



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Onsdag 16. september 2015 kl. 09:00

- inkludert dialogmøte med Brukerutvalget

Møtested

Tromsø,

- Adm. møterom D1-707 (dialogmøte med BU)
- Møterom Magellan, Pingvinhotellet, plan 6, A0.612 (styremøte)



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Tromsø
- Administrasjonens møterom D1-707 (dialogmøte med BU)
- Møterom Magellan, Pingvinhotellet, plan 6, A0.612 (styremøte)
Dato: 16.9.2015
Tid: 09:00

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

Innkalling er sendt til:

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

Saksnr.	Innhold
ST 66/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 67/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 25.3.2015
ST 68/2015	Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2015
ST 69/2015	Endringer i Brukerutvalget - oppnevning av ny nestleder
ST 70/2015	Orienteringssaker

Skriftlig orientering:

1. Felles innføring av kliniske systemer (FIKS) – Gevinstrealisering
2. Fritt behandlingsvalg – høringssak
3. Sammenligning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord for 2014

Muntlig orientering:

4. Pasienttilfredshet i norske sykehus 2014 - presentasjon
5. Alvorlig hendelse ved UNN 1.8.2015
6. Utbygging av dialyseenhet i Nordreisa
7. Prosedyrefeil ved Botox-behandling
8. Rentebetingelser for investeringslån
9. Oppfølging av tidligere styresak - unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Flv. § 13.1

ST 71/2015	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Notat fra direktøren angående forbud mot bruk av e-sigaretter i UNN, datert 14.7.2015. 2. Brev fra SANKS vedrørende Revidert utdanningsstrategi ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – høring styrevedtak, datert 31.7.2015. 3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 1.9.2015 4. Referat fra drøftingsmøtet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 1.9.2015. 5. Protokoll fra AMU-møtet, datert 2.9.2015 6. Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 2.9.2015 7. Foretaksmøte Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.9.2015, datert 1.9.2015
ST 72/2015	Eventuelt

ST 66/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
67/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	16.9.2015

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 23.6.2015

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 23.6.2015.

Tromsø, 4. september 2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Møteprotokoll


MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: Harstad, Auditoriet
 Dato: 23.6.2015
 Tid: 9:00-14.00

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

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	visadministrerende direktør
Jon Mathisen	klunikksjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Birgith J. Nerskogen	fung. klinikkssjef ved Operasjons- og intensivklinikken
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klunikksjef ved Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Arthur Revhaug	fag- og forskningssjef
Gina M. Johansen	drifts- og eiendomssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Reidun Holm	styreassistent
Leif Hovden	administrasjonssjef

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 23.6.2015

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 23.6.2015 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv)

Saksnr	Innhold
ST 55/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 56/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 3. juni 2015
ST 57/2015	Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2015
ST 58/2015	Ledelsens gjennomgang
ST 59/2015	Forberedende virksomhetsplanlegging for 2016
ST 60/2015	Revidert utdanningsstrategi for UNN
ST 61/2015	Regional plan for øyefaget
ST 62/2015	Møteplan for styret 2016
ST 63/2015	Orienteringssaker

Skriftlig orientering:

1. Langtidsventende og fristbrudd
2. Fritt behandlingsvalg – *saken utsettes*
3. Notat fra Helse Nord vedrørende Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven
4. ~~Notat fra Arthur Revhaug til stabsmøtet 26.5.2015: Forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten.~~
5. Avtale om samarbeid mellom Finnmarksykehuset og UNN og UiT vedrørende regionalisering av medisinstudiet i Finnmark 5. og 6. studieår.

Muntlig orientering:

6. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23
7. *Finansiering av KAD-senger og sykestuesenger i Nord-Troms*
8. *Rapport fra tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen ved UNN 2015*
9. *Anmeldelse av mulig straffbart forhold – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Fvl. § 13.1*
10. *Oppfølging av styresak 27/2015 – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Fvl. § 13.1*

ST 64/2015	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Brev fra Helse Nord datert 27.5.2015 vedrørende finansiering og organisering av sykestuesenger i Nord-Troms 2. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 27.5.2015 3. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 8.6.2015 4. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 11.6.2015 5. Referat fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 9.6.2015 6. Referat fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 11.6.2015 7. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget 9.6.2015 8. Referat fra AMU-møte 10.6.2015
ST 65/2015	Eventuelt

ST 56/2015 Godkjenning møteprotokoll fra styremøtet 3.6.2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 23.6.2015

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 3.6.2015.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 3.6.2015.

ST 57/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 23.6.2015

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

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mai 2015 til orientering.
2. Styret godkjenner fire søknader på til sammen 2,41 mill kr for investering i medisinteknisk utstyr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.
3. *Styret godkjenner kjøp av tomt for UNN Narvik, 9,7 mill kr.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mai 2015 til orientering.
2. Styret godkjenner fire søknader på til sammen 2,41 mill kr for investering i medisinteknisk utstyr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.
3. Styret godkjenner kjøp av tomt for UNN Narvik, 9,7 mill kr.

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 23.6.2015

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2015* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2015* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

ST 59/2015 Forberedende virksomhetsplanlegging for 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 23.6.2015

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er tilfreds med at virksomhetsplanleggingen for 2016 er kommet lengre enn på samme tidspunkt tidligere år, og gir sin tilslutning til strategi og plan for det videre arbeidet.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er tilfreds med at virksomhetsplanleggingen for 2016 er kommet lengre enn på samme tidspunkt tidligere år, og gir sin tilslutning til strategi og plan for det videre arbeidet.

ST 60/2015 Ny utdanningsstrategi for UNN

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 23.6.2015

Innstilling til vedtak:

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til det foreliggende forslag til strategi for undervisning og læring for UNN 2015-2020

Cathrin Carlyle foreslo et nytt punkt i saken, som følger:

Styret ber om at planen oversendes SANKS for eventuelle uttalelser.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til det foreliggende forslag til strategi for undervisning og læring for UNN 2015-2020
2. Styret ber om at planen oversendes SANKS for eventuelle uttalelser.

ST 61/2015 Regional plan for øyefaget

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 23.6.2015

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

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppfatter at den fremlagte Regional plan for øyefaget i Helse Nord 2015-2025, gir en god beskrivelse av dagens status for øyefaget og utfordringene i fremtiden.
2. Styret anbefaler at planen konkretiseres i tråd med de fremlagte forslag til forbedringer, og gjennomføres i tråd med Helse Nord RHF's prinsipper for iverksettelse av regionale fagplaner.
3. *Styret ber om at pasientsikkerhet inkluderes i det foreslåtte kapittel om kvalitet, samt at kontrastene i forbruksrater i regionen analyseres nærmere, og følges opp med tiltak.*
4. Styret godkjenner at denne saken oversendes Helse Nord RHF som UNNs høringsuttalelse.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppfatter at den fremlagte Regional plan for øyefaget i Helse Nord 2015-2025, gir en god beskrivelse av dagens status for øyefaget og utfordringene i fremtiden.
2. Styret anbefaler at planen konkretiseres i tråd med de fremlagte forslag til forbedringer, og gjennomføres i tråd med Helse Nord RHF's prinsipper for iverksettelse av regionale fagplaner.

Sak 67/2015, vedlegg 1

3. Styret ber om at pasientsikkerhet inkluderes i det foreslåtte kapittel om kvalitet, samt at kontrastene i forbruksrater i regionen analyseres nærmere, og følges opp med tiltak.
4. Styret godkjenner at denne saken oversendes Helse Nord RHF som UNNs høringsuttalelse.

ST 62/2015 Møteplan for styret 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 23.6.2015

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner følgende møteplan for 2016 (endringer i kursiv):

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter		10	29-30	27		1 22			14	5	16	14
Styreseminar						21					15	
Regionalt seminar					25-26					26-27		

<u>Møtetidspunkter</u>	<u>Sted</u>	<u>Årsplan (eksplisitte styresaker)</u>
Onsdag 10. februar	Tromsø	Styrets evaluering av egen virksomhet
Tirsdag 29-30. mars	Tromsø	Årsregnskap, årlig melding, OD og investeringer
Onsdag 27. april	Tromsø	Informasjonssikkerhet. RHF's Plan 2017-2020.
Onsdag 1. juni	Tromsø	Første tertialrapport
Onsdag 22. juni	Narvik	LGG, forberedende virksomhetsplanlegging 2017

Høstsemester 2016:

Onsdag 14. september	Tromsø	Status oppdragsdokument 2016
Onsdag 5. oktober	Tromsø	Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.
Onsdag 16. november	Harstad	Ledelsens gjennomgang
Onsdag 14. desember	Tromsø	Virksomhetsplan og budsjett for 2017

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner følgende møteplan for 2016:

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter		10	29-30	27		1 22			14	5	16	14
Styreseminar						21					15	
Regionalt seminar					25-26					26-27		

<u>Møtetidspunkter</u>	<u>Sted</u>	<u>Årsplan (eksplisitte styresaker)</u>
------------------------	-------------	---

Sak 67/2015, vedlegg 1

Onsdag 10. februar	Tromsø	Styrets evaluering av egen virksomhet
Tirsdag 29-30. mars	Tromsø	Årsregnskap, årlig melding, OD og investeringer
Onsdag 27. april	Tromsø	Informasjonssikkerhet. RHF's Plan 2017-2020.
Onsdag 1. juni	Tromsø	Første tertialrapport
Onsdag 22. juni	Narvik	LGG, forberedende virksomhetsplanlegging 2017

Høstsemester 2016:

Onsdag 14. september	Tromsø	Status oppdragsdokument 2016
Onsdag 5. oktober	Tromsø	Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.
Onsdag 16. november	Harstad	Ledelsens gjennomgang
Onsdag 14. desember	Tromsø	Virksomhetsplan og budsjett for 2017

ST 63/2015 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 23.6.2015

Adm. direktør orienterte styret i følgende saker:

Skriftlig orientering

1. Langtidsventende og fristbrudd
2. Fritt behandlingsvalg – *saken utsettes*
3. Notat fra Helse Nord vedrørende Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.
4. Avtale om samarbeid mellom Finnmarksykehuset og UNN og UiT vedrørende regionalisering av medisinstudiet i Finnmark 5. og 6. studieår.

Muntlig orientering:

5. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23
6. Finansiering av KAD-senger og sykestuesenger i Nord-Troms
7. Rapport fra tilsyn med samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen ved UNN 2015
8. Anmeldelse av mulig straffbart forhold – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Fvl. § 13.1
9. Oppfølging av styresak 27/2015 – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Fvl. § 13.1

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 64/2015 Referatsaker

1. Brev fra Helse Nord datert 27.5.2015 vedrørende finansiering og organisering av sykestuesenger i Nord-Troms
2. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 27.5.2015
3. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 8.6.2015
4. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 11.6.2015
5. Referat fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 9.6.2015
6. Referat fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 11.6.2015
7. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget 9.6.2015
8. Referat fra Arbeidsmiljøutvalgets møte 10.6.2015
9. Referat fra Brukerutvalgets møte 17.6.2015

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 65/2015 Eventuelt

1. Oppsummering fra styreseminaret – Styrets arbeidsmåte

Styret oppsummerte seminaret, og legger til valgte fokusområder til nettbrettene for videre oppfølging.

Harstad, 23. juni 2015

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
68/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.9.2015
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Thomas Krogh

Kvalitets- og virksomhetsrapport for juli 2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for juli 2015* til orientering.
2. Styret støtter direktørens anbefaling om å godkjenne fire utstyrssøknader på tilsammen 4,63 mill kr. Investeringsramma for utstyr med mer for 2015 (inkludert forpliktelser) er i sin helhet disponert, og styret ber derfor Helse Nord RHF om å godkjenne investeringen.

Sammendrag

Denne saken viser at Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppfyller tidsfrist fra mottatt henvisning til start av behandling for 78 % av pakkeforløpene.

Fire av de ni obligatoriske tiltaksområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet er implementert i alle aktuelle enheter i UNN, mens status for de øvrige fem er varierende. Det har vært fremgang i implementeringsgrad for alle områdene i første halvår 2015.

Gjennomsnittlig ventetid ved UNN per juli var 78 (+1) dager (med rett til prioritert helsehjelp 54 (-1) og uten rett 99 (+5) dager). Ved utgangen av juli hadde 635 pasienter ventet mer enn ett år på behandling (-45 %).

Antall fristbrudd ved månedsskiftet var 110.

Epikriseandel innen sju dager var 79 % og 84 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern, mens andel strykninger fra planlagt operasjonsprogram var 2 % i juli.

Gjennomsnittlig antall månedsverk per juli ved UNN er 6 353. I tillegg ble det leid inn helsepersonell tilsvarende 23 månedsverk. Sykefraværet i juni var 8,5 %.

Regnskap for juli viser et overskudd på 0,2 mill kr, men et budsjettavvik på -3,1 mill kr. Akkumulert hittil i år viser regnskapet et overskudd på 4,8 mill kr og et budsjettavvik på -18,6

Sak 68/2015

mill kr. For juli har driftsinntektene et avvik på -38,7 mill kr, mens driftskostnadene har et avvik på +33,3 mill kr (finansresultatet er +2,2 mill kr).

Direktøren er fornøyd med at UNN i stor grad har lyktes med å etablere kreftpakkeforløpene som forutsatt. Det er også gledelig at antall langtidsventende er redusert, men arbeidet med å ytterligere redusere ventetidene og eliminere fristbrudd må videreføres. Bruken av pasienthotellet er stabil, men forventes å øke fra og med september. Prosjektet *Tettere på*, som har som mål å identifisere tiltak for å redusere sykefraværet, startes opp i september.

Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) presenterer resultater rundt helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse, miljø og sikkerhet. Rapporten oversendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdata både på foretaks- og konsernivå.

Formål

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

Saksutredning

Kvalitet

Nasjonale målsetting er at minst 70 % av nye kreftpasienter skal utredes i pakkeforløp. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) holdes denne målsettingen for pasienter med brystkreft, tarmkreft, hodehalskreft, lymfom og kreft i spiserør og magesekk. Målsettingen er også nær ved å oppnås for lungekreft (68 %). For pasienter med prostatakreft er 19 % utredet og behandlet i pakkeforløp siden oppstarten i januar. For pasienter med testikkelkreft, nyre- og blærekreft, samt gynekologisk kreft er det få pasienter i pakkeforløp siden oppstarten 1.5.2015.

For den totale forløpstiden fra mottak av henvisning til start av første behandling, ser det ut til at anbefalt forløpstid oppnås i de fleste pakkeforløpene. For noen behandlingstilvalg er antall pasienter så lavt at resultatet målt i prosent ikke kan vektlegges vesentlig. Selv om den totale forløpstiden oppnås for pakkeforløpet, er det utfordringer med å oppnå normert forløpstid fra ferdig utredning/klinisk beslutning til start av kirurgisk behandling for brystkreft og tarmkreft. Her venter mer enn 50 % av pasientene lengre enn normert.

Det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet omfatter blant annet ni obligatoriske tiltaksområder. Nasjonalt mål er at alle disse skal være fullt implementert innen utgangen av 2016, mens UNNs interne målsetting er at dette skal være gjennomført i løpet av inneværende år. Status for fire av disse er at de er fullt implementert i UNN, det gjelder bruk av sjekkliste trygg kirurgi, behandling av hjerneslag, forebygging av selvmord og forebygging av overdosedødsfall. Tiltaksområdene forebygging av urinveisinfeksjon ved blærekateter, forebygging av fall og forebygging av trykksår er helt eller delvis implementert i et flertall av aktuelle enheter, mens forebygging av blodbaneinfeksjon ved sentralt venekateter og samstemming av legemiddellister er de tiltaksområdene der færrest enheter har fullført eller startet implementeringsarbeidet.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling fra venteliste til og med juli var 78 (median 50) dager. Dette er én dag mer enn for samme periode i fjor. Rettighets-

Sak 68/2015

pasientene ventet i gjennomsnitt 54 (median 40) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet 99 (median 63) dager.

Ventetiden for de som fortsatt står på venteliste, er 108 dager. Dette er en reduksjon på 17 dager sammenlignet med i fjor. Rettighetspasientene har i gjennomsnitt stått 61 dager på venteliste, mens de uten rett til prioritert helsehjelp har ventet 129 dager.

Ved utgangen av juli var det 635 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Dette er en reduksjon på 526 pasienter (-45 %) sammenlignet med samme tid i fjor. Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken som har flest langtidsventende, er også den klinikken som står for nedgangen som er vist for juli.

Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i juli var 917, og viser en nedgang fra i fjor med 37 (-4 %).

Antall fristbrudd ved utgangen av juli var 110. Dette er en reduksjon på 22 (-17 %) sammenlignet med samme tid i fjor.

Det er i hovedsak stabile resultater for de øvrige kvalitetsindikatorene. Andelen epikriser sendt innen syv dager var i juli 79 % og 84 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall pasienter som lå på korridor per dag i juli var fire, mens andelen strykninger av planlagte operasjoner var 2 %.

For Pasientsikkerhetsprogrammet har det ikke vært sentrale aktiviteter i juli på grunn av ferieavvikling. UNN har søkt to kandidater til Nordisk forbedringsagentutdanning, og én kandidat til tilsvarende utdanning i regi av National Health Services (NHS) i Skottland. Opptakene på den førstnevnte er ikke gjennomført, men UNNs kandidat er kommet med på den skotske utdanningen.

Aktivitet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+4 %) og skyldes økning i polikliniske konsultasjoner (+4 %). Antall polikliniske dagbehandlinger (-4 %) og antall innlagte dagopphold (-1 %) er lavere enn plan, mens antall heldøgnsopphold er på nivå med plan. Samlet antall DRG-poeng er nå nesten på nivå med plan (-106 poeng).

Pingvinhotellet åpnet 1.6.2015, men det er for tidlig å se noen økt effekt av bruk så langt. Andel av totale liggedøgn i UNN på hotellet, er stabilt, og var 5 % i juli.

Hittil i år er antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet redusert med 138 (-3 %) sammenlignet med samme tid i fjor, mens det innen psykisk helsevern har vært en økning på 13 (+1 %).

Antall røntgenundersøkelser (+2 %) og laboratorieanalyser (+7 %) er høyere enn plan. Det siste skyldes blant annet høy forekomst av influensa i 2015 i årets første måneder.

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne (+5 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (+4 %) ligger over plan. Akkumulert er aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge (-3 %) fortsatt lavere enn plan, men aktiviteten har tatt seg opp to siste månedene og har vært litt høyere enn plan i sommermånedene.

Personal

Antall månedsverk i juli var 6 593. Dette gir et gjennomsnitt hittil i år på 6 353, som er en økning på 24 månedsverk sammenlignet med i fjor. I tillegg leies det i gjennomsnitt 16 sykepleiermånedsverk og syv legemånedsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er redusert (-61 %) sammenlignet med i fjor, mens antall innleide leger har økt (+21 %). Sammenlignet med i fjor er det Diagnostisk klinikk som har økt forbruk av innleide legeressurser (+ 1,2 mill kr).

Sykefraværet i juni var 8,5 %. Dette er en økning på 0,2 prosentpoeng sammenlignet med samme måned i 2014. Det er det mellomlange fraværet (17-56 dager) som øker (+0,3 prosentpoeng). Sykefraværprosenten gjenspeiler at det i gjennomsnitt var 314 ansatte borte fra UNN hver dag i juni.

I juni var det registrert 457 ansatte med sykemelding utover 16 dager, hvorav 229 (50,1 %) var graderte. UNN har vært på nivå med det nasjonale måltallet (50 %) de siste månedene.

Økonomi

UNN har for 2015 et overskuddskrav på 40 mill kr. Regnskapet for juli viser et resultat på +0,2 mill kr, noe som gir et budsjettavvik på -3,1 mill kr. Akkumulert hittil i år viser regnskapet et overskudd på 4,8 mill kr og et budsjettavvik på -18,6 mill kr.

Driftsinntektene for juli viser et avvik på -38,7 mill, mens ISF utgjør et avvik på +3,4 mill kr. Driftskostnadene har et avvik på +33,3 mill kr hvorav aktivitetsdrevne varekostnader har et avvik på +1,5 mill kr og lønnskostnader eksklusiv pensjon +22,8 mill kr. Finanspostene har et avvik på +2,2 mill kr.

I juli er det realisert en økonomisk effekt av tiltak på 15,5 mill kr. Akkumulert hittil i år er det beregnet en økonomisk effekt på 95,7 mill kr, som utgjør en gjennomføringsgrad på 63 %.

Det ble investert for 68,3 mill kr i juli. Hittil i år er det investert for 318,8 mill kr av en samlet investeringsramme på 582,3 mill kr.

Det er hittil i år brukt 19,7 mill kr mer enn budsjett på Pasienthotellet, og det kommer flere fakturaer før totalregnskapet for prosjektet avsluttes. Forventet merverdiavgiftskompensasjon på 55 mill kr, som kommer helt i sluttfasen av det endelige regnskapet for pasienthotellet, reduserer totalkostnadene for prosjektet. Prognosen opprettholdes på 20 mill kr lavere enn vedtatt investeringsramme.

Ved utgangen av juli har vi brukt 105,6 mill kr inkludert forpliktelser på tidligere godkjent utstyrskjøp. Årets investeringsramme er på 200 mill kr, korrigert for overforbruk tidligere er disponibel ramme for 2015 67,9 mill kr. Dette innebærer et overforbruk ved utgangen av juli på 37,6 mill kr. Økningen fra forrige måned er på 23,5 mill kr og gjelder høyere kostnader enn forventet på teknisk utstyr, samt betaling av egenkapitaltilskudd til KLP. Dette er i tråd med tidligere prognoser på omtrent 60 mill kr for lave investeringsrammer for 2015, og styrets søknader til RHF om økte investeringsrammer.

Likviditeten ved utgangen av juli er 499 mill kr som er i tråd med likviditetsprognosen.

Kommunikasjon

Mediebildet i juli preges av utfordringer knyttet til ny avtale for pasientreiser i Midt-Troms. Det er også negative oppslag om en ny parkeringsordning som skaper trøbbel ved UNN Harstad.

Av positive innslag er det bred omtale i media fra åpningen av det nye Pingvinhotellet i Tromsø hvor blant annet den første pasienten ønskes velkommen. Det er også et positivt oppslag om at det skal etableres en ny dialyseenhet i Nordreisa slik at pasienter fra Nord-Troms slipper å reise til Tromsø for å få dialyse.

Medvirkning

Saken var oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukerutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, og ble behandlet i deres respektive møter 1. og 2.9.2015. Protokoller fra møtene behandles i styremøtet som egne referatsaker.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg hadde en merknad knyttet til de sakene om medisinteknisk utstyr som *ikke* var prioritert i denne saken, og der det samtidig var vist til at nasjonale kvalitetskrav ikke var etterkommet.

Saken ble tatt til orientering i de øvrige møtene, uten merknader eller innspill.

Vurdering

UNN kan vise til gode resultater for flere av kreftpakkeforløpene. Samlet sett oppfylder 78 % av pakkeforløpene de fastlagte, nasjonale tidsfristene. Det er likevel forbedringspotensial for flere av pakkeforløpene, spesielt de siste som er startet opp. Dette gjelder både andelen pasienter som utredes i pakkeforløp og at tidsfristene overholdes. Overordnet koordineringsgruppe for kirurgi (OPK) arbeider med å utvikle bedre beslutningsgrunnlag for planlegging av og prioriteringer i den kirurgiske virksomheten. Dette forventes på noe sikt å redusere ventetiden før kirurgi for pasienter i brystkreft- og tarmkreftforløpene.

Arbeidet med implementering av tiltaksområdene i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet har frem til i år ikke vist den ønskede fremgang. Dette har bedret seg i år, men det er fortsatt nødvendig med et stort lederfokus på dette arbeidet i alle aktuelle enheter for at målet om full implementering innen utgangen av 2015 skal kunne nås. Direktøren vurderer legemiddelsamstemming som metodisk spesielt krevende å implementere, samtidig som dette området vurderes å være det aller viktigste for pasientsikkerheten.

Selv om antall fristbrudd er lavere enn i fjor, er det ikke tilfredsstillende at antallet har økt i juli og er over hundre i UNN ved utgangen av måneden. Økningen skyldes dels mindre kapasitet på noen fagområder i ferieavviklingen, og dels manglende opplæring av annet personell når nøkkelpersonell har ferie, slik at det oppstår feilregistreringer og glipper i oppfølgingen i noen enheter.

Direktøren er fornøyd med at den nedadgående trenden når det gjelder langtidsventende fortsetter og at antallet nesten er halvert sammenlignet med samme tid i fjor. Denne ryddingen har påvirket ventetiden for avviklede pasienter, som går noe opp sammenlignet med tidligere i år, men må forventes redusert når antall langtidsventende stabiliseres på et lavere nivå. Det er gledelig at Barne- og ungdomsklinikken og Medisinsk klinikk er nær målene om null fristbrudd og langtidsventende.

Det er i dag avholdt foretaksmøte mellom Helse Nord RHF og UNN der nye krav i *Oppdragsdokument 2015 – tilleggsdokument* fra Helse- og omsorgsdepartementet er gjort gjeldende for UNN (se referatsakene). Det stilles krav til gjennomføring av en rekke konkrete tiltak i arbeidet med å redusere ventetider og eliminere fristbrudd, og det skal utarbeides en konkret handlingsplan som skal rapporteres til Helse Nord RHF og legges frem i RHF'ets styremøte 30. september. Arbeidet starter umiddelbart og direktøren kommer til å orientere nærmere om dette muntlig i møtet.

Aktiviteten har økt som et resultat av flere polikliniske konsultasjoner, og antall DRG-poeng er nå på nivå med plantall. Det er spesielt gledelig at aktiviteten innen voksepsykiatri nå øker i tråd med forutsetningene i oppdragsdokumentet. Bruken av pasienthotell forventes å øke fra og med september.

Sykefraværet er fortsatt for høyt. Prosjektet *Tettere på*, som har som mål å identifisere tiltak for å redusere sykefraværet, startes opp i september.

Regnskapet viser et overskudd, men det er ikke tilfredsstillende at budsjettmålet fortsatt ikke nås. Direktøren opprettholder månedlig oppfølging av økonomien i klinikkene parallelt med budsjettarbeidet for 2015.

Trenden for antall utskrivningsklare døgn omtalt i Kvalitets- og virksomhetsrapporten fortsetter, og viser at det er færre somatiske pasienter som venter på overføring til tilbud i hjemkommunen enn tilfellet var i fjor. Dette er positivt, og utvikling vurderes å i hvert fall delvis henge sammen med pilotprosjektet Pasientsentrerte helseteam som gjennomføres i samarbeid mellom UNN og Tromsø kommune.

Tromsø, 4.9.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:
Kvalitets- og virksomhetsrapporten for juli 2015

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Juli 2015



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Kvalitet	4
Pakkeforløp- kreftbehandling	4
Ventetid	6
Fristbrudd.....	8
Korridorpasienter	11
Strykninger	11
Epikrisetid	11
Aktivitet.....	12
Somatisk virksomhet	12
Psykisk helsevern voksne	15
Psykisk helsevern barn og unge.....	16
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	16
Samhandling	17
Utskrivningsklare pasienter	17
Forbruksrater.....	18
Bruk av pasienthotell	19
Personal	19
Bemannings	19
Sykefravær.....	20
Kommunikasjon	22
Sykehuset i media.....	22
Økonomi	23
Resultat	23
Prognose.....	27
Gjennomføring av tiltak	27
Likviditet.....	28
Investeringer.....	28
Byggeprosjekter	30

Hovedindikatorer UNN HF:

<p>Antall langtidsventende ved utgangen av juli (ventet mer enn 12 måneder)</p> <p>635</p>	
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av juli</p> <p>110</p>	
<p>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</p> <p>5 %</p>	
<p>Sykefravær</p> <p>8,5%</p>	
<p>Pakkeforløp – kreft</p> <p>Andel i pakkeforløp 63 %</p> <p>Andel innenfor frist 78 %</p>	<p><i>Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp.</i></p> <p><i>Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling.</i></p> <p><i>Det er under bearbeidelse en tidsgraf for begge disse indikatorene som vil bli presentert neste måned.</i></p>

Kvalitet

Pakkeforløp- kreftbehandling

Fra og med denne måneden vil vi ha fokus på to kreftpakkeforløpsindikatorer. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

Tabell 1 Nye kreftpasienter i juli 2015

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN, antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	112	100	89	70
Tykk- og endetarmskreft	93	81	87	70
Lungekreft	69	47	68	70
Prostatakreft	104	20	19	70
Blærekreft	11	2	18	70
Nyrekreft	2	0	0	70
Testikkelkreft	2	0	0	70
Livmorkreft	13	3	23	70
Eggstokkreft	5	0	0	70
Livmorhalskreft	4	1	25	70
Hode- halskreft	9	8	88	70
Lymfomer	19	14	73	70
Spiserør og magesekk	9	7	77	70

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp i juli 2015

	Fullførte forløp, antall	Forløp innenfor frist, %	Antall over frist	Median forløpstid	Anbefalt forløpstid
BRYSTKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	96	77	22	22	27
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandl	13	92	1	13	24
TYKK- OG ENDETARMSKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	65	72	18	28	35
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandl	2	50	1	12	24
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	19	84	3	26	39
LUNGEKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	10	80	2	24	42
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandl	13	84	2	19	35
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	19	89	2	16	42
PROSTATAKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	6	50	3	33	66
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	2	100	0	15	66
BLÆREKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	4	100	0	15	46
HODE- HALSKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	10	90	1	10	28
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	3	66	1	4	28
LYMFOM					
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandl	13	76	3	12	21
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	2	100	0	26	28
SPISERØR OG MAGESEKK					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	4	100	0	26	43
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandl	2	100	0	13	43
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	1	100	0	20	43
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP					
Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	15	60	6	15	22

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

Status i gjennomføring av Pasientsikkerhetsprogrammet

Fire innsatsområder er fullstendig implementert i UNN HF i forhold til programmets målsetning:

- Trygg kirurgi
- Behandling av hjerneslag,
- Forebygging av selvmord
- Forebygging av overdosedødsfall.

Tabell 3 Utvikling i implementering av tiltaksområder fra desember 2014 til juni 2015 for tiltaksområder som ikke er fullt implementert i UNN

Innsatsområde som ikke er fullt ut implementert:	Desember 2014			Juni 2015		
	Helt	Delvis	Ikke startet	Helt	Delvis	Ikke startet
Legemiddelsamstemming	0	1	Alle øvrige	1	5	Alle øvrige
UVI	3	12	8	7	8	8
SVK	1	6	11	4	4	10
Fall	2	12	7	9	7	5
Trykksår	2	12	7	8	10	3

Ventelister

Tabell 4 Venteliste

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter på venteliste	16 773	16 895	15 023	-1 872	-11
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	5 001	4 684	4 693	9	0
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp	11 772	12 241	10 330	-1 911	-16
...herav med fristbrudd	159	132	110	-22	-17
...herav med ventetid over 365 dager	689	1 161	635	-526	-45
Gjennomsnittlig ventetid dager	111	125	108	-17	-14
Ikke møtt til planlagt avtale	1 035	954	917	-37	-4

Tabell 5 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

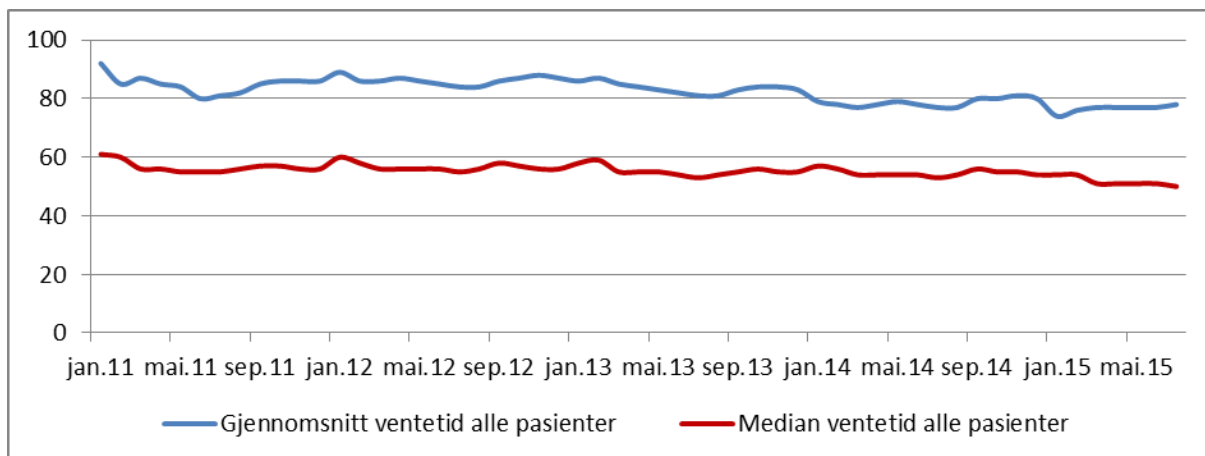
	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	29 502	30 342	30 466	124	0
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	13 431	13 595	14 416	821	6
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	16 071	16 747	16 050	-697	-4
...herav med fristbrudd	827	827	750	-77	-9
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	46	45	47	3	6

Ventetid

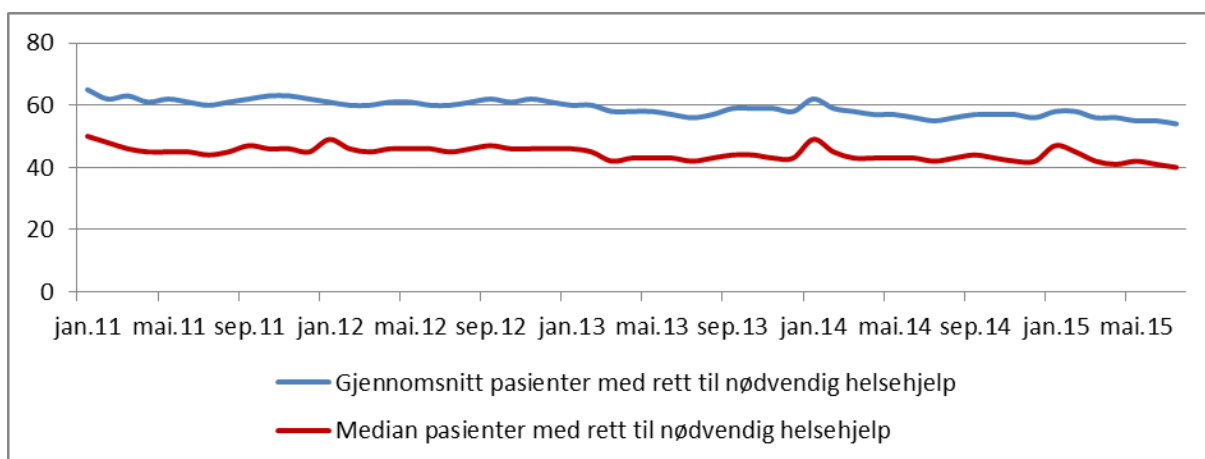
Tabell 6 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	81	77	78	1	1
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	56	55	54	-1	-2
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	101	94	99	5	5
Median ventetid i dager	53	53	50	-3	-6
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	42	42	40	-2	-5
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	63	64	63	-1	-2

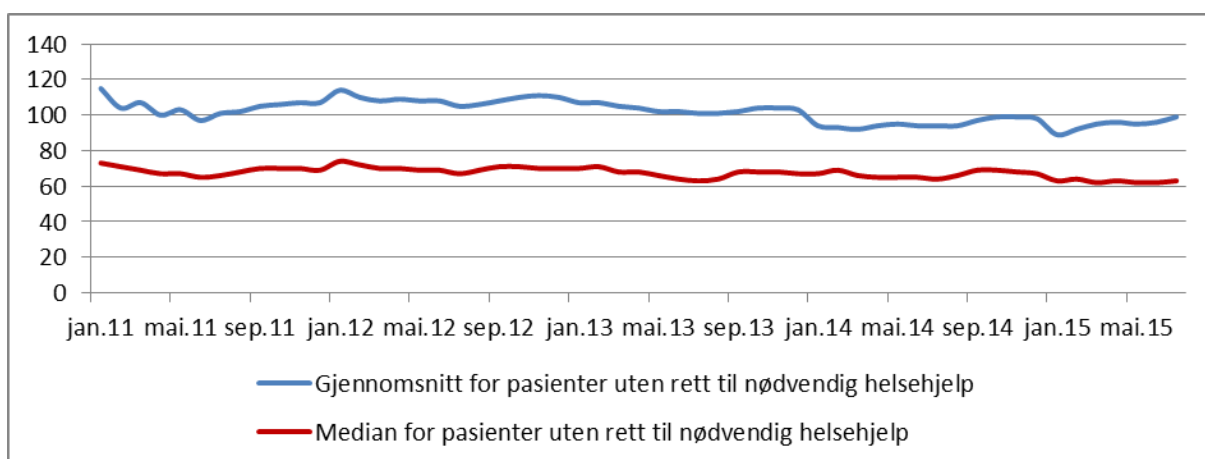
Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



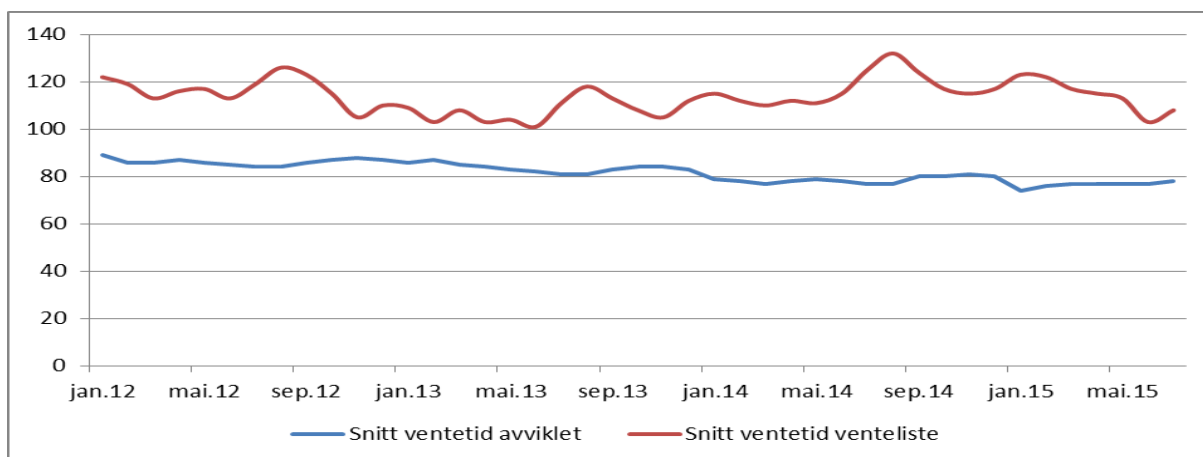
Figur 2 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter med rett til nødvendig helsehjelp



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

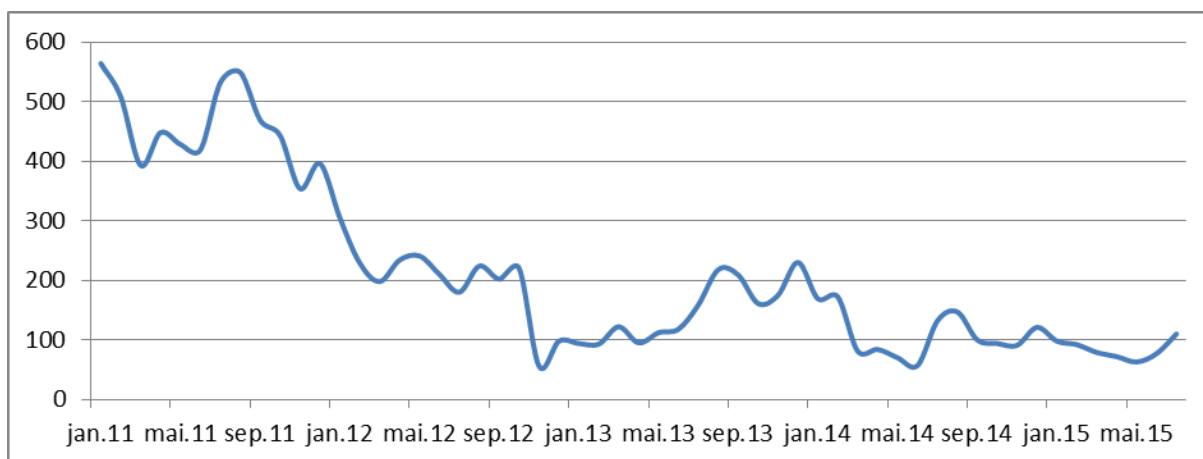


Figur 4 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste



Fristbrudd

Figur 5 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

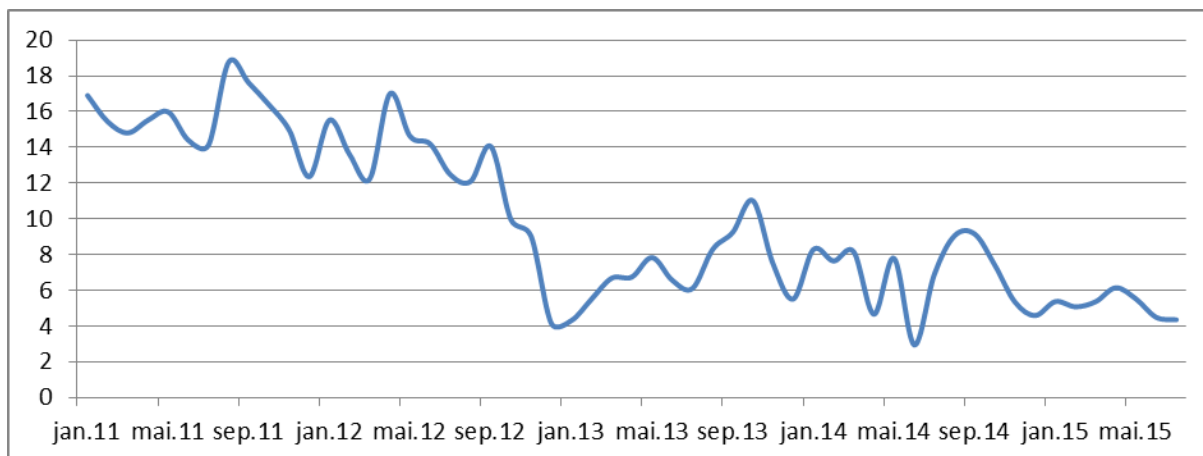


Tabell 7 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av juli 2015

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	34	270	13
Barne- og ungdomsklinikken	1	335	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	26	609	4
Medisinsk klinikk	1	510	0
Hjerte- og lungeklinikken	11	411	3
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	37	2 558	1
UNN	110	4 693	2

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

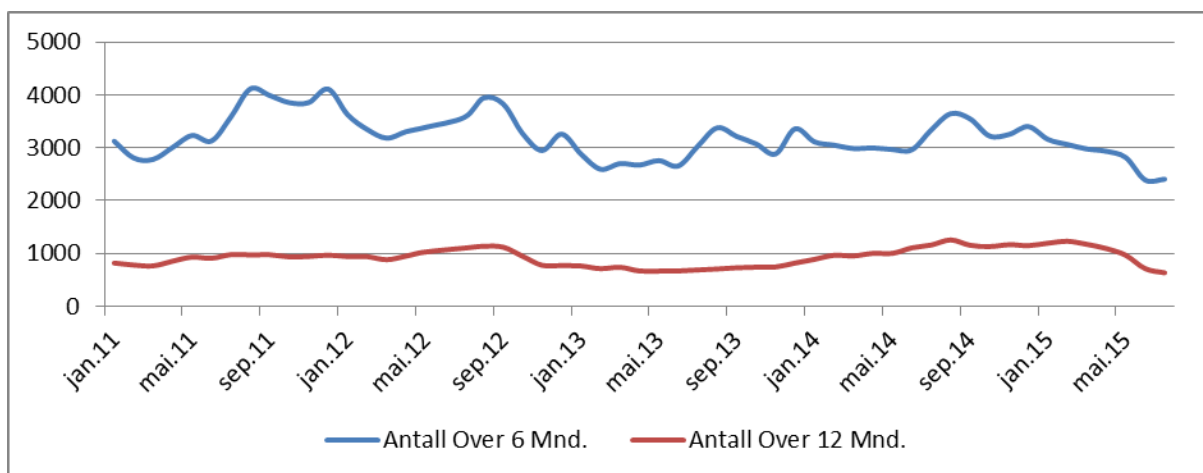
Figur 6 Prosent avviklet fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå



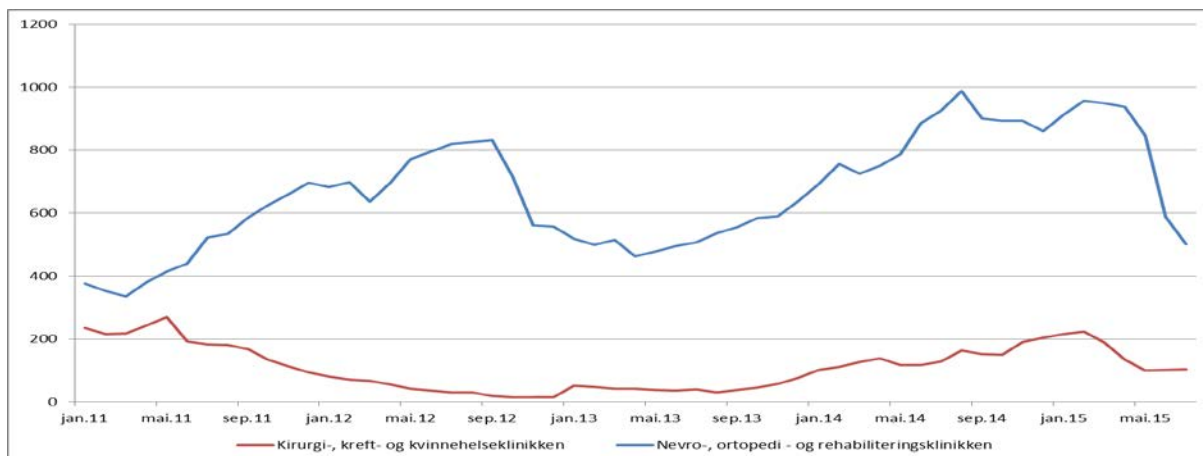
Tabell 8 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	jun.15	jul.15
Barne- og ungdomsklinikken	3	0
Hjerte- og lungeklinikken	5	9
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	39	23
Medisinsk klinikk	0	8
Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	52	19
Psykisk helse- og rusklinikken	6	3
UNN	105	62

Figur 7 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 8 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



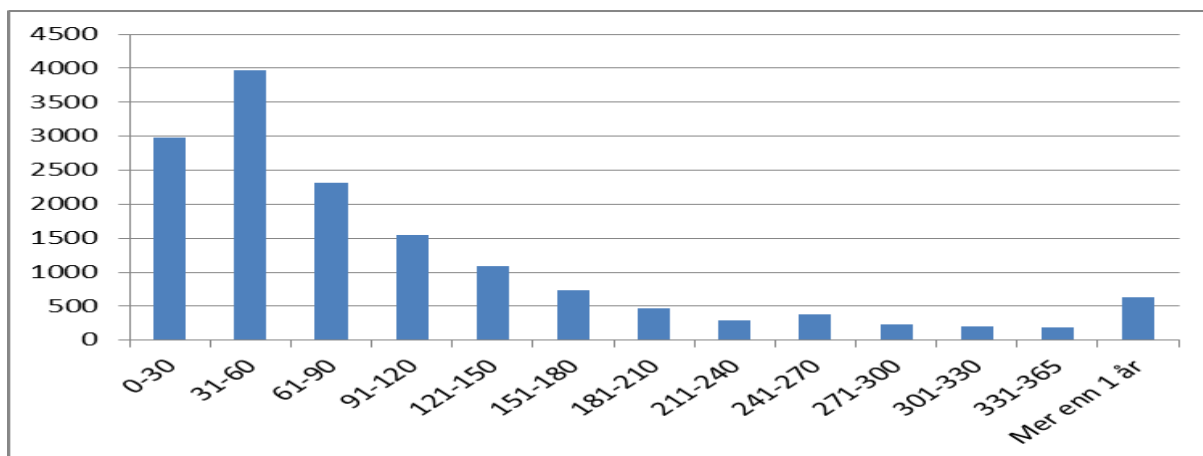
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

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

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	4	1
Barne- og ungdomsklinikken	5	1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	103	3
Medisinsk klinikk	10	1
Hjerte- og lungeklinikken	11	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	502	6
UNN	635	4

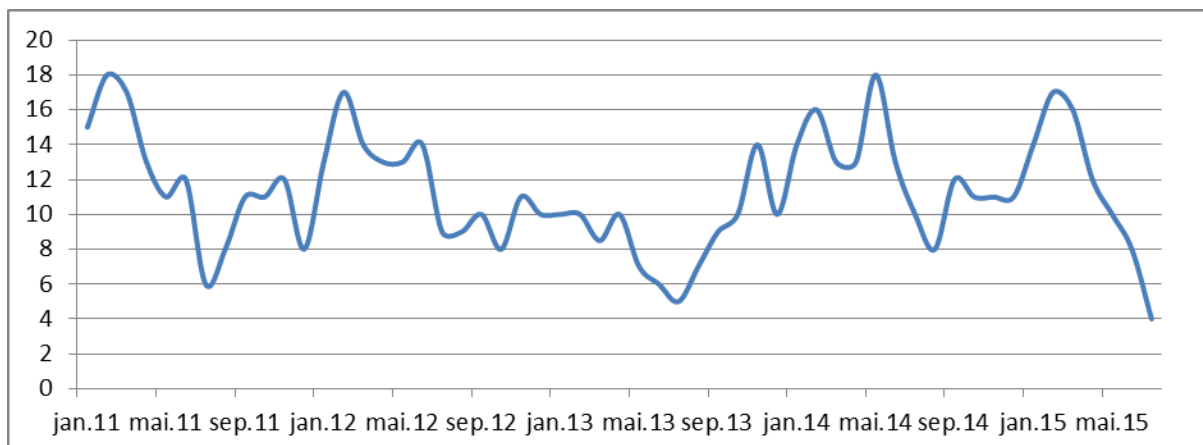
Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

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



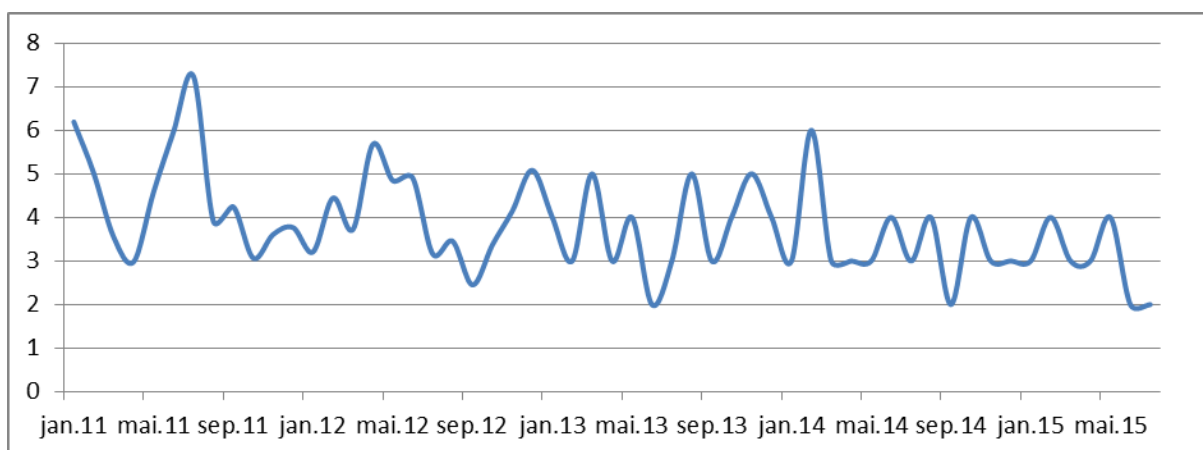
Korridorpasienter

Figur 10 Korridorpasienter- somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



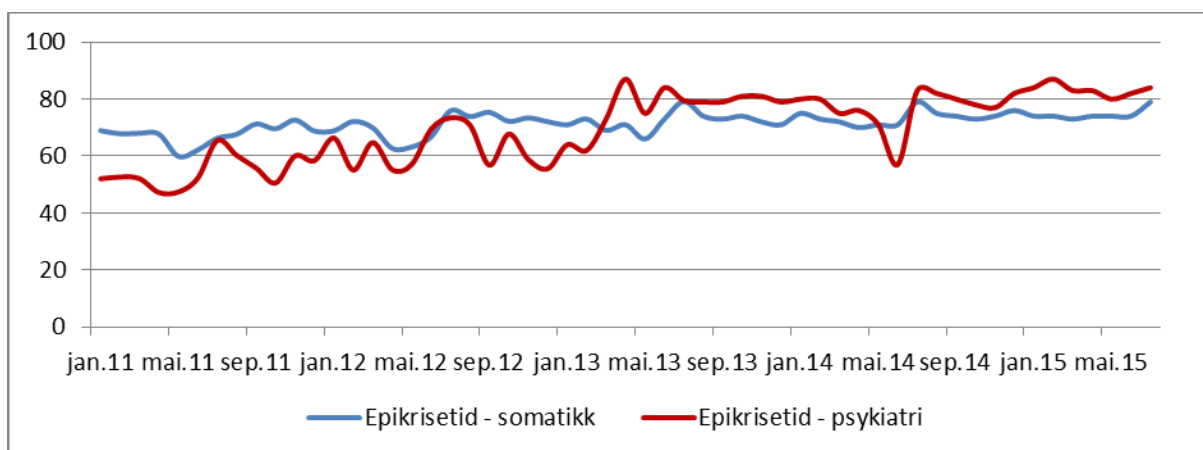
Strykninger

Figur 11 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



Epikrisetid

Figur 12 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Aktivitet

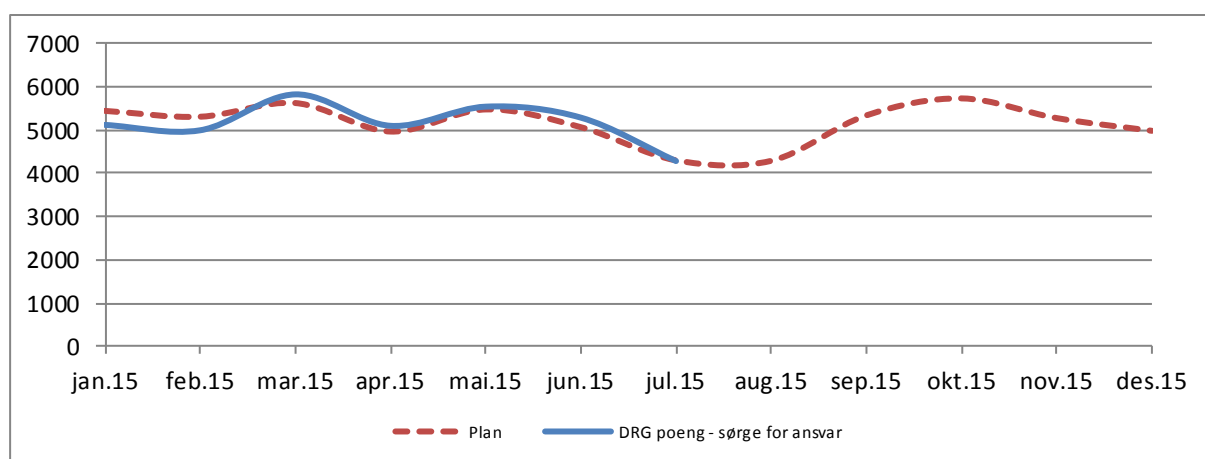
Tabell 10 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2013	2014	2015	Plantall 2015	Avvik fra 2014		Avvik fra plan 2015	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser heldøgn	23 441	23 370	22 997	22 956	-373	-2	41	0
Innlagte dagopphold	3 597	3 576	3 512	3 536	-64	-2	-24	-1
Polikliniske dagbehandlinger	15 464	15 881	15 496	16 194	-385	-2	-698	-4
DRG poeng (2015 logikk)	35 330	36 301	36 141	36 247	-160	0	-106	0
Liggedager i perioden	96 134	96 597	95 637	96 621	-960	-1	-984	-1
Polikliniske konsultasjoner	142 944	144 697	144 092	138 000	-605	0	6 092	4
Herav ISF	118 966	120 623	120 316	119 873	-307	0	443	0
Kontrollandel poliklinikk	34 %	32 %	32 %	32 %				
Laboratorieanalyser	2 724 808	2 921 533	2 941 953	2 758 734	20 420	1	183 219	7
Røntgenundersøkelser	108 745	113 629	105 444	102 942	-8 185	-7	2 502	2
Fremmøte stråleterapi	9 746	7 993	7 685	8 007	-308	-4	-322	-4
Pasientkontakter	169 982	171 643	170 601	164 492	-1 042	-1	6 109	4
VOP								
Utskrivelser heldøgn	2 062	1 933	1 982	1 947	49	3	35	2
Liggedager i perioden	29 443	29 237	28 605	27 027	-632	-2	1 578	6
Polikliniske konsultasjoner	33 584	32 899	34 850	33 151	1 951	6	1 699	5
Pasientkontakter	35 646	34 832	36 832	35 098	2 000	6	1 734	5
BUP								
Utskrivelser heldøgn	108	132	113	151	-19	-14	-38	-25
Liggedager i perioden	1 314	1 658	1 854	1 554	196	12	300	19
Polikliniske konsultasjoner	13 619	14 748	14 320	14 676	-428	-3	-356	-2
Pasientkontakter	13 727	14 880	14 433	14 827	-447	-3	-394	-3
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Utskrivelser heldøgn	405	389	405	385	16	4	20	5
Liggedager i perioden	12 473	12 285	11 902	12 361	-383	-3	-459	-4
Polikliniske konsultasjoner	6 145	6 052	7 028	6 731	976	16	297	4
Pasientkontakter	6 550	6 441	7 433	7 116	992	15	317	4

DRG poeng - sørge for ansvar (behandling av pasienter i UNNs opptaksområde, uansett behandlingssted).

Somatisk virksomhet

Figur 13 DRG poeng UNN 2015

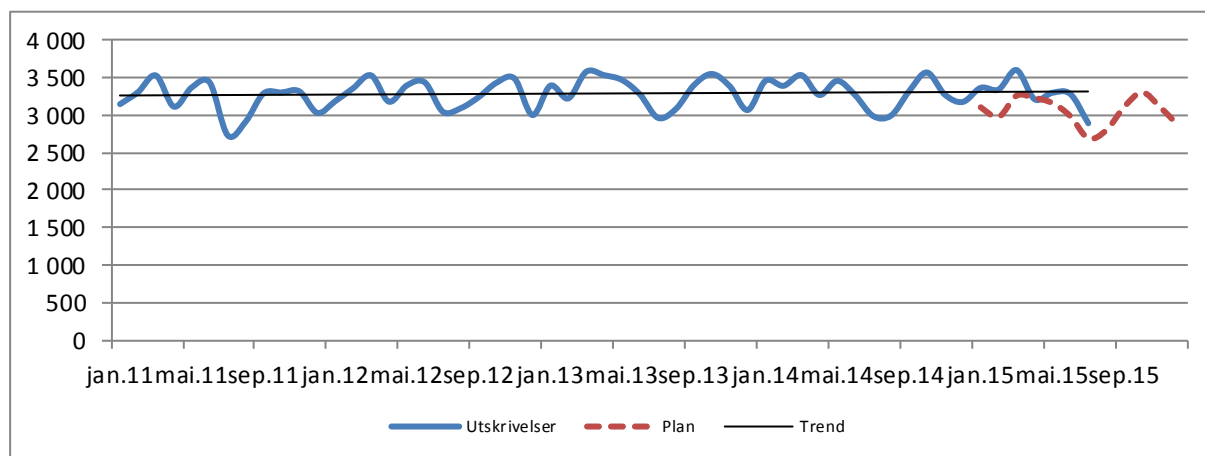


Tabell 11 DRG poeng hittil i år 2015 fordelt på klinikk

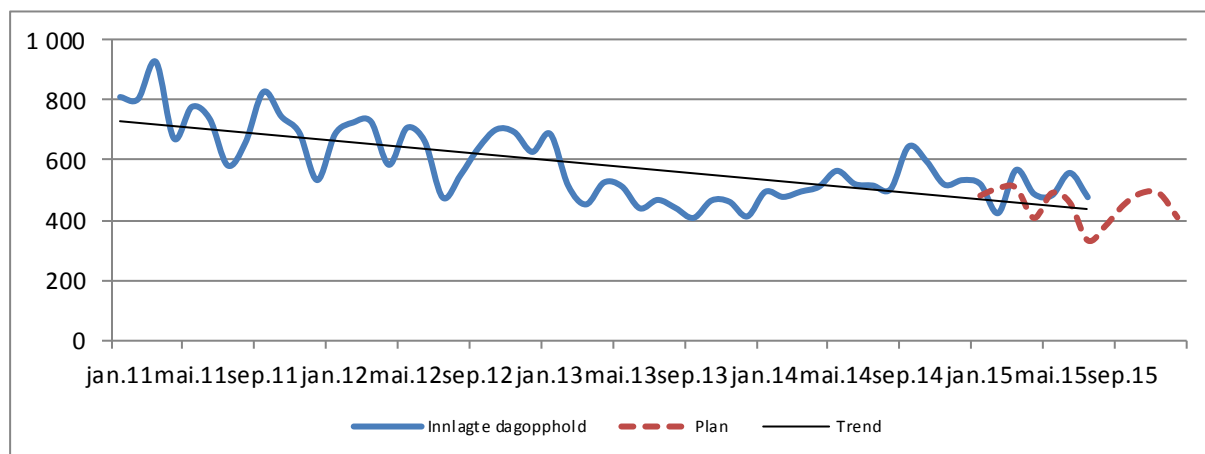
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	833	842	-9
Barne- og ungdomsklinikken	1 755	1 713	42
Hjerte- og lungeklinikken	5 966	6 040	-75
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	9 640	9 411	228
Medisinsk klinikk	6 943	6 720	223
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	10 010	10 149	-140
Operasjons- og intensivklinikken	213	219	-6
Totalt	35 360	35 095	265

DRG poeng – egen produksjon.

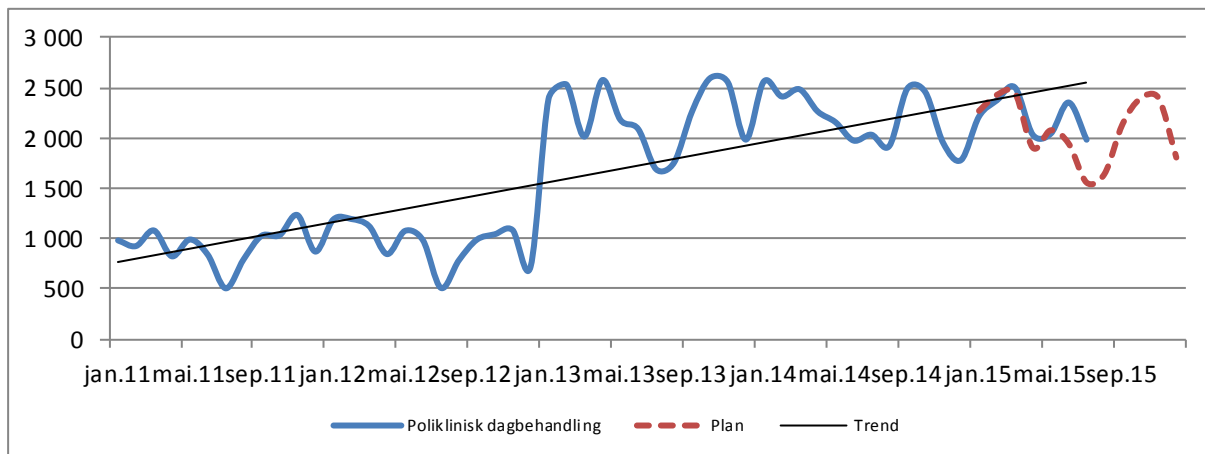
Figur 14 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



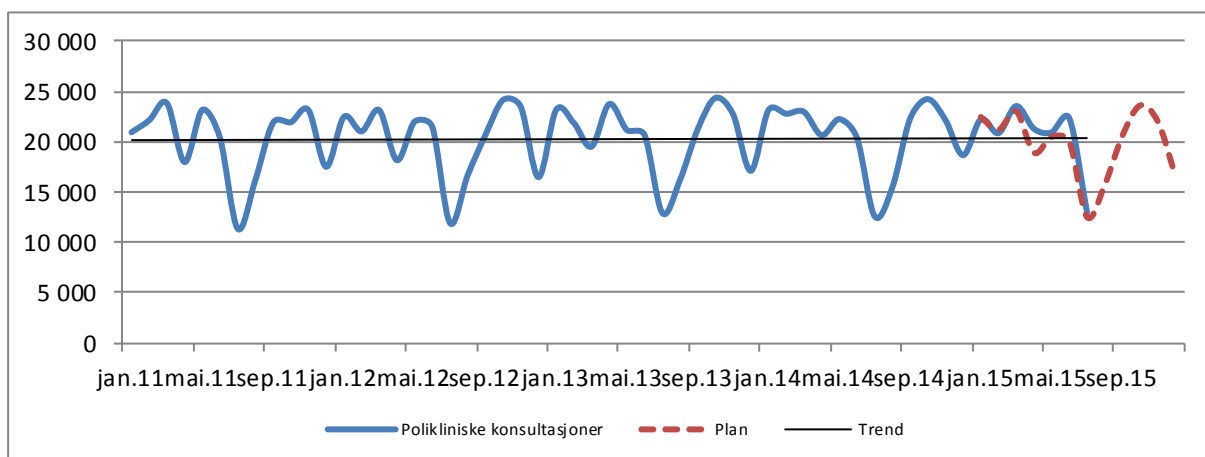
Figur 15 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



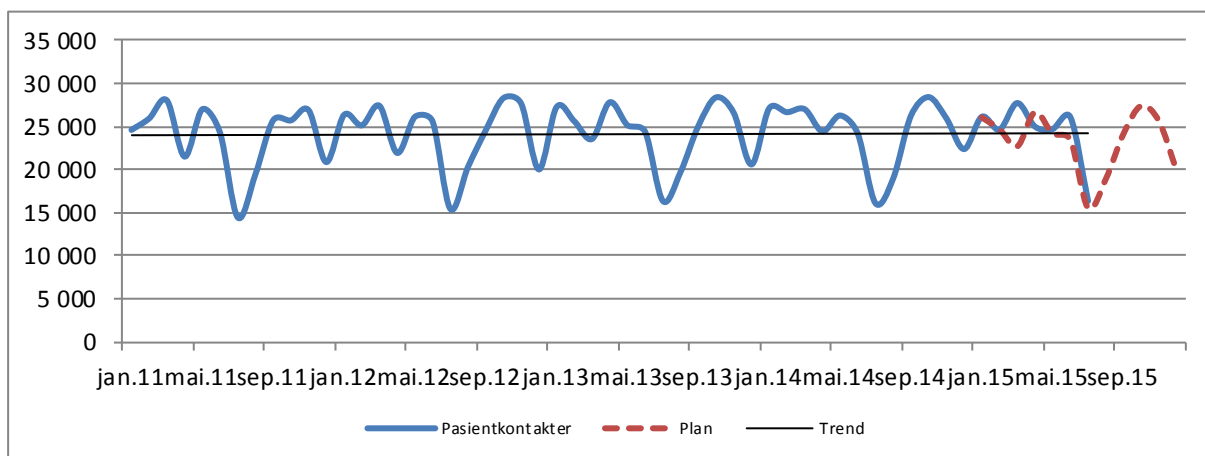
Figur 16 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



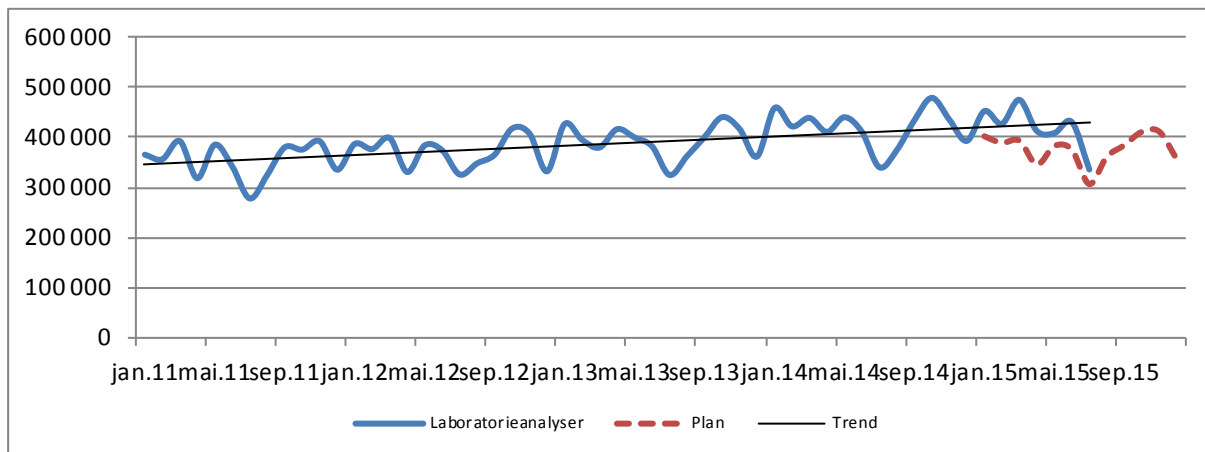
Figur 17 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



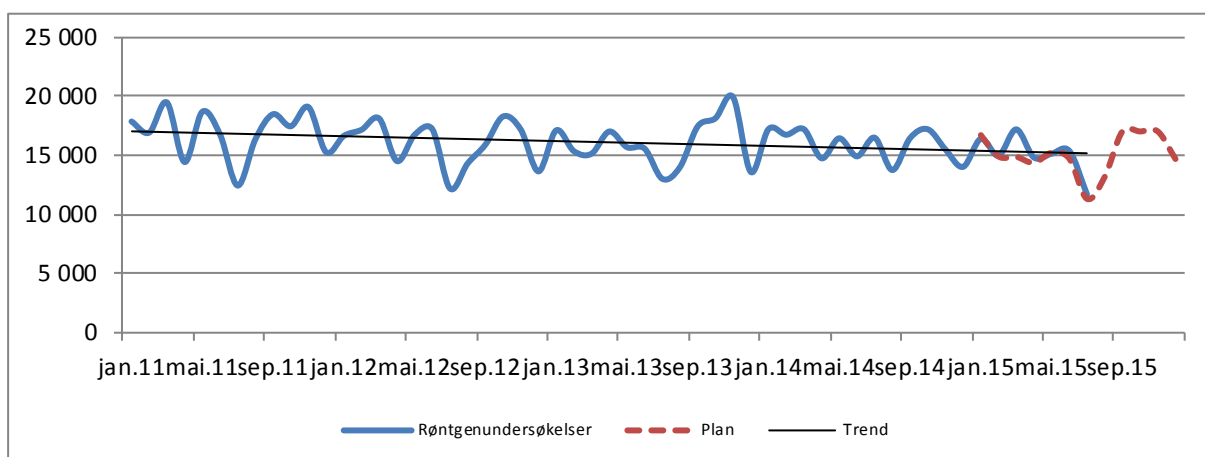
Figur 18 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 19 Laboratorieanalyser

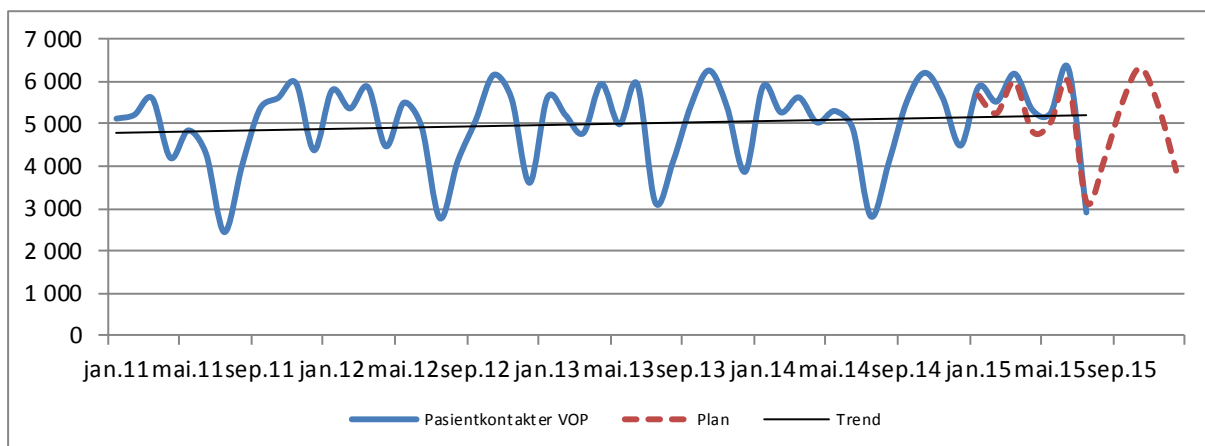


Figur 20 Røntgenundersøkelser



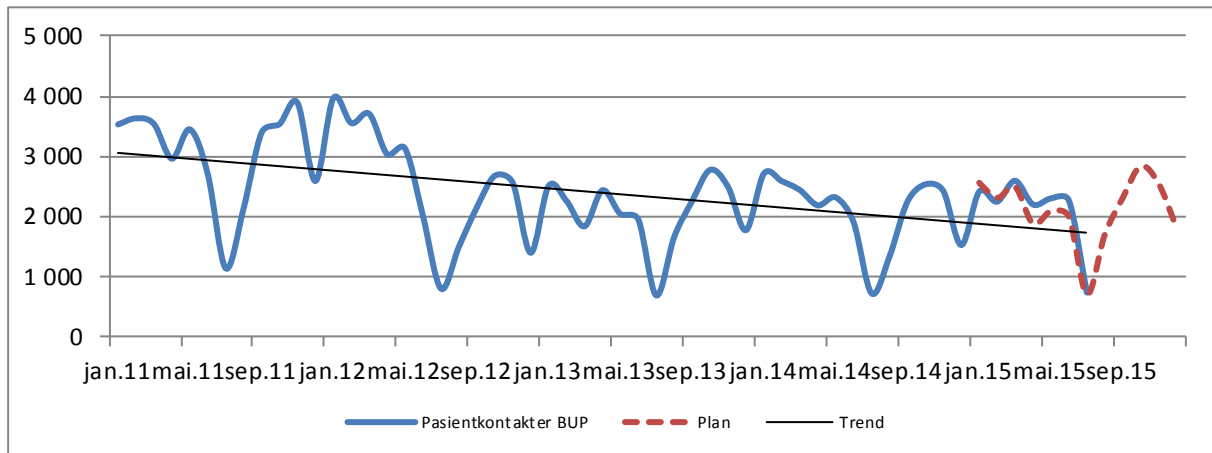
Psykisk helsevern voksne

Figur 21 Pasientkontakter – VOP



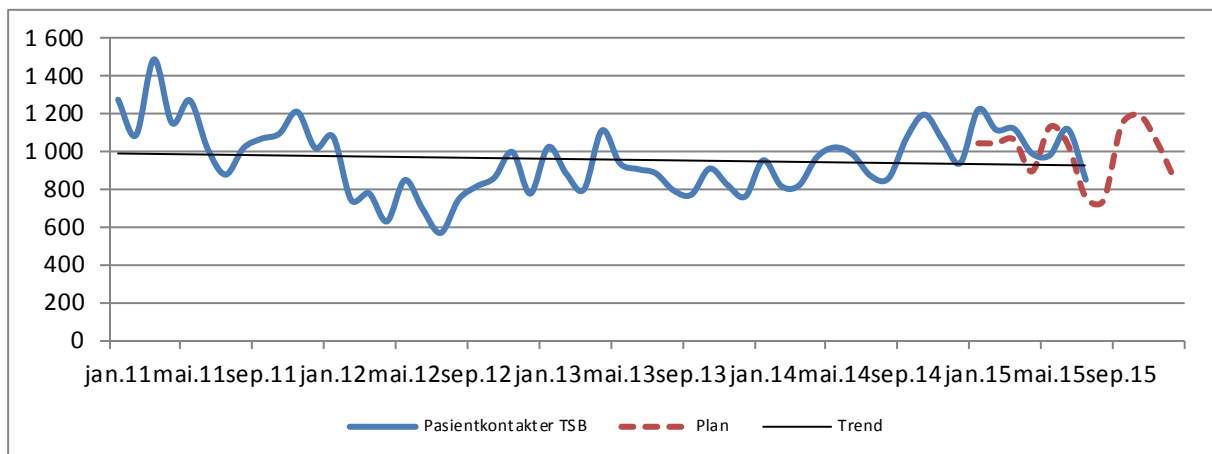
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 22 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 23 Pasientkontakter- TSB

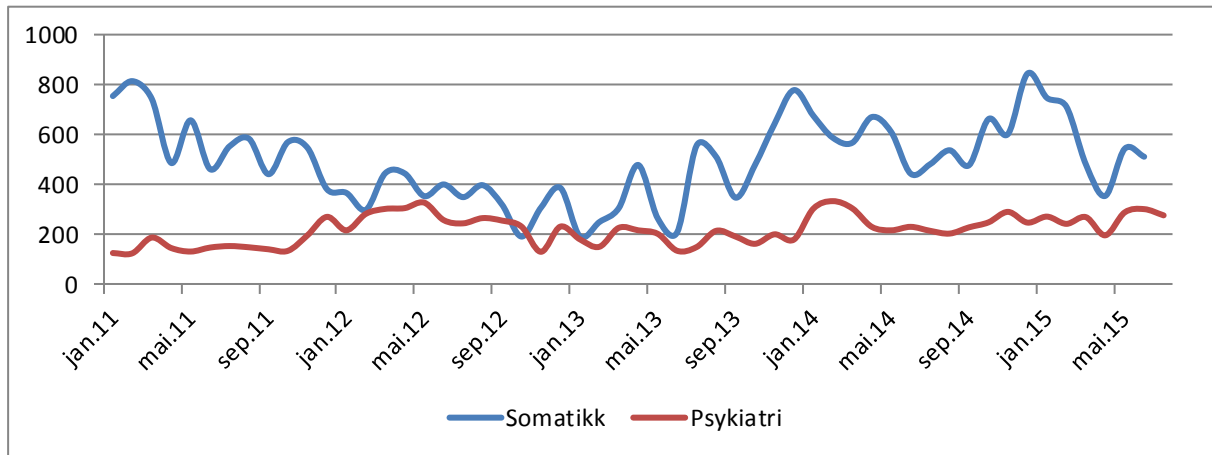


Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

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

Figur 24 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykiatri



Tabell 12 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

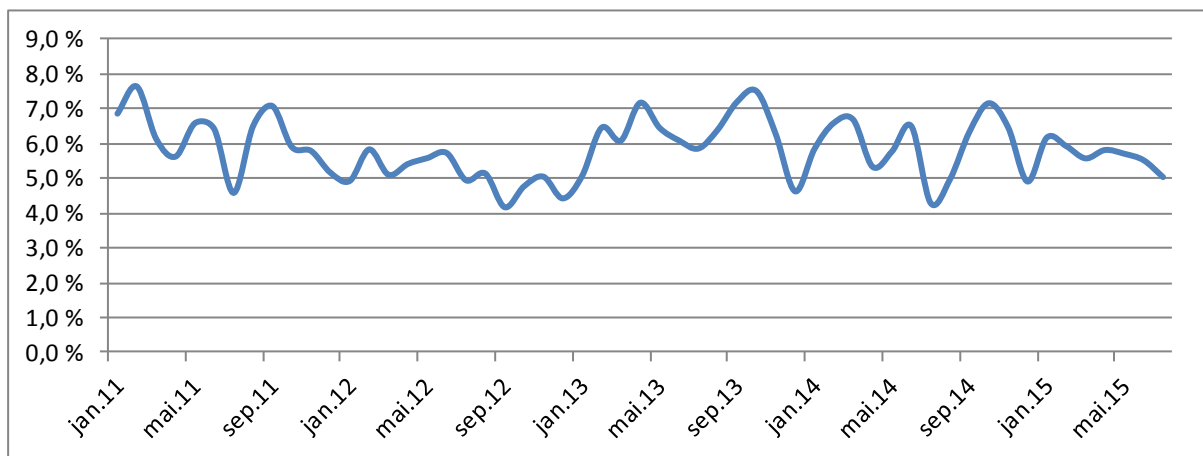
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-juli	Utskrivningsklare opphold jan-juli	Utskrivningsklare døgn jan-juli pr 1000 innbyggere
SALANGEN	131	27	59
KVÆFJORD	146	34	47
GRATANGEN	38	13	33
TROMSØ	1 984	286	27
NORDREISA	133	20	27
HARSTAD	653	342	26
NARVIK	490	207	26
LØDINGEN	33	36	15
TJELDSUND	19	15	15
KARLSØY	33	8	14
BALLANGEN	36	30	14
BARDU	55	13	13
IBESTAD	19	20	13
DYRØY	13	3	11
BERG	10	3	11
LYNGEN	32	5	11
SKÅNLAND	32	32	11
LENVIK	119	47	10
TRANØY	15	8	10
KÅFJORD	20	7	9
EVENES	11	11	8
STORFJORD	14	4	7
MÅLSELV	45	19	7
TYSFJORD	11	7	6
SKJERVØY	14	6	5
TORSKEN	4	2	5
SØRREISA	15	9	4
BALSFJORD	20	8	3
LAVANGEN	3	3	3
Totalsum	4 148	1 225	453

Forbruksrater

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

Bruk av pasienthotell

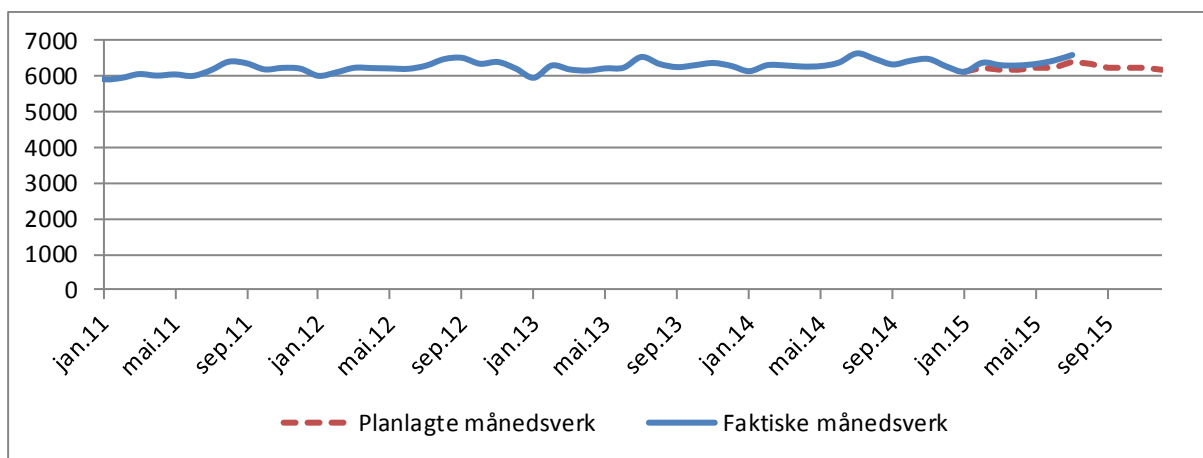
Figur 25 Andel liggedøgn på pasienthotell av alle heldøgn (postopphold)



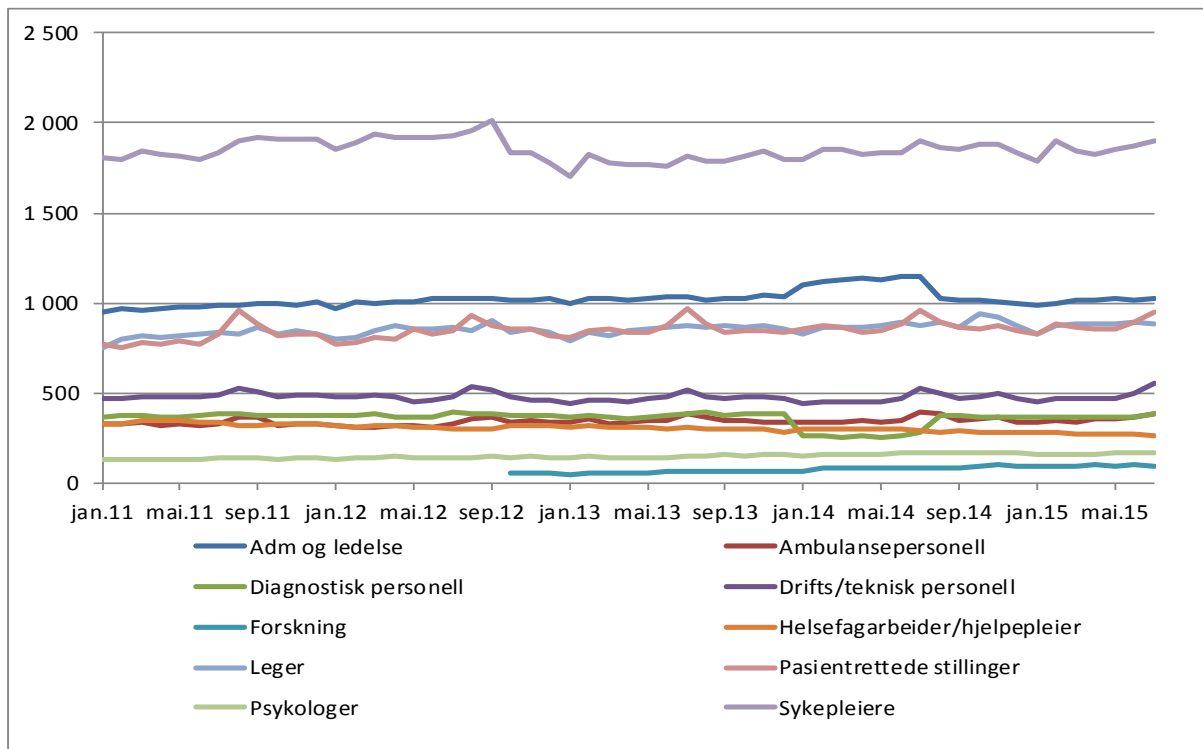
Personal

Bemanning

Figur 26 Brutto utbetalte månedsværk 2011-2015

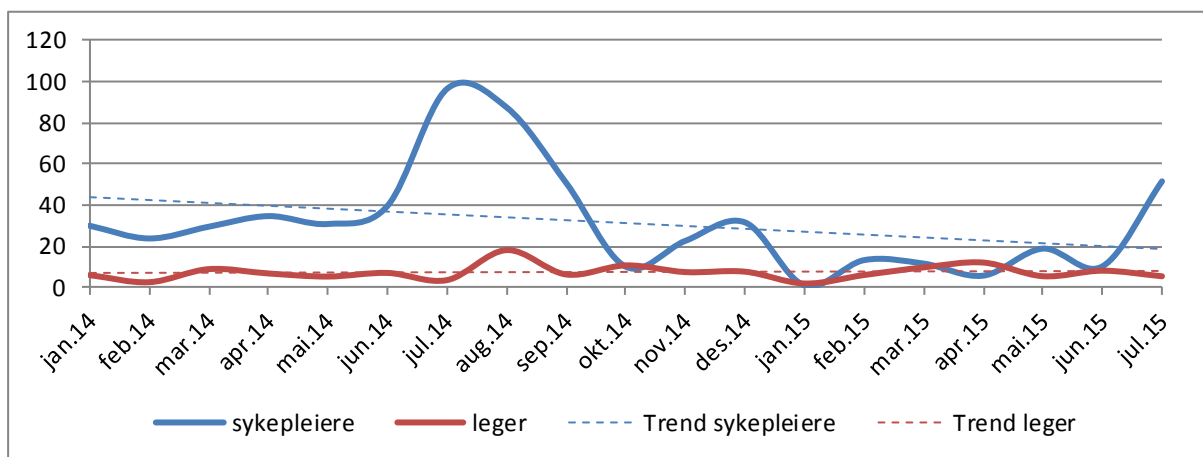


Figur 27 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2011-2015



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

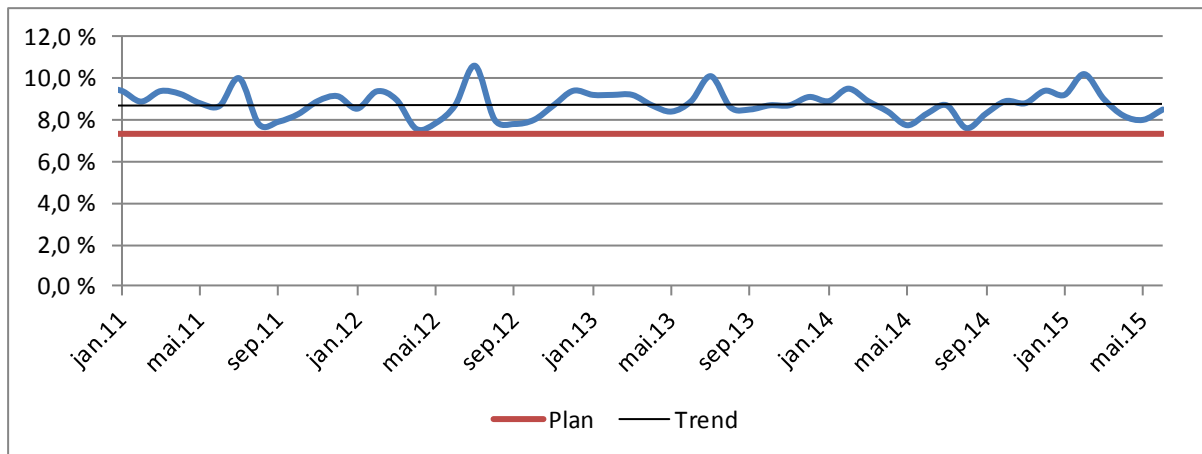


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

Det korte sykefraværet (1-16 dager) har i juni en nedgang på 0,1 prosentpoeng, mens det mellomlange sykefraværet (17-56 dager) har en økning på 0,3 prosentpoeng. Langtidsfraværet (>56 dager) er uendret. I snitt var det hver dag i juni 314 ansatte borte fra jobb på grunn av sykdom i UNN HF.

Figur 29 Sykefravær 2011-2015



Tabell 13 Sykefravær fordelt på klinikk i juni og gjennomsnittlig sykefravær siste 12 måneder

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

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Dette parameteret er under utvikling.

Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykemelding

Det har i juni 2015 vært registrert totalt 457 ansatte med sykemelding utover 16 dager. Av disse var 229 graderte. Det tilsvarer en andel på 50,1 % graderte sykemeldinger. Andelen er litt lavere enn i forrige mnd (50,2 %).

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

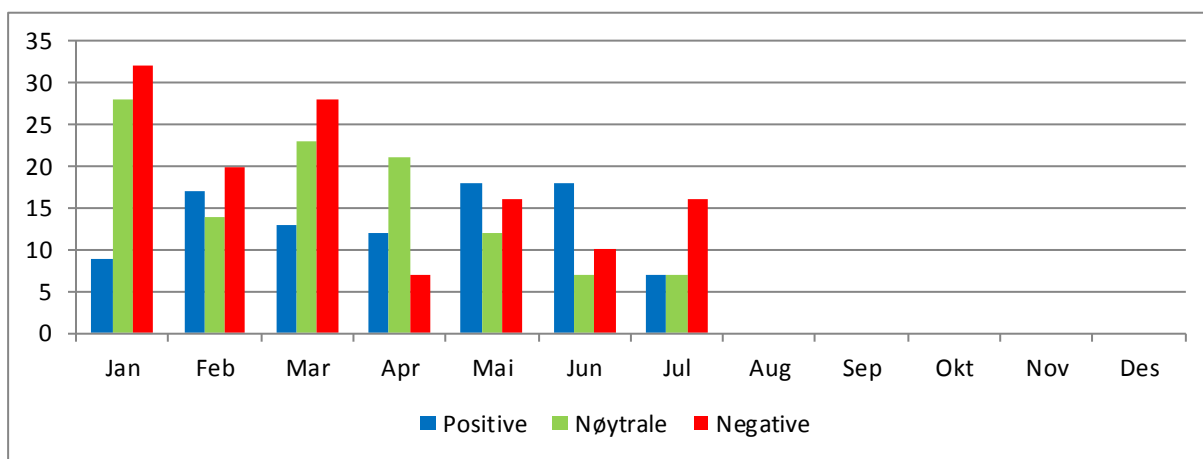
Kommunikasjon

Sykehuset i media

Mediebildet i juli preges av utfordringer knyttet til ny avtale for pasientreiser i Midt-Troms. Flere pasienter er berørt av forbigående, begrenset kapasitet i drosjetilbudet og står frem i media med sine historier. Det er også negative oppslag om en ny parkeringsordning som skaper trøbbel ved UNN Harstad.

Av positive innslag er det bred omtale i media fra åpningen av det nye Pingvinhotellet i Tromsø hvor blant annet den første pasienten ønskes velkommen. Det er også et positivt oppslag om at det skal etableres en ny dialyseenhet i Nordreisa slik at pasienter fra Nord-Troms slipper å reise helt til Tromsø for å få dialyse.

Figur 30 Mediestatistikk 2015

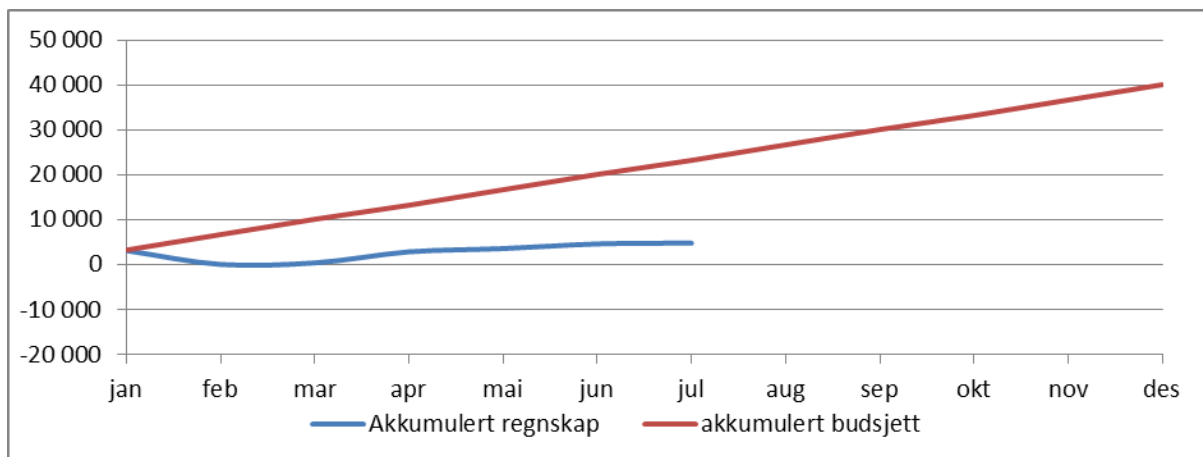


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2015



For 2015 er det et overskuddskrav på 40 mill kr. Det er budsjettert med 3,3 mill kr i overskudd hver måned. For juli er det et regnskapsmessig avvik på 0,2 mill kr som gir et budsjettavvik på -3,1 mill kr. Hittil i år er det akkumulert et budsjettavvik på -18,6 mill kr.

Samlede inntekter viser et negativt avvik på 38,7 mill kr i juni, ISF utgjør et positivt avvik på 3,4 mill kr. Driftskostnadene er samlet sett 33,3 mill kr lavere enn budsjettert. Av dette utgjør aktivitetsdrevne varekostnader et positivt avvik på 1,5 mill kr og lønnskostnader (eksl. pensjon) et positivt avvik på 22,8 mill kr.

Finanspostene har et positivt avvik på 2,2 mill kr.

Tabell 14 Resultatregnskap juli 2015

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Juli				Akkumulert per Juli				Akkumulert per Juli	
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Endring ift 2014	Endring i %
Basisramme	356,4	356,5	-0,1	0 %	2 814,8	2 815,4	-0,5	0 %	231,9	9 %
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	0 %	20,9	20,9	0,0	0 %	4,2	25 %
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	89,4	85,3	4,1	5 %	754,3	739,1	15,2	2 %	180,7	31 %
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	-134,6	-100 %
Samlet ordinær ISF-inntekt	89,4	85,3	4,1	5 %	754,3	739,1	15,2	2 %	46,1	7 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	3,0	3,7	-0,7	-19 %	34,1	46,6	-12,5	-27 %	-2,9	-8 %
Gjestepasientinntekter	1,1	2,4	-1,3	-55 %	19,3	17,1	2,2	13 %	2,1	12 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/røntgen)	12,7	13,8	-1,1	-8 %	121,3	116,0	5,3	5 %	11,3	10 %
Utskrivningsklare pasienter	0,9	1,0	-0,1	-13 %	11,4	7,0	4,4	63 %	-3,0	-21 %
Inntekter "raskere tilbake"	1,2	1,1	0,1	9 %	12,6	8,2	4,4	54 %	0,4	4 %
Andre øremerkede tilskudd	9,4	44,3	-34,9	-79 %	90,6	185,4	-94,7	-51 %	-15,1	-14 %
Andre driftsinntekter	21,2	25,9	-4,6	-18 %	182,1	169,2	12,9	8 %	13,1	8 %
Sum driftsinntekter	498,3	537,0	-38,7	-7 %	4 061,6	4 124,9	-63,3	-2 %	288,1	8 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	14,9	15,2	-0,3	-2 %	120,9	110,6	10,3	9 %	5,0	4 %
Kjøp av private helsetjenester	7,2	5,8	1,3	23 %	30,2	35,6	-5,4	-15 %	-0,8	-2 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	50,1	51,7	-1,5	-3 %	421,4	403,0	18,4	5 %	17,9	4 %
Innleid arbeidskraft	5,7	7,6	-1,9	-25 %	20,1	24,0	-4,0	-16 %	-10,4	-34 %
Lønn til fast ansatte	213,6	233,0	-19,3	-8 %	2 024,8	2 130,7	-105,9	-5 %	92,7	5 %
Overtid og ekstrahjelp	23,0	18,6	4,4	24 %	147,9	90,1	57,8	64 %	-8,6	-6 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	86,5	86,5	-0,1	0 %	551,1	551,1	0,0	0 %	126,6	30 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-25,9	-19,3	-6,5	34 %	-156,9	-134,8	-22,2	16 %	-20,5	15 %
Annen lønnskostnad	25,1	24,6	0,5	2 %	161,7	152,9	8,8	6 %	-7,1	-4 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	241,6	264,4	-22,8	-9 %	2 197,6	2 262,9	-65,4	-3 %	46,1	2 %
Avskrivninger	21,1	21,1	0,0	0 %	151,0	151,0	0,0	0 %	7,6	5 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0 %
Andre driftskostnader	78,3	88,3	-10,0	-11 %	591,7	586,6	5,1	1 %	14,2	2 %
Sum driftskostnader	499,6	533,0	-33,3	-6 %	4 063,9	4 100,9	-37,0	-1 %	216,6	5,6 %
Driftsresultat	-1,4	4,0	-5,4	-134 %	-2,3	24,0	-26,4	-110 %	71,6	97 %
Finansinntekter	1,6	0,1	1,4		8,3	0,9	7,4		-1,6	16 %
Finanskostnader	0,0	0,8	-0,8		1,2	1,6	-0,4		0,5	64 %
Finansresultat	1,5	-0,7	2,2		7,1	-0,7	7,8		-2,1	23 %
Ordinært resultat	0,2	3,3	-3,2	-95 %	4,8	23,3	-18,6	-80 %	69,5	107 %

Tabell 15 Resultatregnskap juni 2015, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Juli, ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Juli, ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	356,4	356,5	-0,1	2 814,8	2 815,4	-0,5
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	20,9	20,9	0,0
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	89,4	85,3	4,1	754,3	739,1	15,2
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Samlet ordinær ISF-inntekt	89,4	85,3	4,1	754,3	739,1	15,2
ISF av legemidler utenfor sykehus	3,0	3,7	-0,7	34,1	46,6	-12,5
Gjestepasientinntekter	1,1	2,4	-1,3	19,3	17,1	2,2
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rø)	12,7	13,8	-1,1	121,3	116,0	5,3
Utskrivningsklare pasienter	0,9	1,0	-0,1	11,4	7,0	4,4
Inntekter "raskere tilbake"	1,2	1,1	0,1	12,6	8,2	4,4
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	21,2	25,9	-4,6	182,1	169,2	12,9
Sum driftsinntekter	488,8	492,6	-3,8	3 971,0	3 939,6	31,4
Kjøp av offentlige helsetjenester	14,9	15,2	-0,3	120,9	110,6	10,3
Kjøp av private helsetjenester	7,2	5,8	1,4	30,2	35,4	-5,3
Varekostnader knyttet til aktivitet	49,8	49,9	-0,2	417,9	395,9	22,0
Innleid arbeidskraft	5,7	7,6	-1,9	20,1	24,0	-4,0
Lønn til fast ansatte	208,8	210,0	-1,3	1 977,9	2 034,8	-56,9
Overtid og ekstrahjelp	21,9	13,5	8,4	137,4	68,6	68,8
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	85,3	80,9	4,4	539,5	527,5	12,0
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-25,5	-17,7	-7,8	-153,7	-128,1	-25,6
Annen lønnskostnad	24,5	21,6	2,9	155,5	140,3	15,3
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	235,3	234,9	0,4	2 137,3	2 139,7	-2,4
Avskrivninger	21,1	21,1	0,0	151,0	151,0	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	76,7	80,8	-4,1	576,5	555,5	21,0
Sum driftskostnader	490,2	488,6	1,6	3 973,3	3 915,5	57,8
Driftsresultat	-1,4	4,0	-5,4	-2,3	24,0	-26,4
Finansinntekter	1,6	0,1	1,4	8,3	0,9	7,4
Finanskostnader	0,0	0,8	-0,8	1,2	1,6	-0,4
Finansresultat	1,5	-0,7	2,2	7,1	-0,7	7,8
Ordinært resultat	0,2	3,3	-3,2	4,8	23,3	-18,6

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

Inntekter

- +3,4 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- -1,1 mill kr polikliniske inntekter
- -4,6 mill kr Andre driftsinntekter

Driftskostnader

- +0,2 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -1,1 mill kr kjøp av helsetjenester (offentlige +0,3 mill kr, private -1,4 mill kr)
- -0,4 mill kr lønn (+8,4 mill kr fast lønn, -7,9 mill kr variabel lønn)
- +4,1 mill kr andre driftskostnader

De viktigste avvikene akkumulert til og med juli er (ekskl. eksternfinansert virksomhet):

Inntekter

- +2,7 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- +5,3 mill kr polikliniske inntekter
- +4,4 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +12,9 mill kr Andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -15,4 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -5,0 mill kr kjøp av helsetjenester
- +2,4 mill kr lønn (+55,9 mill kr fast lønn, -64,8 mill kr variabel lønn)
- -21,0 mill kr andre driftskostnader

Tabell 16 Funksjonsregnskap for juli

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201507								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	288,3	310,4	2 209,6	2 337,7	2 329,5	8,2	5,8 %	4 102
Somatikk, (re-hab)	18,8	20,1	156,7	164,5	169,1	(4,6)	5,0 %	293
Lab/rtg	65,9	69,0	475,4	513,5	518,9	(5,4)	8,0 %	899
Somatikk inkl lab/rtg	373,0	399,5	2 841,7	3 015,6	3 017,5	(1,8)	6,1 %	5 293
VOP, sykehus og annen beh	28,4	30,2	221,3	231,5	241,8	(10,3)	4,6 %	422
VOP, DPS og annen beh	26,6	28,9	216,6	228,0	239,4	(11,5)	5,3 %	413
BUP	11,6	12,6	94,0	97,2	102,9	(5,7)	3,4 %	179
Psykisk helse	66,7	71,8	531,9	556,8	584,2	(27,4)	4,7 %	1 014
RUS, behandling	15,8	16,6	126,7	127,2	130,5	(3,3)	0,4 %	230
Rusomsorg	15,8	16,6	126,7	127,2	130,5	(3,3)	0,4 %	230
Ambulanse	27,7	29,7	215,6	232,2	231,8	0,4	7,7 %	400
Pasienttransport	15,7	15,0	121,1	123,9	123,3	0,7	2,4 %	217
Prehospitale tjenester	43,3	44,7	336,7	356,2	355,0	1,1	5,8 %	617
Administrasjon (skal være 0 på	-	-	-	-	-	-	0,0 %	(0)
Personalboliger, barnehager	0,9	1,1	10,0	8,2	7,3	0,9	-18,8 %	18
Personal	0,9	1,1	10,0	8,2	7,3	0,9	-18,8 %	17
Sum driftskostnader	499,7	533,6	3 847,1	4 063,9	4 094,5	(30,7)	5,6 %	7 171

Tabell 17 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

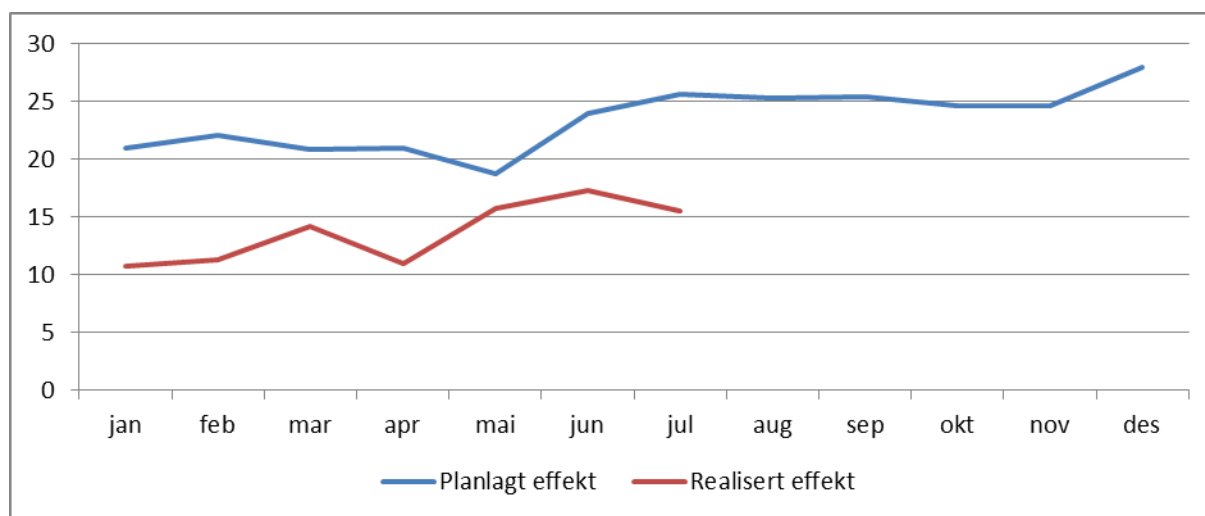
Klinikk, økonomiske tall i mill kr	Juli				Akkumulert per Juli			
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF
Totalt 10 - Akuttmedisinsk klinikk	31,3	33,0	1,7	0,2	199,2	190,2	-9,0	-0,1
Totalt 11 - Longyearbyen sykehus	2,7	2,8	0,1		14,0	14,2	0,2	
Totalt 12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	21,7	22,6	0,9	2,6	90,2	77,8	-12,4	4,3
Totalt 13 - Hjerter- lungeklinikken	18,0	16,0	-2,0	-2,1	85,4	77,3	-8,1	-1,5
Totalt 14 - Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	38,7	33,7	-5,0	-1,8	147,5	138,3	-9,2	-1,8
Totalt 15 - Medisinsk klinikk	22,4	26,2	3,8	1,9	109,9	112,4	2,5	4,8
Totalt 17 - Barne- og ungdomsklinikken	18,1	15,7	-2,5	-0,4	93,7	93,3	-0,4	1,1
Totalt 18 - Operasjons- og intensivklinikken	52,5	50,3	-2,2	0,1	348,0	333,0	-15,1	-0,1
Totalt 20 - Psykisk helse- og rusklinikken	61,0	61,8	0,8		367,6	367,6	-0,1	
Totalt 30 - Diagnostisk klinikk	47,5	47,4	-0,1		288,9	285,4	-3,4	
Totalt 40 - Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	13,3	10,0	-3,3		54,2	49,8	-4,4	
Totalt 45 - Drifts- og eiendomssenter	50,3	47,7	-2,6		330,9	328,6	-2,3	
Totalt 52 - Stabsenteret	12,9	14,9	2,0		81,0	87,1	6,1	
Totalt 54 - Fag- og forskningssenter	4,0	5,7	1,6		30,4	32,4	2,0	
Totalt 62 - Fellesinntekter/-kostnader	-394,6	-390,7	3,9	2,9	-2245,8	-2212,3	33,5	-4,1
	0,2	-3,3	-3,1	3,4	-4,8	-23,3	-18,5	2,7

Prognose

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

Gjennomføring av tiltak

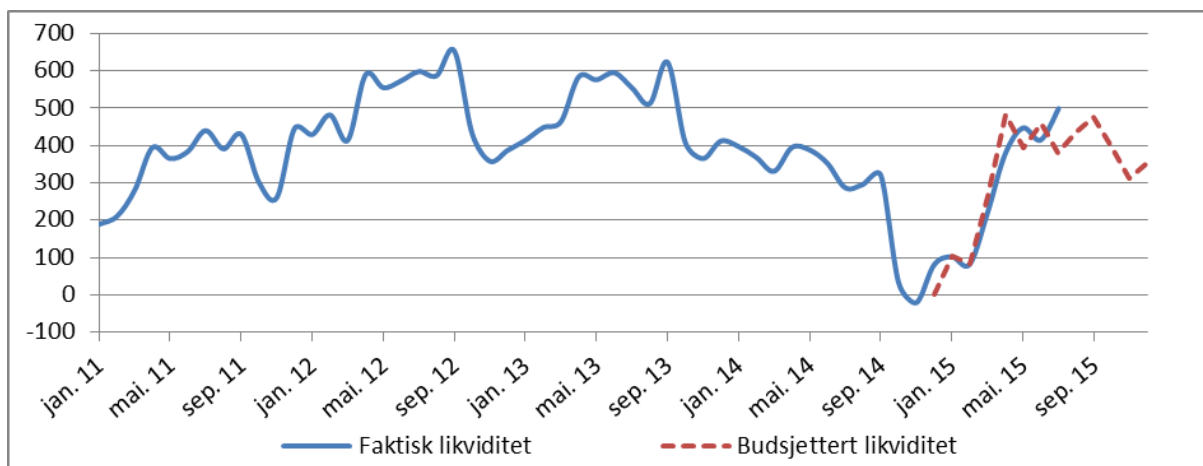
Figur 32 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I juli er det realisert en økonomisk effekt på 15,5 mill kr. Akkumulert hittil er det beregnet en økonomisk effekt på 95,7 mill kr. Dette gir en gjennomføringsgrad på 62,6 %.

Likviditet

Figur 33 Likviditet



UNN har per utgangen av juli en likviditet på 499 mill kr og er i tråd med prognosen. Økningen i likviditet skyldes egenkapitaltilskudd fra Helse Nord RHF og låneopptak i forbindelse med A-fløya.

Investeringer

Tabell 18 Investeringer (tall i 1000 kr)

	Investerings ramme overført til 2015	Investerings ramme 2015	Rest investerings ramme	Investert juni 2015	Investert juli 2015	Sum investert 2015	Rest- forpliktelser (godkjent tidligere) juli	Rest disponibel investerings ramme	Forbruk i år av disponibel ramme
Investeringer , tall i mill kr									
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	-10,0	69,0	59,0	7,4	19,6	78,7		-19,7	133 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	84,1	290,0	374,1	17,4	8,2	108,5		265,6	29 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-24,3	0,0	-24,3	10,0	8,4	23,2		-47,5	-95 %
Nytt sykehus Narvik	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2		-0,2	0 %
SUM Nybygg	49,8	359,0	408,8	35,0	36,2	210,6		198,2	52 %
Åsgård øvrige prosjekter	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0		1,2	0 %
Åsgård Bygg 7	71,4	16,3	87,7	13,9	0,2	19,4		68,3	22 %
SUM Rehabilitering	72,6	16,3	88,9	13,9	0,2	19,4		69,5	22 %
Tromsø undersøkelsen	10,0	5,0	15,0	15,0	0,0	15,0		0,0	100 %
Datarom	5,2	0,0	5,2	0,2	1,5	2,4		2,8	46 %
Tiltak kreftplan	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0 %
VAKe	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,6		0,3	67 %
Nytt nødnett	0,0	1,0	1,0	0,5	0,0	0,5		0,5	53 %
ENØK	13,5	0,0	13,5	0,0	0,0	0,7		12,8	5 %
SUM Prosjekter	29,6	7,0	35,6	15,7	1,5	19,2		16,4	54 %
Narvik inkl alle underprosjekter	-32,3	0,0	-32,3	0,0	0,0	8,2	0,0	-40,5	-25 %
Medisinteknisk utstyr	-50,4	200,0	149,6	2,9	3,3	32,6	27,5	89,5	22 %
Teknisk utstyr	17,6	0,0	17,6	0,0	5,1	6,0	0,0	11,7	34 %
Landingsplass Narvik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,7	-1,0	
Ombygginger	-52,4	0,0	-52,4	0,7	0,2	-1,3	0,0	-51,1	2 %
Ambulanser	1,1	0,0	1,1	0,0	0,0	1,3	7,8	-8,0	118 %
UNN-KIS	-13,0	0,0	-13,0	0,1	0,0	1,2	0,0	-14,1	-9 %
EK KLP	-2,8	0,0	-2,8	0,0	21,3	21,3	0,0	-24,1	-774 %
SUM Utstyr med mer	-132,1	200,0	67,9	3,7	30,4	69,6	36,0	-37,6	102 %
SUM total	19,9	582,3	601,2	68,4	68,3	318,8	36,0	246,4	53 %

I juli 2015 er det forbrukt 68,3 mill kr av investeringsrammen og hittil i år er det totalt investert 318,8 mill kr av en samlet investeringsramme på 582,3 mill kr. For utstyr med mer er det hittil i år brukt 69,6 mill kr og utestående forpliktelser på 36,0 mill kr.

For pasienthotellet er det hittil brukt 19,7 mill kr mer enn budsjett, og det vil komme ytterligere fakturaer. Forventet mva kompensasjon på 55 mill kr som kommer helt i slutfasen

av det endelige regnskapet for pasienthotellet reduserer total kostnadene for prosjektet, og prognosen opprettholdes derfor på 20 mill kr lavere enn vedtatt investeringsramme.

Tabell 18 Utstyrssøknader til styret

Klinikk/ Avdeling	Type utstyr	Årsak til søknad	Begrunnelse for søknaden			Tilsyns- pålegg	Konsekvenser	Stipulert kostnad (inkl. mva) mill. kr
			Nødvendig for opprettholdelse av normal drift	Nødvendig for opprettholdelse av liv og helse	Sparte driftskostnader			
Medisinsk klinikk - Avdeling for Mikrobiologi og smittevern-Tø	Medisinteknisk utstyr. Medieklav til produksjon av dyrknings- medier	Kassasjon av gammelt utstyr	Nødvendig for opprettholdelse av normal drift. Trenger denne Medieklaven med mindre volum for produksjon av små mengder med spesial medier.		ingen		Konsekvensen kan være at vi må sende prøver til andre laboratorier fordi vi ikke klarer å produsere spesial medier tids nok.	0,32
Kirurgi-kreft og kvinnehelse- klinikken - Urologisk avdeling-Tø	Percutan stenknuser	Eksisterende apparat defekt/kassert	Absolutt nødvendig for å kunne tilby percutan stenbehandling i nyrer. Eneste avdeling i Nord- Norge som gjør dette.	Nei, dette er elektiv behandling	Kostnader ved reparasjon av gammelt utstyr vil sanns raskt bli større, pluss strykninger.		Ved mangel på dette utstyret må pasientene sendes ut av regionen.	0,35
Medisinsk klinikk - Medisinsk avdeling-Ha	Vannreanlegg Dialysen	Kassasjon	Absolutt nødvendig for driften	Absolutt nødvendig for liv og helse til pasientene i dialyse	Nødvendig utstyr for å kunne gjennomføre dialysebehandling. Ingen ting å spare		omfattende konsekvenser for pasientene, de fleste får x3 pr uke, pt 14 pasienter. Antakelig umulig for øvrig dialyseenheter i HF å ta over ca 40 behandlinger pr uke. Behandlingene tar fra 3-5 timer hver, og pasientene drar fram og tilbake fra hjemmet. Antall behandlinger pr pasient pr uke kan ikke reduseres pga helsetap.	1,60
Hjerte og lungeklinikken - Hjertemedisinsk avdeling - MIA	Pasient- monitorerings- enheter	Utskifting av foreldet utstyr	JA	JA	JA		Risiko for skade på pasient, vanskelig driftssituasjon og økt ressursbruk til innleie av personell	2,35
Totalt								4,62
Kirurgi-kreft og kvinnehelse- klinikken - Fødepoliklinikk- Tø	Ultralydapparat Voluson BTIE10	Økt aktivitet på fødepol. For få tilgjengelige Ultralydmaskiner, doblet drift de siste 5 år	JA	JA	Vil gi økte inntekter, flere konsultasjoner		Vil ikke kunne ivareta nasjonale krav for fødsels og barselomsorgen hvis ikke et ekstra apparat kjøpes inn.	1,00
Kirurgi-kreft og kvinnehelse- klinikken - Uro- kirurgisk poliklinikk-Ha	Ultralydapparat	Pre-kassasjon	Brukes 10-15 ganger i uka på urologisk poliklinikk UNN Harstad		Ved stopp vil det medføre betydelige økte reisekostnader til UNN Tromsø/ UNN Narvik.		Pakkeforløpspasienter vil ikke bli vurdert innen frist. 10-15 pasienter i uka vil måtte overføres til UNN Tromsø/ UNN Narvik som allerede har problemer med kapasitet	0,90
Hjerte og lungeklinikken - Hjertemedisinsk avdeling - MIA - Tø	Ultralyd apparat	På Klinisk karlab gjør vi ultralydundersøkelser av abdominale aortaaneurismer, stentgraft, a.iliaca communis kar, lyske- og underkremittets- og overkremittetskar. Ultralydmaskinen vi har i dag tilfredsstillende bare i begrenset grad kravene til adekvat undersøkelse av disse kargebetene.	Maskinen vi har i dag kan brukes til evaluering av abdominale aortaaneurismer, men kan ikke brukes til diagnostikk av okklusiv, perifer karsykdom.	Sannsynligvis ikke på kort sikt, men god ultralyddiagnostikk er en forutsetning for riktig behandling av sykdommer i arterie- og venesystemet.	En god ultralydmaskin vil kunne føre til redusert behov fra invasiv angiografi, som er en betydelig dyrere undersøkelse		Ultralydmaskinen vi har i dag tilfredsstillende ikke minimumskravene til non-invasive vaskulære undersøkelser. Dette er spesialundersøkelser som er nært knyttet til den øvrige karkirurgiske virksomheten, og som må foregå her.	1,50
Totalt								3,40

De linjene som er markert i grått er søknader som investeringsgruppen ikke har anbefalt godkjent.

Byggeprosjekter**Tabell 19 Byggeprosjekter ved utgangen av juli 2015**

	Pasienthotell	A-fløya	PET-senter	Bygg 7 Åsgård
HMS	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse	23.04.2015	26.02.2018	24.02.2017	18.04.2016
Fremdrift	Ingen avvik	Ingen avvik	8 uker	Ingen avvik
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2014	114,0 mill kr	374,1 mill kr	148,5 mill kr	77,8 mill kr
Sum investert hittil 2015	58,5 mill kr	108,5 mill kr	33,1 mill kr	19,4 mill kr
Sum investert tidligere år	309,1 mill kr	220,0 mill kr	23,3 mill kr	18,2 mill kr
Investeringsramme P50	404 mill kr	1 596 mill kr	493,1 mill kr	96 mill kr
Prognose økonomiavvik	-20 mill kr	0	0	0

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
69/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.9.2015
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Endringer i Brukerutvalget - oppnevning av ny nestleder**Innstilling til vedtak**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner Obiajulu Odu som ny nestleder i Brukerutvalget ved UNN.

Sammendrag

Mandatet for Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) forutsetter at styret gjør oppnevning av leder og nestleder. For øvrig konstituerer utvalget seg selv.

Styret oppnevnte nytt brukerutvalg ved UNN i 2014. Den siste tiden har det skjedd endringer i representasjonen som tilsier at nestlederfunksjonen må erstattes.

Direktøren innstiller på at nestlederfunksjonen ivaretas av første vararepresentant, Obiajulu Odu, ut valgperioden.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) behandlet i sak 41/2014 oppnevning av nytt brukerutvalg for innværende periode. Sander Henriksen ble da oppnevnt til nestleder, og har fungert i den funksjonen frem til august i år. Henriksen måtte da flytte fra Tromsø for å følge studier i Bergen. Perioden han er oppnevnt for utløper i april 2016. Han har nå bedt seg fritatt for vervet.

Formål

Formålet med saken er å få oppnevnt ny nestleder for Brukerutvalget ved UNN.

Saksutredning

Det er skjedd flere endringer i Brukerutvalget for UNN siste halvår. Som følge av at Tone Tobiassen har bedt seg fritatt fra sitt verv på grunn av sykdom, har første vararepresentant Obiajulu Odu møtt fast det siste året. Som følge av Henriksens søknad om fritak, vil også andre vararepresentant gå inn som fast representant i utvalget ut perioden. Fortsatt er det to vararepresentanter som kan møte ved eventuelle forfall.

Vurdering

Etter en åpen spørreunde blant representantene, samt en helhetlig vurdering av situasjonen, anses den beste løsningen å være en oppnevning som foreslått i innstillingen. Representanten er forespurt, og har takket ja til å stille i vervet.

Konklusjon

Styret inviteres til å oppnevne ny nestleder i Brukerutvalget i tråd med innstillingen i saken.

Tromsø, 4.9.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
70/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	16.9.2015

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriflig orientering:

1. Felles innføring av kliniske systemer (FIKS) – Gevinstrealisering
2. Fritt behandlingsvalg – høringssak
3. Sammenligning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord for 2014

Muntlig orientering:

4. Pasienttilfredshet i norske sykehus 2014 - presentasjon
5. Alvorlig hendelse ved UNN 1.8.2015
6. Utbygging av dialyseenhet i Nordreisa
7. Prosedyrefeil ved Botox-behandling
8. Rentebetingelser for investeringslån
9. Oppfølging av tidligere styresak - unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Flv. § 13.1

Tromsø, 4.9.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg



Sak: Felles innføring av kliniske systemer (FIKS) - Gevinstrealisering
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Susann Bäckstrøm, Senterleder NST
Møtedato: 16.9.2015

Sammendrag

I Oppdragsdokument 2015¹ samt sak 14/15 i FIKS' styringsgruppemøte forutsettes foretakene å styrebehandle en sak om gevinstrealisering av FIKS-prosjektet i løpet av andre tertial 2015. Effekter (inkludert økonomiske gevinster) av FIKS-programmet er generelt formulert fra Helse Nord RHF, og det forventes at foretakenes egne implementeringsprosjekt skal definere spissede målformuleringer. I arbeidet med handlingsplanen og i prosjektplanen for prosjektet *Innføring av DIPS Arena i UNN* er det skissert oppgaver som bidrar til gevinstrealisering, men uten at gevinstrealisering er definert eksplisitt. Gevinstrealisering må derfor formaliseres som en del av prosjektet, og ansvarlig for tiltak og rapportering må oppnevnes.

Erfaringer så langt i *Innføringsprosjektet DIPS Arena i UNN* er at det på bakgrunn av enkeltstående moduler og funksjoner, ikke har fått et godt inntrykk av hvordan Arena som ferdig produkt vil forme kliniske og administrative arbeidsprosesser. Det gjør det på nåværende tidspunkt vanskelig å definere konkrete, målbare gevinster så lenge det ikke er klargjort hvordan nye arbeidsprosesser vil måtte utformes. I påvente av et (mer) komplett produkt kan det imidlertid gjøres organisatoriske forberedelser som øker sannsynligheten for gevinstrealisering etter implementering. Flere av disse er allerede igangsatt og samkjørt med andre prosesser i UNN. Implementeringen av FIKS-porteføljen vil kreve betydelig grad av endringsledelse, og linjeledelsen må derfor knyttes nærmere innføringsprosjektet.

Denne saken imøtekommer nok ikke fullt ut Helse Nord RHF's intensjon ved å stille krav om styrebehandling av en sak om gevinstrealisering i FIKS-prosjektet. UNN ønsker å gå i dialog med resten av foretaksgruppen for å utvikle en bedre og felles metodisk tilnærming til dette arbeidet.

Saksutredning

Mandatet til FIKS er forankret i Helse Nord RHF's kvalitetsstrategi. Internrevisjonsrapport 11/2012 påpeker at programmets formål og overordnede målsettinger er dokumentert, men at effektmålene (gevinstene) i liten grad er konkretisert. I behandlingen av denne rapporten ba styret i Helse Nord RHF i sak 22-2013 om en orientering vedrørende iverksatte forbedringstiltak, og gjennom styresak 81-2013 ble det gitt en orientering om mulige effekter av FIKS-programmet. Disse er generelt formulert:

¹ Oppdragsdokument 2015, pkt 2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.



«Innføringen av FIKS vil gi kvalitative forbedringer i pasientbehandlingen, kliniske beslutningsprosesser og samhandlingen i regionen. IKT-investeringene vil også på sikt kunne gi positive effekter i ressursbruken i regionen. Noen arbeidsprosesser vil i større grad enn i dag kunne automatiseres, andelen dobbelt og trippelt arbeid vil bli kraftig redusert, og enkelte oppgaver kan flyttes mellom yrkesgrupper».

Det henvises videre til at definering av spissede målformuleringer for programmet vil være en naturlig del av planleggingsarbeidet for implementeringsprosjektene.

Arbeidet med gevinstrealisering i UNN vil følge Direktorat for forvaltning og IKTs anbefalte prosjektmodell for gjennomføringen av digitaliseringsprosjekter i offentlig sektor. Her beskrives ulike faser av gevinstrealiseringen:

1. Konsept (aktiviteter som vil inngå i denne fasen vil være):
 - Kartlegging av dagens og fremtidige arbeidsprosesser
 - Analyse av endringer i prosesser og definere gevinster
 - Kartlegging av hvem som berøres av endringer
2. Planlegging:
 - Planlegge gevinstrealisering; knytte gevinster til konkrete tiltak, måleindikatorer og ansvarlige.
 - Planlegge hvordan gevinster skal følges opp
3. Gjennomføring:
 - Sørg for at tiltak følges opp
 - Evaluere måloppnåelse ifht effektmål og måleindikatorer
 - Oppdatering av gevinstplan
4. Overlevering:
 - Overlevere gevinstrealisering til linjen
 - Rapportere prosjektresultater
5. Realisering:
 - Etablere tydelige roller for gevinstansvar
 - Følge opp og evaluere gevinster i drift

I arbeidet med handlingsplanen og i prosjektplanen for prosjektet *Innføring av DIPS Arena i UNN* er det skissert oppgaver som faller inn i disse fasene, men uten at gevinstrealisering er definert eksplisitt. Gevinstrealisering må derfor formaliseres som en del av prosjektet og en ansvarlig for tiltak og rapportering må oppnevnes.

Innføringsprosjektet Arena i UNN har påbegynt oppgavene som ligger i fase 1 og 2, se over. De erfaringene som er høstet gjennom pasientforløpsprosjektet ortopedi (et delprosjekt i innføringsprosjektet), viser at det er vanskelig å definere konkrete, målbare gevinster, da det fremdeles ikke fremstår et godt bilde av hvordan DIPS Arena vil fungere samt hvordan nye arbeidsprosesser vil måtte utformes.

Det er vanskelig på bakgrunn av noen få, enkeltstående moduler og funksjoner (operasjonsplanlegging, inntaksplanlegging, pasientlister) å få godt inntrykk av hvordan Arena som ferdig produkt vil fungere for sluttbrukerne. Mange potensielle gevinster vil ligge i strukturerte data for gjenbruk, rapportering og forskning, men det er usikkert når arbeidet med å modellere arketyper har nådd et nivå som gjør at en får høste effekten av strukturerte data. Først når en kan gjenbruke data mellom dokumenter og framstille disse på ulike måter, kan gevinster defineres for konkrete arbeidsprosesser, samt måleindikatorer etableres.

Et eksempel kan være mål for diktatmengde fordi persistentinformasjon i inkomstnotat, operasjonsbeskrivelse og sammendrag i epikriser ikke behøver gjentas. Forventet gevinst vil være redusert diktering, hvilket kan beregnes til økonomisk gevinst i form av redusert



legearbeid og redusert skriving. Et annet eksempel er automatisk uttrekk av strukturerte data til kvalitetsregistre, hvilket reduserer arbeidstid for høyt kvalifisert personell til rent puncharbeid.

Så langt som Arena er utviklet pr nå, tilbys prosesstøtte bare for avgrensede funksjoner (inntaksplanlegging), og man får derfor ikke inntrykk av for eksempel hvordan forløpsmaler for pasientforløp vil påvirke dagens kliniske arbeidsprosesser og hvilke konkrete gevinster som kan defineres.

Det forventes betydelige gevinster av HOS-løpet i FIKS prosjektet med hensyn til felles journal for hele regionen. På samme måte som for det nye hovedsystemet Arena er det imidlertid vanskelig å definere målbare gevinster uten at nye rutiner er iverksatt. HOS har beskrevet mange av gevinstene som potensielle kvalitetsforbedringer, og det vil bli utfordrende å definere målbare effekter.

Til tross for et uavklart bilde av hvilke løsninger teknologien vil muliggjøre, kreves forberedende prosesser på ulike områder. Det er ubestridt at arbeidsprosessene vil måtte endres, og organisatoriske forberedelser for innføringen av Arena er derfor igangsatt. Arbeidet med å kartlegge dagens prosesser pågår, og vil breddes for å omfatte flere enn de to pasientforløpene som brukes som case i innføringsprosjektet (kreft i tarm og hoft/kneprotese). Dette arbeidet bygger på den etablerte Lean-metodikken og gjøres i nært samarbeid med pasientforløpskoordinatorene, slik at en får synergi med prosesser som kartlegges i andre sammenhenger.

Opplæring er en forutsetning for riktig og god utnyttelse av teknologien når den tas i bruk, og kartlegging av opplæringsbehov er igangsatt. Dette omfatter for eksempel hvilke oppgaver som skal løses i nye systemer (hvordan disse gjøres i dag, og hvordan de vil bli erstattet av ny funksjonalitet), hvor mange av ulike personellkategorier som skal ha opplæring, og hvilken funksjonalitet de ulike organisatoriske enhetene har behov for. UNN må også bygge kompetanse på de nye systemene hos dem som skal stå for opplæringen, og slike tiltak pågår.

Tekniske forutsetninger må kartlegges i samarbeid med Helse Nord IKT.

Det vil de være behov for å utvikle felles rutiner for Arena på samme måte som HOS-prosjektet har gjort for DIPS Classic. Dette må gjøres før Arena skal breddes i UNN og de øvrige foretakene i Helse Nord.

Strukturering av data i form av arketyper ivaretas av Nasjonal IKT gjennom Nasjonalt Reaksjonsutvalg for Arketyper, for å sikre at arketyper som tas i bruk i Norge er designet med så høy kvalitet som mulig. Redaksjonsutvalget er imidlertid avhengig av innspill fra kliniske miljø på behov for arketyper. Gjennom kartlegging av arbeidsprosesser og pasientforløp avdekkes behov for strukturerte elementer for gjenbruk og for indikatorer. Det samme gjøres i det pågående arbeidet med å øke bruk av fraser i dokumentasjon i DIPS Classic, forankret i sak 19.15 i direktørens ledergruppe. Det må etableres et samarbeid mellom arketypeforvaltningen i enheten *E-helse og ikt-forvaltning* ved NST og kartleggingsprosessene, slik at innspillene herfra kan komme inn i den nasjonale godkjenningsordningen for arketyper. På denne måten kan en sikre at nødvendige arketyper er på plass når det aktuelle fagområdet skal ta i bruk Arena, og en vil raskere kunne få gevinstene av løsningen.

For gevinstrealisering er ledelsens håndtering av potensialet som ligger i økt kvalitet og styrket effektivisering avgjørende. Det er linjelederne som må ta ansvar for implementering og



oppfølging av gevinster fra endrede arbeidsprosesser. Innføringsprosjektet kan derfor med fordel knyttes nærmere linjen, det vil øke forståelsen for nødvendige grep og nødvendig ressursallokering for å realisere gevinstene. Implementeringen vil kreve stor evne til endringsledelse. Det bør derfor vurderes om gevinstrealisering skal inngå i lederopplæringen slik at en styrker strategisk bevissthet, organisatorisk forankring og konkret metodikk som er avgjørende for gevinstrealisering. Det må også arbeides systematisk med organisasjonskulturen for implementering av fundamentale endringer.

Vurdering

Det er utfordrende å definere konkrete og målbare gevinster av FIKS-programmet når hovedsystemet DIPS Arena ikke er ferdig, og integrasjonen mot andre systemer som laboratorier og radiologi derfor heller ikke er på plass. Det er likevel viktig å jobbe med organisatoriske forberedelser for øke muligheten for vellykket gevinstrealisering. *Implementeringsprosjektet Arena i UNN* har igangsatt flere viktige aktiviteter, men gevinstrealisering bør formaliseres som en del av prosjektet og gevinstansvarlig oppnevnes.

Denne saken imøtekommer nok ikke fullt ut Helse Nord RHF's intensjon ved å stille krav om styrebehandling av en sak om gevinstrealisering i FIKS-prosjektet. Saken viser at UNN i øyeblikket ikke er i stand til å legge frem en konkret gevinstrealiseringsplan. Dette skyldes delvis forsinket fremdrift i DIPS Arena-delen av prosjektet, men også at det tar tid å utvikle prosessforståelse og metodekunnskap som gjør det mulig å realisere gevinster i driften. Til slutt er det avhengigheter mellom FIKS-prosjektet og andre pågående IKT-prosjekter som for eksempel e-resept og Jobb smartere (mobilt sluttbrukerutstyr og PC-basert videokonferanse) som medfører at arbeidet med gevinstrealisering etter vårt syn ikke bør avgrenses til FIKS-prosjektene, men gjennomføres som en generell aktivitet i all IKT-implementering. UNN ønsker med bakgrunn i dette å gå i dialog med resten av foretaksgruppen for å utvikle en bedre og felles metodisk tilnærming til dette arbeidet.

Konklusjon

Det er en utfordring for gevinstrealisering av FIKS programmet at DIPS Arena som hovedsystem på langt nær er ferdig. Vi kjenner derfor ikke løsningene som skal danne grunnlag for å definere konkrete, målbare gevinster. Fokuset nå må derfor være på å gjøre betydelige organisatoriske forberedelser for at gevinster av systemporteføljen fra FIKS skal realiseres optimalt ved implementering i UNN. Disse kan og er igangsatt på det detaljeringsnivå som er mulig under gitte forutsetninger. Linjeledelsen må knyttes tettere opp til implementeringsprosjektet og få et klart ansvar for implementeringen, da dette vil kreve stor grad av endringsledelse. Gevinstrealisering bør formaliseres som en del av innføringsprosjektet og gevinstansvarlig oppnevnes.



Sak: Høring - Forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten – Fritt behandlingsvalg

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Fag- og forskningssenteret v/Einar Bugge/ Trude Johannessen
Møtedato: 16.9.2015

Sammendrag

Orienteringen omhandler høringssak: «*Forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten.*» (Fritt behandlingsvalg).

- Forslaget om forskrift til Fritt behandlingsvalg omhandler krav til godkjenning mv. for private aktører som tilbyr spesialisthelsetjenester.
- Det foreslås å gi private virksomheter godkjenninger uten volumbegrensning og uten begrensninger i antall type helsetjenester. Hver godkjenning er foreslått å gjelde i fem år, med mulighet til forlengelse med 5 år av gangen.
- Kostnadene skal dekkes innenfor bevilgningene til de regionale helseforetakene. Aktivitet som ikke alene kan finansieres av ISF- refusjoner må sykehusene bruke basisbevilgningen til å dekke.
- I forslaget stilles det færre krav til de private aktørene sammenlignet med den offentlige spesialisthelsetjenesten og til dels også de private som inngår avtale med RHFene. Det er eksempelvis verken foreslått krav knyttet til bemanning og kompetanse eller til deltagelse i utdanning av helsepersonell.
- Når det gjelder kvalitetskrav, pålegges ikke private aktører å opprette råd og utvalg som i dag er pålagt den offentlige spesialisthelsetjenesten (Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, Brukerutvalg, Kliniske etikkutvalg, osv.).
- Konsekvenser av forslaget som for eksempel «omfordeling» av helsepersonell fra det offentlige til det private helsevesenet og faren for overbehandling, er ikke problematisert.
- Fritt behandlingsvalg skal tre i kraft i år (foreløpig dato er 1. november), samtidig med øvrige endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.

Bakgrunn

Fritt behandlingsvalg er en bred reform som i følge regjeringen skal redusere ventetidene gjennom å mobilisere kapasitet i privat sektor, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Fritt behandlingsvalg innebærer at det etableres en ordning der alle private virksomheter som tilbyr spesialisthelsetjenester og som oppfyller visse krav, kan levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten, uten volumbegrensning.



Private aktører med godkjenning kan ikke få oppgaver/pålegg gjennom eierstyring og heller ikke gjennom private avtaler med RHFene, eller lovgivning, som i stor grad er forbeholdt den offentlige spesialisthelsetjenesten. Man har derfor utarbeidet forslag til en forskrift, med vilkår og oppfølgingsregime.

Økonomi

Departementet foreslår å ta utgangspunkt i gjennomsnittspriser i kjøpsavtalene hos de fire regionale helseforetakene, og beregne et sjablongmessig fratrekk fra disse.

Selv om prisen i et slikt system ofte vil ligge under den laveste anbudsprisen, vil fritt behandlingsvalgsprisen i noen tilfeller også kunne ligge noe over laveste anbudspris.

For å stimulere de offentlige sykehusene til å forbedre seg skal utgiftene til aktivitet hos private med godkjenning budsjetteres og dekkes innenfor bevilgningene til de regionale helseforetakene.

Det er i tråd med hensynet til en enhetlig finansiering av de regionale helseforetakene og motvirker en skjevfordeling mellom regionene og eventuelle økonomiske tilpasninger, skriver departementet.

Frem til og med 2014 har det vært fastsatt et tak mht hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kunne behandle. Dette er nå fjernet.

Saksutredning

Regjeringen sendte i juni 2014 ut et generelt høringsnotat om Fritt behandlingsvalg. Høringsnotatet inneholdt forslag til to lovbestemmelser:

1. Pasientenes rett til å velge å motta helsehjelp hos en privat aktør.
2. Hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven til å gi forskrift om nærmere regulering av ordningen Fritt behandlingsvalg.

UNN skrev høringsuttalelse, hvor det ble reist flere problemstillinger og inngitt kritiske merknader.

Prop. 56 L Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (Fritt behandlingsvalg) ble fremlagt i Stortinget 23. januar 2015, og behandlet 14. april. Forslaget ble vedtatt med knapp margin. På denne bakgrunn sendte HOD 29.4.2015 ut forslag til forskrift om Fritt behandlingsvalg på høring.

Høringssaken ble behandlet i Stabsmøtet ved UNN 26. mai. Det ble da bestemt at FFS skulle utarbeide et utkast til høringsuttalelse på vegne av UNN og sende denne på intern høring til alle klinikker og til Brukerutvalget og Klinisk Etikkomite. Operasjon- og intensivklinikken har skrevet en uttalelse. Innspill fra klinikken er inntatt i uttalelsen.

Vurdering

Universitetssykehuset Nord-Norge HF ser på forslaget som en villet dreining mot økt privatisering av helsevesenet i Norge. Vi savner drøftinger og utredninger som sier noe om de konsekvenser forslaget vil kunne medføre så vel for det offentlige helsevesenet, som for den



delen av befolkningen, som ikke bor i de tettest befolkede områder. Konsekvenser av forslaget som for eksempel «omfordeling» av helsepersonell fra det offentlige til det private helsevesenet og faren for overbehandling, er ikke problematisert i det 86 siders lange høringsnotatet.

I forslaget til forskrift stilles det færre krav til de private aktørene enn den offentlige spesialisthelsetjenesten og til dels også til de private som inngår avtale med RHFene. Vi er ikke enige i en slik forskjellsbehandling. Det er i forskriften verken foreslått krav knyttet til bemanning eller kompetanse. Det er heller ikke krav om deltagelse av utdanning av helsepersonell. Vi er uenige i dette standpunktet og begrunner vår uenighet i høringsuttalelsen.

At private aktører ikke skal pålegges opprettelse av råd og utvalg som Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, Brukerutvalg, Klinisk etikkutvalg, mv. harmonerer lite med fokuset på brukermedvirkning og økt kvalitetskrav i helsetjenesten.

Innføring av fritt behandlingsvalg gir større uforutsigbarhet i de økonomiske rammene til RHFene. Vi har også kritiske merknader når det gjelder ansvar for medisinske komplikasjoner etter behandling hos private, også når det gjelder de økonomiske konsekvensene.

Konklusjon

UNN erkjenner at Fritt behandlingsvalg er vedtatt og vil bli iverksatt inneværende år. Vi savner imidlertid drøftinger og utredninger som sier noe om de konsekvenser forslaget vil innebære. En gjennomføring av Fritt behandlingsvalg, som foreslått, vil kunne være vanskelig å reversere. Vi har derfor i høringsuttalelsen gitt innspill som vi håper vil bli lyttet til og vurdert.



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:
15/2161

Vår ref.:
2015/2161-3

Saksbehandler/dir.tff.:
Trude Johannessen, 77 62 76 69

Dato:
12.8.2015

Høringsuttalelse - forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten

1. Innledning

Det vises til høringsnotat av 29.4.2015.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i ovennevnte høringsnotat å gi private virksomheter godkjenninger til å yte helsetjenester uten volumbegrensning og uten begrensninger i antall type helsetjenester. Hver godkjenning er foreslått å gjelde i fem år, med mulighet til forlengelse med 5 år av gangen. Kostnadene skal dekkes innenfor bevilgningene til de regionale helseforetakene.

I forslaget stilles det færre krav til de private aktørene sammenlignet med den offentlige spesialisthelsetjenesten og til dels også til de private som inngår avtale med RHFene. Det er eksempelvis verken foreslått krav knyttet til bemanning eller kompetanse. Det er heller ikke krav om deltagelse i utdanning av helsepersonell.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF ser på forslaget som en villet dreining mot økt privatisering av helsevesenet i Norge. Vi savner drøftinger og utredninger som sier noe om de konsekvenser forslaget vil kunne medføre så vel for det offentlige helsevesenet, som for den delen av befolkningen, som ikke bor i de tettest befolkede områder. Konsekvenser av forslaget som for eksempel «omfordeling» av helsepersonell fra det offentlige til det private helsevesenet og faren for overbehandling, er heller ikke problematisert i det 86 siders lange høringsnotatet.

2. Økonomiske konsekvenser

For å stimulere de offentlige sykehusene til å forbedre seg, skal utgiftene til aktivitet hos private med godkjenning budsjetteres og dekkes innenfor bevilgningene til de regionale helseforetakene. Det er i følge departementet, i tråd med hensynet til en enhetlig finansiering av de regionale helseforetakene og motvirker en skjevfordeling mellom regionene og eventuelle økonomiske tilpasninger.

For å unngå konflikt med hensyn til konfidensialitet om anbudsprisene, foreslår departementet å ta utgangspunkt i gjennomsnittspriser i kjøpsavtalene hos de fire regionale helseforetakene, og beregne et sjablongmessig fratrekk fra disse. Størrelsen på fratrekket foreslås knyttet til kunnskap om kostnadsstruktur og prisvariasjon for den aktuelle tjenesten. Hvor mye prisen skal nedjusteres fra gjennomsnittsprisen, skal vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle, men skal gjøres på en måte som er i samsvar med rammen for prisfastsettelsen. Selv om prisen i et slikt system ofte vil ligge under den laveste anbudsprisen, vil fritt behandlingsvalgspisen i noen tilfeller også kunne ligge noe over laveste anbudspris.

Innføring av fritt behandlingsvalg gir større uforutsigbarhet i de økonomiske rammene til RHFene. Aktivitet som ikke alene kan finansieres av ISF- refusjoner må sykehusene bruke basisbevilgningen til å dekke. I tillegg vil det ikke bli satt volumbegrensninger når det gjelder private aktører. Dette samt en godkjenningsordning som er forholdsvis langsiktig (5 år med mulighet til forlengelse 5 år om gangen), vil på sikt kunne gi betydelige endringer i foretakenes økonomiske rammer, som igjen vil kunne gi følger for tilbudet i det offentlige helsevesenet. Utredningen unnlater å problematisere de økonomiske konsekvensene for de regionale foretakene.

Psykisk helsevern og rus er finansiert over basisbevilgningen, og omfattes ikke av aktivitetsstyringen. For disse områdene vil derfor RHFene fortsatt bære risikoen dersom aktiviteten blir høyere enn anslått.

Når det gjelder medisinske komplikasjoner etter utredning og behandling, konkluderer HOD med at det skal legges opp til at prisene innenfor somatikk skal inkludere alle deler av pasientforløpet, dvs. både preoperativ konsultasjon, inngrep og oppfølging og ev. reoperasjon. Medisinske komplikasjoner er kun nevnt i høringen og man har verken drøftet økonomi eller innholdet i «komplikasjonsansvaret» nærmere. Sentralt i RHFenes avtaler med private i dag, er krav til bemanning og kompetanse. Det er i følge departementet ikke aktuelt å fastsette vilkår knyttet til bemanning og kompetanse i forskriften. Uten formelle krav til bemanning og kompetanse kan håndtering av medisinske komplikasjoner bli uforutsigbar og derved lett ende opp i det offentlige helsevesen. Det er en situasjon som er vel kjent, også i dagens samspill mellom offentlig og privat helsetjeneste.

Vi vil også bemerke at kostnader knyttet til nødvendig kontroll av anbudsprosess og kvalitetskontroll av Fritt behandlingsvalg, verken er berørt eller problematisert i utredningen. Begrensede økonomiske midler bør anvendes til direkte pasientbehandling, ikke til byråkratiske kontrollfunksjoner.

3. Utdanning av helsepersonell

Departementet har vurdert at det ikke bør settes som et vilkår for å få tildelt godkjenning, at den private virksomheten skal delta i utdanning av helsepersonell eller helsepersonell under spesialistutdanning. Dette begrunnes blant annet med private aktørers usikkerhet med hensyn til volum, økte kostnader og at medvirkning til utdanning egner seg best å regulere og å finansiere mellom de regionale helseforetakene og den enkelte leverandør med avtale. I tillegg mener departementet at dersom man tildeler noen virksomheter med bedre forutsetninger,

en eksklusiv rett til utdanning av helsepersonell, vil dette kunne komme i konflikt med hensynet til likebehandlingen av aktørene.

Vi er uenige i departementets vurderinger. Tilgangen til enkelte legespesialister, operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere er i dag vanskelig. Ved UNN har vi tydelig merket konkurransen med andre offentlige institusjoner og private aktører. Å skaffe nødvendig arbeidskraft, vil være en hovedutfordring i mange år fremover. Det er påfallende at Departementet, når muligheten nå foreligger, unnlater å sørge for at det skapes flere utdanningsplasser for personell det allerede i dag er kritisk mangel på.

Det er i det offentlige helsevesenet utdanning av helsepersonell skjer i dag. Dette er ressurskrevende og behovet for praksisplasser er betydelig. Vi ser med bekymring på at det offentlige skal utdanne helsepersonell, som kan søke seg bort fra det offentlige helsevesenet, så snart utdanningen er over. Det er ikke satt volumbegrensninger i forskriften. Dette innebærer at private aktører etter hvert, kan behandle et stort antall pasienter innenfor enkeltområder. Private aktører må derfor etter evne, kunne forpliktes til å bidra til utdanning av helsepersonell. I forskriften må det åpnes for at det skal kunne stilles vilkår om at private aktører skal bidra til utdanning av helsepersonell både ved første gangs godkjenning og i hvert fall ved vurdering av forlengelse.

4. Fare for overbehandling?

Det er ingen begrensninger når det gjelder hvor mange helsetjenester den enkelte virksomhet kan søke om å få levere, men virksomheten kan kun levere tjenester som den er godkjent for. Etter departementets vurdering er det derfor uheldig dersom pasienter som mottar tjenester av virksomheten som ytes etter denne forskriften, utsettes for direkte markedsføring av andre tjenester enn den helsehjelpen pasienten er henvist for, med mindre pasienten selv eksplisitt ber om det. Det vil i så fall kunne øke risikoen for overbehandling. Dette er den eneste «drøftelsen» når det gjelder overbehandling som mulig følge av forslaget.

UNN foreslo under høringsrunden for Fritt behandlingsvalg, at en eventuell innføring av Fritt behandlingsvalg kun burde innrettes mot høyt prioriterte grupper der ventetidene er lange, uten at ventetidene er medisinsk begrunnet. Det er en sammenheng mellom tilbud og etterspørsel av helsetjenester. Økt antall tilbydere vil også øke sannsynligheten for overbehandling. Det vil være naivt å tro at prioriteringer skjer uavhengig av økonomiske interesser. Vi registrerer at man i stedet for å lage begrensninger når det gjelder hvilken type behandling private skal kunne gi, åpner for «all behandling».

5. Evaluering av Fritt behandlingsvalg

Innføring av Fritt behandlingsvalg er ikke foreslått evaluert. Vi mener man fortløpende må evaluere ordningen ved å analysere forbruket av helsetjenester i befolkningen. Oppstår det uheldige virkninger, er det viktig å ha klare juridiske hjemler i forskriften for å kunne ta nødvendige og hensiktsmessige helsepolitiske og samfunnsmessige hensyn. Norsk pasientregister (NPR) bør tildeles oppgaven for kontinuerlig kunnskapsbasert evaluering av effekten av innføring av Fritt behandlingsvalg.

6. Kvalitetskrav

Vi påpekte i vår høringsuttalelse til Fritt behandlingsvalg, at vi er redde for at det vil skje en svekkelse av kvalitetskravet til private tilbydere når man lanserer Fritt behandlingsvalg som en alternativ vei inn i helsetjenestemarkedet for private tilbydere, i tillegg til anbudskonkurranser. Når de regionale helseforetakene inviterer til anbudskonkurranse, kan de i stor grad påvirke hva slags behandlingstilbud de gjør tilgjengelig for innbyggerne i regionen. Denne tilpasningsdyktigheten er det vanskelig å se at man kan videreføre ved tildeling av godkjenning. Vi registrerer at disse synspunktene heller ikke har blitt løftet frem ved behandlingen av saken.

Videre pålegges ikke private aktører å opprette råd og utvalg som i dag er pålagt den offentlige spesialisthelsetjenesten (kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, brukerutvalg, klinisk etikkutvalg, osv.). UNN mener at utvalg som jobber med kvalitet i den offentlige spesialisthelsetjenesten, kontinuerlig er med på å forbedre kvaliteten og å sikre forsvarligheten. De vil ha en like viktig funksjon i private helsevirksomheter som i det offentlige. Slike råd og utvalg bør derfor forskriftsfestes.

Med vennlig hilsen

Tor Ingebrigtsen
Administrerende direktør
Sign.

Einar Bugge
Fag- og forskningssjef
Sign.

**Sak: Sammenlikning av kostnader ved lokalsykehus 2014**

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen, stabssjef
Møtedato: 16.9.2015

Foreliggende rapport er en oppfølging av de tidligere rapportene ”Sammenlikning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord”. Forutsetninger og metodisk opplegg for rapporten er som tidligere. Årets sammenlikning er laget i to versjoner, der dette er rapport 2 – en oppsummering av hovedrapporten. Ved å lese denne rapporten vil man få samlet oversikt over kostnader og produktivitet per 2014 sett i forhold til 2013 samt utvikling fra 2007. Dersom man ønsker å gjøre en dypere analyse og se utviklingen på detaljnivå, anbefales det at man ser nærmere på rapport 1. Vedleggene knyttet til rapportene finnes også i rapport 1, og er lagt ut på nettbrettene til styrerepresentantene under *Andre dokumenter*.

Omleggingen gjøres som følge av et behov om at rapporten skal være tilpasset flere målgrupper. En målgruppe som ønsker å få en innsikt i utvikling av kostnadsnivå og produktivitet i lokalsykehusene i Helse Nord, og en gruppe som ønsker å bruke rapporten aktivt til analyse- og forbedringsarbeid.

Sammenligning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord 2014

Rapport 2 - oppsummering

Utgitt av: Kirsti Freibu
Dato: 7.07.15

Forord

Foreliggende rapport er en oppfølging av de tidligere rapportene "Sammenligning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord". Forutsetninger og metodisk opplegg for rapporten er som tidligere. Årets sammenligning er laget i to versjoner, der dette er rapport 2 – en oppsummering av hovedrapporten. Ved å lese denne rapporten vil man få samlet oversikt over kostnader og produktivitet per 2014 sett i forhold til 2013 samt utvikling fra 2007. Dersom man ønsker å gjøre en dypere analyse og se utviklingen på detaljnivå, anbefales det at man ser nærmere på rapport 1. Vedleggene knyttet til rapportene finnes også i rapport 1.

Omleggingen gjøres som følge av et behov om at rapporten skal være tilpasset flere målgrupper. En målgruppe som ønsker å få en innsikt i utvikling av kostnadsnivå og produktivitet i lokalsykehusene i Helse Nord, og en gruppe som ønsker å bruke rapporten aktivt til analyse- og forbedringsarbeid.

Innhold

Forord	2
1 MÅLSETTING OG FORVENTET RESULTAT.....	4
1.1 Sammendrag	5
2 METODE	6
2.1 Datagrunnlag og avgrensning	6
2.2 Forhold som kan forklare kostnadsforskjeller	10
3 RESULTATER.....	11
3.1 Hovedtrekk i sammenligning av lokalsykehusene.....	11
3.2 Utvikling perioden 2007 til 2014	13
3.3 Forskjeller i kostnader per DRG-poeng 2014 for lokalsykehusene	14
3.4 Forskjeller i arbeidsproduktivitet i 2014 og 2013 målt i årsverk for lokalsykehusene.....	15
3.5 Utvikling i kostnadsnivå og arbeidsproduktivitet per fagområde.....	17
3.6 Utvikling i lønn per årsverk 2007 – 2014.....	21
3.7 Utvikling i netto kostnader ekskl. lønn. 2008 – 2014	22
4 FORSLAG TIL FORETAKSVIS PRIORITERING AV VIDERE ARBEID	22
4.1 Finnmarkssykehuset	22
4.2 UNN	23
4.3 Nordlandssykehuset.....	25
4.4 Helgelandssykehuset.....	25

1 MÅLSETTING OG FORVENTET RESULTAT

Målsettingen med denne rapporten er å sammenligne kostnader, aktivitet og personellbruk mellom sykehus i Helse Nord for å skaffe relevant og handlingsrettet kunnskap om kostnadsforskjeller. Denne kunnskapen vil kunne være grunnlag for å iverksette tiltak som kan redusere kostnadene relatert til pasientbehandling. Utgangspunktet er de betydelige kostnadsforskjellene som fremkommer i SAMDATA og det faktum at det er betydelige forskjeller i gjennomsnittlig kostnadsnivå mellom helseforetakene i Helse Nord og øvrige regionale helseforetak.

Siden SAMDATA viser kostnadsforskjellene på foretaksnivå har de begrenset verdi som redskap for aktivt forbedringsarbeid. En viktig målsetting med dette arbeidet er derfor å vise forskjeller på et nivå som gjør det mulig å benytte dokumenterte funn i aktivt forbedringsarbeid, både på sykehusnivå og på enhetsnivå innen sykehus. Dokumentasjonen vil legge til rette for at sykehusenheter med høyt kostnadsnivå kan lære av enheter med lavt kostnadsnivå. Gjennom arbeidet søker en også å vise utvikling i kostnader, produktivitet og aktivitet over tid.

Inndeling av sykehusenheter i fagområder som medisin, kirurgi osv. ansees å være hensiktsmessig for dette formålet. Ulik organisering, gruppering og bokføring av kostnader kan redusere verdien av slike sammenligninger. Som det redegjøres for i rapporten, er det derfor gjort korreksjoner i materialet for å øke sammenlignbarheten.

Forskjellene i kostnadseffektivitet og arbeidsproduktivitet som presenteres i rapporten må sees på som indikasjoner på områder som kan være gjenstand for ytterligere analyse. I rapporten har vi identifisert områder som ut fra analysen peker seg ut som klare kandidater for kostnadseffektivisering, uten at det nødvendigvis presiseres et absolutt nivå for slike forbedringer. Nivået for forbedring vil avhenge av utgangspunktet. Det betyr at sykehusenheter med kostnadsnivå på gjennomsnittsnivå bør ha laveste kostnadsnivå som referanse, mens enhetene som har høyest kostnadsnivå bør ha gjennomsnittet som referanse i en første fase. For enhetene med lavest samlet kostnadsnivå viser analysene at også disse innenfor enkelte fagområder har potensial for forbedring.

1.1 Sammendrag

I denne rapporten oppsummeres resultatene fra sammenligningen av kostnader som er gjennomført ved de 9 lokalsykehusene i Helse Nord for 2014. NLSH Bodø og UNN Tromsø er holdt utenfor i sammenligningen på fagområdenivå fordi tilbudet ved disse to sykehusene er mer differensiert og derfor mindre sammenlignbart med virksomheten som drives ved lokalsykehusene.

Analysen viser at kostnadene per DRG poeng økes med 3,7 prosent fra 2013 til 2014 og gjennomsnittlig kostnad per DRG poeng var i 2014 kr 40 824,-. Antall DRG poeng produsert per årsverk (produktivitet) økes med 0,5 prosent slik at netto nominell økning i kostnad per DRG poeng i samme periode blir 4,2 prosent. Samtidig ser vi at aktiviteten har økt med 0,8 prosent. Isolert sett skulle denne økningen ført til en produktivitetsøkning på 0,8 prosent. Men siden bemanningen også har økt, øker produktiviteten mindre enn aktiviteten.

2 METODE

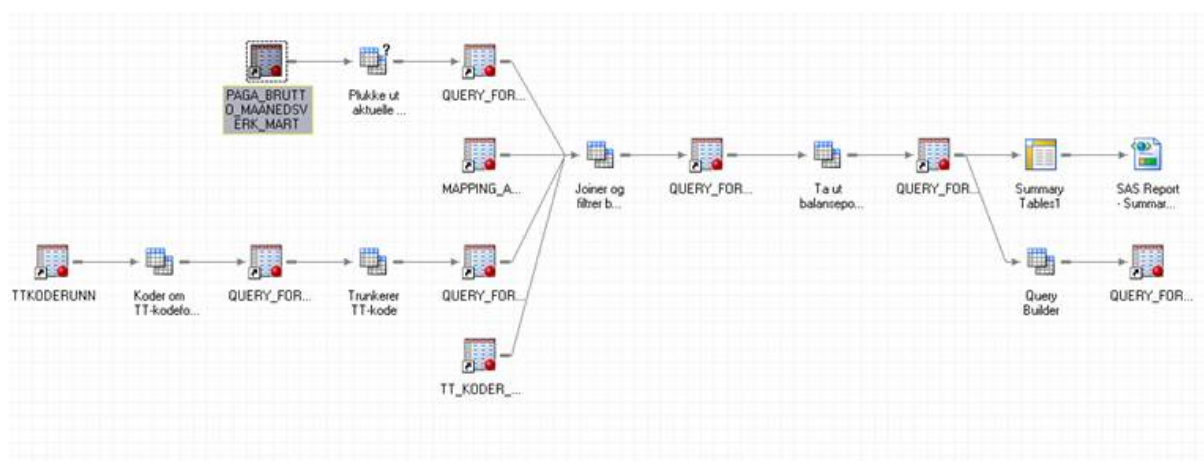
2.1 Datagrunnlag og avgrensning

Datagrunnlaget for analysene er innhentet gjennom uttrekk fra helseforetakenes regnskapssystem og lønns- og personalsystem. Aktivitetsgrunnlaget er innhentet fra ASL (Analysesentret Lovisenberg).

I tidsrommet oktober 2012 – oktober 2013 har Helse Nord innført et nytt lønns- og personalsystem fra Bluegarden. Dette innebærer et skifte i kilde for lønns- og fraværdata for benchmarkprosjektet. I forbindelse med omleggingen har både definisjonene av månedsværk og fraværeregninger blitt gjennomgått og harmonisert med nasjonale definisjoner. Det har også vært gjort en kvalitetsgjennomgang av kodeverk i forbindelsen med overgang til nytt system. Selv om mye av innholdet i definisjonene ligger tett opp mot definisjoner har det en viss påvirkning på utfallet av indikatorene.

En annen endring er at det nye lønns- og personalsystemet også håndterer reiseregninger. Dette innebærer at systemet håndterer langt større mengde transaksjoner enn tidligere. Det er gjort et arbeid for i størst mulig grad kunne gjenskape samme definisjoner på kodeverket som den gamle kilden og dette skal i følge avstemminger stemme ganske godt overens.

Lønns- og månedsværkdata er hentet fra månedsværksmarten PAGA_BRUTTO_MAANEDSVÆRK_MART. Det er gjort et arbeid der vi har plukket ut tillegg- og trekkskoder (TT-koder) som angår lønn og som gjør resultatet sammenlignbart med uttrekk fra det gamle systemet. Ikke alle felt kan rekonstrueres, men alle som brukes i benchmarkprosjektet er rekonstruert og skal stemme sånn høvelig. I tillegg til filtrering på TT-koder er også alle balanseposter utelatt. Testing viser at dette gir sammenlignbare data fra gammelt til nytt lønnsystem.

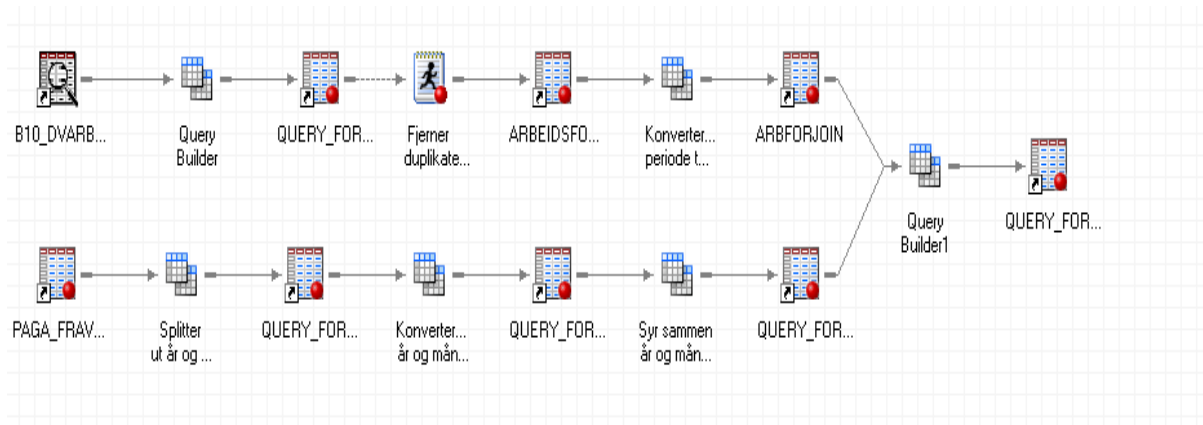


Dette gjøres i SAS Enterprise Guide-prosjektet Journaldata til benchmarkrapport.egp som ligger i katalogen RHF_Analysts.

Fravær er basert på tabellen PAGA_FRAVÆR_AVTALTE ARBEIDSDAGER i SAS der fraværsgdagene er beregnet ut fra nasjonal definisjon for fraværeregning. Fraværsgdagene er koplet med hvert enkelt

arbeidsforhold som videre brukes for å fordele fraværstidene på kostnadsstedene der hvert enkelt arbeidsforhold er registrert. Dette gjøres i SAS Enterprise Guide-prosjektet Fravær til benchmark.egg som ligger i mappen RHF_Analysts i produksjonsmiljøet. Bildet under er fra objektene i dette prosjektet.

Etter dette er fraværstidene manuelt gruppert på de samme kategoriene som fra det gamle uttrekket i Excel. Definisjoner for fraværstidene finnes i Helse Nord LIS-prosjektet.



I tabell 1 er vist henholdsvis samlet brutto kostnadsgrunnlag for alle HF'ene i Helse Nord (ekskl. apoteket) og den delen av kostnadsgrunnlaget som inngår i sammenligningen. Ved etablering av kostnadsgrunnlaget som inngår i sammenligningen er følgende kostnader holdt utenfor:

- Avskrivninger
- Pensjon
- Arbeidsgiveravgift

For avskrivninger og pensjon begrunnes dette med at det anvendes ulike prinsipper mht hvordan disse kostnadene fordeles ut på ulike enheter i organisasjonen. Ved sammenligning av enheter kan dette kan gi ulikheter i kostnadene som ikke er begrunnet i ulikt kostnadsnivå. Ved å ekskludere disse kostnadene sikrer en derfor større konsistens i sammenligningen på fagområdenivå. Arbeidsgiveravgiften holdes utenfor fordi denne belastes med ulik sats i ulike områder.

Tabell 1 viser hvor stor del av kostnadene i den enkelte sykehusenhet og i det enkelte HF som inngår i sammenligningen. Første kolonne i tabellen viser samlet kostnadsgrunnlag per HF og sykehusenhet mens den andre kolonnen viser hvor mye av de samlede kostnadene til den enkelte sykehusenhet som inngår. Av tabellen går det frem at av et kostnadsgrunnlag for helseforetakene i Helse Nord samlet på 11 mrd i 2014, er det 2,067 mrd kr som er gjenstand for sammenligning i denne rapporten.

Tabell 1 Samlet kostnadsgrunnlag og kostnadsgrunnlag som inngår i sammenligningen i 2014

Sum av re_hiå			
foretak	sykehus	Totalt	Totalt
Apoteket	APOTEK	-185 711 391	
Totalt Apoteket		-185 711 391	
Finnmark	FINNMARK FELLES	516 416 271	
	FINNMARK PSYKIATRI	239 309 274	
	HAMMERFEST	396 063 987	340 829 006
	KIRKENES	304 445 578	231 133 079
Totalt Finnmark		1 456 294 097	571 962 085
Helgeland	HELGELAND FELLES	478 642 098	
	HELGELAND PSYKIATRI	199 595 632	
	MOSJØEN	137 190 038	121 958 196
	RANA	286 001 071	256 547 019
	SANDNESSJØEN	237 966 920	213 732 854
Totalt Helgeland		1 339 395 750	592 238 069
HNIKT	HNIKT	-15 972 521	
Totalt HNIKT		-15 972 521	
HNRHF	HNRHF	1 034 474 891	
Totalt HNRHF		1 034 474 891	
NLSH	BODØ SOMATIKK	1 381 788 826	
	LOFOTEN	199 848 622	156 637 675
	NLSH FELLES	438 035 147	
	NLSH PSYKIATRI	597 958 823	
	VESTERÅLEN	246 786 591	200 699 895
Totalt NLSH		2 864 418 009	357 337 569
UNN	HARSTAD	423 228 967	345 370 988
	NARVIK	246 542 311	200 696 152
	TROMSØ SOMATIKK	2 943 590 077	
	UNN FELLES	160 337 940	
	UNN PSYKIATRI	736 003 412	
	FINNSNES	251 487	
Totalt UNN		4 509 697 003	546 067 140
Totalsum		11 002 566 345	2 067 604 863

Som det går frem av tabell 6 er det forskjell i kostnadsnivået i de to kolonnene for de sykehusenhetene som inngår i sammenligningen. Forskjellen er knyttet til kostnadene som er holdt utenfor; arbeidsgiveravgift, pensjon, avskrivninger, poliklinikk som ikke er ISF-finansiert samt virksomhet som har ekstern finansiering.

For å sikre at kostnadsforskjellene som fremkommer i analysen kan spores til et ansvarsnivå i organisasjonen, er det ved etablering av datagrunnlag søkt å unngå kostnadsfordelinger. For å sikre størst mulig grad av sammenlignbarhet er det imidlertid gjort noen korreksjoner i materialet. Oversikt over disse korreksjonene er vist i vedlegg 1.

I tabell 2 er vist hvordan kostnadsgrunnlaget på om lag 2 067 mill kr som analyseres, er fordelt på helseforetak og fagområde.

Fagområdet "Drift" omfatter i all hovedsak de ikke-medisinske servicefunksjonene som teknisk drift, kjøkken, renhold, vaskeri, medisinteknisk. I tillegg er all kontortjeneste kategorisert under dette området.

Når det gjelder fagområdet "Medisin" omfattes dette i all hovedsak av indremedisin. I den grad noen av enhetene har poliklinisk virksomhet innenfor nevrologi, revmatologi, barn med mer, er dette kategorisert innenfor dette området. Kirurgi omfatter generell kirurgi og ortopedi. I den grad en har poliklinikk innenfor øre/nese/hals eller andre kirurgiske fagområder, er dette kategorisert som kirurgi.

Tabell 2 Kostnadsgrunnlag 2013 fordelt per fagområde og HF

Sum av re_hiå	foretak				Totalsum
fag	Finmark	Helgeland	NLSH	UNN	
ADM				127	-372 418
ANNET	13 548 549			254 712	919 901
BARN	21 246 480				21 246 480
DRIFT	96 700 433	123 973 779	68 578 529	86 472 964	375 725 705
FØDE/GYN	45 730 110	32 379 443	25 105 825	34 639 380	137 854 758
HAB/REHAB	19 815 438	20 603 868	7 662 869	20 871 443	68 953 617
KIRURGI	91 497 038	125 076 257	59 492 998	122 667 267	398 733 561
KLINISK SERVICE	6 771 944			7 518 441	14 290 385
LABORATORIE	20 420 017	29 154 054	16 888 038	19 168 560	85 630 669
MEDISIN	123 105 016	118 266 511	95 950 442	121 939 177	459 261 145
OPERASJON			2 966 760		2 966 760
OPERASJON/ANESTESI/AKUTT/INTENSIV	107 124 942	121 299 333	69 159 789	112 788 306	410 372 369
RADIOLOGI	26 002 118	21 484 824	11 264 694	19 483 699	78 235 335
SOMATIKK				-29 580	-29 580
Totalsum	571 962 085	592 238 069	357 324 784	546 067 140	2 067 592 078

Følgende fagområder inngår ikke i sammenligningen av kostnader per DRG-poeng som presenteres:

- Administrasjon
- Ambulanse
- Psykiatri
- Rus
- Pasienttransport
- Gjestepasienter
- TNF-hemmere
- Behandlingshjelpemidler
- Andre felleskostnader

Med unntak for psykiatri og rus inngår disse kostnadene i felleskostnadene.

Siden det er kostnader knyttet til den DRG-relaterte virksomheten som skal analyseres, må kostnader knyttet til annen virksomhet trekkes ut. Dette gjøres for det første ved å dele virksomhetene inn i fagområder, dernest ved å redusere kostnadsgrunnlaget tilsvarende eksternt finansiert virksomhet; for eksempel Felles Akuttmottak, barnehager, boliger med mer.

Det er ikke gjort tilsvarende korreksjon i antall årsverk. I den grad en har ulikt omfang av eksternt finansiert virksomhet vil en derfor kunne få noe ulike resultater avhengig av om en måler kostnad per DRG-poeng eller DRG-poeng per årsverk.

Alle helseforetakene har desentralisert virksomhet lokalisert utenfor sykehusenhetene. Dette gjelder Alta, Karasjok, Brønnøysund, Lenvik, Nordreisa, Indre Troms (TMS) og Steigen. Denne virksomheten er holdt utenfor analysene, både hva angår kostnad og aktivitet, siden det er virksomheten som drives i den enkelte sykehusenheten som danner grunnlaget for analysen.

Kategoriseringen av kostnadssteder og kostnader i fagområder slik den går frem av vedleggene 3 og 4 i rapport 1, er gjennomgått og avklart med økonomiavdelingene i det enkelte helseforetak. I tabellene 3 og 4 er vist samlet kostnads-, aktivitets- og personellgrunnlag for 2014 som inngår i analysen.

Tabell 3 *Kostnads-, aktivitets- og personellgrunnlag 2014 fordelt på sykehusenhet*

Verdier			
sykehus	Sum av re_hiå	Summer av drg_poeng	Summer av årsverk
HAMMERFEST	340 829 006	7 474	467
HARSTAD	345 370 988	9 220	511
KIRKENES	231 133 079	4 980	329
LOFOTEN	156 637 675	4 013	220
MOSJØEN	121 958 196	2 943	182
NARVIK	200 696 152	4 938	306
RANA	256 547 019	6 591	362
SANDNESSJØEN	213 732 854	5 369	298
VESTERÅLEN	200 699 895	5 118	289
Totalsum	2 067 604 863	50 646	2 963

Tabell 4 *Kostnads-, aktivitets- og personellgrunnlag 2014 fordelt på fagområder*

Verdier			
fag	Sum av re_hiå	Summer av drg_poeng	Summer av årsverk
ADM	-372 291		1
ANESTESI		3	
ANNET	14 723 161		14
BARN	21 246 480	599	31
DRIFT	375 725 705		567
FØDE/GYN	137 854 758	5 510	189
HAB/REHAB	68 953 617	761	123
KIRURGI	398 733 561	19 114	525
KLINISK SERVICE	14 290 385	5	36
LABORATORIE	85 630 669		119
MEDISIN	459 261 145	22 916	660
NEVROLOGI	12 785		
OPERASJON	2 966 760		
OPERASJON/ANESTESI/AKUTT/INTENSIV	410 372 369		574
ORTOPEDI		1 739	
RADIOLOGI	78 235 335		124
SOMATIKK	-29 580		
Totalsum	2 067 604 863	50 646	2 963

2.2 Forhold som kan forklare kostnadsforskjeller

Noen av forskjellene som fremkommer mellom sykehusenhetene kan ha sin forklaring i svakheter i den metoden som er valgt for analyse. I tillegg vil forskjeller kunne være knyttet til eksplisitte

beslutninger i forhold til fordeling av ressurser. Dette kan være forhold med kostnadsforskjeller som følge av inntektsmodellen i Helse Nord, høyere kostnader på grunn av overlegepermisjon i Finnmark, ulik organisering og gruppering på sykehusene, og usikkerhet rundt bruk av DRG-systemet som outputmål.

3 RESULTATER

3.1 Hovedtrekk i sammenligning av lokalsykehusene

Tabellene 5 og 6 viser samlede indekser for kostnadsnivå og arbeidsproduktiviteten.

Tabell 5 *Kostnad per DRG-poeng, relativt kostnadsnivå, relativt kostnadsnivå i forhold til sykehusene med lavest nivå og nivå i forhold til SAMDATA 2013 og 2014*

2014

Sykehusenhet	Kostnads- grunnlag	DRG- poeng	Kostn. per DRG-poeng	Relativt nivå	Nivå relativ til lavest	"SAMDATA"
HAMMERFEST	340 829 006	7474	45 605	1,12	1,22	1,26
HARSTAD	345 370 988	9220	37 457	0,92	1,00	1,04
KIRKENES	231 133 079	4980	46 412	1,14	1,24	1,28
LOFOTEN	156 637 675	4013	39 030	0,96	1,04	1,08
MOSJØEN	121 958 196	2943	41 442	1,02	1,11	1,15
NARVIK	200 696 152	4938	40 639	1,00	1,08	1,12
RANA	256 547 019	6591	38 923	0,95	1,04	1,08
SANDNESSJØEN	213 732 854	5369	39 809	0,98	1,06	1,10
VESTERÅLEN	200 699 895	5118	39 217	0,96	1,05	1,09
Totalt	2 067 604 863	50 646	40 824	1,00		1,13

2013

Sykehusenhet	Kostnads- grunnlag	DRG- poeng	Kostn. per DRG-poeng	Relativt nivå	Nivå relativ til lavest	"SAMDATA"
HAMMERFEST	330 634 020	7 538	43 865	1,11	1,22	1,25
HARSTAD	328 681 658	9 072	36 232	0,92	1,01	1,03
KIRKENES	213 424 850	4 792	44 538	1,13	1,24	1,27
LOFOTEN	152 818 146	4 264	35 842	0,91	1,00	1,02
MOSJØEN	119 309 563	2 988	39 931	1,01	1,11	1,14
NARVIK	195 005 231	4 560	42 761	1,09	1,19	1,22
RANA	242 530 553	6 477	37 445	0,95	1,04	1,07
SANDNESSJØEN	203 140 403	5 417	37 504	0,95	1,05	1,07
VESTERÅLEN	192 767 643	5 134	37 545	0,95	1,05	1,07
Totalt	1 978 312 067	50 241	39 377	1,00		1,12

Tabell 6 DRG-poeng per årsverk inkludert innleid personell i 2013 og 2014, totalt

2014

Totalt Sykehusenhet	Årsverk inkl innleie	Refunderte årsverk	Netto årsverk	DRG-poeng	DRG per årsverk	Relativt nivå *)	Rel. nivå høyest
HAMMERFEST	507,2	-40,5	466,6	7 474	16,0	0,94	0,88
HARSTAD	563,9	-52,5	511,4	9 220	18,0	1,05	0,99
KIRKENES	352,4	-23,9	328,5	4 980	15,2	0,89	0,83
LOFOTEN	239,6	-19,9	219,8	4 013	18,3	1,07	1,00
MOSJØEN	199,5	-17,4	182,2	2 943	16,2	0,95	0,88
NARVIK	339,4	-33,3	306,2	4 938	16,1	0,94	0,88
RANA	401,1	-39,2	361,9	6 591	18,2	1,07	1,00
SANDNESSJØEN	324,0	-25,9	298,1	5 369	18,0	1,05	0,99
VESTERÅLEN	308,4	-19,7	288,7	5 118	17,7	1,04	0,97
Totalt	3 235,7	-272,3	2 963,4	50 646	17,1	1,00	0,94

2013

Totalt Sykehusenhet	Årsverk inkl innleie	Refunderte årsverk	Netto årsverk	DRG-poeng	DRG per årsverk	Relativt nivå *)	Rel. nivå høyest
HAMMERFEST	526,1	-51,3	474,8	7 538	15,9	0,93	0,82
HARSTAD	566,2	-61,8	504,5	9 072	18,0	1,06	0,93
KIRKENES	349,9	-24,4	325,5	4 792	14,7	0,87	0,76
LOFOTEN	244,0	-23,8	220,2	4 264	19,4	1,14	1,00
MOSJØEN	201,6	-18,9	182,7	2 988	16,4	0,96	0,84
NARVIK	333,0	-31,4	301,6	4 560	15,1	0,89	0,78
RANA	403,8	-43,5	360,3	6 477	18,0	1,06	0,93
SANDNESSJØEN	320,0	-22,6	297,4	5 417	18,2	1,07	0,94
VESTERÅLEN	317,5	-27,8	289,7	5 134	17,7	1,04	0,92
Totalt	3 262,2	-305,5	2 956,7	50 241	17,0	1,00	0,88

Hovedtrekkene i analysene av lokalsykehusene som presenteres i denne rapporten er:

Kostnad per DRG-poeng

- Harstad har lavest kostnadsnivå målt som kostnad per DRG poeng.
- Ingen enheter har lavere kostnader enn det beregnede gjennomsnittet i SAMDATA. Harstad, som har lavest nivå, har et nivå 4 prosent over gjennomsnittet i SAMDATA.
- Samlet kostnadsforskjell mot laveste kostnad i 2014 utgjør 170,5 mill kr, en nedgang på 7,1 mil kr fra 2013.
- Økning i kostnad per DRG poeng i forhold til 2013 samlet på 3,7 prosent (jfr. tabell 10) og økning i arbeidsproduktiviteten med 0,5 prosent sammenlignet med 2013 (jfr. tabell 22). Aktiviteten er økt med 0,8 prosent i 2014 sammenlignet med 2013 (jfr tabell 10).
- Det er fortsatt betydelige kostnadsforskjeller mellom de ulike sykehusenhetene, og forskjellen mellom laveste og høyeste er den samme sammenlignet med 2013.
- Narvik har sammenlignet med 2013 en nedgang i kostnad per DRG poeng, mens de øvrige sykehusene opplever en økning i samme periode.
- Betydelig forverring for Lofoten som har hatt en økning i kostnad per DRG poeng med 8,9 fra 2013.

Arbeidsproduktivitet/DRG-poeng per årsverk

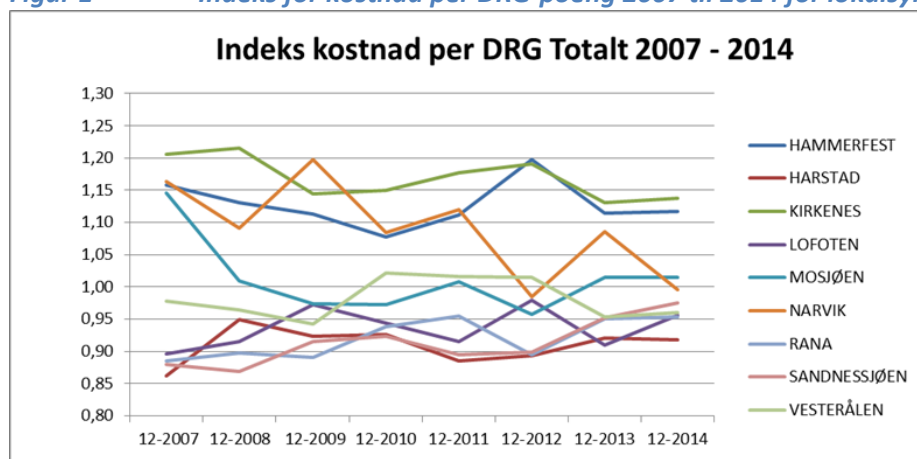
- Samlet forskjell i arbeidsproduktivitet per fagområde målt mot høyeste arbeidsproduktivitet er redusert til totalt 190 årsverk i 2014.

- Det er fortsatt betydelige forskjeller i arbeidsproduktivitet mellom de ulike sykehusenhetene, men forskjellen mellom laveste og høyeste nivå er redusert sammenlignet mot 2013.
- Lofoten har høyeste arbeidsproduktivitet mens Kirkenes har lavest. Narvik har størst økning av arbeidsproduktiviteten sammenlignet med 2013. Forbedringen skyldes for Narvik større økningen i aktiviteten enn antall årsverk.
- Lofoten opplever samtidig størst reduksjon i arbeidsproduktiviteten i 2014 sammenlignet med samme periode i 2013 med 5,7 prosent. Redusert produktivitet i Lofoten kan henføres til lavere DRG aktivitet samtidig som antall årsverk er omtrent uendret.

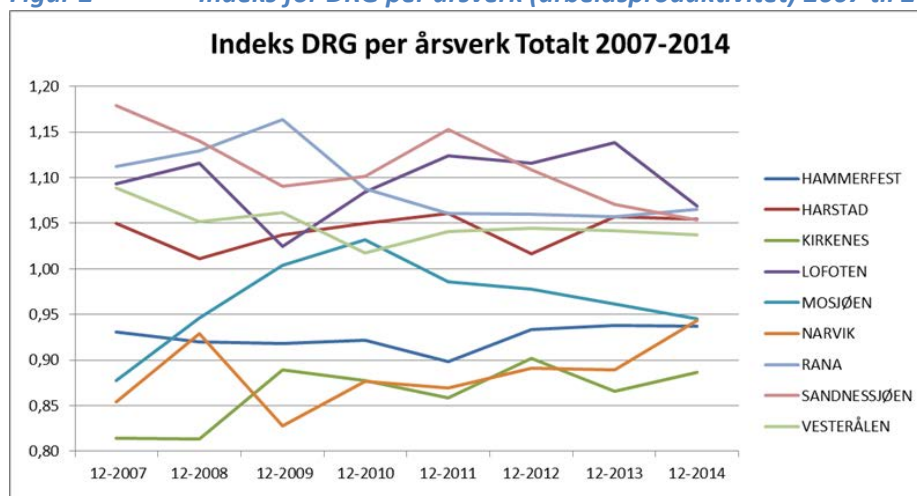
3.2 Utvikling perioden 2007 til 2014

Figurene 1 og 2 viser utvikling i kostnadsindeks og indeks for arbeidsproduktivitet fra 2007 til 2014. Figurene består av tre deler hvor den første viser alle sykehusenhetene samlet for å få frem samlet variasjon fra 2007 til 2014. I forhold til arbeidsproduktivitet opplevde man en reduksjon i forskjellene mellom høyeste og laveste frem til 2010 en økning i 2011, en reduksjon i 2012, en økning i 2013 og en reduksjon i 2014.

Figur 1 *Indeks for kostnad per DRG-poeng 2007 til 2014 for lokalsykehusene*



Figur 2 *Indeks for DRG per årsverk (arbeidsproduktivitet) 2007 til 2014 for lokalsykehusene*



3.3 Forskjeller i kostnader per DRG-poeng 2014 for lokalsykehusene

I tabellene 7 og 8 er vist kostnadsforskjell målt i mill kr mot gjennomsnittlig og laveste nivå innenfor hvert fagområde for de sykehusenhetene som inngår i sammenligningen. Fagområder som har kostnadsnivå lavere enn gjennomsnittet fremkommer med "-" i tabell 7. I tabell 8 betyr "-" at enheten har lavest nivå.

I tabell 8, som viser forskjell i forhold til laveste nivå, fremkommer Lofoten (som samlet har det laveste kostnadsnivået) med en forskjell på 85,2 mill kr. Dette skyldes at enheten, som det fremgår av tabellen, innenfor flere av områdene har et forbedringspotensial mot enheten som har laveste kostnader.

Når det gjelder Hab/rehab har en valgt å benytte samlet DRG-aktivitet som aktivitetsgrunnlag fordi deler av dette fagområdet ikke generer egne DRG-poeng, men er en servicevirksomhet for øvrige deler av virksomheten. Siden det er samlet DRG-aktivitet som danner grunnlag for sammenligningen innenfor Hab/rehab er forskjellene som fremkommer knyttet til forskjeller i tilbud og ikke i kostnadseffektivitet eller arbeidsproduktivitet.

Tabellens del 3 viser endring fra 2013 til 2014.

Tabell 7 *Kostnadsforskjeller 2013 og 2014 ved lokalsykehusene i Helse Nord målt mot gjennomsnittet innenfor hvert fagområde (mill kr)*

2014

Sykehusenhet	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	Mottak/intensiv					Sum
					anestesi/oper	Laboratorie	Radiologi	Drift	Annet	
HAMMERFEST	12,2	-	0,2	-	5,5	0,2	4,2	0,8	7,4	30,4
HARSTAD	-	31,6	0,2	6,1	-	-	-	-	2,8	40,7
KIRKENES	5,7	-	6,1	9,2	0,8	-	2,6	3,5	5,2	33,0
LOFOTEN	-	-	1,9	-	-	0,9	-	0,4	0,5	3,7
MOSJØEN	-	-	0,8	-	1,8	-	-	5,4	-	7,9
NARVIK	6,5	-	-	-	3,9	0,5	1,5	-	-	12,4
RANA	-	-	-	-	1,2	2,9	1,5	8,8	-	14,4
SANDNESSJØEN	-	6,7	4,4	7,7	-	1,4	-	-	-	20,3
VESTERÅLEN	3,4	-	-	-	1,8	0,5	-	0,5	-	6,3
Totalt	27,9	38,4	13,5	23,0	15,0	6,5	9,7	19,3	15,8	169,2

2013

Sykehusenhet	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	Mottak/intensiv					Sum
					anestesi/oper	Laboratorie	Radiologi	Drift	Annet	
HAMMERFEST	3,3	9,2	2,2	-	0,4	-	5,1	0,9	8,8	29,8
HARSTAD	-	19,6	-	4,0	-	-	-	-	2,7	26,3
KIRKENES	6,4	-	3,9	8,3	2,3	-	2,1	4,5	4,5	31,8
LOFOTEN	-	-	0,1	-	-	1,4	-	0,9	-	2,4
MOSJØEN	-	-	1,1	-	1,9	0,2	-	4,0	-	7,3
NARVIK	7,3	-	2,7	-	7,2	1,9	1,0	1,4	-	21,4
RANA	-	-	-	-	1,4	2,6	1,2	7,5	-	12,7
SANDNESSJØEN	-	-	3,6	7,4	-	1,3	-	-	-	12,3
VESTERÅLEN	-	-	-	2,7	0,0	0,5	-	-	-	3,2
Totalt	17,0	28,7	13,5	22,3	13,2	8,0	9,4	19,2	16,0	147,2

Nivå 2014 mot 2013

Sykehusenhet	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	Mottak/intensiv					Sum
					anestesi/oper	Laboratorie	Radiologi	Drift	Annet	
HAMMERFEST	8,9	-9,2	-2,0	-	5,1	0,2	-0,9	-0,1	-1,4	0,7
HARSTAD	-	12,1	0,2	2,1	-	-	-	-	0,1	14,4
KIRKENES	-0,6	-	2,2	0,9	-1,5	-	0,5	-1,0	0,7	1,2
LOFOTEN	-	-	1,8	-	-	-0,5	-	-0,5	0,5	1,3
MOSJØEN	-	-	-0,4	-	-0,1	-0,2	-	1,4	-	0,6
NARVIK	-0,8	-	-2,7	-	-3,2	-1,4	0,5	-1,4	-	-9,0
RANA	-	-	-	-	-0,2	0,3	0,3	1,3	-	1,7
SANDNESSJØEN	-	6,7	0,8	0,3	-	0,1	-	-	-	8,0
VESTERÅLEN	3,4	-	-	-2,7	1,8	0,0	-	0,5	-	3,0
Totalt	10,9	9,7	0,0	0,6	1,8	-1,4	0,3	0,1	-0,1	22,0

Tabell 8 *Kostnadsforskjeller 2014 og 2013 ved lokalsykehusene i Helse Nord målt mot enheten med lavest kostnad per DRG innenfor hvert fagområde (mill kr)*

2014

Sykehusenhet	Mottak/intensiv										Sum
	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	anestesi/oper	Laboratorie	Radiologi	Drift	Annet		
HAMMERFEST	30,6	5,1	11,4	-	17,8	4,5	7,9	14,2	12,1	103,5	
HARSTAD	17,8	40,7	8,0	-	9,4	-	0,7	-	8,6	85,2	
KIRKENES	19,3	2,1	11,3	-	9,0	2,0	5,1	12,4	8,3	69,4	
LOFOTEN	11,5	-	5,9	-	-	3,2	1,7	7,6	3,0	32,9	
MOSJØEN	8,5	1,9	2,2	-	6,7	1,3	0,9	10,7	-	32,2	
NARVIK	19,5	0,9	5,9	-	12,1	3,3	3,9	6,9	-0,5	52,1	
RANA	13,5	0,1	-	-	12,2	6,7	4,8	20,6	-	57,8	
SANDNESSJØEN	-	14,2	10,2	-	6,4	4,5	0,2	8,9	-	44,5	
VESTERÅLEN	18,6	2,5	2,3	-	10,3	3,5	-	9,7	0,3	47,0	
Totalt	139,2	67,4	57,3	-	83,9	29,0	25,2	90,9	31,6	524,6	

2013

Sykehusenhet	Mottak/intensiv										Sum
	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	anestesi/oper	Laboratorie	Radiologi	Drift	Annet		
HAMMERFEST	14,8	17,3	12,6	-	8,2	-0,0	8,1	14,1	14,0	89,1	
HARSTAD	11,0	29,2	7,4	-	8,9	1,1	-0,4	-	9,1	66,3	
KIRKENES	13,2	-0,0	8,9	-	7,3	2,1	4,0	12,8	7,8	56,2	
LOFOTEN	2,6	0,3	3,9	-	-2,5	3,7	0,0	8,3	2,6	19,0	
MOSJØEN	4,4	1,7	2,4	-	5,0	1,8	0,7	9,2	-0,0	25,2	
NARVIK	13,9	6,2	6,5	-	11,9	4,3	2,8	9,4	0,1	55,1	
RANA	7,6	0,1	-	-	8,2	6,0	3,8	18,8	1,2	45,7	
SANDNESSJØEN	-	6,1	9,4	-	-	4,2	0,3	9,0	-	28,9	
VESTERÅLEN	7,0	4,6	1,9	-	5,4	3,2	0,7	6,1	0,2	29,2	
Totalt	74,6	65,6	52,9	-	52,6	26,4	20,0	87,7	35,0	414,8	

Nivå 2014 mot 2013

Sykehusenhet	Mottak/intensiv										Sum
	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	anestesi/oper	Laboratorie	Radiologi	Drift	Annet		
HAMMERFEST	15,8	-12,2	-1,2	-	9,6	4,5	-0,2	0,2	-2,0	14,4	
HARSTAD	6,8	11,5	0,6	-	0,5	-1,1	1,1	-	-0,5	18,9	
KIRKENES	6,0	2,1	2,4	-	1,7	-0,1	1,1	-0,4	0,5	13,2	
LOFOTEN	8,8	-0,3	2,0	-	2,5	-0,4	1,7	-0,8	0,4	13,8	
MOSJØEN	4,1	0,2	-0,1	-	1,6	-0,5	0,2	1,5	0,0	6,9	
NARVIK	5,6	-5,3	-0,5	-	0,2	-0,9	1,1	-2,5	-0,6	-3,0	
RANA	5,9	-0,0	-	-	4,0	0,7	0,9	1,9	-1,2	12,1	
SANDNESSJØEN	-	8,1	0,8	-	6,4	0,4	-0,1	-0,1	-	15,5	
VESTERÅLEN	11,6	-2,1	0,3	-	4,9	0,3	-0,7	3,6	0,0	17,8	
Totalt	64,6	1,8	4,4	-	31,4	2,6	5,1	3,2	-3,4	109,8	

3.4 Forskjeller i arbeidsproduktiviteten i 2014 og 2013 målt i årsverk for lokalsykehusene

I tabellene 9 og 10 er vist forskjell i arbeidsproduktiviteten mot gjennomsnittlig og høyeste nivå innenfor hvert fagområde for de sykehusenhetene som inngår i sammenligningen, målt i årsverk. Fagområder som har arbeidsproduktiviteten høyere enn gjennomsnittet fremkommer med "-" i tabell 9. I tabell 10 betyr "-" at enheten har høyest nivå.

I tabell 10, som viser forskjell i forhold til høyeste nivå, fremkommer Lofoten, som er blant enhetene med høyest arbeidsproduktiviteten, med en forskjell på 54,5 årsverk. Dette skyldes at en innenfor de fleste av områdene har et forbedringspotensial mot enheten som har høyest arbeidsproduktiviteten.

Tabellens del 3 viser endring fra 2013 til 2014.

Tabell 9 *Forskjell i arbeidsproduktiviteten 2013 og 2014 ved lokalsykehusene i Helse Nord målt mot gjennomsnittlig arbeidsproduktiviteten innenfor de ulike fagområdene, årsverk*

2014

Sykehusenhet	Mottak/								Sum
	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	intensiv/ane	Laboratorie	Radiologi	Drift	
HAMMERFEST	8,7	-	-	-	9,7	-	-	0,9	19,3
HARSTAD	-	34,9	0,8	12,9	3,3	-	-	-	51,8
KIRKENES	1,8	-	4,3	17,0	-	1,8	2,9	19,7	47,5
LOFOTEN	-	-	-	2,6	-	0,2	-	-	2,9
MOSJØEN	-	-	3,5	-	8,4	0,3	1,1	2,1	15,4
NARVIK	24,8	-	-	-	11,1	3,7	3,2	9,5	52,3
RANA	-	-	-	-	-	2,7	2,0	0,5	5,2
SANDNESSJØEN	-	17,0	9,6	5,6	-	0,6	-	-	32,8
VESTERÅLEN	2,0	-	-	-	-	0,1	0,0	6,2	8,3
Totalt	37,2	51,9	18,1	38,2	32,5	9,5	9,2	38,9	235,5

2013

Sykehusenhet	Mottak/								Sum
	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	intensiv/ane	Laboratorie	Radiologi	Drift	
HAMMERFEST	-	10,1	-	-	10,7	-	-	1,1	21,9
HARSTAD	-	24,8	-	9,4	4,5	-	-	-	38,7
KIRKENES	6,9	-	5,6	16,0	-	2,5	1,7	16,4	49,1
LOFOTEN	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MOSJØEN	-	-	3,9	0,1	7,5	0,9	1,3	0,3	14,2
NARVIK	21,2	-	3,0	-	15,5	4,4	3,6	12,2	59,9
RANA	1,3	-	-	-	-	1,9	1,0	4,6	8,8
SANDNESSJØEN	-	4,3	8,9	4,5	-	-	-	-	17,7
VESTERÅLEN	-	-	-	7,1	-	-	1,0	2,5	10,6
Totalt	29,4	39,1	21,5	37,1	38,2	9,7	8,6	37,1	220,8

Nivå 2014 mot 2013

Sykehusenhet	Mottak/								Sum
	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	intensiv/ane	Laboratorie	Radiologi	Drift	
HAMMERFEST	8,7	-10,1	-	-	-1,0	-	-	-0,2	-2,6
HARSTAD	-	10,1	0,8	3,5	-1,3	-	-	-	13,1
KIRKENES	-5,1	-	-1,3	1,0	-	-0,6	1,2	3,3	-1,6
LOFOTEN	-	-	-	2,6	-	0,2	-	-	2,9
MOSJØEN	-	-	-0,5	-0,1	0,9	-0,6	-0,3	1,8	1,2
NARVIK	3,6	-	-3,0	-	-4,3	-0,7	-0,4	-2,8	-7,6
RANA	-1,3	-	-	-	-	0,8	1,0	-4,1	-3,6
SANDNESSJØEN	-	12,7	0,6	1,1	-	0,6	-	-	15,1
VESTERÅLEN	2,0	-	-	-7,1	-	0,1	-1,0	3,8	-2,3
Totalt	7,8	12,8	-3,4	1,0	-5,7	-0,2	0,6	1,8	14,7

Tabell 10 *Forskjell i arbeidsproduktiviteten 2013 og 2014 ved lokalsykehusene i Helse Nord målt mot enhetene med høyest arbeidsproduktiviteten innenfor de ulike fagområdene, årsverk*

2014

Sykehusenhet	Mottak/								Sum
	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	intensiv/ane	Laboratorie	Radiologi	Drift	
HAMMERFEST	32,0	26,6	11,0	1,6	28,5	1,5	2,0	22,2	125,4
HARSTAD	21,3	63,6	9,0	28,7	26,4	-0,0	-	-	149,0
KIRKENES	18,9	15,1	9,7	25,6	2,6	5,2	5,6	33,9	116,6
LOFOTEN	12,9	12,2	3,7	9,5	-	2,9	2,0	11,2	54,4
MOSJØEN	9,3	9,9	5,0	4,9	15,8	2,3	2,6	10,5	60,4
NARVIK	41,2	-	4,1	0,3	23,5	7,0	5,8	23,5	105,4
RANA	19,8	29,2	-0,0	-	15,1	7,1	5,5	19,3	95,9
SANDNESSJØEN	-	40,9	15,6	14,8	6,4	4,2	0,6	2,9	85,5
VESTERÅLEN	21,2	16,9	1,8	1,5	8,8	3,5	2,7	20,8	77,2
Totalt	176,6	214,4	59,9	87,1	127,3	33,6	26,8	144,2	869,9

2013

Sykehusenhet	Mottak/								Sum
	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	intensiv/ane	Laboratorie	Radiologi	Drift	
HAMMERFEST	4,8	28,5	10,8	2,0	33,8	0,5	2,0	20,1	102,5
HARSTAD	7,7	46,6	6,7	29,2	32,3	-	-	-	122,6
KIRKENES	13,7	9,5	11,3	26,5	9,9	4,8	4,2	28,5	108,3
LOFOTEN	-	6,3	2,5	9,0	-	2,1	1,9	9,6	31,4
MOSJØEN	2,3	5,0	5,4	6,7	16,7	2,4	2,9	7,8	49,1
NARVIK	27,7	-	7,5	1,7	29,4	6,6	6,0	23,7	102,6
RANA	9,5	19,9	1,4	-	17,5	5,1	4,3	20,9	78,6
SANDNESSJØEN	2,1	19,6	15,7	16,3	7,3	2,5	1,0	0,5	65,1
VESTERÅLEN	6,0	13,2	-	18,3	7,0	0,6	3,7	15,4	64,2
Totalt	73,8	148,5	61,3	109,7	154,0	24,7	26,0	126,5	724,5

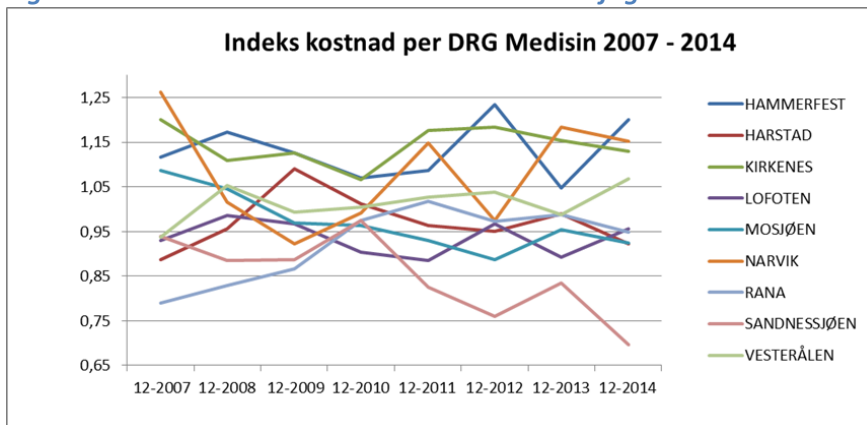
Nivå 2014 mot 2013

Sykehusenhet	Mottak/								Sum
	Medisin	Kirurgi	Føde/gyn	Hab/rehab	intensiv/ane	Laboratorie	Radiologi	Drift	
HAMMERFEST	27,2	-1,8	0,1	-0,4	-5,3	1,0	-0,0	2,1	22,9
HARSTAD	13,5	17,0	2,3	-0,5	-5,9	-0,0	-	-	26,4
KIRKENES	5,2	5,7	-1,6	-0,9	-7,2	0,3	1,4	5,4	8,3
LOFOTEN	12,9	5,9	1,3	0,6	-	0,8	0,1	1,6	23,0
MOSJØEN	7,0	5,0	-0,3	-1,8	-0,9	-0,1	-0,2	2,6	11,2
NARVIK	13,5	-	-3,4	-1,5	-5,9	0,3	-0,2	-0,2	2,8
RANA	10,4	9,3	-1,4	-	-2,4	2,0	1,1	-1,6	17,3
SANDNESSJØEN	-2,1	21,3	-0,1	-1,5	-0,9	1,7	-0,4	2,4	20,5
VESTERÅLEN	15,2	3,7	1,8	-16,7	1,8	2,9	-1,0	5,4	13,0
Totalt	102,8	65,9	-1,3	-22,7	-26,7	8,9	0,8	17,6	145,4

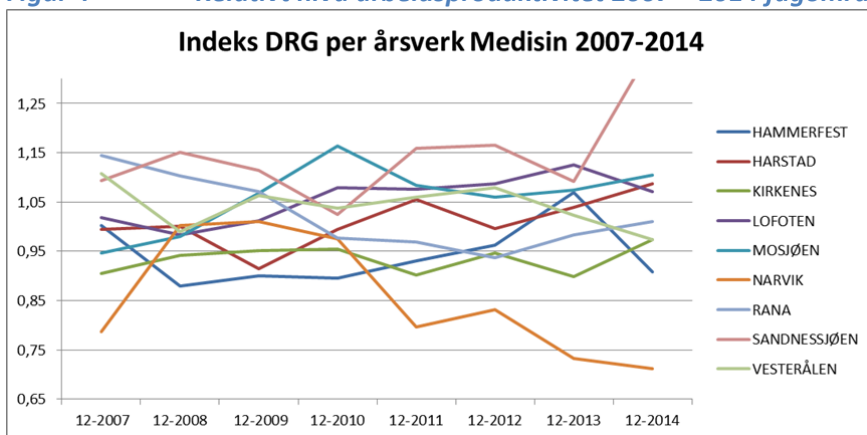
3.5 Utvikling i kostnadsnivå og arbeidsproduktiviteten per fagområde

I figurene nedenfor er vist utvikling i relativt nivå for arbeidsproduktiviteten kostnadsnivå samt utvikling i kostnadsnivå og indeks for arbeidsproduktiviteten fra 2007 til og med 2014 for de enkelte fagområder.

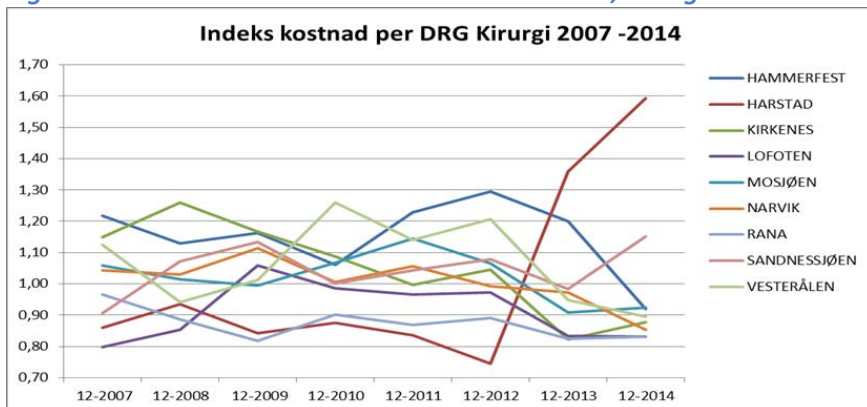
Figur 3 Relativt kostnadsnivå 2007-2014 fagområdet medisin



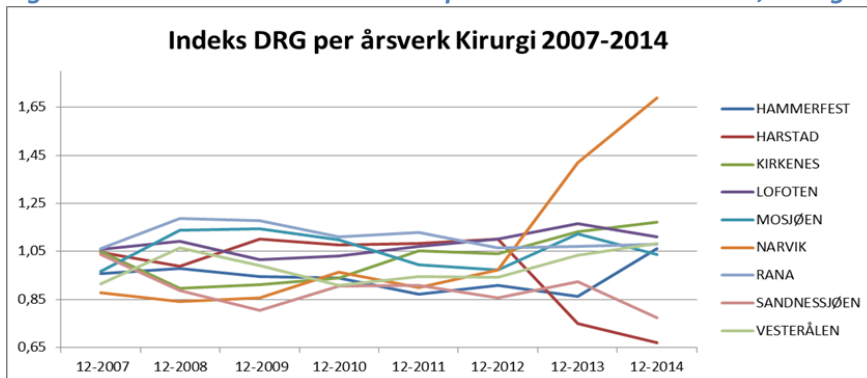
Figur 4 Relativt nivå arbeidsproduktivitet 2007 – 2014 fagområdet medisin



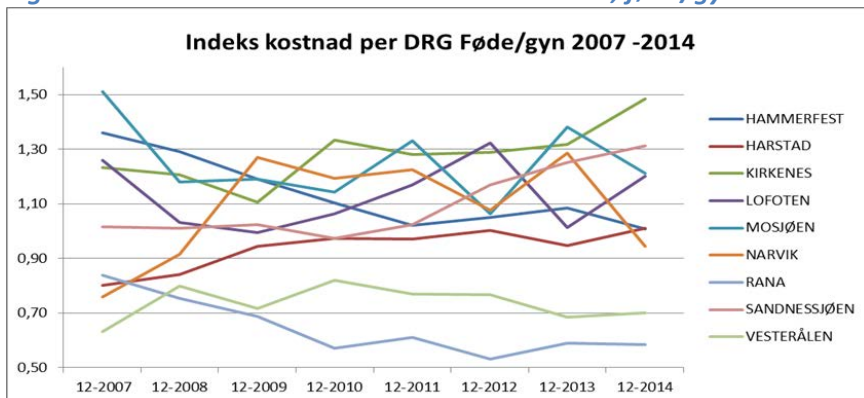
Figur 5 Relativt kostnadsnivå 2007 – 2014, kirurgi



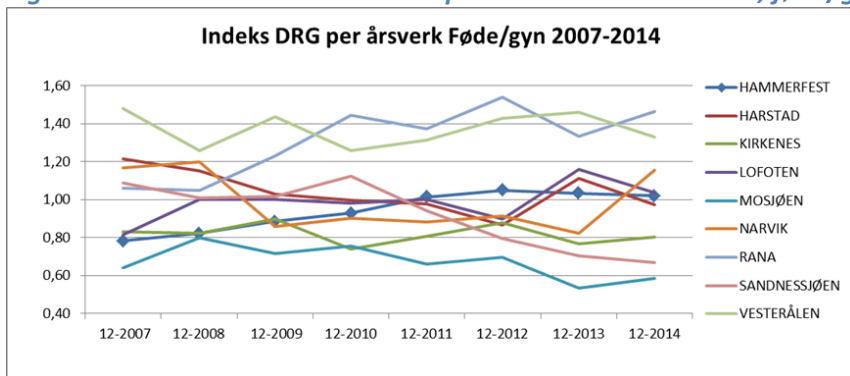
Figur 6 Relativt nivå arbeidsproduktivitet 2007 – 2014, kirurgi



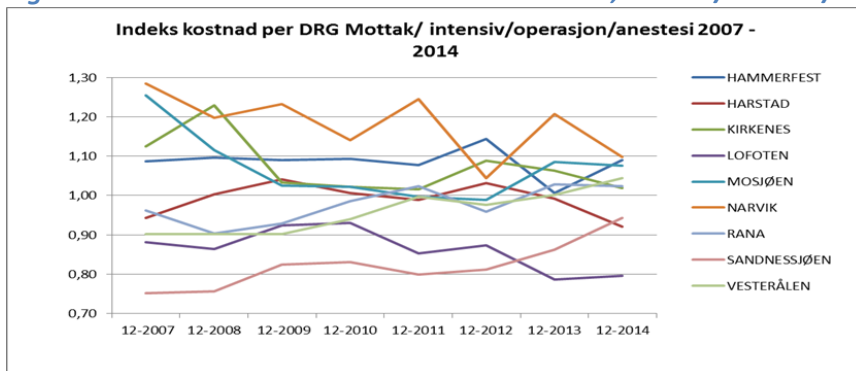
Figur 7 Relativt kostnadsnivå 2007 – 2014, føde/gyn



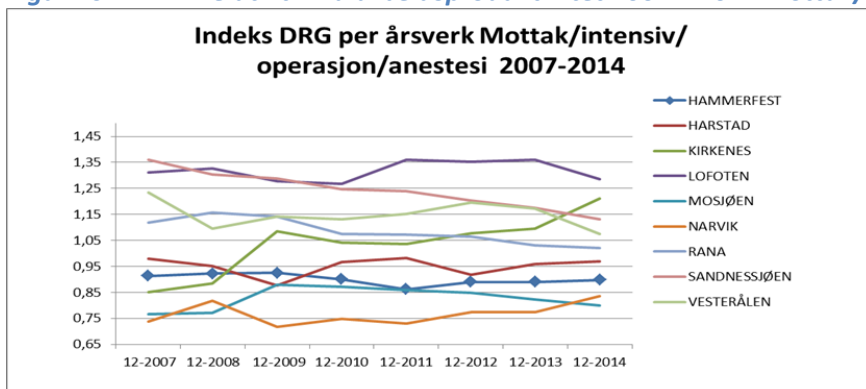
Figur 8 Relativt nivå arbeidsproduktivitet 2007 – 2014, føde/gyn



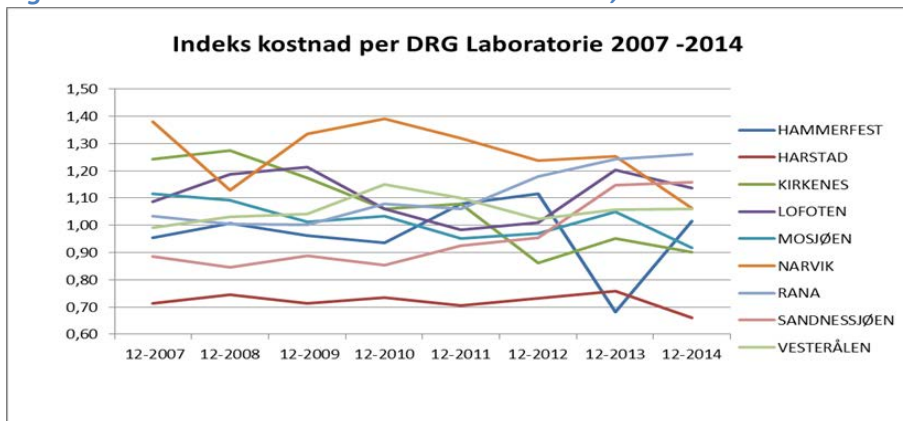
Figur 9 Relativt kostnadsnivå 2007 – 2014, mottak/intensiv/anestesi/operasjon



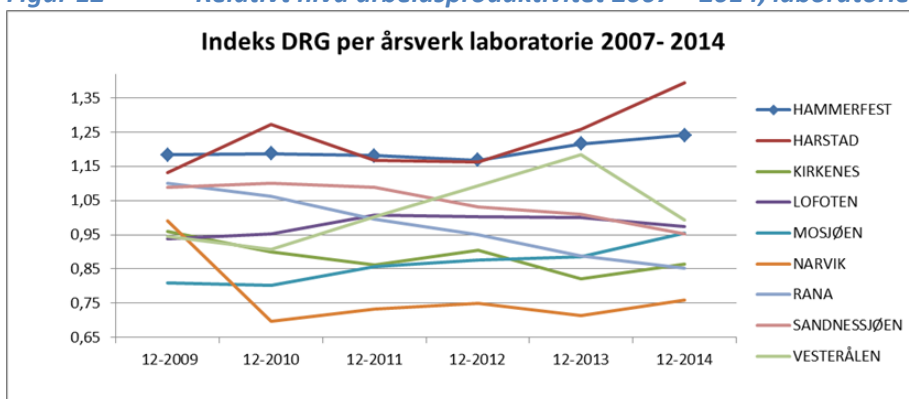
Figur 10 Relativt nivå arbeidsproduktivitet 2007 – 2014 mottak/intensiv/anestesi/operasjon



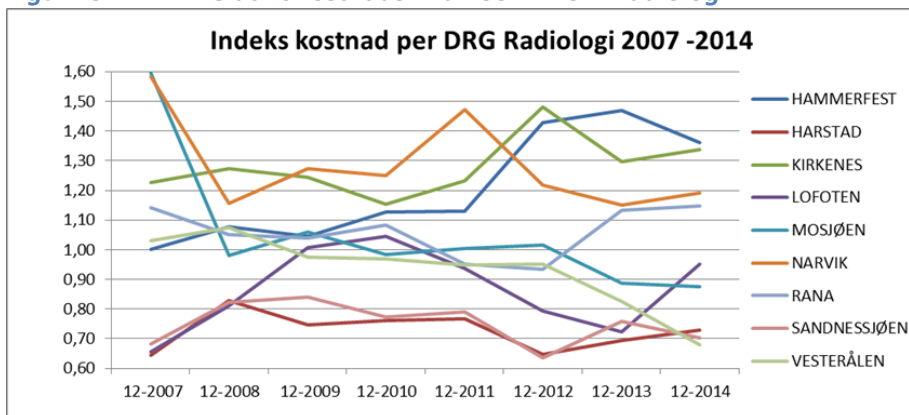
Figur 11 Relativt kostnadsnivå 2007 – 2014, laboratorie



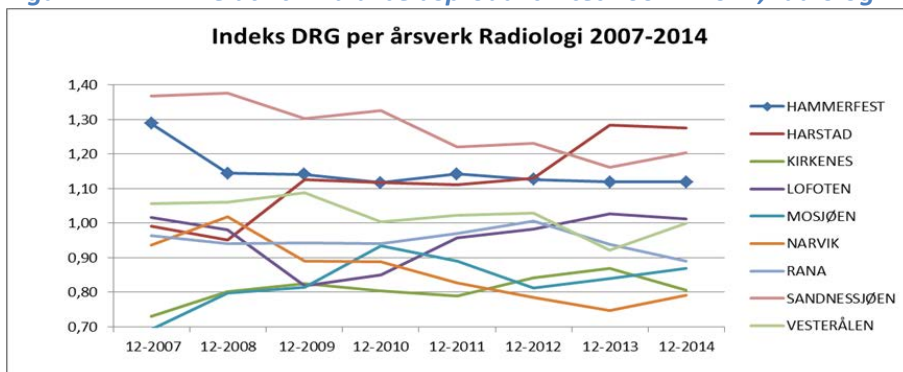
Figur 12 Relativt nivå arbeidsproduktivitet 2007 – 2014, laboratorie



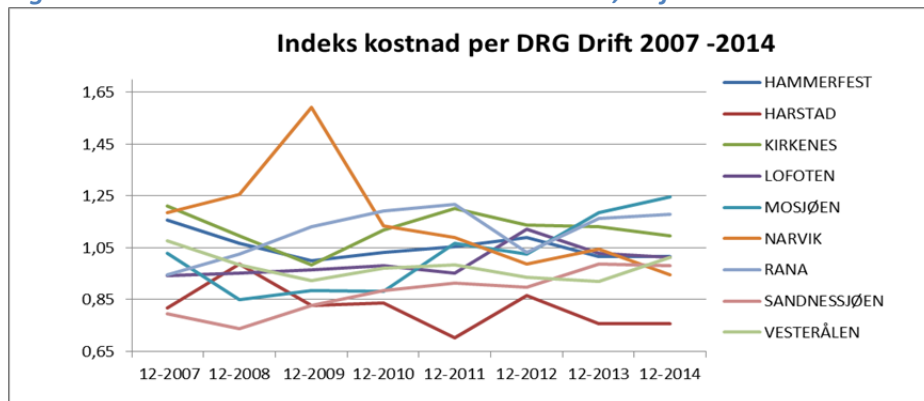
Figur 13 Relativt kostnadsnivå 2007 – 2014 radiologi



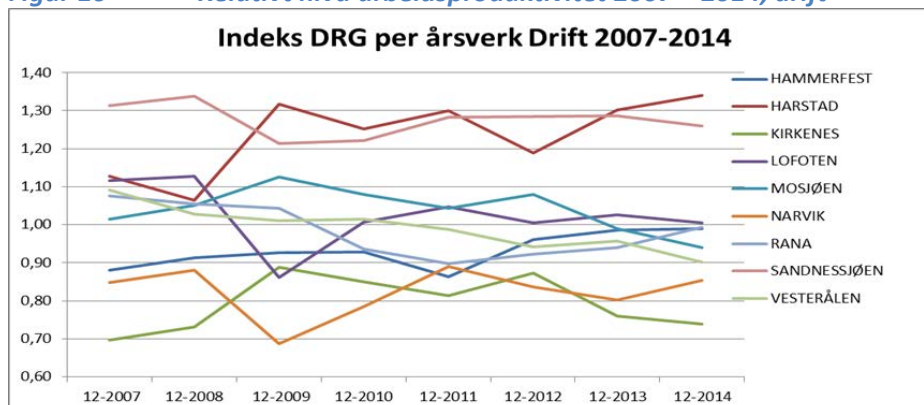
Figur 14 Relativt nivå arbeidsproduktivitet 2007 – 2014, radiologi



Figur 15 Relativt kostnadsnivå 2007 – 2014, drift



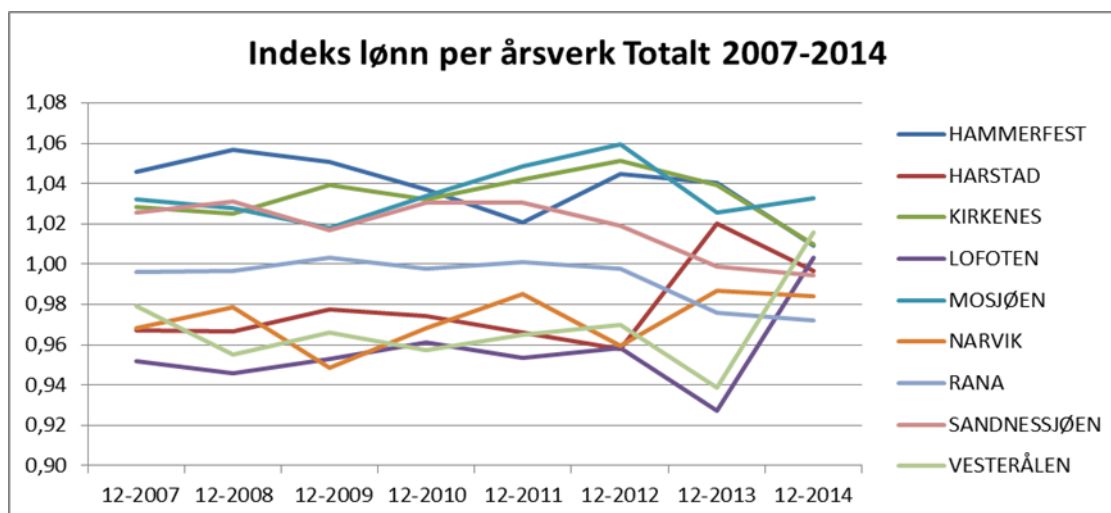
Figur 16 Relativt nivå arbeidsproduktivitet 2007 – 2014, drift



3.6 Utvikling i lønn per årsverk 2007 – 2014

Figur 17 viser utvikling i indekser for lønn per årsverk 2007 til og med 2014. Figuren viser betydelig forskjell på nivå i kostnadene per årsverk. Slike forskjeller kan i tillegg til ulikt lønnsnivå blant annet skyldes ulik sammensetting av arbeidsstokken (kompetanse) og ulikt omfang av overtid. Forskjellene mellom høyeste og laveste nivå i 2014 er noe lavere enn i 2013.

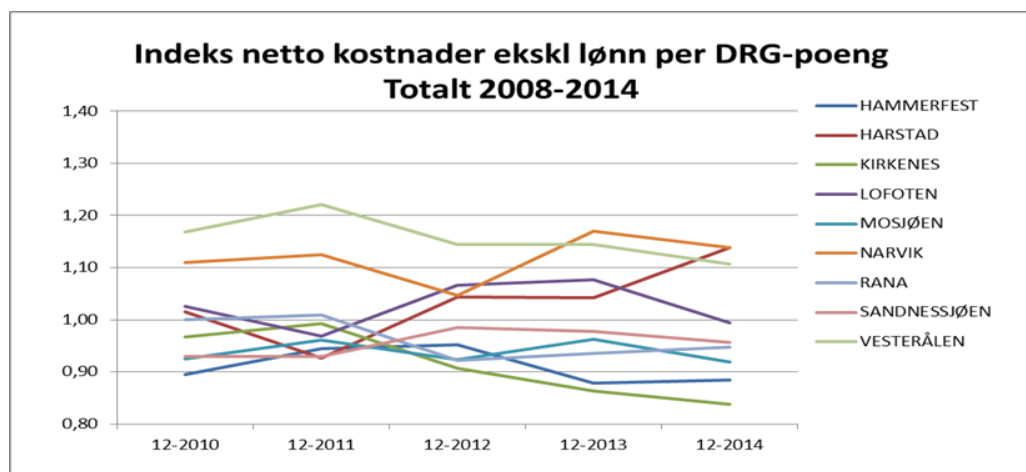
Figur 17 Indeks lønn per årsverk 2007 – 2014



3.7 Utvikling i netto kostnader ekskl. lønn. 2008 – 2014

Figur 18 viser indekser for netto kostnader når lønn holdes utenfor, dvs. alle kostnader ekskl. lønn og fratrukket kostnader for ekstern virksomhet. Sosiale kostnader er inkludert. Figuren viser at det er store forskjeller i disse kostnadene mellom enhetene og at disse forskjellene varierer over tid, blant annet knyttet til engangskostnader ved vedlikehold. Narvik, Harstad og Vesterålen har et kostnadsnivå vesentlig over de øvrige sykehusenhetene.

Figur 18 Indeks netto kostnader ekskl. lønn per DRG-poeng totalt 2008 – 2014



4 FORSLAG TIL FORETAKSVIS PRIORITERING AV VIDERE ARBEID

Med bakgrunn i de funn som er gjort er det i dette kapitlet gitt en foretaksvis oversikt over hvilke områder som bør prioriteres for videre analyse og oppfølging.

Ved utarbeidelse av oversikten er det ved valg av sammenligningsenhet søkt å finne en sykehusenhet med om lag samme størrelse og innhold og som har lavere kostnader eller høyere arbeidsproduktivitet. Dette må ikke sees på som et uttrykk for et konkret forslag om en ambisjon om at kostnadsnivået skal ned til dette lave nivået. Denne kartleggingen i RHF-regi identifiserer mulige/sannsynlige områder for effektivisering, men ambisjonsnivå og konkrete tilpasninger må gjøres i det enkelte HF.

4.1 Finnmarkssykehuset

De to sykehusenhetene i Finnmarkssykehuset fremkommer begge med et relativt høyt kostnadsnivå. De er lokalsykehusene i sammenligningen med høyest kostnad pr DRG i 2014 og blant de tre som har lavest arbeidsproduktivitet av lokalsykehusene i Helse Nord. Sykehuset i Hammerfest har fra 2013 til 2014 en økning i kostnad per DRG poeng på 4 prosent og en økning i produktiviteten på 0,4 prosent. Kirkenes har en økning i kostnad per DRG poeng på 4,2 prosent og en økning i produktiviteten på 3 prosent siste år.

Med de prinsippene som er lagt til grunn ved sammenligningen fremkommer de to enhetene med et negativt kostnadsavvik i forhold til gjennomsnittet på hvert fagområde på om lag 61,6

mill kr, en økning på om lag 1,9 mill kr fra 2013. Om en bruker laveste kostnad innenfor hvert fagområde som målestokk, fremkommer en forskjell på nærmere 172,9 mill kr (en økning på 27,6 mill kr).

Forskjell i antall årsverk utgjør 66,8 (nedgang på 4,2) målt mot gjennomsnittet og 242 (en økning på 31,2) målt mot beste resultat innenfor hvert fagområde. Hammerfest øker sin forskjell med 22,9 årsverk målt mot høyeste arbeidsproduktivitet mens Kirkenes øker med 8,3.

Aktiviteten på sykehuset i Hammerfest er redusert med 0,8 prosent i 2014. Samtidig har antall årsverk vært redusert med 8,2. Dette fører til at produktiviteten er økt med 0,4 prosent. Aktiviteten på sykehuset i Kirkenes er økt med 3,9 prosent samtidig som antall årsverk er økt med 3. Dette fører til at produktivitet økes med 3 prosent fra 2013 til 2014.

I forhold til indeks lønn per årsverk har Hammerfest og Kirkenes en økning fra 2013 til 2014 med henholdsvis 2,9 og 3,1 prosent økning. Samtidig har Hammerfest og Kirkenes ett lønnsnivå som er 1 prosent over gjennomsnittet.

Videre arbeid med analyse og oppfølging i Finnmarkssykehuset bør ha som mål at en innenfor de aktuelle fagområdene etablerer et kostnadsnivå og en arbeidsproduktivitet som nærmer seg gjennomsnittsnivået for Helse Nord.

Følgende fagområder bør ut fra forskjell i kostnadsnivå og arbeidsproduktivitet vurderes prioritert for videre arbeid innenfor Finnmarkssykehuset (ikke prioritert rekkefølge):

- 1. Medisin Hammerfest, jf Harstad og Rana*
- 2. Medisin Kirkenes, jf Lofoten*
- 3. Føde/gyn Kirkenes, jf Narvik*
- 4. Kostnader til medisinsk materiell i Hammerfest*

4.2 UNN

Kostnad per DRG poeng for Narvik er akkurat på gjennomsnittet, mens Harstad har en kostnad pr DRG poeng 8 prosent under gjennomsnittet i Helse Nord. Harstad har lavest kostnad pr DRG poeng i sammenligningen.

I forhold til gjennomsnittlig kostnadsnivå på hvert fagområde fremkommer Narvik med ett nivå på lag 12,4 mill kr høyere enn snittet i 2014, en nedgang på om lag 9 mill fra 2013. Harstad har ett lavere kostnadsnivå enn gjennomsnittet på om lag 31 mill kroner, en økning på 2,5 mill fra 2012. Om en bruker gjennomsnittlig kostnad innenfor hvert fagområde som mål fremkommer en samlet forskjell på omlag 40,7 mill kr (økning på 5,7 mill kr).

Forskjellen i antall årsverk utgjør 51,8 (økning 13,1 årsverk) for Harstad og 52,3 (nedgang 7,6 årsverk) for Narvik mot gjennomsnittet for hvert fagområde og sammenlignet mot høyeste arbeidsproduktivitet innenfor hvert fagområde 149 for Harstad (økning på 26,4) og Narvik 105,4 årsverk (økning 2,8).

Aktiviteten på sykehuset i Harstad har økt med 1,6 prosent i 2014. Samtidig har antall årsverk blitt økt med 6,8. Dette fører til at produktiviteten er uendret. Aktiviteten på sykehuset i Narvik

er økt med 8,3 prosent samtidig som antall årsverk er økt med 4,6. Dette fører til at produktivitet øker fra 2013 til 2014.

I forhold til indeks lønn per årsverk ligger Harstad på gjennomsnittlig nivå, mens Narvik har 2 prosent lavere nivå. Sammenlignet med de øvrige lokalsykehusene i sammenligningen har Harstad og Narvik holdt et relativt stabilt nivå siden 2008.

Følgende fagområder bør ut fra forskjell i kostnadsnivå og arbeidsproduktivitet vurderes prioritert for videre arbeid innenfor UNN (ikke prioritert rekkefølge):

- 1. Kirurgi Harstad, jf Rana**
- 2. Medisin Narvik, jf Lofoten**
- 3. Mottak/intensiv/anestesi/operasjon Narvik, jf Lofoten**

4.3 Nordlandssykehuset

Lofoten har i 2014 ett kostnadsnivå ut i fra kostnad pr DRG poeng 4 prosent under gjennomsnittet og den høyeste arbeidsproduktiviteten av lokalsykehusene i Helse Nord. Vesterålen har ett kostnadsnivå 5 prosent under gjennomsnittet og en arbeidsproduktivitet 4 prosent over gjennomsnittet. Lofoten og Vesterålen har ett lavere kostnadsnivå enn gjennomsnittet på om lag 15 mill kroner. Om en bruker laveste kostnad innenfor hvert fagområde som mål fremkommer en samlet forskjell på omlag 9,9 mill kr (økning på 4,3 mill kr).

Målt i årsverk utgjør forskjellen mot høyeste arbeidsproduktivitet innen hvert fagområde på 131,6 årsverk, en økning på 36 årsverk fra 2013. Lofoten øker sin forskjell med 23 årsverk målt mot høyeste arbeidsproduktivitet mens Vesterålen øker med 13.

Aktiviteten på sykehuset i Lofoten er redusert med 5,9 prosent i 2014. Samtidig har antall årsverk blitt redusert med 0,4. Dette fører til at produktiviteten er redusert med 5,7 prosent. Aktiviteten på sykehuset i Vesterålen er redusert med 0,3 prosent samtidig som antall årsverk er redusert med 1. Dette fører til at produktiviteten er uendret fra 2013 til 2014.

I forhold til indeks lønn per årsverk har Lofoten og Vesterålen en betydelig økning fra 2013 til 2014 med begge med 14,8 prosent. Samtidig har Lofoten ett lønnsnivå akkurat på gjennomsnittet og Vesterålen 2 prosent over gjennomsnittet.

Følgende fagområder bør ut fra forskjell i kostnadsnivå og arbeidsproduktivitet vurderes prioritert for videre arbeid ved Nordlandssykehuset (ikke prioritert rekkefølge):

1. *Medisin Vesterålen, jf Sandnessjøen*
2. *Føde/gyn Lofoten, jf Narvik*
3. *Høy kostnad per årsverk for overtid/ekstrahjelp per årsverk pleiere Lofoten*

4.4 Helgelandssykehuset

I 2014 har både Sandnessjøen og Rana hatt et kostnadsnivå under gjennomsnittet for lokalsykehusene i Helse Nord. Mosjøen har ett nivå på 2 prosent over gjennomsnittet, mens Sandnessjøen har 2 prosent under gjennomsnittet og Rana 5 prosent under gjennomsnittet.

Sammenlignet mot laveste kostnad innenfor hvert fagområde utgjør forskjellen for de 3 sykehusenhetene om lag 134 mill kr, en økning på 35 mill kr i forhold til 2013. Målt i årsverk utgjør forskjellen mot enheten med høyest arbeidsproduktivitet om lag 242 årsverk, en økning på 49 årsverk i forhold til 2013. Sandnessjøen har en økning i forskjellen på 20,5 årsverk, Rana 17,3 årsverk og Mosjøen med 11,2 årsverk.

Aktiviteten på sykehuset i Sandnessjøen er redusert med 0,9 prosent i 2014. Samtidig har antall årsverk økt. Dette fører til at produktiviteten er redusert med 1,1 prosent. Aktiviteten på sykehuset i Mosjøen er redusert med 1,5 prosent samtidig som antall årsverk er omtrent stabil. Dette fører til at produktivitet reduseres med 1,2 prosent fra 2013 til 2014. Lokalsykehuset i Rana har en økning i aktiviteten på 1,8 prosent. Antall årsverk har hatt en liten økning, som gir en økning i produktiviteten på 1,3 prosent.

I forhold til indeks lønn per årsverk har Mosjøen, Rana og Sandnessjøen en økning fra 2013 til 2014 med henholdsvis 6,8, 5,7 og 5,7 prosent. Samtidig har Mosjøen ett lønnsnivå per årsverk 3 prosent høyere enn gjennomsnittet, Sandnessjøen 1 prosent under og Rana 3 prosent under gjennomsnitt.

Følgende fagområder bør ut fra forskjell i kostnadsnivå og arbeidsproduktivitet vurderes prioritert for videre arbeid innenfor Helgelandssykehuset (ikke prioritert rekkefølge):

1. *Kirurgi Sandnessjøen, jf Vesterålen*
2. *Føde/gyn Sandnessjøen, jf Vesterålen*
3. *Drift Mosjøen, jf Narvik*
4. *Drift Rana, jf Harstad*



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
71/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	16.9.2015

Referatsaker

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar referatsakene til orientering

1. Notat fra direktøren angående forbud mot bruk av e-sigaretter i UNN, datert 14.7.2015.
2. Brev fra SANKS vedrørende Revidert utdanningsstrategi ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – høring styrevedtak, datert 31.7.2015.
3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 1.9.2015
4. Referat fra drøftingsmøtet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 1.9.2015.
5. Protokoll fra AMU-møtet, datert 2.9.2015
6. Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 2.9.2015
7. Foretaksmøte Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.9.2015, datert 1.9.2015

Tromsø, 4.9.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg



NOTAT

Deres ref.:

Vår ref.:
2014/103-3

Saksbehandler/dir.tlf.:
Tor Ingebrigtsen, 77626011

Dato:
14.07.2015

Drift- og eiendomssenteret
Gina M. Johansen

Innføring av forbud mot bruk av e-sigaretter i UNN

Direktøren viser til vedtakene i Brukerutvalget og AMU henholdsvis 8. og 17. juni i år. Begge utvalgene baserer sine vurderinger på robust dokumentasjon om helseskadelige virkninger av både aktiv og passiv røyking av e-sigaretter, og anbefaler forbud mot bruk i UNN på lik linje med det som gjelder for annen tobakksrøyking.

Direktøren slutter seg til anbefalingen og beslutter med dette at et slikt forbud innføres.

Drift- og eiendomssjefen bes implementere forbudet i samarbeid med Kommunikasjonssenteret.

Med vennlig hilsen

Tor Ingebrigtsen
administrerende direktør

Kopi til:
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin
Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken
Diagnostisk klinikk
Operasjons- og intensivklinikken
Akuttmedisinsk klinikk
Barne- og ungdomsklinikken
Fag og forskningssenteret
Nevro- og ortopediklinikken
Hjerte og lunge klinikken
Stabssenteret
Psykisk helse- og rusklinikken
Kommunikasjonssenteret

Universitetssykehuset Nord-Norge
v/ adm. sjef Leif Hovden, 9038 Tromsø

Revidert utdanningsstrategi ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – høring styrevedtak

Vi henviser til mottatt brev datert 10.07.15 fra administrasjonssjef Leif Hovden, UNN, med anmodning om uttalelse fra SANKS – jfr. styrevedtak 23.06.15 om revidert utdanningsstrategi. Vi har gjennomgått ”Strategi for undervisning og læring i UNN 2015 – 2020” og ”Evalueringsrapport 2009 – 2014”. Vi støtter modellen med at strategiplanen følges av 2-årige retningsgivende, separate handlingsplaner med konkrete mål og tiltak.

Vi har følgende særskilte merknader:

UNN anmodes om å utarbeide en separat handlingsplan med konkrete tiltak rettet mot kompetanseoppbygging når det gjelder samiske pasienter og deres pårørende.

Det henvises her til delmålet om at UNN vil sikre at framtidig helsepersonell har kompetanse innen bl.a. likeverdige helsetjenester (pkt.3.3.1). Dette delmålet vil ikke minst gjelde i forhold til den samiske befolkningen. For å nå målet, bør det utarbeides en egen tiltaksplan for styrking av UNN’s kulturkompetanse. Planen bør inkludere læring om tverrkulturell kommunikasjon, kunnskap om samiske forhold og samisk kultur, samt forståelse og behandling av samiske pasienter. Planen bør omfatte kompetanseoppbygging hos medarbeiderne ved UNN, men også inngå i læringen av helsepersonell som UNN utdanner, inkl. medisinerstudenter.

SANKS har ellers merket seg at det i evalueringsrapporten sies at det er behov for økt kompetanse på veiledning, og at ett område som ikke er påbegynt, er utvikling av et program i relasjonell – kommunikativ ferdighetstrening på alle nivå i organisasjonen (s.15 i rapporten). Kompetanse i tverrkulturell kommunikasjon / kulturforståelse bør bl.a. inngå her.

UNN anmodes om å vurdere SANKS som samarbeidspartner når det gjelder utdanning

SANKS har notert seg at UNN legger vekt på nasjonalt og internasjonalt samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner når det gjelder undervisning og kompetanseoppbygging. SANKS har i mange år fungert som et utdanningscenter for samiske fagfolk i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, og nå også innen rusmedisin / TSB. Fra 2014 er SANKS godkjent som nasjonal kompetansetjeneste innen psykiatri og TSB rettet mot den samiske befolkningen. En av oppgavene er å utvikle undervisningspakker i samisk kulturkunnskap og kulturkompetanse i pasientbehandlingen. I Campus Finnmark vil institusjonen ha undervisningsoppgaver og ta i mot medisinerstudenter 5. og 6. året i psykiatri. På bakgrunn av dette vil det være naturlig med et tettere samarbeid mellom UNN og SANKS, både når det gjelder grunn- og videreutdanninger og i kompetanseutvikling hos UNN’s egne ansatte. Vi vil foreslå at det utarbeides en formell, gjensidig forpliktende samarbeidsavtale som skisserer oppgavene og de ulike samarbeidsarenaene.

Karasjok 31.07.15

Gunn Heatta, leder av SANKS


REFERAT
KVALITETSUTVALGSMØTE UNN HF (KU)
Tid: Tirsdag 1.9.2015 kl. 08.00-10.00
Sted: Administrasjonens møterom D1 707
Deltakelse:

Fag- og forskningscenteret	Einar Bugge
<u>Administrerende direktør</u>	<u>Tor Ingebrigtsen</u>
<u>Akuttmedisinsk klinikk</u>	<u>Jon Mathisen</u>
<u>Barne- og ungdomsklinikken</u>	<u>Elin Gullhav</u>
<u>Brukerutvalgets leder</u>	<u>Cathrin Carlyle</u>
<u>Diagnostisk klinikk</u>	<u>Gry Andersen</u>
<u>Drifts -og eiendomssenteret</u>	<u>Gina M. Johansen</u>
<u>Foretaksverneombud</u>	<u>Einar Rebni</u>
<u>Hjerte- og lungeklinikken</u>	<u>Kristian Bartnes</u>
<u>Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinik</u>	<u>Arthur Revhaug</u>
<u>Medisinsk klinikk</u>	<u>Markus Rumpsfeldt</u>
<u>Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin</u>	<u>Susann Bäckström</u>
<u>Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken</u>	<u>Bjørn-Yngvar Nordgård</u>
<u>Operasjons- og intensivklinikken</u>	<u>Eva-Hanne Hansen</u>
<u>Psykisk helse- og rusklinikken</u>	<u>Magnus Hald</u>
<u>Smittevernoverlege</u>	<u>Torni Myrbakk</u>
<u>Stabsenteret</u>	<u>Gøril Bertheussen</u>
<u>Viseadministrerende direktør</u>	<u>Marit Lind</u>

Øvrige:

Administrasjonssenteret Leif Hovden (referent)

Forfall:

SAKSOVERSIKT	Ansvarlig
26.15 Godkjenning av referat fra KU-møtet 9.6.2015 Referatet ble godkjent.	Leif Hovden
BESLUTNINGSSAKER	
27.15 Retningslinjer for bruk av arbeidstøy Klinikksjef ved Operasjons- og intensivklinikken, Eva-Hanne Hansen, gjennomgikk bakgrunn og innhold i saken. På UNNs kvalitetsutvalgsmøte 19.2.2013 sak 4 ble klinikksjef ved OpIn-klinikken bedt om å iverksette et arbeid med å utarbeide og implementere et entydig reglement for antrekk ved operasjons- og intensivene ved UNN. Etter mandat fra klinikksjef leverte en arbeidsgruppe rapport med anbefalinger i april	Eva-Hanne Hansen

2014. Rapporten tok utgangspunkt i to-fase bygging av A-fløya og har vært behandlet:

- I klinikklederteamet OpIn 13.10.2014, sak 75/14: Utbygging A-fløya var da endret til én fase, og rapporten måtte suppleres med et tillegg for midlertidig bygg C00.
- I klinikklederteamet OpIn 2.3.2015, sak 21/15: Rapportens anbefalinger ift. definering av grønne soner innenfor OpIns virksomhet i Harstad, Narvik og Tromsø samt justeringer i retningslinjer mm. anbefales.
- I Overordnet Planleggings- og Koordineringsgruppe (OPK) 25.3.2015, sak 10/15: Implementering forutsetter at kapasiteten er tilstrekkelig ved personalgarderober utenfor avdelingene.
- I kvalitetsutvalget 9.6.2015, sak 22.15, pkt 2: Endelige anbefalinger tydeliggjøres i egen sak til Kvalitetsutvalget.

Beslutning

- 1) Følgende retningslinjer/prosedyrer med presiseringer/tilpasninger vedtas for UNN:
 - Basale smittevernsrutiner – Bruk av arbeidstøy (Retningslinjer for bruk av arbeidstøy ved sykehusene i Helse Nord RL2981)
 - Basale smittevernsrutiner (RL1244)
 - Peroperative tiltak (PR29195)
- 2) Det stilles krav til områder der grønt tøy skal brukes:
 - Området skal være klart definert, avgrenset og tydelig merket med skilt.
 - Følgende definerte områder vedtas som ”grønne områder/grønn sone” i OpIn:
 - Harstad (*se egne tegninger*)
 - Narvik (*se egne tegninger*)
 - Tromsø (*Innslusa og Dagkirurgi*)
 - Det skal være en ”slusegarderobe” i tilknytning til grønt område/grønn sone.
 - Det tillates ikke bruk av grønt tøy i områder hvor forutsetningene ikke er innfridd.
 - Kvalitetsutvalget retter forespørsel til resterende klinikker på UNN om andre områder som innfrir forutsetningene. Disse inkluderes evt. i prosedyren.
- 3) Grønne områder/soner skal markeres med tydelig skilting
- 4) Gjeldene fra 1/10-15. Oppfølging av retningslinjene er et lederansvar. Dette gjelder alle ledere med personell som utfører arbeid ved operasjons- og intensivhetene. Informasjon gis på onsdagsmøte 23/9-15.
- 5) Oppfølging av garderebekapasiteten til UNN tillegges Drifts- og

eiendomssenteret	
<p>28.15-1 Pasientsikkerhetsprogrammet</p> <p>Mette Fredheim presenterte en oppsummering av de ulike innsatsområdene og arbeidet med implementering av disse i UNN pr første halvår i 2015. Linjelederansvaret ble presisert, samt den enkelte helsearbeiders plikt til oppfølging. Dokumentasjonen for bruk av sjekklister for trygg kirurgi viser interne forskjellene mellom sykehusene i UNN, og mellom enhetene i UNN Tromsø.</p> <p>Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder implementeres ved stadig flere enheter i UNN.</p> <p>Kvalitetsutvalget var særskilt opptatt av implementeringsgrad og fremdrift i arbeidet. I tillegg ble det etterlyst en vurdering av eventuelle nye plattformer å rapportere på, blant annet KIS og LIS. Analysemessig er arbeidet en utfordring, men det er mulig å måle på andre, fastlagte parametre og gi det en samlet vurdering. Videre ble det etterlyst en bedre fremgang i arbeidet.</p> <p>Klinikksjefene bekreftet overfor utvalget at implementeringen er mulig innen årets utgang.</p> <p><u>Oppsummert</u></p> <p>Kvalitetsutvalget tok orienteringen til orientering, og forventer at alle innsatsområdene er igangsatt på alle aktuelle enheter innen utgangen av 2015</p>	Mette Fredheim
<p>28.15-2 Status og Rapport om Utbrudd av multiresistent Klebsiella pneumoniae, UNN Tromsø 2013-15</p> <p>Smittevernoverlege Torni Myrbakk presenterte saken. 84 pasienter har funn av bakterien i kliniske prøver, alle tilknyttet UNN Tromsø. En teori er at bakterien spres som følge av brudd på basale smittevernrutiner samt flyt av pasienter og personell mellom ulike enheter.</p> <p>Avdeling for mikrobiologi og smittevern har gjennomført et stort arbeid i forhold til etterforskning av utbruddet. Målet har vært å få oversikt og identifisere risikofaktorer for å kunne gi råd om tiltak. Det viser seg at alle somatiske sengeposter ved UNN Tromsø kan ha en tilknytning til utbruddet, unntaket er Store barn, Nyfødt intensiv og Føde/barsel.</p> <p>Det har ikke vært funnet en felles smittekilde. Risikofaktorer for pasientene er antall innleggelser og antibiotikabruk. Det har ikke vært funnet særskilte forhold ved de sengeposter som er involvert i utbruddet versus de som ikke er involvert, bortsett fra den åpenbare forskjellen voksne/barn.</p>	Torni Myrbakk

<p>Nasjonale anbefalinger for håndtering av ESBL-holdige bakterier er nå kommet. Kvalitetsutvalget var opptatt av at disse følges opp, og at lederansvar og videre oppfølging blir presisert. Grunnleggende valg som tidligere er gjort, er nå utfordret, blant annet at vi ikke har et sykehus med nok enerom/isolatkapasitet. Videre var utvalget opptatt av at de basale smittevernrutinene må følges tettere opp.</p> <p><u>Beslutning</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Kvalitetsutvalget tar saken til etterretning.2. Direktøren vil ta de strategiske utfordringene dette gir i det videre arbeid med strategisk utviklingsplan for bygg i UNN.3. Arbeidsdelingen mellom Drifts- og eiendomssenteret, smittevern og øvrig infrastruktur vil bli tatt opp i eget møte i nær fremtid i smitteverngruppen.	
<p>28.15-3 Nye anbefalinger for smitteverntiltak ved bærerskap og infeksjon med ESBL-holdige bakterier Se sak 28.15-2</p>	Torni Myrbakk
<p>28.15-4 Pakkeforløp for kreft Leder av Kvalitetsavdelingen, Lise Balteskard, innledet til saken. De 14 siste pakkeforløpene er nå igangsatt. Nasjonal målsetting er at 70 % av nye kreftpasientene skal utredes i pakkeforløp. I UNN holdes denne målsettingen for pasienter med brystkreft, tarmkreft, hodehalskreft, lymfom og kreft i spiserør og magesekk. Målsettingen er også nær ved å oppnås for lungekreft med 68 %.</p> <p>For pasienter med prostatakreft er 19 % utredet og behandlet i pakkeforløp siden oppstarten i januar. For pasienter med testikkelkreft, nyre- og blærekreft, samt gynekologisk kreft er det få pasienter i pakkeforløp siden oppstarten 1. mai.</p> <p>Selv om den totale forløptiden oppnås for pakkeforløpet, er det utfordringer med å oppnå normert forløpstid fra ferdig utredning/klinisk beslutning til start av kirurgisk behandling for brystkreft og tarmkreft. Her venter mer enn 50 % av pasientene lengre enn normert.</p> <p>Kvalitetsutvalget var spesielt opptatt av de dårlige tallene for prostatapakkeforløpet, samt de kapasitetsmessige utfordringene for prøvetaking knyttet til Patologisk avdeling og røntgenavdelingen.</p> <p><u>Beslutning</u> Kvalitetsutvalget tar saken til orientering</p>	Lise Balteskard

<p>28.15-5 Demonstrasjon av intranettsiden «Melding og avvik av pasienthendelser»</p> <p>Leder av Kvalitetsavdelingen, Lise Balteskard, presenterte en ny side på UNNs intranettside, med anbefaling om bruk av varsling om alvorlig pasienthendelse.</p> <p>På neste møte kommer representanter fra Helsetilsynet, og da tas en nærmere gjennomgang av § 3-3 i helsetjenesteloven.</p>	Lise Balteskard
<p>28.15-6 Tilsynssak fra Fylkesmannen i Troms; Informasjonsansvaret Saken ble utsatt.</p>	Einar Bugge/Lise Balteskard
EVENTUELT	
<p>29.18 Botox-saken</p> <p>Direktøren ga orientering om bakgrunn for saken, og årsaken til at det har trukket ut i tid før orientering ble gitt.</p> <ul style="list-style-type: none">- Brukerutvalgets leder uttrykte kritikk til tidsbruken fra behandlingstids-punktet til saken ble gjort kjent for pasientene.- Klinikksjefene bekreftet at praksisen nå er i tråd med retningslinjene.	

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til ~~23.6.2015~~ 16.9.2015**

Dato: 1.9.2015

Tidspunkt: 13.30-13.55

Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

Fra arbeidsgiver
Grethe Andersen
Leif Hovden


Fra arbeidstakerne
Terje Møien, foretakshovedverneombud
Vibeke Haukland, NSF
Rigmor Frøyum, Fagforbundet
Ulla Dorthe Mathisen, DNLF


Protokollsignering:


Fra arbeidstakersiden ble Rigmor Frøyum og Ulla Dorte Mathisen valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
Kvalitets- og virksomhetsrapport pr juli 2015	<i>Økonomisjef Grethe Andersen innledet til saken, med vektlegging på den økonomiske delen.</i> <i>Møtet gjennomgikk for øvrig aktivitets- og kvalitetsdelen, med fokus på arbeidet med pakkeforløpene.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten tok saken til orientering.</i>

Tromsø, 1.9.2015


Rigmor Frøyum (s.)
FTV Fagforbundet


Ulla Dorthe Mathisen (s.)
FTV DNLF


Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef

Protokoll fra AMU-møte 2.9.15

Utvalg: Arbeidsmiljøutvalget (AMU)

Tidspunkt: 2.9.15 10.30-13.00

Sted: D1 707 Breivika, Kir. Legers møterom UNN Narvik, Vestibyle møterom UNN Harstad

Til stede (x):

Arbeidsgiversiden:		Varamedlemmer	
Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU		Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	x
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør		Marit Lind, viseadm. direktør	x
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken		Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	x
Arthur Revhaug, klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	x	Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	
Ove Laupstad, avdelingsleder Medisinsk avdeling UNN Narvik	x	Anders Nordgård, avdelingsleder Kirurgisk avdeling UNN Harstad	
Arbeidstakersiden:			
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN	x	Terje Møien, foretaksverneombudet UNN	
Geir Magne Johnsen, HTV NSF – UNN Harstad	x	Wenche Olsen, PTV NSF, Medisinsk avdeling UNN Harstad	
Tore Ovesen, Fagforbundet UNN Harstad		Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø	x	Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	
Elisabeth Olstad, Ylf		Jo Endre Midtbu, Ylf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO		Monica F. Sørensen, NSF	x

Møteleder: Gøril Bertheussen

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Kristin Planting Mølmann



Sak 34/15 Godkjenning av innkalling og saksliste

Det ble meldt inn 4 saker til eventuelt.

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes

Sak 35/15 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 10.6.15

Vedtak:

Protokollen godkjennes.

Sak 36/15 Orienteringssaker

- Orientering om byggeprosjektene, v/utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen
- Orientering om organisering og gjennomføring av helsekontroller av nattarbeidere, v/bedriftslege Kristin Planting Mølmann
- Status opplæring i miljøbevissthet og håndhygiene v/foretakshovedverneombud Einar Rebni

Vedtak:

1. Sakene tas til orientering.
2. AMU oppfordrer KVAM-utvalgene å følge opp status i gjennomføring av obligatoriske kurs i miljøbevissthet og håndhygiene.
3. AMU mener UNN bør få på plass en struktur hvor det klart fremgår hvilke opplæringskurs som er obligatoriske for hvem, og ber direktøren om å ta saken videre i ledergruppa.

Sak 37/15 Styresaker

AMU hadde fått tilsendt drøftingsdokumenter av Kvalitets- og virksomhetsrapporten for juni 2015.

Vedtak:

Saken tas til orientering.



Sak 38/15 Gjennomgang av tidligere vedtak – oppfølging og møteplan

Arbeidsutvalget har foretatt en gjennomgang av de vedtakene som er fattet i 1. halvår 2015. Det er vurdert om vedtakene er fulgt opp, og på bakgrunn av dette satt opp møteplan for høsten 2015:

<i>Møtedato</i>	<i>Sakstittel</i>
2. sept	Organisering og gjennomføring av helsekontroll av nattarbeidere.
23. sept	Gjennomgang av tidligere vedtak – oppfølging og møteplan Oppfølging av prosjekt «Tettere på». Revisjon av retningslinjer AMU – sammensetning av arbeidsutvalget. Oppfølging av handlingsplan for IA i UNN. Måldokument HMS for 2016
28. okt	Miljøprosjektet – grønt sykehus
25. nov	Evalueringsprosjektet ved utarbeidelse av lokale handlingsplaner etter MBU. Revisjon av retningslinjer for tildeling av midler fra AMU.

Vedtak:

AMU slutter seg til den oppfølgingen som er skissert i saken.

Sak 39/15 Eventuelt

Følgende saker ble tatt opp under eventuelt:

- a) Sammensetning av AMU- representasjon fra driftsrådene i Narvik/Harstad
- b) Erfaringer med sommerdrift 2015
- c) Parkeringsavgifter ved UNN Harstad
- d) Oppfølgingen av arbeidsmiljøet ved Røntgenavdelingen UNN Tromsø

Vedtak:

- a) Leder av driftsrådene i Harstad og Narvik er medlem og stedfortreder i AMU i sin funksjonstid. Rollene som medlem og vara veksler mellom Harstad og Narvik ved hvert bytte av driftsrådsledere.

Fra september 2015 inngår driftsrådsleder ved UNN Harstad som fast medlem, med driftsrådsleder i Narvik som vara.

- b) Med utgangspunkt i en del uheldige hendelser i sommer rundt samarbeid ved overføringer av pasienter mellom Tromsø, Narvik og Harstad, ber AMU om at overføringer og samhandling mellom UNNs ulike lokalisasjoner spilles inn som et område man ser på som en del av arbeidet i prosjektet «Lokalsykehusfunksjonen UNN Tromsø»
- c) AMU støtter opp om UNNs policy som «Grønt sykehus» og ønsker ikke å ta initiativ til å endre på parkeringsavgiftene i Harstad.
- d) AMU ber om en orientering om status for arbeidsmiljøet ved Røntgenavdelingen UNN Tromsø.



MØTEREFERAT – BRUKERUTVALGETS ARBEIDSUTVALG UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Møtedato: 2.9.2015 kl. 14.00 – 15.30
Møtested: D2.719 Møterom økonomi

Tilstede:

Medlemmer: Cathrin Carlyle, Obiajulu Odu

Fra adm.: Leif Hovden, Heidi Robertsen

BAU 55/15 Behandling av drøftingssaker til styremøte 16.9.2015

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 28.8.2015.

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

1. *Kvalitets- og virksomhetsrapport pr juli 2015*

Kommentar til Investeringer tabell 17 og 18:

BU oppfatter at UNN i større grad må vektlegge nasjonale kvalitetskrav og pasientsikkerhet jf. begrunnelser i "avslutte" søknader til investering i medisinsk teknisk utstyr.

BAU-56/15 Høringsforespørsel (HOD) - Endringer i pasientskadeloven m.m. - omorganisering i sentral Helseforvaltning - Frist FFS 24.8.2015

Behandling

BAU ga ingen uttalelse i saken.

BAU-57/15 Høringsforespørsel (HOD) – Fritt rehabiliteringsvalg - *Frist FFS 23.9.2015*
Behandling

Høringsforespørsel oversendes brukerutvalgsmedlem Bjørg Molander for eventuelle kommentarer eller merknader på vegne av brukerutvalget. *Frist for innspill BAUs møte 21.9.2015.*

BAU-58/15 Høringsforespørsel – Utkast til IS-2355 Veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 - *Frist FFS 25.9.2015*

Behandling

Høringsforespørselen oversendes Asbjørn Larsen, RIO, for eventuelle kommentarer eller merknader på vegne av Brukerutvalget. *Frist for innspill BAUs møte 21.9.2015.*

BAU-59/15 Forskningsrådet (NFR) – Invitasjon til å kommentere forslag til programplan for de to nye helseforskningsprogrammene Bedre helse og God behandling - *Frist FFS11.9.2015*

Behandling

BAU ga ingen uttalelse i saken.

BAU-60/15 Høringsforespørsel - Fritt behandlingsvalg (HOD)

Behandling

BAU ga ingen uttalelse i saken.

BAU-61/15 I forbindelse med søknad til Helse Nord om finansiering av et forskningsprosjekt, ønsket revmatologisk avdeling UNN en brukerrepresentant som rådgiver i prosjektet.

Behandling

To brukerrepresentanter engasjerte seg i saken, og en meldte sin interesse. Avdelingen valgte å involvere nærboende bruker og forespurte i klinikk. BAU tok dette til etterretning.

BAU-62/15 Brukerutvalget presenterer brukermedvirkning i UNNs onsdagsmøte 16.9.2015

Behandling

BUs leder fikk innspill med vektlegging på brukermedvirkningsstrategien og nasjonale prosesser, samt fokus på kvalitet.

BAU-63/15 Forespørsel fra OSO angående brukerrepresentant til referansegruppe for Samhandlingsbarometeret (OSO-sak 24/2015).

Behandling

BAU oppnevner brukerutvalgsmedlem Odu Obiajulu som brukerrepresentant.

BAU-64/15 Godkjenning av dagsorden BU 15.9.2015

Behandling

Sakslisten godkjennes

Kopi: Brukerutvalget og styret i UNN

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Adm. direktør i Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Revisor i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Deres ref.:

Vår ref.:
2014/713-9/012

Saksbehandler/dir.tlf.:
Karin Paulke, 75 51 29 36

Sted/Dato:
Bodø, 1.9.2015

Foretaksmøte, den 4. september 2015 – innkalling, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Under henvisning til bestemmelsene i Lov om helseforetak kapittel 5 §§ 16, 17, 18 og 19, samt stiftelsesprotokoll for Universitetssykehuset Nord-Norge HF § 10, innkalles til foretaksmøte i Universitetssykehuset Nord-Norge HF på **fredag, den 4. september 2015 – kl. 10.00.**

Møtet avholdes som et felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Nord. Møtet avvikles som telefonmøte. Informasjon om oppkobling oversendes pr. e-post sammen med denne innkallingen.

Til behandling foreligger følgende saker:

Sak 18-2015 Godkjenning av innkalling
Sak 19-2015 Godkjenning av saksliste
Sak 20-2015 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder
Sak 21-2015 Oppdragsdokument 2015 - tilleggskdokument
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Med henvisning til helseforetakslovens § 17 gjøres spesielt oppmerksom på at styreleder og daglig leder skal være til stede i foretaksmøtet. Ved forfall skal det utpekes stedfortreder. Fullmakt legges frem ved møtestart.

Vennlig hilsen

Bjørn Kaldhol /s/
Styreleder


for Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Sak 21-2015 Oppdragsdokument 2015 - tilleggskdokument
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kopi: Riksrevisjonen, Postboks 8130 Dep, 0032 Oslo

Møtedato: 4. september 2015
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Ingvild Fjellberg, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 1.9.2015

**Foretaksmøtesak 21-2015 Oppdragsdokument 2015 -
tilleggsdokument Universitetssykehuset
Nord-Norge HF**

Det vises til *styresak 75-2015 Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument* (se vedlegg) som ble behandlet av styret i Helse Nord RHF i styremøte, den 26. august 2015.

Styret fattet følgende vedtak:

- 1. Styret i Helse Nord RHF viser til Oppdragsdokument 2015 til helseforetakene og brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 30. juni 2015 med tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2015. Styret vedtar kravene slik de fremkommer av tilleggsdokumentet til å være gjeldende for Helse Nord RHF og underliggende helseforetak.*
- 2. Styret viser til styresak 49-2015 Plan for reduksjon av ventetider. I tråd med krav fra Helse- og omsorgsdepartementet i Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument skal planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene i regionen utvides fra tidligere vedtatt fire måneder til minimum seks måneder innen 1. januar 2016.*
- 3. Styret ber adm. direktør i tett samarbeid med helseforetakene om å utarbeide en konkret handlingsplan som legges frem for styrets behandling i styremøtet, den 30. september 2015.*
- 4. Tilleggsdokumentet til Oppdragsdokument 2015 fremmes for behandling i foretaksmøte med helseforetakene snarest mulig.*
- 5. På vegne av styret i Helse Nord RHF gis adm. direktør ansvar for å følge opp kravene fra Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument.*
- 6. Styret i Helse Nord RHF ber om at oppfølgingen av kravene fra Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument rapporteres som fast punkt på adm. direktørs orientering i hvert styremøte ut 2015.*

I tråd med styrets vedtak legges saken nå frem for foretaksmøte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Foretaksmøtet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Kravene slik de fremkommer av *Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument*, jf. brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 30. juni 2015 skal være gjeldende for Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
2. Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal utvide planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene fra tidligere vedtatt fire måneder til minimum seks måneder innen 1. januar 2016.
3. Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal i tett samarbeid med Helse Nord RHF utarbeide en konkret handlingsplan for oppfølging av tilleggskravene, som legges frem for styret i Helse Nord RHF i styremøte, den 30. september 2015.

Bodø, den 1. september 2015

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Styresak 75-2015 Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument
2. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 30. juni 2015 ad. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 30. juni 2015 ad. Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014-2015) (jf. *styresak 90-2015/3 Referatsaker*)

Vedleggene er lagt ut på Helse Nord RHF's nettside - se her:

[Styremøte i Helse Nord RHF 26. august 2015](#)

Utrykte vedlegg:

Styresak 4-2015 Oppdragsdokument 2015 til helseforetakene

Styresak 49-2015 Plan for reduksjon av ventetider

Styresak 76-2015 Ventetider og fristbrudd - tiltak i helseforetakene, oppfølging av styresak 49-2015 og 67-2015



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
72/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	16.9.2015

Eventuelt

Tromsø, 4.9.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør