



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Tirsdag 23. juni 2015 kl. 09:00

Møtested

Harstad, Auditoriet 1. etg



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Harstad, Auditoriet 1. etg
Dato: 23.6.2015
Tid: 9:00

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 55/2015	Godkjenning av innkalling og sakliste
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 - <i>ettersendes</i>
ST 60/2015	Revidert utdanningsstrategi for UNN - <i>ettersendes</i>
ST 61/2015	Regional plan for øyefaget
ST 62/2015	Møteplan for styret 2016
ST 63/2015	Orienteringssaker <i>Skriftlig orientering:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langtidsventende og fristbrudd – <i>ettersendes</i> 2. Fritt behandlingsvalg – <i>ettersendes</i> 3. Notat fra Helse Nord vedrørende Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven 4. Notat fra Arthur Revhaug til stabsmøtet 26.5.15: 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
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 – <i>ettersendes</i> 8. Referat fra AMU-møte 10.6.2015 - <i>ettersendes</i>
ST 65/2015	Eventuelt

ST 55/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
56/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	23.6.2015

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 3.6.2015

Innstilling til vedtak

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

Tromsø, 12. juni 2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Møteprotokoll



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 3.6.2015
 Tid: 9:00-11:30

Navn	Funksjon	Merknader
Olav Helge Førde	Nestleder	
— Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	<i>Ankom etter avtale kl 10.10</i>
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Vibeke Haukland	Varamedlem	<i>Møtte for Rune Moe</i>
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget <i>Ankom etter avtale kl 9.50</i>

Forfall:

Jorhill Andreassen	styreleder
Hanne CS Iversen	medlem
Rune Moe	medlem

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Jon Mathisen	klinikkssjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Bjørn-Yngvar Nordgård	klinikkssjef ved Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Kristian Bartnes	klinikkssjef ved Hjerter- og lungeklinikken
Birgith J. Nerskogen	kst klinikkssjef ved Operasjons- og intensivklinikken
Snorre Sollid	Avdelingsleder ved Operasjons- og intensivklinikken
Gøril Bertheussen	stabssjef
Arthur Revhaug	kst fag- og forskningssjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Nina Østli Johansen	lederassistent (observatør)
Leif Hovden	administrasjonssjef

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 3.6.2015

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 3.6.3025 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv)

Saksnr	Innhold
ST 43/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 44/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 29. april 2015 og ekstraordinært styremøte 19. mai 2015
ST 45/2015	Tertialrapport 1. tertial 2015 – med Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2015
ST 46/2015	Tilsynsrapport – eksterne tilsyn
ST 47/2015	Informasjonssikkerhet
ST 48/2015	Tilslutning til strategiplan for innkjøp i Helse Nord 2014-2017
ST 49/2015	Orienteringssaker <i>Skriftlig orientering:</i> <ol style="list-style-type: none"> PET – drift og produksjon av radiofarmaka Reduksjon av ventetider i UNN HF Informasjon om kirurgisk- og anestesilogisk operasjonskapasitet i byggeperioden for A-fløya Nasjonale kvalitetsindikatorer for UNN <i>Muntlig orientering:</i> <ol style="list-style-type: none"> Ventetid og fristbrudd Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13 jfr. Hpl. § 1, jf. 23 <i>Informasjon om rettstvist – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 23 første del.</i>
ST 50/2015	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> Protokoll fra foretaksmøte mellom Helse Nord RHF og UNN 24.4.2015 Kopi av brev datert 24.4.2015 til Helse Nord RHF fra Ofoten Regionråd vedrørende ambulanseberedskap i Midtre Hålogaland Kopi av brev datert 29.4.2015 til Helse Nord RHF fra Ofoten Regionråd vedrørende ambulanseberedskap i Ofoten Utskrift fra møtebok fra felles eldrerådsmøte for kommunene i Sør-Troms 22.4.2015: Uttalelse om onkolog på UNN Harstad Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 20.5.2015 Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 21.5.2015 Referat fra OSO-møtet 16.4.2015 Protokoll fra AMU-møtet 20.5.2015 Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 18.5.2015 <i>Protokoll fra møte i Kvalitetsutvalget 12.5.2015</i> <i>Kopi av brev fra Arbeidstilsynet til legene på røntgenavdelingen datert 19.5.2015</i> <i>Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 2.6.2015</i>
ST 51/2015	Eventuelt
ST 54/2015	Utbyggingsprosjektene – tertialrapport 1 – 2015

ST 44/2015 Godkjenning møteprotokoll fra styremøtet 29. april 2015, ekstraordinært styremøte 19. mai 2015 og ekstraordinært styremøte 28. mai 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 3.6.2015

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 29. april 2015, fra ekstraordinært styremøte 19. mai 2015 og ekstraordinært styremøte 28. mai 2015.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 29. april 2015, fra ekstraordinært styremøte 19. mai 2015 og ekstraordinært styremøte 28. mai 2015.

ST 45/2015 Tertialrapport 1. tertial 2015 – med Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 3.6.2015

Innstilling til endrete vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner første tertialrapport 2015 for oversendelse til Helse Nord RHF, *med de rettelser som fremkom i møtet.*
2. Styret tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for april 2015 til orientering.
3. Styret ~~ber Helse Nord RHF om investeringsrammer for~~ *godkjenner* to utstyrssøknader på tilsammen 1,35 mill kr.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner første tertialrapport 2015 for oversendelse til Helse Nord RHF, med de rettelser som fremkom i møtet.
2. Styret tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for april 2015 til orientering.
3. Styret godkjenner to utstyrssøknader på tilsammen 1,35 mill kr.

ST 54/2015 Utbyggingsprosjektene ved UNN - Tertialrapport 1. tertial 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 3.6.2015

Saken var ettersendt som ny vedtakssak til styret, og er gitt nummerering som følge av saksnummerering for sakene under ekstraordinære styremøter i mellomperioden.

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapporten pr. 30.4.2015 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering.

Enstemmig vedtatt.

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapporten pr. 30.4.2015 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering

ST 46/2015 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 3.6.2015

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 1.3. til og med 12.5.2015 til etterretning.
2. Handlingsplanene etter internrevisjonene *Henvisninger og ventelister, Strykninger av planlagte operasjoner samt Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten* godkjennes for oversendelse til Helse Nord RHF.

Representanten Tove Skjelvik foreslo et nytt vedtakspunkt:

Styret ber om å få oppdatert status for tilsynssaker ved neste rapportering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 1.3. til og med 12.5.2015 til etterretning.
2. Handlingsplanene etter internrevisjonene *Henvisninger og ventelister, Strykninger av planlagte operasjoner samt Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten* godkjennes for oversendelse til Helse Nord RHF.
3. Styret ber om å få oppdatert status for tilsynssaker ved neste rapportering.

ST 47/2015 Informasjonssikkerhet

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 3.6.2015

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar rapporten *Status for informasjonssikkerhet ved UNN* til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar rapporten *Status for informasjonssikkerhet ved UNN* til etterretning.

ST 48/2015 Tilslutning til strategiplan for innkjøp i Helse Nord 2014-2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 3.6.2015

Innstilling til endret vedtak (endinger i *kursiv*):

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar vedlagt organisasjonsplan som retningsgivende for anskaffelsesvirksomheten i foretaket.
2. Styret ~~vedtar~~ gir sin tilslutning til vedlagte samarbeidsavtale som styrende for foretakets samarbeid med det regionale helseforetaket, samt de øvrige helseforetakene i regionen.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar vedlagt organisasjonsplan som retningsgivende for anskaffelsesvirksomheten i foretaket.
2. Styret gir sin tilslutning til vedlagte samarbeidsavtale som styrende for foretakets samarbeid med det regionale helseforetaket, samt de øvrige helseforetakene i regionen.

ST 49/2015 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 3.6.2015

Skriftlig orientering:

1. PET – drift og produksjon av radiofarmaka
2. Reduksjon av ventetider ved UNN
3. Informasjon om kirurgisk- og anesthesiologisk operasjonskapasitet i byggeperioden for A-fløya
4. Nasjonale kvalitetsindikatorer for UNN

Muntlig orientering:

5. Ventetid og fristbrudd
6. Alvorlig hendelse – *ble behandlet unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13 jfr. Hpl. § 1, jf. 23*
7. Informasjon om rettstvist – *ble behandlet unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 23 første del.*

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 51/2015 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 3.6.2015

1. Protokoll fra foretaksmøte mellom Helse Nord RHF og UNN 24.4.2015
2. Kopi av brev datert 24.4.2015 til Helse Nord RHF fra Ofoten Regionråd vedrørende ambulanseberedskap i Midtre Hålogaland
3. Kopi av brev datert 29.4.2015 til Helse Nord RHF fra Ofoten Regionråd vedrørende ambulanseberedskap i Ofoten
4. Utskrift fra møtebok fra felles eldrerådsmøte for kommunene i Sør-Troms 22.4.2015: Uttalelse om onkolog på UNN Harstad
5. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 20.5.2015
6. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 21.5.2015
7. Referat fra OSO-møtet 16.4.2015
8. Protokoll fra AMU-møtet 20.5.2015
9. Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 18.5.2015
10. Protokoll fra møte i Kvalitetsutvalget 12.5.2015
11. Kopi av brev fra Arbeidstilsynet til legene på røntgenavdelingen datert 19.5.2015

Innstilling til vedtak:

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

Vedtak:

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

ST 52/2015 Eventuelt
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 3.6.2015

Ingen saker ble meldt opp.

Tromsø, 3.6.2015

Jorhill Andreassen (sett)

Olav Helge Førde

Eivind Mikalsen

Erling Espeland

Hanne CS Iversen (sett)

Helga Marie Bjerke

Jan Eivind Pettersen

Mai-Britt Martinsen

Per Erling Dahl

Rune Moe (sett)

Tom Sottinen

Tove Skjelvik

Vibeke Haukland



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
57/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	23.6.2015
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Thomas Krogh

Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 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.

Sammendrag

Denne saken viser at gjennomsnittlig ventetid ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) per mai er 77 (-2) dager (med rett til prioritert helsehjelp 55 (-2) og uten rett 95 (+0) dager). Ved utgangen av mai hadde 967 pasienter ventet mer enn ett år på behandling (-36 %). Antall fristbrudd ved månedsskiftet var 63. Epikriseandel innen syv dager var 74 % og 80 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern, mens andel strykninger fra planlagt operasjonsprogram var 4 % i mai.

Gjennomsnittlig antall månedsverk per mai ved UNN er 6 286. I tillegg leies det inn helsepersonell tilsvarende 17 månedsverk. Sykefraværet i april var 8,2 %.

Regnskap for mai viser et overskudd på 0,7 mill kr, men et budsjettavvik på -2,6 mill kr. Akkumulert hittil i år viser regnskapet et overskudd på 3,6 mill kr og et budsjettavvik på -13,1 mill kr. For mai har driftsinntektene et avvik på -8,4 mill kr, mens driftskostnadene har et avvik på +4,3 mill kr (finansresultatet er +1,4 mill kr).

Direktøren er fornøyd med at antall langtidsventende og fristbrudd går ned. Aktiviteten har tatt seg opp de tre siste månedene og antall DRG-poeng nærmer seg planlagt nivå. Det er positivt at regnskapet viser et overskudd, men ikke tilfredsstillende at budsjettmålet fortsatt ikke nås. Økningen i antall utskrivningsklare døgn har lenge vært en utfordring, men tall for mai viser en nedgang sammenlignet med i fjor. Det er fortsatt behov for å finne gode løsninger for utskrivningsklare pasienter.

Bakgrunn

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

Formål

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

Saksutredning

Kvalitet

Oppdatert statistikk per mai for kreftpakkeforløpene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) foreligger ennå ikke.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling fra venteliste til og med mai var 77 (median 51) dager. Dette er to dager mindre enn for samme periode i fjor. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 55 (median 42) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet 95 (median 62) dager.

Ventetiden for de som fortsatt står på venteliste er 113 dager. Dette er en økning på to dager sammenlignet med i fjor. Rettighetspasientene har i gjennomsnitt stått 54 dager på venteliste, mens de uten rett til prioritert helsehjelp har ventet 137 dager.

Ved utgangen av mai var det 967 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Dette er en reduksjon på 36 (-4 %) sammenlignet med samme tid i fjor. Alle klinikker kan vise til en reduksjon i antall langtidsventende.

Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i mai var 1 327, og viser en nedgang fra i fjor med 347 (-21 %). Ventelisterydding påvirker også dette i og med at flere klinikker har meldt at de er i kontakt med pasienter på forhånd for å få avklart om de er reelle pasienter, eller skal ut av ventelistene.

Antall fristbrudd ved utgangen av mai var 63. Dette er syv færre enn på samme tid i fjor. Utviklingen viser at antallet gradvis reduseres fra nivået rundt 100 som har vært nivå for UNN det siste året.

Det er i hovedsak stabile resultater for de øvrige kvalitetsindikatorerne. Andelen epikriser sendt innen syv dager var i mai 74 % og 80 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall pasienter som lå på korridor per dag i mai var ti, mens andelen strykninger av planlagte operasjoner var 4 %.

Rapportering på Pasientsikkerhetsprogrammet vil inkluderes i Kvalitets- og virksomhetsrapporten fra og med august.

Aktivitet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+2 %). Antall polikliniske dagbehandlinger har negativt avvik mot plan (-8 %). Hovedårsaken er færre dialysepasienter. Antall innlagte dagopphold (-1 %) ligger noe under plan, mens antall heldøgn (+1 %) og polikliniske konsultasjoner (+2 %) ligger noe over. Samlet antall DRG-poeng er fortsatt lavere enn plan (-1 %), men aktiviteten de siste tre månedene har generert flere DRG-poeng enn plan.

Det presenteres ingen statistikk for beleggspresenter i Kvalitets- og virksomhetsrapporten. Dette er styringsinformasjon som gir størst verdi på postnivå (bør da baseres på belegg per time analyser), og kan gi misvisende informasjon som aggregerte størrelser på høyere nivå enn sengepost.

Åpningen av Pingvinhotellet nærmer seg og det har vært gjort et større arbeid for å kartlegge hvilke pasientgrupper som potensielt kan bruke hotellet i hele eller deler av sykehusoppholdet. Pasienthotellets andel av liggedøgnene var i mai 6 %.

Hittil i år er antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet redusert med 98 (-3 %) sammenlignet med samme tid i fjor. Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 120 utskrivningsklare døgn (-9 %).

Antall røntgenundersøkelser (+2 %) og laboratorieanalyser (+8 %) 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 (+3 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (+5 %) ligger over plan. Akkumulert er aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge (-4%) fortsatt lavere enn plan, men aktiviteten har tatt seg opp slik at den i mai måned var høyere enn planlagt.

Personal

Antall månedsverk i mai var 6 335. Dette gir et gjennomsnitt hittil i år på 6 286, som er en økning på 28 månedsverk (+0,4 %) sammenlignet med i fjor. I tillegg leies det i gjennomsnitt ti sykepleiermånedsverk og syv legemånedsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er redusert (-66 %) sammenlignet med i fjor, mens nivået for innleide leger har økt (+15 %). Sammenlignet med i fjor er det Diagnostisk klinikk som har økt forbruk av innleide legeressurser (+ 1 mill kr).

Sykefraværet i april var 8,2 %. Dette er en nedgang på 0,2 prosentpoeng sammenlignet med samme måned i 2014. Det er spesielt langtidsfraværet (mer enn 56 dager) som er redusert (0,5 prosentpoeng). Sykefraværsprosenten gjenspeiler at det i gjennomsnitt var 285 ansatte borte fra UNN hver dag i april.

I april var det registrert 519 ansatte med sykemelding utover 16 dager, hvorav 253 (48,7 %) var graderte. Målet er at 50 % av sykemeldingene skal være gradert.

Økonomi

UNN har for 2015 et overskuddskrav på 40 mill kr. Regnskapet for mai viser et avvik på +0,7 mill kr, noe som gir et budsjettavvik på -2,6 mill kr. Akkumulert hittil i år viser regnskapet et overskudd på 3,6 mill kr og et budsjettavvik på -13,1 mill kr.

Driftsinntektene for mai viser et avvik på -8,4 mill kr hvorav polikliniske inntekter utgjør -2,7 mill kr. Driftskostnadene har et avvik på +4,3 mill kr. Aktivitetsdrevne varekostnader har et avvik på -3,5 mill kr og lønnskostnader +8,5 mill kr. Kjøp av helsetjenester har et avvik på +0,7 mill kr. Finanspostene har et avvik på +1,4 mill kr.

I mai er det realisert en økonomisk effekt av tiltak på 14,4 mill kr. Akkumulert hittil i år er det beregnet en økonomisk effekt på 63 mill kr, som utgjør en gjennomføringsgrad på 56 %.

Det ble investert for 38,5 mill kr i mai. Hittil i år er det investert for 191,9 mill kr av en samlet investeringsramme på 800,3 mill kr. Det er hittil i år investert i utstyr for 35,5 mill kr, og utestående forpliktelser beløper seg til 43,6 mill kr.

Likviditeten ved utgangen av mai er 447 mill kr som er i tråd med likviditetsprognosen.

Kommunikasjon

Mediebildet i mai preges av mange positive oppslag i nordnorske medier om at pasienter i nord får elektronisk tilgang til sin pasientjournal fra høsten 2015. Det er også oppslag om nye, midlertidige operasjonsstuer i Tromsø som skal brukes mens bygging av ny A-fløy pågår. At den samme A-fløya i Tromsø blir noe dyrere enn tidligere kalkulert, omtales i negative vendinger selv om forklaringen ligger i markedsutviklingen i entreprenørmarkedet. Fremover omtaler at pasienter må reise fra Narvik til Harstad for planlagte ortopediske inngrep. Det oppleves for pasientene som merkelig.

Medvirkning

Saken er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i eget møte 11.6.2015. Referat og protokoll fra dette møtet behandles som egne referatsaker i styremøtet 23.6.2015.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at saken fremmes for styret, slik den ble fremstilt under behandling av saken.

Brukernes arbeidsutvalg uttrykte bekymring i forhold til det lave antallet prostatakreft-pasienter i dette kreftpakkeforløpet.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at trenden ser ut til å snu på en rekke områder. Det er lagt ned et godt arbeid i klinikkene med å redusere antall langtidsventende og fristbrudd. Tall for mai tyder på at vi er på rett vei. Aktiviteten har også økt og antall DRG-poeng nærmer seg plantall. Det er positivt at regnskapet viser et overskudd, men ikke tilfredsstillende at budsjettmålet fortsatt ikke nås.

Økning i antall utskrivningsklare døgn har vært en utfordring for både UNN og samarbeidende kommuner. Tall for mai viser en nedgang i både somatiske og psykiatriske liggedøgn som venter på overføring til tilbud i hjemkommunen.

Sak 57/2015

Pingvinhotellet åpner nå i sommer og vil gi UNN bedre betingelser for god pasientbehandling. Det er foretatt en kartlegging av potensial for bruk av pasienthotell hvor det blant annet er avdekket behov for gode retningslinjer for bestilling og bruk.

Tromsø, 12.6.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:
Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2015

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

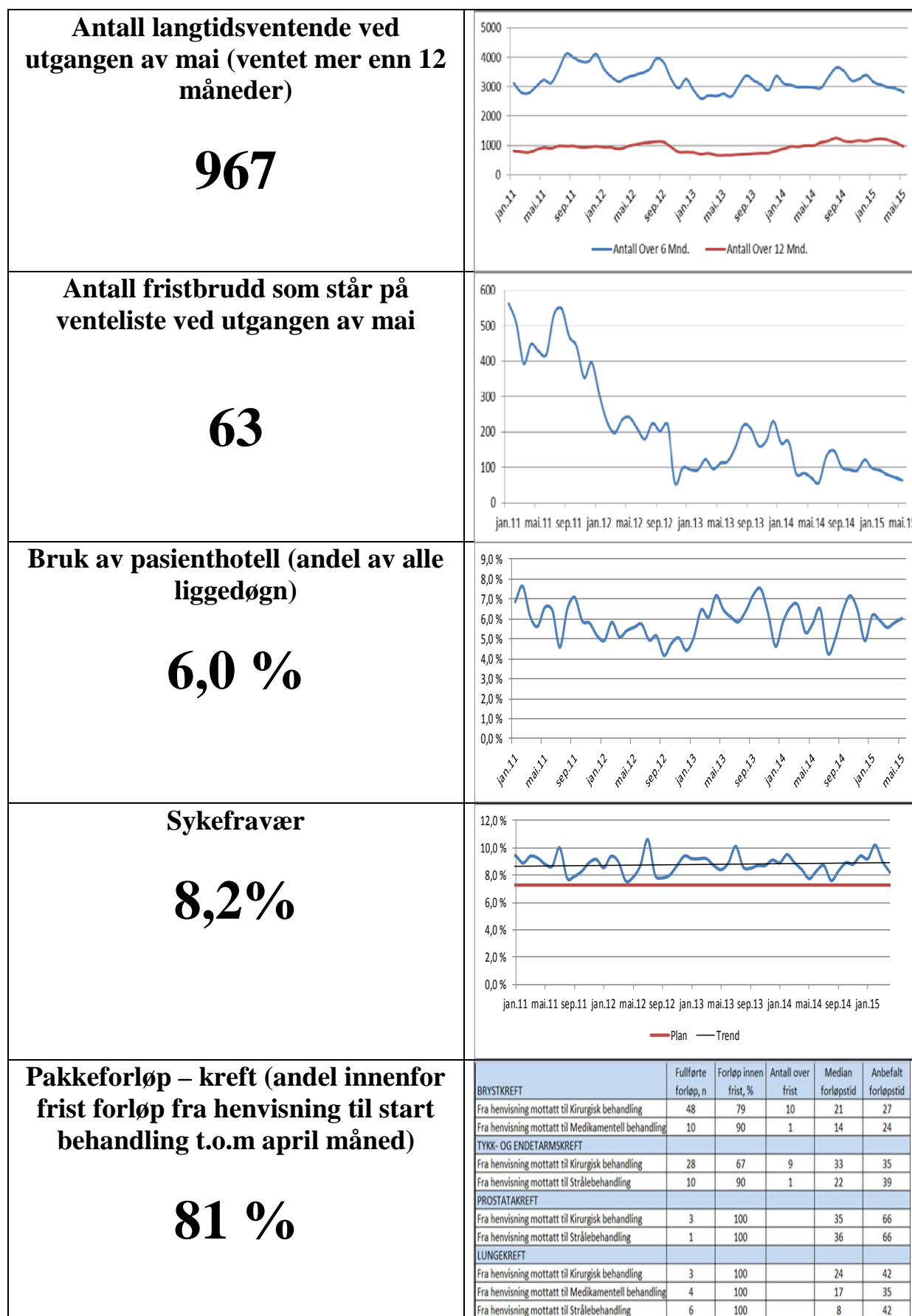
Mai 2015



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Kvalitet	4
Pakkeforløp- kreftbehandling	4
Ventelister	5
Ventetid	5
Fristbrudd.....	7
Korridorpasienter	10
Strykninger	10
Epikrisetid	10
Aktivitet.....	11
Somatisk virksomhet	11
Psykisk helsevern voksne	14
Psykisk helsevern barn og unge.....	15
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	15
Samhandling	16
Utskrivningsklare pasienter	16
Forbruksrater.....	17
Bruk av pasienthotell	18
Personal	18
Bemanning	18
Sykefravær.....	19
Kommunikasjon	21
Sykehuset i media.....	21
Økonomi.....	22
Resultat	22
Prognose.....	26
Gjennomføring av tiltak	26
Likviditet.....	27
Investeringer.....	27
Byggeprosjekter	28

Hovedindikatorer UNN HF:



Kvalitet

Pakkeforløp- kreftbehandling

Tabell 1 Nye kreftpasienter i april 2015

Pakkeforløp	Nye kreftpas i UNN antall (jan-april)	Antall i pakkeforløp (jan-april)	Andel i pakkeforløp % (jan-april)
Brystkreft	64	57	89
Tykk- endetarmskreft	49	32	65
Prostatakreft	44	3	6
Lungekreft	34	11	32

UNN har nettopp kommet i gang med registrering av prostatakreft pakkeforløp, slik at pasienter utredet og behandlet fram til og med mars måned ikke er ivare tatt i pakkeforløpsrapporteringen.

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

	Fullførte forløp, n	Forløp innen frist, %	Antall over frist	Median forløpstid	Anbefalt forløpstid
BRYSTKREFT					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	48	79	10	21	27
Fra henvisning mottatt til Medikamentell behandling	10	90	1	14	24
TYKK- OG ENDETARMSKREFT					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	28	67	9	33	35
Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	10	90	1	22	39
PROSTATAKREFT					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	3	100		35	66
Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	1	100		36	66
LUNGEKREFT					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	3	100		24	42
Fra henvisning mottatt til Medikamentell behandling	4	100		17	35
Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	6	100		8	42

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

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter på venteliste	15 040	16 047	14 605	-1 442	-9
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 572	4 476	4 277	-199	-4
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp	10 468	11 571	10 328	-1 243	-11
...herav med fristbrudd	112	70	63	-7	-10
...herav med ventetid over 365 dager	666	1 003	967	-36	-4
Gjennomsnittlig ventetid dager	104	111	113	2	2
Ikke møtt til planlagt avtale	1 491	1 674	1 327	-347	-21

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

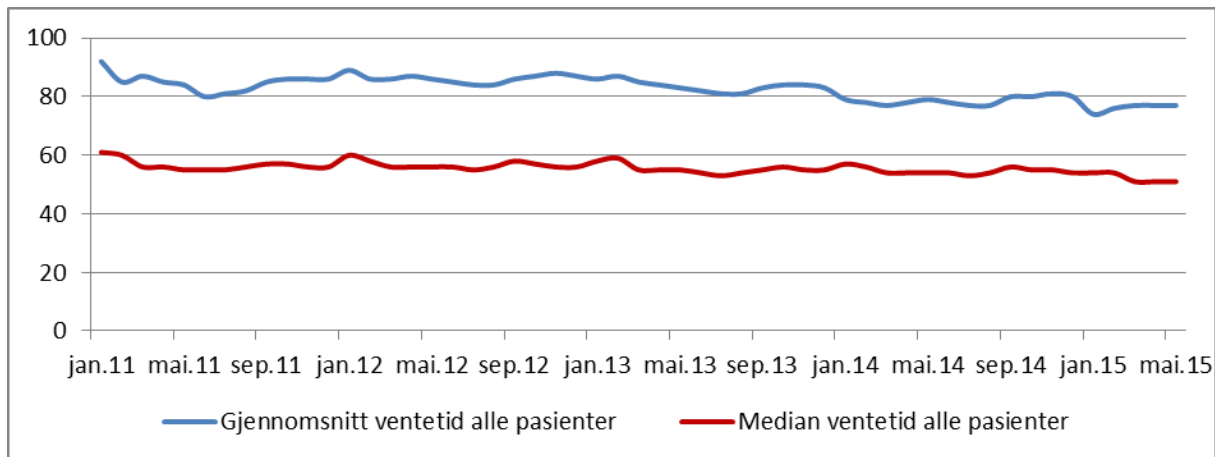
	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	22 347	23 384	23 002	-382	-2
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	9 882	10 310	10 651	341	3
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	12 465	13 074	12 351	-723	-6
...herav med fristbrudd	601	677	583	-94	-14
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	44	44	46	2	5

Ventetid

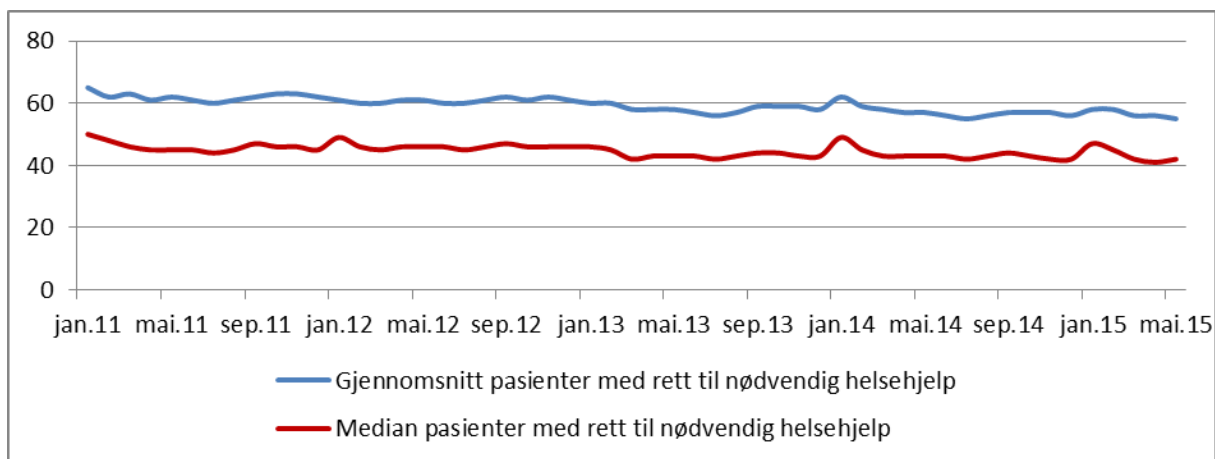
Tabell 5 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	83	79	77	-2	-3
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	58	57	55	-2	-4
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	102	95	95	0	0
Median ventetid i dager	55	54	51	-3	-6
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	43	43	42	-1	-2
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	66	65	62	-3	-5

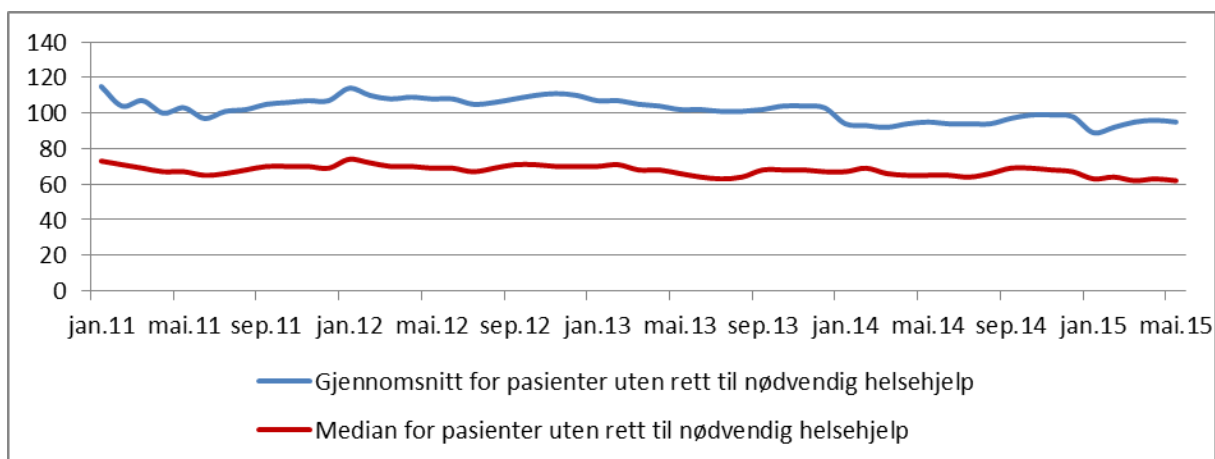
Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



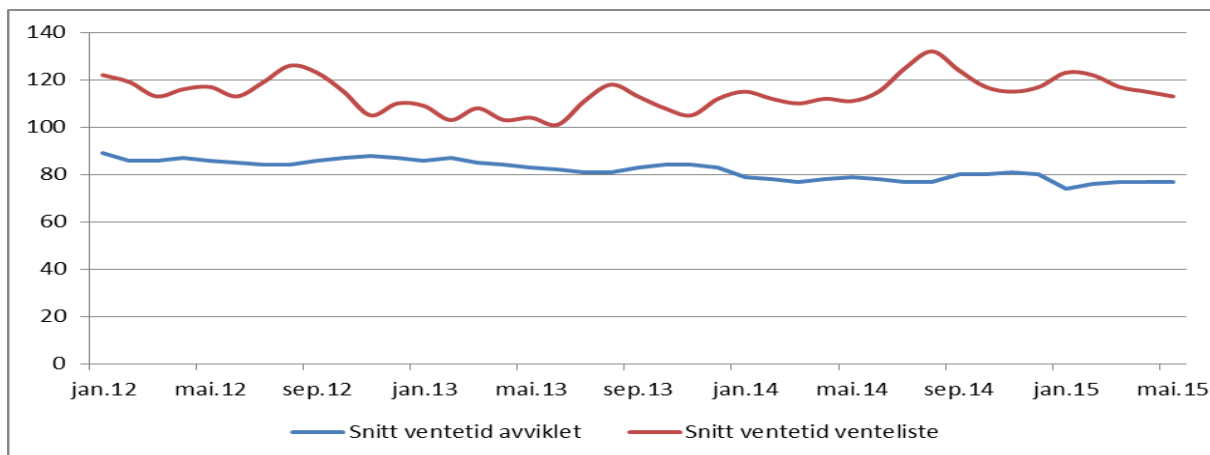
Figur 2 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter med rett til nødvendig helsehjelp



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

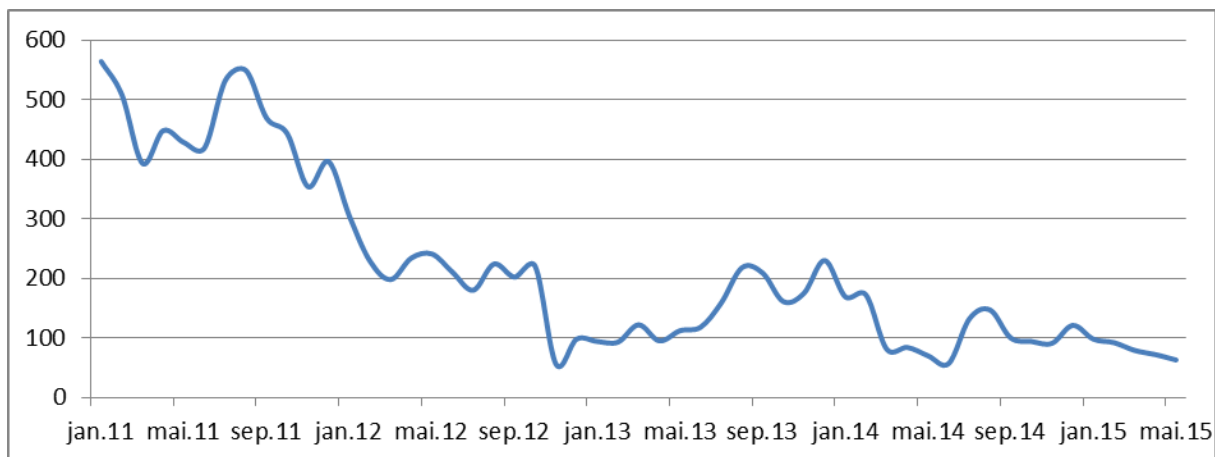


Figur 4 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste



Fristbrudd

Figur 5 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

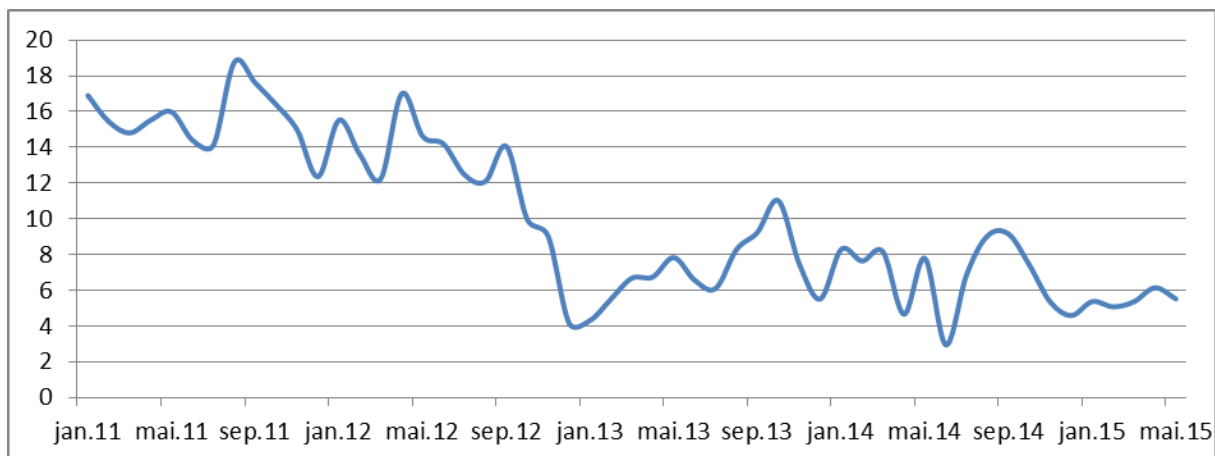


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av mai 2015

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	15	268	6
Barne- og ungdomsklinikken	4	270	1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	14	545	3
Medisinsk klinikk	1	472	0
Hjerte- og lungeklinikken	4	313	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	25	2 409	1
UNN	63	4 277	1

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

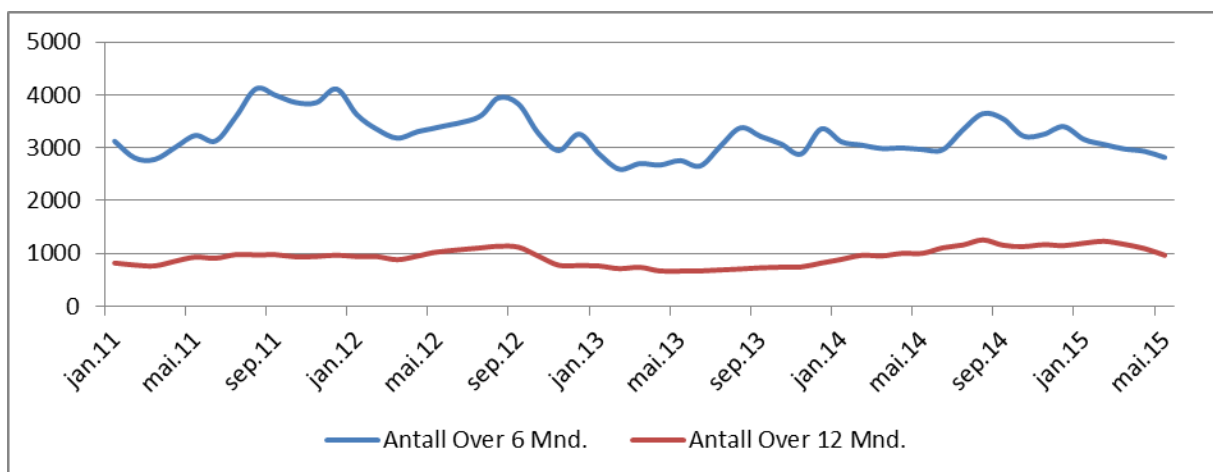
Figur 6 Prosent avviklet fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå



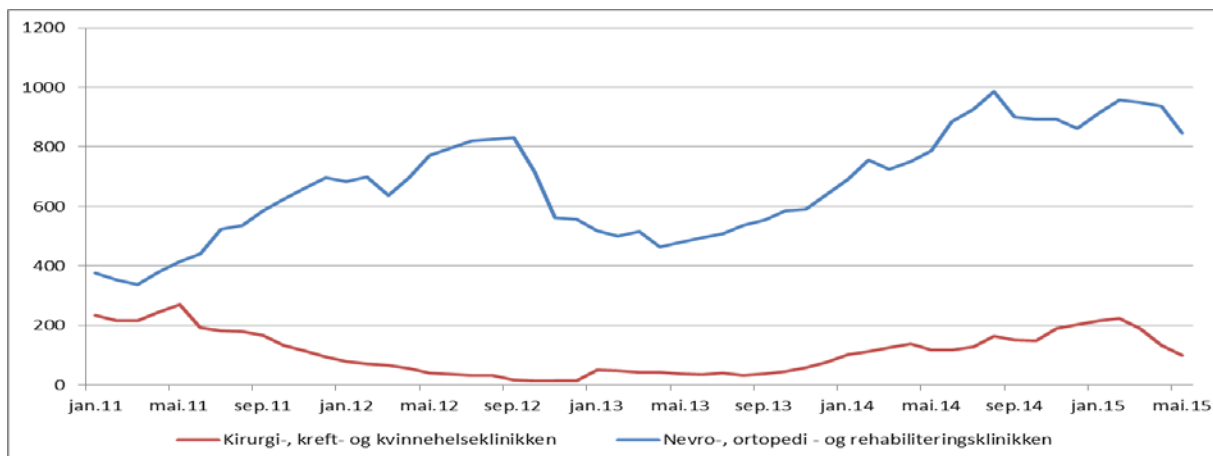
Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	apr.15	mai.15
Barne- og ungdomsklinikken	9	4
Hjerte- og lungeklinikken	8	9
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	46	28
Medisinsk klinikk	6	4
Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	39	56
Psykisk helse- og rusklinikken	10	7
UNN	118	108

Figur 7 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 8 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



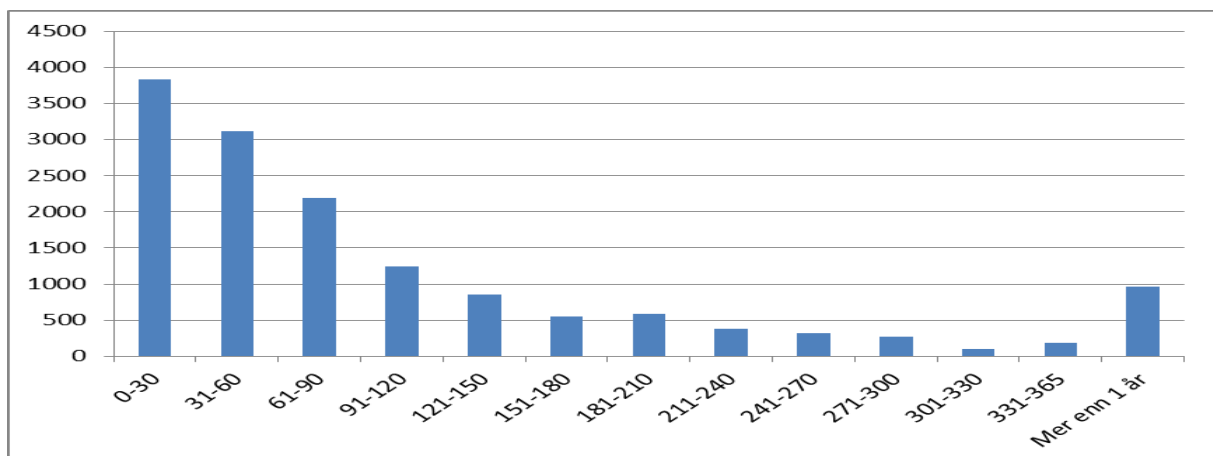
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

Tabell 8 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av mai 2015

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	0
Barne- og ungdomsklinikken	4	1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	99	3
Medisinsk klinikk	11	1
Hjerte- og lungeklinikken	6	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	846	10
UNN	967	7

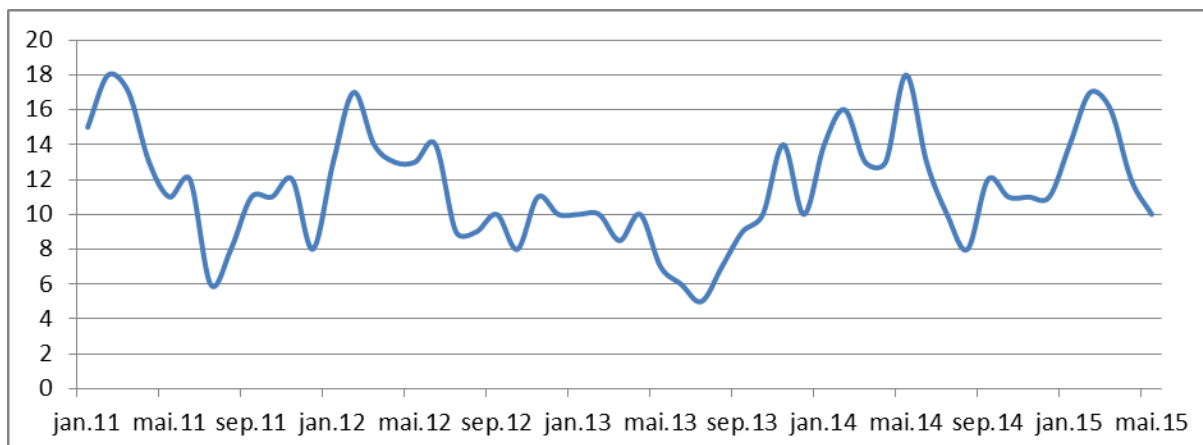
Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

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



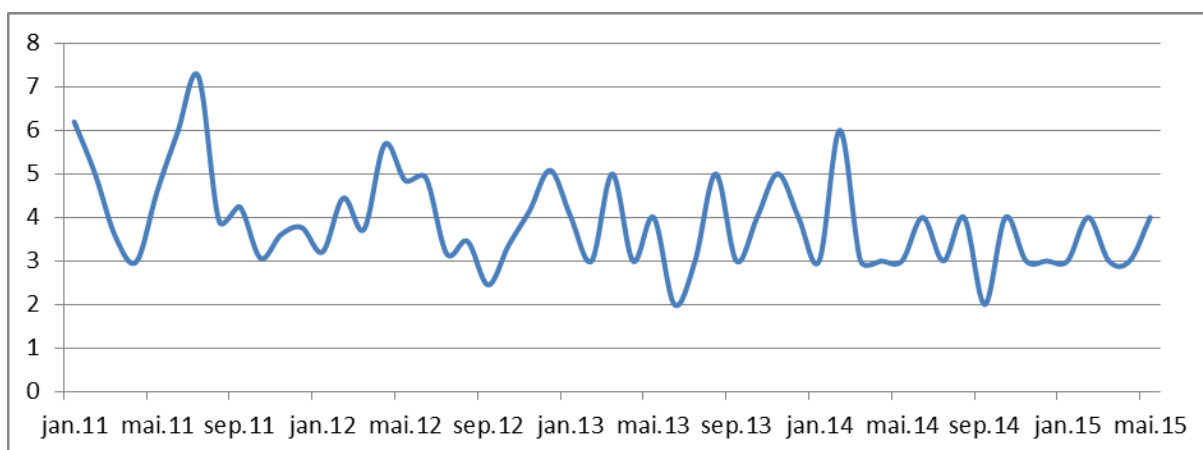
Korridorpasienter

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



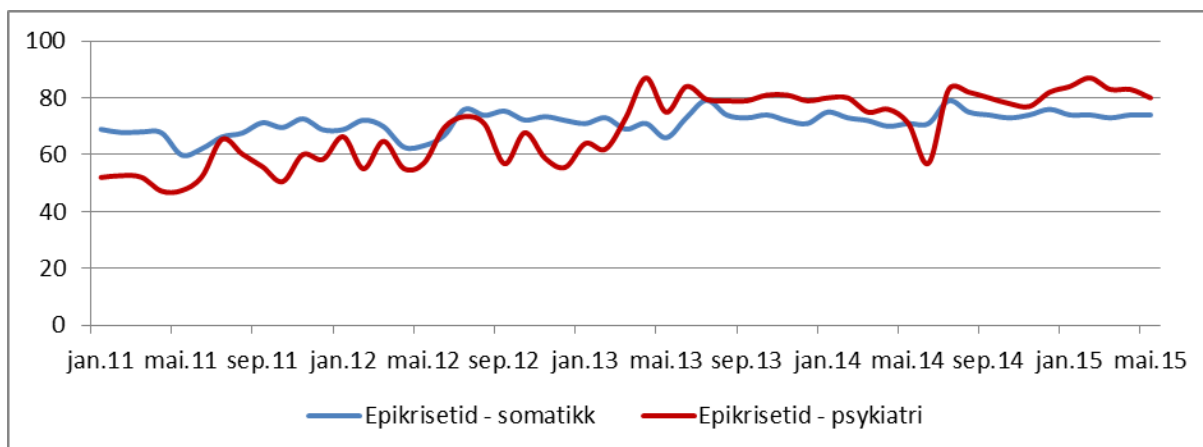
Strykninger

Figur 11 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



Epikrisetid

Figur 12 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Aktivitet

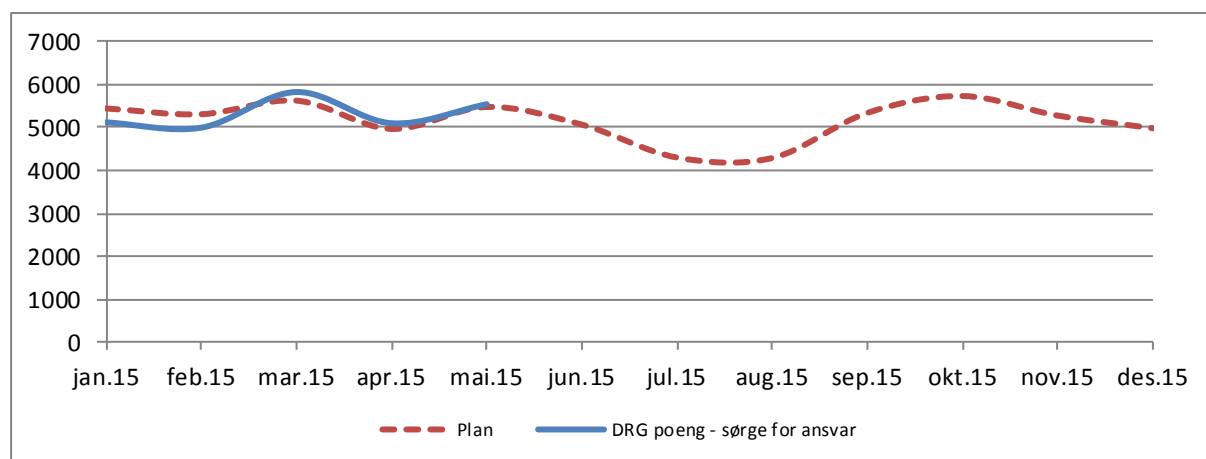
Tabell 9 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2013	2014	2015	Plantall 2015	Avvik fra 2014		Avvik fra plan 2015	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser heldøgn	17 201	17 115	16 956	16 812	-159	-1	144	1
Innlagte dagopphold	2 691	2 541	2 493	2 513	-48	-2	-20	-1
Polikliniske dagbehandlinger	11 688	11 875	11 103	12 109	-772	-7	-1 006	-8
DRG poeng (2015 logikk)	26 233	26 953	26 573	26 864	-380	-1	-291	-1
Liggedager i perioden	71 447	71 449	70 961	71 467	-488	-1	-506	-1
Polikliniske konsultasjoner	109 393	111 755	108 801	106 583	-2 954	-3	2 218	2
Herav ISF	90 753	93 174	90 821	92 582	-2 353	-3	-1 761	-2
Kontrollandel poliklinikk	34 %	33 %	32 %	32 %				
Laboratorieanalyser	2 017 799	2 170 521	2 176 032	2 010 221	5 511	0	165 811	8
Røntgenundersøkelser	80 213	82 264	78 427	76 664	-3 837	-5	1 763	2
Fremmøte stråleterapi	7 278	5 717	5 204	5 727	-513	-9	-523	-9
Pasientkontakter	129 285	131 411	128 250	125 907	-3 161	-2	2 343	2
VOP								
Utskrivelser heldøgn	1 510	1 403	1 434	1 413	31	2	21	1
Liggedager i perioden	21 982	21 702	21 181	20 062	-521	-2	1 119	6
Polikliniske konsultasjoner	25 049	25 726	26 733	25 923	1 007	4	810	3
Pasientkontakter	26 559	27 129	28 167	27 336	1 038	4	831	3
BUP								
Utskrivelser heldøgn	79	95	85	109	-10	-11	-24	-22
Liggedager i perioden	1 022	1 281	1 449	1 200	168	13	249	21
Polikliniske konsultasjoner	11 006	12 153	11 673	12 094	-480	-4	-421	-3
Pasientkontakter	11 085	12 248	11 758	12 202	-490	-4	-444	-4
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Utskrivelser heldøgn	292	291	294	301	3	1	-7	-2
Liggedager i perioden	9 257	9 194	8 735	9 103	-459	-5	-368	-4
Polikliniske konsultasjoner	4 466	4 295	5 136	4 893	841	20	243	5
Pasientkontakter	4 758	4 586	5 430	5 194	844	18	236	5

DRG poeng - sørge for ansvar.

Periodiseringsnøkkel for aktivitet innen VOP er gjennomgått og blitt endret.

Somatisk virksomhet

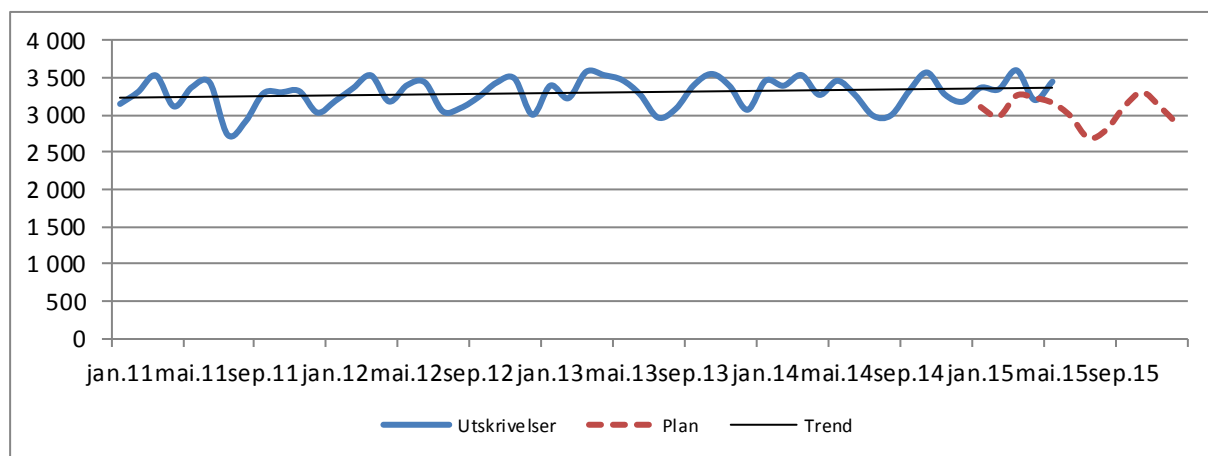
Figur 13 DRG poeng UNN 2015


Tabell 10 DRG poeng hittil i år 2015 fordelt på klinikk

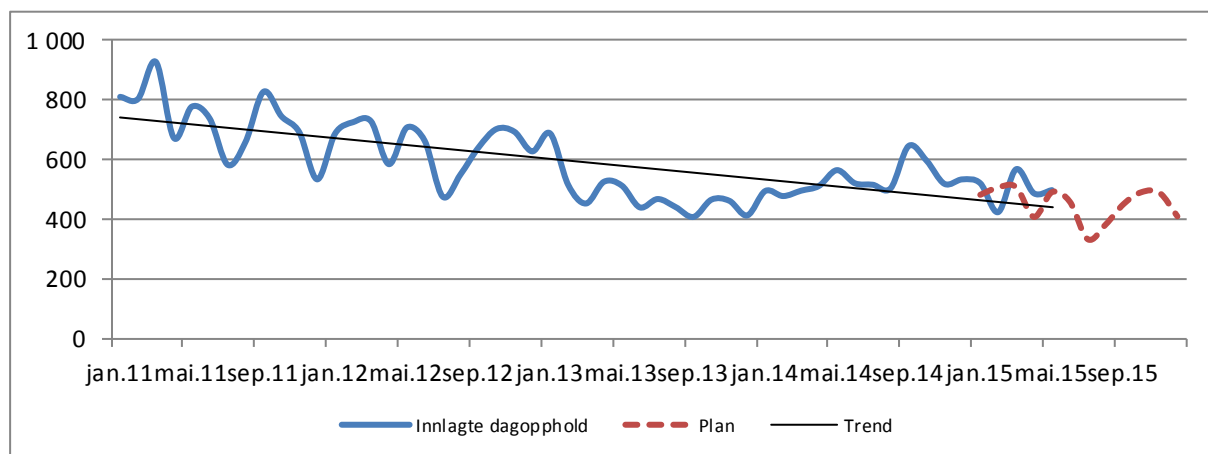
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	589	604	-15
Barne- og ungdomsklinikken	1 299	1 224	75
Hjerte- og lungeklinikken	4 440	4 725	-285
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	6 980	6 951	29
Medisinsk klinikk	4 961	4 883	77
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	7 570	7 523	47
Operasjons- og intensivklinikken	152	156	-3
Totalt	25 992	26 067	-75

DRG poeng – egen produksjon.

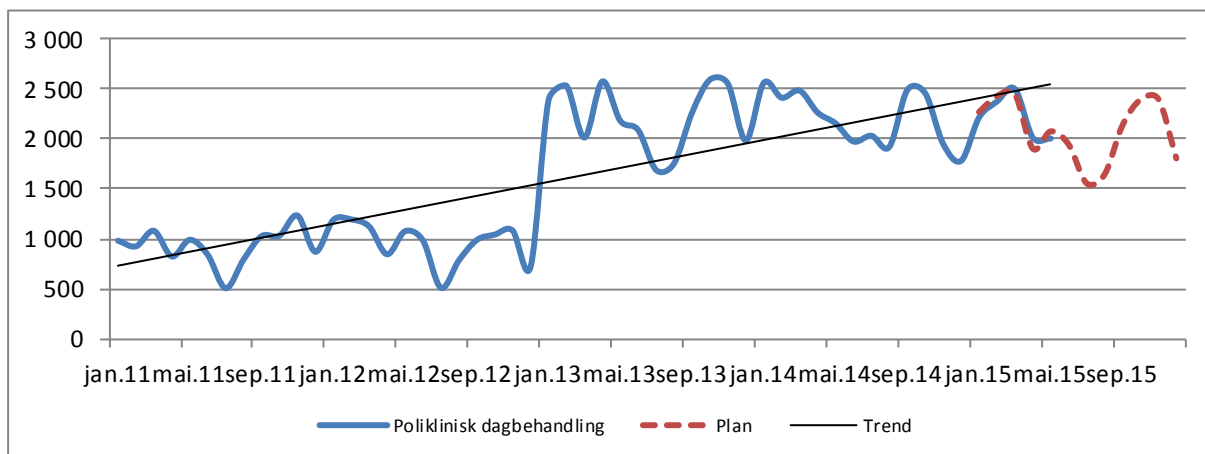
Figur 14 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



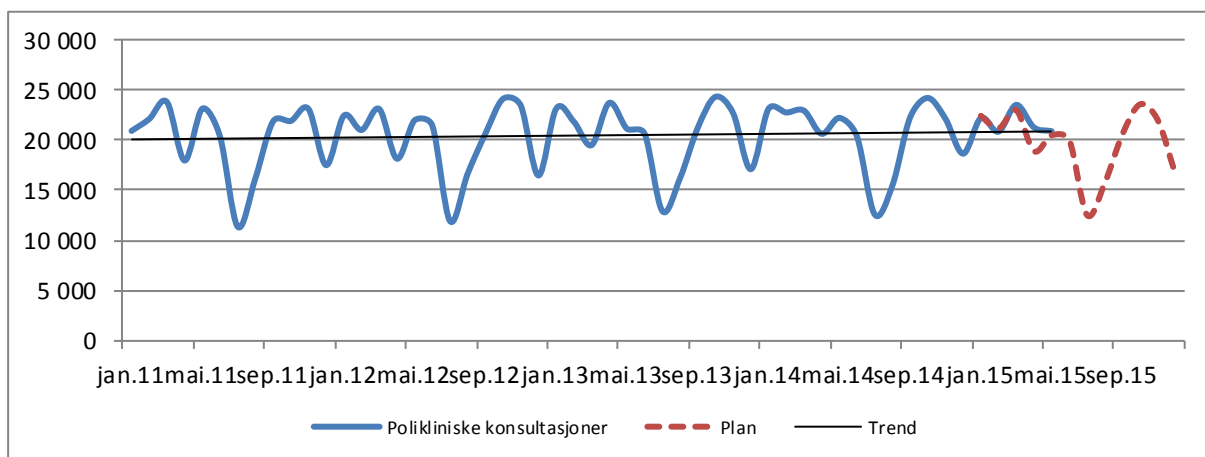
Figur 15 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



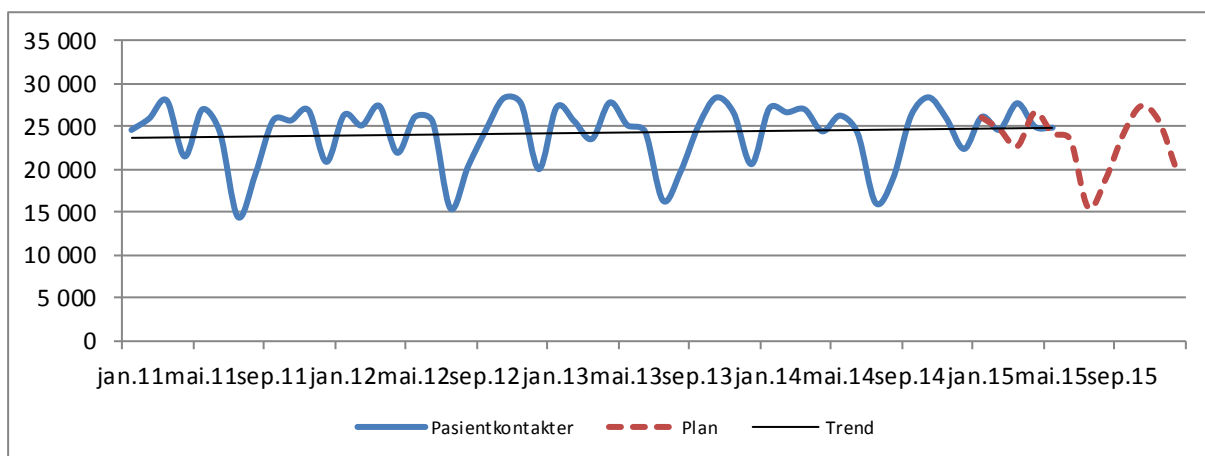
Figur 16 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



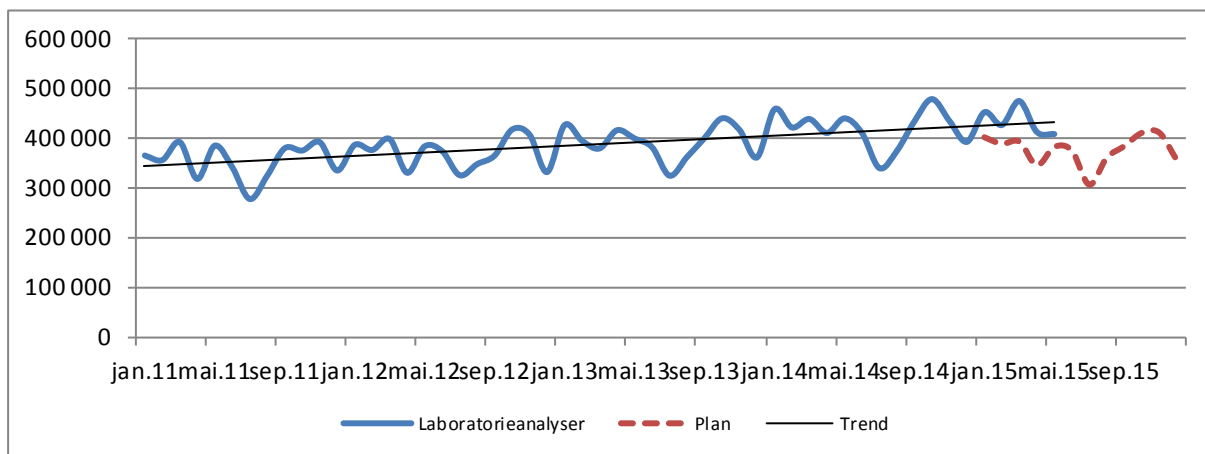
Figur 17 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



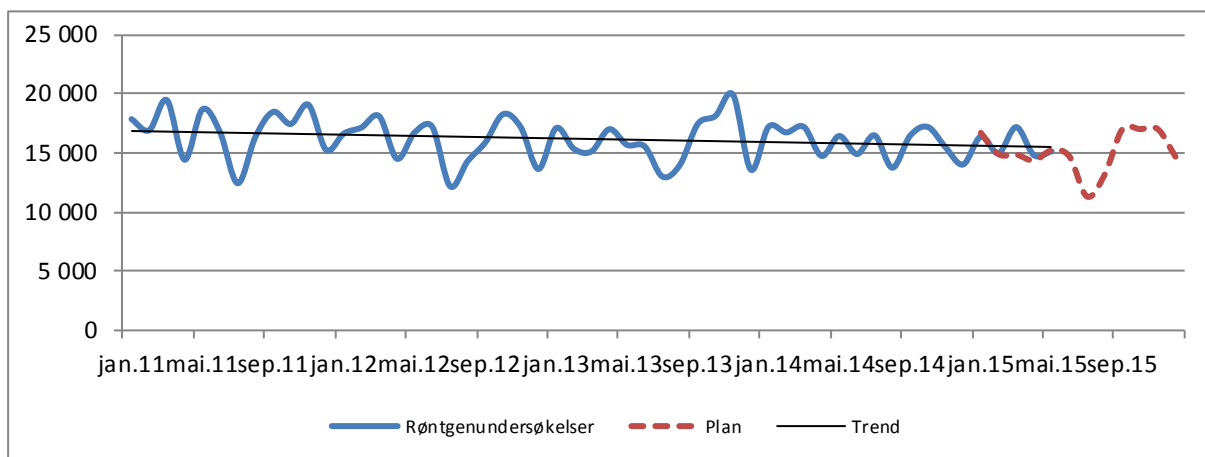
Figur 18 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 19 Laboratorieanalyser

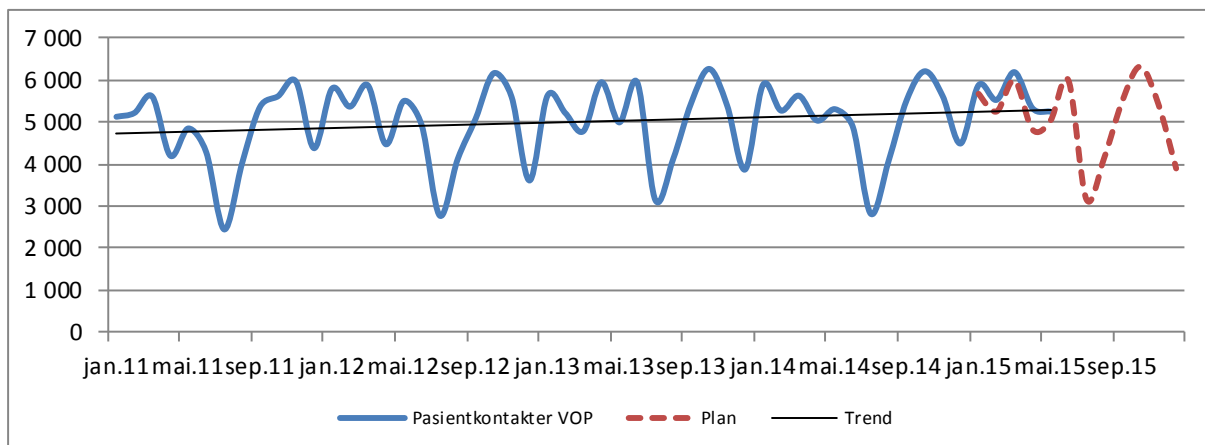


Figur 20 Røntgenundersøkelser



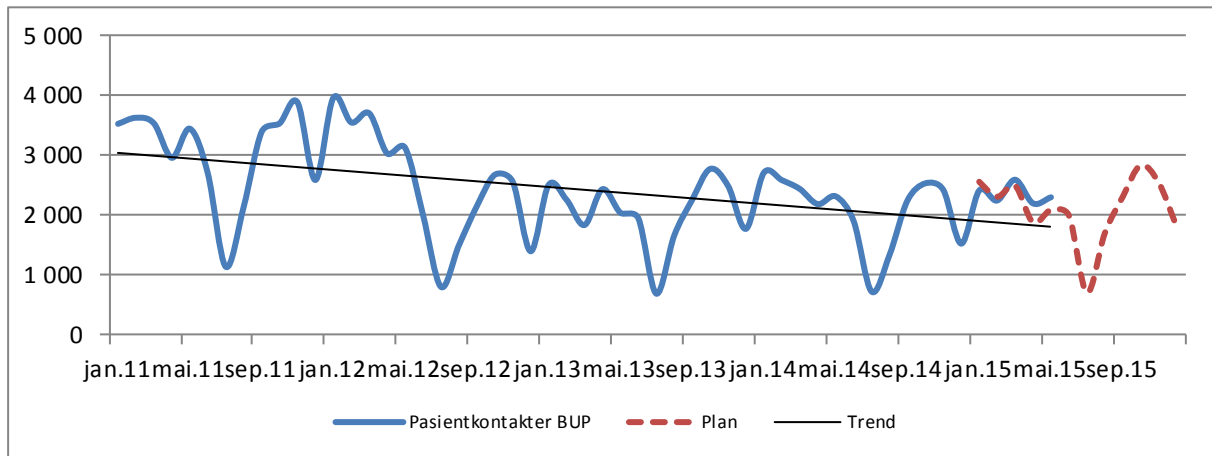
Psykisk helsevern voksne

Figur 21 Pasientkontakter – VOP



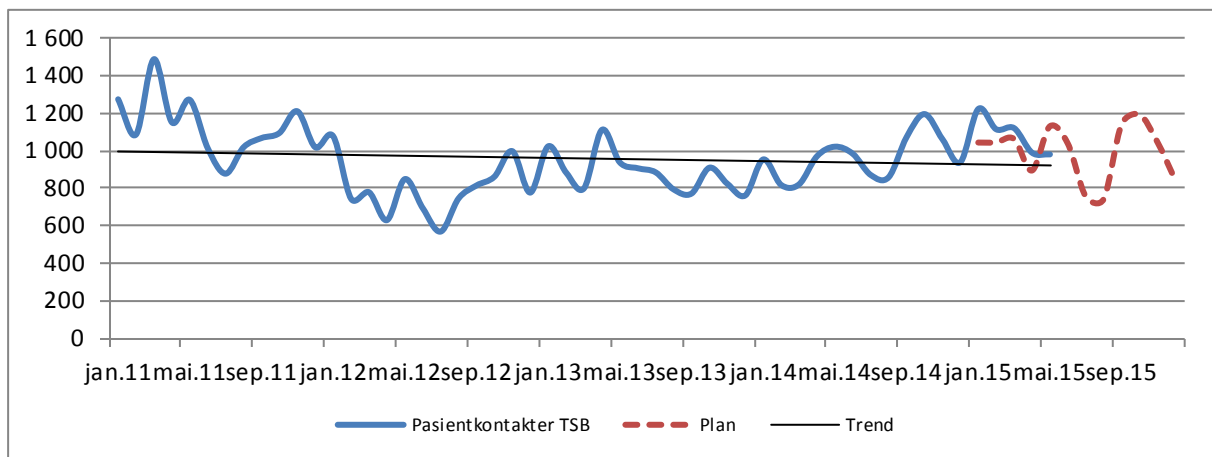
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 22 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 23 Pasientkontakter- TSB

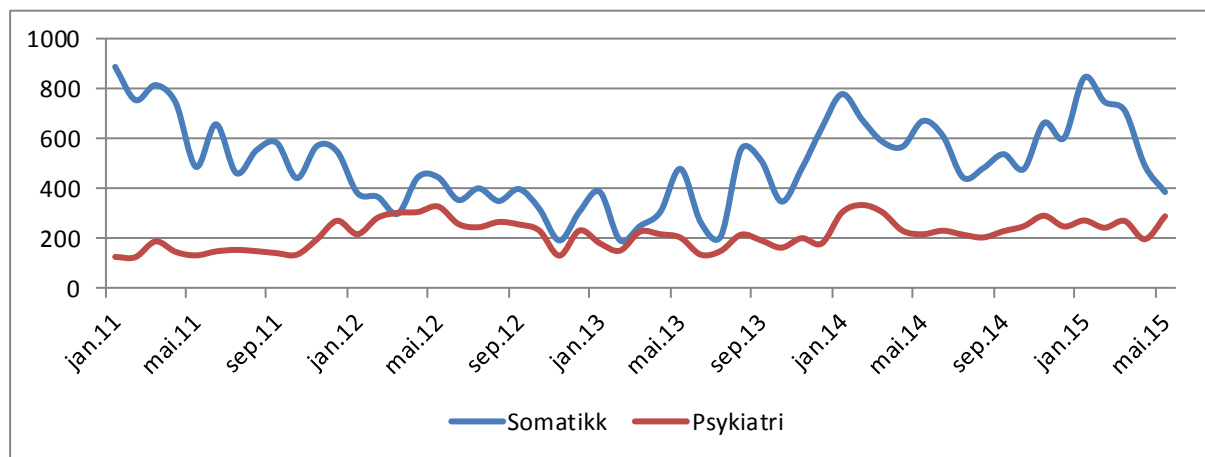


Samhandling

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 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

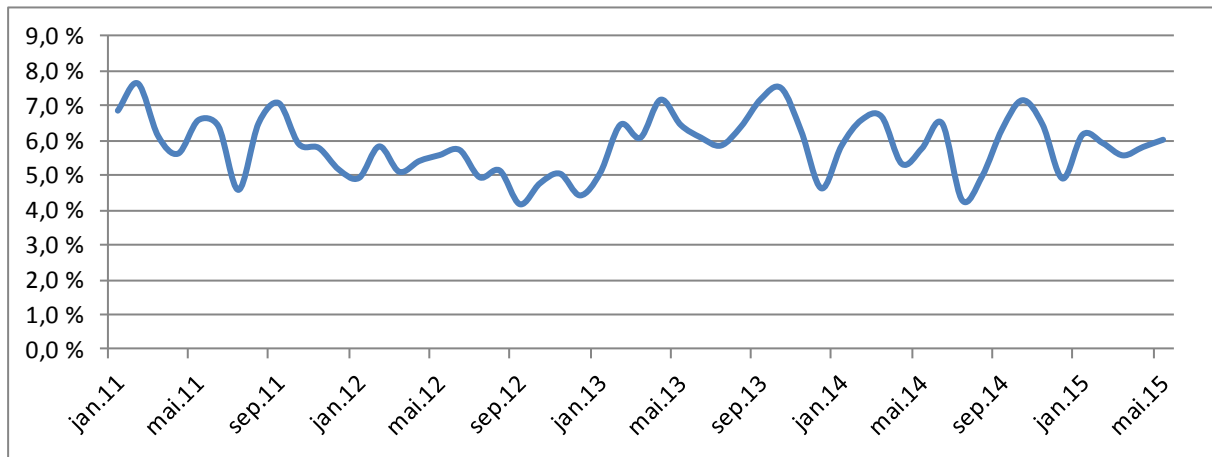
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-mai	Utskrivningsklare opphold jan-mai	Utskrivningsklare døgn jan-mai pr 1000 innbyggere
SALANGEN	89	20	40
EVENES	50	11	36
GRATANGEN	33	9	29
KVÆFJORD	75	22	24
TROMSØ	1 578	217	22
NORDREISA	98	16	20
NARVIK	378	154	20
HARSTAD	441	248	18
TJELDSUND	16	14	13
BARDU	50	10	12
DYRØY	13	3	11
KARLSØY	25	6	11
LØDINGEN	22	24	10
IBESTAD	13	14	9
TRANØY	14	7	9
BALLANGEN	22	19	9
SKÅNLAND	24	24	8
LENVIK	92	32	8
BERG	6	2	7
LYNGEN	18	3	6
STORFJORD	11	3	6
MÅLSELV	36	14	5
TYSFJORD	10	6	5
SKJERVØY	14	6	5
KÅFJORD	8	5	4
BALSFJORD	20	8	3
SØRREISA	12	7	3
TORSKEN	1	1	1
LAVANGEN	1	1	1
Totalsum	3 170	906	17

Forbruksrater

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

Bruk av pasienthotell

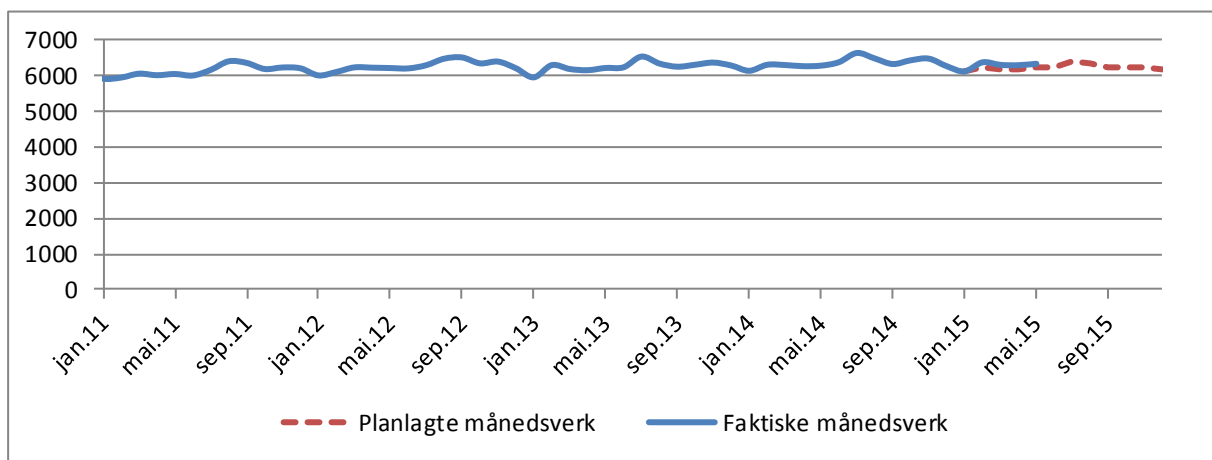
Figur 25 Andel liggedøgn på pasienthotell av alle heldøgn (postopphold)



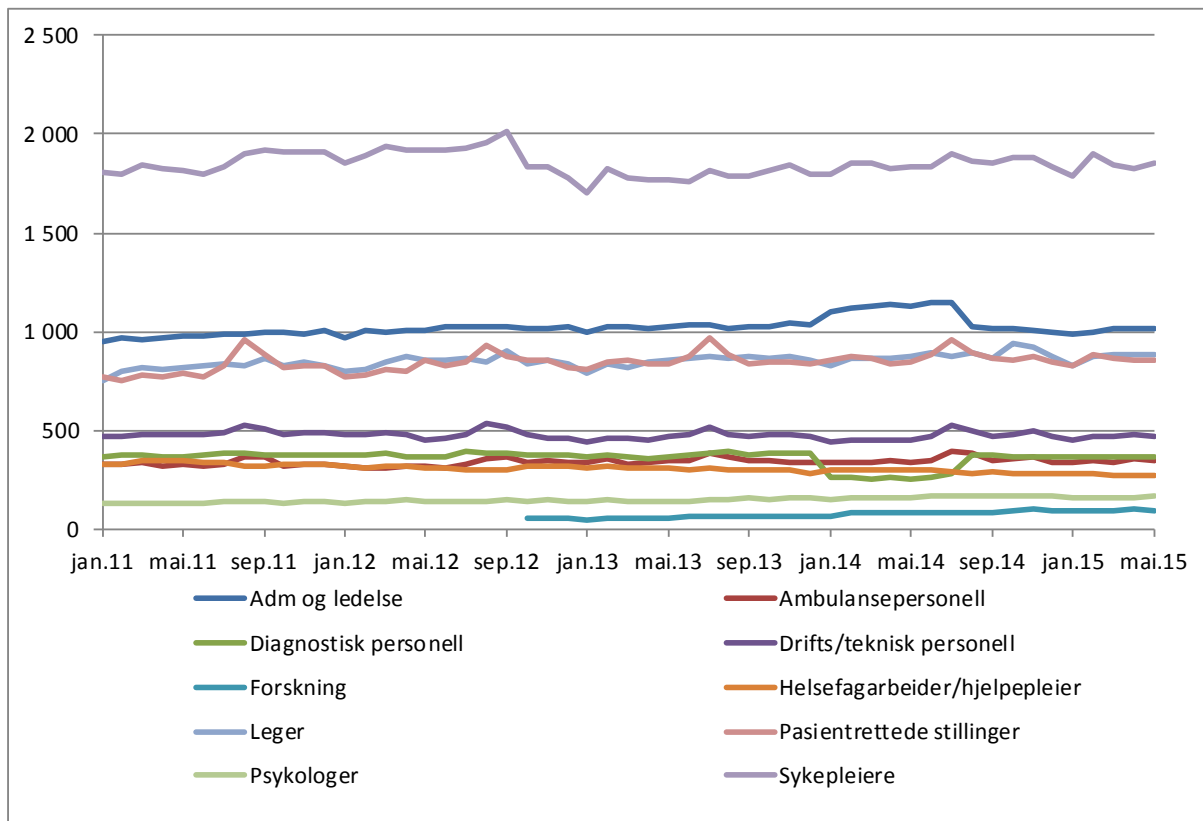
Personal

Bemanning

Figur 26 Brutto utbetalte månedsværk 2011-2015

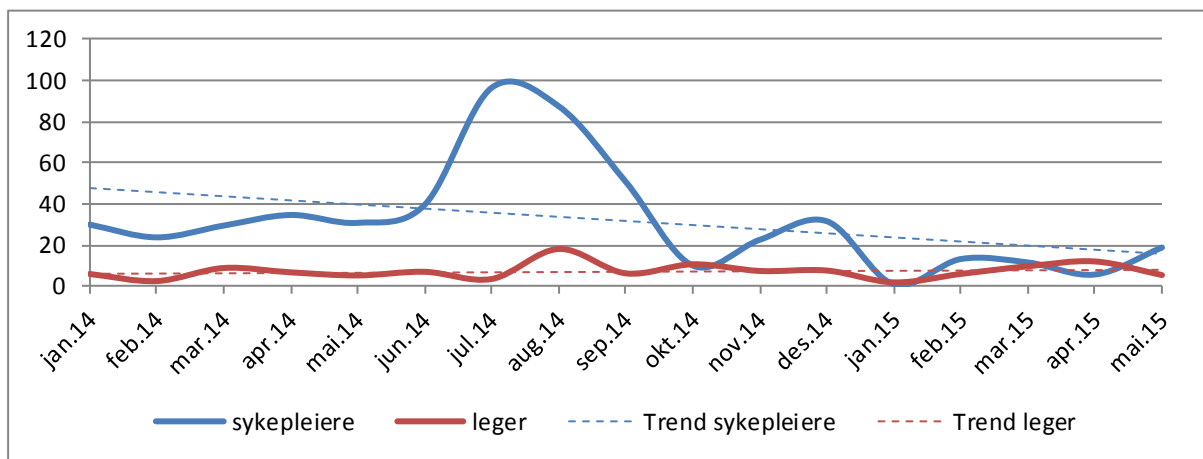


Figur 27 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2011-2015



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

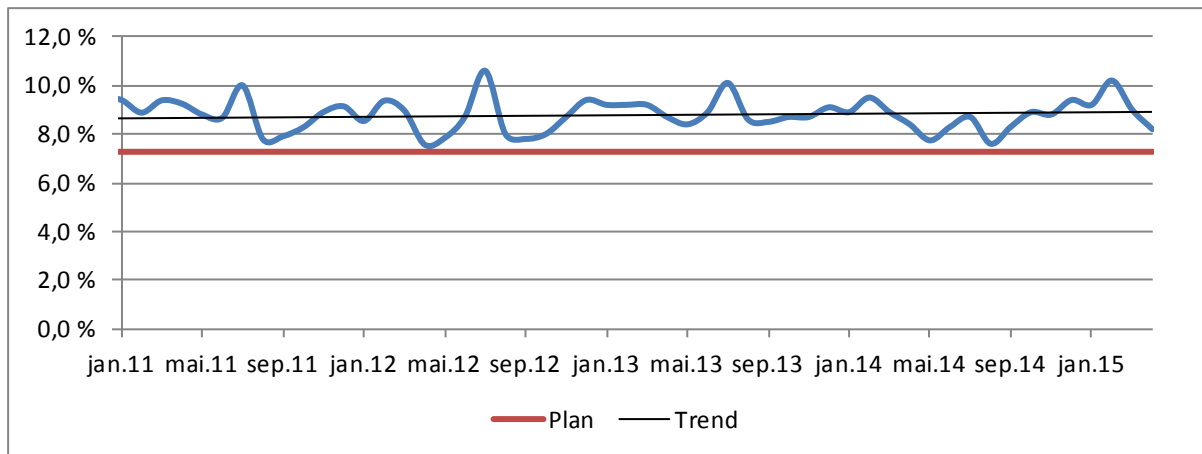


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

Det korte sykefraværet (1-16 dager) har i april en nedgang på 0,3 prosentpoeng, mens det mellomlange sykefraværet (17-56 dager) har en økning på 0,5 prosentpoeng. Langtidsfraværet (>56 dager) har en reduksjon på 0,5 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i april 285 ansatte borte fra jobb på grunn av sykdom i UNN HF.

Figur 29 Sykefravær 2011-2015



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

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

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Dette parameteret er under utvikling.

Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i april 2015 vært registrert totalt 519 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 253 graderte. Det tilsvarer en andel på 48,7 % graderte sykemeldinger. Andelen er litt lavere enn i forrige mnd (50,9 %).

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.

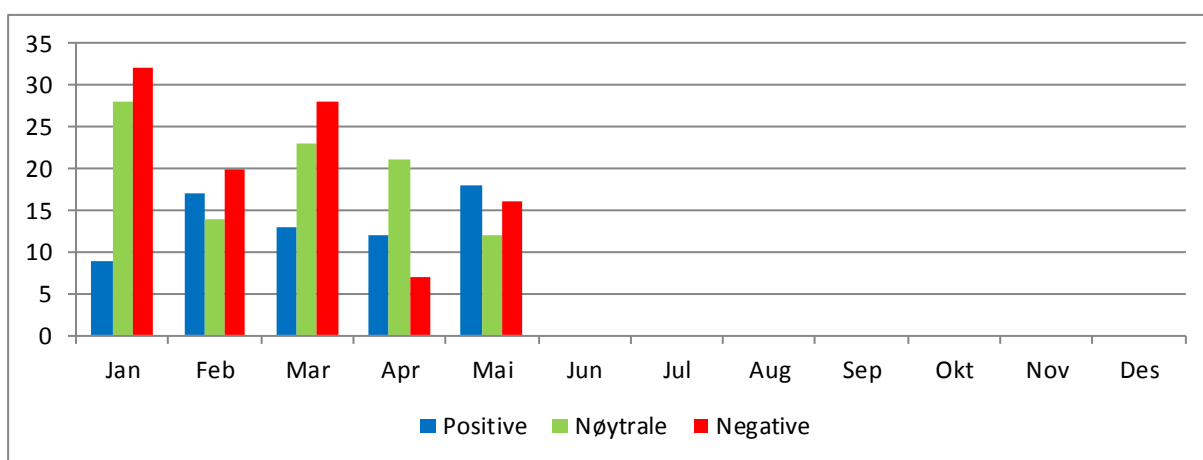
Kommunikasjon

Sykehuset i media

Mediebildet i mai preges av mange positive oppslag i nordnorske medier om at pasienter i nord får elektronisk tilgang til sin pasientjournal fra høsten 2015. Det er også oppslag om nye, midlertidige operasjonsstuer i Tromsø som skal brukes mens bygging av ny A-fløy pågår.

At den samme A-fløya i Tromsø blir noe dyrere enn tidligere kalkulert, omtales i negative vendinger selv om forklaringen ligger i markedsutviklingen i entreprenørmarkedet. Fremover omtaler at pasienter må reise fra Narvik til Harstad for planlagte ortopediske inngrep. Det oppleves for pasientene som merkelig.

Figur 30 Mediestatistikk 2015

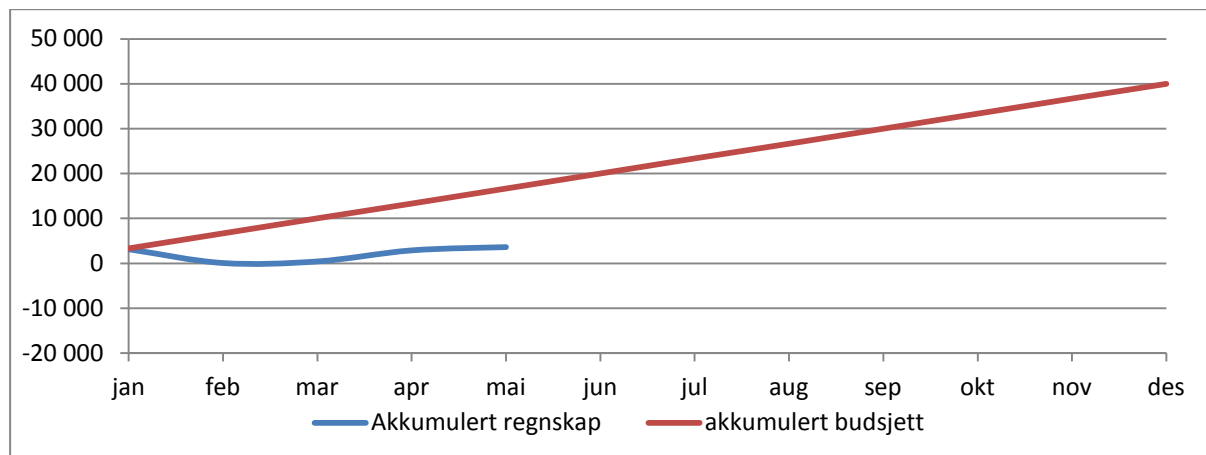


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nr.k.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2015



For 2015 er det et overskuddskrav på 40 mill kr. Det er budsjettet med 3,3 mill kr i overskudd hver måned. For mai er det et regnskapsmessig avvik på +0,7 mill kr som gir et budsjettavvik på -2,6 mill kr. Hittil i år er det akkumulert et budsjettavvik på -13,1 mill kr.

Samlede inntekter viser et negativt avvik på 8,4 mill kr i mai, ISF utgjør et positivt avvik på 2,0 mill kr. Driftskostnadene er samlet sett 4,3 mill kr lavere enn budsjettet. Av dette utgjør aktivitetsdrevne varekostnader et negativt avvik på 3,3 mill kr og lønnskostnader (eksl. pensjon) et positivt avvik på 12,4 mill kr.

Finanspostene har et positivt avvik på 1,4 mill kr.

Tabell 13 Resultatregnskap mai 2015

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mai				Akkumulert per Mai				Akkumulert per Mai	
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Endring ift 2014	Endring i %
Basisramme	417,2	417,3	-0,1	0 %	2 071,9	2 072,3	-0,3	0 %	256,3	14 %
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	0 %	15,0	15,0	0,0	0 %	3,0	25 %
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	117,5	115,4	2,0	2 %	556,8	547,6	9,2	2 %	130,6	31 %
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	-99,1	-100 %
Samlet ordinær ISF-inntekt	117,5	115,4	2,0	2 %	556,8	547,6	9,2	2 %	31,4	6 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,0	7,7	-2,7	-35 %	26,4	37,8	-11,4	-30 %	-4,1	-14 %
Gjestepasientinntekter	2,1	2,4	-0,3	-13 %	15,1	12,2	2,9	23 %	6,3	72 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/røntgen)	16,4	19,1	-2,7	-14 %	90,4	87,3	3,1	3 %	8,0	10 %
Utskrivningsklare pasienter	0,8	1,0	-0,2	-25 %	8,9	5,0	3,9	77 %	-1,4	-13 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	1,4	0,7	52 %	9,5	6,0	3,5	58 %	0,6	6 %
Andre øremerkede tilskudd	3,3	9,2	-6,0	-65 %	76,1	98,8	-22,8	-23 %	-13,8	-15 %
Andre driftsinntekter	26,5	25,5	1,0	4 %	129,4	122,2	7,1	6 %	7,0	6 %
Sum driftsinntekter	593,7	602,1	-8,4	-1 %	2 999,3	3 004,3	-5,0	0 %	293,3	11 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	15,7	15,2	0,5	3 %	88,3	80,3	8,0	10 %	11,8	15 %
Kjøp av private helsetjenester	3,8	5,1	-1,2	-24 %	18,7	24,5	-5,9	-24 %	-4,3	-19 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	60,1	56,7	3,3	6 %	306,2	291,7	14,5	5 %	12,4	4 %
Innleid arbeidskraft	3,1	2,9	0,2	5 %	11,9	11,9	0,0	0 %	-5,8	-33 %
Lønn til fast ansatte	314,6	332,1	-17,5	-5 %	1 532,0	1 591,0	-59,0	-4 %	157,0	11 %
Overtid og ekstrahjelp	23,4	13,4	10,0	74 %	106,5	56,7	49,8	88 %	-10,4	-9 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	72,5	72,4	0,1	0 %	381,9	381,9	0,0	0 %	79,2	26 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-25,5	-19,1	-6,5	34 %	-105,9	-96,4	-9,5	10 %	-6,9	7 %
Annen lønnskostnad	27,1	25,7	1,4	5 %	131,4	122,4	9,0	7 %	-4,7	-3 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	342,6	355,0	-12,4	-4 %	1 676,0	1 685,8	-9,8	-1 %	129,3	8 %
Avskrivninger	21,8	21,8	0,0	0 %	108,7	108,7	0,0	0 %	6,2	6 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0 %
Andre driftskostnader	78,1	72,7	5,4	7 %	421,1	415,4	5,7	1 %	0,8	0 %
Sum driftskostnader	594,5	598,9	-4,3	-1 %	3 000,8	2 988,2	12,5	0 %	235,4	8,5 %
Driftsresultat	-0,8	3,2	-4,0	-126 %	-1,4	16,0	-17,5	-109 %	57,9	98 %
Finansinntekter	1,6	0,1	1,5		5,4	0,6	4,8		-1,9	26 %
Finanskostnader	0,1	0,0	0,0		0,4	0,0	0,4		-0,1	-24 %
Finansresultat	1,5	0,1	1,4		5,0	0,6	4,4		-1,8	26 %
Ordinært resultat	0,7	3,3	-2,6	-79 %	3,6	16,7	-13,1	-79 %	56,1	107 %

Tabell 14 Resultatregnskap mai 2015, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mai, ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Mai, ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	417,2	417,3	-0,1	2 071,9	2 072,3	-0,3
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	15,0	15,0	0,0
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	117,5	115,4	2,0	556,8	547,6	9,2
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Samlet ordinær ISF-inntekt	117,5	115,4	2,0	556,8	547,6	9,2
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,0	7,7	-2,7	26,4	37,8	-11,4
Gjestepasientinntekter	2,1	2,4	-0,3	15,1	12,2	2,9
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rø)	16,4	19,1	-2,7	90,4	87,3	3,1
Utskrivningsklare pasienter	0,8	1,0	-0,2	8,9	5,0	3,9
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	1,4	0,7	9,5	6,0	3,5
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	26,5	25,5	1,0	129,4	122,2	7,1
Sum driftsinntekter	590,4	592,9	-2,4	2 923,3	2 905,4	17,8
Kjøp av offentlige helsetjenester	15,7	15,2	0,5	88,3	80,3	8,0
Kjøp av private helsetjenester	3,8	5,1	-1,2	18,6	24,4	-5,8
Varekostnader knyttet til aktivitet	59,9	56,4	3,5	303,3	287,9	15,4
Innleid arbeidskraft	3,1	2,9	0,2	11,9	11,9	0,0
Lønn til fast ansatte	312,9	327,3	-14,4	1 492,7	1 539,9	-47,2
Overtid og ekstrahjelp	23,0	12,4	10,7	97,7	45,3	52,4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	72,1	71,2	0,9	372,2	369,3	2,9
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-25,4	-18,8	-6,7	-103,1	-92,8	-10,3
Annen lønnskostnad	26,8	25,0	1,8	126,2	115,7	10,5
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	340,4	348,9	-8,5	1 625,4	1 620,0	5,3
Avskrivninger	21,8	21,8	0,0	108,7	108,7	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	77,5	71,2	6,4	408,3	398,8	9,5
Sum driftskostnader	591,3	589,6	1,6	2 924,7	2 889,4	35,3
Driftsresultat	-0,8	3,2	-4,0	-1,4	16,0	-17,5
Finansinntekter	1,6	0,1	1,5	5,4	0,6	4,8
Finanskostnader	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4
Finansresultat	1,5	0,1	1,4	5,0	0,6	4,4
Ordinært resultat	0,7	3,3	-2,6	3,6	16,7	-13,1

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

Inntekter

- -0,7 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- -2,7 mill kr polikliniske inntekter
- -1,0 mill kr Andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -3,5 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +0,7 mill kr kjøp av helsetjenester (offentlige -0,5 mill kr, private +1,2 mill kr)
- +8,5 mill kr lønn (+14,4 mill kr fast lønn, -12,5 mill kr variabel lønn)
- -6,4 mill kr andre driftskostnader

De viktigste avvikene akkumulert til og med mai er (ekskl. eksterntfinansert virksomhet):

Inntekter

- -2,2 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- -3,1 mill kr polikliniske inntekter
- +3,9 mill kr utskrivningsklare pasienter
- -7,1 mill kr Andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -15,4 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -2,1 mill kr kjøp av helsetjenester
- -5,3 mill kr lønn (+47,2 mill kr fast lønn, -52,4 mill kr variabel lønn)
- -9,5 mill kr andre driftskostnader

Tabell 15 Funksjonsregnskap for mai

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201505								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Awik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	344,2	339,8	1 586,6	1 729,8	1 692,8	37,0	9,0 %	4 005
Somatikk, (re-hab)	21,5	24,1	112,2	122,2	123,1	(0,8)	8,9 %	288
Lab/rtg	74,7	76,0	343,8	377,3	378,9	(1,6)	9,7 %	882
Somatikk inkl lab/rtg	440,4	439,9	2 042,7	2 229,3	2 194,7	34,6	9,1 %	5 176
VOP, sykehus og annen beh	34,2	35,3	160,1	171,1	177,9	(6,8)	6,9 %	414
VOP, DPS og annen beh	34,0	34,2	155,9	170,5	175,5	(5,0)	9,4 %	406
BUP	14,4	14,9	68,2	72,5	75,9	(3,4)	6,3 %	176
Psykisk helse	82,6	84,4	384,1	414,0	429,2	(15,2)	7,8 %	997
RUS, behandling	18,5	18,7	90,6	93,0	96,1	(3,1)	2,6 %	228
Rusomsorg	18,5	18,7	90,6	93,0	96,1	(3,1)	2,6 %	228
Ambulanse	34,1	34,9	151,2	168,3	166,4	2,0	11,4 %	396
Pasienttransport	18,3	19,0	88,2	89,9	90,1	(0,2)	1,9 %	216
Prehospitale tjenester	52,4	54,0	239,4	258,3	256,5	1,8	7,9 %	613
Administrasjon (skal være 0 på HF)	-	(0,0)	0,0	-	0,0	(0,0)	-100,0 %	0
Personalboliger, barnehager	0,5	1,0	8,3	6,1	5,0	1,2	-26,4 %	18
Personal	0,5	1,0	8,3	6,1	5,0	1,2	-26,4 %	18
Sum driftskostnader	594,5	597,9	2 765,1	3 000,7	2 981,6	19,1	8,5 %	7 030

Tabell 16 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Klinikk, økonomiske tall i mill kr	Mai				Akkumulert per mai			
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF
Totalt 10 - Akuttmedisinsk klinikk	32,7	33,1	0,4	-0,2	156,5	148,4	-8,2	-0,4
Totalt 11 - Longyearbyen sykehus	2,2	2,4	0,2		10,5	10,8	0,3	
Totalt 12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	17,7	13,9	-3,8	-0,1	86,2	73,6	-12,6	-1,4
Totalt 13 - Hjerter- lungeklinikken	15,7	17,8	2,1	4,9	75,0	67,7	-7,3	-0,5
Totalt 14 - Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	23,1	26,8	3,7	-1,5	125,6	119,5	-6,1	0,4
Totalt 15 - Medisinsk klinikk	20,2	18,7	-1,5	0,0	98,7	95,4	-3,3	0,7
Totalt 17 - Barne- og ungdomsklinikken	16,0	15,3	-0,7	0,0	79,9	79,7	-0,1	1,2
Totalt 18 - Operasjons- og intensivklinikken	58,6	53,0	-5,6	0,1	275,8	262,7	-13,2	-0,1
Totalt 20 - Psykisk helse- og rusklinikken	62,4	61,0	-1,5		299,1	299,8	0,7	
Totalt 30 - Diagnostisk klinikk	45,6	45,5	0,0		227,2	224,1	-3,1	
Totalt 40 - Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	21,0	20,2	-0,8		46,5	47,1	0,6	
Totalt 45 - Drifts- og eiendoms senter	44,4	44,9	0,5		244,3	245,3	1,1	
Totalt 52 - Stabs senteret	13,2	14,0	0,8		66,8	70,9	4,1	
Totalt 54 - Fag- og forskningssenter	4,8	4,8	0,0		24,0	25,2	1,2	
Totalt 62 - Fellesinntekter/-kostnader	-378,4	-374,8	3,5	-1,2	-1819,7	-1789,2	30,5	9,3
	-0,7	-3,5	-2,8	2,0	-3,6	-19,0	-15,4	9,2

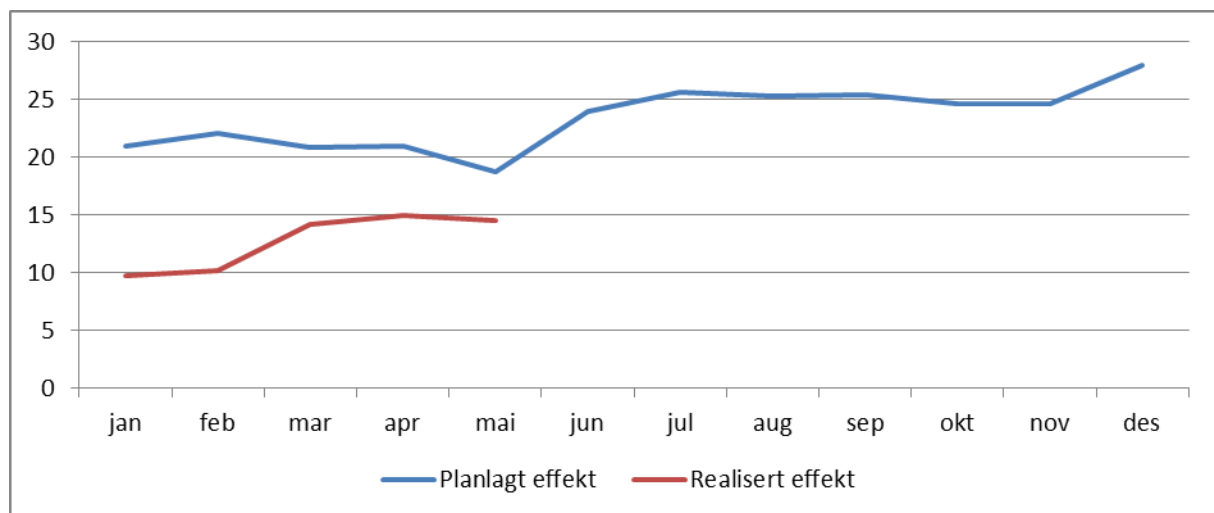
Nye tiltak for 2015 som det ble orientert om i forrige styremøte er budsjettregulert fra og med mai måned.

Prognose

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

Gjennomføring av tiltak

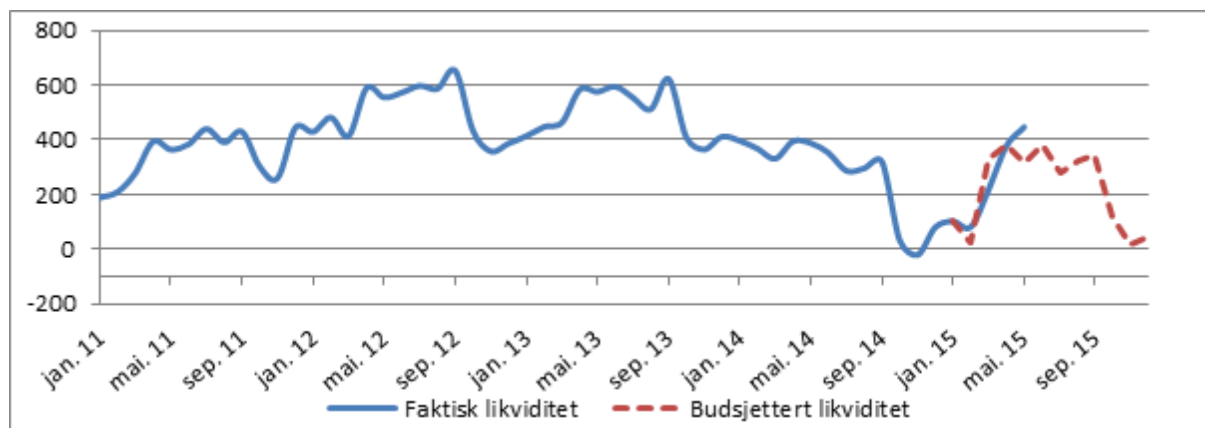
Figur 32 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I mai er det realisert en økonomisk effekt på 14,4 mill kr som gir en gjennomføringsgrad i mai på 77 %. Akkumulert hittil er det beregnet en økonomisk effekt på 63 mill kr, som utgjør en gjennomføringsgrad på 56 %.

Likviditet

Figur 33 Likviditet



UNN har per utgangen av mai en likviditet på 447 mill kr. Dette er i tråd med prognosen og økningen skyldes egenkapitaltilskudd fra Helse Nord RHF.

Investeringer

Tabell 17 Investeringer (tall i 1000 kr)

	Investerings ramme overført til 2015	Investerings ramme 2015	Rest investerings ramme	Investert januar 2015	Investert februar 2015	Investert mars 2015	Investert april 2015	Investert mai 2015	Sum investert 2015	Rest- forpliktelser (godkjent tidligere) mai	Rest disponibel investerings ramme
Investeringer , tall i mill kr											
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter	-10,0	124,0	114,0	1,0	9,3	12,8	27,6	1,2	51,8		62,2
A-fløy inkl alle underprosjekter	84,1	290,0	374,1	22,5	28,3	6,4	2,6	23,0	82,8		291,3
PET-senter inkl alle underprosjekter	-14,5	163,0	148,5	0,4	0,4	7,8	0,1	5,8	14,5		134,0
Nytt sykehus Narvik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
SUM Nybygg	59,6	577,0	636,6	23,9	38,0	27,0	30,3	30,0	149,1		487,5
Åsgård øvrige prosjekter	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		1,2
Åsgård Bygg 7	61,4	16,3	77,7	0,0	0,1	0,2	0,9	4,1	5,2		72,5
SUM Rehabilitering	62,6	16,3	78,9	0,0	0,1	0,2	0,9	4,1	5,2		73,7
Tromsø undersøkelsen	10,0	5,0	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		15,0
Datarom	5,2	0,0	5,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,0	0,7		4,5
Tiltak kreftplan	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
VÅKe	1,0	0,0	1,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,6		0,3
Nytt nødnett	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		1,0
ENØK	13,5	0,0	13,5	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0	0,7		12,8
SUM Prosjekter	29,6	7,0	35,6	0,2	1,0	0,6	0,2	0,0	2,0		33,6
Narvik inkl alle underprosjekter	-32,3	0,0	-32,3	6,0	0,2	0,1	1,9	0,0	8,2	0,1	-40,6
Medisinteknisk utstyr	-50,4	200,0	149,6	1,7	5,5	2,8	12,7	3,7	26,3	33,8	89,5
Teknisk utstyr	17,6	0,0	17,6	0,0	0,6	0,2	0,0	0,0	0,8	2,0	14,8
Ombygginger	-52,4	0,0	-52,4	-4,8	-0,1	1,6	0,7	0,2	-2,2		-50,2
Ambulanser	1,1	0,0	1,1	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	7,8	-8,0
UNN-KIS	-13,0	0,0	-13,0	0,0	0,4	0,2	0,0	0,6	1,1	0,0	-14,0
EK KLP	-2,8	0,0	-2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-2,8
SUM Utstyr med mer	-132,1	200,0	67,9	4,4	6,6	4,7	15,3	4,5	35,5	43,6	-11,3
SUM total	19,7	800,3	819,0	28,4	45,7	32,5	46,7	38,5	191,9	43,6	583,4

I mai 2015 er det forbrukt 38,5 mill kr av investeringsrammen og hittil i år er det totalt investert 191,9 mill kr av en samlet investeringsramme på 800,3 mill kr. For utstyr med mer er det hittil i år brukt 35,5 mill kr og utestående forpliktelser på 43,6 mill kr.

Tabell 18 Utstyrssøknader til styret

Nr	Klinikk/ Avdeling	Type utstyr	Årsak til søknad	Begrunnelse for søknaden			Tilsyns- pålegg	Konsekvenser	Stipulert kostnad (inkl mva) mill. kr	Godkjent Direktor
				Nødvendig for opprettholdelse av normal drift	Nødvendig for opprettholdelse av liv og helse	Sparte driftskostnader				
1	Kirurgi-kreft- og kvinnehelse- klinikken - KK - Tø	4 stk Fødesenger	Kasserte fødesenger	Ja	Ja	Nei	Nei	Vi må stenge fødestuer uten intakte fødesenger	0,65	
2	Kirurgi-kreft- og kvinnehelse- klinikken - KK- Gyn - Tø	Ultralyd apparat	Ultralydapparat GE- samme type som er kjøpt inn i øvrig KK system	Kassasjon av apparat	Ja	Ja	Kassasjon- nødvendig for drift	nei	0,50	
3	Hjerte- og lunge-klinikken Hjertemedisinsk avdeling	Transoso- fagusprobe	Vi har hatt to stk., det ene er ødelagt ,se vedlegg fra T.Skimmel	Vi gjør gjennomsnittlig tre transosofagale ekkkundersøkelser per dag og er avhengig av to scoop	Ja	Så lenge vi har bare et vil det bli forsinkelse og utsettelse av pas.r. Det tar tid å vāske,desinfisere og teste skopene mellom hver pasient mellom hver pasient		På grunn av at vi nå har bare en probe vil konsekvensen bli at vi ikke får gjort øsofagus ekkoer om vi skulle få feil på den vi har. Dette vil få store konsekvenser for for pasienter det haster med å få utredet, som for eksempel endocarditter, ablasjonspasienter, klaffeutredning.	0,26	
4	Drift- og Eiendom/Kirurgi- i-kreft- og kvinnehelse- klinikken - Stråleterapi	Ombygging for ny CT på Stråle	Godkjent innkjøp av CT, men DES/Teknisk må ha kr. 2 mill tilbygg/Tekniske anlegg. Da mangler det kr, 1 mill utifra tidligere innvilget ramme.	Se søknad om CT på Stråle				Kontrakt på ny CT skives nå etter anbudet, og arealet må ombygges/tilpasses denne	1,00	
Totalt									2,41	

Byggeprosjekter

Tabell 19 Byggeprosjekter ved utgangen av mai 2015

	Pasienthotell	A-fløya	PET-senter	Bygg 7 Åsgård
HMS	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstilling	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	52,5 mill kr	61,0 mill kr	14,3 mill kr	5,2 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
58/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	23.6.2015
Saksansvarlig: Arthur Revhaug		Saksbehandler: Line Lura

Ledelsens gjennomgang

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.

Sammendrag

Ledelsen gjennomgang ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen. Gjennomgangen behandles av Kvalitetsutvalget og rapporteres til styret. Dette har som formål å bidra til nødvendig dialog mellom ledernivåene for å sikre kontinuerlig forbedring av styringssystemene. Saksfremlegget viser at UNN har de nødvendige prosesser, systemer og rutiner på plass for å kunne sikre styring og internkontroll.

Ledelsens gjennomgang avdekker svakheter i, og områder for forbedring av det etablerte systemet. Denne gjennomgangen, knyttet til målinger for 1. tertial 2015, fokuserer i hovedsak på virkningen og gjennomføring av aktiviteter knyttet til internkontrollsystemet samt systemet for ivaretagelse av pasientsikkerheten, inkludert smittevern. I tillegg er data i forbindelse med Bedriftshelsetjenesten og rapportering på foretakets miljøstatus, tatt med i denne omgang.

Direktøren vurderer *Ledelsens gjennomgang* tertialvis på foretaksnivå, samt årlig gjennomgang på klinikknivå, som et nyttig og nødvendig tiltak i kvalitetsarbeidet. Derfor innstiller direktøren på at styret godkjenner rapporten.

Bakgrunn

Styrebehandling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og gjennomføring av *Ledelsens gjennomgang* av internkontrollen, er et krav i oppdragsdokumentet. Gjennomgangen skal også inneholde risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser), gjennomgang av informasjonssikkerhet, klima og miljø, og beredskap. *Ledelsens gjennomgang* leveres tertialvis og rapporterer på de ulike temaer tertialvis. Oversikt over eksterne tilsyn og revisjoner leveres månedlig til styret, og er ikke med i denne rapporten. ROS-analyser, beredskap og informasjonssikkerhet leveres i 2. og 3. tertial.

UNN har etablert strukturer og prosesser for å oppnå et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom flere tilsyn, eksempelvis fra Statens helsetilsyn, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

Ved disse tilsynene har imidlertid UNN fått avvik for manglende kjennskap til og oppfølging av de etablerte systemene i de utøvende delene av organisasjonen. Den informasjonen som ligger i de avdekte forholdene (avvik), interne og eksterne revisjoner, er svært verdifulle, men benyttes fortsatt i for liten grad til læring og forbedring.

Formål

Formålet med saken er å opplyse styret om ledelsens arbeid med å sikre at virksomhetens internkontroll fungerer etter hensikten, og at avvik blir fulgt opp på forsvarlig vis.

Saksutredning

UNN arbeider langsiktig med å etablere og forbedre rutiner og prosesser som er nødvendige for å dokumentere et tilstrekkelig system for internkontroll. Kvalitetsutvalget og ledergruppen ser at utfordringen med ivaretagelsen av resultatdokumentasjon fra internkontrollen nå er blitt noe bedre, men det er fortsatt et forbedringspotensial. Gjennom Fag- og forskningssenteret (FFS) arbeides det videre med å ytterligere bedre systematikk i hvordan aktivitetene i internkontrollen skal utføres, hvor og hvordan de skal dokumenteres, og ikke minst med hvordan man skal bedre læring på tvers av enhetene i UNN. Det har over tid gradvis blitt noe bedring i dokumentasjonen, og innføringen av kvalitetsinformasjonssystemet UNN KIS vil gi et bidrag til dokumentasjon og synliggjøring av UNNs resultater.

Risikostyring

Ledelse og ansatte er gjennom systematiske gjennomganger på klinikknivå blitt mer bevisste på at risiko for svikt kan avdekkes før hendelser inntreffer. Risikostyring er fortsatt under utvikling, og gjennomføring av risikoanalyser med resultater blir rapportert i neste tertial.

Styrende dokumenter

UNN har nå 19 080 dokumenter som inngår i kvalitetssystemet. Det er fortsatt flere nyutgivelser av dokumenter enn det antallet som trekkes tilbake. 6 % av dokumentene er ikke vedlikeholdt og revidert innen fristen (8 % forrige tertial). Det er viktig at innholdet i de enkelte dokumenter er av faglig god standard, ikke minst med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet, og for at UNN skal kunne leve opp til visjonen. UNN har fortsatt en stor utfordring med for mange parallelle og overlappende prosedyrer mellom enhetene, som bør samles i færre, felles prosedyrer. Kvalitetsutvalget vil fokusere nærmere på dette langsiktige og utfordrende arbeidet ved å gjenopprette et klinikkovergripende prosedyreutvalg.

Avviksbehandlingen

Det er en jevn økning i antall meldte avvik i foretaket, og antall avviksmeldinger var 2 362 i 1. tertial 2015, noe som er 24 % økning sammenlignet med 1. tertial 2014.

Rutine/prosedyre ikke fulgt var den største årsak til avvik. Kvalitetsutvalget vedtok at denne årsaken skulle byttes ut med *Skriftlig prosedyre ikke fulgt*. Dette er gjennomført og iverksatt fra og med 1.1.2015. Pr 1.tertial 2015 ser vi ingen store endringer i valg av årsaker. FFS vil foreta en ny analyse av *Skriftlig prosedyre ikke fulgt* i Ledelsens gjennomgang tredje tertial 2015.

Sak 58/2015

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt mandat til å utarbeide felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser. Arbeidsgruppen har hatt representanter fra Kunnskapsentret, de fire helseregioner og statens strålevern. De valgte kategorier er basert på erfaringer fra meldeordningen, de regionale helseforetakene og Statens Strålevern. Når de nye klassifikasjoner blir implementert, vil det etter all sannsynlighet bli en bedret kategorisering og årsaksvurdering på pasienthendelser. Dette vil gi et bedre grunnlag for analyse av pasienthendelser.

Interne revisjoner

Det er i 1. tertial 2015 gjennomført to interne revisjoner, i tillegg er det én revisjon som er under gjennomføring. FFS har utarbeidet en oversikt over læringspunkter etter interne revisjoner. Formålet er å synliggjøre og legge til rette for læring på tvers av enheter etter interne revisjoner.

Pasientsikkerhet

Alle klinikker har i dialogavtalen krav om å implementere relevante innsatsområder i alle aktuelle enheter. Det er implementeringsaktivitet på de aller fleste sengeposter i forhold til ett eller flere innsatsområder. Trygg kirurgi, forebygging av selvmord og overdoser samt behandling av hjerneslag, er implementert ved aktuelle enheter. Det har vært vesentlig fremgang i antall enheter som har implementert flere av innsatsområdene, og det er fortsatt stor oppmerksomhet for å ha alle innsatsområder igangsatt innen årsskiftet.

Smittevern

Det har det siste året vært satt et kraftig fokus på intensivering av arbeidet med bedret smittevern for å oppnå bedret pasientsikkerhet med færre sykehusinfeksjoner i UNN.

Rapport om antibiotikabruk og resistentforhold ved UNN viser en nedgang i totalforbruk av antibiotika for 2014 sammenlignet med 2013. I kjernevirksomheten ved UNN Tromsø ser man også en nedgang i bruk av bredspektret antibiotika. Det er ikke tilsvarende nedgang ved UNN Harstad og UNN Narvik.

Prevalensregistrering av sykehusinfeksjoner fra mai i år er så og si uendret, sammenlignet med tall fra 2014. UNN er nå tilnærmet på landsgjennomsnittet i andel pasienter som har sykehusinfeksjon i denne registreringen. UNN Tromsø har en liten nedgang i prevalenstill sammenlignet med 2014. UNN Harstad har en økning, mens UNN Narvik som har usikre tall fra 2014, har en nedgang sett i forhold til 2013.

Tall fra *Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner* (NOIS) for 3.tertial 2014, viser først og fremst at andel pasienter som får dype infeksjoner, etter de fleste inngrep som registreres, har gått ned sammenlignet med 2.tertial. Unntaket er aortakoronare bypass. Det er god oppfølging av alle inngrep, og samlet for UNN nås målet om oppfølging på over 95 %.

UNN har fortsatt utfordringer med infeksjoner. I tillegg til de fagspesifikke tiltak, fokuseres det på mer koordinerte tiltak som gjøres gjeldende for hele foretaket. Dette gjelder et sterkt fokus på mer gjennomgripende implementering av tiltaksområdene i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet. I tillegg også fokus på bekledning og gjennomføring av smittevernvisitter i alle somatiske sengeposter, samt enkelte andre enheter som akuttmottak og operasjonsavdelinger.

Miljø

Miljøsertifisering av UNN stiller krav til at organisasjonen skal utarbeide indikatorer og måltall, samt rapportere på måloppnåelse. Det har ikke vært tradisjon for å ta ut miljømålinger i

Sak 58/2015

sykehusene, og databasene for miljøområdet er ikke tilrettelagt for uttak av slik informasjon med tilstrekkelig kvalitet uten en betydelig manuell innsats. Drifts- og eiendomssjefen har derfor opprettet et delprosjekt under prosjekt Grønt sykehus der målet er å få tilrettelagt systemene for direkte uttak av gode resultatmål med god kvalitet. Denne rapporten viser at UNN har overholdt alle måltall for reduksjon for de fleste indikatorer. Unntaket er mengde avfall som var 1 % økning, men vurderes som oppnådd over en toårsperiode. Det som er verdt å merke seg, er nedgangen av forbruk av engangsartikler i organisasjonen. Det er imidlertid ikke utarbeidet måltall på forbruk, men dette synliggjør at klinikkene har gjort bevisste valg vedrørende miljøtiltak. Resultat på innenlandsreiser for ansatte med fly, båt og bil er ikke tatt med i denne rapporten, da det er usikkerhet i tallgrunnlaget.

Kjemikaliereregister

Kvalitetsutvalget behandlet 18.11.2014 en plan for å forsterke arbeidet med kjemikalier i foretaket, som omfattet alle klinikker. Det er nå nedsatt en ressursgruppe som følger opp arbeidet. Plan for oppstart er utarbeidet, og er igangsatt i én klinikk pr. 1. tertial 2015.

Medvirkning

Rapporten *Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2015* er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg 8.6.2015, drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 9.6. samt Arbeidsmiljøutvalget 10. s.m. Protokoller og referater fra møtene behandles som egne referatsaker under styremøtet 23.6.2015.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg påpekte at de synes det er uheldig at feiladministrering av medikamenter fører til pasienthendelser, og ga uttrykk for at det må anses som en svakhet at UNN ikke har kommet lengre i dette arbeidet.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten uttrykte bekymring over omfanget av rutiner og prosedyrer som ikke blir fulgt, samt utviklingen knyttet til pasienthendelser. Det ble derfor bedt om at administrasjonen sikrer at dette blir fulgt opp, både på overordnet nivå og i KVAM-strukturen.

Arbeidsmiljøutvalget hadde fokus på årsaksforhold knyttet til avvik og systemet for avviksregistrering. Utvalget anmodet derfor både ledere og vernetjenesten på alle nivå om å etterspørre, undersøke og behandle avvik innenfor KVAM-strukturen, i tråd med retningslinjene som gjelder.

Vurdering

UNN har systemer og prosesser som sammen skal sikre en god internkontroll. Det er etablert en systematikk med datafangst og evaluering av virkningen av internkontroll og kvalitet. Dokumentasjon og synlighet av resultatene forbedres kontinuerlig. Arbeidet med internkontroll og kvalitet er langsiktig. Det er direktørens oppfatning at tertialvise gjennomganger først med kvalitetsutvalget og deretter med styret er et viktig bidrag for å sikre at internkontrollen er hensiktsmessig og virkningsfull.

Ledelsens gjennomgang avdekker områder som må forbedres. Dette er et kontinuerlig forbedringsarbeid som krever ledernes oppmerksomhet og systematisk tilnærming. UNN fortsetter arbeidet med kontinuerlig forbedring med styrking av styringsstrukturer,

Sak 58/2015

prosessforbedringer og bedring av resultater. Denne gjennomgangen viser at UNN totalt sett fortsatt gradvis styrker systemene for internkontroll og korrigerer for manglene.

Kvalitetsinformasjonssystemet UNN KIS, er i ferd med å gi ledere på alle nivå umiddelbar tilgang til en rekke viktige data relevante for deres egen enhet. Det må fortsatt forventes at UNN KIS har en del problemer i oppstartfasen, og at ytterligere behov for korrigeringer vil bli avdekket. Systemet vil imidlertid på litt sikt gi vesentlig bedre ledelsesinformasjon, og som sådan gi et viktig bidrag til internkontrollen i foretaket.

Direktøren vil fortsatt opprettholde et sterkt fokus på infeksjonsforebyggende arbeid spesielt, og pasientsikkerhetsarbeid generelt. I dette ligger gjennomføring av vedtatte tiltak for infeksjonsforebygging, implementering av tiltaksområdene i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet, samt et fortsatt sterkt fokus på involvering av KVAM-strukturen i det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring.

Det vurderes som positivt og et uttrykk for bedret meldekultur at det meldes flere avvik, samtidig som det må gjøres fortløpende vurderinger i alle enheter om hvorvidt økningen også kan skyldes reell økning i uønskede hendelser.

Godt HMS-arbeid på alle nivå i foretaket er avgjørende for at foretaket skal nå de mål som er satt. Direktøren vil fortsette å holde fokuset på å oppnå læring i organisasjonen av klagesaker, av tilsynsvirksomheten og i større grad enn tidligere også av interne revisjoner. UNN er nå miljøsertifisert, og det forplikter til bevissthet rundt en bærekraftig drift og begrensning av forurensing. Oppfølging av UNNs forpliktelser i miljøstrategien er et viktig fokus inneværende år. Mange av tiltakene som gjøres for å oppnå økonomisk balanse i foretaket, vil også ha gunstige effekter på foretakets måloppnåelse knyttet til påvirkning av det ytre miljø.

Tromsø, 12.6.2015

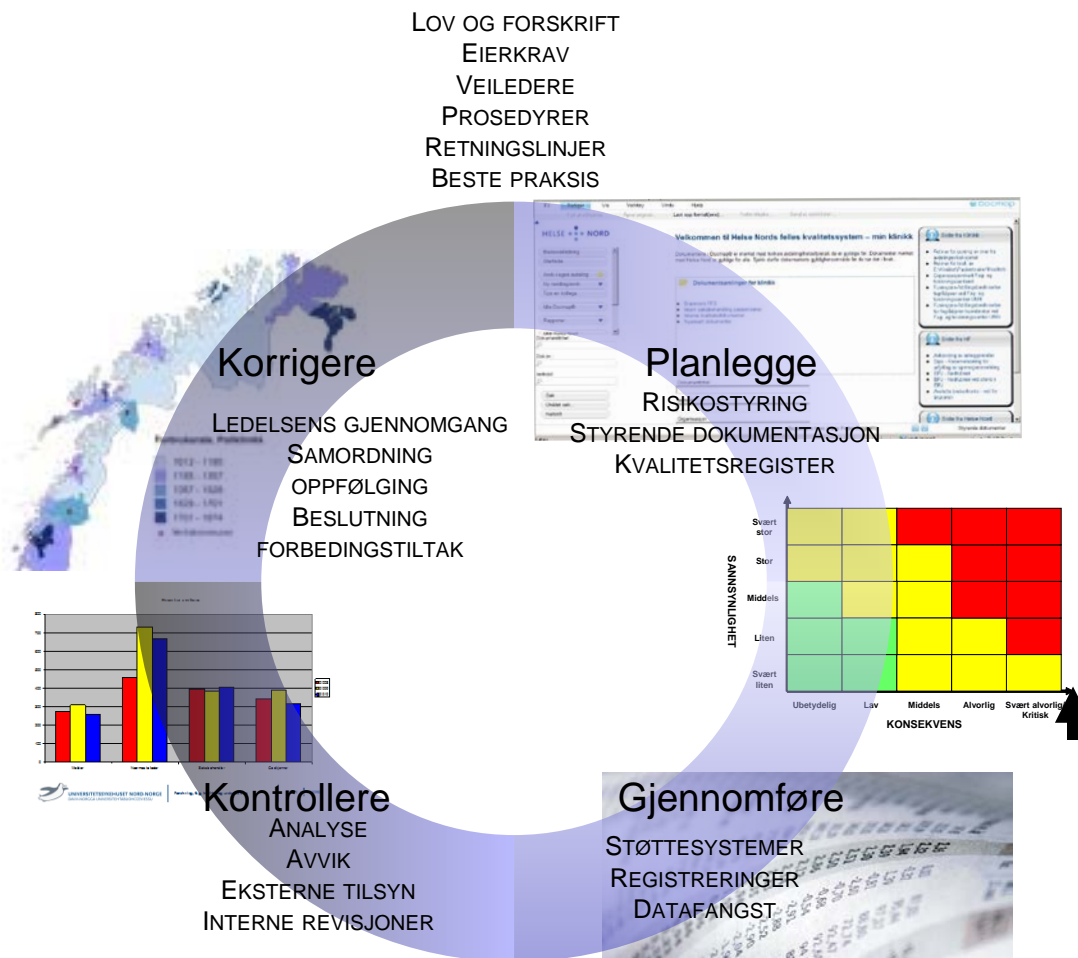
Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapport - Ledelsens gjennomgang 1.tertial 2015
2. Oversikt læringspunkter

Ledelsens gjennomgang 1.tertial 2015

Styringshjul



Figur 1 Styringshjul for kvalitetsstyring (ISO)

Innhold

Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2015	2
Formål	2
Sammendrag	2
Risikostyring	3
Kvalitetsinformasjonssystem UNN KIS	4
Styrende dokumenter	4
Status dokumentvedlikehold	4
Avviksbehandlingen	6
Meldeutvikling i 1.tertial 2015	6
Kategorier av meldte avvik	7
Årsaker til avvik	7
Pasienthendelser § 3.3 meldinger	8
Konklusjon	9
Interne revisjoner	9
Tilsyn	9
Pasientsikkerhetsprogrammet	9
Pasientklagesaker	10
Smittevern	11
Helse, miljø og sikkerhet	18
Bedrifthelsetjenesten	18
Ytre miljø	20
Kjemikaliearbeidet	22
Ledelsens gjennomgang foretaksnivå	23
Kvalitetskulturen i UNN	23
Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring	24

Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2015

Formål

Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen¹ (kvalitetssystemet²) i Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) og undersøke og bedømme om systemet for internkontroll er tilstrekkelig, hensiktsmessig og virkningsfullt. Dersom det i gjennomgangen avdekkes mangler, skal ledelsen iverksette tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen. UNN arbeider etter dokumenterte standarder for kvalitetsstyring (ISO, EFQM)³. Styringshjulet i fig 1. illustrerer aktivitetene som anbefales i standardene for å sikre en hensiktsmessig virkning av internkontrollen. Fag- og forskningssenteret (FFS) har gjort en vurdering av de ulike elementene i internkontrollen for å sikre UNN et system som virker etter intensjonen. Denne rapporten behandles i UNN sitt kvalitetsutvalg/ledergruppe før den forelegges styret i UNN.

Sammendrag

UNN har etablert de strukturer og prosesser som kreves for å ha et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom tilsyn fra Statens Helsetilsyn, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Ved tilsyn har UNN

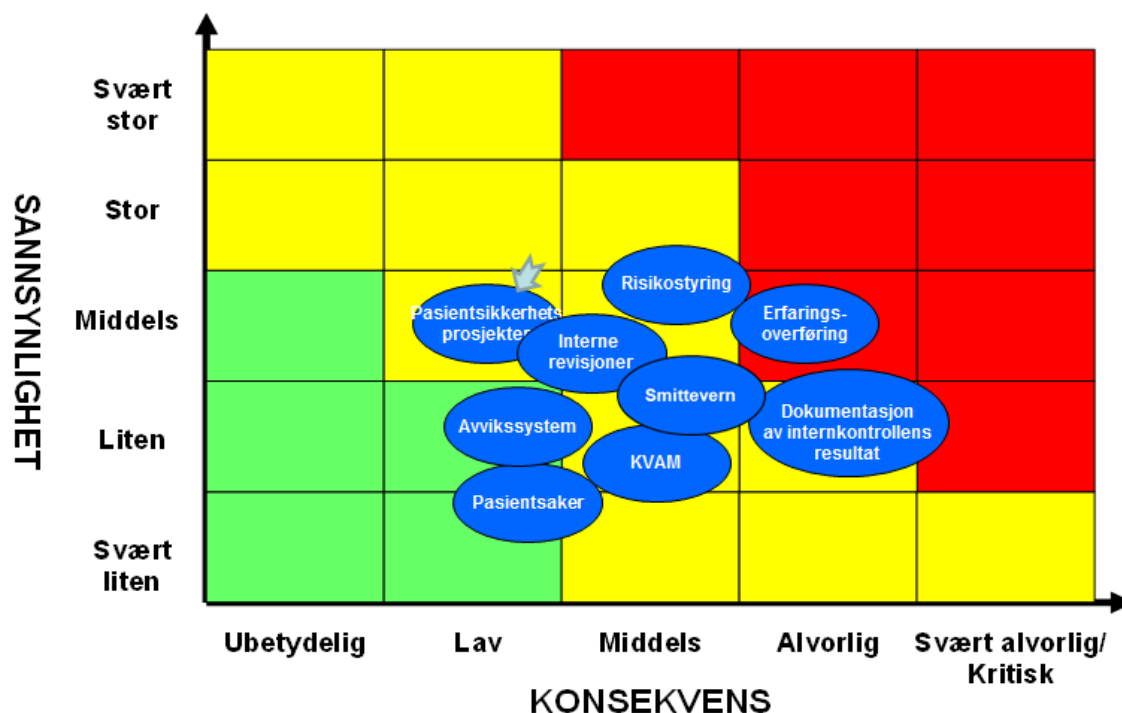
¹ Internkontroll: Det styringssystem organisasjonen må ha for å sikre at lover og forskrifter følges.

² Kvalitetssystem: Det styringssystem som organisasjonen må ha for å sikre internkontroll og de selvpålagte krav (mål) til kvalitet.

³ Fag- og forskningssenteret benytter kvalitetsstandarder som ISO 9001-2000, og European Foundation for Quality Management (EFQM) sin modell i systemoppbyggingen i UNN.

imidlertid fått avvik for manglende kjennskap til og oppfølging av de etablerte systemene. I tillegg kan klinikkene fortsatt ikke dokumentere tilstrekkelig virkning av internkontrollen på alle områder. Det har de siste tertialene vært en bedring i hvordan foretaket bruker erfaringene fra avvik, interne og eksterne revisjoner til læring og forbedring. Det er også bedre fremdrift i arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet, avvikssystemet og oppfølgingen av avvik vurderes til å være noe bedret, og det er lagt til rette for læring på tvers i organisasjonen også etter interne revisjoner i større grad enn tidligere. Vurderingen er vist i fig. 2.

Figur 2 Risikovurdering av delementene i internkontrollen (kvalitetssystemet). Vurderingen baserer seg på i hvilken grad elementene bidrar til å redusere sannsynlighet/risiko for svikt i UNN. Områder som har ligget i «grønt» område i mer enn 1 år er tatt ut av matrisen, men overvåkes.



Kvalitetsutvalget/ledergruppen mottar denne rapporten som en samlet vurdering av kvalitetssystemet i UNN, og den følges opp med styresak om foretakets håndtering av rapporten. Det er verdt å merke seg at slike systemer aldri blir perfekt, men er gjenstand for kontinuerlig forbedring. Rapporten påpeker også denne gang enkelte systemsvakheter og områder for forbedring.

Grunnleggende prinsipper må være på plass og virksomme i hele organisasjonen, for at UNN skal ha et velfungerende kvalitetssystem. Hovedemnene i denne rapporten er disse grunnleggende prinsippene.

Risikostyring

FFS har sammen med foretakscontroller arbeidet frem et overordnet system for risikovurdering. Det blir gjennomført nye risikovurderinger og den enkelte klinikk er ansvarlig for å initiere behov. FFS kan bistå på forespørsel.

Kvalitetsinformasjonssystem UNN KIS

UNN KIS er et kvalitetsinformasjonssystem til hjelp i overvåking og forbedring av kvalitet. Systemet støtter fagmiljøene i UNN med data og informasjon i form av indikatorer, rapporter og statistikk, blant annet innen kvalitet, aktivitetsnivå og pasientforløp. Data fra UNN KIS blir også brukt i virksomhetsrapporteringen.

UNN-KIS ble i vinter avsluttet som prosjekt og overlevert til Kvalitetsavdelingen for videre drift og utvikling av løsningen. Den tverrfaglig sammensatte prosjektgruppa har fått rollen som ekspertpanel for vedlikehold og utvikling og daglig leder har et overordnet ansvar. UNN KIS inneholder 153 kvalitetsindikatorer, hvorav 80 er godkjent pr d.d. 34 indikatorer er for tiden under validering og etterkontroll, mens vi venter inn indikatorer vedr pakkeforløp kreft i løpet av våren.

Det er utviklet løsninger for monitorering/overvåkning av alle forløp for pasienter som henvises til UNN for pakkeforløp for kreft. Tilgangen er begrenset til de som har pasientansvar, som for eksempel forløpskoordinatorene og forløpsledere. Disse kan overvåke forløpet for den enkelte pasient, og se samlede resultater for det enkelte pakkeforløp. Monitor løsningen har vært testet siden april 2015, og settes i full drift medio juni 2015. Da vil det også bli tatt i bruk varslingsrapport som varsler om normerte tider er i ferd med å overskrides for de ulike intervallene i pakkeforløpene. Det blir gitt statusrapporter for forløp i UNN, samt retrospektive rapporter som viser utviklingen i overholdelse av normerte forløpstider.

Styrende dokumenter

Status dokumentvedlikehold

Oppdatering av UNNs rutiner og prosedyrer er et viktig kvalitetsarbeid. Det registreres nå 250-320 samtidige brukere mot tidligere 160 til 240. Denne økningen har nå vedvart siden årsskiftet 2015 og er muliggjort fra 1. desember 2014 da automatisk pålogging i Docmap ble innført. Det er i snitt over 240.000 oppslag pr måned i prosedyresamlingene i Docmap. Med utstrakt bruk av prosedyrer i Docmap er det viktig at innholdet er kvalitetssikret, oppdatert og gyldig.

UNN har nå 19080 dokumenter i Docmap, noe som er en økning på 1087 dokumenter fra forrige tertial rapport. Av disse er det 1120 som skulle vært revidert pga overskredet dato. Dette er en nedgang på 294 fra forrige tertial rapport (1414 ved utgangen av 3. tertial, fremgår ikke av figuren). Målet er at alle dokumenter skal være revidert innen frist.

Revisjonsvarsel i Docmap har i 1 tertial 2015 hatt funksjonsfeil og FFS har ikke gjennomført sitt arbeid med å sende ut varsel til klinikkene over dokumenter som er overskredet frist med mer enn 3 måneder. Dette arbeidet vil igangsettes så snart systemet er utbedret.

Det er trukket tilbake 76 dokumenter i 1. tertial. Dette tyder på at Docmap er aktivt i bruk, men fortsatt utarbeides flere dokumenter, enn det trekkes tilbake. Docmap er et system som brukes, og overvåkning av antall og vedlikehold av dokumenter må fortsette.

Økningen i dokumenter er i hovedsak på disse typer dokumenter: prosedyrer, dokumentsamlinger, sjekklister og retningslinjer. Dokumentsamlinger er strukturvisende samlinger av dokumenter og sjekklister er dokumenter til utskrift.

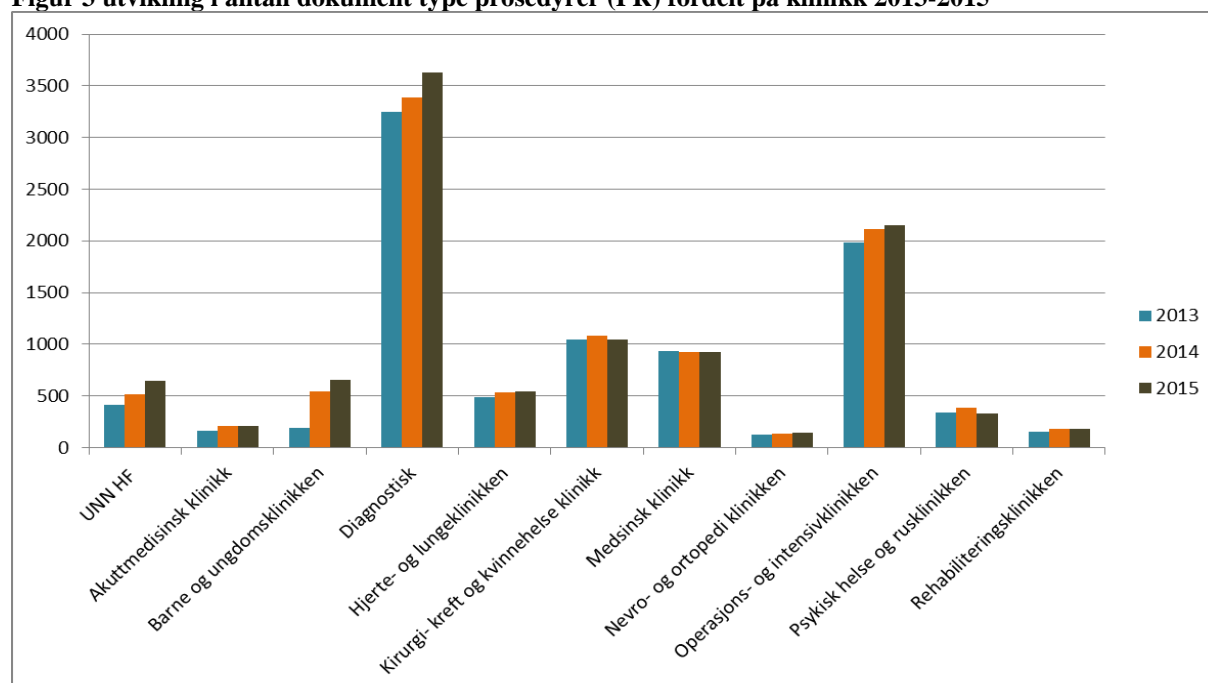
Det gitt ut 852 nye dokumenter (versjon 1) i 1. tertial 2015 og av disse er det 441 nye prosedyrer (PR). Vi har sett på utviklingen av dokumenttype PR.

Totalt har UNN HF 10841 dokumenter av type PR. Det ble trukket tilbake 38 og lagt ut 441 nye prosedyrer i 1. tertial 2015. Når man ser på gyldighetsområde på nye prosedyrer, så tilhører 162 på laboratorieenheter, 123 på røntgen og 50 innenfor operasjonsenheter. 22 nye prosedyrer har UNN HF som gyldighetsområde og dette er foretaksovergrepene prosedyrer.

Dermed kan man si at over 70 % av nye prosedyrer i 1. tertial er beskrivelser av aktivitet vedrørende laboratorievirksomhet, radiologi og operasjonsenheter.

Økning av antall dokumenttype PR i perioden 2013-15 er som man ser i figuren under i hovedsak på foretaksnivå UNN HF, Diagnostisk klinikk og Barne – og ungdomsklinikken (medisinsk genetikk)

Figur 3 utvikling i antall dokument type prosedyrer (PR) fordelt på klinikk 2013-2015



Vurdering

Økningen på foretaksnivå er i hovedsak på styringsdokumenter vedrørende utbygging, økonomi/ bestiller rutiner og beredskap. På klinikknivå ser vi at prosedyrer gitt ut siste tertial er i hovedsak gitt ut der det er akkrediterte avdelinger/seksjoner, radiologi og operasjonsaktivitet. Det kan se ut for at klinikkene jobber med å holde antallet prosedyrer på et eksisterende nivå. FFS vil påpeke at det er påfallende forskjell i antall prosedyrer i klinikker med samme størrelsesorden i bredde på fagfelt og pasientbehandling.

Tiltak:

Avviksbehandlingen

Det er fortsatt en tydelig økning av avviksmeldinger.

Våre uttrekk er tatt 1 måned etter hvert tertial. Dette er historisk tall, som ikke blir oppdatert i våre lister. De endringer, saksbehandling og etterregistreringer som kommer etter våre uttrekk, kommer altså ikke med i våre statistikker.

Meldeutvikling i 1.tertial 2015

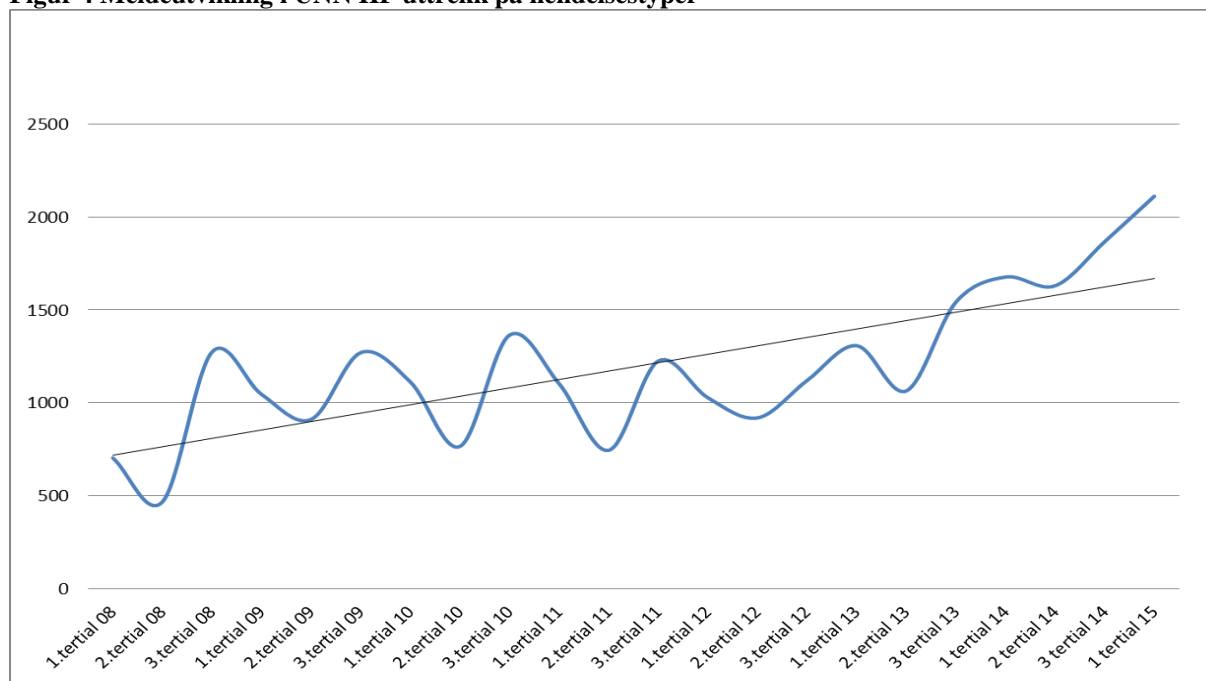
Ved direkte uttrekk av databasen ser man at det er registrert 2362 pr 1. tertial 2015 mot 2044 avvik pr i tertial 2014. En økning på 14 %.

Det er i 990 unike meldere 1.tertial 2015 mot 840 i 1. tertial 2014. Det er økning i unike meldere.

Det er registrert 2111⁴ avvik på hendelsestype i Docmap i 1. tertial 2015.

Årsak til forskjell i antall avvik registrert og antall avvik på hendelsestype, kommer av at noen avvik er ikke ferdig saksbehandlet og det er ikke da registrert hendelsestyper.

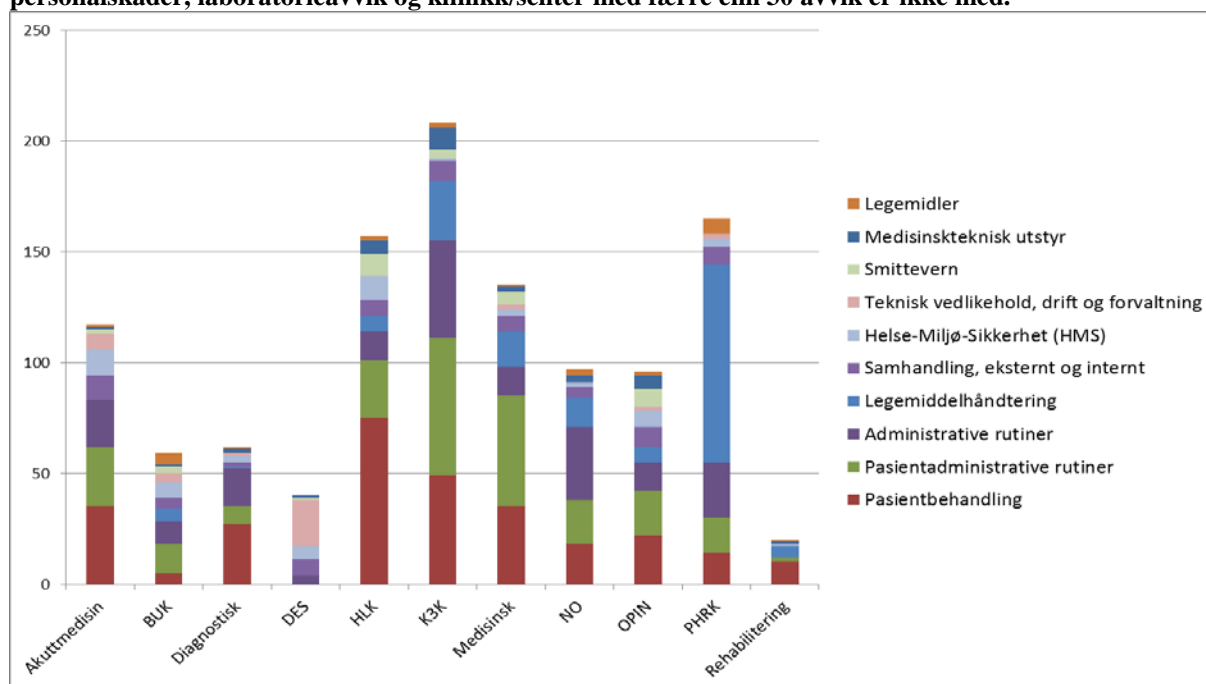
Figur 4 Meldeutvikling i UNN HF uttrekk på hendelsestyper



⁴ Hendelsestyper relatert til faglig virksomhet i laboratorier holdes utenom denne statistikken. Avvik i laboratorier håndteres særskilt. Samhandlingsavvik, personalskader og pasienthendelser er talt som egne kategorier og med i statistikk.

Kategorier av meldte avvik

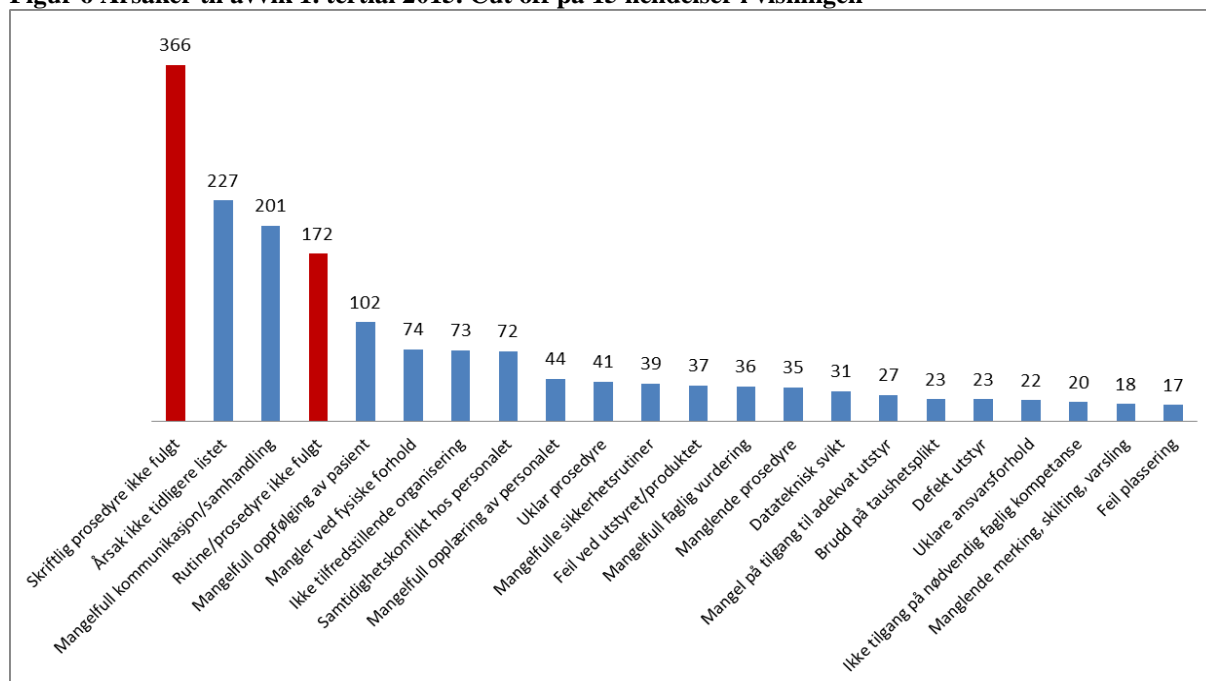
Figur 5 Kategorier avvik meldt 1.tertial 2015 fordelt på klinikk/senter. Kategorier med færre enn 30 avvik, personalskader, laboratorieavvik og klinikk/senter med færre enn 30 avvik er ikke med.



Årsaker til avvik

1.1.2015 ble «rutine/prosedyre ikke fulgt» ble erstattet med «skriftlig prosedyre ikke fulgt» Det er et unntak og det gjelder laboratorieavvik. Der er denne årsaken i bruk og fremkommer i figur 6. Så langt ser det ut for at denne endringen ikke har gitt noe utslag. «skriftlig prosedyre ikke fulgt» er enda den største årsaken til avvik.

Figur 6 Årsaker til avvik 1. tertial 2015. Cut off på 15 hendelser i visningen



Vurdering

Det er fortsatt en økning i antall meldinger og unike meldere i Docmap. Klinikkene har nå en stor database med hendelser som bør gjennomgås systematisk med tanke på læring og forbedringsarbeid.

Tiltak:

Pasienthendelser § 3.3 meldinger

Det er meldt 129 saker 1. tertial 2015 mot 74 saker 1. tertial 2014, til Nasjonalt kunnskapssenter om hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient.

Nesten alle pasienthendelser, ikke bare de som meldes til Kunnskapssenteret gjennomgås i Pasientsikkerhetsutvalget. UNN har et etterslep i publisering av anonymiserte § 3.3 meldinger på www.unn.no.

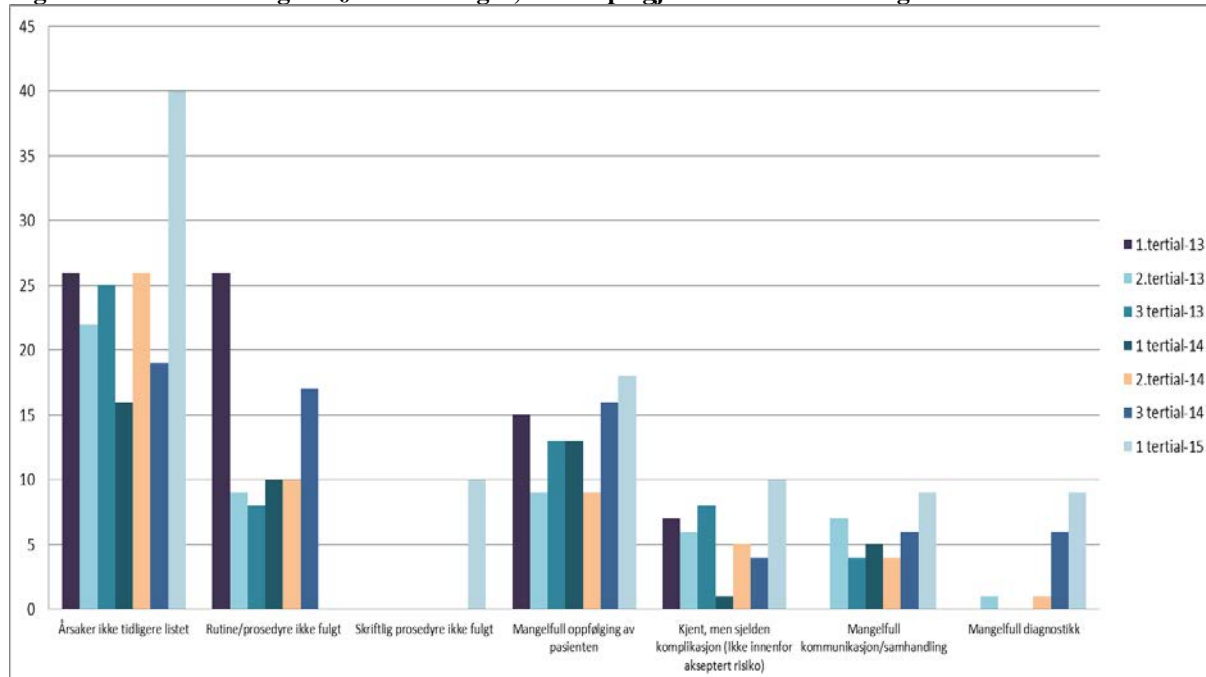
Nasjonalt klassifikasjonssystem

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt mandat til å utarbeide felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser. Nasjonalt kunnskapssenter har ansvar for å sikre koordinering mellom det norske klassifikasjonsarbeidet og klassifikasjonsprosjektet i regi av WHO.

Nordlandsykehusets Pasienthendelsesskjemaet i Docmap blir oppdatert med nye klassifikasjoner og test var planlagt gjennomført i februar/mars 2015. Dette arbeidet er utsatt og test forventes nå gjennomført juni/juli 2015. Etter test blir det ytterligere gjennomgang av klassifikasjonene, før implementering.

Når de nye klassifikasjoner blir implementert vil det etter all sannsynlighet bli en bedret kategorisering og årsaksvurdering på pasienthendelser. Dette vil gi et bedre grunnlag for analyse av pasienthendelser.

Figur 7 Årsaks fordeling for § 3.3 meldinger, cut off på gjennomsnitt 5 meldinger i tertiale.



Konklusjon

UNN HF som helhet har fortsatt en økning i antall meldte avvik. Antall unike brukere som har meldt avvik har en økning fra 840 i 1. tertial 2014 til 990 i 1. tertial 2015. Dette kan indikere at økningen i meldte avvik først og fremst skyldes bedret meldekultur, selv om en reell økning i avvik ikke kan utelukkes. En stor andel av pasienthendelser blir gitt «årsak ikke tidligere listet». Valg av bakenforliggende årsaker vil sannsynligvis få endring ved innføring av nytt nasjonalt klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse.

UNN HF har nå en stor database med hendelser som kan brukes i forbedringsarbeid i klinikkene.

Tiltak:

Interne revisjoner

Det utarbeides en årlig intern revisjonsplan på bakgrunn av tilsyn, hendelser, risikovurderinger og bestilling fra direktørens ledergruppe, AMU og Kvalitetsutvalget. Revisjonsplanen besluttet av direktørens ledergruppe. FFS gjennomfører revisjonene i samarbeid med relevante fagmiljøer. Nedenstående tabell viser status i gjennomføring av de interne revisjoner som var planlagt 1. tertial.

Læringsnotat etter interne revisjoner er vedlegg 1.

Tabell 1 Gjennomførte internrevisjoner pr 1 tertial 2015.

Tema – Revisjoner planlagt til 1. tertial 2015	Sted	Tertial		
		1	2	3
Intern revisjon på forskningsprosjektet « Kirurgisk behandling av urininkontinens og vaginalt prolaps epidemiologi og langtidsresultater Helse Nord 1994 (KURIPRO)	Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken	x		
Intern revisjon på forskningsprosjektet «Fødselsrelatert urininkontinens og vaginalt prolaps» (FRURIPRO)	Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken	x		
Opplæring i MTU oppfølging av pålegg fra DSB Påbegynt - ikke ferdigstilt.	Medisinsk klinikk			

Tilsyn

Tilsyn behandles i egne rapporter til Kvalitetsutvalget og styret.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Trygg kirurgi, behandling av hjerneslag, forebygging av selvmord og forebygging av overdosedødsfall er fullt ut implementert i aktuelle enheter. For de øvrige presenteres hvor mange sengeposter som har implementert innsatsområdet, hvor mange som er i gang og hvor mange som ikke er startet.

Tabell 2 Utvikling innsatsområder

Innsatsområde som ikke er fullt ut implementert:	Desember 2014			Mai 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	6	9	7	5
Trykksår	2	12	7	8	10	3

Forbedringstavler

En del enheter har tatt i bruk forbedringstavler for å synliggjøre sine resultater og øke oppmerksomheten i personalgruppa. Dette rapporteres å være et godt verktøy for oppfølging. Det har vært vesentlig fremgang i antall enheter som har implementert flere av innsatsområdene, og muligheten for å være i gang med alle innsatsområdene på alle aktuelle enheter innen årsskiftet er stor ved fortsatt oppmerksomhet på områdene.

Pasientklagesaker

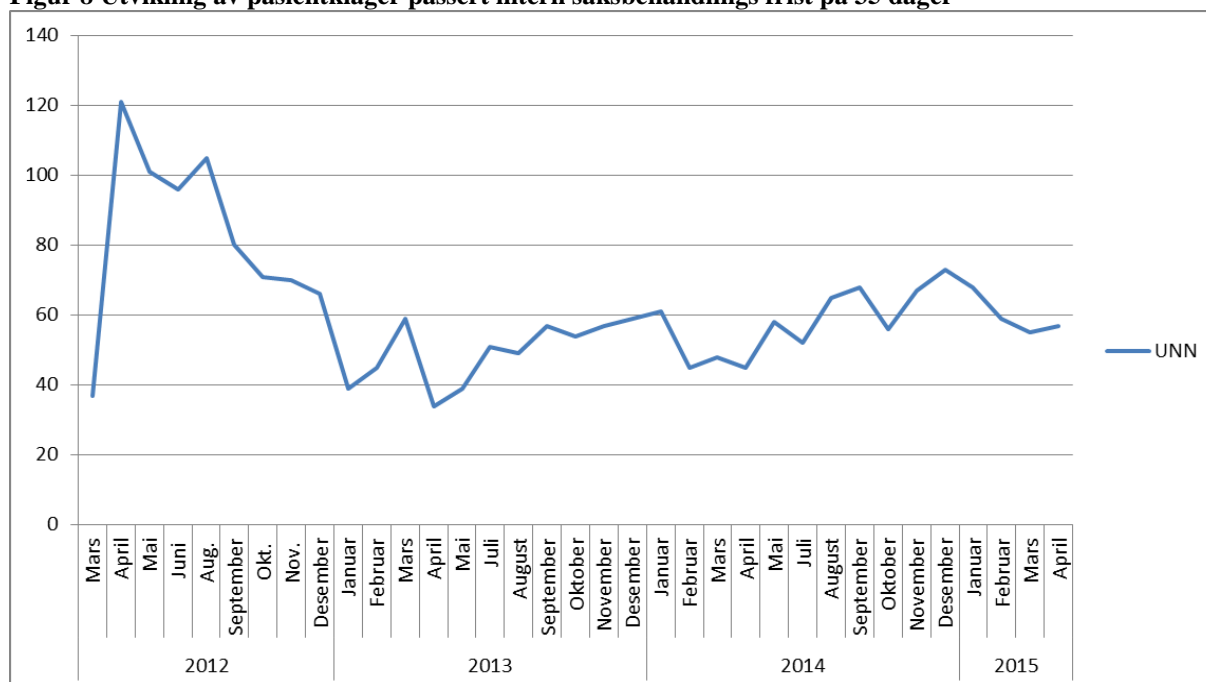
Median saksbehandlingstid på pasientsaker 1. tertial 2015 er 20 dager mot 27 dager i 1.tertial 2014. Pasientskadesaker saker vedrørende journalinnsyn/kopi og interne pasientskader meldt i Docmap er ikke tatt med.

Klager fra NPE og pasient/pårørende er de saker som har lengst svartid fra avdelingene

Det finnes enkelt saker fra NPE med mer enn 130 dager behandlingstid.

Lang saksbehandlingstid kan medføre at pasienter klager til Pasientombudet, Helsetilsynet og i noen grad til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) før de får svar fra UNN. Dette kan føre til at arbeidsmengden for UNN blir stor. Klager fra pasienter/pårørende bør tas unna fortløpende.

Figur 8 Utvikling av pasientklager passert intern saksbehandlings frist på 35 dager



Det var en betydelig forbedring i intern saksbehandling av pasientsaker i foretaket i løpet av 2012. Deretter har saksbehandlingstiden stabilisert seg. Utvikling i saksbehandlingstid pasientsaker passert intern frist har det siste tertial hatt en liten bedring, men det er innenfor normal variasjon siste år.

Tabell 3 NPE saker i 1. tertial 2015 med brutt intern og NPE tidsfrist fordelt på klinikk

Klinikker	Antall NPE saker Totalt 1.tertial 2015	Antall passert intern frist 35 dager	Antall over NPE frist 56 dager
Akuttmedisinsk klinikk	0	0	0
Psykisk helse- og rusklinikken	5	2	1
Barne- og ungdomsklinikken	2	1	0
Diagnostisk klinikk	2	0	0
Hjerte- og lungeklinikken	9	3	2
Kirurgi, kreft- og kvinneklinikken	28	12	8
Medisinsk klinikk	5	1	0
Nevro- og ortopediklinikken	27	12	7
Operasjon- og intensivklinikk	3	3	1
Rehabiliteringsklinikken	0	0	0
NST (journalarkivet)	15	0	0
Totalsum	96	34	19

Det er klinikker som overskrider den interne fristen på 35 dager for saksbehandling av NPE saker i mer enn 40 % tilfellene.

Klinikkene har tydeligvis en utfordring å få til saksbehandlingstid innenfor intern frist som er 35 dager.

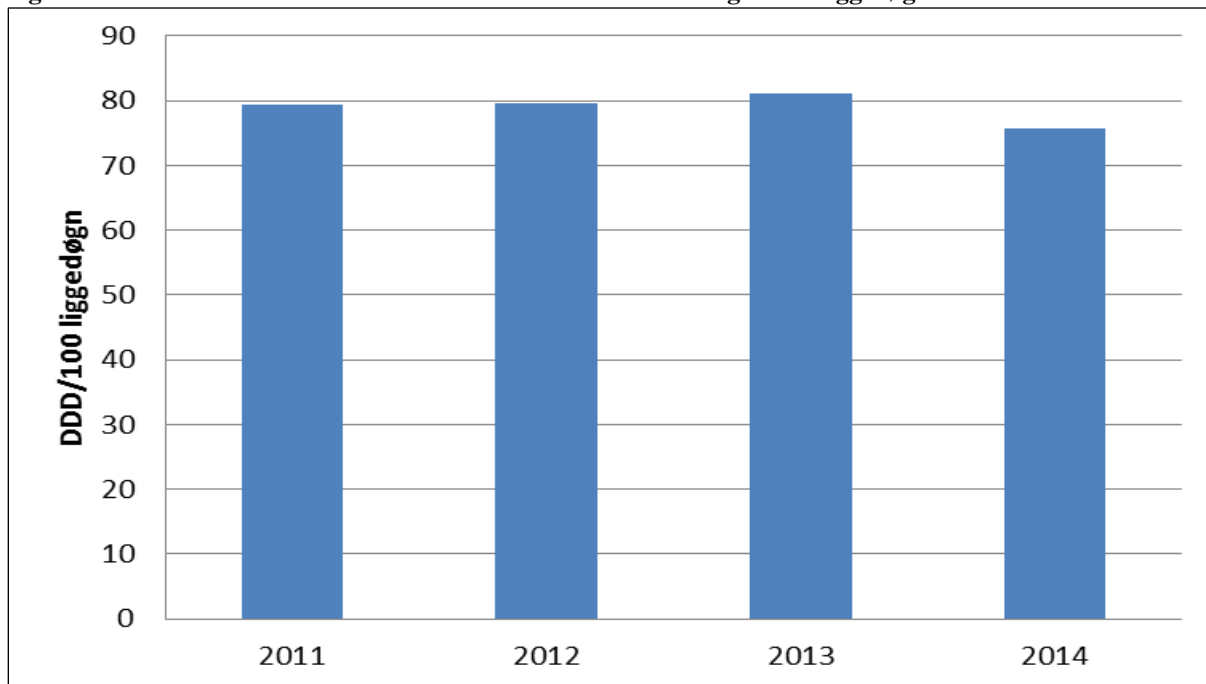
Tiltak:

Smittevern

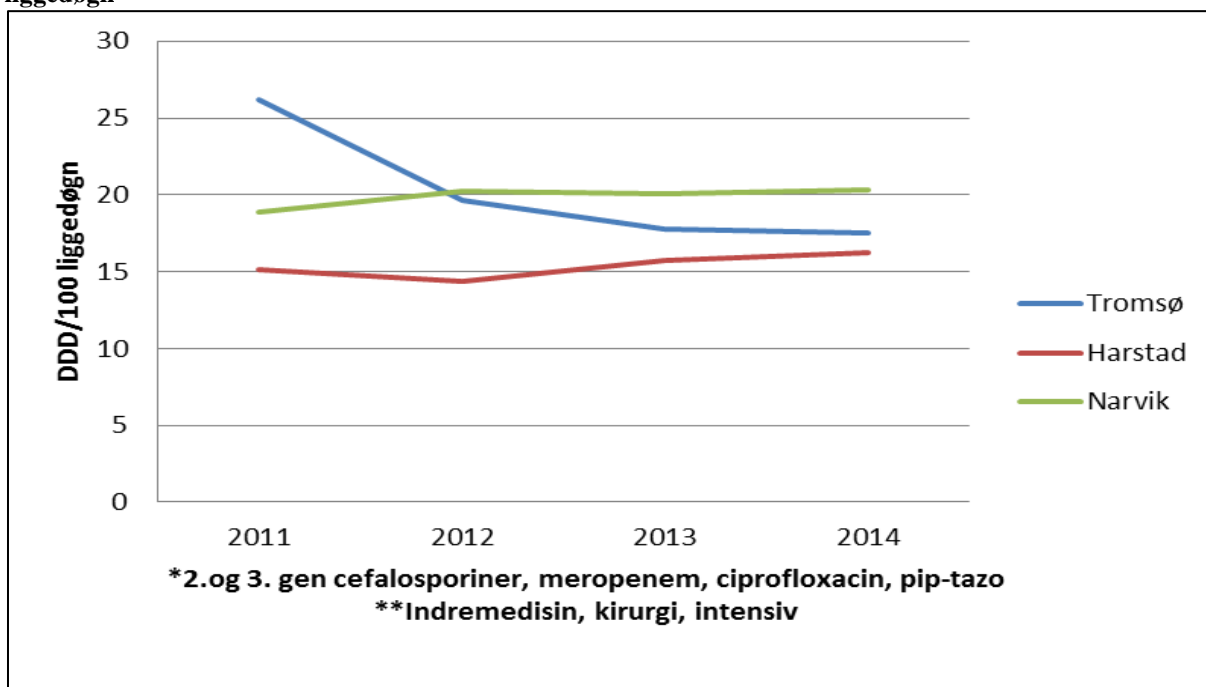
Antibiotika

”Pest eller kolera” – rapport om antibiotikabruk og resistensforhold ved UNN HF 2014 ble ferdigstilt 3.mars 2015. Det er ønskelig å redusere totalforbruk av antibiotika og unngå unødvendig bruk av bredspektrede midler. UNN viser en nedgang i totalforbruk av antibiotika i 2014 sammenlignet med 2013. I kjernevirksomheten ved UNN Tromsø ser man også en nedgang i bruk av bredspektret antibiotika. Det er ikke tilsvarende nedgang i Harstad og Narvik. Narvik har det høyeste forbruket per liggedøgn selv om det er rimelig å anta at det er pasienter med mindre behov for antibiotika enn de som er innlagt i Tromsø

Figur 9 Totalforbruk av antibiotika 2011-2014 UNN HF – korrigert for liggedøgn



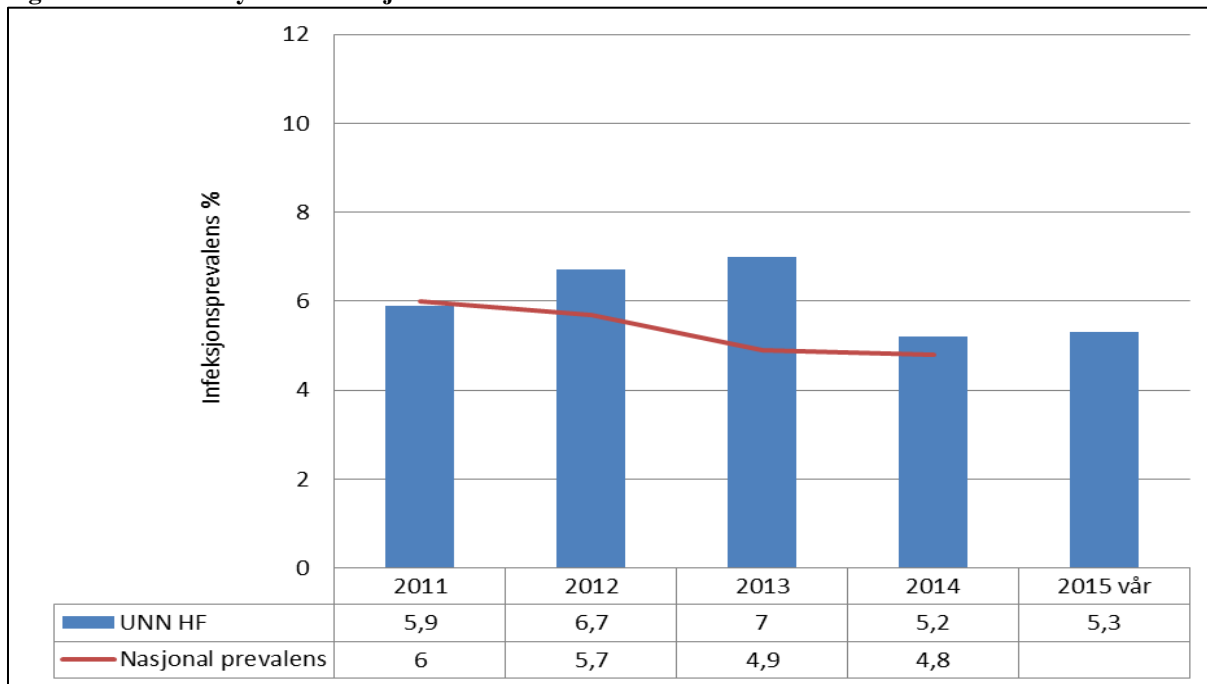
Figur 10 Oversikt bredspektret * antibiotika i kjerneenheter ** UNN HF 2011-2014 korrigert for liggedøgn



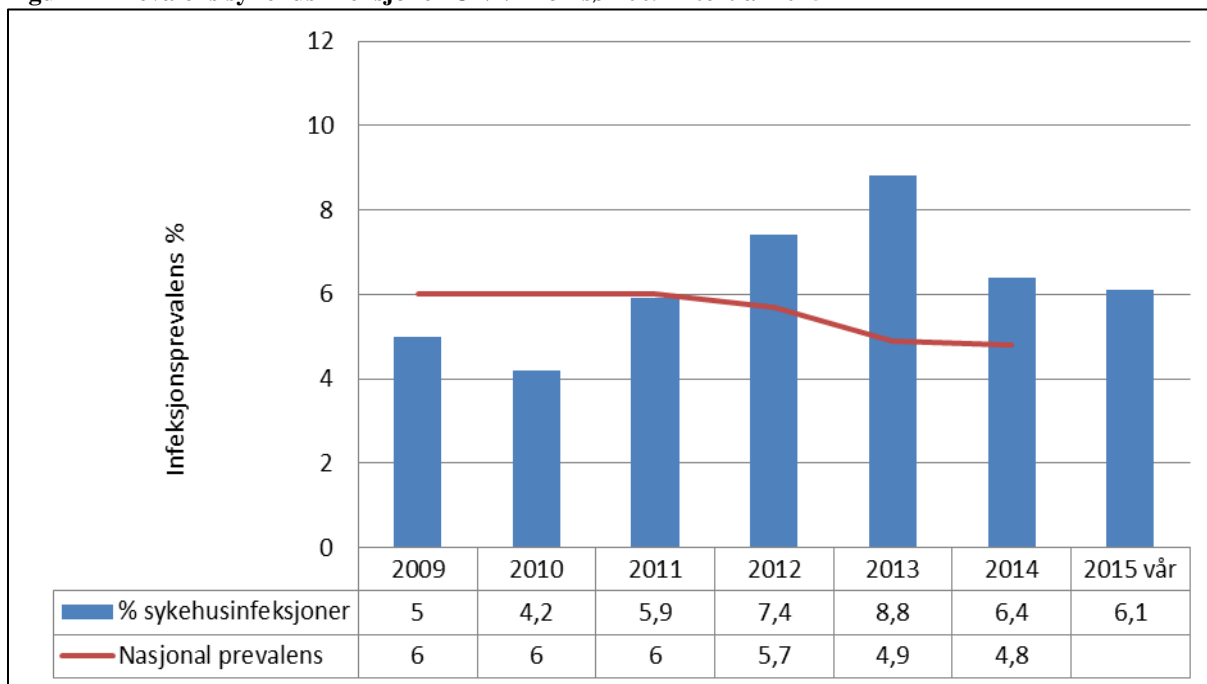
Prevalens

Den ene av to årlige prevalensregistreringer av helsetjenesteassosierte infeksjoner ble gjennomført 6.mai 2015. I Harstad og Narvik gjennomførte alle aktuelle enheter registreringen, i Tromsø var det en seksjon og to fagfelt som ikke registrerte. Totalt deltok 454 pasienter i undersøkelsen og 24 infeksjoner ble registrert, noe som gir en prevalens for UNN på 5,3. Dette er så å si uendret sammenlignet med 2014 (5,2 %). I figurene under er registrering for vår/høst slått sammen. Nasjonale tall for vår 2015 foreligger ikke ennå.

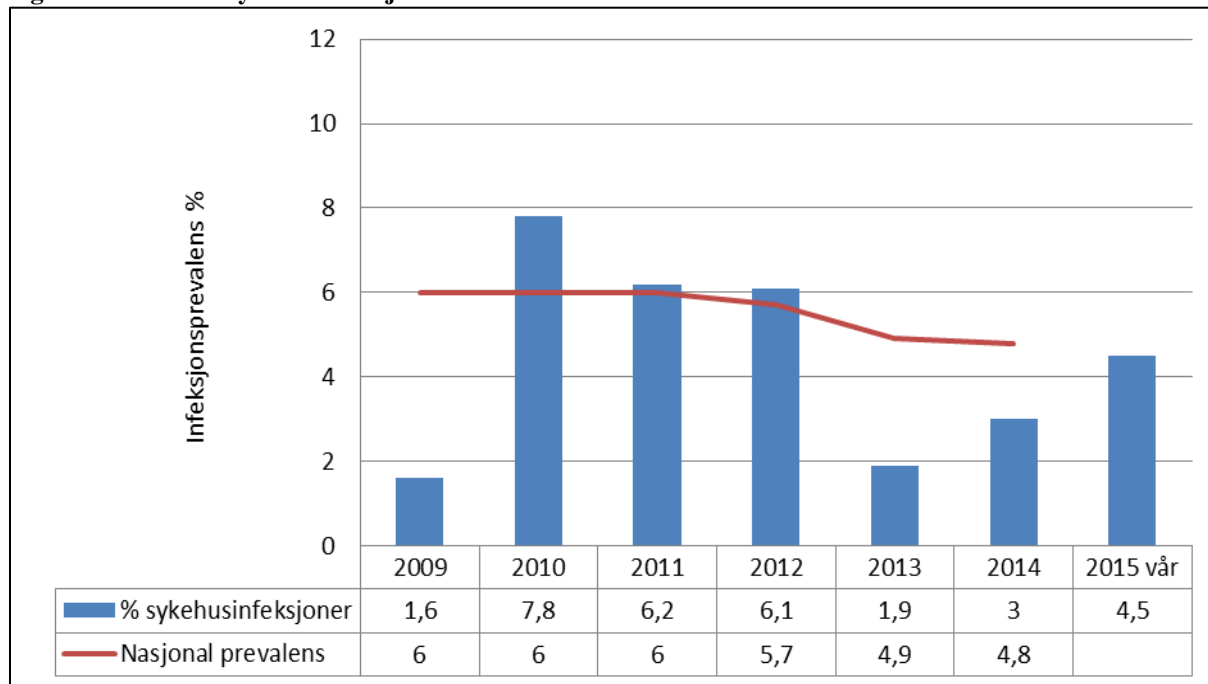
Figur 11 Prevalens sykehusinfeksjoner UNN HF 2009-1 tertial 2015



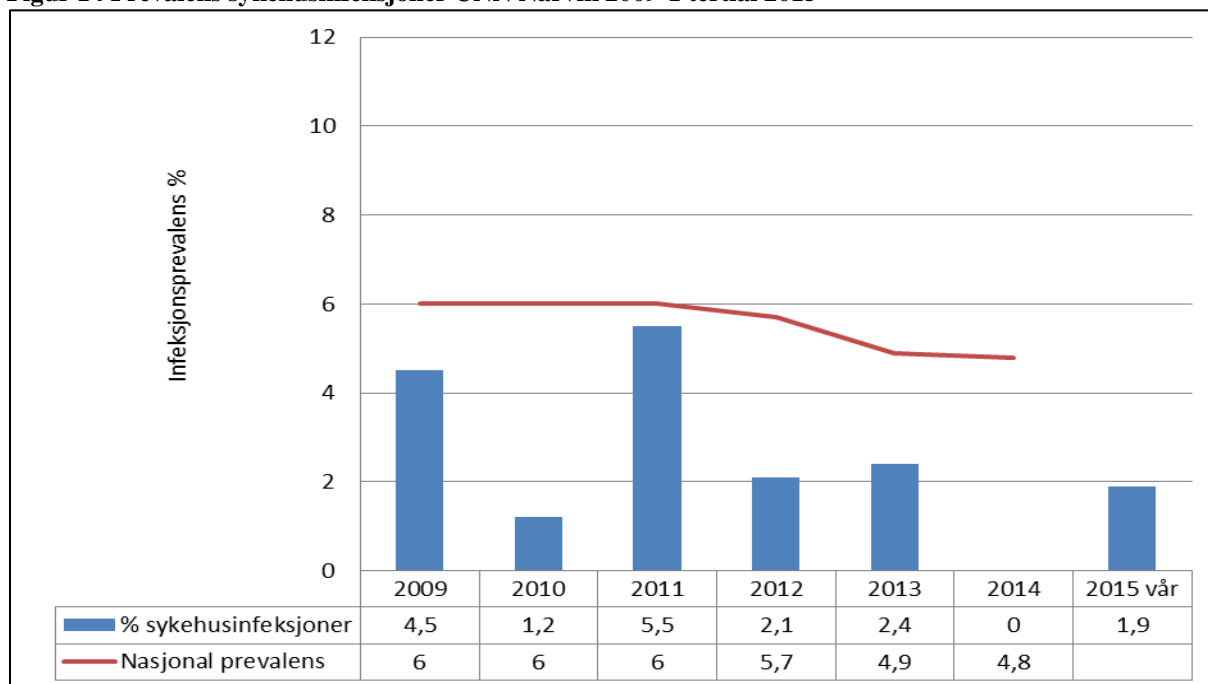
Figur 12 Prevalens sykehusinfeksjoner UNN Tromsø 2009-1 tertial 2015



Figur 13 Prevalens sykehusinfeksjoner UNN Harstad 2009-1 tertial 2015



Figur 14 Prevalens sykehusinfeksjoner UNN Narvik 2009-1 tertial 2015

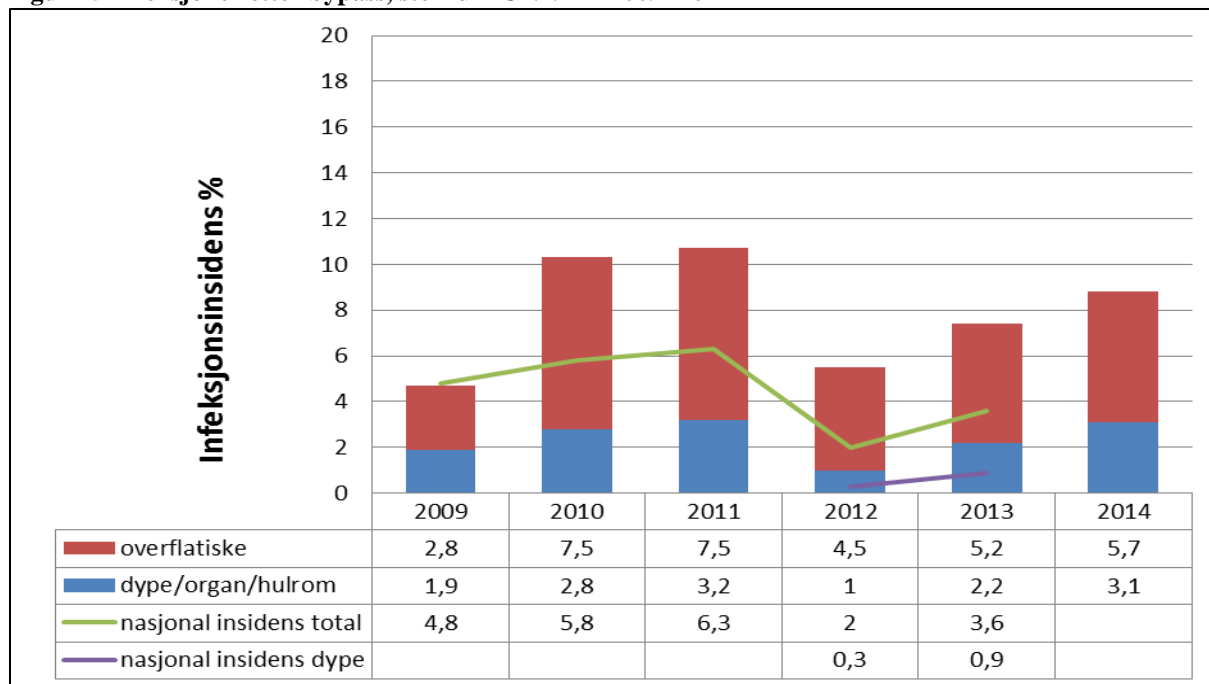


NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner etter inngrepene aortakoronarbypass, keisersnitt, innsetting av proteser i hofteldd, kolecystektomi (galle) og koloninngrep (tykktarm).

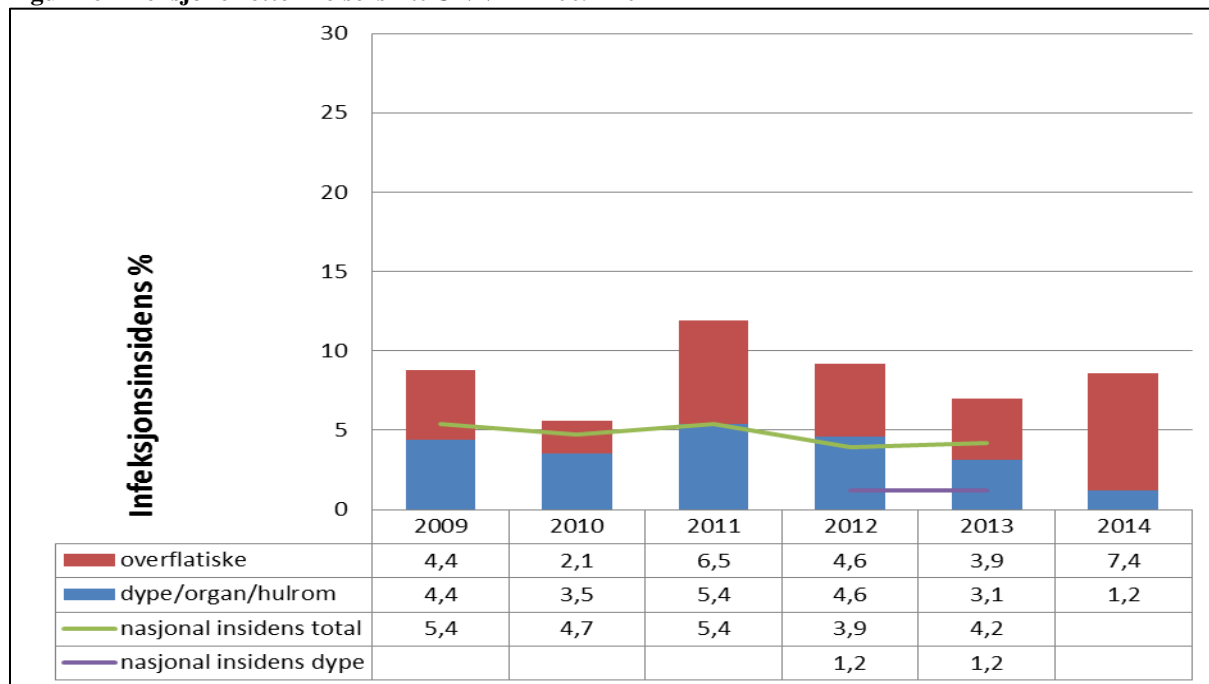
Tall for 3.tertial 2014 ble levert til Folkehelseinstituttet 1.april 2015. Kort oppsummert er det nedgang i dype infeksjoner for alle inngrep, bortsett fra aortakoronare bypass sammenlignet med 2.tertial 2013. For totalprotese hofte, hemiprotese hofte og kolecystektomi er det ingen dype infeksjoner i det hele tatt i 2014. Det er generelt god oppfølging av sykehusinfeksjoner, de aller fleste inngrep når UNNs mål om 95 % oppfølging av pasientene 30 dager etter

utskrivning. Under er tall for hele 2014 slått sammen. Nasjonale tall for 2014 foreligger ikke ennå.

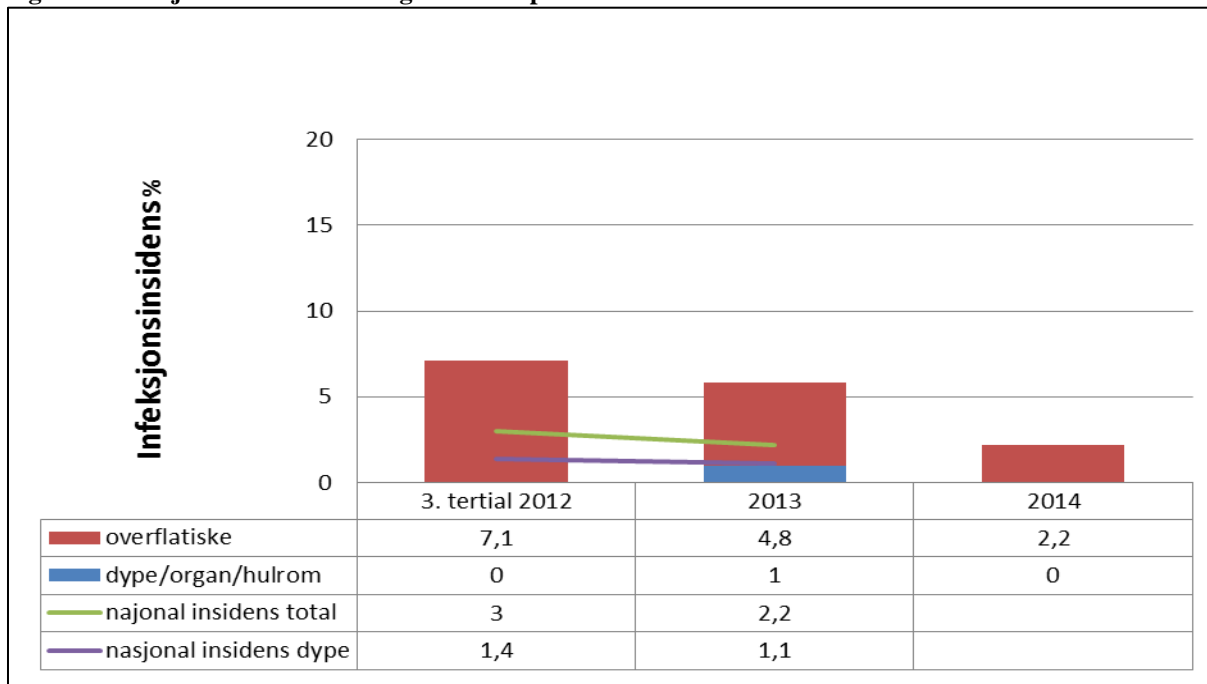
Figur 15 Infeksjoner etter bypass, sternum UNN HF 2009- 2014



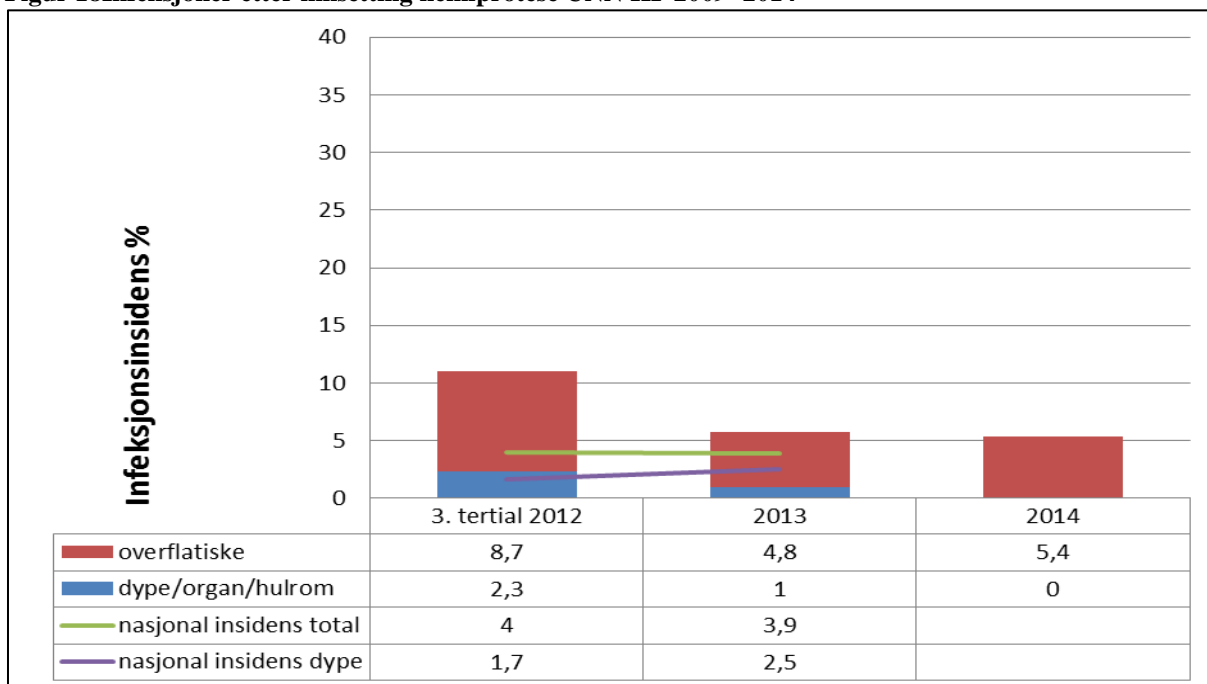
Figur 16 Infeksjoner etter keisersnitt UNN HF 2009- 2014



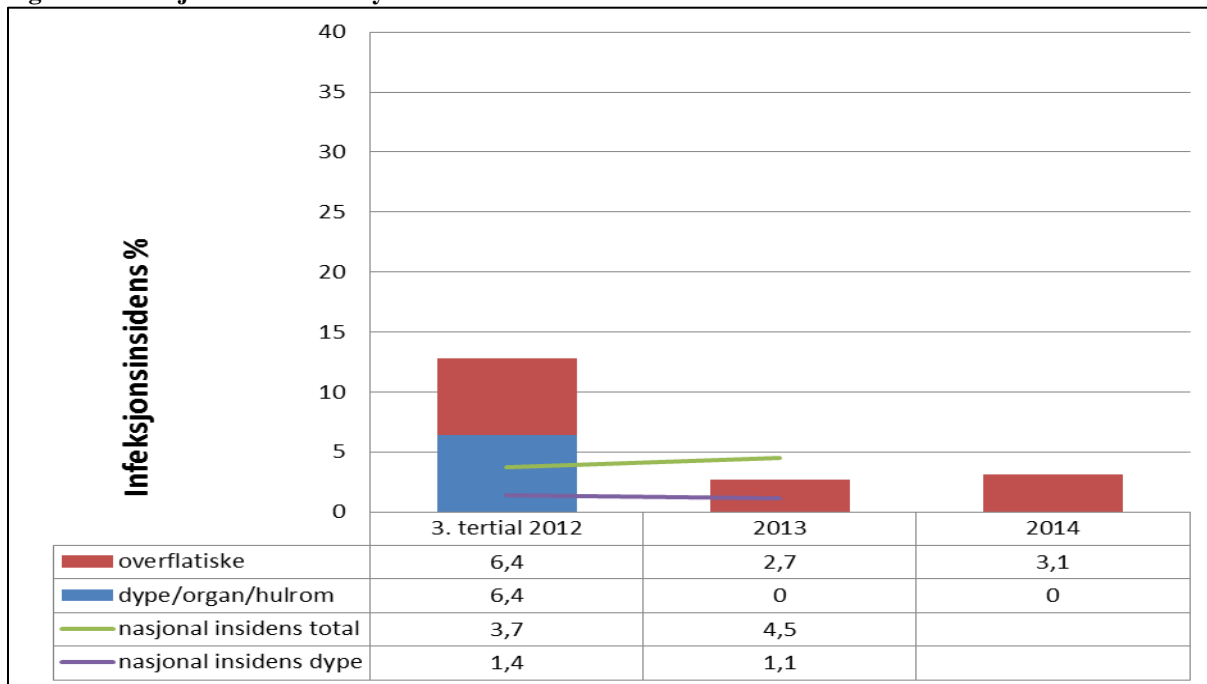
Figur 17 Infeksjoner etter innsetting totalhoffteprotese UNN HF 2009- 2014



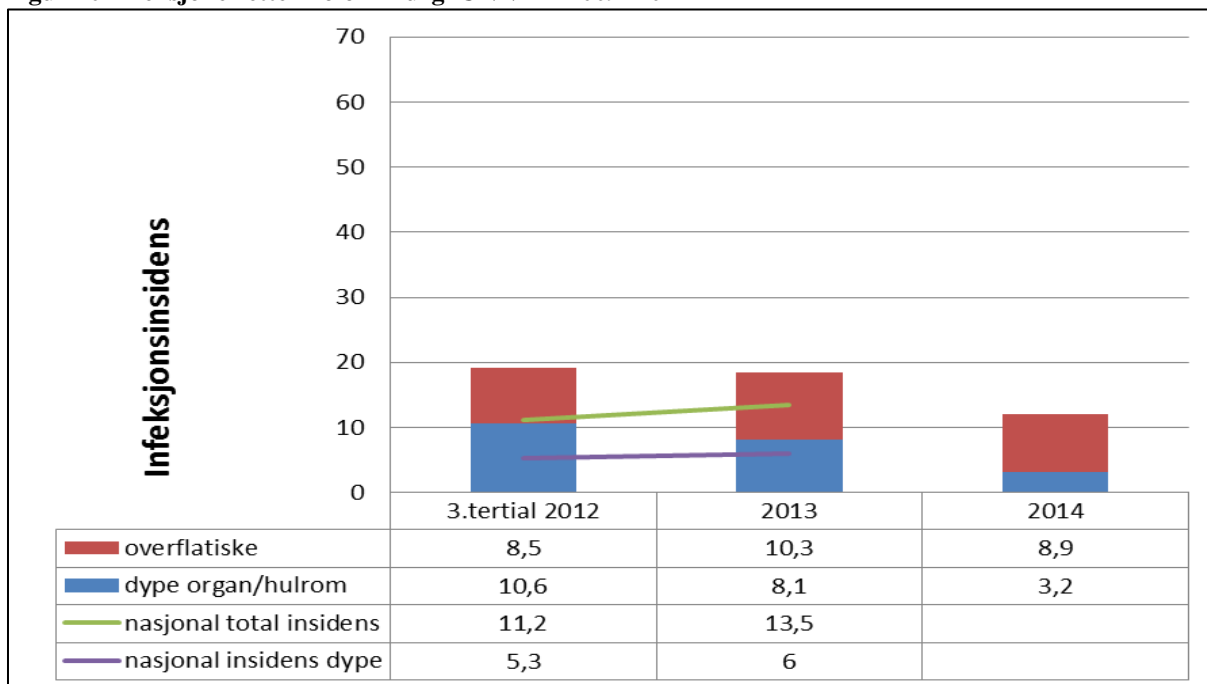
Figur 18 Infeksjoner etter innsetting hemiprotese UNN HF 2009- 2014



Figur 19 Infeksjoner etter Kolecystektomi UNN HF 2009- 2014



Figur 20 Infeksjoner etter kolonkirurgi UNN HF 2009- 2014



Helse, miljø og sikkerhet

Bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjenesten (BHT) skal bistå UNN HF med å skape sunne og trygge arbeidsplasser. Kjernevirksomheten til BHT er forebyggende arbeid innenfor kategoriene fysisk-, kjemisk-, biologisk-, organisatorisk- og psykososialt arbeidsmiljø.

BHT har hatt redusert bemanning i 2014 da bedriftslege, helsesøster og yrkeshygieniker har avviklet svangerskapspermisjon og vikariatene er blitt delvis erstattet. Leder i BHT har også avviklet pappapermisjon (12 uker) uten ekstern erstatter. Konsekvensen har vært redusert aktivitet, spesielt innen fagfeltene yrkeshygiene og arbeidsmedisin.

BHT har bistått i følgende arbeid:

- Kjemikaliegruppen som har gitt bistand til klinikkene i deres kjemikaliehåndtering og arbeid med kjemikaliereregisteret Eco online. Dette som et ledd i sertifisering av Grønt sykehus.
- Stikkskadegruppen som består av BHT og Infeksjonsmedisinsk seksjon. Skal jobbe for å sikre en trygg håndtering av stikkskader og mulig blodsmitte 24/7 i akuttfasen og oppfølgingsfasen etter akuttfasens 48 timer.
- Arbeidsgruppe for medarbeiderundersøkelsen
- Deltakelse og bistand til Arbeidsmiljøutvalget
- Prosedyrearbeid på overordnet nivå, blant annet smittevernsprosedyrer for ansatte, prosedyrer for konflikthandtering og mobbing/trakassering, endring av IA prosedyrer etter ny IA-avtale juli 2014.
- Kvalitetsforbedring av Helseattesten
- Etablering av ergonomitilbud i Harstad og Narvik
- Forflytningsprosjekt

Tabell 4 BHTs hovedaktiviteter 2014

Aktivitet	Antall aktiviteter	Antall tilfeller/ deltakere
Oppfølging av stikkskader UNN HF		160
Behandlede skademeldinger av ansatte		576
Undervisning blodsmitte	20	
Vaksinering ansatte, Hepatitt B		408
Vaksinering ansatte, Influensavaksine		224
Vaksine ansatte, Boostrix polio (kampanje)		363
Grunnkurs HMS: kommunikasjon og konflikthåndtering, modul 3 og 5	4	110
MRSA smitteoppsporing UNN Tromsø/Harstad	10 oppsporinger	362
Tuberkulose oppsporing UNN Tromsø	Enkelt saker	9
Håndtering av helseattester UNN Tromsø		951
Ergonomiundervisninger	28 undervisninger	280
Individuell arbeidsplassvurdering ergonomi		179
Måltrettet helseundersøkelse for ansatte som jobber med bly		28

IA og oppfølging av sykefravær i Startpakken for Nytilsatte ledere	4 kurs	44
Dialogmøter (oppfølging sykefravær) ⁵		102
Deltakelse i AMU		11
Virksomhetsrapport sykefravær		12

Tabell 5 Oversikt journalførte aktiviteter/kontakter mars -desember 2014

Klinikker	Antall registrerte kontakter i journal
UNN HF	280
Akuttmedisinsk klinikk	106
Longyearbyen sykehus	4
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	136
Medisinsk klinikk	148
Barne- og ungdomsklinikken	41
Diagnostisk klinikk	105
Drift og eiendomssenteret	70
Fag- og forskningssenteret	2
Hjerte- og lungeklinikken	124
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	15
Nevro- og ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	120
Operasjon- og intensivklinikken	99
Psykisk helse og rusklinikken	171
Stabssenteret	20
Sum kontakter	1441

Tabellen viser journalførte aktiviteter/kontakter fra mars til og med desember. Kontaktene er registrert på kategoriene fysisk-, kjemisk-, biologisk- og psykososialt arbeidsmiljø.

Satsninger internt i BHT

Styrke kompetanse på konflikthåndtering, samt håndtering av mobbing og trakassering

Styrke kompetanse innen byggesaker

Jobbe med kvalitetsforbedring av journalsystem Profdoc Vision

Kvalitetssikring av blodprøvesvar rekvirert med BHTs rekvisisjons nr.

Veien videre

BHT erfarer at den bistand vi har gitt i 2014 i for stor grad har vært reaktiv i etterkant av at HMS problemer er identifisert. Vi ønsker å endre denne retningen med å få mer systematisk og planmessig bruk av BHT. Løsningen vil være å utarbeide samarbeidsplaner som konkretiserer klinikkenes behov for støtte og bistand fra BHT⁶.

⁵BHT innkalles til færre dialogmøter, etter at lovkravet om at BHT skulle kalles inn til dialogmøte ble endret til kan kalles inn til dialogmøte i juli 2014.

⁶ Arbeidstilsynets forskrift "Organisering, ledelse og medvirkning" §13 stiller krav til at arbeidsgiver skal utarbeide planer som konkretiserer arbeidsgivers bruk av BHT.

Ytre miljø

Vurdering av måloppnåelse og resultat på overordnet nivå 2014

Det følger av ISO standard 14001 at UNN jevnlig skal ta ut målinger for å kunne overvåke og måle de vesentlige miljøaspektene og graden av måloppnåelse. Som en del av Ledelsens gjennomgang skal det fremgå vurdering av foretakets miljøprestasjon og i hvilken grad mål og delmål er oppnådd.

Det har ikke vært tradisjon for å ta ut miljømålinger i sykehusene og databasene for miljøområdet er ikke tilrettelagt for uttak av slik informasjon med tilstrekkelig kvalitet uten en betydelig manuell innsats. Drifts- og eiendomssjefen har derfor opprettet et delprosjekt under prosjekt Grønt sykehus der målet er å få tilrettelagt systemene for direkte uttak av gode resultatmål med god kvalitet. Delprosjektet har startet sitt arbeid og skal levere sluttrapport senest 7. september 2015. Resultat på innenlandsreiser for ansatte med fly, båt og bil er ikke tatt med, da det er usikkerhet i tallgrunnlaget.

UNNs overordnede miljømål er å redusere CO2 utslippet. Dette skal gjøres med 10 % reduksjon i energiforbruk, transport og avfall, samt redusere forbruksvarer.

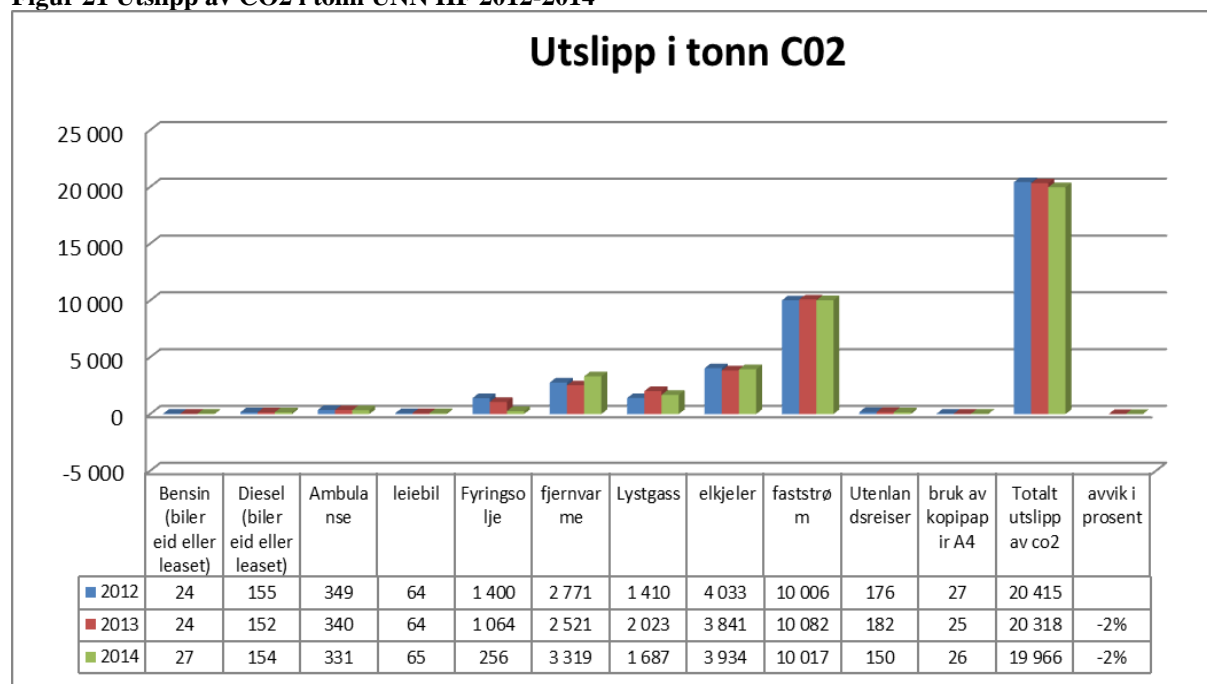
I denne gjennomgangen viser vi resultatene for hele 2014 på følgende indikatorer:

- CO2 utslipp
- Forbruk energi
- Forbruk engangsartikler
- Mengde avfall
- Sorteringsgrad avfall

Resultat CO2 utslipp

Det overordnede målet for UNN HF er å bidra til at CO2 utslippet reduseres.

Figur 21 Utslipp av CO2 i tonn UNN HF 2012-2014



Vurdering

Utslippet av CO₂ i tonn var ca. 2 % lavere i 2014 enn i 2013 jfr figur 21 Målet om reduksjon er nådd.

Resultat energiforbruk i kwh

Resultat energiforbruk i kwh med temperaturregulerte data på fjernvarme, oljekjeler og el-kjeler.

Tabell 6 Resultat energiforbruk 2012-2014

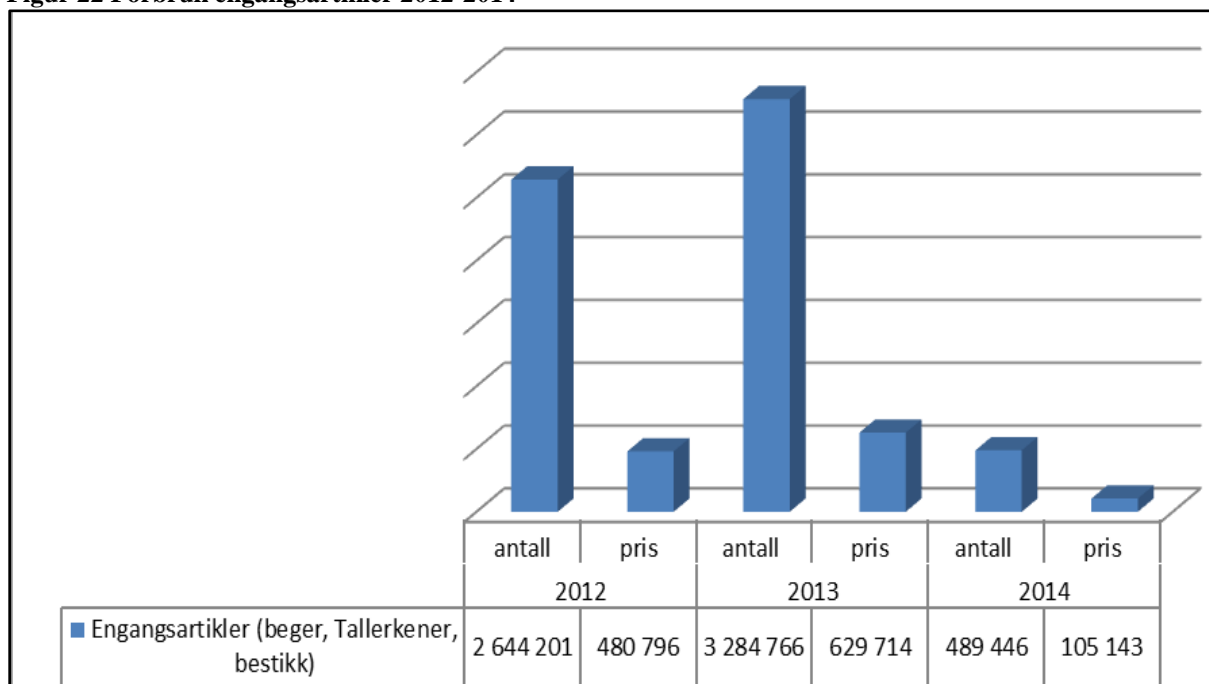
År:	2012	2013	2014
Forbruk pr år:	78 900 137	72 530 479	76 016 972
Forventet forbruk		76 270 132	76 270 132
Differanse	0	-3 739 653	-253 160
avvik i prosent		-4,9 %	-0,3 %

Vurdering

Målet er å redusere energibruket med 10 % over tre år. Som tabell 7 viser, var energiforbruket 0,3 % lavere enn forventet i 2014 (måltallet). Måltallet er dermed nådd.

Resultat engangsartikler

Figur 22 Forbruk engangsartikler 2012-2014



Vurdering

Som figur 23 viser, ble forbruket av engangsartikler kraftig redusert i 2014. Dette gjelder i alle klinikker. Det gjenstår å gjøre en analyse av årsakene til denne kraftige reduksjonen. Det er ikke satt måltall på forbruk. Dette vil bli fastsatt ved revidering av miljøstrategien.

Mengde avfall

Tabell 7 Mengde avfall UNN HF 2012-2014

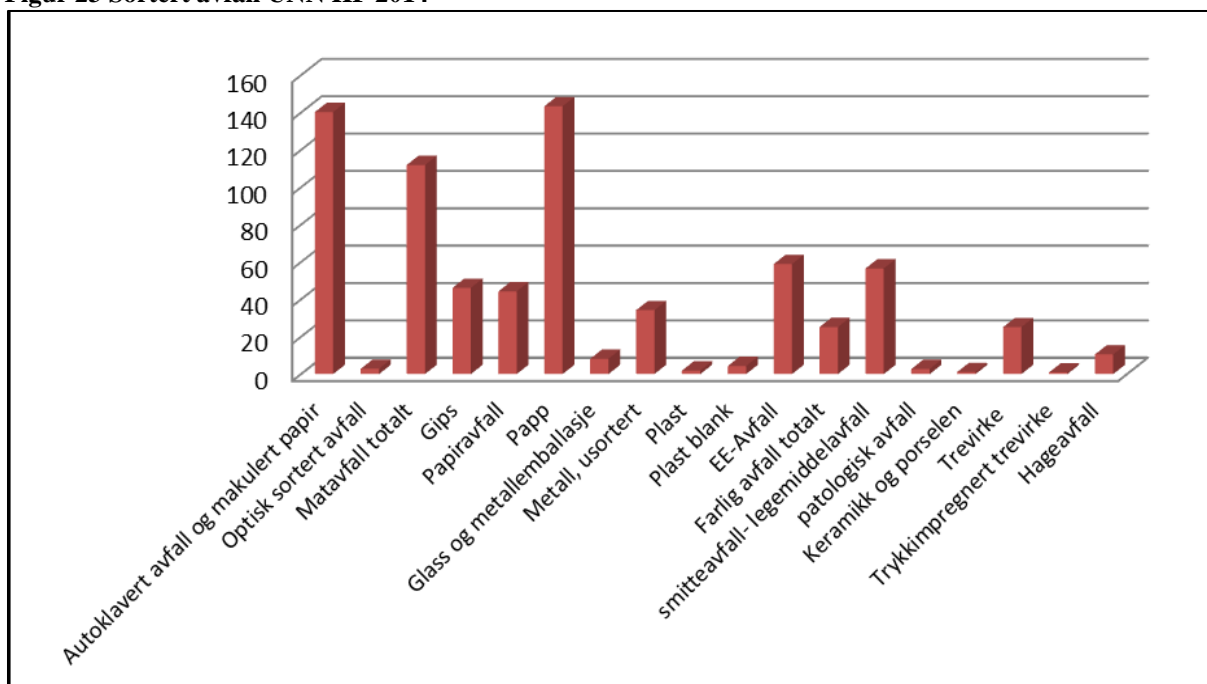
	tonn 2012	tonn 2013	tonn 2014
Totalt	1806	1732	1761
Forventet mengde		1746	1746
Diff		-13	15
Resultat		-1 %	1 %

Vurdering

Avfallsmengden totalt i UNN var 1 % høyere enn måltallet. Med resultatet på 1 % under måltall i 2013, er måltallet nådd over denne toårsperioden.

Sorteringsgrad avfall

Figur 23 Sortert avfall UNN HF 2014



Vurdering

Figur viser omfanget av og hvilke avfallsprodukter som blir sortert. Sortert avfall utgjør 39 % av den totale avfallsmengden i UNN. Det er kjent at det er potensiale for å legge til rette for større grad av sortering. Dette vil bli fulgt opp prosjektet og Teknisk avdeling.

Kjemikaliearbeidet

Kvalitetsutvalget behandlet 18.11.14 en plan for å forsterke arbeidet med kjemikalier i foretaket som omfatter alle klinikker. Det er en nedsatt en ressursgruppe som følger opp arbeidet.

Tabell 8 Status og plan for oppstartdato/kick-off av kjemikaliearbeidet.

Klinikk	Måned/dato	Kontaktperson
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	Februar	Randi Vøllestad
Drifts- og eiendomssenteret	9. sept	Bedriftshelsetjenesten
Diagnostisk klinikk	14. sept	Tonje Drecker

Hjerte- og lungeklinikken	8. des	Bedriftshelsetjenesten
Stabssenteret, FFS og NST	?	Bengt Dahl
Akuttmedisinsk klinikk	13. mai	Bengt Dahl
Barne- og ungdomsklinikken	1. juni	Randi Vøllestad
Operasjons- og intensivklinikken	17. sept	Tonje Drecker
Medisinsk klinikk	19. okt	Randi Vøllestad
Psykisk Helse og Rusklinikken	Nov. ikke datofestet	Bengt Dahl
Nevro-, Ortopedi- og Rehabiliteringsklinikken	2. des	Bedriftshelsetjenesten

Ledelsens gjennomgang foretaksnivå

Fag- og forskningsssenteret har hatt gjennomganger på foretaksnivå siden september 2009, i henhold til vedtak i styret foretas disse tertialvis. Ledelsens gjennomgang behandles i Kvalitetsutvalget/ledergruppen før styrebehandling, med mål om at oppfølging av konkrete forbedringstiltak skal gi bedring i den totale kvaliteten i foretaket over tid.

Kvalitetskulturen i UNN

UNNs overordnede systemer for kvalitet forbedres stadig, og foretaket har fortsatt et forbedringspotensial i systemtilnærmingen til kvalitet. Kvalitet i henhold til egen standard hos den enkelte medarbeider gir ikke automatisk god kvalitet på helheten. Dette bekreftes gjennom interne revisjoner, i avvik og i arbeidet med pasientforløpene.

Erfaringsoverføring og læring av avvik og funn ved tilsyn og revisjoner er en vedvarende utfordring.

Det er en svak økning i antall dokumenter og arbeidet med å overvåke antall dokumenter bør fortsette. I denne rapporten har vi sett på dokumenter av type PR (prosedyrer). Her ser vi en økning der det er avdelinger som er akkreditert og på UNN HF overordnet nivå. FFS skal videreføre arbeidet med å sende ut lister til klinikk og senter over dokumenter som er overskredet revideringsfrist når systemet er rettet. Klinikken har ansvar med å følge opp dette arbeidet lokalt.

Det er fortsatt økning i meldte avvik. Det viktigste arbeidet fremover er å få økt fokus på analyse av avvik, for å legge til rette for læring og å utløse forbedringspotensialer i organisasjonen.

Pasientforløpsarbeidet, det systematiske arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetssikringen gjennom internkontroll utfyller hverandre og UNN arbeider med å etablere en forbedringskultur basert på fakta og observasjoner. UNN KIS vil nå kunne bidra ved å gjøre dataene tilgjengelig. En utfordring i UNN KIS er at det beskrives mange mengdeindikatorer og foreløpig relativt få faglige kvalitetsindikatorer.

Aktiv bruk av informasjonen fra UNN KIS, avvikssystemet, tilsyn, revisjoner og kvalitetsregister vil bidra til å legge grunnlag for en forsterket forbedringskultur.

Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring

ISO-14001 inneholder krav om oversikt over vedtatte og gjennomførte tiltak fra styrets behandling av LGG. Det gis en her oversikt over tiltakene, gjennomførte tiltak vil kun vises i det tertiale de er gjennomført. Tiltakene blir vist i oversikten fra 1.tertial 2013 og til de er gjennomført.

Det er 6 tiltak som ble gjennomført i forrige tertial (presentert i LGG for 3. tertial 2014) og dermed ikke vises i oversikten. Grønn markering er tiltakene som er slutført siden forrige rapport.

Tabell 9 Gjennomføring av tidligere vedtak i LGG

Foreslåtte tiltak	Gjennomført
1.tertial-13	
Direktørens ledergruppe bør gjennomføre tre av modulene i e-læringskurset og bruke dette som diskusjonsgrunnlag for videre utvikling av HMS i UNN.	Gjennomført vår 2015
2.tertial-13	
Lederopplæringen i avvikshåndtering revideres.	E-læringskurs i Campus er igangsatt.
3.tertial-13	
KVAM-utvalg og KVAM-grupper får i oppdrag å etterspørre flere avvik i legemiddelhåndtering.	Ikke sporbart i referat. Et unntak: HLK
FFS utarbeider egen sak til KU i løpet av 2014 om avvik knyttet til legemiddelhåndtering.	Høst 2014
1. tertial-14	
Kvalitetsutvalget vil høsten 2014 diskutere hvordan den fortsatt ugjorte oppgaven med å få gjennomført en bedre koordinering og samling av parallelle prosedyrer mellom enhetene i foretaket skal følges opp.	Utsatt til første del av 2015
For å ytterligere fokusere på ledernes oppfølging av avvik skal andel avvik som ikke er avsluttet fremgå av dashbordet i UNN-KIS for alle enheter så snart denne funksjonen er på plass i KIS.	Utsatt pga. prioritering av utvikling og implementering av Kreftpakken i UNN KIS
Fag- og forskningscenteret lager senere i 2014 egen sak med nærmere gjennomgang av statistikk over NPE-saker der klager har fått medhold, inkludert eksempler på viktige enkeltsaker for å øke læringen i foretaket av disse sakene.	Sak har vært behandlet i ledergruppen og KU. Det er for kort tidsoverlapp mellom ny innføring av ny meldeordning til kunnskapssenteret og medhold i NPE saker til analyse. Sak ønskes tatt opp igjen om 1 år
Gjennomgang av medholds saker fra Norsk pasientskade erstatning følges opp i alle klinikkens KVAM-utvalg.	Det er ikke registrert i referat i ePhorte,

	utfordrende å bekrefte om dette gjennomført.
2 tertial 2014	
Det etableres egen saksmappe for hvert år for hver KVAM-gruppe i ePhorte for arkivering av resultater: KVAM-møterefertat, årlig kvalitetsplan – HMS, risikovurderinger, vernerunder, MBU, gjennomførte brannøvelser, oversikt over gjennomførte opplæringstiltak m.m.	Søk i ePhorte viser at dette arbeidet er igangsatt. 14 mapper opprettet i 1 tertial 2015.
Status i oppfølging/lukking av avvik skal være fast sak i alle KVAM-utvalg.	Sjekkes i referater fra KVAM -utvalg gjennomført i 1 tertial 2015 Det er 5 klinikker/senter som pr 1.tertial 2015 har avvik som tema. Påminnelse om vedtak går ut til KVAM utvalgene.
Rutiner og systemer for oppfølging av pasientklagesaker settes opp som egen sak i Kvalitetsutvalget første halvår 2015 for å bidra til intern erfaringsoverføring og læring mellom klinikkene.	Under planlegging
Klinikker og sentrer gjennomgår opplæringsbehovet blant nye ledere med bakgrunn i oversikten ovenfor og sørger for at aktuelle ledere gjennomfører opplæring.	Kan ikke verifiseres av FFS gjennom tilgjengelige data.

Oversikt læringspunkter interne revisjoner 1.tertial 2015

Revisjonstema	Funn	Klinikk/avd	Ephorte sak	Iverksatte tiltak i	Status	Læring for andre
Kirurgisk behandling av urininkontinens og vaginalt prolaps-epidemiologi og langtidsresultater (KURIPRO)	1. Det var diskrepans mellom REK godkjenning og godkjenningen fra personvernombudet, 2. Prosjektmedarbeider ved Nordlandssykehuset oppbevarte forskningsdata på sitt personlige område, 3. Protokollen manglet informasjon om makulering av papirbaserte opplysninger.	Kreft-, kirurgi- og kvinnekliniken			Plan for lukking av samtlige avvik skal være gjennomført 1.7.2015	Prosjektleder anfører i sitt tilsvare etter begge revisjonene at overføringsverdien/ læring til andre prosjekter i UNN HF er stor. Etterlevelse av gjeldende lovkrav og prosedyrer har forbedringspotensialer. Gjøre seg kjent forskningrutiner i Docmap: DS0601 Forskning UNN HF
Prosjektet Fødselsrelatert urininkontinens og vaginalt prolaps (FRURIPRO)	1. Forskningsdata (LOG-FIL) for deltakere i prosjektet ble oppbevart på arbeids-PC.	Kreft-, kirurgi- og kvinnekliniken		Avviket ble lukket under revisjonen.	Lukket	Prosjektleder anfører i sitt tilsvare etter begge revisjonene at overføringsverdien/ læring til andre prosjekter i UNN HF er stor. Etterlevelse av gjeldende lovkrav og prosedyrer har forbedringspotensialer. Gjøre seg kjent forskningrutiner i Docmap: DS0601 Forskning UNN HF
Opplæring i MTU oppfølging av pålegg fra DSB	Påbegynt ikke ferdigstilt	Medisinsk klinikk				



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
59/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	23.6.2015
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

Forberedende virksomhetsplanlegging 2016

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.

Sammendrag

Saken viser til at virksomhetsplanleggingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for 2016 startet tidlig i 2015, og fullføres med styrebehandling av virksomhetsplanen i desember. Denne saken redegjør for status i arbeidet så langt.

Føringer fra Helse Nord RHF innebærer at resultatkravet for UNN opprettholdes på +40 mill kr i perioden. Dette er en konsekvens av Helse Nord RHF's strategi for å sikre at likviditet til investeringer videreføres, hvilket innebærer at helseforetakene må planlegge med og realisere overskudd i driften.

Omstillingsutfordringen for 2016 er foreløpig beregnet til 146,5 mill kr. Det arbeides med en tiltaksplan på 156,5 mill kr, som innebærer at 10,0 mill kr foreløpig legges til direktørens disposisjon for å redusere risikoen i budsjett 2016.

Videre viser saken at totalt vedtatt investeringsramme for UNN for 2016 er på 440 mill kr. Investeringsrammen for utstyr med mer er økt fra 70 til 150 mill kr. Bærekraftanalysen viser en akkumulert omstillingsutfordring stigende til 77 mill kr i 2023. Likviditetsberegningene er positive i hele perioden 2016-2023. Avveining mellom drift og investeringer er nøye vurdert, og direktøren ser det som helt nødvendig å omdisponere midler fra driftsbudsjettet til økning av investeringsrammene for utstyr med mer, og planlegger derfor et internt pålagt overskuddskrav på 50 mill kr i 2016 slik at det budsjetteres med et samlet overskudd på 90 mill kr.

Saken viser at virksomhetsplanleggingen i foretaket har startet tidligere, og har kommet lengre, enn tidligere år. Forutsetningene om at psykisk helse- og rusomsorg skal vokse mer enn somatikk, målt gjennom regnskap, er oppfylt for 2016, forutsatt at alle klinikker og sentre drifter i henhold til budsjett. Klinikkenes og sentrenes planer som skal presenteres i

Sak 59/2015

budsjettkonferansen i direktørens ledergruppe i september, skal være langt mer konkretisert enn på samme tid i fjor.

Direktøren vil følge opp dette arbeidet videre i høstens dialogmøter, og vil om nødvendig avholde flere møteserier med klinikkene dersom planarbeidet ikke holder god nok kvalitet. I styremøtet i desember vil styret bli invitert til å vedta virksomhetsplanen for 2016 med plantall for aktivitet og kvalitet, driftsbudsjett, investeringsbudsjett og langtidsbudsjett.

Bakgrunn

Virksomhetsplanleggingen for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for 2016 har vært tema på budsjettmøter i ledergruppa, ledersamling i UNN (mars 2015), og heldags budsjettkonferanse 5.6.2015 med direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte (FTV) og foretaksverneombud (FVO). Foreløpig omstillingsutfordring og budsjettstrategi har vært gjennomgått, og intern fordeling av omstillingsutfordringen er besluttet av direktøren. I budsjettkonferansen 5.6.2015 ble status i tiltaksarbeidet for klinikkene og sentrene gjennomgått.

Denne saken oppsummerer status i virksomhetsplanleggingen for UNN for 2016. Saken bygger på Helse Nord RHF's styresak 64-2015 *Plan 2016-2019, inkl. rullering av investeringsplanen og Budsjettbrev nr. 1* fra Helse Nord RHF.

Formål

Formålet med saken er å legge premissene for virksomhetsplanleggingen for 2016, og å be om styrets tilslutning til budsjettstrategi og plan for videre arbeid.

Saksutredning

I Helse Nord RHF's styresak 64-2015 *Plan 2016-2019, inkl. rullering av investeringsplanen 2016-2023*, samt budsjettbrev 1, har foretakene fått foreløpige føringer for budsjett 2016. Administrerende direktør i Helse Nord RHF vurderer Helse Nord's viktigste mål for planperioden å være:

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

For at Helse Nord RHF skal kunne investere som planlagt og følge opp prioriteringene i fagplanene, må økonomiske resultatkrav realiseres. Helse Nord RHF's strategi for å sikre tilstrekkelig likviditet for å kunne investere videreføres. Det følger av strategien at helseforetakene enkeltvis og foretaksgruppen samlet må planlegge med og realisere overskudd i driften. I sum er det vedtatt et budsjettert overskudd på 440 mill kr for foretaksgruppen i 2015. For UNN fastholdes resultatkravet på +40 mill kr for 2016.

Basisramme

Basisrammen for UNN øker med ca 115 mill kr i forhold til vedtatt budsjett 2015 før lønns- og prisvekst. Regulering av lønns- og prisvekst videreføres til helseforetakene i tråd med

Sak 59/2015

statsbudsjettet. Den største økningen er på 63,5 mill kr og gjelder kompensasjon for økte pensjonskostnader. Øvrige endringer er finansiering av tidligere vedtak og planer og generell styrking av økonomien (+20,5 mill kr).

UNNs tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende plan 2016-2019 er fulgt opp ved at investeringsrammene for A-fløy og PET-senter er økt, i tillegg til at investeringsrammen for utstyr med mer er økt fra 70 til 150 mill kr i 2016. UNNs ønske om at all realvekst skal spares for å kunne øke investeringene ytterligere er ikke fulgt opp i planen. I planen skriver Helse Nord RHF: *"Dersom UNN-styret ser det formålstjenlig er det mulig for UNN å spare sin del av realveksten for å øke egne investeringsmuligheter."*

Budsjettstrategi

Virksomhetsplanleggingen i UNN bygger på kunnskapen om at begrenset tilgang på helsepersonell er vår største utfordring i fremtiden. Det er derfor nødvendig å drive virksomheten på en måte som gir størst mulig helsegevinst for minst mulig ressursinnsats i form av bemanning. Realisering av de planlagte investeringene i IKT og nye bygg samt økt bruk av nye medikamenter blant annet på kreftområdet, vurderes å være nødvendig for å kunne håndtere denne utfordringen. Det er i tillegg vurdert som nødvendig å sette av et beløp til uforutsette kostnader.

For 2016 foreslås det en budsjettstrategi som tar sikte på omfordeling av til sammen 186,7 mill kr.

- Økte IKT-kostnader	76,6 mill kr
- Økt vedlikehold (midlertidig redusert i 2015)	15,0 mill kr
- Økte medikamentkostnader	10,0 mill kr
- Økte kostnader serviceavtaler og diverse andre mindre kostnader	16,1 mill kr
- Nytt nødnett	7,9 mill kr
- Økte rentekostnader og reduserte avskrivningskostnader	-2,0 mill kr
- Bortfall oppstartskostnader nytt pasienthotell	-6,9 mill kr
- Uforutsette kostnader	20,0 mill kr
- Økte investeringsmidler	50,0 mill kr

Foreløpig omstillingsutfordring.

Økte inntekter vedrørende oppdatering av kriterieverdier og pasientstrømmer av inntektsmodellen for somatikk (19,7 mill kr) og generell styrking (20,5 mill kr) gir, sammen med omfordelingen, en omstillingsutfordring for 2016 til 146,5 mill kr. Omstillingsutfordringen forutsetter at inngangshastigheten til 2016 er i henhold til resultatkrav (+40,0 mill kr).

Inntektsmodellene for psykisk helse og rusomsorg er oppdatert med kriterieverdier og pasientstrømmer, og gir økte inntekter for UNN i 2016 på til sammen 16 mill kr. Det startes samtidig idéfaseutredning av behov for reovering av bygningsmassen eller nybygg til psykiatri- og rusfunksjoner i Tromsø. Det må vurderes om noe av midlene skal settes av til ytterligere sparing til dette formålet. Dette vil styrke likviditeten og være en forberedelse til å håndtere økte fremtidige avskrivningskostnader, ved at overskuddskravet kan reduseres samtidig. Disse inntektene er derfor foreløpig ikke disponert i UNNs plan for 2016.

Sak 59/2015

Saksfremlegget viser at det arbeides med en tiltaksplan på 156,5 mill kr som er 10,0 mill kr mer enn omstillingsutfordringen. Disse legges til direktørens disposisjon og håndteres foreløpig som en risikoreserve.

”Den gylne regel”

Den gylne regel innebærer at psykisk helse- og rusområdet skal vokse mer enn somatikk. En av indikatorene for å måle dette er regnskap. Omstillingsutfordringen for 2016 er et resultat av interne omprioriteringer i budsjettet, og gjelder hele virksomheten. Innsparingskravet er fordelt slik at somatikk må redusere kostnadene dobbelt så mye som psykiatri. Forutsetningene om at psykisk helse- og rusomsorg skal vokse mer enn somatikk, målt gjennom regnskap er dermed planlagt oppfylt for 2016, forutsatt at alle klinikker og sentra drifter i henhold til budsjett.

Tiltak 2016

UNNs tiltaksplan for 2016 er på 156,5 mill kr. Hovedsatsingen for budsjett 2016 er å redusere de totale lønnskostnadene i foretaket slik at UNN reduserer kostnadsnivået som for 2013 var 21 % over landsgjennomsnittet. For å bringe de totale lønnskostnadene nærmere landsgjennomsnittet, skal UNN, i tillegg til metodikken i ABP, gjennomgå og redusere bemanningsfaktoren. Gjennomgang skal gjøres for alle yrkesgrupper. Det må samtidig vurderes løsninger for å jobbe smartere, redusere arbeid som ikke gir helsegevinst, bedre intern logistikk og arbeidsflyt, samt planlegge med minimum fire måneders rullerende bemanningsplaner. Klinikken og sentrene er i gang med konkretisering av tiltakene for å oppnå målsetningen om reduserte lønnskostnader. Øvrige tiltak for 2016 er:

- Koordinere sommerdrift i regionen
- Koordinere sommerdrift internt i UNN
- Øke ISF inntektene
- Økt bruk av Pingvinhotellet
- Økt bruk av fraseverktøy
-

Investeringsplaner og økonomisk bærekraft

I Helse Nord RHF's styresak 64-2015 er det lagt inn en økning av investeringsrammen for utstyr med mer på 80 mill kr, til sammen 150 mill kr. I tillegg er nytt vedtatt investeringsbeløp for A-fløya lagt inn med en totalramme på 1 594 mill kr. PET-senteret er foreløpig lagt i Helse Nord RHF sin investeringsramme. Dersom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) innvilger lån, vil det bli gitt klarsignal til å starte opp prosjektet i oktober 2015 innenfor en ramme på 536 mill kr.

Investeringsrammen for utstyr med mer reduseres til 100 mill kr i 2017. Dette er ikke tilstrekkelig til å ivareta nødvendige reinvesteringer i medisinsk teknisk utstyr. Det budsjetteres derfor med et internt pålagt overskuddkrav i 2016 på 50 mill kr slik at investeringsrammen for 2017 kan økes tilsvarende. Total vedtatt investeringsramme for UNN for 2016 er på 440 mill kr.

Bærekraftanalysen viser at UNN har en akkumulert omstillingsutfordring stigende til 77 mill kr i 2023 forutsatt resultat i henhold til styringskrav i perioden. Likviditetsberegningene er positiv i hele perioden 2016-2023.

Videre arbeid

Konkretisering og detaljering av tiltaksarbeidet i klinikkene og sentrene er i gang og vil bli videreført også gjennom sommerferieavviklingen. Samtidig jobbes det med konsekvens- og risikovurderinger. Konkrete tiltaksplaner sammen med plantall for aktivitet, kvalitet og

Sak 59/2015

månedsverk skal være klar innen 1.9.2015. Det er planlagt en budsjettkonferanse i direktørens ledergruppe 8. s.m. med presentasjon av tiltaksarbeid og plantall for aktivitet og kvalitet pr klinikk og senter. Avstemming av planer og behov for ytterligere koordinering igangsettes, og videre detaljarbeid i klinikker og sentre fortsetter i september og oktober.

Overordnet investeringsgruppe i UNN starter arbeidet med detaljert plan for utstyrsinvesteringer innenfor vedtatte investeringsrammer for 2016. Planen ferdigstilles innen oktober 2015, og skal inngå i den totale virksomhetsplanen ved UNN for 2016.

Styret inviteres til å vedta virksomhetsplan inkludert plantall for aktivitet og kvalitet og detaljert investeringsplan for 2016 for UNN på styremøtet i desember.

Medvirkning

Saken er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i eget møte 11.6.2015. Referater/protokoll fra dette møtet behandles som egne referatsaker i styremøtet 23.6.2015.

Brukernes arbeidsutvalg ga sin tilslutning til at saken, slik den ble presentert i møtet, fremmes for styret.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten tok opp spørsmål omkring kostnadsutviklingen innenfor IKT, og etterspurte muligheten for om UNN fremover kan bidra til å avgrense denne. Ellers ble status i arbeidet knyttet til ABP som metodikk diskutert mellom partene. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten hadde for øvrig merknader til saken, som fremkom i egen protokolltilførsel. Der uttrykkes bekymring for at den økonomiske situasjonen i UNN vil gå ut over kvaliteten i pasientbehandlingen og ansattes arbeidsmiljø.

Vurdering

Denne saken viser at UNN står overfor økonomiske tilpasninger også i 2016. Svak realvekst nødvendiggjør omprioriteringer i budsjettet. Direktøren er fornøyd med at styret i Helse Nord RHF har økt investeringsrammene for utstyr med mer til 150 mill kr i 2016. Årlige investeringsbehov, samt opparbeidet etterslep i investeringer, er likevel større enn vedtatt investeringsramme. Evne til reanskaffelse av utstyr (blant annet spesialisert utstyr som kreves for å ivareta regionsfunksjonene) er nødvendig for å oppfylle regionens planer og UNNs strategiske utviklingsplan i perioden. Avveining mellom drift og investeringer er derfor nøye vurdert, og direktøren ser det som helt nødvendig å omdisponere midler fra driftsbudsjettet til overskudd for å kunne øke investeringsrammene for utstyr med mer fra og med 2017.

Overskudd for å spare til investeringer vil på kort sikt gjelde medisinteknisk utstyr og ombygginger (inkludert renovering bygg 7, Åsgård), og vil i et langsiktig perspektiv gjelde alle investeringer i bygg og utstyr. Nye bygg fremover, både innen somatikk og psykisk helse- og rusfeltet, avhenger av at UNN både har penger i banken (jevn sparing), og at UNN sikrer handlingsrom i driftsregnskapet til å håndtere avskrivingskostnader.

Økte inntekter som følge av oppdaterte verdier for inntektsmodellene for psykiatri- og rusfeltet, er ikke tatt inn i UNNs omstillingsutfordring så langt, som følge av at disse tallene nettopp er klargjort. Direktøren vurderer å disponere noe av disse midlene til økt sparing, (og dermed styrket likviditet) til fremtidig psykiatri- og rusbygg i Tromsø. Dette medfører at UNN må

Sak 59/2015

kunne håndtere økte kostnader når bygget er ferdig, ved at overskuddskravet kan reduseres, samtidig med at nye avskrivingskostnader belaster regnskapet.

Saken viser at virksomhetsplanleggingen i foretaket har startet tidligere, og har kommet lengre, enn tidligere år. Arbeidet med konkretisering og detaljering av tiltakene er i gang i klinikkene og sentrene og fremdriftsplan for videre arbeid er lagt. Direktørens ønske om økt kvalitet i detaljplanleggingen i hver enkelt del av virksomheten opprettholdes og er fulgt opp i fremdriftsplanene for arbeidet. Bemanningsplanene må være realistiske og i tråd med forventet sykefravær, permisjoner og annet fravær. Klinikken må også dokumentere at det er sammenheng mellom planlagt aktivitet, bemanningsplaner, planlagte månedsverk (både faste og variable) og budsjett. I tillegg skal klinikkene sørge for at alle enheter har budsjettert realistisk og i tråd med planlagt aktivitet på alle vare- og driftskostnader. Klinikkenes og sentrenes planer som skal presenteres i budsjettkonferansen i direktørens ledergruppe i september, skal være langt mer konkretisert enn på samme tid i fjor. Direktøren vil følge opp dette arbeidet gjennom sommeren og videre i høstens dialogmøter, og vil om nødvendig avholde flere møteserier med klinikkene dersom planarbeidet ikke holder god nok kvalitet.

Omstillingsutfordringen for 2016 er fordelt slik at somatikk må redusere kostnadene dobbelt så mye som psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, målt i prosentandel av lønnsbudsjettet. Forutsetningen om at disse områdene skal vokse mer enn somatikk, målt gjennom regnskap, er dermed oppfylt for 2016, forutsatt at alle klinikker og sentre drifter i henhold til budsjett.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at arbeidet med virksomhetsplan og budsjett for 2016 videreføres etter prinsippene som er beskrevet i denne saken.

Tromsø, 12.6.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Saksfremlegg vedrørende *Forberedelse til Virksomhetsplan 2016*



Saksfremlegg

I denne saken redegjøres det for følgende:

1. Foreløpige føringer fra Helse Nord RHF
2. Oppfølging av UNN-styrets tilbakemelding til Helse Nord's plan 2016-2019.
3. Foreløpig omstillingsutfordring 2016
4. Tiltak 2016
5. Investeringsplaner og bærekraftanalyse
6. Videre arbeid

1. Foreløpige føringer fra Helse Nord RHF.

I Helse Nord RHF's styresak 64-2015 *Plan 2016-2019, inkl. rullering av investeringsplanen 2016-2023*, samt budsjettbrev 1, har foretakene fått foreløpige føringer for budsjett 2016. Administrerende direktør i Helse Nord RHF vurderer Helse Nord's viktigste mål for planperioden å være:

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

For at Helse Nord skal kunne investere som planlagt og følge opp prioriteringene i fagplanene, må økonomiske resultatkrav realiseres. Foreløpige bærekraftanalyser viser at helseforetakene, unntatt Helgelandssykehuset HF står ovenfor store økonomiske omstillinger.

Kapitalkompensasjon

Helse Nord RHF holder tilbake deler av inntektene for å kunne finansiere økte kostnader som følge av investeringer og oppgradering av bygg, utstyr og anlegg. Dette fordeles gradvis til helseforetakene etter hvert som avskrivningene fra de store byggeprosjektene belaster regnskapene. Følgende plan for kapitalkompensasjon er vedtatt:



Tabell 1 kapitalkompensasjon

Kapitalkompensasjon (beløp i 1000 kr)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nordlandssykehuset Bodø	11 000	34 000	44 000	54 000	54 000	54 000	54 000	54 000
Helgelandssykehuset								25 000
UNN Narvik						21 000	21 000	21 000
UNN Tromsø				20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
UNN PET-senter		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Finnmarksykehuset Kirkenes		25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000
Finnmarksykehuset Hammerfest							25 000	25 000
Finnmarksykehuset Alta		5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Sum	11 000	74 000	84 000	114 000	114 000	135 000	160 000	185 000

Resultatkrav

Helse Nord's strategi for å sikre tilstrekkelig likviditet for å kunne investere videreføres. Det følger av strategien at helseforetakene enkeltvis og foretaksgruppen samlet må planlegge med og realisere overskudd i driften. I sum er det vedtatt et budsjettert overskudd på 440 mill kr for foretaksgruppen i 2015. Resultatkrav per helseforetak for 2016-2023 er fastsatt slik:

Tabell 2 Resultatkrav

Resultatkrav (beløp i 1000 kr)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Helse Nord RHF inkludert IKT	414 000	351 000	351 000	231 000	251 000	230 000	205 000	180 000
Finnmarksykehuset HF	37 000	30 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000
UNN HF	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Nordlandssykehuset HF	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Helgelandssykehuset HF	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
Sykehusapoteket Nord HF	-	-	-	-	-	-	-	-
Sum	516 000	446 000	440 000	320 000	340 000	319 000	294 000	269 000

For UNN fastholdes resultatkravet på +40 mill kr i planperioden.

Basisrammer 2016

Basisrammen for UNN øker med ca 115 mill kr i forhold til vedtatt budsjett 2015 før lønns- og prisvekst. Regulering av lønns- og prisvekst videreføres til helseforetakene i tråd med statsbudsjettet. Den største økningen er på 63,5 mill kr og gjelder kompensasjon for økte pensjonskostnader. Alle endringer fremkommer i tabell 3.



Tabell 3 Basisramme 2015

Basisramme 2016	UNN
Vedtatt basisramme 2016	4 763 276
Tromsø 7 undersøkelse, avsluttet bevilgning	-3 000
KORSN avsluttet bevilgning	-250
Funnke avsluttet bevilgning	-2 270
Kvalitetsmidler 2014 avsluttet bevilgning	-1 000
Nasjonalt senter for telemedisin	-10 564
Nevromuskulært kompetansesenter	-4 645
Inntektsmodell somatikk	19 751
Nye kreftmedisiner	6 376
Smittevernoverlege ansvarsområde Finnmark	2 000
Drift luftambulanse Evenes	9 500
Fagplaner (helårseffekt)	11 330
Kreft (medisiner mv)	8 502
Prostatasenter	1 500
PET senter oppstart støtte	4 000
Inntektsmodell psykisk helse	20 890
Inntektsmodell tverrfaglig spesialisert rusbehandling	-4 910
Kompensasjon økte pensjonskostnader	63 526
Styrking HF	20 512
URE - helseteam	700
Antibiotikasenter	1 000
Astma- og allergisenter	2 000
Forskning	-30 000
Totalt	4 878 224

2. Oppfølging av UNN-styrets tilbakemelding til Helse Nord's plan 2016-2019.

UNNs tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende plan 2016-2019 er fulgt opp ved at investeringsrammene for A-fløy og PET-senter er økt, i tillegg til at investeringsrammen for utstyr med mer er økt fra 70 til 150 mill kr i 2016. Ønsket om at all realvekst skal spares for å kunne øke investeringene ytterligere er ikke fulgt opp i planen. Veksten fordeles til finansiering av tidligere vedtak, planer og generell styrking av økonomien i foretakene. I planen skriver Helse Nord RHF: ”Dersom UNN-styret ser det formålstjenlig er det mulig for UNN å spare sin del av realveksten for å øke egne investeringsmuligheter.”

3. Foreløpig omstillingsutfordring 2016

UNN har en foreløpig omstillingsutfordring for 2016 på 146,5 mill kr. Omstillingsutfordringen forutsetter at inngangshastigheten til 2016 er i henhold til resultatkrav (+40,0 mill kr).



Tabell 4 Foreløpig omstillingsutfordring 2016

OMSTILLINGSUTFORDRING 2016, tall i mill kr	2016
Inngangshastighet	0,0
Engangskostnader/oppstartskostnader hotell	-6,9
Sum korleksjon for engangseffekter	-6,9
Inntektsmodell somatisk virksomhet	-19,7
Styrking HF'er	-20,5
Sum endrede eksterne inntektsforutsetninger	-40,2
Økte IKT kostnader	62,6
Microsoft lisenser	14,0
Økt vedlikehold	15,0
Økte avskrivningskostnader	-20,0
Endring rentekostnader	18,0
Økte medikamentkostnader	10,0
Økte kostnader DES	3,0
Pasientsentrert helsetjenesteteteam Harstad	1,1
Økte driftskostnader nødnett	7,9
Serviceavtaler med teknisk	6,0
NMK - kliniske funksjoner	6,0
Uforutsette kostnader	20,0
Økte investeringsmidler	50,0
Sum endrede internt påførte økte utfordringer	193,6
Omstillingsutfordring UNN HF 2016	146,5

Inngangshastighet

Foreløpig prognose er i henhold til styringsmålet på +40,0 mill kr. Endring i resultat vil påvirke neste års omstillingsutfordring.

Engangskostnader i 2015

I omstillingsutfordringen korrigeres det for engangskostnader som er påløpt i 2015, 6,9 mill kr som gjelder oppstartskostnader for Pingvinhotellet.

Inntektsmodell somatisk virksomhet

Oppdatering av inntektsfordelingsmodellen i somatikk utgjør 19,7 mill kr i økt basisramme for UNN i 2016.

Styrking HF

Det legges opp til en styrking av økonomien til helseforetakene fra RHFet gjennom omfordeling av sentrale bufre og utgjør 20,5 mill kr i 2016.

Økte IKT kostnader

I følge oppdatert oversikt fra Helse Nord RHF øker IKT-kostnadene for 2016 med 62,6 mill kr. Detaljerte oversikter over kostnadene pr foretak fordelt på avskrivninger, SLA og prosjekter.



Tabell 5 IKT kostnader pr foretak 2014-2022

IKT- kostnader per foretak - estimater									
Foretak	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
UNN	154 000	191 000	253 000	263 000	268 000	259 000	249 000	254 000	231 000
NLSH	92 000	111 000	145 000	151 000	153 000	148 000	139 000	142 000	129 000
Finnmark	30 000	39 000	54 000	57 000	60 000	58 000	56 000	57 000	51 000
Helgeland	28 000	36 000	50 000	53 000	54 000	52 000	49 000	50 000	45 000
Sum	304 000	377 000	502 000	524 000	535 000	517 000	493 000	503 000	456 000

IKT-kostnadene for 2016 er allerede bundet opp gjennom irreversible beslutninger. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin har fått i oppdrag å gjennomgå fremtidige IKT-kostnader for å synliggjøre handlingsrommet og for at ledergruppen skal settes i stand til å gjøre nødvendige vurderinger og eventuelle omprioriteringer i årene fremover.

Microsoft-lisenser

Det er foreløpig ikke beløpsfestet hva de økte lisenskostnadene utgjør, men minimumsøkning er estimert til 14,0 mill kr.

Økt vedlikehold

Høsten 2014 ble det besluttet å redusere vedlikeholdsbudsjettet som en del av tiltakspakken for 2015. Det ble samtidig bestemt at dette skulle økes tilbake fra og med 2016, økning 15,0 mill kr.

Avskrivningskostnader

Avskrivningskostnadene reduseres med 20,0 mill kr i 2016.

Endring rentekostnader

Endring i rentekostnader for UNN i 2016 gir en kostnadsøkning på 18,0 mill kr.

Økte medikamentkostnader

Medikamentkostnadene har økt med 10,0 mill kr årlig de siste årene (gjennomsnitt). Økningen forventes å vedvare, og budsjettet for de neste årene økes med 10,0 mill kr.

Økte kostnader Drift- og eiendomssenteret (DES)

Økte husleiekostnader ambulansestasjoner (1,0 mill kr), økt husleie HR lokaler (2,0 mill kr), helårseffekt økte driftskostnader Pingvinhotellet (2,5 mill kr), helårseffekt videokonferanseutstyr (0,2 mill kr) og brannvernrådgiver (0,3 mill kr). I tillegg har DES 3,0 mill kr i reduserte kostnader som skal trekkes ifra. Samlet sett øker DES sine kostnader med 3,0 mill kr.

Pasientsentrert helsetjenesteteam Harstad

Økte kostnader knyttet til opprettelse av pasientsentrert helsetjenesteteam i Harstad medfører 1,1 mill kr i økte kostnader i 2016.

Driftskostnader nytt nødnett

Økte driftskostnader i forbindelse med nytt nødnett er 7,9 mill kr.

Serviceavtaler medisinteknikk

Økte kostnader knyttet til serviceavtaler 6,0 mill kr i 2016.

Kliniske funksjoner NMK

Direktøren har besluttet at UNN skal opprettholde kliniske funksjoner som tidligere har blitt finansiert gjennom øremerkede eksterne midler for Nevromuskulært kompetansesenter (NMK).

*Uforutsette kostnader*

Uforutsette kostnader/til direktørens disposisjon, 20,0 mill kr

Økte investeringsmidler

Investeringsrammen for utstyr med mer er på 150 mill kr i 2016. Dette skal dekke investering i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, egenkapital KLP, ombygginger, ambulanser etc. Tidligere saksfremlegg viser at det er et årlig minimumsbehov for investeringsramme til utstyr med mer på 144 mill kr eksklusive ombygginger, etterslep og ny teknologi. Dersom vi øker overskudd fra driften utover Helse Nord RHF's resultatkrav kan vi bruke dette til investeringer påfølgende år. Investeringsrammen for 2017 er på 100 mill kr. Det planlegges derfor med et overskudd på 50 mill kr i 2016 utover resultatkravet fra Helse Nord RHF i 2016 slik at den totale investeringsrammen for utstyr med mer blir på 150 mill kr også for 2017.

Det interne overskuddskravet foreslås videreført i årene fremover slik at vi har en årlig økning på 50 mill kr utover vedtatt investeringsplan. Dette vil gradvis bidra til at UNN kan håndtere det opparbeidede etterslepet og investere i ny teknologi.

Overskudd for å spare til investeringer vil på kort sikt gjelde medisinteknisk utstyr og ombygginger (inkludert reovering bygg 7, Åsgård), og vil i et langsiktig perspektiv gjelde alle investeringer i bygg og utstyr. Nye bygg fremover både innen somatikk og psykisk helse og rus avhenger av at vi både har penger i banken (jevn sparing), og at vi skaffer oss handlingsrom i driftsregnskapet til å håndtere avskrivingskostnader. Det vil være et "ujevnt" årlig investeringsbehov i virksomheten, og dette må derfor inngå i en langsiktig investeringsplan som håndteres på foretaksnivå.

Inntektsmodell psykisk helse og rusomsorg

I RHF's styresak 64-2015 er basisrammen for 2016 korrigert med oppdaterte tall for inntektsmodellene for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusomsorg (TSB). Modellene er oppdatert med kriterieverdier og pasientstrømmer. I tillegg er konsekvensene av at ansvaret for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) desentraliseres fra 1. januar 2016 innarbeidet. Totalt øker UNN's basisramme med 16 mill kr ved denne oppdateringen. Det er foreløpig ikke diskutert eller besluttet hvordan UNN skal disponere midlene i budsjett 2016. Et alternativ er å øke sparingen (og dermed styrke likviditeten) til fremtidig psykiatri og rusbygg i Tromsø. Dette gjør også at vi forbereder oss på å håndtere økte kostnader når bygget er ferdig i fremtiden ved at overskuddskravet kan reduseres samtidig med at nye avskrivingskostnader belaster regnskapet.

4. Tiltak 2015

UNN's foreløpige omstillingsutfordring for 2016 er på 146,5 mill kr. I RHF's styresak 64-2015 får UNN en økning i basisrammen på 10 mill kr mer enn tidligere forutsatt, som gjelder oppdaterte pasientstrømmer inntektsmodell somatikk. Det er ikke besluttet hvordan disse pengene skal disponeres internt i UNN, og inntil videre legges disse til direktørens disposisjon for å håndtere risiko i budsjett 2016. UNN's tiltaksplan for 2016 er på 156,5 mill kr (tabell 6).



Tabell 6 Tiltak 2016

Sommerdrift i regionen	5,0
Sommerdrift UNN	5,0
Økte ISF inntekter	10,0
Økt bruk av Pingvinhotellet	20,0
Økt bruk av fraseverktøy	5,0
Reduserte lønnskostnader klinikker og sentre (korr. for ekstra innsparing 2015)	111,5
Sum tiltak	156,5

Koordinering av sommerdrift i regionen

I samarbeid med Helse Nord RHF skal det ses på muligheter for koordinert sommerdrift innen deler av virksomheten. Besparelse 5 mill kr.

Koordinering av intern sommerdrift i UNN

Tidlig og god planlegging gir muligheter for samkjøring og kostnadseffektiv sommeravvikling i deler av virksomheten. Besparelse 5 mill kr.

Økte ISF inntekter

10 mill kr i økte inntekter gjennom kodeforbedring.

Økt bruk av Pingvinhotellet.

Arbeidet som er påbegynt i 2015 fortsetter og gir helårseffekt i 2016. Budsjettert besparelse i 2016 gjennom reduserte lønnskostnader er 20 mill kr.

Økt bruk av fraseverktøy.

Arbeidet fra 2015 med forbedret dokumentasjon, mindre og standardiserte dokumenter og mer bruk av fraseverktøy videreføres. Budsjettert besparelse på 5 mill kr i 2016 gjennom mindre behov for skrivejetteneste ved Felles kontorsenter UNN (FKU).

Reduserte lønnskostnader klinikker og sentre

Fellestiltakene i tabell 6 er fortsettelse på igangsatt arbeid i 2015. Nesten 70 % av UNNs totale kostnader er lønn. Samdata-rapporten for 2013 viser at vi fremdeles har et kostnadsnivå som ligger 21 % over landsgjennomsnittet (somatikk). Bruk av metodikken i aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) har vist at det er mye penger å spare på å ha en langsiktig planleggingshorisont og å jevne ut bemanningen i tråd med aktiviteten. Dette arbeidet må fortsette i tråd med intensjonene. ABP som metode "svarer" derimot ikke på hvor mange pasienter vi skal behandle, og hvor mange ansatte som skal være på jobb samtidig. For å redusere de totale lønnskostnadene nærmere landsgjennomsnittet må vi i tillegg til metodikken i ABP gjennomgå og redusere bemanningsfaktoren i UNN. Gjennomgang skal gjøres for alle yrkesgrupper. Det må samtidig vurderes løsninger for å jobbe smartere, redusere arbeid som ikke gir helsegevinst, bedre intern logistikk og arbeidsflyt, samt planlegge med minimum fire måneders rullerende bemanningsplaner.

Omstillingsutfordringen for 2016 er fordelt mellom klinikkene og sentrene (tabell 7) etter følgende prinsipper:

1. De nye økte innsparingskravene for 2015 anses som et forskudd på 2016-kravene.
2. Overhengseffekt av 2015-tiltak blir en del av 2016-kravet.
3. Fellestiltak fordeles etter egne fordelingsnøkler



4. Den gygne regel gir et prosentvis lavere innsparingskrav (halvparten) for psykiatri og rus enn for somatikk.
5. Akuttmedisinsk klinikk følger egen innsparingsplan for ambulansetjenesten og fordeling av reduserte lønnskostnader gjøres eksklusive ambulansetjenesten.
6. Reduserte lønnskostnader fordeles ihht størrelse på lønnsbudsjett.

Tabell 7 Fordeling av omstillingsutfordring 2016

Fordeling omstillingsutfordring 2016	ISF inntekter (fordeling; alle eks HLK	Økt hotellbruk (fordeling; alle, liggedøgn 2014)	Reduserte lønnskostnader alle	Sommerdrift i UNN	Sommerdrift i regionen	Økt bruk av fraseverktøy	Innsparingskrav 2016	Fratrekk ny innsparing 2015	Innsparing 2016	Herav overhengs effekt av 2015-tiltak
Akuttmedisinsk klinikk (eks ambulansedelen)	0,3		3,3				3,6		3,6	
Longyearbyen sykehus			1,0				1,0		1,0	
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	3,2	5,5	18,1				26,8	-5,5	21,2	
Hjerte- lungeklinikken		3,4	10,5				13,9	-0,9	13,1	0,3
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken*	3,5	4,1	20,2				27,8	-4,5	23,2	
Medisinsk klinikk	2,3	5,3	15,0				22,6	-4,7	17,9	
Barne- og ungdomsklinikken somatikk	0,6	1,7	5,9				8,2	-1,7	6,5	0,1
Barne- og ungdomsklinikken psykiatri			1,6				1,6		1,6	
Barne- og ungdomsklinikken totalt	0,6	1,7	7,5	-	-		9,8	-1,7	8,1	0,1
Operasjons- og intensivklinikken	0,1		17,2				17,3	-0,1	17,2	
Psykisk helse- og rusklinikken			12,7				12,7		12,7	0,8
Diagnostisk klinikk			16,2				16,2	-3,0	13,2	
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin			2,3			5,0	7,3	-3,4	3,9	
Drifts- og eiendomscenter			8,1				8,1	-2,7	5,4	7,6
Stabscenter			5,2				5,2	-0,8	4,4	
Fag- og forskningscenter			1,9				1,9	-0,4	1,5	
Felles**				5,0	5,0		10,0	-	10,0	1,8
Sum	10,0	20,0	139,2	5,0	5,0	5,0	184,2	-27,7	156,5	10,6

”Den gygne regel”

”Den gygne regel” innebærer at psykisk helse og rus skal vokse mer enn somatikk. En av indikatorene for å måle dette er regnskap. Omstillingsutfordringen for 2016 er et resultat av interne omprioriteringer i budsjettet, og gjelder hele virksomheten (tabell 8)

Tabell 8 Omstillingsutfordring UNN 2016 fordelt på virksomhetsområde



Økte kostnader fordelt på virksomhetsområde 2016	mill kr
Styrking HF'er	-20,5
Økte IKT kostnader	62,6
Microsoft lisenser	14,0
Økt vedlikehold	15,0
Økte kostnader DES	3,0
Økte driftskostnader nødnett	7,9
Uforutsette kostnader	20,0
Økte investeringsmidler	50,0
Hele virksomheten	152,0
Engangskostnader/oppstartskostnader hotell	-6,9
Inntektsmodell somatisk virksomhet	-19,7
Økte medikamentkostnader	10,0
Pasientsentrert helsetjenestetsteam Harstad	1,1
Serviceavtaler med teknisk	6,0
NMK - kliniske funksjoner	6,0
Økte avskrivningskostnader	-20,0
Endring rentekostnader	18,0
Somatikk	-5,5
Psykiatri og rus	0
Totalt økte kostnader	146,5

Økte investeringsmidler på 50 mill kr i omstillingsutfordringen er planlagt brukt til investeringer i utstyr med mer i 2017. Beløpet er lagt i kategorien omstilling for "hele virksomheten" fordi investeringer (både til bygg og utstyr) må håndteres av fellesskapet. Sparing til nytt bygg for psykisk helse og rus håndteres gjennom overskuddskravet fra RHF (og sentral sparing i RHFet), det samme gjelder vedtatt og igangsatt renovering for bygg 7, Åsgård. Alternativet til økt internt overskuddskrav er at RHFet holder tilbake større deler av budsjetttrammen til sentral sparing, for deretter å øke investeringsrammen for utstyr med mer til foretakene. Investeringer må altså ses i et samlet langsiktig perspektiv og i sammenheng med driftsbudsjettet.

Innsparingskravet er fordelt slik at somatikk må redusere kostnadene dobbelt så mye som psykiatri. Forutsetningene om at psykisk helse og rusomsorg skal vokse mer enn somatikk målt gjennom regnskap er dermed oppfylt for 2016 forutsatt at alle klinikker og sentre drifter i henhold til budsjett.

Konsekvenser av tiltakene

Tiltaksarbeidet i klinikkene og sentrene er i en oppstartsfase. Konsekvensutredning og risikovurdering av tiltakene gjøres samtidig med konkretisering og detaljering av disse. Ved eventuelle negative konsekvenser for pasienter eller ansatte skal det utarbeides risikoreducerende tiltak.

Investeringsbehov

Det er foreløpig ikke identifisert investeringsbehov for noen av tiltakene.

5. Investeringsplan og bærekraftanalyse

Investeringsplaner



Investeringer i UNN skal understøtte valgte strategier og bygge på foretakets verdigrunnlag (kvalitet, trygghet, respekt og omsorg). Investeringsplanene søkes avstemt mot langtidsbudsjett og strategiarbeid for øvrig. Det er en målsetting å fordele ressursene mellom investeringer og fortløpende drift på en slik måte at det er til beste for pasientbehandlingen i et langsiktig perspektiv.

I Helse Nord RHF's styresak 64-2015 er det lagt inn en økning av investeringsrammen for utstyr med mer på 80 mill kr, til sammen 150 mill kr (tabell 7). I tillegg er nytt vedtatt investeringsbeløp for A-fløya lagt inn med en totalramme på 1 594 mill kr. PET-senteret er foreløpig lagt i Helse Nord RHF sin investeringsramme. Dersom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) innvilger lån, vil det bli gitt klarsignal til å starte opp prosjektet i oktober 2015 innenfor en ramme på 536 mill kr.

Tabell 7 Vedtatt Investeringsplan 2016-2023

Investeringsplan 2014-2022 inkl. PET-senter	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Sum
Nytt Narvik sykehus			10,0	60,0	250,0	500,0	230,0		1050,0
A-fløy	290,0	217,0	468,0						1594,0
Økt MTU	80,0								
MTU, ambulanser, rehab med mer	70,0	100,0	150,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0	
Sum investeringsplan UNN	440,0	317,0	618,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0	

I den vedtatte investeringsplanen er ikke periodiseringen for A-fløya henhold til de vedtatte planene. Oppdatert investeringsplan med riktig periodisering i tråd med tidligere vedtak vises i tabell 8.

Tabell 8 Vedtatt investeringsplan 2016-2023, korrigert periodisering

Investeringsplan 2014-2022 inkl. PET-senter	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Sum
Nytt Narvik sykehus			10,0	60,0	250,0	500,0	230,0		1050,0
A-fløy	485,0	490,0							1594,0
Økt MTU	80,0								
MTU, ambulanser, rehab med mer	70,0	100,0	150,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0	
Sum investeringsplan UNN	635,0	590,0	150,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0	

Investeringsrammen for utstyr med mer reduseres til 100 mill kr i 2017. Dersom vi realiserer planlagt internt overskuddskrav i 2016 på 50 mill kr kan investeringsrammen for 2017 økes tilsvarende.

Bærekraftanalyse

Bærekraft defineres som foretakets evne til å håndtere de drifts- og kapitalkostnader som følger av investeringsbeslutninger. Investeringer medfører gjerne konsekvenser for inntekter, drifts- og kapitalkostnader, og er dermed viktig når store investeringsbeslutninger skal tas.

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser at omstillingsutfordringen varierer fra år til år. Summen av overskuddskrav fra RHF, internt overskuddskrav og forventet resultat utgjør samlet omstillingsutfordring for UNN.

Bærekraftanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- Vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF inkludert PET-senter
- Investeringsramme P85 nye bygg
- A-fløy er 50 % lånefinansiert
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus



- Det er beregnet 3,5 % rente på lån og egen likviditet
- Analysen er gjennomført i 2015 – kroner
- Avskrivningstidene er satt til 30 år for Pasienthotellet og 26,4 år for øvrige bygg.

Bærekraftanalysen (tabell 9) viser at UNN har en akkumulert omstillingsutfordring stigende til 77 mill kr i 2023 forutsatt resultat i henhold til styringskrav. Likviditetsberegningene (tabell 10) er positiv i hele perioden 2016-2023.

Tabell 9 Bærekraftanalyse iht. vedtatt investeringsplan inkludert PET-senter

Bærekraftanalyse UNN HF inkl. PET-senter	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sum inntekter	7 009	7 020	7 040	7 040	7 040	7 061	7 061	7 061
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	6 824	6 871	6 915	6 904	6 895	6 902	6 878	6 878
Sum avskrivninger	249	218	237	243	250	258	276	323
Netto rentekostnader	2	17	47	48	51	62	67	87
Totale kostnader	7 075	7 106	7 199	7 195	7 197	7 221	7 221	7 288
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-66	-86	-159	-155	-157	-160	-160	-227
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40	40
Internt overskuddskrav UNN	50	50	50	50	50	50	50	50
Sum resultatkrav	90	90	90	90	90	90	90	90
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-156	-126	-199	-195	-197	-200	-200	-267
Sum effekter tiltaksplan 2016	156	156	156	156	156	156	156	150
Uløst omstilling etter tiltaksplan	0	30	-43	-39	-41	-44	-44	-77

Tabell 10 Likviditetsanalyse iht. vedtatt investeringsplan inkludert PET-senter (korrigert periodisering)



Likviditetsberegning inkl. PET-senter	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter							
Budsjettert resultat	40	40	40	40	40	40	40
Eget overskuddskrav	50	50	50	50	50	50	50
Avskrivninger/nedskrivninger	249	218	237	243	250	258	276
Likviditets effekt pensjon 2014							
Diff pensjonskostnad/premie							
Andre endringer i omløpsmidler/kortsiktig gjeld som påvirker likviditet							
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	339	308	327	333	340	348	366
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter							
<i>Etterslep av tidligere igangsatte investeringer</i>							
Investeringer eget overskuddskrav		-50	-50	-50	-50	-50	-50
Investeringsbudsjett vedtatt investeringsplan	-1 008	-590	-160	-210	-400	-700	-430
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-1 008	-640	-210	-260	-450	-750	-480
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter							
Egenkapitaltilskudd 2015							
Innbet ved opptak av lån A-fløy	337	269	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån PET senter	261	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Pasienthotell	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Narvik sykehus	0	0	7	42	175	350	161
Avdrag lån	0	-10	-31	-47	-47	-47	-47
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	598	258	-24	-5	128	303	114
Netto endring i kontanter	-72	-73	93	67	18	-100	0
IB 01.01	252	180	107	200	267	285	185
UB 31.12	180	107	200	267	285	185	185
<i>Ramme for kassakreditt</i>	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100

6. Videre arbeid

Klinikkbudsjetter

Klinikker og sentre med eventuelle underskudd i 2015 (og dermed for høy inngangshastighet i 2016) må håndtere dette i egen klinikk. Hvis inngangshastigheten til 2016 er for høy, må det iverksettes tiltak utover fordelt innsparingskrav for 2016. I tillegg jobbes det med interne budsjettomfordelinger slik at regnskap og budsjett skal harmonisere bedre. Dette gjelder alle budsjettposter.

Klinikkene jobber med periodiserte og harmoniserte plantall for aktivitet, kvalitet og månedsverk, samt oppdatering av dialogavtalen for 2015. I tillegg utarbeider den enkelte klinikk og senter detaljerte tiltaksplaner med konsekvensutredning og risikovurdering, frist 1. september.

Plantall

Parallelt med tiltaks- og budsjettarbeid jobber klinikkene med å ferdigstille detaljerte plantall for aktivitet, kvalitet og månedsverk. Frist for ferdigstilling av dette arbeidet er 1. september.

Koordinering

Det er under utarbeidelse en oversikt og tilhørende plan for arbeid som krever samarbeid og koordinering mellom klinikkene, samt kartlegging og rekkefølgeprioritering av stabsstøtte. Dette gjelder for eksempel reduksjon av planlagte ambulansoppdrag utenfor ordinær arbeidstid, redusert behov for intermedisær senger ved Hjerne- og lungeklinikken gjennom innføring av bedre overvåkingssystem på vanlige sengeposter, muligheter for liggende transport uten bruk av ambulanse, legelønn og vaktordninger etc.



Budsjettkonferanse i direktørens ledergruppe september.

Presentasjon av tiltaksarbeid og plantall for aktivitet og kvalitet pr klinikk/senter. Avstemming av planer og behov for ytterligere koordinering igangsettes.

Investeringsplan utstyr med mer.

Overordnet investeringsgruppe i UNN starter arbeidet med detaljert plan for utstyrsinvesteringer innenfor vedtatte investeringsrammer for 2016. Planen ferdigstilles innen oktober 2015, og skal inngå i den totale virksomhetsplanen for UNN for 2016.

Oppdatert bærekraftsanalyse og likviditetsanalyse

Oppdaterte bærekraftsanalyse og likviditetsanalyse skal behandles administrativt i foretakene og oversendes Helse Nord RHF innen 10. oktober 2015.

Styresak virksomhetsplan 2016

Styret inviteres til å vedta virksomhetsplan inkludert plantall for aktivitet og kvalitet og detaljert investeringsplan for 2016 for UNN på styremøtet i desember.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
61/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	23.6.2015
Saksansvarlig: Bjørn-Yngvar Nordvåg		Saksbehandler: Terje Christoffersen

Regional plan for øyefaget

Innstilling til 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.
3. Styret godkjenner at denne saken oversendes Helse Nord RHF som UNNs høringsuttalelse.

Sammendrag

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har fått oversendt høringsutkast til Regional plan for øyefaget i Helse Nord 2015-2025 fra Helse Nord RHF til behandling. UNN har deltatt i arbeidet med utvikling av planen.

Saken viser til at den fremlagte planen beskriver et sterkt økende behov for tjenester innen øyefaget de kommende år. Dette som følge av den demografiske utvikling, som innebærer en stadig økende andel av eldre i befolkningen, ettersom svært mange øyesykdommer er relatert til økende alder. Samtidig forventes det at mange av dagens spesialister vil gå ut av tjeneste pga oppnådd aldersgrense. Situasjonen medfører behov for å bruke tilgjengelig personell og ressurser mer effektivt, herunder bedre oppgavedeling og samhandling med primærhelsetjenesten, inkludert optikere. Oppgaveglidning med økt bruk av sykepleiere i poliklinisk virksomhet, er et av forslagene i planen. Det pekes på at det også vil være nyttig å få et økt samarbeid med avtalespesialister.

Saksutredningen gir støtte til noen strategiske grep i planen. Blant annet vektlegges tiltak for å styrke utdanning av nye øyeleger, og samtidig rekruttere øyeleger til helseforetak utenom UNN og Nordlandssykehuset HF (NLSH) for å stabilisere virksomheten, samtidig som en finner nye modeller for samhandling og oppgavedeling.

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
60/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	23.06.2015
Saksbehandler: Arthur Revhaug/Hege Persson		Saksansvarlig: Gøril Bertheussen

Revidert utdanningsstrategi for UNN**Innstilling til vedtak**

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

Sammendrag

Strategi for Undervisning og læring for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ble vedtatt i juni 2009 og hadde gyldighet ut 2014. Det ble høsten 2014 igangsatt en prosess for å evaluere og revidere strategien for foretaket. Føringerne for revideringsarbeidet var at strategien skal være et overordnet dokument med tilhørende handlingsplaner. Strategien skal ta utgangspunkt i UNNs overordnede strategier og satsningsområder, og være i tråd med Helse-Nord RHF's regionale føringer og de nasjonale føringerne for helse- og omsorgssektoren.

Forslag til revidert strategi for undervisning og læring for foretaket 2015–2020 anses for å være i god overensstemmelse med foretakets overordnede strategi, og et godt grunnlag for å utvikle UNN ytterligere som en attraktiv og ledende undervisnings- og læringsarena rettet mot pasienter, samfunn, medarbeidere og studenter. Strategien er utformet med et overordnet fokus uten detaljerte mål som tidligere strategi inneholdt, i tråd med mandatet. Resultatene fra evalueringen viser også en slik detaljert strategi ikke er hensiktsmessig. Strategien må derfor utfylles med toårige retningsgivende handlingsplaner på foretaksnivå, og følges opp med konkrete mål og tiltak i enhetenes dialogavtaler.

Bakgrunn

Gjeldende strategi for undervisning og læring for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ble vedtatt i juni 2009 med gyldighet ut 2014. Direktørens ledermøte besluttet 26.8.2014 at strategien skulle evalueres og revideres. Føringsene for revideringsarbeidet var at strategien skal ha sitt utgangspunkt i UNNs overordnede strategier og satsningsområder, både i form og innhold. Strategien skal være et overordnet dokument med tilhørende handlingsplaner med konkrete tiltak¹. I den forbindelse ble det opprettet en arbeidsgruppe som fikk dette oppdraget. Arbeidet med å evaluere og revidere strategi for undervisning og læring 2009-2014 er gjennomført i perioden oktober 2014 til mars 2015. Strategien vil tre i kraft umiddelbart etter styrets tilslutning.

Prosess

Arbeidet er organisert og koordinert av det nedsatte arbeidsutvalget, med av representanter fra:

- Fag- og forskningssenteret ved Hege Roland Persson, Irene Foss og Petra Pohl
- HR-utvikling ved Lars Kristian Rye
- Samhandlingsavdelingen ved Ann-Karin Furskognes
- Norges Arktiske Universitet, UiT Helsefakultetet ved Inger Njølstad
- Hovedtillitsvalgt ved Monica Fyhn Sørensen
- Klinikkrepresentant somatikk ved Vigdis Moe
- Klinikkrepresentant psykisk helse og rus ved Trude Wynn
- Felles utdanningsutvalg mellom UNN og UiT (FUU) har bidratt inn som referansegruppe.
- Fag- og forskningssenteret har ivaretatt sekretariatsfunksjonen.

Høringsutkastet er utformet på samme måte som overordnet UNN-strategi og Forskningsstrategi, med utdanningsrelevante overordnede mål supplert med delmål i forhold til pasienter, samfunnet, medarbeidere og studenter.

Følgende dokumenter har utgjort et viktig grunnlag i arbeidet med å revidere strategien:

- Spesialisthelsetjenesteloven
- Helsepersonelloven
- Instruks fra Helse- og omsorgsdepartementet, sørge for ansvaret relatert til undervisning, opplæring og veiledning av helsefaglige studenter
- Helsedirektoratet sin rapport «Behovet for spesialisert kompetanse i helse- og velferdstjenesten frem mot 2030
- Statistisk Sentralbyrå sin rapport «Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell frem mot 2035
- Utdanningsmelding nr. 13 «Utdanning for velferd»
- Tiltaksplan 2014-2016 for kompetanseutvikling i kjølvannet av samhandlingsreformen i regi av Helse Nord RHF og KS Nord-Norge
- Strategisk kompetanseplan fase 1 og 2 i regi av Helse Nord RHF

¹ Disse handlingsplanene utarbeides i etterkant. Forut for revidering av ny strategi foretas en evaluering av nåværende «Strategi for undervisning og læring 2009-2014», og en beskrivelse av dagens situasjon for utdanning i UNN.

Sak 60/2015

- UNN sin forsknings-, kvalitets- og HR-strategi
- Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitetet, UiT Helsefakultetets strategi-utdanning og forskning 2014-2020
- Strategisk utviklingsplan for UNN HF 2015-2025
- UNN-boka

Utkast til revidert strategi for undervisning og læring ble forelagt referansegruppen for arbeidet i møte i mars 2015. Etter innspill i møtet ble strategien oversendt på en bred føringsrunde til:

- Helse Nord RHF
- Norges Arktiske Universitet – UiT v/ledelsen
- Norges Arktiske Universitet – UiT, Det helsevitenskapelige fakultet v/fakultetsledelsen
- Studentutvalg UiT
- Universitetet i Nordland – UiN v/ledelsen
- Studentutvalg UiN
- Høgskolen i Narvik – HiN v/ledelsen
- Studentutvalg HiN
- Høgskolen i Harstad – HiH v/ledelsen
- Studentutvalg HiH
- Høgskolen i Nesna – v/ledelsen
- Studentutvalg Høgskolen i Nesna
- Nordlandssykehuset HF v/ledelsen
- Helgelandssykehuset HF v/ledelsen
- Finnmarkssykehuset HF v/ledelsen
- Tromsø kommune v/Byrådsavdelingen Helse og Omsorg
- Fylkesleger i Nordland, Troms og Finnmark
- Direktøren i UNN
- Klinikksjefer og senterlederene i UNN
- Ansatte i bi- og kombinerte stillinger UNN/UiT
- Brukerutvalget UNN
- Foretakstillitsvalgte UNN
- KS Nord-Norge

Ni høringsvar ble mottatt. Samtlige høringsinstanser som avga uttalelse var positive til strategiens struktur og hovedtrekk, og flere hadde forslag til ytterligere presiseringer av strategiens hovedmål og delmål. Medisinsk klinikk har i sin høringsuttalelse *knyttet til pasienter* kommentert at tenkningen må dreies fra fokus på helsepersonell til virkemekanismer for pasienter, de kom også med konkrete forslag til endringer. Endringsforslagene ble vurdert til å ligge for nært opp til UNN sin overordnede strategi, og på et detaljeringsnivå som tas med i arbeidet med handlingsplanen. Innspillet medførte en presisering i hovedmål, samt i delmål som omhandler at UNN skal legge til rette for at pasienter tar del i egne helsevalg.

De fleste innspillene påpeker det som hensiktsmessig at strategien bruker benevnelsen «undervisning og læring» fremfor «utdanningsstrategi». Begrepet «undervisning og læring» vurderes til å favne de mangesidige oppgavene og aktivitetene som UNN har som undervisnings- og læringsarena rettet mot pasienter, samfunn, medarbeidere og studenter. Det var delte meninger knyttet til om revidert strategi i tilstrekkelig grad tydeliggjør skille mellom UNN som utdannings- og praksisarena for fremtidig helsepersonell og kompetanseutvikling av egne ansatte, når undervisning og praksis enten er lokalt forankret eller kommer i stand med ulike studieretninger på en utdanningsinstitusjon. De fleste oppfattet at skillet fremkom i hovedmål og delmål for henholdsvis medarbeidere og studenter, og etter hvert i en tilhørende handlingsplan.

Arbeidsgruppen har sett hen til høringsinnspillene i sin utarbeidelse av endelig utkast til strategi 26.5.2015, som her legges frem for foretakets ledergruppe, som bes anbefale at styret vedtar strategien slik den foreligger, samt at Fag- og forskningscenteret utarbeider toårige handlingsplaner på foretaksnivå.

Status for utdanningsvirksomheten

Totalinntrykket av satsningen på utdanning i UNNs strategiarbeid 2009-2014 er at ambisjonsnivået er høyt. Utdanning presenteres som en av sykehusets fire primæroppgaver i målbeskrivelser. Flere hovedmål i gjeldende strategi krever systematisk satsning og oppfølging over tid, og anses å være krevende å innfri sett i et femårsperspektiv. Evalueringen har foregått parallelt med revideringen av strategien, og vært et viktig grunnlag for revideringsarbeidet. Formålet med evalueringen var å innhente informasjon som viser strategiens betydning som styrende dokument fra 2009 til 2014 – herunder kjennskap til og bruk av strategien – og vurdere i hvilken grad de overordnede mål er oppnådd. Data er innhentet gjennom spørreundersøkelse, dokumentstudier og tilbakemeldinger fra klinikkene.

Tilbakemeldingene fra UNNs ledere tyder på lite kjennskap til, og bruk av, strategien som styrende dokument. Gjennomgangen av status for utdanningsvirksomheten i UNN tyder på at arbeidet med utdanning har vært i tråd med føringene i strategien, selv om bevisstheten rundt strategien har vært varierende. Det er i denne sammenheng naturlig å trekke fram at samarbeidet med Norges arktiske universitet, UNNs største samarbeidspartner har blitt tettere, mens samarbeidet om student- og elevpraksis internt i UNN² i større grad er systematisert og formalisert³.

Evalueringen har avdekket flere avklarings- og forbedringsområder:

- Forenkle den reviderte strategien, og lage separate handlingsplaner forankret i strategien
- Utforme en overordnet handlingsplan med anbefaling om konkrete tiltak som redskap for klinikkens arbeid med undervisning og læring rettet mot pasienter, samfunnet, medarbeidere og studenter
- Samordne arbeidet med strategiene i UNN i større grad enn tidligere
- Informere klinikkene og sentrene om den reviderte strategien på en systematisk måte for å sikre at strategien brukes som styrende dokument
- Etablere et tydeligere skille mellom UNN som utdannings- og praksisarena for fremtidige helsepersonell og kompetanseutvikling av egne ansatte
- Vurdere om det etter fusjoner i utdanningssektoren (jfr. fusjoner med høyskolene i Finnmark, Harstad og Narvik) er behov for å inngå samarbeidsavtale med UiT Norges arktiske universitet for å unngå fakultetsvise avtaler
- Samarbeide med utdanningsinstitusjonene i arbeidet med Bologna-prosessen, slik at de nye masterprogrammene ivaretar UNNs behov
 - Det er behov for økt fokus på gjensidig kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og UNN må klargjøre hva som ligger i veiledningsplikten

² Felles ledermøte mellom UNN og Det helsevitenskapelige fakultetet er etablert som felles beslutningsorgan, mens Felles utdanningsutvalg er etablert som felles rådgivende organ. Videre driver UNN og UiT Helsefak Ferdighets- og simuleringssenteret (FOSS) sammen.

³ Dette gjøres bl.a. gjennom avtaler om praksisplasser mellom FFS og klinikkene, fast introduksjonsuke for nye turnusleger i regi av turnuskomiteen og økt bruk av e-læringskurs for studenter og ansatte.

ovenfor kommunehelsetjenesten, og utarbeide gode systemer for å kunne gi denne veiledningen.

- Det er behov for et tettere samarbeid mellom UNN og kommunehelsetjenesten om praksisstudier

Medvirkning

Foreliggende utkast til revidert strategi for undervisning og læring er, som det fremgår ovenfor, utviklet i nært samarbeid med relevante aktører som tillitsvalgte, klinikkene, HR-senteret, Fag- og forskningssenteret, Samhandlingsavdelingen, UiT Helsefakultetet, Felles utdanningsutvalg mellom UNN og UiT Helsefak, i tillegg til at den har vært på en bred høringsrunde.

Vurdering og konklusjon

Forslag til revidert strategi for undervisning og læring for foretaket 2015–2020 anses for å være i god overensstemmelse med foretakets overordnede strategi, og et godt grunnlag for å utvikle UNN ytterligere som en attraktiv og ledende undervisnings- og læringsarena rettet mot pasienter, samfunn, medarbeidere og studenter. Strategien er utformet med et overordnet fokus uten detaljerte mål som tidligere strategi inneholdt, da evalueringen av denne har vist at en slik detaljert strategi ikke er hensiktsmessig som overordnet dokument. Det er derfor nødvendig at strategien utfylles med toårige retningsgivende handlingsplaner på foretaksnivå, og følges opp med konkrete mål og tiltak i enhetenes dialogavtaler.

Tromsø, 18.6.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Evalueringsrapport for revidert utdanningsstrategi
2. Strategi for undervisning og læring i UNN 2015-2020 (skjema)
3. Strategi for undervisning og læring i UNN 2015-2020 (tekstdokument)

Evaluering av Strategi for undervisning og læring 2009-2014



Illustrasjonsfoto: colorbox.com

Forfattere: Hege Roland Persson, Petra Pohl, Inger Njølstad, Trude Nydal Wynn, Lars Kristian Rye, Monica Fyhn Sørensen, Ann Karin Furskognes, Vigdis Moe, Irene Foss

Dato: oktober - desember 2014

Oppdragsgiver: Direktørens ledermøte, Universitetssykehuset Nord-Norge helseforetak (UNN)

Innhold

Sammendrag	3
Innledning	4
Strategi for undervisning og læring 2009-2014	5
Kjennskap til og bruk av strategien	6
Kjennskap til strategiens del 1: Visjon, hovedmål og tiltak.....	7
Bruk av strategien i arbeid med undervisning og opplæring i klinikkene	8
Presentasjon og vurdering av status for de 9 strategiske hovedmålene	9
Hovedmål 1: God kvalitet på veiledning og undervisning.....	10
Hovedmål 2: Praksis, turnustjeneste og spesialistutdanningene er godt organisert i henhold til målsetning for utdanningen	15
Hovedmål 3: Nye praksisplasser i dagenheter, poliklinikker og observasjonsposten	23
Hovedmål 4: Høy kvalitet på læringsarenaer og e-læring	27
Hovedmål 5: Utvikle kompetanse i tverrfaglig teamarbeid i spesialisthelsetjenesten og i samhandling med primærhelsetjenesten.....	31
Hovedmål 6: Undervisning og veiledning skal være en integrert del av arbeidsoppgavene for ansatte	33
Hovedmål 7: Styrke kompetanse og fremme livslang læring	35
Hovedmål 8: Være engasjert i nasjonale og internasjonalt samarbeid innen undervisning og kompetansebygging	38
Hovedmål 9: Avklare samarbeid og ansvarsfordeling mellom klinikker og stabssentrene	41
Avsluttende vurdering og konklusjon	45
Avklarings- og forbedringsområder	46
Vedlegg.....	48
Vedlegg 1: Spørreundersøkelse – evaluering av Strategi for undervisning og læring 2009-2014.....	48
Vedlegg 2. Tabell over etablerte samhandlingsarenaer for utdanning i strategiperioden.....	67
Vedlegg 3. Sentrale grunnlagsdokumenter for arbeidet	68

Sammendrag

Direktørens ledermøte besluttet den 26. august 2014 at Strategi for undervisning og læring 2009-2014 skulle evalueres, og på denne bakgrunn revideres for en ny periode. Det vises i den forbindelse til UNNs plikt til å utdanne helsepersonell, se spesialisthelsetjenesteloven § 3-8. Formålet med evalueringen er å kartlegge og vurdere klinikkens kjennskap til og bruk av strategien som styrende dokument for utdanningsvirksomheten i UNN, og status for de 9 hovedmålene i strategien. Data er innhentet gjennom spørreundersøkelse, dokumentstudier og tilbakemeldinger fra klinikkene.

Tilbakemeldingene fra UNNs ledere tyder på lite kjennskap til, og bruk av, strategien som styrende dokument. Gjennomgangen av status for utdanningsvirksomheten i UNN tyder imidlertid på at arbeidet med utdanning har vært i tråd med føringene i strategien, selv om bevisstheten rundt strategien har vært varierende. Det er for eksempel etablert et tett samarbeid med UNNs største samarbeidspartner på utdanningsfeltet, Det helsevitenskapelige fakultetet (UiT helsefak) ved UiT Norges arktiske universitet, i tråd med hovedmål 2, der Felles ledermøte som besluttsende organ og Felles utdanningsutvalg som rådgivende organ er etablert. Videre er det etablert en ordning med kombinerte stillinger for helsefagene ved samme institusjon, som er vurdert å være vellykket. Internt i UNN er samarbeidet om student- og elevpraksis i større grad systematisert og formalisert gjennom bl.a. avtaler om praksisplasser mellom Fag- og forskningssenteret og klinikkene, fast introduksjonsuke for nye turnusleger i regi av turnuskomiteen, og økt bruk av e-læringskurs for studenter og ansatte. Nye læringsarenaer innen alle fagspesifikke utdanninger er under henholdsvis planlegging, utprøving og etablering, i tråd med hovedmålene 3 og 4. Videre piloteres tverrprofesjonelle læringsarenaer i tråd med hovedmål 3. UNNs og UiT helsefaks samdrift av Ferdighets- og simuleringssenteret (FOSS) er også et fruktbart samarbeid og et viktig satsningsområde for videreutvikling fremover, i tråd med hovedmål 4.

Evalueringen har imidlertid avdekket flere avklarings- og forbedringsområder:

- Forenkle den reviderte strategien, og lage separate handlingsplaner forankret i strategien
- Samordne arbeidet med strategiene i UNN i større grad enn tidligere
- Informere klinikkene og sentrene om den reviderte strategien på en systematisk måte for å sikre at strategien brukes som styrende dokument
- Utforme en overordnet handlingsplan med anbefaling om konkrete tiltak som redskap for klinikkens arbeid med utdanning av elever, lærlinger og studenter
- Etablere et tydeligere skille mellom UNN som utdannings- og praksisarena for fremtidige helsearbeidere og kompetanseutvikling av egne ansatte
- Vurdere om det etter fusjoneringsprosessen er behov for å inngå samarbeidsavtale med UiT Norges arktiske universitet for å unngå fakultetsvise avtaler
- Samarbeide med utdanningsinstitusjonene i arbeidet med Bologna-prosessen, slik at de nye masterprogrammene ivaretar UNNs behov
- Det er behov for økt fokus på gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og et tettere samarbeid om praksisstudier

Innledning

Utdanning er en av sykehusets fire lovpålagte oppgaver og omfatter både grunn-, videre- og etterutdanning. Den første «Strategien for undervisning og læring 2009-2014» ble vedtatt i UNN HFs styre 23. juni 2009, med gyldighet ut 2014. Direktørens ledermøte besluttet 26. august 2014 at strategien skulle evalueres og revideres. I den forbindelse ble det opprettet en arbeidsgruppe som fikk dette oppdraget¹. Arbeidet med å evaluere og revidere strategi for undervisning og læring 2009-2014 er gjennomført i perioden oktober 2014 - mars 2015. I denne rapporten presenterer arbeidsgruppen evaluering av strategien.

Arbeidsgruppen har diskutert strategiens betydning og hvilken effekt den har hatt for det som er oppnådd i perioden 2009-2014. I evalueringsarbeidet har vi i grove trekk kartlagt og vurdert følgende:

1. kjennskap til og bruk av gjeldende strategi som styrende dokument for utdanningsvirksomheten i UNN
2. om de strategiske hovedmål for utdanningsvirksomheten i UNN er oppnådd

Metodikken som er anvendt er basert på flere kilder;

Ledere i UNN og ansatte i bi- og kombinerte stillinger mellom UNN og Norges Arktiske Universitet, Universitetet i Tromsø, Helsefakultetet (UiT Helsefak) er gjennom en spørreundersøkelse i Questback utfordret til å uttale seg om egen kjennskap til og bruk av gjeldende strategi i utdanningsarbeidet, og hvordan strategien oppleves som styrende dokument.

Arbeidsgruppen har videre basert vurderingene på skriftlig dokumentasjon, bl.a. evalueringer av UNNs læringsmiljø, evalueringen av ordningen med kombinerte- og bistillinger innen helsefagutdanningene, og tilbakemeldinger fra undervisningsansvarlige i klinikkene.

Funn knyttet til kjennskap og bruk av strategien som styrende dokument presenteres først i et eget kapittel. Deretter foretas en presentasjon og vurdering av status for de 9 strategiske hovedmålene. Avslutningsvis gis en oppsummerende konklusjon med avklarings- og forbedringsområder som kan benyttes i det videre arbeidet med undervisning og læring i UNN.

Avgrensning

Strategien omfatter følgelig utdanning av helsepersonell fra videregående skole, fagskole, høyskole og universitet, samt etter- og videreutdanning av egne ansatte. Det vises til at strategien er et svar på det

¹ **Overordnede føringer for reviderings- og evalueringsarbeidet:** Strategien må ta utgangspunkt i UNN sin overordnede strategi og satsninger, og det anbefales at den utformes etter samme mal. Strategien skal være et overordnet og ikke for detaljert dokument. Handlingsplan med konkrete tiltak utarbeides i etterkant. Det bes om at arbeidsgruppen integrerer overordnede satsningsområder som er arbeidet fram gjennom Felles utdanningsutvalg mellom UNN og UiT helsefak (vedlagt). Strategien skal ivareta de utfordringer og anbefalinger som er nedfelt i Tiltaksplan 2014-2016 for kompetanseutvikling i kjølvannet av samhandlingsreformen. Det bør ses på forholdet mellom utdanning og forskning for å utvikle utdanningsforskning

Forut for revidering av ny strategi foretas en:

- a. Evaluering av nåværende «Strategi for undervisning og læring 2009-2014»
- b. Beskrivelse av dagens situasjon for utdanning i UNN.

lovpålagte ansvaret UNN har til å utdanne helsepersonell, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 punkt 2. Med helsepersonell menes både profesjoner med krav om, og uten krav om, autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven, se helsepersonellovens § 3.

Strategien omfatter ikke kompetanseutvikling for annet personell enn helsepersonell, og ikke utvikling av lederkompetanse. Dette omfattes av sykehusets HR-strategi. Strategien omhandler ikke de undervisnings- og veiledningsoppgavene som sykehuset har overfor pasienter og pårørende, heller ikke utvikling, gjennomføring og evaluering av klinikkinterne undervisningsopplegg og kompetanseprogram.

På områder som rekruttering og kompetanseutvikling og-kartlegging grenser FFS-strategien og HR-strategien mot hverandre (hovedmål 6-9), og FFS og HR har ansvaret for oppfølgingen av de respektive strategiene.

Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen er satt sammen av representanter fra Fag- og forskningscenteret (Hege Roland Persson og Petra Pohl), HR-utvikling (Lars Kristian Rye), Samhandlingsavdelingen (Ann-Karin Furskognes), UiT v/Helsefak (Inger Njølstad) og hovedtillitsvalgt (Monica Fyhn Sørensen), klinikkrepresentant fra somatikk (Vigdis Moe) og klinikkrepresentant fra psykisk helse og rus (Trude Wynn). FFS har ivaretatt sekretariatsfunksjonen.

Takk til ressurspersoner

Arbeidsgruppen ønsker å takke alle ressurspersoner som har bidratt i arbeidet med evalueringen. Først og fremst de ledere og ansatte i bi- og kombinerte stillinger som har svart på spørreundersøkelsen i Questback og som dermed har gitt oss et grunnlag for å kunne vurdere gjeldende strategi som styrende dokument.

Deretter studenter som har gitt tilbakemeldinger på UNN som læringsarena gjennom ulike evalueringer gjennomført av flere aktører: UiT Helsefak, Klinisk utdanningsavdeling (KUA) og Fagutviklingsenheten Rus og psykiatri (FARUP).

Arbeidsgruppen for evaluering av ordningen med kombinerte- og bistillinger innen helsefagutdanningene, ansatte ved KUA og undervisningsansvarlige i klinikkene har gjennom deler av prosessen bidratt med informasjon og innspill av betydning for evalueringsarbeidet.

Strategi for undervisning og læring 2009-2014

Strategien er bygget opp rundt en visjon, et overordnet mål, 9 hovedmål og tiltak knyttet til disse målene. Visjonen er at UNN skal være landets mest attraktive læringsarena og foretrekkes både som utdanningssted og arbeidsplass, mens det overordnede målet er at all undervisning og veiledning i UNN skal være kunnskapsbasert, gis med moderne pedagogiske metoder og være forankret i helseforetakets verdigrunnlag.

Følgende 9 hovedmål er utledet av visjonen og det overordnede målet:

1. God kvalitet i veiledning og undervisning
2. Praksis, turnustjeneste og spesialistutdanningene skal være godt organisert i henhold til målsetning for utdanningen

3. Nye praksisplasser etableres i dagenheter, poliklinikker og observasjonspost og post for utskrivningsklare pasienter
4. Det skal være høy kvalitet på læringsarenaer og e-læring
5. Det skal utvikles kompetanse i tverrfaglig samarbeid i spesialisthelsetjenesten og i samhandling med primærhelsetjenesten
6. Undervisning og veiledning skal være en integrert del av arbeidsoppgavene for ansatte
7. Styrke kompetanse og fremme livslang læring
8. Være engasjert i nasjonalt og internasjonalt samarbeid innen undervisning og kompetansebygging
9. Avklare samarbeid og ansvarsfordeling mellom klinikker og stabssentrene

Kjennskap til og bruk av strategien

I dette kapittelet presenterer vi målgruppens kjennskap til og bruk av gjeldende strategi som styrende dokument for utdanningsvirksomheten i UNN.

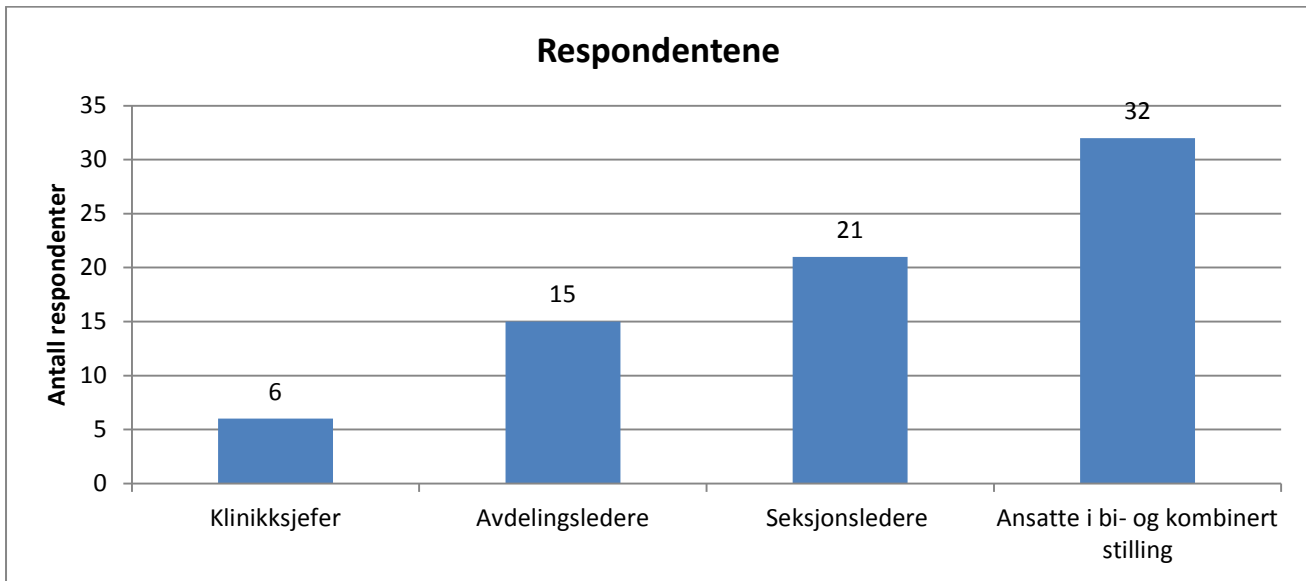
Arbeidsgruppen gjennomførte en spørreundersøkelse via Questback i november 2014 der ledere på klinikk-, avdelings- og seksjonsnivå og ansatte i bi- og kombinerte stillinger ble bedt om å gi tilbakemelding på spørsmål om kjennskap og bruk av strategi for undervisning og læring 2009-2014, samt om anbefalte tiltak for å oppnå hovedmålene i strategien er innført. 69 av 240 mulige respondenter svarte på spørreundersøkelsen. Siden antall respondenter er så lavt, kan resultatene fra undersøkelsen i begrenset grad legges til grunn for en statusbeskrivelse av utdanningsvirksomheten i UNN som helhet, men svarene gir oss trolig indikasjon på strategiens plass i UNN som organisasjon.

6 av 10 kliniksjefer svarte på spørreundersøkelsen, som ble sendt ut til de klinikker som har studenter, lærlinger og elever i praksis². For øvrig svarte 15 av 31 avdelingsledere, og 21 av 67 seksjonsledere på undersøkelsen. Når det gjelder ansatte i bi- og kombinert stilling, så svarte 32 av til sammen 145 ansatte på spørreundersøkelsen.

Diagrammet nedenfor viser hvor mange ledere på klinikk- avdeling og seksjonsnivå og ansatte i kombinert stilling, heretter kalt respondenter, som har svart på undersøkelsen³.

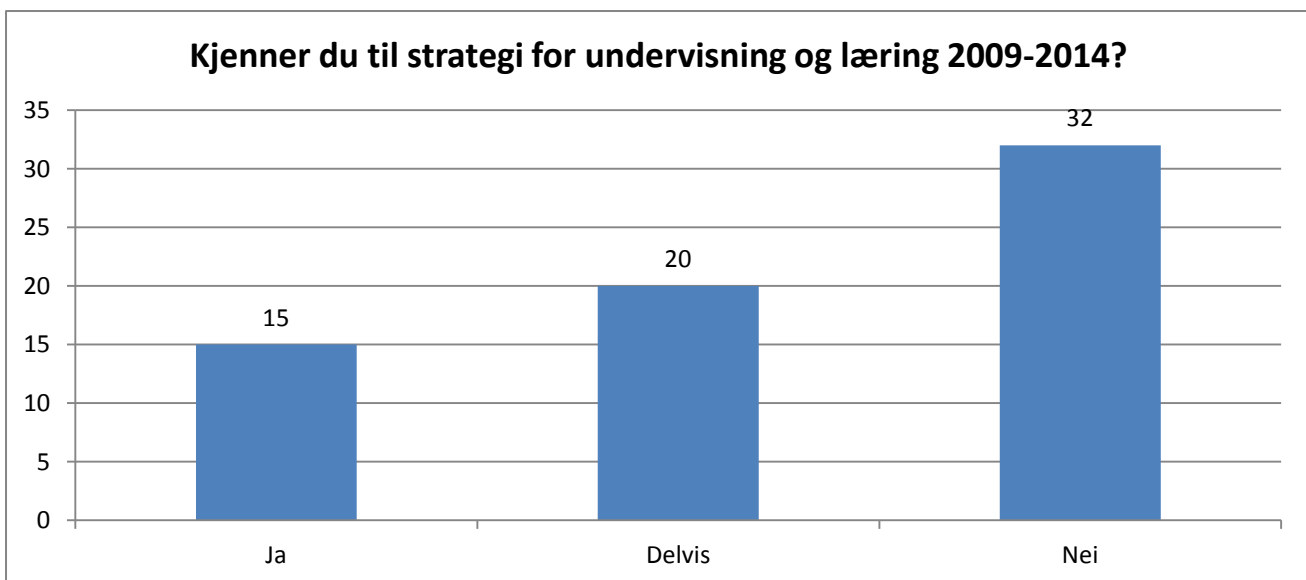
² Akuttmedisinsk klinikk, Barne- og ungdomsklinikken, Diagnostisk klinikk, Hjerter- og lungeklinikken, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Medisinsk klinikk, tidligere Nevro- og ortopediklinikken (nå NOOR-klinikken), Operasjon- og intensivklinikken, Psykisk helse- og rusklinikken, tidligere Rehabiliteringsklinikken (nå NOOR-klinikken),

³ 7 ledere innehar også kombinert- eller bistilling, og har følgelig krysset av for begge svarene.



Kjennskap til strategiens del 1: Visjon, hovedmål og tiltak

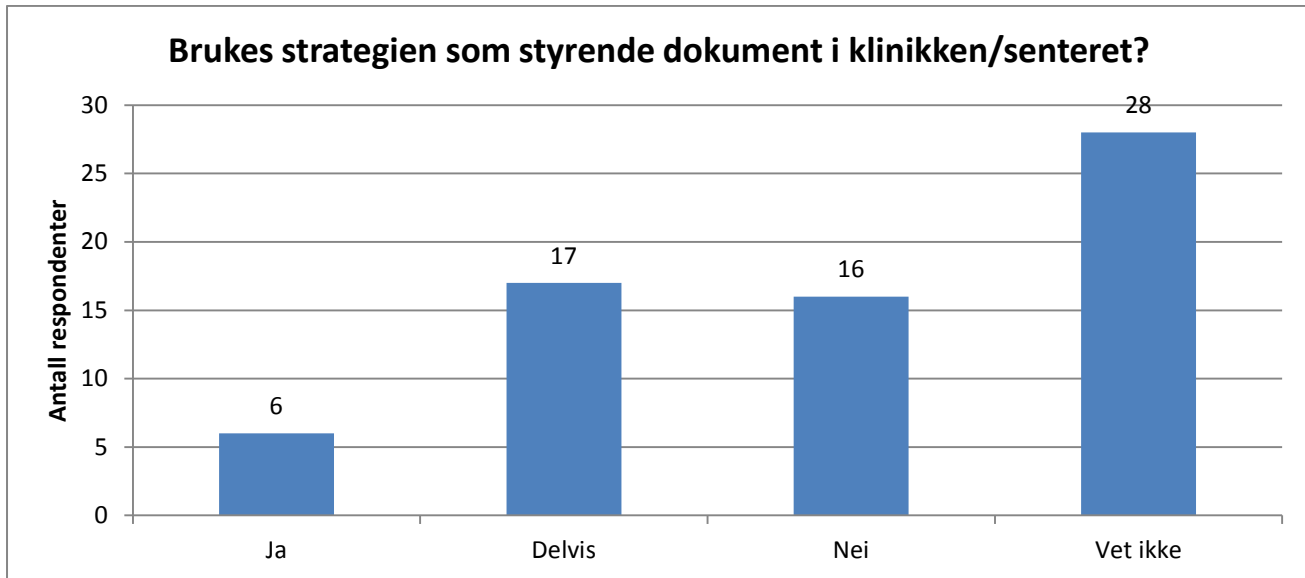
Tilbakemeldingene på spørreundersøkelsen viser at 15 kjenner til strategien, 20 at de delvis kjenner til denne, mens 32 ikke kjenner til strategien. En av respondentene sa det slik: «*Denne typen foretaksovergripende strategidokumenter oppleves lite relevante for kjernevirksomheten. De lever sitt liv i stab, styre og foretaksledelse mens den faglige virksomheten inkludert undervisning går i helt andre fora*».



Flere sitater fra UNNs ledere og ansatte i bi- og kombinerte stillinger om gjeldende strategi som styrende dokument viser at den har vært lite kjent i UNNs klinikker, avdelinger og seksjoner. En av respondentene bemerket følgende om Strategi for undervisning og læring 2009-2014: «*Veldig ukjent for meg før denne spørreundersøkelsen*»

Bruk av strategien i arbeid med undervisning og opplæring i klinikkene

I spørreundersøkelsen svarer 6 av UNNs ledere og ansatte i bi- og kombinerte stillinger at gjeldende strategi brukes i klinikkens arbeid med undervisning og opplæring. Henholdsvis 16, 17 og 28 svarer at de ikke bruker den, delvis bruker den eller ikke vet om den brukes.



Flere respondenter fokuserte på formen til gjeldende strategi, og en av respondentene sa det slik:

«Lag det kort og konsist slik at det blir lett å anvende! Dette var et alt for stort og omfattende dokument å forholde seg til».

Andre respondenter fokuserte på utfordringene med å ta i bruk strategien i praksis:

«Synes det er vanskelig å konkretisere denne strategien opp i mot hverdagen på en liten avdeling. Vi tar opp kompetanseutvikling i medarbeidersamtaler og ved henvendelser, men har ikke forholdt oss til strategien»

Flere respondenter påpekte hvordan de opplever å kunne anvende strategien som et verktøy i en travel klinisk hverdag:

«Det finnes så mange dokumenter man bør lese gjennom at det kan bli en fulltidsjobb i seg selv å holde seg oppdatert, hvor henter vi den tiden for å gjøre den jobben?»

«Dessverre er den kliniske hverdag blitt så travel at alle tilgjengelige ressurser/personell brukes på pasientrettet behandling... Tid og ressurser som kreves til undervisning og forskning må i all hovedsak gjøres på fritid/kveldstid. Derfor vil slike strategidokumenter forbli fagre ord og vendinger inntil vi får dedikerte undervisningsstillinger i klinikken. Nå har mange av oss 10-20 % bistilling, men når man i utgangspunktet jobber 150 % eller mer i klinikken, så forblir mulighetene til å prioritere undervisning og læring negativt påvirket av det. Men, vi jobber aktivt med å integrere undervisning og læring i vår travle hverdag.. »

Selv om kun 6 respondenter oppgir at de bruker strategien i praksis, er det flere som oppgir konkrete områder hvor de ser nytteverdien av strategien. En av respondentene sier det slik: «Selv om en ikke drar frem og referer til den, så er deler av innholdet noe som trekkes fram i drøftelser rundt organisasjonens virke som universitetssykehus».

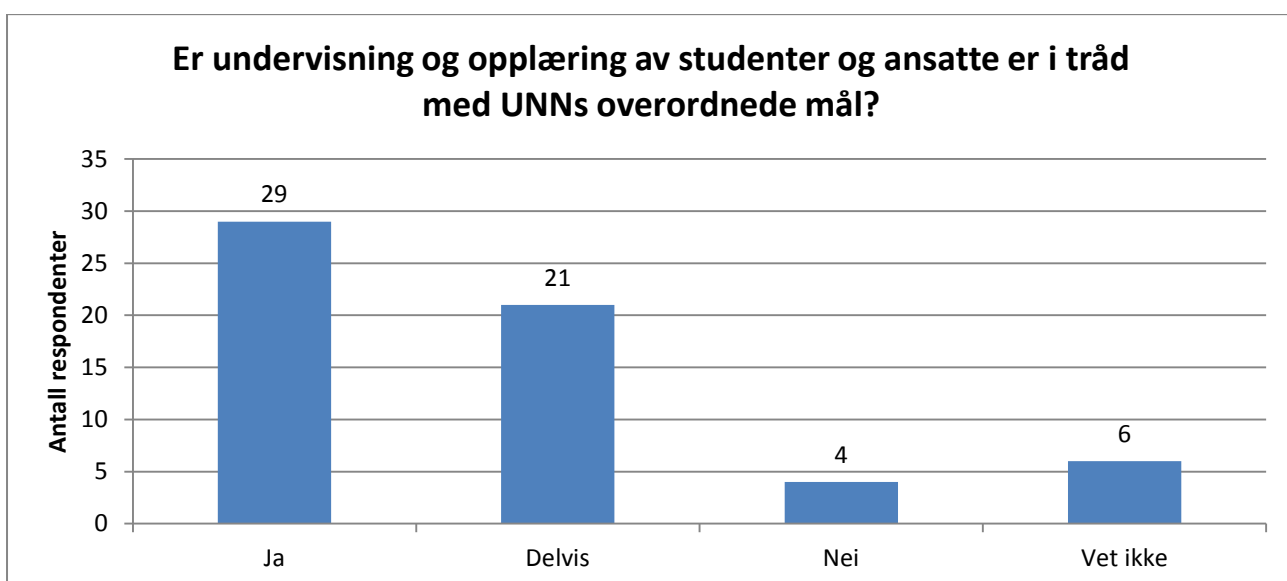
Bruk av strategien i arbeidet med Dialogavtalen og mot satsningsområde utdanning

Respondentenes svar viser at gjeldende strategi i liten grad er anvendt i klinikk, avdeling eller seksjon sitt arbeid med Dialogavtalen. Kun 5 av 67 respondenter svarer ja på dette spørsmålet, 15 svarer delvis mens de resterende respondentene 47 svare nei eller vet ikke.

Presentasjon og vurdering av status for de 9 strategiske hovedmålene

I denne delen gjør vi rede for funn om og vurdering av i hvilken grad de strategiske hovedmål for undervisning og læring i UNN er oppnådd. Det gis en beskrivelse av en rekke tiltak som er dokumentert gjennomført i strategiperioden, og hva vi ser som gjenstår. Det er ingen uttømmende liste, men en beskrivelse av sentrale tiltak som er utprøvd og satt i system evt. vurdert til ikke å settes i system. Vi baserer oss her på spørreundersøkelsen, skriftlige dokumentasjoner, samt gjennomgang og tilbakemeldinger fra arbeidsgruppens representanter og undervisningsansvarlige i klinikkene.

UNNs overordnede mål er at «all undervisning og veiledning er kunnskapsbasert. Undervisningen gis med moderne pedagogiske metoder og er forankret i verdigrunnlaget til helseforetaket». På spørsmål om klinikkens undervisning og opplæring av studenter og ansatte er i tråd med UNNs overordnede mål, svarte 29 respondenter i spørreundersøkelsen ja, 21 svarte at det var delvis samsvar, fire svarte nei mens de resterende 6 ikke viste.



På spørsmål om det er en klar sammenheng mellom UNNs 9 strategiske hovedmål for læring og undervisning og klinikkens mål, svarer 9 respondenter at de er enig, 10 at de er delvis enig, mens 43 svarer at de hverken er enig eller uenig.

Hovedmål 1: God kvalitet på veiledning og undervisning

De fire tiltakene som strategien anbefaler å innføre for å oppfylle det første strategiske hovedmålet er følgende;

1. undervisningen skal være kunnskapsbasert
2. utvikling av program i relasjonell-kommunikativ ferdighetstrening på alle nivå i organisasjonen
3. styrke undervisningskompetansen og kvalifisere veiledere
4. gjennomføre systematiske evalueringer i samarbeid med utdanningsinstitusjoner

Tiltak som er gjennomført for å nå hovedmål 1

På spørsmål om tiltakene for å oppfylle strategiens første hovedmål er innført svarte 6 respondenter ja, mens 23 respondenter svarte at tiltakene er delvis innført. Videre svarte 6 at tiltakene ikke er innført, mens 25 respondenter ikke vet om tiltakene for å oppfylle hovedmål 1 er innført.

Læringsmiljøundersøkelsen

Klinisk utdanningsavdeling startet å evaluere læringsmiljøet ved UNN i 2011, som et ledd i å kvalitetssikre studentenes praksis gjennom systematiske evalueringer av læringsmiljøet. Studentene kan gi tilbakemelding på hvordan de opplevde det kliniske læringsmiljøet i sin praksisperiode ved å svare på læringsmiljøundersøkelsen, som bygger på CLES+T⁴, et internasjonalt anerkjent spørreskjema⁵ utviklet for å evaluere læringsmiljøer for utdanning av sykepleiere. Studentene bes om å rangere utsagn om læringsmiljø innen sju hovedområder⁶, gjennom en femtrinnskala fra helt enig til helt uenig.

Spørreundersøkelsen ble lansert første gang for skoleåret 2011-2012, som pilot, til sykepleierstudenter som var i praksis ved UNN Tromsø. Våren 2013 ble undersøkelsen utvidet til å omfatte sykepleierstudenter i praksis ved UNN Harstad og UNN Narvik. Høsten 2013 ble undersøkelsen utvidet på nytt til å omfatte alle studentgrupper som har praksis ved UNN. Tilbakemeldingene studentene gir er i all hovedsak at de opplever læringsmiljøet ved UNN som godt.

⁴ CLES+T er en forkortelse for *Clinical learning environment and supervision plus nurse teacher*.

⁵ Skjemaet ble utviklet av professor Mikko Saarikoski, og omtalt i artiklene *The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale* av Mikko Saarikoski, Hannu Isoaho, Tony Warne og Helena Leino-Kilpi i *International Journal of Nursing Studies* 2007, og *Development and Testing of the Norwegian Version of the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLES+T) Evaluation Scale* av Nils Henriksen, Hans Kjetil Normann og Mari Skaalvik i *International Journal of Nursing Studies*, 2012.

⁶ De sju hovedområdene er pedagogisk atmosfære; ledelsesstil; behandling og oppfølging på avdelingen; veilederrelasjonen; universitetslærers evne til å integrere teori og praksis; Samarbeid mellom praksisstedet og universitetslærer; og forholdet mellom student, veileder og universitetslærer.

Evaluering av praktisk klinisk undervisning av medisinstudenter i UNN

Institutt for klinisk medisin ved Det helsevitenskapelige fakultet (UiT) gjennomførte i perioden 2011-2014 en rekke evalueringer av medisinstudentenes praktiske kliniske undervisning i UNN. Medisinstudentene har gitt varierende tilbakemeldinger på den praktisk kliniske undervisningen (PKU) i UNN i perioden fra 2011 til 2014⁷. Tilbakemeldingene varierer fra at studentene er svært fornøyde til svært misfornøyde, avhengig av kurs og lærer. Studentene opplever manglende undervisningsrom og lærerkrefter som utfordrende, og har uttrykt behov for mer informasjon om PKU i forkant av undervisningen. I evalueringen av praktisk klinisk undervisning i psykiatri og rusmiddelavhengighet i perioden 31. mars 2014 til 23. mai 2014 ga studentene tilbakemelding om at pasientene i større grad burde informeres om at det ville være studenter til stede ved behandlingen.

UiTs evaluering av 2009-kullets medisinstudenters praksis i UNN Harstad, UNN Narvik og UNN Tromsø i skoleåret 2013-2014

Medisinstudentene ga tilbakemelding om at de opplevde UNN Harstad og UNN Narvik som henholdsvis en god og en meget god praksisplass, mens omtrent halvparten av studentene mente at UNN Tromsø var en middels god praksisplass. Studentene som fikk PKU i Harstad og Narvik følte seg bedre mottatt enn de som fikk PKU i Tromsø. UiT spurte studentene om kvaliteten på veiledningen, læringsmålenes gjennomførbarhet og mulighetene til å fylle opp ferdighetslister og aktiv deltakelse i poliklinikk. Tilbakemeldingene fra studentene var at de opplevde assistentlegenes veiledning i UNN Tromsø og Narvik som bedre enn veiledningene fra overlegene, mens tilbakemeldingene fra studentene i UNN Narvik var at veiledningen fra assistentlegene og overlegene var like god. Veiledning fra turnusleger opplevdes som god og meget god ved de tre sykehusene. Læringsmålene gjennomførbarhet var gode i Harstad og Narvik, men middels i Tromsø. Studentene opplevde mulighetene til å fylle opp ferdighetslistene i Harstad og Narvik som henholdsvis gode og svært gode, og utfordrende i Tromsø. Muligheten til å delta aktivt i poliklinikk var gode i Harstad, men middels i Tromsø og Narvik.

Evaluering av ordningen med leger i spesialisering (LIS-ordningen) i psykiatrien

Leger i spesialisering (LIS) i psykiatri gjennomfører regelmessig halvårsevalueringer med sine veiledere. I regi av Fagutviklingsenhet rus og psykiatri har det vært arbeidet med kompetanseevaluering av kliniske ferdigheter ved bruk av ACE (assessment of clinical expertise) og 360 graders evaluering. Dette trengs det å jobbes mer systematisk med videre.

⁷ Dette er basert på evalueringer gjort i regi av UiT Norges arktiske universitet i perioden 2011-2014; *Evaluering av MED-300 delemne 10 Gastro/intestinaltractus* fra 14.6.2011, *Evaluering av delemne 6, MED-200 Hud* fra 29.9.2011, *Evaluering av internasjonalt semester 2011* fra 13.12.2011, *delemnerapport i kurs nyre-urinveier våren 2013* fra 14.6.2013, *Evaluering MED-300 delemne 13 Nyre/urinveier* fra 26.6.2013, *Evaluering av MED-2520 Internasjonalt semester 2013* fra 2.4.2014 og *Evalueringsrapport delemne 18- psykiatri og rusmiddelavhengighet* fra 26.8.2014.

Evaluering av tverrprofesjonell samarbeidslæring innen psykisk helse og rus

Fagutviklerne i Psykisk helse- og rusklinikken tilbyr 2 ½-timers veiledning pr. uke i en viss periode hvert semester. Alle studenter er invitert til å delta. Det tilbys veiledning rundt praksisnære problemstillinger, og er ikke pensumrelatert til den enkeltes studium. Fagutviklergruppen er tverrfaglig sammensatt, alle har minimum bachelor og master/videreutdanning (VUD). Det er ansatt en fagutvikler pr. sengepost. Klinikken gjennomfører jevnlig questback-evalueringer på disse tverrfaglige veiledningene. Studentene gir jevnt over positive tilbakemeldinger, og gir uttrykk for at veiledningene rundt kliniske problemstillinger er mer ønskelig enn undervisning omkring ulike tema. Aktive pasienter og pårørende trekkes inn i undervisning og læringsarenaer der det er aktuelt.

Kombinerte stillinger for bedre koordinering og kvalitet på praksisutdanningen i UNN

I 2011 etablerte UNN og UiT i samarbeid en ordning med kombinerte stillinger for de helsefaglige profesjonsutdanninger og for profesjonsutdanningen i psykologi⁸. Formålet med ordningen er å knytte sammen ansatte i de to virksomhetene for å fremme praksisnær undervisning, fortrinnsvis til bruk på nye samarbeidsformer og på nye samarbeidsarenaer. UiT og UNN evaluerte i samarbeid ordningen i 2014, og presenterte funnene i en egen rapport; *Evaluering av ordningen med kombinerte stillinger for helsefaglige utdanninger ved UNN og UiT*. Funnene fra evalueringen er at samarbeidet som følger av de kombinerte stillingene har bidratt til å styrke praksisnær undervisning, slik at teori i større grad enn tidligere forklares gjennom oppdaterte eksempler fra en klinisk hverdag. Stillingene benyttes både i nye og etablerte samarbeidsarenaer.

Praksisveiledningsseminar

Etter flere år uten tilbud om utdanning eller kurs i praksisveiledning etablerte UiT v/Helsefak et tilbud om praksisveiledningsseminar om grunnleggende veiledning i løpet av 2013. Våren 2014 ble det ansatt rådgiver med ansvar for å få på plass utdanningstilbud innen praksisveiledning i Enhet for Helsefaglig pedagogisk utvikling (HelPed). Stillingen er finansiert av midler fra Felles utdanningsutvalg (FUU) mellom UNN og UiT Helsefak. Høsten 2014 ble praksisveiledningsseminaret utvidet med kurs i praktisk veiledning (trinn 2) og erfaringsseminar (trinn 3). UiT helsefak har gjennomført evalueringer av disse seminarene, og tilbakemeldingene fra de 200 UNN-ansatte som har deltatt er gode. UiT helsefak har i samarbeid med UNN og Tromsø kommune utviklet og pilotert e-læringsprogram i veilederopplæringer, flere ansatte i UNN har gjennomført pilot og bidratt til forbedring av kurset før det settes i ordinær produksjon og drift i 2015.

⁸ Ordningen ble vedtatt av Felles ledermøte mellom UNN og UiT v/Helsefak den 1.11.2011, og omfatter grunnutdanningene i henholdsvis sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, radiografi og bioingeniørfag, profesjonsstudiet i psykologi og videreutdanning i spesialsykepleie; anesthesi-, barne-, intensiv-, kreft- og operasjonssykepleie, og videreutdanning til jordmor.

Praksisveiledning innen psykisk helse og rus

Fagutviklerne som gir studentveiledningen i Psykisk helse- og rusklinikken er selv tverrprofesjonelt sammensatt og går i egen veiledning i regi av fagutviklingsenheten rus og psykiatri. Fokuset er på hvordan veiledning gis, med praksisnære eksempler fra studentgruppene. Dette er eksempel på systematisk kompetanseheving innenfor veiledning. Alle leger i spesialisering får en times klinisk veiledning fra spesialist. Det er et nært samarbeid med UiT og UNN rundt sykepleierstudentene fra Tromsø mens de er i praksis. Formålet er å kombinere praksis og teori for å gi best mulig læring. Dette startet ut som et prosjekt, men nå er satt i fast system.

Satsing på veiledningskompetanse i arbeidet med å utdanne fysioterapistudenter i UNN

Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken har prioritert å kurse sine ansatte i veiledning, noe som har ført til at en større andel av de ansatte fysioterapeutene har vært gjennom del I, II og III av praksisveilederseminarene. Dette, sammen med tettere oppfølging av studenter og veiledere i praksisperiodene fra ansatte i kombinerte stillinger (etablert i 2012) i form med møter før og underveis i praksis, individuelle samtaler med studenter og veiledere, samt utvikling av støttemateriale for veiledere og studenter – har ført til at klinikken nå er i en positiv utvikling med henblikk på kvalitet i veiledning. Veilederne uttaler seg positivt. Studenter gir en samlet tilbakemelding; «*Vi blir godt mottatt, det er god struktur i veiledningen, vi blir tett fulgt opp og det er en klar plan for praksisperioden som blir fulgt opp gjennom hele perioden*» (sitat studenter i praksis). Klinikken har fysioterapeuter med høy kompetanse (PhD, mastergrad, videreutdanning) som benyttes som forelesere inn mot utdanningen når dette etterspørres.

Tett samarbeid med UiT i arbeidet med å utdanne radiografer i UNN

Kvaliteten vektlegges i veiledning og undervisning, røntgenavdelingens høyteknologiske utstyr brukes til læringsarena gjennom hele studieåret. Røntgenavdelingen legger vekt på god oppfølging og tett dialog med utdanningen og studentene. Studentene får veiledning av erfarne radiografer. Røntgenavdelingen har opprettet funksjonen student/veileder-koordinatorer, som tilrettelegg praksisene med de aktuelle praksismålene sammen med en veileder i turnus. Veilederne deltar på praksisveilederseminar årlig. Ansatte i kombinert stilling og lektor fra UiT er til stede i avdelingen 20 % av hver uke, noe som bidrar til felles forståelse mellom utdanningens planer og mål og den daglige pasientdriften i UNN.

Tett samarbeid med UiT i arbeidet med å utdanne psykologer i UNN

Dialogen med UiT v/Helsefak og Institutt for psykologi (IPS) er i strategiperioden blitt både god og inkluderende. UNN deltok i arbeidet med revidering av studieplanen i 2014.

Veiledere for psykologistudenter i klinisk praksis skal fortrinnsvis være psykologspesialist. Veilederne har i mange år vært overlatt til seg selv og egen dialog med IPS. I 2014 ble det tatt grep for å tydeliggjøre veiledningsoppgaven, avklare viktige spørsmål og skape et fellesskap for de i UNN som innehar denne

oppgaven. Det har vært arrangert felles dag for hovedpraksisveilederne i regi av UNN i september 2014, og en todagers samling i regi av UiT i november 2014. Veilederne har gitt positive tilbakemeldinger på opplegg og omfang. I 2014 er det etablert flere møtearenaer hvor veilederne får direkte kontakt med studiesteder og andre som har psykologistudenter på samme praksisnivå (4. året).

Klinikere med bred kompetanse underviser psykologistudenter. Høsten 2014 fikk IPS etter oppfordring en kontaktliste på gode og aktuelle forelesere fra UNN med spesialkompetanse. Seksjonsleder på Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) i Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn – den største psykologarbeidsplassen i Tromsø – har også uttrykt seg positiv til at ansatte underviser på psykologistudiet.

Kurs i kunnskapsbasert undervisning

Klinisk utdanningsavdeling utviklet og holdt kurset Kunnskapsbasert praksis, med 13 dagssamlinger, høsten 2012 og våren 2013. Tilbakemeldingene fra deltakerne var gode, men kurset ble vurdert til å være for omfattende og de ansatte hadde vanskelig for å få fri til å gjennomføre kurset i en travel klinisk hverdag. Kurset ble dermed ikke videreført. UNN-ansatte har i dag tilbud om et 30-studiepoengs tverrfaglig nettkurs, som Universitetet i Nordland holder. Flere UNN ansatte har tatt, og tar dette kurset, som gir deltakerne fleksible studiemuligheter.

Utdanningsprisen

For å synliggjøre og anerkjenne arbeidet med utdanning i UNN ble Utdanningsprisen etablert i 2011. Vinneren får 25.000.

Tiltak som gjenstår for å gjennomføre for å nå hovedmål 1

Fremtidige behov for økt kompetanse på veiledning

Felles utdanningsutvalg (FUU) opprettet i mai 2014 en arbeidsgruppe for systematisk utvikling og samarbeid rundt praksisveilederopplæringen i UNN, og på sikt i kommunal sektor. Arbeidsgruppen har i den forbindelse kartlagt veiledningskompetansen i UNN og skissert opplæringsmoduler i forhold til kompetansebehovet. Arbeidsgruppen har laget en rapport⁹ hvor de foreslår at de etablerte kursene videreføres og videreutvikles. Det anbefales videre at det utvikles kompetanseprogram for gruppeveiledere lokalt. På sikt, og i et nært samarbeid mellom utdanning og praksis, foreslås utvikling av studieprogram og studieemner i veiledning som gir deltakerne studiepoeng.

Bruk av læringsmiljøundersøkelsen må avtales med klinikkene

Læringsmiljøundersøkelsen som omfatter alle studentgruppene har lav svarprosent. Klinisk utdanningsavdeling vil fra og med vår 2015 sørge for at læringsmiljøundersøkelsen integreres i de årlige avtalene om studentpraksis med klinikkene. Dette vil trolig bidra til å forankre undersøkelsen bedre i

⁹ *Kompetanse i praksisveiledning Et samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge og Universitetet i Tromsø Norges Arktiske Universitet* av Siri Skommessvik, UiT, 15. januar 2015

klinikkene slik at de tar et større ansvar for at studentene svarer på læringsmiljøundersøkelsen, som er UNNs eneste klinikkovergripende evaluering av hvordan alle studentgruppene opplever læringsmiljøet i UNN. Økt svarprosent vil gi klinikkene bedre muligheter for å bruke resultater og tilbakemeldinger fra studenter aktivt i forbedringsarbeid for å bidra til kvalitetsheving av praksisarenaer. Utvikling og bekjentgjøring av beredskapspakke¹⁰ for undervisning/oppfølging i.h.t. enkeltområdene i evalueringsstudien for de klinikker, og evt. avdelinger, som måtte ønsker det.

Arbeidsgruppens vurdering av måloppnåelse for hovedmål 1

Hovedmål 1: God kvalitet på veiledning og praksis

Tiltak	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke påbegynt
Undervisningen skal være kunnskapsbasert		X	
Utvikling av program i relasjonell – kommunikativ ferdighetstrening på alle nivå i organisasjonen			X
Styrke undervisningskompetansen og kvalifisere veiledere	X		
Gjennomføre systematiske evalueringer i samarbeid med utdannings- institusjoner	X		

Det bemerkes at de oppnådde tiltakene – styrke undervisningskompetansen og kvalifisere veiledere og gjennomføre systematiske evalueringer i samarbeid med utdanningsinstitusjoner – er oppgaver som aldri kan ferdigstilles. Det vil fortsatt være behov for å gjennomføre systematiske evalueringer i tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene, og det er en kontinuerlig oppgave å styrke undervisningskompetansen hos nåværende og etter hvert nye ansatte.

Hovedmål 2: Praksis, turnustjeneste og spesialistutdanningene er godt organisert i henhold til målsetning for utdanningen

De fem tiltakene som strategien anbefaler å innføre for å oppfylle det andre strategiske hovedmålet er følgende;

1. tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene
2. etablere god og løpende oversikt over ulike grupper i utdanningsløp

¹⁰ Beredskapspakke: kurs i tilknytning til CLES+T er utarbeidet og omhandler temaene: pedagogisk atmosfære, leders rolle og ansvar, formidling og bruk av klinikkens/avdelingens strategi og visjon, organisering og gjennomføring av veiledning, veiledningsrelasjonen og samarbeid med universitetsansatte med veiledningsansvar

3. klargjøre ansvar og oppgaver
4. ivareta studenter og turnuskandidater slik at de trives og får utbytte av praksisundervisningen
5. følge opp initiativ knyttet til dobbeltløp for leger¹¹

Tiltak som er gjennomført for å nå hovedmål 2

I spørreundersøkelsen svarer 11 respondenter ja, 23 delvis, 7 nei og 24 ikke vet om anbefalte tiltak for organisering av praksis er fulgt opp i egen enhet,

Avklaring av undervisningsansvaret

Strategi for undervisning og læring 2009-2014 del 2: *Beskrivelse av status for undervisning (2009)* gir en samlet status over undervisningsoppgaver og hvordan undervisningsansvaret skal ivaretas i sykehuset, noe UNN tidligere manglet. Undervisningsansvaret er tillagt de fleste stillinger som innehas av helsepersonell, og undervisningsstrategien gjelder alle som har undervisnings- og veilederansvar i UNN. Ledere og fagansvarlige i klinikkene har et særlig ansvar for å legge til rette for undervisning og veiledning, og sikre at undervisningsansvaret blir ivaretatt. Klinisk utdanningsavdeling i Fag- og forskningscenteret ble etablert i 2012, og tildelt det overordnede ansvaret for studenter, elever og lærlinger¹². Avdelingen holder oversikt over antall studenter og elever som har praksis i UNN, samt lærlinger som er ansatt ved UNN, og rapporterer disse virksomhetstallene jevnlig. Samarbeidsavtaler om praksisplasser er inngått med flere relevante utdanningsinstitusjoner UNN har inngått samarbeidsavtaler og samhandlingsrutiner med de fleste aktuelle utdanningsinstitusjoner, som har elever og/eller studenter i praksis, som regulerer antall praksisplasser, tidsfrister og kommunikasjonen mellom partene. Samarbeidet med utdanningsinstitusjonene er tett og godt, både på fakultets-, studieleder – og koordinatornivå. Avtalepartene har gjensidig ansvar for å ta initiativ til endringer. Det er videre etablert flere samarbeidsorgan for utdanning i strategiperioden (vedlegg 2).

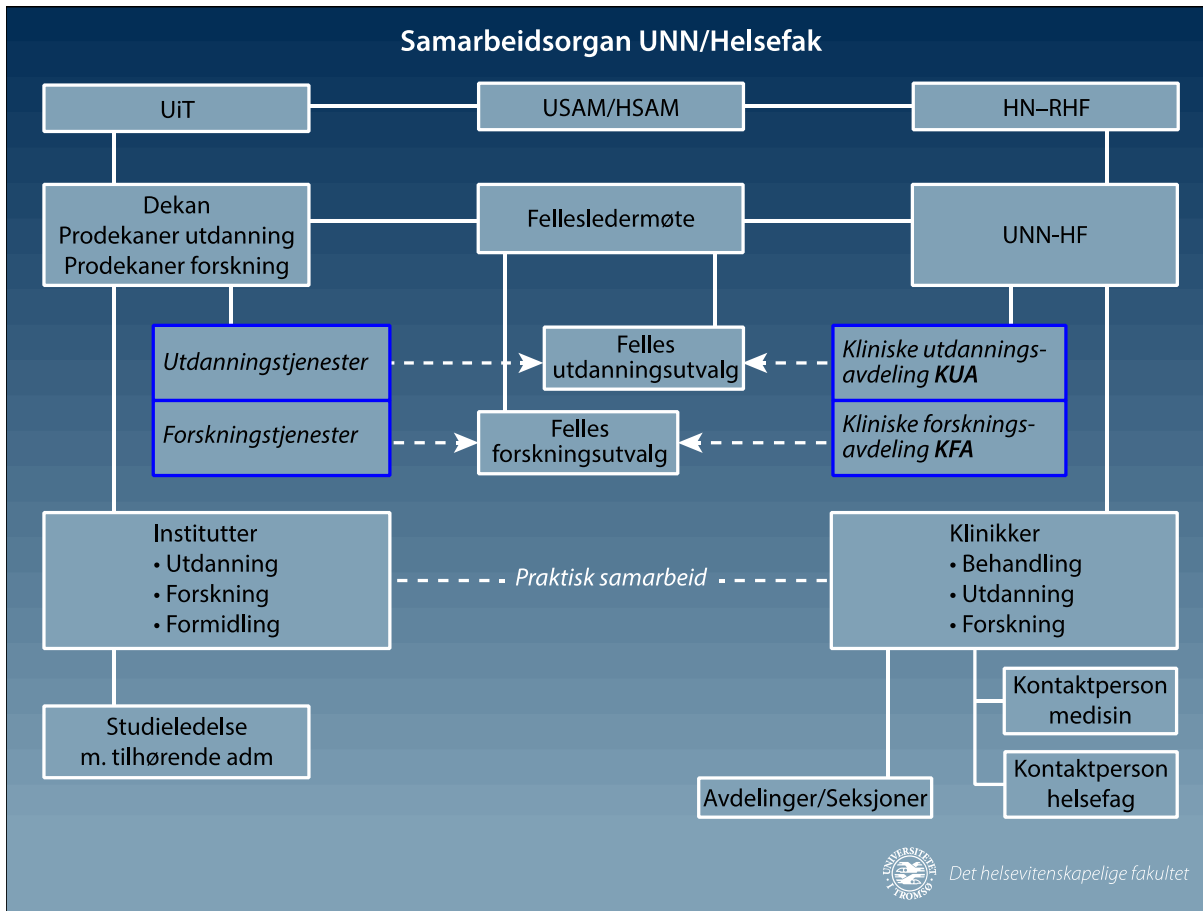
Felles ledermøte og Felles utdanningsutvalg mellom UNN og UiT v/Helsefak

UNN og UiT har etablert Felles ledermøte, som er det besluttende organ hvor de to institusjonene avklarer prosesser av strategisk betydning for utdanning og forskning av felles interesse. Felles ledermøte består av ledelsene ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Det Helsevitenskapelige Fakultetet (Helsefak) ved UiT Norges Arktiske universitet. Felles utdanningsutvalg (FUU) er et rådgivende organ for Felles ledermøte. FUU involveres i prosesser av strategisk betydning for utdannings spørsmål av felles interesse for de to institusjonene.

Modellen viser etablerte samarbeidsorgan og samarbeidslinjer mellom UNN og UiT v/Helsefak og som er etablert i strategiperioden:

¹¹ Dobbeltløp innebærer at leger ansettes i stillinger som gir spesialistkompetanse og PHD-grad.

¹² Det gjenstår avklaringer knyttet behovet for overordnet koordinering av medisinerutdanningen.



Utdanningsutvalget skal foreslå fordeling av tildelte økonomiske midler, og disponere midlene (13,5 mill.) i henhold til føringer fra Felles ledermøte. Forvaltningen av et felles budsjett fremmer et konkret og forpliktende samarbeid mellom utdanning og praksis, og er en unik ordning som av våre likesinnede regionalt og nasjonalt omtales som Tromsø-modellen. Utdanningsutvalget kan videre foreslå, evt. delta i revisjon av avtaler mellom institusjonene etter behov, og behandle saker knyttet til gjennomføring av praktisk klinisk undervisning.

Midlene fra UNN kommer fra tilskuddet til utdanning som skal kompensere for sykehusets merkostnader ved å motta studenter i den kliniske virksomheten. Sykehusledelsen har valgt å synliggjøre deler av dette gjennom samarbeidet med UiT v/Helsefak til konkrete strategiske satsninger. UiT v/Helsefak har på sin side ønsket å bidra inn i felleskassen fordi det er i begge organisasjoners interesse å fremme kvalitet og relevans i praksisutdanningen. Summen fra UiT v/Helsefak omhandler Samarbeidsmidlene, midler til Utdanningstermin og satsningen på Ferdighets- og simuleringscenteret (FOSS).

Det operative samarbeidet og samhandlingen knyttet til praksisutdanningen foregår på institutt og klinikknivå.

UNN har samarbeidsavtaler om elev- og studentpraksis med flere utdanningsinstitusjoner

Praksisplasser for elever og studenter ved UNN er regulert i avtale mellom UNN og flere utdanningsinstitusjoner, for eksempel Norges arktiske universitet, høyskolen i Harstad, Høyskolen i Narvik og Breivika videregående skole.

Fag- og forskningscenteret inngår avtaler om praksisplasser med klinikkene

Klinikkvise avtaler for antall studenter ble første gang inngått i 2011 og følges opp med minst et møte i forkant av hvert studieår. For praksis vår 2015 av er disse avtaler utvidet til å omfatte alle yrkesgrupper som har praksis i UNN, dvs. både elever og studenter i UNN. Klinisk utdanningsavdeling har gode kontakter ute i klinikkene, både gjennom bi- og kombinerte stillinger og med ledernivåene. Praksis for medisinerstudenter håndteres av egne koordinatorene i UNN, utenom FFS.

Sykehusutplasseringen 5. studieår for medisinerstudenter

Når det gjelder sykehusutplasseringen 5. studieår UNN utplasserings-sykehus når det ikke har vært nok plasser tilgjengelig ved lokalsykehusene i Nord-Norge i forhold til antallet studenter som skal utplasseres. Samlet har UNN tatt imot mellom 10 og 25 studenter hver høst.

Kombinerte stillinger innen helsefagutdanningene mellom UNN og UiT v/Helsefak

Evaluering av de kombinerte stillinger viser at ordningen har bidratt til at samarbeidet mellom UiT og UNN har blitt bedre enn tidligere. Stillingene gir blant annet bedre muligheter for de ansatte til å jobbe direkte med student- og praksisrelatert virksomhet, som undervisning, veiledning av studenter, direkte pasientarbeid sammen med studenter, koordinering av studenter, planlegging av undervisning, og møter.

Som en følge av ordningen har de ansatte ved begge institusjoner fått nye rammer og plattformer enn tidligere. I den forbindelse er det etablert nye møtearenaer mellom UiT og UNN, som erfaringsseminarer for bachelor i sykepleie og nettverkssamlinger for alle utdanningene¹³ som deltar i ordningen med de kombinerte stillingene.

Beskrivelse av praksis for sykepleierstudenter

Med bakgrunn i bl.a. rammeplanens krav for sykepleierutdanningen (2008) ble det i 2009 igangsatt et prosjekt for å tydeliggjøre hva studentene kan lære på det enkelte praksissted i UNN. Mal ble utviklet for å beskrive de særegne områder av sykepleie som studenten ville møte. Beskrivelsene er et supplement til og utdyping av utdanningens program for praksis. Til nå er det ferdigstilt 21 slike beskrivelser for 2 studieår i de somatiske klinikker. Psykisk helse- og rusklinikken har arbeidet med dette siden 2012 og har utviklet 6

¹³ Dette omfatter grunnutdanningene i henholdsvis sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, radiografi og bioingeniørfag, profesjonsstudiet i psykologi og videreutdanning i spesialiserte sykepleie; anestes-, barne-, intensiv-, kreft- og operasjonssykepleie, og jordmor.

beskrivelser. Praksisbeskrivelsene er lagt i Fronter av UiT v/Helsefak og i DocMap av UNN, og anvendes som styrings- og samhandlingsdokument for klinikk, utdanning og student.

Læringsutbyttebeskrivelser og turnustjeneste for fysioterapeuter

Læringsutbyttebeskrivelsene er målene for praksis satt fra utdanningen. Disse målene arbeides det kontinuerlig for å nå gjennom tettere oppfølging av de involverte sammen med utarbeidet støttmateriell¹⁴ som understøtter læringsutbyttebeskrivelsene. Turnustjenesten er godt organisert i samarbeid med Fylkesmannen og klinikken tilbyr veiledere til spesialistutdanningene på etterspørsel.

Den nye turnuslegeordningen

UNN etablerte en egen turnuskomitè i 2009, som arbeider målrettet for å bedre kvaliteten og innholdet i tjenesten i UNN. Bakgrunnen for etableringen var at UNN fikk dårlig evaluering som turnussted, både i den nasjonale evalueringen av turnustjenesten for leger i perioden 2005 – 2008 og i evalueringen av et UNN-basert prosjekt i regi av Helsedirektoratet - med tredelt turnustjenesten med psykiatri¹⁵. Siden 2011 har komiteen vært ledet av en klinikkjef, med klinikkjefer og avdelingsledere fra relevante klinikker som medlemmer, for å sikre at beslutninger blir gjennomført. Komiteen har i snitt 6 årlige møter, inkludert Harstad/Narvik i komiteen. FFS ved Klinisk utdanningsavdeling har sekretariatsfunksjon og oppfølging av saker for komiteen. En rekke forbedringstiltak er gjennomført, herunder 5-dagers introduksjonskurs for nye turnusleger, gruppeveiledning, koordinatorfunksjon, veiledning og fokus på faglig veiledning, kontorplass, internett og intranettsider og prosedyrer i DocMap. Det er videre utviklet rutiner og vurderingsgrunnlag for utvelgelse av kandidater til turnuslegestillingene.

I desember 2012 vedtok Helse- og omsorgsdepartementet en ny ordning for legers turnustjeneste. Denne ble iverksatt 15. februar i 2013. Den tidligere ordningen, med trekking og deretter valg av plasser, ble erstattet av en direkte søkeprosess til aktuelle helseforetak. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge er det 66 turnusplasser årlig, med inntak 1. mars og 1. september.

Dette er de viktigste punktene som ble vedtatt 1. desember 2012:

- Den nye ordningen er søknadsbasert i tråd med arbeidslivets regler.
- Gjennomført turnustjeneste er ikke lenger obligatorisk for å få autorisasjon, men første obligatoriske del av legers spesialist-utdanning.
- Turnus er fortsatt 18 måneder, med 12 måneder i sykehus og seks måneder i kommunehelsetjeneste. Læringsmål og veiledning er videreført som tidligere.
- Ledige turnusstillinger lysnes ut gjennom en felles søknadsportal på nett.
- For å sikre at alle sykehus i landet skal få nok søkere til sine stillinger, er det i den nye ordningen lagt opp til to søknadsrunder, der rekrutteringssvake områder lysnes ut først.

¹⁴ Skjema for evaluering av studentpraksis ihht læringsutbyttebeskrivelser innen fysioterapiutdanningen - 2015

¹⁵ Tredelt turnustjeneste i sykehus med psykiatri bidrar til å styrke legers evne og kompetanse til å møte og behandle mennesker med alvorlig psykisk lidelse, Inger Eikeland Gadgil og Anne Husebekk, januar 2012

Leger i spesialisering i UNN

Spesialistutdanningen for leger forvaltes i dag av Den norske legeforening. Legespesialiststrukturen er under endring. Helsedirektoratet har overtatt godkjenningen til ferdig spesialister, og hovedendringen i den forbindelse omhandlet økte kostnader for å få sin spesialistgodkjenning.

Det utdannes innen 41 av totalt 45 ulike fagfelt i UNN. Det pågående endringsarbeidet i legespesialiststrukturen har blant annet medført ny legespesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin fra 2014 av. UNN er i ferd med å sikre seg nødvendig dekning innen for dette feltet. Det er også fremmet forslag om ny legespesialitet innen mottaksmedisin. Det stilles krav til lengde og tjeneste innen det enkelte fagområdet (4-5 års tjeneste), og til et antall kurstimer (150-250). Tjenesten utøves mens kandidaten er i et ansettelsesforhold som assistentlege. UNN har 271 leger i spesialisering per 31.12.14, hvorav 30 er i psykiatrien, 11 innen barne- og ungdomspsykiatri, og 230 i somatikken. UNN har en egen stipendordning for leger i spesialisering med virkning fra 1. januar 2012 (se under tiltak som er gjennomført for å nå hovedmål 7).

Det stilles krav til institusjonen som utdanner spesialister, og spesielle krav til utdanningsinstitusjoner som skal godkjenne gruppe 1-institusjon. Kandidatene skal ha tjeneste i 18 måneder ved en gruppe 1-institusjon. Ordningen med leger i spesialisering i UNN er organisert med utdanningsutvalg, internundervisning og veiledning i de aktuelle klinikker. Leger i spesialisering (LIS) i psykiatri har oppfølging fra Fagutviklingsenhet rus og psykiatri, som organiserer utdanningsutvalg, internundervisning, psykoterapiveiledning, møter for kliniske veiledere og all rapportering av utdanningsvirksomheten. LIS i Finnmark deltar i internundervisningen via videokonferanse ukentlig. Klinikken er godkjent for hele utdanningsforløpet på 5 år.

Innenfor noen spesialiteter har det etter tilsyn i aktuelle klinikker vært påpekt manglende systemer slik at opprettholdelse av status som gruppe 1-institusjon har vært utfordret. De aktuelle klinikker har i disse tilfellene utført nødvendige forbedringer slik at status er opprettholdt.

Utredning av ny utdanningsmodell ABIKO-utdanningene

Felles utdanningsutvalg mellom UNN og det helsevitenskapelige fakultet vedtok i møte 21. februar 2013 å etablere en arbeidsgruppe som skulle utrede utdanningsmodell, praksisplasser og økonomi for ABIKO-utdanningene på masternivå. Arbeidsgruppen leverte sin rapport august 2013. De aktuelle utdanningene var anesthesi, barnesykepleie, intensiv sykepleie, kreftsykepleie og operasjonssykepleie. Alle utdanningene har rammeplan. Arbeidsgruppen har foreslått at videreutdanningene skal innpasses i mastergradsstrukturen slik at kandidatene kan avslutte studiet etter fullførte 90 studiepoeng (kreftsykepleie 60stp) som grunnlag for kompetanse som spesialsykepleier i henhold til gjeldende rammeplaner. For kandidater som ønsker å ta en mastergrad gjennomføres ytterligere 30 stp. (se konklusjon i vedlagt rapport). Det må utvikles en fleksibel studiemodell med avgrensede emner tilpasset at studentene på et nærmere angitt tidspunkt velger kompetanse som spesialsykepleier eller mastergrad.

Revisjon av studieprogram i psykologi ved UiT

De tre studieprogrammene bachelor-, master- og profesjonsstudiet i psykologi er designet for å utfylle hverandre og ta høyde for behovet for kompetanse innen psykologi i framtidens helsetjeneste (med færre senger, flere polikliniske konsultasjoner og mer standardiserte pasientforløp). Praksisutdanningen i UNN 4 studieår er regulert i egen avtale som ble revidert i 2014.

Dobbeltløp for leger og psykologer

Oppfølging av initiativ knyttet til dobbeltløp for leger og psykologer er tillagt UNNs klinikker¹⁶.

Lærlingordningen for ambulansefag

Troms fylkeskommune, Kommunenes opplæringskontor (KomOpp) og UNN¹⁷ samarbeider om lærlingordningen for ambulanselæringer. Ambulansetjenesten i UNN har 28 ambulanselæringer årlig – 14 førsteårslæringer, og 14 andreårslæringer. Disse er utstasjonert fra Nordreisa kommune i Nord til Harstad kommune i sør, og er størst innen opplæring i ambulansefaget i Helse Nord. Lærlingene får mye praktisk trening i løpet av lærlingetiden, og hospiterer i lokalhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og samarbeidende etater. UNN og opplæringskontoret gjennomfører halvårlige evalueringer. Lærlingene i ambulansen er svært godt fornøyd med opplegget de har i læretiden. Alle læringer tar fagprøven. UNN ambulanse vant NM i ambulansefag i 2014.

Fagskoletilbud til helsesekretærer og kontorfaglig personell

Det har lenge vært behov for videreutdanningstilbud til helsesekretærer og kontorfaglig personell. I 2014 ble det opprettet et samarbeid med Troms fylke om 15 studieplasser ved eCademy. eCademy tilbyr nettbasert fagskoleutdanning som helseadministrasjonssekretær og helsekoordinator. Avtalen videreføres i 2015.

Tiltak som gjenstår å gjennomføre for å nå hovedmål 2

Overordnet koordinerende funksjon for medisinerutdanningen

Et uavklart spørsmål er om ikke UNN trenger en person som kan koordinere undervisningen av medisinstudenter i UNN (PKU, tjeneste på poliklinikk/operasjonsstuer, journalskriving, utplassering i 5. studieår (her har IKM koordinatorene allerede, igjen personer i bistilling med de forbehold som er angitt over).

¹⁶ Dobbeltløp innebærer at leger eller psykologer ansettes i stillinger som gir spesialistkompetanse og PHD-grad.

¹⁷ Ambulanseavdelingen i Akuttmedisinsk klinikk.

UNN bør inngå en overordnet samarbeidsavtale med UiT Norges arktiske universitet

UNN samarbeider både med Det Helsevitenskapelige Fakultetet og Finnmarksfakultetet, men UNNs samarbeidsavtale er i dag kun med Det Helsevitenskapelige Fakultetet. UNN bør derfor inngå en samarbeidsavtale på institusjonsnivå, dvs. med UiT, og ikke direkte med de ulike fakultetene. En samarbeidsavtale på institusjonsnivå vil omfatte alle fakultetene ved UiT som UNN samarbeider med, inkludert Finnmarksfakultetet, som ikke er omfattet av dagens samarbeidsavtale. Dette behovet vil øke i løpet av de nærmeste årene fordi også Høgskolen i Harstad og Høgskolen i Narvik høyst sannsynlig vil fusjoneres med UiT helsefak.

Ny legespesialiststruktur

I forbindelse med ny legespesialiststruktur og implementering av fast ansettelse av leger i spesialisering, skal Spekter helse, i samarbeid med helseforetakene, utarbeide maler for nasjonal arbeidsavtale for stillingen som lege i spesialisering/legespesialist og samarbeidsavtaler mellom helseforetakene. Arbeidsgruppen skal videre vurdere behovet for og omfanget av «ledige» stillinger for midlertidig tjenestegjøring for leger fra andre helseforetak og øvrige utdanningsinstitusjoner. Fortrinnsvis gjelder dette dimensjoneringen av stillinger ved gruppe-1-sykehusene. I den forbindelse skal alle helseforetak foreta en kartlegging av sine behov for utdanning av legespesialister, både på kort og lang sikt.

Nytt studieprogram psykologistudenter

I nytt studieprogram legges det opp til mye ferdighetstrening (for eksempel innen traumebehandling). Det er lagt opp til evaluering av praksis underveis, og det er i vurdering om hvilken plass UNN sin egen undersøkelser av læringsmiljøet skal ha. Planen fokuserer på tverrprofesjonelt samarbeid og læring gjennom hele utdanningsløpet. Det gjenstår å få avklart spørsmål som gjelder alle tre program – ønsket om samordning av undervisning mellom profesjonsutdanningen, BA/MA programmene og hvordan dette vil påvirke behovet for praksis ved UNN HF?

ABIKO-utdanningene skal innpasses i masterstrukturen

Med bakgrunn i rapporten fra den tidligere arbeidsgruppen skal en ny arbeidsgruppe utforme studieplan for videreutdanningene innen anesthesi-, barne- intensiv-, kreft- og operasjonssykepleie (ABIKO) på masternivå, som ivaretar rammeplanenes krav til kompetanse som spesialsykepleier. Arbeidsgruppen skal vurdere et fellesemne for master i sykepleie og distriktssykepleie og ABIKO-utdanningene i metode, vitenskapsteori og grunnlagstenkning, og vurdere retningslinjer for masteroppgave med utgangspunkt i gjeldende retningslinjer for master i sykepleie. Synergi med master i sykepleie og distriktssykepleie skal synliggjøres. Arbeidet skal slutføres slik at plan kan legges frem for fakultetsstyret i desember 2015 og med opptak høsten 2016.

Arbeidsgruppens vurdering av måloppnåelse for hovedmål 2

Hovedmål 2: Praksis, turnustjeneste og spesialistutdanningene er godt organisert i henhold til målsetning for utdanningen

Tiltak	Gjennomført	Delvis gjennomført	Ikke påbegynt
Tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene	X		
Etablere god og løpende oversikt over ulike grupper i utdanningsløp	X		
Klargjøre ansvar og oppgaver		X	
Ivareta studenter og turnuskandidater slik at de trives og får utbytte av praksisundervisningen		X	
Følge opp initiativ knyttet til dobbeltløp for leger	X		

Evalueringer og konkrete tilbakemeldinger til arbeidsgruppen gir indikasjoner på at det er behov for å gjennomføre ytterligere forbedringer for å ivareta medisinerstudenter og turnusleger i UNN Tromsø. Etablering av en overordnet koordinerende funksjon og klargjøring av ansvar og oppgaver er stikkord som arbeidsgruppen ønsker å fremme i denne sammenheng.

Hovedmål 3: Nye praksisplasser i dagenheter, poliklinikker og observasjonsposten

De tre tiltakene som strategien anbefaler å innføre for å oppfylle det tredje strategiske hovedmålet er følgende;

1. utrede nye praksisarenaer
2. prøve ut ulike modeller for organisering av praksis på disse arenaene
3. ta i bruk nye praksisarenaer

Tiltak som er gjennomført for å nå hovedmål 3

8 respondenter svarer ja, mens 16 svarer delvis på spørsmål om nye praksisarenaer er tatt i bruk på egen enhet. 22 respondenter sier nei, mens 18 svarer at de ikke vet.

Kombinerte stillinger med ansvar for å koordinere og fordele praksisplasser

Da ordningen med de kombinerte stillingene ble vedtatt av Felles ledermøte mellom UNN og UiT v/Helsefak i 2011, var et av formålene for fem av de kombinerte stillingene ved bachelor i sykepleie i UNN å sikre bedre koordinering av praksis innad i klinikkene. I ettertid har kombinerte stillinger ved andre utdanninger, bl.a. profesjonsstudiet i psykologi, også fått ansvar for å koordinere praksis innad i UNNs klinikker. Ordningen har med dette skapt rammer og plassert ansvar hos noen ansatte i kombinerte stillinger for å koordinere og fordele praksisplasser i UNN.

Strategiske satsninger i regi av Felles utdanningsutvalg mellom UNN og UiT i 2014-15

I budsjett 2015 ble det satt av og utlyst midler for planlegging og utprøving av nye og/eller tverrprofesjonelle læringsarenaer. Søknadsfrist var november 2014. Utvalget mottok 13 søknader og 8 av disse ble innvilget hel eller delvis finansiering i FUU møte 5. desember¹⁸. Søkerne rapporterer ved årets slutt på anvendelsen av midlene.

Fra og med 2011 har det utlyst midler til utdanningstermin. Ordningen har trolig vært lite kjent og det har vært utfordrende å få gode søknader. Utarbeidelsen av konkrete kriterier i 2014 og satsning på bekjentgjøring av ordningen gjorde at FUU mottok 7 gode søknader for utdanningstermin i 2015-16, og 4 av disse søknadene ble innvilget

Nye praksisarenaer

Tradisjonelt har sengeposter i sykehuset vært brukt som praksisarena, men nå har studenter, lærlinger og elever også praksis ved dialysen, daghospital, dagavdeling, akuttmottak og kirurgisk oppvåkning. I tillegg er dagkirurger og poliklinikker i utprøving som aktuelle læringsarenaer.

Nye læringsarenaer for sykepleiestudenter på UNN

I 2009 ble det gjennomført et prosjekt for utprøving av nye praksisplasser ved dagenheter i UNN Breivika. Fire dagenheter ble valgt: Intervensjonsklinikken, dagenheten i Medisinsk klinikk, utredningsposter i Hjerte-lungeklinikken og hudpoliklinikken i Nevro-ortopediklinikken. Prosjektet ble evaluert og presentert i egen sluttrapport¹⁹.

Forsøksordning med studentdrevne team i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken

Avdeling for urologi, endokrin og brystkirurgi (GURO) ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken gjennomførte en forsøksordning med studentdrevne praksisteam av en ukes varighet for sykepleiestudenter våren 2013 og i 2014. Tilbakemeldingene fra studentene var positive, deriblant følgende utsagn: «*Fikk virkelig kjenne på å være sykepleier – følte nesten jeg var sykepleier!*». Initiativtakerne til forsøksordningen presenterte erfaringene og tilbakemeldingene på nettverkssamlingen for ansatte i kombinerte stillinger den 16. september 2014.

Pilot høsten 2014 med farmasistudenter i tverrprofesjonell klinisk praksis

Høsten 2014 hadde 24 farmasistudenter på masternivå klinisk praksis ved UNN i sju uker, to dager i uka. Praksisen var en pilot der formålet var å gi farmasistudentene klinisk praksis i et tverrprofesjonelt miljø, sammen med andre profesjoner. Studentene fikk tett oppfølging, og ble veiledet av sykepleiere og leger. Institutt for farmasi ved Det helsevitenskapelige fakultet (UiT) og UNN skal evaluere praksisen i løpet av våren 2015, og vurdere hvordan framtidig klinisk praksis for farmasistudenter skal organiseres.

¹⁸ Innvilgede søknader: "Journalskolen" – fremtidsrettet læringsarena for interaktiv og tverrprofesjonell læring i bruk av nye pasientjournaler, "Forbedringstiltak for preparatsamlingen ved Anatomisk avdeling, UiT", "Tverrfaglig ambulant studentteam - Spesifisering av aspekter ved deltakelse til 6. års medisinerstudenter",

"INTER-SIM" pilot vår 2015, gjennomføring av fasilitatorkurs", "Samarbeid mellom bachelorstudenter i praksis, akutt og kritisk syke – SYP 2020 og medisinsk embetsstudiet 6 år"

¹⁹ «Nye læringsarenaer for sykepleiestudenter», Odd Edvardsen og Torill Agnete Larsen, 2012

iBedrift for fysioterapistuderter

Det er etablert nye praksisplasser i perioden med studenter i iBedrift (poliklinisk). Det foreligger konkrete planer for å etablere nye praksisplasser i henhold til endringer i kompetansebehov og ved evt. opprettelse av nye tilbud.

Ny praksisarena for medisinerstudentene

De tre siste årene har Helsefak-studentene ved UiT, Norges arktiske universitet, hatt kommunikasjonen som en fast del av utdanningen. Og den praktiske treningen får de med hjelp fra UNN-pasienter, i første rekke polikliniske dagpasienter som ringes opp i forkant av oppsatt time. De som sier ja til å delta får gratis konsultasjon, og stiller da opp til samtaler med medisinstudentene samtidig. Samtalene mellom studentene og pasientene filmes og blir evaluert i basisgrupper på seks-åtte studenter, samt lærere, i etterkant. I møte med pasientene er målet å lære seg å lytte, fortelle og fremstå tydelig gjennom å stille åpne spørsmål. Pasientene bidrar gjennom dette til å utdanne best mulig leger for fremtiden. Tredjeårsstudentene opplever tilbudet som svært nyttig i sin utdanning.

Nye praksisarenaer for psykologistuderter

Det er etablert et nytt behandlingstilbud, forebyggende enhet (familie, rus) som fra starten av har inkludert psykologistudent og slik sett er en ny praksisarena. Dette har vært i dialog med IPS. Fra 2015 av er det innvilget midler fra Felles utdanningsutvalg mellom UNN og UiT til planlegging og utprøving av tverrfaglig/student-praksisarena for lege/sykepleie/psykolog tilknyttet ambulans rehabiliteringsarbeid og hvor praksis blir i tverrfaglig team.

Ordning for lærlinger innen helsefagarbeiderfaget

Psykisk helse- og rusklinikken har i flere år hatt helsefagarbeiderlærlinger innenfor rusfeltet og alderspsykiatri. UNNs ledermøte vedtok i møte den 1.7.2014 å ansette lærlinger i helsefagarbeiderfaget i UNNs somatiske klinikker, og etablere praksisarena ved UNN i faget *Prosjekt til fordypning*. Høsten 2014 ansatte UNN en helsefagarbeiderlærling ved Medisinsk klinikk. I løpet av november og desember 2014 var en lærling fra Harstad kommune på "utveksling" i UNN Harstad i to måneder. Utvekslingen var resultatet av et samarbeid med UNN og opplæringskontoret KomOpp. UNN har satt av midler for å finansiere seks helsefaglærlinger høsten 2015.

Organisering av tverrprofesjonell samarbeidslæring innen psykisk helse og rus

Tidligere Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk har i mange år hatt tverrfaglig veiledning for alle studenter i praksis, bortsett fra leger og psykologer. Denne klinisk nære veiledningen gis av fagutviklerne – det er ansatt en fagutvikler på hver sengepost – på tvers av fagfeltene rus og psykiatri og veiledernes yrkesbakgrunn. Etter sammenslåingen med tidligere Allmennpsykiatrisk klinikk gjelder dette nå for alle studenter på Åsgård. Veiledningen er 2 ½ time hver onsdag i en periode på 8-9 uker, tre ganger i kalenderåret. Periodene da veiledningen foregår er da det er flest studenter utplassert. Klinikken tar imot studenter fra universitet, høyskole og fagskole innenfor ulike studieretninger; sykepleie, ergoterapi, sosionom, vernepleier, helsefagarbeidere, politi, videreutdanning i psykisk helse og master i helsefag.

Tiltak som gjenstår å gjennomføre for å nå hovedmål 3

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS)

På bakgrunn av tildelinger i regi av Felles utdanningsutvalg vil det utkrystallisere seg fremtidige satsningsområder. TPS-aktivitet underplanlegging i UNN:

Tverrprofesjonell simuleringstrening i akutsituasjoner

Pilot gjennomføres i februar 2015 for siste-semesterstudenter innen medisin (n=12), sykepleie (n=12) og radiografi (n=6). Studentene deltar i tverrprofesjonelle grupper i simulerte akutsituasjoner med fordeling av oppgaver som hos ordinært helsepersonell. Læringsopplegget er lagt til Ferdighets- og simuleringssenteret (FOSS) på UNN over to dager med tre grupper hver dag. Målet er å høste erfaringer med simulering som et tverrprofesjonelt utdanningselement. Erfaringene skal brukes for å vurdere implementering som en fast del av studieprogrammene.

Legemiddelhåndtering

Piloten involverer 4 student-par (farmasi og sykepleie) på to avdelinger i UNN. Hvert par skal samarbeide om hver sin pasient som følges pasienten gjennom sykehusoppholdet. Målet med prosjektet er at sykepleier- og farmasistudenter får økt forståelse for hverandres kompetanse og utvikler evne til tverrprofesjonelt samarbeid. Dersom man finner at måten å arbeide på gir økt læring planlegges videreføring høsten 2015 med innlemming av alle studenter som har praksis samtidig, inklusive legestudenter.

Alderspsykiatri/pasientforløp

«Utvikling av fremtidsrettede læringsarenaer innen alderspsykiatri» er et pilotprosjekt som planlegges vår 2015 og gjennomføres høst 2015. Nye arenaer for samarbeidslæring i to ulike pasientforløp vil bli utprøvd: 1) poliklinisk pasient som har mottatt behandling i poliklinikken på Åsgård/UNN og påfølgende hjemmebesøk, 2) innlagt pasient som følges frem til utskrivelse og en tid etter utskrivelse. To grupper med tre studenter i hver gruppe [ergoterapi- (siste studieår), fysioterapi- (siste studieår) og legestudenter (5.år)] jobber med en pasient i hvert sitt forløp. Målet er å utrede læringsarenaen som prosjektdatabase for studentoppgaver og innhente kunnskap om tverrfaglig studentveiledning. Prosjektet har fått tilsagn om ekstern finansiering via samarbeidsmidler.

Planlegging av studentdrevet poster i UNN i samarbeid med UiT v/Helsefak

Studentdreven post i sykehus utgjør praksisarena for flere studentgrupper samtidig og har vist seg å være gode læringsarenaer for TPS for studenter under kvalifisert veiledning. I samarbeid med UiT v/Helsefak foreligger det en plan for etablering av en studentbemannet sykehusavdeling i UNN.

UNN som praksisarena for elever i Prosjekt til fordypning

Det er ønskelig å etablere dette som et tilbud til elever på videregående trinn 2 – helsearbeiderfaget. Dersom det er mottakeravdeling som til å ta i mot elever vil det være mulig å ha to elever i praksis allerede nå. Dette er ikke avklart på nåværende tidspunkt.

Arbeidsgruppens vurdering av måloppnåelse for hovedmål 3

Hovedmål 3: Nye praksisplasser i dagenheter, poliklinikker og observasjonsposten

Tiltak	Gjennomført	Delvis gjennomført	Ikke påbegynt
Utrede nye praksisarenaer		X	
Prøve ut ulike modeller for organisering av praksis på disse arenaene		X	
Ta i bruk nye praksisarenaer		X	

Hovedmål 4: Høy kvalitet på læringsarenaer og e-læring

De fem tiltakene som strategien anbefaler å innføre for å oppfylle det fjerde strategiske hovedmålet er følgende;

1. kvalitetssikre læringsarenaer
2. videreutvikle ferdighetsentrene
3. ta i bruk e-læring
4. sikre tilgang på undervisningsrom
5. simulere kliniske situasjoner med bruk av skuespillere som pasienter i rollespill

Tiltak som er gjennomført for å nå hovedmål 4

9 respondenter svarer ja og 23 svarer delvis på spørsmål om anbefalte tiltak for å øke kvaliteten på læringsarenaer og e-læring er tatt i bruk på egen enhet. 8 svarer nei, mens 24 respondenter ikke vet om tiltak er innført.

Prosjekt «Kvalitet i praksisstudier»

Prosjektet *Kvalitet i praksisstudier* er ett av flere prosjekter som skal følge opp Samspillmeldingen (*Meld st nr 13 (2012-2013) Utdanning for velferd. Samspill i praksis*). Målet er å gjennomføre et nasjonalt utviklingsarbeid som kan bidra til å heve kvaliteten og sikre relevansen i praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. Prosjektet skal omfatte både bachelor- og masternivået for de aktuelle utdanningene, innen både universitet og høgskole, totalt 19 ulike utdanninger. UNN bidrar i dette prosjektet gjennom deltakelse både i selve prosjektgruppen og fagspesifikke arbeidsgrupper. Et spennende utviklingsarbeid som skal bidra til at helse- og sosialfagutdanningene kan møte tjenestenes framtidige kompetansebehov. Prosjektet handler om kvalitetsarbeid på og mellom to læringsarenaer.

Prosjektoppdraget er tredelt. For det første skal man vurdere behovet for å endre omfang og innhold i praksisstudiene for hver utdanning. For det andre skal man utarbeide forslag til kriterier og indikatorer for god praksis, og for det tredje skal man utrede behovet for godkjenningsordninger. Man skal også se på

hvordan forventninger om mer bruk av tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) underveis i studiene og særlig i praksisfeltet kan bli en integrert del av kvalitetstenkningen og synliggjort i kriterier og indikatorer. Kunnskapsdepartementet (KD) skal ha sluttrapport høsten 2015.

Kvalitetssikring av læringsarenaer

Seksjon for fysioterapi på UNN og Fysioterapeututdanningen har jevnlig samarbeidsmøter for planlegging av felles prosjekter og kompetanseheving. Et eksempel: Hjerterehabilitering er et samarbeidsprosjekt i samarbeid mellom UNN og fysioterapeututdanningen som tar sikte på å øke kompetansen både for studenter og ansatte ved UNN og UiT. Dette videreføres nå som et ledd i å utvikle rehabiliteringstilbudet for pasientgruppen på UNN.

I utdanning av radiografer bruker avdelingen høyteknologiske utstyr i sin daglige undervisning og veiledning av studentene. Studentene har et eget kontor med PC disponibel til egne studier, samtaler og veiledninger.

Ferdighets- og simuleringssenteret (FOSS) som læringsarena

Ferdighets- og simuleringssenteret (FOSS) ble etablert høsten 2012. Nå i 2015 er senteret bemannet med daglig leder i 100 % stilling, driftskonsulent i 50 % stilling og fasilitator/ instruktør i 20 % stilling. I tillegg til studentvakter ettermiddag og kveld. 40 % fasilitator/ instruktør er i utlysning.

Klinikker/avdelinger i UNN står for 50 % av aktiviteten ved FOSS. Konkret handler bruken om ulike ferdighets- og simuleringstreninger:

- HLR, DHLR, AHLR
- simuleringstrening i akuttsituasjoner
- sertifisering av instruktører
- fagdager
- turnuslegekurs
- lån av diverse ferdighetsutstyr til avdelingene

E-læring

Et forslag til felles e-læringsstrategi for perioden 2012 til 2017 ble utarbeidet av representanter fra Helse Nord²⁰ under ledelse av Ernst & Young i 2012. E-læringsstrategien ble ikke vedtatt, og fungerer i praksis som et uformelt styringsdokument for det regionale e-læringsnettverket. Helse Nord RHF har vedtatt at Docebo – i Helse Nord kalt Campus – skal være felles plattform for e-læring i Helse Nord's helseforetak. UNN innførte Campus i løpet av høsten 2013, og gradvis implementert Campus i UNN. Parallelt utfases de interne kursene i Helsekompetanse.

Ledermøtet i UNN HF vedtok følgende organisering av e-læring den 17. juni 2013: Direktørens ledergruppe har det overordnede ansvaret for e-læring i UNN, mens Fag og forskningssenteret (FFS) har

²⁰ De ni representantene i arbeidsgruppa kom fra UNN, Nordlandssykehuset, Helsekompetanse i NST, Helse Finnmark, Helgelandssykehuset, Helse Nord RHF.

koordineringsansvaret²¹. FFS har i den forbindelse etablert et e-læringsteam, som har møter ved behov. E-læringskoordinator i FFS leder UNNs e-læringsnettverk, der klinikkene og sentrene er representert, og fungerer som bindeledd mellom e-læringsnettverket og e-læringsteamet. E-læringskoordinator representerer UNN i Helse Nord's regionale e-læringsnettverk.

Ny bibliotekavtale

Høsten 2013 ble det arbeidet frem en ny avtale som regulerer bibliotek tjenestene innen medisin og helsefag som Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT) ved Universitetsbiblioteket (UB) yter til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Hovedprinsippet er at alle ansatte ved UNN omfattes av avtalen, og alle brukergrupper ved UNN har de samme rettigheter og plikter til de tjenester som dekkes av denne avtalen, som det universitetstilknyttede brukere har. Viktigste endring er at for de midler som UNN stiller til rådighet for bibliotek tjenestene i avtaleperioden dekkes:

- Anskaffelse og abonnement på litteratur og elektroniske ressurser innen medisin og helsefag
- Bibliotek tjenester og sørvis (spesifisert i vedlegg).

Tilgang og kvalitet på undervisningsrom

I regi av Felles utdanningsutvalg ble det i 2012 og 2013 igangsatt et arbeid for å vurdere bruk, kvalitet og behov for utstyr i UiT v/Helsefak sine undervisningsrom i UNN. I den forbindelse ble det avsatt budsjett for utstyrskjøp. Gjennomgangen ble utført og noe utstyr er innkjøpt.

Tiltak som gjenstår å gjennomføre for å nå hovedmål 4

Bruk av undervisningsrommene i UNN

Det er enda behov for ny gjennomgang av bruk, kvalitet og behov for utstyr i UiT v/Helsefak sine undervisningsrom i UNN. Noen av undervisningsrommene er tatt av klinikkene til møterom eller annen klinisk drift og det er behov for å avklare nærmere hvordan rommene kan brukes mest mulig hensiktsmessig i undervisningssammenheng.

Simulere kliniske situasjoner med bruk av skuespillere som pasienter i rollespill

Det er ikke arbeidet å få i gang et system knyttet til anbefalte tiltak om å bruke skuespillere som pasienter for å simulere kliniske situasjoner. Det vil være ønskelig å kunne bruke brukere og pårørende mer aktivt i undervisningen. Det vil også være ønskelig og interessant å bruke simulerte, profesjonelle pasienter eller

²¹ Intern organisering av e-læring i UNN (2012).

skuespillere både i undervisning, men ikke minst til eksamen, for eksempel planlagte stasjonseksamener som en del av ny studieplan på medisin.

Videreutvikling av Ferdighets- og simuleringssenteret (FOSS) som læringsarena

Muntlige signaler fra klinikkene i UNN gjør at det forventes vekst i bruken av ferdighetstrening. Klinisk utdanningsavdeling forventer også at de avdelinger fra akuttmiljøet som har testet simulering som treningsmetode vil etablere faste simuleringsopplegg. Dette er store avdelinger med inntil 120 ansatte. Et felles anliggende for UNN og UiT v/Helsefak er at ny spesialistutdanning vil vektlegge simulering i stor grad

UiT v/Helsefak har satt av nye arealer til ferdighetstrening i MH-U9 og arbeider med detaljert innhold. UNN må kartlegge fremtidige behov for økt kapasitet i ferdighetstrening og simulering og avstemme dette med egne planlagte fasiliteter for denne type aktivitet. Prosessen må ses i sammenheng med utarbeidelse av klinikkvise strategiske utviklingsplaner og byggeplanene ved UNN. Brukerrådet for FOSS anbefaler at UNN og UiT i fellesskap drifter ferdighetstrening og simulering, også i fremtiden.

Samkjøre arbeidet med e-læring

Klinisk utdanningsavdeling i Fag- og forskningssenteret har ansvar for e-læring som gis til UNN-ansatte, studenter, lærlinger, elever og vikarer. Helsekompetanse i Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) har ansvar for e-læring som gis til pasienter og pårørende, og i forbindelse med samhandlingsreformen. Denne arbeidsdelingen innebærer at UNN har to e-læringsplattformer; Campus (Docebo), som brukes internt i hele Helse Nord, og Helsekompetanse (Drupal), som brukes i forbindelse med samhandlingsreformen og ovenfor pasienter og pårørende. Det bør vurderes felles organisering og samkjøring av e-læringsaktivitet i UNN.

Arbeidsgruppens vurdering av måloppnåelse for hovedmål 4

Hovedmål 4: Høy kvalitet på læringsarenaer og e-læring

Tiltak	Gjennomført	Delvis gjennomført	Ikke påbegynt
Kvalitetssikre læringsarenaer			
Videreutvikle ferdighetssentrene	X		
Ta i bruk e-læring	X		
Sikre tilgang på undervisningsrom	X		
Simulere kliniske situasjoner med bruk av skuespillere som pasienter i rollespill			X

Arbeidsgruppen avventer det nasjonale arbeidet med kvalitetsindikatorer innen helsefagene. Det tas derfor ikke stilling til om læringsarenaene i UNN er kvalitetssikret.

Hovedmål 5: Utvikle kompetanse i tverrfaglig teamarbeid i spesialisthelsetjenesten og i samhandling med primærhelsetjenesten

De fem tiltakene som strategien anbefaler å innføre for å oppfylle det femte strategiske hovedmålet er følgende;

1. skaffe oversikt og utvikle kontaktnettverk mellom kurs- og veiledningsansvarlig for ulike studentgrupper
2. lag felles opplegg for studentsamarbeidet i UNN
3. gjøre kjent konkrete føringer for tverrfaglig samarbeid i Samhandlingsreformen for ansatte og studenter
4. gjøre kjent, og drøfte problemstillinger knyttet til forholdet mellom oppgaver og ressurser
5. bruk etablerte samarbeidsarenaer for diskusjoner av felles problemstillinger knyttet til undervisning (Overordnet samarbeidsorgan)

Tiltak som er gjennomført for å nå hovedmål 5

11 respondenter svarer ja, og 23 delvis på spørsmål om anbefalte tiltak for å øke kompetansen er tatt i bruk i egen enhet. 8 svarer nei, mens 24 ikke vet om anbefalte tiltak er tatt i bruk.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring

Ved tettere kontakt mellom utdanning og praksis legges det til rette for ulike samhandlingsprosjekter. Det er blant annet etablert kontakt mellom fysioterapi og sykepleie hvor studenter skal samarbeide i praksisfeltet. «Tverrfaglig smerteundervisning» er et prosjekt som involverer ulike profesjoner og studenter i praksisfeltet. Dette prosjektet er nå gjennomført (pilot) med et seminar med bred tilslutning fra utdanningene og praksisfeltet. Piloten med to tverrprofesjonelle grupper (fysio, spl, med, farmasi) er gjennomført. Slike prosjekter gir ringvirkninger i praksis som det bygges videre på i ulike deler av klinikken.

Fra ergoterapiutdanningen fremmes det at studenter i praksis i klinikken blir en del av et tverrfaglig team eksempelvis sykepleie, fysioterapeut, lege, sosionom. Det er kun et fåtall av praksisarenaene har begrenset tverrfaglighet.

Samhandlingsavdelingen i UNN

Samhandlingsavdelingen i UNN ble etablert i 2008, og slått sammen med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) i 2009. Samhandlingsavdelingen betrakter Strategi for undervisning og læring som et viktig dokument inn mot de oppgaver som avdelingen har. Hovedfokus for samhandlingsavdelingen har i en lengre periode vært på implementering av tjenesteavtalene i UNN HF. Sekretariatsfunksjonen i Overordnet samarbeidsorgan (OSO) er lagt til samhandlingsavdelingen. OSO er en strategisk viktig arena for drøfting av felles problemstillinger blant annet knyttet til undervisning. Undervisning, veiledning og gjensidig kompetanseoverføring er temaer som det arbeides jevnlig og kontinuerlig med OSO. Samhandlingsutvalg i UNN ledes av Samhandlingsavdelingen. Samhandlingsutvalget skal komme fram med et forslag ifht tydeliggjøring og praktisering av veiledningsansvaret overfor primærhelsetjenesten.

Tiltak som gjenstår å gjennomføre for å nå hovedmål 5

Felles opplegg for studentsamarbeidet

Overordnet introduksjonskurs for studenter i UNN er ikke satt i system. I dag skjer introduksjonen av UNN ute i de enkelte klinikker.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring

I det stadig mer integrerte samarbeidet med UiT v/Helsefak planlegges og piloteres ulike tverrprofesjonelle læringsarenaer i UNN, jf. hovedmål 3.

Kombinerte stillinger innen helsefagutdanningene mellom UNN og UiT v/helsefak

Evalueringen av de kombinerte stillingene viser at stillingene i liten grad har vært brukt til tverrfaglig samarbeid. Stillingene er knyttet til studieprogram, og det er ikke lagt føringer for tverrfaglig praksissamarbeid. Tema for felles nettverkssamling i 2015 for de kombinerte stillingene er imidlertid tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS). Flere ansatte i kombinert stilling ga i forbindelse med evalueringen tilbakemelding om at de ser tverrfaglig samarbeid som mulig fremover.

Gjensidig veiledning / kompetanseoverføring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Det er et behov for et økt fokus på gjensidig kompetanseoverføring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kompetanseoverføring handler like mye om «kulturforståelse» som konkret utførelse av behandling.

Utdanning i helsepedagogikk

UNN ønsker å etablere et studium i helsepedagogikk. Bakgrunnen er at det krever kompetanse og forståelse for hvordan kunnskap kan og bør formidles til pasienter, brukere og deres nære pårørende for å kunne planlegge og gjennomføre ulike opplæringstilbud i samarbeid med brukerne. Universitetet i Nordland (UiN) har etablert et nett- og samlingsbasert studietilbud på 30 studiepoeng, hvor hensikten er å gi økt kompetanse i helsepedagogisk arbeid. UNN har spurt UiN om de kan gjennomføre studiet med to parallelle kull, og som kan ha fysiske samlinger både i Bodø og Tromsø. UiN har av kapasitetshensyn ikke hatt mulighet til å tilby dette ennå.

Arbeidsgruppens vurdering av måloppnåelse for hovedmål 5

Hovedmål 5: Utvikle kompetanse i tverrfaglig teamarbeid i spesialisthelsetjenesten og i samhandling med primærhelsetjenesten

Tiltak	Gjennomført	Delvis gjennomført	Ikke påbegynt
Skaffe oversikt og utvikle kontaktnettverk mellom kurs- og veiledningsansvarlig for ulike studentgrupper		X	
Lag felles opplegg for studentsamarbeidet i UNN		X	
Gjøre kjent konkrete føringer for tverrfaglig samarbeid i Samhandlingsreformen for ansatte og studenter		X	
Gjøre kjent, og drøfte problemstillinger knyttet til forholdet mellom oppgaver og ressurser	X		
Ta i bruk etablerte samarbeidsarenaer for diskusjoner av felles problemstillinger knyttet til undervisning (Overordnet samarbeidsorgan)	X		

Tiltaket *Gjøre kjent konkrete føringer for tverrfaglig samarbeid i Samhandlingsreformen for ansatte og studenter* er gjennomført for ansatte i UNN, men ikke for studenter.

Hovedmål 6: Undervisning og veiledning skal være en integrert del av arbeidsoppgavene for ansatte

De åtte tiltakene som strategien anbefaler å innføre for å oppfylle det sjette strategiske hovedmålet er følgende;

1. fremme en kultur der det er prestisje knyttet til undervisning
2. legge vekt på undervisningskompetanse ved tilsettinger
3. tydeliggjøre undervisnings- og veiledningsansvar i stillingsbeskrivelser og stillingsannonser
4. FFS har ansvar for å lage klinikkviser oversikter over studenter og behov for praksis
5. gjennomføre undervisning ønsket av eksterne aktører
6. arrangere regelmessige fagdager for ansatte som veileder/undervisning – med læring som tema
7. synliggjøre behovet for ressurser knyttet til undervisning i klinikk/avdeling
8. tydeliggjøre veiledningsansvaret ovenfor primærhelsetjenesten i utlysningstekster og stillingsbeskrivelser

Tiltak som er gjennomført for å nå hovedmål 6

27 respondenter svarte ja og 21 delvis på spørsmål om anbefalte tiltak for å integrere undervisning og veiledning som del av ansattes arbeidsoppgaver var innført i egen enhet. 4 svarte nei, mens 14 ikke viste om tiltakene var innført.

UNN har synliggjort de ansattes undervisningsplikt i personalhåndboka

Det fremgår av personalhåndboka at ansatte i UNN har plikt til å delta i praktisk klinisk undervisning (PKL)²² av alle typer studenter og lærlinger. De ansatte gir PKL i arbeidstiden uten ekstra lønn. Eventuell nødvendig overtid som følger av PKL håndteres på samme måte som annen overtid.

UNN har standardformuleringer om undervisningsplikt i stillingsutlysningene

Stillingsutlysningene for helsepersonell i UNN inneholder standardiserte tekster om at stillingene har undervisningsplikt. Disse standardtekstene er imidlertid hentet fra dataprogrammet WebCruiter, som benyttes til å lage og distribuere stillingsutlysningene.

Kurs i rekruttering for ledere

HR tilbyr kurs i rekruttering for ledere, et tilbud som ble etablert i 2015. Kursene behandler de ulike fasene i rekrutteringsprosessen, og har til hensikt å bevisstgjøre lederne til å rekruttere nødvendig kompetanse, for eksempel undervisnings og veiledningskompetanse.

Prosjektet Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

HR-sentret gir støtte til ledere i forbindelse med innføring av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP), gjennom prosjektet Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging. I den forbindelsen er utdanning og undervisning definert som en aktivitet som det må planlegges for, samt settes av ressurser til.

System for praksisstudiene

Klinisk utdanningsavdeling har utarbeidet system for å lage klinikkviser oversikter over studenter og behov for praksis. Dette må sees i sammenheng med innførte tiltak under hovedmål 2.

Tiltak som gjenstår å gjennomføre for å nå hovedmål 6

Tid og ressurser til undervisnings- og veiledningsoppgaver

I evalueringen fremkommer det at ansatte i bi- og kombinerte stillinger påpeker at det ikke settes av tid og ressurser til undervisnings- og veiledningsoppgaver. Disse legger til rette for internundervisning med undervisning og veiledning som tema, men de opplever at ansatte ikke får frigjort tid til dette. I spørreundersøkelsen fremkom tilbakemeldinger om «tidsklemma» og konsekvenser for undervisnings- og veiledningsoppgavene. I arbeidsgruppen for praksisveiledning fremkom det forslag om at det bør legges vekt

²² Med praktisk klinisk undervisning menes i hovedsak deltakelse på post (morgenmøte, previsitt/visitt, postarbeid, klinikkarbeid, dokumentasjon), deltagelse på poliklinikk, følge vakthavende personell, lære undersøkelsesrutiner og -metodikk, prosedyrer, kasuistikkundervisning og demonstrasjoner av praktiske prosedyrer.

på undervisnings- og veiledningskompetanse ved tilsetninger og gis en form for kompensasjon, enten i form av lønn eller fagdager.

Arbeidsgruppens vurdering av måloppnåelse for hovedmål 6

Hovedmål 6: Undervisning og veiledning skal være en integrert del av arbeidsoppgavene for ansatte

Tiltak	Gjennomført	Delvis gjennomført	Ikke påbegynt
Fremme en kultur der det er prestisje knyttet til undervisning		X	
Legge vekt på undervisningskompetanse ved tilsetninger		X	
Tydliggjøre undervisnings- og veiledningsansvar i stillingsbeskrivelser og stillingsannonser		X	
FFS har ansvar for å lage klinikkviser oversikter over studenter og behov for praksis	X		
Gjennomføre undervisning ønsket av eksterne aktører		X	
Arrangere regelmessige fagdager for ansatte som veileder/undervisning – med læring som tema	X		
Synliggjøre behovet for ressurser knyttet til undervisning i klinikk/avdeling		X	
Tydliggjøre veiledningsansvaret ovenfor primærhelsetjenesten i utlysningstekster og stillingsbeskrivelser	X		

Å fremme en kultur der det er prestisje knyttet til undervisning er en konsekvens av de anbefalte tiltak i strategien, og som arbeidsgruppen mener det arbeides kontinuerlig med i UNN. Det gjenstår imidlertid å arbeide med en rekke tiltak utover de som er nevnt i strategien for å øke status og prioritering av utdanning på lik linje med eksempelvis forskning.

Hovedmål 7: Styrke kompetanse og fremme livslang læring

De tre tiltakene som strategien anbefaler å innføre for å oppfylle det sjuende strategiske hovedmålet er følgende;

1. gjøre regelmessige kompetansekartlegginger

2. utvikle sykehusinterne kompetanseprogram
3. vurdere rettigheter knyttet til utdanningspermisjon og utdanningsstipend

Tiltak som er gjennomført for å nå hovedmål 7

15 respondenter svarer ja og 25 delvis på spørsmål om anbefalte tiltak for å styrke kompetansen og fremme livslang læring er innført i egen enhet. 5 svare nei, mens 20 ikke vet om anbefalte tiltak er innført.

Ansattes rettigheter til utdanningsstipend

Klinikkene har avsatt midler til relevante studier slik at medarbeidere kan søke om utdanningsstipend²³. Stipendordningen er ment å stimulere ansatte til å heve sin kompetanse til det beste for både organisasjonen og sin egen utvikling. Utdanningsstipendet kan gis både til etterutdanning og videreutdanning. Omfang på ordningen reguleres i forhold til budsjettmessige rammer som fastsettes årlig.

Stipendordning for leger i spesialisering

UNN etablerte en egen stipendordning for leger i spesialisering fra 1. januar 2012²⁴. Formålet er å rekruttere legespesialister til lokalsykehusene og de distriktskykiatriske sentrene (DPS-ene) i UNN. Stipend på inntil kr 150.000. Hovedregelen er at UNN kan gi en lege i spesialisering stipend når vedkommendes gruppe II-tjeneste er ferdig.

Utdanningsstillinger for videreutdanning i spesialsykepleie (ABIKO)

Stillingene ble opprettet i 2012, og er knyttet til videreutdanning i anesthesi-, barne-, intensiv, kreft- og operasjonssykepleie (ABIKO). Personer som tar videreutdanning i spesialsykepleie ansettes ofte i utdanningsstillinger mens de studerer. De har imidlertid samme lønn og samme rettigheter som andre arbeidstakere i UNN. Stillingene administreres av Klinisk utdanningsavdeling i Fag- og forskningscenteret, i samarbeid med HR- senteret og aktuelle klinikker.

Etablert arbeidsgruppe for å styrke UNNs kompetanse om flerkulturell forståelse og minoritetshelse.

Direktørens ledergruppe vedtok den 25. september 2012 å etablere arbeidsgruppen som skulle jobbe med spørsmål omkring flerkulturalitet og likeverdige helsetjenester i UNN. Arbeidsgruppen leverte sin rapport 1. november 2013, der de blant annet anbefalte at UNN burde ansette en koordinator for å ivareta likeverdige helsetjenester ved UNN. Direktørens ledergruppe vedtok den 26.8.2014 at UNN skulle ansette en slik koordinator.

²³ Se UNNs personalthåndbok, kapittel *Lønn og andre godtgjørelser*, delkapittel *Utdanningsstipend*.

²⁴ UNNs personalthåndbok, kapittel *Lønn og andre godtgjørelser*, delkapittel *Godtgjørelse*, punkt *Stipendordning for leger i spesialisering*.

UNN bruker e-læring til opplæring og faglig oppdatering

UNN tilbyr en rekke kurs – både obligatoriske og valgfrie – til sine fast ansatte, vikarer og studenter. UNN tilbyr blant annet flere kurs i elektronisk pasientjournal og pasientsikkerhet. Kurs i håndhygiene er et av flere kurs i pasientsikkerhet, mens DIPS basis er et av flere kurs i elektronisk pasientjournal.

Barn som pårørende i UNN

UNN ansatte en foretaksadministrator i 50 % stilling fra 1.6.2014. Fra juni 2014 til februar 2015 har antall barneansvarlige i UNN økt fra 85 til 104. Psykisk helse- og rusklinikken har i tillegg en ansatt i 20 % stilling (80 + 20). Det jobbes med å få på plass barneansvarlige i alle enheter. I UNN er det store variasjoner mellom UNN Harstad, UNN Narvik og UNN Tromsø, mellom klinikkene og internt i klinikkene, både når det gjelder kompetanse og implementering av arbeidet. Psykiatri- og rus hadde mye av dette på plass med tanke på kompetanse, men somatikk har i varierende grad dette arbeidet implementert.

Foretaksadministratoren har utarbeidet kompetanseplan som kommer i løpet av våren 2015. Det foregår også et samarbeid på tvers av helseforetakene i Helse Nord for å tilstrebe lik opplæring. UNN gjennomførte en fagdag med over 100 barneansvarlige og ledere høsten 2014. Etter fagdagen har mange startet prosesser i sine klinikker.

Tiltak som gjenstår å gjennomføre for å nå hovedmål 7

UNN og Helse Nord samarbeider om retningslinjer for kompetansekartlegging

HR har i 2014 deltatt i en forstudie i regi av Helse Nord for å klargjøre behovet for systemstøtte for kompetanseledelse, vurdere tilgjengelige IT-verktøy og foreslå nødvendige tiltak. Det er i den forbindelse utarbeidet rapporten *Forstudie for metodikk og verktøy for kompetanseledelse i Helse Nord, 2015*. HR gjennomfører ikke regelmessige kompetansekartlegginger på HF-nivå, og egnede IT-verktøy er ikke tatt i bruk.

Kartlegge behov for master- og videreutdanningskompetanse

I løpet av våren 2015 skal klinisk utdanningsavdeling kartlegge UNNs fremtidige kompetansebehov for master- og videreutdanning, i tett samarbeid med klinikkene. På bakgrunn av denne kartleggingen vil behovet for sentral finansiering av andre utdanninger enn ABIKO²⁵ vurderes. Dette behovet vil klinisk utdanningsavdeling fremme på direktørens ledermøte i forbindelse med budsjettbehandlingen for 2016.

UNN har ikke avklart hvordan foretaket skal drive strategisk rekruttering

Det diskuteres p.t. hvordan UNN skal drive med strategisk rekruttering. I dag er mye av rekrutteringsarbeidet på et operativt nivå. Det må avklares hvordan UNN skal arbeide med rekruttering på overordnet nivå.

²⁵ ABIKO er videreutdanning i anestes-, barne-, intensiv-, kreft- og operasjonssykepleie.

Arbeidsgruppens vurdering av måloppnåelse for hovedmål 7

Hovedmål 7: Styrke kompetanse og fremme livslang læring

Tiltak	Gjennomført	Delvis gjennomført	Ikke påbegynt
Gjøre regelmessige kompetansekartlegginger		X	
Utvikle sykehusinterne kompetanseprogram	X		
Vurdere rettigheter knyttet til utdanningspermisjon og utdanningsstipend	X		

Hovedmål 8: Være engasjert i nasjonale og internasjonalt samarbeid innen undervisning og kompetansebygging

De fem tiltakene som strategien anbefaler å innføre for å oppfylle det åttende strategiske hovedmålet er følgende;

1. ta initiativ til å etablere et faglig undervisningsnettverk i regionen
2. ta initiativ til å etablere et faglig undervisningsnettverk mellom Universitetssykehusene
3. arrangerer en konferanse annet hvert år som har fokus på sykehusene som læringsarena
4. ta imot internasjonale studenter og hospitanter
5. bidra til internasjonal kompetansespredning og kompetansebygging²⁶

Tiltak som er gjennomført for å nå hovedmål 8

17 respondenter svarte ja og 19 delvis på spørsmål om egen enhet var involvert i nasjonalt og internasjonalt samarbeid innen undervisning og kompetansebygging. 11 svarte nei, mens 17 ikke viste om egen enhet var involvert i denne type samarbeid.

UNN deltar i flere samarbeidsfora med andre utdanningsinstitusjoner

Det er etablert samarbeidsfora mellom UNN og utdanningsinstitusjoner, se listen over etablerte samarbeidsarenaer under hovedmål 2.

Sentrale nettverk etableres fortløpende

Faglige undervisningsnettverk i regionen er etablert. I 2013 ble det etablert to nettverk; både et faglig uformelt undervisningsnettverk mellom universitetssykehusene, og et utvidet nettverk hvor flere andre sykehus ble invitert inn. Begge nettverkene er per i dag uformelle nettverk.

²⁶ Dette tiltaket tolkes til å omfatte utdanning av klinisk helsepersonell på grunn- og videreutdanningsnivå.

UNN er medarrangør av den regionale utdanningskonferansen i nord

Hovedtema for den regionale utdanningskonferansen, som arrangeres annethvert år, er sykehusene som læringsarena. Helse Nord og UiT er hovedarrangører. I 2011 var temaet morgendagens helsearbeidere i nord, mens temaet i 2013 var møter mellom kulturer. Neste konferanse er planlagt arrangert i 2015.

To koordinatører med ansvar for internasjonale studenter er ansatt i kombinert stilling

To koordinatører med ansvar for internasjonale studenter ble i 2012 ansatt i 10 % stillinger, som et ledd i ordningen med kombinerte stillinger mellom UNN og UiT v/helsefak. UNN og UiT v/Helsefak har i samarbeid utarbeidet rutiner for undervisningsopplegget som tilbys de internasjonale engelskspråklige studenter, som i løpet av utvekslingsperioden har praksis ved UNN på linje med øvrige studenter. Klinisk utdanningsavdeling har oversikt over omfanget av internasjonale utvekslingsstudenter, i samarbeid med de to koordinatorene.

UNN har utarbeidet maler for henvendelser om praksis og hospitering

UNN har faste maler for å svare på henvendelser fra personer som studerer i utlandet og ber om å kunne hospitere eller ha praksis ved UNN. Det samme gjelder for personer som har studert i utlandet, og som trenger praksis ved et norsk sykehus for å kvalifisere for norsk autorisasjon etter helsepersonelloven av 1997 og forskrift for autorisasjon for helsepersonell av 2004. UiT helsefak har utvekslingsavtaler for medisin- og helsefagutdanningene med mange universiteter i utlandet²⁷. Alle utvekslingsstudentene i medisin er på UNN i en kortere eller lengre periode.

Russlandsamarbeidet

Det har siden 2004 vært et nært og godt samarbeid mellom sykepleiere ved UNN og sykehus Arkhangelsk. Samarbeidet har vært finansiert med midler fra Helsedirektoratet over Barents samarbeidet. I perioden 2008 – 2012 planla og gjennomførte en internasjonal arbeidsgruppe et lederutdanningsprogram. Tre kull med til sammen ca 70 deltagere gjennomførte kurset som tilsvarte 30 studiepoeng. UNNs hadde med to representanter i arbeidsgruppen og de stod også for mye av undervisningen. Prosjektet er evaluert og presentert i Arkhangelsk, og med poster på NSF sin 100 års jubileumskonferanse i 2012, samt presentert med poster på den internasjonale sykepleiekonferanse (ICN) i Melbourne, Australia i 2013.²⁸

Internasjonalt samarbeid med utdanningene i UNN og sykehus/utdanninger

Ergoterapiutdanningen har hatt samarbeid med UNN om fagutvikling/utdanning i Arkhangelsk, Russland fra 2005 – 2011/2012.

²⁷ Oversikt finnes på: http://uit.no/om/enhet/artikkel?p_document_id=393527&p_dimension_id=88126&men=28927

²⁸ «Leadership and management in changing health care systems in Arkhangelsk North – West Russia. Certificate educational program for nurses in leading positions”, Nina Foss, 2013

Fysioterapiutdanningen har i strategiperioden hatt Fredskorpssamarbeid med Malawi og i den forbindelse hatt 4 Malawiske fysioterapeuter på utveksling og i praksis på UNN i noen måneder hver. Malawi har i ettertid etablert en egen fysioterapeututdanning som nå er i gang med sitt 4 kull.

Tiltak som gjenstår å gjennomføre for å nå hovedmål 8

Alle klinikkene ved UNN bør ha kompetanse til å veilede studenter på engelsk.

Ansatte som skal veilede internasjonale studenter bør ha kurs i engelsk helseterminologi og interkulturell kommunikasjon. Ikke alle klinikkene ved UNN har sendt sine representanter på todagerskurs i engelsk helseterminologi og interkulturell kommunikasjon, som UiT har tilbudt siden høsten 2012.

Flere studentrelaterte dokumenter bør oversettes til engelsk

UNN bør vurdere om bør tilby en norsk-engelsk helseterminologiliste, og oversette studentrelaterte dokumenter, som for eksempel praksisbeskrivelser, til engelsk. Dette vil lette arbeidet for de som skal veilede studenter på engelsk.

Arbeidsgruppens vurdering av måloppnåelse for hovedmål 8

Hovedmål 8: Være engasjert i nasjonale og internasjonalt samarbeid innen undervisning og kompetansebygging

Tiltak	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke påbegynt
Ta initiativ til å etablere et faglig undervisningsnettverk i regionen	X		
Ta initiativ til å etablere et faglig undervisningsnettverk mellom Universitetssykehusene	X		
Arrangerer en konferanse annet hvert år som har fokus på sykehusene som læringsarena	X		
Ta imot internasjonale studenter og hospitanter	X		
Bidra til internasjonal kompetansespredning og kompetansebygging		X	

UNN har utviklet flere aktiviteter i strategiperioden, og startet arbeidet med alle tiltakene for å oppnå hovedmål 8. Det er blant annet etablert system og strukturer for å ta imot internasjonale engelskspråklige studenter. Arbeidet med å kurse personell i engelsk helseterminologi, og oversette nødvendig og oppdatert dokumentasjon til engelsk, og etablere en kultur i UNN for å ta imot engelskspråklige studenter er startet opp, og pågår fortsatt. På nasjonalt og regionalt nivå deltar UNN aktivt i flere kompetansenettverk.

Hovedmål 9: Avklare samarbeid og ansvarsfordeling mellom klinikker og stabssentrene

De tolv tiltakene som strategien anbefaler å innføre for å oppfylle det niende strategiske hovedmålet er følgende;

1. etablere klinikkovergripende undervisningsnettverk
2. avklare hvem som er undervisningsansvarlig i klinikkene for de ulike utdanningsgrupper
3. følge opp avtalen om gjensidig representasjon inngått med Universitetet overholdes
4. FFS gir bistand i forbindelse med ulike behov som støtte til søknader, utvikling av utdanningsprogram og kompetanseplaner
5. samarbeide om oppbygging av systemer for kompetansekartlegging i klinikkene
6. videreutvikle et felles undervisningsprogram for studenter, nyansatte, vikarer og hospitanter i samarbeid med HR
7. avklare hva FFS skal bidra med i forhold til faglig veiledning og kompetansebygging i klinikkene
8. avklare arbeidsfordeling mellom klinikkene og de ulike stabsenhetene angående ansattes permisjoner og stipendtildeling
9. etablere system for undervisning av personell på tvers av klinikkene
10. gi innspill til revidering av retningslinjer til permisjon ved videreutdanning og spesialisering (jfr. Personelhåndboka)
11. rekruttere fagpersonell. Avklare stabssentrene funksjon i forhold til planlegging og gjennomføring
12. etablere samarbeid og rutiner i forbindelse med Helse Nord RHF årlige behov for en oversikt over kompetansebehov i regionen (Oppdragsdokumentet)

Tiltak som er gjennomført for å nå hovedmål 9

På spørsmål om hovedmålet knyttet til samarbeidet og ansvarsfordeling mellom klinikker og stabssentrene er oppnådd for egen enhet svarer 14 respondenter at de er enig og delvis enig. 13 at de verken er enig eller uenig, 8 er delvis uenig, 5 helt uenig, mens 27 ikke vet om hovedmålet er oppnådd i egen enhet?

Flere av anbefalinger av tiltak tilhørende hovedmål 9 er redegjort for under hovedmål 7. Disse delene av rapporten må derfor sees i sammenheng.

Klinikkovergripende nettverksmøter i 2009

Fag- og forskningssenteret gjennomførte nettverksmøter med representanter for klinikkene i løpet av 2009, i et forsøk å etablere klinikkovergripende undervisningsnettverk. Klinikrepresentantene hadde veldig mange ulike ståsteder og interesser. Derfor ble ikke tiltaket med klinikkovergripende nettverksmøter videreført.

Gjensidig representasjon

FFS sørger for at avtaler om gjensidig representasjon inngått med de aktuelle utdanningsinstitusjoner overholdes. FFS sørger også for at disse avtaler fortløpende oppdateres. I forbindelse med strukturendringer i

utdanningssektoren har det spesielt vært viktig å sørge for at UNN har på plass nødvendige avtaler og at disse etterleves²⁹.

FFS bistår klinikkene med faglig veiledning og kompetansebygging

Det fremgår av de årlige dialogavtalene med UNNs direktør hva de ulike avdelingene i FFS skal bidra med i forhold til faglig veiledning og kompetansebygging i klinikkene

Regionalt samarbeid

Helse Nord vektlegger fagnettverk, og UNN er involvert i flere, også med lederoppgaver knyttet til disse. Psykisk helse- og rusklinikken er involvert i bruker- og pårørendeperspektiv, leger som jobber i TSB, sikkerhetspsykiatri, utviklingsforstyrrelser, og traumer.

Kombinerte stillinger innen helsefagutdanningene mellom UNN og UiT v/Helsefak

Ordningen med kombinerte stillinger er et klinikkovergripende undervisningsnettverk. Det klinikkovergripende samarbeidet mellom ansatte i kombinerte stillinger er i all hovedsak intern innenfor de enkelte utdanninger. Det er ikke lagt føringer for tverrfaglig samarbeid.

Nyansattprogram i psykisk helse- og rusklinikken

Psykisk helse- og rusklinikken har todagers nyansattkurs 1-2 ganger hvert år. Her deltar ulike yrkesgrupper på tvers av fagområde og avdelinger. Også ambulanspersonell er invitert til å delta, ambulanselæringer/-ansatte i forbindelse med prosjektet "Transport av psykisk syke", psykisk utviklingshemming og psykiatri med Habileringsenheten.

Tiltak som gjenstår å gjennomføre for å nå hovedmål 9

Uklare grenser for ansvarsfordeling mellom HR og Klinisk utdanningsavdeling i Fag- og forskningssenteret
Ansvarsfordelingen mellom HR og Klinisk utdanningsavdeling er ikke helt avklart på områder som gjelder kompetanseheving og rekruttering. HR har ansvar for og gir opplæring til ledere (kompetanseheving). Vedr. rekruttering så gir HR støtte til ledere i konkrete rekrutteringssaker. Strategisk rekruttering på foretaksnivå er pt. uavklart.

²⁹ Eksempelvis fusjoneringen mellom Høyskolen i Tromsø og UiT helsefak i 2009, og fusjoneringen mellom Høyskolen i Finnmark og UiT helsefak i 2013.

Samarbeid og rutiner i forbindelse med Helse Nord RHF årlige behov for en oversikt over kompetansebehov i regionen (Oppdragsdokumentet)

Det er ikke etablert noe overordnet system for fortløpende avklaringer av UNN sitt kompetansebehov, og som kan meldes fra en kilde til Helse Nord RHF. Både FFS, HR, Samhandling og Klinikkene har et ansvar for å bidra med hver sin del til dette «bildet», men det gjenstår å få avklart hvem som skal ha det overordnede ansvaret.

Undervisningsansvarlige i klinikken

UNN har som sagt ovenfor gjennom Undervisningsstrategi del 2. (2009) redegjort for hvordan undervisningsansvaret skal ivaretas i sykehuset³⁰. Klinikkene avklarer internt hvem som er undervisningsansvarlige for de ulike utdanningene, og gir beskjed om dette til Klinisk utdanningsavdeling i Fag- og forskningscenteret. Dette arbeidet pågår fortløpende. I praksis viser det seg utfordrende å peke på hvem som er ansvarlig når praksisutdanningen ikke ivaretas på en god måte. Det må derfor utarbeides ytterligere retningslinjer for hvordan utdanningsoppgavene eksplisitt skal kobles til ansvar og myndighet. I dag er det mange ute i klinikkene som har ansvar for å bidra til PKU (eksempelvis fagansvarlige, ansatte i bi- og kombinerte stillinger), men det er utfordrende å skulle peke på en hovedansvarlig som også har makt og myndighet til å ta nødvendige avgjørelser.

Hvem som er undervisningsansvarlige i klinikkene bør inn i avtalene

Klinisk utdanningsavdeling inngår årlige avtaler med klinikkene om antall studenter som skal i praksis. Det bør fremgå av disse avtalene hvem den/de undervisningsansvarlige for de ulike utdanningene er.

FFS gir bistand til klinikker og sentre i forbindelse med utdanningsrelaterte oppgaver

Fag og forskningscenteret (FFS) gir bistand til både klinikker og sentre dersom de har behov for støtte. Slik bistand er blant annet støtte til utforming av søknader, og bistand i forbindelse med utvikling av utdanningsprogram og kompetanseplaner. Klinisk utdanningsavdeling (KUA) har i liten grad hatt slike oppdrag i strategiperioden.

Intern opplæring av felles overgripende tema/klinikkovergripende gjennom e-læring?

Er E-læring svaret? Hvem utvikler i så fall hva? Behov for nærmere avklaring av retning og ansvar for den totale e-læringsaktiviteten i UNN.

³⁰ Undervisningsansvaret er tillagt de fleste stillinger som innehas av helsepersonell, og undervisningsstrategien gjelder alle som har undervisnings- og veilederansvar i UNN. En særlig viktig gruppe her er ledere og fagansvarlige i klinikkene som har et særlig ansvar for å legge til rette for undervisning og veiledning og sikre at undervisningsansvaret blir ivarettatt.

Arbeidsgruppens vurdering av måloppnåelse for hovedmål 9

Hovedmål 9: Avklare samarbeid og ansvarsfordeling mellom klinikker og stabssentrene

Tiltak	Gjennomført	Delvis gjennomført	Ikke påbegynt
Etablere klinikkovergripende undervisningsnettverk	X		
Avklare hvem som er undervisningsansvarlig i klinikkene for de ulike utdanningsgrupper	X		
Følge opp avtalen om gjensidig representasjon inngått med Universitetet overholdes	X		
FFS gir bistand i forbindelse med ulike behov som støtte til søknader, utvikling av utdanningsprogram og kompetanseplaner	X		
Samarbeide om oppbygging av systemer for kompetansekartlegging i klinikkene		X	
Videreutvikle et felles undervisningsprogram for studenter, nyansatte, vikarer og hospitanter i samarbeid med HR			X
Avklare hva FFS skal bidra med i forhold til faglig veiledning og kompetansebygging i klinikkene		X	
Avklare arbeidsfordeling mellom klinikkene og de ulike stabsenhetene angående ansattes permisjoner og stipendtildeling		X	
Etablere system for undervisning av personell på tvers av klinikkene		X	
Gi innspill til revidering av retningslinjer til permisjon ved videreutdanning og spesialisering (jfr. Personelhåndboka)	X		
Rekruttere fagpersonell. Avklare stabssentrenes funksjon i forhold til planlegging og gjennomføring		X	
Etablere samarbeid og rutiner i forbindelse med Helse Nord RHF årlige behov for en oversikt over kompetansebehov i regionen (Oppdragsdokumentet)	X		

UNN har utviklet flere aktiviteter i strategiperioden, og startet arbeidet med alle tiltakene for å oppnå hovedmål 9.

Avsluttende vurdering og konklusjon

Formålet med evalueringen er å innhente informasjon som viser strategiens betydning som styrende dokument fra 2009 til 2014 – herunder kjennskap til og bruk av strategien – og vurdere i hvilken grad de overordnede mål er oppnådd. Evalueringen har foregått parallelt med revideringen av strategien, og vært et viktig grunnlag for revideringsarbeidet.

Totalinntrykket av satsningen på utdanning i UNNs strategiarbeid 2009-2014 er at ambisjonsnivået er høyt. Utdanning presenteres som en av sykehusets fire primær oppgaver i målbeskrivelser. Flere hovedmål krever systematisk satsning og oppfølging over tid, og anses å være krevende å innfri sett i et femårs perspektiv. Strategien er omfattende, med 9 hovedmål og til sammen 50 tilhørende tiltak. Tiltakene kunne med fordel vært færre, tydeligere beskrevet og presentert i en tilhørende handlingsplan.

Tilbakemeldingene fra UNNs ledere tyder på lite kjennskap til, og varierende bruk av, strategien som styrende dokument. Tilbakemeldingene tyder likevel på at respondentene ønsker en strategi for undervisning og læring, og ser viktigheten av dette, men at de opplever strategien som lite anvendelig i en travel klinisk hverdag.

Evalueringen viser at UNN er langt framme på noen områder, for eksempel etableringen av «Tromsømodellen», som er felles møtearenaer mellom Det helseviteskapelige fakultetet (Helsefak) ved UiT Norges arktiske universitet, herunder Felles ledermøte, som er et beslutende organ, og Felles utdanningsutvalg, som er et rådgivende organ, og har ført til ett tett og vellykket samarbeid.

Satsningen på kombinerte stillinger innen helsefagutdanningene er kjent, både i og utenfor Nord-Norge. Representanter fra flere helseforetak og utdanningsinstitusjoner har vært på besøk for å høre om ordningen, som er vurdert å være vellykket i en egen evaluering. Nye læringsarenaer innen alle fagspesifikke utdanninger er under henholdsvis planlegging, utprøving og etablering. Etablering av tverrprofesjonelle læringsarenaer er under pilotering. På dette området har UNN i samarbeid med UiT v/Helsefak et fortrinn. Alle medisin- og helsefagutdanninger ved UiT er samlet i Helsefak. Ansatte ved UNN Tromsø og UiT v/Helsefak deltar i Prosjekt *Kvalitet i praksis og Felles innhold* i regi av Universitets- og høyskolerådet – UHR. UNNs samdrift av Ferdighets- og simuleringssenteret (FOSS) i samarbeid med UiT v/Helsefak oppleves som er fruktbart, og er et viktig satsningsområde fremover.

Føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) er at psykisk helse- og rusfeltet skal prioriteres i årene framover³¹. Evalueringen viser imidlertid at Psykisk helse- og rusklinikk ved UNN i strategiperioden har jobbet systematisk med utdanning og veiledning av helsepersonell, og har blant annet etablert tverrprofesjonelle læringsarenaer.

Arbeidet for å svare på de dårlige evalueringene knyttet til turnuslegeordningen har vært et viktig satsningsområde i strategiperioden. Det er i den forbindelse etablert en egen introduksjonsuke for nye

³¹ Det vises i denne forbindelse til oppdragsdokumenter i strategiperioden, sykehustalen 2015, stortingsmelding 47. og 13

turnusleger, sammen med et robust system med blant annet en turnuskomitè, som fortløpende kan ta tak i tilbakemeldinger fra turnuslegene for å sikre at ordningen skal fungere optimalt og turnuslegene ivaretas.

Hovedmål 6-9 omhandler mål og tiltak som ivaretas av både Fag- og forskningscenteret ved Klinisk utdanningsavdeling og HR-senteret. Arbeidsoppgavene er i noen tilfeller sammenfallene og bidrar til uklare grenseoppganger som kan ha ført til ansvarspulverisering. Det er derfor nødvendig at ny strategi med tilhørende handlingsplan klargjør hvor det overordnede ansvaret skal ligge. Det kan være hensiktsmessig med et klarere skille mellom UNN som utdannings- og praksisarena for fremtidige helsearbeidere og kompetanseutvikling av egne ansatte.

Det eksisterer flere uavhengige strategier i UNN med ulike strategiperioder, noe som arbeidsgruppa opplevde som utfordrende i arbeidet med å revidere strategi for undervisning og læring. Arbeidsgruppa anbefaler derfor at ledelsen i UNN i større grad legger til rette for å etablere en rød tråd gjennom strategiarbeidet internt i UNN, mot Helse Nord, og i samkvem med de utdannings- og forskningsinstitusjonene som UNN samarbeider tett med.

Avklarings- og forbedringsområder

UNN bør forenkle den reviderte strategien, og lage separate handlingsplaner forankret i strategien.

Arbeidet med strategiene i UNN bør samordnes i større grad enn tidligere.

Fag- og forskningscenterets strategier bør samordnes og, ideelt sett, samles.

Det må arbeides aktivt med å formidle den reviderte strategien for undervisning og læring for perioden 2015-2020 til klinikkene og sentrene, for å gjøre strategien bedre kjent i organisasjonen slik at det kan bli et styrende dokument klinikkene og sentrene bruker aktivt. I den forbindelse vil det være viktig å utarbeide en overordnet handlingsplan med anbefaling om konkrete tiltak som redskap for klinikkens arbeid med utdanning i egen klinikk.

Det kan være hensiktsmessig med et klarere skille mellom UNN som utdannings- og praksisarena for fremtidige helsearbeidere og kompetanseutvikling av egne ansatte.

Det blir viktig framover å sikre at de lokale utdanningsinstitusjoner kan tilby studieprogram og emner som UNN trenger. Dette betyr fortsatt satsing på god dialog og utvikling av samarbeid mellom UNN og utdanningsinstitusjonene.

Utdanningstilbudene er i endring, bl.a. som konsekvens av at Norge er en del av Bologna-prosessen og omstillingsprosessene i utdanningssektoren. Flere videreutdanninger omgjøres til masterutdanninger, for eksempel videreutdanningene innen spesialisertepleie (ABIKO), noe som kan få økonomiske konsekvenser for UNN fordi det vil koste mer å utdanne nødvendig personell, og det vil komme krav om høyere avlønning av

personell med mastergrad. UNN deltar aktivt i prosessen med å omgjøre videreutdanningene til masterutdanninger.

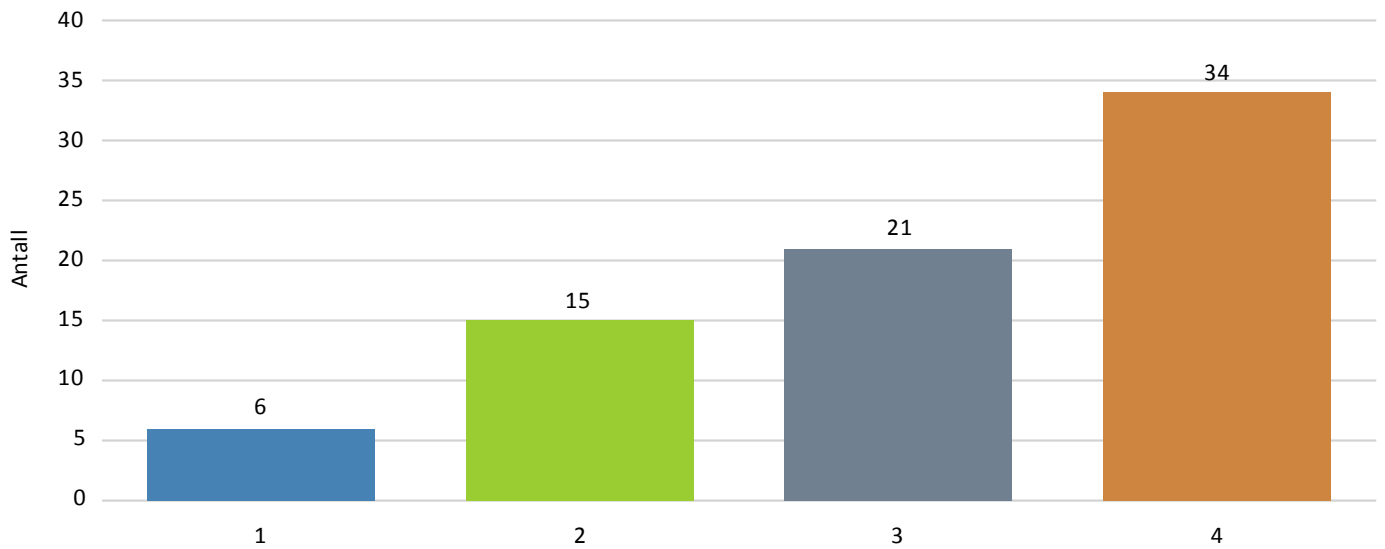
Det foregår store omstillinger i universitets- og høgskolesektoren. Det anbefales derfor at UNN vurderer behovet for å inngå en samarbeidsavtale institusjonsnivå, dvs. med UiT Norges arktiske universitet, for å unngå fakultetsvise avtaler og ta høyde for framtidige sammenslåinger og interne omorganiseringer.

Det er behov for økt fokus på gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og i den forbindelse vil Overordnet Samarbeidsorgan (OSO) og Nord-Norsk samarbeidsorgan for helseutdanning være viktige strategiske arenaer.

Vedlegg

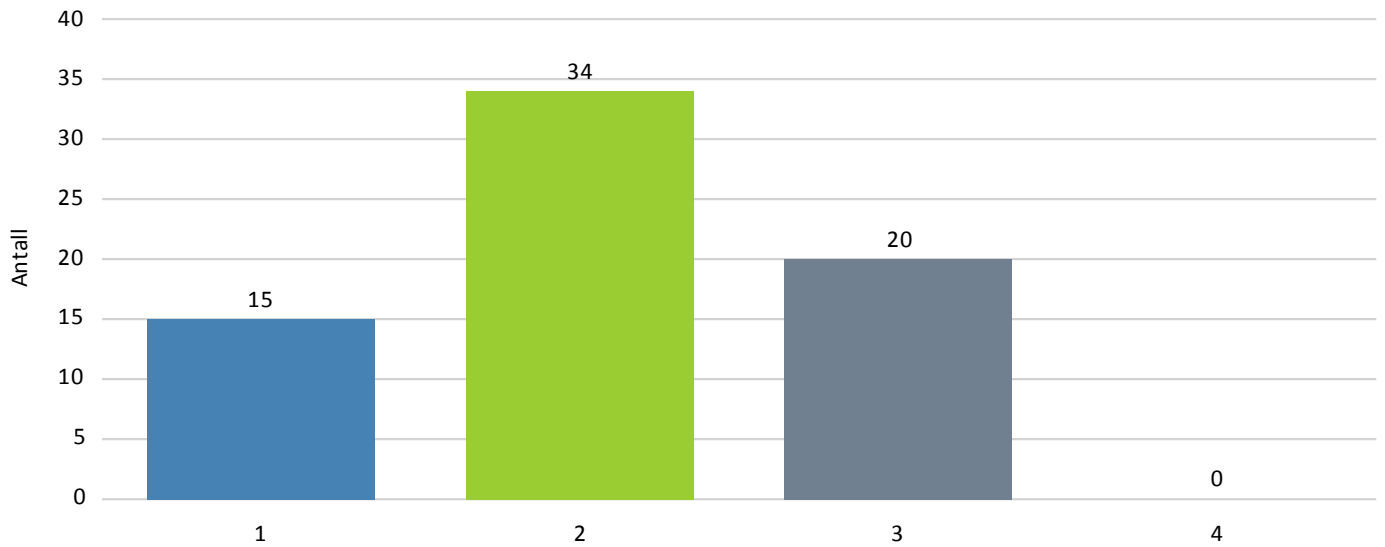
Vedlegg 1: Spørreundersøkelse – evaluering av Strategi for undervisning og læring 2009-2014

1. Hvilken funksjon har du?



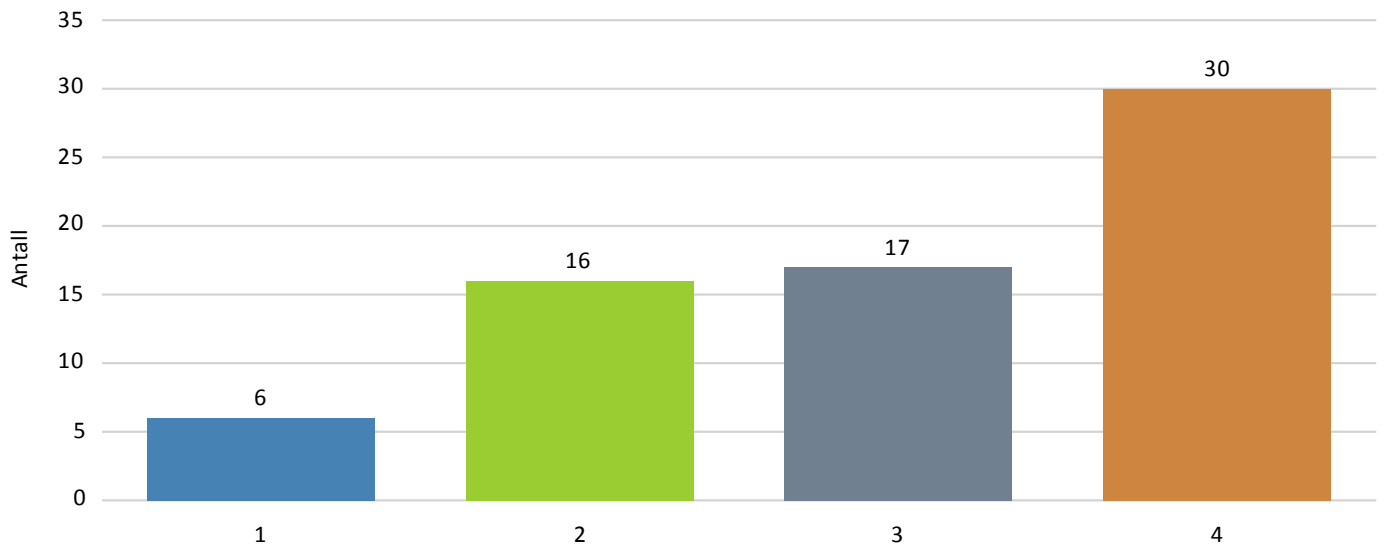
Navn

1	Klinikk/stabsjef
2	Avdelingsleder
3	Seksjonsleder
4	Bi-/kombinert stilling ved UiT Helsefak

2. Kjenner du til Strategi for undervisning og læring 2009-2014, del 1: Visjon, hovedmål og tiltak?**Navn**

1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Vet ikke

3. Strategi for undervisning og læring 2009-2014 er anvendt i klinikkens/avdelingens/seksjonens arbeid med undervisning og opplæring?



	Navn
1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Jeg vet ikke

4. Hvis ja eller delvis, hvordan er den anvendt?

arbeid med utvikling av gode opplæringsarenaer både for studenter, nyansatte, vikarer og ansatte. Etablering av robuste strukturer for fagutvikling. Stort fokus på utdanning av personell til egen virksomhet på grunn av utfordring med rekruttering.

Vi har tatt dette opp på Personalmøter for å gjøre den kjent for personalet. Praktisk har vi brukte den i de ulike personalgruppene

Bruker den når vi planlegger selv

Selv om en ikke drar frem og referer til den, så er deler av innholdet noe som trekkes fram i drøftelser rundt organisasjonens virke som universitetssykehus. Enkelte kolleger har innholdet ganske present framme.

Det er dessuten mange viktige operasjonaliseringer av hva som kan være viktig læring ute i den kliniske feltet knyttet opp mot tema som å være rollemodell, UNN's rolle som bidragsytende til fremtidens yrkestutvævere osv.

undervisningsstruktur har endret seg

Som ramme for opplæring, men vi har lagt inn den opplæringen som er nødvendig for vårt DPS i tillegg

Som overordnet dokument i det arbeidet vi gjør for studenter og ansatte.

Knyttet til tiltak i dialogavtalen om å sikre fag og forskning i avd

Fagplan og Komopsplaner for lærlinger følges på det teoretiske plan, lærlinger delar på sekjonens praktiske og toretiske øvelser ,fagdager.

Som en retningslinje for å forbedre vårt arbeid med undervisning og opplæring.

Tatt i bruk nytt undervisningsopplegg for organkurs stadium II

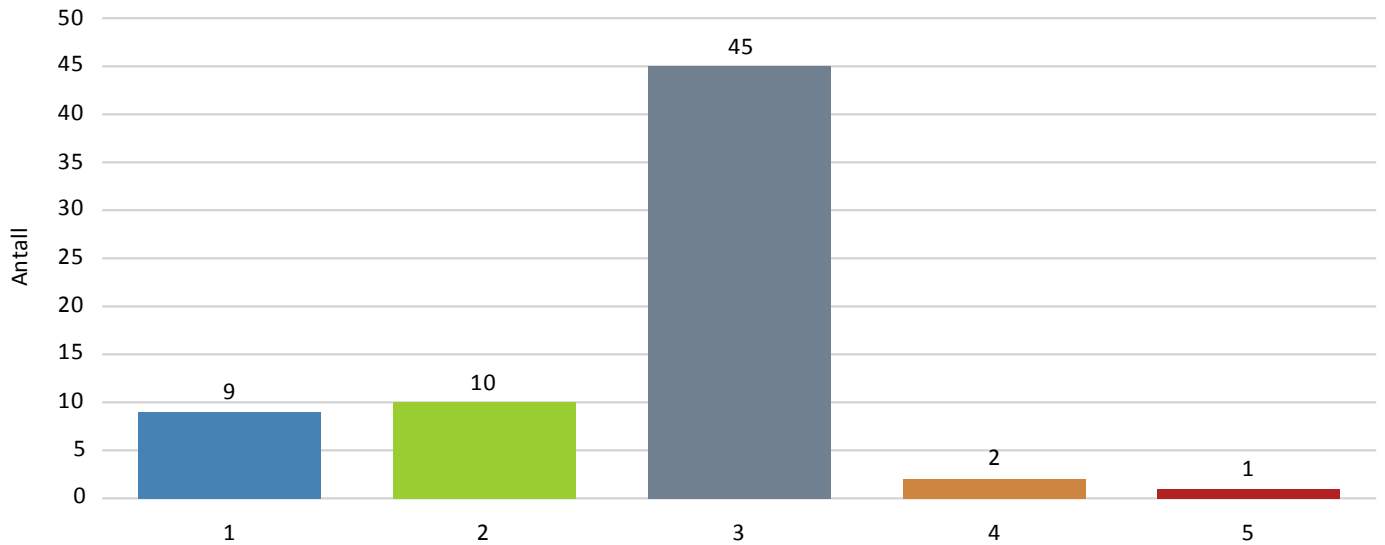
Mer helhetlig syn på undervisning

Tilstrebe tverrfaglige tiltak

Utvikling av nye undervisningsarenaer

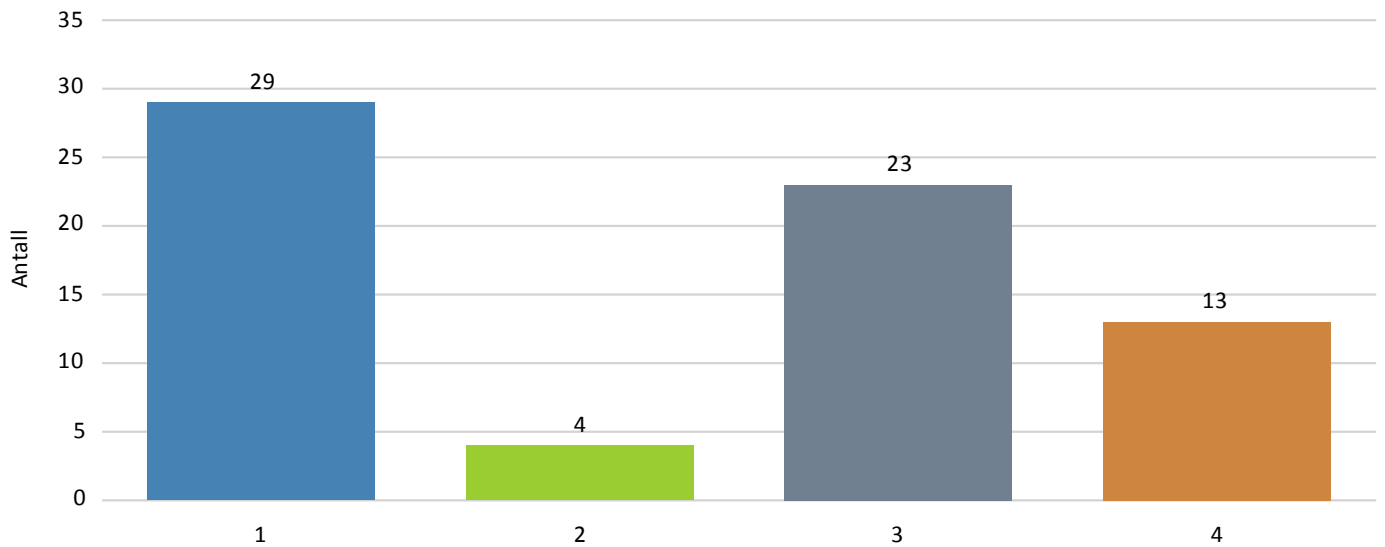
Elementer fra de fleste delmål er endel av drift el interne målsetninger

5. Det er en klar sammenheng mellom foretakets strategiske mål for læring og undervisning 2009-2014 og klinikkens/avdelingens/seksjonens mål?

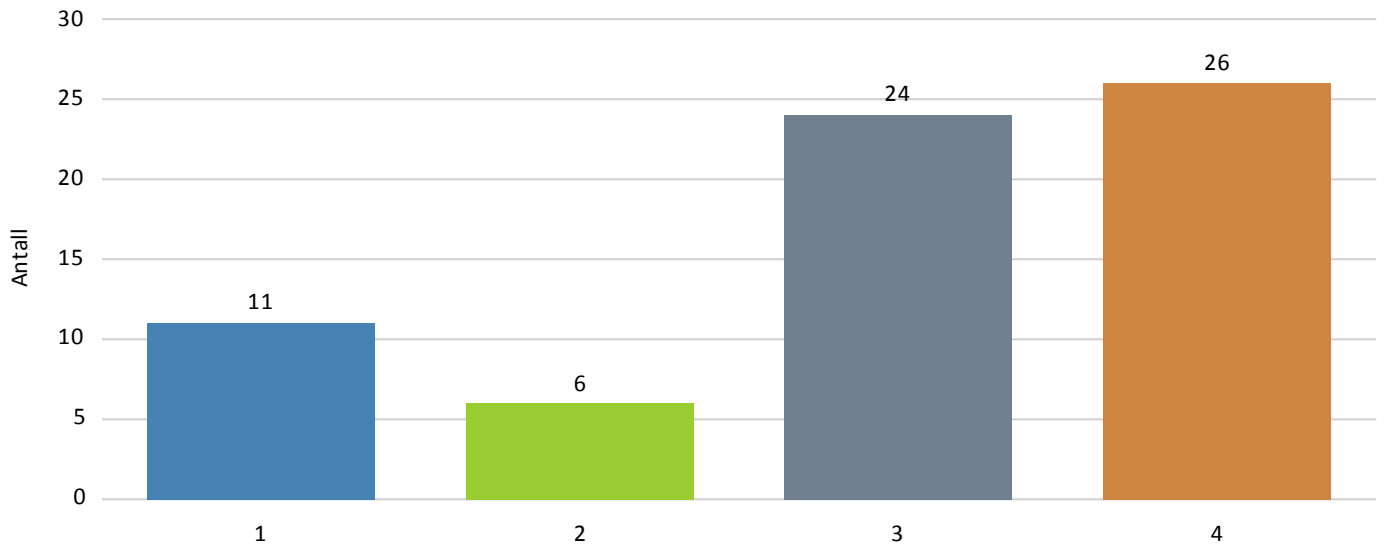


Navn

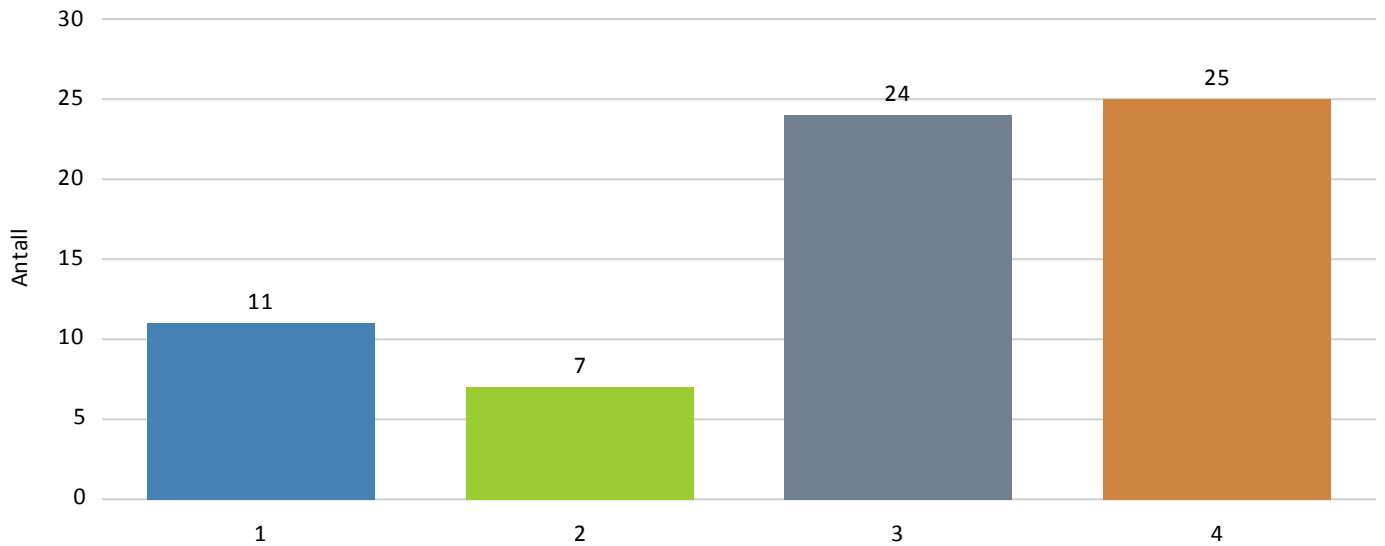
1	Helt enig
2	Delvis enig
3	Hverken enig eller uenig
4	Delvis uenig
5	Helt uenig

6. Er overordnet mål i tråd med klinikkens/avdelingens/seksjonens undervisning og opplæring av studenter og ansatte?**Navn**

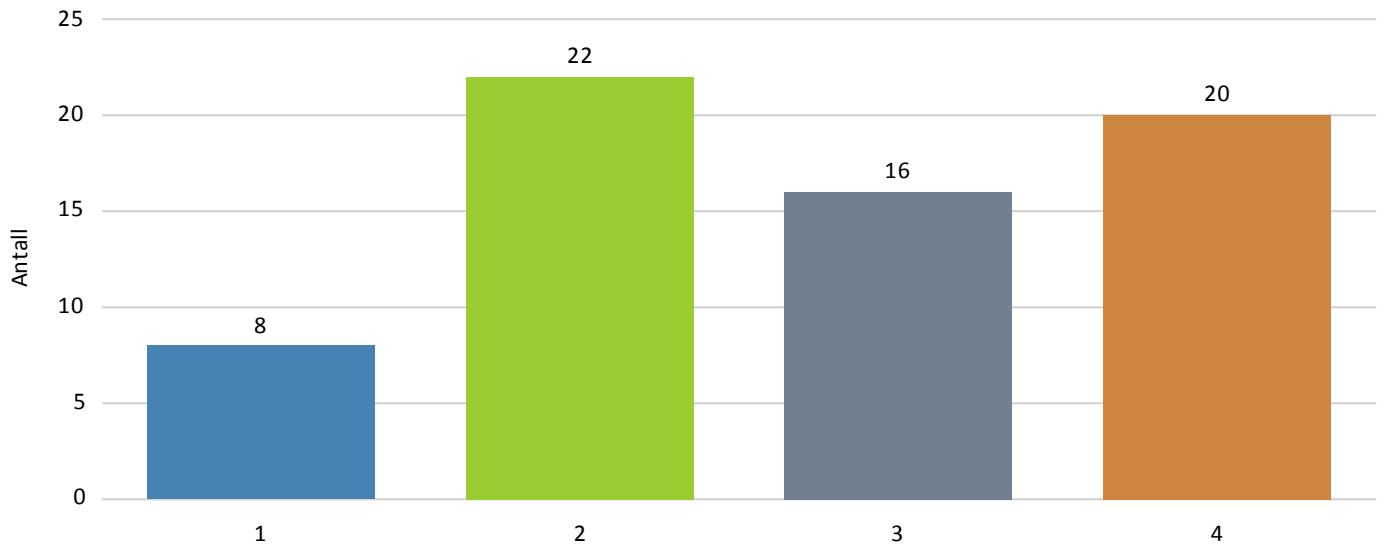
1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Vet ikke

7. Er anbefalte tiltak (s. 9) for å øke kvaliteten innført på din enhet?**Navn**

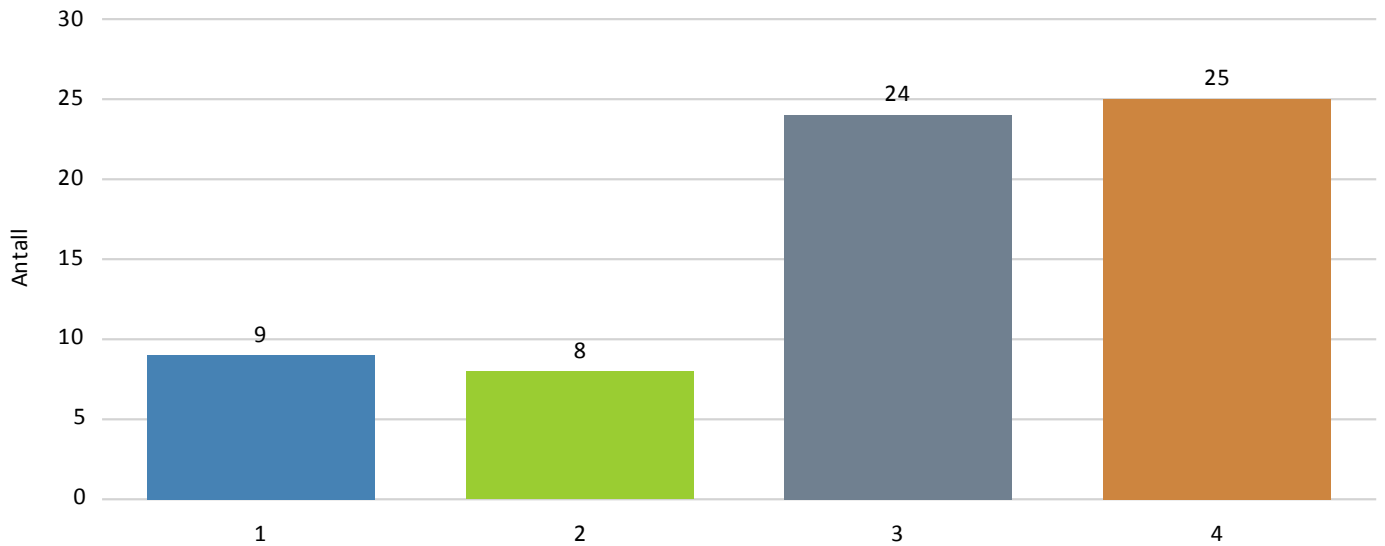
1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Vet ikke

8. Er anbefalte tiltak (s. 10) for organisering av praksis fulgt opp på din enhet?**Navn**

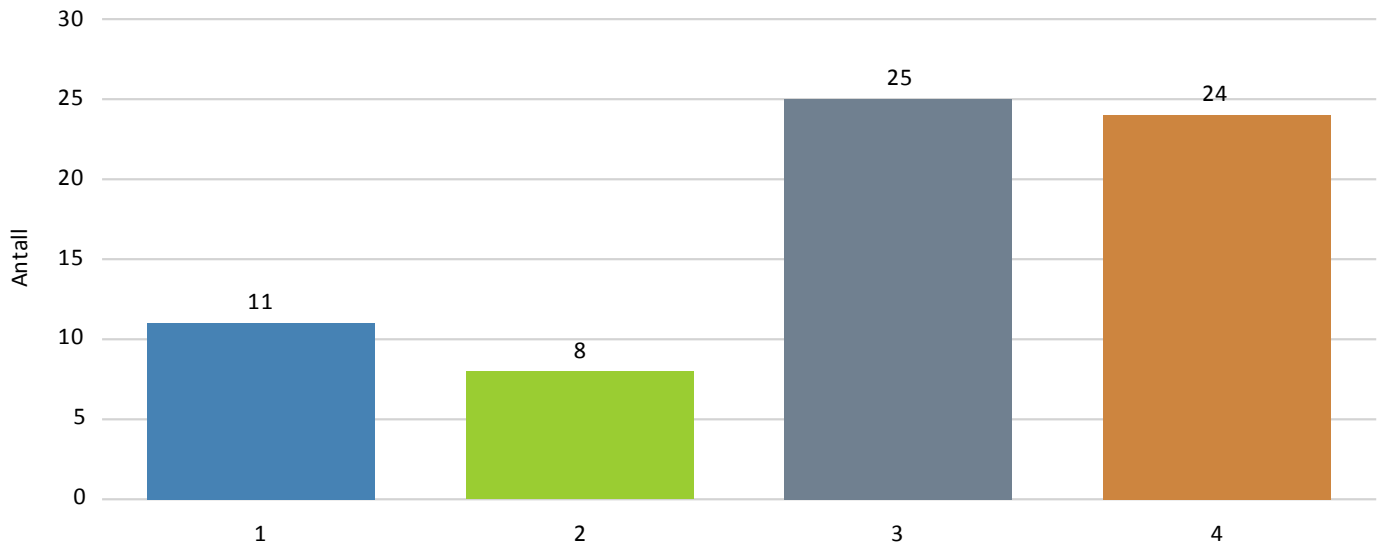
1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Vet ikke

9. Er anbefalte nye praksisarenaer (s. 10) tatt i bruk på din enhet?**Navn**

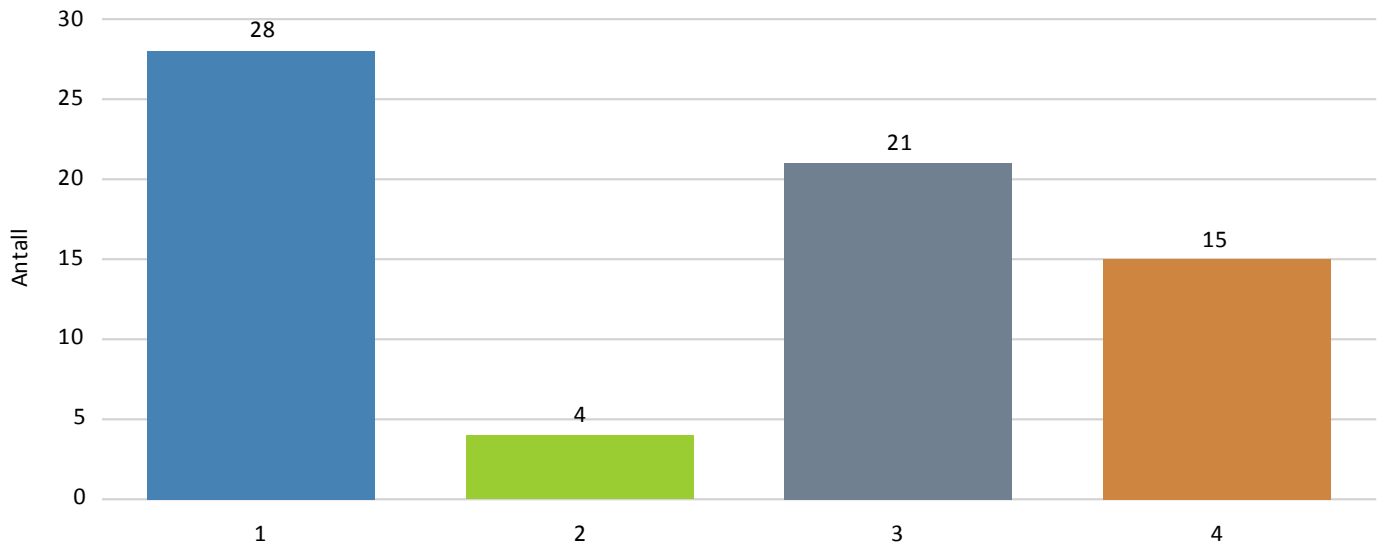
1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Vet ikke

10. Er anbefalte tiltak (s. 11) for å øke kvaliteten tatt i bruk på din enhet?**Navn**

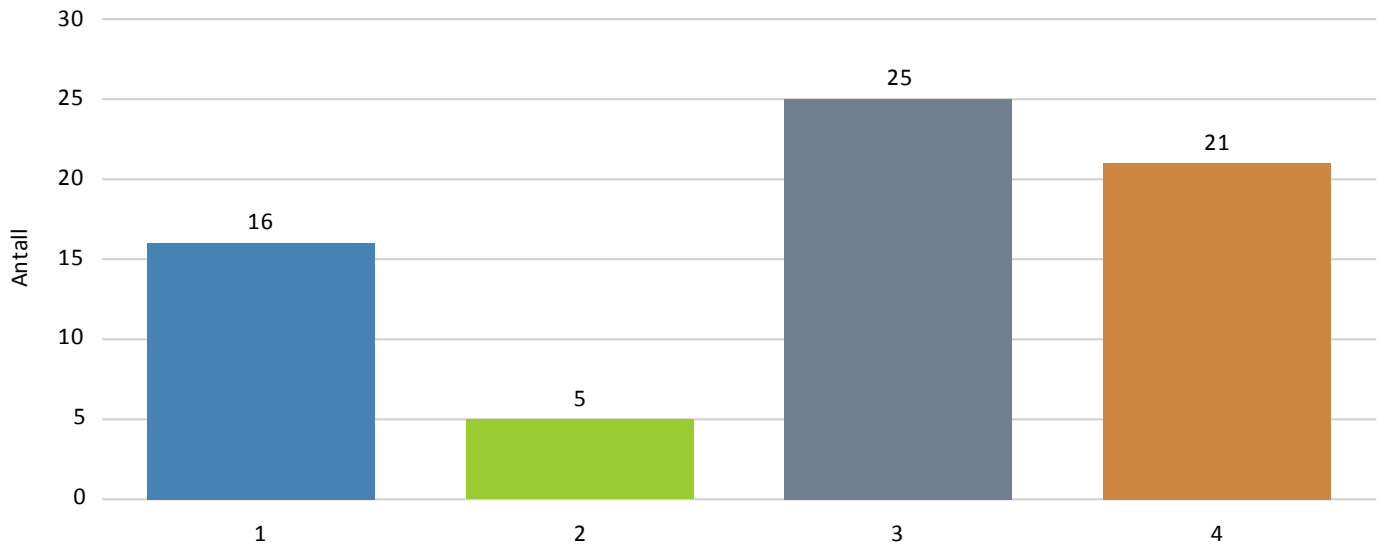
1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Vet ikke

11. Er anbefalte tiltak (s. 12) for å øke kompetansen tatt i bruk på din enhet?**Navn**

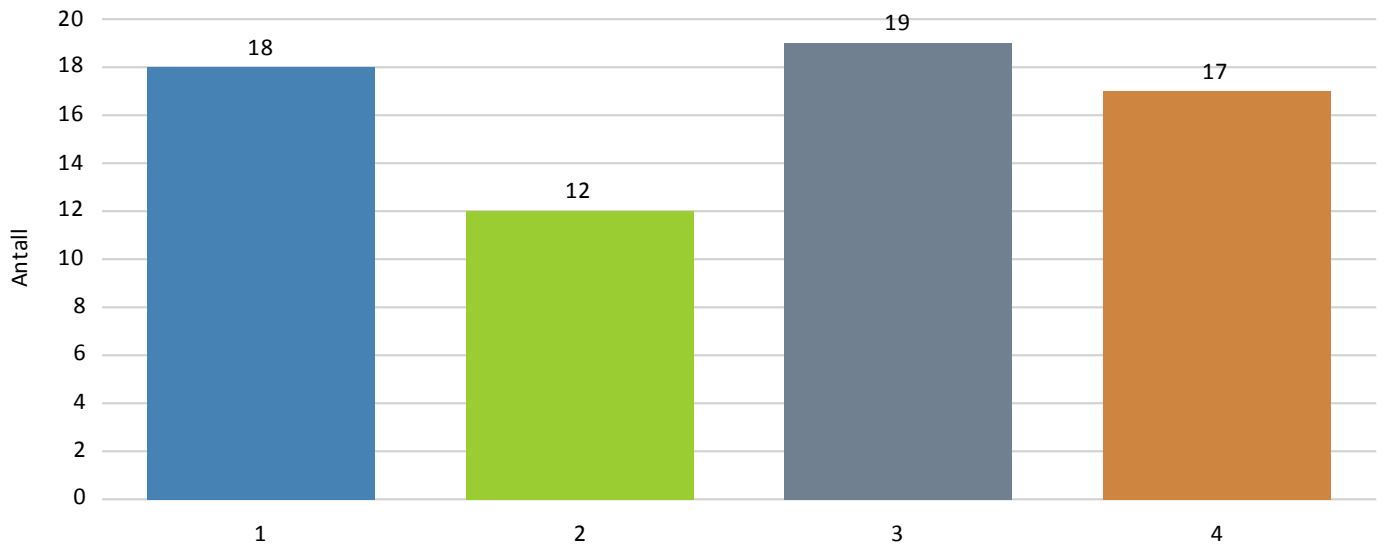
1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Vet ikke

12. Er anbefalte tiltak (s. 13) innført på din enhet?**Navn**

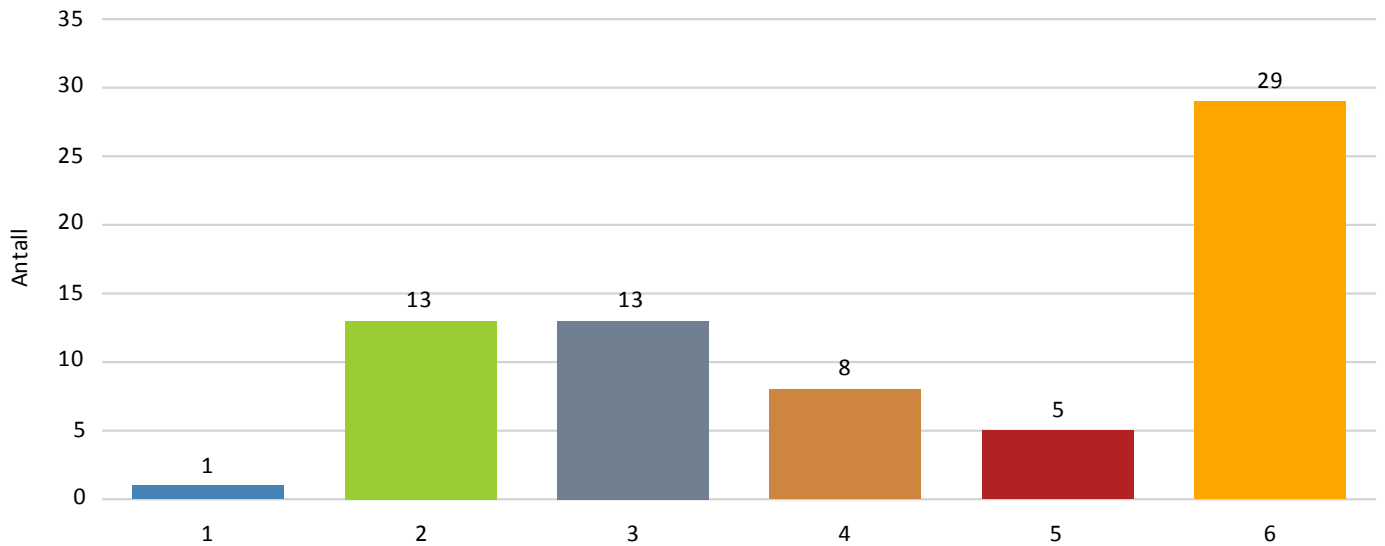
1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Vet ikke

13. Er anbefalte tiltak (s. 14) for kompetanseheving innført i din enhet?**Navn**

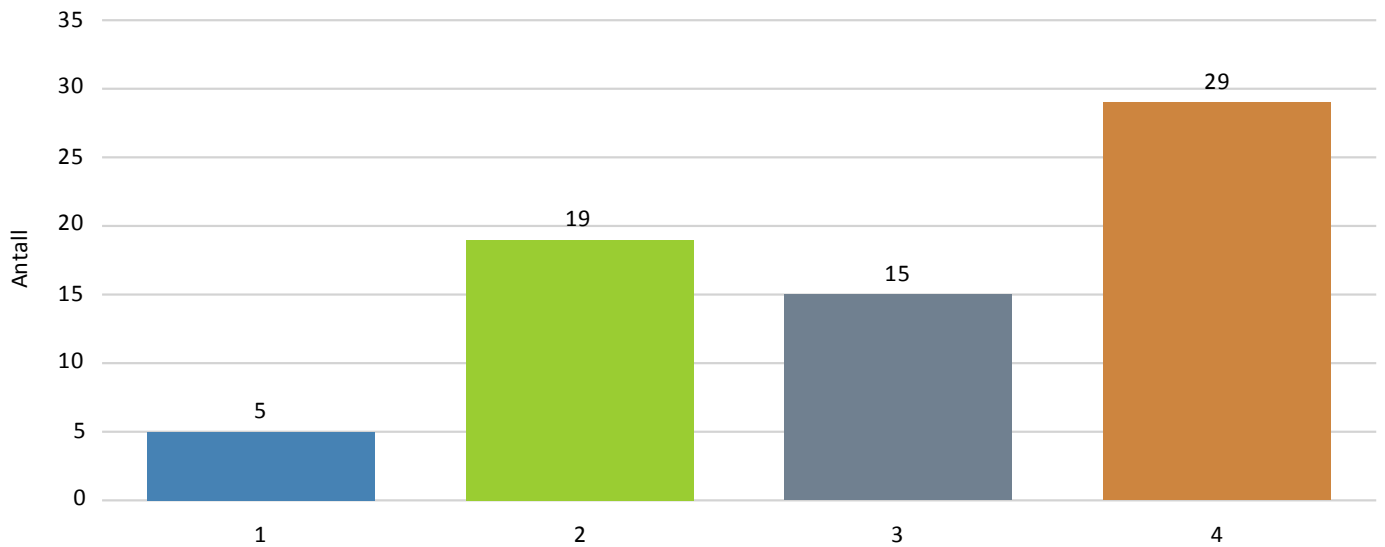
1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Vet ikke

14. Er din enhet involvert i denne type samarbeid (s. 16)?**Navn**

1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Vet ikke

15. Er dette hovedmål oppnådd for din enhet?**Navn**

1	Helt enig
2	Delvis enig
3	Hverken enig eller uenig
4	Delvis uenig
5	Helt uenig
6	Vet ikke

16. Er Strategi for undervisning og læring 2009-2014 anvendt i arbeidet med Dialogavtalen og mot satsningsområde Utdanning?**Navn**

1	Ja
2	Nei
3	Delvis
4	Vet ikke

17. Hvis ja eller delvis, hvordan er den anvendt?

Klinikken og avdelingen har hatt mye fokus på rekruttering og stabilisering, der bruk av fagutvikling og gode opplæringssystemer har vært sentral.

brukt på noen av områdene i arbeidet

Kontinuerlig tema i seksjonslederteam og i møte med avd.leder.

har egne mål og tiltak

Avdelingens prioriterte oppgaver knyttet til fagutvikling og forskning.

Som en veileder og sjekklister for våre dialogavtalemål innen undervisning og kompetanseheving.

Tiltak for undervining er innført i dialogavtalen

18. Har du andre kommentarer om Strategi for undervisning og læring 2009-2014 som styrende dokument?

Synes det er vanskelig å konkretisere denne strategien opp i mot hverdagen på en liten avdeling. Vi tar opp kompetanseutvikling i medarbeidersamtaler og ved henvendelser, men har ikke forholdt oss til strategien.

Lag det kort og konsist slik at det blir lett å anvende!

Denne typen foretaksovergripende strategidokumenter oppleves lite relevante for kjernevitksamheten. De lever sitt liv i stab, styre og fortaksledelse mens den faglige virksomheten inkludert undervisning går i helt andre fora.

Har ikke vært god kjent i avdelinga

Antall studenter må koordineres. Slik det er nå er ikke med. stud koordinert med spl stud og andre stud grupper. Da blir det for mange stud noen dager og ingen stud andre dager. Det er ikke holdbart og går utover kvaliteten på veiledningen.

Veldig ukjent for meg før denne spørreundersøkelsen

Kjenner altså ikke til dokumentet, så kan ikke svare på spesifikke spm om det (er på ingen måte i ny i jobben, så handler ikke om det). Ut fra vår type virksomhet er jeg usikker på om slike dokumenter er mer enn bare en "papirøvelse" uten nytteverdi for oss. Vi driver mye undervisning og veiledning og legger stor vekt på å bruke gode pedagogiske metoder, forskningsbasert kunnskap/praksisnær kunnskap og evaluere våre tjenester vha brukere/deltakere. Tror altså ikke vi får noe særlig hjelp av slike dokumenter. Vi har en "fordel" logistikkmessig - vi har svært lite overlapp med andre fagmiljøer i UNN/UiT og derfor lite behov for avklaringer med andre aktører.

Det finnes så mange dokumenter man bør lese gjennom at det kan bli en fulltidsjobb i seg selv å holde seg oppdatert, hvor henter vi den tiden for å gjøre den jobben?

Dessverre er den kliniske hverdag blitt så travel at alle tilgjengelige ressurser/personell brukes på pasientrettet behandling. Tid og ressurser som kreves til undervisning og forskning må i all hovedsak gjøres på fritid/kveldstid.

Derfor vil slike strategidokumenter forbli fagre ord og vendinger inntil vi får dedikerte undervisningsstillinger i klinikken. Nå har mange av oss 10-10% bistilling, men når man i utgangspunktet jobber 150% eller mer i klinikken, så forblir mulighetene til å prioritere undervisning og læring negativt påvirket av det. Men, vi jobber aktivt med å integrere undervisning og læring i vår travle hverdag.

Dette opplever jeg som lettere absurd i denne situasjonen som sykehuset er i, og de signaler som kommer fra Direktøren.

Det er nå kunn snakk om økonomi, og utvikling/ undervisning av LISer etc er ikke nevnt noe sted. Vi som har nasjonale verv blir ikke støttet i dette arbeidet, tvert imot!

Her er det utrolig stor avstand mellom fine dokument og den praktiske hverdag.

med hilsen

Erling Bjordal

ingen

Strategien har et stort fokus på medisinstudenter. Neste versjon av strategien burde ha mer fokus også på andre helseprofesjoner, og relaterte profesjoner som behøves for å drive et sykehus, for å gjenspeile den faktiske driften av sykehuset.

Strategien må sette mål som fører til bedre kvalitet på UNNs e-læringsprogrammer. Kvaliteten må forbedres vesentlig på de sentralt lagde e-læringsprogrammene. De uklippede filmene forelesningene som per i dag utgjør UNNs e-læringsprogram sammen med interne nettbaserte diskusjonsforum holder lav kvalitet og gir lite læringsutbytte.

Dette var et alt for stort og omfattende dokument å forholde seg til. Lite brukervennlig.

Undervisning er fortsatt ikke like meritterende og verdsatt som pasientbehandling og forskning.

Ikke aktivt utsjekket, men mange elementer er likevel sammenfallende

Skal gjøre meg kjent med dokumentet, da jeg ikke har vært kjent med det tidligere ...

Vedlegg 2. Tabell over etablerte samhandlingsarenaer for utdanning i strategiperioden

Samarbeidsorgan
Høgskolesamarbeidet (HSAM)
Felles ledermøte mellom UNN og UiT helsefak
Felles utdanningsutvalg mellom UiT og UNN helsefak
Samarbeidsråd UNN Narvik/Harstad og høgskolen i Narvik/Harstad
Programstyrer UiT helsefak; Master i helsefag, og i sykepleie
Programstyrer UiT helsefak; Psykologi
Praksisråd for sykepleierutdanningen ved UiT helsefak - Gangbro
Fag- og samarbeidsrådet Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenesten i Troms
Kommunenes opplæringskontor, styret
Regionalt nettverk helsefaglæringer i regi av Helse Nord RHF
Styringsgruppe for prosjekt om helsefaglæringer i regi av Helse Nord RHF
Regionalt nettverk E-læring i regi av Helse Nord RHF
Nasjonalt nettverk for utvikling av E-læring i spesialisthelsetjenesten
Samarbeidsråd for bachelor i fysioterapi, og for bachelor i ergoterapi UiT helsefak
Programstyre bachelor i sykepleie UiT helsefak
Regionalt nettverk Barn som pårørende i regi av Helse Nord RHF
Nasjonalt nettverk Barn som pårørende i regi av Barns Beste
Samhandlingsutvalget i UNN
Styringsgruppe - Enhet for helsefaglig pedagogisk utvikling på Helsefak (HelPed)
Nord-norsk samarbeidsorgan for helseutdanning i regi av Helse Nord RHF og KS...

Vedlegg 3. Sentrale grunnlagsdokumenter for arbeidet

- a. ~~Spesialisthelsetjenesteloven, § 3-8, pkt. 2. Utdanning av helsepersonell~~
- b. ~~Helsepersonellovens § 3, definisjon av helsepersonell, jf. § 48 Autorisasjon.~~
- c. Instruks fra Helse- og omsorgsdepartementet, sørge for ansvaret relatert til undervisning, opplæring og veiledning av helsefaglige studenter
- d. Helsedirektoratet sin rapport «Behovet for spesialisert kompetanse i helse- og velferdstjenesten frem mot 2030
- e. Statistisk Sentralbyrå sin rapport «Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell frem mot 2035
- f. Utdanningsmelding nr. 13 «Utdanning for velferd»
- g. Tiltaksplan 2014-2016 for kompetanseutvikling i kjølvannet av samhandlingsreformen i regi av Helse Nord RHF og KS Nord-Norge
- h. Strategisk kompetanseplan fase 1 og 2 i regi av Helse Nord RHF
- i. UNN sin forsknings-, kvalitets- og HR-strategi
- j. Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitetet, Helsefakultetet strategi-utdanning og forskning 2014-2020
- k. Strategisk utviklingsplan for UNN HF 2015-2025
- l. UNN-boka



Strategi for undervisning og læring i UNN HF 2015-2020				
Visjon	Det er resultatene for pasienten som teller!			
	Vi gir den beste behandling			
Hovedretning	UNN som lokal- og universitetssykehus <ul style="list-style-type: none"> • utdanner helsepersonell med kompetanse som er rustet til å møte befolkningens helsemessige behov i nordområdene, i et gjensidig forpliktende samarbeid med relevante parter • er en tydelig samhandlende og samarbeidende aktør for utdanning av helsepersonell • er en attraktiv og ledende undervisnings- og læringsarena som foretrekkes som utdanningssted og arbeidsplass 			
Hovedmål	Pasienter Pasienter og pårørende i UNN møter kompetent helsepersonell med respekt for deres ønsker og behov	Samfunnet Samfunnets utfordringer og demografiske utvikling er grunnlaget for en helhetlig og styrt kompetanseutvikling i UNN	Medarbeidere Medarbeidere i UNN er engasjerte, har høy og spesialisert kompetanse, og arbeider kunnskapsbasert	Studenter Dedikert og kompetent helsepersonell utdannes i UNN i samarbeid med utdanningsinstitusjonene
Delmål	Pasienter i UNN hjelpes til å ta egne og kompetente helsevalg Pasienter og pårørende i UNN får tilpasset kunnskapsbasert undervisning og veiledning For pasienter og pårørende vil UNN sikre at fremtidig helsepersonell har kompetanse innen pasientsikkerhet, systematisk forbedringsarbeid og likeverdige helsetjenester	Samfunnets behov for helse- og velferdstjenester er styrende for UNNs utdanning av helsepersonell Helsepersonell utdannet i UNN bidrar til å sikre helhetlig pasientforløp med samhandling på tvers av profesjoner, forvaltningsnivåer og sektorer UNN er ledende innen klinisk IKT og e-helse nasjonalt og internasjonalt	Medarbeiderne i UNN utfordres til faglig og personlig utvikling i en lærende organisasjon Kvalitet i undervisning og læring av helsepersonell sikres gjennom UNNs strukturelle rammer Medarbeiderne i UNN anvender og bidrar i utvikling av klinisk IKT og e-helse	Kunnskapsbaserte pedagogiske metoder benyttes for å skape sammenheng mellom teori og klinisk praksis i UNN Praksisstudier i UNN er av høy kvalitet og bidrar til rekruttering av kompetente medarbeidere Praksisstudier i UNN baserer seg på tverrprofesjonell samarbeidslæring



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Strategi for undervisning og læring 2015-2020



Det er resultatene for pasienten som teller!
Vi gir den beste behandling.

Kvalitet – Trygghet – Respekt – Omsorg



1. Innledning

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) sin visjon er:

"Det er resultatene for pasienten som teller! Vi gir den beste behandling".

Utdanning er en av sykehusenes fire hovedoppgaver, jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 punkt 2. Sammen med utdanningsinstitusjonene skal vi utdanne helsepersonell med kompetanse til å møte befolkningens helsemessige behov i nordområdene.

Utdanning skal også bidra til at sykehuset innehar den kompetanse som et universitetssykehus til enhver tid har behov for.

UNN er læringsarena for nærmere 2 000 elever, lærlinger og studenter i året.

Formålet med strategi for undervisning og læring 2015-2020 er å gjøre UNN til en enda bedre læringsarena, der studentene er fornøyde og læringseffekten stor. Dette vil være med på å skape gode framtidige medarbeidere og et godt omdømme som utdanningsinstitusjon.

Strategi for undervisning og læring 2015-2020 har sitt utgangspunkt i UNNs overordnede strategier og satsningsområder, både i innhold og form. Strategien er videre i tråd med Helse-Nords regionale føringer og de nasjonale føringene for helse- og omsorgssektoren. Undervisnings- og læringsmålene operasjonaliseres i klinikkens og sentrenes tilhørende handlingsplaner.

2. Begrepsavklaring og avgrensning

Strategien omfatter utdanning av helsepersonell fra videregående skole, fagskole, høyskole og universitet, samt videre- og masterutdanning av egne ansatte. Det vises til at strategien er et svar på det lovpålagte ansvaret UNN har til å utdanne helsepersonell. Med helsepersonell menes både profesjoner med krav om, og uten krav om, autorisasjon eller lisens, jfr. helsepersonelloven § 3.

Strategien omfatter ikke kompetanseutvikling for annet personell enn helsepersonell, og ikke utvikling av lederkompetanse. Dette omfattes av sykehusets HR-strategi.



3. Strategi for undervisning og læring i UNN HF 2015-2020

3.1. Visjon

Det er resultatene for pasienten som teller! Vi gir den beste behandling.

3.2. Hovedretning

UNN som lokal- og universitetssykehus

- *utdanner helsepersonell med kompetanse som er rustet til å møte befolkningens helsemessige behov i nordområdene, i et gjensidig forpliktende samarbeid med relevante parter*
- *er en tydelig samhandlende og samarbeidende aktør for utdanning av helsepersonell*
- *er en attraktiv og ledende undervisnings- og læringsarena som foretrekkes som utdanningssted og arbeidsplass*

3.3. Hovedmål med tilhørende delmål

3.3.1. Pasienter

Pasienter og pårørende i UNN møter kompetent helsepersonell med respekt for deres ønsker og behov.

Delmål

- *Pasienter i UNN hjelpes til å ta egne og kompetente helsevalg*
- *Pasienter og pårørende i UNN får tilpasset kunnskapsbasert undervisning og veiledning*
- *For pasienter og pårørende vil UNN sikre fremtidig helsepersonell kompetanse innen pasientsikkerhet, systematisk forbedringsarbeid og likeverdige helsetjenester*



3.3.2. Samfunnet

Samfunnets utfordringer og demografiske utvikling er grunnlaget for en helhetlig og styrt kompetanseutvikling i UNN

Delmål

- *Samfunnets behov for helse- og velferdstjenester er styrende for UNNs utdanning av helsepersonell*
- *Helsepersonell utdannet i UNN bidrar til å sikre helhetlig pasientforløp med samhandling på tvers av profesjoner, forvaltningsnivåer og sektorer*
- *UNN er ledende innen klinisk IKT og e-helse nasjonalt og internasjonalt*

3.3.3. Medarbeidere

Medarbeidere i UNN er engasjerte, har høy og spesialisert kompetanse, og arbeider kunnskapsbasert

Delmål

- *Medarbeiderne i UNN utfordres til faglig og personlig utvikling i en lærende organisasjon*
- *Kvalitet i undervisning og læring av helsepersonell sikres gjennom UNNs strukturelle rammer*
- *Medarbeiderne i UNN anvender og bidrar i utvikling av klinisk IKT og e-helse*

3.3.4. Studenter

Dedikert og kompetent helsepersonell utdannes i UNN i samarbeid med utdanningsinstitusjonene

Delmål

- *Kunnskapsbaserte pedagogiske metoder benyttes for å skape sammenheng mellom teori og klinisk praksis i UNN*
- *Praksisstudier i UNN er av høy kvalitet og bidrar til rekruttering av kompetente medarbeidere*
- *Praksisstudier i UNN baserer seg på tverrprofesjonell samarbeidslæring*

Det vises for øvrig til at øyefaget er utstyrsintensivt, og derfor krever jevnlige investeringer til fornyelse av utstyr. Dette må sees i sammenheng med de generelle innspill UNN har gitt til Helse Nord RHF om behovet for økte rammer til investeringer i medisinsk teknisk utstyr. Direktøren vektlegger at nødvendige tiltak knyttet til utvikling av kvalitet generelt og fagutvikling spesielt, må synliggjøres klarere i planen før den godkjennes og iverksettes.

Bakgrunn

Helse Nord RHF har utarbeidet en regional plan for øyefaget for perioden 2015–2025. Utkast til plan ble sendt på høring 17.3.2015, og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har gjennomført en intern høringsprosess frem til saken nå fremmes for styret.

En prosjektgruppe sammensatt av representanter fra helseforetakene, avtalespesialister og brukere, har gjennom arbeidet kartlagt dagens situasjon, og gitt anbefalinger for det fremtidige tjenestetilbudet. Et overordnet mål fra Helse Nord RHF med arbeidet, har vært å sikre god kvalitet og tilgjengelighet til tjenestene.

Saksutredning

Regional plan for øyefaget i Helse Nord 2015-2025 beskriver øyefaget slik det er i dag, og synliggjør også rollene til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og de øvrige helseforetakene i utviklingen av faget.

Mye av ressursinnsatsen er konsentrert rundt diagnoseområder hvor oppfølging og behandling gjør god nytte ved å forhindre eller begrense synstap. De viktigste diagnoser er grønn stær, grå stær, våt aldersrelatert makuladegenerasjon og øyekomplikasjoner til diabetes. Til sammen utgjør de tre førstnevnte diagnosegruppene 70 % av alle pasientkontakter i øyehelsetjenesten. Disse sykdommer rammer i stor grad den eldste delen av befolkningen. "Forbruksraten" innen øyefaget i Helse Nord er under landsgjennomsnittet for alle boområder.

Det arbeider om lag 20 øyespesialister ved helseforetakene i Helse Nord, hvorav 12 er ansatt ved utdanningsavdelinger i Bodø og Tromsø. Disse har til sammen 9 leger i spesialisering (LIS). Mer enn halvparten av Helse Nord's øyeleger er private avtalespesialister (om lag 20 øyeleger). 11 av disse er lokalisert i og rundt byene Bodø og Tromsø. Ettersom en så beskjeden andel av spesialistene arbeider ved utdanningsavdelingene, er forholdstallet mellom spesialister og LIS i Helse Nord 4,5:1, for UNN er forholdstallet 8,5:7.

Den regionale planen legger opp til at den desentraliserte strukturen skal forsterkes ved at det skal sørges for nye avtalehjemler og/eller poliklinikkstillinger for øyeleger i Finnmark, Harstad/Narvik, Vesterålen/ Lofoten og på Helgeland. Den oppsummerer at de regionale funksjonene inne behandling ivaretas på en god måte av UNN.

Det er tre store utfordringer i planperioden:

1. Økningen i antall eldre i befolkningen.
Majoritet av de som trenger helsetjenester innen øyesykdommer er eldre. Antall pasientkontakter forventes å øke med 75 % som følge av en den forventede økning i antall eldre fram mot 2030.

2. Øyelegenes alder og nyrekruttering av øyeleger.
18 av 21 spesialister med arbeidssted i Troms og Finnmark er utdannet ved UNN. Ved inngangen til planperioden ser en starten på en bølge med alderspensjonerings av nordnorske øyeleger. Nærmere halvparten av spesialistene som i dag er i jobb i landsdelen, vil være pensjonister innen 2025. Sammen med det lave antallet LIS leger innen øyesykdommer, er det en klar risiko for at en de kommende ti år vil få en reduksjon i antall øyeleger i Helse Nord, samtidig som det skjer en betydelig økning i behovet for behandling av øyesykdommer.
3. Behov for å bruke tilgjengelig personell og ressurser mer kostnadseffektivt.
Dette følger av 1) og 2) over. For å få dette til, må en lykkes med bedre oppgavedeling og samhandling med primærhelsetjenesten, inkludert optikere. Økt bruk av sykepleiere til pasientrettet virksomhet i poliklinikken vil være et annet alternativ.

De viktigste strategiske grep blir å iverksette umiddelbare tiltak innen utdanning og rekruttering til øyefaget for å stabilisere utviklingen. Planen peker på at utdanningskapasiteten ved UNN må utnyttes til det ytterste. En må finne ut av hvordan en kan rekruttere LIS-leger som etter endt utdanning både ønsker, og får arbeide der det trengs nye øyeleger. Planen kommer ikke med en klar oppskrift på hvordan dette skal gjøres, men den viser til at det allerede er gjort konkrete avtaler med LIS som er sikret arbeid i henholdsvis Hammerfest, Kirkenes og Harstad, så snart de blir ferdig utdannet ved UNN Tromsø. De nye tilsettingsreglene for LIS-leger, gjeldende fra 1.7.2015, legger opp til ansettelse i faste stillinger ved utdanningsinstitusjonene. Imidlertid kan man også benytte gjennomgangsstillinger som kan "leies ut" til helseforetak i andre deler av regionen for fremtidig tilsetting. Den fremtidige utdanningsvirksomheten må vurderes grundig med hensyn til hvilke behov som skal dekkes i regionen.

Det må videre utvikles nye modeller for samhandling og oppgavedeling. Oppfølging av diabetikere for å forebygge og behandle øyekomplikasjoner tilfredsstillende i dag ikke nasjonale eller internasjonale retningslinjer. Dersom Helse Nord RHF kan utvikle en god modell for oppgavefordeling, er det sannsynligvis det enkelttiltaket som best kan fremme en bedre øyehelsetjeneste for diabetikere. Det er også nødvendig at det utvikles et fungerende fagnettverk. En slik plan vil også involvere kommunehelsetjenesten og indremedisinere. Den kan involvere optikere og/eller fotostasjoner for screening av øyefriske diabetikere, nærmest mulig pasientens hjemsted. Øyeleger i avtalepraksis bør kunne ha et nært samarbeid med leger ved sykehuspoliklinikker om oppfølging av pasienter med påvist øyesykdom. Videre foreslår planen å opprette stilling for synspedagog ved UNN. En slik fagperson vil særlig bidra til å bedre funksjonen til slagrammede som får synsutfall.

UNN har kirurgisk kompetanse til å gi høyt spesialisert behandling til dem som trenger det. For å følge med i kvalitetsutviklingen, bør det etableres et kvalitetsregister, som også vil åpne for forskning. UNN har nødvendig akademisk kompetanse til å drive et slikt kvalitetsregister.

Vurderinger

UNN kommer til å få en nøkkelrolle i gjennomføringa av den regionale planen. Om UNN viderefører og forsterker sin rolle som utdanningssykehus for regionen og ivaretar regionoppgaver innen behandling og forskning, vil det støtte opp om den desentraliserte modellen for øyefaget som planen legger opp til. I motsatt fall vil det trolig oppstå et økt press på UNN fordi en mer sentralisert modell da vil tvinge seg frem. UNN kan da bli det eneste senteret for øyehelsetjenester i Finnmark og Troms, noe som vil bety en større mengde lokalsykehusfunksjoner i UNN, i tillegg til de regionfunksjonene UNN skal ivareta.

Økt aktivitet ved øyeavdelingene krever økte arealer. Arealbehovet på UNN kan løses ved at det etableres en injeksjonsenhet for øyebehandling i B-fløya. Når A-fløya står klar, kan en samle all Øyevirksomhet i C-fløya (C-6.2). Nødvendige arealer for øyekirurgi i Harstad bør etableres, i tillegg til opprettelse av injeksjonspoliklinikk.

Utstyrskrav

Behovet for nytt utstyr er en stadig utfordring. Øyefaget er utstyrskravintensivt og deler av utstyrsparken må fornyes stadig oftere. UNN Tromsø mangler noe utstyr som er standard på de øvrige universitetssykehus i Norge. Utgifter til å holde utstyret oppdatert er ikke tatt med i planen. Det vil være nødvendig med årlige utstyrskravinvesteringer på én til to mill kr.¹ Den planlagte oppbygginga av øyekirurgisk kapasitet ved UNN Harstad, vil kreve utstyrskravinvesteringer de nærmeste årene på to til tre mill kr. Øyekirurgi ved UNN Harstad vil samtidig redusere utgifter til pasientreiser, og øke ISF-inntektene.

Lønnskrav

Planen anbefaler økt utdanningskapasitet ved UNN. Det vil kreve lønnskravmidler til minimum én ny overlege og dessuten til nye LIS. For øyeblikket betaler UNN lønn for alle øyelegestillingene. UNN vil argumentere for at RHFet må tilføre nødvendig del av lønnskravmidler til LIS-stillinger som det er ønskelig tilsette i fremtiden. Ut fra en helhetsbetragtning vil en vellykket satsing på å utdanne spesialiser til landsdelen svare seg økonomisk, ettersom det vil redusere utgifter til vikarer andre steder, til pasientreiser og til kjøp av behandling hos private. For UNN vil det på kort sikt være mer kostnadseffektivt å gjøre om LIS-stillinger til legespesialiststillinger, men for landsdelen vil det være dyrt og uhensiktsmessig.

Den regionale fagplanen for øyefaget er i god overensstemmelse med langtidss strategisk utviklingsplan for Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken samt Nevrokirurgi-, øre-nesehals- og øyeavdelingen (NKØØ).

Medvirkning

Fagfolk fra NKØØ har vært aktivt med i arbeidsgruppa som har bidratt til planutkastet. De er av fagdirektøren i Helse Nord invitert med i sluttbehandling av høringsuttalelser og ferdigstilling av planen før styrebehandling i Helse Nord RHF. UNNs fag- og forskningssjef har deltatt i styringsgruppen for arbeidet med utvikling av planen.

Saken er fremmet for Brukerutvalgets arbeidsutvalg 8.6.2015, ansattes organisasjoner og vernetjenesten 9.6. samt oversendt Arbeidsmiljøutvalgets møte 10. s.m. Saken fikk tilslutning fra samtlige møter. Referater og protokoller fra disse behandles som egne referatsaker i styremøtet 23.6.2015.

¹ Erfaringsstall fra utstyrskravplanen for Nasjonalt senter for øye- og ørefagene (NKØØ).

Konklusjon

Direktøren støtter at UNN fortsatt skal påta seg ansvar for regionfunksjoner, inkludert utdanning av øyeleger for landsdelen. Konkret foreslås det en regional plan for ansettelser av LIS og finansiering av slike stillinger, som både ivaretar sykehusbasert virksomhet og rekruttering til avtalebaserte spesialisthelsetjenestehjemler. Det er nødvendig med en rask avklaring av modell.

Videre gir direktøren støtte til at det tidligst mulig i planperioden må komme på plass en plan for bedre oppfølging av personer med diabetes. Det må utvikles bedre samhandling, oppgavefordeling og oppgaveglidning mellom yrkesgrupper, for å imøtekomme det stadig økende behov for øyehelsetjenester til den økende andel av eldre i befolkningen.

Det anbefales at kapitlet om kvalitet konkretiseres med utfordringer og tiltak. Dette bør omfatte utvikling av kvalitetsregister. Videre anses det som vesentlig at ressurser som arealer og økonomi for investering i nytt utstyr, for å opprettholde virksomheten på høyt kvalitetsnivå, følger planen. Dette må sees i sammenheng med de generelle innspill UNN har gitt til Helse Nord RHF om behovet for økte rammer til investeringer i medisinsk teknisk utstyr.

Direktøren anbefaler at planen tilføres et eget kapittel der behovet for høyt prioritert aktivitet i planperioden, oppsummeres. Dette bør lede fram til en aktivitetsbasert plan for organisering og bemanning. På den måten vil behovene for spesialiserte øyehelsetjenester i Helse Nord, imøtekommes mest mulig kostnadseffektiv. Forslagene om oppgavedeling, samhandling, areal, utstyr og økonomi kan dermed gjøres mer konkrete.

Tromsø, 12.6.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

Regional plan for øyefaget i Helse Nord 2015–2025

Høringsutkast 17.3.2015

Forord

Denne fagplanen er utarbeidet av en gruppe fagfolk parallelt med arbeidet de utfører i sin kliniske hverdag. Arbeidet har vært svært viktig. Prosjektgruppens sammensetning med brukerrepresentant, optiker, øyeleger, sykepleiere og avtalespesialister har bidratt til å sikre mangfold og kvalitet i innholdet.

Øyefaget er et stort fagområde. Status og utfordringer som gruppen har beskrevet, gjør at vi har fått god innsikt i hvordan dagens ressurser ivaretar tjenestetilbudet.

Det er viktig at vi har en god balanse mellom det arbeidet vi utfører i sykehusene og poliklinisk aktivitet hos avtalespesialistene. Kommunehelsetjenesten med fastlegene, har også en viktig funksjon for behandling og oppfølging av enkelte pasienter. Et godt samarbeid mellom de ulike omsorgsnivåene skal i sum gi et tilbud med god tilgjengelighet og høy kvalitet.

Avslutningsvis ønsker jeg å takke prosjektgruppen for et godt arbeid. Vi har nå en plan for hvordan vi skal sikre et bærekraftig tilbud i årene som kommer. En takk rettes også til senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE, for leveranse av forbruksrater innen fagområdet.

Beste hilsen

Geir Tollåli
fagdirektør
Helse Nord RHF

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Ordlister og forkortelser.....	5
Sammendrag.....	6
1. Innledning og bakgrunn	7
1.1 Organisering.....	8
2. Pasientens helsetjeneste	9
3. Rehabilitering og mestring av alvorlig synstap.....	10
3.1 Synshemming som følge av ervervet hjerneskade	11
3.2 Døvblindhet	13
4. Øyesykdommer.....	14
4.1 Aldersrelatert makuladegenerasjon/ AMD.....	14
4.2 Grå stær (katarakt)	17
4.3 Grønn stær (glaukom)	18
4.4 Diabetes retinopati	19
4.5 Arvelige netthinnesykdommer	22
5. Kvalitet.....	23
6. Spesialisthelsetjenesten	26
6.1 Organisering i sykehus	28
6.2 Øyespesialister i sykehus	30
6.3 Avtalespesialister	30
6.4 Sykepleietjenesten	32
7. Utdanning, rekruttering og stabilisering	33
7.1 Spesialistutdanning for øyeleger.....	33
7.2 Rekruttering og stabilisering av leger.....	35
7.3 Spesialutdanning for sykepleiere.....	37
7.4 Rekruttering og stabilisering av sykepleiere.....	37
7.5 Andre faggrupper	38
8. Oppgavedeling.....	39
9. Funksjonsfordeling	40
9.1 Regional funksjonsfordeling	40

9.2	Nasjonal funksjonsfordeling	40
10.	Utstyr og areal	42
11.	Samhandling med kommunehelsetjenesten.....	44
11.1	Samhandling med andre faggrupper	45
12.	Økonomi.....	47
13.	Takksigelser	47
14.	Referanser.....	48
	Vedlegg	50

Ordlister og forkortelser

Ord /forkortelser	Definisjon/ forklaring
Alstrøm syndrom	Sjelden arvelig sykdom med synshemming
AMD	Aldersrelatert makuladegenerasjon, svekkelse av skarpsynet
CHARGE syndrom	Sjelden tilstand med alvorlige medfødte misdannelser, bla. sansetap
Dekompresjonskirurgi	Kirurgisk inngrep utført under spesielle trykkforhold
Diabetes retinopati	Netthinnesykdom pga. diabetes som gir svekket syn
Fundusfoto	Foto av øyets innside
Glaukom	Grønn stær
Insidens	Angir antall nye tilfeller av en sykdom i en befolkning i en gitt tidsperiode
Katarakt	Grå stær
Laserbehandling	Behandling av blant annet nær- og langsynthet, skjeve hornhinner og diabetes retinopati
Lebers kongenitale amaurosis, LCA	Samlebetegnelse for en rekke progressive netthinnesykdommer med redusert mørkesyn, innsnevret synsfelt og senere tap av sentralsyn
LIS	Lege i spesialisering
Mohr Tranebjærg	Arvelig hørselstap som kun rammer gutter, med synshemming og flere nevrologiske symptomer
Makula degenerasjon	Svekkelse av skarpsynet
OCT	Optical Coherence Tomography, bildeundersøkelse av netthinnen
Prevalens	Angir hvor mange som har en sykdom i en befolkning på et gitt tidspunkt
Retinitis pigmentosa	Arvelig netthinnesykdom som gir synshemming
Rubella	Røde hunder
SKDE	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
Stargardt sykdom	Arvelig sykdom som gir svekkelse av skarpsyn
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
Usher syndrom	Medfødt synshemming og hørselshemming eller døvhet

Sammendrag

Dagens status

I løpet av perioden 1975–2014 er det utviklet en fullverdig og stabil øyehelsetjeneste i Nord-Norge, og antall øyeleger har økt gradvis fra 1990–2014. De fleste øyelegene har tilhørighet til landsdelen, eller de har tatt sin utdanning her. Det er ingen sykepleiere med videreutdanning innen øyefaget i Helse Nord, og det bør være et mål å tilrettelegge for at sykepleierne kan øke sin kompetanse.

Øyehelsetjenester ytes til alle aldersgrupper, men behovet er størst hos de aller eldste. Fra 2015 vil antallet innbyggere over 67 år vokse sterkt (SSB). Dette medfører økt behov for synsbevarende behandling som operasjoner for grå stær, og injeksjonsbehandling for AMD. Det forventes også økt behov for oppfølging av pasienter med grønn stær og diabetisk retinopati. Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har nådd et kapasitetstak for å gi injeksjonsbehandling til AMD-pasienter, og det er lang ventetid for å operere pasienter for grå stær.

Rekruttering og utdanningskapasitet

Økt behov for spesialiserte øyehelsetjenester skjer parallelt med at et stort antall øyeleger blir alderspensjonister. Det vil ta flere år å erstatte disse, og det bør vurderes seniortiltak for å redusere gapet mellom avgang og ny rekruttering. Dagens utdanningskapasitet ved UNN og Nordlandssykehuset gir bare én ny spesialist per år, mens behovet er over to. Utdanningskapasiteten innen øyefaget er lav også i andre deler av landet, og det er en generell mangel på øyespesialister. Det er størst utfordring knyttet til å rekruttere spesialister til distriktene.

Bedre ressursutnyttelse

Økt behov for undersøkelse og behandling i planperioden, og videre frem mot 2040, gjør det nødvendig med fokus på godt samarbeid og effektiv drift i sykehus og avtalepraksis. Samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må bli enda bedre.

Denne planen foreslår konkrete tiltak som skal gi:

- økt spesialistutdanning, ved å øke antall stillinger for LIS
- ivaretagelse av faglig kvalitet og stabilisering av bemanning ved målrettet oppfølging av utdanningskandidater
- ivaretagelse av spissfunksjoner, forskning og fagutvikling
- bevisst satsing på videreutdanning av øyesykepleiere
- bedre tilgjengelighet og mindre behov for pasientreiser ved at den største veksten innen tjenesten kommer utenfor Bodø og Tromsø
- aktivt samarbeid og hospitering mellom små og store fagmiljøer i regionen

1. Innledning og bakgrunn

Diagnostikk og behandling av øyesykdom er en av oppgavene for spesialisthelsetjenesten. Målet er at behandlingen som gis i Nord-Norge skal ha en kvalitet og tilgjengelighet som er fullt på høyde med landet for øvrig. For at tilbudet skal bli best mulig er det viktig at samarbeidet mellom de ulike nivåene i helsetjenesten fungerer optimalt. Et fullverdig nordnorsk helsetilbud oppnås best ved en rett balanse mellom sentralisering og desentralisering, kombinert med godt samarbeid mellom fagmiljøene.

Helse Nord har hittil ikke hatt en regional plan for øyefaget. Endringer i utredning og behandling har medført behov for oppdaterte nasjonale og regionale strategier. Konus- rapporten (1) som kom i 2012, beskriver mange utfordringer i dag og i årene som kommer. Rapporten konkluderer med at det er utfordringer knyttet til utdanning og rekruttering, og kapasitetsproblemer knyttet til behandling. Konkrete tiltak anbefales i form av å opprette flere utdanningsstillinger og øke antall avtalehjemler. Det er mange avtalespesialister i øyefaget. Oversikt fra 2013 viser at fagområdet sto for 1/3 av den totale aktiviteten hos avtalespesialister innen somatikk. I Helse Nord er det 20 spesialister med avtale, i større eller mindre hjemler, og 61 prosent av forbruksraten innen øyefaget dekkes av avtalespesialistene (23).

Demografisk fremskriving viser at andelen eldre over 67 år blir høyere, noe som medfører økning i etterspørsel etter helsetjenester.

Grønn stær, grå stær og AMD er sykdommer som i hovedsak rammer i høy alder. I 2009 utgjorde pasienter med disse diagnosene 70 prosent av konsultasjonene. Videre forventes det økning i antall pasienter med sekundære øyelidelser som diabetes retinopati, med behov for screening og oppfølging (1).

Det er behov for å kartlegge og beskrive hvilke utfordringer regionen har, og hvordan disse kan løses. Muligheter for oppgavedeling, telemedisinske løsninger, organisatoriske endringer og tiltak for å opprettholde og øke kompetanse og kapasitet er viktige momenter.

Hovedmål for planperioden

Prosjektgruppen skal beskrive situasjonen innenfor øyefaget i Helse Nord og gi anbefalinger for hvilke tiltak som bør iverksettes for å møte utfordringer og behov i perioden 2015–2025. Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF understreker at likeverdig tilgjengelighet til tjenester og mål om korte ventetider i tråd med god medisinsk praksis bør være målsetting for arbeidet.

Prosjektgruppen skal i sitt arbeid ta hensyn til geografi, befolkningstetthet og tilgjengelighet. Den overordnede føring om desentralisert behandling og sentralisering av spisskompetanse skal videreføres. Balanse mellom offentlig og privat helsetjenestetilbud skal vektlegges.

1.1 Organisering

Arbeidet har vært ledet av Helse Nord RHF, og deltakerne representerer foretakene, avtalespesialister, optiker og brukere. Oversikt over andre bidragsyttere fremkommer i kapitlet takksigelser.

Prosjekteier er Helse Nord RHF v/ administrerende direktør.

Styringsgruppe

Geir Tollåli, fagdirektør	Helse Nord RHF, leder
Einar Bugge, fag- og forskningssjef	UNN
Fred A. Mürer, medisinsk direktør	Helgelandssykehuset
Harald G. Sunde, medisinsk fagsjef	Finnmarkssykehuset
Tonje Elisabeth Hansen, fagsjef	Nordlandssykehuset
Margaret A. Antonsen, fagsjef	Sykehusapotek Nord
Eirik S. Holand, konserntillitsvalgt for Akademikerne	

Prosjektgruppe:

Siw Skår, prosjektleder	Helse Nord RHF
Alexander Skau, overlege	Nordlandssykehuset Bodø
Terje Christoffersen, overlege	Universitetssykehuset Tromsø
Marita Pedersen, sykepleier	Universitetssykehuset Tromsø
Kari Milch Agledahl, LIS	Finnmarkssykehuset Hammerfest (for tiden UNN Tromsø)
Elin Grønvik, sykepleier	Helgelandssykehuset
Liv Therese Larsen, brukerrepresentant	Regionalt brukerutvalg, Helse Nord RHF
Erik Widerøe, avtalespesialist	Øyelegesentret, Tromsø
Reier Olsborg, avtalespesialist	Øyelegesentret, Tromsø
Johannes Gittke, optiker	Brillehuset Tromsø

Prosjektgruppens mandat

1. Kartlegge dagens situasjon og gi en vurdering av denne.
2. Vurdere tiltak for rekruttering.
3. Beskrive utfordringer knyttet til behandling av ulike tilstander, herunder beskrive forslag til systematisk oppfølging av pasienter med diabetes.
4. Sikre lik praksis ved å følge/utarbeide felles retningslinjer.
5. Beskrive mulige samarbeidsformer herunder:
 - samarbeid mellom avtalespesialister og spesialister i sykehusene
 - samarbeid om hvordan fordelingen av spesialister i de ulike foretak bør være
 - samarbeidet skal sikre rasjonell oppgavefordeling som gir gode pasientforløp
6. Vurdere felles ventelister.
7. Beskrive bruk av teknologi og utstyr.
8. Foreslå tiltak og prioritere disse.

2. Pasientens helsetjeneste

For pasienten er det viktig at tjenestene er tilgjengelige og av god kvalitet. God tilgjengelighet betyr akutt hjelp når det haster, og rimelige ventetider når situasjonen er mindre akutt. Det betyr også at tjenesten har en god balanse mellom sentraliserte og lokale tilbud. God tilgjengelighet kan skape trygghet og bidra til at pasienten kan benytte tilbudene som finnes.

God kvalitet i tjenesten betyr både høy medisinsk faglig standard, men også at pasienten blir møtt med respekt og får mulighet til å være en likeverdig deltaker i utredning, behandling og oppfølging.

Spesialisthelsetjenesten må, i tillegg til å utrede og behandle, ha tilstrekkelig kompetanse til å vurdere pasientens behov for videre oppfølging og rehabilitering. Dette innebærer godt samarbeid med kommunehelsetjenesten og brukerorganisasjoner, og god informasjon til pasienten om hvilke tilbud som finnes. Slik kan man tilrettelegge for helhetlige pasientforløp.

Pasienter med synstap bør få tilbud om synskontakt gjennom arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Synshemmede kan ha nytte av ulike hjelpemidler, både i dagligliv og arbeidsliv. Hjelpemidler dekkes via folketrygden, og ordningen forvaltes av NAV. Hjelpemidlenes funksjon er å kompensere for synstap. Eksempler på hjelpemidler er lupe, lesemaskin og tilpasset teknologisk utstyr, førerhund og mobilitetsstokk for lettere å kunne ta seg frem. Blindeforbundet er en viktig formidler av informasjon om dette og andre rettigheter synshemmede har. Det må tilrettelegges for nødvendig opplæring for å kunne bruke hjelpemidlene som blir tildelt, og den som står for opplæringen må ha tilstrekkelig kompetanse.

For oppfølging av barn og unge med synshemning er Statped¹ en viktig samarbeidspartner, særlig innen barnehabilitering. Statped kan bidra i funksjonsutredninger og gi veiledning.

God kommunikasjon er av betydning for samarbeidet mellom pasient og helsetjeneste. Kommunikasjonsform og innhold må tilpasses individuelt, og noen pasienter har behov for tolk. I vår region må vi sørge for at den samiske befolkningen kontinuerlig har tilgang på slike tjenester. Vi har også betydelig innflytting av mennesker fra andre land, som trenger tolk og andre tilpassede helsetjenester.

¹ Statped er en spesialpedagogisk støttetjeneste for kommuner og fylkeskommuner

3. Rehabilitering og mestring av alvorlig synstap

Mennesker som mister synet opplever at livet blir radikalt endret. Det er ingen selvfølge å klare og mestre dagligdagse gjøremål eller beholde arbeidet. 92 prosent av dem som mister synet faller ut av arbeidslivet (3). Rehabilitering er nødvendig for å mestre hverdagen, og må ses i et livsløpsperspektiv for disse pasientene.

I Helse Nord er tilbud om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten svært begrenset. Lærings- og mestringstilbud til synshemmede finnes for tiden bare ved UNN Tromsø, hvor det nå er et gruppetilbud til synshemmede og et gruppetilbud for døvblinde.

Statlige kompetansesenter

Det finnes to statlige kompetansesenter med tilbud til synshemmede; Tambartun og Huseby. Huseby kompetansesenter har landsdekkende ansvar for tilbud til voksne mellom 18 og 67 år som nylig har fått et alvorlig synstap, eller som har en synsnedsettelse som forverrer seg. Statped nord har i samarbeid med Tambartun kompetansesenter tilbud som i hovedsak er rettet mot barn og unge i Nord-Norge.

Blindeforbundet

Blindeforbundet har etablert et godt tilbud i sine syns- og mestringssentre. Årlig deltar i underkant av 1000 personer på ulike rehabiliteringskurs. Sentrene er lokalisert ved:

- Evenes syn- og mestringssenter i Nordland
- Solvik syn- og mestringssenter på Askøy utenfor Bergen
- Hurdal syn- og mestringssenter i Akershus

Mestringkursene har en helhetlig tilnærming til rehabilitering med fokus på trening i praktiske ferdigheter og det psykososiale aspektet. Utredning og opplæring i bruk av hjelpemidler står sentralt. Pasientene lærer teknikker for å mestre dagligdagse gjøremål. Kombinasjonen av å lære fra fagpersoner og likemenn er unik. Likemennene spiller en viktig rolle, og viser i praksis hva som er mulig å få til. Samhandling med det offentlige hjelpeapparatet er viktig, og det sendes kursrapport til hjemkommunen (synskontakt) i etterkant av kurset. Mange som går på kurs oppgir at de har fått økt livskvalitet og større grad av selvstendighet.

Ifølge tall fra Blindeforbundet var det i perioden 2007–2011 922 nye deltakere i rehabiliteringsopplegg i regi av Blindeforbundet. Det tilsvarer 18,7 deltakere per hundre tusen innbyggere i Norge. Variasjonen mellom fylkene er stor, fra 7,6 til 55,9. Nordland, Troms og Finnmark ligger høyest, med henholdsvis 52,3, 55,9 og 44,9. Blindeforbundet har beregnet forholdet mellom antall nye synshemmede per år og antall nye synshemmede som mottar rehabilitering, og kommet til at bare en av ti mottar tilbud om

rehabilitering (3). I tillegg peker de på at det er for lite informasjon til brukerne om rehabiliteringstilbud.

Kommunale synskontakter

Den enkelte kommune har ansvar for rehabilitering – også av synshemmede, og det er i de fleste kommuner etablert synskontakter. I mange kommuner er oppgaven som synskontakt og hørselskontakt tillagt samme person. Synskontakten er hjelpemiddelsentralens forlengede arm ut i kommunene, og skal informere om hjelpemidler og annen fysisk tilrettelegging som synshemmede har krav på. I tillegg skal de bidra med opplæring i å mestre tilværelsen som synshemmet. Dette innebærer blant annet:

- råd og veiledning i bruk av synshjelpemidler
- hjelp til å søke om synstekniske hjelpemidler
- hjelp til å ta kontakt med annen synskompetanse og hjelpemiddelsentral

Utfordringer

- Det er behov for å øke tilbudet om rehabilitering til synshemmede.
- Det gis for lite informasjon om rehabiliteringstilbudene.
- Noen kommuner mangler synskontakt, eller har synskontakt med liten kompetanse innen fagfeltet.

Tiltak

- Øke tilbudet om rehabilitering til synshemmede.
- Sikre at synshemmede får informasjon om mulige rehabiliteringstilbud.
- Øke kompetansen om synsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten.
- Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å bidra til kompetansebygging i kommunehelsetjenesten, for å bedre kompetansen hos synskontaktene.
- Videreføre det gode samarbeidet med Blindeforbundet.

3.1 Synshemming som følge av ervervet hjerneskode

Årlig blir om lag 15.000 nordmenn rammet av slag. Av disse opplever ca. 60 prosent synsforstyrrelse. Disse pasientene blir i liten grad fanget opp av systemet i dag. Problemene som oppstår kan blant annet være synsfeltutfall², dobbeltsyn pga. øyenmuskellammelse, ustabil fokusering og lysskyhet.

I *Retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* (4) anbefales vurdering av synsfunksjonen etter hjerneslag. Det anbefales henvisning til øyelege, eventuelt optiker

² Tap av syn i visse deler av synsfeltet, oftest halvsidig (homonym hemianopsi)

og/eller synspedagog for utredning og oppfølging ved behov. Kompensatorisk synstrening bør vurderes for slagrammede med synsfeltutfall. Systematisk trening av motoriske ferdigheter, språkforståelse og tale er godt innarbeidet i slagrehabiliteringen, men bare et fåtall av slagrammede får hjelp med sine synsforstyrrelser. Dette henger sammen med manglende kunnskap i hjelpeapparatet, og det er foreløpig få som har kompetanse på synstrening og synsrehabilitering etter slag (5).

I 2012 kartla Helsedirektoratet de regionale helseforetakenes oppfølging av slagrammede med synsforstyrrelser (6). Kartleggingen viste at svært få av sykehusene hadde et tilbud som er i tråd med anbefalingene. Det ble konkludert med at det bør utarbeides regionale behandlingslinjer for kartlegging og trening av synsforstyrrelser etter hjerneslag, som er mer spesifikke enn det den nasjonale retningslinjen (4) legger opp til. Hvor mange som bør tilbys synstrening er usikkert, men det anbefales at synspedagog bør være tilgjengelig i spesialisert rehabilitering og senere oppfølging. Det finnes ikke tilstrekkelig dokumentasjon for å kunne anbefale gjenopptrening av synsfeltet ved spesielle stimuleringstiltak, og derfor er det behov for mer forskning innen feltet.

Anbefalinger i Nasjonal retningslinje – syn og hørselsvansker

- Alle slagpasienter bør få vurdert synsfunksjonen etter hjerneslaget.
- Pasienter med synsproblemer bør vurderes for henvisning til øyelege og eventuelt optiker og/eller synspedagog.
- Pasienter med funksjonshemmende hørselstap etter hjerneslag bør vurderes av øre-nese-hals-lege.
- For pasienter med synsfeltutfall kan kompensatorisk synstrening i form av visuelle skanning-teknikker³ vurderes.

Ved alle avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Nord er behovet for sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og logopeder dekket. Det mangler legespesialister, nevropsykologer og synspedagog/optiker for å kunne utvikle de tverrfaglige tilbudene ved flere av avdelingene. Kun ved sykehuset i Kirkenes er det synspedagog, og i Harstad ivaretas funksjonen av en optiker med videreutdanning.

Utfordringer

- Det er behov for å utarbeide standardiserte rutiner for kartlegging og oppfølging av synsforstyrrelser etter hjerneslag. Selve synsutredningen angis å være bedre ivaretatt enn synsrehabiliteringen i regionen.
- Sykehusene i Helse Nord har ikke tilbud til synshemmede etter hjerneslag, som er i tråd med nasjonale anbefalinger.

³ Teknikkene er beskrevet i GB Wilhelmsen: *Å se er ikke alltid nok. Synsforstyrrelser etter hjerneslader og mulige tiltak*. Oslo: Unipub; 2003.

- Det er få synspedagoger tilsatt ved rehabiliteringsenhetene i sykehusene i Helse Nord.
- Det er behov for mer forskningsbasert kunnskaper om hvilke metoder som gir resultater.

Tiltak

- Utarbeide standardiserte rutiner for kartlegging og oppfølging av synsforstyrrelser hos slagpasienter.
- Implementere nasjonale anbefalinger.
- Vurdere å tilsette synspedagoger i sykehusene
 - 100 prosent stilling for synspedagog ved UNN Tromsø
 - 100 prosent stilling for synspedagog ved Nordlandssykehuset Bodø
- Anbefale forskning på området

3.2 Døvblindhet

[Regionsenteret for døvblinde](#) er organisert under barnehabiliteringen ved UNN Tromsø, og er en del av nasjonalt kompetansesystem for døvblinde.

Døvblindhet er en kombinert syns- og hørselsnedsettelse. Sykdommer eller syndromer knyttet til døvblindhet kan være Usher syndrom, Rubella, CHARGE, Alstrøm, Mohr-Tranebjærg, Retinitis pigmentosa kombinert med annen hørselshemming, macula degenerasjon kombinert med annen hørselshemming, glaukom kombinert med nevrogen hørselshemming av ulik årsak, samt ulike kromosomfeil. Det finnes også en stor gruppe som ikke faller inn under disse kategoriene, men som av ulike årsaker har syns- og hørselsproblematikk i kombinasjon. Døvblindhet gir særlig store begrensninger i kommunikasjon og sosialt samspill, tilegnelse av informasjon og orientering i rom og fri bevegelse.⁴

Det skilles mellom:

- Medfødt døvblindhet; når det kombinerte sansetapet oppstår før språket er etablert.
- Ervervet døvblindhet; når det kombinerte sansetapet oppstår etter at språket er etablert.

Om lag 500 døvblinde er brukere av Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde (NKDB). Av disse får om lag 60 et tilbud ved regionsentret for døvblinde ved UNN Tromsø. Tjenesten har et regionalt ansvar og retter seg mot barn og voksne med medfødt eller ervervet døvblindhet. Tjenestene er både individrettet og systemrettet.

⁴ Skriftlig meddelelse fra Trine Seljeseth, leder for koordineringsenheten i Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde.

4. Øyesykdommer

Øyesykdommer rammer mennesker i alle aldre. Frekvensen er størst hos eldre, mens behovet for langvarig oppfølging i spesialisthelsetjenesten er stort både hos yngre og eldre. Behandling av barn er mer ressurskrevende enn antall øyesyke og synshemmede barn skulle tilsi. Årsaken er at hvert barn trenger hyppig oppfølging gjennom store deler av barndommen, og noen gjennom hele livet.

Tyngdepunktet når det gjelder diagnoser er katarakt, glaukom og AMD. I 2009 utgjorde disse 70 prosent av alle konsultasjoner. I takt med endret demografi er det beregnet en økning av antall konsultasjoner på 76 prosent innen disse gruppene frem mot 2030 (1). I dette kapitlet belyses noen av øyesykdommene. Oversikten er ikke uttømmende. AMD og diabetes retinopati er viet særlig oppmerksomhet fordi sykdommene rammer mange pasienter, og behandling og oppfølging er langvarig.

4.1 Aldersrelatert makuladegenerasjon/ AMD

AMD er den aller vanligste årsaken til tapt lesesyn, og rammer oftest eldre. Det finnes ingen enkeltfaktor som kan forklare sykdommen. Pigmentceller og lysfølsomme celler i øyet ødelegges gradvis som følge av normal aldring. Slike aldersforandringer, som kan utvikle seg til sykdommen makuladegenerasjon, finnes hos omtrent 50 prosent av alle personer over 65 år (22).

AMD deles i to typer. Tørr AMD, som utvikler seg langsomt, og fører til gradvis synstap. Våt AMD skyldes unormal innvekst av blodårer like under netthinnen. Dette fører til hevelse under og/eller i netthinnen og raskere utvikling av synstap. Våt AMD gir høyere risiko for å utvikle funksjonell blindhet.

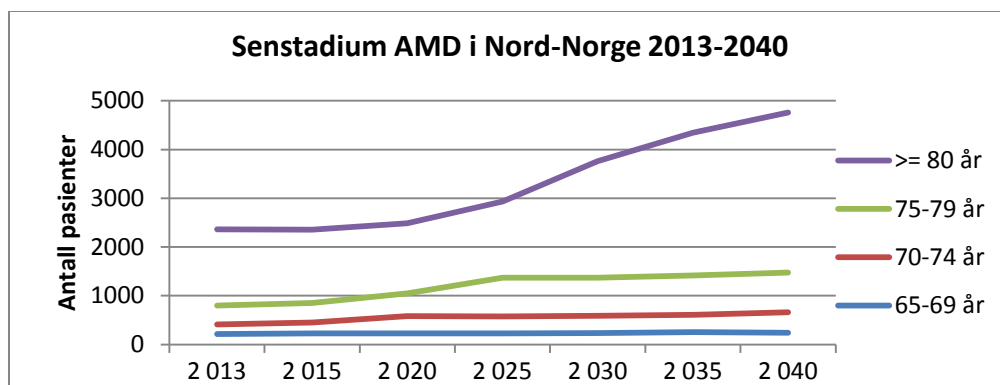
Prevalensen for våt AMD er sterkt aldersavhengig. The European Eye Study (24) anga en prevalens på 3,46 prosent i aldersgruppen over 65 år i Norge. En mindre populasjonsbasert undersøkelse fra Oslo publisert i 2006 (25) anga en prevalens på 2,9 prosent i aldersgruppen over 71 år. På bakgrunn av disse prevalenstillene kan det antas at mellom 15 000 og 24 000 personer har våt AMD i Norge.

Per 2013 hadde nesten 1000 pasienter fått anti-VEGF⁵ behandling ved UNN Tromsø, anslagsvis 25 prosent for annen diagnose enn AMD. Behandling utføres også ved Nordlandssykehuset Bodø og Lofoten, men gjøres ikke hos avtalespesialister.

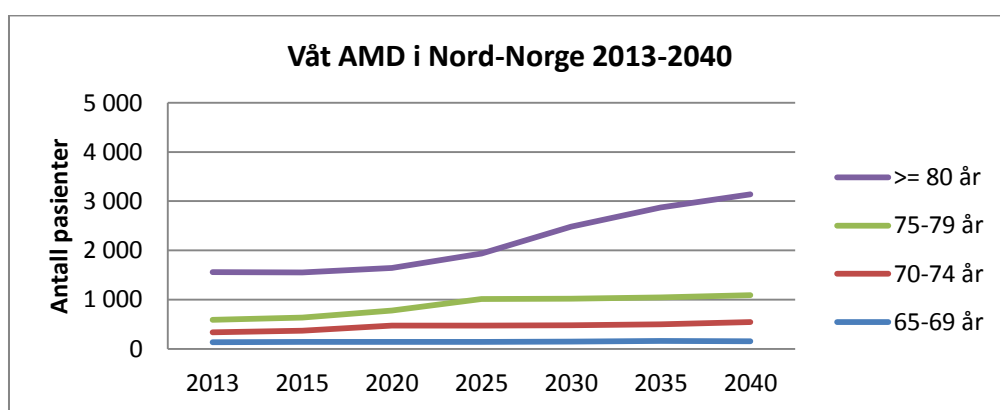
⁵ Injeksjonsbehandling for AMD, med vekstfaktorhemmere (anti-vascular endothelial growth factor) er en relativt ny behandlingsform av våt aldersrelatert makuladegenerasjon. Medikamentet injiseres inn i øyeeplet med varierende intervaller på 1-3 måneder, avhengig av responsen.

Befolkningsfremskrivninger med middels nasjonal vekst frem til 2040 er brukt på prevalenstall for AMD fra Tromsøundersøkelsen (26). Lignende fremskrivninger av prevalens er tidligere gjort for Skandinavia (27).

Figurene nedenfor viser fremskriving henholdsvis for senstadium av AMD totalt og for våt AMD. Spesielt i aldersgruppen over 80 år vil antallet som trenger behandling øke betydelig. Fremskrivningen er trolig et underestimat fordi vi ikke har prevalensdata for de aller eldste.



Figur 2 Fremskriving, antall pasienter med senstadium AMD i Nord-Norge



Figur 3 Fremskriving, antall pasienter med våt AMD i Nord-Norge

Per i dag finnes det kun virksom behandling for våt AMD. Det gjøres en medikamentinjeksjon direkte inn i øyet etter at pasienten har gjennomført forundersøkelser i form av OCT og fundusfoto. Behandlingen er krevende både for pasienter og helsevesen, med hyppige, ofte månedlige intervaller. Det er funnet at en andel av pasientene med tørr AMD kan utvikle våt type, med raskere synstap. Alle med tørr AMD anbefales derfor regelmessige kontroller for tidlig å avdekke en slik utvikling. Pasienter kan selv få mistanke om våt AMD ved å gjøre Amslers test⁶ regelmessig hjemme.

⁶ Hjelpemiddel til testen er et ark med ruter med et svart punkt i midten. Dekk for det ene øyet og se direkte på sentrumspunktet. Blikket skal være fokusert på det svarte punktet, og alle linjene skal da se rette ut og rutene skal ha samme størrelse. Testen gjøres separat med hvert øye.

Man kan ikke utelukke at det blir aktuelt med en eller annen type behandling for tørr AMD i fremtiden. I så fall vil dette være en helt ny og svært stor pasientgruppe som må inkluderes i behandlingsoppleggene for AMD.

På den andre siden pågår det også kliniske forsøk med behandling av våt AMD med medikamenter som ikke trenger å injiseres i øynene. Dersom slike behandlingsoptimaliteter viser seg effektive og trygge vil behandlingen av våt AMD kunne bli enklere for pasient og behandler.

Injeksjonsbehandling av pasienter med AMD utføres i dag ved tre steder; UNN Tromsø, Nordlandssykehuset Bodø og Lofoten. Dette er behandling med stort volum som krever hyppig oppfølging. Mange pasienter har lang reisevei, og flere har behov for ledsager. Det bør utredes og vurderes hvorvidt det kan bygges opp tilbud flere steder i regionen. Ut fra geografiske hensyn vil det være hensiktsmessig å opprette slik virksomhet i Mosjøen, Harstad og Finnmark.

Utfordringer

- Det forventes økende antall pasienter med AMD i løpet av planperioden.
- Behandlingen av AMD er krevende for pasienten fordi injeksjonene må gis hyppig og behandlingen er langvarig.
- Pasientene må reise langt, ofte med ledsager, siden behandlingen bare tilbys ved sykehusene i Tromsø, Bodø og i Lofoten.
- Behandling av våt AMD er kostnads- og ressurskrevende.
- Behandlingen tilbys ikke hos avtalespesialister da den ikke er refusjonsberettiget.

Tiltak

- Det må sikres tilstrekkelige ressurser for å ivareta denne pasientgruppen.
- Bygge opp kompetanse og tilbud om behandling flere steder enn i Tromsø, Bodø og Lofoten.
- UNN Tromsø bør ambulere til sykehuset i Kirkenes inntil de har fått fast øyespesialist (planlagt i 2018). Slik ambulering krever økte ressurser.
- Finnmarkssykehuset Hammerfest bør etablere injeksjonsbehandling for AMD når fast øyespesialist tiltrer i 2015.
- UNN Harstad bør etablere injeksjonsbehandling for AMD i samarbeid med UNN Tromsø.
- Helgelandssykehuset Mosjøen, bør etablere injeksjonsbehandling for AMD i samarbeid med Nordlandssykehuset Bodø.
- Vurdere oppgavedeling for å redusere bruk av tid hos spesialist, jf. kapittel 12.2.
- Vurdere om deler av behandlingen skal tilbys hos avtalespesialister.

4.2 Grå stær (katarakt)

Ved grå stær mister linsen i øyet sin klarhet. Nedsatt syn og "tåkesyn" er vanlige symptomer. Blant 75-åringene har halvparten slike linseforandringer, og nesten alle mennesker i åttiårene har uklårheter i linsen i større eller mindre grad. Grå stær kan være medfødt, men det er sjelden. Hos yngre mennesker ses sykdommen oftest på grunn av skader eller andre sykdommer i øyet. På verdensbasis står grå stær for 48 prosent av all blindhet (22).

Å stille diagnose er uproblematisk. Kirurgi er effektiv behandling og kan utføres både hos avtalespesialist og i sykehus. Hvis man venter for lenge med å operere kan det endre prognosen for en vellykket operasjon, med økt fare for komplikasjoner. Strukturerte pasientforløp med kriterier for operasjonsindikasjon, som viser hvilke pasienter som bør få begge øyne operert samtidig og når pasienten bør operere ett øye om gangen er nødvendig å utarbeide. Deler av oppfølgingen kan vurderes utført av sykepleiere gjennom oppgavedeling.

Rettighetspasienter avvikles i hovedsak innen frist. Ventetiden påvirker livskvaliteten. I prioriteringsveilederen gis pasienter med visus dårligere enn 0,5 (tilsvarer førerkortkrav i vanlige klasser) rett til prioritert helsehjelp innen 12 uker, mens bedre visus ikke gir rett.

Forbedringer i utstyr og operasjonsteknikker kan bedre sikkerhet og nøyaktighet i operasjonene, men vil ikke redusere kostnadene ved behandlingen, eller øke operasjonskapasiteten vesentlig.

Utfordringer

- Økende antall pasienter i årene som kommer grunnet demografisk utvikling.
- Det er utilstrekkelig behandlingsskapasitet og lange ventetider. Per desember 2014 er ventetiden opptil 75 uker⁷.
- Mange pasienter har lang reisevei for å få behandling.

Tiltak

- Øke kapasiteten for å behandle grå stær i sykehusene og hos avtalespesialister.
- Kataraktkirurgi bør tilbys i Finnmark, og kapasiteten i Narvik, Harstad, Vesterålen og Lofoten bør økes.
- Det bør utarbeides pasientforløp for pasienter med katarakt.
- Oppgavedeling bør vurderes som et tiltak for å øke kapasiteten.

⁷ Data fra Fritt sykehusvalg

4.3 Grønn stær (glaukom)

Grønn stær er en av de viktige årsakene til alvorlig synstap. Sykdommen er uten symptomer i lang tid etter at skade på synet kan ha oppstått. Ubehandlet forverrer sykdommen seg gradvis over tid, og skadene gir permanent synstap. Man regner med at én til to prosent av befolkningen over 40 år har grønn stær. Ved tidlig påvisning og riktig behandling kan blindhet forhindres.

Tidlig diagnose er ønskelig, men vanskelig, da det hittil ikke er funnet gode metoder for screening. Diagnostisering og behandling bør følge internasjonale retningslinjer (47) og er ressurskrevende, både i form av teknisk utstyr og hyppig, livslang oppfølging.

Pasienter med grønn stær er en heterogen gruppe, og oppfølgingen må derfor tilpasses den enkelte. Deler av oppfølgingen kan vurderes utført av optikere, eller sykepleiere gjennom oppgavedeling. Behandling og oppfølging av pasienter med grønn stær utgjør over 20 prosent av aktiviteten hos avtalespesialistene (23).

Utfordringer:

- Antall pasienter med grønn stær vil øke i årene som kommer som følge av demografisk utvikling.
- Det finnes ikke gode screeningsmetoder eller screeningsprogram i dag.

Tiltak

- Kapasiteten for kirurgisk behandling av grønn stær i sykehusene må økes.
- Det må utarbeides henvisningskriterier for kirurgisk behandling i sykehus.
- Det må utredes mulighet for oppgavedeling når det gjelder oppfølging av pasientgruppen.

4.4 Diabetes retinopati

Diabetes retinopati er en velkjent komplikasjon til diabetes og den viktigste årsak til nedsatt syn i arbeidsfør alder i de fleste industrialiserte land (8-11). Ved diabetes retinopati oppstår det endringer i blodårene i netthinnen, og blødninger og hevelser kan oppstå. Forebygging er blant annet god blodsukker- og blodtrykkskontroll. Behandling kan være laser eller operasjon for å hindre synssvekkelse.

Tromsøundersøkelsen⁸ fant en prevalens på 26,9 prosent hos deltagere som i hovedsak var 50 år og eldre (12). Diabøye studien inkluderte pasienter med diabetesdiagnose i fastlegejournal i Stavanger, Tønsberg og Tromsø, og fant en prevalens på 28,2 blant deltagere som var over 18 år (13).

Et stort antall studier har vist at det er kostnadseffektivt å screene diabetikere for diabetes retinopati for å forhindre eller redusere synstap (14,15). Videre har studier vist at digital fundusfotografering er en kostnadseffektiv og trygg metode (16-18).

Det er imidlertid større usikkerhet med tanke på optimalt screeningintervall. I de nasjonale retningslinjer for diabetes (19) angis screeningintervall på maksimalt 2 år, hyppigere ved økende grader av retinopati, jf. figur 4.

Pasientgruppe	Første undersøkelse	Kontrollhyppighet uten retinopati ^a
Type 1-diabetes	5 år etter diagnose	Årlig/hvert 2. år, evt. sjeldnere ved stabil plasmaglukose og stabilt blodtrykk
Type 2-diabetes	Ved diagnose	Årlig/hvert 2. år, evt. sjeldnere ved stabil plasmaglukose og stabilt blodtrykk
Gravide	Helst før eller så tidlig som mulig i svangerskapet	En gang tidlig i svangerskapet ^b

^a Pasienter med påvist retinopati kontrolleres av øyelege etter individuelt opplegg. Optimalt bør øyeundersøkelsen bestå av både fundusfotografering og oftalmoskopi. Fundusfoto kan også benyttes i organiserte screeningprosjekter. Bildene kan som regel tas av teknikere, men skal vurderes av øyelege.

^b Hvis det foreligger mikroalbuminuri bør undersøkelsen gjentas etter 3-4 måneder.

Figur 4 Anbefalte intervaller for undersøkelse hos øyelege. Kilde: Diabetes. Nasjonal faglig retningslinje.

En studie fra Århus utviklet en algoritme for å estimere screeningintervall basert på kjente risikofaktorer for diabetes retinopati og viser at man kan mer enn halvere kontrollene (20). De siste årene er det også utviklet robuste systemer for automatisk deteksjon av retinopatiforandringer i digitale fundusfoto (21). Slike systemer vil ytterligere kunne effektivisere retinopati screening og er allerede tatt i bruk i klinisk drift.

⁸ Tromsøundersøkelsen er gjentatte helseundersøkelser gjort i Tromsø, hvor over 40 000 mennesker har deltatt en eller flere ganger. Den gjøres nå for sjuende gang.

Øyeomsorgen blant diabetikere i Norge

I Norge er øyeomsorgen av diabetikere ulik mellom regionene. Det mangler et helhetlig nasjonalt screeningsystem som kan gi en god og enhetlig helsetjeneste til befolkningen. Det finnes ingen systemer som sikrer at diabetikere blir henvist til og fulgt opp med regelmessige retinopatikontroller og ingen systemer for å evaluere kvaliteten på dagens screening.

Utfordringer i Nord-Norge

I Nord-Norge med store avstander og begrenset tilgang på øyelegeressurser er det utfordrende å bygge opp et godt system for retinopatikontroller.

Øyeavdelingen ved UNN Tromsø har i samarbeid med Finnmarkssykehuset etablert stasjoner for diabetesfotoscreening i Alta og Hammerfest. Disse er drevet av sykepleiere, og det utføres rundt 250 diabeteskontroller per år. Fundusfoto sendes til øyeavdelingen ved UNN Tromsø for vurdering, noe som er svært kostnadsbesparende.

Fotovurderingen tas hånd om av en øyelege ved siden av vanlig klinisk drift.

Det er imidlertid noen utfordringer med dagens tekniske løsninger for kommunikasjon av pasientdata mellom sykehusene. Noe av problemet forventes løst gjennom en felles journaldatabase for Helse Nord, som skal være ferdigstilt våren 2015. I tillegg mangler man felles område for bildebase, noe som medfører at bilder tatt i distriktene må sendes med vanlig postgang, med dertil merarbeid og forsinkelse i diagnostikk og behandling. I Finnmarkssykehuset Kirkenes utføres diabetesfotoscreening av sykepleier/optiker på sykehuset, og bildene vurderes av øyelege på stedet.

Øyeavdelingen i Bodø har hatt system hvor fundusfoto av diabetikere er tatt på Nordlandssykehuset Lofoten, og vurdert av spesialist i Bodø.

I 2013 ble det gjennomført en spørreundersøkelse om oppfølging av diabetespasienter hos alle øyeleger i Helse Nord⁹. Resultatet viste:

- 10 prosent bruker ikke fundusfoto ved oppfølging av diabetespasienter.
- Under halvparten svarte at de foretok gradering i henhold til internasjonale klassifiseringer.
- Øyelegen har liten kjennskap til pasientens HbA1c¹⁰ (33prosent), blodtrykk (5 prosent), lipider (5 prosent) og andre senkomplikasjoner (22 prosent).
- Kun 55 prosent svarer at de rutinemessig sender epikriser til diabetespoliklinikkene.
- 44 prosent svarer at de ikke sender melding til fastlege og/eller poliklinikker ved manglende oppmøte.
- Det uttrykkes bekymring for fremtidig kapasitet.

⁹ Questback foretatt av overlege Tor Claudi, Nordlandssykehuset, i samarbeid med Helse Nord RHF, sendt til alle avtalespesialister og øyeavdelinger i sykehus. Svarprosent 75.

¹⁰ Langtidsblodsukker, gjenspeiler det gjennomsnittlige blodsukkeret de siste 6 - 8 uker før prøvetakingen.

Fremtidens screeningsystem

Det arbeides med et robust diabetesfotoscreeningsystem for Nord-Norge med desentralisert fundusfotografering, og sentralisert vurdering av fundusfoto koblet til et retinopatiregister. Man vil da kunne tilby en enhetlig tjeneste med muligheter for god kvalitetskontroll både av gjennomføring og gradering av fundusfoto. Det vil også bedre utsiktene for å klare å håndtere situasjonen. Utviklingen internasjonalt går mot en automatisert avlesning av fundusfoto. Det betyr at fotografiene kan skannes av et dataprogram som registrerer definerte sykdomstegn, slik at bare tilfellene med sykdomsforandringer må undersøkes av øyelege. Dette vil kunne gi et kvalitetsmessig godt tilbud til pasientene, gi store besparelser i form av reduserte reisekostnader, og frigjøre ressurser hos avtalespesialister og i sykehuspoliklinikker.

Med et sentralisert register og enhetlige data blir det unike muligheter for forskning på diabetes og diabetesretinopati. Dersom man får etablert et godt system i Nord-Norge vil man kunne utvide det til resten av landet. Helsedirektoratet utarbeider [nye nasjonale retningslinjer](#) for diabetesscreening innen oftalmologi. Disse er forventet ferdigstilt i 2015.

Utfordringer

- Helse Nord mangler en overordnet plan for øyescreening av pasienter med diabetes.
- Det kan se ut som at screening hos øyelege ikke i stor nok grad blir foretatt slik gjeldende nasjonale faglige retningslinjer anbefaler, jf. spørreundersøkelse.

Tiltak

- Det må kartlegges nærmere i hvor stor grad de nasjonale retningslinjene for screening av øyekomplikasjoner (retinopati) følges i Nord-Norge.
- Det bør utvikles et robust diabetesfotoscreeningsystem for Nord-Norge med desentralisert fundusfotografering og sentralisert vurdering av fundusfoto koblet til et retinopatiregister.
- Det bør utarbeides en felles bildebase for sykehusene i Helse Nord for å bedre effektiviteten og øke sikkerheten ved et slikt desentralisert diabetesfotoscreeningsystem.
- Øyeavdelingen ved UNN Tromsø ønsker å etablere samarbeid med helseforetakene i Helse Nord og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin for å utvikle fremtidens retinopatiscreening.

4.5 Arvelige netthinnesykdommer

Arvelige genfeil gjør at cellene i øyets netthinne ikke fungerer som de skal. Mange av disse sykdommene forverrer seg over tid og de er til sammen årsak til en vesentlig andel av synshemming som rammer relativt unge mennesker. Den vanligste sykdomsgruppen er Retinitis Pigmentosa, som er en samlebetegnelse for en rekke progressive netthinnesykdommer med redusert mørkesyn, innsnevret synsfelt, og etter hvert tap av sentralsyn. Andre arvelige netthinnesykdommer er for eksempel Stargardt sykdom som påvirker sentralsynet og Lebers kongenitale amaurosis (LCA) som er den alvorligste formen med medfødt blindhet eller meget sterkt redusert syn(28).

Det finnes ingen kurativ behandling for arvelige netthinnesykdommer, men det har skjedd et gjennombrudd i forskningen innenfor dette feltet, hvor det blant annet er vist god effekt av genterapi på LCA. Det er store forventninger til denne behandlingsformen og flere andre behandlingsmuligheter. Det er viktig at denne pasientgruppen kartlegges for å være best mulig forberedt på nye behandlingsmuligheter for de forskjellige lidelsene. Uavhengig av om det kommer behandlingsmuligheter i planperioden, er det nødvendig at sykehusene har oppdatert diagnostisk utstyr og kompetente fagfolk som kan følge opp pasientgruppen.

5. Kvalitet

Kvalitet, trygghet og respekt er kjerneverdiene Helse Nord bygger sin virksomhet på. Kvalitetsbegrepet har mange ulike sider, både fra pasientens, fagpersonellets og virksomhetens ståsted. Tilbudene i Helse Nord skal ha en kvalitet av god internasjonal standard og være basert på kunnskap om "beste praksis". Kapittel 4 om øyesykdommer berører i stor grad den faglige kvaliteten på behandlingen, og dette kapitlet vil beskrive generelle perspektiver på kvalitet.

Robuste fagmiljøer og tilgjengelig tilbud

Helseregion Nord er stor i utstrekning og tynt befolket. De store fagmiljøene er etablert ved øyeavdelingene i Tromsø og Bodø, mens distriktene i liten grad tar del i faglig samarbeid. Samling av fagfelt i større, mer robuste miljøer kan bidra til å heve den faglige kvaliteten på det medisinske tilbudet. Med flere fagpersoner samlet kan man spesialisere tjenestene og utveksle kompetanse, samtidig som fagmiljøene er mer robuste ved utskiftninger av personell. Sentralisering kan imidlertid også ha negative effekter på kvaliteten. Tilgjengelighet er en viktig del av kvaliteten på spesialisthelsetjenesten, og sentralisering av fagmiljøet vil kunne medføre at tjenesten oppleves mindre tilgjengelig for befolkningen i distriktene. For pasienter med akutte synstruende tilstander, som akutt glaukom eller øyeskader, vil risikoen for varig synstap øke dersom avstand til nærmeste øyelege er lang. I tillegg vil erfaringsmessig noen, spesielt eldre, funksjonshemmede og immobile pasienter, unnlate å møte til regelmessige kontroller hos øyelege dersom reiseveien er for slitsom og tidkrevende.

Forskning og undervisning

Forskning og undervisning er også en viktig del av kvalitetsutviklingen. Øyefaget har tradisjonelt vært et fag med lav forskningsaktivitet, men dette har bedret seg de senere år. Ved UNN Tromsø har to leger fullført PhD grad i 2013, og ved Nordlandssykehuset Bodø har en lege fullført PhD i 2014. Forskningen har i hovedsak vært tilknyttet en gren av Tromsøundersøkelsen (Tromsø Eye Study) og det er utarbeidet en god plattform for nye forskningsprosjekter på dette materialet.

Øyeavdelingene i Tromsø og Bodø har undervisnings- og forskningssamarbeid med Universitetene i Tromsø og Nordland. Øyeavdelingene bidrar til forelesninger og praktisk klinisk undervisning av medisinerstudenter; 2., 4. og 6. års studenter i Tromsø og 6. års studenter i Bodø. Fra 2018 planlegger UiT også 6. års-undervisning, inkludert øyeundervisning, i Finnmark med Hammerfest sykehus som hovedbase. Fire av øyelegene ved UNN har bistilling ved Universitetet i Tromsø, som blant annet innebærer forskningssamarbeid.

Ventetider og fristbrudd

Ventetid for behandling er også en vesentlig del av tjenestens kvalitet. Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten gis frist for oppstart av utredning eller behandling i henhold til alvorlighetsgrad og prioriteringsveileder (46) for fagfeltet. Gjennomsnittlig

ventetid skal ikke overstige 65 dager. I tilfeller hvor det er mistanke om kreft skal utredning starte innen ti dager. Ved gjennomgang av ventetider på "Fritt sykehusvalg" for fagfeltet i desember 2014, er det store forskjeller mellom de ulike sykehusene. For eksempel varierer ventetiden for utredning og operasjon for grå stær fra 15 til 75 uker. Ventetiden som oppgis på "Fritt sykehusvalg" er maksimale ventetider, og de færreste pasienter venter så lenge. Pasienter som ikke møter til avtalt time bidrar til å øke ventetiden. SMS- varslings har ført til positiv endring, men manglende oppmøte er fortsatt en betydelig utfordring.

Helse Nord har de siste to årene etablert nye rutiner for å unngå fristbrudd. I perioden 2011–2013 har antall fristbrudd gått ned, fra 210 til 127. I 2014 har antallet økt noe, til 153. I perioden fra oktober 2013 til august 2014 fikk 50 prosent av pasientene med fristbrudd time innen én uke etter at fristen utløp. Dette kan tolkes som at problemet ikke er manglende kapasitet, men mer et behov for bedre rutiner. En konsekvens av arbeidet med å unngå fristbrudd for nyhenviste er imidlertid at kontroller og oppfølging av pasienter som allerede er i et behandlingsforløp forskyves.

Helse Nord	Antall fristbrudd avviklede 2011	Antall fristbrudd avviklede 2012	Antall fristbrudd avviklede 2013	Antall fristbrudd avviklede 2014
Øyesykdommer	210	129	127	153

Tabell 1 Fristbrudd for avviklede pasienter i Helse Nord. Kilde NPR og LIS¹¹

Kvalitetssystemer i sykehus

Systemer og rutiner for kvalitetssikring, avvikshåndtering og kvalitetsforbedring som er tuftet på dokumentasjon, åpenhet og læring skal være tilgjengelig. Som ledd i dette arbeidet skal det gjennomføres internrevisjoner og pasientundersøkelser. Docmap er Helse Nord's felles dokumentasjons- og kvalitetssystem. Her skal fagmiljøene utarbeide retningslinjer, prosedyrer og rutiner som skal være tilgjengelig for alle.

Avviksbehandling er også en del av Docmap. Avtalespesialistene har ikke tilgang til Docmap, og det vanskeliggjør bruk av felles prosedyrer. Fagpersoner i prosjektgruppen opplever bruk av Docmap som utfordrende, og langt fra alle prosedyrer er lagt inn. Søkefunksjonen er vanskelig, og visning av dokumenter er ikke nok tilpasset brukernes behov.

Kvalitetsregister

Det finnes i dag ingen norske kvalitetsregister innen øyefaget. Et kommende relevant register er registret for bruk av biologiske legemidler, NOKBIL¹², som nå testes ved Ålesund sykehus. Det er tverrfaglig og samler data fra flere fagspesifikke register, innen fagfeltene revmatologi, nevrologi, hudsykdommer, mage- tarm sykdommer, nyresykdommer og øyesykdommer. Prosjektgruppen for NOKBIL anbefaler å opprette

¹¹ Helse Nord Ledelsesinformasjonssystem

¹² Norsk kvalitetsregister for biologiske legemidler (NOKBIL).

et norsk kvalitetsregister for inflammatoriske øye- og orbitasykdommer, som kan levere data til NOKBIL. Arbeidet med dette registret, Norsk kvalitetsregister for oftalmologi, ble påbegynt i februar 2013, men er foreløpig ikke fullført.

Pasientmøtet

Godt organiserte pasientforløp skal bidra til at pasient og pårørende får en god opplevelse i møtet med helsetjenesten. Møtet må bygge på gjensidig respekt og kommunikasjon tilpasset pasienten. Mange pasienter gir uttrykk for at de får for lite tilpasset informasjon¹³, noe som kan være en utfordring i et høyspesialisert fag som øyefaget. Kort tid ved poliklinisk behandling gjør det utfordrende å få gitt tilstrekkelig informasjon tilpasset pasientens behov. For pasienten er samarbeidet med fastlegen ofte en viktig del av kvaliteten på tjenesten, dette behandles i kapittel 12.

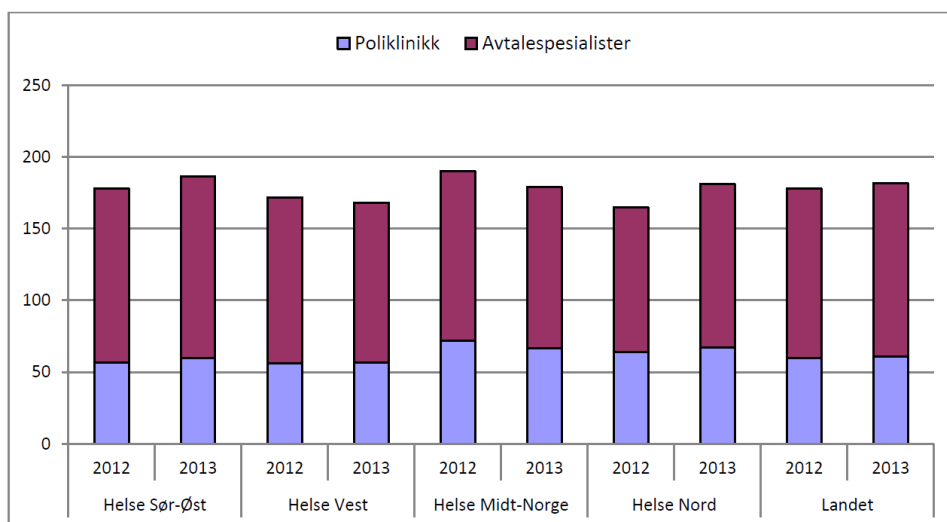
Pasientenes medvirkning og innflytelse kan styrkes gjennom samarbeid med brukerutvalg og interesseorganisasjoner. Særlig blindedeforbundet er godt representert og mye brukt i Nord-Norge (se kapittel 2 og 3).

¹³ Dette har kommet til uttrykk i pasienttilfredshetsundersøkelser (PasOpp).

6. Spesialisthelsetjenesten

Fagområdet øye er nasjonalt det største somatiske fagområdet i avtalepraksis. Mens forbruksratene¹⁴ hos avtalespesialister totalt sett er lavere i Helse Nord enn i de andre regionene, skiller det lite mellom regionene i øyefaget.

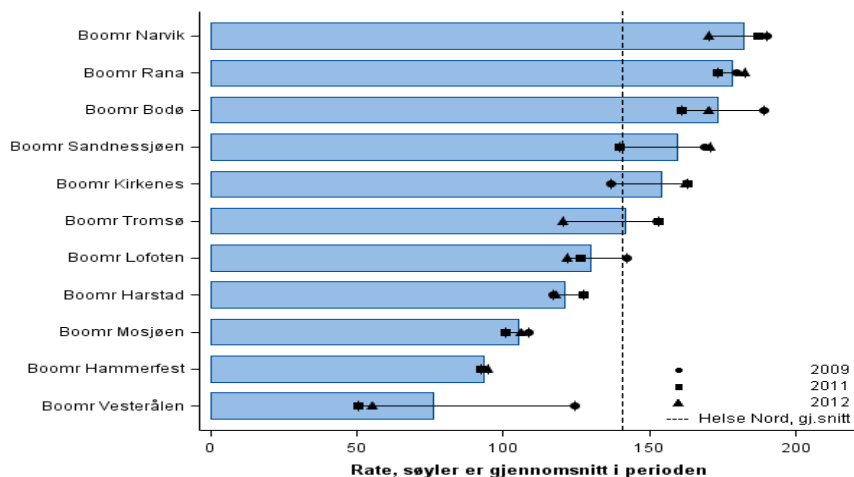
I 2013 økte forbruksraten både hos avtalespesialister og i sykehus (figur 5). I Helse Nord stod avtalespesialistene for 61 prosent av den totale forbruksraten innen øyefaget. Det er store variasjoner innad i regionen som en naturlig følge av geografisk plassering av avtalehjemlene.



Figur 5 Befolkningens forbruk av polikliniske tjenester innen øyefaget i poliklinikk og avtalepraksis, per 1000 innbygger per region, 2012–2013. Kilde: NPR (23)

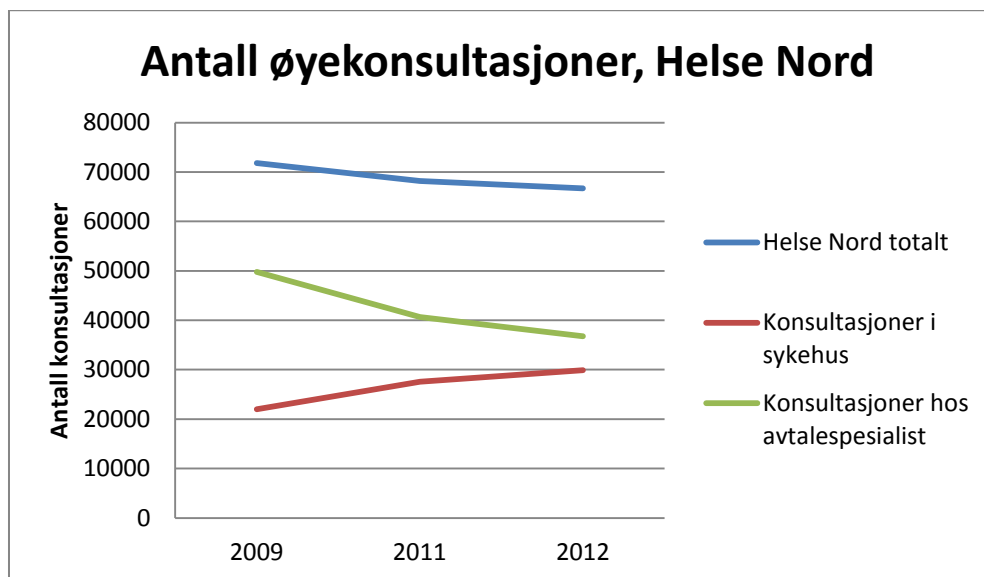
Figur 6 viser forbruksrater i sykehus og hos avtalespesialister per 1000 innbygger i ulike lokalsykehusområder i regionen. Det er store variasjoner i gjennomsnittlig forbruk, og for noen områder også i forbruket fra år til år. Det er vanskelig å si noe om årsaken uten å analysere data nærmere, men både tilgjengelighet til tjenesten og ulik kodepraksis kan ha betydning. Det er verdt å merke seg at forbruksraten i store deler av regionen ligger lavere enn raten for landet som helhet, som i 2012 var 178 (23).

¹⁴ Forbruksrater brukes for å beskrive forbruket av tjenesten per 1000 innbygger.



Figur 6 Forbruksrater i sykehus og hos avtalespesialist, per 1000 innbyggere i lokalsykehusområdene i Helse Nord 2009, 2011 og 2012. Kjønn- og aldersstandardiserte rater. Kilde: SKDE, 2014.

Den totale aktiviteten innen fagområdet har gått ned fra nesten 72 000 konsultasjoner i 2009 til under 67 000 i 2012. Reduksjonen var hovedsakelig hos avtalespesialister, mens aktiviteten i sykehusene økte, slik figur 7 viser. Data for 2013 viser økning i forbruksrater i Helse Nord, særlig hos avtalespesialister, noe som også gir økning i total aktivitet, jf. figur 5. (23).



Figur 7 Antall øyekonsultasjoner i Helse Nord 2009, 2011 og 2012. Kilde: SKDE, 2014

Likeverdig tilgjengelighet til tjenestene er et mål, og derfor et argument for økt desentralisering av tilbudet. Det samme er reduksjon av reisekostnader. Mye av behandlingen innen øyefaget kan tilbys i små avtalepraksiser. Økt desentralisering må balanseres mot hensynet til rekruttering, utdanning og faglig utvikling.

6.1 Organisering i sykehus

Merkantil tjeneste har en nøkkelrolle for å sikre gode pasientforløp. Dette gjelder ikke bare innenfor øyefaget, men for alle fagområder. Det er viktig å sørge for tilstrekkelige ressurser og kompetansehevede tiltak for å styrke denne viktige faggruppen. Når antallet leger økes må også antall helsesekretærer vurderes økt.

UNN

Ved UNN Tromsø er øyeavdelingen organisert under nevro- og ortopediklinikken sammen med øre-nese-hals og nevrokirurgi. Dette er regionens største øyeavdeling med poliklinikk og operasjonsstuer. Det er felles sengepost, hvor øyeavdelingen disponerer noen senger. Spesialistpoliklinikken ved UNN Harstad har også tilbud om behandling av øyesykdommer. Her utføres poliklinisk behandling, og det gis tilbud om enkelte operasjoner.

UNN Tromsø vil i tiden fremover kunne ta hånd om et økt behov for de fleste former for øyekirurgi. Derimot er muligheten for å øke kapasiteten for behandling av grå stær og AMD mindre. Ved Unn Harstad bør tilbudet utvides til å gjelde begge disse.

Nordlandssykehuset

Ved Nordlandssykehuset Bodø er øyeavdelingen organisert under hode- og bevegelsesklinikken. Øyeavdelingen utfører polikliniske konsultasjoner og operasjoner. Det er muligheter for innleggelse i felles sengepost for øye, øre-nese-hals, nevrologi og revmatologi. Spesialist ambulerer nå tre dager i måneden til sykehuset i Lofoten, hvor det i hovedsak utføres injeksjonsbehandling for AMD. Ambuleringen er planlagt økt til fire dager i måneden i løpet av 2015.

Øyeavdelingen i Bodø er effektiv med dagens ressurser, og tar hånd om de fleste former for øyekirurgi, med unntak av kirurgi på bakre segment (retina), som er funksjonsfordelt til UNN Tromsø. Behandling av AMD og grå stær krever mye ressurser grunnet økt antall pasienter, og øyeavdelingen begynner å få kapasitetsproblemer for å håndtere etterspørselen. Operasjoner av øyelokk på medisinsk indikasjon er stoppet grunnet for liten kapasitet.

Finnmarkssykehuset

Ved Finnmarkssykehuset er øyefaget organisert under de kirurgiske avdelingene i Hammerfest (10-12 uker ambulering fra Tromsø) og i Kirkenes (fast 25 prosent stilling og innleie av vikar i ca. 34 uker per år). Fra høsten 2015 vil det bli fast spesialist i Hammerfest.

Fra 2015 vil det være mulighet for operasjon av grå stær i Hammerfest dersom sykehuset ønsker og tilrettelegger for dette. I Finnmark er det vesentlig med aktiv og målrettet rekruttering og stabilisering av øyeleger (se kapittel 7.2). Et utvidet lokalt

tilbud krever hospitering fra sykehusene i Finnmark til UNN Tromsø, og eventuelt omvendt. Slik kan de små fagmiljøene opprettholdes gjennom god nettverksbygging.

Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset har organisert øyefaget som en del av kirurgisk klinikk. Øyetjenesten er lagt til sykehuset i Mosjøen, hvor det bare har vært én øyelegestilling. I 2014 ble tilbudet økt med en midlertidig 60 prosent stilling, og denne gjøres fast fra 2015, noe som vil bidra til å redusere sårbarhet og styrke dagens tilbud.

Helgelandssykehuset har et lite fagmiljø, og legene bør ha tilbud om hospitering ved UNN Tromsø eller Nordlandssykehuset Bodø. Det bør også være tilbud om deltakelse i internundervisning via telestudio. Avtalespesialistene som er lokalisert i dette området er sentrale for et godt tilbud til pasientene.

Øyeblikkelig hjelp og vaktberedskap

I ordinær arbeidstid tar alle avtalespesialister og sykehus med øyelege imot pasienter med behov for øyeblikkelig vurdering og behandling. Vaktberedskapen har stor læringsverdi for leger i spesialisering (LIS), og det er et krav for å få til godkjent spesialistutdanningen at LIS har deltatt i avdelingens vaktberedskap¹⁵.

Ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø er det vaktberedskap hele døgnet. Begge steder utføres tjenesten dels som tilstedevakt og dels som hjemmevakt. Nordlandssykehuset Bodø dekker hele Nordland fylke, med unntak av Ballangen og Narvik som dekkes av UNN Tromsø. UNN Tromsø dekker i tillegg Ofoten, Troms og Finnmark. I helgene må alle med behov for operasjon hvor det kreves mikroskop, sendes til Tromsø.

En stor del av arbeidet på vakt utenfor poliklinikkens åpningstid er å svare på telefoner fra kommunehelsetjenesten og fra pasienter. Ved telefonhenvendelser må det avklares om:

- pasienten raskt må komme til undersøkelse i Bodø eller Tromsø
- pasienten må undersøkes av øyelege på dagtid innen en til to dager
- primærlegen kan løse problemet etter råd fra vakthavende øyelege

Behovet for å avklare om pasienten har en synstruende tilstand er større i helger enn på hverdager.

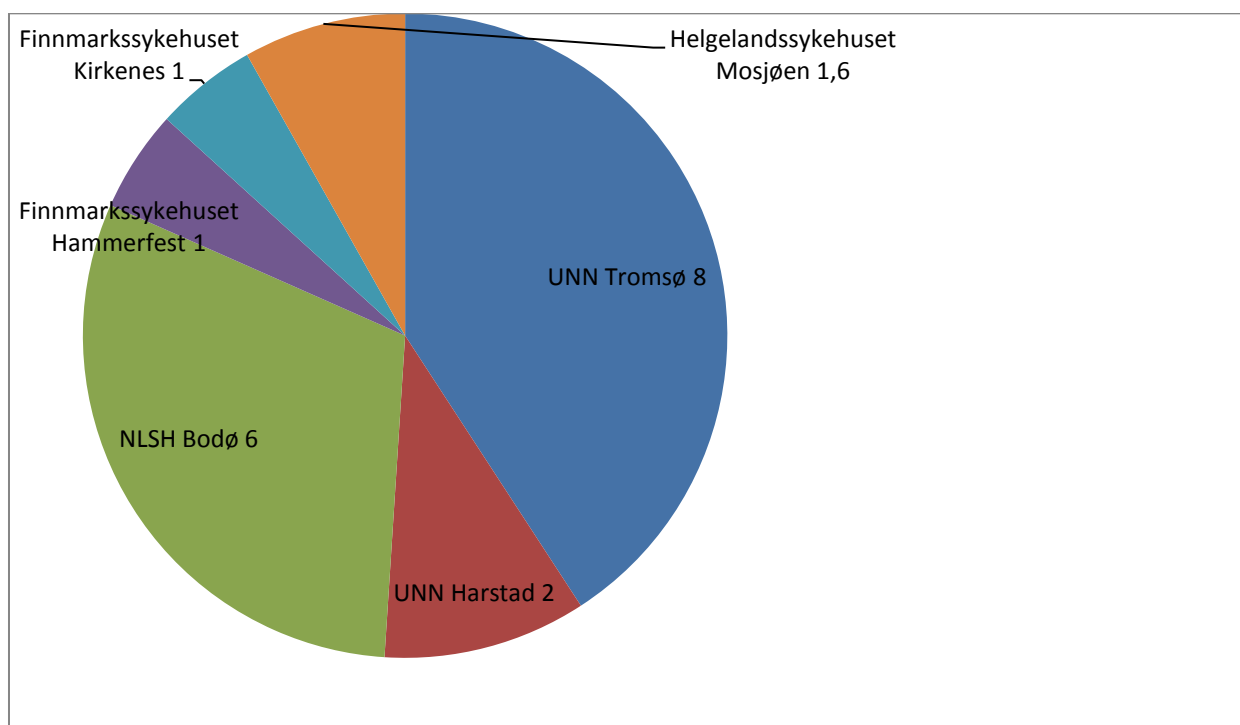
Eksempler på hva som krever øyeblikkelig vurdering eller behandling er pasienter med akutt "rødt øye", som kan være alt fra øyekatarr, regnbuehinnebetennelse, hornhinnebetennelse til akutt grønn stær. En annen viktig gruppe er pasienter med netthinneløsning, som utgjør ca. 100 per år i landsdelen. De må opereres innen ett til tre

¹⁵ Spesialistutdanningen i øyesykdommer. Krav til tjeneste. Helsedirektoratet.
<http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistgodkjenning/lege/Sider/oyesykdommer.aspx>

døgn. Disse pasientene opereres på dagtid, og har høyere prioritet enn det planlagte operasjonsprogrammet. En mindre gruppe (10–15 per år) er pasienter med øyeskader som trenger øyeblikkelig kirurgi.

6.2 Øyespesialister i sykehus

Figur 8 viser en oversikt over dagens stillinger for spesialister i helseforetakene. Totalt er det 19,6 stillinger. For å gjøre en helhetlig vurdering av fremtidig behov må disse ses i sammenheng med avtalespesialistene (figur 9).



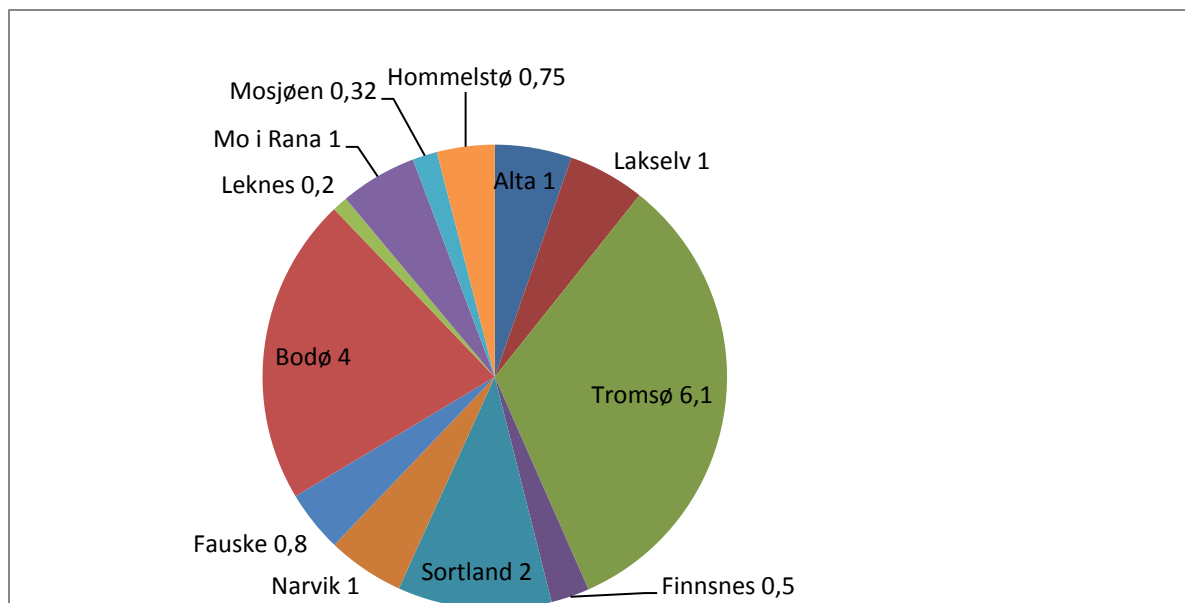
Figur 8 Fordeling av øyespesialister i sykehusene

Fylkesvis fordeling av spesialister i sykehus viser at Finnmark har 10 prosent, Troms (inkludert Narvik) 51 prosent og Nordland 59 prosent. I tillegg til overlegene er det 8 leger i spesialisering (LIS).

6.3 Avtalespesialister

I Helse Nord er det i 2014 18,67 stillinger for avtalespesialister innen øyefaget, fordelt på 20 leger, inkludert to spesialister med *junioravtale*¹⁶. Geografisk er fordelingen slik figur 9 viser.

¹⁶ I henhold til Rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforsning om avtalepraksis for legespesialister, punkt 13.1, har lege over 60 år rett til å få dele sin praksis med henblikk på nedtrapping dersom RHF ønsker å opprettholde hjemmelen. Den som tilsettes får en junioravtale.



Figur 9 Geografisk fordeling av avtalespesialister per mars 2014

Normtallet¹⁷ for avtalespesialister innen øyefaget er 3300 kontakter per år. Median er 3577, med variasjon fra 442 til 8204. I Helse Nord er variasjonen fra 1600–8000.

Summen av spesialister i sykehusene og avtalespesialister fordeler seg mellom fylkene slik at Finnmark har 11 prosent, Troms (inkludert Narvik) har 43 prosent og Nordland 46 prosent. Fordelingen mellom foretaksområdene er slik at Finnmarkssykehuset har 10 prosent, UNN 46 prosent, Nordlandssykehuset 34 prosent og Helgelandssykehuset 10 prosent.

"Plan for avtalespesialister i Helse Nord 2007–2015 Desentralisering og ambulerings" (29) skal revideres i løpet av 2016, og da vil alle fagområder hvor det er avtalespesialister i dag bli vurdert med tanke på fremtidig dimensjonering og lokalisering.

Avtalespesialistene viser til noen utfordringer de deler med sykehusene:

- Antall henvisninger har økt, særlig fra optikere.
- Ventetidene for uprioriterte pasienter har økt.
- Mange pasienter uteblir fra oppsatt time. Dette medfører tapt inntjening, og for kort varsel til å gi timen til andre pasienter. Etter at SMS- varsel ble innført har dette bedret seg noe.
- Henvisninger fra både fastlege og sykehus er noen ganger mangelfulle. Det er ønskelig med en standard henvisningsmal i regionen, som aktivt formidles til fastlegene.
- Fastleger må følge opp pasienter som naturlig hører hjemme hos dem.
- Det er behov for mer samarbeid og bedre kommunikasjon mellom avtalespesialister og spesialister i sykehusene.

¹⁷ Antall konsultasjoner per år som er forventet hos avtalespesialist i 100 prosent stilling.

- Det bør samarbeides om felles maler for henvisninger, felles kontrollrutiner, felles øyejournal og tilgang til øyejournal i sykehusene, praksis for LIS.
- I dag er det ikke refusjon for behandling av AMD hos avtalespesialist.

6.4 Sykepleietjenesten

Sykepleiere innen øyefaget i Helse Nord er ansatt i poliklinikker, operasjonsstuer og sengeposter på sykehusene i Tromsø, Bodø og Mosjøen. Til sammen er det elleve operasjonssykepleiere og tolv sykepleiere som arbeider ved ulike lokasjoner. Sengepostene i Tromsø og Bodø er delt mellom flere fagfelt, og det er ingen sykepleiere knyttet bare til øyefaget.

Det er ca. 50 sykepleiere med videreutdanning i øyesykepleie i Norge. Disse fordeler seg med 31 i Helse Sør-Øst, elleve i Helse Midt-Norge, ni i Helse Vest og ingen i Helse Nord. Det er ulik satsing på denne kompetansen både mellom helseregionene og innad i de enkelte helseforetakene. Det har hittil ikke vært en bevisst satsing på slik kompetanseheving innenfor øyefaget for sykepleiere i Helse Nord.

7. Utdanning, rekruttering og stabilisering

Rekruttering til både utdanningsstillingene og overlegestillingene ved UNN og Nordlandssykehuset er god. Det vil sannsynligvis heller ikke være utfordringer knyttet til å opprettholde avtalehjemlene rundt disse byene i planperioden. Utfordringen vil være å unngå at all vekst skjer i områder hvor det er lett å rekruttere, og å utdanne tilstrekkelig antall nå når flere overleger går av med pensjon. Utdanningskapasiteten for øyeleger i Nord-Norge er lav. Det er viktig å ha en strategisk plan for utdanning av spesialister til de mindre sykehusene i regionen.

7.1 Spesialistutdanning for øyeleger

UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø er godkjent som utdanningsinstitusjoner i øyesykdommer, som henholdsvis gruppe I og gruppe II sykehus. Det kreves totalt 60 måneders tjeneste for å bli øyespesialist, hvorav 18 måneder må være fra gruppe-I-avdeling. For at tjenesten skal godkjennes må kandidaten ha en attestert sjekkliste over praktiske og teoretiske ferdigheter og 180 godkjente kurstimer.¹⁸ Inntil 12 måneder kan tas som sideutdanning i forskning eller annen godkjent klinisk tjeneste. Kandidaten må også være med i avdelingens vaktordning og delta på faglig internundervisning for å få tjenesten godkjent. Kommende endringer i spesialiststrukturen og utdanningen kan gi endringer i måten spesialistutdanningen gjennomføres på.

Sammenlignet med andre spesialiteter har øyefaget en lav andel LIS i forhold til ferdige spesialister, og dermed en lav utdanningskapasitet. Dette skyldes mange avtalespesialister, som til nå ikke har hatt mulighet til å ta del i spesialistutdanningen. Det er nylig åpnet for en prøveordning hvor inntil 6 måneder av spesialiseringen kan gjøres hos avtalespesialister i gruppepraksis.

I Helse Nord er det åtte LIS-stillinger, to i Bodø og seks i Tromsø. Dette er en økning på to de siste fem årene. Forholdet mellom antall LIS og antall overleger er vesentlig for kvaliteten på utdanningen, da det må være nok overleger i avdelingen til å kunne undervise og veilede utdanningskandidatene.

Erfaringstall som er gjennomgått etter at utdanning for øyeleger ble etablert ved Universitetet i Tromsø viser at utdanningstilbudet i Nord-Norge har hatt avgjørende betydning for øyelegedekningen. Mange blir værende etter at de er ferdig utdannet:

- 18 av 21 øyespesialister som arbeider i Troms og Finnmark har hele eller store deler av sin spesialistutdanning fra Tromsø
- seks øyespesialister som arbeider i Nordland har deler av sin utdanning fra Tromsø

Fra 1970-tallet og frem til i dag er det utdannet knapt 30 øyespesialister i Tromsø. Det er mindre enn én i året. Dersom alle som starter spesialisering for å bli øyelege fullfører,

¹⁸ Sjekkliste for spesialistutdanningen i øyesykdommer

<http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistgodkjenning/lege/Documents/Sjekklisteprosent20øyesykdommer.pdf>

vil det bli mellom én og to ferdige spesialister hvert år. Noen vil slutte underveis, og noen vil flytte ut av regionen, slik at antallet sannsynligvis ikke er mer enn én per år.

Aldersfordeling blant øyeleger

De første årene av planperioden vil flere spesialister pensjoneres enn nye utdannes. Det gjør det ekstra viktig med tilsetning i LIS-stillinger og at nye stillinger plasseres i tråd med planen. LIS som er under utdanning, hvor det ikke er ledige overlegestillinger når de er ferdige med sin spesialistutdanning, kan komme til å avbryte utdanningen eller søke jobb andre steder i landet. Det bør vurderes tiltak som hindrer dette.

Aldersfordelingen av øyeleger i Helse Nord viser at tre allerede er over 70 år. Per januar 2014 viser data fra Legestillingsregistret (LSR) at 54 prosent av øyespesialistene i Helse Nord er eldre enn 55 år, og 37 prosent er 60 år eller eldre. Gjennomsnittsalderen er 53,6 år. En oversikt fra Helsedirektoratet med data fra LSR per november 2013 viser at 46,2 prosent av alle øyespesialister i Norge er eldre enn 55 år.

Aldersfordelingen blant øyeleger i Sør-Norge er ikke vesentlig forskjellig fra hva den er her, og utdanningskapasiteten er heller ikke bedre (1). Det ser derfor ikke ut til å bli overskudd på øyeleger i Sør-Norge som kan arbeide i Nord-Norge. Til nå har det heller ikke kommet mange øyeleger fra andre land til regionen. Utfordringen er å utnytte den sparsomme utdanningskapasiteten slik at det i størst mulig grad utdannes øyeleger som blir værende i regionen. Ved å rekruttere LIS strategisk, og sørge for god kvalitet på utdanningen, kan man kanskje unngå frafall og oppnå god rekruttering til ledige og nye overlegestillinger.

Utfordringer

- Minst 14 av 38 spesialister blir pensjonister fra 2015 til 2025.
- Det er få utdanningsstillinger for LIS. Dagens utdanningskapasitet er for lav til å fylle ledige overlegestillinger etter pensjonering, langt mindre å øke antall spesialister.
- Per i dag har ikke LIS mulighet for tellende tjeneste hos avtalespesialistene i regionen.
- Areal, tilgjengelig utstyr og økonomi er et hinder for å tilsette LIS i alle utdanningsstillinger ved Nordlandssykehuset Bodø.
- De fleste som utdannes i Bodø og Tromsø, ønsker å arbeide som overleger ved disse sykehusene etter endt utdanning. Det medfører dårlig rekruttering til andre steder i regionen.

Tiltak

- Øke utdanningskapasiteten for å møte fremtidige kapasitetsutfordringer.
- Øke antall LIS ved UNN fra seks til åtte.
 - Forutsetning for syv LIS er at to LIS tar deler av utdanningen på øyepoliklinikken ved UNN Harstad.
 - Forutsetning for ytterligere en LIS er at seks LIS får seks måneders tjeneste hver hos avtalespesialist i gruppepraksis i Tromsø.

- Én LIS- stilling ved UNN Tromsø forbeholdes leger som rekrutteres til Finnmarkssykehuset.
- Nordlandssykehuset Bodø må legge til rette for å øke utdanningskapasiteten til tre LIS-stillinger.
- Etablere samarbeid med avtalespesialister i gruppepraksis slik at deler av spesialisering kan gjøres hos dem. Dette kan gjøres ved å etablere en rotasjonsplass for LIS knyttet til avtalepraksis, hvor hver LIS kan tjenestegjøre seks måneder i denne plassen.
- Det bør rekrutteres målrettet til overlegestillinger andre steder enn i Bodø og Tromsø.

7.2 Rekruttering og stabilisering av leger

Det er mange utfordringer knyttet til rekruttering og stabilisering av øyeleger i distriktene. Leger som skal spesialisere seg må flytte fra distriktet til en plass med gruppe I og gruppe II sykehus. Det medfører at de må bo minimum fem år et annet sted – oftest i en alder hvor de er i en etableringsfase, finner partner, får barn og knytter nettverk. En annen utfordring er at legene ofte danner sin profesjonelle identitet knyttet til utdanningsstedet. Mange ønsker derfor å bli boende på utdanningsstedet også etter endt spesialistutdanning. Å flytte tilbake til distriktet kan oppleves som usikkert fordi de blir svært avhengig av at den overordnede strukturen på helsetjenesten opprettholdes, og som øyelege kan det i tillegg medføre en betydelig økonomisk investering i lokaler og utstyr. For mange vil flytting til distriktet også by på utfordringer med tanke på jobbtilbud for partner og andre familiære forhold.

Små fagmiljø er ofte sett på som mindre attraktive fordi man ikke har kolleger for faglig støtte og diskusjon. Det er vanskelig å videreutvikle fagkunnskapen, og flere gir uttrykk for faglig stagnasjon. Distriktene har ofte lange avstander mellom behandlingsstedene. I Finnmark er det 50 mil mellom de to somatiske sykehusene, og det er 100 mil mellom sykehuset i Kirkenes og UNN. Dette medfører økt behandlingsansvar for legene som arbeider der – fordi pasientene ofte bor langt fra spesialisten og fordi det er langt til større fagmiljø som UNN og Nordlandssykehuset. Som eneste øyelege på et lite sted blir man ofte alene i sitt arbeid, og det har vært lite systematisk samarbeid mellom øyespesialister i distriktene og sykehusene.

Legerekreteringsprosjektet i Finnmarkssykehuset ble opprettet i januar 2005 i samarbeid med Helse Nord RHF, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Hovedmålsetting er å rekruttere og stabilisere legespesialister til foretaket slik at det innen 2020 er full spesialistdekning i Finnmarkssykehuset. Prosjektet regnes som svært vellykket så langt. Ressursene er primært brukt til leger fra eget fylke/region. Prosjektet drives av prosjektleder i 100 prosent stilling.

Virkemidler er:

- Tilrettelegging av nettverkssamlinger.
- Gjennomføring av hospitering for overleger (i hovedsak ved UNN).
- Lønnsmidler i overgangsfase: venteplass for turnus, forpraksis for utenlandsk spesialist, overgangsstilling før gruppe II tjeneste, utdanningsstilling grenspesialist o.l.
- Stipend til dekning av merutgifter knyttet til gruppe I tjeneste.
- Honorar for innleie av klinisk veilederkompetanse.
- Frikjøp av overleger inntil 20 prosent til forskning/fagutvikling.

Visse økonomiske ytelser forutsetter bindingstid til Finnmarkssykehuset i opptil 2 år.

I løpet av de siste seks årene har legerekutteringsprosjektet støttet 72 leger (inkludert tre studenter). 23 av legene arbeider i Finnmarkssykehuset, hvorav 21 har oppnådd spesialitet. 14 av legene som har mottatt støtte er for tiden i spesialisering ved UNN og har bundet seg til jobb i Finnmarkssykehuset, hvorav én skal bli øyelege. 20 av legene som mottok støtte har flyttet fra Finnmark.

I Helgelandssykehuset satses det på å rekruttere leger fra utlandet, mens Nordlandssykehuset planlegger rekruttering av flere personellgrupper, blant annet fra Spania.

Utfordringer:

- Det tar lang tid å utdanne spesialister.
- De fleste LIS-legene fra andre deler av landet som tar gruppe-I-tjeneste i Tromsø flytter tilbake etter endt utdanning.
- Det er mangel på øyeleger også i de andre regionene, slik at det er vanskelig å rekruttere øyeleger til Nord-Norge fra andre steder i landet.
- Ambulering fra sykehusavdelingene til distriktene er i dag vanskelig å få til på grunn av marginal kapasitet ved sykehusene.

Målet må være å utdanne mange nok spesialister, noe som krever rekruttering i eget område.

Tiltak

- På kort sikt bør det gjøres forsøk på å rekruttere øyeleger fra andre steder enn egen region.
- Spesialister som er nærmer seg pensjonsalder eller er blitt pensjonister bør oppfordres til å jobbe lenger.
- Mulighetene for spesialisering i regionen bør økes ved å ta i bruk alle LIS-stillinger, og etablere samarbeid med avtalespesialistene for dette formål.
- Det bør rekrutteres strategisk for å nå langsiktige mål om øyelegedekning i distriktet.
- Samarbeidet innen fagmiljøet bør styrkes.
- Øyeleger i distriktet bør tilbys hospitering ved øyeavdelingene.

7.3 Spesialutdanning for sykepleiere

I dag finnes det ikke videreutdanning for sykepleiere innen øyefaget i Norge; siste kull var utdannet i 2006. Sverige har hatt utdanningstilbud i mange år, blant annet ved Karolinska instituttet og Høgskolen i Halmstad. Fra høsten 2015 tilbys videreutdanning i øyesykepleie ved Høgskolen i Buskerud. Utdanningen er skissert som 60 studiepoeng over 4 semestre, og kan kombineres med jobb. Det planlegges 6–7 samlinger, hver på en uke.

I Helse Nords *Strategisk kompetanseplan fase 2* er behovet for operasjonssykepleiere pekt på (42). Helse Nord har i flere år manglet spesialsykepleiere, særlig innen operasjon. Alle helseforetakene i regionen har tiltak og virkemiddel for å stimulere til videreutdanning og spesialisering for sykepleiergruppen. Støtten gis i hovedsak som stipend, men siden 2012 har UNN også ansatt sykepleiere i utdanningsstillinger under spesialisering til ABIKO¹⁹. Utdanningsstillingene ble opprettet fordi søkningen til videreutdanning innen kritiske fagområder som operasjons- og intensivsykepleie ikke var tilstrekkelig til å dekke helseforetakenes kompetansebehov.

Utfordringer

- Det er ingen sykepleiere med videreutdanning i øyesykepleie i Helse Nord.
- Det er en generell mangel på operasjonssykepleiere i regionen.

Tiltak

- Det bør gis mulighet for sykepleiere å ta videreutdanning i øyesykepleie.
- Det bør iverksettes tiltak som beskrevet i *Strategisk kompetanseplan fase 2* for å øke rekrutteringen til videreutdanning av operasjonssykepleiere.

7.4 Rekruttering og stabilisering av sykepleiere

Det har ikke vist seg å være store problemer med å rekruttere sykepleiere til stillinger innen øyefaget, særlig i poliklinikk der også arbeidstiden for mange har vært ansett som gunstig. Største utfordring er rekruttering av operasjonssykepleiere og å rekruttere sykepleiere til fagfeltet som ønsker å spesialisere seg innen feltet. Faglig påfyll og oppdatering er et virkemiddel for å stabilisere kompetanse og unngå at personell forlater disse stillingene etter et år eller to.

Det er stor tilgang til kurs og faglige fora, men få muligheter for å delta. Videre kan samarbeid med andre sykepleiere både innad i regionen og utenfor, i form av for eksempel hospitering og nettverk, være med på å heve kvaliteten på tjenesten.

Tverrfaglig samarbeid vil også gjøre tilhørigheten større, og derfor bidra til større stabilitet.

Utfordring

- Det er få muligheter for faglig påfyll og fordypning for sykepleiere.

¹⁹ ABIKO er en forkortelse for anestesi-, barne-, intensiv-, kreft- og operasjonssykepleie.

Tiltak

- Det bør gis mulighet for årlige deltakelse på fagdager og øyekonferanser for sykepleiere.
- Det bør gis muligheter for å spesialisere seg gjennom klinisk stige til klinisk spesialist i øyesykepleie.
- Det bør etableres et fagnettverk i regionen for øyesykepleiere, øyeleger og andre aktuelle aktører hvor man kan utveksle erfaringer og diskutere problemstillinger. Dette vil være med på å styrke samholdet og kanskje føre til mer lik praksis i regionen.
- Organisert internundervisning og tid til faglig fordypning bør organiseres ved øyeavdelingene.
- Hospitering på ulike øyeavdelinger i landet for å høste erfaringer og lære av hva andre har gjort. Dette kan brukes som basis for å iverksette nye tiltak i egen avdelingen.
- Det blir viktig å utvide ansvarsområde og arbeidsoppgaver for å gjøre det aktuelt og attraktivt. Nye arbeidsoppgaver som en følge av oppgavedeling kan bidra til dette.
- Det bør vurderes å opprette fagutviklingsstilling for sykepleiere i øyefaget.

7.5 Andre faggrupper

Optikere

Optikere utdannes i Norge ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Kongsberg. Årlig tas det opp 30–40 studenter. Tidligere var det en utdanning med svenneprøve, men nå er det en treårig bachelorutdanning. Mange tar også masterutdanning innen ulike retninger for eksempel helse eller synsrehabilitering. Deler av denne utdanning foregår i England, Sverige og Australia.

Ortoptist

Det er ingen utdanning til ortoptist i Norge. Krav for autorisasjon er fullført og bestått utdanning fra utdanningsinstitusjon akkreditert av International Orthoptic Association. Utdanningen kan tas i land som Storbritannia, USA, Nederland, Sveits, Australia, Tyskland, Frankrike, Italia og Sverige. Ortoptistutdanningen er bygget opp på ulike måter fra land til land. I noen land kan du ta utdanning på bachelornivå, mens det i andre land tilbys en 3-4-årig yrkesutdanning. I Sverige kan sykepleiere med videreutdanning i øyesykepleie videreutdanne seg til ortoptist.

8. Oppgavedeling

Oppgavedeling handler om å se på hvorvidt arbeidsoppgaver, utført av en gruppe eller profesjon, med fordel kan overføres til en annen. Årsakene til at man ønsker oppgavedeling knyttes ofte til en reell eller antatt knapphet på helseressurser, samtidig som man ser en økende befolkning og større behov for helsetjenester. Oppgavedeling skal ikke føre til dårligere kvalitet i behandlingen. Teknologi har gjort enkelte oppgaver enklere å utføre med stor nøyaktighet. Målet er et fremtidig bærekraftig helsevesen hvor oppgavefordeling er et nødvendig virkemiddel.

Norsk Sykepleierforbund har nedfelt noen overordnede prinsipper som må legges til grunn i dette arbeidet (44). Det samme har Den norske legeforening (45).

Det er noen hovedområder som skiller seg ut som særlig egnet for oppgavedeling:

- vurdere om sykepleiere kan utføre øyekontroller på diabetespasienter
- vurdere om sykepleiere kan utføre førstedagskontroll etter kataraktoperasjon
- vurdere om sykepleiere kan gi intravitreale injeksjoner ved AMD

Kunnskapssenteret har gjort en oppsummering av effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus, men ingen som er direkte relevant for fagfeltet (43).

I arbeidet med strategisk kompetanseplan i Helse Nord ble oppgavedeling i regionen kartlagt og vurdert ut fra seks kriterier som omhandlet kvalitet, pasientsikkerhet, overføringsverdi, prosedyrekompetanse, erstatning for kompetansekritisk personell og effektivisering. I arbeidsgruppens forslag til områder å arbeide videre med inngår overføring av oppfølging, kontroll og injeksjoner ved AMD fra lege til sykepleier eller annet personell. Det er gjort forsøk ved St. Olavs Hospital og Sykehuset Vestfold og det bør vurderes som prosjekt ved øyeavdeling og evalueres etter kriterier fastsatt av prosjektet (42).

Tiltak

- Ved øyeavdelingene ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø bør det vurderes å gjennomføre prosjekt med overføring av oppfølging, kontroll og injeksjoner ved AMD fra lege til sykepleier eller annet personell.

9. Funksjonsfordeling

9.1 Regional funksjonsfordeling

I Helse Nord er det gjort funksjonsfordeling med basert på kompetanse i sykehusene. Funksjonsfordelingen sikrer god pasientbehandling på rett nivå for de fleste tilstander.

Dekompresjonskirurgi ved endokrin øyesykdom utføres både ved Nordlandssykehuset Bodø og UNN Tromsø. Kirurgisk behandling av svulster i øyehulen utføres av nevrokirurgisk avdeling ved UNN Tromsø. Strålebehandling av sykdommer i øyehulen utføres av kreftavdelingen ved UNN Tromsø.

9.2 Nasjonal funksjonsfordeling

En nasjonal behandlingstjeneste er en høyt spesialisert klinisk virksomhet som ut fra en samlet vurdering av behov, vanskelighetsgrad og kostnader skal utøves ett sted i landet. Alle nasjonale og flerregionale behandlingstjenester og alle nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten skal ha godkjenning fra departementet. Behandlingstjenestene kjennetegnes ved:

- helsemessige tilleggsgevinster i form av bedre prognose eller livskvalitet
- økt kvalitet og kompetanse på tjenesten
- bedre nasjonal kostnadseffektivitet

Nasjonale kompetansetjenester skal:

- utvikle og heve kvaliteten på den leverte tjenesten i helhetlige behandlingsskjeder i hele landet
- levere tjenestene så trygt og kostnadseffektivt som mulig gjennom oppbygging og spredning av nasjonal kompetanse
- øke nasjonal kostnadseffektivitet

Når en nasjonal behandlingstjeneste er opprettet skal behandling av aktuelle pasienter bare foregå der. Andre sykehus skal ikke bygge opp et behandlingstilbud som er fastsatt som landsfunksjon. En landsfunksjon skal også ivareta kompetansesenteroppgaver innenfor sitt faglige område (34).

Funksjon	Nasjonal behandlingstjeneste	Sted
Behandling med keratoprotese/ hornhinneerstatning der transplantasjon ikke er mulig.	Nasjonal behandlingstjeneste for keratoprotese Helse Vest Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen	Bergen
Diagnostikk og multimodal behandling av barn med retinoblastom/ondartet svulst som utgår fra netthinnen i øyet.	Nasjonal behandlingstjeneste for retinoblastom Helse Sør-Øst Oslo universitetssykehus, Ullevål	Oslo
Diagnostikk, kirurgi og medikamentell behandling av medfødt glaukom/ grønn stær.	Nasjonal behandlingstjeneste for medfødt glaukom Helse Sør-Øst Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet	Oslo
Rekonstruksjon ved medfødte misdannelser i øyeregionen. Omfatter også rekonstruksjon etter skader og behandling av svulster.	Nasjonal behandlingstjeneste for rekonstruksjon ved medfødte misdannelser i øyeregionen Helse Sør-Øst Oslo universitetssykehus, Ullevål	Oslo
Funksjon	Nasjonal kompetansetjeneste	Sted
Tjenester til personer med sjeldne medfødte og/eller tidlig ervervede tilstander som medfører døvblindhet, samt deres pårørende. Veileder og bistår fagfolk rundt den døvblinde, og kommunene med informasjon og kurs.	Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde Helse Nord Universitetssykehuset Nord-Norge	Tromsø

Tabell 2 Nasjonale behandlings- og kompetansetjenester innen øyefaget 2014

Flerregionale funksjoner*	Foretak	Sted
Episkleral brachyterapi; strålebehandling av føflekkreft i øyet hvor selve strålekilden midlertidig festes på øyeeplet. (Uveale melanomer, andre intraokulære svulster)	Oslo universitetssykehus Haukeland universitetssykehus	Oslo Bergen
Transplantasjon av hornhinne/ cornea	Oslo universitetssykehus Haukeland universitetssykehus St. Olavs Hospital	Oslo Bergen Trondheim
Medfødt grå stær	Oslo universitetssykehus Haukeland universitetssykehus	Oslo Bergen

Tabell 3 Flerregionale funksjoner innen øyefaget 2014

*Ikke definerte nasjonale sentra, men håndheves i praksis slik

Dagens funksjonsfordeling nasjonalt er adekvat, utgjør et godt tilbud til befolkningen og ivaretar de få pasienter med sjeldne diagnoser/tilstander fra Helse Nord som trenger behandling utenfor helseregionen.

10. Utstyr og areal

Øyehelsetjenesten er en virksomhet som krever avansert teknisk utstyr. Tilgjengelig og funksjonelt utstyr er en forutsetning for å kunne utføre både utredning og behandling. Mangel på utstyr gir uønskede konsekvenser for pasienten, og for driften.

Utstyr i sykehus finansieres etter prioritering over årlige budsjetter, og hos avtalespesialister via driftstilskudd og takster.

Standard utstyr for et konsultasjonsrom kalles en unit²⁰, og har en levetid på ca. 15 år. Anskaffelsesverdien er i dag ca. kr 550 000, og det er behov for utskifting og innkjøp av flere units.

Datateknologisk utstyr har kortere levetid enn mekanisk utstyr fordi teknologien stadig fornyes. Det er en utfordring for sykehusene å anskaffe nytt utstyr i takt med teknologisk utvikling.

Både ved Nordlandssykehuset Bodø og UNN Tromsø er det et behov for utskifting av gammelt utstyr. Ved flere av sykehusene er det også behov for nyanskaffelser i planperioden, både basisutstyr når det ansettes nye/ flere leger og for å holde tritt med utviklingen og kravene til moderne utstyr i diagnostisering og behandling (vedlegg 1).

Tilstrekkelig areal er også en viktig forutsetning for god og effektiv drift. Det er ulike utfordringer i helseforetakene knyttet til dette (vedlegg 2). Noen steder bygges sykehusene om, og flere nybygg kommer til i planperioden. Dette gir en god mulighet for å planlegge for endringer i fremtidig øyehelsetjeneste.

Utfordringer

- Mye av utstyret som brukes i dag er gammelt og bør fornyes.
- Når utstyr er til reparasjon oppstår det forsinkelser i pasientbehandlingen fordi det finnes lite reserveutstyr.
- Det er en utfordring å ha nok og tilgjengelig utstyr på hvert sykehus for å kunne drive effektivt.
- Det er arealmessige utfordringer i helseforetakene knyttet til økning i aktivitet og utdanning, og etablering av nye tilbud.

Tiltak

- Utskifting av gammelt utstyr og anskaffelse av nytt bør skje etter en plan som gir forutsigbarhet, og som sikrer moderne, oppdatert utstyr.
- Ved reparasjoner bør reserveutstyr være tilgjengelig.

²⁰ En unit består av hev- og senkbar pasientstol, spaltelampe for biomikroskopi av øyet, utstyr for synsundersøkelser; visus (skarpsyn) og refraksjon (brillestyrke), skjerm for elektronisk pasientjournal, inkludert muligheter for å se fundusbilder, og OCT for scanning av netthinne, synsnerve og synsfelt.

- Det bør tas hensyn til behov for økt aktivitet, bemanning, utdanning og etablering av nye tilbud når det planlegges ombygging og nye bygg.
- Bruk av aktivitetsstyrte arbeidsplaner kan bidra til å utnytte tilgjengelig kapasitet og areal bedre.

11. Samhandling med kommunehelsetjenesten

Fastlegen har en viktig rolle som den første som vurderer pasienten, tar beslutning om utredning, behandling og eventuell videre henvisning til spesialist.

Fastlegens kontor kan virke spartansk når det gjelder utstyr sammenliknet med kontorene til øyespesialister eller optikere, men de fleste har det som er nødvendig for å kunne gjøre relevante undersøkelser, som synsprøve, undersøke synsfelt, måle trykk i øyet og undersøke for skader og fremmedlegemer.

Alle fastleger vil kunne gjøre en såpass omfattende undersøkelse at det gir grunnlag for vurdering av videre behandling og eventuell videre henvisning. Fastlegens vurdering av hastegrad viktig for øyelegens prioriteringer. Det er flere tilstander som kan kreve rask eller umiddelbar videre henvisning, for eksempel ved mistanke om netthinneløsning, blodpropper i øyet eller enkelte typer maculadegenerasjon.

Fastlegen vil i de fleste tilfeller være den fagpersonen som har best kjennskap til sine pasienters helse. Derved vil legen kunne vurdere hvilke pasienter som trenger tettere oppfølging når det trengs spesiell oppmerksomhet på øyekomplikasjoner.

Henvisninger og epikriser er viktige verktøy for kommunikasjon som gjelder pasientbehandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Det er derfor viktig at øyelegene og fastlegene samhandler om gode og tydelige henvisninger og epikriser, som gir klare føringer for oppfølging.

Sykehuslegene oppgir at henvisningene i noen tilfeller inneholder for lite informasjon, og at de mottar en del unødvendige henvisninger fra fastlegene. UNN Tromsø har utarbeidet en mal som beskriver hvilke opplysninger henvisningen bør inneholde, men denne er ennå ikke distribuert til og tatt i bruk av allmennlegene. Vanlige øye- og synsplager bør tas hånd om av kommunehelsetjenesten og optikere. Slike tilstander har lavest prioritet i spesialisthelsetjenesten.

Utfordring:

- Spesialisthelsetjenesten mottar unødige henvisninger hvor pasientens problemer kunne vært håndtert hos fastlegen. Dette fører til feil bruk av ressursene.
- Henvisninger fra fastlege til spesialist inneholder noen ganger mangelfulle opplysninger.
- Epikriser fra spesialister til fastleger inneholder noen ganger mangelfulle opplysninger for at fastlegen skal kunne følge opp pasienten.

Tiltak

- Utarbeide felles regional henvisningsmal til bruk for fastleger.
- Det må tilstrebes å lage gode epikriser som skisserer oppfølging hos fastlege.

- Etablerte samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør brukes aktivt til informasjonsutveksling og kompetanseheving innen øyefaget.

11.1 Samhandling med andre faggrupper

Optikere

Optikere er en viktig samarbeidspartner for øyelegene i spesialisthelsetjenesten. I 2009 fikk optikere rett til å henvise kunder eller pasienter direkte til øyelege. Dette praktiseres i dag, og gir pasienter en kortere vei til spesialist enn om de skulle gått veien om fastlege etter besøk hos optiker. Andre oppgaver kan være relevante for optikere. Nesten alle har funduskamera, og de kan avlaste øyelegene med oppfølging av diabetespasienter. Flere av optikerne har OCT, og kan enkelt sende bilder til øyelegen for vurdering. Trykkmåling ved glaukom kan også utføres av optikerne.

Det er viktig å avklare når optikerne skal henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten. En tydelig ansvarsfordeling kan bidra til at optikere er en verdifull samhandlingspartner både for primær- og spesialisthelsetjenesten.

I Helse Nord praktiseres samarbeidet med optikere noe ulikt. I Finnmark har optikerne tradisjonelt vært en viktig ressurs grunnet mangel på øyeleger. Samarbeid mellom øyeleger, spesielt enkeltpraksiser i distrikt, og optiker kan noen steder være gunstig for et mer helhetlig tilbud og større fagmiljø. Kvaliteten på fastlegenes henvisninger oppgis også å være bedre, dersom optiker har gjort trykkmåling og bildetaking. Samtidig tilbyr enkelte optikerkjeder nå screening med blant annet fundusfotografi av friske kunder, noe som øker antall henvisninger til øyespesialist. Ved å lage et bedre system for diabetes screening kan optikere være en samarbeidspartner. Nye samarbeidsformer med optikerne vil være gjenstand for en egen utredning, og vil ikke bli omtalt nærmere i denne planen.

Ortoptist

En ortoptist undersøker, diagnostiserer og behandler skjeling, dobbeltsyn og samsynsproblemer. Ortoptisten hjelper også personer som har problemer med øyebevegelse på grunn av nevrologiske tilstander. Ortoptister utfører også undersøkelser som et ledd i utredning av lese- og skrivevansker. Ortoptistene arbeider med alle aldersgrupper, og samarbeider med flere andre yrkesgrupper, deriblant øyelege, optiker, synspedagog, helsesøster og PP-tjenesten. I Helse Nord er det kun én ortoptist, ansatt ved UNN Tromsø.

Synspedagog

Finnmarkssykehuset Kirkenes har én synspedagog ansatt, som den eneste i Helse Nord, og som arbeider både i øyeavdelingen og avdeling for rehabilitering.

Statped

Statpeds hovedoppdrag knyttet til brukernivået er formulert slik:

”Statped skal gi tjenester til kommuner og fylkeskommuner som støtter opp under arbeidet med å realisere opplærings- lovens bestemmelser om likeverdig, tilpasset og inkluderende opplæring for barn, unge og voksne med særskilte behov. Statped skal gi tjenester på både individ- og systemnivå.”²¹

Statped har et opplæringsperspektiv (i vid forstand), mens helse i større grad ivaretar behandlingsperspektivet. I praksis innebærer det at Statped kan bidra med kompletterende funksjonsutredninger på bakgrunn av øyemedisinsk og optometrisk informasjon, og er en viktig samarbeidspartner innen barnehabilitering. Statped har relativt få ressurser og et stort geografisk område å betjene, noe som kan føre til lang ventetid. Fagavdeling syn i Statped nord har i dag fem synspedagoger, lokalisert i Lakselv, Tromsø og Bodø. De opplever å ha et nært og godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, preget av god informasjonsflyt.

Nordlandssykehuset Bodø har tidligere hatt et samarbeid med Spesialpedagogisk senter i Nordlands fylkeskommune, hvor deres synspedagog arbeidet i sykehuset tett opp mot fagmiljøet. Denne ordningen er nå avviklet, og Nordlandssykehuset har behov for å etablere en stilling for synspedagog for å fylle denne funksjonen.

Utfordring

- Samarbeid mellom sykehus, mellom sykehus og avtalespesialister og mellom spesialisthelsetjenesten og andre grupper, som kommunehelsetjeneste, brukere og optikere må styrkes.

Tiltak

- Opprette regionalt fagråd for øyefaget i Helse Nord.

²¹ [Målbilde for Statped. 2012–2016](#)

12. Økonomi

De kostnadskrevende tiltakene utgjør totalt kr. 3 670 000 i årlige kostnader. Det er tenkt en gradvis implementering av tiltakene.

Kapittel	Tiltak	Kostnad	Merknad
3.1	Synspedagog ved UNN Tromsø	600 000	
	Synspedagog ved Nordlandssykehuset Bodø	600 000	
7.1	2 LIS-stillinger ved UNN Tromsø	1 600 000	
	1 LIS-stilling ved Nordlandssykehuset Bodø	800 000	
12.1	Regionalt fagråd for øyefaget	70 000	
	Totale årlige kostnader	3 670 000	

13. Takksigelser

I tillegg til fagfolkene som har vært direkte involvert i prosjektgruppen har flere bidratt med gode innspill til planen. De fortjener en stor takk.

Geir Bertelsen, UNN

Maja Gran Erke, UNN

Hilde Tuhus Sørli, rehabiliteringsleder i Blindeforbundet

Trine Seljeseth, Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde, UNN

Rune Johnsen, Statped nord

Morten Nikolaisen, Finnmarkssykehuset

Ola Haneseth, Nordlandssykehuset

14. Referanser

1. Konus-rapporten. Kartlegging og oftalmologisk nasjonal utredning av fremtidig status. Norsk Oftalmologisk forening 2012
2. Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse frem mot 2030.
3. Behovet for- og lønnsomheten av rehabilitering av synshemmede, PROBA samfunnsanalyse. Rapport 2012-05
4. [Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#) Helsedirektoratet 2010
5. [Sansetap.no](#)
6. Kartlegging av de regionale helseforetakenes oppfølging av slagrammede med synsforstyrrelser. Helsedirektoratet 2012
7. Nasjonal faglig retningslinje for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn. Helsedirektoratet 2006
8. Buch H, Vinding T, Nielsen NV: Prevalence and causes of visual impairment according to World Health Organization and United States criteria in an aged, urban Scandinavian population: the Copenhagen City Eye Study. *Ophthalmology* 2001, 108(12):2347-2357.
9. Buch H, Vinding T, La Cour M, Appleyard M, Jensen GB, Nielsen NV: Prevalence and causes of visual impairment and blindness among 9980 Scandinavian adults: the Copenhagen City Eye Study. *Ophthalmology* 2004, 111(1):53-61.
10. Kahn HA, Leibowitz HM, Ganley JP, Kini MM, Colton T, Nickerson RS, Dawber TR: The Framingham Eye Study. I. Outline and major prevalence findings. *Am J Epidemiol* 1977, 106(1):17-32.
11. Williams R, Airey M, Baxter H, Forrester J, Kennedy-Martin T, Girach A: Epidemiology of diabetic retinopathy and macular oedema: a systematic review. *Eye (Lond)* 2004, 18(10):963-983.
12. Bertelsen G, Peto T, Lindekleiv H, Schirmer H, Solbu MD, Toft I, Sjolie AK, Njolstad I: Tromso eye study: prevalence and risk factors of diabetic retinopathy. *Acta Ophthalmol* 2012b:Epub ahead of print.
13. Kilstad HN, Sjolie AK, Goransson L, Hapnes R, Henschien HJ, Alsbirk KE, Fossen K, Bertelsen G, Holstad G, Bergrem H: Prevalence of diabetic retinopathy in Norway: report from a screening study. *Acta Ophthalmol* 2012, 90(7):609-612.
14. Jones S, Edwards RT: Diabetic retinopathy screening: a systematic review of the economic evidence. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association* 2010, 27(3):249-256.
15. Javitt JC, Aiello LP: Cost-effectiveness of detecting and treating diabetic retinopathy. *Ann Intern Med* 1996, 124(1 Pt 2):164-169.
16. Henricsson M, Karlsson C, Ekholm L, Kaikkonen P, Sellman A, Steffert E, Tyrberg M: Colour slides or digital photography in diabetes screening – a comparison. *Acta Ophthalmol Scand* 2000, 78(2):164-168.

17. Hansen AB, Sander B, Larsen M, Kleener J, Borch-Johnsen K, Klein R, Lund-Andersen H: Screening for diabetic retinopathy using a digital non-mydratic camera compared with standard 35-mm stereo colour transparencies. *Acta Ophthalmol Scand* 2004, 82(6):656-665.
18. Hansen AB, Hansen RN, Colding-Jorgensen M, Borch-Johnsen K, Lund-Andersen H: Model simulation of the patient flow through a screening centre for diabetic retinopathy. *Acta Ophthalmol Scand* 2005, 83(6):678-686.
19. Helsedirektoratet, Diabetesforbundet: Nasjonale kliniske retningslinjer: Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling. In. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
20. Aspelund T, Thornorisdottir O, Olafsdottir E, Gudmundsdottir A, Einarsdottir AB, Mehlsen J, Einarsson S, Palsson O, Einarsson G, Bek T *et al*: Individual risk assessment and information technology to optimise screening frequency for diabetic retinopathy. *Diabetologia* 2011, 54(10):2525-2532.
21. Abramoff MD, Folk JC, Han DP, Walker JD, Williams DF, Russell SR, Massin P, Cochener B, Gain P, Tang L *et al*: Automated analysis of retinal images for detection of referable diabetic retinopathy. *JAMA ophthalmology* 2013, 131(3):351-357.
22. Norsk helseinformatikk, nhi.no
23. Aktivitetsdata for avtalespesialiser 2012 og 2013. Helsedirektoratet.
24. Augood CA, Vingerling JR, de Jong PT, Chakravarthy U, Seland J, Soubrane G, et al. Prevalence of age-related maculopathy in older Europeans: the European Eye Study (EUREYE). *Archives of ophthalmology*. 2006;124(4):529-35. Epub 2006/04/12.
25. Bjornsson OM, Syrdalen P, Bird AC, Peto T, Kinge B. The prevalence of age-related maculopathy (ARM) in an urban Norwegian population: the Oslo Macular study. *Acta ophthalmologica Scandinavica*. 2006;84(5):636-41. Epub 2006/09/13.
26. Erke MG, Bertelsen G, Peto T, Sjølie AK, Lindekleiv H, Njølstad I. Prevalence of age-related macular degeneration in elderly Caucasians: the Tromsø Eye Study. *Ophthalmology*. 2012 Sep; 119 (9):1737-43. doi: 10.1016/j.ophtha.2012.03.016. Epub 2012 May 16.
27. Lindekleiv H, Erke MG. Projected prevalence of age-related macular degeneration in Scandinavia 2012-2040. *Acta Ophthalmol*. 2013 Jun;91(4):307-11. doi: 10.1111/j.1755-3768.2012.02399.x. Epub 2012 May 11.
28. Blindeforbundet
29. Plan for avtalespesialister i Helse Nord 2007–2015. Desentralisering og ambulering
30. Norsk Pasientregister, NPR
31. Norsk Pasientskadeerstatning. Statistikk for regionale helseforetak 2012
32. Innsatsstyrt finansiering 2013
33. [Helsedirektoratet, spesialistgodkjenning](#)
34. Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus, og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

35. Norsk kvalitetsregister for biologiske legemidler (NOKBIL). Protokoll. Versjon 31.10.12
36. Nasjonal kvalitetshåndbok, Norsk oftalmologisk forening
37. Sjekkliste for spesialistutdanningen i øyesykdommer
<http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistgodkjenning/lege/Documents/Sjekklisteprosent20øyesykdommer.pdf>
38. Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for øyesykdommer
39. Statistisk sentralbyrå, SSB
40. Statped målbilde www.statped.no/
41. Kilde: www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2004/rundskriv-i-192003-erstatter-rundskriften.html?id=109416
42. Strategisk kompetanseplan fase 2, Helse Nord RHF 2014
43. Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 12-2013
44. Ansvars- og oppgavefordeling i helse- og omsorgstjenesten. Norsk sykepleierforbund. www.nsf.no/vis-artikkel/1281961/Onsker-ansvars--og-oppgavefordeling-velkommen-som-strategisk-virkemiddel
45. Policynotat 5/2013. Den norske legeförening.
<http://legeföreningen.no/emner/andre-emner/publikasjoner/policynotater/polycynotater-2013/oppgaveglidning-52013/>
46. Prioriteringsveileder for øyesykdommer. Helsedirektoratet 2009
47. The European Glaucoma Society Guidelines

Vedlegg

1. Utstørsbehov
2. Arealbeskrivelse

Vedlegg 1

Tabellen viser behovet for nytt utstyr i planperioden, slik prosjektgruppen har vurdert det i 2014. Det er foreslått tidsrom for anskaffelse, og for noe av utstyret er det også anslått kostnad.

Sted	Utstyr	Antall	Kostnad per stk.	Anskaffes når
UNN Tromsø	Unit	4	500 000	Gradvis
	Scheimflogkamera/ korneatopograf	1	450 000	2015
	Confokal corneamikroskop	1	200 000	2015
	Neste generasjon vitrectomimaskin	1	800 000	2015
	Multifokalt ERG	1	400 000	Tidlig
	Neste generasjon ultralyd-B-scan	1	350 000	Tidlig
	Fremresegment OCT/UBM	1	500 000	Tidlig
	Fotospaltelampe	1	360 000	2016
UNN Harstad	Unit	1	500 000	2015
	Komplett utstyr for kataraktkirurgi	1	2 000 000	2016-17
Nordlandssykehuset Bodø	Unit	3	500 000	2015-17
	OCT	2	500 000	2015-16
	Perimeter	1		2017
	Håndholdt autorefraktor	1		2015
	Ret-cam	1		2016
	B-scan	1		2015
	Multispot laser	1		2016
	Phacomaskin	1		2018
	Autorefraktor	2		2015
	Optomap	1		2016
Nordlandssykehuset Lofoten	Håndholdt autorefraktor	1		
Helgelandssykehuset Mosjøen	OCT (anskaffelse pågår nå vinteren 2015)	1	500 000	
Finnmarkssykehuset Hammerfest	OCT	1	500 000	2015
	Argonlaser og YAG-laser	1		2015
	Autoperimeter (synsfelt)	1	300 000	2015
	Komplett utstyr for kataraktkirurgi?	1	2 000 000	2015?
Finnmarkssykehuset Kirkenes	OCT	1	500 000	2015
	Autoperimeter	1	300 000	2015
	Argonlaser og YAG-laser			2018
	Utstyr for kirurgi?			2018

Vedlegg 2

Arealbeskrivelse

UNN Tromsø

Areal er en begrensende faktor for optimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser. UNN Tromsø bygger nytt pasienthotell og ny A-fløy. Byggingen er beregnet ferdigstilt innen årsskiftet 2017/ 2018. I mellomtiden bør det etableres en midlertidig injeksjonsenhet for pasientene som trenger injeksjonsbehandling. Når A-fløya står ferdig vil det være nok arealer for å lage en komplett øyeseksjon som ivaretar behovet for øyekirurgi, injeksjonsbehandling, utvidede diagnostiske behov og også nye behandlinger.

Faktorer som påvirker behovet for ekspansjon i Tromsø er:

- antall øyeleger og hvilken type behandling som utføres ved UNN Harstad
- antall øyeleger og hvilken type behandling som utføres i Finnmarkssykehuset
- hvilken type behandling som utføres hos avtalespesialister

UNN Harstad

Øyetilbudet er lokalisert i spesialistpoliklinikken. Tilstrekkelig areal er en nøkkelfaktor for både behandlingstilbudet og utdanning. Det foregår for tiden et arbeid for å sikre arealer til dette og andre aktiviteter som ønskes igangsatt eller økt.

Hvis man ønsker å gjøre øyekirurgi i Harstad er operasjonsstuekapasiteten god. Å etablere daglig øyekirurgivirksomhet vil kunne frigjøre en unit store deler av dagen. Denne kan benyttes av øyelege eller av sykepleiere.

Nordlandssykehuset Bodø

Ved Nordlandssykehuset Bodø er det sju leger som disponerer seks kontorer. En mindre ombygging kan gi et ekstra konsultasjonsrom for injeksjonsbehandling av pasienter med AMD. Dette krever investering i en unit og OCT-maskin. Det er planlagt flytting til nytt sykehus i 2017. I nytt sykehus er det også fysiske begrensninger som gjør det vanskelig å ekspandere, noe som kan få betydning for utdanningskapasiteten.

Nordlandssykehuset Lofoten

Det er ett kontor med plass til unit, OCT og fotoutstyr. Øvrig utstyr må flyttes rundt, slik at sykepleier kan gjøre nødvendige forundersøkelser. I Lofoten er det ikke plass til flere konsultasjonsrom, men det er mulig å utnytte dagens rom bedre.

Helgelandssykehuset Mosjøen

Det er to kontorer, ett for lege og ett for sykepleier, med muligheter for utvidelse. Det er én operasjonsstue, som eventuelt kan deles for å få et rom hvor undersøkelser kan utføres.

Finnmarkssykehuset

I Hammerfest er øyelegekontoret lokalisert sammen med kontorer for andre ambulerende spesialister, og kontoret deles med ambulerende øre-nese-hals-lege. Funduskamera er plassert på medisinsk poliklinikk. Det gjøres i dag ingen øyekirurgi i Hammerfest. Areal og utstyr til øyelegepraksis planlegges oppgradert til 2015, da med øyekirurgi inkludert katarakt. Det er generell plassmangel ved sykehuset og nye lokaler er ikke fastsatt. I Kirkenes er det et øyelegekontor og et kontor til fundusfoto. Det gjøres for tiden ingen øyekirurgi ved sykehuset. Nye Kirkenes Sykehus er planlagt med to øyelegekontorer.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
62/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	23.6.2015
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Møteplan for styret 2016

Innstilling til 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	27		1 22			14	5	16	14
Styreseminar						21					15	
Regionalt seminar					25- 26					26- 27		

Møtetidspunkter	Sted	Årsplan (eksplisitte styresaker)
Onsdag 10. februar	Tromsø	Styrets evaluering av egen virksomhet
Tirsdag 29. 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
<u>Høstsemester 2016:</u>		
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

Saksutredning

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) legger til grunn ovennevnte møteplan for 2016. Den er tilpasset møteplan for styret i Helse Nord RHF, vedtatt i deres styre 27.5.d.å., med vekt på avleveringsfrister fra helseforetakenes styrer for tertialrapporter, regnskap og årlig

Sak 62/2015

melding. Helse Nord RHF har stilt krav om behandling av noen eksplisitte saker i oppdragsdokumentet for inneværende år, som styret ved UNN har behandlet i egen sak. Disse kravene er forutsatt også vil følge i 2017, og er derfor lagt inn i årsplandelen. De regionale styreledermøtene er ennå ikke fastlagt, og derfor ikke tatt med i møteplanen, slik de regionale styreseminarene er.

Så langt det har vært mulig er det tatt hensyn til styrerepresentanters deltakelse på fastlagte kommunestyre- og formannskapsmøter. Styret har tidligere prioritert å avsette tid til ett styreseminar pr semester, og disse er lagt inn i tilknytning til siste møte før sommerferien samt novembermøtet 2016. Styret må ta stilling til hvor seminarene ønskes avvirket.

Det er samtidig forsøkt tatt hensyn til *tidligst mulige intern leveringsfrist* for utarbeidelse av virksomhetsrapportene hver måned. I tillegg må det gis mulighet for nødvendig behandling i forkant samt drøftinger med ansattes organisasjoner, brukerutvalg og arbeidsmiljøutvalg før utsendelse av sakene til styrebehandling.

Det vil ved enkelte av de oppsatte møtene bli krevende å kunne levere ferdige kvalitets- og virksomhetsrapporter innenfor gitte frister, som følge av at møtetidspunktene er styrt ut fra hensynet til andre samarbeidspartnere og aktører. Dette kan medføre behov for å ettersende disse sakene.

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

Direktøren har møtekollisjoner 29.3. og 1.6.2016 og ønsker derfor å diskutere hvorvidt disse styremøtene kan flyttes til henholdsvis 30.3 og 2.6.2016.

Tromsø, 12.6.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
63/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen	23.6.2015

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlig orientering

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

Tromsø, 12.6.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg


Sak: Fristbrudd og langtidsventende pr medio juni 2015

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Fra: Arthur Revhaug/Lise Balteskard

Møtedato: 23.6.2015

Sammendrag

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ble i april orientert om de tiltak som er iverksatt for å unngå fristbrudd og langtidsventende i foretaket. Det ble bestemt at direktøren skulle legge fram oppdaterte tall.

Det har vært en positiv utvikling i antall avviklede fristbrudd fra april til mai måned. De fleste klinikkene har redusert sine fristbrudd, med unntak av NOR-klinikken. Tallene for langtidsventende over 12 måneder er betydelig redusert.

De interne tiltakene gir resultater og det er etablert et samarbeid med Fagavdelingen ved Helse Nord RHF for å få best mulig utnyttelse hos aktuelle avtalespesialister.

Bakgrunn
Fristbrudd

Det har vært en positiv utvikling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i antall avviklede fristbrudd fra april til mai måned. De fleste klinikkene har redusert sine fristbrudd, med unntak av NOR-klinikken som har hatt en økning på 43 %. Dette er et uttrykk for at de er i ferd med å avvikle ventelister med rettighetspasienter.

Klinikk	apr.15	mai.15
Barne- og ungdomsklinikken	9	4
Hjerte- og lungeklinikken	8	9
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	46	28
Medisinsk klinikk	6	4
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	39	56
Psykisk helse- og rusklinikken	10	7
UNN	118	108

Tabell 1.

Antall avviklede fristbrudd hos pasienter med rett til prioritert helsehjelp i april og mai mnd. 2015, fordelt på klinikker

Ventelister

Antall pasienter totalt på ventelister i UNN er redusert med ca 1500 siden årsskiftet, fra 16 053 til 14 592 (per 11. juni).

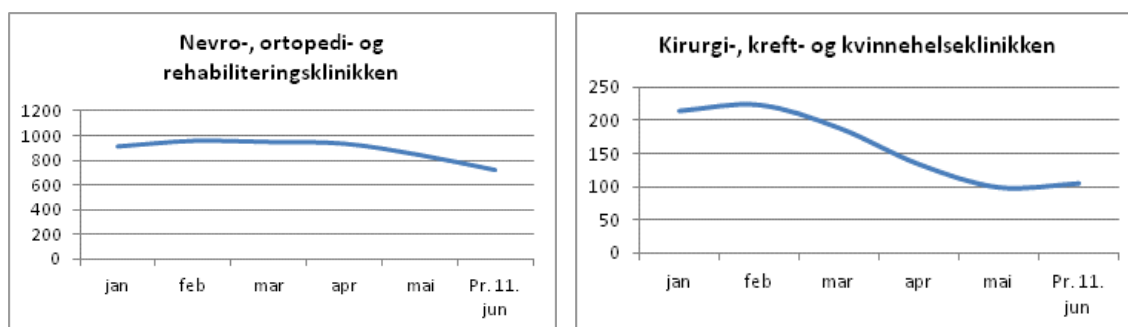
Det er tilfredsstillende at antall langtidsventende over 12 mnd har blitt kraftig redusert siste måned spesielt for NOR-klinikken som har de fleste pasientene.



Langtidsventende, over 12 mnd	jan	feb	mar	apr	mai	Pr. 11. jun
Psykisk helse- og rusklinikken	4	3	5	1	1	0
Barne- og ungdomsklinikken	15	14	3	5	4	4
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	215	224	189	134	99	105
Medisinsk klinikk	24	22	17	12	11	8
Hjerte- og lungeklinikken	23	9	10	5	6	6
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	914	959	950	937	846	725
UNN HF	1195	1231	1174	1094	967	848

Tabell 2.

Antall langtidsventende, over 12 mnd, i UNN HF fordelt på klinikker og måneder i 2015



Figur 1.

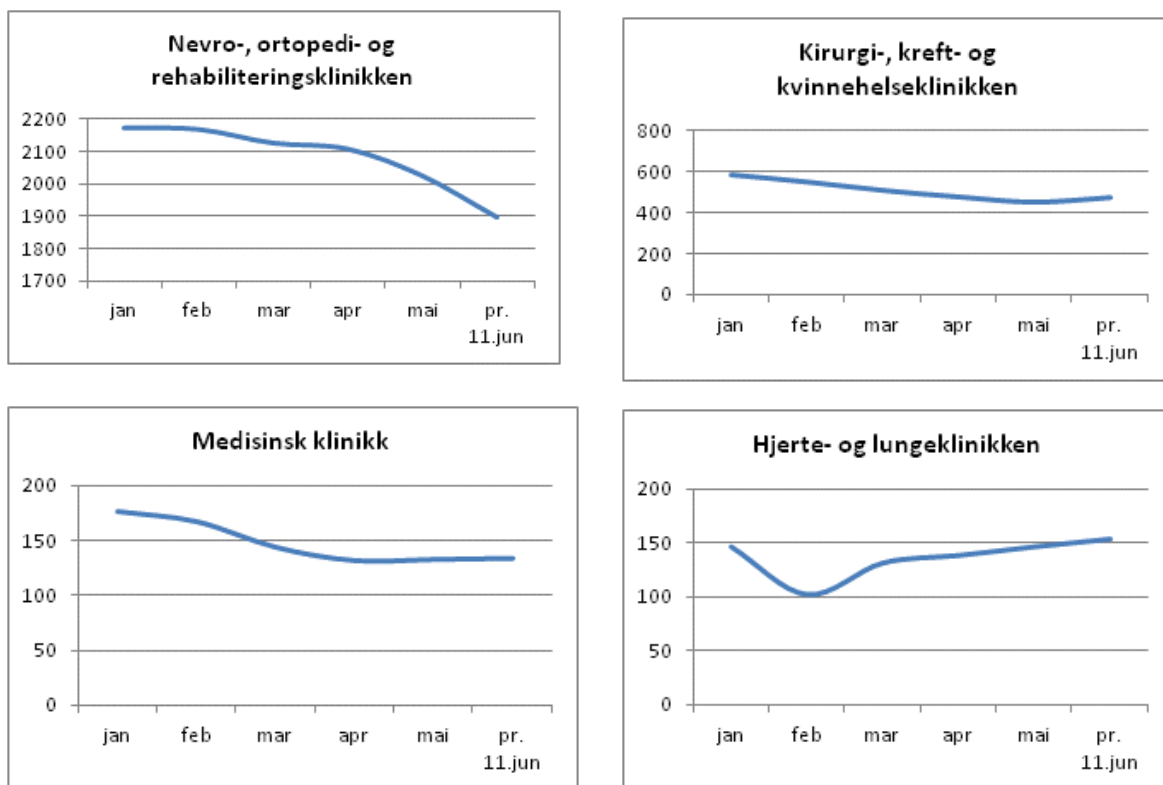
Tidstrend for antall langtidsventende over 12 mnd; NOR-klinikken og K3K (obs ulik skala).

Ventende, over 6 mnd	jan	feb	mar	apr	mai	pr. 11.jun
Psykisk helse- og rusklinikken	41	40	46	45	42	38
Barne- og ungdomsklinikken	37	34	22	35	19	16
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	588	552	509	476	449	473
Medisinsk klinikk	176	167	144	132	133	134
Hjerte- og lungeklinikken	146	102	131	138	146	153
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	2172	2168	2126	2108	2026	1899
UNN HF	3160	3063	2978	2934	2815	2713

Tabell 3

Antall ventende, over 6 mnd, i UNN HF fordelt på klinikker og måneder i 2015

Arbeidet med å redusere antall ventende over 6 mnd er også i gang. De siste månedene har antallet ventende over 6 mnd vært nokså konstant for følgende klinikker; Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Medisinsk klinikk og Hjerte- og lungeklinikken. Selv om NOR-klinikken har de største utfordringene må de andre klinikkene fortsette arbeidet med å redusere ventelistene utover de langtidsventende. Hvis disse ikke reduseres ytterligere, vil ikrafttredelsen av den nye pasient- og brukerrettighetsloven gi store utfordringer for helseforetaket og for pasientene.



Figur 2. Tidstrend for antall ventende over 6 mnd for NOR-klinikken, K3K, Med klin og HLA-klinikken (obs ulik skala).

Kommentar til de verksatte tiltakene

I 2015 har UNN intensivert arbeidet med å sørge for at det ikke skal være fristbrudd i foretaket og at pasienter uten rett til prioritert helsehjelp som har ventet over 12 måneder, skal få sin undersøkelse eller behandling så snart som mulig.

Det har vært jobbet på flere nivå og på ulikt vis i hele foretaket for å skape bevissthet om at fristbrudd skal unngås. Det har vært sterkt fokus fra ledelsen på tiltak og planer for hvordan langtidsventende skal følges opp. UNN KIS har vært benyttet for å tydeliggjøre status og resultater i arbeidet med fristbrudd og ventelister. De nyetablerte *Fagforum for rapport og analyse* og *Fagforum for pasientadministrative rutiner* har fokusert og jobbet spesielt med «rydding» av listene. Feil er blitt rettet opp og pasienter kontaktet for å verifisere fortsatt behov for helsetjeneste.

Det er foretatt interne overflytting av pasienter i UNN for å utnytte ressursene best mulig. NOR-klinikken har planlagt en rekke ekstrapoliklinikker gjennom sommeren og regner med å redusere ventelistene med 500 pasienter fram til 21. august.

Kapasiteten hos private aktører i Tromsø er nå utnyttet maksimalt og sammen med Helse Nord RHF planlegges det samarbeid med nye aktører.

Oppsummering langtidsventende og fristbrudd i UNN HF pr medio juni 2015

- De fleste klinikkene har gjennomgått ventelister og avklart tekniske eller administrative forhold ift de langtidsventende. NOR-klinikken er nå også godt i gang



- Det foreligger planer for alle langtidsventende. Disse følges fortløpende og forventes være avviklet innen oktober 2015.
- Fristbrudd overvåkes fortløpende bl.a. i UNN KIS og forventes å være nær eliminert innen høsten 2015.

Vurdering

Det er iverksatt en rekke tiltak i alle klinikker og ved alle lokalisasjoner som har som mål å sørge for at UNN ikke skal ha fristbrudd og langtidsventende over 12 måneder etter 1.10.2015.

Flesteparten av de langtidsventende venter på poliklinisk undersøkelse og vurdering i NOR klinikken. Arbeidet har kommet seint i gang i denne klinikken, men det er nå synlig framdrift. K3K klinikken har halvert sin liste fra omlag 200 til 100 pasienter. Det har ikke vært ytterligere nedgang i K3K siste måned.

De planlagte tiltakene i NOR og K3K klinikkene forventes å ha løst situasjonen innen oktober 2015 slik at UNN kan starte prioritering etter ny pasientrettighetslov uten mange langtidsventende. Skal dette målet nås, må klinikkene kontinuerlig holde fokuset og opprettholde de planlagte tiltakene.



Avtale om samarbeid mellom
Finnmarkssykehuset HF

og

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF

og

UiT - Norges arktiske universitet ved Det helsevitenskapelige fakultet

vedrørende regionalisering av medisinstudiet i Finnmark
5. og 6. studieår

1. Innledning

Samarbeidsavtalen bygger på bestemmelsene i Lov om universiteter og høyskoler av 1. april 2005 nr. 15, Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64, Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr. 61, forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning av 30. juni 2006, samt samarbeidsavtale mellom Helse Nord RHF og Universitetet i Tromsø om universitetssykehusfunksjonene inngått desember 2007.

Denne avtalen bygger også på gjeldende samarbeidsavtale mellom Helse Finnmark HF (nå Finnmarkssykehuset) og Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø som ble inngått 23. august 2011, og gjeldende samarbeidsavtaler mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø (UiT) som ble inngått 3. februar 2011, samt Avtale mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og Universitetet i Tromsø (UiT) – Om disponering og drift av lokaler, som ble inngått 22. mars 1994.

2. Formål

Avtalen skal gi nødvendige rammer for et tett integrert samarbeid om planlegging og gjennomføring av et desentralisert studietilbud for 5. og 6. året i medisin rundt blant annet praksisveiledning, undervisning, forskning og klinisk utplassering for medisinstudenter i 5. og 6. studieår. I dette ligger oppbygging av vitenskapelig kompetanse for undervisning og forskning samt tilrettelegging av arealer for undervisning. Partene skal legge til rette for gode samhandlingsrutiner rundt regionalisering av medisinstudiet til Finnmark.

3. Bakgrunn

I forbindelse med utviklingen av regionalisering av medisinstudiet skal inntil tolv 6. års medisinstudenter ha mulighet til å ta utdanningen sin i Finnmark fra høsten 2018. Planlagt oppstart med en pilot er høsten 2017 med fire studenter. Hammerfest, Alta og Karasjok er utpekt som de primære læringsstedene. Målet med regionalisering av medisinstudiet er blant annet å bidra til å motivere studenter til å velge framtidig arbeidsplass i Finnmark.

4. Undervisningssamarbeid mellom institusjonene

Samarbeidet skal utøves på alle nivåer i institusjonenes organisasjon som er nødvendig for at formålet i avtalen skal oppnås. Det daglige samarbeidet om undervisningen skjer mellom ansatte i Finnmarkssykehuset (heretter omtalt som FIN) og UNN og vitenskapelige ansatte ved Helsefak i hoved- eller bistillinger. Overordnede og prinsipielle spørsmål knyttet til undervisningen tas opp i programstyret for medisin ved Helsefak. Fagadministrative- og administrative spørsmål løses i samarbeid med prosjektledelsen ved Helsefak - Seksjon for utdanningstjenester. Kontaktperson ved FIN er den utnevnte representanten for helseforetaket i prosjektgruppen. Det må utnevnes en representant fra UNN som kan være kontaktperson for samarbeidet. Det må i tillegg utnevnes en kontaktperson fra Senter for Økonomi ved FIN vedrørende regnskapsføring av prosjektmidler.

4.1. Undervisningsressurser fra FIN og UNN

Undervisningen av 5. årsstudenter forventes å driftes som per i dag og regnes som undervisning i klinikk.

Undervisningen for 6.års medisinstudentene skal foregå i Hammerfest, Alta og Karasjok. Hovedbasen er i Hammerfest. Underviserne må pålegges noe reisevirksomhet i Finnmark. Underviserne fra FIN kan ha arbeidssted ved Klinikk Hammerfest, Klinikk Kirkenes, Klinikk Prehospitaltjenester og Klinikk Psykisk helsevern og rus.

FIN skal frigjøre legerressurser for undervisning innenfor fagområdene som finnes i Finnmark i henhold til gjeldende studieplan for 6. året medisin. Styrking av utdanningsmiljøet i eksisterende fagområder ved FIN er nødvendig for 6. året medisin.

Studieplanen er p.t. under revisjon og læringsmålene for 5. og 6. studieåret er ennå ikke på plass. Ut fra eksisterende informasjon antas det at det fortsatt vil bli gitt undervisning i nåværende fagområder i tilsvarende ordning som i dag. En konkretisering av behovet for tilførsel av nødvendige undervisningsressurser vil bli angitt i fase 2 og i vedlegg til denne avtalen.

Undervisningsressurser innenfor fagområder som ikke finnes i Finnmark, eksempelvis laboratoriefag og rettsmedisin, skal dekkes av ansatte i kombinerte stillinger mellom UNN og UiT, i stillingsandelen ved UiT. Om nødvendig samles dette til en undervisningsbolk i Tromsø.

Ansatte i FIN og UNN skal drive pasientnær undervisning i de kliniske avdelingene og på poliklinikkene, og i nødvendig grad delta i den praktiske opplæring i kliniske ferdigheter og prosedyrer. Den kliniske undervisningen skal gjennomføres uten ekstra godtgjørelse.

Timeplanfestet teoretisk undervisning skal gjennomføres av ansatte ved FIN som har bistilling ved UiT, innenfor UiTs ordinære arbeidstid. Helsefak bidrar til opprettelse av vitenskapelige bistillinger ved de relevante institutter for FINs ansatte innen fagområdene. Helsefak bidrar med undervisnings- og forskningsrelevant styring og veiledning som gis av Institutt for klinisk medisin (IKM).

I tillegg til undervisning av 6. årsstudenter, skal FIN legge til rette for at undervisere også kan bidra som timelærere for 1.-4. årsstudentene for å etablere kontakt med studentene og fagmiljøet i Finnmark fra høsten 2015. Undervisere kan også fungere som mentorer for basisgrupper fra høsten 2015.

Eksamen blir gjennomført ved Campus Hammerfest med samme opplegg som i Tromsø og i Bodø iht gjeldende studieplan, pt en skriftlig skoleeksamen og fire muntlige eksamen. Det vil bli behov for at ansatte ved FIN bidrar som eksterne eller interne sensorer ved den avsluttende eksamen i Hammerfest. Ansatte uten bistilling ved UiT kan benyttes som eksterne sensorer og vil da bli honorert særskilt for dette.

4.2. Kombinerte stillinger mellom UNN og FIN

For å sikre et robust utdanningsmiljø i 6. studieår skal det opprettes kombinerte stillinger ved UNN og FIN innenfor de relevante fagområdene inkludert nevrologi, revmatologi, onkologi evt. ØNH og hud. Det vises her til Helse Nord RHF's regionale fagplaner.

UNN og FIN skal ferdigstille funksjonsfordelingen mellom lokal - og universitetssykehus innenfor disse fagområdene. Dette for å kartlegge behovet for ressurstilførsel og om pasientgrunnlaget i Finnmark gir grunnlag for å bygge et eget robust fagmiljø. Dette skal ferdigstilles innen utgangen av april 2016 og skal konkretiseres i vedlegg til denne avtalen, jfr. pkt. 4.1.

De kombinerte stillingene kan opprettes i henhold til to alternative modeller:

1. Det opprettes nødvendige årsverk ved respektive fagområder ved UNN som øremerkes undervisning og klinisk arbeid i Finnmark som en deltidsfunksjon.
2. Det opprettes nødvendige årsverk ved respektive fagområder i FIN med deltidsstilling på UNN. Årsverkene øremerkes.

Stillingene deles av to-tre spesialister hvorav minst den ene bør inneha eller være i et Ph.d.-forløp. Dette i henhold til UiTs krav til et robust fagmiljø og NOKUTS krav til akademisk kompetanse.

Senest etter 4 år vurderes det om de(n) nyopprettet(e) årsverket/-ene kan flyttes til FIN, klinikk Hammerfest. Vurderingen gjøres av FIN som har et hovedansvar for det faglige utdanningsmiljøet, men må skje i et samarbeid med UNN.

4.3 Undervisningsarealer

FIN skal stille med arealer til undervisning og legge til rette for at studentene får gode fysiske arbeidsbetingelser, og gode muligheter for erfaring med relevante praksissituasjoner og pasienter/klienter som utgangspunkt for teoretisk og praktisk kunnskapsutvikling. Dette omfatter også tverrprofesjonell samarbeidslæring. Undervisningsarealene skal ha gode IKT-muligheter for lyd/bildeundervisning.

Undervisningsarealene til studentpoliklinikk, samt tilrettelegging og etablering av nødvendige fasiliteter for 6. års-studentene i Klinikk Hammerfest dekkes av FIN.

FIN skal stille med tilstrekkelig antall arbeidsstasjoner med intranett PC, tilgang til internett og nødvendige programvarer ved de berørte lokalisasjoner.

4.4 Finansiering

Dette undervisningssamarbeidet finansieres for 2015-2019 i hovedsak over utdannings-tilskuddet fra Helse Nord RHF til FIN.

Finansiering av utstyr til undervisningsarealer på FIN blir regulert i en avtale mellom FIN og Helse Nord RHF. Drift og vedlikehold dekkes av utdanningstilskuddet fra RHF til FIN.

Utgifter til eksamen og sensur og drift av fasiliteter i lokalene til Campus Hammerfest dekkes av Helsefak.

Helsefak skal dekke lønnskostnader for en 50% prosjektleder/faglig koordinatorstilling ved Campus Hammerfest. Helsefak skal videre dekke lønnskostnader for 3 x 20% stillingsressurser til faglige stedlige koordinatorene for de tre hovedlærestedene, Hammerfest, Alta og Karasjok.

5. Ansvar og forpliktelser

Partene har et felles ansvar for å realisere formålet i denne avtalen. Som et supplement til denne avtalen vil det bli utarbeidet en driftsplan. Dette vedlegget vil bli utformet i løpet av fase 2 og i forkant av planlagte pilot høsten 2017.

Partene forplikter seg til å gjennomføre undervisningen i overensstemmelse med gjeldende studieplan.

T. L. 31

Partene skal så tidlig som mulig gjensidig underrette hverandre om planer og tiltak som kan få innvirkning på partenes oppfyllelse av sine respektive forpliktelser etter samarbeidsavtalen og i nødvendig grad underrette hverandre om vedtak som berører samarbeidet.

Dersom det skulle oppstå en upåregnelig og særlig omstendighet som forhindrer en av partene å oppfylle sine forpliktelser etter denne avtalen, skal den andre parten varsles om dette uten ugrunnet opphold.

Studenter som gjennomfører praksisstudier er å regne som arbeidstakere ved praksis-institusjonen og omfattes derfor av Lov om yrkesskadeforsikring av 16.juni 1989 nr. 65 og av Lov om skadeerstatning av 13.juni 1969 nr. 26.

6. Tvistebestemmelser

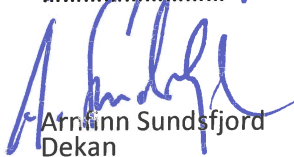
Uenighet om tolkning av avtalen og faktiske endrete forutsetninger som påvirker avtalens omfang skal søkes løst mellom partene gjennom drøftinger. Dersom dette ikke lykkes innen én måned etter at forhandlinger er begjært, kan tvisten bringes inn for Nord-Troms tingrett.

7. Varighet

Samarbeidsavtalen løper fra den er godkjent av begge parter og inntil den sies opp av en eller begge avtaleparter, eller erstattes av ny avtale. Avtalen sies opp med minimum 9- ni måneders skriftlig varsel, og får virkning fra neste studieår. Ved vesentlige organisasjonsendringer i institusjonene, må avtalen revideres.

Sted og dato:

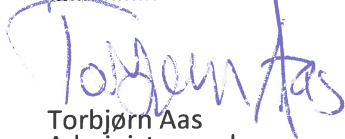
Tromsø 29/5/15



Arntinn Sundsfjord
Dekan
Det helsevitenskapelige
fakultet
UiT Norges arktiske
universitet

Sted og dato:


Hammehit 20/5-15



Torbjørn Aas
Administrerende
direktør
Finnmarkssykehuset HF

Sted og dato:

Tromsø 31/05/15



Tor Ingebrigtsen
Administrerende
direktør
Universitetssykehuset
Nord-Norge (UNN) HF



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
64/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	23.6.2015

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

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 – *ettersendes*
8. Referat fra AMU-møte 10.6.2015 - *ettersendes*

Tromsø, 12.6.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

Sak 64/2015 - vedlegg 1

HELSE  NORD

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Skjervøy kommune
Kvænangen kommune
Kåfjord kommune
Nordreisa kommune

Deres ref.:

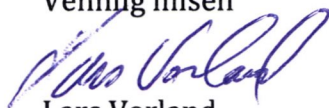
Vår ref.:
2014/9-67Saksbehandler/dir.tlf.:
Knut Tjeldnes, 75 51 29 16Sted/Dato:
Bodø, 27.05.2015

Finansiering og organisering av sykestuesenger i Nord-Troms

Vi viser til vedlagte brev dat. 26.5.2015 fra Helse Nord RHF til Helse- og omsorgsdepartementet ad finansiering og organisering av sykestuesenger i Nord-Troms.

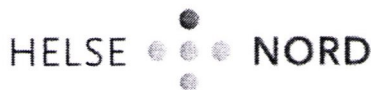
Saken oversendes til orientering og videre oppfølging.

Vennlig hilsen



Lars Vorland
adm. dir.

1 vedlegg



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Deres ref.:
15/1482-

Vår ref.:
2014/9-

Saksbehandler/dir.tlf.:
Finn Henry Hansen, 75512930

Sted/Dato:
Bodø, 26.05.15

AD FINANSIERING OG ORGANISERING AV SYKESTUESENGER I NORD-TROMS M.V.

Det vises til både tidligere møter og til skriftlige og telefoniske kontakter med Helse- og omsorgsdepartementet om denne saken i løpet av det siste året.

På grunnlag av de innspill og spørsmål som er kommet om denne saken, vil adm. direktør i Helse Nord RHF herved redegjøre for hvilken ordning som gjøres gjeldende for sykestuene i Nord-Troms i 2016, og hvilke forutsetninger som vi bli lagt til grunn for etterfølgende år.

1. Helse Nord RHF har etter nøye overveielser funnet å kunne videreføre nåværende finansieringsordning også i 2016. Forutsetningen for dette er at arbeidet med å samlokalisere samtlige sykestuesenger i Nord-Troms til en felles sykestue i Nordreisa (Sonjatun) starter omgående og fullføres innen årets utgang. Det anbefales at dette skjer i nært samarbeid med UNN HF. Denne forutsetning vil bli meddelt de berørte kommunene i Nord-Troms parallelt med denne orientering til Helse- og omsorgsdepartementet
2. Helse Nord RHF ser det generelt som viktig å understøtte UNN HFs arbeid med å utvikle mest mulig harmoniserte modeller for organisering og finansiering av samhandlingstiltak overfor kommunene i helseforetakets nedslagsfelt. Nåværende finansieringsordning for sykestuene i Nord-Troms vil under ingen omstendigheter bli videreført etter 1. januar 2017. Det vil i løpet av 2016 bli vurdert om Helse Nord RHF eventuelt kan finne rom for å prioritere en mer avkortet finansiell støtte – i tillegg til KAD-finansieringen - til sykestuene i Nord-Troms.

Ledelse og fagmiljøer på UNN HF har i samarbeid med kommunene etablert en policy om å samle KAD-sengene for grupper av nærliggende kommuner. Dette har man i hovedsak lyktes med, med unntak av kommunene i Nord-Troms. Argumentene for å samlokalisere sengene for flere kommuner er primært av faglig art; man får større og mer robuste fagmiljøer som rekrutterer bedre, stabiliserer helsepersonell og gir bedre kontinuitet for pasientene. I tillegg bidrar slik samlokalisering av KAD-sengene til å redusere transaksjonskostnadene for fagmiljøene ved UNN HF som skal serve disse kommunale funksjonene. De samme

argumenter kan gjøres gjeldene for sykestuesengene generelt (utover KAD-funksjonen). Helse Nord RHF har generelt gitt sin tilslutning til den policy UNN HF har lagt opp til på dette feltet, og mer spesifikt gitt støtte til de endringer som forutsettes gjennomført i Nord-Troms-kommunene.

Det er i kommunikasjonen mellom HOD og Helse Nord RHF også bedt om en redegjørelse for hvordan det regionale helseforetaket generelt legger til rette for å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det korte svaret er at det operative og finansielle ansvaret for samhandlingen med kommunene i overveiende grad er lagt til helseforetakene, med de føringer som er gitt i overordnede strategier vedtatt av styret i Helse Nord RHF. I styringsdokumentene til helseforetakene er samtlige foretak forpliktet til å delta i overordnede samarbeidsutvalg (OSO) som organisatorisk omdreiningspunkt i dette samarbeidet.

Helse Nord RHF har ellers som eneste RHF etablert et samhandlingsutvalg på regionalt nivå, med deltagelse fra RHFet, samhandlingsledere i helseforetakene og fastleger fra hvert foretaksområde. Det er også etablert rutinemessig kontakt med KS Nord-Norge.

Blant de saksområder som særlig er fokusert i samarbeidet med kommunene de siste par årene, er behovet for å møte samhandlingsreformens kompetanseutfordringer. Sammen med utdannings- og forskningsinstitusjonene og KS/kommunene er det laget en strategi- og tiltaksplan for kompetanseutvikling. For bl.a. å følge opp dette arbeidet er det nylig også etablert et bredt sammensatt utvalg, Nordnorsk samarbeidsorgan for helseutdanning.

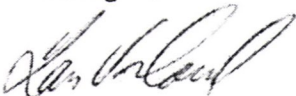
For øvrig har det vært et godt samarbeid med fastlegene i de enkelte foretaksområder i arbeidet med pakkeforløp for kreftsyksommer, og samhandlingsrelaterte problemstillinger inngår nå i de fleste fagplaner som er vedtatt av styret i Helse Nord RHF.

Helse Nord RHF har aktivt overvåket utviklingen i andelen utskrivningsklare pasienter, der det i flere foretaksområder fortsatt er uløste utfordringer. Det regionale helseforetaket har også vært en aktiv pådriver for opprettelse av KAD-plasser i kommunene.

Det antas at departementet er godt kjent med den betydelige medvirkning fra Helse Nord RHF i utvikling og medfinansiering av sykestuefunksjonen i Finnmark.

Helse Nord RHF vil i samarbeid med helseforetakene i løpet av kommende år gjøre en oppsummering av de erfaringer som er gjort på samhandlingsfeltet i perioden 2012-2015.

Vennlig hilsen



Lars Vorland
adm.dir.

Styresak 50-2015 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 50-2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 51-2015	Godkjenning av protokoll fra styremøte 29. april 2015
Sak 52-2015	Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 53-2015	Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, PET ¹ -senter - kvalitetssikring av forprosjektet, oppfølging av styresak 144-2014
Sak 54-2015	Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 55-2015	Etablering av regionale datasentre i Bodø og Tromsø - kostnadsoversikt, oppfølging av styresak 49-2014 og 118-2014
Sak 56-2015	Virksomhetsrapport nr. 4-2015 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 57-2015	Møteplan 2016
Sak 58-2015	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>3. Felleseide virksomheter - styrets årsberetning 20144. Oppfølging av styrets vedtak, status for gjennomføring, jf. styresak 105-2009/3
Sak 59-2015	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg, den 6. mai 20152. Referat fra møte i Revisjonsutvalget, den 29. april 20153. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 5. mai 2015 ad. styrets ansvar4. E-post fra Narvik Kommune av 8. mai 2015 ad. uttalelse fra samarbeidsseminar eldreråd5. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 13. mai 2015 ad. styrets ansvar6. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 18. mai 2015 ad. retting av feil <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>7. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 20. mai 2015 <i>Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.</i>8. Protokoll fra drøftingsmøte, den 26. mai 2015 ad. Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025, jf. styresak 52-2015 <i>Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.</i>
Sak 60-2015	Eventuelt

¹ PET: Positronemisjonstomografi, positronkamerateknikk, billediagnostisk teknikk der man bruker radioaktive isotoper som avgir positronstråling (stråling fra kjernepartikkel med positiv ladning). PET-diagnostikk viser stoffskifteprosesser og sykkelige forandringer i forskjellige organer.

Styrets vedtak:

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

**Styresak 51-2015 Godkjenning av protokoll fra styremøte
29. april 2015**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 29. april 2015 godkjennes.

Styresak 52-2015 Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025
Saksdokumentene var ettersendt.

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025* til orientering. Styret er tilfreds med en god og ryddig gjennomføring av arbeidet med utviklingsplanen. Utredningen får på en god måte frem virkningene av de ulike alternativene for utviklingen av et somatisk spesialisthelsetjenestetilbud på Helgeland. Ved å inkludere psykisk helsevern og rus i neste fase vil en ***kunne*** få frem et godt planverk for et helhetlig helsetilbud i denne delen av regionen.
2. Styret ber adm. direktør om å oversende saken til Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte.
3. Styret ber adm. direktør om å utarbeide mandat for det videre arbeidet med idéfasen - i samarbeid med Helgelandssykehuset HF.
4. ***Styret forutsetter at forankring i helseforetaket og medarbeidernes medbestemmelse i omstilling og utviklingsarbeid ivaretas på en tilfredsstillende måte. Styret ber adm. direktør om å sørge for at utviklingsplanen 2025 for Helgelandssykehuset HF og mandatet for det videre arbeidet drøftes med tillitsvalgte og vernetjenesten i Helgelandssykehuset HF i tråd med Arbeidsmiljølovens og Hovedavtalens bestemmelser.***

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025* til orientering. Styret er tilfreds med en god og ryddig gjennomføring av arbeidet med utviklingsplanen. Utredningen får på en god måte frem virkningene av de ulike alternativene for utviklingen av et somatisk spesialisthelsetjenestetilbud på Helgeland. Ved å inkludere psykisk helsevern og rus i neste fase vil en kunne få frem et godt planverk for et helhetlig helsetilbud i denne delen av regionen.
2. Styret ber adm. direktør om å oversende saken til Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte.
3. Styret ber adm. direktør om å utarbeide mandat for det videre arbeidet med idéfasen - i samarbeid med Helgelandssykehuset HF.
4. Styret forutsetter at forankring i helseforetaket og medarbeidernes medbestemmelse i omstilling og utviklingsarbeid ivaretas på en tilfredsstillende måte. Styret ber adm. direktør om å sørge for at utviklingsplanen 2025 for Helgelandssykehuset HF og mandatet for det videre arbeidet drøftes med tillitsvalgte og vernetjenesten i Helgelandssykehuset HF i tråd med Arbeidsmiljølovens og Hovedavtalens bestemmelser.

**Styresak 53-2015 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø,
PET²-senter - kvalitetssikring av forprosjektet,
oppfølging av styresak 144-2014**

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om oppfølging av styrets vedtak i styresak 144-2014, punkt 4 til orientering. Lånesøknaden er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med dette vedtaket.
2. Styret tar informasjonen om driftskostnader og de økonomiske konsekvensene for regionen og det enkelte helseforetak til orientering og ber om at dette legges inn i driften til helseforetakene, når PET-senteret tas i bruk.
3. Styret tar informasjonen om kvalitetssikringen av forprosjektet til orientering og ber adm. direktør om å komme tilbake til styret med en orienteringssak om den oppdaterte usikkerhetsanalysen, så snart den foreligger.

² PET: Positronemisjonstomografi, positronkamerateknikk, billediagnostisk teknikk der man bruker radioaktive isotoper som avgir positronstråling (stråling fra kjernepartikkel med positiv ladning). PET-diagnostikk viser stoffskifteprosesser og sykkelige forandringer i forskjellige organer.

4. Styret ber adm. direktør oversende denne saken med kvalitetssikringsrapporten til Helse- og omsorgsdepartementet som ledd i deres behandling av lånesøknaden for PET-senteret.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om oppfølging av styrets vedtak i styresak 144-2014, punkt 4 til orientering. Lånesøknaden er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med dette vedtaket.
2. Styret tar informasjonen om driftskostnader og de økonomiske konsekvensene for regionen og det enkelte helseforetak til orientering og ber om at dette legges inn i driften til helseforetakene, når PET-senteret tas i bruk.
3. Styret tar informasjonen om kvalitetssikringen av forprosjektet til orientering og ber adm. direktør om å komme tilbake til styret med en orienteringssak om den oppdaterte usikkerhetsanalysen, så snart den foreligger.
4. Styret ber adm. direktør oversende denne saken med kvalitetssikringsrapporten til Helse- og omsorgsdepartementet som ledd i deres behandling av lånesøknaden for PET-senteret.

**Styresak 54-2015 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø,
A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av
styresak 59-2013 og 74-2013**
Saksdokumentene var ettersendt.

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

Med forbehold om vedtak i styremøte i Universitetssykehuset Nord-Norge HF i samme sak (28. mai 2015) fattes følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om gjennomføringen av entrepriser for A-fløyen ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø til orientering.
2. Styret er inneforstått med at en utvidelse av prosjektrammen for prosjekt A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø vil føre til en gjennomgang av **foretaksgruppens helseforetakets** prioriteringer i investeringsplanen fremover og får konsekvenser for denne. Denne gjennomgangen vil legges fram for styret i forbindelse med behandling av styresak om *Plan 2016-2019 – inkl. rullering av investeringsplanen 2016-2023* i styremøte i juni 2015.

3. Styret godkjenner at prosjektet gjennomføres med ny ramme på 1.594 mill. kroner, hvorav 1.547 mill. kroner legges til rammen for Universitetssykehuset i Nord-Norge Tromsø og 47 mill. kroner legges til Helse Nord RHF's ramme for senere beslutning.
4. Styret ber adm. direktør om å følge opp at Universitetssykehuset Nord-Norge HF sikrer at prosjektet arbeider videre med muligheter for ytterligere kostnadsreduserende tiltak, og reduserer usikkerhet som kan bidra til at bruk av avsatt post til usikkerhet begrenses.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Med forbehold om vedtak i styremøte i Universitetssykehuset Nord-Norge HF i samme sak (28. mai 2015) fattes følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om gjennomføringen av entrepriser for A-fløyen ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø til orientering.
2. Styret er inneforstått med at en utvidelse av prosjektrammen for prosjekt A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø vil føre til en gjennomgang av helseforetakets prioriteringer i investeringsplanen fremover og får konsekvenser for denne. Denne gjennomgangen vil legges fram for styret i forbindelse med behandling av styresak om *Plan 2016-2019 – inkl. rullering av investeringsplanen 2016-2023* i styremøte i juni 2015.
3. Styret godkjenner at prosjektet gjennomføres med ny ramme på 1.594 mill. kroner, hvorav 1.547 mill. kroner legges til rammen for Universitetssykehuset i Nord-Norge Tromsø og 47 mill. kroner legges til Helse Nord RHF's ramme for senere beslutning.
4. Styret ber adm. direktør om å følge opp at Universitetssykehuset Nord-Norge HF sikrer at prosjektet arbeider videre med muligheter for ytterligere kostnadsreduserende tiltak, og reduserer usikkerhet som kan bidra til at bruk av avsatt post til usikkerhet begrenses.

Styresak 55-2015 Etablering av regionale datasentre i Bodø og Tromsø - kostnadsoversikt, oppfølging av styresak 49-2014 og 118-2014

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Etablering av regionale datasentre i Bodø og Tromsø - kostnadsoversikt* til orientering.

2. Styret ber adm. direktør om å legge frem plan for opprettelse av Datasenter Disaster, Recovery and Test (DSDRT) sammen med egen styresak om migreringsprosjektet.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Etablering av regionale datasentre i Bodø og Tromsø - kostnadsoversikt* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem plan for opprettelse av Datasenter Disaster, Recovery and Test (DSDRT) sammen med egen styresak om migreringsprosjektet.

Styresak 56-2015 Virksomhetsrapport nr. 4-2015

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 4-2015 til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 4-2015 til orientering.

Styresak 57-2015 Møteplan 2016

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Møteplan for 2016 godkjennes som følger:

- 3. februar 2016: Bodø (oppdragsdokument 2016 til helseforetakene)
– foretaksmøter med HF-ene avholdes i etterkant
- 24. februar 2016: Tromsø
- 30. mars 2016: Bodø (årsregnskap og styrets beretning)
– foretaksmøter med HF-ene for behandling av årsregnskap 2015 m. m. avholdes i månedsskifte mars/april 2016
- 27. april 2016: Tromsø
- 25. mai 2016: Bodø
- 15. juni 2016: Bodø
- 31. august 2016: Tromsø

- 28. september 2016: Bodø
- 26. oktober 2016: Tromsø
- 23. november 2016: Tromsø
- 14. desember 2016: Bodø

Andre arrangement:

- 25. - 26. mai 2016: Bodø – styreseminar med HF-ene
- 26. - 27. oktober 2016: Tromsø – styreseminar med HF-ene

2. Helseforetakene bes om å planlegge sine styremøter ut fra vedtatt møteplan, jf. punkt 1 i vedtaket. I tillegg bes helseforetakene om å ta hensyn til følgende datoer for styrebehandling i helseforetakene:

- a. innen 29. mars 2016: Årsregnskap og årlig melding for 2015
- b. innen 3. juni 2016: Tertialrapport nr. 1-2016
- c. innen 6. oktober 2016: Tertialrapport nr. 2-2016

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Møteplan for 2016 godkjennes som følger:

- 3. februar 2016: Bodø (oppdragsdokument 2016 til helseforetakene)
– foretaksmøter med HF-ene avholdes i etterkant
- 24. februar 2016: Tromsø
- 30. mars 2016: Bodø (årsregnskap og styrets beretning)
– foretaksmøter med HF-ene for behandling av årsregnskap 2015 m. m. avholdes i månedsskifte mars/april 2016
- 27. april 2016: Tromsø
- 25. mai 2016: Bodø
- 15. juni 2016: Bodø
- 31. august 2016: Tromsø
- 28. september 2016: Bodø
- 26. oktober 2016: Tromsø
- 23. november 2016: Tromsø
- 14. desember 2016: Bodø

Andre arrangement:

- 25. - 26. mai 2016: Bodø – styreseminar med HF-ene
- 26. - 27. oktober 2016: Tromsø – styreseminar med HF-ene

2. Helseforetakene bes om å planlegge sine styremøter ut fra vedtatt møteplan, jf. punkt 1 i vedtaket. I tillegg bes helseforetakene om å ta hensyn til følgende datoer for styrebehandling i helseforetakene:
 - a. innen 29. mars 2016: Årsregnskap og årlig melding for 2015
 - b. innen 3. juni 2016: Tertialrapport nr. 1-2016
 - c. innen 6. oktober 2016: Tertialrapport nr. 2-2016

Styresak 58-2015 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Henvendelse fra avtroppende styremedlem Hanne Frøyshov av 24. mai 2015 ad. Uriktig innkalling/manglende oppmøte i styremøte på Universitetssykehuset Nord-Norge HF, den 19. mai 2015 - jf. styresak 54-2015*
 - o Informasjon om henvendelsen og håndtering av denne.
 - *Styremøte i Helse Nord RHF, den 17. juni 2015*
 - o Informasjon om planlagt program og praktisk informasjon.
 - *Felles foretaksmøte med Helse- og omsorgsdepartementet, den 1. juni 2015 - deltakelse*
 - o Styrets deltakelse på felles foretaksmøte 1. juni 2015 ble avklart.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - *Mediaoppslag 27. mai 2015 ad. forsinkelser i IKT-investeringer*
 - o Informasjon om dagens mediaoppslag og administrasjonens håndtering av saken.
 - *Beslutningsforum for nye metoder*
 - o Informasjon om tilbakemeldinger om lang behandlingstid fra innmeldt metode til beslutning foreligger, før implementering.
 - *Foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 9. april 2015 ad. regionale sentre for protonterapi - idéfaserapport og kompetanseoppbygging, informasjon*
 - *Dagsseminar for ledergruppen i Helse Nord RHF om sikkerhetsloven, den 13. april 2015 - informasjon om seminaret*
 - *Generalforsamling i arbeidsgiverforeningen Spekter, den 14. april 2015 - informasjon om generalforsamlingen og endringer i styret.*
 - *Nordkalottmøte, den 16. og 17. april i Luleå: Informasjon om møtet og samarbeidet over grensen. Kort informasjon om evalueringen av øvelsen Svalbard høsten 2014 ble gitt.*
 - *Møte med styret i Valnesfjord Helsesportsenter, den 21. april 2015: Informasjon*
 - *Kreftkonferanse i regi av Dagens Medisin, den 23. april 2015: Informasjon om konferansen og paneldebatten*
 - *Møte mellom Sametinget og Helse Nord RHF, den 28. april 2015: Informasjon om møtet*
 - *Pasientreiser - avvik, oppfølging fra styremøte 27. april 2015:*
 - o Informasjon om håndtering av avvikene meldt av RBUs observatør i siste styremøte.
 - o Avvikene følges opp av ansvarlig pasientreisekontor.

- *Helse Nord IKT og Nasjonalt senter for telemedisin – fremtidig organisering:*
 - o Informasjon om arbeidet og planlagt fremdrift
 - *Kampanje i Helse Nord - innspill fra styremedlem Sandberg, jf. styremøte 29. april 2015*
 - o Innspillet vurderes på nytt, når ny kommunikasjonsdirektør er rekruttert.
 - *Landingsplass for helikopter eller helikopterlandingsplass ved Nordlandssykehuset Vesterålen:* Informasjon om landingsplassen ved sykehuset på Stokmarknes.
 - *Overnattingsutgifter i forbindelse med reiser, dekning - informasjon:* Tilbakemelding til styret, jf. henvendelse fra styreleder Kaldhol og styremedlem Jørstad som ba om en redegjørelse ad. en konkret sak i media. Styret ber administrasjonen om å vurdere behovet for presisering av regelverket på bakgrunn av denne saken.
 - *Styresak 59-2015 Referatsaker (nr. 3,5 og 6) - diverse e-poster fra Konstali Helsenor AS:* Informasjon om bakgrunnen for saken og korrespondansen i saken. *Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf. Fvl. § 13, 1. ledd nr. 2.*
 - *Alvorlige hendelser:*
 - o Sak nr. 1: Pasient ved med. klinikk - krenkende adferd:
 - Statens Helsetilsyn er varslet etter § 3-3, men gjennomfører ikke stedlig tilsyn.
 - Statens Helsetilsyn ber allikevel HF-et om å vurdere politianmeldelse av hendelsen.
 - o Sak nr. 2: Pasient ved kvinneklinikk - komplikasjon etter rutinemessig utredning:
 - Pasienten er stabil etter komplikasjonen.
 - Statens Helsetilsyn er varslet etter § 3-3, og gjennomfører stedlig tilsyn i HF-et.
- Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.*
3. Felleseide virksomheter - styrets årsberetning 2014
 4. Oppfølging av styrets vedtak, status for gjennomføring, jf. styresak 105-2009/3

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 59-2015 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg, den 6. mai 2015
2. Referat fra møte i Revisjonsutvalget, den 29. april 2015
3. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 5. mai 2015 ad. styrets ansvar
4. E-post fra Narvik Kommune av 8. mai 2015 ad. uttalelse fra samarbeidsseminar eldreråd
5. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 13. mai 2015 ad. styrets ansvar
6. E-post med vedlegg fra Konstali Helsenor AS av 18. mai 2015 ad. retting av feil *Saksdokumentene var ettersendt.*

7. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 20. mai 2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
8. Protokoll fra drøftingsmøte, den 26. mai 2015 ad. Helgelandssykehuset HF -
utviklingsplan 2025, jf. styresak 52-2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 60-2015

Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Bodø, den 27. mai 2015

*godkjent av Bjørn Kaldhol,
i etterkant av styremøtet,
den 27MAI2015 – kl. 13.30*

Bjørn Kaldhol



MØTEREFERAT – BRUKERUTVALGETS ARBEIDSUTVALG UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Møtedato: 8.6.2015 kl. 14.00 – 15.30

Møtested: D1-608 Møterom Personal

Tilstede:

Medlemmer: Cathrin Carlyle, Sander Henriksen

Fra adm.: Leif Hovden, Heidi Robertsen, Line Lura, Hege Roland Persson, Bjørn-Yngvar Nordvåg, Nina Østli Johansen (observatør)

BAU 46/15 Behandling av drøftingsaker til styremøte 23.6.2015

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 5.6.2015.

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

1. *Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2015*

Kvalitets- og virksomhetsrapport var ikke ferdigstilt, og settes opp til drøfting i eget drøftingsmøte torsdag 11.6.2015

2. *Ledelsens gjennomgang*

BAU stilte spørsmål ved hvorvidt plan for gjennomførte tilsyn ble utført, og etterlyste en plan for dette, samt matrise til Kvalitetsutvalgsmøter vedrørende erfaringsoverføringer.

BAU synes det er uheldig å høre om pasienthendelser grunnet feiladministrering av medikamenter, og kommenterte at det er en svakhet at UNN ikke har kommet lengre med dette arbeidet.

3. *Forberedende virksomhetsplanlegging for 2016*

Kvalitets- og virksomhetsrapport var ikke ferdigstilt, og settes opp til drøfting i eget drøftingsmøte torsdag 11.6.2015

4. *Ny utdanningsstrategi for UNN*

BAU presiserer viktigheten av å vektlegge pasientperspektivet, og er fornøyde med at kommunikasjonsstrategi er vektlagt i den nye utdanningsplanen.

5. *Regional plan for øyefaget*

BAU tar saken til orientering.

BAU-47/15 Høring – Helsedirektoratet – Nasjonal veileder for henvisninger til Spesialisthelsetjenesten – *Frist FFS 24.6.2015*

Behandling

Høringen sendes Brukerutvalgets medlemmer. Brukerutvalgets medlemmer bes komme med skriftlige innspill i forkant av Brukerutvalgets møte 17.6.2015.

BAU-48/15 Høring om fritt behandlingsvalg – forslag til ny forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisttjenester mot betaling fra staten - *Frist FFS 10.8.2015*

Behandling

Høringen sendes Brukerutvalgets medlemmer. Brukerutvalgets medlemmer bes komme med skriftlige innspill i forkant av Brukerutvalgets møte 17.6.2015.

BAU-49/15 Brev til KEK og BU datert 15.5.2015 fra avdelingsleder NEHR Synøve Kalstad og klinikkssjef NOR Bjørn-Yngvar Nordvåg - vurdering av utsendelse av brev til pasienter vedrørende injisering og smittesporing

Behandling

BAU tar orientering fra klinikkssjef NOR-klinikken Bjørn-Yngvar Nordvåg til orientering.

Brukerutvalgets leder melder saken som sak under eventuelt i Kvalitetsutvalget UNNs møte 9.6.2015.

BAU-50/15 Henvendelse fra avdelingsleder FFS Lise Balteskard datert 15.5.2015 angående kostnader ved å ringe pasientreiser

Behandling

BAU retter en skriftlig henvendelse til Pasientreiser Tromsø der man oppfordrer til å se muligheten for å opplyse om disse kostnader når man ringer 05515-nummeret.

BAU-51/15 Vedrørende informasjonsflyt fra Overordnet samarbeidsorgan (OSO)

Behandling

Saken tas opp i Brukerutvalgets møte 17.6.2015

BAU-52/15 BU 20/15 – Omlokalisering av kjørekontoret, drift og logistikk samt etablering av ordning med pasientverter i byggeperioden ved UNN Tromsø

Behandling

Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen inviteres til orientering i Brukerutvalgets møte 17.6.2015

BAU-53/15 Oppnevning av brukerrepresentanter til prosjekt Pasientforløp og organisering i NOR-klinikken UNN

Behandling

Forespørsel var mottatt fra NOR-klinikken 4.6.2015 og videresendt Brukerutvalgets medlemmer. 3 brukerrepresentanter meldte sin interesse.

BAU-54/15 Godkjenning av dagsorden BU 17.6.2015

Behandling

Sakslisten godkjennes

Kopi: Brukerutvalget og styret i UNN



MØTEREFERAT – BRUKERUTVALGETS ARBEIDSUTVALG UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Møtedato: 11.6.2015 kl. 13.00 – 14.20

Møtested: D1 707 Adm. møterom

Tilstede:

Medlemmer: Sander Henriksen (*felles møte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten*)

Fra adm.: Leif Hovden, Grethe Andersen

BAU 55/15 Behandling av saker til styremøte 23.6.2015

Som følge av at Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mai 2015 samt saken Forberedende virksomhetsplanlegging for 2016 ikke var ferdigstilt til BAU-møtet 8.6.2015, ble saken satt opp til drøfting i eget møte torsdag 11.6.2015.

Utkast til styresakene var oversendt BAU på forhånd.

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

1. *Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2015*
Nestlederen tok opp en bekymring knyttet til et påfallende lavt antall registrerte pasienter i kreftpakkeforløpet for prostatakraft, og ba om at Brukerutvalget blir orientert om dette i forestående utvalgsmøte 17.6.2015.
2. *Forberedende virksomhetsplanlegging for 2016*
BAU ga sin tilslutning til at saken, slik den ble presentert under møtet, blir fremmet for styret.

Kopi: Brukerutvalget og styret i UNN

PROTOKOLL

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

Dato: 9.6.2015

Tidspunkt: 14.00-15.10

Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

Fra arbeidsgiver

Line Lura (sak1)

Hege Persson (sak 2)

Bjørn-Yngvar Nordvåg (sak3)

Leif Hovden (ref.)

Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, Foretakshovedverneombud

Mai-Britt Martinsen, NSF

Yvonne Sollied, DNJ

Rigmor Frøyum, Fagforbundet


Ulla Dorthe Mathisen, DNLF


Protokollsignering:

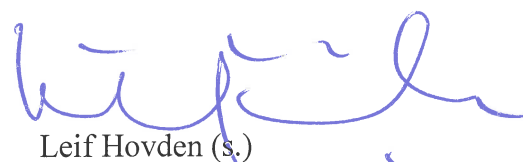
Fra arbeidstakersiden ble Rigmor Frøyum og Mai-Britt Martinsen valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
Ledelsens gjennomgang	AR	<p>Kvalitetsrådgiver Line Lura møtte og svarte ut spørsmål til saken.</p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten uttrykte bekymring over omfanget av rutiner og prosedyrer som ikke blir fulgt, samt utviklingen knyttet til pasienthendelser. Det ble derfor bedt om at administrasjonen sikrer at dette blir fulgt opp, både på overordnet nivå og i KVAM-strukturen.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga for øvrig sin tilslutning til at saken fremmes for styret, slik den ble fremstilt, og med de merknader som fremkom under behandling av saken.</i></p>
Ny utdanningsstrategi for UNN	AR	<p>Rådgiver Hege Roland Persson møtte og svarte ut spørsmål til saken.</p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at saken fremmes for styret, slik den ble presentert under drøftingsmøtet.</i></p>
Regional plan for øyefaget	BYN	<p>Klinikkssjef Bjørn-Yngvar Nordvåg møtte og svarte ut spørsmål til saken.</p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at saken fremmes for styret, slik den forelå under behandling av saken.</i></p>

Tromsø, 9.6.2015


Rigmor Frøyum (s.)
FTV Fagforbundet


Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV NSF


Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 23.6.2015**

Dato: 11.6.2015
Tidspunkt: 13.00-14.20
Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

Fra arbeidsgiver
Grethe Andersen
Leif Hovden (ref.)

Fra arbeidstakerne
Terje Møien, Foretakshovedverneombud
Mai-Britt Martinsen, NSF
Rigmor Frøyum, Fagforbundet
Øyvind Lyngedal, NFF
Vidar Anderssen, Samfunnsviterne
Hanne Frøyshov, DNLF (VK) (frem til kl 13.55)
Elin Vorren, Parat (frem til kl 13.55)

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Terje Møien og Rigmor Frøyum valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
Kvalitets- og virksomhetsrapport for mai	AR	Økonomisjefen innledet til saken og svarte på spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at saken fremmes for styret, slik den ble fremstilt under behandling av saken.
Forberedende virksomhetsplanlegging for 2016	AR	Økonomisjefen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten tok opp spørsmål omkring kostnadsutviklingen innenfor IKT, og etterspurte muligheten for om UNN fremover kan bidra til å avgrense denne. Ellers ble status i arbeidet knyttet til aktivitetsbasert bemanningsplanlegging som metodikk, diskutert mellom partene. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten hadde for øvrig merknader til saken, som fremkommer i egen protokolltilførsel. Denne hadde støtte også fra organisasjoner som ikke var representert i møtet. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga for øvrig sin tilslutning til at saken fremmes for styret, med de merknader som fremkommer i protokolltilførselen.

Tromsø, 11.6.2015

Terje Møien (s.)
Foretakshovedverneombud

Rigmor Frøyum (s.)
FTV Fagforbundet

Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef

Vedlegg: Protokolltilførsel

Vedlegg

Protokolltilførsel fra ansattes organisasjoner og vernetjenesten til styresaken
Forberedende virksomhetsplanlegging for 2016

Organisasjonene og vernetjenesten er svært bekymret for at den økonomiske situasjonen i UNN vil gå ut over kvaliteten i pasientbehandlingen og ansattes arbeidsmiljø. Særlig når det synes usikkert om det foreligger gode planer for at økonomien skal komme i bedre balanse.

Budsjettet, planlagte tiltak og forutsetningene for investeringer og drift i årene fra 2016 synes svært usikkert. Økonomiplanleggingen og økonomistyringen i foretaket har ikke truffet godt hittil, tatt i betraktning at de bygg som nå påbegynnes blir langt dyrere enn først antatt.

Gjennom de tiltak som allerede er gjennomført i den pasientnære driften er det skapt en stor sårbarhet for alvorlig kvalitetssvikt dersom man gjennomfører ytterligere reduksjoner i denne delen av driften.

Mye av årsaken til den situasjonen UNN er i ser ut til å ligge i at universitetssykehus- og regionsfunksjonene ikke er tilstrekkelig finansiert. Det bør diskuteres om det er hensiktsmessig at UNNs andre funksjoner skal driftes med betydelig redusert finansiering for å dekke opp for dette, eller om andre løsninger kan bidra til å finansiere universitetssykehus- og regionsfunksjonene.

Organisasjonene og vernetjenesten er bekymret over tiltak som raskt skal redusere bemanningen for å oppnå et budsjett i balanse.

Vi ser at det fortsatt brukes mye penger på overtid, vikarer og innleie. I enkelte virksomheter er det utstrakt bruk av tilkallingsvikarer istedenfor å lage avtaler av mer fast karakter.

Organisasjonene og vernetjenesten synes vi skal snu personellstrategien til å satse på flere fulle, faste stillinger. Dette vil skape tryggere ansettelsesforhold og gi en bedre stabilitet og kvalitet i møtet med pasientene.

Der man reduserer bemanningen, må det være gode prosesser i forkant som viser at arbeidsoppgaver er redusert. Eventuelle nedbemanningsprosesser må følges opp av ROS-analyser, og det må iverksettes risikoreduserende tiltak.

Dersom man reduserer bemanningsfaktor uten at man reduserer arbeidsoppgaver, er det store sjanser for at man får en større belastning på personell: Økt sykefravær, mindre tid til å følge opp pasientene, mer innleie og vikarbruk kan fort føre til dårligere kvalitet og større utgifter.


REFERAT
KVALITETSUTVALGSMØTE UNN HF (KU)
Tid: Tirsdag 9.6.2015 kl. 10.00-12.00
Sted: Administrasjonens møterom D1 707
Deltakelse:

Fag- og forskningscenteret	Arthur Revhaug <i>kst/ leder</i>
<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 kvinnehelseklinikk</u>	<u>Tone Nordøy (<i>kst</i>)</u>
<u>Medisinsk klinikk</u>	<u>Tove Skjelbakken (<i>kst</i>)</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>Birgith Nerskogen for Eva-Hanne Hansen</u>
<u>Psykisk helse- og rusklinikken</u>	<u>Magnus Hald</u>
<u>Smittevernoverlege</u>	<u>Torni Myrbakk</u>
<u>Visedministrerende direktør</u>	<u>Marit Lind</u>
<u>Stabssenteret</u>	<u>Gøril Bertheussen</u>

Øvrige:
Administrasjonssenteret Leif Hovden (*referent*)
Forfall:

SAKSOVERSIKT	Ansvarlig
20.15-1 Godkjenning av referat fra KU-møtet 12.5.2015 Referatet ble godkjent med de endringer som fremkom under behandling av saken.	Leif Hovden
20.2015-2 Smitteoppfølging Oppfølgingssak fra sak 19.2015-2 i forrige møte: Direktøren fattet vedtak i saken etter tilrådning fra KEK, BU og KU om at varsling til pasientgruppen iverksettes.	Bjørn Yngvar Nordvåg
BESLUTNINGSSAKER	

<p>21.15 Gjennomgang funksjon og oppgaver for Kvalitetsutvalget Fag- og forskningssjefen innledet og vektla viktigheten av en gjennomgang av utvalgets arbeidsmåte og formål - med utgangspunkt i mandatet. Det ble uttrykt ønske om en tilbakemelding fra utvalget som grunnlag for eventuelle endringer samt bredere belysning av saken.</p> <p>Kvalitetsutvalget ga tilbakemelding med utgangspunkt i erfaringer og mandat. Utvalget vektla at omfanget av saker måtte tilpasses den tidsmessige avgrensningen utvalget har, samt den representasjonen som er valgt. Det ble vist til tidligere erfaringer med mindre utvalg samt representasjon fra andre deler av organisasjoner. Det ble i tillegg meldt et behov for et forum der pasienthendelser og avvik blir handtert mer inngående og med et helhetlig perspektiv. Den nasjonale utredning om sykehusstruktur vil om mulig kunne influere på endret struktur i KU, og FFS vil komme tilbake til et forslag om justering som tar hensyn til både denne -og innspillene under møtet.</p> <p><u>Beslutning</u> FFS lager forslag til justert mandat og retningslinjer for Kvalitetsutvalget høsten 2015.</p>	<p>Arthur Revhaug</p>
<p>22.15 Bestemmelser for bruk av arbeidsantrekk ved UNN Denne saken belyser arbeidet med å etablere best mulige rutiner for bruk av arbeidstøy i UNN, med spesiell vektlegging av grønt og hvitt tøy, garderobe- og sluseforhold samt retningslinjer og etterlevelse.</p> <p><u>Beslutning</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kvalitetsutvalget godkjenner at OpIn-klinikken implementerer et entydig reglement for antrekk ved operasjons- og intensivenhetene ved UNN. 2. Kvalitetsutvalget ber om at Drifts- og eiendomssenteret og andre berørte fagmiljøer involveres, og at endelige anbefalinger tydeliggjøres i egen sak til Kvalitetsutvalget. 	<p>Birgith J Nerskogen</p>
<p>23.15 Pasientsikkerhetsprogrammet og utfordringer knyttet til felles prosedyrer Saken fremstiller to problemstillinger som OpIn-klinikken er bedt om å fremlegge for Kvalitetsutvalget. Den ene problemstillingen er at UNN ikke lenger har et prosedyreutvalg, som tidligere. Den andre problemstillingen er manglende samkjøring mellom ulike deler av virksomheten i et pasientforløp der viktige behandlingstiltak skal gjennomføres.</p> <p><u>Beslutning</u></p> <p>Kvalitetsutvalget ber FFS om at det opprettes et overordnet prosedyreutvalg, og at mandat for det nye utvalget fremmes som egen sak til Kvalitetsutvalget.</p>	<p>Birgith J Nerskogen</p>

ORIENTERINGS- OG DRØFTINGSSAKER	
<p>24.15-1 Ledelsens gjennomgang Rapporten var utsendt i forkant, og utvalget vektla i sin diskusjon viktigheten av å se avviksregistreringen opp mot virkningen av arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet. Prosedyrer som ikke blir fulgt, er et område som må vies enda større oppmerksomhet. Dette er i hovedsak et ledelsesmessig anliggende å få kontroll på.</p> <p><u>Oppsummert</u> Kvalitetsutvalget tar Ledelsens gjennomgang til orientering.</p>	Arthur Revhaug
<p>24.15-2 Pakkeforløp for kreft Prosjektansvarlig/ avdelingsleder Lise Balteskard orienterte om status, med utgangspunkt i ferske tall som viser andelen av kreftpasienter ved UNN som er med i pakkeforløpene samt forløpstidene for de enkelte pakkene.</p> <p><u>Oppsummert</u> Kvalitetsutvalget tar informasjonen til orientering.</p>	Arthur Revhaug
<p>24.15-3 Eksempler på bruk av register for å oppnå bedre kvalitet Avdelingsleder ved K3K-klinikken, Rolf Ole Lindsetmo, presenterte resultater fra kvalitetsarbeid ved eget fagområde. Det ble med utgangspunkt i rektumkreft vist til hvordan kvalitetssikringsarbeidet over flere år hadde ført til resultater i verdensklasse. Arbeidsmiljøet og tilgang på moderne utstyr og forskning, ble fremhevet som avgjørende for å oppnå dette. I tillegg ble systematisk metodetrening og deling av kunnskap vektlagt som avgjørende i arbeidet.</p> <p><u>Oppsummert</u> Kvalitetsutvalget var tilfreds med orienteringen og ga aktiv anerkjennelse til arbeidet.</p>	Tone Nordøy
<p>24.15-4 Pasient- og brukerombudets årsrapport for 2014 Årsrapporten var utsendt på forhånd, og ombud Odd Arvid Ryan presenterte hovedfunnene vedrørende UNNs ansvarområde.</p> <p>Innledningsvis ble det vektlagt at på de fleste områder var det registrert en positiv utvikling fra foregående år. I tillegg ble det trukket frem områder der UNN har utfordringer. En tendens ved flere avdelinger er at tidspress og oppførsel oppgis i økende grad som avvik ved hendelser som meldes ombudet. I tillegg ble klagebehandlingen trukket frem som et felt der ombudet ber UNN å bidra til at tilsyn og klager utenfor eget foretak kan avgrenses der det er tilrådelig. Ofte kan enkel opplæring innenfor rutiner og prosedyrer være tilstrekkelig.</p> <p><u>Oppsummert</u> Kvalitetsutvalget tok orienteringen til orientering, og ba om at ombudet kommer tilbake til høsten til et egnet forum, gjerne KVAM-dagen</p>	Arthur Revhaug

15.10.2015.	
EVENTUELT	
25.15 Oppfordring til møte med vernombud Foretakshovedverneombudet oppfordret til at alle klinikker og sentre innkaller sine respektive verneombud til et fellesmøte én til to ganger per år, slik Hjerte- og lungeklinikken gjør. Utvalget sluttet seg til oppfordringen.	Klinikksjefer og senterledere

UTKAST

SAKSPAPIRER AMU 10.6.15

Utvalg: Arbeidsmiljøutvalget (AMU)
 Tidspunkt: 10.6.15 10.30-13.00
 Sted: D1 707 Breivika, Lille telestudio 5etg Narvik, Vestibyle møterom 1. etg Harstad

Til stede (x):

Arbeidsgiversiden:		Varamedlemmer	
Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU	x	Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
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	Elisabeth Hole, PTV NSF, UNN Tromsø	
Tore Ovesen, Fagforbundet UNN Harstad		Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik	x
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø	x	Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	
Elisabeth Olstad, Ylf		Jo Endre Midtbu, Ylf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Monica F. Sørensen, NSF	

* Fratrådte på sak 29/15 a.

Møteleder: Gøril Bertheussen
 Sekretær: Walter Andersen
 Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte Line Lura fra Fag- og forskningssenteret på sak 31/15 og Tor Arne Hanssen fra utbyggingkontoret på sak 29/15-b.



Sak 27/15 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Godkjennes

Sak 28/15 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 20.5.15

Protokoll fra AMU-møtet 20.5.15 var lagt ved saksdokumentene.

Vedtak:

Godkjennes.

Sak 29/15 Orienteringssaker

- a) Varsling om kritikkverdig arbeidsmiljø, unntatt offentlighet p.g.a. taushetsbelagte opplysninger, jf Offlv §13 og Fvl §13

Arbeidsutvalget for AMU la frem i møtet ei skriftlig orientering med forslag til vedtak i saken.

Vedtak:

1. AMU har vurdert at opplæring, instruksjon og opplysningsvirksomhet i henhold til Arbeidsmiljøloven krav er ivaretatt i denne saken, og at klinikken ivaretar systematisk HMS-arbeid i henhold til virksomhetens retningslinjer.
 2. AMU ber klinikkjefen om å følge opp arbeidsmiljøet i den aktuelle seksjonen med konkrete tiltak. Dette skal gjøres i samarbeid med tillitsvalgte, vernetjeneste og de ansatte i seksjonen.
- b) Orienteringer om byggeprosjektene i UNN
Muntlig orientering v/ Tor Arne Hanssen
- Vedtak:**
Saken tas til orientering



Sak 30/15 E-sigaretter i UNN

AMU hadde fått tilsendt en saksutredning fra Drifts- og eiendomssjefen med anbefaling om å behandle e-sigaretter på lik linje med tobakksrøyking.

Vedtak:

1. AMU tilslutter seg drifts- og eiendomssjefens anbefaling om å behandle all e-sigarettrøyking i UNN som nikotinholdige sigaretter.
2. AMU anbefaler administrerende direktør å innføre forbud mot e-sigaretter på lik linje med annen tobakksrøyking i UNN.

Sak 31/15 Styresaker

AMU hadde fått tilsendt drøftingsdokumenter av følgende saker som skal til styret den 23.6.15:

- Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2015
- Ny utdanningsstrategi for UNN

Vedtak:

1. Sakene tas til orientering.
2. Til Ledelsens gjennomgang: AMU anmoder ledere og vernetjenesten på alle nivå om å etterspørre, undersøke og behandle avvik innenfor KVAM-strukturen, i tråd med retningslinjene for KVAM og prosedyre for avviksbehandling.

Sak 32/15 Bruk av midler fra AMU i 2015 - restpotten

I møtet 20.5.15 fordelte AMU midler etter søknader, men holdt tilbake kr 125000 og gjorde følgende vedtak: «AMU ønsker å stimulere til arbeidsmiljøtiltak på tvers av klinikkene, og ber AU legge frem forslag om hvordan vi kan oppnå dette. Restpotten på 125.000 kr tildeles til høsten.»

Arbeidsutvalget for AMU har søkt råd fra kommunikasjonscenteret i forhold til publisering av disse midlene.

Vedtak:

AMU ber om at midlene publiseres i tråd med anbefalingen med søknadsfrist 15.9.15

Sak 33/15 Verneombudsboka i UNN

I AMU-møtet 20.mai ble det påpekt følgende endringer av verneombudsboka før endelig ferdigstilling:

- Samstemme Verneombudsboka med UNN-boka slik at det ikke er noen uoverensstemmelser.
- Endre vernetjenestens visjon slik at den blir identisk med UNNs visjon
- HR og BHT bør stå under to forskjellige kulepunkt. For BHT skal det stå: «Bedriftshelsetjenesten har en fri og uavhengig rolle og skal hjelpe medarbeidere, verneombud og ledere i arbeidsmiljø saker. De ansatte i bedriftshelsetjenesten er underlagt helsepersonelloven og har taushetsplikt på lik



linje med annet helsepersonell.»
Foretakshovedverneombudet har foretatt nødvendige korrigeringer og innstilte nå på at den kan publiseres.

Vedtak:

AMU berømmer arbeidet til vernetjenesten med å få på plass verneombudsboka. AMU mener at verneombudsboka bør være en del av foretakets dokumentasjon i Docmap og ber ledergruppen behandle saken med dette for øye.

Sak 34/15 Eventuelt

- a) Foretakshovedverneombudet tok opp en sak angående helseoppfølging av ansatte som hovedsakelig arbeider om natten i.h.t. krav i arbeidsmiljøloven. Bedriftshelsetjenesten ble bedt om å fremme en egen sak om dette til AMU.
- b) Foretakshovedverneombudet tok opp en sak angående sammensetning av Arbeidsutvalget for AMU. Denne vurderingen vil bli gjort i forbindelse med revisjon av Retningslinjene for AMU til høsten.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
65/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	23.6.2015

Eventuelt

Tromsø, 12.6.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør