



# INNKALLING

**Styret ved**

**Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Møtetid**

**Onsdag 16. november kl. 09:00**

**Møtested**

**UNN Harstad, Auditoriet, 1. etasje**



## MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Møtested: UNN Harstad, Auditoriet, 1. etasje  
Dato: 16.11.2016  
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 88/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
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 2018-21
ST 93/2016	Strategiske utviklingsplaner for klinikkene i UNN
ST 94/2016	Høring – Utredning av Nasjonal sykehusapotekforetak
ST 95/2016	Regionalt PET-senter ved UNN – endret økonomisk ramme – - <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 96/2016	Orienteringssaker

### *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 alvorlig hendelse ved UNN  
- *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.*

ST 97/2016	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra Ungdomsrådet ved UNN, datert 2.9.2016</li><li>2. Referat fra Ungdomsrådet ved UNN, datert 30.9. og 1.10.2016</li><li>3. Brev fra UNN til Helse Nord RHF vedrørende oppfølging av Nasjonal Helse- og sykehusplan, datert 11.10.2016</li><li>4. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 31.10.2016</li><li>5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 1.11.2016</li><li>6. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 2.11.2016</li><li>7. Referat fra Brukerutvalget, datert 9.11.2016 (<i>ettersendes</i>)</li></ol>

ST 98/2016	Eventuelt
------------	-----------



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
89/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2016
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

### Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 5.10.2016

#### Innstilling til vedtak

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

Tromsø, 4.11.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg;

1. Møteprotokoll fra styremøtet 5.10.2016





## MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707  
 Dato: 5.10.2016  
 Tid: 09:00-14.30

Navn	Funksjon	Reprenterer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Esben Haldorsen	Observatør	<i>Nestleder av Brukerutvalget</i>

### Forfall:

Helga Marie Bjerke	Medlem
Kjersti Markusson	Medlem

### Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef ( <i>styrets sekretær</i> )
Bjørn Yngvar Nordvåg	klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Elin Gullhav	klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Eva-Hanne Hansen	klinikkssjef Operasjons- og intensivklinikken
Gry Andersen	klinikkssjef Diagnostisk klinikk
Jon Mathisen	klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken
Siren Hoven	konstituert klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Kristina Bratrein	konstituert drifts- og eiendomssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef

## ST 77/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 5.10.2016

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 5.10.2016, med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *kursiv*).

<b>Saksnr.</b>	<b>Innhold</b>
ST 77/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 78/2016	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.9.2016
ST 79/2016	Tertialrapport for UNN - andre tertial 2016 - med Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2016
ST 80/2016	Tertialrapport 2/2016 for utbyggingsprosjekter
ST 81/2016	Tilsynsrapport - eksterne tilsyn
ST 82/2016	Høringssak – Regional smittevernplan og tuberkulosekontroll-program 2016-2020
ST 83/2016	Orienteringssaker

#### *Skriftlige orienteringer*

1. Kjøp av helsetjenester
2. SAMDATA-rapporten

#### *Muntlige orienteringer*

3. Pasienthistorie
4. Klagesak – henvendelse til styreleder
5. Klinikkpresentasjon NOR-klinikken
6. Røntgenavdelingens status som utdanningsinstitusjon
7. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan
8. Status for MRSA-situasjonen v/Barne- og ungdomsklinikken
9. Status vedrørende reguleringssaken for Åsgårdmarka
10. Varsel om alvorlige hendelser ved UNN - unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.
11. *Stevningssak i Tromsø tingrett*
12. *Streiken mellom Spekter og Akademikerne (tvungen lønnsnemd)*

ST 84/2016	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra Brukerutvalget 13.-14.9.2016.</li><li>2. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 19.9.2016.</li><li>3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 20.9.2016.</li><li>4. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 21.9.2016.</li><li>5. Brev vedrørende reguleringssaken vedrørende Åsgårdmarka datert 21.9.2016.</li><li>6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 23.9.2016.</li></ol>
ST 85/2016	Oppfølgings sak – Sivilombudsmannens rapport
ST 86/2016	Møte- og årsplan 2017 for styret ved UNN - justering
ST 87/2016	Eventuelt

**ST 78/2016 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 14.9.2016**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 5.10.2016**

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 14.9.2016.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 14.9.2016.

**ST 79/2016 Tertialrapport for UNN - andre tertial 2016 - med Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2016**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 5.10.2016**

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2016* til orientering.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *tertialrapporten for andre tertial 2016* og oversender denne til Helse Nord RHF.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2016* til orientering.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *tertialrapporten for andre tertial 2016* og oversender denne til Helse Nord RHF.

## **ST 80/2016 Tertialrapport 2/2016 for utbyggingsprosjekter**

### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 5.10.2016**

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 31.8.2016 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering.
2. Styret tar til orientering at det foreligger risiko for overskridelse for PET-senterprosjektet, og forutsetter at konsekvensene av dette bearbeides og følges opp av styringsgruppen.

Enstemmig vedtatt.

#### Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 31.8.2016 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering.
2. Styret tar til orientering at det foreligger risiko for overskridelse for PET-senterprosjektet, og forutsetter at konsekvensene av dette bearbeides og følges opp av styringsgruppen.

## **ST 81/2016 Tilsynsrapport - eksterne tilsyn**

### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 5.10.2016**

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn til og med 14.9.2016 til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

#### Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn til og med 14.9.2016 til etterretning.

## **ST 82/2016 Høringssak – Regional smittevernplan og tuberkulosekontroll-program 2016-2020**

## Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 5.10.2016

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

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord HF tar forslaget til Regional smittevernplan og tuberkulosekontrollprogram 2016-2020 til orientering.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som her påpekes i det videre smittevernsarbeid i regionen, som skal sikre høy kvalitet, forebygging og videre utvikling gjennom gode strategier og samhandling.
3. *Styret mener at planen er ambisiøs, og vurderer det som krevende å finansiere alle foreslåtte tiltak. Det anbefales derfor at det utarbeides en rekkefølgemessig prioritert tiltaksliste før behandling i styret i Helse Nord RHF, og at denne legges til grunn for konkrete beslutninger om gjennomføring i kommende rullinger av budsjett og langtidsplan.*

Styreleder tok først opprinnelig innstilling opp til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Deretter tok styreleder opp tilleggsinnstillingen fra direktøren.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord HF tar forslaget til Regional smittevernplan og tuberkulosekontrollprogram 2016-2020 til orientering.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som her påpekes i det videre smittevernsarbeid i regionen, som skal sikre høy kvalitet, forebygging og videre utvikling gjennom gode strategier og samhandling.
3. Styret mener at planen er ambisiøs, og vurderer det som krevende å finansiere alle foreslåtte tiltak. Det anbefales derfor at det utarbeides en rekkefølgemessig prioritert tiltaksliste før behandling i styret i Helse Nord RHF, og at denne legges til grunn for konkrete beslutninger om gjennomføring i kommende rullinger av budsjett og langtidsplan.

## ST 83/2016 Orienteringssaker

### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 5.10.2016

Innstilling til vedtak:

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

#### *Skriftlige orienteringer*

1. Kjøp av helsetjenester
2. SAMDATA-rapporten

#### *Muntlige orienteringer*

3. Pasienthistorie (*ble rekkefølgemessig behandlet før sak 78*)
4. Klagesak – henvendelse til styreleder (*rekkefølgemessig behandlet før sak 83-6*)
5. Klinikkpresentasjon NOR-klinikken (*ble rekkefølgemessig behandlet før sak 85*)
6. Røntgenavdelingens status som utdanningsinstitusjon
7. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan
8. Status for MRSA-situasjonen v/Barne- og ungdomsklinikken
9. Status vedrørende reguleringssaken for Åsgårdmarka
10. Varsel om alvorlige hendelser ved UNN - unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23 – (*ble rekkefølgemessig behandlet før sak 81*)
11. Stevningssak i Tromsø tingrett
12. Streiken mellom Spekter og Akademikerne (tvungen lønnsnemd)

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar orienteringssakene til orientering.

## ST 84/2016 Referatsaker

### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 5.10.2016

1. Referat fra Brukerutvalget 13.-14.9.2016.
2. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 19.9.2016.
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 20.9.2016.
4. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 21.9.2016.
5. Brev vedrørende reguleringssaken vedrørende Åsgårdmarka datert 21.9.2016.
6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 23.9.2016.

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 85/2016 Oppfølgings sak – Sivilombudsmannens rapport**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 5.10.2016**

*(ble rekkefølgemessig behandlet før sak 86)*

Direktørens endrete innstilling til vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ~~godkjenner handlingsplanen til tar orienteringen om status i arbeidet med å utvikle en tiltaksplan for oppfølging etter Sivilombudsmannens besøksrapport i Psykisk helse- og rusklinikken til orientering.~~
2. Styret vedtar å bruke psykisk helsevernlovens § 4-8a-vedtak om bruk av mekanisk tvang som hovedindikator, og følge antall § 4-8a-vedtak månedlig. Valg av indikator evalueres etter seks måneder, med eventuell endring av indikator ved behov.
3. *Styret viser til at planen medfører en rekke tiltak som skal gjennomføres hovedsakelig høsten 2016 og våren 2017, og ber om rapportering hver tredje måned, første gang i styremøtet 8.2.2017.*

Styreleder tok saken opp til punktvis avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringen om status i arbeidet med å utvikle en tiltaksplan for oppfølging etter Sivilombudsmannens besøksrapport i Psykisk helse- og rusklinikken til orientering.
2. Styret vedtar å bruke psykisk helsevernlovens § 4-8a-vedtak om bruk av mekanisk tvang som hovedindikator, og følge antall § 4-8a-vedtak månedlig. Valg av indikator evalueres etter seks måneder, med eventuell endring av indikator ved behov.

- Styret viser til at planen medfører en rekke tiltak som skal gjennomføres hovedsakelig høsten 2016 og våren 2017, og ber om rapportering hver tredje måned, første gang i styremøtet 8.2.2017.

### ST 86/2016 Møte- og årsplan 2017 for styret ved UNN – justering

#### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 5.10.2016

(ble rekkefølgemessig behandlet før sak 83)

Innstilling til vedtak:

- Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar følgende justerte møteplan for 2017:

Møter/ seminarer	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli/ Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Styremøter		8.	28.-29.	27.		1.+ 21.		14.	4.	15.	14.
Styreseminar UNN						20.				14.	
Helsefak/ UNN				28.							
Regionalt seminar			29.-30.						25.-26.		

- Styret godkjenner følgende justerte årsplan 2017 i tråd med krav i styreinstruksen for UNN:

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Evaluering av styrets arbeid, styrets dialogavtale med direktøren og oppdragsdokumentet for 2017.	Tromsø	onsdag 8.2.2017
Årsregnskap, årlig melding, investeringer og UNNs tilbakemelding på RHF's Plan 2018-2021.	Bodø	tirsdag 28.3. (etterm.) og onsdag 29.3.2017
Informasjonssikkerhet ved UNN.	Tromsø	torsdag 27.4.2017
Tertialrapport, resultatkvalitet, forberedende virksomhetsplanlegging 2017	Tromsø	torsdag 1.6.2017
Ledelsens gjennomgang	Harstad	onsdag 21.6.2017
Status oppdragsdokument 2017	Tromsø	torsdag 14.9.2017
Tertialrapport, pasientsikkerhet, forberedende langtidspanlegging 2019-2022	Tromsø	onsdag 4.10.2017
Ledelsens gjennomgang	Svalbard	onsdag 15.11.2017
Virksomhetsplan og budsjett 2017, langtidspan for UNN 2019-2022	Tromsø	torsdag 14.12.2017

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

- Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar følgende justerte møteplan for 2017 med de endringer som fremkom under behandlingen av saken (endringer i **uthevet kursiv**):

Møter/ seminarer	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli/ Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Styremøter		8.	28.-29.		<b>3.</b>	1.+ 21.		14.	4.	15.	14.
Styreseminar UNN						20.				14.	
Helsefak/ UNN					<b>4.</b>						



Regionalt seminar			29.-30.					25.-26.		
-------------------	--	--	---------	--	--	--	--	---------	--	--

2. Styret godkjenner følgende justerte *årsplan 2017* i tråd med krav i styreinstruksen for UNN:

<i>Årsplanens saker</i>	<i>Sted</i>	<i>Møtetidspunkter</i>
Evaluering av styrets arbeid, styrets dialogavtale med direktøren og oppdragsdokumentet for 2017.	Tromsø	onsdag 8.2.2017
Årsregnskap, årlig melding, investeringer og UNNs tilbakemelding på RHF's Plan 2018-2021.	Bodø	tirsdag 28.3. (etterm.) og onsdag 29.3.2017
Informasjonssikkerhet ved UNN.	Tromsø	<b>onsdag 3.5.2017</b>
Tertialrapport, resultat kvalitet, forberedende virksomhetsplanlegging 2017	Tromsø	torsdag 1.6.2017
Ledelsens gjennomgang	Harstad	onsdag 21.6.2017
Status oppdragsdokument 2017	Tromsø	torsdag 14.9.2017
Tertialrapport, pasientsikkerhet, forberedende langtidsplanlegging 2019-2022	Tromsø	onsdag 4.10.2017
Ledelsens gjennomgang	Svalbard	onsdag 15.11.2017
Virksomhetsplan og budsjett 2017, langtidsplan for UNN 2019-2022	Tromsø	torsdag 14.12.2017

## ST 87/2016 Eventuelt

### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 5.10.2016

Ingen saker.

Tromsø, 5.10.2016

Jorhill Andreassen (s.)  
styreleder



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
90/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Kristian Pettersen

### Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2016

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport september 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 september 2016, var 66 (median 49) dager. Dette er 16 dager mindre enn for samme periode i 2015. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 52 (median 45) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet i gjennomsnitt 229 (median 200) dager. Antall pasienter på venteliste ved utgangen av september var 9 524, noe som er en nedgang på 3 535 pasienter (-27 %) fra året før.

Gjennomsnittlig ventetid for de som fortsatt står på venteliste er 68 dager. Dette er en reduksjon på 33 dager sammenlignet med samme tid i 2015 (-33 %). Ved utgangen av september var det 195 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Sammenlignet med utgangen av

september 2015 er dette en reduksjon på 243 pasienter (-55 %). Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i september var 1 362, en nedgang på 184 (-12 %) fra i fjor. Antall fristbrudd ved utgangen av september var 68, en økning på 29 (+75 %) sammenlignet med samme tid i 2015.

Andelen epikriser sendt innen syv dager var i september 73 % og 82 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall pasienter som lå på korridor per dag i september var 3, mens andelen strykninger av planlagte operasjoner var 4,4 %.

### **Aktivitet**

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+7 %). Dette skyldes høy poliklinisk aktivitet (8 % over plan) og innlagte dagopphold (+3 %). Antall døgnopphold er høyere enn plan (+1 %), og polikliniske dagbehandlinger er høyere enn plan (+7 %). DRG-aktiviteten<sup>1</sup> er 1 129 poeng over plan (+2 %) hittil i år. Antall røntgenundersøkelser er høyere enn plan (+10 %), 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 (-3 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (-6 %) er lavere enn plan.

Antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet har økt med 164 (+30 %) i september måned sammenlignet med samme periode i 2015. Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 177 utskrivningsklare døgn (-63 %). Pasienthotellet hadde i september 75 % belegg i perioden mandag til og med torsdag, mens andelen av innlagte døgn var 8,3 %.

### **Personal**

Antall månedsværk i september var 6 364. Dette er en nedgang på 46 månedsværk sammenlignet med samme måned i fjor. Det ble i september leid inn 51,7 sykepleiermånedsværk og 14,3 legemånedsværk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er økt med 39,6 månedsværk sammenlignet med samme måned i fjor, mens bruken av innleide leger har økt med 6,2 månedsværk.

Det totale sykefraværet ved UNN i september 2016 slik det fremkommer i LIS er på 6,3 %, og er lavere enn plantallet på 7,5 %. Det er funnet noen feil i rapporteringen i LIS, og det er behov for en gjennomgang av alle tallene. Inntil dette er gjennomført vil det være usikkerhet heftet ved tallene som presenteres i denne rapporten. 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. 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.*

Den største andelen av sykefraværet er langtidsfravær, og samvarierer med det totale sykefraværet. Første kvartal 2016 var langtidsfraværet stabilt på omlag 6 %, men viser moderat nedgang mot sommeren. Korttidsfraværet viser en stabil nedgang gjennom første kvartal og mot september 2016. Utviklingen innen både korttids- og langtidsfraværet hittil i år er lik utviklingen for samme periode i 2015.

## **Økonomi**

Regnskapet for september viser et overskudd på 10,2 mill kr. Det er 6,9 mill kr høyere enn budsjettet, og 2,7 mill kr høyere enn styringsmålet. Akkumulert per september er det et budsjettavvik på +20,2 mill kr, men 17,3 mill kr lavere enn styringsmålet. For september er de samlede inntektene 4,0 mill kr høyere enn budsjettet, og driftskostnadene er samlet sett 2,6 mill kr lavere enn budsjettet. Lønnspostene har samlet sett et positivt avvik på 14,6 mill kr og andre driftskostnader viser et mindreforbruk på 2,3 mill kr. Finanspostene har et positivt avvik på 0,3 mill kr.

I 2016 er det budsjettet med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I september er det beregnet en realisert effekt på 9,0 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 69 %. Til og med september er gjennomføringsgraden 70 %.

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I september er det bokført investeringer for 54,0 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 11,0 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 52,0 mill kr. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 13,1 mill kr. UNN har per utgangen av september en likviditet på 765 mill kr.

## **Kommunikasjon**

I september handler halvparten av medieoppslagene om utbruddet av MRSA ved nyfødt intensiv. Fremover omtaler Nasjonal helse- og sykehusplan og utredningen av akuttkirurgisk beredskap ved UNN Narvik med presentasjon av prosjektgruppen og en artikkel om at sykehusalliansen fortsatt vil engasjere seg for lokalsykehuset. I Harstad er sikkerheten ved sykehuset i medias søkelys etter at en mann bevæpnet med hammer tar seg inn i sykehuset og truer ansatte. Det er en overvekt av nøytrale, informative medieoppslag denne måneden.

## **Medvirkning**

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne innspills- og drøftingsmøter 31.10., 1.11. og 2.11.2016. Referat/protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet 16.11.2016.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg uttrykte bekymring ved at UNN innenfor flere kreftpakkeforløp enn tidligere ikke når det nasjonale minimumskravet på 70 prosent. I tillegg syntes utvalget at ventetiden fortsatt er for lang, til tross for at rapporten viser at den har en nedadgående trend.

Arbeidsmiljøutvalget var tilfreds med sykefraværsutviklingen og drøftet mulige årsaksforhold rundt denne. Utvalget ba om en nærmere undersøkelse av årsaksforholdene.

Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken oversendes styret til endelig behandling.

## Vurdering

Det er positivt at UNN i andre tertial er svært nær å ha 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 lite sannsynlig at det ikke skal være i samsvar med nasjonalt mål fremover.

Det er ikke tilfredsstillende at det fortsatt regelmessig forekommer fristbrudd, og at antallet har økt gjennom sommeren. Det er fortsatt 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. Det siste gjelder nå særlig dagkirurgi, der det nå identifiseres og gjennomføres tiltak i samarbeid mellom primært Kirurgiskreft- og kvinnehelseklinikken og Operasjons- og intensivklinikken for å få avvirket etterslep og unngå fremtidige fristbrudd. Det viser seg at det i flere tilfeller heller ikke har vært mulig å skaffe disse pasientene tilbud gjennom Helfo, og utfordringen må derfor løses internt.

Andel kreftpasienter som inkluderes i pakkeforløp er fortsatt høy, mens andelen som gjennomføres innen normert tid har sunket litt under nasjonalt mål i sommer. Det er ikke tilfredsstillende. Utviklingen i antall langtidsventende, fristbrudd og pakkeforløpene viser at planleggingen av årets sommerferie ikke har vært god nok. Det pågår en nærmere evaluering av årets ferieavvikling og planlegging, og det er igangsatt arbeid for å sikre bedre planlegging neste år. I pakkeforløparbeidet har arbeidet med prostatakreftforløpene hele tiden vært en særlig utfordring, og det er nå tatt et regionalt initiativ for å identifisere tiltak for å bedre disse prosessene.

Parallelt med at antall utskrivningsklare pasienter har blitt redusert i sommer, har det også vært en klar nedgang i antall korridorpasienter. Dette er utvilsomt bra for kvalitet- og pasientsikkerhet, for pasientopplevelse, og for arbeidsmiljøet. Det er fortsatt sengeposter i foretaket som har for høyt belegg, og det må arbeides videre med å sikre gode pasientforløp på tvers av nivåene, bruk av pasienthotell, samhandling internt og eksternt, bruk av pasientsentrerte helsetjenesteteteam og lokalsykehusprosjekt i UNN Tromsø, for å komme nærmere målsettingen om null korridorpasienter.

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 det fortsatt ledelsesmessig fokus på gjennomføringen er helt påkrevet for å nå målet om full implementering på alle områder, innen årets utgang. Dette påpekes også i den regionale, interne revisjonen på gjennomføring av samstemming av legemiddellister, som omtales i statusrapporten for tilsyn som styret forelegges i dette møtet. Kvalitetsutvalget vil få seg forelagt en mer inngående statusrapport for oppfølging av pasientsikkerhetsprogrammet i slutten av september, og vil da anbefale tiltak for å sikre gjennomføring. 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, og dette følges opp i arbeidet med virksomhetsplanlegging for 2017. Det er også noe økning i antall liggedøgn i somatikken i forhold til plantallene, noe som høyst sannsynlig skyldes de mange liggedøgn med utskrivningsklare pasienter hittil i år.

Selv om UNN i virksomhetsplanen for 2016 hadde tatt høyde for at *den gylne regel* med høyere vekst i økonomi og aktivitet innen psykisk helse og rus enn i somatikken, viser utviklingen hittil i år at dette målet ikke vil nås. De somatiske klinikkene som har underskudd følges tett opp i forhold til korrigerende tiltak, og det arbeides med å sikre rekruttering og dermed øke aktiviteten innen psykisk helsevern. Det settes også igjen et økt fokus på å sikre korrekt aktivitetsregistrering i forhold til indirekte konsultasjoner i Psykisk helse- og rusklinikken.

Det totale sykefraværet ved UNN i september 2016 er på 6,3 %, og er lavere enn plantallet på 7,5 %. Det er rapportert inn at det er oppdaget feil i sykefraværsregistreringen, og inntil alle tallene er gjennomgått på nytt og kvalitetssikret vil det være usikkerhet knyttet til tallene. 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. Hittil i år er sykefraværet på klinikknivå relativt stabilt.

Det økonomiske resultatet i september viser en forbedring i forhold til tidligere måneder og er 2,7 mill kr høyere enn internt styringsmål. Akkumulert er resultatet 17,2 mill kr dårligere enn styringsmålet. Resultatforbedringen sist måned skyldes en delvis innfasing av reserver og forventet overskudd sentralt som påvirker resultatet positivt. Årets prognose opprettholdes uten risiko med et regnskapsmessig overskudd på +90 mill kr til tross for at klinikkene og sentrene har en samlet underskuddsprognose på vel 22 mill kr. Det skyldes forventet overskudd sentralt som gjelder planlagt internt overskuddskrav, overskudd for medikamenter overført fra folketrygden, lønnsoppgjør og avskrivningskostnader.

Tromsø, 4.11.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2016



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Kvalitets- og virksomhetsrapport

---

September 2016



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	2
<b>Kvalitet .....</b>	<b>4</b>
Pakkeforløp – kreftbehandling.....	4
Pasientsikkerhetsprogrammet .....	6
Ventelister .....	7
Ventetid .....	7
Fristbrudd.....	9
Korridorpasienter .....	11
Strykninger .....	11
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.....	32
Investeringer.....	33
Byggeprosjekter .....	33



## Hovedindikatorer UNN

<p><b>Antall langtidsventende ved utgangen av september (ventet mer enn 12 måneder)</b></p> <p><b>195</b></p>	
<p><b>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av september</b></p> <p><b>68</b></p>	
<p><b>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</b></p> <p><b>8,3 %</b></p>	
<p><b>Sykefravær (september)</b></p> <p><b>6,3 %</b></p>	
<p><b>Tvang psykisk helsevern (September)</b></p> <p><b>Antall §4-8a vedtak: 4</b></p> <p><b>Antall pasienter: 3</b></p>	

<b>Pakkeforløp – kreft</b>		Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp.
<b>Andel i pakkeforløp</b>	<b>88%</b>	
<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 september 2016**

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	130	117	90	70
Hode- halskreft	45	37	82	70
Kronisk lymfatisk leukemi	7	3	42	70
Myelomatose	11	8	72	70
Akutt leukemi	18	9	50	70
Lymfom	47	43	91	70
Bukspyttkjertelkreft	43	42	97	70
Tykk- og endetarmskreft	118	106	89	70
Blærekreft	58	53	91	70
Nyrekreft	39	34	87	70
Prostatakreft	148	122	82	70
Peniskreft	3	3	100	70
Testikkelkreft	15	15	100	70
Livmorkreft	43	38	88	70
Eggstokkreft	31	28	90	70
Livmorhalskreft	25	22	88	70
Hjernekreft	30	19	63	70
Lungekreft	106	103	97	70
Kreft hos barn	7	6	85	70
Kreft i spiserør og magesekk	42	39	92	70
Primær leverkreft	11	9	81	70
Skjoldbruskkjertelkreft	28	27	96	70
Føflekkreft	65	54	83	70
Galleveiskreft	12	10	83	70
<b>Totalt</b>	<b>1082</b>	<b>947</b>	<b>88</b>	

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

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

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	112	71	63	25	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	23	22	95	9	24
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	25	21	84	21	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	4	4	100	4	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	23	13	56	25	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	6	6	100	7	30
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	10	9	90	3	8
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	47	32	68	14	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	6	2	33	29	28
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	20	11	55	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	4	3	75	21	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	102	61	59	31	35
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell 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.	65	49	75	31	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	12	7	58	42	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	41	46
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	30	11	36	49	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	60	22	36	74	66
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	68	33	48	38	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	4	57	24	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.	36	28	77	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
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	40	34	85	24	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	9	6	66	23	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	12	10	83	21	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	4	2	50	27	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	6	5	83	24	36
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	18	15	83	9	21
HJERNEKREFT	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.	34	21	61	37	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	20	18	90	21	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	37	29	78	27	42
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	2	1	50	3	27
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	8	8	100	3	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	6	4	66	2	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	14	14	100	25	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	9	8	88	33	43
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	4	0	0	45	39
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	1	1	100	19	43
SARKOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	28	15	53	41	43
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	1			36	43
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	68	62	91	11	35
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	8	8	100	34	48
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	1	0	0	63	41
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	60	47	78	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**

### **Samstemming av legemiddellister**

Dette innsatsområdet var sist presentert i februar 2016. Våren 2016 gjennomførte Helse Nord RHF intern revisjon hvor de konkluderte med middels sannsynlighet for at tiltakspakken er spredt til alle relevante enheter og liten sannsynlighet for at tiltakspakken inngår i UNNs ordinære aktivitet.

Konklusjonen og anbefalingene ble behandlet i Kvalitetsutvalget 27/9.

Per 1. september er det fire sengeposter som ennå ikke har kommet i gang. Disse fire har planlagt oppstartsdato før desember, slik at sannsynligheten for at tiltakspakken er spredt til alle relevante enheter vurderes som stor, gitt at ledere følger tett opp i tiden framover. Når det gjelder punktet om at tiltakspakken inngår som en del av UNNs ordinære aktivitet, med de definisjoner som internrevisjonen legger til grunn, er sannsynligheten fortsatt liten. Det er særlig kriteriene om å gjennomføre alle anbefalte målinger og vise høye (over 90%) måleresultater over tid som er en stor utfordring. Det er også svært ressurskrevende å fremskaffe måleresultater på andel samstemt ved utskrivelse og kvalitetsmåling på legemiddelavsnittet i epikrisen. Dette vil bli diskutert i fagsjefmøtet i Helse Nord RHF.

## Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
<b>Pasienter på venteliste</b>	16 442	13 059	9 524	-3 535	-27
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 414	4 283	9 243	4 960	116
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp *)	12 028	8 776	281	-8 495	-97
...herav med fristbrudd	100	39	68	29	74
...herav med ventetid over 365 dager	1 156	438	195	-243	-55
Gjennomsnittlig ventetid dager	124	101	68	-33	-33
<b>Ikke møtt til planlagt avtale</b>	1 582	1 546	1 362	-184	-12

\*) 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>	38 515	39 477	36 144	-3 333	-8
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	17 296	18 486	33 888	15 402	83
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	21 219	20 991	2 256	-18 735	-89
...herav med fristbrudd	1 164	968	453	-515	-53
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	45	47	94	47	100

\*) Pasienter henvist før 01.11.15

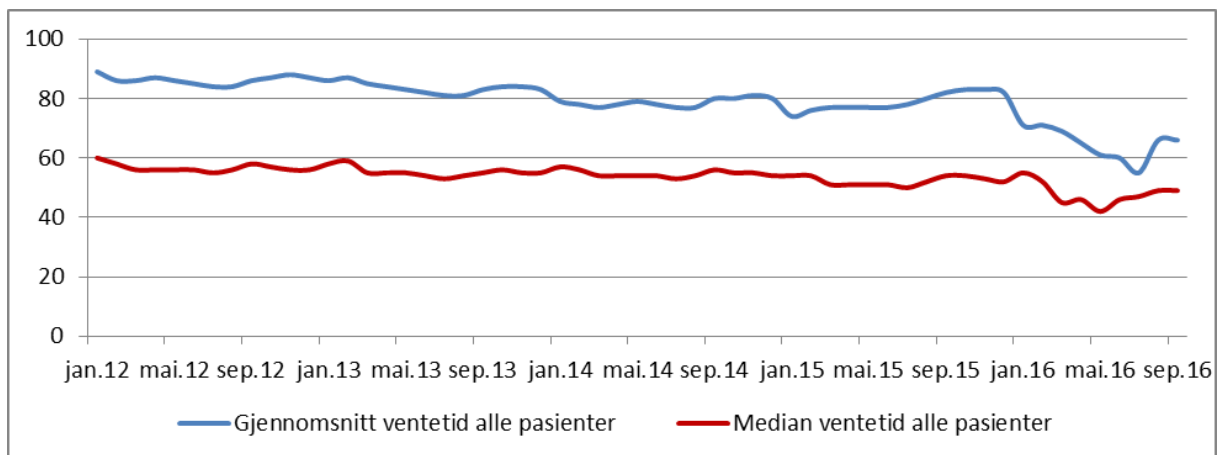
## Ventetid

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

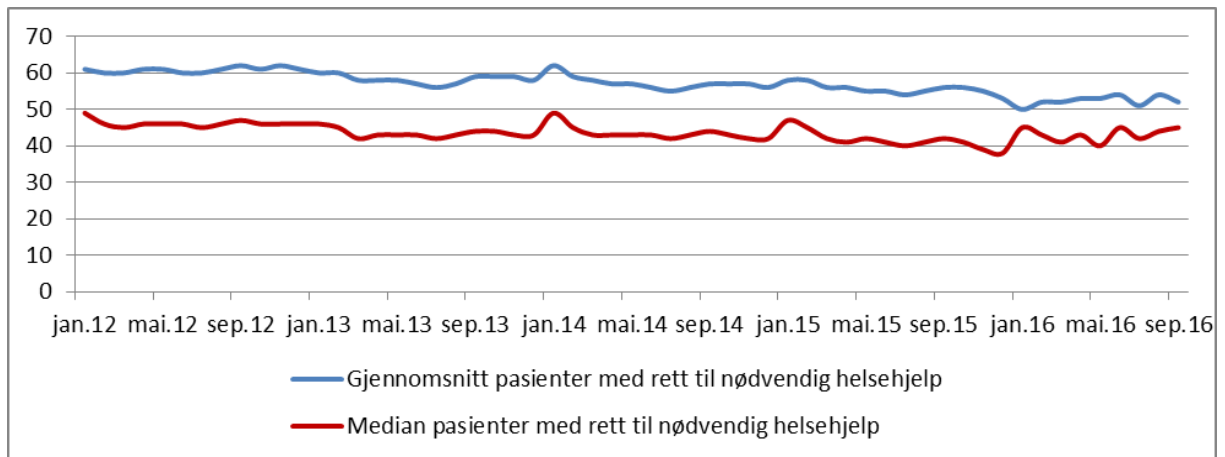
	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
<b>Gjennomsnittlig ventetid i dager</b>	80	82	66	-16	-20
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	57	56	52	-4	-7
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	97	104	229	125	120
<b>Median ventetid i dager</b>	56	54	49	-5	-9
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	44	42	45	3	7
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	69	69	200	131	190

\*) Pasienter henvist før 01.11.15

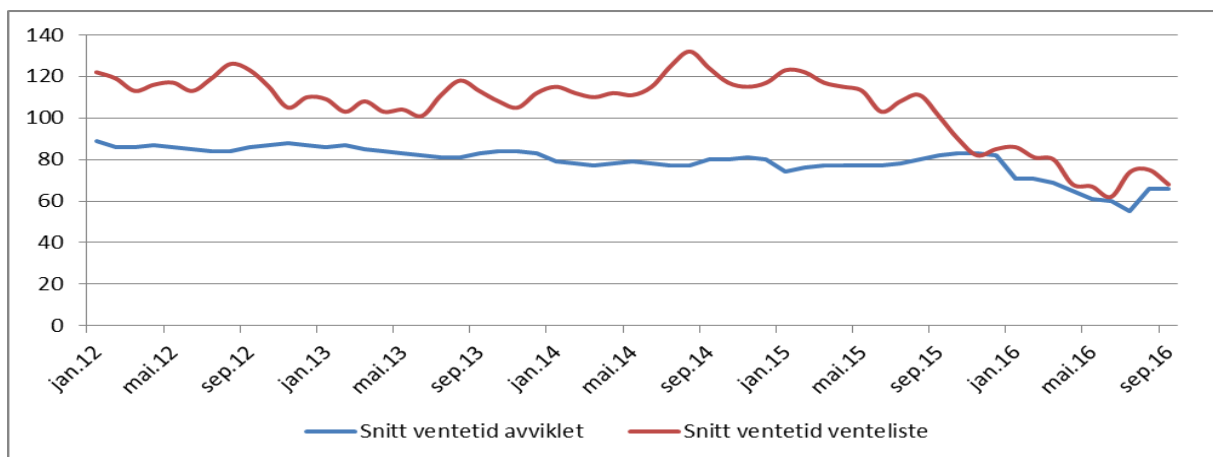
Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



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

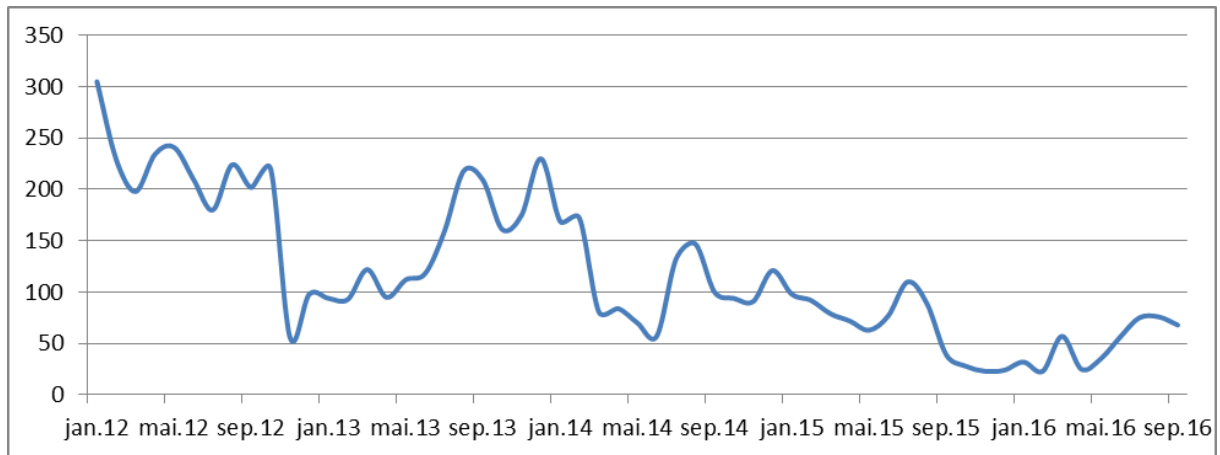


**Figur 3 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste**



## Fristbrudd

Figur 4 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

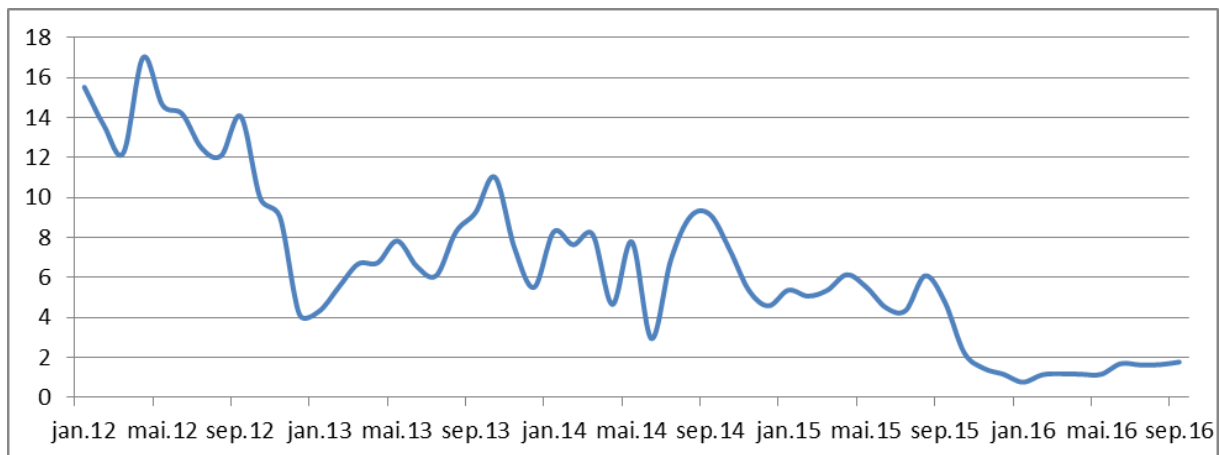


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av september 2016

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	31	2 092	1
Medisinsk klinikk	7	978	1
Hjerte- og lungeklinikken	4	466	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	26	4 976	1
UNN	68	8 512	1

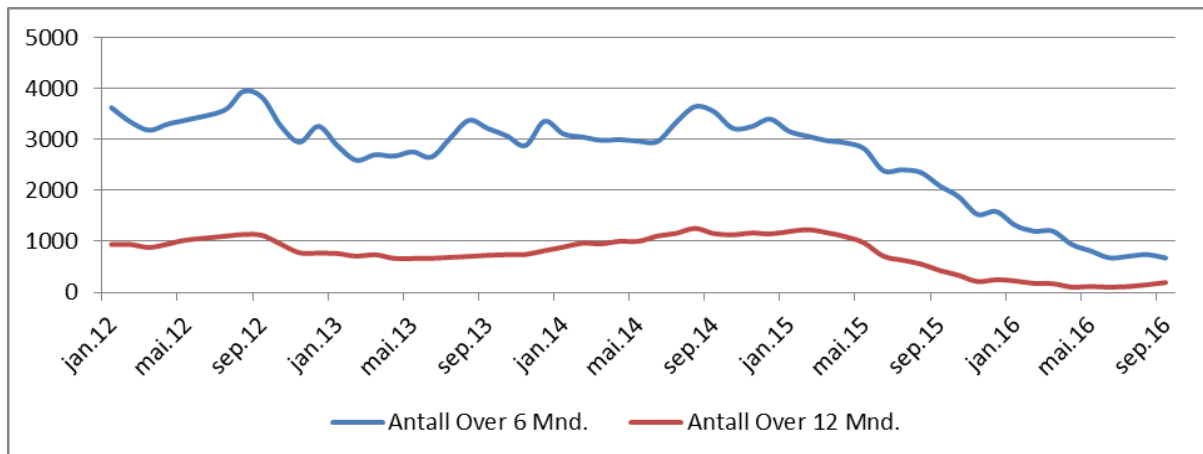
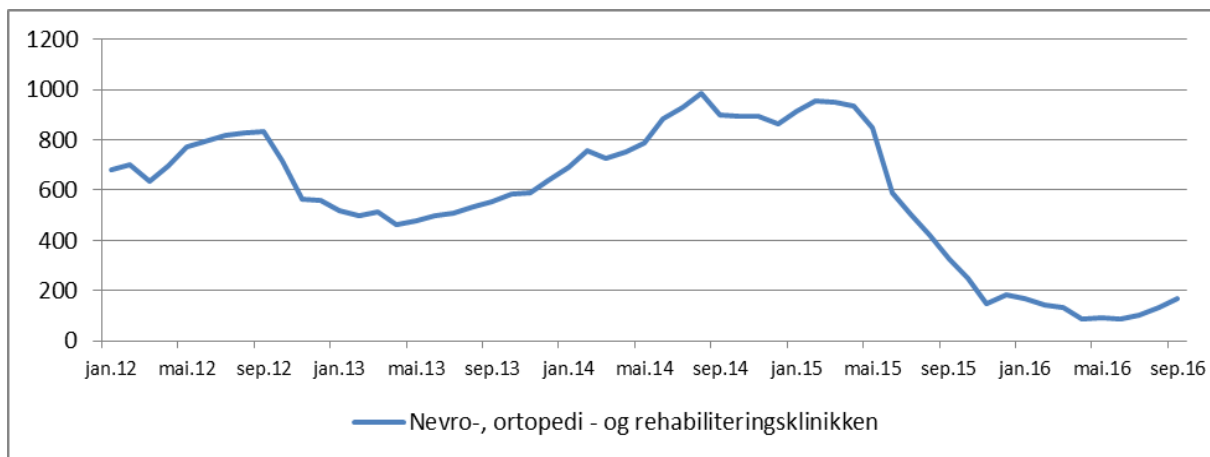
Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

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



Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	aug.16	sep.16
Hjerte- og lungeklinikken	10	12
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	23	27
Medisinsk klinikk	2	2
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	18	31
Psykisk helse- og rusklinikken	2	1
UNN	55	73

**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

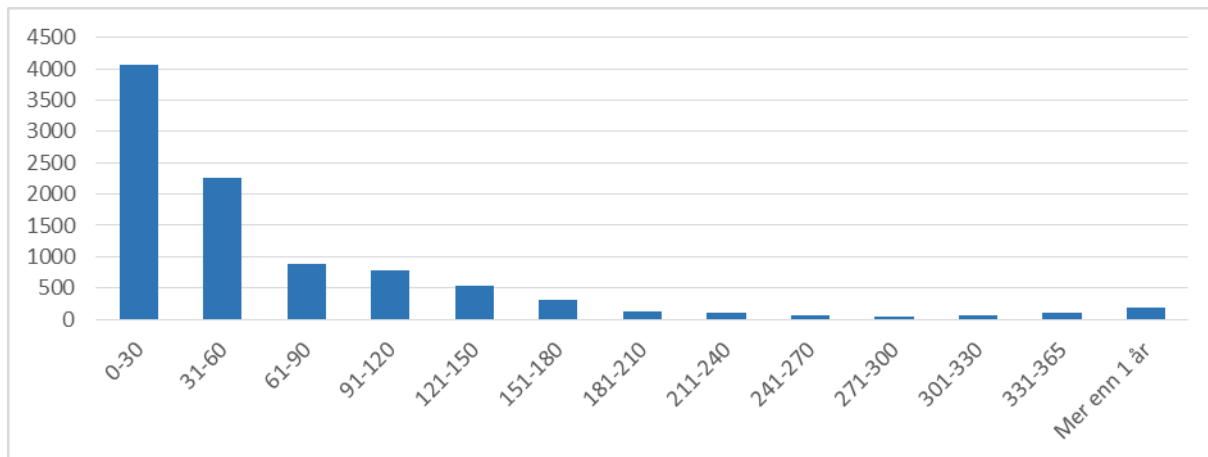
**Tabell 8 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av september 2016**

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18	1
Medisinsk klinikk	6	1
Hjerte- og lungeklinikken	3	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	168	3
UNN	195	2

Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

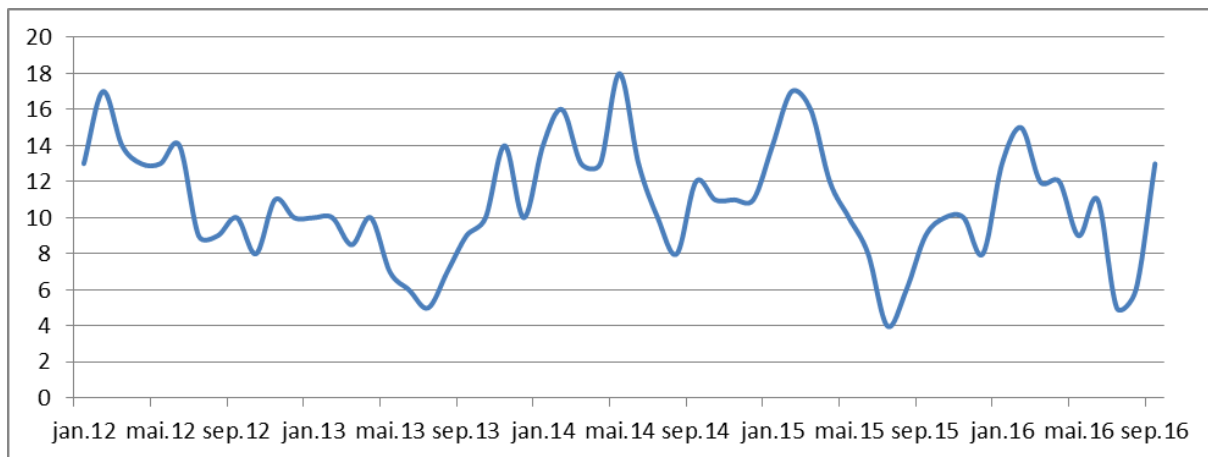


**Figur 8 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)**



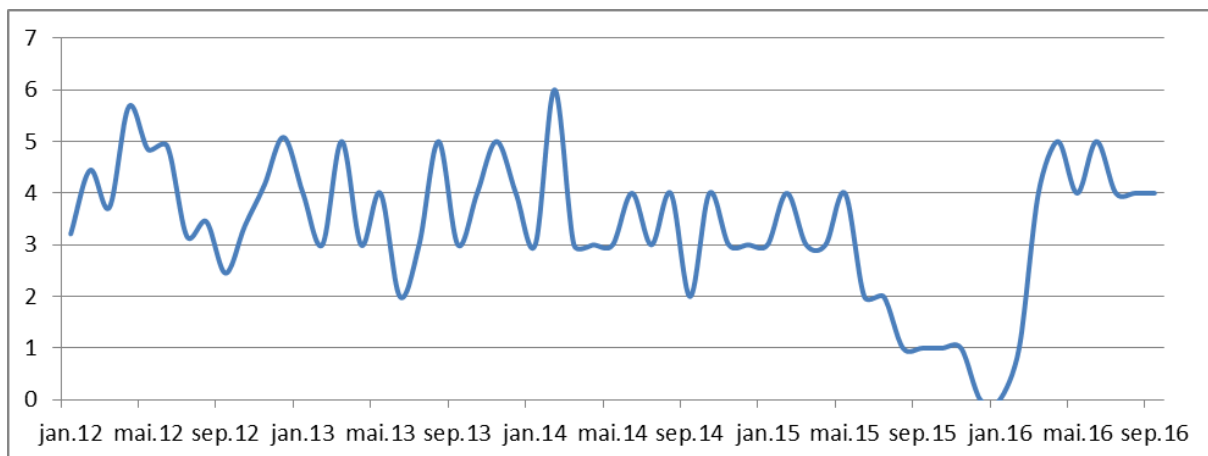
### Korridorpasienter

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



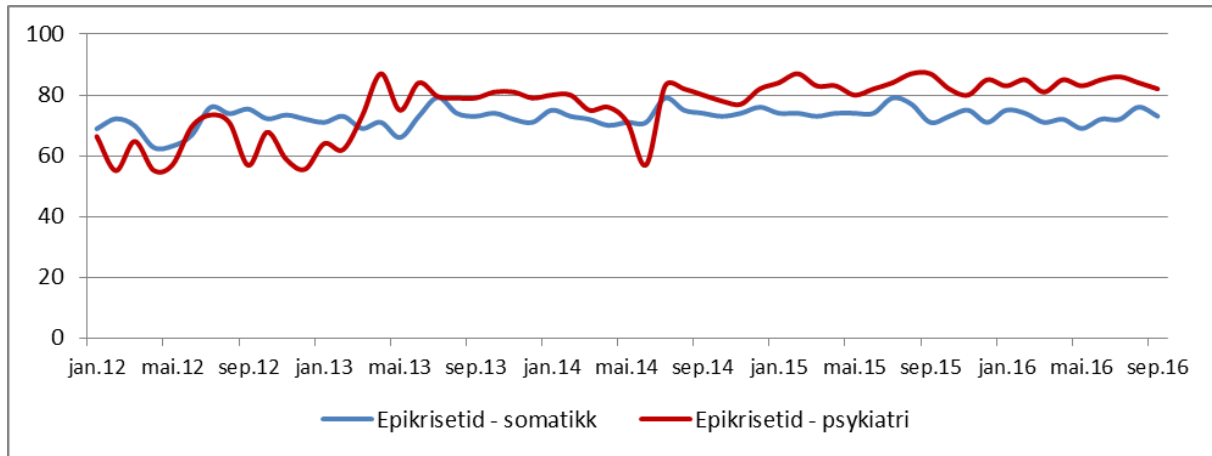
### Strykninger

**Figur 10 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)**



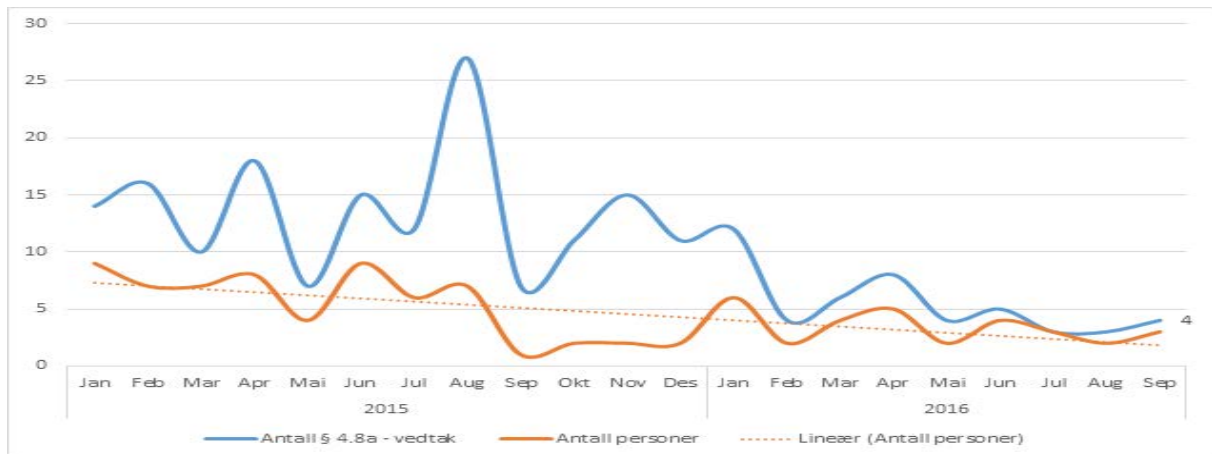
## Epikrisetid

Figur 11 Epikriser - andel sendt innen syv dager



## Mekaniske tvangsmidler i psykiatrien

Figur 12 Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykiatrien



## Aktivitet

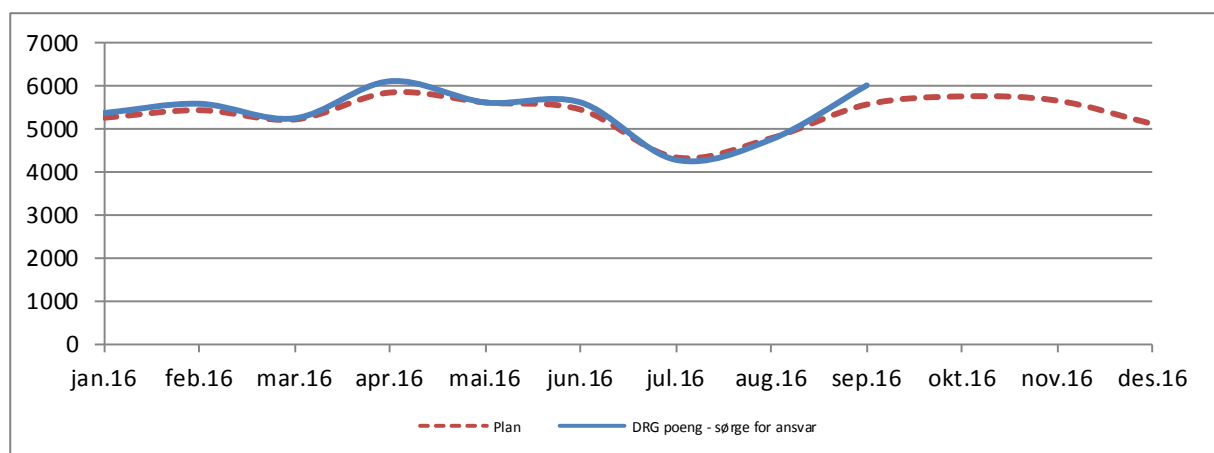
Tabell 9 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2014	2015	2016	Plantall 2016	Avvik fra 2015		Avvik fra plan 2016	
					Antall	%	Antall	%
<b>Somatikk</b>								
Utskrivelser heldøgn	29 683	29 665	30 280	29 868	615	2	412	1
Innlagte dagopphold	4 724	4 579	4 893	4 732	314	7	161	3
Polikliniske dagbehandlinger	20 290	20 502	22 222	20 857	1 720	8	1 365	7
DRG poeng (2016 logikk)	46 530	46 674	48 527	47 398	1 853	4	1 129	2
Liggedager i perioden	122 701	122 429	126 283	122 937	3 854	3	3 346	3
Polikliniske konsultasjoner	182 427	185 523	191 400	176 889	5 877	3	14 511	8
Herav ISF	151 744	154 825	162 128	158 073	7 303	5	4 055	3
Kontrollandel poliklinikk	34 %	33 %	32 %	31 %	-2 %		1 %	
Laboratorieanalyser	3 730 560	3 779 214	4 092 942	3 711 894	313 728	8	381 048	10
Røntgenundersøkelser	143 801	138 571	142 101	128 890	3 530	2	13 211	10
Fremmøte stråleterapi	10 265	10 261	9 998	9 572	-263	-3	426	4
Pasientkontakter	216 834	219 767	226 573	211 488	6 806	3	15 085	7
<b>VOP</b>					0		0	
Utskrivelser heldøgn	2 470	2 542	2 329	2 341	-213	-9	-12	-1
Liggedager i perioden	37 061	36 271	31 824	34 486	-4 447	-12	-2 662	-8
Polikliniske konsultasjoner	41 975	45 417	44 545	49 208	-872	-2	-4 663	-9
Pasientkontakter	44 445	47 959	46 874	51 550	-1 085	-2	-4 676	-9
<b>BUP</b>					0		0	
Utskrivelser heldøgn	160	132	117	218	-15	-9	-101	-46
Liggedager i perioden	2 306	2 186	1 841	2 464	-345	-15	-623	-25
Polikliniske konsultasjoner	18 304	17 950	18 664	19 146	714	4	-482	-3
Pasientkontakter	18 464	18 082	18 781	19 363	699	4	-582	-3
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>					0		0	
Utskrivelser heldøgn	484	526	512	513	-14	-3	-1	0
Liggedager i perioden	15 460	15 235	15 208	15 283	-27	0	-75	0
Polikliniske konsultasjoner	7 889	8 690	7 740	8 247	-950	-12	-507	-6
Pasientkontakter	8 373	9 216	8 252	8 760	-964	-12	-508	-6

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

## Somatisk virksomhet

Figur 13 DRG-poeng UNN 2016

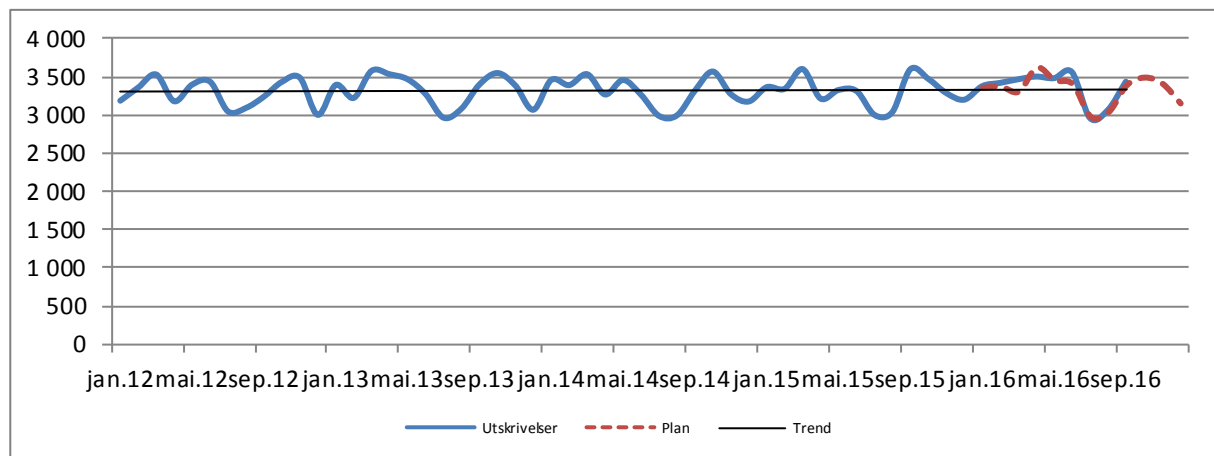


Tabell 10 DRG-poeng hittil i år 2016 fordelt på klinikk

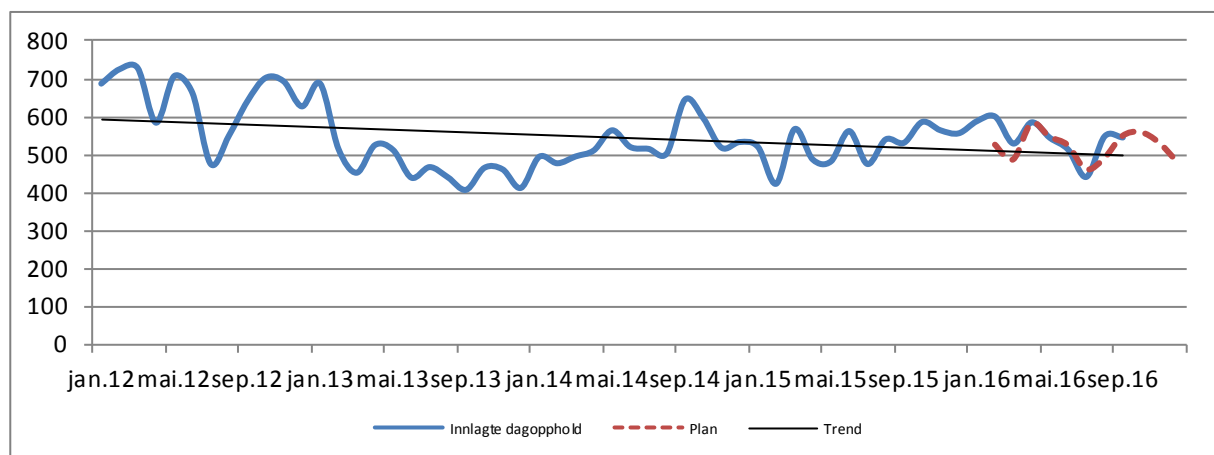
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 080	1 114	-34
Barne- og ungdomsklinikken	2 188	2 316	-128
Hjerte- og lungeklinikken	7 994	7 895	99
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	13 371	13 022	349
Medisinsk klinikk	9 147	9 002	144
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	13 624	13 991	-367
Operasjons- og intensivklinikken	280	296	-16
<b>Totalt</b>	<b>47 683</b>	<b>47 637</b>	<b>47</b>

DRG-poeng – egen produksjon.

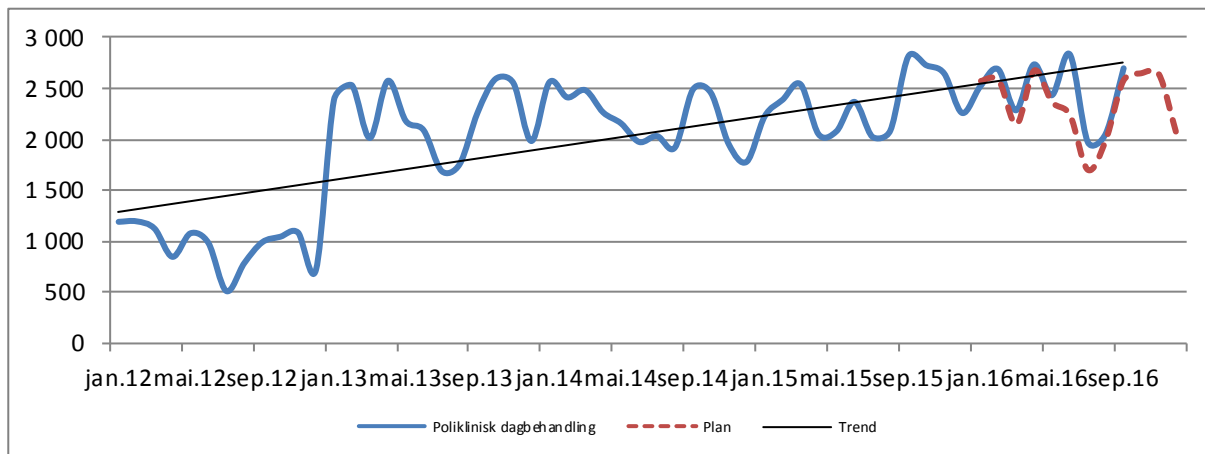
Figur 14 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



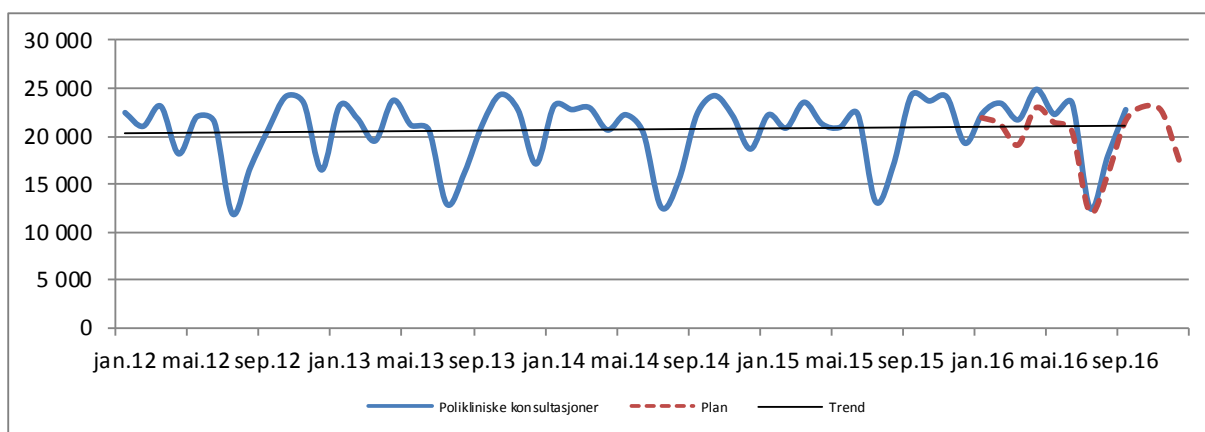
Figur 15 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



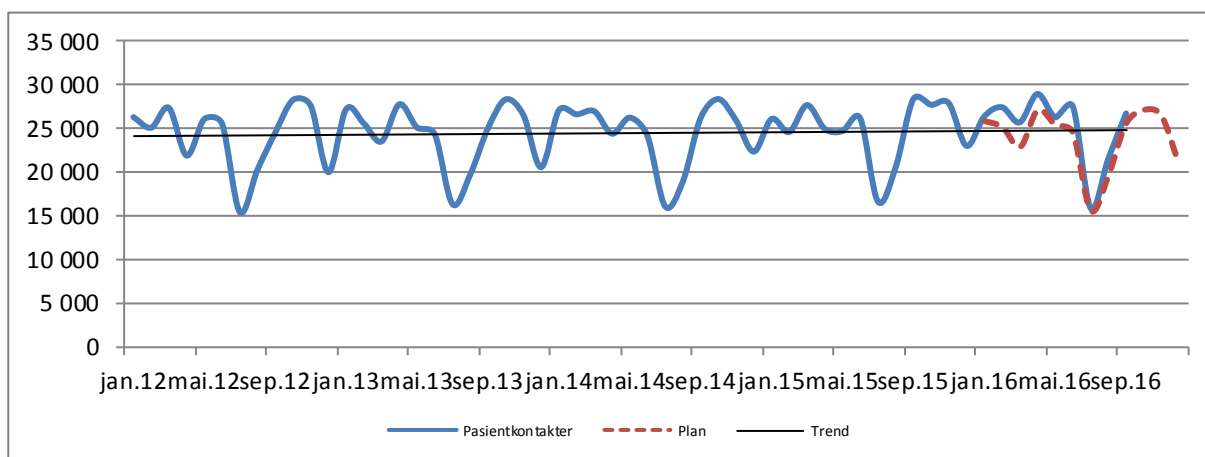
**Figur 16 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet**



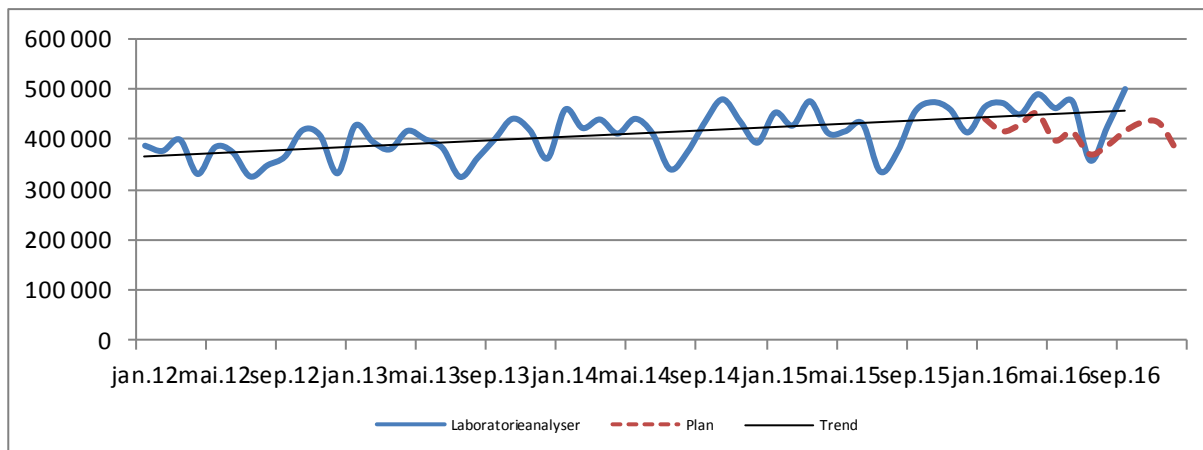
**Figur 17 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet**



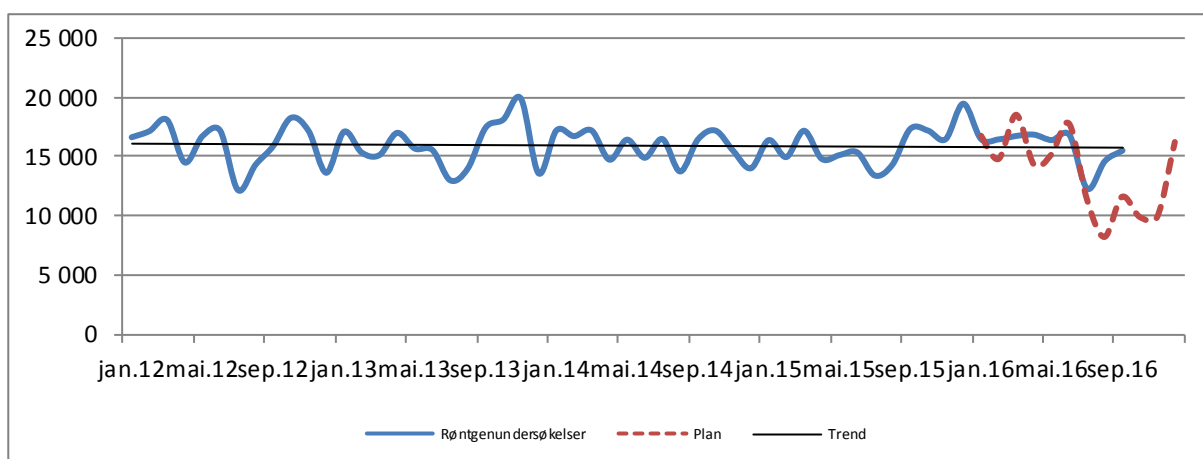
**Figur 18 Pasientkontakter - somatisk virksomhet**



**Figur 19 Laboratorieanalyser**

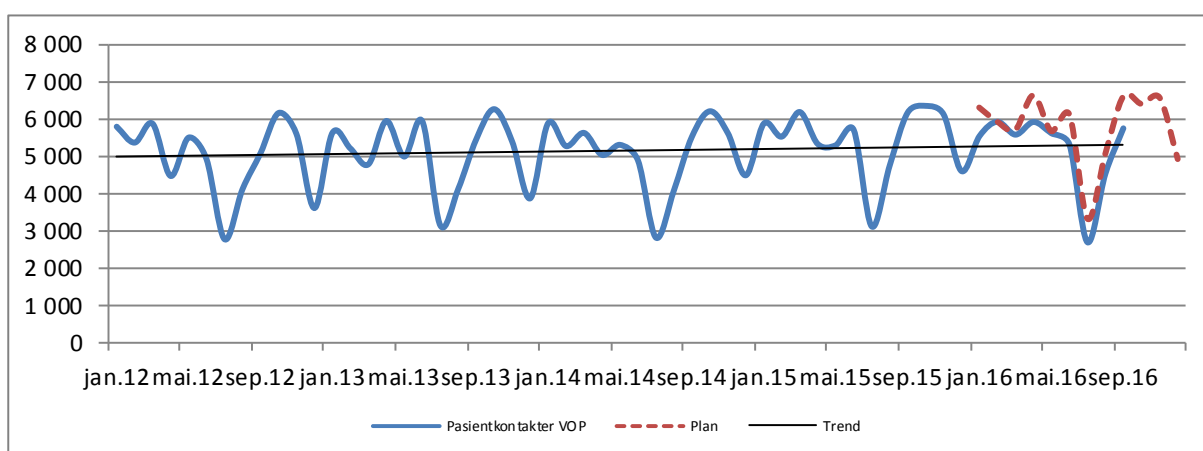


**Figur 20 Røntgenundersøkelser**



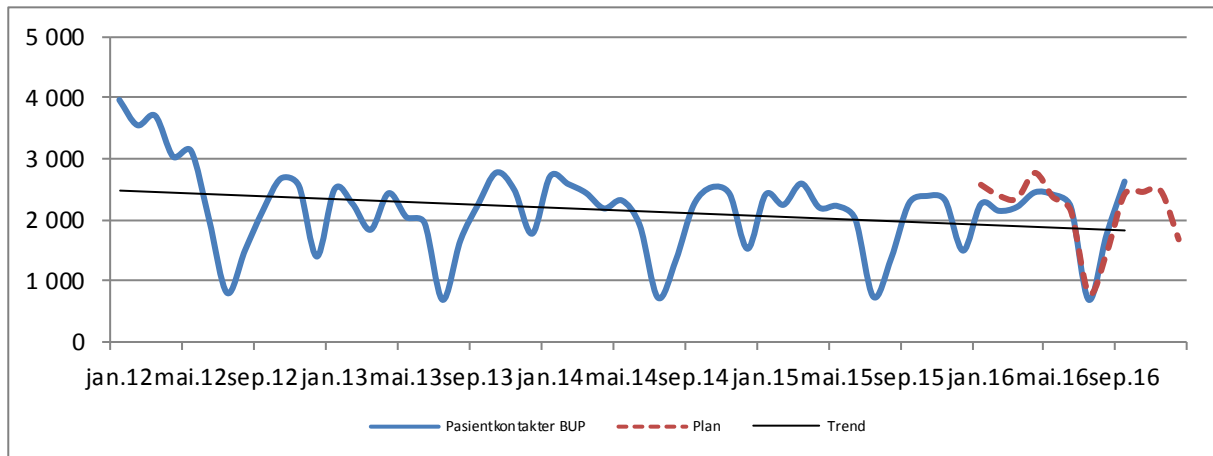
**Psykisk helsevern voksne**

**Figur 21 Pasientkontakter – VOP**



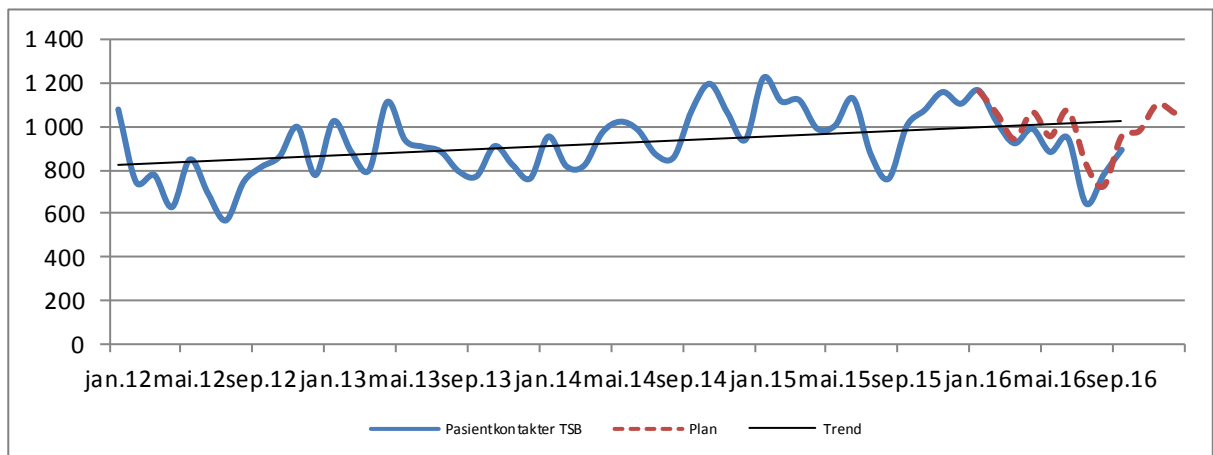
## Psykisk helsevern barn og unge

Figur 22 Pasientkontakter – BUP



## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 23 Pasientkontakter- TSB

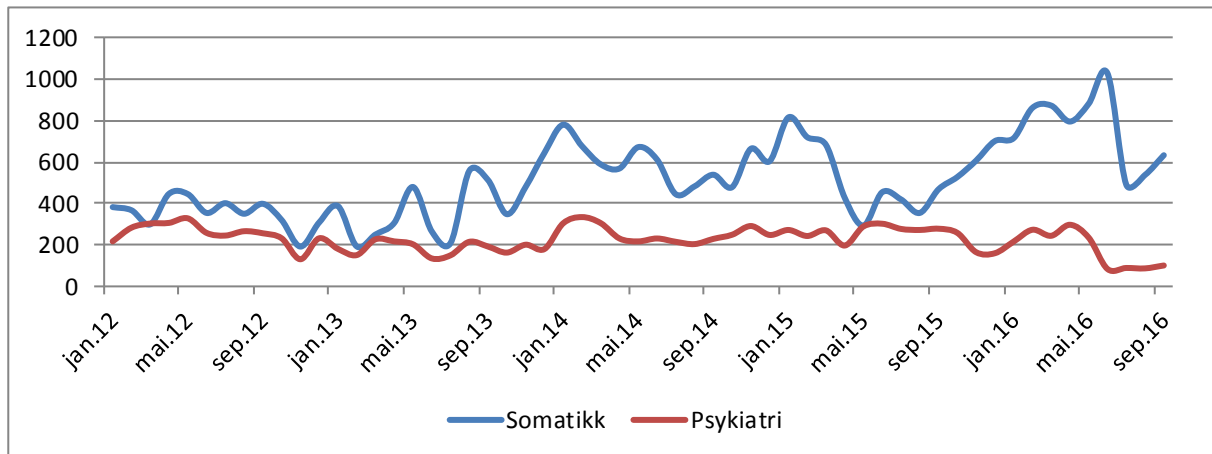


## Samhandling

### Utskrivningsklare pasienter

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

Figur 24 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern



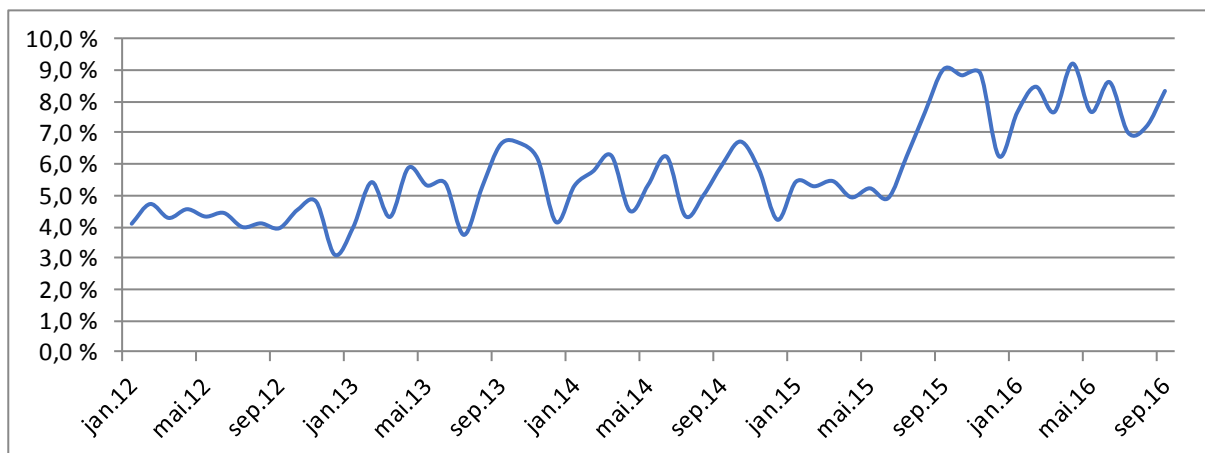


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

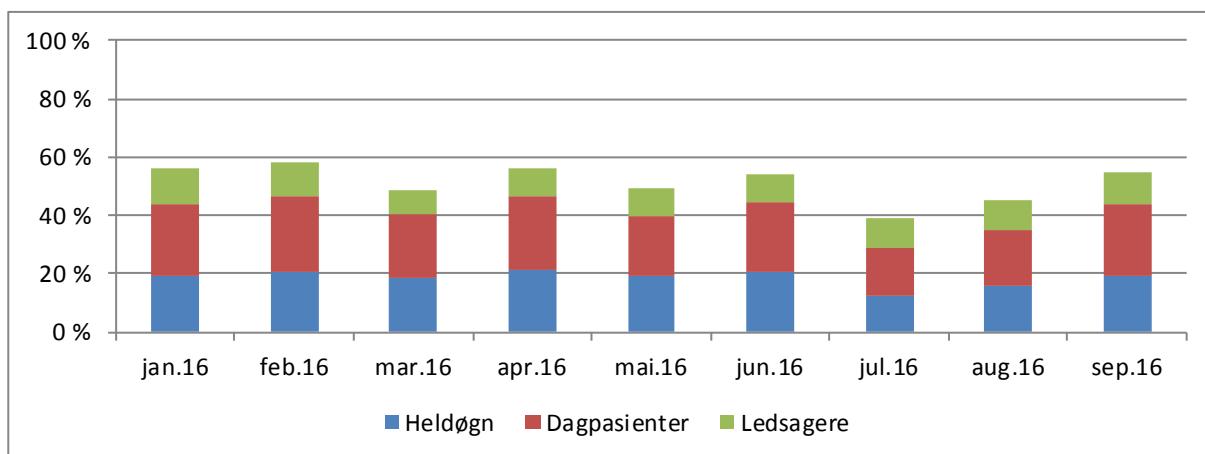
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-sept	Antall opphold jan-sept	Utskrivningsklare døgn jan-sept pr 1000 innbyggere
TRANØY	131	21	85
TROMSØ	3 915	415	54
HARSTAD	1 118	552	45
SALANGEN	79	23	36
EVENES	46	39	33
IBESTAD	46	43	33
TJELDSUND	38	34	30
LØDINGEN	64	53	30
NARVIK	558	247	30
MÅLSELV	175	42	26
SKÅNLAND	73	65	24
GRATANGEN	23	13	20
KVÆFJORD	61	59	20
BALLANGEN	51	44	20
KARLSØY	42	7	18
BARDU	73	25	18
STORFJORD	29	5	15
LYNGEN	36	11	12
TYSFJORD	22	10	11
BALSFJORD	48	20	8
DYRØY	9	6	8
KÅFJORD	17	7	8
LAVANGEN	7	6	7
BERG	6	5	7
LENVIK	58	38	5
NORDREISA	23	8	5
TORSKEN	4	4	5
SØRREISA	9	7	3
SKJERVØY	5	3	2
<b>Totalsum</b>	<b>6 766</b>	<b>1 812</b>	<b>36</b>

## Bruk av pasienthotell

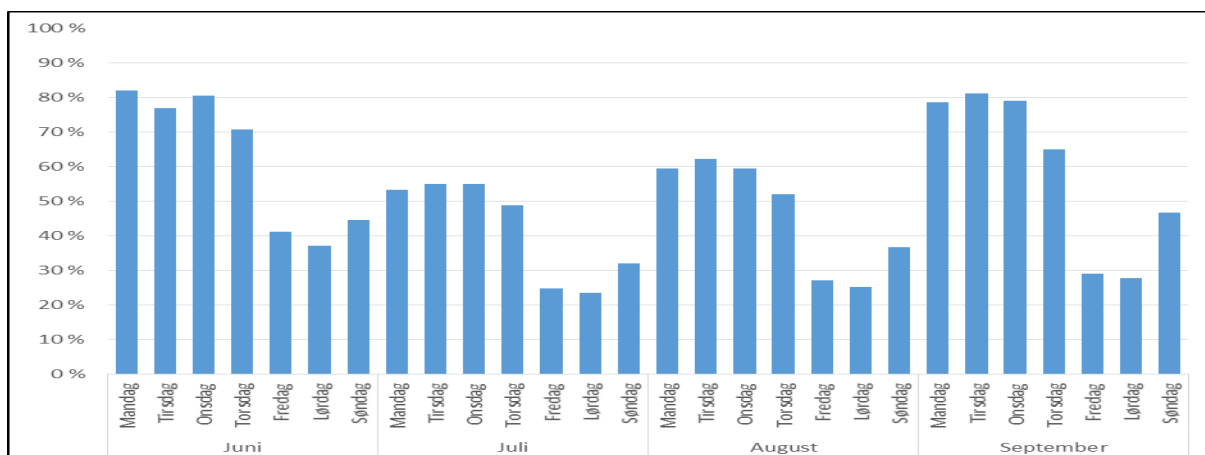
Figur 25 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)

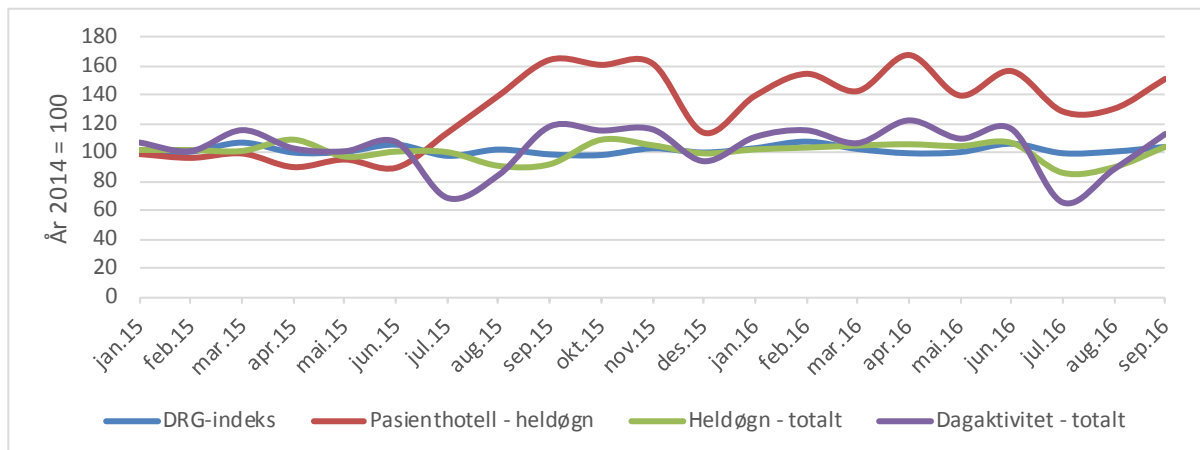


Figur 26 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Figur 27 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



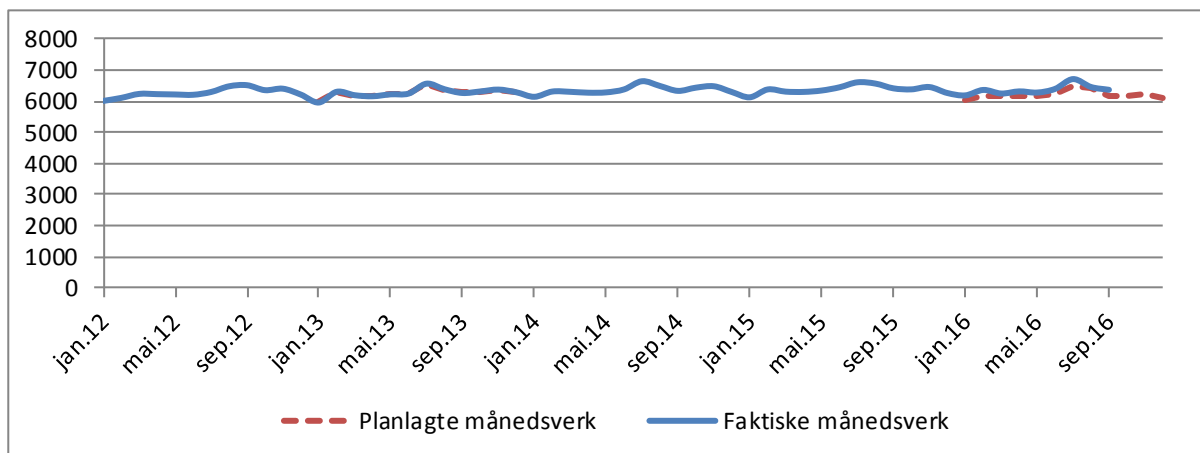
**Figur 28 Indeksregulerte verdier DRG-indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt**

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

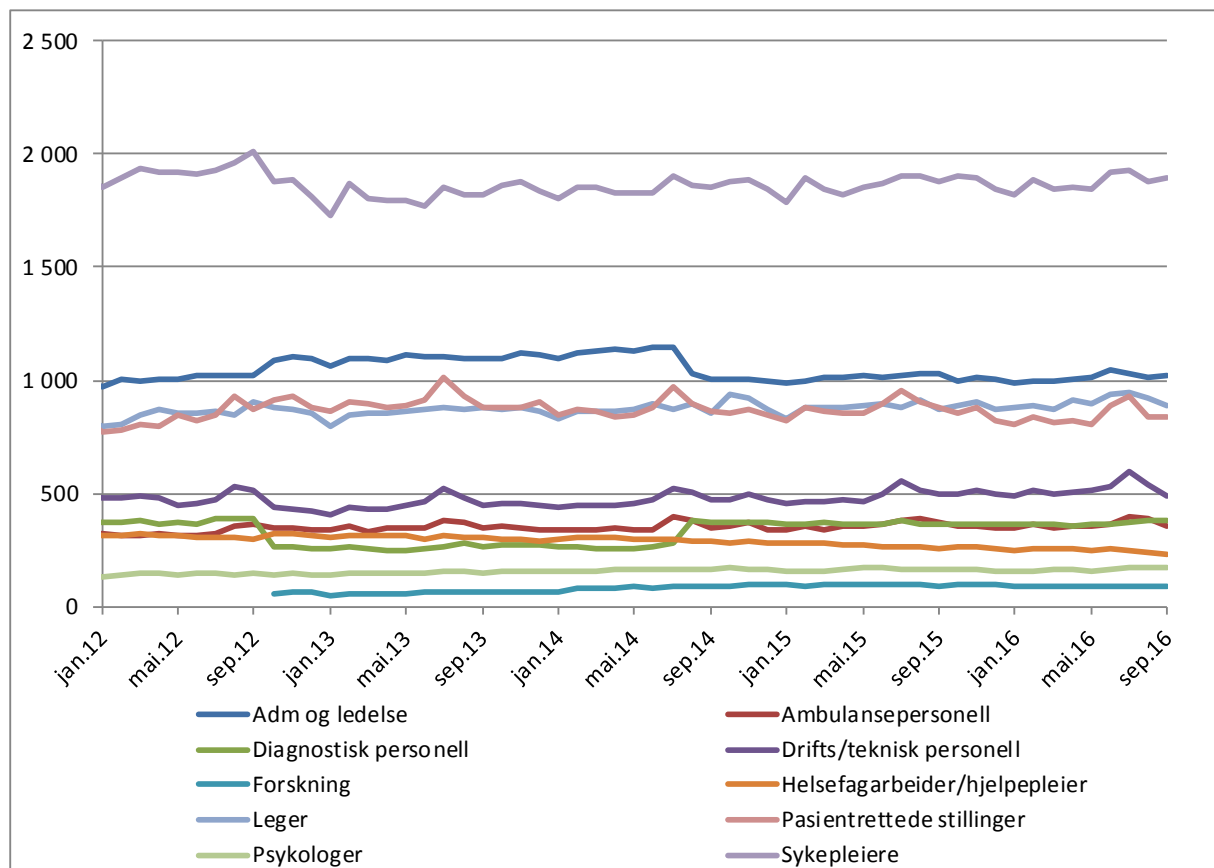
### Bemanning

**Figur 29 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	6 454	6 413	-109
September	6 329	6 410	6 364	6 147	-46
Oktober	6 433	6 378		6 191	
November	6 478	6 454		6 257	
Desember	6 293	6 251		6 123	
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 348</b>	<b>6 385</b>	<b>6 366</b>	<b>6 226</b>	<b>-19</b>

Figur 30 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2012-2016

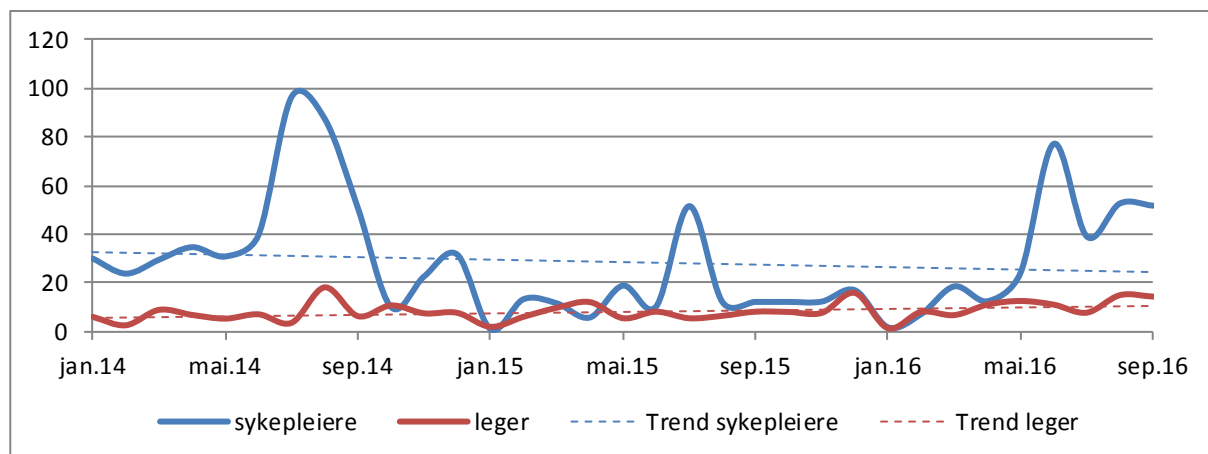


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2014-2016

Profesjon	2014	2015	2016	Avvik fra 2015
Adm og ledelse	1 104	1 014	1 012	-2
Ambulanspersonell	352	371	364	-7
Diagnostisk personell	288	374	367	-7
Drifts/teknisk personell	467	488	519	31
Forskning	81	95	88	-7
Helsefagarbeider/hjelpepleier	297	271	250	-21
Leger	868	879	905	26
Pasientrettede stillinger	875	878	842	-37
Psykologer	160	163	162	-1
Sykepleiere	1 847	1 864	1 875	12
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 348</b>	<b>6 385</b>	<b>6 367</b>	<b>-19</b>

Figur 31 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

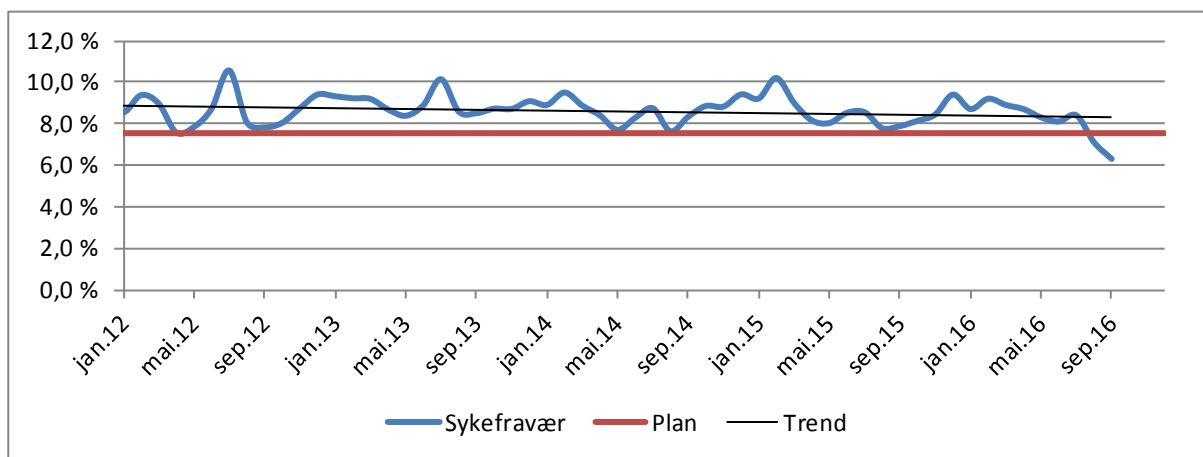


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

## Sykefravær

UNNs totale sykefravær i september 2016 er på 6,3%. Samme måned i 2015 var sykefraværet 8,1%. Dette er en reduksjon på 1,8 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 2,3% og viser en reduksjon på 0,3 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 1,9% med en økning på 0,1 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 2,0% og viser en reduksjon på 1,7 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i september 248 ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN.

Figur 32 Sykefravær 2012-2016



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

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

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

**Arbeidsrelatert fravær på egenmelding**

Det har i september 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 september 2016 vært registrert totalt 434 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 222 graderte. Det tilsvarer en andel på 51,2 % graderte sykemeldinger. Andelen er 9,1 prosentpoeng høyere enn i forrige måned (42,1 %).

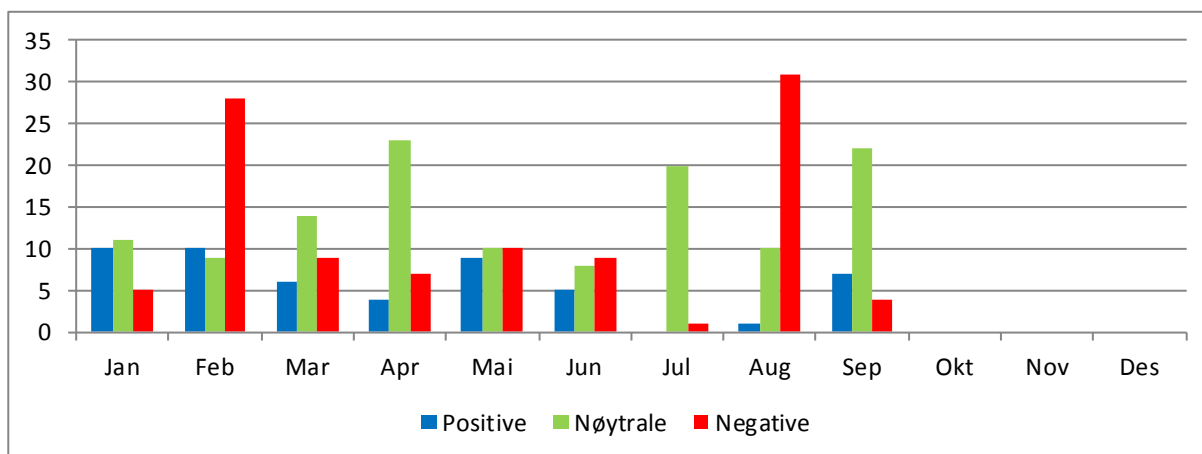
Gradert sykemelding er en hovedstrategi i IA-arbeidet. Partene i IA-avtalen, dvs. myndighetene, arbeidsgiversida og arbeidstakersida har satt mål om at 50% av sykmeldingene skal være gradert.

## Kommunikasjon

### Sykehuset i media

I september handler halvparten av medieoppslagene om utbruddet av MRSA ved nyfødt intensiv avdeling i UNN Tromsø. Fremover omtaler Nasjonal helse- og sykehusplan og utredningen av akuttkirurgisk beredskap ved UNN Narvik, med presentasjon av prosjektgruppen og en artikkel om at sykehusalliansen fortsatt vil engasjere seg for lokalsykehuset. I Harstad er sikkerheten ved sykehuset i medias søkelys etter at en mann bevæpnet med hammer tok seg inn i sykehuset og truet ansatte. Det er en overvekt av nøytrale, informative medieoppslag denne måneden.

Figur 33 Mediestatistikk 2016



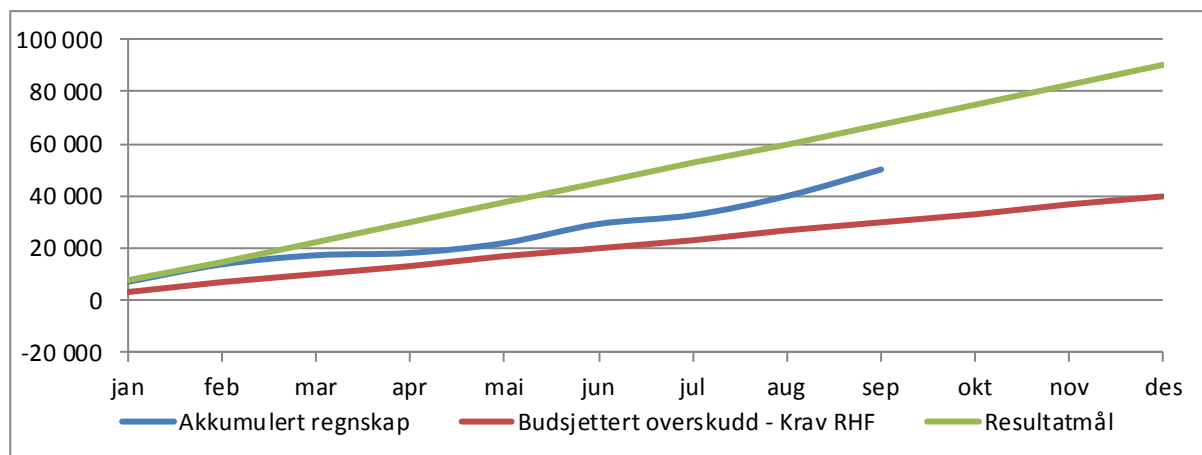
Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.



## Økonomi

### Resultat

Figur 34 Akkumulert regnskap og budsjett 2016



For 2016 er det et overskuddskrav på 40 mill kr. Det er budsjettetert 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 budsjettetert).

Regnskapet for september viser et overskudd på 10,2 mill kr. Det er 6,9 mill kr høyere enn budsjettetert, og 2,7 mill kr høyere enn styringsmålet. Akkumulert per september er det et budsjettavvik på +20,2 mill kr, men 17,2 mill kr lavere enn styringsmålet.

For september er de samlede inntektene 4,0 mill kr høyere enn budsjettetert. ISF-inntektene viser et negativt avvik på 0,3 mill kr, mens andre driftsinntekter har et positivt avvik på 0,3 mill kr. Øremerkede tilskudd har et negativt positivt på 0,8 mill kr. Polikliniske inntekter viser et positivt negativt på 0,5 mill kr.

Driftskostnadene er samlet sett 2,6 mill kr lavere enn budsjettetert. Kjøp av helsetjenester viser et overforbruk på 3,1 mill kr i forhold til budsjett. Aktivitetsdrevne varekostnader viser et negativt avvik på 11,2 mill kr. Lønnspostene har samlet sett et positivt avvik på 14,6 mill kr og andre driftskostnader viser et mindreforbruk på 2,3 mill kr.

Finanspostene har et positivt avvik på 0,3 mill kr.

Tabell 15 Resultatregnskap september 2016

Resultatrapportering (tall i mill kr)	September				Akkumulert per September			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	409,0	409,0	0,0	0 %	3 521,8	3 521,8	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	23,6	23,6	0,0	0 %
ISF egne pasienter	127,0	126,1	0,9	1 %	1 030,8	1 022,4	8,4	1 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,6	3,9	-1,2	-32 %	44,2	51,7	-7,5	-15 %
Gjestepasientinntekter	5,4	2,8	2,6	92 %	24,8	25,1	-0,4	-1 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	18,6	19,1	-0,5	-3 %	162,4	157,7	4,6	3 %
Utskrivningsklare pasienter	3,2	2,1	1,1	50 %	21,5	20,7	0,8	4 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	2,0	0,1	4 %	17,6	17,7	-0,1	0 %
Andre øremerkede tilskudd	25,3	24,5	0,8	3 %	191,5	186,5	5,0	3 %
Andre driftsinntekter	30,7	30,4	0,3	1 %	271,5	265,8	5,7	2 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>626,5</b>	<b>622,5</b>	<b>4,0</b>	<b>1 %</b>	<b>5 309,5</b>	<b>5 293,0</b>	<b>16,5</b>	<b>0 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	13,8	13,7	0,1	1 %	140,8	125,1	15,7	13 %
Kjøp av private helsetjenester	9,2	6,2	3,0	49 %	56,4	59,3	-2,9	-5 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	78,5	67,3	11,2	17 %	591,1	566,9	24,2	4 %
Innleid arbeidskraft	6,8	4,7	2,1	44 %	40,6	22,2	18,5	83 %
Lønn til fast ansatte	295,6	317,9	-22,3	-7 %	2 605,0	2 686,0	-81,0	-3 %
Overtid og ekstrahjelp	26,3	18,1	8,2	45 %	214,3	177,4	36,8	21 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	62,0	62,0	0,0	0 %	559,5	559,5	0,1	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,1	-21,6	-0,5	2 %	-199,5	-195,6	-3,9	2 %
Annen lønnskostnad	27,2	29,4	-2,2	-7 %	226,5	226,3	0,2	0 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>333,9</b>	<b>348,5</b>	<b>-14,6</b>	<b>-4 %</b>	<b>2 886,9</b>	<b>2 916,4</b>	<b>-29,4</b>	<b>-1 %</b>
Avskrivninger	20,1	20,1	0,0	0 %	184,6	184,6	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	100,8	103,1	-2,3	-2 %	856,6	866,2	-9,5	-1 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>618,2</b>	<b>620,8</b>	<b>-2,6</b>	<b>0 %</b>	<b>5 276,0</b>	<b>5 278,0</b>	<b>-2,0</b>	<b>0 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>8,2</b>	<b>1,7</b>	<b>6,5</b>	<b>391 %</b>	<b>33,5</b>	<b>15,0</b>	<b>18,5</b>	<b>123 %</b>
Finansinntekter	2,0	1,7	0,4		17,0	15,0	2,0	
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0		0,2	0,0	0,2	
Finansresultat	2,0	1,7	0,3		16,7	15,0	1,8	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>10,2</b>	<b>3,3</b>	<b>6,9</b>	<b>208 %</b>	<b>50,3</b>	<b>30,0</b>	<b>20,2</b>	<b>67 %</b>

Tabell 16 Resultatregnskap september 2016, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	September ekskl. eksternfinansiering			Akkumulert per September ekskl. eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	409,0	409,0	0,0	3 521,8	3 521,8	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	23,6	23,6	0,0
ISF egne pasienter	127,0	126,1	0,9	1 030,8	1 022,4	8,4
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,6	3,9	-1,2	44,2	51,7	-7,5
Gjestepasientinntekter	5,4	2,8	2,6	24,8	25,1	-0,4
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	18,6	19,1	-0,5	162,4	157,7	4,6
Utskrivningsklare pasienter	3,2	2,1	1,1	21,5	20,7	0,8
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	2,0	0,1	17,6	17,7	-0,1
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	-20,3	20,3
Andre driftsinntekter	30,7	30,4	0,3	271,5	265,8	5,7
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>601,2</b>	<b>598,0</b>	<b>3,2</b>	<b>5 118,0</b>	<b>5 086,2</b>	<b>31,8</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	13,8	13,7	0,1	140,8	125,1	15,7
Kjøp av private helsetjenester	9,2	6,2	3,0	56,2	59,1	-2,9
Varekostnader knyttet til aktivitet	77,5	66,3	11,1	583,7	558,9	24,8
Innleid arbeidskraft	6,8	4,7	2,1	40,6	22,2	18,5
Lønn til fast ansatte	282,6	305,2	-22,7	2 506,0	2 579,0	-73,0
Overtid og ekstrahjelp	23,4	15,3	8,1	192,0	153,4	38,6
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	58,8	58,9	-0,1	535,2	533,2	2,0
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,2	-20,8	-0,4	-192,5	-188,1	-4,5
Annen lønnskostnad	25,5	27,7	-2,2	213,5	212,3	1,2
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>317,1</b>	<b>332,2</b>	<b>-15,1</b>	<b>2 759,6</b>	<b>2 778,8</b>	<b>-19,3</b>
Avskrivninger	20,1	20,1	0,0	184,6	184,6	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	96,5	99,0	-2,5	824,4	831,4	-7,0
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>592,9</b>	<b>596,3</b>	<b>-3,4</b>	<b>5 084,5</b>	<b>5 071,2</b>	<b>13,3</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>8,2</b>	<b>1,7</b>	<b>6,5</b>	<b>33,5</b>	<b>15,0</b>	<b>18,5</b>
Finansinntekter	2,0	1,7	0,4	17,0	15,0	2,0
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Finansresultat	2,0	1,7	0,3	16,7	15,0	1,8
<b>Ordinært resultat</b>	<b>10,2</b>	<b>3,3</b>	<b>6,9</b>	<b>50,3</b>	<b>30,0</b>	<b>20,2</b>

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

#### Inntekter

- -0,3 mill kr ISF-inntekter
- -0,5 mill kr polikliniske inntekter
- +2,6 mill kr gjestepasientinntekter (avregning 1. tertial)
- +1,1 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +0,3 mill kr andre driftsinntekter

#### Driftskostnader

- -3,1 mill kr kjøp av helsetjenester
- -11,1 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +15,1 mill kr lønn (+22,7 mill kr fast lønn, -7,6 mill kr variabel lønn)
- +2,5 mill kr andre driftskostnader

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

#### Inntekter

- +0,9 mill kr ISF-inntekter
- -0,4 mill kr gjestepasientinntekter
- +4,6 mill kr polikliniske inntekter
- +5,7 andre driftsinntekter

## Driftskostnader

- -12,8 mill kr kjøp av helsetjenester
- -24,8 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +19,3 mill kr lønn (+73,0 mill kr fast lønn, -53,8 mill kr variabel lønn).
- +7,0 mill kr andre driftskostnader

Tabell 17 Funksjonsregnskap

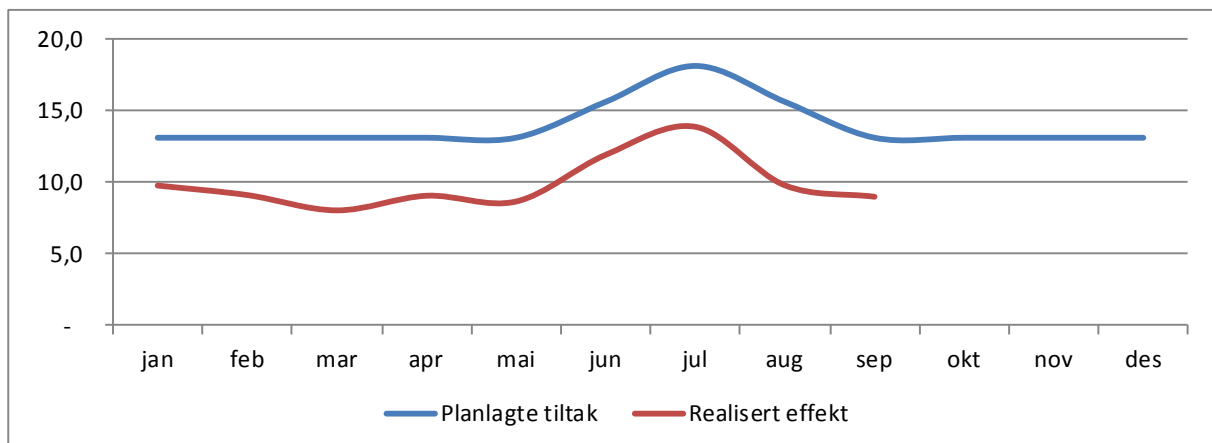
Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201609								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	361,0	350,9	3 001,5	3 054,7	3 022,7	32,0	1,77 %	4 124
Somatikk, (re-hab)	24,4	26,9	207,0	207,7	225,0	(17,3)	0,3 %	306
Lab/rtg	79,1	79,9	658,6	673,0	661,1	11,9	2,2 %	903
<b>Somatikk inkl lab/rtg</b>	<b>464,5</b>	<b>457,7</b>	<b>3 867,1</b>	<b>3 935,4</b>	<b>3 908,9</b>	<b>26,6</b>	<b>1,8 %</b>	<b>5 333</b>
VOP, sykehus og annen beh	30,0	32,8	292,8	273,2	285,7	(12,5)	-6,7 %	398
VOP, DPS og annen beh	30,5	34,0	289,3	263,1	293,1	(29,9)	-9,0 %	401
BUP	15,6	17,0	123,9	127,6	139,9	(12,3)	3,0 %	191
<b>Psykisk helse</b>	<b>76,1</b>	<b>83,7</b>	<b>706,1</b>	<b>663,9</b>	<b>718,6</b>	<b>(54,7)</b>	<b>-6,0 %</b>	<b>989</b>
RUS, behandling	21,3	20,6	165,0	177,4	177,5	(0,2)	7,5 %	242
<b>Rusomsorg</b>	<b>21,3</b>	<b>20,6</b>	<b>165,0</b>	<b>177,4</b>	<b>177,5</b>	<b>(0,2)</b>	<b>7,5 %</b>	<b>242</b>
Ambulanse	35,3	36,7	293,9	314,1	315,2	(1,1)	6,9 %	427
Pasienttransport	19,7	20,4	158,2	166,1	165,3	0,7	5,0 %	232
<b>Prehospitale tjenester</b>	<b>55,0</b>	<b>57,1</b>	<b>452,1</b>	<b>480,2</b>	<b>480,5</b>	<b>(0,3)</b>	<b>6,2 %</b>	<b>659</b>
Administrasjon (skal være 0 på budsjett)	-	(0,0)	-	-	(23,7)	23,7	0,0 %	(23)
Personalboliger, barnehager	1,6	1,7	12,0	19,5	16,2	3,3	62,0 %	20
<b>Personal</b>	<b>1,6</b>	<b>1,7</b>	<b>12,0</b>	<b>19,5</b>	<b>(7,6)</b>	<b>27,1</b>	<b>62,0 %</b>	<b>(2)</b>
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>618,6</b>	<b>620,8</b>	<b>5 202,4</b>	<b>5 276,4</b>	<b>5 278,0</b>	<b>(1,6)</b>	<b>1,4 %</b>	<b>7 222</b>

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

Regnskap per klinikk per september - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	34,7	34,3	-0,4	-0,1	280,1	276,2	-3,9	-0,8
11 - Longyearbyen sykehus	2,4	2,4	0,0	0,0	19,5	19,0	-0,5	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	16,6	17,0	0,4	2,1	125,5	119,5	-5,9	7,7
13 - Hjerte- lungeklinikken	17,8	14,8	-2,9	-2,4	117,2	115,5	-1,7	3,8
15 - Medisinsk klinikk	20,2	20,7	0,6	3,2	191,1	180,1	-11,1	5,2
17 - Barne- og ungdomsklinikken	20,8	20,0	-0,8	0,0	136,2	139,1	2,9	-2,8
18 - Operasjons- og intensivklinikken	61,0	61,1	0,1	-0,2	486,3	480,1	-6,2	-0,3
19 - Neuro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	27,0	23,8	-3,2	-0,9	213,2	202,8	-10,4	-5,5
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	61,6	59,5	-2,2	0,0	495,2	495,3	0,0	0,0
30 - Diagnostisk klinikk	53,6	52,8	-0,8	0,0	412,7	406,8	-5,9	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,4	0,1	-0,3	0,0	2,2	0,4	-1,8	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	54,2	52,7	-1,5	0,0	439,9	436,7	-3,2	0,0
52 - Stabssenteret	13,5	14,7	1,2	0,0	110,0	114,4	4,4	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	10,2	13,3	3,1	0,0	98,1	108,8	10,7	0,0
62 - Felles	-403,6	-390,4	13,2	-2,1	-3 177,2	-3 124,7	52,5	-6,4
<b>Totalt</b>	<b>-10,2</b>	<b>-3,3</b>	<b>6,9</b>	<b>-0,3</b>	<b>-50,3</b>	<b>-30,0</b>	<b>20,2</b>	<b>0,9</b>

## Gjennomføring av tiltak

Figur 35 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I 2016 er det budsjettert med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I september er det beregnet en realisert effekt på 9,0 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 69 %. Til og med september er gjennomføringsgraden 70 %.

## Prognose

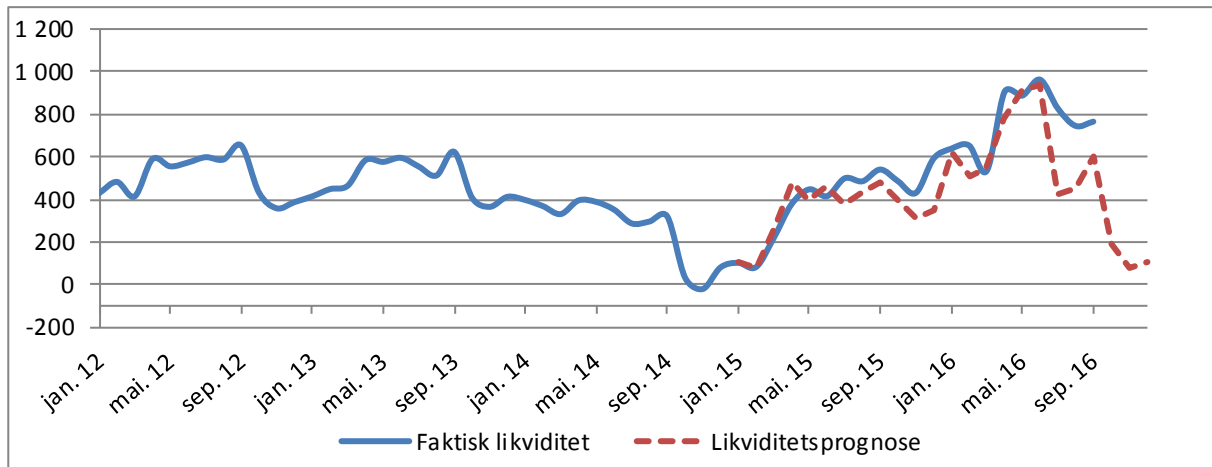
Det økonomiske resultatet i september viser en forbedring i forhold til tidligere måneder og er 2,7 mill kr høyere enn internt styringsmål. Akkumulert er resultatet 17,2 mill kr dårligere enn styringsmålet. Resultatetforbedringen sist måned skyldes en delvis innfasing av reserver og forventet overskudd sentralt som påvirker resultatet positivt. Årets prognose opprettholdes uten risiko med et regnskapsmessig overskudd på +90 mill kr til tross for at klinikkene og sentrene har en samlet underskuddsprognose på vel 22 mill kr. Det skyldes forventet overskudd sentralt som gjelder planlagt internt overskuddskrav, overskudd for medikamenter overført fra folketrygden, lønnsoppgjør og avskrivningskostnader.

Tabell 19 Prognose per klinikk

Prognose per klinikk per september	Prognose September
10 - Akuttmedisinsk klinikk	-5,0
11 - Longyearbyen sykehus	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-6,3
13 - Hjerte- lungeklinikken	-4,8
15 - Medisinsk klinikk	-5,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-8,6
19 - Neuro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	-12,5
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	12,0
30 - Diagnostisk klinikk	-5,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	0,0
52 - Stabssenteret	2,4
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	10,0
62 - Felles	115,1
<b>Totalt</b>	<b>92,3</b>

## Likviditet

Figur 36 Likviditet



UNN har per utgangen av september en likviditet på 765 mill kr.

## Investeringer

Tabell 20 Investeringer

	Restramme overført fra 2015	Investerings ramme 2016	Samlet investerings ramme 2016	Investert august 2016	Investert september 2016	Sum investert 2016	Rest- forpliktelser (godkjent tidligere) september	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser	Forbruk i år av disponibel ramme
<b>Investeringer , tall i mill kr</b>									
Pasienthotell Brevika inkl alle underprosjekter*	10,0		10,0	0,2	0,0	3,6		6,4	36 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	142,3	290,0	432,3	5,5	32,6	330,9		101,5	77 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-75,8	50,0	-25,8	2,5	8,1	94,7		-120,5	-366 %
Nytt sykehus Narvik	-1,4		-1,4	0,1	0,2	1,0		-2,4	-75 %
<b>SUM Nybygg</b>	<b>75,1</b>	<b>340,0</b>	<b>415,1</b>	<b>8,3</b>	<b>40,8</b>	<b>430,1</b>	<b>0,0</b>	<b>-15,0</b>	<b>104 %</b>
Åsgård øvrige prosjekter	1,2		1,2	0,0	0,0	0,0		1,2	0 %
Åsgård Bygg 7	34,6		34,6	1,3	2,1	20,4		14,2	59 %
<b>SUM Rehabilitering</b>	<b>35,8</b>	<b>0,0</b>	<b>35,8</b>	<b>1,3</b>	<b>2,1</b>	<b>20,4</b>	<b>0,0</b>	<b>15,4</b>	<b>57 %</b>
Datarom	1,8		1,8		0,0	2,5		-0,7	141 %
Tiltak kreftplan	0,0		0,0		0,0	0,0		0,0	
VÅKe	0,1		0,1		0,0	0,0	0,1	0,0	0 %
Nytt nødnett	0,5		0,5		0,0	0,0	0,5	0,0	0 %
ENØK	12,7		12,7	0,1	0,1	1,5		11,2	12 %
<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>4,0</b>	<b>0,6</b>	<b>10,5</b>	<b>26 %</b>
Medisinteknisk utstyr	-0,2	87,0	86,8	4,1	7,0	45,5	53,6	-5,9	52 %
Teknisk utstyr	8,0	12,0	20,0	0,0	0,8	6,0	-1,7	14,9	30 %
Annet utstyr disponert av MTU-midler				2,4	3,1	6,4		-6,4	
Ombygginger		17,0	17,0	0,1	0,1	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	26,0		-4,0	118 %
<b>SUM Utstyr med mer</b>	<b>-0,1</b>	<b>150,0</b>	<b>149,9</b>	<b>6,7</b>	<b>11,0</b>	<b>90,5</b>	<b>52,0</b>	<b>13,1</b>	<b>60 %</b>
<b>SUM total</b>	<b>125,8</b>	<b>490,0</b>	<b>615,8</b>	<b>16,3</b>	<b>54,0</b>	<b>545,0</b>	<b>52,5</b>	<b>23,9</b>	<b>88 %</b>

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I september er det bokført investeringer for 54,0 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 11,0 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 52,0 mill kr. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 13,1 mill kr.

## Byggeprosjekter

Tabell 18 Byggeprosjekter ved utgangen av september

	A-fløya	PET-senter	Bygg 7 Åsgård
HMS	H=55	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstilling	01.11.2017	20.11.2017	18.05.2016
Klinisk drift	24.01.2018	20.02.2018	01.09.2016
Fremdrift	Ingen avvik	4 mnd	3 uker
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2015	432,3 mill kr	-25,8 mill kr	20,3 mill kr
Sum investert hittil 2016	330,9 mill kr	94,7 mill kr	20,5 mill kr
Sum investert tidligere år	472,0 mill kr	65,3 mill kr	71,4 mill kr
Sum investert totalt	802,9 mill kr	160,0 mill kr	91,9 mill kr
Investeringsramme P50	1 596 mill kr	493,1 mill kr	96 mill kr
Prognose økonomiavvik	0	+50 mill kr	0



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
91/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2016
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Einar Bugge

### Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

#### Bakgrunn

Styrebehandling og gjennomføring av *Ledelsens gjennomgang* av internkontrollen er et krav i oppdragsdokumentet. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har etablert strukturer og prosesser for å oppnå et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom flere tilsyn, herunder fra Statens helsetilsyn, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

Ved disse tilsynene har imidlertid UNN også den senere tid fått avvik for manglende kjennskap til -og oppfølging av de etablerte systemene. Den informasjonen som ligger så vel i de avdekkede forholdene (avvik) i interne og eksterne revisjoner som i det interne avvikssystemet er svært verdifull. Det er behov for et vedvarende sterkt fokus på å sikre at dette i tilstrekkelig grad fører til læring og forbedring i hele organisasjonen.

#### Formål

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

#### Saksutredning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) arbeider langsiktig med å etablere og forbedre rutiner og prosesser som er nødvendige for å dokumentere et tilstrekkelig system for internkontroll. Kvalitetsutvalget og ledergruppen ser at utfordringen med ivaretagelsen av resultatdokumentasjon fra internkontrollaktiviteten gradvis er blitt noe bedre, men det er ytterligere forbedringspotensial. Gjennom Kvalitets- og utviklingscenteret arbeides det videre



med å bedre systematikk i hvordan aktivitetene i internkontrollen skal utføres, hvor og hvordan de skal dokumenteres, ikke minst med hvordan man skal bedre læring på tvers av enhetene i UNN.

I denne Ledelsens gjennomgang er det emnet *smittevern* som bidrar til å gi styret konkret informasjon om status for pasientsikkerhet i foretaket.

### **Styrende dokumenter**

UNN har nå 20.988 dokumenter som inngår i kvalitetssystemet, som er en liten nedgang fra forrige tertial. Drøyt 5 % av dokumentene er ikke vedlikeholdt og revidert innen fristen. Det er viktig at innholdet i de enkelte dokumenter er av faglig god standard, ikke minst med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet, og dermed for at UNN skal kunne leve opp til visjonen. UNN har fortsatt en utfordring med for mange parallelle og overlappende prosedyrer mellom enhetene. UNN har heller ikke et godt overordnet system for å innføre nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer i foretaket, som erstatning for lokale prosedyrer.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *styrende dokumenter*:

- Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider i første tertial 2017 sak til UNNs ledergruppe med forslag til ambisjonsnivå i forhold til rydding av og kontroll på prosedyrer i foretaket. Saken skal inkludere forslag til prosesser for å bidra til at prosedyrer er oppdatert, og for hvordan nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer skal innføres i UNN.
- Tilbaketrekking av prosedyrer med overskredet dato gjennomføres som tidligere vedtatt, etter varsling til dem som har ansvar for prosedyrer.

### **Avviksbehandlingen**

Etter en vesentlig økning i antall meldte avvik fra 2012 til 2015, er økningen nå mindre. Fra andre tertial 2015 til samme periode i år er økning i antall meldte avvik 14 %. Det er fortsatt økning i unike meldere. For første gang følger antall meldte pasienthendelser vanlige tertialvariasjoner, med noe nedgang i sommermånedene. Fortsatt klassifiseres en stor andel av pasienthendelser med årsak «skriftlig prosedyre ikke fulgt» og «årsak ikke tidligere listet». Nytt nasjonalt klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse forventes å bidra til at det blir enklere å nyttiggjøre avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet. Dette tas i bruk fra kommende årsskifte. UNN har en stor database med hendelser som kan og bør brukes i systematisk forbedringsarbeid i klinikkene. UNN har hittil ikke etablert noe system for å ha en egen, samlet oversikt over saker meldt til Statens helsetilsyn som særlig alvorlig hendelse (§3.3a saker).

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *avvik*:

- Utvikling og forbedring av avvikshåndtering og meldekultur følges opp i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon preget av kontinuerlig forbedring. Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider ledermøtesak som beskriver status i arbeidet og foreløpige tiltak i første tertial 2017. I tilknytning til denne saken skal det også diskuteres om det er for stort sprik mellom UNNs klinikker i forhold til prioritering av dedikerte ressurser til systematisk forbedringsarbeid.
- Kvalitets- og utviklingssenteret får ansvar for å etablere system for kontinuerlig registrering av §3.3a-meldinger (varsel om alvorlige hendelser) til Statens Helsetilsyn, slik at UNN har samlet oversikt over disse.

## Interne revisjoner

Det er i andre tertial 2016 gjennomført to interne revisjoner i UNN. Det har vist seg utfordrende å få nødvendig bistand fra spesialister for å gjennomføre noen av de planlagte revisjoner, og disse er derfor utsatt.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *interne revisjoner*:

- I rapporter fra interne revisjoner bes revisjonsteamet utarbeide sjekklister/tiltaksbeskrivelse for oppfølging, for å støtte prosessen med å lukke avvik i reviderte enheter og i andre enheter som har tilsvarende utfordringer.
- Kvalitets- og utviklingscenteret etablerer fast læringsløype etter interne revisjoner. Revisjonsrapport bør inneholde vurdering av påviste avvik i revidert enhet, samt risiko i andre enheter enn de reviderte. Rapportene legges frem for Kvalitetsutvalget, og videreformidles deretter til aktuelle klinikker/enheter.

## Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på pasientsaker 2. tertial 2016 er 31 dager som er lik saksbehandlingstid i 2. tertial 2015. Det er en økning i antall saker som har passert intern frist for saksbehandling på 35 dager. Saker fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og klager fra pasient/pårørende er de saker som har lengst svartid fra avdelingene.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området pasientsaker:

- Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken og Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken er bedt om å beskrive tiltak for å sikre adekvat oppfølging av pasientklagesaker, inkludert tilsynssaker, innen frist. Tiltakene presenteres for Kvalitetsutvalget senest i løpet av januar 2017.
- Direktøren løfter frem betydningen av å svare på pasientklagesaker innen de frister som er satt og på korrekt måte i sine statusmøter for ledere.
- Stabsmøtet diskuterer om det er behov for mer systematisk opplæring i og/eller støttefunksjoner i arbeidet med å svare på pasientsaker.

## Smittevern

I denne *Ledelsens gjennomgang* presenteres resultater fra måling av postoperative sårinfeksjoner etter utvalgte kirurgiske inngrep i første tertial 2016. Samlet sett er utviklingen positiv over de siste årene, med færre dype (og dermed alvorlige) postoperative sårinfeksjoner. Det er i første tertial i år ikke registrert noen dype sårinfeksjoner etter innsetting av totale hofteproteser, etter by-pass operasjoner på hjerte eller etter tykktarmkirurgi i UNN. Med unntak av kirurgisk avdeling i UNN Narvik rapporteres det tilnærmet fullstendig fra UNN i disse NOIS-registreringene.

Det presenteres også på gjennomføring av smittevernvisitter, som viser at gjennomføringsgraden er høy i mange enheter, men at det fortsatt er enkelte enheter med for lav gjennomføringsgrad.

## **HMS<sup>1</sup> - Status i arbeidet med rapportering av brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML-brudd)**

I denne *Ledelsens gjennomgang* presenteres tilgjengelige tall for AML-brudd i UNN. På klinikknivå er disse kommet frem gjennom manuell datavask, og kan derfor være heftet med feil. Det er et pågående arbeid å forbedre registrering og uttak av rapporter på dette området, slik at vi er sikre på at det som rapporteres er reelle brudd. Det er flere grunner til at derfor utvises varsomhet i bruken av materialet. Arbeidstidsbestemmelsene er utformet slik at et tilfelle kan gi flere brudd for de samme timene/vaktene. Tallmaterialet under viser ikke faktiske brudd, men varslor om brudd på arbeidstidsbestemmelsene. For å kunne redegjøre for antall faktiske brudd må en gå inn i hver enkel arbeidsplan å kontrollere at lovlig etablerte dispensasjoner er registrert for gjeldende ansatte.

Tilfeller der dispensasjoner og lokale avtaler med fagforeninger ikke er registrert i arbeidsplansystemet vil generere varsel om brudd som ikke er faktiske brudd. I tillegg er arbeidsplansystemet bygget opp slik at rekkefølgen på registrering av overtid, vaktbytter og merarbeid er utslagsgivende for varsel om brudd. Videre vil akutte hendelser som krever forlenget arbeidstid for ansatte kunne føre til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Disse hendelsene vil imidlertid ved tilsyn kunne forklares ut fra fare for liv og helse.

Den klart hyppigst forekommende årsak til varsel om AML-brudd er brudd på *samlet arbeidstid pr. dag*, som også viser en økning på 23 % fra 2015 til 2016. Nest viktigste årsak er varsel om brudd på *regler om antall timer pr uke*, fulgt av *samlet tid pr. uke i snitt*, og *ukentlig arbeidsfri*. For de tre sistnevnte årsaker har det ikke vært vesentlig endring fra 2015 til 2016.

I behandling av denne *Ledelsens gjennomgang* i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for HMS-området:

- Opplæring av ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste i arbeidstidsregler og årsaker til AML-brudd. Opplæringstilbudet skal spesielt rette seg mot enheter som har mange AML-brudd.
- Etablere samarbeidsarenaer på seksjons-/enhetsnivå mellom ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste omkring arbeidstidsplanlegging og hvordan behov for overtid skal løses
- Følge opp arbeidet med redusere AML-brudd både i form av lederstøtte fra personalrådgiver og som tema på oppfølgingsmøter med klinikkene.

## **Medvirkning**

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne innspills- og drøftingsmøter 31.10., 1.11. og 2.11.2016. Referat/protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet 16.11.2016.

---

<sup>1</sup> Helse-, miljø- og sikkerhetsforhold

Brukerutvalgets arbeidsutvalg ga innspill til utforming av rapporten med hensyn på bedre overensstemmelse mellom visuell fremstilling av resultater og den tekstlige oppfølgingen. For øvrig hadde utvalget fokus både på interne tidsfrister, smittevern og pakkeforløp.

Ansattes organisasjoner uttrykte fortsatt bekymring over at registreringspraksis knyttet til AML-brudd fortsatt ikke synliggjør det reelle bildet. De foreslo etablering av lokalt tilpassede møtearena til diskusjon av brudd- og arbeidsmiljøforhold.

AMU drøftet mulige årsaksforhold knyttet til AML-bruddene, og ba om at arbeidet med bedre registreringer intensiveres. Det ble opplyst at rapporten vil bli bedre tilpasset ny internkontrollforskrift og intern rapporteringspraksis.

For øvrig sluttet samtlige møter seg til at saken skulle fremmes for styret til sluttbehandling.

## Vurdering

Arbeidet med å stadig forbedre UNNs internkontroll er en kontinuerlig prosess. UNN har systemer og prosesser som sammen skal sikre god internkontroll. Det er etablert en systematikk med datafangst og evaluering av virkningen av internkontroll og kvalitet. Dokumentasjon og synlighet av resultatene forbedres stadig noe. UNNs oppdragsdokument stiller krav om årlig gjennomgang av internkontrollen. Det er imidlertid direktørens oppfatning at tertialvise gjennomganger først med ledergruppe og deretter med styret er et viktig bidrag for å sikre at internkontrollen er hensiktsmessig og virkningsfull.

Hensikten med å gjennomgå internkontrollen er å avdekke områder for forbedring, og det er også i denne gjennomgangen i ledergruppen vedtatt tiltak for å bedre systemet på flere områder. Det viktigste i overordnet sammenheng er å videreføre og forsterke innsatsen med å utvikle UNN som en lærende organisasjon med et utrettelig fokus på kontinuerlig forbedring, som beskrevet i de foregående rapportene. Da er velfungerende systemer for avvikshåndtering og oppfølging etter tilsyn og revisjoner sentralt, og disse områdene er særlig i fokus i tiltakene som er vedtatt i behandling av denne ledelsens gjennomgang i ledergruppen. Det er i løpet av de siste månedene etablert et mer fast system for hvordan saker fra Pasientsikkerhetsutvalget tas videre til Kvalitetsutvalget for å løfte frem områder med risiko for svikt, og diskutere tiltak for å redusere risiko. Det gjennomføres også tiltak for å utvikle systemene for å spre kunnskap om slike forhold i organisasjonen.

Det pågår omfattende prosesser i oppfølging av Sivilombudsmannens rapport etter tilsyn i Psykisk helse- og rusklinikken, og i oppfølging av avvik i medikamenthåndtering i Medisinsk klinikk. I disse prosessene er det tett samarbeid mellom klinikkene og støtteressurser i Kvalitets- og utviklingssenteret, og det legges opp til at de erfaringer man her gjør skal brukes som grunnlag for å utvikle videre systemene for forbedring og læring i UNN.

Diskusjonen i direktørens ledergruppe rundt denne *Ledelsens gjennomgang* har ytterligere tydeliggjort at klinikkene i svært ulik grad har prioritert dedikerte ressurser til systematisk kvalitetsarbeid. Dette vil direktøren i følge opp i de kommende måneder med vurderinger av om det er grunn til å legge føringer for en mer lik tilnærming til dette.

Det er ikke tilfredsstillende at saksbehandlingstid for et økende antall pasientklagesaker passerer UNNs interne frist, og helt uakseptabelt at tilsynssaker ikke besvares innen frist. Dette følger direktøren direkte opp med aktuelle enheter, med en klar forventning om bedring.

I forhold til smittevern er det gledelig, ikke minst for pasientene, at antall dype infeksjoner etter flere kirurgiske inngrep er betydelig redusert de siste årene. Fokuset på systematisk arbeid med smittevern kontinueres, og direktøren forventer at enhver alvorlig infeksjon påført en pasient i UNN gjennomgås grundig med tanke på å ytterligere utvikle de forebyggende tiltak. Det er ikke tilfredsstillende at det fortsatt er enheter som ikke gjennomfører smittevernvisitter i tilstrekkelig grad.

UNN har i flere år foretatt *Ledelsens gjennomgang* tertialvis, med omtrent samme struktur som i den foreliggende rapporten. Regjeringen har helt nylig vedtatt ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den nye forskriften erstatter nåværende forskrift om internkontroll i vår sektor fra kommende årsskifte. Kvalitets- og utviklingssenteret vil nøye gjennomgå den nye forskriften, og i første tertial foreslå eventuelle endringer i gjennomføringen av internkontrollen og *Ledelsens gjennomgang* for å sikre at dette gjøres i tråd med ny forskrift, og på en slik måte at det i størst mulig grad understøtter arbeidet med kontinuerlig forbedring i foretaket.

Tromsø, 4.11.2016

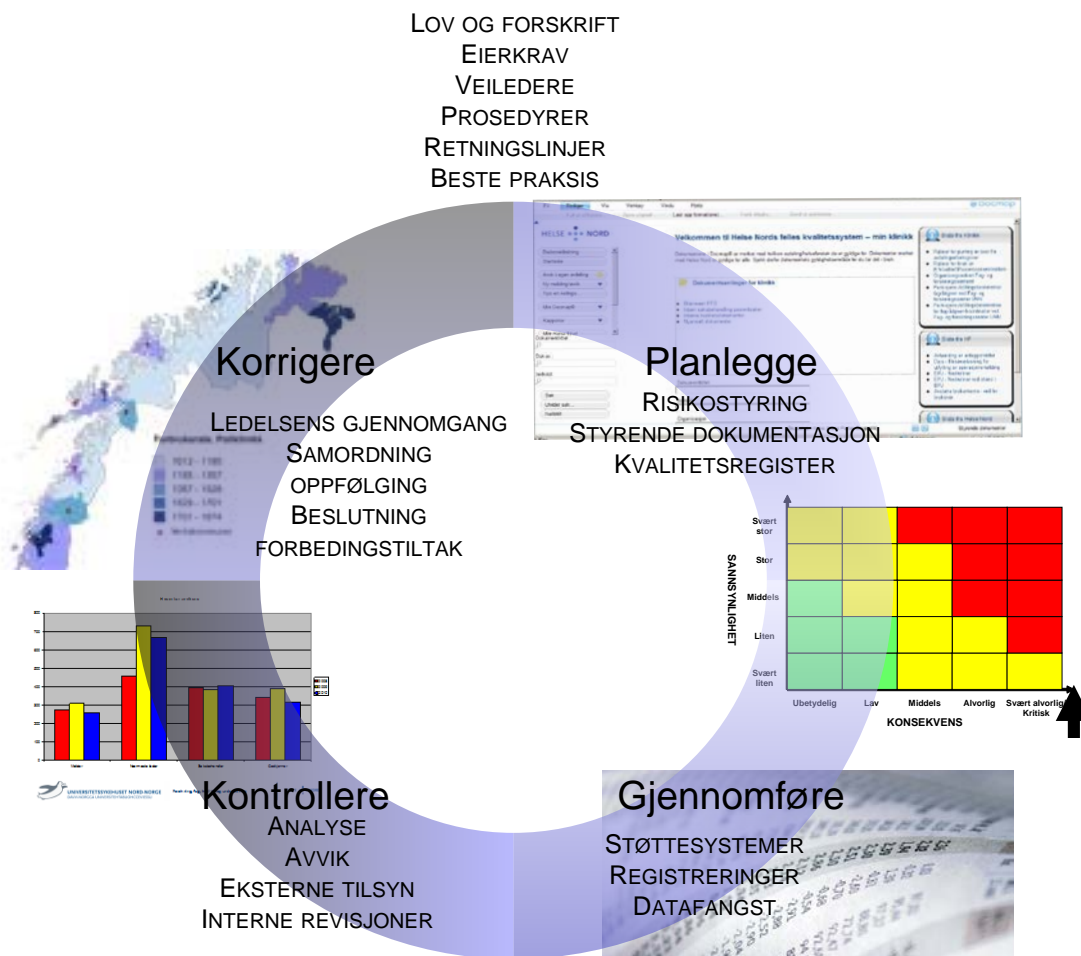
Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapporten *Ledelsens gjennomgang - andre tertial 2016*

# Ledelsens gjennomgang 2.tertial 2016

## Styringshjul



Figur 1 Styringshjul for kvalitetsstyring (ISO)

## Innhold

Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016.....	2
Formål .....	2
Sammendrag.....	3
Styrende dokumenter.....	4
Status dokumentvedlikehold .....	4
Vurdering .....	5
Tiltak dokumentstyring .....	5
Avviksbehandlingen.....	5
Meldeutvikling 2.tertial 2016.....	5
Hendelsestyper - Kategorier.....	6
Kategorier av meldte avvik .....	7
Årsaker til avvik.....	7
Pasienthendelser § 3.3 meldinger.....	8
Nasjonalt klassifikasjonssystem.....	9
Vurdering avvik.....	9
Tiltak avvik .....	10
Interne revisjoner.....	10
Tilsyn.....	12
Pasientsikkerhetsprogrammet.....	12
Pasientklagesaker .....	12
Vurdering pasientsaker.....	13
Tiltak pasientsaker.....	14
Smittevern .....	14
NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner .....	14
Smittevernvisitter .....	22
Vurdering smittevern.....	24
Helse, Miljø og Sikkerhet.....	25
Varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML).....	25
Tiltak AML brudd .....	27
HMS indikatorer i årsaksforhold avvik.....	27
Kvalitetskulturen i UNN .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring .....	28

## Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016

### Formål

Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen<sup>1</sup> (kvalitetssystemet<sup>2</sup>) i Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) og undersøke og bedømme om systemet for internkontroll er tilstrekkelig, hensiktsmessig og virkningsfullt. Dersom det i gjennomgangen avdekkes mangler, skal ledelsen iverksette tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen. UNN arbeider etter dokumenterte standarder for kvalitetsstyring (ISO, EFQM)<sup>3</sup>. Styringshjulet i fig 1. illustrerer aktivitetene som anbefales i standardene for å sikre en hensiktsmessig virkning av internkontrollen. Kvalitets- og utviklingscenteret har gjort en vurdering av de ulike elementene i internkontrollen for å sikre UNN et system som virker etter

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

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

<sup>3</sup> Kvalitets- og utviklingscenteret benytter kvalitetsstandarder som ISO 9001-2000, og European Foundation for Quality Management (EFQM) sin modell i systemoppbyggingen i UNN.

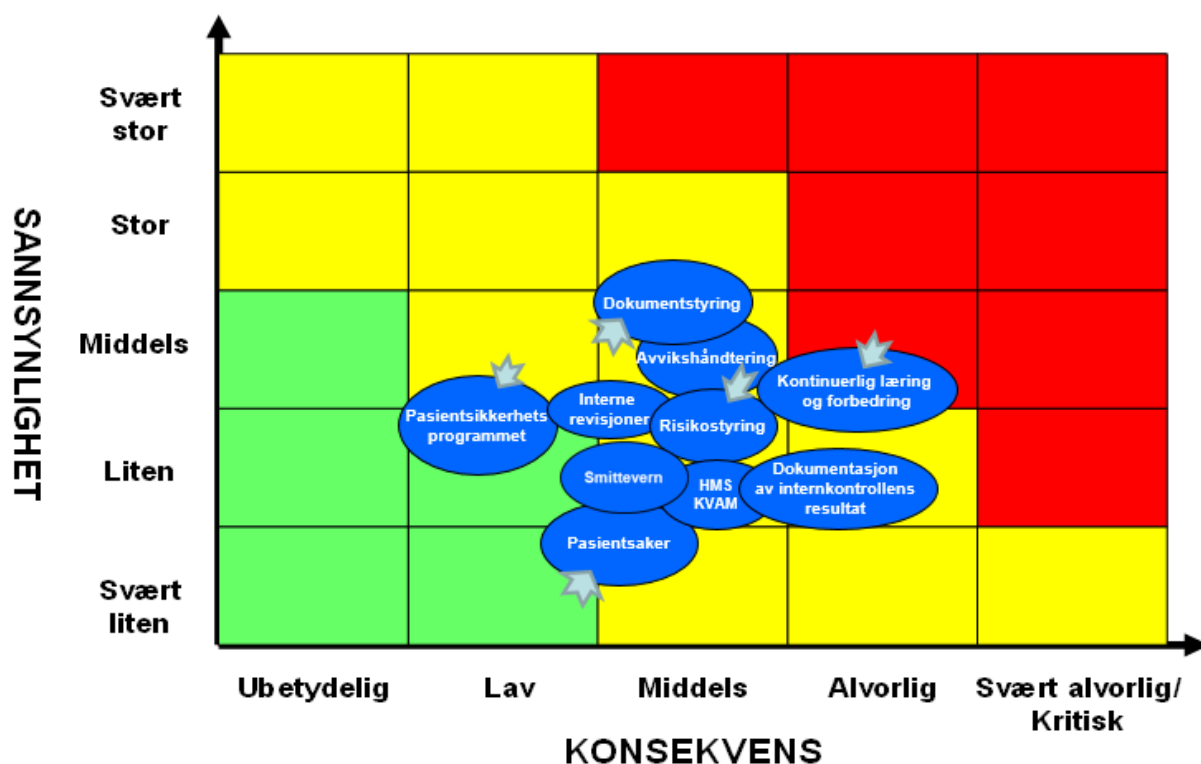


intensjonen. Denne rapporten er behandlet i UNNs ledergruppe før den forelegges styret i UNN.

## Sammendrag

UNN har et vedvarende fokus på å etablere strukturer og prosesser som kreves for å ha et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom tilsyn fra blant annet Statens Helsetilsyn, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Imidlertid har det i økende grad blitt avdekket, blant annet i form av i form av avvik, at kjennskap til og oppfølging av de etablerte systemene ikke er på plass i tilstrekkelig grad. Alle klinikkene kan fortsatt ikke dokumentere tilstrekkelig virkning av internkontrollen på alle områder. Det har det siste tertialene vært bedring i resultatene av smittevernarbeidet. Risikostyring er vurdert som forbedret med at det blant annet har vært gjennomført klinikkvise opplæringer i risikostyring, og risikostyringen gjennomføres i tråd med krav i oppdragsdokumentet. Det er igangsatt et omfattende arbeid med å identifisere en rekke tiltak for å utvikle UNN som lærende organisasjon. I andre tertial 2016 er mandat for og sammensetning av Kvalitetsutvalg og Pasientsikkerhetsutvalg revidert, og endringene er under implementering. Det pågår også andre prosesser for å forbedre avvikshåndteringen i foretaket, med fokus særlig på læring. Det er fortsatt ytterligere forbedringspotensial på disse områdene. Det er fremgang i arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet. Det er en vedvarende utfordring med økende antall prosedyrer i Docmap, og saksbehandlingstid for pasientsaker har økt noe. Den samlede vurderingen er vist i fig. 2.

Figur 2 Risikovurdering av delelementene i internkontrollen (kvalitetssystemet). Vurderingen baserer seg på i hvilken grad elementene bidrar til å redusere sannsynlighet/risiko for svikt i UNN.





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

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

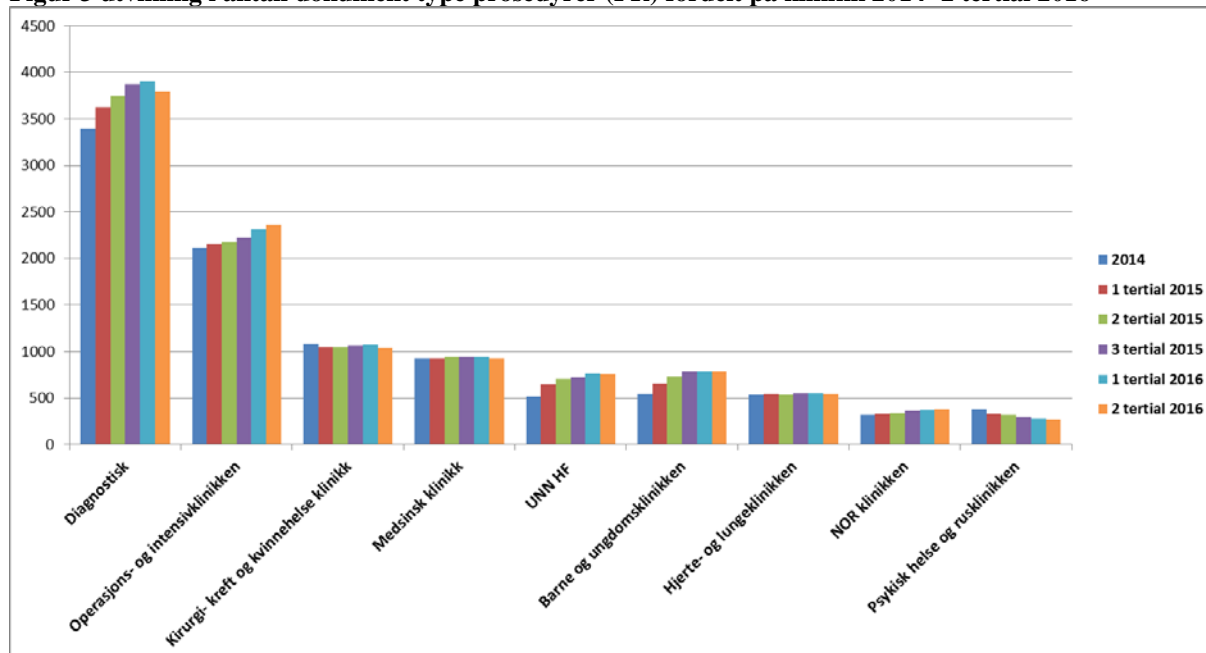
## Styrende dokumenter

### Status dokumentvedlikehold

Oppdatering av UNNs rutiner og prosedyrer er et viktig kvalitetsarbeid. Det registreres mellom 300 og 400 samtidige brukere i Docmap på dagtid. Økningen i antall samtidige brukere kan med stor grad av sikkerhet tilskrives at brukerne nå har automatisk pålogging i Docmap. Det er i snitt over 167.000 oppslag pr måned i prosedyresamlingene i Docmap pr 2. tertial 2016. Med utstrakt bruk av prosedyrer i Docmap er det viktig at innholdet er kvalitetssikret, oppdatert og gyldig.

UNN har nå 20988 dokumenter i Docmap, en liten nedgang på 87 dokumenter fra forrige tertial (21075). Av disse er det 1160 som skulle vært revidert pga. overskredet dato. Dette er en økning fra forrige tertial rapport (972 ved utgangen av 1. tertial 2016, fremgår ikke av figuren nedenfor). Målet er at alle dokumenter skal være revidert innen frist.

**Figur 3 utvikling i antall dokument type prosedyrer (PR) fordelt på klinikk 2014- 2 tertial 2016**



Økning av antall dokumenttype prosedyre i perioden 2014 til 2. tertial 2016 er i hovedsak på Diagnostisk klinikk og Barne- og ungdomsklinikken (medisinsk genetikk), Operasjons- og intensivklinikken og UNN på HF-nivå. Psykiisk helse- og rusklinikken har over hele tidsperioden en nedadgående tendens. NOR-klinikken har en svakt økende tendens, men har få prosedyrer i forhold til sitt store faglige ansvarsområde.

## Vurdering

Antall prosedyrer i UNN er jevnt økende, og ulike prosesser som tidligere har vært forsøkt gjennomført har nok ikke ført til de ønskede resultater med mer samordnete prosedyrer, mindre «parallele» prosedyrer og innføring av nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer i foretaket. For å bidra til gjennomgang og rydding i klinikkens prosedyrer, har Kvalitetsavdelingen sendt ut lister til klinikkene over dokumenter som har overskredet revisjonsfrist, med varsel om at prosedyrer som ikke revideres innen en gitt frist vil bli trukket tilbake fra systemet. Dette arbeidet har ikke gått som forventet. Det har vært en utfordring å få tilbakemelding med vurdering i hvilken grad prosedyrene brukes og kvalitetsavdelingen har dermed funnet det vanskelig å gjennomføre tilbaketrekingen. Det er stor variasjon i antall prosedyrer mellom klinikkene, og noen klinikker med mange spesialiteter har få prosedyrer. En medvirkende årsak kan være at fagmiljøene brukes nasjonale/andre prosedyresamlinger tilgjengelig elektronisk, og at disse er samlet i en felles lenke i Docmap. Dermed blir mange prosedyrer til bare ett dokument i Docmap.

## Tiltak dokumentstyring

- Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider i første tertial 2017 sak til UNNs ledergruppe med forslag til ambisjonsnivå i forhold til rydding av og kontroll på prosedyrer i foretaket. Saken skal inkludere forslag til prosesser for å bidra til at prosedyrer er oppdatert, og for hvordan nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer skal innføres i UNN.
- Tilbaketreking av prosedyrer med overskredet dato gjennomføres som tidligere vedtatt, etter varslings til dem som har ansvar for prosedyren.

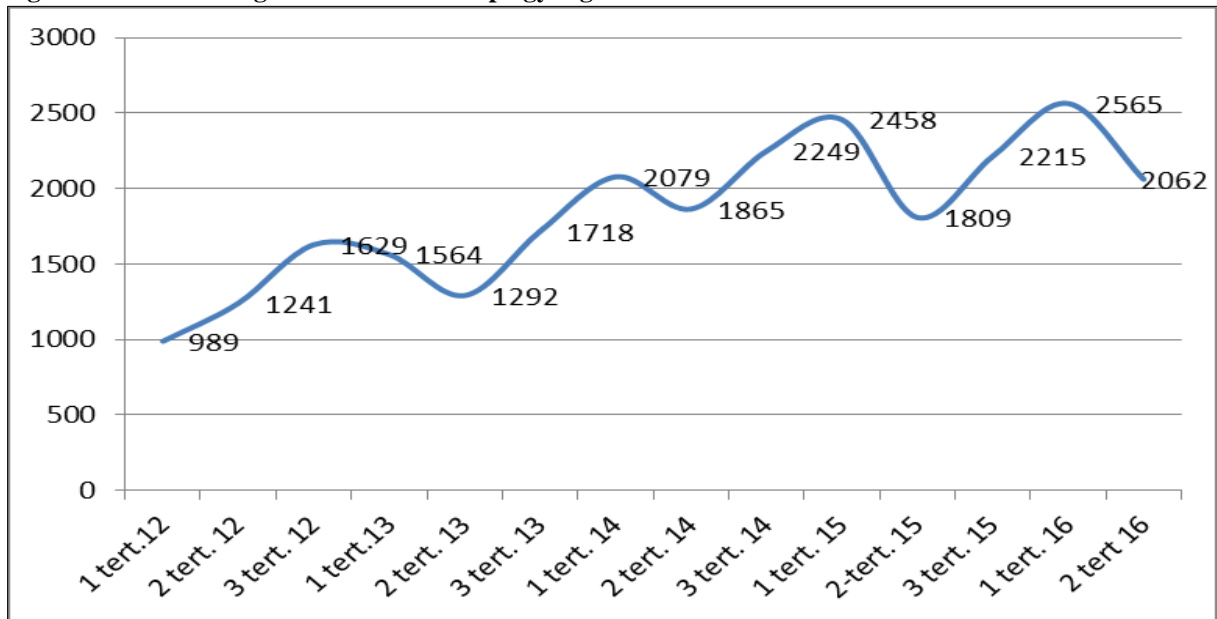
## Avviksbehandlingen

Uttrekk er tatt ca. 1 måned etter avslutning av hvert tertial. De endringer, saksbehandling og etterregistreringer som kommer etter at uttrekket er gjort, kommer ikke med i statistikken

## Meldeutvikling 2.tertial 2016

Ved direkte uttrekk av databasen fremkommer at det er registrert 2062 avvik pr 2. tertial 2016 mot 1809 avvik pr 2. tertial 2015, som tilsvarer en økning på 14 %. Det er registrert 996 unike meldere 2.tertial 2016 mot 858 i 2. tertial 2015.

Figur 4 Meldeutvikling i UNN HF uttrekk på gyldighetsområde



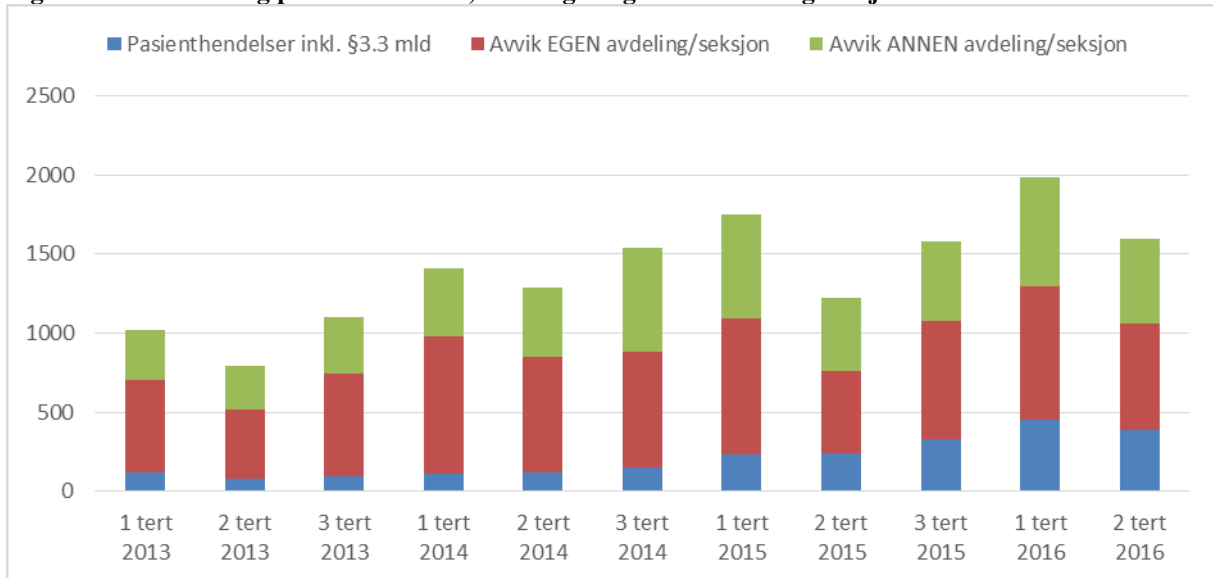
### Hendelsestyper - Kategorier

Det er registrert <sup>4</sup> 2075 avvik klassifisert på hendelsestype i Docmap i 2. tertial 2016. Årsak til forskjell i antall avvik registrert og antall avvik registrert på hendelsestype er at noen hendelser blir registrert som hendelse og hendelsestype, noen avvik ikke har klassifisering og noen avvik er ikke ferdig saksbehandlet og har derfor ikke registrert hendelsestyper.

I tallene for avvikstypene pasienthendelser (inkludert §3.3 meldinger), avvik egen enhet og avvik annen avdeling/seksjon ses klare trender. Det har vært en tydelig vridning mot at en større del av avvik egen avdeling nå meldes som pasienthendelse. Økningen i pasienthendelser viser at det i større grad meldes hendelser direkte knyttet til pasienter og pasientbehandling. Det er en jevn økning av meldte pasienthendelser. For første gang ser vi nå at antall meldte pasienthendelser sammenfaller med vanlige tertialvariasjoner (se figur 5 og 8).

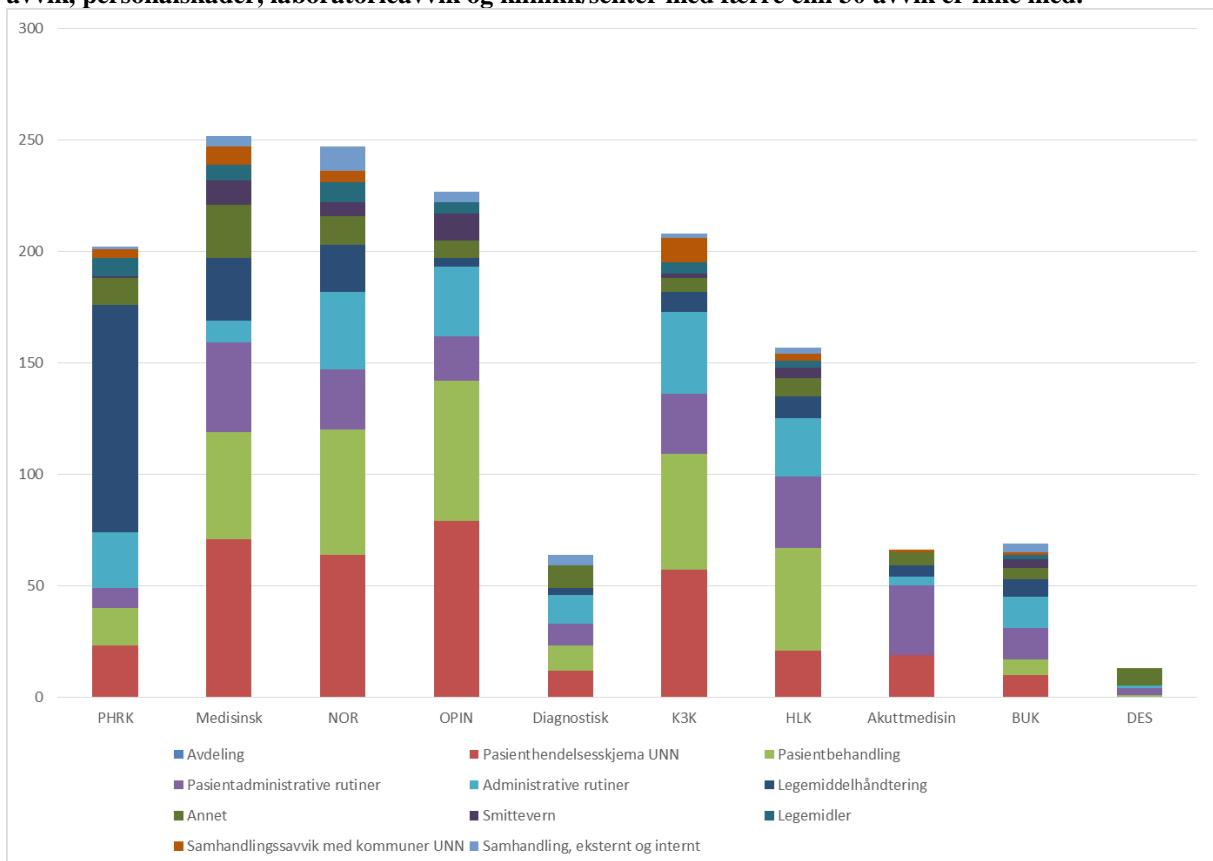
<sup>4</sup> Hendelsestyper relatert til faglig virksomhet i laboratorier er 203 og disse håndteres særskilt av laboratoriene. Samhandlingsavvik, pasienthendelser, forbedringsforslag, svikt i elektromedisinsk utstyr, personalskader, avvik byggeprosjekt og strålevern avvik er talt som egne kategorier og med i statistikk.

**Figur 5 Meldeutvikling pasienthendelser, avvik egen og annen avdeling/seksjon**



### Kategorier av meldte avvik

**Figur 6 Kategorier avvik meldt 1.tertial 2016 fordelt på klinikk/senter. Kategorier med færre enn 30 avvik, personalskader, laboratorieavvik og klinikk/senter med færre enn 30 avvik er ikke med.**

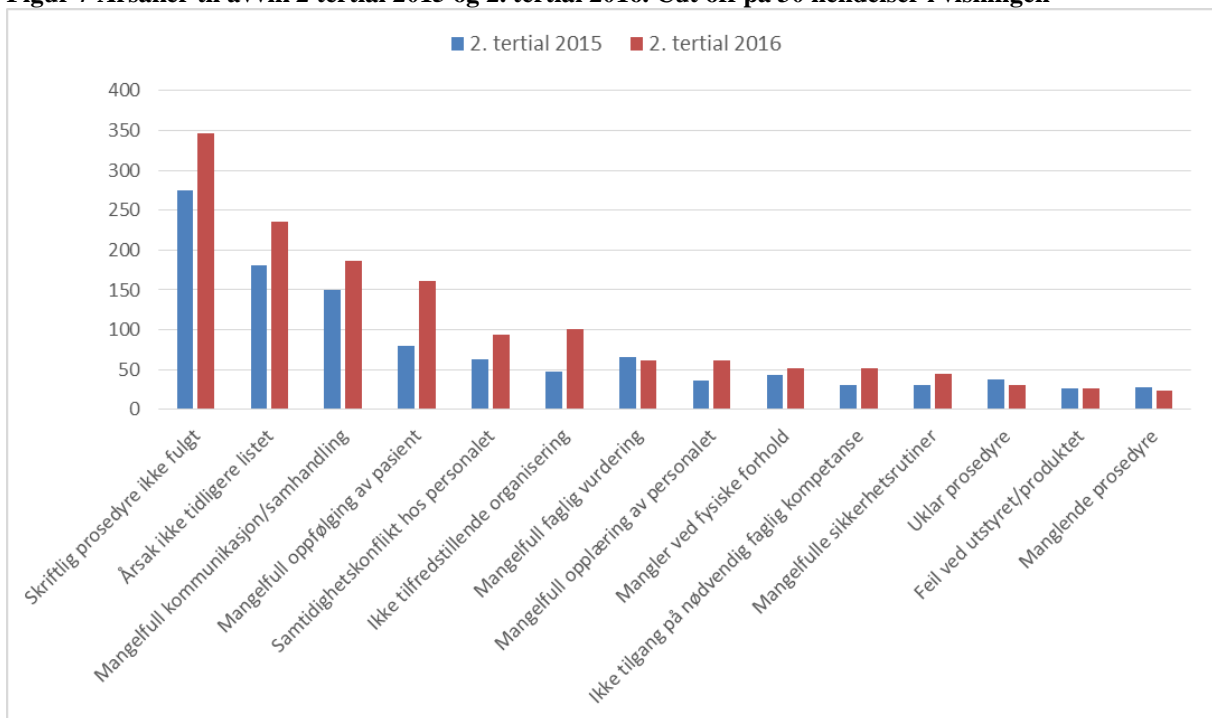


### Årsaker til avvik

I figur under er angitte årsaker på avvik for 2. tertial 2015 og 2. tertial 2016 sammenstilt. Det er også i 2. tertial 2016 avvik som ikke er ferdig saksbehandlet og derfor ikke kommer med i

uttrekket. «Skriftlig prosedyre ikke fulgt» og årsak ikke tidligere listet» er, som tidligere, de hyppigste årsaker til avvik.

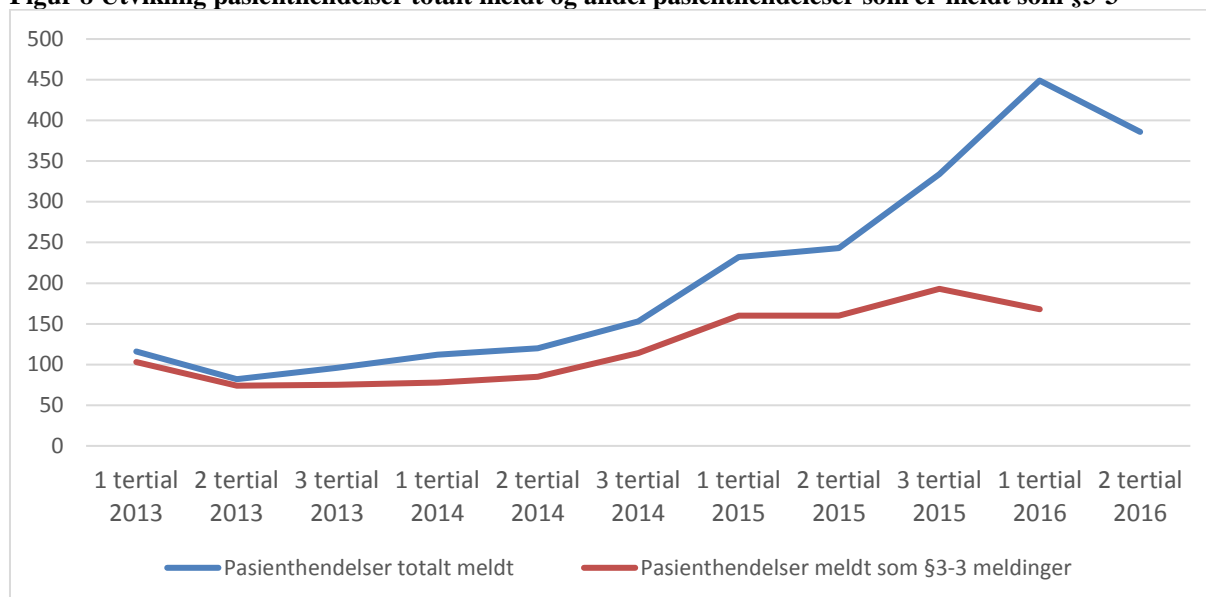
Figur 7 Årsaker til avvik 2 tertial 2015 og 2. tertial 2016. Cut off på 30 hendelser i visningen



### Pasienthendelser § 3.3 meldinger

Det er i 2. tertial 2016 foreløpig meldt 93 pasienthendelser mot 160 i 2. tertial 2015 til Helsedirektoratet etter §3-3, dvs. hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient. Nesten alle pasienthendelser, ikke bare de som meldes til Helsedirektoratet ved meldeordningen, gjennomgås i Pasientsikkerhetsutvalget. UNN har i 2. tertial 2016 ikke publisert anonymiserte § 3.3 meldinger på [www.unn.no](http://www.unn.no).

I figur 8 er avvik i form av pasienthendelser fremstilt, både totalt og antall §3.3-meldinger. For 2. tertial 2016 er imidlertid ikke §3-3-meldinger tatt med. Dette skyldes at 50 % av alle pasienthendelser meldt i dette tertiale ikke er avsluttet/lukket. Det er mulig å sende §3-3 melding til Helsedirektoratet på alle saksbehandlingsledd og dermed må sakene avsluttes før vi kan måle antall §3-3 meldinger.

**Figur 8 Utvikling pasienthendelser totalt meldt og andel pasienthendelser som er meldt som §3-3**

I 2. tertial 2016 er årsak «mangelfull oppfølging av pasient», «årsak ikke tidligere listet» og «skriftlig rutine ikke fulgt» fortsatt de hyppigste årsaker angitt i §3.3-meldingene.

## Nasjonalt klassifikasjonssystem

Helse- og omsorgsdepartementet har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, hatt ansvaret for å utarbeide felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser. Sluttrapport «Felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser» er sendt til HOD.

I Helse Nord er det igangsatt arbeid med å implementere de nye klassifikasjoner i Docmap. Det har vært et mål å få iverksatt endringen senest i løpet av 2. tertial 2016. Imidlertid er det med utgangspunkt i rapporteringer og mulighet til å konvertering av databasen, Denne endring vil etter all sannsynlighet gi en bedret kategorisering og årsaksvurdering av pasienthendelser, som igjen vil gi et bedre grunnlag for analyse av pasienthendelser.

## Vurdering avvik

Etter en vesentlig økning i antall meldte avvik fra 2012 til 2015, er økningen nå mindre. Fra andre tertial 2015 til samme periode i år er økning i antall meldte avvik 14 %. Det er fortsatt økning i unike meldere. For første gang ser vi at antall meldt pasienthendelser følger vanlige tertialvariasjoner, med noe nedgang i sommermånedene. Det har i mange sammenhenger og i mange enheter i UNN vært satt økt fokus på melding og oppfølging av avvik. Økningen av meldte avvik anses å være uttrykk for en bedret meldekultur, heller enn noen reell økning i antall hendelser. Det er likevel sannsynlig at det fortsatt meldes for få komplikasjoner i tilknytning til pasientbehandlingen, og særlig avvik klassifisert som «kjent, men sjelden komplikasjon» forventes fortsatt at bør øke som følge av en ytterligere bedret meldekultur. Det er utfordrende å få oversikt over HMS-/arbeidsmiljørelaterte avvik, men vi ser at det ofte er sammenheng mellom pasienthendelser og arbeidsmiljørelaterte forhold. Organisasjonen har også en utfordring i å sikre god samhandling på avvik som meldes og skal behandles på tvers av fagansvar og ledelseslinjer.

Systemer rundt oppfølging av avvik, både fra avvikssystemet, fra tilsyn og fra interne og eksterne revisjoner, er under utvikling som ledd i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende

organisasjon med fokus på kontinuerlig forbedring. Det er etablert en systematikk for å følge opp viktige avvik i Kvalitetsutvalget etter at de er behandlet i Pasientsikkerhetsutvalget (PSU); særlig der PSU ser at det kommer flere viktige avvik innenfor lignende områder som uttrykk for risiko blir disse samlet opp og tatt videre i Kvalitetsutvalget for å diskutere tiltak og fremme læring på tvers i organisasjonen.

Fortsatt klassifiseres en stor andel av pasienthendelser med «årsak ikke tidligere listet». Nytt nasjonalt klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse forventes å bidra til at det blir enklere å nyttiggjøre avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet. UNN har en stor database med hendelser som kan og bør brukes i systematisk forbedringsarbeid i klinikkene. Det er imidlertid et stort behov for å utvikle et avvikssystem som har bedre søkefunksjon og som i større grad gir støtte for «mønstergjenkjenning» i avviksmeldinger for å avdekke risiko.

### Tiltak avvik

- Utvikling og forbedring av avvikshåndtering og meldekultur følges opp i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon preget av kontinuerlig forbedring. Kvalitets- og utviklingscenteret utarbeider ledermøtesak som beskriver status i arbeidet og foreløpige tiltak i første tertial 2017. I tilknytning til denne saken skal det også diskuteres om det er for stort sprik mellom UNNs klinikker i forhold til prioritering av dedikerte ressurser til systematisk forbedringsarbeid.
- Kvalitets- og utviklingscenteret får ansvar for å etablere system for kontinuerlig registrering av §3.3a-meldinger (varsel om alvorlige hendelser) til Statens Helsetilsyn, slik at UNN har samlet oversikt over disse.

### Interne revisjoner

Det utarbeides en årlig intern revisjonsplan på bakgrunn av tilsyn, hendelser, risikovurderinger og bestilling fra direktørens ledergruppe, AMU og Kvalitetsutvalget. Revisjonsplanen besluttet av direktørens ledergruppe. Kvalitets- og utviklingscenteret gjennomfører revisjonene i samarbeid med relevante fagmiljøer. Nedenstående tabell viser oversikt over gjennomføringsgrad av planlagte interne revisjoner i 2017.

**Tabell 1 oversikt alle internrevisjoner og gjennomførte internrevisjoner pr 1 tertial 2016.**

Tema – Revisjoner planlagt 2016	Tertial			Sted	Antall avvik	Gjennomført
	1	2	3			
Helselovgivning/ FAG/ Ledelse						
Europeisk hodestudie: FAS nr 730 – «Center TBI = Collaborative European Neurotrauma Effectiveness Research in TBI» (traumatic brain injury)	X			Operasjons- og intensiv-klinikken 26.5. 2016	0	Gjennomført
Etterlevelse av nye retningslinjer for vurdering, behandling og overflytting til UNN Tromsø av barn (0-15 år) med akutte kirurgiske problemstillinger	X				1 avvik	Gjennomført
Gjennomgang av prosjektoversikten i Eutro og FAS Helsefak og UNN skal årlig gå gjennom prosjektene som er registrert i Eutro og FAS. Gjennomgangen skal utføres av Seksjon for forskningstjenester på Helsefak og av Klinisk Forskningsavdeling på UNN.	X					Gjennomført som postal revisjon.

Tema – Revisjoner planlagt 2016	Tertial			Sted	Antall avvik	Gjennomført
	1	2	3			
Etterlevelse av infeksjonskontrollprogrammet med fokus på opplæring i smittevern behandling. Tiltak etter Fylkesmannens tilsyn som fant avvik fra god praksis ved injeksjon av Botox. (Opplæring i smittevern)			X			Under planlegging
Nasjonalt Kvalitetsregister Myndighetskrav			X	UNN HF		Under planlegging
Håndtering av humane celler og vev, oppfølging etter tilsyn av Statens helsetilsyn. (Sak 13/5355)			X	Lab. Medisin, K3K, NOR Klinikken,		Utgår pga sammenfallende tilsyn fra Statens Helsetilsyn 17. – 20. oktober (håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon)
Gjennomføring av Pasientsikkerhetsprogrammet, revisjon av et par enheter			X			Under planlegging
Oppfølging av tidligere intern revisjon på blodbanken / transfusjonsrutiner på avdelingene			X	UNN-HF- Blodbanken	1 avvik	Gjennomført
Håndtering av henvisninger og viderehenvisninger og revisjon av ny Pasient og brukerrettighetslov med fokus på opplæring og etterlevelse, prioriterer legene likt?			X			Utsatt til 3 tertial da klinikkene trengte litt mer tid/få erfaring med arbeidsflyten ved håndtering av henvisninger og viderehenvisninger.
Etterlevelse av Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus		X		Medisinsk klinikk		Under planlegging Mangler fagrevisor utsjekk av kapasitet pågår.
Behandling av proteseinfeksjoner ved ortopedisk avdeling			X			Under planlegging Mangler fagrevisor utsjekk av kapasitet pågår.
Bruk av Docmap i prosedyresammenheng			X	NOR klinikken		Under planlegging, intensjon gjennomføring i desember
<b>Helse, miljø og sikkerhet</b>						
Revisjoner i forkant av neste revisjon på UNNs miljøsertifisering (DNV)		X				Saken utgår- erstattes med Oppfølging av handlingsplan for kjemikaliesatsingen
KVAM-gruppenes oppfølging av MU, nærvær- og sykefraværarbeid mm.		X		Hjerte- lunge karkirurgisk avdeling Avd. sør Kirurgisk avdeling Harstad	7 avvik fordelt på 3 enheter	Gjennomført
<u>Oppfølging av handlingsplan for kjemikaliesatsingen vedtatt i KU.</u> Gjennomføre 6 minirevisjoner etter modell fra smittevernvisitten			X	Narvik –teknisk seksjon og Laboratoriemedisin Narvik RTG tromsø Ambulanse seksjon Harstad Maskinverksted Åsgård K3K poliklinikker		Arbeidet er begynt – første gjennomføring av revisjon 20 oktober.



Tema – Revisjoner planlagt 2016	Tertial			Sted	Antall avvik	Gjennomført
	1	2	3			
Kvalitetsikring i bruk av medisinsk-teknisk utstyr						
Opplæring i MTU oppfølging av pålegg fra DSB	X	X	X	1.tertial Nyfødt intensiv 2.tertial ortopedisk avdeling	1 avvik	Gjennomført 1 tertial 2 tertial avsluttet pga manglende dokumentasjon. Avvik gitt til avdelingen.
Lean prosjekter						
Internrevisjon pakkeforløp Det vises til beslutning i sak 41.15 i Kvalitetsutvalget 24.11.15 På bakgrunn av forslag fra Kvalitetsavdelingen besluttet det at følgende forløp revideres. 1) Hode-Hals kreft. NOR klinikken 2) Prostatakreft. K3K. 3) Livmorkreft K3K			X	1) ØNH avd 2) Gyn/Uro avdeling 3) Gyn/Uro avdeling  (+ DK, OPIN)		Under planlegging

### Tiltak interne revisjoner

- I rapporter fra interne revisjoner bes revisjonsteamet utarbeide sjekkliste/tiltaksbeskrivelse for oppfølging, for å støtte prosessen med å lukke avvik i reviderte enheter og i andre enheter som har tilsvarende utfordringer.
- Kvalitets- og utviklingscenteret etablerer fast læringsløype etter interne revisjoner. Rapport bør inneholde vurdering av påviste avvik i revidert enhet, samt risiko i andre enheter enn de reviderte. Rapportene legges frem for Kvalitetsutvalget, og videreformidles deretter til aktuelle klinikker/enheter.

### Tilsyn

Resultater av, og oppfølging etter, tilsyn behandles i egne rapporter til Kvalitetsutvalget og styret, og beskrives derfor ikke i ledelsens gjennomgang.

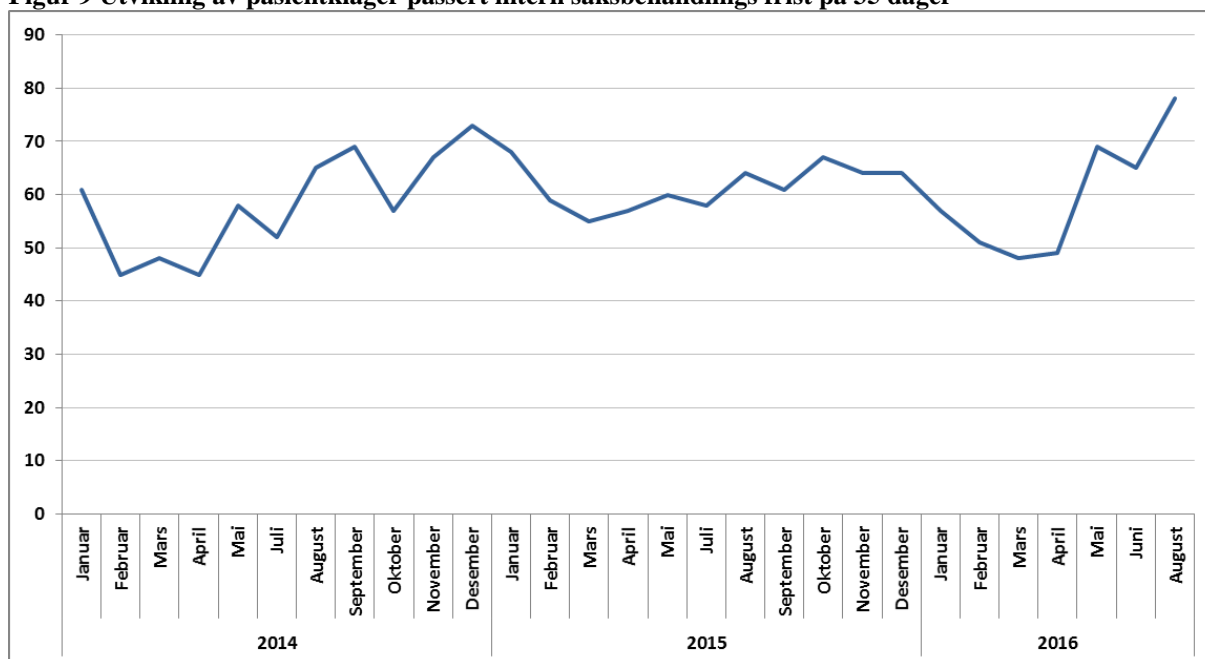
### Pasientsikkerhetsprogrammet

Gjennomføring av programmet diskuteres fortløpende i Kvalitetsutvalget og rapporteres i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapporter til ledergruppe og UNN-styret, og omtales derfor ikke nærmere i ledelsens gjennomgang.

### Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på pasientsaker 2. tertial 2016 er 31 dager som er lik saksbehandlingstid i 2. tertial 2015. Saker vedrørende journalinnsyn/kopi, NAV, interne pasientskader meldt i Docmap og kategorier journalinnsyn og spesialisterklæringer er ikke tatt med.

Klager fra Pasient- og brukerombud, Helsetilsynet og NPE er de saker som har lengst svartid fra avdelingene. Klinikkerne har ansvar for å svare ut klagesaker og henvendelser innen frist. Lang saksbehandlingstid kan medføre at pasienter klager til Pasientombudet, Helsetilsynet og i noen grad til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) før de får svar fra UNN.

**Figur 9 Utvikling av pasientklager passert intern saksbehandlings frist på 35 dager**

Figuren over viser en sammenstilling av månedlige lister av saker over frist, som sendes ut til klinikkene.

Det har det siste tertiale vært en økning antall saker som har passert intern frist på 35 dager.

**Tabell 2 NPE saker i 2. tertial 2016 med brutt intern og NPE tidsfrist fordelt på klinikk**

Klinikker	Antall NPE saker totalt 2.tertial 2016	Antall NPE passert intern frist 35 dager	Antall saker passert NPE frist 56 dager
Akuttmedisinsk klinikk	1	0	0
Barne- og ungdomsklinikken	1	0	0
Diagnostisk klinikk	2	0	0
Hjerte- og lungeklinikken	2	1	0
Kirurgi, kreft- og kvinneklinikken	25	12	5
Longyearbyen	1	1	0
Medisinsk klinikk	2	1	1
NOR klinikken	28	13	6
Operasjon- og intensivklinikk	1	1	0
Psykisk helse- og rusklinikken	5	3	1

Mange klinikker har fortsatt utfordring å få til saksbehandlingstid innenfor intern frist som er 35 dager og NPE frist som er 56 dager. Dette gjelder også for klinikker som mottar få saker.

### Vurdering pasientsaker

Det er økende saksbehandlingstid for pasientklagesaker, og det er mange NPE-saker, og også tilsynssaker og andre henvendelser, som ikke besvares innen de frister som er satt. Dette medfører økt byråkratisering med purringer og eskalering av saker, og det kan medføre at saker behandles blant annet i NPE uten at behandlingsstedets uttalelse foreligger.

## Tiltak pasientsaker

- Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken og Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken er bedt om å beskrive tiltak for å sikre adekvat oppfølging av pasientklagesaker, inkludert tilsynssaker, innen frist. Tiltakene presenteres for Kvalitetsutvalget senest i løpet av januar 2017.
- Direktøren løfter frem betydningen av å svare på pasientklagesaker innen de frister som er satt og på korrekt måte i sine statusmøter for ledere.
- Stabsmøtet diskuterer om det er behov for mer systematisk opplæring i og/eller støttefunksjoner i arbeidet med å svare på pasientsaker.

## Smittevern

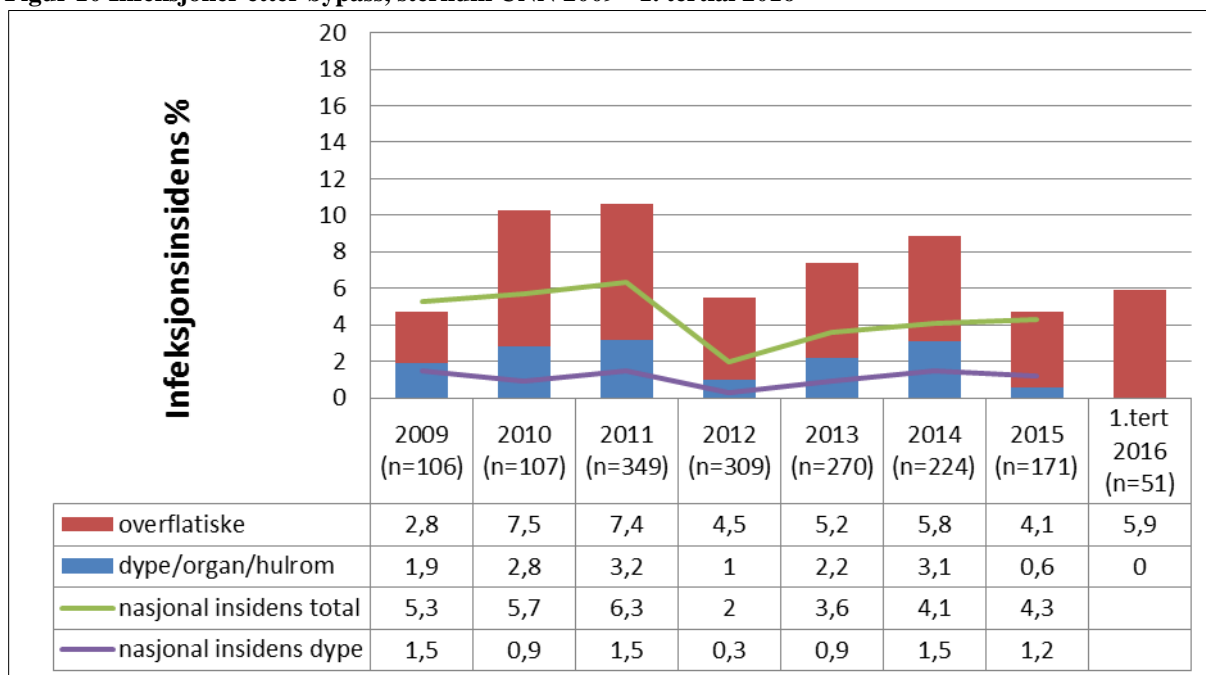
### NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner

NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner etter inngrepene aortakoronarbypass, keisersnitt, innsetting av proteser i hofteledd, kolecystektomi og koloninngrep.

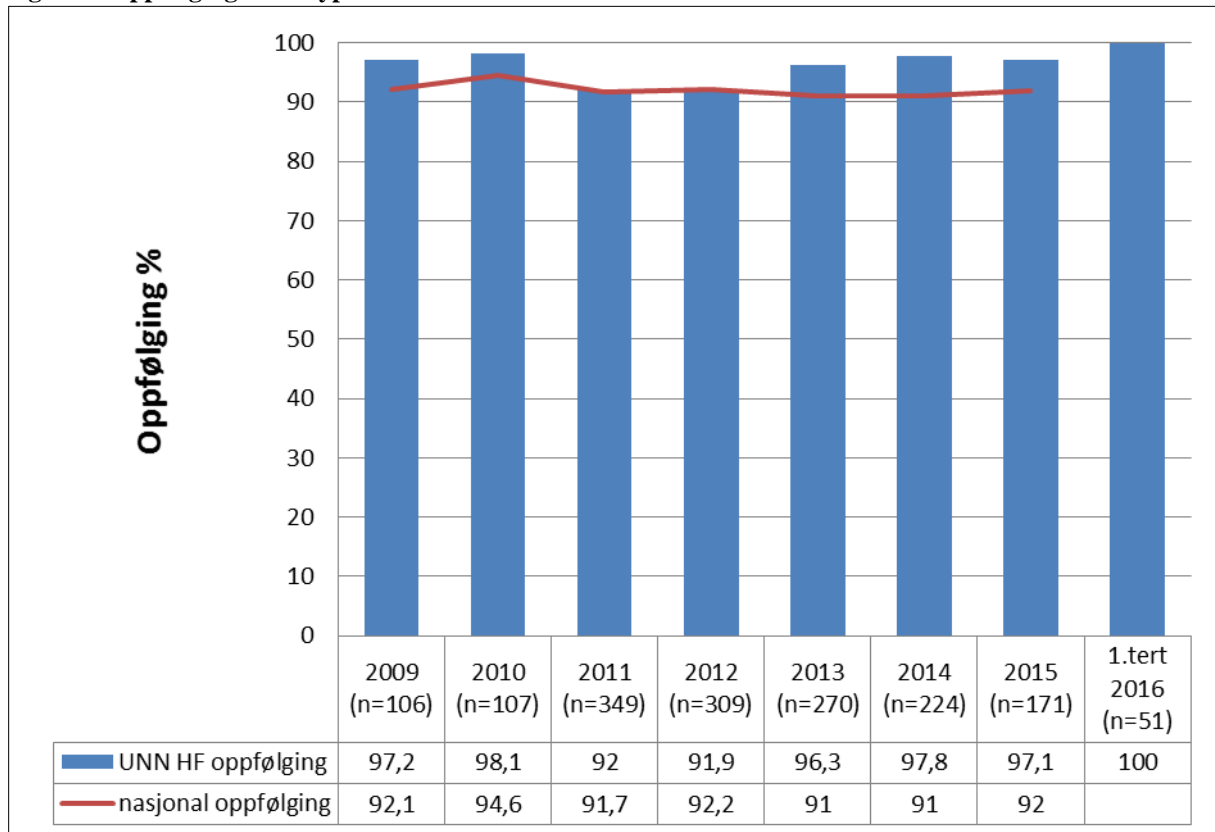
Frist for innlevering av NOIS-resultater for 1.tertial 2016 var 1.september. UNN har i perioden ingen dype infeksjoner for aortakoronare bypass, totalproteser hofte eller kolonkirurgi. Det er så å si uendret mtp dype infeksjoner for hemiproteser hofte. Keisersnitt har en liten økning i dype infeksjoner. Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling har gjort en rekke tiltak på bakgrunn av tidligere NOIS-tall og har blant annet sett på bekledning/adferd/renhold på operasjonsstuen, i tillegg til et nystartet dekoloniseringsprosjekt. Kvinneklinikken hadde i 2013 en grundig gjennomgang av keisersnitt basert på høye NOIS-tall. Enheten vil nå bruke tid på å se nærmere på årsaker til siste økning av infeksjoner.

Narvik ikke har levert tall for hofter, galleblærefjernelser (kolecystektomier) og tykktarminngrep siden desember 2014. Nasjonale tall for 1.tertial 2016 foreligger ikke ennå.

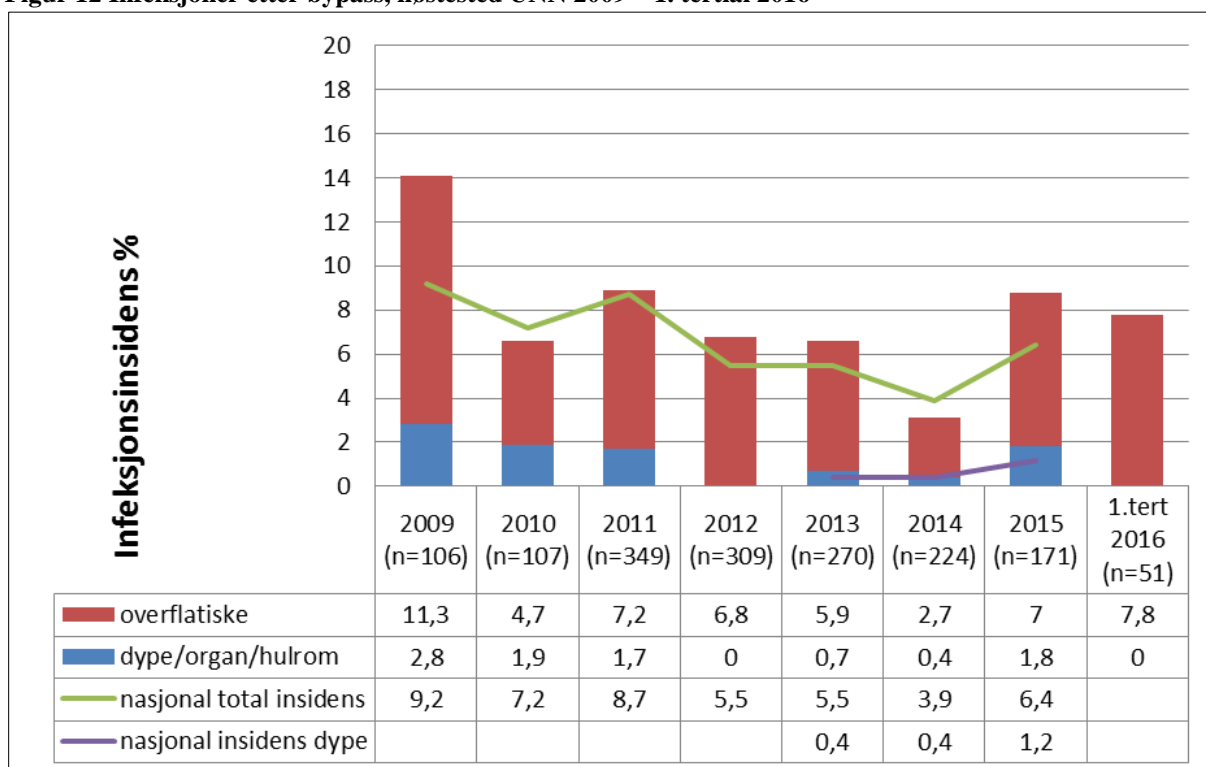
Figur 10 Infeksjoner etter bypass, sternum UNN 2009 - 1. tertial 2016



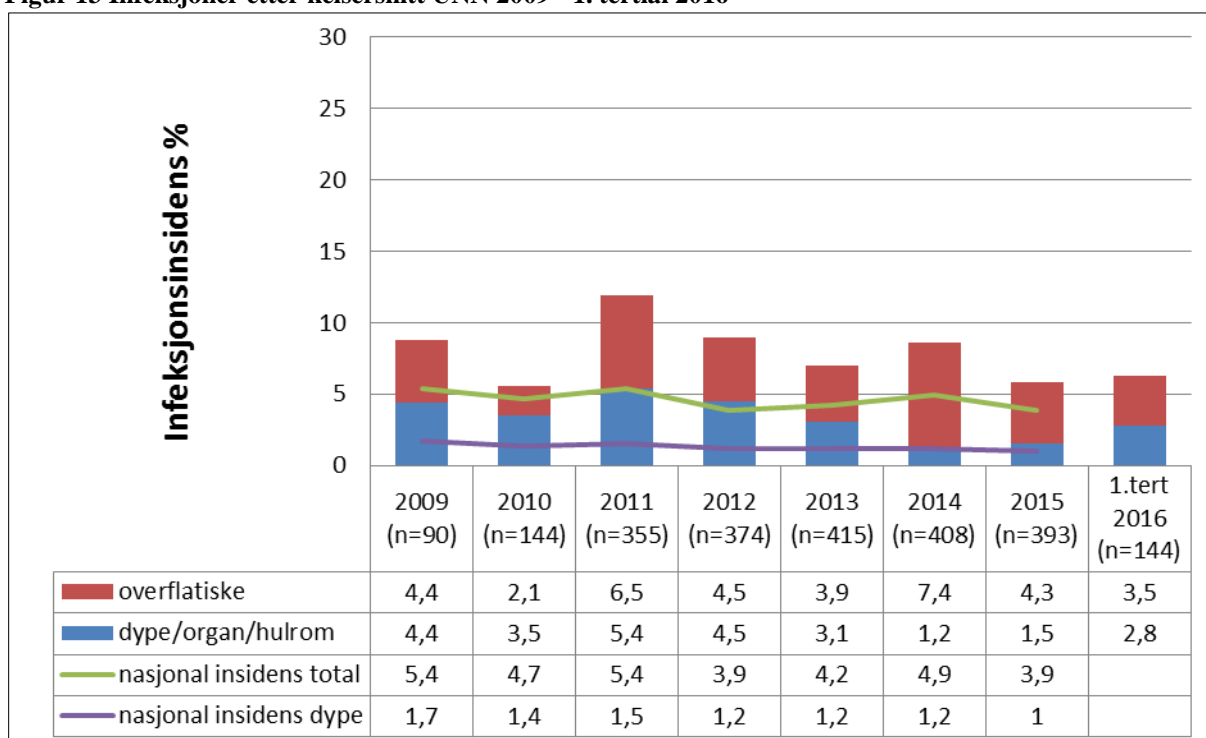
Figur 11 Oppfølging etter bypass UNN 2009 – 1. tertial 2016



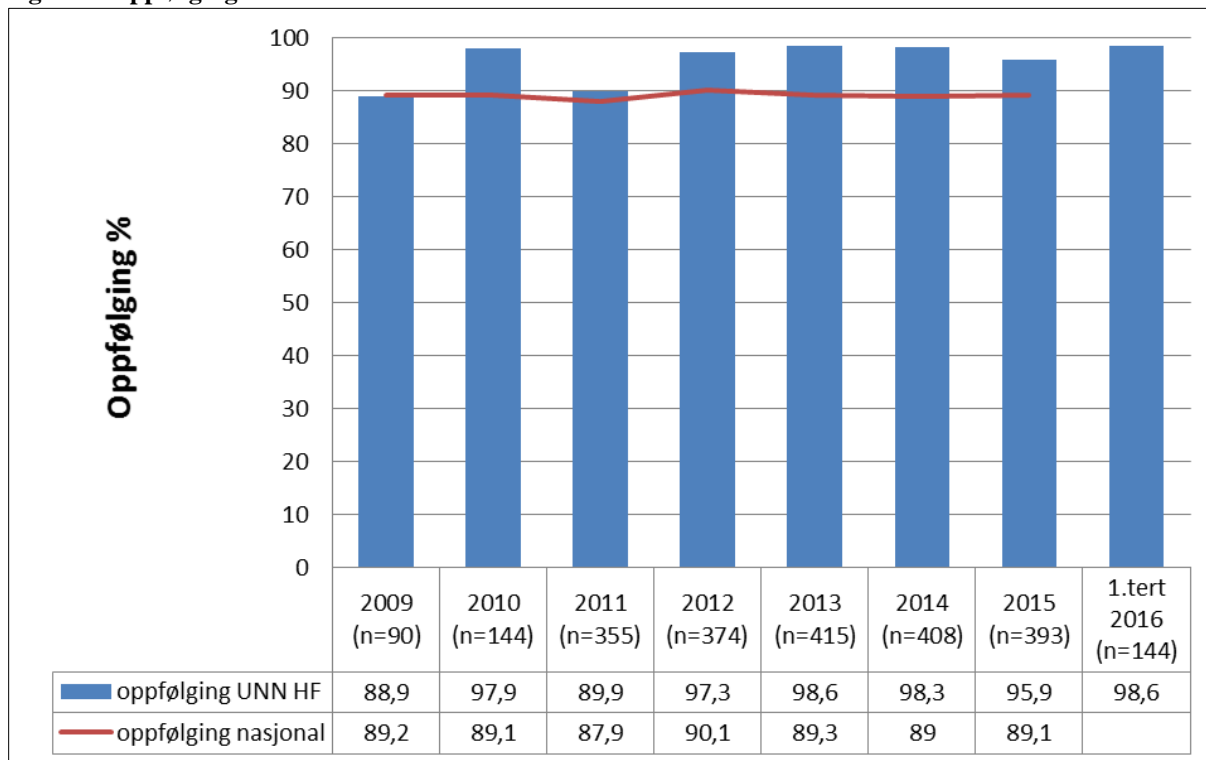
Figur 12 Infeksjoner etter bypass, høststedet UNN 2009 – 1. tertial 2016



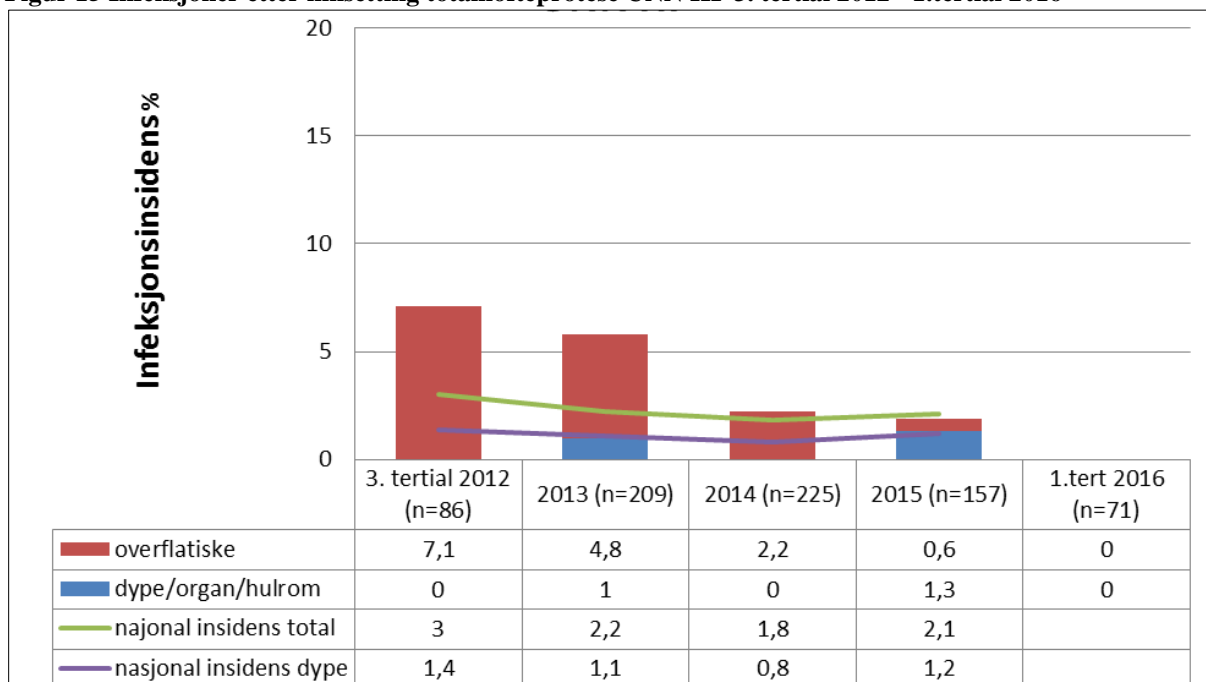
Figur 13 Infeksjoner etter keisersnitt UNN 2009 - 1. tertial 2016



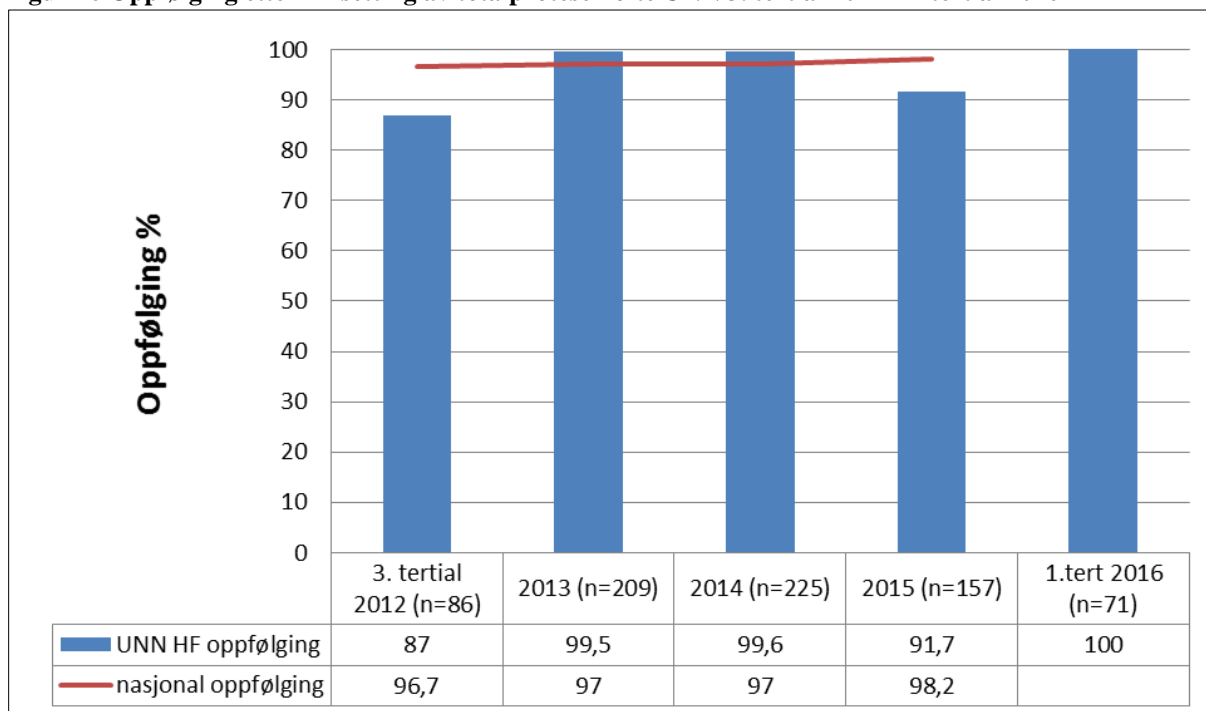
Figur 14 Oppfølging etter Keisersnitt UNN HF 2009 – 1. tertial 2016



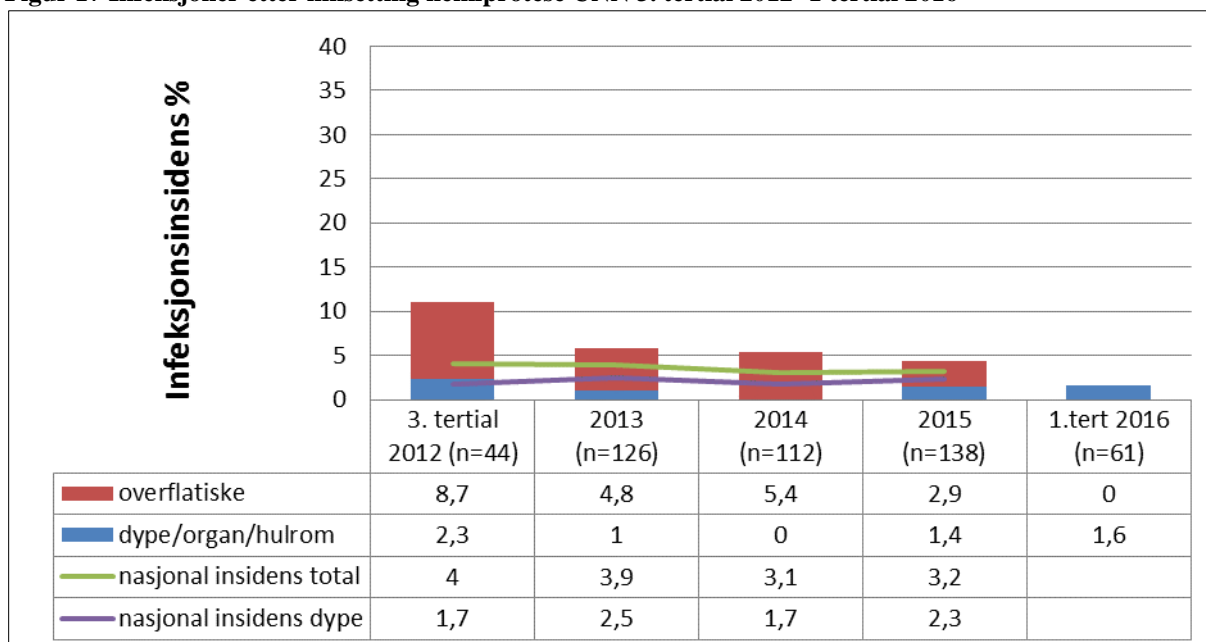
Figur 15 Infeksjoner etter innsetting totalhoffteprotese UNN HF 3. tertial 2012 - 1.tertial 2016



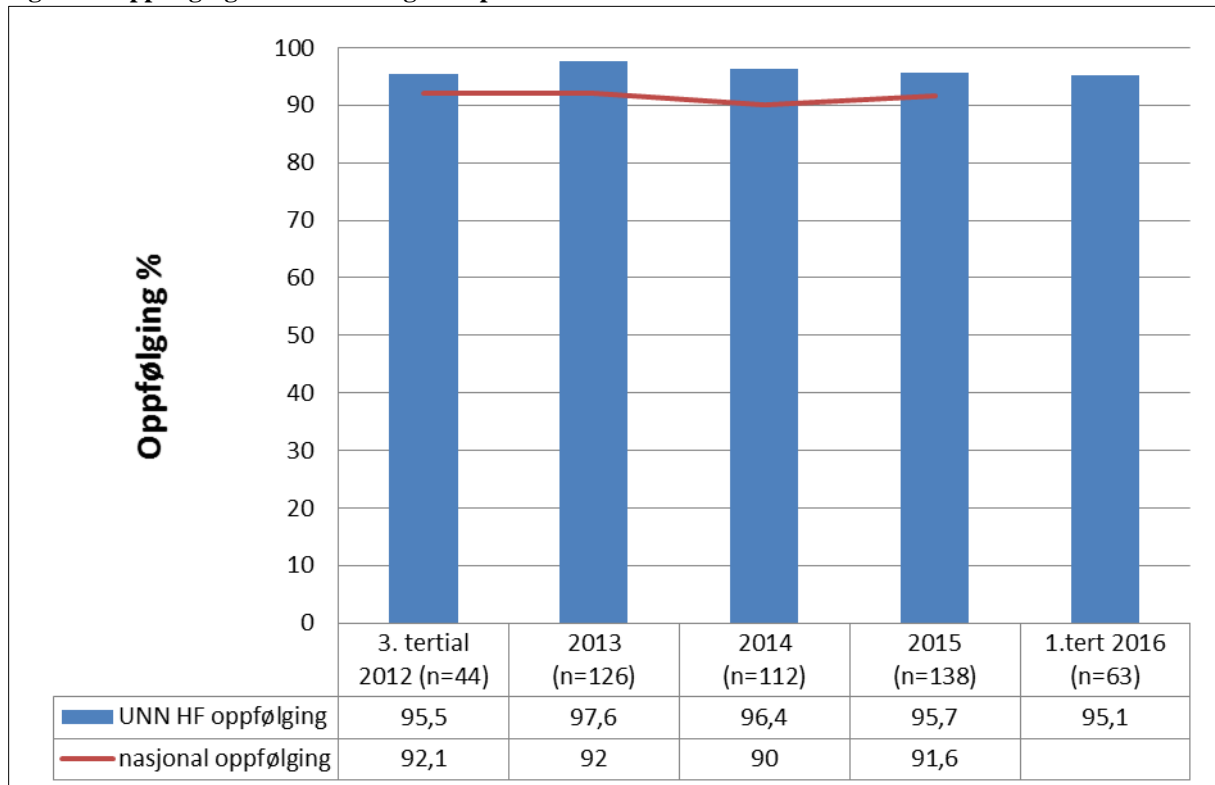
Figur 16 Oppfølging etter innsetting av totalprotese hofte UNN 3. tertial 2012 – 1 tertial 2016



Figur 17 Infeksjoner etter innsetting hemiprotese UNN 3. tertial 2012- 1 tertial 2016



Figur 18 Oppfølging etter innsetting hemiprotese hofte UNN 3. tertial 2012 – 1 tertial 2016

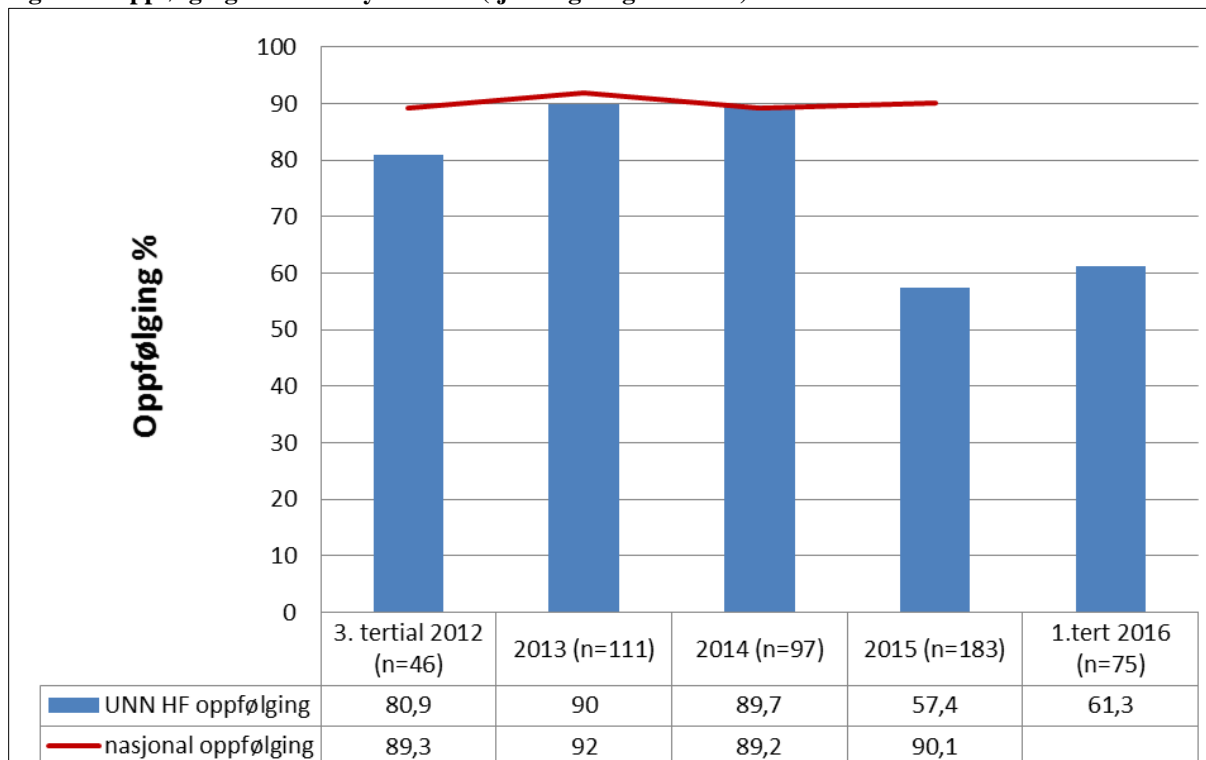


Infeksjoner etter kolecystektomi (fjerning av galleblære) UNN 2009- 1.tertial 2016:

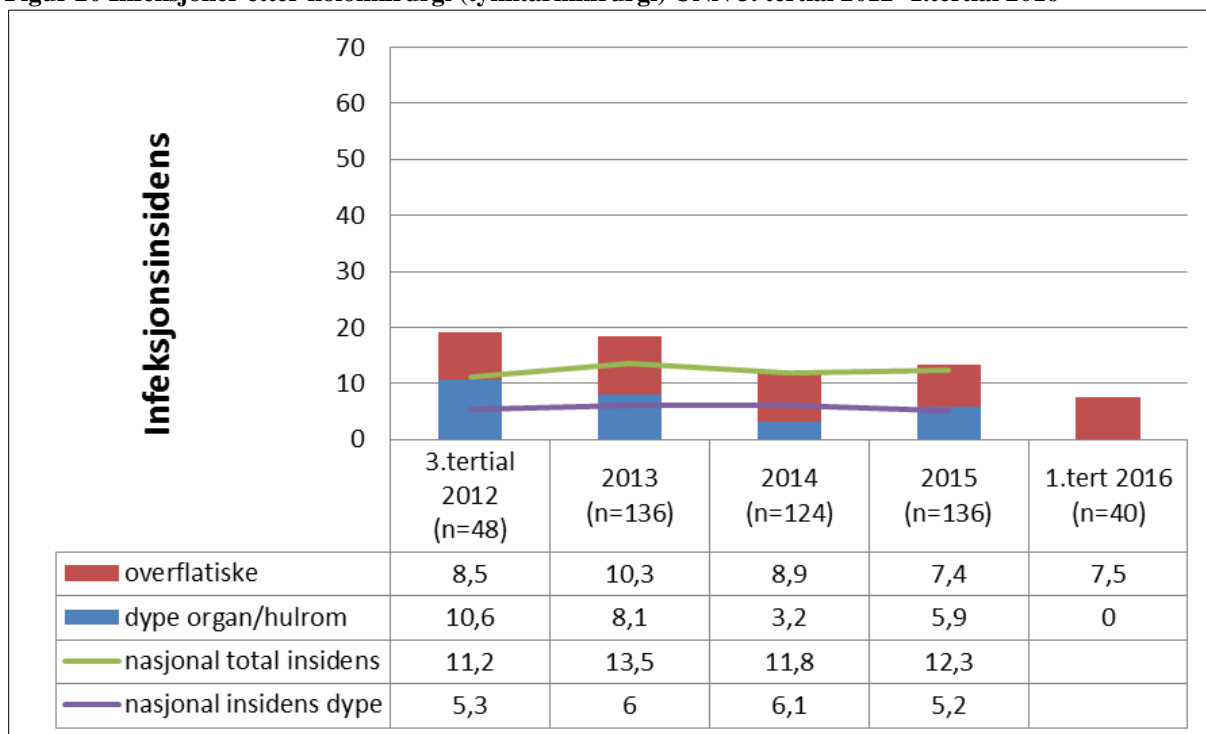
UNN har utført 75 kolecystektomier 1.tertial 2016. Narvik har utført 28 av disse, men har ikke fulgt opp inngrepene mtp infeksjoner. Det utregnes derfor ikke en infeksjonsinsidens for UNN totalt. På grunn av manglende oppfølging av inngrepene utført i Narvik, får UNN en svært dårlig oppfølgingsprosent totalt.



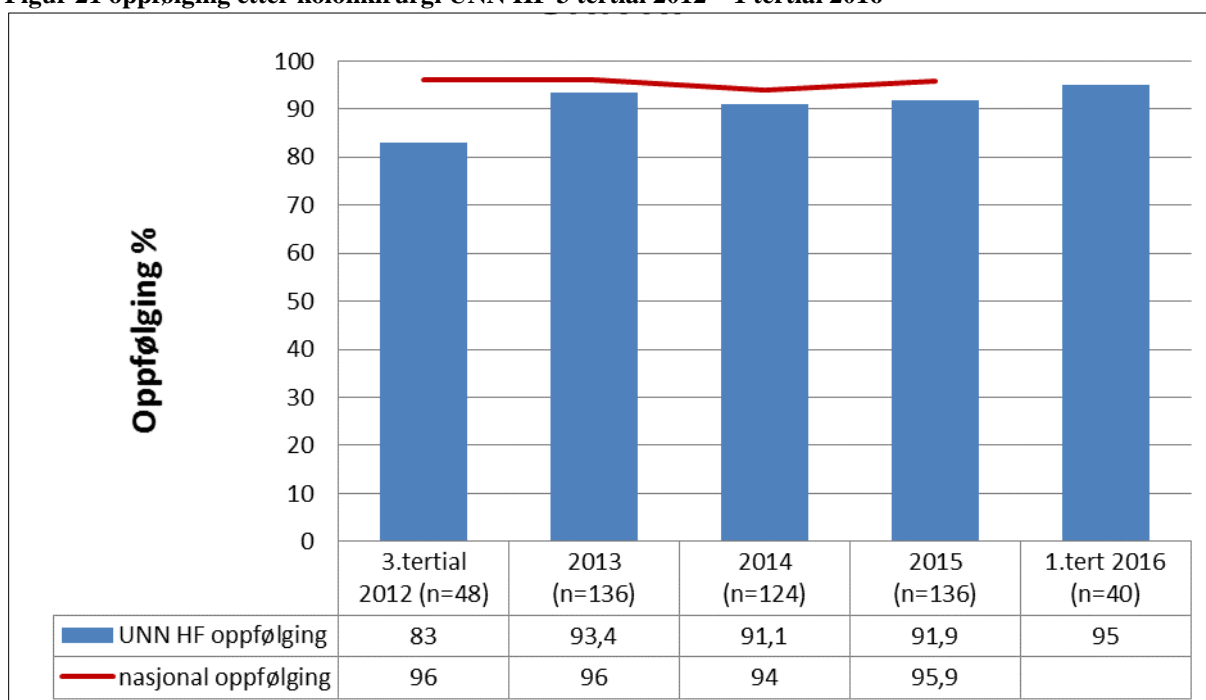
Figur 19 Oppfølging etter kolecystektomi (fjerning av galleblære) UNN 3. tertial 2012- 1.tertial 2016



Figur 20 Infeksjoner etter kolonkirurgi (tykktarmkirurgi) UNN 3. tertial 2012- 1.tertial 2016



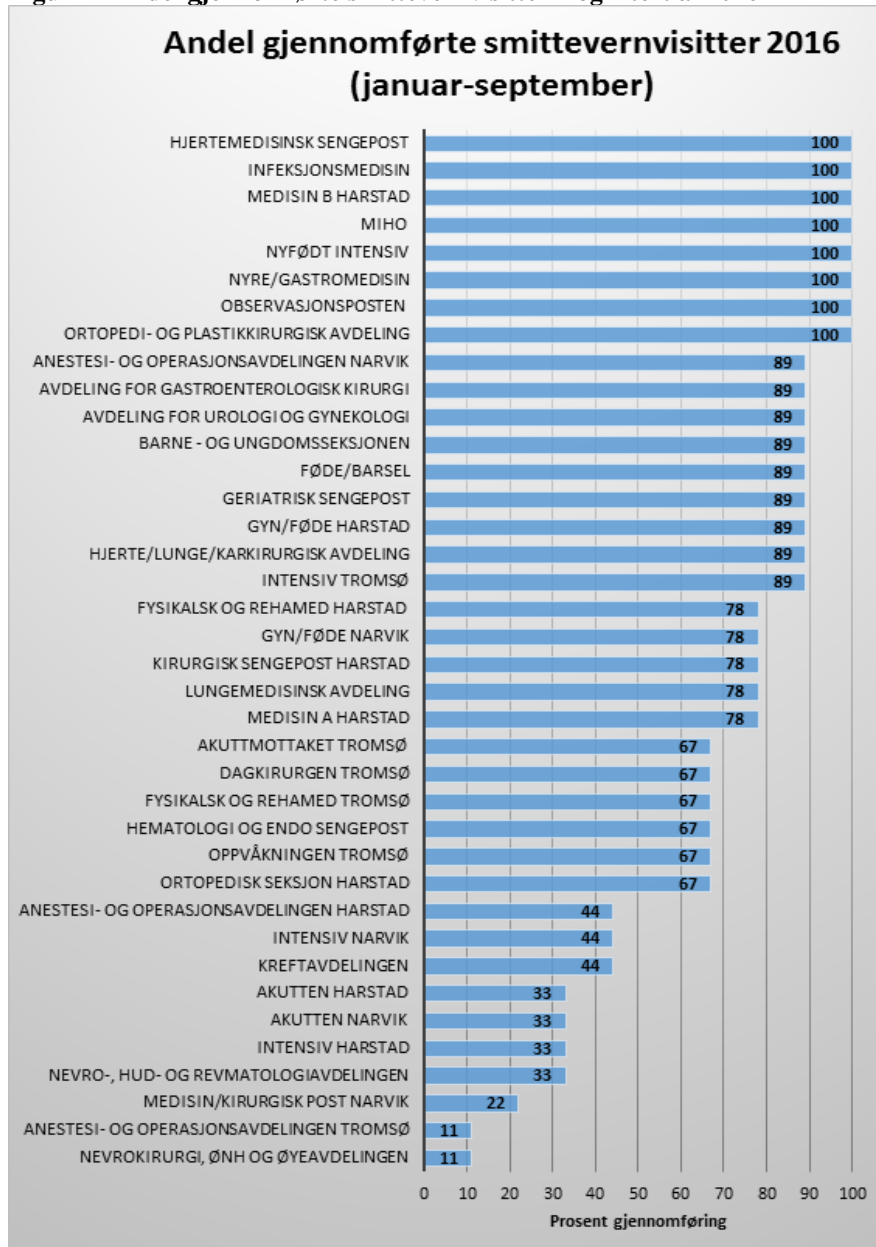
Figur 21 oppfølging etter kolonkirurgi UNN HF 3 tertial 2012 – 1 tertial 2016



## Smittevernvisitter

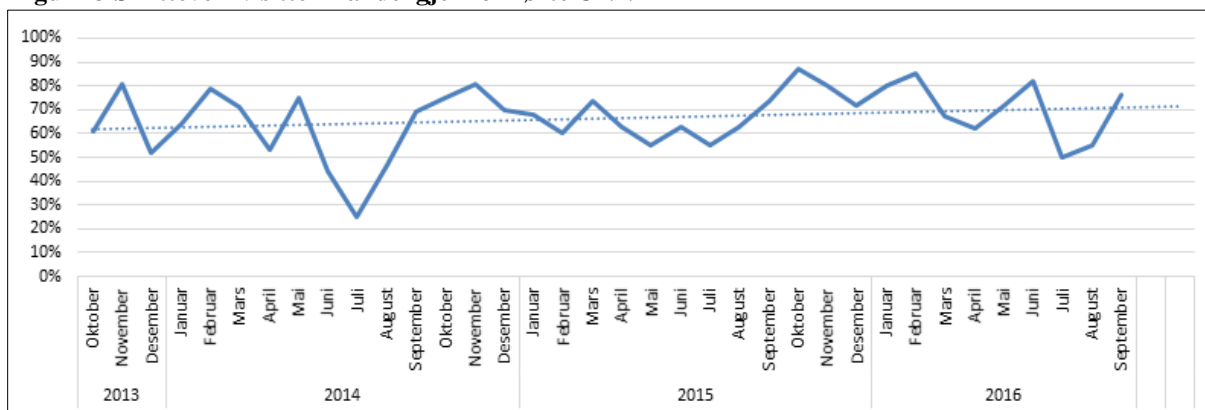
Nedenfor er oppdatert oversikt over gjennomføring og resultater fra smittevernvisittene tom september 2016

Figur 22 Andel gjennomførte smittevernvisitter 1 og 2 tertial 2016



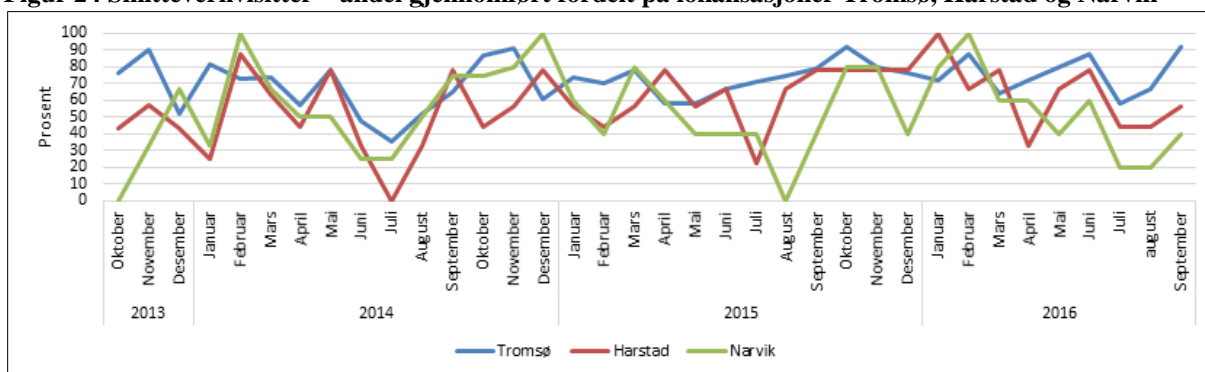
8 enheter ligger på topp med gjennomføring av smittevernvisitter hver måned så langt i 2016. AnOp Tromsø ligger på bunn, men har nå utarbeidet nye fokusområder for visittene.

Figur 23 Smittevernvisitter – andel gjennomførte UNN HF



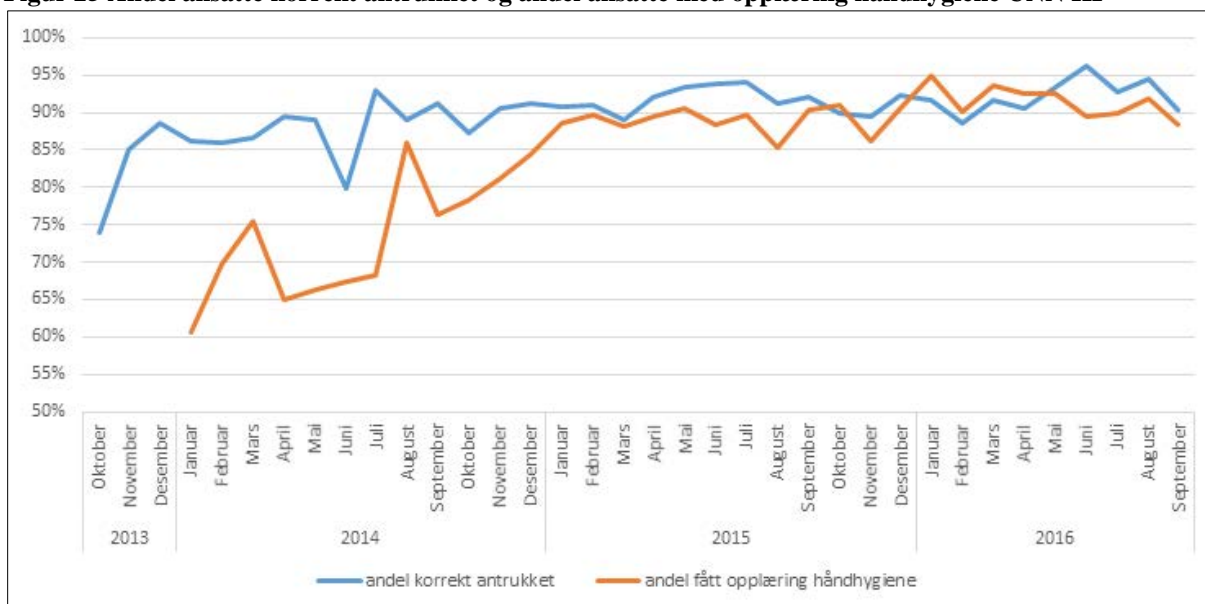
I juni og juli er det en forventet nedgang på grunn av lavdrift og ferieavvikling.

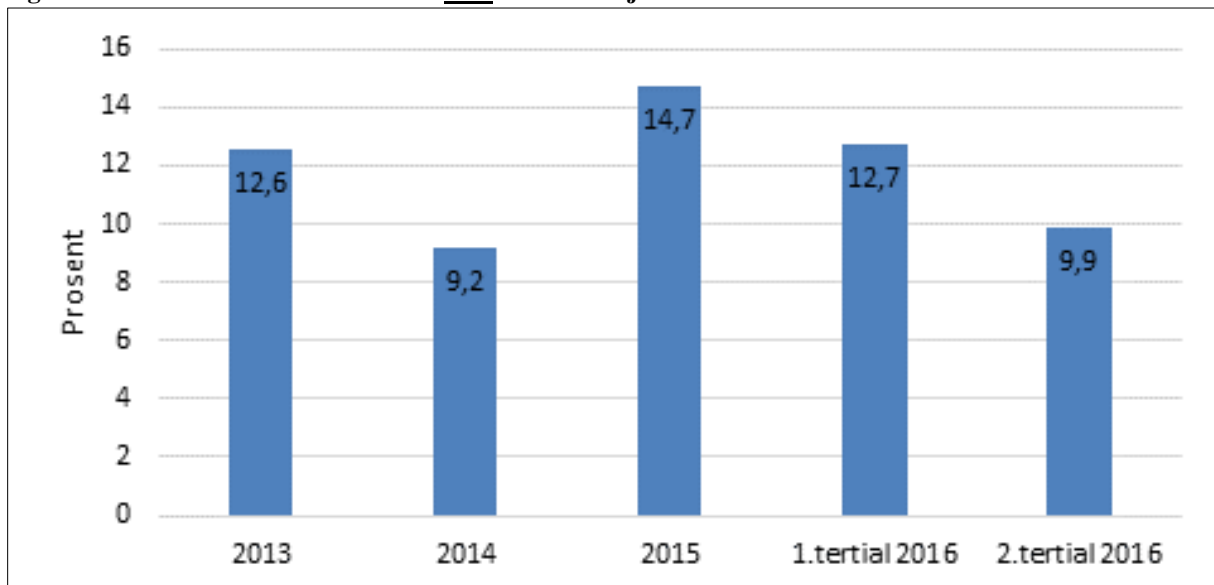
Figur 24 Smittevernvisitter – andel gjennomført fordelt på lokalisasjoner Tromsø, Harstad og Narvik



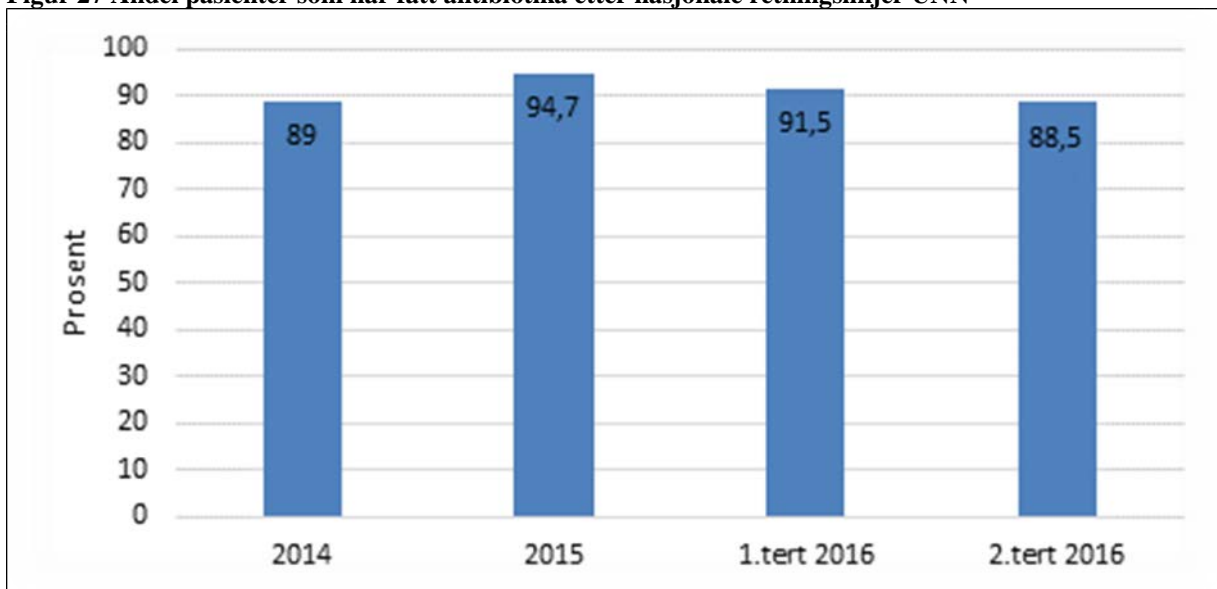
Tromsø hadde i september sin beste måned siden 2015 med 95% gjennomføring (22 av 24 enheter)

Figur 25 Andel ansatte korrekt antrukket og andel ansatte med opplæring håndhygiene UNN HF



Figur 26 Andel med blærekateter som ikke har indikasjon UNN

Figur 27 Andel pasienter som har fått antibiotika etter nasjonale retningslinjer UNN



### Vurdering smittevern

Det har overordnet vært en god utvikling på smittevernområdet i UNN de siste årene, med nedgang særlig i dype infeksjoner etter de operative inngrep der dette registreres.

Det er imidlertid behov for snarest å iverksette tiltak for å sikre oppfølging av forekomst av postoperative sårinfeksjoner også i UNN Narvik, som dessverre ikke har fulgt opp dette hverken i 2015 eller hittil i første tertial 2016. For å oppnå ytterligere forbedring på smittevernområdet er fortsatt fokus på basale smittevernrutiner viktig og nødvendig, og i så måte er smittevernvisittene et godt tiltak. Der er det fortsatt et forbedringspotensiale i oppfølgingen for flere enheter. Det er nødvendig at ledere aktivt korrigerer brudd på retningslinjen for arbeidsantrekk dersom UNN skal oppnå 100% etterlevelse. Oppfølging av smittevernarbeidet har stort fokus i Kvalitetsutvalget og UNNs ledergruppe.

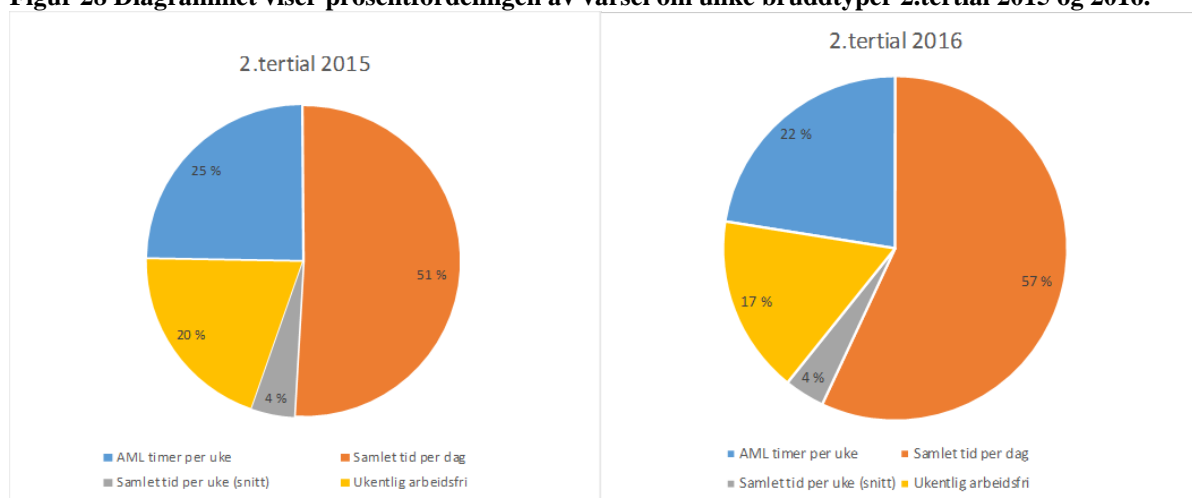
## Helse, Miljø og Sikkerhet

### Status i arbeidet med rapportering om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)

Arbeidstidsbestemmelsene er utformet slik at et tilfelle kan gi flere brudd for de samme timene/vaktene. Tallmaterialet under viser ikke faktiske brudd, men varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene. For å kunne redegjøre for antall faktiske brudd må en gå inn i hver enkel arbeidsplan å kontrollere at lovlig etablerte dispensasjoner er registrert for gjeldende ansatte. Tilfeller der dispensasjoner og lokale avtaler med fagforeninger ikke er registrert i arbeidsplansystemet vil generere varsel om brudd som ikke er faktiske brudd.<sup>5</sup> I tillegg er arbeidsplansystemet bygget opp slik at rekkefølgen på registrering av overtid, vaktbytter og merarbeid er utslagsgivende for varsel om brudd. Videre vil akutte hendelser som krever forlenget arbeidstid for ansatte kunne føre til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Disse hendelsene vil imidlertid ved tilsyn kunne forklares ut fra fare for liv og helse. Det må derfor utvises varsomhet i bruken av materialet.

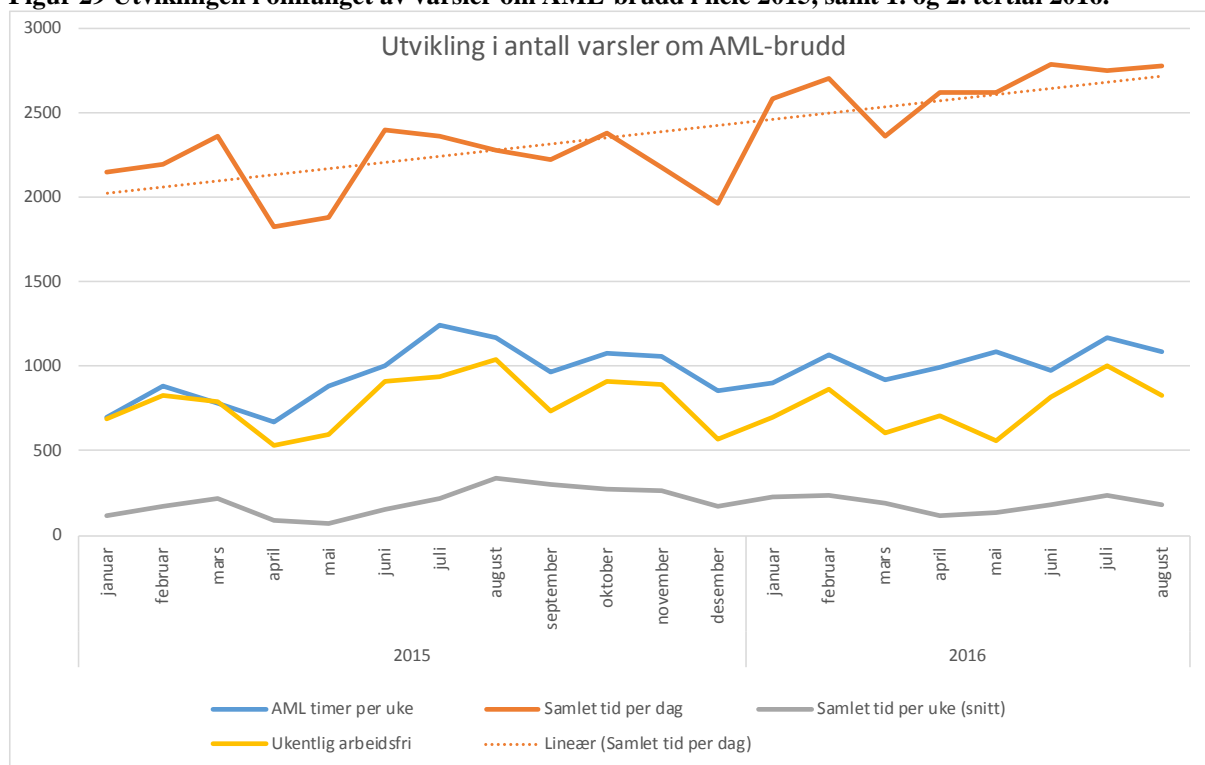
Figuren under viser omfanget av utvalgte varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene for 2. tertial 2015 og 2016 ved UNN HF. Det er registrert en økning i «Samlet tid per dag», på ca. 23% fra 2015 til 2016. Varsler om brudd på timer per uke, altså «AML timer per uke», er nesten uforandret i samme periode. Ellers har det vært nedgang i varsel om brudd på «Samlet tid per uke (snitt)», samt «Ukentlig arbeidsfri», med henholdsvis 6.3% og 7.8%. Totalt har det vært ca. 10% økning i samlet AML-brudd fra 2. tertial 2015 til samme periode i 2016.

**Figur 28 Diagrammet viser prosentfordelingen av varsler om ulike bruddtyper 2.tertial 2015 og 2016.**



Diagrammet viser andelen av varsler om de ulike bruddtypene i 2015 og 2016 i 2.tertial. «Samlet tid per dag» utgjør den største andelen i begge periodene – ca. 50% av den totale andelen i 2015, samt 57% i samme periode i 2016.

<sup>5</sup> Dette gjelder gjennomsnittsberegning av arbeidstid, avtalt kortere hviletid på døgn og uke, avtalt utvidet overtidsgrense på døgn, uke, måned samt overenskomst regulert kortere arbeidstid.

**Figur 29 Utviklingen i omfanget av varsler om AML-brudd i hele 2015, samt 1. og 2. tertial 2016.**

Figuren over viser utviklingen i omfanget av varsler om AML-brudd i hele 2015, samt første og andre tertial 2016. Samtlige bruddtyper viser store variasjoner gjennom året, med høye verdier i ferieperioden. Bruddtype «Samlet tid per dag» som utgjør den største andelen av bruddtypene i både 2015 og 2016, viser en økende trend. Bruddtypene «Ukentlig arbeidsfri» og «AML timer per uke» samvarierer som forventet. Samtlige bruddtyper, med unntak av «Samlet tid per dag», er synkende i utgangen av august 2016.

### Rapportering på klinikknivå

Tabellen over viser akkumulert statistikk på foretaksnivå. Gat som arbeidsplansystem har pr. i dag ingen gode løsninger for uttrekk av AML-data på klinikknivå. Rapportering på klinikknivå betinger derfor manuell datavask, kartlegging av ansatte, deres arbeidsforhold og dispensasjoner for samtlige forekomster av varsler om brudd. I tillegg til at prosessen er svært tidkrevende, gir manuell databehandling stor usikkerhet knyttet til datakvalitet. Det er et pågående arbeid å forbedre registrering og uttak av rapporter på dette området, slik at vi er sikre på at det som rapporteres er reelle brudd.

Det pågår for tiden et arbeid på regionalt nivå med å gjøre Gat-data tilgjengelig i datavarehuset Helse Nord LIS. Blant disse dataene er det også data på varsler om AML-brudd. Datamaterialet behandles i datavarehuset slik at ovennevnte manuelle operasjoner blir automatisert. Dette prosjektet er i slutfasen. Det vil si at det pågår testing/verifisering av rapportene. Det vil bli produsert dokumentasjon fra prosjektet. Neste fase er utrulling i helseforetakene.

## Tiltak AML brudd

- Opplæring av ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste i arbeidstidsregler og årsaker til AML-brudd. Opplæringstilbudet skal spesielt rette seg mot enheter som har mange AML-brudd.
- Etablere samarbeidsarenaer på seksjons-/enhetsnivå mellom ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste omkring arbeidstidsplanlegging og hvordan behov for overtid skal løses
- Følge opp arbeidet med redusere AML brudd både i form av lederstøtte fra personalrådgiver og som tema på oppfølgingsmøter med klinikkene.

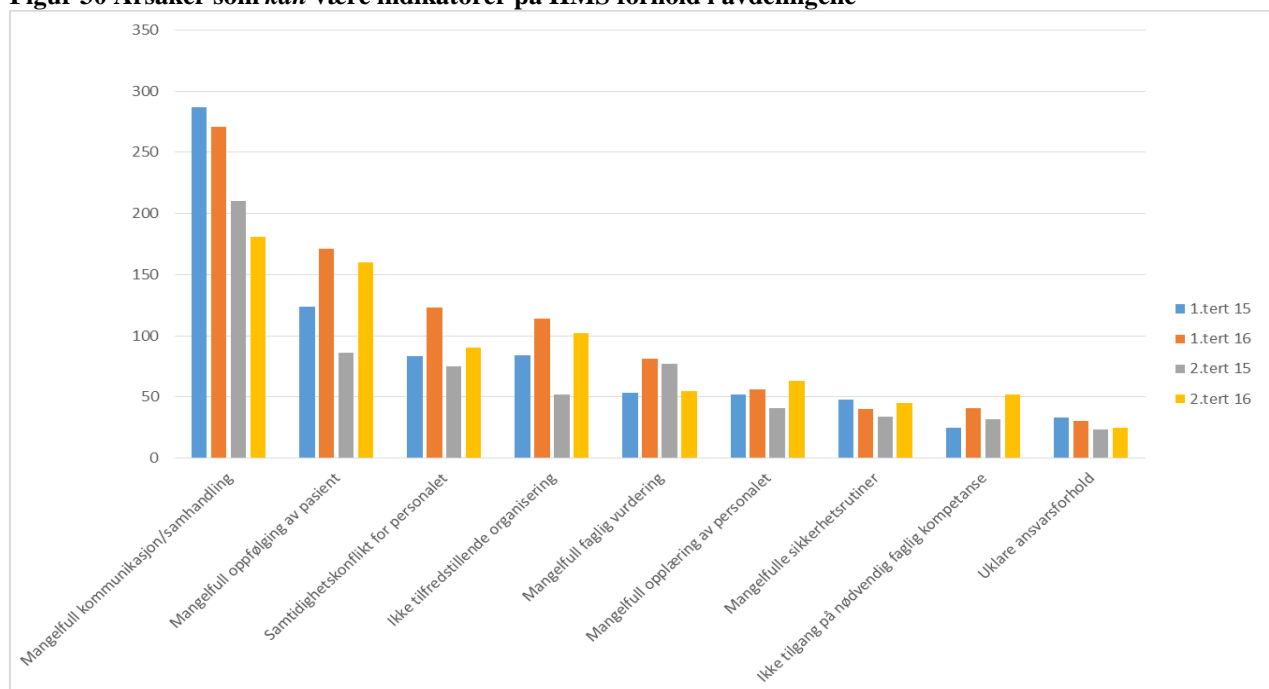
## HMS indikatorer i årsaksforhold avvik

Meldekultur har vært tema i Arbeidsmiljøutvalget, der det kom frem et ønske om å få bedre oversikt over HMS-avvik. Kvalitetsavdelingen skal foreta utvalg og analyse av årsaksforhold som kan være indikatorer for HMS forhold, med hovedfokus på arbeidsmiljørelaterte forhold (tiltak LGG 1 tertial 2016)

Det vil ofte være en sammenheng mellom avvik som rammer/kan ha rammet pasient og arbeidsmiljøforhold. I figur 30 vises en oversikt over årsaker tatt ut på foretaksnivå, som vi mener kan indikere HMS avvik. Vi ser at det er en økning fra 2 tertial 2015 til 2 tertial 2016 på flere årsaksforhold.

Kvalitetsavdelingen vil søke samarbeid med Personal- og organisasjonsavdelingen, for å se om det er mulig å se på dette også i sammenheng med aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging. Analysen vil bli sendt til Arbeidsmiljøutvalget og Kvalitetsutvalget.

**Figur 30** Årsaker som *kan* være indikatorer på HMS forhold i avdelingene





## Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring

ISO-14001 inneholder krav om oversikt over vedtatte og gjennomførte tiltak fra styrets behandling av LGG. Det gis en her oversikt over tiltakene, gjennomførte tiltak vil kun vises i det tertiale de er gjennomført. Det er 9 tiltak som er gjennomført i forrige tertial (presentert i LGG for 1. tertial 2016) og disse er fjernet fra tabellen.

Tabell 3 Gjennomføring av tidligere vedtak i LGG

Foreslåtte tiltak	Gjennomført
Kvalitetsavdelingen utarbeider egen sak til Kvalitetsutvalget om avvik knyttet til legemiddelhåndtering.	Det er en student som tar masteroppgave med utgangspunkt i å se på legemiddelhåndteringsavvik i UNN. Resultatene av oppgaven blir forelagt kvalitetutvalget vår 2017.
For å ytterligere fokusere på ledernes oppfølging av avvik skal andel avvik som ikke er avsluttet fremgå av dashbordet i UNN-KIS eller HN-LIS for alle enheter så snart denne funksjonen er på plass i et av systemene.	Det er igangsatt arbeid med å få data fra Docmap inn i HN LIS. Avklaring om UNN KIS kommer i løpet av høst 2016
Kvalitetsutvalget anbefaler at de klinikker som har få prosedyrer i Docmap gjennomgår i hvilken grad prosedyreverktøyet faktisk brukes slik det er forutsatt, og eventuelt gjennomfører tiltak for å ta det i bruk der det tidligere ikke har vært gjort i tilstrekkelig grad.	Det er gått ut beskjed til klinikkene. NOR klinikken er i gang med arbeid.
Kvalitetsavdelingen forbereder sak til UNNs ledergruppe, evt. også Kvalitetsutvalget, om hvordan prosedyrearbeidet kan følges bedre opp i foretaket. Saken skal også inkludere om det bør etableres nytt overordnet prosedyreutvalg, og forslag til prosess for hvordan nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer kan tas i bruk i UNN.	Det vil bli igangsatt pilot prosjekt høst 2016 med innføring av en nasjonal prosedyre. Erfaringen av piloten vil være retningsgivende for videre arbeid.
Direktørens ledergruppe har startet en intern prosess med fokus på hvordan ledergruppen selv, i sin måte å utøve ledelse på, i større grad enn i dag kan bidra til å skape engasjement omkring pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedringsarbeid.	Tavlemøter igangsatt.
Kvalitetsavdelingen utarbeider forslag til hvordan hendelsesanalyser systematisk kan tas i bruk som verktøy for å sikre læring og erfaringsoverføring etter alvorlige hendelser i UNN.	Igangsatt. Venter på kurs i hendelsesanalyser i regi av NLSH
Kvalitetsavdelingen tar initiativ til å etablere nettverk for klinikkens kvalitetsrådgivere for å bidra til erfaringsutveksling, læring på tvers av klinikkene og opplæring.	Mandat og sammensetning må tilpasses UNN som lærende organisasjon. Første om møtet sammensetning er avholdt

Kvalitetsutvalget oppfordrer klinikkene til et fortsatt sterkt fokus på ytterligere bedret gjennomføring av infeksjonsforebyggede arbeid med blant annet smittevernvisitter, gjennomføring av pasientsikkerhetsprogrammets tiltaksområder, systematiske gjennomganger av pasientforløp og prosedyrer for å identifisere andre infeksjonsforebyggende tiltak.	Klinikkene har mottatt oppdrag.
Medisinsk klinikk v/Smittevernsenteret bes utarbeide sak til Kvalitetsutvalget om hva som må til for at UNN skal nå den regionale null-visjonen for sykehusinfeksjoner som kan forebygges.	Behandlet på siste Kvalitetsutvalg. Kvalitetsutvalget ønsker ytterligere saksutredning og ber om å få saken på nytt.
Det systematiske arbeidet for å redusere forekomst av personalskader som er utført i samarbeid mellom Barne- og ungdomsklinikken og Bedriftshelsetjenesten følges opp i AMU, og identifiserte tiltak følges også opp i Psykisk helse- og rusklinikken.	Barne- og ungdomsklinikken bes å videreformidle identifiserte tiltak til KVAM utvalget i Psykisk helse og rusklinikken.
Kvalitetsavdelingen foretar utvalg og analyse av årsaksforhold som kan være indikatorer for HMS forhold, med hovedfokus på arbeidsmiljørelaterte forhold, og forelegger dette Kvalitetsutvalget og AMU.	Kvalitetsavdelingen skal søke samarbeid med HR for å se på muligheten til å se dette i sammenheng med aktivitetsbasert bemanningsplanlegging.
Antibiotikastyringsprogrammet følges opp i henhold til vedtatt plan.	
Kvalitetsutvalget anbefaler direktøren å be kliniksjeff for Kirurgi- kreft- og kvinnehelseklinikken om tilbakemelding på hva som konkret gjøres for å sikre at oppfølging av forekomst av postoperative sårinfeksjoner (NOIS-registreringer) kommer på plass også i UNN Narvik.	



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
92/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

### Forberedende langtidsplan for UNN 2018-2021

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til metoden som er utviklet for arbeidet med langtidsplan.
2. Styret slutter seg til at det utarbeides alternativer med ulike sett prosjekter slik at styret kan velge mellom disse når langtidsplan 2018-2021 fremmes for endelig behandling.
3. Styret vedtar følgende føringer for det videre arbeidet med langtidsplanen:
  - a) Langtidsplan 2018-2021 skal inkludere prosjekter fra alle fire prioriterte utviklingsområder i strategisk utviklingsplan.
  - b) De fire prioriterte utviklingsområdene håndteres i en flerdimensjonal kompleks vektning. Styret ber direktøren legge til grunn at det prioriterte utviklingsområdet *Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling* har sterk sammenheng med utviklingen av region- og universitetssykehusfunksjonen, som UNN har et særskilt ansvar for, og at *Den gylne regel* skal ivaretas.
  - c) Den økonomiske belastningen skal være omtrent like stor i alle årene i langtidsplanen.
  - d) Sparing og investeringsrammer må vurderes helhetlig for alle investeringsbehov i foretaket, også prioriteringer fra langtidsplanen.
4. Styret slutter seg den foreslåtte tidsforskyvningen i arbeidet og ber om å få seg forelagt langtidsplan 2018-2021 til beslutning i mars 2017.

#### Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i sak 42/2011 *Overordnet strategi for UNN*. Strategien inneholder fire hovedmål, åtte strategiske hovedretninger og fire kjerneverdier som skal understøtte realisering av visjonen *Det er resultatet for pasienten som*

*teller! – vi gir den beste behandling.* Hovedmålet om at UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt, er overordnet de tre andre hovedmålene.

Realisering av den overordnede strategien understøttes av Strategisk utviklingsplan, som styret vedtok i sak 109/2014 *Strategisk utviklingsplan*. Denne konkretiserer innholdet i de strategiske hovedretningene, som er felles innsatsområder som hele organisasjonen må jobbe med for å nå hovedmålene. Strategisk utviklingsplan konkretiserer i tillegg fire utviklingsområder som skal gis prioritet:

1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
2. Psykisk helsevern og rusbehandling
3. Prehospitaltjenester og mottaksmedisin
4. Kroniske og sammensatte lidelser

Strategiarbeidet er videreført ved at det er utarbeidet klinikkvise strategiske utviklingsplaner som nå er ferdigstilt. Innholdet er oppsummert i styresak 93/2016 *Strategiske utviklingsplaner for klinikkene*, som behandles i dette møtet. Disse er bygget opp på samme måte som foretakets strategiske utviklingsplan, og legges til grunn for arbeidet med langtidsplan.

I styresak 60/2016 *Forberedende virksomhetsplan 2017 og orientering om arbeid med langtidsplan* ble det redegjort for sammenhengen mellom langtidsplanen og UNNs strategier, samt organiseringen av arbeidet med langtidsplanen. Styret ba om å få anledning til å gi retning til arbeidet gjennom behandling av en forberedende sak i oktober, før endelig vedtak i desember.

## **Formål**

Målet med denne saken er å be om styrets tilslutning til metoden samt retningen for det videre arbeidet med langtidsplanen, inklusive strategi for prioriteringer, og revidert tidsplan for arbeidet. Arbeidet er komplekst og krevende, og det foreslås derfor en ny tidsplan med endelig behandling i styremøtet i mars 2017.

## **Saksutredning**

Arbeidet med langtidsplanen ledes av økonomisjefen og koordineres gjennom en arbeidsgruppe som består av foretakstillitvalgte for Den norske legeförening, Norsk sykepleierforbund, klinikkjefene for Medisinsk klinikk, Hjerte- og lungeklinikken, Psykisk helse- og rusklinikken, foretakscontroller og rådgiver fra direktørens stab.

Det er utviklet klinikkvise mål innenfor de fire prioriterte utviklingsområdene, og disse er samlet i ett stort arbeidsdokument. Til sammen er det beskrevet rundt 170 mål.

### **1. Metoden**

Arbeidsgruppen har jobbet mye med å utvikle en metode som er forståelig og håndterbar for alle. Med utgangspunkt i formuleringene i den overordnede og de klinikkvise strategiske planene, strukturerer vi innholdet og identifiserer hvilke endringer som er nødvendige for å implementere og realisere den strategiske utviklingsplanen. For hvert mål beskrives planlagte endringer, forventede effekter, kostnadsestimater og hvilke klinikker og sentre som er involvert.

De 170 målene har delvis avhengigheter og overlapp med hverandre. Etter ryddingen regner vi med å sitte igjen med et mindre antall prosjekter som skal gjennomføres i langtidsplanperiodene. Prosjektene må detaljeres nærmere i prosjektbeskrivelser og innplasseres i de årlige virksomhetsplanene.

### *Detaljeringsgrad*

Operasjonalisering og implementering av strategier er utfordrende, og anvendelsen av metoden er arbeidskrevende. Arbeidsgruppen har vurdert detaljeringsgraden nøye og kommet til at den informasjonen som fremkommer ved bruk av metoden er nødvendig for å kunne ta gode prioriteringsbeslutninger. Dette gjelder særlig kostnadsestimater (drift og investeringer), tidsestimat for hvert prosjekt (tid fra beslutning er tatt til prosjektet er implementert), ombyggings- og arealbehov, endret behov for støttefunksjoner (for eksempel røntgen og operasjonskapasitet) og eventuelle effekter på øvrige klinikker. I tillegg er det en forutsetning at informasjonen om prosjektene er detaljert nok til at gjensidige avhengigheter og rekkefølgeavhengigheter kan ivaretas.

### Eksempel på utført endring uten helhetlig planlegging - robotkirurgi

Da vi startet med robotkirurgi, ble det gjort en beregning av investeringskostnaden. Denne ble behandlet og godkjent uten at det forelå konkrete planer for kompetanse og kapasitet i støttefunksjoner, finansiering av økte driftskostnader og gevinstrealisering. Investeringen medførte økte kostnader og mange hastetiltak før roboten kunne tas i bruk. Disse var ikke inkludert i virksomhetsplaner eller budsjett:

- Tilpassing av areal og ombyggingskostnader krevde en omprioritering av kapasitet i Drifts- og eiendomssenteret, og kostnader som ikke var budsjettet.
- Opplæring av operasjonssykepleiere samtidig med ordinær drift måtte administreres og gjennomføres på svært kort til og medførte økte kostnader som ikke var budsjettet.
- Bruk av andre forbruksvarer enn ved åpen kirurgi medførte behov for nye innkjøpsavtaler og dermed omprioritering av planlagte aktiviteter både for Innkjøpsseksjonen og involverte fagmiljøer.
- Kostnader for serviceavtale på roboten var ikke budsjettet.
- Det var ikke lagt plan for gevinstrealisering. Effektiviseringsgevinsten på sengepostene som redusert liggetid åpnet opp for, ble ikke beskrevet og tallfestet, og det ble ikke lagt en plan for hvordan en slik gevinst kunne realiseres gjennom endring av bemanningsplanene.
- Robotkirurgi medfører for noen inngrep lengre operasjonsstuetid enn åpen kirurgi. Det var ikke lagt noen plan for økt bemanning eller omfordeling av operasjonskapasitet som følge av dette.

Mange av prosjektene i langtidsplanen vil være av lignende karakter. Planlegging av hvert enkelt prosjekt og samlet vurdering av og intern prioritering i den totale prosjektporteføljen vil sikre helhetlig planlegging.

## **2. Videre arbeid**

Etter at alle målene er beskrevet, og avhengigheter mellom prosjekter og rekkefølgeavhengigheter er kartlagt, må prosjektene synkroniseres med øvrige styringsdokumenter. Arbeidsgruppen foreslår å lage ulike alternativer for hva som skal prioriteres i den neste fireårs perioden. Alternativene vil inneholde hvert sitt sett med ulik sammensetting av prosjekter. Alle alternativene baseres på styrets vedtak om strategi og føringer

for prioritering. Etter behandling og forankring i direktørens ledergruppe, inviteres styret til å vedta ett av alternativene for langtidsplan 2018-2021 i mars 2017.

Planen skal rulleres årlig, før arbeidet med kommende års virksomhetsplan starter, slik at det blir mulig å gjøre fortløpende tilpasninger til nye utfordringer og endrede forutsetninger.

### 3. Strategi for det videre arbeidet

Styrets strategi og føringer for prioriteringer i langtidsplanen legges til grunn for arbeidet med å utarbeide de ulike alternativene. I tillegg ligger følgende forutsetninger til grunn når alternativene skal utarbeides:

- Gjensidige avhengigheter i prosjektene må kartlegges og ivaretas i langtidsplanen.
- Overlappende aktiviteter må koordineres.
- Kapasitet i alle berørte deler av organisasjonen for hvert prosjekt må sikres.
- Prosjektene må sikre at konsekvenser for alle deler av organisasjonen inngår i utredning og planlagt endring.
- Gjennomføringskapasitet må hensyntas i alle berørte klinikker både for ledere og medarbeidere.
- Koordinering med andre planlagte aktivitet og prosjekter internt og eksternt må ivaretas.

#### 3.1 Prioriterte utviklingsområder

De fire prioriterte utviklingsområdene i strategisk utviklingsplan er å forstå som klare prioriteringer fra styrets side. Det er imidlertid ikke tatt stilling til om og i så fall hvordan disse skal vektas i forhold til hverandre. Det er nødvendig å avklare dette for å kunne gjøre konkrete prioriteringer i arbeidet med langtidsplanen.

#### Vekting

Vekting mellom områdene er ikke nærmere beskrevet i planen, og kan tolkes på flere måter:

- a) Prioritert område nummer én; *Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling* vektas høyest i prioriteringen. Ivaretagelse og utvikling av region- og universitetssykehusfunksjonene er nært knyttet til dette området. Den gylne regelen skal oppfylles, og understøtter at prioritert område nummer to; *Psykisk helsevern og rusbehandling* skal vektas noe mer enn de to siste prioriterte områdene.
- b) Vektingen kan også tolkes slik at prioritert område én, *Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling*, skal ferdigstilles før man begynner på neste prioriterte område. Område én er kostnadskrevenende både for drift og investeringer, og en slik forståelse vil sannsynligvis medføre at det tar lang tid før vi kan starte på område to, tre og fire, og denne strategien vil være krevende i forhold til oppfyllelse av den gylne regel.
- c) Vekting kan besluttes ut fra andre kriterier uten å særskilt vektlegge region- og universitetssykehusfunksjonene eller den gylne regel, men basert på andre kriterier som for eksempel hva som gir størst helsegevinst, oppfyller UNNs overordnede strategi i størst grad eller økonomisk belastning:
  - Det kan prioriteres like mye fra hvert område for hver periode
  - Ett eller flere områder kan prioriteres sterkere enn de andre
  - Ett område kan prioriteres i sin helhet i første fireårsperiode
  - To områder kan prioriteres i første fireårsperiode

- Ulike kombinasjoner av ett eller flere områder kan prioriteres

### 3.2 Økonomisk belastning

Den økonomiske belastningen for drifts- og investeringsbudsjettet samt potensialet for effektivisering er svært ulikt for prosjektene. Det totale kostnadsestimatet for hele langtidsplanen vil ikke bli klart før prosjektene er mer detaljert beskrevet, men vil være på plass før de konkrete alternativene utarbeides.

- Lik økonomisk belastning hvert år  
Alternativene kan innrettes slik at den økonomiske belastningen fra langtidsplanen er omtrent lik hvert år. Dette vil sikre en jevn satsing og forutsigbarhet i gjennomføring av planen. Dersom dette ikke lar seg gjøre på grunn av rekkefølgeavhengigheter, lange planleggingsperioder i komplekse prosjekter eller gjensidige avhengigheter som må ivaretas, kan en jevn økonomisk belastning ivaretas gjennom sparing i form av økt overskuddskrav enkelte år.
- Lik total omstillingsutfordring hvert år  
Alternativene kan også innrettes slik at den økonomiske belastningen totalt for foretaket er omtrent like stor for hvert år i hele perioden. Ytre rammebetingelser må håndteres og planlegges på så lang sikt som mulig. Dette vil det medføre at satsingene i langtidsplanen vil variere i omfang fra år til år. En slik tilnærming vil bidra til forutsigbarhet i de økonomiske rammene også på klinikknivå, men mer usikkerhet i gjennomføringen av langtidsplanen.

### 3.3 Investeringsbudsjett

Mange av prosjektene i langtidsplanen medfører investeringsbehov. Investeringsrammene til medisinteknisk utstyr med mer har over mange år vært for små til at vi har klart å eliminere etterslepet i reanskaffelser. De siste års prioriteringer med overskudd i driften har hatt effekt og etterslepet reduseres gradvis. Prosjekter i langtidsplanen medfører investeringsbehov i ny teknologi, nytt utstyr, ombygginger og økt areal. Det totale investeringsbehovet er ikke klart, men estimater vil foreligge før prioriteringsalternativer utarbeides.

- Økt sparing til egen investeringsramme for investeringsbehov i langtidsplanen  
For å opprettholde investeringstakten for reanskaffelser, må alle investeringsbehov generert av prosjekter i langtidsplanen finansieres gjennom investeringsramme som følge av økt sparing i driften. Dette vil sikre at de fremtidige investeringsrammene for medisinteknisk utstyr med mer opprettholdes, etterslepet fortsetter å minke og målet om en planlagt, forutsigbar og fortløpende utskifting av utstyr kan realiseres.
- Prioritering innenfor eksisterende investeringsramme  
De totale investeringsbehovene for medisinteknisk utstyr med mer inkludert investeringsbehov fra langtidsplanen sammenstilles og vurderes helhetlig. Deler av reanskaffelsesbehovet kan bortfalle der ny teknologi eller nytt utstyr skal erstatte eksisterende utstyr. Vurderinger av tempo i planlagt eliminering av etterslep i investeringer må revurderes på bekostning av investeringer i utstyr fra langtidsplanen.
- Økt sparing for å utvide eksisterende ramme  
De totale investeringsrammene for medisinskteknisk utstyr med mer inkludert



investeringsbehov fra langtidsplanen sammenstilles for å vurderes helhetlig. Deler av reanskaffelsesbehovet kan bortfalle der ny teknologi eller nytt utstyr skal erstatte eksisterende utstyr. En helhetlig vurdering av behov i langtidsplanen samt vurdering av nødvendig tempo i reanskaffelser vil avgjøre hvor store investeringsrammer, og dermed størrelsen på årlig sparing, som kreves i årene fremover.

## Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne innspills- og drøftingsmøter 31.10., 1.11. og 2.11.2016. Referat/protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet 16.11.2016.

I samtlige møter ble saken drøftet uten at det ble gitt andre innspill til saken annet enn at brukerutvalgets arbeidsutvalg ga uttrykk for at den metodiske tilnærmingen er krevende. Det ble imidlertid uttrykt forventninger til videre deltakelse og medvirkning frem til saken slutføres våren 2017. Møtene ga sin tilslutning til at saken oversendes styret til endelig behandling.

## Vurdering

Direktøren er fornøyd med at klinikkene nå har en godkjent strategisk utviklingsplan og at arbeidet med langtidsplanen er godt i gang. Metoden som er utviklet gir et godt utgangspunkt for å realisere prosjektene som utledes fra strategisk utviklingsplan. Selv om arbeidet er krevende, mener direktøren at det er nødvendig for å sikre et tilstrekkelig detaljeringsnivå som legger til rette for gode prioriteringsbeslutninger. Direktøren vurderer det ikke som mulig å ferdigstille arbeidet tidsnok til at styret kan vedta langtidsplan 2018-2021 som planlagt i desember, og ber om at saken utsettes til mars 2017.

Løsningen med å utarbeide alternativer med ulik sammensetning av prosjekter vurderes som nødvendig for å sikre at forutsetningene for prioriteringer ivaretas og for å synliggjøre mulighetene. Styrets strategi og føringer for prioriteringer vil bli ivaretatt i samtlige alternativer.

UNNs eier Helse Nord RHF har i foretaksmøtet gitt vedtekter for UNN. Disse slår fast at helseforetakets formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester samt legge til rette for forskning og undervisning på høyt nasjonalt og internasjonalt nivå, tilpasset rollen som universitetsklinikk. Dette er en rolle som UNN skal ivareta på vegne av hele regionen. Direktøren mener at dette har tydelige konsekvenser for prioriteringene i langtidsplanen. Det er ikke mulig å videreføre rollen som region- og universitetssykehus på høyt nasjonalt og internasjonalt nivå uten å prioritere regionfunksjonene. UNN må delta i og på noen områder være blant de fremste i verden innenfor den teknologiske utviklingen. Dette forutsetter en tydelig vektning og prioritering av utviklingsområdet *Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling*.

Det foreligger en felles politisk føring til alle helseforetak om å prioritere psykisk helsevern og rusbehandling i henhold til den gyldne regel. Dette er godt begrunnet i store helseutfordringer, og det er derfor nødvendig å vektlegge utviklingsområdet *Psykisk helsevern og rusbehandling* noe mer enn de to siste prioriterte utviklingsområdene i langtidsplanen.

Direktøren mener at de prioriteringsmessige konsekvensene samtidig er svært komplekse. Som eksempel kan nevnes at innsats på prioritert utviklingsområde fire *Kroniske og sammensatte lidelser*, kan gi både økt kvalitet, redusert behov for personellinnsats og lavere kostnader for



store pasientgrupper. Slik innsats kan dermed understøtte måloppnåelse på utviklingsområder som først og fremst krever investeringer og driftsbudsjett til kostbare medikamenter (*Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling*) og områder som primært er personellkrevende (*Psykisk helsevern og rusbehandling*). Utfordringen blir å balansere en flerdimensjonal vektning av de forskjellige utviklingsområdene mot hverandre på en måte som til sammen utvikler UNNs helhetlige tilbud på en best mulig måte. Prioriteringsforslaget i denne saken må derfor ikke forstås som en enkel endimensjonal rekkefølgeprioritering.

En rekke forutsetninger må være oppfylt i prosjektporteføljen for at denne for at denne skal kunne realiseres. Dette vil sannsynligvis føre til at den årlige prosjektaktiviteten vil være noe ujevn. For å redusere risikoen for forsinkelser på grunn av økonomiske utfordringer, er det derfor en forutsetning at det settes av tilstrekkelige beløp til gjennomføring av planen hvert år gjennom sparing. Direktøren vurderer det som hensiktsmessig at den totale økonomiske belastningen for UNN er jevnest mulig for alle år for å gi best mulig forutsigbarhet i tiltaksplanlegging og jevn omstillingsutfordring. Det blir samtidig viktig at styret arbeider mot eier for å sikre mest mulig forutsigbare rammevilkår uten store endringer fra år til år.

Direktøren mener at å sikre investeringsrammer til reanskaffelse av utstyr er en viktig forutsetning for å drive et moderne universitetssykehus. Det vil være umulig å håndtere alle nye investeringsbehov fra langtidsplanen med de eksisterende rammene uten å øke etterslepet på reanskaffelser. Dette er ikke en ønsket utvikling, og investeringsrammene må derfor økes gjennom økt sparing. Direktøren mener likevel at reanskaffelsesbehovet og behov for nytt utstyr, ombygginger og areal fra langtidsplanen må ses i sammenheng slik at investeringene samlet sett gir størst mulig effekt, og anbefaler derfor alternativ c.

## Konklusjon

I innstillingen inviteres styret til å vedta metode, samt strategi og føringer for det videre arbeidet med langtidsplanen.

Tromsø, 11.11.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
93/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2016
Saksansvarlig: Marit Lind		Saksbehandler: Joakim Sjøbeck

### Strategiske utviklingsplaner for klinikkene

#### Innstilling til vedtak

Styret ved universitetssykehuset Nord-Norge HF tar hovedtrekkene i de prioriterte utviklingsområdene i de klinikkvise utviklingsplanene til orientering.

#### Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i 2014 (ST 109/2014) Strategisk utviklingsplan for UNN 2015 – 2025. I vedtaket ba styret om at arbeidet med de klinikkvise utviklingsplaner skulle videreføres. Disse planene er nå ferdigstilte og godkjent av direktøren. Planene er i sin helhet lagt på styrets nettsted, og kan lastes ned på nettbrettene.

#### Saksfremstilling

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s prioriterte utviklingsområder i klinikkens strategier skal danne grunnlaget for arbeidet med UNNs langtidspan. Saken redegjør for hovedtrekkene beskrevet i de klinikkvise strategiene knyttet til de prioriterte utviklingsområdene. De prioriterte utviklingsområdene er som kjent 1) *Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling*, 2) *Psykisk helsevern og rusbehandling*, 3) *Prehospitale tjenester og mottaksmedisin* og 4) *Kroniske og sammensatte lidelser*.

#### Klinikkvise strategiske utviklingsplaner

Arbeidet med klinikkens strategiske planer ble startet opp i januar 2015. Direktøren har sikret en koordinering av prosessene, og sikret nødvendig bistand til klinikkene i arbeidet. En viktig del av arbeidet har vært å samkjøre klinikkovergripende strategier. Klinikkene har delt sine respektive utkast mellom seg, og de er oppfordret til å gi hverandre innspill og kommentarer underveis.

De klinikkvise strategiske utviklingsplanene følger samme struktur som UNNs overordnede strategiske utviklingsplan og beskriver strategier innenfor klinikkens fagområder på et mer detaljert nivå. De beskriver i tillegg avhengigheter mellom fagområder, funksjoner og sykehusenheter i foretaket, og forholdet til primærhelsetjenesten.

## De prioriterte utviklingsområdene

### *Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling*

Den eldre befolkningen i opptaksområdet til UNN vil øke i årene fremover og flere pasienter vil få behov for avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling i fremtiden. Det er avgjørende for videreutviklingen av region- og universitetssykehusfunksjonen at UNN er et ledende miljø innen utvikling og implementering av avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling. Ny teknologi, medisinsk utvikling og flere pasienter vil være drivere for utviklingen. Økende bruk av hybrid og mini-invasive behandlingsteknologier<sup>1</sup> vil kunne føre til at flere pasienter enn tidligere tåler operasjonsinngrep. Avansert kirurgi og intervensjon vil sammen med avansert bildediagnostikk kreve investeringer i robotteknologi, laparoskopisk utstyr, utbygging av hybridstuer<sup>2</sup> og satsninger innen analyseplattformer og bildemodaliteter.<sup>3</sup> Andre tiltak er å ta i bruk nye biologiske medisiner, stamcellebehandling, persontilpasset medisin og granskningsprogrammer innen bildediagnostikk. UNN må bygge opp kompetanse innen nye metoder og teknikker og skal gjøres i stand til å drifte PET-senteret når det står ferdig.

### *Psykisk helsevern og rusbehandling*

Verdens helseorganisasjon (WHO) forventer at psykiske lidelser vil være den viktigste årsak til økt sykdomsbelastning i vestlige land i fremtiden. Pasienter med psykisk lidelse og/eller rusmiddelavhengighet har stor grad av subjektiv lidelse med betydelig redusert livskvalitet. Lidelsen medfører ofte en rekke psykososiale utfordringer både for pasientene og deres pårørende. Pasientgruppen har generelt også dårligere somatisk helse og lavere levealder enn andre.<sup>4</sup>

Behandling av tilstandene, inkludert tidlig oppdagelse, utredning og individuelt tilpasset behandlingsopplegg, er av stor betydning for å oppnå bedret psykisk og somatisk helse,

Over tid skal det være sterkere vekst innen psykisk helsevern og rus enn somatikk ("den gyldne regel", Regjeringen).

Det skal utvikles helhetlige og sammenhengende tilbud mellom somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Samarbeid på tvers av klinikkene, både med fokus på bedret psykisk og somatisk helse for pasienter innen psykisk helsevern og TSB, samt i forhold til oppfølging av somatiske pasienter med psykisk uhelse og rusproblemer, skal styrkes.

---

<sup>1</sup> Minimal invasiv kirurgi er en hvilken som helst type operasjon som krever mindre invasive teknikker enn de som benyttes i tradisjonell operasjon. Et klassisk eksempel er laparoskopisk kirurgi, en type operasjon som utføres ved bruk av nøkkelhull innsnitt og spesielle instrumenter, slik at en kirurg å arbeide uten å skape et stort innsnitt.

<sup>2</sup> En fullverdig operasjonsstue med svært avansert røntgenutstyr

<sup>3</sup> En gruppe/type bildedannende enheter. Det kan være et hvilket som helst røntgenapparat eller annet medisinteknisk utstyr som kan fange og lagre medisinske digitale bilder, for eksempel magnetresonanstomografi (MR), computertomografi (CT), ultralyd og generelle røntgenundersøkelser.

<sup>4</sup> L. Lien, m.fl Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135:246-8

Psykisk helse- og rusklinikken skal opprette flere tverrfaglige og oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen<sup>5</sup>. Tilbudene skal gis så nær pasienten som mulig. Klinikken skal integrere tilbudene innen rus- og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern på Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) samt styrke tilbudet innenfor alderspsykiatri. Arbeidet for økt frivillighet samt riktig og redusert bruk av tvang skal være prioritert.

Barne- og ungdomsklinikken skal etablere et sped- og småbarnsteam samt utvide og spisse det spesialiserte døgnbaserte sykehus tilbudet for barn og ungdommer med alvorlige psykiske lidelser. Det skal utvikles enda bedre overganger mellom tjenester til barn, ungdom og voksne innenfor psykisk helsevern og rusbehandling gjennom samhandling på tvers av lokalisasjoner og fagområder.

#### *Prehospitaltjenester og mottaksmedisin*

UNN har i strategiske utviklingsplan 2015-2025, forpliktet seg til likeverdig dekning av befolkningens behov for akuttmedisinsk hjelp i en region hvor folk bor spredt. UNN skal utvikle mottaks- og akuttfunksjonene slik at disse gir hurtig diagnostisk avklaring og rask igangsatt behandling.

Klinikkene beskriver at man skal styrke legetjenesten i mottaks- og beslutningsenheter og sikre at pasientene vurderes tidlig av kompetente tverrfaglige team.

Det skal etableres godt samarbeid mellom medisinfaglig ansvarlig i mottaket og pasientsentrerte team, mot akuttmottakene i Harstad og Narvik og det skal etableres et velfungerende samarbeid med kommunale akutte døgnenheter (KAD). Det er behov for etablering av tilfredsstillende, selveide ambulansestasjoner og satsninger på IKT innenfor Akuttmedisinsk klinikks virksomhetsområder.

For å styrke kompetanse og tilgjengelighet i akuttmottak i effektive team rundt pasienten skal alle klinikker i UNN øke sitt samarbeid med akuttmottakene.

#### *Kroniske og sammensatte lidelser*

Befolkningen over 70 år øker i UNN sitt opptaksområde de nærmeste årene.<sup>6</sup> Forekomsten av sykdom øker med alderen. Samtidig øker levealderen. Konsekvensene blir at flere pasienter får kroniske og sammensatte lidelser og et økt behov for helsetjenester. Pasienter med kroniske og sammensatte lidelser trenger ofte tverrfaglig behandlingsinnsats, tverrgående teamsamarbeid, og i stor grad samarbeid med primærhelsetjenesten.

UNN skal utvikle helsetjenester i tråd med *The chronic care model*.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Act-teamet er et samarbeidsprosjekt mellom Tromsø kommune ved Rus- og psykiatritjenesten og UNN ved Psykiatrisk senter for Tromsø og Omegn. Målgruppen til ACT-teamet er personer med alvorlig psykose og/eller bipolare lidelser, med omfattende funksjonsnedsettelse og behandlingsbehov. De kan ha tilleggsproblemer knyttet til rusmiddelmissbruk/ruslidelse eller lett psykisk utviklingshemming.

<sup>6</sup> Basert på tall fra statistisk sentralbyrå.

<sup>7</sup> The Chronic Care Model – innebærer vektlegging av helhetlige pasientforløp der pasienten medvirker (shared decision making) både i valg og gjennomføring av behandling.

Tilbudet til eldre og pasienter med kroniske sykdommer skal forbedres bl.a. gjennom styrking av de geriatrike tjenestene og gjennom utvikling av pasientsentrerte helsetjenester i samarbeid med kommunene. Klinikken skal styrke pasientenes egenmestring gjennom bruk av lærings- og mestringstilbud og ved å tilby langvarige og koordinerte tjenester til pasienter med behov for individuell tilpasning. Dette involverer bruk av terapeutenes kompetanse relatert til mestring, fysisk aktivitet og det å leve med kronisk sykdom. Koordinerende enhet og opprettelse av pasientkoordinatorer i klinikken vil være av betydning.

Pasienter med kroniske og sammensatte lidelser har et stort forbruk av helsetjenester. Sammen med primærhelsetjenesten skal det videreutvikles systemer med tettere oppfølging som forhindrer utbrudd eller forverring av sykdom, og dermed sykehusinnleggelse. Videreutvikling av gode lokalsykehusstilbud som sikrer god ivaretagelse med effektive akuttfunksjoner vil stå sentralt. Dette vil kreve at spesialiserte, tverrfaglige team raskt avklarer og diagnostiserer pasienten, samt legger til rett for at pasienten blir behandlet på riktig nivå i UNN. Med styrket samarbeid mellom enhetene i UNN og mellom UNN og enheter i primærhelsetjenesten skal det sikres en planlagt og trygg utskriving til neste behandlingsinstans i kommunen eller til hjemmet.

### **Formål**

Sakens formål er å presentere hovedtrekkene i klinikkenes beskrivelse av de fire prioriterte utviklingsområdene, som grunnlag for arbeidet med UNNs langtidspan.

### **Medvirkning**

Arbeidet med de klinikkvise strategiske utviklingsplanene er gjort i den enkelte klinikk med en bred ansattmedvirkning fra avdelinger og seksjoner, av tillitsvalgte, verneombud og i KVAM-strukturen. Brukerrepresentanter er invitert inn i arbeidet og har bidratt i flere klinikker. I tillegg er saken forelagt ansattes organisasjoner og vernetjeneste, arbeidsmiljøutvalg og brukerutvalg til drøftings- og innspillmøter i uke 45. Referat/ protokoller fra disse møtene legges frem som egne referatsaker til behandling i styrets møte 16.11.2016. Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken fremlegges til endelig behandling i styret.

### **Vurdering**

De klinikkvise strategiske utviklingsplanene gir et mer detaljert bilde av hva UNN må få til innenfor de fire prioriterte utviklingsområdene i årene fremover, enn det som er beskrevet i den overordnede planen.

Klinikkenes beskrivelser viser at det fremover vil være et økt behov for samarbeid på tvers av enhetene i UNN og mot primærhelsetjenesten. Dette vil være nødvendig for å kunne gi tilfredsstillende, tverrfaglige tilbud til befolkningen som blir eldre og har flere sammensatte lidelser.

Behovet for ressurser til nye og kostbare medikamenter, samt avansert medisinteknisk utstyr, vil være betydelig. Parallelt med dette vil kompetansekravet øke. Nytt utstyr og andre måter å drive på vil i tillegg kreve endrede og/eller økte arealer. Sistnevnte vil fremkomme i *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen* som skal ferdigstilles i februar 2017.

Direktøren oppfatter at saken tydeliggjør at de klinikkvise planene på en god måte understøtter den overordnede planen som styret vedtok i 2014, i tråd med styrets vedtak, og anbefaler at styret tar saken til orientering.

Tromsø, 4.11.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
94/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Espen Mælen Hauge

### Høring – Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak

#### 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.

#### Bakgrunn

Sykehusapotekene er i dag organisert som egne helseforetak i de fire regionene. Foretakene i Helse Nord betjenes av og har nært samarbeid med Sykehusapoteket Nord HF, som har hovedkontor i Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) sine lokaler i Breivika i Tromsø.

De fire regionale helseforetakene har på oppdrag fra AD-møtet gjennomført prosjektet *Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak*. Helseforetakene er i høringsbrev datert 27.10.2016 fra Helse Nord RHF invitert til å avgi høringsuttalelse i saken (vedlegg 1). Brevet oppsummerer prosjektrapportens hovedinnhold og redegjør for behandling av saken i styret i Sykehusapoteket Nord HF (vedlegg 2 og 3). Dette styret anbefalte at det nasjonale foretaket etableres, med forbehold om at syv forhold som er viktige i Helse Nord utredes videre og håndteres på tilfredsstillende måte. Helse Nord RHF ønsker særlig tilbakemelding på hvordan det lokale samarbeidet kan ivaretas hvis Sykehusapoteket Nord HF skal inngå i et felles nasjonalt foretak.

Endelig beslutning i saken fattes av styrene i de regionale helseforetakene.

## Saksutredning

Høringsfristen tillater ikke noen omfattende saksbehandling internt i helseforetakene. Denne saken er derfor utarbeidet av direktøren, etter innspill fra noen av klinikksjefene.

UNN og Sykehusapoteket Nord HF har et nært samarbeid både om daglig drift og om mer langsiktig utvikling. Sykehusapoteket driver kundeutsalg på sykehusene, og leverer medikamenter og kliniske farmasitjenester til sykehusene. Sistnevnte er blitt viktigere etter at oppmerksomheten rundt legemiddelfeil som pasientsikkerhetsrisiko er blitt gradvis mer erkjent, og det planlegges utvidelse av det lokale samarbeidet i årene fremover.

For UNN er det spesielt viktig at sykehusapoteket skal flytte sin produksjonsavdeling til PET-senteret når dette står ferdig, og stå for produksjonen av radiofarmaka. Dette forutsetter et nært og avansert lokalt samarbeid.

De syv forbeholdene som styret i Sykehusapoteket Nord HF forutsatte utredet videre i en eventuell nasjonal løsning var følgende:

- Den nasjonal modellen må sikre både effektive ledelseslinjer og en lokal tilhørighet. Den nære koplingen mellom sykehusapotekene og sykehusene må videreføres.
- Det må tilrettelegges for IKT-løsningene som ivaretar samhandlingen med sykehusene innenfor de regionale systemene
- Det må sikres økonomiske rammer som muliggjør en god omstilling, samt en finansieringsmodell som muliggjør ønskede satsinger og gevinstuttak.
- Utvalgte regionale løsninger, som satsing på klinisk farmasi og samarbeidsavtalen mellom Sykehusapoteket Nord og UNN om drift av radiofarmakaproduksjon ved PET-senteret, må ivaretas i ny modell.
- Det må etterstrebis en effektiv omstillingsprosess, hvor de ansatte og organisasjonene ivaretas og involveres på en god måte.
- Det må gjøres en forankring og involvering av sykehusene i behandlingsprosessen og det videre arbeidet.
- Det må sikres nødvendig re- eller omorganisering av tillitsvalgtapparatet, samt reforhandling av lovfestede tariffavtaler

Gjennomgang av sluttrapporten fra prosjektgruppen (vedlegg 4) viser at det ikke har vært medvirkning fra helseforetakene i utredningsarbeidet. Prosjektgruppen har vært sammensatt av representanter fra sykehusapotekforetakene, og styringsgruppen av representanter for de regionale helseforetakene.

Metodisk er utredningen gjennomført ved at dagens organisering er vurdert opp mot en modell der sykehusapotekene er organisert som ett nasjonalt helseforetak felles eid av de fire regionale helseforetakene. Det er ikke vurdert om svakhetene ved dagens organisering kan reduseres gjennom andre tiltak enn oppretting av et nasjonalt foretak.

## Medvirkning

Som følge av tidsforløpet i saken ble ikke den forelagt til innspill eller drøfting i de faste møtene for styresaker. Det vil imidlertid bli invitert til en samlet drøftingsrunde før styremøtet. Protokoll fra dette møtet vil bli forelagt styret under styremøtet 16.11.2016.



## Vurdering

Direktøren mener at samarbeidet mellom UNN og Sykehusapoteket Nord HF er nært og godt, og at UNNs pasienter i all hovedsak har vært godt tjent med nåværende organisering. Vurderingene i prosjektrapporten om at det foreligger forbedringspotensial blant annet på områdene pasientsikkerhet og kvalitet, beredskap og forsyning samt teknologiutvikling støttes likevel. Når det gjelder klinisk farmasi, som er den delen av samarbeidet som kan bidra mest til økt kvalitet og pasientsikkerhet, er det allerede lagt planer for og iverksatt arbeid med økt samarbeid både regionalt og lokalt. På andre områder, og kanskje særlig innen forsyningsberedskap og teknologiutvikling, deles vurderingen om at tettere nasjonalt samarbeid er en forutsetning for å lykkes.

Direktøren mener det er en alvorlig svakhet at en modell for nærmere samarbeid innenfor dagens organisering ikke er utredet. Det burde være mulig gjennom for eksempel felles styringssystemer, felles krav i oppdragsdokumentene og nasjonale innkjøpsordninger å samordne sykehusapotekforetakene bedre. Mulige generelle ulemper ved oppretting av nasjonale foretak, som bortfall av lokal og regional beslutningsmyndighet, er ikke vurdert. Sykehusapoteket spiller en sentral rolle i pasientbehandlingen, som de regionale helseforetakene har sørge for-ansvar for, og de lokale helseforetakene driftsansvar for. Direktøren finner det problematisk å etablere inkongruens i beslutningsnivåene knyttet til kjernevirksomheten. Det er risiko for at dette gjør det helhetlige ansvaret for pasientbehandlingen mindre tydelig. Risikoen for at noen av forbeholdene som styret i Sykehusapoteket Nord HF har tatt ikke lar seg håndtere i praksis, vurderes derfor som høy.

UNN har en spesiell utfordring knyttet til produksjon av radiofarmaka til PET-senteret. I Helse Bergen HF ivaretas dette internt, mens det hos oss er planlagt løst i et samarbeid der sykehusapoteket står for produksjonen. To separate fagmiljøer for legemiddelproduksjon lokalt i Tromsø ville bli små og svært sårbare. Produksjon krever at omfattende krav i legemiddelloven oppfylles, og leveranse av legemidler til andre helseforetak krever at apotekloven etterleves. Dette er komplisert og har blant annet medført at Helse Bergen HF ikke kan levere radiofarmaka til PET-undersøkelser ved Stavanger universitetssykehus HF. Internt i vår region er det planlagt et samarbeid der Sykehusapoteket Nord HF skal levere radiofarmaka til Nordlandssykehuset HF når vi flytter nåværende PET CT-skanner dit.

I sum er det direktørens vurdering at risikoen knyttet til innlemming av Sykehusapoteket Nord HF i et nasjonalt foretak er høy. Det anbefales at en løsning med nærmere samarbeid mellom dagens sykehusapotekforetak utredes ordentlig før man tar stilling til eventuell etablering av et nasjonalt foretak. Representanter for helseforetakene bør inviteres til å delta i en slik utredning.

Hvis de andre regionene beslutter å etablere et nasjonalt foretak uten å gjennomføre en slik utredning først, mener vi at Helse Nord RHF bør vurdere å videreføre dagens organisering av Sykehusapoteket Nord HF, og søke å løse det nasjonale samarbeidsbehovet gjennom en samarbeidsavtale. Det vil neppe være problematisk å innlemme Sykehusapoteket Nord HF i det nasjonale foretaket på et seinere tidspunkt hvis dette skulle vise seg mer hensiktsmessig. Subsidiært anbefales at det nasjonale foretaket organiseres i en modell med regionavdelinger som kan understøtte det lokale samarbeidet og legge til rette for lokale spesielløsninger knyttet til for eksempel radiofarmakaproduksjon.

Tromsø, 11.11.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Høringsnotat - Nasjonalt sykehusapotekforetak
2. Sak 49-2016 fra styremøtet til Sykehusapoteket Nord
3. Protokoll fra styret ved Sykehusapoteket Nord HF
4. Sluttrapport - Utredning av Nasjonalt sykehusapotekforetak

Postmottak Finnmarkssykehuset HF  
Postmottak Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Postmottak Nordlandssykehuset HF  
Postmottak Helgelandssykehuset HF

Kopi: Postmottak Sykehusapoteket Nord HF

Deres ref.:

Vår ref.:2016/539

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Jan Norum/95404205

Sted/Dato:  
Bodø, 27.10.2016

## Høring – Regional forankring av leveranse fra prosjekt “Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak”.

### Bakgrunn

På oppdrag fra AD-møtet (sak 043-2016) har de fire regionale helseforetakene, i perioden mai til oktober 2016, gjennomført prosjektet «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak». Prosjektets oppdrag har vært å beskrive nå situasjonen med fire regionale sykehusapotekforetak, samt evaluere dagens regionale organisering og et nasjonalt sykehusapotekforetak. Det vises til vedlagte sluttrapport fra utredning og oversendelsesnotat fra styringsgruppens leder, viseadm dir. Steinar Martinsen i Helse Sørøst.

Denne rapporten har tidligere vært fremlagt i siste direktørmøte i Helse Nord og den er nå planlagt fremlagt i felles AD møtet den 12.12. 2016. I forkant av dette er det bedt om en høring i foretakene. Frist for innspill til styringsgruppen er satt til 18.11. **Helse Nord RHF ber derfor om at foretakene gir sine tilbakemeldinger innen 16.11. kl. 12.00.**

### Oppsummert rapportens hovedinnhold

#### Oppdraget

Prosjektets oppdrag var å evaluere dagens regionvise organisering og en mulig nasjonal organisering av sykehusapotekene. Det er i dag fire regionale sykehusapotekforetak, som til sammen eier 30 sykehusapotek. De hadde i 2015 en samlet omsetning på 5 442 MNOK, og totalt 1 182 årsverk per juni 2016. Sykehusapotekforetakene varierer i størrelse, og drives generelt godt. De er en viktig del av spesialisthelsetjenesten ved å sikre befolkningens og sykehusenes tilgang til legemidler og viktig farmasøytisk rådgivning. Sykehusapotekforetakene har, på et overordnet nivå, mange likhetstrekk. Men ettersom de eies og drives regionalt er det delvis betydelige ulikhet både organisatorisk, og på system og prosessnivå.

#### Hovedfunn

- Det gjøres mye arbeid i hvert helseforetak, blant annet knyttet til fag- og kvalitetsarbeid som opplæring og prosedyrer. Disse deles i liten grad mellom regionene.
- Dagens beredskapsplaner og tiltak er i hovedsak på regions- og foretaksnivå.

- Dagens IKT-systemer er i stor grad knyttet opp mot regionenes systemporteføljer, men sykehusapotekforetakene har noen felles enkeltsystemer. Det er ulikt hvor langt regionene og de forskjellige forretningsområdene har kommet på å ta i bruk elektroniske hjelpemidler og roboter/automatisering.
- Dagens tette integrasjon og samarbeid med sykehusene, samt de respektive regionale helseforetak opplevs som godt og ansees som viktig.
- De fire foretaksadministrasjonene ivaretar, i stor grad, de samme funksjonene, men selve utførelsen og arbeidsmåten varierer noe.
- Det er ulik produktivitet.
- Flere endringer har skjedd siden 2007. Endringene er knyttet til teknologi, tjenestene og metodene som tilbys og brukes, samt noen organisatoriske endringer knyttet til sentralisering av lagerfunksjoner og opprettelse av nasjonale utvalg og funksjoner.

#### *Syv strategiske områder*

1. Pasientsikkerhet og kvalitet: Bedre pasientsikkerhet, trygg legemiddelbruk og mindre uønsket variasjon ved økt bruk av farmasifaglig kompetanse og brukermedvirkning.
2. Beredskap og forsyning: Sikre en likeverdig produksjon- og forsyningsberedskap av legemidler, samt tilgang på farmasøytiske beredskap.
3. Forskning og innovasjon: Sikre utvikling av forskning og innovasjon.
4. Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø: Den mest attraktive arbeidsgiveren innen farmasi med en sterk faglig profil.
5. Etikk og ytre miljø: Etterleve etiske retningslinjer og bidra til miljø- og klimahensyn i hele verdikjeden.
6. Økonomi, analyse og effektivitet: Bidra til god sykehusøkonomi og lave legemiddelkostnader gjennom kostnadseffektive prosesser og god styringsinformasjon.
7. Teknologi: I front på utnyttelse av teknologiske løsninger som understøtter pasientsikkerhet og sikker legemiddelbruk.

#### *Gevinstområder nasjonal modell*

Skissert nasjonal modell innebærer sentraliserte støttefunksjoner, samt desentral områdeledelse for å sikre nærhet til de lokale apotekene og sykehusene. Evalueringen av de strategiske fokusområdene og analyser av mulige gevinstområder viser:

- Et nasjonalt foretak vil føre til en effektivisering av forvaltningen. Dette gir mulighet for å takle en fremtidig vekst og økt utvikling innen flere områder med dagens antall årsverk, og dermed mer helse for pengene.
- Et nasjonalt foretak vil etablere standardiserte prosesser, felles opplæring og sikre økt kunnskapsdeling. Dette vil bidra til bedre pasientsikkerhet og mindre uønsket variasjon i tilbudet.
- Beredskap/forsyning og forskning/innovasjon er områder, hvor dagens organisering ikke underbygger et tilstrekkelig nasjonalt fokus. Det er, innen forskning og innovasjon, fragmenterte satsninger og små regionale miljøer som ikke gir en tilstrekkelig kritisk mengde.

- Innen teknologi vil et nasjonalt foretak sikre et felles løft innen investeringer, utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler.
- En nasjonal organisering vil øke mulighetene rundt virksomhetsstyring, analyse og sammenligning på tvers. Dette vil bidra til økt effektivitet og bedre sykehusøkonomi.
- Prosjektgruppen anser tidspunktet for etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak som riktig. Det er politiske signaler og føringer som trekker i retning av nasjonale modeller og økt samarbeid på tvers av helseregionene i Norge.

#### *Anbefalinger med forbehold*

En enstemmig prosjektgruppe anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at følgende forhold utredes i det videre arbeidet:

- Den nasjonale modellen må sikre både effektive ledelseslinjer og en lokal tilhørighet.
- Den nære kobling mellom sykehusapotekene og sykehusene må videreføres.
- Det må tilrettelegges for IKT-løsningene som ivaretar samhandlingen med sykehusene innenfor de regionale systemene.
- Det må sikres økonomiske rammer som muliggjør en god omstilling, samt en finansieringsmodell som muliggjør ønskede satsninger og gevinstuttak.
- Utvalgte regionale løsninger, som satsning på klinisk farmasi og samarbeidsavtalen mellom Sykehusapotek Nord og UNN om drift av radiofarmakaproduksjon ved PET-senteret, må ivaretas i ny modell.
- Det må etterstrebis en effektiv omstillingsprosess, hvor de ansatte og organisasjonene ivaretas og involveres på en god måte.
- Det må gjøres en forankring og involvering av sykehusene i behandlingsprosessen og det videre arbeidet.
- Det må sikres nødvendig re- eller omorganisering av tillitsvalgtapparat, samt reforhandling av lovfestede tariffavtaler.

Risikoanalysen viser at det bør fokuseres på tiltak som reduserer risikoene relatert til roller og ansvar, kompleksitet innen IKT, beholde ansatte, sikre videreføring av sykehusapotekenes tette samarbeid med de sykehusene og de regionale helseforetakene.

#### *Prosjektgruppens konklusjon*

Prosjektet leverte en enstemmig sluttrapport som anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at noen spesifiserte forhold, blant annet knyttet til omstillingsprosessen, økonomiske rammer, IKT-løsninger, kobling mot sykehusene, samt lokal tilhørighet, utredes i det videre arbeidet.

#### **Styret for Sykehusapotek Nord sitt vedtak** (NB, referat er ikke godkjent)

Styret for Sykehusapotek Nord HF anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at følgende forhold utredes i det videre arbeidet:

- Den nasjonale modellen må sikre både effektive ledelseslinjer og en lokal tilhørighet. Den nære kobling mellom sykehusapotekene og sykehusene må videreføres.

- Det må tilrettelegges for IKT-løsningene som ivaretar samhandlingen med sykehusene innenfor de regionale systemene.
- Det må sikres økonomiske rammer som muliggjør en god omstilling, samt en finansieringsmodell som muliggjør ønskede satsninger og gevinstuttak.
- Utvalgte regionale løsninger, som satsning på klinisk farmasi og samarbeidsavtalen mellom Sykehusapotek Nord og UNN om drift av radiofarmakaproduksjon ved PET-senteret, må ivaretas i ny modell.
- Det må etterstrebnes en effektiv omstillingsprosess, hvor de ansatte og organisasjonene ivaretas og involveres på en god måte.
- Det må gjøres en forankring og involvering av sykehusene i behandlingsprosessen og det videre arbeidet.
- Det må sikres nødvendig re- eller omorganisering av tillitsvalgtapparat, samt reforhandling av lovfestede tariffavtaler.
- Regionalt ansvar og myndighet, herunder integrasjon med HF og RHF, må sikres.

### **Særskilte forhold som ønskes vurdert i høringen**

Prosjektets styringsgruppe ønsker særlig tilbakemelding på følgende hovedtemaer:

- Hvordan kan de skisserte strategiske fokusområdene sikre kundefokus, samt tett og god dialog med brukerne i et nasjonalt helseforetak?
- Hvordan sikre at den tette integrasjonen og det gode samarbeidet mellom sykehusapotekene og helseforetak ivaretas også i ny modell?

Vennlig hilsen

Geir Tollåli  
Fagdirektør

<b>Høring - utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak</b>	
Styresak nr.:	49 – 2016
Møtedato:	26. oktober 2016
Saksbehandler:	Direktør Espen Mælen Hauge
Vedlegg:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sluttrapport. Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak, versjon 1.0. Godkjent av styringsgruppen 14. oktober 2016</li> <li>2. Brev av 14.10.16 fra styringsgruppen til de fire regionale helseforetakene om regional forankring</li> </ol>

### *Saken i korte trekk*

---

På oppdrag fra AD-møtet har de fire regionale helseforetakene, i perioden mai til oktober 2016, gjennomført prosjektet «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak». Prosjektets oppdrag har vært å beskrive nå-situasjonen med fire regionale sykehusapotekforetak, samt evaluere dagens regionale organisering og et nasjonalt sykehusapotekforetak.

En enstemmig sluttrapport, godkjent av styringsgruppen, anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at noen spesifiserte forhold, blant annet knyttet til omstillingsprosessen, økonomiske rammer, IKT-løsninger, kobling mot sykehusene, samt lokal tilhørighet, utredes i det videre arbeidet.

Videre prosess er at styringsgruppen fremmer saken for behandling i AD-møtet etter at det er gjennomført en forankringsrunde/høring i regionene.

Saken gjengir utredningsrapportens oppsummering og anbefaling, beskriver høringsprosessen og diskuterer for og mot et nasjonalt sykehusapotekforetak.

Direktøren anbefaler at spesielt usikkerheter diskuteres, og at det særlig gis tilbakemelding på to spørsmål:

- Hvordan kan de skisserte strategiske fokusområdene sikre kundefokus, samt tett og god dialog med brukerne i et nasjonalt helseforetak?
- Hvordan sikre at den tette integrasjonen og det gode samarbeidet mellom sykehusapotekene og helseforetak ivaretas også i ny modell?

Dette vil være styrets innspill til den samlede regionale tilbakemeldingen til styringsgruppen.

### *Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF mener at sykehusapotekordningen slik den er i dag er av største betydning for sykehusdrift, og at en omorganisering som beslattes på et for tynt og forhastet grunnlag vil kunne ødelegge det gode arbeidet som i dag gjøres i sykehusapotek, og svekke den nære koblingen mellom sykehus- og sykehusapotekdrift.*

*Styret mener at rapporten beskriver mange gode grunner både for og mot etablering av et nasjonalt sykehusapotekforetak. Imidlertid mener styret at sluttrapporten ikke gir et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å anbefale dette.*

*Prosjektets begrunnelse for anbefalingen har ikke en overvekt av argumenter verken på den ene eller annen side slik at en klar anbefaling er vanskelig å gi, og at det er for mange forbehold som gir for stort grunnlag for tvil om beslutningsgrunnlaget.*

*Prosjektets anbefaling slik den fremkommer i sluttrapporten gir således ikke tilstrekkelig trygghet for at et nasjonalt sykehusapotekforetak vil kunne ivareta lokal tilhørighet og det tette samarbeidet mellom sykehusapotekene og sykehusene, noe som er avgjørende for god drift av sykehusapotekene.*

*Styret mener derfor at de forbehold som prosjektgruppen legger til grunn ved siden av sin anbefaling er av vesentlig betydning å få utredet før en beslutning kan tas. Ikke før disse forhold er utredet vil det foreligge et tilstrekkelig og nødvendig beslutningsgrunnlag.*

*I en slik videre utredning må det også legges vekt på andre nasjonale utredninger, og særlig om ny organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten (Kvinnslandutvalget), som styret mener vil kunne ha stor betydning for beslutningen om etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak.*

*På dette grunnlag støtter styret for Sykehusapotek Nord HF ikke opp om sluttrapportens anbefaling og mener at beslutningen om etableringen av nasjonalt sykehusapotek må utsettes til det er gjennomført en grundigere utredning.*

Espen Mælen Hauge  
Direktør



## *Saksfremlegg*

### *1. Innledning*

---

På oppdraget fra AD-møtet (sak 043-2016) har de fire regionale helseforetakene, i perioden mai til oktober 2016, gjennomført prosjektet «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak». Prosjektets oppdrag har vært å beskrive nå-situasjonen med fire regionale sykehusapotekforetak, samt evaluere dagens regionale organisering og et nasjonalt sykehusapotekforetak.

Styret har tidligere hatt temaet til behandling i møtene 15. mars, 19. mai og 15. september 2016. I styresak 39-2016 traff styret for Sykehusapotek Nord følgende vedtak:

1. Styret for Sykehusapotek Nord tar fremlagt mandat og fremdriftsplan for prosjektet «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak» til orientering
2. Styret for Sykehusapotek Nord er opptatt av at sykehusapotekjenesten i regionen styrkes, uavhengig av framtidig organisasjonsmodell.
3. Styret for Sykehusapotek Nord ber om åpenhet i det videre arbeidet med utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak.

Prosjektet leverte fra seg en enstemmig sluttrapport som anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at noen spesifiserte forhold, blant annet knyttet til omstillingsprosessen, økonomiske rammer, IKT-løsninger, kobling mot sykehusene, samt lokal tilhørighet, utredes i det videre arbeidet.

Det skal nå gjennomføres en regional forankringsprosess av leveransen fra prosjektet hvor styringsgruppens representanter har ansvaret for å koordinere prosessen i hver region. Fristen for å sende inn en samlet tilbakemelding per region er satt til 18. november 2016.

Prosjektgruppen hadde sitt siste prosjektgruppemøte den 26. september 2016 og har ferdigstilt sitt arbeid. Det er per nå ikke planlagt noen ytterligere aktiviteter i prosjektgruppen. Sluttrapporten ble behandlet i styringsgruppen den 6. oktober 2016. Innspill fra den regionale forankringsrunden vil diskuteres i styringsgruppen den 25. november 2016. For å sikre tilstrekkelig med tid og en god forankring i regionene har styringsgruppen besluttet at sluttrapporten legges frem for AD-møtet den 12. desember 2016 og at det tas sikte mot behandling i RHF-styrene i januar 2017. Datoene kan bli endret.

### *2. Sluttrapport om utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak – oppsummering og anbefaling*

---

Det vises til vedlagte rapport som ble godkjent av prosjektets styringsgruppe 14. oktober 2016. Rapporten har følgende oppsummering og anbefaling (teksten i det følgende og punktene 2.1 – 2.4 er hentet der):

Prosjektets oppdrag var å evaluere dagens regionsvise organisering og en mulig nasjonal organisering av sykehusapotekene

Det er i dag fire regionale sykehusapotekforetak, som til sammen eier 30 sykehusapotek. De hadde i 2015 en samlet omsetning på 5 442 MNOK, og totalt 1 182 årsverk per juni 2016. Sykehusapotekforetakene varierer i størrelse, og drives generelt godt. De er en viktig del av spesialisthelsetjenesten ved å sikre befolkningens og sykehusenes tilgang til legemidler og viktig farmasøytisk rådgivning. Sykehusapotekforetakene har, på et overordnet nivå, mange likhetstrekk. Men ettersom de eies og drives regionalt er det delvis betydelige ulikhet både organisatorisk, og på system og prosessnivå.

### *2.1. Hovedfunn fra nåsituasjonsanalysen viser at:*

- Det gjøres mye arbeid i hvert foretak, blant annet knyttet til fag og kvalitetsarbeid som opplæring, prosedyrer, som i liten grad deles regionene i mellom.
- Dagens beredskapsplaner og -tiltak er i hovedsak på regions- og foretaksnivå.
- Dagens IKT-systemer er i stor grad knyttet opp mot regionenes systemporteføljer, men sykehusapotekforetakene har noen felles enkeltsystemer. Det er ulikt hvor langt regionene og de forskjellige forretningsområdene har kommet på å ta i bruk elektroniske hjelpemidler og roboter/automatisering.
- Dagens tette integrasjon og samarbeid med sykehusene, samt de respektive regionale helseforetak oppleves som godt og ansees som viktig.
- De fire foretaksadministrasjonene ivaretar, i stor grad, de samme funksjonene, men selve utførelsen og arbeidsmåten varierer noe.
- Det er ulik produktivitet.
- Flere endringer har skjedd siden 2007. Endringene er knyttet til teknologi, tjenestene og metodene som tilbys og brukes, samt noen organisatoriske endringer knyttet til sentralisering av lagerfunksjoner og opprettelse av nasjonale utvalg og funksjoner.

### *2.2. Prosjektet har definert syv strategiske fokusområder for sykehusapotekene som er benyttet i evalueringen:*

- **Pasientsikkerhet og kvalitet:** Bedre pasientsikkerhet, trygg legemiddelbruk og mindre uønsket variasjon ved økt bruk av farmasifaglig kompetanse og brukermedvirkning.
- **Beredskap og forsyning:** Sikre en likeverdig produksjon- og forsyningsberedskap av legemidler, samt tilgang på farmasøytiske beredskap.
- **Forskning og innovasjon:** Sikre utvikling av forskning og innovasjon.
- **Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø:** Den mest attraktive arbeidsgiveren innen farmasi med en sterk faglig profil.
- **Etikk og ytre miljø:** Etterleve etiske retningslinjer og bidra til miljø- og klimahensyn i hele verdikjeden.
- **Økonomi, analyse og effektivitet:** Bidra til god sykehusøkonomi og lave legemiddelkostnader gjennom kostnadseffektive prosesser og god styringsinformasjon.

- **Teknologi:** I front på utnyttelse av teknologiske løsninger som understøtter pasientsikkerhet og sikker legemiddelbruk.

### *2.3. Skissert nasjonal modell - gevinstområder*

Skissert nasjonal modell innebærer sentraliserte støttefunksjoner, samt desentral områdeledelse for å sikre nærhet til de lokale apotekene og sykehusene. Evalueringen av de strategiske fokusområdene og analyser av mulige gevinstområder viser:

- Et nasjonalt foretak vil føre til en effektivisering av forvaltningen. Dette gir mulighet for å takle en fremtidig vekst og økt utvikling innen flere områder med dagens antall årsverk, og dermed mer helse for pengene.
- Et nasjonalt foretak vil etablere standardiserte prosesser, felles opplæring og sikre økt kunnskapsdeling. Dette vil bidra til bedre pasientsikkerhet og mindre uønsket variasjon i tilbudet.
- Beredskap/forsyning og forskning/innovasjon er områder, hvor dagens organisering ikke underbygger et tilstrekkelig nasjonalt fokus. Det er, innen forskning og innovasjon, fragmenterte satsninger og små regionale miljøer som ikke gir en tilstrekkelig kritisk mengde.
- Innen teknologi vil et nasjonalt foretak sikre et felles løft innen investeringer, utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler.
- En nasjonal organisering vil øke mulighetene rundt virksomhetsstyring, analyse og sammenligning på tvers. Dette vil bidra til økt effektivitet og bedre sykehusøkonomi.

Prosjektgruppen anser tidspunktet for etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak som riktig. Det er politiske signaler og føringer som trekker i retning av nasjonale modeller og økt samarbeid på tvers av helseregionene i Norge.

### *2.4. Anbefaling med forbehold*

En enstemmig prosjektgruppe anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at følgende forhold utredes i det videre arbeidet:

- ✓ Den nasjonale modellen må sikre både effektive ledelseslinjer og en lokal tilhørighet. Den nære kobling mellom sykehusapotekene og sykehusene må videreføres.
- ✓ Det må tilrettelegges for IKT-løsningene som ivaretar samhandlingen med sykehusene innenfor de regionale systemene.
- ✓ Det må sikres økonomiske rammer som muliggjør en god omstilling, samt en finansieringsmodell som muliggjør ønskede satsninger og gevinstuttak.
- ✓ Utvalgte regionale løsninger, som satsning på klinisk farmasi og samarbeidsavtalen mellom Sykehusapotek Nord og UNN om drift av radiofarmakaproduksjon ved PET-senteret, må ivaretas i ny modell.
- ✓ Det må etterstrebes en effektiv omstillingsprosess, hvor de ansatte og organisasjonene ivaretas og involveres på en god måte.
- ✓ Det må gjøres en forankring og involvering av sykehusene i behandlingsprosessen og det videre arbeidet.

- ✓ Det må sikres nødvendig re- eller omorganisering av tillitsvalgtapparat, samt reforhandling av lovfestede tariffavtaler.

Risikoanalysen viser at det bør fokuseres på tiltak som reduserer risikoene relatert til roller og ansvar, kompleksitet innen IKT, beholde ansatte, sikre videreføring av sykehusapotekenes tette samarbeid med de sykehusene og de regionale helseforetakene.

### 3. Regional forankring av leveranse fra prosjekt «Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak»

---

Styringsgruppen har den 14. oktober 2016 sendt sluttrapporten til de fire regionale helseforetakene, og i følgebrevet går det blant annet frem at det i forkant av behandlingen i AD-møtet ønskes gjennomført en forankringsprosess i hver enkelt region. Om gjennomføringen av forankringen heter det:

- Styringsgruppens representanter har ansvaret for å sikre en god forankringsprosess i egen region.
- Hver region avklarer hvordan den regionale forankringsprosessen skal gjennomføres.
- Sykehusapotekenes administrerende direktører vil parallelt gjennomføre en forankring av sluttrapporten i eget styre. Det anbefales at innspill fra denne forankringen inkluderes i regionens samlede tilbakemelding.
- De regionale helseforetakene sender en samlet tilbakemelding.

Videre heter det i følgebrevet: «Et overordnet mål for et eventuelt nasjonalt apotekforetak er å bidra til en kvalitativt bedre og økonomisk mer fordelaktig apotekjeneste til sykehusene. Dette kan bare oppnås ved å ha høy oppmerksomhet på hvert enkelt sykehus sine behov og ønsker. En nasjonal apotekorganisasjon må klare å utnytte den samlede kapasiteten og kompetansen som er tilgjengelig for å kunne levere tjenestene med best kvalitet og pris til hvert enkelt sykehus.»

Prosjektets styringsgruppe ønsker derfor særlig tilbakemelding på følgende hovedtemaer:

- Hvordan kan de skisserte strategiske fokusområdene sikre kundefokus, samt tett og god dialog med brukerne i et nasjonalt helseforetak?
- Hvordan sikre at den tette integrasjonen og det gode samarbeidet mellom sykehusapotekene og helseforetak ivaretas også i ny modell?

Helse Nords direktørmøte (nettverksmøte mellom RHF-ets direktører og HF-direktørene) diskuterte saken i møtet 12.10.2016, og ga uttrykk for at forankringen måtte gjennomføres som en høring. Forberedelsen til saken i direktørmøtet var et notat fra sykehusapotekdirektøren basert på et utkast til sluttrapport. Formålet med saken var å diskutere prosjektgruppens anbefaling og gi innspill til den videre prosess.

Direktørmøtet oppsummerte diskusjonen slik:

- Spørsmålet om organisering av sykehusapotekene er av største betydning for driften av sykehusene. Derfor er det avgjørende å få gjort de nødvendige vurderinger mht. konsekvenser for sykehusdriften, med særlig vekt på kvalitet

og utvikling. Helse Nord ønsker at et forslag sendes på høring til berørte interesser, inkludert styrene, før de eventuelt fremmes for de ulike organ. Saken settes på dagsorden igjen i direktørmøte 9. november 2016 når rapporten fra styringsgruppen for prosjektet foreligger.

#### *4. Direktørens vurdering*

---

Direktøren har vært medlem av prosjektgruppen som utarbeidet rapporten og konkluderte enstemmig med å anbefale etablering av et nasjonalt sykehusapotekforetak. Grunnen til anbefalingen er at prosjektgruppen mener sammenslåing vil gi gevinster (se punkt 2.3). Det var også direktørens ansvar å ta et standpunkt, men konklusjonen var likevel ikke åpenbar eller enkel å trekke. Dette vises særlig av de forbehold som prosjektgruppen lister opp og som direktøren er enig i. (se punkt 2.4). Det er således grunn til å være i tvil om det er mest riktig å la sykehusapotekene være organisert som i dag eller om de bør slås sammen til ett nasjonalt sykehusapotekforetak.

Tvilen vises altså nettopp gjennom de syv punktene listet opp under anbefalingen. Dette er forhold som må ivaretas i en eventuell nasjonal modell, og her trekkes særlig frem forutsetningen om lokal tilhørighet og den nære kobling som i dag er mellom sykehusapotekene og sykehusene. Dersom man ikke har tro på at dette er gjennomførbart også i en nasjonal modell bør man være varsom med å fusjonere. Tvilen fremkommer også ved at dette er skjønnsmessige vurderinger, det vil si antagelser om at en nasjonal organisering vil gi gevinst. Direktøren har etter en avveining antatt at de beskrevne gevinstene kan realiseres.

Imidlertid er det også mulig å oppfatte dette annerledes. I begrunnelsen argumenterer prosjektgruppen med at politiske signaler og føringer trekker i retning av nasjonale modeller og økt samarbeid på tvers av helseregionene i Norge. Dette har blant annet ført til etableringer av nasjonale helseforetak som for eksempel Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF. Det er imidlertid ikke gitt at det samme bør gjelde for sykehusapotekordningen. Denne adskiller seg klart fra bygg og innkjøp ved at formålet med sykehusapotek er pasientnær og har en mye tettere kobling til klinikken. Det kan være en risiko for at dette fagmiljøet og samhandlingen kan splittes ved etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak. Det må i så fall unngås.

Det kan dessuten vurderes slik at de samme gevinstene også kan realiseres i dagens organisering, for eksempel kan bedre pasientsikkerhet gjennom standardisering gjennomføres og oppnås som et felles prosjekt uten sammenslåing. Videre kan for eksempel beredskap og forsyning trolig forbedres på landsbasis, men om tilsvarende gevinst vil gjelde regionalt er ikke dokumentert. Dessuten kan for eksempel forskning og innovasjonsgevinst også vurderes annerledes; en sammenslåing av fire forskningssvake foretak gir ikke nødvendigvis styrket forskning og det tette samarbeidet med de forskningssterke sykehusforetakene kan svekkes.

Et siste eksempel er teknologi. Det er helt nødvendig for sykehusapotekene å erstatte funksjonalitet som blir borte når FarmaPro fases ut. Det må etableres et prosjekt for anskaffelse av løsninger for økonomi, logistikk og kasse/POS. Samtidig må prosjektet integrere inn løsningen fra Apotekforeningens DIFA-prosjekt og fungere som

mottaksprosjekt for dette. Hovedspørsmålet blir om man skal gå sammen om en felles nasjonal løsning eller etablere regionale løsninger tilpasset regional systemportefølje. Dersom man strategisk velger nasjonal løsning istedenfor regionale vil dette være fullt ut gjennomførbart som et felles nasjonalt samarbeidsprosjekt, tilsvarende dagens IKT-systemstøtteprosjekt (jfr. styresak 43-2016 nr 2), uten at dette krever ett sammenslått sykehusapotekforetak.

Selv om direktøren i sin tvil om det ene eller det andre vil være et riktig standpunkt var det avgjørende for valget antagelsen om at de andre regionene vil gå inn for sammenslåing uansett om Nord blir med eller ikke. Det vil neppe være hensiktsmessig for Sykehusapotek Nord å stå utenfor. I dag er vi på mange områder avhengig av et nært samarbeid med de andre sykehusapotekforetakene både faglig og administrativt for å få driften til å fungere. Dette gjelder for eksempel felles grossistadministrasjon og representative nasjonale faglige utvalg og råd. Det går an å tenke seg et fortsatt samarbeid mellom ett sammenslått sykehusapotek fra Sør-øst, Vest og Midt på den ene siden og Nord på den andre, men dette vil neppe være hensiktsmessig. I dag er de fire samarbeidspartene ideelt sett likestilt, men i en to-parts modell vil tyngdepunktet trolig bli for vanskelig for Nord å få innflytelse i eller drahjelp fra. Da er det bedre å være helt sammenslått.

## *5. Styrets høringsuttalelse*

---

Når styret nå skal drøfte og gi sine innspill skal dette inkluderes i Helse Nords samlede tilbakemelding til prosjektets styringsgruppe som deretter går til AD-møtet. Direktøren anbefaler at spesielt usikkerheter diskuteres, jfr. punkt 2.4 og punkt 4 overfor. Dette fremkommer for så vidt også av forankringsbrevet til RHF-et, som særlig ba om tilbakemelding på to spørsmål:

- Hvordan kan de skisserte strategiske fokusområdene sikre kundefokus, samt tett og god dialog med brukerne i et nasjonalt helseforetak?
- Hvordan sikre at den tette integrasjonen og det gode samarbeidet mellom sykehusapotekene og helseforetak ivaretas også i ny modell?

Dette vil bli styrets innspill til den samlede regionale tilbakemeldingen til styringsgruppen. Direktøren har ikke fremsatt en innstilling til vedtak som foreslår uttrykkelige synspunkt, og foreslår at styret formulerer et vedtak som gir en begrunnet anbefaling til Helse Nord RHF som sin høringsuttalelse.

## Protokoll

- Møtetype:** Styremøte i Sykehusapotek Nord
- Tidspunkt:** 26. oktober 2016 kl. 9.30 – 13.00
- Møtested:** Scandic Grand Hotell Tromsø
- Tilstede:** Bjørg Helene Jenssen, styreleder  
Jan Norum, styrets nestleder  
Andrea Pretscher, styremedlem  
Hilde Gustavsen Erstad, styremedlem  
Sissi Lundblad, styremedlem  
Lars Småbrekke, styremedlem
- Forfall:** Svein Iversen, styremedlem  
Martin Moe, leder av brukerutvalget
- Fra administrasjonen:**  
Espen Mælen Hauge, direktør  
Helge K. Kjerulf Pettersen, økonomisjef

---

Sakene ble behandlet i følgende rekkefølge:  
45, 46, 47, 48, 49, 50 og 51

### **Sak 45/16 Godkjenning av innkalling og saksliste**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 26. oktober 2016.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste for styremøte 26. oktober 2016.

### **Sak 46/16 Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. september 2016**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---



*Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 15. september 2016.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF godkjenner møteprotokollen fra styremøtet 15. september 2016.

## **Sak 47/16 Virksomhetsrapport per september 2016**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per september 2016 til orientering.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar virksomhetsrapporten per september 2016 til orientering.

## **Sak 48/16 Avviksrapport 2015 – august 2016**

*Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar avviksrapporten til orientering, og slutter seg til direktørens vurderinger og plan for videre rapportering og oppfølging av avvik.*

*Styreleder fremmet forslag til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar avviksrapporten til orientering, og ber direktøren legge frem en handlingsplan for avviksarbeid i løpet av første kvartal 2017.*

Styreleders forslag ble enstemmig vedtatt.

*Endelig vedtak:*

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF tar avviksrapporten til orientering, og ber direktøren legge frem en handlingsplan for avviksarbeid i løpet av første kvartal 2017.



## Sak 49/16 Høring – utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak

### *Direktørens innstilling til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF mener at sykehusapotekordningen slik den er i dag er av største betydning for sykehusdrift, og at en omorganisering som besluttes på et for tynt og forhastet grunnlag vil kunne ødelegge det gode arbeidet som i dag gjøres i sykehusapotek, og svekke den nære koblingen mellom sykehus- og sykehusapotekdrift.*

*Styret mener at rapporten beskriver mange gode grunner både for og mot etablering av et nasjonalt sykehusapotekforetak. Imidlertid mener styret at sluttrapporten ikke gir et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å anbefale dette.*

*Prosjektets begrunnelse for anbefalingen har ikke en overvekt av argumenter verken på den ene eller annen side slik at en klar anbefaling er vanskelig å gi, og at det er for mange forbehold som gir for stort grunnlag for tvil om beslutningsgrunnlaget.*

*Prosjektets anbefaling slik den fremkommer i sluttrapporten gir således ikke tilstrekkelig trygghet for at et nasjonalt sykehusapotekforetak vil kunne ivareta lokal tilhørighet og det tette samarbeidet mellom sykehusapotekene og sykehusene, noe som er avgjørende for god drift av sykehusapotekene.*

*Styret mener derfor at de forbehold som prosjektgruppen legger til grunn ved siden av sin anbefaling er av vesentlig betydning å få utredet før en beslutning kan tas. Ikke før disse forhold er utredet vil det foreligge et tilstrekkelig og nødvendig beslutningsgrunnlag.*

*I en slik videre utredning må det også legges vekt på andre nasjonale utredninger, og særlig om ny organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten (Kvinnslandutvalget), som styret mener vil kunne ha stor betydning for beslutningen om etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak.*

*På dette grunnlag støtter styret for Sykehusapotek Nord HF ikke opp om sluttrapportens anbefaling og mener at beslutningen om etableringen av nasjonalt sykehusapotek må utsettes til det er gjennomført en grundigere utredning.*

Direktøren trakk sin innstilling til vedtak.

### *Styremedlemmene Sissi Lundblad, Andrea Pretscher, Hilde Gustavsen Erstad, Lars Småbrekke og Bjørg Helene Jenssen fremmet følgende forslag til vedtak:*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at følgende forhold utredes i det videre arbeidet:*

- *Den nasjonale modellen må sikre både effektive ledelseslinjer og en lokal tilhørighet. Den nære kobling mellom sykehusapotekene og sykehusene må videreføres.*

- *Det må tilrettelegges for IKT-løsningene som ivaretar samhandlingen med sykehusene innenfor de regionale systemene.*
- *Det må sikres økonomiske rammer som muliggjør en god omstilling, samt en finansieringsmodell som muliggjør ønskede satsninger og gevinstuttak.*
- *Utvalgte regionale løsninger, som satsning på klinisk farmasi og samarbeidsavtalen mellom Sykehusapotek Nord og UNN om drift av radiofarmakaproduksjon ved PET-senteret, må ivaretas i ny modell.*
- *Det må etterstrebes en effektiv omstillingsprosess, hvor de ansatte og organisasjonene ivaretas og involveres på en god måte.*
- *Det må gjøres en forankring og involvering av sykehusene i behandlingsprosessen og det videre arbeidet.*
- *Det må sikres nødvendig re- eller omorganisering av tillitsvalgtapparat, samt reforhandling av lovfestede tariffavtaler.*
- *Regionalt ansvar og myndighet, herunder integrasjon med HF og RHF, må sikres.*

Styremedlem Jan Norum fremmet følgende forslag til vedtak:

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF ønsker et bedre saksgrunnlag før beslutning fattes.*

Styremedlemmene Sissi Lundblad, Andrea Pretscher, Hilde Gustavsens Erstad, Lars Småbrekke og Bjørg Helene Jenssens forslag til vedtak ble vedtatt med fem stemmer.

Styremedlem Jan Norum stemte for sitt forslag til vedtak.

Endelig vedtak:

---

Styret for Sykehusapotek Nord HF anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at følgende forhold utredes i det videre arbeidet:

- Den nasjonale modellen må sikre både effektive ledelseslinjer og en lokal tilhørighet. Den nære kobling mellom sykehusapotekene og sykehusene må videreføres.
- Det må tilrettelegges for IKT-løsningene som ivaretar samhandlingen med sykehusene innenfor de regionale systemene.
- Det må sikres økonomiske rammer som muliggjør en god omstilling, samt en finansieringsmodell som muliggjør ønskede satsninger og gevinstuttak.
- Utvalgte regionale løsninger, som satsning på klinisk farmasi og samarbeidsavtalen mellom Sykehusapotek Nord og UNN om drift av radiofarmakaproduksjon ved PET-senteret, må ivaretas i ny modell.
- Det må etterstrebes en effektiv omstillingsprosess, hvor de ansatte og organisasjonene ivaretas og involveres på en god måte.
- Det må gjøres en forankring og involvering av sykehusene i behandlingsprosessen og det videre arbeidet.

- Det må sikres nødvendig re- eller omorganisering av tillitsvalgtapparat, samt reforhandling av lovfestede tariffavtaler.
- Regionalt ansvar og myndighet, herunder integrasjon med HF og RHF, må sikres.

## Sak 50/16 Saker til informasjon

*Fra direktør:*

1. Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord
2. Internrevisjon fra Helse Nord – Risikostyring i Sykehusapotek Nord HF
3. Status leveranser til Helgelandssykehuset HF
4. Medarbeiderundersøkelsen
5. Forankring av opptrappingsplanen for klinisk farmasi i helseforetakene i Helse Nord

*Direktørens innstilling til vedtak*

---

*Styret for Sykehusapotek Nord HF tar informasjonssakene til orientering.*

Direktørens innstilling ble enstemmig vedtatt.

## Sak 51/16 Eventuelt

Evaluering av møtet.

- Gode fremlegg og saksdokumenter.
- God statusorientering om avvik.
- Kom godt gjennom saken om nasjonalt sykehusapotekforetak.
- God styring av tiden.
- Passelig saksmengde.
- Rom for forskjellighet og ulik tenkning.

.....  
Björg Helene Jenssen, styreleder

.....  
Jan Norum, styrets nestleder

.....  
Hilde Gustavsen Erstad, styremedlem

.....  
Svein Iversen, styremedlem

.....  
Sissi Lundblad, styremedlem

.....  
Andrea Pretscher, styremedlem

.....

Lars Småbrekke, styremedlem

# Sluttrapport

## Utredning av nasjonalt sykehusapotekforetak



# Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

## Oppsummering og anbefaling (1/2)








### Prosjektets oppdrag var å evaluere dagens regionsvise organisering og en mulig nasjonal organisering av sykehusapotekene

Det er i dag fire regionale sykehusapotekforetak, som til sammen eier 30 sykehusapotek. De hadde i 2015 en samlet omsetning på 5 442 MNOK, og totalt 1 182 årsverk pr. juni 2016. Sykehusapotekforetakene varierer i størrelse, og drives generelt godt. De er en viktig del av spesialisthelsetjenesten ved å sikre befolkningens og sykehusenes tilgang til legemidler og viktig farmasøytisk rådgivning. Sykehusapotekforetakene har, på et overordnet nivå, mange likhetstrekk. Men ettersom de eies og drives regionalt er det delvis betydelige ulikheter både organisatorisk, og på system og prosessnivå.

#### Hovedfunn fra nåsituasjonsanalysen viser at:

- Det gjøres mye arbeid i hvert foretak, blant annet knyttet til fag og kvalitetsarbeid som opplæring, prosedyrer, som i liten grad deles regionene i mellom.
- Dagens beredskapsplaner og -tiltak er i hovedsak på regions- og foretaksnivå.
- Dagens IKT-systemer er i stor grad knyttet opp mot regionenes systemporteføljer, men sykehusapotekforetakene har noen felles enkeltsystemer. Det er ulikt hvor langt regionene og de forskjellige forretningsområdene har kommet på å ta i bruk elektroniske hjelpemidler og roboter/automatisering.
- Dagens tette integrasjon og samarbeid med sykehusene, samt de respektive regionale helseforetak oppleves som godt og ansees som viktig.
- De fire foretaksadministrasjonene ivaretar, i stor grad, de samme funksjonene, men selve utførelsen og arbeidsmåten varierer noe.
- Det er ulik av produktivitet.
- Flere endringer har skjedd siden 2007. Endringene er knyttet til teknologi, tjenestene og metodene som tilbys og brukes, samt noen organisatoriske endringer knyttet til sentralisering av lagerfunksjoner og opprettelse av nasjonale utvalg og funksjoner.

#### Prosjektet har definert syv strategiske fokusområder for sykehusapotekene som er benyttet i evalueringen:

-  **Pasientsikkerhet og kvalitet:** *Bedre pasientsikkerhet, trygg legemiddelbruk og mindre uønsket variasjon ved økt bruk av farmasifaglig kompetanse og brukermedvirkning.*
-  **Beredskap og forsyning:** *Sikre en likeverdig produksjon- og forsyningsberedskap av legemidler, samt tilgang på farmasøytiske beredskap.*
-  **Forskning og innovasjon:** *Sikre utvikling av forskning og innovasjon.*
-  **Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø:** *Den mest attraktive arbeidsgiveren innen farmasi med en sterk faglig profil.*
-  **Etikk og ytre miljø:** *Etterleve etiske retningslinjer og bidra til miljø- og klimahensyn i hele verdikjeden.*
-  **Økonomi, analyse og effektivitet:** *Bidra til god sykehusøkonomi og lave legemiddelkostnader gjennom kostnadseffektive prosesser og god styringsinformasjon.*
-  **Teknologi:** *I front på utnyttelse av teknologiske løsninger som understøtter pasientsikkerhet og sikker legemiddelbruk.*

## Oppsummering og anbefaling (2/2)

**Skissert nasjonal modell innebærer sentraliserte støttefunksjoner, samt desentral områdeledelse** for å sikre nærhet til de lokale apotekene og sykehusene. Evalueringen av de strategiske fokusområdene og analyser av mulige gevinstområder viser:

- Et nasjonalt foretak vil føre til en effektivisering av forvaltningen. Dette gir mulighet for å takle en fremtidig vekst og økt utvikling innen flere områder med dagens antall årsverk, og dermed mer helse for pengene.
- Et nasjonalt foretak vil etablere standardiserte prosesser, felles opplæring og sikre økt kunnskapsdeling. Dette vil bidra til bedre pasientsikkerhet og mindre uønsket variasjon i tilbudet.
- Beredskap & forsyning og forskning & innovasjon er områder, hvor dagens organisering ikke underbygger et tilstrekkelig nasjonalt fokus. Det er, innen forskning og innovasjon, fragmenterte satsninger og små regionale miljøer som ikke gir en tilstrekkelig kritisk mengde.
- Innen teknologi vil et nasjonalt foretak sikre et felles løft innen investeringer, utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler.
- En nasjonalt organisering vil øke mulighetene rundt virksomhetsstyring, analyse og sammenligning på tvers. Dette vil bidra til økt effektivitet og bedre sykehusøkonomi.

Prosjektgruppen anser tidspunktet for etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak som riktig. Det er politiske signaler og føringer som trekker i retning av nasjonale modeller og økt samarbeid på tvers av helseregionene i Norge.

**En enstemmig prosjektgruppe anbefaler at et nasjonalt sykehusapotekforetak etableres, gitt at følgende forhold utredes i det videre arbeidet:**

- Den nasjonale modellen må sikre både effektive ledelseslinjer og en lokal tilhørighet. Den nære kobling mellom sykehusapotekene og sykehusene må videreføres.
- Det må tilrettelegges for IKT-løsningene som ivaretar samhandlingen med sykehusene innenfor de regionale systemene.
- Det må sikres økonomiske rammer som muliggjør en god omstilling, samt en finansieringsmodell som muliggjør ønskede satsninger og gevinstuttak.
- Utvalgte regionale løsninger, som satsning på klinisk farmasi og samarbeidsavtalen mellom Sykehusapotek Nord og UNN om drift av radiofarmakaproduksjon ved PET-senteret, må ivaretas i ny modell.
- Det må etterstrebes en effektiv omstillingsprosess, hvor de ansatte og organisasjonene ivaretas og involveres på en god måte.
- Det må gjøres en forankring og involvering av sykehusene i behandlingsprosessen og det videre arbeidet.
- Det må sikres nødvendig re- eller omorganisering av tillitsvalgtapparat, samt reforhandling av lovfestede tariffavtaler.

**Risikoanalysen viser** at det bør fokuseres på tiltak som reduserer risikoene relatert til roller og ansvar, kompleksitet innen IKT, beholde ansatte, sikre videreføring av sykehusapotekenes tette samarbeid med de sykehusene og de regionale helseforetakene.

Prosjektet har utarbeidet et første utkast til mandat for en eventuell etableringsfase. Mandatet må bearbeides videre ved beslutning om å etablere et nasjonalt foretak.



## Oppsummering av evalueringen pr fokusområde

Strategisk fokusområde	Dagens organisering	Nasjonalt sykehus- apotekforetak	Hovedbegrunnelse for vurderingene
<b>Pasientsikkerhet og kvalitet</b>			Sykehusapotekforetakene drives generelt godt i dag. Det er et høyt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet. En nasjonal organisering vil etablere standardiserte arbeidsprosesser, lik opplæring og øke bruken av beste praksis. Det vil bli en større tyngde bak nasjonale satsninger, som eksempelvis lukket legemiddelsøyfe og endose. Samlet sett vil dette bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet.
<b>Beredskap og forsyning</b>			Det er i dag i hovedsak etablert lokale og regionale tiltak knyttet til beredskap og forsyning. En nasjonal modell vil sikre et helhetlig nasjonalt fokus og oversikt.
<b>Forskning og innovasjon</b>			Det er, i dag, et tett samarbeid med sykehusene og universitetene på forskning, men de regionale miljøene er små. Det er vurdert at en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi og et samlet fokus vil medføre økt gjennomføringskraft og synlighet.
<b>Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø</b>			Sykehusapotekforetakene er en attraktiv arbeidsgiver i dag. Det er en fare for at en nasjonal organisering medfører at medarbeidere kan miste følelsen av tilhørighet og identitet. Det kan også gi nye muligheter ved å samle fagmiljøer.
<b>Etikk og ytre miljø</b>	(*)		Alle de foretakene er ISO-sertifisert. Sykehusapotekforetakene følger regionale etiske retningslinjer og opplever få etiske dilemmaer. Et nasjonalt foretak muliggjør økt fokus og påvirkningskraft i flere ledd av verdikjeden i fremtiden
<b>Økonomi, analyse og effektivitet</b>			Det er en god økonomiforvaltning i hvert foretak. Det er etablert nasjonale samarbeidsområder. En nasjonal organisering vil effektivisere støttefunksjoner. Dette gir mulighet for å takle en fremtidig vekst og økt utvikling innen flere områder med dagens antall årsverk, og dermed mer helse for pengene.
<b>Teknologi</b>			Et nasjonalt foretak vil sikre et felles løft innen investeringer, utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler.

(\*) Området er kun vurdert på et overordnet nivå siden etikk og miljø ikke var en del av den initiale nåsituasjonskartleggingen

## Grad av oppfyllelse:

= ingen grad  
 = liten grad  
 = noen grad  
 = stor grad  
 = full grad <sup>5</sup>

Sak 94/2016 - side 27 av 93

## Ved ulik regional grad av oppfyllelse:

Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad»



Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»

# Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
• Bakgrunn og prosjektorganisering	
• Leveranser	
• Fremdriftsplan	
• Prosjektmodell	
• Intervjuobjekter og prosjektaktiviteter	
• Datagrunnlag	
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

# Bakgrunn for arbeidet og prosjektorganiseringen

## Bakgrunn

- I oktober 2007 besluttet de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene å iverksette en utredning om etablering av et felles nasjonalt selskap av sykehusapotekene. Sluttrapporten fra dette arbeidet ble ferdigstilt i desember 2007.
- Konklusjonen fra prosjektet i 2007 oppsummerte med at et nasjonalt foretak synes å være et reelt løsningsalternativ. Evalueringen synliggjorde mulige gevinster innen flere av sykehusapotekenes kjerneområder.
- I 2007 ble det ikke konkludert på en omforent anbefaling med begrunnelsen at det var nødvendig med en strategisk avklaring av sykehusapotekenes rolle.
- I 2016 valgte de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene å ta opp arbeidet på nytt.
- I AD-møtet 13. april 2016 (sak 043-2016) ble det vedtatt at et felles sykehusapotekforetak skulle utredes av de fire regionale helseforetakene i fellesskap.
- Prosjektet har vært organisert med en styringsgruppe med representanter fra de fire regionene, samt konserntillitsvalgte, konsernverneombud og brukerrepresentant. Prosjektgruppen har bestått av representanter fra alle de fire sykehusapotekforetakene, hovedtillitsvalgte, hovedverneombud, brukerrepresentant og ekstern prosjektledelse.

## Prosjektorganisering



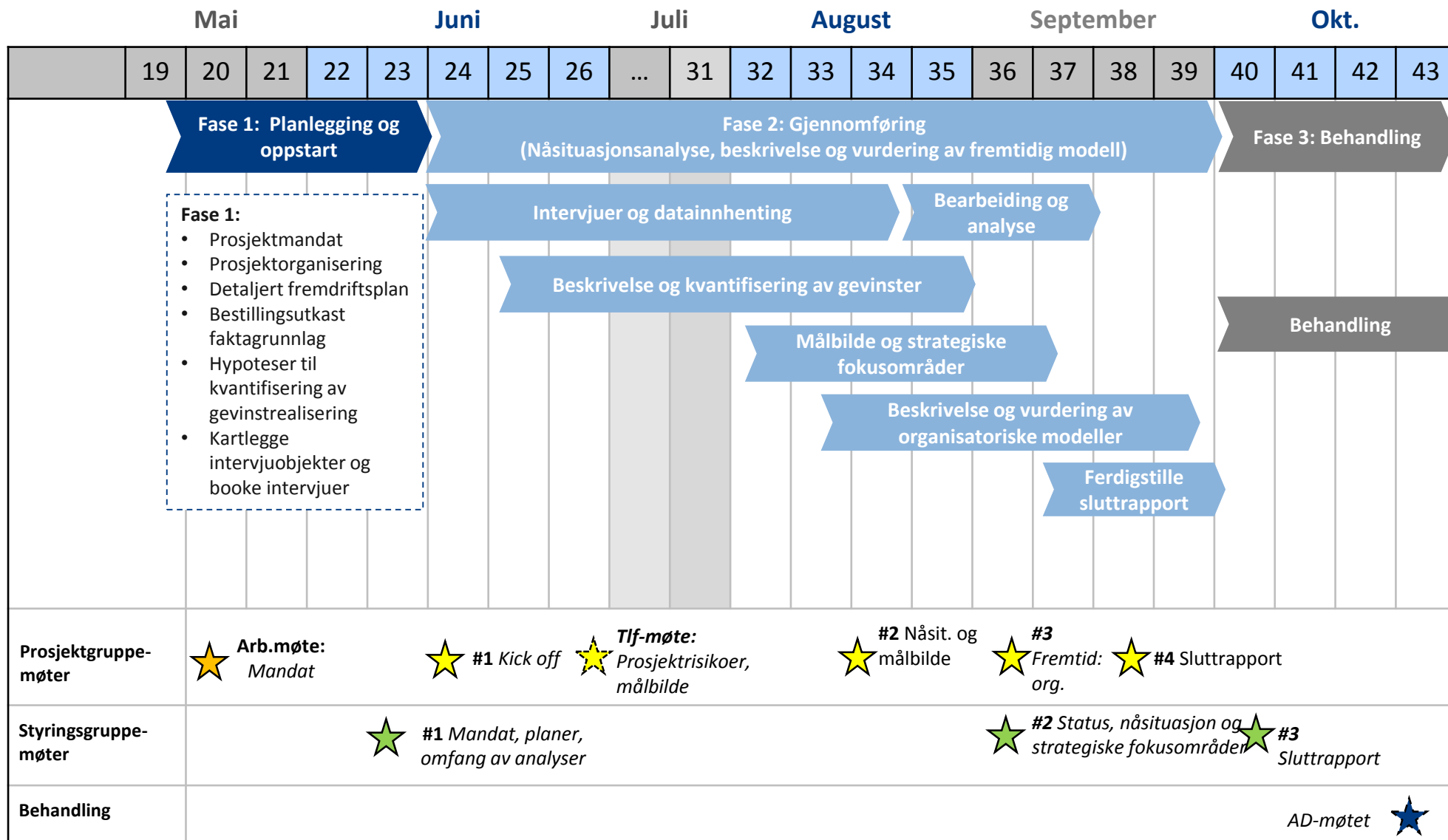
# Prosjektets overordnede målsetting har vært å utrede og vurdere etablering av et nasjonal sykehusapotekforetak

## Prosjektets leveranser (fra vedtatt mandat)

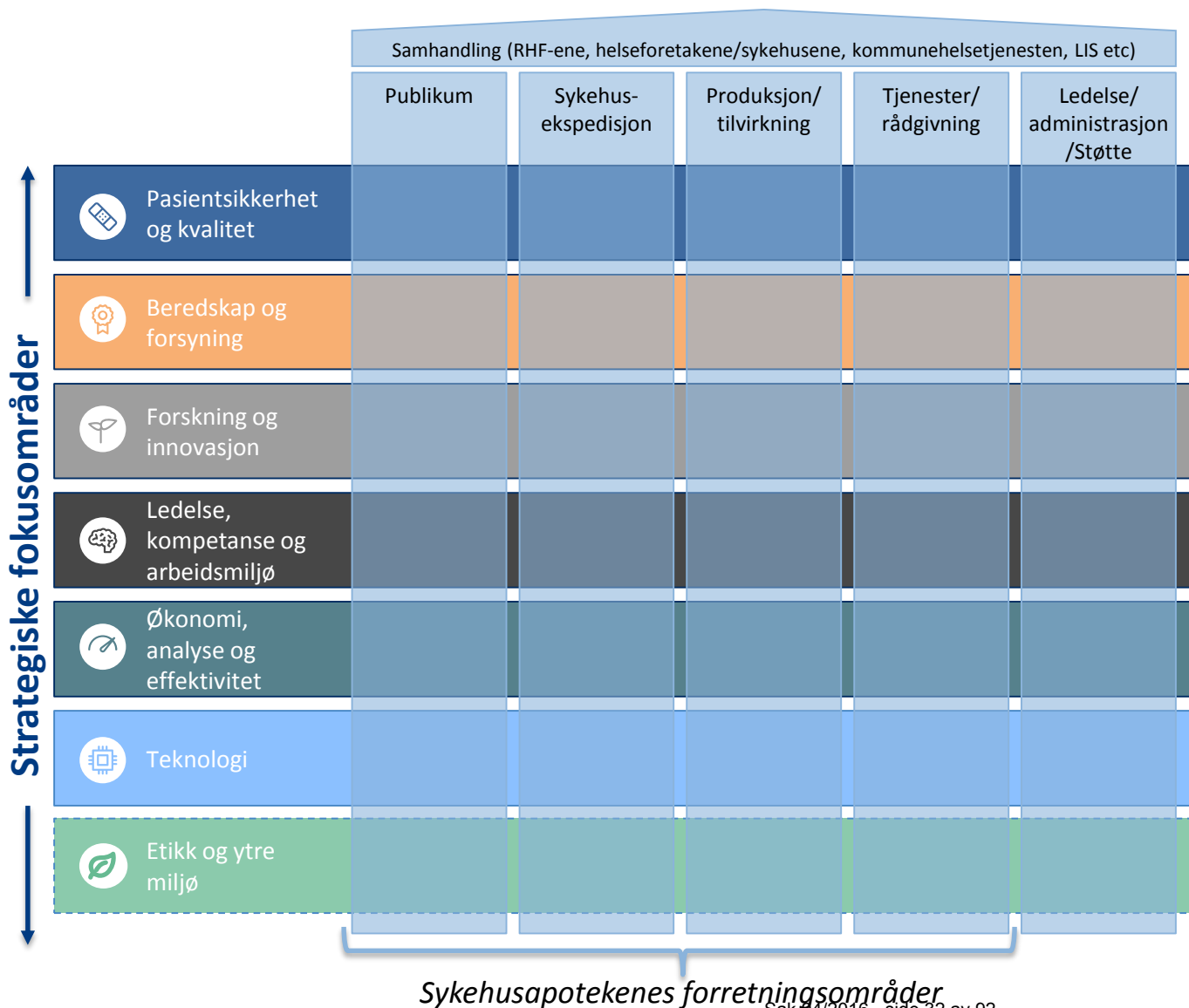
- Ta **utgangspunkt** i utredningen gjort i 2007 og beskrive endringene som har skjedd siden 2007.
- Definere et overordnet **målbilde** og **strategiske fokusområder** for sykehusapotekene.
- Overordnet beskrive pågående **nasjonale prosesser** og **føringer** som kan påvirke en fremtidig organisering av sykehusapotekene.
- Kartlegge og beskrive **dagens situasjon**, inkludert styringsmodeller, organisering, nøkkeltall og grensesnitt og samarbeid med de regionale helseforetakene, helseforetak og andre relevante samarbeidspartnere.
- Beskrive **alternativ organisering** av sykehusapotekene i Norge som et nasjonalt sykehusapotekforetak inkl. organisering og eierbrøk.
- **Evaluerer de to organisasjonsmodellene** (dagen organisering og nasjonalt sykehusapotekforetak) opp mot regionale og nasjonale føringer, målbilde, strategiske fokusområder og gevinster.
- Etablere **gevinstoversikt**, herunder kvantifisere hensiktsmessige gevinster, som viser hvilke gevinster som kan realiseres i dagens situasjon og ved etablering av et nasjonalt foretak.
- **Anbefale** fremtidig organisasjonsmodell med en tilhørende overordnet risikovurdering.
- Utarbeide **mandat** for planleggingsfasen i prosjektet.

Styringsgruppen gav i første styringsgruppemøte et sett med føringer for gjennomføringen av arbeidet. Se vedlegg 1.

# Prosjektet ble gjennomført i perioden fra mai til oktober 2016



# Prosjektet har benyttet en helhetlig modell til å beskrive dagens situasjon, et nasjonalt sykehusapotekforetak og gevinster



Sak 94/2016 - side 32 av 92

## Kommentarer til modellen:

- Modellene har utviklet seg gjennom prosjektperioden og har dermed ført til litt ulik oppbygning i nåsituasjonsanalysen og evalueringen.
- De strategiske fokusområdene står ikke i prioritert rekkefølge.

## Nåsituasjonsanalysen:

- De fire forretningsområdene beskrevet hver for seg, og har samme oppbygning: Generelt, pasientsikkerhet & kvalitet, kompetanse og økonomi & effektivitet.
- Ledelse, analyse og arbeidsmiljø er beskrevet i delen som omhandler foretaksadministrasjonen.
- Beredskap & forsyning, Forskning & innovasjon og Teknologi er beskrevet felles for alle forretningsområdene.
- Samarbeid/integrasjon er beskrevet for seg.
- Etikk og ytre miljø er ikke beskrevet som en del av nåsituasjonsanalysen, men er benyttet på et overordnet nivå i evalueringen av de to organisasjonsmodellene.

## Evalueringen av de to organisasjonsmodellene:

- De strategiske fokusområdene brukes som evalueringskriterier på tvers av forretningsområder og foretaksadministrasjon.
- Se beskrivelse av evalueringsmodell på s. 40-41.

# Det er gjennomført 20 intervjuer og en IKT-workshop. I tillegg er utvalgte nøkkeltall samlet inn

Navn	Enhet	Region	Stilling	Organisasjonsnivå
Berit Berntsen	Sjukhusapoteka Vest HF	Vest	HR-/organisasjonssjef	Hovedkontor
Lene Jakobsen	–	Vest	Sykehusapoteker	Sykehusapotek
Baard Christian Schem	Helse Vest RHF	Vest	Fagdirektør	RHF
Ola Rye	Sjukhusapoteka Vest HF	Vest	Kst. adm. direktør	Hovedkontor
Jimmy Tvedt Thomsen	Sjukhusapoteka Vest HF	Vest	IT-sjef	Hovedkontor
Åse Østrem	Sykehusapotek Ålesund	Midt-Norge	Sykehusapoteker	Sykehusapotek
Eva Kvål	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Midt-Norge	Fagdirektør	Hovedkontor
Turid V. Riset	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Midt-Norge	Adm. direktør	Hovedkontor
Jan Erik Thoresen	Helse Midt-Norge RHF	Midt-Norge	Eierdirektør	RHF
Hans Christian Alstad	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Midt-Norge	IKT-sjef	Hovedkontor
Espen Mælen Hauge	Sykehusapotek Nord HF	Nord	Adm. direktør	Hovedkontor
Margaret A. Antonsen	Sykehusapotek Nord HF	Nord	Fagsjef	Hovedkontor
Camilla Bjørnstad	–	Nord	Sykehusapoteker	Sykehusapotek
Rune Sundset	Helse Nord RHF	Nord	Direktør kvalitet & forskning	RHF
Stian Eilertsen	Sykehusapotek Nord HF	Nord	IT-leder	Hovedkontor
Tore Prestegard	Sykehusapotekene HF	Sør-Øst	Adm. direktør	Hovedkontor
Jan Rune Amundsen	Sykehusapotekene HF	Sør-Øst	Økonomidirektør	Hovedkontor
Malou Ørbek Nilsen	Sykehusapotekene HF	Sør-Øst	HR-direktør	Hovedkontor
Jalil Djahromi	Sykehusapotek Oslo	Sør-Øst	Sykehusapoteker	Sykehusapotek
Tore Robertsen	Helse Sør-Øst RHF	Sør-Øst	Eierdirektør	RHF
Jan Erik Augestad	Sykehusapotekene HF	Sør-Øst	IT-direktør	Hovedkontor
Rita R. Antonsen	Farmasiforbundet/YS	Alle	Foretakstillitsvalgt	
Susanne Pieper	NFF/SAN	Alle	Foretakstillitsvalgt	
Linda Baug Tjore		Alle	Foretaks-hovedverneombud	

## Prosjektet har gjennomført følgende aktiviteter i prosjektperioden:

- Gjennomført 4 fysiske heldagsmøter og 1 telefonmøte med prosjektgruppen
- Gjennomført 20 intervjuer med representanter fra ulike helseregioner, ulike organisatoriske nivåer og ulike stillinger.
- Feltbesøk/omvisning hos Sykehusapotekene i Oslo og Tromsø.
- Gjennomført IKT-workshop, hvor de fire IT-direktørene/IT-sjefene i Sykehusapotekforetakene deltok.
- Kartlagt faktainformasjon knyttet til organisasjon, økonomi samt aktivitetsinformasjon på utvalgte områder.
- Gjennomført et møte med administrerende direktør for Legemiddelinnkjøpsamarbeidet (LIS) i HINAS.

## Om datagrunnlaget for de kvantitative analysene

### Viktige punkter relatert til datagrunnlaget

#### Kilder:

- Datagrunnlaget er basert på Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS) og innrapporterte tall på omsetning og antall ansatte fra hver av regionene.
- Det er valgt å anonymisere virksomhetene på sykehusapotekapotek-nivå. Hovedformålet med analysene er å synliggjøre at det er en variasjon på tvers av regioner og sykehusapotek.

#### Svakheter i datagrunnlaget:

- SLS kan inneholde mangler/ulikheter som ikke avdekkes på et aggregert nivå.
- Dataene som ikke er hentet fra SLS er manuelt innrapportert. Det kan ha forekommet mangler/ulikheter i innrapporteringen.
- Regionene har ulike strukturer og delvis ulikt tjenestespekter.
  - Ulikheter mellom regionene kan medføre at nøkkeltall ikke er helt sammenlignbare.
  - Det er derfor utført noen korrigeringer på et overordnet nivå for å gjøre analyser på tvers av regionene mer sammenlignbare.
- Det gjøres oppmerksom på at regionenes ulik organisering og tjenestespekter har gjort det utfordrende å sammenligne på tvers. Variasjon som presenterer kan derfor skyldes naturlige forskjeller. Det vil derfor være noen svakheter i analysene og konklusjonene bør trekkes på overordnet nivå.



# Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

Prosjektet har utarbeidet;  
**Strategiske fokusområder for Sykehusapotekene 2017-2022**



**Innspill til overordnet målbilde \***

### Pasientsikkerhet og kvalitet



***Bedre pasientsikkerhet, trygg legemiddelbruk og mindre uønsket variasjon ved økt bruk av farmasifaglig kompetanse og brukermedvirkning***

- Hovedfokus: Standardiserte prosedyrer, fokus på helhetlig pasientforløp, samhandling på tvers av behandlingsnivå, brukermedvirkning i alle ledd og bruk av farmasifaglig kompetanse i tverrfaglige team

### Beredskap og forsyning



***Sikre en likeverdig produksjon- og forsyningsberedskap av legemidler, samt tilgang på farmasøytiske beredskap***

- Hovedfokus: Sikre sykehusenes legemiddelforsyning (produksjon og forsyningsikkerhet), produktutvalg tilpasset helseforetakene og apotekenes brukere

### Forskning og innovasjon



***Sikre utvikling av forskning og innovasjon***

- Hovedfokus: Egeninitiert forskning, attraktiv samarbeidspartner, fremtidsstenkende og innovativ

### Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø



***Den mest attraktive arbeidsgiveren innen farmasi med en sterk faglig profil***

- Hovedfokus: Godt og involverende arbeidsmiljø, kontinuerlig ledelsesutvikling, kultur for forbedringer, målrettet kompetanseutvikling, riktig kompetanse på rett sted og til riktig tid

### Etikk og ytre miljø



***Etterleve etiske retningslinjer og bidra til miljø- og klimahensyn i hele verdikjeden***

- Hovedfokus: Felles nasjonal strategi for samfunnsansvar, etablere nasjonale etiske retningslinjer, bidra til «grønne» sykehus og etisk handel

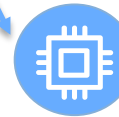
### Økonomi, analyse og effektivitet



***Bidra til god sykehusøkonomi og lave legemiddelkostnader gjennom kostnadseffektive prosesser og god styringsinformasjon***

- Hovedfokus: Effektive arbeidsprosesser, styringsinformasjon og analysekompetanse som dekker sykehusenes behov, og effektive innkjøpsprosesser

### Teknologi



***I front på utnyttelse av teknologiske løsninger som understøtter pasientsikkerhet og sikker legemiddelbruk***

- Hovedfokus: Økt digitalisering, automatisering og teknologisk understøttelse av arbeidsprosesser og økt samhandling på tvers av behandlingsnivåer og geografi

\* Endelig målbilde bør defineres gjennom en bredere strategisk prosess i et nasjonalt selskap, alt. et utvidet nasjonalt samarbeid

# Innholdsfortegnelse

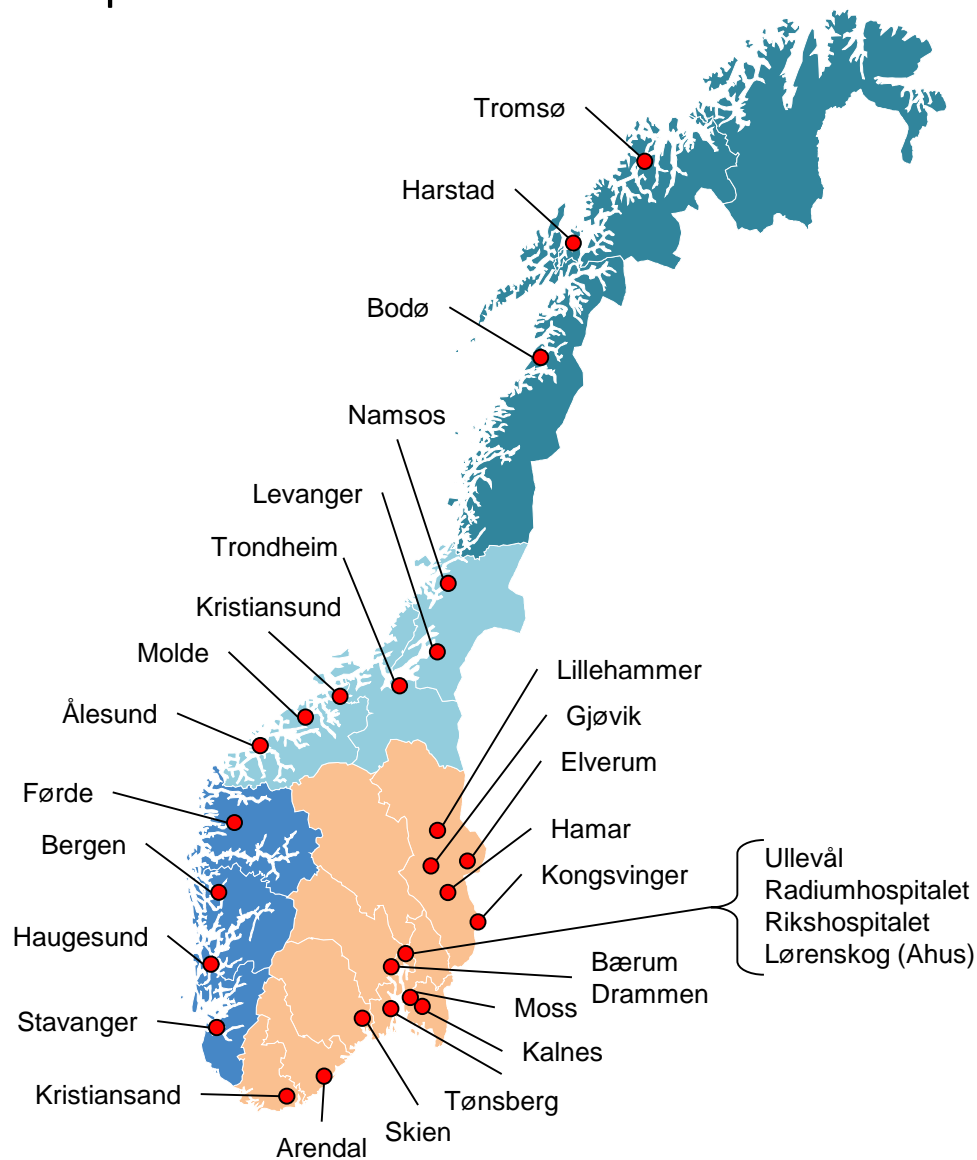
Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
• Hovedfunn	
• Kvalitativ beskrivelse	
• Kvantitativ beskrivelse	
• Endringer siden 2007	
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

# Sykehusapotekforetakene drives godt i dag og har utviklet seg i litt ulike retninger da de eies og drives regionalt

## Hovedfunn fra nåsituasjonsanalysen

- Det er i dag fire sykehusapotekforetak, en i hver helseregion, som til sammen eier 30 sykehusapotek, med en totalomsetning på 5 442MNOK i 2015 og 1 182 årsverk pr. juni 2016
  - De fire sykehusapotekforetakene varierer i størrelse, sett i antall årsverk og/eller omsetning. Det er varierende produktivitet.
- Sykehusapotekforetakene drives godt i dag. De er en viktig del av spesialisthelsetjenesten ved å sikre befolkningens og sykehusenes tilgang til legemidler og viktig farmasøytisk rådgivning.
- Sykehusapotekforetakene har, på et overordnet nivå, mange likhetstrekk. Men ettersom de eies og drives regionalt er det delvis betydelige ulikheter både organisatorisk, og på system og prosessnivå.
  - De fire sykehusapotekforetakene har hatt og har ulike strategiske fokusområder, noe som gjenspeiles i ulike satsningsområder, finansieringsmodeller, grad av kommersialisering i publikumsavdelingene og bemanning i foretaksadministrasjonene.
- Den nasjonale samhandlingen har, de siste årene, blitt forsterket gjennom flere samarbeidsfora hvor Sykehusapotekforetakene møtes.
- Det gjøres mye arbeid i hvert foretak, blant annet knyttet til fag og kvalitetsarbeid som opplæring, prosedyrer, som i liten grad deles regionene i mellom.
- Dagens beredskapsplaner- og tiltak er i hovedsak på regions- og foretaksnivå. Det etterspørres, i tillegg til de regionale planene, en mer nasjonal tilnærming og plan for legemiddelberedskap.
- Dagens IKT-systemer er i stor grad knyttet opp mot regionenes systemporteføljer, men sykehusapotekforetakene har noen felles enkeltsystemer. Det er ulikt hvor langt regionene og de forskjellige forretningsområdene har kommet på å ta i bruk elektroniske hjelpemidler og roboter/automatisering.
- Dagens tette integrasjonen og samarbeid med sykehusene og sine respektive RHF oppleves som godt og ansees som viktig.
- De fire foretaksadministrasjonene ivaretar i stor grad de samme funksjonene, men selve utførelse og arbeidsmåten varierer noe.
- Det har siden 2007 skjedd endringer knyttet til:
  - *Teknologi* ved økt bruk av teknologiske hjelpemidler og systemer.
  - *Tjenester og metode* ved satsning på nye tjenester som eksempelvis klinisk farmasi og innføring av IMM metodikk.
  - *Organisatoriske* endringer knyttet til blant annet sentralisering av lagerproduksjon, opprettelse av flere nasjonale utvalg (eksempelvis Publikumsutvalget) og funksjoner (eksempelvis Mangelsenteret og grossistadministrasjon), samt fokus på lønnsomhet i publikumsavdelingene grunnet ESA-saken.

# På landsbasis er det 30\* sykehusapotek fordelt på fire regioner som eies av de fire sykehusapotekforetakene

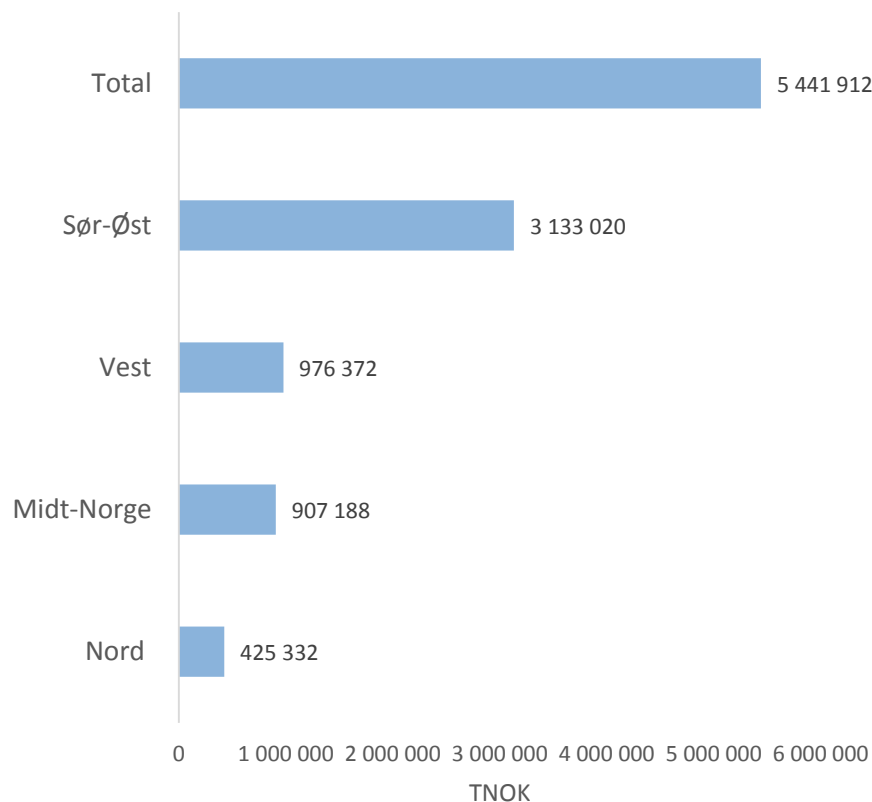


## Organisering av sykehusapotekene

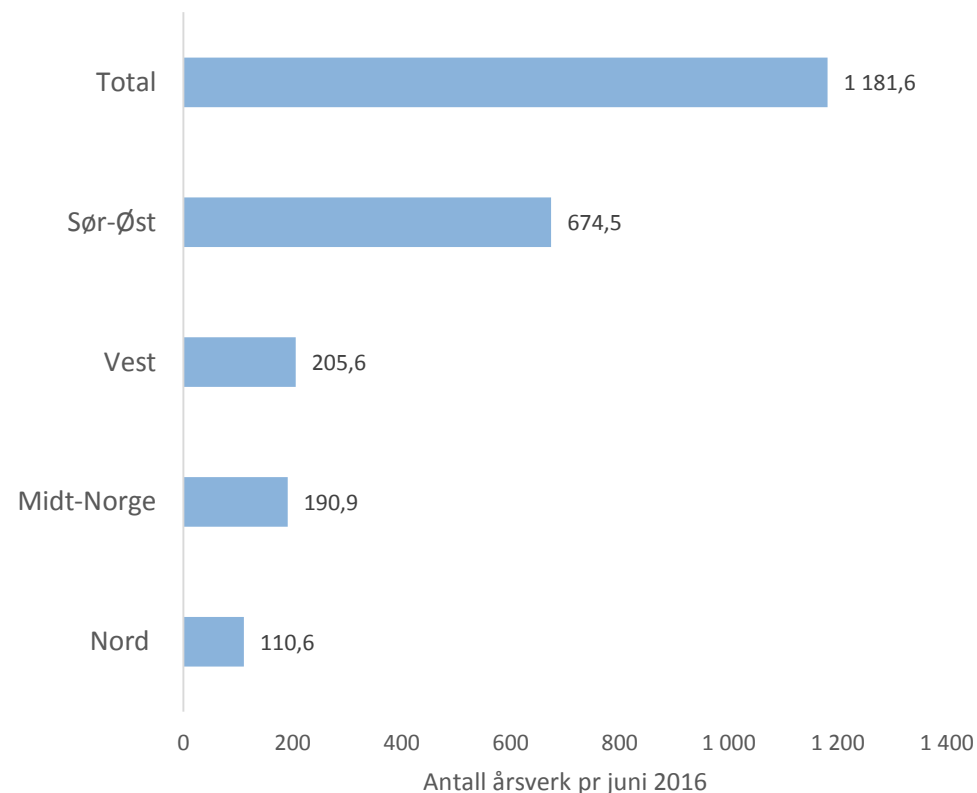
- **Sykehusapotek Nord HF** – statlig eid helseforetak under Helse Nord RHF, med sentraladministrasjon i Tromsø. Foretaket eier og styrer sykehusapotek i Tromsø, Bodø og Harstad, og samt enkelte mindre avdelinger ved sykehusene i Narvik, Lofoten, Vesterålen, Kirkenes, Mo, Sandnessjøen og Mosjøen.
- **Sykehusapotekene i Midt-Norge HF** – statlig eid helseforetak under Helse Midt-Norge RHF, med sentraladministrasjon i Trondheim. Foretaket eier og styrer seks sykehusapotek i henholdsvis Namsos, Levanger, Trondheim, Kristiansund, Molde og Ålesund.
- **Sykehusapoteka Vest HF** – statlig eid helseforetak under Helse Vest RHF, med sentraladministrasjon i Bergen. Foretaket eier og styrer sykehusapotekene i Bergen, Førde, Stavanger og Haugesund.
- **Sykehusapotekene HF** – statlig eid helseforetak under Helse Sør-Øst RHF, med sentraladministrasjon i Oslo. Foretaket eier og styrer 17 sykehusapotek.
- Organisasjonskart for hver sykehusapotekforetak ligger i vedlegg.
- Som vises på de to neste sidene varierer sykehusapotekforetakene i størrelse i omsetning og antall årsverk, både mellom regionene (totalt pr region) og mellom de lokale sykehusapotekene.

I 2015 hadde apotekforetakene totalt en omsetning på 5.441 MNOK og pt (juni 2016) til sammen 1182 årsverk

### Omsetning 2015



### Antall årsverk pr juni 2016\*

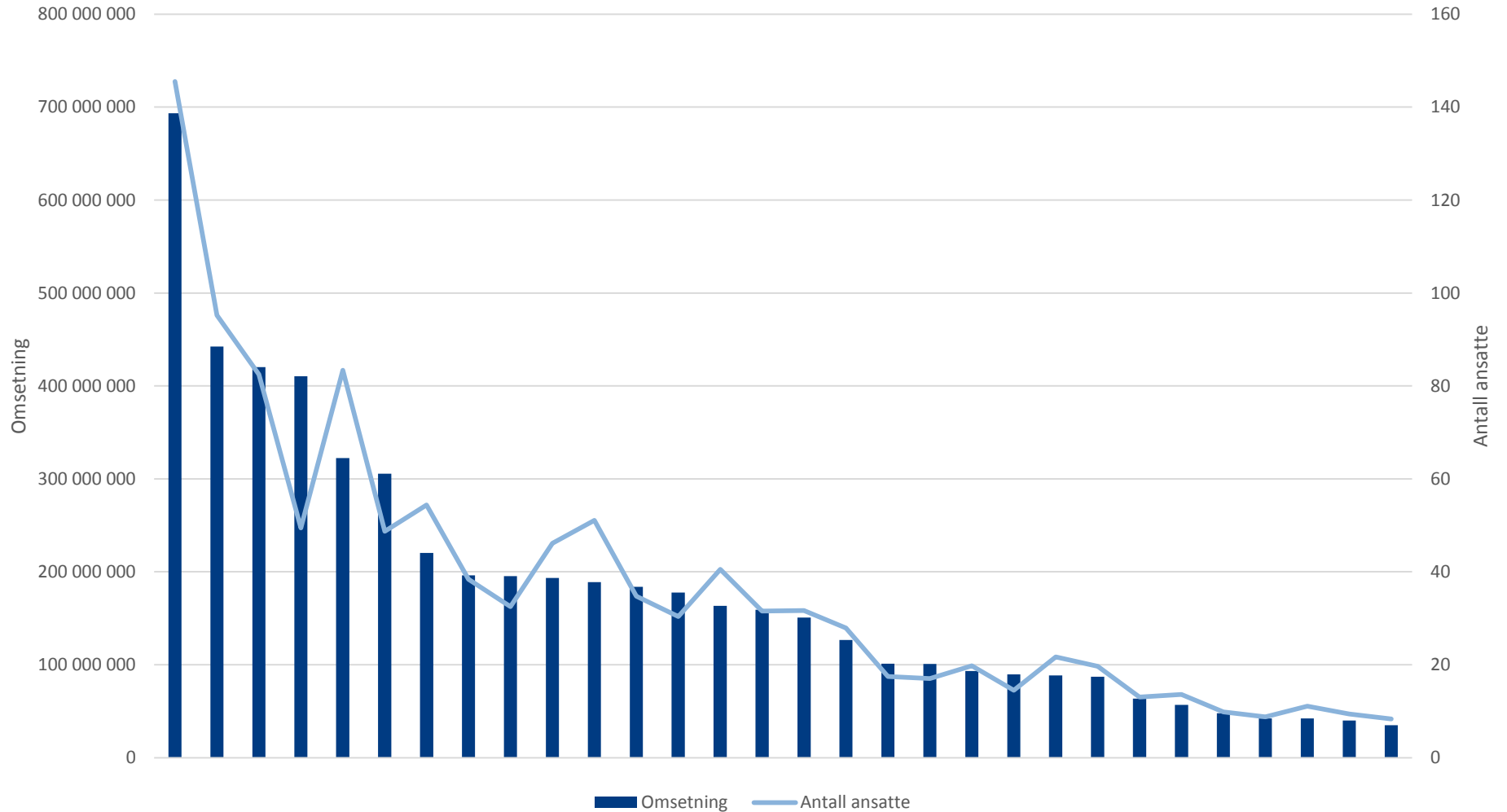


Sør-Øst: Inneholder nasjonale felles tjenester som SLS, GA, Forvaltning SA, Mangelsenter og Farmapro support + IT som er outsourcet hos de andre foretakene. Det er også ekskludert 0,35 prosjektstilling oppimot RHF. Midt: Ekskludert 1 prosjektstilling Vest: Ekskludert 4,6 prosjektstillinger og 0,6 tillitsvalgapparat

\*Antall årsverk 31.12.2015 og pr juni 2016 er tilnærmet lik.

Kilde: Innrapporterte tall fra økonomiavdelingene i foretakene

# Omsetning 2015 og årsverk pr juni 2016 per sykehusapotek



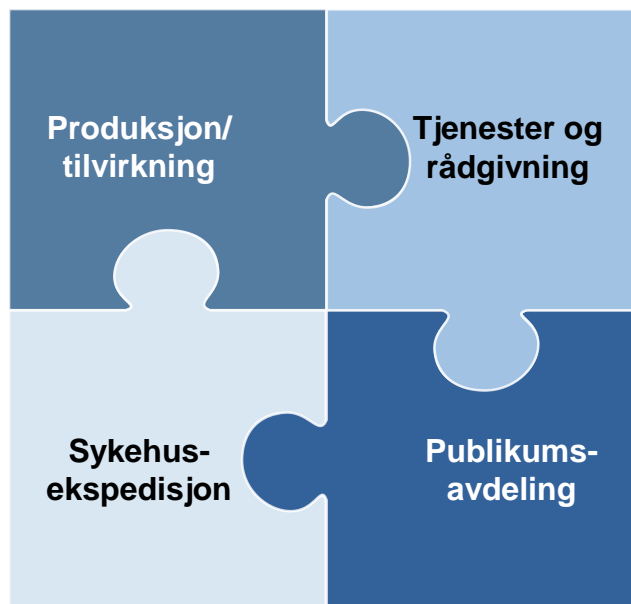
# Sykehusapotekene består av 4 forretningsområder som er ytterligere beskrevet på de neste sidene

## Produksjon/ tilvirkning

Sykehusapotekforetakenes produksjonsavdelinger tilvirker legemiddel, iht. apotekenes leveringsplikt, som ikke er tilgjengelig i markedet, eller som har kort holdbarhet. Produksjonsavdelingen produserer legemidler som leveres til sykehusene, publikumsutsalget og private sykehus. Det skilles mellom lagerproduksjon (steril/ikke steril) og annen pasientspesifikk produksjon.

## Sykehusekspedisjon

Sykehusekspedisjonen står for forsyning av legemidler og andre apotekvarer til sykehusene. Den sørger for at legemidler som trengs i behandling til enhver tid er tilgjengelig på sykehusene, samt rådgivning for bruk av legemiddele som selges til sykehuset. Sykehusekspedisjonen ivaretar også funksjoner som apotekstyrt legemiddellager, bidrag til legemiddelkomiteene på sykehus, bidrar i LIS\*-arbeid, samt leverer kompetansen til utviklingsprosjekter



## Tjenester og rådgivning

Det skilles mellom generell farmasøytisk rådgivning og klinisk farmasi. De kliniske farmasøytene inngår i tverrfaglige team på sykehusene for å sikre optimal legemiddelbehandling av den enkelte pasient. Tjenester og rådgivning inkluderer legemiddelgjennomgang, samstemming av legemiddellister, tilsynsvirksomhet, opplæring, samt leverer kompetanse til utviklingsprosjekter. Tjenester og rådgivning leveres i hovedsak til sykehusene, men også til en viss grad til kommunene.




## Publikumsavdeling

Publikumsavdelingen er et apotekutsalg som er åpent for alle kunder, pasienter og pårørende, og er lokalisert på sykehusene. Avdelingen gir informasjon og råd til publikum om deres legemidler slik at de er i stand til å mestre legemiddelbehandlingen. Avdelingen er en integrerte del av spesialisthelsetjenesten og pasientforløpet gjennom å sørge for at pasienter ikke får brudd i sin legemiddelbehandling når de forlater sykehuset.








## Det stor grad av ulike prosedyrer innen produksjon siden disse avhenger av produksjonslokalene. Området mangler elektroniske støttesystemer

Dagens situasjon	
<b>Generelt</b>	Alle sykehusapotekapotek, men unntak av noen få, har produksjonsavdelinger. Omfanget av legemiddelproduksjonen varierer fra sykehus til sykehus, men produktene som produseres er i stor grad like. Lagerproduksjon er sentralisert til to lokasjoner i Norge, Oslo og Bergen. Valg av organisering og plassering er basert på beredskapsbehov, holdbarhet og effektivitet. Utover produksjonen som leveres til sykehusene, produseres også legemidler som selges til reseptkunder, andre apotek, helseinstitusjoner og grossister i Norge. Produksjonen er en helt avgjørende del av behandlingen av inneliggende pasienter. Alle sykehus har behov for å utføre tilberedninger ute på post av preparater som må tilberedes umiddelbart før bruk, eller som på grunn av holdbarhet ikke kan bestilles bruksferdig fra apoteket.
 <b>Pasientsikkerhet og kvalitet</b>	All produksjon som utføres av sykehusapotekene skjer i henhold til europeisk GMP-regelverk, nasjonale lover og forskrifter. Lokale forhold gjør likevel at produksjon gjennomføres på ulik både mellom regionene, men også i en viss grad innad i regionene. Hoveddelen av prosesser og kontrollpunkter gjøres manuelt av teknikere eller farmasøyter. Det er i dag ulike kvalitetssystem innenfor hver av regionene, hvor detaljerte prosesser og prosedyrer i stor grad er skreddersydd til hvert produksjonssted. Dette skyldes delvis ulik tolkning av nasjonale standarder og behov for lokale løsninger. Pasientspesifikk produksjon spiller en sentral rolle i pasientbehandlingen på det enkelte sykehus. Mindre deler av produksjonen bestilles gjennom elektroniske bestillingssystemer, mens majoriteten bestilles fremdeles gjennom telefon/faks. Det er en oppfattelse av at det mangler elektroniske bestillings- og støttesystemer på dette området.
 <b>Ledelse*, kompetanse og arbeidsmiljø*</b>	Hver enkel region har egen opplæring for produksjon. F.eks. har de i Helse Sør-Øst er det utviklet et eget produksjonsakademi for apotekteknikere, som delvis benyttes av andre regioner ved ledig kapasitet. Det er i varierende grad av dokumenterte kompetanseplaner/kompetansekrav til ansatte. Arbeidet rundt opplæring er svært ressurs- og tidskrevende. Produksjonskompetanse er kritisk i farmasi-Norge i dag. Det ansees som viktig å opprettholde kompetansen både nasjonalt og lokalt.
 <b>Økonomi, analyse* og effektivitet</b>	Det er ulike finansieringsmodeller for produksjon, som f.eks. basisfinansiering i Vest. Produksjon gjennomføres til selvkost (dvs. skalafordeler mht. pris pr enhet). Lagerproduksjon har redusert omfang de siste årene. Kostnadsdekning opprettholdes gjennom prisøkninger. Det er ulike priser for legemidlene i hver av regionene grunnet forskjeller i prismodell og kostnadsstrukturer. Dagens organisering innenfor produksjon oppleves som effektiv, men allikevel påpekes det at en større samordning av flere typer produksjon kunne vært mer effektivt.






# Tjenester og rådgivning ansees som et lite, men strategisk viktig området for sykehusapotekforetakene

Dagens situasjon	
<b>Generelt</b>	Sykehusapotekforetakene i Norge tilbyr mange av de samme tjenestene til sykehus, og til en begrenset grad til kommuner, innen tjenester og rådgivning, f.eks. legemiddelgjennomganger, samstemming av legemiddellister, tilsynsvirksomhet og opplæring. Sykehusapotekforetakene driver med klinisk farmasi gjennom deltakelse i tverrfaglige team på sykehus. Det har blitt et større fokus på klinisk farmasi de siste årene. Dette ansees som et svært viktig satsningsområde for å bedre pasientsikkerheten. Tjenester og rådgivning foregår tett på de lokale sykehusene og etterspørselen etter disse tjenestene styres i stor grad av sykehusene. Det oppleves tidvis som krevende å bemanne etter etterspørselen siden den varierer (spesielt for sykehusapotekforetakene med en timesbasert prismodell).
 <b>Pasientsikkerhet og kvalitet</b>	IMM-metodikken** brukes i hele landet innen klinisk farmasi, men regionene utarbeider egne prosedyrer og opplæring basert på dette. De kliniske farmasøytene bruker både sykehusenes og sykehusapotekforetakenes kvalitetssystemer. Det er varierende samarbeid mellom sykehusapotekene innad og mellom regioner. Noen regioner anser at samarbeidet på dette området er godt. Klinisk farmasi og rådgivning ansees som en av de viktigste tiltakene for å sikre riktig legemiddelbruk og bedre pasientsikkerheten, men utfordringen ligger i å få sykehusene til å ta i bruk tjenesten.
 <b>Ledelse*, kompetanse og arbeidsmiljø*</b>	Det er utarbeidet en nasjonal kompetanseplan for kliniske farmasøytter, men regionene bygger i stor grad opp eget opplæringsopplegg, sender farmasøytter på etterutdanning på universitet (f.eks. hos UiT eller NTNU) eller kjøper opplæring hos andre sykehusapotekforetak. Miljøet innen tjenester og rådgivning ansees i dag som lite, men er i vekst og ansees som strategisk viktig for sykehusapotekforetakene.
 <b>Økonomi, analyse* og effektivitet</b>	Det benyttes i dag ulike prismodeller i regionene. Alle regionene har timesbasert prising av farmasøytisk rådgivning. Når det gjelder klinisk farmasi er det todelt: Midt-Norge og snart Nord har rammefinansiering fra RHF-et til å dekke et bestemt antall årsverk med kliniske farmasøytter, mens Vest og Sør-Øst har timesbasert prising. Midt-Norge og Nord har jobbet hardt for å få innført rammefinansiering av klinisk farmasi i sine regioner. Det er ulik oppfatning og erfaring ved de to finansieringsmodellene: Regionene som benytter rammefinansiering oppfatter at denne finansieringsformen er avgjørende for å få sykehusene til å bruke klinisk farmasi siden sykehusene kan velge bort farmasi ved behov for å kutte kostnader. Timesbasert prising oppfattes som en modell som gir bedre insentiver til utvikling av tjenester og kvalitet gjennom høyere krav fra «kunde». Det er mangel på IKT og andre kliniske støtteverktøy både for å kunne bedre pasientsikkerheten og øke effektiviteten.






## Det er et ulikt strategisk fokus mellom de 4 regionene på publikumsavdelingene som blant annet gjenspeiles i ulikt fokus på mersalg og salg av handelsvarer

Dagens situasjon	
<b>Generelt</b>	<p>Det finnes i dag 30 publikumsutsalgs i Norge (17 SØ, 4 V, 3 N og 6 MN). De privateide sykehusapotekene ved Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet er ikke eid av de fire RHF-ene. Apotekene selger alle etterspurte legemidler (inkl. apotekproduserte legemidler til kundegrupper med spesielle behov) og handelsvarer. Sortimentet som hvert apotek fører varierer fra apotek til apotek, avhengig av hva sykehuset og lokal administrasjon ønsker og behov. Publikumsavdelingen ble i 2014 pålagt krav til lønnsomhet (etter en kjennelse fra ESA). Pålegget har medført behov for separate regnskap, større fokus på handelsvarer og ombygging av flere apotek. Publikumsavdelingene har et utstrakt nasjonalt samarbeid gjennom et publikumsutvalg som er et strategisk samarbeid for å sikre omforent vei videre. Områder som diskuteres er varesortiment, kampanjer etc. Sykehusapotekene står likevel fritt til å velge eget sortiment. Det er forskjeller mellom regionene, ift. strategisk fokus og ønske om å drive med mersalg og salg andre apotekvarer enn legemidler (handelsvarer), i apotekene.</p>
 <b>Pasientsikkerhet og kvalitet</b>	<p>Prosedyrer blir i dag utviklet i hver av regionene og regionene bruker ulike kvalitetssystemer. Det er i samarbeid med grossist etablert felles tematiske fagkort til utdeling i apotekene. Felles internettside for alle sykehusapotek med temasider innen Helse og Velvære lanseres høsten 2016. Regionenes brukerutvalg gir innspill til utforming av publikumsavdelingene, brosjyremateriell og sortiment av apotekets handelsvarer.</p>
 <b>Ledelse*, kompetanse og arbeidsmiljø*</b>	<p>Regionene har i varierende grad egne kompetanseplaner, opplæring og lederutvikling innen publikumsavdelingene. Kompetanseutvikling og opplæring på nye legemidler skjer gjennom Apokus (i regi av Apotekforeningen), som er et nettbasert kompetanse og utviklingscenter. Apokus benyttes av alle apotek i hele Norge (også private apotek). Sykehusapotekene er representert i utvalg som videreutvikler tilbudet i Apokus.</p>
 <b>Økonomi, analyse* og effektivitet</b>	<p>Alle sykehusapotekforetakene har egne regnskaper og krav til lønnsomhet i publikumsavdelingen. I kjølvannet av ESA-saken har det bli gjennomført store endringer for å tilrettelegge for økt mersalg og lønnsomhet. Valg av sortiment, priser, profilering etc er opp til hvert enkelt foretak, men publikumsutvalget kommer opp med føringer/anbefalinger. Det er spesielt forskjeller innenfor pris og valg av sortiment for handelsvarer. Prisene for reseptbelagte legemidler følger apotekenes avansemodell** og er dermed likt i alle sykehusapotekene.</p> <p>Grossistadministrasjonen, som er en nasjonalt fellestjeneste lokalisert i Oslo, arbeider blant annet med å sikre at sykehusapotekene får lik innkjøpspris på legemidler, gjennom en felles avtale med grossist.</p> <p>Alle apotekene benytter bransjesystemene FarmaPro (til ordre, lager, faktura, innkjøp), men har ellers ulike støttesystemer. Enkelte apotek har plukkroboter som de anser har ført til bedre effektivitet (bla. gjennom mindre behov for manuell dobbeltkontroll og raskt plukk). Det gjøres lite sammenligning av apotekene på nasjonalt nivå, Sør-Øst ligger lengst fremme ved å ta i bruk SLS*** som styringsinformasjon til publikumsutvalgene. SLS er ikke tilstrekkelig implementert nasjonalt og det er ulik grad av kompetanse på SLS i regionene.</p>

Sak 94/2016 - side 45 av 92



# Legemiddelhåndtering i sykehusekspedisjon er i ulik grad automatisert. Det har blitt et økt behov for rådgivning i tillegg til ren legemiddelforsyning de siste årene

Dagens situasjon	
<b>Generelt</b>	Sykehusekspedisjonen forsyner alle landets sykehus, bortsett fra sykehusene i Finnmark, Helgeland og Tynset. Avdelingene har valgt ulike former for løsninger for å effektivisere logistikken rundt legemiddelforsyning til sykehusene. Flere av ekspedisjonene har valgt lagerroboter, mens andre har endose-maskiner eller andre løsninger og hjelpemidler. Ekspedisjonen leverer også rådgivning med produktene som selges til sykehuset. Flere av sykehusekspedisjonene tilbyr «Apotekstyrt legemiddellager» (ASL), hvor apoteket har totalansvaret for påfylling av legemidler på sykehuslagrene. Det nasjonale innkjøpssamarbeid (LIS**) utformer anbud og forhandler priser på vegne av sykehusene, men foretakene velger selv legemidler og inngår avtaler. Hvilke produkter som kjøpes inn avhenger av hva sykehusene (helseforetakene), gjennom sine legemiddelkomiteer (for de sykehusene som har det), ønsker. Dette gjør oppfølgingen krevende for sykehusapotekene og LIS-organisasjonen. Sykehusekspedisjonen ivaretar en viktig rolle i legemiddelberedskapene til sykehusene (beredskap beskrives ytterligere på side 25).
 <b>Pasientsikkerhet og kvalitet</b>	Prosedyrer er tett knyttet opp mot de tekniske løsningene som velges (både for bestilling og for plukk) og hvilke kvalitetssystem som benyttes, og varierer dermed både mellom og innad i regionene. Det har blitt et økt fokus på «lukket legemiddelslyfe» (LLS) de siste årene, noe som innebærer at hvert legemiddel skal være sporbart og koblet til den enkelte pasient. Det varierer hvor langt regionene har kommet med LLS. En del av LLS er bruk av endose. Endose-produksjon er i hovedsak sentralisert til sykehusapoteket i Skien, med unntak av Trondheim, Kalnes og Åhus som produserer egne. Kapasiteten ansees ikke som tilstrekkelig ved en eventuell overgang til endose på landsbasis. Gode tekniske løsninger og hjelpemidler (som plukkroboter og elektronisk bestilling) bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet.
 <b>Ledelse*, kompetanse og arbeidsmiljø*</b>	Det er varierende grad av kompetanseutviklingsplaner innenfor sykehusekspedisjon og opplæring er i stor grad knyttet til de tekniske løsningene og gjøres lokalt. Enkelte har egen opplæring knyttet til apotekstyrt legemiddellager. Sykehusekspedisjonen har merket et økt behov for farmasøytisk rådgivning til sykehusene og mer kompetansehevingsaktiviteter innen dette etterspørres da det i liten grad tilbys i dag.
 <b>Økonomi, analyse* og effektivitet</b>	Bestilling av legemidler fra sykehusene til ekspedisjonen er, i flere av regionene, i stor grad automatisert, men regionene har ulike systemer (TønSys og Delta). De elektroniske bestillingssystemene har bedret pasientsikkerheten og effektiviteten i regionene. Det er et høyt fokus på effektivitet innen logistikk. Sykehusapotekene opplever at LIS er til god hjelp for å forhandle priser, men at det allikevel brukes mye tid og ressurser for å håndtere LIS-legemidlene i hvert apotek. Det er ulike finansieringsmodeller og gevinstdelingsmodeller som brukes i regionene. Gevinstdelingsmodellene innebærer en fordeling mellom sykehusene og sykehusapotekforetakene av LIS-rabatten.



## Det etterspørres en mer nasjonal tilnærming og plan for legemiddelberedskap i tillegg til de regionale planene. Aktiviteten innen forskning og innovasjon er generelt lav

### Dagens situasjon



#### Beredskap og forsyning

Befolkningen og sykehusene må sikres tilgang til viktige legemidler både i normalsituasjoner, ved større ulykker, katastrofer og kriser, samt ved langvarig forsyningsvikt av enkelte legemidler. Legemiddelmangel og beredskap får et stadig større fokus. De regionale helseforetakene overtok fra 1. januar 2015 ansvaret for beredskapssikringen av legemidler som benyttes i spesialisthelsetjenesten. Sykehusapotekforetakene operasjonaliserer dette ansvaret og det oppleves at dette fungerer godt. Tett samhandling med sykehusene trekkes frem som spesielt viktig innen beredskap. I juni 2015 ble det laget en rapport om «Nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten» i regi av de fire regionale helseforetakene. Rapporten anbefalte flere tiltak. Disse er delvis implementert

En av tiltakene som er implementert er en nasjonal legemiddelovervåkningstjeneste (kalt Mangelsenteret) i Oslo som alle sykehusapotekene er koblet til og opplever at fungerer bra. Det jobbes med å etablere en regional legemiddelkomite i Nord, med informasjon fra Mangelsenteret, som blant annet vil ha beredskapsansvar. For beredskap av legemidler som må produseres fungerer det enkelte sykehusapotek som beredskapsenhet. I Nord er store geografiske avstander en utfordring da det kun er tre sykehusapotek med mulighet til produksjon. Både Legemiddelmeldingen og rapporten: Nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten understreker viktigheten av å opprettholde muligheter for produksjon innen landets grenser. Det meste av legemidler til bruk i spesialisthelsetjenesten er beredskapslagret på sykehusapotekene eller i det nasjonale beredskapslageret for legemidler til bruk i spesialisthelsetjenesten som ble overført fra Helsedirektoratet til RHF-ene 1. jan 2015. I praksis fungerer dette ved at sykehuset og sykehusapoteket avtaler hvilke legemidler sykehusapoteket øker sitt lager utover normal lagerstørrelse. Noen sykehus har i tillegg noe legemidler beredskapslagret i egne lagre. Det er det enkelte sykehus som har ansvaret for beredskap (også for legemidler). Sykehusapotekene har avtaler med de fleste sykehusene for å håndtere dette. Det finnes i dag ikke en helhetlig nasjonal helhetlig beredskapsplan for legemidler i spesialisthelsetjenesten. Dette etterspørres. Dagens beredskapstiltak og planer er i hovedsak på RHF og HF nivå.



#### Forskning og innovasjon

Aktiviteten innen forskning og innovasjon er varierende mellom regionene. Helseregionene har ulike forskningsstrategier som sykehusapotekforetakene i varierende grad er en del av. Det er lite forskning på eksempelvis produksjon, mer innen klinisk farmasi. Noen av sykehusapotekforetakene har tilknyttet seg PHD-studenter og masterstudenter, noen har såkalt D-stillinger og noen har forskningssamarbeid med Universitet. Administrering av forskning og innovasjon er tidkrevende og f.eks. Nord påpeker at det er vanskelig når de er så små, men belyser at de får midler til forskningsadministrasjon fra sitt RHF nå. De regionale helseforetakene har forskningsmidler som helseforetakene kan søke om, men det varierer hvor aktive sykehusapotekforetakene er på å søke om disse. I tillegg kan sykehusapotekforetakene søke forskningsmidler gjennom andre kanaler (eks. stiftelser og fond), men mottar midler i varierende grad. I Sør-Øst dekker sykehusapotekforetaket det meste av forskning og innovasjon selv.

Forskning foregår i stor grad i klinikkene og med pasienter som sykehusene er ansvarlig for. Sykehusapotekene er i disse forskningsprosjektene en bidragsyter og dermed avhengig av å ha gode relasjoner til det lokale sykehuset. I Midt gjøres det også forskningsprosjekter i samarbeid med Sintef. Aktiviteten innen innovasjon er generelt sett lav.

# Dagens IT-systemer er i stor grad knyttet opp mot regionenes systemportefølje



## Dagens situasjon

IT-strategi	IT-strategisk har foretakene utviklet seg ulikt ettersom hver region har ulike strategier og sykehusapotekene er sterkt integrert med resten av regionen. Dagens IT-struktur er tilpasset dagens organisering og det er lite strategisk nasjonal samkjøring på systemsiden. I dag driftes systemene i stor grad av de regionale IKT-selskapene, se oversikt side 28. Dagens driftig og systemportefølje ansees som sårbar i noen av regionene og tidvis avhengig av enkeltpersoner.				
Systemarkitektur	Systemporteføljen til sykehusapotekforetakene varierer i stor grad fra foretak til foretak. Dette skyldes i hovedsak at foretakene har valgt å gå for ulike løsninger og/eller at valg av løsning til en viss grad er tilpasset systemarkitektur i resten av regionene. Regionene står foran store investeringer i IKT på apoteksiden. Bransjesystemet FarmaPro er dagens OLF-system (Ordre, lager, faktura, innkjøp) som benyttes av alle apoteker i Norge, private og sykehusapotek. Systemet skal byttes ut i perioden 2019 - 2021, og det arbeides med å komme opp med alternativer. Det er to forskjellige bestillingssystemer, som brukes innenfor sykehusekspedisjon, som er utbredt i sykehusapotek Norge, Delta og Tønssys. Nord, Vest og deler av Sør-øst benytter Tønssys mens resterende del av Sør-øst og Midt-Norge benytter Delta. Som kurveløsning benytter Sør-øst og Nord (fra 2017) Metavision, Vest har Meona (mulig også for å håndtere bestilling av cytostatika) og Midt-Norge har pågående prosess rundt anskaffelse av elektronisk kurveløsning. Kurveløsningene er sykehusenes grensesnitt inn i mot systemporteføljen til sykehusapotekene. Det er i dag fire ulike ERP-løsninger, men det er pågående prosjekter i alle regioner for vurdering rundt valg av ERP-system ved bortfallet av funksjoner som p.t. finnes i FarmaPro. I den forbindelse vurderes også nasjonalt ERP-system for sykehusapotekene.				
Integrasjon med RHFet	Vest, Midt-Norge og Nord er sterkt integrert i det regionale foretaket gjennom driften av IT/IKT og er underlagt strategier og policyer som regionen har satt i forhold til IKT sikkerhet, prosjektportefølje og risikostyring. Sykehusapotekene Sør-øst har egne strategier, policyer og driftsorganisasjon, men er som de tre andre systemmessig integrert hvor det er direkte grensesnitt til sykehuset. Dette gjelder i hovedsak kurveløsninger og ERP.				
Nasjonale samarbeid	Nasjonalt IKT-forum for de fire sykehusapotekforetakene ble etablert våren 2016 med deltakere fra hver av regionene. Hensikt med forumet er å samordne og evt. samkjøre behov og tiltak på IT-siden. Det nasjonale prosjektet «Forprosjektet for systemstøtte for legemiddelkjeden og sykehusapotekene» gjennomføres for å sikre en omforent forståelse av dagens situasjon, fremtidig mål bilde for sykehusapotekene og områder for nasjonalt samarbeid. I det nasjonale prosjekter er det både representanter fra alle de fire sykehusapotekforetakene, HEMIT, Helse Vest IKT og Nasjonal IKT.				
Drift og utviklingskostnader		<b>Sør-øst</b> <b>IT Driftskostnader</b> 17 856 779 <b>IT Utviklingskostnader*</b> 7 886 437	<b>Vest</b> <b>IT Driftskostnader</b> 14 518 008 <b>IT Utviklingskostnader*</b> 2 000 000	<b>Midt-Norge</b> <b>IT Driftskostnader</b> 10 055 000 <b>IT Utviklingskostnader*</b> 1 000 000	<b>Nord</b> <b>IT Driftskostnader</b> 3 915 000 <b>IT Utviklingskostnader*</b> 0

\* Oppgitte utviklingskostnadene er basert på årets budsjetter og vil variere fra år til år avhengig av hva som er på planene innen IKT.



## Foretaksadministrasjonene ivaretar i stor grad de samme funksjonene, men selve utførelse og systemene er tett knyttet opp mot helseregionene

Dagens situasjon	
<b>Generelt</b>	<p>Foretaksadministrasjonene varierer i størrelse, oppbygning og inndeling av årsverk, samt grad av produktivitet som vist på de neste to sidene. Det er flere grunner til dette, noe som utypes mer på de neste sidene. Administrasjonene på foretaksnivå ivaretar i stor grad de samme funksjonene, men selve utførelse og arbeidsmåten varierer noe. Organisasjonskartene som viser foretaksadministrasjonenes oppbygning ligger i vedlegg 3). Tre av fire foretak har med alle apotekerne i ledergruppene og avstanden fra apotek til administrasjonen oppleves som veldig kort. Det ble gitt noen tilbakemeldingene på at regionenes administrasjoner oppleves som store, samt stilt spørsmål til faktisk verdi i ytterste ledd.</p> <p>De administrative støttesystemene er i stor grad knyttet opp mot den enkelte helseregion.</p>
<b>Økonomi og analyse</b>	<p>Sykehusapotekforetakene har alle egne økonomiavdelinger. Hvert enkelt foretak har utviklet egne rapporter som benyttes (Økonomirapporter, salgsrapporter, etc). I alle regioner er regnskapsføringen og lønn outsourcet. Nord, Midt-Norge og Vest kjøper regnskapstjenester internt i regionen, mens Sør-Øst kjøper tjenesten av en privat aktør. Vest og Sør-Øst har mer analysekapasitet som gir større muligheter innenfor strukturert styring og støtte til de lokale apotekene. Nord og Midt-Norge savner dette. Sør-Øst drifter to felles tjenester (som finansieres av alle de 4 Sykehusapotekforetakene): Grossistadministrasjonen og Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS). SLS benyttes av alle regionene, men i varierende grad da det er ulik grad av kompetanse på SLS i regionene. SLS oppleves som verdiskapende, men det påpekes at det er et potensiale som bør utnyttes i større grad enn det gjøres i dag.</p>
<b>Arbeidsmiljø</b>	<p>Alle foretak bortsett fra Nord har egen HR-direktør. De lokale apotekene håndterer i hovedsak personalsaker og rekruttering selv, men med bistand fra HR i foretaksadministrasjonen. I Nord håndteres personalsaker av apoteker eller administrerende direktør. Hver enkel region har egne systemer og opplegg rundt ledelsesutvikling, lederstøtte og rekruttering. F.eks. har Vest tilgang til stor HR-systemportefølje gjennom helse Vest. Flesteparten av apotekene opplever det som enkelt å ansatte kvalifisert arbeidskraft, men det kan være mer krevende i enkelte områder, spesielt i Nord. Det er tillitsvalgte både for farmasøyter og apoteketeknikere på det enkelte sykehusapotek og hovedtillitsvalgte på foretaksnivå. Disse arbeider for å sikre at medlemmene har trygge arbeidsforhold og ivareta deres faglige, økonomiske og sosiale interesser. Lønnsforhandlinger gjennomføres innenfor hver av foretakene. Dette oppleves som tidskrevende både for tillitsvalgte og ledelse. Alle sykehusapotekforetakene jobber systematisk med HMS og har verneombud både på det enkelte sykehusapotek og foretaksnivå. FHVO har og et godt samarbeid med KHVO i Helse Foretakene. Verneombudet ivaretar arbeidstakerens interesser i saker som angår arbeidsmiljøet, og er sentrale personer i forebyggende arbeid på arbeidsplassen. Arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter setter rammene for oppgavene til verneombudet. Sykehusapotekforetakene scorer generelt høyt på medarbeiderundersøkelser.</p>
<b>Fag og kvalitet</b>	<p>Fag og kvalitet er i stor grad beskrevet pr forretningsområde, s. 21-24. Fag og kvalitet håndteres både innenfor administrasjonen og på hvert enkelt apotek. Alle foretaksadministrasjonene har flere som jobber innen dette område, som vist i oversikten over årsverk i foretaksadministrasjonen på s. 28. Samarbeidet rundt prosedyrer og prosesser varierer fra forretningsområde til forretningsområde (er mer beskrevet pr forretningsområde). Sykehusapotekforetakene har i dag ulike kvalitetssystemer, noe som vanskeliggjør standardisering av arbeidsprosesser og prosedyrer på tvers av regionene. Regionene opplever dette som et område hvor det er knapt med ressurser og hvor det er et stort potensiale.</p>

## Utformingen av administrasjonen avhenger av regionens størrelse og organisering

Økonomiavdelingen varierer fra foretak til foretak. Sør-Øst har egen driftsavdeling for å støtte apotekene. Det er også 6,4 årsverk som jobber i fellestjenester for alle sykehusapotekforetakene. Tall på årsverk er pr. juni 2016

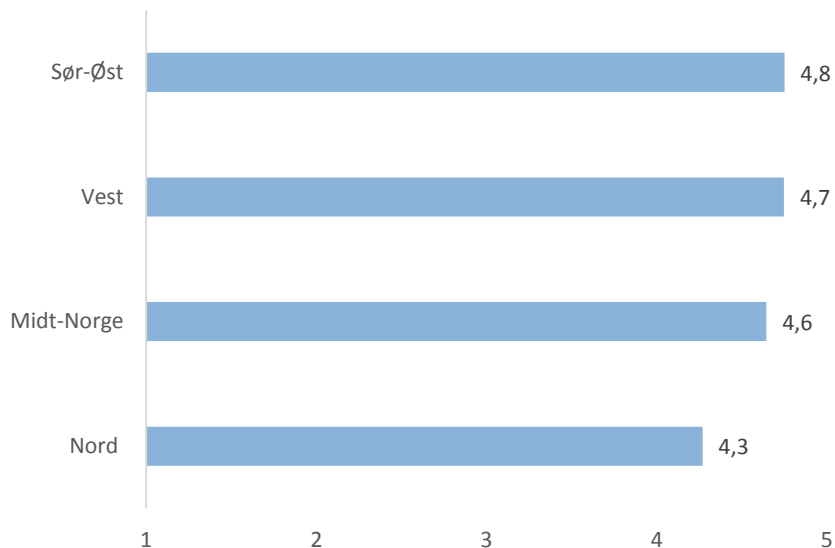
	Nord	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	
<b>Ledelse</b>	1	1	1	1	
<b>Økonomi</b>	1	9,9	4,5	2	Sør-Øst: Inkl. vareflyt og Farmapro service desk Vest: Inkl. innleid økonomisjef og kjedekontor (1,5)
<b>Regnskap</b>	UNN	Visma	Helse Vest	Helse Møre og Romsdal	
<b>Fag</b>	2	2,5	4,6	3	Vest: ikke inkludert 4,6 prosjektstillinger inn mot Helse Vest Midt: Ikke inkludert 1 prosjektstilling inn mot Helse Midt Sør-Øst: Ekskludert 0,35 stilling mot RHF
<b>Kvalitet</b>	0,6	2	1	1	
<b>HR</b>	0	4	3	2	Nord: HR håndteres av direktør, økonomisjef, apotekere og avdelingsledere
<b>IT/IKT</b>	1	8,2	1	2	
	Delvis internt og Delvis Helse Nord IKT	Driftes internt	Driftes av Helse Vest IKT	Driftes av HEMIT	Årsverk i de regionale IKT-selskapene er ikke inkludert i tallene
<b>Støtte/Annet</b>	0,7	0	0	0	Nord: 0,2 leder forskningsutvalg, 0,5 sekretærstøtte
<b>Kommunikasjonsrådgiver</b>	0	1	1	1	
<b>Apotekdrift</b>	0	6	0	0	Sør-Øst: Inkl. fagutviklere
<b>Fellestjenester for alle sykehusapotek</b>	0	6,4	0	0	Sør-Øst: Det er ikke alle fellestjenester som faktureres (Farmapro, økonomi og IT).
<b>Total</b>	<b>6,3</b>	<b>41</b>	<b>16,1</b>	<b>12</b>	

Valg av lokal apotekadministrasjon og støtte versus sentralisert administrasjon vil ha betydning for tallene over. Eksempelvis vil en administrasjon hvor en har bemannet opp sentralisert administrasjon for å støtte lokalapoteket fremstå som større og komme dårligere ut på produktivitetsberegningen på neste side, sammenlignet med en hvor de administrative stillingene tilhører lokalapoteket.



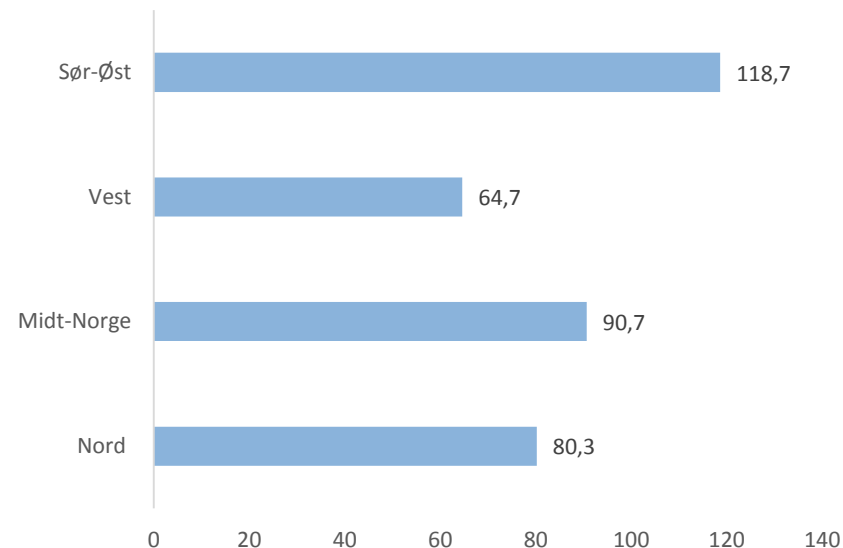
# Produktivitet på stabsnivå antyder stordriftsfordeler, mens på totalnivå er potensialet mindre

Omsetning/årsverk totalt\* (I MNOK)



Oppstillingen tyder på at foretakene er relativt like i forhold til driftsmodell og produktivitet på totalnivå

Omsetning/årsverk innen administrasjon\*\* (I MNOK)



Oppstillingen tyder på at det er skalafordeler på stabsnivå. Store foretak har høyere produktivitet. Variasjonen i produktivitet kan også skyldes andre forhold som:

- Plassering av administrativ støtte til lokalapotekene: Enten som en del av foretaksadministrasjonen eller som en del av lokalapoteket
- Lokale satsningsområder og prioriteringer som har medført ulik oppbygning av administrasjonen
- Geografiske ulikheter

\* Nord er justert for vesentlige endringer mellom 31.12.2015 og 1.6.2016

\*\*Ekskludert IT/IKT grunnet ulike modeller og felleseide funksjoner som driftes av Sør-Øst.

# Samarbeid mellom sykehusapotekforetakene og deres respektive RHF og sykehus er tett. Samarbeid med kommunene er begrenset av dagens lovverk

	Dagens situasjon
<b>Generelt</b>	Sykehusapotekforetakene opplever det som tidvis krevende at de har fire forskjellige eiere og fire forskjellige styrever ved at dette kan virke begrensende for et godt samarbeid og utvikling. Det påpekes allikevel at samarbeidet mellom hvert sykehusapotekforetak og sine respektive eiere og styrever oppleves som godt
<b>De regionale helseforetakene</b>	Sykehusapotekforetakene eies av RHF-ene og får oppdragsdokumentet fra dem. Oppdragsdokumentene utformes i stor grad i et tett samarbeid mellom RHF-et og sykehusapotekforetaket. Sykehusapotekforetakene styres i regionene som en del av en regional helhet. Sykehusapotekforetakene opplever at de har handlingsrom og ikke styres «for strengt». RHF-et og sykehusapotekforetakene anser samarbeidet som godt. Det er etablert flere fora i regi av RHF-et som Sykehusapotekforetakene deltar på (direktørmøter: fag, økonomi, IKT osv.). Sykehusapotekforetakene inkluderes som oftest i RHF-enes overordnede strategier og planer, men er i varierende grad beskrevet.
<b>Sykehus</b>	De lokale sykehusapotekene er sterkt integrert i sykehuset både på systemsiden, prosessmessig og fysisk. Eksempelvis jobber de kliniske farmasøytene ute på post, produksjonsavdelingen jobber tett med legene og sykepleierne på sykehusene med skreddersydde legemidler til enkeltpasienter og apotekstyrt legemiddellager utføres ute på post. Publikumsavdelingen er den avdelingen som oppleves lengst distansert fra sykehuset, men de samarbeider tett med sykehuset rundt valg av sortiment etc. Det tette samarbeidet mellom både lokalapotek og sykehusene, samt mellom foretaksledelsene og sykehusene anses som essensielt for en god drift av sykehusapotekene. Det er i dag etablert flere fora hvor sykehusapotekforetakene møter sykehusets ledere (f.eks. ulike direktørmøter). Den tette kontakten sykehusapotekene får med sine «kunder», sykehusene, gjennom disse foraene anses som svært viktig. I Vest sitter HF-ene i styret og dette oppleves som nyttig for samarbeidet.
<b>Kommunehelsetjenesten</b>	Det har vært en nedskalering av samarbeidet med kommunene og dette er i dag lite samarbeid. Anskaffelsesregelverket og Lov om helseforetak legger begrensninger for kjøp av tjenester fra sykehusapoteket siden sykehusapotekene ikke kan delta i anbudskonkurranser mot private tilbydere. Kommunene er bla. pålagt å gjøre legemiddelgjennomganger, men kan kun kjøpe denne tjenesten av sykehusapotekene hvis beløpet er innenfor grensen for direkte kjøp. Kommunene kjøper tjenester som kurs, opplæring, legemiddelgjennomganger og produserte legemidler (igjennom PUB) av sykehusapotekene, men da i en begrenset mengde. Regelverket oppleves som en stor hindring for et godt samarbeid med kommunehelsetjenesten og ansees ikke i tråd med samhandlingsreformen og «pasientens helsetjeneste».
<b>Sykehusapotekene</b>	Samarbeidet mellom de 4 sykehusapotekforetakene ansees som godt og har blitt forbedret på mange områder de siste årene (f.eks. gjennom Publikumsutvalget og ulike etablerte foraer hvor foretaksledelsene møtes). Det ble i 2015 gjennomført et eget prosjekt for å stramme opp samarbeidet mellom sykehusapotekene. Det er allikevel et potensiale for økt samarbeid og deling av beste praksis på tvers av regionene. Samarbeidet i hvert forretningsområde beskrives nærmere på s. 21 - 24)

Det har siden 2007 skjedd endringer både knyttet til teknologi, tjenester og metode, samt organisatoriske endringer i de fire sykehusapotekforetakene

## Større endringer siden 2007

### Teknologi:

- Økt bruk av teknologiske hjelpemidler for å effektivisere og øke kvaliteten på prosesser (f.eks. innføring av varelagerautomater, plukkroboter og produksjonsrobot).
- Bruk og forvaltning av systemene FarmaPro, TønSys, Cytodose, Delta og andre applikasjoner til f.eks. kvalitets- og virksomhetsstyring.
- Økt integrasjon av IKT-systemene innad i regionene

### Tjenester og metode:

- Økt utbredelse av ASL (apotekstyrt legemiddellager) i noen regioner.
- Økt fokus på pasientsikkerhet i helsetjenesten (klinisk farmasi).
- Innføring av Integrated Medicine Management (IMM) som verktøy ved levering av klinisk farmasi.
- Sterkt redusert aktivitet mot kommunehelsetjenesten grunnet konkurranseregler og at sykehusapotekene er mer spisset mot spesialisthelsetjenesten.

### Organisatoriske:

- Sentralisert nasjonal lagerproduksjon – Bergen og Oslo
- ESA-saken har medført et økt eierkrav til lønnsomhet (krav om bla. separate regnskaper) og profesjonalisering av tjenester og personale
- Økt samordning av driften innad i regionene, samt økt nasjonalt samarbeid gjennom ulike utvalg:
  - Publikumsutvalg
  - IKT-Utvalg
  - Vareflytutvalget
- Etablering av nasjonale funksjoner:
  - Opprettelse av grossistadministrasjon for forvaltning av grossistavtalen
  - Utvikling og bruk av Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS)
  - Mangelsenteret
- Overføringen av LIS (legemiddelinnkjøps samarbeidet) til HINAS og som virksomhetsoverdras til Sykehusinnkjøp HF i oktober 2016

# Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinnslandutvalget</li> <li>• Nasjonal helse- og sykehusplan</li> <li>• Legemiddelmelding</li> <li>• Oppdragsdokumenter</li> <li>• Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS)</li> </ul>	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

# Nasjonal helse- og sykehusplan trekker i retning av mer regionovergripende samordning for å styrke og forbedre tilbudet til pasienten

Nasjonale prosesser og føringer	Beskrivelse
<p><b>Kvinnsland-utvalget</b></p>  <p>KVINNSLAND-UTVALGET</p>	<p>Regjeringen oppnevnte i oktober 2015 et utvalg som skal utrede alternative modeller for hvordan statlig eierskap til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. Utvalget skal også <b>vurdere inndelingen i helseregioner og hvor mange helseforetak det bør være</b>, samt eierskap til og forvaltning av bygg. I regjeringsplattformen fremgår det at de regionale helseforetakene skal legges ned. Utvalget skal utarbeide risikoanalyser for implementering av modellene som bl.a. skal inkludere konkrete vurderinger av risiko knyttet til tilgang til/tap av kompetanse, redusert pasientbehandling, <b>effekt på pasientsikkerhet og beredskapsevne</b>, behov for tilpasning av IKT-systemer og annen kritisk infrastruktur, samt evne til å opprettholde kostnadskontroll. <i>Utvalget skal legge fram sin tilråding (NOU) innen 1. desember 2016.</i></p>
<p><b>Nasjonal helse og sykehusplan 2016 - 2019 (Meld. St. 11, 2015 – 2016)</b></p> 	<p>Regjeringen ønsker i større grad å vektlegge nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene. En av de to foreslåtte grepene er «mer regionovergripende samordning og organisering på utvalgte områder». Regjeringen vil, <b>gjennom nasjonal organisering, sikre standardisert og effektive oppgaveløsning av flere oppgaver i spesialisthelsetjenesten</b>. Målet med regionovergripende samordning og de felleseide selskapene er å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse. <i>Sykehusapotek er ikke konkret nevnt som aktuelt for nasjonalt foretak i helse og sykehusplanen.</i></p>
<p><b>Legemiddel-meldingen (Meld. St. 28, 2014 – 2015)</b></p> 	<p>Regjeringen ønsker gjennom legemiddelmeldingen og oppdatere sine mål slik at de blir mer i tråd med de generelle helsepolitiske målene og foreslår at den overordnede visjonen for legemiddelpolitikken er at den skal bidra til bedre folkehelse. Følgende mål foreslås:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sikre god kvalitet ved behandling med legemidler</b></li> <li>• <b>Legemidler skal ha lavest mulig pris</b></li> <li>• <b>Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler</b></li> <li>• <b>Legge til rette for forskning og innovasjon</b></li> </ul> <p>Med kvalitet trekker meldingen frem <b>god kvalitet i alle ledd</b>, fra utvikling av legemidler til bruk, samt tilrettelegging for <b>brukermedvirkning</b> slik at pasienten får best mulig effekt av behandlingen. Meldingen trekker også frem at utviklingen går i retning av at mer avansert pasientbehandling i større grad foregår i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og at dette krever økt kompetanse på legemiddelområdet, både på system- og pasientnivå, og kompetanse på tilberedning av legemidler.</p>
<p><b>Sykehusapotekforetakenes Oppdrags- og styringsdokumenter for 2016</b></p>	<p>Prosjektet har gjennomgått Sykehusapotekforetakenes oppdrags- og styringsdokumenter. Formålet med disse dokumentene er å delegere sørge for ansvaret i regionene og fokuset er dermed i stor grad på foretaksspesifikke oppgaver og lite på nasjonalt samarbeid. Prosjektet anser det dermed ikke som hensiktsmessig å inkludere detaljer fra disse inn i rapporten. Et styringsdokument for et nasjonalt foretak vil både ivareta et nasjonalt og regionalt fokus.</p>

# Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) vil fremover jobbe med å forbedre dagens organisering av legemiddelinnkjøp

## Sentrale momenter

### Dagens organisering av LIS

Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) er i dag en del HINAS, men vil virksomhetsoverdras til nyetablerte Sykehusinnkjøp den 26. oktober 2016. Formålet med LIS er å legge grunnlag for avtaler på kjøp og levering av legemidler og andre apotekvarer etter oppdrag fra helseforetakene og dermed redusere kostnader for disse produktene. LIS innhenter tilbud på legemidler som anvendes i helseforetakene. Det er etablert et LIS fagråd og 5 LIS spesialistgrupper. Fagrådets hovedoppgave er å gi administrasjonen råd knyttet til utlysning og vurdering av anbud og legemiddeløkonomi. Fagrådet består av representanter fra helseforetakene og sykehusapotek. Spesialistgruppene har som mandat å konkurransetsette legemidler innenfor den terapeutiske gruppen de representerer og utarbeider terapianbefalinger. De er sammensatt på ulike måter med blant annet representanter fra ulike helseforetak, legeföreningens spesialistforeninger, pasientorganisasjoner, sykepleiere og Statens legemiddelverk. En viktig del av operasjonaliseringen av LIS er LIS-kontaktene som er knutepunktet mellom helseforetakene og LIS sentralt. Det er en LIS-kontakt for hvert helseforetak, som i stor grad er representanter fra sykehusapotekene, som er ansvarlig for oppfølging av avtalene, tilrettelegger for valg av leverandører og samarbeider med ulike faggrupper internt i sine sykehus/foretak.

### Mulige endringer i LIS i tiden fremover

En intern arbeidsgruppe i HINAS ferdigstiller i slutten av september 2016 en rapport som tar utgangspunkt i det nasjonale standardiseringsarbeidet som har vært gjort innen kategorisering av innkjøp, NSSIL. Her er legemidler en egen kategori og rapporten beskriver forbedringsområder innen legemiddelinnkjøp. Det vil i kjølvannet av dette startes et forbedringsarbeid. Områder som ble diskuterte i møtet mellom LIS og prosjektet, og som LIS vil vurdere fremover var bla.:

- Organisering av anbudsprosessene
  - Optimalisering av LIS-kontaktene og deres arbeid
  - Fremtidig avtalepart mot leverandør (bør det være LIS eller helseforetakene slik som i dag)
- Mandater og utvelgelse av representanter til fagrådet og spesialistgruppene
- Det nedlagte LIS-styrets rolle ble reoppnevnt som referansegruppe for HINAS' direktør. Hvordan skal denne gruppen brukes i fremtiden?

### Legemiddelinnkjøp og et evt. nasjonal sykehusapotekforetak

LIS påpeker at det fortsatt vil være det enkelte helseforetak som er «kunden» og at etableringen av et nasjonalt sykehusapotekforetak i seg selv ikke vil endre på forholdet til legemiddelinnkjøpssamarbeidet i særlig grad. Noen fordeler ved et nasjonalt sykehusapotekforetak knyttet til legemiddelinnkjøp trekkes likevel frem:

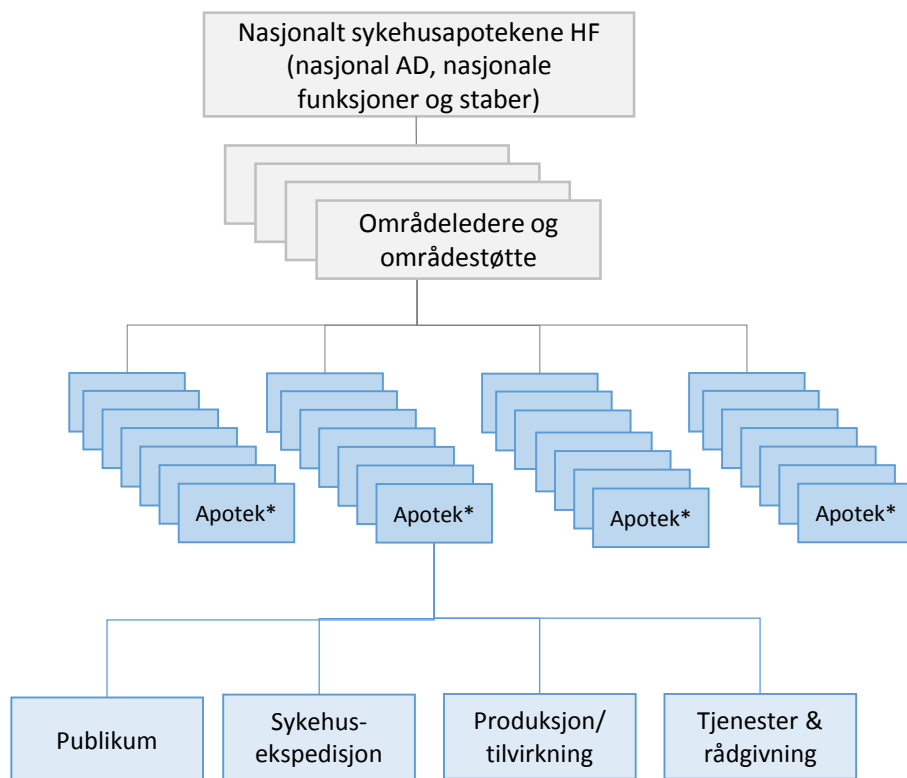
- Arbeidet sykehusapotekene gjør på området vil i større grad kunne effektiviseres og strømlinjeformes
- Ett hovedkontaktpunkt mellom LIS og sykehusapotekene
- Sykehusapotekene vil kunne få en sterkere stemme i problemstillinger knyttet til legemiddelinnkjøp
- Det kan stilles strengere krav mot leverandørene (i dag oppleves det at det stilles for få krav til leverandørene da ansvaret blir pulverisert mellom Mangelsenteret, LIS, sykehusapotekforetakene og øvrige helseforetak)

LIS anser det som viktig å involvere sykehusapotekene og LIS-kontaktene i større grad i fremtiden. Det foreslås at det opprettes en tett kontakt mellom LIS og et eventuelt etablert nasjonalt sykehusapotekforetak.

# Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
• Organisering	
• Funksjoner	
• Eierbrøk	
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

## Funksjonsskisse av nasjonalt sykehusapotekforetak (1/3)



\*Med tilhørende apoteker

### FORKLARING TIL OVERORDNET MODELL:

I en nasjonal modell vil sykehusapotekene være, som i dag, lokalisert på og i tett samarbeid med sykehusene. Som beskrevet i nåsituasjonsanalysen har apotekene følgende forretningsområder:

- Publikum
- Sykehusekspedisjon
- Produksjon/tilvirkning
- Tjenester & Rådgivning.

Ikke alle lokalapotek har alle forretningsområdene i dag. Dette har sammenheng med flere forhold. Eksempelvis har Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet en felles sykehusekspedisjon. Dette vil også være tilfellet i en nasjonal modell, avdelingsstrukturer tenkes uendret.

Prosjektet har kun vurdert funksjoner i et nasjonalt foretak, ikke geografi. Benevnelsen «områder», fremfor «regioner» er valgt for å fristille modellen fra dagens regionale inndeling.

Antall og omfang av områdeledere og områdestøtte vil utredes i neste fase.

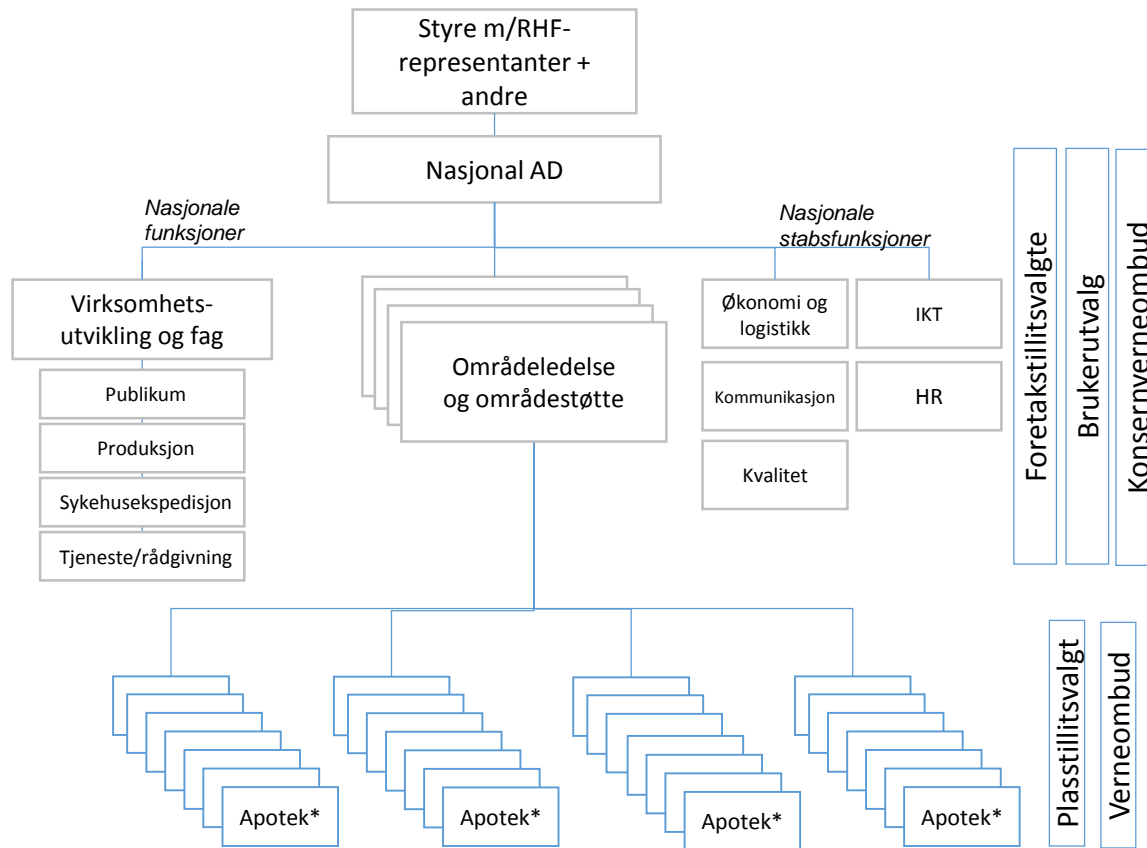
Apotekerne vil i modellen rapportere til områdelederne som rapporterer til administrerende direktør.

Dette prosjektet har gjort en vurdering av hvilke funksjoner i foretaksadministrasjonene som kan håndteres nasjonalt. Disse utdypes nærmere på de neste sidene.

Det er ulikheter mellom regionene ift hvilke støttefunksjoner som i dag utføres på apoteknivå. Det vil kartlegges og gås opp i neste fase.



## Funksjonsskisse av nasjonalt sykehusapotekforetak (2/3)



### FORKLARING TIL NASJONALT NIVÅ:

Organisasjonen er designet med nasjonale funksjoner:

- Virksomhetsutvikling og fag
- Områdeledelse
- Nasjonale stabsfunksjoner

Nasjonale funksjoner skal bidra med utvikling og støtte til lokalapotekene på de ulike sykehusene

Antall områder og inndeling av apotekene må tilpasses dagens og fremtidige strukturer i spesialhelsetjenesten i Norge.

I tillegg til områdeleder vil det etableres områdestøttefunksjoner. Behovet vil kartlegges og avklares i neste fase av prosjektet.

Tillitsvalgte og verneombud vil organiseres iht. det som er lovpålagt med representanter på alle nivå.

Brukerutvalget er et rådgivende organ for beslutningstakere: Styret, de ledende administrasjoner/avdelinger og deres ansatte.

\*Med tilhørende apoteker

## Funksjonsskisse av nasjonalt sykehusapotekforetak (3/3)

### Overordnet beskrivelse av hovedoppgaver

#### Nasjonal funksjoner:

Er ansvarlig for følgende strategiske oppgaver (ikke uttømmende):

- **Virksomhetsutvikling og Fag:** Strategiutvikling, forretningsstrategi, virksomhetsutvikling, forskning & innovasjon, legemiddelstatistikk (SLS), samt driftsstøtte til henholdsvis Publikum, Produksjon, Tjenester/Rådgivning og Sykehusekspedisjon avdelingene regionalt.
- **Økonomi og logistikk:** Mål og resultatstyring, rapportering, budsjettering, finansiering, risiko, data og analysestøtte til foretaket, kjedekontor, logistikk, økonomisk langtidsplan (ØLP)
- **Kommunikasjon:** Kommunikasjonsstrategi. Intern og ekstern kommunikasjon, bla. grafisk profil, informasjonsmateriell, nettside, media.
- **Kvalitet:** Kvalitetsstrategi, intern revisjoner, ISO-sertifisering, vedlikehold av kvalitetssystem, nasjonale prosedyrer, faglige oppdateringer.
- **IKT:** Ansvar, oppgaver og IKT-driftsmodell vil vurderes som en del av etableringsfasen.
- **HR:** Kompetanse- og ledelsesutvikling, personalhåndbøker, rekruttering, prestasjonsstyring, administrasjon av arbeidsforhold, endringsledelse, belønning og goder.
- **Områdeledelse og støtte:** Oppfølging og støtte til lokalapotekene i sitt respektive område. Behovet for støtte vil gås opp som en del av neste fase i prosjektet.

#### Eierbrøk-modell

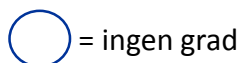
Det er to eierbrøkmodeller som tidligere er benyttet på nasjonale helseforetak. En modell tar for seg en 25/25/25/25 fordeling hvor hvert av RHFene har like posisjoner. Den andre modellen har en 20/20/20/40 fordeling hvor Helse Sør-Øst eier 40% og de resterende tre eier 20%. Prosjektet har ikke mandat til å velge/anbefale eier-modell.

# Innholdsfortegnelse

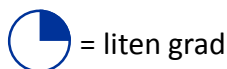
Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
• Evalueringsmodell	
• Evaluering av dagens modell	
• Evaluering av nasjonal organisering	
• Kvantifisering av gevinster	
• Oppsummering av evaluering	
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63

## Forklaring av evalueringsmodell (1/2)

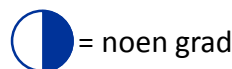
- **Valg av tilnærming:** Prosjektet har utarbeidet en evalueringsmodell basert på tidligere vurderinger av andre nasjonale selskaper og tjenester.
- **Omfang:** Iht. mandatet er det to organisasjonsmodeller som evalueres:
  1. Dagens organisering
  2. Nasjonalt sykehusapotekforetak
- **Områder:** Det vurderes i hvor stor grad de to modellene oppfyller de strategiske fokusområdene som er beskrevet på side 14:
  1. Pasientsikkerhet og kvalitet
  2. Beredskap og fornying
  3. Forskning og innovasjon
  4. Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø
  5. Etikk og ytre miljø
  6. Økonomi, analyse og effektivitet
  7. Teknologi
- **Grad av oppfyllelse:** Det benyttes «Harvey balls» for å illustrere i hvor stor grad prosjektet opplever at modellen bidrar til å realisere det aktuelle strategiske fokusområdet.



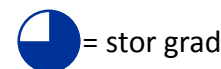
= ingen grad



= liten grad



= noen grad



= stor grad



= full grad

- **Illustrasjon av ulik grad av oppfyllelse:** Det er regionale forskjeller. Grad av oppfyllelse er derfor nyansert for å gi et mest mulig nyansert og korrekt bilde.

Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad» →



← Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»



## Forklaring av evalueringsmodell (2/2)

### Øvrige kommentarer til evalueringsmodellen:






- Styringsgruppen påpekte i sitt første møtet at «gevinster relatert til pasientsikkerheten og kvalitet er helt avgjørende. Deretter må det vurderes om tjenesten er konkurransedyktig».
- Det nasjonale sykehuseapotekforetaket sin geografiske lokalisering er ikke tatt med i vurderingen.
- Ettersom det er organiseringen som skal vurderes er alle vurderinger rundt grad av oppfyllelse uavhengig av dagens rammevilkår.
- Gevinster og utfordringer innen hvert strategisk fokusområde er beskrevet og hentet fra:
  - Gjennomførte intervjuer
  - Prosjektgruppen
  - Kvantitative analyser
- Kostnader knyttet til selve etableringen av en ny organisasjonsmodell er ikke omfattet av mandatet til denne utredningen. Det henvises til risikovurderingen, side 61 og risikovurderingen i mandatet for neste fase (se vedlegg).
- Oppsummering og anbefaling av organisasjonsmodell er basert på diskusjon i prosjektgruppen og gjennomførte evaluering.

# Evaluering av dagens modell

## Evaluering av dagens organisering (1/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Fordeler med dagens modell	Utfordringsbilde i dagens modell
<b>Pasientsikkerhet og kvalitet</b> Bedre pasientsikkerhet, trygg legemiddelbruk og mindre uønsket variasjon ved økt bruk av farmasifaglig kompetanse og brukermedvirkning		<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehusapotekforetakene drives generelt godt i dag. Det er høyt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet.</li> <li>Stor grad av detaljerte prosedyrer og kontrollpunkter for å bidra til pasientsikkerhet.</li> <li>Tett samarbeid med de lokale sykehusene som bidrar til skreddersydde tjenester av høy kvalitet.</li> <li>Etablert større samhandling mellom sykehusapotekene de siste årene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liten grad av standardiserte prosedyrer, opplæring og bruk av beste praksis på tvers av regionene.</li> <li>Stor grad av manuelt arbeid og kontrollpunkter, spesielt innen produksjon, er utfordrende for pasientsikkerheten.</li> <li>Hver region, og til en viss grad hvert apotek, bruker mye ressurser på å utvikle og forvalte egne prosedyrer.</li> <li>Manglende kapasitet til å videreutvikle tjenestene videre.</li> </ul>
<b>Beredskap og forsyning</b> Sikre en likeverdig produksjon- og forsyningsberedskap av legemidler, samt tilgang på farmasøytiske beredskap		<ul style="list-style-type: none"> <li>Nasjonal legemiddelovervåkingstjeneste (kalt Mangelsenteret).</li> <li>Egne beredskapslager på sykehus og apotekene, samt et på nasjonalt nivå for spesialisthelsetjenesten.</li> <li>Etablert grossistsamarbeid bidrar til tryggere legemiddelleveranser.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manglende nasjonalt fokus og helhetlig nasjonal beredskapsplan for legemidler i spesialisthelsetjenesten.</li> <li>Tidvis uoversiktlig totaloversikt over beredskapen.</li> </ul>

## Grad av oppfyllelse:

 = ingen grad
  = liten grad
  = noen grad
  = stor grad
  = full grad

Sak 94/2016 - side 65 av 93





## Ved ulik regional grad av oppfyllelse:

Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad»








Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»

## Evaluering av dagens organisering (2/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Fordeler med dagens modell	Utfordringsbilde i dagens modell
<p> <b>Forskning og innovasjon</b> Sikre utvikling av forskning og innovasjon</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tett samarbeid med sykehusene og universitetene på forskning.</li> <li>• En del av forskningsmidler søkes gjennom RHF-ene. Dagens organisering gjør dette enklere.</li> <li>• Kan søke forskningsmidler gjennom andre kanaler (eks. stiftelser og fond), men mottar midler i varierende grad.</li> <li>• Kort vei fra idé/lokale initiativ til regional ledelse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulike forskningsstrategier og fokus i regionene.</li> <li>• Tidvis liten aktivitet og synlighet innen forskning.</li> <li>• Under kritisk størrelse for å kunne fremstå som et tydelig forskningsmiljø.</li> <li>• Liten kapasitet til forskningsadministrasjon (f.eks. søknader, samarbeid med universiteter osv.).</li> <li>• Varierende kapasitet til å drive med innovasjon, noe som har resultert i lav aktivitet.</li> </ul>
<p> <b>Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø</b> Den mest attraktive arbeidsgiveren innen farmasi med en sterk faglig profil</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehusapotekene har, generelt, utstrakt bruk av opplæring innen alle forretningsområder, samt bruk av lederutviklingsprogrammer.</li> <li>• Enkelte akademier/opplæringstiltak benyttes på tvers av regionene.</li> <li>• Kort avstand mellom HR-enheten og lokale apotek i personalsaker.</li> <li>• Forståelse av kultur og regionale forskjeller.</li> <li>• Høy score på medarbeiderundersøkelser.</li> <li>• God påvirkningskraft fra arbeidstaker til arbeidsgiver.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mye ressurskrevende arbeid i hver region knyttet til opplæring og kompetanse som i liten grad deles mellom regioner.</li> <li>• Parallelt arbeid relatert til lønnsforhandlinger gjennomføres i fire regioner.</li> </ul>

## Grad av oppfyllelse:

 = ingen grad  
  = liten grad  
  = noen grad  
  = stor grad  
  = full grad

Sak 94/2016 - side 66 av 93

## Ved ulik regional grad av oppfyllelse:





Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad»








Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»



## Evaluering av dagens organisering (3/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Fordeler med dagens modell	Utfordringsbilde i dagens modell
<p> <b>Etikk og ytre miljø</b> Etterleve etiske retningslinjer og bidra til miljø- og klimahensyn i hele verdikjeden</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle fire regionene er ISO-sertifisert.</li> <li>• Sykehusapotekforetakene følger regionale etiske retningslinjer.</li> <li>• Regionene opplever få etiske dilemmaer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tid og ressurskrevende med ISO-sertifisering.</li> </ul>
<p> <b>Økonomi, analyse og effektivitet</b> Bidra til god sykehusøkonomi og lave legemiddelkostnader gjennom kostnadseffektive prosesser og god styringsinformasjon</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• God økonomiforvaltning i hvert foretak.</li> <li>• Nasjonale samarbeidsområder, grossistadministrasjon (avtaler mot grossist) og SLS (legemiddelstatistikk), fungerer godt, men har rom for effektivisering og bedre utnyttelse.</li> <li>• Økt fokus på lønnsomhet i publikumsavdelingen gjennom ESA-saken.</li> <li>• Jobber med effektivisering innenfor hver av regionene for alle forretningsområder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overlappende funksjoner i de fire foretaksadministrasjonene og en grad av dobbeltarbeid og ineffektivt.</li> <li>• På tross av samarbeidsarenaer som bla. grossistadministrasjon, Publikumsutvalg og SLS brukes det mye ressurser i hver region på dette. Samarbeidsforaene er kun veiledende ikke førende.</li> <li>• Varierende grad av kapasitet til å drive med analyse og virksomhetsstyring/utvikling, både til egen virksomhet og som tjeneste til sykehusene og resten av helse-Norge.</li> <li>• Lite harmoniserte prismodeller gjør det vanskelig å sammenligne priser på tvers av regionen.</li> </ul>

### Grad av oppfyllelse:

 = ingen grad  
  = liten grad  
  = noen grad  
  = stor grad  
  = full grad <sup>45</sup>

Sak 94/2016 - side 67 av 93



### Ved ulik regional grad av oppfyllelse:

Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad»








Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»

## Evaluering av dagens organisering (4/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Fordeler med dagens modell	Utfordringsbilde i dagens modell
<p> <b>Teknologi</b></p> <p>I front på utnyttelse av teknologiske løsninger som understøtter pasientsikkerhet og sikker legemiddelbruk</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Regional IKT-forvaltning med lav risiko.</li> <li>IKT-forvaltningen skjer i en avstemt portefølje oppimot sykehusene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flere av dagens IKT-systemer er ikke optimale, ei heller tilpasset sykehusapotekenes virksomhet.</li> <li>Stedvis langt bak på elektroniske hjelpemidler innen produksjon.</li> <li>IKT-systemene er i stor grad knyttet opp mot regionenes systemporteføljer. Dette vanskeliggjør mulighet for benchmarking og analyser på tvers av regioner da output er noe ulik.</li> <li>IT-systemene driftes og utvikles i dag i hver av regionen, noe som er ressurskrevende.</li> </ul>

### Grad av oppfyllelse:

 = ingen grad  
  = liten grad  
  = noen grad  
  = stor grad  
  = full grad <sup>46</sup>

Sak 94/2016 - side 68 av 93

### Ved ulik regional grad av oppfyllelse:





Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad»



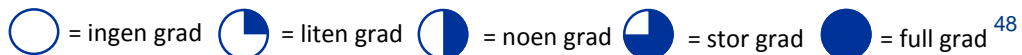
Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»

# Evaluering av nasjonalt sykehusapotekforetak

## Evaluering av nasjonalt foretak (1/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Gevinster	Utfordringer
<p> <b>Pasientsikkerhet og kvalitet</b></p> <p>Bedre pasientsikkerhet, trygg legemiddelbruk og mindre uønsket variasjon ved økt bruk av farmasifaglig kompetanse og brukermedvirkning</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Økt pasientsikkerhet gjennom standardiserte arbeidsprosesser, lik opplæring og bruk av beste praksis.</li> <li>Økt felles trykk og gjennomføringskraft på utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler som reduserer behovet for manuelt arbeid.</li> <li>Reduksjon av dobbeltarbeid med eksempelvis utvikling og forvaltning av prosedyrer.</li> <li>Frigjøre kapasitet til å bygge opp og videreutvikle flere tjenester innen eksempelvis klinisk farmasi og undervisningsløp for ulike målgrupper.</li> <li>Større tyngde bak nasjonale satsninger, som eksempelvis lukket legemiddelsløyfe og endose, som bidrar til bedre pasientsikkerhet.</li> <li>Mer koordinert nasjonal brukermedvirkning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det vil være krevende å harmonisere og enes om felles arbeidsprosesser.</li> <li>Ulike insentiver og interesser blant fire regionale eiere kan utfordre en felles strategisk retning. Eksempelvis ulike strategiske ønsker og prioriteringer i regionene knyttet til bla. klinisk farmasi.</li> </ul>
<p> <b>Beredskap og forsyning</b></p> <p>Sikre en likeverdig produksjon- og forsyningsberedskap av legemidler, samt tilgang på farmasøytiske beredskap</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Nasjonalt helhetlig beredskapsplan og samlet nasjonalt fokus på legemiddelberedskap og forsyning som sikrer trygge legemiddelleveranser og bidrar til å forebygge mangelsituasjoner.</li> <li>Nasjonalt oversikt og god utnyttelse av beredskapslagre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lokal geografi og regionale forhold kan være vanskeligere å ta hensyn til.</li> <li>Behov for kobling mot regionale beredskapsplaner og oppfølging av regionale beredskapsplaner.</li> </ul>

Grad av oppfyllelse:



Sak 94/2016 - side 70 av 93





Ved ulik regional grad av oppfyllelse:

Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad»








Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»

## Evaluering av nasjonalt foretak (2/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Gevinster	Utfordringer
 <b>Forskning og innovasjon</b> Sikre utvikling av forskning og innovasjon		<ul style="list-style-type: none"> <li>Felles forskningsstrategier og fokus som medfører større gjennomføringskraft.</li> <li>Større forsknings- og innovasjonsmiljø med større synlighet.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan øke mulighetene for mer forskningsmidler</li> <li>Kan tiltrekke seg flere forskere</li> </ul> </li> <li>Felles forskningsadministrasjon som kan bidra i arbeid med eksempelvis søknader, samarbeid med universiteter.</li> <li>Kapasitet til å utvikle fremtidsrettede tjenester og jobbe med innovasjon.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En del forskningsmidler søkes gjennom RHF-ene. Modellen for å søke på disse må gås opp.</li> <li>Selv ved et nasjonalt foretak vil forskningsmiljøet kunne fremstå som små sammenlignet med andre miljøer.</li> <li>Forskning gjøres i stor grad ute på sykehusene eller i tilknytning til utdanningsstedene og den tette lokale kontakten med disse vil kunne svekkes.</li> <li>Lengre vei til ledelsen ved lokale ideer og initiativ.</li> </ul>
 <b>Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø</b> Den mest attraktive arbeidsgiveren innen farmasi med en sterk faglig profil		<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduksjon av dobbeltarbeid knyttet kompetanseutvikling og opplæring.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Felles kompetanseplaner og opplæring innen alle forretningsområder.</li> <li>Større utnyttelse av allerede eksisterende opplæringsakademier og aktiviteter på tvers av regioner.</li> </ul> </li> <li>Fremstå som en mer attraktiv arbeidsgiver for gode fagpersoner, pga. større fagmiljø, bedre utviklings- og karrieremuligheter og muligheter for forflytning.</li> <li>Mulighet for felles bruk av spisskompetanse på tvers av apotek og regioner.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kulturforskjellene mellom de ulike regionene og apotekene kan være vanskelig å harmonisere.</li> <li>Medarbeidere kan miste følelse av tilhørighet og identitet ved en nasjonal organisasjon.</li> <li>Noe opplæring, eksempelvis knyttet til lokale løsninger (bl.a. teknologiske løsninger innen sykehusekspedisjon) må fortsatt foregå lokalt.</li> <li>Potensiell lang avstand mellom HR-enheten og lokale apotek i personalsaker-</li> <li>Mer kompleks håndtering av lønnsforhandlinger (tariffavtaler og bestemmelser må harmoniseres).</li> </ul>

Grad av oppfyllelse:

 = ingen grad
  = liten grad
  = noen grad
  = stor grad
  = full grad

Sak 94/2016 - side 71 av 93





Ved ulik regional grad av oppfyllelse:

Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad»








Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»

## Evaluering av nasjonalt foretak (3/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Gevinster	Utfordringer
<p> <b>Etikk og ytre miljø</b> Etterleve etiske retningslinjer og bidra til miljø- og klimahensyn i hele verdikjeden</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Felles nasjonal strategi.</li> <li>En nasjonal ISO-sertifisering er tids- og ressursbesparende.</li> <li>Felles styrke og fokus på miljø- og klimahensyn i flere deler av verdikjeden.</li> </ul>	
<p> <b>Økonomi, analyse og effektivitet</b> Bidra til god sykehusøkonomi og lave legemiddelkostnader gjennom kostnadseffektive prosesser og god styringsinformasjon</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Kostnadseffektive administrasjoner som gir potensiale til å takle fremtidig vekst eller arbeid med utvikling og prioriterte områder med samme antall årsverk (se analyse s. 54-55)</li> <li>Styrket felles analysemiljø som bidrar til bedre og effektiv virksomhetsstyring. God legemiddelstatistikk til sykehusene og resten av helse-Norge.</li> <li>Harmoniserte og like prismodeller i hele Norge medfører at sykehus får like priser på sykehusapotekenes tjenester og legemidler om produseres.</li> <li>Sterkere kjedestyring i publikumsavdelingene: Felles kampanjer, profilering, markedsføring benchmarking.</li> <li>Potensial for økt lønnsomhet innen PUB (se egen analyse, s. 56-58. som kan bidra til finansiering av andre satsningsområder. Valg av strategi påvirker mulighetsrommet.</li> <li>Sterkere forvaltningskraft mot grossist.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>For sterk kjedestyring vil vanskeliggjøre muligheten til å tilpasse seg sykehusenes ønsker knyttet til produktsortiment.</li> <li>Prismodellen for klinisk farmasi må alternativt være forskjellig fra region til region (se nåsituasjonen, s. 22).</li> <li>Fare for lengre beslutningsveier og økt byråkrati.</li> </ul>

Grad av oppfyllelse:

 = ingen grad
  = liten grad
  = noen grad
  = stor grad
  = full grad <sup>50</sup>

Sak 94/2016 - side 72 av 93



Ved ulik regional grad av oppfyllelse:

Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad»








Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»

## Evaluering av nasjonalt foretak (4/4)

Strategisk fokusområde /overordnede mål	Grad av oppfyllelse	VURDERING	
		Gevinster	Ulemper
 <b>Teknologi</b> I front på utnyttelse av teknologiske løsninger som understøtter pasientsikkerhet og sikker legemiddelbruk		<ul style="list-style-type: none"> <li>• En nasjonal IKT-strategi.</li> <li>• Mer optimale og tilpassende felles IKT-løsninger.</li> <li>• Økt felles trykk og gjennomføringskraft på utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler som bidrar til bedre pasientsikkerhet og effektivitet.</li> <li>• Større grad av standardiserte IKT-systemer forenkler samarbeid på tvers av regionene. Dette gir en økt mulighet for benchmarking og analyser.</li> <li>• Mer effektiv ressursutnyttelse av IKT-drift og utvikling, eliminering av dobbeltarbeid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved harmonisering av IKT-systemer nasjonalt må mange bytte systemer.</li> <li>• Like systemer vil gi gevinster, men vil også være kostbart og krevende å innføre.</li> <li>• Et nasjonalt foretak må forholde seg til fire regionale IKT-strategier og IKT-løsninger               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vil være behov for mange integrasjoner mot regionale og lokale systemer som eksempelvis kurvesystemer ved sykehus.</li> </ul> </li> </ul>

### Grad av oppfyllelse:

 = ingen grad  
  = liten grad  
  = noen grad  
  = stor grad  
  = full grad <sup>51</sup>

Sak 94/2016 - side 73 av 93

### Ved ulik regional grad av oppfyllelse:

Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad»

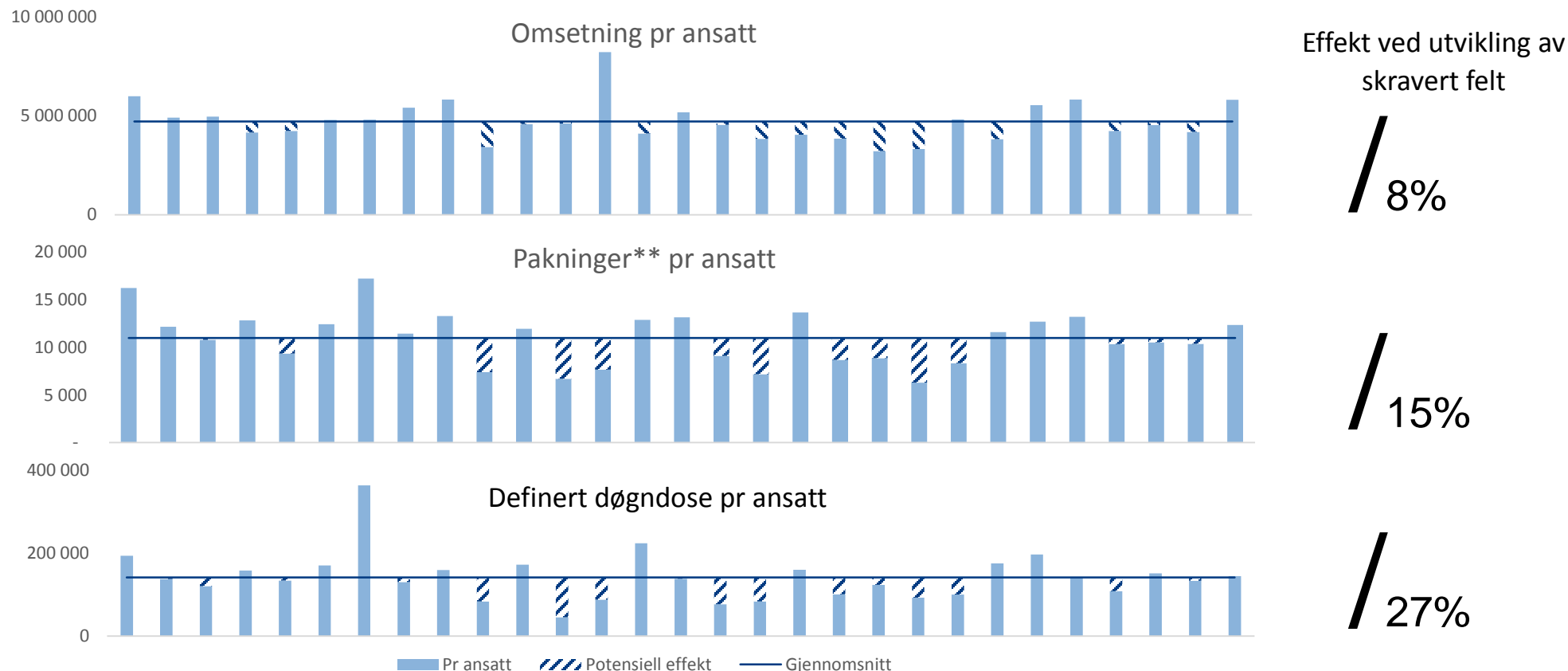


Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»

# Kvantifisering av gevinster



# Utvalgte aktivitetstall viser at det i dag er variasjon mellom de lokale apotekene\* og at det kan være et potensiale for å tåle økt fremtidig aktivitetsnivå



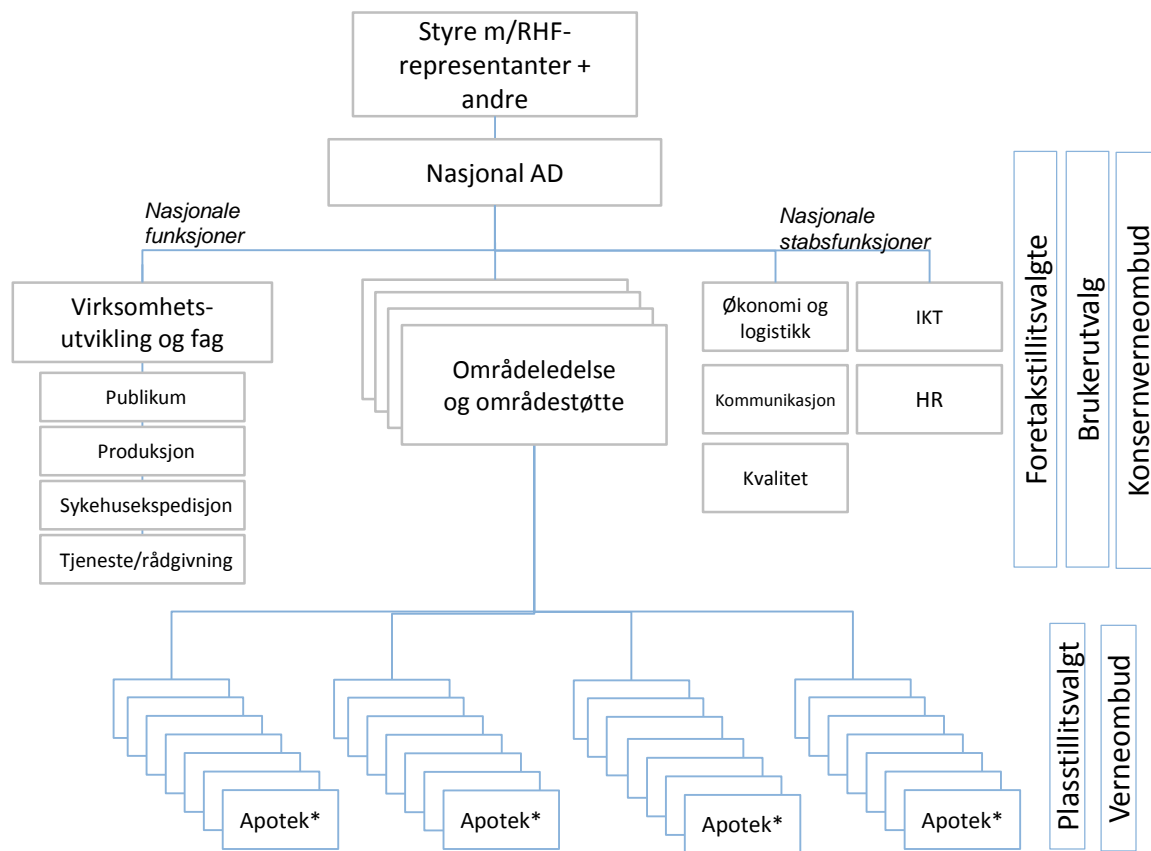
Prosjektet har sett på utvalgte aktivitetstall for sykehusapotekforetakene, som meldes inn til Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS), pr ansatt. Det er noen usikkerhet knyttet til tallene, men de er ment for å vise at det i dag er en variasjon mellom dagens lokale sykehusapotek. Ved et nasjonalt sykehushusapotek er det rimelig og anta at en økt effektivisering og deling av beste praksis på tvers vil gjøre apotekene i stand til å tåle et fremtidig **økt aktivitetsnivå på mellom 8 og 27%** med uendret antall årsverk (men dette kan kreve en endret kompetansemiks). Beregningene har tatt utgangspunkt i at alle apotek som i dag er under gjennomsnittlig nivå øker opp til gjennomsnittet.

\*Analysen inneholder ikke Kalnes, da dette sykehusapoteket åpnet august 2015, og tallene er derfor ikke representative for hele 2015

\*\*Pakninger inkluderer her alle former for pakninger i et sykehusapotek; produserte pakninger og pakninger solgt via PUB og Sykehusekspedisjon

Kilde: 2015 tall fra Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk og innrapporterte tall på ansatte

Gjennom økt standardisering og eliminering av dobbeltarbeid vil en nasjonal organisering muliggjøre en kvalitetsøkning på flere områder med samme antall ressurser



\*Med tilhørende apoteker

### Vurdering av årsverk i sykehusapotekadministrasjonen:

En nasjonal organisering vil bidra til en felles nasjonal strategi for økt standardisering og utvikling innenfor de fire forretningsområdene. Felles standarder, kvalitetssystem, opplæringsprogrammer og bruk av beste praksis på tvers vil bidra til en kvalitetsheving og redusere uønsket variasjon.

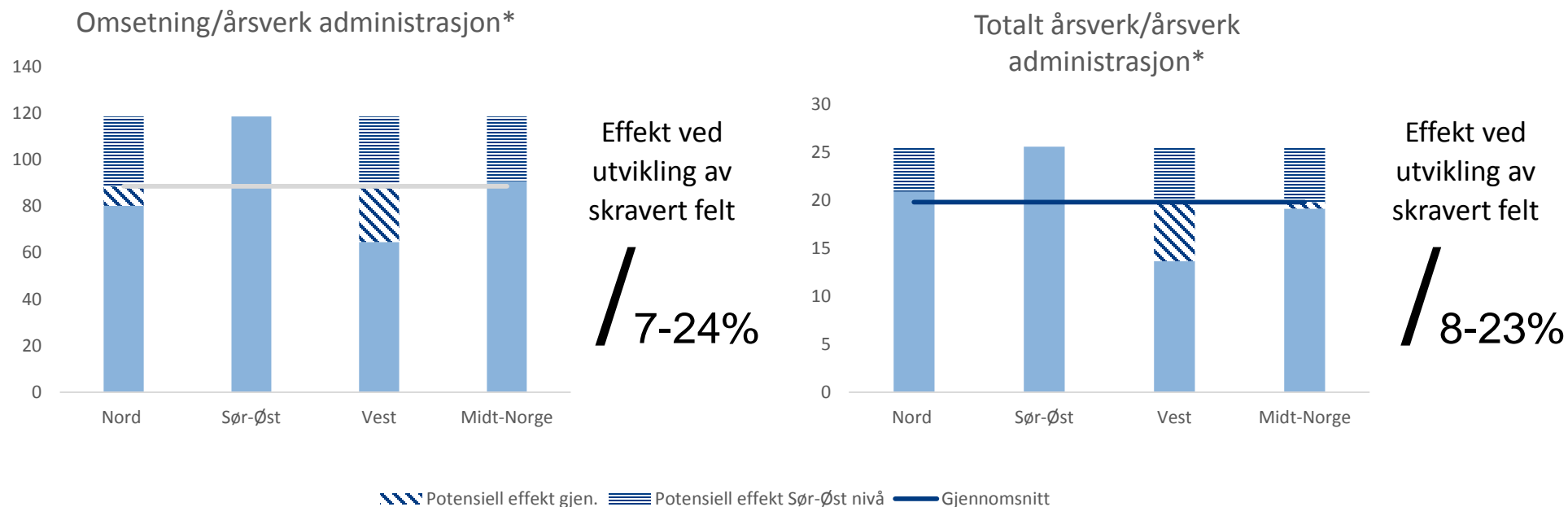
Det er pr. juni 2016 ansatt 75,4 årsverk i de regionale administrasjonene (se nåsituasjonsanalysen side 28). Kartlegginger har vist at det i dag er dobbeltarbeid innenfor:

- HR
- Økonomi og virksomhetsstyring
- Fag og kvalitet

Det er vurdert at en nasjonal organisering vil effektivisere administrative støttefunksjoner, noe som muliggjøre å reforede ressurser som vil bidra til å nå målbildet gjennom økt beredskap, bedre pasientsikkerhet og kvalitet, samt mer forskning, innovasjon og utvikling av virksomheten.

Gjennom en effektivisering av den nasjonale sykehusapotekadministrasjonen, i tillegg til utnyttelse av fremtidig teknologi, ser en for seg at den nasjonale administrasjonen kan takle det økende volumet helsevesenet står ovenfor uten å måtte øke antall administrative ressurser i noe særlig grad de neste årene. Se scenarioanalyse på neste side.

Stordriftsfordeler kan bidra til at en nasjonal administrasjon, med dagens bemanning og oppgaver, vil tåle en vekst inntil 24% i årene som kommer

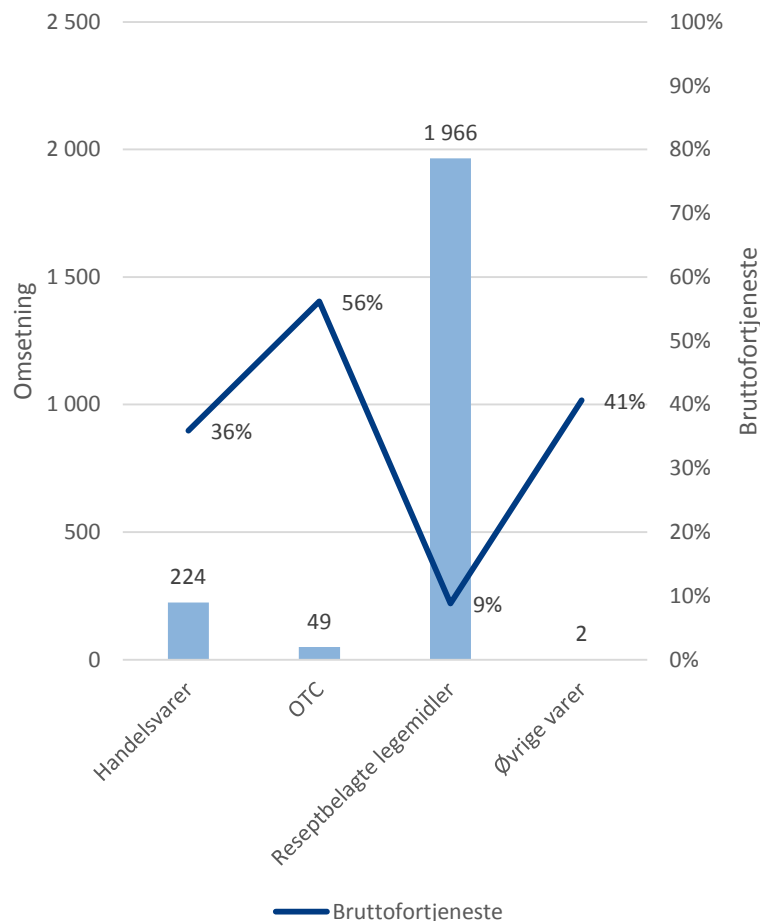


Skraverte feltene viser potensialet ved en benchmarking mot gjennomsnittet og en mot Sykehusapotekene Sør-Øst

Prosjektet har sett på to overordnede produktivitetsmål knyttet til foretaksadministrasjonene. Tallene viser at det er varierende produktivitet og at det er rimelig og anta at en nasjonalt administrasjon vil kunne **tåle en vekst på inntil 7 - 24% eller har potensiale til å gjøre mer på administrasjonsnivå, som virksomhetsutvikling eller andre prioriterte områder, med uendret antall årsverk**. Det vil kunne være behov for en endret kompetansemiks. Nasjonale funksjoner bør tilstrebes å dekkes inn med eksisterende kompetanse i regionene.

Kilde: 2015 tall fra Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk og innrapporterte tall på ansatte

Publikumsutsalgene omsatte i 2015 totalt for 2,2 milliarder kroner. Det er et potensiale med økt inntjening i publikumsutsalg gjennom økt reseptfangst



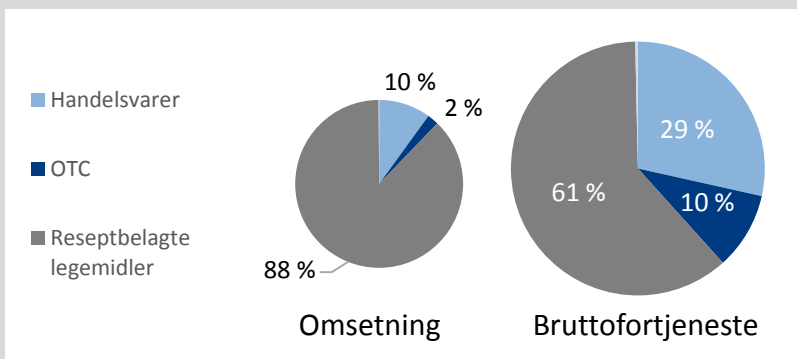
- Publikumsutsalgene omsatte i 2015 totalt for 2,2 milliarder kroner. Av dette var 1,9 milliarder kroner knyttet til reseptbelagte legemidler.
  - Prisene på reseptbelagte legemidlene er underlagt makspriser satt av Statens Legemiddelverk
- Til tross for regulerte priser bidro reseptbelagte legemidler med en bruttofortjeneste på hele 173 millioner i 2015.
- Gjennom økt reseptfangst fra pasienter på sykehuset, kan sykehusapotekene øke sin inntjening på dette området. Den økte inntjeningen kan bidra til å finansiere ønsket utvikling og forbedring av sykehusapotekene i fremtiden.

#### Eksempel:

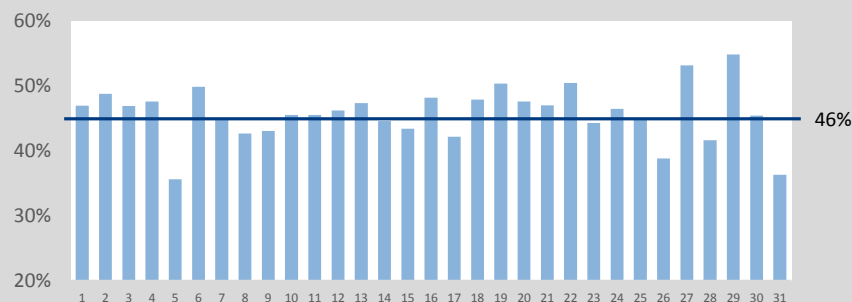
- En økning i reseptbelagte legemidler med 1% tilsvarer en økt bruttofortjeneste på 1,7 millioner
- En økning i totalomsetning på publikumsutsalgene med 1% tilsvarer en økning i bruttofortjeneste med 2,8 millioner
- For økt reseptfangst (inkl. H-resepter) er det viktig med informasjon fra legen til brukeren, samt fokus på ventetid og tilgjengelighet (åpningstid).
- Det er rimelig og anta at et nasjonalt sykehusapotekforetak gjennom en tydeligere profil og synlighet kan øke sin markedsandel (og dermed reseptfangst) over tid

# I dagens publikumsutsalg varierer bruttofortjenesten på handelsvarer og OTC-varer fra 36% til 55%

## Fordeling av omsetning og bruttofortjeneste innenfor publikumsutsalg



## Bruttofortjenesten i handelsvarer og OTC per apotek

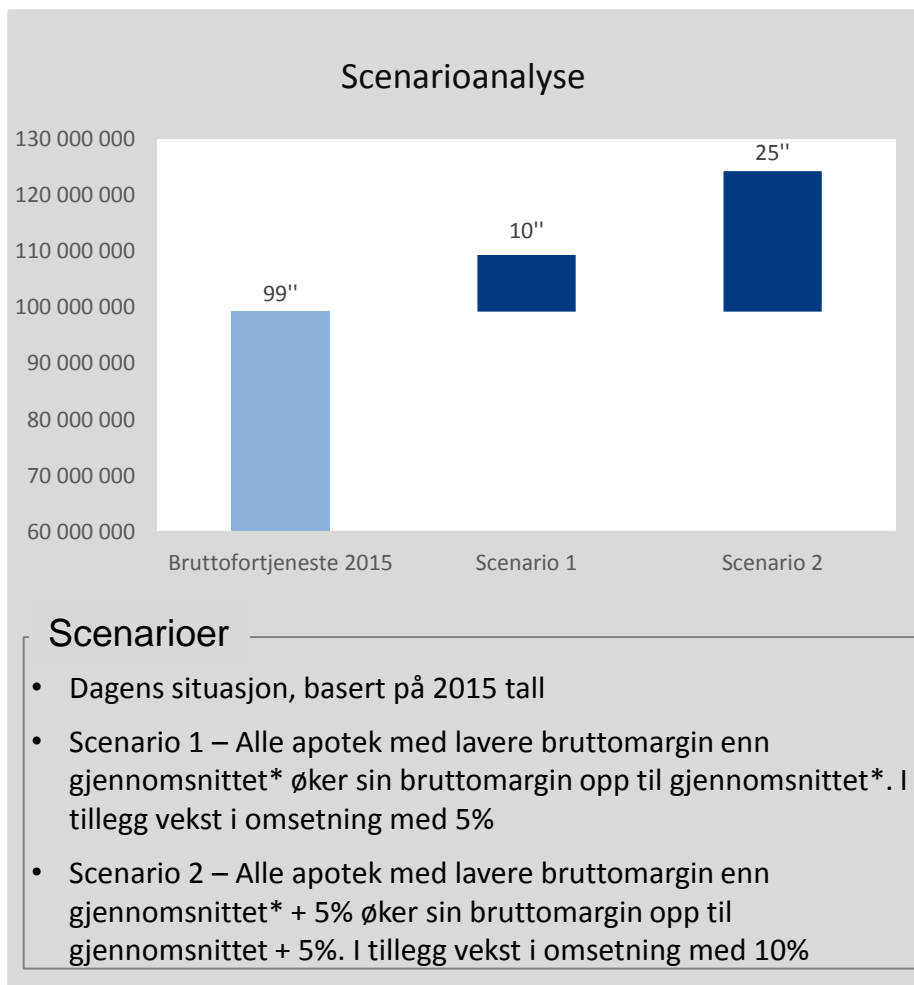


- I 2015 omsatte sykehusapotekene totalt for 273 millioner i handels- og OTC-varer. Dette utgjorde 12% av totalomsetning og 39% av bruttofortjenesten innenfor publikumsutsalget.
- Analysene viser at det er en stor variasjon i bruttofortjeneste på handelsvarer og OTC-varer fra apotek til apotek, både nasjonalt og internt i regionene.
  - Bruttofortjenesten varierer fra 36% til 55% med et gjennomsnitt\* på 46%.
- Variasjonene kan skyldes blant annet forskjeller i salgsfokus, kampanjer og ulike produktmikser.
  - Prisene mellom foretakene er i dag harmonisert. Variasjonene skyldes derfor ikke prisforskjeller.

### Forklaring type varer:

OTC (Over-the-Counter): Reseptfrie legemidler (Legemidler i reseptgruppe F eller reseptgruppe CF).  
 Handelsvarer: Produkter som ikke er legemidler, eks. hår- og hudprodukter, kosmetikk etc.

# Ved økt fokus på salg av OTC- og handelsvarer har sykehusapotekene et potensiale til å øke bruttofortjenesten i publikumsavdelingen



- Prosjektet har analysert potensialet i økt bruttofortjeneste på handels- og OTC-varer. Resultatene viser at bruttofortjenesten vil øke med henholdsvis 10 millioner og 25 millioner i scenario 1 og 2.
- Potensialet kan utnyttes gjennom sterkere kjedestyring med mer fokus på kampanjer, evaluering av dagens produktmiks, innføring av nye produkter, samt bruk av styringsdata
  - Eksempler fra Sykehusapotekene Sør-Øst viser gode resultater ved bruk av styringsdata og salgsfokus
- Deler av gevinsten kan realiseres i dagens regionale organisering. Det vurderes likevel at gevinster kan realiseres mer effektivt i et nasjonalt foretak ved en sterkere kjedestyring, fells kampanjer, benchmarking på tvers.
- Det er kulturelle utfordringer ved innføring av sterkere kjedestyring. Det er i dag ulike regionale strategier rundt markedsfokus og varesortiment. Dette, i sammenheng med foretakets strategi, må også vurderes ved en eventuell utnyttelse av potensialet innenfor handels- og OTC-varer. En sentral forutsetning for gevinstene er de fysiske rammene, eks. lokaler, er tilgjengelig.
- Økt inntjening kan bidra til å finansiere strategiske satsningsområder for sykehusapotekene.

## Oppsummering av evalueringen pr fokusområde

Strategisk fokusområde	Dagens organisering	Nasjonalt sykehus- apotekforetak	Hovedbegrunnelse for vurderingene
<b>Pasientsikkerhet og kvalitet</b>			Sykehusapotekforetakene drives generelt godt i dag. Det er et høyt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet. En nasjonal organisering vil etablere standardiserte arbeidsprosesser, lik opplæring og øke bruken av beste praksis. Det vil bli en større tyngde bak nasjonale satsninger, som eksempelvis lukket legemiddelsøyfe og endose. Samlet sett vil dette bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet.
<b>Beredskap og forsyning</b>			Det er i dag i hovedsak etablert lokale og regionale tiltak knyttet til beredskap og forsyning. En nasjonal modell vil sikre et helhetlig nasjonalt fokus og oversikt.
<b>Forskning og innovasjon</b>			Det er, i dag, et tett samarbeid med sykehusene og universitetene på forskning, men de regionale miljøene er små. Det er vurdert at en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi og et samlet fokus vil medføre økt gjennomføringskraft og synlighet.
<b>Ledelse, kompetanse og arbeidsmiljø</b>			Sykehusapotekforetakene er en attraktiv arbeidsgiver i dag. Det er en fare for at en nasjonal organisering medfører at medarbeidere kan miste følelsen av tilhørighet og identitet. Det kan også gi nye muligheter ved å samle fagmiljøer.
<b>Etikk og ytre miljø</b>	(*)		Alle de foretakene er ISO-sertifisert. Sykehusapotekforetakene følger regionale etiske retningslinjer og opplever få etiske dilemmaer. Et nasjonalt foretak muliggjør økt fokus og påvirkningskraft i flere ledd av verdikjeden i fremtiden
<b>Økonomi, analyse og effektivitet</b>			Det er en god økonomiforvaltning i hvert foretak. Det er etablert nasjonale samarbeidsområder. En nasjonal organisering vil effektivisere støttefunksjoner. Dette gir mulighet for å takle en fremtidig vekst og økt utvikling innen flere områder med dagens antall årsverk, og dermed mer helse for pengene.
<b>Teknologi</b>			Et nasjonalt foretak vil sikre et felles løft innen investeringer, utvikling og bruk av nye teknologiske hjelpemidler.

(\*) Området er kun vurdert på et overordnet nivå siden etikk og miljø ikke var en del av den initiale nåsituasjonskartleggingen

## Grad av oppfyllelse:

= ingen grad  
 = liten grad  
 = noen grad  
 = stor grad  
 = full grad <sup>59</sup>

Sak 94/2016 - side 81 av 93

## Ved ulik regional grad av oppfyllelse:

Noen regioner oppfyller fokusområdet i «stor grad»



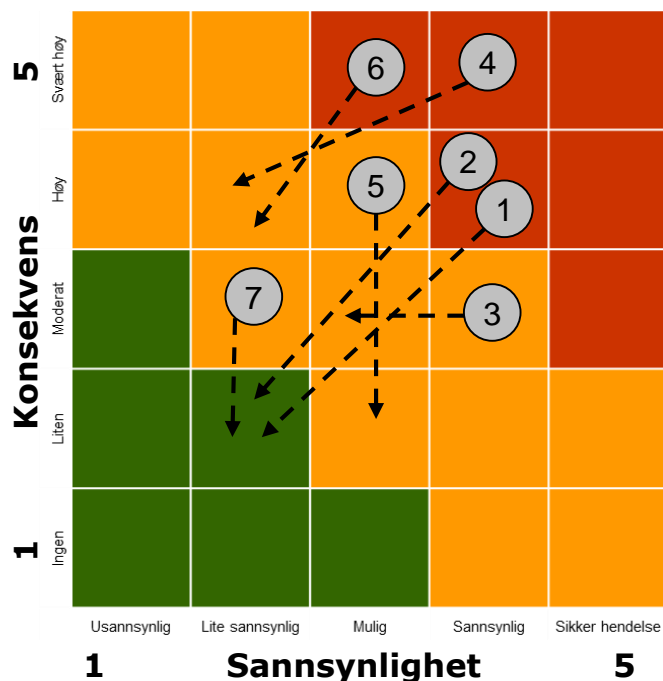
Alle regioner oppfyller *minimum* fokusområdet i «noen grad»

# Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63



# Overordnet risikovurdering med tiltak av en nasjonal organisasjonsmodell



→ = forventet endring av risiko etter innført tiltak

#	Risiko- og tiltaksbeskrivelse
1	<p><b>Risiko:</b> Dersom det er en uklar ansvars- og rollefordeling mellom nasjonalt sykehusapotek HF, RHFene og øvrige HF vil samarbeid og leveranseevne kunne svekkes, og noen av gevinstene ved en nasjonal organisering vil ikke hentes ut.</p> <p><b>Tiltak:</b> God og riktig eierrepresentasjon i styret. Organisering, styringsprinsipper, avtaleverk og fullmakter etableres som en del av etableringsprosjektet og avklares med øvrige interessenter.</p>
2	<p><b>Risiko:</b> Dersom nasjonal administrasjon oppleves som langt unna for de lokale sykehusapotekene, både organisatorisk og geografisk, kan det føre til manglende forståelse for lokale problemstillinger og mindre rom for lokale tilpasninger.</p> <p><b>Tiltak:</b> Sikre en organisering som sikrer effektive samarbeidsformer og kommunikasjon. Områdeledelse med nødvendig støtte foreslås etablert for å ivareta den lokale nærheten.</p>
3	<p><b>Risiko:</b> Dersom ledelsen i nasjonalt sykehusapotek HF sentraliseres ett sted og tas ut av dagens regionale møtearenaer, kan avstanden fra ledelse til sykehusene og RHFene oppleves som lang og samarbeidet med sykehusene og RHFene svekkes.</p> <p><b>Tiltak:</b> Gå opp dagens møtearenaer mellom sykehusapotekene og HF/RHF, og sikre videreføring av nødvendige fora.</p>
4	<p><b>Risiko:</b> Dersom etablering av felles IKT-løsninger ikke prioriteres i tilstrekkelig grad vil det medføre til lite tilfredsstillende løsninger og manglende integrasjoner mot regionale systemer, samt føre til økte innføringskostnader</p> <p><b>Tiltak:</b> IKT- og systemstøtte prioriteres, etableres og tilføres tilstrekkelig med ressurser som en egen arbeidsstrøm i etableringsprosjektet.</p>
5	<p><b>Risiko:</b> Dersom en endelig beslutning og/eller etableringsprosessen av et nasjonalt selskap trekker ut på tid kan det medføre at sentrale medarbeidere slutter. Dette vil det føre til tap av kompetanse og erfaring.</p> <p><b>Tiltak:</b> Tydeliggjøre gevinsten med en ny organisering. Sikre god involvering og kommunikasjon. Sikre en forutsigbar og åpen prosess. Gjøre regionale kompetansekartlegginger i etableringsprosjektet for å matche ressurser mot fremtidige stillinger og kommunisere dette tidlig.</p>
6	<p><b>Risiko:</b> Dersom nasjonal finansieringsmodell ikke understøtter utviklingen av et nasjonalt selskap og gjennomføring av prioriterte initiativ, vil ikke ønskede gevinster realiseres.</p> <p><b>Tiltak:</b> Gjøre en overordnet kartlegging av sykehusapotekforetakenes finansielle situasjon i dag. Finansierings- og prismodell utredes videre som en del av etableringsprosjektet.</p>
7	<p><b>Risiko:</b> Dersom nasjonalt sykehusapotekforetak HF innfører høy grad av standardisering kan det redusere muligheten for lokale tilpasninger og kan skape misnøye blant sykehusapotekenes «kunder» (publikum og sykehusene), samt manglende eierskap fra ansatte i sykehusapotekene.</p> <p><b>Tiltak:</b> Involverer sykehusapotekene arbeidet med standardisering. Tillate lokale tilpasninger på utvalgte områder.</p>

# Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	7
3. Strategiske fokusområder	14
4. Nåsituasjonsanalyse	16
5. Pågående nasjonale prosesser og føringer	33
6. Beskrivelse av nasjonal organisasjonsmodell	36
7. Evaluering av de to organisasjonsmodellene	40
8. Overordnet risikovurdering av nasjonal modell	61
9. Vedlegg	63
• Føringer fra styringsgruppen til mandatet, samt kommentarer fra prosjektgruppen	
• Kommentarer til kvantifisering av gevinster	
• Organisasjonsfigurer dagens fire sykehusapotekforetak	
• Utkast til mandat «Etablering av nasjonalt sykehusapotekforetak»	

# Vedlegg

1. Føringer fra styringsgruppen til mandatet, samt kommentarer fra prosjektgruppen
2. Kommentarer til kvantifisering av gevinster
3. Organisasjonsfigurer dagens fire sykehusapotekforetak
4. Utkast til mandat «Etablering av nasjonalt sykehusapotekforetak»

# Prosjektets overordnede målsetting er å utrede og vurdere etablering av et nasjonal sykehusapotekforetak.

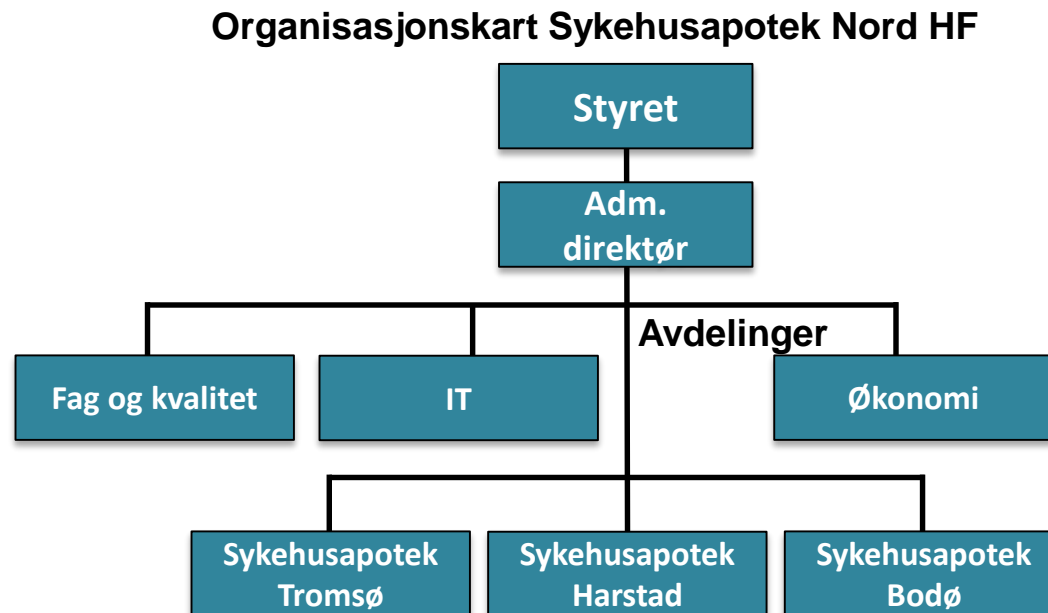
## Leveranser, føringer fra styringsgruppen og kommentarer

1. Ta utgangspunkt i utredningen fra 2007. Beskrive endringene som har skjedd siden 2007
2. Definere et overordnet mål bilde og strategiske fokusområder for sykehusapotekene
  - *Kommentar:* Prosjektgruppen har utarbeidet et forslag til strategiske fokusområder for sykehusapotekene som kan ansees som innspill til et overordnet mål bilde. Hvis regionene beslutter å etablere et nasjonalt selskap, vil det gjennomføres en strategiprosess når selskapet er etablert.
3. Overordnet beskrive pågående nasjonale prosesser og føringer som kan påvirke en fremtidig organisering av sykehusapotekene
  - *Føring fra styringsgruppen:* Det er nyttig å peke på omkringliggende utredninger som Kvinnslandutvalget, men det kan på nåværende tidspunkt ikke legges føringer for denne utredningen.
  - *Kommentar:* Prosjektet fant lite relevant i deres foretaksspesifikke dokumenter som gav føringer for dette arbeidet og har dermed valgt og ikke inkludert dette.
4. Kartlegge og beskrive dagen situasjon, inkludert styringsmodeller, organisering, nøkkeltall og grensesnitt og samarbeid med de regionale helseforetakene, helseforetak og andre relevante samarbeidspartnere
  - *Føring fra styringsgruppen:* Prosjektgruppen må sikre at alle deler av virksomheten til sykehusapotekene, inkl. undervisning, forskning, innovasjon, er overordnet beskrevet i nå-situasjonsbeskrivelsen. Styringsgruppen fastlegger et tak på 4-5 intervjuer pr region, maks 15-20 intervjuobjekter. Prosjektgruppen må sikre en bredde i intervjuobjekter på tvers av regionene.
  - *Kommentar:* Prosjektgruppen anså det som viktig å inkludere teknologiperspektivet og gjennomførte en IKT-workshop med IT-direktørene i sykehusapotekforetakene
5. Beskrive alternativ organisering av sykehusapotekene i Norge som et nasjonalt sykehusapotekforetak inkl. organisering og eierbrøk
  - *Føringer fra styringsgruppen:* Oppdraget er å utrede ett nasjonalt sykehusapotek. Evt. alternative scenarier vil det tas stilling til, dersom utfallet fra dette prosjektet blir at et felles nasjonalt sykehusapotek med alle funksjoner ikke er hensiktsmessig. Eierbrøk må avklares underveis. Styringsgruppen gjør endelig anbefaling.
6. Evaluere de to organisasjonsmodellene (dagen organisering og nasjonalt sykehusapotekforetak) opp mot regionale og nasjonale føringer, mål bilde, strategiske fokusområder og gevinster
7. Etablere gevinstoversikt, herunder kvantifisere hensiktsmessige gevinster, som viser hvilke gevinster som kan realiseres i dagens situasjon og ved etablering av et nasjonalt foretak
  - *Føringer fra styringsgruppen:* Gevinster relatert til kvalitet og pasientsikkerheten er helt avgjørende. Deretter må det vurderes om tjenesten er konkurransedyktig. Kvantitative gevinster skal analyseres på et nøkternt nivå. Gevinster for helseforetakene, som kunder, skal også beskrives kvalitativt.
  - *Kommentar:* Underveis i prosjektperioden viste det seg vanskeligere enn først antatt å skaffe sammenlignbare tall til å kvantifisere gevinster (se s. 12). Prosjektgruppen har forholdt seg til føringen om et nøkternt nivå på kvantifisering, men ansett som det som noe krevende for å få et godt nok beslutningsgrunnlag.
8. Anbefale fremtidig organisasjonsmodell med en tilhørende overordnet risikovurdering
  - *Føringer fra styringsgruppen:* Det skal gjennomføres en overordnet risikovurdering av en fremtidig organisasjonsmodell. Risikovurdering av en evt. videre prosess vil inngå i arbeidet med mandat for planleggingsfasen.
9. Utarbeide mandat for planleggingsfasen i prosjektet
  - *Kommentar:* Prosjektet har laget et utkast til mandat for neste fase, men påpeker at dette bør jobbes videre med og foreslår at dette gjøres i oktober/november 2016.

## Kommentarer til kvantifisering av gevinster

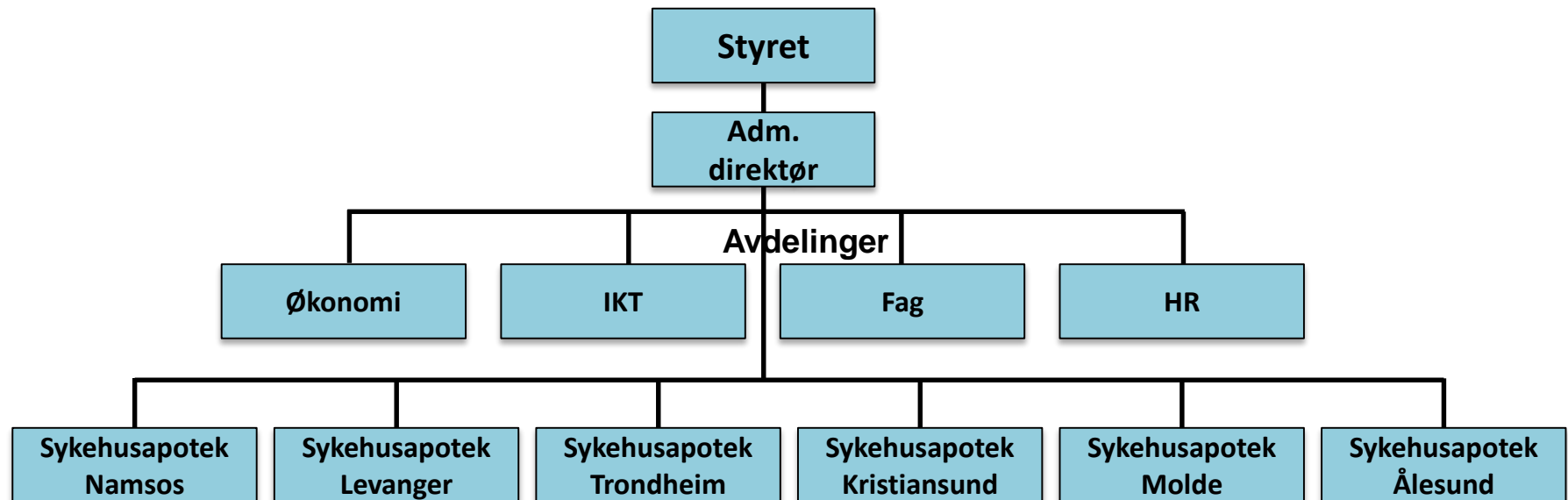
Område	Kvantitative muligheter – Initialt forslag	Kommentarer
Publikum	Kartlegge potensiale ved samordning rundt prising av handelsvarer gjennom analyse og sammenligning av dekningsbidrag pr omsatt kr. Samt analyse av handelsvarevolum i forhold til antall reseptbelagte varer/ekspederinger for å analysere effekter av kjedestyring og økt mersalg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantifisert</li> </ul>
Produksjon	Kartlegge forskjeller mellom de to eksisterende lagerproduksjonene og se på potensiale i en eventuell sentralisering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lite tilgjengelig data og data som var tilgjengelig var ikke sammenlignbar på tvers mellom Vest og Sør-øst</li> </ul>
Sykehusekspedisjon	Nøktern analyse av kost per aktivitetsindikator (for eksempel pakninger) for å få frem variasjon mellom foretakene. Få frem eventuelle forskjeller i automatisering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultatene fra analysen antyder at tallene på ansatte ikke er sammenlignbare, dette vurderes hvorvidt det skal være en del av rapporten eller ikke</li> </ul>
Tjenester/ Rådgivning	Ikke hensiktsmessig å kartlegge	
Ledelse/ administrasjon/ Støtte	Prosjektgruppen skisserer opp et forslag til mulig organisasjonsmodell ved omlegging til nasjonalt sykehusapotekforetak herunder behov for sentral administrasjon og regionale administrasjoner. Gevinsten vil da presenteres som kapasitet som kan frigjøres til å bidra til mer helse. Se på administrasjonseffektivitet i dag, mot stordriftsfordeler (bruke sør-øst som eksempel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantifisert på overordnet nivå</li> </ul>

# Organisasjonskart for Sykehusapotek Nord HF

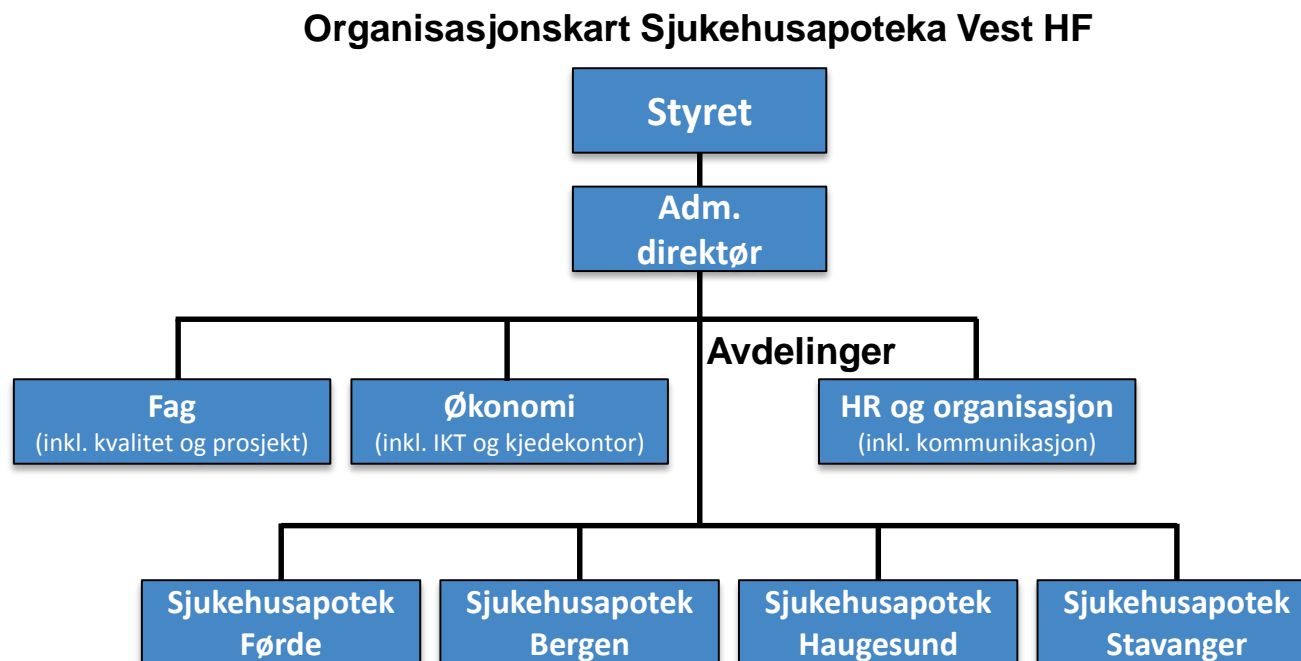


# Organisasjonskart for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

## Organisasjonskart Sykehusapotekene i Midt-Norge HF



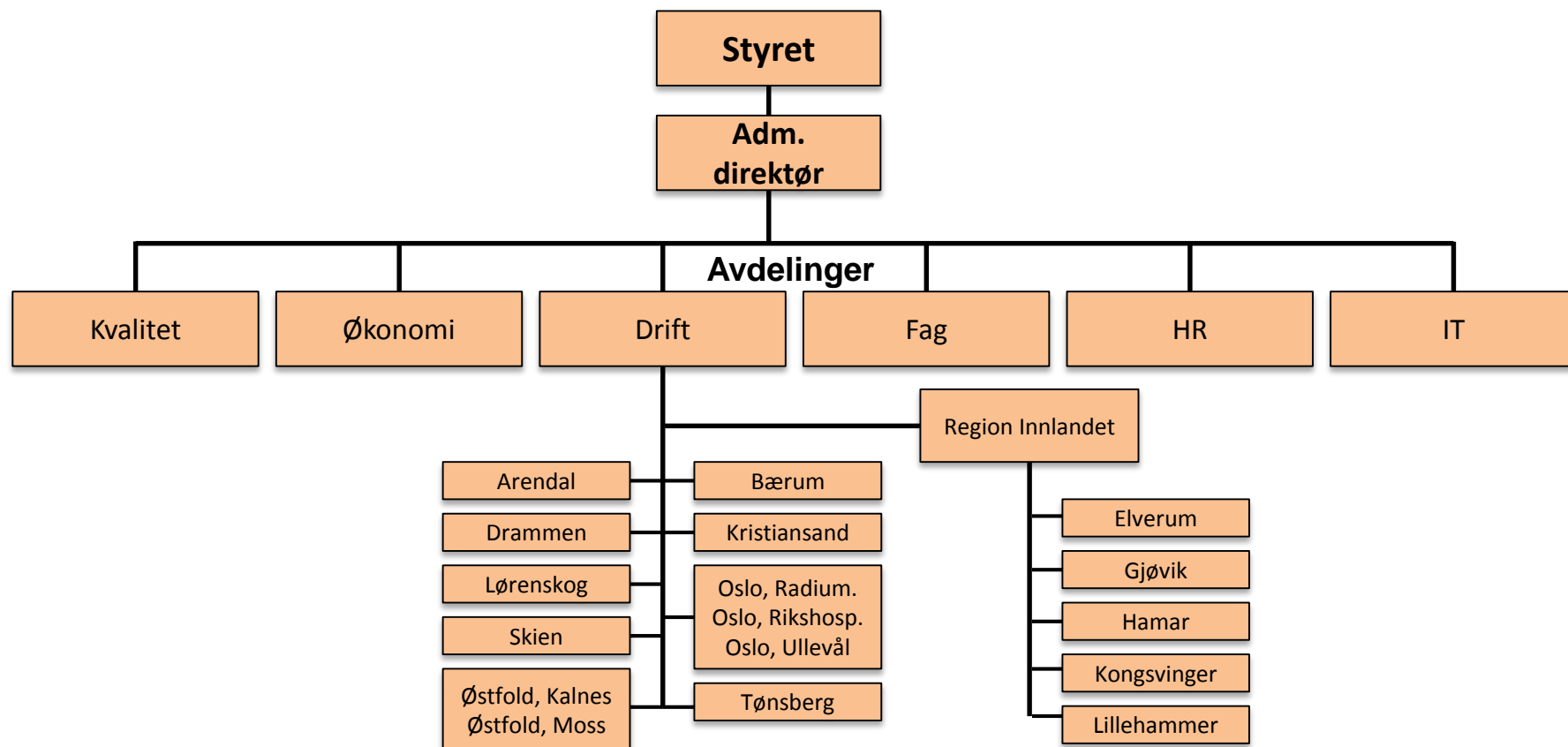
# Organisasjonskart for Sjukehusapoteka Vest HF





# Organisasjonskart Sykehusapotekene HF (Sør-Øst)

## Organisasjonskart Sykehusapotekene HF



# Utkast til mandat «Etablering av nasjonalt sykehusapotekforetak»

- Prosjektet har utarbeidet en versjon 0.6 av mandat for «Etablering av nasjonalt sykehusapotek».
  - Se eget vedlegg
- Mandatet må bearbejdes videre ved beslutning om å etablere et nasjonalt foretak.

Dokumentkontroll		
Saksbehandler	Gjennomgang	Godkjent av
Ekstern prosjektleder	Prosjektgruppen	Styringsgruppen

Distribusjonsliste	
Helse Nord RHF	
Helse Midt-Norge RHF	
Helse Vest RHF	
Helse Sør-Øst RHF	
Sykehusapotekene Nord	
Sykehusapotekene Midt-Norge	
Sykehusapoteka Vest	
Sykehusapotekene Sør-Øst	

Endringslogg			
Versjon	Dato	Endring	Endret av
0.1	15.09.16	Dokument opprettet	Ekstern prosjektleder
0.2	16.09.16	Kvalitetssikring alle kapitler	Ekstern prosjektmedarbeider
0.6	02.10.16	Oppdatert med innspill fra prosjektgruppen	Prosjektgruppen
0.8	19.09.16	Gjennomgang med prosjekteier	Prosjekteier og ekstern prosjektleder
0.9		Versjon sendt til styringsgruppen	Ekstern prosjektleder
1.0		Godkjent av styringsgruppen	

Prosjektmandat v.0.3 Side 1 av 7 Sist oppdatert 02.10.2016 18:06:42



Unntatt offentlighet i medhold  
 av Offl. § 23 – tredje ledd, Fvl.  
 § 13.2

## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
95/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

### Regionalt PET-senter ved UNN - endret økonomisk ramme

#### 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.

#### Bakgrunn

PET-senteret er et det teknisk mest kompliserte utbyggingsprosjektet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og Helse Nord. Senteret inneholder syklotron, laboratorier for produksjon av radioaktive legemidler til bruk i avansert kreftdiagnostikk, lokaler for PET CT- og MR-undersøkelser samt andre nukleærmedisinske undersøkelser, forskningsarealer og produksjonslokaler for Sykehusapoteket Nord HF. Det bygges i tillegg tre kontoretasjer.

Prosjektet gjennomføres i høyt tempo på grunn av rask økning i behovet for PET-undersøkelser. Risikoen som dette medfører i prosjektets økonomistyring har vært fortløpende avveid mot risikoen for økende driftskostnader som følge av økende behov for kjøp av PET-undersøkelser utenfor regionen.

Investeringsrammen for PET-senteret er besluttet i Helse Nord RHF's styresak 144-2014 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, PET-senter – forprosjektrapport, oppfølging av styresak 18-2014*. Rammen er 536,3 mill kr (P85) og styringsmålet er 493,1 mill kr (P50), etter indeksregulering og framskrivning til 2017.

I UNNs styresak 80/2016 *Tertialrapport 2/2016 for utbyggingsprosjekter* rapporterte prosjektet en prognose 7,7 mill kr over P50-rammen. Det ble samtidig orientert om at det forelå risiko for overskridelse. Styret vedtok å ta dette til orientering, og forutsatte konsekvensene bearbeidet og fulgt opp av styringsgruppen.

Styret i Helse Nord RHF behandlet samme tertialrapport i sak 121-2016 *Byggeprosjekter UNN – tertialrapport per 31.08.2016*, og vedtok at prosjektgjennomføringen forutsettes løst innenfor P85-rammen.

Prosjektet har etter tertialrapporteringen arbeidet intensivt med å avklare og ferdigstille alle uavklarte forhold. Det er gjennomført risikoanalyser og en fullstendig gjennomgang av økonomien. Kuttlisten er revidert og behandlet på ny i styringsgruppen.

### **Formål**

Denne saken har som formål å oppdatere UNN-styret på status for økonomien i prosjektet og å be styret godkjenne utvidelse av investeringsrammen.

## **Saksutredning**

### **Økte kostnader**

Gjennomgangen nevnt ovenfor har avdekket flere utfordringer som må løses i prosjektet. Dette medfører unngåelige kostnadsøkninger som skyldes endrede forutsetninger, mottak av gaver, økte arealer til forskning, mangler og feilkalkuleringer i prosjektet, samt noen mindre andre forhold.

#### *1. Endrede forutsetninger*

Reservekraft var forutsatt tilført fra eksisterende anlegg i pasienthotellet, og delt med datasenteret. Oppdaterte risikovurderinger viser at dette medfører uakseptabel risiko i datasenteret, og Helse Nord IKT kan derfor ikke godkjenne løsningen. Dette medfører at det må etableres et eget reservekraftanlegg i PET-senteret.

Medisinsk trykkluft var forutsatt tilført fra A-fløya, som skulle ha tilstrekkelig kapasitet. Dette har vist seg å ikke være tilfelle slik at et eget anlegg til PET-senteret må anskaffes.

UNN Tromsø har i dag alle kompressorer for medisinsk trykkluft i samme rom. Risikoen for svikt i trykklufttilførselen er lav, men konsekvensen svært alvorlig (driftsstans på samtlige operasjonsstuer og intensivheter). Prosjektet anbefaler derfor at det etableres mulighet for back-up fra PET-senteret når det likevel må investeres i et nytt trykkluftanlegg.

Reservekraft og trykkluftanlegg bygges i nytt teknisk hus på om lag 150m<sup>2</sup>.

#### *2. Mottak av gaver*

Prosjektet var opprinnelig planlagt gjennomført kun med PET-CT. UNN-styret besluttet i sak 39/2016 *Mottak av pengegave til syklotron og skannere i PET-senteret* å akseptere en pengegave fra Trond Mohn på 47,5 mill kr til anskaffelse av syklotron med tilhørende legemiddelproduksjonsutstyr, samt en gave bestående av to skannere (PET CT og PET MR) til en estimert total kostnad på om lag 50 mill kr.

Mohn har i tillegg gitt muntlig tilsagn om å øke den opprinnelige gavens verdi med 12 mill kr. Beløpet fordeler seg med 9,5 mill kr til generell finansiering og 2,5 mill kr til medisinsk teknisk utstyr (kobbtargetet og produksjonsadministrativt system). Dette gir mulighet for å ta i bruk flere isotoper enn opprinnelig planlagt. Dette er helt i tråd med fagutviklingen innen pasientundersøkelser og forskning.

Mottak av gavene gir betydelige merkostnader fordi bygget og dets teknisk infrastruktur må tilpasses det nye utstyret. Dette får konsekvenser for prosjektets totale investeringsramme.

3. *Økte arealer til forskning*

Arealet til forskning er i samarbeid med Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet (UiT) økt underveis i prosjektperioden. Det er i tillegg nødvendig å etablere en gangbro fra dyrestallen til PET-senteret.

4. *Mangler og feilkalkuleringer*

Kostandene i forbindelse med etablering av kulvert med tilpasning av eksisterende vindfang i A-fløya har vært kalkulert for lavt.

5. *Andre forhold*

Helse Nord IKT beslutter tekniske krav til IKT-nettverk og disse har økt etter at prosjektets ramme ble besluttet. Prisindeksen har vært vurdert for lavt og anbefales justert blant annet på grunn av valutausikkerhet. Kostnadene til byggeledelse har økt som en konsekvens av forholdene nevnt ovenfor.

## **Kuttliste**

Totalt har prosjektet i forhandlingsrunder med entreprenør gjennomført kutt på til sammen 59,2 mill kr gjennom reduksjon på teknikk, kvalitet og mengde uten at dette reduserer måloppnåelsen (vedlegg 1). Dette var nødvendig for å bringe det opprinnelige prosjektet innenfor P50-rammen.

Styringsgruppen har på grunn av de aktuelle økonomiske utfordringene bedt prosjektledelsen utarbeide en oversikt over kostnadsøkningene og mulige kutt i disse, samt mulige nye kutt i de opprinnelige delene prosjektet. Sistnevnte muligheter er begrensede fordi det fra før er gjennomført betydelige kutt samtidig som prosjektet nærmer seg slutten av gjennomføringsfasen. Vurderingene har derfor vært avgrenset til standardreduksjon i og/eller full skrinlegging av kulverten til A-fløya og rørpostsystemet.

Tabell 1 viser kuttene styringsgruppen nå har vurdert. Kolonnen *Forventet kostnad* viser forventet kostnad for det aktuelle tiltaket. Kolonnen *Max kutt* anslår minste kostnad som er mulig etter maksimale kutt. Kolonnen *SG anbefaling* uttrykker gjenværende kostnad etter styringsgruppens behandling av kuttlisten.

Tabell 1

Tiltak	Forventet kostnad	Max kutt	SG anbefaling	Kommentar
Opprinnelig prosjekt				
Kulvert	3.400.000	1.500.000	3.400.000	Sterk driftskonsekvens
Rørpost sykehusapotek	400.000	0	400.000	Betydelige økte driftskostnader etter kutt
Økte kostnader				
Nødstrøm	3.500.000	0	3.500.000	Forskriftskrav
Gassanlegg	4.000.000	0	4.000.000	Vil stoppe drift
Trykkluft	2.000.000	0	2.000.000	Vil stoppe drift
Økt MTU	2.500.000	0	2.500.000	Ekstrafinansiering
Teknisk bygg	4.000.000	3.500.000	3.500.000	Redusert størrelse
Koordineringskost MTU	2.500.000	0	2.500.000	Må administreres
Følgkostnader PET MR	7.700.000	0	7.775.000	Klinisk behov for PET-MR
Fordelingsanlegg elkraft	1.000.000	0	0	Overføres kontorbygg
Konsekvens kontoretasjer	1.000.000	0	0	Overføres kontorbygg
Vindfang A-fløy	3.000.000	1.500.000	1.500.000	Økt funksjon finansieres av UNN
Trykkluft, redundans A-fløy	2.000.000	0	0	Vurderes gjennomført av UNN
Annet	4.000.000	4.000.000	4.000.000	Påregnelig usikkerhet
<b>SUM</b>	<b>40.500.000</b>	<b>10.500.000</b>	<b>35.075.000</b>	

Tabell 2 gir en samlet oversikt over hvordan økonomien i prosjektet har utviklet seg etter mars 2016. Tabellen viser at prosjektet per 26.10.2016 har en prognose på til sammen 567,9 mill kr.

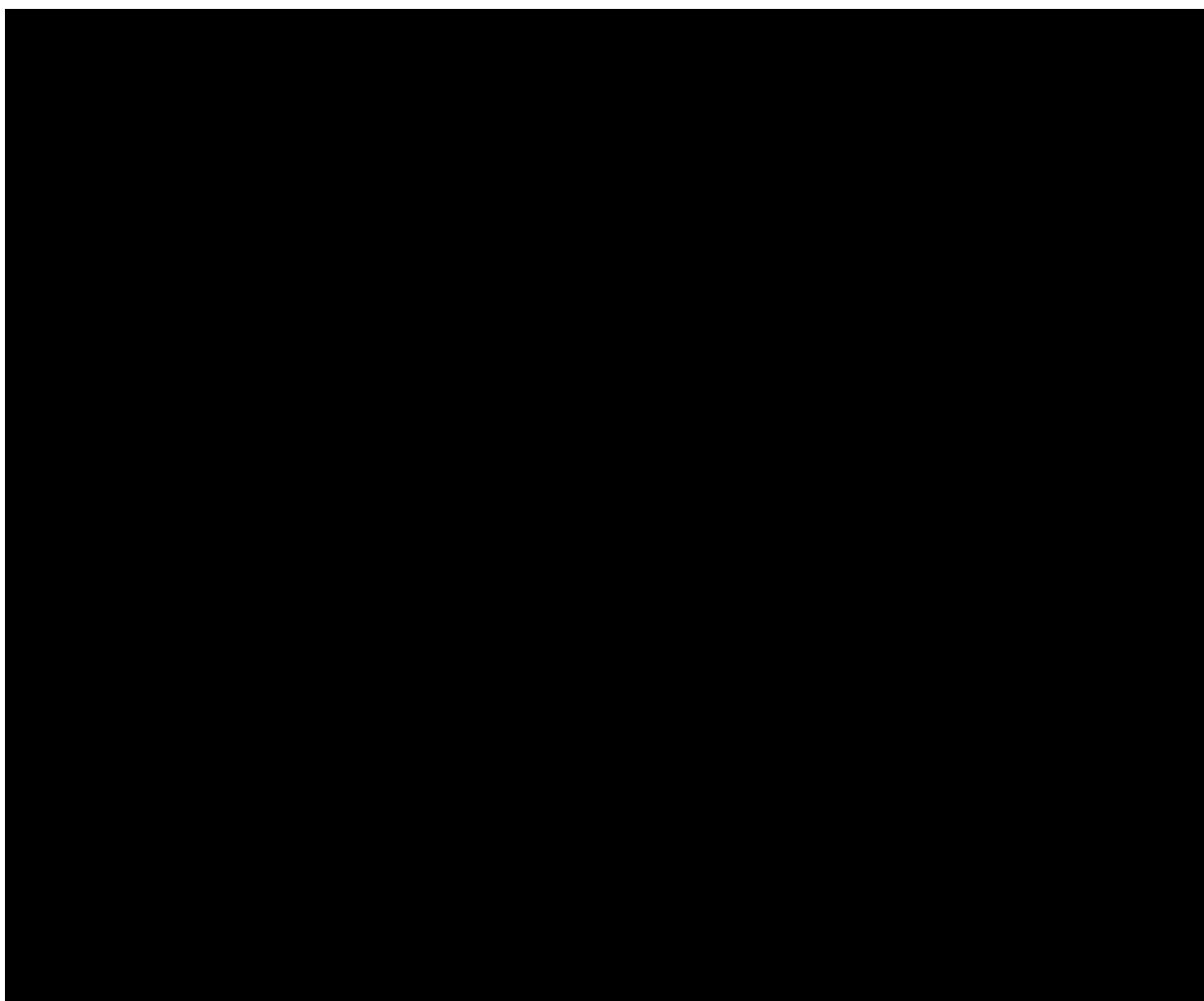
Tabell 2

Endringer fra styringsgruppens behandling av prosjektøkonomi mars 2016		
P50	493,1 mill kr	
Økning godkjent av adm. dir. i Helse Nord RHF	7,7 mill kr	500,8 mill kr
Finansiering UiT (13,5 + estimert 7 mill kr) ikke godkjent som økning i rammen	20,5 mill kr	521,5 mill kr
Økte kostnader til IKT nettverk	4,0 mill kr	525,5 mill kr
Økt kostnader byggeledelse	2,5 mill kr	528,0 mill kr
Behandling av kuttliste (tabell 1*)	34,7 mill kr	562,7 mill kr
Endret prisindeks	5,2 mill kr	567,9 mill kr

\* Kulverten og rørpost har vært behandlet også i prosjektets tidligere kuttliste (vedlegg 2) uten at kutt i disse ble anbefalt. Det oppstår derfor en diskrepans mellom summen i kolonnen *Styringsgruppens anbefaling* i Tabell 1 og beløpet som følger av *Behandling av kuttliste* i tabell 2.

Den reviderte projektrammen er ytterligere spesifisert i tabell 3. Linjene *Bidrag byggekostnader UiT* og *Bidrag Trond Mohn* nederst i tabellen uttrykker forventede investeringsbidrag fra UiT (estimert noe lavere enn kravet på 11,7 mill kr) og tilleggsgaven fra Trond Mohn, og er ikke inkludert i prognosen for kostnadsrammen.

Tabell 3

**Finansiering**

Styringsmålet er som angitt innledningsvis 493,1 mill kr (P50). I forbindelse med behandling av endringsmelding E1 etter samspillsfasen godkjente administrerende direktør i Helse Nord RHF å bruke 7,7 mill kr av P85-rammen for å dekke økt entreprisestkostnad. Prosjektets samlede godkjente investeringsramme er dermed 500,8 mill kr. Den oppdaterte prognosen på 567,9 mill kr er 74,8 mill kr over P50-rammen, 67,1 mill kr over godkjent investeringsramme og 31,7 mill kr over P85-rammen.

Finansieringen inkluderer 10,0 mill kr fra Sykehusapoteket Nord HF.

Det foreligger også tilsagn fra UiT om et investeringsbidrag på 13,5 mill kr til forskningsfunksjonene. UNN har i tillegg fremmet krav overfor UiT om ytterligere 8,7 mill kr til finansiering av de økte forskningsarealene og 3,0 mill kr til gangbroen. Det er etablert muntlig enighet om prinsippene knyttet til dette, men en felles gjennomgang av kostnadene gjenstår.

Prosjektet har lagt til grunn at tilsagn om investeringsbidrag fra samarbeidspartnere utenfor foretaksgruppen kunne dekke kostnader utover rammen. Dette har bygget på en feilaktig forståelse av investeringsregimet, og er nå avkreftet fra Helse Nord RHF. Det foreliggende tilsagnet om investeringsbidrag på 13,5 mill kr fra UiT har fra Helse Nord RHF vært forutsatt å inngå i finansieringen av prosjektets vedtatte investeringsramme.

Prosjektet har vært innforstått med at gavetilsagnene fra Trond Mohn ikke endrer investeringsrammen. Disse bidrar likevel vesentlig til finansieringen, og vil medføre et betydelig overskudd i prosjektets sluttregnskap.

Det siste gavetilsagnet fra Trond Mohn samt det forventede ekstra investeringstilskuddet fra UiT på omlag 11,7 mill kr er direkte relatert til utvidelser i prosjektet underveis i gjennomføringsfasen. Det er prosjektets forslag at disse midlene besluttes lagt inn i prosjektet som ekstra finansiering. Dette reduserer overskridelsen til 8 mill kr over P85 nivå.

## Medvirkning

Saken blir forelagt ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ekstraordinært drøftingsmøte før styremøtet. Protokollene fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 16.11.2016.

## Vurdering

PET-senteret er en viktig regional satsning for Helse Nord som vil gi et stort kvalitativt løft for kreftbehandlingen i regionen. Behovet for PET-undersøkelser øker raskt, og tempo i prosjektgjennomføringen har derfor vært høyt prioritert. Prosjektgjennomføringen har samtidig vært komplisert, blant annet fordi gavefinansiering av tilleggsfunksjoner underveis i gjennomføringsfasen har medført endringsbehov. Direktøren er fornøyd med at konsekvensene av dette er grundig vurdert slik at det nå foreligger en oppdatert prognose.

Usikkerheten knyttet til den foreliggende prognosen vurderes som svært lav. Denne knytter seg først og fremst til at det ikke foreligger en ferdig avtale med UiT om utvidet investeringstilskudd til dekning av de økte arealene til forskning og gangbroen til dyrestallen. Det er etablert god dialog om dette mellom UiT og UNN, direktøren forventer at man kommer til enighet.

Direktøren vurderer kuttlisten som gjennomarbeidet og deler styringsgruppens anbefalinger om å ikke gjennomføre kutt utover det som er beskrevet i saken. Det er mulig å avstå fra å benytte muligheten til å etablere back-up for trykklufforsyning fra PET-senteret til A-fløya. Direktøren fraråder dette fordi konsekvensen av svikt i trykklufftilførselen er svært alvorlig selv om risikoen for slike hendelser er lav.

Prognosen på 567,9 mill kr er 67,1 mill kr over godkjent investeringsramme og 31,7 mill kr over P85-rammen. Dette er krevende, men etter direktørens mening håndterbart. Prosjektet foreslår at det ekstra gavetilsagnet fra Trond Mohn og det forventede ekstra investeringstilskuddet fra UiT medfører økning i rammen. Dette vurderes som rimelig siden begge er knyttet til nye funksjoner som er kommet til underveis i gjennomføringsfasen, etter at prosjektrammen ble vedtatt.

Dersom dette godkjennes, gjenstår en rest på 8,0 mill kr utover P85-rammen som ikke er finansiert. Styret i Helse Nord RHF forutsatte i sin sak 121-2016 at prosjektet løses innenfor P85-rammen. Direktøren mener at det er viktig for realisering av fremtidige investeringsprosjekter i regionen at helseforetakene selv tar ansvar for overskridelser av P85-rammen, og anbefaler derfor at UNN-styret bevilger 8,0 mill kr fra egen investeringsramme disponeres til full finansiering av PET-senteret.



## Konklusjon

Direktøren anbefaler at investeringsrammen for PET-senteret økes til 567,9 mill kr. Dette er en overskridelse av P85-rammen på 31,7 mill kr. Direktøren anbefaler at dette finansieres ved at

- Helse Nord RHF tilfører hele sikkerhetsmarginen i P85-rammen
- Ekstra gavetilsagn fra Trond Mohn samt forventet ekstra investeringstilskudd fra UiT tilføres som ekstra finansiering
- UNN-styret bevilger 8,0 mill kr fra egen investeringsramme som ekstra finansiering

Det bemerkes at gavene fra Trond Mohn vil bidra vesentlig til finansieringen og medføre et stort overskudd i prosjektets sluttregnskap.

Tromsø, 11.11.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kuttliste forprosjekt PET-senter
2. Gjennomførte kutt i PET-senter prosjektet

# Sak 95/2016 - vedlegg 1

## UNN PET-senter

Vurdering alternativer

Opprettet 24.09.2014  
Revidert (pmh) 18.11.2014

Funksjon	Endring (milli kr)	Konsekvens	Kommentarer	Kompenserende tiltak	Kost tiltak bygg/teknikk	Endring inkl komp. tiltak	Årlig driftskost.	Annet
<b>Kulvert</b>	<b>-11,50</b>						<b>-7,88</b>	
Kulvert (bygning, teknikk mv)	-8,00	Inneliggende pasienter fraktes med bil/ambulanse. Varer, tøy og avfall leveres og hentes i eget varemottak.	Behov for flere portarer. Lager må etableres i bygget for bla varer og tøy. Ambulansetjeneste "sprengt" pr dato. Kostnad pr pasient kr 2.000,- ca 1 mill/år. Avdelingene må få kurene på faste tidspunkt i løpet av dagen istedenfor fortløpende som nå	Etablering av tøylager, varemottak og lager (bla 25m <sup>2</sup> for apotek, totalt +25m <sup>2</sup> ). Pasienter flyttes med ambulanse. Tøy, avfall mv leveres/hentes direkte fra PET senteret.	1,88	-6,13	2,30	Kostnader pasient-transport = 1 mill. Tøy, varer, avfall, øvrig drift = 2
Rørpost fra apoteket utgår	-1,00	Økt behov for portartjeneste.		Estimert ca 80 kurer pr dag= 0,5 stilling		-1,00	0,26	
Rullebånd i kulvert til A-fjølva utgår	-2,50	Økt behov for portartjeneste. Kulvert må tilpasses bruk av "traktor"	Snuplass for "traktor" samt ramper og tilpassninger	Tillegg 3 stk 0,5 stilling for drift mv	1,75	-0,75	0,78	
<b>Bro UIT</b>	<b>-2,00</b>						<b>-0,55</b>	
Bro - klimastabilisert	-2,00	Isolerer preklinisk forskning fra tilsvarende i UIT.	Rom for oppstalling av dyr med tas i romprogrammet. PET sentret er uten tilknytning til UIT og kan ligge på annen/bedre egnet tomt.	Rom for oppstalling ca 1,1 mill (ca 25m <sup>2</sup> ) +varemottak + lager 10m <sup>2</sup>	1,45	-0,55		
<b>Plan 7</b>	<b>-1,27</b>						<b>-0,52</b>	
KDF - kontorer - 127m <sup>2</sup> (77m <sup>2</sup> )	-1,27	Kontorbehov må løses utenom PET-senteret	Vanskeligagjør ev utbygging i høyden. Liten besparelse da endringen i stor grad kun er innredning.	Bygningsmessige tiltak (utkraging tak mv)	0,75	-0,52		Utnytte plassen bedre, samt innrede evt ledig areal til kontorer
<b>Plan 6</b>	<b>-4,80</b>						<b>-4,80</b>	
Spiserom - 15m <sup>2</sup>	-0,38	Måterom benyttes til spiserom	Driftsmessige ulemper-må stoppe skanning i forbindelse med spisepause.				-0,38	Redusert kapasitet 1-2 pasienter PET 1-2 pasienter nuklear pr dag.
Rom for ekstra PET/MR - PET/CT utgår - ca 65m <sup>2</sup>	-2,93	Ikke kapasitet jfr. prognose om behandling av 2.500 pasienter i 2020. I tillegg kommer økt behov for PET i forbindelse med planlegging av stråleterapi.	Flere skift på PET. Syklotron må kjøres flere ganger hver dag - gir høyere driftskostnader (personell og varer). Ekstra skift medfører tilleggsbemanning for PET skanning og FDG-fremstilling. Ev pasientkost ved skanning i annet HF.	2 skift scanning (samt isotop-fremstilling?). Ny PET skanner + tilhørende rom må plasseres i tilbygg [ev kontainer]		-2,93	9,10	
2 ekstra opptaksplasser - 25m <sup>2</sup>	-1,13	Redusert maksimal kapasitet ved bruk av 2 stk skannere.					-1,13	
Ventareal - 15m <sup>2</sup>	-0,38	Ikke plass til lekkeplass for barn	Tranøye ventareal				-0,38	
<b>Plan 5</b>	<b>-1,89</b>						<b>0,00</b>	
Garderobe utgår 42m <sup>2</sup>	-1,89	Eksisterende garderobe må benyttes i UNN). Kapasiteten på garderobe er sprengt.	Besparelse kr 0,- ellersom p5 blir mindre enn p6. Annen bruk av arealet forutsettes dersom kuttet skal gi besparelse		1,89	0,00		Arbeidstilsynet!
<b>Tekniske anlegg</b>	<b>-5,26</b>						<b>-4,06</b>	
Produktions p5-p7	-0,35	Vanskeligagjør frakt av isotoper til prelinisk forskning	Begrenser muligheten for bruk av kortlevede isotoper				-0,35	
Produktions p5-p6 FDG	-0,35	Vanskeligagjør frakt av isotoper til PET.	Begrenser muligheten for bruk av kortlevede isotoper				-0,35	
1 stk tracer i syklotron. Tracer for C <sub>11</sub> utgår	-1,00	Ikke mulighet for produksjon av annet enn F <sub>18</sub> .	Ikke forskning på annet enn F <sub>18</sub> . Svært begrenset forskningsmuligheter med 1 stk target	Ettermontasje ekstra target i syklotron.	1,00	0,00		
Ekstra FDG-lab - 20m <sup>2</sup>	-1,30	PET senteret må stenge i perioder ved for eksempel større service på hot-celler mv.	Ingen mulighet for utvidelse med flere hotceller i bygget.				-1,30	
Servicekorridor bak hotceller utgår	-0,26	PET senteret må stenge i perioder ved for eksempel større service på hot-celler mv.	Vanskeligagjør utvidelse ved behov for flere hotceller i fremtiden.	Besparelsen er liten da det uansett må etableres føringsveier for isotoper	0,20	-0,06		Beregne kostnad ved eks 3 mnd driftstans
Ikke føringsrør for O <sub>15</sub>	-2,00	Ikke mulig å installere i etterkant	Begrensing i forskning og fremtidig klinisk bruk				-2,00	
<b>Generelt</b>	<b>-5,00</b>						<b>-5,00</b>	
Byaqet skal ikke beregnes for flere etasjer	-5,00	Byaqet kan ikke bygges på i høyden					-5,00	
<b>Tilleggsfunksjoner</b>	<b>-2,82</b>						<b>-2,82</b>	
Pakkerom mv	-2,08	Ikke mulig å distribuere FDG til for eksempel NSHN Bodø.	HN RHF som helhet vil tape økonomisk på dette. Besparelse kr 0,- dersom p5 blir mindre enn p6	NSHN Bodø må få FDG fra annet HF		-2,08		
Produktions for utsendelse av FDG	-0,35	Hva sier GMP?					-0,35	
Varemottak for utsendelse av FDG	-0,39	Hva sier GMP?					-0,39	
Gruppe 2-rom							0,00	
<b>Endring (milli kr)</b>	<b>-34,54</b>						<b>-25,63</b>	<b>12,44</b>

### Merknader

Hvis p7 blir mindre enn p6 vil besparelsen (kr/m<sup>2</sup>) bli lavere enn gjennomsnittlig kr/m<sup>2</sup> da bla bæresystem, yttervegger mv ikke vil bli nevenevedig redusert.

Hvis p6 blir større enn p5 vil besparelsen (kr/m<sup>2</sup>) bli tilnærmet kr 0,- da en må bygge med både kjeller / plate på mark.

## Vedlegg 2, Gjennomførte kutt i PET-senter prosjektet

Endringene i forhandlingsfase 1 har vært i hovedtrekk vært:

Endringer/kutt i forhandlinger 14.08-24.09.15	Pris
Reduksjon omfang rigg og drift	-1 430 000
Reduksjon pris	-1 500 000
Endring plasstøpt betong til element i deler av p5-7 - Redusert kvalitet på overflater betong mv er inkludert	-4 743 703
Justering mengder og kvaliteter jfr tilbudsunderlag bygningsmessig arbeid	2 193 000
Redusert omfang glass med blyskjerming	-1 755 700
Forenkling kontorer og publikumsarealer mv	-3 065 255
Dobbel glassfasade endret til enkel fasade med glass ytterkledning	-1 799 625
Ventilasjons- endringer, forenklinger mv	-5 034 400
Røranlegg- endringer, forenklinger mv	-2 060 800
Automasjon- Schneider endres til annen leverandør	-2 011 804
Elektro - endringer, forenklinger mv	-5 137 968
Reduksjon pris nr 2 (i forhandling)	-1 500 000
Korrigerering	71 999
Forenkling utenomhus (trapper og stier mv mot UiT utgått)	-10 000 000
Sum endring etter forhandling pr 24.09.15	-37 774 256

Alle tall er ekskl mva

Endringene i Samspillfasen har vært i hovedtrekk vært:

Endringer i samspillsperioden 24.09.15 - 14.01.16	Pris
Ventilasjons- endringer, risikooverføring og prosjektering til entreprenør	3 751 934
Rør- endringer, risikooverføring og prosjektering til entreprenør	9 480 036
Automasjon - endringer, risikooverføring og prosjektering til entreprenør	2 727 528
Elektro - endringer, risikooverføring og prosjektering til entreprenør	4 396 636
Bygg - endringer, risikooverføring og prosjektering til entreprenør	12 863 500
Sum endring etter samspill pr 14.01.16	33 219 634

Alle tall er ekskl mva

Endringene i forhandlingsfase 2 har vært i hovedtrekk vært:

Endringer/kutt 14.01-15.02.16	Pris
Ventilasjons- reduksjon/endringer	-2 494 594
Rør - reduksjon/endringer	-4 277 119
Automasjon- reduksjon/endringer	-836 123
Elektro - reduksjon/endringer	-1 106 560
Bygg - reduksjon/endringer	-923 366
Sum endring etter forhandling pr 14.02.16	-9 637 762

Alle tall er ekskl mva



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
96/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Orienteringssaker

#### Innstilling til vedtak

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

#### *Skriftlige orienteringer*

#### *Muntlige orienteringer*

1. Pasienthistorie
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.

Tromsø, 4.11.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
97/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2016
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 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 - *ettersendes*

Tromsø, 4.11.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## MØTEREFERAT

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

---

**Møtedato:** Fredag 02.09.16 kl 11-15.00

**Møtested:** Bupa T-113

**Tilstede:** Medlemmer: Magnhild Hjelme (ny leder for Oda), Vegar Adriansen, August Sæther, Eirik Walør Fagertun, Regine Elvevold, Helene Westgaard, Emil Karlsen, Vilde Lenning

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

**Forfall:** Oda Kjærvi (leder) søker permisjon, Elisabeth Warvik

---

### Saksliste

**UR-12/16 Godkjenning av referat fra forrige møte**

Referat godkjent uten merknader.

**UR-13/16 Orientering om plan for høsten 2016, inkludert neste samling samt plan for våren 2017**

**Bakgrunn for saken:** Det er to nye medlemmer med på dette møtet og det er veldig bra. Oda Kjærvi har flyttet og søker permisjon fra sitt verv som leder. Neste møte i Ungdomsrådet er helgesamling fra 30.09.16 til 01.10.16 på Sommarøya, og regnes som 2 møter. Det planlegges et møte i november, dato er ikke fastsatt. Vårens møteplan må avtales tidlig.

Det er kommet forespørsel til Ungdomsrådet om å delta med innlegg på Helse- og omsorgskonferansen i regi av kommunenes sentralforbund, 3. november i Tromsø. Her deltar Eirik Fagertun og Emil Karlsen, og holder innlegg om hvordan møte unge på de unges premisser.

Ungdomsrådet er forspurt om å bidra i forskningsprosjekt på BUP. Magnhild Hjelme deltar, og vi prøver å få med 1-2 deltakere til.

Ungdomsrådet er invitert med på møte i Brukerutvalget 14. september. I tillegg planlegges det et felles møte mellom Ungdomsrådet og Brukerutvalget i 2017.

Medlemmene i ungdomsrådet er tidligere bedt om å skrive en side / halv side om hvordan de ønsker å bli møtt av helsevesenet / på sykehuset. Beskrivelsene oppsummeres av Mariann og brukes som grunnlagsmateriale for en felles beskrivelse av ungdomsrådets målsetting. En felles forståelse av rådets mål kan benyttes i presentasjoner av rådet i ulike sammenhenger, og som et grunnlag for representantenes råd og innspill i saker hvor rådet høres. Foreløpig er det bare to av medlemmene som har levert inn materiell. Øvrige medlemmer oppfordres til å levere sitt bidrag til [Mariann.sundstrom@unn.no](mailto:Mariann.sundstrom@unn.no) innen 27.september. Materialet skal brukes i felles arbeid under helgesamlingen 30.september – 01.oktober.

Vedrørende medlemskap i ungdomsrådet ved flytting til annen region. Leder i ungdomsrådet Oda Kjærvik har flyttet til en annen helseregion. Hvorvidt hun kan fortsette som leder etter flytting er tatt opp med administrasjonen ved UNN. Tilbakemelding derfra er at ungdomsrådet følger samme rutiner som Brukerutvalget ved UNN, dvs at medlemmer som flytter ut av regionen må gi fra seg sin plass som medlem av rådet. Eventuelt kan det søkes om permisjon fra rådet.

**Vedtak:** Magnhild Hjelme overtar som leder av Ungdomsrådet fram til valg på nyåret. Det velges ikke nestleder nå. En plass holdes fortsatt ledig. Som en del av arbeidet med kommunikasjonsplanen ønsker Ungdomsrådet å møte brukerorganisasjoner, for å gjøre ungdomsrådet kjent, og håpet er å verve nytt medlem da.

#### **UR-14/16 Brukerundersøkelser v/Hans Petter Bergseth**

**Bakgrunn for saken:** Ungdomsrådet på UNN er opptatt av at det skal finnes et godt system slik at pasienter får gitt tilbakemelding etter behandling/innleggelse. Systemet som tilbys bør være forståelig/enkelt og ikke ta for mye tid. Det bør vurderes nøye hvilket formål undersøkelsen skal ha, og om det eventuelt er behov for mer enn en type tilbakemelding.

Hans Petter Bergseth presenterte en brukerundersøkelse som pr i dag er i bruk ved UNN. Etter en kort presentasjon av undersøkelsen, kom medlemmene av ungdomsrådet med følgende innspill:

- Det er viktig at ungdommen får informasjon på forhånd om hvordan behandlingen er lagt opp mht foreldres innsyn. Det bør gis mulighet for at ungdommen skal møte behandleren alene. Forslag til spørsmål: Fikk du tilbud om å møte behandleren alene?»
- Ungdom er opptatt av å bli behandlet som ungdom, ikke som et barn. Forslag til spørsmål: Ble du behandlet passende for din alder?
- Undersøkelsen bør også fokusere på samarbeidet internt i UNN og mellom UNN og eksterne tjenesteytere (jfr Samhandlingsreformen). Mange unge står i lengre behandlingsforløp hvor flere tjenesteytere på flere nivå er involvert. Spørsmål knyttet til informasjon og samvalg mht behandlingsforløp både innenfor og utenfor spesialisthelsetjenesten må tas inn.

- Undersøkelsen fokuserer i liten grad på «myke data», og kritikken fra ungdom dreier seg i tillegg til mangel på informasjon og medbestemmelse, kort sagt om at ungdom ønsker å bli «sett» som individer. Innen psykiatrien meldes om at mange skjema / kartlegginger med hensyn til diagnostisering resulterer i mindre fokus på behandling i «møtet mellom terapeut og ungdom».

Det understrekes at gjennomgangen av undersøkelsen ikke på noen måte var uttømmende, og at det i det videre tas sikte på et grundigere arbeid med undersøkelsen i tett samarbeid med Fag og forskningsenheten.

**Vedtak:** Fag –og forskningsenheten utarbeider et forslag til spørreundersøkelse, basert på de tilbakemeldinger ungdomsrådet gav i møtet. Forslaget vurderes igjen av ungdomsrådet i møtet i november, hvor Fag- og forskning inviteres med. Personvernspørsmålet om deltakelse i spørreundersøkelser må avklares i aldersgruppen 12-18 år.

Det må også være en plan for hvor ungdommene henvender seg, om de står i et problem der og da.

#### **UR-15/16 Kommunikasjonsplan med mer**

**Bakgrunn for saken:** Det er vedtatt en kommunikasjonsplan for Ungdomsrådet. Formålet med planen er å gjøre rådet kjent for ansatte på sykehuset og andre aktuelle inkludert organisasjoner. På tidligere møter har rådet jobbet med tekst til plakat. Teksten ble revidert på møtet. Plakaten skal når den er ferdig henges opp på sykehuset som informasjon til ansatte og andre.

**Vedtak:** Den reviderte teksten sendes tilbake til kommunikasjonsavdelinga, som utarbeider ferdig plakat. Det ble også tatt bilder av hele ungdomsrådet og leder. Bildene brukes på plakaten.

#### **UR-16/16 Presentasjon av IKT strategi for UNN, hvordan møte ungdommer på en god måte?**

**Bakgrunn for saken:** Kvalitets- og utviklingscenteret utarbeider UNN sin IKT-strategi for 2015-2025. I møtet med Barne- og ungdomsklinikken ble det anbefalt et møte med Ungdomsrådet for å få innspill i saken. Hvordan bør UNN rigge sine IKT løsninger for tjenester for å «møte» ungdommer på en god måte, både med tanke på forebygging, behandling og oppfølging.

**Vedtak:** Ungdommene oppfordres til å tenke drømmesykehuset, hvor alle ideer, ønsker og innspill kan komme frem. Ungdomsrådet får tilsendt noe av det som andre klinikker har utarbeidet. Frist for tilbakemelding er 3. oktober. Det er mange som ønsker uttalelser og innspill fra ungdomsrådet. Fremover må det gjøres oppgavefordeling for å imøtekomme forespørslar.

**Neste møte i Ungdomsrådet UNN er helgesamling 30.09-01.10.16**





## MØTEREFERAT

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

---

**Møtedato:** Fredag 30.09.16 kl 11-17.00 og lørdag 01.10.16 kl 08.30-12.30

**Møtested:** UNN/Bupa T-113/Sommarøya

**Tilstede:** Medlemmer: Magnhild Hjelme (konstituert leder), Vegar Adriansen, August Sæther, Eirik Walør Fagertun (fra kl 16 på fredag), Regine Elvevold (fredag), Helene Westgaard

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

**Forfall:** Vilde Lenning, Emil Karlsen, Oda Kjærvik (søkt permisjon)

---

### Saksliste

#### UR-17/16 Godkjenning av referat fra forrige møte

Referat godkjent med en endring av en ordlyd.

#### UR-18/16 Omvisning Barne- og ungdomsavdelingen v/Martha Bergum

**Bakgrunn for saken:** Det var planlagt to omvisninger slik at Ungdomsrådet får et bedre bilde av driften på sykehuset. Martha Bergum ledet omvisningen på Barne- og ungdomsavdelingen som er en avdeling i Barne- og ungdomsklinikken. Ungdomsrådet fikk der omvisning på Barne- og ungdomspoliklinikken av seksjonsleder Marit Leonhardsen. Hun viste også Dagenheten Dragen som i disse dager utvider sin drift med flere sengeplasser og utvidet åpningstid. Det ble i samme runde gitt informasjon om og omvisning på SMI skolen ved Annbjørg Rones og Arnt Ivar Alapnes. Skolen har elever fra førskolealder og inkluderer også videregående opplæring. Hovedfokus er engelsk, norsk og matte. Martha viste vanlig pasientrom på sengeposten og akuttrommet som har noe mer utstyr.

**Vedtak:** Det var en informativ og nyttig omvisning.

#### UR-19/16 Omvisning Barnehabiliteringen v/Oddmar Ole Steinsvik

**Bakgrunn for saken:** Det ble gjennomført omvisning på Barnehabiliteringen. Avdelingen er en avdeling i Barne- og ungdomsklinikken. Avdelingsleder Oddmar Ole Steinsvik ledet omvisningen på Barnehabiliteringen hvor vi fikk se møterom, treningsrom, testrom og leiligheter.

Lill Kristin Balstad og Jeff Lewis snakket kort om arbeid med pasienter med autisme. Hanne Pauline Jenssen holdt et kort innlegg om alternativ kommunikasjon. Hun demonstrerte kort bruk av kommunikasjonsbok og talemaskin. Fredrik Pedersen holdt et kort innlegg om utredning og kognitiv testing. Til slutt holdt overlege Jasmina Majkic-Tajsic et kort innlegg om hva legene rolle er og hun sa også litt om overgang fra barn til voksen.

**Vedtak:** Det var en informativ og nyttig omvisning.

#### **UR-20/16 IKT-strategi for UNN – hvordan møte ungdommen på en god måte**

**Bakgrunn for saken:** Saken ble behandlet videre jfr sak nr 16/2016. Ungdomsrådet er oppfordret til å levere innspill til IKT-strategien

**Vedtak:** Saken ble drøftet. Vi rakk dessverre ikke alle punktene i denne omgang men har sagt at vi kan komme med innspill senere også. Innspillet er levert til Tove Normann og ligger som vedlegg i referatet.

#### **UR-21/16 Representant for Ungdomsrådet med i medvirkningsgruppe for idefase psykiatri**

**Bakgrunn for saken:** Vi har mottatt en henvendelse fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg hvor de har foreslått at Ungdomsrådet velger en ungdomsrepresentant til medvirkningsgruppe for idefase psykiatri. Bakgrunn for saken er at det må tas store beslutninger mht nybygging og plassering av psykiatrien med tanke på framtiden. Alternativene er å pusse opp eksisterende byggmasse på området på Åsgård, delvis pusse opp og delvis bygge nytt på området, rive alt å bygge nytt på Åsgård eller flytte psykiatrien til Breivika og bygge alt nytt. Underveis skal alle fire alternativene utredes innledningsvis. Deretter skal to alternativer utredes mer detaljer før man tar en endelig beslutning som vil bli iverksatt om noen år.

**Vedtak:** Saken ble drøftet og det er enighet om at Ungdomsrådet stiller med en representant. Vi forespør medlemmer som har erfaring fra psykiatri.

#### **UR-22/16 Kommunikasjonsplan – forslag til plakat, presentasjon av Ungdomsrådet med bakgrunn i tekster**

**Bakgrunn for saken:** Som en del av Ungdomsrådets kommunikasjonsplan har det vært jobbet med plakat for Ungdomsrådet. Det er tatt nytt bilde og teksten er justert. Plakaten skal henges opp som informasjon til ansatte og andre, og det kan lages til roll-up som kan stå ulike plasser. Vi forespør Kommunikasjonsavdelingen om det kan lages en bakgrunnsfarge og omgjøring av emneknaggen.

**Vedtak:** Plakaten er godkjent og vi tar kontakt med Kommunikasjonsavdelingen for om mulig å få de siste detaljene på plass. Når plakaten er klar lager vi en plan for å sende den ut i UNN.

## UR-23/16      Eventuelt

**Bakgrunn for saken:** Det er for tiden 9 faste plasser i Ungdomsrådet til UNN. Et medlem har for tiden permisjon og plassen står ledig. Vi ser at det er en utfordring å finne møtetidspunkt hvor alle kan møte. Dette gjør møteplaner sårbare for stort fravær.

**Vedtak:** Ungdomsrådet anbefaler at det er 9 faste plasser og at det blir 2 vararepresentanter knyttet til Ungdomsrådet.

### Neste møte i Ungdomsrådet UNN er mandag 141116

#### Vedlegg:

### Tilbakemelding på forespørsel til Ungdomsrådet vedrørende IKT- strategi

Dette er tips og forslag som kom frem da ungdomsrådet jobbet med saken

. Ved å få muligheten til å bestille og endre oppsatte timer på nett, vil ungdommene kunne tilpasse kontakten med sykehuset når det passer best i forhold til skole og eventuelt andre aktiviteter. Det er mye ventetid på telefon for å få svar. Ungdom som er langvarig syk blir ofte hengende igjen i undervisningssammenheng og sosial aktivitet.

. I de tilfeller hvor resepter kan forlenges/fornyes uten forutgående prøver og undersøkelser, vil nettbaserte løsninger gi større tilgjengelighet for ungdommene. Det er behov for å kunne bestille resepter nærmest døgkontinuerlig. Og resepter kan hentes ut når det passer ungdommene sjøl.

. Ved å skrive i egen journal, kan ungdommene være med på å gi innspill til journalen som har betydning for behandling og pleie, og som kanskje fagfolkene ikke har tenkt på. Ungdommene understreker også at dette må være et supplement til det som fagfolkene har skrevet. Ved at både lese- og skrivetilgangen til journalen øker, vil også kravet om et mer folkelig språk øke.

. Når det gjelder punktet om å dele journalen med andre behandlere er ungdommene opptatt av at dette må informeres om og avklares med ungdommen på forhånd. Det er ikke alt som skal deles, og det må ungdommen sjøl få si noe om. De er opptatt av at en fortrolig samtale med en behandler ikke alltid skal være tilgjengelig for flere.

Muligheten for å dele opplysninger med andre behandlere, kan også gjøre møtene mellom pasient og behandler enklere, ved at pasienten slipper å gjenta historien mange ganger.

. Ved å chatte og skrive og motta informasjon på nett, slipper ungdommen oppmøte på sykehuset, i de sakene hvor ting enkelt kan avklares via et nettmøte. Ungdommen understreker også at det kan være enklere å be om hjelp, når tilgjengeligheten på helsepersonell kan foregå via nettet. Positivt at de kan få den samme hjelpen uten å møte opp på sykehuset. Samtidig sier de at nettbaserte løsninger kan være et supplement til oppmøte og ikke i stedet for.

. Ungdommene er positiv til bruk av apper og dele informasjon for å kunne diskutere problemstillinger som oppstår i det daglige. Her brukte vi diabetes som eksempel, men kan sikkert ha overføringsverdi til andre sykdommer.

Da det blei knapt om tid til diskusjonen, fikk vi ikke drøftet alle punktene dere hadde skissert opp. Ungdomsrådet er positiv til å komme tilbake med ytterligere synspunkter, om dere ønsker det.



Helse Nord RHF  
 Sjøgata 10  
 8038 Bodø

Deres ref.:

 Vår ref.:  
 2016/3218-8

 Saksbehandler/dir.tff.:  
 Hege Andersen, 77626155

 Dato:  
 11.10.2016

### **Statusrapportering til Helse Nord RHF - oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)**

Det vises til Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for oppfølging fra Helse Nord RHF til UNN HF, datert 05.07.2016. I mandatet bes det om statusrapportering til Helse Nord RHF innen 15.10.2016. Dette notatet med vedlegg utgjør UNN HFs rapportering på begge mandatets områder; Organisering av arbeidet med kirurgisk akuttberedskap, elektiv kirurgi og føde, og organisering av arbeidet med stedlig ledelse.

#### Stedlig ledelse

Arbeidet med utredningen om stedlig ledelse ledes av viseadministrerende direktør Marit Lind. En arbeidsgruppe bestående av representanter blant annet fra lokale driftsråd ved UNN Harstad og UNN Narvik, foretakstillitsvalgte, vernetjenesten og brukerutvalget skal jobbe med utredningen. Det legges opp til en bred prosess med involvering av interne og eksterne interessenter. UNNs vertskommuner vil bli involvert gjennom etablerte samarbeidskanaler som Overordnet samarbeidsorgan (OSO). Regionrådene i Ofoten, Midt-Troms og Sør-Troms inviteres til å gi innspill på dagens organisering og ivaretagelse av stedlig ledelse.

#### Overordnet fremdriftsplan:

- Ukene 39-41 - Planlegging og oppstart av arbeidet i ukene
- Ukene 41-48 - Beskrivelse/utredning av UNN organisering og ivaretagelse av stedlig ledelse
- Ukene 48-5 (2017) - Innspillsrunder, ferdigstilles av rapport og saksbehandling
- Endelig rapport drøftes med tillitsvalgte, Brukerutvalg og AMU før styrebehandling 8.2. 2017
- Saken oversendes til Helse Nord RHF den 10.2. 2017

#### Kirurgisk akuttberedskap, elektiv kirurgi og føde

Det er etablert en prosjektgruppe som har ansvaret for utredningen. Se vedlagte prosjektplan for sammensetning og møteplan (vedlegg 1). Helse Nord ved direktør Fanghol og seksjonsleder Spørck deltok i oppstartsmøtet. Det er i tillegg igangsatt en rekke datafangst og analyseoppdrag internt i UNN og i samarbeid med SKDE, opprettet en arbeidsgruppe for kommunale

helsetjenester med relevans for kirurgivirkosheten ved UNN Narvik, samt gitt fire bestillinger om faglige innspill fra fagmiljøene ved UNN på områdene kirurgi, føde, traume og prehospitale tjenester (vedlegg 2).

Prosjektgruppen har lagt alle sine seks møter til Narvik. Ved hvert møte arrangeres det i tillegg et åpent møte for de ansatte, der det informeres om arbeidet og gis anledning til å stille spørsmål.

#### Felles for begge oppdragene

Det er etablert en [internettside](#) der mandat, kommunikasjonsplan, referat fra møter og data/analyser fortløpende legges ut. Via denne siden kan ulike interessenter i saken sende innspill og forespørsler via en felles «postkasse» i form av en e-postadresse som betjenes av prosjektsekretariatet. Det er opprettet kontakt med personene som leder og utfører tilsvarende oppdrag i de andre foretakene i Helse Nord. Dette gjelder særlig utredningen omkring Lofoten sykehus, der det er etablert faste koordineringsmøter mellom sekretariatene.

Oppdragene er ressurskrevende, arbeidsintensive, har korte frister, og stor oppmerksomhet både blant UNN sine ansatte og i lokalmiljøene. Vi mener likevel oppdraget vil kunne løses innen de etablerte tidsrammer, gitt at det får den nødvendige prioritet i foretaket også i månedene som kommer. Framdriftsplanene kan bli utfordret av utviklingen i streiken blant Akademikerne.

Med vennlig hilsen

Marit Lind  
Viseadministrerende direktør

Hege Andersen  
Prosjektsekretariat

#### Vedlegg:

1. Prosjektplan Kirurgisk akuttberedskap. 30.09.2016
2. Datafangst, analyse- og utredningsarbeid. Internt notat av 30.09.2016



---

## *Prosjektplan*

### *Oppfølging Nasjonal Helse- og Sykehusplan, kirurgisk akuttberedskap UNN Narvik*

*UNN HF 30.09.16*

---

#### **Innledning**

UNN HF har av Helse Nord RHF fått i oppdrag å utrede kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder, inkludert innhold og organisering av fødetilbudet for UNN Narvik, med bakgrunn i Nasjonal helse- og sykehusplan. Utredningen skal oversendes Helse Nord RHF innen 1. april 2017 for styrebehandling. Saken er orientert om i UNNs styremøte 14. september 2016, og styret skal fatte vedtak i saken i sitt møte 29. mars 2017.

#### **Bakgrunn**

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars i år, og etter påfølgende foretaksmøte med Helse Nord RHF og styrebehandling utarbeidet Helse Nord RHF et mandat for oppfølging 5. juli 2016 (vedlegg 1). Denne prosjektplanen omfatter området Rapport om framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi. Selve oppdraget er beskrevet i prosjektmandatet, og gjengis ikke her. Prosjektplanen er en operasjonalisering av oppdraget, og herunder en plan for organisering av arbeidet, tidsfrister og del-leveranser.

#### **Metode for datainnsamling**

Mandatet beskriver oppdraget inngående og det gjentas derfor ikke her. Oppdraget vil hovedsakelig løses gjennom etablering av en prosjektgruppe og prosjektleder Odd Søreide, som skal lede utredningsoppdraget. Gruppen settes sammen med utgangspunkt i mandatet, med en representant fra UNN Tromsø, tre fra UNN Narvik og en fra UNN Harstad, fire representanter fra kommunene, konsernverneombud og brukerrepresentant. Det planlegges seks dagsmøter ved UNN Narvik. I tillegg etableres det en arbeidsgruppe som skal gi faglige innspill til prosjektet innen området kommunale tjenestetilbud med relevans for kirurgivirksomheten ved UNN



Narvik (vedlegg 2). Det bes også om faglige innspill fra fagmiljøene ved UNN innen følgende områder:

1. Prehospitaltjenester, tilgjengelighet (transport)
2. Traumeorganisering
3. Fødetilbudet
4. Kirurgi

I tillegg er det nødvendig med administrativ innhenting av fakta og andre informasjonselementer. Dette arbeidet skjer uten bruk av arbeidsgrupper, men med leveranser. Det kan bli behov for ad hoc referansepersoner/referansegrupper som kan bli brukt til ev kvalitets sikring av innhentet informasjon. Det er behov for informasjon innhenting bl a på følgende områder:

- Rekruttering, kompetanse og bemanning.
  - i. Fakta fra bemanningsprosjektet ved UNN Narvik.
- Drifts- og virksomhetsdata fra nasjonale, regionale og lokale databaser og datakilder, analysert av
  - i. SKDE
  - ii. Sykehusbygg eller andre eksterne analyseenheter
  - iii. UNNs analyseenhet (ØAS)
  - iv. Andre
- Kartlegging – oppgaver og drift ved andre små sykehus i Norge (definert som sykehus med historisk opptaksområde på ca 40.000 innbyggere og mindre)
- Statusbeskrivelser – forhold knyttet til kirurgi- og fødetilbudet ved UNN Narvik
  - i. Beskrivelse av prehospitaltjenester
  - ii. Tilgjengelighetsanalyser (transport og reisetider)
  - iii. Fødedata (antall, tilhørighet, resultater)
  - iv. Omtale av kirurgifagene, foreslåtte endringer.
  - v. Kodepraksis

## Milepæls-, framdrifts- og møteplan

### Milepæler (jf mandatets pkt 10)

ID	Dato	Milepæl
M1	14.09.16	Prosjekteier har godkjent prosjektplan, styret i HF orientert
M2	22.09.16	Konstituering av prosjektgruppen, første møte
M3	15.10.16	Rapportering til Helse Nord RHF (styret i UNN HF og direktøren mottar kopi)
M4	01.12.16	Rapportering til Helse Nord RHF (styret i UNN HF og direktøren mottar kopi)



M5	29. 03.17	Styrebehandling UNN HF
M6	01.04.17	Styrebehandlet utredning oversendes Helse Nord RHF

### Framdrifts- og møteplan

Nr.	Hovedaktivitet	Ansvar	Dato/ frist
1.	Prosjektplan klar til å oversendes styret HF til orientering i styremøtet 14.09.16	Prosjektleder	02.09.16
2.	Prosjektgruppe konstituert – 6 heldagsmøter ved UNN Narvik	Prosjektleder	22.09.16, 18.10.16, 15.11.16, 15.12.16, 12.01.17, 14.02.17
3.	Rekruttering av aktuelle deltakere til undergruppe for faglige innspill	Prosjektleder/ ressurspersoner	Innen 22.09.16
4.	Oppstart og leveranse fra undergruppe/grupper	Ressurspersoner	Etter oppnevning
5.	Datainnsamling. Analyse.	Prosjektleder/ Sekretariat	Se mandat
6.	Risikovurdering, høring og ferdigstilling av rapport-utkast	Prosjektleder/sekretariat ev ekstern kompetanse	Innen xx.03.17
7.	Styrebehandling i UNN HF etter drøftinger mv	Adm.dir UNN HF	29.03.17
8.	Oversende styrebehandlet utredning til RHF	Adm.dir UNN HF	01.04.17

### Organisering

Selve navet i utredningen blir prosjektgruppen, som er sammensatt med utgangspunkt i mandatets pkt 9.2, med en representant fra UNN Tromsø, en fra UNN Narvik og en fra kommunene utover mandatets minimumsrepresentasjon. Klinikksjefene ga innspill til aktuelle deltakere fra hhv Tromsø, Harstad og Narvik. Direktøren utpekte UNN-representantene, med særlig vekt på sammensetningen, slik at både lege- og sykepleierfaget, og de aktuelle fagområdene er representert.

Brukerutvalget ved UNN utpekte selv sin representant, og tilsvarende for de konserntillitsvalgte/konsernverneombud i Helse Nord.

Narvik kommune har i samarbeid med hhv Tysfjord, Ballangen, Evenes, Bardu, Lavangen, Gratangen og Salangen kommune utpekt sine representanter. Endelig avklaring kom etter brev av 09.09.16. Narvik kommune ved Heidi Lakså er koordinator for kommunene. Direktøren ved UNN HF som prosjekteier har det overordnede ansvar for å sette sammen denne gruppen.





Arbeidet ledes av prosjektleder Odd Søreide. Det er etablert et prosjektsekretariat tilknyttet arbeidet, ledet av Hege Andersen.

Rolle	Navn	Tilhørighet
Prosjekteier	Tor Ingebrigtsen	Direktør UNN HF
Prosjektleder	Odd Søreide	Innleid konsulent
Prosjektsekretariat	Hege Andersen	Direktørens stab
Prosjektdeltakere	Esben Haldorsen	Brukerrepresentant
	Bengt-Ole Larsen	Konsernverneombud
	Bjørn Bremer, rådgiver	Kommunene i nedslagsområdet
	Sverre H Evju, kommuneoverlege	Kommunene i nedslagsområdet
	Heidi E Laksaa, kommunalsjef	Kommunene i nedslagsområdet
	Arne Holm, kommuneoverlege	Kommunene i nedslagsområdet
	Jon Harr, overlege	UNN Narvik
	Anne Marthe F Jenssen, overlege	UNN Narvik
	Kari Fiske, seksjonsleder	UNN Narvik
	Rita P Martnes, avdelingsleder	Unn Harstad
	Knut Kjørstad, avdelingsleder	UNN Tromsø

## Oppdraget

Prosjektgruppen skal utrede løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik (jf pkt 3 i mandatet) og UNN HF skal anbefale en løsning til Helse Nord RHF. Fødetilbudet inngår i det akuttkirurgiske tilbudet og skal også vurderes (jf pkt 4). Elektiv kirurgisk virksomhet skal beskrives (pkt 5). Konsekvensene av ev foreslåtte endringer skal vurderes (pkt 6 og 7).

Forståelsen og føringene i Nasjonal helse- sykehusplan (Meld.St. 11 (2015-2016)) om samarbeid mellom sykehus (sykehus i nettverk) for å dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester skal legges til grunn for arbeidet.

Utredningen skal styrebehandles ved UNN HF, før saken fremmes for styret i Helse Nord RHF (jf pkt 9.4). Prosjektgruppen skal søke å komme fram til en omforent anbefaling til UNN-styret.

## Kommunikasjon og medvirkning

Det vises særlig til pkt 9 i mandatet om åpenhet og involvering. Det utarbeides en egen kommunikasjonsplan og interessentanalyse tilknyttet dette arbeidet. Sistnevnte er en oversikt over prosjektets interessenter, der disse sorteres i ulike interessegrupper. Det er viktig så tidlig



som mulig å synliggjøre hvordan interessentene påvirkes av prosjektet for derved å kunne planlegge kommunikasjonstiltak og involvering. Interessentanalysen er et levende dokument som oppdateres etter hvert som nye faser i utredningsarbeidet inntreffer. Det utarbeides også en kommunikasjonsplan som støtte til interessentanalysen for å tydeliggjøre hvilke kommunikasjonstiltak som rettes mot de ulike interessentgrupper, og når tiltakene skal gjennomføres. Mål for kommunikasjonsarbeidet er: «*Interessentene har tillit til prosessen, prosjektet og målsettingen*».

Ansatte i UNN Narvik spesielt og ved UNN generelt har mottatt informasjon om at arbeidet er i gang, og det er etablert en nettside på internett. Det planlegges også informasjonsmøter for de ansatte i forbindelse med møter i prosjektgruppen. Det er også etablert en «postkasse» for henvendelser til prosjektet som rutes til prosjektsekretariat. Mediekontakt anbefales å skje gjennom pressevakta ved UNN HF.

En utfordring i prosjektet og i informasjonsarbeidet er å skille mellom det som er prosjektets mandat og ansvar, og spørsmål og forhold som angår løpende driftsutfordringer og strategiske planer/planarbeid, jf styrets vedtak om utviklingsplan for UNN HF.

Det legges opp til høringer slik det er beskrevet i mandatet.

## Andre forhold

I hht mandatet vil Helse Nord RHF delta i oppstartsmøtet i prosjektgruppen.

Det pågår et tilsvarende utredningsarbeid ved Nordlandssykehuset HF. Det er etablert kontakt mellom prosjektlederne og de to sekretariatene og det gis mulighet for en observatørrolle for disse i det tilsvarende prosjekt i det andre foretaket og for utveksling av relevant informasjon.

Vedlegg 1: Mandat fra Helse Nord RHF

<https://unn.no/Documents/Om-oss/Utredninger%20etc/Nasional%20helse-%20og%20sykehusplan%20%282016%29/Nasional%20helse-%20og%20sykehusplan%20-%20Mandat%20for%20oppf%c3%b8lging.pdf>

Vedlegg 2: mandat for arbeidsgruppe



## Vedlegg 2: Arbeidsgruppe

### Arbeidsgruppe – kommunale tjenestetilbud med relevans for kirurgivirksomheten ved UNN Narvik.

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars i år. Etter påfølgende foretaksmøte og styrebehandling, utarbeidet Helse Nord et mandat for oppfølging. Oppdraget UNN HF har fått fra Helse Nord RHF er å utrede innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbud og elektiv kirurgi, og utrede løsninger for framtidig akuttberedskap. Se prosjektmandat fra Helse Nord av 05.07.2016 i linken under: <https://unn.no/om-oss/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Arbeidet er organisert med en prosjektgruppe oppnevnt av adm. dir. UNN HF. Prosjektgruppen har behov for statusbeskrivelse/faglige innspill til arbeidet.

Arbeidsgruppen for kommunale tjenestetilbud med relevans for kirurgivirksomheten ved UNN Narvik skal gi innspill til prosjektet ved å beskrive følgende:

- Gi en oversikter for folketallet i kommunene og SSBs befolkningsfremskrivning 2016-2040 (etter MMMM-alternativet), evt supplert med data fra regionale befolkningsfremskrivninger 2016-2040.
  - Det gis samlet antall innbyggere og fordeling på alderskategorier.
- Legevakten(e) i kommunene; lokalisering, interkommunalt samarbeid og organisering.
  - Bruk av observasjonssenger el. akuttsenger tilknyttet legevakten.
- Beskrive beredskapsarbeidet i kommunene med vekt på akutte kirurgisk skader; avtaler mellom sykehusene (foretaket) og kommunene, etablert praksis.
- Rutiner og praksis og arbeidsdeling mellom kommunehelsetjenesten (legene) og AMK-sentral ved alvorlige skader/ulykker.

Arbeidsgruppen skal inneholde sykepleiefaglig- og legefaglig kompetanse med deltagelse fra mer enn 2 kommuner. Arbeidsgruppen ledes av NN (utfylles). Ansvarlig for koordinering av arbeidet: Kommunalsjef Heidi E Laksaa (Narvik kommune).

Frist for arbeidet: 1. november 2016

Internt notat:

Hege Andersen 300916

## Datafangst, analyse og utredningsarbeid i forbindelse med oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan UNN Narvik

---

Oppdragene har sitt utgangspunkt i mandat for oppfølging fra Helse Nord RHF av 050716 og Prosjektplan av 300916, og består av følgende deloppdrag (per dags dato – med forbehold for endringer og mindre feil):

- 1) Faglige innspill fra ulike faggrupper ved UNN. Vedlegg 1 (4 stk: kirurgi, føde, traume, transport). Frist 1. november/1. desember
- 2) Arbeidsgruppe kommunehelsetjeneste. Egen ekstern gruppe etablert i kommunene – mandat ligger i prosjektplanen. Frist 1. november
- 3) Pasientstrømmer. Vedlegg 2. Kort beskrivelse av oppdraget (baseres på notater fra Odd Søreide og SKDE). Frist fortløpende 2016.
- 4) Rekruttering, kompetanse, bemanning UNN Narvik: oppdrag gitt personalavdelingen UNN, personalsjef Mai-Liss Larsen. Frist 10. oktober
- 5) Kartlegging – andre sykehus med opptaksområde < 40000: tabell-oversikter for hhv kirurgi og føde. Vedlegg 3. Oppdrag gitt stabssenteret UNN. Frist 7. november
- 6) Kvalitet (kirurgi føde elektiv virksomhet), både pasientopplevd og resultat/prosess-mål og kvalitetsindikatorer. Oppdrag gitt kvalitetsavdelingen ved UNN HF ved rådgiver Hans Petter Bergseth. Frist fortløpende 2016.
- 7) Restkategori – alt stort og smått som ikke dekkes av 1-6 (jf mandat- prosjektplan) – egen tabell oppdateres fortløpende (sekretariat)

Alle leveranser vil dateres, oppgi kilder og forfatter(e), og legges ut på internettsiden vår via sekretariatet. Resultatene legges fram for prosjektgruppen i møtene 18.10, 15.11 og 15.12. 2016.

Vedlegg 1 Bestilling av faglige innspill fra kliniksjeff Jon Mathisen, Akuttmed. Klinikk, dato: 28.09.16

### Prehospitale tjenester og tilgjengelighet (transport)

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars i år. Etter påfølgende foretaksmøte og styrebehandling, utarbeidet Helse Nord et mandat for oppfølging.

Oppdraget UNN HF har fått fra Helse Nord RHF er å utrede innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbud og elektiv kirurgi, og utrede løsninger for framtidig akuttberedskap. Se prosjektmandat fra Helse Nord av 05.07.2016 i linken under:

<https://unn.no/om-oss/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Arbeidet er organisert med en prosjektgruppe oppnevnt av adm. dir. Prosjektgruppen har behov for faglige innspill på områdene prehospitale tjenester og tilgjengelighet (transport) for sykehusene i UNN HF. Leveransen skal bygge på nasjonale føringer og regionale og lokale vedtak og planer. *Det er tilstrekkelig med korte fakta-notat, tall, kart og tabeller (ikke lange utredninger med andre ord). I stor grad vil leveransen kunne basere seg på å hente utdrag fra foreliggende rapporter og tidligere utredninger.*

- Beskriv AMK og landambulansetjenesten (lokalisering, oppdrag, bemanning, etc; jf utredning om Stord sykehus, Helse Vest RHF).
  - Gi oversikt over stengning av veier o.l. basert på tilgjengelig statistikk fra Vegvesen el.l.
- Gi tabellarisk oversikt over transporttider med bil (vanlig og utrykning), helst med antatte data etter åpning av brua over Rombaksfjorden.
- Beskriv luftambulansetjenesten med responstider, regularitet, etc.
  - Av alle oppdragene, hvor stor andel er knyttet til kirurgiske problemstillinger og traume og til fødselsomsorgen.
  - Gi evt data som kan belyse omfang av situasjonen” Når *helikopteret ikke kommer*”, jf utredninger/analyser i Helse Vest RHF (Stord, Nordfjordeid).
- Kartlegging av” rød respons” fra AMK-sentralen(e) *relatert til skader/ulykker* (med traumerelatert innleggesesgrunn)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Se tilsvarende utredning for Nordfjord sykehus (<http://www.helse-vest.no/no/FagOgSamarbeid/Framtidaskokalsjukehus/Documents/sr/10%20Akutt%20traume%20-%20raude%20responsar%20i%20Nordfjord.pdf>).

- Klargjør begrepet *overtriagering*.
- Klargjør alvorlige traume/skade vs. mindre alvorlige skader/traumer (hverdagsskader).
- Bruk evt politidata om ulykker dersom relevant, jf Helse Nord.
- Drøfte og definere begrepet *stabiliseringskompetanse* (må samordnes med kirurgisk fagmiljø).

Vi oppfordrer til involvering av relevante fagperson(er) fra UNN Narvik.

Frist: 1. Desember 2016

Bestilling av faglige innspill til klinikkisjef Arthur Revhaug, 28.09.16

## Avklarende spørsmål om kirurgi-spesifikke problemstillinger

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars i år. Etter påfølgende foretaksmøte og styrebehandling, utarbeidet Helse Nord et mandat for oppfølging.

Oppdraget UNN har fått fra Helse Nord RHF er å utrede innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbud og elektiv kirurgi, og utrede løsninger for framtidig akuttberedskap. Se prosjektmandat fra Helse Nord av 05.07.2016 i linken under:

<https://unn.no/om-oss/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Arbeidet ved Sykehuset UNN Narvik er organisert med en prosjektgruppe oppnevnt av adm. dir. Prosjektgruppen har behov for *faglige* innspill til arbeidet. Det ønskes en kort (stikkord) omtale av

- Fagområdet *kirurgi*<sup>2</sup> er et samlebegrep. Beskriv fagområdet med oppdeling i spesialiteter (hoved- og grenspesialiteter) og fremtidig behov og utviklingstrender i de kirurgiske fagene (se mandatets pkt 3). Som bakgrunnsmateriale er følgende relevant informasjon:
  - Helse Vest RHF har vedtatt en regional plan for kirurgi i 2013 der det er gitt en bred omtale av kirurgi-fagene (omtalen er vedlagt).
  - Klinikken ved UNN HF har arbeidet med Strategisk utviklingsplan 2015-2025 der kirurgi-fagene omtales.

Vi ber fagmiljøene ta stilling til om beskrivelsene i Helse Vest sin kirurgiplan er dekkende og fortsatt adekvat, evt at det blir foretatt endringer (bruk spor endring el.l.) eller gitt utfyllende informasjon/nye omtaler.

På tidspunktet der Helse Vest utformet og styrebehandlet kirurgiplanen var vedtaket om avvikling av Generell kirurgi som egen spesialitet ikke fattet. Beskriv kortfattet konsekvensene av at denne spesialiteten nå blir avviklet og at spesialistutdanningen i de kirurgiske fagene ikke stiller krav om utdanning i generell kirurgi (se også [www.lis-utdanning.info](http://www.lis-utdanning.info)).

---

<sup>2</sup> Gjelder det tradisjonelle kirurgifaget. Andre fagområder som bruker kirurgi som metode (f.eks. Øye, Øre-nese-Hals, Gynekologi) skal ikke omtales

- I mandatets pkt 3 (side 4) står bl.a. følgende presisering: *Akuttsykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, **beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering** (sekretariatets utheving), og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.*
  - Drøfte og definere begrepet *vurderingskompetanse* og *stabiliseringskompetanse* (må samordne med traumeomsorg) i lys av mandatets presisering.

Frist: 1. November 2016.



Bestilling av faglige innspill fra traumekomiteen ved Kristian Bartnes dato: 28.09.16

### Traumeorganisering UNN Narvik

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars i år. Etter påfølgende foretaksmøte og styrebehandling, utarbeidet Helse Nord et mandat for oppfølging.

Oppdraget UNN HF har fått fra Helse Nord RHF er å utrede innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbud og elektiv kirurgi, og utrede løsninger for framtidig akuttberedskap. Se prosjektmandat fra Helse Nord av 05.07.2016 i linken under:

<https://unn.no/om-oss/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Arbeidet er organisert med en prosjektgruppe oppnevnt av adm. dir. Prosjektgruppen har behov for faglige innspill på området traumeorganisering UNN Narvik som faglige premisser til prosjektgruppen. Leveransen skal bygge på nasjonale føringer og regionale vedtak og planer. Det er tilstrekkelig med korte fakta-notat, tall, kart og tabeller (ikke lange utredninger med andre ord). I stor grad vil leveransen kunne basere seg på å hente utdrag fra foreliggende rapporter og tidligere utredninger.

- Beskriv kort hovedtrekkene i det nasjonale traumesystemet med evt regionale og lokale tilpasninger.
- Beskrive traumeomsorgen/traumesystemet i UNN og foreta en kvalitativ vurdering av traumesystemet ved UNN Narvik, f.eks. basert på kriterier brukt i Norge<sup>3</sup>.
  - Beskrive (som kopi av gjeldende dokumenter) gjeldende traumeprosedyrer ved UNN Narvik.
- Tallfest/sannsynliggjør omfanget av *alvorlige* traumer<sup>4</sup> akutt innlagt ved UNN Narvik ved bruk av eksisterende data, evt list opp diagnoser (indeksdiagnoser<sup>5</sup>) og prosedyrekoder (indeks-prosedyrer<sup>6</sup>) som kan brukes for søk i administrative databaser.
  - Gi oppsummerende data fra det nasjonale traumeregisteret for pasienter behandlet ved UNN Narvik og UNN Harstad.
- Drøfte og definere begrepet *stabiliseringskompetanse* (må samordnes med kirurgisk fagmiljø).

---

<sup>3</sup> Se T. Dehli et al. Implementation of a trauma system in Norway: a national survey. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2015;59:384-391.

<sup>4</sup> Bruk internasjonale definisjoner.

<sup>5</sup> f.eks. S36 Skader på organer i bukhulen.

<sup>6</sup> f.eks. GAB00 Nødtorakotomi.

Vi oppfordrer til involvering av relevante fagperson(er) fra Traumekomiteen, regional traumekoordinator og UNN Narvik.

Frist: 1. November 2016

Bestilling av faglige innspill fra klinikkssjef Arthur Revhaug/avdelingsleder Ingard Nilsen, KK, dato: 28.09.16

### Fødetilbudet ved UNN Narvik

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars i år. Etter påfølgende foretaksmøte og styrebehandling, utarbeidet Helse Nord et mandat for oppfølging.

Oppdraget UNN har fått fra Helse Nord RHF er å utrede innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbud og elektiv kirurgi, og utrede løsninger for framtidig akuttberedskap. Se prosjektmandat fra Helse Nord av 05.07.2016 i linken under:

<https://unn.no/om-oss/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Arbeidet ved Sykehuset UNN Narvik er organisert med en prosjektgruppe oppnevnt av adm. dir. Prosjektgruppen har behov for faglige innspill til arbeidet. Leveransen skal bygge på nasjonale føringer nevnt i mandatet, Regional plan for helhetlig svangerskaps- fødsels- og barselomsorg i Helse Nord, seleksjonskriterier tilpasset landsdelen og videre oppfølging av kvalitet og risiko. Det er tilstrekkelig med korte fakta-notat, tall, kart og tabeller (ikke lange utredninger med andre ord). I stor grad vil leveransen kunne basere seg på å hente utdrag fra foreliggende rapporter og tidligere utredninger.

- Gi en kort statusbeskrivelse for implementering av Helse Nord RHF sine vedtak om fødselsomsorgen, spesielt avvik fra ev seleksjonskriterier som gjelder UNN Narvik, og avtaler med kommunene om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.
- Vurdere resultatene<sup>7</sup> knyttet til fødsler (ikke planlagte fødsler utenfor institusjon, alvorlig maternell morbiditet, premature fødsler, nyfødtes Apgar-score, fødselsvekt, perinatal dødelighet, dødelighet første levemåned, overflytting til barneavdeling, ev andre data).
- Gi en kortfattet beskrivelse av hvordan den legefaglige kompetansen ved UNN Narvik brukes utenom fødselsomsorgen. Aktiviteten, spesielt poliklinisk aktivitet og dagbehandling, bør tallfestes og dokumenteres med data, jf fotnote.

---

<sup>7</sup> Framskaffet administrativt

Vi ber klinikkjefen/avdelingsleder sørge for at nødvendig kompetanse benyttes i dette oppdraget. Vi oppfordrer til involvering av relevante fagperson(er) fra UNN Narvik.

Styret i UNN HF har vedtatt en Strategisk utviklingsplan 2015-2015, og det foreligger klinikkspesifikke planer som bygger på denne. I den grad det er relevant legges disse planene til grunn.

Frist: 1. desember 2016

## Vedlegg 2. Leveranse av data vedrørende pasientstrømmer

### Oppfølging av Nasjonal Helse- og sykehusplan

#### Oppsummert om oppdraget.

HA. 29.09.16

---

Oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan ved UNN er avhengig av gode og hensiktsmessige data som grunnlag for de vurderinger som skal gjøres. Det foreligger en rekke data og analyser fra tidligere (herunder både fra Sykehusbygg og SKDE), men disse er ikke fullt ut dekkende for de behov prosjektet har. Dette gjelder særlig problemer med avgrensing av kirurgi og «den kirurgiske pasient» og skillet mellom data innsamlet og analysert innen et populasjonsperspektiv versus et sykehusperspektiv. Det er i tillegg behov for grundige poliklinikkdata.

På bakgrunn av notat fra prosjektleder (vedlegg 1) ble det etter møte av 010916 laget et notat fra SKDE (vedlegg 2) som redegjør for oppdraget og et forslag til arbeidsdeling mellom hhv SKDE og UNN. Partene konkluderte at SKDE skulle ivareta pkt 1: pasientstrømsanalyser, mens UNN skulle svare ut pkt 2: hvem er den kirurgiske pasient? Og pkt 3: den akuttkirurgiske aktiviteten.

Etter et nytt møte 230916 ble det etablert en analysegruppe bestående av Olav Helge Førde, Lise Balteskard, Trine Storjord og Odd Søreide. Thomas Krogh er også en mulig bidragsyter. Olav Helge Førde er koordinator for arbeidet. Denne gruppen vil basere sitt arbeid på oppdraget gjengitt i de to notatene, og starter opp sitt arbeide 041016.

SKDE skal, som avtalt, igangsette arbeidet med pasientstrømsanalyser for kirurgiske pasienter, basert på DRG-klassifikasjon.

Data vil leveres fortløpende, men hovedsakelig minimum en uke før de tre kommende møtene i prosjektgruppen; dvs senest 10. oktober, 7. november og 7. desember

Vedlegg 2.1: Notat av 310816 fra Odd Søreide: Analysebehov knyttet til prosjektet (kan fås av sekretariat)

Vedlegg 2.2: Notat fra SKDE av 060916: møte om analysebehov (kan fås hos sekretariat)

## Vedlegg 3 Kirurgi ved sykehus med opptaksområde under 50.000

Sykehus	Befolkning <sup>8</sup>	Oppgaver		Bemanning/Vaktordning (fast/vikar). Overleger/LIS-stillinger	Status 2016
		Akutfunksjon	Elektiv		
Kongsberg	50.000				
Stord	49.000				Gjennomgang av sykehuset 2016 med vedtak i Helse Vest RHF om videreføring av akuttkirurgi (ref).
Kongsvinger	42.000				
Volda	42.000				
Notodden	42.000				
Flekkefjord	40.000				
Namsos	40.000				
Harstad	35.000				
Mo I Rana	34.000				
Stokmarknes	30.000				
Voss	30.000				Helse Bergen har lagt overvektskirurgi til sykehuset og tilført andre oppgaver.
Narvik	28.000				
Kirkenes	28.000				
Sandnessjøen	27.000				
Nordfjord	25.000	Skadepoliklinikk	Dagkirurgi	Døgnkontinuerlig spesialistvakt (ortopedi) for skadepoliklinikk	Status avklart, jf Helse- og sykehusplanen
Lofoten	24.000				
Lærdal	20.000				
Tynset	18.000				
Mosjøen	16.000				
Odda	12.000				Pågående gjennomgang, antatt ferdig ultimo 2016.

<sup>8</sup> Folketallet tatt fra Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) (Meld.St. 11 (2015-2016) Melding til Stortinget).

## Fødselsomsorgen i sykehus med opptaksområde under 50.000

Sykehus	Befolkning <sup>9</sup>	Type føde-enhet	Antall fødsler (2015)	Enkeltfødsel		Flerfødsler	Keisersnitt		Vaktordning (fast/vikar) – kort beskrivelse	Seleksjons-kriterier	Status 2016
				Para I	Para II+		Akutte	Planlagte			
Kongsberg	50.000										
Stord	49.000										Gjennomgang av sykehuset 2016 med vedtak i Helse Vest RHF om videreføring (ref).
Kongsvinger	42.000										
Volda	42.000										
Notodden	42.000										
Flekkefjord	40.000										
Namsos	40.000										
Harstad	35.000										
Mo I Rana	34.000										
Stokmarknes	30.000										
Voss	30.000	Fødeavdeling									Tilføres fødsler fra Bergensområdet (ca xxx per år).
Narvik	28.000										
Kirkenes	28.000										

<sup>9</sup> Folketallet tatt fra Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) (Meld.St. 11 (2015-2016) Melding til Stortinget).



<b>Sandnessjøen</b>	27.000											
<b>Nordfjord</b>	25.000	Fødeavdelingen lagt ned i 2011. "God start" enhet etbalert.										Avtale med Volda sykehus om fødsler fra Nordfjord
<b>Lofoten</b>	24.000											
<b>Lærdal</b>	20.000											
<b>Tynset</b>	18.000	Fødestue fra 1997.										
<b>Mosjøen</b>	16.000	Jordmorstyrt fødestue.										
<b>Odda</b>	12.000	"God start" enhet (modell fra Nordfjord sykehus)										Pågående gjennomgang, antatt ferdig ultimo 2016.
			<b>Jordmorstyrte fødestuer</b>									
<b>Alta</b>												-

<b>Midt-Troms</b>							-		
<b>Sonjatun</b>							-		
<b>Brønnøysund</b>							-		

Kilder: Medisinsk fødselsregister og fødeenhet ved sykehuset.

..... Opplysninger samlet av ..... (enhet, avdeling, evt personer)

Mulige

kilder: [https://www.regjeringen.no/contentassets/d2d17201c323488fa60b862134d36b43/kartlegging\\_akuttmedisinsk\\_akuttkirurgisk\\_virksomhet.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d2d17201c323488fa60b862134d36b43/kartlegging_akuttmedisinsk_akuttkirurgisk_virksomhet.pdf).

[https://www.regjeringen.no/contentassets/d2d17201c323488fa60b862134d36b43/notat\\_pasientstrom\\_sykeismakutfunksjon.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d2d17201c323488fa60b862134d36b43/notat_pasientstrom_sykeismakutfunksjon.pdf)

<https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Nasional%20helse-%20og%20sykehusplan/Pasientbehandling/Kartlegging%20av%20akuttmedisinsk%20og%20akuttkirurgisk%20virksomhet%20ved%20mindre%20lokalsykehus.pdf>.



## MØTEREFERAT

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

---

**Møtedato:** Mandag 31.10.2016 14.00 – 15.30

**Møtested:** Møterom D1.704 Biblioteket

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

**Forfall:** Esben Haldorsen

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

Under sak 57/16 møtte: Grethe Andersen, Line Lura og Stig Olav Pedersen

---

#### **BAU 57/16 Behandling av drøftingssaker til styremøte 16.11.2016**

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 28.10.2016.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg (BAU) kommentarer til styresakene;

##### 1. Kvalitets- og virksomhetsrapport

Økonomisjef Grethe Andersen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til saken sammen med kvalitetsrådgiver Stein Olav Pedersen. Økonomien til foretaket er bra. Noen klinikker sliter likevel med avtalte rammer.

- BAU etterspurte status i Pakkeforløpene, ettersom vi på flere forløp nå ikke når det nasjonale kravet om minimum 70 %.
- BAU synes fortsatt ventetiden er for lang selv om det opplyses i rapporten at den har gått ned.  
Det er videre ønskelig å finne ut av intern ventetid, ettersom pasienter som kommer til UNN fra et annet foretak, bidrar til å høyne UNNs interne ventetid ettersom de «tar med seg» ventetiden fra tidligere opphold andre steder.
- BAU fikk opplyst at de fleste korridorpatienter ligger på medisinske sengeposter, og at dette området fortsatt har høy prioritet.

#### Oppsummert

BAU ga sin tilslutning til at saken fremmes for behandling i styret.

##### 2. Ledelsens gjennomgang (LGG)

Kvalitetsrådgiver Lina Lura innledet til saken, orienterte om LGG og utfordret BU på hva som er relevant/interessant, og ba om innspill på hvilke områder det er behov for å fokusere på i LGG.

- BAU stilte spørsmål ved hvorfor UNN Narvik heller ikke denne gangen har levert ihht bestilling.
- BAU stilte spørsmål ved hvorfor det enkelte steder i rapporten kun er en visuell fremstilling av et resultat, uten å finne igjen nærmere gjennomgang av dette i teksten og etterlyste en bedre overensstemmelse til neste rapport.
- BAU viste til side 13 i rapporten vedrørende interne tidsfrister, og ba om at det må iverksettes tiltak for de to klinikkene med avvikende tidsbruk.
- BAU bemerket at de nasjonale faglige retningslinjer i tilknytning til smittevern er viktige, og ba om at disse følges opp.

#### Merknad

BAU påpekte at manglende måloppnåelse for pakkeforløpet knyttet til prostatakreft, nå bør bli tilfredsstillende svart ut overfor styret.

### 3. Forberedende langtidsplan 2018-21

Økonomisjef Grethe Andersen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den. Det var uttrykt ønske fra økonomisjefen om hvilke føringer BU ønsker i saken.

Behandling:

- BAU synes langtidsplanen er vanskelig tilgjengelig
- BAU ønsker helst tilsendt de punktene med spørsmål vedrørende langtidsplanen som er fremkommet underveis i prosessen, for å få en bedre detaljering av brukernes interesseområder
- BAUs tilråding: metoden som planen er basert på, oppleves krevende  
Økonomisjefen opplyser at forståelsen og vektlegging av områdene ligger i strategisk utviklingsplan

### 4. Strategiske utviklingsplaner for klinikkene

Behandling:

BAU tok saken til orientering.

#### Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 16.11.2016.

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

Pasientreiser v/Bernt Nerberg

- BAU avventer tilbakemelding fra Pasientreiser når saken har vært behandlet i RHFet.

Oppfølging

Det er ikke kommet svar fra RHF, sekretariatet purrer på saken.

**BAU-59/16 Status for pusterom**

Svar fra drifts- og eiendomssjefen: Saken om Pusterom var til behandling i Arealgruppa i 2015, der det ble vedtatt at det ikke var mulighet for å etablere et slikt tilbud på nåværende tidspunkt i UNN pga arealmangel. Det ble foreslått avtale med Pasienthotellet om sambruk av treningsrommet på hotellet. Det er ikke etablert avtale om sambruk, men hotellet uttrykte seg positiv til dette.

- BAU ønsker tilbakemelding på om Kreftforeningen har fått formelt svar på henvendelsen.

Oppfølging

Sekretariatet sikrer at Kreftforeningen får et formelt svar.

**BAU-60/16 Invitasjon til deltakelse i arbeidsgruppe – stedlig ledelse, nasjonal helse og sykehusplan**

Cathrin ga status i arbeidet.

Beslutning

Cathrin Carlyle fortsetter som BUs representant i arbeidsgruppen, og blir også vara for Esben Haldorsen i saken om Akuttkirurgi og fødetilbudet ved UNN Narvik.

**BAU-61/16 fra forrige BAU møte PING (tidligere sak 51/16)**

BU har presisert sitt ønske om å delta i evalueringen av PING-prosjektet.

Oppfølging

Sekretariatet følger opp saken.

**BAU 62/2016 Skilting ved busstopp på UNN**

Utvalgslederen har videresendt en henvendelse om denne saken til Drifts- og eiendomssenteret (DES). Saken er purret fra sekretariatet den 19.10. Ingen svar er registrert.

Oppfølging

Sekretariatet purrer på nytt til Drifts- og eiendomssenteret.

**BAU 63/16 Ny A-fløy/pasient- og brukerperspektivet**

Lars Kristian Rye er prosjektleder for igangsetting av drift ved A-fløya. Han har sendt forespørsel til BU v/Cathrin Carlyle om hvordan pasient- og brukerperspektivet kan ivaretas.

Hensikten er å bidra til en maksimal gevinstrealisering ved igangsetting av drift ved de nye arealene i A-fløya. I første omgang skal det utarbeides overordnede planer for hver av etasjene, bl.a. hvilke arbeidsgrupper det naturlig å etablere.

Behandling:

Martin Moe er forespurt om å representere BU.

Prosjektet vil bli intensivt i et år fremover.

**64/2016 BU Pasientreiser Alta-Tromsø - Svar til Brukerutvalget UNN (tidl. sak 37/16)**

Mottatt svar fra Pasientreiser ved Finnmarksykehuset v/Bjørn Erik Johansen den 30.9.2016.

Beslutning:

Saken settes opp som referatsak i BU-møtet 9.11.2016.

**BAU 65/2016 Oppstartsmøte medvirkning: Idéfase psykiatri- og rusbehandling**

**Orienteringssak:**

Informasjon fra Marianne Sundström om at en av koordinatorene kan delta i medvirkergruppen, og at Ungdomsrådet gjennom disse kan få innsyn/ medvirkning i prosessen. Etter hvert kan bli muligheter for at et av ungdomsrådets medlemmer kan ta over koordinatorens plass i arbeidet.

Behandling

BAU slutter seg til ungdomsrådets forslag til løsning.

**BAU 66/16 Oppnevningsordning og godtgjøring for brukerrepresentanter i underutvalg oppnevnt av OSO**

**Orienteringssak**

I spørsmål om brukerrepresentanter i underutvalg (kliniske samarbeidsutvalg) oppnevnt av OSO, har rett til godtgjørelse i tråd med godtgjørelsesordningen for brukerutvalgsmedlemmer i Helse Nord, er svaret fra Helse Nord at de kun honorerer brukerrepresentanter som er oppnevnt av RBU.

Beslutning:

BAU overlater til OSO som selvstendig organ å treffe nødvendig beslutning i saken.

**BAU 67/16 Pasienterfaringer i forbedringsarbeid på Gastrokirurgisk avdeling ved K3K**

E-post sendt til BU medlemmer den 19.10.2016 om noen ønsker å bidra vedrørende ovennevnte. Spørsmål om hvordan man kan få medlemmene interessert i å være med.

Behandling:

BAU ber om at relevante pasientforeninger kontaktes direkte for eventuell deltakelse.

Saken følges opp i BU møte den 9.11.2016.

**BAU 68/16 Videre oppfølging vedrørende IKT-strategi (tidl BAU 54/16)**

Heidi Jacobsen fra IKT-strategi ønsker å få innspill fra brukerutvalget på hvordan UNN og helsepersonell kan bruke data, PC, nettbrett, smarttelefoner og internettbaserte løsninger i samarbeidet med pasientene, både når de er innlagt, har time på poliklinikk eller er hjemme.

Oppfølging

Sekretariatet inviterer Heidi Jacobsen til presentasjon - se dagsorden neste BU

**BAU 69/16 Etablering av PET-senter – spørsmål om deltakelse fra brukerrepresentant**

BAU har mottatt henvendelse fra prosjektet om brukerdeltakelse.

Beslutning

BU har ikke kapasitet til å delta i prosjektet nå med egen representant, men ber om ny henvendelse når etablering av A-fløy nærmer seg.

**BAU 70/16 Brukerrepresentant i hver klinikk**

BAU har tidligere bedt om en administrativ avklaring på brukerrepresentantdeltakelse i klinikkvise KVAM-utvalg ref. gjennomgående brukermedvirkning i UNN.

Beslutning

Saken settes opp som orienteringssak i møte i BU 9.11.2016

**BAU 71/16 Foreløpig dagsorden BU 9.11.2016**

Beslutning

Foreslått dagsorden til neste BU-møte ble godkjent.

**BAU 72/16 Eventuelt**

Ingen saker ble behandlet.

---

**PROTOKOLL**


---

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 16.11.2016**

Dato: 1.11.2016

Tidspunkt: 14.00-15.00

Sted: Adm møterom D1 707

---

Fra arbeidsgiver  
 Gøril Bertheussen (sak 2)  
 Grethe Andersen  
 Line Lura (sak 2)  
 Stein Olav Pedersen  
 Leif Hovden

Fra arbeidstakerne  
 Rigmor Frøyum, Fagforbundet  
 Mai-Britt Martinsen, NSF

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Rigmor Frøyum valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.


Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
<b>Kvalitets- og virksomhets-rapport</b>	<p><i>Kvalitetsrådgiver Stein Olav Pedersen og økonomisjef Grethe Andersen møtte og svarte ut spørsmål til saken.</i></p> <p><i>Det ble stilt spørsmål ved årsaken til sykefraværsutviklingen, og det ble bekreftet at dette vil bli undersøkt nærmere.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner ga sin tilslutning til at styresaken sluttføres i tråd med innspillene under møtet.</i></p>
<b>Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016</b>	<p><i>Stabssjef Gøril Bertheussen innledet til saken, og vektla utviklingen av registrerte brudd på arbeidstidsbestemmelsene.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner uttrykte fortsatt bekymring over at registreringspraksis fortsatt ikke synliggjør det reelle bildet. De foreslo også etablering av lokalt tilpassede møtearena til diskusjon av brudd og arbeidsmiljøforhold.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at styresaken sluttføres med den innretning saken ble presentert i møtet.</i></p>
<b>Strategiske utviklingsplaner for klinikkene</b>	<i>Økonomisjef Grethe Andersen redegjorde for saken.</i>



	<i>Ansattes organisasjoner ga sin tilslutning til at styresaken slutføres i tråd med presentasjonen av saken i møtet.</i>
<b>Forberedende Langtidsplan 2018-21</b>	<i>Økonomisjef Grethe Andersen redegjorde for saken.</i>  <i>Ansattes organisasjoner oppfatter at det er vanskelig på nåværende tidspunkt å ta stilling til vedtakspunkter og innholdet i saken, ettersom det er tidlig i prosessen.</i>  <i>Ansattes organisasjoner ga sin tilslutning til at saken slutføres og oversendes styret til endelig behandling.</i>

Tromsø, 1.11.2016

  
Mai-Britt Martinsen (s.)  
FTV NSF

  
Rigmor Frøyum(s.)  
FTV Fagforbundet

  
Leif Hovden (s.)  
administrasjonssjef



## Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget

**Tid:** Onsdag 02.11.2016 kl. 10.30-13.30

**Sted:** D1 707 UNN Tromsø, Adm. møterom 6 etg UNN Harstad; Store telestudio 5 etg. UNN Narvik. Virtuelt møterom: 99 79 56 fra Skype: [UNN.D1-707@uc.nhn.no](mailto:UNN.D1-707@uc.nhn.no)

Til stede (x):

Arbeidsgiversiden:		Varamedlemmer	
Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU (perm)		Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	
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	

Møteleder: Gøril Bertheussen

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte Ole Martin Andersen på sak 48/16 og Leif Hovden på sak 49/16.

**Sak 46/16 Godkjenning av innkalling og sakliste**

**Vedtak:**

Protokollen godkjennes.

**Sak 47/16 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet**

Protokollen ble sendt ut med sakspapirene.

**Vedlegg:**

Protokollen godkjennes.

**Sak 48/16 Orienterings- og diskusjonssaker**

- a) Orientering om gjennomføring av MU – muntlig orientering v/Ole Martin Andersen
- b) Oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan – Utredning av stedlig ledelse v/Ole Martin Andersen.
- c) Åpenhetskultur i UNN v/Tor Ingebrigtsen.

**Vedtak:**

- a) AMU tar til etterretning at det ikke er samsvar mellom Resh-strukturen og faktisk struktur i organisasjonen. Oppfølgingen i etterkant av undersøkelsen må derfor særlig vektlegges.
- b) Saken tas til orientering.
- c) Saken tas til orientering.

**Sak 49/16 Styresaker**

AMU hadde fått tilsendt drøftingsdokumentene av følgende saker:

- a) Kvalitet- og virksomhetsrapport september 2016
- b) Ledelsens gjennomgang 2.tertial 2016
- c) Forberedende Langtidsplan 2018-21
- d) Strategisk utviklingsplan for klinikkene

Det ble orientert muntlig om to nye saker til styret:

- d) Økonomirapport PET-senter
- e) Forslag om å slå sammen Sykehusapotekene til et nasjonalt selskap.

**Vedtak:**

AMU slutter seg til at sakene fremmes for styret slik de foreligger.

**Sak 50/16 Gjennomgang av verneområder i UNN**

Foretakshovedverneombudet hadde med bakgrunn i vedtatt møteplan for AMU fremmet en egen sak angående gjennomgang av verneområdene i UNN. Diskusjonen i AMU dreide seg om denne evalueringen også skulle innbefatte om den var hensiktsmessig og om det ikke skulle ligge noen prinsipper som var førende for denne evalueringen.

**Vedtak:**

AMU ber om at det forberedes ny sak til neste møte. I denne saken skal det redegjøres for:

1. Nåværende strukturer for verneorganisasjonen i foretaket
2. Hvilke lover, retningslinjer og prinsipper som er gjeldende for beslutning om verneområder
3. Problemstillinger knyttet til ulik struktur på formell organisasjon og fysisk arbeidsplass
4. Forslag til prinsipper som bør ligge til grunn for strukturen i fremtiden

Saken utarbeides i et samarbeid mellom Foretakshovedverneombud, BHT og AMU-sekretær.

**Sak 51/16 Eventuelt**

- a) Tove Mack er valgt av til foretaksverneombud i funksjonen til Terje Møien som slutter i UNN.
- b) Policy i UNN angående ansattes deltakelse i kulturarrangement: Alle ledere har en plikt å legge til rette for at ansatte skal kunne delta som aktører i kulturarrangement, men slik at det ikke kommer i konflikt med ordinære oppgaver.
- c) Forslag til interne revisjoner 2017: I møtet ble det foreslått temaet AML-brudd i GAT. Det er også mulighet for AMU-medlemmene å komme med forslag innen 13.11.16.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
98/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2016
Saksansvarlig:	Leif Hovden	Saksbehandler: Leif Hovden

### Eventuelt

Tromsø, 4.11.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør