



## 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
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

Tromsø, 9.12.2016

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 brukertutvalget 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 Kjærвик 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.  Evalueres etter 6 måneder, med eventuell endring av indikatorvalg ved behov  Utvikle indikatorsystemet til internt bruk	Se notat med vedrørende mulige indikatorer for tvang i psykisk helsevern.  Videreutvikle LIS til å kunne benyttes til tettere monitorering av tvungent psykisk helsevern, eventuelt utvikle eget internt målekort	Klinikksjef  Klinikksjef	1.12.16  1.12.16	 Til pkt 4 UNN tvang.docx  Notat om indikatorer.

## 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.	Fagutviklings-enhet 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
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.  Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes ved akuttpost Nord (anbefaling 31)	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 oppfølgingsamtaler.</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>	Klinikksjef	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>	Klinikksjef	1.11.16	Gjennomført møte 24/10-16. Oppfølgingsmøte høsten 2017.
	<p>Dialog med Pasient- og brukerombudet om samarbeidsmøte med besøksrapporten som tema.</p>	Klinikksjef	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.	Klinikkjef	1.1.17	Brukermedvirkningsforum etablert i psykiatrisk avdeling.
Vurdere videre behov for erfaringskonsulenter.	Opprette 50% stilling som erfaringskonsulent ved psykiatrisk avdeling. Vurdere videre tilførsel.	Klinikkjef	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.	Klinikkjef	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
§ 4-8a Vedtak om bruk av mekanisk tvang brukes som indikator. Det vil si å følge antall § 4-8a vedtak måned for måned.  Evalueres etter 6 måneder, med eventuell endring av indikatorvalg ved behov  Utvikle indikatorsystemet til internt bruk	Se notat med vedrørende mulige indikatorer for tvang i psykisk helsevern.  Videreutvikle LIS til å kunne benyttes til tettere monitorering av tvungent psykisk helsevern, eventuelt utvikle eget internt målekort	Klinikksjef  Klinikksjef	1.12.16  1.12.16	Se eget notat om indikatorer.  Dialog med Fred Emil Bjerke. Forslag til indikatorark/system vedrørende utvalgte variabler er under utarbeidelse.



## 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.



## REFERAT KVALITETSUTVALGSMØTE (KU-møte) Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

**Tid:** Tirsdag 29.11.2016 kl. 10.00-12.00

**Sted:** Administrasjonens møterom D1-707

**Deltakelse:**

Viseadministrerende direktør	Marit Lind ( <i>for Tor Ingebrigtsen</i> )
Kvalitets- og utviklingssjef	Einar Bugge
Leder Brukerutvalget UNN	Cathrin Carlyle
Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken	Tonje Drecker
Klinikkisjef Barne- og ungdomsklinikken	Elin Gullhav
Kvalitetsleder klinisk patologi	Lena Oprand Heggelund
Klinikkisjef (kst.) Psykisk helse- og rusklinikken	Siren Hoven
Seksjonsleder Ortopedisk avd.	May-Liss Johansen
Avdelingsleder Medisinsk avdeling UNN Narvik	Ove Laupstad
Avdelingsoverlege avdeling for Gastroenterologisk kirurgi	Rolv-Ole Lindsetmo
Smittevernoverlege	Torni Myrbakk
Foretakshovedverneombud	Einar Rebni

**Forfall:**

Administrerende direktør	Tor Ingebrigtsen
--------------------------	------------------

**Øvrige:**

Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen	Grete Åsvang
Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen	Mette Fredheim
Medisinsk fagsjef KVALUT	Haakon Lindekleiv
Avdelingsleder Kvinneklinikken	Ingard Nilsen ( <i>sak 40/16-3</i> )
Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen ( <i>referent</i> )

### SAKSFREMLEGG

**39/16 Godkjenning av referat fra KU-møtet 25.10.2016** (ephorte 16/686)

Marit Lind

Referatet ble formelt godkjent i møtet.

### ORIENTERINGSSAKER

**40/16-1 Oppdatert Årshjul for Kvalitetsutvalget –**  
 (*oppfølging av sak 35/16 fra KU-møte 25.10.2016*)

Grete  
Åsvang

**Behandling**

- KU vedtok oppdatert årshjul.  
Årshjulet gjøres gjeldende f.o.m. KU-møte 21.12.2016.

<p><b>40/16-2 Status prosess Psykisk helse- og rusklinikken – Sivilombudsmannens rapport (oppfølgingssak fra ekstraordinært KU-møte 31.8.2016)</b></p> <p>Konst. klinikkssjef Siren Hoven ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) orienterte og redegjorde muntlig for klinikkens omfattende arbeid med oppfølgende handlingsplan i etterkant av Sivilombudsmannens rapport.</p> <p>Det ble redegjort for status, endringer og tiltak.</p> <p><b>Behandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KU melder inn oppfølging av handlingsplanen til den interne revisjonsplanen for 2018 (tidlig på året).</li> <li>• Planlagt oppfølging i KU-møte våren 2017, med fokus på læring.</li> </ul>	Siren Hoven
<p><b>40/16-3 Redegjørelse for drift ved fødeavdelingen UNN Narvik</b></p> <p>«UNN Narvik – akuttkirurgi og fødetilbud - bemanningssituasjon»</p> <p>Avdelingsleder Kvinneklinikken UNN Ingard Nilsen orienterte muntlig på spørsmål rundt bemanningssituasjon samt vurdering av faglig forsvarlighet for drift av fødeavdelingen UNN Narvik.</p> <p><b>Behandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KU presiserer viktigheten i å fortløpende vurdere om tilbudet som gis fødende er faglig forsvarlig.</li> <li>• KU minner om viktigheten i å informere fødende tilstrekkelig om kriteriene for seleksjon.</li> <li>• Avdelingsleder vil bli innkalt til KU-møte februar 2017 for oppdatering av status.</li> <li>• Kvalitetsutvalget ber om at Driften/bemanningssituasjonen ved Fødeavdelingen i Narvik meldes inn til plan for intern revisjon i UNN for 2017, med revisjon tidlig på året.</li> </ul>	Ingard Nilsen
<b>BESLUTNINGS- OG DRØFTINGSSAKER</b>	
<p><b>41/16 Læringsnotater fra Meldeordningen</b></p> <p>Følgende saksfremmlegg ble fremlagt for diskusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overfylt urinblære – en utfordring i sykehus <ul style="list-style-type: none"> <li>- PR40983 Overfylt urinblære – observasjoner og tiltak i perioperativ fase</li> </ul> </li> <li>• Feil pasient ble behandlet IS-2537</li> </ul> <p>Saken ble ikke behandlet og utsettes til et senere Kvalitetsutvalgsmøte.</p>	Mette Fredheim  Grete Åsvang
<p><b>42/16 Status Pasientsikkerhetsprogrammet</b></p>	Grete

<p>Alle innsatsområdene skal være iverksatt innen frist 31. desember 2016.</p> <p>Pasientsikkerhetskoordinator Mette Fredheim orienterte om status per 1. november 2016.</p> <p><b>Beslutning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Statusrapporten tas til orientering</li> <li>• Kvalitetsavdelingen berømmer de avdelingene som har jobbet systematisk og godt for å oppnå målene.</li> <li>• Kvalitetsutvalget ber Kvalitetsavdelingen prioritere oppfølging av avdelinger med lavest måloppnåelse (røde).</li> <li>• Kvalitetsutvalget ber aktuelle klinikkledere følge særskilt opp enheter med lav måloppnåelse.</li> </ul>	<p>Åsvang</p>
<p><b>43/16 Sak fra Pasientsikkerhetsutvalget</b></p> <p>Alvorlig hendelse – postoperativt hjerteinfarkt</p> <p>Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv redegjorde for pasienthendelse behandlet i Pasientsikkerhetsutvalget (PSU) 02.11.2016.</p> <p><b>Beslutning</b></p> <p>Kvalitetsutvalget ber PSU ta saken tilbake og diskuterer eventuelle tiltak for å hindre at slike hendelser skjer igjen, herunder om det ville være et adekvat tiltak å utarbeide sjekklister til bruk i pre operativ forberedelse.</p>	<p>Haakon Lindekleiv</p>

---

**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 Hjerte- 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.



## MØTEREFERAT

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

---

**Møtedato:** Onsdag 8.12.2016 kl 09.00

**Møtested:** Møterom D1.707 Administrasjonens møterom UNN Tromsø  
Virtuelt nr 997956 Skype adresse UNN.D1-707@uc.nhn.no

**Tilstede:** **Medlemmer:** Cathrin Carlyle, Laila Edvardsen, Obiajulu Odu, Margrethe Larsen, Hans-Johan Dahl, Klemet Anders Sara, Britt-Sofie Illguth

**Forfall:** Esben Haldorsen (nestleder), Britt-Eva Elvejord Jakobsen

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

---

#### Saksliste

**BU-48/16** Godkjenning av innkalling og saksliste

**Vedtak** BU godkjente innkalling og sakliste.

**BU-49/16** Referat Brukerutvalgets møte 9.11.2016

**Vedtak** Brukerutvalget godkjente referatet.

**BU-50/16** Referatsaker

Det ble referert følgende saker:

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget 25.10.2016
2. Referat fra møte i Ungdomsrådet UNN 14.11.2016
3. Referat Parkeringsutvalget 17.11.2016
4. Referat fra BAU 29.11.2016
5. Kopi av redegjørelse i Regionalt brukerutvalg fra Paul Hansen Ishavsklinikken til UNN m.fl. 30.11.2016

**Vedtak** Referatsakene tas til orientering med følgende innspill fra Brukerutvalget vedrørende sak BAU 77/16: Kvalitet i behandlingen er viktigst.

**BU-51/16** Høring – Felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå  
Brukerutvalgets leder orienterte om saken.

Behandling:

Brukerutvalget gjennomgikk høringsdokumentet punktvis, og følgende innspill fremkom:

- Ved valg av representanter fra Brukerutvalg bør det være opp til utvalget selv å velge nestleder.

**Vedtak** Utvalgslederen slutfører BUs høringsinnspill i samarbeid med sekretariatet, innen fristen 9.12.2016, med bakgrunn i utvalgets behandling.

**BU-52/16 Presentasjon vedrørende e-helse og leverandørbaserte helsetjenester – Diabetespasienter (utsatt sak 42/16 fra 9.11.2016)**

Forsker ved UNN Ann Helen Hansen møtte og informerte generelt om diabetes og om ovennevnte prosjekt som vil være ferdig i 2019.

**Vedtak** Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og kom med innspill om viktigheten av å få med både unge og eldre i prosjektet.

**BU-53/16 Presentasjon vedrørende Pasientsentrert team**

Spesialkonsulent Gro Berntsen presenterte forskningstilnærmingen ved prosjektet Pasientsentrert team, og vektla utfordringene med innhenting av faktagrunnlaget til så alvorlig syke pasienter.

**Vedtak:** Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

**BU-54/16 Direktørens time**

Viseadministrerende direktør Marit Lind og økonomisjef Grete Andersen presenterte kommende styresaker med vekt på Nye hovedindikatorer for UNN og Virksomhetsplan 2017.

Følgende saker skal behandles i styremøte 14.12.2016:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport
2. Tilsynsrapport – eksterne tilsyn
3. Nye hovedindikatorer for UNN
4. Virksomhetsplan 2017
5. Ny ambulansestasjon ved UNN Harstad – anbudssak

Brukerutvalget er positiv til Direktørens valg av indikatorer der UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er godt ivaretatt. Brukerutvalget kom også med innspill på Pingvinhotellets potensiale til økt beleggspersent.

**Vedtak** Brukerutvalget tok informasjonen til orientering.

**BU-55/16 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper**

Oppdatering fra BU-medlemmenes respektive arbeidsområder/prosjekter:

Aktivitet	Ansvarlig 2016 – 2018	Status/merknader
1. Styret ved UNN	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
2. Kvalitetsutvalget i UNN	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
3. Styringsgruppe A-fløya	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
4. Styringsgruppe for PET-senter	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
5. Ekspertgruppe for Nasjonal helse- og sykehusplan	Cathrin Carlyle	Arbeidet avsluttet, resultatet NOU.
6. HelseOmsorg21	Cathrin Carlyle	Orienterer nærmere i neste møte. Uendret.
7. Kvinnslandutvalget	Cathrin Carlyle	Arbeidet ferdig, NOU til statsråden 1.12.16
8. HELSEFAK <i>Søknad om «Senter for fremragende utdanning»</i>	Cathrin Carlyle	Søknaden om forskningsmidler nådde ikke opp.
9. KSU 3 – 2015 Revisjon av avtaler	Hans Johan Dahl	Ikke hørt noe fra utvalget. Sekretariatet retter en henvendelse til OSO-sekretariatet for en status.
10. Etablering av prostatasenter ved UNN	Hans Johan Dahl	Ikke hørt noe fra utvalget. Sekretariatet purrer på henvendelse til klinikken for å få status i saken
11. Prosess rundt ny avtale for hurtigbåter	Laila Edvardsen	Laila Edvardsen har vært i møte og gitt innspill fra BU.
12. Koordinerende utvalg (Rehab.avdelingens kompetanseseksjon)	Laila Edvardsen	Laila Edvardsen har mottatt innkalling til den 12.12.
13. Brukerrepresentant til Project Advisory Group	Laila Edvardsen Mildrid Pedersen	Søknaden om forskningsmidler nådde ikke opp.
14. Samarbeidsforum somatikk – UNN Tromsø og lokalsykehus	Britt Sofie Illguth	Vil vurdere deltakelse hvis ho mottar innkalling, ref. tidligere orientering.
15. Vestibyleprosjektet	Britt Sofie Illguth	Er fortsatt med i utvalget. Har mottatt mail-korrespondanse. Hvilende prosjekt inntil videre.
16. OSO (Overordnet Samarbeidsorgan)	Britt Sofie Illguth og Esben Haldorsen	Har vært i møte 1.12.16 OSO vil nedsette et utvalg der brukerrepresentanter er med. Illguth ønsker å vite hvilken kompetanse BU medlemmet skal ha. De ønsker helst to representanter. Referatet tas med i neste BU-møte.

<b>17. Fagnettverk LMS UNN og samarbeidende kommuner</b>	Britt-Eva Jakobsen	Ikke referert pga forfall. Nettverket har fått nytt mandat, og brukerrepresentanten vil bli kalt inn på sak.  Sekretariatet retter en henvendelse til Fagnettverk LMS UNN sin leder og etterspør praksis ved innkalling.
<b>18. Klinisk etikkomité (KEK)</b>	Margrethe Larsen	Vært i møte i KEK 7.12.16. Nytt møte 19.1.17. Brukerrepresentanten følger selv opp overfor komiteen. Presentasjon fra KEK med orientering om hvordan man arbeider i utvalget, og eventuelt følge en sak for å belyse saksgangen.
<b>19. KSU-4 Samkjøring av beredskapsplan for pandemi mellom UNN og kommuner</b>	Margrethe Larsen	Det har ikke vært møter siden sist.

<b>20. Sykehusapotekets brukerutvalg</b>	Martin A. Moe	Nytt BU utvalg. Moe valgt som leder i to år. Sak: Viktig med skilting til apoteket på UNN
<b>21. Parkeringsutvalget</b>	Obiajulu Odu	Møte i desember 2016 Ikke referert pga forfall.
<b>22. Pasientsentrert team</b>	Obiajulu Odu	Møte, tatt opp at det er dårlig samarbeid i Harstad mellom datasystemer.
<b>23. Samhandlingsbarometeret (referansegruppen)</b>	Obiajulu Odu	Vært i møte m/ Britt Eva Jakobsen
<b>24. KSU 5 – 2015 Felles prosedyrer UNN + kommuner for 5 tidskritiske pasientgrupper</b>	Johanne Sundmann	Sundmann kontakter KSU.
<b>25. Medvirkergruppen for Idéfase psykiatri og rusbehandling</b> (ephorte 12/1738)	Esben Haldorsen	Esben Haldorsen er med og i gang med arbeidet.
<b>Prosjekt Helse/eldre</b>	Obiajulu Odu	Status i arbeidet ble referert.



**Vedtak** Oppdatering av status er den enkelte brukerrepresentants ansvar og tilbakemelding gis sekretariatet i god tid før innkalling til møte i Brukerutvalget. Sekretariatet vil oppdatere listen før utsendelse av innkallingen.

**BU-56/16-1 Oppnevning av representanter fra BU til fordeling på KVAM-utvalgene i klinikkene**

Brukerutvalgets leder orienterte om saken.

Brukerutvalget gjør følgende oppnevning til de klinikkvise KVAM-utvalgene:

Akuttmedisinsk klinikk:	Johanne Sundmann
Diagnostisk klinikk:	Klemet Sara
Hjerte- og lungeklinikk:	Jens Johan Dahl
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk:	Britt Sofie Illguth
Medisinsk klinikk	Margrethe Larsen
Nevro-, ortopedi- og rehab.klinikk:	Laila Edvardsen
Operasjons- og intensivklinikk:	Martin Moe
Psykatri- og rusklinikk:	Esben Haldorsen
Barne og ungdomsklinikk	Obijajulu Odu

**Vedtak** Det må være en forutsetning at klinikkene selv må være vertskap for brukerutvalgets medlemmer. Medlemmene må imidlertid sette seg inn i hva et KVAM-utvalg er. Sekretariatet sender klinikkens strategiske utviklingsplan til de respektive medlemmene.

**BU-56/16-2 Møteplan 2017**

**Vedtak** Brukerutvalget tar møteplan for 2017 tas til etterretning.

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Brukerutvalget		1		19		14			13		8	6
Arbeidsutvalget	23		13	18	15	6		28	18	30	27	

**BU-57/16 Eventuelt**

**1. Høringsutkast – Organisering av intensiv-, intermediær- oppvåkning og overvåkingsvirksomheten i A9**

Martin Moe er oppnevnt og vil finne ut mer om virksomheten og deretter komme tilbake med informasjon til Brukerutvalget.

**2. Skilting til apoteket**

Det fins ingen skilting ved inngangen i 3. plan til apoteket. Plakater har blitt forsøkt satt opp, men er etter sigende blitt tatt ned med manglende estetikk som begrunnelse. Det er et vesentlig behov for skilting ved inngang i 3. plan til apoteket.

**Vedtak** Administrasjonssjefen vil sjekke dette ut med Drifts- og Eiendomssenteret.

### 3. Handicapparkering UNN

Laila Edvardsen problematiserte manglende muligheter til å finne ledige HC-parkeringsplasser ved UNN, ref. tidligere orientering fra vakt- og sikkerhetsleder.

#### Vedtak

Sekretariatet retter en ny henvendelse til vakt- og sikkerhetslederen ettersom det til stadighet registreres at biler med hvite parkeringskort parkerer på handicapparkeringer. Det forventes at avtalt ordning blir fulgt opp.

### 4. Røykere og askebeger utenfor bygget

Johanne Sundmann etterspurte askebeger til røykere ved UNN.

Administrasjonssjefen avklarte at ettersom alle landets sykehus er lovpålagt å være røykfri, vil det ikke bli satt ut askebeger ved UNN.

### 5. Nettbrett for Brukerutvalget

Det er enighet om at Brukerutvalgets medlemmer ønsker å benytte nettbrett som verktøy i behandlingen av sakspapirer til brukermøtene, da dette er både miljøvennlig og effektivt.

#### Oppfølging

Administrasjonssjefen avklarer henvendelsen med direktør og styrets leder, og en eventuell nettbrettløsning vil kunne være klar til første møte i 2017. Nødvendig opplæring vil da bli gitt.

Cathrin Carlyle (sign.)  
utvalgsleder

Hilde A Johannessen (sign.)  
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 1.2.2017

#### Kopi til:

- Administrerende direktør ved UNN
- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Finn Sørensen
- Lærings- og mestringssenteret, UNN
- Styret ved UNN