



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Tirsdag 29. mars kl. 17:00 og onsdag 30. mars 2016 kl. 09:00

Møtested

UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
Dato/Tid: 29.3.2016 kl. 17:00 og 30.3.2016 kl. 09:00

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

Innkalling er sendt til:

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

ST 20/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 20/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 21/2016	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 27.1.2016, 10.2.2016, 22.2.2016 og 15.3.2016
ST 22/2016	Årsregnskap 2015 - med styrets årsberetning
ST 23/2016	Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2016
ST 24/2016	Tilsynsrapport - eksterne tilsyn
ST 25/2016	Årlig melding 2015
ST 26/2016	Ledelsens gjennomgang
ST 27/2016	Tertialrapport 3/2015 for utbyggingsprosjekter
ST 28/2016	Finansiering tidligfase Nye UNN Narvik
ST 29/2016	Helse Nord RHF's Plan 2017-2020 – økonomisk bærekraft – innspill fra UNN
ST 30/2016	Direktørens dialogavtale med styret - 2. gangs behandling
ST 31/2016	Orienteringssaker

Muntlige orienteringer

1. Pasienthistorie
2. Ungdomsrådet ved UNN
3. Pasientreiser - Midt Troms (rettstvist)

Skriftlige orienteringer

4. Protesekirurgi ved UNN
5. Revisjon av samhandlingsavtalene med kommunene (*presentasjon og påfølgende diskusjon*)

ST 32/2016	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Brev fra arbeidstilsynet vedrørende Røntgenavdelingen, Diagnostisk klinikk, datert 11.1.2016 - <i>avgradert</i>2. Brev fra Helse Nord RHF, vedrørende <i>Etablering av sikkerhetsorganisasjon</i>, datert 19.1.20163. Referat Ungdomsrådet UNN 4.2.20164. Brev til Helse Nord RHF, vedrørende <i>Idèfaseutredning psykisk helsevern rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge</i>, datert 8.2.2016
------------	--

5. Brev fra Brystkreftforeningen, vedrørende *Lokaliterer til Pusterom ved Universitetssykehuset Nord-Norge*, mottatt i epost datert 18.2.2016
6. Referat Kvalitetsutvalgets møte 23.2.2016
7. Brev fra Helse Nord RHF, vedrørende *Idèfaseutredning psykisk helsevern rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge*, datert 7.3.2016
8. Revidert prosedyre i Docmap vedrørende *Umiddelbar varsling til Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, §3-3a*, datert 7.3.2016
9. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 14.3.2016
10. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten vedrørende styresaker til ekstraordinært styremøte 15.3.2016, datert 15.3.2016
11. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøtet 29. og 30.3.2016, datert 15. og 16.3.2016
12. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 16.3.2016

ST 33/2016

Eventuelt



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
21/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.3.2016
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 27.1.2016, 10.2.2016, 22.2.2016 og 15.3.2016

Innstilling til vedtak

Styre ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtene 27.1.2016, 10.2.2016, 22.2.2016 og 15.3.2016.

Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

1. Møteprotokoll fra ekstraordinært styremøte 27.1.2016
2. Møteprotokoll fra styremøtet 10.2.2016
3. Møteprotokoll fra ekstraordinært styremøte 22.2.2016
4. Møteprotokoll fra ekstraordinært styremøte 15.3.2016



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1 – 707/ telefonkonferanse
 Dato: 27.1.2016
 Tid: 19:00-20:22

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	<i>Ankom/ påkoplek kl. 19.05</i>
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av Brukerutvalget</i>

Forfall:

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Gøril Bertheussen	stabssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Leif Hovden	administrasjonssjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef

ST 1/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 27.1.2016

Innstilling

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 27.1.2016.

Saksnr.	Innhold
ST 1/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 2/2016	Utvidelse av PET-senterprosjektet, utlysning av konkurranse som OPS

Mai-Britt Martinsen kom med følgende forslag:

Styremøtet utsettes til neste ordinære styremøte på grunn av for kort innkallingstid.

Styreleder tok forslaget opp til avstemming.

Forslaget falt mot tre stemmer.

Vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 27.1.2016.

ST 2/2016 Utvidelse av PET-senterprosjektet – utlysning av konkurranse som Offentlig og privat samarbeid (OPS)

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 27.1.2016

Direktøren la frem følgende *endrete* innstilling i saken (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at det utlyses konkurranse om Offentlig og privat samarbeid (OPS) på bygging av tre kontoretasjer på toppen av PET-senteret.
2. *Konkurransen utlyses med forbehold om at styret i Helse Nord RHF må godkjenne eventuell kontraktsinngåelse.*

Innstillingen ble vedtatt mot tre stemmer.

Vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at det utlyses konkurranse om Offentlig og privat samarbeid (OPS) på bygging av tre kontoretasjer på

Sak 21/2016 - vedlegg 1

toppen av PET-senteret.

2. Konkurransen utlyses med forbehold om at styret i Helse Nord RHF må godkjenne eventuell kontraktsinngåelse.

Styremøtet 10.2.2016 tok protokollen fra møtet 27.1.2016 opp til godkjenning, og fattet følgende enstemmige vedtak:

Endelig protokoll fra ekstraordinært styremøte 27.1.2016, med følgende endringer i sak 2/16 pkt. 2: *Konkurransen utlyses med forbehold om at styrene ved UNN og Helse Nord RHF må godkjenne eventuell kontraktsinngåelse, godkjennes i styremøtet 30.3.2016.*

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at det utlyses konkurranse om Offentlig og privat samarbeid (OPS) på bygging av tre kontoretasjer på toppen av PET-senteret.
2. Konkurransen utlyses med forbehold om at styrene ved UNN og Helse Nord RHF må godkjenne eventuell kontraktsinngåelse.

Tromsø, den 20.2.2016

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1 - 707
 Dato: 10.2.2016
 Tid: 9:00-15.50

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan-Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av Brukerutvalget</i>
Forfall:		
Tove Skjelvik	Medlem	<i>Meldt forfall</i>

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Arthur Revhaug	klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Bjørn Yngvar Nordvåg	klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Jon Mathisen	klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken
Magnus Hald	klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken
Einar Bugge	fag- og forskningssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Leif Hovden	administrasjonssjef

ST 3/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 10.2.2016

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 10.2.2016, med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv).

Saksnr.	Innhold
ST 3/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 4/2016	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 16.12.2015 og 27.1.2016
ST 5/2016	Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2015
ST 6/2016	Revisjon og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helse (PH)
ST 7/2016	Status i planlegging av Vardesenter og LMS
ST 8/2016	Oppsummering av styresaker 2015
ST 9/2016	Evaluering av styrets arbeid
ST 10/2016	Oppdragsdokument 2016
ST 11/2016	Styrets dialogavtale med direktøren
ST 12/2016	Fastsetting av direktørens lønn
ST 13/2016	Orienteringssaker
	Skriftlige orienteringer
	1. Informasjonssikkerhet ved UNN - unntatt fra offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Fvl. § 13.
	2. Innsatsstyrt finansiering (ISF) – avregning 2014
	Muntlige orienteringer
	3. Endringer ISF 2016
	4. Domsavsigelse vedrørende anskaffelse av leielokaler for ambulansevirksomhet
	5. Utvidet revisjon av utbyggingsprosjektene 2016
	6. Protonsenter – konseptfaseutredning
	7. Svar på søknad om investering i SPECT/CT-skanner
	8. Alvorlig hendelse ved UNN - unntatt fra offentlighet i medhold av Offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.
	9. <i>Medieinteresse om Røntgenavdelingen ved UNN</i>
ST 14/2016	Referatsaker
	1. Referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 7.12.2015
	2. Brev fra Helse Nord RHF, vedrørende Svar på søknad om investering i SPECT/CT-scanner, datert 14.12.2015
	3. Brev fra Fylkesmannen i Troms, vedrørende Anmodning om opplysninger – utskrivningsklare pasienter ved UNN, datert 6.1.2016
	4. Referat fra møte mellom Nord-Troms-kommunene, Helse Nord RHF og UNN, datert 8.1.2016
	5. Brev fra arbeidstilsynet vedrørende Røntgenavdelingen, Diagnostisk klinikk, datert 11.1.2016 - unntatt fra offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Fvl. § 13.

6. Melding fra Helse Nord RHF om at Hanne Iversen er innvilget fritak fra styrevervet ved UNN, datert 11.1.2016
7. Protokoll fra foretaksmøtet mellom HOD og Helse Nord RHF om Oppdragsdokument 2016, datert 12.1.2016
8. Felles høringssvar fra UNN og Helsefak - Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020, datert 19.1.2016
9. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 26.1.2016
10. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten 26.1.2016
11. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte 26.1.2016
12. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 27.1.2016
13. Nye vedtekter for UNN – besluttet av foretaksmøte 3.2.2016
14. Signert protokoll fra foretaksmøte UNN 3.2.2016
15. Referat fra møte i Brukerutvalget 3.2.2016
16. Brev til Helse Nord RHF vedrørende idéfaseutredning psykisk helsevern og rusbehandling ved UNN, datert 8.2.2016

ST 15/2016

Eventuelt

ST 4/2016 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 16.12.2015 og 27.1.2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.2.2016

Direktørens forslag til endret innstilling (endringer med overstrykninger og/eller kursiv):

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF (UNN) godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 16.12.2015 ~~og 27.1.2016~~.

Endelig protokoll fra ekstraordinært styremøte 27.1.2016, med følgende endringer i sak 2/16 pkt. 2: Konkurransen utlyses med forbehold om at styrene ved UNN og Helse Nord RHF må godkjenne eventuell kontraktsinngåelse, godkjennes i styremøtet 30.3.2016.

Enstemmig vedtatt.

Vedtatt:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 16.12.2015.
2. Endelig protokoll fra ekstraordinært styremøte 27.1.2016, med følgende endringer i sak 2/16 pkt. 2: *Konkurransen utlyses med forbehold om at styrene ved UNN og Helse Nord RHF må godkjenne eventuell kontraktsinngåelse, godkjennes i styremøtet 30.3.2016.*

ST 5/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.2.2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for desember 2015* til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for desember 2015* til orientering.

ST 6/2016 Revisjon og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helse (PH)

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.2.2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) støtter direktørens vurderinger og slutter seg til høringsuttalelsene som er administrativt oversendt Helse Nord RHF.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) støtter direktørens vurderinger og slutter seg til høringsuttalelsene som er administrativt oversendt Helse Nord RHF.

ST 7/2016 Status i planlegging av Vardesenter og LMS

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.2.2016

Innstilling til vedtak

Sak 21/2016 - vedlegg 2

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at det utredes alternative plasseringer for Vardesenteret.
2. Styret ber om at arbeidet utføres i sammenheng med *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at det utredes alternative plasseringer for Vardesenteret.
2. Styret ber om at arbeidet utføres i sammenheng med *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN*

ST 8/2016 Oppsummering av styresaker 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.2.2016

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2015 til orientering, og vil bruke oppsummeringen som underlag for styrets videre evaluering av egen virksomhet.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2015 til orientering, og vil bruke oppsummeringen som underlag for styrets videre evaluering av egen virksomhet.

ST 9/2016 Evaluering av styrets arbeid

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.2.2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar resultatene fra evalueringen av styrets arbeid til etterretning.

Sak 21/2016 - vedlegg 2

2. Styret vil for innværende periode vektlegge egne utviklingsområder knyttet til eget arbeid i tråd med oppsummering etter evalueringen.
3. Styret ber administrerende direktør formidle relevante resultater til Helse Nord RHF gjennom *Årlig melding* i tråd med kravet i styreinstruksen.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 10/2016 Oppdragsdokument 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.2.2016

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppdragsdokumentet 2016 til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppdragsdokumentet 2016 til etterretning.
Enstemmig vedtatt.

ST 11/2016 Styrets dialogavtale med direktøren

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.2.2016

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar forslaget til Dialogavtale 2017 for administrerende direktør til foreløpig orientering, og ber om at innspillene til justeringer fra

Sak 21/2016 - vedlegg 2

styret innarbeides i avtalen, og at saken legges frem til endelig godkjenning i neste styremøte.

2. Styret ber om at direktøren legger egen dialogavtale til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2017.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar forslaget til Dialogavtale 2017 for administrerende direktør til foreløpig orientering, og ber om at innspillene til justeringer fra styret innarbeides i avtalen, og at saken legges frem til endelig godkjenning i neste styremøte.
2. Styret ber om at direktøren legger egen dialogavtale til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2017.

ST 12/2016 Fastsetting av direktørens lønn

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.2.2016

Innstilling til vedtak

1. Lønn til administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) justeres opp med 71.000 kroner (ca. 4%) til kr. 1.856.000,-.
2. Arbeidsavtalens kapittel 8 «Fratredelsesopsjon», andre avsnitt, endres til følgende:
Hvis styret bestemmer at Tor Ingebrigtsen skal fratre, kan Tor Ingebrigtsen tiltre en eksternt finansiert stilling som professor I ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø-Norges arktiske universitet, etter nærmere avtale med universitetet. Tor Ingebrigtsen kan også velge å fratre for å gå over i en slik stilling. Fratredelsesopsjonen bortfaller hvis Tor Ingebrigtsen selv velger å fratre stillingene som administrerende direktør for å gå over i annen fast stilling, i eller utenfor UNN/UiT.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Lønn til administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) justeres opp med 71.000 kroner (ca. 4%) til kr. 1.856.000,-.

2. Arbeidsavtalens kapittel 8 «Fratredelsesopsjon», andre avsnitt, endres til følgende:
Hvis styret bestemmer at Tor Ingebrigtsen skal fratre, kan Tor Ingebrigtsen tiltre en eksternt finansiert stilling som professor I ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø-Norges arktiske universitet, etter nærmere avtale med universitetet. Tor Ingebrigtsen kan også velge å fratre for å gå over i en slik stilling. Fratredelsesopsjonen bortfaller hvis Tor Ingebrigtsen selv velger å fratre stillingene som administrerende direktør for å gå over i annen fast stilling, i eller utenfor UNN/UiT.

ST 13/2016 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 10.2.2016

Innstilling til vedtak:

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

Skriftlige orienteringer

1. Informasjonssikkerhet ved UNN - *unntatt fra offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Fvl. § 13.*
2. Innsatsstyrt finansiering (ISF) – avregning 2014

Muntlige orienteringer

3. Endringer ISF 2016
4. Domsavsigelse vedrørende anskaffelse av leielokaler for ambulansesvirksomhet
5. Utvidet revisjon av utbyggingsprosjektene 2016
6. Protonsenter – konseptfaseutredning
7. Svar på søknad om investering i SPECT/CT-skanner
8. Alvorlig hendelse ved UNN - *unntatt fra offentlighet i medhold av Offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.*
9. Medieinteresse om Røntgenavdelingen ved UNN

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar orienteringssakene til orientering.

ST 14/2016 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.2.2016

1. Referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 7.12.2015
2. Brev fra Helse Nord RHF, vedrørende *Svar på søknad om investering i SPECT/CT-scanner*, datert 14.12.2015
3. Brev fra Fylkesmannen i Troms, vedrørende *Anmodning om opplysninger – utskrivningsklare pasienter* ved UNN, datert 6.1.2016

Sak 21/2016 - vedlegg 2

4. Referat fra møte mellom Nord-Troms-kommunene, Helse Nord RHF og UNN, datert 8.1.2016
5. Brev fra arbeidstilsynet vedrørende Røntgenavdelingen, Diagnostisk klinikk, datert 11.1.2016 - *unntatt fra offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Fvl. § 13.*
6. Melding fra Helse Nord RHF om at Hanne Iversen er innvilget fritak fra styrevervet ved UNN, datert 11.1.2016
7. Protokoll fra foretaksmøtet mellom HOD og Helse Nord RHF om Oppdragsdokument 2016, datert 12.1.2016
8. Felles høringssvar fra UNN og Helsefak - Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020, datert 19.1.2016
9. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 26.1.2016
10. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten 26.1.2016
11. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte 26.1.2016
12. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 27.1.2016
13. Nye vedtekter for UNN – besluttet av foretaksmøte 3.2.2016
14. Signert protokoll fra foretaksmøte UNN 3.2.2016
15. Referat fra møte i Brukerutvalget 3.2.2016
16. Brev til Helse Nord RHF vedrørende idéfaseutredning psykisk helsevern og rusbehandling ved UNN, datert 8.2.2016

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 15/2016 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 10.2.2016

Ekstraordinært styremøte settes til 22.2.2016 kl. 9.00 vedrørende eventuell kontraktsinngåelse for utvidelse av PET-senterprosjektet.

Tromsø, 10.2.2016

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1 – 707
 Dato: 22.2.2016
 Tid: 09:00-10:15

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	<i>Ankom/ påkoplek kl. 09.00</i>
Erling Espeland	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan-Eivind Pettersen	Medlem	<i>Ankom/ påkoplek kl. 09.00</i>
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	<i>Ankom/ påkoplek kl. 09.00</i>
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av Brukerutvalget</i>
Rigmor Frøyum	2. vara	
Forfall:		
Per Erling Dahl	Medlem	

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Grethe Andersen	økonomisjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef
Line Aslaksen	arkivansvarlig

ST 16/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 22.2.2016

Innstilling

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 22.2.2016.

Saksnr.	Innhold
ST 16/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 17/2016	Utvidelse av PET-senter prosjektet, vedtak om bygging, finansiering og leieavtale

Enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 22.2.2016.

ST 17/2016 Utvidelse av PET-senter prosjektet, vedtak om bygging, finansiering og leieavtale

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 22.2.2016

Innstilling

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner resultat av konkurranse om samarbeid på *om* bygging av kontorbygg bestående av tre kontoretasjer på toppen av PET-senteret med ramme på 99 mill kroner og anbefaler at det tegnes kontrakt med Consto om gjennomføring og finansiering.
2. Styret vedtar at bygget finansieres gjennom finansiell leasingavtale med leiepris på 8,64 mill kr pr år over 25 år.
3. Styret ber om at styret i Helse Nord RHF godkjenner kontraktsinngåelsen.

Direktøren trakk innstillingen og fremmet ny innstilling:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner resultatet av konkurranse om samarbeid *om* bygging av kontorbygg bestående av tre kontoretasjer på toppen av PET-senteret med ramme 99 mill kr og anbefaler at det tegnes kontrakt med Consto om gjennomføring og finansiering

2. Styret ber Helse Nord RHF om å øke UNNs investeringsramme med 99 mill kr og anbefaler at prosjektet finansieres med finansiell leasing med leiepris 8,64 mill kr per år over 25 år.

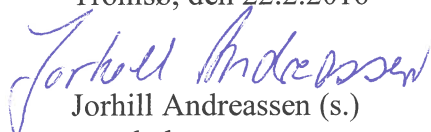
Styreleder tok den endrede innstillingen til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner resultatet av konkurranse om samarbeid om bygging av kontorbygg bestående av tre kontoretasjer på toppen av PET-senteret med ramme 99 mill kr og anbefaler at det tegnes kontrakt med Consto om gjennomføring og finansiering
2. Styret ber Helse Nord RHF om å øke UNNs investeringsramme med 99 mill kr og anbefaler at prosjektet finansieres med finansiell leasing med leiepris 8,64 mill kr per år over 25 år.

Tromsø, den 22.2.2016


Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: Telefonmøte/ UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1 – 707
 Dato: 15.3.2016
 Tid: 15:30-16:10

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	<i>Ankom/ påkoplek kl. 15.40</i>
Jan-Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Meldt forfall</i>

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef
Leif Hovden	administrasjonssjef (referent)

ST 18/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 15.3.2016

Innstilling

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til ekstraordinært styremøtet 15.3.2016.

Saksnr.	Innhold
ST 18/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 19/2016	Utvidelse av PET-senterprosjektet <i>Kontorbygg</i> - oppfølging sak 17/2016

Enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 15.3.2016.

ST 19/2016 Utvidelse av PET-senter prosjektet, Kontorbygg, oppfølging sak 17/2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 15.3.2016

Direktøren la fram følgende endrete innstilling til vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at forståelsen av *fullmaktsgrunnlaget* har vært feil og at prosjektets nåverdi er over 100 mill kr og derfor må besluttes i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Styret tar til orientering de oppdaterte forutsetningene vedrørende tilbud og juridisk vurdering omkring gjennomføring av prosjektet og ber om at dette følges opp i videre prosess.
3. Styret bekrefter vedtakspunkt 1 og 2 i sak 17/2016 og ber styret i Helse Nord RHF om å gjøre vedtak om å legge saken frem for foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet.

Styrerepresentant Tove Skjelvik foreslo et nytt punkt 2:

Styret tar til orientering de oppdaterte forutsetningene vedrørende tilbud og juridisk vurdering omkring gjennomføring av prosjektet og forutsetter om at dette følges opp i videre prosess. Styret ber om at aktiviteter som sikrer nødvendig tinglysing igangsettes umiddelbart.

Direktøren trakk innstillingens punkt 2 til fordel for forslag til nytt punkt 2.

Sak 21/2016 - vedlegg 4

Styreleder tok innstillingen til punktvis avstemming.

Endret punkt 1 ble enstemmig vedtatt.

Endret punkt 2 ble enstemmig vedtatt.

Punkt 3 ble vedtatt mot én stemme.

Vedtakk:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at forståelsen av fullmaktsgrunnlaget har vært feil og at prosjektets nåverdi er over 100 mill kr og derfor må besluttes i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Styret tar til orientering de oppdaterte forutsetningene vedrørende tilbud og juridisk vurdering omkring gjennomføring av prosjektet og forutsetter om at dette følges opp i videre prosess. Styret ber om at aktiviteter som sikrer nødvendig tinglysing igangsettes umiddelbart.
3. Styret bekrefter vedtakspunkt 1 og 2 i sak 17/2016 og ber styret i Helse Nord RHF om å gjøre vedtak om å legge saken frem for foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet.

Silsand, den 15.3.2016

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
22/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge	29.3.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Frode Beck Kristiansen

Årsregnskap 2015 - med styrets årsberetning

Innstilling til vedtak

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

Det fremlagte årsoppgjøret med resultatregnskap og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultatet, fastsettes som UNNs regnskap for 2015. Styret foreslår at årets overskudd på 120 803 655 kr overføres til annen egenkapital.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.
3. Styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskudd utover styringskrav på 80 803 655 kr til investeringer i utstyr med mer i 2016.
4. Årsberetning 2015 vedtas.

Sammendrag

Formålet med denne saken er å behandle årsberetning og årsregnskap for Universitetssykehuset Nord-Norge HF for 2015.

Regnskapet viser et overskudd på 120 803 655 kr. Eiers opprinnelige resultatkrav for 2015 var pluss 40 000 000 kr, og styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet utover styringskravet til investering i utstyr i 2016.

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

Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Årsregnskap 2015
2. Årsberetning 2015
3. Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår 2015

Årsregnskap

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

2015

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Resultatregnskap

NOTE	DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2015	2014
3	Basisramme	4 874 503 000	4 247 725 000
3	Aktivitetsbasert inntekt	1 879 391 014	1 692 901 749
3	Annen driftsinntekt	503 920 777	418 548 366
2/3	Sum driftsinntekter	<u>7 257 814 791</u>	<u>6 359 175 115</u>
4	Kjøp av helsetjenester	328 985 044	325 489 678
5	Varekostnad	737 429 461	697 074 886
6/7	Lønn og annen personalkostnad	4 738 493 807	3 453 470 308
10	Ordinære avskrivninger	256 392 414	245 899 146
10	Nedskrivning	802 870	0
8	Andre driftskostnader	1 089 553 042	1 035 274 040
2	Sum driftskostnader	<u>7 151 656 638</u>	<u>5 757 208 058</u>
	Driftsresultat	<u>106 158 153</u>	<u>601 967 057</u>
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER			
9	Finansinntekter	15 321 282	14 562 524
9	Finanskostnader	675 780	1 439 139
	Netto finansresultat	<u>14 645 502</u>	<u>13 123 385</u>
	ÅRSRESULTAT	<u>120 803 655</u>	<u>615 090 442</u>
OVERFØRINGER			
15	Overført til/fra annen egenkapital	120 803 655	615 090 442
	Sum overføringer	<u>120 803 655</u>	<u>615 090 442</u>

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Balanse

NOTE	EIENDELER	31.12.2015	31.12.2014
	Anleggsmidler		
	Immaterielle driftsmidler		
10	Immaterielle eiendeler	17 343 142	0
	Sum immaterielle eiendeler	<u>17 343 142</u>	<u>0</u>
	Varige driftsmidler		
10	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	2 727 320 919	2 522 851 621
10	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	541 994 761	545 759 772
10	Anlegg under utførelse	685 985 031	678 765 907
	Sum varige driftsmidler	<u>3 955 300 711</u>	<u>3 747 377 300</u>
	Finansielle anleggsmidler		
11	Investering i tilknyttet selskap		
12	Investeringer i andre aksjer og andeler	212 877 126	191 537 142
7	Pensjonsmidler	469 528 215	849 259 626
	Sum finansielle anleggsmidler	<u>682 405 341</u>	<u>1 040 796 768</u>
	Sum anleggsmidler	<u>4 655 049 194</u>	<u>4 788 174 068</u>
	Omløpsmidler		
5	Varer	<u>90 193 775</u>	<u>90 912 249</u>
	Fordringer		
18	Fordringer på selskap i samme konsern	720 334 542	141 310 031
13	Øvrige fordringer	114 232 647	114 819 458
	Sum fordringer	<u>834 567 189</u>	<u>256 129 489</u>
14	Bankinnskudd, kontanter o.l.	<u>158 441 498</u>	<u>166 288 967</u>
	Sum omløpsmidler	<u>1 083 202 462</u>	<u>513 330 705</u>
	SUM EIENDELER	<u>5 738 251 656</u>	<u>5 301 504 773</u>

Balanse

NOTE	EGENKAPITAL OG GJELD	31.12.2015	31.12.2014
	Egenkapital		
	Innskutt egenkapital		
15	Foretakskapital	100 000	100 000
15	Annen innskutt egenkapital	4 531 253 844	4 110 253 844
	Sum innskutt egenkapital	<u>4 531 353 844</u>	<u>4 110 353 844</u>
	Opptjent egenkapital		
	Resultat p.t.	0	
15	Udekket tap/Annen egenkapital	-348 495 280	-469 298 935
	Sum opptjent egenkapital	<u>-348 495 280</u>	<u>-469 298 935</u>
	Sum egenkapital	<u>4 182 858 564</u>	<u>3 641 054 909</u>
	Gjeld		
	Avsetning for forpliktelser		
7	Pensjonsforpliktelser		0
16	Andre avsetninger for forpliktelser	207 243 963	175 128 173
	Sum avsetninger for forpliktelser	<u>207 243 963</u>	<u>175 128 173</u>
	Annen langsiktig gjeld		
17	Gjeld til Helse Nord RHF	130 000 000	0
17	Øvrig langsiktig gjeld	0	0
	Sum annen langsiktig gjeld	<u>130 000 000</u>	<u>0</u>
	Sum langs. forpliktelser og annen lang. gjeld	<u>337 243 963</u>	<u>175 128 173</u>
	Kortsiktig gjeld		
	Skyldige offentlige avgifter	214 026 794	210 306 957
18	Kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	112 091 580	375 830 081
17	Annen kortsiktig gjeld	892 030 752	899 184 651
	Sum kortsiktig gjeld	<u>1 218 149 126</u>	<u>1 485 321 689</u>
	Sum gjeld	<u>1 555 393 089</u>	<u>1 660 449 862</u>
	SUM EGENKAPITAL OG GJELD	<u>5 738 251 653</u>	<u>5 301 504 771</u>

Regnskapet for UNN HF per 31. desember 2015 er godkjent og signert, 29. mars 2016

Jorhill Andreassen
styreleder

Olav Helge Førde
nestleder

Per Erling Dahl
styremedlem

Tove Skjelvik
styremedlem

Tom Christer Sottinen
styremedlem

Eivind Mikalsen
styremedlem

Rune Moe
styremedlem

Helga Marie Bjerke
styremedlem

Mai-Britt Martinsen
styremedlem

Jan Eivind Pettersen
styremedlem

Erling Espeland
styremedlem

Tor Ingebrigtsen
Direktør

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kontantstrømoppstilling

NOTE	KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:	2015	2014
15	Årsresultat	120 803 655	615 090 442
	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	719 850	1 892 420
10	Ordinære avskrivninger	256 392 414	245 899 146
10	Nedskrivninger varige driftsmidler	802 870	0
22	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt		0
22	Endring i omløpsmidler	-577 719 226	307 233 360
22	Endring i kortsiktig gjeld	-269 038 964	242 288 067
	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i		
7	pensjonsordninger	379 731 411	-837 740 921
16	Inntektsført investeringstilskudd	1 866 401	2 256 119
	Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	-86 441 589	576 918 633
	KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
	Innbetalinger ved salg av driftsmidler	70 907	258 688
10	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-483 252 592	-552 819 553
10	Inn-/utbetalinger ved utlån	0	0
	Utbetalinger ved salg av finansielle eiendeler	0	0
	Inn-/utbetalinger ved kjøp av finansielle eiendeler	-21 339 984	-20 136 375
	Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-504 521 670	-572 697 240
	KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
17	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	130 000 000	0
17	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	0	0
16	Innbetaling av investeringstilskudd	0	0
16	Endring øvrige langsiktige forpliktelser	32 115 790	1 898 255
15	Endring foretakskapital med kontanteffekt	421 000 000	0
	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	583 115 790	1 898 255
1	Netto endring i likviditetsbeholdning	-7 847 469	6 119 648
1	Likviditetsbeholdning pr 01.01.	166 288 967	160 169 319
1/14/18	Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.	158 441 498	166 288 967
	Bankinnskudd ført opp som fordring på RHF	581 458 785	80 474 877
	Sum bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.	739 900 283	246 763 844
	Ubenyttet trekkramme i konsernkontoordningen	100 000 000	100 000 000

Note 1 Regnskapsprinsipper

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering

Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger, og er avlagt i samsvar med regnskapslov og god regnskapsskikk i Norge gjeldende pr 31. desember 2015. Notene er følgelig en integrert del av årsregnskapet.

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

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

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

Andre generelle forhold

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

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

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

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

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

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

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

Regnskapsprinsipper for vesentlige regnskapsposter

Inntektsføringstidspunkt

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

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

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

Andre driftsinntekter (-kostnader)

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

Immaterielle eiendeler

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

Varige driftsmidler

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

Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført.

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

Leieavtaler

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

Avskrivninger

Ordinære avskrivninger er beregnet lineært over driftsmidlenes økonomiske levetid med utgangspunkt i historisk kostpris. Tilsvarende prinsipper legges til grunn for immaterielle eiendeler. For bygninger blir det ved beregningen av årlige avskrivninger legges til grunn en dekomponering hvor de ulike bygningsdelene avskrives over forskjellig levetid. Avskrivningene er klassifisert som ordinære driftskostnader.

Finansielle eiendeler

Valuta

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

Finansplasseringer

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

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

Varelager og varekostnad

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

Fordringer

Fordringer er oppført til pålydende med fradrag for forventede tap.

Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnad

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

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

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

Skatt

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

Kontantstrømoppstilling

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

Note 2 Segmentinformasjon

Driftsinntekter per virksomhetsområde (tabell 1)

	2015	2014
Somatiske tjenester	5 439 775 363	4 770 807 899
Psykisk helsevern VOP	841 253 632	726 242 666
Psykisk helsevern BUP	165 981 922	144 257 188
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	217 829 775	196 492 070
Annet	592 974 101	521 375 291
Sum driftsinntekter	7 257 814 793	6 359 175 114

Driftskostnader per virksomhetsområde (tabell 2)

	2015	2014
Somatiske tjenester	5 323 355 597	4 296 723 596
Psykisk helsevern VOP	786 569 646	609 955 888
Psykisk helsevern BUP	169 964 713	131 126 818
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	231 875 862	188 029 795
Annet	639 890 819	531 371 962
Sum driftskostnader	7 151 656 637	5 757 208 058

Driftsinntekter fordelt på geografi (tabell 3)

	2015	2014
UNN HF sitt opptaksområde	7 206 763 082	6 319 251 253
Resten av landet	33 303 358	25 191 878
Utlandet	17 748 351	14 731 984
Sum driftsinntekter	7 257 814 791	6 359 175 115

Virksomhetsområdet benevnt Annet omfatter i hovedsak kostnader og inntekter knyttet til ambulanse, pasienttransport, administrativ virksomhet.

På grunn av nye uførepensjonsregler og innarbeidelse av levealdersjustering på ytelser for framtidige pensjonister hadde Universitetssykehuset Nord-Norge HF en betydelig lavere pensjonskostnad i 2014 i forhold til 2015. Effekten av dette ble fordelt forholdsmessig på de respektive virksomhetsområdene og medfører reduserte kostnader per virksomhetsområde i 2014 i forhold til 2015. Det vises for øvrig til note 7 Pensjon for ytterligere opplysninger.

Note 3 Inntekter

	2015	2014
Basisramme		
Basisramme	4 874 503 000	4 247 725 000
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region	1 368 368 613	1 228 329 731
Behandling av egne pasienter i andre regioner	56 743 004	49 599 597
Behandling av andre sine pasienter i egen region	36 523 017	28 134 352
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	352 905 832	327 805 367
Utskrivningsklare pasienter	16 122 846	21 101 283
Andre aktivitetsbaserte inntekter	48 727 702	37 931 420
Sum aktivitetsbasert inntekt	1 879 391 014	1 692 901 750
Annen driftsinntekt		
Kvalitetsbasert finansiering	35 886 000	28 707 000
Øremerket tilskudd raskere tilbake	22 546 245	20 604 976
Øremerkede tilskudd til andre formål	161 708 436	123 420 784
Inntektsførte investeringstilskudd	1 866 401	2 256 119
Andre driftsinntekter	281 913 696	243 559 487
Sum annen driftsinntekt	503 920 778	418 548 366
Sum driftsinntekter	7 257 814 791	6 359 175 116

Inntekter omtalt som Behandling av egne pasienter i egen region og egne pasienter i andre regioner består av ISF-refusjon, av dette utgjør Kommunal medfinansiering kr. 1 638 720,63 i 2015 og kr 232 248 302,28 i 2014

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere. Kommunal medfinansiering er avviklet fra 1. januar 2015.

Aktivitetstall

	2015	2014
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	66 029	65 427
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	64 526	63 631
Antall polikliniske konsultasjoner	210 393	205 526
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	195	212
Antall polikliniske konsultasjoner	22 726	23 172
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	3 370	3 272
Antall polikliniske konsultasjoner	51 105	47 060
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	810	758
Antall polikliniske konsultasjoner	11 835	10 925

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av Raskere tilbake og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering.

Aktivitetstallene består også av pasienter behandlet hos private.

Note 4 Kjøp av helsetjenester

	2015	2014
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	205 965 438	188 247 451
Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	21 789 470	15 023 648
Kjøp fra utlandet somatikk	2 608 860	2 140 824
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	8 319 442	12 922 474
Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	4 528 968	4 176 582
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	7 783 789	7 359 896
Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	18 568 081	15 640 790
Sum gjestepasientkostnader	269 564 048	245 511 665
Innleie av vikarer	36 926 409	59 950 204
Kjøp av ambulansetjenester	22 172 043	19 606 620
Andre kjøp av helsetjenester	322 544	421 189
Sum kjøp av helsetjenester	328 985 044	325 489 678

Note 5 Varer

Varelager	31.12.2015	31.12.2014
Sum lager til videresalg	0	0
Varer til eget bruk	90 193 775	90 912 249
Sum varebeholdning	90 193 775	90 912 249

Kostpris	90 193 775	90 912 249
Nedskrivning for verdifall		
Bokført verdi	90 193 775	90 912 249

Varekostnad	2015	2014
Legemidler	263 541 652	243 661 967
Medisinske forbruksvarer	379 818 804	368 386 052
Andre varekostnader til eget forbruk	75 979 955	74 170 350
Innkjøpte varer for videresalg	18 089 050	10 856 517
Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig		0
Sum varekostnad	737 429 461	697 074 886

Note 6 Lønn og andre godtgjørelser

	2015	2014
Lønninger	3 447 397 093	3 298 203 088
Arbeidsgiveravgift	250 647 949	240 149 512
Pensjonskostnader inkl arb avgift	987 777 761	-153 473 509
Andre ytelser	58 312 927	72 804 956
Balansført lønn egne ansatte	-5 641 923	-4 213 739
Lønnskostnader	4 738 493 807	3 453 470 308
Gjennomsnittlig antall ansatte	8 466	8 969
Gjennomsnittlig antall årsverk	6 376	6 358

Lønn til administrerende direktør (i kroner)							
Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode
Ingebrigtsen Tor	Adm. direktør	1 797 340	202 393	5 140	2 004 873	01.01-31.12	01.01-31.12

Administrerende direktør har en fratredelsesopsjon hvor han enten ved fratredelse kan gå over i en rådgiverstilling frem til oppnådd ordinær pensjonsalder eller i perioden 20.08.12 til 19.08.17, uavhengig av fratredelse, kan velge å gå over i en eksternt finansiert stilling som professor ved UIT. Dersom adm.direktør ikke benytter seg av fratredelsesopsjonen er han berettiget til et sluttvederlag tilsvarende 6 måneders avtalt lønn ved fratredelse før 3 års tjeneste og 12 måneders avtalt lønn etter 3 års tjeneste. Administrerende direktør opp tjener rett til fire måneders studie- og utdanningspermisjon etter fem års tjeneste fra 20.8.2013.

Lønn til ledende personell (i kroner)							
Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode
Lind Marit	Viseadm. Direktør	1 666 171	357 287	748	2 024 206	18.02-31.12	01.01-31.12
Gullhav Elin	Viseadm. Direktør	272 115	231 201	125	503 441	01.01-17.02	01.01-31.12
Mathisen Jon Henrik	Klinikkssjef	1 130 084	205 309	5 140	1 340 533	01.01-31.12	01.01-31.12
Nordøy Tone	Klinikkssjef	714 332	270 190	312	984 834	01.01-31.07	01.01-31.12
Revhaug Arthur	Klinikkssjef	569 921	Oppsatt	436	570 357	01.08-31.12	01.01-31.12
Bartnes Kristian	Klinikkssjef	1 532 354	212 852	5 140	1 750 346	01.01-31.12	01.01-31.12
Nordvåg Bjørn Yngvar	Klinikkssjef	1 347 482	325 845	748	1 674 075	01.01-31.12	01.01-31.12
Rumpsfeld Markus	Klinikkssjef	1 565 908	217 342	5 140	1 788 390	01.01-20.08	01.01-31.12
Fundingsrud Hans Petter	Klinikkssjef	486 764	277 814	187	764 765	01.01-17.02	01.01-31.12
Gullhav Elin	Klinikkssjef	1 049 983	231 201	623	1 281 807	18.02-31.12	01.01-31.12
Hansen Eva Hanna	Klinikkssjef	1 427 802	388 452	748	1 817 002	01.01-31.12	01.01-31.12
Hald Magnus	Klinikkssjef	1 504 862	198 353	5 140	1 708 355	01.01-31.12	01.01-31.12
Andersen Gry	Klinikkssjef	1 375 260	239 431	748	1 615 439	01.01-31.12	01.01-31.12
Backstrøm Susann E.	Senterleder	1 027 127	218 821	5 140	1 251 088	10-11-31.12	01.01-31.12
Johansen Gina Marie	Driftssjef	1 185 172	323 344	5 140	1 513 656	01.01-31.12	01.01-31.12
Bertheussen Gørrill	Stabsleder	1 098 115	464 131	748	1 562 994	01.01-31.12	01.01-31.12
Bugge Einar	Fag- og forskningssjef	130 271	35 768	0	166 039	01.01-31.01	01.01-31.12
Revhaug Arthur	Fag- og forskningssjef	347 613	Oppsatt	312	347 925	01.02-31.07	01.01-31.12
Bugge Einar	Fag- og forskningssjef	651 035	178 838	748	830 621	01.08-31.12	01.01-31.12
Sum		19 082 371	4 376 179	37 323	23 495 873		

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

Styrehonorar

Samlet honorar til styrets medlemmer
Honorar til styreleder

2015	2014
1 092 965	1 092 775
161 400	161 400

Godtgjørelse til styrets medlemmer							
Navn	Tittel	Styrehonorar	Lønn	Andre godtgj.	Sum		Tjenesteperiode
Andreassen Jorhill	Styreleder	161 400			161 400		01.01-31.12
Førde Olav Helge	Nestleder	106 700			106 700		01.01-31.12
Espeland Erling	Styremedlem	98 600			98 600		01.01-31.12
Pettersen Jan E.	Styremedlem	98 600	464 574		563 174		01.01-31.12
Frøyshov Hanne M	Styremedlem	33 132	838 375		871 507		01.01-30.04
Dahl Per Erling	Styremedlem	65 733	1 555 198		1 620 931		01.05-31.12
Iversen Hanne	Styremedlem	98 600			98 600		01.01-31.11
Skjelvik Tove	Styremedlem	98 600			98 600		01.01-31.12
Moe Rune	Styremedlem	98 600	504 535		603 135		01.01-31.12
Marthinsen Mai Britt	Styremedlem	98 600	546 106		644 706		01.01-31.12
Mikalsen Eivind	Styremedlem	98 600			98 600		28.03-31.12
Bjerke Helga Marie	Styremedlem	98 600			98 600		28.03-31.12
Sottinen Tom	Styremedlem	98 600	0		98 600		28.03-31.12
Sum		1 254 365	3 908 788	0	5 163 153		
Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen for styrets medlemmer							
Førde Olav Helge	Nestleder		211 529	782			
Skjelvik Tove	Styremedlem		758 927				
Sum			970 456	782			

Revisjonshonorar	2015	2014
Lovpålagt revisjon	357 500	337 750
Utvidet revisjon	61 501	164 280
Andre attestasjonstjenester	149 143	105 500
Skatte- og avgiftsrådgivning	138 934	-
Andre tjenester utenfor revisjon	388 909	231 224
Sum honorarer	1 095 987	838 754
Honorar til revisor i henhold til inngått avtale	357 500	337 750

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

Note 7 Pensjon

Pensjonsforpliktelse	31.12.2015	31.12.2014
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	10 858 065 303	11 975 870 727
Pensjonsmidler	8 771 790 113	8 234 549 247
Netto pensjonsforpliktelse	2 086 275 190	3 741 321 480
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	148 125 539	265 633 825
Ikke resultatført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-2 703 928 944	-4 856 214 931
Netto balanseført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-469 528 215	-849 259 626
	0	0
herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	0	0
herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	-469 528 215	849 259 626

Spesifikasjon av pensjonskostnad	2015	2014
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	583 783 456	471 866 181
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	286 451 515	403 658 814
Årets brutto pensjonskostnad	870 234 971	875 524 995
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-268 612 625	-335 119 770
Administrasjonskostnad	35 850 160	30 008 785
Netto pensjonskostnad inkl. adm.kost	637 472 506	570 414 010
Aga netto pensjonskostnad inkl. adm.kost	45 260 547	40 499 395
Resultatført aktuarielt tap (gevinst)	279 226 251	188 728 001
Resultatført aga av aktuarielt tap (gevinst)	23 445 790	16 816 057
Resultatført planendring		-972 641 471
Resultatført andel aktuarielt tap (gevinst) v/avk.		
Resultatført andel av nettoforpliktelse v/avk.		
Ekstraordinære kostnader		
Årets netto pensjonskostnad	985 405 094	-156 184 008
Andre pensjonskostnader	2 372 667	2 710 497
Sum pensjonskostnader	987 777 761	-153 473 511

Økonomiske forutsetninger	2015	2014
Diskonteringsrente	2,70 %	2,30 %
Forventet avkastning på pensjonsmidler	3,30 %	3,20 %
Årlig lønnsregulering	2,50 %	2,75 %
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,25 %	2,50 %
Pensjonsregulering	1,48 %	1,73 %
Antall aktive personer med i ordningen	6 155	6 201
Antall oppsatte personer med i ordningen	10 245	9 605
Antall pensjoner med i ordningen	4 084	3 506

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

Ytelsesbaserte pensjonsordninger

Foretaket har en offentlig kollektiv pensjonsordning (sikrede pensjoner) for sine ansatte, som gir en bestemt framtidig pensjonsytelse basert på antall opptjeningsår og lønnsnivået ved pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Pensjonsordningen dekker alderspensjon, uførepensjon og barnpensjon.

Opptjeningstiden for full alderspensjon er 30 år. Sammen med folketryden gir full opptjening en alderspensjon på omkring 66 % av sluttlønn. Det opptjenes ikke pensjon for lønn over 12 G (folketrygdens grunnbeløp), det vil si at det er et tak på 12 G.

Pensjonskostnaden for 2015 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2015 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2015. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2015 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2015.

Konsekvensene av nye uførepensjonsregler og innarbeidelse av levealdersjustering for personer født i 1954 og senere er innarbeidet i beregningen i 2014. Begge endringene behandles som planendringer og medfører en redusert fremtidig pensjonsforpliktelse. Effekten av dette innregnes som en engangseffekt i regnskapet for 2014 og medført betydelige beløp til inntektsføring (ev kostnadsreduksjon).

1. desember 2015 ble en forskriftsendring av reglene for beregning av den løpende ytelsen for uføre i perioden mellom særaldersgrense og pensjonsalder, vedtatt med virkning for 2015. Endringen medfører økte utbetalinger for arbeidsgiver hovedsakelig for perioden mellom 65 og 67 år for de som har særaldersgrenser på 65 år. Konsekvensen av større endringer i pensjonskostnader som påvirker kostnadene for helseforetakene og ikke foretakene kan påvirke, blir normalt håndtert gjennom endrede rammebetingelser fra eier. Forventet endring i rammebetingelser knyttet til denne endringen vil skje i 2016 og av hensyn til sammenstillingsprinsippet er effekten av planendringen i helseregionenes regnskaper, forskjøvet til 2016. Endret forpliktelse som følge av denne endringen er innarbeidet i beregnet pensjonsforpliktelse pr 31.12.2015 og lagt i posten ikke resultatført estimatavvik.

Demografiske forutsetninger	2015	2014
Anvendt dødelighetstabell	K 2013 BE	K 2013 BE
Forventet uttakshyppighet AFP	15-45 %	15-45 %

Frivillig avgang for Sykepleiere (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>50
Sykepleiere	20	8	6	6	4	1	0

Frivillig avgang for Sykehusleger og Fellesordning (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>50
Sykehusleger	20	20	15	8	5	2	0
Fellesordning	20	15	10	7,5	5	2	0

AFP-førtidspensjoner

Foretaket har i tillegg til ordinær offentlig tjenstepensjon også avtalefestet førtidspensjon (AFP) etter reglene for offentlig sektor. Siden offentlig AFP er tett integrert med ordinær tjenstepensjon, inngår forpliktelsen for AFP som del av beregningen av pensjonsforpliktelsen.

Kort om ikke resultatførte estimatavvik

I samsvar med god regnskapsskikk, benytter Helse Nord reglene om "korridor" og fordeling over gjenværende opptjeningstid ved behandling av estimatavvik knyttet til pensjonsordningen. Det har i 2015 vært en betydelig reduksjon i uamortiserte estimatavvik (tap) jfr. tabellen ovenfor. Dette skyldes i hovedsak økt diskonteringsrente ved beregningen av pensjonsforpliktelsen. Reduksjonen i ikke resultatført estimatavvik reduserer differansen mellom regnskapsført pensjonsforpliktelse (netto pensjonsmidler kr. 469 528 215) og faktisk estimert netto pensjonsforpliktelse (kr 2 234 400 729 inkl. arbeidsgiveravgift).

Note 8 Andre driftskostnader

Sum andre driftskostnader består av følgende:

	2015	2014
Transport av pasienter	195 490 716	188 424 720
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og brensel	143 115 158	145 973 353
Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv.	92 362 453	86 247 443
Reparasjon, vedlikehold og service	147 067 939	140 287 318
Konsulenttjenester	18 403 386	25 520 076
Annen ekstern tjeneste	329 657 239	256 538 820
Kontor- og kommunikasjonskostnader	38 759 525	49 844 975
Kostnader forbundet med transportmidler	11 494 508	11 219 767
Reisekostnader	58 724 669	65 787 236
Forsikringskostnader	3 076 964	3 199 796
Pasientskadeerstatning	2 502 326	4 557 123
Øvrige driftskostnader	48 898 158	57 673 412
Sum andre driftskostnader	1 089 553 041	1 035 274 039

Note 9 Finansposter

Finansinntekt består av:

	2015	2014
Resultatandel felleskontrollerte selskaper		0
Konserntinterne renteinntekter	15 326 754	10 021 287
Andre renteinntekter		4 487 649
Andre finansinntekter	-5 471	53 589
Sum finansinntekter	15 321 283	14 562 525

Finanskostnad består av:

	2015	2014
Resultatandel felleskontrollerte selskaper		0
Konserntinterne rentekostnader	1 624 615	39 087
Andre rentekostnader	7 823	18 851
Andre finanskostnader	-956 658	1 381 201
Sum finanskostnader	675 780	1 439 139

Note 10 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Immaterielle eiendeler

	FOU	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2015		24 159 886		24 159 886
Tilgang		17 578 239		17 578 239
Tilgang virksomhetsoverdragelse				-
Avgang				-
Fra anlegg under utførelse til....				-
Anskaffelseskost 31.12.2015		41 738 125		41 738 125
Akk avskrivninger 31.12.2015		24 394 983		24 394 983
Akk nedskrivninger 31.12.2015				-
Balansført verdi 31.12.2015	-	17 343 142	-	17 343 142
Årets ordinære avskrivninger		235 097		235 097
Årets nedskrivninger				-

Levetid		5 år
Avskrivningsplan	lineær	lineær

Varige driftsmidler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler , annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2015	503 920 466	4 028 938 977	678 765 907	877 483 964	221 847 138	6 310 956 452
Tilgang	200 000		367 465 997	54 786 432	43 221 924	465 674 353
Tilgang virksomhetsoverdragelse		-	-	-	-	-
Avgang		-	(802 870)	(10 915 031)	(7 979 494)	(19 697 395)
Fra anlegg under utførelse til....		359 444 003	(359 444 003)			-
Anskaffelseskost 31.12.2015	504 120 466	4 388 382 980	685 985 031	921 355 365	257 089 568	6 756 933 410
Akk avskrivninger 31.12.2015	43 772 569	2 106 046 254		479 435 739	157 014 435	2 786 268 997
Akk nedskrivninger 31.12.2015	5 899 526	9 464 179				15 363 705
Balansført verdi 31.12.2015	454 448 371	2 272 872 547	685 985 031	441 919 626	100 075 133	3 955 300 708
Årets ordinære avskrivninger	1 072 099	154 102 606		80 590 697	20 391 915	256 157 317
Årets nedskrivninger	-		802 870			
Årets balansførte lånekostnader			1 620 405			1 620 405

		Dekomponert 10- 60 år		3-15 år	3-15 år
Levetider					
Avskrivningsplan	lineær	lineær		lineær	lineær

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ingen finansielle leasingavtaler.

Leieavtaler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk- teknisk utstyr	Transport- midler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp	0	41 102 500	49 355	4 347 735
Varighet	Løpende	Løpende	Løpende	Løpende

For store deler at gruppene "tomter og boliger" og "bygninger" er det løpende kontrakter som gjelder til de blir sagt opp.

Langsiktige byggeprosjekter

Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2015 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kr. Pingvinhotellet er ferdig.

Investeringsprosjekt	Akkumulert regnskap pr 31.12.15	Akkumulert regnskap pr 31.12.14	Total kostnads- ramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt for ferdigstillelse
Ny A-fløy	315,55 mill	181,77 mill	1547 mill	1596 mill	2018
Bygg Åsgård 7-renov.	100,16 mill	17,77 mill	96,3 mill	96,3 mill	2016
PET-senter	64,33 mill	23,33 mill	493,1 mill	493,1 mill	2017
Sum	480,04 mill	222,87 mill	2185,4 mill	2185,4 mill	

Note 11 Eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet og tilknyttet selskap

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ingen eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet eller tilknyttet selskap.

Note 12 Investeringer i aksjer og andeler

	31.12.2015	31.12.2014
Norinnova Technology Transfer AS	662 480	662 480
Egenkapitalinnskudd KLP	212 214 646	190 874 662
Sum investeringer i andre aksjer og andeler	212 877 126	191 537 142

Egenkapitalinnskudd KLP

Som gjensidig selskap har KLP dekket hoveddelen av sitt egenkapitalbehov gjennom egenkapitalinnskudd fra kundene. Bortsett fra det oppsamlede egenkapitalinnskudd finnes det egenkapital i form av et egenkapitalfond. Egenkapitalfondet er såkalt opptjent egenkapital. Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP kan endre seg noe fra år til år selv om det verken er tapt egenkapital eller innbetalt nye egenkapitalinnskudd. Dersom en kunde flytter sin pensjonsordning fra KLP til en annen pensjonsinretning, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjon der kunden faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

Note 13 Kundefordringer og andre fordringer**Fordringer består av:**

	31.12.2015	31.12.2014
Kundefordringer	50 925 408	55 160 793
Påløpne inntekter	3 558 319	1 669 117
Andre kortsiktige fordringer	59 748 920	57 989 549
Sum øvrige fordringer	114 232 647	114 819 459

Aldersfordeling kundefordringer	31.12.2015	31.12.2014
Ikke forfalte fordringer	48 363 482	50 783 751
Forfalte fordringer 1-30 dager	2 238 664	2 965 774
Forfalte fordringer 30-60 dager	331 302	917 178
Forfalte fordringer 60-90 dager	-8 687	33 715
Forfalte fordringer over 90 dager	647	460 375
Kundefordringer pålydende pr. 31.12.	50 925 408	55 160 793

	31.12.2015	31.12.2014
Avsetning for tap på fordringer pr. 1.1.	5 890 000	5 500 000
Årets avsetning til tap på krav	1 088 077	2 151 527
Reverserte tidligere avsetninger	2 648 377	1 761 527
Avsetning for tap på fordringer pr. 31.12.	4 329 700	5 890 000

Årets konstaterte tap	2 928 406	6 163 086
-----------------------	-----------	-----------

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kroner 1 368 106 i 2015. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ingen fordringer med forfall senere enn ett år.

Note 14 Kontanter og bankinnskudd

	31.12.2015	31.12.2014
Skattetrekkmidler	158 169 404	165 996 649
Andre bundne konti	0	2 001
Sum bunde kontanter og bankinnskudd	158 169 404	165 998 650
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	272 094	290 317
Sum kontanter og bankinnskudd	158 441 498	166 288 967

Note 15 Egenkapital

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2014	100 000	4 110 253 844	0	-469 298 935	3 641 054 909
Egenkapital innskudd fra Helse Nord		421 000 000			421 000 000
Årets resultat				120 803 655	120 803 655
Egenkapital 31.12.2015	100 000	4 531 253 844	0	-348 495 280	4 182 858 564

Note 16 Avsetning for forpliktelser

	31.12.2015	31.12.2014
Tariffestet utdanningspermisjon	-178 100 000	-144 149 293
Investeringsinnskudd	-18 374 112	-20 240 513
Avsetning til egenandeler vedrørende pasientskadeerstatning	-5 600 000	-5 400 000
Andre avsetninger for forpliktelser	-5 169 851	-5 338 367
Sum avsetning for forpliktelser	-207 243 963	-175 128 173
Antall ansatte som er omfattet av ordningen med tariffestet utdanningspermisjon	585	567
Uttakstilbøyelighet	100 %	100 %

Note 17 Gjeld og obligasjoner

Annen kortsiktig gjeld består av:

	31.12.2015	31.12.2014
Leverandørgjeld	175 080 935	157 837 719
Påløpt lønn	114 426 702	120 428 654
Feriepenger	398 382 755	384 084 136
Påløpte kostnader	97 390 357	128 365 151
Annen kortsiktig gjeld	106 750 003	108 468 991
Sum annen kortsiktig gjeld	892 030 752	899 184 651

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har langsiktig gjeld til Helse Nord RHF på kroner 130 mill. kroner som forfall senere enn fem år.

Avdragsprofil	Pr. 31.12.2015	2016	2 017	2018	2 019	2020	2021->
Byggelån I 2015	130 000 000	-	-	-	28 000 000	28 000 000	74 000 000

Note 18 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

Kortsiktige fordringer	31.12.2015	31.12.2014
Helse Nord RHF	703 098 669	123 960 272
Finnmarkssykehuset HF	4 619 104	4 985 716
Nordlandssykehuset HF	9 343 379	8 166 144
Helgelandssykehuset HF	3 112 206	3 920 845
Sykehusapotek Nord HF	161 184	277 053
Sum fordringer på selskap i samme konsern	720 334 542	141 310 030

Kortsiktig gjeld	31.12.2015	31.12.2014
Helse Nord RHF	92 839 219	359 154 386
Finnmarkssykehuset HF	386 981	47 023
Nordlandssykehuset HF	1 755 157	669 574
Helgelandssykehuset HF	37 543	30 853
Sykehusapotek Nord HF	17 072 680	15 928 245
Sum kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	112 091 580	375 830 081

Universitetssykehuset Nord-Norge HF er med i en konsernkontoordning i DnB og formelt er alle innskuddene i denne ordningen eid av Helse Nord RHF. I årsregnskapet er derfor alle innskudd og trekk på konti som er med i konsernkontoordningen satt som mellomværende med Helse Nord RHF.

Note 19 Nærstående parter

Foretakets nærstående er definert i regnskapslovens § 7-30b og regnskapsforskriftens § 7-30b-1. Vesentlige transaksjoner med nærstående parter framgår i denne og andre noter i årsregnskapet.

Ytelser til ledende ansatte er omtalt i note 6, og mellomværende med konsernselskaper er omtalt i note 18.

Foretaket mottar det vesentligste av sine inntekter fra eier, det vil si Helse Nord RHF som igjen er eid av staten v/Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD er også eier av de andre regionale helseforetakene.

Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Nord-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Nord-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Foretakets kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 269,5 mill kroner i 2015 mot 245,5 mill kroner i 2014, tilsvarende salg utgjorde 33,3 mill kroner i 2015 mot 25,1 mill kroner i 2014. Det vesentligste av gjestepasientoppjøret er basert på avtalte beregningsmåter for prising.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Nord er Helse Nord RHF's overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i 2015 kjøpt varer og tjenester for 259,6 mill. kr. hos Helse Nord RHF og for 153,0 mill. kr. hos Sykehusapotek Nord HF. Fra regionalt helseforetak har UNN HF hovedsaklig kjøpt IKT-tjenester. Fra sykehusapoteket har UNN HF hovedsaklig kjøpt legemidler.

Medikamenter utgjør en stor andel av helseforetakenes kostnader. I forskning og utvikling forekommer det samarbeid mellom legemiddelindustrien og sykehusene. Det regionale helseforetaket har inngått gjensidig forpliktende avtale med legemiddelindustrien omkring etikk knyttet til avtaler.

Foretaket har gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører. Helseregionen er blant annet underlagt lov om offentlige anskaffelser. I foretaket er det etablert rutiner som skal bidra til å sikre at ansatte som er ansvarlig for, eller har innflytelse på inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgsavtaler ikke sitter med verv eller har andre relasjoner til leverandører eller kunder mv som kan tenkes å komme i konflikt deres rolle i foretakene. Det er ikke etablert gjennomgående rutiner og retningslinjer for kartlegging, vurderinger, dokumentasjon mv av dette i foretaket.

Note 20 Universitetet og høyskolers rettigheter til arealer i helseforetak

Undervisning er en sentral del av helseforetakets virksomhet. Dette innebærer at Universitetssykehuset Nord-Norge HF plikter å stille nødvendig areal mv til disposisjon for universiteter og høyskoler. Rettighetene er knyttet til areal vedr. kontor, undervisningsrom og forskning. UIT-Norges Arktiske Universitet har disponeringsrett på til sammen 3113 m² ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Videre har Universitetssykehuset Nord-Norge HF disponeringsrett på til sammen 599 m² ved UIT-Norges Arktiske Universitet.

Note 21 Garantiforpliktelser

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ikke stilt noen garantiforpliktelser for andre.

Note 22 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

	2015	2014
Endring i varer	718 473	199 647
Endring i fordringer på selskap i samme konsern	-579 024 511	300 461 090
Endring i kundefordringer	4 235 385	6 649 517
Endring i øvrige fordringer	-3 648 573	-76 896
Endringer sum omløpsmidler	-577 719 226	307 233 358
Endring i leverandørgjeld	17 622 187	-5 163 435
Endring i skyldige offentlige avgifter	3 719 827	5 833 016
Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	-264 526 501	283 872 607
Endring i annen kortsiktig gjeld	-25 854 477	-42 254 122
Endring i avsetninger for forpliktelser		
Endringer sum gjeld	-269 038 964	242 288 066

Note 23 Forskning og utvikling

	2015	2014
Øremerkede tilskudd fra eier til forskning	89 220 000	75 945 000
Andre inntekter til forskning og utvikling	17 201 000	30 325 000
Basisramme til forskning	112 047 000	89 311 000
Sum inntekter til forskning	218 468 000	195 581 000
Andre inntekter til utvikling	0	0
Basisramme til utvikling	30 556 000	34 129 000
Sum inntekter til utvikling	30 556 000	34 129 000
Sum inntekter til forskning og utvikling	249 024 000	229 710 000

	2015	2014
Kostnader til forskning - somatikk	202 777 000	177 466 000
Kostnader til forskning - psykisk helsevern	13 221 000	14 708 000
Kostnader til forskning - TSB	2 471 000	3 407 000
Kostnader til forskning - annet	0	0
Sum kostnader til forskning	218 469 000	195 581 000
Kostnader til utvikling - somatikk	23 806 000	32 581 000
Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	4 281 000	1 059 000
Kostnader til utvikling - TSB	2 469 000	489 000
Kostnader til utvikling - annet	0	0
Sum kostnader til utvikling	30 556 000	34 129 000
Sum kostnader til forskning og utvikling	249 025 000	229 710 000

	2015	2014
Antall avlagte doktorgrader	23	23
Antall publiserte artikler	340	292
Antall årsverk forskning	191	173
Antall årsverk utvikling	27	30

**UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF
- ÅRSBERETNING 2015 -**

1. Opplysninger om arten av virksomheten og hvor virksomheten drives

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ble stiftet 18.12.2001 som eget helseforetak, og leverer som universitetssykehus spesialisthelsetjenester til befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard. Helseforetakets virksomhet reguleres i henhold til Lov om helseforetak (2001) og er 100 % eid av det regionale helseforetaket for Nord-Norge, Helse Nord RHF.

UNN hadde i 2015 lokalsykehusfunksjon for 30 kommuner i Nordland, Troms og på Svalbard. Størstedelen av somatisk virksomhet og psykisk helsevern var i 2015 lokalisert til Tromsø, Harstad og Narvik. I tillegg er det etablert tre distriktsmedisinske sentre (Nordreisa, Bardu og Finnsnes) og fem distriktspsykiatriske sentre (Narvik, Harstad, Sjøvegan, Silsand, Tromsø, Storsteinnes og Storslett) i UNNs opptaksområde.

2. Redegjørelse for forutsetningen om fortsatt drift

I årsregnskapet er forutsetningen om fortsatt drift lagt til grunn da det etter styrets oppfatning ikke er forhold som tilsier noe annet. Det vises i denne sammenheng til § 5 i helseforetaksloven som fastslår at helseforetak ikke kan slås konkurs.

3. Virksomheten i 2015

Styrets hovedstrategier for virksomheten i 2015 var å sikre en økonomisk utvikling som grunnlag for bedre pasientforløp, i tillegg til økt kvalitet, styrking av forskningens omfang og posisjon, samt helseforetakets fornyelse av medisinteknisk utstyr.

4. Pasientbehandling i helseforetaksgruppen

Somatisk virksomhet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet var i 2015 høyere enn plan (+6 %). I alt hadde somatisk virksomhet 298 598 pasientkontakter. Høy poliklinisk aktivitet med 252 532 kontakter (7 % over plan) er årsaken til dette. Antall døgnopphold (+2 %) og polikliniske dagbehandlinger (+4 %) er også høyere enn plan, mens innlagte dagopphold er på nivå med plan. DRG-aktiviteten er 1054 poeng over plan (+2 %) for 2015.

Det er også i 2015 fokusert på omstillinger, pasientstrømmer, pasientsikkerhet og kvalitet i somatisk virksomhet. Rehabiliteringsklinikken og Nevro –og ortopediklinikken er slått sammen til en felles klinikk. Det er innført 28 standardiserte kreftpakkeforløp med krav til behandlingstider. 2 ny nasjonale kvalitetsregistre er igangsatt i løpet av året og UNN fortsetter arbeidet med tiltakene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogram.

- Antall røntgenundersøkelser (+5 %) og laboratorieanalyser (+7 %) er høyere enn plan.

Rusbehandling

Tilbudet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling har i 2015 vært ivaretatt av Psykisk helse- og rusklinikken gjennom virksomheter i Tromsø (Ruspoliklinikken, Avrusing og utredning, ReStart og Færingen) og i Narvik (Nordlandsklinikken med avrusning og døgn). Kapasiteten er regional for Helse Nord RHF.

Det er i 2015 gjennomført et omfattende arbeid knyttet til ny klinisk struktur og organisering. Gjennom dette arbeidet har klinikken blant annet vektlagt planlegging av etablering av rusbehandlingstilbud ved klinikkens sentre for psykisk helse og rusbehandling (SPHR). I løpet av 2016 regner man med å ha etablert rusteam på tre SPHR (Ofoten, Sør-Troms og Nord-Troms), samt kommet frem til en omforent løsning på organisering av rusteamfunksjonen i de øvrige to SPHR (Tromsø og Narvik).

Det er videre foretatt en samling av rusbehandlingstilbudet i en Rusavdeling med seksjoner i Tromsø og Narvik. Dette med implementering fra 2016.

Psykisk helse

Virksomheten innenfor psykisk helsevern er organisert gjennom to klinikker: Psykisk helse- og rusklinikken og Barne- og ungdomsklinikken.

Psykisk helse- og rusklinikken ivaretar UNNs samlede tilbud innenfor psykisk helsevern for voksne samt det polikliniske tilbudet innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms og Nord-Troms. Innenfor psykisk helsevern omfatter virksomheten p.t. 6 voksenpsykiatriske poliklinikker, 5 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, 5 ambulante team og 15 døgnbaserte enheter. Ny klinisk struktur og organisering for klinikken er under implementering fra 2016 med ny avdelingsorganisering og integrering av tilbud innenfor psykisk helse og rusbehandling ved sentre for psykisk helse og rusbehandling.

Psykisk helse- og rusklinikken har ved utgangen av året ikke fristbrudd og er jevnt over innenfor fristen med hensyn til ventetider. Dette både innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Forskning

UNN skal, sammen med Universitetet i Tromsø og Helse Nord RHF som viktige samarbeidspartnere, drive forskning av høy kvalitet som bidrar til bedret diagnostikk og pasientbehandling. Forskning skal være et fundament for kunnskapsbasert praksis og naturlig basis for fagutvikling, kvalitetsutvikling og innovasjon. UNN skal støtte sterke forskningsgrupper, stimulere til økt tverrfaglig forskning og til økt forskningsaktivitet i alle fag.

UNNs forskningsstrategi for 2013-2017 er i samsvar med forskningsstrategier for Helse og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF. Forskingen skal styrkes med hensyn til fokus, akademiske og finansielle ressurser. I tillegg er det gjort tiltak for å styrke omfang og kvalitet i forskningen:

- Videreutvikling av forskningsinfrastruktur gjennom deltagelse i nasjonale nettverk NorCRIN og Biobank Norge
- Elektronisk sporingssystem for biobanker (EUTRO) er implementert på UNN
- Elektronisk løsning for fangst av forskningsdata (eCRF) egnet til bl.a. multisenterstudier, er tatt i bruk
- Utvidet kurstilbud/kompetanseheving til forskere i regionen
- Arbeid i referansergruppen for HelseNords nye forskningsstrategi er gjennomført
- Arbeid med kartlegging av forskningsmiljøer som ønsker samarbeid med industri er startet
- Arbeid med forberedelse til HelseNords helseforskningskonferanse 2016 er startet
- Arbeid for økt ekstern finansiering av forskningsaktiviteten er påbegynt

- Utvikling av fleksible arbeidsmodeller for å bedre arbeidsvilkår for klinikere som forsker

For å fremme forskning blant helsepersonell i UNN gir foretaket startstipend til ansatte i kliniske stillinger. Startstipendets størrelse er inntil 3 måneder, og gis til utarbeiding av søknad til forskningsprosjekt. Det kan være postdoktor-prosjekt, PHD-prosjekt eller et større forskningsprosjekt. I 2015 ble det innvilget 6 stipend på totalt kr 830 506.-

Det var økende forskningsaktivitet ved UNN også i 2015:

År	2015	2014	2013
Antall vitenskapelige artikler (kilde CRISStin)	341*	298	283

*endelig tall er klart i april 2016

Antall doktorgrader utført ved helseforetaket i 2015 var 23, og doktorgradene utføres av kandidater med ulik utdanningsbakgrunn.

År	2015	2014	2013
Antall doktorgrader utført ved foretaket	23	23	27

Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling i UNN i løpet av 2015 var 82 dager. Dette er en økning på to dager sammenlignet med 2014. Økningen skyldes at flere langtidsventende over 365 dager er tatt til behandling. Ved utgangen av 2015 var det 251 langtidsventende en reduksjon på 78% fra 2014. Pasienter med rett til prioritert helsehjelp ventet 53 dager i snitt mens pasienter uten rett til å bli prioritert ventet 109 dager i snitt på behandlingsstart. Endringer i pasientrettighetsloven med virkning fra 1.november 2015 gir i prinsippet alle rett til helsehjelp. Den lange ventetiden for pasienter uten rett skyldes avvikling av pasienter henvist før 1. november 2015. Kontroll og oppfølging av ventelistene har vært et prioritert arbeid også i 2015. Antallet ventende er redusert med 4667 (-27%) i forhold til 2014.

Median ventetid ved UNN var 52 dager for alle ventende, 38 dager for rettighetspasienter og 71 dager for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp. Pasienter tatt til behandling i desember 2015 hadde en gjennomsnittlig ventetid på 69 dager.

5. Redegjørelse for årsregnskapet

Etter styrets oppfatning gir årsregnskapet et riktig bilde av utviklingen, resultatet av virksomheten i 2015 og status pr. 31.12.2015.

Den likvide situasjonen er styrket som følge av egenkapitalinnskudd fra Helse Nord RHF, låneopptak og driftsoverskudd. UNN har en ubenyttet trekkramme innenfor konsernkontoordningen til Helse Nord RHF.

UNN finansierer investeringer gjennom egen likviditet. Kun store bygningsmessige investeringer finansieres ved lån, som tas opp hos Helse Nord RHF. Foretaket har totalt tatt opp ett slikt lån pålydende 130 millioner kroner. UNNs investerings- og aktivitetsnivå planlegges innenfor de likviditetsmessige rammer foretaket har til rådighet.

UNN finansieres i all hovedsak av overføringer fra Helse Nord RHF. Aktivitetsnivå og inntekter er et resultat av Stortingets prioriteringer. Da inntekter i all hovedsak er overføringer fra staten, anses kreditt- og finansiell risiko å være lav.

De mest sentrale risikoer og usikkerhetsfaktorer som foretaket står ovenfor er etter styrets vurdering, både evnen til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak slik at driften videreføres i tråd med økonomiske rammer, samtidig som tilbudet til befolkningen sikres med god kvalitet og tilgjengelighet. Økt etterspørsel etter tjenester blant annet som følge av den demografiske utviklingen er en særlig risikofaktor. Realisering av planlagte utbyggingsprosjekter og finansiering av disse representerer også en utfordring.

UNN har per 31.12.2015 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 10,9 milliarder kroner. Pensjonsmidler er 8,7 milliarder kroner. I tråd med regnskapsloven og Norsk Regnskapsstandard er det per 31.12.2014 samlet 2,70 milliarder kroner i negative estimat- og planendringer som ikke er resultatført.

6. Økonomisk drift

UNN har for 2015 hatt følgende resultatmål:

	Resultat 2015	Styringsmål 2015	Resultat 2014
Over-/underskudd	120,8	40,0	615,1
Resultatkrav fra RHF	40,0	40,0	627,0
Avvik fra eiers resultatmål	80,8	0,0	-11,9

Årsregnskapet for 2015 viser et overskudd på 120,8 mill kr, og med et resultatkrav fra Helse Nord RHF på 40 mill kr, gir dette et budsjettavvik på 80,8 mill kr.

De samlede driftsinntektene er 55,4 mill kr høyere enn budsjettet. Øremerkede tilskudd som innbefatter eksterntfinansierte prosjekter har et negativt budsjettavvik på 80,5 mill kr som skyldes lavere inntektsføring av forskningsmidlene enn budsjettet. Motposten til dette er overskudd på lønns- og driftspostene med tilsvarende beløp. Av ordinær drift er det størst avvik knyttet til ISF inntektene med et budsjettavvik på 84,7 mill kr. 62 mill kr av budsjettavviket gjelder avregning av ISF på bakgrunn av feil i modell for inntektsberegning i 2014. Polikliniske inntekter er omtrent henhold til budsjett med et negativt avvik på -0,7 mill kr. Inntekter knyttet til utskrivningsklare pasienter er 4,1 mill kr høyere enn budsjettet.

Driftskostnadene for 2015 er 6,7 mill kr lavere enn budsjettet. Av driftskostnadene utgjør lønnskostnader en stor andel, og for 2015 var de totale lønnskostnadene 85,1 mill kr lavere enn budsjettet. Deler av dette budsjettavviket må sees i sammenheng med avviket på inntektssiden for øremerkede tilskudd. Pensjonskostnadene for 2015 er kostnadsført i henhold til den siste oppdaterte aktuar-beregningen fra KLP og gir ingen budsjettavvik.

Kjøp av helsetjenester for 2015 er 5,7 mill kr høyere enn budsjett. Gjestepasientkostnader utgjør et negativt avvik med -1,9 mill kr (-14,4 mill kr somatisk virksomhet, +12,5 mill kr psykisk helsevern).

Varekostnader knyttet til aktivitet er 46,8 mill kr høyere enn budsjettet. Varekostnadene hadde en økning på 40,4 mill kr i forhold til 2014 og tilsvarer en økning på 6 %.

Finanspostene hadde i 2015 et positivt avvik på 18,7 mill kr i forhold til budsjett.

I 2015 ble det planlagt en tiltakspakke med 33 ulike tiltak med en beregnet økonomisk effekt på 284 mill kr. I 2015 ble det realisert en økonomisk effekt på 183 mill kr. Dette tilsvarer en gjennomføringsgrad på 64 %.

7. Investeringer

UNN har i 2015 investert for til sammen 507,7 mill kr av en total investeringsramme på 624,3 mill kr. Dette utgjør 80 % av disponibelt beløp. Av investeringsrammen som er til medisinsk-teknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger og ambulanser med mer er det i 2015 bokført investeringer på til sammen 101,0 mill kr. På grunn av overforbruk tidligere år er restrammen til utstyr med mer ved utgangen av 2015 på 0 kr. I tillegg har UNN forpliktelser for 43,7 mill kr som gjelder godkjent utstyr i 2015 men som forventes levert senere.

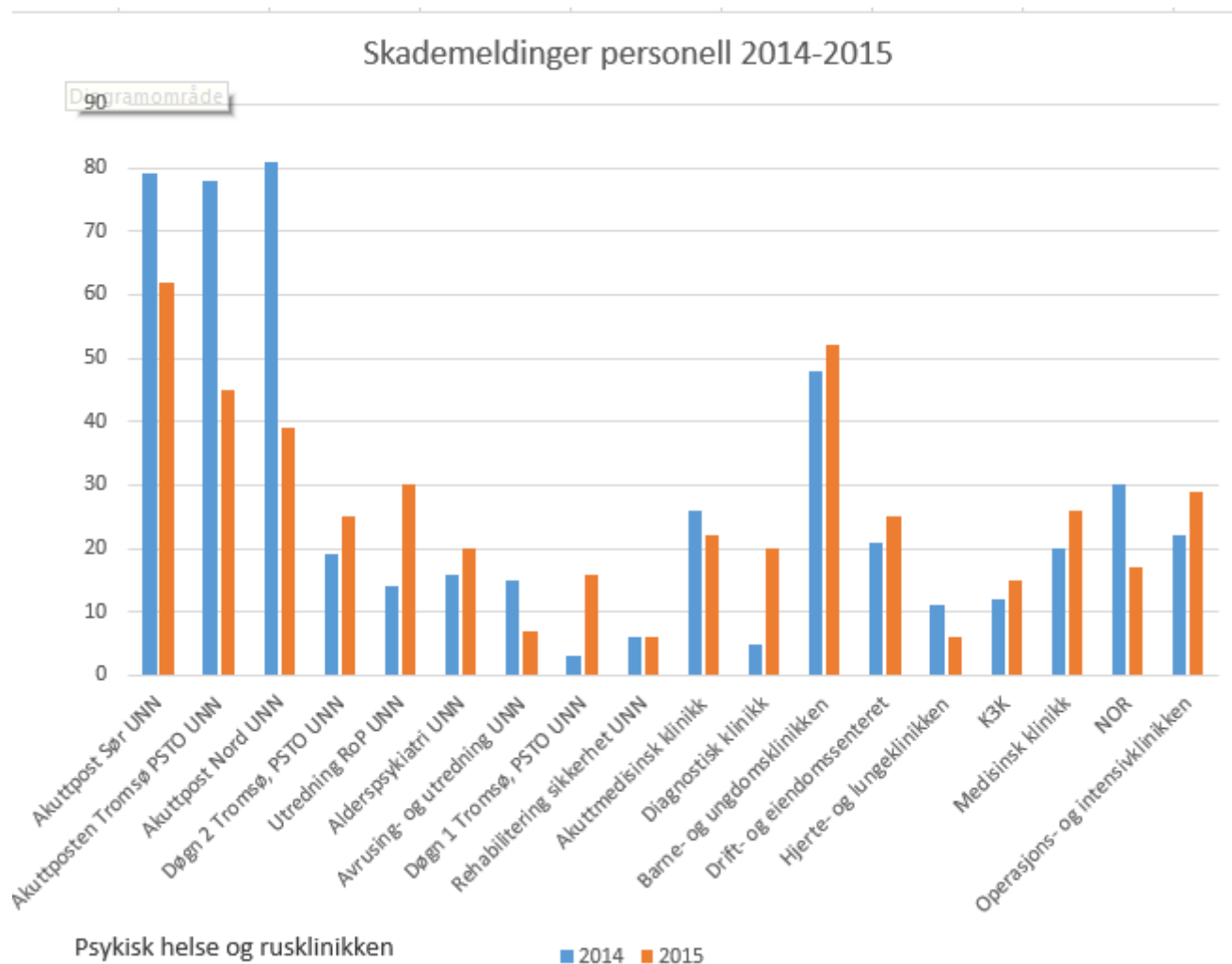
8. Arbeidsmiljø mm (internt)

Arbeidsmiljøet i foretaket som helhet anses som tilfredsstillende, men noen enheter har utfordringer knyttet til arbeidsmiljøet. Der jobbes det systematisk og målrettet for å bedre arbeidsmiljøet. Foretaket jobber blant annet med følgende tiltak:

- Oppfølging av medarbeiderundersøkelse
- Planlegging av ny medarbeiderundersøkelse i 2016 og deltakelse i nasjonal gruppe som ser på muligheten for sammenslåing av medarbeiderundersøkelse og pasientsikkerhetskulturundersøkelse
- Oppfølging av avtale om Inkluderende arbeidsliv med tilhørende utarbeidelse av mål og handlingsplan
- Utarbeidelse av og implementering av seniorpolitiske virkemidler med sikte på å redusere tidligpensjon og beholde kompetanse
- Iverksettelse av tiltak utarbeidet av prosjektgruppen «*Tettere på*» - med fokus på reduksjon av sykefravær og nærværarbeid
- Obligatorisk kurs for ledere med fokus på inkluderende arbeidsliv. Kurset er også åpent for tillitsvalgte og vernetjenesten
- Videreføring av aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging
- Gjennomføring av utviklingssamtaler
- Flere kurs for ledere innen eksempelvis utviklingssamtaler, relasjonsledelse og rekruttering
- Aktiv bruk av KVAM-strukturen i forbedringsarbeid

I 2015 utgjorde sykefraværet totalt 115 192 dager, hvilket tilsvarer 8,9 % av total arbeidstid. I 2014 var gjennomsnittlig sykefravær 8,8 %.

Det er en liten nedgang i antall meldte personalskader i Docmap fra 557 i 2014 til 531 i 2015. De fleste av meldingene er i Psykisk helse- og rusklinikken og i Barne- og ungdomsklinikken. Dette har sin årsak trusler, utagering, slag og spark m.m. fra pasienter. Imidlertid ser vi en positiv utvikling i akuttpostene i PRHK. Det er også interessant å observere at det er færre skader på vei til og fra jobb i 2015 (37) sammenlignet med 2014 (54).



9. Likestilling

Styret ved UNN har i 2015 bestått av 7 menn og 5 kvinner. Én kvinne fikk av RHF-styret innvilget fritak fra desember som følge av politisk tillitsvern, og ble ikke erstattet. Styret består pr. d.d. av 7 menn og fire kvinner. I tillegg møter observatør fra brukerutvalget fast i styret.

Ledergruppen har i 2015 bestått av 8 menn og 7 kvinner. Av alle ansatte er 27,9 % menn, som i 2014. I forhold til andel ansatte er kvinner underrepresentert i lederstillinger på mellom- og toppnivå i helseforetakene. Likestilling er ett av satsningsområdene i overordnet personalpolitikk. I ledelsesutviklingstiltakene som gjennomføres er det lagt særlig vekt på rekruttering av kvinnelige deltakere.

Det har ikke blitt gjennomført særskilte kartlegginger og tiltak knyttet til likeverd og likestilling. Ved rekruttering til utviklingstiltak har det imidlertid vært vektlagt å få balanse i sammensetningen. Fremover vil det å øke andelen kvinnelige ledere i mellom- og topplederstillinger være sentralt å følge opp.

10. Diskriminering og tilgjengelighet

Alle nye byggeprosjekter og ombygginger følger myndighetenes krav til universell utforming for å sikre tilgjengelighet.

11. Ytre miljø

UNN har en av landsdelens største samlede bygningsmasser på omlag 300 000 m² og er landsdelens største arbeidsgiver. UNN påvirker det ytre miljøet gjennom sitt forbruk av energi, vann, varer og kjemikalier, og driften genererer store avfallsmengder. Gjennom gode tiltak skal vi forbygge forurensning til luft, vann og jord.

UNN ble i september 2015 resertifisert som miljøsykehus i tråd med ISO 14001-standarden. Dette innebærer at UNN skal utøve sitt samfunnsansvar på en best mulig bærekraftig og miljøvennlig måte. I dette ligger også en forpliktelse til stadig forbedring av vårt miljø og klimaprogram.

Det overordnede målet er å bidra til at CO₂-utslippet reduseres. Det er for perioden 2015-2018 utarbeidet et miljø- og klimaprogram med tiltak som skal sikre at miljømålene nås. Måltall viser at det er potensial til å endre miljøprofilen i driften.

UNN har aktivt deltatt i de regionale helseforetakenes arbeid med å utvikle nasjonale anbefalinger til helseforetakenes videre satsning innenfor klima og miljø.

Fossilt brensel (olje) benyttes kun som supplement på kalde dager, ved testkjøring av oljekjeler eller ved feil på hovedbærende energiforsyning. Løpende foretas utskifting og fornying av utstyr, elektriske anlegg og ventilasjon ved institusjonene. Dette skal bidra til utflating av energibruken og på sikt redusere energiforbruket. Det pågår et samarbeidsprosjekt i Helse Nord der foretakenes potensialer i forhold til energiøkonomiseringsprosjekter er grundig kartlagt, og det statlige energiselskapet ENOVA har gitt økonomisk støtte til gjennomføring av prosjektene.

12. Redegjørelse som gir grunnlag for å vurdere foretakets fremtidige utvikling

De mest sentrale utfordringer som foretaket står overfor er etter styrets vurdering evnen til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak slik at driften videreføres i tråd med økonomiske rammer, samtidig som tilbudet til befolkningen sikres med god kvalitet og tilgjengelighet. På samme måte er det også vesentlig å balansere utviklingen ved å sikre foretaket et godt og velfungerende arbeidsmiljø.

Økt etterspørsel etter tjenester som følge av blant annet den demografiske og medisinske utviklingen er en særlig utfordring. Realisering av planlagte utbyggingsprosjekter vurderes som viktig for å sikre at befolkningen i Nord-Norge får god pasientbehandling også i fremtiden.

Effektivisering av virksomheten, omprioritering fra områder med overkapasitet

UNN har gjennom systematisk omstillingsarbeid, omstrukturering og omprioriteringer innenfor de fleste virksomhetsområdene, oppnådd økonomiske besparelser, som igjen har skapt handlingsrom for investering og fornyelse av utstyr og bygningsmasse. Arbeid med befolkningsbasert aktivitetsplanlegging og aktivitetsbasert bemanningsplanlegging medfører endrede planprosesser og endrede premisser. Arbeidet er delvis nybrottsarbeid og svært krevende, men er viktig for å kunne tilby likeverdige helsetjenester for våre ansvarsområder, samt sikre kompetent personell i årene fremover.

Samhandling med primærhelsetjenesten

UNN har utviklet et godt samarbeid med kommunene i eget opptaksområde. I særskilt grad har dette utviklet seg gjennom prosessene rundt avtaleinngåelser i forbindelse med implementering av samhandlingsreformen.

Rekruttering

UNN har rekrutteringsutfordringer på flere virksomhetsområder, særlig psykiatere og psykologspesialister til distriktpsikiatriske sentre. I tillegg mangler UNN spesialister for enkelte fagområder til lokalsykehusene, samt geriater til hele helseforetaket. Fortsatt er rekruttering av spesialsykepleiere på noen områder utfordrende.

Økonomi

Den økonomiske utviklingen i 2015 har vært positiv, og overskuddet ut over styringskrav fra Helse Nord RHF gir økt handlingsrom for investeringer i medisinteknisk utstyr i 2016.

13. Resultatdisponering

Styret foretar følgende disponering av årsresultatet:

Overført til annen egenkapital kr. 120 803 655

Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 29.3.2016

Jorhill Andreassen
styreleder

Olav Helge Førde
nestleder

Eivind Mikalsen
styremedlem

Erling Espeland
styremedlem

Per Erling Dahl
styremedlem

Helga Marie Bjerke
styremedlem

Jan E. Pettersen
styremedlem

Mai-B. Martinsen
styremedlem

Rune Moe
styremedlem

Tove Skjelvik
styremedlem

Tom Sottinen
styremedlem

Tor Ingebrigtsen
adm. direktør

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

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

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2015

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør er behandlet og fastsatt av styret 25.3.2015 i styresak 26/2015. Administrerende direktør har en arbeidsavtale, gjeldende fra 2005 (fornytt i sak 33/2012) samt egen instruks vedtatt i sak 19/2012.

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

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i 2015 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurranse-dyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i det foregående regnskapsår har bygget på de samme prinsipper som beskrevet nedenfor. Styret i UNN oppfatter at lønnspolitikken i 2015 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2015 justert som følger:

Klinikk	Stilling	Fra kr	Til kr	Endring
Direktøren Tor Ingebrigtsen	Adm. Direktør	1 750 000	1 785 000	2,0 %
Direktøren Marit Lind	Viseadm. Direktør	1 629 250	1 673 240	2,7 %
Akuttmedisinsk klinikk Jon Mathisen	Klinikkssjef	1 101 400	1 131 183	2,7 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken Artur Revhaug	Klinikkssjef	1 325 000	1 360 775	2,7 %
Hjerte- og lungeklinikken Kristian Bartnes	Klinikkssjef	1 600 000	1 643 200	2,7 %
Nevro- og ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Bjørn Yngvar Nordvåg	Klinikkssjef	1 500 000	1 540 500	2,7 %
Medisinsk klinikk Markus Rumpfeld	Klinikkssjef	1 525 000	1 573 323	3,2 %
Barne- og ungdomsklinikken Elin Gullhav	Klinikkssjef	1 250 000	1 283 750	2,7 %
Operasjons- og intensivklinikken Eva-Hanne Hanssen	Klinikkssjef	1 400 000	1 437 800	2,7 %
Psykisk helse- og rusklinikken Magnus Hald	Klinikkssjef	1 525 000	1 566 175	2,7 %
Diagnostisk klinikk Gry Andersen	Klinikkssjef	1 350 000	1 386 450	2,7 %
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin Susann Backstrøm	Senterleder	1 025 000	1 025 000	0,0 %
Drifts- og eiendomssenter Gina Johansen	Drifts- og eiendomssjef	1 155 220	1 186 411	2,7 %
Fag og forskningsenter Einar Bugge	Fag og forskningssjef	1 562 493	1 604 680	2,7 %
Stabssenteret Gøril Bertheussen	Stabssjef	1 200 000	1 232 400	2,7 %

Lønnsjusteringen til ledergruppen gjelder fra 1.8.2015 med unntak av adm. direktør som gjelder fra 1.1.2015.

Retningslinjer for 2016

Til grunn for Universitetssykehuset Nord-Norge HF retningslinjer ligger blant annet generelle retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015) hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- Lønnsutviklingen i Helse Nord generelt
- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger
- Resultatvurderinger i forhold til de mål og krav styret har satt

Dette innebærer at årlige lederlønnjusteringer ikke skal skje før de årlige tariffoppgjørene i spesialisthelsetjenesten er avsluttet.

Naturalytelser

Ytelser vurderes med utgangspunkt i hva som er behovet for utøvelsen av stillingen, dog begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefonordning i henhold til foretakets bestemmelse
- Hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- Ordinære forsikringsordninger i henhold til lov og avtaler
- Eventuelt avisabonnement

Videre vurderes firmabil basert på behov og som en del av de totale lønnsvilkårene.

Pensjonsordning

Ledende ansatte skal være omfattet av offentlig tjenestepensjon på lik linje med andre ansattes vilkår i foretaket. Det vil si gjennom ordinær løsning i KLP. Det er ikke anledning til å inngå avtale om pensjon ut over ordinære vilkår gjennom KLP.

Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn.
- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppebåret i perioden.
- Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratru sin stilling umiddelbart. Avtale om sluttvederlag er betinget av at den ledende ansatte fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn

Det finnes ikke variable elementer i selskapets godtgjørelse til ledende ansatte.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
23/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.3.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Kristian Pettersen

Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2016

Innstilling til vedtak

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

Sammendrag

Denne rapporten viser at Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) samlet sett, innenfor kvalitetsområdet, oppfyller nasjonale mål for andel nye kreftpasienter i pakkeforløp samt andel behandlet, innen tidsfrist. Videre presenteres resultater fra innsatsområdet *Forebygging av fall* i Pasientsikkerhetsprogrammet.

Gjennomsnittlig ventetid ved utgangen av februar var 71 dager. Ved utgangen av februar hadde 179 pasienter ventet mer enn ett år på behandling, som er en betydelig nedgang sammenlignet med samme tid året før (-85 %). Antall fristbrudd ved månedsskiftet var 23, som representerer en reduksjon på 75 %. Antall pasienter på venteliste var ved utgangen av februar 10 348, en reduksjon på 34 %. Andel epikriser sendt ut innen sju dager var 74 % og 85 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern, mens andel strykninger fra planlagt operasjonsprogram var 1 % i februar.

Pasienthotellet hadde i februar 80 % belegg i perioden mandag til og med torsdag, mens andelen innlagte pasienter var 8,5 %.

For personalområdet viser saken at UNN hadde 6 358 årsverk i februar. Dette er en nedgang på 18 årsverk sammenlignet med samme periode i 2015. I tillegg ble det leid inn helsepersonell tilsvarende 15 årsverk. Sykefraværet i februar var 9,2 %, en nedgang på 1 % sammenlignet med februar 2015.

Det økonomiske resultatet for februar 2015 viser et overskudd på 6,7 mill kr og et positivt budsjettavvik på 3,3 mill kr. Per februar var det et akkumulert positivt budsjettavvik på 7,1 mill kr.

Direktøren oppsummerer med at UNN, samlet sett, i stor grad har lyktes med å etablere kreftpakkeforløpene som forutsatt, men at det likevel er et klart forbedringspotensial for flere kreftformer, og for flere av de ulike trinnene i pakkeforløpene. Direktøren er også fornøyd med at trenden tilknyttet færre fristbrudd og langtidsventende fortsetter. Det er viktig at aktuelle tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet er implementert i alle aktuelle enheter, og at implementeringsgraden følges med kontinuerlige målinger.

Det er bekymringsfullt at antall utskrivningsklare pasienter fra Tromsø kommune øker. Helse Nord RHF og Fylkeslegen er informert om utviklingen, og sistnevnte har opprettet tilsynssak mot Tromsø kommune.

Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) presenterer resultater rundt 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 styringsdata både på foretaks- og konsernivå.

Formål

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

Saksutredning

Kvalitet

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling fra venteliste per februar 2016, var 71 (median 52) dager. Dette er fem dager mindre enn for samme periode i 2015.

Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 52 (median 43) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet 186 (median 147) dager. Antall pasienter på venteliste ved utgangen av februar var 10 348, som er en nedgang på 5 216 (-34 %) fra året før.

Ventetiden for de som fortsatt står på venteliste er 81 (median 52) dager. Dette er en reduksjon på 41 dager sammenlignet med samme tid i 2015 (-34 %).

Ved utgangen av februar var det 179 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Sammenlignet med utgangen av februar 2015 er dette en reduksjon på 1 052 pasienter (-85 %).

Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i februar var 1 168, en nedgang på 106 (-8 %) fra i fjor. Antall fristbrudd ved utgangen av februar var 23, en reduksjon på 69 (-75 %) sammenlignet med samme tid i 2015.

Andelen epikriser sendt innen syv dager var i februar 74 % og 85 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall pasienter som lå på korridor per dag i februar var 15, mens andelen strykninger av planlagte operasjoner var 1 %.

Pasientsikkerhet

Legemiddelsamstemming går ut på at man i samarbeid med pasienten lager en nøyaktig og fullstendig liste over alle legemidlene pasienten faktisk bruker. Denne listen kalles «Legemidler i bruk» og må følge pasienten i hele behandlingsskjeden for å oppnå sikker legemiddelbruk. Manglende samstemming av legemiddellister er kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt.

Tiltakspakken består av følgende tiltak:

- 1: Innhent legemiddelinformasjon og samstem legemiddellisten i samråd med pasienten
- 2: Inkluder samstemt legemiddelliste i henvisning og epikrise
- 3: Gi en samstemt legemiddelliste og informasjon om endringer til pasienten

Tiltakspakken er per 1. desember 2015 fullstendig implementert ved seks sengeposter og startet opp ved 11. De øvrige har planlagt dato for oppstart i løpet av våren 2016.

Aktivitet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+5 %). Dette skyldes høy poliklinisk aktivitet (6 % over plan). Antall døgnopphold (-1 %) og polikliniske dagbehandlinger (-12 %) er lavere enn plan. DRG-aktiviteten er 268 poeng over plan (+3 %) hittil i år.

Antall røntgenundersøkelser (+4 %) og laboratorieanalyser (+10 %) er høyere enn plan. Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne (+3 %) ligger noe over plan, mens aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge (-12 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (-2 %) er lavere enn plan. Når aktiviteten vurderes opp mot fjoråret, er endringene gjennomgående mindre enn når aktiviteten vurderes mot årets plan.

Antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet har økt med 214 (+14 %). Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 26 utskrivningsklare døgn (-0,5 %).

Bruk av pasienthotellet måles med to indikatorer. Den generelle beleggsprosenten i februar (58 %) var noe høyere enn de foregående månedene. Beleggsprosenten er klart høyere i ukens fire første dager enn i helgene (80 %), noe som er forventet. Andel av liggedøgn på hotell var høyere i februar (8,5 %) enn månedene før.

Personal

Antall månedesverk i februar var 6 358. Dette er en nedgang på 18 årsverk sammenlignet med februar 2015. Det ble i februar leid inn 7,1 sykepleierårsverk og 8 legeårsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er redusert (-46 %) sammenlignet med samme måned i fjor, mens bruken av innleide leger har økt (+33 %).

Sykefraværet i februar var 9,2 %. Dette er nedgang på 1 % sammenlignet med februar 2015. UNN har som målsetting at sykefraværet ikke skal overstige 7,5 %. Langtidsfraværet viser en nedgang med 1,2 prosentpoeng, mens korttidsfraværet er redusert med 0,2 %. Mellomlangt sykefravær (17-56 dgr) har økt med 0,4 %. Sykefraværsprosenten gjenspeiler at det i gjennomsnitt var 363 ansatte borte fra UNN hver dag i februar. Det var registrert 456 ansatte med sykemelding utover 16 dager, hvorav 243 (53,3 %) var graderte. Dette er en økning sammenlignet januar måned hvor andelen var 50 %.

Nærværarbeid krever systematisk oppfølging over lang tid. UNN vil fortsatt ha fokus på oppfølging av enheter med sykefravær på over 7,5 %, og særskilt iverksette tiltak for tilrettelegging for gravide og forebygging av vold og trusler. Oppfølging av tiltakspunkter i rapporten «Tettere på» er igangsatt. Det er gjennomført 8 kurs i Inkluderende Arbeidsliv (IA) for ledere, tillitsvalgte og verneombud i 2015 med til sammen 150 deltakere. Ett av temaene på IA kurset er forebygging av sykefravær, deriblant forebygging av trusler og vold på arbeidsplassen. Det er planlagt 8 nye IA-kurs i 2016.

Det er gjennomført risikovurdering av trusler og vold i Psykisk helse- og rusklinikken (akuttpostene) og i Barne- og ungdomsklinikken (UPS). Risikovurderingene danner grunnlag for arbeidet med målrettede forebyggende tiltak. Risikovurderingene danner også grunnlag for temaer for to planlagte seminarer om forebygging av vold og trusler. Seminarene gjennomføres våren og høsten 2016.

BHT har forelest på onsdagsmøte om oppfølging av sykefravær generelt og oppfølging av gravide arbeidstakere spesielt. BHT har også forelest om dette for enkelte KVAM utvalg. I 2015 har BHT vært involvert i flere oppfølgingssaker enn før av gravide arbeidstakere, og mener at dette er resultat av økt fokus på gravide arbeidstakere. Oppfølging av sykemeldte inngår også i startpakken *Introduksjon til administrative systemer, prosedyrer og rutiner* som gis til nye ledere i foretaket.

Økonomi

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

Regnskapet for februar viser et overskudd på 6,8 mill kr. Det er 3,3 mill kr høyere enn budsjettet, men 0,7 mill kr lavere enn styringsmålet. Akkumulert per februar er det et budsjettavvik på +7,1 mill kr. men fortsatt 1,2 mill kr lavere enn styringsmålet.

For februar er de samlede inntektene 10,9 mill kr høyere enn budsjettet. Av dette utgjør ISF-inntektene et positivt avvik på 4,1 mill kr, mens øremerkede tilskudd viser et positivt avvik på 7,3 mill kr. Også i februar heftes det noe usikkerhet knyttet til ISF inntektene på bakgrunn av tekniske utfordringer knyttet til registreringer i DIPS. På UNN nivå er dette hensyntatt i regnskapet, men for noen klinikker (i all hovedsak Hjerter- og lungeklinikken) er ISF inntektene lavere enn hva de reelt sett er og dette vil bli korrigert neste måned.

Driftskostnadene er samlet sett i februar 7,4 mill kr høyere enn budsjettet. Kjøp av helsetjenester viser et mindreforbruk på 2,3 mill kr i forhold til budsjett. Aktivitetsdrevne varekostnader er i februar 5,1 mill kr høyere enn budsjettet. Lønnskostnadene har samlet sett et negativt avvik på 4,4 mill kr og andre driftskostnader viser et negativt avvik på 0,1 mill kr.

Finanspostene har et negativt avvik på 0,1 mill kr.

Gjennomføring av planlagte tiltak

I 2016 er det budsjettet med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I januar og februar er det realisert en effekt på henholdsvis 7,3 og 7,4 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 56 %.

Investeringer

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I februar er det bokført investeringer for 67,9 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 2,0 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 79,8 mill kr, som også inkluderer forpliktelser for egenkapitalinnskudd til KLP som forfaller til betaling i juni. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 66,0 mill kr. Det er planlagt investeringer i utstyr med mer for omtrent 33 mill kr ifølge plan for 2016. Med disse forutsetningene er rest disponibelt beløp for investeringer 33 mill kr.

UNN har per utgangen av februar en likviditet på 653 mill kr.

Kommunikasjon

Mediebildet i februar har vært dominert av artikler og leser-/debattinnlegg om frykttkultur og yringsfrihet ved sykehusene. UNN har vært trukket frem som et helseforetak med utfordringer knyttet til åpenhet. Vi har valgt å kategorisere disse artiklene som negative fordi debatten har hatt en negativ gjennomgangstone. Flere av artiklene er imidlertid også av informativ art for å besvare det man anser som ukorrekt fremstilling av forhold ved UNN.

De positive oppslagene har i hovedsak handlet om IVF-enhetens (prøverørsenhetens) 30-årsjubileum og markering av at UNN var et av de første stedene i Norge som tilbød assistert befruktning til barnløse par. I tillegg tok UNN denne måneden i bruk det nasjonale nødnettet, noe som ble registrert i lokal media.

Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, Arbeidsmiljøutvalget, samt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 14-16.3.2016. Samtlige møter og utvalg sluttet seg til sakens fremstilling. Referater og protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet.

BAU mener fravær som følge av syke barn bidrar til høyere totalt fravær, og ønsker at en slik statistikk kommer med i neste Kvalitets- og virksomhetsrapport. BAU uttrykte bekymring for at høyt sykefravær kan svekke kvaliteten i pasientpleien, og ønsker i tillegg at UNN må bli bedre på å bruke meldte uønskede hendelser i systematisk erfaringsoverføring.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var opptatt av å få ned sykefraværet i UNN blant yngre leger, og det er derfor ønskelig at de får vaktfritak i siste del av svangerskapet. Oppfølging av sykefravær gjør at vernetjenesten etterspør konkrete handlingsplaner fra enheter som har et fravær over målsettingen på 7,5 prosent.

Arbeidsmiljøutvalget ba om en nærmere vurdering av om AML-bruddstatistikken (brudd på arbeidstidsbestemmelsene) fra GAT bør fremkomme i månedsrapportene eller tertialrapportene.

Vurdering

Selv om ventetiden er kortere inn i fjor, er den fortsatt over nasjonalt mål på 65 dager i gjennomsnitt. Det har vært lagt ned en meget stor og god innsats for å redusere antall langtidsventende og fjerne alle reelle fristbrudd, men målene i milepælsplanen som ble lagt frem

i november 2015 vil likevel ikke bli nådd fullt ut. Det er særlig innen ortopedi og øre-, nese- halsfaget det gjenstår langtidsventende. Det kreves et fortsatt tydelig lederfokus på å få avvirket de resterende langtidsventende, og unngå at nye langtidsventende kommer til.

Gjennomgående er nå mindre enn halvparten av de registrerte fristbrudd reelle, og foretaket er derfor ikke langt unna målet om null fristbrudd. Det er påkrevet at fokuset på opplæring i riktige pasientadministrative rutiner for alle som håndterer henvisninger og ventelister vedvarer for å unngå feilregistreringene. Det er reelle kapasitetsutfordringer først og fremst innen dagkirurgi, og det må vurderes om man i større grad må benytte ordningen via HELFO for å unngå de fristbruddene.

Det er bekymringsfullt at antall utskrivningsklare pasienter innen somatikk forsetter å øke og har steget sammenhengende siden sommeren 2015. Dette gir store utfordringer for UNN, med alvorlige effekter som større risiko for uønskede pasienthendelser, utsettelse av planlagte innleggelser, risiko for økte ventetider og fristbrudd. Direktøren har nå igjen sendt brev til Helse Nord RHF med kopi til Fylkesmannen for å varsle om situasjonen med særlig mange utskrivningsklare pasienter fra Tromsø kommune. Dette følges opp i tett dialog med eier og også i møter med kommunen.

Samlet sett er måloppnåelsen i forhold til pakkeforløpene for kreft svært god. Imidlertid er det fortsatt utfordringer for noen kreftformer, ikke minst prostatakreft. Det arbeides kontinuerlig med å løse flaskehalsene knyttet til særlig MR-undersøkelser og operasjonskapasitet, som er hovedutfordringene i dette forløpet. I forhold til måling av resultater for pakkeforløpene er det en utfordring at NPR bare utgir data for gjennomføring av pakkeforløpene samlet fra de ble startet i 2015 til og med den enkelte måned, slik at vi ikke har de offisielle tallene for gjennomføringen inneværende år isolert. Det er det siste vi måles på i forhold til oppdragsdokumentet. Helse nord RHF forventes å følge dette opp med Helsedirektoratet slik at NPR etter hvert går over til å levere data for inneværende år separat.

Innen psykisk helsevern for voksne er direktøren fornøyd med at aktiviteten viser en vekst i forhold til 2015, og spesielt at det er en dreining fra døgnbehandling til dag og poliklinikk. For TSB er det en nedgang i aktiviteten som skyldes planlagt desentralisering av LAR behandlingen. Øvrig poliklinisk aktivitet innenfor TSB har økt med ca. 4 % i forhold til samme periode i fjor.

Sykefraværet er fortsatt høyere enn måltallet, og det er viktig at organisasjonen fortsetter å jobbe systematisk innenfor dette området. Handlingsplaner og tiltak må utarbeides i den enkelte enhet, og følges opp jevnlig. Innen 1. april 2016 skal alle klinikker og sentre ha utarbeidet IA-handlingsplan (jfr. HMS måldokument 2016). Fravær grunnet barns sykdom inngår ikke i sykefraværsstatistikken, men registreres som fravær. Arbeidsgiver har svært begrensede muligheter til å iverksette tiltak rettet mot denne type fravær, og det har derfor ikke tidligere blitt gitt noe oppmerksomhet. Brukerutvalget har pekt på at alt fravær kan ha betydning for kvaliteten på tjenestene. Dette vil bli fulgt opp til neste månedsrapportering.

Den økonomiske utviklingen hittil i år er omtrent i henhold til plan. De klinikkene som har underskudd vil bli fulgt opp særskilt på dette området og må iverksette nye tiltak der prognosen avviker fra budsjettbalanse. På overordnet nivå balanseres klinikkenes underskudd med økte ISF inntekter, midlertidige overskudd på enkelte felleskostnader og reserve på fellesområdet. Direktøren er ikke fornøyd med at gjennomføringsgraden for planlagte tiltak hittil i år (56 %). Det er derfor nødvendig å ha større fokus på kvalitetssikring og gjennomføring av de tiltakene som planlegges.

Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2016

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Februar 2016



KVALITET

TRYGGHET

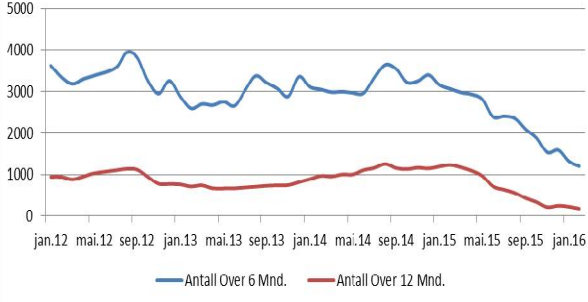
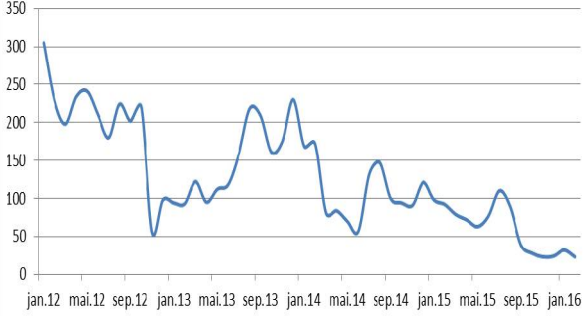
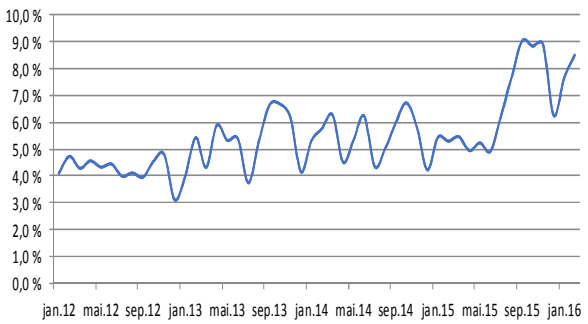
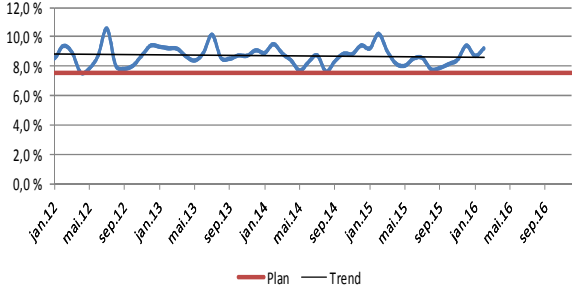
RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer UNN HF	3
Kvalitet	4
Pakkeforløp- kreftbehandling	4
Pasientsikkerhetsprogrammet	6
Ventelister	8
Ventetid	8
Fristbrudd.....	10
Korridorpasienter	13
Strykninger	13
Epikrisetid	13
Aktivitet.....	14
Somatisk virksomhet	14
Psykisk helsevern voksne	17
Psykisk helsevern barn og unge.....	18
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	18
Samhandling	19
Utskrivningsklare pasienter	19
Bruk av pasienthotell	21
Personal.....	22
Bemanning	22
Sykefravær.....	25
Kommunikasjon	27
Sykehuset i media.....	27
Økonomi.....	28
Resultat	28
Gjennomføring av tiltak	32
Likviditet.....	32
Investeringer.....	33
Byggeprosjekter	33

Hovedindikatorer UNN HF

<p>Antall langtidsventende ved utgangen av februar (ventet mer enn 12 måneder)</p> <p>179</p>	
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av februar</p> <p>23</p>	
<p>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</p> <p>8,5 %</p>	
<p>Sykefravær</p> <p>9,2 %</p>	
<p>Pakkeforløp – kreft</p> <p>Andel i pakkeforløp 83 %</p> <p>Andel innenfor frist 75 %</p>	<p><i>Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp.</i></p> <p><i>Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling.</i></p>

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 februar 2016

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	229	214	93	70
Hode- halskreft	46	41	89	70
Kronisk lymfatisk leukemi	6	2	33	70
Myelomatose	8	4	50	70
Akutt leukemi	4	3	75	70
Lymfom	58	56	96	70
Bukspyttkjertelkreft	20	18	90	70
Tykk- og endetarmskreft	186	175	94	70
Blærekreft	64	58	90	70
Nyrekreft	41	34	82	70
Prostatakreft	154	69	44	70
Peniskreft	1	1	100	70
Testikkelkreft	17	17	100	70
Livmorkreft	33	19	57	70
Eggstokkreft	30	18	60	70
Livmorhalskreft	22	17	77	70
Hjernekreft	23	16	69	70
Lungekreft	168	150	89	70
Kreft hos barn	3	3	100	70
Kreft i spiserør og magesekk	39	33	84	70
Primær leverkreft	8	8	100	70
Skjoldbruskkjertelkreft	10	6	60	70
Føflekkreft	38	35	92	70
Galleveiskreft	11	9	81	70
Totalt	1219	1006	83	

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

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

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	190	151	79	21	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	32	30	93	13	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			15	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	39	34	87	16	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	3	75	17	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	25	17	68	27	28
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	2	100	2	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			3	
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	5	100	3	8
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	61	43	70	12	21
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	4	57	28	28
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	13	8	61	30	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	22	36
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	129	94	72	28	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	1	25	37	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	31	24	77	27	39
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	57	43	75	28	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	3	60	24	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2	1	50	34	46
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	20	11	55	38	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	4	100	18	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	36	15	41	70	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	27	9	33	48	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	9	7	77	38	66
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	1	100	12	37
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	93	31
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	2	33	53	38
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	26	24	92	22	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	33	28	84	23	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	3	75	30	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	10	8	80	26	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	0	0	32	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	4	4	100	26	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	16	16	100	12	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	18	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	31	23	74	34	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	38	34	89	19	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	56	35	62	32	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	1	100	5	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	2	100	4	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	10	9	90	27	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	8	6	75	19	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	8	6	75	36	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	4	4	100	21	39
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	7	2	28	53	41
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	55	48	87	13	35
NEVROENDOKRINE SVULSTER	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	2	56
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	5	100	15	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	81	61	75	15	22

*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innen for standardforløpstid. Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Legemiddelsamstemming går ut på at man i samarbeid med pasienten lager en nøyaktig og fullstendig liste over alle legemidlene pasienten faktisk bruker. Denne listen kalles «Legemidler i bruk» og må følge pasienten i hele behandlingsskjeden for å oppnå sikker legemiddelbruk. Manglende samstemming av legemiddellister er kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt. Studier i Helse Nord har vist at mellom 60 – 80 % av legemiddelkurvene inneholder minst en utilsiktet uoverensstemmelse.

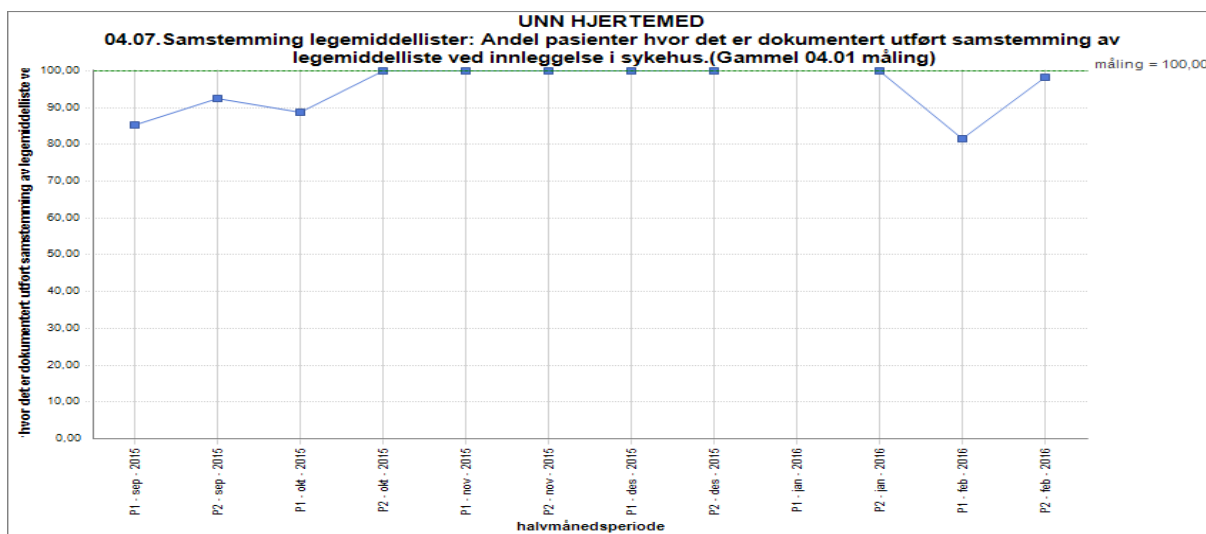
Tiltakspakken består av følgende tiltak:

- 1: Innhent legemiddelinformasjon og samstem legemiddellisten i samråd med pasienten
- 2: Inkluder samstemt legemiddelliste i henvisning og epikrise
- 3: Gi en samstemt legemiddelliste og informasjon om endringer til pasienten

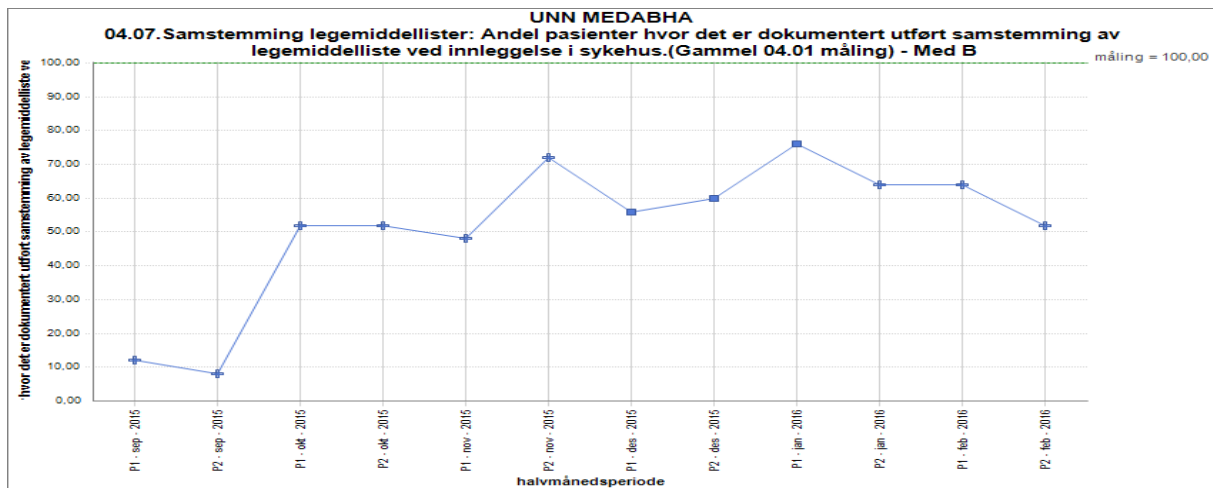
Tiltakspakken er per 1. desember 2015 fullstendig implementert ved seks sengeposter og startet opp ved 11. De øvrige har planlagt dato for oppstart i løpet av våren 2016.

Eksempel på målinger fra Extranet (pasientsikkerhetsprogrammets nettsted for målinger) viser måling nr. 04.07, Andel pasienter hvor det er dokumentert samstemming av legemiddellister ved innleggelse i sykehus for enhetene Hjertemedisinsk sengepost, Medisin B Harstad og Alderspsykiatrisk sengepost for de siste 6 mnd.

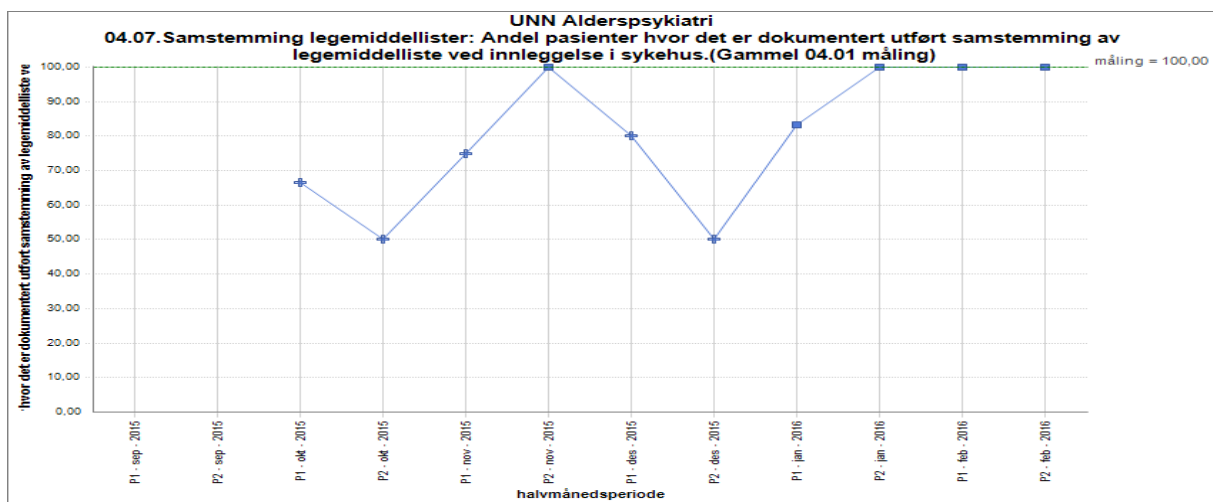
Figur 1 Hjertemedisinsk sengepost



Figur 2 Medisinsk sengepost B Harstad



Figur 3 Alderspsykiatrisk sengepost



Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Pasienter på venteliste	16 058	15 564	10 348	-5 216	-34
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 458	4 534	8 580	4 046	89
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp	11 599	11 030	1 768	-9 262	-84
...herav med fristbrudd	172	92	23	-69	-75
...herav med ventetid over 365 dager	967	1 231	179	-1 052	-85
Gjennomsnittlig ventetid dager	112	122	81	-41	-34
Ikke møtt til planlagt avtale	1 474	1 274	1 168	-106	-8

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

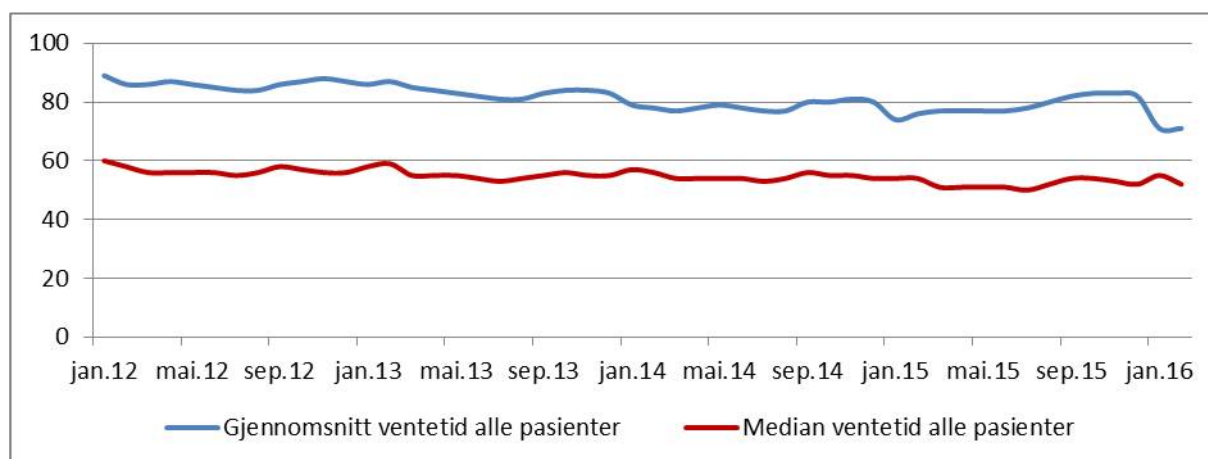
	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	9 733	9 455	9 369	-86	-1
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	4 361	4 439	8 013	3 574	81
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	5 372	5 016	1 356	-3 660	-73
...herav med fristbrudd	348	232	77	-155	-67
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	45	47	86	39	82

Ventetid

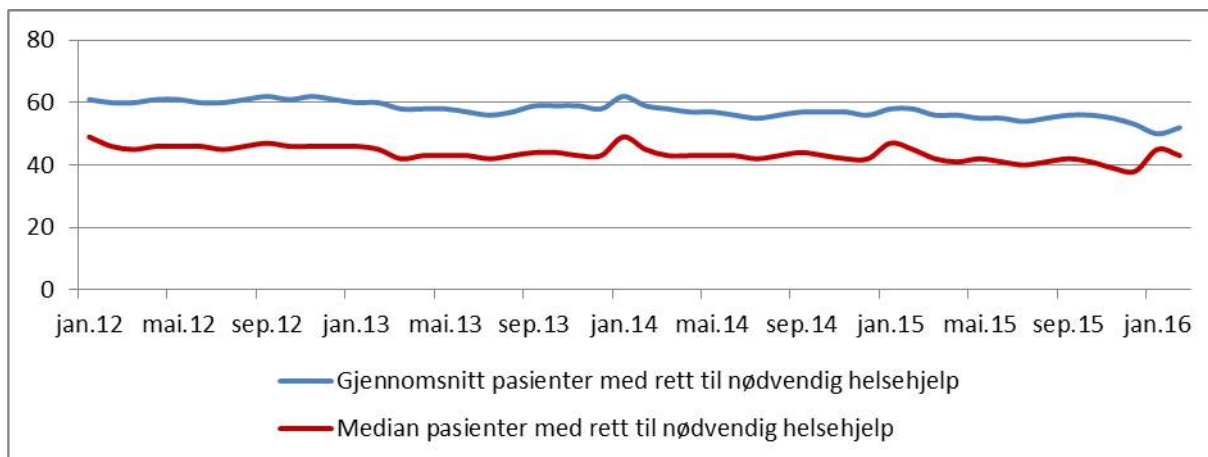
Tabell 5 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	78	76	71	-5	-7
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	59	58	52	-6	-10
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	93	92	186	94	102
Median ventetid i dager	56	54	52	-2	-4
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	45	45	43	-2	-4
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	69	64	147	83	130

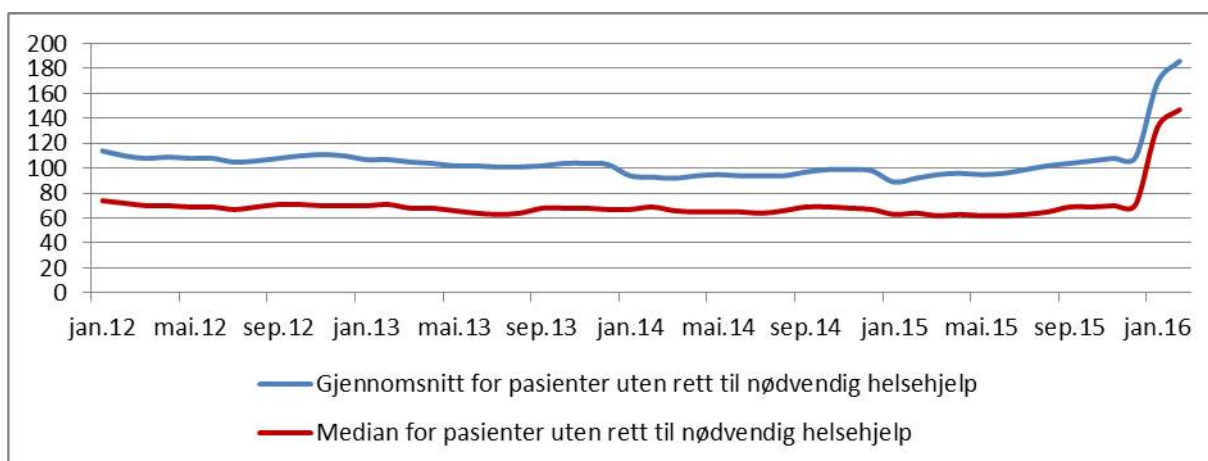
Figur 4 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



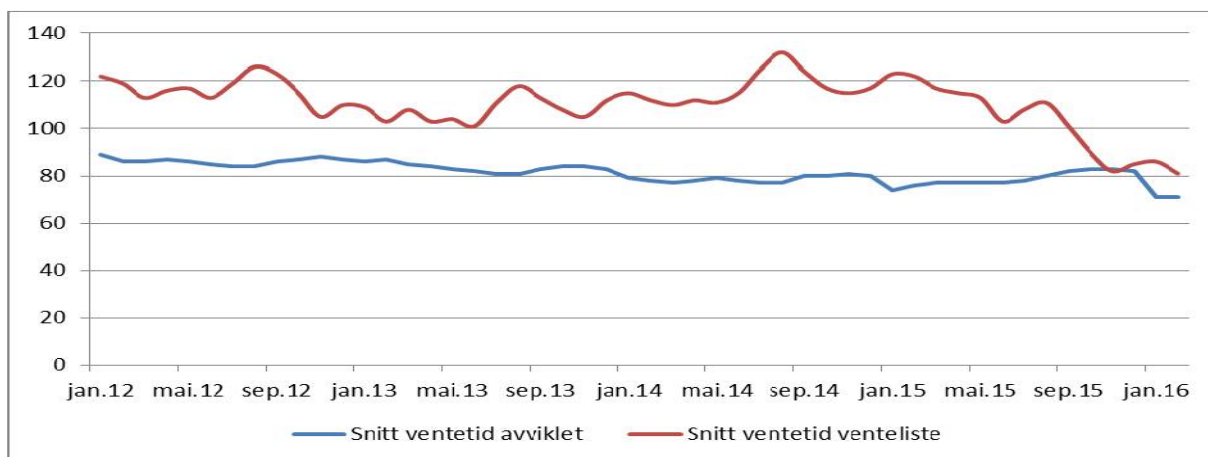
Figur 5 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter med rett til nødvendig helsehjelp



Figur 6 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp



Figur 7 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste



Fristbrudd

Figur 8 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

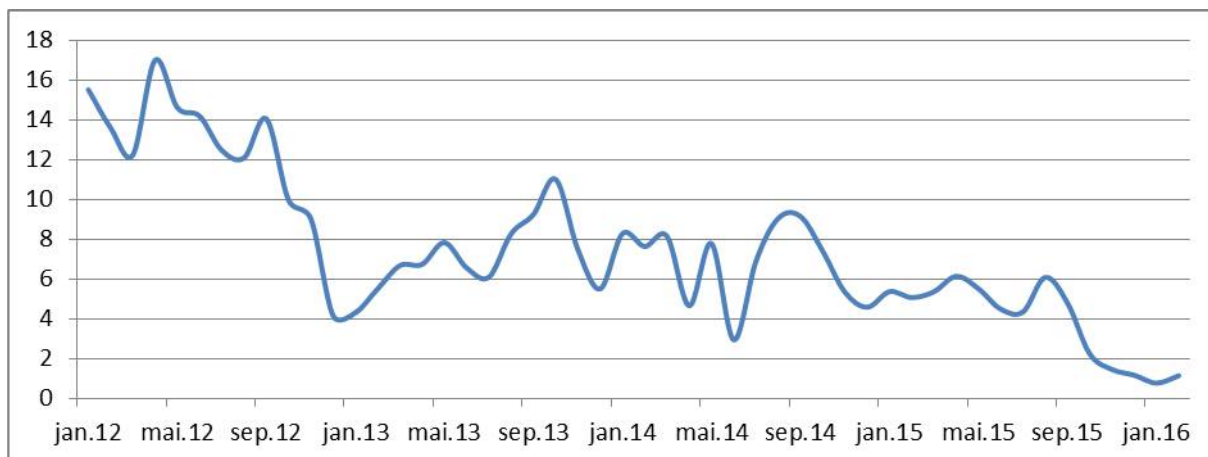


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av februar 2016

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	11	1 877	1
Medisinsk klinikk	2	889	0
Hjerte- og lungeklinikken	1	582	0
Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9	4 347	0
UNN	23	7 695	0

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

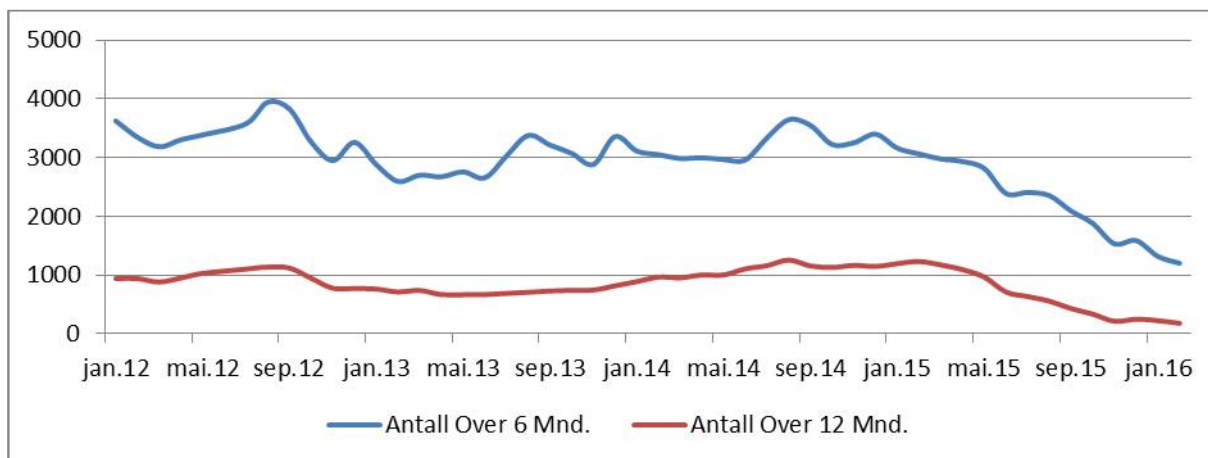
Figur 9 Prosent avvilet fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå



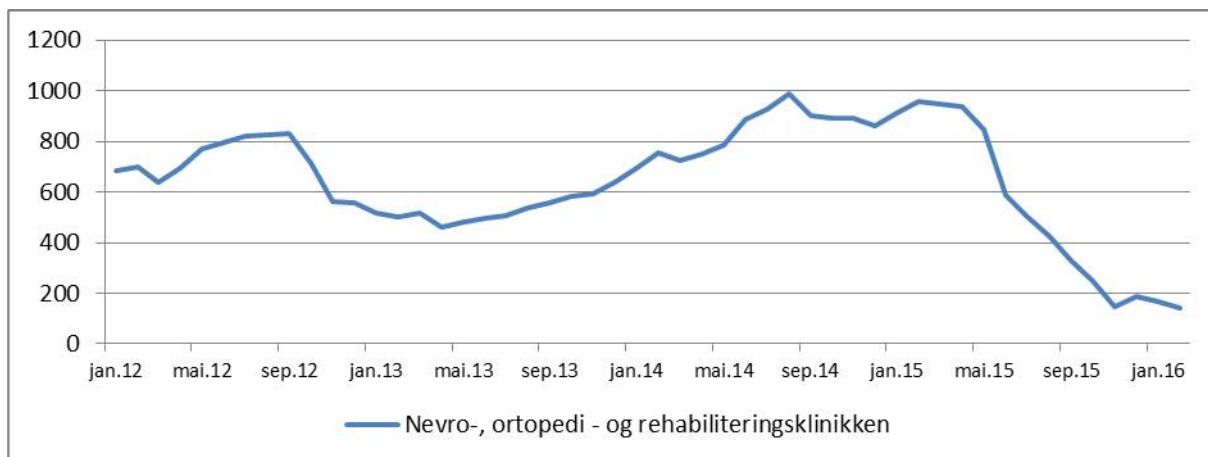
Tabell 7 Antall avvilede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	jan.16	feb.16
Hjerte- og lungeklinikken	1	3
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	11	18
Medisinsk klinikk	1	4
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	17	22
UNN	30	47

Figur 10 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 11 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



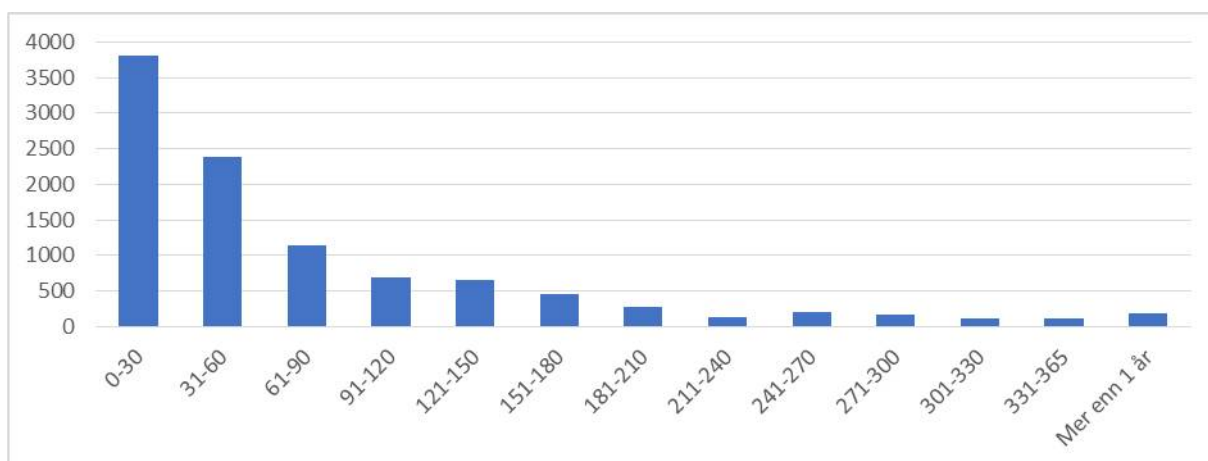
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

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

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	21	1
Medisinsk klinikk	2	0
Hjerte- og lungeklinikken	13	2
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	142	3
UNN	179	2

Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

Figur 12 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



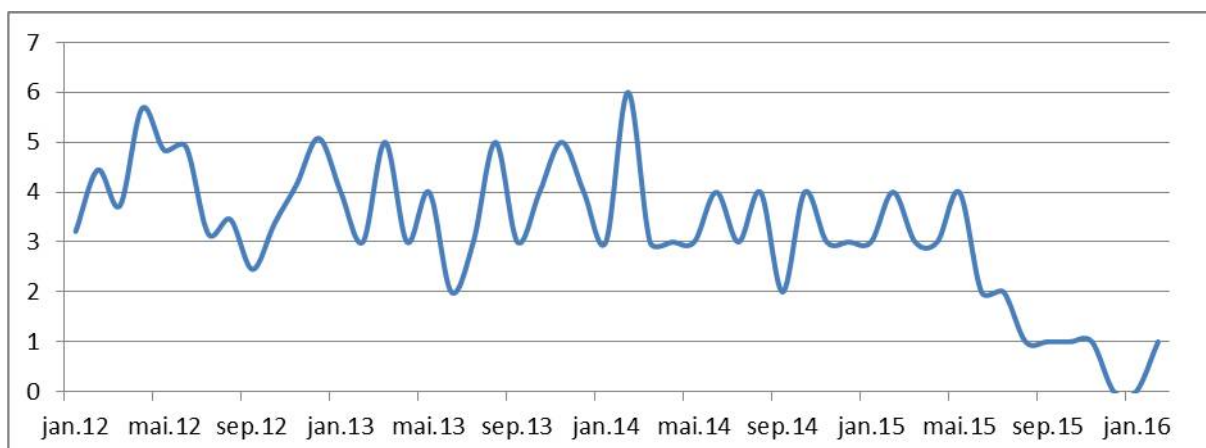
Korridorpasienter

Figur 13 Korridorpasienter- somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



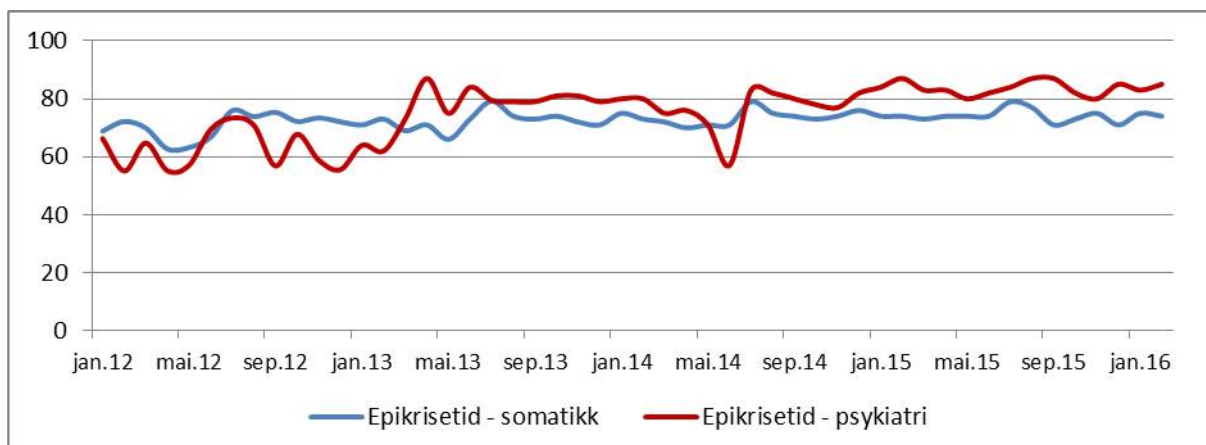
Strykninger

Figur 14 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



Epikrisetid

Figur 15 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Aktivitet

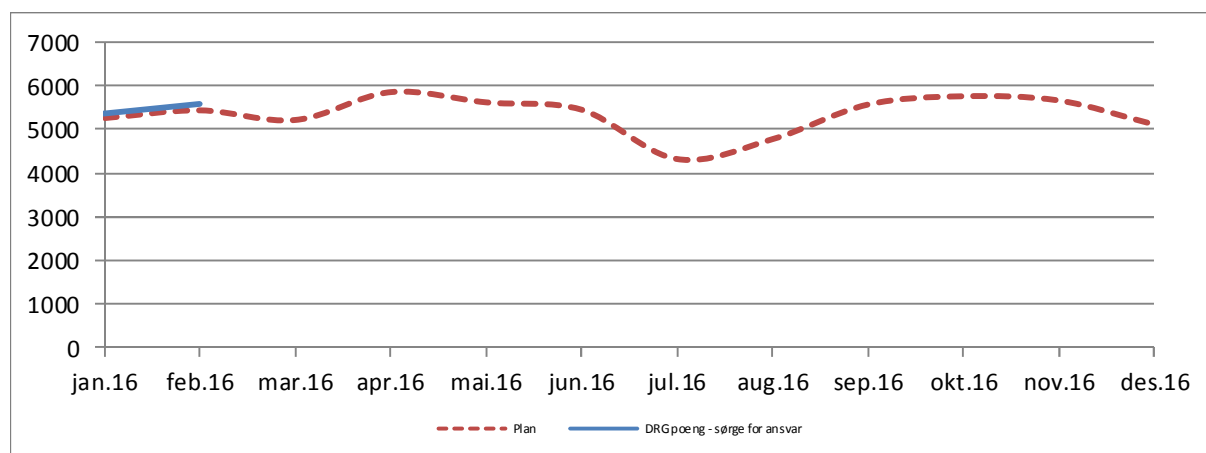
Tabell 9 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2014	2015	2016	Plantall 2016	Avvik fra 2015		Avvik fra plan 2016	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser heldøgn	6 852	6 710	6 620	6 716	-90	-1	-96	-1
Innlagte dagopphold	971	943	1 048	1 104	105	11	-56	-5
Polikliniske dagbehandlinger	4 972	4 618	4 554	5 158	-64	-1	-604	-12
DRG poeng (2016 logikk)	10 810	10 112	10 939	10 671	827	8	268	3
Liggedager i perioden	27 923	28 655	30 059	28 565	1 404	5	1 494	5
Polikliniske konsultasjoner	45 915	43 076	45 756	43 175	2 680	6	2 581	6
Herav ISF	38 201	35 837	38 775	38 442	2 938	8	333	1
Kontrollandel poliklinikk	34 %	32 %	31 %	31 %	-1 %		0 %	
Laboratorieanalyser	880 474	879 288	936 138	853 847	56 850	6	82 291	10
Røntgenundersøkelser	33 919	31 337	32 927	31 620	1 590	5	1 307	4
Fremmøte stråleterapi	2 316	2 243	2 114	2 079	-129	-6	35	2
Pasientkontakter	53 738	50 729	53 424	50 995	2 695	5	2 429	5
VOP					0		0	
Utskrivelser heldøgn	563	534	513	492	-21	-4	21	4
Liggedager i perioden	8 856	8 137	7 560	7 737	-577	-7	-177	-2
Polikliniske konsultasjoner	10 596	10 870	12 656	12 239	1 786	17	417	3
Pasientkontakter	11 159	11 404	13 169	12 730	1 765	16	439	3
BUP					0		0	
Utskrivelser heldøgn	32	35	41	58	6	19	-17	-29
Liggedager i perioden	506	685	506	772	-179	-35	-266	-34
Polikliniske konsultasjoner	5 270	4 626	4 348	4 934	-278	-5	-586	-12
Pasientkontakter	5 302	4 661	4 389	4 992	-272	-5	-603	-12
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)					0		0	
Utskrivelser heldøgn	118	117	109	114	-8	-7	-5	-4
Liggedager i perioden	3 447	3 266	3 548	3 276	282	8	272	8
Polikliniske konsultasjoner	1 654	2 221	2 072	2 108	-149	-9	-36	-2
Pasientkontakter	1 772	2 338	2 181	2 222	-157	-9	-41	-2

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

Somatisk virksomhet

Figur 16 DRG poeng UNN 2016

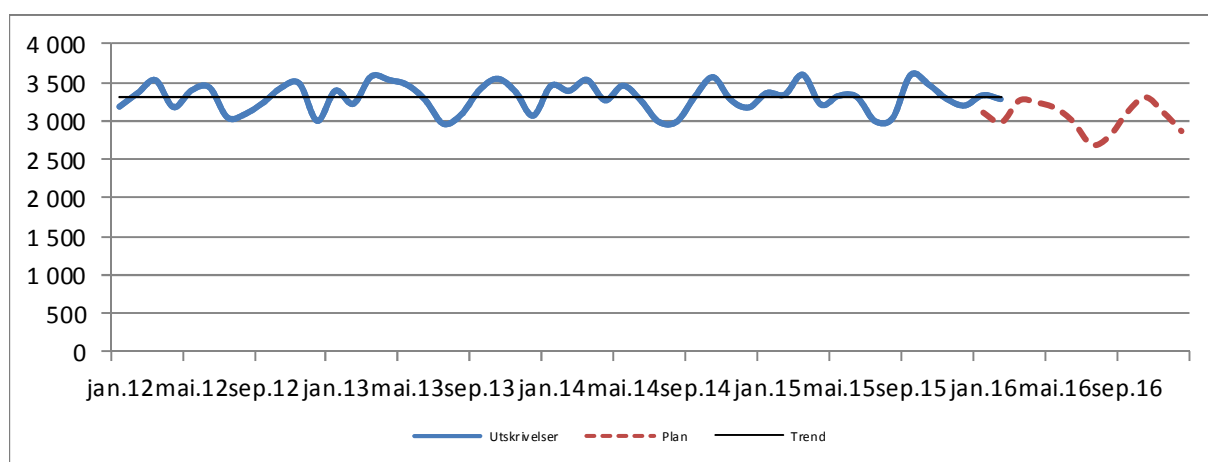


Tabell 10 DRG poeng hittil i år 2016 fordelt på klinikk

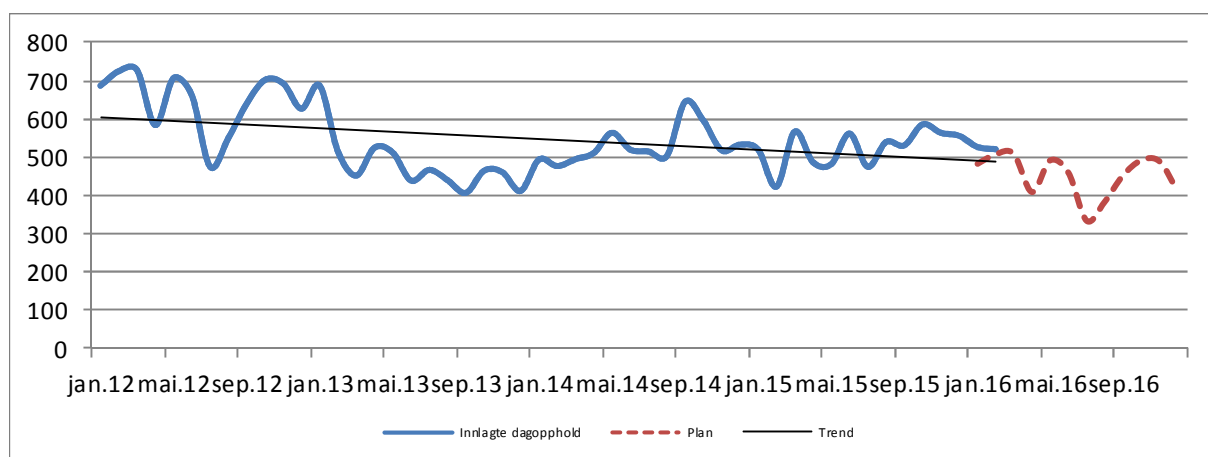
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	240	250	-10
Barne- og ungdomsklinikken	455	542	-86
Hjerte- og lungeklinikken	1 642	1 725	-83
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	2 933	2 747	185
Medisinsk klinikk	1 928	1 920	8
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	3 196	3 218	-23
Operasjons- og intensivklinikken	62	59	3
Totalt	10 456	10 461	-5

DRG poeng – egen produksjon.

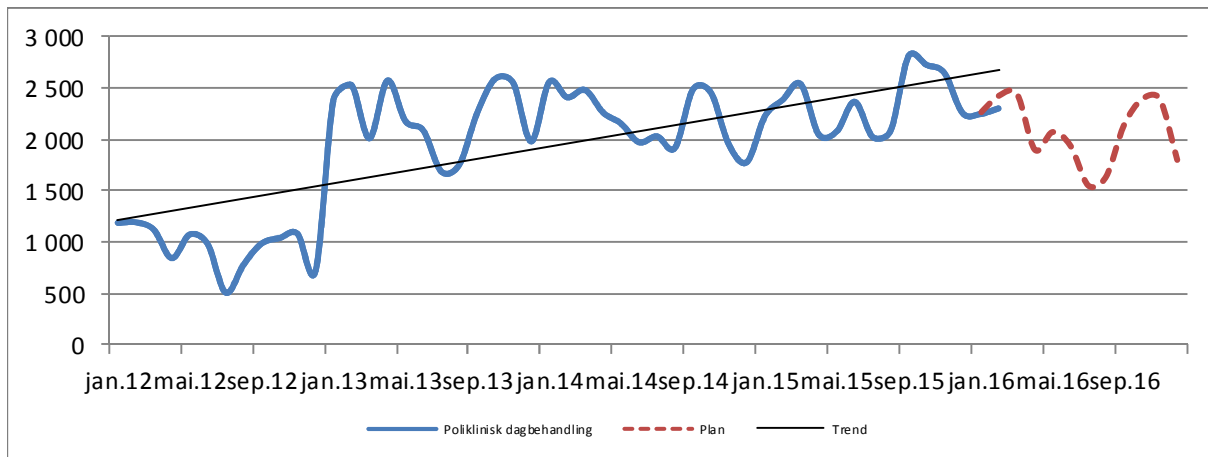
Figur 17 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



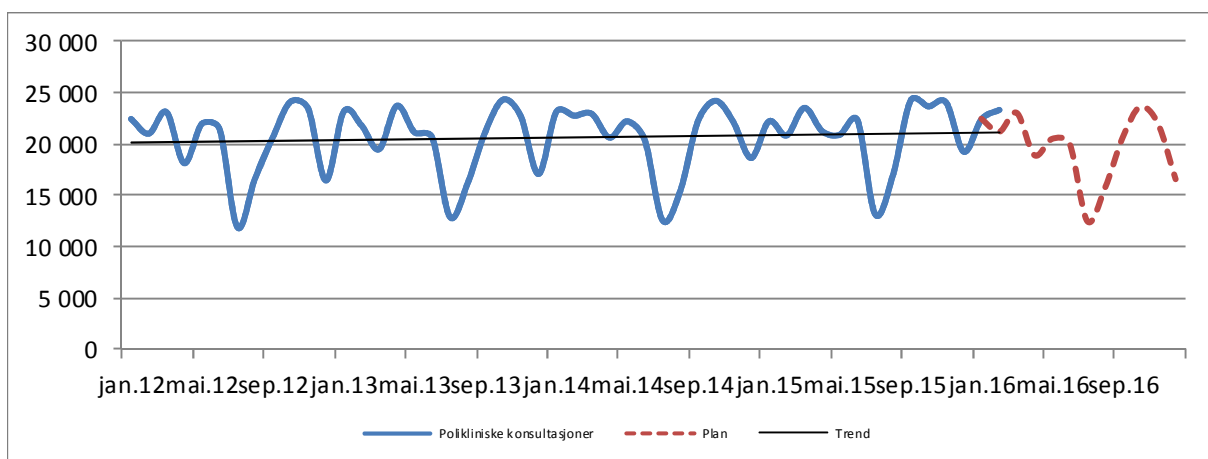
Figur 18 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



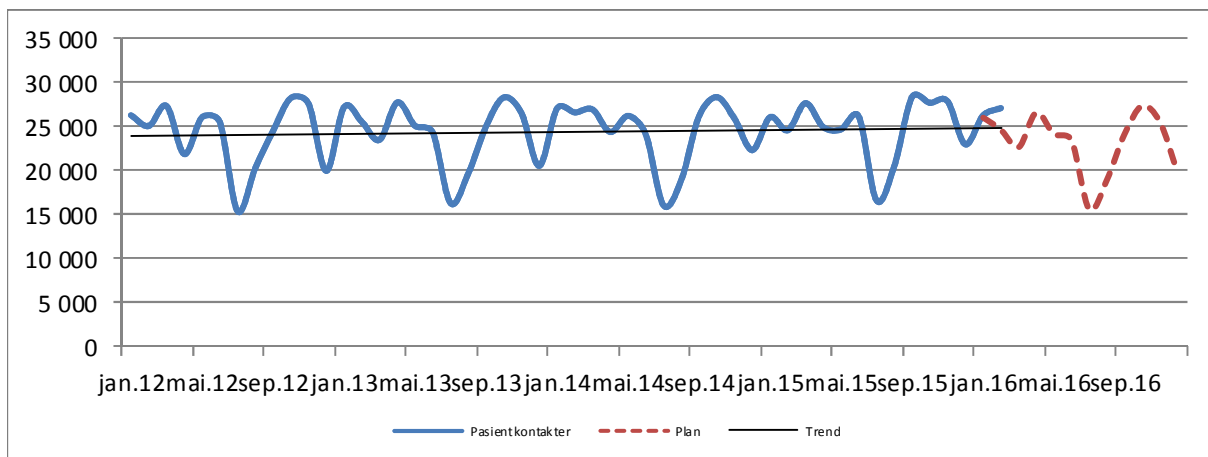
Figur 19 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



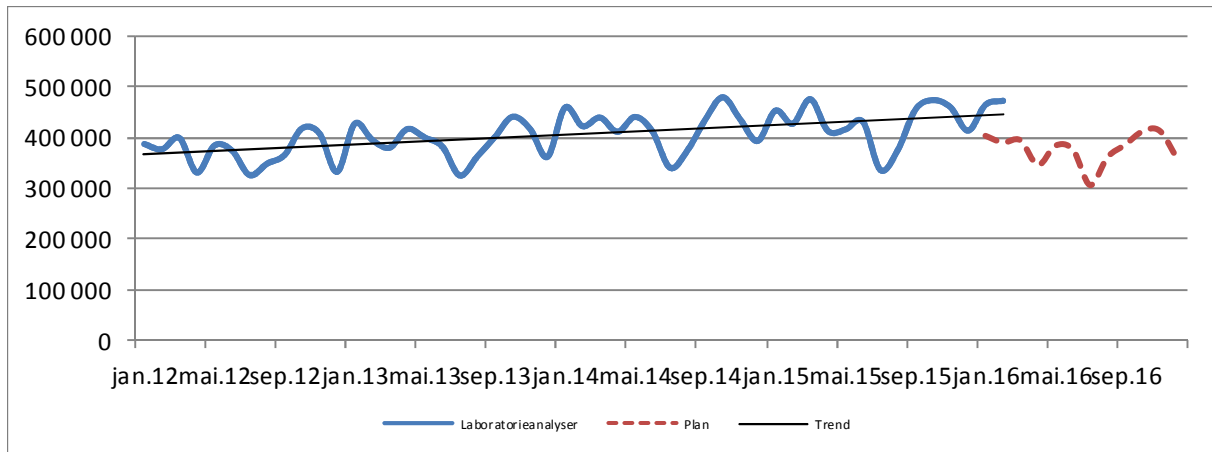
Figur 20 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



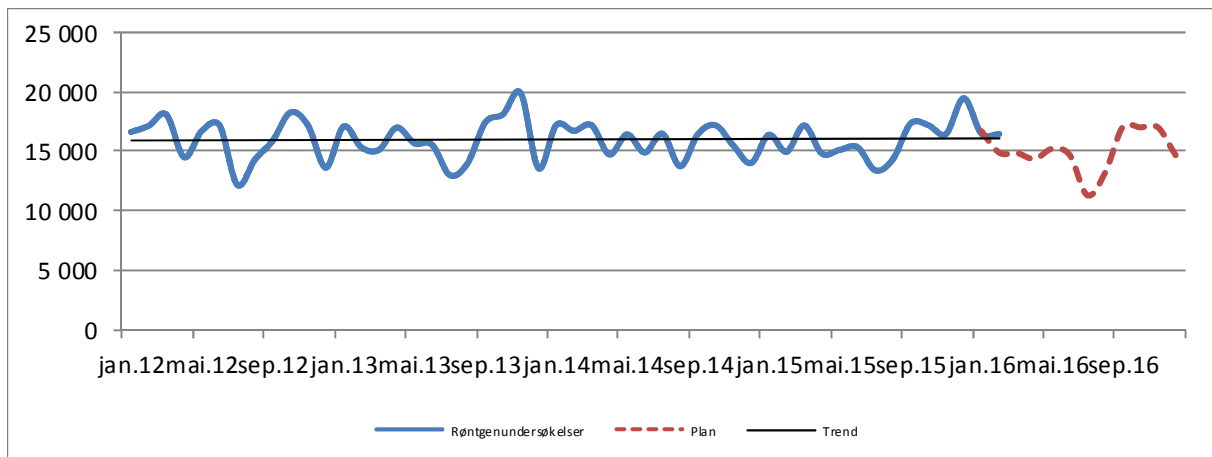
Figur 21 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 22 Laboratorieanalyser

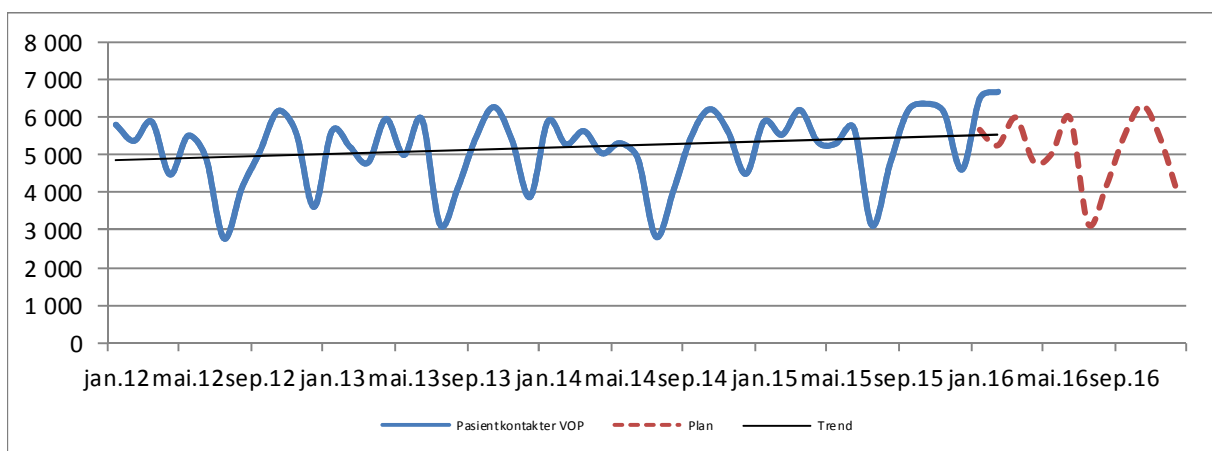


Figur 23 Røntgenundersøkelser



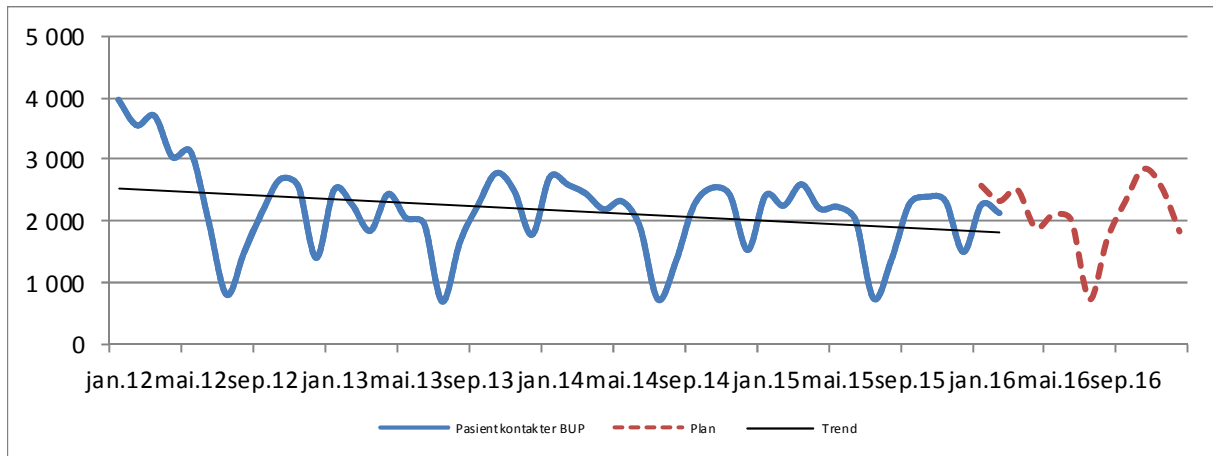
Psykisk helsevern voksne

Figur 24 Pasientkontakter – VOP



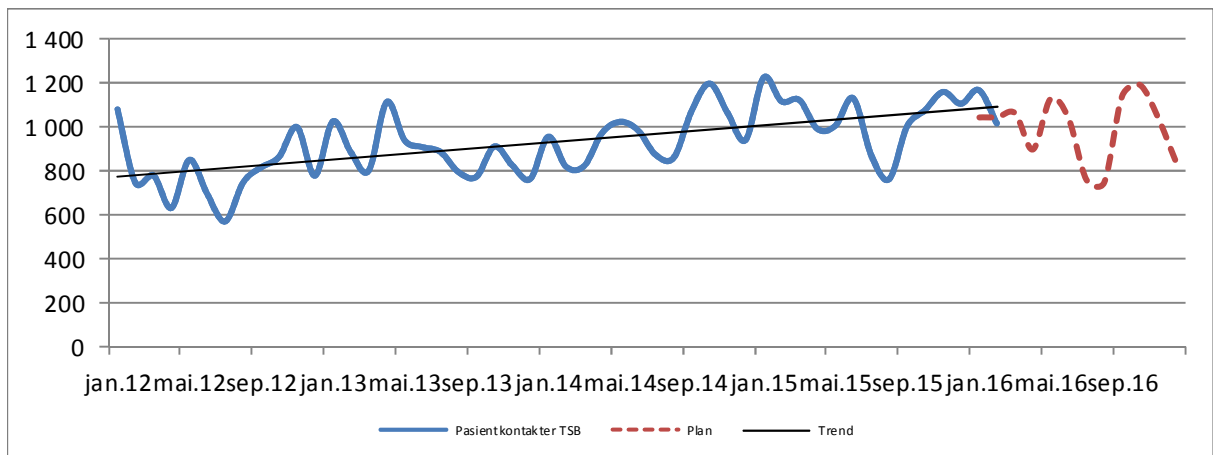
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 25 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 26 Pasientkontakter- TSB

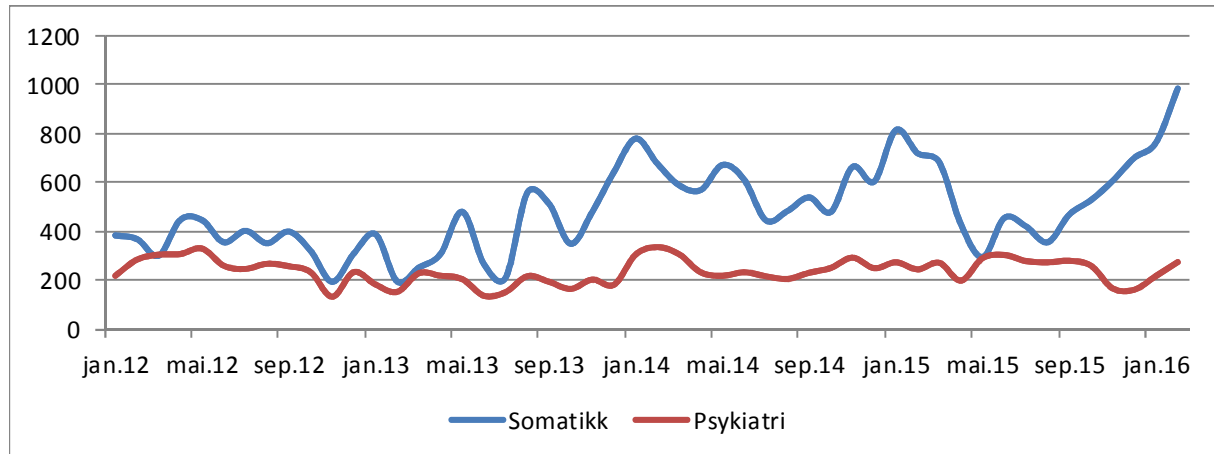


Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

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

Figur 27 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykiatri

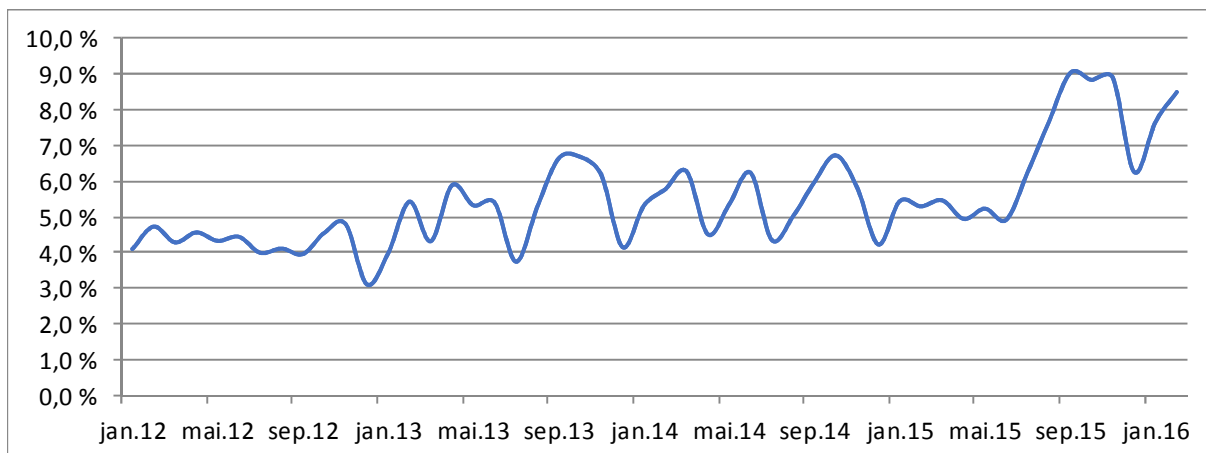


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

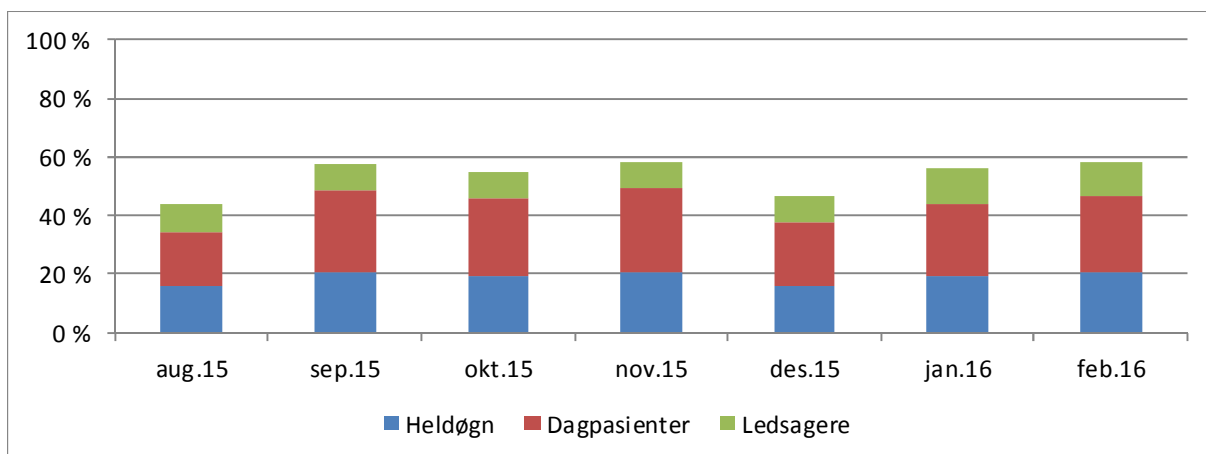
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-feb	Utskrivningsklare opphold jan-feb	Utskrivningsklare døgn jan-feb pr 1000 innbyggere
TRANØY	75	7	49
KVÆFJORD	65	17	21
TROMSØ	992	99	14
BALSFJORD	56	7	10
HARSTAD	228	112	9
LØDINGEN	17	15	8
TYSFJORD	13	4	7
EVENES	9	9	6
STORFJORD	12	2	6
GRATANGEN	7	3	6
SKÅNLAND	18	17	6
NARVIK	104	53	6
TJELDSUND	7	7	5
BARDU	18	6	4
DYRØY	5	3	4
IBESTAD	6	6	4
LAVANGEN	4	3	4
KARLSØY	9	1	4
BALLANGEN	10	9	4
LYNGEN	11	2	4
SALANGEN	8	4	4
KÅFJORD	5	2	2
MÅLSELV	8	7	1
TORSKEN	1	1	1
LENVIK	13	9	1
SKJERVØY	3	2	1
SØRREISA	3	3	1
NORDREISA	4	2	1
Totalsum	1 711	412	9

Bruk av pasienthotell

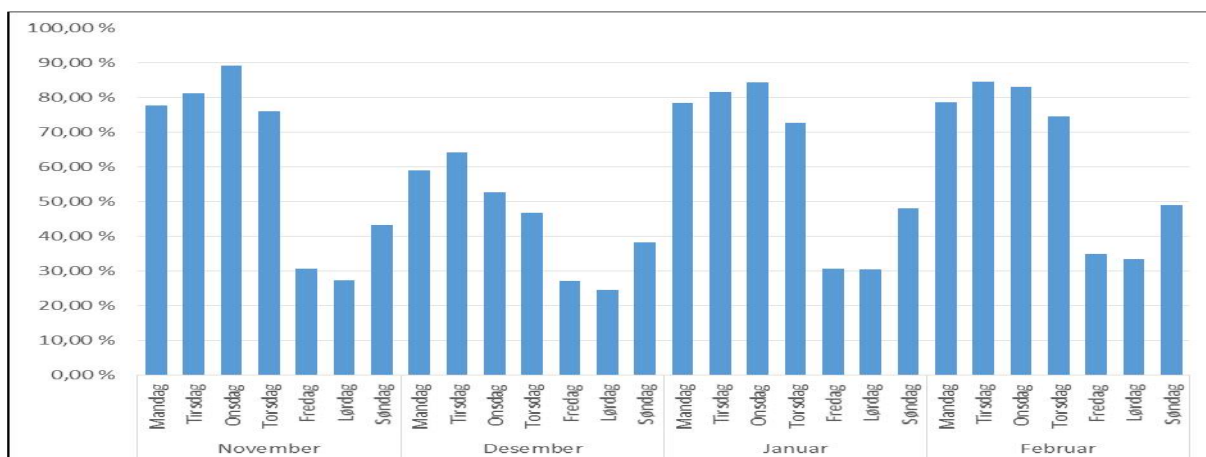
Figur 28 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



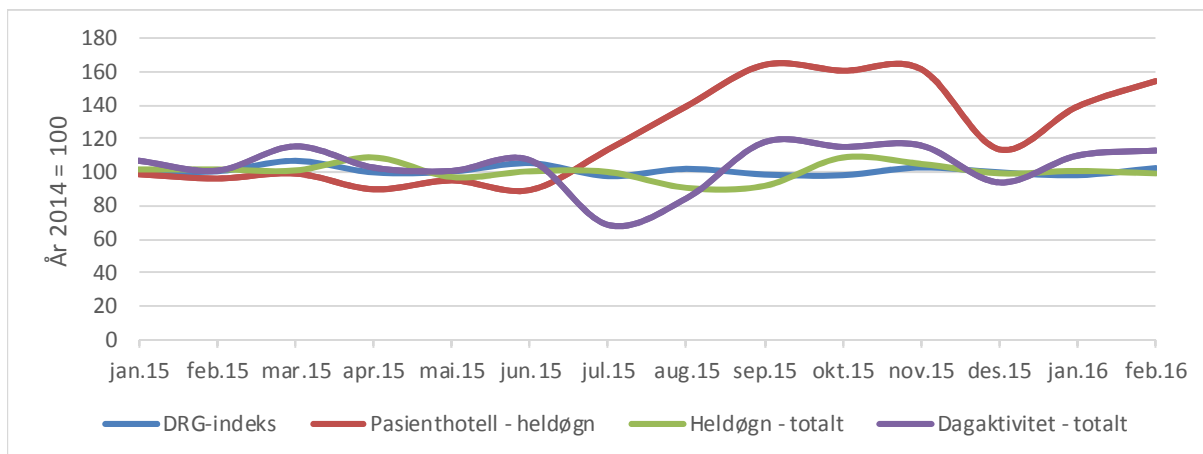
Figur 29 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Figur 30 Gj.snittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



Figur 31 Indeksregulerte verdier DRG indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt



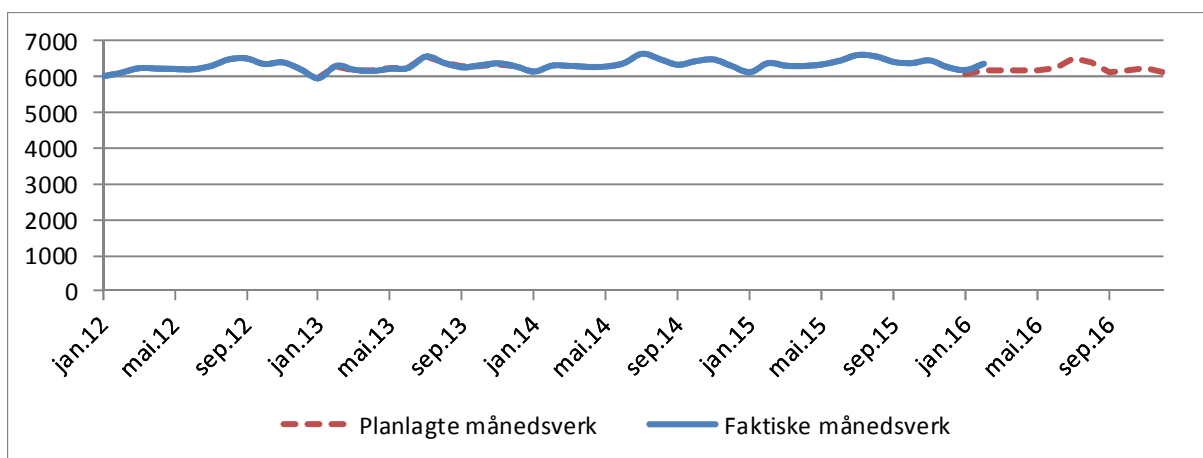
Indeksregulerte verdier (år 2014=100)

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

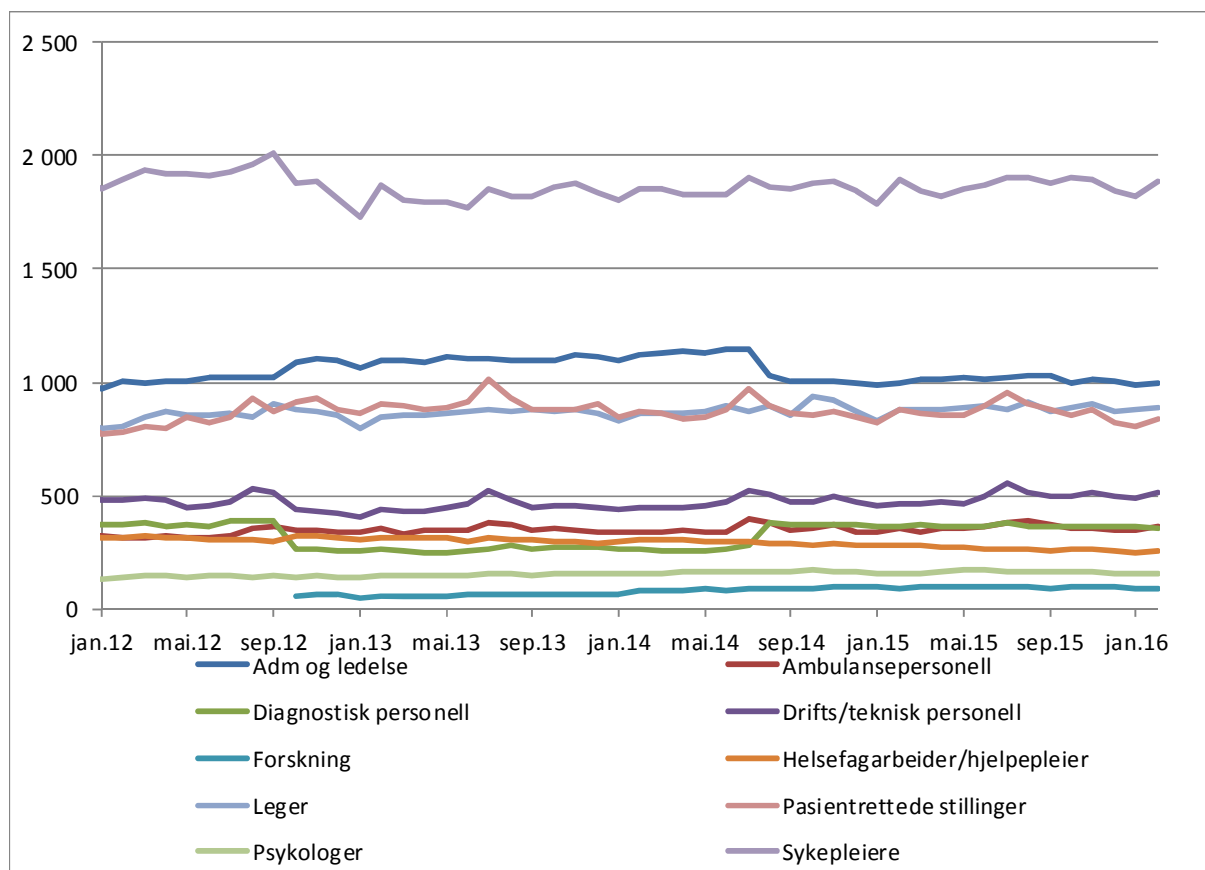
Figur 32 Brutto utbetalte månedsverk 2012-2016



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	6 358	6 188	-18
Mars	6 299	6 305		6 153	
April	6 271	6 296		6 155	
Mai	6 282	6 341		6 186	
Juni	6 377	6 445		6 245	
Juli	6 639	6 605		6 496	
August	6 486	6 563		6 413	
September	6 329	6 410		6 147	
Oktober	6 433	6 378		6 191	
November	6 478	6 454		6 257	
Desember	6 293	6 251		6 123	
Snitt hittil i år	6 224	6 250	6 272	6 118	22

Figur 33 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2012-2016

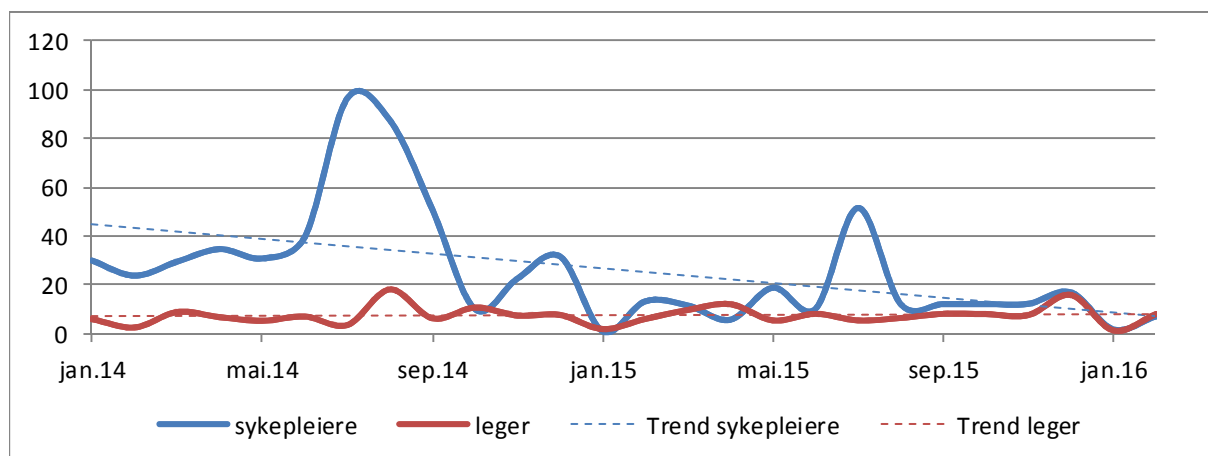


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2014-2016

Profesjon	2014	2015	2016	Avvik fra 2015
Adm og ledelse	1 111	992	993	1
Ambulanspersonell	337	371	356	-15
Diagnostisk personell	263	374	360	-14
Drifts/teknisk personell	444	460	501	41
Forskning	70	94	89	-5
Helsefagarbeider/hjelpepleier	301	280	254	-27
Leger	850	854	886	31
Pasientrettede stillinger	861	851	823	-29
Psykologer	154	158	155	-3
Sykepleiere	1 827	1 845	1 855	10
Snitt hittil i år	6 224	6 250	6 272	22

Figur 34 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

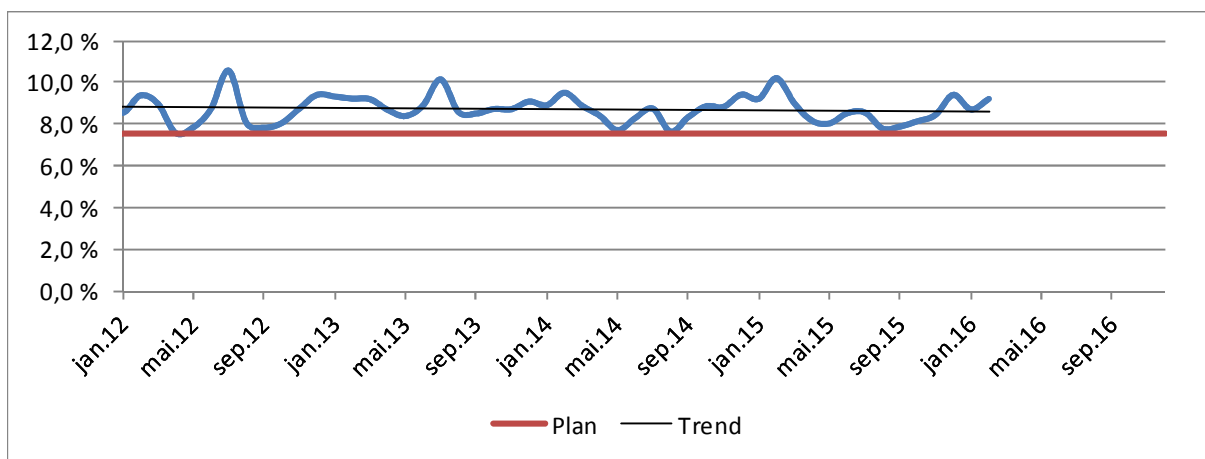


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i februar 2016 er på 9,2 %. Samme måned i 2015 var sykefraværet 10,2 %. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) viser en reduksjon på 0,2 prosentpoeng, mens det mellomlange sykefraværet (17-56 dgr) viser en økning på 0,4 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) viser en reduksjon på 1,2 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i februar 363 ansatte borte fra jobb pga sykdom i UNN HF.

Figur 35 Sykefravær 2012-2016



Tabell 14 Sykefravær fordelt på klinikk i februar og gjennomsnittlig sykefravær siste 12 måneder

Klinikk	Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd	Sykefravær februar 2016
Akuttmedisinsk klinikk	9,0	9,5
Longyearbyen sykehus	3,9	3,2
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,0	7,8
Hjerte og lungeklinikken	7,6	6,3
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9,8	10,2
Medisinsk klinikk	8,2	8,3
Barne- og ungdomsklinikken	7,7	9,3
Operasjons- og intensivklinikken	9,6	11,1
Psykisk helse- og rusklinikken	11,0	11,4
Diagnostisk klinikk	7,8	8,7
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	10,2	7,8
Drift og eiendomsenteret	9,2	9,8
Stabssenteret	7,8	7,8
Fag- og forskningssenteret	5,7	6,2
Turnusleger, raskere tilbake	2,1	2,2
Totalt	8,8	9,2

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i februar måned vært registrert tre egenmeldinger i GAT hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

Gradert fravær

Det har i februar 2016 vært registrert totalt 456 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 243 graderte. Det tilsvarer en andel på 53,3 % graderte sykemeldinger. Andelen er høyere enn i forrige måned (50,0 %).

Gradert sykmelding 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.

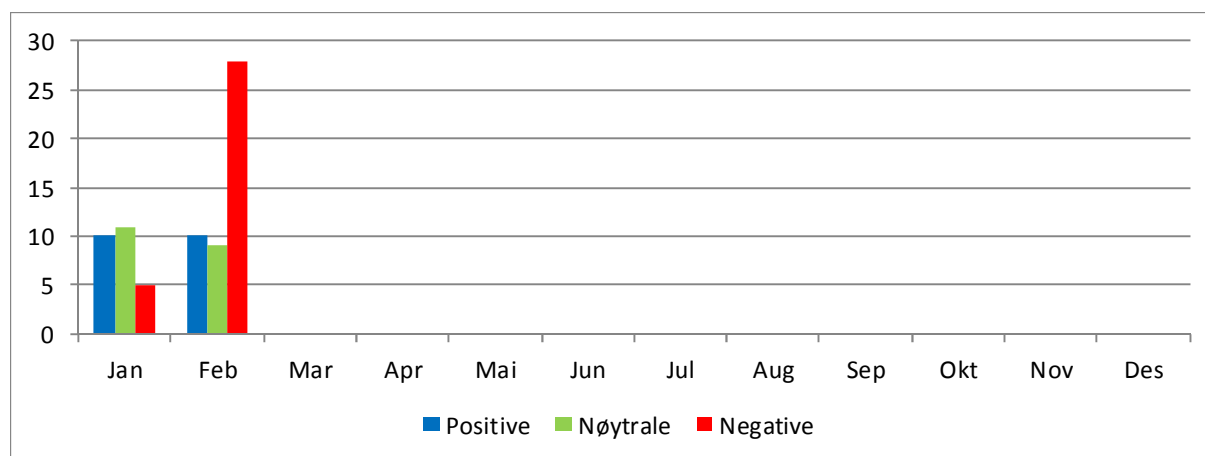
Kommunikasjon

Sykehuset i media

Mediebildet i februar har vært dominert av artikler og leser-/debattinnlegg om fryktkultur og ytringsfrihet ved sykehusene. UNN har vært trukket frem som et helseforetak med utfordringer knyttet til åpenhet. Vi har valgt å kategorisere disse artiklene som negative fordi debatten har hatt en negativ gjennomgangstone. Flere av artiklene er imidlertid også av informativ art for å besvare det man anser som ukorrekt fremstilling av forhold ved UNN.

De positive oppslagene har i hovedsak handlet om IVF-enhetens (prøverørsenhetens) 30-årsjubileum og markering av at UNN var et av de første stedene i Norge som tilbød assistert befruktning til barnløse par. I tillegg tok UNN denne måneden i bruk det nasjonale nødnettet, noe som ble registrert i lokal media.

Figur 36 Mediestatistikk 2016

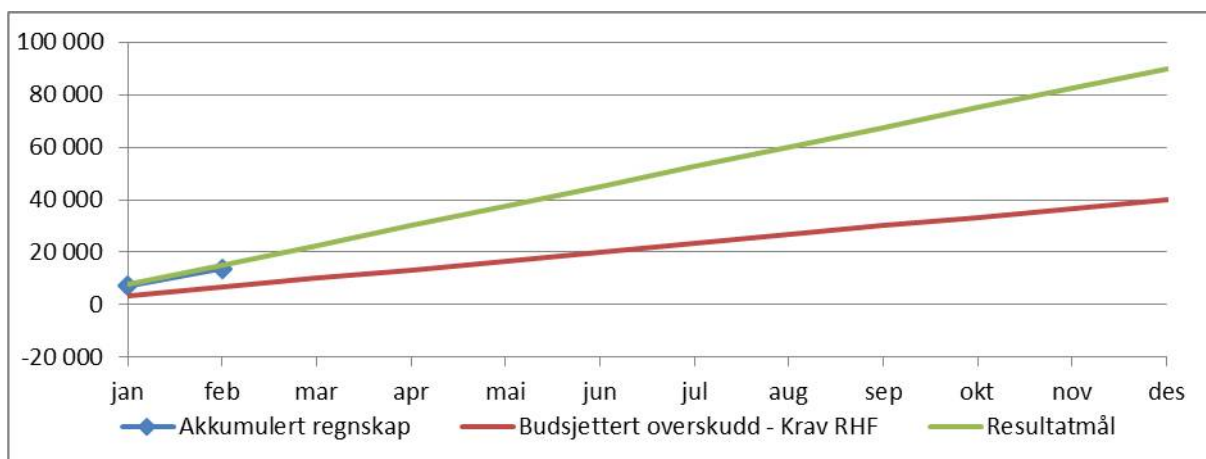


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 37 Akkumulert regnskap og budsjett 2016



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

Regnskapet for februar viser et overskudd på 6,7 mill kr. Det er 3,3 mill kr høyere enn budsjettert, men 0,7 mill kr lavere enn styringsmålet. Akkumulert per februar er det et budsjettavvik på +7,1 mill kr, men fortsatt 1,2 mill kr lavere enn styringsmålet.

For februar er de samlede inntektene 10,9 mill kr høyere enn budsjettert. Av dette utgjør ISF-inntektene et positivt avvik på 4,1 mill kr, mens øremerkede tilskudd viser et positivt avvik på 7,3 mill kr.

Driftskostnadene er samlet sett i februar 7,4 mill kr høyere enn budsjettert. Kjøp av helsetjenester viser et mindreforbruk på 2,3 mill kr i forhold til budsjett. Aktivitetsdrevne varekostnader er i februar 5,1 mill kr høyere enn budsjettert. Lønnspostene har samlet sett et negativt avvik på 4,4 mill kr og andre driftskostnader viser et negativt avvik på 0,1 mill kr.

Finanspostene har et negativt avvik på 0,1 mill kr.

Tabell 15 Resultatregnskap februar 2016

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Februar				Akkumulert per Februar			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	424,9	424,9	0,0	0 %	855,3	855,3	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,5	0,1	5 %	5,3	5,1	0,1	2 %
ISF egne pasienter	118,0	114,5	3,6	3 %	233,6	228,6	5,0	2 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	6,1	5,6	0,5	8 %	12,1	11,8	0,4	3 %
Gjestepasientinntekter	2,0	2,8	-0,8	-27 %	4,3	5,6	-1,3	-24 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	20,9	20,1	0,9	4 %	37,5	38,1	-0,6	-2 %
Utskrivningsklare pasienter	1,5	1,3	0,1	11 %	3,1	2,7	0,4	16 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,0	2,0	0,1	4 %	4,1	3,9	0,2	6 %
Andre øremerkede tilskudd	23,6	16,3	7,3	45 %	42,8	32,6	10,2	31 %
Andre driftsinntekter	29,4	30,3	-0,9	-3 %	54,7	58,6	-3,9	-7 %
Sum driftsinntekter	631,2	620,3	10,9	2 %	1 252,7	1 242,2	10,5	1 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	12,6	13,6	-1,0	-7 %	30,7	27,3	3,5	13 %
Kjøp av private helsetjenester	4,7	6,0	-1,3	-22 %	7,2	12,1	-4,8	-40 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	68,9	63,8	5,1	8 %	133,1	127,7	5,5	4 %
Innleid arbeidskraft	2,2	2,0	0,2	13 %	2,9	3,2	-0,3	-9 %
Lønn til fast ansatte	304,6	318,9	-14,3	-4 %	606,3	634,4	-28,1	-4 %
Overtid og ekstrahjelp	25,0	11,8	13,2	112 %	47,5	26,5	21,0	79 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	85,0	84,9	0,1	0 %	169,6	169,6	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-20,5	-22,1	1,7	-8 %	-39,1	-43,3	4,2	-10 %
Annen lønnskostnad	27,3	23,7	3,6	15 %	53,8	49,0	4,8	10 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	338,7	334,3	4,4	1 %	671,3	669,7	1,6	0 %
Avskrivninger	21,4	21,4	0,0	0 %	42,9	42,9	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	94,7	94,6	0,1	0 %	187,3	189,6	-2,3	-1 %
Sum driftskostnader	626,1	618,6	7,4	1 %	1 242,2	1 238,9	3,4	0 %
Driftsresultat	5,1	1,7	3,5	208 %	10,5	3,3	7,2	215 %
Finansinntekter	1,5	1,7	-0,1		3,3	3,3	0,0	
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Finansresultat	1,5	1,7	-0,1		3,3	3,3	-0,1	
Ordinært resultat	6,7	3,3	3,3	100 %	13,8	6,7	7,1	106 %

Tabell 16 Resultatregnskap februar 2016, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Februar ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Februar ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	424,9	424,9	0,0	855,3	855,3	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,5	0,1	5,3	5,1	0,1
ISF egne pasienter	118,0	114,5	3,6	233,6	228,6	5,0
ISF av legemidler utenfor sykehus	6,1	5,6	0,5	12,1	11,8	0,4
Gjestepasientinntekter	2,0	2,8	-0,8	4,3	5,6	-1,3
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	20,9	20,1	0,9	37,5	38,1	-0,6
Utskrivningsklare pasienter	1,5	1,3	0,1	3,1	2,7	0,4
Inntekter "raskere tilbake"	2,0	2,0	0,1	4,1	3,9	0,2
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	29,4	30,3	-0,9	54,7	58,6	-3,9
Sum driftsinntekter	607,6	604,0	3,6	1 210,0	1 209,6	0,4
Kjøp av offentlige helsetjenester	12,6	13,6	-1,0	30,7	27,3	3,5
Kjøp av private helsetjenester	4,7	6,0	-1,3	7,2	12,0	-4,8
Varekostnader knyttet til aktivitet	68,0	63,1	4,8	131,5	126,4	5,1
Innleid arbeidskraft	2,2	2,0	0,2	2,9	3,2	-0,3
Lønn til fast ansatte	292,4	310,5	-18,1	584,2	617,5	-33,4
Overtid og ekstrahjelp	22,2	9,9	12,3	42,5	22,7	19,8
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	82,0	82,8	-0,8	164,2	165,5	-1,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-19,6	-21,5	2,0	-37,6	-42,1	4,6
Annen lønnskostnad	25,7	22,6	3,1	50,9	46,7	4,1
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	322,9	323,4	-0,5	642,9	648,0	-5,2
Avskrivninger	21,4	21,4	0,0	42,9	42,9	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	90,8	91,9	-1,1	180,2	184,1	-4,0
Sum driftskostnader	602,4	602,3	0,1	1 199,5	1 206,3	-6,8
Driftsresultat	5,1	1,7	3,5	10,5	3,3	7,2
Finansinntekter	1,5	1,7	-0,1	3,3	3,3	0,0
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansresultat	1,5	1,7	-0,1	3,3	3,3	0,0
Ordinært resultat	6,7	3,3	3,3	13,8	6,7	7,1

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

Inntekter

- +4,1 mill kr ISF-inntekter
- +0,9 mill kr polikliniske inntekter
- -0,9 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- +2,3 mill kr kjøp av helsetjenester
- -4,8 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +0,5 mill kr lønn (+18,1 mill kr fast lønn, -12,5 mill kr variabel lønn)
- +1,1 mill kr andre driftskostnader

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

Inntekter

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

Driftskostnader

- +1,3 mill kr kjøp av helsetjenester
- -5,1 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +5,2 mill kr lønn (+33,4 mill kr fast lønn, -19,5 mill kr variabel lønn).
- +4,0 mill kr andre driftskostnader

Tabell 17 Funksjonsregnskap

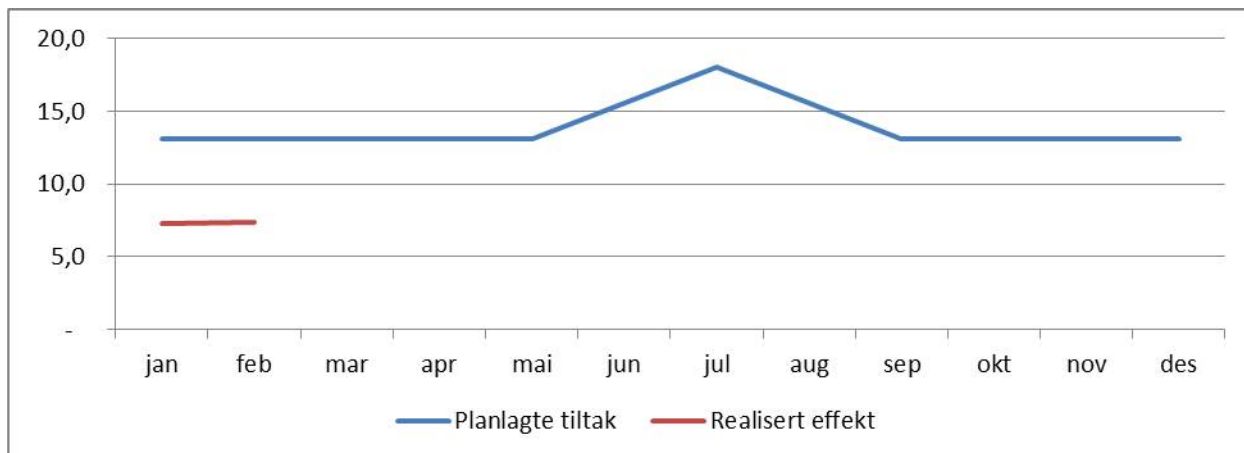
Brutto driftskostnader per funksjon sområde - akkumulert pr 201602							
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor-hittil i år
Somatikk	361,2	350,2	672,4	715,5	697,9	17,6	6,4 %
Somatikk (re-hab)	25,6	26,7	50,2	61,7	64,1	(2,4)	3,0 %
Radiologiske tjenester	32,3	29,5	-	62,3	59,9	2,4	
Laboratorietjenester	50,6	46,9	-	95,4	94,4	1,0	
Løp/ing 2015)	-	0,0	148,1	-	0,0	(0,0)	-100,0 %
Somatikk inkl lab/rtg	469,7	453,2	870,7	925,5	906,3	19,2	6,3 %
VCP, sykehus og annen beh	31,2	33,3	37,2	66,5	68,0	(1,5)	-1,1 %
VCP, DPS og annen beh	31,5	35,4	37,9	64,1	72,1	(8,0)	-5,6 %
BLP	15,2	16,6	28,7	30,9	33,9	(3,0)	7,7 %
Psykisk helse	77,9	85,3	153,9	161,5	174,0	(12,5)	-1,4 %
RUS-behandling	22,6	22,4	35,8	43,3	45,8	(2,5)	21,8 %
Rusomsorg	22,6	22,4	35,8	43,3	45,8	(2,5)	21,8 %
Ambulans	38,1	36,9	36,9	75,7	73,4	2,3	15,0 %
Pasienttransport	15,9	20,0	34,6	32,5	36,4	(3,9)	-6,2 %
Prehospitaler tjenester	53,9	55,9	100,5	108,2	109,8	(1,6)	7,7 %
Administrasjon (skal være 0 på)	-	0,4	-	0,0	0,0	(0,0)	0,0 %
Personaltjenester: kammerlager	1,6	1,3	2,0	2,9	2,2	0,7	45,5 %
Personal	1,6	1,7	2,0	2,9	3,0	(0,1)	45,6 %
Sum driftskostnader	625,8	618,6	1 172,8	1 241,6	1 238,9	2,8	5,9 %

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

Regnskap per klinikk per februar	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap HiA	Budsjett HiA	Avvik - HiA	Herav ISF (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk Klinikk	33,0	30,3	-2,7	-0,5	64,0	60,3	-3,7	-0,2
11 - Longyearbyen Sykehus	1,8	1,1	-0,7	0,0	4,2	3,8	-0,3	0,0
12 - Kirurgi-, Kreft- Og Kvinnehelseklinikken	14,6	13,6	-0,9	1,4	28,9	27,1	-1,8	1,8
13 - Hjerte- Lungeklinikken	17,3	14,6	-2,7	-1,4	30,9	27,2	-3,7	-1,8
15 - Medisinsk Klinikk	18,8	20,0	1,2	1,9	40,8	36,3	-4,4	0,1
17 - Barne- Og Ungdomsklinikken	16,3	15,3	-1,0	-0,9	32,0	30,2	-1,8	-1,8
18 - Operasjons- Og Intensivklinikken	58,8	56,0	-2,8	0,0	112,0	109,8	-2,3	0,1
19 - NOR Klinikken	23,9	25,7	1,8	1,1	45,0	42,8	-2,2	-0,6
22 - Psykisk Helse- Og Rusklinikken	56,6	59,0	2,3	0,0	112,8	116,6	3,8	0,0
30 - Diagnostisk Klinikk	48,2	46,4	-1,7	0,0	94,4	92,7	-1,7	0,0
40 - Nasjonalt Senter For Samhandling Og Telemedisin	3,0	6,0	3,0	0,0	11,9	12,0	0,1	0,0
43 - Nasjonalt Senter For E-helseforskning Og Utredning	0,5	0,0	-0,5	0,0	-0,1	0,0	0,1	0,0
45 - Drifts- Og Eiendomssenter	52,4	54,2	1,8	0,0	102,3	104,1	1,8	0,0
52 - Stabssenteret	13,3	14,0	0,7	0,0	25,8	28,2	2,3	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	8,0	10,9	2,9	0,0	21,6	22,2	0,5	0,0
62 - Fellesinntekter/-Kostnader	-370,7	-364,6	6,1	2,4	-729,0	-708,0	21,0	7,9
Totalt	6,7	3,3	3,4	4,0	13,8	6,7	7,1	5,4

Gjennomføring av tiltak

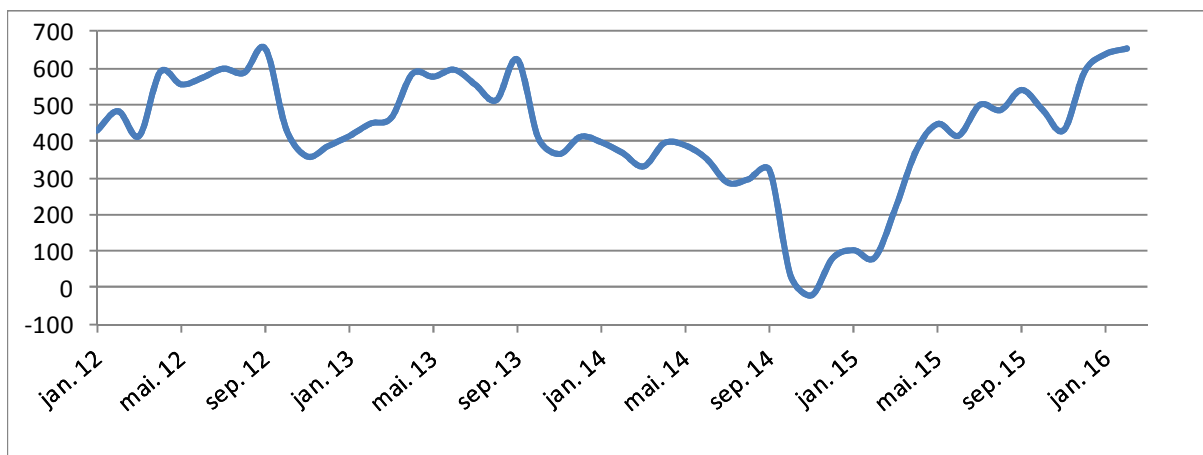
Figur 38 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I 2016 er det budsjettetert med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I januar og februar er det realisert en effekt på henholdsvis 7,3 og 7,4 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 56 %.

Likviditet

Figur 39 Likviditet



UNN har per utgangen av februar en likviditet på 653 mill kr.

Investeringer

Tabell 19 Investeringer (tall i 1000 kr)

	Restramme overført fra 2015	Investerings ramme 2016	Samlet investerings ramme 2016	Investert januar 2016	Investert februar 2016	Sum investert 2016	Rest- forpliktelser (godkjent tidligere) februar	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser	Forbruk i år av disponibel ramme
Investeringer , tall i mill kr									
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	10,0		10,0	3,5	-1,3	2,1		7,8	21 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	142,3	290,0	432,3	76,3	39,1	115,3		317,0	27 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-75,8	50,0	-25,8	1,7	27,6	29,2		-55,1	-113 %
Nytt sykehus Narvik	-1,4		-1,4	0,1	0,1	0,2		-1,6	-14 %
SUM Nybygg	75,1	340,0	415,1	81,5	65,4	146,9	0,0	268,2	0,4
Åsgård øvrige prosjekter	1,2		1,2	0,0	0,0	0,0		1,2	0 %
Åsgård Bygg 7	34,6		34,6	8,6	0,5	9,0		25,6	26 %
SUM Rehabilitering	35,8	0,0	35,8	8,6	0,5	9,0	0,0	26,8	0,3
Datarom	1,8		1,8	2,5	0,0	2,5		-0,7	140 %
Tiltak kreftplan	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	
VÅKe	0,1		0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0 %
Nytt nødnett	0,5		0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0 %
ENØK	12,7		12,7	0,0	0,1	0,1		12,6	0 %
SUM Prosjekter	15,0	0,0	15,0	2,5	0,1	2,5	0,6	11,9	0,2
Medisinteknisk utstyr	7,8	87,0	94,8	1,3	1,8	3,1	54,5	37,3	3 %
Teknisk utstyr		12,0	12,0	0,9	0,1	0,9	3,4	7,7	8 %
Annet utstyr disponert av MTU-midler					0,1	0,1	-0,1	0,0	
Ombygginger		17,0	17,0	0,0	0,1	0,1		16,9	0 %
Ambulanser	-8,0	12,0	4,0	0,0	0,0	0,0		4,0	0 %
EK KLP	0,0	22,0	22,0	0,0	0,0	0,0	22,0	0,0	0 %
SUM Utstyr med mer	-0,1	150,0	149,9	2,2	2,0	4,1	79,8	66,0	0,0
SUM total	125,8	490,0	615,8	94,7	67,9	162,6	80,3	372,9	0,3

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I februar er det bokført investeringer for 67,9 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 2,0 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 79,8 mill kr, som også inkluderer forpliktelser for egenkapitalinnskudd til KLP som forfaller til betaling i juni. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 66,0 mill kr. Det er planlagt investeringer i utstyr med mer for omtrent 33 mill kr ifølge plan for 2016. Med disse forutsetningene er rest disponibelt beløp for investeringer 33 mill kr.

Byggeprosjekter

Tabell 20 Byggeprosjekter ved utgangen av februar

	Pasienthotell	A-fløya	PET-senter	Bygg 7 Åsgård
HMS	Ingen avvik	H=55	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse	23.04.2015	26.02.2018	24.02.2017	02.05.2016
Fremdrift	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	3 uker
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2015	10 mill kr	432,3 mill kr	-35,9 mill kr	15,5 mill kr
Sum investert hittil 2016	2,5 mill kr	39,1 mill kr	27,6 mill kr	9,1 mill kr
Sum investert tidligere år	371,7 mill kr	472,0 mill kr	65,3 mill kr	71,4 mill kr
Sum investert totalt	374,2 mill kr	511,0 mill kr	92,9 mill kr	80,5 mill kr
Investeringsramme P50	404 mill kr	1 547 mill kr	493,1 mill kr	96 mill kr
Prognose økonomiavvik	-20 mill kr		0	0



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
24/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.3. 2016
Saksansvarlig:	Einar Bugge	Saksbehandler: Turid Oliva Fossem

Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 16.11.2015 til og med 7.3.2016 til etterretning.

Sammendrag

Etter behandlingen av foregående rapport, rapporteres det i denne saken fra åtte nye tilsyn ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Av samtlige tilsynssaker som har vært i omløp siden forrige rapportering er ni avsluttet.

Saken synliggjør status for det enkelte tilsyn under saksutredningen i selve styresaken samt i vedlagte statusoversikt. Saken viser også at frister for tilbakemelding etter tilsyn er overholdt med ett unntak. Det gjelder oppfølging etter Miljødirektoratets landsomfattende kontroll med anleggseiere av kjøle/ ventilasjonsanlegg som inneholder fluorholdige klimagasser. Her ble det gitt to avvik på grunn av manglende kontroll i henhold til regelverket. Saken er svart ut etter fristen.

Oppfølgingen etter Helse Nord RHF's internrevisjon i forbindelse med refusjon fra NAV for foretakets løpende ytelser ved arbeidstakeres fravær, er nå ferdigstilt. Handlingsplanen følger som vedlegg.

Oppfølging etter pålegg fra Statens stråleverns tilsyn er godt ivaretatt, og det er igangsatt arbeid med å sikre at det blir etablert et system for årlig opplæring i strålevern og strålebruk.

Det foreligger sluttrapport fra ett tilsyn siden forrige rapportering. Det gjelder Internrevisjonen i Helse Nord RHF som har gjennomført en revisjon for å bekrefte at styrevedtatte fagplaner blir fulgt opp av Helse Nord RHF og helseforetakene. Internrevisjonen har konstatert at det i liten grad framkommer av formelle styringsdokumenter at vedtatte fagplaner er fulgt opp ved konkretisering i oppdragsdokument og budsjett innenfor det enkelte år, slik styrevedtakene for flere av fagplanene forutsetter. Det gis ti anbefalinger for

å øke sikkerheten for en faglig utvikling i samsvar med vedtatte fagplaner. Syv anbefalinger til Helse Nord RHF, og tre anbefalinger til helseforetakene.

Statens Legemiddelverk varslet om tilsyn ved Diagnostisk klinikk, Blodbankene 25-28.1.2016. Dette ble utsatt grunnet sykdom, og gjennomføres i april 2016.

Bakgrunn

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

Formål

Formålet med denne saken er å gi styret oversikt over funn i -og oppfølging av gjennomførte eksterne tilsyn, samt interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF i helseforetaket fra 16.11.2015 til og med 7.3.2016. I saken rapporteres det på resultater og status på egen oppfølging.

Saksutredning

Hensikten med tilsyn er å kontrollere om det er etablert et internkontrollsystem som sørger for at virksomhetens tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lovverket og gjeldende prosedyrer. Tilsynsmyndighetene representerer en viktig ressurs for UNN i det løpende forbedringsarbeidet. De er opptatt av og undersøker om ledelsen planlegger, kontrollerer og korrigerer egen virksomhet slik at pasientene får forsvarlig og trygg helsehjelp, og de ansatte har et forsvarlig arbeidsmiljø. Tilsyn og revisjoner gir på den måten gode bidrag til å avdekke områder der helseforetaket har forbedringspotensial. De gir detaljerte beskrivelser av og begrunner avvik, hva som er god praksis og hva som må til for at avvik skal kunne lukkes.

Et eksempel er Fylkesmannens vurdering i saken om lang svartid på røntgenundersøkelser og som beskriver hvilke krav som må være oppfylt for å sikre forsvarlig behandling. Her viser deres undersøkelse og tilbakemelding fra klinikken at svartiden er for lang og at prosedyren som prioriterer rekkefølgen undersøkelser skal svare ut i, brukes ulikt. Fylkesmannen mener det må gjøres en vurdering av hva som kan være risikofylte deler av pasientbehandlingen, og hvordan virksomheten skal sikre at pasientsikkerheten blir ivaretatt. At det er gjort gjentagende funn etter tilsyn som viser manglende etterlevelse av egne prosedyrer og nasjonale retningslinjer, innebærer at det må følges opp med nye tiltak.

Etter tilsynet fra Statens strålevern fikk UNN ni pålegg, hvorav ett var rettet mot hele foretaket: «*Virksomheten må etablere et system for årlig opplæring i strålevern og strålebruk*». Strålevernet fant at gjeldende prosedyre i UNN ikke ble fulgt, ansvaret for opplæring var ikke kjent for alle, og e-læringssystemet var ikke tilpasset alle bruksområdene. Her ble ansvaret for oppfølgingen gitt én person, og kravene for å lukke avviket er fulgt godt opp. Funn fra tilsynet ble gjort kjent for de berørte, og tiltakene for å lukke avviket ble presentert i egen ledermøtesak. Direktørens ledergruppe sluttet seg til forslag til tiltak. Tiltakene går blant annet ut på at de ulike fagområdene stiller fagpersoner til disposisjon, og skal sammen med strålevernkoordinator kvalitetssikre innholdet i en midlertid løsning for å sikre at opplæringen blir gitt samt at den kan dokumenteres.

I tillegg er det utarbeidet en plan for en regional løsning. Her er det laget egen sak til fagsjefmøte i Helse Nord med forslag om prioritert utvikling av regionalt e- læringsløsning som sikrer tilgjengelighet av nødvendig opplæring. Dette er besluttet igangsatt, arbeidet er påbegynt og løsningen vil være klar innen ett til to år. Denne fremgangsmåten for å lukke pålegg/ avvik på virksomhetsnivå viser seg å være en metodisk god måte for å sikre helhetlig fokus på kvalitet, og som støtter opp om læring og forbedring i hele virksomheten.

Statusrapport

Det er siden forrige rapportering gjennomført åtte tilsyn.

- Sysselmannen på Svalbard har gjennomført inspeksjon ved Longyearbyen sykehus 15.10.2015. Inspeksjonen ble gjennomført for å kontrollere om gjeldende krav fastsatt i eller i medhold av Svalbardmiljøloven, produktkontrollloven og forskrift om miljøgifter på Svalbard overholdes. Det ble ikke gitt avvik, men det ble gitt tre anmerkninger og de ber om en tilbakemelding med hensyn til oppfølging av disse.
- Miljødirektoratet har 27.10.2015 gjennomført en inspeksjon av anleggseiere av kjøle-/ ventilasjonsanlegg som inneholder fluorholdige klimagasser. Det ble gitt to avvik: Virksomheten kan ikke dokumentere at det er gjennomført lekkasjetesting i henhold til krav i regelverket, og noen av ventilasjon-/kjøleanlegg er ikke tilstrekkelig merket. Da det ikke ble gitt svar innenfor fristen, sendte Miljødirektoratet purring og melding om tvangsmulkt. Det er nå gitt tilbakemelding.
- Troms Kraft AS har 11.11.2015 gjennomført kontroll av det elektriske anlegg i 12 boenheter/ adresser i Ishavsveien. Her ble det avdekket feil i fem av leilighetene.
- Arbeidstilsynet har gjennomført stedlig tilsyn 27.1.2016 ved Pasienthotellet. Formålet med tilsynet var å se om virksomheter som driver med overnatting og servering følger Arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade.
- Internrevisjonen i Helse Nord har 4-8. 2. 2016 gjennomført internrevisjon: Vedlikehold og utvikling av kompetanse. Endelig rapport foreligger ikke foreløpig.
- Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn ved Drifts- og eiendomssenterets Forsyningsavdeling for tøy 18.2.2016. Hensikten var å føre tilsyn med utvalgte organisatoriske arbeidsbetingelser og virksomhetens arbeidsmiljøarbeid. Arbeidstilsynet fant ikke grunn til å gi varsel for de temaene de gikk igjennom.
- Riksrevisjonen er i gang med to forvaltningsrevisjoner:
 - 1) Bruk av bildediagnostikk
Formålet er å vurdere om bruken av poliklinisk bildediagnostikk bidrar til god ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten ved å sikre at det ikke gjøres unødvendige bildediagnostiske undersøkelser.
 - 2) Medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten
Et tilfeldig utvalg på 60 pasientopphold er inkludert. Formålet er å sikre hvordan de medisinske kodene kan brukes til finansiering og å belyse hvordan de regionale helseforetakene og helsedirektoratet ivaretar sitt ansvar for å gi god kodekvalitet.

I denne styresaken beskrives fire tilsyn som er avsluttet fra Fylkesmannen i Troms. De øvrige fremgår i statusrapporten.

To er gjennomført ved Diagnostisk klinikk, røntgenavdelingen.

- Det første i forbindelse med en bekymringsmelding rundt forsvarlig drift av Helgelandssykehuset HF (HSYK) sett i lys av samarbeidsavtalen med UNN. Fra 1.2.2016 tar HSYK selv vaktansvaret i radiologi, og ved behov for vakt samarbeid vil det inngås med Nordlandssykehuset.
- Det andre tilsynet gjelder bekymringsmelding fra UNN Harstad om lang ventetid på beskrivelser av billeddiagnostiske undersøkelser. I samme sak behandler Fylkesmannen en henvendelse fra Røntgenavdelingen ved UNN Tromsø der det fremgår at det også der er lang svartid på beskrivelser av bildediagnostiske undersøkelser. Saken er avsluttet, men Fylkesmannen ber om ny redegjørelse som bør inneholde statusoppdatering og vurdering fra ledelsen.

Fylkesmannen i Troms konkluderer etter begge tilsynene at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2. jfr. Internkontrollforskriften §4.

- Det tredje tilsynet fra Fylkesmannen i Troms som er avsluttet, er tilsynet med alle Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) ved UNN. Fylkesmannen har fulgt opp tilsynet gjennom lang tid og ser at det er arbeidet grundig og systematisk for at diagnostisering av kliniske tilstander hos barn og unge, som trenger helsehjelp fra BUP, skal være basert på en systematisk og tverrfaglig utredning.
- Det fjerde tilsynet fra Fylkesmannen i Troms som er avsluttet er tilsynet vedrørende samhandling om utskriving av pasienter fra spesialist-helsetjenesten til kommunen.

Kommende tilsyn

Statens legemiddelverk varslet om tilsyn ved Blodbanken ved UNN 25-28.1.2016. Dette er nå utsatt til april s.å. grunnet sykdom.

Helse Nord RHF har meldt om oppstart av revisjonsoppdraget *Samstemming av legemiddellister*. Revisjonens formål er å kartlegge status i foretakets arbeid med innføring av *Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke* for samstemming av legemiddellister, samt bekrefte at foretaket har konkrete planer som gir rimelig sikkerhet for at tiltakene er implementert innen utgangen av 2016. Den stedlige revisjonen vil gjennomføres i løpet av våren 2016.

Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, Arbeidsmiljøutvalget, samt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 14-16.3.2016. Samtlige møter og utvalg sluttet seg til sakens fremstilling. Referater og protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet.

Vurdering

Direktøren vektlegger sikkerhetstenkning og risikostyring i *Ledelsens gjennomgang* og følger opp resultater etter tilsyn og revisjoner blant annet i dialogavtaler, i oppfølgingsmøter med enhetene og i Kvalitetsutvalget. Dette viser seg likevel ikke å være tilstrekkelig. Fylkesmannen

og andre tilsynsmyndigheter har ved ulike tilsyn funnet dels mangler ved prosedyrer, dels manglende etterlevelse av prosedyrer.

Direktøren vil særlig fremheve to forhold som er viktig for å sikre etterlevelse av de krav tilsynene kontrollerer oppfølgingen av. Det ene er å utvikle UNN som en lærende organisasjon, med et kontinuerlig fokus på å lære av avvik og uheldige hendelser. Det fordrer både en reell åpenhetskultur, en organisasjon som evner å ta tak i avvik og forhold som ikke fungerer godt, og som har stor evne til å lære på tvers av nivåer og enheter. I *Ledelsens gjennomgang* for 3. tertial 2015 er det beskrevet en rekke tiltak for å utvikle UNN på disse områdene, og direktøren viser til dette.

Det andre området direktøren særlig vil fremheve er behovet for å utvikle risikostyringen i foretaket. Risikovurdering er en systematisk gjennomgang av hva som kan gå galt og brukes for å vurdere om eksisterende tiltak er gode nok, eller om det må iverksettes og gjennomføres nye tiltak for å redusere risikoen. UNN har styrket sin evne til å bruke risikostyring i tråd med kravene i oppdragsdokumentet, og oppfølgingen av de konkrete krav til risikostyring i 2016 er igangsatt. Imidlertid er det på sikt nødvendig å utvikle dette ytterligere, for å sikre at det til enhver tid foreligger oversikt over felles utfordringer og risikofaktorer i virksomheten. Dette kan igjen danne grunnlag for handlingsplaner og fokusert innsats for å minske risiko for svikt. Direktøren vil vektlegge oppfølging av dette fremover.

Konklusjon

Saken belyser den faste oppfølgingen av gjennomførte og pågående tilsyn. Tilsyn er ett av flere viktige virkemidler for å følge opp intensjonene i lovverket, og skal medvirke til at tjenestene er og arbeidsmiljø er fullt ut forsvarlig, og i tråd med vedtatte planer og føringer. Økt fokus på eierskapet til oppfølging av forbedringsområder, anbefalinger og avvik, og ikke minst utvikling av UNN som en lærende organisasjon med god risikostyring, vil være helt sentralt i den videre utvikling av foretaket.

Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tilsynsrapport – eksterne tilsyn – status
2. Internrevisjon – handlingsplan styremøte 30. mars

Tabellen under viser hvilke eksterne tilsyn som er gjennomført før 7.3 2016 hvor de er utført, funn, frister, tiltak og hvilke pålegg /avvik som er lukket siden forrige rapport.

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

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

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

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR. 1. Arbeids-tilsynet	Drifts- og eiendoms-senteret, Forsynings-avdelingen, Tøy-forsyning 18.2.2016	Hensikten med tilsynet var å føre tilsyn med utvalgte organisatoriske arbeidsbetingelser og virksomhetens arbeidsmiljøarbeid innenfor: -Arbeidsavtaler, -Verneombuds-ordning, -Opplæring, -Samarbeid med BHT, -Hygiene	Arbeidstilsynet fant ikke grunn til å gi varsel for de temaene de gikk igjennom.	16/ 493		LUKKET 24.2.2016	
NR. 2. Intern-revisjonen i Helse Nord	-Psykisk helse- og rusklinikken -Diagnostisk klinikk Nevro-, ortopedi- og re-habiliterings-klinikken 3.4. og 8.2. 2016	Vedlikehold og utvikling av kompetanse	Det foreligger ikke endelig rapport, men på sluttmøte informerte de om funn innenfor fem fokusområder hvor de vurderte å gi anbefalinger til forbedringer. 1.Organisering, ansvar og rollefordeling 2.Behovsvurdering og kompetanseoversikt 3.Handlingsplan for vedlikehold og utvikling 4. Gjennomføring og dokumentasjon av tiltak.	15/ 5758		Venter på rapport	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			5.Rapportering, kontroll og oppfølging				
NR. 3. Arbeids- tilsynet	UNN HF Pasient- Hotellet 27.1. 2016	Oppfølging/ kontroll vedr. Arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade	Det er ikke mottatt rapport etter tilsynet.	16/218		Venter på tilbake- melding	
NR. 4. Riksrevisj onen	UNN HF 19.1. 2016	Bruk av poliklinisk bilediagnostikk		16/ 397	Utvalg av henvisninger og E- postadresser til alle radiologer er sendt innenfor fristen 23.2.	Venter på tilbakemel- ding	
NR 5. Riks- revisjonen	UNN HF 26.11.2015	Medisinsk koding i spesialist- helsetjenesten	UNN HF er ett av ti sykehus som er valgt ut til denne revisjonen	15/ 5562	Avdelingsdokumentasjon og Journaldokumentasjon er oversendt	Venter på tilbakemel- ding	
NR 6. Miljø- direktorat -et	Drift- og eiendoms- senteret, Teknisk avdeling 27.10.2015	Landsomfattende kontroll med anleggseiere av kjøle/ ventilasjonsanlegg som inneholder fluorholdige klimagasser (f-gasser)	To avvik: -Virksomheten kan ikke dokumentere at det er gjennomført lekkasjetesting i henhold til krav i regelverket -Noen av virksomhetens ventilasjon-/ kjøleanlegg er ikke tilstrekkelig merket. Miljødirektoratet melder 8.1. 16 at de ikke har mottatt tilbakemelding etter deres inspeksjon. Fristen var satt til 1.12.2015. De gir nå en ny frist og skriver at dersom de ikke mottar en skriftlig tilbakemelding innen 10.2. 2016 som bekrefter at avvikene er rettet, påløper en tvangsmulkt på kr 30.000,-.	15/ 5648	Teknisk avdeling har utarbeidet en grundig handlingsplan som viser hva de har gjort og videre plan for å rette opp avvikene. Dette ble levert innenfor ny frist og det blir ingen tvangsmulkt.	Venter på tilbake- melding	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR. 7. Troms Kraft	UNN HF 11.11. 2015	Kontroll av det elektriske anlegget i 12 boenheter i Ishavsveien	Her ble det avdekket feil i 5 boenheter_	15/ 5504	Alle forholdene er bestilt rettet av Bravida	Venter på tilbake-melding	
NR. 8. Sysselmannen på Svalbard	Longyear-byen sykehus 15.10.2015	Kontroll om gjeldende krav fastsatt i eller medhold av Svalbardmiljøloven, produktkontroll-loven og forskrift om miljøgifter overholdes	Tre anmerkninger: 1. Virksomhetens dokumentasjon/beskrivelse av hvordan substitusjonsplikten er oppfylt bør forbedres. 2. Virksomhetens beskrivelse/rutine for sortering, lagring, merking og levering av avfall/farlig avfall bør forbedres. 3. Virksomhetens oversikt/dokumentasjon over egne utslipp bør forbedres	15/ 5484	Det er sendt en beskrivelse mht. oppfølging av anmerkning	LUKKET	
NR. 9. Fylkesmannen i Troms	Akutt-medisinsk klinikk, Ambulanse-avdelingen, Seksjon 6. 27.10.2015	Anmodning om opplysninger i tilsynssak vedrørende bemanningen i Ambulanse-avdelingen i Seksjon 6. og at biler har vært satt ut av drift.		15/ 5116	Fylkesmannen har fått svar. (13.11.2015) Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær. Det er planlagt utarbeidelse av ny ambulanseplan i 2016. I den forbindelse skal det gjøres en ny analyse av dagens organisering og dimensjonering av tjenesten. Denne	Venter på tilbake-melding	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
					skal styrebehandles sannsynligvis i desember 2016.		
NR 10. Arbeids-tilsynet	Akutt-medisinsk klinikk, Ambulanse-avdelingen, Seksjon 6. 26.10.-4.11. 2015	Undersøke om UNN HF jobber systematisk med helse, miljø og sikkerhet for å ivareta arbeidsmiljøet til ansatte og ledere i ambulansetjenesten.	Det ble varslet om 8. pålegg innenfor HMS: -Gjennomgang av internkontrollen -Kartlegging og risikovurdering -Opplæring i bruk av avvikssystem -Opplæring –arbeidstaker som er satt til å lede andre -Bedriftshelsetjeneste -plan for bistand -Arbeidstid-vurdering av om arb.tidsordningen er fullt forsvarlig -Arbeidstid – rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene -Arbeidsplasser og arbeidslokaler-utforming og innredning	15/4326	Klinikken har fulgt opp de vilkår som er gitt innenfor frist.	Venter på tilbake-melding	Tiltakene etter oppfylte vilkår gjøres kjent i hele ambulanseavdelingen.
NR 11. Arbeids-tilsynet	Akutt-medisinsk klinikk, Ambulanse-avdelingen, Seksjon 7. 16.9. 2015	Postalt tilsyn: Det bes om kommentarer til verneombudets melding om mangler vedr. ambulansestasjonenes lokaler	Arbeidstilsynet ber i brev av 4.2. 16 om oppdatert statusrapport mht hvordan arbeidsmiljøet p.t. ved hhv. Ambulansetjenesten Harstad og Hansnes, samt en beskrivelse av hvordan det arbeides med å få løst opp i de arbeidsmiljøutfordringene som synes å være tilstede ved begge stasjonene.	15/4368	Etterspurt dokumentasjon er sendt innenfor frist 5.10. -2015 19.10.2015 ble det avholdt møte hvor lokal ambulanseledelse og verneombud deltok. Her er forbedringsområdene gjennomgått slik at de har en felles forståelse av nødvendige tiltak. Enkelte tiltak er allerede iverksatt.	Venter på tilbake-melding	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			Når det gjelder Hansnes avsluttet Arbeidstilsynet denne saken 8.7.15, men etter ny henvendelse fra verneombud gjenopptar de saken. Arbeidstilsynet oppfordrer arbeidsgiver og arbeidstakersiden om å gå i dialog og gi en felles tilbakemelding.		Ambulansestasjonen fortsetter der den i dag er lokalisert.		
NR. 12. Direktorat -et for samfunns- sikkerhet og beredskap (DSB)	Hjerte- og lunge- klinikken, - Operasjons- og intensiv klinikk -Diagnostisk klinikk 9.-13.11. 2015	Oppfølging etter tilsyn i 2014, rettet mot foretakets systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Opplæring og sikker bruk av MTU Melderutiner	Funn og inntrykk fra dette tilsynet ble presentert på sluttmøte 13.11. 2015. UNN får god tilbakemelding på iverksatte tiltak og viser til et aktivt internkontrollsystem hvor alle prosedyrer er beskrevet i Docmap. Overordnede prosedyrer er felles for alle sykehusene, de er kjent og benyttes på avdelingsnivå. Det ble gitt to avvik og to anmerkninger. Det første avviket skyldes at Helseforetaket ikke er registrert i Elvirksomhetsregisteret og det andre er at UNN ikke systematisk rapporterer alle uønskede hendelser/avvik på elektromedisinsk utstyr til DSB.	15/ 3103	DSB har sendt puring på tilbakemelding på de tiltak som skulle ha vært iverksatt innen 31.1. 2016.03.07 Det er gitt ny frist og saken er sendt til de som har en rolle innenfor fagnettverket MTU.	Frist 15.3	Opplæring og informasjon om melderutiner ved uønskede hendelser med medisinsk teknisk utstyr tas opp ved samtlige lokalisasjoner.
NR. 13. Helse Nord RHF	Medisinsk klinikk, Hjerte- og lungeklinikk -en UNN HF 30.9. og 1.10.2015	Revisjonen omfatter Helse Nord RHF's og helseforetakenes rutiner for oppfølging av fagplaner generelt, samt den konkrete oppfølgingen av følgende fagplaner: Regional handlingsplan for:	Internrevisjonen har gitt anbefalinger innenfor alle revisjonens fokusområder, både til Helse Nord RHF og til helseforetakene, som kan øke sikkerheten for en faglig utvikling i samsvar med vedtatte fagplaner. Helseforetakene får 3 anbefalinger: 1. Utarbeider implementeringsplaner for hver enkelt fagplan.	15/ 4035	Rapporten er sendt til ledelsen og til de som deltok i revisjonen. Fellesrapporten skal behandles i styret i Helse Nord RHF 24. februar 2016. UNN's oppfølging av anbefalingene	Ikke avklart frist	Rapportens anbefalinger tas opp i ledermøter.

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
		-Nyremedisin -Lungemedisin -Smittevern-plan -Diabetes og -Tuberkulose-kontrollprogram	2. Integrerer mål/tiltak for fagplaner i sine styringssystemer. 3. Har en aktiv oppfølging i lederlinjen for å sikre at eventuelle mangler i gjennomføringen blir avdekket og korrigert i tide. Internrevisjonen har konstatert at det i liten grad framkommer av formelle styringsdokumenter at vedtatte fagplaner er fulgt opp ved konkretisering i oppdragsdokument og budsjett det enkelte år, slik styrevedtakene for flere av fagplanene forutsetter.		vil bli lagt ved som vedlegg til styresaken så snart den er klar.		
NR. 14. Statens strålevern	UNN Tromsø 8.-10. - 9. 2015	Organisering og internkontroll av strålevern, kompetanse og ressurser, opplæring, kvalitetskontroll og vedlikehold av apparatur,	<u>9. Pålegg:</u> 1. Virksomheten må etablere et system for årlig opplæring i strålevern og strålebruk 2. Hudavdelingen må etablere skriftlige prosedyrer for bruk av co2 laseren 3. Hudavdelingen må etablere rutiner som sikrer dokumentasjon av apparatspesifikk opplæring ved bruk av laser. 4. Virksomheten må utarbeide en plan for gjennomføring av dokumentasjon av den apparatspesifikke opplæringen for de som er involvert i bruken av C-buer i lokalene til anestesi- og operasjonsavdelingen 5. Virksomheten må utarbeide en plan for gjennomføring av optimalisering av	15/3230	Det er søkt om og innvilget utsettelse av frist for gjennomføring av pålegg 1,4,5, og 6. til 1.5. 2016 Pålegg NR 1: Strålevernkoordinator har utarbeidet to utkast, et med permanent løsning hvor det foreslås å lage et e-læringssystem som er regionalt og som tar opp alle bruksområdene. Dette systemet må bestå av flere moduler tilrettelagt for alle involverte yrkesgrupper. Det må også bestå av moduler for brukere av ikke-ioniserende stråling. All opplæring skal være dokumenterbart. Tidsperspektiv: ett til to år Sak om behov for regional løsning	Frist 1.5.2016	Tilsynets funn og konklusjoner følges opp av strålevernfunksjonen i UNN i alle aktuelle lokalisasjoner i foretaket. Det berørte personalet må pålegges en frist for gjennomgang av denne opplæringen og leder må sikre at opplæringen dokumenteres.

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			<p>strålebruken i lokalene til operasjon- og anestesivdelingen</p> <p>6. Virksomheten må kartlegge behovet for persondosimetri for personell som arbeider i lokalene til anesthesi- og operasjonsavdelingen</p> <p>7. Generell Røntgen / CT må utarbeide en plan for gjennomføring og dokumentasjon av apparatspesifikk opplæring.</p> <p>8. Generell Røntgen / CT må utarbeide en plan for gjennomføring av optimalisering av protokoller / prosedyrer</p> <p>9. Generell Røntgen / CT må utarbeide rutiner som sikrer at stråledosen ved undersøkelser av barn alltid blir registrert.</p>		<p>for e-læring i strålevern ble diskutert i regionalt fagsjefmøte 12.2. og forslaget om å be regional e-læringsfunksjon om å bidra til å utvikle kurs fikk enstemmig tilslutning.</p> <p>I det andre utkastet foreslås det å basere opplæring inntil videre på eksisterende e-læringskurs og PowerPoint presentasjoner tilpasset andre avdelinger, (nukleær medisinsk seksjon, stråleterapien, hudavdelingen og øyeavdelingen). Tidsperspektiv: Innen utgangen av 2016 skal alle fagområder være dekket med opplæring.</p> <p>Handlingsplan for å lukke øvrige pålegg er under arbeid og vil bli levert innenfor fristen.</p>		
NR. 15. Mat-tilsynet	Drift- og eiendoms-senteret, Forsynings-avdelingen, Mat-forsyning UNN Kafe Evert 16.6. 2015	Detaljomsetning og servering av mat og drikke	Virksomheten har mangler ved informasjon og merking av mat som selges over disk slik at alle allergene ingredienser tydeliggjøres i frambudet.	15/3350	Etter at Mattilsynet mottok plan for utbedring er det gjennomført oppfølgingstilsyn. Mattilsynet vurderer at de påtalte mangler er etterkommet og at virksomheten har gjort en god jobb med merking av andre matretter som serveres og har funnet gode praktiske løsninger på det nye informasjonskravet.	LUKKET 6.1.2016	Tiltakene gjøres kjent og iverksettes ved samtlige kantiner i UNN

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR. 16. Mat- tilsynet	Drift- og eiendoms-senteret, Forsynings-avdelingen, Mat-forsyning Kjøkken-, UNN Breivika 24.4. 2015	Fareanalyse og styring av kritiske styringspunkter ved produksjons-kjøkkenet	Tilsynet varsler om tre vedtak om pålegg om utbedringer: 1. Manglende vedlikehold av skadde veggflater, fjerne/ vedlikeholde kaffevogner med overflater av trematerialer, manglende sonemerking på gulv, mangler stativ og hygienisk oppbevaring av skjærfjølør 2. Mangler revidering/ oppdatering av fareanalyseplanen 3. Virksomheten har ikke fulgt opp egen prøveuttaksplan for kontroll av ev. Listeriabakterier i mat og produksjonsmiljø	15/ 2286	Mattilsynet har fått handlingsplan for utbedring av samtlige funn Funn nr 1: Er i gang med å planlegge utbedring som ventes å være ferdig innenfor fristen. Funn nr 2: Revidering/ oppdatering av fareanalysen vil være klar innenfor frist Funn nr 3: Egen prøveuttaksplan vil bli fulgt og analyseresultater skal kunne framvises	LUKKET 29.1.2016	Funn fra dette tilsynet tas opp ved samtlige produksjonskjøkken i foretaket.
NR. 17. Direktorat et for samfunns- sikkerhet og beredskap (DSB)	Longyear-byen sykehus 10.9.2014	Oppfølging av revisjon 2013	To avvik: 1. Prosedyren som skal sikre at det elektromedisinske utstyr brukes i hht. bruksanvisning følges ikke av legene. 2. I følge fremlagt dokumentasjon av vedlikehold av det elektromedisinske utstyr er det restanser i det planlagte vedlikehold. Generelle funn: De elektriske anleggene synes å være i god stand. Det mangler risikovurdering av de elektriske anlegg (Bygget er fra 1991).	14/ 4398	Innskjerping av rutiner er foretatt. Dokumentasjon på gjennomført opplæring arkiveres i ePhorte. Det er sendt svar til DSB hvor tiltakene for å lukke avvik er beskrevet.	Venter på tilbake- melding	
NR. 18. Ofoten Brann IKS	Psykisk helse- og rusklinikken/ Russeksjon Narvik	Brannsikkerhet	Tilsynet fant at et avvik fra tidligere tilsyn (2013) ikke var lukket: Stasjonære slokkeanlegg mangler kontrollavtale I tillegg ble det avdekket 4 avvik:	13/ 4650	Det er utarbeidet tiltaksplan for å lukke avvikene. Planen er sendt innenfor fristen.	Venter på tilbake- melding	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
	25.9. 2014 Buveien 75 Håkvik		-HMS er mangelfullt dokumentert, -Dokumentasjon av sikkerhet er mangelfull -Ansvarlig brannvernleder er ikke utpekt etter omorganisering -Stasjonære sløkkeanlegg mangler noe dokumentasjon.				
NR. 19. By-utvikling Tromsø kommune	Psykisk helse- og rusklinikken. 23.4.2015	Postalt tilsyn etter bekymrings-melding fra Tromsø Kommune etter tilsyn ved UNN Åsgård	I forbindelse med utførelsen av brannteknisk inspeksjon av Tromsø Kommune ble det avdekket forhold som synes i strid med Plan og bygningsloven	12/ 3057	Det er utarbeidet svar med plan for utbedring av den branntekniske tilstand	Venter på tilbake-melding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drift og eiendomssenteret.
NR. 20. Brann og redning Tromsø Kommune	Drifts- og eiendoms-senteret, Teknisk drift 30.6.2014	Brannsikkerhet; bygningsmessige, tekniske og utstyrmessige brannsikrings tiltak	Fem avvik: 1. Eiers bygningsdokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 2. Eiers tekniske dokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 3. Røyk og branncellebegrensede bygningsdeler/ konstruksjoner virker ikke som forutsatt 4. Farlig stoff/ anlegg er ikke meldt til DSB 5. Rømningsveier tilfredsstillende ikke krav om rask og sikker rømming	14/ 4296	Teknisk avdeling arbeider for å finne løsninger for å utbedre de avvik som er beskrevet, samt etablere og vedlikeholde rutiner i hht. HMS forskriften. Det er utarbeidet en tiltaksplan med opplysninger om når og hvordan avvik vil bli rettet opp innenfor frist 1.11. 2014	Venter på tilbake-melding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drifts- og eiendomssenteret

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR. 21. Fylkesmannen i Troms	Psykisk helse- og rusklinikken, Barne- og ungdoms klinikken. Høst /oktober 2013	Landsomfattende tilsyn med helseforetakenes styring og ledelse av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker	UNN HF sørger ikke for at diagnostisering av kliniske tilstander hos barn og unge som trenger helsehjelp fra BUP Sør Troms er basert på en systematisk og tverrfaglig utredning. Avviket bygger på følgende: Virksomheten har utarbeidet skriftlige rutiner for utredningsplaner, i tråd med faglige retningslinjer. Disse følges bare unntaksvis. Fylkesmannen forutsetter at UNN HF fortsetter det systematiske arbeid som er beskrevet i siste tilbakemelding, gjennomfører nye egevalueringer og om nødvendig innfører nye tiltak slik at lovgivningen overholdes.	13/769	Det fremgår av tilbakemeldingen som fylkesmannen har fått at det er arbeidet grundig og systematisk for at diagnostisering av kliniske tilstander hos barn og unge som trenger helsehjelp fra BUP, skal være basert på en systematisk og tverrfaglig utredning. Likevel viser forrige rapportering at det fortsatt er avvik ved alle BUP-ene. BUP lederne skal ha en felles gjennomgang av hva som har fungert der de har klart å lukke avvik og overføre etablerte rutiner til de andre BUP-ene. Ny egevaluering ble gjort i des. 2015 ved alle BUPene tilsvarende det som ble gjort i juni 2015. Evalueringen viser at de fortsatt ikke har greid å lukke alle avvikene ved alle BUPene, men det er en klar bedring. Fylkesmannen har avsluttet tilsynet etter siste tilbakemelding som viser at det er jobbet systematisk med lukking av avvik og at flere av tiltakene har hatt god effekt.	LUKKET i brev av 26.2. 2016	Konklusjonene og erfaringene fra tilsynet følges opp i alle Barne- og ungdomspsykiatriske enheter i UNN. Fra 1.9. 2016 vil alle BUPene tilhører samme klinikk og det vurderes som en bedre mulighet til å lære av hverandre, ha felles rutiner og en ansvarlig leder.
NR. 22. Tromsø Kommune	Drifts- og eiendomssenteret, Teknisk drift 2.10.2013	Legionella tilsyn	Mulige avvik: Mangler risikovurdering Mangler rutine for som beskriver håndtering av mistanke om eller påvisning av legionella	13/4499	Det er utført risikovurderinger for identifiserte anlegg, det er laget skriftlige prosedyrer som implementeres i Drifts- og	LUKKET i brev av 15.12. 2015	Drifts- og eiendomssenteret følger opp samme problemstilling i forhold til UNNs øvrige lokalisasjoner.

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			Manglende system for tiltak, regelmessig ettersyn og kontroll av anlegget.		vedlikeholdssystemet. Gjeldende prosedyrer revideres og legges inn i dette systemet.		
NR. 23. Fylkesmannen i Troms	Hjerte- og lungeklinikk en, Lunge- medisinsk avdeling. 22.- 23.4..2015	Samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.	UNN sikrer ikke at informasjonsutvekslingen i forbindelse med utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er i samsvar med myndighetskrav. Avviket bygger på 8. observasjoner og samtlige er kommentert og det er beskrevet tiltak til hver av observasjonene. 1. Manglende årlige revisjoner: 2. Ikke alle ansatte er kjent med innholdet i tjenesteavtale nr. 5. 3. Flytskjema for elektronisk utskrivningsprosedyre er ikke i samsvar med tjenesteavtalen. 4. Ulike oppfatninger blant ansatte om bruk av varsel om utskrivningsklar pasient. 5. Manglende varsel om utskrivningsklar pasient. 6. Manglende informasjon (epikrise eller tilsvarende) 7. Manglende informasjon knyttet til medikamenter ved utskrivelse: 8. Samhandlingsavvik meldes i liten grad:	15/ 274	Det ble svart fra klinikkledelsen 15.7.-15. Her ble det beskrevet tiltak for å lukke avviket. I etterkant er det i tillegg utarbeidet en tilbakemelding på rapporten, 19.10.2015, som tydeliggjør hvilke tiltak UNN planlegger for å sikre implementering av tilstrekkelige gode rutiner i hele foretaket. I dette svaret ønsker UNN å korrigere bildet om at det er gjort lite med oppfølging og opplæring i forbindelse med samhandling om utskrivning av pasienter 1. Saken er lagt frem for Overordnet samarbeidsorgan mellom UNN og kommunen. (OSO) Samhandlingsavdelingen følger opp dette arbeidet. 2. Opplæringen som har vært gitt har ikke vært tilstrekkelig. Det er opprettet et prosjekt med egen utskrivningskoordinator. 3. Flytskjema for elektronisk utskrivningsprosedyre er ikke i samsvar med tjenesteavtalen. Avtalen ble inngått i 2012 og er ikke justert i	LUKKET i brev 2.12.2015 Fylkesmannen forutsetter at tiltakene følges opp og evalueres for å se om de har den ønskede effekt.	Funn fra dette tilsynet gjøres kjent for alle kliniske avdelinger som har pasienter som skrives ut til kommunene; ny koordinator i Samhandlingsavdelingen har en sentral rolle i dette. Nye rutiner for utskriving er under arbeid og skal implementeres i hele foretaket. Dette arbeidet ledes av Samhandlingsavdelingen i UNN. Det lages en egen sak til neste møte i OSO med forslag til forenkling av avvikssystemet samt hvordan man kan bedre følge opp innmeldte avvik.

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
					forhold til dagens praksis. Ordlyden i tjenesteavtalen revideres og utskrivningskoordinatoren skal bidra til at gjeldende prosedyrer og avtaler gjøres kjent og etterleves. Utbedring av avvik 4, 5 og 6 vil bli ivarettatt av utskrivningskoordinator 7 . Her inngår samstemming av legemiddellister som et tiltak. Det er en del av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet og innebærer særlig kvalitetssikring av legemiddelbruk ved innleggelse og utskriving. 8 . Samhandlingsavvik meldes i liten grad:		
NR.24. NEMKO	UNN HF 10.-14.-10- 2015	Oppfølgingstilsyn etter sertifisering etter ISO 14001-2004 Grønt sykehus	Tre avvik: 1) Mangelfulle forhold rundt Formalinbehandling 2) Det er ikke tilstrekkelig teknisk tilrettelagt av vaskehaller etter lover og forskrifter. 3) Mangelfull ivaretagelse av ledelsens ansvar.	14/ 4933	De ansvarlige i de berørte klinikkene er informert om avvikene, samt at Arbeidsmiljøutvalget er orientert etter revisjonen. 1: Rutinene ved Longyearbyen sykehus er midlertidig endret og ny prosedyre for håndtering av formalin vil bli utarbeidet. Til orientering gjennomfører yrkeshygieniker ved UNN en kontrollmåling av formalin på en utvalgt avdeling i foretaket. Ny prosedyre som omhandler håndtering av formalin i UNN, vil bli utarbeidet når resultatet	LUKKET i brev av 11.12.2015	Rapporten er gjort kjent i AMU for å sikre best mulig læring i hele foretaket. Neste oppfølgingsrevisjon er planlagt til 2016-10-10-/12

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
					<p>av denne målingen foreligger.</p> <p>2: For å finne en god løsning på å lukke dette avviket krever det en avklaring på en del problemstillinger med blant andre utleier. I møte den 13.11.2015 der avviket ble behandlet, er det besluttet å bruke mer miljøvennlige vaskemidler som strakstiltak (vedlegg 2).</p> <p>Videre er det satt opp en tiltaksplan for å sikre forsvarlig vask av bilene på alle ambulansestasjonene Drifts- og eiendomssjef vil følge opp at tiltaksplanen gjennomføres innen fristene.</p> <p>3: <i>Mangelfull ivaretagelse av ledelsens ansvar</i> er håndtert av administrerende direktør. Dokumentasjon på den avtalebaserte praksis som erstatter stillingsbeskrivelse for klinikk og sentersjefer følger vedlagt (vedlegg 3).</p> <p>Anbefalingene er sendt til de ansvarlige for vurdering med frist til 4. desember for tilbakemelding til prosjektleder.</p> <p>Svar sendt NEMKO innen fristen.</p>		
NR. 25.	UNN HF 11. og 12.	Refusjon fra NAV for foretakets løpende	Internrevisjonen konkluderer med at den interne styring og kontroll ved	14/ 4533	Det er utarbeidet en handlingsplan hvor det er utarbeidet tiltak til	LUKKET	Anbefalingene inkluderer blant annet at UNN sørger

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
Intern-revisjonen i Helse Nord RHF	2014	ytelser ved arbeidstakers fravær	Universitetssykehuset Nord-Norge knyttet til refusjon fra NAV har svakheter som bør forbedres, men at det samlet sett er etablert en internkontroll som gir rimelig sikkerhet for at foretaket mottar den refusjon de er berettiget til, for løpende ytelser ved arbeidstakers fravær. UNN får 12 anbefalinger til konkrete tiltak.		samtlig anbefalinger Handlingsplanen følger som vedlegg og er sendt til Helse Nord.		for at alle ledere med personalansvar får kjennskap til regelverk og rutiner som kreves for at tilgjengelige rettigheter benyttes og at fraværet registreres riktig.
NR.26. Fylkesmannen i Troms	Diagnostisk klinikk, Røntgenavdelingen. 8.9.2015	Bekyrings-melding hvor det fremgår at bemannings-situasjonen medfører lang ventetid på beskrivelser av billed-diagnostiske undersøkelser	Fylkesmannen har fått etterspurt dokumentasjon og finner at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jfr. Internkontrollforskriften § 4 Fylkesmannen ber om ny redegjørelse om situasjonen ved røntgenavdelingen per. 1. 4. 2016. Redegjørelsen bør inneholde statusoppdatering og vurdering fra ledelsen	15/4314	Klinikkjefen har i sin tilbakemelding redegjort for situasjonen. Svartiden er for lang og prosedyren som prioriterer rekkefølgen av undersøkelser følges ulikt. Det er gjennomført flere tiltak for å stabilisere driften. Det er lyst ut flere overlegestillinger og det arbeides med å få på plass nye leger. Når nye LIS leger er opplært til vakt vil overlegene som nå tar disse vaktene være mer tilstede på dagtid og vil bedre situasjonen med lang svartid. I Harstad tilsettes det to nye radiologer i løpet av første halvår 2016.	Saken er avsluttet Frist 1.4.2016	
NR.27. Arbeidstilsynet	Diagnostisk klinikk, Røntgenavdelingen Jan. 2015	Postalt tilsyn – krav om opplysninger i forhold til overholdelse av bestemmelsene i AML § 18-5	Arbeidstilsynet har fått statusredegjørelse og ut fra de opplysninger som er gitt anser arbeidstilsynet at arbeidstakerne gjennom KVAM apparatet har fått	Sak 14/4490	Det er innhentet råd fra eksterne konsulenter og rådene er fulgt, faktaundersøkelse fra UNN's BHT og HR-utvikling bistår i den videre planleggingen.	LUKKET i brev av 15.1.2016	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			ivaretatt sin medvirkningsrett og finner ikke grunnlag for å gi pålegg i saken.				

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

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

§ 5 Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Definisjon av avvik

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

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

Definisjon på pålegg

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

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

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

Internrevisjonen anbefaler at UNN iverksetter 12 tiltak for å bedre internkontrollen relatert til refusjonsberettiget fravær:

Anbefalinger	Tiltak	Ansvar	Status
Utarbeide målsettinger og tiltak knyttet til refusjonsberettiget fravær.	Definere og nedfelle klare målsetninger og tiltak for refusjonsprosessen.	Lønn og Arbeidsgiverstøtte	Gjennomført, med unntak av rutiner for purreprosesser.
Benytte dokumentert risikovurdering for å avdekke og håndtere risikoer for manglende måloppnåelse relatert til refusjonsberettiget fravær.	<ul style="list-style-type: none"> Lære opp medarbeidere på sykelønn i å bruke risikovurdering som et verktøy Identifisere risikoområder og vurdere risiko knyttet til hvert område Etablere rutiner for bruk av risikovurdering i de daglige rutinene 	Lønn og ØAA	Tiltakene skal følges opp innen 1. mai 2016.
Ta initiativ til en regional avklaring om hvor retningslinjer, prosedyrer, veiledninger og annet støttemateriell presenteres, slik at beskrivelser og veiledning i minst mulig grad må vedlikeholdes mer enn ett sted, og at vedlikeholdsansvaret er avklart.	Melde saken til Forvaltningsforum lønns- og personalsystem i Helse Nord	Lønn	<p>Lønn har meldt saken til Forvaltningsforum lønns- og personalsystem ansvarlige.</p> <p>Helse Nord følger opp dette tiltakspunktet. Arbeidet med å avklare hvor ansvaret for retningslinjer, prosedyrer etc knyttet til refusjonsbehandlingen skal ligge presenteres i HR sjef og økonomisjefmøte.</p> <p>Vedlikeholdsansvaret legges til Regional systemenhet og Forvaltningsforum lønns- og personalsystem.</p>
Gjennomgå og formalisere intern	<ul style="list-style-type: none"> Kartlegge hvem som gjør hva i 	Lønn	Gjennomført

ansvars- og oppgavefordeling relatert til fravær og refusjon.	<p>arbeid relatert til fravær og refusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avgjøre hvem som skal gjøre hva og utarbeide skriftlige prosedyrer der disse ikke finnes i dag eller er mangelfulle 		
Forsikre seg om at legers egenmeldte fravær blir registrert i GAT, på lik linje med andre yrkesgruppers fravær.	<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp ledere i enkeltsaker • Opplæring av ledere • Bruke avvikssystemet for å følge opp tilfeller der refusjonsberettiget fravær ikke har blitt registrert i GAT 	Lønn	Kontinuerlig prosess. Sykelønn planlegger årlig gjennomgang med klinikkene. Arbeidet vil styrkes ytterligere når klinikkdedikerte rådgiverteam opprettes i løpet av våren 2016.
Sørge for at alle ledere med personalansvar har kjennskap til regelverk og rutiner som kreves for å etterspørre/påse at tilgjengelige rettigheter benyttes og at fravær registreres riktig.	<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp ledere i enkeltsaker • Opplæring av ledere • Informere om at sykelønn er tilgjengelig for lederstøtte og rådgivning 	Lønn	Kontinuerlig prosess. Arbeidet vil styrkes ytterligere når klinikkdedikerte rådgiverteam opprettes i løpet av våren 2016.
Oppdatere fraværskoderegistreringen i GAT og PAGA slik at de feil og mangler som påpekes av internrevisjonen blir korrigert.	Avstemme fraværskodene i GAT og PAGA og korrigere koder som ikke er i samsvar mellom systemene.	Lønn + Regional systemenhet	Gjennomført
Dokumentere beregninger av sykepengegrunnlaget, slik at disse kan kontrolleres og nyttiggjøres i ettertid.	Beregninger av refusjonsgrunnlaget arkiveres på en sånn måte at det kan foretas kontroller i ettertid.	Lønn	Beregningene kvalitetssikres ved manuell kontroll.
Være pådriver for å innført funksjonalitet i PAGA som gjør det mulig å velge om differanser for det enkelte krav skal føres som inntektsjustering eller tap.	Ta opp problemstillingen i ulike møter med Bluegarden og interne møter i Helse Nord.	Lønn + Regional systemenhet	Gjennomført
Utarbeide retningslinjer for oppfølging av differanser mellom innsendte krav og mottatte refusjoner, purring av	I samarbeid med regional systemenhet får en medarbeider på sykelønn i oppgave å utarbeide et utkast til	Lønn	Foretaket har gode oppfølgings- og purrerutiner. Ikke alle er nedfelt skriftlig og arbeidet med å formalisere

<p>utestående krav og avskrivning av krav i PAGA. Retningslinjene bør omfatte tidsfrister, beløpsgrenser og bestemmelser om årsaksvurdering av differanser.</p>	<p>retningslinjer.</p>		<p>samtlig rutiner skriftlig er startet og vil være ferdig innen 1. mars 2016.</p>
<p>Kartlegge årsakene til differanser mellom innsendte krav og mottatte refusjoner, og vurdere iverksetting av tiltak for å redusere disse.</p>	<p>Kartlegge årsaker til differanser og foreslå tiltak.</p>	<p>Lønn + Bluegarden</p>	<p>Kartleggingen er gjennomført. De viktigste årsakene til differanser er a) feilregistrering som for eksempel feil registrering av ferie i sykdomsperioden og b) systemfeil har også medført dobbeltregistreringer.</p> <p>Systemfeilene er rettet av Bluegarden. Systematisk opplæring av ledere skal bidra til reduksjon av øvrige differanser mellom innsendte krav og mottatte refusjoner.</p>
<p>Styrke lederoppfølgingen av refusjonsprosessen internt i personal- og organisasjonsavdelingen og i økonomiavdelingen, blant annet ved å ta i bruk tilgjengelig rapportfunksjonalitet i PAGA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Etablere arenaer for kontinuerlig forbedringsarbeid 	<p>Lønn</p>	<p>Lønn deltar sammen med personal og regnskap i et arbeid med å forbedre arbeidsprosessene. I dette arbeidet vil det blant annet vurderes å innføre bruk av tavle- og forbedringsmøter i forbedringsarbeidet.</p>



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
25/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.3.2016
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Grete Åsvang

Årlig melding 2015

Innstilling til vedtak

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

Sammendrag

Årlig melding for Universitetssykehuset Nord-Norge HF foreligger som saksfremlegg til denne styresaken, etter mal gitt av Helse Nord RHF. Meldingen viser at de fleste krav i Oppdragsdokument 2015 enten er oppfylt eller påbegynt. Rapporteringen viser ingen områder med systematisk svikt eller gjennomgående dårlig oppfyllelse av eiers krav, men peker også på områder det er nødvendig å styrke ytterligere i 2016.

Saken redegjør for hvordan økonomiske krav og rammebetingelser er løst i 2015 samt hvordan faglige resultater følges opp, og bidrar til å sikre kravene til kontinuerlig forbedring. Saken drøfter også forhold knyttet til personell, utdanning og forskning samt hvordan utviklingen knyttet til årsverk i psykiatrien versus somatikken er løst, og hvorvidt dette svarer til kravene i *Den gylne regel*.

Direktøren anser at den årlige meldingen og redegjørelsen i denne styresaken gir en tilfredsstillende oppsummering av hvordan oppdraget for 2015 er løst innenfor de rammene som var gitt, og anbefaler at meldingen godkjennes for oversending til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Årlig melding 2015 rapporterer i hvilken grad Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har fulgt opp kravene i *Oppdragsdokument 2015 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*, og redegjør for planlagte tiltak på områder der målene ikke er nådd. Strukturen i rapporteringen vektlegger helseforetakenes vurderinger av bakenforliggende årsaker til oppnådd resultat. Helseforetakenes rapportering danner grunnlaget for Helse Nord RHF's *Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet*.

Formål

Formålet med denne saken er styrets gjennomgang og godkjenning av *Årlig melding 2015* for UNN for oversendelse til Helse Nord RHF.

Saksutredning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har i 2015 særlig hatt fokus på reduksjon av fristbrudd og ventetider, kontinuerlig forbedringsarbeid, læring av hendelser, etablering og registrering av 28 kreftpakkeforløp og tilrettelegging for den nye, mer delaktige pasientrollen.

UNN har hatt oppfølgingsaktiviteter på alle områder i oppdragsdokumentet, men samtlige oppfølgingspunkter er ikke fullt ut oppfylt. Noen av rapporteringspunktene er løpende aktiviteter som ikke ferdigstilles i 2015, og er gjenstand for langsiktig arbeid og kontinuerlig forbedring.

Felles økonomiske krav og rammebetingelser

Ledelsens gjennomgang av internkontroll er gjennomført tertialvis. Det er etablert strukturer for oppfølging av blant annet pasientsikkerhetsprogrammet, pasientforløpsarbeidet, pasientskadesaker/-hendelser, pasienttilbakemeldinger og smittevernarbeidet. Faglige resultater følges opp gjennom blant annet data kvalitetsregister, komplikasjonsmøter og nasjonale kvalitetsindikatorer. Det har vært fokus på å øke innsatsen for å sikre en kultur for læring og kontinuerlig forbedring.

UNN har etablert rutiner som skal sikre at miljøkrav vurderes ved hver enkelt anskaffelse. God og lett tilgjengelig informasjon er innført som virkemiddel for å sikre avtalelojalitet, i tillegg til Innkjøps- og logistikksystemer og web-portaler for bestilling av tjeneste- og pasientreiser. UNN har innført rutiner for forankring og godkjenning av utviklings- og endringsprosjekter knyttet til IKT, herunder at prosjekter forelegges Helse Nord RHF før igangsetting.

Skype for business er under innføring for administrative møter og undervisning, og etter hvert også i pasientbehandling. Bruk av Skype er del av miljømålene og inngår som miljøtiltak, og erstatter tjenestereiser der det er mulig.

Pasientens helsetjeneste

UNN har etablert standardiserte pasientforløp på 28 kreftdiagnoser, med forløpskoordinatorer og forløpsansvarlige for alle pakkeforløpene. Det har vært jobbet systematisk med å øke kvaliteten i registrering av pakkeforløpene, som har resultert i at UNN har relativt få kodefeil. UNN leverer samlet sett godt innenfor 70%-målene i pakkeforløpene. Det er etablert opplæringsansvarlige for kodeopplæring i pakkeforløp. Pasientadministrative rutiner er korrigeret etter innføring av ny pasient- og brukerrettighetslov. Det er gitt omfattende opplæring i vurdering av henvisninger og koding.

Pasienter i UNN fikk tilgang til sin elektroniske journal via www.helsenorge.no senhøsten 2015, og flere enn tidligere innkalles til time i første svar på henvisningen. Medisinsk klinikk har etablert et tverrfaglig sammensatt team, Pasientsentrerte helsetjenesteteam, som koordinerer tjenester for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

UNN har jobbet med utvikling av et elektronisk verktøy for innhenting av pasienters erfaringer, til bruk i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. I det nye verktøyet, som piloteres våren 2016, er det også lagt opp til at pasienterfaringer gjøres tilgjengelige for pasientene i den digitale løsningen.

I forhold til *Den gylne regel* har UNN større vekst i årsverk for somatikk enn for psykisk helsevern og rus, som delvis skyldes vakante stillinger i psykisk helsevern samt generelt overforbruk i somatikk. Ventetiden er kortere for rus og psykiatri enn for somatikk, og aktiviteten har samtidig hatt større prosentvis vekst innen rus og psykisk helsevern enn for somatikk. *Den gylne regel* er oppfylt på disse områdene.

Det er avtalt at Tromsø kommune skal videreføre ivaretagelse av overgrepsmottak for egen kommune samt 16 kommuner i midt- og Nord-Troms. UNN er i dialog med Harstad kommune om eventuell videreføring av overgrepsmottak for Harstad, Kvæfjord og Lødingen.

Psykisk helse- og rusklinikken har meldt sin interesse for etablering av medikamentfritt døgntilbud. Det er etablert en arbeidsgruppe i regi av Helse Nord RHF som skal utrede faglig utforming av tilbudet. Planen UNN-styret har vedtatt for økt frivillighet i psykiatrien er under implementering, med jevnlig tilbakemelding på status til klinikkledelsen.

Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

UNN har ansvar for sju nasjonale/ flerregionale kvalitetsregistre. Dekningsgraden for *Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi* er på 60%, *Nasjonalt register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer* på 20%, *HISREG* på 8% og *Norsk register for analinkontinens* på 57%. *Norsk Nakke og Ryggregister* og *Norsk register for gastrokirurgi* er under etablering, og dekningsgraden ikke kjent. Alle registrene følges opp av egen fagansvarlig og registersekretærtjeneste.

Det er etablert midlertidige avtaler om funksjonell forvaltning av kliniske systemer innenfor radiologi. Arbeidet er forventet ferdigstilt i løpet av første halvdel 2016. Forvaltningsrådet er ikke opprettet. Radiologisk Fagforum benyttes midlertidig som rådgivende organ.

Klinikksjefene er ansvarlig for implementering av pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker i egen klinikk. Pasientsikkerhetskoordinator i Kvalitetsavdelingen følger opp og understøtter arbeidet. UNN har i samarbeid med Sykehusapotek Nord HF utarbeidet en regional prosedyre for samstemming av legemiddellister inn og ut av sykehus. Implementeringsarbeidet pågår med klinikkvis utrulling. Fremdrift i implementering av tiltaksområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet følges regelmessig av Kvalitetsutvalget og i oppfølgingsmøter med klinikkene.

Medisinsk klinikk ved Gastro- og nyremedisinsk sengepost og Psykisk helse- og rusklinikken har etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB¹, får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Det er behov for å utvikle samarbeidet mellom andre somatiske fagområder og psykiatri-/ rusmiljøene.

¹ Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Etterlevelse av de nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk er ett av oppfølgingspunktene på smittevernvisittene. Mikrobiologisk avdeling er fagansvarlig for antibiotikabruk i UNN og rapporterer til Nasjonale myndigheter om forbruk i tråd med retningslinjer.

Det er gjennomført omfattende risikoanalyse for ulike scenarioer som vil påvirke driften ved sykehusene, herunder bortfall av kritisk infrastruktur ikt, vann og strøm. Det er også gjennomført risikovurderinger på informasjonssikkerhet. Risikoreduserende tiltak er dels implementert, dels under implementering.

Personell, utdanning og kompetanse

UNN har iverksatt ordningen med fast ansettelse av leger i spesialisering. UNN koordinerer nå spesialistutdanningen på vegne av Helse Nord RHF, og har i den forbindelse ansatt en regional koordinator som starter 1.3.2016. UNN har ansatt tre leger for spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin

UNN innfrir måltallene for praksis og turnusplasser. I 2015 har totalt antall studenter, elever, lærlinger og turnuskandidater vært på omlag 1790. UNN deltar i Nordnorsk samarbeidsorgan for helseutdanning, med deltakere fra primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene, der blant annet strategier for kompetanseutvikling og framtidig kompetansebehov diskuteres.

UNN har deltatt i arbeidsgruppen som har utarbeidet Regional handlingsplan for rekruttering. I januar 2016 var det 25 ansatte i UNN som hadde uønsket deltid. Avdelingene tilstreber å gi ansatte økt stillingsprosent ved uønsket deltid. I 2015 var det totale sykefraværet på 8,5%. UNN har tatt i bruk ny fraværsrapportering i HN LIS², som gir mulighet for ferskere fraværsrapportering.

Forskning og innovasjon

Handlingsplan for *HelseOmsorg 21* ble lagt frem høsten 2015. UNN har startet arbeidet med å følge opp dokumentets prioriterte satsningsområder. Det er innført krav om begrunnelse dersom brukarmedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av kliniske studier eller helsetjenesteforskning i alle prosjekter som søker forskningsmidler fra Helse Nord RHF.

Gjennom samarbeid i det nasjonale forskningsstøttenettverk NorCRIN jobber UNN for å legge til rette for å øke antall multisenterkliniske studier der UNN er involvert, for å gjøre utprøvede behandling bedre tilgjengelig for pasienter i regionen. Samarbeidet skal også bidra til å øke vår kompetanse innen klinisk behandlingsforskning.

Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, Arbeidsmiljøutvalget, samt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 14-16.3.2016. Samtlige møter og utvalg

² Helse Nords ledelsesinformasjonssystem

sluttet seg til sakens fremstilling. Referater og protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet.

Vurdering

Oppdragsdokumentet for 2015 ble videreformidlet til klinikker og sentre ut fra ansvarsområder, og fulgt opp gjennom dialogavtaler og oppfølgende dialogmøter med klinikk- og senterledere i egne møter gjennom året.

De aller fleste oppdragene i oppdragsdokumentet er enten oppfylt eller påbegynt. Rapporteringen viser ingen områder med systematisk svikt eller gjennomgående dårlig oppfyllelse av eiers krav. Direktørens vurdering av status i UNNs arbeid med de ulike områdene i oppdragsdokumentet fremkommer i stor grad gjennom styresakene til de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene, ledelsens gjennomgang tertialvis og saker knyttet til enkeltforhold.

Etter direktørens vurdering er det også i 2016 en viss fremgang i foretakets arbeid med internkontroll, og arbeidet med å gjennomføre tiltak for å nå de miljømål som er satt er godt i gang. Direktøren er fornøyd med at arbeidet på en rekke områder knyttet til *Pasientens helsetjeneste* og *Kvalitet, Pasientsikkerhet, smittevern og beredskap* gir resultater. Antall fristbrudd er betydelig redusert, og gjennomsnittlig ventetid er på vei ned mot nasjonalt krav ved at antall langtidsventende er betydelig redusert. Det intensiverte arbeidet med smittevern gir positive resultater, og kreftpakkeforløpene er i hovedsak godt implementert. Innen utdanning og forskning pågår det en god utvikling i foretaket, mens det er behov for å styrke arbeidet med innovasjon.

Det er samtidig forbedringspotensiale på flere områder. En av de utfordringer som går igjen er oppdrag som er relevante for flere klinikker. Her er vi ikke alltid god nok til å definere hvem som skal ha det overordnede ansvaret for å sikre at oppdraget koordineres og oppfylles. Det jobbes videre med løsning på utfordringen i 2016.

Det aller viktigste for å utvikle UNN videre i tråd med føringene om å utvikle *Pasientens helsetjeneste* og nå målene i foretakets visjon og overordnede strategi er å utvikle UNN som en lærende organisasjon. Det forutsetter størst mulig grad av åpenhet og en gjennomgående kultur for å lære av avvik og uheldige hendelser. Dette vil være et hovedfokus for direktøren i 2016, og omtales nærmere i styresaken *Ledelsens gjennomgang for 3. tertial 2015*.

Konklusjon

Direktøren anser at den årlige meldingen og redegjørelsen i denne styresaken gir en god oppsummering av hvordan oppdraget for 2015 er løst innenfor de rammene som var gitt, og peker på områder som skal utvikles videre i 2016.

Direktøren anbefaler styret å oversende årlig melding 2015 til Helse Nord RHF.

Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)

Vedlegg: Årlig melding 2015 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF



Rapportering årlig melding 2015

Til Helse Nord RHF fra
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVIESSU



Innhold

1	Om rapporteringen	3
2	Felles økonomiske krav og rammebetingelser	4
2.3	Risikostyring og internkontroll	4
2.4	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning	4
2.5	Innkjøp	5
2.6	Klima- og miljøtiltak	7
3	Pasientens helsetjeneste	9
3.1	Somatikk	14
3.2	Psykisk helsevern og rus	17
3.3	Samhandling	20
4	Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap	22
4.1	Kvalitet	22
4.2	Pasientsikkerhet	25
4.3	Smittevern	26
4.4	Beredskap	27
5	Personell, utdanning og kompetanse	29
5.1	Helse, miljø og sikkerhet	34
6	Forskning og innovasjon	36
7	Styringsparametre 2015	38
7.1	Styringsparamete	38
7.2	Rapporteringskrav	43
9.2	Sak til HF styrebehandling	45

1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2015** til Helse Nord RHF. De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet. Det er i tillegg lagt inn nummerering på rapporteringskravene.

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

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

Rapporteringsteksten skal kort beskrive tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Nyttige linker som kan brukes for innhenting av informasjon:

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

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

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste: <http://www.kunnskapssenteret.no/>

Helsenorge - Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer

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

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre - <http://www.kvalitetsregistre.no/kvalitetsregistre/>

2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

Økonomiske krav rapporteres ikke lenger i Årlig melding. Disse forholdene ivaretas gjennom månedlige virksomhetsrapporteringer.

2.3 Risikostyring og internkontroll

Mål 2015:

- 2.3.1 Ledelsens gjennomgang av internkontroll skal styrebehandles. Gjennomgangen skal være basert på sammenlignbar statistikk som omfatter kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen skal også inneholde:
- ROS- analyser
 - Gjennomgang av informasjonssikkerhet, klima og miljø, og beredskap
 - Oversikt over gjennomførte og planlagte interne og eksterne tilsyn og revisjoner
 - Status for pålegg eller avvik som er gitt av tilsynsorganer jf. styresak 148-2014
 - Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål
 - Som del av saken skal styret vurdere foretakets resultater, årsak til variasjon, samt identifisere og prioritere tiltak.

UNN har i 2015 gjennomført tertialvis rapportering av Ledelsens gjennomgang. Tiltak og ansvar for gjennomføring fremkommer i styresak og rapport. Det gjennomføres drøftinger med tillitsvalgte og rapportene behandles i Brukerutvalget, Kvalitetsutvalget og Arbeidsmiljøutvalget før oversending til styret (Styresak 24/2015, 58/2015 og 85/2015).

- 2.3.2 Det skal vurderes om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.

Det er etablert strukturer for oppfølging av pasientsikkerhetsprogrammet, pasientforløp, pasientskadesaker/-hendelser, pasienttilbakemeldinger, smittevern. Faglig forhold og vurderinger følges opp blant annet gjennom kvalitetsregistre, komplikasjonsmøter og nasjonale kvalitetsindikatorer. UNN har på plass strukturer og prosesser for planlegging, gjennomføring, kontroll og korreksjon i forbedringsarbeidet.

Organisasjonen er i kontinuerlig endring både i forhold til strukturell organisering, prosesser og resultatoppfølging, med særlig fokus på systematisk og kontinuerlig forbedring. Organisering og ledelse understøtter arbeidet med styrket pasientsikkerhet og forbedringsarbeid for øvrig med ressurser, jevnlig rapportering, ledersamlinger og lederfokus i andre sammenhenger. Disse strukturene i seg selv er gjenstand for kontinuerlige vurderinger med tanke på ytterligere styrking.

2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Mål 2015:

- 2.4.1 Bidra til å trappe opp virksomheten i Sykehusbygg HF i tråd med intensjonene med etableringen og involvere Sykehusbygg HF i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner. Dette gjelder også for prosjekter som allerede er under gjennomføring.

Det er gjennomført konkret avklaring med Sykehusbygg om deres involvering i de pågående prosjektene A-fløya og PET-senteret. Sykehusbygg er involvert i arealplanarbeid og engasjert i Idefase for psykiatri. Det pågår prosess i det regionale helseforetaket om virksomhetsoverføring. Samlet vurdert oppfyller foretaket sine forpliktelser i tråd med intensjonene.

- 2.4.2 Innen utgangen av 2. tertial skal helseforetakene utarbeide en plan for å realisere gevinster/effekter av FIKS1-prosjektet. Planen skal vise de viktigste gevinstområder, konkrete tiltak som er nødvendig for å realisere gevinsten, samt tidsfrist og hvem som er ansvarlig for å hente ut gevinstene.

Planer for gevinstrealisering av FIKS prosjektene utarbeides sammen med implementeringsprosjektene. Det er etablert prosjektrådgiverfunksjon til å støtte prosjektlederne i gevinstrealiseringsarbeidet. Styret er orientert om arbeidet med gevinstrealisering i sak 70/2015. Utviklingen av DiPS Arena er foreløpig kommet for kort til at det kan lages en detaljert plan for gevinstrealisering.

- 2.4.3 Bidra til å utvikle en helhetlig vedlikeholds strategi som et ledd i rullering av Plan for Helse Nord 2016–2019.

Tilstandsvurdert etterslep er på kr 2,1 milliard. Konkrete tiltakslistene er utarbeidet og danner grunnlag for en 3-årig vedlikeholdsplan. Risikovurdert prioritering av årets tiltak, såkalt «rødliste», ligger som vedlegg til dialogavtalen. Etter 2 år med midlertidig budsjettkutt har UNN for 2016 den internt avtalte ramme på 40 millioner pr år til vedlikehold.

Foretaksspesifikke mål 2015:

2.5 Innkjøp

Mål 2015:

- 2.5.1 Bidra med tilstrekkelige ressurser ved deltakelse i regionale og nasjonale anskaffelsesprosesser og til kategoristyringsprosjektet.

UNN bidrar godt med ressurser i regionale og nasjonale anskaffelsesprosesser, og har ledet gjennomføringen av enkelte av de regionale anskaffelsesprosessene. UNN gir alltid tilbakemelding på forespørsler fra Helse Nord RHF om forslag til prosjektdeltakere. I forhold til kategoristyringsprosjektet avventer UNN ny bestilling fra Helse Nord RHF.

¹ Felles innføring kliniske systemer

2.5.2 Bidra til å utarbeide en regional plan for medisinteknisk utstyr (MTU) som skal være grunnlaget for regionale og nasjonale MTU-anskaffelser.

UNN har startet arbeid med kategorisering av alt medisinsk tekniske utstyr (MTU) i henhold til nasjonal kategoristruktur for spesialisthelsetjenesten. Dette er et viktig verktøy for å lage investeringsplan for MTU, og deretter bidra i planlegging av regionale eller nasjonale anskaffelser av MTU.

2.5.3 Sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav.

UNN har i sine anskaffelsesrutiner innarbeidet rutinebeskrivelser, skjemaer og andre dokumenter for å ivareta miljøhensyn. Dette skal bidra til en systematisk tilnærming til å kunne stille relevante miljøkrav i alle anskaffelser. De ulike dokumentene som ivaretar miljøhensyn i anskaffessammenheng ligger i Docmap:

- Informasjon til deg som prosjektdeltaker (Dok.nr.: RL4293)
- Innkalling og agenda for oppstartsmøte (Dok.nr.: RL4294)
- Konkurransbestemmelser (Dok.nr.: RL4293)
- Konkurransgrunnlagene (Dok.nr.: PR35456, PR35458)
- Tilbudsbrev (omhandler også miljøsertifisering av leverandører) (SJ6983)
- Kravspesifikasjon (eget punkt med standardiserte miljøkrav som må gjennomgås ved hver anskaffelse) (Dok.nr.: RL4287)
- Prisskjema (egen kolonne for miljømerkede produkter) (Dok.nr.: OL2013)
- Alminnelige innkjøpsvilkår (Dok.nr.: RL4296)

Dette innebærer at miljøkrav vurderes ved hver enkelt anskaffelse.

2.5.4 Innfri målkrav i bølge 2[2] om 1 mrd. i samlet omsetning gjennom innkjøps- og logistikksystemet Clockwork der anslagsvis nøkkel er: UNN (50 %), Nordlandssykehuset (30 %), Helgelandssykehuset (10 %) og Finnmarkssykehuset (10 %). Innen 31.03.15 skal det legges fram en tiltaksplan for hvordan dette målet skal nås. Samtidig skal tilsvarende plan for 2014 være evaluert.

UNN hadde i 2015 en omsetning på kr 348 millioner kroner gjennom innkjøps- og logistikksystemet Clockwork (CWL). Dette utgjør 69,6% av de 500 millionene Helse Nord RHF har satt som måltall for UNN. Tilsvarende tall for 2014 og 2013 var kr 335 millioner og kr 313 millioner. I tillegg ble det i 2015 foretatt ca 2850 bestillinger i CWL uten prisangivelse og der faktura ble behandlet i AIM. Omsetningen over disse bestillingene er trolig på mange titalls millioner.

UNN jobber for økt bruk og omsetning av CLW, men funksjonalitet og brukervennlighet på flere områder i systemet skaper utfordringer i å lykkes med økt bruk av systemet. Spesielt gjelder dette fakturaavviksbehandling i e-procurement samt bestillinger av ikke-forhåndsregistrerte leverandørartikler i CWL. UNN mener det er behov for at Helse Nord RHF tar et større ansvar for å få bedret funksjonalitet og brukervennlighet på nevnte områder. UNN er fornøyd med at Helse Nord har tatt initiativ til å få utarbeidet velegnede KPIer til å måle bruk, samt utvikling i bruk av CWL.

^[2] Prosjekt for å sørge for økt omsetning gjennom Clockwork. Opprinnelig målsetting er at alt av varekjøp skal gjøres i systemet, målsetting med bølge 2 er en samlet omsetning i systemet på minst 1 milliard kroner.

Dette sparer foretakene for mye arbeid, og bidrar positivt til å øke bruken av CWL.

2.5.5 Ha lojalitet til og sikre optimal utnyttelse av inngåtte lokale, regionale og nasjonale avtaler.

En vesentlig forutsetning for god avtalelojalitet er god avtaleinformasjon. God avtalelojalitet oppnås også om brukerne må benytte definerte system(er) for å bestille varer eller tjenester, eksempelvis Innkjøps- og logistikkssystem, web-portaler for bestilling av tjeneste- og pasientreiser, matvarer og eventuelt for andre avtaleområder. Dette sikrer at godkjente bestillere sluses til inngåtte innkjøpsavtaler og avtaleleverandører. Vi mener at begge disse forholdene er på plass ved UNN.

Klinikkene får informasjon om avtaler gjennom flere kanaler. Avtalene registreres i sak-/arkivsystemet e-phorte. Klinikkene gis tilgang til journalpostene som avtalene er knyttet opp mot. Videre har innkjøpsseksjonen en egen intranettside med avtaleinformasjon. Avtaleinformasjon utarbeides for hvert avtaleområde. For flere av avtaleområdene er det også lagt inn lenke til andre intranettsider for relevant informasjon, eksempelvis intranettsiden til Reisekontoret, personalavdelingen ved UNN, Helse Nord RHF mv.

Innkjøpsavtaler som omfatter forbruksmateriell (ikke tjenester) er registrert i innkjøps- og logistikkssystemet Clockwork (CWL). Brukere med tilgang til systemet kan bestille forhåndsregistrerte leverandørartikler derigjennom.

2.5.6 Sikre at alle utviklings- og endringsprosjekter knyttet til IKT godkjennes av Helse Nord RHF før de settes i gang. Helse Nord IKT som tjenesteleverandør skal tidlig trekkes inn i prosjektene. Utviklingskontrakter som inngås skal sikre at alle helseforetak i Helse Nord kan benytte resultatene.

Det er etablert struktur for forankring av prosjekter i UNN og videre godkjenning av Helse Nord RHF. Det er etablert rutiner med HN IKT for å sikre at HN IKT deltar fra tidlig fase i prosjekter.

2.5.7 Skal bidra til innovasjon ved at anskaffelser gjennomføres der innovasjon inngår som krav til tilbyder. Det skal vurderes gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av ”Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser” fra 2012.

UNN har ikke iverksatt tiltak for å oppfylle styringskrav, målet er dermed ikke nådd. UNN har prioritert effektiv gjennomføring av sine anskaffelser, generell forbedring i innkjøpsprosessene, systemforvaltning av Clockwork og generell fokus på økt avtaledekning. Det har ikke vært frigitt tid til å etablere system som fanger opp anskaffelser som egner seg for innovasjon og før-kommersielle prosjekter.

2.6 Klima- og miljøtiltak

Mål 2015:

2.6.1 Rapporten ”Miljøledelse i spesialisthelsetjenesten, statusrapport 2011–2014” skal følges opp og videreføres i 2015 i tråd med anbefalingene og med helhetlig og samordnet tilnærming til de nasjonale miljømålene.

UNN er ISO14001-2004 sertifisert og har i 2015 gjennomført første oppfølgingsrevisjon med 3 avvik og 26 anbefalinger. Alle avvik og anbefalinger er enten lukket eller planlagt lukket.

Delprosjekt klimaregnskap under hovedprosjektet Grønt sykehus har nylig ferdigstilt en rapport med krav til styringssystem for måling og kontroll av miljøaspektene. Rapporten beskriver hvilke tiltak som må gjøres for å kunne rapportere på våre miljøaspekter. Indikatorene i det Nasjonale delprosjektet «Indikatorer for ytre miljø i spesialisthelsetjenesten» er ivarettatt.

Ansatte skal gjennomføre e-læringsprogrammet for UNNs miljøpolitikk. UNN oppfordrer ansatte til miljømessige reiser til og fra jobb gjennom kampanjen gå/sykle til jobben gjennomføres hver vår/sommer/høst. Digital innsyn i pasientjournal bidrar til å spare papir og porto (postombæring). Videokonferanse brukes i stor grad. Det er lagt til rette for visuelt møterom (Lync) og oppfordring til bruk av dette. Sikker utskrift (unngår unødvendig papirutskrift) testes ut og skal tas i bruk. Det er innført reduksjon i innkjøp av forbruksvarer.

Fra 2017 er målsettingen å kunne rapportere på alle nasjonale miljøindikatorer.

2.6.2 Anbefalingene fra delrapporten ”Bygg og miljø” i det nasjonale klima- og miljøprosjektet skal følges opp, herunder arbeide kontinuerlig med å finne bedre energiløsninger ved ENØK-tiltak og ved å planlegge nybygg etter strengeste energikrav.

Det er utarbeidet handlingsplan og strenge miljø- og energikrav for nybygg ved UNN som implementeres i planlegging av nye bygg.

Målet for nye bygg er Passiv hus standard eller lavenergibygg minimum. Energiledelse er etablert med dedikert rolle og forbruk/avvik måles/monitoreres med tjenesten Esave. ENØK tiltak gjennomføres etter egen ENØK-plan basert på de tiltak vi har fått innvilget Enova-støtte for.

2.6.3 Øke bruk av teknologi (telefon/video) for å erstatte tjenestereiser.

Skype for business er under innføring og vil gjøre UNN mer uavhengig av møterom, øke mulighet og fleksibilitet og dermed utbredelse av video- og telefonmøter. Den nye teknologien vil på sikt gi muligheter innenfor telefoni og klinisk bruk. Bruk av Skype er del av miljømålene og inngår som miljøtiltak, og erstatter tjenestereiser der det er mulig.

Videokonferanser gjennomføres i alle avdelinger og enheter i forbindelse med administrative møter og undervisning. Spesielt gjelder dette seksjoner og enheter som har ansatte på ulike lokalisasjoner. Regional vurderingsenhet og Habilitering er typiske eksempler på områder som bruker slik teknologi ukentlig til faglige vurderinger.

Potensialet er ikke fullt utnyttet grunnet manglende tilgang hos både oss selv og i «andre enden». Følgende eksempler er allerede igangsatt:

- Bruk av telemedisin ved iPad i pasientbehandling hos førskolebarn med autisme. Har ført til reduksjon i reisekostnader fra 2014 til 2015. Tekniske begrensninger har ført til forsinket spredning av tilbudet. Må kjøpe inn flere iPad, samt sikre stabilt nettverk/VK.
- Oppgradering av VK studio og bedre båndbredde i virtuelle møterom har ført til mer bruk

av VK studio.

- Intensiv habilitering – oppfølging mellom samlinger skjer ved VK, både møter, veiledning og undervisning.

Lavterskeltilbud for henvendelser fra kommunen opprettet – prosjekt ”Åpen videoveiledning” (for å unngå unødige henvisninger).

3 Pasientens helsetjeneste

Styringsparameter og rapporteringskrav som er beskrevet i tekst i kapittel 3 i oppdragsdokumentet ligger i kapittel 7 i rapporteringsmalen, jf. kapittel 7 i oppdragsdokumentet hvor kravene er fremstilt i tabellform.

Mål 2015:

3.0.1 Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer.

UNN har etablert standardiserte pasientforløp på 28 kreftdiagnoser. Lean og pasientforløp står sentralt i forbedringsarbeidet i UNN. Det arbeides kontinuerlig med å forbedre pasientforløp og følge standarder som utarbeides. Fokus i 2015 har vært å etablere kreftforløpene. UNN bidrar med representanter i utarbeidelse av nye pakkeforløp, blant annet innen hjerte og psykisk helsevern.

Eksempler på andre forløp i UNN:

- Standardisert utredningspakke etablert for alle nyhenviste pasienter med utviklingsforstyrrelser – Barnehabiliteringen.
- Tidlig intervensjon autisme, TIOBA, etablert som standard behandling etter diagnostisering autismspekterforstyrrelser i førskolealder, de utrolige årene, PMTO.
- Intensiv habilitering: anbefalt nasjonalt tilbud om intensiv habilitering etablert som prøveprosjekt i påvente av eventuell finansiering.
- Medisinsk genetisk avdeling bruker standardisert pasient utredninger og genetisk testing i forhold til nasjonale retningslinje hvis de er beskrevet.
- Barnekreft.

Det jobbes med å standardisere pasientforløpene innenfor Habilitering. Hjerneslagforløpet er under revisjon. Det legges opp til revidering av forløp for multitraume, hodeskade og protesekirurgi.

3.0.2 Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter skal ha forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.

UNN har etablert forløpskoordinatorer og forløpsansvarlige for alle pakkeforløpene. Koordinatorene er gitt nødvendige rettigheter i DIPS slik at de kan overvåke pasientforløp og følge opp tilbakemeldinger fra NPR.

3.0.3 Ha god kvalitet på registrering av pakkeforløpene og bidra til å lage rapporteringsløsninger i Helse Nord LIS2.

Tilbakemeldingene fra NPR gjennomgås systematisk for å sørge for god kvalitet i registreringen av

² Helse Nords ledelsesinformasjonssystem

pasientforløp. Det er relativt få kodefeil. Ved systematiske utfordringer følges disse opp av egen forløpskoordinator sentralt i UNN. UNN leverer totalt sett godt i forhold til 70%-målene i pakkeforløpene. Resultatene rapporteres månedlig i virksomhetsrapportene.

3.0.4 Oppnevne en lokal forvaltningsansvarlig for Helse Nord LIS.

UNN har i 2015 etablert et lokalt forvaltningsteam bestående av fire personer. Teamet er satt sammen med tverrfaglig kompetanse og har en ansvarlig kontaktperson.

3.0.5 Sørge for at pasientadministrative rutiner og systemer godt ivaretar nye pasientrettigheter som følge av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, ordningen med fritt behandlingsvalg og pakkeforløp kreft.

UNN har etablert opplæringsansvarlige for kodeopplæring i pakkeforløp og gjennomført opplæring av pakkeforløpskoordinatorer. Opplæringsansvarlige har bidratt til utarbeidelse av administrative rutiner for de enkelte pakkeforløpene. Pasientadministrative rutiner er korrigert etter innføring av ny pasient- og brukerrettighetslov. Det er gitt omfattende opplæring i vurdering av henvisninger og koding. Det gjennomføres systematisk oppfølging av NPR tilbakemeldinger på kreftforløp, ventetidsdata, og pasienter meldt til HELFO. UNN har etablert to fagforum som månedlig diskuterer utfordringer i pasientadministrasjon og registreringskvalitet. Pasientadministrative rutiner følges opp via de månedlige møtene i Fagforum pasientadministrative rutiner, hvor samtlige klinikker og sentre deltar. Fagforumet har utarbeidet overordnet opplæringsstruktur for UNN som er godkjent av ledelsen og iverksettes i 2016.

3.0.6 Tilby pasienten tilgang til egen pasientinformasjon (journaldokumenter, timer, innsynslogg, etc.) i tråd med fremdriften i prosjektet «Pasientens tilgang til egen journal».

Journaldokumenter ble tilgjengelig digitalt via Helsenorge 10. desember 2015. Prosedyrer for ivaretagelse av forespørsler og henvendelser til Journalarkivet UNN ble ferdigstilt januar 2016. Prosjektet gjennomfører arbeidsmøte med klinikkene i UNN i begynnelsen av februar 2016 vedrørende visning av timer. Kommunikasjonsplan for innføring av leveranser fra prosjektet er under utarbeidelse i samarbeid med Kommunikasjonsavdelingen UNN.

3.0.7 Sørge for at pasientene får direkte innkalling til time for undersøkelse/ behandling i første svar på henvisningen.

Pasientene i UNN innkalles i økende grad til time i første svar på henvisningen. Alle som kan blir satt på time på dato innen 4 mnd. Etter 4 mnd vil pasienten få timeanslag på en uke.

3.0.8 Skal ha koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Koordinatorordningen er vel etablert i noen klinikker i UNN, blant annet Psykisk helse- og rusklinikken og Barne- og ungdomsklinikken. Innen rehabilitering har pasientene koordinatore i tverrfaglige team og får oppnevnt lege som koordinator under innleggelse. Medisinsk klinikk har etablert et tverrfaglig sammensatt team som består av medlemmer både fra kommunen og

spesialisthelsetjenesten som koordinerer tjenester for denne pasientgruppen (Pasientsentrerte Helsetjenesteteteam).

3.0.9 Sikre at pasientene har et nødvendig rehabiliterings-, habilitering- og geriatritilbud.

Rehabiliteringsavdelingen har et kontinuerlig inntak basert på henvisninger. Regional vurderingsenhet er opprettet og bidrar med å fordele tjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner. Medisinsk klinikk har ansvar og utøver et desentralisert geriatrisk rehabiliteringstilbud på OGT Finnsnes og Sonjatun. Innen rehabilitering er det etablert avtale om bruk av 2 senger med pasienter overflyttet fra NLSH ved Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk seksjon i Harstad (FRMH). Medisinsk klinikk har avtale om bruk av inntil 4 senger ved FRMH til slagrehabilitering av eldre. Koordinering av rehabiliteringssenger i ferieperioden gjøres regionalt, koordinert med OGT. I tillegg tilbys geriatrisk rehabilitering på medisinsk avdeling i Narvik.

3.0.10 Delta i oppfølgingsteam for avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Dette gjøres via Regional vurderingsenhet, Rehabiliteringsavdelingen.

3.0.11 Sørge for et godt tilbud til CFS/ME3 pasienter.

Det arbeides med finansiering og riktig dimensjonering av det tilbud som er etablert ved FRM i Tromsø. Det er stor (økende) tilgang på pasienter, men tilbudet er i 2015 blitt redusert p.g.a mangel på ressurser. Tilsvarende tilbud ved Helgelandssykehuset HF har vært begrenset. Kan høst 2015 og 2016 rekruttere og gi tilbud tilpasset behovet på bakgrunn av midler fra Regional plan for somatisk rehabilitering.

3.0.12 Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

UNN ivaretar pasienterfaringene på følgende måte:

PING-pasienttelefon: Pasienter kan henvende seg på telefon dersom de ikke har fått løst sin problemer eller det er ting ved tjenesten som ikke er tilfredsstillende. Pasienttelefonen mottok i 2015 i overkant av 300 henvendelser der enkeltsakene løses raskt i samarbeid med behandler eller behandlende avdeling. Alle sakene registreres og det utarbeides erfaringsrapporter til klinikkene årlig. Kvalitets- og utviklingscenteret vurderer om det er systemfeil eller enkeltstående tilfeller. Det er ikke avdekket systemfeil på bakgrunn av disse erfaringene.

Alle sengeposter og poliklinikker i Kreft-, kirurgi- og kvinnehelse klinikken benytter standardisert skjema i kortform fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester for å måle pasienttilfredshet. Innsamlingen skjer 3 ganger årlig og resultatene summeres opp til den enkelte enhet i rapportform. Temaer som gir dårligst score er informasjon og om man er medbestemmende i behandlingen. Rapportene gjennomgås i klinikkens KVAM utvalg.

Hjerte- og Lungeklinikker inkluderer alle pasienter som har gjennomgått blodåre, hjerte og lunge operasjoner i spørreundersøkelser. Undersøkelsen er basert på spørsmål fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Erfaringene er benyttet til forbedringer bl.a. hvordan pasienter informeres ved utskrivelse er nå mer standardisert. Det gjøres årlige sammenligninger statistisk for å

³ Kronisk utmattelsessyndrom

undersøke om tiltakene er virkningsfulle. Det hentes i tillegg inn skriftlige pasienthistorier. Historiene benyttes til refleksjoner over praksis og det er behov for tiltak. Resultatene er tilgjengelige i avdelingene for pasienter i form av poster.

Psykiatrisk klinikk benytter spørreskjema fra Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten. Alle polikliniske pasienter mottar spørreskjema. Resultatene for 2015 er oppsummer t i egne rapporter. Disse gjennomgås i lederteam og KVAM utvalg. Tiltak vurderes på bakgrunn av resultatene. Tilbakemeldingsprosenten her er noe varierende og det arbeides for å forbedre innsamlingsprosessen.

Det er nå laget en database i UNN der all innsamlet informasjon kan generere rapporter. Videre utvikling på dette felt er å digitalisere innsamlingen, rapportere resultatene i HN-LIS eller UNN-KIS. Videre skal pasienterfaringer gjøres tilgjengelige for pasientene i den digitale løsningen.

3.0.13 Vurdere å etablere standardiserte og webbaserte PROM⁴-målinger

Det er ikke gjort vurdering om å etablere PROM- målinger gjennomgående i UNN i 2015. Enkelte fagmiljø har tatt i bruk og benytter pasientopplevd utkomme som en del av behandlingsresultatet som registreres i kvalitetsregistre.

3.0.14 Bruke rapporter fra SKDE⁵ og nasjonale behandlingsveiledere for å sikre enhetlig behandlingspraksis.

Nasjonale prioriteringsveiledere benyttes i vurderingen av pasienthenvisninger i alle avdelinger. Rapportdata fra SKDE legges til grunn for kapasitets- og volumberegninger i forhold til operative fag/ dagkirurgi. Målet er å ligge nær landsgjennomsnittet i den kapasitet som tilbys. Det er ikke tilgjengeliggjort data fra fagområdet psykisk helsevern fra SKDE. Nasjonale data fra fagområdet er nylig blitt tilgjengelig. Nasjonale veiledere følges der disse foreligger. Barneatlas foreligger og vil bli brukt.

3.0.15 Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innen psykisk helsevern skal DPS og BUP prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.

Årsverk:

Endring årsverk 2014-2015	
VOP	-0,8 %
BUP	0,0 %
TSB	-0,9 %
Somatikk	0,6 %

Årsaken til større vekst i årsverk for somatikk enn for psykisk helsevern og TSB er delvis vakante stillinger i psykisk helsevern og generelt overforbruk i somatikk.

Ventetider:

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede innen voksenpsykiatri er ved utgangen av året på 54 dager. Innen barn- og ungdom er gjennomsnitt ventetid avviklede 42 dager. For hele UNN var den gjennomsnittlige ventetiden på 69 dager ved utgangen av 2015. Ventetiden er dermed lavere i psykisk

⁴ Patient reported outcome measures

⁵ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

helsevern en for somatisk virksomhet.

Aktivitet:

Endring aktivitet (pasientkontakter) 2014-2015	
VOP	7,0 %
BUP	-3,0 %
TSB	8,0 %
Somatikk	2,0 %

Aktiviteten har hatt større prosentvis vekst innen TSB og psykisk helsevern enn for somatikk, og den gyldne regel er oppfylt på dette området.

Kostnader:

Endring regnskap 2014-2015	
VOP	8,8 %
BUP	8,5 %
TSB	5,8 %
Somatikk	6,4 %

Innen VOP og BUP er kostnadsveksten større enn i somatikken. Innen TSB er den noe lavere enn somatikk.

3.0.16 Gjennomføre fagplaner i tråd med prioriteringer i Plan for Helse Nord 2015–2018.

UNN arbeider systematisk med fagplaner i klinikkene i tråd med overordnet plan for Helse Nord. Eksempler på gjennomføring av fagplaner er.

NOR-klinikken har iverksatt/i ferd med å iverksette de tiltak som er finansiert gjennom økte bevilgninger fra Helse Nord i fagplanen for Rehabilitering, Habilitering, revma og øye, for budsjett 2016.

Ved Medisinsk klinikk er det gjennomført intern revisjon på gjennomføring av fagplaner. Fagplaner i diabetes, nyremedisin, smittevern og tuberkulosekontrollprogram og lungemedisin (Harstad og Narvik) er gjennomgått. Planene er gjennomført.

Psykisk helse- og rus: Strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB i Helse Nord er under utarbeidelse og forventes ferdig 1. halvår 2016. Klinikken har vært representert i arbeidet. Planen vil være sentral i forhold til utvikling av tilbudet. Revisjon av regional inntektsfordelingsmodell tydeliggjør også prioriteringer.

3.0.17 Besvare 80 % av telefonhenvendelsene til pasientreiser innen 60 sekunder.

Fra juni 2015 har UNN forbedring i andel telefonsamtaler besvart innen 60 sekunder, sammenlignet med året før. Året sett under ett ligger vi fortsatt rundt 60 %. Fra høsten 2015 er bedre telefonservice fokusområde for LEAN-arbeidet i avdelingen. I desember ble det holdt kurs i eksternt regi. Arbeidet fortsetter internt, med tanke på forbedring av rutiner, service og kapasitetsstyring.

3.0.18 Operasjonalisering av resultat fra prosjektet felles regionale retningslinjer for kvalitetsforbedring på pasientreiseområdet.

Pasientreiser har lagt det daglige ansvaret for kvalitets- og avviksoppfølging til en egen stilling fra januar 2015. Temaet er fast punkt på møter i forbindelse med oppfølging av rekvirentene. Grunnet økt arbeidsbelastning i forbindelse med nye avtaler for pasientreiser landeveis fra juli 2015 er vi ikke helt i mål med implementeringen ved utgangen av 2015.

3.0.19 Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager. For månedene juli og august er kravet 21 dager.

Fra utgangen av august og ut 2015 har UNN saksbehandlet reiseoppgjør innen 14 dager. Målet er nådd ved fokus på produktivitet samt innleie av ressurser for å ta ned etterslep fra 2014.

3.0.20 Bidra med helsefaglige ressurser i utvikling av pasientrettet informasjon i oppbygging og utvikling av våre nettsider, og delta i regionalt/nasjonalt prosjekt med felles nasjonal nettløsninger på hels norge.no-plattformen. Det skal ikke opprettes nettsteder eller eksterne netjtjenester utenfor felles nasjonal publiseringsplattform.

Det er opprettet en lokal redaksjon bestående av helsefaglig personell og kommunikasjonsfaglige rådgivere som samarbeider om pasientrettet informasjon til de nye nettsidene.

Kommunikasjonssjefen sitter i regional styringsgruppe i prosjekt for felles nasjonal nettløsning. To kommunikasjonsrådgivere fra UNN er med i regional redaksjonsgruppe. UNN har oppnevnt en kommunikasjonsrådgiver i 50% stilling som lokal prosjektleder. UNN er i 2015 kommet så langt det er mulig å komme under de forutsetninger det nasjonale prosjektet har lagt til grunn for teknisk og innholdsmessig utvikling.

Foretaksspesifikke mål 2015:

3.1 Somatikk

Mål 2015:

3.1.1 Etablere et tilbud innen geriatri og rehabilitering som ivaretar samisk språk og kulturforståelse.

Ved Medisinsk klinikk Tromsø, Narvik og Harstad tilbys tolketjenester ved behov. Pasient Sentrert Helsetjeneste Team har ansatt samisktalende lege.

I Nord-Troms er historie, kultur og naturbruk preget av «de tre stammers møte» - møte mellom norsk, samisk og kvensk språk og kultur. OGT Nord-Troms har god tradisjon for å møte alle disse kulturene og språket. Sykepleiere med samisk språk er med under behandlingen fra terapeuter, trening i ADL og samtaler med pasient og pårørende. På samme måte benytter OGT Midt-Troms pårørende som tolk i møte med pasienter med samisk som språk.

NOR-klinikken gir tilbud om tolketjeneste for pasienter ved behov. Tilbudet vurderes som tilfredsstillende. Det har vært holdt foredrag på Rehab-uka 2015 om tilbud til samiske pasienter.

- 3.1.2 Forberede ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. Eksisterende robuste tilbud som i dag er etablert i kommunene kan videreføres gjennom avtaler. Helseforetakene må gjøre avtaler med justissektoren om rettsmedisinske undersøkelser, og det totale tilbudet må være døgnbasert. Plan for arbeidet skal rapporteres innen 10.04.15.

Tromsø kommune har ivaretatt overgrepsmottak for egen kommune samt 16 kommuner i midt- og Nord-Troms. Det er avtalt at Tromsø kommune skal videreføre ivaretagelse av overgrepsmottak i sin nåværende form. UNN v/ Samhandlingsavdelingen er i ferd med å formalisere samarbeidet gjennom egen avtale.

Harstad kommune har ivaretatt overgrepsmottak for egen kommune samt Kvæfjord og Lødingen kommune. UNN v/ Samhandlingsavdelingen er i dialog med kommunen om eventuell videreføring. UNN v/ Samhandlingsavdelingen kartlegger status for de resterende kommunene.

Barn ivaretas i hovedsak i regi av Barnehus, hvor barnelegene utfører medisinske undersøkelser. Utenfor åpningstid kommer disse direkte til Barne- og ungdomsavdelingen.

- 3.1.3 Etablere ventelister innenfor røntgenområdet samt rapportere ventetidene til NPR⁶ innen utgangen av 2015.

Oppdraget er oppfylt med følgende unntak:

- Avtaler mellom Regionalt forvaltningssenter Radiologi (FSR) og de enkelte foretak, er foreløpig kun midlertidige avtaler i påvente av at HUKI matrisen (som er et vedlegg til avtalen) skal ferdigstilles. Det bemerkes at HUKI matrisen i sin form vil være et «levende dokument» som vil måtte endres underveis. Dette er en felles forståelse mellom FSR og HN-IKT v/Team imaging.

Det forventes at arbeidet med ventelister kan ferdigstilles i første halvdel av 2016.

- 3.1.4 Innen 30.04.15 skal helseforetaket lage en handlingsplan for å få kontroll på antall åpne dokumenter som er "eldre" enn 14 dager (lege, sykepleier- og andre dokumenter), samt åpne henvisningsdokumenter uten planlagt ny kontakt. Helseforetaket skal definere hva som er normalt nivå for antall åpne dokumenter, og innføre rutiner som sikrer at dette følges opp løpende i alle relevante avdelinger. Handlingsplanen skal utarbeides slik at helseforetaket har brakt disse pasientadministrative rutiner under kontroll innen utgangen av 2. tertial.

Utkast til handlingsplan ferdigstilt januar 2016. Klinikken bekreftet juni 2015 for Fagforum pasientadministrative rutiner, at regional prosedyre PR19040 er iverksatt og følges i klinikken. DIPS-rapport 3966 kjøres månedlig for å holde kontroll på uferdige arbeidsoppgaver. DIPS-rapport 7221 kjøres månedlig for å holde kontroll på åpne henvisninger uten planlagt kontakt.

Klinikken har arbeidet systematisk med å avdekke henvisningsdokumenter uten planlagt kontakt,

⁶ Norsk pasientregister

men det gjenstår en del gamle henvisninger fra tidligere.

UNN har nedsatt et fagforum som bl.a. arbeider med problemstillingen. Arbeidet med å redusere antallet uferdige oppgaver fortsetter i 2016.

3.1.5 Delta i arbeidet med kostnadsvekter for 2016.

UNN deltar i arbeidet med kostnadsvektarbeidet for 2016.

3.1.6 Etablere en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og ”Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten”.⁷

UNN HF har egen ernæringsstrategi, men mangler et komplett dokument som beskriver denne. Ernæringsstrategien består av forskjellige dokumenter som beskriver vedtatt ny organisering av ernæringsfeltet, organisering av ernæringsarbeid på avdelingsnivå og forskjellige prosedyrer som beskriver metode for kartlegging av ernæringsstatus, oppfølging av pasienter i ernæringsmessig risiko og hvordan dette dokumenteres til journal i både tekst og diagnose-/og prosedyrekoder. Etter innføringen av UNNs vedtatte ernæringsstrategi har det vært en stor økning i andel pasienter som får kartlagt ernæringsstatus, en forbedring av ernæringsrelatert dokumentasjon til journal og også betydelig økning i andel underernærte pasienter som får dokumentert ernæringstiltak/behandling.

⁷Mål fra tilleggslista til oppdragsdokument 2015

Foretaksspesifikke mål 2015:

UNN

- 3.1.7 Ta ansvar for å utarbeide felles radiologiske protokoller for utredning/kontroll av kreftpasienter. Dette skal utføres i samarbeid med de øvrige helseforetakene. Arbeidet skal ferdigstilles innen 01.05.15.

Prosedyren for 1,5T MR undersøkelse av prostata er klar og tatt i bruk i Harstad. Det vil bli gjort en evaluering hvor resultatet sammenlignes med tilsvarende undersøkelse på 3T MR. Deretter kan prosedyren overføres til andre aktuelle sykehus.

Muskel-skjelett seksjonen har startet arbeidet med gjennomgang av muskel-skjelett protokollene for å sikre en enhetlig praksis. Dette vil gi grunnlag for DocMap prosedyrer for flere fagområder.

De øvrige kreftforløp og protokoller er forsinket. Tilsetting av nylig utlyst stilling som seksjonsleder for legegruppen vil være av betydning for å sikre fremdrift i dette arbeidet. Helse-Nord har en ulik maskinpark og protokoller må ta hensyn til dette. Arbeidet er derfor krevende.

- 3.1.8 Registrere personskader og rapportere data (FMDS8) til NPR i henhold til forskrift og veileder.

Personskaderegistrering iverksatt i UNN i 1. tertial 2016. Klinikkene har utpekt kontaktpersoner. NST har utarbeidet prosedyrer og gitt opplæring til klinikkontakter.

- 3.1.9 Etablere kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling.

Det ble tilført midler fra Helse Nord på slutten av 2015. Stillingen er lyst og vil bli besatt i 2016.

- 3.1.10 Det skal sikres tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen.

Diagnostisk enhet med regionalt tilbud er etablert.

- 3.1.11 Ventetid for rekonstruksjon av bryst.

Ventetid for rekonstruksjon av bryst er 52 uker i gjennomsnitt for 2015.

3.2 Psykisk helsevern og rus

Mål 2014:

⁸ Felles minimum datasett

- 3.2.1 Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, herunder medikamentfritt tilbud. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

Psykisk helse- og rusklinikken har meldt sin interesse for etablering av medikamentfritt døgntilbud. Forslag til driftsrammer for tilbudet er oversendt og drøftet med Helse Nord RHF i januar 2016.

Det er etablert en arbeidsgruppe i regi av Helse Nord RHF som skal utrede faglig utforming av tilbudet. Klinikken har oppnevnt tre deltakere til denne. Tidsramme for arbeidet i form av en omforent protokoll med brukerorganisasjonene er 01.03.16. Arbeidet vil danne grunnlag for videre planarbeid knyttet til etablering av tilbudet.

- 3.2.2 Det skal etableres et samarbeid med barnevernet slik at barn og unge som har behov for det, gis et helhetlig behandlingstilbud.

Bufetat Nord og Helse Nord RHF er i ferd med å ferdigstille ny samarbeidsavtale. Det er også signalisert ønske om å etablere avtaler mellom Bufetat Nord og de aktuelle helseforetakene. Møte vedrørende sistnevnte ble avviklet 15.01.16. En avventer oppfølging fra Helse Nord RHF av konklusjonene fra møtet.

- 3.2.3 Implementere⁹ regionalt kompetanseprogram for traumebehandling i samarbeid med RVTS¹⁰.

RVTS Nord har utviklet e-kurset «Stø Kurs – traumeforståelse og behandling». Kurset implementeres i spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern for voksne. Kurset retter seg mot behandlere og miljøpersonell, og skal bidra til å styrke den generelle traumekompetansen. Kurset kan tas som et e-kurs eller som en kombinasjon av e-kurs og fysiske forelesninger med lokal veileder. Kurset er meritterende for de fleste profesjoner ved fullført kurs. Kurset ble lansert 26.1.2016, men allerede i løpet av 2015 har flere DPS fått innføring i deler av kurset. Kurset er også gitt til medisinerstudenter i praksis ved klinikken.

For at behandlere og miljøpersonell skal få en felles traumeforståelse og et felles språk/begrepsapparat, er det viktig at så mange som mulig gjennomfører kurset. Det er ulikt hvordan de enkelte foretakene har valgt å prioritere kurset.

- 3.2.4 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsykiatriske sentre.

Gjennom ny klinisk struktur og organisering styrkes lokalt forankret spesialisthelsetjeneste ved senterne for psykisk helse og rusbehandling i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Tromsø og Nord-Troms. Det etableres tverrfaglige rusteam ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene og ambulante akutteam forsterkes til å inkludere ungdom og rus.

Det er etablert Forebyggende familieteam (FFT) ved Ruspoliklinikken i Tromsø. FFT er et lavterskel

⁹ Helse Nord RHF: Delta i kompetanseprogrammet

¹⁰ Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

tilbud til gravide og familier med barn i alderen 0-6 år der en eller begge foreldre sliter med psykisk lidelse og/eller rusavhengighet. Målsettingen er å forebygge rusrelaterte skader og psykososiale vansker hos barn gjennom tidlig innsats i utsatte familier.

Ruspoliklinikken har gjennom rusmestringsenheten et formelt samarbeid med Tromsø fengsel om oppfølging av rusavhengige i fengsel. Ruspoliklinikken har et årsverk som er knyttet konkret til arbeidet, og dette serves gjennom en koordinator på Ruspoliklinikken. Dette i nært samarbeid med helsetjenesten i fengslet.

Kompetansesenteret KoRus-Nord har 3 hovedsatsingsområder: Rusmiddelforebygging/folkehelsearbeid, tidlig intervensjon og rusbehandling, inkludert forebygging i skolen og drift av relaterte nasjonale internettsider som forebygging.no/skole og kommunetorget.no.

3.2.5 Innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia skal startes, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017.

Gjennom samtale med HN RHF opplyses at en har ikke gått videre med denne saken fra HN RHF sin side.

3.2.6 Lokale planer for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern skal ferdigstilles.

Styret for UNN vedtok klinikkens plan for økt frivillighet på møte 19.03.14 (sak nr. 23/2014: «Økt frivillighet i psykiatrien – handlingsplan 2014-2016»). Implementeringsarbeid pågår med jevnlig tilbakemelding på status til klinikkledelse.

3.2.7 Rusbehandling skal integreres i psykisk helsevern på DPS-nivå,¹¹

Gjennom implementering av ny klinikk struktur i Psykisk helse- og rusklinikken er det etablert Sentre for psykisk helsevern og rusbehandling (DPS-nivå). Ny benevnelse tydeliggjør integreringen. Det er fra 2016 tilført ressurser knyttet til etablering av rusteam ved Sentrene for psykisk helsevern og rusbehandling i Sør-Troms, Midt-Troms og Nord-Troms. Rusteamfunksjon for Sentrene for psykisk helsevern og rusbehandling i Ofoten og Tromsø vil i 2016 bli ivaretatt av henholdsvis Russeksjon Tromsø og Russeksjon Narvik i Rusavdelingen. Det skal imidlertid etableres egne rusteam tilknyttet sentrene også her innen 31.12.16. Døgneheter og ambulante akutteam ved Sentrene for psykisk helsevern og rusbehandling vil også ha ansvar for rusbehandlingsoppgaver.

Foretaksspesifikke mål 2015:

UNN

3.2.8 Skal bidra med kompetanse ved overføringen av LAR-ansvaret til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset.

¹¹ Helse Nord RHF: Så langt lokale forhold tilsier det.

Ansvaret for oppfølging av lokale LAR-pasienter er overført til Nordlandssykehuset i sin helhet og Finnmarkssykehuset fra 01.01.2016. Helgelandssykehuset har varslet at de overtar delvis ansvar fra 1 mars 2016. I forbindelse med at LAR-ansvaret overtas av de respektive foretakene etableres det et regionalt nettverk for LAR-ledere, leger og brukerorganisasjoner. Målsettingen med nettverket er å sikre lik forståelse og utførelse av forskrift og retningslinje om LAR.

3.2.9 Gjennomføre vridning av poliklinisk aktivitet fra psykisk helsevern til TSB.

Gjennom implementering av ny klinikkstruktur og organisering er det fra 2016 tilført ressurser fra psykisk helsevern til etablering av rusteam ved Sentrene for psykisk helsevern og rusbehandling i Sør-Troms, Midt-Troms og Nord-Troms. Rusteamfunksjon for Sentrene for psykisk helsevern og rusbehandling i Ofoten og Tromsø vil i 2016 bli ivaretatt av henholdsvis Russeksjon Tromsø og Russeksjon Narvik i Rusavdelingen. Det skal imidlertid etableres rusteam tilknyttet sentrene også her innen 31.12.16. Døgneheter og ambulante akutteam ved Sentrene for psykisk helsevern og rusbehandling vil også ha ansvar for rusbehandlingsoppgaver.

3.2.10 Øke døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og ungdom.

Det planlegges en utvidelse av 2 sengeplasser, henholdsvis Ungdomspsykiatrisk seksjon og Regionalt senter for spiseforstyrrelser.

3.2.11 Økt vekst i årsverk for leger og psykologer i forhold til høgskolepersonell.

	Endring
04. Psykologer	-0,8 %
03. Leger	5,0 %
Høgskolepersonell	-0,1 %

I tråd med føringer arbeides det målrettet for økt vekst av psykologer og leger i poliklinisk og ambulante virksomhet innen psykisk helsevern. Rekrutteringssituasjonen for psykologer er utfordrende på enkelte enheter.

3.3 Samhandling

Mål 2015:

3.3.1 Prinsippene i styresak 70-2002 *IKT-strategi i Helse Nord* skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS¹². Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt.

Det er etablert struktur for forankring av prosjekter i UNN, som sikrer at de tas videre til HN RHF. Eventuelle nye anskaffelser avklares/samstemmes mot andre prosjekter/systemer i regionen.

¹² Felles innføring av kliniske systemer

- 3.3.2 Skal aktivt bidra til en større nasjonal standardisering innen IKT-området basert på de styringssignaler som gis i retning av én innbygger, én journal, samt arbeidet som utføres i regi av Nasjonal IKT.

UNN bidrar med ressurser og erfaring i forvaltingsgrupper i Nasjonal IKTs EPJ systemeierforum knyttet til samordning av overgang til DIPS Arena, samt i Klinisk IKT fagråd.

- 3.3.3 Skal etablere arena med faste møter for samhandling med avtalespesialistene. Helse Nord RHF vil fasilitere etableringen av møtearenaene.
Etablere et godt samarbeid med avtalespesialistene i sine nedslagsfelt for å sikre gode pasientforløp, slik at den samlede kapasiteten blir utnyttet optimalt.

Samhandlingsavdelingen har deltatt på møte med Avtalespesialister i Troms og Finnmark. Møtet ble avviklet 22.mai 2015 i Tromsø. Det er laget plan for videre oppfølging.

- 3.3.4 Vurdere å etablere kliniske samarbeidsutvalg (KSU) i regi av OSO¹³ i de enkelte helseforetaksområdene, for å styrke samhandlingen på klinisk nivå (inkludert fastlegene).

Kliniske samarbeidsutvalg (KSU) er etablert form OSO jobber på. KSU består foruten klinisk nivå fra kommune og Spesialisthelsetjeneste, også av brukerrepresentanter og tillitsvalgte samt fastleger der det er naturlig. OSO har vedtatt rutiner for kostnadsdeling knyttet til drift av KSU'ene. Det er til enhver tid flere ulike KSU'er i arbeid.

- 3.3.5 Bistå i å utvikle kommunenes kompetansebehov som følger av Samhandlingsreformen. Rapporten "Kompetanseutfordringer som følge av samhandlingsreformen" ^{skal} legges til grunn for det videre arbeidet.

Det er etablert en felles møteplass; Nordnorsk samarbeidsorgan for helseutdanning. UNN deltar på denne møteplassen, og sitter også i Arbeidsutvalget for denne møteplassen. UIT v/ Helsefak har fått fast representasjon i OSO med møte- og talerett (på lik linje med KS og Fylkeslegen).

- 3.3.6 Skal, der det er relevant, invitere kommuner og brukerrepresentanter inn i pasientforløpsprosjekter.

Kommuner og brukere har vært representert i pasientforløpsprosjekter innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Klinikken har gjennom arbeidet med ny klinisk struktur og organisering, som naturlig også har et forløpsperspektiv, hatt et betydelig fokus på brukermedvirkning i hoved- og underarbeidsgrupper. Kommuneperspektivet ble ivaretatt i arbeidets fokusgruppe gjennom representanter oppnevnt av KS.

NOR-klinikken har invitert og hatt med brukerrepresentant i arbeidet med revidering av Hjerneslagsforløpet i 2015.

¹³ Overordnet samarbeidsorgan

Foretaksspesifikke mål 2015:

Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og UNN

3.3.7 Delta i planlagt samarbeidsprosjekt "Et friskere Nordland" med Nordland fylkeskommune.

Initiativet må komme fra Nordland.

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

4.1 Kvalitet

Mål 2015:

4.1.1 Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.

Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi	2006	Registeret samlet data fra 93 % av aktuelle institusjoner og omfattet 60 % av de aktuelle pasientene	
Nasjonalt register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer	2006	Registeret har særskilte utfordringer pga en sammensatt pasientgruppe som sjelden behandles i sykehus. Betydelig innsats er påkrevet for å identifisere aktuelle pasienter. Omfattet i 2014 anslagsvis 20 % av de aktuelle pasientene.	

Norsk Nakke og Ryggregister	2012	Registeret fikk på plass IKT-løsning og startet med å samle inn data i 2015. I første omgang pilotering av UNN, St. Olav, Haukeland og OUS.
HISREG	2012	Registeret samlet i 2014 data fra UNN Tromsø, Stavanger og St. Olav. Dekningsgrad på individnivå er på 8 %. Fra 2015 er Haukeland, OUS og Vestre Viken med.
Norsk register for analinkontinens	2014	Totalt 4 av 7 aktuelle sykehus rapporterte data til NRA. Samlet dekningsgrad på institusjonsnivå er 57 %.
Norsk register for gastrokirurgi	2015	Registeret ble etablert i 2015, dekningsgrad i 2015 ikke kjent.

Det arbeides aktivt for å øke dekningsgraden på de medisinske kvalitetsregistrene. Det er gjort endringer i IKT løsningen for å lettere systematisere dette arbeidet. Alle registre UNN har ansvar for følges opp av egen fagansvarlig og registersekretærtjeneste, som er samlet i felles miljø i Fag og Forskningscenteret.

4.1.2 Ha gode strukturer for formidling og kommunisering av kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten.

Kommunisering av kvalitetsresultatene og pasienthendelsene til offentligheten er ikke blitt prioritert i 2015. På grunn av omorganiseringer og rotasjon av fagfolk er oppgaven satt på vent. Kvalitets- og utviklingscenteret vil igangsette arbeide med å få frem resultatene til pasienter, pårørende og offentligheten.

4.1.3 I samarbeid med berørte parter gjennomgå avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud.

UNN har tilbud om BCG vaksine til studenter som har praksis i UNN, i samarbeid med vaksinasjonskontor i den kommunen studenten oppholder seg i. Ordningen administreres av BHT. Studenter skal på lik linje med andre ansatte være klarert i forhold til MRSA før oppstart i praksis. MRSA screeningen skjer primært hos egen lege, eller via BHT. Studenter som utsettes for blodsmitte følges opp på lik linje med ansatte i UNN både med blodprøver og eventuell behandling og vaksinerings. Studenter tilbys målrettede helsekontroller der de har vært utsatt for mulig skadelig arbeidssituasjon på lik linje med øvrige ansatte.

- 4.1.4 Bidra til å revidere/oppdatere Helse Nord's kvalitetsstrategi som ferdigstilles våren 2015, med påfølgende revidering av egen strategi.

UNN har bidratt til revisjonen av Helse Nord's kvalitetsstrategi, både med et innspillsmøte med god deltakelse fra sentrale aktører, samt avgivelse av høringsuttalelse. Helse Nord's strategi ble vedtatt først i desember, og UNN har følgelig ikke revidert egen strategi. I tråd med vedtak i Helse Nord sitt styre, vil det bli utarbeidet en foretaksspesifikk handlingsplan i løpet av 2. tertial 2016.

- 4.1.5 Gjennomføre tiltakene i rapporten "Kvalitet i ventelistedata" fra Helsedirektoratet.

Forslagene til tiltak i rapporten ligger i hovedsak på RHF-nivå. Det er arbeidet målrettet med hensyn til ventelisterregistrering og andre aktuelle tiltak i rapporten. En klinikk i UNN ønsker å peke at det allerede er behov for å revidere gjeldende registreringsveileder.

UNN har gjennomgått registreringsveiledere og prioriteringsveiledere i alle fagområder. Implementering av regionale prosedyrer og opplæring av administrativt personell er gjennomført.

- 4.1.6 Tilegne seg kunnskap til å kunne gjennomføre minimetodevurderinger og yte støtte for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling er tildelt ansvaret for veiledning i minimetodevurderinger og yter støtte ved innføring av nye metoder. Det er gjennomført en mini-HTA i UNN i 2015, med vurdering av om det skal etableres tilbud om transport-ECMO (Ekstracorporeal Membran Oksygenering, en «mini-hjerte-lunge maskin» til pasienter med kritisk redusert hjerte- eller lungefunksjon. RHF er godt orientert om dette.

Foretaksspesifikke mål 2015:

UNN

- 4.1.7 Innen 30.04.15 skal det legges frem handlingsplan for innføring av automatisert journalundersøkelse (ASJ) for bruk ved GTT (Global Trigger Tool). Arbeidet skal foregå i nær dialog med Helse Nord RHF.

Pasientsikkerhetskoordinator deltok på møte i regi av HN RHF 1. tertial, der innføringen av ASJ ble diskutert og to ulike alternativer på elektronisk løsning fremlagt av leverandør (SAS). Innføringen har budsjettmessige konsekvenser, og det ble besluttet at saken skulle legges frem for Direktørmøtet i Helse Nord. Dersom det velges å gå over på ny teknisk plattform, er det foreslått at Bodø skal være pilot for dette, da de allerede har erfaring med ASJ og kan gjøre sammenlikninger.

- 4.1.8 Det skal etableres organisasjon og strategi for funksjonell forvaltning av kliniske systemer innenfor radiologi. Etableringen skal skje i samarbeid med øvrige helseforetak i regionen.

Oppdraget er oppfylt med følgende unntak:

- Avtaler mellom Regionalt forvaltningscenter Radiologi (FSR) og de enkelte foretak, er foreløpig kun midlertidige avtaler i påvente av at HUKI matrisen (som er et vedlegg til avtalen) skal ferdigstilles. Dette arbeidet er forventet ferdig i løpet av første halvdel av 2016. Det bemerkes at HUKI matrisen i sin form vil være et «levende dokument» som vil måtte endres underveis. Dette er en felles forståelse mellom FSR og HN-IKT v/Team imaging.
- Forvaltningsrådet som er en del av organisasjonskartet hvor også FSR inngår er ikke opprettet. I påvente av avklaring rundt dette har FSR fått beskjed om å benytte Radiologisk Fagforum som rådgivende organ. Avgjørelse rundt disse forhold oppfatter FSR ligger hos Kvalitets- og forskningsdirektør i HN RHF.

4.2 Pasientsikkerhet

Mål 2015:

- 4.2.1 Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.

Klinikksjefene er ansvarlig for implementering i egen klinikk. Pasientsikkerhetskoordinator i Kvalitetsavdelingen følger opp og understøtter arbeidet. Det er rapportert til Kvalitetsutvalget på spredning 6 ganger i løpet av 2015. I tillegg er det levert en statusrapport til UNNs styre i forbindelse med styreseminar med fokus på pasientsikkerhetsarbeid (sak 78/2015). Det presenteres og rapporteres på ett og ett innsatsområde i de månedlige virksomhetsrapportene til styre og RHF i tråd med styresak 78/2015 i UNN.

- 4.2.2 Skal ha etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

Psykisk helse- og rusklinikken: Klinikken er representert i det nasjonale satsingsprosjektet ”rus i kroppen” om integrering av somatisk helse i TSB. Det arbeides med bedre rutiner og bruk av tilsynsanmodninger. Gjennomgang av arbeidsdeling mellom rusenheter i klinikken og somatisk virksomhet m.h.t. avrusning inngår som element i implementering av ny klinisk struktur og organisering.

Pasienter som innlegges med intox eller rusproblematikk ved Medisinsk klinikk legges i hovedsak på Gastro/Nyre sengpost til observasjon og behandling. Sykepleierstaben er bemannet opp med en ekstra sykepleier på natt for å kunne håndtere akutt suicidale pasienter med behov for fast vakt. Det er på senhøsten 2015 etablert kontakt mellom psykiatrien og somatikken. Det er startet opp regelmessig møtevirksomhet mellom seksjonssykepleier ved Gastro/Nyre sengpost, seksjonsoverlege ved Nyremedisin og ledere ved akutt psykiatriske sengposter for å utveksle erfaring og kompetanse om håndtering av denne krevende pasientgruppen med mange kronisk suicidale som har repeterende innleggelser pga intoxikasjoner.

Planen for 2016 er at sykepleiere ved Gastro/Nyresengpost skal kurses sammen med psykiatriske sykepleiere i håndtering av suicidale pasienter. Ved spesielt krevende pasienter er det arrangert tverrfaglige møter hvor man avtaler i fellesskap (seksjonsoverlege/seksjonssykepleier somatisk sykehus og behandlende team ved psyk.enhet) et behandlingsopplegg rundt den spesifikke pasient som i neste omgang legges i journalen til pasienten. I tillegg har seksjonsoverlege og

seksjonssykepleier ved Gastro/Nyre sengepost tatt direkte kontakt med enkelte pasienters faste psykiatriske sykepleiere for veiledning av våre somatiske sykepleiere mtp håndtering av enkelt pasienter.

4.2.3 I samarbeid med Sykehusapotek Nord skal det utarbeides og implementeres en regional prosedyre for samstemming av legemiddellister inn og ut av sykehus.

Prosedyrer utarbeidet og lagt i Docmap:

- DS10461 Legemiddelsamstemming UNN HF inneholder:
- PR39457 Opptak av legemiddelnavn og samstemming av legemidler i bruk ved innleggelse
- PR36459 Legemiddelinformasjon ved utskrivelse
- RL5020 Grønn huskeliste – legemiddelnavn og epikrise
- PR39193 Samstemming av legemidler ved Intensivseksjonen ved UNN HF

Implementeringsarbeidet pågår med klinikkvis utrulling. Pr. 31/12 er det startet opp ved Medisinsk klinikk og Hjerte-lungeklinikken, samt noen enkeltenheter i andre klinikker.

4.2.4 Tiltaket ”Innføring av generisk ordinerings” skal gjennomføres i samarbeid med Sykehusapotek Nord.

Innført ved UNN i 2012/ 2013.

Foretaksspesifikke mål 2015:

4.3 Smittevern

Mål 2015:

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

UNN har ikke elektronisk kurve og man kan dermed ikke få ut rapporter på hvem som har gitt hva til hvem på hvilken indikasjon, på antibiotika. Det er derfor ikke mulig å si i hvor stor grad de nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk er implementert. Det er imidlertid utført internrevisjon av en kirurgisk avdeling i 2015, der man fant flere avvik fra nasjonale retningslinjer og infeksjonsmedisinere og smittvernpersonell observerer jevnlig brudd på retningslinjen. UNN har innført månedlige Smittevernvisitter på alle somatiske avdelinger og etterlevelse av retningslinjen er her et av punktene. I tillegg er det planlagt to internrevisjoner iht nasjonale retningslinjer i 2016. I løpet av 2016 ferdigstilles et antibiotikastyringsprogram for UNN, med mål å oppnå bedre antibiotikabruk i tråd med nasjonale retningslinjer. Kontinuerlig fokus og ledelsesengasjement er nødvendig for å øke etterlevelsen av nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk.

4.3.2 Alle ansatte i Helse Nord skal gjennomføre e-læringskurs i håndhygiene.

Klinikk	Gjennomført	# personer med stilling	% gjennomført
Akuttmedisinsk klinikk	266	695	38
Barne og ungdomsklinikken	315	437	72
Diagnostisk klinikk	489	708	69
Medisinsk klinikk	462	950	49
Hjerte og Lungeklinikken	285	581	49
Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken	376	943	40
Nevro, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	381	909	42
Operasjon og intensivklinikken	408	915	45
Psykisk Helse og rusklinikken	398	1307	30
Drift og eiendomssenteret	189	612	31
Fag og forskningssenter	37	74	50

44 % av alle UNN-ansatte har gjennomført nettkurs i Håndhygiene, med langt større andel i sengeposter og annet direkte pasientrettet, klinisk arbeid.

4.3.3 Alle sykehus skal rapportere antibiotikaforbruk årlig, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Mikrobiologisk avdeling er fagansvarlig for antibiotikabruk i UNN og rapporterer til Nasjonale myndigheter om forbruk i tråd med retningslinjer. UNN utgir hvert år en antibiotikarapport «Pest eller kolera» som viser antibiotikaforbruk fordelt på 11 ulike antibiotikagrupper og totalforbruk for UNN og for 24 ulike avdelinger.

4.4 Beredskap

Mål 2015:

4.4.1 Gjennomføre risikovurderinger som danner grunnlaget for sykehusenes legemiddelberedskap, inkl. forsyningssikkerhet.

Beholdningen for intravenøse væsker tilsvarer et normalforbruk på to uker. Det etterbestilles løpende, en til to ganger pr uke. Ut over dette er det ikke definert egne beredskapsmessige tiltak. Intravenøse væsker har begrenset holdbarhet.

4.4.2 Inngå avtale mellom helseforetak og Sykehusapotek Nord som klargjør Sykehusapotek Nord's rolle og ansvar for helseforetakets legemiddelberedskap.

Rapporteringstekst årlig melding

I UNNs avtale med Sykehusapotek Nord inngår et punkt om apotekets ansvar for nødvendig legemiddelberedskap. Det har ikke vært gjort endringer i denne avtalen i 2015.

4.4.3 Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse på kritisk infrastruktur. Gjennomføres for vann og strøm hver for seg.

Det er i 2015 gjennomført en omfattende risikoanalyse for ulike scenarier som vil påvirke driften ved sykehusene, herunder bortfall av kritisk infrastruktur ikt, vann og strøm. I forbindelse med en total gjennomgang av alle områdene er det utarbeidet en handlingsplan der detaljerte beredskapsplaner for svikt i vann- og strømforsyning skal gjennomgås og implementeres høsten 2016.

Risikoreducerende tiltak er implementert. Det er etablert 24/7 teknisk vaktberedskap på alle sykehus og det er utarbeidet prosedyrer og retningslinjer som dekker det kartlagte risikoområdet.

På bakgrunn av hendelse med omfattende svikt i vanntilførsel i november 2015 er det besluttet å oppdatere ROS-analysen for bortfall av kritisk infrastruktur primo 2016, herunder vurdere om det skal gjøres omprioriteringer i den planlagte rekkefølgen for utarbeidelse av beredskapsplaner.

4.4.4 Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS¹⁴-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 01.06.15. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik skal være lukket innen 31.12.15.

Informasjonssikkerhet med ROS analyser ble behandlet i foretakets styre den 3.juni 2015. Styresaken beskrev utfordringer knyttet til informasjonssikkerhet. Det er iverksatt tiltak på området blant annet gjennom FIKS og HOS prosjektene. I tillegg er det gjort ytterligere vurderinger knyttet til informasjonssikkerheten.

Det er gjennomført 3 risikovurderinger på informasjonssikkerhet 1. halvår 2015:

- ROS av Helsemail
Helsemail brukes som verktøy for sikker utveksling av informasjon mellom Diagnostosk klinikk og andre eksterne aktører, eks. UniLabs. ROSen avdekket ingen alvorlige risikoområder, 3 medium risikoer og 5 risikoer med lav risiko. Det er gjennomført tiltak som gjør at bruken av Helsemail kan iverksettes.
- ROS av ReConnect-løsningen
ReConnect er et web-basert applikasjon som benyttes for å tilby pasientene et støtteverktøy som kan brukes ved siden av vanlig oppfølging og behandling hvor både pasienten og helsepersonell kan kommunisere på en sikker måte. Tjenesten er administrert av Nasjonal senter for telemedisin og samhandling. Det ble avdekket 21 risikoer hvorav 9 ble ansett som alvorlig, men med liten sannsynlighet ville oppstå. Det er gjennomført tiltak for å redusere risikoen slik at løsningen kan tas i bruk. Det vil bli gjort en revidert risikovurdering etter ett år.

HelseCSIRT gjennomførte en inntrengingstest på datasystemene til Helse Nord IKT og UNN i juni 2015. Det ble avdekket 4 kritiske og 4 sårbarheter av Høy risiko. Disse risikoene vil trolig gjelde alle foretak i regionen, og Informasjonssikkerhetsforumet i regionen vil sammen med HNIKT se på hvilke tiltak som må iverksettes. De fleste av risikoene gjelder oppsett og kontroll som må gjennomføres av

¹⁴ Risiko- og sårbarhetsanalyse

HNIKT, men ett av forholdene gjelder høy bruk av administrator-konto i UNN.

- Fra internett var det mulig å hente ut alle artikler fra alle foretakenes intranett.
- Dårlig sikring av nettverkspunkter som muliggjorde at sårbarheter kunne spres mellom nettverkene. Det ble også funnet MTU-enheter i klientnettet til UNN.
- Det ble funnet windowsmaskiner med manglende oppdateringer noe som gav administratortilgang til disse. Det ble også avdekket en Windows XP-maskin som så ut til å kunne kontrollere røntgenutstyr. Det var mulig å hente ut passord til innloggede brukere.
- Det var mulig å kompromittere sentrale servere bl.a. Dips.

Ved hjelp av ovennevnte sårbarheter kunne en fullstendig kompromittere klientmaskiner og hente ut skjermdump av bl.a. Dips (elektronisk EPJ), TRIS og Impax (Røntgen).

Foretaksspesifikke mål 2015:

UNN

4.4.5 Delta med regional AMK i planlegging og gjennomføring av øvelse Barents Rescue.

UNN har deltatt i regional planlegging av øvelsen Barents Rescue.

5 Personell, utdanning og kompetanse

Mål 2015:

5.0.1 Samarbeidsorganet mellom RHF og universiteter/høyskoler benyttes aktivt til å planlegge aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet

Samarbeidet på regionalt nivå foregår gjennom nyetablert organ *Nord- Norsk samarbeidsorgan for helseutdanning* (2015), samt *Universitetssamarbeidet* og *Høyskolesamarbeidet*. I alle disse regionale samarbeidsorganer diskuteres aktuelle saker av felles interesse knyttet til utdanningsområdet. I *Nord- Norsk samarbeidsorgan for helseutdanning* har nye overordnede styrende dokumenter vært presentert og diskutert (Helse Omsorg 21, Nasjonal helse- og sykehusplan, Folkehelsemeldingen, Primærhelsemeldingen).

Et sentralt tema har vært hvor våre sykepleierstudenter blir av etter endt utdanning. Spørsmålet har resultert i felles utarbeidede kriterier for et kartleggingsoppdrag, inkludert anbudsprosess. Arbeidet utføres i 2016 og resultatene skal anvendes i det videre arbeidet med å sikre nok sykepleiere i regionen fremover. Avklaring og igangsetting av arbeidet med å få på plass en regional utdanning innen ambulansesfag har vært en viktig satsning. Planlagt oppstart for første kull høst 2017.

Gjennom *Høyskolesamarbeidet* ble det i 2015 blant annet arrangert regional utdanningskonferanse med fokus på læring i praksis, for fremtidens helsetjeneste.

UNN har inngått samarbeidsavtaler og samhandlingsrutiner med alle aktuelle utdanningsinstitusjoner som har elever, studenter og lærlinger i praksis i UNN. Avtalene regulerer antall praksisplasser, tidsfrister og kommunikasjonen mellom partene. Samarbeidet med utdanningsinstitusjonene er tett og godt, både på fakultets-, studieleder – og koordinatornivå. Avtalepartene har gjensidig ansvar for å ta initiativ til endringer.

Felles ledermøte mellom UNN og UiT Helsefakultetet (FLM) ble etablert i 2009, og er et besluttede organ hvor de to institusjonene avklarer prosesser av strategisk betydning for utdanning og forskning av felles interesse. Felles utdanningsutvalg (FUU) er et rådgivende organ for Felles ledermøte. FUU involveres i prosesser av strategisk betydning for utdanningsspørsmål av felles interesse for de to institusjonene. FUU skal foreslå fordeling av tildelte økonomiske midler, og disponere midlene i henhold til føringer fra Felles ledermøte. Forvaltningen av et felles budsjett fremmer et konkret og forpliktende samarbeid mellom utdanning og praksis, og er en unik ordning som av våre likesinnede regionalt og nasjonalt omtales som Tromsø-modellen.

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

5.0.2 Sikre tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.

UNN har ansatt tre leger i spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin. En LIS har startet sin utdanning, en starter 1. februar 2016 og siste kandidat starter i august 2016.

I forbindelse med ny legespesialiststruktur og implementering av fast ansettelse av leger i spesialisering, har Spekter helse, i samarbeid med foretakene, utarbeidet maler for nasjonal arbeidsavtale for stillingen som lege i spesialisering/legespesialist og samarbeidsavtaler mellom helseforetakene. Behov for og omfang av «ledige» stillinger for midlertidig tjenestegjøring for leger fra andre helseforetak og øvrige utdanningsinstitusjoner har vært vurdert, og knyttet til dimensjonering av stillinger ved gruppe-1-sykehusene. UNN har i den forbindelse foretatt en kartlegging av behov for utdanning av legespesialister, både på kort og lang sikt i eget foretak, samt en grovkartlegging i regionen forøvrig.

UNN har fått i oppgave å koordinere spesialistutdanningen på vegne av Helse Nord RHF. Første del av dette arbeidet har vært å etablere en regional funksjon med ansvar for koordinering av utdanningsløpene på tvers av foretakene i Helse Nord og med foretak i andre regioner. Regional koordinator er ansatt og starter opp 1. mars 2016. Medisinsk rådgiver (20 %) med ansvar for faglig utvikling er under ansettelse.

5.0.3 Bidra til å oppfylle partenes avtale om fast tilsetning av leger i spesialisering.

UNN iverksatte ordningen med fast ansettelse av leger i spesialisering. Ordningen innebærer en ny ansettelsespraksis og krav om en mer profesjonell ansettelsesprosess. I den forbindelse er det utarbeidet nye maler for avtale fast ansettelse, avtale om midlertidig ansettelse, gjennomføringsplan og avtale om samarbeid mellom foretak. Det er utarbeidet mal for kompetanseprofil, stillingsannonse og intervjuguide til bruk i rekrutteringsprosessen. Ledere har fått undervisning i ordningen og de nye kravene til rekrutteringsprosessen. Personal- og organisasjonsavdelingen tilbyr lederstøtte i rekrutteringsarbeidet.

5.0.4 Sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, med spesielt fokus på behovet for operasjonssykepleiere, radiologer og intensivsykepleiere.

Videreutdanning i spesialsykepleie innen anestesi-, barn-, intensiv, -kreft, -og operasjon (ABIKO) ble satt i system gjennom opprettelse av utdanningsstillinger i 2012. Personer som tar videreutdanning i spesialsykepleie ansettes i utdanningsstillinger mens de studerer og har samme lønn

og samme rettigheter som andre arbeidstakere i UNN. Stillingene administreres av Klinisk utdanningsavdeling i Kvalitets- og utviklingssenteret, i samarbeid med HR- senteret og de aktuelle klinikkene.

Klinisk utdanningsavdeling avklarer videre behov for spesialsykepleierkompetanse i klinikkene, rekrutterer og følger opp søkere gjennom Webcruiter. Verktøyet fungerer som et samhandlingsverktøy for alle aktuelle aktører: Klinisk utdanningsavdeling, klinikkene og HR. For Kull 2013 og Kull 2015 ble det opprettet en egen avtale med UiT, Norges arktiske universitet, Helsefakultetet om et økt antall studieplasser (8 ekstra) for operasjonssykepleie. Antall uteksaminerte spesialsykepleiere innen anesthesi-, barne-, intensiv-, kreft- og operasjonssykepleie doblet seg i perioden 2010 (30) til 2015 (68).

UNN gikk fra stipend til utdanningsstillinger i 2011 -> Merkbar stigning fra 2013. Naturlig å tolke økningen som en konsekvens av bedre vilkår i utdanningsstillingsordningen enn ved den gamle stipendordningen.

Operasjon: En tredobling av antall uteksaminerte fra 2010-2015.

Radiologien har fått en betydelig større rolle i diagnostikken de siste årene. Innføring av pakkeforløpene for kreft har medført ytterligere nye og større oppgaver for det radiologiske miljøet. Denne utviklingen, sammen med oppstart av flere, og større private aktører, har medført et stort underskudd av ferdige spesialister innen radiologi. Av de store sykehusene i Norge er det bare St.Olav som opplever en adekvat bemanning i forhold til oppgaver.

Mangelen på ferdige spesialister i Norge og resten av Skandinavia gjør at man er blitt avhengig av å utdanne egne radiologer, og legge til rette for at de blir i landsdelen. Tromsø har i flere år vært rammet av lekkasje til de større sykehusene i sør. Rekruttering av LISer må derfor i størst mulig grad skje blant søkere med tilknytning til landsdelen.

5.0.5 Innfri pålagt antall praksis og turnusplasser med god kvalitet som beskrevet i vedlegg 1 i Oppdragsdokument 2015.

UNN innfrir måltallene for praksis og turnusplasser. I 2015 har totalt antall studenter, elever, lærlinger og turnuskandidater vært på ca. 1790.

Det er i løpet av 2015 iverksatt og gjennomført flere tiltak for å utvikle nye praksisformer og praksisinnhold for alle helsefagutdanninger innen gjeldende rammeplaner, og som understøtter helhetlige pasientforløp og kvalitet i praksisutdanningen:

Kombinerte stillinger – med ansatte ved UNN og Norges arktiske universitet – har jobbet systematisk med å fremme praksisnær undervisning, nye samarbeidsformer og nye samarbeidsarenaer. Det er eksempelvis gjennomført prosjekter der studentene har hatt tverrprofesjonell klinisk praksis. Ordningen med de kombinerte stillingene ble evaluert i 2015 med gode resultater og videreføres i 2016.

«Utvikling av fremtidsrettede læringsarenaer innen alderspsykiatri» er et pilotprosjekt for samarbeidslæring i to ulike pasientforløp: 1) Poliklinisk pasient som har mottatt behandling i poliklinikken på Åsgård/UNN og påfølgende hjemmebesøk og 2) Innlagt pasient som følges frem til utskrivelse og en tid etter utskrivelse. To grupper med tre studenter i hver gruppe [ergoterapi- (siste studieår), fysioterapi- (siste studieår) og legestudenter (5.år)] jobber med en pasient i hvert sitt forløp.

UNN har i 2015 videreutviklet Ferdighets- og simuleringssenteret (FOSS) som læringsarena. Nytt

simuleringssenter ble åpnet ved UNN Harstad (FOSS Harstad). FOSS Tromsø har ansatt en fasilitator med legebakgrunn i 20% stilling. På ettermiddag og kveld er FOSS Tromsø bemannet med studentvakter for å veilede brukere.

Felles utdanningsutvalg mellom UNN og UiT har satt av midler til tverrfaglig praksis i ambulant rehabiliteringsarbeid for lege-, sykepleie- og psykologstudenter.

UNNs ene helsefagarbeiderlærling tok fagprøve og fullførte læretiden i UNN. Antall helsefagarbeiderlærlinger i UNN er fra høsten 2015 økt fra en til syv.

Flere ansatte ved UNN har blitt sertifiserte kursholdere i kurset «Basic Surgical Skills» for leger i kirurgiske spesialiseringer.

Klinisk praksis for masterstudenter i farmasi er satt i system. Alle studenter i voksenpsykiatrien får tverrfaglig veiledning bortsett fra leger og psykologer. UNN har gjennomført Legeforeningens kurs i medisinsk veiledningspedagogikk for veiledere – leger i spesialisering og overleger – av turnusleger. E-læring tilbys i stadig større grad til studenter.

5.0.6 Målsettingene i Lærlingestrategi for Helse Nord skal oppfylles – satsning på helsefagarbeiderlærlinger 2014–2016. Strategien bygger på innhold og målsettinger i Samfunnskontrakt for flere læreplasser. Måltall for inntak av helsefaglærlinger fremkommer i vedlegg 1 i Oppdragsdokument 2015.

UNN HF innfrir måltallene for inntak av helsefaglærlinger.

Sommeren 2014 ble det i ledermøtesak 115.14 *Helsefaglærlinger i UNN* ble besluttet tre punkter:

1. Direktørens ledergruppe ønsker at det ansettes fire nye lærlinger i UNN høsten 2014, og økes med fire nye ansettelser av lærlinger pr. år fram mot 2017.
2. Ledergruppen forutsetter at klinikkvise budsjetter for lærlingordningen er eller vil bli etablert, for å imøtekomme krav om inntak og økning av antall lærlingplasser.
3. Det er ønskelig å etablere praksisarena ved UNN for elever fra videregående skole, videregående trinn 2 (helsearbeiderfaget), i faget *Prosjekt til fordypning (PTF)*.

Fra høsten 2014 har det vært jobbet systematisk med å kunne tilby ansettelse av lærlinger i helsearbeiderfaget, samt være praksisarena for elever i videregående skole.

Økonomiske stimuleringsiltak fra det tidligere Fag- og forskningssenteret og sentral finansiering av lærlingstillinger i helsearbeiderfaget har så langt førte til at:

- Medisinsk klinikk, Tromsø, ansatte en lærling høsten 2014.
- Medisinsk klinikk, Harstad, har hatt en lærling på utveksling fra Harstad kommune.
- Det ble lyst ut og ansatt seks stillinger for lærlinger i helsearbeiderfag med oppstart høst 2015.
- Nevro-, hud- og revmatologisk avdeling har i tillegg ønsket å ansette en lærling i helsearbeiderfaget på eget budsjett. Slik at per i dag er det ansatt 7 lærlinger i helsearbeiderfaget i UNN.

I tillegg har UNN, både i Narvik og i Tromsø, vært praksisarena for elever i videregående skole i faget PTF.

Det bør i det videre arbeidet vurderes nærmere hvilke behov UNN har for kompetanse, og ikke minst spesialkompetanse på fagarbeidernivå. Det finnes flere aktuelle videreutdanninger for helsefagarbeidere. Her kan nevnes videreutdanning innen barsel- og barnepleie, spesialrenhold i helsetjenesten, psykisk helsearbeid, kreftomsorg- og lindrende pleie, rehabilitering m.m.

5.0.7 Utvikle strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen.

Det er etablert et Nordnorsk samarbeidsorgan for helseutdanning, med deltakere fra primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene. I dette utvalget diskuteres strategier for kompetanseutvikling, framtidig kompetansebehov m.m.. UNN deltar også i arbeidsgruppen for dette utvalget.

Det er laget en egen tiltaksplan for oppfølging av Overordna samarbeidsavtale og tilhørende tjenesteavtaler. Spesielt tjenesteavtale 6 og 7 omhandler kompetanseutvikling og kompetansedeling. Tjenesteavtalene er nå under revisjon, og de reviderte avtalene vil følges opp av egne tiltaksplaner for å oppfylle partenes forpliktelser.

5.0.8 Det skal etableres kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.

Klinisk patologi ivaretar rettspatologi og noe klinisk rettsmedisin. Barneavdelingen utfører mye klinisk rettsmedisinsk arbeid, andre avdelinger mer sporadisk. Det er i praksis et uformelt nettverk mellom de avdelinger som utfører klinisk rettsmedisinsk arbeid. Klinisk patologi gir råd og veiledning, men det er usikkert om dette er kjent for klinikerne. Avdelingsleder på Klinisk patologi vil følge opp og ta initiativ til et møte med de kliniske avdelingene for å diskutere oppdraget og avtaler.

5.0.9 Utvikle og implementere tiltak i Strategi for leder- og ledelsesutvikling i Helse Nord.

UNN har jobbet med nesten alle tiltaksområdene, men kommet kortest på utvikling av lederkandidater. UNN har et løpende lederutviklingsprogram med tilbud som Introduksjon til ledelse, Startpakke for nye ledere, HMS-opplæring, IA-opplæring, PULS, rekrutteringskurs, kurs i utviklingssamtaler, teamutvikling samt direktørens ledersamling for å nevne noe. Videre har vi kandidater på eksterne program som master i helseledelse og Nasjonalt topplederprogram. I tillegg er det utarbeidet og gjennomført nye tilbud som kurs i relasjonsledelse. Det er gitt mye bistand til ledere blant annet ved rekruttering, ressursstyring og IA. Nytt mentorprogram er utviklet, opplæring i seniorpolitikk er under utvikling og foretaket har bidratt til utarbeidelse av en elektronisk lederhåndbok som innføres i 2016. Stabscenteret gjennomfører en omorganisering som skal sikre bedre lederstøtte til klinikkene. Sist, men ikke minst, har direktøren etablert nye møtearenaer med ledere på alle nivå i form av regelmessige statusmøter.

5.0.10 Bidra til å utvikle regional HR-strategi og handlingsplan for rekruttering som oppfølging av Strategisk kompetanseplan del 2.

Personal- og organisasjonsavdelingen i UNN har deltatt i arbeidsgruppen som har utarbeidet Regional handlingsplan for rekruttering.

UNN har tilbud om lederstøtte i rekrutteringsprosesser. Prosessene er standardiserte og profesjonelle. I tillegg er det avholdt rekrutteringskurs for ledere og kursene er en del av lederutviklingsprogrammet til foretaket. Rekruttering er et eget fagområde og rådgiverne er har sertifisering på ulike verktøy som benyttes. UNN inngår i et faglig rekrutteringsnettverk med andre foretak i Helse Nord. I tillegg kjøpes eksterne tjenester ved behov. UNN driver med noe oppsøkende virksomhet, eksempelvis deltakelse på utdanningsmesser ved UiT, HiH og HiN. Videre har UNN målrettet aktivitet mot

eksempelvis legestudenter i Narvik i form av romjultreff, eget traineeprogram for sykepleiere er under utvikling, flere klinikker har egen introduksjonsdag for nye medarbeidere og man vurderer å utvide ordningen til å gjelde alle i UNN. Som et ledd i arbeidet med å beholde medarbeidere gjennomføres både medarbeiderundersøkelse og utviklingssamtaler. Andre tiltak er Inkluderende arbeidsliv og livsfasepolitikk.

5.0.11 Fortsette arbeidet for å redusere uønsket deltid og arbeide for en heltidskultur.

Pr 25.01.16 var det 25 ansatte i UNN som hadde uønsket deltid. Flesteparten av disse var ansatt i Drift- og eiendomssenteret, Psykisk helse- og rusklinikken og Medisinsk klinikk. Avdelingene tilstreber å gi ansatte økt stillingsprosent ved uønsket deltid. Gjennom lederopplæring og daglig lederstøtte fokuseres det på behovet for å arbeide for en heltidskultur i foretaket. Sommeren 2016 starter UNN et program med traineesykepleiere. Disse ansettes i 100 % fast stilling og dette er også et tiltak for å redusere deltid i foretaket.

Psykisk helse- og rusklinikken: Ansatte som har uønsket deltid er kartlagt og kjent for linjeleder. Det arbeides kontinuerlig med å tilpasse dette ved ledighet/vakanser i andre stillinger som den ansatte er kvalifisert for. Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging brukes. Det er innført hinkehjel for å få større stillingsprosent, bedre fagdekning på alle vakter mv.

Foretaksspesifikke mål 2015:

5 . 1 Helse, miljø og sikkerhet

Mål 2015:

- 5.1.1 Følge opp resultatene av medarbeiderundersøkelsen (MU) på en systematisk måte og gi ledere nødvendig støtte til oppfølgingsarbeidet, samt bidra til å utvikle MU-konseptet og forberede gjennomføring av MU i 2016.

Konkrete gjennomføringsmål er knyttet til oppfølgingsarbeidet. Målene understøtter hovedformålet til MU.

Det ble gjennomført planleggingsmøter før MU med alle klinikkene, samt informasjonsmøter og lederopplæring i MU. Ca 190 ledere, verneombud og tillitsvalgte deltok på opplæringen. Etter gjennomføringen ble det gitt individuell lederstøtte på flere måter: Bistand til rapportkjøring, veiledning og rådgiving i MU-oppfølging i egen enhet samt lederstøtte og større oppdrag i forbindelse med oppfølging av MU.

Rapportering i dialogavtalen, egne kartlegginger og etterspørsel etter bistand viser betydelig og gjennomgående oppfølgingsaktivitet etter MU i hele UNN. Oppfølgingen vurderes å variere noe i omfang og kvalitet. Oppfølging etter MU er evaluert og behandlet i AMU der det er etablert konkrete tiltak for å sikre enda bedre oppfølging ved neste gjennomføring.

UNN bidrar i Regionalt forvaltingsforum for MU og i arbeidet med å samkjøre MU og PSKU (Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen) nasjonalt. MU-gjennomføring ligger i foretakets planer for 2016, men vi avventer regional avklaring på gjennomføring i 2016.

5.1.2 Handlingsplan for helse, miljø og sikkerhet skal oppdateres årlig, i nært samarbeid med vernetjenesten.

IA-avtale med tiltak for 2015 der alle enheter har hatt som tiltak minimum: å jobbe med tiltaksarbeid etter gjennomført medarbeiderundersøkelse, tilby utviklingssamtale med alle medarbeidere, gjennomføre IA-opplæring (obligatorisk for ledere og tilbud for tillitsvalgte og verneombud).

Arbeidsgruppen «Tettere på» utarbeidet en rapport som presenterer en analyse av «nå-situasjonen» på sykefraværs- og nærværsarbeid i foretaket. I rapporten foreslås tiltak som skal fremme nærvær, forbedre arbeidsmiljø og fremme kultur for tilrettelegging og økt nærvær. Rapporten danner grunnlag for videre arbeid med tiltak i foretaket.

I tillegg er det gjennomført HMS-opplæringer, vernerunder, aktiv jobbing med aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging, informasjonsmateriell om seniorpolitikk med seniorpolitiske virkemidler og seniorsamtaler som del av utviklingssamtalen.

I 2015 var det totale sykefraværet i UNN 8,5%. UNN har tatt i bruk ny fraværsrapportering i HN LIS, dette gir mulighet for ferskere fraværsrapportering. UNN har hatt tett og godt samarbeid med NAV arbeidslivssenter i Nordland og Troms, samt rådgivere på lokale NAV kontor i Narvik, Harstad og Tromsø.

UNN har på plass nødvendige prosedyrer og verktøy for å ivareta handlingsplanen. Enkelte områder er godt fulgt opp gjennom dialogavtale og KVAM-strukturen, som Grønt sykehus, MU, opplæring i MTU og IA. Med bakgrunn i interne revisjoner og myndighetspålegg har UNN i løpet av 2015 iverksatt flere tiltak som skal forbedre styringen av HMS-arbeidet:

1. Læring etter interne revisjoner. Klinikken ble bedt om å justere årsplanen for 2015 med tanke på gjennomføringstidspunkt for de ulike aktiviteter, og å forbedre oppfølgingen av arbeidet med kvalitet og HMS i klinikken ved bruk av Ledelsens gjennomgang, halvårsrapport, intern revisjon, eller en kombinasjon av disse metodene. ([KU-sak 3.2015](#))
2. Foretaksledelsen gjennomfører programmet for elæring HMS med den hensikt å kunne bidra til endringer i styringen av kvalitetsarbeidet med hovedvekt på Helse, Miljø og Sikkerhet, slik at ledelsen i UNN har en mer omforent holdning i forhold til prioritering og oppfølging av HMS-arbeidet i foretaket.
3. Det utarbeides et overordnet måldokument for 2016 for alle lovområdene under HMS-forskriften. Dette forankres i dialogavtalene for 2016 og skal bidra til bedre oppfølging av lovpålagte oppgaver. ([AMU-sak 46/15.](#))
4. Det er igangsatt et arbeid med revisjon av HMS-strategien der målarbeidet, oppfølging og etterlevelse vil være vesentlige elementer, samt forbedret oppfølging av HMS-indikatorer med utprøving av elektronisk årshjul for de ulike HMS-aktiviteter. Strategien sluttbehandles i AMU mars 2016.

På klinikknivå følges dette opp gjennom Årshjul for året, som behandles i KVAM-grupper og i KVAM-utvalg.

5.1.3 Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Primært skal dette gjøres internt mellom egne sykehus, men også på tvers av helseforetakene for egnede områder av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer.

Fagområder med virksomhet ved flere institusjoner i UNN har koordinert ferieavviklingen internt innenfor de enkelte institusjonene. Narvik fødeavdeling har hatt stengt deler av ferien, og pasienter ble sendt til Harstad.

6 Forskning og innovasjon

Mål 2015:

- 6.1 Det skal utvikles strategier og planer med tiltak som kan bidra til å nå målene i HelseOmsorg21¹⁵ i samarbeid med regionalt helseforetak.

Handlingsplan for HelseOmsorg21 ble lagt frem høsten 2015 og ansatte på Klinisk forskningsavdeling (KFA) ble gjort kjent med dokumentet og dokumentets prioriterte satsningsområder:

- 1) Brukermedvirkning:
 - a. Brukerutvalget på UNN ble invitert til å oppnevne representanter som skal delta som fullverdige medlemmer i faste forskningsutvalg på UNN (Vitenskaplig råd til forskningsposten og FFU).
 - b. KFA har startet planlegging av nytt kurs om forskningsmetodologi og -begrep for brukere som ønsker å bidra i planlegging/vurdering av forskningsprosjekter.
- 2) Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde:
 - a. Samarbeid med industri inngår som egne arbeidspakker i nasjonale nettverk Biobank Norge og NorCRIN der UNN v/KFA er aktive deltagere. Kartleggingsarbeid i egne forskningsmiljø er startet.
- 3) Bedre klinisk behandling:
 - a. Gjennom samarbeid i det nasjonale forskningsstøttenettverk NorCRIN jobber vi for å legge til rette for å øke antall multisentre kliniske studier der UNN er involvert og gjøre utprøvende behandling bedre tilgjengelig til pasienter i regionen. Dette skal også øke vår kompetanse innen klinisk behandlingsforskning.
 - b. Det er oppnevnt arbeidsgruppe som skal revidere mandat og tjenestetilbud i Forskningsposten med sikte på å nå målene i Helse Omsorg21, særlig flere kliniske studier, tidlig fase kliniske studier og testing av medisinsk utstyr.
- 4) Møte de globale helseutfordringene:
 - a. UNN og Helsefak har etablert nytt senter for Arktisk og Global Helse.
 - b. Representant fra KFA deltar i nasjonal arbeidsgruppe Norwegian Global Health Institute.
- 5) Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering:

KFA rekrutterte internasjonalt kjent forskningsveileder med kompetanse innen multisentre RCT og Systematic Reveiws som skal veilede innen forskningsmetodologi og undervise på ph.d.-kurs Introduction to RCT and Systematic Reviews.

- 6.2 For å øke nytten av offentlig finansiert klinisk forskning, skal det innføres krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av kliniske studier eller helsetjenesteforskning.

¹⁵Nasjonal strategi som skal legge til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert innsats for forskning, utvikling og innovasjon i helse- og omsorgsområdet.

Det er innført krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av kliniske studier eller helsetjenesteforskning i alle prosjekter som søker forskningsmidler fra HelseNord. Brukere er invitert til å delta i søknadsvurdering i Vitenskapelig råd til Forskningsposten. Innføring av nye rutiner krever tilleggsressurser og -kompetanse.

6 . 3 Det skal etableres rutiner for formidling og implementering av forskningsresultater.

Måneders forskningsartikler ble tidligere publiserte på UNNs nettsider. Grunnet manglende kapasitet ble dette stoppet høsten 2015.

6 . 4 Bidra i arbeidet med å utarbeide ny forskningsstrategi i Helse Nord.

UNN har bidratt i arbeidet med utarbeidelse av ny forskningsstrategi i Helse Nord ved at UNN hadde to representanter i referansegruppen til Helse Nord's Forskningsstrategi, organiserte møtet 24.6.2015 der alle klinikkene fikk anledning til å sende sin representant, organiserte høringsrunde internt på UNN og koordinerte utarbeidelse av felles hørings svar UNN/Helsefak.

6 . 5 Data fra kvalitetsregistrene skal nyttiggjøres til forskningsformål. Flere forskningsprosjekter må realiseres med bruk av data fra nasjonale kvalitetsregistre.

UNN har ingen spesifikk oversikt over om det pågår forskning på data fra kvalitetsregistrene.

6 . 6 Det skal vurderes gjennomført førkommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av ”Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser” fra 2012.

Rapporteringstekst årlig melding
Se svar på pkt 2.5.7.

Foretaksspesifikke mål 2015:

UNN

6 . 7 Infrastruktur, utprøvningsenheter og støttefunksjoner for kliniske studier skal styrkes.

Gjennom samarbeid i det nasjonale forskningsstøttenettverk NorCRIN jobber vi for å legge til rette for å øke antall multisentre kliniske studier der UNN er involvert og gjøre utprøvende behandling bedre tilgjengelig for pasienter i regionen. Dette skal også øke vår kompetanse innen klinisk behandlingsforskning.

EU-rådgiver er ansatt ved Helsefak som en del i felles satsning (1/3 av stillingen finansieres av UNN).

Det er oppnevnt ei arbeidsgruppe som skal revidere mandat og tjenestetilbud i Forskningsposten med

sikte på å nå målene i Helse Omsorg21, særlig flere kliniske studier, tidlig fase kliniske studier og testing av medisinsk utstyr

UNN har inngått konsortieavtale med Vanderbilt University og fått tilgang til elektronisk CRF løsning RedCap.

Biobank satsning er styrket ved at en bioingeniør er ansatt på UNN med ansvar for veiledning innen biobanking i regionen.

Biobank springssystemet EUTRO er under implementering på UNN. Prosjektet startet i 2015 og planlegges avsluttet i februar 2016.

UNN arbeider nært sammen med Det helsevitenskapelige fakultet, UiT, blant annet gjennom drift av felles kjernefasiliteter.

6 . 8 Sikre og videreutvikle humane miljøgiftanalyser som ledd i global helseforskning.

Det er etablert et eget laboratorium for analyse av miljøgifter i mennesker ved Laboratoriemedisin, Diagnostisk klinikk. Dette er et fellesprosjekt med Det helsevitenskapelige fakultet, UiT. Det er etablert analyser av mange ulike organiske miljøgifter, og har i 2015 fått god erfaring spesielt med analyse av perfluorerte forbindelser (PFAS). Laboratoriet har satt i gang analyse av spor- og tungmetaller. Arbeidet som gjøres er først og fremst innen forskning, hvor prosjekt innen særlig Tromsøundersøkelsen står sentralt. Miljøgiftlaboratoriet samarbeider med forskere nasjonalt og internasjonalt. Laboratoriet arbeider for å bli et internasjonalt referanselaboratorium for miljøgiftanalyser. Miljøgiftlaboratoriet arrangerte et to dagers forskningsseminar om miljøgifter og helseeffekter i oktober 2015. Det er behov for utvidelse av laboratoriekapasitet og –størrelse, noe som følges opp i forbindelse med UNNs arbeid med strategisk utviklingsplan.

7 Styringsparametre2015

7 . 1 Styringsparamete

7.1.1 Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

I 2015 har UNN intensivert arbeidet med å sørge for at det ikke skal være fristbrudd i foretaket. Pasienter uten rett til prioritert helsehjelp som har ventet over 12 måneder, skal få sin undersøkelse eller behandling så snart som mulig. Ved innføring av ny pasientrettighetslov fra høsten 2015 er det spesielt viktig at ingen pasienter som er prioritert etter eksisterende lovgivning fortsatt er langtidsventende.

Følgende tiltak er iverksatt i 2015:

1. Bevisstgjøring i hele foretaket på at langtidsventende uten rett til helsehjelp skal få sitt avtalte tilbud snarest mulig og at fristbrudd skal unngås.
2. Alle dialogavtaler med klinikker og avdelinger har spesielt fokus på avvikling av langtidsventende og unngåelse av fristbrudd.
3. Regelmessige dialogmøter med klinikker og avdelinger hvor tiltak og planer med fokus på fristbrudd og langtidsventende følges opp.
4. Ledelsesverktøyet HN-LIS rapporterer daglig på langtidsventende og truende fristbrudd helt ned på laveste organisasjonsnivå.

5. Alle ledermøter i sykehusledelsen, klinikker og avdelinger har statusgjennomgang på truende fristbrudd og langtidsventende ved bruk av HN-LIS.
6. Det er etablert *Fagforum for rapport og analyse* som består av kompetanspersoner fra alle klinikker og sentra. Hovedfokus våren 2015 var tilrettelegging av rapporter og analyser på fristbrudd og ventelister.
7. Det er etablert *Fagforum for pasientadministrative rutiner* som består av kompetanspersoner fra alle klinikker og sentra. Fokus for arbeidet våren 2015 er implementering og bruk av korrekte rutiner ifb registrering og prioritering av henvisninger og ventelister.
8. Alle avdelinger og klinikker har foretatt intern overflytting av pasienter som kan få undersøkelse eller behandling ved andre lokalisasjoner ved UNN enn opprinnelig planlagt. Ved behov har spesialisert personell fra UNN Tromsø ivaretatt behandling ved de øvrige lokalisasjonene.
9. Alle klinikker og avdelinger har blitt instruert om å unytte alle ledige muligheter til behandling av de langtidsventende ved de andre foretakene i regionen og avtalespesialistene.
10. NOR-klinikken har etablert et samarbeid med Teresklinikken i Tromsø der operatører fra UNN har bidratt.
11. Alle klinikker og avdelinger er instruert om å gjennomgå sine ventelister med spesielt fokus på langtidsventende for å:
 - a. Avklare tekniske eller administrative forhold som kan gjøre at pasienter er feilført på listene.
 - b. Kontakte alle langtidsventende for å avklare om behandling er gitt andre steder eller ikke lenger er aktuell.
 - c. Etablere rullerende klinikkvise oversikter over antall pasienter, sykdom, behov og plan for de langtidsventende.

Rapport over langtidsventende og fristbrudd i UNN HF pr medio april 2015

- Alle klinikkene har gjennomgått ventelister og avklart tekniske eller administrative forhold ift de langtidsventende.
- Det foreligger planer for alle langtidsventende.
- Fristbrudd overvåkes fortløpende bl.a. i UNN KIS og forventes unngått innen høsten 2015.
- Oversikt og videre planer for de langtidsventende følges fortløpende og forventes være avviklet innen oktober 2015.

Ved utgangen av 2015 var den gjennomsnittlige ventetiden 69 dager for pasienter tatt til behandling i desember. Antall langtidsventende er i løpet av året redusert til rundt 200 pasienter. Det er lagt planer for at disse skal være avviklet i løpet av relativt kort tid. Samlet sett er det meget gode holdepunkter for at gjennomsnittlig ventetid vil være på eller under nasjonalt mål når disse tiltak er gjennomført.

7.1.2 Ingen fristbrudd¹⁶.

Fristbrudd er redusert til rundt 20 tilfeller pr måned ved utgangen av 2015. Det arbeides kontinuerlig for å unngå registreringsfeil og at pasienter settes opp samme dag som fristbruddfristen utløper. Dette står for rundt 50% av fristbruddsakene. Fristbrudd rapporteres månedlig til styret og eier, og kna følges daglig i HN-LIS.

¹⁶ Måles i dag for rettighetspasienter. Ny pasient- og brukerrettighetslov som innføres i løpet av 2. halvår 2015, vil gi alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste status som rettighetspasienter.

7.1.3 Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	192	171	89	70
Hode- halskreft	35	31	88	70
Kronisk lymfatisk leukemi	2	1	50	70
Myelomatose	5	3	60	70
Akutt leukemi	2	1	50	70
Lymfom	50	49	98	70
Bukspyttkjertelkreft	11	11	100	70
Tykk- og endetarmskreft	155	145	93	70
Blærekreft	51	34	66	70
Nyrekreft	31	16	51	70
Prostatakreft	117	44	37	70
Peniskreft	1	1	100	70
Testikkelkreft	15	13	86	70
Livmorkreft	28	16	57	70
Eggstokkreft	22	11	50	70
Livmorhalskreft	19	13	68	70
Hjernekreft	13	7	53	70
Lungekreft	146	129	88	70
Kreft hos barn	3	3	100	70
Kreft i spiserør og magesekk	25	24	96	70
Primær leverkreft	3	3	100	70
Skjoldbruskkjertelkreft	4	0	0	70
Føflekkreft	34	30	88	70
Galleveiskreft	8	6	75	70
Totalt	972	762	78	

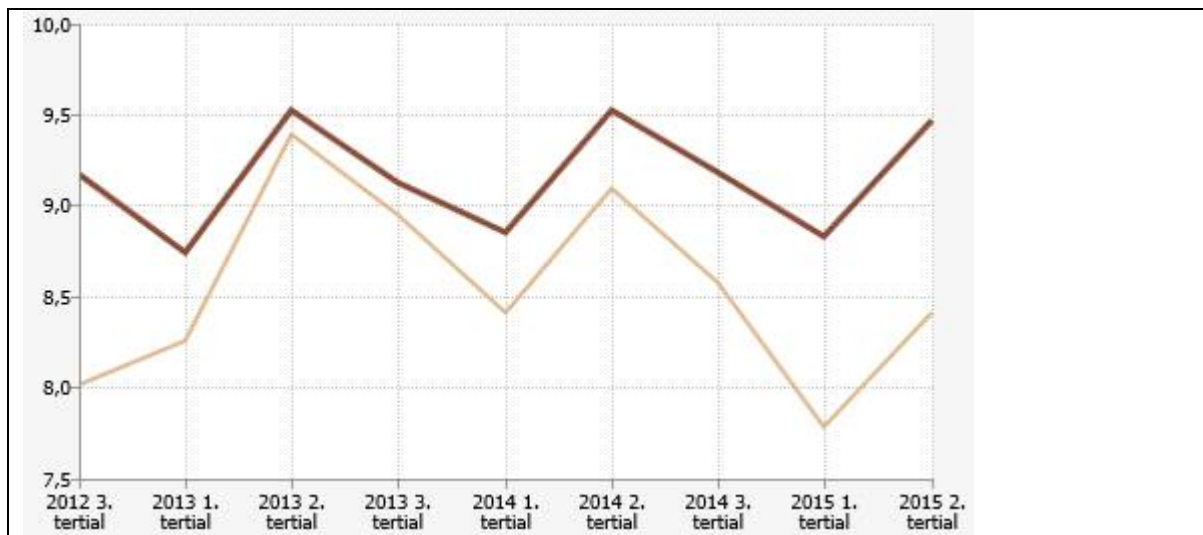
78% prosent av kreftpasientene var i 2015 i Pakkeforløp. Det er utfordringer i noen av forløpene og det arbeides med å øke andelen der vi ikke når målet om 70%.

7.1.4 Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	152	118	77	21	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	23	22	95	13	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			15	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	36	31	86	16	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	3	75	17	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	21	14	66	27	28
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	8	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			3	
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	2	100	1	8
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	52	38	73	12	21
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	5	3	60	23	28
BUKSPYTJKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	9	7	77	30	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	22	36
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	109	80	73	28	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	1	25	37	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	28	22	78	27	39
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	32	26	81	23	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	3	3	100	19	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2	1	50	34	46
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	9	6	66	36	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	3	3	100	18	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	22	8	36	71	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	19	8	42	45	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	5	4	80	38	66
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	93	31
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	3	60	28	38
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	21	21	100	21	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	22	20	90	25	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	1	50	30	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	6	4	66	19	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	0	0	32	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	28	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	7	7	100	11	21
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	23	18	78	32	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	35	31	88	20	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	46	29	63	26	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	1	100	5	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	2	100	4	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	7	7	100	27	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	8	6	75	19	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	5	4	80	36	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	3	3	100	21	39
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	3	0	0	57	41
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	34	30	88	12	35
NEVROENDOKRINE SVULSTER	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	2	56
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	2	2	100	14	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	52	35	67	15	22

75% prosent av kreftpasientene var i 2015 innenfor forløpsfristen. Det er utfordringer i noen av forløpene og det arbeides med å øke andelen der vi ikke når målet om 70%.

7.1.5 Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose.



Andelen reinnleggelser innen 30 dager for alle pasienter uavhengig av alder og diagnose var i 2015 i overkant av 8%. (Kilde SAMDATA). Dette er vel 1 prosentpoeng under landsgjennomsnittet. UNN (orange linje) ligger under landsgjennomsnittet (rød linje) på denne indikatoren i hele perioden fra 2012.

7.1.6 Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig iht. NOIS¹⁷-registerforskriften.

UNN utfører prevalensundersøkelse vår og høst iht NOIS-registerforskriften. Ved vårens registrering var det 3 fagfelt som ikke gjennomførte (hematologi/endo, nevrokirurgi og øye). Ved høstens registrering var det en avdeling som ikke gjennomført (hjertemedisin).

7.1.7 NOIS-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften.

For 1.tertial 2015 ble ikke målet om 95 % oppfølging for alle inngrep oppnådd. Narvik har ikke levert tall for totalprotese hofte, hemiprotese hofte, kolecystektomi og kolonkirurgi. Det har ikke vært klarlagt hvem som skal utføre/ha ansvar for registrering og oppfølging av pasienter som gjennomgår NOIS-inngrep i Narvik. Oppfølgingsprosent for kolecystektomi i Tromsø var 64 % og var dermed under grensen på 80 % for viderebehandling av Folkehelseinstituttet
 For 2.tertial 2015 ble heller ikke målet om 95 % oppnådd. Narvik har heller ikke dette tertialet levert tall for totalprotese hofte, hemiprotese hofte, kolecystektomi og kolonkirurgi. Koloninngrep i Tromsø hadde oppfølging på 80, 8 %. 3.tertial 2015 ferdigstilles 1.april 2016.

¹⁷ Forskrift om Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

7.2 Rapporteringskrav

7.2.1 Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus.

	2010	2011	2012	2013	2014
Hele landet	94,6	94,6	94,7	95,0	95,2
Helse Nord RHF	94,5	94,4	94,6	94,9	95,1
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	94,8	94,7	94,7	95,0	95,1
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	94,0	94,0	94,4	94,9	95,2
Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	94,7	95,3	94,6	95,2	94,4
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	95,2	94,7	94,8	94,9	95,2

UNN ligger i 2014 på landsgjennomsnitt for 30 dager overlevelse

7.2.2 Andel reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning av eldre pasienter.

Behandlingssted	2012	2013
	Sannsynlighet for reinnleggelse	Sannsynlighet for reinnleggelse
Hele landet	15,3	15,4
- Helse Nord RHF	14,7	14,6
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF	13,2	13,1
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	14,7	13,5
Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	15,6	14,9
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	12,0	12,7

Siste tilgjengelige data er fra 2013. UNN ligger under landsgjennomsnittet for reinnleggelser blant eldre.

7.2.3 Andel pasienter 18–80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse. Mål 20 %.

Andelen pasienter i UNN Tromsø som får trombolyse er 20 % i 2015.
 UNN Narvik: Stort fokus på trombolysebehandling, bl.a. med gjennomgang og revisjon av intern rutine gjennom høst/vinter.
 UNN Harstad: Oppnådd økning fra ca 8 til 15,4% gjennom fokus på trombolysebehandling. Tolkes

med omhu grunnet lavt antall pasienter, små endringer gir store utslag.

7.2.4 Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet.

73% av pasienten med slag legges direkte inn i slagenhet i UNN.

7.2.5 Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis distriktpsikiatriske sentre og sykehus.

År	Årsverk PHV i sykehus	Årsverk DPS
2012	316,27	400
2013	289,56	412,44
2014	289,56	412,44
2015	260,14	421,14

Endring fra 2014 til 2015 viser en nedgang på 29,42 årsverk innen PHV sykehus, mens vi har en økning på 9 årsverk innen DPSene. Dette skyldes sammenslåing av to sengeposter til en (Psykose og ruspost). Det er tilført 9 stillinger for etablering av rusteam ved sentre for psykisk helse og rusbehandling (Sør-Troms, Midt-Troms, Tromsø og Nord-Troms).

7.2.6 Andel tvangsinnleggelser skal reduseres sammenliknet med 2014.

Andel tvangsinnleggelser 2. tertial 2015 var 22,1 og 3. tertial 2014 var den 22,4. Data for 3. tertial 2015 foreligger ennå ikke. Tiltak inngår i klinikkens plan for «Økt frivillighet i psykiatrien – handlingsplan 2014-2016» som er under implementering.

7.2.7 Fastlegers erfaring med distriktpsikiatriske sentre

Rapporter vedrørende fastlegers vurdering av DPS er gjennomgått i klinikkens lederteam. Avdelingene initierer oppfølging i det enkelte senter for psykisk helse og rusbehandling (DPS).

7.2.8 Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Gjennomført Kunnskapscenterets standardiserte pasienterfaringsundersøkelse i alle seksjonene. Rapporter er gjennomgått i klinikkens lederteam. Videre oppfølging i virksomhetene.

7.2.9 Pasienters erfaring med døgnopphold i psykisk helsevern voksne (resultater kun på nasjonalt nivå)

Klinikken har ikke tematisert denne rapporten spesielt. Rapporten viser at det er rom for forbedring på flere områder: Forberedelse til utskrivning fra institusjonen, bistand fra kommunen du bor i, samhandling mellom ulike helsetjenester, informasjon om behandlingsmulighetene som finnes, innflytelse på valg av behandlingsopplegg og innflytelse på medisinerings. Rapporten viser også at pasientene har gode erfaringer på flere områder, blant annet med måten de blir tatt imot ved

institusjonen samt positive erfaringer med behandlere og personale. En ser den betydning denne rapporten vil kunne ha i forhold til utvikling av både tilbud og samhandling, og Psykisk helse- og rusklinikken vil følge opp denne.

7.2.10 Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)

PasOpp undersøkelsene følges opp gjennom kvalitetsutvalg og styresak. Undersøkelsene tas til orientering og resultatene inngår i det generelle forbedringsarbeid i klinikkene.

7.2.11 og 7.2.12 Antall legemiddelgjennomganger og legemiddelsamstemminger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord HF.

GynUro: 11 legemiddelsamstemminger, 30 legemiddelgjennomganger
Intensiv (det utføres utvidet farmasøytisk tjeneste der betalt av OPIN klinikken): 1
Legemiddelsamstemming, 670 legemiddelgjennomganger
Pasientsentrert helsetjeneste team (prosjektfinansiert, Medisinsk klinikk):
100 legemiddelsamstemminger og 100 legemiddelgjennomganger
Alderspsykiatrisk: 44 legemiddelsamstemminger, 430 legemiddelgjennomganger
Geriatrisk poliklinikk: 2 legemiddelsamstemming, 2 legemiddelgjennomganger
Infeksjon: 85 legemiddelgjennomganger
Hjertemedisin: 9 legemiddelsamstemminger
NKØØ: 10 legemiddelsamstemminger
OBS posten: 15 legemiddelsamstemminger
Nyre/Gastro: 20 legemiddelsamstemminger
Store barn: 2 legemiddelsamstemminger

Harstad:

Med: 16 legemiddelsamstemminger

KirA: 10 legemiddelsamstemminger

Pasientsentrert helsetjenestetteam: 7 legemiddelsamstemminger

Legemiddelgjennomgang er fast aktivitet på Intensiv, på Alderspsykiatrisk og i Pasientsentrert helsetjenestetteam. Legemiddelgjennomganger utover det gjøres sporadisk på forespørsel.

9.2 Sak til HF styrebehandling

9.2.7 Status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet en gang årlig. Blant annet skal sakene omfatte status for innføringen av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet, GTT-resultater og oppfølging av disse.

Pasientsikkerhet: Det er levert en statusrapport til UNNs styre i forbindelse med styreseminar med fokus på pasientsikkerhetsarbeid (sak 78/2015). Det presenteres og rapporteres på ett og ett innsatsområde i de månedlige virksomhetsrapportene i tråd med styresak 78/2015.

Pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingen behandles i de månedlige virksomhetsrapportene og gjennomgås i Ledelsens gjennomgang Tertialvis samt i tertialrapporter og i Årlig melding. I ledelsens gjennomgang gjennomgås tiltakslistene på særskilte utfordringer med kvalitet i pasienttilbudet.

Dette behandles i kvalitetsutvalg, brukerutvalg og styret.

9.2.8 Tertilvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2015, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2015, med tiltak.

Styret har behandlet tertialrapportene på oppdragsdokumentet.

Oppfølgingsspørsmål

- Styrket tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.

UNN har etablert rutiner for å ivareta dette.

- Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere

Ettersom blodgiverkorpset er dynamisk er det viktig å ivareta riktig mengde blodgivere som gjør at vi har tilgang på givere når forbruket er høyt og samtidig tilgangen på givere er lavere (for eksempel i typiske perioder med sykdom i befolkningen og ferienesong). Det beste tiltaket er å sørge for å ha god nok tilgang på personell, som både kan ta i mot etablerte givere, godkjenne nye givere, og ta kontakt med givere når man må kalle inn ekstra. Fysisk rekruttering er ikke veldig viktig ettersom at størstedelen av befolkningsgruppen vi er interessert i som givere er online store deler av døgnet. Det er helt essensielt at vi har ressurser som kan ta inn nye givere til intervju. Videre for å beholde givene er det viktig å opprettholde høy grad av service og spesielt når det gjelder kommunikasjon.

Det siste året har mye erfarent personell sluttet, samt at de som man har ansatt nye også har sluttet av ulike årsaker. Vi har derfor slitt med å være i konstant opplæring av nyansatte og dette krever mye av erfarent personell.

Rekruttering av nye givere har vært gjennom den nasjonale blodgiverkampanjen, og ved facebook-meldinger. Det har fungert meget godt. Tiltak for å få tatt oss av disse innen rimelig tid er at vi har høyt fokus på nye givere. For å få til dette krever det mye koordinering på tvers av lokalisasjonene hvor vi har blodbankdrift.

Vi jobber med at blodgiverkorpset blir bedre fordelt slik at vi benytter de som ikke er inne så hyppig, og at vi får inn nye givere til tapping ganske raskt etter godkjenning.

Vi jobber med å få inn givere som tidligere var ekskludert pga allergi inn i blodgiverkorpset igjen.

Vi jobber med å igangsette plasmaferese og på den måten kunne benytte givere som ikke får gitt så ofte (AB og B-givere)

Vi jobber med å få utbedret telefoniløsning slik at givene skal slippe å ringe og ikke komme i gjennom. Service.

Vi må vurdere åpningstidene våre, og om det er gjennomførbart med tapping på UNN. Vi vet at vi nok har mistet mange faste givere som jobber på UNN/UiT etter flyttingen til Nerstranda, UNN. Flytting er begrunnet i byggeprosesser i UNN. Vi er i planlegging med å få på plass patient blood management som skal bidra til bedre vurderinger, riktigere og mindre bruk av blodprodukter.

- Det er etablert minst ett prostatasenter som sikrer kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen.

Prostatasenter er under etablering i UNN.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
26/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.3.2016
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Line Lura

Ledelsens gjennomgang

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2015* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Sammendrag

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

Ledelsens gjennomgang avdekker enkelte svakheter i og områder for forbedring av det etablerte systemet. Denne gjennomgangen, knyttet til målinger for tredje tertial 2015, fokuserer i hovedsak på virkningen og gjennomføring av aktiviteter knyttet til internkontrollsystemet, på meldekultur og avvikshåndtering samt systemer for ivaretagelse av pasientsikkerhet, inkludert smittevern. Direktøren vurderer *Ledelsens gjennomgang* tertialvis på foretaksnivå samt årlig gjennomgang på klinikknivå som et nyttig og nødvendig tiltak i kvalitetsarbeidet.

På bakgrunn av *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2015*, har Kvalitetsutvalget i UNN anbefalt følgende forbedringstiltak:

1. *Kvalitetsavdelingen sender ut månedlig oversikt over dokumenter med overskredet revisjonsdato på tre måneder til klinikkene. Klinikkene vil da få en måned på å revidere dokumentet. Hvis dette ikke blir gjort blir dokumentet trukket tilbake.*
2. *Kvalitetsavdelingen sender ut oversikt over dokumenter som har hatt fem eller færre oppslag i 2015 og ber klinikken om å ta en gjennomgang om disse dokumenter blir/skal brukes. Denne forespørsel må svares ut med hvilke dokument som kan trekke tilbake.*

3. *Kvalitetsavdelingen forbereder sak til UNNs ledergruppe, eventuelt 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.*
4. *Kvalitetsutvalget ber alle klinikker om å initiere systematiske diskusjoner om meldekultur i fagmiljøene, samt i KVAM-strukturene i klinikkene. Her bør det være særlig fokus på at terskelen for å melde alvorlige komplikasjoner skal være lav slik at en sikrer at disse raskt blir fulgt opp med nødvendige forebyggende tiltak for å unngå nye, lignende hendelser.*
5. *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.*
6. *Direktøren løfter frem pasientsikkerhet, meldekultur og betydningen av å utvikle UNN som en lærende organisasjon i statusmøter for ledere og i direktørens ledersamling.*
7. *Kvalitets- og utviklingssjefen har sammen med direktøren planlagt et halvdags møte for UNNs ledergruppe i mars med tema læring av uheldige hendelser, tilsyn etc. Dette som et ledd i arbeidet med nye mandat, sammensetning og arbeidsform for Pasientsikkerhetsutvalg og Kvalitetsutvalg og andre tiltak som ledd i arbeidet for å utvikle UNN som en lærende organisasjon med fokus på pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring.*
8. *Kvalitetsavdelingen utarbeider forslag til hvordan hendelsesanalyser systematisk kan tas i bruk som verktøy for å sikre læring og erfaringsoverføring etter alvorlige hendelser i UNN.*
9. *Kvalitetsavdelingen tar initiativ til å etablere nettverk for klinikkenes kvalitetsrådgivere for å bidra til erfaringsutveksling, læring på tvers av klinikkene og opplæring.*
10. *Kvalitetsutvalget ber direktør og kvalitets- og utviklingssjefen om å ha oppfølging av pasientsaker, inkludert NPE- og tilsynssaker samt saker fra Pasient- og brukerombud som tema i oppfølgingsmøter med klinikkene.*
11. *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.*
12. *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.*
13. *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.*

I tillegg følges arbeidet med alle områder i kvalitetssystemet opp i tråd med tidligere vedtak i kvalitetsutvalg og ledergruppe.

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, eksempelvis 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 i de avdekte forholdene (avvik) i interne og eksterne revisjoner er svært verdifull, men benyttes fortsatt i for liten grad til læring og forbedring.

Formål

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

Saksutredning

UNN arbeider langsiktig 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 fortsatt et forbedringspotensial. Gjennom Kvalitets- og utviklingssenteret arbeides det videre med å ytterligere bedre systematikk i hvordan aktivitetene i internkontrollen skal utføres, hvor og hvordan de skal dokumenteres, og ikke minst med hvordan man skal bedre læring på tvers av enhetene i UNN.

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

Styrende dokumenter

UNN har nå 20 336 dokumenter som inngår i kvalitetssystemet. Det er fortsatt flere nyutgivelser av dokumenter enn det antallet som trekkes tilbake. 6 % av dokumentene er ikke vedlikeholdt og revidert innen fristen (tilnærmet uendret fra forrige tertial). Det er viktig at innholdet i de enkelte dokumenter er av faglig god standard, ikke minst med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet, og dermed for at UNN skal kunne leve opp til sin visjon. UNN har fortsatt en stor utfordring med for mange parallelle og overlappende prosedyrer mellom enhetene, som bør samles i færre, felles prosedyrer.

Avviksbehandlingen

Det har de siste årene vært en jevn økning i antall meldte avvik i foretaket, med noe utflating siste tertial. Antall avviksmeldinger er 2093 i 3. tertial 2015, som er 12 % økning fra samme tertial 2014. Den hyppigst angitte årsak til avvik siste tertial er *Skriftlig prosedyre ikke fulgt*.

Det meldes flere pasienthendelser (avvik knyttet til enkeltpasienter). Det er i 3. tertial 2015 meldt 178 pasienthendelser mot 111 i 3. tertial 2014 til Nasjonalt kunnskapssenter etter §3-3, hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient.

Interne revisjoner

Det er i 2015 gjennomført åtte interne revisjoner i UNN. To planlagte interne revisjoner er ikke gjennomført på grunn av kapasitetsproblemer i daværende Fag- og forskningscenteret, mens fire planlagte revisjoner ikke ble gjennomført fordi de av ulike årsaker ble ansett som lite aktuelle.

Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på pasientsaker 3. tertial 2015 er 32 dager mot 42 dager i 3.tertial 2014. Klager fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og pasient/pårørende er de saker som har lengst svartid fra avdelingene.

Smittevern

Det har de siste to årene vært satt et kraftig fokus på intensivering av smittevernarbeidet for å oppnå bedret pasientsikkerhet med færre sykehusinfeksjoner i UNN. Det er etablert et eget smittevernutvalg ledet av smittevernoverlegen, og tiltak foreslått av dette utvalget har vært iverksatt og fulgt opp.

Prevalensregistrering av helsetjenesterealterte infeksjoner gjennomført 4. november 2015 viser at UNN totalt hadde prevalens 4,5 %, som er lavere enn resultatet fra mai 2015 (5,3 %) og under nasjonalt gjennomsnitt (5,1 %). Tallene for UNN Tromsø, UNN Harstad og UNN Narvik var henholdsvis 4,8 %, 2,9 % og 2,9 %.

Tall fra *Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner* (NOIS) for første tertial i år viser at andel pasienter som får dype infeksjoner etter hjertekirurgi har vært null også i andre tertial 2015, og gjennomgående er det få pasienter som får dype infeksjoner etter de kirurgiske inngrep som er inkludert i målingene. Det er god oppfølging av alle inngrep med unntak av galleblæreoperasjoner i UNN Tromsø og UNN Harstad, men manglende oppfølging av flere inngrep i UNN Narvik siste tertial. Samlet for UNN nås målet om oppfølging av over 95 % av pasientene.

Det rapporteres etter 3. tertial 2015 om stort sett tilfredsstillende gjennomføring av smittevernvisitter i UNN, der det blant annet er fokus på korrekt bekledning og at ansatte har fått opplæring i håndhygiene. Enkelte sengeposter kan vise til 100 % gjennomføring av månedlige smittevernvisitter, mens andre enheter ikke følger dette opp like godt.

Ytre miljø

Nemko gjennomførte 12-14.10.2015 første oppfølgingsrevisjon etter at UNN ble sertifisert. UNN fikk tre avvik og 26 anbefalinger. Avvik er lukket eller planlagt lukket, og foretaket ble resertifisert. Det er i tredje kvartal gjennomført et delprosjekt klimaregnskap. UNN har i 2015 redusert CO₂-utslipp med 9 % sammenlignet med 2014, og nådd hovedmålet i denne sammenheng. Energiforbruket er imidlertid kun marginalt redusert med 0,5 %.

Personalskader

Antall personalskader meldt i Docmap er 531 i 2015, en liten nedgang fra 557 i 2014. Som tidligere skjer de fleste personalskader i de psykiatriske enhetene. Det har vært gjennomført et

systematisk arbeid i samarbeid mellom Barne- og ungdomsklinikken og Bedriftshelsetjenesten for å identifisere tiltak for å forebygge personalskader.

Varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)

Det totale omfanget av varsel om brudd i 3.tertial 2015 viser en nedgang på 2,2 prosentpoeng fra samme periode i 2014. Arbeidstidsbestemmelsene er utformet slik at ett tilfelle kan gi flere brudd for de samme timene/vaktene. Tallmaterialet i saken viser således ikke faktiske brudd, men varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Det vil bli jobbet videre med å få til en bedre og mer hensiktsmessig rapportering på dette området.

Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, Arbeidsmiljøutvalget, samt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 14-16.3.2016. Referater og protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet.

Brukerarbeidsutvalget ga uttrykk for misnøye med UNNs manglende evne til å ta lærdom av meldte avvik, slik at man hindrer at samme avvik oppstår flere steder i organisasjonen.

Arbeidsmiljøutvalget samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, vektla at registrering av brudd på arbeidstidsbestemmelsene i GAT måtte prioriteres høyere, og fremkomme som en del av Ledelsens gjennomgang. Dette for at UNN skal kunne oppfylle lovkrav samt at kunnskapen som registreringene gir, på sikt kan brukes for å sikre arbeidsmiljøet så vel som pasient-sikkerheten.

Vurdering

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

Den etablerte systematikk avdekker områder som må forbedres. Forbedringsarbeid krever stor grad av oppmerksomhet fra ledere på alle nivå. UNN øker fokuset på arbeidet med pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og bedring av resultater med flere ulike tiltak, blant annet med styrking av styringsstrukturer, lederoppfølging og prosessforbedringer.

Meldekulturen i UNN har de siste årene utviklet seg positivt. Likevel anser direktøren det som svært viktig å ytterligere bedre åpenhets- og meldekultur i foretaket, og utvikle UNN som en lærende organisasjon. Dette ikke minst i lys av den senere tids betydelige mediefokus på utsagn om frykktkultur i foretaket og resultater av den nasjonale måling av pasientsikkerhetskultur fra 2014. Kvalitetsutvalget har anbefalt tiltak for å bidra til ytterligere bedring av melde- og læringskultur i UNN, og direktøren legger stor vekt på at disse tiltakene følges opp i tråd med intensjonen.

Det er utvilsomt fortsatt et stort potensiale for i større grad å bruke avvik i egne og andres enheter til systematisk arbeid med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet. Selv om antall avvik

knyttet til pasienthendelser øker, er det mange fagmiljø som har et betydelig potensiale for å melde flere alvorlige komplikasjoner. Det er ulike tradisjoner for å melde alvorlige komplikasjoner som anses som sjeldne, men likevel kjente. Direktøren anser det som viktig at denne type avvik meldes i langt større grad. Dette vil bidra til å sikre at hendelsene gjennomgås raskt for å identifisere mulige tiltak for å forebygge nye, tilsvarende hendelser. Selv om registrering av komplikasjoner i nasjonale kvalitetsregistre oppsamlet gir viktig informasjon som kan benyttes i forbedringsarbeid, sikrer ikke denne registreringen alene en rask oppfølging i samme grad som avviksmeldinger gjør. Etablering av et system for hendelsesanalyser i UNN vil være et viktig bidrag til rask analyse og identifisering av læringspunkter etter alvorlige hendelser.

Selv om median tid for saksbehandling av pasientklagesaker er redusert med 10 dager sammenlignet med fjoråret, er det fortsatt enkelt saker der det tar uakseptabelt lang tid før pasient, ombud, tilsyn eller NPE får svar fra UNN. Dette er også beskrevet i Pasient- og brukerombudets årsrapport for 2015. Direktøren har en klar forventning om at enhetene behandler slike saker korrekt og innenfor de frister som gjelder. Dette følges opp med månedlige oversikter til alle klinikker, og er tema i oppfølgingsmøter med klinikkene for å sikre at klinikkene også har interne systemer for oppfølging av at sakene svares ut i tide. Det er positivt at NPE i 2015 ikke behandlet klagesaker der UNN var involvert uten at opplysninger fra behandlingsstedet forelå.

Måling av forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i november 2015 viser en ytterligere nedgang sammenlignet med vårens resultat, og UNN har nå tall under landsgjennomsnittet. Også forekomst av dype postoperative infeksjoner er redusert i samme periode. Det tyder på at det sterke fokus som har vært satt på smittevernarbeid i UNN de siste to årene har gitt resultater. Likevel har foretaket fortsatt utfordringer med infeksjoner, og den regionale nullvisjonen for forebyggbare infeksjoner innen utgangen av 2016 er ikke nådd. I tillegg til fagspesifikke tiltak fokuseres det fortsatt på mer koordinerte tiltak som gjøres gjeldende for hele foretaket, herunder sterkt fokus på mer gjennomgripende implementering av tiltaksområdene i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet, fokus på bekledning og gjennomføring av smittevernvisitter. Det er også igangsatt et arbeid for å utrede aktuelle tiltak i forhold til bygningsmasse, renhold m.m.

Stadig økende antall prosedyrer i Docmap, manglende samkjøring og overlappende prosedyrer på en del områder samt manglende overordnede systemer for vurdering og implementering av nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer er en vedvarende utfordring i UNN. Kvalitetsutvalget har bedt Kvalitetsavdelingen om å foreslå et bedre system for oppfølging av dette arbeidet. Dette forventes besluttet i andre tertial i år. Styret har tidligere bedt om at det utredes om brudd på Arbeidsmiljøloven kan rapporteres på en hensiktsmessig måte i Ledelsens gjennomgang. Dette arbeidet er også etterlyst av organisasjonene, og i denne omgang rapporteres det om varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene på foretaksnivå. Videre utvikling i arbeidet med å få frem rapporter på klinikknivå vil bli rapportert i neste *Ledelsens gjennomgang*.

I oppfølgingen av virksomheten i 2016 vil direktøren forsterke fokuset på kontinuerlig, systematisk forbedringsarbeid for å bedre pasientsikkerhet generelt, og utvikling av UNN som en lærende organisasjon med bedret meldekultur og oppfølging av avvik og uønskede hendelser spesielt. I dette ligger fortsatt gjennomføring av vedtatte tiltak for infeksjonsforebygging, implementering av tiltaksområdene i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet samt et fortsatt sterkt fokus på involvering av KVAM-strukturen i det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring. Direktøren legger stor vekt på at også KVAM-strukturen brukes mer aktivt i smittevernarbeid og arbeid med å lære på tvers av enheter av tilsyn, interne revisjoner, avvikshendelser og klagesaker.

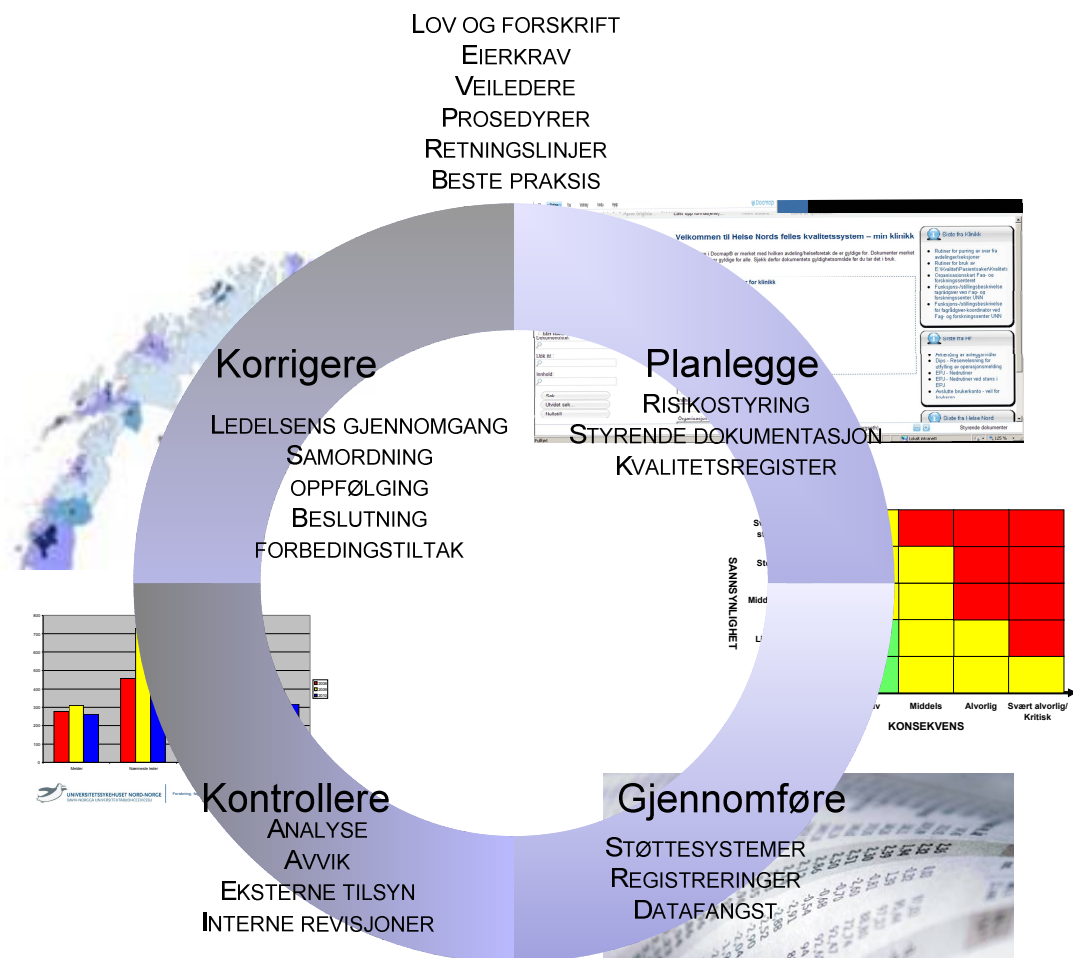
Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Rapport - Ledelsens gjennomgang - 3. tertial 2015

Ledelsens gjennomgang 3.tertial 2015

Styringshjul



Figur 1 Styringshjul for kvalitetsstyring (ISO)

Innhold

Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2015	3
Formål	3
Sammendrag	3
Helse Nord LIS og Kvalitetsinformasjonssystem UNN KIS	4
Styrende dokumenter	5
Status dokumentvedlikehold	5
Tiltak:	6
Avviksbehandlingen	7
Meldeutvikling 3.tertial 2015	7
Hendelsestyper - Kategorier	7
Kategorier av meldte avvik	8
Årsaker til avvik	9
Pasienthendelser § 3.3 meldinger	9
Vurdering avvik	10
Tiltak:	10
Interne revisjoner	11
Tilsyn	12
Pasientsikkerhetsprogrammet	13
Pasientklagesaker	13
Tiltak:	14
Smittevern	14
Prevalens	14
NOIS	16
Smittevernvisitter	20
Tiltak:	21
Helse, Miljø og Sikkerhet	21
Miljø	21
Ytre miljø - Vurdering av måloppnåelse og resultat på overordnet nivå 2015	21
Oppfølgingsrevisjon ISO 14001-2004	21
Delprosjekt klimaregnskap UNN HF	21
Resultat 2015	22
Resultat CO2 utslipp	22
Resultat energiforbruk i kwh	24
Vurdering	24
Personalskader	24
Tiltak	25
Varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)	25
Kvalitetskulturen i UNN	26
Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring	27

Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2015

Formål

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

Sammendrag

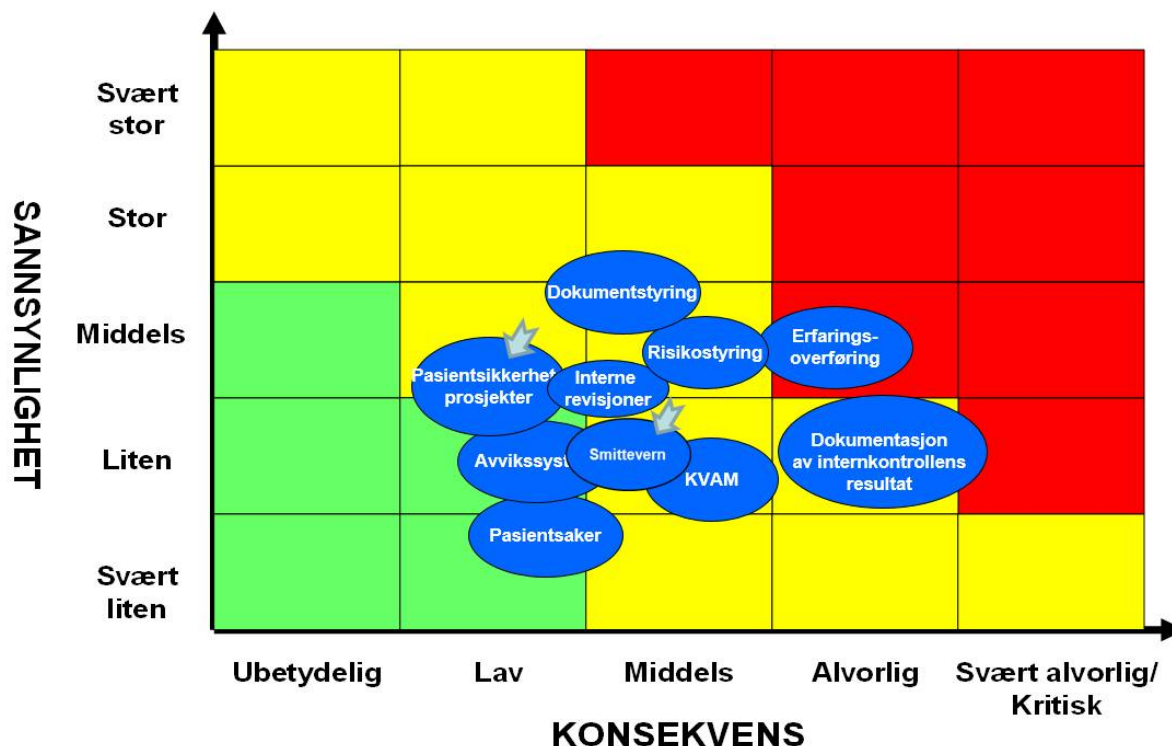
UNN har etablert de strukturer og prosesser som kreves for å ha et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom tilsyn fra Statens Helsetilsyn, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Ved tilsyn har UNN imidlertid fått avvik for manglende kjennskap til og oppfølging av de etablerte systemene. I tillegg kan klinikkene fortsatt ikke dokumentere tilstrekkelig virkning av internkontrollen på alle områder. Det har det siste tertialene vært bedring i resultatene av smittevernarbeidet, og det er bedre fremdrift i arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet. Det er likevel et ytterligere forbedringspotensial på alle disse områdene. Området erfaringsoverføring iverksettes det en rekke tiltak for å forbedre, og det forventes at dette vil føre til bedring i 2016. Vurderingen er vist i fig. 2.

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

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

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

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



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

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

Helse Nord LIS og Kvalitetsinformasjonssystem UNN KIS

Helse Nords ledelsesinformasjonssystem LIS har gjennom 2015 fått betydelig bedret funksjonalitet. Daglig oppdaterte rapporter på blant annet fristbrudd, ventetider, kreftpakkeforløp, sykefravær og økonomi er nå tilgjengelig for alle ledere. Innholdet i LIS utvikles stadig.

UNN-KIS har ikke fungert siden DIPS-databasene i Helse Nord ble slått sammen i juni 2015. Systemet ble forsøkt utbedret i 3. tertial, og ble startet på nytt 24.12.2015. Imidlertid er det ved utløpet av tertialet fortsatt usikkerhet omkring datakvalitet. Systemet forventes å være operativt i løpet av første tertial 2016, og det vil da bli gjort testinger og videre plan for utvikling av systemet vil bli lagt.

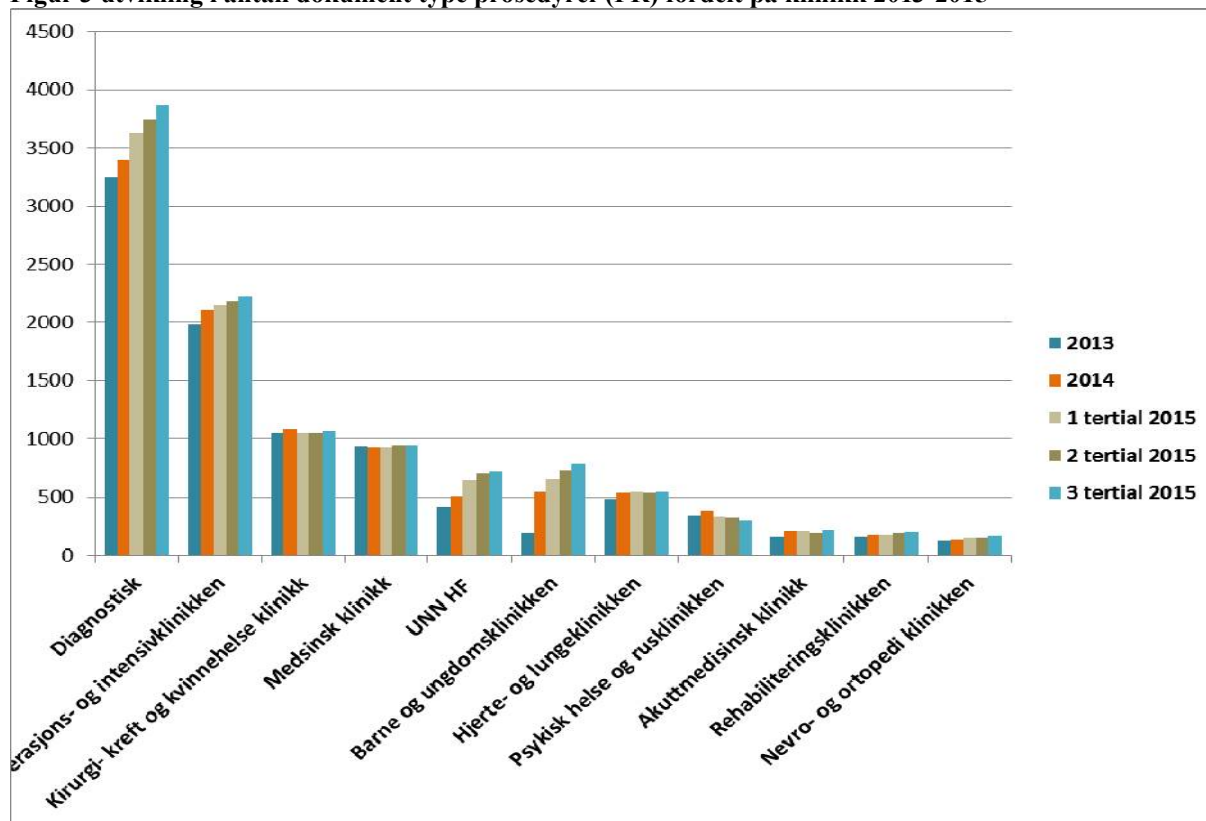
Styrende dokumenter

Status dokumentvedlikehold

Oppdatering av UNNs rutiner og prosedyrer er et viktig kvalitetsarbeid. Det registreres mellom 250 og 320 samtidige brukere i Docmap på dagtid. Det er i snitt over 205.000 oppslag pr måned i prosedyresamlingene i Docmap pr 3. tertial 2015. Med utstrakt bruk av prosedyrer i Docmap er det viktig at innholdet er kvalitetssikret, oppdatert og gyldig. UNN har nå 20336 dokumenter i Docmap, en økning på 882 dokumenter fra forrige tertial. Av disse er det 1112 som skulle vært revidert pga. overskredet dato. Dette er en økning på 14 fra forrige tertial rapport (1099 ved utgangen av 2. tertial 2015, fremgår ikke av figuren nedenfor). Målet er at alle dokumenter skal være revidert innen frist.

Økningen i dokumenter er i hovedsak innen følgende områder: prosedyrer, dokumentsamlinger, sjekklister og retningslinjer. Dokumentsamlinger er strukturvisende samlinger av dokumenter.

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



Økning av antall dokumenttype PR (= prosedyrer) i perioden 1. tertial 2013 til 3. tertial 2015 er i hovedsak på Diagnostisk klinikk og Barne- og ungdomsklinikken (medisinsk genetikk), Operasjons- og intensivklinikken og UNN HF nivå

Vurdering

Økningen på foretaksnivå er i hovedsak på styringsdokumenter vedrørende utbygging, økonomi/bestiller rutiner og beredskap. På klinikker som har økning, ser vi at nye prosedyrer gitt ut siste tertial er i hovedsak gitt ut der det er akkrediterte avdelinger/seksjoner, radiologi og operasjonsaktivitet.

Tiltak:

- Kvalitetsavdelingen sender ut månedlig oversikt over dokumenter med overskredet revisjonsdato på 3 måneder til klinikkene. Klinikken vil da få 1 måned på å revidere dokumentet. Hvis dette ikke blir gjort blir dokumentet trukket tilbake.
- Kvalitetsavdelingen sender ut oversikt over dokumenter som har hatt fem eller færre oppslag i 2015 og ber klinikken om å ta en gjennomgang om disse dokumenter blir/skal brukes. Denne forespørsel må svares ut med hvilke dokument som kan trekke tilbake.
- 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.

Avviksbehandlingen

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

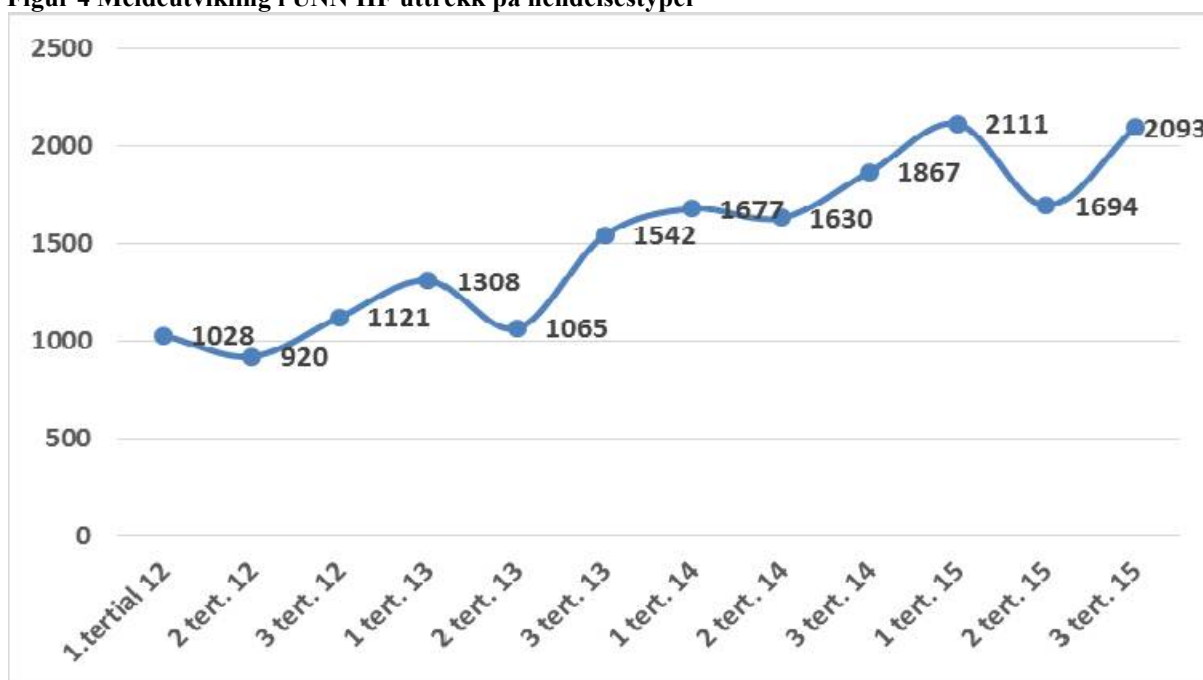
Meldeutvikling 3.tertial 2015

Ved direkte uttrekk av databasen fremkommer at det er registrert 2173 avvik pr 3. tertial 2015 mot 2208 avvik pr 3. tertial 2014, som tilsvarer en endring på knapt 2 %. Antall unike meldere øker; det er registrert 1013 unike meldere 3.tertial 2015 mot 822 i 3. tertial 2014. Etter en jevn økning i antall meldte avvik over flere år, er det nå en utflating.

Hendelsestyper - Kategorier

Det er registrert ⁴ 1745 avvik klassifisert på hendelsestype i Docmap i 3. tertial 2015. Årsak til forskjell i antall avvik registrert og antall avvik registrert på hendelsestype er at noen avvik er ikke ferdig saksbehandlet og derfor ikke har registrert hendelsestyper.

Figur 4 Meldeutvikling i UNN HF uttrekk på hendelsestyper



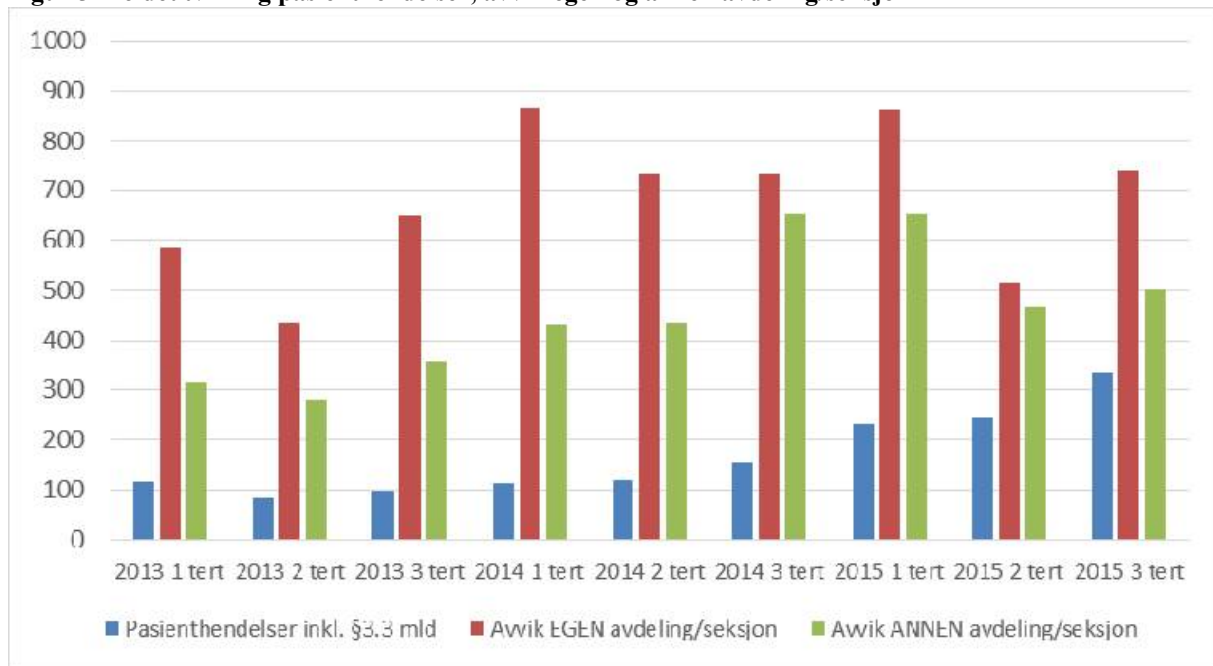
I tallene for avvikstypene pasienthendelser (inkludert §3.3 meldinger), avvik egen enhet og avvik annen avdeling/seksjon fremkommer noen endringer. Det er en jevn økning i pasienthendelser og det tyder på at det i større grad meldes hendelser direkte knyttet til pasienter og pasientbehandling. Dette tilsier at det er en vridning mot å se og vurdere hendelsene i direkte sammenheng med pasientbehandling.

Det som er nytt er at det er en nedgang i avvik annen avdeling. Dette kan sees i sammenheng med at i 2014 begynte Felles kontorsenter i større grad å benytte avvikssystemet til å melde

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

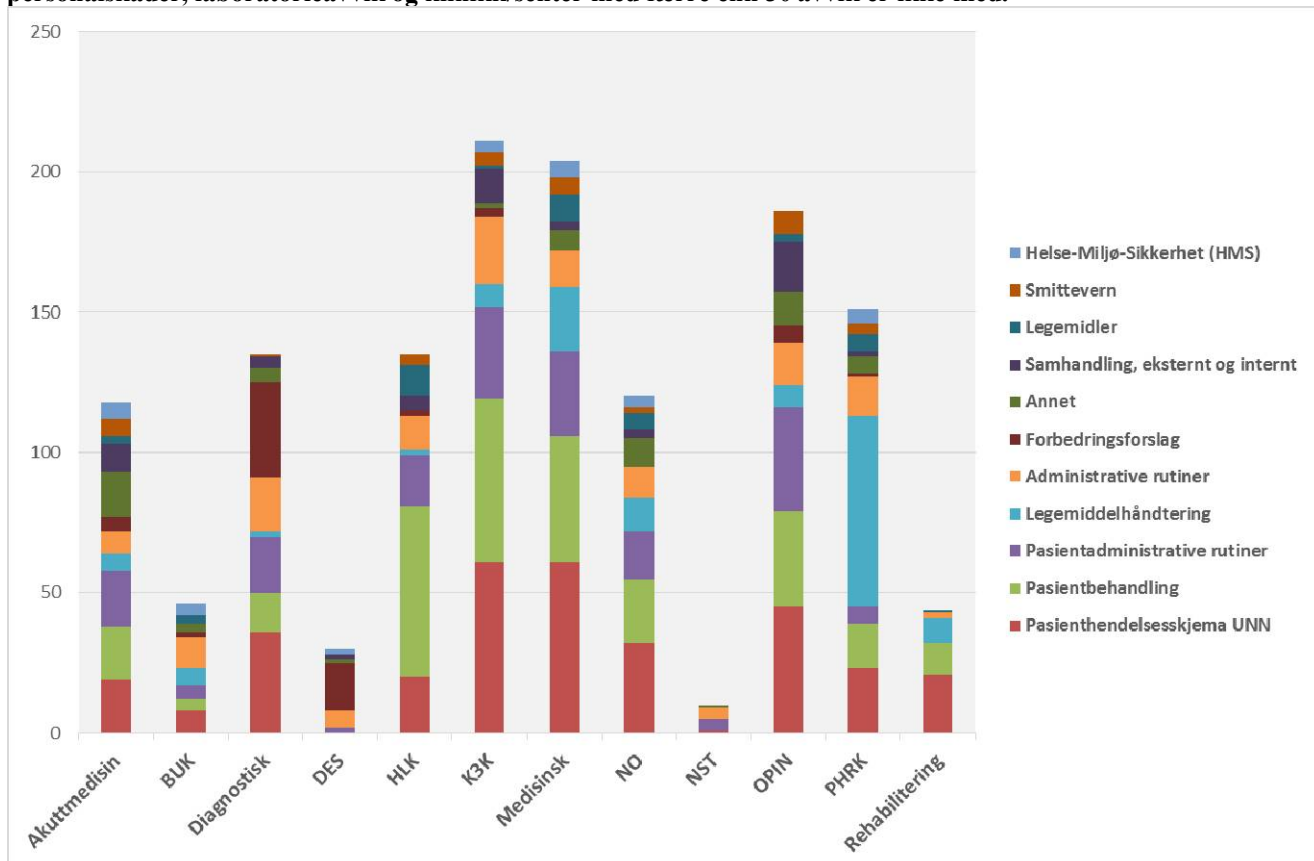
avvik vedrørende manglende og feil registrering i DIPS. Denne type avvik hadde en topp i 3 tert.2014 og 1 tert.2015.

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



Kategorier av meldte avvik

Figur 6 Kategorier avvik meldt 3.tertial 2015 fordelt på klinikk/senter. Kategorier med færre enn 30 avvik, personalskader, laboratorieavvik og klinikk/senter med færre enn 30 avvik er ikke med.



Årsaker til avvik

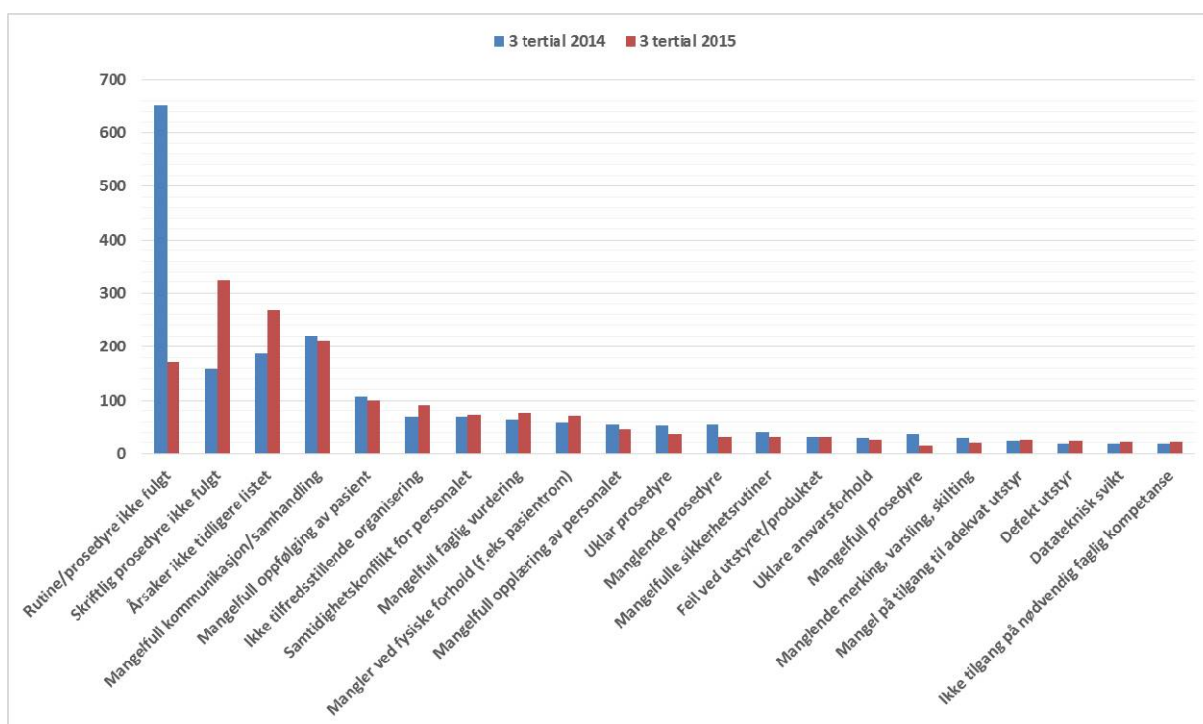
1.1.2015 ble «rutine/prosedyre ikke fulgt» erstattet med «skriftlig prosedyre ikke fulgt», med unntak for laboratorieavvik. I denne sammenstillingen er laboratorieavvik inkludert.

I 3. tertial 2014 var det 651 avvik som hadde årsak «rutine/prosedyre ikke fulgt» og 160 avvik med årsak «skriftlig prosedyre ikke fulgt». I 3. tertial 2015 var det 171 avvik som hadde årsak «rutine/prosedyre ikke fulgt» og 324 avvik med årsak «skriftlig prosedyre ikke fulgt».

I figur under er årsaker til avvik for 3. tertial 2014 og 3. tertial 2015 sammenstilt.

Det ser ut for at spesifisering av ordlyd har fått betydning, og at ledernes årsaksvurdering nå har en annen fordeling. Det kan også se ut for at en del har i stedet valgt «årsak ikke tidligere listet». Brudd på skriftlig prosedyre er fremdeles største årsak til avvik.

Figur 7 Årsaker til avvik 3 tertial 2014 og 3. tertial 2015. Cut off på 30 hendelser i visningen



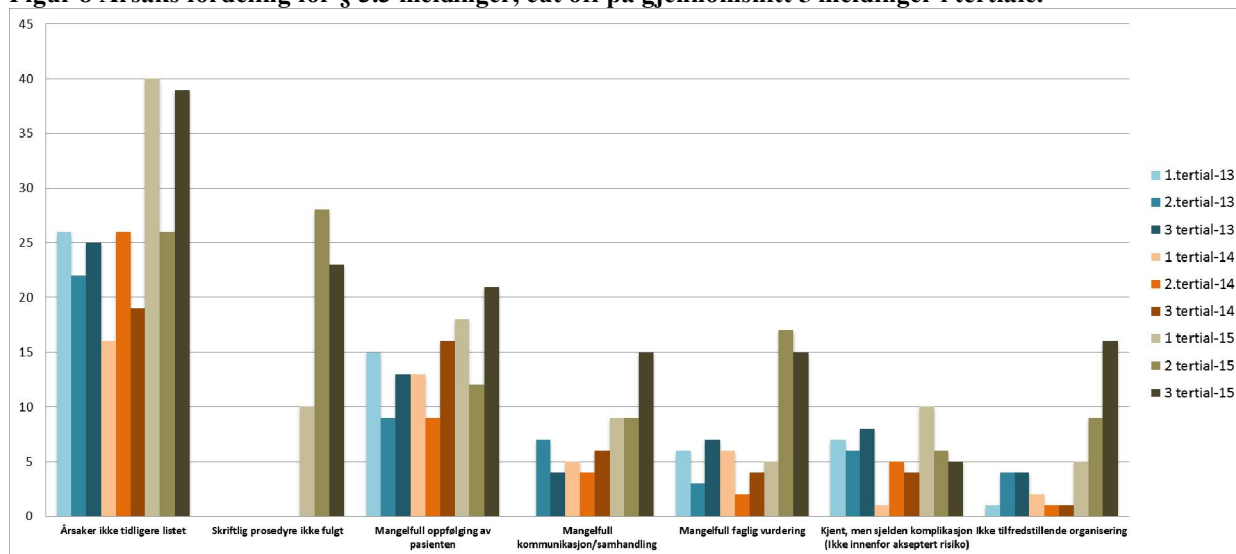
Pasienthendelser § 3.3 meldinger

Det er i 3. tertial 2015 meldt 178 pasienthendelser mot 111 i 3. tertial 2014 til Nasjonalt kunnskapssenter etter §3-3, hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient.

Nesten alle pasienthendelser, ikke bare de som meldes til Kunnskapssenteret, gjennomgås i Pasientsikkerhetsutvalget. UNN har i 2015 ikke publisert anonymiserte § 3.3 meldinger på www.unn.no.

Årsak «ikke tidligere listet» og «skriftlig rutine ikke fulgt» er fortsatt hyppigste årsak angitt i 3.3-meldingene. Det er økning på flere typer årsak.

Figur 8 Årsaks fordeling for § 3.3 meldinger, cut off på gjennomsnitt 5 meldinger i tertiale.



Nasjonalt klassifikasjonssystem

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt mandat til å utarbeide felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser. Nasjonalt kunnskapssenter har ansvar for å sikre koordinering mellom det norske klassifikasjonsarbeidet og klassifikasjonsprosjektet i regi av WHO. Nordlandssykehuset har vært pilot i test av nye klassifikasjoner, gjennomført i juni/juli 2015. Sluttrapport «Felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser» er sendt til HOD pr 15.12.2015.

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

Vurdering avvik

UNN har nå en utflating i antall meldte avvik sett i forhold til samme tertial forrige år. Det er fortsatt økning i unike meldere. Det synes klart at meldekulturen er blitt betydelig bedre de siste år. Uavhengig av at det er en utflating av totalt antall meldte avvik, er det fortsatt en jevn økning av pasienthendelser. Det er sannsynlig at det fortsatt meldes for få komplikasjoner i tilknytning til pasientbehandlingen, og særlig avvik klassifisert som «kjent, men sjelden komplikasjon» forventes at bør øke som følge av en ytterligere bedret meldekultur.

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 nå en stor database med hendelser som kan og bør brukes i systematisk forbedringsarbeid i klinikkene.

Tiltak:

- Kvalitetsutvalget ber alle klinikker om å initiere systematiske diskusjoner om meldekultur i fagmiljøene, samt i KVAM-strukturene i klinikkene. Her bør det være særlig fokus på at terskelen for å melde alvorlige komplikasjoner skal være lav slik at en sikrer at disse raskt blir fulgt opp med nødvendige forebyggende tiltak for å unngå nye, lignende hendelser.

- 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.
- Direktøren løfter frem pasientsikkerhet, meldekultur og betydningen av å utvikle UNN som en lærende organisasjon i statusmøter for ledere og i direktørens ledersamling.
- Kvalitets- og utviklingssjefen har sammen med direktøren planlagt et halvdags møte for UNNs ledergruppe nå i mars med tema læring av uheldige hendelser, tilsyn etc. Dette som et ledd i arbeidet med nye mandat, sammensetning og arbeidsform for Pasientsikkerhetsutvalg og Kvalitetsutvalg og andre tiltak som ledd i arbeidet for å utvikle UNN som en lærende organisasjon med fokus på pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring.
- Kvalitetsavdelingen utarbeider forslag til hvordan hendelsesanalyser systematisk kan tas i bruk som verktøy for å sikre læring og erfaringsoverføring etter alvorlige hendelser i UNN.
- Kvalitetsavdelingen tar initiativ til å etablere nettverk for klinikkens kvalitetsrådgivere for å bidra til erfaringsutveksling, læring på tvers av klinikkene og opplæring.

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. KVAL-UT gjennomfører revisjonene i samarbeid med relevante fagmiljøer. Nedenstående tabell viser oversikt over gjennomføringsgrad av planlagte interne revisjoner.

Tabell 1 oversikt alle internrevisjoner og gjennomførte internrevisjoner pr 3 tertial 2015.

Tema – Revisjoner planlagt 2015	Sted	Tertial			Antall avvik	Gjennomført
		1	2	3		
Intern revisjon på forskningsprosjektet «Kirurgisk behandling av urininkontinens og vaginalt prolaps epidemiologi og langtidsresultater Helse Nord 1994 (KURIPRO)	Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken	X			3	X
Intern revisjon på forskningsprosjektet «Fødselsrelatert urininkontinens og vaginalt prolaps» (FRURIPRO)	Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken	X			1	X
Opplæring i MTU oppfølging av pålegg fra DSB Påbegynt - ikke ferdigstilt.	Medisinsk klinikk	X	X	X		X
Personalskader – rutiner forebygging og oppfølging	Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling		X			X

Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi (NKR).	Fag- og forskningscenteret NOR klinikken		X			Ikke gjennomført på grunn av kapasitetsproblemer.
Etterlevelse av Nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika på sykehus Oppfølging fra tidligere tilsyn som over: Postalt tilsyn, gjennomgang av journaler.	Medisinsk klinikk NOR klinikken			X	1	X
Prøveregistrering og svarrapportering klinisk patologi.	Klinisk patologi		X			Utgår pga. ny versjon av SymPathy 1. oktober, som sannsynligvis vil løse tidligere problemer med elektronisk utsvaring.
Blodtransfusjoner Oppfølging av tidligere intern revisjon på blodbanken	Diagnostisk klinikk		X		1	X
Oppfølging av Samhandlingsavtalen mellom Kommuner og UNN HF	Hjerte- og lungeklinikken			X		Utsatt til 2016 år pga. eksternt tilsyn på Lungemedisin.
Implementering av prosedyre «barn som pårørende»	Avdeling SØR - seksjon SØR			X		X
Renholdskvalitet ved UNN Tromsø NS-INSTA 800 standard som angir et system for å fastsette og bedømme renholds kvaliteten.	Drift- og eiendomssenteret		X		3	X
Meldekultur i UNN-ulikheter mellom seksjoner		X				Utgår. Kvalitetsavdelingen er ikke i stand til å avsette nok ressurser til at denne revisjonen kan gi valide resultater i 2015.
Lean Hjerneslag		X				Utgår i 2015 pga. pågående gjennomgang av pasientforløpet.
Oppfølging etter tidligere tilsyn og revisjoner: tema : Håndtering av henvisninger og viderehenvisninger av pasienter med kreft fram til start av nødvendig helsehjelp.	K3K Kreftavdelingen			X		Utgår pga. innføring av nasjonale kreftpakkeforløp med månedlige målinger

Tilsyn

Resultater av, og oppfølging etter, tilsyn behandles i egne rapporter til Kvalitetsutvalget og styret.

Pasientsikkerhetsprogrammet

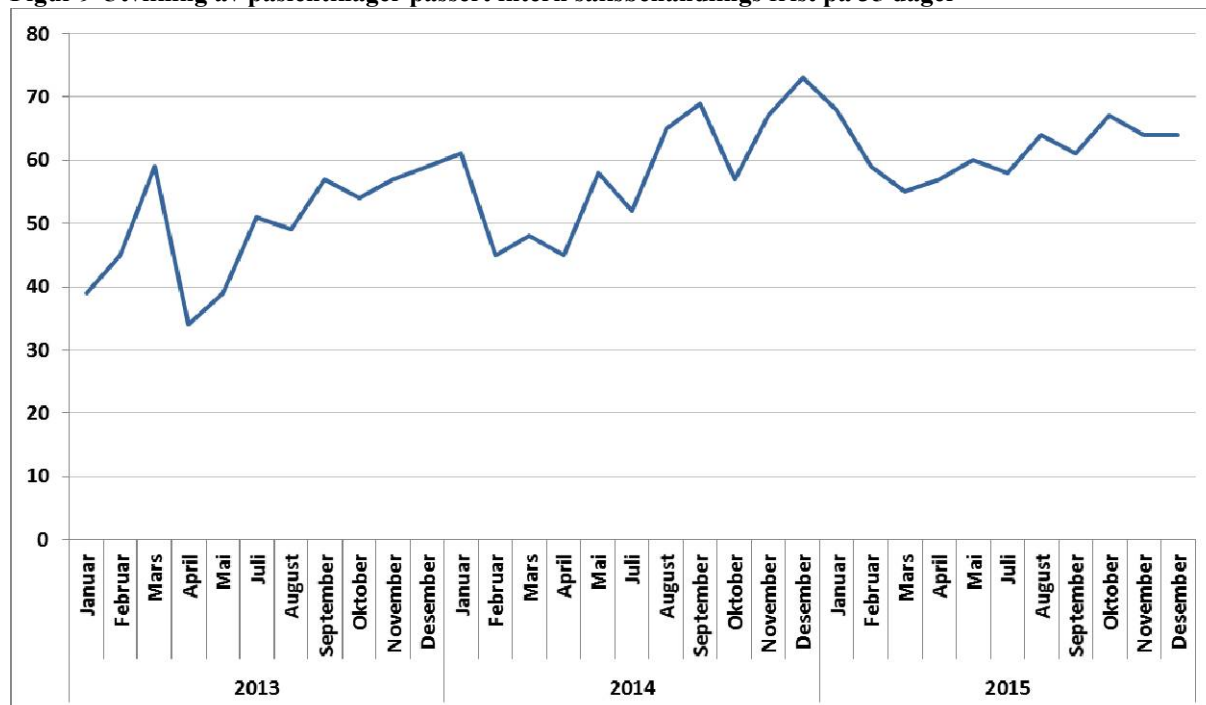
Gjennomføring av programmet diskuteres fortløpende i Kvalitetsutvalget og rapporteres i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapporter til ledergruppe og UNN-styret, og omtales derfor ikke nærmere i LGG.

Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på pasientsaker 3. tertial 2015 er 32 dager mot 42 dager i 3.tertial 2014. Saker vedrørende journalinnsyn/kopi og interne pasientskader meldt i Docmap er ikke tatt med.

Klager fra NPE og pasient/pårørende er de saker som har lengst svartid fra avdelingene. Det finnes enkeltsaker fra NPE med mer enn 135 dager behandlingstid. Lang saksbehandlingstid kan medføre at pasienter klager til Pasientombudet, Helsetilsynet og i noen grad til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) før de får svar fra UNN. Dette kan føre til at arbeidsmengden for UNN blir unødvendig stor.

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



Det ble etablert nye rutiner for oppfølging av pasientskadesaker i 2012 og dette førte til en betydelig forbedring i intern saksbehandlingstid i foretaket. Fra og med 2013 har saksbehandlingstiden vært tilnærmet uendret.

Tabell 2 NPE saker i 2. tertial 2015 med brutt intern og NPE tidsfrist fordelt på klinikk

Klinikker	Antall NPE saker totalt 3.tertialet 2015	Antall passert intern frist 35 dager	Antall over NPE frist 56 dager
Akuttmedisinsk klinikk	0	0	0
Barne- og ungdomsklinikken	2	1	1
Diagnostisk klinikk	2	1	1
Hjerte- og lungeklinikken	8	1	2
Kirurgi, kreft- og kvinneklinikken	42	5	18
Medisinsk klinikk	3	1	1
Nevro- og ortopediklinikken	37	9	5
Operasjon- og intensivklinikk	1	0	1
Psykisk helse- og rusklinikken	9	2	2
Rehabiliteringsklinikken	1	0	1
Totalsum	105	20	32

Enkelte klinikker har fortsatt utfordring å få til saksbehandlingstid innenfor intern frist som er 35 dager. Dette gjelder også for de klinikker som mottar få saker.

Tiltak:

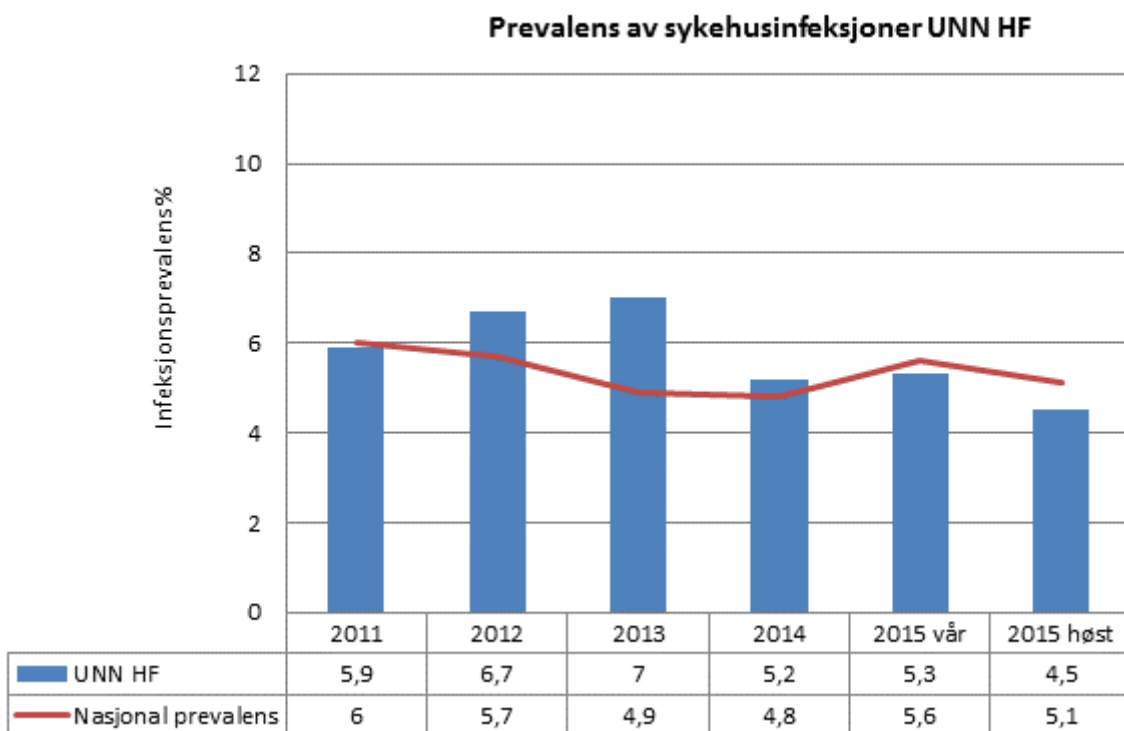
- Kvalitetsutvalget ber direktør og kvalitets- og utviklingssjefen om å ha oppfølging av pasientsaker, inkludert NPE- og tilsynssaker samt saker fra Pasient- og brukerombud som tema i oppfølgingsmøter med klinikkene.

Smittevern

Prevalens

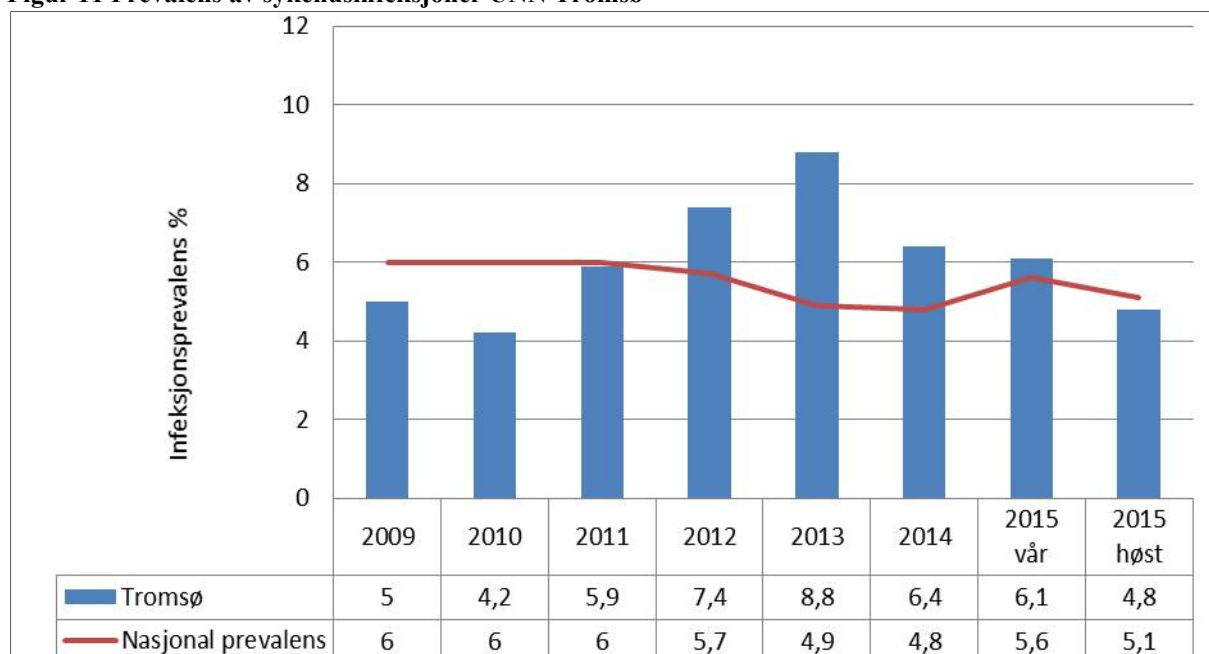
Den andre av to årlige prevalensregistreringer av helsetjenesteassosierte infeksjoner ble gjennomført 4. november 2015. I Narvik gjennomførte alle aktuelle enheter registreringen, mens det i Tromsø og Harstad var en enhet som ikke leverte tall. Totalt deltok 426 pasienter i undersøkelsen og 19 infeksjoner ble registrert, noe som gir en prevalens for UNN på 4,5 %. Dette er en nedgang sammenlignet med vårens registrering (5,3 %). I figurene under er registrering for vår/høst slått sammen for årene 2011-2014. Nasjonal prevalens for helsetjenesteassosierte infeksjoner høsten 2015 var på 5,1 %, UNN HF samlet lå altså under landsgjennomsnittet. Prevalenstall for helsetjenesteassosierte infeksjoner er nasjonal kvalitetsindikator.

Figur 10 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN HF



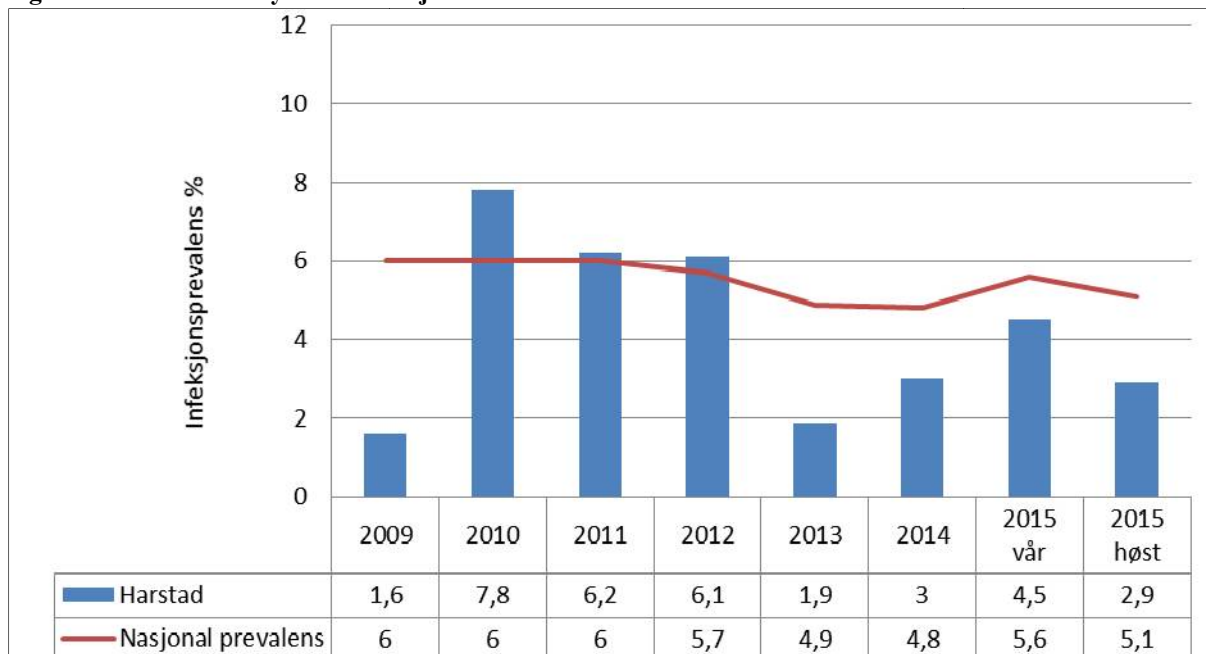
I UNN Tromsø ble 16 infeksjoner registrert hos 332 pasienter, som gir prevalens på 4,8 %.

Figur 11 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Tromsø



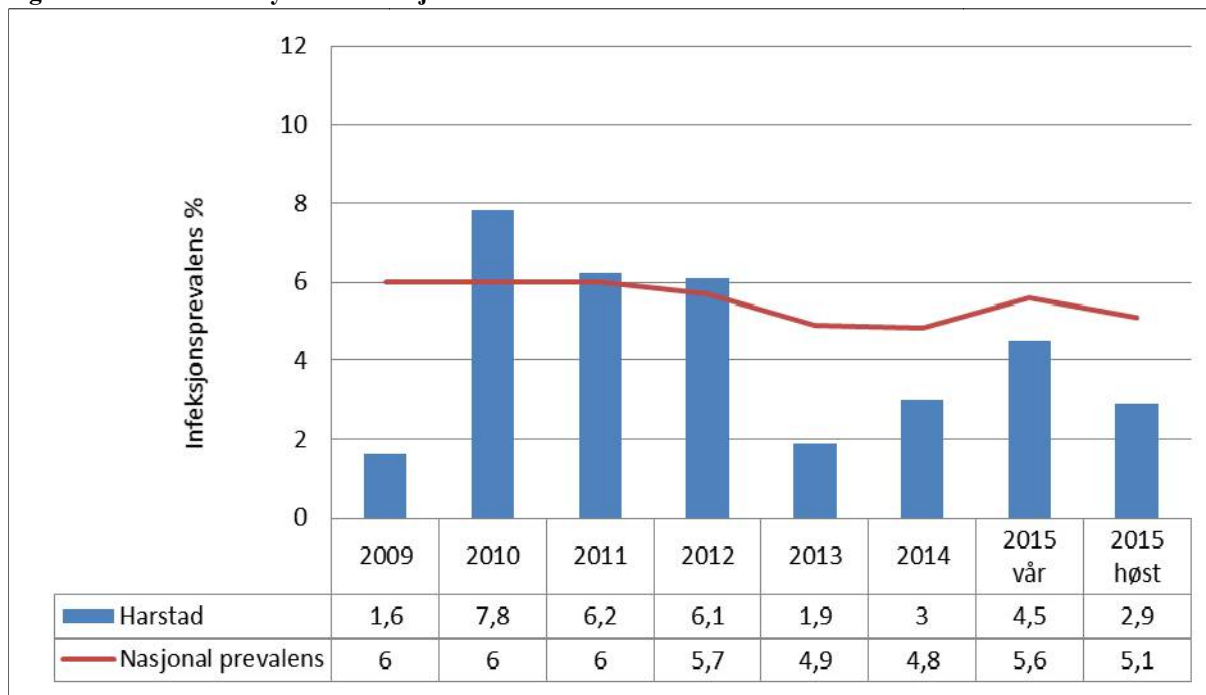
I Harstad ble det registrert 1 infeksjon hos 68 pasienter, som gir prevalens på 1,5%.

Figur 12 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Harstad



I Narvik ble det registrert 2 infeksjoner hos 26 pasienter, som gir prevalens på 7,7 %.

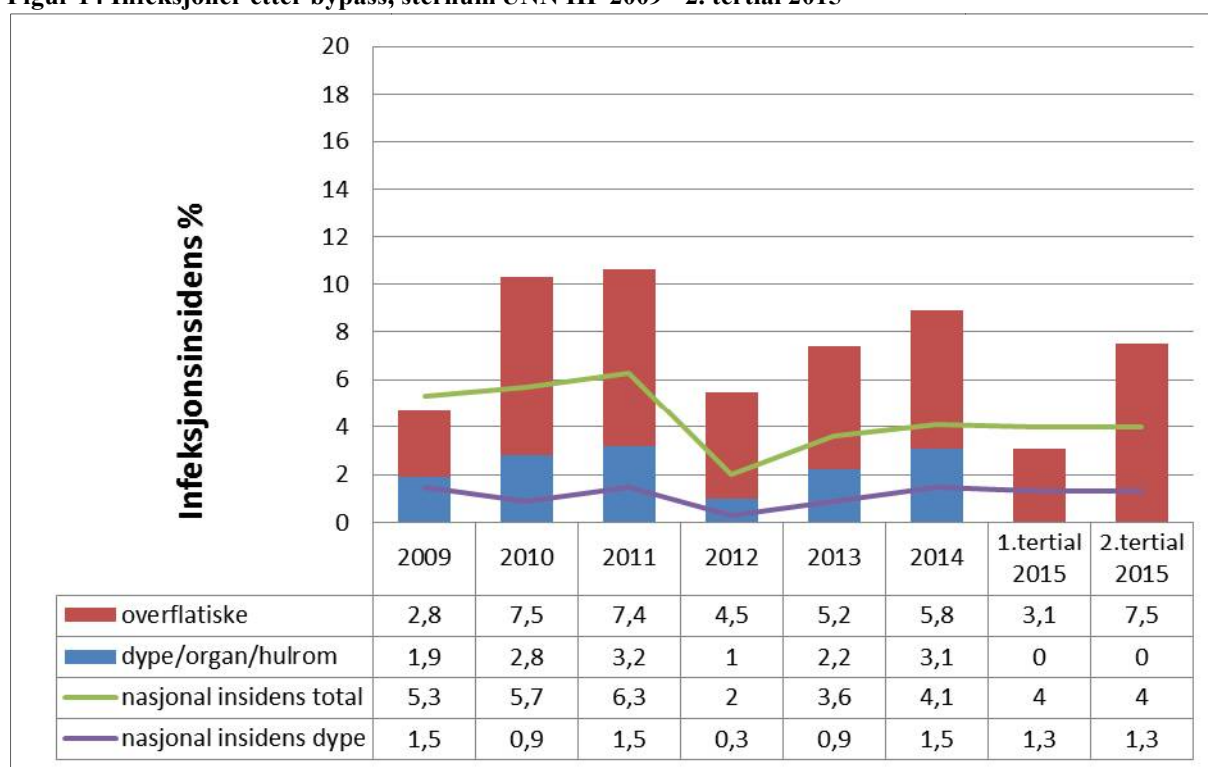
Figur 13 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Narvik



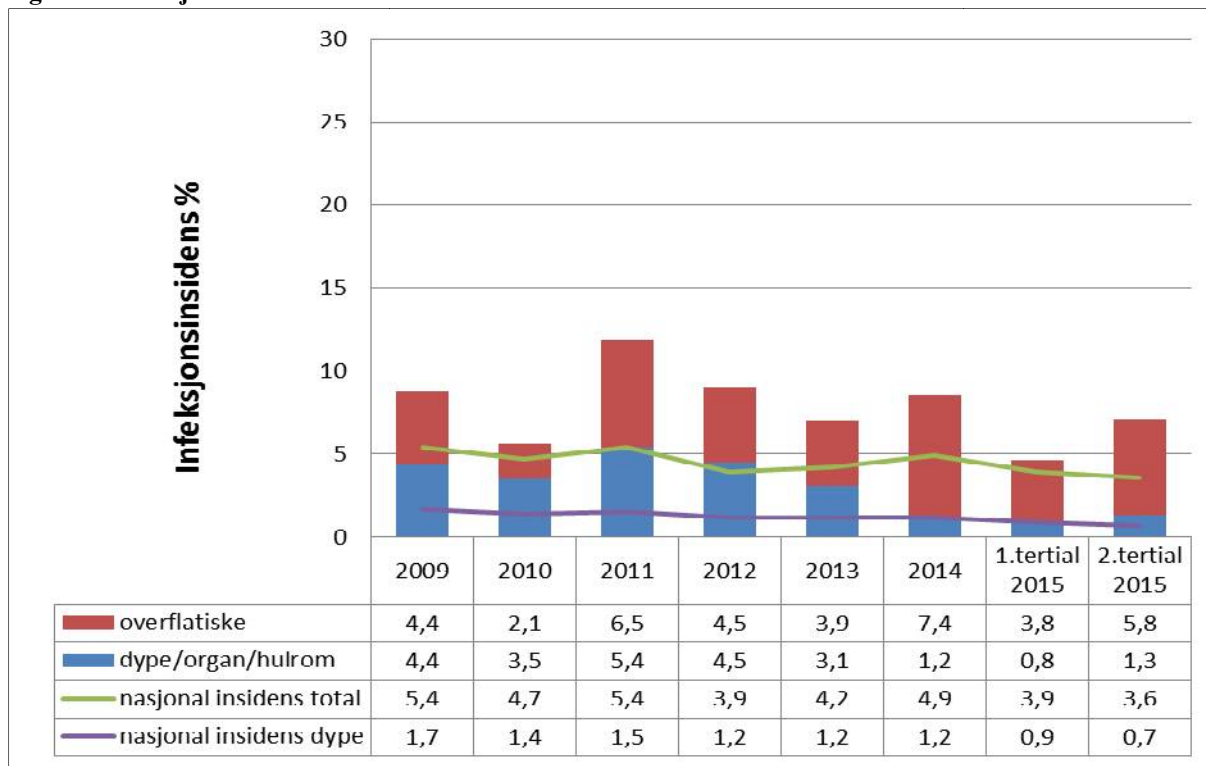
NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner etter inngrepene aortakoronar bypass, keisersnitt, innsetting av proteser i hofteledd,olecystektomi (galleblærefjernelse) og koloninngrep (inngrep på tykktarm).

Tall for 2.tertial 2015 ble for UNN Tromsø og UNN Harstad levert til Folkehelseinstituttet innen frist 1.desember 2015. UNN Narvik har imidlertid ikke levert tall for inngrepene totalprotese hofte, hemiprotese hofte, kolecystektomi og kolon. Kort oppsummert; sammenlignet med forrige tertial er det ingen dype infeksjoner for aortakoronare bypass. For keisersnitt en liten økning i insidens for både overflatiske og dype infeksjoner. Totalprotese hofte har 1 dyp infeksjon, ingen overflatiske. Hemiprotese hofte er noenlunde uendret sammenlignet med siste periode. Det er ingen infeksjoner registrert for kolecystektomi, men en svært dårlig oppfølging på kun 56,5 % (UNN HF har mål om 95 % oppfølging for alle inngrep). For kolon sees en lett økning i insidens for både overflatiske og dype infeksjoner. Det må presiseres at det for et tertial dreier seg om små tall og 1-2 infeksjoner kan utløse store svingninger i statistikken. Både oppfølgingsprosent og infeksjonsinsidens for NOIS-inngrepene er nasjonale kvalitetsindikatorer.

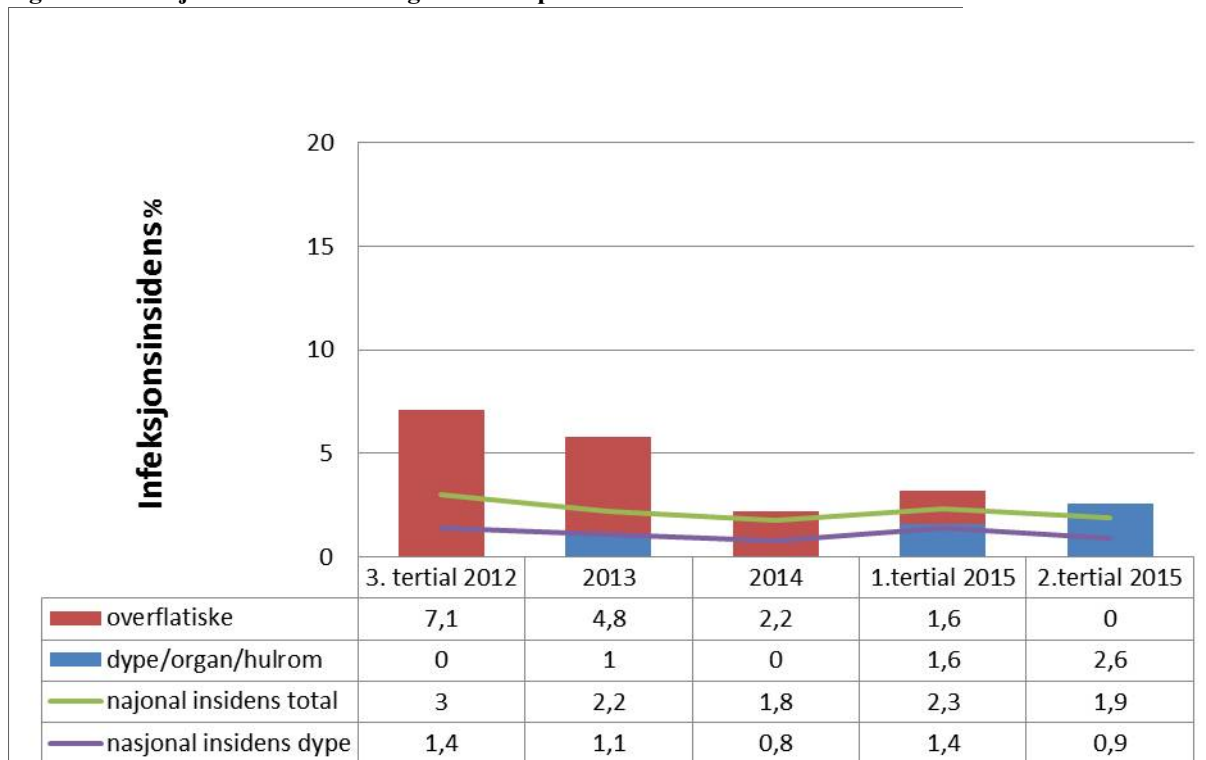
Figur 14 Infeksjoner etter bypass, sternum UNN HF 2009 - 2. tertial 2015



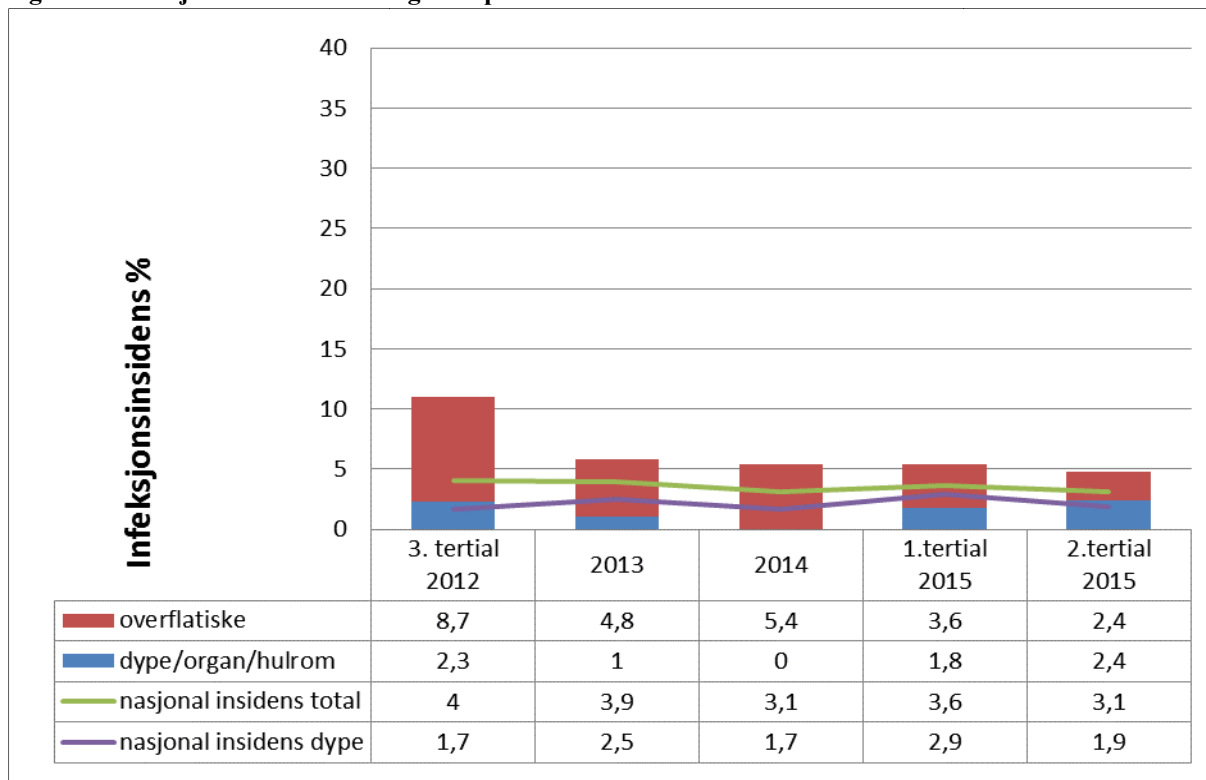
Figur 15 Infeksjoner etter keisersnitt UNN HF 2009 - 2. tertial 2015



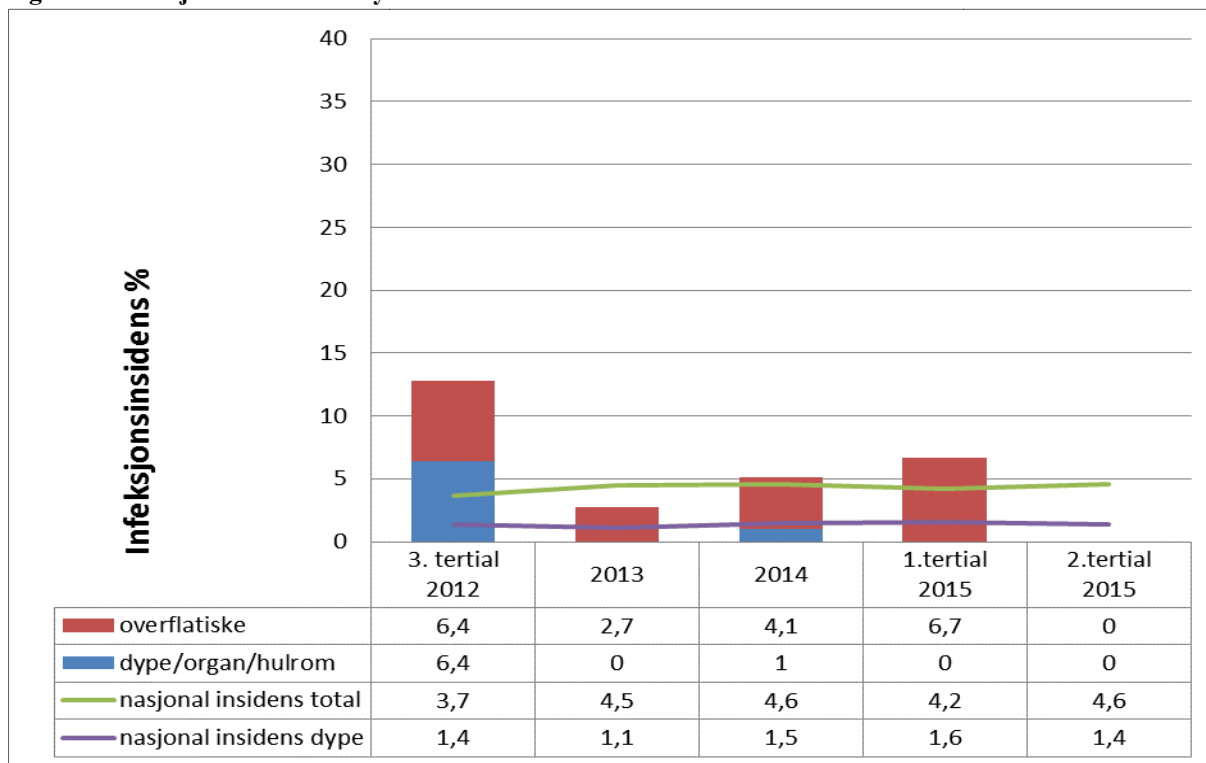
Figur 16 Infeksjoner etter innsetting totalhofteprotese UNN HF 2009 - 2.tertial 2015



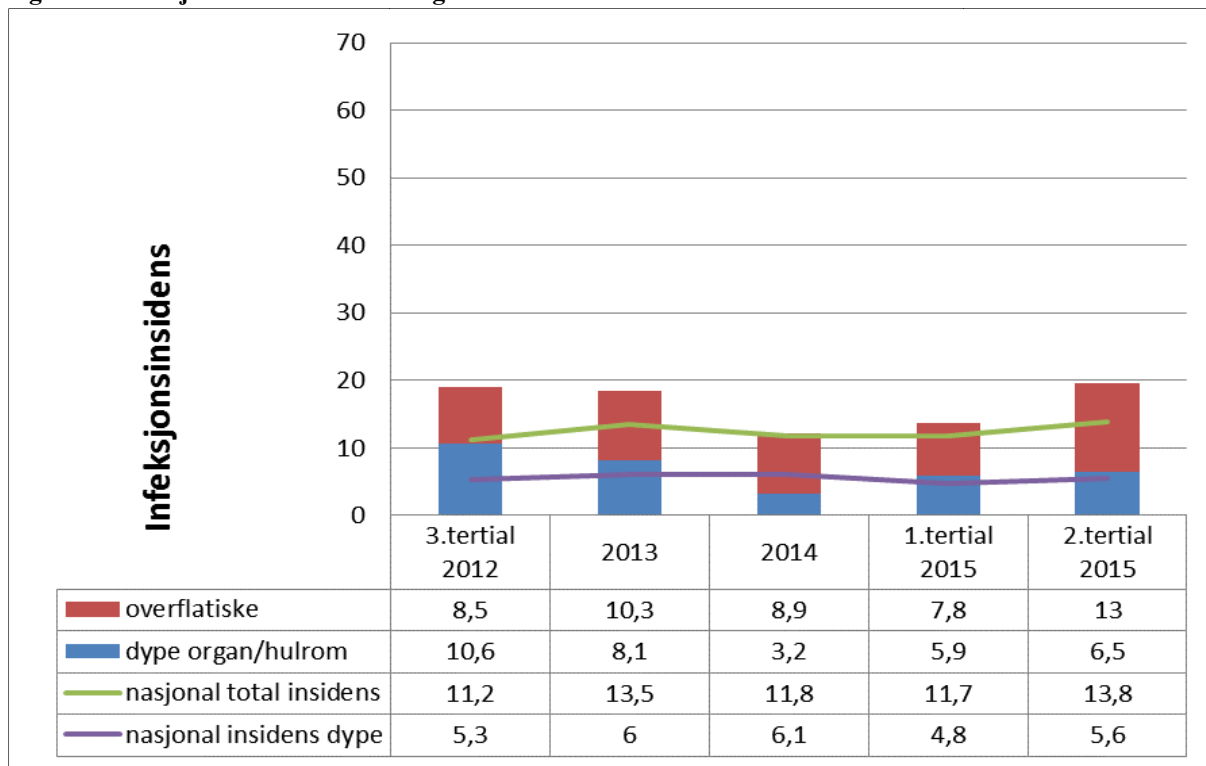
Figur 17 Infeksjoner etter innsetting hemiprotese UNN HF 2009 - 2 tertial 2015



Figur 18 Infeksjoner etter Kolecystektomi UNN HF 2009- 2.tertial 2015



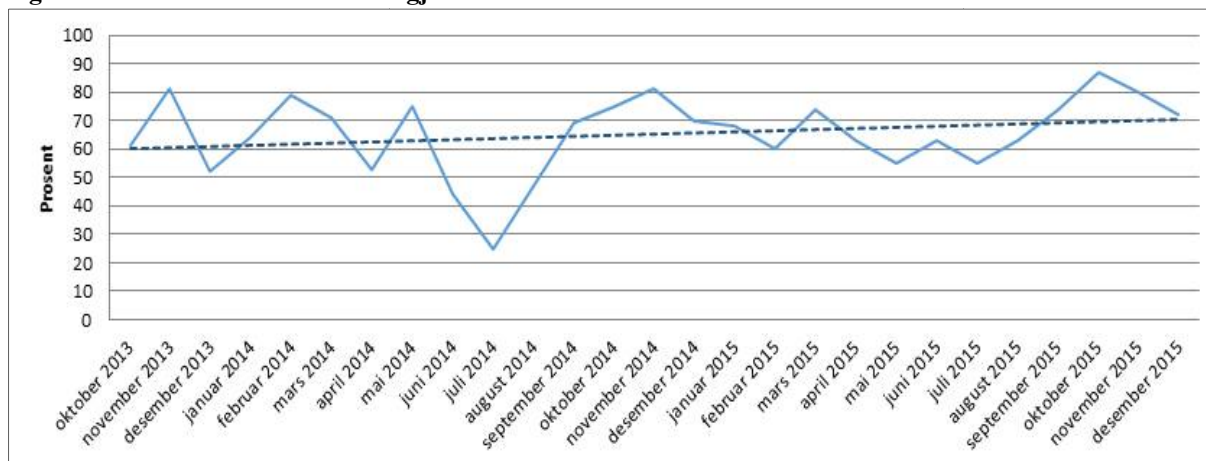
Figur 19 Infeksjoner etter kolonkirurgi UNN HF 2009- 2.tertial 2015



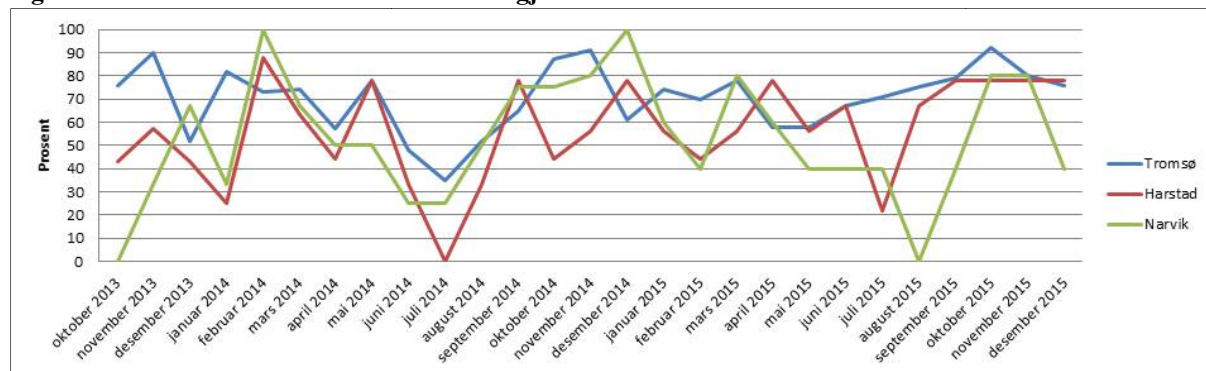
Smittevernvisitter

UNN er inne i 3.år med gjennomføring av smittevernvisitter og gjennomføringsgraden blir bedre. Mange avdelinger har fått dette inn som en fast månedlig rutine.

Figur 20 smittevernvisitter – andel gjennomførte okt. 2013 – des. 2015



Figur 21 Smittevernvisitter - andel enheter - gjennomført.



I Tromsø deltar 25 enheter, Harstad 9 enheter og Narvik 5

Tiltak:

- 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.
- 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.

Helse, Miljø og Sikkerhet

Miljø

Ytre miljø - Vurdering av måloppnåelse og resultat på overordnet nivå 2015

Oppfølgingsrevisjon ISO 14001-2004

Nemko gjennomførte 12. til 14. oktober 2015 første oppfølgingsrevisjon etter at UNN HF ble sertifisert. UNN HF fikk 3 avvik og 26 anbefalinger. Avvik er lukket eller planlagt lukket. Anbefalinger er sendt til de ansvarlige for vurdering og vil bli fulgt opp. Foretaket ble resertifisert.

Delprosjekt klimaregnskap UNN HF

Det følger av ISO standard pkt. 4.5.1 at UNN jevnlig skal ta ut målinger for regelmessig å kunne overvåke og måle de vesentlige miljøaspektene og graden av måloppnåelse. En viktig forutsetning for å få dette til, er at UNN har gode indikatorer, kvalitative og tilgjengelig måltall og tydelig ansvar for å ta ut måltall på våre miljøaspekter. Dette kravet er påpekt ved gjennomførte eksterne miljørevisjoner.

Det har ikke vært tradisjon i UNN for å hente ut måltall på de indikatorene som skal måles i henhold til klima og måleprogram. Miljøsertifisering av UNN som Grønt sykehus, har aktualisert behovet for å ta ut måltall fra driftsdatabasene. Prosjekt Grønt sykehus hadde som et resultatmål er at alle relevante databaser skal ha kvantitative måltall. Effektmålene var at:

1. Alle relevante og riktige måltall er lett tilgjengelig på overordnet nivå og aktuelle enhetsnivå
2. Klimaregnskap tas ut i henhold til fastsatt plan og er lagt inn i ledelsens gjennomgang i 2015

Resultatkravene er:

- Redusert CO2-utslipp
- Miljø og økonomisk gevinst ved reduksjon i forbruk på alle miljøaspekter

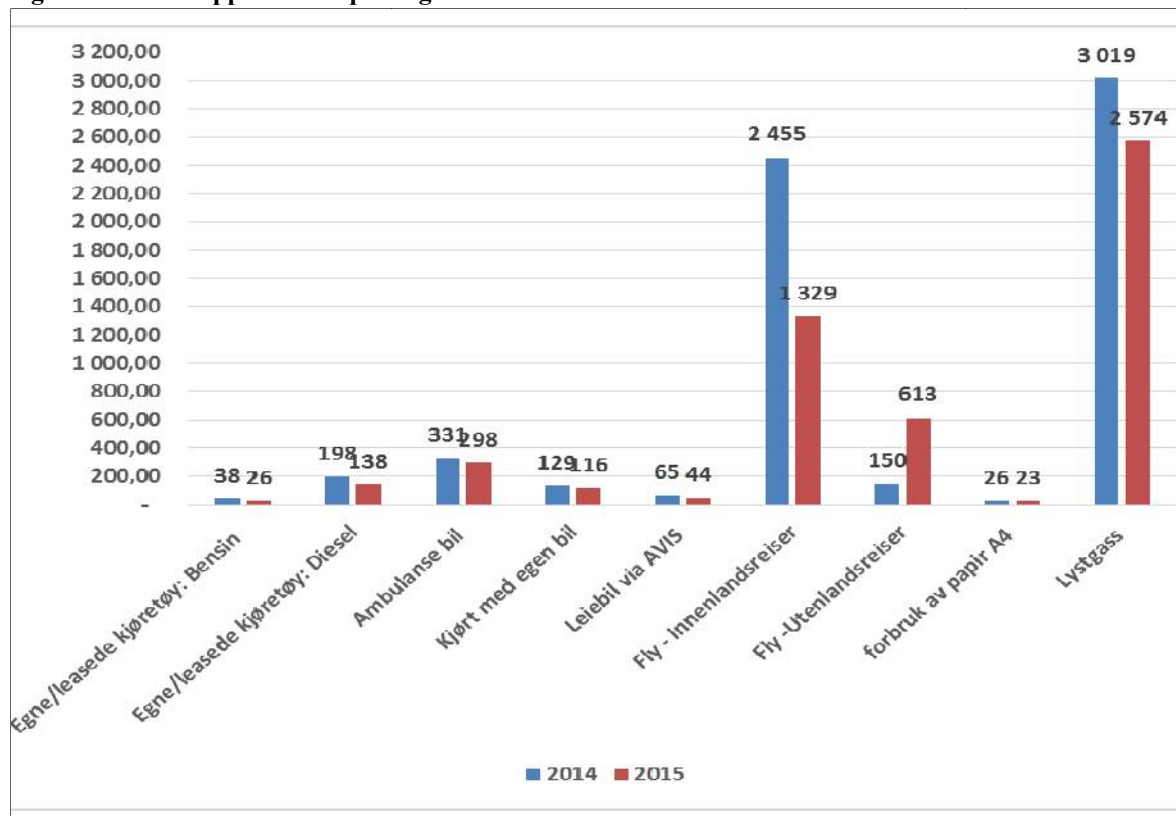
Å besvare disse målene viste seg å være mer arbeidskrevende enn først antatt og drift og i april 2015 ble Prosjekt klimaregnskap opprettet som et delprosjekt under Prosjekt Grønt sykehus. Prosjektgruppen anbefaler at UNN skal ha et system som ledelsen skal bruke for å ha styring med sine miljøaspekter. Systemet skal bestå av fagdatabaser (kildedatabaser) og felles rapporteringssystem. Fagdatabasene er kilden til data som skal overføres til felles databasen. Denne skal gi informasjon om grad av måloppnåelse på UNN sine konkrete miljømål (resultat) og CO2 utslipp (klimaregnskap). Systemet skal kunne rapportere på alle fastsatte indikatorer. Ved etablering av et styringssystem slik prosjektgruppen anbefaler, vil UNN få gode muligheter for en rasjonell, pålitelig og automatisert oversikt på miljødata for UNN. Arbeidsgruppen anbefaler at rapporten behandles i direktørens ledergruppe, og at det videre arbeidet må forankres i Helse Nord RHF.

Resultat 2015

Resultat CO2 utslipp

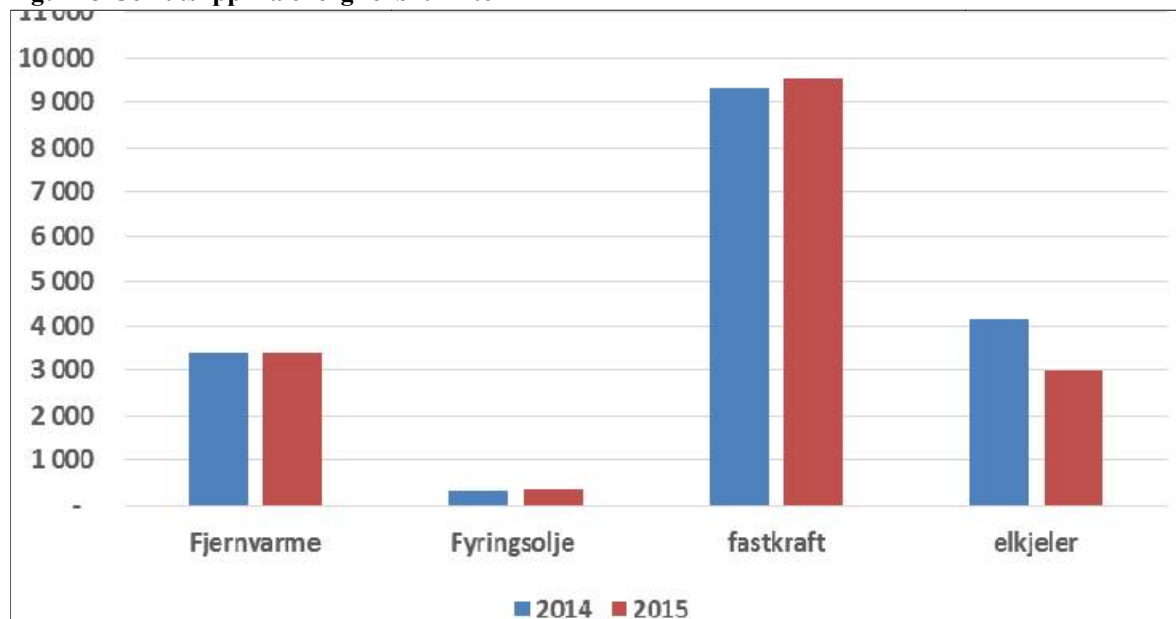
Det overordnede målet for UNN HF er å bidra til at CO2 utslippet reduseres. Dette skal gjøres med 10 % reduksjon i energiforbruk, transport og avfall, samt redusere forbruksvarer over tre år.

Figur 22 CO2 utslipp fra transport og forbruk



Figuren viser transport og forbruk. Det har vært en betydelig nedgang i forbruk av A4 papir, innenlands flyreiser og all bilbruk. Utslippet fra utenlands flyreiser har økt fra 150 til 613 tonn. Der er litt usikkerhet i søylene for lystgass i og med at de kan påvirkes av bestillingsrutiner, men resultatet indikerer en reduksjon i bruk.

Figur 23 Co2 utslipp fra energiforbruk i tonn



Det er små forskjeller i forbruk av energi, selv når det skilles mellom de ulike energikildene. De mest vesentlige forskjellene er en økning i bruk av oljekjeler og en reduksjon i bruk av elkjeler. Dette skyldes i hovedsak en teknisk feil på elkjel på Åsgård.

Samlet er UNNs CO2-utslipp redusert med 9 % fra 23.467 til 21.486 tonn fra 2014 til 2015. Hovedmålet om reduksjon av CO2 utslipp er dermed nådd.

Resultat energiforbruk i kwh

Resultat energiforbruk i kwh med temperaturregulerte data på fjernvarme, oljekjeler og el-kjeler. Grunnet en pågående oppgradering av energioppfølgingsdatabasen er pasienthotellet, deler av ambulansestasjonene og noen eksterne bygg unntatt fra oversikten (gjelder også co2 regnskap for energi.) Disse vil bli lagt til fra 2016.

Tabell 3 Forbruk av kwh 2014-2015

Forbruk av kwh pr år		
År:	2014	2015
Forbruk pr år:	84 373 766	81 176 894
Forventet forbruk		81 561 307
Differanse		-384 413
Avvik i prosent		-0,5 %

Vurdering

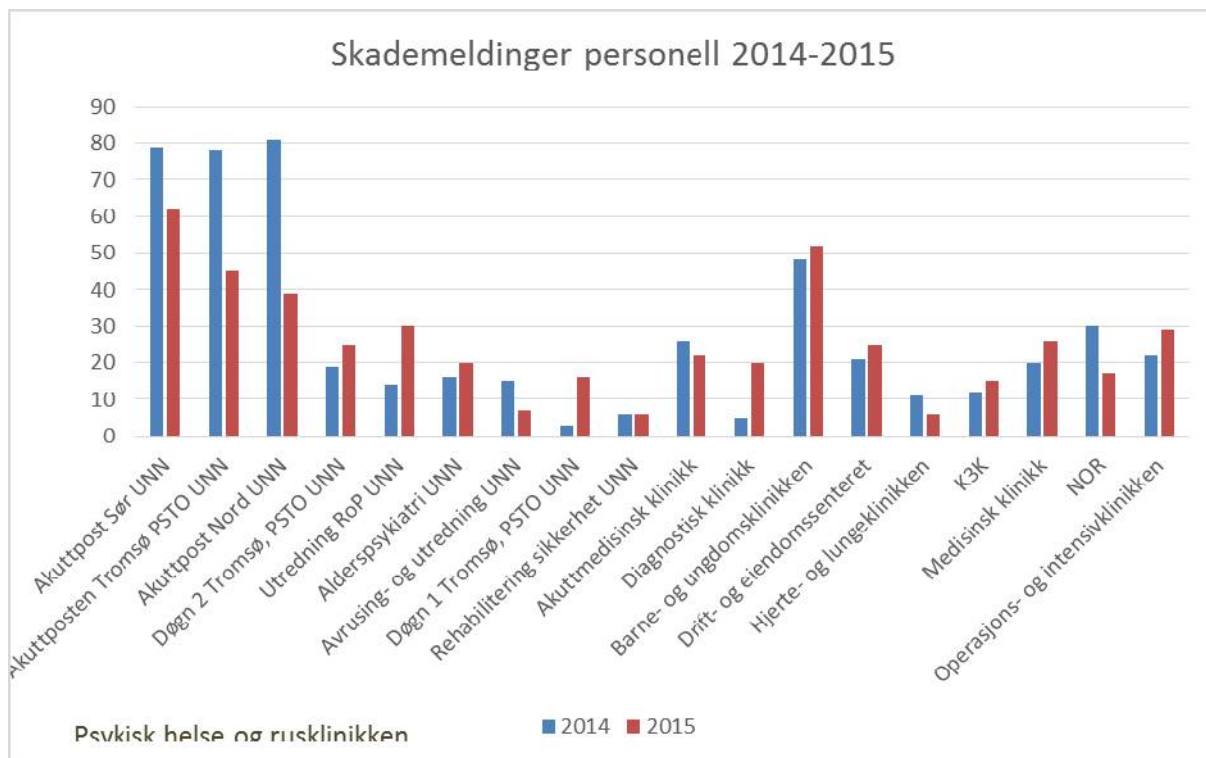
Målet er å redusere energibruket med 10 % over tre år. Som tabell 3 viser er energiforbruket 0,5 % lavere i 2015 enn i 2014. En av grunnene til dette er en CO2 varmpumpe som ble montert i fjor høst. Det forventes at denne ved normal drift vil gi en reduksjon på i underkant av 1.0 million Kwh pr år. Det har i tillegg vært en reduksjon i oppvarmet areal ved at A-fløya i Breivika og bygg 7 på Åsgård grunnet ombygging. Energiforbruket som følge av byggeprosessene i UNN er ikke inkludert i dette regnskapet.

Personalskader

Det er en liten nedgang i antall meldte personalskader i Docmap fra 557 i 2014 til 531 i 2015. De fleste av meldingene er i Psykisk helse- og rusklinikken og i Barne- og ungdomsklinikken. Dette har sin årsak trusler, utagering, slag og spark m.m. fra pasienter. Imidlertid ser vi en positiv utvikling i akuttpostene i PRHK. Det er også interessant å observere at det er færre skader på vei til og fra jobb i 2015 (37) sammenlignet med 2014 (54).

Arbeidstilsynet har påpekt i sin rapport etter tilsyn i seks sykehus i 2014 at det er nødvendig å ha oppmerksomhet på vold og trusler. Dette forekommer i alle våre klinikker uten at vi kan se en urovekkende utvikling. Imidlertid er det nødvendig å ha oppmerksomhet på dette og at skader og uønskede hendelser og alvorlige psykiske påkjenninger blir registrert. Vi ser at det er mellom 15-22 årlig meldte avvik på grunn av angrep, vold og trusler som burde vært meldt som skader på personell.

Figur 24 Meldt skader på personell fordelt på enheter med flere enn 5 skader pr år



Tiltak

- 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.

Varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)

Arbeidstidsbestemmelsene er utformet slik at ett tilfelle kan gi flere brudd for de samme timene/vaktene. Tallmaterialet under viser ikke faktiske brudd, men varslers om brudd på arbeidstidsbestemmelsene. For å kunne redegjøre for antall faktiske brudd må en gå inn i hver enkelt 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.⁵ 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.

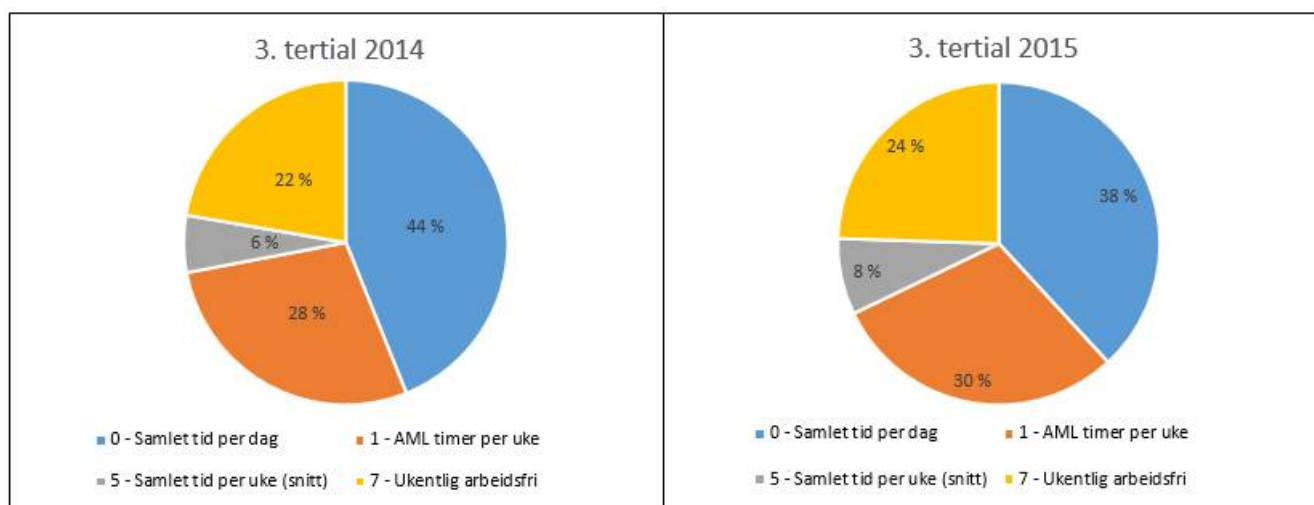
Tabellen på neste side viser omfanget av utvalgte varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene for 3.tertial i 2014 og 2015 ved UNN HF.

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

Bruddtype	3. tertial 2014	3. tertial 2015	Endring fra 2014
0 - Samlet tid per dag	5 673	4 821	-15,0 %
1 - AML timer per uke	3 633	3 758	3,4 %
5 - Samlet tid per uke (snitt)	733	966	31,8 %
7 - Ukentlig arbeidsfri	2 881	3 095	7,4 %
Totalsum	12 920	12 640	-2,2 %

3 - Antall varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i AML i 3.tertial for 2014 og 2015 for UNN HF.

Den største økningen i varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene fra 3. tertial i 2014 til samme periode i 2015 er innenfor bruddtypen «samlet tid per uke (snitt)», med en økning på 31,8 prosentpoeng. Det er en betydelig nedgang i antallet varslede brudd innenfor bruddtypen «samlet tid per dag», og er på 15 prosentpoeng. Det totale omfanget av varsel om brudd i 3.tertial 2015 viser en nedgang på 2,2 prosentpoeng fra samme periode i 2014.



4 - Prosentfordelingen av varsel om ulike bruddtyper i 3.tertial 2014 og 2015.

Andelen av varsler om de ulike bruddtypene for gjeldende perioder viser kun små endringer. Hovedfordelingen av varsler om bruddtypene forholder seg stabil, der bruddtype «samlet tid per dag» utgjør den største andelen, og «samlet tid per uke (snitt)» den minste andelen i begge perioder.

Rapportering på klinikknivå

Tabellen over viser akkumulert statistikk på foretaksnivå. Rapportering på klinikknivå betinger pr. i dag manuell datavask av samtlige forekomster av varsler om brudd. Dette er en svært tidkrevende prosess. Det arbeides med å etablere rutiner for å forenkle denne prosessen. Det forventes også en bredere og mer detaljert rapportering av varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene når arbeidet med Gat/HN-LIS-integreringen ferdigstilles.

Rapportering på klinikknivå bør også inkludere årsakene til varsler om brudd slik at dette kan brukes i oppfølgingsarbeid. God statistikk på dette området er imidlertid avhengig av korrekt registrering i Gat.

Kvalitetskulturen i UNN

UNNs overordnede systemer for kvalitet forbedres stadig. Foretaket har likevel fortsatt et forbedringspotensial i systemtilnærmingen til kvalitet. Kvalitet i henhold til egen standard hos

den enkelte medarbeider gir ikke automatisk god kvalitet på helheten. Dette bekreftes gjennom interne revisjoner, i avvik og i arbeidet med pasientforløpene.

Det er en svak økning i antall dokumenter og arbeidet med å overvåke antall dokumenter bør fortsette.

Erfaringsoverføring og læring av avvik og funn ved tilsyn og revisjoner er en vedvarende utfordring. Dette er aktualisert gjennom pågående diskusjoner om åpenhetskultur og resultater av pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen fra 2014.

Det har vært en stor økning i antall meldte avvik de siste årene, med en utflating siste tertial. Meldekulturen i foretaket er utvilsomt bedret. Det viktigste arbeidet fremover er fortsatt å sørge for en ytterligere bedret meldekultur, der også flere alvorlige hendelser som anses som påregnelige komplikasjoner meldes. Sammen med bedret analyse av avvik og god oppfølging på alle ledernivå der avvik faktisk medfører forbedringstiltak vil legge til rette for læring og utløse forbedringspotensialer i organisasjonen.

Pasientforløpsarbeidet, det systematiske arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetssikringen gjennom internkontroll utfyller hverandre og UNN arbeider med å etablere en forbedringskultur basert på fakta og observasjoner. Helse Nord LIS og eventuelt også UNN KIS vil kunne bidra ved å gjøre dataene tilgjengelig.

Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring

ISO-14001 inneholder krav om oversikt over vedtatte og gjennomførte tiltak fra styrets behandling av LGG. Det gis en her oversikt over tiltakene, gjennomførte tiltak vil kun vises i det tertiale de er gjennomført. Tiltakene blir vist i oversikten fra 3.tertial 2013 og til de er gjennomført.

Det er 5 tiltak som ble gjennomført i forrige tertial (presentert i LGG for 2. tertial 2015) og dermed ikke vises i oversikten.

Tabell 5 Gjennomføring av tidligere vedtak i LGG

Foreslåtte tiltak	Gjennomført
KVAM-utvalg og KVAM-grupper får i oppdrag å etterspørre flere avvik i legemiddelhåndtering.	Ikke sporbart i referat. Et unntak: HLK. Anses som gjennomført da dette er en kontinuerlig oppgave i klinikkene
FFS utarbeider egen sak til KU om avvik knyttet til legemiddelhåndtering.	2016
Kvalitetsutvalget vil høsten 2014 diskutere hvordan den fortsatt ugjorte oppgaven med å få gjennomført en bedre koordinering og samling av parallelle prosedyrer mellom enhetene i foretaket skal følges opp.	Utsatt til 2016
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

Fag- og forskningscenteret lager senere i 2014 egen sak med nærmere gjennomgang av statistikk over NPE-saker der klager har fått medhold, inkludert eksempler på viktige enkeltsaker for å øke læringen i foretaket av disse sakene.	NPE saker medhold opp mot egen avvikssystem er gjennomført januar 2016. Tall oversendt NPE
Gjennomgang av medholds saker fra Norsk pasientskadeerstatning følges opp i alle klinikkers KVAM-utvalg.	Det er ikke registrert i referat i ePhorte, utfordrende å bekrefte om dette gjennomført. Anses som ferdigbehandlet i LGG
Status i oppfølging/lukking av avvik skal være fast sak i alle KVAM-utvalg.	Sjekkes i referater fra KVAM -utvalg gjennomført i 1 tertial 2015. Det er 5 klinikker/senter som pr 1.tertial 2015 har avvik som tema. Påminnelse om vedtak går ut til KVAM utvalgene. Anses som ferdig som oppfølgingssak i LGG da dette er en kontinuerlig oppgave i klinikkene.
Klinikker og sentrer gjennomgår opplæringsbehovet blant nye ledere med bakgrunn i oversikten ovenfor og sørger for at aktuelle ledere gjennomfører opplæring.	Kan ikke verifiseres av FFS gjennom tilgjengelige data. Anses som ferdig som oppfølgingssak i LGG da dette er en kontinuerlig oppgave i klinikkene.
Klinikksjefene og rådgiver fra FFS gjør i fellesskap en grundigere gjennomgang av klinikkens risikovurderinger for å oppnå en mer lik tilnærming til de ulike elementene i vurderingen.	Dette følges opp i prosess med klinikkene i forbindelse med oppdragsdokumentets krav om risikovurdering i 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.	
PSU restruktureres, gis nytt mandat og endrer arbeidsform for å oppnå bedre oppfangning og videreformidling av læringspunkter fra avvik og	

uheldige hendelser for foretaket.	
Kvalitetsavdelingen gjør uttrekk av avvik klassifisert med årsak «Mangelfull faglig vurdering» som grunnlag for diskusjon i Kvalitetsutvalget.	Sak behandlet i kvalitetsutvalget januar 2016
Kvalitetsutvalget oppfordrer til større ledelsesmessig fokus på rettidig behandling av NPE-saker, tilsynssaker og andre pasientsaker i de klinikker som har utfordringer med å svare innen fastsatt frist.	Fulgt opp i dialogmøter med klinikkene
Kvalitetsutvalget oppfordrer klinikkene til å prioritere smittevernvisitter i alle sengeposter.	



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
27/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.3.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Tertialrapport 3/2015 for utbyggingsprosjekter

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 31.12.2015 for utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering

Sammendrag

I denne saken fremlegges et sammendrag av tertialrapport for 3. tertial 2015 for de store utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Rapporten omfatter prosjektene Nytt pasienthotell, A-fløya og PET-senter ved UNN Breivika samt Renovering Bygg 7 ved UNN Åsgård. Saksfremlegget er sammenfallende med tilsvarende orienteringssak til styret ved Helse Nord RHF.

Pasienthotellet er i henhold til tidsplanen og den økonomiske prognosen er 19,9 mill kr under P50-rammen. Hotellet ble åpnet for drift 1.7.2015 og offisielt åpnet av helseministeren den 1.9 s.å. Prosjekteringsgruppen for Vardesenter og Lærings- og mestringssenteret la frem et forslag til løsning for styringsgruppen i desember 2015. Styringsgruppen konkluderte med at arealet ikke var egnet til å løse oppgaven, og legger videre løsning av disse oppgavene til Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN.

Saken viser til at UNN i rapporteringsperioden har startet arbeidet med A-fløya, med riving av fløydelen A2 samt bygging av A3. Arbeidet går i henhold til plan.

Bygg 7 ved UNN Åsgård har arbeidet med renoveringen pågått i henhold til plan. Det er oppstått en *force majeure*-episode hos vindusprodusenten, der flom medførte 3 ukers forsinkelse på prosjektet.

UNN har gjennomført konkurranse på bygging på PET-senteret, og inngått kontrakt med entreprenør. Arbeidet med bygging har startet opp samtidig med at samspillsfase 2 pågår.

Direktøren er tilfreds med at fremdriften i prosjekterings- og byggearbeider hovedsakelig går i henhold til gitte mandater, og anbefaler at tertialrapport tas til orientering.

	Pasienthotell	A-fløya	Bygg 7 Åsgård	PET
HMS	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse	23.04.2015	26.02.2018	02.05.2016	24.02.2017
Fremdrift	Ingen avvik	Ingen avvik	3 uker	8 uker
Ramme inneværende år	114,0 mill kr	374,1 mill kr	47,0 mill kr	148,5 mill kr
Sum investert hittil 2015	71,9 mill kr	228,2 mill kr	53,0 mill kr	42,0 mill kr
Sum investert totalt	371,7 mill kr	472,0 mill kr	71,4 mill kr	65,3 mill kr
Investeringsramme P50	403 mill kr	1596 mill kr	96,3 mill kr	493,1
Prognose økonomiavvik	-20,0 mill kr	0	0	0

Bakgrunn

Det pågår fire store utbyggingsprosjekter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Nytt pasienthotell, A-fløya, Renovering Bygg 7 ved UNN Åsgård og PET-senter. I denne styresaken fremlegges et sammendrag av tertialrapport for 3. tertial pr 31.12.2015. Nytt pasienthotell er i prinsippet ferdigstilt, og det gjenstår kun endelig avstemming av resultat med økonomiavdeling og avslutningsrapport.

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

Investeringsrammen for A-fløya er gitt i styrevedtak 70-2012 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy – godkjenning av forprosjektrapport og beslutning om detaljprosjektering og bygging*. I styresak 54-2015 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013* justeres rammen for prosjektet til 1 594 mill kr etter at anbudskonkurranse og forhandlinger er gjennomført.

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

Investeringsrammen for PET senter er gitt i Helse Nord RHF's styresak 144-2014 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, PET-senter – forprosjektrapport, oppfølging av styresak 18-2014*. Investeringsrammen er satt til 536,3 mill kr (P85) hvor styringsmålet er satt til 493,1 mill kr (P50, 2017)

Formål

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

Saksutredning

I denne styresaken fremlegges et sammendrag av tertialrapport for 3. tertial pr 31.12.2015.

Nytt Pasienthotell

Bygging av pasienthotellet er fullført, kun mindre utenomhusarbeider gjenstår til sommeren. Økonomisk er hotellprosjektet i god balanse, med prognose til en margin på 20 mill kr. Bygging av lokale til datasenter 1 (DS1), teknisk bygg og kulvert er nærmest fullført og HN-IKT sitt innredningsprosjekt pågår.

Videre arbeid med utredning/prosjektering av Vardesenter samt Lærings- og mestringscenter ble ferdig i desember. Løsningen med å bygge tre etasjer over gangbroen mellom Pasienthotellet og A-fløya viste seg å være dårlig egnet for å løse funksjonene, og styringsgruppa for prosjektet vedtok å søke annen løsning i sammenheng med bygningsmessig del av strategisk utviklingsplan, som også fikk styrets tilslutning. Dette arbeidet forventes å være ferdig i november 2016.

Det er ikke meldt om noen avvik som har resultert i personskader i byggefasen av hotellet.

Det vil bli laget egen avslutningsrapport for prosjektet.

A-fløya

Forhandlinger med entreprenører om bygging av A-fløy ble avsluttet i mai med et resultat som lå over P85 rammen. Det ble utarbeidet forslag til ny ramme som ble styrebehandlet i styresak 54-2015 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013*. Styresaken vedtar ny investeringsramme som er i tråd med fremforhandlet budsjett basert på kutt i prosjektet. Ny ramme er satt til 1 594 mill kr.

Bygging av midlertidige bygg er ferdigstilt. Det er bygget omlag 3000 kvm midlertidige bygg på rundt seks måneder. Dette er i overkant hurtig for å ivareta alle prosesser. Begge byggene har fått ferdigattest og er i drift. Sluttoppgjøret med entreprenøren var krevende, men endte med at partene ble enige om et oppgjør som var 5 mill kr over kontrakt. Dette er innenfor prosjektets budsjett.

Riving av fløy A2 er ferdigstilt og råbygg på fløy A3 er godt i gang og pågår i henhold til fremdriftsplan. Det forventes at arbeid med fasader starter i neste rapporteringsperiode.

Det gjennomføres HMS-arbeid i henhold til planer. Det er meldt om to avvik som har resultert i personskader med sykefravær. Den alvorligste skaden er vridning av kne. Både byggherre og entreprenør har tatt ytterligere grep for å forbedre HMS arbeidet og det løpende risikovurderingen i forhold til konkrete oppgaver.

Renovering Bygg 7 Åsgård

Kontrakt er skrevet med Bjørn Bygg AS om renovering av Bygg 7, og arbeidet pågår i henhold til avtalt økonomi og fremdriftsplan. Ferdigstillelse var planlagt 18.4.2016. En episode med flom hos vindusleverandør har medført forsinket leveranse og totalt tre ukers forsinkelse av prosjektet. Ny ferdigdato er 2.5.2016. Det er avtalt å bruke 10 mill kr av UNN sitt vedlikeholdsbudsjett til å renovere fasaden på bygget samtidig med innvendige arbeider. Valgt løsning for vedlikehold av fasade er godkjent av Riksantikvaren. Prosjektledelsen ivaretar denne bestillingen på vegne av Teknisk avdeling. Klinikken har valgt å utsette innflytting i bygget til

etter at utvendige arbeider er ferdigstilt. Det planlegges oppstart av drift i september inneværende år.

Vernerunder gjennomføres annenhver uke i byggeperioden. Det er ikke rapportert uønskede hendelser.

PET-senter

PET-senteret har gjennomført konkurranse og forhandling om byggekontrakt. Det var ett tilbud om bygging som lå over budsjett. Det ble fremforhandlet et tilbud innenfor budsjettet i P50 margin og det ble undertegnet kontrakt. Arbeider med fundamenter og kjeller er startet opp samtidig som samspillsfase 2 pågikk i høst.

Det er gjennomført anbudskonkurranse på syklotron med tilhørende produksjonsutstyr og kontrakt er inngått med GE. Kontrakten ligger innenfor budsjett. Kontraktsverdien er på 46 mill kr og det er gitt tilsagn om at dette dekkes fra Trond Mohn som gave. Gaven fordeles mellom UIT Norges arktiske universitet og UNN. Andelen til UIT utløser gaveforsterkningsmidler. Mohn har også gitt tilsagn på å gi en PET CT maskin og en PET MR maskin til senteret. Førstnevnte ligger inne i prosjektet, men PET MR maskin ligger utenfor rammen til senteret. I samspillsfasen med entreprenør har planlegging og kostnader for tilpasning til PET MR blitt ivare tatt.

Etter avsluttet samspillsfase er det kommet endringsmelding fra entreprenør på 23,6 mill kr eksklusiv mva. Denne endringen inkluderer økte kostnader for PET MR og skal behandles i styringsgruppen for prosjektet.

Det er etablert rutiner for HMS-arbeidet på byggeplass. Det er ikke rapportert avvik som har medført skader.

Endring av Helse Nord sine konsernbestemmelser gav rett før jul en mulighet til å finansiere tre ekstra etasjer på PET senteret med leasingavtaler. Disse etasjene har vært planlagt tidligere, men den økonomiske situasjonen har medført at de har vært tatt ut av prosjektet. Etter jul har det pågått et intenst arbeid med å utlyse konkurranse om utvidelse av senteret. Det foreligger nå et tilbud fra entreprenør som styrebehandles med tanke på realisering.

Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, Arbeidsmiljøutvalget, samt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 14-16.3.2016. Samtlige møter og utvalg sluttet seg til sakens fremstilling. Referater og protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at bygging av det nye pasienthotellet er avsluttet og at kostnaden er holdt under P50-rammen. Endelig resultat vil foreligge i sluttrapport. Som helseinstitusjon er det spesielt gledelig at hele prosjektet har vært gjennomført uten at det har forekommet alvorlige personskader.

Arbeidet med A-fløya er kommet godt i gang og holder fremdriftsplanen. Det er uheldig at det har vært to skader på anleggsplassen, men direktøren er fornøyd med at de to meldte arbeidsulykkene har medført umiddelbar aksjon fra entreprenør og byggherre, for om mulig å unngå ytterligere hendelser.

Renoveringsarbeidet på Bygg 7, Åsgård pågår i henhold til plan, og dette vil bli et løft for psykiatrien i Tromsø når bygget tas i bruk. Det er viktig for fremtidig utnytting av arealene ved UNN Åsgård at Riksantikvaren har godkjent foreslått løsning for vedlikehold av fasade.

Det er svært gledelig at byggearbeidene med PET-senteret også er påbegynt. Det pågår vurderinger omkring økonomisk konsekvens av endringsmelding etter samspillsfasen, men det er klart at en betydelig del av endringen skyldes tilpasning i forhold til PET MR som gave. Direktøren vurderer det foreløpig som at denne økte prosjektkostnaden dekkes av midler som frigis av P50 rammen som følge av øvrige gavebeløp.

Konklusjon

Direktøren er tilfreds med at arbeidet med A-fløya er godt i gang. Sammen med PET-senteret er dette viktige regionale funksjoner som vil bidra til pasientbehandling for hele den nordnorske befolkningen. Det er viktig for UNN at renoveringen av Bygg 7 ved UNN Åsgård pågår i henhold til plan, og gledelig at nytt pasienthotell er fullført innenfor tidsramme og under p50-rammen. Direktøren anbefaler derfor at tertialrapport tas til orientering.

Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Tertialrapport 3. tertial 2015 for utbyggingsprosjektene ved UNN



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
28/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.3.2016
Saksansvarlig: Gina M. Johansen		Saksbehandler: Viggo Søderblom

Finansiering tidligfase Nye UNN Narvik

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) legger til grunn at 2019 ligger fast som tidspunkt for byggestart for nye UNN Narvik, og konstaterer at dette medfører at adkomstvei inklusive tunell fra E6 til Furumoen må prosjekteres og bygges i perioden 2016-2018.
2. Styret viser til styresak 78/2010 *Konseptrapport Nye UNN Narvik* og godkjenner fremlagte kostnadsestimater på 115,4 mill kr som økonomisk ramme for tidligfaseaktiviteter i perioden 2016-2018.
3. Styret ber Helse Nord RHF om å omdisponere 115,4 mill kr fra investeringsplan 2015-2022 til gjennomføring av nødvendige tidligfasearbeider og etablering av adkomst for Nye UNN Narvik i perioden 2016-2018. Det foreslås ikke endringer i prosjektets totale investeringsramme.
4. Styret ber administrerende direktør ferdigforhandle avtalen om medfinansiering og drift av adkomstvei og tunnel med Narvik kommune slik at denne er avsluttet før arbeidet med vei og tunnel starter.

Sammendrag

Saken viser at Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s planlagte byggestart for nytt sykehus på Furumoen i Narvik er i 2019, slik det fremgår av Helse Nord RHF's styresak 78-2014 *Plan 2015-2018 – inkludert rullering av investeringsplan 2015-2022*. I tråd med styrets vedtak er det lagt til rette for at eksisterende anlegg på Sykehusaugen i Narvik drives frem til nybygg står ferdig i 2022. For å sikre forsvarlig fremdrift ba styret i Helse Nord RHF UNN om å starte forprosjektet tre år før byggestart.

For å sikre at Nye UNN Narvik kan ferdigstilles i henhold til de frister som fremgår av tidligere styredokumenter, er det nødvendig å få tilført midler til gjennomføring av tidligfaseaktiviteter slik det fremgår av vedlagte periodiserte kostnadsoppsett. Kostnadsoppsettet er basert på den vedtatte konseptrapporten fra 2011 og avtalen som ble gjort mellom UNN, Helse Nord RHF og

Narvik kommune vedrørende bygging av vei til den nye sykehustomta på Furumoen i Narvik. Det er hovedsakelig kostnader til prosjektering av adkomstvei inklusive tunell fra E6 til Furumoen som påløper i perioden 2015-2018.

Saken viser at det er nødvendig med en ramme på totalt 116,3 mill kr til å finansiere forventede aktiviteter i denne perioden. UNN har selv finansiert kostnadene som er påløpt i 2015 over drift, mens kostnadene for perioden 2016-2018 foreslås frigitt som en omfordeling av investeringsmidlene som ligger inne i styresak 78/2014 *Plan 2015-2018 – inkludert rullering av investeringsplan 2015-2022*, totalt kr 115,4 mill kr. Omfordelingen viser at det er behov for 12,8 mill kr i 2016, 58 mill kr i 2017 og 44,5 mill kr i 2018 for å slutføre forprosjektet og klargjøre for byggefase.

Direktøren anbefaler derfor styret i UNN be styret i Helse Nord RHF om å omdisponere 115,4 mill kr fra investeringsplan 2015-2022 til igangsetting av nødvendige tidligfasearbeider og etablering av adkomst for Nye UNN Narvik i perioden 2016-2018. Det foreslås ikke endringer i prosjektets totale investeringsramme.

Bakgrunn

Planlagt byggestart for nytt sykehus i Narvik er i 2019, slik det fremgår av Helse Nord RHF's styresak 78/2014 *Plan 2015-2018 – inkludert rullering av investeringsplan 2015-2022*. Forventet ferdigstilling i fjerde kvartal 2022 er i tråd med antatt levetid på de tiltak som er gjort for å sikre midlertidig drift av nåværende sykehusbygg i Narvik.

Tomtevalget ble besluttet i styresak 79/2009 *Tomtevalg UNN Narvik* og utløser behov for en helt ny adkomst fra E6 til Furumoen. Etableringen av denne og fordeling av kostnadene ved en ny adkomst ble drøftet i møte mellom styrelederne og direktørene i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og Helse Nord RHF og politisk ledelse samt administrasjonen i Narvik kommune i desember 2013. UNN ble i møtet bedt om å sikre fremdrift slik at bygging av nytt sykehus kan starte som forutsatt i 2019. Dette innebærer kjøp, omregulering og tilrettelegging av sykehustomten med etablering av tilhørende adkomstvei og tunnelinfrastruktur fra E6 før byggestart i 2019.

Sykehustomten ble vedtatt kjøpt i styresak 35/2015 *Kjøp av tomt for Nye UNN Narvik* og det er bevilget 9,7 mill kr til selve tomteanskaffelsen av UNNs investeringsramme. Arbeidene med verifisering av den vedtatte konseptrapporten (styresak 78/2010 *Konseptrapport Nye UNN Narvik*) starter høsten 2016 og det er under utarbeidelse en ny reguleringsplan for det nye sykehusområdet som inkluderer etablering av nødvendig adkomst. Arbeidene går nå over i en forprosjektfase, og deler av detaljprosjekteringen må gjennomføres i perioden 2015-2018 for at intensjonene om ferdigstilling i 2022 skal kunne innfris.

Formål

Formålet med denne saken er å få godkjent en nødvendig fremskyting av investeringsmidler i Helse Nord RHF's investeringsplan, for å sikre fremdrift i tråd med planlagt byggestart av Nye UNN Narvik i 2019.

Saksutredning

I tråd med bestillingen etter møtet mellom Helse Nord RHF, UNN og Narvik kommune har Drifts- og eiendomssenteret tilsatt en prosjektleder i Narvik med planlegging av nye UNN Narvik som hovedoppgave, og det er etablert et prosjektkontor i tilknytning til utbyggingsområdet.

På bakgrunn av konseptrapport fra 2011, krav og føringer fra Helsedirektoratets *Veileder for tidligfaseprosjektering i sykehusprosjekter* og de avtaler som er gjort med hensyn til adkomstvei har senteret utarbeidet et budsjettoverslag for gjennomføring av prosjektets første faser i perioden 2015-2018 (vedlegg 1).

I følge notat fra møtet mellom Helse Nord RHF, UNN og Narvik kommune skal Helse Nord RHF v/UNN forskuttere og bygge denne adkomsten. Narvik kommune skal overta driftsansvaret for adkomsten og det skal utarbeides en fordelingsnøkkel for finansiering av adkomstveg (med tunnel). Det pågår et arbeid med å utforme en slik avtale som tar hensyn til relevante spørsmål omkring gjennomføring, eierskap og momslovgiving. Avhengig av avtalens formulering og konklusjon, vil UNNs investeringsramme reduseres tilsvarende Narvik kommunes finansieringsbidrag. Det er en forutsetning at veiarbeidet ikke starter før en slik avtale er inngått med Narvik kommune.

Videre fremdrift

Planleggingen er gjennomført til og med konseptrapport. Prosjektet ligger i Helse Nord RHF's investeringsplan med oppstart i 2019. Planleggingen går nå inn i en fase der konseptrapporten skal verifiseres, adkomstveg skal etableres og reguleringsplan med konsekvensanalyse skal utarbeides. Ovennevnte krav til medvirkning tilsier en intensiv intern fremdrift i perioden 2016-2017 med forventet oppstart av teknisk prosjektering fra 2017. Ferdigstillelse er planlagt fjerde kvartal 2022. En fremdriftsplan følger i eget vedlegg.

Verifisering og oppdatering av konseptrapporten, reguleringsplanarbeid og etablering av adkomst til tomta er viktige forutsetninger for et godt prosjekt og riktig ressursbruk. Videre er det nødvendig å komme i gang med medvirkningsarbeid og organisasjonsutvikling så snart som mulig ettersom dette er viktige prosesser som utgjør grunnlaget for detaljprosjekteringen.

Økonomi

Økonomiske rammer til gjennomføring av de arbeider som beskrives i vedlagte periodiserte kostnadsvurdering, og er en forutsetning for å oppfylle intensjonen om et nytt sykehus i Narvik innen utgangen av 2022. Kostnadene er knyttet til prosjektering og reguleringsarbeid i 2016, mens det i 2017 og 2018 påløper betydelige kostnader til selve bygging av adkomstveien inkludert den nødvendige tunnelen.

Tabell 1 viser et periodisert sammendrag av kostnadsbildet i perioden 2015-2018. En grundigere oversikt over kostnadene følger av Vedlegg 1 *Kostnadstabell 2015-2018* som er unntatt offentlighet i medhold av Offl § 23 – tredje ledd jf. Fvl. § 13.2.

Tabell 1 - Tidligfasekostnader perioden 2015-2018

NYE UNN NARVIK					
Beregning av tidligfasekostnader (perioden 2015-2018)					
Aktivitet	År 2015	År 2016	År 2017	År 2018	SUM tidligfase
SUM aktiviteter	kr 650 000	kr 8 740 000	kr 46 320 000	kr 35 220 000	kr 90 930 000
SUM foreløpig beregning av tidligfasekostnader inkl mva og usikkerhet.	kr 950 900	kr 12 788 000	kr 58 014 000	kr 44 541 500	kr 116 294 400

Det er nødvendig med en ramme på totalt 116,3 mill kr til å finansiere forventede aktiviteter i perioden 2015 til og med 2018. Beløpet fremkommer av vedlagte kostnadsestimat som viser finansieringsbehov fordelt pr år i perioden 2015-2018. UNN finansierer selv kostnadene som er påløpt i 2015 over drift, mens kostnadene for perioden 2016-2018 foreslås frigitt som en omfordeling av investeringsmidlene som ligger inne i styresak 78/2014 *Plan 2015-2018 – inkludert rullering av investeringsplan 2015-2022*, totalt kr 115,4 mill kr.

Medvirkning

Alle relevante prosesser i forbindelse med utvikling og prosjektering av nye UNN Narvik gjennomføres med omfattende tverrfaglig medvirkning og i tett dialog med lokal ledelse, brukerorganisasjoner, verneombud og tillitsvalgte. Utfyllende beskrivelse av medvirkerprosesser vil fremlegges i forbindelse med søknad om fullfinansiering av prosjektets prosjekterings- og gjennomføringsfase. En fremdriftsplan følger som eget vedlegg.

Saken ble drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 16.3.2016. Møtet sluttet seg til sakens fremstilling uten merknader. Protokoll fra møtet blir behandlet som egen referatsak under styremøtet.

Vurdering

Saken viser at det er nødvendig å fremskytte investeringsmidler i Helse Nord RHF's investeringsplan for å sikre fremdrift i tråd med planlagt byggestart av Nye UNN Narvik i 2019. Administrerende direktør anbefaler derfor styret i UNN be styret i Helse Nord RHF om å omdisponere 115,4 mill kr fra investeringsplan 2015-2022 til igangsetting av nødvendige tidligfasearbeider og etablering av adkomst for Nye UNN Narvik i perioden 2016-2018. Det foreslås ikke endringer i prosjektets totale investeringsramme.

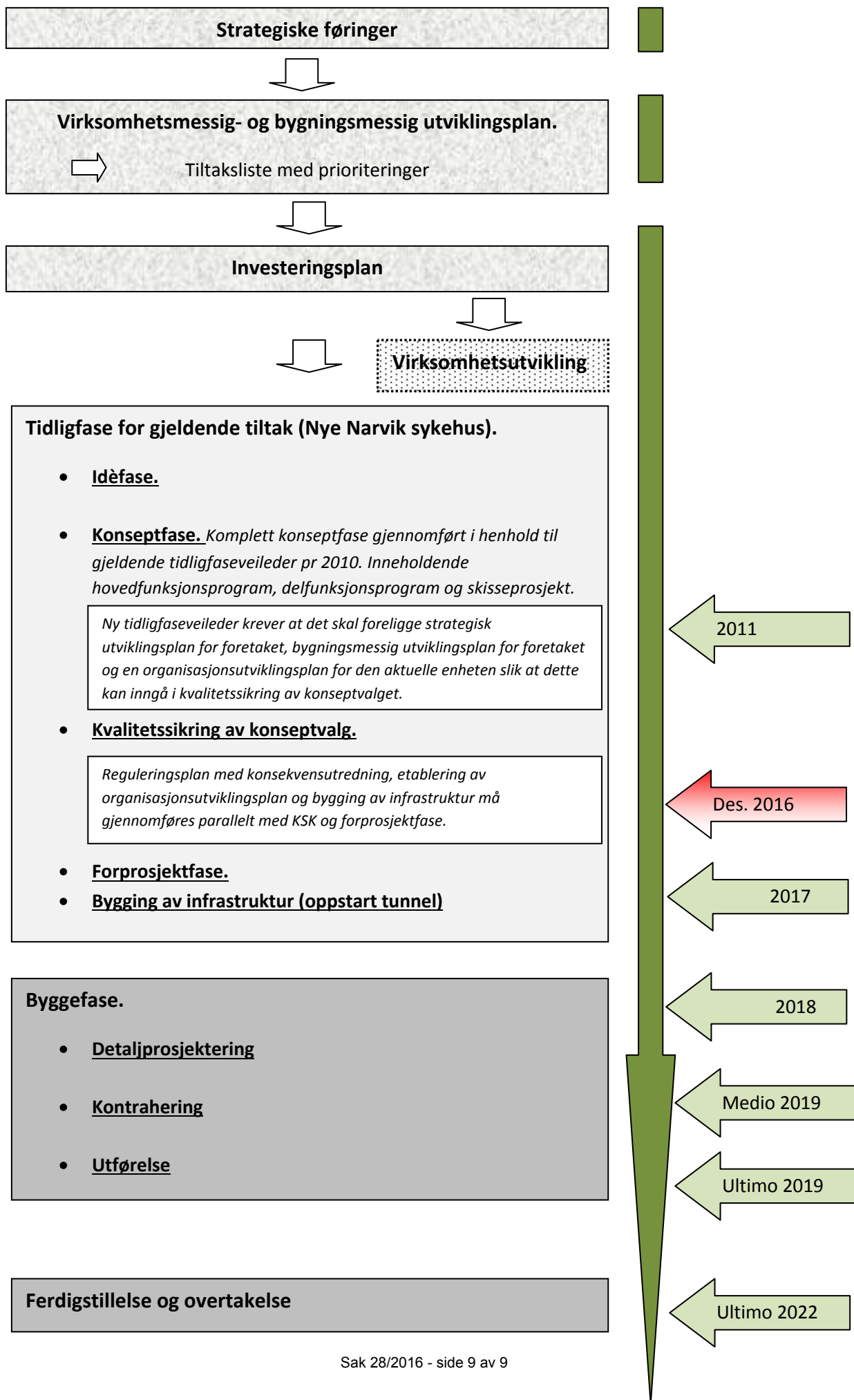
Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kostnadstabell 2015-2018 - *Unntatt offentlighet i medhold av Offl § 23 – tredje ledd jf. Fvl. § 13.2.*
2. Fremdriftsplan tidligfase Nye UNN Narvik

Nye UNN Narvik, tidslinje med aktiviteter.





STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
29/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.3.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

Helse Nord RHF's Plan 2017-2020 – økonomisk bærekraft – innspill fra UNN

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft og investeringer for perioden 2017-2023 til orientering, og slutter seg til direktørens overordnede strategi for fremtidige økonomiske tilpasninger.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å korrigere periodiseringen for A-fløya og PET-senteret i tråd med vedtatte fremdriftsplaner for prosjektene.
3. Styret ber Helse Nord RHF om å forskyve 115,3 mill kr av investeringsrammen for UNN Narvik til perioden 2016-2018 til kjøp, omregulering og tilrettelegging av sykehusomtten med etablering av tilhørende adkomstvei og tunnelinfrastruktur fra E6 før byggestart i 2019.
4. Styret ber Helse Nord RHF om økte investeringsmidler i 2017 på 6,3 mill kr for ombygging og investering i utstyr til ECMO-behandling samt Regionalt senter for allergi, astma og overfølsomhet.

Sammendrag

Hensikten med denne saken er å etterkomme eiers krav om at Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) styrebehandler oppdaterte bærekraftanalyser, kontantstrøm og lånebehov med bakgrunn i investeringsplan innen 31.3.2016.

Saken viser at investeringsrammene for A-fløya, PET-senteret og nye UNN Narvik må korrigeres i tråd med vedtatte planer for å sikre gjennomføring som planlagt. Stramme investeringsrammer for utstyr med mer gjør at det er nødvendig å be om at Helse Nord RHF finansierer investeringer i regionale oppdrag samt oppgaver som ECMO behandling og Regionalt senter for allergi, astma og overfølsomhet.

Omstillingsutfordringen for perioden 2017-2023 er økende fra -96 mill kr (2017) til -180 mill kr (2023). Utfordringen er størst de 2 første årene, deretter er den økonomiske situasjonen relativt stabil i resten av perioden gitt premissene over. Likviditetsberegningene viser positiv likviditet for hele perioden.

Videre viser saken at Helse Nord RHF har brukt opp handlingsrommet i de premissene som er lagt i planforutsetningene. Dette medfører at eventuelle økte kostnader, reduserte inntekter utover planforutsetningene må håndteres av det enkelte helseforetak.

Neste års virksomhetsplanlegging har startet, og arbeid med prioritering og tiltak er igangsatt. Det er en målsetting å ha første langtidsplan klar for perioden 2018-2021 tidlig i 2017.

Direktøren oppsummerer saken med at UNN viderefører strategien med kontinuerlig forbedringsarbeid for å skape økt helsegevinst med mindre ressurser fremover. Målet med forbedringsarbeidet er økt kvalitet i pasientbehandlingen, bedre arbeidsmiljø og involvering, og frigjøring av ressurser til prioriterte områder.

Bakgrunn

Helse Nord RHF ber i Budsjettbrev 1 – *Plan 2017-2020, inkludert rullering investeringsplan* om tilbakemelding fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) på strategier og tiltak for å utvikle helsetilbudet i regionen frem til 2020. Innen 31.3.2016 skal alle HF-styrene behandle:

1. Status og tilpasningsutfordringer neste åtte år, herunder de langsiktige økonomiske utfordringene, økonomisk bæreevne av fremtidige investeringer og iverksetting av andre planer og tiltak.
2. Strategier og nødvendige tiltak for å realisere økonomiske mål med bakgrunn i den langsiktige økonomiske analysen, inkludert eventuelle konsekvenser for ansatte og pasienttilbud.

Formål

Formålet med saken er å etterkomme eiers krav om å styrebehandle oppdaterte bærekraftanalyser, kontantstrøm og lånebehov med bakgrunn i investeringsplan innen 31.3.2016.

Saksutredning

Økonomisk status og tilpasningsutfordringer

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

Vedtatt investeringsplan er ikke i tråd med planlagt fremdrift i byggeprosjektene. UNN ber om at Helse Nord RHF oppdaterer vedtatt investeringsplan i tråd med vedtatte fremdriftsplaner for A-fløya og PET-senteret. Planlagt byggestart for nytt sykehus i Narvik er i 2019, slik det fremgår av vedtatt investeringsplan. Tomtevalget ble besluttet i styresak 79/2009 *Tomtevalg*

UNN Narvik og utløser behov for en helt ny adkomst fra E6 til Furumoen. UNN er bedt om å sikre fremdrift slik at bygging av nytt sykehus kan starte som forutsatt i 2019. Dette innebærer kjøp, omregulering og tilrettelegging av sykehustomten med etablering av tilhørende adkomstvei og tunnelinfrastruktur fra E6 før byggestart i 2019. UNN finansierer selv kostnadene som er påløpt i 2015 over drift, mens kostnadene for perioden 2016-2018, totalt 115,4 mill kr foreslås frigitt som en omfordeling av investeringsmidlene for UNN Narvik. Den totale investeringsrammen for byggeprosjektet foreslås ikke endret.

Andre investeringer

Regionalt senter for allergi, astma og overfølsomhet er vedtatt etablert i UNN. Før senteret kan starte opp kreves ombygging og tilpasning av lokaler, samt investering i utstyr, til sammen 4,3 mill kr. Dette er en regional oppgave som UNN har fått ansvar for, og vi ber derfor Helse Nord RHF om midler til å finansiere nødvendig ombygging og utstyrsinvesteringer.

I forståelse med Helse Nord RHF sentralt har UNN startet en begrenset transport av eksternt etablerte ECMO-prosedyrer i regionen inn til UNN. Det er behov for anskaffelser av to nye Cardiohelp til en kostnad på 2 mill kr.

Dagens ambulansestasjon Harstad tilfredsstillende ikke gjeldende HMS-lovkrav til et fullt ut forsvarlig arbeidsmiljø. UNN utreder ulike alternativer for renoverings- og utbyggingsløsninger som i ulik grad vil tilfredsstillende dagens krav til infrastruktur og fasiliteter for standard ambulansestasjoner. Saken tas inn i UNNs tilbakemelding til RHFet i april. Det gjøres en gjennomgang av investeringsbehovene i foretaket. Eventuelle forespørsler om økt investeringsrammer fra Helse Nord RHF vil tas inn i UNNs tilbakemelding til RHFet i april.

I investeringsplanen til UNN er det i 2017 100 mill kr til "utstyr med mer" som skal dekke investeringer i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger, ambulanser, egenkapitaltilskudd, KLP og andre investeringer. Beløpet øker til 150 mill kr pr år i perioden 2018-2020, deretter 200 mill kr årlig. For å møte investeringsbehovene fremover må UNN budsjettere med overskudd i driften for å håndtere årlige behov for reanskaffelser, etterslep og utstyr som følge av medisinsk og teknologisk utvikling. UNN har budsjettert med overskudd i 2016 for å øke investeringsrammen i 2017 med 50 mill kr. Strategien foreslås også videreført i årene fremover med tilsvarende beløp.

Økonomisk bærekraft

Helse Nord RHF har basert oppdatering av plan for 2017-2020 på følgende premisser:

- Oppdatering av kriterieverdiene i inntektsfordelingsmodellen for somatikk, gjennomføres som vanlig, i tillegg vurderes overgangsordninger innfaset i modellen på samme måte som tidligere.
- Helse Nord legger til grunn en forventning om 1,2 % årlig realvekst i helsesektoren.
- Helse Nord tar høyde for effekt av nasjonal inntektsmodell
- Helseforetakene har frem til og med 2016 i all hovedsak vært skjermet for kravene i avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dersom helseforetakene fremover blir håndtert på samme måte som øvrig statlig virksomhet må vi legge til grunn en årlig inntektsreduksjon på ca. 64 mill. kroner. Dette er ikke innarbeidet i økonomisk handlingsrom.
- Det vil stilles krav til videre effektivisering for å øke handlingsrommet.
- Gradvis innfasing av revidert inntektsmodell for TSB og psykisk helsevern
- Faglige premisser bygger på rullering og oppdatering av vedtatt plan 2016-2019.

I tillegg til premissene fra Helse Nord RHF har UNN lagt til grunn 0,5 % redusert basisramme i 2017 for å ta høyde for avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Eventuell videreføring av reformen i 2018 og videre fremover er ikke hensyntatt i analysen. Det er videre lagt inn 60 mill kr i årlige økte kostnader til interne omprioriteringer (herav 10 mill kr for økte medikamentkostnader).

Omstillingsutfordringen for perioden 2017-2023 er økende fra -96 mill kr (2017) til -180 mill kr (2023). Utfordringen er størst de 2 første årene, deretter er den økonomiske situasjonen relativt stabil i resten av perioden, gitt premissene over.

Likviditetsberegningene viser positiv likviditet i hele perioden, men det hefter noe usikkerhet i netto kontantstrøm vedrørende pensjonskostnad og pensjonsutbetaling. Analysen er basert på sist oppdaterte informasjon fra Helse Nord RHF.

Langsiktig omstilling og tiltak

Bærekraftanalysen viser at UNN står overfor varierende omstillingsbehov i perioden 2017-2023. Erfaringsmessig identifiserer og prioriterer UNN ulike satsingsområder hvert år for gjennomsnittlig 60 mill kr, og dette er inkludert i bærekraftsanalysen. Videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen er inkludert i analysen i 2017.

Helse Nord RHF har brukt opp handlingsrommet i de premissene som er lagt i planforutsetningene. Dette medfører at eventuelle økte kostnader og/eller reduserte inntekter utover planforutsetningene må håndteres av det enkelte helseforetak. Reduksjon i basisrammen for UNN på 0,5 % tilsvarer ca 30-35 mill kr. Tilsvarende effektiviseringstrekk i aktivitetsbaserte inntekter reduserer UNNs inntekter med 10-15 mill kr årlig.

Virksomhetsplanlegging 2017

Neste års virksomhetsplanlegging startet med budsjettkonferanse og ledersamling i UNN. Strategisk utviklingsplan ligger til grunn for arbeidet slik at det kortsiktige planarbeidet (2017) utarbeides i tråd med de strategiske langsiktige planene. Foreløpig omstillingsutfordring for 2017 er på 96 mill kr, og arbeid med prioritering og tiltak er igangsatt.

Langtidsplanlegging

Strategisk utviklingsplan for UNN er ferdigstilt, og arbeidet med de klinikkvise strategiske utviklingsplanene er i slutfasen. Arbeidet med overordnet strategisk areal- og IKT plan er igangsatt. Strategisk utviklingsplan vil ligge til grunn for fremtidige prioriteringer og arbeidet med langtidsplanlegging på foretaksnivå startet opp i mars 2017. Det er etablert ei arbeidsgruppe bestående av klinikkjefer og tillitsvalgte som skal foreslå konkrete prioriteringer for perioden 2018-2021. Forslagene behandles i direktørens ledergruppe før videre arbeid med konkret planlegging av tiltak og tidsplaner lages. Det er en målsetting å ha første langtidsplan klar for perioden 2018-2021 tidlig i 2017. Langtidsplanen skal rulleres og oppdateres årlig.

Kontinuerlig forbedring

UNN viderefører strategien med kontinuerlig forbedringsarbeid for å skape økt helsegevinst med mindre ressurser fremover. Forbedringsarbeidet forutsetter stort engasjement fra ledere og ansatte på alle nivå i organisasjonen. Målet med forbedringsarbeidet er økt kvalitet i pasientbehandlingen, bedre arbeidsmiljø og involvering, og frigjøring av ressurser til prioriterte områder.

Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, Arbeidsmiljøutvalget, samt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 14-16.3.2016. Samtlige møter og utvalg sluttet seg til sakens fremstilling. Referater og protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten fokuserte på at fremskrivning av bemanningsbehovet i større grad enn tidligere må tilpasses den reelle aktiviteten, og BAU var bekymret for at tilgjengelige rammer knyttet til investering i medisinteknisk utstyr er i knapteste laget.

Vurdering

Denne saken viser at UNN har økonomiske utfordringer i årene fremover. Årets arbeid med å nå de økonomiske resultatkravene vurderes som svært viktig for å møte fremtidige utfordringer. Omstillingsutfordringen er størst de neste to årene, deretter er den økonomiske situasjonen relativt stabil. Målsetningen om økte investeringsrammer gjennom økt overskudd videreføres.

Investeringsrammene for A-fløya, PET-senteret og nye Narvik sykehus må korrigeres i tråd med vedtatte planer for å sikre gjennomføring som planlagt. Stramme investeringsrammer for utstyr med mer gjør at det er helt nødvendig å be om at Helse Nord finansierer investeringer i regionale oppdrag og oppgaver som ECMO-behandling og Regionalt senter for allergi, astma og overfølsomhet.

Helse Nords fremtidige handlingsrom er allerede disponert i planforutsetningene. Dette innebærer at eventuelle reduserte inntekter, økte kostnader og/eller nye oppgaver uten finansiering i Statsbudsjettet må håndteres direkte av det enkelte foretak. På bakgrunn av usikkerheten knyttet til dette er det allerede nå tatt inn 0,5 % reduksjon i basisrammen for 2017. I tillegg er det erfaringsmessig behov for interne omprioriteringer som også er inkludert i neste års økonomiske analyser.

Arbeidet med neste års budsjett starter tidlig, og forventes å legge til rette for at detaljplanleggingen for hver enkelt enhet og tiltak er gjennomført før nytt år starter. Direktøren vurderer dette som et viktig tiltak for å øke gjennomføringsgraden av tiltak, og dermed forbedre økonomistyringen i foretaket. Det langsiktige planleggingsarbeidet vil bidra til mer forutsigbarhet i planleggingen både for UNN totalt og for den enkelte klinikk. Langtidsplanen vil inkludere økonomiske tiltak for perioden. Før denne er på plass, har vi ikke detaljerte, konkretiserte tiltak for årene fremover.

Konklusjon

Direktøren anbefaler styret ved UNN om å ta redegjørelsen om økonomisk bærekraft til orientering, og slutte seg til direktørens overordnede strategi for fremtidige økonomiske tilpasninger. Investeringsrammene må periodiseres i tråd med vedtatte planer for de store byggeprosjektene. I tillegg anbefaler direktøren styret å be Helse Nord RHF om økte investeringsrammer på 6,3 mill kr tilknyttet oppstart og drift av regionale oppgaver.

Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegget *Tilbakemelding til RHF, Plan 2017-2020 – økonomisk bærekraft*
2. Budsjettbrev 1 fra Helse Nord RHF, datert 4.2.2016



Sak: Tilbakemelding til RHF, Plan 2017-2020 – økonomisk bærekraft
Til: Styret UNN HF
Fra: Gøril Bertheussen
Møtedato: 30. mars 2016

Saksfremlegget redegjør for

1. Økonomisk status og tilpasningsutfordringer neste åtte år som inkluderer en presentasjon av langsiktige økonomiske utfordringer, økonomisk bæreevne av fremtidige investeringer og iverksetting av andre planer og tiltak.
2. Strategier og nødvendige tiltak for å realisere økonomiske mål med bakgrunn i den langsiktige økonomiske analysen inkludert eventuelle konsekvenser for ansatte og pasienttilbud.

Helse Nords vedtatte investeringsplan og plan skal rulleres i styremøte i Helse Nord RHF 15. juni 2016. Vedtatt plan vil være førende for helseforetakenes langtidspanlegging og budsjetter for perioden. I *Budsjettbrev 1 - Plan 2017-2020, inkludert rulling av investeringsplan* gis følgende føringer:

For å kunne ta hensyn til innspill fra foretakene må de være styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 1. mai 2016. Vi gjør oppmerksom på at helseforetakene innen 31. mars 2016 skal ha styrebehandlet tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2016–2019. Dette innebærer at bærekraftsanalyse skal oppdateres og styrebehandles innen denne fristen.

1. Investeringsplan, økonomisk bæreevne og likviditet.

Vedtatt Investeringsplan UNN HF 2016-2023

Tabell 1 Vedtatt investeringsplan 2016-2023

Vedtatt Investeringsplan 2016-2023 fra RHF	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Totalsum byggeprosjekt
Nytt Narvik sykehus			10	60	250	500	230		1050
A-fløy	290	217	421						1547
PET senter	50	100	318						493
Utstyr med mer	150	100	150	150	150	200	200	200	
Sum vedtatt investeringsplan UNN	490	417	899	210	400	700	430	200	

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

UNN ber om følgende endringer i vedtatt investeringsplan:



Nytt sykehus Narvik

Planlagt byggestart for nytt sykehus i Narvik er i 2019, slik det fremgår av vedtatt investeringsplan. Tomtevalget ble besluttet i styresak 79/2009 *Tomtevalg UNN Narvik* og utløser behov for en helt ny adkomst fra E6 til Furumoen. Etableringen av denne og fordeling av kostnadene ved en ny adkomst ble drøftet i møte mellom styrelederne og direktørene i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og HN RHF og politisk ledelse samt administrasjonen i Narvik kommune i desember 2013. UNN ble i møtet bedt om å sikre fremdrift slik at bygging av nytt sykehus kan starte som forutsatt i 2019. Dette innebærer kjøp, omregulering og tilrettelegging av sykehusomtten med etablering av tilhørende adkomstvei og tunnelinfrastruktur fra E6 før byggestart i 2019.

Arbeidene går nå over i en forprosjektfase og deler av detaljprosjekteringen må gjennomføres i perioden 2015-2018 for at intensjonene om ferdigstillelse i 2022 skal kunne innfris. Det er nødvendig med en ramme på totalt 116,3 mill kr for å finansiere forventede aktiviteter i perioden 2015 til og med 2018. UNN finansierer selv kostnadene som er påløpt i 2015 over drift, mens kostnadene for perioden 2016-2018, totalt 115,4 mill kr foreslås frigitt som en omfordeling av investeringsmidlene for UNN Narvik. Den totale investeringsrammen for byggeprosjektet foreslås ikke endret. Periodisering ihht beskrivelsene over er synliggjort i tabell 2.

A-fløya

Investeringsrammen for A-fløya er feil periodisert i vedtatt investeringsplan. Korrigert periodisering som er i tråd med vedtatt fremdriftsplan er gjort i tabell 2. Prosjektet følger så langt oppsatt gjennomføringsplan.

PET-senter

Investeringsrammen for PET-senteret er feil periodisert i vedtatt investeringsplan. Korrigert periodisering som er i tråd med vedtatt fremdriftsplan er gjort i tabell 2. Prosjektet følger så langt oppsatt gjennomføringsplan.

Regionalt senter for allergi, astma og overfølsomhet

Regionalt senter for allergi, astma og overfølsomhet er vedtatt etablert i UNN. Helse Nord har bevilget driftsmidler. Før senteret kan starte opp kreves ombygging og tilpasning av lokaler, samt investering i utstyr. Kostnadsoverlag på ombygging er 4 mill kr, og investering i utstyr er beregnet til 0,3 mill kr. Dette er en regional oppgave som UNN har fått ansvar for, og vi ber derfor Helse Nord RHF om midler til å finansiere nødvendig ombygging og utstyrsinvesteringer.

ECMO

I forståelse med Helse Nord RHF sentralt har vi startet en begrenset transport av eksternt etablerte ECMO-prosedyrer i regionen inn til UNN. Denne aktiviteten forventes å øke noe i tiden som kommer. Basert på tallene fra siste 3 års aktivitet, vurderer vi behov for anskaffelser av to nye Cardiohelp snarest, 2 mill kr.

Andre investeringer

Dagens ambulansestasjon Harstad tilfredsstillende ikke gjeldende HMS- og lovkrav til et fullt ut forsvarlig arbeidsmiljø. UNN utreder ulike alternativer for renoverings- og utbyggingsløsninger som i ulik grad vil tilfredsstillende dagens krav til infrastruktur og fasiliteter for standard ambulansestasjoner. Saken tas inn i UNNs tilbakemelding til RHF i april.



Det gjøres en gjennomgang av investeringsbehovene i foretaket. Eventuelle forespørsler om økt investeringsrammer fra Helse Nord RHF vil tas inn i UNNs tilbakemelding til RHFet i april.

Tabell 2 Korrigert investeringsplan 2017-2024

Korrigert investeringsplan 2016-2023	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Totalsum byggeprosjekt
Nytt Narvik sykehus	13	58	45	60	245	400	230		1050
A-fløy	485	490							1547
PET senter	322	118							493
ECMO og Regionalt senter for allergi, astma og overfølsomhet		6							
Utstyr med mer	150	100	150	150	150	200	200	200	
Sum	970	772	195	210	395	600	430	200	

Utstyr med mer

I investeringsplanen til UNN er det i 2017 100 mill kr til ”utstyr med mer” som skal dekke investeringer i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP og andre investeringer. Beløpet øker til 150 mill kr pr år i perioden 2018-2020, deretter 200 mill kr årlig.

Årlige investeringsbehov vedrørende reanskaffelse av medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ambulanser og egenkapitaltilskudd KLP er tidligere beregnet til 144 mill kr. I tillegg kommer investeringer i ny teknologi, samt ombygginger og renovering av eksisterende bygningsmasse. Vedtatt investeringsramme er ikke tilstrekkelig for å dekke et nøkternt behovsanslag. For å møte investeringsbehovene fremover må UNN budsjettere med overskudd i driften for å håndtere årlige behov for reanskaffelser, etterslep og utstyr som følge av medisinsk og teknologisk utvikling. UNN har budsjettert med overskudd i 2016 for å øke investeringsrammen i 2017 med 50 mill kr. Strategien videreføres også for i årene fremover med tilsvarende beløp.

Økonomisk bærekraft

Helse Nord RHF har basert oppdatering av plan for 2017-2020 på følgende premisser:

- Oppdatering av kriterieverdiene i inntektsfordelingsmodellen for somatikk, gjennomføres som vanlig, i tillegg vurderes overgangsordninger innfaset i modellen på samme måte som tidligere.
- Helse Nord legger til grunn en forventning om 1,2 % årlig realvekst i helsesektoren.
- Helse Nord tar høyde for effekt av nasjonal inntektsmodell
- Helseforetakene har frem til og med 2016 i all hovedsak vært skjermet for kravene i avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dersom helseforetakene fremover blir håndtert på samme måte som øvrig statlig virksomhet må vi legge til grunn en årlig inntektsreduksjon på ca. 64 mill. kroner. Dette er ikke innarbeidet i økonomisk handlingsrom.
- Det vil stilles krav til videre effektivisering for å øke handlingsrommet.
- Gradvis innfasing av revidert inntektsmodell for TSB og psykisk helsevern
- Faglige premisser bygger på rullering og oppdatering av vedtatt plan 2016-2019.

I tillegg til premisene fra Helse Nord RHF har UNN lagt til grunn 0,5 % redusert basisramme i 2017 for å ta høyde for avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Eventuell videreføring av reformen i 2018 og videre fremover er ikke hensyntatt i analysen. Det er videre lagt inn 60 mill kr i årlige økte kostnader til interne omprioriteringer (herav 10 mill kr for økte medikamentkostnader).



Bærekraftanalysen er videre basert på følgende forutsetninger:

- Investeringsbeløp for utstyr med mer ihht vedtatt investeringsramme fra Helse Nord RHF.
- Årlige overskuddskrav på 40 mill kr brukes til investeringer i påfølgende år.
- Investeringsramme P85 nye bygg.
- A-fløy er 50 % lånefinansiert.
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus.
- PET-senteret er 70 % lånefinansiert.
- Det er beregnet 3,0 % rente på lån og egen likviditet.
- Analysen er gjennomført i 2016 kroner.
- Avskrivningstidene er satt til 30 år for Pasienthotellet og 26,4 år for øvrige bygg.
- 60 mill kr i årlige økte kostnader til interne omprioriteringer
- Videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen er inkludert i analysen i 2017.

Under forutsetning av at UNN klarer å oppnå et økonomisk resultat i 2016 i henhold til styringsmålet på +40 mill og internt overskuddskrav på +50 mill kr, kr vil omstillingsutfordringen for perioden 2017-2023 være økende fra -96 mill kr (2017) til -180 mill kr (2023). Utfordringen er størst de 2 første årene, deretter er den økonomiske situasjonen relativt stabil i resten av perioden gitt premissene over.

Tabell 4 Bærekraftanalyse 2017-2023

Bærekraftanalyse UNN HF	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sum inntekter	7 401	7 421	7 454	7 454	7 475	7 475	7 475
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	7 153	7 208	7 202	7 195	7 187	7 173	7 161
Sum avskrivninger	246	252	262	275	287	311	363
Netto rentekostnader	6	32	28	26	26	23	40
Totale kostnader	7 406	7 491	7 493	7 496	7 500	7 507	7 565
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-6	-70	-39	-43	-25	-33	-90
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40
Internt overskuddskrav UNN	50	50	50	50	50	50	50
Sum resultatkrav	90	90	90	90	90	90	90
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-96	-160	-129	-133	-115	-123	-180

Kontantstrøm/likviditetsanalyse

Likviditetsberegningene, tabell 5, viser forventet utvikling i likviditeten i perioden 2017-2023. Det hefter noe usikkerhet i netto kontantstrøm vedrørende pensjonskostnad og pensjonsutbetaling. Analysen er basert på sist oppdaterte informasjon fra Helse nord RHF.



Tabell 5 Likviditetsanalyse 2017-2023

Likviditetsberegning	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter							
Budsjettert resultat	40	40	40	40	40	40	40
Prognostisert overskudd 2015 utover krav							
Eget overskuddskrav	50	50	50	50	50	50	51
Avskrivninger/nedskrivninger	246	252	262	275	287	311	363
Likviditetseffekt pensjon 2015-2016							
Diff pensjonskostnad/premie							
Andre endringer i omløpsmidler/kortsiktig gjeld som påvirker likviditet							
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	336	342	352	365	377	401	454
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter							
Etterslep av tidligere igangsatte investeringer							
Investeringer eget overskuddskrav	-50	-50	-50	-50	-50	-50	-50
Investeringsbudsjett investeringsplan iht fremdriftsplan	-772	-195	-210	-395	-600	-430	-200
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-822	-245	-260	-445	-650	-480	-250
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter							
Egenkapitaltilskudd 2015							
Innbet ved opptak av lån A-fløy	315	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån PET senter	83	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Pasienthotell	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Narvik sykehus	0	77	42	172	280	161	0
Avdrag lån	-7	-43	-43	-43	-43	-43	-72
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	391	34	-1	129	237	118	-72
Netto endring i kontanter	-96	132	91	49	-36	39	132
IB 01.01	126	31	162	254	302	267	306
UB 31.12	31	162	254	302	267	306	438
Ramme for kassakreditt	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100

Likviditetsanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- Økonomisk resultat i henhold til styringsmål og internt overskuddskrav (+90 mill kr) og at dette benyttes til økte investeringer påfølgende år.
- 50 % lånefinansiering for A-fløy
- 70 % lånefinansiert for PET-senter
- 70 % lånefinansiering av nye Narvik sykehus
- Øvrige forutsetninger ihht bærekraftanalysen

2. Langsiktig omstilling og tiltak

Bærekraftanalysen viser at UNN står overfor varierende omstillingsbehov i perioden 2017-2023. I 2017 er omstillingsbehovet 96 mill kr, og øker opp til 180 mill kr i 2023. Erfaringsmessig identifiserer og prioriterer UNN ulike satsingsområder hvert år for gjennomsnittlig 60 mill kr, og dette er inkludert i bærekraftsanalysen. Videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen er inkludert i analysen i 2017.

Helse Nord RHF har brukt opp handlingsrommet i de premissene som er lagt i planforutsetningene. Dette medfører at eventuelle økte kostnader og/eller reduserte inntekter utover planforutsetningene må håndteres av det enkelte helseforetak. Reduksjon i basisrammen for UNN på 0,5 % tilsvarer ca 30-35 mill kr. Tilsvarende effektiviseringstrekk i aktivitetsbaserte inntekter reduserer UNNs inntekter med 10-15 mill kr årlig.



Tiltaksarbeid 2016

UNN viderefører arbeidet med å øke gjennomføringsgraden på vedtatte tiltak i hele organisasjonen. Tiltaks- og gjennomføringsplanene detaljeres og konkretiseres for å øke kvaliteten på planarbeidet og for å redusere risikoen i budsjettoplegget for 2016. For å møte fremtidige utfordringer både med hensyn til investeringer og drift er det en forutsetning at årets drift er i tråd med vedtatte styringskrav fra Helse Nord RHF og internt overskuddkrav, til sammen + 90 mill kr.

Virksomhetsplan 2017

Neste års virksomhetsplanlegging startet med budsjettkonferanse for direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud 1.mars, etterfulgt av ledersamling 9. og 10. mars. Strategisk utviklingsplan ligger til grunn for arbeidet slik at det kortsiktige planarbeidet (2017) utarbeides i tråd med de strategiske langsiktige planene for UNN. Foreløpig omstillingsutfordring for 2017 er på 96 mill kr, og arbeid med prioritering og tiltak er igangsatt.

Langtidsplanlegging

Strategisk utviklingsplan for UNN er ferdigstilt. Arbeidet med de klinikkvise strategiske utviklingsplanene er i slutfasen. Arbeidet med overordnet strategisk areal- og IKT plan er igangsatt. Strategisk utviklingsplan vil ligge til grunn for fremtidige prioriteringer og arbeidet med langtidsplanlegging på foretaksnivå startet opp i mars 2017. Det er etablert ei arbeidsgruppe bestående av klinikkjefer og tillitsvalgte som skal foreslå konkrete prioriteringer for perioden 2018-2021. Forslagene behandles i direktørens ledergruppe før videre arbeid med konkret planlegging av tiltak og tidsplaner. Det er en målsetting å ha første langtidsplan klar for perioden 2018-2021 tidlig i 2017. Langtidsplanen skal rulleres og oppdateres årlig.

Nasjonal sykehusplan

Eventuelle strukturendringer som følge av nasjonal sykehusplan må implementeres fortløpende i tråd med føringer som gis.

Kontinuerlig forbedring

UNN viderefører strategien med kontinuerlig forbedringsarbeid for å skape økt helsegevinst med mindre ressurser fremover. Eksempler på områder for kontinuerlig forbedring.

- behovsbasert aktivitetsplanlegging
- aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
- vridning fra døgn til dagbehandling
- kartlegging og eventuell reduksjon av overbehandling
- redusert antall kontroller
- riktig behandling på riktig nivå
- kvalitetsarbeid (eks reduksjon av sykehusinfeksjoner)
- forbedre intern logistikk og planlegging
- identifisere og redusere flaskehalser

I tillegg er det mange små og store arbeidsprosesser i hver enkelt enhet i UNN som er i kontinuerlig forbedring. Forbedringsarbeidet forutsetter stort engasjement fra ledere og ansatte på alle nivå i organisasjonen. Målet med forbedringsarbeidet er økt kvalitet i pasientbehandlingen, bedre arbeidsmiljø og involvering, og å frigjøre ressurser til prioriterte områder.

Helseforetakene i Helse Nord

SENDES KUN PER E-POST

Deres ref.:

Vår ref.:
2016/99-1/ 123

Saksbehandler/dir.tlf.:
Jan-Petter Monsen, 906 53 840

Sted/dato:
Bodø, 04.02.2016

Budsjettbrev 1 - Plan 2017-2020, inkludert rullering av investeringsplan

Herved orienteres helseforetakene om oppstart av planprosess og inviteres til å komme med innspill til plan 2017-2020, inkludert rullering av investeringsplan 2017-2024.

Helse Nord RHF ber om tilbakemelding på strategier og tiltak for å utvikle helsetilbudet i regionen frem til 2024.

For å kunne ta hensyn til innspill fra foretakene må de være styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF **innen 1. mai 2016**. Vi gjør oppmerksom på at helseforetakene **innen 31. mars 2016** skal ha styrebehandlet tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2016–2019. Dette innebærer at bærekraftsanalyse skal oppdateres og styrebehandles innen denne fristen.

Bakgrunn

Det vises til Helse Nord RHF's *styresak 64-2015 Plan 2016-2019, inkludert rullering av Investeringsplan 2016-2023*.

Helse Nord's vedtatte investeringsplan og plan skal rulleres i styremøte i Helse Nord RHF 15. juni 2016. Vedtatt plan vil være førende for helseforetakenes langtidsplanlegging og budsjetter for perioden.

Detaljert fremdriftsplan for budsjettarbeidet og frister følger av vedlegg. Helse Nord RHF vil i samarbeid med helseforetakene evaluere budsjettprosessen og enkelte frister og krav kan endres som følge av dette.

Fokusområder fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Oppdragsdokument fra HOD til Helse Nord RHF har fått ny struktur. Kravene er langt mer detaljert og spisset. HOD har fokus på at Helse Nord RHF skal følge opp følgende mål i 2016:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Departementet er opptatt av at valgfriheten for pasienter skal økes, og at kunnskap om variasjon i tjenesten skal brukes aktivt som grunnlag for forbedringsarbeid. Oppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene, men bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og private skal sørge for bedre utnyttelse av ledig kapasitet og reduserte ventetider.

Unødvendig variasjon skal reduseres, og pasientforløpene skal være gode og effektive. Kvalitetsmålinger og pasienterfaringer skal brukes som viktige redskap for utforming av god praksis og i systematisk forbedringsarbeid.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning og innovasjon, samt opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

Psykisk helsevern skal legge vekt på frivillighet og redusert og riktig bruk av tvang.

Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres, før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene.

Omstillingene skal gi brukerne et kontinuerlig og like godt tilbud som tidligere.

Helse Nord viktigste mål for de nærmeste årene er presentert i plan for Helse Nord 2016-2019:

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

Mål for plan og budsjettprosessen

Dialogen mellom RHF og HF i planprosessen skal bidra til:

- å gi helseforetakene forutsigbarhet i planforutsetningene slik at det gir grunnlag for langsiktig planlegging
- sikre at hvert helseforetak og Helse Nord samlet har en økonomisk bærekraftig plan.
- Å gi helseforetakene mulighet for å komme med innspill til plan
- bidra til at foretaksgruppen samlet allokterer sine ressurser til de tiltak som forventes å gi størst bidrag til at Helse Nord kan oppfylle sine mål
- sikre en årlig og helhetlig prosess, hvor prioriteringer skjer ved rullering av planen i juni.

Tilbakemelding fra helseforetakene

Det vil bli avholdt et arbeidsmøte (video) med hvert enkelt HF. Agenda står i vedlegg 1.

Helseforetakene må oppdatere tiltaksplan, bærekraftsanalyse, kontantstrøm og lånebehov på bakgrunn av investeringsplanen innen 31. mars 2016. HF-styrene skal behandle:

- Økonomisk status og tilpasningsutfordringer neste åtte år. Dette krever en presentasjon til HF-styrene av langsiktige økonomiske utfordringer, økonomisk bæreevne av fremtidige investeringer og iverksetting av andre planer og tiltak.
- Drøfting av strategier og eventuelle nødvendige tiltak for å realisere økonomiske mål med bakgrunn i den langsiktige økonomiske analysen. I denne sammenheng må en særlig drøfte konsekvenser for ansatte og pasienttilbud.

Frist for å styrebehandle innspill til plan er 1. mai 2016. HF-styrene bes om å behandle:

- Innspill til regionens mål og faglige satsninger i planperioden.
- Vurdere størrelse og fordeling av anbefalt investeringsramme for perioden med særlig fokus på analyse av driftsøkonomiske konsekvenser av denne, avveining mellom drift og investering.
- Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan.
- Innspill til driftsbudsjettet og forventninger om økt finansiering til nye vedtatte tiltak.
- Vurdere nivå på og fremdrift av egen investeringsplan.
- Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling, skape økonomisk handlingsrom, eller bidra til gjennomføring av samhandlingsreformen.

Økonomiske planpremisser

Oppdatering av plan 2017-2020 baseres på følgende premisser:

- Oppdatering av kriterieverdiene i inntektsfordelingsmodellen for somatikk, gjennomføres som vanlig, i tillegg vurderes overgangsordninger innfaset i modellen på samme måte som tidligere.
- Helse Nord legger til grunn en forventning om 1,2 % årlig realvekst i helsesektoren.
- Helse Nord tar høyde for effekt av nasjonal inntektsmodell
- Helseforetakene har frem til og med 2016 i all hovedsak vært skjermet for kravene i avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dersom helseforetakene fremover blir håndtert på samme måte som øvrig statlig virksomhet må vi legge til grunn en årlig inntektsreduksjon på ca. 64 mill. kroner. Dette er ikke innarbeidet i økonomisk handlingsrom.
- Det vil stilles krav til videre effektivisering for å øke handlingsrommet.
- Gradvis innfasing av revidert inntektsmodell for TSB og psykisk helsevern
- Faglige premisser bygger på rullering og oppdatering av vedtatt plan 2016-2019.

Foreløpige prioriteringer av økonomisk handlingsrom

Vedtatt plan 2016-2020 legger opp til følgende:

- Videreutvikle tilbudet innen psykisk helse og rus.
- Fullføre implementering av nytt nødnett (HDO).
- Styrke helseforetakene generelt med ytterligere 50 mill. kroner fra 2017. Helseforetakene er da styrket med 100 mill. kroner i perioden 2016-2017.
- Vedtatte fagplaner følges opp med bevilgninger.
- Styrke forskning

Resultatkrav og investeringer

Resultatkrav HF

Resultatkrav for helseforetakene i planperioden følger av styresak 64-2015. Med bakgrunn i bærekraftsanalysene som gjennomføres innen 31. mars 2016 vil vedtatte resultatkrav gjennomgås og vurderes.

Investeringsplan og likviditet

Gjeldene investeringsplan følger av vedlegg 2. Planen rulleres i styremøtet 15. juni. Helseforetakene bes spesielt vurdere fremdriften/periodiseringen av utbetalingene i prosjektene.

Det er større usikkerhet knyttet til likviditetssituasjonen i planperioden enn tidligere som følge av forventet endring i pensjonskostnader, kassakredittrammer og innføring av momsrefusjonsordning.

—
Med vennlig hilsen

Lars Vorland
Administrerende direktør

Hilde Rolandsen
Eierdirektør

Vedlegg 1 Videre fremdriftsplan budsjettprosess 2017-2024

Vedlegg 2 Investeringsplan 2016-2023

Vedlegg 3 Foreløpig beregning av handlefrihet/prioritering av tiltak

VEDLEGG 1

Videre fremdriftsplan budsjettprosess 2017-2024

31. mars Frist for HF-styrebehandling av tiltaksplan og bærekraftsanalyse

April Budsjettmøter, avklaringer av forventninger, budsjettpremisser og føringer

Agenda:

1. Gjennomgang av fremdrift i investeringsplanen
 - a. Herunder årlig investeringsramme
 - b. Tidspunkt for overføring fra anlegg under utførelse til bruk (avskrivninger med mer)
2. Resultatkrav
3. Likviditet og lånebehov
4. Økonomisk bærekraft i foretaket
5. Dokumentasjonskrav for nye forslag til investeringer (investeringsanalyse)
6. Dokumentasjonskrav til nye ønsker om driftstiltak
7. Andre forhold

1. mai Frist for HF-styrebehandling av innspill til plan

15. juni RHF-styret behandler styresak om Plan/Budsjett neste 4 år, inkl. rullering investeringsplan neste 8 år

Oktober Budsjettmøter i forbindelse med oppfølgingsmøter

Ca 10. oktober Statsbudsjett 2017

Ca 10. okt Oppdatert bærekraftsanalyse, likviditetsprognose og samlet tiltaksplan for å nå fastsatt resultatkrav for neste år (administrativt behandlet) oversendes Helse Nord RHF. Innspill til Statsbudsjett år n+2 sendes RHF.

26. oktober RHF-styret behandler sak om oppdatering rammer/føringer budsjett 2017

15. desember Frist for endelig budsjettbehandling i Helseforetaksstyret

Februar 2017 Konsolidert budsjett behandles i RHF-styret.

VEDLEGG 2

Investeringsplan 2016-2023

Investeringsplan - Totale rammer inkl prisstigning til ferdigstillelse og byggeplønsrenter	Tidligere år	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	SUM
Finnmarkssykehuset											
Rus institusjon	30 000										30 000
Spesialist poliklinikk Karasjok	20 000	20 000									40 000
Spesialist senter Alta	6 000	44 000	150 000	70 000							270 000
Tiltak Hammerfest Kirkenes inntil nybygg er på plass	30 000	10 000	10 000								50 000
Kirkenes nybygg	281 000	337 000	792 000								1 410 000
Hammerfest nybygg	0						20 000	280 000	300 000	400 000	1 200 000
VÅKe	650										650
Nødnett	0	400									400
ENØK	1 100		15 000								16 100
Økt MTU	0		20 000								20 000
MTU, ambulanser, rehab med mer		30 000	30 000	30 000	40 000	40 000	40 000	50 000	50 000	50 000	300 000
Sum Finnmarkssykehuset		441 400	1 017 000	100 000	40 000	60 000	320 000	350 000	450 000	250 000	
UNN											
Utvikling RUSbehandling	20 000										20 000
Utvikling psykiatri behandling/Åsgård	90 000	16 300									106 300
Rehabilitering Narvik	141 000										141 000
Nytt sykehus Narvik	0				10 000	60 000	250 000	500 000	230 000		1 050 000
A-fløy Tromsø	329 000	290 000	290 000	217 000	421 000						1 547 000
Tromsø undersøkelsen	10 000	5 000									15 000
Pasienthotell UNN Tromsø	280 000	48 000									328 000
Regionalt PET-senter		25 000	50 000	100 000	318 100						493 100
Datarom UNN Tromsø	16 300										16 300
Heliport UNN Harstad	3 000										3 000
Heliport UNN forsterkning	10 000										10 000
VÅKe	950										950
Nødnett	0	1 000									1 000
ENØK	14 100										14 100
Tiltak i kreftplanen	70 000	1 000									71 000
Økt ramme MTU		133 000	80 000								213 000
MTU, ambulanser, rehab med mer		100 000	70 000	100 000	150 000	150 000	150 000	200 000	200 000	200 000	1 000 000
Sum UNN		619 300	490 000	417 000	899 100	210 000	400 000	700 000	430 000	200 000	
Nordlandssykehuset											
Modernisering NLSH, Bodø fase 2-5	2 057 900	410 600	400 000	400 000	287 000						3 574 600
Prisjustering Bodø	19 100										19 100
Endret konsept Bodø	35 000										35 000
Varmesentral og medisrobot Bodø	36 000										36 000
Modernisering NLSH, G-fløy p50	0	80 000	45 000								125 000
Modernisering NLSH, Vesterålen	981 200	82 000									1 070 000
Prisjustering Vesterålen	6 800										6 800
NLSH Lofoten	17 000										17 000
Heliport/akuttheis NLSH Bodø	0	9 100	9 100								18 200
VÅKe	950										950
Nødnett	0	500									500
ENØK	7 800										7 800
Blodbestrålingsenhet	4 700										4 700
Tiltak i kreftplanen		9 000									9 000
MTU, ambulanser, rehab med mer		40 000	50 000	70 000	70 000	70 000	70 000	80 000	100 000	100 000	600 000
SUM NLSH		631 200	504 100	470 000	357 000	70 000	70 000	80 000	100 000	100 000	
Helgelandssykehuset											
VÅKe	950										950
Utvikle Helgelandssykehuset		400				10 000	50 000	50 000	400 000	700 000	1 210 000
Nødnett											400
ENØK											
Økt MTU/rehabilitering		50 000	50 000	50 000	50 000						200 000
MTU, ambulanser, rehab med mer		37 100	42 500	42 500	42 500	42 500	45 000	50 000	50 000	60 000	300 000
SUM Helgelandssykehuset		87 500	92 500	92 500	92 500	52 500	95 000	100 000	450 000	760 000	
Helse Nord IKT											
Programvare og IKT-utstyr		77 100	110 200	59 500	21 800	60 000					328 600
Økning Migreringsprosjektet			23 000	20 000							43 000
IKT i store byggeprosjekt					16 000						16 000
HN IKT datarom UNN Tromsø	13 300	47 000									60 300
Datarom	0	66 900									66 900
SUM Helse Nord IKT		191 000	133 200	79 500	37 800	60 000	0	0	0	0	
Sykehusapotek Nord: utstyr og nye lokaler		3 000	3 500	13 000	3 000						
FIKS											
FIKS-prosjektet	300 900	69 300	107 800								478 000
FIKS-testregime	0			18 000							18 000
Medikasjon og kurve			42 600								42 600
SUM FIKS	300 900	69 300	150 400	18 000							
Helse Nord RHF											
Felles regionale IKT-prosjekt		0	24 000	30 000	30 000	30 000					120 000
Pasientens elektroniske innsyn i egen journal		25 000	13 000								38 000
Medikasjon og kurve			0	48 400	45 000	45 000					138 400
Utlån til felleseide selskap			15 000	7 800	8 000	8 000					38 800
Reserver				60 000				40 000	40 000		140 000
G-fløy NLSH Bodø p 85			9 400								9 400
PET senter P85						43 200					43 200
Datarom UNN Tromsø P 85			6 000								6 000
Finnmarkssykehuset Kirkenes p 85				50 000							50 000
A-fløy UNN Tromsø p 85					47 000						47 000
FIKS-prosjektet P 85			20 000								20 000
Sum Helse Nord RHF		25 000	87 400	196 200	173 200	83 000	0	0	40 000	40 000	
Sum investeringsplan		2 067 700	2 478 100	1 386 200	1 602 600	535 500	885 000	1 230 000	1 470 000	1 350 000	

VEDLEGG 3

Foreløpig beregning av handlefrihet/prioritering av tiltak

Oppfølging av analysen i plan 2016-2019 viser at HN har et økonomisk handlingsrom i størrelsesorden 144 mill. kroner i 2017 stigende til 487 mill. kroner i 2020.

Forventet økonomisk handlingsrom (akkumulert) FORELØPIG	2 017	2 018	2 019	2 020
Oppdatering nasjonal inntektsmodell akkumulert	-33 000	-66 000	-99 000	-132 000
Budsjettforliket	-12 000	-12 000	-12 000	-12 000
Forventet realvekst akkumulert 1,2 % pr år	130 000	260 000	390 000	520 000
Reserver og avslutning prosjekter RHF	35 000	41 000	44 000	44 000
Avslutte innføring nødnett	11 500	13 500	13 500	13 500
Inndraging HF engangstilskudd	10 108	12 108	12 108	42 108
Styrets reserve	17 900	17 900	17 900	17 900
Endret renteinntekt RHF	-15 000	-18 000	-12 000	-6 000
Forventet handlingsrom (akkumulert)	144 508	248 508	354 508	487 508

Det er fattet beslutninger om prioriteringer i plan 2016 som får konsekvens for plan 2017. I tillegg er rammebetingelsene endret i forhold til vedtatt plan. Det foreligger dermed allerede forpliktelser som er større enn økonomisk handlingsrom pt.

Prioritering av økonomisk handlingsrom	2 017	2 018	2 019	2 020
Oppfølging av vedtatt plan 2016-2019				
Styrke HF	50 000	100 000	150 000	200 000
Felleseide selskaper	500	7 000	13 500	13 500
Økt sparing/overskudd	60 000	60 000	10 000	
Medisinerutdanning Finnmark	5 700	6 700	6 800	6 800
Alta	10 000	10 000	10 000	10 000
PET senter oppstart støtte og fullfinansiering	2 000	10 000	10 000	12 000
Utvikling HN	10 000	10 000	20 000	20 000
Samisk Helsepark		4 000	4 000	4 000
Utvikling psykiatri tilbudet	10 000	20 000	20 000	20 000
Sum oppfølging av vedtatt plan 2016-2019	148 200	227 700	244 300	286 300
Oppfølging av budsjett 2016				
Flyseteavgift	15 000	15 000	15 000	15 000
Astma allergisenter UNN	2 900	2 900	2 900	2 900
Sum oppfølging av budsjett 2016	17 900	17 900	17 900	17 900
Eksternt påførte forhold				
Arbeidstidsbestemmelser helikopter		14 600	29 200	29 200
Effekt MVA reform	40 000	40 000	40 000	40 000
Sum eksterne forhold	40 000	54 600	69 200	69 200
Sum disponert	206 100	300 200	331 400	373 400
Rest til disposisjon	-61 592	-51 692	23 108	114 108



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
30/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.3.2016
Saksansvarlig:	Tor Ingebrigtsen	Saksbehandler: Leif Hovden

Direktørens dialogavtale med styret - 2. gangs behandling

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner forslaget til Dialogavtale 2017 for administrerende direktør.
2. Styret ber om at direktøren legger egen dialogavtale til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2017.

Sammendrag

Virksomhetsstyring ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ved hjelp av dialogavtaler mellom ledernivåene ble innført som en del av det langsiktige utviklings- og omstillingsprosjektet i 2007. Dialogavtalene inneholder de til enhver tid gjeldende målsettingene for UNN og skal fastsette foretakets ambisjoner, samt ivareta forskjellige krav fra myndigheter, oppdragsdokument, foretaksprotokoller, styrevedtak, mv.

Direktørens dialogavtale med styret foreslår overordnede satsinger for 2017, og vil være retningsgivende for målsettingene som etableres på klinikk-, avdelings- og seksjonsnivået i organisasjonen. Dialogavtaleverktøyet er dynamisk slik at det er mulig å gjøre justeringer i avtalen dersom det er nødvendig når oppdragsdokumentet for 2017 foreligger. Styret behandlet saken første gang 10.2.2016 og ga da innspill til justeringer som ligger til grunn for sakens nye behandling.

Direktøren ber om at styret godkjenner forslaget til dialogavtale for direktøren for 2017.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har som grunnlag for administrerende direktørs oppdrag vedtatt en egen direktørinstruks. Denne tar for seg direktørens plikter overfor styret, og den fastsetter formelle rammer rundt den daglige ledelse og utvikling av foretaket. Instruksen er i tråd med krav fra Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet. Saken

ble første gang behandlet i styret 10.2.2016 som sak 11/2016 med følgende vedtak:

- 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar forslaget til Dialogavtale 2017 for administrerende direktør til foreløpig orientering, og ber om at innspillene til justeringer fra styret innarbeides i avtalen, og at saken legges frem til endelig godkjenning i neste styremøte.*
- 2. Styret ber om at direktøren legger egen dialogavtale til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2017.*

Innspillene var knyttet til åpenhetskultur samt reduksjon av langtidsventende under kapittelet Kvalitet og pasientsikkerhet. Disse er nå lagt inn i avtalen med følgende ordlyd:

- UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle en åpenhetskultur der avviksmeldinger, konstruktivt kritiske innspill og varslinger brukes i det kontinuerlige forbedringsarbeidet.*
- UNN skal arbeide målrettet og kontinuerlig med å redusere antall langtidsventende. Ingen skal vente mer enn 12 måneder og gjennomsnittlig ventetid skal ligge godt under nasjonale krav.*

Dialogavtaleverktøyet, slik det er beskrevet i denne saken, kommer som et tillegg til instruksjonen, og er å forstå som et dynamisk verktøy til bruk i kontinuerlig virksomhetsstyring. Metodikken ble etablert allerede i 2007 ved implementering av ny organisasjonsstruktur, og de to siste årene er IKT-verktøyet tilpasset og videreutviklet i ny versjon. De strategiske hovedretningene i dialogavtaleverktøyet er justert slik at de samsvarer med de strategiske hovedretningene i Strategisk utviklingsplan.

Dialogavtalen mellom styret og administrerende direktør tar utgangspunkt i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF. Oppdragsdokumentet vedtas imidlertid ikke før i februar det året det gjelder, mens direktøren må starte virksomhetsplanlegging for neste driftsår om lag 10 måneder før årsskiftet for å overholde tidsfrister og fremskaffe en god virksomhetsplan. Direktøren har derfor allerede nå behov for signaler fra styret som kan legges til grunn for de planprosesser som må gjennomføres inneværende driftsår. Dette behovet løses best gjennom styrebehandling av direktørens dialogavtale for 2017.

Avtalen ble etter avtale med styreleder presentert på den årlige ledersamlingen i mars måned, der ledere fra alle ledernivå ved UNN deltar. På samlingen startet prosessen med å utvikle virksomhetsplanen for 2017. Klinik- og senterledere fikk som en del av samlingen i oppdrag å starte interne prosesser med utgangspunkt i dialogavtaleutkastet som styret vil inngå med direktøren.

Formål

Formålet med denne saken er å vedta direktørens dialogavtale for 2017.

Saksutredning

Dialogavtalen ivaretar strategisk og operasjonell virksomhetsstyring gjennom en balanse mellom helhetlig planlegging og praktisk iverksetting. Dialogavtalen har et ulikt fokus alt etter

hvilket nivå i organisasjonen den anvendes. På overordnet nivå er dialogavtalen et strategisk verktøy, og den inneholder de kontinuerlige og komplekse målsettingene. På mellomledernivå benyttes dialogavtalen til mer operasjonell styring, og på lavere nivå i organisasjonen kan dialogavtalen bidra til å administrere utførelsen av konkrete mål og tiltak.

I dialogavtalen får hvert nivå mulighet til å definere hvordan de best kan løse lokale utfordringer, samtidig som organisasjonens strategi understøttes ved at målsettingene utarbeides i tråd med de overordnede strategier, satsinger og prioriteringer som er vedtatt.

Direktørens dialogavtale med styret inneholder satsinger som presiserer de organisasjonsgjennomgående prioriteringene. Forslaget til avtale er avstemt mot Strategisk utviklingsplan, og mot nye styringssignaler i Oppdragsdokument 2016. Dialogavtalen er også dekkende i forhold til helse- og omsorgsministerens sykehustale, 12.1.2016. Tiltak etableres fra klinikknivå og videre nedover i organisasjonen.

Dialogavtalen er dynamisk slik at det er mulig å gjøre justeringer i avtalen dersom det er nødvendig når oppdragsdokumentet for 2017 foreligger.

Medvirkning

Ettersom saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, Arbeidsmiljøutvalget, samt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i forkant av styremøtet 10.2.2016, ble ikke saken fremlagt til drøfting til andre gangs behandling.

Vurdering

Implementeringen av dialogavtaleverktøyet er gjennomført for å forenkle nødvendig administrasjon av avtalene mellom ledernivåene. Det anses som avgjørende at de strategiske hovedretningene fra foretakets strategiske utviklingsplan er gjennomgående og danner grunnlag for målsettingene som etableres i dialogavtalene. I tillegg er det viktig at dialogavtalene er dynamiske og inneholder de til enhver tid gjeldende målsettingene for UNN.

Styrets dialogavtale med administrerende direktør vil danne et viktig utgangspunkt for planprosessene rundt virksomhetsstyringen hvert år. Direktøren ber om at styret godkjenner forslaget til dialogavtale for direktøren for 2017.

Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Forslag til administrerende direktørs dialogavtale for 2017

Forslag til dialogavtale for administrerende direktør - 2017

Forskning

- UNN skal, i samarbeid med Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø, legge til rette for gjennomføringen av Tromsøundersøkelsen (Tromsø 7).
- UNN skal videreføre satsingen på forskning for å nå målene i den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21.

Kvalitet og pasientsikkerhet

- UNN skal utarbeide fullstendige beredskapsplaner og treårig rullerende plan for øvelser i beredskapssammenheng.
- UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle en åpenhetskultur der avviksmeldinger, konstruktivt kritiske innspill og varslinger brukes i det kontinuerlige forbedringsarbeidet.
- UNN skal ha fokus på å utvikle seg som en lærende organisasjon, der resultatene fra kvalitetsregistre, tilsyn og revisjoner skal brukes til utvikling og forbedring.
- UNN skal rette økt oppmerksomhet mot pasientenes opplevelse av kvaliteten på behandlingen.
- UNN skal slutføre implementeringen av Pasientsikkerhetsprogrammet i relevante enheter.
- Ledelses- og kvalitetsinformasjonssystemene skal videreutvikles og anvendes til å presentere relevant klinisk og faglig kvalitetsinformasjon til styrings-, lærings- og forbedringsarbeid.
- UNN skal konsolidere bruk av KVAM-strukturer for å fremme kvalitetsforbedringsarbeid.
- UNN skal fortsatt utdanne medarbeidere i prosessforbedring med Lean som metode.
- UNN skal stadig ha fokus på å nå målet om null fristbrudd.
- UNN skal arbeide målrettet og kontinuerlig med å redusere antall langtidsventende. Ingen skal vente mer enn 12 måneder og gjennomsnittlig ventetid skal ligge godt under nasjonale krav.
- UNN skal utvikle og endre virksomheten for å sikre at kravene i ny pasient- og brukerrettighetslov overholdes.

Pasientforløp

- UNN skal følge opp implementeringen av pakkeforløpene for pasienter med mistenkt kreft og arbeide for å overholde standard forløpstid.
- UNN skal arbeide for å utjevne variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester og sikre et likeverdig tilbud for regionen.
- UNN skal ha kontinuerlig fokus på at pasienthotellet benyttes for å bidra til dreningen fra døgn- til dagbehandling.

Pasient- og brukermedvirkning

- UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning.
- UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle beslutningsstøtteverktøy for pasientmedvirkning.

Samhandling og funksjonsfordeling

- UNN skal bruke den nyetablerte arenaen for samhandling med avtalespesialistene og andre private aktører til å sikre god samling også med disse aktørene.
- UNN skal utvikle en tydeligere funksjonsfordeling mellom region- og lokalsykehusfunksjonene, både internt og i samarbeidet med de andre helseforetakene i regionen.
- UNN skal definere lokalsykehusfunksjonen ved UNN Tromsø tydeligere, og slik bidra til løse kapasitetsutfordringene.

Utdanning og rekruttering

- UNN skal øke antall lærlinger.
- UNN skal utvikle og bredde ut bruken av e-læring som et verktøy for utdanning og kompetanseutvikling.

Teknologi og e-helse

- UNN skal gjennomføre FIKS-prosjektet og være en aktiv bidragsyter i utviklingen av strukturert journal, samt prosess og beslutningsstøtte i den elektroniske pasientjournalen.
- UNN skal anvende ny og tilgjengelig teknologi for å fremme effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

Annet

- UNN skal samordne IKT-prosjektene og byggeprosjektene med organisasjonsutvikling, samt prosessforbedring med Lean-metoden, for å oppnå forbedringer i kvalitet og driftsøkonomi.
- UNN skal ha et særskilt fokus på utfordringene rundt operasjonskapasiteten gjennom utbyggingsfasen for A-fløya.
- Ved alle store investeringsprosjekter skal det gjennomføres en koordinert organisasjonsutviklingsprosess.
- UNN skal videreføre satsingen på aktivitetsbasert bemanning for å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen og bedre arbeidsmiljø.
- UNN skal følge opp resultatene fra medarbeiderundersøkelsen.
- UNN skal ha en målsetting om et sykefravær under 7,5 %.
- UNN skal ha et systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid som understøtter foretakets visjon og bidrar til kontinuerlig utvikling og forbedring.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
31/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.03.2016
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

Muntlige orienteringer

1. Pasienthistorie
2. Ungdomsrådet ved UNN
3. Pasientreiser - Midt Troms (rettstvist)

Skriftlige orienteringer

4. Protesekirurgi ved UNN
5. Revisjon av samhandlingsavtalene med kommunene (*presentasjon og påfølgende diskusjon*)

Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

**Sak: Statusrapport - Protesekirurgi ved UNN**

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

Fra: Klinikksjef Bjørn-Yngvar Nordvåg, NOR-klinikken

Møtedato: 30.3.2016

Sammendrag

Styret ved UNN har bedt om en redegjørelse for status i forhold til de lange ventetidene for protesekirurgi ved Ortopedi- og plastikkirurgisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Ventetidene har vært økende de senere år, og er nå om lag 50 uker i Tromsø og 40 uker i Harstad. Det ble totalt for UNN operert 206 primære hofteproteser og 144 kneproteser i 2015. Det er begrenset kapasitet for proteseinngrep i Tromsø, vesentlig på grunn av behov for å få gjort ø-hjelpsinngrep på de ortopediske operasjonsstuene. Pasientlekkasjen for protesekirurgi til andre RHF var 135 inngrep i 2015. Spesielt fra 2. halvår 2015 har lekkasjen vært økende. Statistikken viser at protesevirksomheten frem til medio mars har vært på samme nivå som i 2015 i Tromsø, mens den har vist beskjeden økning i Harstad.

I plantallene for 2016 er antall hofteproteser økt med 140 og kneproteser økt med 36, noe som svarer bedre til det reelle behov i befolkningen. Innføring av «fast-track» pasientforløp for protesekirurgi er planlagt i Tromsø og Harstad, med oppstart 2.5. d.å. Det planlegges også gjenoppstart med protesekirurgi i Narvik. Dette er nødvendig for å nå plantallene og for å få kortet ventelistene ned til et akseptabelt nivå over noe tid. Planlagte endringer vil bety en vesentlig styrking av kapasiteten innenfor de rammer som er gitt. Det er nødvendig, og planlagt å øke den ortopediske bemanning i Narvik for å få full virkning av tiltakene.

Bakgrunn

Ventetiden for protesekirurgi ved Ortopedi- og plastikkirurgisk avdeling Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har vært økende, spesielt de siste årene. På styremøtet i UNN den 10.2. d.å. ble det reist spørsmål om hvorfor ventetiden er så lang her, mens den er vesentlig kortere ved andre HF. Det er bedt om et notat til styret som redegjør for status ved aktiviteten for protesekirurgi, og som beskriver mulige tiltak for å bedre situasjonen. NOR-klinikken har det siste halve året arbeidet med tiltak for å bedre situasjonen. I samarbeid med ØAS er aktuelle tallgrunnlag for protesekirurgien i UNN gjennomgått. Resultatene presenteres under.

Saksutredning

Protesekirurgisk virksomhet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) dreier seg i stor grad om primær innsetting av totalproteser i hofter og knær. I tillegg kommer et mindre antall revisjonsproteser. Det ble i 2015 satt inn 136 primære hofteproteser og 84 kneproteser i Tromsø, mens det i Harstad ble satt inn 70 hofteproteser og 77 kneproteser. I tillegg ble det i Tromsø satt inn 30 halvproteser i kne og 43 revisjonsproteser i hofter og knær. Ved UNN Narvik ble det ikke utført protesekirurgi.



Venteliste for protesekirurgi ved UNN

Det har ikke vært mulig å rekonstruere historiske tall på ventetider fra de siste årene. Det er derfor ikke kjent nøyaktig hvor stor økningen i ventetiden har vært i denne perioden. Oppdaterte ventelistetall er angitt i Tabell 1.

Tabell 1: Antall pasienter på venteliste - og ventetider i Tromsø og Harstad pr 8.3.2016

	Tromsø		Harstad	
	Antall på venteliste	Ventetid	Antall på venteliste	Ventetid
Hofteprotesekirurgi	114	52 uker	17	36 uker
Kneprotesekirurgi	107	48 uker	61	44 uker

Datagrunnlag: DIPS - Vis venteliste

Et flertall av de ventende ved UNN Harstad er i høy alder, med kompliserende sykdom og forventet forlenget postoperativ mobilisering.

Om «fast-track» protesekirurgi

Moderne protesekirurgi utføres etter «fast-track» prinsippet ved et økende antall sykehus i inn- og utland. Dette innebærer at aktuelle pasienter gjennomgår preoperativ klarering og pasientskole, hvor de blant annet får informasjon om operasjonsforløpet og den postoperative fasen. Pasientene møter på sykehuset samme dag som de skal opereres, og det gjennomføres vanligst tre operasjoner pr operasjonsstue pr dag. Det postoperative forløp er standardisert, med tidlig mobilisering og adekvat smertestillende behandling. Utskrivning skjer i de fleste tilfeller til eget hjem etter tre dager (gjennomsnitt). I sjeldnere tilfeller benyttes rehabiliteringsinstitusjon eller kommunal omsorg. Postoperativ trening / fysioterapi etter utskrivning er avklart på forhånd.

«Fast-track» systemet ble innført ved UNN Tromsø i 2009, men det har ikke lyktes å opprettholde det over tid. Antall opererte sank til 2 pr operasjonsstuedag i 2014, og liggetiden økte til 7 døgn, noe som forøvrig også har vært den reelle liggetid hele tiden, medregnet bruk av tidligere pasienthotell i plan 9 i den postoperative fase. Det nye pasienthotellet er ikke egnet for å huse postoperative pasienter av denne type. I Harstad har kun deler av «fast-track» systemet vært innført tidligere (pasientskolen).

Plantall for protesekirurgi og status for 2016

For å imøtekomme befolkningens behov bedre, ble det bestemt at antall hofteopererte skulle økes med 100 i Tromsø og 40 i Harstad. Kneproteseinngrep planlagt økt med 16 i Tromsø og 20 i Harstad. Dette ville samtidig også gi nødvendig forbedring av klinikkens økonomi. For å klare den planlagte økningen, er det bestemt at «fast-track» kirurgi skal gjeninnføres i sin helhet både i Tromsø og Harstad. Av kapasitetsmessige grunner vil det være nødvendig å ta en del av «Tromsøprotesene» i Narvik, anslagsvis 60 hofteproteser per år. Det er derfor under utredning hvordan protesekirurgi i Narvik vil kunne skje. En betingelse er økt tilgang på ortoped. Det er satt i gang prosjekter for å implementere «fast-track» systemet ved alle lokalisasjoner.

I Tromsø er det planlagt 6 hofteproteseoperasjoner pr uke i 39 uker i 2016. Dette tilsvarer 234 pasienter på årsbasis, noe som er i henhold til behovet for hofteprotesekirurgi i Tromsø. Det er planlagt 4 kneproteseoperasjoner pr uke. I Harstad økes plantallet fra to til tre pasienter per uke for både hofteledds- og kneleddsproteser som følge av innføring av ”fast-track”.

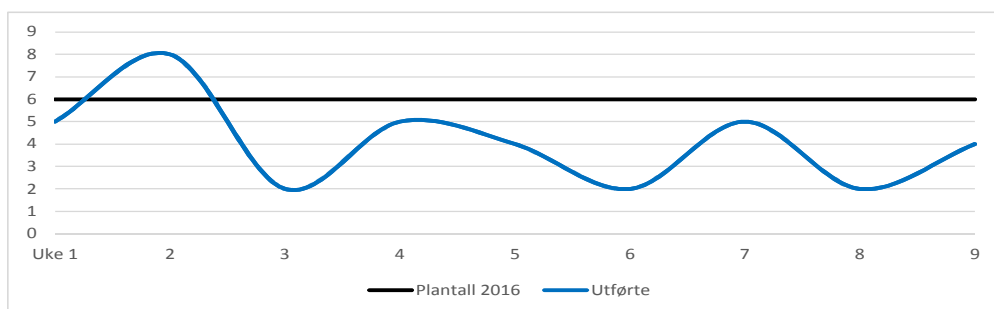


Oppsatte protesepasienter blir ofte strøket på programmet i Tromsø grunnet behov for å operere ø-hjelp. Dette dreier seg i stor grad om bruddskader, som oftest kategoriseres som «grønn» ø-hjelp. Det er sjelden mulig å få prioritet for slike operasjoner ved dedikerte ø-hjelps stuer. Resultatet så langt i år viser at 1 – 2 protesepasienter strykes hver uke for å få operert «grønn» ø-hjelp. Tabell 2 viser etterslepet for proteseoperasjoner i hofter og knær. Ved UNN Harstad er protesekirurgi og ø-hjelps operasjoner som regel ikke i samtidighetskonflikt fordi ø-hjelp pasienter i større grad blir operert ettermiddag og kveld.

Status for protesekirurgi tom uke 9, 2016

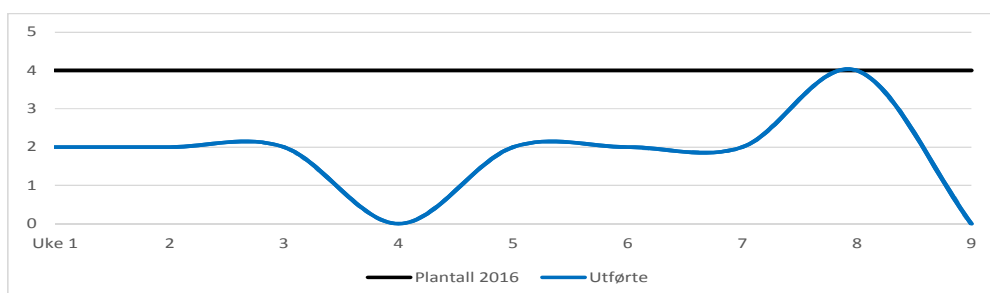
Både i Tromsø og Harstad har protesevirksomheten til nå i 2016 stort sett vært uendret fra 2015. Per 8. mars var det i Tromsø operert 37 hofteproteser og 16 kneproteser, mens tilsvarende tall i Harstad er henholdsvis 12 hofter og 20 knær (noe over 2015-nivå). Det betyr at plantallene foreløpig ikke er innen rekkevidde. Ukentlig status for proteseopererte i hofter og knær i Tromsø og Harstad, fremkommer i figurene 1 – 4.

Figur 1: Hofteprotesekirurgi Tromsø uke 1 – 9, 2016



Datagrunnlag: Planlagte og gjennomførte operasjoner 2016, NOR-klinikken, UNN HF. Manuell telling av gjennomførte operasjoner i DIPS.

Figur 2: Kneprotesekirurgi Tromsø uke 1 – 9, 2016



Datagrunnlag: Planlagte og gjennomførte operasjoner 2016, NOR-klinikken, UNN HF. Manuell telling av gjennomførte operasjoner i DIPS.

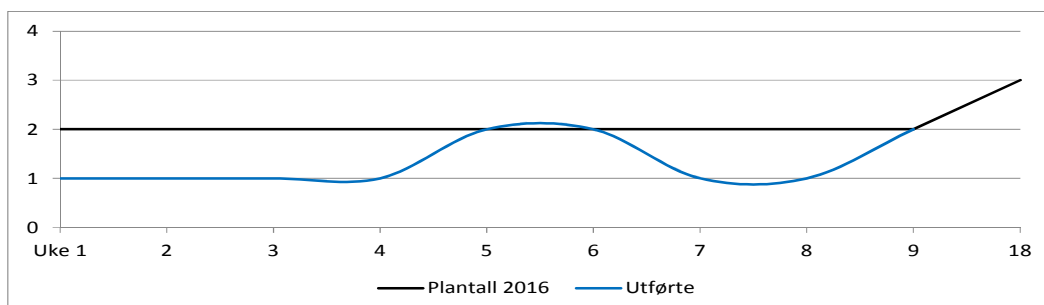
Tabell 2: Tromsø: Avvik mellom plantall, planlagte og utførte operasjoner tom uke 9, 2016. Planlagte pr uke er pasienter som har vært reelt planlagte, før strykninger.

	Plantall 2016 (gnsnitt pr uke)	Planlagte pr uke (gnsnitt)	Utførte pr uke (gnsnitt)	Avvik plantall	Avvik planlagt pr uke
Hofteproteser	6	4,8	4,1	-1,9	-0,7
Kneproteser	4	2,4	1,8	-2,2	-0,6



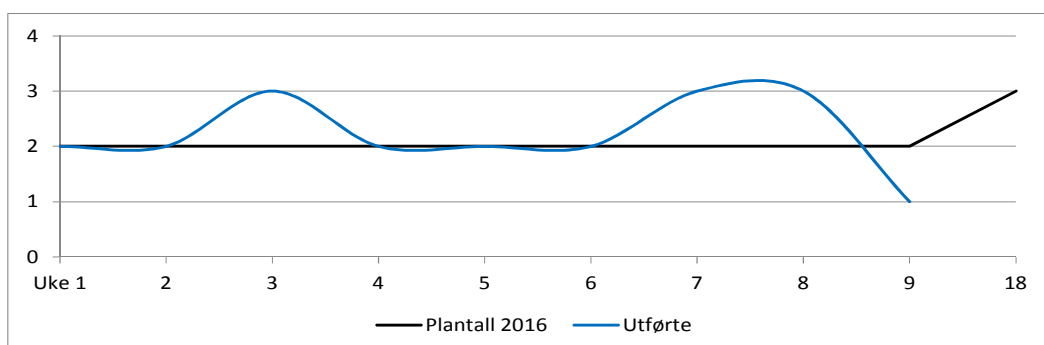
Datagrunnlag: Planlagte og gjennomførte operasjoner 2016, NOR-klinikken, UNN HF. Manuell telling av gjennomførte og planlagte operasjoner i DIPS.

Figur 3 Hofteprotesekirurgi Harstad uke 1 – 9, 2016



Datagrunnlag: Planlagte og gjennomførte operasjoner 2016, NOR-klinikken ved UNN. Manuell telling av gjennomførte operasjoner i DIPS.

Figur 4: Kneprotesekirurgi Harstad uke 1 – 9, 2016

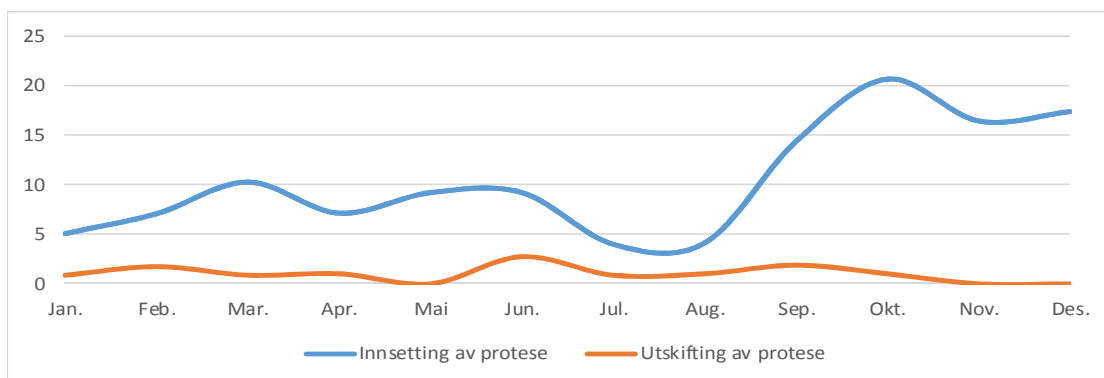


Datagrunnlag: Planlagte operasjoner 2016, NOR-klinikken ved UNN. Manuell telling av planlagte og gjennomførte operasjoner i DIPS.

Pasientstrømmen til andre regioner

Det finnes ikke datagrunnlag i DIPS eller fra NPR som viser hvor stor pasientlekkasjen for protesekirurgi har vært til sykehus utenom Helse Nord RHF. Tall fra ØAS, basert på tilsendte regninger fra sykehus utenfor Helse Nord RHF i 2015, viser imidlertid at lekkasjen var 135 pasienter. Det var en signifikant økning i pasientflukt i 2. halvdel av året (Fig 5). Det høyeste antall pasienter var 21 i oktober, laveste antall var tre i juli. Bare unntaksvist blir pasienter som trenger utskifting av protese henvist til operasjon ved sykehus i andre RHF. Fordelingen av pasienter på typer inngrep er vist i tabell 3.

Figur 5: Pasientstrøm fra UNN 2015, hofte- og kneproteser. (Datagrunnlag: Faktura fra helseforetak utenfor Helse Nord i 2015).



Tabell 3: Pasientlekkasjen for protesekirurgi i 2015, fordelt på typer inngrep.

Primær hofteprotese	Primær kneprotese	Revisjon hofteprotese
68	63	5

Status i arbeidet med å nå plantallene

Nåværende operasjonsvirksomhet er ikke tilstrekkelig for å nå plantallene for hofte- og kneproteser i 2016. Dette vil kreve at «fast-track» systemet gjeninnføres i sin helhet ved UNNs sykehus. Pågående planleggingsprosjekter med dette som formål er nå ved å avsluttes.

Oppstart/implementering er planlagt senest 2.5.2016 både i Tromsø og Harstad. Dette i tillegg til omfordeling av virksomheten mellom UNNs lokalisasjoner, ventes å bidra til at den operative kapasitet kan økes fra 4 til 6 proteseinngrep pr uke i Harstad.

For å komme i gang med protesekirurgi i Narvik, er vi avhengig av å ansette spesialist i ortopedi. Stilling har i vinter vært utlyst i hele Skandinavia. Det var fem søkere, hvorav to ble vurdert som uegnede. En har trukket seg, og de to siste er i forhandlinger om deltidsstillinger (25 %). En annen og sannsynligvis bedre mulighet, er ambulering fra Tromsø. En tredje mulighet er å bemanne opp det ortopedisk fagmiljø i Harstad for også å dekke Narvik. Arbeidet med å konkludere hvilken løsning en skal gå for pågår og planlegges slutført innen 01.04.

Vurdering / konklusjon

Ventelistene for protesekirurgi er økende i UNNs nedslagsområde, og vil fortsatt komme til å øke dersom NOR-klinikken ikke snart lykkes med å gjennomføre kapasitetsøkende tiltak. Forutsetningen for å nå måltallet for 2016, er at satsningen på «fast-track» lykkes fullt ut fra mai i år i både Tromsø og Harstad. Kapasiteten i Narvik må tas i bruk, og ambulering fra Tromsø til Narvik synes alt i alt å være den mest aktuelle løsning på kortere sikt.

221 av 299 pasienter venter på proteseoperasjon i Tromsø. Ventelistene ryddes nå, og Ortopedi- og plastikkirurgisk avdeling utarbeider brev som tilbyr gjenstående pasienter operasjon i Harstad. Den totale operasjonskapasiteten for hofte- og kneproteser i UNN skal benyttes på en mer helhetlig måte fremover slik at pasientene tilbys behandling med kortes mulig ventetid.

NOR-klinikkens vurdering er at det vil være mulig å få ventelistene under kontroll 1.1.2017 og deretter relativt raskt kunne redusere ventetiden til 1 – 2 måneder gjennom bevisst satsing på å utnytte operativ kapasitet i Harstad og Narvik. En raskere ventelistereduksjon kan eventuelt skje ved å sende pasienter til andre helseforetak i Helse Nord, eller ved å sende pasienter ut av regionen. Vår erfaring er imidlertid at andre helseforetak i Helse Nord i liten grad kan tilby



ekstra kapasitet til protesekirurgi fra UNNs ansvarsområde. En pasientflukt sørover er lite ønskelig. NOR-klinikken ønsker ingen av disse tiltak, men har som mål å klare oppgaven selv innenfor de totale rammer som finnes ved UNN.



Sak: Revisjon av samhandlingsavtalene med kommunene
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Avdelingsleder Magne Nicolaisen, Samhandlingsavdelingen ved UNN
Møtedato: 30.3.2016

Sammendrag

På møte i 17.9.2015 vedtok Overordnet samarbeidsorgan (OSO) å nedsette et klinisk samarbeidsorgan (KSU) med oppgave å foreslå revidering av Overordnet tjenesteavtale samt underliggende tjenesteavtaler.

KSU skulle også gjøre en vurdering av hva de anså som redaksjonelle endringer og hva som kunne ansees å være endringer som var av vesentlig karakter.

KSU har nå gjennomgått avtalene, og legger fram forslag til reviderte avtaler til OSO-møtet 7.4.2016.

Nedenfor redegjøres kort om bakgrunnen for revisjonsarbeidet og hvordan prosessen har vært gjennomført.

Bakgrunn

Gjennom Samhandlingsreformen ble sykehus og kommuner pålagt å inngå en overordna samarbeidsavtale samt 11 underliggende tjenesteavtaler. UNN og kommunene inngikk slike avtaler årsskiftet 2011/2012. Det er snakk om et omfattende avtaleverk, og samlet sett er avtalene på 82 sider, kortversjonen av hva partene har forpliktet seg til er 25 tettskrevne A4-sider. Felles for alle avtalene er at partene har forpliktet seg til en årlig gjennomgang og evaluering av avtalene. En slik gjennomgang har ikke vært gjort etter at avtalene ble inngått.

Saksfremstilling

Flere forhold gjorde at OSO vurderte at det var nødvending med en revisjon av alle avtalene. Enkelte deler av avtalene var utdatert, blant annet fordi elektronisk meldingsutveksling har nødvendiggjort nye prosedyrer som gjeldende avtaletekst ikke fanger opp.

Høsten 2015 gjennomførte Fylkesmannen tilsyn ved UNN og Tromsø kommune knyttet til prosedyrer rundt utskrivning av pasienter, med utgangspunkt i tjenesteavtale 5. Tilsynet resulterte i at både UNN og Tromsø kommune fikk et avvik, hvor årsaken til avviket i stor grad knyttet seg til manglede oppfølging og revisjon av avtalene.

I tillegg har myndigheter signalisert at betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen rus og psykisk helse vil bli innført. Tjenesteavtale 5 er, slik den framstår i dag ikke dekkende for dette området.

Det var imidlertid uklart hvordan en slik gjennomgang / revisjon skulle gjennomføres, og hvor stort «handlingsrom» man hadde i et slikt arbeid. OSO mente at dagens avtale er for preget av juridisk språkdrakt. De er dessuten svært omfattende og detaljert, men samtidig ikke detaljert nok til praktisk bruk. Det ble derfor foreslått å undersøke muligheten til å forenkle avtalene. En mulighet kunne være at Overordna samarbeidsavtale skulle gjennomgå og

evalueres årlig, og at denne skulle behandles politisk i kommunestyret og styret i UNN en gang pr. år. Dette for å bidra til å holde fokus på samhandlingsfeltet.

De underliggende tjenesteavtalene kunne erstattes av prosedyrer og retningslinjer, som lettere kunne revideres på faglig/administrativt nivå. Disse burde revideres årlig, hvor klinikere skulle delta aktivt i revideringsarbeidet.

OSO mente det var flere faktorer som talte for en slik tilnærming;

- Helsepersonell har ikke tradisjon for å forholde seg til juridiske avtaler, de er vant med prosedyrer og retningslinjer.
- Endringer skjer fort, og det vil være langt enklere å endre prosedyrer og retningslinjer, enn å endre juridiske avtaler.
- Retningslinjer og prosedyrer kan gjøres langt mer operative og brukervennlige enn avtalene.
- En prosess med revidering av avtalene slik de er i dag, kan medføre ulike avtaler i den enkelte kommune.
- Manglende opplæring og kjennskap til avtalene er et problem, det kan være lettere å sikre opplæring og kjennskap til retningslinjer og prosedyrer.

Med bakgrunn i disse forslagene ble det gjort en henvendelse til HOD for å bringe klarhet i hvor stort «handlingsrommet» var, og om en kunne gå videre med omtalte forslag.

Svaret fra HOD slo i korte trekk fast at det ikke var adgang til å inngå avtaler etter helse- og omsorgstjenesteloven §6-1 uten at avtalen regulerer alle punktene i bestemmelsen.

Det stilles med andre ord krav om at det skal utarbeides avtaler som er rettslig bindende, og at det ikke gis anledning til å erstatte disse med intensjonspunkter.

Når det gjelder behovet for fleksibilitet til å gjøre endringer, mener HOD at dette kan ivaretas gjennom å lage avtalebestemmelser som delegerer myndighet til å gjøre slike. Selv om plikten til å inngå avtalene ligger hos kommunestyret, er ikke det til hinder for at kommunestyret kan delegerer til administrasjonen å forhandle, utarbeide eller fornye avtalene. Det presiseres imidlertid at det i avtaleteksten bør inntas bestemmelser om hvilke deler som ansees å ha en slik vesentlig betydning at endringer krever kommunestyrets godkjenning. Det innebærer altså at det må være adgang til å delegerer til andre organer i kommunen å gjøre endringer i avtalen, så lenge endringene som gjøres ikke er av vesentlig karakter.

Aktuelt

I november 2015 ble det etablert et KSU bestående av tre representanter fra kommunene, tre fra UNN, brukerrepresentant, tillitsvalgte samt fastlege.

<i>Fra kommunene</i>	<i>Fra UNN</i>	<i>Andre</i>
<i>Åshild Moen, Tromsø</i>	<i>Rita Hofsjøy, Harstad</i>	<i>Greta Altermark, brukerrepresentant</i>
<i>Terje Olsen, Nordreisa</i>	<i>Åshild Vangen, Åsgård</i>	<i>Vibeke Haukland, tillitsvalgt</i>
<i>Aud Johansen, Harstad</i>	<i>Janne K. Nilsen, Tromsø</i>	<i>Sissel-Ann Clausen, tillitsvalgt</i>
		<i>Dag Nordvåg, praksiskonsulent/fastlege</i>

Samhandlingsavdelingen har funger som sekretariat for arbeidet.

Avtalene som skulle gjennomgås var

- Overordna samarbeidsavtale
- Tjenesteavtale 1 Enighet mellom kommunen og UNN om helse- og omsorgsoppgaver partene har ansvar for og tiltak partene skal utføre.
- Tjenesteavtale 2 Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.
- Tjenesteavtale 3 Retningslinjer for innleggelse i sykehus
- Tjenesteavtale 4 Samarbeid om og beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5 tredje ledd.
- Tjenesteavtale 5 Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehus.
- Tjenesteavtale 6 Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling for faglige nettverk og hospitering.
- Tjenesteavtale 7 Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
- Tjenesteavtale 8 Samarbeid om jordmortjenester
- Tjenesteavtale 9 Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
- Tjenesteavtale 10 Samarbeid om forebygging
- Tjenesteavtale 11 Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

KSU har hatt 6 møter, og det har vært invitert inn en rekke andre fagpersoner i behandlingen av de ulike avtalene.

I tillegg til disse møtene, ble det den 24.2.2016 arrangerer «Høringskonferanse» hvor forslag på reviderte avtaler ble gjennomgått. Det var over 80 deltakere på konferansen, hvor det ved bruk av «kafédialog» ble lagt opp til at alle deltakere kunne gi sitt syn på avtalene.

Basert på disse innspillene, har nå KSU sendt sitt forslag på reviderte avtaler til OSO, som behandler dette på sitt møte 7.4.2016.

Når det gjelder Tjenesteavtale 4, om *kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud*, har KSU foreslått å utsette revisjon av denne. Bakgrunnen for det er at HOD i sitt innlegg på Samhandlingskonferansen i desember 2015 opplyste at det ville komme en ny veileder knyttet til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veilederen skulle komme i januar 2016, men vi fikk nylig opplyst at veilederen er forsinket og at den ikke kommer før til sommeren. KSU foreslår derfor at revisjon av tjenesteavtale 4 utsettes til den nye veilederen foreligger.

De resterende avtalene er gjennomgått, og KSU har vurdert ulike tiltak for å forenkle og forkorte avtalene. Bl.a. er enkelte av avtalene forsøkt slått sammen til en avtale.

Oppsummert

Basert på diskusjoner i KSU og tilbakemeldinger fra høringskonferansen, foreslås det at gjeldende avtalestruktur videreføres. De reviderte avtalene er gjennomgått språklig og redaksjonelt, og det er gjort endringer og oppdateringer av avtalene. KSU kan ikke se at det er foreslått «vesentlige endringer» i avtalenes intensjon eller partenes forpliktelser.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
32/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.3.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Brev fra arbeidstilsynet vedrørende Røntgenavdelingen, Diagnostisk klinikk, datert 11.1.2016 - *avgradert*
2. Brev fra Helse Nord RHF, vedrørende *Eablering av sikkerhetsorganisasjon*, datert 19.1.2016
3. Referat Ungdomsrådet UNN 4.2.2016
4. Brev til Helse Nord RHF, vedrørende *Idèfaseutredning psykisk helsevern rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge*, datert 8.2.2016
5. Brev fra Brystkreftforeningen, vedrørende *Lokaliterer til Pusterom ved Universitetssykehuset Nord-Norge*, mottatt i epost datert 18.2.2016
6. Referat Kvalitetsutvalgets møte 23.2.2016
7. Brev fra Helse Nord RHF, vedrørende *Idèfaseutredning psykisk helsevern rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge*, datert 7.3.2016
8. Revidert prosedyre i Docmap vedrørende *Umiddelbar varsling til Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, §3-3a*, datert 7.3.2016
9. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 14.3.2016
10. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten vedrørende styresaker til ekstraordinært styremøte 15.3.2016, datert 15.3.2016
11. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøtet 29. og 30.3.2016, datert 15. og 16.3.2016
12. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 16.3.2016

Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF
Postboks 100 Langnes
9038 TROMSØ

Arbeidsmiljøet ved røntgenavdelingen ved UNN HF - Arbeidstilsynet avslutter oppfølging i saken

Vi viser til korrespondanse i saken som gjelder arbeidsmiljøutfordringer ved røntgenavdelingen.

I brev av 22.12.2015 redegjør UNN HF for hvilke prosesser og tiltak som har vært gjennomført og hva man planlegger å gjøre videre. Arbeidstilsynet noterer seg at det er gjort et omfattende og grundig arbeid med hensikt å ordne opp i de utfordringer som har vært til stede i arbeidsmiljøet i røntgenavdelingen, og at det i denne forbindelse bl.a. har vært hentet inn sakkyndig bistand fra eksternt hold.

I arbeidsmiljølovens formålparagraf, § 1, går det frem at lovens formål er:

- a) å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet,
- b) å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet,
- c) å legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon,
- d) å gi grunnlag for at arbeidsgiver og arbeidstakerne i virksomhetene selv kan ivareta og utvikle sitt arbeidsmiljø i samarbeid med arbeidslivets parter og med nødvendig veiledning og kontroll fra offentlig myndighet

Arbeidsgiver skal sørge for at bestemmelsene gitt i og i medhold av arbeidsmiljøloven blir overholdt, jf. § 2-1, mens arbeidstakerne plikter å medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, delta i det organiserte verne- og miljøarbeidet i virksomheten og aktivt medvirke ved gjennomføring av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø, jf. § 2-3 (1).

Arbeidstilsynet mener at UNN HF har tatt gode grep for å kunne komme arbeidsmiljøutfordringene i røntgenavdelingen til livs, med medvirkning fra arbeidstakerne. Selv om dette arbeidet ikke er i mål ennå, finner vi ikke grunn til å følge opp videre. Vi avslutter herved saken fra vår side.

Vi ber om at du oppgir vårt referansenummer 2014/89538 ved svar.

Med hilsen
Arbeidstilsynet

Angela Westphal
tilsynsleder
(sign.)

Jon Helge Vaeng
seniorrådgiver
(sign.)

Dette brevet er godkjent elektronisk i Arbeidstilsynet og har derfor ingen signatur.

Kopi til:
Virksomhetens verneombud
FYLKESMANNEN I TROMS, Postboks 6105, 9291 TROMSØ

Adresseliste

Deres ref.:

Vår ref.:
2015/40-5/ 005Saksbehandler/dir.tlf.:
Oddvar Larsen, 992 25 855Sted/dato:
Bodø, 19.01.2016**Etablering av sikkerhetsorganisasjon****Bakgrunn**

I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 19. desember 2014,¹ fremgår det at de regionale helseforetakene, helseforetakene og Norsk Helsenett SF omfattes av Lov om forebyggende sikkerhetstjeneste (Sikkerhetsloven), jf. sikkerhetsloven § 2 første ledd.

Dette innebærer at helseforetakene må forholde seg til sikkerhetsloven med tilhørende forskrifter som Personellsikkerhetsforskriften, Forskrift om sikkerhetsadministrasjon, Informasjonssikkerhetsforskriften, Objektsikkerhetsforskriften og Forskrift om sikkerhetsgraderte anskaffelser.

Helse Nord RHF har nå etablert, og fått godkjent sikkerhetsorganisasjon for å kunne håndtere gradert informasjon.

Hensikt

Hensikten med sikkerhetsloven og det arbeidet som nå gjennomføres i helseforetaksgruppen er å legge forholdene til rette for effektivt å kunne motvirke trusler mot rikets selvstendighet og sikkerhet og andre vitale nasjonale sikkerhetsinteresser, ivareta den enkeltes rettssikkerhet, og å trygge tilliten til og forenkle grunnlaget for kontroll med forebyggende sikkerhetstjeneste.

Etablering og godkjenning

Helse Nord RHF ber med dette helseforetakene om å gjennomføre nødvendige tiltak for å kunne ivareta sitt ansvar i tråd med regelverket. Dette innebærer bl.a.

- etablering av sikkerhetsorganisasjon
- sikkerhetsklarering av aktuelt personell med tjenstlig behov
- autorisering av personell
- avgi egenerklæring om at det er etablert sikkerhetstiltak for å kunne håndtere sikkerhetsgradert informasjon
- vurdere hvilken informasjon (gradering) det er nødvendig å håndtere i virksomheten

¹ Brev fra HOD 19. desember 2014 (med innledende mail 08.01.15 fra Frode Myrvold om presisering av ansvarsforhold)

I sikkerhetsorganisasjonen skal det være utpekt sikkerhetsleder.

Lov og forskrifter stiller konkrete krav til ivaretagelse av informasjonssikkerhet, datasikkerhet og personellsikkerhet.

Helse Nord RHF kan godkjenne underliggende helseforetak for å kunne håndtere sikkerhetsgradert informasjon. Før slik godkjenning kan gis må helseforetaket ha etablert sikkerhetsorganisasjon, klassifisert og beskyttet skjermingsverdige objekter der det er aktuelt, ivareta personellsikkerhet for å kunne gi tilgang til skjermingsverdig informasjon, og beskytte skjermingsverdig informasjon.

Helseforetaket må vurdere hvilken informasjon det er nødvendig å håndtere i virksomheten (begrenset, konfidensiell, hemmelig eller strengt hemmelig).

Når egenerklæring om at helseforetaket oppfyller sikkerhetslovens krav til informasjonssikkerhet er mottatt kan Helse Nord RHF gi godkjenning.

Sikkerhetsloven regulerer håndtering og tilgang til skjermingsverdig informasjon. Personer som skal gis tilgang til skjermingsverdig informasjon skal sikkerhetsklareres og autoriseres før innsyn gis. Dersom den skjermingsverdige informasjonen er gradert KONFIDENSIELT eller høyere, må de på forhånd sikkerhetsklareres. Tilgang til informasjon gradert BEGRENSET krever autorisasjon jf. sikkerhetsloven § 19. Sikkerhetslovens § 23 regulerer hvem som har ansvar for klarering og autorisasjon. Hvert departement er klareringsmyndighet for personell innen sitt myndighetsområde.

Selv om helseforetaket velger sikkerhetsorganisering for nivå B eller K, vil det kunne være behov for sikkerhetsklarering av personer i direktørens toppledelse og annet nøkkelpersonell.

Dersom det ønskes kan Helse Nord RHF bistå helseforetaket i gjennomføring av autorisasjonssamtaler for personer i helseforetakets ledergruppe.

Egenerklæring på at det er etablert sikkerhetstiltak for å kunne håndtere sikkerhetsgradert informasjon bes sendt skriftlig til Helse Nord RHF senest innen 1.12.2016.

Informasjon

Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) har utgitt informasjon som du finner på www.nsm.no

NSM tilbyr også grunnleggende kurs i sikkerhet, sikkerhetsledelse og autorisasjon.

Helse Nord RHF har utarbeidet egne sikkerhetsrutiner. Dette er vedlagt.

I tillegg vedlegges til informasjon noen dokumenter som er under utarbeidelse i Helse Nord RHF

Helse Nord RHF har henvendt seg til NSM med spørsmål om å holde et innføringsseminar for ledergruppen i helseforetakene i tilknytning til et av direktørmøtene i vår. Nærmere informasjon om dette vil bli gitt senere.


Informasjon om sikkerhetsklarering av personell kan rettes til helse- og omsorgsdepartementet v/Elena Carreno.

Kontaktpersoner i Helse Nord RHF:

- Sjef beredskap og sikkerhet Oddvar Larsen, Tlf.: 992 25 855, e-post: oddvar.emil.larsen@helse-nord.no
- Arkivleder Øivind Skogstad Hansen, Tlf.: 917 39 586, e-post: oivind.hansen@helse-nord.no

Med vennlig hilsen


Lars Vorland
Administrerende direktør


Oddvar Larsen
Sjef for beredskap og sikkerhet

Vedlegg: 6



MØTEREFERAT

Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Torsdag 04.02.2016 kl 12-17.30

Møtested: Glassburet, Kunnskapsparken, Finnsnes

Tilstede: Medlemmer: Oda Kjærvik (leder), Vegar Adriansen, Regine Elvevold, Helene Westgaard, Magnhild Hjelme (nestleder), Eirik Walør Fagertun (siste del)

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

Forfall: August Sæther, Eline Isaksen

Saksliste

UR-1/16 Godkjenning av referat fra forrige møte

Referat godkjent uten merknader.

UR-2/16 Diskusjon om taushetsplikt og ansvar

Bakgrunn for saken: Taushetsplikt er et viktig tema å diskutere. Det var ikke mulig å finne foredragsholder til dette tema. Det ble derfor lagt til rette for at ungdommene kunne drøfte utfordringer med utgangspunkt i to caser. Casene tok utgangspunkt i dilemmaer når man er på sykehuset som representant for Ungdomsrådet og ser/får informasjon om bekjente som er på sykehuset av helsemessige årsaker.

Vedtak: Tema vil bli diskutert regelmessig framover. Det vil også stå som eget punkt i avtalen som skal inngås mellom UNN og medlemmene av Ungdomsrådet.

UR-3/16 Avtale for medlemmer av Ungdomsrådet på UNN

Bakgrunn for saken: Det skal inngås avtale mellom UNN og medlemmene av Ungdomsrådet. Avtalen vil også ta inn taushetsplikt, og det skilles mellom medlemmer over og under 18 år.

Vedtak: Det ble ikke tid til å gjennomgå saken på dagen møte. Saken utsettes, men det jobbes videre med å tilpasse et forslag til avtale.

UR-4/16 Innspill med egne erfaringer fra medlem av Ungdomsrådet – Hva gjør man når man føler seg urettferdig behandlet?

Bakgrunn for saken: Et medlem som har lang erfaring som pasient sa litt om egne erfaringer rundt overgangen til voksenavdeling. Det ble satt fokus på at det plutselig er andre og større krav og forventninger til pasienten, at man ikke lenger har krav på å ha med ledsager, klage på selve behandlingen eller måten man tilsnakkes på.

Vedtak: Saken ble tatt til orientering. Ungdomsrådet vil jobbe videre for at overgangen skal oppleves bra. Særlig det faktum at pasienter fortsatt kan ha et ledsagerbehov etter fylte 18 år framgikk av saken. Det ble også fremmet et forslag om at tilbakemelding til UNN etter er avdelingsopphold kan være nyttig. Det ble foreslått at ungdommer mellom 18-23 år på utvalgte avdelinger kunne deltatt i en undersøkelse, hvor evaluering av oppholdet for den aktuelle aldersgruppen gjennomføres. Saken vil bli fulgt opp.

UR-5/16 Ungdom i spesialisthelsetjenesten i distrikt – Innlegg ved BUP Midt-Troms

Leder ved Bup Silsand heter Guro Strand Thorbjørnsen og deltok med innspill. Det benyttes samme behandlingsveileder i hele landet som også sier noe om frist for start av behandling. Aktuelle behandlingsbehov kan være depresjon, angst, ADHD, Asberger syndrom, psykisk utviklingshemming eller andre tilstander som går ut over normal fungering. Det er stor pågang til BUP. Det antas at 2 av 3 behandles for en psykisk tilstand før eller siden i livet. Behandlingen består av samtaler, handlingsplan, medisiner og god oppfølging så lenge det er behov. Foreldre er med fram til fylte 16 år, og deretter kan pasienten selv velge. Pasienter kan følges opp til 23 år i barne- og ungdomspsykiatrien. Innsyn i journal er inndelt slik at foreldrene har full innsynsrett fram til 12 års alder. Deretter har foreldrene begrenset innsyn med samtykke fra pasient. Fra fylte 16 år har pasienten selv full innsynsrett. I Helse Nord er journaldokumenter etter 101014 tilgjengelig for pasienten på HelseNorge.no. Spesielle utfordringer i distriktet er behandlingsressurser og at disse er ustabile over tid. Det finnes evalueringsskjema som behandler kan velge å benytte underveis i behandlingen.

UR-6/16 Omstilling i Barne- og ungdomsavdelingen – innlegg ved koordinator Martha Bergum

Bakgrunn for saken: Barne- og ungdomsavdelingen på UNN har høsten 2016 laget en omstillingsutredning. Dokumentet som omhandler omstillingen er sendt Ungdomsrådets medlemmer for gjennomsyn før møtet. Koordinator Martha Bergum presenterte de viktigste momentene for Ungdomsrådet. Momentene som trekkes fram i saken er økt fokus på dagbehandling. Det planlegges for en økning av kapasiteten på 10%, samt utvidet åpningstid til kl 19. Samtidig reduseres antall senger fra 17 til 15 på sengeposten. En generell trend i tiden er at pasient og pårørende er mer tilstede i behandling og beslutninger. Av saken framgår det også at antall sykepleiere på sengeposten skal reduseres og antall på dagenheten skal øke. Skoletilbud og mye av lokalene er uendret, foruten at romkapasitet og antall senger mellom sengepost og dagenheten justeres.

Vedtak: Saken tas til orientering. En klar tilbakemelding fra Ungdomsrådet var at det er viktig at innredningen oppleves litt personlig og hjemmekoselig.

UR-7/16 Kommunikasjonsstrategi for Ungdomsrådet UNN v/Mariann Sundstöm

Bakgrunn for saken: Framover skal det utarbeides en tydelig kommunikasjonsstrategi for Ungdomsrådet i samarbeid med Kommunikasjonsavdelingen på UNN. Denne gangen tenker vi litt fritt men deler inn i hvem Ungdomsrådet ønsker å nå med hvilken informasjon og hvordan. Under pkt for "Hvem" framgikk følgende: Brukerorganisasjoner, sykehusledelsen, ungdommer, skoler inkludert elevråd, pasienter, media, ansatte på sykehus, pårørende, offentligheten (alle), brukerutvalget. Under pkt for "Hva" framgikk følgende: Informasjon a) mål med UR, hvem er vi og hvordan vi jobber b) saksinformasjon, videre opplæring av helsepersonell i oppmerksomhet, nå fram i UNN med forslag fra UR. Under pkt for "Hvordan" ble følgende nevnt: Facebook, foredrag, informasjonsmøter, avisa, linker til blogger, avisa virkelig, Pingvinavisa, plakater på UNN, radio, reklame, egen nettside, legekontor, video, kommunikasjonsavdelingen på UNN, åpen linje i et begrenser tidsrom på for eksempel facebook, møter med samarbeidsaktører jevnlig som Brukerutvalget, klinikkleidelsen og direktørens ledergruppe.

Vedtak: Saken blir en av hovedsakene framover i nært samarbeid med Kommunikasjonsavdelingen. Det blir et arbeidsmøte mandag 290216 i denne saken.

UR-8/16 Eventuelt og neste møtedatoer

Det ble ikke meldt eventuelt saker. Neste ordinære møte for UR blir fredag 080416. Det ligger an til å bli kun to møter på våren. Noen av medlemmene kan imidlertid bli forespurt om å delta torsdag 260516 på en konferanse om unges helse.

Neste møte i Ungdomsrådet UNN: fredag 080416



Helse Nord RHF
Postboks 1445
8038 BODØ

Att. Adm.dir. Lars Vorland

Deres ref.:

Vår ref.:
2016/523-3

Saksbehandler/dir.tff.:
Tor Ingebrigtsen, 77626011

Dato:
08.02.2016

Vedrørende idéfaseutredning psykisk helsevern rusbehandling UNN Tromsø

Det vises til Foretaksmøtet 03.02.2016, der Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ved styreleder og adm. direktør viste til at det i *Oppdragsdokument 2016*, kapittel 2.4 *Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning*, er gitt foretaksspesifikke mål om at Finnmarkssykehuset HF skal starte idéfase for Hammerfest sykehus og Helgelandssykehuset HF tilsvarende for eventuelt nytt sykehus på Helgeland i 2016.

UNN orientert om at vårt styre i sak 94/2015 *Virksomhetsplan 2016* gjorde vedtak om å starte idéfaseutredning for psykisk helsevern og rusbehandling ved UNN Tromsø i 2016, og stilte spørsmål om hvorfor det ikke dette er forankret i oppdragsdokumentet. UNN har ved flere anledninger vist til at bygningsmassen på Åsgård-området nå er blant de dårligste i regionen, og bedt om samtidighet i ovenfor nevnte idéfaser som grunnlag for helhetlige prioriteringer i fremtidige investeringsplaner.

Som avtalt i møtet orienterer UNN med dette om at idéfaseutredningen for psykisk helsevern og rusbehandling UNN Tromsø startes i 2016. Vi ber om at prosjektet tas inn i investeringsplanen fra og med første rullering våren 2016.02.06

Med vennlig hilsen

Tor Ingebrigtsen
administrerende direktør

Kopi til:
Elin Gullhav
Magnus P. Hald
Styret v/UNN HF

Sak til Styremøtet UNN Tromsø

Lokaler til Pusterom ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

Som brukerrepresentant for Pasientforeningene i Kreftforeningen henvender jeg meg til dere for å finne ut om det er interesse for å få Pusterommet til UNN.

Hva er et pusterom?

Et Pusterom er et trenings- og aktivitetssenter som tilbyr tilpasset fysisk aktivitet til kreftpasienter under og etter behandling. Det er også en møteplass og sosial arena for pasienter i samme situasjon. De ansatte du møter på Pusterommene har spesialkompetanse innen fysisk aktivitet og kreft.

Mulige lokaler til Pusterommet ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

Det har tidligere vært søkt om lokaler som kan ha plass til Pusterommet på UNN. Saken har vært satt i bero til at Pasienthotellet var flyttet inn i nye lokaler.

I forbindelse med at Vardesenteret ved UNN skal flytte inn nye lokaler i fløy E1, er det to rom (E1 rom 304 og 306) som ikke er tildelt Vardesenteret. Disse lokalene har vært besøkt av blant annet Anne Ringheim seksjonsleder for fysioterapiavdelingen, Elisabeth Olsen, fysioterapeut med pusteromsutdanning og Tor Arne Hansen fra Bygg og Eiendom. Alle disse konkluderer med at de to kontorene kan slåes sammen til et lokale, og være godt egnet til å huse Pusterommet.

Hva er Aktiv mot kreft, og hva kan de bidra med?

Aktiv mot kreft jobber for å få fysisk aktivitet inn som en del av kreftbehandlingen. Etablering av Pusterom på sykehus rundt omkring i landet er viktig for å nå dette målet.

Aktiv mot kreft er en privat stiftelse etablert av Helle Aanesen og Grete Waitz i 2007. Stiftelsens mål er å få inn fysisk aktivitet som en del av kreftbehandlingen. Aktiv mot kreft bidrar til etablering av Pusterom, et lavterskel trenings- og aktivitetssenter lokalisert på norske kreftsykehus. Aktiv mot kreft finansierer etablering og gir sykehuset midler til drift av Pusterommet i tre år.

Hvorfor er trening viktig for kreftpasienter, sett fra pasientenes ståsted?

Det er svært viktig for oss kreftpasienter å få kyndig veiledning til å komme i gang med fysisk aktivitet. Noen har trent tidligere og andre har ingen erfaring med trening. Det som er likt er for alle som har vært og /eller er under behandling for kreft, er at kroppen er ikke den samme som den var før behandling. For å komme i gang med fysisk aktivitet etter endrede fysiske forutsetninger, er det viktig med faglig veiledning. Mestring gir økt livskvalitet.

Noen forskningsresultater ang. kreft og fysisk aktivitet

Jeg viser til forskningsrapport gjort av Kristin B. Borch ved UiT. Brystkreftrammede kvinner reduserer dødsrisikoen ved å være fysisk aktive. Sitat: "De som har lav fysisk aktivitet har tre ganger så høy dødelighet som sine medsøstre med moderat fysisk aktivitet." Sitat slutt.

Ref. artikkel fra 19.01.16, https://uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=448850&p_dim=

Viser også til et annet forskningsprosjekt gjort på lungekreftpasienter. Forskningsprosjektet er et samarbeid mellom Norges Idrettshøgskole og Oslo Universitetssykehus. Artikkelen skrevet om dette er fra 17.11.2015.

<http://forskning.no/kreft-trening/2015/11/systematisk-trening-god-medisin-kreftopererte>

Sitat fra artikkelen: " Vår studie viser at treningsopplegget øker pasientens kondisjon etter en lungekreftoperasjon. I tillegg ble de sterkere, fikk bedre lungefunksjon og økt livskvalitet, sier Edvardsen. Ved å dokumentere at det er mulig å trene opp den fysiske formen etter en slik operasjon, mener jeg at vi kan hjelpe flere pasienter til å komme raskere tilbake. Men dette fordrer at pasientene blir fulgt opp tett med profesjonell veiledning og hjelp, sier hun." Sitat slutt.

Pakkeforløp

Med utgangspunkt i pakkeforløpet skal et individuelt forløp for hver enkelt pasient tilrettelegges. I pakkeforløpet for brystkreft står det i kap. 4, Initial behandling av brystkreft, pkt. 4.4, Rehabilitering: "Det er den behandlende avdelings ansvar at pasienten vurderes og får opplæring av fysioterapeut ved primær behandling i henhold til nasjonale retningslinjer."

I pakkeforløpet henvises til Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av brystkreft fra Helsedirektoratet.

Jeg viser til Pkt. 14.2 i handlingsprogrammet, Fysioterapi til brystkreftopererte.

Sitat: "Tilrettelagt fysisk aktivitet med fokus på kondisjon, vekttrening, generell styrketrening, samt aerobic har positiv effekt på skulderfunksjonen, generell fysisk funksjon, maksimalt O2 opptak, helse relatert livskvalitet, overvekt og fatigue (370;371;373). Treningen skal doseres individuelt etter; hvilke ønsker og behov pasienten har, pasientens forutsetninger (fysisk form før diagnosen) og hvilken type behandling pasienten har gjennomgått. Fysisk aktivitet og trening organisert i grupper kan virke mer motiverende enn trening alene. Cytostaticabehandling bidrar til å redusere pasientens allmenntilstand og et minstenivå for blodverdier bør derfor følges før trening eller anstrengende fysisk aktivitet settes i gang (374). Fysisk aktivitet har forebyggende effekt på tilbakefall av brystkreft (375), men de eksakte mekanismene bak dette er foreløpig ukjent. (Om redusert risiko for tilbakefall skyldes økt fysisk aktivitet etter diagnose, eller tidligere fysisk aktivitet er foreløpig noe usikkert)." Sitat slutt.

I kap. 5. Oppfølging og kontroll, pkt 5.4, Rehabilitering, står det: "Tilbud om informasjon fra ernæringsfysiolog og fysioterapeut. Etablere tilbud om fysisk aktivitet og eventuelt vektkontroll. Dette er en viktig del av behandlingen av brystkreft. Fysisk aktivitet kan muligens redusere risiko for tilbakefall ved brystkreft".

Pkt. 5.5.3, "Ansvaret ligger hos onkologisk avdeling"

I dag finnes det ikke et slikt tilbud hos UNN, Tromsø, og det etterlyses nå av meg på vegne av kreftpasientene tilknyttet UNN.

Avslutning og oppsummering

Det er i skrivende stund pusterom ved 10 av landets største sykehus, og det er 5 som er under planlegging, herunder ved UNN, Tromsø.

Det er flere kreftpasienter som etterlyser et slikt tilbud ved UNN. Slik som vi ser det, har det endelig åpnet seg en mulighet for lokaler. Disse renoveres og utstyres av Aktiv mot Kreft, uten kostnader for UNN. I tillegg lønner Aktiv mot Kreft en fysioterapeut i 3 år. Det finnes allerede en fysioterapeut ved Fysioterapiavdelingen som har spesialkompetanse innen fysisk aktivitet og kreft. Vi ber om at UNN Tromsø griper denne muligheten nå. Vi ber også om at UNN kan finne rom i sine budsjetter for å lønne en slik stilling etter tre år. Hvis vi får etablert Pusterommet nå i år, så vil det si at UNN må ta dette inn i sine budsjetter fra ca. år 2019/2020.

Med tanke på at fysisk aktivitet på sikt kanskje blir en del av pakkeforløpet til alle kreftpasienter,- er det viktig å ha et etablert tilbud med gode fagfolk og godt treningsutstyr.

Håper på positiv og snarlig tilbakemelding.

Vennlig hilsen

Ingrid Hemmingsen, brystkreftforeningen

Mail: i-hemmin@online.no


REFERAT KVALITETSUTVALGSMØTE (KU-møte) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Tid: Tirsdag 23.2.2016 kl. 10.00-12.00
Sted: Administrasjonens møterom D1 707
Deltakelse:

Kvalitets- og utviklingssenteret	Einar Bugge (møteleder)
<u>Administrerende direktør</u>	<u>Tor Ingebrigtsen</u>
<u>Brukerutvalgets leder</u>	<u>Cathrin Carlyle</u>
<u>Barne- og ungdomsklinikken</u>	<u>Elin Gullhav</u>
<u>Diagnostisk klinikk</u>	<u>Gry Andersen</u>
<u>Drifts- og eiendomssenteret</u>	<u>Gina M. Johansen</u>
<u>Foretaksverneombud</u>	<u>Terje Møien for Einar Rebni</u>
<u>Hjerte- og lungeklinikken</u>	<u>Kristian Bartnes</u>
<u>Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk</u>	<u>Arthur Revhaug</u>
<u>Kvalitets- og utviklingssenteret</u>	<u>Grethe Åsvang</u>
<u>Medisinsk klinikk</u>	<u>Markus Rumpsfeld</u>
<u>Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin</u>	<u>Susann Bäckström</u>
<u>Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken</u>	<u>Bjørn-Yngvar Nordgård</u>
<u>Operasjons- og intensivklinikken</u>	<u>Eva-Hanne Hansen</u>
<u>Psykisk helse- og rusklinikken</u>	<u>Siren Hoven for Magnus Hald</u>
<u>Smittevernoverlege</u>	<u>Torni Myrbakk</u>
<u>Stabssenteret</u>	<u>Grethe Andersen for Gøril Bertheussen</u>
<u>Viseadministrerende direktør</u>	<u>Marit Lind</u>

Øvrige:
Stabssenteret Leif Hovden (*referent*)

Forfall:
Akuttmedisinsk klinikk Jon Mathisen

SAKSOVERSIKT	Ansvarlig
6.16 Godkjenning av referat fra KU-møtet 26.1.2016 (16/686-2) Referatet hadde vært på elektronisk godkjenningsrunde, og ble formelt godkjent.	Einar Bugge
BESLUTNINGSSAKER	

<p>avvikene bekrefter at akuttmottak og Obs-posten er områder med høy risiko for kvalitetssvikt, og ønsker at Kvalitetsutvalget bidrar til å sette et sterkt fokus på den kompetanse akuttinnlagte pasienter (ofte uavklarte, eldre med sammensatte og kompliserte lidelser) møtes med.</p> <p>Kvalitetsutvalget var opptatt av hvor langt UNN er kommet i å implementere den nasjonale veilederen for somatiske akuttmottak. Det var usikkerhet om hvor langt dette arbeidet er kommet ved UNN. I tillegg ble det drøftet hvordan vi kan sikre å ha tilstrekkelig kompetanse tilgjengeligheten i akuttmottaket med hensyn til både indremedisinsk og kirurgiske spesialiteter. Endringer i vaksystemene kan være aktuelt for å oppnå dette.</p> <p>Det ble anbefalt å ta arbeidet med lokalsykehusfunksjonen i Tromsø innom Kvalitetsutvalget for vurdering før endelig konklusjon i saken.</p> <p><u>Oppsummert</u> Driftsrådene for Harstad og Narvik samt driftsrådet for Akuttmottak og Obsposten i Breivika følger opp saken, inkludert sikre tilstrekkelig implementering av nasjonal veileder for somatiske akuttmottak. Klinikksjef OPIN lager «bestilling» til driftsrådene.</p>	<p>Jon Mathisen/ Markus Rumpsfeld</p> <p>Markus Rumpsfeld</p> <p>Jon Mathisen/ Markus Rumpsfeld</p>
<p>8.16-3 Avvik knyttet til pasientforløp for ortopediske ø-hjelps pasienter mellom UNN Narvik og UNN Harstad (16/934-2)</p> <p>Pasientsikkerhetsutvalget (PSU) gjennomgikk i sitt møte 17.2.16 flere avvik tilknyttet pasienter innlagt øyeblikkelig hjelp i UNN Narvik med behov for operativ behandling av bruddskader. Avvikene avdekker etter PSUs syn et tydelig behov for å gjennomgå og strukturere pasientforløpene for denne pasientgruppen.</p> <p>Kvalitetsutvalget ble anbefalt at det gjennomføres et pasientforløpsprosjekt for ortopediske øyeblikkelig hjelp pasienter med behov for operativ behandling som innlegges i UNN Narvik.</p> <p><u>Beslutning</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eksisterende prosedyre må ferdigstilles og formaliseres. Det gjelder både prosedyrer som konkret omhandler håndtering av ø-hjelp ortopediske pasienter i UNN Narvik (NOR-klinikken), og prosedyre for håndtering av pasienter som overflyttes mellom sykehusene i UNN (under utarbeidelse av akuttmedisinsk klinikk) 2. Dokumentene samles i Docmap og legges frem for driftsrådene ved UNN Harstad og UNN Narvik. 	<p>Einar Bugge</p> <p>Bjørn-Yngvar Nordvåg</p> <p>Markus Rumpsfeld</p>

3. Det leggs fram status for arbeidet i kvalitetsutvalgets møte i april.	
8.16-4 Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet Saken ble utsatt som følge av sykdomsforfall.	
EVENTUELT	
9.16-1 Ressurser til arbeidet med spesialitetsutdanningen Det trenges kandidater til å bidra i arbeidet med spesialistutdanningen. Fag- og forskningssjefen følger opp.	Einar Bugge
9.16-2 Oppsummering etter pasientsikkerhetskonf. 10-11.2.2016 Deltakerne delte erfaringer fra konferansen, med vektlegging av hvordan UNN kan ta med de beste forslagene i sitt eget forbedringsarbeid. Konferansen hadde svært god kvalitet, og direktøren oppfordret klinikksjefene til å øke deltakelsen fra kliniske miljøer under neste års konferanse.	Klinikksjefer

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

9038 TROMSØ

Sendes kun som epost

Deres ref.:
2016/523-3

Vår ref.:
2015/570 /021

Saksbehandler/dir.tlf.:
Jann-Georg Falch, 916 29 817

Sted/dato:
Bodø, 07.03.2016

Idéfaseutredning psykisk helsevern rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge

Viser til deres brev av 8. februar 2016 og takker for informasjon.

Styret for UNN HF er gitt anledning til å komme med prioriterte innspill til Helse Nord sin rullering av plan 2016-2019 innen 30 april 2016.

Vi ber med dette om at innspillet innarbeides og prioriteres i UNN styrets innspill til rullering plan.

Med vennlig hilsen

Jann-Georg Falch
signert
Økonomidirektør

Bakgrunn

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser. For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn.

Forholdet til melding etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3

Når varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser sendes erstatter den ikke melding om betydelig personskade på pasient, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Det betyr at hendelse **også må** meldes i avvikssystemet i Docmap der pasienthendelseskjema skal brukes.

Definisjon av alvorlig hendelse

Med alvorlig hendelse menes i denne sammenheng dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Frist for varsling

Helseforetakene skal umiddelbart varsle Statens helsetilsyn. Med umiddelbar varsling menes snarest og senest innen påfølgende dag, uavhengig av om dette er en virkedag.

Vurdering

Ved vurderingen av om det skal varsles skal det legges vekt på:

- om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå
- om det er uklart hva som har skjedd og
- om saken er kompleks med flere involverte helsepersonell

Hvem varsler?

Av retningslinjene til Helsetilsynet fremgår det at den enkelte virksomhet må, på bakgrunn av sin organisering, bestemme hvem som har ansvar for å varsle Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser.

Helse Nord RHF har på denne bakgrunn avgjort at ved Finnmarkssykehuset HF, UNN HF og Nordlandssykehuset HF er det Klinikksjef eller dennes stedfortreder som har ansvar for at det blir varslet om hendelsen.

Helgelandssykehuset HF bruker pr. i dag ikke begrepet Klinikksjef, og ved Helgelandssykehuset er det derfor avdelingsdirektør (for hhv. Mosjøen, Rana, Sandnessjøen) eller dennes stedfortreder som har ansvar for at det blir varslet om hendelsen.

Ved Sykehusapotek Nord HF er det apotekerne ved henholdsvis Sykehusapoteket i Bodø, Sykehusapoteket i Harstad og Sykehusapoteket i Tromsø, eller dennes stedfortreder, som har ansvar for at det blir varslet om hendelsen.

Direktør i aktuelt helseforetak orienterer styret i eget helseforetak. Fagdirektør Helse Nord RHF orienterer styret i Helse Nord RHF.

Hvor skal varsel sendes?

Varslingen skjer ved at helseforetaket sender en e-post til varsel@helsetilsynet.no i Statens helsetilsyn.

Kopi av varselet skal sendes direktør og medisinsk fagsjef i aktuelt helseforetak, og fagdirektør ved Helse Nord RHF.

I tillegg skal styreleder i aktuelt helseforetak og styreleder i Helse Nord RHF umiddelbart orienteres om den alvorlige hendelsen.

Hvilke opplysninger skal varselet inneholde?

I e-posten til Helsetilsynet skal det *kun* oppgis navn på helseforetaket og kontaktperson med direkte telefonnummer.

Av hensyn til ivaretagelsen av taushetsplikten skal *ikke* meldingen inneholde informasjon om hendelsen. Statens helsetilsyn vil kontakte kontaktpersonen for å få informasjon om hendelsen første virkedag etter at varselet er mottatt. Det er derfor viktig at *kontaktpersonen er tilgjengelig på telefon*.

Statens helsetilsyn vil på grunnlag av informasjon om hendelsen vurdere om tilsynsmyndigheten skal rykke ut. De innhentede opplysningene vil bli lagt til grunn i den tilsynsmessige vurderingen av hendelsen.

Dokumentasjon

Helseforetaket skal sørge for at hendelsen umiddelbart beskrives og dokumenteres i pasientjournalen. Informasjon om det som gjøres av interne gjennomganger og oppfølging skal også dokumenteres fortløpende.

Helsetilsynet har forslag til informasjon til pasienter og pårørende

[Informasjon til pasienter og pårørende etter varsel om alvorlig hendelse](#)



MØTEREFERAT

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

Møtedato: Mandag 14.3.2016 13.30 – 15.00

Møtested: Møterom D1-746 Administrasjonen

Tilstede: Medlemmer: Cathrin Carlyle og Obiajulu Odu

Fra adm.: Leif Hovden, Heidi Robertsen (referent), Grete Andersen, Einar Bugge

BAU 13/16 Behandling av drøftingssaker til styremøte 29. – 30.3.2016

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 11.3.2016.

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

1. *Kvalitets- og virksomhetsrapport*

BAU uttrykker stor bekymring for det høye antall utskrivningsklare pasienter og mener dette også kan være en medvirkende årsak til høyt antall korridorpasienter.

BAU mener fravær pga. syke barn bidrar til høyt totalt antall sykefravær, og ønsker at en slik statistikk kommer med i neste Kvalitets- og virksomhetsrapport.

BAU er bekymret for at høyt sykefraværet svekker kvaliteten i pasientpleien.

BAU er særdeles misfornøyd med at UNN åpenbart ikke bruker meldte hendelser i systematisk erfaringsoverføring.

2. *Tilsynsrapport*

BAU tar saken til orientering, og gir sin tilslutning til at saken oversendes styret for behandling.

3. *Årlig melding 2015*

BAU tar saken til orientering, og gir sin tilslutning til at saken oversendes styret for behandling.

4. *Ledelsens gjennomgang*

BAU tar saken til orientering, og gir sin tilslutning til at saken oversendes styret for behandling.

5. *Utbyggingsprosjektene ved UNN – tertialrapport*

BAU tar saken til orientering, og gir sin tilslutning til at saken oversendes styret for behandling.

6. *Finansiering av tidligfase for Nye UNN Narvik*

BAU tar saken til orientering, og gir sin tilslutning til at saken oversendes styret for behandling.

7. *Plan 2017 – 2020 for Helse Nord – innspill fra UNN (del 1)*

BAU er bekymret for tilgjengelig ramme i forhold til investering i medisinsk teknisk utstyr.

BAU gikk gjennom innkomne saker, med følgende konklusjoner:

BAU-14/16 Brukeropplæring

Etter at Regionalt Brukerutvalg overførte ansvaret for brukeropplæring til helseforetakene rettet sekretariatet BAU henvendelse til Brukerutvalget Helse Sør-Øst og etterspurte deres opplegg for brukeropplæring.

Behandling

Pga. manglende tilbakemelding fra Helse Sør-Øst retter BAU en henvendelse til sekretær for Brukerutvalget ved Oslo Universitetssykehus, og etterspør deres opplegg og eventuelle e-moduler for brukeropplæring.

BAU retter i tillegg en henvendelse til Regionalt Brukerutvalgs sekretariat og etterspør strategi for brukeropplæring på helseforetaksnivå.

BAU-15/16 Brukermedvirkning innen forskning

Brukerutvalget besluttet i møte 3.2.2016 (BU-sak 08/16) at BAU ved forespørsel tar stilling til hvem som skal oppnevnes i overordnede utvalg

Behandling

BAU fremholder Brukerutvalgets vedtak til KFA jobber videre mot Regionalt brukerutvalg og fagspesifikke miljøer ved UNN. BU kan oppnevne kandidater til overordnede utvalg, men henstiller KFA om for øvrig å henvende seg til de kliniske miljøer.

BU gir tilbakemelding til KFA om at de stiller seg til disposisjon i følgende forskningsutvalg:

- Felles forskningsutvalg for UNN og Helsefak (UiT)

Møter 5 ganger i året. Behandler saker av forskningsstrategisk/-politisk karakter
Saksforberedelse til Felles ledermøter

- Vitenskapelig råd for Forskningsposten

Møter 4 ganger i året. Vurdering av søknader fra forskere om bruk av forskningsposten for gjennomføring av forskningsprosjekter. Nytt vitenskapelig råd

utnevnes høsten 2016

• Referansegruppe for Forskningsbiobank UNN

Behandle søknader fra forskere om tilgang til innsamlet materiale, prioritering mellom søknader, brukerbetaling, prissetting, lagring etc.

Faste møter, 4-5 per år

Referansegruppen er foreløpig ikke opprettet, mandat er under utarbeidelse

Ikke relevant?

• Faglig komite for vurdering av søknader om startstipend fra UNN

Årlig møte

• Arbeidsgruppe for gjennomgang av tjenestetilbud og organisering av

Forskningsposten med utarbeidelse av nytt mandat for Vitenskapelig råd

Midlertidig arbeidsgruppe, opprettes i februar/mars, skal levere forslag innen utgangen av august 2016

Her foreslår BAU Obiajulu Odu.

I tillegg kan Brukerutvalget ved UNN kontaktes for oppnevning av brukerrepresentanter når andre midlertidige utvalg og grupper skal opprettes, og vil prioritere deltakelse i utvalg som gir praktisk nytteverdi og reell brukermedvirkning!

BAU-16/16 Oppnevning av arbeidsgruppe til vitenskapelig råd

Henvendelse fra Forskningsposten vedrørende oppnevning av brukermedlem

Behandling

BAU viser vedtak fra Brukerutvalgets møte 3.2.2016 (BU-sak 08/16).

BAU ber KFA vektlegge forskjellen på overordnet systemnivå og operasjonelt/klinisk nivå ved brukerdeltakelse.

BAU-17/16 Invitasjon til Regional helseforskningskonferanse i Tromsø 2. – 3. november 2016

Brukerutvalget har mottatt invitasjon til konferansen.

Behandling

BAU beslutter å avvente påmelding til nytt Brukerutvalg er opprettet.

BAU-17/16 Møteplassen

Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) har henvendt seg til Kommunikasjonsavdelingen og Brukerutvalget med ønske om stand i vestibylen.

Behandling

BU har tidligere vedtatt å avvente etablering inntil Vestibyleprosjektet er ferdigstilt. Som følge av ny henvendelse tilrårer BAU at SAFO får etablere stand i vestibylen.

BAU henstiller Kommunikasjonsavdelingen om å avgjøre plass og kriterier som en midlertidig løsning inntil Møteplassen er reetablert.

BAU-19/16 Evaluering av dagens ordning med pasientverter og pasientreiser

Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen ønsker innspill fra Brukerutvalget i forbindelse med evaluering av nåværende ordning

Behandling

1. BAU viser til tidligere behandling i BU (BU-sak 29/15): *Brukerutvalget er tilfreds med ordningen slik den ble presentert, og tar informasjonen til orientering.*
2. BAU ber om en mer presis etterspørsel dersom denne evalueringen ikke gir svar på det som etterspørres.

BAU-20/16 Bekymringsmelding Pingvinhotellet

BAU har mottatt bekymringsmelding angående forhold ved Pingvinhotellet UNN.

Behandling

BAU beslutter at hotellsjef Pingvinhotellet svarer ut henvendelsen.

BAU ber om kopi av svaret, og behandler saken i neste BAU 11.4.2016.

BAU-21/16 Handlingsplan 2016 - 2018

Planen rulleres hvert driftsår.

Behandling

Det utarbeides utkast til en handlingsplan som fremmes til behandling 20.4.2016.

BAU-22/16 Ny brukermedlemsrepresentant i Overordnet samarbeidsorgan (OSO)

OSO ba Brukerutvalget fremme forslag til ny representant som erstatning for brukerrepresentant som ønsket å fra sin rolle.

Behandling

Vararepresentant Britt Sofie Illguth meldte seg å stille i møter, og foreslo at denne ordningen fortsetter inntil nytt brukerutvalg er på plass.

BAU stiller seg bak forslaget, og beslutter å avvente oppnevning av ny representant til konstituering av nytt brukerutvalg er på plass i medio juni 2016.

BAU-23/16 Ny brukermedlemsrepresentant til Koordinerende utvalg (Rehab)

Koordinerende utvalg etterlyste erstatning av tidligere brukerrepresentant.

Behandling

BAU henstiller til Koordinerende utvalg å avvente nyoppnevning av representant til konstituering av nytt Brukerutvalg er på plass i medio juni 2016.

BAU-24/16 Dagsorden BU 20.4.2016

Sakslisten godkjennes.

Kopi: Brukerutvalget og styret i UNN

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til ekstraordinært styremøte 15.3.2016**

Dato: 15.3.2016
 Tidspunkt: 14.15-14.50
 Sted: Adm møterom D1 707
 Tilstede:

Fra arbeidsgiver
 Grethe Andersen
 Tor-Arne Hanssen
 Leif Hovden


Fra arbeidstakerne
 Terje Møien, foretakshovedverneombud
 Einar Rebni, foretakshovedverneombud
 Rigmor Frøyum, Fagforbundet
 Mai-Britt Martinsen, NSF
 Elisabeth Olsaker, DNLF YLF
 Ulla Dorthe Mathisen, DNLF OLF
 Jan Eivind Pettersen, Delta
 Geir Lindrupsen, NITO
 Vidar Andersen, Samfunnsviterne

Protokollsignering:

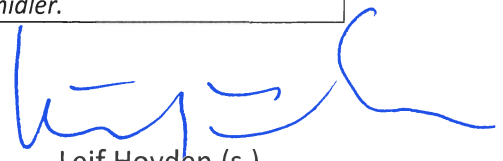
Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Jan Eivind Pettersen valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
PET-senteret – ekstra etasjer	TAH	<p><i>Utbyggingsjefen innledet til saken, og møtet ga uttrykk for skepsis i forhold til det tidsmessige presset i saken, samt det prosessuelle forløpet denne saken har hatt. I tillegg lå fokuset på OPS/ finansiell leasing som anskaffelsesform for slike prosjekter. Juridiske forhold som ikke ble avklart tidlig nok samt store økonomiske forpliktelser i kontraktperioden. Samtidig ble det tatt til orde for at disse lokalene må UNN sørge for å skaffe, om så ved hjelp av OPS, til tross for at det er knyttet spørsmål ved anskaffelsesformen.</i></p> <p><i>Utbyggingsjefen og økonomisjefen svarte ut spørsmålene til saken, og ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling med de merknader denne protokollen viser.</i></p> <p><u>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten la frem følgende skriftlige merknad til saken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Organisasjonene er fremdeles usikker på om det juridiske ved saken er godt nok vurdert, ut i fra den hastegrad dette prosjektet har hatt.</i> - <i>Organisasjonene er også usikker på hvordan vi skal finansiere overtakelse av bygg, ved en eventuell konkurs hos Consto AS, og om dette vil få store konsekvenser for videre drift.</i> - <i>Organisasjonene ser også at dette er en svært dyr måte å finansiere sykehusbygg på og beklager at vi ikke har mulighet til å finansiere dette i egen regi gjennom investeringsmidler.</i>

Tromsø, 15.3.2016


 Jan Eivind Pettersen (s.)
 FTV Delta


 Mai-Britt Martinsen (s.)
 FTV NSF


 Leif Hovden (s.)
 administrasjonssjef

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 29-30.3.2016**

Dato: 15. og 16.3.2016

Tidspunkt: 14.00-15.10

Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

Fra arbeidsgiver

Grethe Andersen

Tor-Arne Hanssen (*kun 15.3.*)Gina M. Johansen (*tlf. på sak 6*)

Leif Hovden

Fra arbeidstakerne

Terje Møien, foretakshovedverneombud

Einar Rebni, foretakshovedverneombud

Rigmor Frøyum, Fagforbundet

Mai-Britt Martinsen, NSF

Elisabeth Olsaker, DNLF YLF (*kun 15.3.*)

Ulla Dorthe Mathisen, DNLF OLF

Jan Eivind Pettersen, Delta

Geir Lindrupsen, NITO (*kun 15.3.*)

Vidar Andersen, Samfunnsviterne

Protokollsignering:

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

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport	GB	<p><i>Utkast til styresak og rapport var vedlagt, og økonomisjefen innledet til saken.</i></p> <p><i>Saken ble diskutert, med vektlegging av de ikke-økonomiske virksomhetstillene fristbrudd og bruk av pasienthotellet. Møtet var opptatt av å få ned sykefraværet i UNN blant yngre leger, og det er derfor ønskelig at de får vaktfritak i siste del av svangerskapet.</i></p> <p><i>Oppfølging av sykefravær gjør at vernetjenesten etterpør konkrete handlingsplaner fra enheter som har et fravær over målsettingen på 7,5 prosent.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling med den innretning saken hadde i drøftingsmøte.</i></p>
2. Tilsynsrapport	EB	<p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling med den innretning saken hadde i drøftingsmøte.</i></p>
3. Årlig melding 2015	EB	<p><i>Vedrørende uønsket deltid, er det gitt en opplysning om uønsket deltid. Her presiseres det at det er den registrerte deltiden som er oppgitt, ikke nødvendigvis den reelle.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten presiserer at måten oppfyllelse av den gyldne regel om økt vekst innenfor psykiatrisk virksomhet, slik den er fremstilt i dokumentet,</i></p>

		<p>ikke er dekkende for mer enn ett av fire kriterier. Dette bør det tas hensyn til i fremstillingen.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling med de merknader som fremkom til saken under drøftingsmøte.</p>
4. Ledelsens gjennomgang	EB	<p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten brudd på arbeidstidsbestemmelsene bør fremkomme i LGG-rapporten på foretaksnivå.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling med de merknader som fremkom til saken under drøftingsmøte.</p>
5. Utbyggingsprosjektene ved UNN - tertialrapport	TAH	<p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling med den innretning saken hadde i drøftingsmøte.</p>
6. Finansiering av tidligfase for Nye UNN Narvik	GB	<p>Drifts- og eiendomssjefen møtte og orienterte om status i saken.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling, men ga direktøren en henstilling om at saken tilrettelegges for offentligheten.</p>
7. Plan 2017-2020 for Helse Nord – innspill fra UNN (del 1)	GB	<p>Utkast til styresak og saksutredning var vedlagt, og økonomisjefen svarte ut spørsmål til saken.</p> <p>Møtet fokuserte på at bemanningen i en fremskrivning i større grad enn hittil må tilpasses den reelle aktiviteten.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling med den innretning saken hadde til drøftingsmøte.</p>

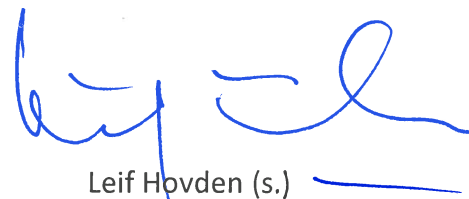
Tromsø, 16.3.2016



Jan Eivind Pettersen (s.)
FTV Delta



Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV NSF



Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



Møte: Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 16.3.2016 kl. 10.30-13.30

Sted: Adm. møterom D1-707, Breivika D1 707, UNN Narvik H104.2, UNN Harstad Vestibyle

Til stede (x):

Arbeidsgiversiden:		Varamedlemmer	
Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU		Mai-Liss Larsen, HR-sjef	x
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU		Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	x
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør		Marit Lind, viseadm. direktør	x
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken	x	Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	x
Arthur Revhaug, klinikkssjef, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerter- og lungeklinikken	
Rita Pernille Martnes, avdelingsleder, Operasjon og intensivavdelingen, UNN Harstad		Ove Laupstad, avdelingsleder, Medisinsk avdeling, UNN Narvik	
Arbeidstakersiden:			
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	
Ulla Dorte Martinsen, DNLF	x	Ikke oppnevnt, Ylf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Monica F. Sørensen, NSF	

Møteleder: Mai-Liss Larsen

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Kristin Mølmann Planting

Dessuten møtte Paul Martin Hansen på sak 15/16, Magne Karlsen og Råger Ellingsen på sak 12/16, samt Leif Hovden og Grete Andersen på sak 13/16.

Sak 10/16 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Godkjennes.

Sak 11/16 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 27.1.16

Protokoll fra møtet 27.1.16 var vedlagt saksdokumentene.

Vedtak:

Godkjennes.

Sak 12/16 Tildeling av velferdsmidler fra AMU

AMU har en ramme på ca kr.870 000 som skal disponeres til overordnede velferdstiltak i UNN HF, herunder drift av AMU. Det var kommet inn 12 søknader som til sammen utgjør et søknadsbeløp på kr 1022.671. Magne Karlsen fra Bedriftsidrettslaget og Velferdshyttene, samt Råger Ellingsen fra Kulturavdelingen presenterte søknadene i møtet.

Vedtak:

- a) AMU tildeler Revyen ved UNN Harstad kr 70.000.
- b) AMU ber arbeidsutvalget legge frem en begrunnet og prioritert innstilling til vedtak for de øvrige tildelinger til neste møte.
- c) For fremtiden sendes de søknader som ikke er tilstrekkelig begrunnet i retur med krav om ytterligere opplysninger før de legges frem for AMU.

Sak 13/16 Styresaker

Drøftingsdokumenter av styresakene var sendt ut i egen epost fra Stabssenteret.

Følgende saker ble drøftet i AMU:

- Årlig melding 2015
- Ledelsens gjennomgang 3. tertial
- Tertialrapport utbyggingsbyggingsprosjektene
- Tilbakemelding til RHF, Plan 2017-2020 – økonomisk bærekraft
- Tilsynsrapport
- Kvalitet- og virksomhetsrapport februar 2016

Vedtak:

- a) AMU diskuterte og konkluderte med at brudd på arbeidstidsbestemmelsene har betydning for arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten og ber om at varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene inngår i rapporteringer på foretaksnivå.

- b) AMU ber arbeidsutvalget vurdere om det er spesielle punkter LGG som bør følges opp med egne saker til AMU.
- c) AMU mener at drøftingsdokumentene av styresakene kom for sent med tanke på å få til ei grundig behandling.

Sak 14/16 Revisjon av HMS-strategien

Eksisterende strategi har virket fra 2009 og det er derfor nødvendig med tilpasninger til blant annet overordnet strategi og strategisk utviklingsplan.

Det ble i møtet opplyst at det som et ledd i etableringen av det nye, sammenslåtte Kvalitets- og utviklingssenteret er behov for å gjøre en overordnet vurdering av strategistrukturen i senteret.

Vedtak:

Saken utsettes til avklaring foreligger.

Sak 15/16 Orienterings- og drøftingssaker

- a) Byggeprosjektene UNN Tromsø – muntlig orientering ved Tor-Arne Hanssen
- b) Årsrapport BHT – skriftlig og muntlig orientering v/Kristin Mølmann Planting og Paul Martin Hansen

Vedtak:

- a) AMU er oppmerksom på trafikale utfordringer i forbindelse med byggeprosjektene i Breivika. Spesielt trafikkforhold ved hovedinngangen oppfattes som problematisk på grunn av nærhet til anleggsområde og Tromsø bys mest trafikkerte bussholdeplass. Område ved inngang C er også mye belastet med drosje, pasient trafikk og varetransport. AMU ber derfor alle ansatte benytte tilrettelagt løsning for av- og påstigning på nedsida av det gamle pasienthotellet slik at vi felles kan bidra til å unngå farlige situasjoner og hindringer for nødvendig og prioritert transport. AMU ber om at informasjonen legges ut på intranett.
- b) AMU er fornøyd med årsrapporten og ber om at BHT legger frem for AMU og ledergruppen et forslag til prioriterte arbeidsområder i tjenesten for 2016-17.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
33/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.02.2016
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 18.3.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør