



# INNKALLING

**Styret ved**

**Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Møtetid**

**Onsdag 14. desember kl. 09:00**

**Møtested**

**UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707**



## MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707  
Dato: 14.12.2016  
Tid: 09:00

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 26010 eller til [Nina.Ostli.Johansen@unn.no](mailto:Nina.Ostli.Johansen@unn.no)  
Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget

## ST 99/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 99/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 100/2016	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 16.11.2016
ST 101/2016	Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2016
ST 102/2016	Tilsynsrapport – eksterne tilsyn
ST 103/2016	Nye hovedindikatorer for UNN
ST 104/2016	Virksomhetsplan 2017
ST 105/2016	Ny ambulansestasjon ved UNN Harstad - anbudssak - <i>unntatt offentlighet i medhold av offl. § 23, tredje ledd jf. Fvl. § 13.2; forretningsmessige forhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde</i>

### ST 106/2016 Orienteringssaker

#### *Skriftlige orienteringer*

1. Status for protesekirurgi ved UNN
2. Virksomhetsoverdragelse til sykehusinnkjøp HF
3. Nytt EPJ-system ved UNN Longyearbyen sykehus – *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 23.*

#### *Muntlige orienteringer*

1. Pasienthistorie
2. Klinikkpresentasjon – Kirurgi-, kreft-, og kvinnehelseklinikken
3. Status for utdanning av gruppe 1-leger ved Røntgenavdelingen
4. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan
5. Varsel om alvorlige hendelser ved UNN  
- *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23*

### ST 107/2016 Referatsaker

1. Referat fra Ungdomsrådet ved UNN, datert 14.11.2016
2. Svarbrev til Sivilombudsmannens forebyggingsenhet etter besøksrapport, datert 28.11.2016
3. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 29.11.2016
4. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 29.11.2016  
(*ettersendes*)
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 29.11.2016
6. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 30.11.2016
7. Referat fra Brukerutvalget, datert 8.12.2016 (*ettersendes*)

### ST 108/2016 Eventuelt



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
100/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2016
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

### Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 16.11.2016

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 16.11.2016.

Tromsø, 2.12.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg;

1. Møteprotokoll fra styremøtet 16.11.2016



## MØTEPROTOKOLL



Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707  
 Dato: 16.11.2016  
 Tid: 09:00-14.30

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av Brukerutvalget</i>

Forfall:

Jan Terje Nedrejord Medlem

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen administrerende direktør  
 Marit Lind viseadministrerende direktør  
 Leif Hovden administrasjonssjef (*styrets sekretær*)  
 Arthur Revhaug klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken  
 Bjørn Yngvar Nordvåg klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken  
 Elin Gullhav klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken  
 Gry Andersen klinikkssjef Diagnostisk klinikk  
 Jon Mathisen klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk  
 Siren Hoven konstituert klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken  
 Einar Bugge kvalitets- og utviklingssjef  
 Kristina Bratrein konstituert drifts- og eiendomssjef  
 Grethe Andersen økonomisjef  
 Tor-Arne Hanssen utbyggingssjef  
 Hilde Johannessen styreassistent

**ST 88/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste****Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.11.2016**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 16.11.2016, med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i uthevet *kursiv*).

- ST 88/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste  
ST 89/2016 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 5.10.2016  
ST 90/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2016  
ST 91/2016 Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016  
ST 92/2016 Forberedende langtidsplan 2018-2021  
ST 93/2016 Strategisk utviklingsplan for klinikkene i UNN  
ST 94/2016 Høring – Nasjonal sykehusapotekforetak  
ST 95/2016 PET-senteret – økonomisk status - **unntatt fra offentlighet i medhold av Off.l. § 23 tredje ledd jf. Fvl. § 13.2 – forretningsmessige forhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde.**
- ST 96/2016 Orienteringssak  
*Muntlige orienteringer*  
1. Pasienthistorie  
2. Klinikkpresentasjon - Medisinsk klinikk  
3. Opplæring i Sectra - varsel om avvik  
4. Miljørevisjon ved UNN  
5. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan  
6. Varsel om alvorlige hendelser ved UNN  
- unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.  
**7. Sivilombudsmannens rapport - politietterforskning**  
**8. Brev fra Helse Nord RHF vedrørende helselovgivningen på Svalbard**  
**9. Høringssak – PCI-behandling i Helse Nord**  
**10. Utdanning av gruppe 1-leger ved UNN**
- ST 97/2016 Referatsaker  
1. Referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 2.9.2016  
2. Referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 1.10.2016  
3. Brev fra UNN til Helse Nord RHF vedrørende oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, datert 11.10.2016  
4. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 31.10.2016  
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 1.11.2016  
6. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 2.11.2016  
7. Referat fra Brukerutvalget, datert 9.11.2016  
**8. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner 14.11.2016**  
**9. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 14.11.2016**

ST 98/2016 Eventuelt

**ST 89/2016 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 5.10.2016**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.11.2016**

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 5.10.2016.

Enstemmig vedtatt.

Vedtakk:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 5.10.2016.

### **ST 90/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2016**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.11.2016**

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapport av september 2016 til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2016 til orientering.

### **ST 91/2016 Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.11.2016**

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Ledelsens gjennomgang til orientering.

Styreleder kom med følgende forslag om tilleggspunkt i saken:

*Styret forutsetter at gjennomføring av smittevernvisitter gjennomføres i alle enheter ved UNN.*

Styreleder tok innstillingen og forslaget opp til punktvis avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Ledelsens gjennomgang til orientering.
2. Styret forutsetter at gjennomføring av smittevernvisitter gjennomføres i alle enheter ved UNN.

### **ST 92/2016 Forberedende langtidsplan 2018-2021**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.11.2016**

*Rekkefølgemessig ble denne saken behandlet etter ST 93/2016.*

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Forberedende langtidsplan 2018-2021 til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Vedtakk:

2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Forberedende langtidsplan 2018-2021 til etterretning.

### **ST 93/2016 Strategisk utviklingsplan for klinikkene i UNN**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.11.2016**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord HF tar Strategisk utviklingsplan for klinikkene i UNN til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtakk:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord HF tar Strategisk utviklingsplan for klinikkene i UNN til orientering.

### **ST 94/2016 Høring – Nasjonal sykehusapotekforetak**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.11.2016**

Innstilling til vedtak:

- 1 Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til at Sykehusapoteket Nord HF leverer viktige tjenester som er direkte knyttet til kjernefunksjonene i pasientbehandlingen, og mener at det er betydelig risiko knyttet til innlemming av apoteket i et nasjonalt foretak.
- 2 Styret anbefaler at en modell for bedre nasjonalt samarbeid innenfor rammen av dagens organisering utredes før endelig beslutning i saken.
- 3 Styret godkjenner oversending av foreliggende sak som UNNs høringsuttalelse til Helse Nord RHF.

Enstemmig vedtatt.

Vedtakk:

- 1 Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til at Sykehusapoteket Nord HF leverer viktige tjenester som er direkte knyttet til kjernefunksjonene i pasientbehandlingen, og mener at det er betydelig risiko knyttet til innlemming av apoteket i et nasjonalt foretak.
- 2 Styret anbefaler at en modell for bedre nasjonalt samarbeid innenfor rammen av dagens organisering utredes før endelig beslutning i saken.
- 3 Styret godkjenner oversending av foreliggende sak som UNNs høringsuttalelse til Helse Nord RHF.



**ST 95/2016 Regionalt PET-senter – økonomisk status**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.11.2016**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at investeringsrammen for PET-senteret økes til 567,9 mill kr og oversender saken til styret i Helse Nord RHF for endelig godkjenning.
2. UNN-styret ber styret i Helse Nord RHF frigjøre hele P85-rammens sikkerhetsmargin på 43,2 mill kr til finansiering av prosjektet.
3. UNN-styret ber styret i Helse Nord RHF godkjenne at økt gavetilsagn fra Trond Mohn samt forventet ekstra investeringstilskudd fra Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet på til sammen 23,7 mill kr brukes til å delfinansiere kostnader som overstiger P85-rammen.
4. UNN-styret bevilger 8,0 mill kr til full finansiering av kostnader ut over P85-rammen.

Styremedlem Per Erling Dahl foreslo å trekke pkt. fire i saken.

Styreleder tok de tre første punktene opp til samlet avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Deretter ble punkt fire tatt opp til avstemming.

Punkt fire ble vedtatt mot én stemme.

Vedtatt:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at investeringsrammen for PET-senteret økes til 567,9 mill kr og oversender saken til styret i Helse Nord RHF for endelig godkjenning.
2. UNN-styret ber styret i Helse Nord RHF frigjøre hele P85-rammens sikkerhetsmargin på 43,2 mill kr til finansiering av prosjektet.
3. UNN-styret ber styret i Helse Nord RHF godkjenne at økt gavetilsagn fra Trond Mohn samt forventet ekstra investeringstilskudd fra Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet på til sammen 23,7 mill kr brukes til å delfinansiere kostnader som overstiger P85-rammen.
4. UNN-styret bevilger 8,0 mill kr til full finansiering av kostnader ut over P85-rammen.

## ST 96/2016 Orienteringssaker

### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.11.2016

Innstilling til vedtak:

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

*Muntlige orienteringer*

1. Pasienthistorie (utgår)
2. Klinikpresentasjon - Medisinsk klinikk
3. Opplæring i Sectra - varsel om avvik
4. Miljørevisjon ved UNN
5. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan
6. Varsel om alvorlige hendelser ved UNN - *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.*  
*- 4 saker med utfall dødsfall*
7. Sivilombudsmannens rapport – politietterforskning for mulige brudd på helsetjenesteloven
8. Brev fra Helse Nord RHF vedrørende helselovgivningen på Svalbard
9. Høringssak – Sluttrapport om mulig PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset
10. Utdanning av gruppe 1-leger ved UNN

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

## ST 97/2016 Referatsaker

### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.11.2016

1. Referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 2.9.2016
2. Referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 1.10.2016
3. Brev fra UNN til Helse Nord RHF vedrørende oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, datert 11.10.2016
4. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 31.10.2016
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 1.11.2016
6. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 2.11.2016
  
7. Referat fra Brukerutvalget, datert 9.11.2016
8. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner 14.11.2016
9. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 14.11.2016

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar referatsakene til orientering.

**ST 98/2016 Eventuelt**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.11.2016**

Ingen saker.

Tromsø, 16.11.2016

Jorhill Andreassen (s.)  
styreleder

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
101/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Kristian Pettersen

**Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2016****Innstilling til vedtak**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2016* til orientering.

**Bakgrunn**

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

**Formål**

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

**Saksutredning****Kvalitet**

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) som ble tatt til behandling fra venteliste per oktober 2016, var 68 (median 48) dager. Dette er 17 dager mindre enn for samme periode i 2015. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 56 (median 45) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet i gjennomsnitt 231 (median 199) dager. Antall pasienter på venteliste ved utgangen av oktober var 9 548, noe som er en nedgang på 3 657 pasienter (-28 %) fra året før.

Gjennomsnittlig ventetid for de som fortsatt står på venteliste er 65 dager. Dette er en reduksjon på 25 dager sammenlignet med samme tid i 2015 (-28 %). Ved utgangen av oktober var det 198 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Sammenlignet med utgangen av oktober 2015

er dette en reduksjon på 138 pasienter (-41 %). Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i oktober var 1 571, en økning på 285 (+22 %) fra i fjor. Antall fristbrudd ved utgangen av oktober var 95, en økning på 67 (+239 %) sammenlignet med samme tid i 2015. Antall tvangsvedtak (§ 4-8a) har økt fra fire i september til sju i oktober. På grunn av tekniske problemer med rapportuttrekk fra Dips, er ikke tall for barn og ungdom tilgjengelig. Fra og med november vil dette inngå i rapporteringen.

*Tall for epikriser og strykninger for oktober er dessverre ikke tilgjengelig på grunn av utfordringer med rapporter i Dips etter omleggingen til HOS 2 i UNN 24. oktober. Det arbeides med å løse dette.*

### **Aktivitet**

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+6 %). Dette skyldes høy poliklinisk aktivitet (7 % over plan), polikliniske dagbehandlinger (+5 %) og innlagte dagopphold (+2 %). Antall døgnopphold er også høyere enn plan (+1 %). DRG-aktiviteten<sup>1</sup> er 838 poeng over plan (+2 %) hittil i år. Antall røntgenundersøkelser er høyere enn plan (+14 %), mens antall laboratorieanalyser er høyere enn plan (+10 %).

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne har vært lavere enn plan (-9 %). Også aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge (-1 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (-6 %) er lavere enn plan.

Antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet har økt med 9 (+2 %) i oktober måned sammenlignet med samme periode i 2015. Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 139 utskrivningsklare døgn (-54 %). Pasienthotellet hadde i oktober 76 % belegg i perioden mandag til og med torsdag, mens andelen av innlagte døgn var 8,3 %.

### **Personal**

Antall månedsverk i oktober var 6466. Dette er en økning på 88 månedsverk sammenlignet med samme måned i fjor. Det ble i oktober leid inn 30,5 sykepleiermånedsverk og 8,5 legemånedsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er økt med 18,4 månedsverk sammenlignet med samme måned i fjor, mens bruken av innleide leger har økt med 0,5 månedsverk.

Det totale sykefraværet ved UNN i oktober 2016 er på 7,3 %, og er lavere enn plantallet på 7,5 %. Sykefraværet var på over 9 % i første kvartal i 2016, men viser en nedgang mot sommeren. Denne utviklingen er som forventet grunnet naturlige sesongvariasjoner. Utviklingen i sykefravær hittil i år er tilnærmet lik utviklingen de siste to år for samme periode, foruten månedene etter sommeren, da sykefraværet viser en betydelig reduksjon i år. Ni av fjorten klinikker/sentrer har i oktober måned sykefravær som er lavere enn plantall. Hittil i år er sykefraværet på klinikknivå relativt stabilt.

---

<sup>1</sup> *Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene.*

Sykefraværet ved UNN har ikke vært lavere enn de tre siste månedene i løpet av siste fire år. Korttidsfraværet de siste tre månedene er lik tidligere år. Langtidsfraværet er derimot redusert sammenlignet med tidligere år.

Første kvartal 2016 var langtidsfraværet stabilt på omlag 5 %, men viser moderat nedgang mot sommeren. Etter sommeren er langtidsfraværet halvert, sammenlignet med første halvår 2016 og tidligere år. Korttidsfraværet viser en stabil nedgang gjennom første kvartal og mot juni 2016. I tredje kvartal viser utviklingen av korttidsfraværet en økning tilsvarende tidligere år.

### **Økonomi**

Regnskapet for oktober viser et overskudd på 7,8 mill kr. Det er 4,4 mill kr høyere enn budsjettet, og 0,3 mill kr høyere enn styringsmålet. Akkumulert per oktober er det et budsjettavvik på +24,7 mill kr, men 17 mill kr lavere enn styringsmålet. For oktober er de samlede inntektene 7,1 mill kr lavere enn budsjettet, og driftskostnadene er samlet sett 11,6 mill kr lavere enn budsjettet. Lønnspostene har samlet sett et positivt avvik på 11 mill kr og andre driftskostnader viser et mindreforbruk på 3,9 mill kr.

I 2016 er det budsjettet med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I oktober er det beregnet en realisert effekt på 8,3 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 63 %. Til og med oktober er gjennomføringsgraden 69 %.

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I oktober er det bokført investeringer for 63,1 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 16,9 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 40,6 mill kr. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 1,9 mill kr. UNN har per utgangen av oktober en likviditet på 621 mill kr.

### **Kommunikasjon**

I oktober har flere medier omtalt at UNN har hatt kraftig kutt i ventelistene det siste året. Det er også positiv oppmerksomhet om felles røntgenjournal og felles bildearkiv for alle sykehus i Nord-Norge etter at UNN kom med som siste helseforetak i den regionale løsningen. Signering av kontrakt for kjøp av tomt til nytt sykehus i Narvik blir løftet positivt i Fremover, mens Harstad Tidende skriver om tomteplanene for ny ambulansestasjon i nærheten av sykehuset i Harstad.

I negativ retning har media omtalt en sak hvor en ung pasient døde på UNN etter rutinesvikt i 2015. Statens helsetilsyn kritiserer UNN for ikke å gitt forsvarlig helsehjelp. Harstad tidende er opptatt av at UNN Harstad ligger på den nederste del av statistikken i antall korridorpasienter i ei måling som er gjort av helsedirektoratet fra januar til april i år.

### **Medvirkning**

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 29. og 30.11.2016. Protokoller og referat fra møtene vil forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 14.12.2016. I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken sluttføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i møtene.

Arbeidsmiljøutvalget diskuterte det lave sykefraværet og hvilke årsakssammenhenger som muligens gjør seg gjeldene. I tillegg var utvalget opptatt av om det underrapporteres på arbeidsrelatert fravær når det siste måned ikke er registrert slikt fravær. Arbeidsmiljøutvalget valgte å henstille til ledere på alle nivå om å være særskilt støttende overfor medarbeidere og arbeidsplasser som eksponeres negativt over tid i media.

## Vurdering

Det er positivt at UNN på det nærmeste har nådd nasjonalt mål for gjennomsnittlig ventetid. Det viser at foretakets strategi med å arbeide for kortere ventetid gjennom å redusere antall langtidsventende over 12 måneder har vært riktig og har fungert. Med liten forskjell i gjennomsnittlig ventetid mellom avviklede pasienter og dem som fortsatt står på venteliste er det usannsynlig at ventetiden ikke skal være i samsvar med nasjonalt mål fremover.

Det er ikke tilfredsstillende at det fortsatt regelmessig forekommer fristbrudd, og at antallet har økt de siste månedene. Det er et vedvarende behov for opplæring og sikring av kvalitet i gjennomføring av registreringene, det er behov for bedret langtidsplanlegging i flere enheter, og det er fortsatt reelle kapasitetsutfordringer på noen områder. Erfaringer fra det regionale innsatsteamet for å forebygge fristbrudd og redusere ventetid, understøtter behovet for et stort og mer eller mindre kontinuerlig fokus på opplæring av så vel merkantilt personell som av behandlere, for å sikre riktige registreringer. Kapasitetsutfordringene gjelder i størst grad dagkirurgi og håndkirurgi, og det arbeides med å løse dette. Det pågår dialog med Helfo, som har plikt til å skaffe de pasientene som foretaket melder inn til dem et tilbud, noe som etter UNNs syn ikke har vært gjenspeilet i praksis de siste månedene.

Andel kreftpasienter som inkluderes i pakkeforløp er fortsatt høy, mens andelen som gjennomføres innen normert tid etter sommeren er litt under kravet. Det er ikke tilfredsstillende. Den største utfordringen i forhold til gjennomføring av kreftpakkeforløpene innen normert tid er operasjonskapasitet. Imidlertid viser foreløpige resultater fra pågående intern revisjon av noen kreftpakkeforløp at prosessene i for liten grad er stabile. Det pågår grundigere analyser og kartlegging av dette, som vil bli fulgt opp fremover. Arbeidet med prostatakreftforløpene har hele tiden vært en særlig utfordring, og det er nå truffet tiltak i samarbeid mellom helseforetakene i regionen som ser ut til å bidra til å en bedring i disse prosessene.

Den overordnede status i arbeidet med implementering av tiltaksområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet viser at det nå er god fremgang i arbeidet i mange enheter, men at et fortsatt ledelsesmessig fokus på gjennomføringen er helt påkrevet for å nå målet om full implementering på alle områder, innen årets utgang. Direktøren forventer at dette følges tett opp av linjeledelsen i klinikkene.

Poliklinisk aktivitet i somatikken er hittil i år betydelig over plan, og også høyere enn i fjor. Det er ikke holdepunkter for at antall henvisninger har økt, og den økte aktiviteten ser derfor i hovedsak ut til å være egengenerert. Det er i oppfølgingsmøter og i rapporteringen ikke fremkommet klare årsaker til dette, utover at aktiviteten i forhold til kreftpasienter øker. Dette forklarer imidlertid ikke hele aktivitetsøkningen, og det er igangsatt arbeid for å analysere dette nærmere. Dette vil ta noe tid, også fordi mye av analysekapasiteten i foretaket har vært benyttet i arbeidet med å følge opp Nasjonal helse- og sykehusplan.

Det totale sykefraværet ved UNN i oktober 2016 er på 7,3 %, og er lavere enn plantallet på 7,5 %. Sykefraværet var på over 9 % i første kvartal i 2016, men viser en nedgang mot sommeren. Denne utviklingen er som forventet grunnet naturlige sesongvariasjoner. Utviklingen i

sykefravær hittil i år er tilnærmet lik utviklingen de siste to år for samme periode, foruten månedene etter sommeren, da sykefraværet viser en betydelig reduksjon i år. Ni av fjorten klinikker/sentrer har i oktober måned sykefravær som er lavere enn plantall. Hittil i år er sykefraværet på klinikknivå relativt stabilt.

Det økonomiske resultatet i oktober er i henhold til styringsmålet, men er akkumulert per oktober 17 mill kr lavere enn styringsmålet. Det foreligger noe risiko knyttet til ISF-inntektene i oktober som skyldes HOS prosjektet, men det jobbes kontinuerlig med opprettinger slik at noe av underskuddet i oktober vil korrigeres i november. Årets prognose opprettholdes med et regnskapsmessig overskudd på +90 mill kr. Det skyldes overskudd på felles (+115 mill kr) som gjelder planlagt overskudd, overskudd av nye medikamenter, lavere lønnsoppgjør enn beregnet og lavere avskrivningskostnader i 2016 enn planlagt.

Tromsø, 2.12.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2016



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Kvalitets- og virksomhetsrapport

---

Oktober 2016



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	2
<b>Kvalitet .....</b>	<b>5</b>
Pakkeforløp – kreftbehandling.....	5
Pasientsikkerhetsprogrammet .....	7
Ventelister .....	8
Ventetid .....	8
Fristbrudd.....	9
Korridorpasienter .....	12
Strykninger .....	12
Epikrisetid .....	12
Mekaniske tvangsmidler i psykiatrien .....	12
<b>Aktivitet.....</b>	<b>13</b>
Somatisk virksomhet .....	13
Psykisk helsevern voksne .....	16
Psykisk helsevern barn og unge.....	17
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	17
<b>Samhandling .....</b>	<b>18</b>
Utskrivningsklare pasienter .....	18
<b>Bruk av pasienthotell .....</b>	<b>20</b>
<b>Personal.....</b>	<b>21</b>
Bemanning .....	21
Sykefravær.....	24
<b>Kommunikasjon .....</b>	<b>26</b>
Sykehuset i media.....	26
<b>Økonomi.....</b>	<b>27</b>
Resultat .....	27
Gjennomføring av tiltak .....	31
Prognose.....	31
Likviditet.....	31
Investeringer.....	32
Byggeprosjekter .....	32

Hovedindikatorer UNN

<p><b>Antall langtidsventende ved utgangen av oktober (ventet mer enn 12 måneder)</b></p> <p><b>198</b></p>	<p>— Antall Over 6 Mnd. — Antall Over 12 Mnd.</p>
<p><b>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av oktober</b></p> <p><b>95</b></p>	
<p><b>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</b></p> <p><b>8,3 %</b></p>	
<p><b>Sykefravær (oktober)</b></p> <p><b>7,3 %</b></p>	<p>— Sykefravær — Plan — Trend</p>
<p><b>Tvang psykisk helsevern - voksne (Oktober)</b></p> <p><b>Antall §4-8a vedtak: 7</b></p> <p><b>Antall pasienter: 4</b></p>	<p>— Antall § 4-8a - vedtak — Antall pasienter</p>

<b>Pakkeforløp – kreft</b>		
<b>Andel i pakkeforløp</b>	<b>89%</b>	Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp.
<b>Andel innenfor frist</b>	<b>68%</b>	Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling.

## Kvalitet

### Pakkeforløp – kreftbehandling

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

Tabell 1 Nye kreftpasienter som inngår i et organspesifikt forløp per oktober 2016

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	147	135	91	70
Hode- halskreft	48	40	83	70
Kronisk lymfatisk leukemi	9	4	44	70
Myelomatose	12	8	66	70
Akutt leukemi	19	14	73	70
Lymfom	50	47	94	70
Bukspyttkjertelkreft	47	43	91	70
Tykk- og endetarmskreft	139	133	95	70
Blærekreft	66	60	90	70
Nyrekreft	43	38	88	70
Prostatakreft	167	145	86	70
Peniskreft	4	3	75	70
Testikkelkreft	16	16	100	70
Livmorkreft	49	44	89	70
Eggstokkreft	33	29	87	70
Livmorhalskreft	27	24	88	70
Hjernekreft	30	21	70	70
Lungekreft	116	113	97	70
Kreft hos barn	11	10	90	70
Kreft i spiserør og magesekk	48	44	91	70
Primær leverkreft	12	9	75	70
Skjoldbruskkjertelkreft	31	29	93	70
Føflekkreft	69	57	82	70
Galleveiskreft	12	11	91	70
<b>Totalt</b>	<b>1205</b>	<b>1077</b>	<b>89</b>	

\*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % i pakkeforløp.

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per oktober 2016

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	119	78	65	25	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	27	26	96	9	24
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	31	24	77	22	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	4	100	4	28
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	26	14	53	25	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	6	100	7	30
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	15	14	93	3	8
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	48	32	66	14	21
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	6	2	33	29	28
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	21	11	52	33	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	3	75	21	36
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1			20	
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	120	76	63	29	35
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	3	2	66	2	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	18	13	72	29	39
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	67	50	74	31	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	13	7	53	42	46
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	2	2	100	23	46
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	36	15	41	48	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	65	24	36	74	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	75	37	49	38	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	10	5	50	36	66
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	68	37
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	7	4	57	16	31
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	41	30	73	29	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	36	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2	2	100	20	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	47	40	85	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	10	6	60	23	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	13	10	76	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	2	50	27	30
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	8	7	87	27	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	18	15	83	9	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	12	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	36	23	63	37	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	21	19	90	23	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	40	32	80	28	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	3	2	66	3	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	9	100	3	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	7	5	71	31	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	16	16	100	26	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	9	8	88	33	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	4	0	0	45	39
SARKOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	70	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	19	43
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	29	16	55	41	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1			36	43
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	76	66	86	11	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	24	35
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	8	8	100	34	48
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	1	50	20	41
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	64	51	79	15	22

\*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid.

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

## Pasientsikkerhetsprogrammet

Denne måneden presenteres noen nye resultater fra innsatsområdet Trygg kirurgi og forebygging av postoperative sårinfeksjoner. Området var sist presentert i oktober 2015. Dette var det første innsatsområdet som ble implementert, og det finnes målinger tilbake til februar 2013. Nye resultater publiseres ukentlig på intranett.

Innsatsområdet består av fire tiltak:

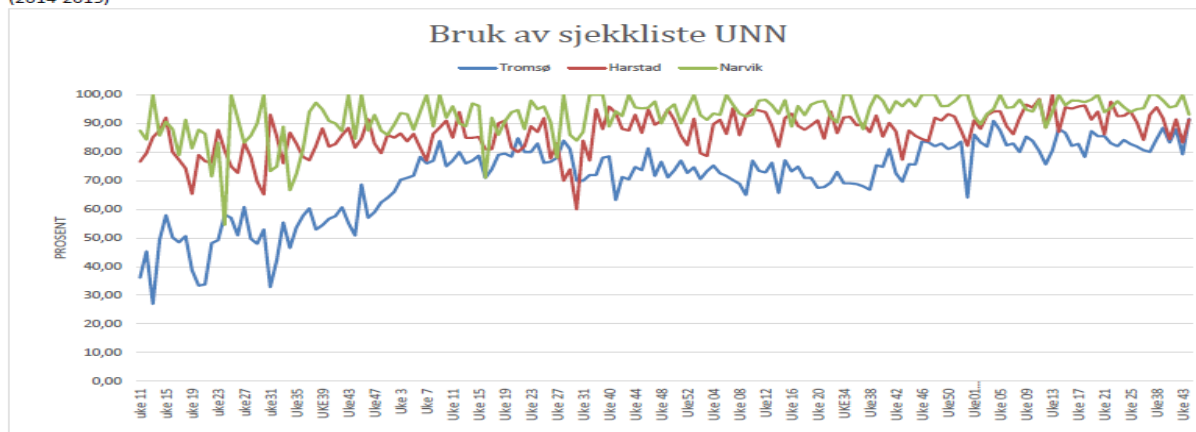
- 1) Bruk av sjekkliste «Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner»
- 2) sikre at hårfjerning blir gjort korrekt før operasjon
- 3) sikre at pasient ikke blir nedkjølt
- 4) sikre forsvarlig valg av og administrering av antibiotika som forebygging av postoperative sårinfeksjoner.

I denne rapporten vil det bli fokusert på ett av tiltakene, bruk av sjekklisen:

Målingen viser prosentandel operasjoner der alle tre deler av sjekklisen er dokumentert brukt. Både planlagte – og øyeblikkelig hjelp-operasjoner er inkludert.

**Figur 1** Bruk av sjekkliste- trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner

(2014-2015)



**Vurdering:** For Harstad har gjennomsnittet økt fra 89 % til 92 % og Narvik ligger stabilt på 96. Tromsø har litt lavere resultater enn Harstad og Narvik, som begge ligger stabilt høyt på alle deler av innsatsområdet, men de nærmer seg de to andre lokalisasjonene. Det har vært en forbedring i Tromsø fra gjennomsnittlig sjekklistebruk på 73 % i 2015 til 83 % hittil i 2016. %.

## Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
<b>Pasienter på venteliste</b>	16 126	13 205	9 548	-3 657	-28
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 561	4 636	9 340	4 704	101
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp *)	11 565	8 569	208	-8 361	-98
...herav med fristbrudd	94	28	95	67	239
...herav med ventetid over 365 dager	1 132	336	198	-138	-41
Gjennomsnittlig ventetid dager	117	90	65	-25	-28
<b>Ikke møtt til planlagt avtale</b>	1 684	1 286	1 571	285	22

\*) Pasienter henvist før 01.11.15

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
<b>Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år</b>	43 725	44 332	40 405	-3 927	-9
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	19 418	20 720	38 130	17 410	84
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	24 307	23 612	2 275	-21 337	-90
...herav med fristbrudd	1 321	1 018	536	-482	-47
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	44	47	94	48	102

\*) Pasienter henvist før 01.11.15

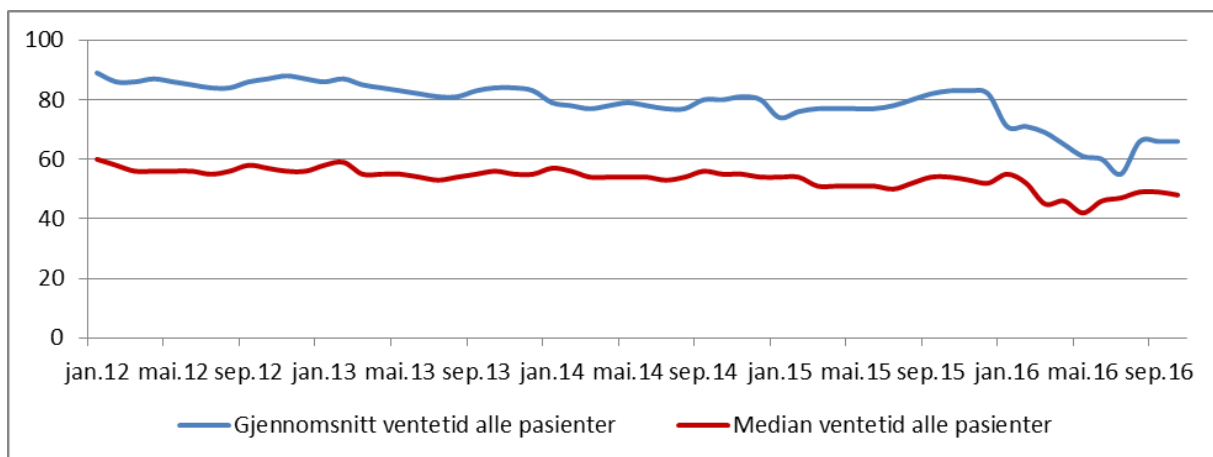
## Ventetid

Tabell 5 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
<b>Gjennomsnittlig ventetid i dager</b>	80	83	66	-17	-20
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	57	56	56	0	0
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	99	106	231	125	118
<b>Median ventetid i dager</b>	55	54	48	-6	-11
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	43	41	45	4	10
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	69	69	199	130	188

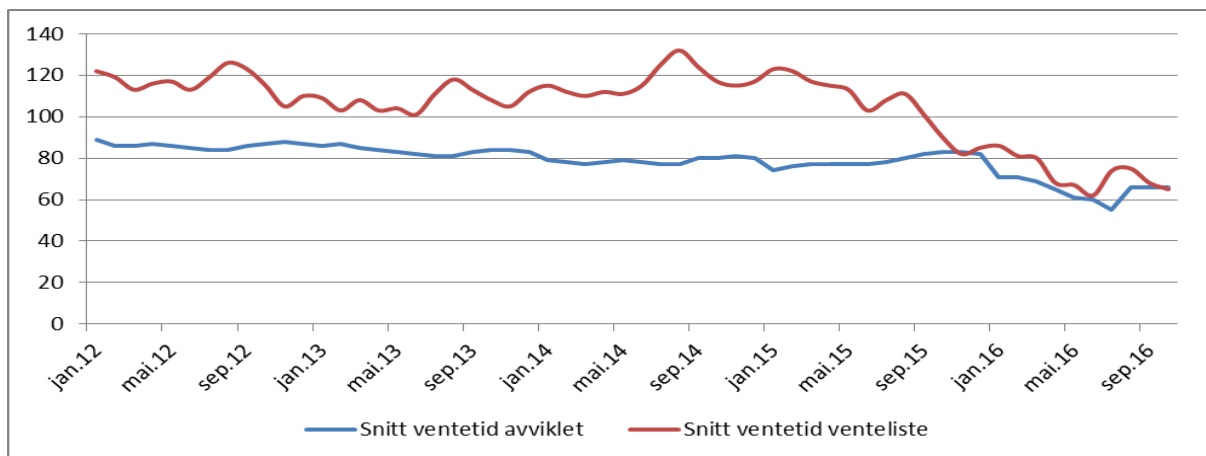
\*) Pasienter henvist før 01.11.15

Figur 2 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



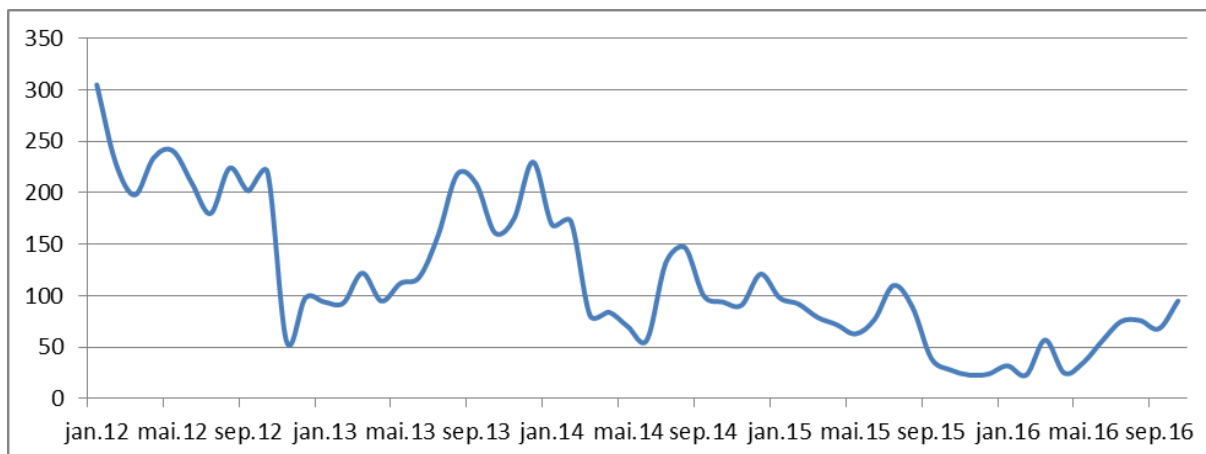


**Figur 3** Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste



## Fristbrudd

**Figur 4** Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

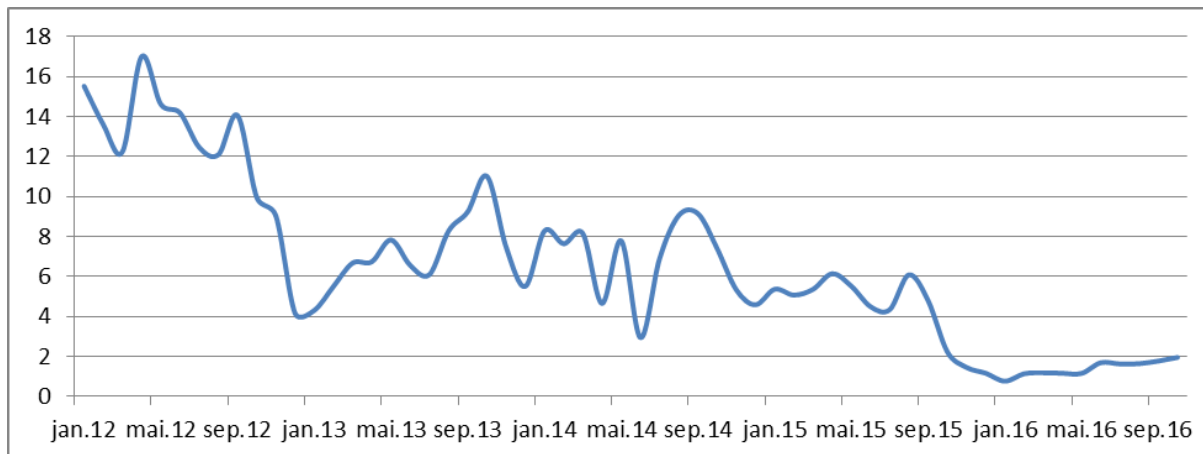


**Tabell 6** Klinikker med fristbrudd ved utgangen av oktober 2016

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	48	2 132	2
Medisinsk klinikk	16	1 037	2
Hjerte- og lungeklinikken	1	465	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	29	4 925	1
UNN	95	9 340	1

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

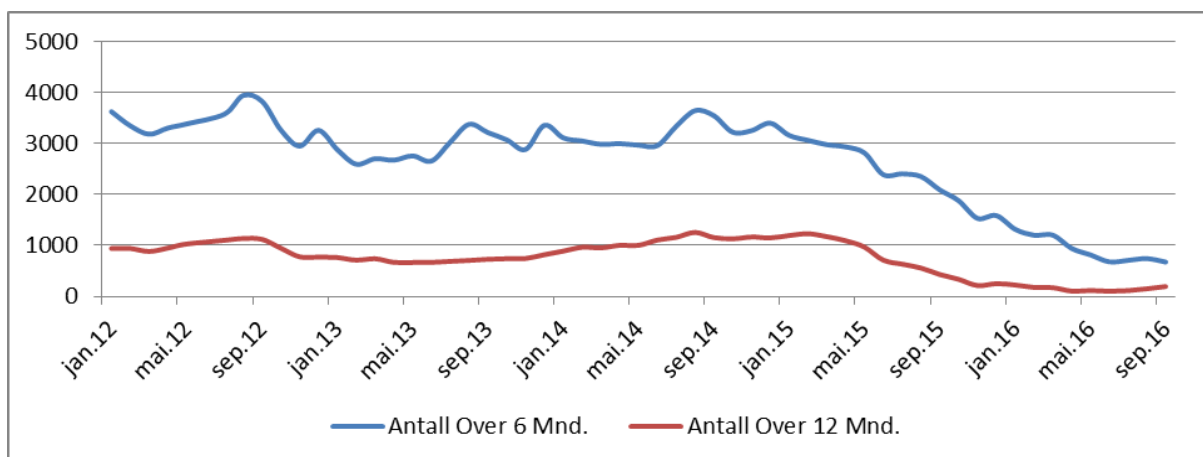
**Figur 5 Prosent avviklet fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå**

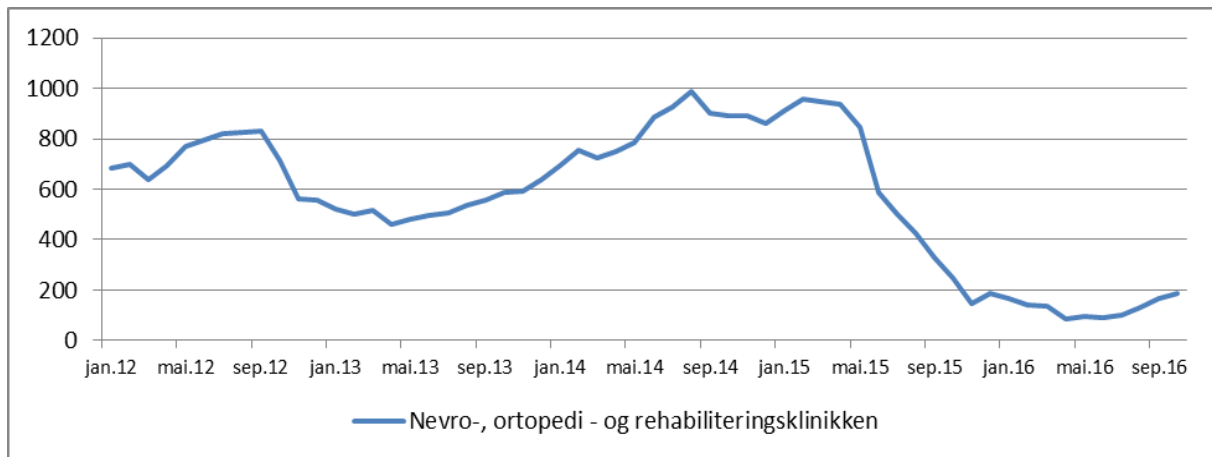


**Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk**

Klinikk	sep.16	okt.16
Barne- og ungdomsklinikken	0	1
Hjerte- og lungeklinikken	12	7
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	27	22
Medisinsk klinikk	2	11
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	31	41
Psykisk helse- og rusklinikken	1	1
<b>UNN</b>	<b>73</b>	<b>83</b>

**Figur 6 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder**



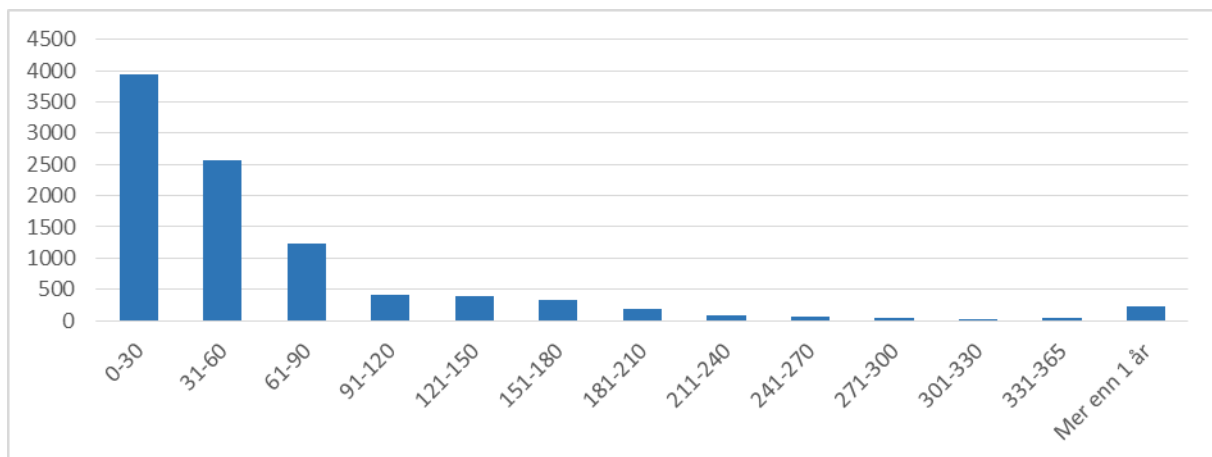
**Figur 7 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk**

Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

**Tabell 8 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av oktober 2016**

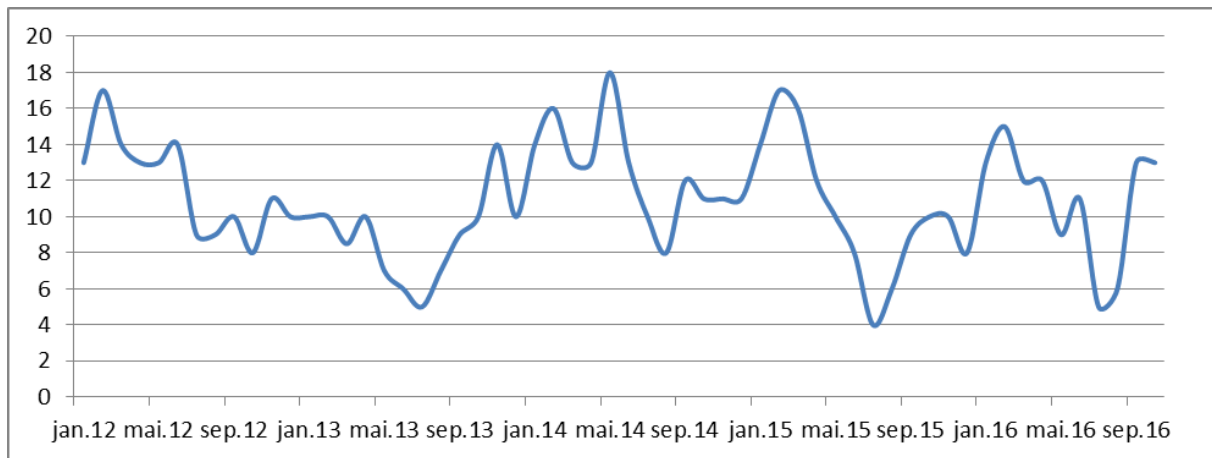
Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	24	1
Medisinsk klinikk	5	0
Hjerte- og lungeklinikken	2	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	187	4
UNN	218	2

Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

**Figur 8 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)**

## Korridorpasienter

Figur 9 Korridorpasienter – somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



## Strykninger

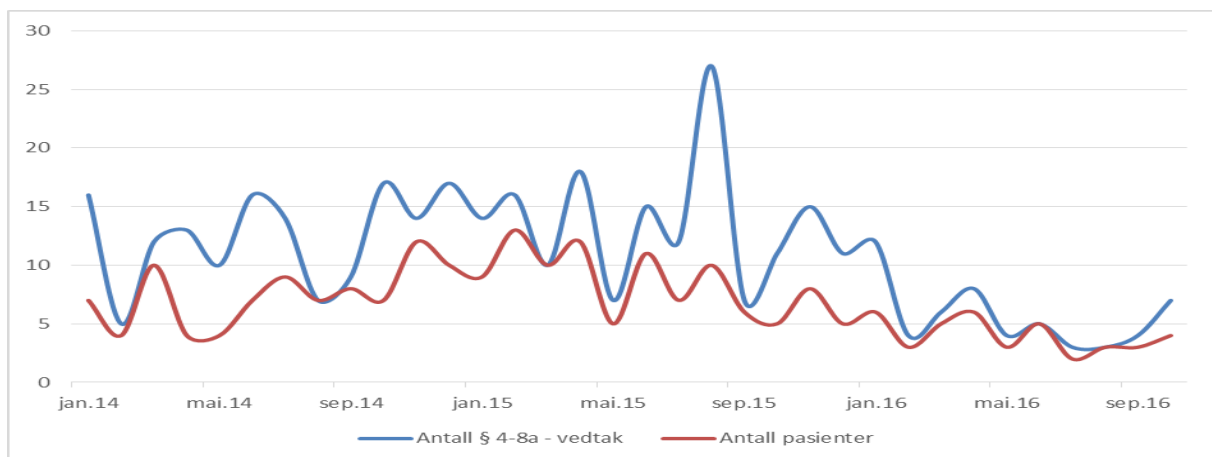
Verdier må kvalitetssikres. Vil komme i neste rapport.

## Epikrisetid

Verdier må kvalitetssikres. Vil komme i neste rapport.

## Mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern

Figur 10 Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern\*



\*Gjelder kun voksne. Barn og ungdom inkluderes i rapporten fra og med november.

## Aktivitet

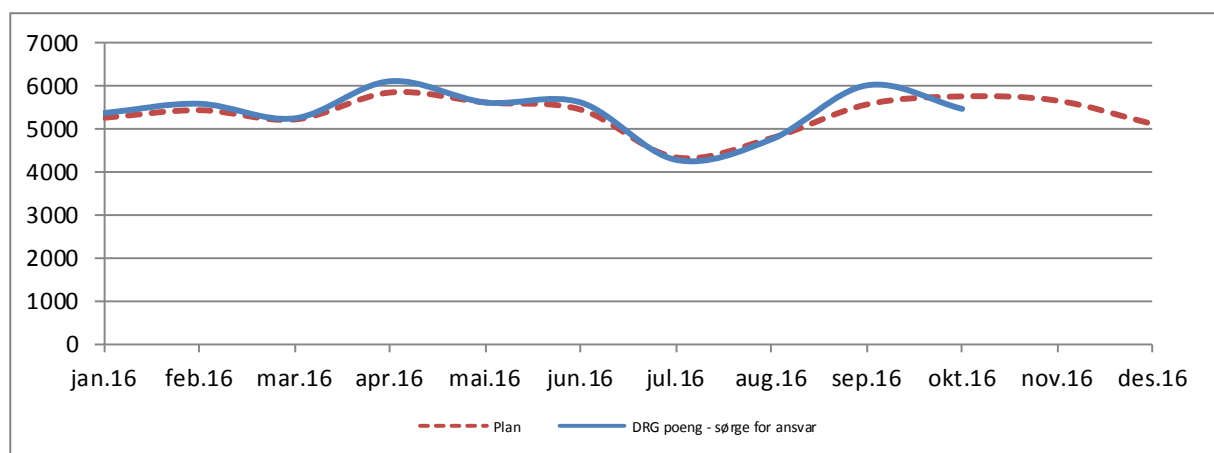
Tabell 9 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2014	2015	2016	Plantall 2016	Avvik fra 2015		Avvik fra plan 2016	
					Antall	%	Antall	%
<b>Somatikk</b>								
Utskrivelser heldøgn	33 253	33 018	33 719	33 350	701	2	369	1
Innlagte dagopphold	5 320	5 146	5 388	5 289	242	5	99	2
Polikliniske dagbehandlinger	22 747	23 168	24 787	23 509	1 619	7	1 278	5
DRG poeng (2016 logikk)	52 275	52 186	53 986	53 148	1 800	3	838	2
Liggedager i perioden	137 116	137 030	141 201	137 644	4 171	3	3 557	3
Polikliniske konsultasjoner	206 657	208 743	214 320	199 969	5 577	3	14 351	7
Herav ISF	171 959	174 077	181 181	178 645	7 104	4	2 536	1
Kontrollandel poliklinikk	34 %	33 %	32 %	31 %	-1 %		1 %	
Laboratorieanalyser	4 209 617	4 253 355	4 576 042	4 143 802	322 687	8	432 240	10
Røntgenundersøkelser	160 986	155 763	157 701	138 814	1 938	1	18 887	14
Fremmøte stråleterapi	11 475	11 742	11 420	11 102	-322	-3	318	3
Pasientkontakter	245 230	246 907	253 427	238 608	6 520	3	14 819	6
<b>VOP</b>					0		0	
Utskrivelser heldøgn	2 776	2 832	2 597	2 608	-235	-8	-12	0
Liggedager i perioden	41 175	40 548	35 575	38 552	-4 973	-12	-2 977	-8
Polikliniske konsultasjoner	47 877	51 097	50 217	55 363	-880	-2	-5 146	-9
Pasientkontakter	50 653	53 929	52 814	57 971	-1 115	-2	-5 157	-9
<b>BUP</b>					0		0	
Utskrivelser heldøgn	182	148	131	244	-17	-9	-113	-46
Liggedager i perioden	2 585	2 464	2 067	2 777	-397	-15	-710	-26
Polikliniske konsultasjoner	20 817	20 238	21 394	21 586	1 156	6	-192	-1
Pasientkontakter	20 999	20 386	21 525	21 830	1 139	5	-305	-1
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>					0		0	
Utskrivelser heldøgn	545	594	577	579	-17	-3	-2	0
Liggedager i perioden	17 314	17 178	17 099	17 232	-79	0	-133	-1
Polikliniske konsultasjoner	9 024	9 651	8 587	9 159	-1 064	-12	-572	-6
Pasientkontakter	9 569	10 245	9 164	9 738	-1 081	-11	-574	-6

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

## Somatisk virksomhet

Figur 11 DRG-poeng UNN 2016

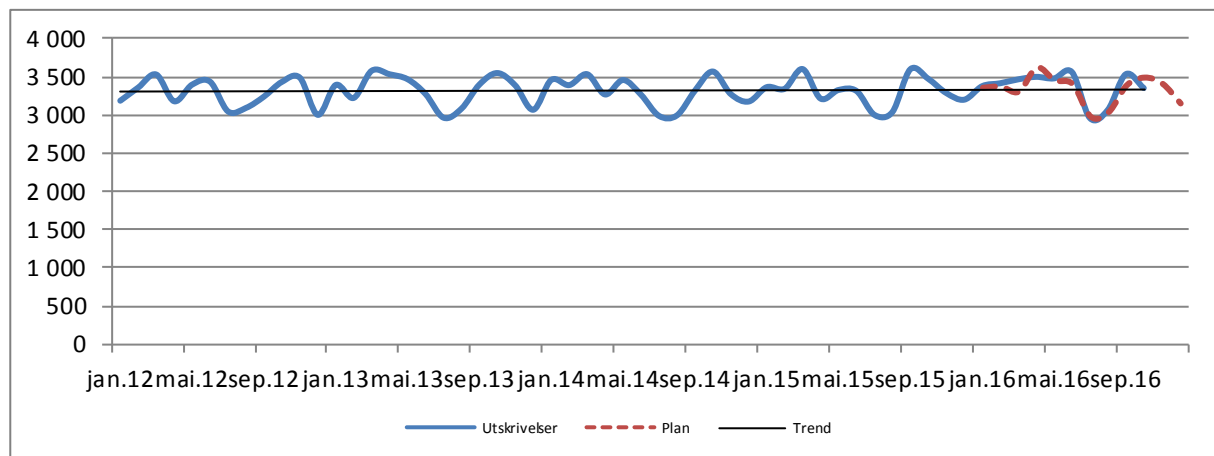


Tabell 10 DRG-poeng hittil i år 2016 fordelt på klinikk

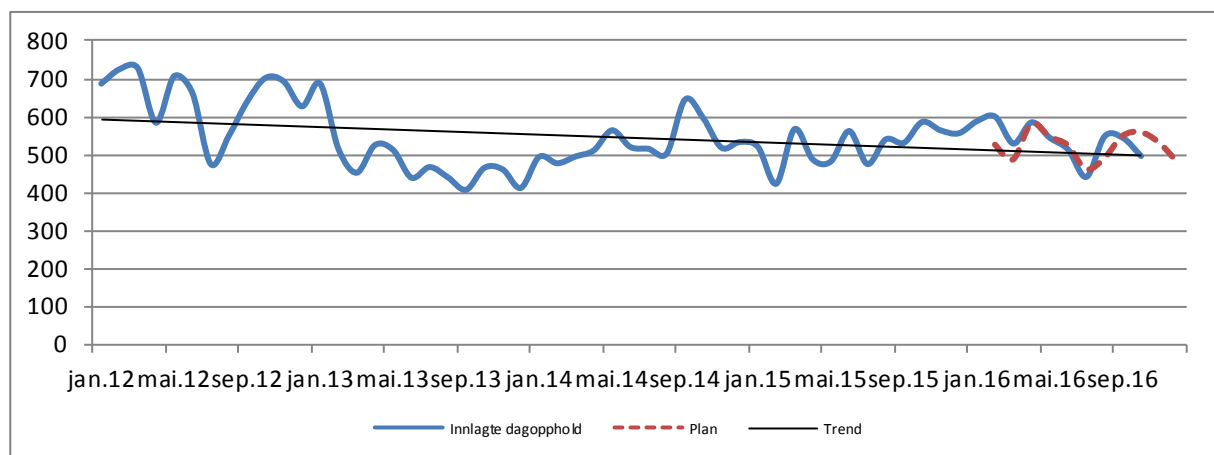
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 208	1 240	-32
Barne- og ungdomsklinikken	2 377	2 596	-219
Hjerte- og lungeklinikken	8 919	8 820	99
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	14 900	14 522	378
Medisinsk klinikk	10 160	10 031	130
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	14 982	15 681	-699
Operasjons- og intensivklinikken	309	334	-25
<b>Totalt</b>	<b>52 856</b>	<b>53 225</b>	<b>-369</b>

DRG-poeng – egen produksjon.

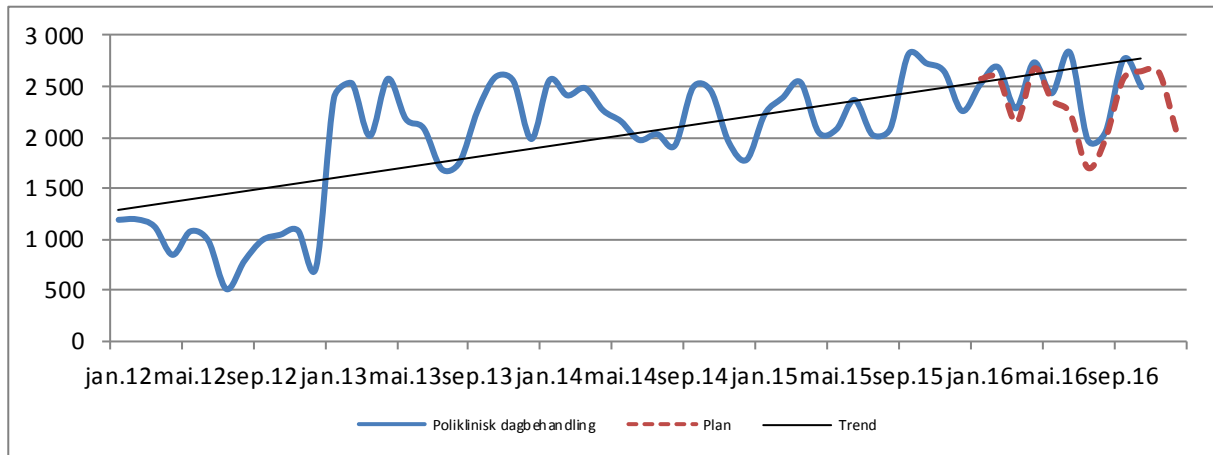
Figur 12 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



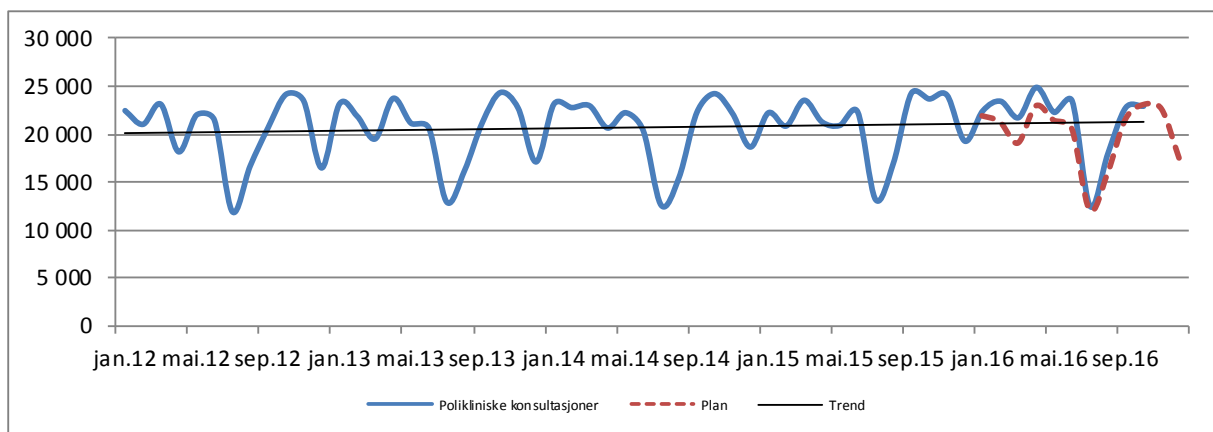
Figur 13 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



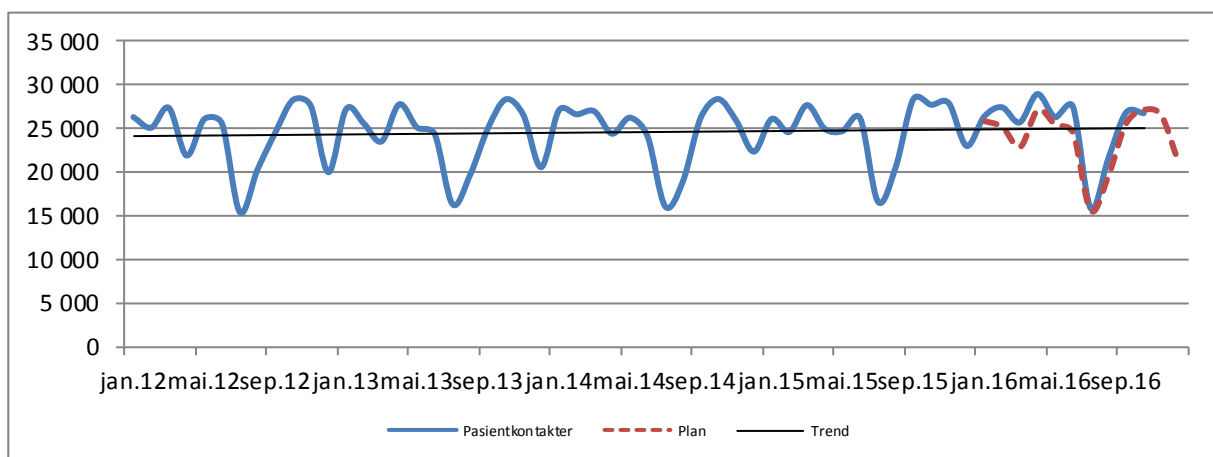
**Figur 14 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet**



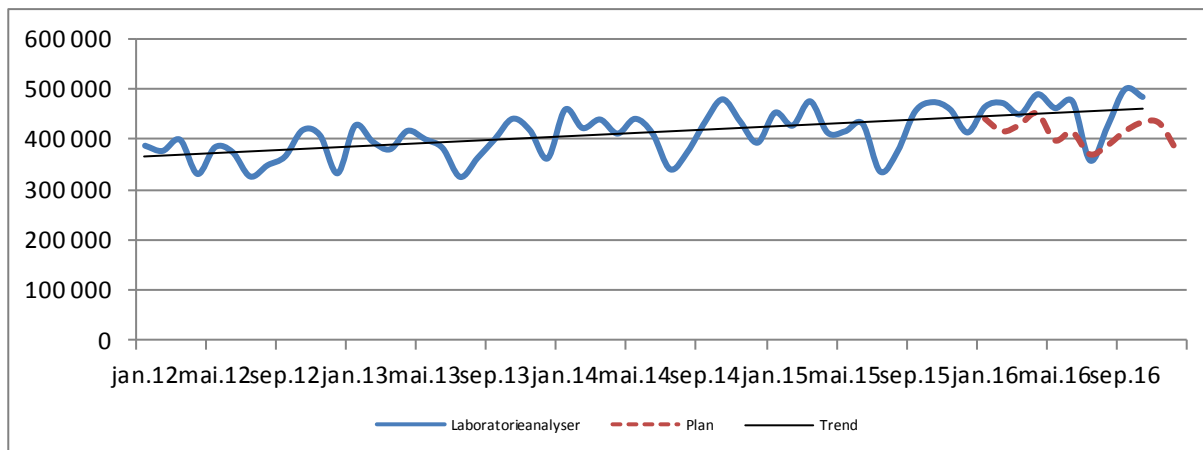
**Figur 15 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet**



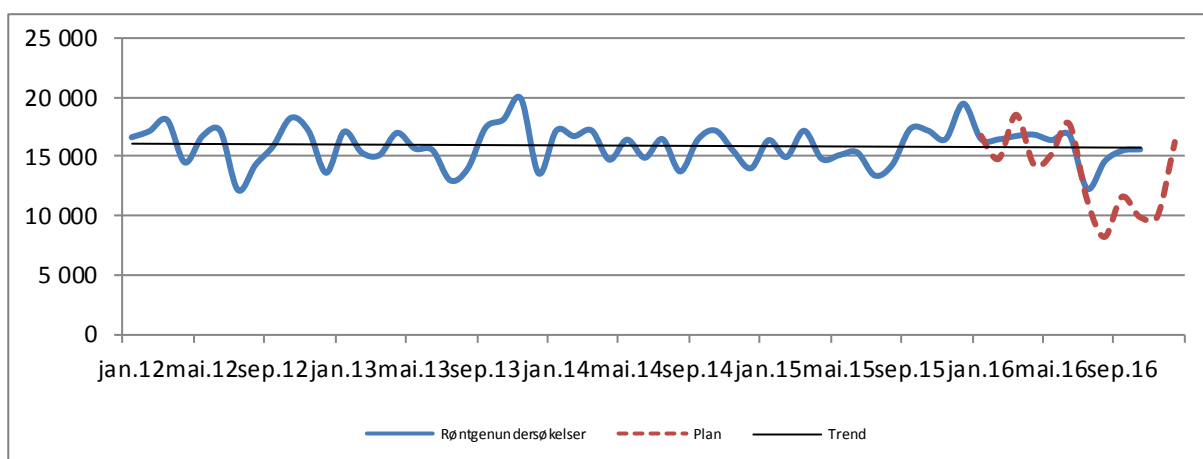
**Figur 16 Pasientkontakter - somatisk virksomhet**



**Figur 17 Laboratorieanalyser**

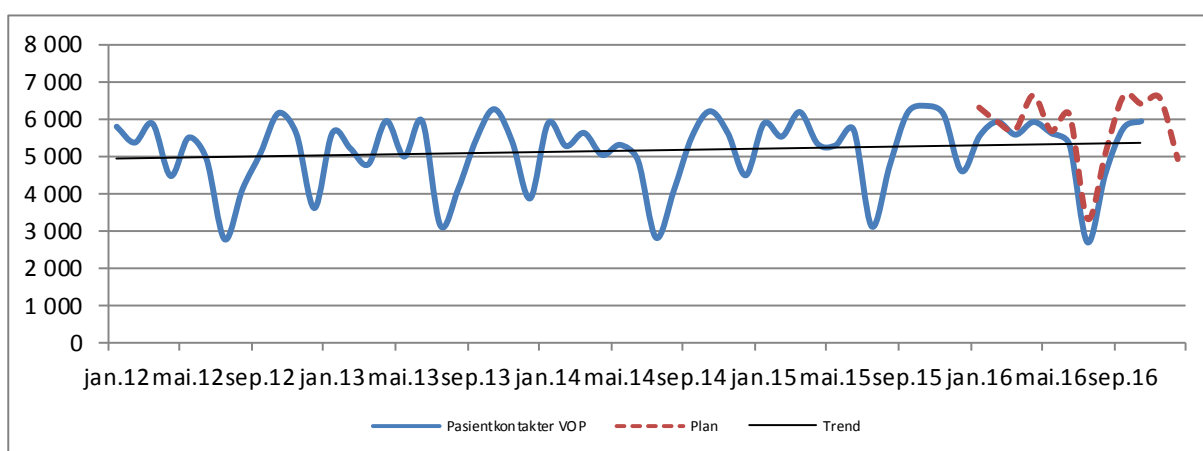


**Figur 18 Røntgenundersøkelser**



**Psykisk helsevern voksne**

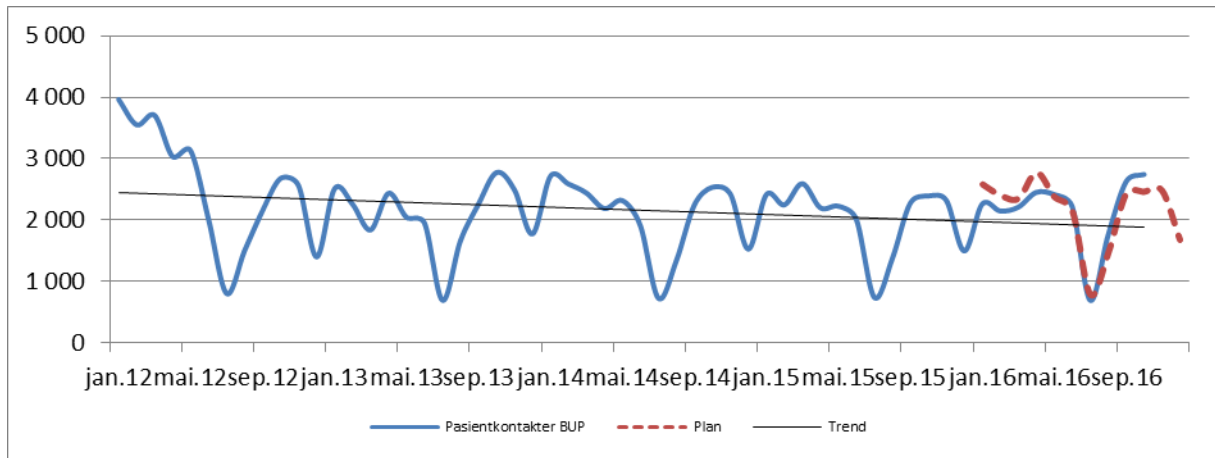
**Figur 19 Pasientkontakter – VOP**





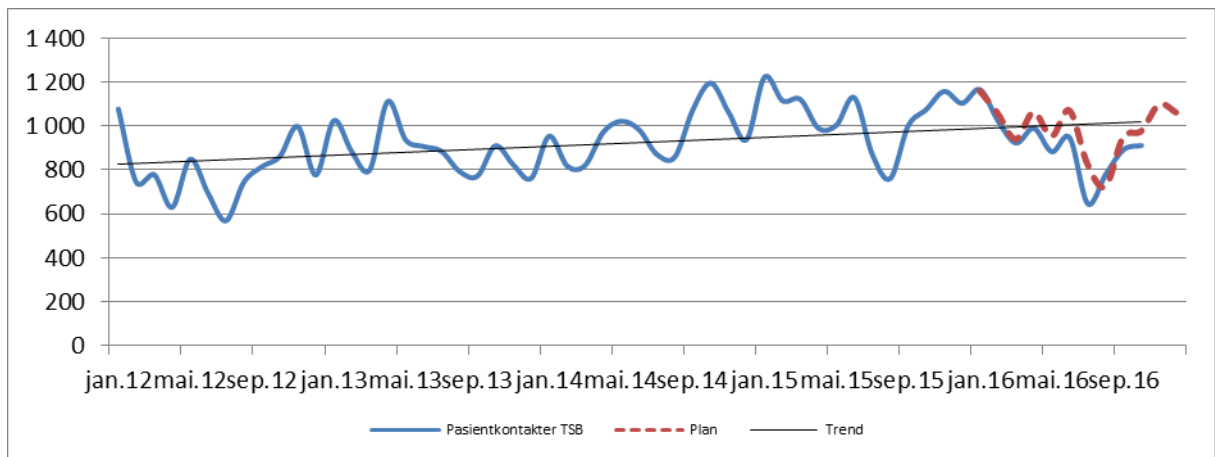
## Psykisk helsevern barn og unge

Figur 20 Pasientkontakter – BUP



## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 21 Pasientkontakter- TSB

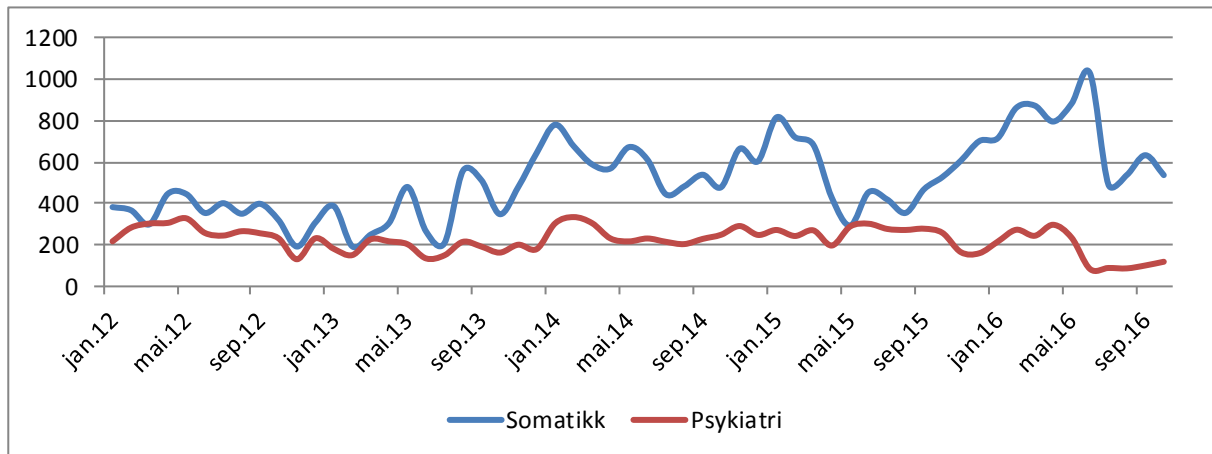


## Samhandling

### Utskrivningsklare pasienter

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

Figur 22 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

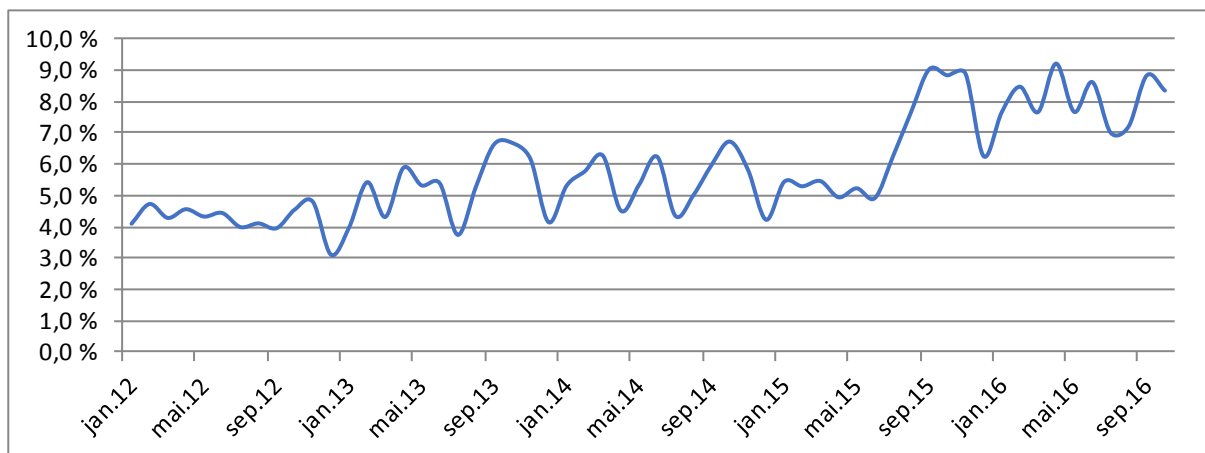


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

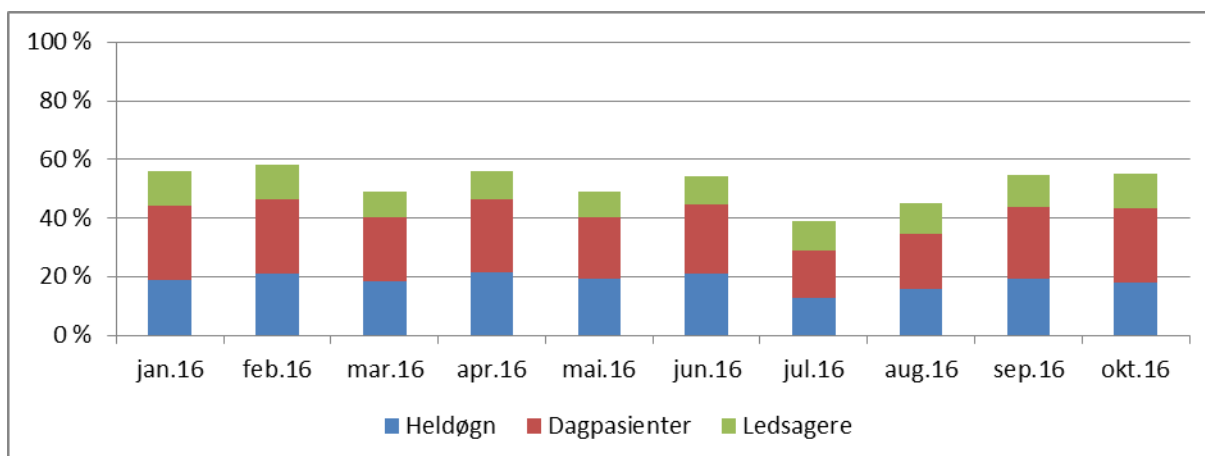
Kommune	Utskrivningsklare døgner jan-okt	Antall opphold jan-okt	Utskrivningsklare døgner jan-okt pr 1000 innbyggere
TRANØY	137	23	89
TROMSØ	4 113	442	57
HARSTAD	1 321	620	54
EVENES	52	45	38
SALANGEN	81	25	37
IBESTAD	51	48	36
LØDINGEN	70	59	32
NARVIK	591	271	31
TJELDSUND	40	36	31
GRATANGEN	32	17	28
SKÅNLAND	80	72	27
MÅLSELV	175	42	26
BALLANGEN	59	50	23
KVÆFJORD	64	62	21
BARDU	81	29	20
KARLSØY	42	7	18
STORFJORD	30	6	16
LYNGEN	36	11	12
TYSFJORD	24	11	12
BALSFJORD	55	23	10
DYRØY	10	7	9
KÅFJORD	17	7	8
BERG	7	6	8
LAVANGEN	7	6	7
LENVIK	68	45	6
NORDREISA	28	9	6
TORSKEN	5	5	6
SØRREISA	9	7	3
SKJERVØY	5	3	2
	<b>7 290</b>	<b>1 994</b>	<b>38</b>

## Bruk av pasienthotell

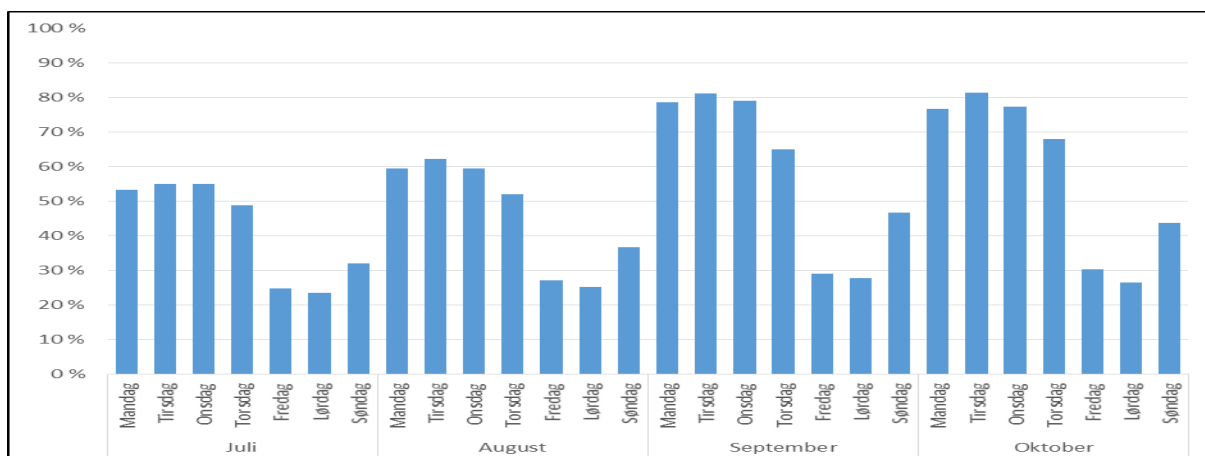
**Figur 23** Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)

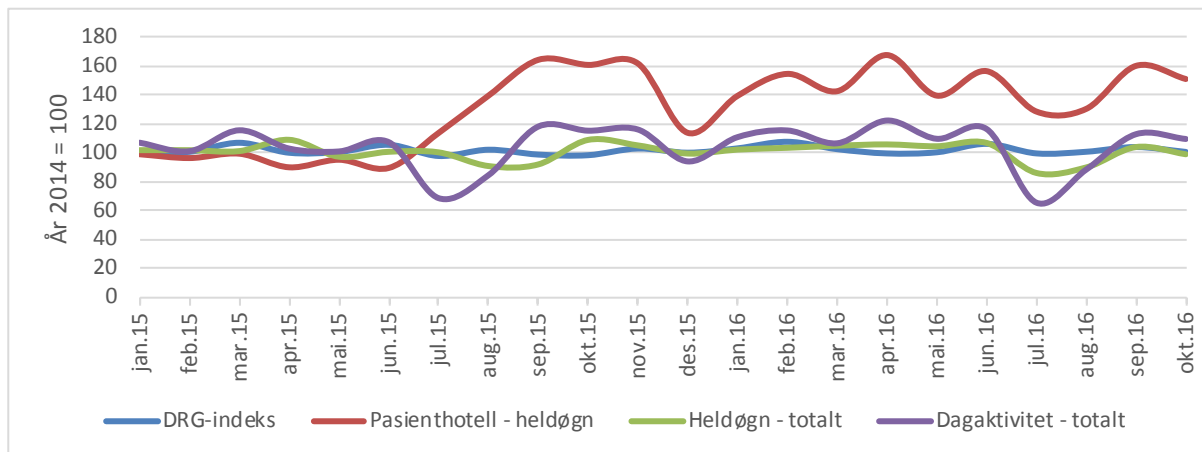


**Figur 24** Beleggsprosent på Pingvinhotellet



**Figur 25** Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



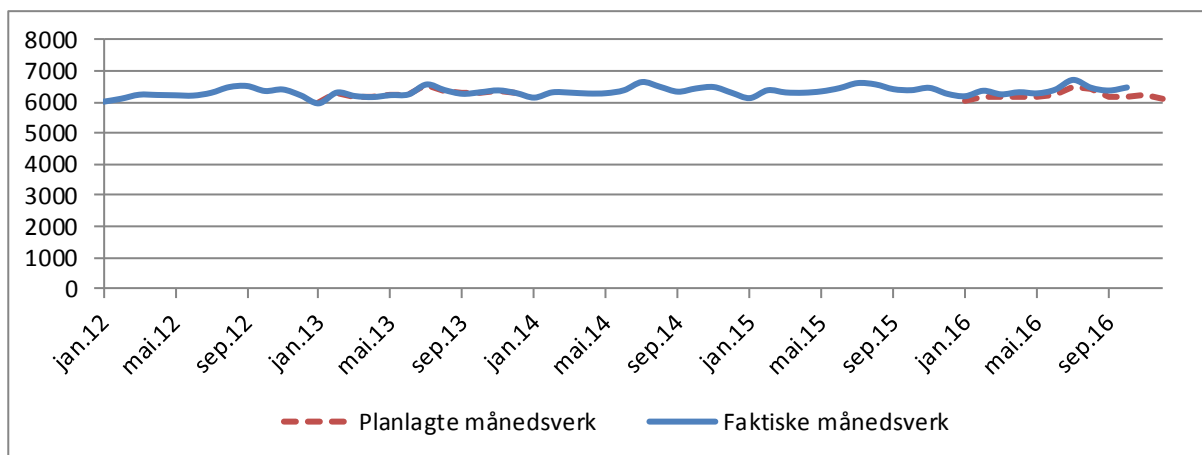
**Figur 26 Indeksregulerte verdier DRG-indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt**

Indeksregulerte verdier (år 2014=100)

Figuren viser endringen i DRG-indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt sett i forhold til gjennomsnittet for 2014, der gjennomsnittet for 2014 settes lik 100. Dagaktivitet består av dagopphold, dagkirurgi og poliklinikk.

## Personal

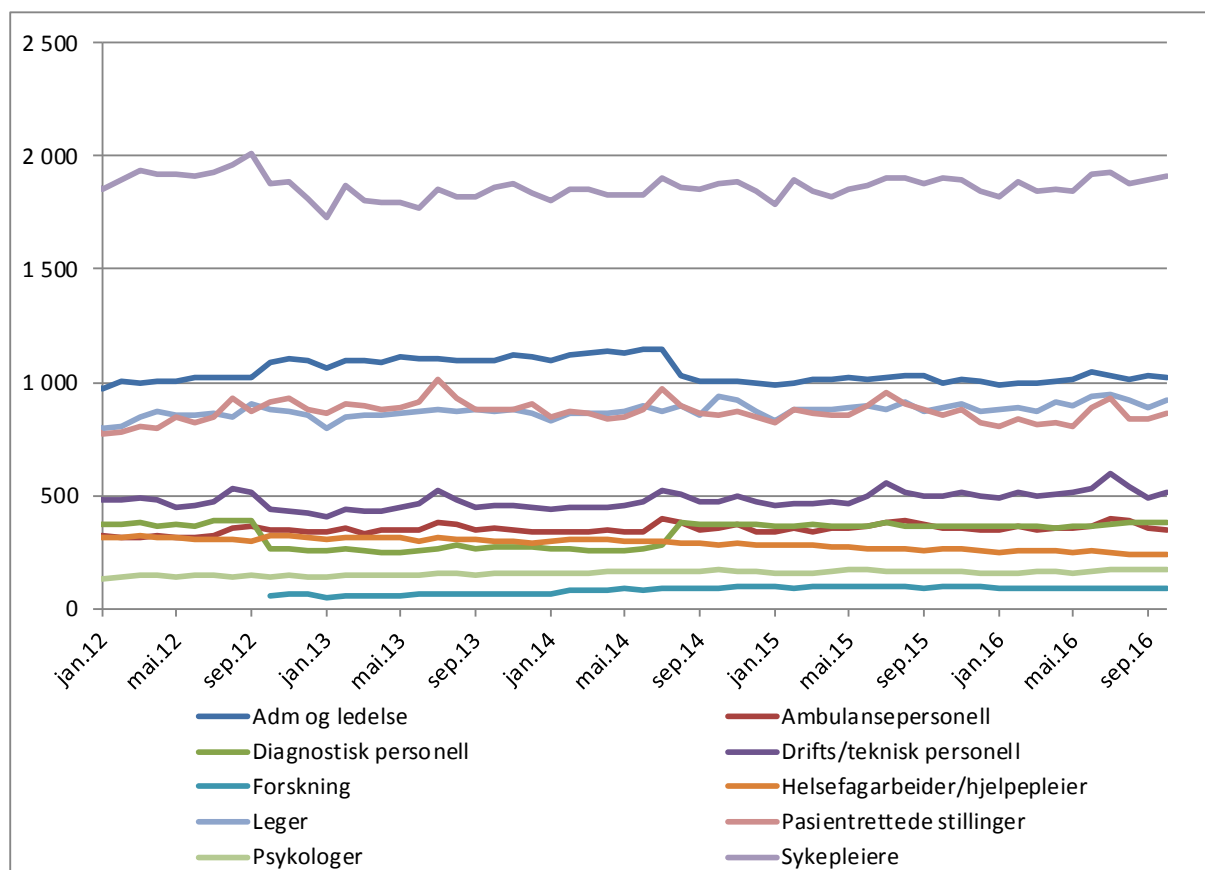
### Bemanning

**Figur 27 Brutto utbetalte månedsverk 2012-2016**

Tabell 12 Brutto utbetalte månedsverk 2014-2016

Måned	2014	2015	2016	Plantall 2016	Avvik fra 2015
Januar	6 139	6 123	6 185	6 048	62
Februar	6 308	6 376	6 360	6 188	-16
Mars	6 299	6 305	6 245	6 153	-60
April	6 271	6 296	6 313	6 155	17
Mai	6 282	6 341	6 276	6 186	-65
Juni	6 377	6 445	6 393	6 245	-52
Juli	6 639	6 605	6 708	6 496	103
August	6 486	6 563	6 456	6 413	-107
September	6 329	6 410	6 367	6 147	-43
Oktober	6 433	6 378	6 466	6 191	88
November	6 478	6 454		6 257	
Desember	6 293	6 251		6 123	
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 356</b>	<b>6 384</b>	<b>6 377</b>	<b>6 222</b>	<b>-8</b>

Figur 28 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2012-2016

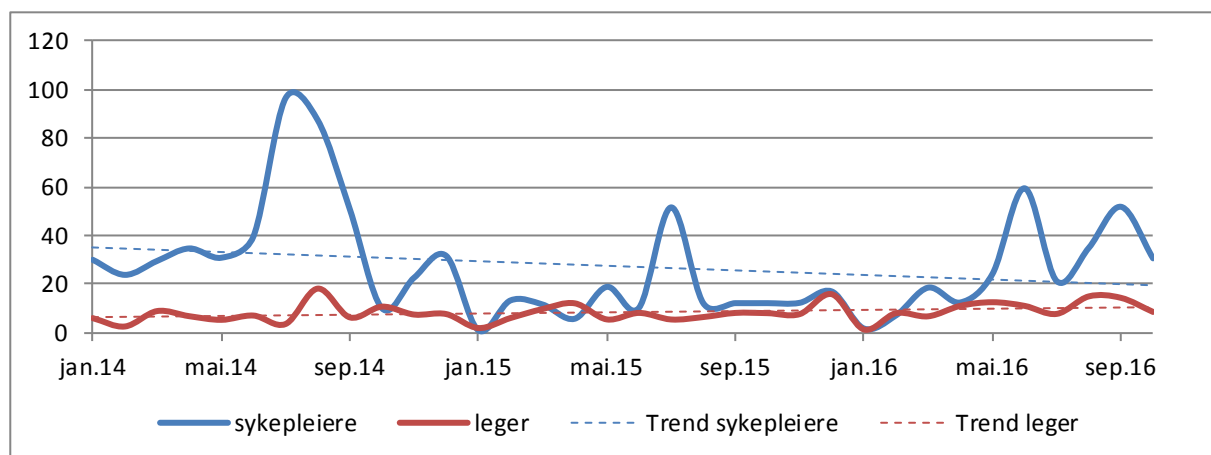


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på profesjon 2014-2016

Profesjon	2014	2015	2016	Avvik fra 2015
Adm og ledelse	1 094	1 012	1 014	2
Ambulanspersonell	352	371	363	-9
Diagnostisk personell	296	374	368	-6
Drifts/teknisk personell	468	489	518	29
Forskning	82	95	88	-7
Helsefagarbeider/hjelpepleier	295	270	249	-21
Leger	876	880	907	27
Pasientrettede stillinger	873	876	843	-33
Psykologer	161	163	163	0
Sykepleiere	1 850	1 868	1 879	11
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 356</b>	<b>6 384</b>	<b>6 377</b>	<b>-8</b>

Figur 29 Innleide månedsværk sykepleiere og leger

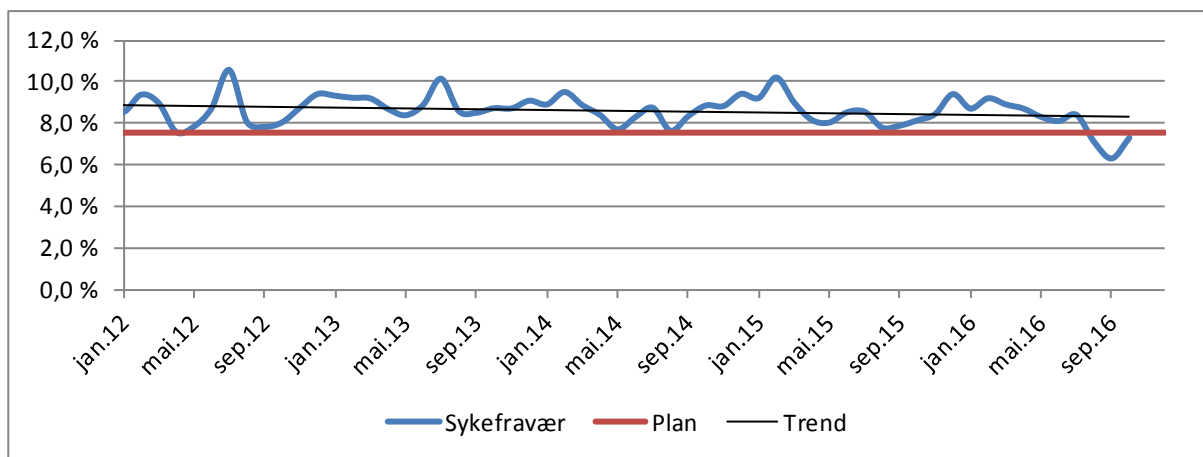


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

## Sykefravær

UNNs totale sykefravær i oktober 2016 er på 7,3%. Samme måned i 2015 var sykefraværet 8,6%. Dette er en reduksjon på 1,3 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 2,7% og viser en reduksjon på 0,2 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,1% med en økning på 0,6 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 2,5% og viser en reduksjon på 1,7 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i oktober 269 ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN.

Figur 30 Sykefravær 2012-2016



Tabell 14 Sykefravær fordelt på klinikk gjennomsnittlig siste 12 måneder og oktober 2016

Klinikk	Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd	Sykefravær oktober 2016
Akuttmedisinsk klinikk	9,2	6,5
Longyearbyen sykehus	3,9	1,1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,0	6,6
Hjerte og lungeklinikken	7,2	5,4
Medisinsk klinikk	8,0	7,4
Barne- og ungdomsklinikken	8,2	8,0
Operasjons- og intensivklinikken	9,4	7,9
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9,1	7,8
Psykisk helse- og rusklinikken	10,9	9,1
Diagnostisk klinikk	7,9	7,4
Kvalitets- og utviklingssenteret	*	5,3
Nasjonalt senter for ehelseforskning og utredning	*	5,2
Drift og eiendomsenteret	9,4	8,6
Stabsenteret	6,6	5,1
Turnusleger, raskere tilbake	2,9	1,7
<b>Totalt</b>	<b>8,6</b>	<b>7,3</b>

\* Det er ikke gjort historisk mapping, så gjennomsnitt er ikke hentet ut.



**Arbeidsrelatert fravær på egenmelding**

Det har i oktober måned ikke vært registrert noen egenmeldinger i HN LIS hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

**Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding**

Det har i oktober 2016 vært registrert totalt 480 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 261 graderte. Det tilsvarer en andel på 54,4% graderte sykemeldinger. Andelen er 4,7 prosentpoeng høyere enn i forrige måned (49,7 %).

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

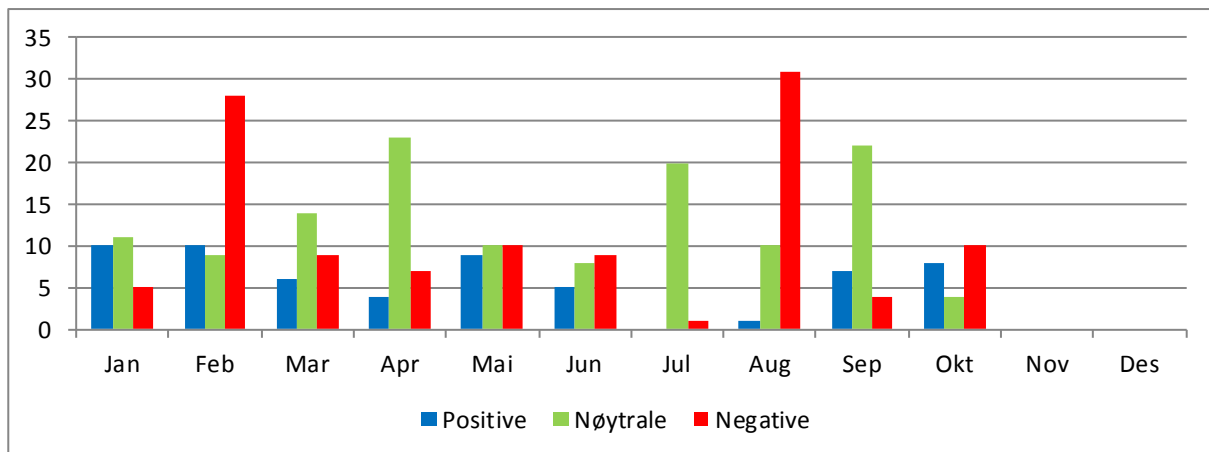
## Kommunikasjon

### Sykehuset i media

I oktober har flere medier omtalt at UNN har hatt kraftig kutt i ventelistene det siste året. Det er også positiv oppmerksomhet om felles røntgenjournal og felles bildearkiv for alle sykehus i Nord-Norge etter at UNN kom med som siste helseforetak i den regionale løsningen. Signering av kontrakt for kjøp av tomt til nytt sykehus i Narvik blir løftet positivt i Fremover, mens Harstad Tidende skriver om tomteplanene for ny ambulansestasjon i nærheten av sykehuset i Harstad.

I negativ retning har media omtalt en sak hvor en ung pasient døde på UNN etter rutinesvikt i 2015. Statens helsetilsyn kritiserer UNN for ikke å gitt forsvarlig helsehjelp. Harstad tidende er opptatt av at UNN Harstad ligger på den nederste del av statistikken i antall korridorpasienter i ei måling som er gjort av helsedirektoratet fra januar til april i år.

**Figur 31 Mediestatistikk 2016**

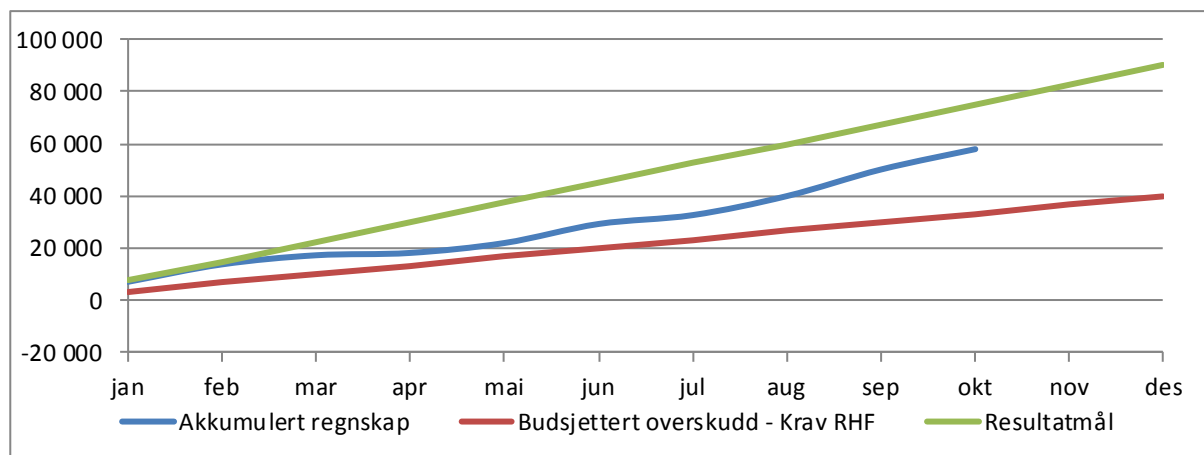


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

## Økonomi

### Resultat

Figur 32 Akkumulert regnskap og budsjett 2016



For 2016 er det et overskuddskrav på 40 mill kr. Det er budsjettert med 3,3 mill kr i overskudd hver måned. I tillegg styres det etter et ytterligere overskudd på 50 mill kr, slik at styringsmålet for 2016 er et overskudd på til sammen 90 mill kr (7,5 mill kr per måned og 4,1 mill kr høyere enn budsjettert).

Regnskapet for oktober viser et overskudd på 7,8 mill kr. Det er 4,4 mill kr høyere enn budsjettert, og 0,3 mill kr høyere enn styringsmålet. Akkumulert per oktober er det et budsjettavvik på +24,7 mill kr, men 17,0 mill kr lavere enn styringsmålet.

For oktober er de samlede inntektene 7,1 mill kr lavere enn budsjettert. ISF-inntektene viser et negativt avvik på 6,9 mill kr, mens andre driftsinntekter har et positivt avvik på 5,5 mill kr. Øremerkede tilskudd har et negativt avvik på 5,0 mill kr. Polikliniske inntekter viser et negativt avvik på 0,3 mill kr. På bakgrunn av HOS prosjektet har det vært problemer med uttrekk av aktivitetstall og løpende opprettinger, slik at det foreligger noe risiko knyttet til ISF inntektene denne måneden.

Driftskostnadene er samlet sett 11,6 mill kr lavere enn budsjettert. Kjøp av helsetjenester viser et overforbruk på 1,4 mill kr i forhold til budsjett. Aktivitetsdrevne varekostnader viser et negativt avvik på 2,0 mill kr. Lønnspostene har samlet sett et positivt avvik på 11,0 mill kr og andre driftskostnader viser et mindreforbruk på 3,9 mill kr.

Tabell 15 Resultatregnskap oktober 2016

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Oktober				Akkumulert per Oktober			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	424,7	424,7	0,0	0 %	3 946,5	3 946,5	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	26,2	26,2	0,0	0 %
ISF egne pasienter	115,5	121,8	-6,2	-5 %	1 146,3	1 144,2	2,1	0 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,7	3,3	-0,7	-20 %	46,8	55,0	-8,2	-15 %
Gjestepasientinntekter	2,4	2,8	-0,4	-15 %	27,1	27,9	-0,8	-3 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	20,9	21,2	-0,3	-2 %	183,3	179,0	4,3	2 %
Utskrivningsklare pasienter	1,2	1,3	-0,1	-7 %	22,7	22,0	0,7	3 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,2	2,1	0,1	7 %	19,8	19,8	0,1	0 %
Andre øremerkede tilskudd	20,1	25,1	-5,0	-20 %	211,6	211,5	0,1	0 %
Andre driftsinntekter	36,8	31,4	5,5	17 %	308,3	297,2	11,1	4 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>629,2</b>	<b>636,3</b>	<b>-7,1</b>	<b>-1 %</b>	<b>5 938,7</b>	<b>5 929,3</b>	<b>9,4</b>	<b>0 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,3	13,6	2,7	19 %	157,1	138,8	18,3	13 %
Kjøp av private helsetjenester	5,2	6,5	-1,3	-20 %	61,6	65,8	-4,2	-6 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	71,6	69,5	2,0	3 %	662,7	636,4	26,2	4 %
Innleid arbeidskraft	0,4	1,8	-1,3	-74 %	41,1	23,9	17,1	72 %
Lønn til fast ansatte	305,5	332,6	-27,1	-8 %	2 910,5	3 018,6	-108,1	-4 %
Overtid og ekstrahjelp	25,6	14,4	11,2	78 %	239,9	191,8	48,0	25 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	60,3	60,3	0,0	0 %	619,8	619,8	0,1	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-20,1	-22,1	2,0	-9 %	-219,6	-217,7	-1,9	1 %
Annen lønnskostnad	34,2	30,0	4,2	14 %	260,7	256,4	4,3	2 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>345,6</b>	<b>356,7</b>	<b>-11,0</b>	<b>-3 %</b>	<b>3 232,6</b>	<b>3 273,0</b>	<b>-40,5</b>	<b>-1 %</b>
Avskrivninger	20,0	20,0	0,0	0 %	204,6	204,6	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	104,1	108,0	-3,9	-4 %	960,7	974,2	-13,5	-1 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>623,0</b>	<b>634,6</b>	<b>-11,6</b>	<b>-2 %</b>	<b>5 899,0</b>	<b>5 912,6</b>	<b>-13,6</b>	<b>0 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>6,1</b>	<b>1,7</b>	<b>4,5</b>	<b>269 %</b>	<b>39,7</b>	<b>16,7</b>	<b>23,0</b>	<b>138 %</b>
Finansinntekter	1,7	1,7	0,0		18,6	16,7	1,9	
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0		0,2	0,0	0,2	
Finansresultat	1,6	1,7	0,0		18,4	16,7	1,7	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>7,8</b>	<b>3,3</b>	<b>4,4</b>	<b>135 %</b>	<b>58,0</b>	<b>33,3</b>	<b>24,7</b>	<b>74 %</b>

Tabell 16 Resultatregnskap oktober 2016, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Oktober ekskl. eksternfinansiering			Akkumulert per Oktober ekskl. eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	424,7	424,7	0,0	3 946,5	3 946,5	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	26,2	26,2	0,0
ISF egne pasienter	115,5	121,8	-6,2	1 146,3	1 144,2	2,1
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,7	3,3	-0,7	46,8	55,0	-8,2
Gjestepasientinntekter	2,4	2,8	-0,4	27,1	27,9	-0,8
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	20,9	21,2	-0,3	183,3	179,0	4,3
Utskrivningsklare pasienter	1,2	1,3	-0,1	22,7	22,0	0,7
Inntekter "raskere tilbake"	2,2	2,1	0,1	19,8	19,8	0,1
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	-20,3	20,3
Andre driftsinntekter	36,8	31,4	5,5	308,3	297,2	11,1
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>609,1</b>	<b>611,2</b>	<b>-2,1</b>	<b>5 727,1</b>	<b>5 697,5</b>	<b>29,6</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,3	13,6	2,7	157,1	138,8	18,3
Kjøp av private helsetjenester	5,1	6,4	-1,3	61,4	65,6	-4,2
Varekostnader knyttet til aktivitet	70,8	68,6	2,2	654,5	627,4	27,0
Innleid arbeidskraft	0,4	1,8	-1,3	41,1	23,9	17,1
Lønn til fast ansatte	295,1	319,7	-24,5	2 801,1	2 898,8	-97,6
Overtid og ekstrahjelp	23,3	11,4	11,8	215,3	164,9	50,4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	57,8	57,1	0,6	592,9	590,3	2,6
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-19,4	-21,2	1,9	-211,9	-209,3	-2,6
Annen lønnskostnad	32,8	28,3	4,5	246,3	240,6	5,7
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>332,3</b>	<b>340,0</b>	<b>-7,7</b>	<b>3 091,8</b>	<b>3 118,9</b>	<b>-27,0</b>
Avskrivninger	20,0	20,0	0,0	204,6	204,6	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	100,7	103,8	-3,1	925,2	935,3	-10,1
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>602,9</b>	<b>609,5</b>	<b>-6,6</b>	<b>5 687,4</b>	<b>5 680,8</b>	<b>6,6</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>6,1</b>	<b>1,7</b>	<b>4,5</b>	<b>39,7</b>	<b>16,7</b>	<b>23,0</b>
Finansinntekter	1,7	1,7	0,0	18,6	16,7	1,9
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Finansresultat	1,6	1,7	0,0	18,4	16,7	1,7
<b>Ordinært resultat</b>	<b>7,8</b>	<b>3,3</b>	<b>4,4</b>	<b>58,0</b>	<b>33,3</b>	<b>24,7</b>

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

#### Inntekter

- -6,9 mill kr ISF-inntekter
- -0,3 mill kr polikliniske inntekter
- -0,4 mill kr gjestepasientinntekter
- -0,1 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +5,5 mill kr andre driftsinntekter

#### Driftskostnader

- -1,4 mill kr kjøp av helsetjenester
- -2,2 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +7,7 mill kr lønn (+24,5 mill kr fast lønn, -16,8 mill kr variabel lønn).
- +3,1 mill kr andre driftskostnader

De viktigste avvikene akkumulert per oktober er (ekskl. eksternfinansiert virksomhet):

#### Inntekter

- -6,1 mill kr ISF-inntekter
- -0,8 mill kr gjestepasientinntekter
- +4,3 mill kr polikliniske inntekter
- +11,1 mill kr andre driftsinntekter

## Driftskostnader

- -14,1 mill kr kjøp av helsetjenester
- -27,0 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +27,0 mill kr lønn (+97,6 mill kr fast lønn, -70,6 mill kr variabel lønn).
- +10,1 mill kr andre driftskostnader

Tabell 17 Funksjonsregnskap

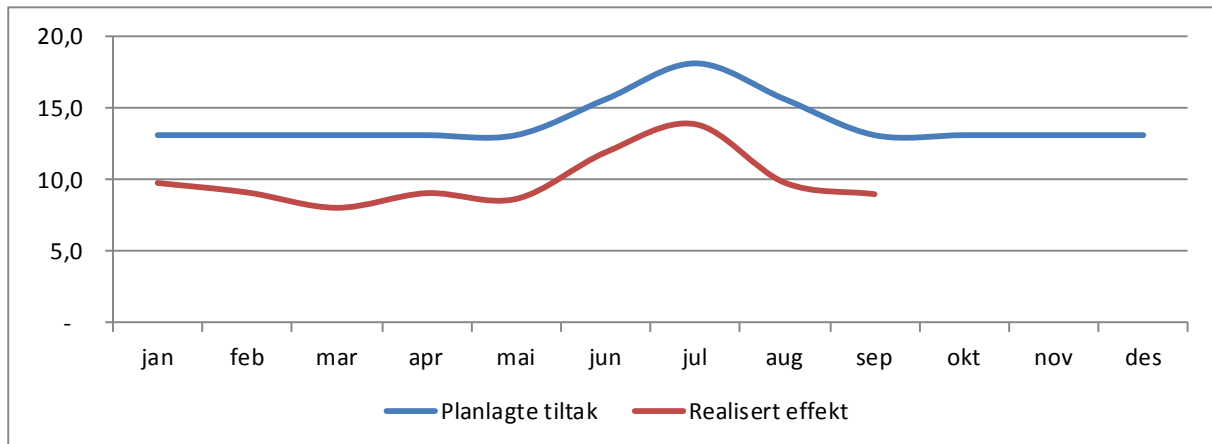
Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201610								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	360,8	358,9	3 364,0	3 415,4	3 381,7	33,7	1,53 %	4 124
Somatikk, (re-hab)	24,8	25,4	233,1	232,6	250,4	(17,9)	-0,2 %	305
Lab/rtg	79,6	85,2	739,0	752,6	746,3	6,3	1,8 %	906
<b>Somatikk inkl lab/rtg</b>	<b>465,1</b>	<b>469,5</b>	<b>4 336,1</b>	<b>4 400,6</b>	<b>4 378,4</b>	<b>22,2</b>	<b>1,5 %</b>	<b>5 336</b>
VOP, sykehus og annen beh	31,0	33,4	327,7	304,2	319,1	(14,9)	-7,2 %	397
VOP, DPS og annen beh	31,4	33,7	325,3	294,5	326,8	(32,3)	-9,4 %	400
BUP	16,1	16,8	139,4	143,7	156,7	(13,0)	3,1 %	191
<b>Psykisk helse</b>	<b>78,5</b>	<b>83,9</b>	<b>792,3</b>	<b>742,4</b>	<b>802,5</b>	<b>(60,1)</b>	<b>-6,3 %</b>	<b>988</b>
RUS, behandling	22,6	20,4	186,7	200,0	198,0	2,0	7,1 %	242
<b>Rusomsorg</b>	<b>22,6</b>	<b>20,4</b>	<b>186,7</b>	<b>200,0</b>	<b>198,0</b>	<b>2,0</b>	<b>7,1 %</b>	<b>242</b>
Ambulanse	34,3	36,7	330,3	348,5	351,8	(3,4)	5,5 %	427
Pasienttransport	19,5	22,4	179,8	185,5	187,8	(2,2)	3,2 %	232
<b>Prehospitaler tjenester</b>	<b>53,8</b>	<b>59,1</b>	<b>510,1</b>	<b>534,0</b>	<b>539,6</b>	<b>(5,6)</b>	<b>4,7 %</b>	<b>658</b>
Administrasjon (skal være 0 på budsjett)	-	(0,0)	-	-	(23,7)	23,7	0,0 %	(23)
Personalboliger, barnehager	2,9	1,6	16,4	22,4	17,8	4,6	36,4 %	20
<b>Personal</b>	<b>2,9</b>	<b>1,6</b>	<b>16,4</b>	<b>22,4</b>	<b>(5,9)</b>	<b>28,3</b>	<b>36,4 %</b>	<b>(2)</b>
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>623,0</b>	<b>634,6</b>	<b>5 841,7</b>	<b>5 899,4</b>	<b>5 912,6</b>	<b>(13,2)</b>	<b>1,0 %</b>	<b>7 222</b>

Tabell 18 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk per oktober - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	33,8	33,8	0,1	0,0	313,9	310,1	-3,8	-0,7
11 - Longyearbyen sykehus	2,4	2,4	-0,1	0,0	22,0	21,4	-0,6	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	20,0	18,4	-1,7	-1,2	145,5	137,9	-7,6	6,5
13 - Hjerte- lungeklinikken	19,2	16,7	-2,5	1,1	136,4	132,2	-4,2	4,8
15 - Medisinsk klinikk	25,4	21,5	-4,0	0,5	216,6	201,6	-15,0	5,7
17 - Barne- og ungdomsklinikken	20,1	18,7	-1,4	-1,9	156,3	157,8	1,5	-4,7
18 - Operasjons- og intensivklinikken	60,9	60,1	-0,8	-0,2	547,2	540,2	-7,0	-0,5
19 - Neuro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	32,9	24,7	-8,2	-4,7	246,1	227,5	-18,6	-10,2
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	61,6	58,5	-3,1	0,0	556,9	553,8	-3,1	0,0
30 - Diagnostisk klinikk	52,0	55,9	3,9	0,0	464,7	462,7	-2,0	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	2,4	2,7	0,4	0,0	4,5	3,1	-1,4	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	50,9	51,2	0,3	0,0	490,8	487,9	-2,9	0,0
52 - Stabssenteret	14,5	15,5	1,0	0,0	124,5	129,9	5,4	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	11,6	16,6	5,0	0,0	109,7	125,5	15,7	0,0
62 - Felles	-415,6	-400,0	15,7	-0,5	-3 592,9	-3 524,7	68,2	-6,9
<b>Totalt</b>	<b>-7,8</b>	<b>-3,3</b>	<b>4,4</b>	<b>-6,9</b>	<b>-58,0</b>	<b>-33,3</b>	<b>24,7</b>	<b>-6,1</b>

## Gjennomføring av tiltak

Figur 33 Periodisering og gjennomføring av tiltak



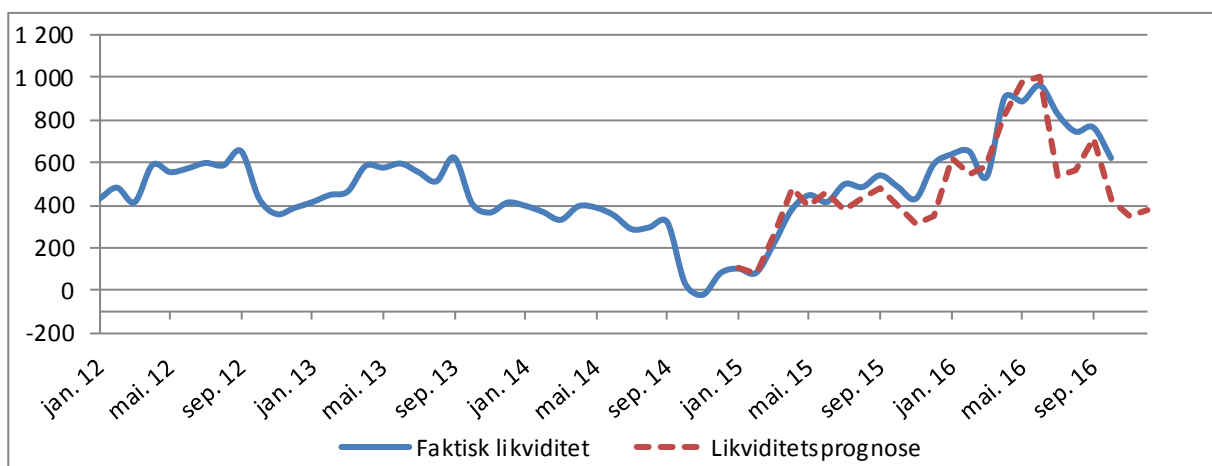
I 2016 er det budsjettetert med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I oktober er det beregnet en realisert effekt på 8,3 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 63 %. Til og med oktober er gjennomføringsgraden 69 %.

## Prognose

Årets prognose opprettholdes med et regnskapsmessig overskudd på +90 mill kr. Det skyldes forventet overskudd sentralt som gjelder planlagt internt overskuddskrav, overskudd for medikamenter overført fra folketrygden, lønnsoppgjør og avskrivningskostnader.

## Likviditet

Figur 34 Likviditet



UNN har per utgangen av oktober en likviditet på 621 mill kr.

## Investeringer

Tabell 19 Investeringer

	Restramme overført fra 2015	Investerings ramme 2016	Samlet investerings ramme 2016	Investert september 2016	Investert oktober 2016	Sum investert 2016	Rest- forpliktelser (godkjent tidligere) oktober	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser	Forbruk i år av disponibel ramme
<b>Investeringer, tall i mill kr</b>									
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	10,0		10,0	0,0	0,1	3,7		6,3	37 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	142,3	290,0	432,3	32,6	32,1	363,0		69,3	84 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-75,8	50,0	-25,8	8,1	12,6	107,3		-133,1	-415 %
Nytt sykehus Narvik	-1,4		-1,4	0,2	0,2	1,2		-2,6	-90 %
<b>SUM Nybygg</b>	<b>75,1</b>	<b>340,0</b>	<b>415,1</b>	<b>40,8</b>	<b>45,0</b>	<b>475,1</b>	<b>0,0</b>	<b>-60,1</b>	<b>114 %</b>
Åsgård øvrige prosjekter	1,2		1,2	0,0	0,0	0,0		1,2	0 %
Åsgård Bygg 7	34,6		34,6	2,1	1,1	21,5		13,1	62 %
<b>SUM Rehabilitering</b>	<b>35,8</b>	<b>0,0</b>	<b>35,8</b>	<b>2,1</b>	<b>1,1</b>	<b>21,5</b>	<b>0,0</b>	<b>14,3</b>	<b>60 %</b>
Datarom	1,8		1,8	0,0	0,0	2,5		-0,7	141 %
Tiltak kreftplan	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	
VAKe	0,1		0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0 %
Nytt nødnett	0,5		0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0 %
ENØK	12,7		12,7	0,1	0,1	1,6		11,1	13 %
<b>SUM Prosjekter</b>	<b>15,0</b>	<b>0,0</b>	<b>15,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>4,1</b>	<b>0,6</b>	<b>10,4</b>	<b>27 %</b>
Medisinteknisk utstyr	-0,2	87,0	86,8	7,0	14,7	60,2	42,4	-15,8	69 %
Teknisk utstyr	8,0	12,0	20,0	0,8	0,1	6,1	-1,7	15,7	30 %
Annet utstyr disponert av MTU-midler				3,1	2,1	8,4		-8,4	
Ombygginger		17,0	17,0	0,1	0,0	1,5		15,5	9 %
Ambulanser	-8,0	12,0	4,0	0,0	0,0	5,1		-1,1	126 %
EK KLP	0,0	22,0	22,0	0,0	0,0	26,0		-4,0	118 %
<b>SUM Utstyr med mer</b>	<b>-0,1</b>	<b>150,0</b>	<b>149,9</b>	<b>11,0</b>	<b>16,9</b>	<b>107,3</b>	<b>40,6</b>	<b>1,9</b>	<b>72 %</b>
<b>SUM total</b>	<b>125,8</b>	<b>490,0</b>	<b>615,8</b>	<b>54,0</b>	<b>63,1</b>	<b>608,1</b>	<b>41,2</b>	<b>-33,5</b>	<b>99 %</b>

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I oktober er det bokført investeringer for 63,1 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 16,9 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 40,6 mill kr. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 1,9 mill kr.

## Byggeprosjekter

Tabell 20 Byggeprosjekter

	A-fløya	PET-senter
HMS	H=23	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse	01.11.2017	20.11.2017
Klinisk drift	24.01.2018	20.02.2018
Fremdrift	Ingen avvik	4 mnd
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2015	432,3 mill kr	-25,8 mill kr
Sum investert hittil 2016	363,0 mill kr	107,3 mill kr
Sum investert tidligere år	472,0 mill kr	65,3 mill kr
Sum investert totalt	835,0 mill kr	172,6 mill kr
Investeringsramme P50	1 596 mill kr	493,1 mill kr
Prognose økonomiavvik	0	+74,8 mill kr





## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
102/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2016
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Hege Fredheim-Kildal

### Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn* til og med 18.11.2016 til etterretning.

#### Bakgrunn

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomføres det systematiske tilsyn fra statlige tilsynsmyndigheter. Noen gjennomføres etter samordning mellom flere tilsynsmyndigheter. I tillegg gjennomfører Helse Nord RHF revisjoner på ulike virksomhetsområder i tråd med omforente planer for regionen, eller mellom det regionale foretaket og det enkelte helseforetak.

#### Formål

Formålet med denne saken er å gi styret oversikt over funn i, og oppfølging av, gjennomførte eksterne tilsyn, samt interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF i helseforetaket fra 14.9.2016 til og med 14.11.2016. I saken rapporteres det på status for foretakets egen oppfølging og oversikt over kommende tilsyn.

#### Saksutredning

Hensikten med tilsyn er å kontrollere om det er etablert et internkontrollsystem som sørger for at virksomhetens tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lovverk og gjeldende prosedyrer. Tilsynsmyndighetene representerer en viktig ressurs for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i arbeidet med kontinuerlig forbedring. De er opptatt av og undersøker om ledelsen planlegger, kontrollerer og korrigerer egen virksomhet slik at pasientene får forsvarlig og trygg helsehjelp, og at de ansatte har et forsvarlig arbeidsmiljø.

Tilsyn og revisjoner gir gode bidrag til å avdekke områder der helseforetaket har forbedringspotensial. De gir detaljerte beskrivelser av avvik, og begrunner dem, beskriver hva som er god praksis og hva som må til for at avvik skal kunne lukkes. Det er i denne rapporten ikke beskrevet avvik som vurderes å innebære høy risiko i pasientbehandlingen.

## Statusrapport

Det er siden forrige rapportering gjennomført fire tilsyn:

- Fylkesmannen i Troms har gjennomført tilsyn ved Senter for psykisk helse- og rusbehandling Sør-Troms 4.-5.10.2016. Tilsynet omfattet helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten.
- Statens Helsetilsyn har gjennomført tilsyn ved følgende tre klinikker; Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken, Diagnostisk klinikk og Operasjons- og intensivklinikken 17.-20.10.2016. Tilsynet omfattet håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon.
- Brann- og redningstjenesten har gjennomført tilsyn ved UNN Harstad 3.11.2016. Tilsynet omfattet brannsikkerhet.
- Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård, 4.10.2016. Tilsynet ble gjort på bakgrunn av melding fra verneombud om omfattende bygningmessige mangler ved poliklinikken.

## Avsluttede tilsyn

Troms Kraft har gjennomført tre tilsyn som omhandlet HMS og kontroll av egen elektrisk installasjon. Tilsynene har vært gjennomført ved UNN Rehabilitering og habilitering, Blodbanken Nerstranda og Færingen terapeutiske samfunn. Alle tilsyn er lukket.

Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn som omhandlet innkvartering ambulanspersonell ved Akuttmedisinsk klinikk, ambulanseavdeling seksjon 7 (UNN Harstad). Tilsyn er avsluttet.

Helse Nord RHF har gjennomført revisjon vedrørende vedlikehold og utvikling av kompetanse ved Psykisk helse- og rusklinikken, Diagnostisk klinikk, Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken. Rapporten gav fem anbefalinger til forbedring. UNN har laget handlingsplan for oppfølging av rapportens anbefalinger.

## Kommende tilsyn

Fylkesmannen i Troms har varslet tilsyn ved UNN Tromsø, Akuttmottak vedrørende sepsisbehandling i januar 2017.

Helse Nord RHF har varslet tilsyn ved UNN vedrørende risikostyring. Revisjonsaktiviteter vil bli gjennomført 1.12.2016.

Arbeidstilsynet har pr 31. oktober 2016 varslet postalt tilsyn ved anestesivdelingen ved UNN Tromsø vedrørende melding om bekymring for arbeidsmiljøet til legene i anestesivdelingen. Frist for innsending av dokumenter er satt til 1.12.2016.

## Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 29. og 30.11.2016. Protokoller og referat fra møtene vil

forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 14.12.2016. I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i møtene.

## Vurdering

I det systematiske forbedringsarbeidet ved UNN, vektlegges sikkerhetstenkning og risikostyring i den tertialvise rapporteringen *Ledelsens gjennomgang*. Resultater etter tilsyn og revisjoner følges opp blant annet i dialogavtaler, oppfølgingsmøter med enhetene, i Kvalitetsutvalget og i KVAM-strukturen, ved behov også i egne møter. Selv om disse prosessene gradvis bedres i foretaket, har tilsynsmyndighetene ved ulike tilsyn likevel funnet mangler ved prosedyrer, og manglende etterlevelse av prosedyrer og dokumentasjon. God pasientsikkerhet forutsetter at virksomheten lærer av uønskede hendelser og aktivt forebygger at hendelser gjentar seg.

I etterkant av internrevisjon gjennomført av Helse Nord RHF vedrørende dokumentasjon av kompetanse, har UNN utarbeidet handlingsplan med konkretisering av tiltak for å følge opp anbefalingene i rapporten. I handlingsplan vektlegges forankring, strategisk planlegging og innføring av systemverktøy for dokumentasjon av kompetanse.

Flere tilsyn etterspør risikovurderinger, og videre oppfølging av dette vil bli vektlagt fremover. Risikovurdering er en systematisk gjennomgang av hva som kan gå galt, og konsekvensene hvis det går galt, og brukes for å vurdere om eksisterende tiltak er gode nok, eller om det må iverksettes og gjennomføres nye tiltak for å redusere risikoen.

For å oppnå målsettingen om kontinuerlig forbedring i UNN, er det viktig og helt nødvendig at ledelse på alle nivå gjennomfører analyse av avvik, at korrigerende tiltak blir iverksatt og at det etableres prosesser som sikrer læring på tvers av enhetene i foretaket. Dette er et helt sentralt fokus i arbeidet med å utvikle organisasjonen videre. Tilsyn er et viktig verktøy i disse prosessene.

Tromsø, 2.12.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Statusrapport eksterne tilsyn
2. Internrevisjonens anbefaling til UNN - kompetansehandlingsplan

14.11.2016

Tabellen under viser hvilke eksterne tilsyn som er gjennomført før 30.10 2016 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 NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
<b>NR 1</b> <b>Troms Kraft</b>	Psykiske helse og rusklinikken  Færingen terapeutiske samfunn  11.11.16	Systemrettet tilsyn	Foretaket kunne ved revisjon dokumentere installasjon/utstyr. Virksomheten håndterer ikke noen form for elektromedisinsk teknisk utstyr.	16/5642		Lukket i brev av 15.11.16	
<b>NR 2</b> <b>Fylkesmannen</b>	UNN HF  Akuttmedisinsk klinikk  Akuttmottak, Breivika  7. - 8.11.2016	Landsomfattende tilsyn Sepsisbehandling i akuttmottak  Journalsøk: 7. – 8. november 2016 og 5. januar 2017 Befaring: 25. og 26. januar 2017		16/4364		I prosess	
<b>NR 3</b> <b>Brann- og rednings-tjenesten</b>	UNN Harstad  03.11.16	Branntilsyn	Det fremkom mangler ved brannsikkerheten:  1. Brannskyveport operasjon 3. etasje, tetter dårlig og utløser ikke før det er høy temperatur. 2. Midttrapperommet i plan u, er definert som hovedrømningsvei og dør i U slår mot rømningretningen.	16/5502	Klinikken er i gang med å utarbeide fremdriftsplan som sendes innenfor frist.	Frist for tilbakemelding 2. desember 2016	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
			3. Branntetting rørgjennomføringer og brannspjeld.				
<b>Forts. NR 3</b>			4. Slange-/ brannskap må flyttes ut av trapperom, eller etableres nye skap i korridorene. 6. Entydig ledelys og markeringsmerking, fortrinnsvis markeringslys med batteribackup.				
<b>NR 4</b> <b>Statens Helsetilsyn</b>	Diagnostisk klinikk Nevro-, ortopedi og rehabiliterings klinikk Operasjons- og intensiv klinikk Kreft-, kirurgi- og kvinneklinikk Medisinsk klinikk 17-20.10.2016	Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon	I den foreløpige rapport presenteres det fem avvik som viser at UNN må iverksette forbedringstiltak på følgende områder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Import av sklera og amnionhinner</li> <li>• Samtykke for donasjon og oppbevaring av beinvev</li> <li>• Oppbevaring av egg, sæd og embryo</li> <li>• Luftkvalitet i rom der egg, sæd, embryo og stamceller blir håndtert</li> <li>• Identitetskontroll i forbindelse med transfusjon av blod</li> </ul>	16/3970	Klinikkene har mottatt foreløpig rapport og har svarfrist til 5. desember 2016	Venter på tilbakemelding	
<b>NR 5</b> <b>Troms Kraft</b>	UNN HF Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken Rehabilitering og Habilitering, Gimleveien 70 12.10.2016	Systematisk HMS arbeid	Foretaket kunne ved revisjon dokumentere et HMS system som tilfredsstillende krav til kontroll av egen elektrisk installasjon/utstyr.	15/5504-38		Lukket i brev av 18.10.16	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
<b>NR 6</b> <b>Troms kraft</b>	Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken  Rehabilitering og Habilitering, Gimleveien 70  12.10.2016	Systemrettet tilsyn	1. Ventilasjon Kabelinnføringer / åpninger for kabelinnføringer var ikke tettet. 2. Korridor Det var i for stor utstrekning lagt opp til bruk av bevegelig ledning. 3. Generelt Bevegelig ledning lå utsatt til for beskadigelse. Generelt Anmerkning: Det må risikovurderes om tavler og sikringskap skal være låst, slik at ikke uvedkommende forvolder skade på personer og eiendom.	15/5504-39	Til oppfølging hos saksbehandler	I prosess	
<b>NR 7</b> <b>Arbeidstilsynet</b>	Psykisk helse- og rusklinikken  Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård  4.10.2016	Melding fra VO vedrørende omfattende bygningsmessige mangler ved poliklinikken	Etter befaring 19. oktober konkluderes det med følgende: Arbeidstilsynet sender nytt brev hvor de ber om dokumentasjon på arbeid med fysiske arbeidsforhold/vernerunder/kartlegginger av luft og temperatur.	16/4543		Venter på tilbakemelding	
<b>NR 8</b> <b>Fylkesmannen</b>	Psykisk helse og rusklinikken  Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms (Harstad)  4.-5.10. 2016	Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten	Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ikke et system som sikrer etterlevelse av helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten ved Senter for psykisk helse- og rusbehandling Sør-Troms.	16/3571	Revidert part har mottatt foreløpig rapport og har gitt tilbakemelding pr brev 4.11.2016	Mottatt foreløpig rapport.	
<b>NR 9</b> <b>Riksrevisjonen</b>	UNN HF  23.09.2016	Forvaltningsrevisjon om myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten til		16/4401	Kvalitetsavdeling har oppnevnt kontaktperson	Tilbakemelding gis i Riksrevisjonens årlige rapport til Stortinget høsten 2017	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
<b>NR 10</b> <b>Arbeids tilsyn</b>	Akutt-medisinsk klinikk  Ambulanse-avdelingen, Seksjon 5 Hansnes  9.9.2016		Saken har sitt utspring fra sak 15/4368 som først ble avsluttet men opprettet ny sak etter ny henvendelse fra verneombud  Arbeidstilsynet oppfordrer arbeidsgiver og arbeidstakersiden om å gå i dialog og gi en felles tilbakemelding.	15/748	Kommune og UNN har dialog om å finne gode løsninger	Avsluttet i brev av 15.09.2016	
<b>NR 11</b> <b>Troms Kraft</b>	Diagnostisk klinikk  Blodbanken Nerstranda  16.08.16	Kontroll av elektrisk anlegg	Foretaket kunne ved revisjon dokumentere et HMS system som tilfredsstiller krav til kontroll av egen elektrisk installasjon/utstyr.	15/5504-37		Lukket i brev av 22.09.16	
<b>NR 12</b> <b>Arbeids-tilsynet</b>	Akuttmedisinsk klinikk, Ambulanse-avdelingen, Seksjon 5 og 7.  Nytt stedlig tilsyn  1.7.2016	Postalt tilsyn: Det bes om kommentarer til verneombudets melding om mangler vedr. ambulansestasjonenes lokaler.	Arbeidstilsynet ber i brev av 4.2.16 om oppdatert statusrapport mht arbeidsmiljøet p.t. ved hhv. Ambulansetjenesten Harstad og Hansnes, samt en beskrivelse av hvordan det arbeides med å få løst opp i de arbeidsmiljøutfordringene som synes å være tilstede ved begge stasjonene.  Arbeidstilsynet har etter en omfattende korrespondanse i saken gjennomført et stedlig tilsyn 1.7.2016. Her ble det gitt ett pålegg: Arbeidsplasser og arbeidslokaler- utforming og innredning  Når det gjelder Hansnes avsluttet Arbeidstilsynet denne saken 8.7.15	15/4368	Klinikken har svart ut 01.11.16 en beskrivelse av hvordan UNN vil sikre at arbeidsmiljøet i nåværende arbeidslokaler til ambulansetjenesten Harstad blir tilrettelagt  Arbeidstilsynet finner at de tiltak og løsninger som er iverksatt er akseptable og vil lukke pålegget, samtidig som de gir dispensasjon i henhold til arbeidsplass forskriften §1-5 til bruk	Lukket i brev av 14.11.16	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
					av eksisterende lokaler ut 2017.		
<b>NR 13</b> <b>Intern-revisjonen i Helse Nord</b>	- Psykisk helse- og rusklinikken - Diagnostisk klinikk - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken  8.- 9.2.2016	Vedlikehold og utvikling av kompetanse med formål om å bekrefte etablert intern styring og kontroll i foretaket som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles i samsvar med foretakets behov	Rapporten gir fem anbefalinger 1. Innføre retningslinjer som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres, med tilhørende maler og verktøy. 2. Vurdere og beskrive kompetansebehovet på egnet nivå i foretaket. 3. Sørg for at det foreligger oppdaterte kompetanse-oversikter i alle enheter. 4. Sørg for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetanse-tiltak som skal prioriteres i en definert tidsperiode. 5. Dokumentere gjennomførte kompetansetiltak slik at det fremkommer hva som har vært tema og hvem som har deltatt.	15/5758	Rapporten er sendt til de berørte. Stabssenteret ved Personal og organisasjon har ansvar for å koordinere UNNs oppfølging av rapporten  Handlingsplan er utarbeidet av personalsjef Mai Liss Larsen og sendt Helse Nord RHF. Handlingsplan følger denne sak som vedlegg	Rapporten ble behandlet i styret i Helse Nord 15.6.2016  Handlingsplan er sendt Helse Nord RHF	Rapporten har læring til samtlige klinikker og følges opp i de respektive lederteam.
<b>NR 14</b> <b>Riksrevisjonen</b>	UNN HF 19.1. 2016	Bruk av poliklinisk bildediagnostikk		16/397	Utvalg av henvisninger og E- postadresser til alle radiologer er sendt innenfor fristen 23.2.16	Venter nasjonal rapport i 2017, sendes fra Riksrevisjonen til Stortinget.	
<b>NR 15</b> <b>Riksrevisjonen</b>	UNN HF 26.11.2015	Medisinsk koding i spesialisthelse-tjenesten	UNN HF er ett av ti sykehus som er valgt ut til denne revisjonen.  Behandles i Stortinget ila våren 2017	15/5562	Avdelingsdokumentasjon og journaldokumentasjon er oversendt	Venter nasjonal rapport februar/mars 2017, sendes fra Riksrevisjonen til Stortinget	



REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
<b>NR 16</b> <b>Byutvikling Tromsø kommune</b>	Psykisk helse- og rusklinikken.  23.4.2015	Postalt tilsyn etter bekymringsmelding 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.  Det er sendt rapport fra periodisk sikkerhetskontroll, utført av Heiskontrollen.  Henvendelse til avdelingsleder for status pr november 2016. Lukking ikke dokumentert i ePhorte.	Venter på tilbakemelding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drifts- og eiendomssenteret.
<b>NR 17</b> <b>Troms Kraft</b>	UNN HF  11.11. 2015	Kontroll av det elektriske anlegget i 12 boenheter i Ishavsveien	Her ble det avdekket feil i 5 boenheter_	15/5504-	Alle forholdene er bestilt rettet av Bravida. Troms Kraft ved Det Lokale Etilsyn (DLE) melder 2.5. 2016 at de ikke har mottatt melding om at feil og mangler er tilfredsstillende utbedret. Sak er lukket jf. merknad fra Martin Sivertsen 15/5504-33	LUKKET i brev av 04.07.2016	
<b>NR 18</b> <b>Fylkesmannen i Troms</b>	Akuttmedisinsk klinikk  Ambulanse-avdelingen, Seksjon 6.  27.10.2015	Anmodning om opplysninger i tilsynssak vedrørende bemanningen i Ambulanse-avdelingen i Seksjon 6. og at biler har vært satt ut av drift.	Fylkesmannen i Troms finner at UNN har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2 og internkontrollforskriften § 4. Det er ikke funnet grunnlag for å sende saken til Statens Helsetilsyn.	15/5116	Fylkesmannen har fått svar (13.11.2015). Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær. Det er	Ny frist 15.12.2016	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
Forts. NR 18			Fylkesmannen ber om å få tilsendt analyse av organisering og dimensjonering av ambulansetjenesten for 2016.08.29 Risiko- og sårbarhetsanalyse for den prehospitaltjenesten m.m. innen 15.12.2016		planlagt utarbeidelse av ny ambulanseplan i 2016. I den forbindelse skal det gjøres en ny analyse av dagens organisering og dimensjonering av tjenesten.		
<b>NR 19</b> <b>Arbeids-</b> <b>tilsynet</b>	Akuttmedisinsk klinikk  Ambulanseavdelingen, Seksjon 6.  26.10.-4.11. 2015	Undersøke om UNN HF jobber systematisk med helse, miljø og sikkerhet for å ivareta arbeidsmiljøet til ansatte og ledere i ambulansetjenesten.	Det ble varslet om 8. pålegg innenfor HMS: Fem pålegg gjenstår : 1. Opplæring – arbeidstaker som er satt til å lede andre 2. HMS-arbeid – kartlegging og risikovurdering 3. Arbeidstid – rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene 4. Arbeidstid - vurdering av om arbeidstidsordningen er fullt forsvarlig 5. Arbeidsplasser og arbeidslokaler - utforming og innredning	15/ 4326	Klinikken har gitt tilbakemelding og Arbeidstilsynet har svart med å lukke tre pålegg.  Pålegg som gjenstår har fått ny frist 1.10.2016. Klinikken har gitt tilbakemelding på tiltak for å lukke pålegg innen fristen, datert 30.09.16.  Tilbakemelding viser at pålegg ikke eller bare delvis er oppfylt. Ny frist er satt til 1.2.2017.	<b>Ny frist</b> <b>1.2.2017</b>	Tiltakene etter oppfylte vilkår gjøres kjent i hele ambulanseavdelingen.

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
NR 20 Helse Nord RHF	Medisinsk klinikk, Hjerte- og lungeklinikk  30.9. og 1.10.2015	Revisjonen omfatter Helse Nord RHF og helseforetakenes rutiner for oppfølging av fagplaner generelt, samt den konkrete oppfølgingen av følgende fagplaner: Regional handlingsplan for: -Nyremedisin -Lungemedisin -Smittevern-plan -Diabetes og -Tuberkulose-kontrollprogram	Internrevisjonen har gitt anbefalinger innenfor alle revisjonens fokusområder, både til Helse Nord RHF og til helseforetakene, som kan øke sikkerheten for en faglig utvikling i samsvar med vedtatte fagplaner. Helseforetakene får 3 anbefalinger: 1. Utarbeide implementeringsplan for hver enkelt fagplan. 2. Integre mål/tiltak for fagplaner i sine styringssystemer. 3. Ha en aktiv oppfølging i lederlinjen for å sikre at eventuelle mangler i gjennomføringen blir avdekket og korrigert i tide.  Internrevisjonen har konstatert at det i liten grad framkommer av formelle styringsdokumenter at vedtatte fagplaner er fulgt opp ved konkretisering i oppdragsdokument og budsjett det enkelte år, slik styrevedtakene for flere av fagplanene forutsetter.	15/ 4035	Styret i Helse Nord RHF behandlet denne rapporten 24.2. 2016: «Styret tar <i>Internrevisjonsrapport 09/2015: Oppfølging av vedtatte fagplaner i Helse Nord</i> til orientering.  Styret ber adm. direktør om en tilbakemelding høsten 2016, om hvordan rapportens anbefalinger følges opp.»  Rapporten har vært diskutert i Regionalt direktørmøte og videre oppfølging i UNN avventes i påvente av nærmere føringer fra HN RHF.  Direktørmøtets holdning er at oppfølging av regionale fagplaner må skje gradvis og ses i et helhetlig prioriteringsperspektiv.	Avventes i påvente av nærmere føringer fra HN RHF	

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLNikken/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
<b>NR 21</b> <b>Ofoten Brann IKS</b>	Psykisk helse- og rusklinikken  Russeksjon Håkvik  25.9. 2014	Brannsikkerhet	Tilsynet fant at et avvik fra tidligere tilsyn (2013) ikke var lukket: Stasjonære slukkeanlegg 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 slukkeanlegg mangler noe dokumentasjon.	13/ 4650	Det er utarbeidet tiltaksplan for å lukke avvikene. Planen er sendt innenfor fristen 2.11. 2015.	Venter på tilbakemelding	
<b>NR. 22</b> <b>Brann og redning Tromsø Kommune</b>	Drifts- og eiendoms-senteret  Teknisk drift  30.6.2014	Brannsikkerhet; bygningsmessige, tekniske og utstyrmessige brannsikrings tiltak	Fem 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 bygningsdeler/ konstruksjoner virker ikke som forutsatt 4. Farlig stoff/ anlegg er ikke meldt til DSB 5. Rømningsveier tilfredsstiller ikke krav om rask og sikker rømming	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 og sendt en tiltaksplan med opplysninger om når og hvordan avvik vil bli rettet opp innenfor frist 1.11.2014	Venter på tilbakemelding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drifts- og eiendoms-senteret

REVISJONS PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NUMMER	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAK	STATUS	LÆRINGSMOMENT FOR ANDRE AVDELINGER
NR.23  Fylkesmannen i Troms	Diagnostisk klinikk  Radiologisk avdeling  8.9.2015	Bekymringsmelding hvor det fremgår at bemannings-situasjonen medfører lang ventetid på beskrivelser av billeddiagnostiske undersøkelser	Fylkesmannen har fått etterspurt dokumentasjon og finner at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jfr. Internkontrollforskriften § 4  Fylkesmannen har bedt om og mottatt ny redegjørelse om situasjonen ved røntgenavdelingen per. 1. 4. 2016. Redegjørelsen inneholdt statusoppdatering og vurdering fra ledelsen	15/ 4314	Klinikksjefen har i sin tilbakemelding redegjort for situasjonen.  Det er gjennomført flere tiltak for å stabilisere driften.  Fylkesmannen i Troms har fått ny redegjørelse om situasjonen innenfor frist.  Tilbakemelding fra klinikk pr 18.11.2016 den generelle bemanningen er bedre enn i fjor på samme tid, men fortsatt ikke optimalt. Klinikken har iverksatt tiltak som fortløpende følges opp for å fylle de ledige stillingene.	Venter på tilbakemelding	

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.

Det er utarbeidet handlingsplan for opplæring og oppfølging som er godkjent i KU.

**Internrevisjonen anbefaler at UNN iverksetter tiltak for å bedre internkontrollen relatert til vedlikehold og utvikling av kompetanse innenfor følgende områder:**

Anbefalinger	Tiltak	Ansvar	Status
Innføre retningslinjer som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres, med tilhørende maler og verktøy.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utarbeide retningslinjer på foretaksnivå som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres. Disse vedtas av direktørens ledergruppe.</li> <li>2. Implementere kompetanseportalen.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stabssenteret ved Personal- og organisasjonsavdelingen. KVALUT bidrar også i arbeidet.</li> <li>2. Linjeledere på ulike nivå i foretaket og Stabssenteret bidrar med å implementere kompetanseportalen i UNN.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arbeidet skal være avsluttet innen mars 2017.</li> <li>2. Arbeidet er startet og det forventes å være avsluttet innen våren 2018.</li> </ol>
Vurdere og beskrive kompetansebehovet på egnet nivå i foretaket.	Det etableres en arbeidsgruppe med representanter fra KVALUT og Stabssenteret som skal vurdere og beskrive kompetansebehovet i foretaket. Det vil arrangeres arbeidsseminar ut mot klinikkene.	KVALUT. Stabssenteret bidrar også i arbeidet.	Arbeidet er i startfasen og skal avsluttes innen april 2017.
Sørge for at det foreligger oppdaterte kompetanseoversikter i alle enheter.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Innføre kompetanseportal.</li> <li>2. Innføre retningslinje (se anbefaling 1).</li> </ol>	Linjeledere på ulike nivå i foretaket.	Se status under anbefaling 1.
Sørge for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetansetiltak som skal prioriteres i en definert tidsperiode.	Innføre retningslinje (se anbefaling 1)	Linjeledere på ulike nivå i foretaket	Arbeidet med å utarbeide handlingsplaner forventes avsluttet innen oktober 2017
Dokumentere gjennomførte kompetansetiltak slik at det fremkommer hva som har vært tema og hvem som har deltatt.	Innføre kompetanseportal, noe som vil gi verktøy for dokumentasjon.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Linjeledere på ulike nivå i foretaket og Stabssenteret.</li> </ol>	Arbeidet er startet og forventes å være avsluttet innen våren 2018.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
103/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen

### Nye hovedindikatorer for UNN

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende åtte hovedindikatorer for virksomhetsstyringen i 2017:
  1. Infeksjoner (prevalens)
  2. Legemiddelsamstemming (andel)
  3. Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)
  4. Fristbrudd (antall)
  5. Tvangsvedtak (antall)
  6. Sykefravær (andel)
  7. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
  8. Tiltaksgjennomføring (andel)
2. Styret ber om rapportering på indikatorene i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene, men tar til etterretning at det kan ta noe tid før rapportering av indikatorene 1-3 er på plass med ønsket kvalitet.

#### Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i sak 32/2015 *Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2015* å innføre fem hovedindikatorer for å redusere risikoen for manglende måloppnåelse. Reduksjon av antall langtidsventende og fristbrudd samt god måloppnåelse i innføringen av kreftpakkeforløpene ble vurdert å være de aller viktigste målene i pasientbehandlingen. Økt gjennomføringsgrad for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging kombinert med rask økning i bruken av pasienthotellet etter åpningen, ble vurdert å være viktigst for måloppnåelse innen driftsøkonomien. Det ble ut fra dette gjort en enkel vurdering av hvilke indikatorer det var mulig å måle gjennomgående i hele organisasjonen månedlig, og følgende ble valgt:

1. Langtidsventende (antall pasienter som har ventet >12 mnd ved månedens utgang)
2. Fristbrudd (antall ved månedens utgang)



3. Bruk av pasienthotellet (andel av alle liggedøgn i hotell)
4. Sykefravær (gjennomsnittlig andel sykmeldte i måneden)
5. Kreftpakkeforløp
  - a. Andel nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp
  - b. Andel kreftpasienter som er innenfor frist fra mottatt henvisning til start behandling

Det er nå vel ett og et halvt år siden hovedindikatorne ble innført. Antall langtidsventende er redusert fra om lag 1200 til rundt 150 og antall fristbrudd fra om lag 150 til rundt 30 (antallet har økt noe igjen etter sommeren 2016). Andel døgnopphold økte raskt fra 4 til 9 % etter åpning av Pingvinhotellet og har siden vært stabil. Kreftpakkeforløpene ble innført med god måloppnåelse i de fleste forløp og resultatene har i hovedsak vært stabile. Valget av sykefravær som hovedindikator hadde som forventet ingen umiddelbar effekt, men fraværet kan nå synes å være fallende.

## Formål

Styret har i forbindelse med virksomhetsplanleggingen for 2017 gitt signaler om at hovedindikatorne bør revurderes for å sikre at oppmerksomheten fortsatt rettes mot de viktigste områdene der det er risiko for manglende måloppnåelse. Målet med denne saken er å behandle forslag til hovedindikatorer for 2017.

## Saksutredning

### Indikatorer i spesialisthelsetjenesten

Måling av prosess- og resultat kvalitet er et vel etablert virkemiddel som de fleste virksomheter anvender for å sikre at definerte mål nås. I spesialisthelsetjenesten er det etablert et stort antall målinger og indikatorer i flere forskjellige systemer:

- Virksomhetsstyringen  
Ventelistedata, utvalgte kvalitetsmål (for eksempel andel korridorpatienter og epikrisetid), aktivitetsdata, økonomidata og personaldata måles månedlig og gjennomgående i hele organisasjonen, og rapporteres til styret og eier.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer  
Data om blant annet behandling av sykdom og overlevelse, pasienterfaringer, bruk av legemidler og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus rapporteres med ulike mellomrom (for eksempel tertialvis eller årlig) og publiseres på nettstedet [helsenorge.no](http://helsenorge.no).
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre  
En rekke prosess- og resultatindikatorer fra over 50 sykdoms- og/eller prosedyrespesifikke kliniske registre registreres fortløpende og publiseres årlig på [kvalitetsregistre.no](http://kvalitetsregistre.no).

Den samlede datamengden fra disse systemene er svært stor. Det registreres sannsynligvis data for mange hundre mulige indikatorer.

## Balansert målstyring

Det store antallet mulige indikatorer i moderne virksomheter gjør at det ikke er mulig for styret og toppledelsen å sitte med en samlet detaljert oversikt over organisasjonens måloppnåelse på alle måleområder. Denne utfordringen har UNN og de fleste andre store virksomheter valgt å løse gjennom *balansert målstyring*.

Balansert målstyring er en metode som er utviklet for å kunne implementere og ytelsesmål vedtatte strategier på alle nivåer i en organisasjon. Metoden bygger på at man velger noen *nøkkelindikatorer* (i UNN kalt hovedindikatorer) som er egnet til å måle om organisasjonen når sine strategiske mål. Dette forutsetter en presis analyse av hvilke prosesser og aktiviteter som er viktige for å sikre måloppnåelse samt et balansert utvalg av indikatorer, slik at man understøtter måloppnåelse på alle viktige målområder.

## Risikostyring

Risikostyring er en metode som anvendes for å vurdere hvor det er størst risiko for manglende måloppnåelse, og for å utvikle tiltak som reduserer risikoen. Effektiv risikostyring forutsetter at man velger hovedindikatorer som belyser målområdene der det er størst risiko for og konsekvens av manglende måloppnåelse. Helseforetakene er pålagt å drive risikostyring, og Helse Nord RHF utarbeider hvert år egne mål for risikostyringen, samt måleparametere som skal anvendes.

## Valg av indikatorer

Valg av indikatorer er komplisert fordi det ofte ikke er sammenfall mellom det vi ønsker å måle og det som er mulig å måle. I komplekse virksomheter som sykehus er det også en utfordring at prosessene og aktivitetene som understøtter måloppnåelse ikke er de samme i alle enheter. Det er derfor vanskelig å finne gjennomgående indikatorer som er relevante i hele organisasjonen. Dette er årsaken til at det som nevnt ovenfor er etablert svært omfattende målesystemer.

SMART-kriteriene er et anerkjent verktøy for vurdering av indikatorer:

Kriterium	Krav
Specific	Indikatoren må være spesifikt rettet mot et relevant forbedringsområde
Measurable	Det må være praktisk gjennomførbart å måle indikatoren, og målingen må kunne gjøres med ønsket frekvens
Agreed	Det må være bred enighet i organisasjonen om at det indikatoren måler er viktig
Realistic	Det må være realistisk (mulig) å nå definerte mål
Time-bound	Det må være mulig å tidfeste når målet skal nås

Det er en vanlig anbefaling at antall hovedindikatorer bør begrenses til tre til syv for å sikre tilstrekkelig prioritering av de viktigste risikoområdene. Dette må imidlertid sees opp mot kompleksiteten i virksomheten. Vi har gjennom studieturer og nettsøk fremskaffet en grov oversikt over hvilke indikatorer som brukes i sykehusorganisasjoner som er internasjonalt anerkjent for sitt kvalitetsarbeid. De fleste bruker mellom 10 og 15 indikatorer.

## Indikatorer for UNN

Hovedindikatorer for UNN må knyttes opp mot de fire hovedmålene i den overordnede strategien:

1. UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt
2. UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene
3. UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives
4. UNN skal i samarbeid med universitetene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere

*Hovedmål 1* er overordnet de tre andre målene og bør vektlegges tyngst i en balansert målstyring.

Helse Nord RHF revurderer målene for risikostyringen årlig. Målene for 2017 er:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen
2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning
3. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
4. Innfri de økonomiske mål i perioden

*Mål 1* er sammenfallende med UNNs *hovedmål 1*, og *mål 2* er et delmål under *mål 1* i UNNs strategi. Helse Nord RHF's *mål 3* er sammenfallende med UNNs *hovedmål 3* og *4*. Innfrielse av økonomiske mål er ikke tatt med som et hovedmål i UNNs strategi fordi dette har vært vurdert som en grunnleggende forutsetning. Samlet er det likevel full overensstemmelse mellom hovedmålene i UNNs overordnede strategi og Helse Nord RHF's mål for risikostyringen. Utvikling av hovedindikatorer som kan brukes til begge formål burde dermed være mulig.

Endelig valg av indikatorer fra Helse Nord RHF foreligger ikke, men det er etablert en dialog som har til hensikt å sikre mest mulig sammenfall. Hvis det ikke oppnås fullt sammenfall, vil UNN måtte rapportere til Helse Nord RHF på noen indikatorer som kommer i tillegg til egne hovedindikatorer.

## Risikovurdering og mulige indikatorer

Områder med stor risiko for manglende måloppnåelse ansees å være vel kjent fra tidligere og pågående prosesser, og det er derfor ikke gjennomført noen egen risikovurdering i forbindelse med revisjon av hovedindikatorene.

Tabellen under viser hvilken risikoforståelse som er lagt til grunn under de fire hovedmålene, og mulige indikatorer:

Hovedmål	Risiko	Mulige indikatorer
1. UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er godt ivaretatt	a. Risiko for at pasienter påføres sykehusinfeksjoner b. Risiko for feilbehandling med legemidler c. Risiko for vedvarende utfordringer med plassering av akutt pasienter på riktig sengepost d. Risiko for vedvarende	a. Infeksjoner (prevalens) b. Legemiddelsamstemming (andel gjennomført) c. Oppholdstid akutt mottak (andel <4 t) Korridor pasienter (antall) d. Strykninger operasjon

	kapasitetssvikt i operasjonsvirksomheten e. Risiko for kvalitetssvikt i pasientadministrative rutiner f. Risiko for unødvendig bruk av tvang	(andel) e. Fristbrudd (antall) f. Tvangsvedtak (antall)
2. UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene	a. Risiko for uønsket pasientlekkasje ut av regionen	a. Gjestepasientkostnader
3. UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives	a. Risiko for at arbeidsmiljøutfordringer medfører sykefravær b. Risiko for kvalitetssvikt i aktivitetsbasert bemanningsplanlegging	a. Sykefravær (andel) Sykefravær (antall enheter over måltall) b. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
4. UNN skal i samarbeid med universitetene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere	a. Risiko for misforhold mellom fremtidige behov og antall helsearbeidere som utdannes	
5. Annet	a. Risiko for at budsjettoverskridelser reduserer investeringsevnen	a. Regnskapsresultat Tiltaksgjennomføring (andel)

### Valg av indikatorer

Hovedindikatorene skal brukes i styrets månedlige oppfølging av direktøren, og med minst tilsvarende frekvens internt i organisasjonen. De mulige indikatorene er derfor vurdert opp mot SMART-kriteriene med dette for øye.

#### 1. Infeksjoner

Forekomst (prevalens) av infeksjoner vurderes å kunne oppfylle SMART-kriteriene. Det er ikke mulig å måle antall sykehuspårte infeksjoner, og man må derfor måle samlet forekomst av infeksjoner som proxy. Dette er vel etablert metodisk og gjennomføres to ganger årlig i de nasjonale prevalensundersøkelsene. Det vil kreve noe økt ressursinnsats å måle månedlig, men dette vurderes som gjennomførbart.

#### 2. Legemiddelsamstemming

Legemiddelsamstemming er under innføring. Måling av andel heldøgnpasienter som får samstemming forutsettes gjennomført i den nasjonale løsningen Extranet, men er ikke konsistent gjennomført. Det foreligger metodiske utfordringer med å aggregere data fra seksjons- og avdelingsnivå til klinikk- og foretaksnivå. Indikatoren vurderes å oppfylle SMART-kriteriene, men det kreves noe utviklingsarbeid før det vil være mulig å rapportere på foretaksnivå.

#### 3. Oppholdstid i akuttmottaket

Gjennomsnittlig oppholdstid i akuttmottaket (timer) registreres rutinemessig i DIPS, og det ble i UNN-KIS prosjektet etablert funksjonalitet for å måle andel med opphold undr

måltallet på 4 t. Lang oppholdstid i akuttmottaket kan ha flere årsaker, men antas på aggregert nivå å gi en god indikasjon på om systemet for plassering av akuttpasienter på sengepost fungerer. Indikatoren vurderes å kunne oppfylle SMART-kriteriene, men den har svakheter når det gjelder spesifisitet. Det gjenstår noe utviklingsarbeid for å implementere funksjonaliteten som ble utviklet i UNN-KIS i Helse Nord LIS, men dette vurderes å være håndterbart.

4. Korridorpasienter

Andel korridorpasienter er en nasjonal indikator som også antas å gi en god indikasjon på om rutine for plassering av akuttpasienter på sengepost fungerer, men denne indikatoren har betydelige svakheter når det gjelder spesifisitet. Det foreligger i tillegg definisjonsproblemer som gjør at det er usikkert om det er enighet om at den indikatoren måler er viktig. Det er usikkert om den oppfylder SMART-kriteriene.

5. Strykning av planlagt operasjon

Andel pasienter som ikke får gjennomført planlagt operasjon (andel strykninger) er også en nasjonal indikator. Den kan påvirkes både av kvaliteten i aktivitetsplanleggingen og av kapasiteten. Det er derfor utfordringer knyttet til spesifisiteten. Også for denne indikatoren foreligger det definisjonsproblemer som gjør at det neppe er enighet om at den måler er viktig. Det bør vurderes å utvikle en lokal indikator som gir et bedre bilde av arbeidsflyten.

6. Fristbrudd

Andel fristbrudd er en nasjonal indikator som er godt definert. Den oppfylder SMART-kriteriene.

7. Tvangsvedtak

Andel tvangsvedtak er nylig tatt inn som hovedindikator etter ønske fra styret, som en konsekvens av Sivilombudsmannens besøksrapport. Det er en svakhet at det er vanskelig å definere et konkret mål. Indikatoren vurderes ellers å oppfylle SMART-kriteriene. Det er fra før besluttet at bruken av indikatoren skal evalueres etter seks måneder.

8. Gjestepasientkostnader

Gjestepasientkostnadene faktureres av mottaende sykehus. Rutinene for dette varierer, og det er derfor stor tilfeldig variasjon i når UNN mottar faktura. Det er derfor utfordringer knyttet til selve målbarheten som gjør at indikatoren ikke vurderes å oppfylle SMART-kriteriene.

9. Sykefravær

Andel sykefravær måles nå rutinemessig, men det er vanskelig å tidfeste når et mål skal nås fordi sykefraværet påvirkes sterkt av generelle trender i samfunnet. Indikatoren vurderes bortsett fra dette å oppfylle SMART-kriteriene.

10. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven (AML-brudd) vurderes å kunne gi en god indikasjon på kvaliteten i sammenhengene mellom planlegging av aktivitet og arbeidstidsplanleggingen (aktivitetsbasert bemanningsplanlegging). Det er imidlertid store utfordringer knyttet til både selve målemetoden og definisjonen av hva et AML-brudd er. Indikatoren oppfylder derfor ikke SMART-kriteriene.

11. Tiltaksgjennomføring og regnskapsresultat

Gjennomføring av budsjetterte omstillingstiltak er en forutsetning for å nå budsjettmålene. Målingen er etablert, og kan brytes ned på klinikk- og avdelingsnivå. Gjennomføringsgrad vurderes å være mer spesifikt rettet mot forbedringsområdene enn regnskapsresultat, og denne indikatoren vurderes derfor å oppfylle SMART-kriteriene best av de to.

## Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 29. og 30.11.2016. Protokoller og referat fra møtene vil forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 14.12.2016. I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i møtene.

## Vurdering

Det har som nevnt innledningsvis vært god resultatutvikling for samtlige av de fem hovedindikatorerne som ble valgt i 2015. Dette vurderes å være et tydelig uttrykk for at styrets valg av hovedindikatorer er et kraftfullt virkemiddel i virksomhetsstyringen.

Det er nå vurdert til sammen 13 mulige hovedindikatorer (to forskjellige knyttet til sykefravær og økonomi) for 2017. Hensikten er å bruke indikatorene til å redusere risikoen for mangelfull oppnåelse av de fire hovedmålene i den overordnede strategien. Det bør være et mål å holde fast ved flest mulig av hovedindikatorerne over tid, for eksempel i et to til fem års perspektiv. Dette må sees opp mot at UNN arbeider med å utvikle et bedre system for kontinuerlig forbedring. Det kan bli aktuelt å revurdere indikatorene i denne sammenhengen.

Flere av indikatorene har betydelige svakheter vurdert opp mot SMART-kriteriene, og for *hovedmål 2 og 4* har det ikke lyktes å identifisere indikatorer som kan brukes i fortløpende virksomhetsstyring. Disse områdene må inntil videre følges opp gjennom mer skjønnsmessige vurderinger med lavere frekvens i tertial- og årsoppgjørene.

Bruk av indikatorene for infeksjoner, legemiddelsamstemming og oppholdstid i akuttmottaket krever noe økt ressursinnsats samt en del utviklingsarbeid. Disse målområdene vurderes som svært viktige for sikkerheten og kvaliteten i pasient-behandlingen og ressursbruken vurderes derfor som forsvarlig. Det er noe usikkerhet knyttet til hvor raskt det er mulig å etablere målingene, men direktøren anbefaler at det nødvendige utviklingsarbeidet gis prioritet, og at styret aksepterer at det kan ta noe tid før rapporteringen er på plass med ønsket kvalitet.

De øvrige foreslåtte indikatorene (med unntak av brudd på arbeidstidsbestemmelsene) er alle målbare uten metodeproblemer av betydning.

Målemetoden for brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven er egentlig ikke god nok til å oppfylle kriteriene for en hovedindikator. Det anbefales likevel å ta denne indikatoren i bruk for å rette oppmerksomheten mot et viktig forbedringsområde, og for å sikre at arbeidet med å videreutvikle målemetoden fortsetter.

Fristbrudd oppfattes av mange som mindre viktig enn for eksempel "interne ventetider", men det er store metodeproblemer knyttet til måling av sistnevnte. Fristbruddene vurderes dessuten å gi en god generell indikasjon på kvaliteten i det pasientadministrative arbeidet, og anbefales derfor videreført som indikator. Denne indikatoren vurderes også å indirekte rette tilstrekkelig

oppmerksomhet mot langtidsventende slik at det ikke lenger er nødvendig å ha disse inne blant hovedindikatorene.

Arbeidsflyten i kreftpakkeforløpene vurderes nå å være stabil. Det anbefales derfor å avslutte bruken av indikatorer på dette området som hovedindikatorer. Målingene må likevel videreføres, og det er fortsatt noe risiko på området, særlig knyttet til operasjonskapasiteten.

En god indikator knyttet til arbeidsflyten i operasjonsavdelingene er sterkt ønsket. Den etablerte målingen av strykninger vurderes ikke å oppfylle SMART-kriteriene godt nok. Det anbefales derfor at det arbeides videre med å utvikle en bedre indikator på dette området.

Økonomisk resultatoppnåelse inngår ikke i hovedmålene i UNNs overordnede strategi. God økonomistyring vurderes likevel å være en grunnleggende forutsetning for å lykkes på alle andre områder, og det foreslås derfor at gjennomføringsgrad for planlagte omstillingstiltak tas inn som en hovedindikator.

## Konklusjon

Etter en samlet vurdering foreslås følgende hovedindikatorer:

2. Infeksjoner (prevalens)
3. Legemiddelsamstemming (andel)
4. Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)
5. Fristbrudd (antall)
6. Tvangsvedtak (antall)
7. Sykefravær (andel)
8. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
9. Tiltaksgjennomføring (andel)

Det kreves noe utviklingsarbeid for å etablere hovedindikatorene 1-3. Direktøren ber derfor om at styret aksepterer at det kan ta noe tid før rapporteringen er på plass med ønsket kvalitet.

Tromsø, 2.12.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
104/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

### Virksomhetsplan 2017

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen for 2017 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 68,0 mill kr.

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2015	Justert budsjett (JB) 2016	Prognose 2016	Vedtatt budsjett (VB) 2017	Endring VB 2017-JB 2016
Basisramme	4 874,5	4 850,8	4 850,8	4 653,2	-197,6
Kvalitetsbasert finansiering	35,9	31,4	31,4	27,7	-3,8
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	1 379,7	1 377,1	1 390,0	1 510,7	133,6
ISF kommunal medfinansiering	-1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
ISF av legemidler utenfor sykehus	47,0	61,0	55,0	85,0	24,0
Gjestepasientinntekter	36,5	33,5	34,0	36,2	2,7
Polikliniske inntekter (inkludert lab/røntgen)	209,2	216,3	216,3	167,5	-48,8
Utskrivningsklare pasienter	16,1	24,7	25,0	16,0	-8,7
Inntekter "raskere tilbake"	22,5	23,7	23,7	23,7	0,0
Andre øremerkede tilskudd	273,5	264,5	264,5	216,3	-48,2
Andre driftsinntekter	364,5	358,7	348,7	358,7	0,0
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>7 257,8</b>	<b>7 241,8</b>	<b>7 239,4</b>	<b>7 095,0</b>	<b>-146,8</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	222,4	166,1	181,0	180,0	13,9
Kjøp av private helsetjenester	69,7	79,6	75,4	75,2	-4,5
Varekostnader knyttet til aktivitet	737,4	784,2	800,0	667,4	-116,8
Innleid arbeidskraft	36,9	27,4	44,5	27,2	-0,1
Lønn til fast ansatte	3 440,6	3 686,0	3 564,5	3 767,8	81,8
Øvertid og ekstrahjelp	273,5	217,9	266,8	237,5	19,6
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	983,8	743,3	743,3	719,0	-24,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-268,0	-267,5	-269,4	-274,5	-7,1
Annen lønnskostnad	308,6	329,1	333,4	326,6	-2,5
Avskrivninger	256,4	261,4	251,0	245,0	-16,4
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	1 090,4	1 194,3	1 180,9	1 098,9	-95,5
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 151,7</b>	<b>7 221,8</b>	<b>7 171,4</b>	<b>7 070,0</b>	<b>-151,8</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>106,2</b>	<b>20,0</b>	<b>68,0</b>	<b>25,0</b>	<b>5,0</b>
Finansinntekter	15,3	20,0	22,0	15,0	-5,0
Finanskostnader	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansresultat	14,6	20,0	22,0	15,0	-5,0
<b>Ordinært resultat</b>	<b>120,8</b>	<b>40,0</b>	<b>90,0</b>	<b>40,0</b>	<b>0,0</b>

*Inntekter fra poliklinikk for psykisk helsevern og TSB er flyttet til ISF*



2. Styret godkjenner strategien om å bruke 2017 som et konsolideringsår. Dette inkluderer å redusere det interne overskuddkravet til 25 mill kr i 2017. Styret presiserer at overskuddskravet må øke fra og med 2018 for å realisere investeringer i årene fremover.
3. Styret er fornøyd med at sammenhengen mellom aktivitetsplan, bemanningsplan og budsjett blir gradvis bedre, men understreker behovet for videre kvalitetsforbedring i denne delen av planarbeidet.
4. Styret viser til vedtaket i sak 103/2016 *Nye hovedindikatorer for UNN*, og ber direktøren legge disse til grunn for virksomhetsstyringen i 2017.
5. Styret tar til etterretning at et delbeløp av gavene fra Trond Mohn til PET-senteret er godkjent brukt til å finansiere senteret utover p85-rammen. Styret viser til at gavene er gitt til UNN HF, og forutsetter at Helse Nord RHF øker UNNs investeringsramme til MTU med mer tilsvarende differansen mellom P85-rammen og den gjenstående delen av gavebeløpet, svarende til 43,2 mill kr.
6. Styret vedtar investeringsplanen for 2017 slik den foreligger i saksutredningen, og gir direktøren fullmakt til å gjøre interne omprioriteringer innenfor disponibel investeringsramme.

## Bakgrunn

Overordnet strategi for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) bygger på verdiene respekt, kvalitet, trygghet og omsorg, og strekker seg mot visjonen *Det er resultatene for pasienten som teller - vi gir den beste behandling!* I Strategisk utviklingsplan er det fire prioriterte utviklingsområder:

- Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
- Psykisk helsevern og rusbehandling
- Prehospitaltjenester og mottaksmedisin
- Kroniske og sammensatte lidelser

Virksomhetsplanen med tilhørende budsjett er sentrale virkemidler i arbeidet med å iverksette strategiene for å nå sykehusets mål om kvalitet i pasientbehandlingen.

Virksomhetsplanleggingen bygger på en grunnleggende forståelse av at begrenset tilgang på helsepersonell er UNNs største utfordring i fremtiden. Det er derfor nødvendig å drive virksomheten på en måte som gir størst mulig helsegevinst for minst mulig ressursinnsats i form av bemanning. Det pågående arbeidet med å utvikle gjennomgående og dyptgripende system og kultur for kontinuerlig forbedring er den viktigste satsingen for å håndtere utfordringene. Realisering av de planlagte investeringene i IKT, nye bygg og medisinteknisk utstyr (MTU) er nødvendig for å understøtte dette.

Virksomhetsstyring ved hjelp av dialogavtaler består av lederavtaler for de tre øverste ledernivåene i UNN. Dialogavtalene er åpne og ligger tilgjengelig på UNNs intranettsider.

## Formål

Formålet med denne saken er å invitere styret til å vedta virksomhetsplanen for 2017 med tilhørende plantall, driftsbudsjett og investeringsplan.

## Saksutredning

### Forutsetninger

I Helse Nord RHF sine styresaker 72-2016 *Plan 2017-2020, inkl. rullering av investeringsplanen 2017-2024*, 114-2016 *Budsjett 2017 foretaksgruppen, rammer og føringer* samt *Budsjettbrev 1,2 og 3* gir Helse Nord RHF bestillinger og føringer til UNNs virksomhetsplanlegging for 2017.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF vurderer foretaksgruppens viktigste mål for planperioden å være:

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

Styret i Helse Nord RHF har vedtatt følgende føringer for helseforetakene:

1. Planlagt aktivitetsvekst i somatisk virksomhet i helseforetakene skal innrettes mot områder med lange ventetider og fristbrudd, samt gjennomføring av fagplanene.
2. Aktivitetsveksten skal være sterkere innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn i somatisk virksomhet. Fristbrudd skal fjernes og ventetidene reduseres innen alle fagområder.

### *Statsbudsjett 2017*

I styresak 114-2016 *Budsjett 2017 foretaksgruppen, rammer og føringer* fra Helse Nord RHF redegjøres det for innholdet i forslaget for statsbudsjett 2017. Dette medfører i sum noe strammere rammebetingelser enn lagt til grunn i styresak 72-2016 *Plan 2017-2020, inkl. rullering av investeringsplanen 2017-2024*. For Helse Nord anslås en netto skjerpelse i størrelsesorden 90 mill kr. Anslagsvis 50 mill kr videreføres uavkortet til helseforetakene. Dette gjelder i hovedsak effekter av endringer i kvalitetsbasert finansiering, utvidelse av fritt behandlingsvalg (FBV) og mulige økonomiske konsekvenser av innføring av ISF for psykisk helse og rus. Resten foreslås håndtert sentralt av Helse Nord RHF.

I statsbudsjettet foreslås det innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 1. januar 2017. Bakgrunnen for forslaget er at merverdiavgiften stimulerer til å produsere tjenester med egne ansatte fremfor å kjøpe tjenester hos private. Innføringen innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på varer og tjenester som inngår i driften i virksomheten.

Fremover må Helse Nord trolig forvente lavere vekst enn tidligere lagt til grunn. Det innebærer at effektivisering av driften blir en stadig viktigere forutsetning for gjennomføring av investeringsplanen.

I forslag til statsbudsjett legges det til rette for en samlet vekst i pasientbehandlingen på 2,1 % på nasjonalt nivå.

#### *Resultatkrav*

Helse Nord RHF sin strategi for å sikre tilstrekkelig likviditet for å kunne investere videreføres. Det følger av strategien at helseforetakene enkeltvis, og foretaksgruppen samlet, må planlegge med og realisere overskudd i driften. I sum er det vedtatt et budsjettert overskudd på 330 mill kr for foretaksgruppen i 2017. For UNN er resultatkravet for årene 2017-2024 +40 mill kr per år. Dette er uendret fra 2016.

#### *Basisramme 2017*

Basisrammen for UNN reduseres med 440 mill kr i forhold til vedtatt budsjett 2016. Tekniske forhold utgjør isolert sett en reduksjon på 599 mill kr og de største endringene gjelder reduserte pensjonskostnader og merverdiavgiftsordningen. Lønns- og prisvekst utgjør +98 mill kr, oppdatering av inntektsmodeller -1 mill kr og nye oppgaver +20 mill kr. Realveksten er beregnet til 42 mill kr (0,8 %).

#### *Risikostyring*

Helseforetakene er pålagt å drive risikostyring, og Helse Nord RHF utarbeider hvert år egne mål for risikostyringen, samt måleparametere som skal anvendes. Helse Nord RHF revurderer målene for risikostyringen årlig. Målene for 2017 er:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen
2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning
3. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
4. Innfri de økonomiske mål i perioden

#### *Hovedindikatorer i UNN*

Styret har i forbindelse med virksomhetsplanleggingen for 2017 gitt signaler om at hovedindikatorene bør revurderes for å sikre at oppmerksomheten fortsatt rettes mot de viktigste områdene der det er risiko for manglende måloppnåelse. Det er nå vurdert til sammen 13 mulige hovedindikatorer for 2017. Hensikten er å bruke indikatorene til å redusere risikoen for mangelfull oppnåelse av de fire hovedmålene i den overordnede strategien. Etter en samlet vurdering foreslås følgende hovedindikatorer:

1. Infeksjoner (prevalens)
2. Legemiddelsamstemming (andel)
3. Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)
4. Fristbrudd (antall)
5. Tvangsvedtak (antall)
6. Sykefravær (andel)
7. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven (AML) (antall)
8. Tiltaksgjennomføring (andel)

Styresak 103/2016 *Nye hovedindikatorer for UNN* redegjør nærmere for forslaget til hovedindikatorer for 2017.

### *UNNs satsingsområder for 2017*

Den viktigste satsingen i UNN i 2017 er arbeidet med å utvikle gjennomgående og dyptgripende system og kultur for kontinuerlig forbedring. Styret ga i sak 61/2016 *Kontinuerlig forbedring – tentativ gjennomføringsplan* tilslutning til hovedinnretningen i satsingen, og ba om å få seg forelagt en ferdig gjennomføringsplan samt en vurdering av konsekvenser for styrets arbeid til beslutning i et senere møte. Styret forutsatte at det i denne sammenhengen skulle gjennomføres en grundig risikovurdering i samarbeid med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten. Dette måtte utsettes på grunn av streiken i høst. Saken vil bli fremmet for styret i februar.

Virksomhetsplanleggingen for 2017 har lagt til grunn at hele virksomheten skal videreutvikles etter hovedretningene i strategisk utviklingsplan; Pasientforløp, Pasient- og brukervedvirkning, Samhandling og funksjonsfordeling, Kvalitet og pasientsikkerhet, Utdanning og rekruttering, Forskning og Teknologi og e-helse. De fire prioriterte utviklingsområdene er lagt til grunn for budsjettmessige prioriteringer.

Som et ledd i satsingen på kontinuerlig forbedring skal arbeidet i Pasientsikkerhetsutvalget, Kvalitetsutvalget og Brukerutvalget prioriteres og utvikles videre for å bidra til at avvik, uheldige hendelser og brukererfaringer fører til læring i hele organisasjonen.

Det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet har som mål å forbedre pasientsikkerheten i Norge. I løpet av 2017 skal alle obligatoriske tiltaksområder være implementert i aktuelle enheter i UNN. Dette vil bli fulgt opp med kontinuerlig med målinger og fokus for å sikre høy gjennomføringsgrad på tiltakene, med særlig fokus på samstemming av legemiddellister. UNN vil også i 2017 videreføre den forsterkede innsatsen for å forebygge sykehusinfeksjoner, blant annet med fokus på grunnleggende smittevernrutiner, smittevernvisitter og andre tiltak.

### *Aktivitetsforutsetninger og plantall aktivitet 2017*

Statsbudsjett for 2017 legger til rette for en aktivitetsvekst på 2,1 % på nasjonalt nivå. Planlagt aktivitetsvekst i foretakene skal innrettes mot områder med lange ventetider, fristbrudd og gjennomføring av fagplaner. Krav om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Som i 2016 reduseres ISF-prisen og polikliniske refusjonstakster som følge av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. I tillegg har utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene underregulert, og takstene justeres kun med 0,6 %.

Plantallene baseres på innleverte plantall fra klinikkene og er summert opp på foretaksnivå. Disse viser at det planlegges med vekst både innen somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og TSB. Størst vekst er det planlagt innen TSB.

Utviklingen i DRG-indeks har vist en jevn forbedring for UNN fra og med 2014. Til tross for forbedringer har vi fremdeles lavere indeks enn både Helse Bergen HF og St. Olavs Hospital HF, som er de foretakene vi er mest sammenlignbare med. UNN har samtidig større andel regionspasienter i den totale DRG-produksjonen enn de to nevnte foretakene, og burde dermed hatt høyere indeks enn dem. Dersom UNN, med samme antall døgnopphold som i dag, hadde hatt en indeks tilsvarende St. Olavs Hospital HF, ville inntektene vært 50-60 mill kr høyere.

### *Plantall månedsverk*

Personellressurser utgjør en stor andel av budsjettet, og gode plantall for månedsverk er viktig for å utøve god virksomhetsstyring. Alle klinikker og sentra er gitt føringer om at alle bemanningsplaner skal planlegges realistisk og i tråd med planlagt aktivitet, og det skal tas høyde for forventet sykefravær, permisjoner og annet fravær. Det skal være sammenheng

mellom bemanningsplanene og planlagte månedsverk, både faste og variable. Plantallene for 2017 viser en økning på 139 månedsverk i forhold til prognosen for 2016. Økningen gjelder nye oppgaver, økt aktivitet og rekruttering i ubesatte stillinger.

## **Omstillingsutfordring og tiltak 2017**

### *Historikk*

Fra et regnskapsmessig underskudd på nesten 500 mill kr i 2006, har UNN de siste fem årene hatt stabile regnskapsresultater, med unntak av 2015, noe som skyldtes ekstraordinære omstendigheter. Omstillingen har likevel fortsatt de senere årene, men nå med bakgrunn i endrede eksterne forutsetninger, egne interne prioriteringer, satsing på IKT-investeringer i regionen, samt investeringer i nybygg og utstyr. Til sammen har UNN omstilt for ca. 800 mill kr (mer enn 10 % av budsjettet) de siste seks årene.

Summen av alle pågående prosjekter og tiltak gjør at ledere ikke har nok kapasitet til å påbegynne ytterligere nye prosjekter, og det er behov for å bruke nok tid på god planlegging for 2018. For 2017 foreslås det derfor å utsette nye satsinger og prioriteringer slik at omstillingsutfordringen blir lavest mulig for å konsolidere virksomheten etter mange år med store omstillinger og prosjekter. Målsetting for 2017 er dermed å ferdigstille pågående prosjekter slik at prosjektbelastningen normaliseres, samt skape tid og rom for kontinuerlig forbedringsarbeid. I tillegg skal tiltaksarbeidet for 2018 starte tidlig i 2017 for å sikre bedre kvalitet i tiltaksplanleggingen med mulighet for å planlegge tiltak i et lengre perspektiv.

### *Omstillingsutfordring 2017*

Omstillingsutfordringen er et samlet resultat av inngangshastigheten til 2017, endrede inntektsforutsetninger og endrede interne og eksterne kostnadsforutsetninger. Prognosen for 2016 er +90 mill kr, 50 mill kr bedre enn styringskravet fra Helse Nord RHF og i tråd med internt overskuddskrav. Med dette utgangspunktet er omstillingsutfordringen for UNN i 2017 på 25 mill kr. Underskudd i klinikkene/sentra må i tillegg håndteres av den enkelte klinikk/senter.

I november 2016 godkjente Beslutningsforum bruk av immunterapi for lungekreftpasienter. Beregnede kostnader for denne behandlingen i UNN i 2017 er på 24 mill kr. Finansieringen av dette er foreløpig uklar, og følges opp av Helse Nord RHF. UNN forutsetter at tilbudet fullfinansieres, og har ikke inkludert dette i omstillingsutfordringen for 2017. Eventuelle nye medikamenter som godkjennes tatt i bruk i 2017 av Beslutningsforum er heller ikke med i omstillingsutfordringen.

### *Tiltak 2017*

Til sammen er det utviklet tiltak for 68 mill kr. 25 mill kr tilsvarer omstillingsutfordringen for UNN, mens de resterende 43 mill kr dekker underskudd i klinikkene. Alle tiltakene er risikovurdert og vektet etter Heles Nord RHF's modell for risikovurdering. Økte inntekter utgjør 33,3 mill kr (ISF 26,6 mill kr), reduserte lønnskostnader utgjør 12,8 mill kr og reduserte driftskostnader utgjør 21,9 mill kr.

## **Driftsbudsjett 2017**

Tabell 1 viser regnskapsresultat for 2015, justert budsjett 2016, prognose for 2016 og foreløpig budsjett for 2017. Siste kolonne viser endringer i budsjett 2016-2017.

### **Tabell 1 Driftsbudsjett UNN 2016**

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2015	Justert budsjett (JB) 2016	Prognose 2016	Vedtatt budsjett (VB) 2017	Endring VB 2017- JB 2016
Basisramme	4 874,5	4 850,8	4 850,8	4 653,2	-197,6
Kvalitetsbasert finansiering	35,9	31,4	31,4	27,7	-3,8
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	1 379,7	1 377,1	1 390,0	1 510,7	133,6
ISF kommunal medfinansiering	-1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
ISF av legemidler utenfor sykehus	47,0	61,0	55,0	85,0	24,0
Gjestepasientinntekter	36,5	33,5	34,0	36,2	2,7
Polikliniske inntekter (inkludert lab/røntgen)	209,2	216,3	216,3	167,5	-48,8
Utskrivningsklare pasienter	16,1	24,7	25,0	16,0	-8,7
Inntekter "raskere tilbake"	22,5	23,7	23,7	23,7	0,0
Andre øremerkede tilskudd	273,5	264,5	264,5	216,3	-48,2
Andre driftsinntekter	364,5	358,7	348,7	358,7	0,0
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>7 257,8</b>	<b>7 241,8</b>	<b>7 239,4</b>	<b>7 095,0</b>	<b>-146,8</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	222,4	166,1	181,0	180,0	13,9
Kjøp av private helsetjenester	69,7	79,6	75,4	75,2	-4,5
Varekostnader knyttet til aktivitet	737,4	784,2	800,0	667,4	-116,8
Innleid arbeidskraft	36,9	27,4	44,5	27,2	-0,1
Lønn til fast ansatte	3 440,6	3 686,0	3 564,5	3 767,8	81,8
Overtid og ekstrahjelp	273,5	217,9	266,8	237,5	19,6
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	983,8	743,3	743,3	719,0	-24,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-268,0	-267,5	-269,4	-274,5	-7,1
Annen lønnskostnad	308,6	329,1	333,4	326,6	-2,5
Avskrivninger	256,4	261,4	251,0	245,0	-16,4
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	1 090,4	1 194,3	1 180,9	1 098,9	-95,5
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 151,7</b>	<b>7 221,8</b>	<b>7 171,4</b>	<b>7 070,0</b>	<b>-151,8</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>106,2</b>	<b>20,0</b>	<b>68,0</b>	<b>25,0</b>	<b>5,0</b>
Finansinntekter	15,3	20,0	22,0	15,0	-5,0
Finanskostnader	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansresultat	14,6	20,0	22,0	15,0	-5,0
<b>Ordinært resultat</b>	<b>120,8</b>	<b>40,0</b>	<b>90,0</b>	<b>40,0</b>	<b>0,0</b>

*Inntekter fra poliklinikk for psykisk helsevern og TSB er flyttet til ISF*

## Investeringsplan

Investeringene skal understøtte valgte strategier og bygge på foretakets verdigrunnlag (kvalitet, trygghet, respekt og omsorg). Investeringsplanen 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.

Helse Nord RHF's vedtatte investeringsplan for UNN viser at det planlegges investeringer for 3,6 mrd kr i perioden 2017-2024. I 2017 er investeringsrammen 1,3 mrd kr.

I vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF ligger det 135 mill kr til MTU med mer (100 mill kr til MTU med mer, 15 mill kr til ambulansestasjon og regionale funksjoner og 20 mill kr som en følge av resultatoppgjør i 2015). I tillegg til dette blir eventuelt overskudd i 2016 overført til økte investeringsrammer påfølgende år. I investeringsplan for UNN for MTU med mer (tabell 2) er det lagt til grunn økte investeringsrammer på 90 mill kr på bakgrunn av forventet overskudd i 2016.

Gavene fra Trond Mohn til PET- senteret reduserer finansieringsbehovet for senteret. Når gaven trekkes fra de prognostiserte kostnadene er det totale investeringsbeløpet 43,2 mill kr under p85-rammen for prosjektet. Det forutsettes at UNN kan disponere midlene til investeringer i 2017.

Den totale investeringsrammen for MTU med mer er 268,2 mill kr for 2017. Tabell 2 viser investeringsrammer og planlagte investeringer for 2017.

**Tabell 2 Plan for investeringer i utstyr med mer 2017-2024**

Investeringer , tall i mill kr	Plan 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Medisinteknisk utstyr:	95,9	111,5	143,0	158,0	208,0	208,0	208,0	208,0
Teknisk utstyr:	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Diverse:	61,5	46,5	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ombygginger:	25,5	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Ambulanser	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Egenkapital KLP	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0
Overforbruk 2016 inkludert forpliktelser	53,3							
Utgående forpliktelser 2017	-20,0							
<b>Sum investeringsplan</b>	<b>268,2</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>
Investeringsramme vedtatt plan fra RHF	135,0	175,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0	200,0
Investeringsramme overskudd ihht styringskrav	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Investeringsramme internt overskudd	50,0	25,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Investeringsramme utover styringskrav	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gave fra Trond Mohn (opp til p-85 PET-senteret)	43,2							
<b>Sum investeringsramme MTU med mer</b>	<b>268,2</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>
<b>Sum investert</b>	<b>234,9</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>
<b>Avvik investeringsplan- ramme</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

I 2016 har vi investert for 203,2 mill kr i MTU med mer (inkludert forpliktelser og utstyr som er godkjent). Dette er 53,2 mill kr mer enn årets investeringsramme. Investeringsrammen for 2017 er på 268,2 mill kr, korrigert for overforbruk i 2016 er disponibel ramme 234,9 mill kr.

Ny strålemaskin og nye anestesibord var opprinnelig planlagt anskaffet i 2016 eller 2017, men må utsettes til 2018. Det er planlagt med kabling og trådløst nett for 10 mill kr i 2017, som et absolutt minimum for å møte ytelseskravene knyttet til oppgraderinger av IKT-systemene. Forplass til PET-senter og A-fløy er planlagt utført i 2017, og kostnadene er estimert til 20 mill kr. Dette forutsetter enkle løsninger i prosjektet. Nye ombygginger er budsjettert svært nøkternt med 10 mill kr. Det er meldt inn investeringsbehov fra klinikkene på ca 100 mill kr som ikke er spesifisert i planen. På grunn av stramme rammer til reanskaffelser og nytt utstyr må behovene vurderes og prioriteres fortløpende gjennom året. Ny robot er ikke lagt inn i planen, heller ingen investeringsbehov som følge av langtidsplanen.

### *Bærekraft og likviditet*

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser at årlig omstillingsutfordring øker gradvis fra 185 mill kr i 2018 til 524 mill kr i 2024. Omstillingsutfordringen er i basert på kjente føringer fra Helse Nord RHF og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er tatt høyde for avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen og nye interne prioriteringer og satsninger på 50 mill kr årlig.

Oppdatert likviditetsanalyse viser en positiv likviditet i hele perioden 2017-2024, og det vil ikke være behov for å trekke av kassakreditrammen. I 2017 forventes en likviditetsmessig svekkelse på omtrent 150 mill kr.

## **Medvirkning**

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 29. og 30.11.2016. Protokoller og referat fra møtene vil forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 14.12.2016. I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i møtene, gjerne med en innretning som tar hensyn til etterfølgende innspill.

I arbeidsmiljøutvalget ble det uttrykt tilfredshet med at 2017 blir et konsolideringsår, og at planleggingen for 2018 må begynne tidligst mulig slik at virksomheten oppnår å kunne frigjøre et tilstrekkelig økonomisk handlingsrom for 2018.

Med bakgrunn i senere års erfaring med klinikkens aktivitetsplanlegging, ble det av ansattes organisasjoner og vernetjenesten uttrykt bekymring for om kvaliteten i aktivitetsplanleggingen i *denne* planen er god nok.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg mente at virksomhetsplanen på en tydeligere måte må vektlegge brukermedvirkningsperspektivet. I tillegg mente utvalget at også ungdomsrådet bør synliggjøres samt at klinikkene bør få brukerrepresentanter fast inn i KVAM-utvalgene.

## Vurdering

UNNs overordnede strategi ligger fast, og Strategisk utviklingsplan gir nå tydelig retning til den årlige virksomhetsplanleggingen. Den viktigste satsingen i UNN i 2017 er arbeidet med å utvikle gjennomgående og dyptgripende system og kultur for kontinuerlig forbedring. Dette må understøttes av god virksomhetsstyring og realisering av de planlagte investeringene i IKT, nye bygg og MTU. Direktøren mener at det nå er god sammenheng mellom de vedtatte strategiene, de foreslåtte hovedindikatorene, Helse Nord RHF's krav til risikostyring og profilen i investeringsbudsjettet.

De strategiske utviklingsplanene for klinikker og sentra er ferdigstilt inneværende år, og delplanene for IKT og bygg ferdigstilles i 2017. Dette gir et godt grunnlag for videre arbeid med langtidsplanen for 2018-2021. Denne vil bli fremmet for styrebehandling i mars 2017. Langtidsplanen vil bidra til ytterligere kvalitet og forutsigbarhet i den årlige rulleringen av virksomhetsplanen.

Forslaget til virksomhetsplan for 2017 legger spesiell vekt på å videreføre Pasientsikkerhetsprogrammet, med sterk vektlegging av tiltak for å forebygge sykehusinfeksjoner og feil i legemiddelbehandling. Utfordringer knyttet til operasjonskapasiteten, plassering av øyeblikkelig hjelp-pasienter på sengepost og bruk av tvang i psykisk helsevern vurderes å være de største risikoområdene. Dette gjenspeiles i forslaget til nye hovedindikatorer. Bedre pasient- og brukermedvirkningen er et viktig risikoreducerende tiltak. Samarbeidet mellom ledelsen og de ansattes organisasjoner, vernetjenesten, Brukerutvalget og Ungdomsrådet skal videreutvikles, og det er en målsetting å få brukerrepresentanter med i klinikkens KVAM-utvalg.

Statsbudsjettet for 2017 gir strammere økonomiske rammer enn Helse Nord RHF opprinnelig la til grunn. Det er beregnet at budsjettet for UNNs del gir en realvekst på 0,8 %. Samtidig tilføres nye oppgaver, særlig på kreftområdet, som sannsynligvis ikke er fullfinansiert. Det er derfor direktørens vurdering at budsjettet for 2017 i realiteten er et budsjett med negativ realvekst og et effektiviseringskrav som det er vanskelig å tallfeste nøyaktig fordi det fortsatt er uavklarte forhold knyttet til finansiering av nye legemidler til kreftbehandling. Ytterligere effektivisering er nå krevende å håndtere etter at foretaket har effektivisert for mer enn 10 % av budsjettet de siste seks årene. Det har derfor vært nødvendig å håndtere 2017 som et konsolideringsår,



samtidig som planleggingen av 2018 startes allerede i januar 2017. Overskuddskravet foreslås forbigående redusert med 25 mill kr til 65 mill kr (25 mill kr over Helse Nord RHF's krav) i 2017. Det er utviklet tiltak for å håndtere hele omstillingsutfordringen. Det er direktørens vurdering at risikoen i budsjettet er moderat. Kostnader knyttet til nye legemidler vurderes å være det viktigste risikoområdet.

En samlet vurdering av Samdata 2015 og prognosene for 2016 tilsier at aktivitetsnivået i somatikken allerede er i tråd med forventningene i statsbudsjettet. Direktøren mener derfor at det med få unntak ikke er riktig å planlegge økt aktivitet i somatikken. Utfordringer med ventetider og fristbrudd må sees i sammenheng med forbruksrater, og fortrinnsvis løses gjennom tydelige prioriteringer og befolkningsbasert aktivitetsplanlegging. UNN ligger under landsgjennomsnittet for poliklinisk aktivitet innen TSB, og det er derfor planlagt vekst på dette området. Det kan foreligge feilregistrering av aktivitet innen TSB som voksenalderpsykiatri, og aktivitetsutviklingen på disse områdene må derfor sees i sammenheng i virksomhetsstyringen for 2017.

De klinikkvise virksomhetsplanene viser at detaljeringsgraden og kvaliteten på planleggingen blir stadig bedre. Plantallene for aktivitet innenfor alle områder for foretaket er summert opp fra klinikkenes plantall. Direktøren er fornøyd med at dette for første gang har vært mulig uten korrigeringer sentralt, og mener det gir sterkere kobling enn tidligere mellom klinikkenes planer og UNNs målsetninger og planer på foretaksnivå. Metoden har synliggjort enkelte svakheter i plantallene for noen klinikker og må videreutvikles i forbindelse med virksomhetsplanen for 2018. Plantallene for månedssverk viser en moderat økning som vurderes å være finansiert. På sikt er det ikke bærekraftig å øke bemanningen, og sammenhengene mellom aktivitetsplan, bemanningsplan og budsjett må derfor styrkes ytterligere i planarbeidet for 2018.

Nye tall fra Samdata viser UNN over flere år har hatt en svakere økning i DRG-indeks enn sammenlignbare helseforetak. Fra og med 2014 ble ISF-inntektene fordelt til klinikknivå, og utviklingen har etter det vært bedre. Vi har likevel fortsatt lavere indeks enn de andre regionsykehusene. Direktøren mener at dette er uttrykk for at vi ikke har god nok kodekvalitet. ISF-oppkjøret er et nullsumspill, og man må derfor øke mer enn landsgjennomsnittet for å oppnå økte inntekter. Det er direktørens vurdering at aktivitetsprofilen tilsier at UNN burde ha høyere DRG-indeks enn for eksempel St Olavs hospital HF, og ytterligere tiltak rettet mot dette vil derfor bli vurdert når virksomhetsplanleggingen for 2018 starter i januar.

Omlegging av finansieringsordning fra polikliniske takster til ISF for psykisk helsevern medfører en stor endring i registreringspraksis. Risiko for mangelfull og feil registrering er tilstede og gir noe usikkerhet i forhold til antall polikliniske konsultasjoner og inntekter på dette området. Det er opprettet kodeansvarlige i de aktuelle klinikkene, samt dedikerte ressurser sentralt for å redusere risikoen. Direktøren vil følge utviklingen nøye.

Forslaget til virksomhetsplan for 2017 oppfyller kravet om at veksten skal være høyere for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk både for aktivitet, bemanning og budsjett. Det er en forutsetning at planene realiseres i alle deler av virksomheten. Underskudd i somatikken og/eller overskudd innen psykisk helsevern og TSB, medfører risiko for manglende måloppnåelse på dette området.

I forslaget til investeringsplan fullføres PET-senteret og A-fløya i henhold til plan, samtidig som det foreslås å investere 71 mill kr i bygging av tilførselsvei (tunnel) og oppstart av forprosjekt for nye UNN Narvik. Planen om byggstart i 2019 ligger fast, og bygging av tilførselsveien i løpet av 2017 og 2018 er en forutsetning.

UNN har nå god kontroll på investeringer i utstyr med mer. For 2016 er prognosen et overforbruk på 53,3 mill kr inkludert forpliktelser (utstyr som er godkjent og bestilt, men ikke betalt). På grunn av lang tid fra godkjenning til utstyret er kommet og betalt, er det hensiktsmessig å godkjenne utstyr også av neste års ramme, og dette er i tråd med intensjonene i konsernbestemmelsene for investeringer.

Prognosen for økonomisk resultat i 2016 er i henhold til budsjett. Dette gir 90 mill kr i økt investeringsramme for 2017. Investeringsbehovet er likevel større enn det som lar seg håndtere innenfor den foreslåtte investeringsrammen på 268, 2 mill kr til MTU med mer i 2017. Saksfremlegget viser at en rekke behov som ombygginger, oppgraderinger av eksisterende bygg, IKT-nettverk, ambulanser og egenkapital til KLP må håndteres innenfor denne rammen. I 2017 må det i tillegg gjøres investeringer i forplassen mellom A-fløya og PET-senteret og ny ambulansetasjon i Harstad. Erfaringene tilsier at investeringsrammene fortsatt ikke er tilstrekkelige, og at det fra og med 2018 er nødvendig å skape større overskudd i driften for å håndtere reanskaffelser og prioriterte investeringer i langtidsplanen.

## **Konklusjon**

Direktøren anbefaler at virksomhetsplanen for 2017 vedtas i tråd med redegjørelser og vurderinger i saken.

Tromsø, 2.12.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg for Virksomhetsplan 2017



**Sak:** Virksomhetsplan 2017 - saksfremlegg  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Gøril Bertheussen/ Grethe Andersen  
**Møtedato:** 14.12.2016

---

Virksomhetsstyring ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) følges opp ved hjelp av dialogavtaler. Dialogavtaler er lederavtaler på de tre øverste ledernivåene i UNN. Dialogavtalene er transparente og ligger tilgjengelig for alle på UNNs intranettsider. Innholdet i dialogavtalene skal være i tråd med UNNs overordnede strategi og satsningsområder, og beskrive hvilke mål, tiltak og indikatorer (plantall) som skal gjennomføres for kommende år. Arbeidet med dialogavtalene og innholdet skal være i nært samarbeid med leder og ansatte for å sikre god forankring av mål. God medvirkning og involvering er avgjørende for å sikre nødvendig ivaretagelse av lokale utfordringer og behov. Dialogavtalene for de enkelte klinikker og sentre er godkjent av direktøren og vil være hovedverktøyet for oppfølging gjennom kommende driftsår.

I saksfremlegget redegjøres det for følgende:

1. Føringer fra Helse Nord RHF
2. Risikostyring
3. Valg av hovedindikatorer
4. Prosess og medvirkning
5. UNNs satsningsområder for 2017
6. Aktivitetsforutsetninger og plantall
7. Omstillingsutfordring og tiltak 2017
8. Budsjett 2017
9. Investeringsplan 2017
10. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

## 1. Føringer fra Helse Nord

Med bakgrunn i Helse Nord RHF sine styresaker 72-2016 *Plan 2017-2020, inkl. rullering av investeringsplanen 2017-2024* og 114-2016 *Budsjett 2017 foretaksgruppen, rammer og føringer* samt *Budsjettbrev 1, 2 og 3* gir Helse Nord RHF bestillinger og føringer til UNNs virksomhetsplanlegging for 2017.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF vurderer Helse Nord's viktigste mål for planperioden å være:

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



I styresak 114-2016 *Budsjett 2017 foretaksgruppen, rammer og føringer* fra Helse Nord RHF redegjøres det for innholdet i forslaget for statsbudsjett 2017 som i sum medfører noe strammere rammebetingelser enn lagt til grunn i styresak 72-2016 *Plan 2017-2020, inkl. rullering av investeringsplanen 2017-2024*. For Helse Nord anslås en netto skjerpelse i størrelsesorden 90 mill kr, som er noe større avvik enn forventet, men håndterbart på kort sikt. Anslagsvis 50 mill kr videreføres uavkortet til helseforetakene og gjelder i hovedsak effekter av endringer i kvalitetsbasert finansiering, utvidelse av fritt behandlingsvalg (FBV) og mulige økonomiske konsekvenser av innføring av ISF for psykisk helse og rus. Resten foreslås håndtert sentralt.

I statsbudsjettet foreslås det innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 1. januar 2017. Bakgrunnen for forslaget er at merverdiavgiften stimulerer til å produsere tjenester med egne ansatte fremfor å kjøpe tjenester hos private. Innføringen innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på varer og tjenester som inngår i driften i virksomheten.

Innføringen av ordningen anslås å gi en negativ økonomisk effekt på om lag -35 mill kr for Helse Nord på grunn av at forventet refusjon av merverdiavgift er lavere enn reduksjonen i basisramme. Dette håndteres sentralt.

Helse Nord må trolig forvente lavere vekst i årene fremover enn tidligere lagt til grunn. Det innebærer at effektivisering av driften blir en stadig viktigere forutsetning for gjennomføring av investeringsplanen.

I forslag til statsbudsjett legges det til rette for en samlet vekst i pasientbehandlingen på 2,1 % på nasjonalt nivå. Styret i Helse Nord RHF har vedtatt følgende føringer for helseforetakene:

1. Planlagt aktivitetsvekst i somatisk virksomhet i helseforetakene skal innrettes mot områder med lange ventetider og fristbrudd, og gjennomføring av fagplanene.
2. Aktivitetsveksten skal være sterkere innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn i somatisk virksomhet. Fristbrudd skal fjernes og ventetidene reduseres innen alle fagområder.

Detaljerte krav til helseforetakene stilles i oppdragsdokumentet for 2017. Styringskrav og mål i oppdragsdokumentet og foretaksmøte vil for 2017 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Samordning på tvers av regionene
- IKT
- Økonomistyring og bedre ressursutnyttelse

### 1.1 Kapitalkompensasjon

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

**Tabell 1 Kapitalkompensasjon**

Kapitalkompensasjon (beløp i 1000 kr)	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nordlandssykehuset Bodø	23 000	33 000	33 000	43 000	43 000	43 000	43 000	43 000
Helgelandssykehuset							25 000	25 000
UNN Narvik					21 000	21 000	21 000	21 000
UNN Tromsø	-	-	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
UNN PET		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Finnmarkssykehuset Kirkenes	15 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000
Finnmarkssykehuset Hammerfest						25 000	25 000	25 000
Finnmarkssykehuset Alta nærsykehus			10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
<b>Sum</b>	<b>38 000</b>	<b>68 000</b>	<b>98 000</b>	<b>108 000</b>	<b>129 000</b>	<b>154 000</b>	<b>179 000</b>	<b>179 000</b>

1.2 Resultatkrav

Helse Nord RHF's strategi for å sikre tilstrekkelig likviditet for å kunne investere videreføres. Det følger av strategien at helseforetakene enkeltvis og foretaksgruppen samlet må planlegge med og realisere overskudd i driften. I sum er det vedtatt et budsjettert overskudd på 330 mill kr for foretaksgruppen i 2017. Resultatkrav per helseforetak for 2017-2024 er fastsatt slik:

**Tabell 2 Resultatkrav**

Resultatkrav (beløp i 1000 kr)	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Helse Nord RHF inkl IKT	235 000	239 000	209 000	199 000	178 000	153 000	128 000	128 000
Finnmarkssykehuset	30 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000
UNN	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Nordlandssykehuset	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Helgelandssykehuset	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
Sykehusapotek Nord	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Sum</b>	<b>330 000</b>	<b>328 000</b>	<b>298 000</b>	<b>288 000</b>	<b>267 000</b>	<b>242 000</b>	<b>217 000</b>	<b>217 000</b>

For UNN er resultatkravet for årene 2017-2024 +40 mill kr, uendret fra 2016.

1.3 Basisramme 2016

Basisrammen for UNN reduseres med 440 mill kr (-8,6 %) i forhold til vedtatt budsjett 2016. Realveksten er 42,4 mill kr (0,8 %). Endringene er oppsummert i tabell 3.

**Tabell 3 Endringer i basisrammen 2017**

Basisramme 2017	(Beløp i 1000 kr)
<b>Vedtatt ramme 2016</b>	<b>5 093 238</b>
Inntektsmodeller	-1 059
Oppgaveendring	20 334
Lønns- og prisvekst	97 874
Realvekst	42 390
Tekniske forhold	-599 580
<b>Vedtatt ramme 2017</b>	<b>4 653 198</b>
<b>Endring basisramme</b>	<b>-440 040</b>
<b>Endring basisramme %</b>	<b>-8,6 %</b>
<b>Realvekst basisramme</b>	<b>0,8 %</b>

Detaljert oversikt over alle endringer fremkommer i tabell 4.



Tabell 4 Basisramme 2017

Basisramme 2017	(beløp i 1000 kr)
<b>Vedtatt basisramme 2016</b>	<b>5 093 238</b>
Prisomregning 2,6 pst. ekskl. Pensjonsgrunnlag ekskl. kapitalgrunnlag	97 874
Flytting kreftlegemidler fra trygd	32 068
Forskning	32 000
Fri realvekst	17 050
Tiltak plan psykisk helse og rus	14 778
Realvekst - avvik fra forutsatt juni	13 685
Omlegging av aktivitetsbasert refusjon PH og TSB, fra kap. 732.77	10 244
Flytting legemidler PAH fra trygd	9 045
Prosjekt Samvalg	8 200
Styrking kapitaltilskudd	7 526
Styrking HF	6 031
Oppdatering inntektsmodell psykisk helse/innfasing	4 000
Nasjonalt senter for E-helseforskning	4 000
Flyseteavgift	3 671
Forvaltning IKT EPJ i HF	3 421
Oppdatering inntektsmodell somatikk	3 045
Astma allergisenter UNN	2 900
Egenandeler - kompensasjon for manglende prisomregning	2 482
PET senter oppstart støtte og fullfinansiering	2 000
LIS-stillinger Anestesi UNN/NLSH	1 200
KORSN antibiotikaresistens	1 000
Avslutning FIKS	800
Kvalitetsbasert finansiering	711
Styrking drift kvalitetsregistre	550
Endring fordeling klinisk forvaltning EPJ	539
Rituell omskjæring	513
Delfinansiering professorstilling PHBU	350
KORSN kompetanse	250
Narkotikaprogram med domstolskontroll	240
Kvalitetssikring av mammografiogr - fra kap. 720.01	50
Delfinansiering professorstilling PHBU	-350
Pasientreiser, krav til effektivisering	-489
Inndraging HF engangstilskudd - URE helseteam	-700
ERL, krav til effektivisering	-855
Kutt legemidler PAH ved overf fra trygd	-1 112
Klinisk farmasi, krav til effektivisering	-1 283
Inndraging HF engangstilskudd - nødnett	-3 778
Inndraging tilskudd - NST	-4 000
Legemidler, krav til effektivisering	-4 277
Oppdatering inntektsmodell rus	-4 876
Overgangsordning knyttet til utfasing NST	-6 000
Merverdiavgiftsordningen, overgangsordning	-7 500
Inndragning kompensasjon FIKS-deltakelse	-7 698
Inkludering av legemidler i ISF, til kap. 732.76	-32 888
Forskning	-33 000
Pensjon overgangsordning	-43 000
Konsekvensjustering pensjon	-244 800
Merverdiavgiftsordningen, til kap. 732.70 og 732.80	-323 658
<b>Vedtatt basisramme 2017</b>	<b>4 653 198</b>



De største endringene i basisrammen for 2017 er:

#### *Lønns- og prisvekst*

Det er lagt til grunn en lønns- og prisvekst på 2,6 %, hvorav lønnsvekst er 2,7 % og prisstigning på varer og tjenester er 2,5 %. For UNN utgjør dette 97,9 mill kr.

#### *Flytting kreftlegemidler fra trygd*

Statsbudsjettet foreslår at finansieringsansvaret for flere kreftlegemidler overføres fra folketrygden til spesialisthelsetjenesten fra 1. mai 2017. Kreftlegemidlene som overføres er innenfor legemiddelgruppene antineoplastiske midler og andre immunsuppressiver. UNNs basisramme er beregnet til å øke med 32,1 mill kr for å håndtere dette, men det legges et effektiviseringskrav til disse kreftlegemidlene på 4,3 mill kr. Netto økning blir derfor 27,8 mill kr.

#### *Fri realvekst*

Basisrammen til UNN øker med 17,1 mill kr i fri realvekst (15,8 mill kr somatikk, 1,2 mill kr psykisk helsevern og TSB)

#### *Tiltaksplan psykisk helse og rus*

Til sammen prioriteres det 21,2 mill kr til UNN til styrking av psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som skal finansiere medikamentfritt tilbud (20 mill kr) og økt poliklinisk aktivitet (1,2 mill kr). Finansieringen er lagt slik:

- 4,0 mill kr i økte rammer fra innfasing av oppdatert inntektsmodell i psykisk helsevern og TSB
- 14,8 mill kr er øremerket i tiltaksplan psykisk helse og TSB (herav er 11,0 mill kr tildelt i 2016)
- 1,2 mill kr er andel av fri realvekst
- 1,2 mill kr er øremerket til styrking av poliklinisk aktivitet innen TSB.

#### *Realvekst – avvik fra forutsatt juni*

Statsbudsjettet legger opp til større aktivitetsvekst enn forutsetningene fra styresak 72-2016 *Plan 2017-2020, inkl. rullering av investeringsplanen 2017-2024*, og realveksten blir dermed større enn først forutsatt. For UNN utgjør dette 13,7 mill kr.

#### *Omlegging av aktivitetsbasert refusjon psykisk helsevern og TSB*

Fra 2017 vil poliklinisk aktivitet innen psykisk helse og rus inkluderes i finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering (ISF). Formålet med endringen er å etablere et aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn i dag understøtter tjenesten. Deler av tidligere timeverkstakster blir overført til basisrammen i forbindelse med overgang fra takstfinansiering til ISF. For UNN utgjør dette 10,2 mill kr.

#### *Flytting legemidler Pulmonal arteriell hypertensjon (PAH) fra trygd*

I tillegg til kreftlegemidler overføres finansieringsansvaret for PAH-legemidler fra folketrygden til helseforetakene fra 1. januar 2017. Kostnadene for UNN er beregnet til 9,0 mill kr. Det legges også et effektiviseringskrav knyttet til disse legemidlene på 1,1 mill kr, så økning i basisrammen er 7,9 mill kr.

#### *Prosjekt Samvalg – Mine behandlingsvalg*

Mine behandlingsvalg er et verktøy laget for og med pasienter og helsepersonell, og er et samarbeidsprosjekt mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF,



Helse Nord RHF, Universitetet i Tromsø, Institut für Kommunikation in der Medizin og Takepart media & science. For 2017 bevilges UNN 8,2 mill kr til dette formålet. 4,9 mill kr ble overført i justert budsjett 2016, så økning i 2017 er 3,3 mill kr.

#### *Styrking kapitaltilskudd*

Basisrammen som finansierer kapitalkostnader prisjusteres også, og medfører en styrking av kapitaltilskuddet til helseforetakene. For UNN utgjør dette 7,6 mill kr.

#### *Styrking HF*

UNNs basisramme øker med 6,0 mill kr som en generell styrking fra Helse Nord RHF.

#### *Oppdatering inntektsmodell psykisk helsevern / innfasing*

Inntektsmodellen for psykisk helsevern er oppdatert og det er besluttet en gradvis innfasing av effektene. I tillegg er modellen oppdatert med kriterieverdier og pasientstrømmer. Helse Nord RHF har i tillegg lagt til 10,0 mill kr i modellen som skal delfinansiere tiltaksplanen for psykisk helse og rus. UNNs basisramme øker med 4,0 mill kr.

#### *Oppdatering inntektsmodell TSB*

Oppdatering av inntektsmodellen for TSB med kriterieverdier og pasientstrømmer medfører en reduksjon i basisrammen til UNN på 4,9 mill kr.

#### *Inntektsmodell somatikk*

Kriterieverdier og pasientstrømmer er oppdatert i modellen og gir UNN en økt inntekt på 3,0 mill kr.

#### *Kompensasjon FIKS-deltakelse*

Basisrammen reduseres med 7,7 mill kr ved at kompensasjon for FIKS-deltakelse trekkes tilbake.

#### *Nasjonalt senter for E-helseforskning (NSE)*

UNN tilføres 4 mill kr i basisrammen for ivaretagelsen av NSE. Samtidig reduseres basisrammen med 10 mill kr vedrørende avslutning av Nasjonalt Senter for Telemedisin (NST).

#### *Merverdiavgiftsordning*

Merverdiavgiftsordningen innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. Innføring av ordningen medfører omfordelingseffekter mellom helseforetakene hvor UNN og Nordlandssykehuset (NLSH) forventes å få større mva-refusjon enn reduksjonen i basisramme. Basisrammen reduseres med til sammen 331 mill kr i 2017, hvor 7,5 mill kr utgjør en overgangsordning for 2017 for å dempe omfordelingseffektene mellom foretakene.

#### *Pensjonskostnader*

Pensjonskostnadene reduseres og basisrammen til UNN reduseres med 244 mill kr. Basisrammereduksjonen medfører omfordeling mellom helseforetakene. Som tidligere legger administrerende direktør i RHF opp til at omfordelingseffektene håndteres gjennom overgangsordning hvor omfordelingseffektene begrenses i 2017, men innføres fra 2018. Overgangsordningen medfører en ytterligere reduksjon av basisrammen på 43,0 mill kr.





## 2. Risikostyring

Risikostyring er en metode som anvendes for å vurdere hvor det er størst risiko for manglende måloppnåelse, og for å utvikle tiltak som reduserer risikoen. Effektiv risikostyring forutsetter at man velger hovedindikatorer som belyser målområdene der det er størst risiko for og konsekvens av manglende måloppnåelse. Helseforetakene er pålagt å drive risikostyring, og Helse Nord RHF utarbeider hvert år egne mål for risikostyringen, samt måleparametere som skal anvendes. Helse Nord RHF revurderer målene for risikostyringen årlig. Målene for 2017 er:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen
2. Sikre god pasient- og brukervedvirkning
3. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
4. Innfri de økonomiske mål i perioden

## 3. Valg av hovedindikatorer i UNN

Det har vært god resultatutvikling for samtlige av de fem hovedindikatorer som ble valgt i 2015. Dette vurderes å være et tydelig uttrykk for at styrets valg av hovedindikatorer er et kraftfullt virkemiddel i virksomhetsstyringen.

Det er nå vurdert til sammen 13 mulige hovedindikatorer (to forskjellige knyttet til sykefravær og økonomi) for 2017. Hensikten er å bruke indikatorer til å redusere risikoen for mangelfull oppnåelse av de fire hovedmålene i den overordnede strategien. Etter en samlet vurdering foreslås følgende hovedindikatorer:

1. Infeksjoner (prevalens)
2. Legemiddelsamstemming (andel)
3. Oppholdstid i akuttmottaket (timer)
4. Fristbrudd (antall)
5. Tvangsvedtak (antall)
6. Sykefravær (antall enheter over måltall)
7. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven (AML) (antall)
8. Tiltaksgjennomføring (andel)

Styresak 103/2016 *Nye hovedindikatorer for UNN* redegjør for foreslåtte hovedindikatorer for 2017.

## 4. Prosess og medvirkning

Virksomhetsplanleggingen i UNN for 2017 startet med virksomhetsplankonferanse for direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte (FTV) og foretaksverneombud (FVO) 1.3.2016 etterfulgt av ledersamling 9. og 10.3.2016. Dag to på ledersamlingen var dedikert til klinikk- og sentervise gruppearbeid og arbeidet med virksomhetsplanlegging har fortsatt i egne virksomheter frem til dialogmøtene med direktøren.

Andre virksomhetsplankonferanse var 3.6.2016, hvor direktørens ledergruppe, FTV og FVO deltok. Virksomhetsplanlegging har i tillegg vært behandlet i flere ledermøter i direktørens



ledergruppe gjennom året. Gjennomgående tema for alle virksomhetsplankonferansene og ledermøtesakene har vært økonomiske føringer og premisser, omstillingsutfordring 2017, tiltaksarbeid samt videre arbeid med detaljplanlegging og gjennomføring. Direktøren har gjennomført dialogmøter i høst vedrørende virksomhetsplan 2017 med samtlige klinikker og sentre.

Klinikkene og sentrene har gjennomført drøftingsmøter med tillitsvalgte angående virksomhetsplanleggingen for 2017 med fokus på aktivitetsplanlegging, bemanningsplanlegging, omstillingsutfordringer og tiltak. Foretakstillitsvalgte har også vært invitert til å komme med innspill og forslag i tiltaksarbeidet.

I samtlige klinikker/sentre er det stilt høye krav til hvordan virksomhetsplanleggingen gjennomføres med tanke på planarbeid og detaljeringsnivå for å sikre høy gjennomføringsevne. Alle klinikker skal i detalj planlegge aktivitetsnivå og bemanningsplaner som skal avstemmes mot planlagte månedeverk. Planlagte månedeverk skal også samsvare med kronebudsjettet. Alle tiltak skal være risikovurdert og skal håndtere klinikkenes/sentrene innsparringskrav, underskudd i 2016 og eventuelle omprioriteringer i eget budsjett.

I tillegg til arbeidet med virksomhetsplanlegging for 2017 har ledergruppen, FTV og FVO gjennomført to konferanser og to workshops om langtidsplanlegging. Arbeidsgruppen for langtidsplan og klinikkene har jobbet med langtidsplanen gjennom året. Arbeidet fortsetter og styret inviteres til å vedta langtidsplanen for 2018-2021 i mars 2017.

## **5. UNNs satsningsområder for 2017**

### 5.1 Pasientforløp

UNN har som et av sine overordnede mål at foretaket skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt. Kontinuerlig forbedring av pasientforløpene er en viktig del av UNNs arbeid for å nå sitt overordnede mål. I 2016 er støttefunksjonen for pasientforløpsarbeidet styrket for å bidra til at gode pasientforløp skal være en viktig del av arbeidet med å utvikle organisasjonen når nye bygg skal tas i bruk. Satsningen på pasientforløpsarbeid med formål om økt kvalitet for pasientene videreføres i 2017, som en viktig del av arbeidet med å utvikle UNN som en organisasjon som jobber med kontinuerlig forbedring.

### 5.2 Pasient- og brukervedvirkning

Pasient- og brukervedvirkning videreføres som en strategisk hovedretning, samt i tråd med styrets vedtak om strategi for brukervedvirkning ved UNN fra 2013. Fortsatt utvikling av «Mine behandlingsvalg», som er UNNs system for samvalg, er en viktig satsing, og det vil i 2017 bli lagt vekt på å få implementert bruken av dette verktøyet i de aktuelle pasientforløp. Det vil også bli arbeidet for å utvikle samvalgsløsningen for flere tilstander.

Videre vil fortsatt utvikling av reell brukervedvirkning i kvalitetsarbeid, i arbeidet med å følge opp ny HMS-strategi og regional kvalitetsstrategi med tilhørende handlingsplaner og videre utvikling av brukervedvirkning i forskning være viktig i 2017. Denne prioriteringen skal også være gjeldende på klinikknivå. Ettersom det er etablert et eget ungdomsråd ved UNN, skal rådet involveres i medvirkningsprosesser der dette er relevant.



### 5.3 Samhandling og funksjonsfordeling

UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene. UNN skal samhandle med kommunene, primærhelsetjenesten og andre sykehus, samt være pådriver for samhandling og bruk av telemedisin.

I 2017 videreføres samarbeidet mellom UNN og kommunene i regi av overordnet samarbeidsorgan (OSO), og de reviderte samhandlingsavtalene som ble inngått med kommunene i 2016 skal følges opp.

Foretaket fortsetter samarbeidet med kommunene for å holde antall utskrivningsklare pasienter på lavest mulig nivå, og strukturene rundt oppfølging av utskrivningsklare pasienter skal utvikles med særlig vekt på god opplæring av UNNs ansatte.

### 5.4 Kvalitet og pasientsikkerhet

UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt. Vi skal definere mål for kvalitet i pasientbehandlingen, måle og dokumentere resultater i kvalitetsregistre, formidle resultatene slik at pasienten kan delta i beslutninger på egne premisser, samt sikre spesialiserte helsetjenester og beredskap på høyt internasjonalt nivå. I 2017 skal UNN arbeide videre med å utvikle seg som en lærende organisasjon med fokus på kontinuerlig forbedring. Arbeidet i Pasientsikkerhetsutvalg og Kvalitetsutvalg skal prioriteres og utvikles videre for å bidra til at avvik og uheldige hendelser fører til læring i hele organisasjonen. Bruk av egnede verktøy i Den regionale kvalitetsstrategien skal følges opp med egen handlingsplan for UNN.

Det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet har som mål å forbedre pasientsikkerheten i Norge. I løpet av 2017 skal alle obligatoriske tiltaksområder være implementert i aktuelle enheter i UNN. Dette vil bli fulgt opp kontinuerlig med målinger og fokus for å sikre høy gjennomføringsgrad på tiltakene, med særlig fokus på samstemming av legemiddellister. UNN vil også i 2017 videreføre den forsterkede innsatsen for å forebygge sykehusinfeksjoner, med blant annet fokus på basale smittevernrutiner, smittevernvisitter og en rekke andre tiltak.

#### Risikostyring

UNN vil i 2017 fortsette arbeidet med å implementere et helhetlig system for risikostyring, der dette integreres som en viktig del av virksomhetsstyringen gjennom dialogavtalene.

Risikoanalyser gjøres i økende grad i foretaket, og både i Kvalitetsavdelingen og i enkelte andre enheter er det nå ansatte med god kjennskap til og økende erfaring med å bruke risikoanalyser som verktøy.

#### Læring av tilsyn, avvik og revisjoner

UNN vil i 2017 videreføre og ytterligere forsterke fokuset på å utvikle seg som en lærende organisasjon, der erfaringer fra tilsyn, avvik og revisjoner brukes til læring i aktuelle deler av organisasjonen. Pasientsikkerhetsutvalgets- og Kvalitetsutvalgets mandat, sammensetning og arbeidsform er revidert i 2016, og arbeidet med å utvikle disse strukturene videreføres i 2017. KVAM-utvalg og -grupper behandler de sakene som er aktuelle for den enkelte enhet. Ledelsens gjennomgang gjøres på foretaksnivå tertialvis og årlig i klinikkene. UNN vil i 2017 tilpasse disse gjennomgangene til ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene, som trer i kraft fra 1.1.2017.

#### Kvalitetsregistre

UNN har i 2016 databehandleransvar for syv nasjonale kvalitetsregistre og et flerregionalt kvalitetsregister. Foretaket vil i 2017 videreføre et ledelsesmessig fokus på at disse registrene



skal ha høy kvalitet og høy dekningsgrad. Det skal vektlegges at registerdata brukes for å identifisere områder der innsatsen for å bedre kvaliteten på tjenestene og resultater for pasientene skal styrkes. Kvalitetsavdelingen støtter klinikkene i å analysere data fra egen virksomhet, slik at det legges til rette for at disse kan brukes i arbeidet med å stadig øke kvaliteten på tjenestene som leveres.

### 5.5 Utdanning og rekruttering

UNN skal i samarbeid med universitetene, høyskolene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere. Vi skal forbedre oss gjennom forskning og kontinuerlig utvikling og innovasjon. Dette ved å gi kunnskapsbasert undervisning, bidra til desentralisering av helseutdanningene, lære studenter og elever prosessforbedring og pasientmedvirkning og ved å ta ansvar for spesialist- og forskerutdanningene. UNN vil i 2017 ta i bruk scenariometodikk og nasjonal bemanningsmodell for å bedre planleggingen av strategier og tiltak når det gjelder fremtidig bemanning og kompetansebehov.

### 5.6 Forskning

UNN skal forbedre seg gjennom forskning, kontinuerlig utvikling og innovasjon. Den nasjonale strategien HelseOmsorg 21 ligger til grunn for mye av utviklingsarbeidet rundt forskning, og handlingsplanen tilknyttet strategien følges opp med tiltak i samarbeid med Helse Nord RHF og Det helsevitenskapelige fakultet, UiT. UNN vil i 2017 fortsette arbeidet med å etablere en god struktur for generell forskningsbiobank og kreftbiobank, og bidra til å etablere strukturer i det nasjonale samarbeidet for gjennomføring av kliniske studier, NorCrin. Brukermedvirkning i forskning skal videreutvikles, og det nære samarbeidet med Det helsevitenskapelige fakultet videreføres og videreutvikles.

### 5.7 Teknologi og E-helse

UNN vil utnytte de mulighetene som teknologien gir til utvikling av helsetilbud, kommunikasjonsformer og samhandling. E-helse vil stå sentralt i arbeidet med å forbedre kvalitet, sikkerhet og effektivitet. UNN vil ta i bruk tekniske nyvinninger som robotkirurgi og bildeveiledet diagnostikk og behandling. Multimedia som bilder, lydfiler og video skal brukes for å få til en multidisiplinær vurdering og oppfølging uten at pasienten trenger å være til stede. Løsninger for blant annet timebestilling, e-konsultasjon, rekvirering av og svar på prøver over nettet skal utvikles. UNN skal bidra til å utvikle gode elektroniske samhandlingsløsninger med primærhelsetjenesten og andre helseforetak for å understøtte helhetlige pasientforløp.

FIKS-prosjektet er avsluttet i 2016, og regionale løsninger for elektronisk pasientjournal (EPJ), radiologisystem, laboratoriesystemer og patologisystem er implementert. UNN skal i 2017 fokusere på å oppnå gevinster av disse regionale løsningene, og ta i bruk og utnytte mulighetene som ligger i de regionale prosjektene Jobb smartere og Digitale innbyggertjenester. UNN skal aktivt være med i arbeidet med å utvikle og implementere neste generasjon EPJ, DIPS Arena og elektronisk kurve i regionen.

For å lykkes med bruk av teknologien, skal opplæring av brukere, medarbeidere og ledere prioriteres. Det må utvikles bedre kompetanse i samordnet ledelse av IT-implementering, prosessforbedring og organisasjonsendring fordi slik integrasjon er en forutsetning for å realisere gevinster i form av økt kvalitet og redusert ressursbruk.

### 5.8 Klinikkvis oppsummering av satsningsområder og økonomisk tilpasning for 2017

#### *Akuttmedisinsk klinikk (AK)*



Klinikkens prognose er -4,5 mill kr i 2016. Innsparingskravet for 2017 er på 1,9 mill kr. Inngangshastighet for 2017 er 0, og samlet omstillingsutfordring blir derfor 1,9 mill kr for 2016. Klinikken har utviklet tiltak for tilsvarende beløp. Tiltakene for 2017 går primært på å redusere driftskostnader fra gammelt helseradionett. Klinikkenes fokusområder i tillegg til UNNs hovedsatsinger for 2017 vil være konsolidering av lederteam, fortsatt rekruttering og stabil drift av AMK Tromsø og helikopterbasene, samdrift av akuttmottak og observasjonspost, samt utarbeiding av langsiktig ambulanseplan for UNN.

#### *Barne- og ungdomsklinikken (BUK)*

Klinikkens prognose er balanse i 2016. Innsparingskravet for 2017 er på 1,4 mill kr. Samlet omstillingsutfordring blir derfor 1,4 mill kr for 2017 og klinikken har utviklet tiltak for tilsvarende beløp. Omstillingsutfordringen skal innfris ved å øke inntjeningen med 0,8 mill kr og redusere kostnadene med 0,6 mill.

Klinikkens viktigste satsningsområder for 2017 er å ha fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid. Fagfeltene skal ta initiativ til, og delta i utvikling av kvalitetsregister. Data fra register skal brukes til å forbedre klinikkens tjenester. Det skal utvikles et likeverdig tilbud til barn og unge med psykiske lidelser ved å ha en koordinert utvikling av fagfeltet. Ved ytterligere bruk av Pasienthotellet, skal behandlingen fra døgn til dag økes. Økt bruk av teknologi i pasientbehandling skal føre til redusert reisevirksomhet og forsterkning av samarbeid med kommunehelsetjeneste og sykehus i regionen. Medisinsk genetisk avdeling skal fullføre arbeidet med akkreditering av laboratorievirksomheten. Reduksjon i sykefravær til landsgjennomsnittet, inkluderende arbeidsliv (IA), langtidsplanlegging, aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og partssamarbeid er viktige innsatsområder. Videreutvikling av brukermedvirkning skal ha fokus, og for barn og ungdom i UNN skal det skje i samspill med Ungdomsrådet.

#### *Diagnostisk klinikk (DK)*

Klinikkens prognose er underskudd på 2,5 mill kr i 2016. Innsparingskravet for 2017 er på 2,5 mill kr. Samlet omstillingsutfordring blir derfor 5,0 mill kr for 2017 og klinikken har utviklet tiltak for tilsvarende beløp. Klinikken omstiller i tillegg internt for ca. 5,0 mill kr. Klinikkenes aktivitet i 2016 har vært vesentlig høyere enn i 2015 og ikke i tråd med plantallene. Det er særlig kreftpakkeforløpene, nye retningslinjer som anbefaler økt bruk av MR-undersøkelser, og analyser i forbindelse med at nye medikamenter innføres som påvirker økningen i aktivitet i Diagnostisk klinikk. K3K og Medisinsk klinikk forventer å fortsette med økt aktivitet 5-10 prosent per år. Øvrige klinikker planlegger å ha aktivitet på 2016-nivå. I 2017 vil planlegging av flytting og drift i ny lab i plan A1 8, A10 og PET-senteret ha fokus. De store omfattende IT-prosjektene forventes å komme over i en driftsfase til neste år og det skal jobbes med gevinstrealisering. Det skal etableres regional funksjonell forvaltning for ni IKT-systemer tilknyttet laboratoriene. Klinikken overtar ansvaret for UNNs biobank fra KVALUT. Det planlegges med en økning fra 500 til 700 PET/CT undersøkelser fra 2016 til 2017.

#### *Drift- og eiendomssenteret (DES)*

Drifts- og eiendomssenterets prognose for 2016 er budsjettbalanse. Innsparingskravet i 2017 er på kr 1,2 mill. DES har utviklet tiltak for dette beløpet som ligger under Eiendomsavdelingen, med tiltak som vil medføre inntektsøkning for ansatteboligene, blant annet ved å øke utleiegraden gjennom lengre leiekontrakter samt redusere tiden mellom utflytting og innflytting av ny leieboer.

Strategisk utviklingsplan for UNNs bygninger 2016-2030 skal ferdigstilles i 2017, og vil sammen med forprosjektrapport for nye UNN Narvik og idéfaseutredningen for psykisk helse og rusbehandling i Tromsø være retningsgivende for fremtidig utvikling av UNNs arealer. Sluttfasen på de to store byggeprosjektene Ny A-fløy og PET-senter vil oppta betydelige



ressurser i Drifts- og eiendomssenteret i 2017, samt oppstarten av prøvedrift i byggene som er planlagt til årsskiftet 2016/2017.

Vedlikeholdsbudsjettet for UNN gjenspeiler ikke ressursbehovet for å kunne ta igjen etterslepet og samtidig drive forebyggende vedlikehold. Det er derfor nødvendig med stram prioritering av vedlikeholdsoppgavene og en prioritert vedlikeholdsplan for 2017 og årene fremover.

#### *Hjerte- og lungeklinikken (HLK)*

Klinikkens prognose er underskudd på 4,8 mill kr i 2016. Innsparingskravet for 2017 er på 1,5 mill kr. Samlet omstillingsutfordring blir 6,3 mill kr for 2017, og klinikken har utviklet tiltak for tilsvarende beløp. Hovedtiltaket er reduserte kostnader til variabel lønn. Klinikken arbeider med å sterkt redusere innleie av sykepleiere fra vikarbyrå til Medisinsk intensiv og hjerteroppvåkning og til Lungemedisinsk avdeling. Ansettelser i nye legestillinger tilsier at en betydelig kostnadsreduksjon kan oppnås ved å fjerne det meste av overtid for leger i Hjertemedisinsk avdeling. Det legges opp til å øke inntektene med 1 % gjennom kodeforbedring. Vi øker invasiv behandling av hjerterytmeforstyrrelser og immunterapi mot lungekreft. Immunterapi er sterkt kostnadsdrivende og forutsettes finansiert uten klinikkinterne omstillinger. Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet etablert i 2016 vil starte klinisk drift i løpet av kommende år. Hjerte- og lungeklinikken vil videreføre endovaskulære teknikker med avanserte stentgraft og kateterbaserte hjerterintervensjoner mot coronar- og klaffesykdommer. En hovedoppgave er å styrke den intensivmedisinske kompetansen blant sykepleiere og leger for å videreutvikle Medisinsk intensiv og hjerteroppvåkning. De kirurgiske vaktlinjene legges om for å styrke kompetansen i akuttfasen, spesielt traumemottakene. Klinikkens vitenskapelige hovedsatsing er knyttet til avansert bildeframstilling – bioimaging.

#### *Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K)*

Klinikkens prognose for 2016 er underskudd på 6,3 mill kroner. Omstillingskravet for 2017 er på 11,1 mill kroner. Inngangshastigheten i 2017 er - 6,2 mill kroner. Klinikken har rapportert tiltak tilsvarende omstillingsutfordringen. Tiltakene består av økte ISF inntekter som følge av kodeforbedring, effektivisering i driften, reduksjon av øvrige lønnskostnader og reduksjon av driftskostnader.

Det økende antall nye kreftpasienter, lengre levetid for de som behandles, dyrere og mer komplisert behandling, flere MDT-møter, og ytterligere sentralisering av kreftpasienter er utfordrende å ivareta. Klinikkens satsningsområder for 2017 er å sikre at kreftutredninger og behandlinger gjennomføres i henhold til kravene i pakkeforløpene og vedtatte medisinske retningslinjer. Det jobbes videre med effektivisering og aktivitetsstyring i klinikkens poliklinikker, aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) for leger skal ferdigstilles og fagområdet plastikkirurgi skal konsolideres i den nye organiseringen.

Fokus på utdanning og forskning vedlikeholdes og følges opp som i strategisk utviklingsplan.

#### *Kvalitets- og utviklingssenteret (KVALUT)*

Prognosen for Kvalitets- og utviklingssenteret i 2016 er et overskudd på 10 mill kr. Innsparingskravet for 2016 er på 0,7 mill kr, og tilsvarer dermed omstillingsutfordringen for 2017. Senteret er i ferd med å lande den interne organisasjonsutviklingsprosessen med fastsettelse av intern struktur, og omstillingsutfordringen vil løses endelig i denne prosessen. Arbeidet med å videreutvikle arbeidsfordeling mellom det nye senteret og klinikkene, der senteret skal være en støttende og bidragende enhet for klinikkene innen arbeidet med pasientsikkerhet, kvalitetsarbeid, samhandling, ikt, utdanning og forskning videreføres. Senterets



overordnede fokus er å bidra til å utvikle UNN som en lærende organisasjon som kontinuerlig jobber med forbedring på alle områder.

På kvalitetsområdet er en hovedoppgave å yte støtte og bistand til klinikkene, slik at de kan nå sine mål i arbeidet for økt pasientsikkerhet og pasientforløp sentralt. Et særlig fokus vil være å videreutvikle UNN som en lærende organisasjon i forhold til tilsynsrapporter, avvik, klagesaker etc.

#### *Medisinsk klinikk (MK)*

Klinikkens prognose er underskudd på 14,6 mill i 2016. Innsparingskravet for 2017 er på 4,5 mill kr. Samlet omstillingsutfordring blir derfor 19,1 mill kr for 2017. MK fikk tilført 9,6 mill fra direktøren for å kompensere for økt aktivitet i Harstad og nye kostbare kreftmedikamenter (4 mill kr, herav 3 mill kr til Hematologisk seksjon og 1 mill kr til Harstad). Årsakene til økt aktivitet i Harstad henger nært sammen med en tilsiktet funksjonsfordeling fra andre klinikker, og bidrar til UNN Harstad sin høye egendekningsgrad, noe som ansees som positivt for pasientene. I tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan er det lagt opp til at sykehusene skal samarbeide i team og gi pasientene tilbud nært hjemmet. Avdelingen bidrar med dette ved å avlaste noen regionsykehusfunksjoner. MK har utviklet tiltak for 9,5 mill kr. Disse tiltakene fokuserer på reduksjon av utgifter til variabel lønn og økning av inntekter relatert til innsatsstyrt finansiering (ISF). Klinikkens seksjonsvise dialogavtale satser på konkretisering av mål, strategier og tiltak som fremmer en åpenhetskultur for ansatte, bruk av avvikshandtering i kvalitetsarbeid og for å bidra til at klinikken blir en foretrukket arbeidsplass gjennom målrettet nærværarbeid. MK vil også i 2017 være en aktiv pådriver for å videreutvikle pasientens helsetjeneste. Planlegging og gradvis realisering av tiltak i tråd med de prioriterte satsningsområder beskrevet i klinikkens strategisk utviklingsplan vil være sentralt. Det nevnes særskilt satsningen på kvalitetssikrede pasientforløp, som vil si at helsetjenesten oppleves sømløs og koordinert for pasienten i tråd med Chronic Care Modellen og prioritert satsningsområde for pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

#### *Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR)*

Klinikkens prognose er underskudd på 12,5 mill kr i 2016. Innsparingskravet for 2017 er 3,1 mill kr. I tillegg kommer egne satsinger på 4,5 mill kroner. Samlet omstillingsutfordring for 2017 er 21,1 mill kroner. Klinikken har utviklet tiltak for tilsvarende beløp, etter risikovurdering. Tiltakene består i en beskjedne poliklinisk aktivitetsøkning (ISF) innen revmatologi, hudsykdommer og nevrologi, fortsatt økning i protesevirksomheten i Harstad (+50 %) pga effekt av innført fast track pasientforløp, og en mer markant økning av protesekirurgi i Narvik i 2017. Klinikken har ikke beregnet økonomisk effekt av dette i 2017 fordi oppstartsfasen gir økte kostnader. Totalt vil antall proteseinngrep komme til å øke med om lag 200 (hofter og knær) i UNN. Dette vil forkorte dagens lange ventelister betydelig. Vi vil begynne med ryggkirurgi i Harstad for å ta ned lange ventelister.

Systematisk forbedring av kodekvalitet ventes å gi økt ISF-inntekt med minst 2 mill kr. Mer systematisk innkreving av pasientbetaling for bandasjemateriell på poliklinikkene vil gi signifikant inntektsøkning. Det vil bli lansert flere nye biotilsvarende legemidler i 2017. Pga stort volum innen revmatologi og hudsykdommer vil dette bidra vesentlig, sammen med å flytte noe av biologisk legemiddelbehandling ved MS til Helse Finnmark. Totalt ventes omstilling som følge av endringer i behandlingen med slike legemidler å bidra med ca. 9 mill kr.



#### *Operasjons- og intensivklinikken (OpIn)*

Operasjons- og Intensivklinikken (OpIn) sin prognose for 2016 er et underskudd på 8,7 mill kr. Innsparingskravet for 2017 er på 2,6 mill kr. Klinikken har fått tilført noe budsjett, slik at samlet omstillingsutfordring for 2017 er 3,6 mill kr, og klinikken har utviklet tiltak for tilsvarende beløp. Tiltakene som er iverksettes er blant annet å videreutvikle lagerstyring i forhold til operasjonsvirksomheten i klinikken og redusere variable lønnskostnadene. Hovedutfordringen for klinikken vil også i 2017 være relatert til tilgang på personell, da særlig overleger anestesi og spesialsykepleiere, og et viktig satsningsområde vil derfor være rekrutteringsarbeid. Andre viktige satsningsområder vil være oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, evaluering av klinikken og etablering av prosjektet «Strategisk operasjonsplanlegging».

#### *Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK)*

Klinikkens prognose er overskudd på 11 mill kr i 2016. Innsparingskravet 2017 er på 3,7 mill kr. Som følge av at inngangshastigheten er 0 blir samlet omstillingsutfordring 3,7 mill kr for 2017. Omstillingstiltakene knytter seg til bl.a. til uttak av 2 vakante stillinger, reduserte utdelingskostnader LAR, reduserte gjestepasientutgifter TSB samt utsettelse av strategiske satsinger/risikoreduserende tiltak knyttet til ny klinisk struktur.

Klinikken vektlegger oppfølging av handlingsplanen for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger og oppfølging av rusteametablering ved Sentre for psykisk helse og rusbehandling (SPHR). Medikamentfritt behandlingstilbud har pasientinntak fra januar og er en viktig satsning. Hertil fokus på forbedrede pasientforløp mellom sykehusfunksjoner, SPHR, TSB og kommunale tjenester samt integrering av tilbudet innenfor psykisk helsevern og TSB. Klinikken vil arbeide videre med prioritering av de strategiske satsingene i ny klinisk struktur, bl.a. økt kapasitetsøkning sikkerhetspsykiatri, videreutvikling av ambulant virksomhet og brukermedvirkning, bedre oppfølging av somatisk helse mv. Det vil bli stimulert til utvikling av forskningsprosjekter med utgangspunkt i klinisk virksomhet og som del av pågående prosjekter. Idefasearbeidet for nye arealer i Tromsø vil ha avslutning i januar måned med videre oppfølging i 2017.

#### *Stabscenteret*

Stabscenterets prognose for 2016 er overskudd på 2,4 mill kr. Vakante stillinger og refusjoner ut over budsjett er årsaken til dette. Senterets innsparingskrav for 2017 er på 0,7 mill kr, som utgjør omstillingsutfordringen for 2017. Tiltakene som iverksettes for å møte innsparingskravet er reduksjon i avsatte midler til kompetanseheving. Risikoen ved dette er knyttet til at senteret ikke vil klare å forbedre arbeidsprosessene og gjennomføre nødvendig effektivisering for å møte økt aktivitet i foretaket uten å øke bemanningen.

Stabscenterets satsningsområder i 2017 vil være ferdigstillelse og implementering av strategisk utviklingsplan. Senteret skal legge til rette for god virksomhetsstyring og har et særskilt ansvar for å utvikle og forbedre budsjett- og virksomhetsplanprosessen. Videre bidra til effektiv dokumentflyt og gjenfinning, samt sikring av gode, strategiske prosesser for direktørens ledergruppe og foretakets styre. Videre skal senteret bidra til at vi ved planleggingen av store investeringsprosjekter forbereder og utvikler organisasjonen slik at vi utnytter mulige synergier når investeringene er gjennomført. Senteret skal legge til rette for rekruttering, ansettelse og utvikling av lederne i foretaket. Vi skal sikre nærværarbeid og ha kontinuerlig fokus på helse-, miljø- og sikkerhet. Intern kommunikasjon i foretaket om mål og strategier vil ha fortsatt fokus, og senteret skal bistå og veilede i interne kommunikasjonsprosesser.





## 6. Aktivitetsforutsetninger og plantall

### 6.1 Føringer i statsbudsjettet og fra Helse Nord RHF

Statsbudsjett for 2017 legger til rette for en aktivitetsvekst på 2,1 % på nasjonalt nivå. Planlagt aktivitetsvekst i foretakene skal innrettes mot områder med lange ventetider, fristbrudd og gjennomføring av fagplaner.

Krav om at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Dekningen innen TSB er lavere i Helse Nord enn landet for øvrig og Helse Nord vil derfor særlig øke veksten innenfor poliklinisk aktivitet i TSB.

Som i 2016 reduseres ISF-satsen og polikliniske refusjonstakster som følge av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. ISF-satsen prisjusteres 1,9 % til 42.879 kr. I tillegg har utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene underregulert, og takstene justeres kun med 0,6 %.

### 6.2 Plantall 2017

Plantallene er utarbeidet med utgangspunkt i gitte styringssignaler og estimerte effekter av planlagte endringer i driften. Plantallene for UNN er klinikkens plantall summert opp på foretaksnivå. Plantallene på foretaksnivå har dermed for første gang en direkte kobling til de klinkkvise planene som er av så god kvalitet at de kan brukes. Metodeutviklingen fortsetter i 2017 for å øke kvaliteten ytterligere.

Samdata for 2015 viser at forbruk av spesialisthelsetjenester pr 1000 innbyggere er omtrent på landsgjennomsnittet med unntak av tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For somatiske døgnopphold ligger vi nær landsgjennomsnittet, men fremdeles litt under.

Plantallene viser at det planlegges med vekst både innen somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og TSB. Størst vekst er det planlagt innen TSB.

Fra 2017 vil poliklinisk aktivitet innen psykisk helse og rus inkluderes i finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering (ISF). Formålet med endringen er å etablere et aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn i dag understøtter tjenesten. Omleggingen vil medføre store endringer i registreringspraksis.

Tabell 5 Plantall 2017<sup>1</sup>

Somatikk	Prognose 2016	Plantall 2017	Endring plan 2017 vs prognose 2016
Antall DRG, egen prod, egne pasienter dag/døgn og poliklinikk	63 330	65 540	3,5 %
Antall DRG, kjøp, egne pasienter dag/døgn og poliklinikk	2 709	2 757	1,8 %
Antall DRG, biologiske legemidler egen behandling og kjøp	2 424	4 040	66,7 %
Sum antall DRG poeng "sørge for"	68 463	72 335	5,7 %
Totalt antall opphold somatikk	79 882	82 266	3,0 %
Herav			
Utskrivelser heldøgn	43 773	44 924	2,6 %
Innlagte dagopphold	6 679	6 858	2,7 %
Polikliniske dagbehandlinger	29 430	30 484	3,6 %
Liggedager i perioden	171 595	171 580	0,0 %
Polikliniske konsultasjoner (totalt)	247 797	249 911	0,9 %
Herav ISF berettigede polikliniske konsultasjoner	218 182	220 145	0,9 %
Laboratorieanalyser	5 448 300	5 564 300	2,1 %
Røntgenundersøkelser	181 000	185 300	2,4 %
Fremmøte stråleterapi	15 982	16 226	1,5 %
Sum pasientkontakter	298 249	301 693	1,2 %
<b>Psykisk helsevern for voksne</b>	<b>Prognose 2016</b>	<b>Plantall 2017</b>	<b>Endring plan 2017 vs prognose 2016</b>
Utskrivelser heldøgn	3 100	3 150	1,6 %
Liggedager i perioden	42 400	42 400	0,0 %
Polikliniske konsultasjoner	61 500	64 400	4,7 %
Sum pasientkontakter	64 600	67 550	4,6 %
<b>Psykisk helsevern for barn og unge</b>	<b>Prognose 2016</b>	<b>Plantall 2017</b>	<b>Endring plan 2017 vs prognose 2016</b>
Utskrivelser heldøgn	156	281	80,1 %
Liggedager i perioden	2 544	2 610	2,6 %
Polikliniske konsultasjoner	25 295	25 295	0,0 %
Sum pasientkontakter	25 451	25 576	0,5 %
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>	<b>Prognose 2016</b>	<b>Plantall 2017</b>	<b>Endring plan 2017 vs prognose 2016</b>
Utskrivelser heldøgn	700	700	0,0 %
Liggedager i perioden	20 749	21 500	3,6 %
Polikliniske konsultasjoner	10 287	11 500	11,8 %
Sum pasientkontakter	10 987	12 200	11,0 %
SUM PASIENTKONTAKTER UNN	399 287	407 019	1,9 %

<sup>1</sup> Polikliniske konsultasjoner somatikk som ikke er ISF berettiget gjelder i hovedsak poliklinikk på laboratorier og røntgen og polikliniske konsultasjoner for inneliggende pasienter.



### DRG-poeng

Det planlegges med en økning i antall DRG-poeng i 2017 på omtrent 3 900 poeng (+5,7 %) sammenlignet med prognosen for 2016. Tabell 5 viser planlagte endring per klinikk. Antall DRG-poeng for biologiske legemidler øker med ca. 1 700 poeng som skyldes at legemidler flyttes fra basisrammen over til ISF-ordningen (32,8 mill kr).

**Tabell 6 Plantall 2017**

Klinikk	DRG-poeng			
	Plantall 2016	Prognose 2016	Plantall 2017	Endring
Akutt	1 489	1 450	1 489	39
K3K	17 582	18 024	19 325	1 301
HLK	10 620	10 740	10 979	239
MK	12 123	12 293	12 596	303
BUK	3 133	2 941	3 133	192
OPIN	400	400	400	0
NOR	18 668	18 618	18 693	75
Felles	4 455	3 997	5 720	1 722
SUM	68 470	68 463	72 335	3 871

\*Økningen på felles skyldes overføring av kreftlegemidler til ISF ordning (fra basisramme)

### DRG-indeks

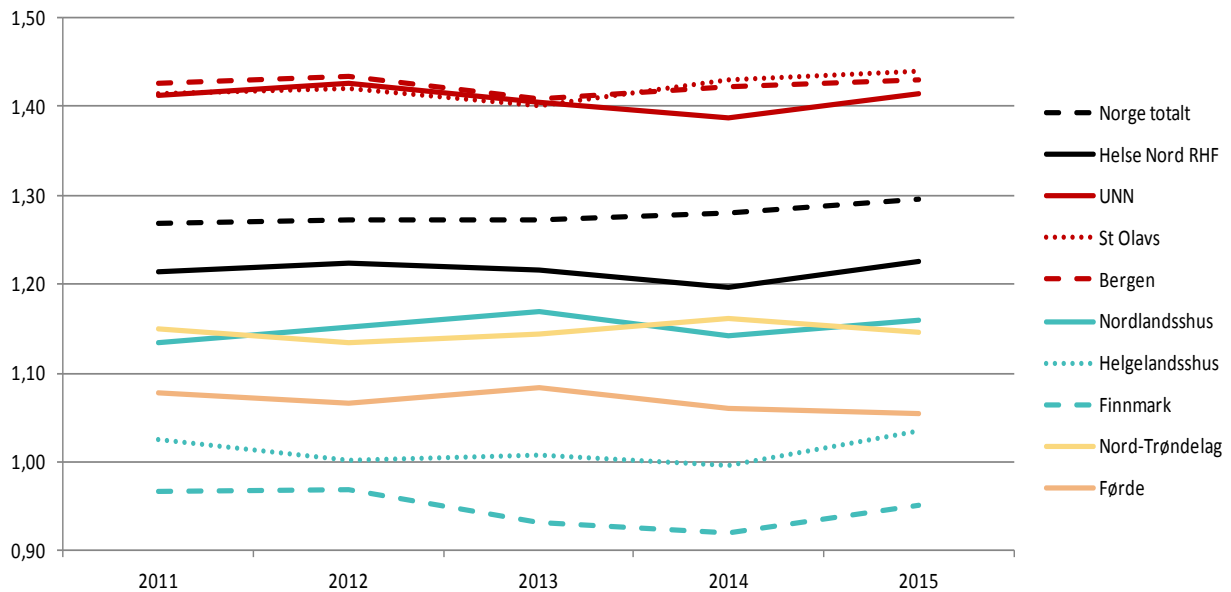
UNN har de siste to-tre årene iverksatt ulike tiltak for å øke fokuset på riktig koding for å motta vår rettmessige andel av ISF-inntektene. Det er etablert kodeforum for kodekontrollere i UNN som ledes av DRG-ansvarlig rådgiver i Stabsenteret. Fra og med 2015 ble ISF-inntektene lagt på klinikknivå for å øke incentivet for bedre kodekvalitet. Det ble samtidig ansatt kodekontrollere i alle klinikkene og en rekke kontrolltiltak på klinikktiltak ble iverksatt, i tillegg til eksisterende arbeid på området.

Utviklingen i DRG-indeks har vist en jevn forbedring for UNN fra og med 2014. Figur 1 viser at til tross for forbedringer har vi fremdeles lavere indeks enn både Helse Bergen og St. Olavs Hospital som er de foretakene vi er mest sammenlignbare med. UNN har i tillegg større andel regionspasienter i den totale DRG-produksjonen enn begge de to andre regionssykehusene og burde dermed hatt høyere indeks enn dem.

Dersom UNN, med samme antall døgnopphold som i dag, hadde en indeks tilsvarende St. Olavs Hospital ville inntektene vært 50-60 mill kr høyere.



Figur 1 Utvikling i DRG-indeks for døgnopphold



Kilde: Direktørmøte i Helse Nord, november 2016, Presentasjon Lars Rønningen, Helsedirektoratet.

#### Aktivitet somatisk virksomhet

I 2017 planlegges det med en økning i somatisk virksomhet. Planlagt økning for antall heldøgn er 1 150 (+2,6 %). I hovedsak er økningen innenfor plastikkirurgi, håndkirurgi, protesekirurgi og kreftbehandling. Antall liggedager planlegges på samme nivå som i 2016, og tilsvarer en reduksjon i planlagt liggetid fra 3,9 til 3,8 døgn (-2,5 %). Innlagte dagopphold planlegges økt med 180 opphold (2,7 %). For polikliniske dagbehandlinger (dagkirurgi) viser plantallene en økning på 1 050 inngrep (3,6 %). Den planlagte økningen er i K3K, HLK og NOR.

Totalt planlegges det med 2 100 flere polikliniske konsultasjoner (+0,9 %) sammenlignet med prognosen for 2016. K3K og NOR planlegger med økt poliklinisk aktivitet.

Antall laboratorieanalyser planlegges med en økning på 116 000 analyser (+2,1 %). Antall røntgenundersøkelser planlegges økt med 4 300 undersøkelser (+2,4 %).

#### Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Antall heldøgnopphold i psykisk helsevern for voksne planlegges på omtrent samme nivå som i 2016. Det jobbes aktivt med å vri behandlingstilbudet fra døgn til dag, men satsningen på medikamentfritt behandlingstilbud bidrar til økning i heldøgnsopphold slik at netto økning blir 1,6 %. Antall liggedøgn planlegges på samme nivå som i 2016. Polikliniske aktivitet planlegges økt med 4,7 % sammenlignet med prognose for 2016.

#### Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

I forhold til prognose for 2016 planlegges det med en økning i heldøgnsopphold (+80 %). Dette skyldes økt sengekapasitet. Antall liggedager planlegges økt med 2,6 %, mens poliklinisk aktivitet forventes på samme nivå som i 2016.



### Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Heldøgnsopphold er planlagt på samme nivå som i 2016. Liggedager forventes å øke med 3,6 % sett opp mot prognose for 2016. Poliklinisk aktivitet planlegges med en økning på ca. 1 200 konsultasjoner (+11,8%).

### Plantall månedsverk

Personellressurser utgjør en stor del av budsjettet, og gode plantall på månedsverk er viktig for å utøve god virksomhetsstyring. Alle klinikker og senter er gitt føringer om at alle bemanningsplaner skal planlegges realistisk og i tråd med planlagt aktivitet, og det skal tas høyde for forventet sykefravær, permisjoner og annet fravær. Det skal være sammenheng mellom bemanningsplanene og planlagte månedsverk, både faste og variable. I tillegg er planlagte månedsverk avstemt mot lønnsbudsjettet. Tabell 7 viser oversikt over faktiske månedsverk i 2016<sup>2</sup>, budsjetterte månedsverk i 2017 og endringer mellom budsjetterte og faktisk forbruk.

**Tabell 7 Planlagte månedsverk**

	Faktiske månedsverk 2016			Budsjetterte månedsverk 2017 (plan)			Endring budsjettert 2017 vs faktisk 2016		
	Faste	Variable	Totalt	Faste	Variable	Totalt	Faste	Variable	Totalt
10 - Akuttmedisinsk klinikk	395	124	519	429	82	511	34	-42	-8
11 - Longyearbyen sykehus	22	1	23	23	4	27	1	3	4
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	540	72	612	558	80	638	18	8	26
13 - Hjerter- lungeklinikken	307	45	352	307	56	363	0	11	11
15 - Medisinsk klinikk	479	97	576	514	77	591	35	-20	15
17 - Barne- og ungdomsklinikken	285	33	318	344	38	382	59	5	64
18 - Operasjons- og intensivklinikken	566	53	619	580	45	625	14	-8	6
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	668	102	770	655	119	774	-13	17	4
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	862	95	957	853	95	948	-9	0	-9
30 - Diagnostisk klinikk	515	66	581	540	51	590	25	-15	9
43 - Nasjonal senter for E-helseforskning	39	12	51	63	0	63	24	-12	12
45 - Drifts- og eiendomssenter	332	65	397	347	55	402	15	-10	5
48 - Kvalitets- og utviklingscenteret	156	19	175	170	3	173	14	-16	-2
52 - Stabscenter	163	10	173	170	1,2	171	7	-9	-2
62 - Fellesinntekter/-kostnader	92	7	99	92	7	99	0	0	0
71 - Byggeprosjekter	6	0	6	6	0	6	0	0	0
<b>SUM gjennomsnitt månedsverk</b>	<b>5427</b>	<b>802</b>	<b>6229</b>	<b>5651</b>	<b>713</b>	<b>6365</b>	<b>225</b>	<b>-89</b>	<b>136</b>

Tabellen viser at det til neste år er budsjettert med 136 flere månedsverk enn faktisk forbruk i 2016.

Størst økning vises for BUK som budsjetterer med 64 flere månedsverk. 49 av denne økningen gjelder flytting av barne- og ungdomspoliklinikkene fra PHRK, som har budsjettert med tilsvarende reduksjon. Øvrig økning skyldes vakante stillinger i 2016.

Psykisk helse- og rusklinikken har budsjettert med ni færre månedsverk enn forbruk inneværende år. Klinikken har overført 49 månedsverk til BUK som gjelder flytting av barne- og ungdomspoliklinikkene. Netto økning for 2017 er dermed 40 månedsverk. Opptrapping av medikamentfritt tilbud medfører en økning på 25 månedsverk i 2017. På grunn av problemer med rekruttering har det over flere år vært store avvik mellom budsjetterte månedsverk og reelt forbruk. Øvrig økning på 15 månedsverk gjelder rekruttering i ubesatte stillinger.

AK budsjetterer med en reduksjon på åtte månedsverk og gjelder innføring av nytt nødnett som har pågått i 2016 i tillegg til generell overtidsbruk i 2016.

<sup>2</sup> Reelle månedsverk per oktober og prognostiserte tall for november og desember. Alle tall er gjennomsnittsberegnet.



K3K har budsjettert med en økning på 26 månedsverk og gjelder overføring av plastikkirurgi fra NOR klinikken (16,5 månedsverk), økning i forbindelse med flytting av plastikkirurgi (to månedsverk finansiert av direktøren) og økte månedsverk i Kvinneklinikken, urologi- og endokrinisk seksjon og kreftavdeling (finansiert av økte ISF-inntekter).

HLK budsjetterer med en økning på 11 månedsverk, og gjelder lavere forbruk enn planlagt i 2016.

MK budsjetterer med 15 flere månedsverk enn forbruk i 2016 og gjelder styrking av virksomheten i Harstad (sju stillinger finansiert av direktøren i tillegg til interne omprioriteringer) og satsing på Mine behandlingsvalg (fire stillinger finansiert av Helse Nord RHF)

OpIn har budsjettert med seks flere stillinger. Dette gjelder økning av LIS leger, økt protesekirurgi i Harstad og Narvik og prosjektleder for operasjonsprosjekt i Tromsø.

NOR klinikken har budsjettert med en netto økning på fire månedsverk. Klinikken har overført 13 stillinger til K3K for flytting av plastikkirurgien, og har fått tilført fire stillinger for økning i håndkirurgiøkning (finansiert av direktøren). Øvrig økning i månedsverk gjelder økt variable månedsverk ved sykefravær.

DK budsjetterer med ni flere månedsverk. Fire stillinger er tilført til Forvaltningssettret for radiologi (finansiert av Helse Nord RHF), mens øvrig økning er interne omdisponeringer som er jevnt fordelt i klinikken.

NSE budsjetterer med økt aktivitet i 2017 som gir utslag i 12 flere månedsverk (eksternfinansiert).

DES planlegger med en økning på fem månedsverk i forhold til inneværende år. Dette skyldes vakante stillinger i 2016.

KVALUT og STAB budsjetterer med en nedgang på til sammen fire månedsverk.

#### *Den gylne regel*

Veksten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn i somatikk (den gylne regel). Dette måles for fire parametre; aktivitet, bemanning, regnskap og ventetid. Ventetid har vi ikke plantall for. Tabell 8 viser de planlagte endringene innen aktivitet, bemanning og regnskap.

Det er planlagt høyere vekst i aktivitet, bemanning og regnskap i psykisk helsevern (PHV) og TSB enn i somatikk. Dersom planene for 2017 realiseres vil den gylne regel være oppfylt i UNN.

**Tabell 8 «Den gylne regel» (regnskapstall i mill kr)**

	Somatikk			Psykisk helsevern og TSB		
	Prognose 2016	Plan 2017	Endring	Prognose 2016	Plan 2017	Endring
Aktivitet	298 249	301 693	1,2 %	101 038	105 326	4,2 %
Bemanning	3 397	3 463	1,9 %	1 070	1 117	4,4 %
Regnskap	3 637	3 743	2,9 %	978	1 054	7,8 %

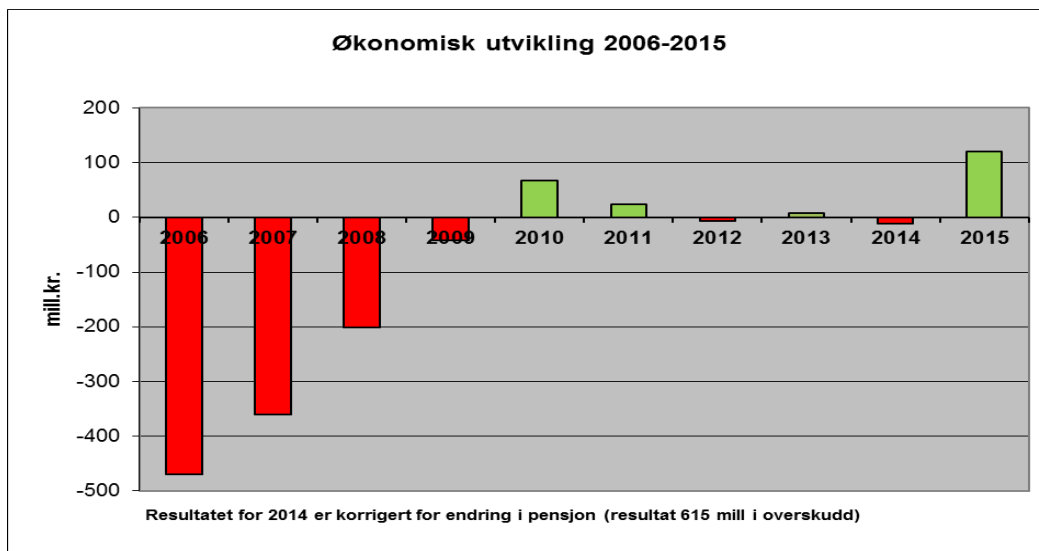


## 7. Omstillingsutfordring og tiltak 2017

### 7.1 Historikk

I 2006 hadde UNN et underskudd på nesten 500 mill kr. Underskuddet ble gradvis redusert de påfølgende tre årene, før UNN i 2010 realiserte et overskudd. I årene fra 2010-2015 har UNN hatt stabile regnskapsmessige resultater. Overskuddet i 2015 var en konsekvens av ekstraordinære ISF-inntekter fra året før, samt overskudd grunnet lavt lønnsoppgjør.

Figur 2 Økonomisk utvikling 2006-2015



I årene 2006 til og med 2009 gjorde UNN store økonomiske omstillinger for å nå styringskravet om økonomisk balanse. De senere årene har omstillingen fortsatt, men med bakgrunn i endrede eksterne forutsetninger, prioriteringer i UNNs virksomhet, satsing på IKT-investeringer i regionen og investeringer i utstyr med mer. Til sammen har UNN har omstilt for ca. 800 mill kr de siste seks årene.

Tabell 9 Omstillingsutfordring 2011-2017

Omstilling 2011-2017 (tall i mill kr)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Omstillingsutfordring	84	107	67	176	221	167	25

I tillegg til store økonomiske omstillingstiltak over flere år, har det pågått, og pågår fortsatt, mange store prosjekter i UNN som krever deltakelse fra fagpersoner i organisasjonen, samt behov for endringskapasitet fra alle ledelsesnivåer. Store ressurskrevende prosjekter som pågår og fortsetter i 2017 er blant annet:

- Implementering/innføring/utvikling IKT-systemer
- Organisasjonsutviklingsprosess A-fløya
- Etablering PET-senteret
- Omorganiseringsprosesser i Psykisk helse og rusklinikken og Kvalitets- og utviklingssenteret
- Implementering kreftpakkeforløp
- Krav om måloppnåelse i forhold til fristbrudd, ventetider og pasientsikkerhetsprogrammet
- Gjennomføring av vedtatte tiltak



Summen av alle pågående prosjekter og tiltak gjør at ledere ikke har kapasitet til å påbegynne ytterligere nye prosjekter, og har behov for å bruke nok tid på god planlegging for 2018. For 2017 foreslås det å utsette nye satsinger og prioriteringer slik at omstillingsutfordringen blir lavest mulig for å konsolidere virksomheten etter mange år med store omstillinger og prosjekter. Målsetting for 2017:

- Ferdigstille pågående prosjekter slik at prosjektbelastningen normaliseres.
- Starte tiltaksarbeidet for 2018 tidlig i 2017 for å sikre bedre kvalitet i tiltaksplanleggingen og med mulighet for å planlegge tiltak i et lengre perspektiv enn i dag.
- Ferdigstille detaljene i langtidsplanen.
- Skape tid og rom for kontinuerlig forbedringsarbeid.

### 5.2 Omstillingsutfordring 2017

Omstillingsutfordringen er et samlet resultat av inngangshastigheten til 2017, endrede inntektsforutsetninger og endrede interne og eksterne kostnadsforutsetninger. Prognosen for 2016 er +90 mill kr, 50 mill kr bedre enn styringskravet fra Helse Nord RHF og i tråd med internt overskuddskrav. Med dette utgangspunktet er omstillingsutfordringen for UNN i 2017 på 25 mill kr (tabell 10). Eventuelle underskudd i klinikkene/senter må håndteres av den enkelte klinikk/senter.

#### *Nye kreftmedikamenter*

I november 2016 godkjente Beslutningsforum bruk av immunterapi for lungepasienter. Beregnede kostnader for denne behandlingen i UNN i 2017 er på 24,0 mill kr. Finansiering av dette er foreløpig uklar, og følges opp av Helse Nord RHF. UNN forutsetter at tilbudet fullfinansieres og kostnadene er ikke med i omstillingsutfordringen for 2017. Eventuelle nye medikamenter som godkjennes tatt i bruk i 2017 er heller ikke med i UNNs omstillingsutfordring.





Tabell 10 Omstillingsutfordring 2017

OMSTILLINGSUTFORDRING 2017, tall i mill kr		2017
Inngangshastighet 2017	Minus = inntekter/ reduserte kostnader Pluss = økte kostnader	0,0
Engangskostnader Pingvinhotellet		-2,9
Idefaseutredning Åsgård		-0,5
<b>Sum korleksjon for engangseffekter</b>		<b>-3,4</b>
Inntektsmodell somatikk		-3,0
Inntektsmodell psykisk helsevern/innfasing oppdatert modell		-4,0
Inntektsmodell TSB		4,9
Tiltaksplan psykisk helse og rus		-5,0
<i>Medikamentfritt tilbud - tilført i 2016</i>		<i>11,0</i>
<i>Tiltaksplan psykisk helse og rus</i>		<i>-14,8</i>
<i>Fri realvekst psykisk helse og rus</i>		<i>-1,2</i>
<i>Inntektsmodell psykisk helsevern/innfasing oppdatert modell</i>		<i>-4,0</i>
Økte rammer/fri realvekst		-33,3
Effekter statsbudsjettet - Kvalitetsbasert finansiering		3,0
Effekter statsbudsjettet - Fritt behandlingsvalg		11,0
Effekter MVA ordning		-19,2
Effekter endring pensjon		-4,8
<b>Sum endrede eksterne inntektsforutsetninger</b>		<b>-50,4</b>
Økte IKT kostnader		22,8
Tiltaksplan psykisk helse og rus		9,0
Direktørens disposisjon		2,6
Økte kostnader		32,3
Prioriterte omfordelinger		27,9
Reduserte renteinntekter/avskrivningskostnader		-6,0
Økte kostnader regionale funksjoner		15,2
Redusert overskuddkrav		-25,0
<b>Sum endrede internt påførte økte utfordringer</b>		<b>78,8</b>
<b>Omstillingsutfordring UNN HF 2017</b>		<b>25,0</b>
<b>Underskudd klinikker/sentre</b>		<b>43,0</b>
<b>Sum tiltak</b>		<b>68,0</b>
<b>Uløst omstilling</b>		<b>0,0</b>

#### *Inngangshastighet*

Foreløpig prognose er +90 mill kr, i tråd med resultatkravet fra Helse Nord RHF og internt resultatmål.

#### *Engangskostnader i 2016*

I omstillingsutfordringen korrigeres det for engangskostnader som er påløpt i 2016. Engangskostnader for Pingvinhotellet og idefaseutredning Åsgård utgjør til sammen 3,4 mill kr.

#### *Inntektsmodell somatisk virksomhet*

Kriterieverdier og pasientstrømmer er oppdatert i modellen og gir UNN en økt inntekt på 3 mill kr.



#### *Oppdatering inntektsmodell psykisk helsevern / innfasing*

Inntektsmodellen for psykisk helsevern er oppdatert og det er besluttet en gradvis innfasing av effektene. Modellen oppdatert med kriterieverdier og pasientstrømmer. I tillegg har Helse Nord RHF økt beløpet som fordeles i modellen med 10 mill kr som delfinansiering av tiltaksplanen for psykisk helse og rus.

#### *Oppdatering inntektsmodell TSB*

Oppdatering av inntektsmodellen for TSB med kriterieverdier og pasientstrømmer medfører en reduksjon i basisrammen til UNN på 4,9 mill kr.

#### *Tiltaksplan psykisk helse og rus*

Til sammen prioriteres det 21,2 mill kr til UNN til styrking av psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som skal finansiere medikamentfritt tilbud (20 mill kr) og økt poliklinisk aktivitet (1,2 mill kr). Finansieringen er lagt slik:

- 4 mill kr i økte rammer fra innfasing av oppdatert inntektsmodell i psykisk helsevern og TSB
- 14,8 mill kr er øremerket i tiltaksplan psykisk helse og TSB (herav er 11 mill kr tildelt i 2016)
- 1,2 mill kr er andel av fri realvekst
- 1,2 mill kr er øremerket til styrking av poliklinisk aktivitet innen TSB.

#### *Økte rammer/fri realvekst*

UNN får økte rammer og fri realvekst på til sammen 33,3 mill kr i 2017. I dette beløpet ligger generell styrking (+6,0 mill kr), oppstartstøtte til PET-senter (+2 mill kr), utdanningsstillinger anestesi (+1,2 mill kr), fri realvekst (+30,7 mill kr), prisvekst kapitalkompensasjon (+7,5 mill kr), inndragning tilskudd NST (-6 mill kr) og effektiviseringskrav (-6,9 mill kr).

#### *Effekter statsbudsjettet – kvalitetsbasert finansiering*

UNNs rammer reduseres med 3 mill kr på grunn av lavere score for Helse Nord sammenlignet med de øvrige regionale helseforetakene for de indikatorene som inngår i kvalitetsbasert finansiering.

#### *Effekter statsbudsjettet – fritt behandlingsvalg*

Fritt behandlingsvalg utvides videre i 2017 innen somatisk tilbud og kostnadene må finansieres av helseforetakene. For UNN er dette kostnadsberegnet til 11 mill kr.

#### *Effekter merverdiavgiftsordning*

Det foreslås innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 1. januar 2017. Innføring av ordningen medfører omfordelingseffekter mellom helseforetakene hvor UNN og NLSH forventes å få større mva-refusjon enn reduksjonen i basisramme. Dette utgjør 19,2 mill kr for UNN.

#### *Pensjonskostnader*

Pensjonskostnadene reduseres og basisrammen til UNN reduseres med 244 mill kr. Dette er 4,8 mill kr lavere enn forventet reduksjon i pensjonskostnader.

#### *Økte IKT-kostnader*

Oppdatert oversikt fra Helse Nord IKT viser at IKT-kostnadene øker med 22,8 mill kr i 2017. Dette gjelder renter og avskrivninger av prosjekter, igangsatte prosjekter og driftskostnader.



### Direktørens disposisjon

Det settes av 2,6 mill kr til direktørens disposisjon.

### Økte kostnader

Økte kostnader for 2017 utgjør 32,3 mill kr og gjelder økte oppstartskostnader PET-senter (+2 mill kr), økte leiekostnader ambulansestasjoner med mer (+8,7 mill kr), overhengseffekt av budsjettreguleringer i 2016 (+9,6 mill kr) og etablering av intermediærenhet (+12 mill kr).

### Prioriterte omfordelinger

Det er omfordelt 27,9 mill kr til klinikker/sentre for budsjett 2017 (tabell 11)

**Tabell 11 Tildelt budsjett 2017**

Klinikk	Tildelt budsjett 2017	mill kr
DES	Pasientverter	3,0
DES	Smittevask pasientrom	1,5
BUK	Overføring BUPer	2,8
K3K	Kreftmedikamenter	6,0
MK	Kreftmedikamenter Hemotologen	3,0
MK	Kreftmedikamenter Harstad	1,0
MK	Omstillingsutfordring Harstad	5,6
HLK	Implantater karkirurgi	2,0
DK	Reduserte lab/røntgentakster	3,0
<b>Sum</b>		<b>27,9</b>

### Endring rente- og avskrivningskostnader

Samlet sett reduseres kostnadene med 6 mill kr for renter og avskrivninger.

Avskrivningskostnadene reduseres med 14 mill kr, mens reduserte renteinntekter på grunn av redusert likviditet utgjør -8 mill kr.

### Økte kostnader regionale funksjoner

UNN ba Helse Nord RHF om 16,4 mill kr til vedtatte nye regionale oppgaver våren 2016. Dette er ikke særskilt finansiert og må finansieres av fri realvekst.

### Redusert overskuddskrav

For å realisere strategien om lavest mulig omstillingsutfordring for 2017 foreslås det å redusere det interne overskuddskravet med 25,0 mill kr (fra 50 mill kr til 25 mill kr). Dette får konsekvenser for investeringsrammen for utstyr med mer i 2018 som reduseres tilsvarende.

### 7.2 Tiltak 2017

Omstillingsutfordringen for UNN er på 25 mill kr i 2017, i tillegg til omstillingsbehov i klinikkene/sentrene på grunn av underskudd i driften i 2016 tilsvarende 43 mill kr. Det er utviklet tiltak for hele omstillingsbehovet, tilsammen 68 mill kr. Tabell 12 viser oppsummert og gruppert tiltaksliste med en risikovektet fordeling.



Tabell 12 Tiltak 2017

Tiltak 2017 UNN (tall i 1000 kr)	1	2	3	4	5	Vektet beløp
ISF-økning pga. kodeforbedring	13 900	2 400	-	-	-	16 300
ISF-økning pga. økt aktivitet	5 300	2 700	2 300	-	-	10 300
Øvrig inntektøkning	4 400	2 300	-	-	-	6 700
Nedbemanning	1 700	400	-	-	-	2 100
Reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	10 100	400	200	-	-	10 700
Reduserte driftskostnader	11 700	10 200	-	-	-	21 900
<b>Sum tiltaksliste UNN 2017</b>	<b>47 100</b>	<b>18 400</b>	<b>2 500</b>	-	-	<b>68 000</b>

Tabellen viser avrundede tall

#### *Økte ISF-inntekter av kodeforbedring*

UNN jobber målrettet med å heve kodekvaliteten i foretaket for å få riktig medisinsk koding. Dette er et kvalitetsmål i tillegg til å gi UNN de inntekter vi har krav på. Det planlegges med økte inntekter på til sammen 16,3 mill kr gjennom kodeforbedring.

#### *Økte ISF-inntekter av økt aktivitet*

Det planlegges med økt aktivitet i flere klinikker som gir økte inntekter på 10,3 mill kr.

#### *Øvrig inntektsøkning*

Øvrige inntekter skal økes med 6,7 mill kr. I hovedsak er dette økte laboratorieinntekter, men også økte eiendomsinntekter gjennom økt utleiegrad for boliger til ansatte.

#### *Reduserte lønnskostnader*

Det planlegges med tiltak knyttet til nedbemanning eller reduserte lønnskostnader på til sammen 12,8 mill kr i 2017.

#### *Reduserte driftskostnader*

Reduserte driftskostnader utgjør 21,9 mill kr.

## 8. Budsjett 2017

Tabell 13 viser regnskapsresultat for 2015, justert budsjett 2016, prognose for 2016 og foreløpig budsjett for 2017. Siste kolonne viser endringer i budsjett 2016-2017.



Tabell 13 Driftsbudsjett UNN

	Regnskap 2015	Justert budsjett (JB) 2016	Prognose 2016	Vedtatt budsjett (VB) 2017	Endring VB 2017- JB 2016
<b>UNN HF, beløp i mill kr</b>					
Basisramme	4 874,5	4 850,8	4 850,8	4 653,2	-197,6
Kvalitetsbasert finansiering	35,9	31,4	31,4	27,7	-3,8
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	1 379,7	1 377,1	1 390,0	1 510,7	133,6
ISF kommunal medfinansiering	-1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
ISF av legemidler utenfor sykehus	47,0	61,0	55,0	85,0	24,0
Gjestepasientinntekter	36,5	33,5	34,0	36,2	2,7
Polikliniske inntekter (inkludert lab/røntgen)	209,2	216,3	216,3	167,5	-48,8
Utskrivningsklare pasienter	16,1	24,7	25,0	16,0	-8,7
Inntekter "raskere tilbake"	22,5	23,7	23,7	23,7	0,0
Andre øremerkede tilskudd	273,5	264,5	264,5	216,3	-48,2
Andre driftsinntekter	364,5	358,7	348,7	358,7	0,0
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>7 257,8</b>	<b>7 241,8</b>	<b>7 239,4</b>	<b>7 095,0</b>	<b>-146,8</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	222,4	166,1	181,0	180,0	13,9
Kjøp av private helsetjenester	69,7	79,6	75,4	75,2	-4,5
Varekostnader knyttet til aktivitet	737,4	784,2	800,0	667,4	-116,8
Innleid arbeidskraft	36,9	27,4	44,5	27,2	-0,1
Lønn til fast ansatte	3 440,6	3 686,0	3 564,5	3 767,8	81,8
Overtid og ekstrahjelp	273,5	217,9	266,8	237,5	19,6
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	983,8	743,3	743,3	719,0	-24,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-268,0	-267,5	-269,4	-274,5	-7,1
Annen lønnskostnad	308,6	329,1	333,4	326,6	-2,5
Avskrivninger	256,4	261,4	251,0	245,0	-16,4
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	1 090,4	1 194,3	1 180,9	1 098,9	-95,5
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 151,7</b>	<b>7 221,8</b>	<b>7 171,4</b>	<b>7 070,0</b>	<b>-151,8</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>106,2</b>	<b>20,0</b>	<b>68,0</b>	<b>25,0</b>	<b>5,0</b>
Finansinntekter	15,3	20,0	22,0	15,0	-5,0
Finanskostnader	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansresultat	14,6	20,0	22,0	15,0	-5,0
<b>Ordinært resultat</b>	<b>120,8</b>	<b>40,0</b>	<b>90,0</b>	<b>40,0</b>	<b>0,0</b>
<i>Inntekter fra poliklinikk for psykisk helsevern og TSB er flyttet til ISF</i>					

## 9. Investeringsplan

### 9.1 Vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF

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 det beste for pasientbehandlingen i et langsiktig perspektiv.

Helse Nord RHF's vedtatte investeringsplan for UNN viser at det planlegges investeringer for 3,6 mrd kr i løpet av perioden 2017-2024 (tabell 14). I 2017 er investeringsrammen 1,3 mrd kr.



Tabell 14 Vedtatt Investeringsplan fra RHF 2017-2024

Vedtatt Investeringsplan 2017-2024 fra RHF (beløp i mill kr)	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nytt Narvik sykehus	71	59	60	250	500	110		
A-fløy	638	0						
PET senter	418							
Kontoretasje PET-senter	60							
Tromsø undersøkelsen	5	5	5					
Utstyr med mer	135	175	150	150	200	200	200	200,0
<b>Sum vedtatt investeringsplan UNN</b>	<b>1327</b>	<b>239</b>	<b>215</b>	<b>400</b>	<b>700</b>	<b>310</b>	<b>200</b>	<b>200,0</b>

P50 ramme

#### *Nytt sykehus Narvik*

I vedtatt investeringsplan er det oppstart for nye Narvik sykehus i 2018. Investeringskostnader for ervervelse av eiendom, prosjektering og bygging av vei og tunnel fram til eiendommen er fremskyndet og er hensyntatt i investeringsrammene.

#### *A-fløya*

Investeringsrammen for A-fløya er på 638 mill kr i 2017. Prosjektet følger så langt oppsatt gjennomføringsplan.

#### *PET-senter*

Investeringsrammen for PET-senteret er på 418 mill kr i 2017. Rammene er overskredet med omtrent 170 mill kr i 2016, slik at disponibelt beløp i 2017 er ca. 250 mill kr.

#### *Medisinteknisk utstyr (MTU) med mer*

I vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF ligger det 135 mill kr til MTU med mer (100 mill kr til MTU med mer, 15 mill kr til ambulansestasjon og regionale funksjoner og 20 mill kr som en følge av resultatoppgjør i 2015). I tillegg til dette blir eventuelt overskudd i 2016 overført til økte investeringsrammer påfølgende år. I investeringsplan for UNN for MTU med mer (tabell 15) er det lagt til grunn økte investeringsrammer på 90 mill kr på bakgrunn av forventet overskudd i 2016.

Gavene fra Trond Mohn til PET- senteret reduserer finansieringsbehovet for senteret. Når gaven trekkes fra de prognostiserte kostnadene er det totale investeringsbeløpet 43,2 mill kr under p85 rammen for prosjektet. Det forutsettes at UNN kan disponere midlene til investeringer i 2017.

Den totale investeringsrammen for medisinteknisk utstyr med mer er 268,2 mill kr for 2017 (tabell 15).

Tabell 15 Investeringsrammer MTU med mer 2017-2024

Investeringer, tall i mill kr	Plan 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Investeringsramme vedtatt plan fra RHF	135,0	175,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0	200,0
Investeringsramme overskudd ihht styringskrav	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Investeringsramme internt overskudd	50,0	25,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Investeringsramme utover styringskrav	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gave fra Trond Mohn (opp til p-85 PET-senteret)	43,2							
<b>Sum investeringsramme MTU med mer</b>	<b>268,2</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>



### 9.2 Investeringsplan 2017 medisinteknisk utstyr med mer

Investeringsrammene for medisinteknisk utstyr med mer skal dekke medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger, ambulanser, egenkapital til KLP med mer. Tabell 16 viser forslag til investeringsplan for 2017 summert på disse hovedgruppene.

**Tabell 16 Investeringsplan MTU med mer 2017-2024, forbruk 2016.**

Investeringer , tall i mill kr	Plan 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
Medisinteknisk utstyr:	95,9	111,5	143,0	158,0	208,0	208,0	208,0	208,0
Teknisk utstyr:	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Diverse:	61,5	46,5	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ombygginger:	25,5	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Ambulanser	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Egenkapital KLP	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0
Overforbruk 2016 inkludert forpliktelser	53,3							
Utgående forpliktelser 2017	-20,0							
<b>Sum investeringsplan</b>	<b>268,2</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>
Investeringsramme vedtatt plan fra RHF	135,0	175,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0	200,0
Investeringsramme overskudd ihht styringskrav	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Investeringsramme internt overskudd	50,0	25,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Investeringsramme utover styringskrav	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gave fra Trond Mohn (opp til p-85 PET-senteret)	43,2							
<b>Sum investeringsramme MTU med mer</b>	<b>268,2</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>
<b>Sum investert</b>	<b>234,9</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>
<b>Avvik investeringsplan- ramme</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

I 2016 har vi investert for 203,2 mill kr i medisinteknisk utstyr med mer (inkludert forpliktelser og utstyr som er godkjent), dette er 53,2 mill kr mer enn årets investeringsramme.

Investeringsrammen for 2017 er på 268,2 mill kr, korrigeret for overforbruk i 2016 er disponibel ramme 234,9 mill kr.



Tabell 17 viser detaljert investeringsplan for 2017 for medisinteknisk utstyr med mer.

**Tabell 17 Rammer og plan for investeringer i utstyr med mer 2017-2024 spesifisert, forbruk 2016.**

Investeringer , tall i mill kr	Forbruk 2016*	Plan 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024
<b>Medisinteknisk utstyr:</b>	<b>151,7</b>	<b>95,9</b>	<b>111,5</b>	<b>143,0</b>	<b>158,0</b>	<b>208,0</b>	<b>208,0</b>	<b>208,0</b>	<b>208,0</b>
Utstyr ikke spesifisert (reanskaffelser)	79,4	71,7	51,3	143,0	158,0	208,0	208,0	208,0	208,0
Intensivsenge	0,0	3,2	3,2						
Utskiftning 27 anestesibord	0,0	0,0	22,0						
EKG apparat	0,0	3,7	0,0						
Cobas automasjonsløsning	0,0	5,8							
UHPLC/APGC-MS/MS	4,6	0,0							
Spect CT skanner	10,0	0,0							
Øvrig diagnostisk utstyr	11,2	0,0							
Strålemaskin	35,0	0,0	35,0						
MR (inkl. ombygginger)	11,5	11,5	0,0						
<b>Teknisk utstyr:</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>
Teknisk utstyr ikke spesifisert	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
<b>Diverse:</b>		<b>61,5</b>	<b>46,5</b>	<b>15,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
Ny ambulansestasjon Harstad		15,0	21,5						
IKT, nettverk og kabling		10,0	15,0	15,0					
Forplass PET-senter og A-fløya		20,0	0,0						
Vestibyleprosjekt		0,0	10,0						
Backup trykkluft		2,5							
Ventilasjon obduksjonsrom		6,0							
PET-senter - overskridelse P85 ramme		8,0							
<b>Ombygginger:</b>	<b>1,5</b>	<b>25,5</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>
Ombygginger påbegynt 2016	1,5	15,5							
Ombygginger - ikke spesifisert		10,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
<b>Ambulanser</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>
<b>Egenkapital KLP</b>	<b>26,0</b>	<b>28,0</b>	<b>28,0</b>	<b>28,0</b>	<b>28,0</b>	<b>28,0</b>	<b>28,0</b>	<b>28,0</b>	<b>28,0</b>
Overforbruk 2016 inkludert forpliktelser		53,3							
Utgående forpliktelser 2017		-20,0							
<b>Sum investeringsplan</b>	<b>203,2</b>	<b>268,2</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>
Investeringsramme vedtatt plan fra RHF		135,0	175,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0	200,0
Investeringsramme overskudd ihht styringskrav		40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Investeringsramme internt overskudd		50,0	25,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Investeringsramme utover styringskrav		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gave fra Trond Mohn (opp til p-85 PET-senteret)		43,2							
<b>Sum investeringsramme MTU med mer</b>	<b>150,0</b>	<b>268,2</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>
<b>Sum investert</b>	<b>203,2</b>	<b>234,9</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>240,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>	<b>290,0</b>
<b>Avvik investeringsplan- ramme</b>	<b>-53,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

Strålemaskin og nye anestesibord var opprinnelig planlagt investert i 2016 og 2017, men er utsatt til 2018. Det er planlagt med kabling og trådløst nett for 10 mill kr i 2017, som er et absolutt minimum i forhold til behovet. Forplass til PET-senter og A-fløy er planlagt utført i 2017, kostnadene er estimert til minimum 20 mill kr. Dette forutsetter enkle løsninger i prosjektet. Nye ombygginger er budsjettert svært nøkternt med 10 mill kr. Det er meldt inn investeringsbehov fra klinikkene på ca. 100 mill kr som ikke er spesifisert i planen. På grunn av stramme rammer til reanskaffelser og nytt utstyr må behovene vurderes og prioriteres fortløpende gjennom året. Ny robot er ikke lagt inn i planen, heller ingen investeringsbehov som følge av langtidspanen.

## 10. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

### 10.1 Bærekraftanalyse

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





Tabell 18 Bærekraftanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

Bærekraftanalyse UNN HF	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sum inntekter	7 115	7 122	7 135	7 123	7 119	7 094	7 069	7 044
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	6 829	6 959	7 006	7 041	7 079	7 085	7 065	7 107
Sum avskrivninger	245	256	266	279	291	314	365	352
Netto rentekostnader		28	26	23	23	23	41	43
Totalt kostnader	7 075	7 242	7 298	7 343	7 394	7 422	7 471	7 502
<b>Regnskapsmessige resultat (før tiltak)</b>	<b>40</b>	<b>-120</b>	<b>-164</b>	<b>-221</b>	<b>-275</b>	<b>-328</b>	<b>-403</b>	<b>-459</b>
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40	40
Internt overskuddskrav UNN	25	50	50	50	50	50	50	50
<b>Sum resultatkrav</b>	<b>65</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>90</b>
<b>Avvik fra resultatkrav (før tiltak)</b>	<b>-25</b>	<b>-210</b>	<b>-254</b>	<b>-311</b>	<b>-365</b>	<b>-418</b>	<b>-493</b>	<b>-549</b>
<b>Sum effekter tiltaksplan</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>
<b>Uløst omstilling etter tiltaksplan</b>	<b>0</b>	<b>-185</b>	<b>-229</b>	<b>-286</b>	<b>-340</b>	<b>-393</b>	<b>-468</b>	<b>-524</b>
<b>Årlig endring omstillingsutfordring</b>		<b>185</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>54</b>	<b>53</b>	<b>74</b>	<b>56</b>

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser at årlig omstillingsutfordring øker gradvis fra 185 mill kr i 2018 til 524 mill kr i 2024. Omstillingsutfordringen er basert på kjente føringer fra Helse Nord RHF og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er også tatt høyde for nye interne prioriteringer og satsninger på 50 mill kr årlig, samt årlig videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. I tillegg er det forutsatt at økonomisk effekt av tiltaksplanen er 25 mill kr for 2017 og at tiltakene har varig økonomisk effekt. Økonomiske konsekvenser i langtidsplan er ikke tatt med i bærekraftsanalysen.

Bærekraftanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- Vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF
- Investeringsramme P85 nye bygg<sup>3</sup>
- A-fløy er 50 % lånefinansiert
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus
- 70 % lånefinansiering PET-senter
- Det er beregnet 3 % rente på lån og 2,8 % på egen likviditet
- Analysen er gjennomført i 2016 kroner
- 26,4 år avskrivningstid på nye bygg

<sup>3</sup> Forskjellen på p50 og p85 sier noen om risikoen for overskridelser i prosjektet. Desto høyere verdi desto lavere risiko for overskridelser. P50 betyr at det er 50 % sannsynlighet for at prosjektet kan gjennomføres til en kostnad lavere enn budsjett og 50 % sannsynlighet for overskridelser. P85 betyr at det er 85 % sannsynlighet for at prosjektet kan gjennomføres til en kostnad lik eller lavere enn budsjett og 15 % sannsynlighet for at kostnadene vil overskride rammen.



### 10.2 Likviditetsanalyse

Oppdatert likviditetsanalyse viser en positiv likviditet i hele perioden 2017-2024 og det vil ikke være behov for å trekke av kassakredittrammen. I 2017 fullføres A-fløya og PET-senteret og investeringsbelastningen er stor, noe som medfører en likviditetsmessig svekkelse på omtrent 150 mill kr.

**Tabell 19 Likviditetsanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan**

Likviditetsberegning	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>								
Budjettert resultat	40	40	40	40	40	40	40	40
Prognostisert overskudd 2016 utover krav								
Eget overskuddskrav	25	50	50	50	50	50	50	50
Avskrivninger/nedskrivninger	245	256	266	279	291	314	365	352
Likviditetseffekt pensjon								
Diff pensjonskostnad/premie								
Andre endringer i omløpsmidler/kortsiktig gjeld som påvirker likviditet								
<b>Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>310</b>	<b>346</b>	<b>356</b>	<b>369</b>	<b>381</b>	<b>404</b>	<b>455</b>	<b>442</b>
<b>Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>								
Endringer i forhold til vedtatt investeringsplan	150							
Investeringer eget overskuddskrav	-90	-90	-90	-90	-90	-90	-90	-89
Investeringsbudsjett i investeringsplan iht fremdriftsplan	-1 374	-239	-215	-400	-700	-310	-200	-200
<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>-1 314</b>	<b>-329</b>	<b>-305</b>	<b>-490</b>	<b>-790</b>	<b>-400</b>	<b>-290</b>	<b>-289</b>
<b>Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>								
<b>Egenkapitaltilskudd 2015</b>								
Innbet ved opptak av lån A-fløy	457	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån PET senter	345	0	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	50	41	42	175	350	77	0	0
Avdrag lån	0	-46	-46	-46	-46	-46	-75	-75
<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>852</b>	<b>-4</b>	<b>-4</b>	<b>129</b>	<b>304</b>	<b>31</b>	<b>-75</b>	<b>-75</b>
<b>Netto endring i kontanter</b>	<b>-152</b>	<b>12</b>	<b>48</b>	<b>8</b>	<b>-105</b>	<b>35</b>	<b>90</b>	<b>78</b>
<b>IB 01.01</b>	<b>385</b>	<b>233</b>	<b>245</b>	<b>293</b>	<b>301</b>	<b>196</b>	<b>231</b>	<b>321</b>
<b>UB 31.12</b>	<b>233</b>	<b>245</b>	<b>293</b>	<b>301</b>	<b>196</b>	<b>231</b>	<b>321</b>	<b>399</b>
<b>Ramme for kassakreditt</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>

### 10.3 Langtidsplan

Arbeidet med langtidsplan fortsetter og styret inviteres til å vedta langtidsplan 2018-2021 i mars 2017.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
106/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2016
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

### Orienteringssaker

#### Innstilling til vedtak

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

#### *Skriftlige orienteringer*

1. Status for protesekirurgi ved UNN
2. Virksomhetsoverdragelse sykehusinnkjøp HF
3. Nytt EPJ-system ved UNN Longyearbyen sykehus – *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 23.*

#### *Muntlige orienteringer*

1. Pasienthistorie
2. Klinikkpresentasjon – Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
3. Status for utdanning av gruppen 1-leger ved Røntgenavdelingen
4. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan
5. Varsel om alvorlige hendelser ved UNN  
- *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.*

Tromsø, 2.12.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## Sak: Status for protesekirurgi ved UNN - oppfølgende orientering nr 2

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Fra: Klinikksjef Bjørn-Yngvar Nordvåg, NOR-klinikken

Møtedato: 14.12.2016

---

### Innledning

Styret ved UNN har bedt om en redegjørelse for status og iverksatte tiltak for å imøtekomme utfordringen med de lange ventetidene for protesekirurgi ved UNN. Det vises til rapport om saken den 30.03.2016 og oppfølging i ny rapport 16.6.2016. Dette er 2. oppfølging.

Det ble totalt for UNN operert 202 primære hofteproteser og 95 kneproteser i 2015. Ventetidene for protesekirurgi har vært økende i flere år, og var ved inngangen av 2016 om lag 50 uker i Tromsø og 40 uker i Harstad (etter poliklinisk vurdering). Pasientlekkasjen for protesekirurgi til andre RHF var 135 inngrep i 2015.

### Aktivitet i 2016

Ortopedisk avdeling, UNN planla for 2016 en økning med 140 proteseinngrep i hofter og 36 inngrep i knær. Det ble beregnet at dette ville svare til det reelle behov i befolkningen. For å klare dette, skulle «fast-track» systemet gjeninnføres ved alle tre sykehus, også for å effektivisere ressursbruken. "Fast-track" kvalitetssikrer pasientforløpene, med gjennomføring av forberedende «proteseskole», tre inngrep per operasjonsstuedag og kort liggetid (tre døgn). Protesekirurgi skulle gjeninnføres i Narvik.

Oppstart "Fast-track" var offisielt 2.5.2016 i Tromsø og Harstad. I Tromsø gikk dette etter planen. I Harstad var det nødvendig å få til en oppbemanning ved AnOp avdelingen (operasjon, anestesi, oppvåkning) for å få gjennomført 3 inngrep per uke. Det er også gjennomført en oppbemanning av fysioterapeut (0,5 stilling) og sykepleier (0,2 stilling). Overgang til 3 inngrep per dag skjedde per 1.11.2016. Dette frigjorde i praksis en operasjonsdag per uke.

Pasientforløpet kom i gang i Narvik 19.9.2016. Det viste seg nødvendig å investere i to nye turboautoklaver ved sterilsentralen i Narvik for å klare å gjennomføre operasjonene etter planen. Disse kom på plass i uke 40. Investeringskostnaden har vært om lag 1 mill NOK.

Situasjonen ved sengeposten medfører at man til nå kun har klart å operere to hofteproteser per uke. Målet er å øke dette tallet til tre (samme dag) så snart som praktisk mulig. Det har i tillegg vært operert halvproteser i kne. Disse krever kun ett liggedøgn, noe som muliggjør en tredobling av antall inngrep per uke. Ambulerende ortoped fra Tromsø har gjennomført slike operasjoner hver fjerde uke i Narvik, mens tre erfarne svenske vikarer har stått for hofteproteseinngrepene hver sine uker. Det er viktig for UNN at det er god kvalitet på de proteseinngrep som gjøres.

Ved samtlige lokalisasjoner har liggetidsreduksjonen til tre døgn (for de aller fleste pasienter) gått overraskende smertefritt.



Aktivitetsoøkningen krever nøye planlagt samarbeid mellom NOR-klinikken og flere andre klinikker, spesielt OPIN. I Narvik er det samarbeid med medisinsk klinikk, som har sengeposten, svært viktig. Skriftlige forløpsprosedyrer har vært under utvikling med tilpassing til de ulike lokalisasjoner. Dette arbeidet er nå ved å bli avsluttet, etter at man har fått noe tid til å erfare pasientflyt ved driften i Narvik. Det er pasientforløpskoordinator ved alle tre lokalisasjoner. I Narvik er slik person p.t under tilsetting.

#### Ulike protesetyper:

**Hofteproteser:** – Det benyttes proteser som festes med og uten sement. De sementfrie protesene er til nå funksjonsfordelt til Tromsø og er forbeholdt pasienter < 65 år. Pasienter > 65 år får hovedsakelig sementert protese (Harstad og Narvik).

**Kneproteser:** – Det settes inn tre typer kneproteser: Totalprotese med henholdsvis fast og roterende plattform. I tillegg settes det inn halvprotese, som er funksjonsfordelt til Tromsø.

**Revisjonsproteser:** – Funksjonsfordelt til Tromsø (regional funksjon).

#### Operasjonsvolum i 202016

Til tross for forsinket igangsetting av ”Fast-track” i Harstad og Narvik, har antall operasjoner 1. halvår 2016 blitt omtrent som planlagt. Det forventes full årseffekt av omleggingen fra 2017. Antall gjennomførte inngrep tom 13.11.2016 fremgår av tabell 1. Tallene viser at prognosen for det totale antall proteseoperasjoner er om lag 500 i 2016. I Tromsø blir økningen omlag 40%, mens den i Harstad blir omlag 60%.

**Tabell 1.** Antall gjennomførte proteseinngrep ved UNN tom uke 45 202016.

	Tromsø		Harstad		Narvik		Totalt	
	2015	202016	2015	202016	2015	202016	2015	202016
Hofteproteser	122	20163	64	56	2016	9	202	228
Kneproteser	40	43	47	89	0	0	87	132
Kne halvproteser	8	6	0	0	0	12	8	18
Revisjonsproteser	25	31	1	4	0	0	26	35
<b>Totalt</b>	<b>195</b>	<b>243</b>	<b>112</b>	<b>149</b>	<b>2016</b>	<b>21</b>	<b>323</b>	<b>413</b>

Kilde: DIPS – operasjonsdatabase excel 2014 - 2015

#### Ventelistesituasjonen

**Tabell 2** Maksimal ventetid for proteseinngrep i Tromsø, Harstad og Narvik pr 08.11.2016.

Ventetid	Tromsø			Harstad			Narvik
	08.03.2020 16	01.06.2020 16	08.11.2020 16	08.03.2020 16	01.06.2020 16	08.11.2020 16	08.11.2020 16
Hofteproteser	52 uker	39 uker	25 uker	36 uker	36 uker	6 uker	2 uker
Kneproteser	48 uker	52 uker	20 uker	44 uker	44 uker	10 uker	32 uker*

Kilde: DIPS – vis venteliste venteliste

\* Kun halvproteser

Noen få pasienter har til dels betydelig lengre ventetid for kneproteser (i Tromsø). Disse har som regel spesiell indikasjonsstilling og er ikke representative for gjennomsnittspasienten.



## Pasientstrømmen

I 2015 ble det utført proteseinngrep på totalt 136 pasienter fra UNNs ansvarsområde i andre regioner. Tom oktober 2016 er det tilsvarende tall 150. Av disse er det gjennomført 12 utskiftningsoperasjoner hvert år. Kostnaden for UNN per pasient som opereres i andre helseregioner er anslagsvis 100.000 kroner.

Tabell 3 Antall proteseinngrep utført i andre RHF, fra UNNs område.

	1.tertial 2015	2.tertial 2015	3.tertial 2015	1.tertial 202016	2.tertial 202016	T.o.m okt 202016
Innsetting av protese	29	26	69	73	35	30
Utskifting av protese	4	5	3	5	5	2

## Pasientrekruttering

Det har vist seg å være vanskeligere å rekruttere pasienter til operasjon i Narvik enn forventet. Dette skyldes dels at pasienter har skepsis til å bli operert der, dels at de tidligere har vært operert ved annet sykehus og derfor ønsker det samme sted igjen, eller at tidspunkt for operasjon allerede er avtalt i Tromsø. Det har derfor vært nødvendig å gjennomføre visse tiltak. Bl.a blir aktuelle pasienter identifisert i ventelisten og ringes for å informere om tilbudet i Narvik. For å informere befolkningen om dette tilbud, ble det også publisert en nyhetssak i avisa Fremover den 11.11.2016, og dagen etter utdrag av den samme i Nordlys. Det nyopprettede tilbud er også omtalt som nyhetssak i fastlegenytt. Se: [Hofteproteseoperasjoner i Narvik](#)

Som Tabell 2 viser, har ventetiden for proteseinngrep i Harstad gått drastisk ned ila året. Det betyr at pasienter nå blir rekruttert fra Tromsøområdet også til Harstad. Dette er i tråd med UNNs strategier, som tilsier at man skal utligne ventetider som er forskjellige der det er mulig, ved å gi tilbud om operasjon på tvers av lokalisasjoner. Egnede pasienter vil heretter bli innkalt til protesekirurgi i Harstad og Narvik uten hensyn til bosted. Det er planer om å starte med operasjon av sementfrie hofteproteser i Harstad, da ventelisten for slike pasienter er svært lang.

## Fremtiden

Ny fordeling av operasjonskapasitet i UNN Breivika har nylig konkludert med at det må flyttes operasjonsstuekapasitet for protesekirurgi til Narvik, tilsvarende en operasjonsstue per uke. Dette skal sikre ivaretagelse av kreftkirurgi og regionale oppgaver i Tromsø. Økt protesevirksomhet i Narvik vil utfordre kapasiteten i sengeposten. Dette må løses i samarbeid med medisinsk klinikk dersom endringen skal bli gjennomførbar. Beslutningen utfordrer tidligere praksis, og vil også øke pasientrekrutteringsproblemene, inntil befolkningen er fortrolig med å måtte reise til Narvik eller Harstad for å få gjort proteseinngrep. Kapasitetsøkningen i Harstad som følge av innført "Fast-track" kan benyttes til å øke antall proteseinngrep der. Også dette vil forutsette en økt kapasitet i sengeposten. NOR-klinikken vil utrede hva som vil være den mest optimal utnyttelse av kapasiteten totalt sett. En kapasitetsutvidelse vil redusere ventetiden for protesekirurgi ytterligere, og vil forhåpentlig ganske raskt også bidra til å snu pasientstrømmen ut av regionen.

## Vurdering / konklusjon

"Fast track" protesekirurgi er nå innført ved alle tre lokalisasjoner i UNN. Det har vært arbeidet systematisk med pasientforløpsutvikling ved alle tre sykehus. Ny fordeling av



operasjonskapasitet i UNN Breivika har nylig konkludert med at det må flyttes ut en operasjonsstuekapasitet for protesekirurgi til Narvik. Dette er utfordrende i forhold til sengekapasitet, noe som trenger å finne en løsning. Det er potensiale for å øke antall proteseinngrep i Harstad. Det må arbeides bevisst for å rekruttere pasienter dit hvor det er mulig å operere dem.

NOR-klinikkens vurdering er at det vil være mulig å få ventelistene under kontroll ila 2017, og ned til et akseptabelt nivå, på linje med andre HF. Dette vil bedre ivareta vår mulighet for å tilby pasienter i vårt nedslagsområde et adekvat tilbud ift protesekirurgi. Det forventes at pasientflukten mot sør vil avta betydelig. NOR-klinikken har som mål å klare oppgaven overfor befolkningen innenfor de rammer som finnes ved UNN.



**Sak:** Virksomhetsoverdragelse til Sykehusinnkjøp HF  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Direktøren  
**Møtedato:** 16.12.2016

---

## Bakgrunn

Årlig anskaffer spesialisthelsetjenesten varer og tjenester for omlag 40 mrd kr. Innkjøpsfunksjonen er organisert med både regionale og lokale enheter, og forholdsmessig liten grad av samordning mellom foretak og regioner. Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS) har siden 2003 hatt en nasjonal samordningsfunksjon for anskaffelser, uten at en har lyktes å oppfylle potensialet på området fullt ut.

Sykehusinnkjøp HF ble etablert 1. januar 2016, etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i foretaksmøte januar 2015. Foretaket skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov, og være helseforetakenes strategiske verktøy for å sikre nødvendig realisering av kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige gevinster på innkjøpsområdet. Foretaket skal ha et strategisk og operativt innkjøpsansvar innenfor alle innkjøpskategorier. Ved å samle alle innkjøpsressursene i et foretak og spesialisere aktivitetene i tråd med vedtatt kategoristyringsprinsipper, sikres helseforetakene tilgang til god innkjøpskompetanse uavhengig av anskaffelsens art. På sikt skal helseforetakene sikres tilgang til tilstrekkelig med ressurser til å kunne håndtere alle anskaffelser i tråd med gjeldende lover og regler.

I foretaksmøte 25. januar 2016, fikk Sykehusinnkjøp HF sitt oppdragsdokument fra eierne, dvs. de fire regionale helseforetakene. Første del av oppdraget slår fast at Sykehusinnkjøp HF skal etablere et prosjekt med to formål:

1. Forberede, klargjøre og virksomhetsoverdra relevante ressurser fra regionenes og helseforetakenes innkjøpsfunksjoner til Sykehusinnkjøp HF.
2. Forberede og klargjøre helseforetakene til å ta imot tjenester fra Sykehusinnkjøp HF fra tidspunkt for virksomhetsoverdragelse.

## Saksutredning

Arbeid med å etablere en nasjonal innkjøpsfunksjon og kommende overdragelse av ressurser har vært tema i direktørmøtene i Helse Nord i oktober 2014, mars og desember 2015, og februar og mai 2016. Helse Nord RHF har holdt informasjonsmøte for ledere og medarbeidere i innkjøpsseksjonen i juni 2016. I tillegg er det avholdt et informasjonsmøte i regi av Sykehusinnkjøp HF for alle foretakene i regionen i oktober 2016.

Arbeidet med å etablere og virksomhetsoverdra ressurser til Sykehusinnkjøp HF er organisert i nasjonalt prosjekt, regionale prosjekter og lokale prosjekter.

### 1. Nasjonalt prosjekt

Det nasjonale etableringsprosjektet ledes av Sykehusinnkjøp HF. Nasjonalt prosjektdirektiv ble vedtatt 2. mai 2016. Det nasjonale direktørmøtet behandlet saken 22. august 2016, og sluttet seg til vedtatt masterplan. Det nasjonale prosjektet skal sikre at prosessen blir så lik som mulig i alle regionene. Prosesskart for innkjøp og logistikk (figur 1) brukes til å kartlegge hvilke roller i prosessen hver enkelt medarbeider i foretakene har, og danner grunnlag for hvor mange stillinger som skal virksomhetsoverdras til Sykehusinnkjøp HF.





## **2. Regionalt prosjekt**

Hver region har opprettet et regionalt prosjekt, som koordineres nasjonalt, for å sikre så lik tilnærming til prosessene som mulig, at prosessene skjer i tråd med regelverket og at alle konklusjonene fattes på likt grunnlag. Det regionale prosjektet ledes av innkjøps sjef i RHF og består i tillegg av innkjøps sjefene i foretakene i regionen. Styringsgruppe for prosjektet ledes av Eierdirektør i Helse Nord RHF og består av økonomisjefene i foretakene.

### **Funksjonsfordeling**

Det forutsettes at Sykehusinnkjøp HF og de regionale helseforetakene er enige om ambisjonsnivå for hvilke oppgaver som skal virksomhetsoverdras. Retningslinjene er som følger:

1. Sykehusinnkjøp HF skal inneha strategisk og operativt innkjøpsansvar og kompetanse innenfor samtlige kategorier (referanse til innkjøpshåndboken).
2. Sykehusinnkjøp skal ta HF ansvaret for, eller bidra med den innkjøpstekniske- og faglige kompetanse innenfor alle anskaffelser, herunder minikonkurranser.
3. Sykehusinnkjøp HF skal ha ansvar for avtaleforvaltning av alle rammeavtaler etablert av Sykehusinnkjøp HF.
4. Sykehusinnkjøp HF skal som hovedregel ha oppfølgingsansvar for avtalene som etableres.

Følgende oppgaver omfattes ikke av virksomhetsoverdragelse:

1. Drift-, forvaltning- og vedlikeholdsoppgaver knyttet til innkjøps- og logistikksystem
2. Entrepriser, pasientreiser med drosje/turvogn og private helsetjenester
3. Forvaltning av allerede etablerte lokale avtaler, med mindre annet er bestemt.
4. Anskaffelser under protokollplikt kan beholdes i helseforetaket i første fase. Helse Nord RHF vil vurdere omfang og tidsperiode og eventuelt komme tilbake til dette i oppdragsdokument.

Regionale og lokale kontrakter om kjøp, utvikling og vedlikehold av administrative og kliniske IKT-systemer og IKT infrastruktur som er lagt til HN IKT, forvaltes av HN IKT innenfor daglig drift. Kontrakter med stor omdømmerisiko der Helse Nord RHF er kontraktspart håndheves av HN RHF, med mindre annet er avtalt. Detaljert beskrivelse av hvilke tjenester som skal leveres av Sykehusinnkjøp HF til hvert enkelt foretak vil fremgå av midlertidig samarbeidsavtale. Avgivende foretak skal gjennom samarbeidsavtalen ha trygghet for at personell som omfattes av virksomhetsoverdragelse, skal fortsette å jobbe med de samme oppgaver som før virksomhetsoverdragelse i fase 1 ("As Is"), herunder utføre ad-hoc kjøp i samme utstrekning som de overførte ressursene gjorde før overdragelsen.

### **Kartlegging**

UNN har utført kartleggingen i tråd med den nasjonale malen, besluttet funksjonsfordeling, og i samarbeid med hver enkelt ansatt i innkjøpsseksjonen. Kartleggingen viser at samtlige medarbeidere har flere roller i arbeidsprosessen. Rollene som skal overføres til Sykehusinnkjøp HF utgjør 360 % stilling. Kun hele stillinger skal virksomhetsoverdras, og innebærer at 4 stillinger overdras fra UNN. Kartleggingen i UNN omfatter 12 årsverk som er organisert i innkjøpsfunksjonen i foretaket. Oppgavene som ligger igjen i UNN etter virksomhetsoverdragelsen er bestilling av varer og tjenester inkludert lagerstyring av IKT utstyr, anskaffelser under protokollplikt, forvaltning og drift av innkjøps- og logistikk (Clockwork), implementere og tilrettelegge for at all bestilling skal gå gjennom Clockwork, implementering av avtaler og oppfølging av avtaleendringer.

Det må etableres mottaks- og bestillerfunksjoner i foretakene. Det regionale prosjektet har i oppdrag å utrede dette. UNN har allerede en mottaksfunksjon i dag for regionale og nasjonale avtaler, som videreføres og må utvides når "as-is" perioden er over. Bestillerfunksjonen må være klar når "as-is" perioden er over.



### Kriterier for virksomhetsoverdragelse

Den regionale styringsgruppa har besluttet at kun hele stillinger skal virksomhetsoverdras. Kriteriene for utvelgelse er de som har størst prosentandel i rollene som skal utføres av Sykehusinnkjøp HF.

### Ansattes rettigheter og plikter

Ved virksomhetsoverdragelse har de ansatte som får overdratt sine oppgaver, rett til å være med over til ny arbeidsgiver. Arbeidsforholdet videreføres og arbeidstakerne opprettholder rettigheter og plikter. De fleste som jobber med anskaffelser har flere roller og deltar i ulike aktiviteter. For mange vil status være at deler av aktivitetene skal overføres til Sykehusinnkjøp HF mens øvrige aktiviteter også i framtiden skal håndteres lokalt/regionalt. Eksempel på dette er implementering av intern inngåtte avtaler. Prosessen med overdragelse av oppgaver og ressurser vil skje i tråd med arbeidsmiljølovens §16. Eier har understreket at Sykehusinnkjøp HF skal ha en desentralisert struktur, og at ingen av ressursene som overføres behøver å flytte. Dette vil bidra til at nærhet til kjernevirksomheten opprettholdes.

### "As-is"-periode

Etter at alle ressurser er virksomhetsoverdratt vil Sykehusinnkjøp HF starte omstrukturering av selskapet for å nå målsetningene for innkjøpsområdet. Tiden etter virksomhetsoverdragelse vil være en "as-is" periode. Dette innebærer at samtlige ansatte, både de som er virksomhetsoverdratt til Sykehusinnkjøp HF og de som er igjen i foretakene skal utføre samme oppgaver som i dag. Den midlertidige «as-is»-perioden vil vare lenge nok til å sikre at risikoen for leveransesvikt reduseres til et minimum, signalene så langt at denne perioden vil vare minimum ut 2017.

### **3. Lokalt prosjekt**

Det er opprettet et lokalt prosjekt som har ansvar for virksomhetsoverdragelsen fra UNN. Prosjektet ledes av økonomisjefen og består i tillegg av innkjøpsjef, rådgiver fra personal og foretakstillitsvalgt. Prosjektet har utarbeidet en milepælsplan for alle planlagte lokale aktiviteter som skal sørge for at virksomhetsoverdragelsen skjer innen tidsfrist, ihht arbeidsmiljøloven og som ivaretar medvirkning. Prosjektet har utført risikovurdering i samarbeid med medarbeiderne i Innkjøpsseksjon med risikoreduserende tiltak.

## **Medvirkning**

Mandat for regionalt etableringsprosjekt er drøftet med konserntillitsvalgte og –verneombud 13. september 2016, med foretakstillitsvalgte- og verneombud i UNN 28. november 2016 og med foretakstillitsvalgte og med adm. direktør ved Sykehusinnkjøp HF 2. desember 2016.

## **Vurdering og konklusjon**

UNN vil oppfylle krav om virksomhetsoverdragelse innen oppgitt frist og etter de kriterier som er besluttet både i forhold til metode og funksjonsfordeling. Informasjon og formelle prosesser i forhold til enkeltmedarbeidere ivaretas lokalt. Totalt 4 stillinger virksomhetsoverdras fra UNN til Sykehusinnkjøp HF.

Vedlegg:

1. Drøftingsprotokoll fra møte 28. november 2016
2. Drøftingsprotokoll fra møte 2. desember 2016.

---

## PROTOKOLL

---

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende virksomhetsoverdragelse til Sykehusinnkjøp HF**  
Dato: 28.11.2016  
Tidspunkt: 11.00-11.30  
Sted: Møterom ØAA, D7

---

Fra arbeidsgiver

Grethe Andersen, økonomisjef  
Helge Vorren, innkjøpsjef

Fra arbeidstakerne

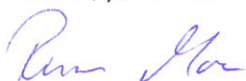
Rune Moe, Fagforbundet  
Elin Vorren, Parat  
Einar Rebni, foretaksverneombud

1. Tillitsvalgte og verneombud slutter seg til saken slik den foreligger.
2. Sykehusinnkjøp inviteres til møte med de ansatte som er virksomhetsoverdratt og ledelsen ved innkjøp for å informere om fysisk arbeidssted etter «as-is» perioden, praktiske forhold i ny arbeidshverdag.
3. Risikovurderingen som er utført av ansatte i Innkjøpsseksjonen forutsettes fulgt opp ~~følges opp~~ i linja.

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Rune Moe valgt til signering av protokollen. Grethe Andersen signerer fra arbeidsgiversiden.

Tromsø, ....2016



Rune Moe, Fagforbundet



Grethe Andersen, økonomisjef UNN HF

---

## PROTOKOLL

---

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende virksomhetsoverdragelse til Sykehusinnkjøp HF**  
Dato: 02.12.2016  
Tidspunkt: 09.00-09.30  
Sted: Møterom ØAA, D7

---

Fra arbeidsgiver

Grethe Andersen, økonomisjef UNN HF  
Helge Vorren, innkjøpsjef UNN HF  
Silje Lægreid, rådgiver Personal UNN HF  
Kjetil Istad, adm. direktør Sykehusinnkjøp HF

Fra arbeidstakerne

Rune Moe, Fagforbundet

Saksfremlegg med vedlegg *Risikovurdering* ble sendt ut på forhånd. Kjetil Istad informerte om prosess med å rekruttere enhetsleder. Økonomisjefen gjennomgikk kort risikovurderingen som er gjort av medarbeiderne på Innkjøpsseksjonen.

1. Kjetil Istad kommer til Tromsø 9. desember 2016 for å delta i et møte med Innkjøpsseksjonen vedrørende praktiske avklaringer og informasjon om lederrekrutteringen. (ref risikovurderingen)
2. Protokoll fra 28. 11 2016 opprettholdes.

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Rune Moe valgt til signering av protokollen. Kjetil Istad og Grethe Andersen signerer fra arbeidsgiversiden.

Tromsø, ....2016



Rune Moe, foretakstillitsvalgt Fagforbundet



Grethe Andersen, økonomisjef UNN HF

Kjetil Istad, adm direktør Sykehusinnkjøp HF



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
107/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Referatsaker

#### Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 14.11.2016
2. Svarbrev til Sivilombudsmannens forebyggingsenhet etter besøksrapport 28.11.2016
3. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 29.11.2016
4. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte 29.11.2016 (*ettersendes*)
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 29.11.2016
6. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 30.11.2016
7. Referat fra Brukerutvalget, datert 8.12.2016 (*ettersendes*)

Tromsø, 2.12.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## MØTEREFERAT

### Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

---

**Møtedato:** Mandag 14/11/16 kl 11-15.00

**Møtested:** UNN Bupa rom T-113

**Tilstede:** Medlemmer: Magnhild Hjelme (kst leder), Vilde Lenning, Vegar Adriansen, August Sæther, Regine Elvevold, Oda Kjærvik, Helene Westgaard via skype

**Koordinator/rådgiver:** Mariann Sundström, Martha Bergum, Elisabeth Warvik (referent)

**Forfall:** Eirik Walør Fagertun, Emil Karlsen

---

### Saksliste

**UR-24/16 Godkjenning av referat fra forrige møte**

Referat godkjent uten merknader.

**UR-25/16 Barns rett til medvirkning og medråderett etter pasient- og brukerrettighetsloven v/Trude Johannessen og Janne Hessen**

**Bakgrunn for saken:** Dette er en høring i forbindelse med endring i flere lover og enkelte forskrifter på helse- og omsorgsfeltet. De fleste endringene gjelder pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven. Et hovedtema er barns rett til medvirkning og medråderett. Jurist Trude Johannessen redegjorde grundig for temaet barns rett til medvirkning og samtykke osv. Ungdommene hadde selv flere eksempler på egne opplevelser. Fagrådgiver Janne Hessen redegjorde for et annet viktig tema; ivaretagning av barn som pårørende til søsken med alvorlig sykdom og som etterlatt ved død. Lovforslaget kan være litt uklart ved plutselig død til for eksempel foreldre. Ved sykdom som fører til døden er det litt tydeligere.

**Vedtak:** Det anbefales at Ungdomsrådet gir en selvstendig høringsuttalelse som oversendes Trude Johannessen innen fristen. Det er anbefalt noen punkter som det er ønskelig at Ungdomsrådet uttaler seg til.

**UR-26/16 Brukerundersøkelser v/Hans Petter Bergseth fra Kvalitets- og utviklingssenteret**

**Bakgrunn for saken:** Saken fortsetter i dag jfr møtet fra september sak 14/16. Det dreier seg om anonyme undersøkelser i alderen 12-23 år i utgangspunktet. Et moment er selve spørsmålene men formen på svaralternativer er også viktig. Utsendelsesmetode er også et diskusjonstema i forhold til papirskjema eller ulike elektroniske løsninger. Verktøyet som benyttes på UNN heter «Ping». Forslag på 15 spørsmål ble gjennomgått og handler om alder, møte behandler alene (2 spørsmål), dele informasjon med foresatte, modenhet og alder, informasjon om prøver og undersøkelser med mer, betydning av resultatet av prøver og undersøkelser med mer, samarbeid mellom fagfolkene/avdelingene på UNN, samarbeid mellom UNN og andre utenfor UNN, medbestemmelse om behandling, behandler forståelse av situasjonen, at behandlingen din er tilpasset situasjonen, fokus på prøver ol eller pasient, fritekstfelt mht å fortelle om mer, skår på tilbakemelding alt i alt.

**Vedtak:** Ungdomsrådet hadde mange gode innspill til gjennomgangen av forslaget til brukerundersøkelse. Å lage en god brukerundersøkelse krever flere runder med omformuleringer for å gjøre språket tydelig i både spørsmål og svaralternativer. Det er viktig å få mulighet til å svare vet ikke på spørsmålene.

**UR-27/16 Diverse informasjon: møter hvor Ungdomsrådet har vært representert, møter framover hvor rådet ønskes representert, informasjon om rekruttering og nyvalg, ungdomsrommet på Barne- og ungdomsavdelingen**

**Bakgrunn for saken:**

- Ungdomsrådet v/Magnhild og Mariann har vært på KS-konferansen hvor tema for innlegget var "Hvordan møte unge på de unges premisser".
- Det har vært møte i det regionale brukerutvalget hvor Martha og Elisabeth stilte for å si noe om organisering av og saker i Ungdomsrådet.
- Det er flere henvendelser om deltagelse framover blant annet i saken for framtidig plassering av bygningsmassen til psykiatrien - idefase psykiatri. Oda Kjærvik og Magnhild Hjelme vil gå inn i denne saken som representanter for Ungdomsrådet.
- Ungdomsrådet er forespurt om å stille med brukerrepresentant som skal se nærmere på et prosjekt v/lege Joseph Judeson om det er sammenheng mellom omega 3 og ADHD. Magnhild vurderer dette når saken er undersøkt litt nærmere.
- Det er mottatt forespørsel om å stille på en undervisningstime på videreutdanningen i sykepleie i mars, den 140317. Helene stiller på dette.
- Det er kommet forespørsel om å stille på ledersamlingen den 150317. Her er det ønskelig at flere fra Ungdomsrådet stiller, gjerne alle. Vi kan selv påvirke tema og innhold i de 35 minuttene som er satt av til Ungdomsrådet. Saken inkludert innleggets innhold planlegges på første møtet i januar.

- Det er kommet forespørsel om Ungdomsrådet kan være med å innrede et ungdomsrom i Barne- og ungdomsavdelingen. Rommet er for ungdommer som er innlagte eller pårørende. Vilde, Oda, August og Regine inngår i gruppa som jobber sammen med avdelingen om innredning av rommet.
- BUP ved seksjonsleder Lene Danielsen ønsker å diskutere skype som løsning i samtalebehandlingen. Magnhild, Oda og Regine meldes videre til Lene.

I administrasjonene jobbes det med å avklare om Ungdomsrådet skal være sidestilt med Brukerutvalget eller et underutvalg. Det er nyvalg i Ungdomsrådet på neste møte i januar. Før møtet ser det ut til at medlemmer som ønsker å være med må skrive kort om egen motivasjon for å være med videre. Det ser ut til å bli lik prosess med Brukerutvalget – at administrasjonen lager en innstilling på vervene i rådet, inkludert to mulig nye varaplasser. Nærmere informasjon vil komme.

**Vedtak:** Det ble orientert om punktene over og besluttet hvem som skal gå nærmere inn i de ulike sakene. Administrasjonen avklarer om styret til UNN skal involveres i beslutninger rundt nyvalg med mer.

#### **UR-28/16 Plakat, endelig godkjenning og distribusjon**

**Bakgrunn for saken:** Det har vært jobbet med plakat for Ungdomsrådet. Tilbakemeldingen nå er at bokstavene bør komme tydeligere fram. Dette gjelder både overskriften og teksten for øvrig.

**Vedtak:** Forslaget sendes tilbake til Kommunikasjonsavdelingen som vurderer om dette lar seg gjøre.

#### **UR-29/16 Eventuelt**

**Bakgrunn for saken:** Det undersøkes om en felles e-post til ungdomsrådet kan etableres hvor den enkeltes e-post inngår. Dette gjør det lettere å nå alle med samlet informasjon.

Eirik søker permisjon fra Ungdomsrådet inntil videre.

**Neste møte i Ungdomsrådet UNN er søndag 15.januar 2017**





Sivilombudsmannen  
 Postboks 3, Sentrum  
 0101 OSLO

Deres ref.:

 Vår ref.:  
 2016/1551-13

 Saksbehandler/dir.tff.:  
 Siren Hoven, 77 62 79 57

 Dato:  
 28.11.2016

### **Oppfølging av anbefalinger gitt til Psykisk helse- og rusklinikken i Sivilombudsmannens besøksrapport**

Det vises til oversendelsen av besøksrapporten (deres referanse 2016/817) datert 29.8.16 hvor Sivilombudsmannen ber om redegjørelse for oppfølging av anbefalinger innen 1.12.16.

Sivilombudsmannen gjennomførte varslet besøk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 26-28. april 2016 og den 10. august ble innholdet i den foreløpige besøksrapport gjort kjent. Sivilombudsmannen gir til sammen 32 anbefalinger på 7 ulike områder, hvorav to av disse er til kontrollkommisjonen. Anbefalingene har som målsetting å sikre at lovkrav samt kravene i FNs konvensjon etterleves. Om lag to tredjedeler av anbefalingene omhandler direkte eller indirekte lovmessige forhold, mens de resterende tar for seg fysiske forhold, aktivisering og institusjonskultur. Utover de konkrete anbefalingene foreligger det omtale av forhold i besøksrapporten som Psykisk Helse- og rusklinikken har valgt å følge opp internt.

Psykisk Helse- og rusklinikken har siden innholdet i den foreløpige rapporten ble kjent, gitt arbeidet med oppfølgingen av rapportens anbefalinger høy prioritet. Allerede få dager etter at innholdet i den foreløpige besøksrapporten ble kjent valgte konstituert klinikk sjef å nedsette en ressursgruppe som gikk i gang med tiltaksarbeidet. Gruppen ble bredt sammensatt med representanter fra egen klinikk, kvalitetsavdelingen og personal/HR og i løpet kort tid var forslag til handlingsplanen utarbeidet. Handlingsplanen ble vedtatt av klinikkledelsen og styret i UNN tok den til etterretning 5. oktober. Det har vært en omfattende prosess i tilknytning til arbeidet med handlingsplanen som har involvert ledere, ansatte, erfaringskonsulent, bruker/interesseorganisasjoner samt pasienter og pårørende. Det har vært lagt opp til stor grad av åpenhet omkring tiltaksarbeidet, med felles møte for alle ledere, samt åpent møte for pasienter og pårørende som del av dette arbeidet. Videre er flere drøftingsmøter og møter med tillitsvalgte og vernetjeneste blitt gjennomført som del av grunnlagsarbeidet for handlingsplanen. Rapport og arbeidet er også forelagt sykehusets Kvalitetsutvalg. Styret ved UNN har behandlet saken ved sine styremøter i høst og neste rapportering til styret er 8. februar 2017. Styret i Helse Nord RHF har også behandlet saken og ber om samme rapportering som UNN styret i tiden fremover.

Tiltaksarbeidet er omfattende i den forstand at det omfatter mange dimensjoner ved tilbudet: Fysiske forhold, aktivisering, forhold knyttet til bedre ivaretagelse av pasientrettigheter, bedre ivaretagelse av elementer i Lov om psykisk helsevern (vedtak, bruk av tvangsmidler og bruk av skjerming), institusjonskultur samt større vektlegging av opplevelses-/erfaringsperspektivet for

pasientene. Mange av de nevnte forhold henger sammen på flere områder og det er særlig grunn til å framheve at begrepet institusjonskultur på mange måter omfatter elementer av samtlige forhold.

**Handlingsplanen er organisert i forhold til følgende innsatsområder:**

- Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk
- Tiltak i forhold til lovgivning
- Tiltak i forhold til utfordring beskrevet som skillet mellom personale dag og natt
- Tiltak i forhold til Akuttpost nord
- Tiltak i forhold til ledelse
- Tiltak i forhold til pasienthendelser
- Institusjonskultur som grunnlag for pasientperspektiv
- Tiltak i forhold til fysiske forhold og aktivisering
- Indikator for monitorering av tvungent psykisk helsevern

Gjennom handlingsplanen knyttes konkrete tiltak til Sivilombudsmannens anbefalinger. Tiltakene har tilhørende ansvarsklargjøring og tidsfrister med angivelse av milepæler. I forhold til oppfølging av tiltak er det lagt til rette for en oversiktlig fremstilling av framdrift som vil være løpende oppdatert for rapportering. I handlingsplanen ligger både kortsiktige og langsiktige tiltak i henhold til de ulike områdene.

Som det fremkommer i handlingsplanen er anbefalingene fra Sivilombudsmannen gruppert i ulike innsatsområder, som totalt sett ivaretar alle foreslåtte områder i besøksrapporten. Samtidig har ledelsen ved Psykisk helse- og rusklinikken knyttet utviklingsarbeid også til områder der det ikke er gitt konkrete anbefalinger fra Sivilombudsmannen. Dette gjenfinnes i den foreliggende handlingsplanen. Evaluering og intern revisjon samt utvikling av måleparametere og bruker/tilfredshetsundersøkelser er også del av arbeidet.

Med vennlig hilsen

  
Tor Ingebrigtsen  
Administrerende direktør

  
Siren Hoven  
Kst. klinikksjef

Vedlegg:

- Handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens besøksrapport som lagt frem for styret i UNN HF 5.oktober 2016.
- Status handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens besøksrapport pr 22.11-16

## Handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger

### 1. *Anbefalinger i Sivilombudsmannens rapport*

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkte Psykiatrisk avdeling 26-28 april 2016. Etter besøket har Sivilombudsmannen gjennom sin besøksrapport gitt 32 anbefalinger. Av disse er det 2 som gjelder Kontrollkommisjonen. 14 av punktene angår i hovedsak de vedtaksansvarlige og praksis knyttet til lovgivning. Særlig fokusert er vedtakspraksis, klagerettigheter samt informasjon til pasienter og pårørende.

Det er gitt anbefalinger på følgende områder:

- A. *Fysiske forhold*
- B. *Aktivering av pasienter*
- C. *Pasientrettigheter*
- D. *Bruk av tvungent psykisk helsevern*
- E. *Bruk av tvangsmidler*
- F. *Bruk av skjerming*
- G. *Institusjonskultur*

#### **A     Fysiske forhold (punkt 1-2)**

1. Sykehuset bør sikre at de fysiske forholdene ved seksjon for akuttpsykiatri legger til rette for helsefremmende terapeutiske tiltak og forebygger umenneskelig behandling.
2. Alle pasienter bør umiddelbart sikres mulighet for lysavskjerming om natten.

#### **B     Aktivering av pasienter (punkt 3-5)**

3. Sykehuset bør forbedre mulighetene for meningsfulle aktiviteter for sine pasienter.
4. Sykehuset bør satse på forbedring av miljøterapeutiske tiltak i akuttpsykiatrisk seksjon.
5. Sykehuset bør sikre at pasienter ved klinikken får tilgang til daglig friluft og daglig fysisk aktivitet.

**C Pasientsikkerhet (punkt 6-12)**

6. Pasienter bør alltid få muntlig og skriftlig informasjon om tvangsvedtak samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet). Pasienten bør som hovedregel ikke måtte be om journalinnsyn eller selv logge seg inn i elektronisk journal for å motta informasjon om hvorfor et tvangsvedtak er fattet.
7. Vedtak og journalnotater bør inneholde konkret og detaljert informasjon om begrunnelsen for tvangsmiddelbruk og bør også inneholde informasjon om forsøk på bruk av lempelige midler
8. Kontrollkommisjonen bør spørre pasienten direkte om de ønsker å snakke med kommisjonen.
9. Seksjonene bør sikre at informasjonen om Kontrollkommisjonen, Fylkesmannen og Sivilombudsmannen alltid er synlig og lett tilgjengelig for pasienter.
10. Sykehuset bør sørge for å ha rutiner som sikrer at skade på pasienter alltid meldes internt og at meldeplikt overfor Helsedirektoratet og Helsetilsynet overholdes.
11. Sykehuset bør ha rutiner som sikrer at behandlingsansvarlig helsepersonell har ansvar for oppfølging av pasientskader.
12. Sykehuset bør sørge for at kontrollkommisjonen blir opplyst om avvik og pasientskader.

**D Bruk av tvungent psykisk helsevern (punkt 13)**

13. Sykehuset bør sørge for at det finnes rutiner som sikrer at det aldri fattes vedtak om tvunget psykisk helsevern uten at det er dokumentert at lovens hovedvilkår er oppfylt

**E Bruk av tvangsmidler (punkt 14 – 25)**

14. Sykehuset bør sørge for at det finnes rutiner som sikrer at det alltid fattes vedtak ved bruk av tvangsmidler.
15. Det bør sikres at alle som har vakt med ansvar for vedtak er klar over hvem som skal føre vedtak i journal.
16. Det bør sikres at vedtak om tvangsmiddelbruk opphører så snart faren for skade ikke lenger er til stede og at det aldri fattes vedtak om tvangsmiddelbruk på grunnlag av tidligere vurderinger.

17. Det bør sikres at det alltid fattes vedtak for kortvarig fastholding.
18. Bruk av tvangsmidler etter pasientenes ønsker bør ikke finne sted med mindre lovens vilkår er oppfylt.
19. Tvangsmidler skal brukes på en så skånsom og respektfull måte som mulig.
20. Klinikken bør sørge for opplæring og regelmessig trening på utførelse av bruk av tvangsmidler. Opplæringen bør også inkludere forståelse av hvordan pasienten kan oppleve tvang.
21. Nærmeste pårørende bør informeres umiddelbart om bruk av tvangsmidler, med mindre pasienten motsetter seg dette. Sykehuset bør sørge for at det utvikles rutiner for dette som følges på samtlige enheter.
22. Pasienten bør få tilbud om ettersamtale i forbindelse med tvangshendelsen.
23. Sykehuset bør forbedre dokumentasjonen i tvangsprotokollene slik at det alltid omfatter pasientens navn og fødselsnummer, klokkeslett for begynnelse og slutt av tvangstiltak, begrunnelse for tvangsvedtak, navn på både vakthavende lege og den som er faglig ansvarlig for tvangsvedtak og registrering av skader på pasient eller ansatte.
24. Pasienter bør ha anledning til å vedlegge kommentarer til tvangsprotokollen, og de bør ha rett til innsyn i tvangsprotokollen som gjelder deres hendelse.
25. Kontrollkommisjonen bør sikre at den ikke signerer mangelfulle tvangsprotokoller.

**F      Skjerming (punkt 26-30)**

26. Det bør sikres at vedtak om skjerming er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger av vedtaksansvarlig.
27. Sykehuset bør legge til rette for at også pasienter som er skjermet jevnlig kan komme ut i friluft.
28. Belteseng bør ikke plasseres i skjermingsenheten.
29. Det bør sikres at skjerming ikke medfører isolasjon og at skjermingspasienter ikke holdes adskilt fra personellet som deltar i gjennomføring av skjerming. Pasienten bør derfor ikke være alene i skjermingsenheten mens ansatte oppholder seg i korridoren på den andre siden av en lukket dør.

30. Dersom pasientens helsetilstand er slik at vedkommende ikke kan motta vedtaket i det øyeblikket vedtaket fattes, bør pasienten informeres igjen når vedkommende er bedre i stand til å motta og forstå informasjon.

**G     Institusjonskultur (punkt 31 og 32)**

31. Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akuttpsykiatrisk seksjon. Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes for å sikre dette ved akuttpost Nord.

32. Sykehuset bør sørge for enhetlige rutiner for ivaretagelse av ansatte etter alvorlige hendelser.

## **2. Planens oppbygning**

Handlingsplanen er organisert i forhold til følgende områder:

- Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk
- Tiltak i forhold til lovgivning
- Tiltak i forhold til identifisert utfordring beskrevet som skillet mellom personale dag og natt
- Tiltak i forhold til Akuttpost nord
- Tiltak i forhold til ledelse
- Tiltak i forhold til pasienthendelser
- Institusjonskultur som grunnlag for pasientperspektiv
- Tiltak i forhold til fysiske forhold og aktivisering
- Indikatorer for monitorering av tvungent psykisk helsevern


## **3. Handlingsplan**

Gjennom planen knyttes konkrete tiltak til Sivilombudsmannens anbefalinger.

Tiltakene har tilhørende ansvarsklargjøring og tidsfrister med angivelse av milepæler. I forhold til oppfølging av tiltak legges det til rette for en oversiktlig fremstilling av framdrift som vil være løpende oppdatert for rapportering.

**3.1 Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk**

Anbefalinger: 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24 og 28

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrister	Status
1. Arbeid omkring det som skjer i situasjonene hvor det blir brukt tvangsmidler.	1. Etablere arbeidsgruppe som skal se på det som skjer i og rundt hendelsene hvor det blir brukt tvangsmidler. Herunder vurdere alternativer til tvang og bruk av lempelige midler.	Fagutviklings-enhet rus og psykiatri (FUE)	1.11.16 - 1.4.17	1. Ikke igangsatt
2. Systematisk opplæring i forståelse og mestring av aggresjon.	2. Etablere FMA ressursgruppe bestående av bl.a. representanter fra sikkerhet og akuttpsykiatri. Opplæringen skal skje med hjelp av interne og eksterne ressurser. Få på plass instruktøropplæring.	FUE	1.11.16 - 1.11.17	2. Forespørsel om oppnevning av deltakere til ressursgruppe sendt 21.9-16.
3. Bestemmelser i Psykisk helsevernloven tematiseres til de vedtaksansvarlige på deres møter høsten 2016.	3. Gjennomgått på møte 20.9.16. Følges videre opp på vedtaksansvarlig møtene høsten 16. Lage instruks i forhold til dette.	FUE	1.12.16	3. Påbegynt. Etter møtene må behov for skriftlig instruks vurderes.  Referat fra møte om FMA 070916.docx
4. Systematisk opplæring av miljøpersonalet i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven.	4. Internundervisning gjennomføres ved alle enheter i akuttpsykiatrisk seksjon.	FUE	1.1.17	4. Påbegynt. Er gjennomført to runder på akuttpost Nord pr 20.9.16.



<p>5. Systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</p>	<p>5. Etablering av arbeidsgruppe som får på plass systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</p> <p>Gjennomføre internkontroll/ revisjon i forhold til dette.</p> <p>Ettersamtale bør være eget notat i DIPS og ikke frase for at etterprøvbareheten skal være best mulig.</p>	<p>FUE</p>	<p>1.11.16 - 1.10.17</p>	<p>5. Ikke igangsatt.</p> <p>Helse Bergen har laget ulike dokumenter som beskriver innholdet i ettersamtale. Vurdere å ta disse i bruk eller justere dem.</p> <p>Dette tas med journalgruppa. Læringsnettverket kobles på.</p> <p>Viktig at de som allerede er i gang med ettersamtale fortsetter med dette uavhengig av denne prosessen.</p>
---	--	------------	--------------------------	---

## 3.2 Tiltak i forhold til lovgivning

Anbefalinger: 13, 15, 26, 27, 29 og 30

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjelder presiseringer omkring lovgiving som ikke omhandler bruk av tvangsmidler.	Alle punkter i forhold til lovgiving tas opp på felles vedtaksansvarlig møtene høsten 2016.	FUE	1.12.16	Påbegynt. Er begynt gjennomgått som planlagt på vedtaksansvarligmøte 20.9.16. Følges videre opp på neste vedtaksansvarlig møtene.
	Vedtaksansvarligmøtet skal se nærmere på punktene som omhandler forholdet mellom isolasjon og skjerming samt kortvarig fastholding. Utarbeide prosedyre ved behov.	FUE	1.12.16	
	Vurdere behovet for egen instruks med presiseringer av lovverket.	Klinikksjef	1.12.16	
	Seminar med professor Aslak Syse rundt bestillinger i forhold til aktuelle juridiske problemstillinger	Klinikksjef	09.03.17	Dato for seminar avtalt.

### 3.3 Tiltak i forhold til identifisert utfordring beskrevet som skillet mellom personale på personale dag og natt

Anbefalinger: 31 og 32.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Redusere skillet mellom personale dag-natt som påpekt (rapportens s. 37). Oppfølging av konkrete forslag.	Etablering av arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, vernetjeneste og ledelse med mandat å foreslå konkrete forslag m.h.t. endringer i skillet mellom personalet på dag og natt.  Drøftingsmøte med tillitsvalgte planlagt medio oktober.	Avdelingsleder Psykiatrisk avdeling med bistand fra Personal og organisasjon	1.11.16	Påbegynt. 3 møter er gjennomført og ytterligere 1 møte er planlagt.  Iverksettelse i.h.t. gjeldende regelverk og avtaler i UNN.

**3.4 Tiltak i forhold til Akuttpost nord**

Anbefaling: 2,3,4,5, 28 og 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.</p> <p>Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes ved akuttpost Nord (anbefaling 31)</p>	Vurdere om de generelle tiltakene i handlingsplanen er tilfredsstillende også for Akuttpost nord	Klinikkisjef	1.1.17	Fortløpende vurdering.
	Nedsette arbeidsgruppe på Akuttpost nord som vurderer behov for interne tiltak	FUE/Avd.leder Psyk. avdeling	15.11.16	
	Arrangere postseminar for Akuttpost nord 1. halvår 2017 som tar utgangspunkt i besøksrapport, handlingsplan, føringer om utvikling og arbeidsgruppens anbefalinger.	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/ seksjonsleder	1.6.17	
	Terma kurs for Akuttpost nord 11-15.12. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon og de andre akuttpostene får to plasser hver på kurset. Kurset evalueres via questback samt dialog med deltagerne.	FUE	1.1.17	Avtale med Terma programmet om gjennomføring av kurs er inngått.
	Systematisk bruk av etisk refleksjon rundt egen virksomhet igangsettes.	FUE/Avd. leder	1.11.16	
	Systematisk undervisning i Psykisk helsevernloven sett i lys av Sivilombudsmannens rapport.	FUE	1.11.16	Påbegynt. To runder med undervisning om Psykisk helsevernloven sett i lys av Sivilombudsmannens rapport er gjennomført pr 15.9.16.
	Systematisk undervisning i helsepersonell loven og pasient- og brukerrettighetsloven.	FUE	1.3.17	



## 3.5 Tiltak i forhold til ledelse

Anbefalinger: 31 og 32

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Lederoppgavene sett i lys av de foreliggende oppgaver og utfordringer er gitt, og vil også fremover bli gitt særskilt oppmerksomhet.	Samtaler med aktuelle ledere i akuttpsykiatrisk seksjon. Viktige tema vil være behov for lederstøtte, kompetanseheving samt motivasjon for- og oppfølging av de prioriterte utfordringene	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/Personal og organisasjon	1.11.16	Igangsett. Første samtaler er gjennomført. Det er behov for noen oppfølgingssamtaler.
Det prioriterte endringsarbeidet må gjenspeiles hos ledere på alle nivå	Personal- og organisasjon lager questback undersøkelse som sendes til alle ledere i klinikken vedrørende hva slags utdanning og kurs de har i forhold til ledelse/hvilke kurs de har behov for.	Personal og organisasjon	Questback innen 1.11.16	Personal og organisasjon har tatt oppgaven.
	På bakgrunn av dette arbeidet skal det tilbys kurs på de områder hvor det er behov.	Kliniksjeff/Personal og organisasjon	Kurstilbud gis innen 1.10.17	

## 3.6 Tiltak i forhold til pasienthendelser

Anbefalinger: 10, 11 og 12

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Utarbeide delplaner i forhold til pasienthendelser. To områder er avgrenset for spesiell oppfølging:				Referat fra møte 19.9.16  Møteoppsummering alvorlige hendelse
1. Melding av pasienthendelser	Systematisk opplæring i bruk av Docmap. Superbrukere må også benyttes her.	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.12.16	Forslag til delplan er utarbeidet.  Forslag til handlingsplan uhel
2. Lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser.	Utarbeide forslag til delplan for lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser.	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.10.16	
Dialog med tilsynsmyndighet, kontrollkommisjon og Pasient- og brukerombud.	Dialog med kontrollkommisjonen om hvordan rapporteringen om avvik og pasientskader skal foregå.	Klinikksjef	1.11.16	Dialog innledet.
	Dialog med Fylkesmannen om at årlig samarbeidsmøte skal ha besøksrapporten som tema	Klinikksjef	1.11.16	
	Dialog med Pasient- og brukerombudet om samarbeidsmøte med besøksrapporten som tema	Klinikksjef	1.11.16	

### 3.7 Institusjonskultur som grunnlag for ivaretagelse av pasientperspektivet

Anbefaling: 9, 21, 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Sørge for at informasjonsmaterieell med klageinformasjon utdeles rutinemessig som forutsetning for å oppfylle pasientrettigheter og ivareta rettssikkerheten.	Sørge for at slik informasjon alltid forefinnes. Biblioteket sørger for å bestille og lagre slike brosjyrer mm.  Informasjon om klagerett og tilhørende skjema lagt ut på UNNs internett.	FUE	1.10.16	Informasjonsmøte for brukere og pårørende og organisasjoner 19.9-16. Skriv med klageinformasjon og plakater til oppslag er utarbeidet og distribuert.  Gjennomført
Gjennomgang av samarbeidet med bruker/ interesseorganisasjonene og Bikuben.	Vurdere å etablere faste dialogmøter med bruker/interesseorganisasjoner, pårørende og brukere.	Klinikkssjef	1.1.17	
Vurdere videre behov for erfaringskonsulenter.	Opprette 50% stilling som erfaringskonsulent ved psykiatrisk avdeling. Vurdere videre tilførsel.	Klinikkssjef	1.12.16	Påbegynt
Vurdere gjennomføring av systematisk innhenting av brukererfaringer.	Systematiske tilfredshets/brukerundersøkelser.	FUE		Løsninger og teknologi må avklares.
Systematisk bruk av etisk refleksjon.	Arbeid pågår i samarbeid med senter for medisinsk etikk, UIO	Seksjonsledere/FUE	15.09.16	Påbegynt
Sikre delaktighet i egen behandling	Pasienter skal tas aktivt med i behandlingsplanlegging og utforming av behandlingsplan.	Klinikkssjef		Avklare rammer og forutsetninger.

### 3.8 Tiltak i forhold til fysiske forhold og aktivisering


Anbefalinger: 1, 3, 4 og 5

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjennomgang av bygg 1 og 2 som må skje i tett samarbeid med aktuelle enheter i byggene.	Oppfølging av konkrete forslag til bygningsmessige tiltak.	Drift- og eiendoms-senteret (DES)/ klinikk-sjef	1.12.16	Dialog mellom direktør, klinikk-sjef og DES i saken. Saken gitt høy prioritet.
Pasientens behandlingsplan skal inneholde informasjon om aktiviteter.	Nedsette arbeidsgruppe som ser på videreutvikling av aktivitetstilbudet.	Klinikk-sjef/Kulturavd.	1.12.17	
Aktivitet må sees som en del av og grunnlag for det terapeutiske arbeidet.	Videreutvikle undervisningstilbudet i miljøterapi.	FUE	1.6.17	
	Forskningsprosjekt om implementering av psykose veilederen gir implementeringsstøtte i f.h.t. fysisk helse/aktivitet.	Forskningsprosjekt	Prosjektperiode 2016-18	Påbegynt



### 3.9 Indikatorer for monitorering av tvungent psykisk helsevern

Dette er bestilling fra styret.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Det foreslås å bruke § 4-8a Vedtak om bruk av mekanisk tvang som indikator. Det vil si å følge antall § 4-8a vedtak måned for måned.	Se notat med vedrørende mulige indikatorer for tvang i psykisk helsevern.	Klinikksjef	1.12.16	 Til pkt 4 UNN tvang.docx Notat om indikatorer.
Evalueres etter 6 måneder, med eventuell endring av indikatorvalg ved behov  Utvikle indikatorsystemet til internt bruk	Videreutvikle LIS til å kunne benyttes til tettere monitorering av tvungent psykisk helsevern, eventuelt utvikle eget internt målekort	Klinikksjef	1.12.16	

## Status for handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger

### 3.1 Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk (Innsatsområde 1)

Anbefalinger: 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24 og 28

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrister	Status
1. Arbeid omkring det som skjer i situasjonene hvor det blir brukt tvangsmidler.	1. Etablere arbeidsgruppe som skal se på det som skjer i og rundt hendelsene hvor det blir brukt tvangsmidler. Herunder vurdere alternativer til tvang og bruk av lempelige midler.	Fagutviklingsenhet rus og psykiatri (FUE)	1.11.16 - 1.6.17	1. Foreslås utsatt oppstart til januar 2017 pga svært mange pågående tiltak.
2. Systematisk opplæring i forståelse og mestring av aggresjon.	2. Etablere FMA ressursgruppe bestående av bl.a. representanter fra sikkerhet og akuttpsykiatri. Opplæringen skal skje med hjelp av interne og eksterne ressurser. Få på plass instruktøropplæring.	FUE	1.11.16 - 1.11.17	2. Gruppen konstituert 28.10 og to møter er avholdt. Neste møte over nyttår. Sikkerhet får ansvar for organisering. Gruppen skal vurdere innhold og organisering av opplæringen. (Svenning, Høgtun, Bjørhovde, Weber, Rørvik, P Johansen, Myhr, I Dahl)
3. Bestemmelser i Psykisk helsevernloven tematiseres til de vedtaksansvarlige på deres møter høsten 2016.	3. Gjennomgås på vedtaksansvarlig-møtene høsten 2016.  Utforming av instruks og oppfølging i forhold til etterlevelse. Jfr punkt 3.2.	FUE  Klinikkjef	1.9.16- 1.12.16  31.12.16	3. Gjennomgått som planlagt.  Vurdere og beslutte hvordan etterlevelse skal kontrolleres.

<p>4. Systematisk opplæring av miljø-personalet i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen (sett i lys av SOM rapport).</p>	<p>4. Internundervisning ved alle enheter i akuttpsykiatrisk seksjon.</p>	<p>FUE</p>	<p>1.1.17</p>	<p>4. Gjennomført to runder på akuttpost Nord og 1 runde hver på de andre akuttpostene. Planlagt på PRE og sikkerhet ila. 2016. Døgn 1 og 2 samt alderspsykiatri i 2017.</p>
<p>5. Systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</p>	<p>5. Etablering av arbeidsgruppe som får på plass systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</p>	<p>FUE</p>	<p>1.10.16 - 1.10.17</p>	<p>5. Utkast til rutine, journalnotat og brosjyre til pasienter med informasjon om ettersamtale er ferdigstilt og klar til utsending 15.11. (Dahl, Weber, Solli Larsen, Bjørhovde, N Johansen og Lindasdottir-Rønning).</p>
	<p>Ettersamtale bør være eget notat i DIPS og ikke frase for at etterprøvbareheten skal være best mulig.</p>	<p>FUE</p>		<p><u>Evaluerings</u>: Rolf Wynn veileder 5. års medisinerstudent som ønsker å skrive masteroppgave om dette. Møte om dette med avklaring ble gjennomført 10.11.16.</p>
	<p>Gjennomføre internkontroll/revisjon i forhold til dette.</p>	<p>FUE</p>	<p>2017</p>	<p>Intern revisjon 3 måneder etter oppstart. Kontroll av antall notater i forhold til antall vedtak samt innhold i notatene.</p> <p>Viktig at de som allerede er i gang med ettersamtale fortsetter med dette uavhengig av denne prosessen.</p>

3.2 **Tiltak i forhold til lovgivning** (Innsatsområde 2)

Anbefalinger: 13, 15, 26, 27, 29 og 30

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjelder presiseringer omkring lovgiving som ikke omhandler bruk av tvangsmidler.	Alle punkter i forhold til lovgiving tas opp på felles vedtaksansvarlig møtene høsten 2016.	FUE	1.12.16	Alle punkter er gjennomgått på vedtaksansvarligmøtene.
	Vedtaksansvarligmøtet skal se nærmere på punktene som omhandler forholdet mellom isolasjon og skjerming samt kortvarig fastholding og uttale seg om dette.	FUE	1.12.16	
	Vurdere behov for egen instruks med presiseringer av lovverket og evt. gi slik instruks.	Kliniksjeff	1.12.16 1.1-17	Dårlig oppmøte på vedtaksansvarlig møte 1.11 tilsier behov for slik retningslinje/instruks.
	Seminar/kurs med Aslak Syse rundt bestillinger i forhold til juridiske problemstillinger.	FUE	19.1.17 og 9.3.17	Grunnkurs i helserett Seminar om psykisk helsevernloven
	Fagdag/kurs med pasient- og brukerombudet	FUE	1.9.17 - 30.11.17	Planlegges høsten 2017.

### 3.3 Tiltak i forhold til identifisert utfordring beskrevet som skillet mellom personale på personale dag og natt (Innsatsområde 3)

Anbefalinger: 31 og 32.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Redusere skillet mellom personale dag-natt som påpekt (rapportens s. 37). Oppfølging av konkrete forslag.</p> <p>Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.</p>	<p>Etablering av arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, vernetjeneste og ledelse med mandat å foreslå konkrete forslag m.h.t. endringer i skillet mellom personalet på dag og natt.</p>	<p>Avdelingsleder Psykiatrisk avdeling med bistand fra Personal- og organisasjon</p>	<p>1.11.16</p>	<p>Rapport avlevert 30. september. 3 drøftingsmøter med tillitsvalgte samt ekstraordinært møte i KVAM utvalget er gjennomført.</p> <p>Klinikkledelsen besluttet 19.10 å gå for alternativ 1 med innslag av 10% dag/aften i natt stillingene ved psykiatrisk avdeling.</p> <p>Iverksettelse i.h.t. gjeldende regelverk og avtaler i UNN.</p> <p>Det er opplyst om misnøye blant nattpersonell . Oppfølging med deltagelse på nattevaktmøter høsten 2016.</p>

## 3.4 Tiltak i forhold til Akuttpost nord (Innsatsområde 4)

Anbefaling: 2, 3, 4, 5, 28 og 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.</p> <p>Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes ved akuttpost Nord (anbefaling 31)</p>	Vurdere om de generelle tiltakene i handlingsplanen er tilfredsstillende også for Akuttpost nord	Klinikksjef	1.1.17	Fortløpende vurdering.
	Nedsette arbeidsgruppe på Akuttpost nord som vurderer behov for interne tiltak	FUE/Avd. leder Psyk. avdeling	15.11.16	Vurdere sammensetting og mandat. Frist må endres.
	Arrangere postseminar for Akuttpost nord 1. halvår 2017 som tar utgangspunkt i besøksrapport, handlingsplan, føringer om utvikling og arbeidsgruppens anbefalinger.	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/ seksjonsleder	1.6.17	
	Terma kurs for Akuttpost Nord 12-15.12. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon og akutt-postene får to plasser hver på kurset. Kurset evalueres via questback samt dialog.	FUE	1.1.17	Akuttpost Tromsø gjennomførte FMA kurs for alt personell 19-20.10.
	Systematisk bruk av etisk refleksjon rundt egen virksomhet igangsettes.	FUE/Avd. leder	1.11.16- 01.6-18	Oppstartmøter er gjennomført. Dag Erik Hagerup er veileder. Evaluering og konsolidering av erfaringer hver 3. måned.
	Systematisk undervisning i Psykisk helsevernloven sett i lys av Sivilombudsmannens rapport.	FUE	1.11.16	4 runder er gjennomført.
	Undervisning i helsepersonell loven og pasient- og brukerrettighetsloven.	FUE	1.3.17	1 runde er gjennomført.

3.5 **Tiltak i forhold til ledelse** (Innsatsområde 5)

Anbefalinger: 31 og 32

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Lederoppgavene sett i lys av de foreliggende oppgaver og utfordringer er gitt, og vil også fremover bli gitt særskilt oppmerksomhet.</p> <p>Det prioriterte endringsarbeidet må gjenspeiles hos ledere på alle nivå</p>	<p>Samtaler med aktuelle ledere i akuttpsykiatrisk seksjon. Viktige tema vil være behov for lederstøtte, kompetanseheving samt motivasjon for- og oppfølging av de prioriterte utfordringene</p>	<p>Avd. leder Psykiatrisk avdeling/Personal og organisasjon</p>	<p>1.11.16</p>	<p>Igangsatt. Første samtaler er gjennomført. Det er behov for noen oppfølgingssamtaler.</p>
	<p>Personal- og organisasjon lager questback undersøkelse som sendes til alle ledere i klinikken vedrørende hva slags utdanning og kurs de har i forhold til ledelse/hvilke kurs de har behov for.</p>	<p>Personal- og organisasjon</p>	<p>Questback 1.11.16</p>	<p>Første utkast til tekst levert 1.11. Kvalitetsavdelingen og HR samarbeider med klinikken om tekst og innhold. 14.11: HR sjefen foreslår å gå bort fra den skisserte løsning. Se mail fra HR sjef 16.11 med forslag.</p>
	<p>På bakgrunn av dette arbeidet skal det tilbys kurs på de områder hvor det er behov.</p>	<p>Kliniksjeff/Personal- og organisasjon</p>	<p>Kurstilbud gis innen 1.10.17</p>	<p>Se mail fra HR sjef.</p>
	<p>Gruppeveiledning av enhetslederne i akuttpsykiatrisk seksjon.</p>	<p>Avdelingsleder</p>	<p>1/12.16 – 30/6-17</p>	<p>Margit Måsø veileder hver 14. dag.</p>

### 3.6 Tiltak i forhold til pasienthendelser (Innsatsområde 6)

Anbefalinger: 10, 11 og 12

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Utarbeide delplan i forhold til pasienthendelser. To områder er avgrenset for spesiell oppfølging:</p> <p>1. Melding av pasienthendelser</p> <p>2. Lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser.</p> <p>Dialog med tilsynsmyndighet, kontrollkommisjon og Pasient- og brukerombud.</p>	<p>Utarbeide forslag til delplan for lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser. Herunder systematisk opplæring i bruk av Docmap. Superbrukere må også benyttes her.</p>	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.10.16	Forslag til delplan utarbeidet innen fristen. Opplæringstiltak planlagt og datoer for første kurs 29-30.11.
	<p>Utarbeide retningslinje for uønskede hendelser. Denne skal tydeliggjøre og eksemplifisere hva som skal meldes hvor.</p>	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.12.16	Arbeidsgruppe: Høifødt, Fredheim, Bjørhovde mfl.. Utkast til retningslinje ferdigstilt. Sendes klinikkledelsen innen fristen. Presentert og gjennomgått på pasientsikkerhetsnettverket 9.11.
	<p>Dialog med kontrollkommisjonen om hvordan rapporteringen om avvik og pasientskader skal foregå.</p>	Klinikkssjef	1.11.16	Gjennomført møte 9.11-16. Avtalt årlige møter fremover.
	<p>Dialog med Fylkesmannen om at årlig samarbeidsmøte skal ha besøksrapporten som tema.</p>	Klinikkssjef	1.11.16	Gjennomført møte 24/10-16. Oppfølgingsmøte høsten 2017.
	<p>Dialog med Pasient- og brukerombudet om samarbeidsmøte med besøksrapporten som tema.</p>	Klinikkssjef	1.11.16	Gjennomført møte 21/10-16.



### 3.7 **Institusjonskultur som grunnlag for ivaretagelse av pasientperspektivet** (Innsatsområde 7)

Anbefaling: 9, 21, 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Sørge for at informasjonsmaterieell med klageinformasjon utdeles rutinemessig som forutsetning for å oppfylle pasientrettigheter og ivareta rettssikkerheten.	Sørge for at slik informasjon alltid forefinnes. Biblioteket sørger for å bestille og lagre slike brosjyrer mm.	FUE	1.10.16	Informasjonsmøte for brukere og pårørende og organisasjoner 19.9. Skriv med klageinformasjon og plakater til oppslag er utarbeidet og distribuert.
Prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes.	Informasjon om klagerett og tilhørende skjema lagt på UNN's internett.	Stab	1.10-17	Gjennomført
Gjennomgang av samarbeidet med bruker/interesseorganisasjonene og Bikuben.	Vurdere å etablere faste dialogmøter med bruker/interesseorganisasjoner, pårørende og brukere.	Klinikkssjef	1.1.17	Brukermedvirkningsforum etablert i psykiatrisk avdeling.
Vurdere videre behov for erfaringskonsulenter.	Opprette 50% stilling som erfaringskonsulent ved psykiatrisk avdeling. Vurdere videre tilførsel.	Klinikkssjef	1.12.16	Stillingen er under utlysning.
Vurdere gjennomføring av systematisk innhenting av brukererfaringer.	Systematiske tilfredshets/brukerundersøkelser.	FUE	1.4.17	Løsninger og teknologi må avklares. Vemund Myrbakk følger opp.
Systematisk bruk av etisk refleksjon.	Arbeid pågår i samarbeid med senter for medisinsk etikk, UIO	Seksjonsledere/FUE	15.9.16	Påbegynt. Inkluderer KEK og prestetjenesten. Innen 1.3 skal alle enheter i psykiatrisk avdeling være i gang. Statusevaluering 1.10-17
Sikre delaktighet i egen behandling	Pasienter skal tas aktivt med i behandlingsplanlegging og utforming av egen behandlingsplan.	Klinikkssjef	30.1.17?	Avklare rammer og forutsetninger.

### 3.8 Tiltak i forhold til fysiske forhold og aktivisering (Innsatsområde 8)

Anbefalinger: 1, 3, 4 og 5

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjennomgang av bygg 1 og 2 som må skje i tett samarbeid med aktuelle enheter i byggene.	Oppfølging av konkrete forslag til bygningsmessige tiltak.	DES/klinikkjef (Bjørhovde)	1.12.16	To møter er avholdt i arbeidsgruppen. Prosjektleder: Ingrid Espejord. Frist for å melde inn status/behov for oppgradering er 10.11. Kun PRE som har meldt inn pr 15.11. Purring er sendt. Befaring er gjennomført av Espejord.
Forbedring og bredde i miljøterapeutiske tiltak.	Aktivitet skal sees som en del av og grunnlag for det terapeutiske arbeidet. Pasientens behandlingsplan skal inneholde informasjon om aktiviteter.	FUE	01.6.17	
	Videreutvikle undervisningstilbudet i miljøterapi.	FUE	01.6.17	
Gjennomgang av muligheter for aktiviteter og aktivitetstilbudet.	Etablere arbeidsgruppe som ser på videreutvikling av aktivitetstilbudet og har økt fokus på aktivitet.	Klinikkjef/ Kulturavdelingen	1.12.17	Første møte er berammet til 30.11. de fleste deltagere er på plass.
	Forskningsprosjekt om implementering av psykoseveilederen gir implementeringsstøtte i f.h.t. fysisk helse/aktivitet.	Forskningsprosjekt	Prosjektperiode 2016-18	

Eget arbeid i forhold til innkjøp av møbler til bygg 1 og 2 pågår.

### 3.9 Indikator for monitorering av tvungent psykisk helsevern (Innsatsområde 9)

Dette er bestilling fra styret.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>§ 4-8a Vedtak om bruk av mekanisk tvang brukes som indikator. Det vil si å følge antall § 4-8a vedtak måned for måned.</p> <p>Evalueres etter 6 måneder, med eventuell endring av indikatorvalg ved behov</p> <p>Utvikle indikatorsystemet til internt bruk</p>	<p>Se notat med vedrørende mulige indikatorer for tvang i psykisk helsevern.</p> <p>Videreutvikle LIS til å kunne benyttes til tettere monitorering av tvungent psykisk helsevern, eventuelt utvikle eget internt målekort</p>	<p>Klinikksjef</p> <p>Klinikksjef</p>	<p>1.12.16</p> <p>1.12.16</p>	<p>Se eget notat om indikatorer.</p> <p>Dialog med Fred Emil Bjerke. Forslag til indikatorark/system vedrørende utvalgte variabler er under utarbeidelse.</p>



## MØTEREFERAT

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

---

**Dato:** Tirsdag 29.11.2016 kl 12.00-14.00

**Sted:** Møterom D1.707 Administrasjonen

**Tilstede:** Medlemmer: Cathrin Carlyle, Laila Edvardsen, Esben Haldorsen

**Forfall:**

**Fra adm:** Leif Hovden og Hilde Anne Johannessen (referent)

Under sak BAU 73/16 møtte rådgiver Hege Fredheim-Kildal ved Kvalitets- og utviklingssenteret og seksjonsleder Tommy Schjølberg ved Stabsenteret.

---

#### **BAU 73/16 Behandling av drøftingssaker til styremøte 14.12.2016**

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 25.11.2016.

1. Kvalitets- og virksomhetsrapporten for oktober 2016  
Seksjonsleder Tommy Schjølberg innledet, og svarte ut spørsmål til saken.
2. Tilsynsrapport – eksterne tilsyn  
Rådgiver Hege Fredheim-Kildal svarte ut spørsmål til saken.
3. Virksomhetsplan 2017  
Seksjonsleder Tommy Schjølberg innledet kort og svarte ut spørsmål til saken.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg hadde følgende merknad vedrørende punkt 5.2. i saksutredningen: *Brukerutvalgets arbeidsutvalg mener at virksomhetsplanen på en tydeligere måte må vektlegge brukermedvirkningsperspektivet, utover å bruke samvalgsverktøy. Ungdomsrådet bør omtales og BU mener klinikkene bør få brukerrepresentanter i de klinikkene som har KVAM-utvalg.*

4. Nye UNN Narvik – veg og tunnelløsning
5. Ny ambulansestasjon ved UNN Harstad

#### Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 14.12.2016.

**BAU-74/16 Utlysning av anbud for landeveistransport i Helse Nord (tidl. sak 52 og 58)**

Pasientreiser ved UNN er forespurt om status i saken etter Helse Nord RHF's anbudsprosess.

Oppfølging

Det er ikke kommet svar fra Pasientreiser, sekretariatet følger opp saken.

**BAU-75/16 Status for pusterom**

Sekretariatet har sendt forespørsel pr e-post til Drifts- og eiendomssenteret, og avventer svar.

Oppfølging

Sekretariatet følger opp saken.

**BAU-76/16 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse**

Utvalgslederen redegjorde kort for status i saken. Nytt møte fredag 2.12. vil kunne danne grunnlag for en kort uttalelse i saken.

Beslutning

Brukerutvalgets leder utarbeider et innspill som legges frem i neste BU-møte for diskusjon.

På generelt grunnlag ønsker BAU, ved aktuelle høringer, å vurdere bruk av administrativt forberedt arbeid, eksempelvis ved høringssaker der UNN ved Kvalitets- og utviklingssenteret lager utkast til uttalelser.

**BAU 77/16 Prosjekt Legemiddelsikkerhet og kvalitet i UNN**

RELIS v/Trude Giverhaug ønsker å ha med en brukerrepresentant i en referansegruppe for prosjektet «Legemiddelsikkerhet og- kvalitet i UNN».

Beslutning/oppfølging

Det ble besluttet å foreslå en representant fra BU til denne oppgaven. Sekretariatet følger opp med forespørsel til Martin Moe.

**BAU 78/17 Skilting ved busstopp på UNN**

Etter henvendelse fra regionalt brukerutvalg, er Drifts- og eiendomssenteret forelagt saken for uttalelse.

Beslutning/Oppfølging:

Sekretariatet følger opp saken, samtidig som det opplyses om at det også er mulighet for senteret å redegjøre for sakene ved oppmøte i BAU eller BUs møter.

**BAU 79/16 Samarbeidsprosjekt «KAD-sløyfe» (kommunale akutt døgnplasser)**

Samhandlingsavdelingen ved UNN ønsker en brukerrepresentant til samarbeidsprosjektet «KAD-sløyfe».

Beslutning

Brukerutvalgets arbeidsutvalg mener at prosjektet vil være best tjent med at det blir oppnevnt to representanter, en fra somatikken og en fra rus-og psykiatri. Dersom vi bare får med én representant, prioriterer vi en representant med kjennskap til psykisk helse- og rusområdet til dette oppdraget.

Oppfølging:

Sekretariatet tar kontakt med Samhandlingsavdelingen ved Magne Nicolaisen for å få klarhet i om prosjektet omhandler både psykiatri/rus og somatikk, og om det er ønskelig at BU skal stille med én fra hvert område.

**BAU 80/16 Representant til et klinikkvis KVAM-utvalg**

Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken ønsker en brukerrepresentant til klinikkens KVAM-utvalg.

Beslutning:

Brukerutvalgets arbeidsutvalg oppnevner Laila Edvardsen som brukerrepresentant ved Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, ettersom ho allerede er oppnevnt i annet arbeid ved klinikken.

**BAU 81/16 UNN Narvik – akuttkirurgi og fødetilbud – bemanningssituasjon**

Saken ble belyst av Brukerutvalgets leder, som viste til at saken var tatt opp i Kvalitetsutvalget (KU) tidligere samme dag<sup>1</sup>. UNN mener at det er faglig forsvarlig å drifte fødeavdelingen i Narvik pr. d.d., men det ble uttrykt bekymring i møtet. Medisinsk ansvarlig ønsker å følge dette opp, og vil komme med en nærmere vurdering i neste KU-møte.

Beslutning

Utvalgslederen følger dette opp gjennom sin deltakelse i Kvalitetsutvalget.

<sup>1</sup> KU-referat fra dette møtet foreligger ikke ennå, og kan medføre justeringer i BAU-referatet.

**BAU 82/16 Foreløpig dagsorden BU 8.12.2016**

Det forelå forslag til dagsorden for BUs møte 8.12.2016.

I tillegg kom det forslag på følgende nye saker:

- Oppnevning av representanter fra BU til fordeling på KVAM-utvalgene i klinikkene
- Høringsaken om brukermedvirkning på systemnivå
- Brukerutvalgets møteplan for 2017

Beslutning

Foreslått dagsorden til neste BU-møte ble godkjent. I tillegg ble det tatt inn tre nye saker.

**BAU 82/16 Eventuelt**

Ingen saker.

---

**PROTOKOLL**


---

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 14.12.2016**

Dato: 29.11.2016

Tidspunkt: 14.00-15.15

Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

---

Fra arbeidsgiver

Gøril Bertheussen (sak 1,3 og 4)

Einar Bugge (sak 1 og 2)

Tommy Schjølberg (sak 1,3 og 4)

Kristina Bratrein (sak 5 og 6)

Bjørn-Yngvar Nordvåg (sak 7)

Leif Hovden

Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, foretakshovedverneombud

Mai-Britt Martinsen, NSF

Elisabeth Olstad, DNLF/ YLF

Yvonne Sollied, DNJ

Rigmor Frøyum, Fagforbundet

Jan Eivind Pettersen, Delta

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Jan Eivind Pettersen valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport	GB	<i>Stabssjefen samt kvalitets- og utviklingssjefen svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at styresaken sluttføres i tråd med presentasjonen i møtet.</i>
2. Tilsynsrapport	EB	<i>Kvalitets- og utviklingssjefen innledet kort til saken og svarte ut spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at styresaken sluttføres i tråd med presentasjonen i møtet.</i>
3. Virksomhetsplan 2017	GB	<i>Stabssjefen innledet kort til saken og svarte ut spørsmål til den sammen med seksjonsleder ved Stabssenteret Tommy Schjølberg. Med bakgrunn i senere års erfaring med klinikkens aktivitetsplanlegging, ble det uttrykt bekymring til om kvaliteten aktivitetsplanleggingen i denne planen er god nok. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at styresaken sluttføres i tråd med innspillene under møtet, og fremmes for styret til endelig behandling.</i>



4. Nye hovedindikatorer i UNN	GB	<p><i>Stabssjefen redegjorde for hvorfor dette ble løftet frem som egen sak.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at styresaken sluttføres i tråd med innspillene under møtet, og fremmes for styret til endelig behandling.</i></p>
5. Ambulansestasjon ved UNN Harstad	KB	<p><i>Drifts- og eiendomssjefen møtte og innledet kort til saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at styresaken fremmes for styret til endelig behandling.</i></p>
6. UNN Narvik – veg og tunnelløsning	KB	<p><i>Drifts- og eiendomssjefen møtte og innledet kort til saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at styresaken fremmes for styret til endelig behandling.</i></p>
7. Protesekirurgi	BYN	<p><i>Den skriftlige orienteringsaken ble presentert for drøftingsmøtet, og klinikkjefen møtte å redegjorde for saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var positiv til opptrapping av ortopedi i Narvik, og mente at dersom dette skal bli vellykket, må man få dekket opp ledige stillinger for operasjonssykepleiere. Det er også viktig å få på plass gode forhold på sengeposten til denne pasientgruppen. Til dette ble det levert en protokolltilførsel. Denne er vedlagt.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at orienteringsaken fremmes for styret til endelig behandling.</i></p>

Tromsø, 29.11.2016

Mai-Britt Martinsen (s.)  
FTV NSF

Jan Eivind Pettersen (s.)  
FTV Delta

Leif Hovden (s.)  
administrasjonssjef

Vedlegg

***Protokolltilførsel i orienteringssak om protesekirurgi i Narvik***

*Det er store utfordringer i stabilisering og rekruttering av operasjonssykepleiere ved UNN Narvik nå og framover. Skal disse planene med protesekirurgi kunne gjennomføres, må det gjøres noen administrative grep for å få nok operasjonssykepleiere.*

*Kompleksiteten ved å drifte en stor felles medisinsk og kirurgisk sengepost i regi av medisinsk klinikk ved UNN Narvik viser seg nå over tid å være meget utfordrende. Både i forhold til mange ansatte som skal organiseres i en og samme turnus, samt et stor fagspenn. Det er etter hvert ansatt to likestilte ledere for å redusere kontrollspenn.*

*Fortsatt brukes det store ressurser på å stabilisere og rekruttere personale. Nå er tiden moden for å innse at dette ikke var et vellykket prosjekt.*

*Sengeposten er for stor, og må deles i to. For å få protesekirurgien til å fungere optimalt må det også være ryddige forhold på sengeposten.*


**Møte: Arbeidsmiljøutvalget**
**Tid: Onsdag 30.11.2016 kl. 11.00-13.30**
**Sted: D1 707 UNN Tromsø**

<b>Arbeidsgiversiden:</b>		<b>Varamedlemmer</b>	
Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU (perm)		Tor-Arne Hanssen, utbyggingsjef	x
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken (perm)		Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	x
Arthur Revhaug, klinikkssjef, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerter- og lungeklinikken	
Brita Jørgensen, avdelingsleder, Operasjon og intensivavdelingen, UNN Narvik	x	Liv Finjord, avdelingsleder, Medisinsk avdeling, UNN Harstad	
<b>Arbeidstakersiden:</b>			
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN	x	Terje Møien, foretaksverneombudet UNN	
Geir Magne Johnsen, HTV NSF – UNN Harstad	x	Wenche Olsen, PTV NSF, Medisinsk avdeling UNN Harstad	
Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik	x	Tore Ovesen, Fagforbundet UNN Harstad	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø	x	Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	
Kristine Amundsen, Dnlf	x	Ulla Dorte Mathisen, Dnlf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Monica F. Sørensen, NSF	

\*Til stede (x)

Møteleder: Gøril Bertheussen

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte: Trude Johannesen fra Kvalitets- og utviklingssenteret på sak 55/16, Einar Bugge Kvalitets- og utviklingssenteret og Leif Hovden fra Stabssenteret på sak 56/16 og Kristin Planting Mølmann fra Bedriftshelsetjenesten på sak 58/16. I tillegg deltok flere av eksisterende og nyvalgte medlemmer og varamedlemmer i forbindelse med at AMU hadde hatt et seminar i forkant av dette møtet.

**Sak 52/16 Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Vedtak:**

Innkalling og saksliste godkjennes.

**Sak 53/16 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet**

Protokollen var vedlagt saksdokumentene.

**Vedtak:**

Protokollen godkjennes.

**Sak 54/16 Orienterings- og diskusjonssaker**

**a) Sykkelparkering – henvendelse fra Barne- og ungdomsklinikken**

På bakgrunn at flere sykler og flere bruker elsykler etterlyses bedre sykkelparkering ved UNN Breivika. AMU diskuterte flere sider ved dette bl.a finansiering av innelåst parkering, differensiering i forhold til småbarnsforeldre m.m.

**Vedtak:**

AMU ber direktøren om å følge dette opp ved å be drift- og eiendomssjefen lage en helhetlig plan for utbygging av sykkelparkering.

**Sak 55/16 Forslag til retningslinje for vurdering av politianmeldelse ved utøvelse av vold og/eller trussel om vold**

Kvalitetsavdelingen har på bakgrunn av en henvendelse fra NSF tatt initiativ til å kartlegge nærmere hvilke retningslinjer som finnes for politianmeldelser ved vold og trusler. Så langt vi har kartlagt, har verken UNN eller andre helseforetak som vi har vært i kontakt med, oppdaterte retningslinjer på dette feltet. Psykisk helse- og rusklinikken tatt tak i denne utfordringen, satt i gang et grundig arbeid og utarbeidet et forslag som kan danne grunnlag for felles retningslinjer i UNN.

**Vedtak:**

Saken sendes på høring slik den foreligger. Høringsbrevet må løfte frem de viktigste begrunnelsene for endringene.

**Sak 56/16 Styresaker**

Følgende styresaker ble drøftet i AMU:

- a. Kvalitets- og virksomhetsrapport
- b. Tilsynsrapport
- c. Virksomhetsplan 2017
- d. Ambulansestasjon ved UNN Harstad
- e. UNN Narvik – vei- og tunnelløsning

**Vedtak:**

- a. AMU har forståelse for at de ansatte i psykisk helse og rus opplever en krevende situasjon på grunn av negativ omtale i media. AMU oppfordrer lederne i klinikkene til aktivt å jobbe gjennom KVAM-strukturen med særskilt fokus på ivaretagelse av de ansatte.
- b. AMU tar saken til orientering
- c. AMU anser det som positivt for arbeidsmiljøet at 2017 er planlagt som et konsolideringsår. AMU er fornøyd med at sykefravær og brudd på arbeidstidsordningene i AML er med som indikatorer.
- d. AMU er fornøyd med at det planlegges ny ambulansestasjon i Harstad.
- e. AMU er fornøyd med den skisserte prosess for vei- og tunnelløsning for nye UNN Narvik.

**Sak 57/16 Mål og handlingsplan for Inkluderende arbeidsliv (IA) i UNN HF 2017**

UNN fornyet «Samarbeidsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv» 04.03.14. Avtalen gjelder ut 31.12.18. Avtalen forplikter alle enheter i UNN til å utarbeide handlingsplan med mål og tiltak i henhold til intensjonen i IA-avtalen.

**Vedtak:**

1. AMU slutter seg til forslaget om at alle enheter i UNN skal utarbeide og gjennomføre handlingsplan med mål og tiltak. Planen skal minimum beskrive de tiltak som er beskrevet i saken, men kan også inkludere egne mål og tiltak.
2. AMU ber direktør/stabssjef etterspørre status på IA-arbeidet i oppfølgingsmøter med klinikkene og at handlingsplaner dokumenteres i dialogavtalene. KVAM-utvalg rapporterer på gjennomføring av IA-handlingsplan til AMU ved utgangen av 2017.
3. AMU ber Stabssenteret om å bistå i utarbeidelse og gjennomføring av handlingsplanene på forespørsel fra klinikkene.

**Sak 58/16 Oppfølging av MRSA-positive ansatte UNN HF**

Høsten 2016 ble 4 ansatte ved Nyfødt intensiv påvist MRSA-positiv i forbindelse med en smitteoppsporing. I kjølevannet av dette ble den medisinske behandlingen av MRSA-positive helsearbeidere aktualisert i og med at noen av de MRSA-positive helsearbeiderne erfarte at oppfølgingen og behandlingen de fikk hos fastlegen ikke var tilfredsstillende. Direktør i smittevern har i smittevernsledelsen besluttet at MRSA-positive helsearbeidere skal følges opp av spesialisthelsetjenesten nærmere bestemt infeksjonsmedisin seksjon.

**Vedtak:**

1. AMU slutter seg til vurdering fra BHT angående spørsmål som er reist i forbindelse med denne saken.
2. AMU slutter seg til beslutningen fra smittevernledelsen om at BHT henviser ansatte som er MRSA-smittet i jobbsammenheng til infeksjonspoliklinikken som ø.hj. Dette gjelder alle ansatte uansett geografisk lokalisasjon.
3. AMU ber om at BHT, smittevernoverlege og infeksjonsmedisinsk seksjon i lag gjennomgår og eventuelt reviderer prosedyre for oppfølging av MRSA-positive ansatte.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
108/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2016
Saksansvarlig:	Leif Hovden	Saksbehandler: Leif Hovden

### Eventuelt

Tromsø, 2.12.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør