



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Tirsdag 24. mars kl. 1600 og onsdag 25. mars 2015 kl. 0900

Møtested

Scandic Havet, Bodø



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Bodø, Scandic Havet
Dato: 24.3 og 25.3
Tid: 16:00 og 09:00

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

— Innkalling er sendt til:

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

Saksnr	Innhold
ST 16/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 17/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 11.2.2015
ST 18/2015	Kvalitets- og virksomhetsrapport januar og februar
ST 19/2015	Tilsynsrapport – eksterne tilsyn
ST 20/2015	Årlig melding 2014
ST 21/2015	Tertialrapport 3/2014 for utbyggingsprosjekter
ST 22/2015	Årsregnskap 2014 – med Årsberetningen
ST 23/2015	Oppdragsdokument 2015
ST 24/2015	Ledelsens gjennomgang
ST 25/2015	Investeringer og økonomisk bærekraft
ST 26/2015	Regulering av direktørlønn – legges fram ved behandling av saken
ST 27/2015	Henvendelse fra en ansatt – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Flv. § 13.1 - legges fram ved behandling av saken
ST 28/2015	Orienteringssaker <i>Skriftlige orienteringer:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status regional geriatriplan 2. Nytt pasienthotell – status og driftskonsept 3. PET-senteret - driftsøkonomi <i>Muntlige orienteringer:</i> <ol style="list-style-type: none"> 4. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23
ST 29/2015	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Udatert uttalelse fra Kommunestyret i Lyngen, mottatt her 27.2.15, angående pågående omorganisering av ambulansetjenesten. 2. Udatert brev fra Nordreisa KrF, mottatt her 5.3.15, vedrørende Høyere - ikke lavere prioritering av beredskap. 3. Brev fra ordfører i Skjervøy og ordfører i Kvæningen, datert 20.2.15, vedrørende kutt i rutetilbud samt fremtidig ambulanseberedskap i området Kvæningen/Skjervøy. 4. Uttalelse fra Lødingen Kommunestyre 12. februar 2015, vedrørende Nei til reduksjon av ambulanseberedskap. 5. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 3.2.2015, vedrørende oppnevning av 26 ordinære medlemmer av HelseOmsorg21-rådet. 6. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 26.2.2014. 7. Referat fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 11.3.2015. 8. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 9.3.2015. 9. Referat fra møte i AMU 10.3.2015. 10. Protokoll drøftingsmøte reisepolicy 6.3.2015. 11. Referat fra møtet i Kvalitetsutvalget 9.3.2015.
ST 30/2015	Eventuelt

ST 16/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
17/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	25.3.2015

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 11.2.2015

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 11. februar 2015.

Tromsø, 13.3.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: Tromsø, Adm. Møterom D1-707
 Dato: 11.2.2015
 Tid: 9:15-15.20

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

Forfall:

Jorhill Andreassen	Leder
--------------------	-------

Sak 17/2015 - vedlegg 1

Fra administrasjonen møte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Elin Gullhav	kst. viseadministrerende direktør
Gry Andersen	klinikk sjef ved Diagnostisk klinikk
Hans-Petter Fundingsrud	kst. klinikk sjef ved Barne- og ungdomsklinikken
Tove Skjelbakken	kst. klinikk sjef ved Medisinsk klinikk
Jon Mathisen	klinikk sjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klinikk sjef ved Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Magnus Hald	klinikk sjef ved Psykisk helse- og rusklinikken
Kristian Bartnes	klinikk sjef ved Hjerte- og lungeklinikken
Susann Bäckström	kst. senterleder ved Nasjonalt senter for telemedisin/ samhandling
Arthur Revhaug	kst. senterleder for Fag- og forskningssenteret
Gina M. Johansen	drifts- og eiendomssjef
Grethe Andersen	økonomisjef/ kst. stabssjef
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef
Kari Brøndbo	HR-sjef
Leif Hovden	administrasjonssjef

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 11.2.2015

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 11.2.15 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv)

Saksnr.	Innhold
ST 1/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 2/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 10.12.14
ST 3/2015	Kvalitets- og virksomhetsrapport november/desember 2014
ST 4/2015	Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
ST 5/2015	Idéfaseprosjekt UNN Åsgård
ST 6/2015	Oppfølgingssak budsjett 2015
ST 7/2015	Oppsummering styrevedtak 2014
ST 8/2015	Evaluering styrets arbeid
ST 9/2015	Styrets årsplan 2015
ST 10/2015	Oppnevning av valgstyre
ST 11/2015	Dialogavtale mellom styret og direktør
ST 12/2015	<i>Regulering av direktørlønn – utsettes til neste møte</i>
ST 13/2015	Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer:

1. Vestibyleprosjektet
2. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen
3. Medarbeiderundersøkelsen
4. Håndheving av røykfrihet
5. Orientering om opprettelse av dialyse på Sonjatun
6. Høringssvar fra UNN: NOU 2014:12, Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

Muntlige orienteringer:

7. Tromsø kommunes planer om helsehus
8. Henvendelse til styret fra en ansatt
9. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23
10. *Anbudssituasjonen for A-fløya – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 23 – tredje ledd jf Fvl. § 13.2 – forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde.*

ST 14/2015

Referatsaker

1. Udatert brev fra Balsfjord kommune, mottatt her 15.12.14, vedrørende evt. nedleggelse av Kløvertun.
2. Uttalelse fra Bardu kommunestyre datert 7.1.15 vedrørende opprettholdelse av ambulanseberedskapen.
3. Melding om vedtak fra Eldrerådet i Skånland vedrørende ambulanseberedskapen.
4. Interpellasjon fra Troms fylkesting: Satsing eller kutt innen rus og psykiatri i nord?
5. Uttalelse fra Troms fylkesting 10.12.14: Nei til reduksjon av ambulanseberedskapen.

6. Brev fra Midt-Troms Regionråd datert 17.12.14 vedrørende akuttmedisinske tjenester fra UNN.
7. Brev fra LHL's lokallag datert 16.12.14 vedrørende kutt i vikarordning for ambulanspersonell.
8. Brev fra Ofoten regionråd datert 2.1.15 vedrørende eget PET-senter i Nord-Norge og videre utvikling av UNN-Narvik.
9. Brev fra tillitsvalgte leger ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) vedrørende nedprioritering av psykisk helse og rus ved UNN.
10. Brev fra Tromsø-området regionråd datert 12.12.14 vedrørende psykisk helsetilbud.
11. Brev fra Tromsø kommune datert 19.12.14 vedrørende ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter på UNN 2014.
12. Brev fra UNN til Tromsø kommune datert 6.1.15 vedrørende utskrivningsklare pasienter.
13. E-post fra avdelingsdirektør Cathrine Dammen i Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende responstider i ambulansetjenesten.
14. Kopi av svarbrev til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende responstider i ambulansetjenesten.
15. Uttalelse fra møtet i Harstad kommunestyre 27.11.14 – Vårt lokalsykehus.
16. Referat fra OSO-møtet 4.12.14.
17. Brev fra UNN til Helse Nord datert 22.1.15 vedrørende inntektsmodell somatikk.
18. Brev fra Gimleveien 12 Eiendom AS til UNN datert 23.1.2015 vedrørende Gimleveien 12.
19. Brev fra UNN til Gimleveien 12 Eiendom AS datert 29.1.2015 vedrørende Gimleveien 12.
20. Referat fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 28.1.2015.
21. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 27.1.2015.
22. Referat fra ekstraordinært møte i AMU 14.1.2015.
23. Referat fra møte i AMU 28.1.2015.
24. Brev fra Helse Nord til UNN datert 10.12.2014 vedrørende UNN HF sine innspill til plan 2015-2018.
25. Brev fra UNN til Helse Nord datert 15.12.2014 vedrørende søknad om utvidet investeringsramme – Renovering Bygg 7 UNN Åsgård.
26. Brev fra Helse Nord datert 18.12.2014 vedrørende investeringsramme "Renovering bygg 7 Åsgård".
27. *Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 3.2.2015*
28. *Referat fra møtet i Brukerutvalget 4.2.2015*
29. *Referat fra møtet i Kvalitetsutvalget 27.1.2015*
30. *Høringsuttalelse fra Brukerutvalget datert 5.2.2015 vedrørende prioriteringer i helsetjenesten*
31. *Protokoll fra foretaksmøte 4.2.2015*
32. *Protokoll fra styremøte i Helse Nord 4.2.2015*

ST 15/2015

Eventuelt

ST 2/2015 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 10.12.2014

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 10.12.2014.

Enstemmig vedtatt

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 10.12.2014.

ST 3/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport november/desember 2014

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Direktøren la frem endret innstilling til vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for desember 2014 til orientering.
2. Styret konstaterer at endringer i pasientrettighetslovgivningen medfører at alle pasienter får rett til behandling innen en juridisk bindende frist fra 1.9.2015, og at UNN har for mange langtidsventende.
3. Styret ber om at arbeidet med å redusere antall langtidsventende prioriteres. Styret har som mål at ingen skal vente mer enn 6 mnd på behandling i UNN. Direktøren bes fremlegge en plan for reduksjon av antall langtidsventende til neste møte. Planen skal inkludere ~~en~~ tiltak for nærmere samarbeid med private avtalespesialister.

Representant Hanne Frøyshov fremsatte forslag om følgende endring av pkt 3 - siste setning:

Planen skal risikovurdere to alternativer: Et tiltak for nærmere samarbeid med private avtalespesialister og et tiltak ved å bemanne opp tilgjengelige operasjonsstuer UNN Harstad /Narvik slik at vi får økt operasjonskapasitet i egen regi.

Videre fremsatte Frøyshov forslag om følgende nytt punkt (4) i vedtaket:

Styret ber om at det tas inn i virksomhetsrapporten, antall liggedøgn sammenholdt med antall faktiske tilgjengelige senger som er hentet fra Dips og dermed vil gjenspeile de faktiske tallene med minst mulig risiko for feilmålinger.

Sak 17/2015 - vedlegg 1

Styreleder tok innstillingens første to punkter opp til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Styreleder satte Hanne Frøyshov sitt første forslag opp mot innstillingens pkt 3.

Forslaget falt mot én stemme.

Styreleder tok deretter Hanne Frøyshov sitt forslag om nytt punkt opp til avstemming.

Forslaget falt mot to stemmer.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for desember 2014 til orientering.
2. Styret konstaterer at endringer i pasientrettighetslovgivningen medfører at alle pasienter får rett til behandling innen en juridisk bindende frist fra 1.9.2015, og at UNN har for mange langtidsventende.
3. Styret ber om at arbeidet med å redusere antall langtidsventende prioriteres. Styret har som mål at ingen skal vente mer enn 6 mnd på behandling i UNN. Direktøren bes fremlegge en plan for reduksjon av antall langtidsventende til neste møte. Planen skal inkludere tiltak for nærmere samarbeid med private avtalespesialister.

ST 4/2015 Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om aktivitetsbasert bemanningsplanlegging til orientering, og ber om at satsingen videreføres i henhold til de planene saken redegjør for.

Enstemmig vedtatt

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om aktivitetsbasert bemanningsplanlegging til orientering, og ber om at satsingen videreføres i henhold til de planene saken redegjør for.

ST 5/2015 Idéfaseutredning for arealer til psykisk helse- og rusbehandling ved UNN

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner oppstart av idéfaseutredning for arealer til psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø, i tråd med mandatet i styringsdokumentet.

Enstemmig vedtatt

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner oppstart av idéfaseutredning for arealer til psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø, i tråd med mandatet i styringsdokumentet.

ST 6/2015 Oppfølgingssak budsjett 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Styret ba direktøren om en orientering knyttet til kapasitetsutfordringer for ambulansetjenesten jf. siste tids oppmerksomhet i media. Klinikksjef for Akuttmedisinsk klinikk, Jon Mathisen, orienterte styret.

Administrerende direktør presenterte en endret innstilling til vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er fornøyd med at tiltaksarbeidet kvalitetssikres og detaljeres, og forutsetter at arbeidet fortsetter til risikoen i totalbudsjettet er på et akseptabelt nivå.
2. Styret ber direktøren sørge for at det fortløpende iverksettes kompenserende tiltak ved eventuell manglende effekt av vedtatt tiltakspakke, samt at styret blir oppdatert på risiko og tiltaksarbeid i Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar i styremøtet i mars.
3. Styret er fornøyd med at det er utviklet tiltak i Psykisk helse- og rusklinikken som løser den korrigerende omstillingsutfordringen uten å redusere sengetallet i form av nedleggelse av en døgnenhet. Styret forutsetter at utredningen og risikovurderingen som er gjort i forbindelse med nedleggelse av en døgnpost innenfor psykisk helsevern for voksne, inngår ~~som~~ i grunnlagsmaterialet i arbeidet med ny struktur og organisasjonsplan for Psykisk helse- og rusklinikken.
4. Styret godkjenner prosess- og fremdriftsplanen for utredning av bilambulansetjenesten og er fornøyd med at planen ivaretar bred involvering av kommuner og brukerorganisasjoner.

Sak 17/2015 - vedlegg 1

5. *Styret tar investeringsbudsjettet for 2015 til foreløpig orientering. Styret tar til etterretning at prognosen for bruk av investeringsmidler i 1. tertial er 30 mill kr, og ber Helse Nord RHF om å godkjenne disse investeringene. Styret viser til at UNNs investeringsramme vil bli revurdert av Helse Nord RHF i forbindelse med behandling av budsjettregulering nr. 1 i RHF-styret, og ber administrerende direktør om å legge frem forslag til endelig investeringsbudsjett for UNN for 2015 til behandling i styret etter dette.*

Enstemmig vedtatt

Vedtakk:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er fornøyd med at tiltaksarbeidet kvalitetssikres og detaljeres, og forutsetter at arbeidet fortsetter til risikoen i totalbudsjettet er på et akseptabelt nivå.
2. Styret ber direktøren sørge for at det fortløpende iverksettes kompensierende tiltak ved eventuell manglende effekt av vedtatt tiltakspakke, samt at styret blir oppdatert på risiko og tiltaksarbeid i Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar i styremøtet i mars.
3. Styret er fornøyd med at det er utviklet tiltak i Psykisk helse- og rusklinikken som løser den korrigerende omstillingsutfordringen uten å redusere sengetallet i form av nedleggelse av en døgnenhet. Styret forutsetter at utredningen og risikovurderingen som er gjort i forbindelse med nedleggelse av en døgnpost innenfor psykisk helsevern for voksne, inngår i grunnlagsmaterialet i arbeidet med ny struktur og organisasjonsplan for Psykisk helse- og rusklinikken.
4. Styret godkjenner prosess- og fremdriftsplanen for utredning av bilambulansetjenesten og er fornøyd med at planen ivaretar bred involvering av kommuner og brukerorganisasjoner.
5. Styret tar investeringsbudsjettet for 2015 til foreløpig orientering. Styret tar til etterretning at prognosen for bruk av investeringsmidler i 1. tertial er 30 mill kr, og ber Helse Nord RHF om å godkjenne disse investeringene. Styret viser til at UNNs investeringsramme vil bli revurdert av Helse Nord RHF i forbindelse med behandling av budsjettregulering nr. 1 i RHF-styret, og ber administrerende direktør om å legge frem forslag til endelig investeringsbudsjett for UNN for 2015 til behandling i styret etter dette.

ST 7/2015 Oppsummering av styrevedtak 2014

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2014 til orientering.

Enstemmig vedtatt

Vedtatt:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2014 til orientering.

ST 8/2015 Evaluering av styrets arbeid

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar resultatene fra evalueringen av styrets arbeid til etterretning.
2. Styret vil for inneværende periode vektlegge egne utviklingsområder knyttet til eget arbeid.
3. Styret ber administrerende direktør formidle relevante resultater til Helse Nord RHF gjennom *Årlig melding* i tråd med kravet i styreinstruksen.

Oppsummering

Styret sluttbehandler saken på et senere tidspunkt.

ST 9/2015 Styrets årsplan 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner Styrets årsplan 2015.
2. Styreseminaret/møtet som er planlagt til 23.-24.6.2015 flyttes til 22.-23.6.2015.

Enstemmig vedtatt

Vedtatt:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner Styrets årsplan 2015.
2. Styreseminaret/møtet som er planlagt til 23-24.6.2015 flyttes til 22-23.6.2015.

ST 10/2015 Oppnevning av valgstyre

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Innstilling til vedtak:

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

- Hilde Annie Pettersen og Leif Hovden fra arbeidsgiversiden
- Monica Fyhn Sørensen og Randi Steinli Pedersen fra arbeidstakerorganisasjonene

Enstemmig vedtatt

Vedtak:

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

- Hilde Annie Pettersen og Leif Hovden fra arbeidsgiversiden
- Monica Fyhn Sørensen og Randi Steinli Pedersen fra arbeidstakerorganisasjonene

ST 11/2015 Dialogavtale mellom styret og administrerende direktør

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner forslaget til dialogavtale for 2016 for administrerende direktør.
2. Styret ber om at direktøren legger egen dialogavtale til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2016.

Enstemmig vedtatt

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner forslaget til dialogavtale for 2016 for administrerende direktør.
2. Styret ber om at direktøren legger egen dialogavtale til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2016.

ST 12/2015 Regulering av direktørlønn

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Saken ble utsatt.

ST 13/2015 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Skriftlig orientering

1. Vestibyleprosjektet
2. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen
3. Medarbeiderundersøkelsen
4. Håndheving av røykfrihet
5. Orientering om opprettelse av dialyse på Sonjatun
6. Høringsuttalelse fra UNN; NOU 2014:12,

Muntlig orientering

7. Tromsø kommunes planer for helsehus
8. Henvendelse til styret fra en ansatt
9. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23
10. Anbudssituasjonen for A-fløya– unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 23 – tredje ledd jf Fvl. § 13.2 – forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde.

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 14/2015 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Sak 17/2015 - vedlegg 1

1. Udatert brev fra Balsfjord kommune, mottatt her 15.12.14, vedrørende evt. nedleggelse av Kløvertun.
2. Uttalelse fra Bardu kommunestyre datert 7.1.15 vedrørende opprettholdelse av ambulanseberedskapen.
3. Melding om vedtak fra Eldrerådet i Skånland vedrørende ambulanseberedskapen.
4. Interpellasjon fra Troms fylkesting: Satsing eller kutt innen rus og psykiatri i nord?
5. Uttalelse fra Troms fylkesting 10.12.14: Nei til reduksjon av ambulanseberedskapen.
6. Brev fra Midt-Troms Regionråd datert 17.12.14 vedrørende akuttmedisinske tjenester fra UNN.
7. Brev fra LHL's lokallag datert 16.12.14 vedrørende kutt i vikarordning for ambulanspersonell.
8. Brev fra Ofoten regionråd datert 2.1.15 vedrørende eget PET-senter i Nord-Norge og videre utvikling av UNN-Narvik.
9. Brev fra tillitsvalgte leger ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) vedrørende nedprioritering av psykisk helse og rus ved UNN.
10. Brev fra Tromsø-området regionråd datert 12.12.14 vedrørende psykisk helsetilbud.
11. Brev fra Tromsø kommune datert 19.12.14 vedrørende ferdigbehandlede/utskrivningsklare pasienter på UNN 2014.
12. Brev fra UNN til Tromsø kommune datert 6.1.15 vedrørende utskrivningsklare pasienter.
13. E-post fra avdelingsdirektør Cathrine Dammen i Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende responstider i ambulansetjenesten.
14. Kopi av svarbrev til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende responstider i ambulansetjenesten.
15. Uttalelse fra møtet i Harstad kommunestyre 27.11.14 – Vårt lokalsykehus.
16. Referat fra OSO-møtet 4.12.14.
17. Brev fra UNN til Helse Nord datert 22.1.15 vedrørende inntektsmodell somatikk.
18. Brev fra Gimleveien 12 Eiendom AS til UNN datert 23.1.2015 vedrørende Gimleveien 12.
19. Brev fra UNN til Gimleveien 12 Eiendom AS datert 29.1.2015 vedrørende Gimleveien 12.
20. Referat fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 28.1.2015.
21. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 27.1.2015.
22. Referat fra ekstraordinært møte i AMU 14.1.2015.
23. Referat fra møte i AMU 28.1.2015.
24. Brev fra Helse Nord til UNN datert 10.12.2014 vedrørende UNN HF sine innspill til plan 2015-2018.
25. Brev fra UNN til Helse Nord datert 15.12.2014 vedrørende søknad om utvidet investeringsramme – Renovering Bygg 7 UNN Åsgård.
26. Brev fra Helse Nord datert 18.12.2014 vedrørende investeringsramme ”Renovering bygg 7 Åsgård”.
27. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 3.2.2015
28. Referat fra møtet i Brukerutvalget 4.2.2015
29. Referat fra møtet i Kvalitetsutvalget 27.1.2015
30. Høringsuttalelse fra Brukerutvalget datert 5.2.2015 vedrørende prioriteringer i helsetjenesten
31. Protokoll fra foretaksmøte 4.2.2015

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt

Vedtak:

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

ST 16/2015 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.2.2015

Ingen saker.

Tromsø, 14. februar 2015

Jorhill Andreassen (sett)

Olav Helge Førde

Eivind Mikalsen

Erling Espeland

Hanne Frøyshov

Hanne CS Iversen

Helga Marie Bjerke

Jan Eivind Pettersen

Mai-Britt Martinsen

Rune Moe

Tom Sottinen

Tove Skjelvik



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
18/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.3.2015
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Thomas Krogh

Kvalitets- og virksomhetsrapport januar og februar 2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar og februar 2015 til orientering.
2. Styret ber om få seg forelagt en egen orienteringssak om arbeidet med å redusere antall langtidsventende i neste styremøte.
3. Styret er ikke fornøyd med det økonomiske resultatet hittil i år, og ber om å få seg forelagt en oppdatert og detaljert gjennomgang av risikoen i samtlige tiltak i Kvalitets- og virksomhetsrapporten i styremøtet i april. Styret ber direktøren vurdere kompensierende tiltak dersom gjennomgangen viser høyere risiko for avvik fra eiers styringskrav enn akseptabelt.
4. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for til sammen 9,0 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.

Sammendrag

Denne saken viser at gjennomsnittlig ventetid ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) per februar er 77 (-1) dager (med rett til prioritert helsehjelp 57 (-2) og uten rett 95 (+2) dager). Ved utgangen av februar hadde 1 231 pasienter ventet mer enn ett år på behandling (+27 %). Antall fristbrudd ved månedsskiftet var 92. Epikriseandel innen syv dager var 74 % og 87 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern, mens andel strykninger fra planlagt operasjonsprogram var 4 % i februar.

Gjennomsnittlig antall månedsverk per februar ved UNN er 6 373. I tillegg leies det inn helsepersonell tilsvarende ti månedsverk. Sykefraværet i januar var 9,2 %.

Regnskap for februar viser et budsjettavvik på -6,4 mill kr, som gir et akkumulert budsjettavvik på -6,6 mill kr. For februar har driftsinntektene et avvik på -9,7 mill kr, mens driftskostnadene har et avvik på +2,1 mill kr (finansresultatet er +1,2 mill kr).

Det har vært gjennomført en ny runde med oppfølgingsmøter som viser at risikoen i UNNs totale budsjett er fremdeles for høy. Alle tiltak vil bli risikovurdert på nytt og gjennomgått i en ekstraordinær budsjettkonferanse 24.3.2015 med målsetning om å redusere risikoen i allerede vedtatte planer, samt vurdere nødvendighet av og eventuelt identifisere kompenserende tiltak.

Direktøren er fornøyd med at UNN i høy grad etterlever de nasjonale krav på pakkeforløp kreft. Arbeidet med å redusere antall langtidsventende er i gang med mål om at ingen pasienter skal vente mer enn seks måneder for behandling på UNN.

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

Status i pasientforløpene vil bli gitt i marsrapporten. Utover dette vil hovedfokuset i 2015 være kreftpakkeforløpene. Fra UNN HF er det for de to første månedene rapportert inn pakkeforløpskoder til NPR for alle de fire kreftpakkeforløpene (brystkreft, tykk- og endetarmkreft, prostatakreft og lungekreft). I januar ble 77 av 86 innrapporterte forløp godkjent som grunnlag for rapportering. Av disse var 63 (82 %) innen frist. I februar var 225 av 291 forløp innen frist (77 %).

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling fra venteliste per februar var 77 (median 53) dager. Dette er en dag mindre enn på samme tid i fjor. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 57 (median 40) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet 95 (median 64) dager.

Ventetiden for de som fortsatt står på venteliste er 122 dager. Dette er en økning på ti dager sammenlignet med i fjor. Rettighetspasientene har i gjennomsnitt stått 55 dager på venteliste, mens de uten rett til prioritert helsehjelp har stått 150 dager.

Ved utgangen av februar var det 1 231 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Dette er en økning på 264 (+27 %) sammenlignet med samme tid i fjor. Nevro- og ortopediklinikken har flest med 959 (78 %) av alle langtidsventende.

Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i februar var 1 274 og er redusert med 200 (-14 %) sammenlignet med samme tid i fjor.

Sak 18/2015

Antall fristbrudd ved utgangen av februar var 92 (2 % av rettighetspasientene). Dette er nesten halvering av antall fristbrudd på samme tid i fjor. Nivået har det siste halvåret stabilisert seg rundt 100 fristbrudd.

Andelen epikriser sendt innen syv dager var i februar 74 % og 87 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall korridorpatienter per dag var 17 i februar. Andelen strykninger av planlagte operasjoner var i februar 4 %.

Aktivitet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet er per februar noe lavere (-2 %) enn plan. Antall polikliniske dagbehandlinger har størst avvik mot plan (-14 %), men det er også nedgang for heldøgn (-4 %), innlagte dagopphold (-1 %) og polikliniske konsultasjoner (-2 %). Antall DRG-poeng er betydelig lavere enn plan (-6 %). Hovedårsaken er generell aktivitetsnedgang, men skyldes også en annen pasient- og behandlingsmiks som gir lavere DRG-vekter. Antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet økte med 143 (+10 %) sammenlignet med samme tid i fjor. Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 123 utskrivningsklare døgn (-19 %).

Antall laboratorieanalyser er høyere enn plan (+6 %), mens antall røntgenundersøkelser er noe lavere (-2 %).

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne er lavere enn plan (-6 %). Det samme gjelder aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge (-14 %). Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er aktiviteten høyere enn plan (+8 %).

Personal

Antall månedsverk i februar var 6 373. Dette gir et gjennomsnitt hittil i år på 6 246, som er en økning på 24 månedsverk (+0,4 %) sammenlignet med i fjor. I tillegg leies det i gjennomsnitt syv sykepleiermånedsverk og tre legemånedsverk fra byrå. Det foreligger nå trenddata ett år bakover i tid som viser at bruken av innleie går ned.

Sykefraværet i januar var 9,2 %. Dette er en økning på 0,3 prosentpoeng sammenlignet med samme måned i 2014. Sykefraværsprosenten gjenspeiler at det i gjennomsnitt var 344 ansatte borte fra UNN hver dag i januar.

I januar var det registrert to egenmeldinger i GAT hvor fraværet ble oppgitt å være arbeidsrelatert. 535 ansatte ble registrert med sykemelding utover 16 dager, hvorav 242 (45,2 %) var graderte. Målet er at 50 % av sykemeldingene skal være gradert.

Kommunikasjon

Nyheten om at avdelingslederen ved Røntgenavdelingen har sagt opp jobben, blir omtalt bredt i media. Pingvinrevyen får god omtale i flere nordnorske aviser, mens nyhetssaken om Trond Mohns bidrag til PET-senteret i Tromsø også får mange oppslag basert på pressemelding fra UNN. Artikler relatert til fremtidig ambulanseberedskap i UNN står for 12 av 20 artikler med negativ innfallsvinkel i februar.

Økonomi

UNN har for 2015 et overskuddskrav på 40 mill kr. Regnskapet for februar viser et avvik på -3,1 mill kr, som gir et budsjettavvik på -6,4 mill kr. Akkumulert per februar er det et budsjettavvik på -6,6 mill kr. Driftsinntektene for februar viser et avvik på -9,7 mill kr hvorav ISF-inntektene

Sak 18/2015

utgjør 8,4 mill kr. Driftskostnadene har et avvik på +2,1 mill kr. Finanspostene har et positivt avvik på 1,2 mill kr.

Det er gjennomført en ny serie med oppfølgingsmøter (vedlegg 2). Gjennomføringsplanene for tiltakene er generelt ytterligere konkretisert siden forrige gjennomgang, og planene er i stor grad lastet opp i dialogavtalene. Det er likevel fremdeles risiko i UNNs totale budsjett for 2015. Detaljert oversikt over hvert enkelt tiltak og vurdering av den totale risikoen er under utarbeidelse og vil bli gjennomgått i ekstraordinær budsjettkonferanse i direktørens ledergruppe 24. mars. Hovedtemaet for konferansen er hvordan vi håndterer uløst omstilling og reduserer risikoen tilstrekkelig for å sannsynliggjøre budsjettbalanse i 2015.

I februar 2015 er det forbrukt 45,7 mill kr av investeringsrammen på 799 mill kr. Inkludert forpliktelser (godkjente investeringer som er igangsatt, men ikke mottatt) har vi disponert 111,3 mill kr hittil i år. Av investeringsrammen utgjør PET-senteret 163 mill kr som er en foreløpig investeringsramme for 2015 og kan bli endret.

Likviditeten per februar er 82 mill kr, men den forventes økt i mars. Dette som følge av utbetaling av låneopptak i forbindelse med A-fløya og at Helse Nord RHF har valgt å styrke egenkapitalen og likviditeten for å redusere interne lån mellom RHF og helseforetakene.

Medvirkning

Saken er forelagt brukernes arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 9., 10. og 11.3.2015. På angjeldende tidspunkter var kun januarrapporten klargjort, og ansattes organisasjoner ba derfor om å få en egen drøftingsrunde etter at februartallene var ferdigstilt. Saken om januartallene ble tatt til orientering, og protokollene fra ovennevnte møter vil bli behandlet som egne referatsaker til styremøtet.

Vurdering

Pakkeforløpskoding for fire kreftformer er innført fra årsskiftet, og flere vil bli innført i løpet av 2015. Direktøren er fornøyd med at rapportering fra Norsk Pasientregister hittil viser at UNN i høy grad oppfylder nasjonale krav om forløpstider.

Antall langtidsventende har vært stabilt høyt over tid og vi ser at ventetiden for de som fortsatt står på venteliste øker. Styret vedtok i forrige møte en målsetting om at ingen skal vente mer enn seks måneder på behandling. Direktøren legger nå stor vekt på å følge opp dette. Det er stilt krav om at samtlige klinikker som har langtidsventende skal analysere dette i detalj og utarbeide en konkret plan for å nå styrets mål innen 1.10.2015. Planene vil bli lagt frem for styret i en egen orienteringssak i neste møte. Det er viktig at styret er innforstått med at arbeidet med å redusere antall langtidsventende, vil medføre at gjennomsnittlig rapportert ventetid for de som er avviklet fra venteliste vil øke.

Aktiviteten er noe lavere enn plan på de fleste virksomhetsområdene. UNN har et høyt aktivitetsnivå med flere pasientkontakter per 1000 innbyggere enn landsgjennomsnittet, og noe lavere aktivitet gir derfor i seg selv ikke grunn til bekymring. Det er derimot bekymringsfullt at endret aktivitet synes å bidra til lavere ISF- enn budsjettet. Direktøren vil følge dette tett i tiden fremover. Manglende effekt av store tiltak som kodeforbedring og overgang fra døgn- til dagbehandling, i tillegg til andre risikoelementer i totalbudsjettet vil bli gjennomgått i ekstraordinær budsjettkonferanse i ledergruppen 24. mars. Direktøren har tett oppfølging med alle klinikker og sentre og vurderer fortløpende om kompenserende tiltak må iverksettes.

Sak 18/2015

Tromsø, 16.3.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

1. Kvalitets- og virksomhetsrapporten for februar 2015
2. Risiko og tiltak – budsjett 2015

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Februar 2015



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

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Kvalitet	3
Pakkeforløp- kreftbehandling	3
Ventelister	4
Ventetid	4
Fristbrudd.....	6
Korridorpasienter	9
Strykninger	9
Epikrisetid	9
Aktivitet.....	10
Somatisk virksomhet	10
Psykisk helsevern voksne	13
Psykisk helsevern barn og unge.....	14
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	14
Samhandling	14
Utskrivningsklare pasienter	14
Forbruksrater.....	16
Personal	17
Bemannings	17
Sykefravær.....	18
Kommunikasjon	20
Sykehuset i media.....	20
Økonomi	20
Resultat	20
Likviditet.....	24
Investeringer.....	25
Byggeprosjekter	28

Kvalitet

Pakkeforløp- kreftbehandling

Tabell 1 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp UNN HF februar 2015

Pakkeforløp	Indikatorbeskrivelse	Antall forløp	Antall innen frist	Andel innen frist
Brystkreft	Fra henvisning mottatt til start utredning.	25	25	100
Brystkreft	Fra start utredning til beslutning tas. Diagnose bekreftet.	17	16	94
Brystkreft	Fra start utredning til beslutning tas. Ingen kreftsyk	6	6	100
Brystkreft	Fra avsluttet utredning til start kirurgisk behandling.	20	9	45
Brystkreft	Fra avsluttet utredning til start medikamentell behandling.	2	1	50
Brystkreft	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	21	19	90
Brystkreft	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	2	100
Tykk og endetarmskreft	Fra henvisning mottatt til start utredning.	50	25	50
Tykk og endetarmskreft	Fra start utredning til beslutning tas. Diagnose bekreftet.	20	18	90
Tykk og endetarmskreft	Fra start utredning til beslutning tas. Annen kreftsykdom.	1	1	100
Tykk og endetarmskreft	Fra start utredning til beslutning tas. Annen sykdom.	6	6	100
Tykk og endetarmskreft	Fra start utredning til beslutning tas. Diagnose avkreftet.	16	16	100
Tykk og endetarmskreft	Fra avsluttet utredning til start kirurgisk behandling.	7	4	57
Tykk og endetarmskreft	Fra avsluttet utredning til start strålebehandling.	5	2	40
Tykk og endetarmskreft	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	7	5	71
Tykk og endetarmskreft	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	5	5	100
Prostatakreft	Fra henvisning mottatt til start utredning.	7	2	28
Prostatakreft	Fra start utredning til beslutning tas. Diagnose avkreftet.	1	1	100
Lungekreft	Fra henvisning mottatt til start utredning.	28	24	85
Lungekreft	Fra start utredning til beslutning tas. Diagnose bekreftet.	11	11	100
Lungekreft	Fra start utredning til beslutning tas. Annen sykdom.	6	6	100
Lungekreft	Fra start utredning til beslutning tas. Diagnose avkreftet.	3	2	66
Lungekreft	Fra avsluttet utredning til start kirurgisk behandling.	3	2	66
Lungekreft	Fra avsluttet utredning til start medikamentell behandling.	3	2	66
Lungekreft	Fra avsluttet utredning til start strålebehandling.	4	4	100
Lungekreft	Fra avsluttet utredning til start behandling. Overvåking.	1		
Lungekreft	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	3	3	100
Lungekreft	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	4	100
Lungekreft	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	4	4	100
Lungekreft	Fra henvisning mottatt til start behandling. Overvåking.	3		
TOTALT		291	225	77 %

Ventelister

Tabell 2 Venteliste

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter på venteliste	15 914	16 058	15 564	-494	-3
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 952	4 458	4 534	76	2
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp	10 962	11 599	11 030	-569	-5
...herav med fristbrudd	93	172	92	-80	-47
...herav med ventetid over 365 dager	713	967	1 231	264	27
Gjennomsnittlig ventetid dager	107	112	122	10	9
Ikke møtt til planlagt avtale	1 514	1 474	1 274	-200	-14

Tabell 3 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

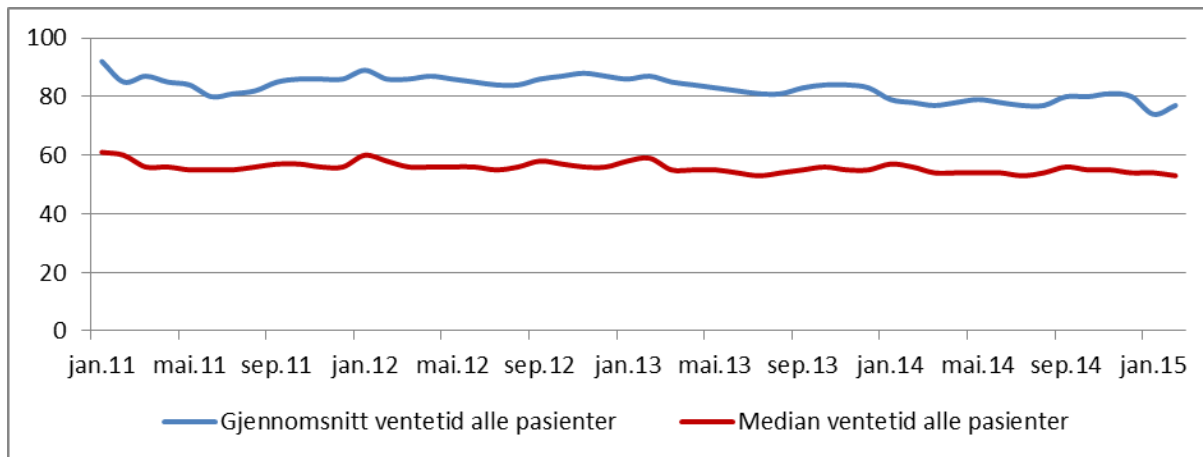
	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	9 971	9 733	9 455	-278	-3
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	4 325	4 361	4 439	78	2
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	5 646	5 372	5 016	-356	-7
...herav med fristbrudd	212	348	232	-116	-33
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	43	45	47	2	5

Ventetid

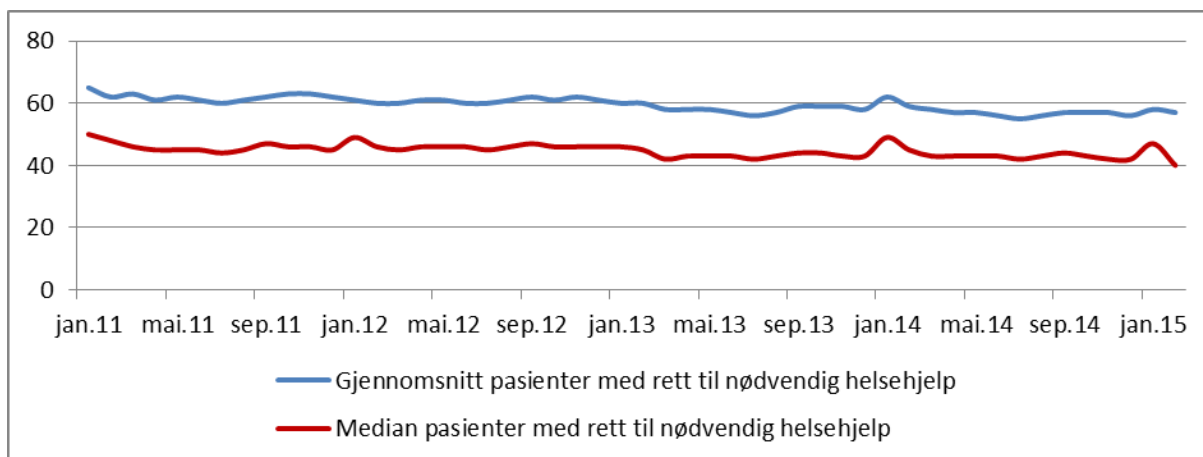
Tabell 4 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	87	78	77	-1	-1
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	60	59	57	-2	-3
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	107	93	95	2	2
Median ventetid i dager	59	56	53	-3	-5
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	45	45	40	-5	-11
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	71	69	64	-5	-7

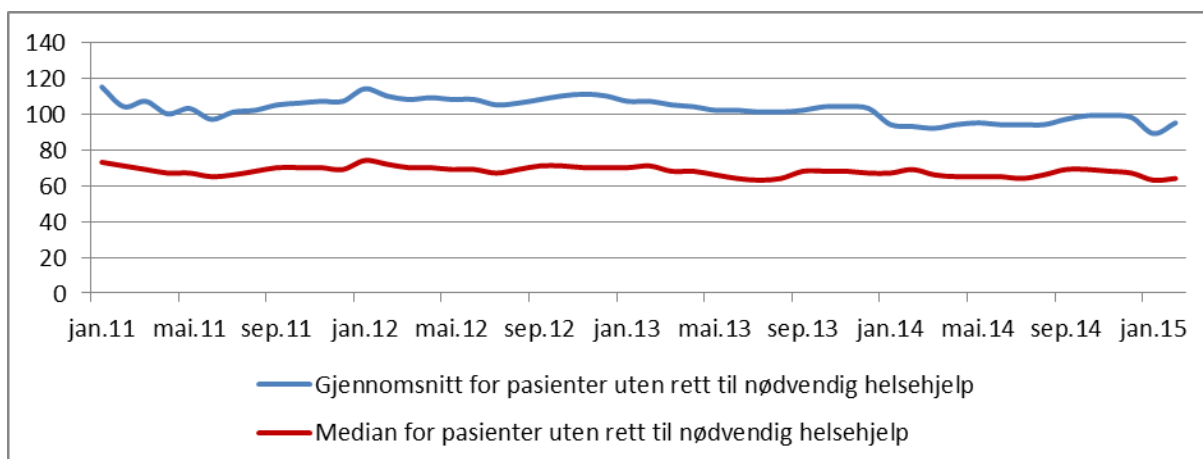
Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



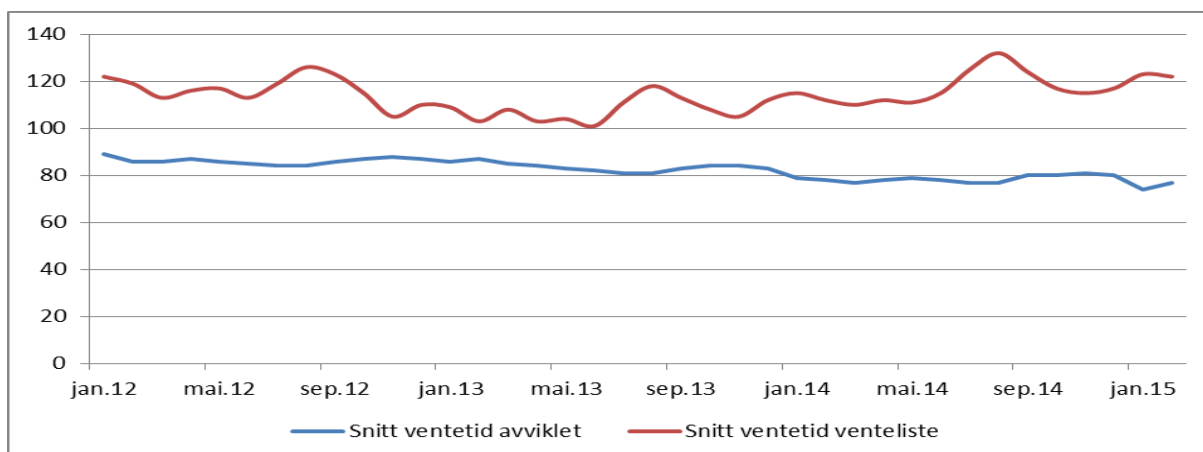
Figur 2 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter med rett til nødvendig helsehjelp



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

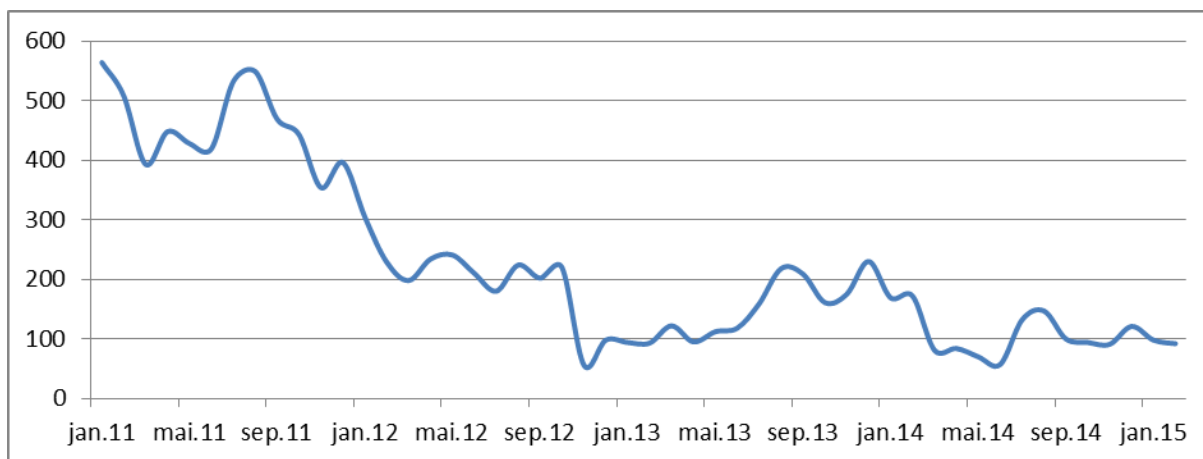


Figur 4 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avvirket fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste



Fristbrudd

Figur 5 Utvikling fristbrudd



Tabell 5 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av februar 2015

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	29	254	11
Barne- og ungdomsklinikken	8	299	3
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	26	585	4
Medisinsk klinikk	1	477	0
Nevro -, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	28	2 566	1
UNN	92	4 181	2

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

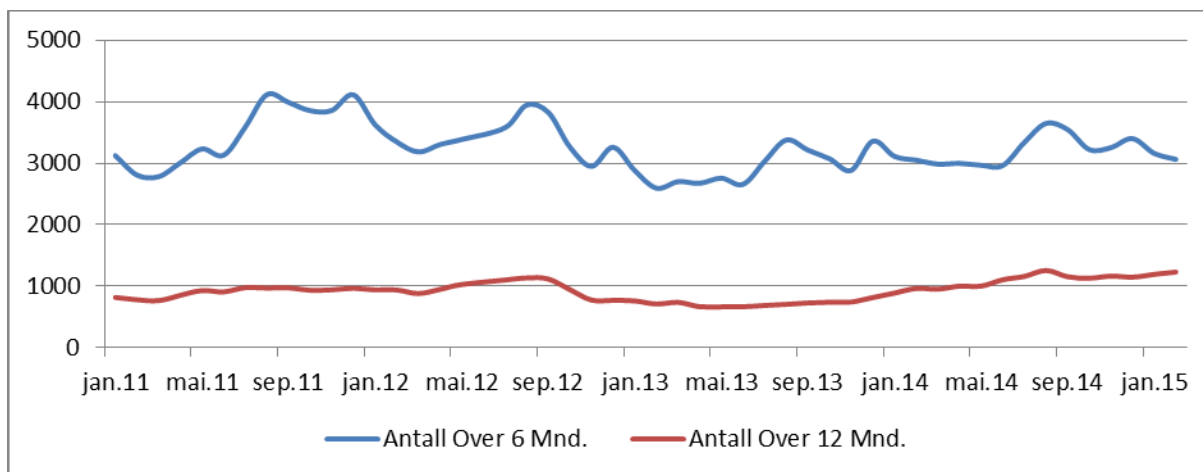
Figur 6 Prosent avviklet fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå



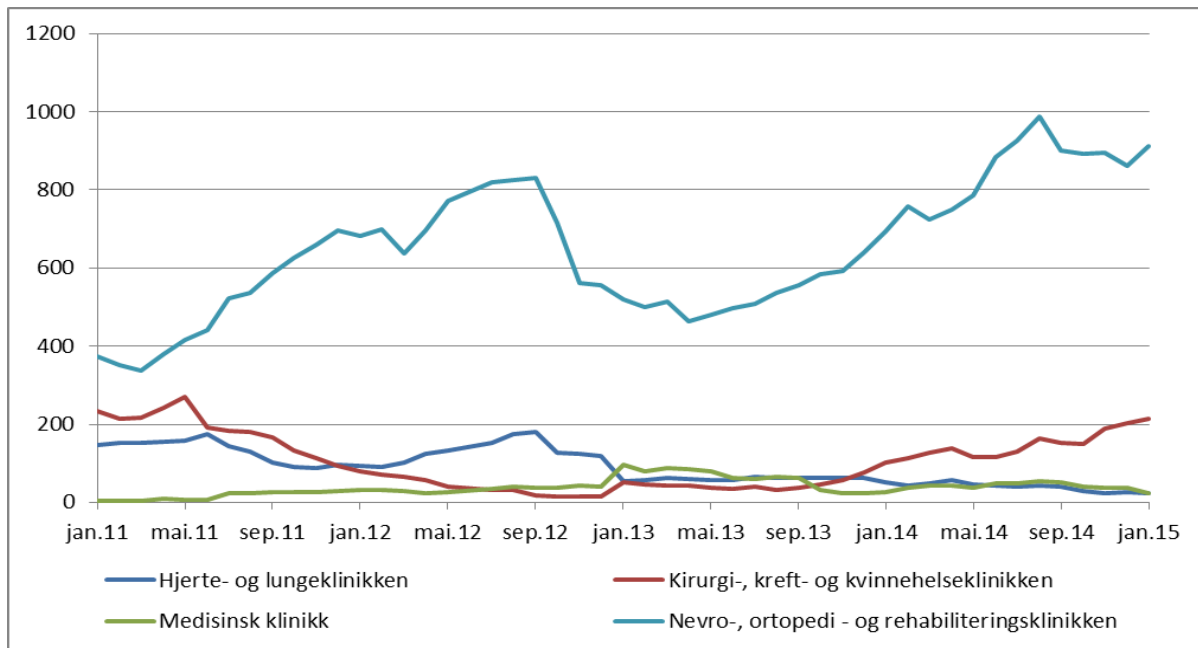
Tabell 6 Antall avviklede fristbrudd per klinikk

Klinikk	jan.15	feb.15	Endring
Barne- og ungdomsklinikken	0	4	4
Hjerte- og lungeklinikken	4	8	4
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	46	45	-1
Medisinsk klinikk	8	3	-5
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken,	54	36	-18
Psykisk helse- og rusklinikken	14	12	-2
UNN	126	108	-18

Figur 7 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 8 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



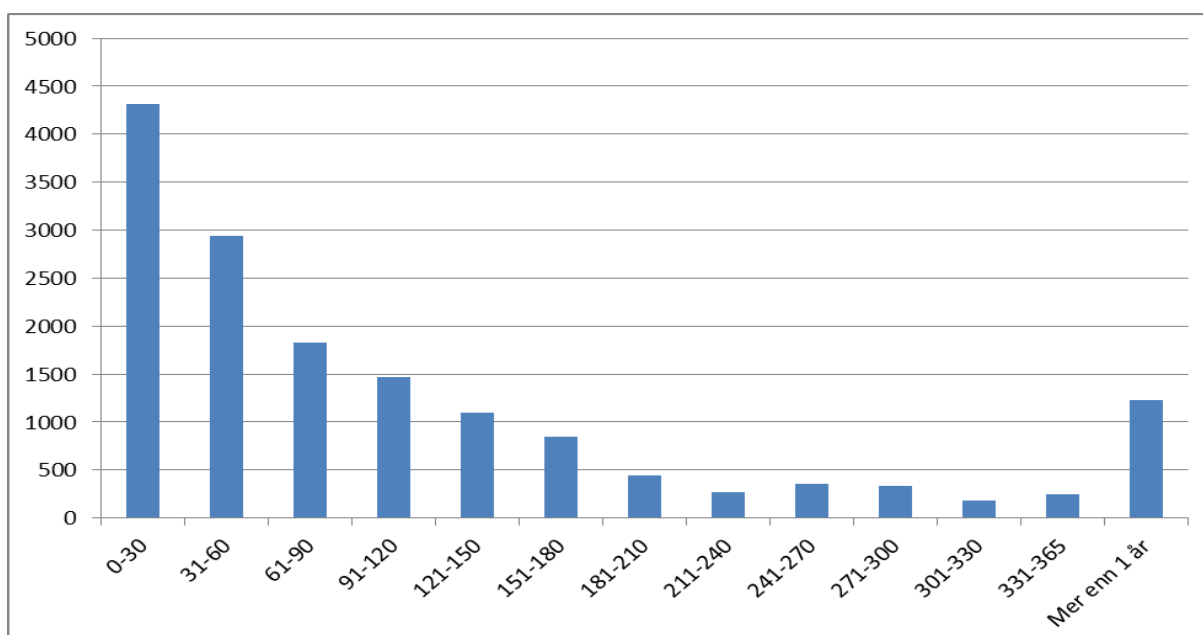
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

Tabell 7 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av februar 2015

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	3	1
Barne- og ungdomsklinikken	14	3
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	224	7
Medisinsk klinikk	22	1
Hjerte- og lungeklinikken	9	1
Nevro-, ortopedi - og rehabiliteringsklinikken	959	12
UNN	1231	8

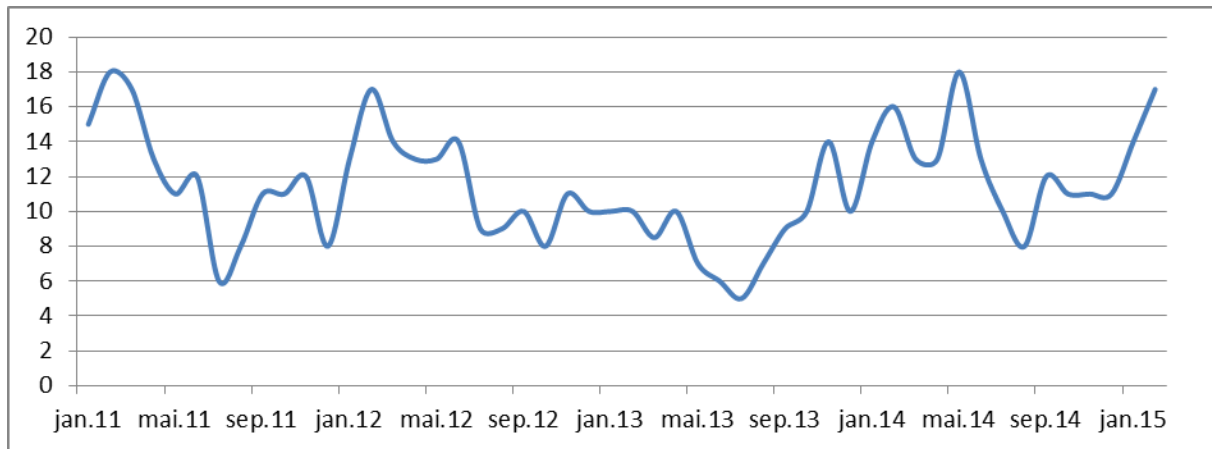
Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

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



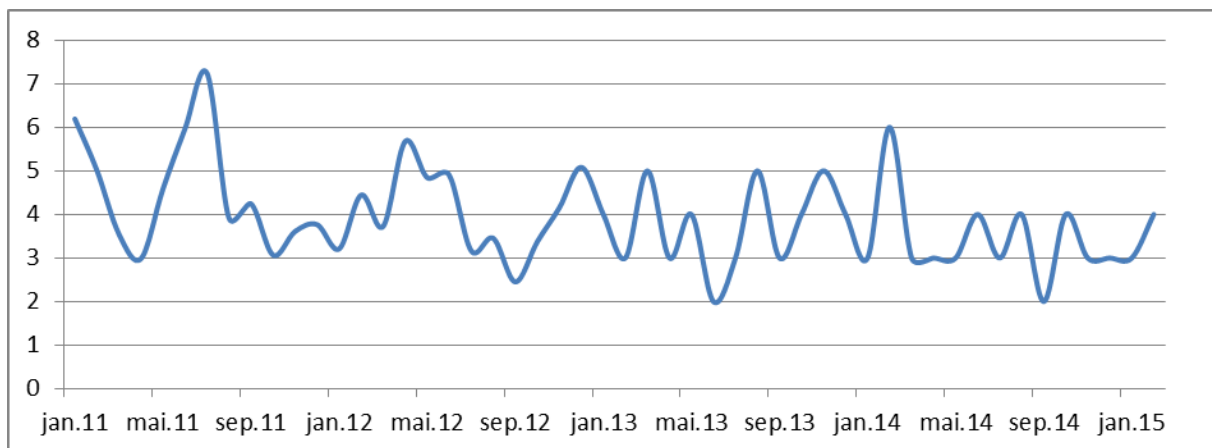
Korridorpasienter

Figur 10 Korridorpasienter- somatikk (gjennomsnitt per måned)



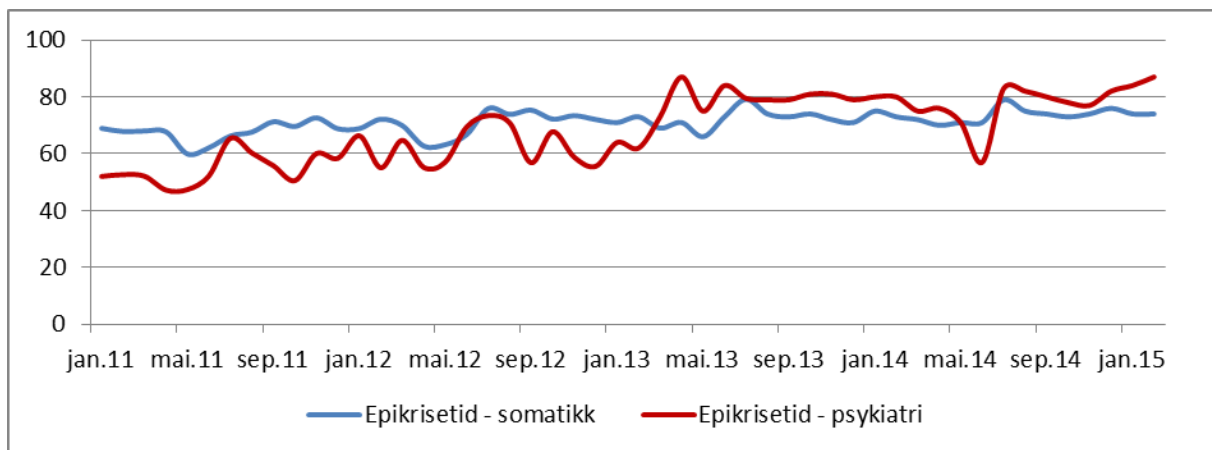
Strykninger

Figur 11 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



Epikrisetid

Figur 12 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Aktivitet

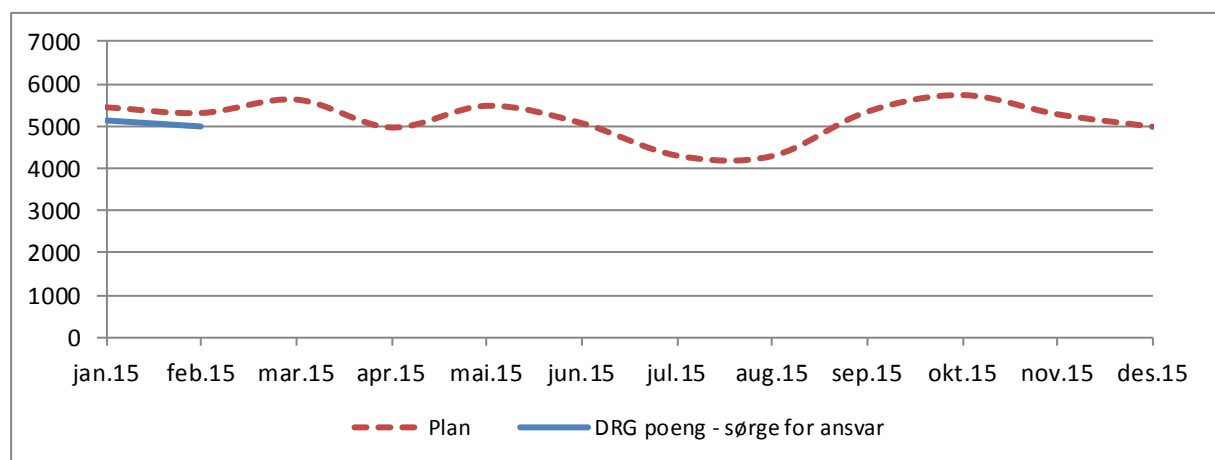
Tabell 8 Aktivitet UNN (per februar)

Aktivitet UNN HF	2013	2014	2015	Plantall 2015	Avvik fra plan 2015	
					Antall	%
Somatikk						
Utskrivelser heldøgn	6 019	6 269	5 973	6 228	-255	-4
Innlagte dagopphold	1 222	976	948	962	-14	-1
Polikliniske dagbehandlinger	4 668	4 764	4 330	5 040	-710	-14
DRG poeng (2015 logikk)	10 204	10 810	10 112	10 605	-493	-5
Liggedager i perioden	29 019	27 923	28 674	27 250	1 424	5
Polikliniske konsultasjoner	45 008	45 915	43 076	43 790	-714	-2
Herav ISF	36 765	38 201	35 440	38 038	-2 598	-7
Kontrollandel poliklinikk			32 %	32 %	0 %	0
Laboratorieanalyser	821 890	880 474	878 364	825 298	53 066	6
Røntgenundersøkelser	32 428	33 919	31 337	32 120	-783	-2
Fremmøte stråleterapi	3 021	2 316	2 223	2 320	-97	-4
Pasientkontakter	52 249	53 160	49 997	50 980	-983	-2
VOP						
Utskrivelser heldøgn	623	563	534	567	-33	-6
Liggedager i perioden	8 738	8 856	8 137	8 187	-50	-1
Polikliniske konsultasjoner	10 214	10 596	10 590	11 210	-620	-6
Pasientkontakter	10 837	11 159	11 124	11 777	-653	-6
BUP						
Utskrivelser heldøgn	25	32	35	37	-2	-4
Liggedager i perioden	424	506	685	474	211	44
Polikliniske konsultasjoner	4 742	5 270	4 516	5 244	-728	-14
Pasientkontakter	4 767	5 302	4 551	5 281	-730	-14
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)						
Utskrivelser heldøgn	116	118	117	123	-6	-5
Liggedager i perioden	3 709	3 447	3 266	3 557	-291	-8
Polikliniske konsultasjoner	1 792	1 654	2 182	2 002	180	9
Pasientkontakter	1 908	1 772	2 299	2 125	174	8

DRG poeng - sørge for ansvar.

Somatisk virksomhet

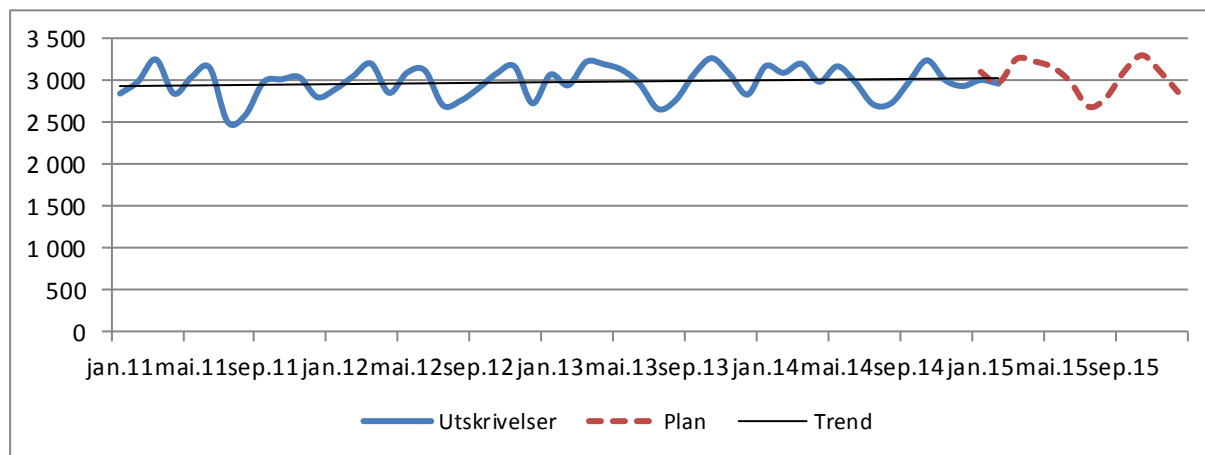
Figur 13 DRG poeng UNN 2015



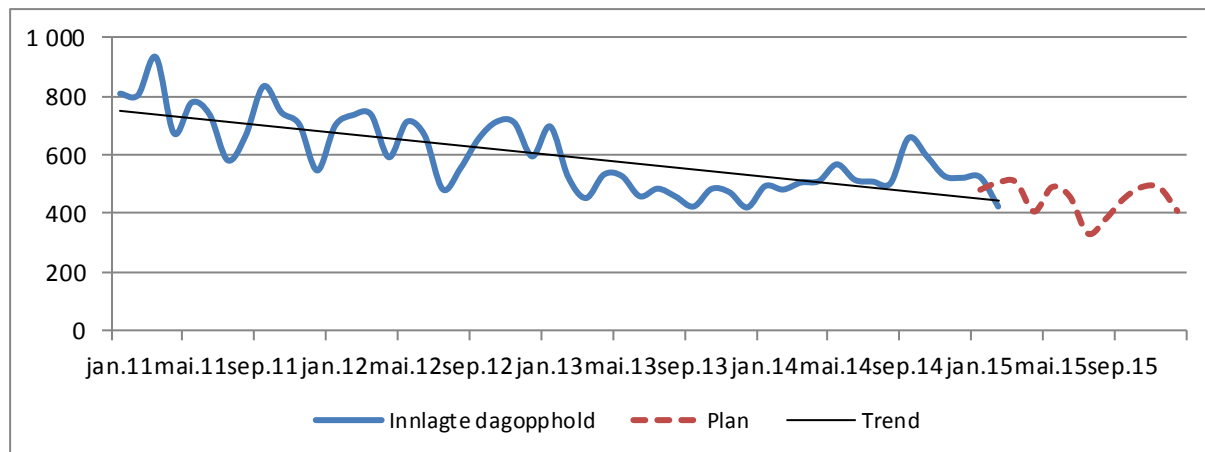
Figur 14 DRG poeng per klinikk 2015

Klinikk	Plan	Faktisk	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	251	220	-31
Barne- og ungdomsklinikken	472	536	64
Hjerte- og lungeklinikken	1 977	1 678	-300
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	2 848	2 689	-159
Medisinsk klinikk	1 904	1 849	-55
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	3 084	2 936	-148
Operasjons- og intensivklinikken	69	59	-10
Totalt	10 605	9 967	-638

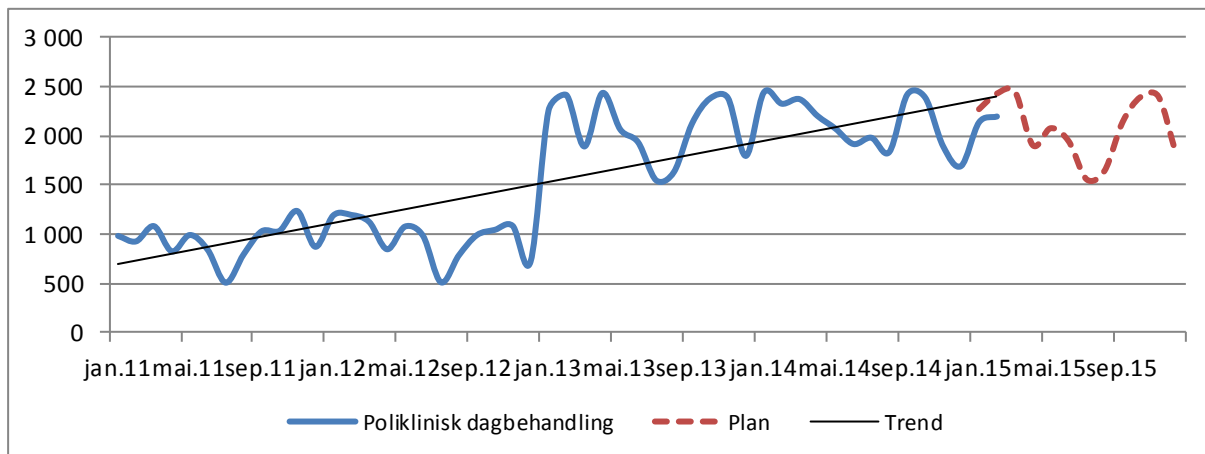
Figur 15 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



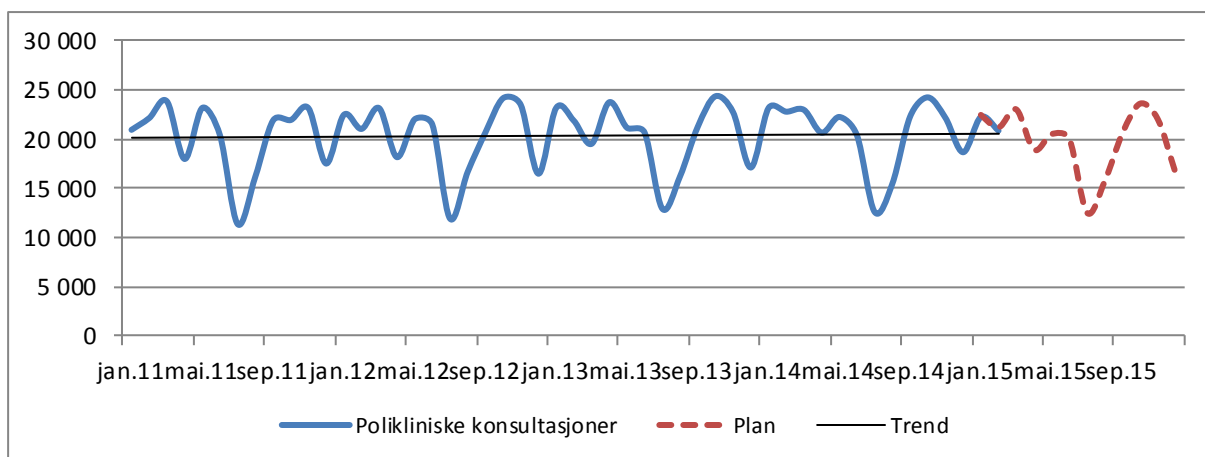
Figur 16 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



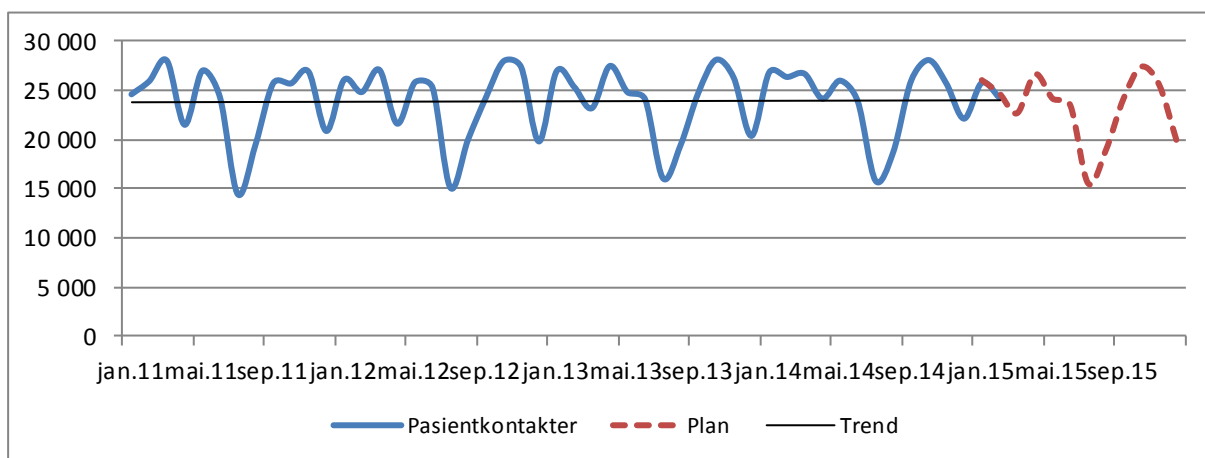
Figur 17 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



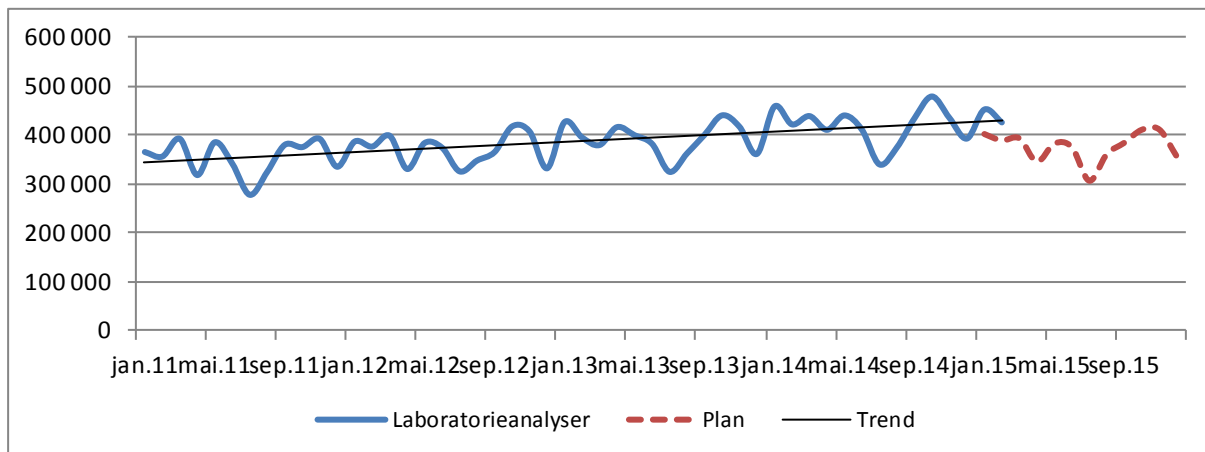
Figur 18 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



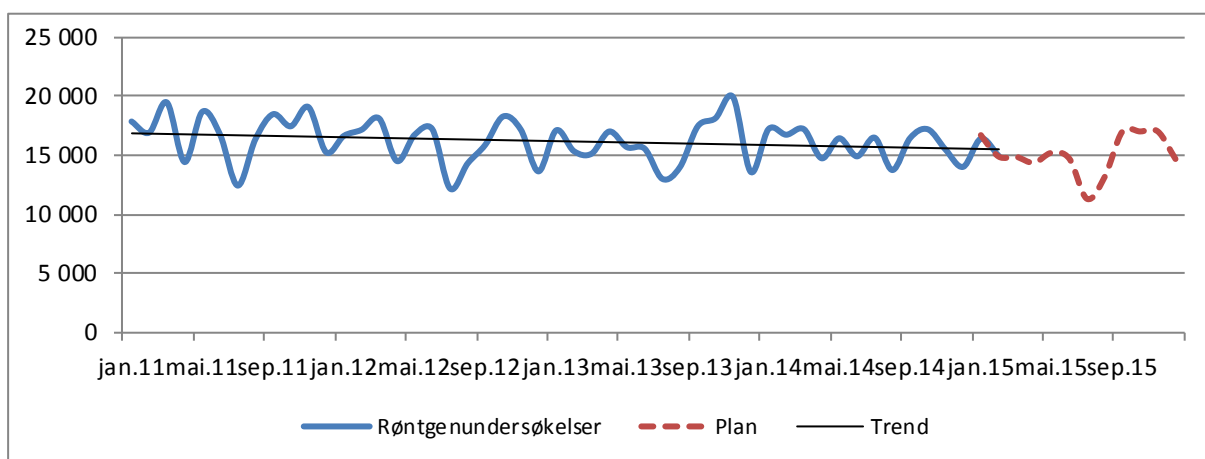
Figur 19 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 20 Laboratorieanalyser

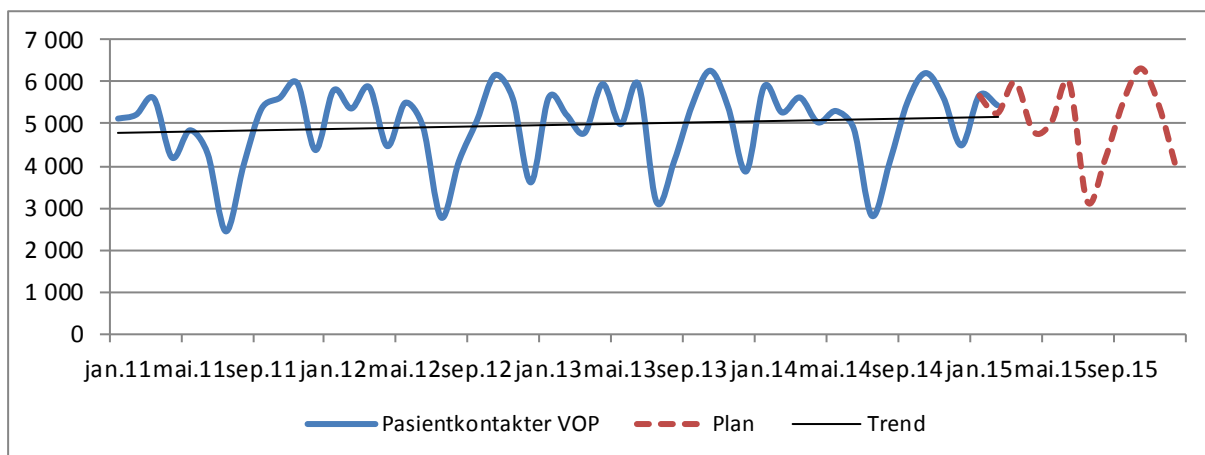


Figur 21 Røntgenundersøkelser



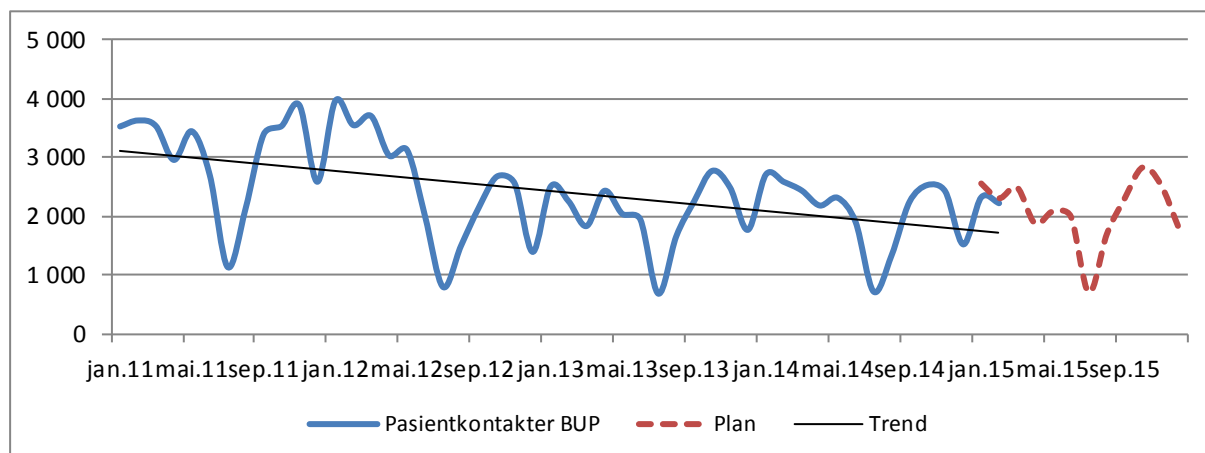
Psykisk helsevern voksne

Figur 22 Pasientkontakter – VOP



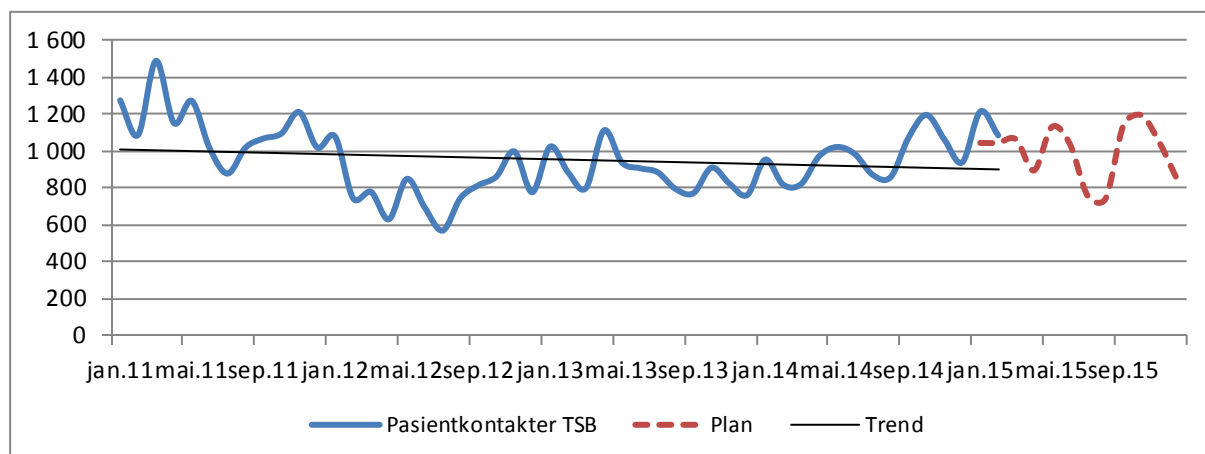
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 23 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 24 Pasientkontakter- TSB

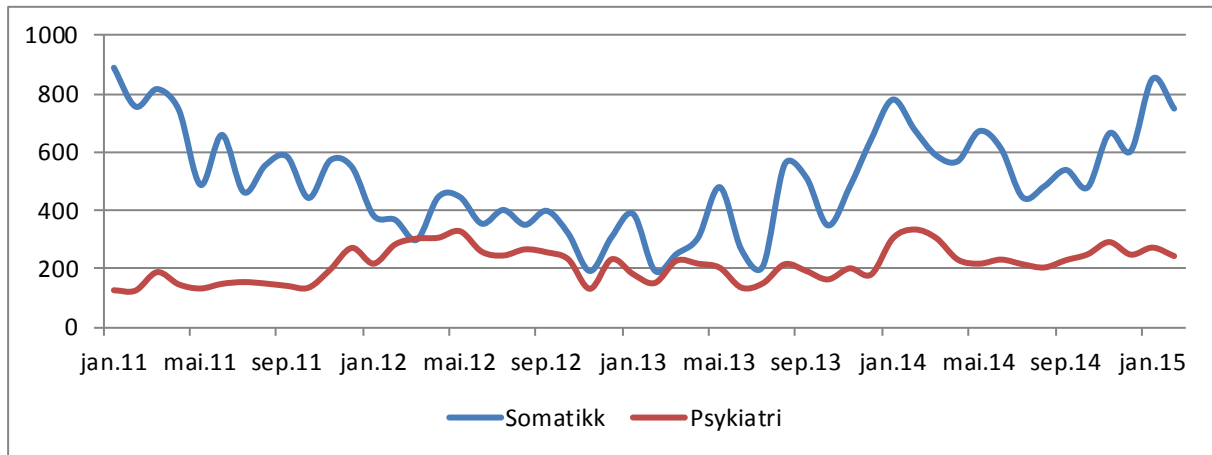


Samhandling

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 25 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykiatri



Tabell 9 Utskrivningsklare pasienter per kommune – somatikk

Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-feb	Utskrivningsklare opphold jan-feb	Utskrivningsklare døgn jan-feb pr 1000 innbyggere
GRATANGEN	22	6	19
NARVIK	242	57	13
TROMSØ	860	107	12
SALANGEN	26	7	12
BARDU	39	5	10
DYRØY	11	2	10
HARSTAD	190	119	8
KARLSØY	15	3	7
TRANØY	9	3	6
LENVIK	59	17	5
LØDINGEN	10	10	5
IBESTAD	6	7	4
TJELDSUND	5	4	4
SKÅNLAND	11	11	4
STORFJORD	6	2	3
SKJERVØY	9	4	3
BALLANGEN	8	6	3
NORDREISA	15	5	3
BALSFJORD	14	5	2
EVENES	3	3	2
LYNGEN	6	2	2
SØRREISA	7	3	2
KVÆFJORD	6	6	2
MÅLSELV	8	5	1
TORSKEN	1	1	1
LAVANGEN	1	1	1
TYSFJORD	1	1	1
KÅFJORD	1	1	0
Totalt	1 591	403	8

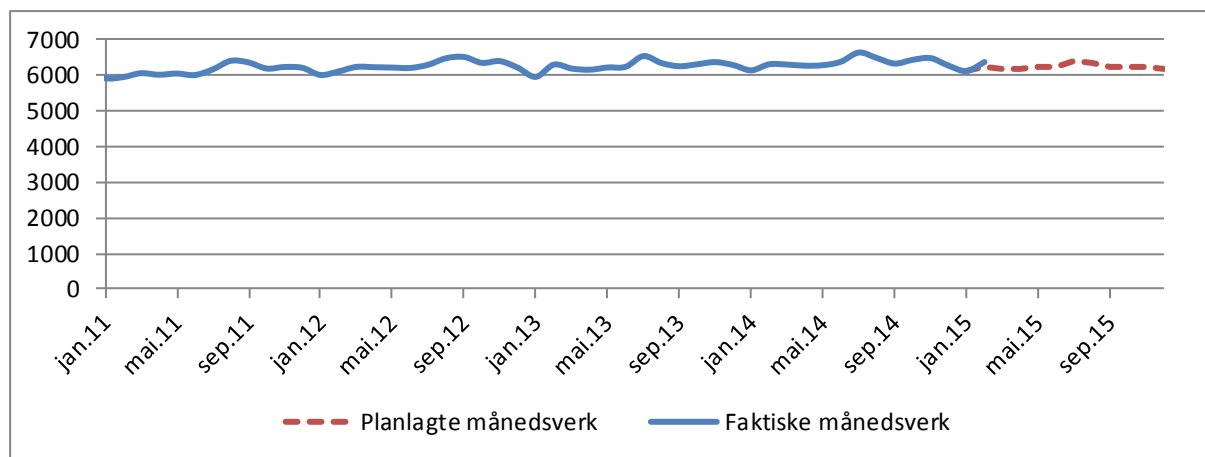
Forbruksrater

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.

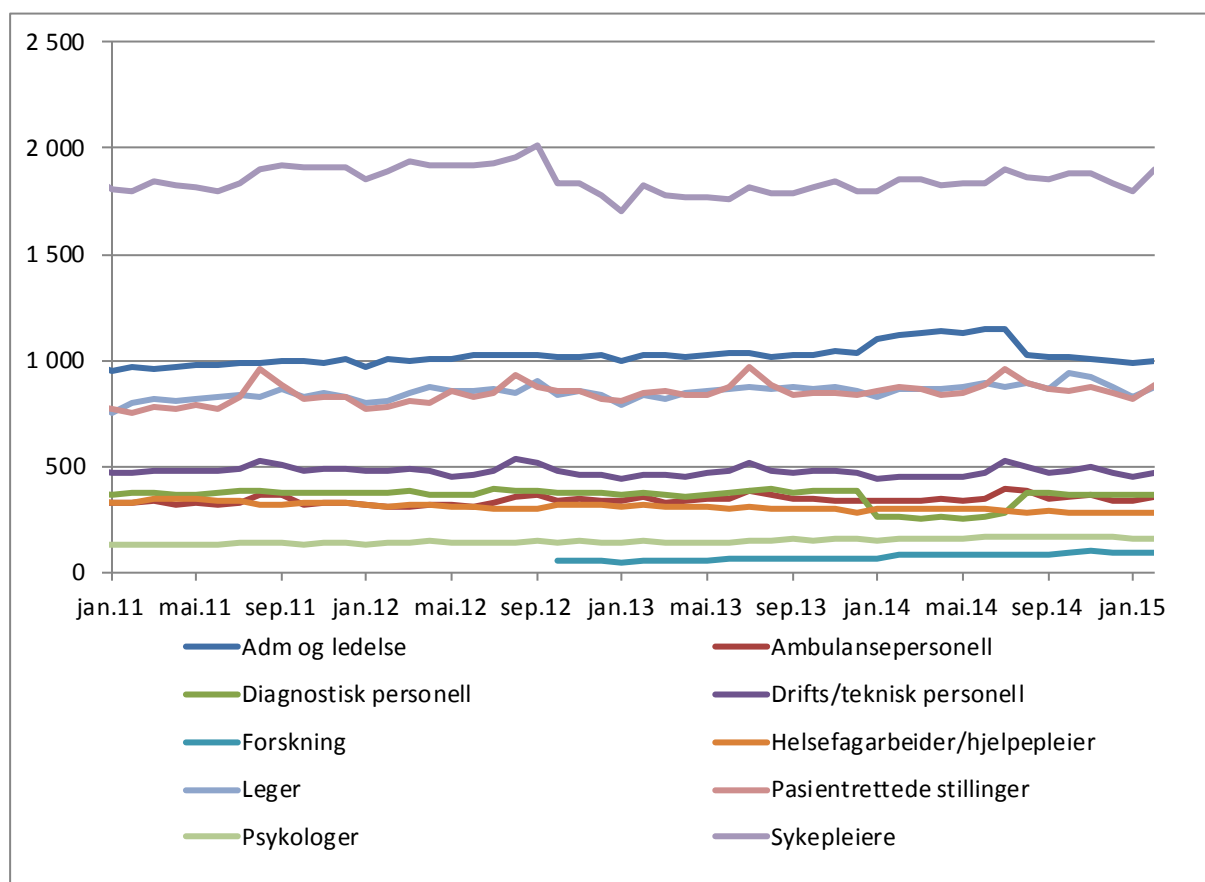
Personal

Bemanning

Figur 26 Brutto utbetalte månedsverk 2011-2015

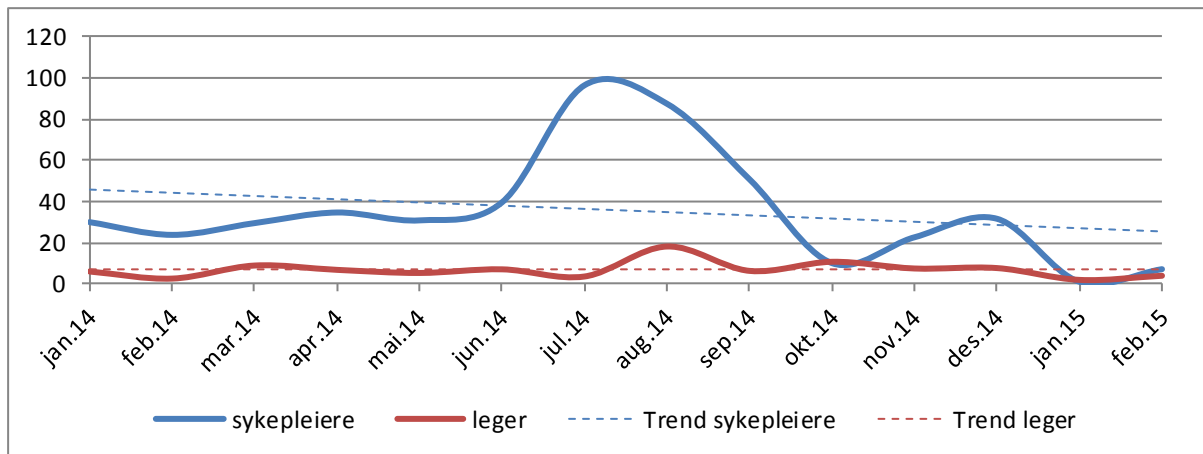


Figur 27 Brutto utbetalte månedsverk per profesjon 2011-2015



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger per måned

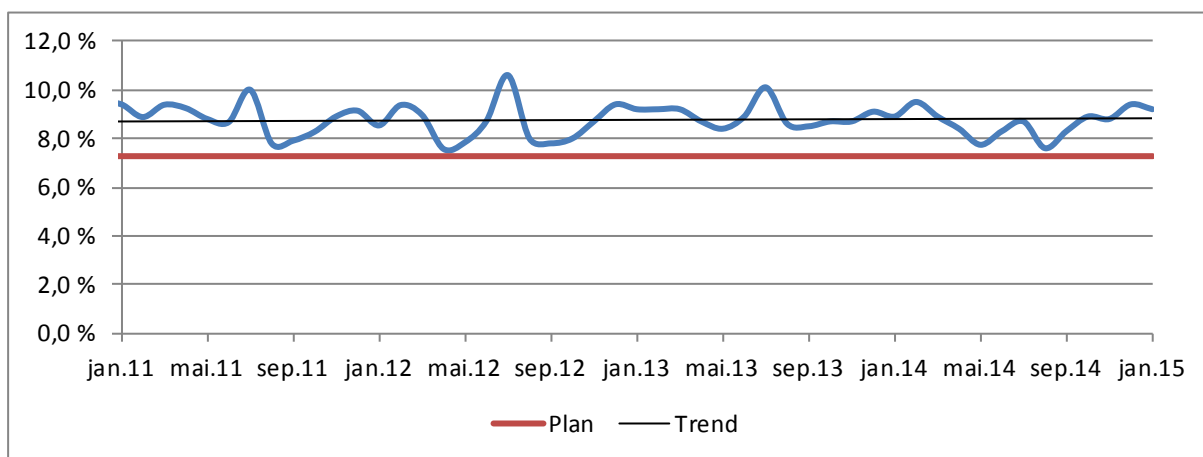


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

Det korte sykefraværet (1-16 dager) har i januar en økning på 0,3 prosentpoeng, mens det mellomlange sykefraværet (17-56 dager) har en reduksjon på 0,2 prosentpoeng. Langtidsfraværet (>56 dager) har en reduksjon på 0,1 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i januar 344 ansatte borte fra jobb på grunn av sykdom i UNN HF.

Figur 29 Sykefravær 2010-2014



Tabell 10 Sykefravær per klinikk i januar og gjennomsnittlig sykefravær siste 12 måneder

Klinikk	Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd	Sykefravær jan 2015
Akuttmedisinsk klinikk	9,6	8,3
Longyearbyen sykehus	0,8	1,1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,6	8,2
Hjerte og lungeklinikken	9,0	9,4
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8,0	8,6
Medisinsk klinikk	8,5	9,5
Barne- og ungdomsklinikken	8,5	10,5
Operasjons- og intensivklinikken	9,0	8,9
Psykisk helse- og rusklinikken	10,3	11,1
Diagnostisk klinikk	7,7	8,0
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	8,9	10,3
Drift og eiendomsenteret	10,6	10,7
Stabsenteret	6,9	7,3
Fag- og forskningssenteret	9,1	11,5
Turnusleger, raskere tilbake	3,7	4,1
Totalt	8,7	9,2

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Dette parameteret er under utvikling.

Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i desember 2014 vært registrert totalt 511 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 204 graderte. Det tilsvarer en andel på 39,9 % graderte sykemeldinger. Andelen er lavere enn i forrige mnd (44,3 %).

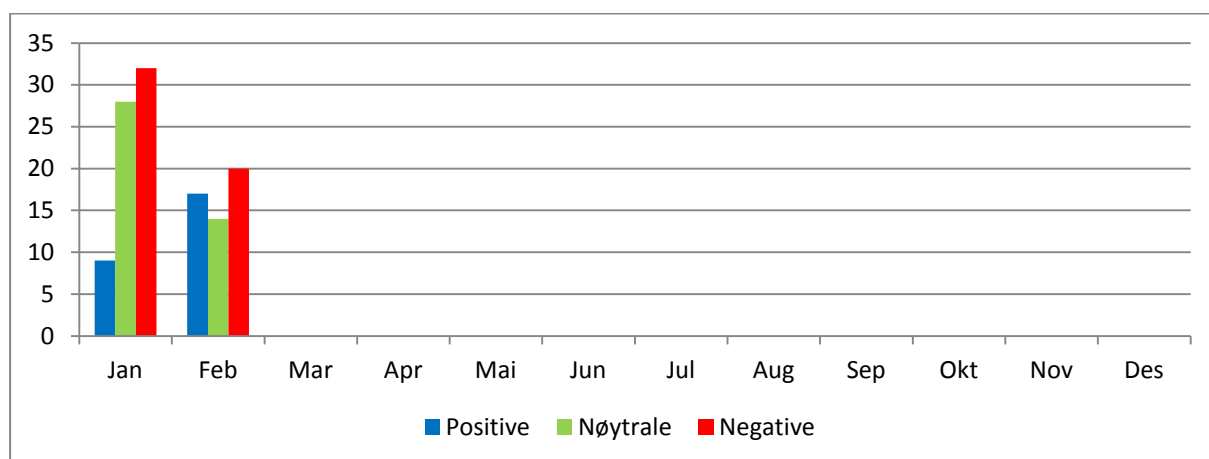
Gradert sykmelding er en hovedstrategi i IA-arbeidet. Partene i IA-avtalen, dvs. myndighetene, arbeidsgiversida og arbeidstakersida har satt mål om at 50 % av sykemeldingene skal være gradert.

Kommunikasjon

Sykehuset i media

Nyheten om at avdelingsleder Jan Norum ved røntgenavdelingen har sagt opp jobben, blir omtalt ganske bredt i media. På den positive siden får Pingvinrevyen god omtale i flere nordnorske aviser, mens nyhetssaken om Trond Mohns bidrag til PET-senteret i Tromsø også får mange oppslag basert på pressemelding fra UNN. Artikler relatert til fremtidig ambulanseberedskap i UNN står for 12 av 20 artikler med negativ innfallsvinkel i februar.

Figur 30 Mediestatistikk per februar 2015

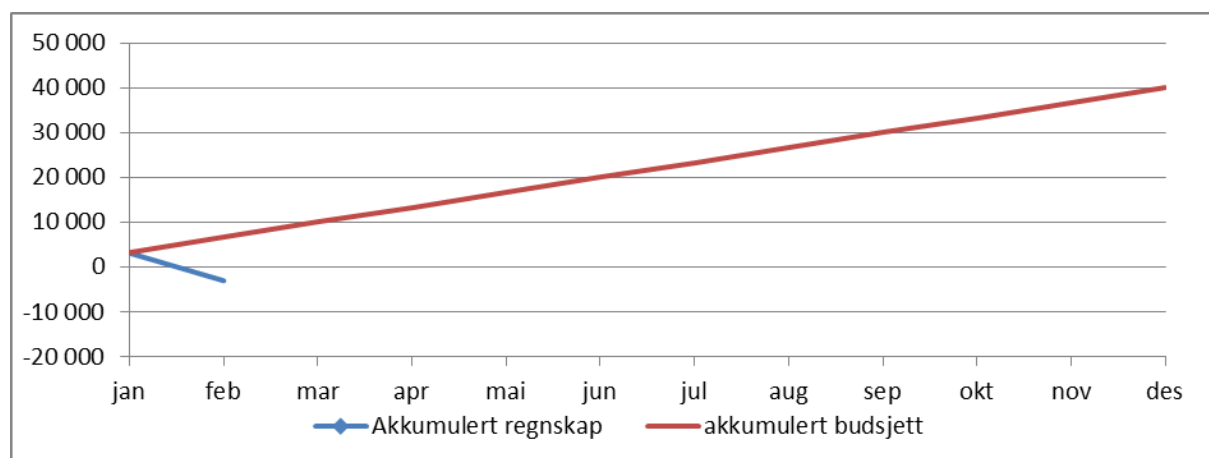


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2015



For 2015 har UNN et overskuddskrav på 40 mill kr. Det er budsjettert med 3,3 mill kr i overskudd per måned. For februar er det et regnskapsmessig avvik på -3,1 mill kr som gir et budsjettavvik på -6,4 mill kr. Akkumulert per februar er det et budsjettavvik på -6,6 mill kr. Inntektssiden har et negativt avvik på 9,7 mill kr i februar. Av dette utgjør ISF-inntekter -8,4 mill kr. Driftskostnadene er samlet sett 2,1 mill kr lavere enn budsjettert. Finanspostene har et positivt avvik på 1,2 mill kr.

Tabell 11 Resultatregnskap februar 2015

Resultatrapportering	Februar				Akkumulert per Februar				Februar	
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Endring ift 2014	Endring i %
Basisramme	398,3	398,5	-0,1	0 %	815,2	815,2	-0,1	0 %	116,6	17 %
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	0 %	6,0	6,0	0,0	0 %	1,5	35 %
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	106,9	112,6	-5,7	-5 %	211,7	220,2	-8,5	-4 %	39,7	23 %
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	-38,9	-100 %
Samlet ordinær ISF-inntekt	106,9	112,6	-5,7	-5 %	211,7	220,2	-8,5	-4 %	0,8	0 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	4,4	7,1	-2,7	-38 %	10,3	15,9	-5,5	-35 %	-2,9	-22 %
Gjestepasientinntekter	3,0	2,4	0,5	22 %	5,8	4,9	0,9	19 %	2,3	68 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rø)	19,0	15,8	3,2	21 %	36,2	31,8	4,4	14 %	2,2	6 %
Utskrivningsklare pasienter	2,1	1,0	1,1	105 %	4,3	2,0	2,3	116 %	0,2	5 %
Inntekter "raskere tilbake"	1,9	1,1	0,8	72 %	3,6	2,2	1,4	65 %	0,2	5 %
Andre øremerkede tilskudd	17,2	26,9	-9,7	-36 %	31,9	43,3	-11,5	-26 %	-5,0	-14 %
Andre driftsinntekter	25,7	22,8	2,9	13 %	47,5	46,2	1,3	3 %	-3,8	-7 %
Sum driftsinntekter	581,4	591,2	-9,7	-2 %	1 172,5	1 187,7	-15,2	-1 %	112,1	11 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,5	15,2	1,3	9 %	32,0	30,3	1,7	6 %	2,3	8 %
Kjøp av private helsetjenester	4,7	5,0	-0,3	-6 %	8,0	9,3	-1,2	-13 %	1,5	23 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	61,8	58,7	3,1	5 %	123,8	117,7	6,1	5 %	2,3	2 %
Innleid arbeidskraft	2,5	2,2	0,3	14 %	2,6	4,2	-1,6	-38 %	-2,8	-52 %
Lønn til fast ansatte	276,5	306,4	-29,8	-10 %	572,0	613,2	-41,2	-7 %	37,8	7 %
Overtid og ekstrahjelp	35,9	10,8	25,1	233 %	57,7	20,8	36,9	177 %	13,5	31 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	77,2	77,2	0,0	0 %	154,6	154,6	0,0	0 %	33,9	28 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-19,7	-19,3	-0,4	2 %	-36,8	-38,5	1,6	-4 %	1,6	-4 %
Annen lønnskostnad	26,9	24,0	2,9	12 %	51,2	48,4	2,8	6 %	-0,4	-1 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	322,1	324,0	-1,9	-1 %	646,7	648,2	-1,5	0 %	49,6	8 %
Avskrivninger	21,7	21,7	0,0	0 %	43,4	43,4	0,0	0 %	2,4	6 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0 %
Andre driftskostnader	81,8	86,2	-4,4	-5 %	165,1	177,8	-12,6	-7 %	-4,2	-2 %
Sum driftskostnader	585,8	587,9	-2,1	0 %	1 173,6	1 181,3	-7,7	-1 %	87,9	8,1 %
Driftsresultat	-4,4	3,2	-7,6	-236 %	-1,1	6,4	-7,6	-118 %	24,2	96 %
Finansinntekter	1,4	0,1	1,3		1,4	0,3	1,2		-1,5	51 %
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1		0,2	0,0	0,2		0,1	44 %
Finansresultat	1,3	0,1	1,2		1,2	0,2	0,9		-1,5	56 %
Ordinært resultat	-3,1	3,3	-6,4	-192 %	0,1	6,7	-6,6	-99 %	22,6	100 %

Tabell 12 Resultatregnskap februar 2015, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering	Februar, ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Februar, ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	398,3	398,5	-0,1	815,2	815,2	-0,1
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	6,0	6,0	0,0
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	106,9	112,6	-5,7	211,7	220,2	-8,5
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Samlet ordinær ISF-inntekt	106,9	112,6	-5,7	211,7	220,2	-8,5
ISF av legemidler utenfor sykehus	4,4	7,1	-2,7	10,3	15,9	-5,5
Gjesteopasientinntekter	3,0	2,4	0,5	5,8	4,9	0,9
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rø)	19,0	15,8	3,2	36,2	31,8	4,4
Utskrivningsklare pasienter	2,1	1,0	1,1	4,3	2,0	2,3
Inntekter "raskere tilbake"	1,9	1,1	0,8	3,6	2,2	1,4
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	25,7	22,8	2,9	47,5	46,2	1,3
Sum driftsinntekter	564,2	564,3	0,0	1 140,6	1 144,4	-3,8
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,5	15,2	1,3	32,0	30,3	1,7
Kjøp av private helsetjenester	4,6	4,9	-0,3	8,0	9,2	-1,2
Varekostnader knyttet til aktivitet	61,2	57,7	3,5	122,6	116,0	6,5
Innleid arbeidskraft	2,5	2,2	0,3	2,6	4,2	-1,6
Lønn til fast ansatte	267,6	292,5	-24,8	555,6	590,8	-35,3
Overtid og ekstrahjelp	33,9	7,7	26,2	54,0	15,8	38,2
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	75,0	73,7	1,3	150,5	149,1	1,4
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-19,1	-18,3	-0,8	-35,7	-36,9	1,2
Annen lønnskostnad	25,7	22,2	3,6	49,0	45,4	3,5
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	310,7	306,1	4,5	625,5	619,4	6,1
Avskrivninger	21,7	21,7	0,0	43,4	43,4	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	78,9	81,7	-2,8	159,8	170,5	-10,7
Sum driftskostnader	568,6	561,1	7,5	1 141,7	1 137,9	3,8
Driftsresultat	-4,4	3,2	-7,6	-1,1	6,4	-7,6
Finansinntekter	1,4	0,1	1,3	1,4	0,3	1,2
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2
Finansresultat	1,3	0,1	1,2	1,2	0,2	0,9
Ordinært resultat	-3,1	3,3	-6,4	0,1	6,7	-6,6

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

Inntekter

- -8,4 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- +3,2 mill kr polikliniske inntekter
- +1,1 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +2,9 mill kr Andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -3,5 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -1,3 mill kr kjøp av helsetjenester
- -4,5 mill kr lønn (+24,8 mill kr fast lønn, -26,5 mill kr variabel lønn)
- +2,8 mill kr andre driftskostnader

De viktigste avvikene akkumulert per februar er (ekskl. eksternfinansert virksomhet):

Inntekter

- -14,1 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- +4,4 mill kr polikliniske inntekter
- +2,3 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +1,3 mill kr Andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -6,5 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet (-5,5 mill kr TNF-hemmere)
- -0,5 mill kr kjøp av helsetjenester
- -6,1 mill kr lønn (+35,3 mill kr fast lønn, -36,6 mill kr variabel lønn)
- +10,7 mill kr andre driftskostnader

Tabell 13 Funksjonsregnskap for februar

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert per februar							
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år
Somatikk	336,6	334,9	618,7	672,4	666,8	5,5	8,7 %
Somatikk, (re-hab)	25,1	24,1	44,1	50,2	49,2	1,0	14,0 %
Lab/rtg	71,8	73,3	136,8	148,1	148,8	(0,6)	8,3 %
Somatikk inkl lab/rtg	433,5	432,3	799,6	870,7	864,8	5,9	8,9 %
VOP, sykehus og annen beh	32,6	34,5	63,4	67,2	70,6	(3,4)	6,0 %
VOP, DPS og annen beh	33,1	34,1	62,2	67,9	70,2	(2,3)	9,3 %
BUP	14,2	14,9	27,3	28,7	30,6	(1,8)	5,1 %
Psykisk helse	79,8	83,4	152,9	163,9	171,4	(7,6)	7,2 %
RUS, behandling	19,0	18,4	35,5	35,8	38,1	(2,4)	0,8 %
Rusomsorg	19,0	18,4	35,5	35,8	38,1	(2,4)	0,8 %
Ambulansse	32,3	31,5	58,9	65,9	65,0	0,9	11,8 %
Pasienttransport	19,2	18,1	34,7	34,6	35,9	(1,3)	-0,4 %
Prehospitale tjenester	51,4	49,6	93,7	100,5	100,9	(0,5)	7,3 %
Administrasjon (skal være 0 på HF)	-	0,0	(0,0)	-	0,0	(0,0)	-100,0 %
Personalboliger, barnehager	1,2	0,7	3,7	2,0	1,9	0,1	-46,2 %
Personal	1,2	0,7	3,7	2,0	1,9	0,1	-46,2 %
Sum driftskostnader	585,1	584,4	1 085,3	1 172,8	1 177,3	(4,5)	8,1 %

Tabell 14 Resultat per klinikk (beløp i mill kr)

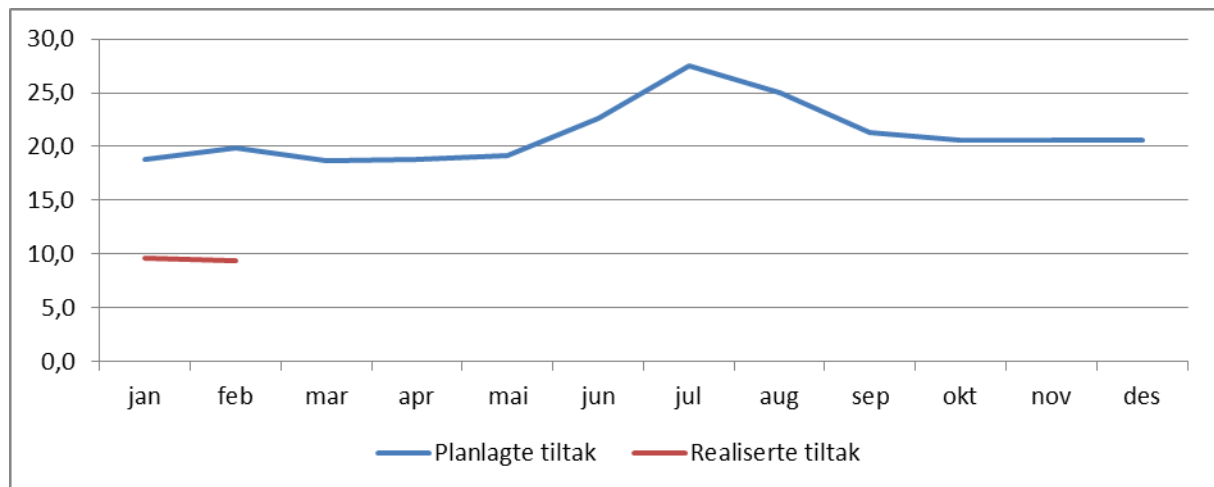
Klinikk, økonomiske tall i mill kr	Februar			Akkumulert per februar		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Totalt 10 - Akuttmedisinsk klinikk	29,4	27,8	-1,6	59,4	56,0	-3,4
Totalt 11 - Longyearbyen sykehus	1,0	2,5	1,5	3,5	4,9	1,3
Totalt 12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18,6	13,8	-4,8	33,3	25,6	-7,7
Totalt 13 - Hjerter- lungeklinikken	15,5	12,2	-3,3	29,6	21,6	-8,0
Totalt 15 - Medisinsk klinikk	20,3	20,3	0,0	39,9	37,9	-2,0
Totalt 14 - Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	29,1	22,9	-6,2	50,2	40,6	-9,6
Totalt 17 - Barne- og ungdomsklinikken	16,5	16,3	-0,2	31,1	32,6	1,5
Totalt 18 - Operasjons- og intensivklinikken	56,1	54,4	-1,7	106,2	102,0	-4,2
Totalt 20 - Psykisk helse- og rusklinikken	59,5	58,0	-1,4	116,1	116,5	0,4
Totalt 30 - Diagnostisk klinikk	44,9	44,7	-0,2	91,3	89,2	-2,1
Totalt 40 - Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	6,8	6,5	-0,3	14,4	13,1	-1,3
Totalt 45 - Drifts- og eiendomssenter	49,7	52,2	2,5	98,8	102,3	3,5
Totalt 52 - Stabsenteret	13,2	13,9	0,8	26,3	27,9	1,6
Totalt 54 - Fag- og forskningssenter	4,7	3,2	-1,4	9,2	9,8	0,6
Totalt 62 - Fellesinntekter/-kostnader	-362,9	-353,7	9,3	-710,1	-688,1	21,9
UNN Totalt	3,1	-3,3	-6,4	-0,1	-6,7	-6,6

Prognose

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

Gjennomføring av tiltak

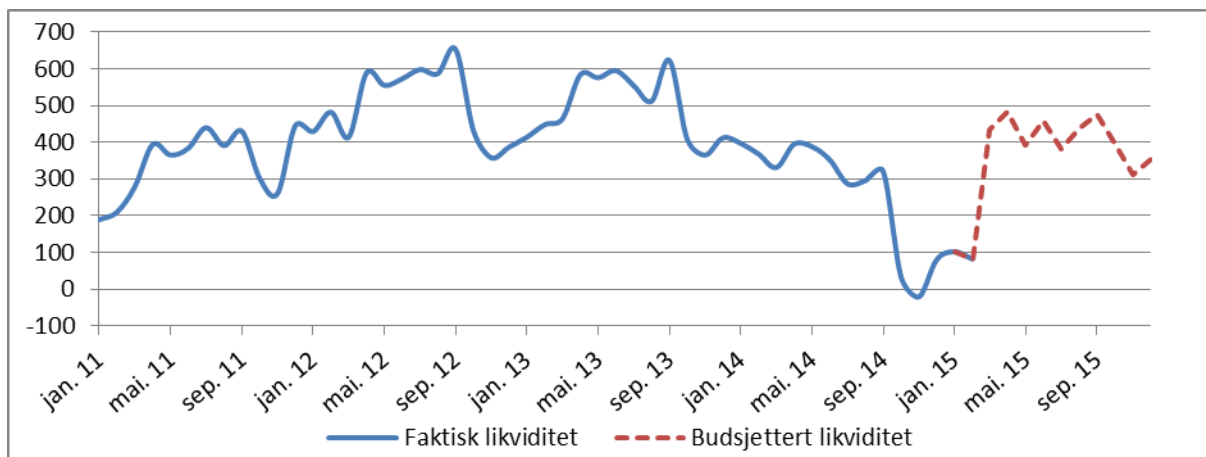
Figur 32 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I februar er det realisert en økonomisk effekt på 9,3 mill kr. Akkumulert hittil er det beregnet en økonomisk effekt på 18,9 mill kr, som utgjør en gjennomføringsgrad på 49 %.

Likviditet

Figur 33 Likviditet



UNN har per utgangen av februar en likviditet på 82 mill kr. Det er forventet en økning i likviditeten i mars måned som en følge av utbetaling av låneopptak i forbindelse med A-fløy. I tillegg er innstilling til vedtak i RHF's styresak 31-2015 *Budsjett 2015- Justering av rammer nr 1* at Helse Nord RHF styrker egenkapitalen og likviditeten til HF'ene for å redusere behovet for interne lån mellom RHF'et og helseforetakene. Prognosen for likviditet ved utgangen av 2015 er på 352 mill kr, i henhold til budsjett, forutsatt at styret i RHF vedtar likviditetsstyrkingen.

Investeringer

Tabell 15 Investeringer (tall i 1000 kr)

	Sum investert 2014	Investerings ramme overført til 2015	Investerings ramme 2015	Disponibel investerings ramme	Investert januar 2015	Investert februar 2015	Sum investert 2015	Rest-forpliktelser (godkjent 2014)	Rest disponibel investerings ramme
Investeringer, tall i mill kr									
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter	184,1	-10,0	124,0	114,0	1,0	9,3	10,3		103,7
A-fløy inkl alle underprosjekter	115,5	84,1	290,0	374,1	22,5	28,3	50,8		323,3
PET-senter inkl alle underprosjekter	14,4	-24,3	163,0	138,7	0,4	0,4	0,8		137,9
Nytt sykehus Narvik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
SUM Nybygg	314,0	49,8	577,0	626,8	23,9	38,0	61,8		565,0
Åsgård inkl alle underprosjekter	16,0	83,5	16,3	99,8	0,0	0,1	0,1		99,7
Narvik inkl alle underprosjekter	37,7	-32,3	0,0	-32,3	6,0	0,2	6,2		-38,6
SUM Rehabilitering	53,7	51,2	16,3	67,5	6,0	0,3	6,3		61,2
Tromsø undersøkelsen	0,0	10,0	5,0	15,0	0,0	0,0	0,0		15,0
Datarom	11,1	5,2	0,0	5,2	0,1	0,2	0,3		4,8
Tiltak kreftplan	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
VAKe	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,6	0,6		0,3
ENØK	0,6	13,5	0,0	13,5	0,0	0,2	0,2		13,3
SUM Prosjekter	11,7	29,6	6,0	34,6	0,2	1,0	1,2		33,4
Medisinteknisk utstyr	56,2	0,0	57,8	57,8	1,7	5,5	7,1	21,8	28,9
Teknisk utstyr	7,9	0,0	13,3	13,3	0,0	0,6	0,6	6,7	6,0
Ombygginger*	65,9	0,0	0,0	0,0	-4,6	-0,1	-4,7	0,0	4,7
Ambulanser	19,6	0,0	9,1	9,1	1,3	0,0	1,3	7,8	0,0
UNN-KIS	6,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	-0,4
EK KLP	20,1	0,0	20,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0
Ufordelt/overforbruk		-99,8	99,8	0,0					0,0
SUM Utstyr med mer	176,1	-99,8	200,0	100,2	-1,6	6,4	4,8	36,2	59,2
SUM total	555,6	30,8	799,3	829,1	28,4	45,7	74,1	36,2	718,7

* Korrigering i januar er en ompostering som ikke påvirker resultatet eller investeringsrammen. Negativt beløp i februar gjelder en kreditnote fra Harstad kommune.

I februar 2015 er det forbrukt 45,7 mill kr av investeringsrammen på 799,3 mill kr. Av investeringsrammen utgjør PET senteret 163 mill kr som er en foreløpig investeringsramme

for 2015 og kan bli endret. Totalt forbruk hittil inkludert forpliktelser (godkjente investeringer som er igangsatt, men ikke mottatt) er 110,3 mill kr. For utstyr med mer er disponibel restramme 59,2 mill kr per februar.

Tabell 16 Søknader utstysinvesteringer

Investeringssøknader til styret 25. mars 2015											
Nr	Klinikk/ Avdeling	Type utstyr	Årsak til søknad	Begrunnelse for søknaden			Tilspys- pålegg	Konsekvenser	Prisforklaring	Stipulert kostnad (inkl mva) mill. kr	Godkjent Direktør
				Nødvendig for opprettholdelse av normal drift	Nødvendig for opprettholdelse av liv og helse	Sparte drifts- kostnader					
1	Medisinsk klinikk - Gastromedisin - Tromsø	2 stk gastroskop	Kassasjon	Ja	Ja, stopp av blødning via gastroskop er livsnødvendig behandling.			Gastroskop er helt nødvendige for drift av gastrolab. Nå må vi låne skop fra leverandør til en høy kostnad. Hvis vi ikke har nok gastroskop, blir det ikke mulig å undersøke pasientene. Gastroskop er også helt nødvendig for prosedyrer om stopp av blødning og fjerning av polyper		0,7	Ja
2	Kirurgi-kreft- og kvinnehelse- klinikken - Føden-Nanvik	Ultralyd-apparat	Kassaksjon	Absolutt	Ja	Reise-utgifter		Risiko for dårlig kvalitet og seleksjon av gravide og fødende		1,0	Ja
3	Diagnostisk klinikk - Laboratorie- medisin-Tromsø	Analyseinstrument for å måle blodgass, ioner, lactat. Dette er ett av to instrument som er gjensidig backup for hverandre.	Kassasjon av det ene blodgass instrumentet	Analysering av blodgass inngår i ø- hjelp og er nødvendig for forsvarlig drift	Analysering av blodgass inngår i ø- hjelp og er nødvendig for forsvarlig drift			Blodgassprøve er tatt arterielt eller kappilært. Prøven er holdbar i 10 min. Dersom ikke nytt instrument anskaffes vil ikke ø-hjelps funksjonen kunne opprettholdes på ett forsvarlig nivå. Vi risikerer at prøver ikke kan analyseres innen holdbarhetstiden, ved feks vedlikehold, driftstans, kalibreringer samt inntøst av mange prøver samtidig.		0,17	
4	Medisinsk klinikk - Mikrobiologisk avdeling - Tromsø	Utsæds- og merkemaskin for bakteriologiske prøver	Sommeren 2014 innvilget UNN styret kostnadsramme på 2,0 mill. Denne er for liten ut fra utstyret som finnes i markedet og tillegg for svak kronkurs og mva.	Ja	Ja	Se vedlegg fra forrige søknadsrunde	Nei	Mangelfull diagnostisk service, dyrere og mer ineffektiv drift	Det søkes om utvidelse av rammenslik at de alternative instrumentene som finnes i markedet reelt kan bli vurdert opp mot hverandre ut fra kravspesifikasjonen.	1,13	
5	Kirurgi-kreft- og kvinnehelseklin- ikken - Utredning- poliklinikken-TØ	Fleksibelt cystoscop	Kassaksjon	Nødvendig for opprettholdelse av normal drift				Redusert kapasitet på utredning av pasienter med symptomer fra urinveier		0,25	
6	Diagnostisk klinikk - Laboratorie- medisin	2 stk overleg- mikroskop	Kassasjon av 1 stk mikroskop. Anbefaling om erstatning av til sammen 5 stk mikroskop i tilsynsrapport fra med. teknisk avd.	Ja, helt nødvendig for å kunne diagnostisere pasientprøver	Ja			Forsinkelse i diagnoser kan gi forsinket behandling og dårligere prognoser for pasienten. Dette gjelder spesielt maligne kreftdiagnoser		0,45	
7	Kirurgi-kreft- og kvinnehelse- klinikken - Utrednings- poliklinikken	Fleksibelt cystoscop	Kassaksjon	Nødvendig for opprettholdelse av normal drift				Redusert kapasitet på utredning av pasienter med symptomer fra urinveiene		0,23	
8	Kirurgi-kreft- og kvinnehelse- klinikken - Utrednings- poliklinikken	Tørkeskap for flexible cystoscop	Nytt behov. Behov for tørkeskap for å beskytte scopene for siltasjon og skader. Reduserer også belastningen på de ansatte ifht klargjøring av scop.			Sparte driftskostnader		Bedre behandling/mindre skader av cystoscopen. Scopene tåler veldig lite og koster mye å kjøpe ny.	Ombygging av skyllerommet er behandlet og godkjent i arealgruppa i 2013. Se mailkorrespondanse i arkivane med vedlegg til sak 2.	0,24	
9	Operasjons- og Intensiv- klinikken, Anestesi- og Opera- sjons- avdelingen, Tromsø	Endoskopi-utstyr; skop og rack	Kassasjon	Ja. Skopet er i daglig bruk, og uten dette må undersøkelser utsettes eller strykes. Fom. kassasjonen for jul har det vært store drifts- problemer.	I utgangspunktet ikke, men det kan være dersom 1) pasient- tilstanden er kritisk og/eller 2) øvrige skop er i bruk el. kontaminerte	Ja, gjennom at driften kan gå som planlagt både ved AnOp- avdelingen og ved Gastrolab v/ Medisinsk klinikk (som vi må låne fra for å kunne drifte).	Nei	1) mye ressurser til planlegging og koordinering internt samt ift. gastrolab. 2) utsettelse og strykninger av pasienter 3) ikke oppdatert og riktig utstyr for diagnostisering og behandling 4) økt siltasje og fare for feil ved resterende utstyr		0,82	
10	Diagnostisk klinikk - Klinisk patologi	Flowcytometer	Avdelingen hadde et flowcytometer som ble kassert i 2007. Vi overtok et Flowcytometer (FacsCalibur) fra laboratoriemedisin, da det har vært tenkt en felles instrumentpark for flowcytometer. Dette instrumentet var defekt ved overtakelse og ble kassert i 2014.	Ja	Nei	Nei	Nei	Klinisk patologi utfører i dag flowcytometriske analyser på paraffinnstøpt materiale som en del av rutinediagnostikken for ovarial- og endometriecancer. Dersom denne diagnostikken bortfaller, vil prøvene måtte sendes enten til OUS (Radiumhospitalet) eller til SUS som er de eneste i landet som utfører slike analyser. Dette vil medføre ekstra kostnader og svært lang ventetid, noe som igjen vil redusere kvaliteten på vår diagnostikk.		0,90	

Tabell 17 Fortsettelse søknader utstyrsinvesteringer

Investeringsøknader til styret 25. mars 2015											
Nr	Klinikk/ Avdeling	Type utstyr	Årsak til søknad	Begrunnelse for søknaden			Tilsyns- pålegg	Konsekvenser	Prisforklaring	Stipulert kosnad (inkl mva) mill. kr	Godkjent Direktør
				Nødvendig for opprettholdelse av normal drift	Nødvendig for opprettholdelse av liv og helse	Sparte drifts- kostnader					
11	Barne- og ungdomsklinikk en-Medisinsk genetisk avdeling	Data program	Utskifting av dataprogram se kassasjons brev HN-IKT	Nødvendig for å opprettholde av normal drift		Spare mye tid når vi har oversikt over hele familiens anevang og sykdomsbilder		Dersom det ikke godkjennes kan vi ikke gå over til Windows 7. Et familietegningsprogram er helt nødvendig ved en medisinsk genetisk avdeling. Vi må har et dataprogram hvor vi samler familieopplysninger og følger anevang som et verktøy i utredning av personer/familier med arvelige sykdommer. Denne funksjon finnes ikke i DIPS. Medisinsk genetisk avdeling har regionfunksjon i HN-RHF. Venteliste: Kan ikke ta inn pasienter innen arvelig kreft uten å ha et sted hvor vi oppbevarer alle familieopplysninger samlet, blant annet hvilke kreftsykdommer som finnes i familien.		0,50	
12	Kirurgi-kreft- og kvinnehelse- klinikken - Kirurgisk avdeling - Na	Ultralyd apparat	Henviing til K3K Navik av alle variser operasjoner i hele HN	Absolutt. Kan ikke utføre pålagte operasjoner ved hjelp av laserbehandling uten dette utstyr.	N/A	JA	N/A	Kan ikke utføre pålagte operasjoner uten dette utstyr. Da må pasientene vente eller henvises privat.		0,33	
13	Diagnostisk klinik -Røntgen	2 stk.Pasient Monitor	Gamle, gjennatte ganger oppstått feil ved bruk. Dvs. ikke utført måling.	Dette er nødvendig utstyr for monitorering av oksygenopptak, hjerterytm og puls under tidvis avanserte prosedyrer så som Tavi og Stentgraft	Helt klart en nødvendighet for å ivareta pasienten under avansert behandling	Pasientskade erstatning.	Ingen	Vansker med å fange opp pasientens tilstand. Får ikke satt i gang tiltak raskt nok, noe som fører til en unødvendig økende spiral av risiko for pasientens liv og helse	Ca. 100 000,- pr. stk. jfr. Knut R. Hanssen Med. Tekn. Totalt 200 000,-	0,20	
14	Barne- og ungdomsklinikk en - Medisinsk genetikk	Manglende midler til Instrument for isolering av DNA/RNA fra humant blod, celler og vev. og kostnadsrammen var for et år siden satt til 0,25 mill. kr. Nå etter anbud er det bare en leverandør og kostnaden kommer på 0,73 mill kr inkl mva. Manglende midler 0,48 mill kr.	Dagens instrument er 13 år gammelt og svært slitt. Høy risiko for driftsstans. DNA-ekstraktor må anses som kjernen i avdelingens drift. En driftsstans kan lamme produksjon. Innkjøp ble godkjent i februar 2014. Anbudsprosess er nylig avsluttet (20.02.15). Vi fikk bare inn ett tilbud. Det er bare denne ene tilbyderen som kan levere instrument som er egnet for diagnostisk bruk. Flere av de andre medisinsk genetiske avdelingene i landet har dette instrumentet.	Ja, helt essensiell.	Ja	Ingen betydelig endring av driftskostnader. Nytt instrument er mer automatisert, gir mer effektiv drift og bedre kvalitetssikring.	Ingen.	Daglig drift ved laboratoriet på Med.gen avd vil stoppe opp. DNA-ekstrahering er utgangspunktet for de aller fleste analyser vi gjør. Uten en ny ekstraktor vil vi ikke kunne analysere eller svare ut analyser, inkludert fosterdiagnostikk, arvelig kreft og annen utredning av pasienter med arvelige sykdommer. Avdelingen vil ikke være i stand til å nå årets inntektskrav på 16 millioner kroner.		0,48	
15	Diagnostisk klinik - Laboratorie- medisin	qPCR Instrument	Instrumentet som brukes i dag (UNN38664) er ustabil og har hatt flere perioder med driftsstans siden desember 2014. Dette instrumentet er installert i 2005 og er over forventet levealder.	Instrumentet brukes mest av MRD lab til undersøkelse av BCR-ABL1 og PML-RARa translokasjoner ved leukemier. Analyseresultatene er avgjørende for valg av behandling og kan ikke erstattes av andre analyser. Noen av disse analysene er ø-hjelps analyser. Instrumentet brukes også av NMK til HLA B21 og Trombocyttilab til trombocytantigen undersøkelse. Vi har ingen back-up til dette instrumentet, slik at vi har ingen mulighet til å analysere prøver ved driftsstans på instrumentet.	Ja, noen av våre analyser er ø-hjelpsanalyser. Analyseresultatene er avgjørende for valg av behandling og kan ikke erstattes av andre analyser.	Ekstra kostnader ved driftsstans i januar 2015 er ca 12 000 kr. Dette er ikke inkludert arbeidstimer (ca 25 timer).		Uten et fungerende instrument er det ikke grunnlag for drift på fagområdet. Per i dag er det kun Rikshospitalet og UNN som tilbyr disse analysene i Norge.	604000 kr inkludert vedlikehold i 7 år.	0,60	Ja
16	Medisinsk klinik, Gastrolab (Tromsø)	1 EUS skop	Kassasjon	Ja	Ja, nødvendig for diagnostikk og vurdering av kreftsykdom i mage tartraktus			Endoskopisk ultralyd gjøres som ledd i kreftutredning og UNN, Tromsø gjør dette for hele Nord Norge. Hvis vi ikke får fornyet dette kasserte skopet, reduserer det betydelig kapasiteten for denne prosedyren		0,94	
Totalt										9,0	

Det foreligger 16 utstyrssøknader til godkjenning for til sammen 9,0 mill kr.

Byggeprosjekter**Tabell 18 Byggeprosjekter per januar**

	Pasienthotell	A-fløya	PET-senter	Bygg 7 Åsgård
HMS	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse	23.04.2015	26.02.2018	24.02.2017	18.04.2016
Fremdrift	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2014	94,9 mill kr	374,4 mill kr	25 mill kr*	77,8 mill kr**
Sum investert hittil 2015	10,6 mill kr	50,8 mill kr	0,7 mill kr	0,01 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	1 285,4 mill kr	493,1 mill kr	96 mill kr
Prognose økonomiavvik	-12,8 mill kr	Usikker	0	0



Sak: Risiko og tiltaksarbeid budsjett 2015
Til: Styret UNN HF
Fra: Grethe Andersen
Møtedato: 25. mars 2015

Saksutredning

I forrige styremøte ba styret om å bli oppdatert på risiko og tiltaksarbeid i Kvalitets- og virksomhetsrapporten i styremøtet i mars.

Saksutredningen viser oppdatert risiko og status i tiltaksarbeidet, samt plan for videre arbeid.

Klinikkvise ekstraordinære oppfølgingsmøter

Som en del av arbeidet med å sikre at kvaliteten og detaljeringsgraden i tiltaks- og gjennomføringsplanene er tilstrekkelig har det vært avholdt oppfølgingsmøter i uke 11 mellom økonomisjef og klinikkisjef med følgende agenda:

1. Er det utarbeidet tiltak tilsvarende omstillingsutfordringen?
 - a. Hvis ikke må vi avtale frist for når dette er ferdigstilt, eller klinikkisjefen må lage sak til ledergruppa.
2. Har alle tiltakene en skriftlig gjennomføringsplan?
 - a. Hvis ikke må vi avtale frist for ferdigstillelse av dette?
3. Klinikkenes egne oppfølgingsrutiner;
 - a. Har klinikken etablert gode interne oppfølgingsrutiner?
 - b. Har klinikken systemer/rutiner/planer for kompenserende tiltak dersom utviklingen ikke er som planlagt og ønsket.

Akuttmedisinsk klinikk

- Har tiltak tilsvarende omstillingsutfordringen, men noe er lite konkretisert (i tillegg til det som gjelder Ambulansetredningen)
- Mangler skriftlige gjennomføringsplaner på flere tiltak
- Mangler kostnadsoversikt for rekruttering og opplæring nye AMK (budsjettet fra Helse Nord på 4,2 mill kr er tildelt klinikken)

Klinikkisjefens risikovurdering:

Det er flere risikoelementer i Akuttmedisinsk klinikk som gjør at risikoen anses som høy.

- Risiko vedrørende for lavt budsjett til rekruttering og opplæring AMK
- Risiko vedrørende for lavt budsjett ifm opplæringsplan Nødnett
- Risiko i forbindelse med sommerferieavvikling (mangel på personell, høye kostnader)
- Risiko vedrørende tiltak i Ambulansetredningen (reduert bruk av vikarer ifm sykdom)

Oppfølging (frist FØR budsjettkonferansen 24. mars):

- Konkret tiltak for ”generell effektivisering/halv prisvekst” og ”reduksjon administrative stillinger” må utarbeides og implementeres.
 - Klinikkisjefen må utarbeide estimat på kostnader for 2015 ifm AMK basert på rekrutteringsplan. UNN har fått 4,2 mill kr (ba om 4,6 mill kr)
 - Klinikkisjefen må utarbeide estimat for hva opplæring Nødnett vil koste (vikarkostnader)
 - Gjennomføringsplaner må lastes opp i dialogavtalen
-



Barne- og ungdomsklinikken

Tiltaks- og gjennomføringsplan ok.

Klinikkens risikovurdering:

Klinikkens leder vurderer budsjettbalanse som sannsynlig.

Oppfølging (frist FØR budsjettkonferansen 24. mars):

- Kontroller og last opp alle gjennomføringsplaner i Dialogavtalen (dersom noen mangler)

Diagnostisk klinikk

Møtet måtte avlyses pga møtekollisjon internt i klinikken. Nytt møte avtales i uke 12.

Drifts- og eiendomssenteret

Tiltaks- og gjennomføringsplan ok.

Klinikkens risikovurdering:

Drift- og eiendomssjefen vurderer budsjettbalanse som sannsynlig.

Oppfølging (frist FØR budsjettkonferansen 24. mars):

- Tiltaks- og gjennomføringsplanen lastes opp i dialogavtalen

Fag- og forskningscenteret

Ikke avholdt møte. Tiltaksplan ok.

Økonomisjefens risikovurdering:

Mål om budsjettbalanse vurderes som sannsynlig.

Oppfølging:

Ingen oppfølgingspunkter.

Hjerte- lungeklinikken

- Klinikken har utarbeidet tiltak tilsvarende omstillingsutfordringen. Gjennomføringsplaner er laget.
- Dersom intermediearenheten besluttes å ikke legges ned har ikke klinikken utviklet andre tiltak pt som kan iverksettes.
- Klinikken har ikke iverksett nye tiltak utover det som allerede er etablert ifm å forbedre kodekvaliteten.

Klinikkens risikovurdering:

Usikkerhet knyttet til tiltak ”avvikle intermediearenhet”. Prosess sammen med klinikkens leder OPIN, ferdigstilling utsatt til medio april. Stor risiko ifm inntektskrav økte ISF inntekter (klinikken har godkjent redusert aktivitet ifm tiltaksplanen), har hatt kodekontroller som sørger for oppretting hver måned og koderevisjon (fra Analysecenteret Lovisenberg) er nylig gjennomført uten vesentlige feiler avdekket.



Oppfølging (frist FØR budsjettkonferansen 24. mars):

- Gjennomføringsplan (siste versjon) lastes opp i dialogavtalen
- Klinikksjefen må vurdere om rutinene for bedring av kodekvalitet kan utvides ytterligere. Plan for dette arbeidet lastes opp i dialogavtalen.
- Klinikksjefen må vurdere risiko og mulighet for budsjettbalanse (særlig ifm ISF). Dersom utfordringene vurderes som uløst innenfor HLK må klinikksjefen lage et notat til direktøren før 24. mars.

Kirurgi,- kreft- og kvinnehelseklinikken

- Uløst omstilling er på 4 mill kr og gjelder kreftmedikamenter. Klinikken har ikke funnet tiltak på andre områder for å dekke inn dette.
- Tiltakene i planen er iverksatt, gjennomføringsplaner er laget for enkelte områder, mangler for noen tiltak.

Klinikksjefens risikovurdering:

Den totale risikoen i budsjett, eks uløst omstillingsutfordring; klinikksjefen vurderer risikoen til akseptabel og det er sannsynlig at klinikken holder budsjettet for 2015.

Oppfølging (frist FØR budsjettkonferansen 24. mars):

- Konkrete planer for gjennomføring lastes opp som vedlegg i dialogavtalen
- Klinikksjefen må vurdere om uløst omstillingsutfordring skal meldes inn som felles omstillingsutfordring for UNN. Klinikksjefen må i så fall lage et notat om saken til direktøren før 24. mars.
- Klinikken jobber med ytterligere tiltak for å øke kodekvaliteten. Planen lastes opp i dialogavtalen.

Medisinsk klinikk

- Det er laget tiltak og gjennomføringsplaner tilsvarende omstillingsutfordringen.
- Klinikken jobber med flere tiltak for å forbedre kodekvaliteten.

Klinikksjefens risikovurdering

Tett oppfølging internt. Størst risiko vedrørende ISF inntekter. Mål om budsjettbalanse vurderes som sannsynlig.

Oppfølging (frist FØR budsjettkonferansen 24. mars):

- Detaljerte planer for tiltaksgjennomføring må lagres som vedlegg i dialogavtalen, og utarbeides der disse mangler.
- Flere tiltak for å bedre kodekvalitet utarbeides og lastes opp i dialogavtalen.

Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

Tiltaks- og gjennomføringsplaner ok

Klinikksjefens risikovurdering

Mål om budsjettbalanse vurderes som sannsynlig.

Oppfølging (frist FØR budsjettkonferansen 24. mars):

- Ingen oppfølgingspunkter



Nevro.- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken

- Klinikken mangler fremdeles tiltak for 12 mill kr. I tillegg er mange tiltak lite konkretisert og med manglende gjennomføringsplaner.

Klinikkens risikovurdering.

Den totale risikoen i klinikkens budsjett er fremdeles høy. Klinikkleidelsen jobber aktivt med å skaffe seg nødvendig oversikt og iverksetter tiltak fortløpende. Risikoen er spesielt knyttet til 2015 pga manglende helårseffekter.

Oppfølging (frist 31. mars)

- Det må identifiseres tiltak tilsvarende omstillingsutfordringen. Start med en grovskisse, og detaljer planene etterpå. Vurderer reduksjon i stillinger (der det er ledige stillinger)
- I tiltakslisten som er vedtatt og allerede iverksatt må det utarbeides skriftlige planer for hvordan tiltakene skal gjennomføres. Dette gjelder tiltakene som omhandler reduksjon av variabel lønn, ambulering, medikamentkostnader, svinn etc. (Stillingsreduksjonene er allerede iverksatt og er ok) Gjennomføringsplanene må lastes opp som vedlegg i dialogavtalen.
- Arbeidet med ABP må konkretiseres for hele klinikken. Det må lages gjennomføringsplaner for identifiserte tiltak (redusere variabel lønn), og lages en prosessplan for videre arbeid med ABP. ABP leger; planene for gjennomføring må skriftliggjøres og konkretiseres. Avventer felles føringer fra arbeidsgruppe ABP leger. Lastes opp i dialogavtalen.
- Klinikken planer for å organisere arbeidet med kodeforbedring må skriftliggjøres og lagres som vedlegg i dialogavtalen.
- Klinikksjefen må gjøre en ny vurdering (og sende direktøren) om hva som anses som mulig å gjennomføre i 2015, og dermed størrelsen på uløst omstillingsutfordring.

Operasjons- og intensivklinikken

Møtet måtte avlyses pga sykdom. Nytt møtet avtales i uke 12.

Psykisk helse- og rusklinikken

- Tiltak tilsvarende omstillingsutfordring
- Gjennomføringsplaner (detaljert) lastes opp i dialogavtalen

Klinikkens risikovurdering:

Mål om budsjettbalanse vurderes som sannsynlig. Risiko vedrørende rekruttering legespesialister. Dersom det må leies inn leger eksternt øker kostnadene og risikoen i budsjettet.

Oppfølging (frist FØR budsjettkonferansen 24. mars):

- Detaljerte planer for tiltaksgjennomføring må lagres som vedlegg i dialogavtalen.

Stabssenteret

Mange midlertidige tiltak. I det videre arbeidet med organisering av det nye Stabssenteret inngår arbeid med permanente tiltak.

Stabssjefens risikovurdering



Mål om budsjettbalanse er sannsynlig.

Oppfølging:

Ingen oppfølgingspunkter.

Oppsummering oppfølgingsmøter.

Gjennomføringsplanene er generelt ytterligere konkretisert siden forrige gjennomgang, og planene er i stor grad lastet opp i dialogavtalene.

Risiko i UNNs totale budsjett 2015

Det er fremdeles flere store risikoelementer i det totale budsjettopplegget for UNN i 2015:

1. NOR-klinikken (mangler tiltak for flere mill kr, i tillegg mangler de gjennomføringsplaner for flere tiltak)
2. ISF inntekter; Pr februar har vi ca 8,0 mill kr lavere ISF inntekter enn i fjor, og ca 14,1 mill kr lavere enn budsjett.
3. Utredning ambulansestasjoner
4. Fellestiltak; de fleste klinikkene avventer fremdeles behandling og felles enighet om tiltaksliste for flere fellestiltak.
5. Nye tiltak ved eventuell manglende gjennomføring finnes i svært liten grad
6. Risiko knyttet til manglende rekruttering (behov for dyr innleie).
7. Nedleggelse intermediærenhet
8. Kreftmedikamenter
9. Deltakelse i FIKS prosjektet (kun ca 6 mill kr til frikjøp)

Plan for videre arbeid.

Detaljert oversikt over hvert enkelt tiltak og vurdering av den totale risikoen er under utarbeidelse og vil bli gjennomgått i ekstraordinær budsjettkonferanse i direktørens ledergruppe 24. mars. Hovedteamet for konferansen er hvordan vi håndteres uløst omstilling og reduserer risikoen tilstrekkelig for å sannsynliggjøre budsjettbalanse i 2015.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.3. 2015
Saksansvarlig: Arthur Revhaug		Saksbehandler: Turid Oliva Fossem

Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tilsynsrapporten for perioden 11.11.2014 - 28.2.2015 til etterretning.

Sammendrag

Etter behandlingen av foregående rapport, er det utført sju nye tilsyn ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), mens fire tilsyn er avsluttet. I 2014 ble det gjennomført totalt 25 eksterne tilsyn.

Det foreligger endelige rapporter fra tre av de sju nye gjennomførte tilsynene, og det er avdekket manglende etterlevelse av lovverk og/eller interne prosedyrer. Fylkesmannen i Troms fant at regelverket ikke følges når det gjelder håndtering av henvisninger og viderehenvisninger for pasienter med kreft, frem til start av nødvendig helsehjelp. Riksrevisjonen fant at gjeldende regelverk ikke er tilstrekkelig implementert når det gjelder å ha kontroll med helseopplysninger i det elektroniske pasientjournalssystemet. Helse Nord RHF fant at foretakets praksis på flere områder bryter med nasjonale føringer når det gjelder strykninger av planlagte operasjoner.

Saken viser til at det som hovedregel er systemsvikt når det avdekkes avvik. Korrigering av denne form for avvik er et lederansvar. Den beste oppfølgingen sikres gjennom opplæringstiltak, gjennomgang og implementering av prosedyrer. Det kan være en utfordring å sikre at planlagte tiltak faktisk gjennomføres, og det kan også være en risiko for at varige forbedringer ikke skjer.

Direktøren mener derfor at det er viktig at tilsyn ikke bare følges opp i den enkelte reviderte enhet, men at erfaringene også bidrar til læring på tvers av flere enheter, og dermed bidrar til forbedret kvalitet og pasientsikkerhet i hele foretaket. Presentasjon av resultater etter eksterne tilsyn skal derfor gis økt oppmerksomhet i Kvalitetsutvalget. Målet med er å ansvarliggjøre klinikksjefene og andre linjeledere for å sikre oppfølging og læring på tvers gjennom kvalitets- og arbeidsmiljøutvalgene i hele organisasjonen.

Bakgrunn

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomføres det systematiske tilsyn fra statlige tilsynsmyndigheter. I 2014 ble det gjennomført 25 eksterne tilsyn. De fleste er tilsyn som er varslet på forhånd. Noen gjennomføres etter samordning mellom flere tilsynsmyndigheter. I tillegg gjennomfører Helse Nord RHF revisjoner på ulike virksomhetsområder, i tråd med omforente planer i regionen, eller mellom det regionale foretaket og det enkelte helseforetak.

Formål

Formålet med denne saken er å gi styret nødvendig oversikt over gjennomførte eksterne tilsyn og revisjoner i helseforetaket fra 11.11.2014 til og med 1.3.2015. I tillegg gir sakens vedlegg oppdatert status for iverksatte tiltak og frister for lukking av pålegg og avvik.

Saksutredning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser, og forbedringspotensialet ligger i implementering og etterlevelse. Formålet med tilsyn er å kontrollere om det er etablert et internkontrollsystem som sørger for at virksomhetens tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med loven. For UNN er tilsynsmyndighetene en viktig ressurs, som gir viktige bidrag i arbeidet med å avdekke hvor helseforetaket har forbedringspotensial, og følge opp at avvik blir rettet.

Direktøren iverksetter nye rutiner i oppfølging av tilsyn ved at disse får en økt ledelsesmessig oppmerksomhet gjennom behandling i kvalitets-, bruker- og arbeidsmiljøutvalg (KVAM-utvalg). Her skal tiltak for å forhindre gjentakelse av uønskede hendelser og identifisering av læringsmomenter som kan gjelde for flere klinikker/ avdelinger presenteres. Rådgivere fra Fag- og forskningssenteret (FFS) følger opp med å delta i klinikkens KVAM-utvalg, hvor de skal bidra med tilrettelagte data, analyser og kunnskap om ulike metoder og systemer for å oppnå erfaringsoverføring og læring på tvers av flere virksomhetsområder.

Statusrapport

Det er siden forrige rapportering gjennomført sju nye tilsyn:

- Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved Longyearbyen sykehus 10.12.2014. Tilsynet var en oppfølging fra tilsvarende tilsyn i mai 2014, hvor de varslet at de vurderte å gi pålegg. Arbeidstilsynet fant at det var nødvendig å gjennomføre en kartlegging av behovet for opplæring, øvelse og instruksjon for personell som kan bli kalt ut på redningsoppdrag med helikopter. Arbeidstilsynet har forelagt tilbakemeldingen fra Longyearbyen sykehus til Luftfartstilsynet for en faglig vurdering. Luftfartstilsynet fant at tilbakemeldingen er bra, og tilfredsstillende de krav de har til opplæring. Saken er avsluttet.
- Arbeidstilsynet har gjennomført en kontroll ved A-fløya prosjektet 16.12.2014. Hensikten var å kontrollere om offentlige virksomheter bidrar til at arbeidstakere i virksomheter som utfører tjenester samt bygge- og anleggsarbeid på vegne av det offentlige, ikke har dårligere lønns- og arbeidsvilkår enn det som følger av gjeldende allmenngjøringsforskrifter eller landsomfattende tariffavtaler. Arbeidstilsynet fant ikke grunn til å gi pålegg.
- Fylkesmannen i Troms har 25-26.11.2014 gjennomført tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering av henvisninger og viderehenvisninger fram til start

av nødvendig helsehjelp. Tilsynet var rettet mot enheter som er involvert i behandling av kreft i tykk- og endetarm samt gynekologisk kreft. Det er mottatt endelig rapport som viser at UNN ikke følger regelverket når det gjelder overføring av ansiennitetsdato ved viderehenvisning fra annet helseforetak. Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken er i gang med å utarbeide handlingsplan for å lukke avviket, og deres handlingsplan for å lukke avvik tas opp i Kvalitetsutvalget for å få frem læringsmomenter også for andre klinikker.

- Riksrevisjonen har gjennomført en brukerundersøkelse om utvidet kontroll og tilgang til helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler. Undersøkelsen viste at det er gjennomgående lite kunnskap om de ulike tilgangsrettighetene, og manglende innsikt i når de skal brukes. Videre, at gjeldende regelverk ikke er tilstrekkelig implementert. Arbeidet med å oppdatere og ajourføre nødvendig kunnskap om krav til behandling av helseopplysninger, er igangsatt. UNN har i sitt svar til Riksrevisjonen vist til at det i FIKS-prosjektet er iverksatt et større arbeid rundt de kliniske systemene i Helse Nord. Målsetningene er likeartede oppsett, og standardisert bruk av de viktigste kjernesystemene i regionen. Dette gir dermed en større grad av ensartede rutiner og praksis rundt tilgang til pasientinformasjon. Læringspunkter og lokale tiltak vil bli presentert for Kvalitetsutvalget.
- Helse Nord RHF har gjennomført internrevisjon ved UNN 11-12.11.2014 med tema *Refusjon fra NAV for foretakets løpende ytelser ved arbeidstakers fravær*. Det er mottatt en foreløpig rapport som er unntatt offentlighet jf. Offlv. §14, 1.ledd.
- Helse Nord RHF har gjennomført intern revisjon ved UNN 8.10.2014 med tema *Strykninger av planlagte operasjoner*. Endelig rapport er mottatt, og foretaket fikk anbefalinger som er fulgt opp, og blir presentert i Kvalitetsutvalget for å fremme læringsmomenter for berørte klinikker.
- Riksrevisjonen er i gang med et postalt tilsyn om informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr. Etterspurt dokumentasjon er oversendt.

Følgende tilsyn er avsluttet:

- Harstad kommunes brann- og beredskapstjeneste har etter tilsyn 5.12.2014 ved UNN Harstad mottatt tilfredsstillende tilbakemelding, og anser tilsynet som avsluttet.
- Arbeidstilsynet har etter å ha gjennomført en kontroll av bygg- og anleggsarbeidet ved A-fløyprosjektet vedrørende lønns- og arbeidsvilkår, ikke funnet grunn til å varsle om pålegg.
- Statens legemiddelverk har avsluttet tilsynet for Blodbanken ved Diagnostisk klinikk.
- Mattilsynet har avsluttet tilsynet ved UNN Harstad, Felleskjøkken.

Kommende tilsyn:

Det er meldt om fire nye tilsynsbesøk:

- Arbeidstilsynet melder om tilsyn ved Ambulansstasjonen UNN Narvik 10.3.2015.
- Fylkesmannen i Troms melder om landsomfattende tilsyn vedrørende samhandling, med fokus på utskrivning av pasienter fra sykehus til kommuner.
- Statens strålevern melder om åpning av tilsynssak og pålegg til å gi opplysninger etter å ha mottatt avviksmelding.
- Arbeidstilsynet har meldt at de gjenåpner saken vedrørende arbeidsmiljøet ved Røntgenavdelingen ved UNN Tromsø.

Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg og Arbeidsmiljøutvalget og drøftet med de ansattes organisasjoner i egne møter 9-11.3.2015. Protokoller fra disse møtene behandles som referatsaker i styremøtet.

Arbeidsmiljøutvalget var opptatt av at virksomheten etablerer nødvendige tiltak som sikrer systematisk dokumentasjon av lovpålagt opplæring knyttet til medisinskteknisk utstyr.

Foretakstillitsvalgte var spesielt opptatt av UNNs henvisningspraksis av pasienter, og anmodet om at det må finnes frem til bedre rutiner for hele foretaket.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg uttrykte bekymring knyttet til at UNN fortsatt har utfordringer med unødvendig venting, utsettelse samt manglende samarbeid mellom avdelinger.

Vurdering

Det legges ned betydelig innsats i forberedelser, gjennomføring og oppfølging av eksterne tilsyn og revisjoner. Målet er varige forbedringer og læring på tvers i virksomheten. Dette forutsetter at ledere på alle nivå gjør seg kjent med og følger opp forbedringstiltak i egen enhet.

UNN som helseforetak har etablert et kvalitetssystem som er oppbygd og dokumentert med gode rutiner, strukturer og prosesser. Eksterne tilsyn bidrar til å bekrefte at kvalitetssystemet fungerer som det skal, eller avdekke områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse og etterlevelse av myndighetskrav og interne prosedyrer. Det blir derfor viktig å ha gode rutiner for hvordan avvik og forbedringsområder håndteres, slik at de lukkes og at det blir læring også for øvrige virksomhetsområder. For å unngå å gjøre de samme feilene flere ganger, må en lære av de uønskede hendelsene og legge til rette for kontinuerlig forbedringsarbeid. I tillegg til økt ledelsesmessig oppmerksomhet rundt internkontrollsystemet, må det skapes trygghet og eierskap blant de ansatte i dette arbeidet.

Direktøren forventer at endret praksis i oppfølging etter tilsyn, med økt fokus på å identifisere læringspunkter og oppfølging etter tilsyn i Kvalitetsutvalget, vil bidra til en bedret implementering og etterlevelse av myndighetskrav og egne prosedyrer. Eksempelvis vil læringspunktene etter tilsynet fra Fylkesmannen i Troms blir behandlet slik. Samme avvik ble avdekket av Helsetilsynet i 2012, og av Internrevisjonen i Helse Nord RHF i 2013. Det ble da utarbeidet nye prosedyrer, men det viser seg at disse likevel ikke følges opp over alt i UNN. Ettersom dette er en praksis som kan gi konsekvenser for oppstartstidspunkt av pasientbehandlingen, er det viktig at håndtering av henvisninger gjøres på riktig måte i samsvar med regelverket.

Et annet eksempel er Riksrevisjonens undersøkelse av styring og kontroll av tilgang til helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler. Denne praksis vil bli prøvd ut for kommende tilsynsrapporter, der det er læringsmomenter for flere enn den reviderte part.

Konklusjon

Saken belyser den faste oppfølgingen av gjennomførte og pågående tilsyn. Tilsyn er ett av flere viktige forebyggende virkemidler, og medvirker til at lovgivning, sentrale føringer og egne prosedyrer etterleves. Gjennom økt fokus på å skape trygghet og eierskap i å følge opp forbedringsområder, anbefalinger og avvik vil en sikre at UNN har god kvalitetsstyring.

Sak 19/2015

Slik sikres en best mulig pasientsikkerhet og behandling. Direktøren innstiller derfor på at styret tar saken til etterretning.

Tromsø, 13.3.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Tilsynsrapport - status

Vedlegg

Statusrapport – eksterne tilsyn og revisjoner fra Helse Nord RHF

Tabellen under viser hvilke eksterne tilsyn som er gjennomført før 1.3. 2015 hvor de er utført, funn, frister, tiltak og hvilke pålegg /avvik som er lukket siden forrige rapport.

Pålegg/ avvik som er lukket er merket med fargen **grønn**

Pålegg avvik hvor tilsvar/ handlingsplan er sendt er merket med fargen **gul**

Pålegg/ avvik med svarfrister etter styremøtes dato er merket med **rødt**

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR 1: Arbeids-tilsynet	Ambulanse tjenesten Hansnes 13.1.2015	Oppfølging etter at ambulanse-arbeider har meldt om arbeidsmiljø-utfordringer ved ambulanse-stasjonen	Arbeidstilsynet vurderer å gi to pålegg. -HMS-arbeid- kartlegging og risikovurdering -HMS-arbeid- tiltak og plan	15/748	Arbeidsgiver får frist til 9.3. 2015 med å gi tilbakemelding dersom beskrivelsen ikke er korrekt.	Frist 9.3.2015	Læringsmomenter og funn fra tilsynet presenteres og diskuteres i -klinikkledelsen. -avdelingsledelsen -Kvamgrupper
NR 2: Fylkesmannen i Troms	Kirurgi-kreft og kvinnehelseklinikken 25.-26. november 2014	Håndtering av henvisninger og videre henvisninger av pasienter med kreft fram til start av nødvendig helsehjelp.	Tilsynet har avdekket at foretaket ikke følger regelverket når det gjelder ansiennitetsdato og rettighetsstatus ved viderehenvisninger/ mottak av viderehenvisninger for pasientforløp.	14/4592	Fylkesmannen ber om å få tilsendt handlingsplan for hvordan foretaket skal sørge for å endre praksisen slik at regelverket følges	Frist 9.3.2015	Rapporten legges frem på KU for å sikre at funn fra denne revisjonen blir gjort kjent for hele foretaket.
NR 3: Helse Nord RHF	UNN HF 11. og 12. 2014	Refusjon fra NAV for foretakets løpende ytelser ved arbeidstakers fravær	Det er mottatt utkast til rapport som anbefaler 11 ulike tiltak for bedre internkontrollen. Anbefalingene beskrives når rapporten er endelig	14/4533			

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR 4: Arbeids-tilsynet Meldt første gang 1.10.2014 og avsluttet. Gjenåpnet 14.1.2015	Diagnostisk klinikk	Postalt tilsyn – krav om opplysninger i forhold til overholdelse av bestemmelsene i AML § 18-5	Arbeidstilsynet skrev 24.11. 2014 at de på bakgrunn av beskrivelse av tiltak og prosesser som allerede var iverksatt ikke fant grunnlag for å innvolvere seg videre i saken. Arbeidstilsynet melder i brev av 14.1.2015 at de på bakgrunn i ny tilbakemelding velger å gjenåpne saken.	14/4490	Det blir benyttet ressurser utenom avdelingen/ klinikken for å få til et bedre arbeidsmiljø. Det vil også bli igangsatt et egetinitiert forbedringsarbeid og det blir derfor ingen pålegg fra Arbeidstilsynet	Arbeidstilsynet ber om tilbakemelding underveis og når arbeidsmiljøet er evaluert etter at forbedringsarbeidet er sluttført.	
NR 5: Direktoratet for samfunns sikkerhet og beredskap (DSB)	Longyearbyen 10.9.2014	Oppfølging av revisjon 2013	To avvik: 1. Prosedyren som skal sikre at elektromedisinske utstyr brukes i hht bruksanvisning følges ikke av legene. 2. I følge fremlagt dokumentasjon av vedlikehold av det elektromedisinske utstyr er det restanser i det planlagte vedlikehold. Generelle funn: De elektriske anleggene synes å være i god stand. Mangler risikovurdering av de elektriske anlegg (Bygget er fra 1991)	14/4398	Innskjerping av rutiner er foretatt. Gjennomført opplæring arkiveres i ephorte		DSB vil etter årets tilsyn ved UNN HF invitere til et oppfølgingsmøte for å sikre en felles forståelse og læring i hva som kreves for å forebygge, korrigere og å rette opp avvik. Til dette møte vil samtlige berørte enheter bli invitert.

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR 6: Arbeids-tilsynet	Ambulanse-tjenesten Lenvik 14.10.2014	Tilsyn med at virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav om for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade	Tre pålegg: -HMS-arbeid – kartlegging og risikovurderinger -HMS-arbeid tiltak og plan -Bedriftshelsetjeneste – plan for bistand	14/ 4460	Ambulansetjenesten er inne i en prosess med kartlegging og muligheter for effektivisering og omorganisering. I dette arbeidet er det naturlig med gjennomgang og risikovurderinger for ansatte i ambulansetjenesten i hele foretaket. Det ble først gitt frist for å oppfylle pålegget til 1.3.2015. Det er nå søkt om og innvilget ny frist.	Frist for de to første påleggene 31.5.2015 Det siste pålegget har frist 1.4.2015	
NR 7: Ofoten Brann IKS	UNN Nordlands-klinikken 25.9. 2014 Buveien 75 Håkvik	Brannsikkerhet	Tilsynet fant at et avvik fra tidligere tilsyn (2013) ikke var lukket: -Stasjonære slokkeanlegg mangler kontrollavtale I tillegg ble det avdekket 4 avvik: -HMS er mangelfullt dokumentert, -Dokumentasjon av sikkerhet er mangelfull -Ansvarlig brannvernleder er ikke utpekt etter omorganisering -Stasjonære slokkeanlegg mangler en del på dokumentasjon.	13/ 4560	Det er utarbeidet plan som er sendt innenfor frist for å lukke avvik etter årets tilsyn som er sendt til Ofoten brann IKS.	Venter på tilbakemelding	
NR 8: Helse Nord	UNN Tromsø Operasjons- og intensiv klinikken,	Strykninger av planlagte operasjoner I tillegg til	Revisjonen konkluderer med at foretakets praksis på flere områder bryter med nasjonale føringer	14/ 3954	Klinikken er i gang med å korrigere sin registrerings- og rapporteringspraksis der revisjonen har avdekket mangler.	Det er lagt opp til at fellesrapport	Handlingsplanen presenteres på kvalitetsutvalgsmøte av klinikkleder for å sikre at revisjonsfunn blir kjent for hele foretaket.

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
RHF	Kirurgi-, kreft og kvinnehelse klinikken Nevro- og ortopedi-klinikken 8.10.2014	fysisk revisjon i UNN Tromsø gjøres det spørre-undersøkelse ved UNN Narvik og UNN Harstad	for indikatoren. Datagrunnlaget har store ulikheter og resultatene som offentliggjøres er derfor ikke sammenlignbare mellom foretakene. Revisjonen ga anbefalinger både til Helse Nord RHF og til foretakene om forbedringsarbeid som omfatter korrigerende praksis, etablering og implementering av retningslinjer samt harmonisering av bruk av dataverktøy. Det ble gitt 11 anbefalinger, 11 til Helse Nord RHF og 2 til UNN. Anbefalingene til UNN: -Korriger sin registrerings- og rapporteringspraksis der revisjonen har avdekket manglende samsvar mellom indikatorbeskrivelsens spesifikasjoner. -Bidra aktivt i et regionalt forbedringsarbeid på initiativ fra RHF-et og implementere de endringer som arbeidet resulterer i.			en skal behandles i styret i Helse Nord 26.februar 2015 og revisjonssjef Tor Solbjørg ber om å få oversendt foretakets plan for oppfølging av de anbefalingene som er gitt etter revisjonen til oss.	

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR 9: Riks revisjonen	Kirurgi, - kreft og kvinnehelse- klinikken Nevro- og ortopedi Klinikken	Utvidet kontroll om utviklingen i dag og døgnekirurgisk behandling.	Etter at den innsendte dokumentasjonen er gjennomgått har de valgt å gjennomføre kontroll ved UNN HF.	14/ 4713 Og 15/733	Klinikkene er i gang med å besvare sendt spørsmålslisten fra Riksrevisjonen vedr . 6 ulike behandlinger og om foretakets samlede kirurgiske aktivitetsutvikling .	Frist 6.mars	
NR 10: Direktoratet for samfunns sikkerhet og beredskap (DSB)	UNN Tromsø, Harstad og Narvik Uke 41 Fag og forsknings-senteret Medisinsk klinikk Diagnostisk klinikk, Akuttmedisinsk klinikk, operasjons- og intensivklinikk Drift – og eiendoms senteret	Oppfølging av revisjon i 2013 HMS/ Kvalitet Brukere av medisinsk teknisk utstyr (MTU)	5 Avvik og 1 Anmerkning Avvik: 1.- Helseforetaket har en mangelfull oppfølging for å avdekke, rette opp, og forebygge overtredelse av krav fastsatt i eller medhold av HMSlovgivningen 2.-Det blir ikke gjennomført systematisk opplæring i sikker bruk av medisinsk teknisk utstyr. 3.-Det forebyggende vedlikeholdet på MTU ved UNN har store restanser 4.-Informasjon om utført vedlikehold, endringer og reparasjoner på elektromedisinsk utstyr og tilbehør registreres ikke på en systematisk måte i MTA's fagsystem 5.-Informasjon om utført vedlikehold / PV) på den elektriske installasjonen	14/ 1890	Når det gjelder opplæring i MTU har Akuttmedisinsk klinikk lukket avviket. Medisinsk klinikk har iverksatt opplæring og vil ha lukket avviket innen fristen, OPIN klinikken hadde dette under kontroll allerede under besøket, men det kom ikke frem i rapporten. Medisinteknisk avdeling har en positiv utvikling når det gjelder restanser på vedlikehold av MTU og fortsetter denne utviklingen vil avviket bli lukket.		Forankring av opplæring i MTU bør inngå i dialogavtale/årsplaner. Etablering av et fagnettverk for MTU med ressurser klinikkene som kan holde et kontinuerlig trykk på dette arbeidet gjennomåret.

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			dokumenteres ikke på en systematisk måte i fagsystemet(Plania) Anmerkning: Usikkerhet om hva som skal meldes og hvem som skal melde uønskede hendelser knyttet opp mot MTU				
NR 11: Byutvikling Tromsø kommune	UNN Åsgård	Postalt tilsyn etter bekymrings-melding fra Tromsø Kommune etter tilsyn ved UNN Åsgård	I forbindelse med utførelsen av brannteknisk inspeksjon av Tromsø Kommune ble det avdekket forhold som synes i strid med Plan og bygningsloven	12/ 3057	Det er utarbeidet svar med plan for utbedring av den branntekniske tilstand	Venter på tilbake-melding	Viser til læringsmomenter anført til revisjon NR 1 i denne rapporten
NR 12: Brann og redning Tromsø Kommune	UNN Tromsø 30.6.2014 Drift – og eiendomssenter et	Brannsikkerhet, bygnings-messige, tekniske og utstyrmessige brannsikrings tiltak	5. Avvik: 1. Eiers bygningsdokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 2. Eiers tekniske dokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 3. Røyk og branncellebegrensede bygningsdeler7 konstruksjoner virker ikke som forutsatt 4. Farlig stoff anlegg er ikke meldt til DSB 5. Rømningsveier	14/ 4296	Teknisk avdeling arbeider for å finne løsninger for å utbedre de avvik som er beskrevet, samt etablere og vedlikeholde rutiner i hht HMS forskriften. Det er utarbeidet en tiltaksplan med opplysninger om når og hvordan avvik vil bli rettet opp innenfor frist 1.11. 2014	Venter på tilbake-melding	Viser til læringsmomenter anført til revisjon NR 1 i denne rapporten

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			tilfredsstillende ikke krav om rask og sikker rømming				
NR 13: Helse Nord RHF	UNN HF Ambulanse-avdelingen seksjon Tromsø 6.-7.11.2013 Ambulanse-avdelingen Ambulanse-tjenesten Skånland 25.11.2013	Kompetanse-, arbeids- og hviletidskrav i ambulansetjenesten	Internrevisjonen fant at det var etablert styring og kontroll som gir tilfredsstillende grad av sikkerhet for etterlevelse av krav til bilambulansetjenesten, Det ble likevel konstatert at det foreligger muligheter for forbedring av vedlikehold og heving av kompetansen. Intern revisjonen anbefaler å gjennomføre seks tiltak. De omhandler gjennomføring av risikovurderinger, innhold i arbeidsavtaler, vedlikehold og utvikling av kompetanse, arbeidstidsplanlegging, fremskaffelse av pålitelige styringsdata om brudd på arbeidsmiljøloven, og bruk av avviksmeldinger	13/2981	Rapporten er tatt opp i avdelingsledelsen i ambulansetjenesten, samt i KVAM for ambulansetjenesten. Ledelsen gjennomgår og diskuterer de 6 anbefalingspunktene i rapporten. Rapporten tas opp med FFS og HR for dialog rundt videre håndtering, samt sørger for å fremskaffe de tilsvarende rapportene fra de andre HFene.		Følges opp av Akuttmedisinsk klinikk i forhold til alle UNNs ambulansetjenester.
NR 14: Fylkesmannen i	Barne og ungdoms-psykiatriske poliklinikker i	Lands-omfattende tilsyn med helseforetakene	UNN HF sørger ikke for at diagnostisering av kliniske tilstander hos barn og unge som trenger	13/769	Det er utarbeidet og sendt en fremdriftsplan hvor det er redegjort for hvilke tiltak som iverksettes. Rapporten er gjennomgått etter interne møter ved BUP	Ny frist 30.6. 2015	Konklusjonene og erfaringene fra tilsynet følges opp i alle Barne- og ungdomspsykiatriske enheter i UNN.

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
Troms	UNN Høst 2013 Stedlig tilsyn BUP UNN Harstad 29.30. og 31. oktober 2013	styring og ledelse av barne- og ungdoms-psykiatriske poliklinikker	helsehjelp fra BUP Sør Troms er basert på en systematisk og tverrfaglig utredning. Avviket bygger på følgende: Virksomheten har utarbeidet skriftlige rutiner for utredningsplaner, i tråd med faglige retningslinjer. Disse følges bare unntaksvis.		Sør Troms og med alle BUP lederne i UNN. Fylkesmannen ba i brev av 7.7.2014 om ny og kortfattet tilbakemelding av oppfølgingen. Tilbakemelding fra Fylkesmannen 2.2.105: Ny tilbakemelding basert på resultatene av nest egenvurdering. De ber samtidig ledelsen gi en vurdering av om de gjennomførte tiltakene har vært tilstrekkelige og virket som planlagt slik at lovgivningen overholdes. Denne ble utarbeidet og sendt 5.9.2014. I brev av 31.10.2014 ber Fylkesmannen om ytterligere en ny kortfattet tilbakemelding basert på resultatene fra egenvurderinger i desember 2014. Denne tilbakemeldingen ønskes innen 15.1. 2015		
NR 15: Helse Nord Intern- revisjons- rapport 5/2013	UNN HF Uke 9. og uke 11.- 2013	Henvisninger og ventelister	UNN har mottatt endelig revisjonsrapport hvor det konkluderes med at enkelte pasienter ved UNN HF venter uakseptabelt lenge (opptil flere år) på den behandlingen de er vurdert å ha behov for, også uten at det er	13/ 1461	En regional prosjektgruppe har utarbeidet fem nye regionale prosedyrer for forebygging og oppfølging av fristbrudd. Disse prosedyrene inkluderer også rutinemessig rydding av ventelister. Opplæringen av de nye prosedyrene er igangsatt og det er planlagt informasjonsmøter hvor klinikkledere får et særskilt ansvar for å sikre en vellykket implementering. Dette i tillegg til at fag-	Saken tas opp på KU sammen med saken fra Fylkesmannen	Det utarbeides egen sak om oppfølging av denne internrevisjonsrapporten, med læringsmomenter for aktuelle enheter i foretaket. I opplærings- og implementeringsplanen skal det sikres læring og kunnskap og innsikt nye prosedyrer og i DIPS rutiner i

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			dokumentert at pasienten er blitt kontaktet av foretaket. På bakgrunn av de observasjoner og vurderinger som er gjort, har internrevisjonen gitt til sammen 13 anbefalinger om forbedringstiltak.		og forskningssenteret lager en fullstendig handlingsplan hvor samtlige anbefalinger er ivaretatt.		hele UNN.
NR 16: Tromsø Kommune	UNN Tromsø 2.10.2013	Legionella tilsyn	Mulige avvik: Mangler risikovurdering Mangler rutine for som beskriver håndtering av mistanke om eller påvisning av legionella Manglende system for tiltak, regelmessig ettersyn og kontroll av anlegget.	13/ 4499	Det er utført risikovurderinger for identifiserte anlegg, det er laget skriftlige prosedyrer som implementeres i DV-systemet. Gjeldende prosedyrer revideres og legges i DV-systemet	Venter på tilbake melding	Drifts- og eiendomssenteret følger opp samme problemstilling i forhold til UNNs øvrige lokalisasjoner.
NR 17: Riksrevisjon	UNN HF Nov. 2013 – april 2014	Kontroll med helseopplysning er i EPJ-systemet Datainnsamling	Gjeldende regelverk er ikke tilstrekkelig implementert Ansatte har tilgang til helseopplysninger utover det reelt behov tilsier Ingen systematisk kontroll og oppfølginger av tilganger til EPJ Mangelfull internkontroll av helseforetakenes tilgangsstyring	13/ 5074	UNN har i sitt svar til Riksrevisjonen vist til at det er iverksatt ett større arbeid rundt de kliniske systemene i Helse Nord. Målsetningene er likeartede oppsett og standardisert bruk av de viktigste kjernesystemene i regionen og dermed også en større grad av ensartede rutiner/praksis rundt tilgang til pasientinformasjon. Videre bør det settes inn tid og ressurser for å sikre at nødvendig kompetanse og kunnskap erverves og at regelverket etterlevs.		Funn fra denne kontrollen blir satt opp som obligatorisk tema for alle ledere som gir medarbeidere tilgang i EPJ-systemet.

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR 18: Harstad Kommune	UNN Harstad 24.10.2014	Brannsikkerhet	To avvik: -Arbeidet med ledelyssystemet ved objektet er ikke slutført - Branntetting, det mangler fortsatt en del branntetting i brannskiller	12/ 1154	Tilbakemeldingen fra teknisk avdeling er tilfredsstillende. Den inneholder prioriteringer og tidsplan for utbedring av påpekte avvik og anmerkninger ligger innenfor en akseptabel tidsramme. Tiltakene som er iverksatt og utført er også tilfredsstillende.	LUKKET 9.12.2014	
NR 19: Arbeids-tilsynet	Sykehusveien 38 Tromsø 15.12.2014	Oppfølging av hvem virksomheten inngår kontrakter med, hvilke kontrakter som er inngått det siste året og innholdet	Arbeidstilsynet fant ikke grunn til å gi pålegg	14/ 5487		LUKKET 19.12.2014	
NR 20: Mattilsynet	Drift og eiendoms-senteret v/ Matforsyning Unn Harstad Felleskjøkken 6.3.2012	Virksomheten ble vurdert i forhold til forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddel lov-givingen Lov om matproduksjon og mattrygghet og forskrift om Næringsmiddel-hygiene.	Det er ikke foretatt fareanalyse i henhold til HACCP- prinsippene	9/3993	Opplæring i HACCP metoden pågår og Mattilsynet gir en utvidet frist. Mattilsynet har også gjennomførte en inspeksjon 31.5.2013. Her ble også planer for driftsendringer tatt opp i forbindelse med ombygging og at matproduksjonen flyttes til Befalsmessen på Trondenes. Mattilsynet ber om å bli holdt løpende orientert om den videre fremdrift i ombyggingsprosessen.	LUKKET brev av 2.1.2015	Følges opp i forhold til alle sykehuskjøkken i UNN av Drifts- og eiendomssenteret

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR 21: Lenvik Kommune	Senter for Psykisk Helse Midt-Troms 28.10 2014	Brannsikkerhet	To avvik: -Brannsikkerheten var ikke tilfredsstillende dokumentert. Rømningsforholdene anført som avvik ved tidligere tilsyn er ikke lukket.	14/ 5069	Det er igangsatt arbeid med å gi en skriftlig tilbakemelding med opplysning om og når alle avvik vil bli rettet opp.	LUKKET 5.1.2015	
NR 22: Arbeids-tilsynet	Longyearbyen sykehus 10.12.2014	Oppfølging av tidligere tilsyn Vedrørende redningsoppdrag med helikopter på Svalbard	Tre pålegg: UNN HF skal - sørge for at arbeidet ved Longyearbyen sykehus blir tilrettelagt, organisert og ledet slik at arbeidstakerne ikke blir utsatt for uheldige psykiske belastninger -kartlegge og risikovurdere arbeidsbelastningen samt følge opp de utbedringstiltak som viser seg nødvendig -gi varaverneombudet nødvendig for å kunne utføre sitt verv på en forsvarlig måte	11/ 1642	Tilbakemeldingen til arbeidstilsynet er forelagt Luftfartstilsynet til faglig vurdering. De uttaler at det som er beskrevet er bra og tilfredsstillende krav Luftfartstilsynets operative avdeling har til opplæring	LUKKET 19.2.2015	
NR 23: Statens lege-middelverk	Diagnostisk klinikk Blodbankene 2.-tom 6.	Blodbankenes tilvirkning av blod og blod-komponenter	Har mottatt observasjonsliste med 20 forbedringsområder. Ingen kritiske avvik	13/ 5449	Det er utarbeidet og sendt fremdriftsplan innen fristen. Her er det beskrevet hvordan kvalitetsstyringssystemet skal forbedres. Det er planlagt og gjennomført oppdatering og endring av prosedyrer,	LUKKET 12.2.2015	Følges opp i alle UNNs blodbanker (Diagnostisk klinikk).

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
	februar 2014				sjekklister og avtaler med samarbeidende avdelinger. Videre er det igangsatt re-opplæring av personell. Statens legemiddelverk har gjennomgått den siste innsendte dokumentasjon og anser oppfølgingen som tilfredstillende		

Internkontrollarbeidet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) bygger på *FORSKRIFT 2002-12-20 nr 1731*:

§ 4 g) Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen.

§ 5 Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Definisjon av avvik

Avvik er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift. Ved interne revisjoner gis det også avvik ved mangel på oppfyllelse av krav gitt i retningslinjer/ prosedyrer gjeldende for UNN.

Merknad er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

Definisjon på pålegg

Arbeidstilsynet har hjemmel i arbeidsmiljøloven § 18-6 første og siste ledd til å gi pålegg.

1) Arbeidstilsynet gir de pålegg og treffer de enkeltvedtak som ellers er nødvendig for gjennomføringen av bestemmelsene i og i medhold av kapittel 2 til 11 samt §§ 14-5 til 14-8, 15-2 og 15-15. Dette gjelder likevel ikke §§ 2-4, 2-5, 10-2 andre til fjerde ledd og § 10-6 tiende ledd.

6) I forbindelse med tillatelse, samtykke, dispensasjon eller andre enkeltvedtak kan Arbeidstilsynet sette nærmere bestemte vilkår.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
20/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.3.2015
Saksansvarlig: Arthur Revhaug		Saksbehandler: Hans-Petter Bergseth

Årlig melding 2014

Innstilling til vedtak

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

Sammendrag

Årlig melding for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) foreligger som saksfremlegg til denne styresaken i Helse Nord RHF's rapporteringsmal. Meldingen viser at UNN har oppfylt eller påbegynt gjennomføringen av de fleste krav i oppdragsdokumentet. Selv om foretaket ikke fullt ut har oppfylt alle krav og mål i Oppdragsdokument 2014, viser ikke meldingen noen områder med systematisk svikt eller gjennomgående dårlig oppfyllelse av eiers krav.

Områdene innen kvalitet og pasientsikkerhet viser at måloppnåelsen for nasjonale kvalitetsindikatorer, kreftforløp, fristbrudd og ventelister ikke er god nok. Innsatsområdene tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning viser at flere klinikker og avdelinger i UNN foretar fortløpende undersøkelser av brukertilfredshet, og at resultatene brukes i aktivt forbedringsarbeid. Det har i 2014 vært utført et systematisk arbeid for å redusere forekomst av sykehusinfeksjoner, blant annet gjennom tiltaket Trygg kirurgi og regelmessige smittevernvisitter ved alle somatiske enheter. Det er gledelig at forekomsten av sykehusinfeksjoner er redusert.

Direktøren oppfatter at Årlig melding gir en god oppsummering av status for hvordan oppdraget for 2014 ble løst innenfor de rammene som var gitt, og anbefaler at meldingen godkjennes for oversending til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Helse Nord RHF skal etter hvert driftsår rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) hvordan gitt oppdrag er løst. For å kunne rapportere dette presist nok, har RHFet bedt Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og de øvrige helseforetakene om en årlig melding til eier. Årlig melding 2014 rapporterer på hvordan UNN har fulgt opp kravene i Oppdragsdokument 2014, og redegjør for planlagte tiltak på områder der målene ikke er nådd.

Sak 20/2015

Rapporteringsmalen for Årlig melding 2014 er forenklet, og utformet slik at styringsparametre er innarbeidet i spørsmålsstillingene under de ulike innsatsområdene. Helse Nord RHF vil svare HOD direkte for flere parametre der helseforetakene tidligere rapporterte. Strukturen i rapporteringen vektlegger nå i sterkere grad helseforetakenes vurderinger av bakenforliggende årsaker til det resultatet man har oppnådd.

Formål

Formålet med saken er å rapportere til Helse Nord RHF hvordan UNN har fulgt opp kravene i Oppdragsdokument 2014.

Saksutredning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har i 2014 hatt fokus på systematisk kvalitetsarbeid, forberedelse til innføring av kreftpakkeforløp og behandlingsresultater. Aktivitetsnivået har i 2014 vært som forutsatt med en svak økning både i somatikk og psykiatri på hhv. 1,1 % og 1,4 %.

UNN har hatt oppfølgingsaktiviteter for alle områdene i oppdragsdokumentet for 2014. Noen av oppdragsdokumentets svært mange rapporteringspunkter, er løpende aktiviteter som ikke kan ferdigstilles, men som er gjenstand for langsiktig arbeid og kontinuerlig forbedring. Oppdragene er også ulike i karakter og omfang, slik at en oppfylingsgrad bare kan bli en skjønsmessig vurdering. Det gis i det følgende en oppsummering av de viktigste områdene.

Fells organisatoriske krav og rammebetingelser

UNN leverte et økonomisk resultat på 11,9 mill kroner dårligere enn styringskrav for 2014. Store endringer i pensjonskostnadene (føringer fra HOD, desember 2014) medførte lavere pensjonskostnader for 2014 og et overskuddskrav på 627,0 mill kr. Regnskapsmessig resultat ble 615,1 mill kr i overskudd, og et negativt budsjettavvik på 11,9 mill kr. Hvis man ser bort fra endringen i pensjonskostnader, så ville regnskapsresultatet vært et underskudd på -66,9 mill kr. Fra og med august 2014 har de månedlige økonomiske resultatene vært i tråd med budsjett som følge av nye midlertidige tiltak.

UNN har i 2014 økt kompetansen innen og erfaringer med risikoanalyser og risikostyring. Det er startet et arbeid med å få etablert et helhetlig system for risikostyring av virksomheten. Det er foretatt systematiske risikoanalyser på en rekke områder, men det er ikke gjennomført en fullstendig risikostyring på de områder Helse Nord RHF har stilt krav om i 2014 i hele foretaket.

UNN har prioritert Ledelsens gjennomgang av foretakets internkontroll tertialvis på foretaksnivå, og gjennomgangene behandles i foretakets kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg før styrebehandling. UNNs styre har behandlet de saker det stilles krav om i oppdragsdokumentet. Alle saker som fremlegges styret drøftes rutinemessig og det dokumenteres medvirkning i tråd med retningslinjene.

Oppfølgingen av punktene om investeringsrammer og bygg- og eiendomsforvaltningen er i all hovedsak ivaretatt i 2014 selv om det er utfordringer i foretakets bygningsmasse. UNN har fulgt opp innkjøpsstrategien i Helse Nord og bistått innkjøpsorganisasjonen HINAS i henhold til oppdrag. Arbeidet med miljøledelse pågår i henhold til plan. Det arbeides i klinikkenes KVAM-utvalg, gjennom prosjektstillinger, HMS-strategi og revisjoner for å innfri systemkrav til miljøsertifisering. UNN ble miljøsertifisert i 2014.

Sak 20/2015

Innen organisasjons- og lederutvikling har UNN blant annet arbeidet systematisk med forbedring av lederopplæring, med særlig fokus på førstelinjeledere. UNN har bidratt aktivt i utvikling av regional e-læringsløsning. HMS-arbeid og overvåking av arbeidsmiljø i form av medarbeiderundersøkelser, avviksbehandling og sykefraværsregistrering gjennomføres og rapporteres systematisk.

UNN har i 2014 avgitt personell til de regionale IKT-prosjektene Felles innføring av kliniske systemer (FIKS), Harmonisering og samordning (HOS) samt Medikasjon og kurve i henhold til oppdrag. Det arbeides systematisk med å forebygge og avdekke svikt/avvik i de pasientadministrative systemene.

Tilgjengelighet og brukerorientering

Ventetiden er i gjennomsnitt redusert med 3 dager i løpet av 2014. Pasienter venter i gjennomsnitt 80 dager. Pasienter med rett til prioritert helsehjelp venter i snitt 56 dager, mens de uten rett venter i 98 dager på behandlingsstart. Ved utgangen av 2014 stod det 17 066 pasienter på venteliste. Antall fristbrudd ligger på rundt 100 brudd pr måned, etter en sterk reduksjon fra tidligere nivå. De fleste fristbruddspasientene har fått behandling kort tid etter fristbruddet. Pasienter med langvarige og koordinerte tjenester har fått oppnevnt koordinatorene. Det er etablert brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern i psykiatri og rus.

Kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern

UNN har arbeidet systematisk med å gjennomføre punktene i oppdragsdokumentet på disse områdene. Tiltak for å bedre datagrunnlaget i NPR rapporteringen er iverksatt med månedlige korrigeringer. Ledelsesinformasjonssystemene Helse Nord LIS og UNN KIS er under implementering og vil gi oppdaterte styringsdata til ledere på alle nivå. Pasienterfaringer er innhentet innen somatikk og rus/psykiatri samt hos fastlegene. Resultatene viser at UNN har et potensial for forbedringer innen ventetider, samhandling, utskriving, og organisering.

UNN rapporterer økonomi, aktivitet og kvalitetsdata i månedlige virksomhetsrapporter, som behandles av styret fortløpende. Foretaket følger opp den vedtatte tiltaksplanen for kvalitetsstrategien.

UNN har i 2014 deltatt aktivt i arbeidet med å forberede innføring av e-resept og er klar til å ta dette i bruk så snart godkjent versjon foreligger fra Helsedirektoratet. Innregistrering av data til og bruk av data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre, har sterkt fokus i styringsdialogen i foretaket. Fagmiljøene i UNN registrerer gjennomgående til aktuelle registre. UNN har i 2014 hatt databehandleransvar for fem nasjonale kvalitetsregistre. UNN har rapportert status i oppfølging av ulike tilsynsrapporter regelmessig til kvalitetsutvalg og styre, med et økende fokus på læring på tvers av enhetene i foretaket.

Pasientsikkerhetsprogrammet har aktiviteter i alle deler av programmets innsatsområder med faste rapporteringer på de fleste områder. Innsatsområdene følges systematisk opp og korrigeres der det finnes mangler. Aktivitetene i programmet har vært rapportert til styret i forbindelse med ledelsens gjennomgang hvert tertial.

Det ble i 2014 gjennomført kulturundersøkelse på pasientsikkerhet. UNNs avdelinger har fått tilbakemeldinger på personalets oppfatninger av pasientsikkerhet. På områder der det er identifisert lavt score er det iverksatt tiltak.

Smittevernarbeidet fortsetter med smittevernvisitter og NOIS-registreringer med krav til 95 % deltakelse på pasienter som har fått utført utvalgte kirurgiske inngrep. Deltakelsen i UNN viser at vi har høy deltakerandel i disse registreringene. To årlige prevalensundersøkelser med måling

på infeksjoner hos inneliggende pasienter er også gjennomført med bred deltakelse. Forekomsten av sykehusinfeksjoner er redusert i 2014.

Pasientbehandling

Kreftbehandling

Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager var i 2. tertial 2014 (siste periode NPR har offentliggjort data fra) 48 % (nasjonalt gjennomsnitt 59 %). For lungekreftpasienter var tilsvarende andel i UNN i samme periode 32 % (nasjonalt gjennomsnitt 39 %). For brystkreftpasienter var andelen 65 % (nasjonalt gjennomsnitt 52 %). For alle tre kreftformene er nasjonalt måltall for andel pasienter som får startet behandling innen 20 virkedager 80 %. UNN har i 2014 vært aktiv i arbeidet med forberedelser til innføring av de nye pakkeforløpene for kreftbehandling. Fire er implementert per mars 2015 og arbeidet med de øvrige som innføres i løpet av året er startet. Innføring av nytt kodeverk samt registreringsrutiner er krevende.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Rusmestringsenheten i Tromsø Kretsfengsel er videreført i 2014. Det er etablert Dropout-team med brukerrepresentant. Bruken av tvang innen rusområdet har økt noe (2,6 prosentpoeng). Det er igangsatt handlingsplan for økt frivillighet.

Psykisk helsevern

Psykisk helse- og rusklinikken har akuttberedskap på døgnbasis ved samtlige DPS med unntak av DPS Nord-Troms. Telemedisinløsningen *DeVaVi* er et sentralt verktøy i dette. Klinikken arbeider strukturert for å ha riktig bruk av tvang. Andel tvangsinnleggelse er redusert med 6,5 % i perioden 2011 – 2013. Det registreres en liten økning i bruk av tvang i 2014 som er på 2,9 % prosent pr 100 innbyggere. Klinikken har startet implementering av plan for økt frivillighet.

Samhandling

UNN har i 2014 hatt samarbeid med kommunene om etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det er etablert tilbud i 19 kommuner i UNNs opptaksområde. For ni av kommunene er etableringen delvis uavklart og det arbeides videre med dette i 2015. Tromsø og Karlsøy er enig i å samarbeide om et tilbud og har målsetning om etablering fra 1.1.2016. UNN fortsetter det langsiktige arbeidet med å følge opp inngåtte avtaler med kommunene. Foretaket har aktiviteter på en rekke områder for å bidra til kompetanseutveksling og -oppbygging mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Det arbeides aktivt med økt pasientmedvirkning gjennom nettstedet *Mine behandlingsvalg*.

UNN deltar i det regionale arbeidet med oppfølging av kompetansebehov som følge av samhandlingsreformen. Dette er også et viktig fokus i det brede, strategiske samarbeidet mellom UNN og utdanningsinstitusjonene, og da først og fremst Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT- Norges arktiske universitet. Arbeidet med elektronisk meldingsutveksling fortsetter, men det er utfordringer hos enkelte mottakere som ikke har oppdaterte versjoner. UNN er klar til å ta i bruk de siste versjoner av meldingsutvekslinger.

Beredskap

Innen beredskapsområdet har UNN i 2014 deltatt i felles katastrofeøvelse på Svalbard. Evalueringen av øvelsen pågår. Det ble igangsatt en prosess for planlegging av Barents Rescue 2015. Videoassistert akuttmedisinsk kommunikasjon *VaKe* er noe forsinket i forhold til opprinnelig plan. UNN bidrar aktivt med kompetanse og ressurser til innføringen av *Nødnett* og har planlagt at AMK-sentralen i Tromsø skal være tilkoblet i november 2015.

Personell, utdanning og kompetanse

UNN har etablert lederopplæring for førstelinjeledere der en gjennomgår de strukturer og rutiner UNN har for kontinuerlig forbedring av kvalitet og pasientforløp. Startpakken for nye ledere gjennomføres flere ganger årlig. Det er opprettet opplæringspakker for e-læring i smittevern og informasjonssikkerhet, og det arbeides med kurs i regi av FIKS-prosjektet for innføring av nye pasientsystemer og journal. Bruk av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging er videreført, noe som skal sikre bedre samsvar mellom planlagt aktivitet og allokering av ressurser. I 2014 er det etablert en modell som gir plantall for månedsverk for hele virksomheten. Dette er et støtteverktøy for bemanningsplanlegging og for å redusere innleie. Gjennom lederopplæring er det lagt vekt på reduksjon av midlertidige ansettelse.

UNN har deltatt i et forprosjekt knyttet til kompetanseledelse i Helse Nord. Til grunn for arbeidet ligger Strategisk kompetanseplan, fase 2, som beskriver hvordan vi skal møte utfordringer knyttet til behov for kompetanse fram mot 2020. Områder som berøres i kartleggingen er spesialutdanningen i sykepleie (ABIKO), ny legespesialitetsstruktur, behov for videreutdanning, og lærlingeordninger. I 2014 er det igangsatt flere tiltak for oppgaveglidning mellom fagene, og det er utviklet nye praksisformer som understøtter helhetlige pasientforløp og kvalitet i praksisutdanningen.

Handlingsplan for redusert sykefravær er utarbeidet med tiltaksplan, og det er gjennomført medarbeiderundersøkelse i hele foretaket.

Forskning og innovasjon

UNN har fulgt opp sitt ansvar for å finansiere og stille til rådighet infrastruktur for forskning, der viktige elementer er kapasitet på forskningsposten, styrking av ulike støttefunksjoner i Klinisk forskningsavdeling samt etablering av felles kjernefasiliteter sammen med Det helsevitenskapelige fakultet. UNN deltar aktivt i nasjonalt arbeid med å styrke brukervedvirkning i forskning. Innen innovasjon har UNN et relativt utstrakt samarbeid med Norinova, og ved Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling foregår det en rekke innovasjonsaktiviteter.

Medvirkning

Rapport og styresak er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalget, og drøftet med ansattes organisasjoner i egne møter 9., 10. og 11.3.2015. Saken ble tatt til orientering, og protokoller fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet.

Vurdering

Direktøren viderefordelte oppdragsdokumentet for 2014 til foretakets klinikker og sentre, ut fra ansvarsområder, og fulgte opp gjennom dialogavtaler og oppfølgende dialogmøter med klinikk- og senterledere i egne møter gjennom året.

UNN har oppfylt eller påbegynt gjennomføringen av de aller fleste krav i oppdragsdokumentet. Årlig melding viser ingen områder med systematisk svikt eller gjennomgående dårlig oppfyllelse av eiers krav, men det er forbedringspotensial på flere områder, slik saken redegjør for.

Med bakgrunn i gjennomgang av melding og redegjørelse i denne styresaken, anser direktøren at meldingen gir en god oppsummering av status, og hvordan oppdraget for 2014 er løst

Sak 20/2015

innenfor de rammene som er gitt. Direktøren anbefaler styret å oversende meldingen til Helse Nord RHF.

Tromsø, 13.3.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Årlig melding 2014 fra UNN



Rapporteringsmal for tertialrapport og årlig melding 2014

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



NORLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIVIESSU



Innhold

1	Om rapporteringen	3
2	Felles økonomiske krav og rammebetingelser.....	4
2.1	Risikostyring og internkontroll.....	4
2.2	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	5
2.3	Innkjøp	7
2.4	Klima- og miljøtiltak	8
2.5	Arkivtjeneste.....	10
3	Aktivitet	10
4	Tilgjengelighet og brukerorientering.....	11
5	Kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern.....	15
5.1	Kvalitet.....	15
5.2	Pasientsikkerhet og smittevern.....	19
5.2.1	Pasientsikkerhet.....	19
5.2.2	Smittevern.....	22
5.3	Pasientbehandling.....	23
5.3.1	Psykisk helsevern og rus	23
5.3.2	Somatikk	26
5.3.3	Samhandling.....	29
5.3.4	Beredskap.....	31
6	Personell, utdanning og kompetanse	33
6.1	Helse, miljø og sikkerhet.....	40
7	Forskning og innovasjon	41

1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2014** til Helse Nord RHF. De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

Rapportering fra helseforetakene på styringsparametre m.v. er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Vi har etter henstilling fra helseforetakene gjennomgått hvilke styringsparametre det skal rapporteres på, og hvilke Helse Nord RHF kan svare HOD på direkte.

Det skal gis tilbakemelding på alle rapporteringskrav i dette dokumentet. Tabellen under rapporteringskrav viser hvilke krav som skal rapporteres tertialvis og hvilke kun i årlig melding.

Rapporteringsteksten skal være konkret og konsis, og inneholde informasjon om status med beskrivelse av gjennomførte tiltak.

Lenke til nasjonale kvalitetsindikatorer: <http://nesstar2.shdir.no/webview/>

Lenke til månedlige ventelistestatistikk: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-nord.aspx>

Lenke til statistikkalender Norsk pasientregister: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/statistikkalender/Sider/default.aspx>

Rapporter fra Nasjonalt kunnskapssenter for spesialisthelsetjenesten vil bli publisert her: <http://www.kunnskapssenteret.no/>

Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer

<https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>

Kvalitetsregistrene - <http://www.kvalitetsregistre.no/resultater-fra-kvalitetsregistre/category398.html>

2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

Mål 2014:

- Helseforetakene skal realisere følgende resultatmål i 2014 jf. styresak 111-2013 Budsjett 2014 foretaksgruppen, rammer og føringer, styresak 138-2013 Budsjett 2014 - endringer i finansiering og konsekvenser for helseforetakene og styresak 72-2013 Plan 2014–2017 inkl. rullering av investeringsplan. Helseforetakene skal i 2014 basere sin virksomhet på de tildelte midler.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN HF har i 2014 budsjettert i tråd med føringer fra Helse Nord RHF. Resultatkravet fra Helse Nord RHF til UNN HF var i 2014 balanse. Store endringer i pensjonskostnadene (føringer fra HOD, desember 2014) medførte lavere pensjonskostnader for 2014 og et overskuddskrav på 627,0 mill kr. Regnskapsmessig resultat ble 615,1 mill kr i overskudd, og et negativt budsjettavvik på 11,9 mill kr. Fra og med august 2014 har de månedlige økonomiske resultatene vært i tråd med budsjett som følge av nye midlertidige tiltak. I desember ble det gjort en engangskorrigerende avsetning for variabel lønn som bedret resultatet med 55,0 mill kr, fra -66,9 mill kr til -11,9 mill kr. Årsaken til underskuddet i 2014 er manglende tiltaksgjennomføring, høyere kostnader knyttet til medisinske forbruksvarer og gjestepasientkostnader og lavere ISF inntekter enn budsjettert.

- Helseforetakene skal utarbeide og styrebehandle komplette og reelle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i 2014 og i planperioden (2014–2017).

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN HF har i 2014 gjennomført flere tiltak for å nå de økonomiske kravene. Lavere gjennomføringsevne enn forutsatt er årsaken til manglende økonomisk måloppnåelse. I tiltaksarbeidet i 2014 var aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) hovedstrategien, supplert med øvrige tiltak. Den totale tiltakspakken var på 175 mill kr i 2014 (risikojustert 114 mill kr). Arbeidet med ABP videreføres i 2015 og i årene fremover og forventes å gi økonomisk effekter, forbedre de ansattes tilfredshet samt gi bedre pasientforløp.

2.1 Risikostyring og internkontroll

Mål 2014:

- Gjennomføre risikostyring i henhold til vedtatte retningslinjer og rapportere til Helse Nord RHF i samsvar med disse.

Rapporteringstekst Årlig melding

Risikostyring er gjennomført som pilotprosjekt i Barne- og ungdomsklinikken. Alle områdene gitt i oppdragsdokumentet ble gjennomgått på klinikk og avdelingsnivå. Piloten viser at det er et potensial

på noen av områdene og det er identifisert tiltak. Tiltakene er allmenngyldige for organisasjonen og kan iverksettes på flere klinikker og avdelinger. Det er i all hovedsak kjente tiltak som fremkommer. Risikostyringen for 2015 videreføres og vil bli gjennomført på klinikknivå i 1. tertial 2015. Det er ikke rapportert i en samlet rapport til Helse Nord RHF for UNN siden gjennomføringen har vært mangelfull. Kapasitetsproblemer hos nøkkelpersoner er årsaken til manglende gjennomføring.

- Sørge for å ha minst en årlig gjennomgang fra ledelsen av foretakets interne styring og kontroll. Ledelsens vurderinger og beslutninger skal dokumenteres.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har ledelsens gjennomgang av vår interne styring og kontroll tertialvis. Gjennomgangen behandles i Kvalitetsutvalget før den styrebehandles. Gjennomgangen av UNNs interne styring og kontroll er basert på COCOs Forvaltning, styring og kontroll og COSOs Rammeverk for intern(styring og) kontroll, sammen med relevante krav fra Lov om helseforetak m.m., Lov om statlig tilsyn, forskrift om intern kontroll i helse og omsorgstjenesten mv. Gjennomgangen har vært rettet mot de formelle styringselementene, de uformelle elementene har i mindre grad blitt undersøkt. Intern styring og kontroll defineres som de prosesser, systemer og rutiner som er igangsatt av ledelse og medarbeidere for å gi rimelig sikkerhet for at UNN har en målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover, regler og krav i styringsdokumenter. Gjennomgangen viser at UNN har etablert et hensiktsmessig oppfølgings- og rapporteringssystem som bidrar til at virksomheten følges opp og vurderes opp mot målsettinger, krav og føringer for driften, men at denne informasjonen i større grad kan brukes til læring og forbedringsarbeid. Det videre arbeidet med UNNs interne styring og kontroll bør være rettet mot å videreutvikle systemer og prosesser som omsetter kunnskap om avvik, svakheter og mangler til en varig forbedring av virksomheten.

2.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Mål 2014:

- Helseforetakene skal gjennomføre investeringsplanen slik den er vedtatt i budsjett 2014. Eventuelle avvik i fremdrift skal fortløpende avklares med Helse Nord RHF. Helse Nord RHF skal gis plass i intern prosjektgruppe på statusmøter i plan- og gjennomføringsfasen.
- Rapportere tertialvis fremdrift, kostnadsoppfølging og organisasjonsutvikling på store pågående byggeprosjekter, samt i utbyggingsfasen rapportere månedlig status til virksomhetsrapporten.

Rapporteringstekst Årlig melding

Anbudskonkurranse på renovering av Bygg 7 Åsgård svarte over budsjett. På grunn av behandling av tilbudene og økonomisk ramme påløp en 4 måneder forsinkelse. Øvrige prosjekter holder fremdriftsplan. Anbudsfrist på totalentreprise for A-fløya er utsatt med 1 måned fra 14. desember til 14. januar 2015 etter henstilling fra entreprenør. Dette antas ikke å påvirke fremdrift.

For å gjennomføre renovering av Bygg 7 er det besluttet å øke rammen i prosjektet med 16,3 mill kr. Prosjektets prognose er å gjennomføre innenfor den nye rammen. Økonomisk prognose på Pasienthotell er forbedret til et positivt avvik på 12,8 mill kr. Prognosen for A-fløya er fortsatt en overskridelse på 55 mill kr.

Overordnet sak om organisasjonsutvikling er ennå under behandling. Driftskonsept for Pasienthotell har god fremdrift og ivaretas av hotelldirektør og ansvarlig klinikkledelse.

	Pasienthotell	A-fløya	Bygg 7 Åsgård
HMS	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse	23.04.2015	26.02.2018	18.4.2016
Fremdrift	Ingen avvik	Ingen avvik	4 mnd
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2013	172,1 mill kr	221,9 mill kr	18,51 mill kr
Sum investert 2014	195,3 mill kr	115,6 mill kr	13,8 mill kr
Sum investert totalt	309,1 mill kr	220,0 mill kr	18,5 mill kr
Investeringsramme P50	403 mill kr	1 285,4 mill kr	96,3 mill kr
Prognose økonomiavvik <small>(negativt tall= overskudd, positivt tall= underskudd)</small>	-12,8 mill kr	55 mill kr	0

- **Innføre et tilstrekkelig og verdibevarende vedlikehold i nye og gamle bygg**

Rapporteringstekst Årlig melding

Vedlikeholdsplan, arealplan og investeringsplan ses i sammenheng. Det er utarbeidet en overordnet vedlikeholdsplan for UNN HF som viser et vedlikeholdsbehov på omkring 80 mill kr årlig. Vedlikeholdsbudsjettet pr 2014 er på 40 mill kr og ble redusert med 10 mill kr i 2014 som følge av økonomiske innstramminger. Vedlikeholdsbehovet ivaretas også i stor grad gjennom budsjett for mindre ombygginger (15 mill kr) og ombygginger i forbindelse med utstyrsinvesteringer/driftsomlegging (20-30 mill kr). Strakstiltaksprosjektet i UNN Narvik (194 mill kr) ble avsluttet i 2014 og renovering bygg 7 Åsgård (90 mill kr) ble oppstartet i 2014. Målet anses som nådd i 2014.

- **Gjennomgå telefontjenesten med sikte på effektivisering og forbedringer, herunder gjennom bruk av oppdatert teknologi**

Rapporteringstekst Årlig melding

Telefontjenesten ble tilbakeført i egen regi i 2014. Sentralbordtjenesten ble ytterligere sentralisert i 2014 og investering i ny sentralbordteknologi ble besluttet av styret i november 2014. Anbudsarbeidet er startet og ventes avsluttet våren 2015. Ny mobil og ip-teknologi testes ut og ventes implementert i 2015. Det er igangsatt arbeid med utvikling av en beredskapsplan og en strategisk plan for telefoniområdet og denne slutføres våren 2015.

- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse på kritisk infrastruktur.

Rapporteringstekst Årlig melding

Det er utarbeidet en plan for ROS-analyse på kritisk infrastruktur som strøm, telefoni, vann og avfallshåndtering inkl avløp i forbindelse med høyrisikosmitte. Gjennomføringsplanen ble utarbeidet i 2014 og arbeidet ventes avsluttet mai 2015.

2.3 Innkjøp

Mål 2014:

- Følge opp Helse Nords strategiplan for innkjøp, HINAS¹ strategiplan og legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS), med tilhørende handlingsplaner. Måleindikatorer vil bli lagt til grunn for virksomhetsoppfølging.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har fulgt opp Helse Nord sin nye innkjøpsstrategi, HINAS sin strategiplan og legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS), med tilhørende handlingsplaner.

- I løpet av 2014 ha nådd delmål om totalt 1 mrd i omsetning gjennom innkjøps- og logistikkssystemer. Hvert HF utarbeider innen 31. mars plan for hvordan dette målet skal nås for sin andel av omsetningen av denne milliarder, der anslagsvis nøkkel er: UNN HF (50 %), NLSH HF (30 %), Helgelandssykehuset HF (10 %) og Finnmarkssykehuset HF(10 %).

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN hadde i 2014 en omsetning på kr 335 millioner i CWL. I 2013 var omsetningen 313 millioner kroner. I tillegg ble det i 2014 foretatt ca. 2700 bestillinger i CWL uten prisangivelse og der faktura ble behandlet direkte i fakturahåndteringssystemet. Omsetningen over disse bestillingene er trolig på mange titalls millioner.

Omsetningen i CWL på 335 millioner kr i 2014 utgjør 67 % av de 500 millionene som Helse Nord RHF har satt som måltall for UNN. Etter første tertial 2014 med en omsetning på 145 millioner. På grunn av ferieavvikling ble økningen lavere i 2. tertial, og årsresultatet er ikke i tråd med måltall.

UNN har i de siste årene registrert og tilgjengeliggjort mange avtaler og avtaleartikler i CWL. Videre har UNN registrert mange leverandørartikler i CWL for å få opp omsetningen. Flere av disse leverandørartiklene har ikke vært konkurranseutsatt, men har likevel blitt registrert på egne ikke-konkurransebaserte avtaler.

I 2014 har Innkjøpsavdelingen ved UNN brukt mye ressurser til opprettelse og på bistand til drift av lagerstyring ved operasjonsavdelingen. Omsetningen over operasjonslageret var i 2014 på nærmere 19 millioner kroner.

Opprettelse og bistand til drift av operasjonslageret la betydelig mer beslag på ressurser enn forventet. Noe som igjen har gått ut over annen planlagt utrulling av CWL på UNN. I tillegg har prosjektleder for utrulling vært ute i pappapermisjon i en periode på 4 måneder første halvdel av 2014. Dette har vi ikke kunnet kompensere med andre ressurser.

Andre årsaker til UNN ikke har nådd målet Helse Nord RHF har satt til omsetning via CWL er blant annet at det er for få avtaler og avtaleartikler registrert og tilgjengeliggjort i CWL samt et

¹ Helseforetakenes Innkjøpsservice AS

uutnyttet potensial for større omsetning over allerede registrerte avtaler i CWL. I tillegg har manglende funksjonalitet i innkjøpssystemet knyttet til enkel registrering (skanning) av leverandørs artikkelinformasjon (batchnummer) i forbindelse med bestilling til konsignasjonslager medført at systemet ikke har blitt tatt i bruk på avdelinger med stort innkjøpsvolum, eksempelvis Hjertemedisinsk avdeling.

Ressurssituasjonen på innkjøpsavdelingen har vært og er fortsatt en sterkt medvirkende årsak til at innkjøpsavdelingen har hatt og fortsatt har begrenset kapasitet til å følge opp flere av de varegruppene som mangler avtaler. Disse varene kan da heller ikke bestilles (avropes) gjennom innkjøps- og logistikksystemet CWL.

2.4 Klima- og miljøtiltak

Mål 2014:

- Alle helseforetak skal miljøsertifiseres innen utgangen av 2014.

Det overordnede målet for UNN HF er å bidra til at CO2 utslippet reduseres. Våre vesentlige miljøaspekter:

- Energi
- Transport
- Innkjøp og forbruk
- Avfall

Miljømål:

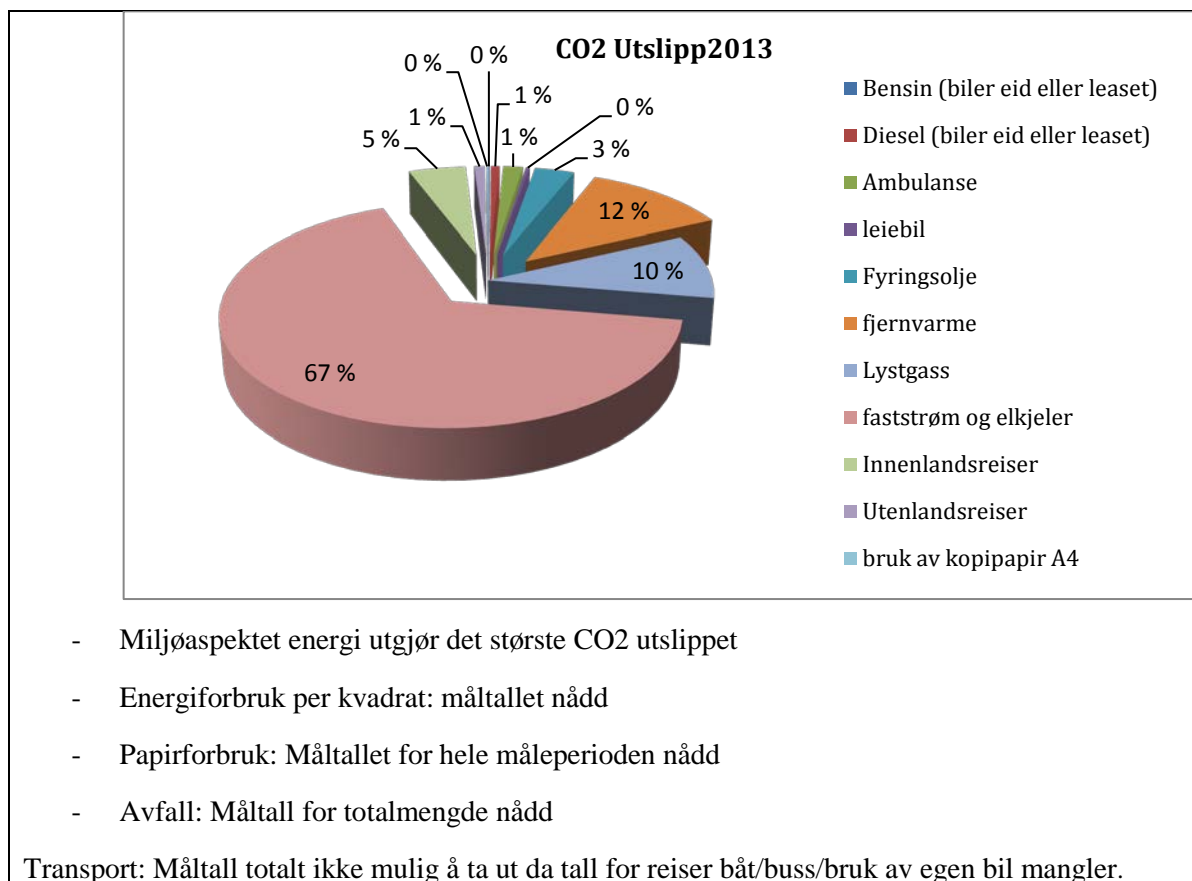
- 10 % reduksjon av energiforbruk i eksisterende bygningsmasse. Alle nye bygg skal planlegges for energiklasse A som tilsier passivhus.
- 10 % reduksjon i CO2-utslipp knyttet tiltransportiltak
- Økt bruk av miljøsertifiserte leverandører, miljømerkede produkter Mindre svinn.
- 10 % mindre restavfall i forhold til total avfallsmengde.

Klimaprogrammet angir flere tiltak for å nå målene. Eksempel på gjennomførte tiltak:

- Energiøkonomisering, se nedenfor
- Barnehabiliteringen reduserer reise. Ved bruk av iPad/ telemedisin gir de veiledning til autiske barn/barnehageansatte i barnehager i Troms og nordre Nordland
- Redusert papirforbruk ved mindre og dobbeltsidig utskrift

Resultat:

Referanseåret for å måle resultat er 2012 og måleperioden er 2015-2018. Eksempel på resultat i 2013:



- Følge opp ENØK²-tiltakene som blir besluttet gjennomført, samt rapportere for gjennomførte prosjekter halvårlig.

Det er utarbeidet en ENØK plan som en del av dialogavtalen UNN og i dialog med eiendomsforum. Investeringsramma er så langt 14.1 mill kr. Denne ramma er brukt på 5 tiltak i 2014, disse begynner allerede å gi en den forventede effekt. I 2015 ligger ytterligere 15 tiltak i planen, de forutsetter egeninnsats og bruk av driftsmidler i tillegg. Da gjenstår kun finansiering av de 2 største tiltakene, de utgjør alene nesten samme investeringsbehov som de 20 andre tiltakene og krever da finansiering, men har kun 5 års inntjeningstid og vil være en meget lønnsom.

- HF-ene må gjøre seg kjent med rapporten fra delprosjektet «Bygg og miljø» samt styresak 131-2013 Det nasjonale miljø- og klimaprojektet – rapport fra delprosjekt Bygg og miljø – felles styresak og legge til grunn de føringer og tiltak som følger av delrapporten og styresaken i arbeidet med eiendomsforvaltning.

Rapporteringstekst årlig melding
UNN ble miljøsertifisert i 2014 og har innarbeidet gjeldende føringer fra styresak 131-2013 Det nasjonale miljø- og klimaprojektet i vår miljøstrategi og miljøhåndbok. Miljøtiltak innenfor bygg og

² Energiøkonomisering

eiendomsforvaltningen er godt dokumentert og følges opp i gjeldende interne rapporteringssystemer som dialogavtalen, HMS-handlingsplaner, intern revisjoner og ledelsens gjennomgang. Nye bygg planlegges i henhold til passivhuskrav.

2.5 Arkivtjeneste

Mål 2014:

- Sørge for å ha en arkivtjeneste i tråd med arkivlov og forskrifter, herunder arkivplan, bevarings- og kassasjonsplan m.m.

Rapporteringstekst årlig melding

UNN har en arkivtjeneste i tråd med arkivloven og forskrifter. Det er utarbeidet en arkivplan hvor arkivplan.no er benyttet. Arkivplan.no er tilgjengelig for alle ansatte via intranett og holdes à jour. Det er ikke utarbeidet en bevarings- og kassasjonsplan for sakarkivet. Det er et omfattende arbeid som UNN påbegynte i 2013, men «la på is» og foreslo et regionalt samarbeid. Tiltak: delaktig i en nasjonal arbeidsgruppe som ledes av RHFene med formål om å utarbeide en nasjonal plan for alle helseforetak. UNN er kjent med lovkravet om avlevering av pasientjournaler og avventer tidspunkt og vilkårene for avlevering. Forskriftene er ikke kommet.

Tiltak: Vi har kartlagt det fysiske arkivmateriale og er i dialog med Norsk helsearkiv, men kostnadene for UNN knyttet til avlevering, er ikke anslått. Når forskriftene er klare, kan det startes en prosess for klargjøring av materiale og kostnader.

UNN mangler godkjente arkivlokaler og har utfordringer med oppbevaringen. Tiltak: utredning pågår for å finne interne løsninger.

3 Aktivitet

Mål 2014:

- Aktiviteten skal endres i tråd med føringene i RHF *styresak 4-2014 Budsjett 2014 – konsolidert*.

Rapporteringstekst årlig melding

UNN har i 2014 fortsatt arbeidet med å vri aktiviteten over fra døgn til dag og poliklinikkbehandling innen somatisk virksomhet. Aktivitetsøkningen målt i antall pasientkontakter var i 2014 på 1,1 % innen somatikk og 1,4 % innen psykisk helsevern og rus.

Antall liggedøgn innen somatikk er redusert med 2,4 % i forhold til 2013. Poliklinisk dagbehandling og innlagte dagopphold har økt med henholdsvis 2,7 % og 7,6 %. For psykiatri og rus er det liten endring.

4 Tilgjengelighet og brukerorientering

Mål 2014:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Rapporteringstekst Årlig melding

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling i UNN i løpet av 2014 var 80 dager. Pasienter med Rett til nødvendig helsehjelp ventet 56 dager i snitt, mens pasienter uten rett til å bli prioritert ventet gjennomsnittlig 98 dager på behandlingsstart. Gjennomsnittlig ventetid er redusert med 3 dager i løpet av 2014.

Median ventetid ved UNN var ved utløpet av desember var 42 dager for rettighetspasienter og 67 dager for de lavest prioriterte. Median ventetid for rettighetspasientene en dag kortere enn i 2013, mens median ventetid for de uten rett til nødvendig helsehjelp er på samme nivå.

Vet utgangen av desember hadde UNN 17 066 pasienter på venteliste. Dette er 5 063 flere pasienter enn ved utgangen av 2013.

Målet er ikke nådd og det skyldes manglende kapasitet på noen områder. Det er rundt 1 000 pasienter som har ventet over 356 dager. Reduksjon av langtidsventende er tiltak som skal redusere gjennomsnittstiden.

- Ingen fristbrudd.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN rapporterer i underkant av 100 fristbrudd månedlig. Tiltak for å overvåke og rapportere på truende fristbrudd er iverksatt. Antall fristbrudd er kraftig redusert de siste årene men har stabilisert seg på et nivå rundt 100 pr. mnd. Fristbrudd har økt fokus og oppfølging fra ledelsens side. Det er spesielt innenfor de kirurgiske fagene at det er fristbrudd, somforklares med operasjonskapasitet. Det er iverksatt utbygging av operasjonskapasiteten i UNN.

- Redusert ventetid, økt kapasitet og god kompetanse innen brystrekonstruksjon for pasienter med brystkreft

Rapporteringstekst 1. tertial

Fastsatt frist er 1. juni 2014. Status på gjennomføring.

Ventetiden er redusert fra 2 år til 1 år på brystrekonstruksjon. Kompetanseoppbygging og økt kapasitet gjennomført.

- Alle ventetider på frittsykehusvalg.no er oppdatert månedlig

Rapporteringstekst Årlig melding

Ventetider for UNN oppdateres rutinemessig månedlig på fritt sykehusvalg.

- Det er gjennomført lokale pasienterfaringsundersøkelser på behandlingsenhetsnivå, resultatene er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp i tjenesten.

Rapporteringstekst årlig melding

I 2014 er det hentet inn pasienterfaringer på behandlingsnivå i Kreft, Kirurgi og Kvinnehelseklinikken, Hjerter- og Lungeklinikken og Psykisk helse- og rusklinikken. I tillegg er det gjennomført Nasjonale Pasopp undersøkelser.

UNN har startet utviklingsarbeid sammen med FUNN IT for enklere å kunne systematisere brukererfaringer og rapportere disse. Det ventes å ha en ferdig utviklet 1. versjon i løpet av 2015.

- Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for de ulike fagområder.

Rapporteringstekst årlig melding

UNN arbeider aktivt med pasientforløp gjennom lean metodikk. Det er de siste årene gjennomført en rekke gjennomganger av pasientforløp og prosesser. Fokus i 2014 har bl.a vært kreftforløp og kreftpakker som skal implementeres i 2015.

- Det er oppnevnt koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Rapporteringstekst årlig melding

Nevro, - ortopedi og rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken):

I Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk avdeling (FMRA) og Habiliteringsavdelingen (HaB) er det oppnevnt koordinerende lege for pasienter som har behov for det. I tillegg har klinikken ansvar for å ha Koordinerende enhet for UNN. Her er arbeidet igangsatt etter plan.

Hjerter- og lungeklinikken (HLK):

Koordinatorer er oppnevnt, bl a knyttet til lungekreftutredning og hjemmerespiratorbehandling.

Kirurgi, - kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K):

Det er oppnevnt kreftkoordinatorer (hovedgruppen pasienter med denne problemstillingen i klinikken.)

Psykisk helse- og rusklinikken:

Alle pasienter i tverrfaglig spesialisert rusomsorg har en koordinator (kalles litt ulikt: kontaktrådgiver, koordinator, behandler)

- HF-ene skal innføre nye tiltak for brukermedvirkning i forskning ut fra forslag til retningslinjer og tiltak for brukermedvirkning i forskning i helsetjenesten.

Rapporteringstekst årlig melding

UNN deltar i samarbeid med Helse Nord RHF aktivt i nasjonalt samarbeid for å styrke brukermedvirkning i forskning. I UNN er det arrangert fagdag for forskningsledere og andre aktuelle for å informere om det nasjonale arbeidet og diskutere og dele ideer om hvordan brukermedvirkningen kan økes.

- Saksbehandle reiseoppgjør for pasientreiser innen to uker.

Rapporteringstekst Årlig melding

Omfattende arbeid med produktivitetsøkning fra mai 2014. Produksjonen er økt med 85 % fra januar 2014 til januar 2015, målt i antall saker behandlet per dagsverk. Når saksbehandlingstiden likevel er over målet på to uker skyldes det fravær som det ikke har vært ressurser til å dekke inn.

UNN har iverksatt en langsiktig plan for å redusere saksbehandlingstiden ved ulike tiltak for produktivitetsøkning, sammen med en vridning fra innleie til interne saksbehandlere. Dette har vi jobbet med siden andre tertial 2014 og resultatene er svært gode, men en slik prosess tar tid. Produktivitetsøkningen i januar 2015 målt mot samme periode året før var ca 80 %. Tiltakene inkluderer blant annet tett oppfølging, måling og omfattende arbeid med standardisering og rutiner. Svært høyt sykefravær siste tre måneder av 2014 har skapt en stor sakskø, som vi nå har leid inn eksterne saksbehandlere for å få bukt med. I løpet av første kvartal skal køen være halvert. Ut over det forventes de interne tiltakene å gjøre oss i stand til å innfri målet, og resultatet så langt tilsier at vi er i rute.

- Innarbeide og følge opp de foreslåtte tiltakene fra evalueringen av reisepolicyen, i den løpende rekvirentoppfølgingen.

Rapporteringstekst årlig melding

Dette er tatt inn løpende i dialogen med de rekvirentene vi har besøkt i løpet av 2014. Imidlertid har rekvirentoppfølging vært redusert til et minimum grunnet manglende ressurser. Strukturert oppfølging av rekvirenter er et satsingsområde i 2015, og da er dette et naturlig punkt på agendaen. Tiltakene fra evaluering av reisepolicyen er innarbeidet i presentasjonen vi bruker ved oppfølging av rekvirenter, både internt og eksternt. Rekvirentene følges opp i henhold til plan skissert i årshjulet for pasientreiser UNN, samt ved meldt behov fra den enkelte behandler.

- Sørge for at gruppen sped- og småbarn innen psykisk helse for barn og unge får et tilbud.

Rapporteringstekst årlig melding

Aldersgruppen 0 – 3 år omtales vanligvis som sped- og småbarnsgruppen. Antall henvisninger til BUP'ene i UNN for denne gruppen er lavfrekvent og med stor sannsynlighet reflekteres ikke det reelle behov for bistand/oppfølging i dette materiale. Det er pt. ingen sped- og småbarnsteam i psykisk helse for barn og unge i UNN, men de fleste enheter har ressursperson(er) som har noe

erfaring og vært gjennom utdanningsprogrammer av ulikt omfang. Alle som henvises får et tilbud. Tilbudet varierer i forhold til innhold og systematikk og kan neppe sies å være likeverdig verken i forhold til den utredning som gjøres den behandling som gis eller i forhold til annen relevant oppfølging som iverksettes. Erfaringer viser at systematisk kompetansebygging for denne gruppen er en utfordring. Det er for få pasienter for å få tilstrekkelig mengdetrening. Det kan være vanskelig å prioritere omfattende utdanning for flere ansatte i forhold til en slik liten pasientgruppe. Tilbudet blir dermed sårbart i forhold til utskiftninger i personalgruppen.

I tillegg til mer direkte pasientrettet arbeid, forholder BUP'ene seg til primærhelsetjenesten hvor helsesøstrene er den viktigste samarbeidspart og til barneverntjenesten. Innafor samhandlingsreformen er dette arenaer med potensial for å komme denne pasientgruppe nærmere og dermed kunne bidra i forhold til et større antall sped- og småbarn med særlige behov. Etablering av fagnettverk i UNN/Helse-Nord vil uten tvil styrke tilbudet til denne pasientgruppe.

- Etablerte brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern.

Rapporteringstekst årlig melding

Brukerstyrte plasser (etter ulike praktiske tilnærminger) er etablert ved samtlige DPS/SPH.

- Etablere brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Rapporteringstekst årlig melding

Både Nordlandsklinikken og ReStart har etablert tilnærmet brukerstyrte senger knyttet til bruken av reopphold etter døgnbehandling.

- Iverksette tiltak for å bedre helsepersonells kommunikasjon (muntlig og skriftlig) med pasienter og deres pårørende innen psykisk helsevern, TSB og somatikk. Det skal særlig legges vekt på familier med barn mellom 0 og 6 år.

Rapporteringstekst årlig melding

NOR-klinikken:

FRMA og HAB har oppnevnt barneansvarlige i samarbeid med sentralt koordinert arbeid. LMS arbeider aktivt med å øke den helsepedagogiske kompetansen hos helsepersonell i klinikkene for å sikre god kommunikasjon i pasientforløpene.

Barn som pårørende; det er to pleiere i hver avdeling i gamle Nevro- og ortopediklinikken, samt en for hele klinikken.

K3K:

I alle sengeposter og poliklinikker i K3K i Tromsø er det egne barneansvarlige som tar seg av dette arbeidet. Arbeidet er kommet godt i gang og styringsmålet nådd.

I Narvik og Harstad er det egne barneansvarlige og ilt 2015 vil målet være nådd også her.

Psykisk helse og rusklinikken:

Kommunikasjon med pasienten er selve grunnpilaren og det viktigste verktøyet i behandling av rusmiddelavhengighet. Samtlige ansatte er skolert i Motiverende intervju som metode og samtalestil. Måten vi forholder oss til pårørende og trekker dem med i behandlingen er tema for rusavdelingens kvalitetsprosjekt/pasientsikkerhetsprosjekt 2015

Foretaksspesifikke mål 2014:

UNN

- Følge opp etablert tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand og mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom

Rapporteringstekst årlig melding
Diagnostisk enhet med regionalt tilbud er etablert.

- Etablere et prostatasenter. Samarbeide med Nordlandssykehuset (NLSH) som skal opprette et tilsvarende senter.

Rapporteringstekst årlig melding

K3K:

Styringsgruppe og arbeidsgruppe er på plass. I disse dager ansettes koordinator. Det avholdes ukentlige MDT møter. Flaskehals i dette arbeidet er kapasitet på røntgen vedr. MR undersøkelser.

Diagnostisk klinikk (DK):

Røntgenavdelingen har i samarbeid med Urologisk avdeling samarbeidet om pasientforløp for prostatakreft. Kapasitet ved 3T MR er økt, men pågangen er større enn forventet. Det var en økning på 18 % i antall MR undersøkelser fra 2013-14 og hele økningen er skjedd siden sommeren 2014 (nye retningslinjer med MR før biopsi kom da). Økningen fortsetter videre i 2015. Arbeidet har skjedd i samarbeid med fagavdelingen i Helse-Nord RHF og NLSH.

5 Kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern

5.1 Kvalitet

Mål 2014:

- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske

sykehus.

Rapporteringstekst årlig melding

I 2014 er hentet inn pasienterfaringer på behandlingsnivå i K3K, HLK og Psykisk helse- og rusklinikken. I tillegg er det gjennomført Nasjonale PaSopp undersøkelser.

Unn har startet utviklingsarbeid sammen med FUNN IT for enklere å kunne systematisere brukererfaringer og rapportere disse. Det ventes å ha en ferdig utviklet 1. versjon i løpet av 2015.

- Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter

Rapporteringstekst årlig melding

Medisinsk klinikk (MK) hadde i 2014 åtte definerte reinnleggelser, to på Storslett, seks i Tromsø DIPS-rapport D-496

- Antall beslutninger i samarbeid mellom de regionale helseforetakene om å innføre eller ikke innføre en ny metode, jf. nasjonale metodevurderinger i system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Rapporteringstekst årlig melding

Planene for UNN lages i samarbeid med fagavdelingen i HNord

- Antall gjennomførte mini metodevurderinger som er sendt til Kunnskapscenterets database.

Rapporteringstekst årlig melding

Ingen oversendt fra UNN i 2014.

- Planlegge fremtidige ferieavviklinger tidlig og koordinert med de andre foretak. For å sikre kvaliteten i pasientbehandlingen er målet mest mulig bruk av fast personell.

Rapporteringstekst årlig melding

NOR-klinikken:

FRMA har i 2014 hatt ansvar for drift av 4 regionale lokalsykehus senger i sommerferieperioden etter avtale med Helse Nord. Det legges opp til lik praksis i 2015 etter at ordningen er evaluert februar 2015.

HLK:

4 måneders planleggingshorisont er iverksatt. Hjerte- og lungeklinikken tilstreber å øke andelen fast

ansatte vesentlig. Dette arbeidet er påbegynt, men hele potensialet er ikke tatt ut.

Psykisk helse- og rusklinikken:

Klinikken gjennomfører koordinert sommerferieavvikling og har også kontakt med tilgrensende helseforetak som en gir tjenester til.

DK:

Det ble i forkant av sommerferien 2014 innhentet driftsinformasjon fra andre HF innen radiologi for å avklare evt. utfordringer UNN måtte forutse. Tilsvarende ble ikke gjort ifm juleferie. Det ga avdelingen enkelte overraskelser i forhold til uventet belastning og vil bli inkludert i senere planer. Ved klinisk patologi ble det også gjennomført tidlig ferieplanlegging for ledelse, legegruppa og alle seksjoner ved avdelingen.

Operasjons- og intensivklinikken (OpIn):

Ferieplanleggingen starter tidlig og koordineres med de samarbeidende klinikker i UNN HF.

Klinikkene har månedlige faste møte punkter med samarbeidende klinikker, overordnet planlegging og koordineringsgruppe (OPK). Har også etablert faste møtepunkter mellom HLK (MIA og Hjertekirurgisk avdeling) både i forkant av ferieavvikling og ukentlig driftsmøter i ferieperioden. Det er etablert system for daglig registrering av belegg ved intensiv avdelingen i Helse Nord i ferieperioden, dette er viktig redskap for utnyttelse av kapasitet og sikre optimal pasient behandling på rett nivå. Systemet brukes aktivt.

- Forberede innføring av e-resepter.

Rapporteringstekst årlig melding

Det er gjennomført pilot på medisinsk klinikk i Tromsø, og det er utarbeidet retningslinjer for e-Resept som er godkjent i DocMap (RL4544). Det er laget utkast til driftsavtale med Helse Nord IKT for e-Resept.

UNN har satt i gang arbeidet med å etablere kontor for utstedelse av sertifikater for e-Resept. Dette arbeidet er koordinert med andre behov for kort (adgang, sikker utskrift etc) ved UNN, og ledes av Drift- og eiendomssenteret.

Status: piloten er stoppet på grunn av feil i programvaren. Igangsetting av e-Resept vil starte så snart godkjent versjon fra Helsedirektoratet foreligger i produksjon. Det antas at i løpet av våren 2015 vil e-Resept være i produksjon på UNN.

- Fremlegge IKT-tiltak med konsekvenser for andre aktører til prioritering i Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT)

Rapporteringstekst årlig melding

Har ikke hatt IKT tiltak å fremlegge i 2014

- Presentere status ROS³-analyser for de kliniske systemer, til foretakets styre som en del av den løpende rapporteringen.⁴

Rapporteringstekst årlig melding

ROS-analyse skal presenteres for styret i UNN HF i løpet av våren 2015.

- Utarbeide handlingsplan for å øke kvaliteten på NPR⁵-rapporteringen

Rapporteringstekst årlig melding

UNN arbeider sammen med Helse Nord i et nettverk for å bedre NPR rapporteringene. Det er internt etablert to fora som skal ivareta bedringen av rapporteringene på bakgrunn av de tilbakemeldinger UNN får fra NPR. Tiltak i klinikkene for å bedre registreringene identifiseres og iverksettes.

- Sette av tilstrekkelige og kvalifiserte ressurser til å implementere LIS (ledelses- og informasjonssystem), samt kvalitetssikre data og lære opp eget personell.

UNN har avsatt og brukt ressurspersoner for testing og gjennomgang i av Helse Nord LIS. Implementering og opplæring på eget personell er startet i sentrale stabsenheter men er ikke tilstrekkelig implementert på klinikknivå. Det vil ta noe tid før dette er i aktiv bruk i alle deler av organisasjonen.

- Alle helseforetak skal sette seg i stand til å gjennomføre kunnskapsbaserte prosedyrer

Rapporteringstekst årlig melding

Fag- og forskningssenteret har kunnskap om og er i stand til å støtte gjennomføring av kunnskapsbaserte prosedyrer. Det er i gang flere prosedyrebeskrivelser i klinikkene blant annet håndtering av svelgfunksjonen hos slagrammende.

- Helseforetakene skal innregistrere data i alle nasjonale kvalitetsregistre som ligger til rette for det og bruke resultater fra disse registre i løpende arbeid med kvalitetsforbedring.

Rapporteringstekst årlig melding

Det arbeides systematisk med kvalitetsregistre for å bedre datainnsamlingen og bruken av disse i forbedringsøyemed. Vi er ikke i mål med 100 % deltakelse og inkludering i alle nasjonale registre.

³ Risiko- og sårbarhetsanalyse

⁴ Forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre 2011-06-24 nr. 6

⁵ Norsk pasientregister

UNN fortsetter arbeidet med å bedre rapporteringen til registre. Resultater og inkluderingsprosjenter rapporteres til kvalitetsutvalg.

Foretaksspesifikke mål 2014

UNN

- Følge opp anbefalingen fra styresak 130-2013 Ferieplanlegging i Helse Nord om feriestenging av fødeavdelinger ved å gjennomføre alternerende sommerstenging av fødeavdelingene i Harstad/Narvik.

Rapporteringstekst årlig melding

Målet er nådd. I 2015 stenger føden i Narvik fra 29.06 tom 10.08.15.

5.2 Pasientsikkerhet og smittevern

5.2.1 Pasientsikkerhet

Mål 2014:

- 30 dagers totaloverlevelse

Rapporteringstekst årlig melding

30-dagers total overlevelsen er på 95 % for UNN HF. Dette er litt over landsgjennomsnittet og på nivå med de andre universitetssykehusene som har vært vårt mål. For å nå dette målet er det krav om god diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienten i alle ledd i utrednings og behandlingsskjeden. Bruk av data fra kvalitetsregistre har også bidratt i arbeidet.

- Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og at resultatene følges opp i ledelseslinjen med tertialvis rapportering.

Rapporteringstekst årlig melding

Tiltakspakkene som er så godt implementert at man kan si at de inngår i sykehusets ordinære aktivitet er GTT, Trygg kirurgi og hjerneslag innenfor somatikk. Innenfor psykisk helsevern er forebygging av selvmord og overdose implementert ved de avdelingene som inngår i programmet. Der pågår det et arbeid for å bredde tiltakspakkene til andre enheter.

Øvrige tiltakspakker er stedvis godt implementert, men ikke alle over alt.

Framdrift ved implementeringen rapporteres til UNNs kvalitetsutvalg månedlig og følges opp derfra. Innsatsområdene følges opp i den enkelte avdeling gjennom pasientsikkerhetskoordinator i

Fag og forskningssenteret som gir støtte til klinikkene.

Rapportering av helseforetakenes bearbeiding av Pasientsikkerhetskultur undersøkelsen 2014:

Navn på helseforetaket: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kulturundersøkelsen hadde over 70 % deltakelse.

1. 4-5 eksempler på tiltak som er iverksatt på ulike nivåer i helseforetaket etter bearbeiding av resultatene fra Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen:

Ved UNN har vi en struktur med KVAM (Kvalitet og arbeidsmiljø)-utvalg på klinikknivå og KVAM-grupper på avdelingsnivå. Her er det representasjon både fra arbeidstaker- og arbeidsgiversiden. Ut fra tilbakemeldingene fra klinikkene er diskusjon omkring resultatene i KVAM-utvalg/grupper enten gjennomført eller planlagt ved samtlige relevante klinikker og avdelinger.

Øvrige eksempler på tiltak tatt fra klinikkens tilbakemeldinger:

1. Endring av struktur/metode på refleksjonsmøtene i teamet
2. Arrangere kafedialog på kveldsmøte/personalmøte for diskusjon av spørsmålet *Jeg får den støtte jeg trenger fra andre sykehusansatte for å ta meg av pasientene*
3. Fast post i etterkant av internundervisning i forhold til spørsmålet *Det er vanskelig å diskutere feil her* med fokus på diskusjon omkring tema det kan være vanskelig å snakke om i hverdagen. Saker meldes i forkant av ansatte og diskusjonen ledes av avd.leder /avd.spl.
4. Fagdag om kommunikasjon i regi av KVAM gruppen planlegges våren 2015. Arbeider videre med kommunikasjonsferdigheter i teamene og på arbeidsplassen, ønskelig med ekstern kursholder om temaet. Gruppe som jobber med medarbeiderskap våren 2015.
5. Det er igangsatt et arbeid med undervisning og opplæring i posten knyttet til vurderinger og oppfølgingstiltak på pasienter som legges inn akutt i posten.
6. Allmøte med diskusjon av resultatene
7. Det skal etableres en ordning der det alltid vil være en leder eller fagutvikler til stede som vaktleder. Dette vil bedre tilbakemelding begge veier og også forhindre at de ansatte på en og samme dag må forholde seg til flere ledere/fagutviklere. Dette mener man vil hjelpe på skåren på *Jeg får passende tilbakemeldinger om arbeidet mitt (korrekt, tilstrekkelig og fra rett person)*

2. Hvilken andel av behandlingsenhetene* har blitt presentert for sin egen behandlingsenhet sine resultater og fått anledning til å drøfte dem?

Alle klinikker og avdelinger (100 %) har fått tilsendt sine svar. Lokal programleder har møtt i ulike fora på forespørsel. Resultatene er også presentert for Kvalitetsutvalget og i en orienteringssak til styret.

3. Hvilken andel av behandlingsenhetene som skåret lavt på pasientsikkerhetskulturundersøkelsen har bearbeidet og fulgt opp sine egne resultater og iverksatt forbedringstiltak?

Prosentandel under angir enheter med bekreftet gjennomført behandling i egnet forum innen gitt frist.
Klinikker: 8/10 = 80 % (Øvrige har fastsatt dato)

Avdelinger: 21/35 = 55 % (Øvrige har fastsatt dato)

Nevn gjerne erfaringer som dere gjort med pasientsikkerhetskulturundersøkelsen eller kommentarer til gjennomføringen av den?

- Opplever at undersøkelsen er blitt tatt på alvor i organisasjonene og har vært gjenstand for diskusjoner på alle nivå.
- Litt uheldig at man ikke hadde 2012-resultatene også som andel positive svar for sammenligning.
- Det var pedagogisk utfordrende å forklare for avdelingene en samlet andel positive svar for faktorene mye lavere enn svarene på enkeltpørsmål innen faktoren. Prosentandel positive svar på negativt formulerte spørsmål var også en kilde til misforståelser.

Frist for rapportering:

Rapporten skal sendes til kampanjesekretariatet til samme frist som for helseforetakenes årlige melding for 2014.

**

- Kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sykehusvalg, rapporteres på sykehusnivå.

Rapporteringstekst årlig melding

Kvalitetsindikatorer og ventetider rapporteres månedlig til styret i Kvalitets- og virksomhetsrapporten. Det rapporteres status på flere indikatorer tertialvis gjennom ledelsens gjennomgang og på særskilte indikatorer. Tilbakemeldingene fra NPR, status på fritt sykehusvalgssidene og ventetider gjennomgås på sykehusnivå.

- Arbeide systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i de pasientadministrative systemene, og etablere rutiner for varsling innad og rutiner for erfaringsutveksling på tvers av helseforetak.

Rapporteringstekst årlig melding

Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST):

Klinikkene i UNN får månedlig status på ikke ferdigstilte arbeidsoppgaver i DIPS tilsendt fra fagsjef for å holde oversikt over restanser i pasientadministrative oppgaver.

Det er besluttet å opprette to foretaksinterne fagfora som skal arbeide klinikkovergripende med koordinering og opplæring i pasientadministrative rutiner samt rapportering fra kliniske systemer. Fagforumene starter opp tidlig i 2015.

Det er ikke etablert en rutine for varsling og erfaringsdeling mellom foretakene men EPJ fagforum og

Klinisk IKT fagråd brukes for erfaringsdeling og varsling.

- Det er etablert en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Rapporteringstekst årlig melding

Nye metoder tas i bruk på basis av litteraturgjennomganger og kunnskapsbasert praksis. Selve innføringen av nye metoder i hele foretaket er det usikkert om det gjøres enhetlig og kunnskapsbasert.

- Bruke Sykehusapotek Nord aktivt gjennom «SamStem-prosjektet⁶» for å sikre innføring av legemiddelsamstemming i alle helseforetak.

Rapporteringstekst årlig melding

Pilot på samstemming inn er gjennomført på Hjertemedisinsk sengepost, denne oppsummeres i februar. Medisinsk avdeling i Harstad er i oppstartsfasen og intensiv i Tromsø arbeider med samstemming mellom enheter

Lokal programleder deltar i prosjektgruppen i SamStem-prosjektet.

5.2.2 Smittevern

Mål 2014

- **Sykehusinfeksjoner (prevalensundersøkelse).**
- Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig ihht NOIS-registerforskriften. Alle aktuelle somatiske enheter i helseforetakene skal gjennomføre begge undersøkelsene.

Rapporteringstekst årlig melding

Smittevernssenteret gir bistand og rådgivning til avdelingene med prevalens av infeksjoner. Vi sender ut informasjon i god tid før aktuell prevalensdag og har åpent dataverktøy for registrering. Kontaktleger i hver avdeling er ansvarlig for registrering i sin enhet, og kan søke råd hos oss. Rapport utarbeides i etterkant av hver prevalensdag.

UNN HF har gjennomført to prevalensundersøkelser i 2014, vår og høst. Ved vårens undersøkelse leverte alle somatiske enheter bortsett fra ett fagområde ved UNN Tromsø. Ved høstens undersøkelse manglet deltakelse fra fire fagområder ved UNN Tromsø og to fra UNN Narvik.

⁶ Samstemming av legemiddellister

- Det skal registreres infeksjoner i operasjonsområdet etter alle kirurgiske inngrep som inngår i NOIS-registerforskriften. Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften.

Rapporteringstekst årlig melding

UNN HF har levert tall for alle aktuelle NOIS-inngrep for 1. og 2. tertial 2014 etter frist. 3.tertial skal ikke leveres før 1.april 2015. Resultater for 1.og 2.tertial viser at UNN HF når målet om 95 % oppfølging for alle inngrep bortsett fra kolecystektomi (93 %) og kolon (90%). Det er imidlertid små tall (kolecystektomi totalt 57 inngrep, kolon totalt 90 inngrep), noe som kan gi store svingninger dersom enkelte pasienter ikke kan nås for besvarelse av oppfølgingsskjema etter 30 dager.

- Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus skal implementeres og etterleves.

Rapporteringstekst årlig melding

Smittevernssenteret gjennomførte i løpet av 2014 to interne revisjon vedr etterlevelse av nasjonale retningslinjer. UNN HF har i tillegg etablert en egen Smitteverngruppe som blant annet har som formål å "øke etterlevelse av nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten med tanke på mer rasjonelt forbruk av antibiotika ved UNN HF". Gruppens mandat og sammensetning finnes i DocMap prosedyre FB0910.

5.3 Pasientbehandling

5.3.1 Psykisk helsevern og rus

Mål 2014:

- Andel tvangsinnleggelseser (antall per 1000 innbyggere i helseregion).

Rapporteringstekst årlig melding

Antall tvangsinnleggelseser per 1000 innbyggere i opptaksområdet i UNN var i 2014 på 2,9 og i 2013 2,5. Plan for «Økt frivillighet 2014-2016» ble vedtatt av styret for i UNN i møte 19.03.14 (sak nr. 23/2014; «Økt frivillighet i psykiatrien - handlingsplan 2014-2016»). Gjennom planen redegjøres det for både igangsatt og planlagt arbeid for økt frivillighet. Implementering av planen er under planlegging med hensyn til en detaljert oppfølging i form av endelig prioritering og tidfesting av tiltak.

- Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.

Rapporteringstekst årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet

ikke er nådd, hvorfor ikke?

Årsverk psykisk helsevern (PHV) i sykehus/DPS i 2014: hhv 293,56 og 406,94 årsverk.

Tilsvaret en andel på 42 % innen PHV i sykehus og 58 % innen DPS

Tall hentet fra stillingsark (trukket ut TSB, kompetansesenter og klinikkledelse)

- Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre.

Rapporteringstekst årlig melding

Rapporter vedrørende fastlegers vurdering av DPS er gjennomgått i klinikkens lederteam. En ser at det ligger et forbedringspotensiale på flere områder, varierende mellom de enkelte DPSer, som det vil være nødvendig både å se nærmere på og som kan danne utgangspunkt for lokalt forbedringsarbeid. Lokalt forbedringsarbeid må skje i tett dialog med fastlegene i de enkelte opptaksområdene. Avdelingene initierer oppfølging i det enkelte DPS”

- Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Rapporteringstekst årlig melding

Gjennomført Kunnskapscenterets standardiserte pasienterfaringsundersøkelse i alle seksjoner + utvidet bruk i en seksjon (Færingen).

- Sikre at andel årsverk i DPS har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.

Rapporteringstekst årlig melding

År	Årsverk PHV i sykehus	Årsverk DPS
2012	316,27	400
2013	289,56	412,44
2014	289,56	412,44

Stillingsark viser ingen endring fra 2013 til 2014, ser vi på endring fra 2012 til 2014 har vi en nedgang på 26,7 årsverk (8,4 %) innen PHV sykehus, mens vi har en økning på 12,44 årsverk (3 %) innen DPSene.

- Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.

Årsverk PHV i sykehus/DPS i 2014: hhv 293,56 og 406,94 årsverk.

Tilsvarende en andel på 42 % innen PHV i sykehus og 58 % innen DPS

Tall hentet fra stillingsark (trukket ut TSB, kompetansesenter og klinikkledelse)

- Registrere og rapportere månedlig på Helse Nords egne aktivitets- og kvalitetsindikatorer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Rapporteringstekst Årlig melding

Det er avsatt tilstrekkelige og kompetente personellressurser til å ivareta rapporteringen på en tilfredsstillende måte.

Foretaksspesifikke mål:

UNN

- Videreføre rusmestringsenheten ved Tromsø fengsel på minst samme nivå som i 2013.

Rapporteringstekst årlig melding

Det finnes pt en rusmestringsenhet i UNNs ansvarsområde og det er i Tromsø Fengsel. Rusmestringsenheten er plassert ved lukket avdeling og har per i dag 7 plasser. Ruspoliklinikken bidrar med 1 årsverk (fordelt på flere personer) som gir pasienter ved Rusmestringsenheten utredning og behandling, samt at vi gir pasienter og ansatte undervisning og veiledning. Målet for 2014 er nådd.

- Det er etablert dropout team for rusavhengige i Helse Nord. En person med brukererfaring knyttes til teamet.

Rapporteringstekst årlig melding

Dropout-team er etablert og det er ansatt brukerrepresentant i teamet.

- Medvirke til at andel tvangsinnleggelser for helseregionen samlet er redusert med 5 % (1/20 del) sammenliknet med 2013.

Rapporteringstekst årlig melding

Andelen tvangsinnleggelser i UNN var i 2014 på 16,8 % og i 2013 på 14,2 %. Andel tvangsinnleggelser har økt med 2,6 prosentpoeng. Klinikken har i sum færre innleggelser, men flere innleggelser med tvang. Døgnpost med godkjennelse for tvungen innleggelse ble nedlagt medio 2014. De øvrige akuttpostene har i 2014 økt sin andel av tvangsinnleggelser. Arbeid med handlingsplan for økt frivillighet er igangsatt.

5.3.2 Somatikk

Mål 2014:

- Det er i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene etablert et effektivt og brukerorientert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander av uklar årsak.

Rapporteringstekst årlig melding

FRMA har regionalt ansvar for utredning og behandlingstilbud for CFS/ME pasienter. Ventelister er her nå akseptable etter ekstraordinær innsats. Det forventes beslutning i Helse Nord i forhold til tildeling av avsatte midler som ledd i Regional Handlingsplan for Rehabilitering for å kunne videreføre tilbudet i tråd med etterspørsel.

- Følge opp nasjonal strategi for kreftområdet og starte gjennomføringen av regional kreftplan.

Rapporteringstekst årlig melding

K3K:

Pakkeforløp er i gang for de 4 første kreftgruppene. Onkolog ambulerer til UNN Narvik startet for et år siden, og ilt våren er vi i gang i Harstad. Gjennomføringen av regional kreftplan har således startet etter plan.

DK:

Røntgenavdelingen har økt antall PET-CT undersøkelser fra slutten av 2014 og tilsatt en nukleærmedisiner med kompetanse innen PET-CT. Planleggingsarbeidet for nytt PET senter er gjennomført og vedtatt i UNN styret desember 2014.

- Øke samarbeidet med primærhelsetjenesten for å sikre tidlig diagnostikk av kreft gjennom bedre kommunikasjon og en tettere inkludering av primærhelsetjenesten i helseforetakenes pasientforløpsarbeid.

Rapporteringstekst årlig melding

Samarbeid med primærhelsetjenesten i Tromsø vedr menn med prostatakraft er startet. Primo juni 2015 arrangeres møte i Harstad for allmennpraktikere hvor kreft er tema på et to dagers kurs.

- 80 % av kreftpasienter skal ha startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning.

Rapporteringstekst Årlig melding

Ulike forløpstider gjelder for ulike pasientgrupper. Fra og med i 2015 vil vi være i stand til å oppgi

antall nye kreftpasienter mer konkret, i henhold til ny kodeoversikt som er tatt i bruk fra 01.01.då.

- Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager.

Rapporteringstekst Årlig melding

90 % av tykktarmpasientene får behandling innen 20 virkedager.

- Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager

Rapporteringstekst Årlig melding

Pakkeforløp for lungekreft er iverksatt. Andel som har kommet i gang med behandling innen 20 dager varierer fra måned til måned, mellom 40 – 75 %. Forsinkende faktorer er utredning og behandling av co-morbiditet og tidvis begrensede bildediagnostiske ressurser, særlig PET-CT.

- Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager.

Rapporteringstekst Årlig melding

I 2014 fikk 64 % behandling innen 20 virkedager og de fleste innen 27 dager. Flaskehals er operasjonskapasitet.

DK:

Brystdiagnostisk senter har det meste av 2014 kun hatt besatt 2 av 3 stillinger for mammaradiologer og hatt behov for betydelig innleie av legeressurser. Dette har vært kostnadsdrivende. Fra årsskiftet er kun 1 av 3 stillinger besatt. Dette sammen med sykefravær har gitt periodevise utfordringer i driften. Ved siste utlysning hadde avdelingen ingen kvalifiserte søkere!!

- Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse.

Rapporteringstekst Årlig melding

Tall fra Nasjonalt hjerneinfarktregister viser at trombolyseandelen er på 14,44 %. 27 pasienter av 187 har fått trombolyse. Nasjonalt måltall er 20 %.

- Kartlegge egne pasientstrømmer innen fødselsomsorgen mellom behandlingsnivå og evaluere konsekvenser av innførte seleksjonskriterier samt gjøre en risiko og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av fødetilbudet basert på resultatene. Helseforetakene skal også bidra/delta i den regionale evalueringen av fødselsomsorgen.

Rapporteringstekst årlig melding

Seleksjonskravene følges nøye. ROS analyse ikke gjennomført, men vi overvåker våre resultat nøye gjennom bl.a. Partus.

Foretaksspesifikke mål:

UNN

- Ha regionfunksjon for vurdering og henvisning av aktuelle pasienter til protonterapi.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNNs protongruppe er satt sammen for nettopp å vurdere og henvise pasienter til protonbehandling. I tillegg deltar vi i det nasjonale samarbeidet.

- Sørge for egen kompetanseutvikling innen protonstrålebehandling.

Rapporteringstekst årlig melding

Stråleoverlege Kirsten Marienhagen og sjeffysiker Rune Sylvarnes har deltatt i den nasjonale arbeidsgruppen og vil bidra i videre kompetanseutvikling. Stråleterapiseksjonen er tildelt en 50 % overlegetilling for dette arbeidet.

- Ta ansvaret for utarbeidelse av felles radiologiske protokoller for utredning/kontroll av kreftpasienter. Dette skal utføres i samarbeid med de øvrige HFene. Arbeidet skal ferdigstilles innen utgangen av 2014.

Rapporteringstekst Årlig melding

Dette målet er ikke nådd. En ikke enhetlig utstyrspark i regionen og mangel på radiologer (5 vakante stillinger UNN Tromsø) har gjort at røntgenavdelingen ikke har klart å gjennomføre pålegget. Dette sammen med at ressurser har måttet bli allokert til oppfølging fra Fylkesmannen, Arbeidstilsynet og Spesialistkomiteen i Radiologi, har gitt forsinkelser. Det initierte begrensede arbeidet har blitt fokusert på de 4 kreftforløp som er initiert (prostata, bryst, lunge og tykk/endetarm). Arbeidet må kontinueres i 2015.

- Etablere legedekningen for ny ambulanshelikopterbase på Harstad/Narvik lufthavn Evenes fra årsskiftet 2014/2015. Arbeidet må skje i tråd med vedtaket i *styresak 102-2013 Ambulanshelikopterbase i Midtre Hålogaland (Sør-Troms/Nordre Nordland), utredning og lokalisering*. Arbeidet skal skje i tett samarbeid med NLSH

HF og Luftambulansetjenesten ANS.⁷ Helse, miljø og sikkerhet, herunder tiltak mot støy og vibrasjon må ivaretas ved etablering av basen.

Rapporteringstekst årlig melding

OpIn-klinikken har bidratt aktivt i arbeidet og tilsetning i stillingene er nå slutført. Utfordringen ifht behov for økt rekruttering og flere utdanningsstillinger/leger i spesialisering ved UNN Tromsø. Anestesi- og operasjonsavdelingen har tatt opp temaet i dialogmøter med direktøren som tar saken videre med Helse Nord RHF.

- Opprette en ny legestilling i habiliteringstjenesten og besette denne.

Rapporteringstekst Årlig melding

Regional overlegestilling og LIS stilling er opprettet fra 1. januar 2015 i tråd med avtale og føringer fra Helse Nord RHF.

5.3.3 Samhandling

Mål 2014:

- Samarbeide med kommunene om etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Rapporteringstekst årlig melding

Da Overordnet samarbeidsorgan (OSO) behandlet saken i september 2014, var status følgende;

- 3,5 seng etablert i Harstad (hvor også Kvæfjord og Lødingen inngår)
- 3 senger etablert i Narvik (hvor også Evenes inngår)
- 5 senger etablert i Lenvik (hvor også Berg, Torsken, Tranøy, Sørreisa og Dyrøy inngår)
- 2 senger etablert i Bardu (hvor også Lavangen, Salangen og Målselv inngår)
- I tillegg 9 sykestuesenger (4 i Nordreisa, 3 i Skjervøy, 1 i Kåfjord og 1 i Kvæningen)

Når det gjaldt de 15 kommunene som *ikke* var i gang var status;

- Kvæningen, Nordreisa, Skjervøy og Kåfjord har sykestuesenger, og finansieringen av disse etter 2015 er uavklart. Kommunene har ikke gitt noe tydelig tilbakemelding på hvordan de planlegger å etablere KAD-sengene.
- Tromsø og Karlsøy er enig i å samarbeide om et slikt tilbud, men mangler lokaler. Tilbudet planlegges etablert i eget «Helsehus» på østsiden av legevakten, med mål å åpne dette 1. januar 2016.
- For kommunene Ballangen, Tysfjord, Tjeldsund, *Skånland*, Gratangen, Balsfjord, Storfjord, Ibestad og Lyngen var etableringen delvis uavklart.

Pr januar 2015 har Samhandlingsavdelingen fått informasjon om at *Skånland kommune* planlegger å

⁷ Jf. Styresak 102-2013 Ambulansehelikopterbase i Midtre Hålogaland- utredning og lokalisering

tilknytte seg Harstad kommune. I tillegg er Samhandlingsavdelingen informert om at Gratangen kommune har vedtatt å etablere sitt øyeblikkelig hjelp døgntilbud ved Narvik REO, Narvik kommune.

- Etablere strategi og samhandlingsplaner med avtalespesialistene i sitt område,

Rapporteringstekst årlig melding

Det har vært samtaler og planleggingsmøte med nyansatt avtalespesialist i Urologi i Tromsø.

- Etablere automatisk oppdatering av adresseregisteret og elektroniske fødselsmeldinger til Folkeregisteret.

Rapporteringstekst årlig melding

Automatisk oppdatering av adresseregisteret

- a. Det er tatt i bruk funksjon for oppdatering fra NHN sitt adresseregister og til UNNs rekvisitregister, men dette gjelder ikke for alle kommunikasjonsparter.
- b. Det er ikke tatt i bruk funksjon for automatisk oppdatering av tjenestebaserte adresser fra UNN til NHNs adresseregister. Dette på grunn av at vi ikke har fått løsning fra EPJ for dette ennå.

Elektronisk fødselsmeldinger til Folkeregisteret

Dette er ikke på plass ennå, og ansvaret kommer vel å legges til det nye regionale forvaltningsforumet i Helse Nord.

- Fremlegge for prioritering IKT-tiltak med konsekvenser for andre aktører i helsesektoren. Helse Nord RHF prioriterer videre i Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT)

Rapporteringstekst årlig melding

Har ikke hatt IKT tiltak i 2014 meldt fra UNN til NUIT.

- Oppgradere eksisterende elektroniske basis meldinger til siste versjon samt innføre Lab til Lab kommunikasjon og elektronisk henvisning mellom helseforetak.

Rapporteringstekst årlig melding

Eksisterende basismeldinger på siste versjon

UNN kan sende siste versjon, men vi sender ikke siste versjon på grunn av at både legekantor og kommuner ikke kan ta imot siste versjon av meldinger.

Lab til Lab

Dette er ikke implementert ennå, men ligger i planleggingen til Meldingsløft II prosjektet i Helse Nord.

Elektroniske henvisninger mellom helseforetak

Dette er ikke implementert ennå. Det avhenger av ferdigstilling av det nasjonale prosjektet hvor blant annet meldingsstandard (KITH XML) skal utarbeides av Helsedirektoratet. UNN har representant med i det nasjonale prosjektet.

- Bruke siste versjon av elektroniske basismeldinger ovenfor fastleger og kommuner.

Rapporteringstekst årlig melding

UNN kan sende siste versjon, men vi sender ikke siste versjon på grunn av at både legekantor og kommuner ikke kan ta imot siste versjon av meldinger.

- Ta i bruk elektroniske henvisninger og basismeldinger mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgssektoren i kommunene og automatisk oppdatering av adresseregisteret og elektroniske fødselsmeldinger til Folkeregisteret.

Rapporteringstekst årlig melding

Elektroniske henvisninger og basismeldinger

Dette er implementert mellom sykehus og fastleger, samt mellom sykehus og pleie- og omsorgssektoren i kommunene.

Det er ikke tatt i bruk elektroniske henvisninger mellom sykehus (se svar ovenfor). Det kan sendes elektroniske basismeldinger (epikriser) mellom sykehus.

Automatisk oppdatering av adresseregister og elektronisk fødselsmeldinger

Se svar ovenfor.

- Bruke sykehusapotek Nord aktivt i samhandling med kommunene på legemiddelområdet for å forebygge pasientskader og øke kompetansen.

Rapporteringstekst årlig melding

Ingen rapportering tilgjengelig på dette punktet

- Samarbeide med kommunene og utdanningsinstitusjonene om kompetanseutvikling, med grunnlag i prosjektrapporten fra Helse Nord RHF og KS: Kompetanseutfordringer i kjølvannet av samhandlingsreformen, datert 31.1.2013.

Rapporteringstekst årlig melding

- Nord-norsk samarbeidsorgan for helseutdanning er etablert.
- Universitetssykehuset Nord-Norge ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) / samhandlingsavdelingen har tatt på seg oppgaven å være sekretariat for samarbeidsorganet.

5.3.4 Beredskap

Mål 2014:

- Delta i felles katastrofeøvelse på Svalbard høsten 2014.

Rapporteringstekst årlig melding

Gjennomført. Evaluering ferdigstilles i løpet av 2015.

Delta i planlegging av øvelse Barents Rescue 2015.

-

Rapporteringstekst årlig melding

Prosess er i gang. UNN stiller på øvelsen med URE helseteam (4-5 personer). Helse Nord RHF ivaretar UNNs interesser i planleggingen så langt.

Oppgradere systemer for videobasert akuttmedisinsk kommunikasjon (VAKe) i alle helseforetak.

-

Rapporteringstekst årlig melding

Prosjektet går økonomisk og innholdsmessig etter planen. Det vil ta lenger tid enn planlagt, altså ut over 1. april 2015.

Bidra til videre utbygging av Nødnett i tråd med endringene i revidert styringsdokument for innføringsprosjektet, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 11. november 2013.

-

Rapporteringstekst årlig melding

Prosjekt Nødnett Helse, UNN er etablert og prosjektleder ble ansatt i mai. Områdeinstruktører er rekruttert, og har startet på den pedagogiske utdanning. Datarom er nå i ferd med å ferdigstilles for installasjon. Prosjektleder deltar i den regionale nødnettgruppa sammen med prosjektlederne fra de andre foretakene i nord. Det blir nå etablert arbeidspakker innenfor prosjektet for opplæring, prosedyrer, radio-terminaler og datarom/ICCS. Gjeldende plan, som er versjon 106, sier at AMK Tromsø skal være operativ på nødnett fra 25. november 2015. Det foregår omlegging av planer som følge av de erfarte problemer i Sør. «Go-Live»-dato for Tromsø kan derfor bli endret.

- HelseCIM⁸, skal være implementert som primært krisestøtteverktøy i 2014.

Rapporteringstekst årlig melding

Gjennomført. Det jobbes kontinuerlig med å utvide brukergruppen slik at dette blir et system til bruk for flest mulig i UNN.

- Hvert sykehus med kirurgisk akuttfunksjon må ha dedikert personell i funksjonen som traumekoordinator.

Rapporteringstekst årlig melding

Ansvarlig instans er avdelingsoverlegen ved Hjerter-, lunge- og karkirurgisk avdeling. Funksjonen ivaretas av avdelingens traumeansvarlige kirurg. UNN har fått avslag på søknad til HN RHF om finansiering av lokal traumekoordinatorstilling.

6 Personell, utdanning og kompetanse

Mål 2014:

- Arbeide med å innføre en felles metode for forbedringsarbeid innen kvalitet og pasientforløp, herunder opplæring av førstelinjeledere.

Rapporteringstekst årlig melding

Startpakke for nye ledere ble gjennomført flere ganger i semesteret og det ble i gangsett en prosess for å utvikle tilbudet som e-læring. Kurs i utviklingssamtaler ble også gjennomført. Rekrutteringskurs ble utviklet og det ble etablert et kurstilbud innen IA- arbeid. Denne opplæringen er obligatorisk for alle ledere med personalansvar. Utover dette løper UNNs lederutviklingsprogram med tilbud som Introduksjonsdag for nye ledere, HMS- kurs, Coaching, teamutvikling samt direktørens ledersamlinger.

- Delta i arbeidet med å styrke nettverk og utvikle førstelinjeledere

Rapporteringstekst årlig melding

Startpakke for nye ledere ble gjennomført flere ganger i semesteret og det ble i gangsett en prosess for å utvikle tilbudet som e-læring. Kurs i utviklingssamtaler ble også gjennomført. Rekrutteringskurs ble utviklet og det ble etablert et kurstilbud innen IA- arbeid. Denne opplæringen er obligatorisk for alle ledere med personalansvar. Utover dette løper UNNs lederutviklingsprogram med tilbud som Introduksjonsdag for nye ledere, HMS- kurs, Coaching, teamutvikling samt direktørens

⁸ Krisestøttesystem

- Relevant personell skal ha vært gjennom e-læringskurs i informasjonssikkerhet, smittevern og planlegge for gjennomføring av kurs som defineres i regi av FIKS-prosjektet. Opplæring skal dokumenteres.

Rapporteringstekst årlig melding

Det er opprettet system for gjennomføring og dokumentering av e-læringskurs i smittevern, og informasjonssikkerhet. Opplæringen dokumenteres. Det er avsatt egne ressurser for implementering av e-læring i FIKS -prosjektet

- Starte bruken av aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging i løpet av 2014.

Rapporteringstekst årlig melding

Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) i UNN medfører et skifte av fokus fra tilgjengelighet av ressurser som utgangspunkt for planlegging, til aktivitet som utgangspunkt. Et slikt skifte i fokus må anses som en relativt omfattende og kontinuerlig endringsprosess. Dette er et svært omfattende og krevende arbeid som det er jobbet med i hele organisasjonen i 2014. Det ble i 2014 også igangsatt arbeid med ABP for legene i UNN. Vi har i foregående år hatt kalenderplaner ved flere enheter samt hatt stort fokus på arbeidstidsplanlegging generelt og bemanningsplanlegging spesielt.

ABP innebærer bedre samsvar mellom aktivitet og ressurs og vi ser at vi trenger å øke fokuset på aktivitet og aktivitetsplanlegging i det videre arbeidet med dette i UNN.

Det er vanskelig å bedømme måloppnåelse knyttet til ABP ut fra konkrete mål for 2014, både fordi dette berører flere sider ved driften, og fordi det er snakk om et tankesett og en planmetodikk som etableres over tid. Det knytter seg forventninger til ABP i UNN både i forhold til gode/forbedrede pasientforløp, økt kvalitet, ansattes tilfredshet og økonomisk gevinst.

- Innarbeide måltall for antall årsverk og innleie, og sikre balanse mellom disse

Rapporteringstekst årlig melding

Høsten 2014 er det laget en modell som gir plantall for månedsverk for hele virksomheten, fordelt på faste og variable månedsverk. Denne kan også drilles på lavere nivå slik at den kan anvendes på laveste nivå i organisasjonen både på faste og variable månedsverk, og også fordelt på profesjon. Denne modellen er benyttet i virksomhetsplanleggingen for 2015 hvor samtlige klinikker/sentre er bedt om å levere detaljerte plantall for månedsverk for 2015. Dette vil bli fulgt opp månedlig med fortløpende oppfølging i 2015.

- Redusere omfanget av midlertidige stillinger.

Rapporteringstekst årlig melding

Arbeidet med å redusere midlertidige ansettelser har i all hovedsak i 2014 dreid seg om å veilede og

kurse ledere i vilkårene for bruk av midlertidige ansettelser slik at foretaket er i tråd med Arbeidsmiljølovens bestemmelser.

- Gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud.

Rapporteringstekst årlig melding

UNN har deltatt i et forprosjekt for verktøy for kompetanseledelse i Helse Nord. Til grunn for arbeidet ligger Strategisk kompetanseplan fase 2 som beskriver hvordan vi skal møte utfordringer knyttet til dimensjoner ved kompetanse fram mot 2020.

Utdanningsstillinger for videreutdanning i spesialsykepleie (ABIKO):

Videreutdanning i spesialsykepleie innen anestesi-, barn-, intensiv-, kreft- og operasjon er satt i system gjennom opprettelse av utdanningsstillinger:

Klinisk utdanningsavdeling avklarer behov for spesialsykepleierkompetanse i klinikkene, rekrutterer og følger opp søkere gjennom Webcruiter. Dette verktøyet fungerer som et samhandlingsverktøy for alle aktuelle aktører: FFS/KUA, klinikkene og HR.

Stillingene ble opprettet i 2012, og er knyttet til videreutdanning i anestesi-, 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.

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.

Kartlegge behov for master- og videreutdanningskompetanse:

I løpet av våren 2015 skal klinisk utdanningsavdeling kartlegge UNNs fremtidige kompetansebehov for master- og videreutdanninger, i tett samarbeid med klinikkene. På bakgrunn av denne kartleggingen vil behovet for sentral finansiering av andre utdanninger enn ABIKO^[1] vurderes. Dette behovet vil klinisk utdanningsavdeling fremme på direktørens ledermøte i forbindelse med budsjettbehandlingen for 2016.

Ordning for lærlinger innen helsefagarbeiderfaget:

Psykisk helse- og rusklinikken har i flere år hatt helsefagarbeiderlærlinger innenfor rusfeltet og

^[1] ABIKO er videreutdanning i anestesi-, barne-, intensiv-, kreft- og operasjonssykepleie.

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.

- Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for legespesialister, herunder den nye spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin som forventes ferdig i 2014.

Rapporteringstekst årlig melding

NOR-klinikken:

FRMA og HAB ivaretar dette i tråd med regional rådgiver for samlet rekrutteringsprogram fysisk medisin og geriatri.

HLK:

Ivaretatt.

Psykisk helse- og rusklinikken:

Det er etablert to utdanningsstillinger (LIS) til spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin. Dette er en begynnelse, men det bør være LIS på alle seksjoner. Til dette mangler det 3 stillinger.

DK:

Røntgenavdelingen har tilsatt en LIS i Narvik og Harstad og har ved overgangen til 2015 totalt 12 LIS stillinger i Tromsø og den 13. stillingen er utlyst. Dette med mål om å kunne øke utdanningen innen radiologi for i fremtiden å kunne løse mangelen av radiologer. Tap av LIS som hopper av utdanningsløpet (3 stk) har gitt en midlertidig forsinkelse.

Ved klinisk patologi var alle LIS stillinger besatt ved utgangen av 2014.

OpIn

Tatt opp under et tidligere punkt ifht helikopterbasen Evenes/Harstad. OpIn har kartlagt at det er behov å øke antall LIS stillinger anestesilogi blant annet pga etablering av helikopterbasen og et økt behov ifht akuttmedisin. OpIn mener det er behov for minimum økning på med 2 LIS stillinger

- Det skal gjøres vurdering av oppgaveglidning som virkemiddel for reduserte ventetider, gode og effektive pasientforløp og bedret utnyttelse av personellressursene. Hvert HF skal sette i gang minst ett prosjekt på oppgavedeling med disse formålene i 2014.

Rapporteringstekst årlig melding

NOR-klinikken:

Arbeidet med dette vil starte opp i avdelingsvise strategiske utviklingsplaner.

HLK:

Ivaretatt ved at sykepleiere utfører ekkokardiografi, diagnostisk ultralyd, pacemakerkontroller og

poliklinisk hjertesviktoppfølging. Også helsefagarbeider utfører ekkocardiografi.

K3K:

I K3K poliklinikken er målet å omgjøre 10 % av kontrollene til telefonkontroller.

Psykisk helse- og rusklinikken:

Sykepleiermottak av nye pasienter utenom ordinær arbeidstid. Tidligere gjort av leger

DK:

Overleger ved Klinisk patologi har overtatt hele ansvaret for prøvebehandling av lymfomer etter ordinær arbeidstid for å redusere antall utrykninger for bioingeniører. Tidligere rykket både lege og bioingeniør ut ved mottak av lymfomer på kveldstid.

OpIn:

Gjennomført to prosjekt ifht oppgaveglidning hvor oppgaver er flyttet fra operasjonssykepleiere til assistenter. Det ene er Lagerstyring og det andre er etablering instrumentassistenter. Det er også gjennomført prosjekt ved intensiv med apotekstyrt legemiddelhåndtering med jobbglidning fra intensivsykepleiere til apotektekniker og farmasøyt. Alle disse 3 prosjektene handler om kvalitet, effektivitet og bedre pasientforløp samt bedre utnyttelse av personelle ressurser

- Utvikle nye praksisformer og -innhold for alle helsefagutdanninger innen gjeldende rammeplaner. Dette skal understøtte helhetlige pasientforløp og kvalitet i praksisutdanningen.

Rapporteringstekst årlig melding

Etablering av kombinerte stillinger innen helsefagutdanningene mellom UNN og UiT v/Helsefak.: Evaluering (2014) av de kombinerte stillingene 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 utdanningene^[1] som deltar i ordningen med de kombinerte stillingene.

Nye praksisarenaer i UNN:

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 dagkirurgen og poliklinikker i utprøving som aktuelle læringsarenaer.

^[1] 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.

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 sluttrapport^[2].

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.

iBedrift for fysioterapistudenter:

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.

Nye praksisarenaer for psykologistudenter:

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 ambulanserehabiliteringsarbeid og hvor praksis blir i tverrfaglig team.

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.

Beskrivelse av praksis for sykepleierstudenter:

Med bakgrunn i bl.a. rammeplanens krav for sykepleierutdanningen er det utviklet mal for beskrivelse av 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 i UNNs klinikker ferdigstilt 27 slike beskrivelser for 2 studieår. Praksisbeskrivelsene er lagt i Fronter ved UiT Helsefak og i DocMap i UNN og anvendes som styrings- og samhandlingsdokument for klinikk, utdanning og student.

^[2] «Nye læringsarenaer for sykepleiestudenter», Odd Edvardsen og Torill Agnete Larsen, 2012

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 støttemateriell^[3] som understøtter læringsutbyttebeskrivelsene. Turnustjenesten er godt organisert i samarbeid med Fylkesmannen og klinikken tilbyr veiledere til spesialistutdanningene på etterspørsel.

Bruk av høyteknologisk utstyr for radiograf- og bioingeniørstudenter:

Det anvendes høyteknologiske utstyr i undervisning og veiledning til studentene. Studentene har et eget kontor med PC disponibel til egne studier, samtaler og veiledninger.

Turnustjenesten for leger i UNN:

I den nasjonale evalueringen av turnustjenesten for leger i perioden 2005 – 2008, samt i evalueringen av et UNN basert prosjekt i regi av Helsedirektoratet - med tredelt turnustjenesten med psykiatri^[4] fikk UNN dårlig evaluering som turnussted. Det førte til at en turnuskomitè ble etablert, som arbeider målrettet for å bedre kvaliteten og innholdet i tjenesten i UNN. Siden 2011 har komiteen vært ledet av en klinikkisjef, og har klinikkisjefer og avdelingsledere fra relevante klinikker som medlemmer av komiteen for å sikre at beslutninger blir gjennomført. Komiteen har i snitt seks årlige møter, inkludert Harstad/Narvik i komiteen. En rekke forbedringstiltak er gjennomført som fem-dagers introduksjonskurs, gruppeveiledning, koordinatorfunksjon, veiledning og fokus på faglig veiledning, kontorplass, internett og intranettsider og prosedyrer i DocMap.

Det er videre utviklet gode rutiner og vurderingsgrunnlag for utvelgelse av kandidater til turnuslegestillingene. FFS ved Klinisk utdanningsavdeling har sekretariatsfunksjon og oppfølging av saker for komiteen. To særlig sentrale tiltak for å heve kvaliteten er satt i system: turnuslegekurset får positive tilbakemeldinger fra deltakerne gjennom muntlige evalueringer og evalueringer i Questback (2014). Og det er planlagt at gruppeveiledningen skal evalueres høsten 2015.

Det er laget et helhetlig program for medisinerstudentenes praksisdager i rusavdelinga. Takket være en bistilling er det også laget en oversikt over struktur og innhold i rusundervisninga i den nye studieplanen for medisin.

Foretaksspesifikke mål 2014:

UNN

- Alle ansatte inkludert leger skal registrere arbeidstid, hviletid og fritid i Gat innen 01.07.14.

Rapporteringstekst Årlig Melding

Det ble utarbeidet en plan for å få alle leger inn i GAT og HR-senteret frikjøpte en ressurs til å oppfylle målet om å få alle tjenesteplaner for leger inn i GAT. Resultatet er at alle tjenesteplaner i Harstad og Narvik nå er inne i GAT. I Tromsø ble det gjort et betydelig arbeid med å få flere tjenesteplaner i GAT. Arbeidet stoppet imidlertid opp høsten 2014 fordi HR mistet den dedikerte

^[3] Skjema for evaluering av studentpraksis ihht læringsutbyttebeskrivelser innen fysioterapiutdanningen - 2015

^[4] 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

ressursen. Målsettingen nå er å slutføre dette arbeidet i løpet av høsten 2015.

6.1 Helse, miljø og sikkerhet

Mål 2014:

- Innen utgangen av 2014 skal foretaket gjennomføre medarbeiderundersøkelse for alt personell.

Rapporteringstekst årlig melding

UNN gjennomførte Medarbeiderundersøkelse i november 2014 for hele foretaket. Plan for oppfølging av undersøkelsen ble også lagt.

- Utarbeide mål og handlingsplaner for reduksjon av sykefravær innen 01.04.14

Rapporteringstekst 1.tertial

UNN har inngått en ny avtale om IA. I henhold til avtalen er det utarbeidet mål og handlingsplan for arbeidet. UNN har satt seg som mål å redusere sykefraværet til 7,5 prosent innen utgangen av avtaleperioden. For å nå målet har UNN valgt å jobbe med allerede etablerte tiltak rettet både mot individ- og enhetsnivå herunder:

- Oppfølging av Medarbeiderundersøkelsen
- Gjennomføring av utviklingssamtaler
- IA-opplæring, bistand og veiledning til ledere
- HMS opplæring
- Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
- Vernerunder

- Videreutvikle samarbeidet med tillitsvalgte og vernetjenesten. Dette inkluderer tydeliggjøring av partssamarbeidet og medbestemmelse.

Rapporteringstekst årlig melding

På alle nivåer i UNN jobbes det systematisk med å videreutvikle samarbeidet med tillitsvalgte og vernetjenesten. HR-sjefen har hatt faste månedlige møter med tillitsvalgte og vernetjenesten. Tillitsvalgte og verneombud er invitert på kurs som avholdes for ledere innen områder som IA, ABP og Medarbeiderundersøkelsen. I tillegg er det gjennomført et viktig og fruktbart samarbeid om leger og ABP.

7 Forskning og innovasjon

Mål 2014:

- Bidra til felles årlig resultatrapport som synliggjør eksempler på hvordan resultater fra forskning og innovasjon har bidratt til forbedret klinisk praksis/tjenesteutøvelse, i tillegg til øvrig resultatrapportering basert på nasjonalt tilgjengelig statistikk om forskning og innovasjonsaktivitet (jf. vedlegg 3 i oppdragsdokumentet for 2013).

Rapporteringstekst årlig melding
 Rapporteringen er implementert, og NST har god oversikt over den innovasjonsaktivitet som foregår der.

- Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk.

Rapporteringstekst årlig melding

UNN har i 2014 initiert 4 nye innovasjonsprosjekter.
 Vi har foreløpig ikke detaljerte opplysninger på hvert prosjekt men alle støttes av Inomed / Innovasjon Norge og de rapporterer individuelt. Timeforbruk og annen ressursbruk.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF	Hurtigtest for hjemmebruk	Biotek	3 300 000
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF	Utvikling av system for pasienttilbakemeldinger	IKT	2 250 000
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF	Whatif Environmental Tools (WET)	IKT	580 000
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF	Kartlegging blant spreke eldre for å utvikle proaktive tiltak som kan øke selvhjelpenhet og mestring	IKT	270 000

- Antall nye patentsøknader.

Rapporteringstekst årlig melding
 Det er ikke rapportert nye patentsøknader i 2014.

- Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale).

Rapporteringstekst årlig melding

UNN har utarbeidet en struktur for oppfølging av innovasjon, og har et relativt utstrakt samarbeid med Norinnova om innovasjon. Fokuset i UNN er først og fremst rettet mot tjenesteinnovasjon, ikke minst i regi av og i samarbeid med NST. Foretaket har fokus på behovet for å bidra til en nødvendig utvikling for å kunne levere gode helsetjenester til stadig flere eldre og kronisk syke, uten å måtte øke antall ansatte vesentlig (som ikke vil være mulig). Behovet for å bidra til en slik utvikling er tydelig

kommunisert fra foretaksledelsen, og følges opp på mange områder. Dette er bidragende til kultur og aksept for innovasjon.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.3.2015
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen	Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen	

Tertialrapport 3/2014 for utbyggingsprosjekter

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 31.12.2014 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering

Sammendrag

I denne saken fremlegges et sammendrag av tertialrapport for 3. tertial 2014 for de store utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Rapporten omfatter prosjektene Nytt pasienthotell og A-fløya i Breivika samt Renovering Bygg 7 på Åsgård. Saksfremlegget er sammenfallende med tilsvarende orienteringssak til styret ved Helse Nord RHF.

Pasienthotellet er i henhold til tidsplanen og at den økonomiske prognosen er +12,4 mill kr i forhold til P50-rammen. Prosjekteringen av Vardesenter og lærings- og mestringssenter er forsinket og det må avklares på et senere tidspunkt hvordan disse behovene kan løses.

A-fløya er inne i en fase der konkurranse på totalentreprisen har gitt et svar i markedet som gir prosjektet økonomiske utfordringer. I løpet av første tertial 2015 vil det pågå evaluering, juridisk vurdering, usikkerhetsanalyser, vurdering av kuttalternativer og avklaringer i styringsgruppen for prosjektet. Foreløpig har styringsgruppen gjort vedtak om å innlede forhandlinger med tilbyderne, og disse forventet fullført i løpet av inneværende måned. Utfallet av forhandlingene vil avgjøre hvorvidt styret må bringes inn i nye strategivalg i prosjektet eller ikke.

Bygg 7 ved UNN Åsgård har vært gjennom en prosess med kostnadsreduksjon og avklaring av økonomisk ramme etter gjennomført konkurranse for renoveringsoppdraget. Etter behandling i UNN styret og avklaringer med Helse Nord RHF, ble rammen økt med 16,3 mill kr. Innstilling i konkurransen ble sendt ut 20.12.2014. Det forventes kontraktsinngåelse medio februar 2015 med oppstart av arbeidet primo mars. Fremdriften i prosjektet påvirkes med 4 måneders utsettelse som følge av denne saksbehandlingen.

Direktøren er tilfreds med at fremdriften i prosjekterings- og byggarbeider pågår i henhold til gitte mandater. For det videre arbeidet med A-fløya er det prioritert å få til høyest mulig grad av måloppnåelse. Direktøren anbefaler at tertialrapport tas til orientering.

Bakgrunn

Det pågår tre store utbyggingsprosjekter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Nytt pasienthotell, A-fløya ved UNN Breivika og Renovering Bygg 7 ved UNN Åsgård. I denne styresaken fremlegges et sammendrag av tertialrapport for 3. tertial pr 31.12.2014.

Investeringsrammen for nytt pasienthotell er gitt i styrevedtak 45-2013 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø Breivika, nytt pasienthotell – prosjektramme og stadfestelse av vedtak om byggestart og 75-2013 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, pasienthotell – økt behov utover opprinnelig prosjekt, oppfølging av styresak 45-2013*. Bevilget investeringsramme er i henhold til dette totalt 403,7 mill kroner (P50, 2015). I tillegg kommer Helse Nord IKTs datarom (Datasenter 1) til 13 mill kr. UNN kan dessuten disponere inntil 15 mill kr av egen investeringsramme til finansiering av Vardesenter og Lærings- og mestringscenter.

Investeringsrammen for A-fløya er gitt i styrevedtak 70-2012 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy – godkjenning av forprosjektrapport og beslutning om detaljprosjektering og bygging*. Kostnadsrammen for prosjektet ble fastsatt til 1185,4 mill kr i kostnadsnivå per 1.6.2012, inkludert utstyr og byggelånsrenter. Prisstigning i byggeperioden er antatt til 100 mill kr. Samlet investeringsramme er dermed beregnet til 1285,4 mill kr (P50, 2018).

Investeringsrammen for Renovering Bygg 7 ved UNN Åsgård er gitt i Helse Nord RHF's styresaker 69-2011 *Plan 2012-2015, inkludert rullering av Investeringsplan* og 72-2013 *Plan 2014-2017, inkludert rullering av Investeringsplan*. Det er i tillegg gitt administrativt tilsagn til utvidelse av rammen i brev av 18.12.2014. Samlet investeringsramme er 96,3 mill kr.

Formål

Denne styresaken har som formål å oppdatere styret ved UNN og styret i Helse Nord RHF på status i arbeidet med å realisere vedtatte utbyggingsprosjekter ved UNN. I henhold til rapporteringsplanene skal dette skje gjennom tertialvise rapporteringer.

Saksutredning

I denne styresaken fremlegges et sammendrag av tertialrapport for 3. tertial pr 31.12.2014.

Nytt Pasienthotell

Bygging av pasienthotellet pågår for fullt og betongelementer og all fasade unntatt sørvegg er fullført. Taktekking pågår. Innvendige vegger er avdelt. Arbeidet er i henhold til tidsplan. Økonomisk er hotellprosjektet i balanse. Prognosen for prosjektet er å gjennomføre hotellet med opsjoner innenfor vedtatt prosjektkostnad med en margin på 12,4 mill. Det er påløpt 43,8 mill kr i tredje kvartal, totalt er det påløpt 274,6 mill kr. Innkjøp av inventar og utstyr er planlagt i siste halvdel av 2014 og tidlig i 2015. Arbeidet med innkjøp er i gang med god medvirkning fra brukerorganisasjoner og medarbeidere. Konkurransen avsluttes medio februar. Kunstutvalget har valgt kunstnere for utsmykking av hotellet, og arbeid med dette pågår.

Bygging av lokale til Datasenter 1 er i henhold til plan og prosjektering av teknisk rom til Datasenter 1 pågår. Helse Nord IKT styrer prosjektet, og er økonomisk ansvarlig oppdragsgiver ovenfor UNN. Revidert kostnadsestimat beregnes når endelig beslutning på alle detaljer foreligger. Alle bestillinger er gitt av prosjektlederen for datasenteret.

Status for fremdriften:

- IKT-råbygg til Datasenter 1 er ferdig
- El-tilførsel til IKT-senter er bestilt og er installert høsten 2014
- Kulvert er bestilt, og arbeidet er ferdig. Det gjenstår tilkobling av Teknisk bygg IKT.
- Det er foretatt anbud, og kontrakt er signert på reservekraftanlegg etter kravspesifikasjon fra Helse Nord IKT
- Teknisk bygg IKT (DS1) for reservekraft, kjøleanlegg og gjenvinningsanlegg er under prosjektering

Videre arbeid med utredning/prosjektering av Vardesenter samt Lærings- og mestringscenter er av kapasitetsgrunner utsatt og starter medio mars 2015. Løsningen som utredes, er å bygge to etasjer til over gangbroen mellom Pasienthotellet og A-fløya. Hvis denne løsningen blir valgt, må gjennomføringen organiseres som et eget prosjekt, eventuelt i tilknytning til Vestibyleprosjektet, etter at Pasienthotellet er ferdigstilt.

Det er ikke registrert avvik innenfor helse-, miljø- og sikkerhetsområdet. Fremdriften følger vedtatt plan, inkludert ferdigstillelse av to ekstra hotelletasjer. Etter en periode med teknisk prøvedrift, forutsettes hotellet klar til ordinært bruk fra 1.7.2015.

Totalentrepriseprosessen

Endring av prosjektet fra todelt gjennomføring til gjennomføring av bygging i en fase ble besluttet av styret i Helse Nord RHF i sak 64-2104 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - endret utbyggingsstrategi*. Entrepriseformen er som følge av dette endret til en totalentreprise. Dette har hatt stor innvirkning på prosjektet ettersom både budsjettet og alt av planer måtte endres. Hovedfokus i perioden etter beslutningen har vært omorganisering av prosjekt og konkurransegrunnlag til totalentreprise. I tillegg har også planlegging og innkjøp av midlertidige, bygg- og driftsmessige løsninger vært nødvendig.

Konkurransegrunnlaget ble endret og sendt ut til fem pre-kvalifiserte entreprenører i september 2014 med planlagt mottak 15.12.2015. Én av tilbyderne ba om utsettelse av innleveringsfrist, og fristen ble derfor justert til 14.1.2015. Før fristens utløp mottok prosjektet tilbud fra entreprenører. De øvrige tre valgte å avstå fra å levere tilbud. Dette ble forklart med manglende organisasjon i Tromsø, kombinert med et høyt teknisk nivå på konkurransegrunnlaget.

Begge tilbudene var priset vesentlig høyere enn forventet, og derfor har styringsgruppen i prosjektet besluttet at konkurransen konkluderes som mislykket, og det innledes derfor ny konkurranse i form av forhandling med begge tilbydere. Dette er juridisk forankret og kvalitetssikret med juridiske rådgivere. Det gjennomføres ny forhandling basert på den samme konkurranse det ble gitt pris på, og prosjektets kvaliteter og mandater skal ivaretas. Forhandlingsresultatet skal fremlegges for ny styrebehandling før en eventuell kontrakt signeres.

En slik konkurransesituasjon vil kunne påvirke fremdriften i prosjektet. Forhandlingsrunden med entreprenører vil delvis erstatte planlagt samhandlingsperiode, og ikke nødvendigvis påvirke sluttdato for prosjektet. Formell behandling av resultatet er ikke med i vedtatt fremdriftsplan og kan derfor påvirke fremdrift.

Konkurranse Entreprenører E01	Tidsfrister
Prekvalifiseringsprosess ferdig	13.8.2014
Utsendelse konkurranse	15.9.2014
Mottak tilbud	14.1.2015
Evaluerings/Oppstart forhandling	Forventet konkludert 27.3.2015
Kontrakt inngåelse	13.4.2015
Byggestart	Medio april
Overtakelse (uendret)	26.2.2018

Midlertidige bygg

Bygging av midlertidige bygg har startet i inneværende periode. Disse skal huse funksjoner i den eksisterende A-fløya under perioden for nybygging. De midlertidige byggene har terminologien:

A00 (tidligere kalt AM) huser følgende funksjoner: Prøvetaking og kontorer.

C00 (tidligere kalt CM) huser følgende funksjoner: Laboratorier, poliklinikk og dagkirurgi med fem operasjonsstuer.

Midlertidige bygg frigir arealene i den eksisterende A2-fløya. I tillegg til dette er det etablert detaljplan for å følge ombyggingsarbeider som Teknisk avdeling i Drifts- og eiendomssenteret gjør som funksjon av rokadearbeidet. Dette gjøres i nært samarbeid mellom utbygging, drift og klinikker.

Sak 21/2015

Rokadeprosessen

Løsning for utflytting fra A2 er avtalt med klinikkene og Universitetet i Tromsø (UiT). Formell avtale med UiT er signert. Virksomheten til Blodbanken ved Diagnostisk klinikk, løses i eksterne lokaler ved Nerstranda kjøpesenter i Tromsø sentrum. Blodprøvetaking og kontorer for anestesileger løses i A00-bygget. Operasjoner, poliklinikk, resterende av laboratorium og universitetslaboratorium løses i C00-bygget.

Det er gjennomført 14 møter for å koordinere interne ombygginger som pågår for A-fløya. Viktige ombygginger som må gjennomføres er følgende:

- Ombygging A1.8 laboratorium (pågår)
- Ombygging C2.9 medisinsk sengepost (pågår)
- Ombygging C2.4, IVF (pågår)

Entreprisestrukturen

Entreprisestruktur er endret med ny gjennomføringsplan (signerte kontrakter):

Konto	Beskrivelse	Entreprenør
E01	Totalentreprise	
K201	Graving grunn og fundamenter*	Bjørn Bygg
K207	Operasjonsstuer	
K208	Møbler og løst inventar	
K209	Medisinskteknisk utstyr	
K403	Reservekraft	
K501	Nettverksutstyr	
911	Midlertidig bygg C00	Malthus
912	Midlertidig bygg A00	Malthus

*)Entreprise K201 Grunnarbeider ble startet opp 15.10.2013 og overlevert til byggherre høsten 2014. Endelig kostnad på denne kontrakten ble 24,5 mill kr.

Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS)

Det gjennomføres HMS-arbeid i pågående prosjekter i henhold til planer, og det er ikke meldt om noen avvik som har resultert i personskader.

Renovering Bygg 7 Åsgård

Prosjektering er ferdigstilt, og konkurransen ble sendt ut på anbud 4.7.2014. Anbudsfristen var 1.9.2014. Innenfor fristen ble det mottatt to tilbud. Begge tilbudene lå imidlertid 18,3 mill kr over budsjett, og prosjektet har derfor vært gjennom grundige vurderinger for videre strategi. Dette inkluderer prosess med kostnadsreduksjon og avklaring av økonomisk ramme, etter gjennomført konkurranse for renoveringsoppdraget. Etter behandling i UNN-styret og av administrerende direktør i Helse Nord RHF, ble rammen økt med 16,3 mill kr. Innstilling i konkurransen ble sendt ut 20.12.2014.

Bygging

Oppstart hovedentreprise er forsinket som følge av prosessene beskrevet under forrige punkt. Oppstart bygging i mars 2015. Planlagt ferdigstilling er i følge ny fremdriftsplan 18.4.2016.

HMS

Vernerunder gjennomføres annenhver uke i byggeperioden. Riveentreprise ble gjennomført uten uønskede hendelser.

Sak 21/2015

Kontrakter

Kontrakter som er inngått for prosjektet, fremkommer i vedlagte rapport. Riveentreprisen med AK Miljø har hatt sluttoppgjør, sum ble 5,5 mill kr inkl. mva.

Medvirkning

Saken blir forelagt ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftingsmøter. Protokollene fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at bygging av det nye pasienthotellet er i henhold til tidsplanen og at den økonomiske prognosen er +12,4 mill kr i forhold til P50-rammen. Prosjekteringen av Vardesenter og lærings- og mestringssenter er dessverre forsinket fordi det har vært nødvendig å allokere prosjekteringsressurser til A-fløya prosjektet. Prosjekteringen starter nå, og det blir sannsynligvis nødvendig å forelegge styret en egen sak om hvordan disse behovene kan løses. Det kan bli aktuelt å se dette i en sammenheng med Vestibyleprosjektet, som heller ikke er ferdig planlagt.

Rapporteringen viser at gjennomføring av A-fløya prosjektet nå er økonomisk krevende fordi anbudene ligger vesentlig over den godkjente investeringsrammen. Det er direktørens vurdering at dette hovedsakelig skyldes en ugunstig konkurransesituasjon i entreprenør markedet. Det pågår direkteforhandlinger med de to tilbyderne, og direktøren kommer til å orientere styreleder fortløpende om resultatet av disse. Det gir ikke mening å revurdere den økonomiske prognosen for prosjektet før forhandlingene er fullført. Utfallet av forhandlingene vil avgjøre hvorvidt styret må bringes inn i nye strategivalg i prosjektet eller ikke. Avklaringer rundt dette forventes å foreligge ved utgangen av inneværende måned.

Direktøren er fornøyd med at oppføringen av midlertidige bygg knyttet til A-fløya prosjektet i hovedsak er i rute. Dette legger til rette for at det fortsatt er teknisk mulig å gjennomføre prosjektet etter fremdriftsplanen.

Bygg 7 ved UNN Åsgård har fått avklart økonomisk ramme, og renoveringsarbeidet vil starte i løpet av første tertial 2015.

Konklusjon

Direktøren er tilfreds med at fremdriften i prosjekterings- og byggarbeider pågår i henhold til gitte mandater. Det er viktig for UNN at renoveringen av Bygg 7 ved UNN Åsgård endelig starter opp, og gledelig at nytt pasienthotell nærmer seg slutføring. For det videre arbeidet med A-fløya er det prioritert å få til høyest mulig grad av måloppnåelse. Direktøren anbefaler derfor at tertialrapport tas til orientering.

Sak 21/2015

Tromsø, 13.3.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Tertialrapport for utbyggingsprosjektene ved UNN

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Tromsø

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport pr. 31.12.2014



Pingvinhotellet UNN Tromsø, Foto av Stian Haugen ©

	Pasienthotell	A-fløya	Bygg 7 Åsgård
HMS	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstilling	23.04.2015	26.02.2018	18.04.2016
Fremdrift	Ingen avvik	Ingen avvik	4 mnd
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2013	172,1 mill kr	221,9 mill kr	18,51 mill kr
Sum investert hittil 2014	185,7 mill kr	115,5 mill kr	14,2 mill kr
Sum investert totalt	274,6 mill kr	244, mill kr	18,2 mill kr
Investeringsramme P50	403 mill kr	1 285,4 mill kr	96,3 mill kr
Prognose økonomiavvik	-12,4 mill kr	usikker	0

Innhold

1	Nytt Pasienthotell.....	4
1.1	Oppsummering.....	4
1.2	Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø	4
1.2.1	Vernerunder	4
1.2.2	Hendelser	4
1.2.3	Støy	4
1.3	Fremdrift.....	5
1.3.2	Gjeldende fremdriftsplan.....	5
1.3.2	Avvik fra fremdriftsplan	5
1.4	Økonomi.....	5
1.4.1	Investeringsramme.....	5
1.4.2	Godkjent budsjett	6
1.4.3	Prosjektkostnad P50	7
1.4.4	Forventet produksjon pr år.....	7
1.4.5	Forventet finanskostnad.....	7
1.4.6	Investeringsplan.....	7
1.4.7	Økonomioppsummering.....	8
1.5	Delkapitler.....	8
1.5.1	Generelle og spesielle kostnader	8
1.5.2	Entreprenørarbeider	8
1.5.3	Utstyr	8
1.6	Overordnede beslutninger	8
2	A-fløya	11
2.1	Oppsummering	11
2.2	Sikkerhet, Helse og arbeidsmiljø	12
2.2.1	Vernerunder	12
2.2.2	Uønskede hendelser.....	13
2.2.3	Støy.....	13
2.3	Fremdrift.....	13
2.3.1	Gjeldende fremdriftsplan.....	13
2.3.2	Avvik fra fremdriftsplan	15



2.4	Økonomi.....	15
2.4.1	Investeringsramme (P85)	16
2.4.2	Godkjent budsjett (P50)	16
2.4.3	Prosjektkostnad P50	17
2.4.4	Forventet produksjon pr år.....	17
2.4.5	Forventet finanskostnad.....	18
2.4.6	Investeringsplan.....	18
2.4.7	Økonomioppsummering.....	18
2.5	Delkapitler.....	18
2.5.1	Generelle og spesielle kostnader	18
2.5.2	Entreprenøskostnader.....	20
2.5.3	Medisinteknisk utstyr.....	20
2.6	Overordnede beslutninger	20
3	Bygg 7 Åsgård.....	21
3.1	Oppsummering.....	21
3.2	Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø	21
3.2.1	Vernerunder	21
3.2.2	Hendelser	21
3.2.3	Støy	22
3.3	Fremdrift.....	22
3.3.1	Gjeldende fremdriftsplan.....	22
3.3.2	Avvik fra fremdriftsplan	22
3.4	Økonomi.....	22
3.4.1	Investeringsramme.....	22
3.4.2	Godkjent budsjett	23
3.4.3	Økonomioppsummering.....	24
3.5	Delkapitler.....	24
3.5.1	Generelle kostnader	25
3.5.2	Spesielle kostnader	25
3.5.3	Entreprenørarbeider.....	25
3.6	Overordnede beslutninger	25

1 Nytt Pasienthotell

1.1 Oppsummering

Bygging av pasienthotellet pågår for fullt og betongelementer og all fasade unntatt sørvegg er fullført. Taktekking pågår. Innvendige vegger er avdelt. Arbeidet er i henhold til tidsplan. Økonomisk er hotellprosjektet i balanse, med prognose til en liten margin på 12,4 mill. Bygging av lokale til datasenter 1 er i henhold til plan og prosjektering av teknisk rom til datasenter 1 pågår. Arbeid med utredning/prosjektering av Vardesenter og Lærings og mestringscenter er utsatt og starter mars 2015. Forventningen til prosjektet er å fullføre hotellet med opsjoner innenfor vedtatt prosjektkostnad.

Det er ingen avvik innenfor helse, miljø og sikkerhet. Fremdrift følger vedtatt plan inkludert ferdigstilling av to ekstra hotelletasjer.

1.2 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø

SHA-arbeidet har forløpt godt hittil i byggefasen med systematisk oppfølging. Det er ikke rapportert eller avdekket noen uønskede hendelser som har ført til personskade. Fasadeentreprenør fra Litauen har levert i henhold til HMS plan.

1.2.1 Vernerunder

Byggherre gjennomfører uanmeldte vernerunder på anleggsområdet. Entreprenør gjennomfører vernerunder fast tirsdag hver 14. dag, hvor også byggherre deltar. Det er ikke avdekket alvorlige avvik. H verdi = 0.
Antall vernerunder gjennomført: 34

1.2.2 Hendelser

Ingen hendelser å rapportere.

1.2.3 Støy

Det er gjennomført ROS-analyse i forkant av oppstart byggearbeid med verneombud, seksjonsledere/avdelingsledere. Støyende arbeider med tilkobling mot fasade i A-fløya og graving i plan 5 i A-fløya har blitt varslet på intranett, oppslag og direkte kontakt.

Det har ikke vært registrert avviksmeldinger i Docmap om interne forhold knyttet til byggeprosessen.

1.3 Fremdrift

1.3.2 Gjeldende fremdriftsplan

Gjeldende ferdigdato 23.04.2015. Prøvedriftsperiode før igangsetting av drift må påregnes etter dette. Entreprenørens detaljerte fremdriftsplan for siste del av innredningsarbeider ferdigstilles i oktober. Hovedpunkt i fremdriftsplan:

- Oppstart prøvedrift 23.04.15
- Åpning av hotellet 01.07.15

1.3.2 Avvik fra fremdriftsplan

Ingen avvik

1.4 Økonomi

1.4.1 Investeringsramme

Prosjektets investeringsramme er gitt i to vedtak i Helse Nord RHF styre

Styresak 45-2013 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø Breivika, nytt pasienthotell – prosjektramme og stadfestelse av vedtak om byggestart

Styresak 75-2013 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, pasienthotell – økt behov utover opprinnelig prosjekt, oppfølging av styresak 45-2013

Bevilget investeringsrammer er i henhold til disse to styrevedtak på totalt 403,7 mill kr. inkludert byggelånsrenter og prisstigning (P50, 2015). I tillegg kommer utvidet kjellerareal til datasenter 1 til 13 mill kr. UNN-HF kan dessuten disponere 15 mill kr av egen investeringsramme til finansiering av Vardesenter og LMS.

Investeringsramme inneværende år

Investeringer tall i mill kr	Investering ramme overført til 2014	Investerings ramme 2014	Rest investerings ramme	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2014	Restramme 2014	Forbruk i år av disponibel ramme %
Pasienthotell	22,1	150,0	172,1	0,9	136,2	35,9	79%

1.4.2 Godkjent budsjett

Budsjettet er satt opp med en svært nøktern strategi. Imidlertid mener prosjektledelsen at tallene er realistiske og krever tett oppfølging. En totalentreprisemodell som denne, gir ikke noe spillerom for den tradisjonelle kuttliste metoden, isteden er det stram kontroll ved endringer.

Godkjent budsjett og status 31.12.14 - Nytt Pasienthotell

Hotell med 243 rom	Kontrakt Consto NPH 243 rom - (Pro A+B)					
	Nøkkeltall kr/m2	Budsjett MNOK	Påløpt pt.	Slutt- prognose	Avvik Prognose/ bud [kr]	Avvik [%]
Entreprisekontrakt (1-6)	21 036	250,1	205,8	250,1	0	0 %
Utomhus (7)	229	2,4	2,2	2,4	0	0 %
Generelle kostnader(8)	952	11,2	3,9	10	1,2	11 %
Inventar (9)	1 524	19,3	0,49	19,3	0	0 %
Kunst (9)	229	2,4	0,54	2,4	0	0 %
Endringer/reserve (0)	1 400	15,5	1,6	15,5	0	0 %
SUM P50 eks.mva	25 369	300,9	214,5	299,7	1,2	0,4 %
Finans/Byggelånskost.	952	10,6	0	0		0 %
Prisstigning	1523	17	6,4	17	0	0 %
SUM P50 inkl. mva. MNOK	34 186	403,7	274,6	391,6	1,5	0,4 %
Bevilget ramme P50 [MNOK]		404		391,6		3,1 %
Diff – Budsjett/Ramme [MNOK]		0,3		12,4		12,4

Kommentarer:

– NPH er inv. under 500MNOK, og det beregnes ikke finanskost.



Kontrakter inngått 2013

Beskrivelse	Entreprenør	Sum kr. Eks mva	Sum kr. Inkl mva
Totalentreprise hotell	Consto	250 078 108	312 597 635
IKT kjeller i NPH	Consto	8 662 416	10 828 020

1.4.3

Prosjektkostnad P50

Prosjektkostnad pr 1.1	2013	2014	2015	
	404	409	416	

Den korte byggetiden i prosjektet reduserer behovet for detaljert fremstilling av prosjektkostnad og utvikling av denne. Entreprisemodellen reduserer også usikkerheten ved utviklingen.

1.4.4 Forventet produksjon pr år

Produksjon i MNOK	2013	2014	2015	Totalt
A-Pasienthotell 206 rom	115	170	64	349
Opsjoner		50	32	82
SUM	115	220	96	431
<i>SUM Akkum.</i>		<i>335*</i>	<i>431**</i>	

*Prosjektet ligger på 274MNOK mot forventet produksjon på 335 MNOK

** inkludert LMS og Vardesenter

1.4.5 Forventet finanskostnad

Byggelånsrenter i MNOK	2013	2014	2015	Totalt
A-Pasienthotell 206 rom	0	0	0	0
Opsjoner		0	0	0
SUM				0

Kommentar: Byggelånskostnader er satt til 0 kroner grunnet ingen låneopptak i forbindelse med byggingen.

1.4.6 Investeringsplan

I styresak 72-2013 fastsatte styret i Helse Nord RHF revidert investeringsplan for perioden 2013-2020. Av denne fremkommer følgende bevilgninger for nytt Pasienthotell UNN HF:



Utdrag investeringsplan Helse Nord styresak 4-2014, vedlegg investeringsrammer:

Investeringsramme – P50 MNOK	Før 2013	2013	2014	2015	Totalt
Pasienthotell inkl IKT senter råbygg kjeller	30	100	150	140	420
SUM Akkum.		130	280*	420	

*I forhold til investeringsplanen, så er påløpte kostnader i prosjektet innenfor rammen

1.4.7 Økonomioppsummering

Hotellprosjektet har god kontroll på økonomien for hotelldelen. Prosjektering av datasenter 1 og 2 pågår, og kravspesifikasjoner påvirker prosjekteringen av tekniske rom, reservekraft, varmegjenvinning og UPS løsning. Når endelig krav og prosjektering er ferdigstilt vil kostnadsbildet for teknisk rom til datasenter 1 og 2 avklares.

1.5 Delkapitler

1.5.1 Generelle og spesielle kostnader

Det er påløpt kostnader med hensyn til tomteklargjøring, reguleringsplan og ulike gebyrer. Totalt 3,9 mill kroner.

1.5.2 Entreprenørarbeider

Byggearbeidene er godt i gang. Det er påløpt 274,6 mill kroner i henhold til betalingsplanen.

1.5.3 Utstyr

Det er ingen påløpte kostnader hittil. Innkjøp av inventar og utstyr er planlagt siste halvdel av 2014 og 2015. Arbeidet med innkjøp er i gang med god medvirkning fra brukerorganisasjoner og medarbeidere på UNN HF. Kunstutvalg har valgt kunstnere for utsmykking av hotellet, og arbeid pågår.

1.6 Overordnede beslutninger

Justeringer i denne posten er tatt av prosjektets reserve innen P50 rammen.

Det er i perioden etter kontraktsinngåelse hvert gjennomført en samspillfase og detaljfase der følgende justeringer er avtalt:

- Vi har inntatt i prosjektet ekstra fundamentering av "Broforbindelsen" til A-fløya for mulig fremtidig bygging av 3 ekstra etasjer i A1-fløya. Det vil gi sykehusets funksjoner større fleksibilitet ved behov for økte areal i framtiden – Kostnadskonsekvens er kr 350.000,-

- Det er endret litt på heisløsning for å gi økt hotelleffektivitet (tosidig og større) – Kostnadskonsekvens er kr 540.000,-
- Det er endret på utstyrleveranse til baderom på grunn av spesialtilpasninger for pasienter – Kostnadskonsekvens er kr 650.000,-
- Vi har besluttet å utvide eksisterende parkeringsplass nedenfor C0, gjennom bruk av overskuddsmasser kr. 96.000,-
- Prosjektet har fått tilsagn om Enovastøtte på 3,8 mill kroner. Første tilskudd på 2,5 mill kroner er mottatt. For å oppnå passivhusstandard har prosjektet vært avhengig av å ta noen tilleggskostnader
 - Endringer med økt kvalitet vindu kr 875.000,-
 - Belysning kr 1 437 500,-
 - VAV-styring
 - Annet ca kr 500 000
- Vi har besluttet å oppgradere en ekstra heis til evakueringsheis/brannheis kr. kr. 623.000,- Dette er utover forskriftskravet men gir ekstra sikkerhet og doubler kapasiteten.
- Nedfelte konvektorovner i restaurant kr. 280.000,-

Opsjon ekstra hotelletasjer

Det er prosjektert og innarbeidet to ekstra hotelletasjer i byggeprosjektet. Opsjonsprisen er kontraktsfestet til 45 mill kr. Hotellet vil få 37 ekstra hotellrom og en dagligstue for pasienter. Tilleggsbestillingen er integrert i revidert kontrakt med totalentreprenør og er integrert i rapporteringen.

Opsjon IKT-senter

Styrevedtak i Helse Nord 73-2013 vedtok bygging av kjeller i nytt pasienthotell til datasenter 1 (DS1) med ramme på 13 mill kroner. Vedtak 49-2014 gir administrerende direktør fullmakt til å bygge teknisk bygg og kulvert tilhørende datasenter 1 til kostnadsramme på 10 mill kroner. I ettertid er det fastsatt en total ramme på 82 mill for datasenterprosjektet som disponeres av Helse Nord IKT jf. Styrevedtak 49-2014.

Helse Nord IKT styrer prosjektet og er økonomisk ansvarlig oppdragsgiver ovenfor UNN HF. Revidert kostnadsestimat beregnes når endelig beslutning på alle detaljer foreligger. Alle bestillinger er gitt av prosjektleder for datasenter.



Status – Fremdrift.

- IKT-råbygg til datasenter 1 er ferdig.
- El-tilførsel til IKT-senter er bestilt og er installert høsten 2014
- Kulvert er bestilt og arbeidet er ferdig, gjenstår tilkobling Teknisk bygg IKT
- Det er foretatt anbud og kontrakt er signert på reservekraftanlegg etter kravspesifikasjon til Helse Nord IKT
- Teknisk bygg IKT (DS1) for reservekraft, kjøleanlegg og gjenvinningsanlegg er under prosjektering.

Opsjon Vardesenter og Lærings og mestringscenter

UNN HF har i følge styresak 75-2013 fra Helse Nord RHF fått anledning til å benytte 15 mill kr av egen ramme til realisering av opsjonen. Styringsgruppen for prosjektet har anbefalt at det finnes løsning i forbindelse med pasienthotellet. Det er gjennomført romfunksjonsprogram med arkitekt og brukere. Det er besluttet i styringsgruppen å gå videre med nærmere utredning. Kapasitetsproblemer for arkitekt medfører oppstart i mars.

2 A-fløya

2.1 Oppsummering

En stor endring av prosjektet ble besluttet i styremøte i Helse Nord RHF den 27. mai 2014, sak 64-2104. Prosjektet ble besluttet endret fra en to-delt gjennomføring til en gjennomføring av bygging i en-fase. Entrepriseform er endret til totalentreprise. Dette har hatt stor innvirkning på prosjektet. Fremdriftsplan er endret, budsjett revideres og planer endres. Hovedfokus i perioden etter beslutning har vært omorganisering av prosjekt og konkurransegrunnlag til totalentreprise samt planlegging og innkjøp av midlertidige løsninger nødvendig for gjennomføring i en-fase.

Konkurransegrunnlaget ble endret og sendt ut til 5 prekvalifiserte entreprenører. Utsendelse ble gjort i september 2014, med planlagt mottak 15. desember 2015. En av tilbyderne ba om utsettelse av innleveringsfrist, og fristen ble derfor justert til 14.januar. Denne dato mottok prosjekt tilbud fra 2 av de fem prekvalifiserte. De øvrige 3 valgte å avstå fra å levere tilbud. Dette ble forklart med manglende organisasjon i Tromsø, kombinert med et høyt teknisk nivå på konkurransegrunnlaget.

Begge tilbudene var priset vesentlig høyere enn forventet, og derfor har styringsgruppen for prosjektet besluttet at konkurransen konkluderes som mislykket og det innledes ny konkurranse i form av forhandling med begge tilbydere. Dette er juridisk forankret og kvalitetssikret med UNN sine juridiske rådgivere. Det gjennomføres ny forhandling basert på den samme konkurranse det ble gitt pris på, og prosjektets kvaliteter og mandater skal ivaretas. Forhandlingsresultatet skal fremlegges for ny styringsgruppebehandling før en evt. kontrakt signeres.

Bygging av midletidige bygg har startet i inneværende periode og skal huse funksjoner i den eksisterende A-fløya under perioden for nybygging. De midlertidige byggene har terminologien ;

A00 (tidligere kalt AM) og huser følgende funksjoner

- Prøvetaking
- Kontorer
- Forskningslab

C00 (tidligere kalt CM) og huser følgende funksjoner;

- Laboratorier

- Poliklinikk
- Dagkirurgi

Midlertidig bygg frigir arealene i den eksisterende A2-fløya.

I tillegg til dette er det etablert detaljplan for å følge ombyggingsarbeider som UNN's egen driftavdeling gjør som funksjon av rokadene. Dette gjøres i nært samarbeid mellom utbygging, drift og klinikkene.

Løsning for utflytting fra A2 er avtalt med klinikkene og Norges Arktiske universitet Universitetet i Tromsø (UIT). Formell avtale med UIT er signert. Blodbanken løses i eksterne lokaler på Nerstranda kjøpesenter i sentrum. Blodprøvetaking og kontor for anestesileger løses i A00 bygg, operasjon, poliklinikk, resterende av laboratorium og universitetslaboratorium løses i C00 bygg.

Det er gjennomført 14 møter for å koordinere interne ombygginger som pågår for A-fløya. Viktige ombygginger som må gjennomføres er.

- Ombygging A1.8 laboratorium (pågår)
- Ombygging C2.9 medisinsk sengepost (pågår)
- Ombygging C2.4, IVF (pågår)

Det er gjennomført konkurranse på to midlertidige bygg for å tømme A2 før byggestart. Det er signert avtale om byggene med Malthus. Det leveres modulbygg som er under produksjon hos Moelven for C00. A00 er et tidligere brukt modulbygg som omprosjekteres og leies i en 4 års periode.

Entreprise K201 Grunnarbeider ble startet opp 15. oktober 2013 og overlevert til byggherre høsten 2014. Endelig kostnad på denne kontrakten ble 24,5 MNOK.

2.2 Sikkerhet, Helse og arbeidsmiljø

A-fløyprosjektet er et komplisert prosjekt hvor det skal bygges samtidig som man skal opprettholde drift under bygging. Dette vil kreve mye av både sykehus- og prosjektorganisasjonen. Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø vil på grunn av nevnte kompleksitet ha særdeles høy prioritet i prosjektet. Det gjennomføres risikovurderinger av både bygging og driftsulemper under bygging og det vil bli utarbeidet planer som ivaretar SHA i byggefasen. Endret fremdriftsplan med en-fase medfører redusert kompleksitet og mindre arbeidsmiljøutfordring internt i sykehusdriften og for entreprenør.

2.2.1 Vernerunder

Det gjennomføres vernerunder på byggeplass hver 14 dag i regi av entreprenør for midlertidige bygg. Byggherren deltar på disse vernerundene. I tillegg foretar byggeledelsen

egne befaringer uavhengig av entreprenør. Alvorlige avvik er ikke registrert. Det har vært gjennomført 4 vernerunder, arbeidene startet medio januar 2015.

2.2.2 Uønskede hendelser

Det er ikke registrert uønsket hendelse i byggeperioden for C00/A00. H verdi=0.

Vi noterer her at vi har gjennomført en del kompliserte løft med fare for sikkert. Dette er gjennomført iht SJA analyser i godt samarbeid mellom entreprenør og UNN.

2.2.3 Støy

Varsling av støyende arbeider har vært gjennomført i henhold til utarbeidet rutine. Det er ikke meldt om avvik i sykehusdriften som følge av støy.

2.3 Fremdrift

2.3.1 Gjeldende fremdriftsplan

Endret prosjektgjennomføring endrer på fremdriftsplan. Hovedmilepæler for prosjektet er revidert fra forrige tertialrapport.

Konkurransentreprenører E01	
Prekvalifiseringsprosess ferdig	13.08.2014
Utsendelse konkurranse	15.09.2014
Mottak tilbud	14.01.2015
Evaluering/Oppstart forhandling	Forventet konkludert 27.03.2015
Kontrakt inngåelse	13.04.2015
Byggestart	Medio april
Overtakelse (uendret)	26.02.2018

Fokus i arbeidet i siste tertial har vært gjennomføring av bygging av midlertidige løsninger for å tømme A2, slik at bygging og renovering kan pågå i en fase. Hovedfokus har vært på gjennomføring av totalentreprisekonkurransen for E01.

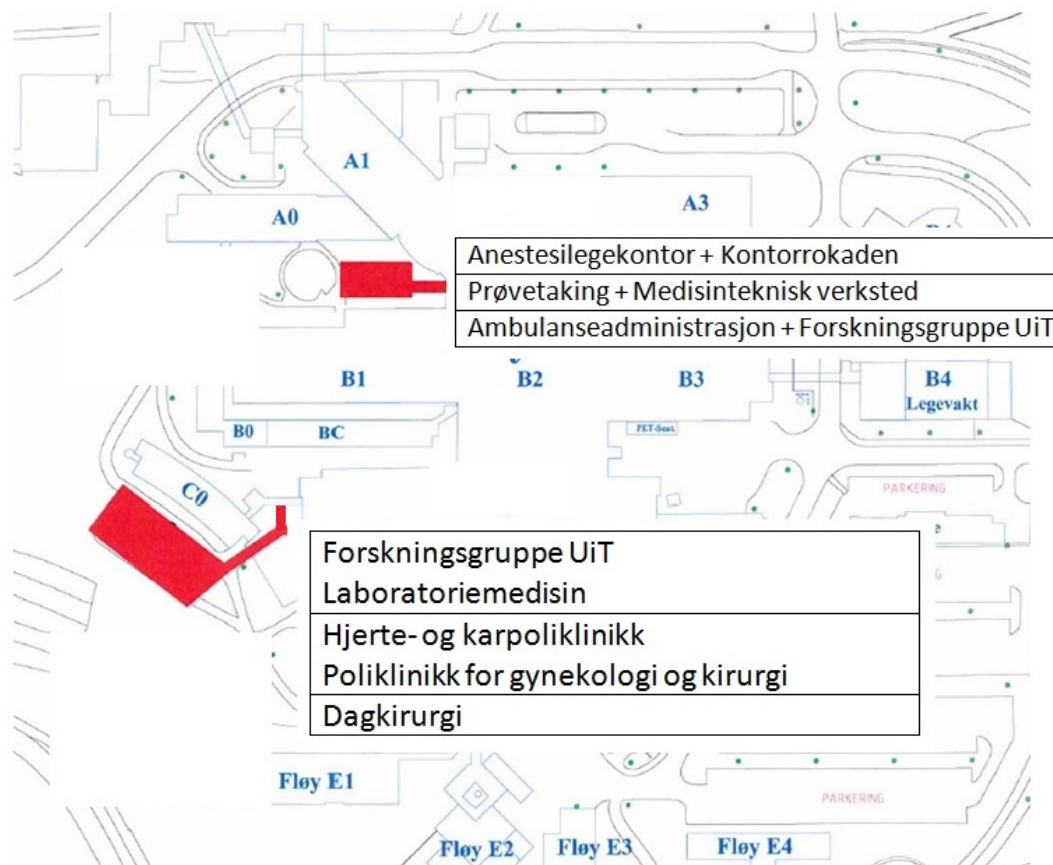


Oppføring av midlertidige bygg pågår. Grunnarbeider pågår på plassen, mens produksjon av C00 pågår på fabrikk på Moelven.

Plan for C00/A00 bygg har følgende milepæler:

Intensjonsavtale med entreprenør	16.09.2014
Oppstart detaljprosjektering	16.09.2014
Signert avtale med entreprenør	02.10.2015
Oppstart grunnarbeider	15.10.2014
Oppstart montasje byggmoduler	06.01.2015
Klart til prøvedrift Lab-etasje	15.02.2015
Innflytting Lab-etasje	01.03.2015
Klart til prøvedrift	15.03.2015
Klart til drift	14.04.2015

Det er mindre avvik i denne planen, men ikke avvik som endrer gjennomføring av selve A-fløy prosjektet. Endelig dato for oppstart klinisk drift vil bli vurdert i løpet av februar.



2.3.2 Avvik fra fremdriftsplan

Det er ikke meldt avvik fra revidert fremdriftsplan.

2.4 Økonomi

Innkommende tilbud er høyere enn budsjettet. Dersom tilbud av gitt størrelse aksepteres vil P85 måtte økes. Tallmaterialet for dette er presentert separat for styringsgruppe samt styret i UNN. En evt. endring i P85 vil fremlegges som funksjon av en konklusjon på pågående forhandlinger. Det blir derfor feil å presentere dette her i denne rapporten.

I tillegg til forhandlingene jobbes det med mulige kutt i prosjektet. Dette er forhold som reduksjon av kostnader i forhold utstyrspakker, prisstigning og administrasjon. Videre legges det inn inntekt for salg av C00 når denne ferdig benyttet. Prosjektets vedtatte kuttliste er ikke del av dette.

Samlet holdes bildet av økonomien uendret inntil forhandling er avsluttet.

2.4.1 Investeringsramme (P85)

Kostnadsrammen for prosjektet fastsatt til 1.324,8 mill kr i kostnadsnivå pr 1. juni 2012 inkludert utstyr og byggelånsrenter. Prisstigning i byggeperioden er satt til 100 mill kroner. Samlet ressursrammer er dermed beregnet inntil 1 425 mill kroner.

Investeringsramme inneværende år

Investeringer tall i mill kr	Investering ramme overført til 2014	Investerings ramme 2014	Rest investerings ramme	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2014	Restramme 2014	Forbruk i år av disponibel ramme %
A-fløya	21,9	200,0	221,9	32,4	115,5	106,4	52%

2.4.2 Godkjent budsjett (P50)

Prosjektet sin forventede projektkostnad P50 er kr 1.285 MNOK inkl mva og prisstigning i byggeperioden (jf styrevedtak 70/2012 i Helse-Nord RHF). Pågående evalueringsprosess av konkurranse på totalentreprise E01 vil endre forventet projektkostnad.

Rapporteringen fra prosjektledelsen forholder seg til den til hver tid gjeldende kostnadsramme i prosjektet.

Kostnadsoversikt per 31.12.2015 samlet for alle kostnadsbærere i denne fasen av prosjektet framgår av tabellen under. Struktur vil bli endret til neste tertialrapportering

PNS	PNS Navn	Godkjent budsjett	Prognose	Fakturert Akkumulert
UNN	A-fløy totalt	1 285 000 000	1 399 246 125	267 531 686
01.	Felleskostnader	34 875 000	34 875 000	0
02.	Bygningsmessige arbeider	445 275 000	446 775 000	24 541 081
201	Graving, grunn og fundamenter	23 000 000	25 000 000	24 541 081
03.	VVS installasjoner	151 425 000	151 425 000	0
04.	Elkraft	101 137 500	101 137 500	0
05.	Tele- og automatisering	17 887 500	17 887 500	0
06.	Andre installasjoner	13 781 250	13 781 250	0
07.	Utomhus (inngår i K203)	0	0	0
08.	Generelle kostnader	234 966 310	204 545 685	154 800 941
09.	Spesielle kostnader	88 750 000	233 716 750	90 698 387
90	Flytte- og rokadekostnader - 15	15 000 000	50 900 000	44 549 369

	MNOK			
91	Midlertidige bygg	0	109 066 750	46 149 018
911	CM	0	100 000 000	46 144 494
912	AM	0	9 066 750	4 524
10.	Brukerutstyr - (i K209)	0	0	0
11.	Reserver og marginer, LPS	196 902 440	195 102 440	0

Detaljert entreprisekostnad (signerte kontrakter):

	Konto	Entreprenør	Kontrakt (kr) Inkl mva
E01	Totalentreprise		
K201	Graving grunn og fundamenter	Bjørn Bygg	21.301.045
K207	Operasjonsstuer		
K208	Møbler og løst inventar		
K209	Medisinskteknisk utstyr		
K403	Reservekraft		
K501	Nettverksutstyr		
911	Midlertidig bygg C00	Malthus	90.629.669
912	Midlertidig bygg A00	Malthus	8.242.500
	Budsjett inklusive mva		765.881.250

2.4.3 Prosjektkostnad P50

Denne tabellen er ikke oppdatert i henhold til siste budsjett og fremdriftsrevisjon, men vil bli oppdatert til neste rapport.

Prosjektkostnad pr 1.1 MNOK	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	1185						1285	

2.4.4 Forventet produksjon pr år

Produksjon MNOK	Før 2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	47	47	106	213	355	356	59	0



2.4.5 Forventet finanskostnad

Denne tabellen er ikke oppdatert i henhold til siste budsjett og fremdriftsrevisjon. Vil oppdateres til neste rapport.

Byggelånsrenter MNOK	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	3,5	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	

2.4.6 Investeringsplan

I styresak 72-2013 fastsatte styret i Helse Nord RHF revidert investeringsplan for perioden 2013-2020. Jamfør tabell 2.4.4 viser den at prosjektet er på etterskudd med produksjon i forhold til investeringsplan frem til 2016, men vil ha intensiv produksjon i 2016 og 2017. I løpet av 2017 vil produksjon ligge over investeringsplanen.

Utdrag investeringsplan:

Investeringsramme MNOK	Før 2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	63	66	200	290	290	200	159	

2.4.7 Økonomioppsummering

Prosjektet har jobbet i henhold til styresak 64-2014 i Helse Nord RHF og endret fremdriftsplan og gjennomføringsmåte. Pågående evaluering av tilbud på totalentreprise E01 vil endre den økonomiske situasjonen, og det forutsettes tett samarbeid med administrerende direktør, styringsgruppe, styret i UNN og Helse Nord i denne saken. Prosjektets økonomiske prognose er usikker inntil dette er avsluttet.

Fram til neste tertial vil prosjektet jobbe for å avklare endelig prosjektkostnad og dermed fjerne store deler av den økonomiske usikkerheten i prosjektet. Det vil bli gjennomført løpende usikkerhetsanalyser i denne perioden frem til beslutning.

2.5 Delkapitler

2.5.1 Generelle og spesielle kostnader

Generelle og spesielle kostnader utgjør budsjettmessig i prosjektet samlet avrundet kr. 324 mil. Det er i hovedsak vært aktiviteter i prosjektet som belaster kapittel 8 generelle kostnader. Generelle kostnader utgjør kr 235mill og innbefatter følgende:

- Forprosjekt
- Programmering
- Prosjektering
- Administrasjon
- Bikostnader



- Forsikring og gebyrer

Generelle kostnader	
Gjeldende budsjett	234 966 310
Totalt fakturert	155 006 807
Andel fakturert	66 %

Hovedaktiviteten i prosjektet:

Tredje tertial har hatt fokus på tilpassning av konkurransegrunnlag til totalentreprise og oppstart av bygging av midlertidige bygg. Det har vært laget konkurransegrunnlag for to midlertidige bygg og konkurranse er gjennomført. Oppføring er startet.

Konto	Beskrivelse	Budsjett	Påløpt	Gjenstående
1-7	Bygging	764 381 250	24 541 081	739 840 169
8	Generelle kostnader	234 966 310	154 800 941	80 165 369
9	Spesielle kostnader	88 750 000	90 698 387	-1 948 387
11	Reserver/marginer	196 902 440	0	196 902 440
	Sum inkl mva	1285 000 000	270 040 409	1 014 959 591

Endringer som er avtalt i prosjektet er:

- Økt omfang av funksjonsprosjekt
- Omprosjektering av forprosjekt
- Diverse utredninger og avklaringer mot drift på sykehuset
- Faseplaner for gjennomføring av bygging under drift
- Bygge erstatningsarealer for operasjon inkludert garderober
- Flytte ambulanseinngang
- Relokalisering IVF
- Midlertidige løsninger for en-fase

Spesielle kostnader i prosjektet innbefatter:

- Flytte- og rokadekostnader kr. 15 mill
- Byggelånsrenter kr. 74 mill

Reserver og LPS

Reserver og lønns- og prisstigning i prosjektet er oppdelt på følgende måte:

- Forventede tillegg, Uspesifisert kr. 37,9 mill
- Forventede tillegg, ufordelt kr. 59,0 mill
- LPS-kostnader kr 100,0 mil

2.5.2 Entreprisekostnader

Byggearbeidene med første entrepris K201 grunnarbeider, er avsluttet.

Det er skrevet kontrakt på kr 21,3 mill kr og ut over dette bestilt endringsarbeider for en samlet sum på kr 3,5 mill kr. Endelig sluttkostnad ble 24,5 mill kr.

2.5.3 Medisinteknisk utstyr

Planleggingsarbeide med medisinsk teknisk utstyr er i gang. Det er vært gjennomført oppdatering av DROFUS. Det har vært gjennomført møter med Helse Finnmark Kirkenes med tanke på mulig samordning av utstyrsinnkjøp.

2.6 Overordnede beslutninger

Endret gjennomføring av prosjektet i en-fase som totalentreprise er besluttet i styret for Helse Nord RHF 27 mai 2014, sak 64-2014.

3 Bygg 7 Åsgård

3.1 Oppsummering

Prosjektering

Prosjektering er ferdigstilt, og konkurranse på renovering ble sendt ut på anbud 04. juli

Anbudskonkurranser

Anbudsfristen var 01. september. Innenfor fristen ble det mottatt 2 tilbud. Begge tilbudene lå 18,3 mill kr over budsjett, og prosjektet har derfor vært gjennom flere evalueringprosesser for å vurdere videre strategi. Prosjektets styringsgruppe har bedt styret i UNN om å øke den økonomiske rammen og dette ble videresendt og behandlet av administrerende direktør i Helse Nord RHF. Ny vedtatt ramme er 96,3 mill kr og dette sikrer gjennomføring av prosjektet med måloppnåelse som i prosjektmandatet.

Bygging

Oppstart hovedentreprise er forsinket som følge av prosessene beskrevet under forrige punkt. Oppstart bygging uke 9. mars 2015.

3.2 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø

Byggherre har laget en SHA- plan og fordelt oppgaver for SHA, både for prosjektering og for utførelse. Byggherrens SHA-plan implementeres i entreprenørens plan. Målsettingen i prosjektet er H-verdi = 0, dvs. ingen skader som medfører fravær. Prosjektet har gjennomført en Risikoanalyse og SHA- plan for byggefasen. Når det gjelder HMS mot sykehusets drift, er alle ansatte i bygget flyttet ut av Bygg 7. Disse er flyttet i lett ombygde lokaler i eksisterende Åsgård (arealfortetting). Bygget er utstyrt med egne nøkkelserier som kun gir byggorganisasjonen adgang til bygg 7. Videre forbindelse mot resten av anlegget på Åsgård er avskåret med eget nøkkelsystem. Traseen rundt bygg 7 er flittig benyttet som rekreasjonsområde for pasienter, og det er derfor lagt opp til fysisk adgangsregistrering og avgrensning av byggeplass mot resten av institusjonen.

3.2.1 Vernerunder

Vernerunder er utført for rive-entreprisen hver 14. dag. Vernerunder for hovedentrepriser startes opp ved byggestart.

3.2.2 Hendelser

Ingen uønskede hendelser er registrert i rive- entreprisen. H verdi =0.

3.2.3 Støy

I og med at bygg 7 er tømt, er det god avstand til nærmeste bygg som er i ordinær drift har ikke rivearbeidene påvirket klinisk drift.

3.3 Fremdrift

3.3.1 Gjeldende fremdriftsplan

Ferdigdato er satt til 18.04.16

Følgende milepæler:

- Oppstart ombyggingsentreprise: 16.03.15
- Ferdigstilling 18.04.16

3.3.2 Avvik fra fremdriftsplan

Vi har et avvik på 4 måned i forhold til opprinnelig plan.

3.4 Økonomi

3.4.1 Investeringsramme

Rammen for prosjektet ble søkt og innvilget utvidet i 2014. Etter at det var registrert at innkomne entreprenørtilbud lå over investeringsramma med kr. 18,3 mill kr, har styringsgruppen i prosjektet, sammen med klinikken, arbeidet med ulike tiltak for å redusere kostnadene ned til budsjett. Det ble utarbeidet en kuttliste der både kutt i teknisk standard og arealkutt ble vurdert. Tekniske kutt bidro med en besparelse på 2,0 mill kr. I tillegg ble det utarbeidet en konsekvensvurdering av å kutte på arealene, eventuelt unnlate å gjennomføre prosjektet. Resultatet av dette viste at en stopp/reduksjon i prosjektet representerte betydelige utfordringer for klinikken med hensyn til blant annet drift og logistikk, redusert pasientkapasitet, uverdige pasienttilbud, utvikling av fagmiljø og dårlig arbeidsmiljø. Det ble imidlertid besluttet at teknisk kutt- liste skulle legges til grunn, og styringsgruppen i prosjektet besluttet derfor å anbefale direktøren å søke Helse Nord om en merbevilgning på kr.16,3 mill. Saken ble behandlet i UNN- styret 10.12.2014, og tilsagn om merbevilgning fra administrerende direktør Helse Nord ble innvilget 18.12.2014.

Sak 108/2014 til UNN- styret: Virksomhetsplan 2015, 10.12.2014

Søknad om utvidet investeringsramme- Renovering bygg 7 UNN Åsgård, 2012/711-108

Tilsagn om utvidet investeringsramme 2014/9-44 (E-phorte ref.nr. Helse Nord) og 2012/711-109 (E-phorte ref. nr. UNN)

Investeringsramme totalt, per år

Investeringer tall i mill kr	Før 2013	2013	2014	2015	2016	Totalt
Bygg 7 Åsgård	0,9 mill	4 mill	18,1 mill	47,0 mill	26,3 mill	96,3 mill

Investeringsramme inneværende år

Investeringer tall i mill kr	Investering ramme overført til 2014	Investerings ramme 2014	Rest investerings ramme	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2014	Restramme 2014	Forbruk i år av disponibel ramme %
Bygg 7 Åsgård	0,4 mill	18,1 mill	3,9 mill	0,11 mill	14,2 mill	3,9	79%

3.4.2 Godkjent budsjett

Budsjettet er satt opp med en svært nøktern strategi og med en marginal reserve. Ved kalulasjon av entreprisekostnad var det tatt betydelig høyde for prosjektspesifikke forhold. Prosjektledelsen mener derfor at tallene er realistiske, men den krever tett oppfølging.

Godkjent budsjett bygg 7 Åsgård

Kapittel	Beskrivelse	Sum inkl mva
Kapittel 1-7	Sum budsjetterte entreprisekostnader	79.359.720 kr
Kapittel 8	Sum budsjetterte generelle kostnader	13.910.721 kr
Kapittel 9	Sum budsjetterte spesielle kostnader	3.341.964 kr
Samlet	Total prosjektkostnad Bygg 7	96.300.000 kr



Kontrakter inngått:

Beskrivelse	Entreprenør	Sum kr. eks mva	Sum kr. Inkl mva
Rive-entreprise	AK Miljø	2.422.300	3.027.875
Ombyggingsentreprise			

3.4.3 Økonomioppsummering

Investeringsramme er utvidet med kr. 16,3 mill (det henvises til pkt. 3.4.1)

3.5 Delkapitler

Generelle kostnader	
Gjeldende budsjett	96 300 000 NOK
Totalt fakturert	18 655 911 NOK
Andel fakturert av budsjett	19,3 %

Hovedaktiviteten i prosjektet har vært innvendig rivearbeid og arbeid med kuttliste.

Konto	Beskrivelse	Budsjett	Påløpt	Gjenstående
1-7	Bygging	79 047 315	5 914 720	73 132 595
8	Generelle kostnader	13 910 721	10 033 206	3 877 515
9	Spesielle kostnader	3 341 964	2 708 079	633 885
	Sum kr inkl mva	96 300 000	18 656 005	77 643 995

3.5.1 Generelle kostnader

Generelle kostnader består av prosjekteringskostnader, byggeledelse og div. administrative kostnader. Vi nærmer oss nå slutten av detaljprosjekteringsfasen, og prognosen på restarbeider er innenfor budsjett.

3.5.2 Spesielle kostnader

Spesielle kostnader består av etableringa av flytte- og rokadekostnader. Arbeider med å etablere rokaderealer til de ansatte har kostet noe mer enn budsjettet, men har vært ansett som nødvendig for å ivareta pasienter og ansattes arbeidsforhold.

3.5.3 Entreprenearbeider

Entreprenearbeidene er delt inn i to entrepriser; egen rive-entreprise (NS 8405) som skal forestå innvendig riving før ombyggingsentreprisen starter opp. Ombyggingsentprisen vil være generalentreprise etter NS 8405. Riving i bygg 7 er ferdigstilt. Endelig sluttsum på riveentreprisen ble 5 510 246 kr inkl mva. Årsaken til økning i forhold til kontrakt var økte mengder av PCB og asbest i forhold til beskrivelse. Kontrakt endte likevel godt under forutsatt budsjett på 8 mill kr.

3.6 Overordnede beslutninger

Ingen særskilte.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.3.2015
Saksansvarlig: Grethe Andersen	Saksbehandler: Frode Beck Kristiansen	

Årsregnskap 2014 - med årsberetning

Innstilling til vedtak

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

Det fremlagte årsoppgjøret med resultatregnskap og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultatet, fastsettes som UNNs regnskap for 2014. Styret foreslår at årets overskudd på 615 090 442 kr overføres til annen egenkapital.

2. Årsberetning 2014 vedtas.

Sammendrag

Formålet med denne saken er å behandle årsberetning og årsregnskap for Universitetssykehuset Nord-Norge HF for 2014.

Regnskapet viser et overskudd på 615 090 442 kr. Eiers opprinnelige resultatkrav for 2014 var regnskapsmessig balanse. Det store overskuddet skyldes en engangsreduksjon av foretakets pensjonskostnader. Eier har på bakgrunn av dette justert resultatkravet til 627,0 mill kr. Regnskapet viser dermed et underskudd i forhold til resultatkravet på -11,9 mill kr. Dette overskuddet påvirker verken foretakets likviditet eller omstillingsutfordring for 2015.

Hvis man ser bort fra endringen i pensjonskostnader, så ville regnskapsresultatet vært et underskudd på -66,9 mill kr.

Direktøren anbefaler at årsberetningen vedtas og at regnskapet oversendes foretaksmøtet til endelig behandling og godkjenning.

Tromsø, 13.3.2015

Tor Ingebrigtsen

Sak 22/2015
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Årsregnskap 2014
2. Årsberetning 2014

Årsregnskap

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

2014

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Resultatregnskap

NOTE	DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2014	2013
3	Basisramme	4 247 725 000	4 594 610 000
3	Aktivitetsbasert inntekt	1 692 901 749	1 408 367 050
3	Annen driftsinntekt	418 548 366	343 972 428
2/3	Sum driftsinntekter	6 359 175 115	6 346 949 478
4	Kjøp av helsetjenester	325 489 678	305 174 937
5	Varekostnad	697 074 886	653 801 978
6/7	Lønn og annen personalkostnad	3 453 470 308	4 191 256 156
10	Ordinære avskrivninger	245 899 146	242 050 945
10	Nedskrivning	0	0
8	Andre driftskostnader	1 035 274 040	967 441 569
2	Sum driftskostnader	5 757 208 058	6 359 725 585
	Driftsresultat	601 967 057	-12 776 107
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER			
9	Finansinntekter	14 562 524	20 596 822
9	Finanskostnader	1 439 139	678 262
	Netto finansresultat	13 123 385	19 918 560
	ÅRSRESULTAT	615 090 442	7 142 453
OVERFØRINGER			
15	Overført til/fra annen egenkapital	615 090 442	7 142 453
	Sum overføringer	615 090 442	7 142 453

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Balanse

NOTE	EIENDELER	31.12.2014	31.12.2013
	Anleggsmidler		
	Immaterielle driftsmidler		
10	Immaterielle eiendeler	0	0
	Sum immaterielle eiendeler	0	0
	Varige driftsmidler		
10	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	2 522 851 621	2 408 612 286
10	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	545 759 772	539 157 252
10	Anlegg under utførelse	678 765 907	494 838 463
	Sum varige driftsmidler	3 747 377 300	3 442 608 001
	Finansielle anleggsmidler		
11	Investering i tilknyttet selskap		
12	Investeringer i andre aksjer og andeler	191 537 142	171 400 767
7	Pensjonsmidler	849 259 626	256 719 373
	Sum finansielle anleggsmidler	1 040 796 768	428 120 140
	Sum anleggsmidler	4 788 174 068	3 870 728 141
	Omløpsmidler		
5	Varer	90 912 249	91 111 896
	Fordringer		
18	Fordringer på selskap i samme konsern	141 310 031	441 771 121
13	Øvrige fordringer	114 819 458	121 392 079
	Sum fordringer	256 129 489	563 163 199
14	Bankinnskudd, kontanter o.l.	166 288 967	160 169 320
	Sum omløpsmidler	513 330 705	814 444 415
	SUM EIENDELER	5 301 504 773	4 685 172 556

Balanse

NOTE	EGENKAPITAL OG GJELD	31.12.2014	31.12.2013
	Egenkapital		
	Innskutt egenkapital		
15	Foretakskapital	100 000	100 000
15	Annen innskutt egenkapital	4 110 253 844	4 110 253 844
	Sum innskutt egenkapital	4 110 353 844	4 110 353 844
	Opptjent egenkapital		
15	Udekket tap/Annen egenkapital	-469 298 935	-1 084 389 377
	Sum opptjent egenkapital	-469 298 935	-1 084 389 377
	Sum egenkapital	3 641 054 909	3 025 964 467
	Gjeld		
	Avsetning for forpliktelser		
7	Pensjonsforpliktelser		245 200 668
16	Andre avsetninger for forpliktelser	175 128 173	173 229 918
	Sum avsetninger for forpliktelser	175 128 173	418 430 586
	Kortsiktig gjeld		
	Skyldige offentlige avgifter	210 306 957	204 473 941
18	Kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	375 830 081	91 957 474
17	Annen kortsiktig gjeld	899 184 651	944 346 088
	Sum kortsiktig gjeld	1 485 321 689	1 240 777 503
	Sum gjeld	1 660 449 862	1 659 208 089
	SUM EGENKAPITAL OG GJELD	5 301 504 771	4 685 172 556

Regnskapet for UNN HF per 31. desember 2014 er godkjent og signert, ____ / ____ / _____

Jorhill Andreassen
styreleder

Olav Helge Førde
nestleder

Hanne Frøyshov
styremedlem

Tove Skjelvik
styremedlem

Tom Christer Sottinen
styremedlem

Hanne CS Iversen
styremedlem

Eivind Mikalsen
styremedlem

Rune Moe
styremedlem

Helga Marie Bjerke
styremedlem

Mai-Britt Martinsen
styremedlem

Jan Eivind Pettersen
styremedlem

Erling Espeland
styremedlem

Tor Ingebrigtsen
direktør

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kontantstrømoppstilling

NOTE	KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:	2014	2013
15	Årsresultat	615 090 442	7 142 452
	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	1 892 420	-15 592 862
10	Ordinære avskrivninger	245 899 146	242 050 945
10	Nedskrivninger varige driftsmidler	0	0
22	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt		
22	Endring i omløpsmidler	307 233 360	40 139 567
22	Endring i kortsiktig gjeld	242 288 067	133 940 943
7	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	-837 740 921	83 592 095
16	Inntektsført investeringstilskudd	2 256 119	2 243 452
	Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	576 918 633	493 516 592
	KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
	Innbetalinger ved salg av driftsmidler	258 688	17 445 600
10	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-552 819 553	-483 205 153
	Utbetalinger ved salg av finansielle eiendeler		
	Inn-/utbetalinger ved kjøp av finansielle eiendeler	-20 136 375	-17 426 567
	Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-572 697 240	-483 186 120
	KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
16	Innbetaling av investeringstilskudd	0	0
	Endring øvrige langsiktige forpliktelser	1 898 255	157 523
	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	1 898 255	157 523
1	Netto endring i likviditetsbeholdning	6 119 648	10 487 995
1	Likviditetsbeholdning pr 01.01.	160 169 319	149 681 324
1/14/18	Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.	166 288 967	160 169 319
	Bankinnskudd ført opp som fordring på RHF	80 474 877	412 746 005
	Sum bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.	246 763 844	572 915 324
	Ubenyttet trekkramme i konsernkontoordningen	100 000 000	100 000 000

Note 1 Regnskapsprinsipper

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering

Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger, og er avlagt i samsvar med regnskapslov og god regnskapsskikk i Norge gjeldende pr 31. desember 2014. Notene er følgelig en integrert del av årsregnskapet.

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

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

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

Andre generelle forhold

Universitetssykehuset Nord-Norge HF ble stiftet 18.12.2001 i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. 01.01.2002 overførte staten formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregion nord til Helse Nord RHF. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m.

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

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

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

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

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

Universitetssykehuset Nord-Norge HF er 100 % eid av Helse Nord RHF og foretakets regnskap inngår i konsernregnskapet til Helse Nord RHF med hovedkontor i Bodø.

Regnskapsprinsipper for vesentlige regnskapsposter

Inntektsføringstidspunkt

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

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

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

Andre driftsinntekter (-kostnader)

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

Immaterielle eiendeler

Utgifter forbundet med forskning og utvikling kostnadsføres løpende. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter aktiveres. Avskrivninger beregnes lineært over eiendelenes økonomiske levetid.

Varige driftsmidler

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

Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført.

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

Leieavtaler

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

Avskrivninger

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

Finansielle eiendeler

Valuta

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

Finansplasseringer

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

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

Varelager og varekostnad

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

Fordringer

Fordringer er oppført til pålydende med fradrag for forventede tap.

Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnad

Selskapet har pensjonsordninger som gir de ansatte rett til avtalte fremtidige pensjonsytelser, kalt ytelsesplaner. Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, fremtidig avkastning på pensjonsmidler, fremtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuarmessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang, osv. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser på underfinansierte ordninger er balanseført som langsiktig rentefri gjeld, mens netto pensjonsmidler på overfinansierte ordninger er balanseført som langsiktig rentefri fordring dersom det er sannsynlig at overfinansieringen kan utnyttes.

Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplanene, eller estimatavvik, fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningsstid hvis avvikene overstiger 10% av brutto pensjonsforpliktelse/pensjonsmidler.

Netto pensjonskostnad, som er brutto pensjonskostnad fratrukket estimert avkastning på pensjonsmidlene, korrigert for fordelt virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, klassifiseres som ordinær driftskostnad, og er presentert sammen med lønn og andre ytelser.

Skatt

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

Kontantstrømoppstilling

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

Omarbeidelse av sammenligningstall

Estimatet for overlegepermisjon er beregnet med bakgrunn i en ny metode. Dette gjør at tallene ikke er direkte sammenligningsbare. Det har ikke latt seg gjøre å omarbeide fjorårstallene, da dette er vurdert til å ville medført en u hensiktsmessig stor ressursbruk.

Metoden for beregning av estimat for utestående variabel lønn er endret i forbindelse med årsavslutningen. Tallene er derfor ikke sammenlignbare.

Finanspostene i note 9 er omarbeidet, men sammenlignbare.

Note 2 Segmentinformasjon

Driftsinntekter per virksomhetsområde (tabell 1)

	2014	2013
Somatiske tjenester	4 770 807 899	4 646 209 355
Psykisk helsevern VOP	726 242 666	776 977 573
Psykisk helsevern BUP	144 257 188	153 954 636
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	196 492 070	201 326 773
Annet	521 375 291	568 481 141
Sum driftsinntekter	6 359 175 114	6 346 949 478

Driftskostnader per virksomhetsområde (tabell 2)

	2014	2013
Somatiske tjenester	4 296 723 596	4 688 663 871
Psykisk helsevern VOP	609 955 888	731 812 009
Psykisk helsevern BUP	131 126 818	152 617 455
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	188 029 795	210 277 144
Annet	531 371 962	576 355 107
Sum driftskostnader	5 757 208 058	6 359 725 586

Driftsinntekter fordelt på geografi (tabell 3)

	2014	2013
UNN HF sitt opptaksområde	6 319 251 253	6 302 495 153
Resten av landet	25 191 878	24 766 730
Utlandet	14 731 984	19 687 595
Sum driftsinntekter	6 359 175 115	6 346 949 478

Note 3 Inntekter

	2014	2013
Basisramme		
Basisramme	4 247 725 000	4 594 610 000
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region	1 228 329 731	980 724 872
Behandling av egne pasienter i andre regioner	49 599 597	39 463 394
Behandling av andre sine pasienter i egen region	28 134 352	29 755 353
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	327 805 367	308 515 482
Utskrivningsklare pasienter	21 101 283	12 461 525
Andre aktivitetsbaserte inntekter	37 931 420	37 446 424
Sum aktivitetsbasert inntekt	1 692 901 750	1 408 367 050
Annen driftsinntekt		
Kvalitetsbasert finansiering	28 707 000	
Øremerket tilskudd raskere tilbake	20 604 976	24 270 946
Øremerkede tilskudd til andre formål	123 420 784	104 235 367
Inntektsførte investeringstilskudd	2 256 119	2 243 452
Andre driftsinntekter	243 559 487	213 222 662
Sum annen driftsinntekt	418 548 366	343 972 427
Sum driftsinntekter	6 359 175 116	6 346 949 478

Inntekter omtalt som Behandling av egne pasienter i egen region og egne pasienter i andre regioner består av ISF-refusjon, av dette utgjør Kommunal medfinansiering kr 232 248 302,28 i 2014 og kr 219 674 104,21 i 2013

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

Aktivitetstall

	2014	2013
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	65 427	64 994
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	63 631	63 481
Antall polikliniske konsultasjoner	205 526	203 285
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	212	175
Antall polikliniske konsultasjoner	23 172	22 744
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	3 272	3 424
Antall polikliniske konsultasjoner	57 644	57 326
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	758	721
Antall polikliniske konsultasjoner	10 925	9 998

Note 4 Kjøp av helsetjenester

	2014	2013
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	188 247 451	177 171 467
Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	15 023 648	8 503 454
Kjøp fra utlandet somatikk	2 140 824	4 607 173
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	12 922 474	13 619 188
Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	4 176 582	3 614 515
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	7 359 896	5 876 087
Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	15 640 790	16 684 716
Sum gjestepasientkostnader	245 511 665	230 076 600
Innleie av vikarer	59 950 204	53 964 231
Kjøp av ambulansetjenester	19 606 620	20 877 997
Andre kjøp av helsetjenester	421 189	256 109
Sum kjøp av helsetjenester	325 489 678	305 174 937

Note 5 Varer

Varelager	31.12.2014	31.12.2013
Sum lager til videresalg	0	0
Varer til eget bruk	90 912 249	91 111 896
Sum varebeholdning	90 912 249	91 111 896

Kostpris	90 912 249	91 111 896
Nedskrivning for verdifall		
Bokført verdi	90 912 249	91 111 896

Varekostnad	2014	2013
Legemidler	243 661 967	222 338 167
Medisinske forbruksvarer	368 386 052	346 604 178
Andre varekostnader til eget forbruk	74 170 350	75 186 052
Innkjøpte varer for videresalg	10 856 517	9 673 581
Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig		0
Sum varekostnad	697 074 886	653 801 978

Note 6 Lønn og andre godtgjørelser

	2014	2013
Lønninger	3 298 203 088	3 232 620 700
Arbeidsgiveravgift	240 149 512	232 925 771
Pensjonskostnader inkl arb avgift	-153 473 509	674 460 788
Andre ytelser	72 804 956	54 128 443
Balanseført lønn egne ansatte	-4 213 739	-2 879 545
Lønnskostnader	3 453 470 308	4 191 256 157
Gjennomsnittlig antall ansatte	8 969	8 837
Gjennomsnittlig antall årsverk	6 358	6 228

Lønn til administrerende direktør (i kroner)							
Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode
Ingebrigtsen Tor	Adm. direktør	1 754 238	175 255	5 140	1 934 633	1.1-31.12	1.1-31.12
Lind Marit	Viseadm. Direktør	1 634 624	321 801	748	1 957 173	1.1.31.12	1.1-31.12
Gullhav Elin	Viseadm. Direktør	633 083	201 439	281	834 803	18.8-31.12	1.1-31.12

Administrerende direktør hadde pr. 31.12.2011 en fratredelsesopsjon hvor han enten ved fratredelse kan gå over i en rådgiverstilling frem til oppnådd ordinær pensjonsalder eller i perioden 20.08.12 til 19.08.17, uavhengig av fratredelse, kan velge å gå over i en eksternt finansiert stilling som professor ved UIT. Dersom adm. direktør ikke benytter seg av fratredelsesopsjonen er han berettiget til et sluttvederlag tilsvarende 6 måneders avtalt lønn ved fratredelse før 3 års tjeneste og 12 måneders avtalt lønn etter 3 års tjeneste.

Administrerende direktør opptjener rett til fire måneders studie- og utdanningspermisjon etter fem års tjeneste fra 20.8.2013.

Lønn til ledende personell (i kroner)							
Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode
Bugge Einar	Fag- og forskningssjef	1 576 371	187 949	748	1 765 068		1.1-31.12
Hovden Leif	Administrasjonssjef	1 015 135	270 351	5 140	1 290 626		1.1-31.12
Mathisen Jon Henrik	Klinikkssjef	1 102 136	176 604	5 140	1 283 880		1.1-31.12
Revhaug Arthur	Klinikkssjef	902 636	0	748	903 384		1.1-31.12
Busund Rolf	Klinikkssjef	962 024	190 654	499	1 153 177	1.1-31.8	26.8-31.12
Bartnes Kristian	Klinikkssjef	534 733	185 557	2 080	722 370	1.9-31.12	1.1-31.12
Munch-Ellingsen Jens	Klinikkssjef	1 008 433	184 640	3 427	1 196 500		1.1-31.12
Rumpsfeld Markus	Klinikkssjef	1 526 399	186 206	5 140	1 717 745	1.1-20.8	1.1-31.12
Holthe Kari	Klinikkssjef	974 633	182 818	748	1 158 199		1.1.-30.6
Gullhav Elin	Klinikkssjef	666 680	201 439	534	868 653	1.1-17.8	1.1-31.12
Hansen Eva-Hanne	Klinikkssjef	1 326 006	357 573	748	1 684 327		1.1-31.12
Hald Magnus	Klinikkssjef	1 341 394	169 404	5 140	1 515 938		1.1-31.12
Furu Grete	Klinikkssjef	1 126 457	192 386	807	1 319 650	1.1-31.12	1.1-31.12
Andersen Gry	Klinikkssjef	1 297 373	206 168	748	1 504 289		1.1-31.12
Engum Bjørn Gisle	Senterleder	1 355 576	204 276	5 140	1 564 992		1.1-31.12
Backstrøm Susann E.	Senterleder	150 643	163 395	105	314 143	10.11-31.12	1.1-31.12
Skjelbakken Tove	Klinikkssjef	565 352	209 345	748	775 445	11.8-31.12	1.1-31.12
Nordøy Tone	Klinikkssjef	614 986	233 747	345	849 078	14.7-31.12	1.1-31.12
Fundingsrud Hans Petter	Klinikkssjef	521 797	260 030	214	782 041	18.8-31.12	1.1-31.12
Johansen May-Liss	Klinikkssjef	342 898	114 506	250	457 654	1.9-31.12	1.1-31.12
Johansen Gina M.	Drift og eiendomssjef	1 158 192	278 053	5 140	1 441 385		1.1-31.12
Larsen Mai Liss	HR-sjef	1 034 065	292 905	748	1 327 718		1.1-31.12
Brøndbo Kari	HR-sjef	38 402	178 472	423	217 297	19.12-31.12	1.1-31.12
Pettersen Hilde Annie	Kommunikasjonssjef	1 012 935	223 229	5 140	1 241 304		1.1-31.12
Lægland Jorunn	Økonomisjef	1 034 231	223 379	3 855	1 261 465	1.1-2.09	1.1-02.9
Andersen Grethe	Økonomisjef	1 012 079	224 830	281	1 237 190		1.1-31.12

Adm. Direktør og ledergruppen har ordinære pensjonsbetingelser via KLP og har ingen avtaler om tilleggspensjon.

Sak 22/2015 - vedlegg 1

Styrehonorar

Samlet honorar til styrets medlemmer
Honorar til styreleder

2014	2013
1 092 775	1 113 300
161 400	155 500

Godtgjørelse til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Styrehonorar	Lønn	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode
Andreassen Jorhill	Styreleder	161 400	0	0	161 400	01.01-31.12
Førde Olav Helge	Nestleder	106 700	0	0	106 700	01.01-31.12
Skjelvik Tove	Styremedlem	98 600			98 600	01.01-31.12
Pettersen Jan E.	Styremedlem	98 600	549 572	748	648 920	01.01-31.12
Frøyslov Hanne	Styremedlem	98 600	1 091 812	748	1 191 160	01.01-31.12
Moe Rune	Styremedlem	98 000	588 517	748	687 265	01.01-31.12
Martinsen Mai Britt	Styremedlem	98 000	625 665	748	724 413	01.01-31.12
Espeland Erling	Styremedlem	98 600			98 600	01.01-31.12
Iversen Hanne C S	Styremedlem	98 600			98 600	01.01-31.12
Nielsen Sverre A	Styremedlem	23 750			23 750	01.01-27.03
Nicklasson Anne-Rita	Styremedlem	23 750			23 750	01.01-27.03
Skjellhaug Ottar	Styremedlem	23 750	0		23 750	01.01-27.03
Mikalsen Eivind	Styremedlem	75 275			75 275	28.03-31.12
Bjerke Helga Marie	Styremedlem	75 275			75 275	28.03-31.12
Sottinen Tom	Styremedlem	75 275			75 275	28.03-31.12
Sum		1 254 175	2 855 566	2 992	3 886 908	

Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen for styrets medlemmer

Navn	Tittel	Lønn	Andre godtgj.
Førde Olav Helge	Nestleder	209 543	3 781
Skjelvik Tove	Styremedlem	826 000	781
Sum		1 035 543	4 562

Revisjonshonorar

	2014	2013
Lovpålagt revisjon	337 750	377 338
Utvidet revisjon	164 280	79 037
Andre attestasjonstjenester	105 500	187 691
Skatte- og avgiftsrådgivning	-	-
Andre tjenester utenfor revisjon	231 224	292 335
Sum honorarer	838 754	936 401
Honorar til revisor i henhold til inngått avtale	286 000	286 000

Andre attestasjonstjenester inkluderer revisjon av eksterne prosjekter. Andre tjenester utenfor revisjon inkluderer akkreditering.

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

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

UNN følger retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31.3.2011) hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2014

Vedtektenes § 16a ble vedtatt endret for alle foretak i foretaksgruppen til Helse Nord RHF 17.2.2012, jf aksjelovens § 6-16a med virkning for regnskapsåret 2012.

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør er behandlet og fastsatt av styret 28.3.2014 i styresak 10/2014. Administrerende direktør har en arbeidsavtale, gjeldende fra 2005 (fornyet i sak 33/2012) samt egen instruks vedtatt i sak 19/2012.

Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt av administrerende direktør.

Helse Nord RHF har i styresak 125/2011 behandlet veileder for styrearbeid i helseforetak som inneholder henvisning til statens retningslinjer for ledernes ansettelsesvilkår, og UNN-styret har lagt denne til grunn for utforming av justert styreinstruks for UNN i sak 18/2012.

UNN har i 2014 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i det foregående regnskapsår har bygget på de samme prinsipper som beskrevet overfor. Styret i UNN oppfatter at lønnspolitikken i 2014 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2014 justert som følger:

Klinikk	Stilling	Fra kr	Til kr	Endring
Direktøren	Adm. Direktør	1 590 500	1 750 000	10,03 %
Direktøren	Viseadm. Direktør	1 525 000	1 525 000	0 %
Akuttmedisinsk klinikk	Klinikksjef	1 076 400	1 101 400	2,32 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	Klinikksjef	1 325 000	1 325 000	0 %
Hjerte- og lungeklinikken	Klinikksjef	1 600 000	1 600 000	0 %
Nevro- og ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	Klinikksjef	1 485 432	1 500 000	0,98 %
Medisinsk klinikk	Klinikksjef	1 525 000	1 525 000	0 %
Barne- og ungdomsklinikken	Klinikksjef	1 403 505	1 403 505	0 %
Operasjons- og intensivklinikken	Klinikksjef	1 237 860	1 400 000	13,1 %
Psykisk helse- og rusklinikken	Klinikksjef	1 237 860	1 525 000	23,2 %
Diagnostisk klinikk	Klinikksjef	1 237 860	1 350 000	9,06 %
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	Senterleder	1 025 000	1 025 000	0 %
Drifts- og eiendomssenter	Drifts- og eiendomssjef	1 130 220	1 155 220	2,21 %
Fag og forskningsenter	Fag og forskningssjef	1 506 960	1 562 493	3,69 %
Kommunikasjonssenter	Kommunikasjonssjef	990 288	1 015 288	2,52 %
HR-senter	HR-sjef	1 011 816	1 036 816	2,47 %
Administrasjonssenteret	Administrasjonssjef	990 288	1 015 287	2,52 %
Økonomi- og analysesenteret	Økonomisjef	1 014 300	1 140 000	12,39 %

Lønnsjusteringen til ledergruppen gjelder fra 1.8.2014 med unntak av adm. direktør som gjelder fra 1.1.2014. Lønnsnivå viseadministrerende direktør fastsatt tilsvarende som konstituert direktør.

Note 7 Pensjon

Pensjonsforpliktelse	31.12.2014	31.12.2013
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	11 975 870 727	10 622 569 912
Pensjonsmidler	8 234 549 247	7 407 979 411
Netto pensjonsforpliktelse	3 741 321 480	3 214 590 501
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	265 633 825	228 235 926
Ikke resultatført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-4 856 214 931	-3 454 345 132
Netto balanseført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-849 259 626	-11 518 705
		0
herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	0	245 200 668
herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	849 259 626	256 719 373

Spesifikasjon av pensjonskostnad	2014	2013
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	471 866 181	439 710 885
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	403 658 814	357 999 938
Årets brutto pensjonskostnad	875 524 995	797 710 823
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-335 119 770	-271 486 701
Administrasjonskostnad	30 008 785	24 493 223
Netto pensjonskostnad inkl. adm.kost	570 414 010	550 717 345
Aga netto pensjonskostnad inkl. adm.kost	40 499 395	39 100 932
Resultatført aktuarielt tap (gevinst)	188 728 001	74 927 278
Resultatført aga av aktuarielt tap (gevinst)	16 816 057	7 844 427
Resultatført planendring	-972 641 471	0
Resultatført andel aktuarielt tap (gevinst) v/avk.		
Resultatført andel av nettoforpliktelse v/avk.		
Ekstraordinære kostnader		
Årets netto pensjonskostnad	-156 184 008	672 589 982
Andre pensjonskostnader	2 710 497	1 870 806
Sum pensjonskostnader	-153 473 511	674 460 788

Økonomiske forutsetninger	2014	2013
Diskonteringsrente	2,30 %	4,00 %
Forventet avkastning på pensjonsmidler	3,20 %	4,40 %
Årlig lønnsregulering	2,75 %	3,75 %
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,50 %	3,50 %
Pensjonsregulering	1,73 %	2,72 %
Antall aktive personer med i ordningen	6 201	6 074
Antall oppsatte personer med i ordningen	9 605	9 296
Antall pensjoner med i ordningen	3 506	3 265

Foretaket har en ytelsesbasert tjenstepensjonsordning i KLP (/SPK m.fl). Denne pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon.

Konsekvensene av nye uførepensjonsregler og innarbeidelse av levealdersjustering for personer født i 1954 og senere er innarbeidet i beregningen. Begge endringene behandles som planendringer og medfører en redusert fremtidig pensjonsforpliktelse. Effekten av dette innregnes som en engangseffekt i regnskapet for 2014 og har medført betydelige beløp til kostnadsreduksjon. For UNN HF utgjør dette kr 972,6 mill. kr. og samlet pensjon- og lønnskostnad er derfor ikke direkte sammenlignbare mellom 2013 og 2014

Ytelsesbaserte pensjonsordninger

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

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

Pensjonskostnaden for 2014 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2014 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2014. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2014 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2014.

Demografiske forutsetninger	2014	2013
Anvendt dødelighetstabell	K 2013 BE	K 2013 BE
Forventet uttakshyppighet AFP	15-45 %	15-45 %

Frivillig avgang for Sykepleiere (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>50
Sykepleiere	20	8	6	6	4	1	0

Frivillig avgang for Sykehusleger og Fellesordning (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>50
Sykehusleger	20	20	15	8	5	2	0
Fellesordning	20	15	10	7,5	5	2	0

AFP-førtidspensjoner

Foretaket har i tillegg til ordinær offentlig tjenstepensjon også avtalefestet førtidspensjon (AFP) etter reglene for offentlig sektor. Siden offentlig AFP er tett integrert med ordinær tjenstepensjon, inngår forpliktelsen for AFP som del av beregningen av pensjonsforpliktelsen.

Note 8 Andre driftskostnader

Sum andre driftskostnader består av følgende:

	2014	2013
Transport av pasienter	188 424 720	185 192 327
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og brensel	145 973 353	135 550 751
Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv.	86 247 443	79 323 951
Reparasjon, vedlikehold og service	140 287 318	136 028 734
Konsulenttjenester	25 520 076	17 443 440
Annen ekstern tjeneste	256 538 820	191 726 121
Kontor- og kommunikasjonskostnader	49 844 975	46 286 984
Kostnader forbundet med transportmidler	11 219 767	10 169 146
Reisekostnader	65 787 236	62 622 048
Forsikringskostnader	3 199 796	3 516 034
Pasientskadeerstatning	4 557 123	2 391 749
Øvrige driftskostnader	57 673 412	97 190 282
Sum andre driftskostnader	1 035 274 039	967 441 569

Note 9 Finansposter

Finansinntekt består av:

	2014	2013
Resultatandel felleskontrollerte selskaper	0	0
Konserntinterne renteinntekter	10 021 287	16 514 804
Andre renteinntekter	4 487 649	4 077 905
Andre finansinntekter	53 589	4 113
Sum finansinntekter	14 562 525	20 596 822

Finanskostnad består av:

	2014	2013
Resultatandel felleskontrollerte selskaper	0	0
Konserninterne rentekostnader	39 087	0
Andre rentekostnader	18 851	56 375
Andre finanskostnader	1 381 201	621 887
Sum finanskostnader	1 439 139	678 262

Note 10 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Immaterielle eiendeler

	FOU	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2014		24 159 886		24 159 886
Tilgang				-
Tilgang virksomhetsoverdragelse				-
Avgang				-
Fra anlegg under utførelse til...				-
Anskaffelseskost 31.12.2014		24 159 886		24 159 886
Akk avskrivninger 31.12.2014		24 159 886		24 159 886
Akk nedskrivninger 31.12.2014				-
Balansført verdi 31.12.2014	-	-	-	-
Årets ordinære avskrivninger				-
Årets nedskrivninger				-

Årets balansførte lånekostnader

Levetid		5 år
Avskrivningsplan	lineær	lineær

Varige driftsmidler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler , annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2014	503 920 467	3 773 353 740	494 838 463	837 528 271	218 876 351	5 828 517 292
Tilgang			439 921 817	90 721 606	22 176 130	552 819 553
Tilgang virksomhetsoverdragelse		-	-	-	-	-
Avgang		(409 136)		(50 765 913)	(19 205 343)	(70 380 392)
Fra anlegg under utførelse til...		255 994 373	(255 994 373)			-
Anskaffelseskost 31.12.2014	503 920 467	4 028 938 977	678 765 907	877 483 964	221 847 138	6 310 956 453
Akk avskrivninger 31.12.2014	42 700 470	1 951 943 648		408 694 004	144 877 326	2 548 215 448
Akk nedskrivninger 31.12.2014	5 899 526	9 464 179				15 363 705
Balansført verdi 31.12.2014	455 320 471	2 067 531 150	678 765 907	468 789 960	76 969 812	3 747 377 300
Årets ordinære avskrivninger	1 072 099	140 370 051		82 169 005	22 287 991	245 899 146
Årets nedskrivninger	-					-
Levetider		Dekomponert 10- 60 år		3-15 år	3-15 år	
Avskrivningsplan	lineær	lineær		lineær	lineær	

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ingen finansielle leasingavtaler.

Leieavtaler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk- teknisk utstyr	Transport- midler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp	0	37 474 026	95 000	3 779 538
Varighet	Løpende	Løpende	Løpende	Løpende

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

Langsiktige byggeprosjekter

Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2014 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kr.

Investeringsprosjekt	Akkumulert regnskap pr 31.12.14	Akkumulert regnskap pr 31.12.13	Total kostnads- ramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt for ferdigstillelse
Ny A-fløy	181 773 984	129 341 176	1425 mill.kr.	1425 mill.kr.	2018
Nytt pasienthotell	289 229 748	105 845 938	400 mill.kr.	400 mill.kr.	2015
Bygg Åsgård 7-renov.	17 777 674,0	3 589 303	96.3 mill.kr	96.3 mill.kr.	2016
PET-senter	23 339 242	0	536.3 mill.kr	536.3 mill. kr	2017
Sum	512 120 648	238 776 417	2 457.3 mill.kr	2 457.3 mill.kr	

Note 11 Eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet og tilknyttet selskap

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

Note 12 Investeringer i aksjer og andeler

	31.12.2014	31.12.2013
Norinova Technology Transfer AS	662 480	662 480
Egenkapitalinnskudd KLP	190 874 662	170 738 287
Sum investeringer i andre aksjer og andeler	191 537 142	171 400 767

Egenkapitalinnskudd KLP

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

Note 13 Kundefordringer og andre fordringer**Fordringer består av:**

	31.12.2014	31.12.2013
Kundefordringer	55 160 793	61 810 309
Påløpne inntekter	1 669 117	2 032 371
Andre kortsiktige fordringer	57 989 549	57 549 398
Sum øvrige fordringer	114 819 459	121 392 078

Aldersfordeling kundefordringer	31.12.2014	31.12.2013
Ikke forfalte fordringer	50 783 751	58 328 057
Forfalte fordringer 1-30 dager	2 965 774	3 075 627
Forfalte fordringer 30-60 dager	917 178	162 672
Forfalte fordringer 60-90 dager	33 715	544
Forfalte fordringer over 90 dager	460 375	243 408
Kundefordringer pålydende pr. 31.12.	55 160 793	61 810 308

	31.12.2014	31.12.2013
Avsetning for tap på fordringer pr. 1.1.	5 500 000	4 880 000
Årets avsetning til tap på krav	2 151 527	2 295 648
Reverserte tidligere avsetninger	1 761 527	1 675 648
Avsetning for tap på fordringer pr. 31.12.	5 890 000	5 500 000

Årets konstaterte tap	31.12.2014	31.12.2013
	6 163 086	3 388 344

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kroner 6 553 086 i 2014. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

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

Note 14 Kontanter og bankinnskudd

	31.12.2014	31.12.2013
Skattetrekksmidler	165 996 649	157 678 711
Andre bundne konti	2 001	1 870 390
Sum bunde kontanter og bankinnskudd	165 998 650	159 549 101
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	290 317	620 218
Sum kontanter og bankinnskudd	166 288 967	160 169 319

Note 15 Egenkapital

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2013	100 000	4 110 253 844	0	-1 084 389 377	3 025 964 467
Årets resultat				615 090 442	615 090 442
Egenkapital 31.12.2014	100 000	4 110 253 844	0	-469 298 935	3 641 054 909

Note 16 Avsetning for forpliktelser

	31.12.2014	31.12.2013
Tariffestet utdanningspermisjon	-144 149 293	-140 115 650
Investeringsstilskudd	-20 240 513	-22 496 632
Avsetning til egenandeler vedrørende pasientskadeerstatning	-5 400 000	-5 200 000
Andre avsetninger for forpliktelser	-5 338 367	-5 417 636
Sum avsetning for forpliktelser	-175 128 173	-173 229 918
Antall ansatte som er omfattet av ordningen med tariffestet utdanningspermisjon	567	545
Uttakstilbøyelighet	100 %	100 %

Note 17 Gjeld og obligasjoner**Annen kortsiktig gjeld består av:**

	31.12.2014	31.12.2013
Leverandørgjeld	157 837 719	169 569 767
Påløpt lønn	120 428 654	180 809 760
Feriepenger	384 084 136	372 269 978
Påløpte kostnader	128 365 151	113 328 203
Annen kortsiktig gjeld	108 468 991	108 368 380
Sum annen kortsiktig gjeld	899 184 651	944 346 088

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

Note 18 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

Kortsiktige fordringer	31.12.2014	31.12.2013
Helse Nord RHF	123 960 272	432 714 524
Finnmarkssykehuset HF	4 985 716	2 589 917
Nordlandssykehuset HF	8 166 144	4 944 881
Helgelandssykehuset HF	3 920 845	1 385 901
Sykehusapotek Nord HF	277 053	135 898
Sum fordringer på selskap i samme konsern	141 310 030	441 771 121

Kortsiktig gjeld	31.12.2014	31.12.2013
Helse Nord RHF	359 154 386	74 228 475
Finnmarkssykehuset HF	47 023	51 252
Nordlandssykehuset HF	669 574	725 324
Helgelandssykehuset HF	30 853	69 660
Sykehusapotek Nord HF	15 928 245	16 882 762
Sum kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	375 830 081	91 957 473

Universitetssykehuset Nord-Norge HF er med i en konsernkontoordning i DnB og formelt er alle innskuddene i denne ordningen eid av Helse Nord RHF. I årsregnskapet er derfor alle innskudd og trekk på konti som er med i konsernkontoordningen satt som mellomværende med Helse Nord RHF.

Note 19 Nærstående parter

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

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

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

Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Nord-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Nord-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Foretakets kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 245,5 mill kroner i 2014 mot 230,1 mill kroner i 2013, tilsvarende salg utgjorde 25,1 mill kroner i 2014 mot 24,8 mill kroner i 2013. Det vesentligste av gjestepasientoppjøret er basert på avtalte beregningsmåter for prising.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Nord er Helse Nord RHF's overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i 2014 kjøpt varer og tjenester for 206,2 mill. kr. hos Helse Nord RHF og for 147,0 mill. kr. hos Sykehusapotek Nord HF. Fra regionalt helseforetak har UNN HF hovedsaklig kjøpt IKT-tjenester. Fra sykehusapoteket har UNN HF hovedsaklig kjøpt legemidler.

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

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

Note 20 Universitetet og høyskoleers rettigheter til arealer i helseforetak

Universitetet i Tromsø har disposisjonsrett for 1.200 m² av bygningene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Rettigheten er knyttet til undervisningsrom, kontor, forskning og overnattingsrom.

Note 21 Garantiforpliktelser

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

Note 22 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

	2014	2013
Endring i varer	199 647	-1 781 002
Endring i fordringer på selskap i samme konsern	300 461 090	33 313 364
Endring i kundefordringer	6 649 517	2 881 376
Endring i øvrige fordringer	-76 896	5 725 830
Endringer sum omløpsmidler	307 233 358	40 139 568
Endring i leverandørgjeld	-5 163 435	15 603 896
Endring i skyldige offentlige avgifter	5 833 016	9 538 576
Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	283 872 607	29 789 073
Endring i annen kortsiktig gjeld	-42 254 122	79 009 398
Endringer sum gjeld	242 288 066	133 940 943

Note 23 Forskning og utvikling

	2014	2013
Øremerkede tilskudd fra eier til forskning	75 945 000	49 926 000
Andre inntekter til forskning og utvikling	30 325 000	18 944 000
Basisramme til forskning	89 311 000	114 867 200
Sum inntekter til forskning	195 581 000	183 737 200
Andre inntekter til utvikling	0	0
Basisramme til utvikling	34 129 000	33 415 800
Sum inntekter til utvikling	34 129 000	33 415 800
Sum inntekter til forskning og utvikling	229 710 000	217 153 000

	2014	2013
Kostnader til forskning - somatikk	177 466 000	168 314 100
Kostnader til forskning - psykisk helsevern	14 708 000	14 529 100
Kostnader til forskning - TSB	3 407 000	894 000
Kostnader til forskning - annet	0	0
Sum kostnader til forskning	195 581 000	183 737 200
Kostnader til utvikling - somatikk	32 581 000	31 588 100
Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	1 059 000	645 400
Kostnader til utvikling - TSB	489 000	1 182 300
Kostnader til utvikling - annet	0	0
Sum kostnader til utvikling	34 129 000	33 415 800
Sum kostnader til forskning og utvikling	229 710 000	217 153 000

	2014	2013
Antall avlagte doktorgrader	23	31
Antall publiserte artikler	292	288
Antall årsverk forskning	173	171
Antall årsverk utvikling	30	31

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF - ÅRSBERETNING 2014 -

1. Opplysninger om arten av virksomheten og hvor virksomheten drives

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

UNN hadde i 2014 lokalsykehusfunksjon for 30 kommuner i Nordland, Troms og på Svalbard. Størstedelen av somatisk virksomhet og psykisk helsevern var i 2014 lokalisert til Tromsø, Harstad og Narvik. I tillegg er det etablert tre distriktsmedisinske sentre (Nordreisa, Bardu og Finnsnes) og fem distriktspsykiatriske sentre (Narvik, Harstad, Sjøvegan, Silsand, Tromsø, Storsteinnes og Storslett) i UNNs opptaksområde. Forsvaret avviklet Troms militære sykehus (TMS) i Bardu 31.12.2014 og driften av TMS som distriktsmedisinsk senter ble dermed avsluttet. Spesialisthelsetjenestetilbudene er overflyttet til Narvik og Finnsnes.

2. Redegjørelse for forutsetningen om fortsatt drift

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

3. Virksomheten i 2014

Styrets hovedstrategier for virksomheten i 2014 var å sikre en økonomisk utvikling som grunnlag for bedre pasientforløp, i tillegg til økt kvalitet, styrking av forskningens omfang og posisjon, samt helseforetakets fornyelse av medisinteknisk utstyr.

4. Pasientbehandling i helseforetaksgruppen

Rusbehandling

Tilbudet innenfor rusbehandling var fram til 1.9.2014 organisert gjennom Rus -og spesialpsykiatrisk klinikk med døgntilbud i Narvik samt døgntilbud og polikliniske tilbud i Tromsø. Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk og Allmennpsykiatrisk klinikk ble slått sammen til Psykisk helse- og rusklinikken fra 1.9.2014 etter vedtak i styresak nr. 48/2014.

Psykisk helse

Virksomheten innenfor psykisk helsevern var fram til 1.9.2014 organisert gjennom tre klinikker: Allmennpsykiatrisk klinikk, Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk samt Barne- og ungdomsklinikken.

De to førstnevnte klinikkene ble slått sammen til Psykisk helse- og rusklinikken fra 1.9.2014 etter vedtak styresak nr. 48/2014. Psykisk helse- og rusklinikken organiserer UNNs tilbud innenfor psykisk helsevern for voksne gjennom sentra for psykisk helse i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Nord-Troms og Tromsø og omegn, samt sykehusposter i Tromsø. Klinikken gir også polikliniske tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms og Nord-Troms.

Barne- og ungdomsklinikken organiserer poliklinisk tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge for Tromsø og omegn samt UNNs døgnbasert virksomhet innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

Forskning

UNN skal, med Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet (UiT) og Helse Nord RHF som viktige samarbeidspartnere, drive forskning av høy kvalitet som bidrar til bedret diagnostikk og pasientbehandling. Forskning skal være et fundament for kunnskapsbasert praksis og naturlig basis for fagutvikling, kvalitetsutvikling og innovasjon. UNN skal støtte sterke forskningsgrupper, stimulere til økt tverrfaglig forskning og til økt forskningsaktivitet i alle fag.

UNNs forskningsstrategi for 2013-2017 er i samsvar med forskningsstrategier for Helse- og omsorgsdepartementer og Helse Nord RHF. Forskingen i foretaket skal styrkes med hensyn til fokus, akademiske og finansielle ressurser. I tillegg er det gjort tiltak for å styrke omfang og kvalitet av forskningen, blant annet:

- Styrking av forskningsfokus i klinikkene
- Videre styrking av det etablerte forskningssamarbeidet mellom UNN og UiT
- Arbeid for økt ekstern finansiering av forskningsaktiviteten
- Utvikling av fleksible arbeidsmodeller for å bedre arbeidsvilkår for klinikere som forsker
- Bedre kursstilbud/kompetanseheving til forskere i regionen

Som i perioden 2012-2013, var det høy forskningsaktivitet ved UNN også i 2014:

	2014	2013	2012
Antall vitenskapelige artikler (kilde NIFU/CRIStin)	298	222	313

Antall doktorgrader utført ved helseforetaket i 2014 var på omtrent samme nivå som året før. Doktorgradene utføres av kandidater med ulik utdanningsbakgrunn.

	2014	2013	2012
Antall doktorgrader utført ved foretaket	23	27	21

Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling i UNN i løpet av 2014 var 80 dager. Dette er en nedgang på tre dager sammenlignet med 2013. Pasienter med rett til prioritert helsehjelp ventet 56 dager i snitt mens pasienter uten rett til å bli prioritert ventet 98 dager i snitt på behandlingsstart. Kontroll og oppfølging av ventelistene har vært et prioritert arbeid også i 2014. Antall langtidsventende (ventetid over 365 dager) har vært stabilt høyt over 1 000 pasienter og bidrar til et fortsatt høyt gjennomsnitt.

Median ventetid ved UNN var 54 dager for alle ventende, 42 dager for rettighetspasienter og 67 dager for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.

5. Redegjørelse for årsregnskapet

Etter styrets oppfatning gir årsregnskapet et riktig bilde av utviklingen, resultatet av virksomheten i 2014 og status pr. 31.12.2014.

Den likvide situasjonen er betydelig svekket som følge av byggeaktiviteten siste år. UNN har en ubenyttet trekkramme innenfor konsernkontoordningen til Helse Nord RHF.

UNN finansierer investeringer gjennom egen likviditet. Kun store bygningsmessige investeringer vil kunne finansieres ved lån, som kun kan tas opp hos Helse Nord RHF.

Foretaket har så langt ikke tatt opp slike lån. UNNs investerings- og aktivitetsnivå planlegges innenfor de likviditetsmessige rammer foretaket har til rådighet.

UNN finansieres i all hovedsak av overføringer fra Helse Nord RHF. Aktivitetsnivå og inntekter er et resultat av Stortingets prioriteringer. Da inntekter i all hovedsak er overføringer fra staten, anses kreditt- og finansiell risiko å være lav.

De mest sentrale risikoer og usikkerhetsfaktorer som foretaket står ovenfor er etter styrets vurdering, både evnen til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak slik at driften videreføres i tråd med økonomiske rammer, samtidig som tilbudet til befolkningen sikres tilbud med god kvalitet og tilgjengelighet. Økt etterspørsel etter tjenester blant annet som følge av den demografiske utviklingen er en særlig risikofaktor. Realisering av planlagte utbyggingsprosjekter og finansiering av disse representerer også en utfordring.

UNN har per 31.12.2014 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 11,9 milliarder kroner. Pensjonsmidler er 8,2 milliarder kroner. I tråd med regnskapsloven og Norsk regnskapsstandard er det per 31.12.2014 samlet 4,86 milliarder kroner i negative estimat- og planendringer som ikke er resultatført.

6. Økonomisk drift

UNN hadde opprinnelig et resultatkrav på regnskapsmessig balanse for 2014, men i styresak 143-2014 i Helse Nord RHF ble dette endret til 627 mill kr. Bakgrunnen for endringen var engangsreduksjon i foretakets pensjonskostnader i 2014.

	Resultat 2014	Styringsmål 2014	Resultat 2013
Over-/underskudd	615,1 mill kr	627,0 mill kr	7,1 mill kr
Resultatkrav fra RHF	627,0 mill kr	627,0 mill kr	41,0 mill kr
Avvik fra eiers resultatmål	-11,9 mill kr	0,0 mill kr	-33,9 mill kr

Årsregnskapet for 2014 viser et overskudd på 615,1 mill kr, og med et resultatkrav fra Helse Nord RHF på 627 mill kr, gir dette et budsjettavvik på -11,9 mill kr.

De samlede driftsinntektene er 31,9 mill kr lavere enn budsjettet. Øremerkede tilskudd som innbefatter eksternfinansierte prosjekter har et negativt budsjettavvik på 45,8 mill kr som skyldes lavere inntektsføring av forskningsmidlene enn budsjettet. Motposten til dette er overskudd på lønns- og driftspostene med tilsvarende beløp. Av ordinær drift er det størst avvik knyttet til ISF inntektene med et negativt budsjettavvik på 40,5 mill kr. Polikliniske inntekter og inntekter knyttet til utskrivningsklare pasienter er henholdsvis 6,0 mill kr og 9,1 mill kr høyere enn budsjettet.

Driftskostnadene for 2014 er 12,7 mill kr lavere enn budsjettet. Av driftskostnadene utgjør lønnskostnader en stor andel, og for 2014 var de totale lønnskostnadene 78,7 mill kr lavere enn budsjettet. Deler av dette budsjettavviket må sees i sammenheng med avviket på inntektssiden for øremerkede tilskudd. Pensjonskostnadene for 2014 er kostnadsført i henhold til den siste oppdaterte aktuar-beregningen fra KLP og gir ingen budsjettavvik.

Kjøp av helsetjenester for 2014 er 48,7 mill kr høyere enn budsjett. Gjestepasientkostnader utgjør 43,6 mill kr (-43,0 mill kr somatisk virksomhet, -0,6 mill kr psykiisk helsevern).

Varekostnader knyttet til aktivitet er 26,9 mill kr høyere enn budsjettet. Varekostnadene hadde en økning på 43,3 mill kr i forhold til 2013 og tilsvarer en økning på 7 %.

Finanspostene hadde i 2014 et positivt avvik på 7,2 mill kr i forhold til budsjett.

I 2014 ble det planlagt økonomiske tiltak for 175,6 mill kr. Av dette utgjorde aktivitetsbasert bemanningsplanlegging det største beløpet med 132,0 mill kr. For 2014 ble det realisert en økonomisk effekt på 66,5 mill kr av planlagte tiltak, tilsvarende 38 %. Dette inkluderer effektene av hastetiltakene som ble innført høsten 2014 som gjaldt redusert vedlikehold, innkjøp-, reise- og ansettelsesstopp med fler.

7. Investeringer

UNN har i 2014 investert 555,6 mill kr av en total investeringsramme på 586,4 mill kr. Dette utgjør 95 % av disponibelt beløp. Av investeringsrammen som er til medisinskteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger og ambulanser med mer er det i 2014 et overforbruk på 99,8 mill kr, mens det for nybygg, rehabilitering og øvrige prosjekter er en restramme som overføres til 2015 på 130,6 mill kr. Av den totale investeringsrammen for 2014 overføres 30,8 mill kr til 2015.

8. Arbeidsmiljø mm (internt)

Arbeidsmiljøet i foretaket anses tilfredsstillende. Det har vært ni møter mellom ledelsen og arbeidsmiljøutvalget gjennom året. Det er blant annet iverksatt følgende tiltak for å bedre arbeidsmiljøet:

- Opplæring av ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste i planlegging, gjennomføring og oppfølging av medarbeiderundersøkelse
- Gjennomføring av medarbeiderundersøkelse
- Inngåelse av ny avtale om Inkluderende arbeidsliv med tilhørende utarbeidelse av mål og handlingsplan
- Ta i bruk seniorpolitiske virkemidler med sikte på å redusere tidligpensjon og beholde kompetanse
- Opprettelse av prosjektgruppen "Tettere på" som jobber med reduksjon av sykefravær
- Obligatorisk kurs for ledere med fokus på inkluderende arbeidsliv. Kurset er også åpent for tillitsvalgte og vernetjenesten
- Videreføring av aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging
- Oppdatering av prosedyre for konflikthåndtering og utarbeidelse av egne prosedyrer mot mobbing og trakassering
- Opprettelse av Kjemikaliegruppe for å styrke arbeidet med kjemikaliehåndtering

I 2014 utgjorde sykefraværet totalt 111 371 dager, hvilket tilsvarer 8,6 % av total arbeidstid. I 2013 var gjennomsnittlig sykefravær 8,9 %.

Foretaket har system for avviksrapportering på området helse- miljø og sikkerhet. I 2014 ble det registrert 541 interne skademeldinger. Tilsvarende tall i 2013 var 441 og i 2012 var det 455.

Foretaket hadde i 2014 gjennomsnittlig 6 358 mot 6 228 årsverk i 2013, en økning på 130. 40 årsverk er planlagt økning knyttet til kvalitetsmidler, prosjektet Felles innføring av kliniske systemer i Helse Nord (FIKS), økt satsing på utdanning av spesialsykepleiere innen anestesi, barn, intensiv, kreft og operasjon (ABIKO), forskning og opptrapping av regionale fagplaner.

9. Likestilling

Styret i UNN består av seks menn og seks kvinner. Ledergruppen har i 2014 bestått av åtte menn og 10 kvinner. Av alle ansatte er 28 prosent menn. Dette tallet er uendret fra 2013. I forhold til andel ansatte er kvinner underrepresentert i lederstillinger på mellomnivå i helseforetaket. Gjennom lederutvikingsprogrammet etterstrebtes det å øke andelen kvinner i lederstillinger. Et eksempel på det er "Psyk meg opp i ledelse" som er forbeholdt kvinner.

10. Diskriminering og tilgjengelighet

UNN har i 2014 gjennomført følgende tiltak for å bedre tilgjengelighet og unngå diskriminering:

- En tverrfaglig gruppe kalt "Mangfold og likeverd" har arbeidet for å fremme likeverdige helsetjenester til innvandrere gjennom veiledning, undervisning og tilrettelegging i organisasjonen ved særlige behov.

For 2015 planlegges det å sette i verk følgende tiltak:

- Opprettelse av koordinatorstilling i 50 prosent med tilhørende driftsmidler i to år.

Alle nye byggeprosjekter og ombygginger følger myndighetenes krav til universell utforming for å sikre tilgjengelighet.

11. Ytre miljø

UNN erkjenner at aktiviteter i vår virksomhet kan ha betydning for det ytre miljø. UNN har en av landsdelens største samlede bygningsmasser på ca 300 000 kvm og er landsdelens største arbeidsgiver. UNN påvirker det ytre miljøet gjennom sitt forbruk av energi, vann, varer og kjemikalier, og driften genererer store avfallsmengder. Gjennom gode tiltak skal vi forbygge forurensning til luft, vann og jord.

UNN ble i oktober 2014 miljøsertifisert i tråd med ISO 14001 standarden. Dette innebærer at UNN skal utøve sitt samfunnsansvar på en best mulig bærekraftig og miljøvennlig måte. I dette ligger også en forpliktelse til stadig forbedring av vårt miljø og klimaprogram.

Det overordnede målet er å bidra til at CO₂-utslippet reduseres. Det er for perioden 2015-2018 utarbeidet et miljø- og klimaprogram med tiltak som skal sikre at miljømålene nås. Måltall viser at det er potensial til å endre driften.

UNN har aktivt deltatt i de regionale helseforetakenes arbeid med å utvikle nasjonale anbefalinger til helseforetakenes videre satsning innenfor klima og miljø.

Fossilt brensel (olje) benyttes kun som supplement på kalde dager, ved testkjøring av oljekjeler eller ved feil på hovedbærende energiforsyning. Løpende foretas utskifting og fornying av utstyr, elektriske anlegg og ventilasjon ved institusjonene. Dette skal bidra til utflating av energibruken og på sikt redusere energiforbruket. Det pågår et samarbeidsprosjekt i Helse Nord der foretakenes potensialer i forhold til energiøkonomiseringsprosjekter er grundig kartlagt, og det statlige energiselskapet ENOVA har gitt økonomisk støtte til gjennomføring av prosjektene.

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

De mest sentrale utfordringer som foretaket står overfor er etter styrets vurdering evnen til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak slik at driften videreføres i tråd med økonomiske rammer, samtidig som tilbudet til befolkningen sikres med god kvalitet og tilgjengelighet. På samme måte er det også vesentlig å balansere utviklingen ved å sikre foretaket et godt og velfungerende arbeidsmiljø.

Økt etterspørsel etter tjenester som følge av blant annet den demografiske og medisinske utviklingen er en særlig utfordring. Realisering av planlagte utbyggingsprosjekter vurderes som viktig for å sikre at befolkningen i Nord-Norge får god pasientbehandling også i fremtiden.

Effektivisering av virksomheten, omprioritering fra områder med overkapasitet

UNN har gjennom systematisk omstillingsarbeid, omstrukturering og omprioriteringer innenfor de fleste virksomhetsområdene, oppnådd økonomiske besparelser, som igjen har skapt handlingsrom for investering og fornyelse av utstyr og bygningsmasse. Arbeid med befolkningsbasert aktivitetsplanlegging og aktivitetsbasert bemanningsplanlegging medfører endrede planprosesser og endrede premisser. Arbeidet er delvis nybrottsarbeid og svært krevende, men er viktig for å kunne tilby likeverdige helsetjenester for våre ansvarsområder, samt sikre kompetent personell i årene fremover.

Samhandling med primærhelsetjenesten

UNN har utviklet et godt samarbeid med kommunene i eget opptaksområde. I særskilt grad har dette utviklet seg gjennom prosessene rundt avtaleinngåelser i forbindelse med implementering av samhandlingsreformen.

Rekruttering

UNN har rekrutteringsutfordringer på flere virksomhetsområder, særlig psykiatere og psykologspesialister til distriktpsykiatriske sentre. I tillegg mangler UNN spesialister for enkelte fagområder til lokalsykehusene, samt geriater til hele helseforetaket. Den viktigste utfordringen er imidlertid rekruttering av sykepleiere, spesialsykepleiere, og i særlig grad operasjonssykepleiere.

Økonomi

Den økonomiske utviklingen i 2014 er positiv, men ikke i henhold til styringskrav som følge av forsinkelser i de store tiltaksarbeidene. Tiltaksarbeidet er mer detaljert og med høyere kvalitet enn tidligere, og det forventes derfor en positiv endring i økonomistyringen fremover.

13. Resultatdisponering

Styret foretar følgende disponering av årsresultatet:

Overført til annen egenkapital kr. 615 090 442

Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 25.3.2015

Jorhill Andreassen styreleder	Olav Helge Førde nestleder	Eivind Mikalsen styremedlem	Erling Espeland styremedlem
Hanne Frøyshov styremedlem	Hanne H.C. Iversen styremedlem	Helga Marie Bjerke styremedlem	Jan E. Pettersen styremedlem
Mai-Britt Martinsen styremedlem	Rune Moe styremedlem	Tove Skjelvik styremedlem	Tom Sottinen adm. Direktør

Tor Ingebrigtsen
administrerende direktør



Saksnr	Utvalg	Møtedato
	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.3. 2015
Saksansvarlig: Arthur Revhaug	Saksbehandler: Mette Fredheim	

Oppdragsdokument 2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Oppdragsdokumentet 2015 til etterretning.
2. Styret viser til at oppdragsdokumentet stiller nye krav til behandling av saker i UNN-styret, og ber direktøren innarbeide disse i en oppdatert årsplan for styret og fremme denne for behandling i neste styremøte.
3. Styret viser til oppdragsdokumentets krav om at risikostyring skal innarbeides i ledelsens gjennomgang av internkontrollen, og ber om at styresaken om ledelsens gjennomgang etter 1. tertial redegjør for hvordan dette følges opp.

Sammendrag

Oppdragsdokumentet er Helse Nord RHF sin bestilling til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Til grunn for prioriteringene ligger tidligere års oppdragsdokument samt oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for 2015. Relevante mål gitt i tidligere oppdragsdokumenter er fortsatt gjeldende. Disse er samlet i en tilleggsliste hvor foretaksspesifikke mål innenfor pasientens helsetjeneste, somatikk, samhandling og forskning er beskrevet. I tillegg kommer protokoller fra foretaksmøter, føringer i statsbudsjett for 2015 og styresaker som omhandler budsjett og investeringer. Saksfremlegget gir en oversikt over rammebetingelsene samt de viktigste strategiske styringssignaler for 2015.

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad ivaretar pasientenes behov, verdier og preferanser. Pasientenes muligheter til valg av behandlingssted skal styrkes. Pasienter og brukere skal trekkes aktivt inn i utvikling av egen behandling, og brukerens erfaringer skal vektlegges i utformingen av tjenestetilbudet. Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Der det er utfordringer med unødvendig lang ventetid på behandling, må en sørge for mer bruk av private aktører. Gode pasientforløp og flere tjenester nær der pasientene bor er sentrale mål.

Sak 23/2015

Kreftbehandlingen skal styrkes. Pakkeforløp for kreft er innført, og ledere i sykehuset får ansvar for å identifisere eventuelle flaskehalsar i behandlingsforløpet, og samarbeid mellom sykehus og fastleger skal styrkes. Arbeidet med styringssystem for det ytre miljø er et kontinuerlig utviklingsarbeid, og UNN bes om å følge opp gjennom sertifisering slik at sertifikatet holdes ved like.

UNN skal i 2015 basere sin virksomhet på de tildelte rammer med resultatkrav i tråd med konsolidert budsjett for 2015, med et overskudd på 40 mill kr. Direktøren vurderer innfrielse av dette og de øvrige krav som utfordrende, men målet er å yte befolkningen gode og trygge spesialisthelsetjenester innenfor de krav og vilkår som oppdragsdokumentet stiller.

Bakgrunn

Oppdragsdokumentet 2015 ble vedtatt i foretaksmøte mellom Helse Nord og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 5.2. 2015. Oppdragsdokumentet er en viktig del av den totale styringen for å oppnå nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet, og uttrykker prioriteringer fra Helse- og omsorgsdepartementet samt styret i Helse Nord RHF. Dokumentet gir en oversikt over mål for samtlige helseforetak i Helse Nord og foretakspesifikke mål for UNN.

Saksutredning

Foretaksmøtet 5.2. 2015 la til grunn at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet slik at virksomheten drives innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for foretaket.

Det er utarbeidet en oversiktsliste hvor samtlige oppdrag er beskrevet. Denne listen er sendt til ledergruppen og til de respektive klinikk- og senterledere med ansvar for å levere på de krav oppdragsdokumentet gir. Saker som skal styrebehandles er utvidet. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport. Ledelsens gjennomgang (LGG) utvides til også å inneholde risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS), gjennomgang av informasjonssikkerhet, klima og miljø og beredskap. Som del av saken skal styret vurdere helseforetakets resultater, årsak til variasjon, samt identifisere og prioritere tiltak. Samtlige saker som skal behandles i styret er beskrevet i oppdragsdokumentet som følger vedlagt.

Tjenestene ved UNN skal bygge på kvalitet, respekt og omsorg, og virksomheten skal baseres på tildelte økonomiske midler. Tjenestene skal være pasientorientert og sikre gode pasientforløp innad og mellom de ulike deler av helsetjenesten. Forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende skal ivaretas på en god måte. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram skal gjennomføres, og det skal arbeides med å innfri nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet. UNN skal sikre god innregistrering av data til nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og bruke registrene aktivt i pasientarbeidet.

Flere nye strategier og handlingsplaner fra HOD skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet. Dette gjelder både Beredskapsplan for pandemisk influensa, Nasjonalt helseregisterprosjekt, pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender, Handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme, Forebygging av selvmord, Nasjonal overdosestrategi og Nasjonal helseberedskapsplan. Det forutsettes at UNN deltar i lokalt, regionalt og nasjonalt forbedringsarbeid samt i felles prosjekter, og følger opp tiltak og handlingsplaner som initieres av etablerte nasjonale og regionale samarbeidsorganer samt Helse Nord RHF.

Sak 23/2015

Resultatkravet for UNN for 2015 er et overskudd på 40 mill kr. For å sikre at de økonomiske kravene oppfylles, er det krav om at tiltaksplaner styrebehandles innen 31.3.2015.

Risikostyring og internkontroll

Internkontroll og risikostyring er i stor grad regulert i lover/forskrifter og pålegg fra overordnede myndigheter. I tillegg til at innholdet i ledelsens gjennomgang ivaretar risikostyring og internkontroll, skal det gjøres internkontroll i forhold til om UNNs organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.

Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

UNN skal gjennomføre investeringsplanen slik den er vedtatt i 2015 og bidra til å trappe opp virksomheten i det nyetablerte nasjonale selskapet Sykehusbygg HF i tråd med intensjonene i alle byggeprosjekter over 500 mill kr. Dette gjelder også for prosjekter som allerede er under gjennomføring.

Klima- og miljøtiltak

Målet er å sikre oppfølging av gjennomført sertifisering slik at sertifikatet UNN har fått holdes ved like. Et tiltak som er iverksatt er økt bruk av teknologi for å erstatte tjenestereiser. Det er et viktig mål at rapporten *Miljøledelse i spesialisthelsetjenesten* følges opp og videreføres i 2015, i tråd med anbefalingene og med helhetlig og samordnet tilnærming til de nasjonale miljømålene.

Pasientens helsetjeneste

Det er et lovpålagt ansvar å bidra til et likeverdig tjenestetilbud og til at ressursene blir utnyttet best mulig. Det er imidlertid store variasjoner i ventetider og effektivitet mellom sykehusene. Mål for 2015 er at gjennomsnittlig ventetid er under 65 dager, ingen fristbrudd, og at det er etablert flere standardiserte pasientforløp. Videre at andelen kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 %, det samme for andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp.

Somatikk

Et foretaksspesifikt mål for UNN er å ta ansvar for å utarbeide felles radiologiske protokoller for utredning/kontroll av kreftpasienter, registrere personskader og rapportere data til NPR i henhold forskrift og veileder. UNN skal styrke tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus. Det skal også etableres stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling. Det skal sikres tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen.

Psykisk helsevern og rusfeltet

Oppdragsdokumentet legger opp til at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatri prioriteres. Grad av måloppnåelse skal måles blant annet gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, herunder medikamentfritt tilbud. Det skal etableres et samarbeid med Barnevernet slik at barn og unge som har behov for det gis et helhetlig behandlingstilbud.

Sak 23/2015

Andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre skal økes i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus. Det skal også legges til rette for at helsepersonell jobber mer ambulant. UNN har i tillegg fått fem spesifikke mål innenfor dette fagområdet. UNN skal bidra med kompetanse ved overføringen av LAR-ansvaret til Finnmarksykehuset og Helgelandssykehuset, og benytte tildelte midler i 2014 til å ferdigstille evalueringen av prosjektet *Desentralisert vaksamarbeid ved bruk av videokonferanser* innen 1.4.2015. I tillegg skal UNN gjennomføre vridning av poliklinisk aktivitet fra psykisk helsevern til TSB, øke døgnplasser for barn og ungdom samt øke andelen årsverk for leger og psykologer i forhold til personell med lavere utdanning.

Samhandling

UNN skal aktivt bidra til en større nasjonal standardisering innenfor IKT-området basert på de styringssignaler som gis i retning av én innbygger og én journal. Videre skal UNN også etablere samhandling med avtalespesialistene.

Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

Kvalitet

Kvaliteten i helsetjenesten varierer for mye, og mange opplever unødvendig venting. Oppdragsdokumentet legger føringer for å gi pasienten mer makt, slik at pasienten blir en aktiv og likeverdig partner. Erfaringer fra arbeidet med pakkeforløp på kreftområdet har synliggjort kravene om helhetlig ledelse. Dette innebærer at UNN må bedre sin evne til å samordne og integrere arbeidsprosesser og faggrupper for å møte pasienter med sammensatte tjenester på tvers av fagområder og enheter.

UNN har fått to foretaksspesifikke mål. Innen 30.4.2015 skal det legges frem en handlingsplan for innføring av automatisert journalundersøkelse for bruk av GTT. Arbeidet skal foregå i nær dialog med Helse Nord RHF. Det skal etableres en organisasjon og en strategi for funksjonell forvaltning av kliniske systemer innenfor radiologi. Etableringen skal skje i samarbeid med øvrige helseforetak i regionen.

Pasientsikkerhet

Nytt av året er at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusets ordinære aktivitet og resultatene følges opp månedlig. Samarbeidet med Sykehusapoteket Nord HF er igangsatt for å utarbeide og implementere en regional prosedyre for samstemming av legemiddellister inn og ut av sykehus. Det samme gjelder for tiltaket Innføring av generisk ordinerings.

Smittevern

Et langsiktig mål er at innen utgangen av 2016 skal sykehuspåførte infeksjoner som kan forebygges, være lik null. Et tiltak for å nå dette målet er at alle ansatte skal gjennomføre e-læringskurs i håndhygiene. Oppdragsdokumentet gjentar i år oppdraget om å sikre at Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus skal implementeres og etterleves. Det skal også rapporteres på antibiotikaforbruk årlig, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Beredskap

UNN skal ha oppdaterte beredskapsplaner for kriser og katastrofer, inkludert epidemier og pandemier på alle nivå. Gjeldende planer skal øves rutinemessig. Det skal gjennomføres risikovurderinger som danner grunnlag for sykehusets legemiddelberedskap inkludert

Sak 23/2015

forsyningssikkerhet, på kritisk infrastruktur. Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser skal behandles særskilt i helseforetakets styre innen 1.6.2015. Eventuelle avvik skal være lukket innen 31.12.2015.

Personell, utdanning og kompetanse

Langsiktige mål om riktig kompetanse og bedre utnyttelse av de samlede personellgruppene, skal nås gjennom målrettet arbeid på flere områder. Et viktig mål blir å sikre tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialiteter, herunder i den nye spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i tråd med Helsedirektoratets rammeverk. Stillinger i onkologi og patologi skal fortsatt prioriteres.

Helse-, miljø- og sikkerhetsområdet

UNN skal følge opp resultatene fra medarbeiderundersøkelsen (MU) på en systematisk måte, og gi ledere nødvendig støtte til oppfølgingsarbeid samt bidra til å utvikle MU-konseptet og forberede ny undersøkelse i 2016. I tillegg til å samordne sin virksomhet under ferieavvikling internt, skal det også gjøres vurderinger på tvers av helseforetakene for å redusere bruk av vikarer.

Forskning og innovasjon

Ved UNN skal infrastruktur, utprøvingseenheter og støttefunksjoner for kliniske studier styrkes. UNN skal også sikre og vedlikeholde humane miljøgiftanalyser som ledd i global helseforskning.

Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg og Arbeidsmiljøutvalget og drøftet med de ansattes organisasjoner i egne møter 9-11.3.2015. Saken ble tatt til orientering. Protokoller fra møtene behandles som referatsaker i styremøtet.

Vurdering

Oppdragsdokumentet ivaretar krav som stilles og oppgaver som pålegges fra overordnede myndigheter. Dokumentet er utviklet og forbedret fra tidligere, og er til hjelp i planlegging og utførelse av helsetjenester i UNN. Oppdragsdokumentet inneholder flere nye krav til UNN samtidig som bestillinger i tidligere oppdragsdokument opprettholdes og videreføres. Selv om oppdragsdokumentet kommer sent i forhold til virksomhetsplanleggingen i foretaket, er de fleste endringer og nye krav kjent fra tidligere gjennom forutgående prosesser. De aller fleste er allerede innarbeidet virksomhetsplanen og dialogavtalene. Den sterke vektlegging av kvalitet og pasientsikkerhet er i tråd med UNNs gjeldende strategier. Det samme gjelder oppdragsdokumentets fokus på gode pasientforløp, brukerorientering og brukermedvirkning. Punktene om risikostyring og internkontroll er likeledes i tråd med pågående utviklingsarbeid i UNNs systemer for å sikre god kvalitet i alle ledd i virksomheten, men særlig kravet om systematisk risikostyring er det fortsatt utfordrende å implementere.

For å skaffe rom til videreutvikling av helsetjenestene, inkludert nødvendige investeringer, er det sentralt å fokusere på riktige prioriteringer. Aktivitet som ikke er nødvendig, eller som kan utføres like bra eller bedre i primærhelsetjenesten, skal ikke utføres i spesialisthelsetjenesten. Oppfølging av samhandlingsreformen og data fra SKDE for å oppnå

Sak 23/2015

et likeverdig tilbud til befolkningen uavhengig av bosted, samt gode rutiner for oppfølging av kronikere er viktige områder å fokusere på for å skaffe rom til å utvikle UNN videre som et godt universitetssykehus. På samme måte vil fortsatt satsing på systematisk arbeid med forbedring av pasientforløp understøtte samme målsetting.

Til hjelp i rapporteringer og for å sikre fokus på gjennomføring, vil nye krav i oppdragsdokumentet bli lagt inn som en del av klinikkens- og sentrenes dialogavtaler. Kravene i oppdragsdokumentet gjenspeiles også i styrets dialogavtale med direktøren. Rapporteringen til styret vil i stor grad inngå i den ordinære virksomhetsrapporteringen. Vedlagt følger en oversikt over samtlige mål/oppdrag fra årets oppdragsdokument. I oversikten fremgår også hvilke frister de ulike oppdragene har fått. Fordelingen mellom klinikker og sentre, fremgår også i eget vedlegg.

Konklusjon

Oppdragsdokumentet 2015 opprettholder krav fra tidligere år og innfører endel nye krav. De valgte styringsparameterne samt andre kvalitetsindikatorer som det skal leveres på, er omfattende, men vil gi et mest mulig samlet bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukerorientering i tjenesten. Direktøren legger til grunn at nødvendige tiltak iverksettes for å innfri kravene i årets oppdragsdokument, og at kravene innarbeides i dialogavtalene av klinikk- og senterledere.

Tromsø, 13.3.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Oppdragsdokument 2015 fra Helse Nord RHF
2. Oppdragene fordelt mellom klinikker og sentre i UNN



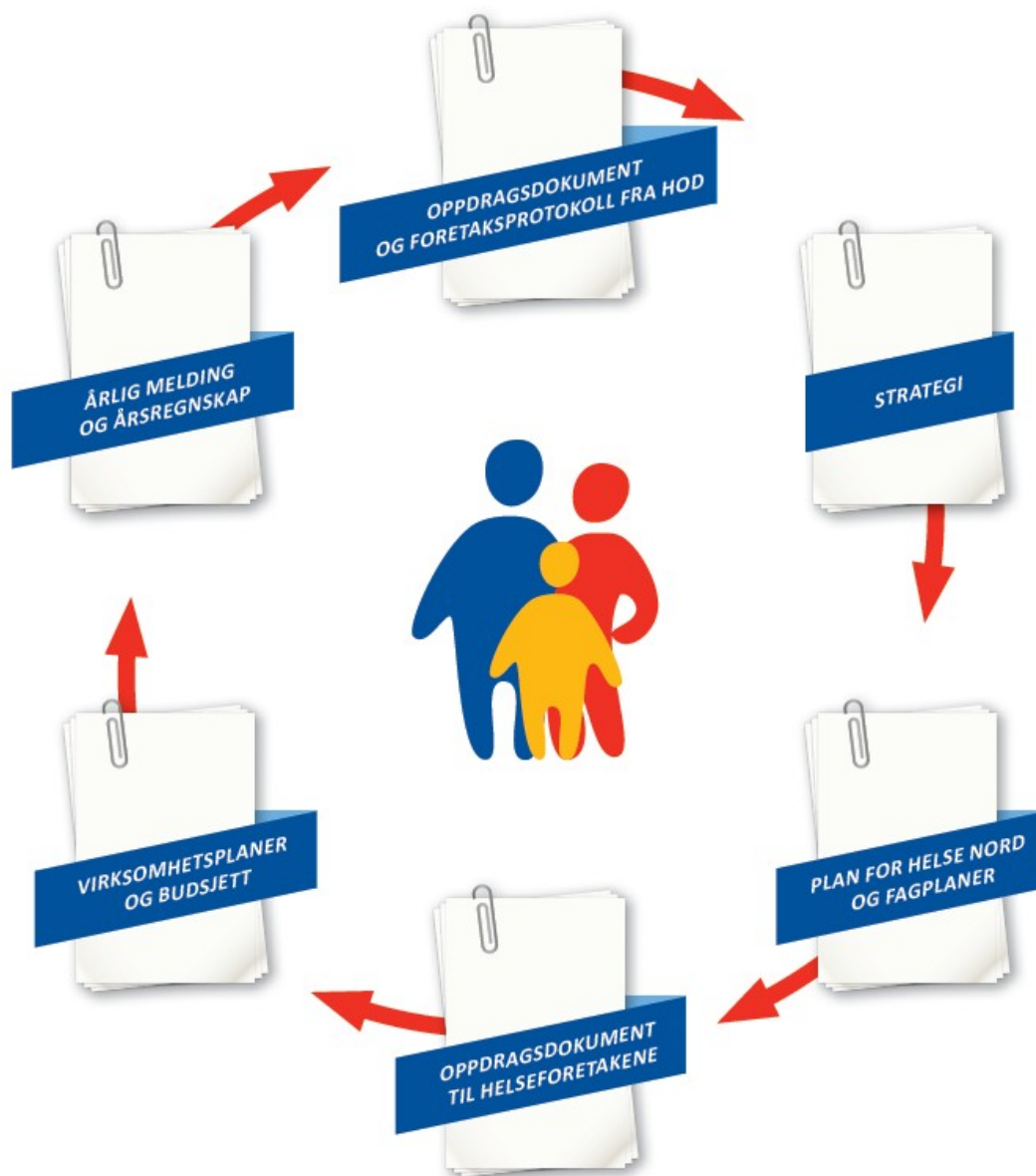
Oppdragsdokument 2015

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 4. februar 2015

Helse Nord tilstreber å planlegge langsiktig og tydelig. Vi ser sammenheng mellom våre viktigste plandokumenter og våre formål: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, samt forskning. Oppdragsdokumentet er en svært viktig del av den totale styringen for å nå våre mål. Figur 1 illustrerer sammenhengen mellom våre plandokumenter.



Figur 1 Plandokumentenes sammenheng i Helse Nord

Innhold

1	Innledning.....	4
2	Felles økonomiske krav og rammebetingelser.....	5
2.1	Tildeling av midler.....	5
2.2	Resultatkrav	6
2.3	Risikostyring og internkontroll.....	6
2.4	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	6
2.5	Innkjøp.....	7
2.6	Klima- og miljøtiltak	8
3	Pasientens helsetjeneste	8
3.1	Somatikk.....	10
3.2	Psykisk helsevern og rus.....	11
3.3	Samhandling	12
4	Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap	13
4.1	Kvalitet.....	13
4.2	Pasientsikkerhet.....	14
4.3	Smittevern	15
4.4	Beredskap	15
5	Personell, utdanning og kompetanse	16
5.1	Helse, miljø og sikkerhet.....	17
6	Forskning og innovasjon	17
7	Styringsparametrer 2015	18
8	Oppfølging og rapportering	20
9	Vedlegg.....	21
9.1	Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....	21
9.2	Vedlegg 2 Saker til styrebehandling.....	23

1 Innledning

Helseforetakene skal yte befolkningen nødvendige spesialisthelsetjenester. Tjenestene skal være pasientorientert og sikre gode pasientforløp innad og mellom de ulike deler av helsetjenesten. Forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende skal ivaretas på en god måte. Tjenestene skal gjenspeile kjerneverdiene kvalitet, trygghet og respekt.

Spesialisthelsetjenester skal utvikles til i større grad å ivareta pasientenes behov, verdier og preferanser. Pasientenes muligheter til å velge behandlingssted skal styrkes. Pasienter og brukere skal trekkes inn i utviklingen av egen behandling, og brukernes erfaringer skal vektlegges i utformingen av tjenestetilbudet.

Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres ved diagnostikk og behandling. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt samt god og likeverdig kommunikasjon. Det skal brukes kvalifiserte tolker ved behov.

Samhandlingsreformen utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for utviklingen av den samlede helse- og omsorgstjenesten. Gode pasientforløp og flere tjenester nær der pasienten bor er sentrale mål. Omstilling av tjenester innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som berører kommunene, skal planlegges i samarbeid slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. Det forutsetter et nært samarbeid mellom helseforetak og kommunene, samt brukerne og deres organisasjoner.

Kreftbehandlingen skal styrkes. Diagnosesenter er etablert i 2014 og vil videreføres i 2015. Pakkeforløp kreft innføres i 2015. Ledere i sykehusene får ansvar for å identifisere eventuelle flaskehalsar i behandlingsforløpet og helseforetakene skal i 2015 gjennomføre tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og ventetid mellom sykehusene. Som ledd i innføringen av pakkeforløp kreft skal samarbeidet mellom sykehus og fastleger og private institusjoner styrkes.

Helse Nords viktigste mål for de nærmeste årene er presentert i plan for Helse Nord 2015–2018:

- Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre samhandlingen med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp
- Realisere forskningsstrategien
- Bedre pasient- og brukermedvirkningen
- Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell
- Innfri de økonomiske mål i perioden
- Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling

Følgende nye strategier og handlingsplaner fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet:

- Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa.

2.2 Resultatkrav

- Helseforetakene skal i 2015 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav jf. konsolidert budsjett 2015:

Finnmarkssykehuset	Overskudd	25 mill kroner
UNN	Overskudd	40 mill kroner
Nordlandssykehuset	Underskudd	75 mill kroner ²
Helgelandssykehuset	Overskudd	15 mill kroner
Sykehusapotek Nord	Økonomisk balanse	0 mill kroner

Sykehusapotek Nord's publikumsavdelinger skal samlet gå med overskudd i 2015.

- Helseforetakene skal styrebehandle tiltaksplaner innen 31.03.15 for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2016–2019.

2.3 Risikostyring og internkontroll

Internkontroll og risikostyring er i stor grad regulert gjennom lover/forskrifter og pålegg fra overordnede myndigheter. Helseforetakene skal etterleve kravene i helseforetaksloven, i forskrifter om internkontroll, og i pålegg fra HOD og fra Helse Nord RHF.

- Ledelsens gjennomgang av internkontroll skal styrebehandles. Gjennomgangen skal være basert på sammenlignbar statistikk som omfatter kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen skal også inneholde:
 - ROS- analyser
 - gjennomgang av informasjonssikkerhet, klima og miljø, og beredskap
 - oversikt over gjennomførte og planlagte interne og eksterne tilsyn og revisjoner
 - status for pålegg eller avvik som er gitt av tilsynsorganer jf. styresak 148-2014 *Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål*Som del av saken skal styret vurdere foretakets resultater, årsak til variasjon, samt identifisere og prioritere tiltak.
- Det skal vurderes om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.

2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Langsiktige mål:

- Gjennomføre vedtatt investeringsplan.
- Sikre større grad av standardisering av nye sykehusbygg ved erfaringsoverføring og gjenbruk og planleggingsgrunnlag fra tidligere prosjekter.
- Gradvis øke løpende vedlikehold.
- Sørge for tilstrekkelig parkering for pasienter i samarbeid med brukerutvalgene.

² Inntil 75 mill kroner i underskudd

Mål 2015:

- Gjennomføre investeringsplanen slik den er vedtatt i budsjett 2015.
- Bidra til å trappe opp virksomheten i Sykehusbygg HF i tråd med intensjonene med etableringen og involvere Sykehusbygg HF i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner. Dette gjelder også for prosjekter som allerede er under gjennomføring.
- Innen utgangen av 2. tertial skal helseforetakene utarbeide en plan for å realisere gevinster/effekter av FIKS³-prosjektet. Planen skal vise de viktigste gevinstområder, konkrete tiltak som er nødvendig for å realisere gevinsten, samt tidsfrist og hvem som er ansvarlig for å hente ut gevinstene.
- Bidra til å utvikle en helhetlig vedlikeholdsstrategi som et ledd i rullering av Plan for Helse Nord 2016–2019.

Foretaksspesifikke mål 2015:

Finnmarkssykehuset:

- Arbeidet med Alta-prosjektet videreføres i henhold til styresak 72-2014 *Tiltak for styrking av spesialisthelsetilbudet i Alta/Vest-Finnmark.*

2.5 Innkjøp

Langsiktige mål:

- Det blir lagt fram en plan for å etablere felles nasjonalt eid foretak for samordning av innkjøp innen 15.09.15, jf. "modell A" i Utredning av nasjonal innkjøpsfunksjon – sluttrapport. Foretaket skal være etablert 01.01.16. Regionale ressurser og enheter skal innlemmes i foretaket innen 31.12.16. Helseforetakene deltar i arbeidet.
- Delta i nasjonalt prosjekt for langsiktig samordning av innkjøpsfunksjonen
- Følge opp Helse Nord's strategiplan for innkjøp og HINAS 4-årige handlingsplan.

Mål 2015:

- Innen 31.03.15 tilpasse lokal innkjøpsstrategi i samsvar med regional og nasjonal innkjøpsstrategi. Følge opp Helse Nord's forpliktelser ved å delta i utforming og følge opp handlingsplan for etisk handel.
- Bidra med tilstrekkelige ressurser ved deltakelse i regionale og nasjonale anskaffelsesprosesser og til kategoristyringsprosjektet.
- Bidra til å utarbeide en regional plan for medisinteknisk utstyr (MTU) som skal være grunnlaget for regionale og nasjonale MTU-anskaffelser.
- Sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav.
- Innfri målkrav i bølge 2^[2] om 1 mrd. i samlet omsetning gjennom innkjøps- og logistikksystemet Clockwork der anslagsvis nøkkel er: UNN (50 %),

³ Felles innføring kliniske systemer

^[2] Prosjekt for å sørge for økt omsetning gjennom Clockwork. Opprinnelig målsetting er at alt av varekjøp skal gjøres i systemet, målsetting med bølge 2 er en samlet omsetning i systemet på minst 1 milliard kroner.

Nordlandssykehuset (30 %), Helgelandssykehuset (10 %) og Finnmarkssykehuset (10 %). Innen 31.03.15 skal det legges fram en tiltaksplan for hvordan dette målet skal nås. Samtidig skal tilsvarende plan for 2014 være evaluert.

- Ha lojalitet til og sikre optimal utnyttelse av inngåtte lokale, regionale og nasjonale avtaler.
- Sikre at alle utviklings- og endringsprosjekter knyttet til IKT godkjennes av Helse Nord RHF før de settes i gang. Helse Nord IKT som tjenesteleverandør skal tidlig trekkes inn i prosjektene. Utviklingskontrakter som inngås skal sikre at alle helseforetak i Helse Nord kan benytte resultatene.
- Skal bidra til innovasjon ved at anskaffelser gjennomføres der innovasjon inngår som krav til tilbyder. Det skal vurderes gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012.

2.6 Klima- og miljøtiltak

Mål 2015:

Arbeidet med styringssystem ytre miljø i Helse Nord er et kontinuerlig utviklingsarbeid. Helseforetakene bes om å følge opp gjennomført sertifisering slik at sertifikatet holdes ved like.

- Rapporten "Miljøledelse i spesialisthelsetjenesten, statusrapport 2011–2014" skal følges opp og videreføres i 2015 i tråd med anbefalingene og med helhetlig og samordnet tilnærming til de nasjonale miljømålene.
- Anbefalingene fra delrapporten "Bygg og miljø" i det nasjonale klima- og miljøprosjektet skal følges opp, herunder arbeide kontinuerlig med å finne bedre energiløsninger ved ENØK-tiltak og ved å planlegge nybygg etter strengeste energikrav.
- Øke bruk av teknologi (telefon/video) for å erstatte tjenestereiser.

3 Pasientens helsetjeneste

Langsiktige mål:

- Reduserte ventetider.
- Valgfrihet for pasienter.
- Gode og effektive pasientforløp.
- Pasienter, brukere og pårørende opplever god informasjon og opplæring.
- Pasienter og brukere medvirker aktivt i utformingen av eget behandlingstilbud.
- Pasienters og brukeres erfaringer brukes i utforming av tjenestetilbudet.

Mål 2015:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

- Ingen fristbrudd⁴.
- Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer.
- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.
- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.
- Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter skal ha forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.
- Ha god kvalitet på registrering av pakkeforløpene og bidra til å lage rapporteringsløsninger i Helse Nord LIS⁵.
- Oppnevne en lokal forvaltningsansvarlig for Helse Nord LIS.
- Sørge for at pasientadministrative rutiner og systemer godt ivaretar nye pasientrettigheter som følge av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, ordningen med fritt behandlingsvalg og pakkeforløp kreft.
- Tilby pasienten tilgang til egen pasientinformasjon (journaldokumenter, timer, innsynslogg, etc.) i tråd med fremdriften i prosjektet «Pasientens tilgang til egen journal».
- Sørge for at pasientene får direkte innkalling til time for undersøkelse/ behandling i første svar på henvisningen.
- Skal ha koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.
- Sikre at pasientene har et nødvendig rehabiliterings-, habiliterings- og geriatritilbud.
- Delta i oppfølgingsteam for avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene.
- Sørge for et godt tilbud til CFS/ME⁶ pasienter.
- Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.
- Vurdere å etablere standardiserte og webbaserte PROM⁷-målinger
- Bruke rapporter fra SKDE⁸ og nasjonale behandlingsveiledere for å sikre enhetlig behandlingspraksis.
- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innen psykisk helsevern skal DPS og BUP prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.
- Gjennomføre fagplaner i tråd med prioriteringer i Plan for Helse Nord 2015–2018.
- Besvare 80 % av telefonhenvendelsene til pasientreiser innen 60 sekunder.
- Operasjonalisering av resultat fra prosjektet felles regionale retningslinjer for kvalitetsforbedring på pasientreiseområdet.
- Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager. For månedene juli og august er kravet 21 dager.

⁴ Måles i dag for rettighetspasienter. Ny pasient- og brukerrettighetslov som innføres i løpet av 2. halvår 2015, vil gi alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste status som rettighetspasienter.

⁵ Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem

⁶ Kronisk utmattelsessyndrom

⁷ Patient reported outcome measures

⁸ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

- Bidra med helsefaglige ressurser i utvikling av pasientrettet informasjon i oppbygging og utvikling av våre nettsider, og delta i regionalt/nasjonalt prosjekt med felles nasjonal nettløsninger på helsenor.no-plattformen. Det skal ikke opprettes nettsted eller eksterne nettsider utenfor felles nasjonal publiseringsplattform.

Foretaksspesifikke mål 2015:

Finnmarkssykehuset:

- Tolkeprosjektet skal innføres med tertialvis statusoppdatering til Helse Nord RHF.

3.1 Somatikk

Mål for 2015:

- Styrke tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.
- Etablere et tilbud innen geriatri og rehabilitering som ivaretar samisk språk og kulturforståelse.
- Forberede ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. Eksisterende robuste tilbud som i dag er etablert i kommunene kan videreføres gjennom avtaler. Helseforetakene må gjøre avtaler med justissektoren om rettsmedisinske undersøkelser, og det totale tilbudet må være døgnbasert. Plan for arbeidet skal rapporteres innen 10.04.15.
- Etablere ventelister innenfor røntgenområdet samt rapportere ventetidene til NPR⁹ innen utgangen av 2015.
- Innen 30.04.15 skal helseforetaket lage en handlingsplan for å få kontroll på antall åpne dokumenter som er "eldre" enn 14 dager (lege, sykepleier- og andre dokumenter), samt åpne henvisningsdokumenter uten planlagt ny kontakt. Helseforetaket skal definere hva som er normalt nivå for antall åpne dokumenter, og innføre rutiner som sikrer at dette følges opp løpende i alle relevante avdelinger. Handlingsplanen skal utarbeides slik at helseforetaket har brakt disse pasientadministrative rutiner under kontroll innen utgangen av 2. tertial.
- Delta i arbeidet med kostnadsvekter for 2016.

Foretaksspesifikke mål

Finnmarkssykehuset

- Avsette ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelingen.
- Bidra i arbeidet med å utarbeide felles radiologiske protokoller.

Helgelandssykehuset

- Bidra i arbeidet med å utarbeide felles radiologiske protokoller.

⁹ Norsk pasientregister

Nordlandssykehuset

- Organisere et tilbud, slik at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter.
- Etablere kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling.
- Bidra i arbeidet med å utarbeide felles radiologiske protokoller.
- Det skal etableres et prostatasenter som sikrer kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen.

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Ta ansvar for å utarbeide felles radiologiske protokoller for utredning/kontroll av kreftpasienter. Dette skal utføres i samarbeid med de øvrige helseforetakene. Arbeidet skal ferdigstilles innen 01.05.15.
- Registrere personskader og rapportere data (FMDS¹⁰) til NPR i henhold til forskrift og veileder.
- Etablere kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling.
- Det skal sikres tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen.

3.2 Psykisk helsevern og rus

Mål for 2015:

- Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, herunder medikamentfritt tilbud. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.
- Det skal etableres et samarbeid med barnevernet slik at barn og unge som har behov for det, gis et helhetlig behandlingstilbud.
- Implementere regionalt kompetanseprogram for traumebehandling i samarbeid med RVTS¹¹.
- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre.
- Innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia skal startes, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017.
- Andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre skal økes i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.
- Andel tvangsinnleggelse skal reduseres sammenliknet med 2014.
- Lokale planer for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern skal ferdigstilles.
- Rusbehandling skal integreres i psykisk helsevern på DPS-nivå.

¹⁰ Felles minimum datasett

¹¹ Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Foretaksspesifikke mål 2015

Finnmarkssykehuset, Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset

- Overta ansvar for LAR¹² i eget foretaksområde i 2015.

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Skal bidra med kompetanse ved overføringen av LAR-ansvaret til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset.
- Skal benytte tildelte midler i 2014 for å ferdigstille evalueringen av DeVaVi¹³-prosjektet innen 01.04.15.
- Gjennomføre vridning av poliklinisk aktivitet fra psykisk helsevern til TSB.
- Øke døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og ungdom.
- Økt vekst i årsverk for leger og psykologer i forhold til høgskolepersonell.

3.3 Samhandling

Langsiktige mål

- Styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet.
- En større andel av helse- og omsorgsarbeidet skal ytes av kommunene.
- Helseforetakene skal understøtte den kommunale helse- og omsorgstjenesten i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen.

Mål 2015

- Prinsippene i styresak 70-2002 *IKT-strategi i Helse Nord* skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS¹⁴. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt.
- Skal aktivt bidra til en større nasjonal standardisering innen IKT-området basert på de styringssignaler som gis i retning av én innbygger, én journal, samt arbeidet som utføres i regi av Nasjonal IKT.
- Skal etablere arena med faste møter for samhandling med avtalespesialistene. Helse Nord RHF vil fasilitere etableringen av møtearenaene. Etablere et godt samarbeid med avtalespesialistene i sine nedslagsfelt for å sikre gode pasientforløp, slik at den samlede kapasiteten blir utnyttet optimalt.
- Vurdere å etablere kliniske samarbeidsutvalg (KSU) i regi av OSO¹⁵ i de enkelte helseforetaksområdene, for å styrke samhandlingen på klinisk nivå (inkludert fastlegene).
- Bistå i å utvikle kommunenes kompetansebehov som følger av Samhandlingsreformen. Rapporten "Kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen"¹⁶ skal legges til grunn for det videre arbeidet.

¹² Legemiddelassistert rehabilitering

¹³ Desentralisert vaksamarbeid ved bruk av videokonferanse

¹⁴ Felles innføring av kliniske systemer

¹⁵ Overordnet samarbeidsorgan

¹⁶ Styresak Helse Nord RHF, sak 90/2014

- Skal, der det er relevant, invitere kommuner og brukerrepresentanter inn i pasientforløpsprosjekter.

Foretaksspesifikke mål 2015:

Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge

- Delta i planlagt samarbeidsprosjekt "Et friskere Nordland" med Nordland fylkeskommune.

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

Langsiktige mål:

- Bedre og sikrere behandlingstilbud, økt overlevelse og mindre variasjon i resultat mellom sykehusene.
- Resultatene i medisinske kvalitetsregistre skal brukes til forbedringsarbeid.
- Helseforetakene skal legge nasjonale faglige retningslinjer til grunn for tilbudet.
- Omstillingen innen psykisk helsevern fullføres. Distriktspsykiatriske sentre som nøkkelstruktur er lagt til grunn for de fremtidige tjenestene innen TSB¹⁷.
- Legge til rette for økt frivillighet samt riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern.
- Bidra til en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.
- Redusere pasientskader med 25 % innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.
- Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal være innført innen utgangen av 2016.
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet.
- Det skal etableres regionale prinsipper for legemiddellogistikk, både knyttet til standardiserte rutiner og prosedyrer og plan for bruk av elektroniske verktøy og utstyr, herunder blant annet elektroniske legemiddelkabinett og lagerroboter.

4.1 Kvalitet

Mål 2015

- Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.
- Ha gode strukturer for formidling og kommunisering av kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten.
- I samarbeid med berørte parter gjennomgå avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud.
- Bidra til å revidere/oppdatere Helse Nord's kvalitetsstrategi som ferdigstilles våren 2015, med påfølgende revidering av egen strategi.

¹⁷ Tverrfaglig spesialisert behandling innen rus og avhengighet

- Gjennomføre tiltakene i rapporten "Kvalitet i ventelistedata" fra Helsedirektoratet.
- Tilegne seg kunnskap til å kunne gjennomføre minimetodevurderinger og yte støtte for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Foretaksspesifikke mål 2015:

Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset

- Innen 30.04.15 skal det legges frem handlingsplan for innføring av automatisert journalundersøkelse (ASJ) for bruk ved GTT (Global Trigger Tool). Arbeidet skal foregå i nær dialog med Helse Nord RHF.

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Innen 30.04.15 skal det legges frem handlingsplan for innføring av automatisert journalundersøkelse (ASJ) for bruk ved GTT (Global Trigger Tool). Arbeidet skal foregå i nær dialog med Helse Nord RHF.
- Det skal etableres organisasjon og strategi for funksjonell forvaltning av kliniske systemer innenfor radiologi. Etableringen skal skje i samarbeid med øvrige helseforetak i regionen.

4.2 Pasientsikkerhet

Mål 2015:

- Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.
- Skal ha etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.
- I samarbeid med Sykehusapotek Nord skal det utarbeides og implementeres en regional prosedyre for samstemming av legemiddellister inn og ut av sykehus.
- Tiltaket "Innføring av generisk ordinerings" skal gjennomføres i samarbeid med Sykehusapotek Nord.

Foretaksspesifikke mål 2015:

Finnmarkssykehuset

- Sørge for at GTT (Global Trigger Tool)-undersøkelsen for 2013 og 2014 gjennomføres, og at resultatene ferdigstilles og rapporteres i samsvar med nasjonale føringer.

Sykehusapotek Nord

- Igangsette prosjekt for å beskrive en løsning for elektronisk bestilling og utarbeidelse av dokumentasjon knyttet til produksjon av legemidler i Sykehusapotek Nord.

4.3 Smittevern

Langsiktige mål:

- Innen utgangen av 2016 skal sykehuspåførte infeksjoner som kan forebygges være 0.
- Det skal implementeres antibiotikastyringsprogram ved alle helseforetak¹⁸.

Mål 2015:

- Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig iht. NOIS¹⁹-registerforskriften.
- NOIS-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften.
- Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus skal implementeres og etterleves.
- Alle ansatte i Helse Nord skal gjennomføre e-læringskurs i håndhygiene.
- Alle sykehus skal rapportere antibiotikaforbruk årlig, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

4.4 Beredskap

Langsiktige mål

- Ha oppdaterte beredskapsplaner for kriser og katastrofer, inkludert epidemier og pandemier, på alle nivå. Gjeldende planer skal øves rutinemessig.
- Utarbeide 3-årig rullerende plan for øvelser i beredskapssammenheng, herunder vann, IKT og strøm.

Mål 2015:

- Gjennomføre risikovurderinger som danner grunnlaget for sykehusenes legemiddelberedskap, inkl. forsyningssikkerhet.
- Inngå avtale mellom helseforetak og Sykehusapotek Nord som klargjør Sykehusapotek Nord's rolle og ansvar for helseforetakets legemiddelberedskap.
- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse på kritisk infrastruktur. Gjennomføres for vann og strøm hver for seg.
- Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS²⁰-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 01.06.15. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik skal være lukket innen 31.12.15.

¹⁸ Et styringsprogram skal sikre rasjonell antibiotikabruk og implementering av nasjonale retningslinjer. Dette kan f. eks omfatte rapportering av antibiotikaforbruk på avdelingsnivå med tilbakemelding, opplæring av ansatte, revisjoner etter gjeldende retningslinjer og eventuelle restriksjoner i bruk av resistensdrivende midler.

¹⁹ Forskrift om Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

²⁰ Risiko- og sårbarhetsanalyse

Foretaksspesifikke mål

Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset

- Delta i planlegging og gjennomføring av øvelse Barents Rescue.

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Delta med regional AMK i planlegging og gjennomføring av øvelse Barents Rescue.

Sykehusapotek Nord

- Skal delta i arbeidet med å utforme en nasjonal strategi for legemiddelberedskap.
- Skal bistå det regionale helseforetaket og helseforetakene i regionen med å gjennomføre tiltak anbefalt i ny strategi for legemiddelberedskap.

5 Personell, utdanning og kompetanse

Langsiktige mål:

- Sikre tilstrekkelig kvalifisert personell og kompetanse, og bedre bruk av de samlede personellressursene.
- Utdanningsoppgaver skal ivaretas med god systematikk, kvalitet og i tråd med behov.
- Bidra til bærekraftig utvikling i spesialisthelsetjenesten ved å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeiderne.
- Den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene bidrar til å øke kommunenes kompetanse i tråd med samhandlingsreformens intensjon.
- Skal arbeide for et inkluderende arbeidsliv gjennom å redusere sykefravær, arbeide for en heltidskultur, bidra til økt mangfold og en god personellpolitikk i alle faser av medarbeidernes karriere.
- Skal bidra til å utvikle og implementere tiltak i henhold til Strategi for leder- og ledelsesutvikling, og skal gjennom leder- og ledelsesutvikling sørge for at ledere gis forutsetninger for å utøve god ledelse.
- Utvikle og gjøre kjent vernetjenesten i egen virksomhet.

Mål 2015:

- Samarbeidsorganet mellom RHF og universiteter/høgskoler benyttes aktivt til å planlegge aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet.
- Sikre tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.
- Bidra til å oppfylle partenes avtale om fast tilsetting av leger i spesialisering.
- Sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, med spesielt fokus på behovet for operasjonssykepleiere, radiologer og intensivsykepleiere.
- Innfri pålagt antall praksis og turnusplasser med god kvalitet som beskrevet i vedlegg 1.
- Målsettingene i Lærlingestrategi for Helse Nord skal oppfylles – satsning på helsefagarbeiderlærlinger 2014–2016. Strategien bygger på innhold og

målsettinger i Samfunnskontrakt for flere læreplaner. Måltall for inntak av helsefaglæringer fremkommer i vedlegg 1.

- Utvikle strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen.
- Det skal etableres kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.
- Utvikle og implementere tiltak i Strategi for leder- og ledelsesutvikling i Helse Nord.
- Bidra til å utvikle regional HR-strategi og handlingsplan for rekruttering som oppfølging av Strategisk kompetanseplan del 2.
- Fortsette arbeidet for å redusere uønsket deltid og arbeide for en heltidskultur.

Foretaksspesifikke mål 2015:

Finnmarkssykehuset

- Utarbeide plan for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging innen 01.06.15.
- Ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging i løpet av 2015.

Helgelandssykehuset

- Utarbeide plan for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging innen 01.06.15.

Nordlandssykehuset

- Ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging for hele helseforetaket.

Sykehusapotek Nord

- Revidere sin kompetanseplan og implementere denne i helseforetaket.

5.1 Helse, miljø og sikkerhet

Mål 2015:

- Følge opp resultatene av medarbeiderundersøkelsen (MU) på en systematisk måte og gi ledere nødvendig støtte til oppfølgingsarbeidet, samt bidra til å utvikle MU-konseptet og forberede gjennomføring av MU i 2016.
- Handlingsplan for helse, miljø og sikkerhet skal oppdateres årlig, i nært samarbeid med vernetjenesten.
- Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Primært skal dette gjøres internt mellom egne sykehus, men også på tvers av helseforetakene for egnede områder av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer.

6 Forskning og innovasjon

Langsiktige mål:

- Tilstrebe økt omfang og implementering av klinisk pasientrettet forskning, helsetjenesteforskning, global helseforskning og innovasjoner som bidrar til økt kvalitet, pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og mer helhetlige pasientforløp. Dette skal skje gjennom nasjonalt og internasjonalt samarbeid og aktiv medvirkning fra brukere.

- Innovasjonseffekt av anskaffelser skal økes.
- Antall pasienter som får tilbud om deltakelse i kliniske studier skal økes.

Mål 2015:

- Det skal utvikles strategier og planer med tiltak som kan bidra til å nå målene i HelseOmsorg21²¹ i samarbeid med regionalt helseforetak.
- For å øke nytten av offentlig finansiert klinisk forskning, skal det innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av kliniske studier eller helsetjenesteforskning.
- Det skal etableres rutiner for formidling og implementering av forskningsresultater.
- Bidra i arbeidet med å utarbeide ny forskningsstrategi i Helse Nord.
- Data fra kvalitetsregistrene skal nyttiggjøres til forskningsformål. Flere forskningsprosjekter må realiseres med bruk av data fra nasjonale kvalitetsregistre.
- Det skal vurderes gjennomført førkommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012.

Foretaksspesifikke mål 2015:

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Infrastruktur, utprøvningsenheter og støttefunksjoner for kliniske studier skal styrkes.
- Sikre og videreutvikle humane miljøgiftanalyser som ledd i global helseforskning.

7 Styringsparametere 2015

Som omtalt i kapittel 1 er styringsparametere valgt for å gi et mest mulig samlet bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukerorientering i tjenesten. Helse Nord RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetakene følge opp de valgte styringsparametrene samt andre kvalitetsindikatorer ved behov. Styret og ledelsen i helseforetakene har et ansvar for å følge med på kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

²¹Nasjonal strategi som skal legge til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert innsats for forskning, utvikling og innovasjon i helse- og omsorgsområdet.

Tabell 2. Styringsparametrer og rapporteringskrav 2015.

Styringsparametrer	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd ²²	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp ²³	70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis. Første publisering er august 2015.
Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp ²⁴	70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis. Første publisering er august 2015.
Sykehusinfeksjoner		Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose		Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter 18–80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse	20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet		Helsedirektoratet	Tertialvis

Rapporteringskrav	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis distriktpsikiatriske sentre og sykehus		Helsedirektoratet (SSB)	Årlig
Fastlegers erfaring med distriktpsikiatriske sentre		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Pasienters erfaring med døgnopphold i psykisk helsevern voksne (resultater kun på nasjonalt nivå)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig

²² Måles i dag for rettighetspasienter. Ny pasient- og brukerrettighetslov som innføres i løpet av 2. halvår 2015, vil gi alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste status som rettighetspasienter.

²³ Pakkeforløp kreft innføres først på fire områder: brystkreft, kolorektal kreft, lungekreft og prostatakreft. Disse fire inngår i kvalitetsindikatoren ved publisering august 2015. Etter hvert som flere pakkeforløp implementeres vil disse inngå i beregningsgrunnlaget for indikatoren. Kvalitetsindikatoren måler bare implementerte pakkeforløp.

²⁴ Se forrige fotnote om pakkeforløp

Rapporteringskrav	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Andel tvangsinnleggelses (antall per 1000 innbyggere i helseregionen)	Redusert sammenlignet med 2014	Helsedirektoratet	Årlig
Andel reinnleggelses innen 30 dager etter utskriving av eldre pasienter		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig
Antall legemiddelgjennomganger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord		Sykehusapotek Nord	Tertial
Antall legemiddelsamstemminger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord		Sykehusapotek Nord	Tertial

8 Oppfølging og rapportering

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2015, foretaksspesifikke mål 2015 og styringsparametere 2015. Det skal ikke rapporteres på langsiktige mål. Kravene til enhetlig og standardisert regnskapsføring i foretaksgruppen gjelder all offisiell rapportering. Der det er mulig skal data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Oversikt over rapporteringsrutiner og frister

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Månedrapport i tråd med mal.	Månedregnskap skal være avsluttet innen 5 virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest 4 virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertialrapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2015 6. oktober 2015 Administrativt utarbeidet tertialrapport: 22. mai 2015 1. oktober 2015 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet årlig melding (styrevedtak): 25. mars 2016. Administrativt behandlet årlig melding: 05. februar 2016. Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2015: 25. mars 2016.

Datoer for styrebehandling av årlig melding og årsregnskap for 2015 fastsettes når møteplan er endelig.

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene. **VIDEREUTDANNING** omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet har tidligere fastsatt årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene. Fra og med 2014 ble styringen av dimensjonering for enkelte utdanninger endret til kandidatmåltall. Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2015. Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et minstekrav. Endelige tall vil foreligge i KDs tildelingsbrev/tilskuddsbrev for 2015 til utdanningsinstitusjonene og kan formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene.

Tabell 1

Reg-ion	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jord- mor
		Syke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
Helse Nord	Universitetet i Nordland	139						26	
	Finnmark	0							
	Harstad	62					64		
	Nesna	20							
	Narvik	33							
	Univ. i Tromsø	166	24	20	25	20		50	20
		3 477	154	208	271	188	743	641	134

Følgende kandidatmåltall er fastsatt for hhv. medisin, psykologi og farmasi ved universitetene:

Tabell 2:

Universitet	Medisin	Psykologi prof.utd.	Farmasi
Universitet i Tromsø	84	31	25

TURNUSTJENESTE er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAK) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHF-ene. Turnustjenesten for leger ble endret med virkning fra 2013. Antallet turnusplasser for

leger videreføres i 2015. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

Sentral fordeling av nye legestillinger opphørte 1. juli 2013. Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene innen helseregionenes "sørge for"-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for RHF-enes fordeling av leger til HF-ene og mellom spesialiteter. RHF-ene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene. Stillinger i onkologi og patologi skal fortsatt prioriteres.

Inntakstall til oppdragsdokumentet (OD)

I prosjektplan til "Lærlingestrategi for Helse Nord – satsingsprosjekt på helsefaglæringer 2014–2016" er det et delmål å øke inntak av helsefaglæringer fra et årlig inntak på 22 (måltall fra OD 2012) til 30 nye lærlinger innen desember 2016. Dette utgjør en økning på 40 %. Foretakene har utarbeidet følgende plan for å nå dette inntakstallet:

Tabell 3:

Foretak	Kull 2014–2016	Kull 2015–2017	Kull 2016–2018	Totalt inne i 2015	Totalt inne i 2016
Finnmarkssykehuset	3	5	5	8	10
Nordlandssykehuset	9	11	11	20	22
UNN	1 (ferdig i 2015)	6	6	6	12
Helgelandssykehuset	6	2	8	8	10
Sum	19	24	30	42	54

Tabell 4:

Måltall for turnusplasser medisin

Helseforetak	Antall pr halvår	Totalt pr år
Finnmarkssykehuset HF	14*	28*
UNN HF	33	66
NLSH HF	25	50
Helgelandssykehuset HF	14	28
Totalt i Helse Nord	86	172

*Totalt antall for 2015 er økt med 2 etter avtale med Finnmarkssykehuset.

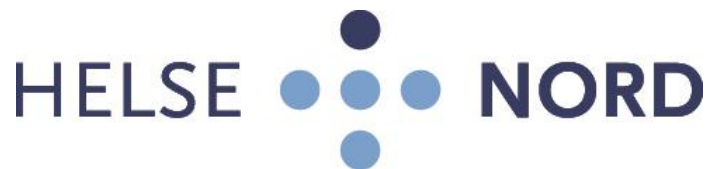
9.2 Vedlegg 2 Saker til styrebehandling

Samlet oversikt over saker som skal styrebehandles:

Helseforetakene skal styrebehandle:

1. Månedlig oppfølging av regionale kvalitetsindikatorer og alvorlige hendelser.
2. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.
3. Månedlige virksomhetsrapporter og vedta eventuelle korrigerende tiltak uten unødig opphold, herunder også *gjennomføringen av helseforetakets investeringsplan sett opp mot vedtatt fremdriftsplan og tildelt investeringsramme.*
4. Skal utarbeide og styrebehandle komplette og reelle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i 2015 og i planperioden 2015–2018.
5. Skal gjennomføre investeringsplanen slik den er vedtatt i budsjett 2015. Eventuelle avvik i fremdrift og behov for omprioriteringer skal fortløpende behandles i eget styre.
6. Rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder helseforetaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger, jf. krav i oppdragsdokument 2011.
7. Status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet en gang årlig. Blant annet skal sakene omfatte status for innføringen av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet, GTT²⁵-resultater og oppfølging av disse.
8. Tertianvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2015, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2015, med tiltak.
9. Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 01.06.15. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik skal være lukket innen 31.12.15.
10. Ledelsens gjennomgang av internkontroll skal minimum gjøres 1 gang pr år og styrebehandles. Gjennomgangen skal være basert på sammenlignbar statistikk som omfatter kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen skal også inneholde:
 - ROS- analyser.
 - gjennomgang av informasjonssikkerhet, klima og miljø og beredskap.
 - en oversikt over gjennomførte og planlagte interne og eksterne tilsyn og revisjoner.
 - status for pålegg eller avvik som er gitt av tilsynsorganer jf. styresak 148-2014 *Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål.*Som del av saken skal styret vurdere helseforetakets resultater, årsak til variasjon, samt identifisere og prioritere tiltak.

²⁵ Global Trigger Tool



Tilleggsliste til oppdragsdokument 2015

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 4. februar 2015

HOD forutsetter at relevante mål gitt i tidligere oppdragsdokumenter fortsatt er gjeldende. Denne listen består av krav fra tidligere års oppdragsdokumenter fra Helse Nord RHF til helseforetakene (2004-2014). Årstallet i parentes angir året oppdraget ble gitt. Krav fra tidligere år er ikke tatt med dersom de omfattes av nye krav i OD for 2015.

2.3 Risikostyring og internkontroll

Verifisere at leverandører som innehar rollen databehandlere oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og at nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. (2012)

Ved omstilling av virksomheten, herunder innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkingsrutiner og forebyggende tiltak for å redusere risiko. (2012)

Ha kontrollsystemer for overvåkning av at funksjonsfordelinger blir fulgt. (2011)

2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Utarbeide utviklingsplaner i henhold til veileder for tidligfaseplanlegging forut for planlegging av investeringsprosjekter i samarbeid med Helse Nord RHF.

Utviklingsplanene skal ha to hovedelementer: i a) organisasjonsutvikling, pasientforløp, faglig utvikling og b) gjennomgang av bygningsmessige ressurser, tilstand og behov for endringer i bygningsmassen for å dekke behovet for den spesialisthelsetjenesten foretaket skal levere. (2013)

Ferdigstille arbeidet med å registrere alle sykehusbygg etter klassifasjonssystemet og oppdatere denne løpende i den nasjonale databasen for registrering av sykehusbygg. (2013)

Følge opp forvaltningsplanene utarbeidet i 2012 i henhold til landsverneplanen for helsebygg, herunder tinglysing og synlig merking mv. (2013)

Informere berørte kommuner og fylkeskommuner om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak, på et så tidlig tidspunkt som mulig. (2011)

Begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling. (2011)

2.5 Innkjøp

Ha oppdatert oversikt over, og følge opp, alle innkjøpsavtaler og leverandører. (2011)

Sørge for at krav til miljø, etikk og samfunnsansvar implementeres i anskaffelsesprosjekter i tråd med nasjonalt fellesprosjekt, delprosjekt innkjøp. (2011)

Foretaksspesifikke mål

Sykehusapotek Nord

Bidra i arbeidet med å vurdere Legemiddelinnkjøps samarbeidets (LIS) sin rolle i system for innføring av ny teknologi og nye metoder i spesialisthelsetjenesten. (2013)

3 Pasientens helsetjeneste

Det er gjennomført lokale pasienterfaringsundersøkelser på behandlingsenhetsnivå, resultatene er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp i tjenesten. (2014)

Sikre at ikke personer under 18 år brukes som tolk i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av foreldres eller andre slektingers diagnose. Barn under 18 år kan kun unntaksvis brukes som tolk ved akutte situasjoner hvor det er fare for liv og helse. (2013)

Styrke kunnskapen om forebygging av rusmiddelskader hos barn. (2013)

Påse at lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasienter med samisk språklig kulturell bakgrunn, samt for pasienter med annen språklig og kulturell bakgrunn. (2011)

Foretaksspesifikke mål:

Nordlandssykehuset

Etablere et prostatacenter. Samarbeide med UNN HF om etablering og sikre et likt innhold i prostatacenteret i Bodø. (2014)

Finnmarkssykehuset

Sikre døgnkontinuerlig tolketjeneste for å ivareta nødmeldetjeneste for den samiske befolkning. (2012)

UNN

Sikre døgnkontinuerlig tolketjeneste for å ivareta nødmeldetjeneste for den samiske befolkning. (2012)

3.1 Somatikk

Det er i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene etablert et effektivt og brukerorientert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander av uklar årsak. (2014)

Etablere en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Helsedirektoratet 2012). (2013)

Foretaksspesifikke mål:

Nordlandssykehuset

Bygge opp kapasitet innen karkirurgi og intervensjonsradiologi. (2013)

I samarbeid med UNN HF bygge opp robuste fagmiljøer med økt kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft. (2013)

UNN

Ta ansvaret for utarbeidelse av felles radiologiske protokoller for utredning/kontroll av kreftpasienter. Dette skal utføres i samarbeid med de øvrige HF-ene. Arbeidet skal ferdigstilles innen utgangen av 2014. (2014)

I samarbeid med Nordlandssykehuset HF bygge opp robuste fagmiljøer med økt kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft. (2013)

3.2 Psykisk helsevern og rus

Øke oppmerksomheten på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider. (2012)

3.3 Samhandling

Bruke sykehusapotek Nord aktivt i samhandling med kommunene på legemiddelområdet for å forebygge pasientskader og øke kompetansen. (2014)

Følge opp samhandlingstiltak i Helse Nord's vedtatte handlingsplan for pasient- og pårørendeopplæring. (2013)

Følge opp sin del av ansvaret for å implementere elektronisk meldingstjeneste i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (prosjekt FUNNKe). (2012)

Sørge for at dokumentasjon på ernæringsstatus foreligger og følger pasienten ved overflytting mellom behandlingenheter eller mellom tjenestenivåer. (2012)

Foretaksspesifikke mål:

UNN

Sørge for at Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) bistår helseforetakene i implementering og bruk av telemedisinske løsninger i gjennomføringen av samhandlingsreformen.

4. Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

Helseforetakene skal innregistrere data i alle nasjonale kvalitetsregistre som ligger til rette for det og bruke resultater fra disse registre i løpende arbeid med kvalitetsforbedring. (2014)

Implementere oppdaterte nasjonale kliniske retningslinjer, legge disse i Docmap og sørge for at disse legges til grunn for medisinsk praksis. (2013)

4.2 Pasientsikkerhet

Gi økt fokus til personer med sammensatte og/eller kroniske lidelser. Kunnskapen om "The Chronic Care Model" skal styrkes, og prinsippene i denne modellen skal legges til grunn for behandlingen. (2013)

6 Personell, utdanning og kompetanse

Arbeide med å innføre en felles metode for forbedringsarbeid innen kvalitet og pasientforløp, herunder opplæring av førstelinjeledere. (2014)

Relevant personell skal ha vært gjennom e-læringskurs i informasjonssikkerhet, smittevern og planlegge for gjennomføring av kurs som defineres i regi av FIKS-prosjektet. Opplæring skal dokumenteres. (2014)

Innarbeide måltall for antall årsverk og innleie, og sikre balanse mellom disse. (2014)

Redusere omfanget av midlertidige stillinger. (2014)

Gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud. (2014)

Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for legespesialister, herunder den nye spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin som forventes ferdig i 2014. (2014)

Det skal gjøres vurdering av oppgaveglidning som virkemiddel for reduserte ventetider, gode og effektive pasientforløp og bedret utnyttelse av personellressursene. Hvert HF skal sette i gang minst ett prosjekt på oppgavedeling med disse formålene i 2014. (2014)

Utvikle nye praksisformer og -innhold for alle helsefagutdanninger innen gjeldende rammeplaner. Dette skal understøtte helhetlige pasientforløp og kvalitet i praksisutdanningen. (2014)

Regional strategisk kompetanseplan styrebehandles våren 2014. Helseforetakene skal gradvis implementere planen i tråd med styrets vedtak. (2014)

Sikre at habilitetsregler og rutiner for bierverv følges opp, og rapportere status på antall bierverv pr 31.12.2013.(2013)

Ha systematisk oversikt over medarbeidere i deltidsstillinger som ønsker høyere stillingsandel. (2012)

Sørge for en hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid. (2011)

Sikre at de ansattes lønns-, pensjons- og arbeidsforhold ikke svekkes ved eventuell konkurranseutsetting av ikke-medisinske funksjoner. (2011)

Løpende registrere og rapportere behov for fritak fra fremmøte ved mobilisering og repetisjonstjeneste til vernepliktsverket og Helse Nord RHF. (2010)

Foretaksspesifikke mål:

Finnmarkssykehuset

Skal i samarbeid med Universitetet i Tromsø sikre det planlagte 5. og 6. års studietilbud på medisinerutdanningen i Finnmark. (2014)

6.1 Helse, miljø og sikkerhet

Videreutvikle samarbeidet med tillitsvalgte og vernetjenesten. Dette inkluderer tydeliggjøring av partssamarbeidet og medbestemmelse. (2014)

Registrere innleide vikarer i vaktboka i GAT, for å ha kontroll på arbeidstiden deres. (2013)

7 Forskning og innovasjon

Bidra til felles årlig resultatrapport som synliggjør eksempler på hvordan resultater fra forskning og innovasjon har bidratt til forbedret klinisk praksis/tjenesteutøvelse, i tillegg til øvrig resultatrapportering basert på nasjonalt tilgjengelig statistikk om forskning og innovasjonsaktivitet. (2014)

Ivareta sitt ansvar for å finansiere og stille til rådighet infrastruktur for forskning. (2013)

Ha rutiner for å implementere forskningsresultater. (2013)

Tilrettelegge for økt internasjonalt forskningssamarbeid og medforfatterskap, og økning i artikler på nivå 2/2a. Minst 40 % av publikasjonene skal ha internasjonalt forskningssamarbeid og minst 20 % skal være på nivå 2/2a. (2012)

Implementere endret forskningsfinansiering på RHF-finansierte prosjekter. Sosiale utgifter på lønn inkluderes i nye RHF-finansierte prosjekter innen tildelingssummen. For nye ph.d. og post.doc.- stillinger fra RHF skal HF-et sette av 20 % av rundsummen, dvs. 165 000 kr ved heltidsstipend med tildelingssum på 825 000 kr. Midlene skal øremerkes forskning internt i HF-et¹. (2011)

Initiere og legge til rette for forskning rettet mot likeverdige tjenester til den samiske befolkningen. (2011)

Foretaksspesifikke mål:

UNN

Styrke forskning og akademisering i alle avdelinger/klinikker inkludert tiltak for å gi flere forskningskompetanse. (2011)

Ha et særlig ansvar i helseforetaksgruppen for å ivareta innovasjonsvirksomheten, og ha en målrettet satsing på flere innovasjonsprosjekter både innen behovsdrevet og

¹ Satsene for 2015 er: Rundsum 938 000 kr for ph.d.- og post.doc.-stipend. 20 % av dette er 187 600 kr.

forskningsbasert innovasjon, jf videreføring av Nasjonal samarbeidsavtale for innovasjon i helsesektoren. (2013)

8 Oppfølging og rapportering

Sikre de pasientadministrative rutineene slik at helseforetaket avgir riktig rapportering til NPR. (2013)

Oppdragsdokument 2015 – fordelt til klinikker og sentre i UNN

Oppdrag 2015	Klinikk	Rapportering
2.6 Klima- og miljøtiltak		
Rapporten "Miljøledelse i spesialisthelsetjenesten, statusrapport 2011–2014" skal følges opp og videreføres i 2015 i tråd med anbefalingene og med helhetlig og samordnet tilnærming til de nasjonale miljømålene.	DES/Alle	
Anbefalingene fra delrapporten "Bygg og miljø" i det nasjonale klima- og miljøprosjektet skal følges opp, herunder arbeide kontinuerlig med å finne bedre energiløsninger ved ENØK-tiltak og ved å planlegge nybygg etter strengeste energikrav.	DES	
Øke bruk av teknologi (telefon/video) for å erstatte tjenestereiser	Alle	
3 Pasientens helsetjeneste		
Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager	Klinikker	
Ingen fristbrudd	Klinikker	
Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer	Klinikker	
Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer	Klinikker (untatt PsykR, akuttmedisin)	
Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %	Klinikker (untatt PsykR, akuttmedisin)	
Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter skal ha forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter	Klinikker (untatt PsykR, akuttmedisin)	
Ha god kvalitet på registrering av pakkeforløpene og bidra til å lage rapporteringsløsninger i Helse Nord LIS	Klinikker (untatt PsykR, akuttmedisin), FFS	
Oppnevne en lokal forvaltningsansvarlig for Helse Nord LIS	ØAS	

Sak 23/2015 - vedlegg 2

Sørge for at pasientadministrative rutiner og systemer godt ivaretar nye pasientrettigheter som følge av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, ordningen med fritt behandlingsvalg og pakkeforløp kreft	NST	
Tilby pasienten tilgang til egen pasientinformasjon (journaldokumenter, timer, innsynslogg, etc.) i tråd med fremdriften i prosjektet «Pasientens tilgang til egen journal».	NST/PVO	
Sørge for at pasientene får direkte innkalling til time for undersøkelse/ behandling i første svar på henvisningen	Klinikker	
Skal ha koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester	Klinikker	
Sikre at pasientene har et nødvendig rehabiliterings-, habiliterings- og geriatritilbud	NOR/Medisinsk klinikk	
Delta i oppfølgingsteam for avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene	NOR	
Sørge for et godt tilbud til CFS/ME pasienter	NOR	
Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid	Kvalitetsavd.	
Vurdere å etablere standardiserte og webbaserte PROM-målinger	????/Klinikker	
Bruke rapporter fra SKDE og nasjonale behandlingsveiledere for å sikre enhetlig behandlingspraksis	Klinikker	
Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innen psykisk helsevern skal DPS og BUP prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet	Sykehusledelsen	
Gjennomføre fagplaner i tråd med prioriteringer i Plan for Helse Nord 2015–2018	Klinikker	
Besvare 80 % av telefonhenvendelsene til pasientreiser innen 60 sekunder	ØAS	
Operasjonalisering av resultat fra prosjektet felles regionale retningslinjer for kvalitetsforbedring på pasientreiseområdet	ØAS	

Sak 23/2015 - vedlegg 2

Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager. For månedene juli og august er kravet 21 dager.	ØAS	
Bidra med helsefaglige ressurser i utvikling av pasientrettet informasjon i oppbygging og utvikling av våre nettsider, og delta i regionalt/nasjonalt prosjekt med felles nasjonal nettløsninger på helsenorge.no-plattformen. Det skal ikke opprettes nettsted eller eksterne netttjenester utenfor felles nasjonal publiseringsplattform	Kommunikasjon	
3.1 Somatikk		
Styrke tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus	K3K	
Etablere et tilbud innen geriatri og rehabilitering som ivaretar samisk språk og kulturforståelse	Medisinsk klinikk, NOR	
Forberede ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. Eksisterende robuste tilbud som i dag er etablert i kommunene kan videreføres gjennom avtaler. Helseforetakene må gjøre avtaler med justissektoren om rettsmedisinske undersøkelser, og det totale tilbudet må være døgnbasert.	NST(leder)/BUK/K3K/Diagnostisk klinikk	Plan for arbeidet skal rapporteres innen 10.04.15
Etablere ventelister innenfor røntgenområdet samt rapportere ventetidene til NPR innen utgangen av 2015.	Diagnostisk klinikk/ØAS	
Lage en handlingsplan for å få kontroll på antall åpne dokumenter som er "eldre" enn 14 dager (lege, sykepleier- og andre dokumenter), samt åpne henvisningsdokumenter uten planlagt ny kontakt. Helseforetaket skal definere hva som er normalt nivå for antall åpne dokumenter, og innføre rutiner som sikrer at dette følges opp løpende i alle relevante avdelinger.	FFS (leder)/Klinikker	Plan innen 30.04.15 Handlingsplanen skal utarbeides slik at helseforetaket har brakt disse pasientadministrative rutiner under kontroll innen utgangen av 2. tertial.
Delta i arbeidet med kostnadsvekter for 2016	ØAS	
Ta ansvar for å utarbeide felles radiologiske protokoller for utredning/kontroll av kreftpasienter. Dette skal utføres i samarbeid med de øvrige helseforetakene.	Diagnostisk klinikk	Arbeidet skal ferdigstilles innen 01.05.15

<i>Registrere personskader og rapportere data (FMDS) til NPR i henhold til forskrift og veileder</i>	Akuttmedisinsk klinikk	
<i>Etablere kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling</i>	BUK	
<i>Det skal sikres tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen</i>	Medisinsk klinikk	
3.2 Psykisk helsevern og rus		
Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, herunder medikamentfritt tilbud. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene	Psykisk helse- og rusklinikken	
Det skal etableres et samarbeid med barnevernet slik at barn og unge som har behov for det, gis et helhetlig behandlingstilbud	Psykisk helse- og rusklinikken/BUK	
Implementere regionalt kompetanseprogram for traumebehandling i samarbeid med RVTS	Psykisk helse- og rusklinikken	
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre	Psykisk helse- og rusklinikken	
Innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia skal startes, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskadning 2014–2017.	Psykisk helse- og rusklinikken/BUK?	
Andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre skal økes i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus	Psykisk helse- og rusklinikken	
Andel tvangsinnleggelseser skal reduseres sammenliknet med 2014	Psykisk helse- og rusklinikken	
Lokale planer for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern skal ferdigstilles	Psykisk helse- og rusklinikken	
Rusbehandling skal integreres i psykisk helsevern på DPS-nivå	Psykisk helse- og rusklinikken	

Sak 23/2015 - vedlegg 2

Skal bidra med kompetanse ved overføringen av LAR-ansvaret til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset	Psykisk helse- og rusklinikken	
Skal benytte tildelte midler i 2014 for å ferdigstille evalueringen av DeVaVi-prosjektet	Psykisk helse- og rusklinikken	01.04.2015
Gjennomføre vridning av poliklinisk aktivitet fra psykisk helsevern til TSB	Psykisk helse- og rusklinikken	
Øke døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og ungdom	Psykisk helse- og rusklinikken/BUK	
Økt vekst i årsverk for leger og psykologer i forhold til høgskolepersonell	Sykehusledelse/Psykisk helse- og rusklinikken	
3.3 Samhandling		
Prinsippene i styresak 70-2002 IKT-strategi i Helse Nord skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS14. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt.	NST	
Skal aktivt bidra til en større nasjonal standardisering innen IKT-området basert på de styringssignaler som gis i retning av én innbygger, én journal, samt arbeidet som utføres i regi av Nasjonal IKT.	NST	
Skal etablere arena med faste møter for samhandling med avtalespesialistene. Helse Nord RHF vil fasilitere etableringen av møtearenaene.	NST	
Etablere et godt samarbeid med avtalespesialistene i sine nedslagsfelt for å sikre gode pasientforløp, slik at den samlede kapasiteten blir utnyttet optimalt.	Klinikker	
Vurdere å etablere kliniske samarbeidsutvalg (KSU) i regi av OSO15 i de enkelte helseforetaksområdene, for å styrke samhandlingen på klinisk nivå (inkludert fastlegene)	NST	
Bistå i å utvikle kommunenes kompetansebehov som følger av Samhandlingsreformen. Rapporten "Kompetanseutfordringer som følge av samhandlingsreformen" skal legges til grunn for det videre arbeidet.	NST	
Skal, der det er relevant, invitere kommuner og brukerrepresentanter inn i pasientforløpsprosjekter	Klinikker/Pasientforløpskoordinatorer	

<i>Delta i planlagt samarbeidsprosjekt "Et friskere Nordland" med Nordland fylkeskommune</i>	Avvente invitasjon	
4.1 Kvalitet		
Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet	Klinikker	
Ha gode strukturer for formidling og kommunisering av kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten	Kvalitetsavdelingen	
I samarbeid med berørte parter gjennomgå avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud.	HR/BHT	
Bidra til å revidere/oppdater Helse Nord's kvalitetsstrategi som ferdigstilles våren 2015, med påfølgende revidering av egen strategi.	Kvalitetsavdelingen	
Gjennomføre tiltakene i rapporten "Kvalitet i ventelistedata" fra Helsedirektoratet	Klinikker	
Tilegne seg kunnskap til å kunne gjennomføre minimetodevurderinger og yte støtte for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten	NST	
<i>Legges frem handlingsplan for innføring av automatisert journalundersøkelse (ASJ) for bruk ved GTT (Global Trigger Tool). Arbeidet skal foregå i nær dialog med Helse Nord RHF</i>	Kvalitetsavdelingen	30.04.2015
<i>Det skal etableres organisasjon og strategi for funksjonell forvaltning av kliniske systemer innenfor radiologi. Etableringen skal skje i samarbeid med øvrige helseforetak i regionen</i>	Diagnostisk klinikk	
4.2 Pasientsikkerhet		
Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport	Alle/Kvalitetsavdelingen	
Skal ha etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer	Klinikker	

Sak 23/2015 - vedlegg 2

I samarbeid med Sykehusapotek Nord skal det utarbeides og implementeres en regional prosedyre for samstemming av legemiddellister inn og ut av sykehus	Kvalitetsavdelingen	
Tiltaket "Innføring av generisk ordinerings" skal gjennomføres i samarbeid med Sykehusapotek Nord	Utført i alle lokalisasjoner?	
4.3 Smittevern		
Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig iht. NOIS-registerforskriften	Klinikker	
NOIS-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften	NOR/K3K/HLK	
Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus skal implementeres og etterleves	Klinikker	
Alle ansatte i Helse Nord skal gjennomføre e-læringskurs i håndhygiene	Alle	
Alle sykehus skal rapportere antibiotikaforbruk årlig, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger	FFS med bistand fra Sykehusapoteket	
4.4 Beredskap		
Gjennomføre risikovurderinger som danner grunnlaget for sykehusenes legemiddelberedskap, inkl. forsyningssikkerhet.	DES/ØAS/Sykehusapotek	
Inngå avtale mellom helseforetak og Sykehusapotek Nord som klargjør Sykehusapotek Nord's rolle og ansvar for helseforetakets legemiddelberedskap	Sykehusledelse	
Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse på kritisk infrastruktur. Gjennomføres for vann og strøm hver for seg.	DES	
Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 01.06.15. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler.	FFS v/PVO	Eventuelle avvik skal være lukket innen 31.12.15.

Sak 23/2015 - vedlegg 2

Delta med regional AMK i planlegging og gjennomføring av øvelse Barents Rescue.	Akuttmedisinsk klinikk	
5 Personell, utdanning og kompetanse		
Samarbeidsorganet mellom RHF og universiteter/høgskoler benyttes aktivt til å planlegge aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet	Klinisk utdanningsavdeling	
Sikre tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.	Sykehusledelsen	
Bidra til å oppfylle partenes avtale om fast tilsetning av leger i spesialisering	HR	
Sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, med spesielt fokus på behovet for operasjonssykepleiere, radiologer og intensivsykepleiere.	HR/OpIn/Diagnostisk klinikk/Klinisk utdanningsavdeling	
Innfri pålagt antall praksis og turnusplasser med god kvalitet som beskrevet i vedlegg 1.	Klinisk utdanningsavdeling	
Målsettingene i Lærlingestrategi for Helse Nord skal oppfylles – satsning på helsefagarbeiderlæringer 2014–2016. Strategien bygger på innhold og målsettinger i Samfunnskontrakt for flere læreplaner. Måltall for inntak av helsefaglæringer fremkommer i vedlegg 1.	Klinisk utdanningsavdeling	
Utvikle strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen	Klinisk utdanningsavdeling/NST	
Det skal etableres kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.	Diagnostisk klinikk	
Utvikle og implementere tiltak i Strategi for leder- og ledelsesutvikling i Helse Nord.	HR	
Bidra til å utvikle regional HR-strategi og handlingsplan for rekruttering som oppfølging av Strategisk kompetanseplan del 2.	HR	
Fortsette arbeidet for å redusere uønsket deltid og arbeide for en heltidskultur	Alle	

5.1 Helse, miljø og sikkerhet		
Følge opp resultatene av medarbeiderundersøkelsen (MU) på en systematisk måte og gi ledere nødvendig støtte til oppfølgingsarbeidet, samt bidra til å utvikle MU-konseptet og forberede gjennomføring av MU i 2016.	Alle / HR	
Handlingsplan for helse, miljø og sikkerhet skal oppdateres årlig, i nært samarbeid med vernetjenesten	Alle /KA	
Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Primært skal dette gjøres internt mellom egne sykehus, men også på tvers av helseforetakene for egnede områder av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer.	Sykehusledelsen	
6 Forskning og innovasjon		
Det skal utvikles strategier og planer med tiltak som kan bidra til å nå målene i HelseOmsorg21 i samarbeid med regionalt helseforetak.	Klinisk forskningsavdeling	
For å øke nytten av offentlig finansiert klinisk forskning, skal det innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av kliniske studier eller helsetjenesteforskning.	Klinisk forskningsavdeling	
Det skal etableres rutiner for formidling og implementering av forskningsresultater	Klinisk forskningsavdeling	
Bidra i arbeidet med å utarbeide ny forskningsstrategi i Helse Nord	Klinisk forskningsavdeling	
Data fra kvalitetsregistrene skal nyttiggjøres til forskningsformål. Flere forskningsprosjekter må realiseres med bruk av data fra nasjonale kvalitetsregistre	Klinisk forskningsavdeling/Klinikker	
Det skal vurderes gjennomført førkommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012.	NST	
Infrastruktur, utprøvningsenheter og støttefunksjoner for kliniske studier skal styrkes.	Klinisk forskningsavdeling	

Sak 23/2015 - vedlegg 2

Sikre og videreutvikle humane miljøgiftanalyser som ledd i global helseforskning	HLK/AMM?	
--	----------	--

Blått = tilordnet sykehusledelse/stabsenheter

Kursiv= foretaksspesifikke krav



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.3.2015
Saksansvarlig: Arthur Revhaug		Saksbehandler: Line Lura

Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2014

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2014* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Sammendrag

Rapporten *Ledelsen gjennomgang for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)* har som mål å synliggjøre virkningen av internkontrollen. Gjennomgangen behandles av Kvalitetsutvalget og Arbeidsmiljøutvalget, og rapporteres til styret.

Ledelsens gjennomgang for 3. tertial 2014 viser at UNN har prosesser, systemer og rutiner på plass for å kunne sikre styring og internkontroll. Gjennomgangen avdekker noen svakheter i og områder for forbedring av det etablerte systemet. Systematisk risikostyring er fortsatt ikke godt nok implementert, og det er utfordringer knyttet til vedlikehold av styrende dokumenter. Antall meldte avvik øker og dette vurderes fortsatt å være uttrykk for bedring av meldekulturen.

Resultatene fra gjennomgangen viser at den vanligst årsaken til avvik fortsatt er at etablerte rutiner og prosedyrer ikke blir fulgt. Dette følges opp både lokalt og nasjonalt med utvikling av et mer hensiktsmessig klassifiseringssystem som skal gjøre det lettere for ansvarlige ledere å vurdere og følge opp slike avvik.

UNN har hatt høy forekomst av sykehusinfeksjoner og derfor i 2013 og 2014 blant annet derfor lagt vekt på å følge opp Pasientsikkerhetsprogrammet generelt og infeksjonsforebyggende tiltak spesielt. Gjennomgangen viser at dette har virket slik at forekomsten av sykehusinfeksjoner nå ligger nær landsgjennomsnittet.

Direktøren vurderer det som krevende å integrere internkontroll og risikostyring i det daglige på en måte som oppleves relevant i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i fagmiljøene. Ledelsens gjennomgang er et nyttig og nødvendig tiltak i denne sammenhengen. Direktøren anbefaler at styret godkjenner rapporten.

Bakgrunn

Styrebehandling og gjennomføring av Ledelsens gjennomgang av internkontrollen er et krav i oppdragsdokumentet til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Det er derfor 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. Den informasjonen som ligger i de avdekte forholdene (avvik), interne og eksterne revisjoner, er svært verdifull, 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 og kontinuerlig med å etablere og forbedre rutiner og prosesser som er nødvendige for å dokumentere et tilstrekkelig system for internkontroll. Kvalitetsutvalget, Arbeidsmiljøutvalget og direktørens ledergruppe oppfatter at oppfølgingen av resultatene fra internkontrollen er blitt noe bedre, men at det er fortsatt et forbedringspotensial. Gjennom Fag- og forskningssenteret (FFS) arbeides det videre med bedre systematikk i måten aktivitetene i internkontrollen skal utføres på. Den pågående innføringen av kvalitetsinformasjonssystemet UNN KIS vil gi et godt 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. Risikostyringen er fortsatt under utvikling, og det legges nå konkrete planer for hvordan det er mulig å gjøre en omfattende risikovurdering av alle viktige områder i foretakets virksomhet fra 2015, som et viktig, integrert ledd i virksomhetsstyringen. FFS gjennomførte en pilot for en klinisk avdeling i Barne- og ungdomsklinikken oktober 2014.

Styrende dokumenter

UNN har nå 17 993 dokumenter som inngår i kvalitetssystemet. Det er fortsatt flere nytgivelser av dokumenter enn det antallet som trekkes tilbake. 8 % av dokumentene er ikke vedlikeholdt og revidert innen fristen (9 % 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 dermed for at UNN skal kunne leve opp til visjonen. UNN har fortsatt en stor utfordring med for mange parallelle og overlappende prosedyrer mellom enhetene. Disse bør samles i færre, felles prosedyrer. Kvalitetsutvalget vil fokusere nærmere på dette langsiktige og utfordrende arbeidet i 2015.

Avviksbehandlingen

Det er en jevn økning i antall meldte avvik i foretaket, og antall avviksmeldinger er 1 867 i 3. tertial 2014, noe som er 22 % økning sammenlignet med 3. tertial 2013. Det er fortsatt avvik som ikke behandles av leder innen den fristen som er satt i nesten alle klinikker, men med ujevn fordeling mellom klinikkene.

Rutine/prosedyre ikke fulgt er fortsatt den største årsak til avvik. Kvalitetsutvalget vedtok at denne årsaken skulle byttes ut med teksten *Skriftlig rutine ikke fulgt*. Dette er gjennomført og iverksatt fra og med 1.1.2015. FFS vil foreta en ny analyse av *Skriftlig rutine ikke fulgt* i ledelsens gjennomgang tredje tertial 2015.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt mandat til å utarbeide felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser. Arbeidsgruppen har hatt representanter fra Kunnskapssentret, de fire helseregionene 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 3. tertial 2014 gjennomført ni interne revisjoner i UNN, herav to revisjoner sammensatt av flere tema. 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

Det er for alle klinikker er i dialogavtalen for 2015 stilt 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. Metodene for Global Trigger Tool (GTT), trygg kirurgi, forebygging av selvmord og overdoser samt behandling av hjerneslag er implementert. Samstemming av legemiddellister ved innleggelse er pilotert ved Hjertemedisinsk avdeling i Hjerte- og lungeklinikken, og rapport vil foreligge i løpet av 1. tertial. Resultater fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er meldt tilbake til klinikker og avdelinger.

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. Tiltak forslått av et utvalg ledet av UNNs smittevernoverlege har vært iverksatt og fulgt opp. Det rapporteres etter 3. tertial 2014 god gjennomføringer av smittevernvisitter, der det blant annet er fokus på korrekt bekledning og at ansatte har fått opplæring i håndhygiene.

Prevalensregistrering av sykehusinfeksjoner fra november i fjor viser en nedgang i forekomst av sykehusinfeksjoner sammenlignet med 2013, og UNN er nå nær landsgjennomsnittet. Tall fra Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS) viser at andel pasienter som får dype infeksjoner etter de fleste inngrep som registreres har gått ned. Det er god oppfølging av alle inngrep og samlet nås målet om oppfølging over 95 %.

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

Miljø

I denne rapporten er det tatt ut tall på gjennomføring av e-læringskurs innenfor miljøområdet. Det er 4 111 ansatte som har gjennomført kurset i 2014. Målet er at alle ansatte skal ha gjennomført kurset i løpet av 2015.

Helse- miljø og sikkerhet

Det er en økning i antall meldte personalskademeldinger. Det store antall registrerte personalskader skjer i hovedsak i Psykisk helse- og rusklinikkens akuttposter. Klinikken er kjent med utviklingen, og har bestilt en risikovurdering av arbeidet ved sine akuttmottak for å redusere risiko for personalskader.

Medvirkning

Rapporten er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg og Arbeidsmiljøutvalget og drøftet med foretakstillitsvalgte i egne møter 9-11.3.2015. Protokoller fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg har spesielt merket seg fristbruddstallene i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken samt Nevro- og ortopediklinikken. De er også opptatt av at KVAM-strukturen i klinikkene fungerer, ettersom de anser den som viktig for arbeidet med kvalitet og erfaringsoverføring.

Foretakstillitsvalgte etterlyste en bedre registreringspraksis knyttet til registreringssystemet GAT.

Arbeidsmiljøutvalget vektla i sin gjennomgang en bedre og mer gjennomgående meldekultur for avviksregistrering, og tok saken til orientering.

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. Den etablerte systematikk som avdekker områder som må forbedres. Dette er et kontinuerlig forbedringsarbeid som er tidkrevende og som krever ledernes oppmerksomhet. UNN fortsetter arbeidet med styrking av styringsstrukturer, prosessforbedringer og bedring av resultater. Denne gjennomgangen viser at UNN totalt sett 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 viktige data som er 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 på litt sikt bli samordnet med Helse Nord LIS, og gi vesentlig bedre ledelsesinformasjon, og gi et viktig bidrag til internkontrollen i foretaket.

Direktøren vurderer det som krevende å integrere internkontroll og risikostyring i det daglige arbeidet på en måte som oppleves relevant i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i fagmiljøene. Det vurderes som positivt og et uttrykk for bedret meldekultur at det meldes flere avvik, samtidig som det gjøres fortløpende vurderinger i alle enheter av om økningen også kan skyldes reell økning i uønskede hendelser. Fokuset på infeksjonsforebyggende arbeid spesielt og Pasientsikkerhetsprogrammet generelt vil bli opprettholdt. På nasjonalt nivå arbeides det i forbindelse med Nasjonal sykehusplan med å utvikle felles metode for å oppnå bedre integrering mellom internkontrollen og risikostyringen og det tradisjonelle kvalitetsarbeidet i fagmiljøene.

Sak 24/2015

UNN er nå miljøsertifisert, og det forplikter oss til å være bevisst på å ha en bærekraftig drift og begrense forurensing. Oppfølging av forpliktelsene i miljøstrategien er en viktig satsing i 2015. Mange av tiltakene som gjøres for å oppnå bedre driftsøkonomi vil også ha gunstige effekter på foretakets måloppnåelse i forhold til påvirkning av det ytre miljø.

Konklusjon

Arbeidet med internkontroll og kvalitet er langsiktig. Det er direktørens oppfatning at tertialvise gjennomganger i Kvalitetsutvalget, Arbeidsmiljøutvalget og styret utgjør et viktig bidrag til å sikre at internkontrollen blir mer hensiktsmessig og virkningsfull for UNN som organisasjon.

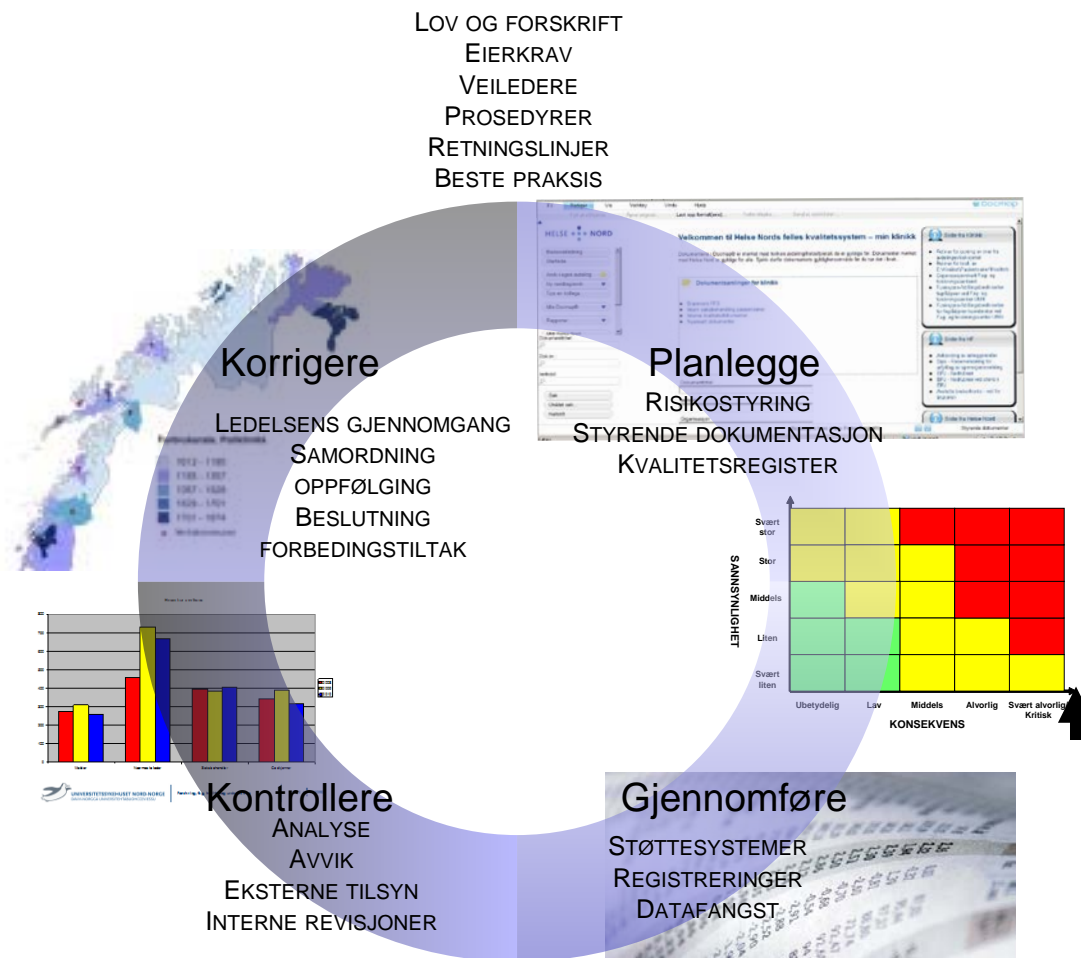
Tromsø, 13.3.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Rapport - Ledelsens gjennomgang 3.tertial 2014

Ledelsens gjennomgang 3.tertial 2014

Styringshjul



Figur 1 Styringshjul for kvalitetsstyring (ISO)

Innhold

Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2014.....	2
Formål	2
Sammendrag.....	3
Risikostyring	4
Kvalitetsinformasjonssystem UNN KIS	4
Styrende dokumenter.....	4
Status dokumentvedlikehold	4
Avviksbehandlingen.....	5
Meldeutvikling i 3.tertial 2014.....	5
Åpne avvik i saksbehandling hos nærmeste leder.....	6
Kategorier av meldte avvik	7
Årsaker til avvik.....	7
Pasienthendelser § 3.3 meldinger.....	8
Nasjonalt klassifikasjonssystem.....	8
Konklusjon	9
Interne revisjoner.....	9
Tilsyn.....	10
Pasientsikkerhet.....	10
Nasjonal handlingsprogram for pasientsikkerhet.....	10
Pasientklagesaker	11
Smittevern	12
Prevalensregistrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner våren 2014	12
NOIS.....	15
Helse, miljø og sikkerhet.....	18
Skademelding personal	18
Miljø.....	19
Gjennomføring av e-læring	19
Ledelsens gjennomgang foretaksnivå	19
Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring	19
Kvalitetskulturen i UNN	22

Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2014

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.

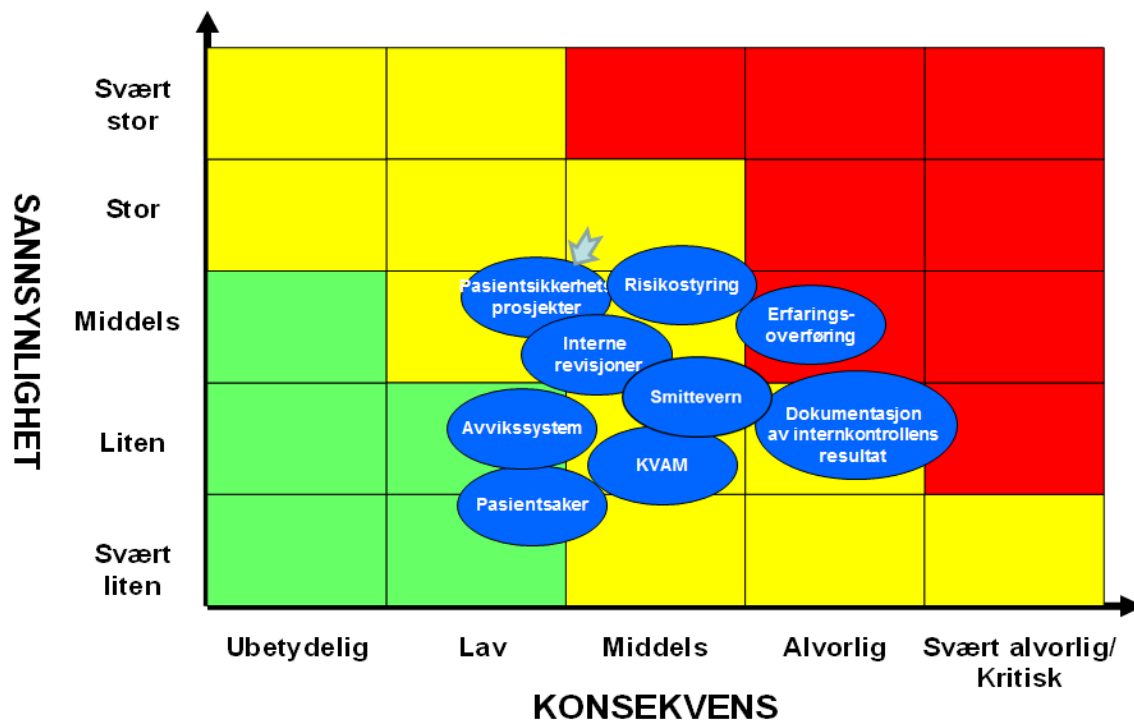
¹ Internkontroll: Det styringssystem organisasjonen må ha for å sikre at lover og forskrifter følges.

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.

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 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 med et overordnet system for risikovurdering og det er gjennomført en pilot på Barne- og ungdomsklinikken i 3 tertial 2014. Det vil bli gjennomført nye risikovurderinger i 2015.

Den enkelte klinikk er ansvarlig for å initiere egne risikovurderinger. FFS kan bistå på forespørsel.

Kvalitetsinformasjonssystem UNN KIS

UNN KIS er et kvalitetsinformasjonssystem til hjelp i overvåking og forbedring av kvalitet i tjenestene. Dette skal være støtte til fagmiljøene i UNNs strategiske satsninger blant annet innen kvalitet og pasientforløp. Dagens manuelle indikatorark kan med fordel fases ut for et automatisert informasjonssystem. UNN-KIS utvikles fortløpende, og er teknisk sett satt i drift.

UNN KIS inneholder nå 152 kvalitetsindikatorer, hvorav 80 er validert / godkjent. Verdier fra UNN KIS blir brukt i virksomhetsrapporteringen.

Superbrukere innbys til faglig oppdatering i systemet i egne samlinger ca 1 gang hvert kvartal. Utvikling av monitoreringssystem for kreftforløpspakker settes i drift ultimo mars 2015, og omfatter rapportering/varsling og analyse av kreftforløp etter så vel nasjonale og lokale standarder.

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 er sannsynligvis på grunn av at det pr 1. desember 2014 ble innført automatisk pålogging i Docmap. Det er over 230.000 oppslag pr måned i prosedyresamlingene i Docmap. Med utstrakt bruk av prosedyrer i Docmap er det viktig at innholdet er kvalitetssikret, oppdatert og gyldig.

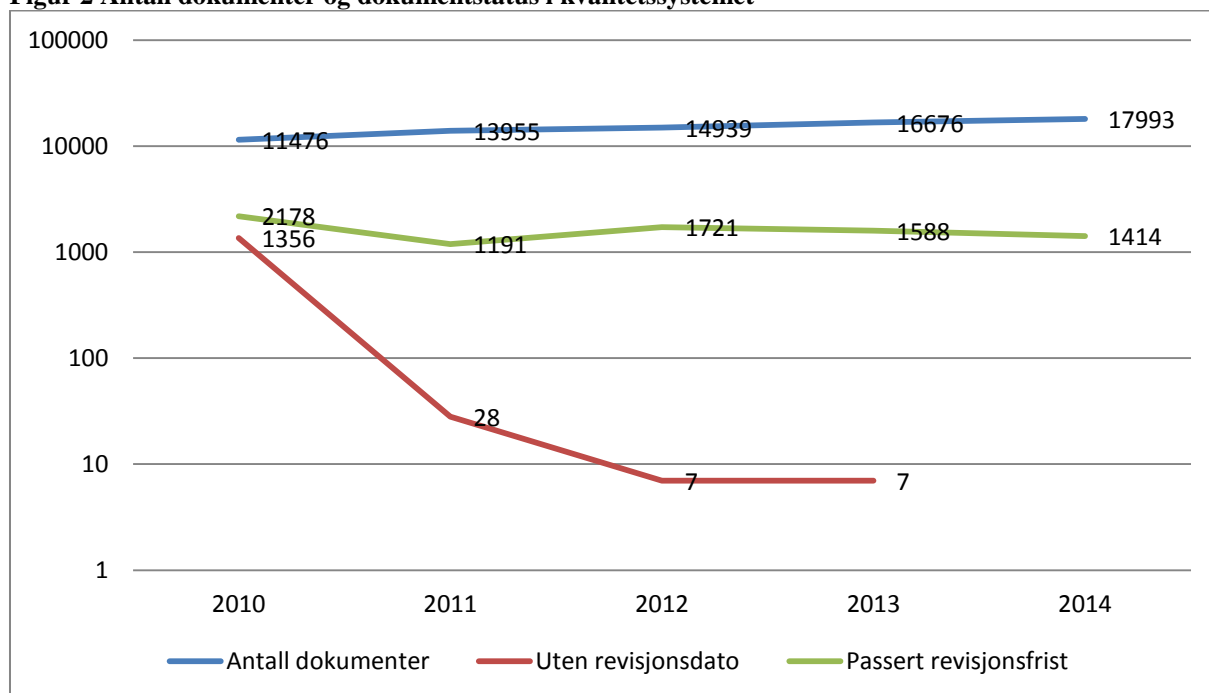
UNN har nå 17993 dokumenter i Docmap, noe som er en økning på 428 dokumenter fra forrige tertial rapport. Av disse er det 1414 som er gått ut på dato og skulle vært revidert. Dette er en nedgang på 96 fra forrige tertial rapport (1510 ved utgangen av 2. tertial, fremgår ikke av figuren). Målet er at alle dokumenter skal være revidert innen frist.

Revisjonsvarsel i Docmap går nå som normalt og vi ser en nedgang på antall dokumenter som har overskredet revisjonsvarsel. FFS vil nå videreføre sitt arbeid med å sende ut varsel til klinikkene over dokumenter som er overskredet frist med mer enn 3 måneder. Dokumenter som ikke er revidert innen 1 måned etter varsling vil FFS trekke tilbake.

Det er trukket tilbake 379 dokumenter i 3. 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 overvåking av antall og vedlikehold av dokumenter må fortsette.

Økningen i dokumenter er i hovedsak på disse typer dokumenter: Dokumentsamlinger, sjekklister og prosedyrer.

Figur 2 Antall dokumenter og dokumentstatus i kvalitetssystemet



Avviksbehandlingen

Det er fortsatt en tydelig økning av avviksmeldinger.

Etter direkte uttrekk fra Docmap, ser vi sammenlignet med forrige år 2013 er økningen i størst på avvik annen avdeling (60 % økning) og avvik egen avdeling (40 % økning).

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.

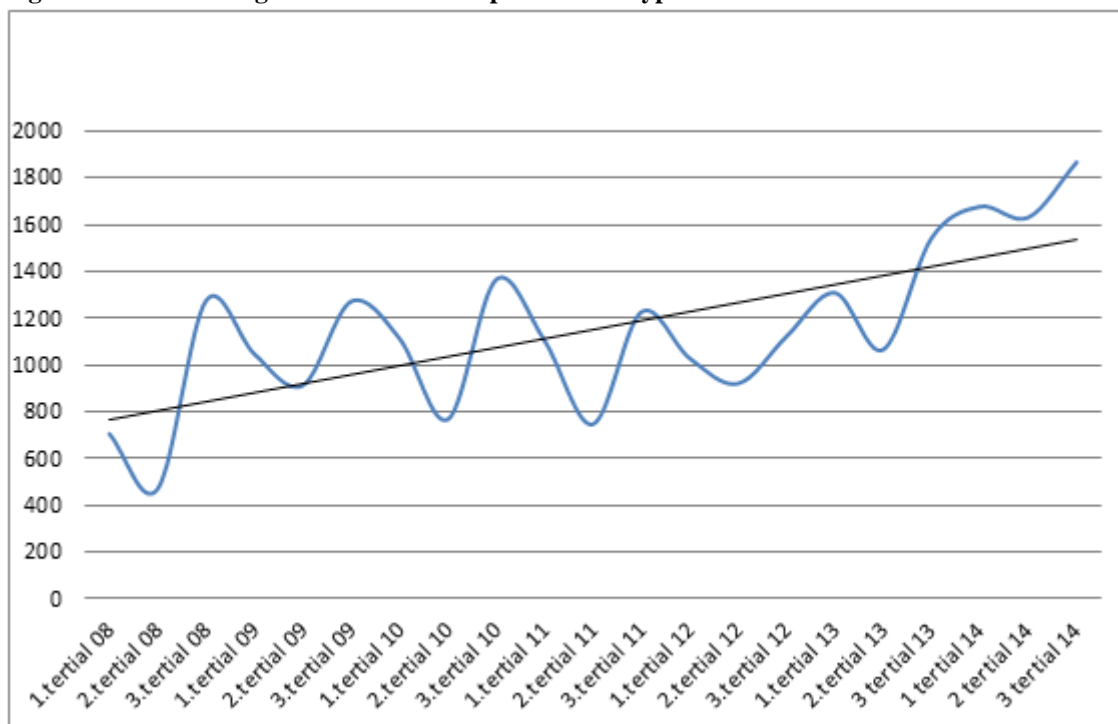
FFS har utviklet 2 kurs i avviksmelding og behandling som e-læring i Campus. Dette er «Hvordan melde avvik i Docmap» og «Behandle avvik i Docmap»

Meldeutvikling i 3.tertial 2014

Meldeutviklingen øker med 22 % i forhold til 3.tertial 2013. Det er registrert 1867⁴ avvik på hendelsestype i Docmap i 3. tertial 2014. I 3. tertial er det 819 unike meldere som har meldt avvik.

⁴ Avvik relatert til faglig virksomhet i laboratorier holdes utenom denne statistikken. Avvik i laboratorier håndteres særskilt.

Figur 3 Meldeutvikling i UNN HF uttrekk på hendelsestyper



Åpne avvik i saksbehandling hos nærmeste leder.

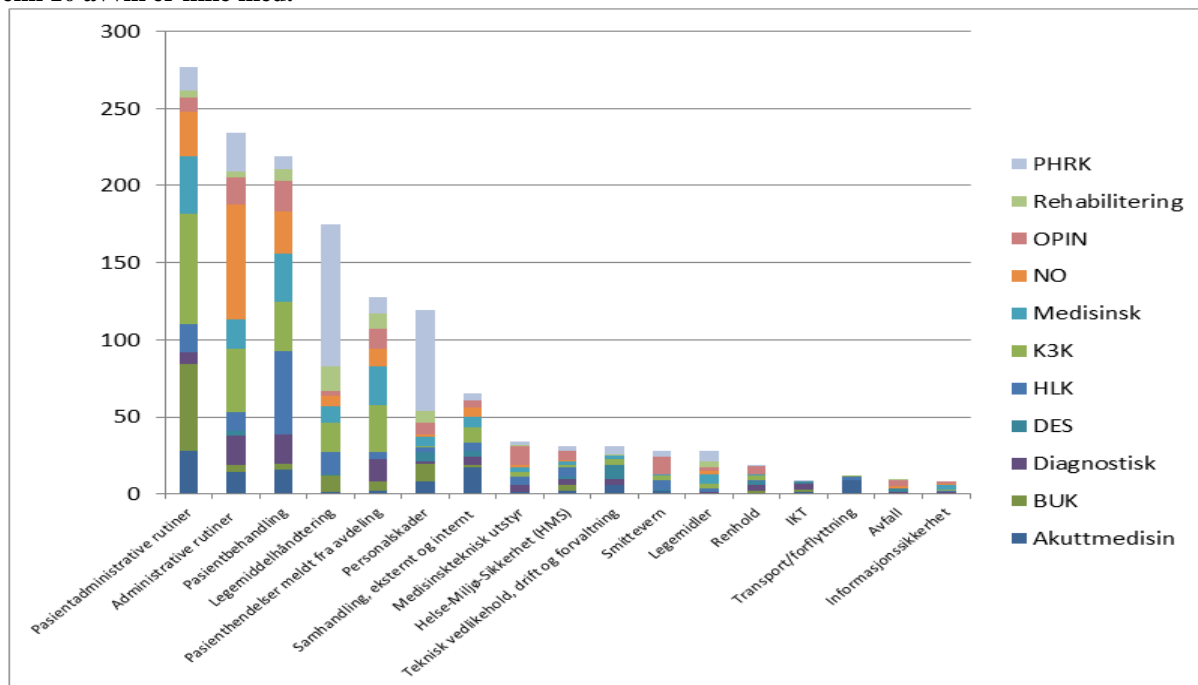
Totalt er det 682 avvik meldt i 2014, som ikke er ferdig behandlet.

Pr 11.2.2015 er 227 avvik som ligger ubehandlet hos nærmeste leder. Av disse er det 177 med passert frist.

Pr. 11.2.2015 er frist for lukking gjennomsnittlig overskredet med 120 dager (median 83). Det bør jobbes aktivt for å få lukket avvik innen tidsfrist.

Kategorier av meldte avvik

Figur 4 Kategorier avvik meldt 3.tertial. Kategorier med færre enn 10 avvik og klinikk/senter med færre enn 10 avvik er ikke med.



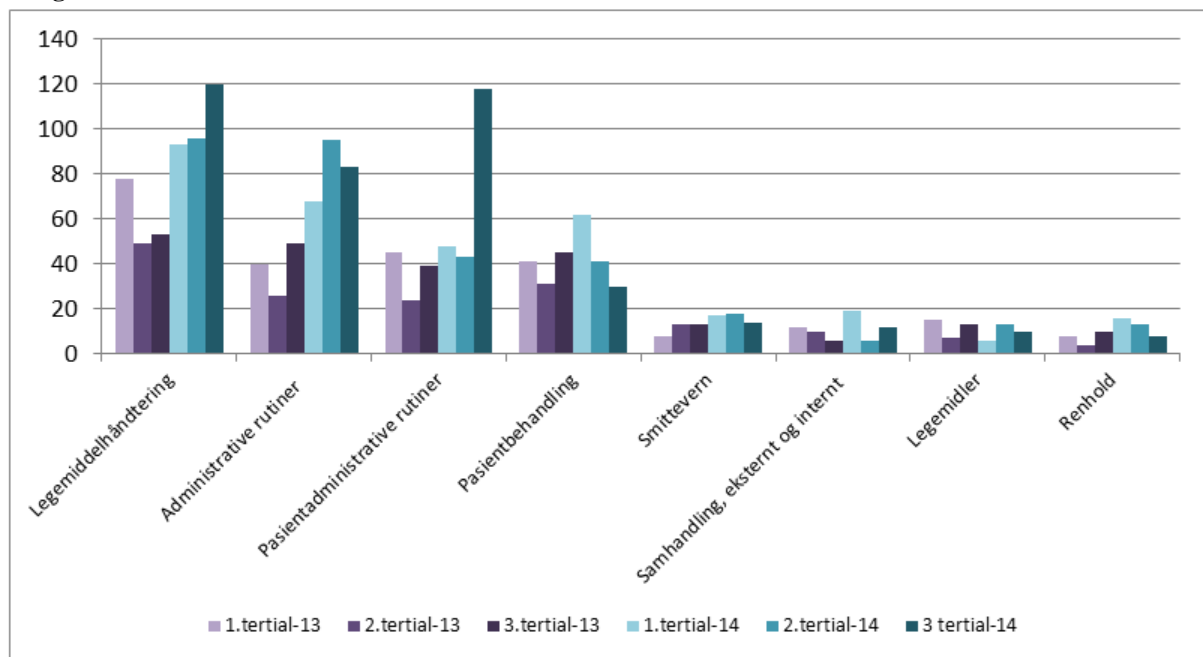
Årsaker til avvik

Av totalt antallet avvik som meldes med årsak "Rutine/prosedyre ikke fulgt fra", ligger stabilt på rundt 30 %. Dette er fortsatt den klart største angitte årsaken i meldte avvik. I 2015 er denne årsaken endret til «skriftlig rutine ikke fulgt og FFS vil gi en ny analyse av denne årsaken i 3 tertial 2015.

Figur 5 Årsaker til avvik 3 tertial 2014. Cut off på 15 hendelser i visningen



Figur 6 Årsaken «Rutine/prosedyre ikke fulgt» fordelt på kategoriene den er meldt i. Kun de 8 største kategoriene vises.



Det er en vesentlig økning i hendelsestype «pasientadministrative rutiner». Dette omhandler i hovedsak avvik på manglende registreringer i DIPS.

Pasienthendelser § 3.3 meldinger

I 3. tertial 2014 har UNN meldt 88 saker til Nasjonalt kunnskapssenter om hendelser som har ført til eller kunne ha ført til alvorlig skade på pasient. Dette ble meldt 75 saker i 3 tertial 2013. Alle saker 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.

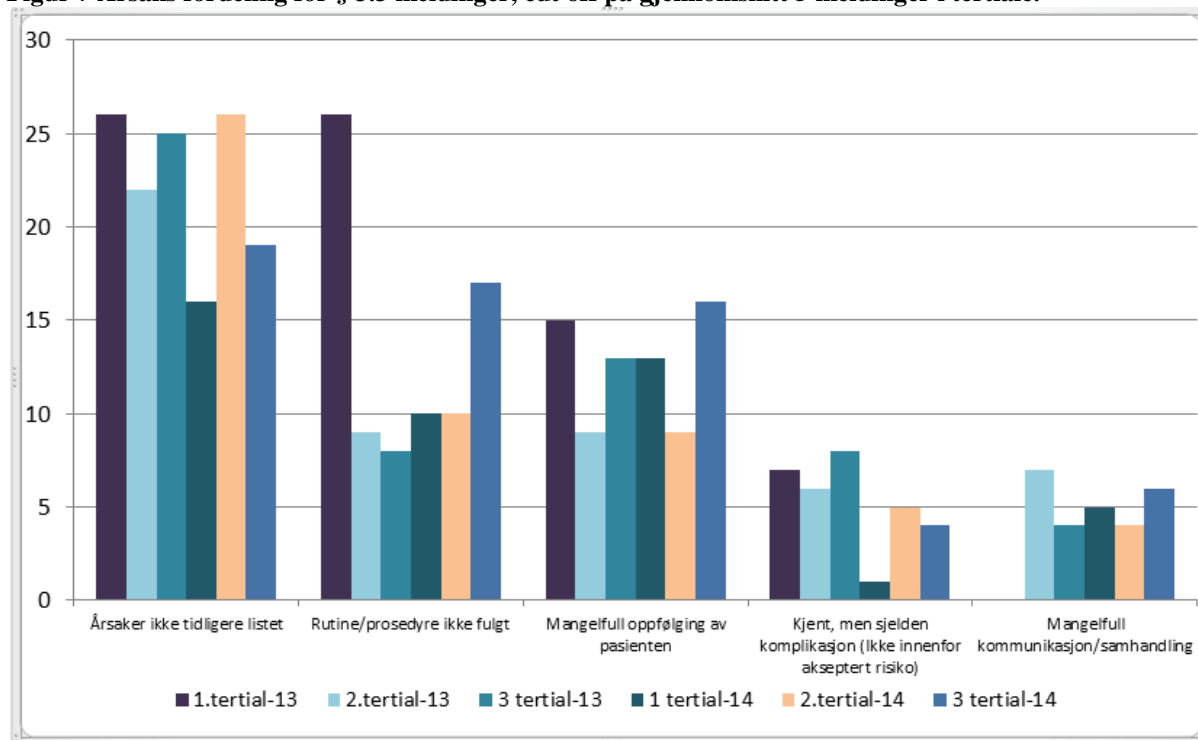
Utgangspunkt og premisser for klassifikasjonssystemet er *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*⁵ (heretter kalt WHO-klassifikasjonen). Arbeidsgruppens forslag til klassifikasjon er en forenkling og norsk tilpasning av WHO-klassifikasjonen. De valgte kategorier er basert på erfaringer fra Meldeordningen, de regionale helseforetakene og Statens Strålevern.

Arbeidsgruppen har hatt representanter fra Kunnskapssentret, de fire helseregioner og statens strålevern. Arbeidsgruppens forslag skal testes i helseforetak som utpekes av arbeidsgruppens medlemmer. I helse Nord er det Nordlandssykehuset som er pilot.

⁵ *Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety version 1.1. Technical Report*. 2009 [cited 2014 28.3]; WHO/IER/PSP/2010.2]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf.

Nordlandssykehusets Pasienthendelsesskjemaet i Docmap blir oppdatert med ny klassifikasjoner og test er planlagt gjennomført i februar/mars 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 vesentlig økning i antall meldte avvik. Antall unike brukere som har meldt avvik har en økning fra var 707 i 3. tertial 2013 til 819 i 3. tertial 2014. Dette kan indikere at økningen i meldte avvik først og fremst skyldes bedret meldekultur, selv om en reell økning i avvik ikke kan utelukkes. Fremover bør det være spesielt fokus på om det er tegn til økning i arbeidsbelastning, uttrykt som samtidighetskonflikter. En stor andel av pasienthendelser blir gitt «årsak ikke tidligere listet». Valg av bakenforliggende årsaker vil få endring ved innføring av nytt nasjonalt klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse.

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 til og med 3. tertial. FSS har utarbeidet en oversikt over avvik og læringspunkter. Dette er vedlegg 1 i rapporten.

Tabell 1 Gjennomførte internrevisjoner pr 3 tertial 2014.

Tema – Revisjoner planlagt til 1 og 2. tertial 2014	Sted	Tertial		
		1	2	3
Forskningsprosjekt i UNN -HF. Re-Shape studien Foreslått av FFS med bakgrunn på eksternt tilsyn (DT)	Hjerte- og lunge klinikken		x	
Opplæring i MTU oppfølging av pålegg fra DSB Foreslått av Fag- og forskningssjefen, UNN-HF	Hjertemedisinsk avd, Nevro- og ortopedi klinikken K3K Narvik og Akuttmedisinsk klinikk	x	x x	x
Miljørevisjon <ul style="list-style-type: none"> • Forurensing – Ytre miljø – avfallshandtering av kjemikalier • Avfall – Kildesortering • legemiddelhandtering – avfall • Substitusjonsplikt innkjøp 	Patologisk avdeling Barneavdelingen		x	
Forskningsprosjekt i UNN HF. Prosjekt B Foreslått av FFS på bakgrunn av eksternt tilsyn (DT) Norsk register for analinkontinens	Dokument gjennomgang		x	
Etterlevelse av Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus	Gastroenterologisk kirurgi Orto-og plastikkirurgisk avdeling		x	
Infeksjonskontrollprogrammet	Hjertemedisinsk avdeling Unn tromsø		x	
Oppfølging av tidligere intern revisjon og eksternt tilsyn. Etterlevelse av blodforskrift og interne prosedyrer på blodbanken	UNN HF Blodbanken			x
Implementering og etterlevelse av prosedyre: «Barn som pårørende»	Medisinsk klinikk			x
KVAM-arbeidet - HMS handlingsplan (2 revisjoner slått sammen)	Diagnostisk klinikk, Drift- og eiendomssenteret og Rehabiliteringsklinikken			x

Tilsyn

Tilsyn behandles i egne rapporter til Kvalitetsutvalget og styret.

Pasientsikkerhet

Nasjonal handlingsprogram for pasientsikkerhet

Programmets tre hovedmål er å:

- redusere pasientskader
- bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Alle klinikker har i dialogavtalen 2014 krav til å implementere relevante innsatsområder i alle aktuelle enheter.

Status innsatsområder i UNN: Se vedlegg 2 i rapporten.

Det er implementeringsaktivitet på de aller fleste sengeposter i forhold til ett eller flere innsatsområder. GTT, Trygg kirurgi, forebygging av selvmord og overdoser og behandling av hjerneslag er implementert ved pålagte enheter.

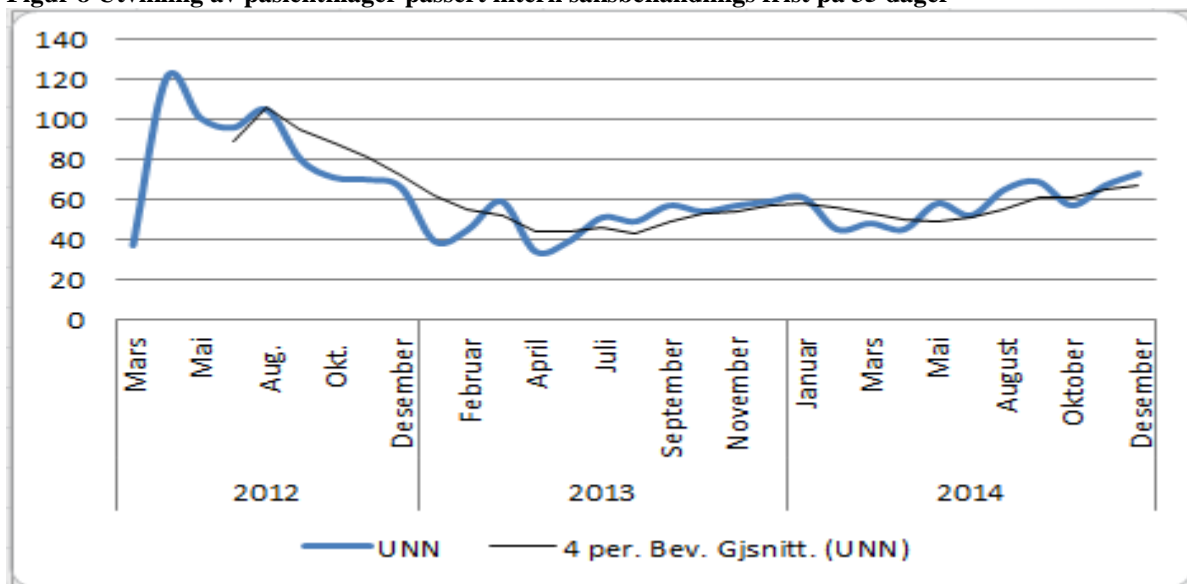
Samstemming av legemiddellister ved innleggelse er pilotert ved hjertemedisin, og rapport vil foreligge i løpet av 1. tertial.

Resultater fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er meldt tilbake til klinikker og avdelinger.

Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på NPE saker i 3. tertial 2014 er 42 dager mot 44 dager i 2013. Det finnes enkeltsaker fra NPE med mer enn 120 dager behandlingstid. NPE saker vedrørende journalinnsyn/kopi er ikke tatt med. 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 har vært en betydelig forbedring i intern saksbehandling av pasientsaker i foretaket i løpet av de siste tre årene. Utvikling i saksbehandlingstid NPE saker passert intern frist har imidlertid stoppet opp og har en liten økning mot årsskiftet 2014.

Tabell 2 NPE saker i 3 tertial 2014 med brutt intern og NPE tidsfrist fordelt på klinikk

Klinikker	Antall saker	Antall passert intern frist 35 dager	Antall over NPE frist 56 dager
Akuttmedisinsk klinikk	1	0	0
Psykisk helse- og rusklinikk	5	3	0
Barne- og ungdomsklinikken	0	0	0
Diagnostisk klinikk	0	0	0
Hjerte- og lungeklinikken	4	2	1
Kirurgi, kreft- og kvinneklinikken	24	14	11
Medisinsk klinikk	2	0	0
Nevro- og ortopediklinikken	18	10	6
Operasjon- og intensivklinikk	0	0	0
Rehabiliteringsklinikken	0	0	0
Andre	55	1	0
Totalsum	109	30	18

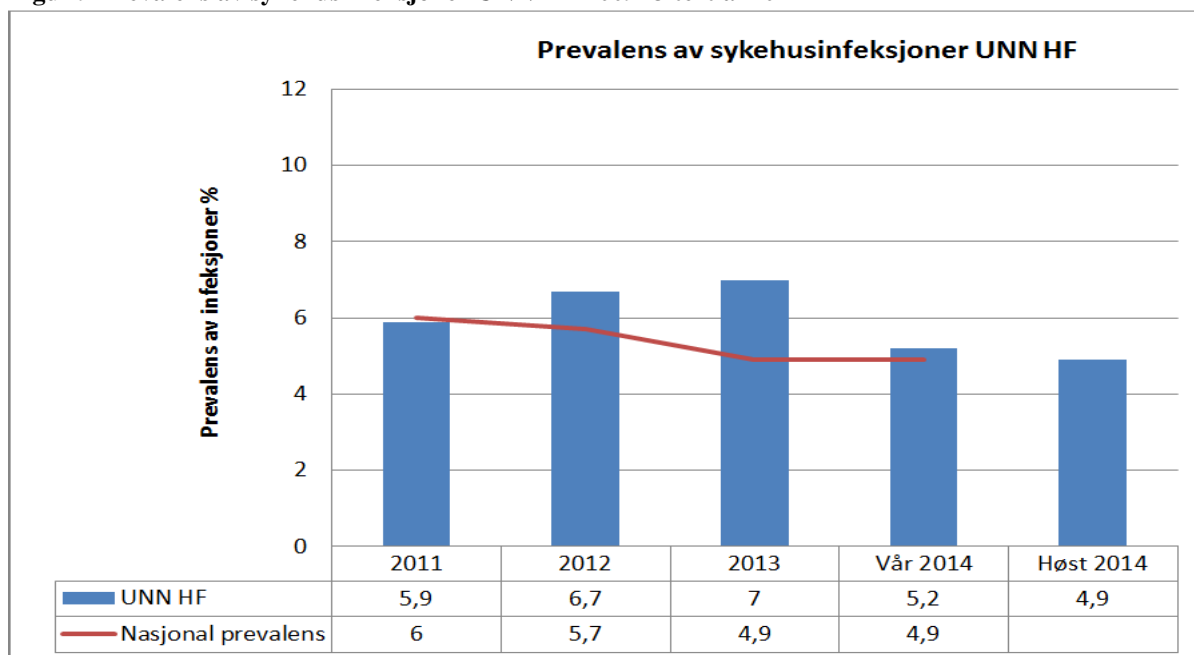
Det er klinikker som overskrider den interne fristen på 35 dager for saksbehandling i mer enn 50 % av sakene.

Smittevern

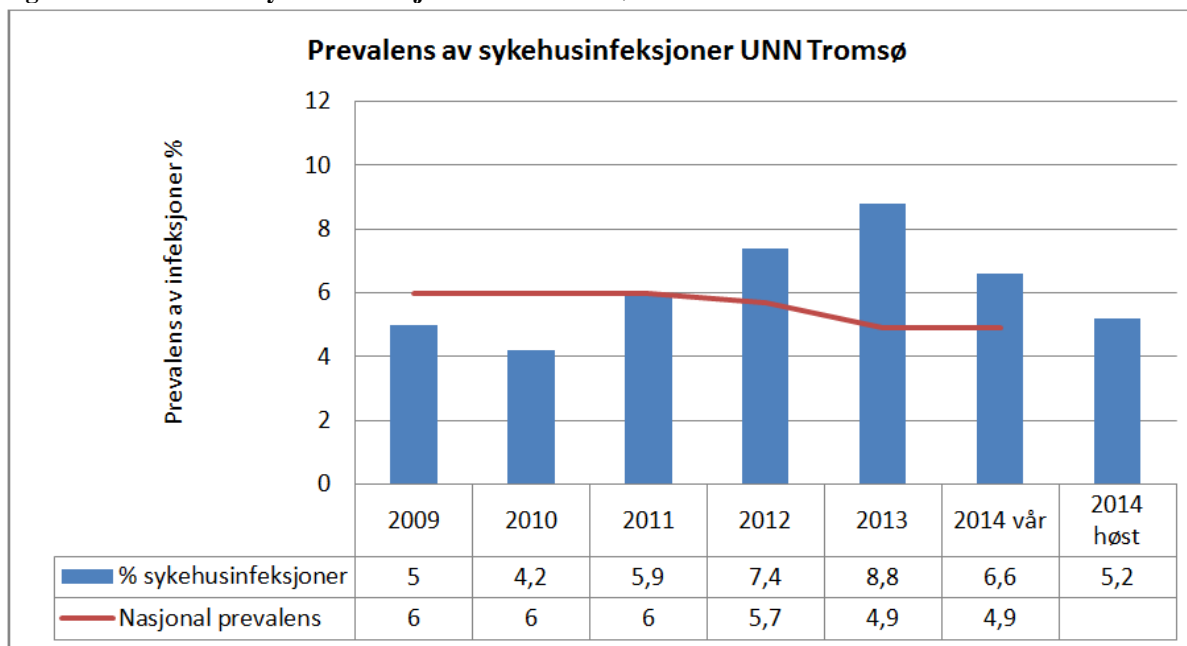
Prevalensregistrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner våren 2014

Den andre av to årlige prevalensregistreringer av helsetjenesteassosierte infeksjoner ble gjennomført 26. november 2014. Dette er en av de nasjonale kvalitetsindikatorerne for helse- og omsorgstjenesten. I Harstad gjennomførte alle aktuelle enheter registreringen, i Tromsø var det fire avdelinger/fagfelt som ikke registrerte, mens i Narvik registrerte ikke de to største enhetene (dette gir da svært usikre prevalenstall). Totalt deltok 386 pasienter i undersøkelsen og 19 infeksjoner ble registrert, noe som gir prevalenstall på 4,9. UNN HF totalt og Tromsø har en nedgang i prevalenstall sammenlignet med våren 2014. Harstad har en økning, mens tallene for Narvik er svært usikre. Nasjonale tall for høsten-14 foreligger ikke ennå.

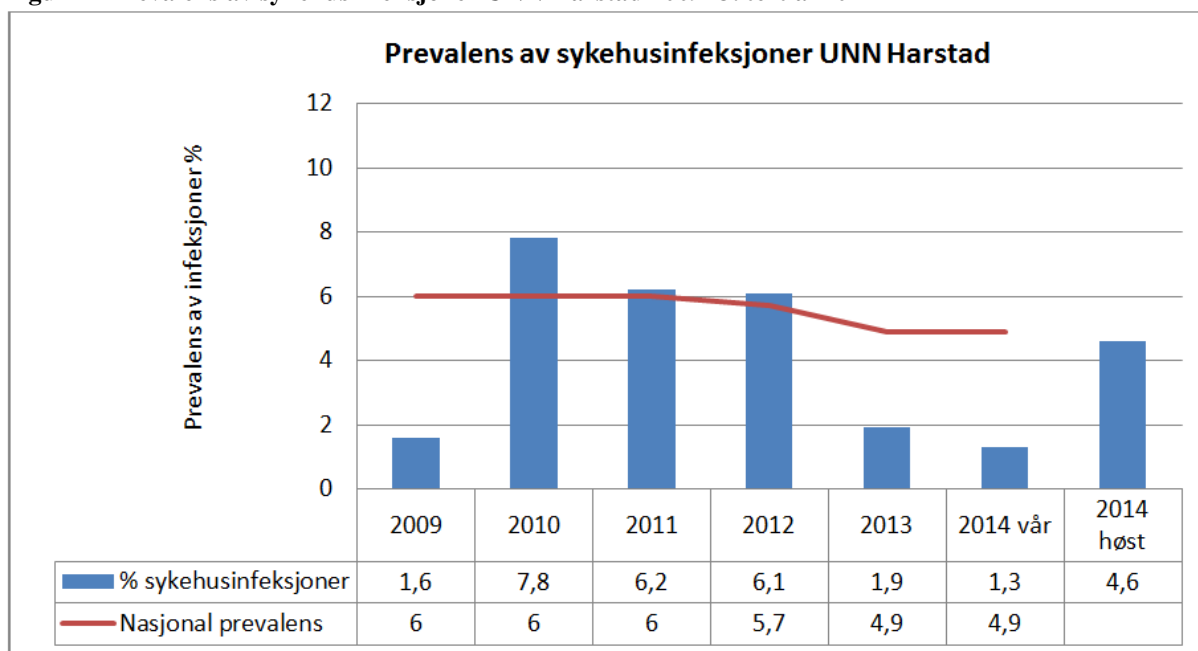
Figur 9 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN HF 2009- 3 tertial 2014



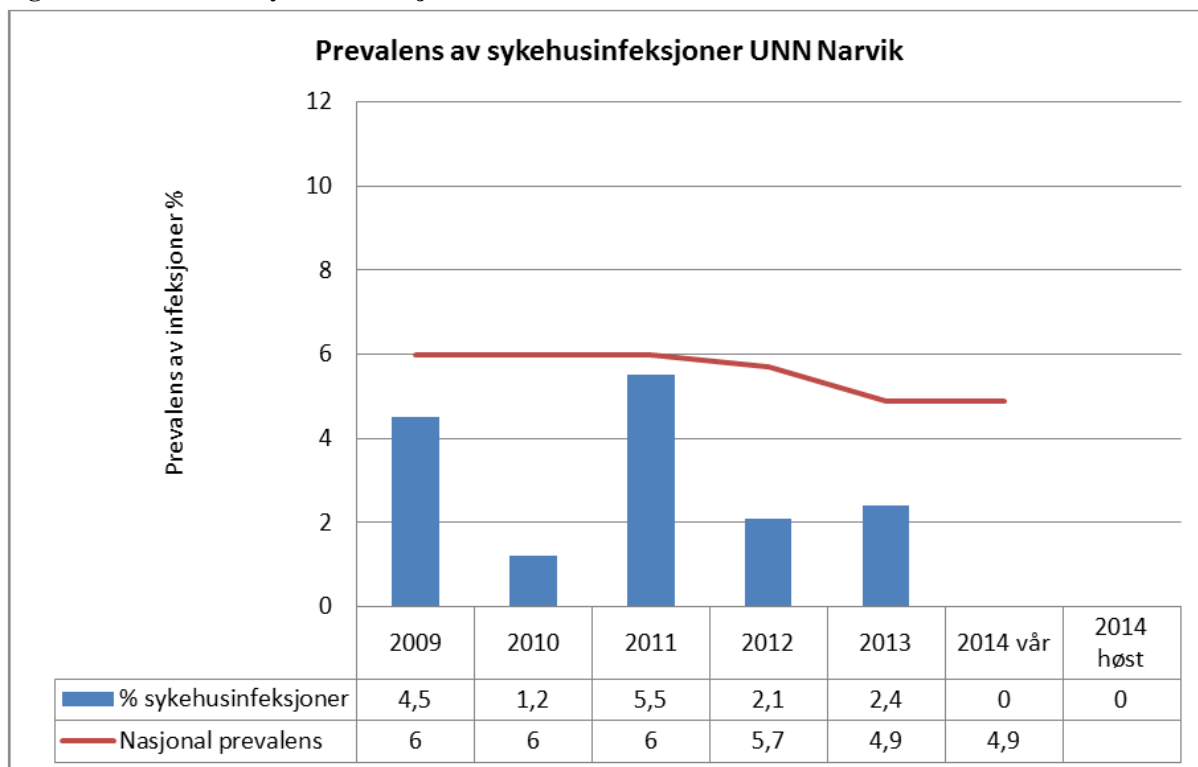
Figur 10 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Tromsø 2009- 3. tertial 2014



Figur 11 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Harstad 2009- 3. tertial 2014



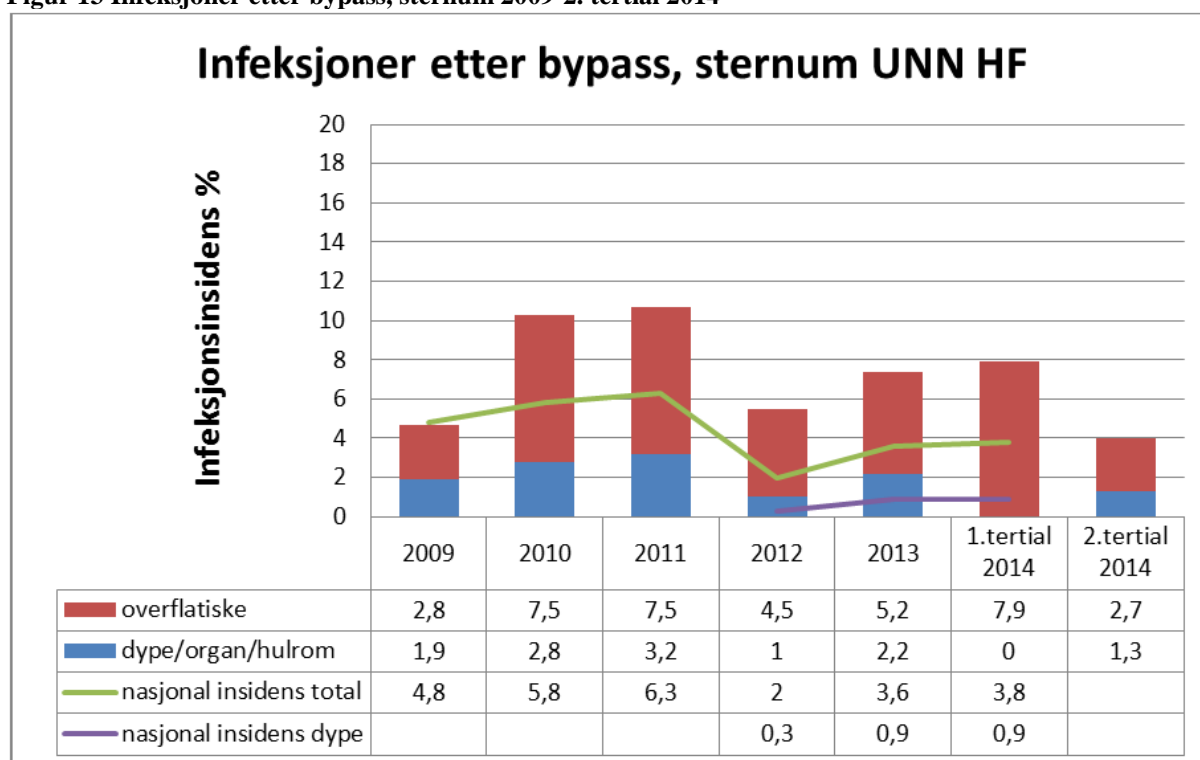
Figur 12 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Narvik 2009- 3. tertial 2014



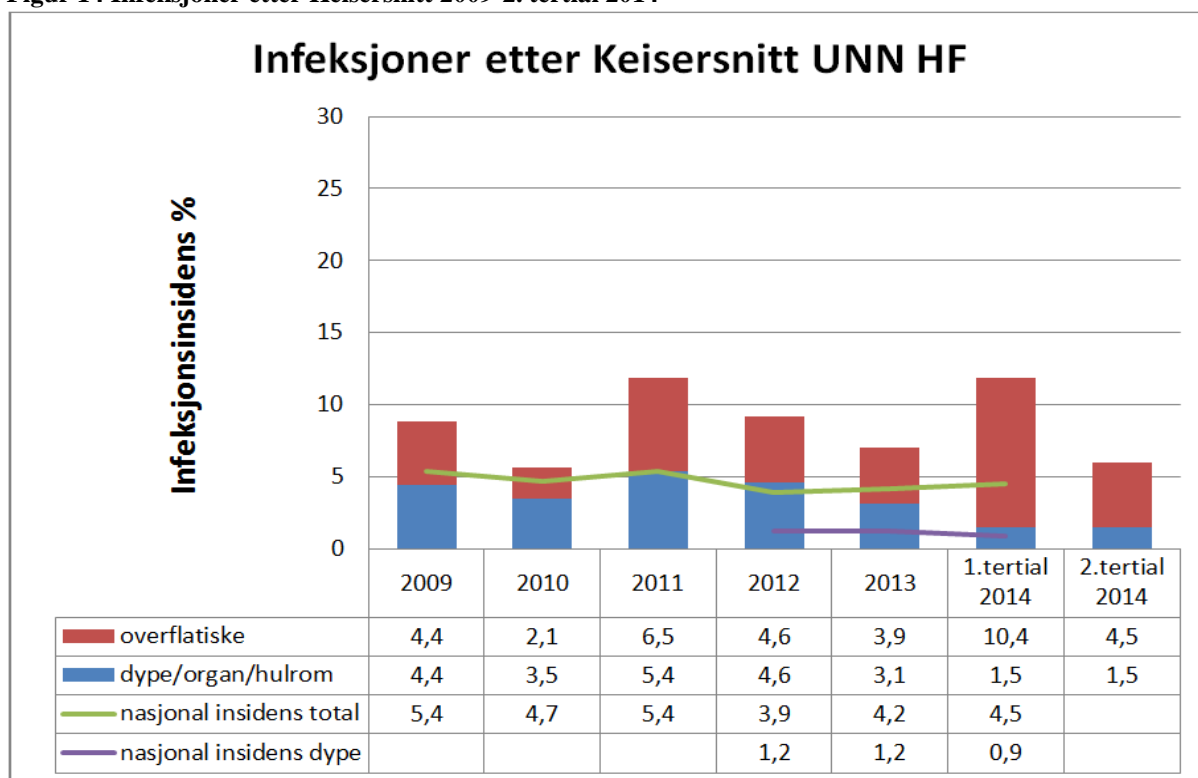
NOIS**Insidensregistrering av sårinfeksjoner etter inngrepene aortakoronarbypass, keisersnitt, innsetting av proteser i hoftledd, kolecystektomi og koloninngrep.**

Tall for 2.tertial 2014 hadde innleveringsfrist til Folkehelseinstituttet 1. desember 2014. Kort oppsummert er det stort sett nedgang i infeksjonsinsidens for alle inngrep ved alle lokalisasjoner med få unntak. Det er generelt god oppfølging, de aller fleste inngrep når UNNs mål om 95 % oppfølging av pasientene. Her følger infeksjonsresultater for alle inngrep for UNN HF totalt. Nasjonale tall for 2.tertial foreligger ikke ennå.

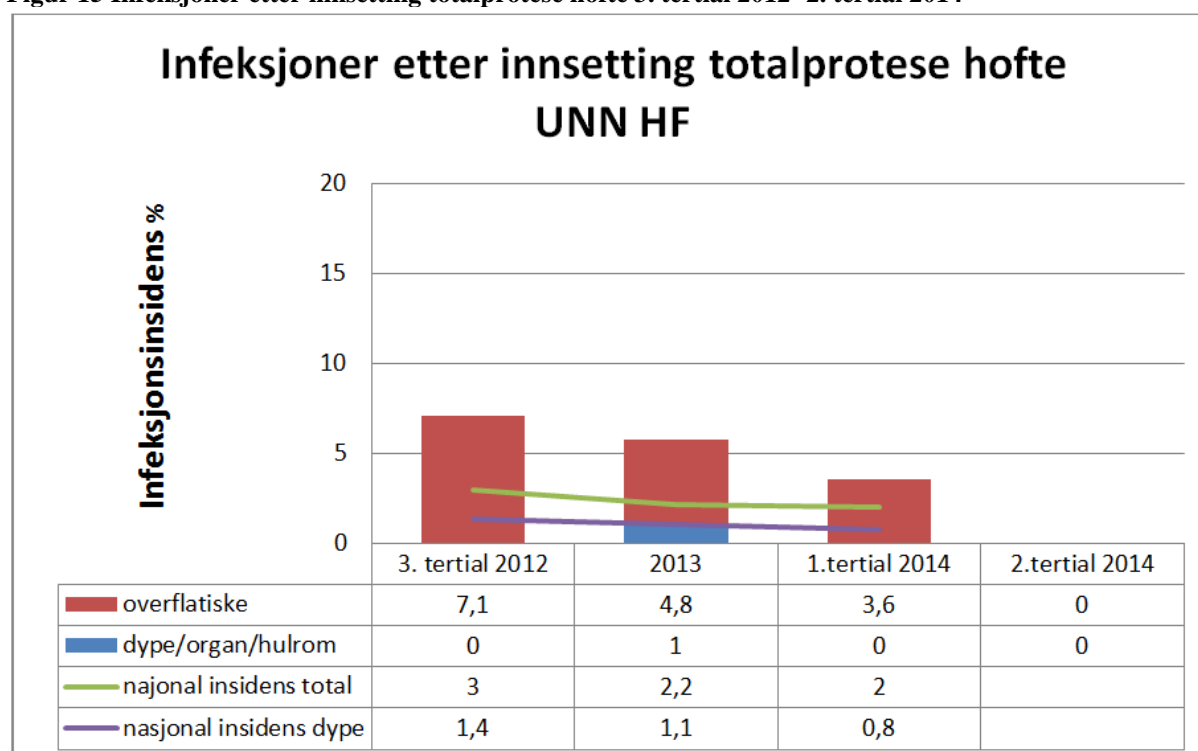
Figur 13 Infeksjoner etter bypass, sternum 2009-2. tertial 2014



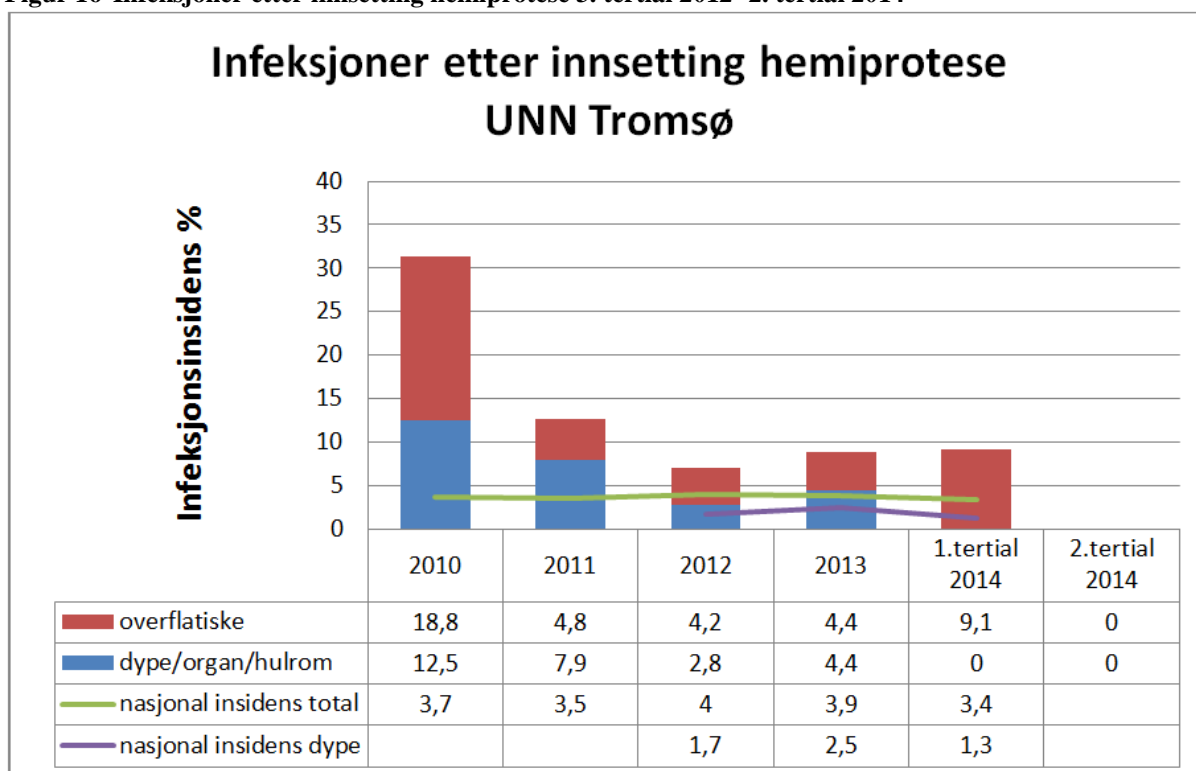
Figur 14 Infeksjoner etter Keisersnitt 2009-2. tertial 2014



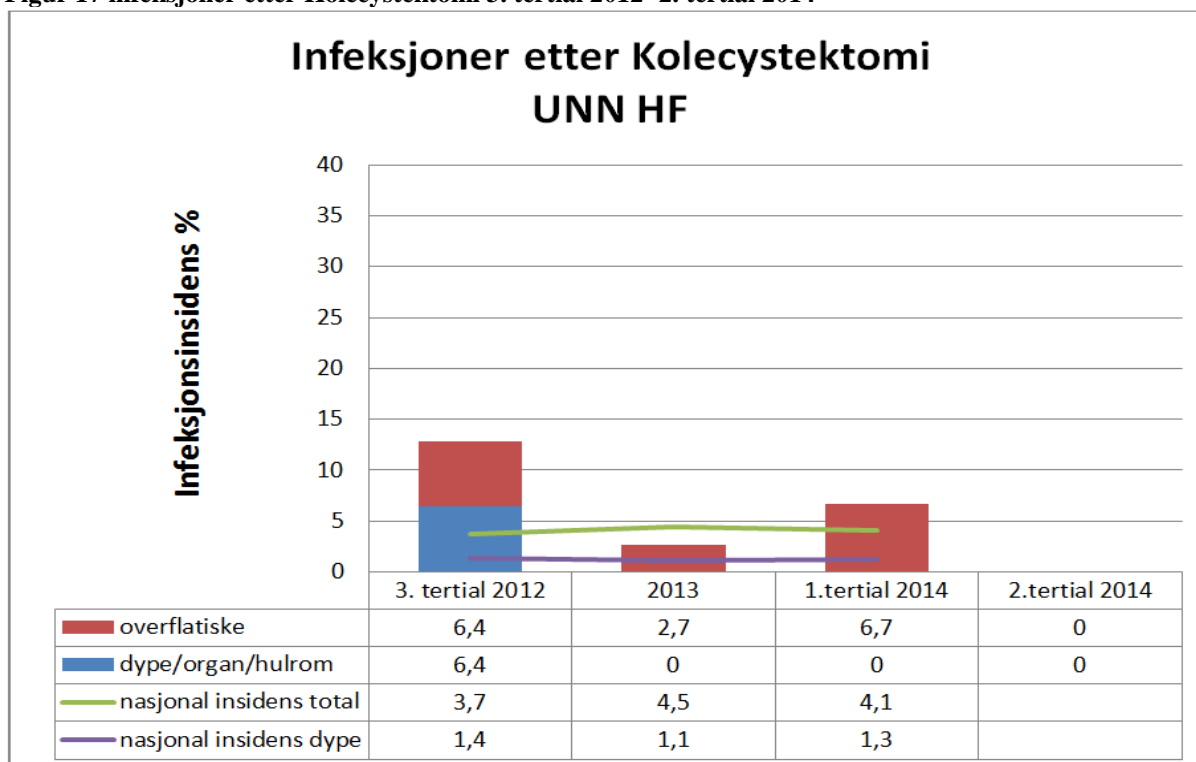
Figur 15 Infeksjoner etter innsetting totalprotese hofte 3. tertial 2012- 2. tertial 2014



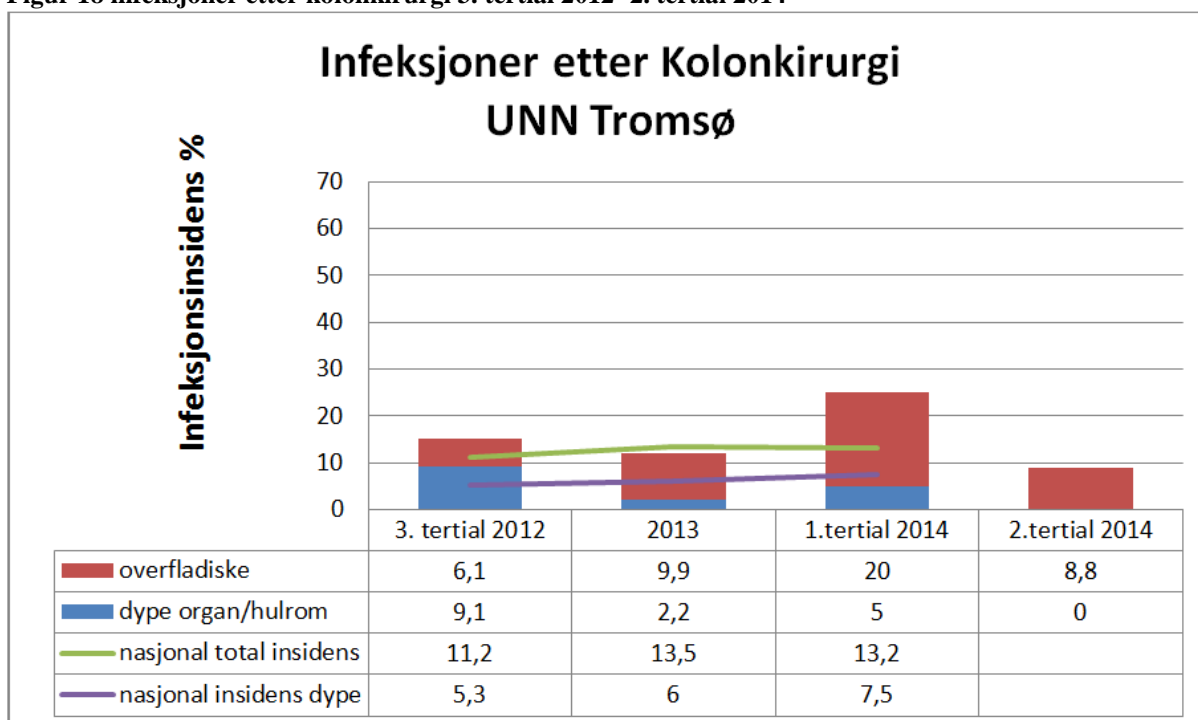
Figur 16 Infeksjoner etter innsetting hemiprotese 3. tertial 2012- 2. tertial 2014



Figur 17 infeksjoner etter Kolecystektomi 3. tertial 2012- 2. tertial 2014



Figur 18 infeksjoner etter kolonkirurgi 3. tertial 2012- 2. tertial 2014

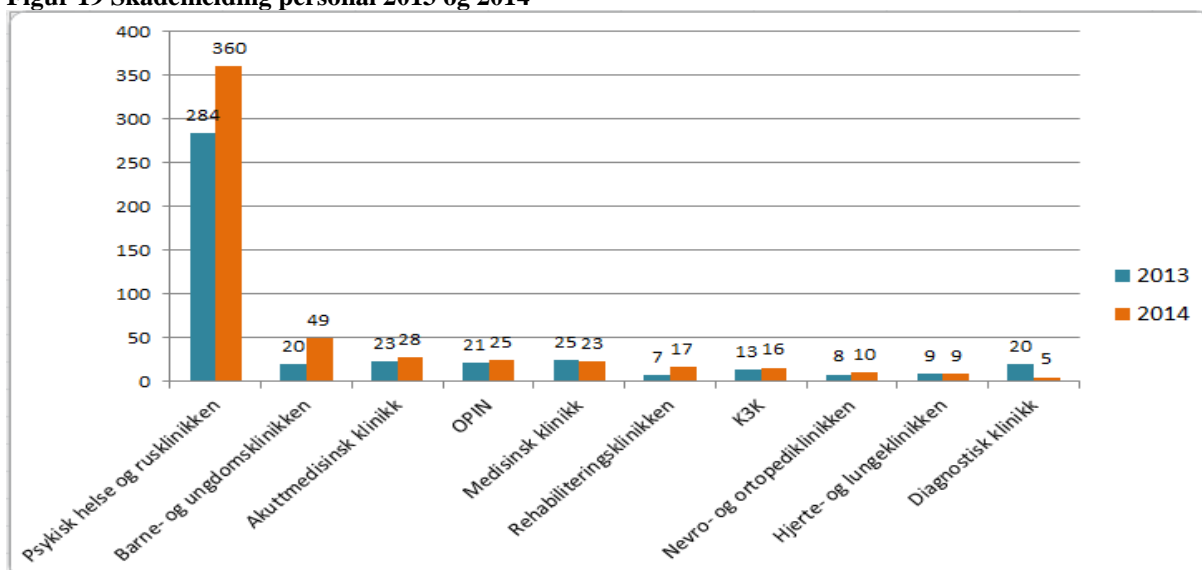


Den forsterkede satsing på systematisk smittevernarbeid med blant annet regelmessige målinger, overvåking av forekomst av resistente mikrober, revisjoner på antibiotikabruk, smittevernvisitter, implementering av tiltaksområdene i nasjonalt pasientsikkerhetsprogram og spesifikke tiltak som følge av systematisk gjennomgang av noen operative inngrep kontinueres.

Helse, miljø og sikkerhet

Skademelding personal

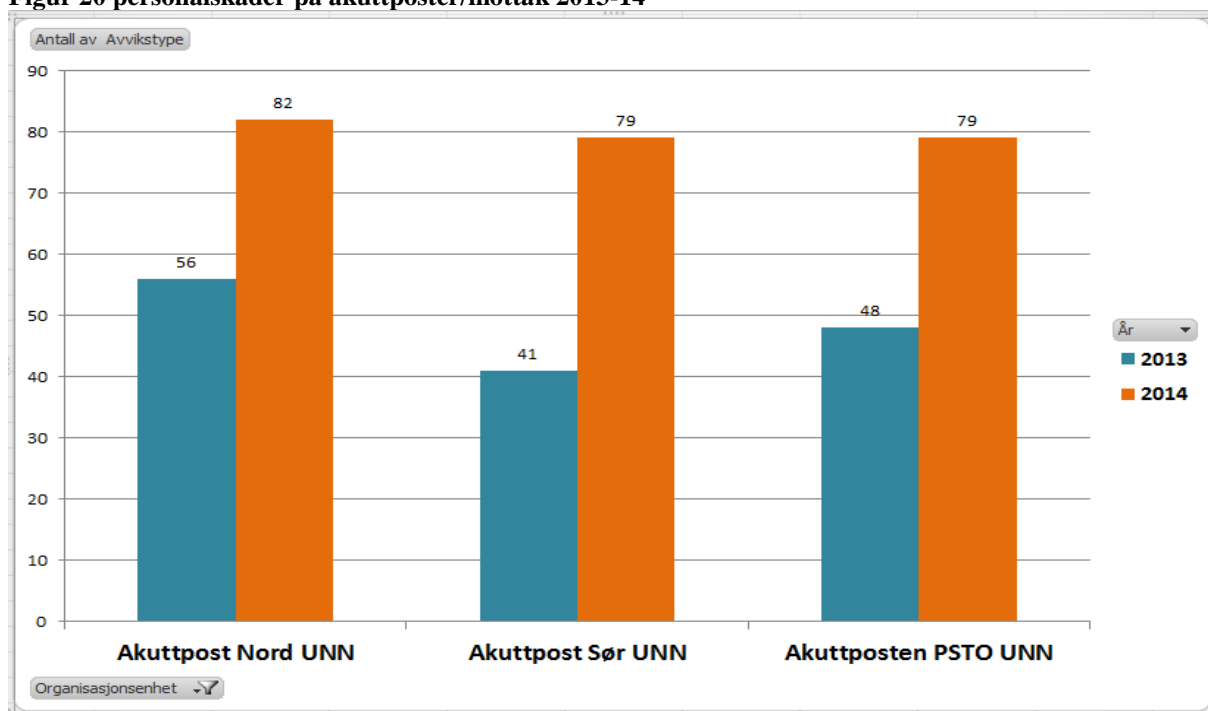
Figur 19 Skademelding personal 2013 og 2014



Det er en økning i antall meldte personalskademeldinger. Det store antall registrerte personalskader skjer i hovedsak i Psykisk helse- og rusklinikken - akuttposter. Økningen er i hovedsak hendelser med konsekvenser som medførte smerte/reduisert arbeidsførhet og psykisk belastning.

Psykisk helse- og rusklinikken er kjent med denne utviklingen og har bestilt en risikovurdering av arbeidet i akuttmottak for å redusere risiko for personalskader.

Figur 20 personalskader på akuttposter/mottak 2013-14



Miljø

Gjennomføring av e-læring

Miljøkurset for UNN HF ble gjennomført av 4111 UNN-ansatte. Målet er at alle ansatte skal ha gjennomført dette i løpet av 2015.

Ledelsens gjennomgang foretaksnivå

Fag- og forskningssenteret 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.

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 3 tiltak som ble gjennomført i forrige tertial (presentert i LGG for 2. tertial 2014) og dermed ikke vises i oversikten. Grønn markering er tiltakene som er slutført siden forrige rapport.

Tabell 3 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.	Planlegges vinter 2015
2.tertial-13	
Innføre systematiske strategiske og hendelsesbaserte risikoanalyser på klinikknivå i løpet av 2014.	Pilot gjennomført i BUK 3 tertial 2014. Arbeidet blir videreført i 2015
Lederopplæringen i avvikshåndtering revideres.	
3.tertial-13	
KVAM-utvalg og KVAM-grupper får i oppdrag å etterspørre flere avvik i legemiddelhåndtering.	Ikke sporbart i referat. Et unntak: HJKL
FFS utarbeider egen sak til KU i løpet av 2014 om avvik knyttet til legemiddelhåndtering.	Høst 2014
Internrevisjon følges opp på samme måte som tilsynsrapporter, de inkluderes i den regelmessige rapportering på status og det utarbeides læringspunkter for andre	Vedlegg LGG 3 tertial 2014
Fag- og forskningscenteret fremmer egen sak til KU om erfaringer fra intern revisjon på KVAM-arbeidet i Narvik, for å legge til rette for læring i foretaket.	KU møte februar
Allmennpsykiatrisk klinikk oppfordres til å ta opp den økte meldefrekvens av personalskader i KVAM-utvalg og KVAM-grupper der det er relevant; det bør klarlegges om det er en reelt økende forekomst, eller en bedret meldekultur.	Det er ikke registrert i referat ePhorte. Psykisk helse- og rusklinikken har bedt om en risikovurdering av arbeidssituasjonen i akuttmottak, for å minske risiko for personalskader. Dette vil bli gjennomført 1 halvår 2015.
HR/BHT, Drift- og eiendomssenteret, Innkjøpsseksjonen og Diagnostisk klinikk bes om å fremme en egen sak til Ledergruppen med forslag til hvordan arbeidet med kjemikalier kan intensiveres og ansvar plasseres der det i dag eventuelt er uklart.	Presentert i KU 18.11.14. Arbeidet med Kjemikaliehåndtering muntlig fremstilt i KU. Arbeidet med klinikkene fortsetter i 2015
1 tertial 2014	
Kvalitetsutvalget vil høsten 2014 diskutere hvordan den fortsatt ugjorte	Utsatt til første del

oppgaven med å få gjennomført en bedre koordinering og samling av parallelle prosedyrer mellom enhetene i foretaket skal følges opp.	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-møtereferat, årlig kvalitetsplan – HMS, risikovurderinger, vernerunder, MBU, gjennomførte brannøvelser, oversikt over gjennomførte opplæringstiltak m.m.	
Årsak «rutine/prosedyre ikke fulgt» i avvikshåndteringen erstattes med «skriftlig prosedyre ikke fulgt».	
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
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.	

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. FFS viderefører arbeidet med å sende ut lister til klinikk og senter over dokumenter som er overskredet revideringsfrist. Klinikkerne har ansvar med å følge opp dette arbeidet lokalt.

Det er fortsatt en god økning i meldte avvik. Det viktigste arbeidet fremover er å få økt fokus på analyse av avvik, for å legge til rette for 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.

Det er fortsatt et stort behov for økt fokus på at alle ledere skal gjennomgå adekvat opplæring i HMS-arbeid, som det er lagt godt til rette for med e-læringskurs kombinert med samlinger. Det er nok fortsatt noen klinikker som har utfordringer med å få KVAM utvalgene til å være virkningsfulle og virke hensiktsmessig i forhold til arbeidsmiljø og kvalitet. Aktiv bruk av informasjonen fra UNN KIS, avvikssystemet, tilsyn, revisjoner og kvalitetsregister vil bidra til å legge grunnlag for en forsterket forbedringskultur.

Revisjonstema	Funn	Iverksatte tiltak i klinikk/avd	Status	Læring for klinikk/avdeling	Læring foretak
2014					
Forskningsprosjekt i UNN -HF. Re-Shape studien	Brudd på intern prosedyre PR23519 Oppbevaring av aktive forskningsdata		Lukket	Saken ble avsluttet med utgangspunkt i endring i konsesjonsvilkår	
Opplæring i MTU oppfølging av pålegg fra DSB	Mangelfull dokumentasjon av apparat spesifikk opplæring i MTU. Mangelfulle rutiner for opplæring av nytilsatte og vikarer.		Åpent	Systematisk arbeid med MTU-opplæring, frekvens og dokumentasjon. Formalisering av MTU-ansvarliges oppgaver i klinikk/avdeling	Kompetansem modul i personalportalen. Etablere ressursgruppe for MTU i foretaket jf kjemikalier.
Antibiotikabruk på utvalgte sengeposter				Hvis det avvikes fra nasjonale veiledere, skal det være en faglig vurdering og begrunnelse i EPJ på hvorfor dette er gjennomført.(dokumentasjon)	
Miljø	Stoffkartoteket Ecoonline ikke oppdatert og risikovurdert (2 avvik)		Åpent	Iverksette rutiner for årlig gjennomgang av kartoteket.	Ressursgruppe kjemikalier i UNN følger dette opp, jf oppfølgingspunkt LGG 3. tertial -13

Revisjonstema	Funn	Iverksatte tiltak i klinikk/avd	Status	Læring for klinikk/avdeling	Læring foretak
	Mangelfulle opplæring i kjemikaliehandtering av ansatte (1 avvik)	Skal tas med i gruppedager for å sikre gjennomgang for alle ansatte. I tillegg skal det etableres sytem for at ansatte "kvitterer ut" gjennomført opplæring.	Lukket	Systematisk opplæring i kjemikaliehandtering og avfallsrutiner.	Følges opp gjennom vedtatt kjemikalieplan 2015
	Manglende sikkerhetsdatablad tilgjengelig der kjemikalier oppbevares og brukes	Verneombud klarerer HMS databalder og gjennomføres ved vernerunde.	Lukket	Sjekke om det er tilgjengelig HMS datablader der kjemikalier oppbevares og brukes.	Økt oppmerksomhet på vernetiltak ved bruk av kjemikalier under vernerunder
	Substitusjonplikt på varer bestilt fra sentrallager er ikke avklart i organisasjon	Tilbyder skal informere om alternative produkter som kan redusere miljøbelastningene	Lukket		

Revisjonstema	Funn	Iverksatte tiltak i klinikk/avd	Status	Læring for klinikk/avdeling	Læring foretak
Implementering og etterlevelse av prosedyre: «Barn som pårørende»	Prosedyren "barn som pårørende" mangler forankring i ledelsen		Åpent	Hovedansvaret for å sikre at barn som pårørende ivaretas i klinikken ligger hos klinikkledelsen. Her ligger ansvaret for å <u>oppnevne klinikkbarneansvarlig/ koordinator</u> . Denne funksjonen skal være bindeleddet mellom ledelsen og barneansvarlige og utvikler retningslinjer med utgangspunkt i overordnede prosedyrer samt utarbeider årlige rapporter til ledelsen. jmf. PR11072 i Docmap	
	Etterlevelse og implementering av gjeldende prosedyre er mangelfull		Åpent	Revisjonen fant at barn som pårørende var identifisert, men dokumentasjon på at oppfølging var iverksatt manglet. I dette funnet var det et stort antall barn med foreldre med alvorlige og sammensatte diagnoser. Det kom også frem at ansvar og arbeidsoppgaver for barneansvarlige er uklare og må tydeliggjøres. jmf. PR11072 i Docmap	

Revisjonstema	Funn	Iverksatte tiltak i klinikk/avd	Status	Læring for klinikk/avdeling	Læring foretak
KVAM-arbeidet - HMS handlingsplan (2 revisjoner slått sammen)	Mangelfull oversikt av behov for og gjennomført opplæring.		Åpent	Årlig gjennomgang av opplæringsbehov for KVAM medlemmer.	Se egen sak til KU 27.01.2014
	Mangelfull rapportering av HMS aktiviteter i klinikken		Åpent	Etablere årshjul for HMS arbeidet med tydelige start og slutt punkt for de planlagte aktiviteter.	Se egen sak til KU 27.01.2014
Legemidler og avfall	Manglende sikring av at personalet håndterer legemiddelavfall i samsvar med gjeldende avfallshåndbok ved å gi dem nødvendig opplæring i avfallshåndtering av legemidler.		Åpent	Det er gjennomgående usikkerhet rundt ulike aspekter av kassasjon av legemidler. Det anbefales gjennomgang av opplæringsrutinene. Ved implementering av revidert avfallshåndbok bør det settes ekstra fokus på opplæring.	
	Brudd på egen rutine for dokumentasjon av beslag og fra UNNs prosedyrer for kontroll med oppbevaring av legemidler. Flere beslag av mulige ulovlige stoffer var midlertidig oppbevart på medisinerrommet. 5 av disse beslagene var ikke dokumentert i perm.		Åpent	Brudd på PR1430. Sørge for å ha oppdatert oversikt av legemidler i enhet.	

Revisjonstema	Funn	Iverksatte tiltak i klinikk/avd	Status	Læring for klinikk/avdeling	Læring foretak
	Brudd på PR20422 Pasientens private medisiner - oppbevaring og utlevering. Manglende registrering av hva pasientene har med seg av private medisiner ved innleggelse og glemmer å sende med pasientene private medisiner ved utskrivelse.		Åpent	Sørge for at PR20422 "pasientens private medisiner - oppvaring og utlevering" er kjent blant personalet	

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN januar 2015	GTT	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstemming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerne-slag	Forebygging av selvmord	Forebygging av overdose-dødsfall
Akuttmedisinsk klinikk										
Akuttmottak og obspost			Avventer pilot							
BUK										
BUPA			Avventer pilot							
Barneavdelingen	Sjekker ped. GTT		Avventer pilot							
Barnehabiliteringen			Avventer pilot							
Hjerte- og lungeklinikken										
Hjertemed			Pilot i gang, rapport ila feb							
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling			Avventer pilot							
Lungemed			Avventer pilot							
K3K										
Føde/Barsel			Avventer pilot							
Kreft			Avventer pilot							
Gastro kir			Avventer pilot, forbedrer dobbeltkontroll	Oppst. Jan 15	Oppst. Jan 15	Oppst sept/okt -15	Oppst sept/okt -15			
Uro, endo, gyn			Avventer pilot				Oppst mars 15			
Kir. Harstad			Avventer pilot	Oppst. Juni - 14	Oppst. Juni - 14	Oppst sept/okt -14	Oppst sept/okt -14			
Medisinsk klinikk										
Hematologisk			Avventer pilot			Oppst sept/okt -14	Oppst sept/okt -14			
Inf med			Avventer pilot			Oppst1. halvår -15	Oppst1. halvår -15			

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN januar 2015	GTT	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstemming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerne-slag	Forebygging av selvmord	Forebygging av overdose-dødsfall	
Gastro/Nyre	Green	Brown	Avventer pilot	Yellow	Oppst. Juni - 14	Oppst sept/okt -14	Oppst sept/okt -14	Green	Brown	Brown	
Geriatrisk			Avventer pilot		Oppst sept/okt -14		Oppst sept/okt -14				
Medkir Narvik			Avventer pilot		Oppst sept/okt -14						
Med A Harstad					Oppst sept/okt -14	Oppst. Juni - 14	Oppst sept/okt -14				
Med B Harstad			Avventer pilot		Oppst sept/okt -14	Oppst. Juni - 14	Oppst sept/okt -14				
Neuro- og ortopediklinikken											
Nevro-, hud- og revmatologiskavdeling	Green	Brown	Avventer pilot	Oppst vår - 15	Oppst vår - 15	Yellow	Oppst.15. nov -14	Green	Brown	Brown	
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdelingen			Avventer pilot	Oppst vår - 15	Oppst vår - 15		Oppst.15. nov -14				
Ortplast			Avventer pilot	Oppst vår - 15	Oppst vår - 15		(Restart)				Oppst.15. nov -14
Ort. Harstad			Avventer pilot	Oppst vår - 15	Oppst vår - 15		Oppst.15. nov -14				Oppst.15. nov -14
Operasjons- og intensivklinikken											
Oppvåkning	Green	Green	Avventer pilot	Oppst sept/okt -14	Oppst. Juni - 14	Brown	Oppst sept/okt -14	Brown	Brown	Brown	
Intensiv			Avventer pilot	Oppst sept/okt -14			Oppst sept/okt -14				
ANOP Narvik			Akuttmottak	Oppst sept/okt -14	Oppst. Juni - 14		Oppst sept/okt -14				
ANOP Harstad			Akuttmottak	Oppst sept/okt -14	Oppst. Juni - 14		Oppst sept/okt -14				
ANOP Tromsø				Oppst sept/okt -14	Oppst. Juni - 14		Oppst sept/okt -14				

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN januar 2015	GTT	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstemming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerne-slag	Forebygging av selvmord	Forebygging av overdose-dødsfall
Psykisk helse- og rusklinikken										
Alderspsykiatri			Avventer pilot							
Sikkerhetspsykiatri			Avventer pilot							
Rusbehandling Færingen			Avventer pilot							
Nordlandsklinikken Døgn			Avventer pilot							
Avdeling Sør			Avventer pilot						akutt døgn	
Avdeling Nord			Avventer pilot						akutt døgn	
PSTO			Avventer pilot						akutt døgn	
Rehabiliteringsklinikken										
FRMA Tromsø (døgn)			Avventer pilot		For få pas					
FRMA Hartad(døgn)			Avventer pilot		For få pas					

Fargekoder (bestemt av Pasientsikkerhetsprogrammets sekretariat):

Innsatsområdet er ikke aktuelt for enheten

Tiltakspakken vært i bruk > 3mnd og evaluert

Tiltakspakken påbegynt

Tiltakspakke ikke innført

Modifisert tiltakspakke aktuelt



Sak: Investeringer og økonomisk bærekraft – saksfremlegg
Til: Styret UNN HF
Fra: Grethe Andersen og Tommy Schjøllberg
Møtedato: 25. mars 2015

Saksfremlegget redegjør for:

1. Økonomisk status og tilpasningsutfordringer neste åtte år. Dette krever en presentasjon til HF-styrene av langsiktige økonomiske utfordringer, økonomisk bæreevne av fremtidige investeringer og iverksetting av andre planer og tiltak.
2. Drøfting av strategier og eventuelle nødvendige tiltak for å realisere økonomiske mål med bakgrunn i den langsiktige økonomiske analysen. I denne sammenheng må en særlig drøfte konsekvenser for ansatte og pasienttilbud.

I RHF's styremøte 26. mars 2015 behandles styresak 30 – 2015 *Egenkapitalinnskudd og endring av driftskredittramme i helseforetakene* (vedlegg 1) og styresak 31-2015 *Budsjett 2015 – justering av rammer nr 1* (vedlegg 2). Denne saken bygger på forutsetninger om at RHF-styrets vedtak er i tråd med innstillingene i de to sakene.

1. Investeringsplan, økonomisk bæreevne og likviditet.

Investeringsplan UNN HF 2015-2022

Tabell 1 Investeringsplan 2015-2022

Investeringsplan UNN HF 2016-2022	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Bygg 7 Åsgård	16,3							
Nytt Narvik sykehus				10,0	60,0	250,0	500,0	230,0
A-fløy	290,0	290,0	217,0	159,0				
Pasienthotell UNN	124,0							
PET senter	163,0	325,0						
Tiltak i kreftplanen	1,0							
Tromsø undersøkelsen	5,0							
Utstyr med mer	200,0	70,0	100,0	150,0	150,0	150,0	200,0	200,0
Investeringsplan UNN HF 2016-2022	799,3	685,0	317,0	319,0	210,0	400,0	700,0	430,0

* PET-senteret er tatt med i UNNs investeringsplan

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.

UNNs investeringsplan (inkludert PET-senter) viser at det planlegges investeringer for 3,8 mrd kr i løpet av perioden 2015-2022. I 2015 er investeringsrammen 799,3 mill kr.



Bygg 7 - Åsgård

Det er igangsatt innvendig renovering av bygg 7 på Åsgård. Innkomne anbud for ombyggingssentreprisen er etter kutt 16,3 mill kr over budsjett. UNN har fått økt investeringsramme fra Helse Nord RHF tilsvarende dette for å sikre gjennomføring av prosjektet.

Nytt sykehus Narvik

I vedtatt investeringsplan er det oppstart nye Narvik sykehus i 2018.

A-fløya

Investeringsrammen for A-fløya er på 290 mill kr i 2015. Prosjektet følger så langt oppsatt gjennomføringsplan.

Nytt pasienthotell

Investeringsrammen for pasienthotellet er på 124 mill kr i 2015. Prosjektet følger så langt oppsatt gjennomføringsplan og ferdigstilles i april/mai 2015.

Tromsø-undersøkelsen

Det er bevilget 5 mill kr årlig i 2013-2015 til investering i infrastruktur i forbindelse med undersøkelsen.

Tiltak i kreftplan

UNN har fått 1 mill kr i investeringsmidler i forbindelse med kreftplanen.

Utstyr med mer

I investeringsplanen til UNN er det 200 mill kr til «utstyr med mer» som skal dekke investeringer i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP og andre investeringer.

Oppdaterte tall for 2014 viser at det er et overforbruk på 99,8 mill kr i forhold til disponibel investeringsramme. I tillegg har vi forpliktelser (utstyrsanskaffelser som er iverksatt) på 45,3 mill kr. Dette overforbruket medfører at disponibelt beløp for 2015 er redusert til 54,9 mill kr.

Tabell 2 Investering 2015 «utstyr med mer»

Investeringer 2015, tall i mill kr	Investeringsramme overført til 2015	Investeringsramme 2015	Forpliktelser (godkjent 2014)	Disponibel investeringsramme 2015
Teknisk utstyr		13,3	7,3	6,0
Ambulanser		9,1	9,1	0,0
EK KLP		20,0		20,0
Medisinteknisk utstyr		57,8	28,9	28,9
Ufordelt/overforbruk	-99,8	99,8		0,0
Sum investeringer utstyr med mer	-99,8	200,0	45,3	54,9

I UNNs årlige rullering av investeringsplanen og tilbakemelding til RHF, styresak 34/2014, *Tilbakemelding RHF vedrørende plan 2015-2018*, er UNNs behov for investeringsrammer knyttet til utstyr med mer spesifisert. Det er tidligere vurdert at behovet for investeringer i medisinteknisk utstyr i perioden 2014-2017 er på minimum 92 mill kr og 70 mill kr i perioden 2018-2022. Dette gjelder kun reanskaffelse av eksisterende utstyr og beregnet etterslep. Det



inkluderer ikke investering som følge av medisinsk eller teknologisk utvikling. I tillegg har UNN teknisk utstyr til en verdi av ca. 200 mill kr som tilsvarer et årlig investeringsbehov på 20 mill kr. Ambulanser har en gjennomsnittlig levetid på fem år, og det er nødvendig å erstatte ni til ti biler årlig for å unngå etterslep (12 mill kr). Totalt investeringsbehov for 2015 vedrørende reanskaffelse av medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ambulanser og egenkapitaltilskudd KLP er på 144 mill kr. Dette inkluderer ikke ombygginger og reovering av eksisterende bygningsmasse. Oppsummert vises dette i tabell 3 og viser at dagenes investeringsramme er ikke tilstrekkelig for å dekke et nøkternt behovsanslag.

Tabell 3 Investeringsbehov 2015 eksklusive ombygginger.

Investeringer (tall i mill kr)	2015
Medisin teknisk utstyr	92
Teknisk utstyr	20
Ambulanser	12
Egenkapitaltilskudd KLP	20
Sum behov	144

For å møte investeringsbehovene fremover må UNN budsjettere med overskudd i driften for å håndtere årlige behov for reanskaffelser, etterslep og utstyr som følge av medisinsk og teknologisk utvikling.

Økonomisk bærekraft

Bærekraftanalysen i henhold til UNNs investeringsplan og premisser i brev fra Helse Nord RHF 3. mars 2015, viser tilpassningsutfordringene i årene fremover.

Under forutsetning av at UNN klarer å oppnå et økonomisk resultat i 2015 i henhold til styringsmålet på +40 mill kr vil omstillingsutfordringen for perioden 2016-2022 variere fra +12 mill kr (2017) til -55 mill kr (2021). Dette forutsetter effekt av tiltak tilsvarende omstillingsutfordringen i 2015 (168,0 mill kr) og at tiltakene har varig økonomisk effekt.



Tabell 4 Bærekraftanalyse 2015-2022

Bærekraftanalyse UNN HF inkl. PET-senter	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sum inntekter	6 969	6 993	7 039	7 039	7 059	7 059	7 080	7 080
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	6 837	6 895	6 935	6 958	6 969	6 960	6 966	6 943
Sum avskrivninger	267	242	203	186	219	227	235	253
Netto rentekostnader	-7	6	18	39	48	52	63	66
Totale kostnader	7 097	7 142	7 156	7 183	7 236	7 239	7 264	7 262
<i>Prognose, avvik fra budsjett inneværende år</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
Økonomisk resultat før tiltak	-128	-149	-116	-143	-177	-179	-183	-182
Vedtatt resultatkrav	40	40	40	40	40	40	40	40
Avvik fra resultatkrav, før effekter av vedtatte tiltak	-168	-189	-156	-183	-217	-219	-223	-222
Sum effekter tiltaksplan	169	169	169	169	169	169	169	169
Uløst omstilling etter tiltaksplan	0	-21	12	-15	-48	-50	-55	-13

Bærekraftanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- UNNs investeringsplan for 2015 inkludert PET-senter.
- Investeringsbeløp for utstyr med mer ihht vedtatt investeringsramme fra Helse Nord RHF.
- Årlige overskuddskrav på 40 mill kr brukes til investeringer i påfølgende år.
- Investeringsramme P85 nye bygg.
- A-fløy er 50 % lånefinansiert.
- 100 % egenfinansiering nytt pasienthotell.
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus.
- PET-senteret er 70 % lånefinansiert.
- Det er beregnet 3,0 % 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.

Kontantstrøm/likviditetsanalyse

Likviditetsberegningene, tabell 5, viser forventet utvikling i likviditeten i perioden 2015-2022. Likviditeten er positiv i helt frem til 2022.



Tabell 5 Likviditetsanalyse 2015-2022

Likviditetsberegning inkl. PET-senter	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter								
Budsjettert resultat	40	40	40	40	40	40	40	40
Avskrivninger/nedskrivninger	267	242	203	186	219	227	235	253
Likviditetseffekt pensjon 2014	-252							
Diff pensjonskostnad/premie	208							
Andre endringer i omløpsmidler/kortsiktig gjeld som påvirker likviditet								
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	263	282	243	226	259	267	275	293
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter								
Økt Investering som følge av overskudd		-40	-40	-40	-40	-40	-40	-40
Investeringsbudsjett vedtatt investeringsplan	-702	-685	-317	-459	-210	-400	-700	-430
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-702	-725	-357	-499	-250	-440	-740	-470
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter								
Egenkapitaltilskudd 2015	421							
Innbet ved opptak av lån A-fløy	203	239	109	150	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån PET senter	114	228	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Pasienthotell	0	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Narvik sykehus	0	0	0	7	42	175	350	161
Avdrag lån	0	0	-9	-28	-42	-42	-42	-42
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	738	467	99	129	0	133	308	119
Netto endring i kantar	299	23	-15	-144	9	-40	-157	-57
IB 01.01	81	380	403	388	244	253	213	56
UB 31.12	380	403	388	244	253	213	56	-1
Ramme for kassakreditt	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100

Likviditetsanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- Økonomisk resultat i henhold til styringsmål (40 mill kr) og at dette benyttes til økte investeringer påfølgende år.
- 50 % lånefinansiering for A-fløy
- 70 % lånefinansiert for PET-senter
- 70 % lånefinansiering av nye Narvik sykehus
- Øvrige forutsetninger iht bærekraftanalysen

2. Langsiktig omstilling og tiltak

Bærekraftanalysen viser at UNN står overfor varierende omstillingsbehov i perioden 2016-2022. Frem til 2018 er omstillingsbehovet 21 mill kr, og øker opp til 55 mill kr i 2021. Erfaringsmessig identifiserer og prioriterer UNN ulike satsingsområder hvert år for gjennomsnittlig 50 mill kr i tillegg til tallene i bærekraftsanalysen. Dette øker omstillingsutfordringen i årene fremover tilsvarende.

Tiltaksarbeid 2015

UNN jobber med å øke gjennomføringsgraden på vedtatte tiltak i hele organisasjonen. Tiltaks- og gjennomføringsplanene detaljeres og konkretiseres for å øke kvaliteten på planarbeidet og for å redusere risikoen i budsjettopplegget for 2015. For å møte fremtidige utfordringer både med hensyn til investeringer og drift er det en forutsetning at årets drift er i tråd med vedtatte styringskrav fra Helse Nord RHF, + 40 mill kr.



Budsjett 2016

I april 2015 igangsettes detaljarbeidet med virksomhetsplanen for 2016. Strategisk utviklingsplan vil bli lagt til grunn for arbeidet slik at det kortsiktige planarbeidet (2016) utarbeides i tråd med de strategiske langsiktige planene for UNN.

Langtidsplanlegging

Strategisk utviklingsplan for UNN er ferdigstilt og ble styrebehandlet rett før jul. Arbeidet med de klinikkvise strategiske utviklingsplanene er i slutfasen. Overordnet strategisk areal- og IKT plan vil utarbeides og arbeidet er igangsatt. Strategisk utviklingsplan vil ligge til grunn for fremtidige prioriteringer og arbeidet med langtidsplanlegging på foretaksnivå starter opp i januar 2016. Langtidsplanleggingen vil inneholde både økonomiske konsekvenser av prioriteringer i tråd med strategisk utviklingsplan og tiltaksplaner, mer detaljerte bærekraftanalyser og konkrete tiltak for planperioden. Langtidsplanen skal rulleres og oppdateres årlig.

Nasjonal sykehusplan

Eventuelle strukturendringer som følge av nasjonal sykehusplan må implementeres fortløpende i tråd med føringer som gis.

Kontinuerlig forbedring

UNNs strategi for å skape økt helsegevinst med mindre ressurser fremover er kontinuerlig forbedring. Eksempler på områder for kontinuerlig forbedring.

- behovsbasert aktivitetsplanlegging
- aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
- vridning fra døgn til dagbehandling
- kartlegging og eventuell reduksjon av overbehandling
- redusert antall kontroller
- riktig behandling på riktig nivå
- kvalitetsarbeid (eks reduksjon av sykehusinfeksjoner)
- for bedre intern logistikk og planlegging
- identifisere og redusere flaskehals

I tillegg er det mange små og store arbeidsprosesser i hver enkelt enhet i UNN som er i kontinuerlig forbedring. Forbedringsarbeidet forutsetter stort engasjement fra ledere og ansatte på alle nivå i organisasjonen. Målet med forbedringsarbeidet er økt kvalitet i pasientbehandlingen, bedre arbeidsmiljø og involvering, og å frigjøre ressurser til prioriterte områder.

Vedlegg 1: RHF's styresak 30 – 2015 *Egenkapitalinnskudd og endring av driftskredittramme i helseforetakene*

Vedlegg 2: RHF's styresak 31-2015 *Budsjett 2015 – justering av rammer nr 1*

Likviditet i HF	Tall i 1000 kroner					
	Finmarkssykehuset	UNN	Nordlandssykehuset	Helgelandssykehuset		Sum
Likviditetseffekt pensjon 2014	-95 821	-252 763	-161 658	-89 758		-600 000
Likviditetseffekt pensjon 2015	50 820	208 366	118 206	48 583		425 975
Egenkapitalinnskudd	159 702	421 272	269 430	149 597		1 000 000
Endret kassakreditt						0
Netto likviditetsøkning	114 701	376 875	225 978	108 422		825 975

Inndragning av likviditetsforskudd på 600 mill. kroner, et egenkapitalinnskudd på 1.000 mill. kroner sammen med likviditetsoverskuddet på pensjon i 2015, vil isolert sett styrke likviditeten i helseforetakene med 825 mill. kroner. Egenkapitalinnskuddet foreslås fordelt etter inntektsmodellen, dvs. etter samme modell som likviditetsinndragningen i styresak 143-2014.

Helseforetakene har i dag en intern kassakredittramme på 1.250 mill. kroner. Som følge av store sentrale overskudd i flere år har RHF-et en stor likviditetsbeholdning, mens HF-ene har kassakreditt og lån. For at RHF-et skal kunne oppfylle sin rolle, når den sentrale likviditeten svekkes, må kassakredittrammene justeres ned.

Kassakreditt rammene er skjevfordelt i dag. Universitetssykehuset Nord-Norge HF som det største helseforetaket har den laveste kassakredittramme. Derfor foreslås det at reduksjonen i kassakredittrammen belastes de tre øvrige HF-ene, dog slik at ingen av dem kommer dårligere ut. Nordlandssykehuset HF har som følge av høyt investeringsnivå og driftsunderskudd den dårligste likviditeten. Det foreslås derfor å ikke redusere kredittrammen deres fullt ut, slik at helseforetakets likviditet foreslås styrket med ca 75 mill. kroner.

Likviditet i HF	Tall i 1000 kroner					
	Finmarkssykehuset	UNN	Nordlandssykehuset	Helgelandssykehuset		Sum
Likviditetseffekt pensjon 2014	-95 821	-252 763	-161 658	-89 758		-600 000
Likviditetseffekt pensjon 2015	50 820	208 366	118 206	48 583		425 975
Egenkapitalinnskudd avrundet	160 000	421 000	269 000	150 000		1 000 000
Endret kassakreditt	-100 000	0	-150 000	-100 000		-350 000
Netto likviditetsøkning	14 999	376 603	75 548	8 825		475 975

Driftskredittrammene foreslås endret slik med virkning fra 1. mai 2015:

Likviditet i HF	Tall i 1000 kroner					
	Finmarkssykehuset	UNN	Nordlandssykehuset	Helgelandssykehuset		Sum
Dagens kassakreditt	400 000	100 000	550 000	200 000		1 250 000
Ny kassakreditt ramme	300 000	100 000	400 000	100 000		900 000

Konklusjon

Adm. direktør foreslår å:

- Styrke egenkapitalen i helseforetakene med 1.000 mill. kroner. Beløpet fordeles i henhold til inntektsmodellen.
- Intern driftskreditt reduseres med 350 mill. kroner.

I sum styrkes likviditeten i helseforetakene med 475,9 mill. kroner.

Styrets vedtak vil følges opp i foretaksmøte med helseforetakene (foreløpig planlagt avholdt 24. april 2015). Her protokollførtes at Helse Nord RHF vil gjennomføre egenkapitalinnskudd i helseforetakene i henhold til det som er lagt frem i denne styresaken.

Likviditetsforskuddet på 600 mill. kroner trekkes tilbake samtidig som det skytes inn egenkapital i mai 2015.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner et egenkapitalinnskudd i helseforetakene på 1.000 mill. kroner fordelt etter inntektsmodellen.
2. Egenkapitalinnskuddet i helseforetakene fordeles som følger:
 - Finnmarkssykehuset HF kr. 160 mill. kroner
 - Universitetssykehuset Nord Norge HF kr. 421 mill. kroner
 - Nordlandssykehuset HF kr. 269 mill. kroner
 - Helgelandssykehuset HF kr. 150 mill. kroner
3. Driftskredittrammene i helseforetakene fastsettes fra 1. mai 2015 som følger:
 - Finnmarkssykehuset HF kr. 300 mill. kroner
 - Universitetssykehuset Nord Norge HF kr. 100 mill. kroner
 - Nordlandssykehuset HF kr. 400 mill. kroner
 - Helgelandssykehuset HF kr. 100 mill. kroner
4. Endringene i egenkapitalinnskudd og driftskredittramme i helseforetakene stadfestes i foretaksmøte med helseforetakene så snart som mulig.

Bodø, den 12. mars 2015

Lars Vorland
Adm. direktør

Overlegestilling innen transfusjon og immunologi

Adm. direktør foreslår å bevilge 0,6 mill. kroner til 50 % stilling ved Nordlandssykehuset HF.

Smittevernoverlege ved Finnmarkssykehuset

I fordeling av kvalitetsmidler 2013 ble det innvilget en treårig prosjektstilling for smittevernoverlege ved Finnmarkssykehuset HF. Stillingen er lagt til KORSN (Helse Nord's regionale kompetansetjeneste for smittevern) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), for at det skulle være et fagmiljø for legen som skal dekke denne funksjonen ved Finnmarkssykehuset HF. Stillingen har en varighet på tre år fra 2014, og adm. direktør foreslår at 2 mill. kroner overføres UNN, hvorav 1 mill. kroner fra styrets reserve og 1 mill. kroner fra besparelser i RHF-budsjettet.

Smittevernplan og Tuberkulosekontrollprogram

Smittevernplan og Tuberkulosekontrollprogram for Helse Nord 2012-2015 skal revideres i 2015. Totale kostnader stipuleres til ca kr 200.000,-. Dette skal dekke møteutgifter, reisekostnader og utgifter til frikjøp av allmennlege for møtedeltakelse, og utgifter til trykking av planene. Midlene skal disponeres av KORSN ved UNN.

Kvalitetsmidler

Helse Nord RHF har forpliktet seg til å bevilge 3,68 mill. kroner til fullføring av kvalitetstiltak i 2015 i helseforetakene. Tilsagn ble opprinnelig gitt i 2013/2014, men tiltakene har vært forsinket. Midler ble trukket tilbake i 2014 og foreslås delt ut igjen fra styrets reserve.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Det foreligger oppdatert informasjon om betaling til NPE for 2015, og dette beløpet er 15 mill. kroner høyere enn budsjettet. I tillegg anslår NPE at utbetalinger øker ytterligere med ca 10 %. Dette følger av at Høyesterett i en dom av 12. desember 2014 har avgjort at kapitaliseringsrenten settes ned fra 5 til 4 prosent. Dette får betydning for hvor stor erstatningen for de fremtidige erstatningspostene i NPE-sakene blir. Lavere kapitaliseringsrente fører til høyere erstatning. Adm. direktør foreslår å øke budsjettposten med til sammen 26 mill. kroner.

Felleseide selskaper

Tilskuddene til de felleseide selskapene vil bli 15,1 mill. kroner høyere enn det som er budsjettet i 2015. Av dette gjelder 4,8 mill. kroner investeringer i ANS Pasientreiser. Det vurderes å foreslå en ordning hvor de felleseide selskapene får lån til sine investeringer fra RHF-ene i stedet for tilskudd. I påvente av en avklaring foreslås det derfor nå kun å bevilge 10,3 mill. kroner.

Forvaltning radiologi

Innføring av nytt røntgensystem vil gi gevinster i helseforetakene på sikt. I 2015 forventes imidlertid netto merkostnader i forbindelse med oppbygging av forvaltningsløsninger som ivaretas av UNN. Adm. direktør foreslår at 2,4 mill. kroner disponeres til formålet. Fra 2016 skal helseforetakene finansiere kostnader med forvaltning.

Omdisponeringer i RHF-budsjettet

I tillegg foreslås 6,8 mill. kroner omdisponert internt i RHF-budsjettet til blant annet IKT-drift av kvalitetsregistre, rapporteringsløsning for pakkeforløp kreft m. m..

Fordeling av sentralt budsjetterte midler

Fagplaner

Det er satt av 21,8 mill. kroner for oppfølging av fagplaner, herunder regional overlegestilling og LIS¹-stilling ved habiliteringsavdelingen på UNN. Adm. direktør legger opp til at midler fordeles til helseforetakene, når tiltakene i planene iverksettes.

Helsepersonell nytt luftambulanshelikopter Evenes

Ny ambulanshelikoptertjeneste lokalisert til Evenes er operativ fra 30. april 2015. Luftambulansetjenesten ANS er ansvarlig for flyoperativ del, mens UNN er ansvarlig for drift av medisinsk del av tjenesten. Dette innebærer legebemannning, krav til kompetansekrav, nødvendig opplæring og trening, definert medisinsk utstyr, forbruksmateriell og andre driftskostnader.

I vedtatt budsjett ble det satt av 9,5 mill. kroner til den medisinske delen av tjenesten som nå overføres helseforetaket.

Nødnett

I regionalt nødnettprosjekt inngår finansiering av lokale innføringsprosjekt i helseforetakene. Fra RHF-budsjettet overføres 1,67 mill. kroner til hvert helseforetak for igangsatte aktiviteter knyttet til prosjektledelse, instruktørutdanning, prosedyreutvikling, konfigurering, opplæringskoordinering og prosjektkostnader. Dette arbeidet inkluderer også samarbeid med kommunene og forberedelser til opplæring av brukere i kommuner og helseforetak. Pr. dags dato er det usikkert hvordan nasjonal utrullingsplan blir for Nord-Norge 2. halvår, og bevilgning til aktiviteter som igangsettes i 2. halvår 2015 gis ved senere budsjettregulering.

Helseforetakenes investeringsramme foreslås økt med til sammen 2,3 mill. kroner for å ivareta anskaffelse av nødvendig lydopptaksutstyr i nytt nødnett.

Økt investeringsramme 2015 Universitetssykehuset Nord-Norge HF til UNN-styrets disposisjon

Ved inngangen til 2015 har UNN et overforbruk på investeringsrammen til UNN-styrets disposisjon på 145,1 mill. kroner. Denne investeringsrammen skal dekke investeringer i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ambulanser, mindre ombygginger, egenkapitaltilskudd KLP med mer.

Vedtatt investeringsramme fra Helse Nord RHF for 2015 til styrets disposisjon er 100 mill. kroner. Dette innebærer at UNN styret allerede har disponert 45,1 mill. kroner ut over årets investeringsramme. Det betyr at UNN ikke har ramme til å gjennomføre nødvendige reanskaffelser ved brekkasje eller til egenkapitalinnskudd i KLP og andre nødvendige mindre investeringer.

¹ LIS: Leger i spesialisering

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF behandlet saken i styremøtet, den 11. februar 2015, jf. sak 6/2015 og fattet følgende vedtak: *Styret tar investeringsbudsjettet for 2015 til foreløpig orientering. Styret tar til etterretning at prognosen for bruk av investeringsmidler i 1. tertial er 30 mill kr, og ber Helse Nord RHF om å godkjenne disse investeringene. Styret viser til at UNNs investeringsramme vil bli revurdert av Helse Nord RHF i forbindelse med behandling av budsjettregulering nr. 1 i RHF-styret, og ber administrerende direktør om å legge frem forslag til endelig investeringsbudsjett for UNN for 2015 til behandling i styret etter dette.*

Styret for Helse Nord RHF behandler investeringsrammene for foretakene i juni 2015 (rullering av plan) og i oktober 2015 (neste års budsjett). Her er rammene som HF-styrene kan disponere fastlagt for hvert enkelt år. Ved avvik mellom tildelt ramme og forbruk videreføres avvikene uavkortet. Det innebærer at mindre forbruk ett år gir rom for økte investeringer senere år. Merforbruk ett år gir lavere rammer til disposisjon påfølgende år.

I tillegg til tildelt investeringsramme er det åpnet for at HF-styrene kan få økt sin investeringsramme opp mot realisert overskudd foregående år. UNN-styret planlegger med årlige overskudd fra og med 2015 på 40 mill. kroner.

UNN-styret har satt seg i en situasjon som gjør at helseforetaket ikke vil kunne foreta helt nødvendige investeringer i medisinskteknisk utstyr. Det foreslås derfor å gi UNN et "forskudd" på økt investeringsramme på 100 mill. kroner. Det innebærer at investeringsrammen til UNN i fremtiden kan økes ut over vedtatt ramme, når UNN har realisert fremtidige overskudd ut over 100 mill. kroner.

Adm. direktørs vurdering

Endringer i eksterne rammebetingelser og midler til kreftlegemidler foreslås finansiert gjennom å redusere styrets reserve. I tillegg foreslås kvalitetsmidler og Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) finansiert av styrets reserve.

Forventede besparelser og tilbakeholdte midler i RHF-budsjettet, herunder luftambulans, nødnett, utenlandsbehandling og midler til nasjonale selskap m. m. på til sammen 46,9 mill. kroner omdisponeres for å finansiere tiltakene.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar å disponere 56 mill. kroner fra styrets reserve til å finansiere endringer i rammebetingelser og økte kostnader.
2. Styret godkjenner at 46,9 mill. kroner omdisponeres i RHF-budsjettet for å finansiere økte kostnader og nye tiltak.
3. Styret tar de administrative tildelinger til orientering.

4. Justerte inntektsrammer fastsettes slik:

Justerte inntektsrammer 2015 (tall i 1000 kr)

Basisramme 2015	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sum vedtatt basisramme 2015	1 304 944	415 422	1 488 502	4 763 276	2 912 859	1 308 619	12 193 621
<i>Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform</i>		-11 220					-11 220
<i>Ebola</i>	5 600	-5 600					0
<i>Nye kreftmedisiner</i>		-15 000	2 386	6 323	3 910	2 381	0
<i>Overlegestilling innen transfusjon og immunologi (50 %)</i>	-600				600		0
<i>Kvalitetsmidler 2013-2014</i>		-3 680	500	2 045	785	350	0
<i>Forvaltning radiologi</i>	-2 400			2 400			0
<i>Smittevernplan og Tuberkulosekontrollprogram</i>	-200			200			0
<i>Smittevernoverlege ansvarsområde Finnmark</i>	-1 000	-1 000		2 000			0
<i>Nytt Ambulansehelikopter Hålogaland</i>		-9 500		9 500			0
<i>Nødnett (HDO)</i>	-6 680		1 670	1 670	1 670	1 670	0
<i>Regionale fagnettverk</i>	-1 074			715	309	50	0
<i>Revmatologi omfordeling</i>			300	-370	70		0
<i>DRG-nettverk</i>	-100		100				0
<i>FIKS - reversering av omfordeling opplæring</i>			-343	1 465	-1 102	-20	0
Sum justert basisramme 2015	1 298 490	369 422	1 493 115	4 789 224	2 919 101	1 313 051	12 182 401

Øvrig ramme 2015	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlegging arbeidsgiveravgift	772			51 370	26 574		78 717
Sykestueprosjekt			9 100				9 100
<i>Kvalitetsregistre</i>	31 693						31 693
Prostatacentra (tidl. ubrukte midler)				1 000	1 000		2 000
<i>Transporttilbud psykisk syke</i>			660	1 573	1 111	656	4 000
<i>Tilskudd turnustjeneste - oppdatert tilskudd/fordeling</i>	100		795	2 055	1 692	859	5 500
<i>Legemiddelberedskap</i>	600						600
<i>Partikkelterapi</i>	3 975						3 975
SUM øvrig ramme 2015	37 140	-	10 555	55 998	30 377	1 515	135 585

Vedlegg 1: Administrative bevilgninger og nye tilskudd

Administrative tildelinger til informasjon

Tiltakene nedenfor er administrative endringer som finansieres gjennom flytting av budsjett fra Helse Nord RHF til foretakene.

FIKS - omfordeling

Styret i Helse Nord har tidligere styrket helseforetakene med 18 mill. kroner i forbindelse med innføring av FIKS. I bevilgningen for 2014 ble noe av midlene knyttet til opplæring omfordelt etter innspill fra styringsgruppen. Ved en feil er denne omfordelingen videreført i 2015 og den korrigeres nå.

Fagnettverk

Det fordeles til sammen 1,07 mill. kroner til regionale fagnettverk.

Omfordeling revmatologi

I rammene til UNN er det lagt 1 mill. kroner til styrking av revmatologi. Regionalt fagråd for revmatologi har foreslått at 0,3 mill. kroner flyttes til Finnmarkssykehuset (50 % sykepleierstilling revmatologi) og 0,07 mill. kroner til Nordlandssykehuset for kostnader knyttet til nytt ultralydapparat.

Nye tilskudd i oppdragsdokumentet

Transporttilbud psykisk syke

Helse Nord RHF har fått 4 mill. kroner i særskilt tilskudd for å sikre verdig transport av psykisk syke og tydeliggjøre at syke transport er helsetjenestens ansvar. Midlene er fordelt etter behovskomponenten for psykisk helse.

Tilskudd turnustjeneste

Tilskuddet for 2015 er 5,5 mill. kroner, 0,5 mill. kroner mer enn budsjettert. Økt tilskudd fordeles helseforetakene basert på turnusårsverk.

Legemiddelberedskap

Helse Nord er bevilget 0,6 mill. kroner til ledemiddelberedskap. Midlene beholdes sentralt og finansierer kostnader ved nasjonal legemiddelberedskap.

Partikkelterapi

Helse Nord er bevilget 3,975 mill. kroner til partikkelterapi. Bevilgningen holdes sentralt til finansiering av kjøp av helsetjenester (protonbehandling).

Forsøksordning tannhelsetjenester

Bevilgning på 2,6 mill. kroner videreføres til prosjekt i regi av UNN HF.

Vedlegg 2: Justerte investeringsrammer

Investeringsrammer	2015
<i>Totale rammer inkl prisstigning til ferdigstilling og byggelånsrenter</i>	
Finnmarkssykehuset HF	
Spesialist poliklinikk Karasjok	20 000
Spesialist senter Alta	44 000
Tiltak Hammerfest Kirkenes inntil nybygg er på plass	10 000
Kirkenes nybygg	337 000
<i>Nødnett</i>	<i>400</i>
MTU, ambulanser, rehab med mer	30 000
Sum Finnmarkssykehuset	441 400
UNN HF	
Utvikling psykiatri behandling/Åsgård	16 300
A fløy	290 000
<i>Tromsø undersøkelsen</i>	<i>5 000</i>
Pasienthotell UNN	124 000
<i>Nødnett</i>	<i>1 000</i>
Tiltak i kreftplanen	1 000
MTU, ambulanser, rehab med mer	200 000
Sum UNN	637 300
NLSH HF	
Modernisering NLSH, Bodø fase 2-5	410 600
Modernisering NLSH, G-fløy p50	80 000
Modernisering NLSH, Vesterålen	82 000
Heliport/akuttheis	9 100
<i>Nødnett</i>	<i>500</i>
Tiltak i kreftplanen	9 000
MTU, ambulanser, rehab med mer	40 000
SUM NLSH	631 200
Helgelandssykehuset HF	
<i>Nødnett</i>	<i>400</i>
Økt MTU/rehabilitering	50 000
MTU, ambulanser, rehab med mer	37 100
SUM Helgelandssykehuset	87 500
HN-IKT	
Programvare og IKT utstyr	77 100
HN-IKT datarom UNN	47 000
Datarom	66 900
SUM HN-IKT	191 000
Sykehusapotek utstyr og nye lokaler	
	13 000
FIKS	
	69 300
Pasientens innsyn i egen journal	25 000
PET senter	25 000
Datarom UNN P 85	6 000
Pasienthotell p 85	32 000
Sum Helse Nord RHF	88 000
Sum investeringsplan	2 158 700



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
28/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	25.3.2015

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer:

1. Status regional geriatriplan
2. Nytt pasienthotell – status og driftskonsept
3. PET-senteret - driftsøkonomi

Muntlig orientering:

4. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 1, jf. 23

Tromsø, 13.3.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg



Sak: Status regional geriatriplan
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: Tove Skjelbakken, Medisinsk klinikk
Møtedato: 25.3.2015

Sammendrag

Regional handlingsplan for geriatri i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge 2014-2017 har vært ute på høring. Revidert plan foreligger enda ikke men kan forventes å foreligge innen sommeren 2015.

Bakgrunn

Regional handlingsplan for geriatri i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge 2014-2017 er utarbeidet av regionalt fagråd i geriatri, hvor Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har to medlemmer. I tillegg har UNN hatt ett medlem i utvidet arbeidsgruppe. Høring på handlingsplanen ble mottatt av UNN 6.12.13 og ble distribuert til aktuelle fagmiljø for innspill. UNN etterlyser i sitt høringssvar av 1.02.14 fokus på å finne nye måter å yte helsetjenester på, som utnytter ressursene, særlig i form av arbeidskraft, bedre enn i dag.

Fagrådet i Helse-Nord er i gang med å bearbeide handlingsplanen i hht høringssvarene, det er blant annet planlagt møte 11.03.15. Det er i følge UNN's medlemmer i fagrådet mål om å ferdigstille revidert handlingsplan til styremøte i Helse -Nord i mai el juni 2015.

Vurdering

Vi ser frem til at Helse-Nord's nye handlingsplan for geriatri skal foreligge. UNN er innstilt på å fortsette som sentral utdanningsinstitusjon for geriatri. På grunn av mangel på spesialister har UNN i dag flere vakante overlegestillinger i geriatri. Tilstrekkelig kapasitet for veiledning og supervisjon av utdanningskandidater er en kritisk faktor for å kunne øke utdanningen av flere geriatere.



Sak: Nytt pasienthotell – Pingvinhotellet UNN Tromsø
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: Tone Nordøy og Astrid Ronesen
Møtedato: 25. mars 2015

Sammendrag

Denne saken orienterer status og fremdrift i det nye pasienthotellet Pingvinhotellet UNN Tromsø. Saken redegjør for status i byggeprosjektet, driftskonsept, og planer for økt bruk av pasienthotell.

Byggeprosessen går som planlagt både med hensyn til fremdrift og økonomistyring, og planlagt oppstart er 1. juli 2015.

På bakgrunn av identifiserte fordeler og ulemper ved intern versus ekstern drift besluttet direktøren i 2013 intern drift av det nye pasienthotellet. Det ble samtidig besluttet å vurdere dette på nytt etter 5 år, når nye A-fløya står ferdig. Eventuelle endringer i merverdireglementet fra 2016 vil medføre bedre konkurransebetingelser for eksterne aktører, og endring i driftskonsept vurderes fortløpende. Det er gjort en rekke forberedelser både med hensyn til planlegging av drift, ansettelser og innkjøp som må tas med i vurderingen. Kostnadene ved å endre modell på kort sikt anses som betydelig.

Direktøren er fornøyd med arbeidet som nå gjøres både i klinikkene og i pasienthotellet for å øke bruk av hotellet fremover, men presiserer betydningen av god fremdrift i dette for å ta i bruk den nye kapasiteten. Direktøren vil derfor følge dette arbeidet tett fremover.

Bakgrunn

Pingvinhotellet UNN Tromsø skal ha full ordinær drift fra 1. juli 2015. En av målsetningene med etableringen av Pasienthotellet beskrevet i Prosjektplanen for nytt pasienthotell er:

Pingvinhotellet UNN Tromsø skal være en primær bidragsyter til å sikre dagens og fremtidig kapasitetsbehovet for senger ved UNN Tromsø og understøtte overgang til dagbehandling. Det skal være et velfungerende hotell med god tilknytning til eksisterende sykehusanlegg.

Styret ved Universitetssykehuset orienteres i den saken om;

1. Status i byggeprosjektet
2. Driftskonsept for Pingvinhotellet UNN Tromsø
3. Økt bruk av pasienthotell



Saksutredning

1. Status i byggeprosjektet

Byggeprosessen går helt etter planen. Pasienthotellbygget er lukket og innvendige rominndelinger er ferdig, i tillegg er flere hotelletasjer tilnærmet ferdig. Anbud på inventar for fellesarealer i plan 4, 5 og 6 pågår. Kulvert til teknisk rom for datasenter er ferdig og Narvesen har åpnet ny kiosk. Fremdriften går som planlagt, og estimert overskudd for byggeprosjektet er 12,4 mill kr.

Viktige hendelser i perioden desember og januar:

- Montasje av fasadeelementer er ferdig, innervegger er ferdig, flere hotelletasjer er tilnærmet ferdig innvendig.
- Støpning av kulvert til Teknisk bygg IKT er ferdig og igjenfylling pågår.
- Gjennomført 37 vernerunder. Hittil ingen registrerte personskader med fravær (H-verdi=0).
- Byggekranen og byggheisen er demontert
- Narvesen åpnet ny kiosk
- Trafoer er montert og bygget har fått permanent strøm
- Anbud på inventar pågår - evaluering og forhandling pågår med tre tilbydere
- Det pågår visninger av hotellet for de ulike klinikkene.
- Oppstart implementering av nytt hotelldatasystem, Micros Fidelio
- Fundament er ferdig for AM og heising av moduler er påbegynt
- Prosjektledelsen har deltatt i anskaffelsen av IKT-utstyr og infrastruktur til DS1

Viktige aktiviteter neste periode (februar - mars):

- Hulltaking til vestibylen er utsatt og starter medio februar
- Anbud inventar – Valg av leverandør og bestilling av inventar
- Utsjekking av ulike rom og tekniske anlegg
- Siste innspurt på prosjektering av enkelte detaljer
- Fortsatt implementering og konfigurering av Micros Fidelio
- Det vil pågå visninger av hotellet for de ulike klinikkene til utgangen av mars
- Bygging av Teknisk bygg IKT(DS1)
- AM-bygget skal ferdigstilles og idriftsettes

2. Driftskonsept

Internt versus ekstern drift

Etter en grundig utredning i 2013 besluttet direktøren at det nye pasienthotellet skal drives i egen regi. Å få et konkret tilbud på hva det koster for UNN HF, dersom andre eksterne skulle drifte pasienthotellet i Breivika, viste seg svært utfordrende. Det ble gjort flere forsøk på å få tak i tallmaterialer fra andre pasienthoteller i Norge som ikke driver i egen regi. Dette viste seg umulig fordi avtalen mellom det aktuelle sykehuset og den eksterne driveren er taushetsbelagt. Undersøkelsene vedrørende eksternt drift av pasienthotellet ble dermed et resultat av noe muntlig informasjon samt egne antakelser og beregninger. På bakgrunn av identifiserte fordeler og ulemper ved intern versus ekstern drift (tabell 1) besluttet direktøren intern drift av det nye



pasienthotellet. Det ble samtidig besluttet å vurdere dette på nytt etter 5 år, når nye A-fløya står ferdig. Det ble i tillegg besluttet å konkurransesette renholdstjenestene fordi denne yrkesgruppen erfaringsmessig har vært relativt dyr å drive i egen regi blant annet på grunn av høyt sykefravær.

Tabell 1 Fordeler og ulemper intern drift versus ekstern drift

Intern egen drift	Fordeler	Ulemper
	<ul style="list-style-type: none"> • Lang erfaring med egen drift. • Høy grad av selvbestemmelse vedrørende hoteldriften. (eks A-fløya og behovet for hotellsenger) • Kortere beslutningstid mtp endringer. • Hoteldriften tilpasses lettere sykehusets virksomhet. • Tettere dialog med klinikkene. • Bedre ivaretagelse av ulike pasientbehov på bakgrunn av naturlig og nært samarbeid med sykehusets kliniske avdelinger eks kost, utsyr etc. • Større fleksibilitet. • Mindre avstand mellom sykehus og hotell. • Lav turnover og trivsel blant ansatte. • Trend endring fra ekstern drift tilbake til intern drift, - tilbakemeldinger fra Sverige og Danmark. • Større muligheter og råderett over egen rom kapasitet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre fagmiljø innen hotellfaget. • Økt fare for behandling i hotellet, "light sykehus". • Erfaringsmessig høyt sykefravær særlig blant renholder. • Større egen risiko og ansvar for oppnåelse av budsjettert rombelegg.

Ekstern drift	Fordeler	Ulemper
	<ul style="list-style-type: none"> • Større fagmiljø hotell. • Forutsigbar og kontraktsfestet kostnadsbilde ved et <u>bestemt angitt rom behov</u> som tildeles sykehuset. • Ingen ressursbruk ved høyt sykefravær. • Større salgsapparat for belegg i weekend. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usikkerhet med hensyn til graden av hvordan A-fløya vil påvirke behovet for hotellsenger. • Person(er) må ansettes av sykehuset for å ivareta kontrakt og være bindeledd mellom ekstern driver og sykehus. • Lengre beslutningstid. • Mindre fleksibilitet ved bruk av hotellets arealer for



		sykehuset. <ul style="list-style-type: none"> • Vanskelig og mer tidkrevende å endre/tilpasse hoteldriften i takt med utvikling og endringer i sykehusdriften. • Større avstand mellom sykehusets kliniske avdelinger og hotellet.
--	--	--

Nye regler for merverdiavgift fra og med 2016

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har annonsert en mulig endring i reglene for merverdiavgift (mva) gjeldende fra og med 2016. Endringene vil føre til bedre konkurransemuligheter for private aktører versus drift i egen regi. I dagens reglement er private aktører pliktige til å legge på mva for alle tjenester de leverer, som i realiteten fordyrer deres tilbud med 25 %. Endringene i reglementet legger opp til at også helseforetakene skal føre mva-regnskap fremover, og vil da få fradrag for mva. Prisen på tjenester fra private aktører vil dermed reduseres i forhold til i dag, tilsvarende mva.

Det er fremdeles høyst usikkert om dette innføres, og hvilke eksakte konsekvenser det får. Vi avventer videre informasjon fra HOD. Dersom reglene endres må dette tas med i ny vurdering om egen versus ekstern drift av pasienthotellet. Dette er et krevende kartleggings- og anbudsarbeid. Dersom nye mva regler iverksettes må det fortløpende vurderes om dette likevel igangsettes fordi konkurransesituasjonen og kostnader ved ekstern drift blir endret. Beslutningen fra 2013 om ny vurdering etter 5 år endres derfor til at driftskonseptet vurderes fortløpende.

Driftsøkonomi for Pingvinhotellet UNN Tromsø

Drift av det nye pasienthotellet inkludert renter og avskrivninger koster 12,5 mill kr. Dette er i tråd med tidligere beregninger og er medregnet i budsjettene og bærekraftsanalysene fra og med 2015.

I budsjettet er det forutsatt at hotellet har en gjennomsnittlig beleggsprosent på 64,8 (lavest fredag og lørdag). For å nå måltall for beleggsprosent og inntektsbudsjett må hotellet ha eksterne betalende gjester når det er ledige rom, dette gjelder spesielt i helgene. Det er videre lagt til grunn av døgnpris for betalende gjester på 1 150 kr.

3. Økt bruk av pasienthotell

UNN overtar ansvaret for bygget 27.april. Frem til 28. mai er det kontroll og kvalitetssikring av alle tekniske installasjoner, samt møblering. Deretter er det prøvedrift med etablering av rutiner og opplæring til Pingvinhotellet går i full ordinær drift fra 1. juli 2015.

I planleggingen av det nye pasienthotellet er det lagt opp til en økning på 24 000 døgn i forhold til 2014. Økningen fordeler seg på 3 000 døgn (20 %) for inneliggende heldøgnspasienter og 21 000 døgn for pasienter som er til dagbehandling, polikliniske konsultasjoner og poliklinisk dagbehandling. Økningen inkluderer overføring av de som tidligere har bodd på hoteller i byen (i overkant av 18 000 døgn).

Det er iverksatt flere parallelle planarbeider for økt bruk av pasienthotell slik at den nye utvidede kapasiteten benyttes så langt som mulig.



1. Mer dagebehandling

I forbindelse med Budsjettarbeidet for 2015 ble fellestiltak ”Mer dagbehandling” vedtatt og igangsatt. Det ble samtidig budsjettert med en økonomisk innsparing i klinikkene på 10 mill kr i 2015. Arbeidet ledes av klinikksjef Hjerter- og lungeklinikken. Det pågår nå et kartleggingsarbeid og informasjonsinnsamlingsarbeid;

- Identifisere volummessig betydelige heldøgnspasientforløp som kan ivaretas ved standardisert dagbehandling.
- Identifisere strukturelle og organisatoriske endringer som er nødvendig for gjennomføring av disse dagforløpene.

Utredningsarbeidet kompletteres innen utgangen av mars 2015. Den enkelte klinikk gjør konsekvensutredning og risikovurderinger, redegjør for eventuelle kompensierende tiltak og anslår i samarbeid med Økonomi- og analysesenteret økonomisk effekt.

2. Informasjonspakke

Det jobbes med en informasjonspakke om hva pasienthotellet kan tilby:

- Varsling
- Kommunikasjon mellom pasient og klinisk avdeling
- Kommunikasjon mellom hotell og klinisk avdeling
- Tilrettelegging for funksjonshemninger og redusert egenomsorg (teleslynge, tiltak for synshemmede, rullestolbrukere, toalettforhøyere, spesielle kostholdsbehov osv)
- Erfaringer fra andre foretak som benytter pasienthotell mye
- Oppsummering av ulike kategorier pasientforløp inkludert analyse av eventuelle økonomiske utslag for pasient, pårørende, UNN, kommuner, andre foretak.

3. Kommunikasjonsplan

Det er under utarbeidelse en kommunikasjonsplan for økning av dagbehandling ved UNN.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at både fremdrift og økonomistyring i byggeprosjektet Pingvinhotellet UNN Tromsø er i henhold til plan og tidligere rapporteringer.

Beslutningen om å drive pasienthotellet i egen regi fra 2013 ble gjort på bakgrunn av en grundig redegjørelse av tilgjengelig informasjon. Eventuelle endringer i mva reglementet vil medføre bedre konkurransebetingelser for eksterne aktører, og endring i driftskonsept vurderes fortløpende. Det er gjort en rekke forberedelser både med hensyn til planlegging av drift, ansettelse og innkjøp som må tas med i vurderingen. Kostnadene ved å endre modell på kort sikt anses som betydelig.

Direktøren er fornøyd med arbeidet som gjøres både i klinikkene og i pasienthotellet for å øke bruk av hotellet fremover, men presiserer betydningen av god fremdrift i dette for å ta i bruk den nye kapasiteten. Direktøren vil derfor følge dette arbeidet tett fremover.



Konklusjon

Direktøren viser til at saksutredningen redegjør for status i byggeprosjektet, driftskonsept og plan for bruk av det nye hotellet, og anbefaler styret om å ta saken til orientering.



Sak: PET-senteret - driftsøkonomi
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef
Møtedato: 25.3.2015

Sammendrag

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har bedt om en orienteringssak om driftsøkonomi i det nye planlagte PET- senteret i Tromsø. Denne utredningen må koordineres mot Helse Nord RHF slik at en sikrer at det er en felles forståelse. Det pågår nå nye og oppdaterte beregninger av driftsøkonomi samtidig som det pågår en ekstern kvalitetssikring (KSK) av grunnlaget i forprosjektrapporten. Denne KSK-utredningen er igangsatt for å kvalitetssikre forprosjektet og er et krav for lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Oppdraget gjennomføres av Terramar og Oslo Economics etter en minikonkurranse mellom prekvalifiserte rammeavtalepartnere. Det forutsettes at rapporten fra KSK også kvalitetssikrer driftsøkonomi, og dermed gir en ekstern vurdering av dette. KSK-rapport skal leveres 27.3.2015. På grunn av at denne leveransen vil komme for sent til styremøtet i mars, vil saken om driftsøkonomi leveres til styremøtet i april.

Vedlagt denne orienteringen er en statusrapport for PET-senterprosjektet pr 28.2.2015. Denne rapporten viser at det pågår et intenst arbeid med ferdigstilling av konkurransegrunnlag og at konkurranse på grunnarbeider er igangsatt.

Bakgrunn

I styresak 110/2014 PET-senter – forprosjekt ble det gjort følgende vedtakspunkt 7: *Styret ber om at det til neste møte fremlegges kvalitetssikrede estimater av driftskostnader og driftsinntekter etter ferdigstilling av senteret.*

Denne saken redegjør for status i arbeidet med å fremskaffe driftskostnader og gir samtidig en kort status for byggeprosjektet pr 28.2.2015.

Saksutredning

Forut for styresaken om bygging av PET-senteret var det divergerende oppfatning ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og ved Helse Nord RHF vedrørende nivået på driftsutgifter og alternativkostnad ved å ikke gjennomføre bygging. Det er derfor viktig for styret å få kvalitetssikrede tall for driftsutgiftene i det fremtidige PET-senteret. Det er også viktig for troverdigheten til utbyggingssjekter at det fremlegges tall som er omforent mellom UNN og Helse Nord RHF. I vedtak om bygging er det besluttet å lånefinansiere bygget via søknad til HOD. Dette forutsetter uavhengig kvalitetssikring av forprosjektrapporten. Konkurranse for oppdraget ble utlyst til rammeavtalepartnere 18.12.2014, med frist 1.1.2015. Det var to tilbydere i konkurransen, og økonomisk fordelaktige tilbud ble valgt. I henhold til kontrakt skal KSK foreligge ferdig 27.3.2015. Gjennomgang av driftsutgifter inngår i arbeidet.



Samtidig er UNN i gang ved å kvalitetssikre egne beregninger og ønsker å samordne dette med Helse Nord for å få en omforent fremstilling.

Med tanke på fristen for levering av KSK er det hensiktsmessig å avvente med å konkludere saken til etter at dette foreligger. Vi velger derfor i denne saken å orientere styret om prosess.

Prosjektet har gjennomført følgende arbeider siden bygging ble vedtatt:

- Gjennomført konkurranse og startet arbeid med KSK
- Kontrahert videre arbeider for detaljprosjektering
- Detaljavklaringer omkring kontraktsstrategi for hovedentreprise
- Detaljert riggplan
- Beskrivelse av grunnentreprise
- Utlyst konkurranse for grunnentreprise
- Etablert tverrfaglige grupper for utstyrsinnkjøp
- Startet arbeid med kravspesifikasjon for syklotron og annet byggpåvirkende medisinsk teknisk utstyr.

På grunn av at arbeidsmengden på KSK og kontraktsstrategi har vært noe større enn forutsatt har prosjektet en mindre forsinkelse på 2 uker i forhold til plan. Dette oppfattes ikke som kritisk, og forventes ikke å ha konsekvens for prosjektgjennomføringen.

Vurdering

Utbyggingssjef har vurdert det som mer hensiktsmessig å presentere godt gjennomarbeidet og kvalitetssikret grunnlag for driftsutgifter enn å levere raskt. Det er imidlertid kritisk at dette foreligger i omforent versjon før Helse Nord RHF skal gjøre sin behandling av budsjett og investeringer i juni. Vår oppsatte plan vil levere driftsøkonomiske tall til styremøtet i april.

Byggeprosessen pågår i innledede fase og grunnarbeider forutsettes oppstartet i henhold til fremdriftsplan. En mindre forsinkelse oppfattes ikke å ha innvirkning på endelig ferdigstillelse.

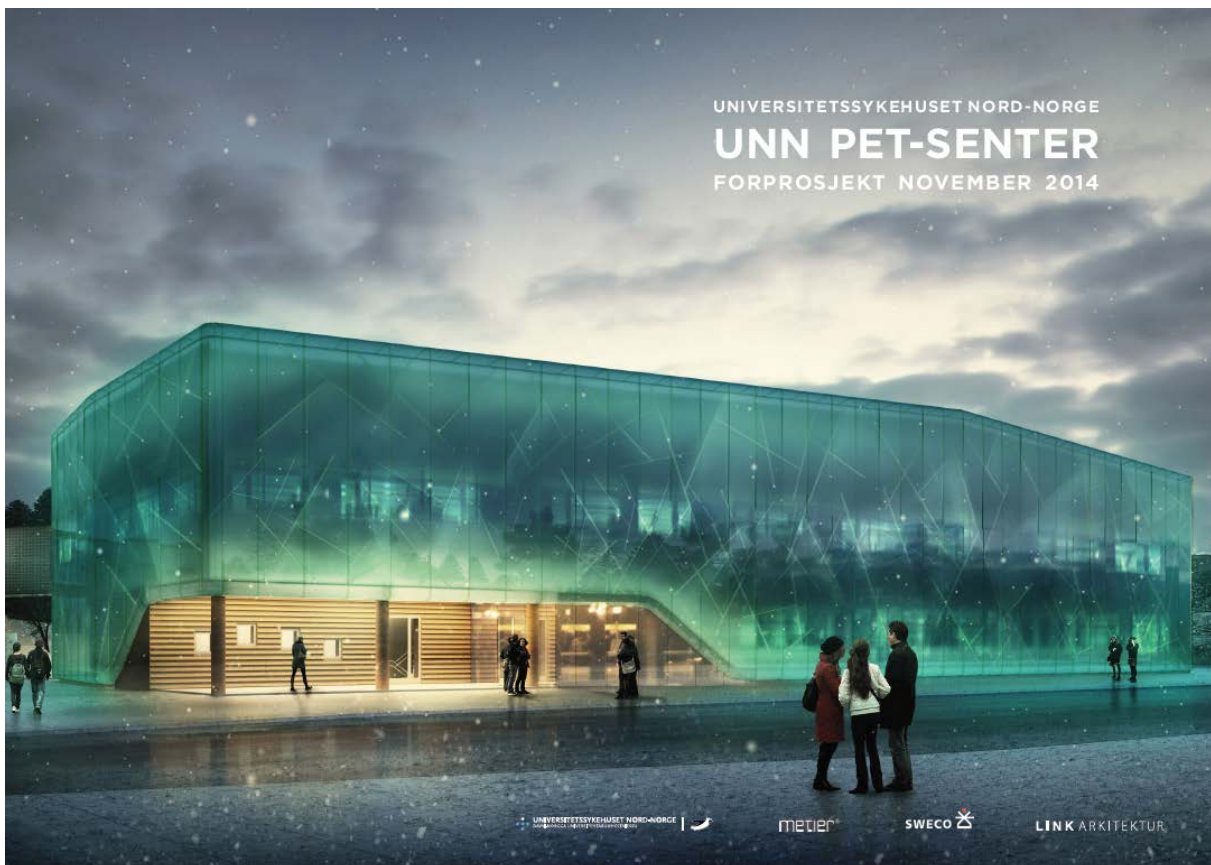
Konklusjon

Arbeid med å fremlegge omforente og kvalitetssikrede tall for driftsutgifter for PET-senter pågår og vil være ferdig til styremøtet i april. Byggeprosjektet er startet opp og har tilfredsstillende fremdrift i henhold til fremdriftsplan.

Vedlegg: Månedrapport PET-senter, datert 8.3.2015



UNN Tromsø Detaljprosjekt PET-senter



Statusrapport Månedrapport januar/februar 2015

Dato	Beskrivelse	Utarbeidet av	Godkjent
08.03.2015	Månedrapport	Ole Nupen	Tor-Arne Hanssen



INNHOLDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	STATUS	3
3	PROSJEKTØKONOMI.....	3
4	FREMDRIFT.....	4
5	PROSJEKTLEDELSE.....	4
6	PROGRAMMERING.....	4
7	PROSJEKTERING	4
8	ANSATTMEDVIRKNING.....	4
9	KVALITET	4
10	KOMMUNIKASJON	4
11	KOORDINERING MOT ANDRE PROSJEKTER OG DRIFT	5

1 SAMMENDRAG

Detaljprosjektet ble igangsatt i januar 2015. Arbeidene er i 2 uker etter fremdriftsplan. Anbudsforespørsel for grunnarbeider er utsendt med tilbudsfrist 27.03. Anbudsforespørsel med mengdebeskrivelser og systemskjema for totalentreprise er under utarbeidelse for utsendelse 20.03. System for avvik- og endringshåndtering samt tegningshåndtering er etablert.

2 STATUS

Viktige hendelser i januar/februar

- Arbeid med grunnentreprise
- Arbeid med totalentreprise
- Etablering av system for avvik- og endringshåndtering
- Etablering av system for tegningshåndtering
- Kvalitetssikring av forrige fase
- Oppstart av utstyrsprosjekt

Viktige hendelser i mars

- Ferdigstille utsendelse av totalentreprise
- Godkjenning fra DQ1
- PG-produksjon av underlag til medvirkergrupper
- Planlegge underlag for samspill 1 og 2
- Prosjektnedbrytingsstruktur og budsjettering
- Oppfølging av system for endringer
- Endelig kvalitetssikringsrapport fra forrige fase foreligger
- Ferdigstilling av kravspesifikasjon på syklotron og utsendelse av konkurranse

3 PROSJEKTØKONOMI

Prognostisert time- og ressursplan fra prosjekteringsgruppen er ikke i overensstemmelse med kostnadsestimat beregnet i forprosjektet. Det arbeides med et revidert oppsett.

AKKUMULERTE TIMER/FAG	2015-02	2015-03
ARK	1 070	1 762
LARK	327	550
PGL	641	1 021
RIAku	23	83
RIB	876	1 446
RIBr	70	136
RIE	942	1 582
RIG	164	184
RIV	1 278	1 749
RIVA	66	111
SHA	89	119
Spes	50	90
stab	163	315
Stråling	-	60
BIM	179	275
TOTALT	5 937	9 482

Det var planlagt 4 201 timer i februar, faktisk antall 3 461, avvik på 741 timer.

- Metier planlagt 455, faktisk 402, avvik 53
- Link planlagt 1 246 , faktisk 840, avvik 406
- Sweco planlagt 2 500, faktisk 2 219, avvik 281

Hospitalitet:

- Januar: 104 timer (inkludert reisetid)
- Februar: 47,5 timer (14 timer reisetid)

Hartmann prosjektrådgiving:

- Februar: 22 timer

ISY Prosjektøkonomi må etableres for økonomistyring.

4 FREMDRIFT

Arbeider er i henhold til fremdriftsplan.

5 PROSJEKTLEDELSE

Aktiviteter i januar/februar:

- System og skjema for avvik- og endringshåndtering er etablert
- System for tegningshåndtering er etablert

Aktiviteter i mars:

- Etablering av prosjektnedbrytingsstruktur i økonomioppfølgingsystem
- Budsjettering

6 PROGRAMMERING

- Programmering er gjennomført. Noen justeringer for preklinisk forskningsdel () er gjennomført i perioden.

7 PROSJEKTERING

- Anbudsforespørsel for grunnarbeider er utsendt med tilbudsfrist 27.03.
- Anbudsforespørsel med mengdebeskrivelser og systemskjema for totalentreprise er under utarbeidelse for utsendelse 20.03. Utarbeidelse av anbudsforespørsel for innkjøp av syklotron er i avsluttende fase med planlagt utsendelse 20.03.
- Design Qualification 1 (DQ1) hvor en kontrollerer at alle premisser for validering er ivaretatt inn i detaljprosjektet er gjennomført med mindre anmerkninger. Detaljprosjektet har innarbeidet disse anmerkningene i anbudsgrunnlaget.

8 ANSATTMEDVIRKNING

Det er etablert tverrfaglig anskaffelsesteam som utarbeider kravspesifikasjon på utstyr sammen med prosjektleder utstyr.

9 KVALITET

N/A

10 KOMMUNIKASJON

- Etablert dialog med Statsbygg, deres byggeledelse samt "infotorget" ved helsefakultetet for å koordinere informasjon om MH2 og PET-senteret.



- Medieoppslag og webnyheter om PET-senteret, innholdet, betydningen for den norsk-norske pasienten og finansiering

11 KOORDINERING MOT ANDRE PROSJEKTER OG DRIFT

- Nøkkelpersoner hos Teknisk drift deltar i alle prosjekteringsmøter, samt enkelte særmøter.
- Det er under gjennomføring tverrfaglig kvalitetskontroll samt gjennomgang av anbudsmaterialet av nøkkelpersoner hos UNN - Teknisk Drift.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
29/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.3.2015
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Reidun Holm

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Udatert uttalelse fra Kommunestyret i Lyngen, mottatt her 27.2.15, angående pågående omorganisering av ambulansetjenesten.
2. Udatert brev fra Nordreisa KrF, mottatt her 5.3.15, vedrørende Høyere - ikke lavere prioritering av beredskap.
3. Brev fra ordfører i Skjervøy og ordfører i Kvæningen, datert 20.2.15, vedrørende kutt i rutetilbud samt fremtidig ambulanseberedskap i området Kvæningen/Skjervøy.
4. Uttalelse fra Lødingen Kommunestyre 12. februar 2015, vedrørende Nei til reduksjon av ambulanseberedskap.
5. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 3.2.2015, vedrørende oppnevning av 26 ordinære medlemmer av HelseOmsorg21-rådet.
6. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 26.2.2014.
7. Referat fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 11.3.2015.
8. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 9.3.2015.
9. Referat fra møte i AMU 10.3.2015.
10. Protokoll drøftingsmøte reisepolicy 6.3.2015.
11. Referat fra møtet i Kvalitetsutvalget 9.3.2015

Tromsø, 13.3.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg



Lyngen kommune
Ordfører

Til Styret Universitetssykehuset Nord-Norge
Sykehusveien 38
9019 Tromsø

Uttalelse angående pågående omorganisering av ambulansetjenesten fra Kommunestyret i Lyngen

Kommunestyret i Lyngen kan ikke akseptere at en omorganisering av ambulansetjenesten hos Universitetssykehuset Nord Norge skal resultere i en dårligere ambulanseberedskap for befolkningen i Lyngen kommune.

Med hilsen
Kommunestyret i Lyngen


Sølvi G. Jensen
Ordfører

Lyngen kommune - alpekommunen i nord
Tlf. +47 40028501 - +47 40028560
www.lyngen.kommune.no

Besøk oss på:
http://www.visbrosjyre.no/lyngen_kommune/MailView

Høyere – ikke lavere prioritering av beredskap!

Nordreisa KrF ser med dyp bekymring på at styret ved UNN i desember vedtok å nedprioritere beredskap, herunder ambulansetjenester. Vår region fikk allerede i 2010 en svekkelse i beredskapen ved at en døgnbil ble omgjort til en dagbil samtidig som det ble kuttet noen timer på en annen dagbil. Vi har erfart hvor sårbar man er når hendelser inntreffer samtidig. At man skal vurdere ytterligere kutt kan vi ikke se som annet enn en manglende forståelse for demografiske forhold, geografiske forhold og værmessige utfordringer. Redusert beredskap, og dermed økt utrykningstid, vil kunne gi store menneskelige konsekvenser i tillegg til økte samfunnsøkonomiske konsekvenser ved økt antall liggedøgn på sykehus og rehabilitering i etterkant. At man fra styrets side er villig til å svekke pasientsikkerheten er etter Nordreisa KrFs syn et uttrykk for mangelfull forståelse for det samfunnsoppdraget UNN har.

Også i den uløste saken om finansiering av sykestuesengene i Nord-Troms opplever vi at det brede helsesikkerhetsnettet trues. Styret ved UNN legger opp til å prioritere aktiv pasientbehandling, men ser i begge disse sakene bort fra at aktiv pasientbehandling også foregår – og må foregå – utenfor UNNs egne lokaler i Breivika. Det minnes i denne sammenheng også om at en ønsket konsekvens av Samhandlingsreformen innebærer et økt behov for kompetent helsehjelp – herunder også akuttberedskap - nært der mennesker bor.

Nordreisa KrF er klar over at spørsmålet om framtidig struktur innen ambulansetjenesten nå ligger til utredning og konsekvensanalyse, og at vår formelle mulighet til å avgi uttalelse først vil komme om noe tid. Vi ser likevel ingen grunn til ikke allerede nå å være tydelige på at svekket beredskap ikke er akseptabelt. Vi kan heller ikke se hvordan dette samsvarer med Helse Nords uttrykte mål, senest gjengitt i oppdragsdokumentet for 2015:

”Gode pasientforløp og flere tjenester nær der pasienten bor er sentrale mål. (...)Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere.”

Vi ber derfor styret ved UNN om å snu i denne saken.

For Nordreisa KrF,

Gerd H. Kristiansen

Ordfører Kvæningen

20. 02. 2015

Ordfører Skjervøy

Fylkesrådet Troms

UNN

KUTT I RUTETILBUD SAMT FREMTIDIG AMBULANSEBEREDSKAP I OMRÅDET KVÆNINGEN/ SKJERVØY

Viser til orientering fra fylkesråd, Ivar B. Prestbakmo angående radikale endringer i nevnte tilbud i området.

Ordførerne har stor forståelse for at alle sider av drifta underlagt fylkeskommunen til enhver tid må være underlagt nøye vurderinger i forhold til det lønnsomhet og ansvarlig drift.

Selv om vi bor i en kommune med spredt bosetting, er vi av den oppfatning at vi bør ha en infrastruktur som kan gi akseptable vilkår for næring og bosetting.

Fra oss ordførere må denne henvendelse sees på som en bønn til fylkesrådet om å se på saken med slike øyne at dette blir ivaretatt også i fremtiden. Vi har i dette området sett på nåværende båt som sikker og trygg i forhold til det å ivareta sikkerheten når noe akutt skulle skje. Det gjelder både Kvæningen og Skjervøy. For Skjervøys vedkommende vil en styrking til for eksempel heldøgns bemanning på ferga ikke være et fullgodt tilbud om ras og rasfare skulle inntreffe, som vil føre til kansellerte avganger til Arnøy og Laukøy. Da må en båt som «Kvæningen» bli alternativet. Når helikopter angår får vi opplyst at vær og andre forhold gjør at prosenten for avlyste turer er relativt høy og ikke vil gi den tryggheten som en kan forvente.

Når det gjelder transport av gods og varer er vi helt avhengig av et tilbud sett i lys av fastboende/ næring på Spildra, fastboende i Reinfjord, næringsaktivitet og transport av fisk og annet i Seglvik samt bosetting på øyene rundt Skjervøy. Om det settes inn en båt med kun muligheter for persontransport er dette et tilbud som ikke dekker behovet og for å si det som det er, ikke gi folk muligheten til å bo i denne delen av fylket. En mindre båt vil oftere måtte avlyse ruta i dårlig vær. Hvis dette skjer samtidig som ambulanshelikopteret ikke kan fly på grunn av værforhold vil det gå utover liv og helse.

Det er helt sikkert andre steder i Norge som har de samme utfordringer som oss, så fra vårt ståsted kan en sak som denne dreie seg om et viktig prinsipp som muligens vil sette standard for fremtidig tilrettelegging for bosetting og næringsutvikling i utkantstrøk. Nemlig det at en må regne med å falle ut av det fellesskapet om en ikke bor nær nok det som blir definert som levelige områder for bosetting.

Vi er satt i en vanskelig situasjon, en situasjon som kun dere kan hjelpe oss ut av. For å illustrere viktigheten av at vi må ha en båt som både ivaretar godstransport i noen grad, ambulanseberedskap samt personbefordring ønsker vi å komme med innspill.

Vi ber fylkesrådet se på muligheten for å redusere antall kjørte kilometer i et fremtidig nytt anbud betraktelig for å redusere utgifter, det og samtidig gå i dialog med UNN om bruk av samme båt til ambulanse. Et nedtrekk av kilometer vil redusere tilbudet, men det er helt livsnødvendig at en båt som «Kvænangen» server området om sjeldnere, en at en setter inn en båt som gjør det ubeboelig i området.

Vi ber om at fylkesrådet også om mulig gir seg selv litt mere tid til å se på mulige løsninger som befolkningen kan leve med. En frist på to måneder for omstilling er nærmest umulig for næringsliv og bosetting. Samtidig er det jo også snakk om at flere arbeidsplasser står i fare både på land og sjø.

Avslutningsvis vil vi nevne at dere som ledende politikere og fylkesråd for hele Troms har helhetlige hensyn å ta og dermed har et stort ansvar for hele fellesskapet.

Hva dette området av Troms angår, sørger dagens båt for at det er liv laga i de vegløse bygdene.. Her er ingen vei som fører frem til bygdene, her er altså ingen annen mulighet enn båt. Vi ber og håper derfor at fylkesrådet ser på denne saken med det som utgangspunkt.

Med vennlig hilsen

Jan Helge Jensen

Ordfører

Kvænangen

Torgeir Johnsen

Ordfører

Skjervøy

Vedlegg: Kommunelege Kvænangen

Lean Fish



Lødingen kommune

Ordfører

Ordfører

Vår ref.	15/121-1
Deres ref.	
Saksbehandler	Anita Hegstad Marthinussen
Arkivkode	FA-
Dato	17.02.2015

Universitetssykehuset Nord-Norge

Postboks 100
9038 TROMSØ
Att: Styret

Uttalelse fra Lødingen Kommunestyre – 12. februar 2015

«Nei til reduksjon av ambulanseberedskap»

Lødingen Kommune ser med stor bekymring på de akuttmedisinske konsekvensene av at UNN må kutte 170 millioner kroner i 2015.

I framlegget til styret i UNN står det: «I virksomhetsplanleggingen for 2015 er det lagt opp til å prioritere aktiv pasientbehandling høyere, og beredskap noe lavere enn tidligere. I ambulansetjenesten resulterer det i en prinsipiell endring i retning av å akseptere økt differensiering av responstidene i bilambulansetjenesten.»

Lødingen Kommune mener at den akuttmedisinske responstiden, spesielt i små kommuner allerede er på et minimumsnivå, og at ytterligere reduksjoner vil gi en helt uakseptabel beredskap.

I Lødingen bor vi langt fra sykehuset og det er viktig at vi vet at den akutte nødhjelpen fungerer. At responstiden skal bli lenger er å gamble med helsen, og innbyggernes trygghetsfølelse.

Vi ber derfor styret i UNN sørge for at ambulansetjenesten ikke blir redusert ytterligere.

Med hilsen

Anita Hegstad Marthinussen/sign.
Ordfører

Postadr.:
Postboks 83
8411 Lødingen

Telefon: 76 98 66 00
Telefaks: 76 98 66 40

www.lodingen.kommune.no
Org.nr: 945 468 661

E post:
postmottak@lodingen.kommune.no



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ifølge liste

Deres ref

Vår ref
15/390

Dato
3.2.2015

Oppnevningensbrev til 26 ordinære medlemmer av HelseOmsorg21-rådet

Helse- og omsorgsdepartementet oppretter nå et råd, HelseOmsorg21-rådet, som skal bidra til en samkjørt og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Rådet består av 27 personer fra brukere og brukerorganisasjoner, næringsliv, sykehus, kommunesektoren, universiteter og høyskoler og offentlig forvaltning.

Rådet skal bidra til å sikre dialog og etablere møteplasser for de ulike aktørene samt bidra til å etablere prosesser som ivaretar innspill og erfaringer slik at visjonen til HelseOmsorg21 om *"forskning og innovasjon for god folkehelse, grensesprengende forskning og næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling"* blir realisert.

Vi takker for at du har sagt ja til å delta i HelseOmsorg21-rådet og bekreftet deg herved oppnevnt som medlem av Rådet.

Vi minner om at første møte i Rådet er **mandag 23. februar klokken 11 – 15.30.**

Med vennlig hilsen

Maiken Engelstad (e.f.)
avdelingsdirektør

Torstein Lindstad
seniorrådgiver

Mandat for HelseOmsorg21-rådet

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. 2 februar 2015

Formål

HelseOmsorg21-rådet, heretter kalt *Rådet*, skal bidra til en koordinert og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (HO21). Rådet er sammensatt av representanter fra brukerne, næringslivet, fylkes- og kommunesektoren, helseforetak, universitets- og høyskolesektoren, virkemiddelapparatet og offentlig forvaltning, heretter kalt *aktørene*.

Rådet skal medvirke til samarbeid og dialog mellom aktørene, samt koordinering av tiltak. Videre skal det skal være en felles møtearena for diskusjon og formidling av aktørenes oppfølging av strategien.

Rolle, oppgaver og ansvar

Rådet har en rådgivende funksjon ovenfor de ulike aktørene om problemstillinger og anbefalinger som er presentert i HO21. Rådet skal gi innspill til pågående prosesser, som oppfølging av langtidsplan for forskning og høyere utdanning, og gi innspill til utforming og oppfølging av en tverrdepartemental handlingsplan for oppfølging av HO21.

Rådet skal gi innspill til en årlig rapport om status for oppfølgingen av HO21 som grunnlag for årlig rapportering til Stortinget. Videre skal Rådet gi kunnskapsbaserte råd om innretningen av offentlige og ikke-offentlige forsknings- og innovasjonsvirkemidler. Rådet skal innarbeide forslag til implementering av tiltak. sine tilrådninger.

Alle aktørene kan melde inn saker for vurdering i Rådet.

Rådet vil kunne rette henvendelser (innspill, forslag, aktuelle spørsmål) til alle aktørene knyttet til oppfølging av HO21.

Rådet skal også bistå i formidlingsarbeid via nettside og andre, relevante kanaler.

Rådet vil ikke kunne gi pålegg om hvordan den enkelte virksomhet skal følge opp HO21 og rådets tilrådninger. De aktuelle virksomhetene vil ut fra sin ansvarsposisjon på selvstendig grunnlag ta nødvendige initiativ for oppfølging.

Rådet møtes mellom 4-6 ganger per år, etter behov.

Hvert medlem av rådet oppnevnes for en periode på fire år, fra 1.1.2015 til 31.12.2018. Medlemmer av rådet oppnevnes personlig.

Adresseliste

Legemiddelindustriforeningen	v/Karita Bekkemellem	0301	OSLO
Helse Bergen HF	v/Ernst Omenaas	5021	BERGEN
Universitetet i Oslo	v/ Fanny Duckert	0316	OSLO
Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet	v/Stig Slørdahl	7491	TRONDHEIM
Universitetet i Tromsø	v/Arnfinn Sundsfjord	9037	TROMSØ
Oslo universitetssykehus HF	v/Erlend Smeland	0424	OSLO
Akershus universitetssykehus HF	v/Hilde Lurås	1478	LØRENSKOG
Høgskolen i Bergen	v/Monica Wammen Nordtvedt	5020	BERGEN
Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon	v/Trude Andresen	0114	OSLO
Nasjonalt folkehelseinstitutt	v/Camilla Stoltenberg	0403	OSLO
Høgskolen i Gjøvik	v/ Maren Sogstad	2802	GJØVIK
Helsedirektoratet	v/Svein Lie	0130	OSLO
Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse	v/Bernadette Kumar	0424	OSLO
Kreftforeningen	v/Anne Lise Ryel	0101	OSLO
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	v/Liv Arum	0183	OSLO
√ Helse Nord RHF	v/ Cathrin Carlyle	8038	BODØ
Mental Helse Norge	v/Dagfinn Bjørgen	0182	OSLO
Norges forskningsråd	v/Jesper Simonsen	1327	LYSAKER
Vaccibody	v/Tom Pike	0349	OSLO
PubgeneAS	v/Eirik Næss-Ulseth	0855	OSLO
Oslo Medtech	v/Kathrine Myhre	0349	OSLO
IKT-Norge	v/Fredrik Syversen	0352	OSLO
Abelia	v/Håkon Haugli	0368	OSLO
Telemark fylkeskommune	v/Evi-anni Evensen	3706	SKIEN
Innovasjon Norge	v/ Toril Bariusdotter Ressem	0104	OSLO
Uni Research Helse	v/Guri Rørtveit	5020	BERGEN

Styresak 8-2015 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 8-2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 9-2015	Godkjenning av protokoll fra styremøte 4. februar 2015
Sak 10-2015	NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, høring
Sak 11-2015	Regional plan for plastikkirurgi 2015-2020
Sak 12-2015	Regional plan for revmatologi 2015-2019
Sak 13-2015	Regional plan for øre-nese-hals 2015-2025
Sak 14-2015	Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – konsekvenser av seleksjonskriterier m. m., oppfølging av styresak 7-2012, 121-2012 og 122-2012
Sak 15-2015	Finnmarkssykehuset Kirkenes - nybygg, godkjenning av entrepriser og justeringer av prosjektramme
Sak 16-2015	Nordlandssykehuset Vesterålen - salg av bygg for psykisk helsevern i Bø i Vesterålen til Bø kommune og Andøy kommune
Sak 17-2015	FIKS ¹ -prosjekt: Tertialrapport pr. 31. desember 2014
Sak 18-2015	Virksomhetsrapport nr. 1-2015 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 19-2015	Brukermedvirkning i helseforskning i Norge, forslag til retningslinjer og tiltak
Sak 20-2015	Internrevisjonsrapport 08/2014: Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord
Sak 21-2015	Revisjonsutvalgets årsrapport for 2014, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2014
Sak 22-2015	Orienteringssaker 1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i> 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i> 3. Responstider i ambulansetjenesten, oppfølging av styresak 52-2009 og 137-2014/8 4. Overordnet ernæringsstrategi - status på etablering <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i> 5. Prosjekt ad. oppgaveglidning mellom radiografer og radiologer, oppfølging av styresak 7-2015, sak A 6. Universitetssykehuset Nord-Norge HF - strategisk utviklingsplan, informasjon 7. Kvalitetsstrategi i Helse Nord - plan for revidering
Sak 23-2015	Referatsaker 1. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget, den 26. januar 2015 2. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 5. februar 2015 ad. ESA - Sykehusapotek - Avslutning av sak, jf. <i>styresak 24-2014/3 ESAs² avgjørelse i sak om statsstøtte – sykehusapotekenes publikumsutsalg</i>

¹ FIKS: Felles innføring kliniske systemer

² ESA: EFTA Surveillance Authority, EFTAs overvåkningsorgan

3. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 3. februar 2015 ad. oppnevningbrev til 26 ordinære medlemmer av HelseOmsorg21-rådet
Kopi av brevet var ettersendt.
4. Brev fra Norsk Radiografforbund av 13. februar 2015 ad. oppgavedeling mellom radiografer og radiologer - oppfølging av opplegg for pilotprosjektet, jf. styresak 22-2015/5 Prosjekt ad. oppgaveglidning mellom radiografer og radiologer, oppfølging av styresak 7-2015, sak A
Kopi av brevet var ettersendt.
5. Brev fra Sykehusets venner i Vesterålen av 18. februar 2015 ad. Sykehuset i Vesterålen - akuttfunksjonen m. m.
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.
6. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg av 25. februar 2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
7. Protokoll fra drøftingsmøte, den 25. februar 2015 ad. Nordlandssykehuset Vesterålen - salg av bygg for psykisk helsevern i Bø i Vesterålen til Bø kommune og Andøy kommune, jf. styresak 16-2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
8. Brev til overlege Jan Størmer, Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. bekymringsmelding til styret i Helse Nord RHF, jf. styresak 151-2014/7 og /8
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.

Sak 24-2015

Eventuelt

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som kom frem under behandling av saken.

Styresak 9-2015

**Godkjenning av protokoll fra styremøte
4. februar 2015**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 4. februar 2015 godkjennes.

Styresak 10-2015 NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten, høring

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar høringsuttalelsen ad. *NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten.*
2. Styret vil presisere at det er helt sentralt å styrke prioriteringsarbeidet som et ledd i å bedre kvaliteten på helsetjenestene, og å gi dette arbeidet tydeligere ledelsesfokus og prioritering i hele helsetjenesten.
3. Styret er enig i at brukerorganisasjonene inviteres inn i prioriteringsprosesser.
4. Styret ber adm. direktør om å sørge for at det utvikles bedre informasjon om kunnskapsbasert prioritering av medisinske tiltak, herunder også satsning på videre utvikling av Helseatlas.no
5. Styret ber Helse- og omsorgsdepartementet om at prioriteringsutfordringene i kommunehelsetjenesten utredes.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar høringsuttalelsen ad. *NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten.*
2. Styret vil presisere at det er helt sentralt å styrke prioriteringsarbeidet som et ledd i å bedre kvaliteten på helsetjenestene, og å gi dette arbeidet tydeligere ledelsesfokus og prioritering i hele helsetjenesten.
3. Styret er enig i at brukerorganisasjonene inviteres inn i prioriteringsprosesser.
4. Styret ber adm. direktør om å sørge for at det utvikles bedre informasjon om kunnskapsbasert prioritering av medisinske tiltak, herunder også satsning på videre utvikling av Helseatlas.no
5. Styret ber Helse- og omsorgsdepartementet om at prioriteringsutfordringene i kommunehelsetjenesten utredes.

Styresak 11-2015 Regional plan for plastikkirurgi 2015-2020

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for plastikkirurgi 2015-2020* som retningsgivende for den videre utviklingen av fagområdet.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for plastikkirurgi 2015-2020* som retningsgivende for den videre utviklingen av fagområdet.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.

Styresak 12-2015 Regional plan for revmatologi 2015-2019

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for revmatologi i Helse Nord 2015-2019* som retningsgivende for den videre utviklingen av tjenestetilbudet til denne pasientgruppen.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.
3. ***Styret ber adm. direktør om å gi samarbeidet med kommunehelsetjenesten høy prioritet for å sikre at denne pasientgruppen får den nødvendige oppfølgingen i kommunene etter behandling i spesialisthelsetjenesten.***
4. ***Styret ber adm. direktør vurdere et prosjekt som utreder rehabilitering/opptrening i varmere strøk for de pasienter, der dette kan gi en helsemessig gevinst.***

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for revmatologi i Helse Nord 2015-2019* som retningsgivende for den videre utviklingen av tjenestetilbudet til denne pasientgruppen.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.
3. Styret ber adm. direktør om å gi samarbeidet med kommunehelsetjenesten høy prioritet for å sikre at denne pasientgruppen får den nødvendige oppfølgingen i kommunene etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
4. Styret ber adm. direktør vurdere et prosjekt som utreder rehabilitering/opptrening i varmere strøk for de pasienter, der dette kan gi en helsemessig gevinst.

Styresak 13-2015 Regional plan for øre-nese-hals 2015-2025

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for øre-nese-hals 2015-2025* som retningsgivende for utviklingen av tjenestetilbudet innen fagfeltet.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional plan for øre-nese-hals 2015-2025* som retningsgivende for utviklingen av tjenestetilbudet innen fagfeltet.
2. Tiltak som er foreslått i planen, vil bli vurdert i budsjett og oppdragsdokument i årene fremover.

**Styresak 14-2015 Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord -
konsekvenser av seleksjonskriterier m. m.,
oppfølging av styresak 7-2012, 121-2012 og
122-2012**

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om arbeidet med desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord til orientering.
2. Styret ber om at det gjennomføres en ROS-analyse innen utgangen av 2015.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om arbeidet med desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord til orientering.
2. Styret ber om at det gjennomføres en ROS-analyse innen utgangen av 2015.

**Styresak 15-2015 Finnmarkssykehuset Kirkenes - nybygg,
godkjenning av entrepriser og justeringer av
prosjektramme**

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner tildelingen av entreprisene B02 og B03 for Nye Kirkenes sykehus.
2. Styret godkjenner justering av prosjektrammen fra 1.310 til 1.370 millioner kroner (p50-2016) for Finnmarkssykehuset HF.
3. Styret godkjenner at p50-marginen til Finnmarkssykehuset HF styrkes med 40 millioner til endelig 1.410 millioner kroner.
4. Styret godkjenner at gjenværende margin på 50 millioner kroner forblir i Helse Nord RHF.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner tildelingen av entreprisene B02 og B03 for Nye Kirkenes sykehus.
2. Styret godkjenner justering av prosjektrammen fra 1.310 til 1.370 millioner kroner (p50-2016) for Finnmarkssykehuset HF.
3. Styret godkjenner at p50-marginen til Finnmarkssykehuset HF styrkes med 40 millioner til endelig 1.410 millioner kroner.
4. Styret godkjenner at gjenværende margin på 50 millioner kroner forblir i Helse Nord RHF.

Styresak 16-2015 Nordlandssykehuset Vesterålen - salg av bygg for psykisk helsevern i Bø i Vesterålen til Bø kommune og Andøy kommune
Adm. direktør trakk saken fra styrets behandling i dette styremøtet.

Styresak 17-2015 FIKS³-prosjekt: Tertialrapport pr. 31. desember 2014

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. desember 2014 om Felles Innføring av Kliniske Systemer til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. desember 2014 om Felles Innføring av Kliniske Systemer til orientering.

³ FIKS: Felles innføring kliniske systemer

Styresak 18-2015 Virksomhetsrapport nr. 1-2015

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 1-2015 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp gjennomføringen av omstillingsplanene i helseforetakene for å sikre resultatoppnåelse i 2015.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 1-2015 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp gjennomføringen av omstillingsplanene i helseforetakene for å sikre resultatoppnåelse i 2015.

**Styresak 19-2015 Brukermedvirkning i helseforskning i Norge,
forslag til retningslinjer og tiltak**

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar rapporten *Brukermedvirkning i helseforskning i Norge* som retningsgivende for økt brukermidvirkning i forskningens ulike faser.
2. Styret vedtar retningslinjer og tiltak for brukermidvirkning i helseforskning i Norge som foreslått i saksfremlegget.
3. Styret ber adm. direktør om å følge opp at helseforetakene iverksetter de ulike tiltakene, og at disse vurderes i budsjettprosessen i årene fremover.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar rapporten *Brukermedvirkning i helseforskning i Norge* som retningsgivende for økt brukermidvirkning i forskningens ulike faser.
2. Styret vedtar retningslinjer og tiltak for brukermidvirkning i helseforskning i Norge som foreslått i saksfremlegget.
3. Styret ber adm. direktør om å følge opp at helseforetakene iverksetter de ulike tiltakene, og at disse vurderes i budsjettprosessen i årene fremover.

Styresak 20-2015 Internrevisjonsrapport 08/2014: Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Internrevisjonsrapport 08/2014: Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å iverksette internrevisjonens anbefalinger slik at man får sammenlignbar og pålitelig rapportering i Helse Nord senest fra januar 2016, og å legge fram en orientering om status i oppfølgingsarbeidet i regionen i løpet av høsten 2015.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Internrevisjonsrapport 08/2014: Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å iverksette internrevisjonens anbefalinger slik at man får sammenlignbar og pålitelig rapportering i Helse Nord senest fra januar 2016, og å legge fram en orientering om status i oppfølgingsarbeidet i regionen i løpet av høsten 2015.

Styresak 21-2015 Revisjonsutvalgets årsrapport for 2014, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2014

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar revisjonsutvalgets årsrapport for 2014, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2014, til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar revisjonsutvalgets årsrapport for 2014, vedlagt internrevisjonens årsrapport for 2014, til orientering.

Styresak 22-2015 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Frokostmøte med Nord-Norgebenken på Stortinget*, den 19. februar 2015 (utsatt fra høsten 2014): Informasjon om møtet og deltakere fra Stortinget.
 - *TV2-sak om anskaffelse av kliniske systemer 2003 og 2009*: Informasjon om mediasaken og redegjørelse for bakgrunnen for denne (ulovlig anskaffelse i 2003 og Riksrevisjonens oppfølging av denne). I den forbindelse refererte styreleder også fra brevet av 5. mai 2014 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Jan Størmer ad. varslings til HOD. Brevet distribueres til styret i Helse Nord RHF.
 - *Neste styremøte avholdes 26. mars 2015 i Bodø* – etter styreseminaret for helseforetakene. Påmeldingslink og annen informasjon er sendt i egen e-post av 5. februar 2015.
 - *Foretaksmøter med HF-ene* for godkjenning av årsregnskap og styrets beretning 2014, godkjenning av revisors godtgjørelse 2014 og årlig melding 2014 avholdes 24. april 2015 i Bodø.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - *Resultat 2014 – foreløpige regnskapstall, jf. styresak 5-2015/2 Orienteringssaker, adm. direktørs muntlige orienteringer, første strekpunkt*: Informasjon om endring i resultatet for et helseforetak og foretaksgruppen som helhet.
 - *Anbud landeveistransport - ny utlysning i enkelte områder*: Informasjon om utlysningen og bakgrunnen for denne.
 - *Dips Arena - forsinkelse*: Informasjon om forsinkelsen og møte med leverandøren 10. februar 2015.
 - *Møte i Nord-norsk samarbeidsorgan for helseutdanning*, den 6. februar 2015 i Tromsø:
 - o Oppfølging av *styresak 90-2014 Kompetanseutfordringer i en pasientsentrert helsetjeneste*, jf. punkt 2 i vedtaket: *Styret gir tilslutning til etablering av et nordnorsk samarbeidsorgan for utdanning med sekretariat slik det er beskrevet i saksfremlegget. Styret viser i denne sammenheng til vedtak i vedtak i styresak 20-2014 Strategisk kompetanseplan, fase 2. Endelig sammensetning av organet fastsettes etter at rapporten er behandlet i KS (Kommunesektorens organisasjon) og Universitetene.*
 - o Informasjon om møtet og organiseringen av arbeidet (herunder etablering av arbeidsutvalg og sekretariat).
 - *Middag med statsråd Bent Høie og Stortingets helse- og omsorgskomiteé*, den 9. februar 2015 - sammen med styreleder Bjørn Kaldhol: Informasjon om faglig seminar i forkant av middagen.
 - *Møte med Fylkesråden, Fylkesordfører og gruppeledere Nordland Fylkesting*, den 10. februar 2015 ad. utvikling av sykehusorganisering på Helgeland - sammen med ledelsen i Helgelandssykehuset HF: Informasjon
 - *Høring i Stortingets helse- og omsorgskomiteé ad. Fritt behandlingsvalg*, den 18. februar 2015: Informasjon
 - *Møte i Beslutningsforum for nye metoder*, den 19. januar 2015 og 23. februar 2015: Informasjon om møtene og saker som er behandlet.

- *helseatlas.no*
 - o Presentasjon av helseatlas.no til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i møte 2. mars 2015.
 - o Positiv respons på lanseringen av helseatlas.no.
- 3. Responstider i ambulansetjenesten, oppfølging av styresak 52-2009 og 137-2014/8
- 4. Overordnet ernæringsstrategi - status på etablering
Saksdokumentene var ettersendt.
- 5. Prosjekt ad. oppgaveglidning mellom radiografer og radiologer, oppfølging av styresak 7-2015, sak A
- 6. Universitetssykehuset Nord-Norge HF - strategisk utviklingsplan, informasjon
- 7. Kvalitetsstrategi i Helse Nord - plan for revidering

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 23-2015 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget, den 26. januar 2015
2. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 5. februar 2015 ad. ESA - Sykehusapotek - Avslutning av sak, jf. *styresak 24-2014/3 ESAs⁴ avgjørelse i sak om statsstøtte – sykehusapotekenes publikumsutsalg*
3. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 3. februar 2015 ad. oppnevningebrev til 26 ordinære medlemmer av HelseOmsorg21-rådet
Kopi av brevet var ettersendt.
4. Brev fra Norsk Radiografforbund av 13. februar 2015 ad. oppgavedeling mellom radiografer og radiologer - oppfølging av opplegg for pilotprosjektet, jf. *styresak 22-2015/5 Prosjekt ad. oppgaveglidning mellom radiografer og radiologer, oppfølging av styresak 7-2015, sak A*
Kopi av brevet var ettersendt.
5. Brev fra Sykehusets venner i Vesterålen av 18. februar 2015 ad. Sykehuset i Vesterålen - akuttfunksjonen m. m.
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.
6. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg av 25. februar 2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
7. Protokoll fra drøftingsmøte, den 25. februar 2015 ad. Nordlandssykehuset Vesterålen - salg av bygg for psykisk helsevern i Bø i Vesterålen til Bø kommune og Andøy kommune, jf. styresak 16-2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
8. Brev til overlege Jan Størmer, Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. bekymringsmelding til styret i Helse Nord RHF, jf. styresak 151-2014/7 og /8
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.

⁴ ESA: EFTA Surveillance Authority, EFTAs overvåkningsorgan

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 24-2015

Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Tromsø, den 26. februar 2015

*godkjent av Bjørn Kaldhol,
i etterkant av styremøtet,
den 26FEB2015 – kl. 13.30*

Bjørn Kaldhol

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og foretaksverneombud vedrørende styresaker til 24-25.3.2015**

Dato: 11.3.2015

Tidspunkt: 9.00-10.30

Sted: SAS-hotellet, Tromsø

Tilstede:

Fra arbeidsgiver

Tommy Schjølberg

Tor-Arne Hanssen

Arthur Revhaug

Turid Fossem (*pr. tlf.*)

Leif Hovden (ref.)

Fra arbeidstakerne

Jan Eivind Pettersen, Delta

Rigmor Frøyum, Fagforbundet

Ulla Dorte Mathisen, DNLF/ OLF

Mai-Britt Martinsen, NSF

Vidar Andersen, Samfunnsviterne

Elin Vorren, Parat

Geir Lindrupsen, NITO

Øyvind Lyngedal, NFF

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Geir Lindrupsen valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
Kvalitets- og virksomhetsrapport pr jan 2015	GA	<p><i>Tommy Schjølberg innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Saken ble tatt til orientering, og foretakstillitsvalgte ba om å få en ny gjennomgang av saken før styremøtet – så snart februar tallene ble klargjort.</i></p>
Årsregnskap 2014 – med styrets årsberetning	GA	<p><i>Tommy Schjølberg og Leif Hovden innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Foretakstillitsvalgte viste til oppsummeringen om ny seniorpolitikk i Helse Nord, og presiserte misnøye med UNNs nye praksis knyttet til at seniordagene (ekstra fridager som ledd i seniorpolitikken) ikke lenger blir tilbudt som et prioritert tiltak.</i></p>
Investeringsplan og økonomisk bærekraftvurdering for UNN	GA	<p><i>Tommy Schjølberg innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Saken ble tatt til orientering, men FTV uttrykte bekymring over at betydelige deler av midlene som er avsatt til medisinsk-teknisk utstyr allerede synes å være anvendt.</i></p>

Tilsynsrapport	AR	<p><i>Seniorrådgiver Turid Fossem innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Foretakstillitsvalgte var spesielt opptatt av UNNs henvisningspraksis av pasienter, og anmodet om at det må finnes frem til bedre rutiner for hele foretaket.</i></p>
Årlig melding 2014	AR	<p><i>Arthur Revhaug innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Foretakstillitsvalgte uttrykte tilfredshet med planene for kartlegging av kompetanse som det er pekt på som tiltak i 2015, og ønsket å bli invitert med i arbeidet.</i></p>
Ledelsens gjennomgang (LGG)	AR	<p><i>Arthur Revhaug innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Foretakstillitsvalgte tok saken til orientering, og etterlyste hvorfor LGG-rapporten ikke lenger har en systematisk gjennomgang av avvikene i GAT.</i></p>
Oppdragsdokument 2015	AR	<p><i>Arthur Revhaug innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Foretakstillitsvalgte tok saken til orientering.</i></p>
Tertialrapport 3/2014 for utbyggingsprosjekter	TAH	<p><i>Utbyggingssjefen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Foretakstillitsvalgte tok saken til orientering, og ga uttrykk for bekymring for kostnadsrammene i prosjektet.</i></p>

Tromsø, 11.3.2015

Geir Lindrupsen (s.)
FTV NITO

Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV NSF

Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



MØTEREFERAT – BRUKERUTVALGETS ARBEIDSUTVALG UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Møtedato: 9.3.2015 kl. 14.00 – 15.30
Møtested: Møterom D1 744 Administrasjonen

Tilstede:

Medlemmer: Cathrin Carlyle, Sander O. Henriksen

Fra adm.: Leif Hovden, Heidi Robertsen, Line Lura, Turid Fossem,
Einar Holand, Knut Vidar Eidesen.

BAU 01/15 Behandling av styresakene til 24. – 25.3.2015

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 6.3.2015.

Dagsorden

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport pr februar 2015
2. Årsregnskap 2014 – med styrets årsberetning
3. Investeringsplan og bærekraftvurdering for UNN
4. Tilsynsrapport
5. Årlig melding 2014
6. Ledelsens gjennomgang
7. Oppdragsdokument 2015
8. Tertialrapport 3/2014 for utbyggingsprosjekter

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

1. *Kvalitets- og virksomhetsrapport pr februar 2015*

BAU tar saken til orientering.

2. *Årsregnskap 2014 – med styrets årsberetning*

BAU tar saken til orientering.

3. *Investeringsplan og bærekraftvurdering for UNN*

BAU tar saken til orientering.

4. *Tilsynsrapport*

BAU har følgende innspill til tilsynsrapportens pkt. 2 og pkt. 15:

I Pasientombudets årsmelding fra 2015 påpeker Pasientombudet at UNN fortsatt har utfordringer med unødvendig venting, utsettelse, manglende samarbeid mellom avdelinger og manglende koordinering av helsehjelp.

BAU er bekymret for at resultatet av dette kan føre til forverring av pasienters helsetilstand.

BAU er fornøyd med det arbeidet som gjøres med interne revisjoner i UNN.

5. *Årlig melding*

BAU tar saken til orientering.

6. *Ledelsens gjennomgang*

BAU har spesielt bemerket seg fristbrudd i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken samt Nevro- og ortopediklinikken.

BAU er opptatt av at KVAM-strukturen i klinikkene fungerer, da en slik struktur er viktig for arbeidet med kvalitet og erfaringsoverføring.

7. *Oppdragsdokument 2015*

BAU tar saken til orientering.

8. *Tertialrapport 3/2014 for utbyggingsprosjekter*

BAU tar saken til orientering.

BAU gikk gjennom innkomne saker, med følgende konklusjoner:

BAU-09/15 Forespørsel høring fra Justis- og beredskapsdepartementet –
Tilregnelighetsutvalgets utredning NOU 2014: Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern - Frist FFS 11.3. 2015

Behandling

Høringen var tilsendt BAU med resyme fra FFS. BAU kommer ikke med uttalelse i saken.

BAU-10/15 Forespørsel – Høring – **Lov og forskrifter om gjennomføring av rusomsorgen**
Frist 28. april

Behandling

Høringsutkastet ble behandlet i BU 4.2.2015.

BU har for tiden ingen medlemsrepresentant fra rusomsorgen. BAU ber styret påta seg oppnevning av ny representant. Dersom BAU ikke når opp med dette, kan BU invitere inn representanter fra rusomsorgen. BAU inviterer representant fra RIO til BU-møte 22.4.2015.

Saken følges opp i BAU-møte 13.4.2015.

BAU-11/15 **Vedrørende utredning av ambulanseberedskapen ved UNN**

Behandling

BAU bemerker at ambulansetjenesten bør være en del av sykehusstrukturen. Leder i BU tar med seg innspillet til Det nasjonale rådet for sykehus: HelseOmsorg21.

BAU avventer å komme med uttalelse til rapport fra Sintef foreligger.

BAU-12/15 **Referat fra møte 8.12.2014 i Regionalt fagnettverk for bruker- og pårørendes erfaringskompetanse og brukervedvirkning innen psykisk helse og rus i Helse Nord**

Behandling

Forespørsel om redegjørelse er sendt klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK).

Saken tas opp i BAU-møte 13.4.2015.

BAU-13/15 **Brev fra Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD) vedrørende uverdigg behandling ved Tromsø lufthavn og taxibestilling**

Behandling

BAU tar saken til orientering, og bemerker at det er beklagelig å høre om slike typer hendelser.

BAU orienterer seg i samtale med Pasientreiser om rutiner vedrørende bestilling av taxi.

BAU kjenner seg ikke igjen i opplevelsene ved Tromsø Lufthavn, og tar ikke stilling til saken.

BAU-14/15 E-post datert 24.2.2015 fra RIO vedrørende Representant i BU fra Rus- og psykiatrifeltet

Behandling

BAU tar saken til orientering. Leder BU løfter saken til styret.

BAU-15/15 Brev datert 1.2.2015 fra Støtteforeninga for Harstad Sykehus

Behandling

BAU tar saken til orientering. Leder BU har ikke anledning å møte 18.3.2015, og oppfordrer andre Brukerutvalgsmedlemmer å stille i møtet.

BAU-16/15 Prosjekt pasientsentrert team

Behandling

BAU tar saken til orientering. M. Dalbakk møter i BU 22.4.2015.

BAU-17/15 Opprettelse av Ungdomsråd i UNN

Behandling

BAU tar saken til orientering. M. H. Sundström og A. Figenschou møter i BU 22.4.2015.

BAU-18/15 Logistikk og anleggsområder ved A-fløy og PET-senter utbygging

Behandling

BAU tar henvendelsen til orientering. Utbyggingssjef T-A. Hansen inviteres til BU-møte 22.4.2015.

BAU-19/15 Orienteringssak til BU – Pasientsikkerhetsprogrammet «Trygg kirurgi»

Behandling

BAU tar forslaget til orientering. T. M. Drecker, rådgiver OPIN inviteres til BU 17.6.2015.

BAU-20/15 Orienteringssak til BU – Orientering om pakkeforløp

Behandling

BAU tar forslaget til orientering. L. Balteskard, avdelingsleder KA inviteres til BU 17.6.2015.

BAU-21/15 Orienteringssak til BU – Ventelistearbeid ved UNN

Behandling

BAU tar forslaget til orientering. FFS inviteres til BU 17.6.2015.

BAU-22/15 Orienteringssak til BU – Nye pasientrettighetsloven m/implikasjoner

Behandling

BAU tar forslaget til orientering. Henvendelsen utsettes til høstens BU-møte.

BAU-23/15 Møte med Pasientreiser

Pasientreiser var representert i møtet med Einar Holand og Knut Vidar Eidesen, og de orienterte om den etablerte praksis for taxibestilling og kjørekontorets møte med pasienter.

Behandling

BAU tar orienteringen til orientering, og vil følge saken videre.

BAU henstiller spesielt om at taxiturer overføres tilbyder 2 ved kapasitetsproblemer hos tilbyder 1. BAU henstiller også om at dette tas til etterretning overfor pasienter som skal reise med Hurtigbåt fra Tromsø, slik at de reisende unngår forsinkelser som fører til at de kommer for sent til avgangsstedet.

Overfor reisekontoret påpeker BAU viktigheten av å utøve profesjonell pasientkontakt.
(Pasientreiser oversender orientering om tiltak for å oppnå konstruktive tilbakemeldinger.)

BAU kommenterte at det i forbindelse med ny anbudsutlysning er viktig å ta hensyn til tilbud og kvalitet og ikke pris.

BU stiller gjerne egen representant som kontaktperson til rådighet, og ber Pasientreiser ta aktiv stilling til forslaget.

BAU-24/15 Saker til BU-møte 22.4.2015

Behandling

Sakslisten tas videre til godkjenning i BAU-møte 13.4.2015.

BAU-25/15 Eventuelt

BAU inviterer klinikkjef Barne- og ungdomsklinikken og Nevro- og ortopediklinikken i BAU-møte 13.4.2014 for orientering om fremtidig plan for PETØ-tilbudet for barn og voksne fra høsten 2015.

Kopi:

Brukerutvalget og styret i UNN

**PROTOKOLL AMU 10.3.15**

Utvalg: Arbeidsmiljøutvalget (AMU)
Tidspunkt: 10.3.15 08.00-10.00
Sted: D1 707 Breivika IP 904065, Vestibyle Harstad, Peisestua UNN Narvik

Til stede (x):

Arbeidsgiversiden:		Varamedlemmer	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør		Marit Lind, viseadm. direktør	X
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk Helse og rusklinikken		Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	X
Gøril Bertheussen, stabssjef		Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Arthur Revhaug, klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	X	Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef	X	Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	
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	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø	X	Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	
Elisabeth Olstad, Ylf	X	Jo Endre Midtbu, Ylf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	X	Monica F. Sørensen, NSF	

Møteleder: Gina Johansen
Sekretær: Walter Andersen

Dessuten møtte Leif Hovden som vara for Gøril Bertheussen i permisjonsperioden, Tommy Schjøberg på sak 10/15, Tor Arne Hanssen på sak 9/15 og 10/15, samt Line Lura på sak 10/15.



Sak 7/15 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Sak 8/15 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 28.1.15

Protokoll fra AMU-møtet 28.1.15 var vedlagt sakspapirene.

Vedtak:

AMU godkjenner protokoll fra AMU-møtet 28.1.2015.

Sak 9/15 Orienteringssaker

Skriftlig orientering

a) Overordnet logistikk i byggeperioden i Breivika v/Tor-Arne Hanssen

Muntlig orientering

b) Prioriteringskriterier ved ombygginger i UNN v/ Gina Johansen

Vedtak:

1. AMU tar fremlagte saker til orientering.
2. AMU understreker betydningen av at etterarbeidet med Reisevaneundersøkelsen i UNN aktivt bidrar til økt tilbud innenfor kollektivtrafikk og forbedret sykkel- og gangveier til Campus Breivika. Miljøprosjektet oppfordres til å iverksette en kampanje i samarbeid med vernetjenesten med tanke på å øke bruken av sykkel til jobben og organisere kollegakjøring.
3. AMU ber drifts- og eiendomssjefen orientere om status i sak vedr skyllerom på utredningspoliklinikken i K3K i neste AMU-møte.



Sak 9/15 **Styresaker**

Følgende saker til styret den 25.3.15 kan være aktuell for behandling i AMU:

- Kvalitets- og virksomhetsrapport jan 2015
- Tilsynsrapportering
- Oppdragsdokument 2015
- Pasienthotellet – status byggeprosjekt og driftskonsept
- Ledelsens gjennomgang 3.tertial 2014
- Styrets årsberetning
- Tertialrapport 3/14 for utbyggingsprosjektene ved UNN HF
- Årlig melding
- Investeringsplan og økonomisk bærekraft – foreløpig saksfremlegg

Drøftingsdokumentene av styresakene ble sendt egen epost fra administrasjonssjefen.

AMU ble invitert til å drøfte sakene, og arbeidsutvalget innstilte på at *AMU tar styresakene til orientering.*

Vedtak:

1. AMU tar fremlagte styresaker til orientering.
2. Under behandling av sak *Tilsynsrapport* (revisjon nr. 10 i oversikten) ba AMU stabssjefen og fag- og forskningssjefen vurdere tiltak for å sikre en systematisk dokumentasjon av pålagt opplæring på individnivå i UNN, og samtidig tydeliggjøre de minstekrav som skal inn i en årsplan for helse-, miljø- og sikkerhetsområdet.

PROTOKOLL

Drøftingsmøte Reisepolicy

Møterom D1-707, 6.3 2015 kl 10-11

Tilstede: Grethe Andersen Konst. Stabsjef, Hilde Pettersen, kommunikasjonssjef, Kari Brøndbo, Konst. HR-sjef, Hanna Uleberg, Konst. avdelingsleder HR-personal og arbeidsgiverstøtte, Rigmor Frøyum, Fagforbundet, Merethe Larssen, Forskerforbundet, Kurt B Gschib, NRF, Einar Rebni, Foretaksverneombud, Terje Møien, Foretaksverneombud, Mai-Britt Martinsen, NSF, Geir Lindrupsen, NITO, Anita Dimmen Johansen, NETF, Ulla Dorte Mathisen, Dnlf, Heid Solheim, FO

Arbeidsgiver:

Konstituert stabsjef redegjorde for følgende:

1. Alle ansatte skal benytte kredittkort for alle utlegg i forbindelse med tjenestereiser.
2. Km-godtgjørelse dekkes med en maksimalsats på 1500 kroner for de første 24 timer. Ved reiser utover 24 timer øker maksimalsatsen med 500 kroner pr døgn. Den enkelte kan på bakgrunn av dette vurdere om de ønsker å bruke egen bil eller leiebil.
3. Leiebil skal bestilles gjennom reiseportalen og det skal primært bestilles i rimeligste bilgruppe. Finner man ikke en egnet bil i reiseportalen kan AVIS kontaktes. Bensin skal etterfylles, og bilen må hentes og leveres av den enkelte selv.
4. Ved reise med hurtigbåt skal alle ansatte benytte Tromskortet med verdikonto. Dette gir 20 % rabatt på prisen. Reiser med hurtigbåt vil kun refunderes ihht rabatterte satser.
5. For å sikre enhetlig praksis for kostgodtgjørelse ved kurs gis det ikke lenger kostgodtgjørelse ved deltakelse på kurs, som ikke er arbeidsgiverstyrt.

Arbeidsgiver presiserte vedrørende punkt 1 at det finnes ordninger som ivaretar ansatte som ikke får utstedt kredittkort. Pga oppgaveplikt på km godtgjørelse har vi pt ikke lov å utbetale et lavere beløp enn oppgitte km tilsier. Punkt 2 må derfor utgå inntil vi finner en løsning sammen med skattedirektoratet.

Punkt 5 kommenterte arbeidsgiver at dette samsvarer med gjeldende bestemmelser i personalhåndboken og i tariffavtalene.

NITO:

Fagforbundene mener at det er usolidarisk å ikke gi kostpenger i forbindelse med kompetanseheving. Dette vil føre til at noen har råd til å dra på kurs, mens andre ikke har det. Videre vil dette føre til en ytterligere belastning på lederne ved at de må velge om kurset er initiert av arbeidsgiver eller arbeidstaker.

Den økonomiske besparelsen er liten siden de fleste kurs/konferanser har kost inne i kurs/konferanseprisen. UNN er helt avhengig av fremtidig høy kompetanseheving for å kunne være et sykehus med sikker og forsvarlig drift, og som et helseforetak som befolkningen velger.

Vi viser også til Hovedavtalen § 44. Sitat: Kostnader til etter- og videreutdanning i samsvar med virksomhetens behov er arbeidsgivers ansvar.

Dersom kurs ikke defineres som tjenestereise så er det også uklart om yrkesskadeforsikringen gjelder på denne typen reiser.

NSF, NRF, FO, Fagforbundet, Dnlf, NETF stiller seg bak NITO sin tilførsel.

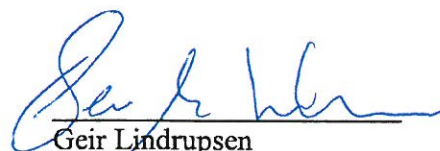
NITO alene: Overenskomsten vår sier " Alle utgifter til reise dekkes i henhold til Statens regulativ ". Dette inkluderer alle kurs/konferanser, og har også vært praktisert de siste årene.

NSF:

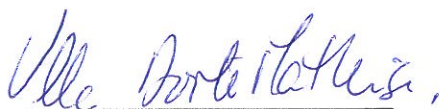
Relevante kurs og etterutdanning skal defineres som tjenestereise. NSF mener angående pkt1 at ansatte skal oppfordres til å benytte kredittkort, men at det bør utarbeides rutiner som ivaretar de som av en eller annen årsak ikke får utstedt kredittkort



Grethe Andersen
Konst Stabsjef



Geir Lindrupsen
NITO



Ulla Dorte Mathisen
Dnlf

REFERAT
KVALITETSUTVALGSMØTE UNN HF (KU)
Tid: Mandag 9.3.2015 kl. 10.00-12.00
Sted: Administrasjonens møterom D1 707
Deltakelse:

Fag- og forskningssenteret	Arthur Revhaug (kst) (KU-leder)
<u>Administrerende direktør</u>	<u>Tor Ingebrigtsen</u>
<u>Psykisk helse- og rusklinikk</u>	<u>Magnus Hald</u>
<u>Akuttmedisinsk klinikk</u>	<u>Jon Mathisen</u>
<u>Barne- og ungdomsklinikk</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 lungeklinikk</u>	<u>Kristian Bartnes</u>
<u>HR-senteret</u>	<u>Kari Brøndbo (kst)</u>
<u>Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk</u>	<u>Tone Nordøy (kst)</u>
<u>Medisinsk klinikk</u>	<u>Tove Skjelbakken (kst)</u>
<u>Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin</u>	<u>Susann Bäckström</u>
<u>Nevro- og ortopediklinikk</u>	<u>Bjørn-Yngvar Nordgård</u>
<u>Operasjons- og intensivklinikk</u>	<u>Eva-Hanne Hansen</u>
<u>Smittevernoverlege</u>	<u>Torni Myrbakk</u>
<u>Viseadministrerende direktør</u>	<u>Marit Lind</u>
<u>Stabsenteret</u>	<u>Grethe Andersen (kst)</u>

Øvrige:

<u>Administrasjonssenteret</u>	<u>Leif Hovden (referent)</u>
--------------------------------	-------------------------------

Forfall:

Saksnr	SAKSOVERSIKT	Ansvar
8.2015	Godkjenning av referat fra 27.1.2015 Referatet ble godkjent.	Leif Hovden
	BESLUTNINGSSAKER	
9.2015	Eksterne tilsyn/ revisjoner Saken ble innledet av FFS-sjefen og kvalitetsrådgiver Turid Fossem. Formålet med saken er å gi styret nødvendig oversikt over gjennomførte eksterne tilsyn og revisjoner i helseforetaket fra 11.11.2014 til og med 1.3.2015, samt	Arthur Revhaug/ Turid Fossem

status for iverksatte tiltak og frister for lukking av pålegg og avvik. Statusoversikten følger som vedlegg.

Etter behandlingen av foregående rapport, er det utført syv nye tilsyn ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), mens fire tilsyn er avsluttet. I 2014 ble det gjennomført 25 eksterne tilsyn.

Det foreligger endelige rapporter fra tre av de syv nye gjennomførte tilsynene. Samtlige avdekker manglende etterlevelse av lovverk og- eller egne gjeldende prosedyrer. Fylkesmannen i Troms fant at regelverket ikke følges når det gjelder håndtering av henvisninger og viderehenvisninger av pasienter med kreft fram til start av nødvendig helsehjelp. Riksrevisjonen fant at gjeldende regelverk ikke er tilstrekkelig implementert når det gjelder å ha kontroll med helseopplysninger i det elektroniske pasientjournal systemet i UNN (EPJ-systemet). Helse Nord RHF fant at foretakets praksis på flere områder bryter med nasjonale føringer når det gjelder strykninger av planlagte operasjoner.

Når det avdekkes kritikkverdige forhold er det som hovedregel systemsvikt. Korrigering av denne form for avvik er et lederansvar. Den beste oppfølgingen sikres gjennom opplæringstiltak og gjennomgang og implementering av prosedyrer. Det kan være en utfordring å sikre at planlagte tiltak faktisk gjennomføres og det kan være en risiko for at varige forbedringer ikke skjer. Det er derfor positivt at tilsyn ikke bare skal følges opp i revidert enhet, men bidra til læring på tvers og slik sikre forbedret kvalitet og pasientsikkerhet for hele foretaket som helhet.

Resultater etter eksterne tilsyn skal presenteres i Kvalitetsutvalget og slik få økt ledelsesmessig oppmerksomhet.

Det ble foreslått av saksbehandler å gjennomgå to tilsyn for å øke læringseffekten på tvers i foretaket. Følgende tilsyn ble diskutert inngående: Håndtering av henvisninger og videre henvisninger av pasienter med kreft frem til start av nødvendig helsehjelp.

Kvalitetsutvalget var spesielt opptatt av opplæring knyttet til saken, og det er utviklet egne, obligatoriske e-læringskurs til dette.

Utvalget konkluderte med at tilbakemeldingen til fylkesmannen må fokusere på at alle enhetene følger dette opp, og vil aktivt vurdere om adgangen til henvisninger

	<p>samles på ferre hender.</p> <p>Verktøyet forbedres i tråd med innspillene, og NST arbeider videre med dette.</p> <p>Utvalget ønsker at det legges til rette for at enkelttilsyn trekkes frem i utvalgsbehandlingen for ettertiden.</p> <p><u>Beslutning</u> Kvalitetsutvalget ga direktøren tilrådning om å fremme saken for styret slik den foreligger, med de innspill som fremkom under behandling av saken.</p>	
10.2015	<p>Ledelsens gjennomgang (LGG)</p> <p>Saken ble innledet av kvalitetsrådgiver Line Lura fra FFS.</p> <p>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 kvalitetsutvalget og direktørens ledergruppe før den forelegges styret.</p> <p>Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen¹ (kvalitetssystemet²) i UNN og undersøke og bedømme om systemet for internkontroll er tilstrekkelig, hensiktsmessig og virkningsfullt.</p> <p>Dersom det i gjennomgangen avdekkes mangler, skal ledelsen iverksette tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.</p> <p>Utvalget fokuserte på organisasjonens vilje til å melde avvik og organisasjonens evne til å følge opp.</p> <p><u>Beslutning</u> Kvalitetsutvalget ga direktøren tilrådning om å fremme saken for styret slik den foreligger, med de innspill som fremkom under behandling av saken.</p>	Arthur Revhaug/ Walter Andersen
	ORIENTERINGS- OG DISKUSJONSSAKER	
11.2015-1	<p>Trykksårforebygging – status og plan</p> <p>Pasientsikkerhetskoordinator Mette Fredheim fra FFS innledet til saken. Saksunderlaget var utsendt på forhånd.</p> <p>Flere fagmiljø har uttrykt bekymring for forekomsten av trykksår i UNN. Trykksår er smertefullt og plagsomt for</p>	Arthur Revhaug/

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.

	<p>pasientene og ofte svært tids- og ressurskrevende å behandle. Mange av trykksårene kan imidlertid forebygges med enkle midler. Forebygging av trykksår er ett av innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.</p> <p>Tiltakspakken som skal implementeres i UNN består av følgende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vurder alle pasienter for trykksårrisiko innen fire timer etter innleggelse - Sikre trykkfordelende utstyr til risikopasienter - Regelmessig hudinspeksjon hos risikopasienter - Stillingsforandring/aktivitet til risikopasienter - Ernæringsstatus hos risikopasienter - Involvere pasienter og pårørende - Informasjon ved overlevering <p><u>Oppsummert</u> Kvalitetsutvalget fokuserte på anskaffelse av produktene fibermadrasser og sirkulasjonsmadrasser. I tillegg ble det fokusert på metodeopplæring for å få tilstrekkelig oppmerksomhet om dette arbeidet ute i organisasjonen. Det ble gitt sterk støtte til at det settes opp flere workshops fremover, samt at leger som går visitt –og previsitt involveres sterkere i arbeidet.</p>	
11.2015-2	<p>Pakkeforløp for kreft Leder av kvalitetsavdelingen Lise Balteskard redegjorde for status i arbeidet og viste til gjennomføringsgrad av de ulike forløpene.</p>	Arthur Revhaug/
11.2015-3	<p>Norsk pasientskadeerstatningssaker i UNN Ida Rashida Kahn Bukholm fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) presenterte status i arbeidet, med fokus på medholdssaker med blant annet svikt i behandling, diagnostikk, infeksjon og pleie. Det er mulig å gå inn i de forskjellige fagområdene å se på hvordan svikten fordeler seg ifht de øvrige.</p> <p><u>Oppsummert</u> Saken ble tatt til orientering.</p>	Arthur Revhaug
	EVENTUELT	
	Ingen saker var oppmeldt.	



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
30/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	25.3.2015

Eventuelt

Tromsø, 13.3.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør