oversiktlig beskrivelse av systemet og anses å være godt egnet til bruk i møter og på tavler. Styringshjulet oppleves av testavdelinger å bidra til å forenkle tilgang til dokumentasjon og rapportering, som vil bidra positivt i gjennomføringen av ny modell for Ledelsens gjennomgang.

#### Systematisk HMS-arbeid - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Innføring av styringshjulet forseres i den grad det er mulig, og HMS prioriteres lagt inn med mål og tiltak	Foretakscontroller	31.12.2019

## Hovedområde Pasientsikkerhetsprogrammet

### Mål og planer 2018

Oppdragsdokument 2018 fra Helse Nord RHF. 3.7 Pasientsikkerhet:

1. Sende nødvendig informasjon med alle pasienter som skrives ut og som har behov for kommunal oppfølging. Dette for å sikre et godt og helhetlig behandlings- og pasientforløp. Informasjonen innebærer blant annet at foreløpig epikrise, samstemt legemiddelliste og medikamenter skal følge med pasienten ved utreise, jf. tjenesteavtale 5. Dersom opplysningene ikke er tilgjengelig ved utreise, for personell som skal ivareta pasienten, skal heller ikke pasienten reise ut fra sykehuset.
2. Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes aktivitet og at resultatene rapporteres i tertialrapport.
3. Legge til rette for at arbeidet på pasientsikkerhetsområdet videreføres også etter 2018.
4. Ha skriftlige rutiner i Docmap som beskriver utskrivingsamtale og hvordan det sikres at pasient/pårørende får nødvendig informasjon om sin sykdom og medikamentene og at pasienten får med seg oppdatert medikamentliste.

**Status tiltak etter LGG 2017**

Tiltak	Ansvarlig	Status	
Kommunikasjonskanaler som intranett og Pingvinavisa skal benyttes som spredning av gode resultater	KVALUT Stabssenteret	Kontinuerlig prosess	
Regionale prosedyrer for legemiddelsamstemming skal implementeres. Rapporten som er under utvikling i Helse Nord LIS skal benyttes for oppfølging av legemiddelsamstemmingen.	Klinikksjefer KVALUT	30 % i UNN	
Nye innsatsområder som er under pilotering i UNN skal rulles ut strukturert.	Klinikksjefer KVALUT	2 innsatsområder er enda i pilotering.	

**Beskrivelse av systemet for pasientsikkerhetsprogrammet:**

Den enkelte enhet er ansvarlig for iverksettelse og oppfølging av de tiltakspakker som er aktuelle hos dem. Veiledning og opplæring gis på forespørsel.

Fra 3. tertial 2016 er det tatt i bruk en ny mal for rapportering. Denne er mer detaljert enn tidligere, og ansvarlig leder på enhetene krysser ut tiltak de har iverksatt og hvilke målinger de gjennomfører for resultatoppfølging. Deretter utarbeides en tertialvis rapport både på de enkelte innsatsområder og for den enkelte klinikk. Rapporten presenteres i kvalitets- og virksomhetsrapporten og følges opp i lederlinja. Rapporten gjennomgås også i Kvalitetsutvalget.

**Vurdering av nytt rapporteringsverktøy:**

**Planlegging:** Rapporteringsverktøyet ble utarbeidet etter mal fra Nordlandssykehuset. Tidligere var det kun rapportert rødt, gult og grønt fra hver enhet.

**Gjennomføring:** Skjemaet ble testet på tre enheter og deretter justert, før det ble benyttet på alle enheter fra rapportering 3. tertial 2016.

**Evaluering:** Skjemaet gir en langt bedre oversikt og det er mulighet til å skrive kommentarer. Det blir tydeligere for enhetene hvilke tiltak som inngår i de enkelte innsatsområdene, og i hvilken grad tiltak med tilhørende målinger er på plass. Ny mal gir en mer presis rapportering totalt i foretaket og klinikksjefene får en bedre oversikt over status i seg en klinikk. De fleste klinikker har de fleste innsatsområdene implementert, men legemiddelsamstemming har hengt etter.

**Korrigerings:** Det er gjort mindre justeringer i skjemaene fra gang til gang, og det er laget et eget skjema for Psykisk helse- og rusklinikken, da de har langt færre innsatsområder som omhandler dem.

**Forhold som har påvirket måloppnåelse 2018:**

Generelt gjøres de fleste målinger manuelt, og medfører et ekstraarbeid uten tilførsel av ekstra ressurser. Dette har tidvis bidratt til manglende registreringer og dermed oppfølging. Påbegynt regionalt samstemmingsprosjekt ventes å få positiv effekt på både kvalitet og grad av samstemte legemiddellister. Prosjektet startet opp i 2017 på initiativ fra UNN, og implementeres i løpet av våren 2018. Dette ser ikke ut til å ha hatt ønsket effekt, så arbeidet kontinueres og forsterkes.



Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2018

De fleste enheter rapporterer alle innsatsområder implementert eller delvis implementert. Oppmerksomhet må vies til iverksetting av tiltak etter identifisert risiko.

## Pasientsikkerhetsprogrammet - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Følge opp vedtatt plan, jf. vedtak i Kvalitetsutvalget 19.3.2019, med tertialvis rapportering til Kvalitetsutvalg og styre.	Klinikkjefer og senterleder KVALUT	Løpende

## Hovedområde Risikostyring (nytt hovedområde 2018)

Mål og planer 2018: (foretak)

Målsettinger fra HN RHF som skal rapporteres mht risikostyring:

- Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen
  - Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021
  - Det skal ikke være fristbrudd
  - Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid
- Sikre god pasient- og brukermedvirkning
- Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
  - Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.
- Innfri de økonomiske mål i perioden
  - Økonomisk resultat i tråd med plan

Det forventes at HF-ene i tillegg har egne lokale mål, med tilhørende kritiske suksessfaktorer (KSF-er). Det forventes at foretakene definerer virksomhetsspesifikke mål som skal ha særskilt fokus i risikostyringen.

Lokale mål 2018: (egne satsninger)

- Dialogavtalen: prioriterte mål med særlig høy risiko for manglende måloppnåelse
- Internkontroll: områder i virksomheten som innbefatter risiko skal være underlagt systematisk og dokumentert risikostyring/internkontroll.

Beskrivelse av systemet for Risikostyring:

Helseforetaksloven § 16 (1) bestemmer at eier utøver den øverste myndighet i foretaksmøtet. På bakgrunn av oppdragsdokumentet fra HN RHF og protokoll fra foretaksmøtet formidler HN RHF styringsbudskap, krav og økonomiske rammer, herunder et krav om at UNN skal gjennomføre risikostyring av de overordnede styringsmålene, samt sette egne interne mål som skal være gjenstand for risikostyring. En vesentlighetsvurdering avgjør om prosjekter, organisasjonsendringer, mv. skal risikovurderes før de besluttes.

Ledergruppen i UNN vedtok 28. februar 2012, sak 46-12, følgende grunnprinsipp for implementering av risikostyring: *Direktøren legger til grunn at risikostyring i UNN skal integreres i de etablerte virksomhetsstyringselementene. Utover årlige overordnede mål fra RHF-et vil direktør og linjeledere vurdere behovet for å sette egne mål for risikostyringen som en del av virksomhetsplanleggingen* [\[1\]](#). Vedtaket innebærer at risikostyring naturlig kompletterer virksomhetsstyringen. Risikostyring handler om å få innsikt i risikoforhold, effekt av tiltak, grad av styrbarhet av risiko, osv. og tilhørende metoder, prosesser og strategier for å kartlegge og styre risikoene. Risikostyring skal bidra til bedre



kvalitet på virksomhetsstyringen og sikre bedre måloppnåelse ved å øke gjennomføringsevnen og redusere overraskelser og tap i gjennomføringsfasen.

Risikostyring kan deles inn i to nivå, overordnet og operativ risikostyring. Overordnet risikostyring er gjerne risikostyring i forhold til overordnede mål og styringskrav, mens den operative risikostyringen er knyttet til å forhindre uønskede hendelser og svikt i kjernevirksomheten, og for risiko knyttet til vesentlige endringer i form av OU-prosesser, informasjonssikkerhet, bygg, innføring av nye behandlingsmetoder, teknologi, mv. Den overordnede risikostyringen har fokus på risiko for hendelser som kan true måloppnåelsen for de fastsatte målene.

Helse Nord RHF utarbeidet egne retningslinjer for risikostyring som gjelder for foretaksgruppen og sender ut årlige mål for risikostyring i oppdragsdokumentet. Følgende prosedyrer i Docmap regulerer risikostyringen i UNN:

[RL3406 helhetlig risikostyring i UNN HF](#)

[RL1067 Risikovurdering i UNN- prosessbeskrivelse](#)

[RL1602 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord](#)

Vurdere systemet/prosesser ut ifra hele forbedringshjulet

**Planlegging:** I januar skal UNN definere styringsmål og delmål på foretaksnivå som skal risikovurderes.

UNN redegjør for arbeidet med risikostyring i Årlig melding, sammen med eventuelle justeringer på bakgrunn av nytt oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll.

**Gjennomføring:** UNN skal rapportere gjennomføringen av risikostyring til HN RHF ved 1. tertialrapportering, herunder eventuelle justeringer av mål og KSF-er på bakgrunn av oppdragsdokument/foretaksmøteprotokoll. Det skal rapporteres på gjennomførte risikovurderinger og plan for risikoreduserende tiltak.

Ved 2. tertialrapportering skal risikovurderingen fra 1. tertial følges opp, det er her spesielt fokus på hvilken effekt tiltakene har hatt og eventuell ny vurdering av risiko knyttet til styringsmålene.

**Evaluering:** Ved årsslutt redegjøres det for måloppnåelse og arbeidet med risikostyring i ledelsens gjennomgang og Årlig melding.

**Korrigerings:** Det bør fastsettes hvilke av de overordnede satsningene som skal være gjenstand for risikostyring.

For å standardisere og sikre at praksis utvikler seg i tråd med anbefalte retningslinjer, er det tilrådelig å øke kompetansen på risikostyring i UNN. Involvering av fagmiljøene i risikostyring er sentralt.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2018: (positive og negative, interne- og eksterne forhold)

For å integrere risikostyringen i den ordinære virksomhetsstyringen skal risikostyringen gjøres samtidig som andre virksomhetsplanleggings- og styringsprosesser. Selv om det er positivt at foretaket risikostyrer målene som er lagt til grunn av HN RHF, er det uheldig at foretaket ikke har supplert de regionale målsettingene med egne foretaksspesifikke mål.

## Risikostyring - Konklusjon og anbefalinger

Risikostyring er en prosess som skal gjennomsyre virksomheten fra fastsettelse av overordnede strategi og plandokumenter til den operative styringen i førstelinjen. Risikostyring pågår kontinuerlig i UNN, men begrepsapparatet og metoden varierer. Risikovurderinger er i hovedsak kvalitative vurderinger som bygger på faglig skjønn og erfaring, og skal gjennomføres av personer med kompetanse og erfaring fra det aktuelle området.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
UNNs ledergruppe og UNN-styret orienteres om/vedtar årlig plan for oppfølging av risikostyring senest innen 31.3. hvert år, med rapportering på oppfølging i tertialrapporter/årlig melding	Senterleder KVALUT/adm. dir.	31.3.2020
KVALUT sikrer at foretaket har tilstrekkelig kompetanse på gjennomføring av systematiske risikoanalyser; minimum 3 personer behersker dette og kan lede risikoanalyser.	Senterleder KVALUT	31.12.2019

## Hovedområde Smittevern

### Mål og planer 2018:

Målene er hentet fra oppdragsdokumentet til Helse Nord 2018

- Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene.
- Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenlignet med 2012.
- Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) minst to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF.
- Utføre insidensundersøkelser av post operative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.
- Gjennomføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp post operativ sårinfeksjon, og eventuelt iverksettes tiltak.
- Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP).
- Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa.

### Status tiltak etter LGG 2017

Tiltak	Ansvarlig	Status
IKT-verktøy skal benyttes til prevalensregistreringer og arbeidsfordelingen mellom Smittevernssenteret og klinikkene videreføres.	Klinikksjefer Smittevernssenter	
Smittevernspersonell inviteres til å delta på alle smittevernvisitter	Klinikksjefer	1/10-19

### Beskrivelse av systemet for smittevern:

UNNs IKP (Infeksjonskontrollprogram)

De fleste retningslinjer finnes i dokumentsamlingen PB0738 Smittevern rutiner UNN HF.

I tillegg omfattes IKP av:

- Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus

- [RL1310 Avfallshåndbok for UNN HF](#)
- [PB1601, DS5325 Kontroll av medisinsk teknisk utstyr](#)
- [DS2194 Sterilforsyning](#)
- [PB0522 Sendepøver AMS](#), Retningslinjer for håndtering/transport av smittefarlig materiale

**Gjennomføring:**

1. Prevalensundersøkelsene ga en prevalens på 2,7 % totalt for UNN.
2. Bruk av bredspektret antibiotika er gått ned med 9,7 % sammenlignet med 2012.
3. Det er utført prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) fire ganger i 2018, og resultatene er rapportert til Helse Nord RHF.
4. Det er utført insidensundersøkelser av post operative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og resultatene er rapportert tertialvis til Helse Nord RHF.
5. Tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp post operativ sårinfeksjon startet opp 1. januar 2018, og det har til sammen vært 11 gjennomganger i 2018. Smittevernssenteret koordinerer disse gjennomgangene i henhold til retningslinje RL6217 i Docmap.
6. I februar 2018 ble det utført internrevisjon vedrørende rengjøring og desinfeksjon fleksible endoskop ved gastrolab Tromsø, lungelab Tromsø og gastrolab Harstad.
7. For influensasesongen 2018/2019 fikk 50,7 % av de ansatte influensavaksine. Til sammenligning var det i influensasesongen 2017/2018 26,9 % ansatte som tok influensavaksine. UNN har ikke oversikt over hvor mange av disse som har direkte pasientkontakt.

**Evaluerings:**

1. UNN nådde målet om prevalens under 3,5 %.
2. UNN har ikke nådd målet om å redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenlignet med 2012.
3. Mål nådd.
4. Mål nådd. Enkelte avdelinger/enheter leverer ikke data for NOIS-POSI til Smittevernssenteret innen fristen, og Smittevernssenteret bruker til dels mye tid på å purre.
5. Smittevernssenteret har ikke oversikt over eventuelle tiltak som er iverksatt av avdelingene etter tverrfaglig gjennomgang. Oppmøtet har variert og det er ikke alle avdelinger/enheter som setter av tid slik at aktuelle deltagere kan delta.
6. Mål nådd.
7. Mål ikke nådd, men UNN økte andelen ansatte vaksinert for influensa fra 26,9 forrige sesong til 50,7 denne sesong. UNN må øke andelen kollegavaksinering hvis målet om 75 % skal nås.

**Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2018:**

Tverrfaglig gjennomgang av pasientforløpet ved dype postoperative sårinfeksjoner. Smittevernssenteret koordinerer disse gjennomgangene i henhold til retningslinje RL6217 i Docmap.

Direktør vedtok i oktober 2018 forenklet avfallshåndtering: Mindre smitteavfall, mer som restavfall. Alt avfall fra kontakt- og dråpesmitteisolat håndteres som restavfall, mens avfall fra luftsmitte- og høyriskosmitteisolat håndteres som smitteavfall.

## Smittevern - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Smittevernssenteret leder arbeid med å utarbeide revidert handlingsplan for smittevernarbeid i UNN, som vedtas i UNNs ledergruppe	Klinikkssjef Medisinsk klinikk	30.11.19
Plan for hvordan målet om 75 % ansattevaksinasjon mot influensa skal nås utarbeides og vedtas i Kvalitetsutvalget	Klinikkssjef Medisinsk klinikk	31.10.19

## Hovedområde personvern og informasjonssikkerhet

Mål og planer 2019:

- Bidra til at UNN oppfyller gjeldende krav til IKT-sikkerhet, jf. Dialogavtalen og Oppdragsdokument.
- Avklare fremtidig organisering av Informasjonssikkerhet og personvernarbeid, jf. Dialogavtalen og Oppdragsdokument.
- Oppfølging av ROS-analyser.
- Arbeid med tilpasning til GDPR (EUs nye personvernforordning), jf. Dialogavtalen
  - Informasjon om GDPR og betydning for ledere
  - Informasjon GDPR for øvrige ansatte
  - Ferdigstille protokoll over behandlinger
- Tilpasning ny sikkerhetslov
  - Organisering
  - Sikkerhetsklarering
  - Avklare sikkerhetsobjekter og beskyttelse

**Status tiltak etter LGG 2017**

Tiltak	Ansvarlig	Status
Implementering av <i>sikker utskrift</i> i hele foretaket.	KVALUT Klinikkssjefer	Alle klinikker har ikke fått lukket dette tiltaket, dette gjelder spesielt UNN Åsgård, UNN Harstad og UNN Narvik. Det skyldes primært 2 ting: 1. økonomi – Det medfører noen investeringskostnader i noen nye skrivere og 2. det er ikke besluttet en strukturert innføring av sikker utskrift i UNN.
Personvern- og informasjonssikkerhet skal inngå i sentrale kompetanseplaner og dokumenteres gjennomført i kompetansemodule i Personalportalen.	Klinikkssjefer Senterledere	Gjennomføring av obligatorisk informasjons-sikkerhetskurs for ansatte i UNN er 71%. måltall 90%. Dette følges opp hver annen mnd med den enkelte leder
Rutiner for <i>systematisk tilgangskontroll</i> må innarbeides ved nytilsetting, endring og ved avslutning av arbeidsforhold.	Stabssenteret Klinikkssjefer	Systematisk kontroll av ansattes tilganger er ikke tilfredsstillende i avdelingene. Ansatte som slutter eller bytter avdeling/klinikk beholder altfor ofte gamle tilgangsrettigheter.

		Avdelingene må implementere og ta i bruk foretakets prosedyrer for tilgangsstyring, hvor slik kontroll skal gjennomføres minimum årlig.
Dagens praksis for systematisk innsyns kontroll videreføres inntil nasjonal løsning er på plass.	KVALUT	UNN gjennomfører svært mange kontroller av innsyn i journaler primært på henvendelser fra pasienter og behandlere. I påvente av et nasjonal løsning på systematisk innsyns kontroll, har UNN sammen med de øvrige foretakene i Helse Nord tatt i bruk en felles prosedyre for stikk kontroll en gang i kvartalet.

### Beskrivelse av systemet for personvern og informasjonssikkerhet

Styringssystemet for informasjonssikkerhet gjelder all informasjonsbehandling som skjer i Helse Nord. Dette omfatter all behandling, lagring og kommunikasjon av informasjon både muntlig, på papir og digitalt. All bruk av IKT-verktøy er også inkludert.

Styringssystemet skal sikre at administrerende direktør (databehandlingsansvarlig) i alle helseforetak etablerer nødvendige krav, operative retningslinjer og prosedyrer. Dette innebærer å organisere virksomheten slik at lovpålagte plikter, pasienters og andre registrertes rettigheter etterleves. Styringssystemet skal også tydeliggjøre ansvars- og myndighetsforholdene mellom helseforetakene, Helse Nord IKT HF og Helse Nord RHF.

UNN HF har 3 medarbeider som jobber med informasjonssikkerhet og 3 medarbeider som jobber med personvern – fordelt på 4 personer (PVO-team). I tillegg er jurist tilknyttet personvernarbeidet. Organisering av arbeidet er en utfordring da funksjonene ligger på forskjellige enheter. UNN har også overtatt personvernansvaret for Finnmarkssykehuset HF. Det er gjennomført en evaluering av denne organiseringen. Planlegging av fremtidig organisering besluttet innværende år.

### Vurdering av system for personvern og informasjonssikkerhet

Styringssystemet for informasjonssikkerhet implementeres i flere faser i UNN, hvorav første fase 1 (mål og strategier) er gjennomført.

- Fase 2: Omfatter felles rutiner og prosedyrer i Helse Nord og vil bli sendt ut på høring til de enkelte klinikker før endelig versjon innføres. Dette arbeid er igangsatt og koordineres av FRIS (Fagråd for informasjonssikkerhet i Helse Nord).
- Fase 3: På noen områder vil trolig ikke de felles regionale prosedyrene være tilpasset den enkelte foretaks arbeidsflyt. I slike tilfeller må det etableres og implementeres lokale prosedyrer og rutiner.

### Vurdering gjennomføring av risikovurderinger (ROS)

UNN bruker et elektronisk verktøy for gjennomføring av ROS innenfor informasjonssikkerhet og personvern og har gjennom flere år gjennomført flere ROS. Klinikken er blitt flinkere til å bestille ROS når nye tjenester/systemer skal innføres eller endres. Gjennomføring av tiltak som avdekkes

gjennom ROS er imidlertid ikke god nok. Noe av tiltakene gjennomføres, men kvitteres ikke ut og blir derfor liggende som ikke fullført.

- Innføring av «Sikker utskrift» i hele UNN har tatt lengere tid enn forventet. Skyldes primært 2 forhold:
  - Økonomi
  - Gammel programvare for sikker utskrift (ansvarlig Helse Nord IKT)
- Bevisstgjøring og opplæring av ansatte, herunder avdelingenes oppfølging av obligatoriske kurs for den enkelte har vært mangelfull. Dette følges nå opp av KVALUT hver 2. måned. Mål er 90 % gjennomført obligatorisk e-læringskurs i informasjonssikkerhet i 2019.
- Systematisk kontroll av ansattes tilganger er mangelfull. Avdelingene må implementere og ta i bruk foretakets prosedyrer for tilgangsstyring, hvor slik kontroll skal gjennomføres minimum årlig.
- Systematisk kontroll av innsyn i journal er mangelfull i påvente av nasjonal løsning. Det innføres nå en manuell rutine for slik kontroll hver kvartal. UNN gjennomfører svært mange kontroller av innsyn i journaler primært på henvendelser fra pasienter og behandlere. I påvente av et nasjonal løsning på systematisk innsyns kontroll, har UNN sammen med de øvrige foretakene i Helse Nord tatt i bruk en felles prosedyre for stikk kontroll en gang i kvartalet. Dette løser utfordringen i akseptabel grad frem til nasjonal løsning foreligger.

### Personvern og informasjonssikkerhet - Konklusjon og anbefalinger, inkludert tiltaksforslag:

Forslag på tiltak fra sikkerhetssjef IKT og personvernombud.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Avklaring fremtidig organisering av Informasjonssikkerhet og personvern	KVALUT	Pågår
Implementering av GDPR	KVALUT Klinikker	Pågår
Tilpasning til ny sikkerhetslov	KVALUT DES AKUTT	Pågår

### Tiltak fra ledermøtet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Avholde møte mellom UNN og Helse Nord IKT på høyeste ledernivå om status i og videre arbeid med å bedre informasjonssikkerheten	EB	31.8.2019
Gjennomføre workshop i direktørens ledergruppe om informasjonssikkerhet i samarbeid med Helse Nord IKT, der tiltaksplan for videre arbeid med å bedre informasjonssikkerhet utarbeides og vedtas. I denne planen skal som minimum følgende elementer inngå: - Sikre gjennomføring av opplæring - Oppfølging av tilgangsstyring - Innføring av sikker utskrift - Ivaretagelse av informasjonssikkerhet ved e-konsultasjoner/Skype	E.B/Adm. dir.	31.10.2019
Senterleder KVALUT avklarer i samråd med adm. dir. eventuell endring i organisering av arbeidet med informasjonssikkerhet i UNN	Senterleder KVALUT	31.12.2019

## Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

### Beskrivelse av miljøstyringen i UNN

Styret og administrerende direktør har ansvar for etablering, implementering og oppfølging av ledelsessystemet for miljø. Dette ansvaret er gjennom dialogavtalen delegert til drifts- og eiendomssjefen. I dette ligger en plikt til å:

- Sikre at miljøpolicyen og miljømålene er fastlagt og forenlige med UNNs strategiske retning og kontekst.
- Sikre at ledelsessystemet integreres i UNNs strategiske prosesser.
- Sikre at ledelsessystemet for miljø har de nødvendige ressursene tilgjengelig.
- Koordinere nødvendige interne og eksterne prosesser.
- Formidle betydningen av effektiv miljøledelse og overholde kravene i ledelsessystemet for miljø.
- Gi resultat av miljøarbeidet gjennom ledelsens gjennomgang (LGG) og følge opp resultatene med tiltak i henhold til UNNs prinsipper for kontinuerlig forbedring.

Dette ansvaret er lagt inn i dialogavtalen og følges opp med en årlig handlingsplan (årshjul).

### Status tiltak etter LGG 2017

Miljømål	Tiltak	Status	
Redusere CO2 utslippet	Sikre at forbruk av lystgass blir tilgjengelig for å måle resultat av måloppnåelse	Målere er installert og resultat skal bli tilgjengelig i løpet av 2019	
Redusere energiforbruket	Det er installert flere timesmålere, og det arbeides med å koble sammen SD anlegg med energioppfølgingssystem.	På grunn av stor utbygging i 2017 hefter usikkerhet med resultatet på energi. Det anbefales å påvente resultat for 2018/2019 før det vurderes om andre tiltak må settes inn for å nå målet.	
Redusere ansattreiser	Reiseaktiviteten har økt med 10 % selv om bruken av Skype er betydelig og det har vært innført reisestopp nye tiltak må vurderes.	Resultat på ansattreiser må sees i sammenheng med at deler av prosjektledelsen for utbygging er på toppen av reisestatistikken. Det anbefales å påvente resultat for 2018/2019 før det vurderes om andre tiltak må settes inn for å nå målet.	
Forbruk og svinn	Forsyningsavdelingen planlegger lagerstyringsprosjekt, jf. Dialogavtale).	Utsatt grunnet arbeidsbelastning med nybygg.	
Oppdatering av dialogavtaler og behandling i ledermøter/KVAM	Det skal gjennomføres internrevisjoner og gransking av dialogavtaler og KVAM protokoller i 2018. (Lagt inn i revisjonsprogram og årshjulet).	Internrevisjoner er gjennomført. Kontroll i reviderte klinikker viser ingen endring av status på dialogavtaler og KVAM protokoller.	

## Vurderinger av endringer i kontekst, interesseparter og samsvarsforpliktelser

Endringer i	
Eksterne og interne forhold som er relevante for ledelsessystemet for miljø (kontekst)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagt bak oss et år med mange konstitueringer i sykehusledelsen</li> <li>• Ny styreleder</li> <li>• Ny adm. direktør</li> <li>• Erfaringer med stedlig ledelse Harstad og Narvik</li> <li>• PET-senter og A-fløy satt i drift</li> <li>• Enhet for kontinuerlig forbedring</li> <li>• Miljøstyringssystemet integreres i ledelsens gjennomgang (LGG) på klinikk – og avdelingsnivå fra januar 2019. Pilotklinikker gjennomført i HLK og BUK pågår.</li> <li>• Nye avtaler for tøy og avfall under utarbeidelse (konkrete miljøkrav ble stilt i begge avtalene, blant annet krav om samarbeidsmøter om miljøforbedringer)</li> <li>• Vedtektene til Sykehusinnkjøp er endret slik at helseforetakenes miljømål og krav skal ivaretas</li> </ul>
Behov hos og forventninger fra interesseparter, inkludert samsvarsforpliktelser	<p>Helse Nords miljøpolitikk er førende for miljøarbeidet i foretakene som skal være i fremste rekke i arbeidet med klima- og miljøtiltak, bl.a. gjennom ledelsessystemet for miljø.</p> <p>Krav til alle helseforetak:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorene og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019.</li> <li>2. Stille miljøkrav i alle anskaffelser</li> <li>3. Tilrettelegge flere møter for deltakelse via telematikk</li> <li>4. Redusere pasientreiser ved ambulerings, bruk av telematikk, og universelt utformede kommunikasjonshjelpemidler</li> </ol>
Vesentlige miljøaspekter	PET senter og A-fløy er tatt i bruk og UNNs areal er økt. Dette har ført til økning i energiforbruk.
Risikoen for negativ miljøpåvirkning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende kompetanseoverføring: Ny styreleder og adm dir</li> <li>• Manglende fokus som følge av den økonomiske situasjonen i UNN</li> <li>• Økt miljøbelastning på grunn av økt areal: PET-senter og A-fløy</li> <li>• Flere kjørte km: Endringer i ambulansestructur (Bjarkøy)</li> </ul>
Muligheter for positive miljøpåvirkninger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helhetlig miljøfokus for enkeltlokalisasjoner: Driftsledere i Harstad og Narvik</li> <li>• Økt forbedringskompetanse også til bruk i miljøstyring: Enhet for kontinuerlig forbedring</li> <li>• Bedre oversikt over- og derav større mulighet for oppfølging av miljøstyringen på alle nivå i organisasjonen når dette blir en integrert del av virksomhetsstyringen (LGG)</li> <li>• Få monitorering inn i HN LIS (regionalt ledelsesinformasjonssystem)</li> <li>• Kompetansemøder i Personalportalen hvor obligatoriske e-læringskurs kan legges inn og en får oversikt over hvem som har tatt hvilke kurs</li> <li>• Økt samarbeid med leverandørene i avtaleperiodene: Nye avtaler for tøy og avfall.</li> <li>• Å sikre miljøkrav i alle anskaffelser: Vedtektene til Sykehusinnkjøp er endret slik at våre miljøkrav skal ivaretas</li> <li>• Reduksjon i pasientreiser som følge av økt satsning på bruk av Skype</li> </ul>



Informasjon/trender fra samsvarsvurdering av lovkrav (evt andre krav)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strålevern: UNN har søkt om utslippstillatelse til de isotoper vi bruker, og følger alle de utslippstillatelsene som er gitt. Videre har vi installert forsinkelsestanker som vil ytterligere redusere våre radioaktive utslipp</li> <li>• Tilsyn fra DSB og fylkesmannen avvik er svart ut og lukket. Tiltak er fulgt opp.</li> <li>• Kjemikaliarbeidet i UNN følges opp av kjemikaliegruppa og Kjemikaliemøter for klinikkontaktene. Avvik under vernerunder, interne eller eksterne revisjoner skal meldes som avvik i Docmap</li> <li>• Det er Ikke inngått avtale mellom sykehusinnkjøp og UNN HF, men avtalemål mellom sykehusinnkjøp og helseforetakene ivaretar miljøkrav. Det gjør også vedtektene til sykehusinnkjøp</li> </ul>
---	--

### Grad av måloppnåelse 2018

Resultat miljøavvik 2018 uttrekk på avvik med klassifisering «ytre miljø»

	Indikator	%	Differanse	Hele 2018	Hele 2017
<b>Totalt UNN</b>	Miljøavvik	15 %	12	94	82

Tabellen viser at det i 2018 er registrert 15% flere avvik sammenlignet med 2017. Avvik knyttet til interne og eksterne revisjoner er ikke med i denne oversikten. Avvikene har i hovedsak årsak «avfallshåndtering». I tillegg til avvik med klassifisering «ytre miljø» er det meldt 195 avvik med merket «avvik klima og miljø». Gjennomgang av disse viser at 23 avvikene kan betraktes som mulige miljøavvik.

Innføringen av kategorier i avviksbehandlingen gir en større treffsikkerhet angående melding. Det vil derfor bli et regionalt bli utarbeidet et regionalt forslag fra den regionale miljøgruppa på at det legges til flere kategorier og avkryssing for miljøavvik tas bort.

### Resultat av overvåking og måling

Uttak av resultat av overvåking og måling av miljøaspektene er fortsatt en manuell oppgave i UNN. Det medfører usikkerhet med kvaliteten på de tall som hentes ut av databasene. Ikke alle data er tilgjengelig. Det er avgjørende for en kvalitativ miljøstyring å få integrert driftsdata i LIS og få disse ned på et operativt nivå. Dette er et arbeid som pågår og følges opp av foretakscontroller, miljørådgiver og staben i HN-LIS.

Miljømål	Indikator	%		Tiltak
UNN har som overordnet mål å redusere CO2 utslippet med 3 % årlig.  (Målt i det nasjonale klimaregnskapet)	Co2-utslipp tonn (direkte påvirkninger)	3%		Målet for CO2 regnskapet er ikke nådd grunnet en økning i transport og at økning i areal gir økning i energiforbruket. Data som indikerer UNNs klimafotavtrykk viser en reduksjon i påvirkning. Indikator må vurderes
Klimafotavtrykk for UNNs som baserer grunndata på regnskapsposter blandet med direkte data, og som tar med flere faktorer over	Co2-utslipp tonn (blanding av direkte og indirekte påvirkninger)	-4 %		Modellen for klimafotavtrykk kan utvikles mer for å få sikrere data og nå lavere ned på operative nivå.

hvordan UNN s drift som utvikler mest CO2				
Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 3,5 % (prevalensdata).	Kg smitteavfall i UNN	-3%-		Det vil vurderes nye indikatorer og mål i miljøaspektkartleggingen og arbeidet med å få styringsdata inn i HN LIS.
Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 30 % sammenliknet med 2012	Bruk av antall gule bokser UNN	-2 %		Reduksjonen på 2 % viser at målet ikke er ikke nådd men trendene på statistikken viser en betydelig reduksjon videre. Indikatorene vil vurderes endret
Redusere energiforbruket med 3 % årlig	Kwh pr m <sup>2</sup>	-9 %		Energiforbruket vil bli målt mer nøyaktig ved alle målere blir timesmålere og at det sentrale driftsanlegget i UNN Breivika sender data til energioppfølgingsystemet.
UNN skal ha kontroll på vannforbruket ved å gjennomføre faste målinger	M3 vann	6 %		Uttaket av måledata tas med få unntak ut manuelt fra en mengde målere. Det vil derfor være formålstjenlig med automatisk avlesning for å få bedre kontroll på forbruket slik at man kan reduseres overforbruk, og få raskere varsling ved lekkasjer.
Redusere pasientreiser med 3 % årlig	Reiste km	-2 %		Det har vært en reduksjon i reiste km med fly og drosje, mens det har vært en økning i pasientreiser med bil og rutegående transport som spiser opp noe av miljøgevinsten. For å nå målet må også reiser med bil og buss reduseres. Det forutsetter også økt bruk av e-helse og at klinikkene gjør tiltak for å redusere reiser i forbindelse med unødvendige kontroller og timer som kanselleres.
Redusere ansattreiser med 3 % årlig		10 %		UNN har en hatt en betydelig økning i antall reiste km og målet om å redusere ansattreiser er ikke nådd. Dette på tross av at Skype brukes i betydelig grad. Det må tilrettelegges for målinger ned til enhetsnivå for å klarlagt årsak til hvor og hvorfor forbruket øker.
Andel sortert avfall skal øke med 3 % årlig	Kg kildesortert avfall	16 %		Sykehusinnkjøp har inngått en ny avtale for UNN. Undervisningsmaterieell skal oppdateres. E-læringskurs skal utvikles.

85 % av ansatte skal til enhver tid ha gjennomført e-læringskurset	Antall beståtte kurs mot antall brukere i campus	70%		Det tas ut jevnlig status for å følge opp med påminninger til ledere.
Dialogavtalene skal være oppdatert på miljømål og tiltak	Oppdaterte dialogavtaler			Gransking var 2017 og revisjonsresultater fra 2018 viser at dialogavtalene ikke er godt nok oppdatert og at miljøarbeidet i varierende grad følges opp. Klinikkene gir også tilbakemelding på at resultater på miljø ikke er etterspurt i dialogmøtene.

### Resultat interne revisjoner og eksterne tilsyn

Det er stor oppmerksomhet hos ledere og vernetjeneste på det operative nivå (førstelinjen)

Det er i mindre grad fokus på overordnet nivå og i arbeidet med dialogavtalen.

Det er gjennomført 4 interne revisjoner innen miljøstyring i 2018.

Ved to av tre systemrevisjoner er det avdekt samsvar mellom det som er beskrevet i ledelsessystemet for miljø i UNN og gjennomføringen i klinikken. Revisjonene har avdekt 5 miljøavvik.

UNN har hatt tilsyn fra fylkesmannen med avfall fra sykehus og laboratorier som område og avfallshåndtering, utslippskontroll og internkontroll som hovedtema. Det ble gitt 3 avvik som er lukket. Ref. 18/5054 Avvikene ble lukket ved hjelp av risikovurdering av lasting og lossing. Risikoanalyse på utslipp fra befart diagnoseutstyr, endring av avfallsprosedyre for farlig avfall og innsendt rapport med eksempel på meldte miljøavvik for første halvdel av 2018.

**Relevante henvendelser fra interesseparter, inkludert klager**

UNN har vært i kontakt med Tromsø kommune angående tilrettelegging av forplassen til UNN og tilrettelegging av skiløype til UNN/Universitetsområdet. De ansatte har klaget over at tilretteleggingen for sykkelparkering ikke går fort nok eller i tilstrekkelig grad. Utover det har det for 2018 ikke vært noen klager eller avisartikler som har angått ytre miljø.

**Muligheter for kontinuerlig forbedring**

Utfordringer	Forbedringsmuligheter
Mange systemer Implementering av miljøarbeidet i den interne kommunikasjon og informasjonsflyten. Miljømål og tiltak er oppdatert i dialogavtalene og behandles i ledermøter og KVAM	KVALUT utarbeider nå et nytt styringshjul som skal supplere dialogavtalen og på en bedre måte legge føringer på hva som skal legges inn.
Avviksmelding og den etablerte kulturen i UNN	Ny etablert forbedringsgruppe i direktørens stab gir mulighet for å fokus og samarbeid i forbedringsarbeidet
Kompetanse	Ny kompetansem modul vil sannsynlig bedre lederne mulighet for å følge opp at ansatte gjennomfører det pålagte e-læringskurset i ytre miljø.
Ledelsens gjennomgang på klinikknivå	Vil gi økte muligheter for å følge opp miljøstyring og lovkrav.

**Ledelsessystemets hensiktsmessighet, tilstrekkelighet og virkning**

UNNs ledelsessystem for miljø anses hensiktsmessig og er tilgjengelig for alle ansatte i Docmap. Systemet følger prinsippene i forbedringshjulet. Flere prosedyrer er felles med kvalitet – og HMS-systemet. Det regionale samarbeidet mellom helseforetakene i Helse Nord har vist at det er forskjeller på prosedyrer, prosesser og styringssystem for miljø. Det regionale klima og miljøforumet har vurdert det som hensiktsmessig å starte et arbeid for å gjøre styringssystemer og prosedyrer mer enhetlig.

En vesentlig mangel er å få integrert indikatorene på miljøaspektene i HN-LIS. Dette sikrer en kvalitativ behandling av data som er grunnlag for prestasjonsevaluering.

Resultatene viser at systemet virker etter hensikten, men det er potensiale for at lederne bruker systemet mer aktivt.

**Miljøledelse - Konklusjon og anbefalinger, inkludert tiltaksforslag**

I tabellen under er det forslag fra DES

Miljømål	Tiltak	Ansvarlig
Alle mål	Styringsdata inn i HN LIS.	Drift og eiendomssjef Stabssjef
	Det vil vurderes nye mer relevante indikatorer og mål i miljøaspektkartleggingen og arbeidet med å få styringsdata inn i HN LIS	Drift og eiendomssjef
Redusere pasientreiser med 3 % årlig	Økt bruk av e-helse og at klinikkene gjør tiltak for å redusere reiser i forbindelse med unødvendige kontroller og timer som kanselleres.	Følges opp av klinikkledelsen i relevante klinikker

UNN skal ha kontroll på vannforbruket ved å gjennomføre faste målinger	Det vil derfor være formålstjenlig med automatisk avlesning for å få bedre kontroll på forbruket slik at man kan reduseres overforbruk, og få raskere varsling ved lekkasjer.	Avdelingsleder Teknisk drift
--	---	---------------------------------

## Tiltak fra ledermøtet

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sikre at miljømål og tiltak inngår i dialogavtalen gjennomgående, på alle nivå	Klinikksjefer/senterledere	30.11.2019
UNN prioriterer internt arbeidet med å få styringsdata for miljøledelse inn i HN-LIS	Økonomisjef og Drifts- og eiendomssjef	01.10.2019



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
65/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.09.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Ingrid Lernes Mathiassen

### Møteplan 2020 for styret UNN

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner følgende *møteplan* for 2020:

Møter	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter	6.2.	12.3.	22.4. <i>Med BU</i>	18.5. <i>Oppstart kl 12</i>	18.6.	16.9. <i>Med BU</i>	14.10.	18.11.	14.12.
UNNs styreseminar					17.6. <i>Harstad</i>	17.9.felles <i>med UiT</i>		17.11 <i>Narvik</i>	
Regionalt styreseminar			15.-16.4. <i>Bodø</i>				28.- 29.10. <i>Tromsø</i>		

2. Styret vedtar følgende *årsplan* i tråd med krav i styreinstruksen for UNN:

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Styrets evaluering av eget arbeid. OD 2020	Tromsø	Torsdag 6. februar
Årsregnskap, årlig melding m.v.	Tromsø	Torsdag 12. mars
RHF's Plan 2021-2024	Tromsø	Onsdag 22. april
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Tromsø	Mandag 18. mai
Første tertialrapport	Harstad	Torsdag 18. juni
Forberedende virksomhetsplanlegging 2021	Harstad	Torsdag 18. juni
Status oppdragsdokument 2020	Tromsø	Onsdag 16. september
Andre tertialrapport	Tromsø	Onsdag 14. oktober
Virksomhetsplan og budsjett for 2021	Tromsø	Mandag 14. desember

## Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) legger til grunn ovennevnte møteplan for 2020. Den er tilpasset møteplan for styret ved Helse Nord RHF, vedtatt i deres styremøte 4.6. d.å., med vektlegging på avleveringsfrister fra helseforetakenes styrer for tertialrapporter, regnskap og årlig melding.

## Saksutredning

Møteplan og årsplan 2020 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er to sider av samme sak. Møteplanen referer til tidspunktene gjennom 2020 for hvert enkelt møte ref. innstillingens punkt 1. Årsplanen referer til krav fra Helse Nord RHF om å synliggjøre i egen oversikt når det er planlagt å behandle et gitt utvalg saker som det er stilt krav om skal behandles i løpet av et kalenderår ref. innstillingens punkt 2.

### *Frister*

Det er tatt hensyn til *tidligst mulige intern leveringsfrist* for utarbeidelse av virksomhetsrapportene hver måned. I tillegg er det gitt rom for nødvendig behandling og drøftinger med ansattes organisasjoner, brukerutvalg og arbeidsmiljøutvalg, før utsendelse av sakene til styret. Det vil ved enkelte av de oppsatte møtene ikke være mulig å levere ferdige kvalitets- og virksomhetsrapporter innenfor gitte frister, som følge av at møtetidspunktene er styrt ut fra krav til leveringsfrister fra Helse Nord RHF. Dette vil medføre ettersendelse til styret, *etter* 10-dagersfristen før hvert styremøte ref. styreinstruksen.

### *Lokaliseringer*

Foreslåtte lokaliseringer for møtene er gjort skjønnsmessig, ut fra hensynet til en ønsket variasjon og tilstedeværelse i vertskommunene for de største enhetene.

### *Styreseminarer*

Styret har tidligere prioritert å avsette tid til *ett* eget styreseminar pr semester, og disse er lagt inn i tilknytning til siste møte før sommerferien samt novembermøtet. Styret må ta stilling til hvor seminarene ønskes avviklet. Harstad er foreslått i juni. Narvik er foreslått i november. Felles styreseminar med Helsefakultetet ved Universitetet i Tromsø, er lagt til torsdag 17.9.2020 i forbindelse med UNNs styremøte dagen før.

De regionale styreseminarene avholdes i april og oktober i tråd med Helse Nord RHF's vedtatte plan.

### *Nødvendige avklaringer*

Styremøtene er fortrinnsvis fordelt mellom onsdager og torsdager gjennom hele året, i tråd med forrige styres ønske, samt nødvendige tilpasninger til andre møteavtaler for styrets leder og foretakets administrerende direktør.

Tromsø, 30.8.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
66/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.9.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Ingrid Lernes Mathiassen

### Orienteringssaker

#### Innstilling til vedtak

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

#### *Skriftlige orienteringer*

1. Brev fra Harstad kommune til Styret UNN m.fl. vedr uttalelse - krav om lovfestet responstid, datert 7.6.2019

#### *Muntlige orienteringer*

2. Pasienthistorie
3. Orientering fra direktøren vedrørende sammenslåing med Finnmarksykehuset

Tromsø, 30.8.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



**Behandling Kommunestyret - 29.05.2019:**

Ordføreren fremmet flg uttalelse:

*De nasjonale anbefalingene sier at ambulansene skal være fremme innen 12 min på akuttoppdrag til 90% av befolkningen i tettbygde strøk, og innen 25 min i grisgrendte strøk.*

*Realiteten er annerledes for Harstad kommune, og i enda større grad annerledes for kommunene omkring. LHL og Ambulanseforbundet Delta har med utgangspunkt i helseforetakenes egne tall beregnet responstiden for 86 norske kommuner, hvor kun 9 av kommunene kom innenfor. I Harstad kommune har responstid til øysamfunnet i nord blitt betydelig økt etter at ambulansebåten ble nedlagt. I våre nabokommuner ser vi samme utvikling når flere ambulansestasjoner trues av nedleggelse. Vårt lokalsykehus UNN har i sitt vedtak i sak 25/2017 angitt færre ambulansestasjoner og økt differensiering av responstider som den planlagte utviklingen. Dette er ikke en utvikling lokalbefolkningen og de folkevalgte ønsker. God responstid redder liv og skaper trygghet. Ved akutt sykdom og skade er tidlig diagnostikk, tidskritisk behandling og rask transport til riktig nivå i helsetjenesten avgjørende. Dette er livreddende, begrenser funksjonstap og sikrer bedre helse hos befolkningen. Satsing på akuttkjeden er god samfunnsøkonomi.*

*Vi er kjent med at temaet er oppe til debatt i Stortinget mai 2019. Alle ordførere i Troms har laget en felles uttalelse nylig oversendt helseministeren.*

*Vi konstaterer at en anbefalt responstid slik angitt idag ikke er tilstrekkelig for å sikre et likeverdig ambulansetilbud i hele landet, og krever nå lovfestet responstid.*

*Uttalelsen oversendes Helseminister Bent Høye, Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget og Styret ved UNN.*

Uttalelsen ble enstemmig vedtatt.

**Vedtak Kommunestyret - 29.05.2019:**

De nasjonale anbefalingene sier at ambulansene skal være fremme innen 12 min på akuttoppdrag til 90% av befolkningen i tettbygde strøk, og innen 25 min i grisgrendte strøk.

Realiteten er annerledes for Harstad kommune, og i enda større grad annerledes for kommunene omkring. LHL og Ambulanseforbundet Delta har med utgangspunkt i helseforetakenes egne tall beregnet responstiden for 86 norske kommuner, hvor kun 9 av kommunene kom innenfor. I Harstad kommune har responstid til øysamfunnet i nord blitt betydelig økt etter at ambulansebåten ble nedlagt. I våre nabokommuner ser vi samme utvikling når flere ambulansestasjoner trues av nedleggelse. Vårt lokalsykehus UNN har i sitt vedtak i sak 25/2017 angitt færre ambulansestasjoner og økt differensiering av responstider som den planlagte utviklingen. Dette er ikke en utvikling lokalbefolkningen og de folkevalgte ønsker. God responstid redder liv og skaper trygghet. Ved akutt sykdom og skade er tidlig diagnostikk, tidskritisk behandling og rask transport til riktig nivå i helsetjenesten avgjørende. Dette er livreddende, begrenser funksjonstap og sikrer bedre helse hos befolkningen. Satsing på akuttkjeden er god samfunnsøkonomi.

Vi er kjent med at temaet er oppe til debatt i Stortinget mai 2019. Alle ordførere i Troms har laget en felles uttalelse nylig oversendt helseministeren.

Vi konstaterer at en anbefalt responstid slik angitt idag ikke er tilstrekkelig for å sikre et likeverdig ambulansetilbud i hele landet, og krever nå lovfestet responstid.

Uttalelsen oversendes Helseminister Bent Høye, Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget og Styret ved UNN.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
67/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.9.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Ingrid Lernes Mathiassen

### Referatsaker

#### Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 26.8.2019
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 27.8.2019
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 27.8.2019
4. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 28.8.2019

Tromsø, 2.9.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## MØTEREFERAT

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

---

**Dato:** Mandag 26.8.2019 kl 13.00-15.00  
**Sted:** Møterom D1-707  
**Tilstede:** Kirsti Baardsen, Paul Dahlø, Hans-Johan Dahl  
**Forfall:**  
**Fra adm:** Ingrid Lernes Mathiassen (administrasjonssjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

---

#### **BAU 38/19 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 11.9.2019**

Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU fredag 23.8.2019.

##### Kvalitets- og virksomhetsrapport

Økonomisjef Lars Øverås orienterte om status og svarte ut spørsmål til saken. Som tidligere er det personalkostnadene som drar ned resultatet selv om budsjettavviket viser en positiv trend.

Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge orienterte om blant annet sykefravær, pakkeforløp og fristbrudd, og svarte ut spørsmål til saken.

##### Ledelsens gjennomgang

Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge orienterte om status i saken.

##### Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 11.9.2019.

#### **BAU 39/19 Saker fra BUK og PHRK - uttalelser**

BAU ønsker at Barne- og ungdomsklinikken kommer til en orientering i Brukerutvalget.

Brukerutvalget vil diskutere hva de ønsker orientering om.

##### Beslutning/oppfølging

BAU følger opp saken og undersøker med BU hva bestillingen til BUK vil være.

#### **BAU 40/19 Kreativt verksted**

Oppfølging av Kreativt verksted som ble avholdt 24.4.2019.

Beslutning/oppfølging:

BAU etterspør notat fra kreativt verksteds møte som ble avholdt den 24.4.2019. Sekretariatet følger opp saken.

**BAU 41/19 Dialogmøte BU - Styret UNN 11.9.**

Brukerutvalget ønsker tilbakemelding fra styret på de spørsmål som ble tatt opp under forrige dialogmøte den 24.4.2019, blant annet organiseringen ved akuttmottaket.

Beslutning/oppfølging:

BAU følger opp de spørsmål og bestillinger som ble gjort i forrige dialogmøte den 24.4.2019.

**BAU 42/19 Høring: Rapport - Rehabilitering i Nord-Norge – samhandlingsprosjekt mellom kommune og Specialisthelsetjenesten i Nord-Norge 2018-2023**

BAU har sett på rapporten og har ingen innspill til saken.

Beslutning:

BAU tar informasjonen til orientering og er fornøyd med det arbeidet organisasjonene har gjort.

**BAU 43/19 Prosjektinnramming UNN Harstad – oppnevning av representanter til styringsgruppe og prosjektgruppe**

Direktøren besluttet en prosjektorganisasjon og milepælsplan for Prosjektinnramming UNN Harstad med henholdsvis styringsgruppe og prosjektgruppe. Representasjon fra Brukerutvalg, vernetjeneste og tillitsvalgte inngår. I prosjektgruppen fortsetter Arvid Eliseussen som brukerrepresentant. Det mangler en brukerrepresentant til styringsgruppen.

Beslutning/oppfølging:

Sekretariatet undersøker om det er brukerrepresentanter ifra Harstad-regionen som kan delta i styringsgruppen.

**BAU 44/19 Evaluering av driftslederfunksjoner ved UNN Harstad og UNN Narvik**

Leder orienterte kort om evalueringsarbeidet, jf rapporten.

Beslutning:

BAU tar informasjonen til orientering.

**BAU 45/19 Nye UNN Narvik – brukervedvirkning**

Hensikten er å avklare brukervedvirkningen i Nye UNN Narvik (NUN) i forbindelse med utarbeidelse av skisseprosjektet, romfunksjonsprogrammet og gjennomføringen av forprosjektet.

Beslutning:

Sekretariatet kontakter prosjektleder for nærmere avklaringer.

**BAU 46/19 Forslag til dagsorden for BU-møte 10.9.2019**

SAKER		
1. Orientering om utredning av UNN og Finnmarkssykehuset		KL 12.15 -13.00 Prosjektleder Liz Tanberg orienterer
2. Godkjenning av innkalling og saksliste		
3. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 23.4.2019		
4. Planlegging av dialogmøte med Styret den 11.9.2019		
5. Direktørens time		Kl 14.00-15.00
<b>6. Orienteringssaker</b> -Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper -Årsrapport Ungdomsrådet		Rapporteres kun ved vesentlige endringer
<b>12. Referatsaker:</b> - Referat fra møte i KU, 28.5. og 18.6.2019 -Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset, 5.6.2019 -Referat fra møte i Sykehusapotek Nord, 6.6.2019 - Protokoll fra møte i Regionalt BU, 12.6.2019 - Referat fra møte i OSO, 12.6.2019 -Referat fra Helgelandssykehuset, 13.6.2019 med årlig melding -Referat fra Nordlandssykehuset m/årlig melding, 14.5. og 20.6.2019 - Referat fra møte i BAU, 26.8.2019		

**47/19 Eventuelt**


**Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN**
**Tid:** Tirsdag 27.08.2019 12.30-14.30

**Sted:** Styrerrommet PET-senteret – UNN Breivika G-914

<b>Tilstede</b>	Administrerende direktør Viseadministrerende direktør Drifts- og eiendomssjef KVALUT-sjef Leder Brukerutvalget Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Klinikksjef OPIN-klinikken Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Driftsleder Harstad Personalsjef UNN Medisinsk fagsjef, KVALUT Klinikksjef K3K Klinikksjef Diagnostisk klinikk Klinikksjef NOR-klinikken Kommunikasjonssjef UNN Foretaksverneombud Klinikksjef Medisinsk klinikk Økonomisjef UNN Fung. Klinikksjef K3K	Anita Schumacher (møteleder) Marit Lind Grethe Andersen Einar Bugge Kirsti Baardsen Elin Gullhav Eva-Hanne Hansen Tordis Sørensen Høifødt Gina Marie Johansen Mai-Liss Larsen Haakon Lindekleiv Rolv-Ole Lindsetmo Kate Myreng Bjørn Yngvar Nordvåg Hilde Annie Pettersen Einar Rebni Markus Rumpfeld Lars Øverås Truls Myrmel
<b>Forfall</b>	Stabssjef Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk Driftsleder Narvik	Gøril Bertheussen John Mathisen Gry Andersen
<b>Øvrige</b>	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Rådgiver Kvalitetsavdelingen  Overlege avdeling for urologi, endokrin og plastikkirurgisk avdeling Oversykepleier avdeling for urologi, endokrin og plastikkirurgisk avdeling Seksjonsoverlege avdeling for urologi, endokrin og plastikkirurgisk avdeling Spesialergoterapeut Rehabiliteringsavdelingen Overlege Avdeling for mikrobiologi og smittevern Rådgiver Kvalitetsavdelingen Spes.konsulent Økonomi og analyseavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen	Grete Steinry Åsvang Hege Signete Fredheim- Kildal  Louis de Weerd  Ann Harriet Konradsen  Thomas Sjøberg Ann Tove Buene Torni Myrbakk Hans Petter Bergseth Thomas Krogh Mette Fredheim
<b>Referent</b>	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
31/19	<b>Godkjenning av agenda og referat fra KU-møtet 18.06.2019 (ephorde 19/45)</b>	
	<i>Referat vedlagt</i>	Anita Schumacher 12.00-12.05
	Referatet godkjennes uten endringer.	
32/19	<b>Hendelsesanalyse Trombolyse prehospitalt</b>	
	<u>Orienteringssak</u>	Haakon Lindekleiv, Hege Signete Fredheim-Kildal 12.05-12.35
	<i>Muntlig fremlegg i møtet</i>	
	Haakon redegjorde for hendelsesanalysen, funn og videre oppfølgingsplan.  <b>Oppfølgingspunkter:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pårørende</li> <li>• Berørt helsepersonell</li> <li>• Evaluering og oppfølging</li> </ul> <u>Tiltak som berører flere klinikker bør følges opp på direktørens tavlemøter for å sikre fremdrift i arbeidet.</u>	Klinikkjefer
33/19	<b>Tiltaksplan Reduksjon i gjennomsnittlig ventetid</b>	
	<u>Beslutningssak</u>	Grete Steinry Åsvang, Hans Petter Bergseth, Thomas Krogh 12.35-12.50
	<i>Saksfremlegg vedlagt</i>	
	<u>Kvalitetsutvalget slutter seg til følgende tiltaksplan:</u> Det skal være en målsetning om at alle nyhenviste pasienter ikke skal ha ventetid over 6 måneder.	Klinikkjefer



		KU/ Frist desember 2019
34/19	<b>Prevalens</b>	
	<u>Beslutningssak</u>  <i>Saksfremlegg vedlagt</i>	Torni Myrbakk  12.50-13.10
	Kvalitetsavdelingen slutter seg til anbefalingen om å redusere antall prevalensregistreringer av sykehusinfeksjon og antibiotikabruk fra 4 til 2 x årlig, gjeldende fra d.d.  Neste registrering blir november 2019.	
35/19	<b>Trykksårarbeid i UNN</b>	
	<u>Beslutningssak</u>  <i>Muntlig fremlegg i møtet, saksfremlegg vedlagt</i>	Louis de Weerd, Ann Harriet Konradsen, Ann Tove Buene, Thomas Sjøberg  13.10-14.00
	Kvalitetsutvalget takker for en tydelig og klar bestilling.  KVALUT skal i samarbeid med klinikkssjef K3K utforme et tydelig mandat til dette arbeidet.	KVALUT- sjef/klinikkssjef K3K Frist ....
<b>Eventuelt</b>		
Ingen saker tilkommet under eventuelt		

## PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 11.9.2019.**

Dato: 27.8.2019

Tidspunkt: 14.00-14.44

Sted: Møterom D1-707

Fra arbeidsgiver

Einar Bugge, Kvalitets- og utviklingssjef

Lars Øverås, økonomisjef

Ingrid Lernes Mathiassen (adm.sjef/referent)

Hilde A Johannessen, (adm.kons.(referent))

Fra arbeidstakerne

Vibeke Haukland, NSF (skype)

Rune Moe, Fagforbundet

Tove Mack, FHVO

Susann Dahl, Utdanningsforbundet

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Susann Dahl og Rune Moe valgt til signering av protokollen.

Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstitel	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport	GB/L Ø/EB	<p><i>Selve styresaken var ikke ferdigstilt, men KVR-rapportene for juni og juli var lagt ved utsendingen.</i></p> <p><i>Økonomisjefen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Kvalitets- og utviklingssjefen orienterte om de ulike indikatorene og svarte ut spørsmål til dette.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</i></p>
2. Ledelsens gjennomgang	EB	<p><i>Kvalitets- og utviklingssjefen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</i></p>

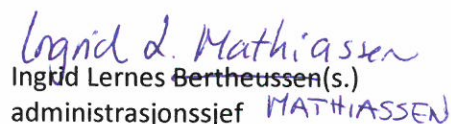
Tromsø, 27.8.2019



Rune Moe(s.)  
Fagforbundet



Susann Dahl (s.)  
Utdanningsforbundet



Ingrid Lernes Bertheussen(s.)  
administrasjonssjef MATHIASSEN



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

Tid: Onsdag 28.08.19 kl. 12-14

Sted: Styrerommet G-914 i PET-senteret, UNN Narvik og Harstad (skype).

Medlemmer		Varamedlemmer	
Anita Schumacher adm.dir	x	Marit Lind viseadm. dir	
Mai-Liss Larsen, personalsjef	x	Gøril Bertheussen, stabssjef	
Elin Gullhav, klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken	x	Kate Myrvang, klinikkssjef Diagnostisk klinikk	
Rolv-Ole Lindsetmo, klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		Bjørn-Yngvar Nordvåg, klinikkssjef Nevro-, og ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	
Jon Mathisen, klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk		Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerter- og lungeklinikken	
Gry Andersen, driftsleder UNN Narvik	x	Gina Johansen, driftsleder UNN Harstad	
Einar Rebni, FHVO	x	Rita Vang, FHVO	
Rigmor Frøyum, Fagforbundet		Camilla Pettersen, KTV Samfunnsviterne	x
Monica Fyhn Sørensen, HTV UNN	x	Hilde Eva Haakonsen, HTV Fagforbundet	
Rita Vestgård, HTV Fagforbundet UNN Harstad			
Geir Magne Lindrupsen, FTV Nito	x	Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN Harstad	

\*Til stede (x)

Møteleder: Anita Schumacher

Referent: Silje Lægreid

Saksforbereder: Silje Lægreid

Forøvrig deltok seksjonsleder på BHT Paul-Martin Hansen, Foretakshovedverneombud Tove Cathrine Mack deltok på sak 59/19 og økonomisjef Lars Øverås og Kvalitet – og utviklingssjef Einar Bugge møtte under sak 63/19

<b>Sak:</b>	
56/19	<p><b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b></p> <p>Det ble bemerket at styresakene ikke var sendt ut i forkant av møtet slik forespeilet. Det må sikres at dette gjøres til neste møte.</p> <p><b>Vedtak:</b> Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
57/19	<p><b>Godkjenning av protokoll fra AMU 5. juni 2019</b></p> <p>Protokollen var vedlagt. Under denne saken ble det tatt opp hvordan man enklere kan få protokoll fra AMU ut i organisasjonen. I neste AMU får AU i oppdrag å si noe om hvordan man kan gjøre AMU mer kjent for de ansatte og gjøre AMU mer relevant.</p> <p><b>Vedtak:</b> Protokoll godkjennes</p>
	<b>BESLUTNINGSSAKER</b>
58/19	<p><b>Møteplan AMU og AU 2020</b></p> <p>Forslag til møteplan i AMU og AU vedlagt. Møtet i januar flyttes fra 22. januar til 15. januar 2020 på grunn av møtekollisjon.</p> <p><b>Vedtak:</b> Møteplan for AMU og AU 2020 godkjennes med endring som nevnt over.</p>
59/19	<p><b>Mitt UNN</b></p> <p>Foretakshovedverneombud Tove Cathrine Mack presenterte saken muntlig i tillegg til det skriftlige saksfremlegget. Hun gikk gjennom innspill og inspirasjoner gruppen har hatt i arbeidet med saken. Det var mange gode eksempler på mulige arbeidsmiljøtiltak.</p> <p>Fra AMU sine medlemmer ble det fremhevet at det er viktig at man i dette arbeidet kommuniserer at aktivitetene er tenkt å gjelde alle lokalisasjoner i UNN. Det kom innspill om at man bør ha med seg erfaringer fra den tidligere UNN-marsjen om at en ikke må legge lista for høyt. AMU er positiv til aktivitetene under punkt 4 om arbeidsglede, men at gruppa som arbeider med dette bør revurdere bruken av begrepet taknemlighetsvegg.</p> <p><b>Vedtak:</b> AMU er positiv til de aktiviteter som foreslås som et supplement til det systematiske HMS arbeidet i UNN. AMU bevilger søknad om økonomisk støtte med inntil 25000 kroner per år med en årlig evaluering av aktiviteter/tiltak i Mitt UNN.</p>
	<b>ORIENTERINGSSAKER</b>
60/19	<p><b>Orientering fra foretakshovedverneombudet Einar Rebni</b></p> <p>Gjennom arbeid i forbindelse med utredning av en eventuell sammenslåing med Finnmark erfarte foretakshovedverneombudet at vi i UNN ikke har noen presis oversikt over verneområder i UNN. Det ble bedt om at personalsjef Mai-Liss Larsen ser på hvordan man lettere kan skaffe seg denne oversikten. Ellers nevnte foretakshovedverneombudet at det</p>

	<p>er viktig at vi har fokus på arbeidsmiljø i utredningsprosessen og at sammenhengen mellom verneombudene sine ansvarsområder og verneområder også må sees nøye på i en eventuell sammenslåing.</p> <p>I tillegg er det viktig å følge opp og ivareta ambulerende personell når det gjelder HMS. Det kan forventes at ambulering vil bli en større utfordring ved en eventuell sammenslåing.</p> <p>Hovedverneombudet fikk spørsmål om han hadde noen tilbakemeldinger etter årets sommerferieavvikling. Hovedverneombudet hadde ikke fått noen henvendelser om dette, men skal ha møte med klinikkverneombudene 2. september med dette som tema.</p> <p>AMU tar saken til orientering</p>
61/19	<p><b>Orientering fra Bedriftshelsetjenesten</b></p> <p>Bedriftshelsetjenesten går tungt inn i arbeidet med nye Narvik med tre rådgivere og vil derfor kunne få lengere responstid. Bedriftshelsetjenesten er imidlertid svært glad for at de er tatt med tidlig i prosessen og at de på denne måten kan jobbe forebyggende istedenfor reaktivt.</p> <p>AMU tar saken til orientering</p>
62/19	<p><b>Orientering fra KVAM-utvalgene</b></p> <p>Geir Magne Lindrupsen er svært positiv til denne ordningen. Han har blitt invitert inn til både KVAM-dag og KVAM-utvalgsmøter i Drifts – og eiendomssenteret. Elin Gullhav har sett på dokumenter fra KVAM-utvalg i Stabsenteret, og ser at hun kan plukke opp enkelte ting hun kan ta med seg inn i egen klinikk.</p> <p>AMU tar sakene til orientering</p>
	<p>STYRESAKER</p>
63/19	<p>Styresaksdokumenter</p> <p><b>Kvalitets – og virksomhetsrapport</b></p> <p><b>Økonomi:</b> Økonomisjef Lars Øverås orienterte. Dersom vi skal komme i mål med overskuddskrav på 20 mill må UNN levere bedre enn budsjett i årets fem siste måneder. Vi har gått ned på utgifter til innleie av vikarer sammenlignet med i fjor, vi har imidlertid økt på overtid og bruk av egne vikarer. BHT bemerket at vi må være oppmerksomme på at dette kan medføre økt slitasje på våre egne.</p> <p><b>Sykefravær:</b> Personalsjef Mai-Liss Larsen orienterte. UNN har lagt på måltall på 7,5% noen måneder, men har nå gått litt opp. Hun sa også at man har vært i kontakt med Helgelandssykehuset om deres sykefraværarbeid og at et viktig fokus er ledelse. På UNN ønsker vi å lære av de beste og se på hva de lederne i UNN som jobber godt med dette og som får gode resultater på for eksempel ForBedring gjør.</p> <p><b>Ledelsens gjennomgang</b></p> <p>Kvalitets – og utviklingssjef Einar Bugge orienterte. Utfordringer med pakkeforløp og fristbrudd ble spesielt viet oppmerksomhet. Dette er områder hvor UNN må forbedre</p>

	<p>resultatene. Spesielt Psykisk helse og rusklinikken har for mange fristbrudd. Han nevnte at styringshjulet er under testing.</p> <p>AMU tar sakene til orientering</p>
	EVENTUELT
64/19	<p><b>Kort status fra Nye Narvik – sak meldt av Gry Andersen</b></p> <p>Det er mye arbeid med prosjektet og man er i en fase med planlegging av rom, pasientforløp og arbeidsflyt. En utfordring nå er at man på grunn av økonomi er nødt til å kutte ned på areal. Hun er likevel optimistisk i forhold til at de skal klare det.</p> <p>Hun nevnte blant annet at det har vært bekymringer blant medisinske leger på om det er planlagt nok somatiske senger. Det har også kommet innspill fra brukerutvalg i forhold til løsningen med integrert modell og tryggheten til de ulike pasientgruppene. Fra prosjektets side anses denne modellen som besluttet, men at man risikovurderer løsninger underveis i arbeidet. Selv om arbeidet er krevende for mange involverte ba hun AMU rette oppmerksomhet på sykefraværet ved UNN Narvik og at det har gått ned.</p> <p>Direktøren ga på vegne av AMU ros til Gry Andersen og alle involverte i arbeidet for måten dette prosjektet drives på, med blant annet å tenke på mange forhold i en tidlig fase.</p> <p>AMU tar saken til orientering</p>
65/19	<p><b>Parkeringsutfordringer i UNN Breivika – sak meldt av Geir Magne Lindrupsen</b></p> <p>Etter at 150 parkeringsplasser ved Breivika videregående ble fjernet har det blitt enda vanskeligere for ansatte å få parkeringsplass. Det ble enighet om at AMU inviterer parkeringsutvalget inn på neste AMU-møte for å si litt om parkeringssituasjonen og en redegjørelse for om en behovsprøvet ordning er mulig eller ikke.</p> <p>AMU tar saken til orientering nå, men ønsker det som egen sak på neste AMU møte.</p>



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
68/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.9.2019
Saksansvarlig: Ingrid Lernes Mathiassen Saksbehandler: Ingrid Lernes Mathiassen		

### Eventuelt

Tromsø, 30.8.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør