



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Torsdag 1. juni 2017 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: 1.6.2017
Tid: Kl. 9:00

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 69122 eller til
Hilde.Anne.Johannessen@unn.no

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget

ST 51/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 51/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 52/2017	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 3.5.2017 og 12.5.2017
ST 53/2017	Tertialrapport 1. tertial 2017 med Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 54/2017	Tertialrapport for utbyggingsprosjektene
ST 55/2017	Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. Oppfølging Sivilombudsmannens rapport ved PHRK
2. Ny rutine for melding og varsling av avvik

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie
4. Presentasjon av status i prosjekt Kostnad per pasient (KPP)
5. Oppfølging av tilsynsrapport - traumemottak

ST 56/2017	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none">1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 15.5.20172. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 16.5.20173. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 18.5.20174. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 18.5.2017
ST 57/2017	Eventuelt



Offi § 5.

STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
52/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	01.06.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 3.5.2017 og 12.5.2017

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtene 3.5.2017 og 12.5.2017.

Tromsø, 1.6.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- 1.Møteprotokoll fra styremøtet 3.5.2017
- 2.Møteprotokoll fra styremøtet 12.5.2017



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 3.5.2017
 Tid: 10.00-18.00

<u>Navn</u>	<u>Funksjon</u>	<u>Reprenterere</u>
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	<i>Ble permittert kl. 16.30</i>
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av Brukerutvalget</i>

Forfall:

Ingen forfall.

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef (<i>styrets sekretær</i>)
Arthur Revhaug	klinikkssjef, Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikk (<i>sak 45.17</i>)
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klinikkssjef, Nevro,- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Elin Gullhav	klinikkssjef for Barne- og ungdomsklinikken
Kate Myrvang	konst. klinikkssjef for Diagnostisk klinikk
Magnus Hald	klinikkssjef for Psykisk helse- og rusklinikken
Markus Rumpsfeld	klinikkssjef for Medisinsk klinikk
Haakon Lindekleiv	fungerende kvalitets- og utviklingssjef (<i>sak 45.17-3</i>)
Gøril Bertheussen	stabssjef
Grethe Andersen	økonomisjef, Stabssenteret
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef, Drifts- og eiendomssenteret (<i>sak 41.17</i>)
Heidi Jacobsen	konst. avdelingsleder, Kvalitets- og utviklingssenteret
Marianne Johnsen	påtroppende styrerepresentant fra 4.5.2017

ST 36/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 3.5.2017 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i uthevet *kursiv*).

- ST 36/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste
- ST 37/2017 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 28.-29.3.2017 og 7.4.2017
- ST 38/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport
- ST 39/2017 Tilsynsrapport
- ST 40/2017 Strategisk utviklingsplan IKT
- ST 41/2017 Nye UNN Narvik – etablering av tunnel til nytt sykehusbygg
- ST 42/2017 Elektronisk medikasjon og kurve
- ST 43/2017 Justering av direktørens lønn (*behandles under lukket del av møtet*)
- ST 44/2017 Justering av styrets møteplan 2017
- ST 45/2017 Orienteringssaker
- Skriftlige orienteringer*
1. Åpenhetskultur og dialog i sykehusene
 2. Oppfølging medarbeiderundersøkelsen (MU)
- Muntlige orienteringer*
3. Pasienthistorie
 4. Presentasjon av tema fra Barne- og ungdomsklinikken
 5. Status - Valg av ansattrepresentanter til styret i UNN
 6. Presentasjon av status i prosjekt Kostnad per pasient (KPP)
 7. ***Tilsynsrapport - traumemottakshendelse***
 8. ***Forsvarlighetsvurdering av drift ved fødeavdelingen ved UNN Narvik***
 9. ***Oppfølging etter foretaksmøtet vedrørende Nasjonal helse- og sykehusplan.***
 10. ***Forskjøvet ferdigstilling ved PET-senterprosjektet***
 11. ***Åpenhetskultur og dialog i sykehusene – status***
- ST 46/2017 Referatsaker
1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 28.3.2017
 2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 18.4.2017
 3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 18.4.2017
 4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 18.4.2017
 5. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 19.4.2017
 6. Referat fra Brukerutvalgets møte, datert 19.4.2017
 7. Årsrapport 2016 Brukerutvalget UNN, datert 19.4.2017
 8. Protokoll nr to fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 25.4.2017
 9. ***Valgprotokoll fra valgstyrets avsluttende møte ifbm. valg av ansattevalgte representanter til styret for perioden 2017-2019, datert 27.4.2017.***
- ST 47/2017 Eventuelt

ST 37/2017 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 28.-29.3.2017 og 7.4.2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Rekkefølgemessig ble saken behandlet etter sak 45.17-1 og 7.

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtene 28.-29.3.2017 og 7.4.2017.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtene 28.-29.3.2017 og 7.4.2017.

ST 38/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2017* til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2017* til orientering.

ST 39/2017 Tilsynsrapport

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 19.11.2016 til og med 22.3.2017 til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 19.11.2016 til og med 22.3.2017 til etterretning.

ST 40/2017 Strategisk utviklingsplan IKT

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Rekkefølgemessig ble saken behandlet før sak 42.

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar innholdet i strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT.
2. Styret ber om at arbeidet med handlingsplaner og tiltak for gjennomføring av strategien iverksettes.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar innholdet i strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT.
2. Styret ber om at arbeidet med handlingsplaner og tiltak for gjennomføring av strategien iverksettes.

ST 41/2017 Nye UNN Narvik - etablering av tunnel til nytt sykehusbygg

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Rekkefølgemessig ble saken behandlet etter sak 42.

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale med Narvik kommune om kostnads- og ansvarsdeling i forbindelse med utbygging av veg- og tunnelløsning for Nye UNN Narvik. Avtalen må være i samsvar med de forutsetningene som beskrives i saksframlegget.
2. Styret vedtar å iverksettes konkurranse for prosjektering og gjennomføring av vei og tunnel høsten 2017 med intensjon om å ferdigstille infrastruktur til oppstart av byggeprosjektet til 2019 og ber om å få resultat av konkurranse til godkjenning før avtaleinngåelse.
3. Styret ber Helse Nord RHF vedta oppstart av konkurranse for prosjektering og bygging av infrastruktur til Nytt UNN Narvik sykehus på Furumoen.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale med Narvik kommune om kostnads- og ansvarsdeling i forbindelse med utbygging av veg- og tunnelløsning for Nye UNN Narvik. Avtalen må være i samsvar med de forutsetningene som beskrives i saksframlegget.
2. Styret vedtar å iverksettes konkurranse for prosjektering og gjennomføring av vei og tunnel høsten 2017 med intensjon om å ferdigstille infrastruktur til oppstart av byggeprosjektet til 2019 og ber om å få resultat av konkurranse til godkjenning før avtaleinngåelse.
3. Styret ber Helse Nord RHF vedta oppstart av konkurranse for prosjektering og bygging av infrastruktur til Nytt UNN Narvik sykehus på Furumoen.

ST 42/2017 Elektronisk medikasjon og kurve

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Rekkefølgemessig ble saken behandlet etter sak 40.

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar informasjonen om gjennomføring av fase 3 – Elektronisk Kurve og Medikasjon til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør innarbeide endringer i kostnader og ventet nytteverdi i langsiktig plan.

3. Styret ber om en nærmere orientering om status og konsekvenser for deltakelse fra klinisk personell innen utgangen av 2017.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar informasjonen om gjennomføring av fase 3 – Elektronisk Kurve og Medikasjon til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør innarbeide endringer i kostnader og ventet nytteverdi i langsiktig plan.
3. Styret ber om en nærmere orientering om status og konsekvenser for deltakelse fra klinisk personell innen utgangen av 2017.

ST 43/2017 Justering av direktørens lønn

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Saken ble behandlet i lukket møte med henvisning til Offl. § 13. første avsnitt jf. Fvl. § 13.1.

Saken ble lagt frem uten innstilling til vedtak.

Styret gjorde følgende enstemmige vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF oppjusterer direktørens lønn med kr. 44 544 (2,4 %) til kr. 1 900 544,-.

ST 44/2017 Justering av styrets møte- og årsplan 2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar følgende justerte møteplan for 2017 (endringer i uthevet *kursiv*):

Møter/ seminarer	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli/ Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Styremøter		8.	28.-29.		3.	1.+ 21.		14.	4.	<i>16.</i>	14.

Styreseminar UNN						20. Tromsø					15. Svalb
Helsefak/ UNN					4.						
Regionalt seminar			29.-30.						25.-26.		

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

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Evaluering av styrets arbeid, styrets dialogavtale med direktøren og oppdragsdokumentet for 2017.	Tromsø	onsdag 8.2.2017
Årsregnskap, årlig melding, investeringer og UNNs tilbakemelding på RHF's Plan 2018-2021.	Bodø	tirsdag 28.3. (etterm.) og onsdag 29.3.2017
Strategisk utviklingsplan for IKT	Tromsø	torsdag 3.5.2017
Tertialrapport, resultat kvalitet, forberedende virksomhetsplanlegging 2017	Tromsø	torsdag 1.6.2017
Ledelsens gjennomgang	Tromsø	onsdag 21.6.2017
Status oppdragsdokument 2017	Tromsø	torsdag 14.9.2017
Tertialrapport, pasientsikkerhet, forberedende langtidsplanlegging 2019-2022	Tromsø	onsdag 4.10.2017
Ledelsens gjennomgang 2. tertial	Svalbard	torsdag 16.11.2017
Virksomhetsplan og budsjett 2017, langtidsplan for UNN 2019-2022	Tromsø	torsdag 14.12.2017

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

Møter/ seminarer	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli/ Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Styremøter		8.	28.-29.		3.	1.+ 21.		14.	4.	16.	14.
Styreseminar UNN						20. Tromsø				15. Svalb	
Helsefak/ UNN					4.						
Regionalt seminar			29.-30.						25.-26.		

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

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Evaluering av styrets arbeid, styrets dialogavtale med direktøren og oppdragsdokumentet for 2017.	Tromsø	onsdag 8.2.2017
Årsregnskap, årlig melding, investeringer og UNNs tilbakemelding på RHF's Plan 2018-2021.	Bodø	tirsdag 28.3. (etterm.) og onsdag 29.3.2017
Strategisk utviklingsplan for IKT	Tromsø	torsdag 3.5.2017
Tertialrapport, resultat kvalitet, forberedende virksomhetsplanlegging 2017	Tromsø	torsdag 1.6.2017
Ledelsens gjennomgang	Tromsø	onsdag 21.6.2017
Status oppdragsdokument 2017	Tromsø	torsdag 14.9.2017
Tertialrapport, pasientsikkerhet, forberedende langtidsplanlegging 2019-2022	Tromsø	onsdag 4.10.2017
Ledelsens gjennomgang 2. tertial	Svalbard	torsdag 16.11.2017

ST 45/2017 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Åpenhetskultur og dialog i sykehusene
2. Oppfølging medarbeiderundersøkelsen (MU)

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie (*behandlet rekkefølgemessig etter sak 36, og før sak 37*)
4. Presentasjon av tema fra Barne- og ungdomsklinikken
5. Statusvalg av ansatte representanter til styret i UNN
6. Presentasjon av status i prosjekt Kostnad per pasient (KPP) (*utsatt til neste møte*)
7. Tilsynsrapport etter traumemottakshendelse (*ble behandlet unntatt off. i medhold av Offl. 13 jf. Fvl. 13 første ledd*).
8. Forsvarlighetsvurdering av drift ved fødeavdelingen ved UNN Narvik
9. Oppfølging etter foretaksmøtet vedrørende Nasjonal helse- og sykehusplan
10. Forskjøvet ferdigstillelse ved PET-senterprosjektet
11. Åpenhetskultur og dialog i sykehusene – status pr. d.d. (*ble behandlet unntatt off. i medhold av Offl. 13 jf. Fvl. 13 første ledd*).

Enstemmig vedtatt.

Vedtatt:

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

ST 46/2017 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 28.3.2017
2. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 18.4.2017
3. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 18.4.2017
4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 18.4.2017
5. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 19.4.2017
6. Referat fra Brukerutvalgets møte, datert 19.4.2017
7. Årsrapport 2016 Brukerutvalget UNN, datert 19.4.2017
8. Protokoll nr to fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 25.4.2017
9. Valgprotokoll fra valgstyrets avsluttende møte ifbm. valg av ansattevalgte representanter til styret for perioden 2017-2019, datert 27.4.2017.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 47/2017 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Ingen saker.

Tromsø, 3.5.2017

Jorhill Andreassen

Erling Espeland

Eivind Mikalsen

Helga Marie Bjerke

Jan Eivind Pettersen

Jan Terje Nedrejord

Kjersti Markusson

Vibeke Haukland

Per Erling Dahl

Rolf Utgård

Marianne Johnsen

Tove Skjelvik


MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707/ Tlf.møte/ Skype
 Dato: 12.5.2017
 Tid: 15.00 – 16.20

Navn	Funksjon	Merknader
Jorhill Andreassen	Leder	<i>Tlf</i>
Erling Espeland	Nestleder	<i>Tlf</i>
Eivind Mikalsen	Medlem	<i>Tlf</i>
Helga Marie Bjerke	Medlem	<i>Tlf</i>
Jan Eivind Pettersen	Medlem	<i>Møterom</i>
Jan Terje Nedrejord	Medlem	<i>Tlf</i>
Kjersti Markusson	Medlem	<i>Tlf</i>
Vibeke Haukland	Medlem	<i>Tlf</i>
Per Erling Dahl	Medlem	<i>Møterom</i>
Rolf Utgård	Medlem	<i>Tlf</i>
Marianne Johnsen	Medlem	<i>Møterom</i>
Tove Skjelvik	Medlem	<i>Tlf</i>
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Tlf/leder av Brukerutvalget</i>

Forfall:

Ingen

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør	<i>Møterom</i>
Leif Hovden	administrasjonssjef	<i>Møterom (sak 48)</i>
Torolf Andreassen	foretaksadvokat	<i>Møterom</i>

ST 48/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og etterfølgende saksliste for ekstraordinært styremøte 12.5.2017.

ST 48/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 49/2017 Orientering om sak på forberedende stadium ved UNN
ST 50/2017 Orientering om innsynskrav

ST 49/2017 Orientering om sak på forberedende stadium ved UNN

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.5.2017

Styreleder tok opp spørsmål om behov for lukking av saken, og ba om foretaksadvokatens tilråkning. Styret valgte deretter enstemmig å lukke møtet med henvisning til foretaksloven § 26 a andre ledd nr. 3.

Saken ble behandlet unntatt offentlighet med henvisning til foretaksloven § 26a andre ledd nr. 3 jf. Offl. § 13 samt Fvl. § 13, 1.

Styrerepresentant Per Erling Dahl ba om å få sin habilitet vurdert. Styret konkluderte med at representanten var habil til å delta i behandlingen av saken.

Innstilling til vedtak

Saken ble lagt frem uten innstilling.

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tok saken til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tok saken til orientering.

Styret valgte deretter å åpne møtet før behandling av siste sak.

ST 50/2017 Orientering om innsynskrav

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.5.2017

Innstilling til vedtak:

Saken ble lagt frem uten innstilling.

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tok saken til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tok saken til orientering.

Tromsø, 12.5.2017

Jorhill Andreassen

Erling Espeland

Eivind Mikalsen

Helga Marie Bjerke

Jan Eivind Pettersen

Jan Terje Nedrejord

Kjersti Markusson

Vibeke Haukland

Per Erling Dahl

Rolf Utgård

Marianne Johnsen

Tove Skjelvik



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
53/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	1.6.2017
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Einar Bugge

Tertialrapport 1. tertial 2017 - med Kvalitets- og virksomhetsrapport for april

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2017* til orientering.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *tertialrapporten for 1. tertial 2017* og oversender denne til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Tertialrapporten skal vise framdrift på gjennomføring av punkter i oppdragsdokumentet for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Kvalitets- og virksomhetsrapporten (KVR) presenterer resultater for helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse-, miljø- og sikkerhet. KVR oversendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdataene både på foretaks- og konsernnivå. I tillegg rapporteres status tertialvis på oppdragsdokumentet for 2017. Dette legges frem i egen rapport til styret. UNN har valgt å presentere rapportene i samme styresak da mange av punktene er sammenfallende.

Formål

Tertialrapporten skal vise framdrift på gjennomføring av punkter i oppdragsdokumentet, og Kvalitets- og virksomhetsrapporten gir nødvendig ledelsesinformasjon om status ved UNN i forhold til eiers krav og interne satsningsområder.

Saksutredning

Rapporteringer som bare gjelder tertialrapporten.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) innfrir tilfredsstillende på de langt fleste rapporteringskrav i 1. tertialrapport 2017. Det er igangsatt arbeid på de fleste oppdragspunkter

og på de aller flest vil man komme i mål innen utgangen av 2017. Utvalgte områder fra tertialrapporten beskrives under.

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

Oppdragsdokumentet beskriver fem indikatorer for å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse både for den samlede aktivitet, og for definerte fagområder. UNN har ikke kommet langt i arbeidet med å rapportere på disse indikatorene, og har relativt få konkrete tall i rapporteringen for første tertial. Det er behov for å definere en del av disse indikatorene mer spesifikt, og dette må etter UNNs syn gjøres i en regional prosess for å sikre ensartet rapportering og sammenlignbare data. Det er også viktig å prioritere at disse indikatorene, som det forventes at skal rapporteres fortløpende, fremstilles i ledelsesinformasjonssystemet HNLIS. UNN vil følge opp dette internt og med RHF.

UNN følger opp arbeidet med overordnet ernæringsstrategi og implementering av denne, og arbeidet med barn som pårørende. På begge disse områder er det behov for å sikre implementeringen i tråd med arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Innen *somatikk* har UNN Tromsø nå høy måloppnåelse på andel pasienter med hjerneslag som får blodproppløsende behandling, både totalt sett og andel som får denne behandlingen kort tid etter innleggelse. Det er behov for å arbeide videre for å oppnå tilsvarende resultater i UNN Harstad og UNN Narvik. UNN har også høy måloppnåelse for andel dialysepasienter som får hjemmedialyse, og for andel kreftpasienter som inkluderes i pakkeforløp. Som det fremgår av de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene er det imidlertid fortsatt utfordringer med å gjennomføre en del av pakkeforløpene innen anbefalt forløpstid. UNN deltar i regional, klinisk fagrevisjon på behandling av pasienter med hjerteinfarkt (NSTEMI), og vil bidra i videre arbeid med å sikre gode og stabile pasientforløp for disse pasientene.

Innen *psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* arbeides det strukturert og planlagt med oppfølging av handlingsplanen for oppfølgingen av Sivilombudsmannens besøksrapport. UNN leverer ifølge NPR data på tvangsbruk med tilfredsstillende kvalitet, men det er hittil i år ingen nedgang i tvangsbruken. Innen TSB arbeides det systematisk for å redusere antall avbrudd i behandling, herunder implementere tiltak fra det nasjonale drop-out prosjektet. Så langt i år viser tallene noe nedgang i både i andel ikke møtt, og i andel pasientbestemte avbestillinger.

UNN oppfyller hittil i år den gylne regel, med høyere vekst innen VOP/BUP og TSB enn i somatikk både innenfor kostnader totalt sett, kostnader eksklusive avskrivninger, medikamenter og pensjon, innen aktivitet og innen antall månedsverk.

Innen *samhandling* er UNN av kapasitetsårsaker forsinket i arbeidet med å etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialistene, og UNN ser svært gjerne at RHF tar styring og ledelse med disse prosessene.

Innen *kvalitet* oppnår ikke UNN målet om å ikke ha korridorpasienter. I forhold til krav om økt bruk av avvikssystemet arbeides det på mange fronter i UNN, og det ses en vedvarende økning i antall meldte avvik på alle områder over tid. UNN er i ferd med å implementere ny elektronisk løsning for GTT-granskning. UNN er sentral i det regionale arbeidet med å utvikle et modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid. UNN har i slutten av 2016 startet med å gjennomføre hendelsesanalyser etter enkelte alvorlige og uønskede hendelser, og har gjennomført 4 slike analyser i første tertial.

I forhold til oppdragsdokumentets krav om arbeid med *pasientsikkerhet* er pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inkludert i foretakets ordinære aktivitet på de aller fleste områder. Det er særskilt fokus på legemiddelsamstemming som er krevende og utfordrende å få til i alle enheter. Arbeidet inngår i UNNs satsing på kontinuerlig forbedring, og rapporteres regelmessig i kvalitets- og virksomhetsrapportene. Antibiotikastyringsprogram er innført i UNN, og arbeidet følges systematisk opp. UNN teller forekomst av sykehusinfeksjoner i tråd med krav i oppdragsdokumentet, og fra andre tertial 2017 to ekstra målinger utover det nasjonale kravet. Oppfølgingen av målingene for å følge med på forekomst av postoperative sårinfeksjoner for definerte kirurgiske inngrep er god o hele foretaket, og andelen dype sårinfeksjoner var lav i 2016.

I forhold til krav om gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) på området *Personvern og informasjonssikkerhet* er UNN forsinket i arbeidet med å gjennomføre det store antall ROS som skal gjennomføres.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Det arbeides systematisk med å redusere sykefravær, primært ved å følge opp IA-handlingsplan i alle enheter. Oppfølging av medarbeiderundersøkelsen har stort fokus i hele organisasjonen, og er tatt inn i dialogavtalen på alle ledernivå. Gjennomføring av utviklingssamtaler er også en del av handlingsplanen, men dette viser seg utfordrende å få gjennomført årlig i alle enheter, særlig der leder har stort kontrollspenn. Enheter med sykefravær over 7,5 % skal identifiseres, og årsaker til fravær skal analyseres.

Sykefravær

Det totale sykefraværet ved UNN i april 2017 er på 8,2 %, og er høyere enn plantallet på 7,5 %. Korttidsfraværet er fortsatt stabilt. Langtidsfraværet er derimot redusert sammenlignet med tidligere år. Reduksjonen har skjedd fra juli til september, og utviklingen har siden oktober fulgt trenden fra tidligere år, men med en ny reduksjon fra mars til april 2017. 5 av 14 klinikker/sentrer har i april måned sykefravær som er lik eller lavere enn plantall. De aller fleste enhetene har utarbeidet IA handlingsplaner. I underkant av halvparten av lederne har tatt kurs i IA arbeid.

Varsel om AML brudd

Hittil i år er det 11450 varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i AML. Dette er en økning på 6 % i forhold til samme periode i fjor. Økningen er størst i Psykisk helse- og rusklinikken, der antall varsel om brudd er fordoblet sammenlignet med samme periode i fjor. AMLs bestemmelser om arbeidstid gir grenser for lovlig arbeidstid pr dag, pr uke, pr 4. uke og pr år. Loven gir også mulighet for å gjennomsnittsberegne alminnelig arbeidstid og søn- og helligdager og gir grenser for alminnelig hviletid. Bestemmelsene i AML kan avtales utvidet enten i overenskomst eller i avtale mellom arbeidsgiver og ansatt eller arbeidsgiver og tillitsvalgt. Arbeidsgiver kan også søke Arbeidstilsynet om utvidet overtidsgrenser. Søknad må drøftes med tillitsvalgte. Dersom det inngås avtaler om utvidet overtid skal denne avtalen registreres i arbeidsplansystemet. En slik registrering hindrer at overtid registreres som brudd før den avtalte timegrensen er overskredet. En undersøkelse foretatt av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Personal- og organisasjonsavdelingen, tillitsvalgte og vernetjeneste i UNN høsten 2016 viste at det var lagt inn svært få avtaler om utvidet overtid i foretakets arbeidstidssystem.

Risikostyring

UNN følger opp risikovurderinger i tråd med kravene i oppdragsdokumentet. Risiko for manglende måloppnåelse vurderes som lav i forhold til krav til ventetid, middels i forhold til de definerte krav til forekomst av sykehuspåførte infeksjoner, gjennomføring av pakkeforløp for kreftpasienter, for reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika og å nå målene i den gyldne regel. Risiko for manglende måloppnåelse anes som høy for mål om at mer enn 80 % av pasientene skal få gjennomført legemiddelsamstemming og at dette kan måles fra andre halvår 2017, og for målet om null fristbrudd.

Medvirkning

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg 15.5.2017, arbeidsmiljøutvalget samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten 18. s.m. Referater og protokoller fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 1.6.2017.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg etterlyser egen indikator for psykisk helsevern samt oversikt over utskrivningsklare pasienter på lik linje med somatikken. I tillegg ble det uttrykt ønske om konkretisering av oppfølgingstiltak knyttet til sykefraværet, og hva som gjøres for å få ned tallene. Bekymringen er spesielt knyttet til sommersesongen med lavdrift og eventuelt mye innleid personell.

Drøftingsmøtet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten var opptatt av den negative økonomiske utviklingen, og stilte spørsmål ved tiltaksgjennomføring i relasjon aktivitetsveksten i forhold til plantallene. Økt innleie den siste perioden ble spesielt vektlagt, særlig på lege- og sykepleiesiden.

For øvrig sluttet alle møtene seg til at saken forelegges styret til endelig behandling og oversendelse av rapporten til Helse Nord RHF – også arbeidsmiljøutvalget som ikke hadde merknader til saken.

Vurdering

Oppholdstid i akuttmottaket oppdateres i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS daglig, og følges opp i ledergruppens tavlemøte ukentlig. Resultatet for april er noe høyere enn foregående måneder, og like under måltallet på 90 %. Det pågår arbeid med å styrke vaktssystemene i indremedisin og kirurgi i akuttmottaket, for å sikre tilstrekkelig erfarent personell i første linje. Det iverksatte hastetiltaket med frikjøp av en erfaren overlege til arbeidet med å støtte de indremedisinske forvaktssystemene, for å understøtte det systematiske arbeidet med å sikre tilstrekkelig kvalitet og robusthet i disse viktige funksjonene er positivt mottatt i organisasjonen, og kan være bidragende til resultatet for denne indikatoren i april.

Antall *fristbrudd* er fortsatt over måltallet, men fortsatt historisk sett lavt. Det er som tidligere innen dagkirurgi og håndskirurgi de fleste fristbrudd oppstår. De tidligere beskrevne tiltak med fokus på god prioritering, bedre langtidsplanlegging og riktig funksjonsfordeling for å unngå fristbrudd arbeides det videre med. Også systematisk, god opplæring av alle som håndterer henvisninger og ventelister, og læring på tvers av enheter er nødvendige tiltak som det fokuseres på.

Styret vedtok i februarmøtet at *bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne* skulle måles i formtråd med ny, nasjonal indikator for tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne (> 16 år). Denne nasjonale indikatoren vil bli publisert tertialvis, men det er foreløpig betydelig

forsinkelse i publisering av denne. Det er nå etablert lokalt uttrekk i tråd med den nasjonale indikatoren, men det foreligger ikke nasjonale tall for sammenligning.

Sykefravær

UNN har ikke lyktes å redusere sykefraværet til 7,5 %. Flere av enhetene som har høyt sykefravær rapporterer om høyt arbeidspress. Enkelte har i tillegg store rekrutteringsutfordringer, noe som fører til økt overtid hos fast personale, økt sykefravær og økning i antall varsel om AML brudd. Disse enhetene er kommet inn i en situasjon der leder bruker all sin tid på å få driften til å gå best mulig. Et systematisk sykefraværarbeid oppleves å måtte vike plassen for oppgavene som skal løses i den enkelte enhet.

I IA-handlingsplan for UNN er det spesielt to mål som fokuserer på sykefravær. Det første målet er systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere. Svangerskapsrelaterte sykdommer utgjør ca. 10% av det legemeldte fraværet i UNN. Gravide arbeidstakere skal følges opp både som forebyggende tiltak for å hindre sykefravær og ved evt. fravær. I IA-handlingsplan anbefales det at ledere søker bistand hos BHT i konkrete oppfølgingssaker av gravide arbeidstakere. BHT har i alt bistått i 15 oppfølgingssaker totalt i UNN HF i perioden april 2016 til april 2017. Det har vært gjennomført undervisning om temaet og temaet har også vært oppe på onsdagsmøtet. BHT mener at det er behov for å øke omfanget av denne oppfølgingen. I oppfølgingsmøter med klinikkene har derfor stabsleder oppfordret ledere til å søke støtte hos BHT i den enkelte oppfølgingssak.

Det andre målet i IA handlingsplan på foretaksnivå er at enheter med sykefravær over 7,5% skal ha et spesielt fokus på nærvær- og fraværarbeid. Enhetene skal identifisere, analysere og gjennomføre målrettede tiltak for å fjerne eller redusere faktorer som kan føre til fravær. BHT er, i samarbeid med NAV arbeidslivssenter en viktig ressurs i enhetenes arbeid med å identifisere mulige årsaker til sykefravær, og iverksette tiltak som kan bidra til å redusere dette. I perioden april 2016 til april 2017 har BHT bistått med å gjennomføre 54 karlegginger av psykososiale og organisatoriske, fysiske, kjemiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer i UNN HF. Dette gir et bilde på hvilke klinikker som søker bistand fra BHT for å kartlegge faktorer som kan gi arbeidsrelatert fravær. I samme periode er det gjennomført 57 arbeidsplassvurderinger og BHT har deltatt i 84 dialogmøter. Det foregår også kartlegginger og dialogmøter i klinikkene uten at BHT er tilstede.

I november 2016 ble det gjennomført Medarbeiderundersøkelse i foretaket. I alle klinikker pågår det nå et oppfølgingsarbeid med å utarbeide handlingsplaner. Et godt forbedringsarbeid basert på funn i Medarbeiderundersøkelsen kan bidra til å forebygge sykefravær. Dette arbeidet blir tett fulgt opp i oppfølgingsmøter og dialogmøter med klinikkene.

I perioden 2013 til 2016 var det 409 personer som hadde et sykefravær over 24 dager hvert av disse årene. Gjennomsnittlig tapte dagsverk pr person pr år var 70 dagsverk. 70 av de 409 personene var ansatt i Psykisk helse- og rusklinikken. Klinikken planlegger nå tiltak for å redusere fraværet hos personer som har gjentakende korte fravær og/eller gjentakende lange fravær i en tre års periode. Personal- og organisasjonsavdelingen og NAV Arbeidslivssenter skal bistå klinikken i dette arbeidet.

Brudd på overtidbestemmelsene

Unntaksvis vil brudd på overtidbestemmelsene kunne oppstå som følge av at foretaket i akutte situasjoner ikke kan innfri forpliktelser om et forsvarlig behandlingstilbud uten å gå ut over rammene i AML. I arbeidsplansystemet registrerer leder årsak til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Kategoriene katastrofe og utrykning utgjør 8,3 % av årsakene til brudd på arbeidstidsbestemmelsene hittil i år. Kategoriene annet og tom (ingen registrering)

utgjør 47 % av årsakene. Den høye andel «annet» og «tom» gjør det vanskelig å bruke disse data som forbedringsarbeid innen arbeidstidsplanlegging. For å bedre datagrunnlaget knyttet til årsaker til AML brudd skal det settes ned en arbeidsgruppe bestående av representanter fra stabssenteret, ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten som får i mandat å revidere hvilke kategorier som skal inngå i årsaker til brudd i vårt arbeidsplasssystem, og hvordan registreringspraksis skal være. Dette vil gi data som kan brukes i forbedringsarbeid innen arbeidstidsplanlegging.

Det er et lederansvar å planlegge aktivitet og sørge for at lovens bestemmelser følges. Den enkelte medarbeider har også et ansvar for å ikke bryte bestemmelsene i AML. Leder blir varslet umiddelbart om eventuelt lovbrudd ved registrering av overtid i arbeidsplasssystemet. For å hindre brudd må leder sørge for å fordele og pålegge overtidsarbeid slik at belastningen fordeles mest mulig jevnt på medarbeiderne. Dersom bestemmelsene i AML avtales utvidet, må dette legges inn i arbeidsplasssystemet slik at bruddene som oppstår faktisk er reelle. Ledere må også benytte AML rapportene i arbeidsplasssystemet for ytterligere kontroll og oppfølging. For å styrke opplæringen skal tillitsvalgte og vernetjeneste inngå i teamet som sammen med ledere får opplæring i hvordan reglene om arbeidstid skal overholdes i foretaket, hvilke tiltak og avtaler som skal brukes for å unngå brudd samt registrering av disse arbeidsplasssystemet og hvordan rapportene i arbeidsplasssystemet kan brukes i systematisk forbedring.

Økonomi

Direktøren er ikke fornøyd med den økonomiske utviklingen. Det store negative avviket på 22,7 mill kr i forhold til internt styringsmål for april måned som er et resultat av for lav budsjettering på helligdagstillegg og variabel lønn, lave ISF-inntekter og delvis manglende tiltaksgjennomføring har økt behovet for nye tiltak. Dette arbeidet har hatt full oppmerksomhet de siste ukene og klinikkene har utviklet både permanente nye tiltak, i tillegg til kortsiktige midlertidige tiltak for å hente inn det opparbeidede underskuddet pr april. Tiltakene som er utviklet gjelder konkret nytt arbeid med kodeforbedring, aktivitetsstyring, reduksjon av innleie og variabel lønn (bemanningsstyring) i tillegg til innføring av strenge vurderinger ifm ansettelser innkjøp og reisevirksomhet. Den samlede prognosen for klinikkene og sentrene er på omlag -55-70 mill kr for 2017 forutsatt full effekt av nye tiltak som allerede er utviklet, inkludert 10 mill kr i forventet underskudd for gjestepasientkostnader rus. Klinikken har fått i oppdrag å fortsette identifisering og utvikling av nye tiltak i tråd med egen underskuddsprognose, og direktøren vil fortsette den tette oppfølgingen fremover. Det er risiko tilknyttet gjestepasientkostnader rus, nytt legemiddel (og behandling) for lungekreft, og kostnadsdekning for oppussing Åsgård etter Sivilombudsmannens besøk. Oppussingen er igangsatt, men finansieringen er ikke endelig avklart med Helse Nord RHF. I tillegg er det generell risiko i gjennomføringsgrad av nye tiltak, men alle nye tiltak er risikovurdert ihht Helse Nord RHF's modell for risikovurdering.

Arbeid med å iverksette ytterligere nye tiltak sammen med overskuddsprognose på fellesområdet gjør at UNN opprettholder prognosen for 2017 på + 65 mill kr som er i henhold til internt styringsmål.

Månedsværk

Pr april er det i gjennomsnitt brukt 30 månedsværk mer enn planlagt pr måned. 10 av disse er i Kvalitets- og utviklingssenteret og gjelder eksterntfinansierte stillinger (med en tilhørende inntektside). Øvrig økning i forhold til plan er fordelt på flere klinikker og henger sammen med aktivitetsøkning utover plan, samt manglende tiltaksgjennomføring.

Økningen i forhold til i fjor er i hovedsak, med unntak av 30 månedsværk, planlagt. Det er størst økning i pasientrettede stillinger (terapeuter med mer), sykepleiere, drifts-/teknisk personell (ombyggings- og byggeprosjekter) og administrativt personell (eksterntfinansierte prosjekter).

Generelt

I forhold til de punkter i oppdragsdokumentet som rapporteres i tertialrapporten er det nødvendig at UNN øker innsatsen for å kunne rapportere på de ønskede indikatorene som har til hensikt å legge til rette for reduksjon i variasjon og kapasitetsutnyttelse, som etter direktørens syn er et viktig og nødvendig utviklingsområde dersom spesialisthelsetjenesten skal kunne møte de utfordringer man står overfor. Det er imidlertid her også behov for regionale prosesser for å sikre ensartet definisjon av indikatorene og sammenlignbare tall på tvers av foretakene.

Øvrige forhold

Den økte måloppnåelsen på indikatorene for behandling av *hjerneslagpasienter med trombolyse* innen kort tid etter innleggelse i UNN Tromsø er et godt eksempel på et vellykket systematisk forbedringsarbeid i tråd med satsingen på kontinuerlig forbedring. Det er nødvendig å undersøke nærmere hvorfor resultatene i UNN Harstad og UNN Narvik ikke er like gode, og gjennomføre tilsvarende forbedringsarbeid her. Likeledes er det gledelig at UNNs resultater i forhold til forekomst av sykehusinfeksjoner totalt sett, og dype postoperative sårinfeksjoner i særdeleshet er bedret de siste årene, som et resultat av et systematisk, godt og langsiktig arbeid med bedret smittevern. Det er viktig og nødvendig at dette fortsatt følges opp. Selv om det også i forhold til tvangsbruk i psykisk helsevern arbeides systematisk og planlagt i tråd med handlingsplanen for oppfølging etter Sivilombudsmannens besøk, er det hittil i år ikke nedgang i tvangsbruken. Dette er et langsiktig arbeid som det er stort fokus på å følge opp.

Antall meldte avvik fortsetter å øke i UNN. Dette er en ønsket utvikling, i tråd med det store fokuset organisasjonen har på åpenhet og kontinuerlig forbedring. Et svært viktig element i det videre arbeidet med dette er å få etablert mer kunnskap om hva kontinuerlig forbedring innebærer i hele organisasjonen, og da først på ledernivået. Melding av avvik og uheldige hendelser er viktig, men det er helt sentralt at avvik følges opp med konkret forbedringsarbeid dersom melding av avvik skal oppfattes som viktig, og dermed dersom vi skal oppnå en virkelig god meldekultur og tilstrekkelig åpenhet. Derfor vil opplæring særlig av ledere være hovedfokuset på dette området i 2017, i tillegg til arbeidet med konkrete forbedringer på en rekke ulike områder. Avvikssystemet i seg selv byr også på utfordringer, og det arbeides med å bedre dette parallelt med det øvrige arbeidet som pågår.

Den vedlagte rapporten på status i gjennomføring av tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet viser at dette arbeidet er kommet langt i mange enheter, men at det må fokuseres kontinuerlig på oppfølging av de ulike innsatsområdene. Mange enheter har etablert tavlemøter der også tiltaksområdene i pasientsikkerhetsprogrammet følges opp. Dette er et godt tiltak, i tråd med arbeidet for kontinuerlig forbedring. Det er ikke tilfredsstillende at ikke alle enheter har rapportert status på dette arbeidet, og direktøren forutsetter at dette ikke gjentar seg. Legemiddelsamstemming er fortsatt et svært viktig område der tiltaksgjennomføringen ikke er god nok i mange enheter, og direktøren imøteser et regionalt arbeid for å etablere omforente rutiner og målinger på dette området. Dette arbeidet vil imidlertid med sikkerhet ikke være ferdig til målingene etter planen skal iverksettes fra andre halvår i år, og det må derfor etableres en midlertidig løsning med manuelle målinger, sannsynligvis i form av stikkprøver, for å kunne rapportere data for samstemming fra og med andre halvår.

Direktøren er fornøyd med at UNN i første tertial oppfyller den gylne regel med høyere vekst innen psykisk helsevern og rus enn i somatikken for økonomi, aktivitet og månedsverk. Dersom dette skal vedvare er det en forutsetning at budsjettet holdes i den somatiske virksomheten, og at aktiviteten på dette området ikke øker mer enn planlagt. Disse forholdene er gjenstand for oppfølgingen med klinikkene.

Det er ikke tilfredsstillende at fremdriften i arbeidet med å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser av foretakets kliniske ikt-systemer vedvarende blir forsinket. Det arbeides med å styrke personvernombud- og ikt-sikkerhetsfunksjonene i UNN, lokalisert i Kvalitets- og utviklingssenteret. Det er en betydelig økning i kravene og arbeidsoppgavene på dette området, men her er ikke måloppnåelsen god nok. Direktøren vil følge opp dette tettere med Kvalitets- og utviklingssjefen, og forventer at fremdriften i dette arbeidet bedres.

Konklusjon

Kvalitets- og virksomhetsrapporten og tertialrapporten gir samlet en god oversikt over status på viktige områder i UNN, og peker på viktige områder som vil være i fokus i det videre arbeidet i foretaket. Direktøren anbefaler at styret tar kvalitets- og virksomhetsrapporten til orientering, og vedtar tertialrapporten for oversending til Helse Nord RHF.

Tromsø, 19.5.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

1. Tertialrapport 1 – 2017 for UNN
2. Vedlegg til tertialrapporten – Status PSP
3. Kvalitets- og virksomhetsrapporten for april 2017
4. Vedlegg til Kvalitets- og virksomhetsrapporten for april 2017 – Økonomisk resultat pr april, tiltak og prognose 2017



Tertialrapport for 1.tertial 2017 fra UNN HF

Til Helse Nord



Innhold

1	Om rapporteringen	3
3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	4
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4
3.2	Somatikk.....	8
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	11
3.4	Samhandling med kommuner og private avtaleparter.....	13
3.5	Kvalitet	14
3.6	Pasientsikkerhet.....	16
3.7	Andre områder	18
3.7.1	Klima- og miljøtiltak.....	18
3.7.2	Personvern og informasjonssikkerhet.....	18
3.7.3	Forskning og innovasjon	19
4	Sikre god pasient- og brukermedvirkning.....	19
5	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	20
5.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	20
6	Innfri økonomiske mål i perioden	21
6.3	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	21
6.4	Anskaffelsesområdet.....	21
7	Risikostyring og internkontroll.....	22

1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2017 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2017, foretaksspesifikke mål 2017 og styringsparametere 2017.

I utgangspunktet gjelder alle rapporteringskravene for alle seks helseforetakene i Helse Nord. For felleskrav som åpenbart ikke gjelder for Sykehusapotek Nord HF (SANO) og Helse Nord IKT HF, ber vi om at kravet beholdes i malen og kommenteres som «ikke aktuelt» (dette for å beholde kontroll med nummereringen av rapporteringskravene).

Tekstboksen under hvert rapporteringskrav viser rapporteringsfrekvens og skal fylles ut.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Disse kommer til slutt i aktuelle kapitler.

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

3 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

1. Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse målt ved følgende indikatorer:
 - Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.
 - Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
 - Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

Det skal rapporteres særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals-sykdommer, hensyntatt ev. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder.

Rapporteringstekst 1. tertial

- a. *Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.*

Indikatoren er noe uklar og det arbeides med å definere denne nærmere. Fristbrudd rapporteres det på i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene, og indikatoren oppdateres kontinuerlig i HN-LIS. For kreftpakkeforløpene

- b. *Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.*

Andel vurdert ikke til behov for helsehjelp finnes i HN-LIS, men det hersker betydelig usikkerhet om hvorvidt definisjonene er ensartet og riktige, og det trengs videre undersøkelser for å se om dette stemmer.

- c. *Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.*

Her trengs en nærmere beskrivelse på hva som skal inkluderes i «nyhenviste». Det kan gjøre flere ulike valg her. Nærmere definisjoner må diskuteres.

- d. *Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.*

Dette ligger ferdig i HN-LIS.
Andel kontrollandeler kan delvis hentes fra HN-LIS (ikke psykisk helsevern siden seksjon/fag faktisk er seksjonsnavn i DIPS for psykiatrien og ikke fag som for somatikk). Eksempel hentet fra HN-LIS (utvalgte fagområder merket med gult – i tillegg har Hjertekirurgi en kontrollandel på 12 %).

Rapportering på OD 2017

År_periodiseringX ▲	2017
Seksjon Navn ▲	Kontrollandel
Kjevekirurgi - UNN	74 %
Smerte - UNN	60 %
Endokrinologi - UNN	55 %
Lungemedisin - UNN	54 %
Revmatologi - UNN	52 %
Barnemedisin - UNN	51 %
Audiologi - UNN	46 %
Nevrologi - UNN	44 %
Hjertemedisin - UNN	42 %
Nyre - UNN	41 %
Øye - UNN	39 %
Karkirurgi - UNN	39 %
Håndkirurgi - UNN	38 %
Øre-nese-hals - UNN	38 %
Infeksjon - UNN	38 %
Kvinnekreft - UNN	36 %
Ortopedi - UNN	34 %
Nevrokirurgi - UNN	34 %
Arvelig kreft - UNN	32 %
Ernæringsfysiologi - UNN	31 %
Muskulær nevrologi - UNN	31 %
Plastikkirurgi - UNN	30 %
Blod - UNN	29 %
Fordøyelse - UNN	27 %
Urologi - UNN	27 %
Kreft - UNN	27 %
Endokrinkirurgi - UNN	27 %
Habilitering barn og unge - UNN	25 %

e. Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted

Det er uklart hva som regnes som fast behandlingssted. UNN har derfor ikke kunnet fremstille data for denne indikatoren.

Fra HN-LIS har vi følgende oversikt per behandlingssted, dvs. arbeidssted:

År_periodiseringX ▲	2015	2016	2017
Arbeidssted ▲	Konsultasjoner ▼	Konsultasjoner	Konsultasjoner
Sum	343 439	352 289	134 025
Tromsø	210 600	216 372	82 237
Harstad	62 749	64 086	24 483
Narvik	34 493	34 258	12 566
Silsand	10 212	10 537	4 147
Longyearbyen	9 437	9 676	3 111
Storslett	5 454	5 147	2 435
Storsteinnes	3 950	3 782	1 184
Sjøvegan	3 062	3 961	2 052
Finnsnes	2 992	3 243	1 405
Mangler Forretningsnøkkel	490	335	1
Bardu	.	878	404
Åtms	.	14	.

Det skal rapporteres særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals-sykdommer, hensyntatt ev. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder.

Rapportering på OD 2017

UNN har foreløpig ikke fremstilt data for disse indikatorene på de enkelte fagområder.

Det er stort behov for et felles regionalt arbeid med å definere alle disse nye indikatorene entydig, og fremstille disse i HN-LIS på en ensartet måte. Dersom de enkelte foretak rapporterer inn verdier med bakgrunn i disse etter vårt syn lite entydige definisjoner, vil det være ulike definisjoner som legges til grunn, og indikatorene vil ikke bli sammenlignbare mellom foretakene. Det foreslås derfor at dette defineres nærmere og at det lages felles indikatorer for området i HN-LIS. Da kan man også enes om betydningen av formuleringen «*forskjeller i den enkelte indikators relevans*», som etter UNNs syn gir grunnlag for tvil. Noe av dette ligger ferdig i HN-LIS, og noe må utarbeides og settes sammen. Forvaltningen sentralt i Helse Nord på HN LIS har p.t en underkapasitet og dette må inn på prioriteringslisten sentralt.

UNN anser det som ikke formålstjenlig å kjøre DIPS rapportering på disse indikatorene da dette forventes å være en kontinuerlig rapportering, og at DIPS-rapportering derfor vil medføre unødvendig dobbeltarbeid.

2. Arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Innen 1. mars skal det legges fram forslag til konkrete tiltak for hvordan det kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler. Arbeidet skal initieres av Sykehusapotek Nord.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN avventer initiativ til dette arbeidet fra Sykehusapoteket.

3. Gi en tilbakemelding på hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud, innen 1. mars.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har gitt slik tilbakemelding innen fristen:

UNN HF ved styringsgruppen for raskere tilbake anbefaler videreføring av følgende tjenestetilbud:

1. Muskel-skjelett tilstander
 - a. Tverrfaglig avklaringspoliklinikk for uspesifikke og sammensatte smertetilstander. F.eks. problemstillinger i skulder, nakke, rygg, albuer, hofter og knær.
 - b. Avklarte smertetilstander hvor det er god dokumentasjon for konservativ behandling som første valg, inkludert lærings og mestringsstilbud / pasientskoletilbud. F.eks. hofte- og kneleddsartrose og rygglidelser.
2. Tverrsektoriell og tverrfaglig tiltak rettet mot arbeidsplassen (iBedrift.)
3. Lettere psykiske helseplager
 1. Avklaringspoliklinikk og korttids jobbfokusert kognitiv terapi til lettere psykiske tilstander (angst og depresjon)

4. Rapportere innen 15. mars på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen skal omfatte løsninger mellom helseforetak i og utenfor egen region, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringen skal inkludere en oversikt over områder hvor det fortsatt brukes papirbaserte rutiner.

Rapportering på OD 2017

Rapporteringstekst 1. tertial

Det er ikke skrevet særskilt rapport på bruk av eksisterende løsninger. Implementeringer av kjernejournal og e -resept er gjennomført, men det finnes fortsatt huller der elektronisk kommunikasjon ikke er tilgjengelig. Det vises til regionale prosesser.

5. Etablere en overordnet ernæringsstrategi innen 1. juni i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og «Kosthåndboken»¹.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN HF har egen ernæringsstrategi, men mangler dog 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-/prosedyrekoder.

Ernæringsrådet har siden 2009 ledet arbeidet med implementering av ernæringsstrategien i tråd med de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. I forhold til organisering av ernæringsarbeid på avdelingsnivå skal hver avdeling ha en ernæringsansvarlig lege og sykepleier med hovedansvar for implementering av ernæringsstrategien i sine respektive avdelinger. Dette ble vedtatt av direktørens ledergruppe i 2010 (sak 96/10).

6. Implementere de regionale fagprosedyrene for barn som pårørende, og i tertialrapport 1 redegjøre for organisering og forankring av arbeidet.

Rapporteringstekst 1. tertial

Foretakskoordinator for barn som pårørende, Kvalitets- og utviklingscenteret, Klinisk utdanningsavdeling har koordineringsansvar for dette arbeidet. UNN har p.t. klinikkbarneansvarlige i alle klinikker bortsett fra OPIN klinikken.

Mange klinikker setter nå av tid og ressurser med 10-20% stilling til dette arbeidet. Dette har gitt resultater i form av større fokus på pasientens barn/søsken som igjen skal sikre at UNN følger sin lovpålagte plikt. Målet er at alle klinikker følger etter. Fagprosedyrene og lovverket er tema på felles fagdager og opplæringsdager. Klinikken har også tema på internundervisning/fagdager. Arbeidsgruppe med klinikkbarneansvarlige jobber også aktivt ift implementeringen.

Manglende tid, ressurser og forankring i klinikken er en av de største utfordringene. Det er fortsatt manglende kartlegginger, mangelfull dokumentasjon og udekkede behov når det gjelder informasjon til barn og oppfølging av barna og familien. Dette er et kontinuerlig arbeid der ytterligere tiltak er nødvendig. UNN har i likhet med andre foretak i for liten grad utviklet systemer for å kvalitetssikre at lovendringene følges opp. Barn som pårørende er et ansvar for alle i UNN, og det skal være en naturlig del av helsehjelpen til pasienten å sikre at barns rettigheter blir ivaretatt.

¹ «Kosthåndboken»: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

Rapportering på OD 2017

7. Delta i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord vil utdype oppgaven og ansvarsforhold i eget brev.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har ikke mottatt det beskrevne brev der oppgave og ansvarsforhold skal utdypes, og har derfor ikke fulgt opp dette punktet spesifikt i første tertial. UNN har mottatt en henvendelse fra Finnmarkssykehuset om å delta i et arbeid for å etablere system for registrering av hvilke pasienter som ønsker informasjon tilsendt på samisk, og dette er under oppfølging.

8. Vurdere kompetansen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) når det gjelder personer med utviklingshemming og psykiske lidelser, og gi en tilbakemelding i tertialrapport 1.

Rapporteringstekst 1. tertial

Styret i Helse Nord har i sak 74-2016 besluttet å anbefale at det blir etablert et døgntilbud for pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse i Helse Nord. Administrerende direktør Lars Vorland har besluttet at de to første døgnplassene skal lokaliseres til Nordlandssykehuset, og at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) kunne etablere et slik tilbud på et senere tidspunkt.

Helse Nord har gjennom henvendelse (e-post fra Jon Tomas Finnsen 29.03.17) bedt om en redegjørelse «for om UNN ser behov for etablering av flere enn de to plassene som er etablert i regionen. Hvis UNN ser behov for etablering av flere døgnplasser ber vi om en beskrivelse av faglig innhold og behandlingsmetodikk som planlegges i det nye tilbudet».

I denne forbindelse er det igangsatt arbeid m.h.t. avklaring av hva slags behov en ser for døgntilbud på dette området i UNN i samarbeid med Habiliteringsavdelingen i sykehuset.

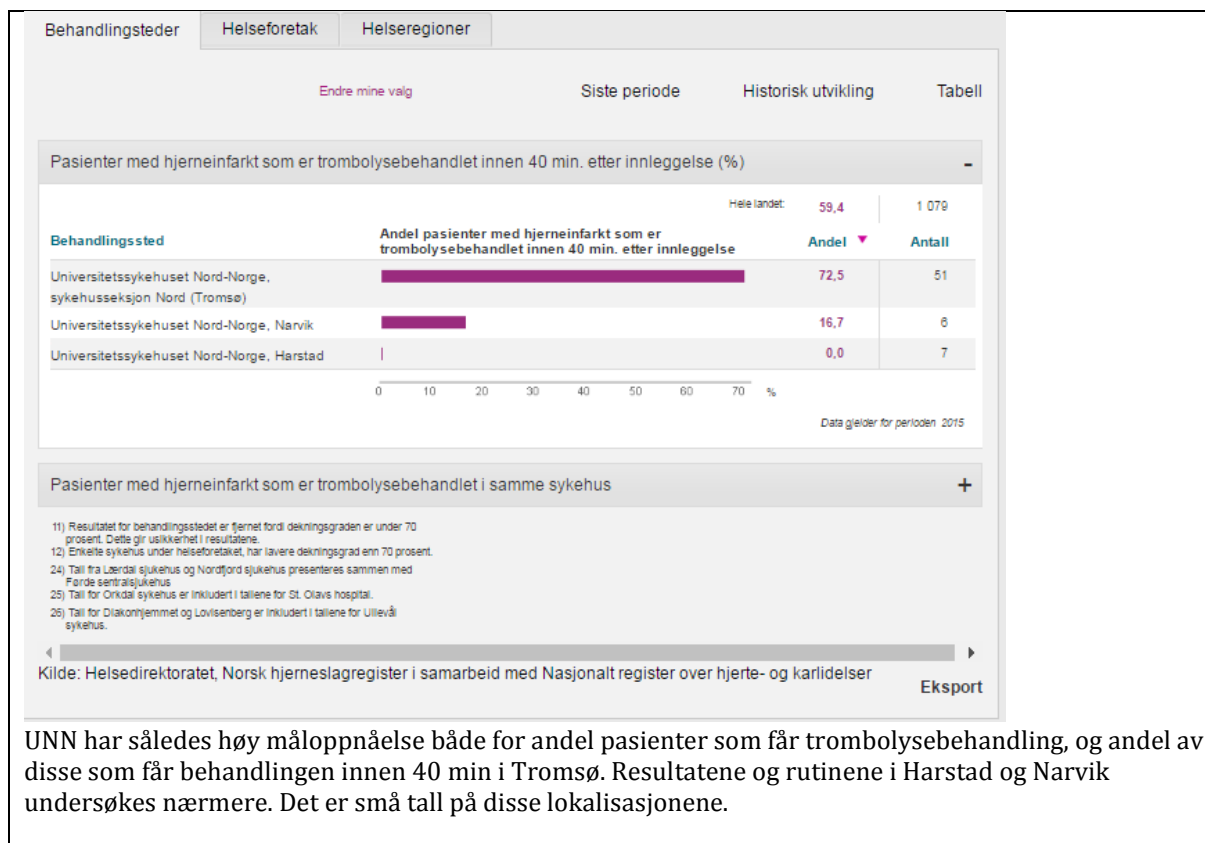
3.2 Somatikk

1. Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse, skal være minst 20 %.

Rapporteringstekst 1. tertial

På Helsenorge.no fremstilles data for andel pasienter under 80 år som får trombolys ved hjerneinfarkt. For UNN var denne andelen i siste tertial 2016 (som er siste periode indikatoren er oppdatert for), 25 %. Dette er betydelig høyere enn tidligere. Det foreligger dog kun data for UNN Tromsø, og ikke for UNN Harstad og UNN Narvik. På samme nettside fremkommer nedenstående data for hvor stor andel som får trombolysbehandlingen innen 40 minutter etter innleggelse:

Rapportering på OD 2017



2. Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 %.

Rapporteringstekst 1. tertial

For 1. tertial 2017 er det registrert følgen tall for hjemmedialyse.

Pasienter som har hjemmedialyse.

Januar	34,4 %
Februar	34,2 %
Mars	36,2 %
April	36,6 %

UNN har således høy måloppnåelse for denne indikatoren.

3. Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %. (Samlet for 24 krefttyper) (OD og styringsparametere²)

Rapporteringstekst 1. tertial

Andelen nye kreftpasienter i pakkeforløp er 87,5 % og rapporteres månedlig i kvalitet og virksomhetsrapport.

² Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for lungekreft, brystkreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokkreft, hode- halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, føyflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi.

Rapportering på OD 2017

4. Avvik fra målet om at alle fødende skal ha en jordmor hos seg, så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, skal dokumenteres i avvikssystemet. Resultatene skal brukes til kvalitetsforbedring.

Rapporteringstekst Årlig melding

Dette registreres i avvikssystemet i UNN, og brukes i kvalitetsforbedring. Målet er i stor grad nådd, muligens på bekostning av annen aktivitet på føde og barselavdelingen.

Tiltak: Prioritering, fleksibilitet og beredskap.

Vi har alltid prioritert tilstedeværelse av jordmor på fødestuen og klarer dette i stor grad. Sist registrerte avvik på samtidighet var i juni 2016.

Vi er en liten universitetsklinikk når det gjelder volum. Det krever mye opplæring og fleksibilitet slik at personale kan jobbe både på fødestuen, poliklinikk, barselhotell og barsel avdeling. På hver vakt vurderes behov for bemanning og kompetanse av vaktleder og av avdelingsjordmor på dagtid.

Personalet fordeles der behovet er størst. Kvinner i aktiv fødsel prioriteres alltid. Vi har gjennomsnittlig 3-4 fødsler per døgn av ulik lengde.

I en avdeling med lite planlagt aktivitet kan det komme til samtidighetskonflikt. Når dette skjer kan det være aktuelt å leie inn ekstra personale eller holde ansatte igjen på arbeidsstedet om vi ikke klarer å få tak i ekstravakt. Lederne har telefonberedskap i helgene og er behjelpelig til å vurdere bemanning og skaffe personale.

5. Mer enn 40 % av pasienter under 80 år med ST-elevasjonsinfarkt (STEMI), med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, skal bli behandlet med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI³ innen 90 minutter.

Rapporteringstekst 1. tertial

Avventer mer informasjon

6. Sikre bedre og mer standardiserte pasientforløp for pasienter med hjerteinfarkt.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har langt på vei hatt standardiserte pasientforløp for disse pasientene i mange år, i tråd med internasjonale og nasjonale retningslinjer. UNN har den siste tiden igjen økt fokuset på gjennomføring av prosedyrene for prehospital trombolyse.

UNN deltar i den regionale kliniske fagrevisjonen på behandling av pasienter med hjerteinfarkt (NSTEMI), og vil naturligvis bidra positivt i det videre regionale arbeidet med å bedre og standardisere dette ytterligere i regionen.

³ Perkutan koronar intervensjon

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

1. I samarbeid med kommunene skal antall tvangsinnleggelseser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen reduseres sammenliknet med 2016.

Rapporteringstekst 1. tertial

Antall tvangsinnleggelseser pr 1000 innbyggere i UNNs opptaksområde er tilnærmet uendret sammenliknet med samme periode i 2016. UNN har 1,25 vedtak pr 1000 innbyggere i 1. tertial 2017 og 1,24 vedtak pr 1000 innbyggere i 1. tertial 2016.

2. Tvangsmiddelbruk skal reduseres. Dette skal registreres som antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.

Rapporteringstekst 1. tertial

Til tross for stor oppmerksomhet omkring egen praksis, øker pasienter med tvangsmiddelvedtak pr 1000 innbyggere noe, fra 0,23 i 1. tertial 2016 til 0,28 i 1. tertial 2017.

Det er et betydelig fokus på tvangsmiddelbruk gjennom handlingsplanen for oppfølgingen av Sivilombudsmannens besøksrapport. Her arbeides det konkret og målrettet med en rekke tiltak for redusert tvangsmiddelbruk. Under fremkommer lenke til oppdatert status for arbeidet pr. 26.04.17. Det vises til redegjørelsen her.

http://intranett.unn.no/getfile.php/UNN%20INTRA/Enhet/Psykisk_helse_INTRA/Avdelinger/Avdeling%20s%C3%B8r/Status%20handlingsplan%2026.4.17.pdf

3. Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Rapporteringstekst 1. tertial

Fra Rusavdelingens enheter har man jobbet strukturert gjennom flere år for å implementere tiltak fra det nasjonale drop-outprosjektet. Rutiner for tettere kontakt med pasienten og hjelpeapparatet før innleggelse, innføring og utprøving av feedbackverktøy (OQ-45, KOR, Kunnskapscenterets brukerundersøkelse), samt økt bruk av kartlegging av kognitiv fungering er noen av tiltakene våre for å redusere manglende oppmøte og avbrudd i behandling.

Tall fra poliklinisk aktivitet tyder på at tiltakene har ønsket effekt; andelen ikke møtt ble redusert fra 20 til 17 % fra 2015 til 2016, og andelen pasientbestemt avbestillinger ble redusert fra 7 til 6 % i samme periode. Historisk har andelen ikke møtt i TSB poliklinikk ligget på omkring 30 %.

4. Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelseser, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt.

Rapporteringstekst 1. tertial

Klinikken har etablert en systematisk oppfølging av registrerte data knyttet til tvunget psykisk helsevern. Dette skjer bl.a. gjennom daglig gjennomgang av innleggelseser med tilhørende tvangsvedtak. Tilbakemeldingene fra NPR er at klinikken leverer tilfredsstillende kvalitet. Avvik følges opp løpende.

Rapportering på OD 2017

Styringsparametere:

1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument"⁴ og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres i ressursbruken innen psykisk helsevern og TSB (fordelingen av overførte midler til KMD er om lag 96 og 4 pst.). (Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet).

Gyldne regel	
Kostnader	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	1,0 %
BUP	6,4 %
RUS	-10,4 %
Somatikk	-2,9 %
Kostnader eksl. avsk, medikament og pensjon	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	7,5 %
BUP	12,9 %
RUS	-6,0 %
Somatikk	2,1 %
Aktivitet	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	0,1 %
BUP	7,0 %
RUS	-0,8 %
Somatikk	-1,0 %
Månedsværk	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	3,3 %
BUP	15,6 %
RUS	6,0 %
Somatikk	3,3 %

⁴ Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkelvi Voss.

Rapportering på OD 2017

Gyldne regel	
Kostnader	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP, BUP og RUS	-0,7 %
Somatikk	-2,9 %
Kostnader ekskl. avsk, medikament og pensjon	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP, BUP og RUS	5,3 %
Somatikk	2,1 %
Aktivitet	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP, BUP og RUS	1,8 %
Somatikk	-1,0 %
Månedsværk	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP, BUP og RUS	5,5 %
Somatikk	3,3 %

3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*⁵.

Rapporteringstekst 1. tertial
UNN har ikke fått invitasjon eller kunnskap om slike nettverk – dette vil bli undersøkt og fulgt opp av samhandlingsenheten.

2. Delta i arbeid med å revidere strategi for avtalespesialister. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding
Avventer koordinering / innspill fra Helse Nord RHF

3. Etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialister innen 1. juni.

Rapporteringstekst 1. tertial
Dette arbeidet er forsinket i UNN. Som anført tidligere, vil vi anse det som svært hensiktsmessig og naturlig at dette arbeidet ledes og styres fra Helse Nord RHF, slik at avtalene mellom foretakene og avtalespesialistene i størst mulig grad blir lik i regionen, med mindre lokale forhold skulle tilsi behov for lokale løsninger. Imidlertid er behovet for samarbeid rundt prioriteringer, ventelister, faglige standarder etc. i utgangspunktet like i hele regionen. Vi vet at dette i andre helseregioner ledes og styres fra RHF, og anmoder Helse Nord RHF om å kjøre regionale prosesser på dette i nært samarbeid med helseforetakene. UNN vil ikke kunne oppfylle målet om å ha slike avtaler på plass innen 1.6.17.

⁵ Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

Rapportering på OD 2017

4. Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden. I samråd med Sykehusapotek Nord sørge for at samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå.

Rapporteringstekst 1. tertial

Legemiddelhåndteringen er tatt med i revisjon av tjenesteavtalene. Har vært eget tema på møter i samarbeidsfora mellom kommuner og UNN. Eget KSU (Klinisk samarbeidsutvalg) er opprettet for å lage prosedyrer, flytskjema og opplæringstiltak knyttet til inn- og utskrivning av pasienter. Dette inkluderer oppdaterte medikamentlister og medikamenthåndteringen.

3.5 Kvalitet

1. Ingen korridorpasienter.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har fortsatt korridorpasienter på noen sengeposter og innfrir ikke kravet om ingen korridorpasienter. Status rapporteres månedlig i kvalitet og virksamhetsrapporten. 8-12 pasienter ligger i gjennomsnitt på korridor i UNN. En av hovedutfordringene er at det fortsatt er mange utskrivningsklare pasienter i våre avdelinger, både i somatikk og psykiatri. Dette vedvarer til tross for en rekke initiativ overfor både kommuner og Fylkesmannen.

Internt i UNN arbeides det videre med lokalsykehusprosjektet i UNN Breivika, og det pågår et omfattende og krevende arbeid med å planlegge arealbruken i UNN Breivika helhetlig når A-fløy og PET-senter tas i bruk. Situasjonen ventes å bedre seg når innflytting i a-fløya er overstått og rokaden av sengeposter/avdelinger er gjennomført, forutsatt at problemstillingen med utskrivningsklare pasienter blir vesentlig mindre enn i dag.

2. Øke bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har en økning i antall meldte avvik på alle områder. Nytt klassifiseringssystem er innført, noe som gjør at meldingen blir standardiserte etter kategorier. Det er et økt fokus på avviksmeldinger, læring og analyser i avvikssystemet. UNNs strategi om kontinuerlig forbedring og læring innføres som et langsiktig arbeid der avviksmeldinger inngår som en del av faktagrunnlag.

Det er økt bruk av avviksmeldingene som informasjonskilde ved evalueringer av tjenestene. Det er ønskelig med bedre rapportfunksjoner i DOCMAP for å enklere ha tilgjengelige data. UNN imøteser en prosess for eventuell felles regional anskaffelse av nytt dokumentstyringssystem og avvikshåndteringssystem.

Rapportering på OD 2017



3. Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:

- Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT⁶-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 1. tertial

Elektronisk løsning er implementert (NCAF). GTT-teamet ved unn får sin opplæring i systemet i løpet av mai 2017. Løsningen vil da være i operativ bruk. Siste manuelle granskning ble utført i uke 18.

- Utføre fagrevisjoner på utvalgte fagområder. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har årlige revisjonsprogram og deltar i de fagrevisjoner som Helse Nord RHF initierer.

- Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN leder utviklingen av modulbasert opplæringsprogram og har inkludert stillingen i Kvalitets- og utviklingssenterets miljø. Stillingen inngår som en del av teamet i Kvalitetsavdelingen. Erfaringer og kunnskap deles og man drar nytte av synergier.

4. Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har i 2017 starte med hendelsesanalyser og hatt opplæring på ca 20 personer i metodikk. Det er i løpet av 1. tertial 2017 gjennomført 4 hendelsesanalyser og den 5 er igangsatt.

⁶ Global Trigger tool

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Lede arbeidet med utvikling av modulbasert opplæringsprogram for forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 1. tertial
UNN leder utviklingen av modulbasert opplæringsprogram og har inkludert stillingen i Kvalitets- og utviklingssenterets miljø. Stillingen inngår som en del av teamet i Kvalitetsavdelingen. Erfaringer og kunnskap deles og man drar nytte av synergier.

3.6 Pasientsikkerhet

1. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene rapporteres i tertialrapport.

Rapporteringstekst 1. tertial
Pasientsikkerhetsprogrammet er inkludert i sykehusets ordinære aktivitet på de aller fleste områder. Det er særskilt fokus på legemiddelsamstemming som har vært utfordrende å få til. De aller fleste tiltakspakker er implementert i de aktuelle avdelinger. Arbeidet inngår i UNNs satsning på kontinuerlig forbedring og har vært rapportert i Kvalitet og virksomhetsrapporten månedlig. Som vedlegg til Kvalitets- og virksomhetsrapport for april 2017 og til denne tertialrapport rapporteres status på gjennomføring av tiltakspakkene i programmet.

1. Innføre antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer. Dette skal blant annet omfatte:
 - Legge til rette for et fungerende antibiotikateam (A-team).

Rapporteringstekst 1. tertial
UNN har siden 2011 rapportert antibiotikabruk fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger. Våren 2016 ble Antibiotikastyringsprogram vedtatt og Antibiotikateam (A-team) ble konstituert høsten 2016. A-team er i gang med implementering av antibiotikastyringsprogram. Det er avholdt felles informasjonsmøte for UNN og man starter i februar 2017 med avdelingsvise besøk.

- Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Rapporteringstekst 1. tertial
UNN har system for rapportering av antibiotikagrupper og avdelingenes forbruk av antibiotika. Mikrobiologisk avdeling er ansvarlig for rapportering av forbruket. UNN hadde en 20 % reduksjon i disse midlene fra 2012 til 2015. For 2016 ser vi igjen en liten økning. A-team er i gang med implementering av antibiotikastyringsprogrammet som også har som et av målene at de bredspektrede midlene skal reduseres med 30 % innen 2020 sammenlignet med 2012.

Rapportering på OD 2017

2. Prevalensundersøkelse av sykehusinfeksjoner skal utføres og rapporteres til Helse Nord RHF to ganger årlig. Hvert helseforetak skal etterspørre avdelingsvis bruk av prevalensresultater i pasientsikkerhetsarbeidet.

Rapporteringstekst 1. tertial

Prevalensundersøkelser gjennomføres 2 ganger årlig og rapporteres til RHF, og UNN vil fra og med andre tertial 2017 gjennomføre prevalensregistrering fire ganger årlig. UNN gjennomfører smittevernrunder med samtaler og intervjuer som oppfølging av smittevernarbeidet. Avdelingene følges opp i smittevernrunder. Resultater fra runden dokumenteres. Systemet for gjennomføring av smittevernrunder er nylig revidert og forbedret.

3. NOIS⁷-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Ved dyp postoperativ sårinfeksjon skal avdelingen gjennomgå pasientforløpet og iverksette tiltak.

Rapporteringstekst 1. tertial

Frist for innlevering av NOIS tall tredje tertial 2016 til FHI var 1. april 2017. Med unntak av aortakoronar bypass (94,9 %) har alle inngrep over 95 % oppfølging.

4. Rapportere NOIS-resultater til Helse Nord RHF tertialvis.

Rapporteringstekst 1. tertial

NOIS rapporteres til folkehelseinstituttet og er tilgjengelig på Helsenorge.no.

Keisersnitt 2,8 % - hele landet 4 %

Totalprotese hoft 2,7 % - hele landet 2,3 %

Hemiprotese hoft 0 % - hele landet 3,3 %

Fjerning av galleblære 0 % - hele landet 4,3 %

Aortakoronar bypass 0 % - hele landet 0,5 %

Siste data er fra perioden juni-august 2016

- Bredspekteret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenlignet med 2012⁸.

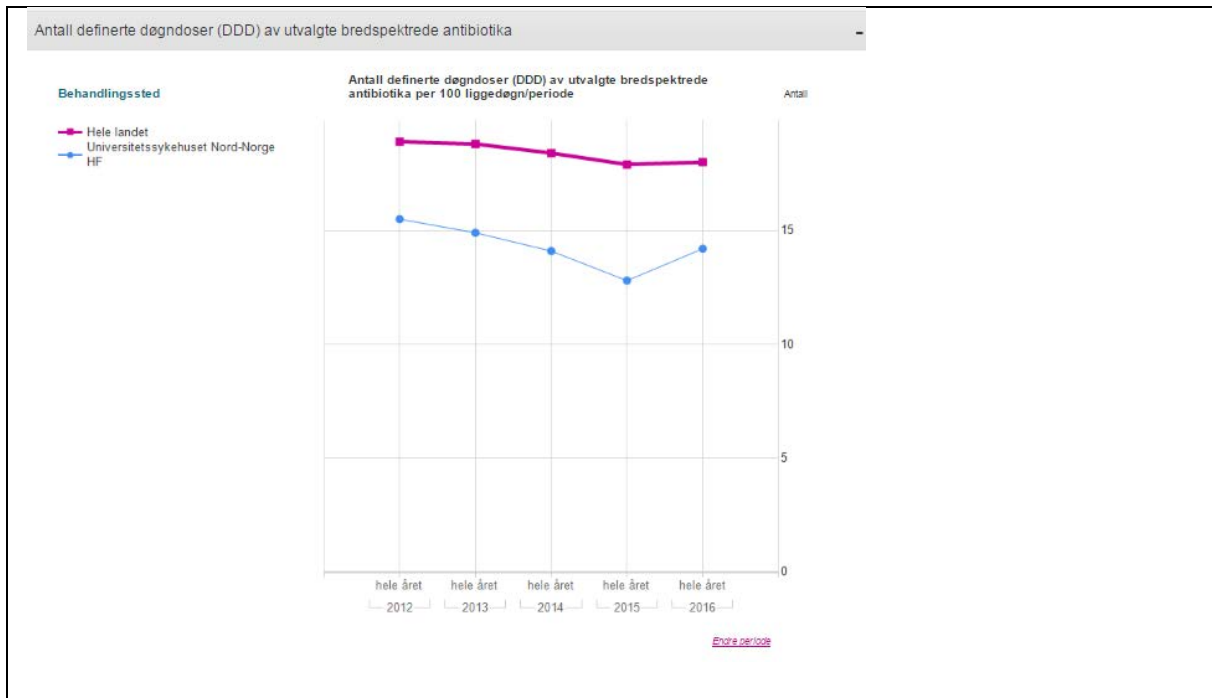
Rapporteringstekst 1. tertial

Bredspekteret antibiotikabruk er redusert fra 15,5 DDD (2012) til 14,2 DDD (2016) det er en reduksjon på nær 10 %. Det har imidlertid vært en økning fra 2015 til 2016, slik at den nedadgående trenden er brutt. Sammenlignet med hele landet ligger UNN betydelig under i bruk av bredspekteret antibiotika (3. lavest pr DDD pr 100 døgn)

⁷ Overvåkningssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

⁸ Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)

Rapportering på OD 2017



3.7 Andre områder

3.7.1 Klima- og miljøtiltak

1. Resertifisere styringssystem etter ISO-14001:2015 innen 15.september.

Rapporteringstekst 2. tertial

Arbeide med resertifisering er igangsatt og det er planlagt gjennomført i juni 2017. Revidering av målsetninger og risikovurderingen av disse har vært et pågående arbeid i 1.tertial. Nye mål som omhandler pasientbehandling og miljømessig konsekvens av disse utarbeides. Dette omhandler unødvendig behandling, unødvendig transport, vurdering av engangsartikler mm.

3.7.2 Personvern og informasjonssikkerhet

1. Området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles av helseforetakets styre innen 1.6.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen, og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1. mars med tilhørende tiltaksplan. Planen skal risikovurderes med hensyn til måloppnåelse.

Rapporteringstekst 1. tertial

Rapportering på OD 2017

Risikovurderinger (ROS) skal gjennomføres når nye tjenester/systemer eller endringer i eksisterende tjenester/systemer skjer. Plan for 2016 var å gjennomføre 29 ROS og 11 i 2017. Inkludert i dette er det også tjenester/systemer som ikke er en del av EPJ.

18 av de 29 ROS som skulle gjennomføres i 2016 er gjennomført.

UNN har valgt å gjennomføre risikovurdering av bruk av EPJ (DiPS) klinikkvis med deltakelse fra avdelingene fordelt på merkantil-, sykepleier- og legepersonell. Det har vært og er en utfordring å gjennomføre ROS hvor nøkkelpersoner fra avdelingene må være involvert. Avdelingene må prioritere pasientbehandling slik at tilgang på ressurser til ROS blir skadelidende (vanskelig å gå samlet nødvendige personell). I tillegg har Sikkerhetssjefen begrensede ressurser og mange oppgaver som ofte må prioriteres på bekostning av disse risikovurderingene.

I oppfølging av etablering av Kvalitets- og utviklingssenteret er det igangsatt arbeid med å styrke personvern og informasjonssikkerhet gjennom å etablere en egen enhet med flere ressurser. Gjennomføring av de resterende ROS vil bli prioritert i 2017.

3.7.3 Forskning og innovasjon

Foretaksspesifikke krav:

Universitetssykehuset Nord-Norge:

1. Implementere nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har deltatt i arbeidet med en implementeringsstrategi for verktøyet Induct. Arbeidet er et samarbeidsprosjekt i Helse Nord og det utarbeides planer for hvordan verktøyet kan tas i bruk. Verktøyet er ikke ferdig implementert.

4 Sikre god pasient- og brukermidvirkning

1. Følge opp resultatene fra PasOpp⁹-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:
 - om sin sykdom
 - om medikamentene
 - får med seg oppdatert medikamentliste

Rapporteringstekst 1. tertial

⁹ Nasjonale brukererfaringsundersøkelser

Rapportering på OD 2017

Utskrivingsamtalen er et tema prosessen med kontinuerligforbedring, særlig fokus vektlegge på de ovennevnte punktene gjennom pasientsikkerhetsprogrammet. Medisinbruk og legemiddelsamstemming er tema i programmet og dekker alle relevante avdelinger.

5 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

1. Sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNNs avvikssystem sikrer systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte. Gjennomgang viser en økning i antall avvik. Det er et potensiale å gå inn på nærmere analyser og undersøke de forskjeller som fremkommer i «like» virksomheter. KVAM strukturen skal fange opp trender og iverksette tiltak på systemnivå. Dette fungerer ulikt og her er fortsatt rom for forbedring.

2. Tertialvis redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 % herunder med et særskilt fokus på enheter med fravær over 10 %.

Rapporteringstekst 1. tertial

IA-handlingsplan har satt fokus på mål og tiltak for å redusere sykefravær. Overordnede mål og tiltak har vært følgende:

- Gjennomføring og oppfølging av medarbeiderundersøkelse.
- Gjennomføring av utviklingssamtaler med alle medarbeidere i hver enhet.
- Obligatorisk IA-opplæring for ledere med personalansvar, og IA-opplæring som tilbud til tillitsvalgte og verneombud.
- Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere iht. prosedyre «Oppfølging av gravide arbeidstakere».
- Enheter med sykefravær over 7,5% skal identifisere og analysere årsaker til fravær og sette inn tiltak som kan reduserer dette.
- Voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri samt rus skal jobbe med forebygging av vold og trusler.

Det foreligger ikke statistikk over hvor mange enheter som har utarbeidet og fulgt opp siste medarbeiderundersøkelsen (MU) fra 2014. Stikkprøver indikere at mange har gjennomført oppfølging, men det er fortsatt potensiale for forbedring i oppfølgingsarbeidet. Derfor har det blitt lagt trykk på at oppfølgingsarbeidet etter Medarbeiderundersøkelsen i 2016 skal gjennomføres av alle enheter. Det er også en av målsetningene for IA-handlingsplan for 2017.

Utviklingssamtalen er et verktøy for å kartlegge medarbeiders potensiale for utvikling, samtidig som det er en metode for å fange opp arbeidsmiljøforbedringer på individnivå. Da tiltaket setter individuelt arbeidsmiljø på dagsorden vil tiltaket kunne være med på å forbygge risiko for fremtidig sykefravær. Det foreligger i likhet med MU ikke statistikk som kan påvise at utviklingssamtalen er gjennomført i alle enheter. Erfaringer viser at det kan være spesielt utfordrende for ledere med store kontrollspenn å gjennomføre dette tiltaket.

Obligatorisk IA-opplæring (heldagskurs) omhandler temaene helsefremmende arbeidsplasser, forebygging og oppfølging av sykefravær. Tiltaket er rettet mot ledere, tillitsvalgte og verneombud og har som hensikt å

Rapportering på OD 2017

forbedre arbeidet med forebygging, og oppfølging av sykefravær. I 2016 er det gjennomført 9 kurs med 298 deltakere.

Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere. Det er utarbeidet prosedyrer for oppfølging av gravide arbeidstakere og bedriftshelsetjenesten (BHT) bistår arbeidsgivere på forespørsel å være med i trekantsamtaler med den gravide ansatte. Ved UNN Narvik har BHT gjennomført opplæring til ledere i oppfølging av gravide arbeidstakere. Kurs er planlagt ved UNN Tromsø, men ikke gjennomført.

Da rundt 10% av sykefraværet i UNN¹⁰ er relatert til svangerskap er det hensiktsmessig å ha fokus på denne gruppen for å redusere fravær. Ved Akershus universitetssykehus har lederopplæring i oppfølging av gravide og bistand fra BHT i trekantsamtaler resulterte i at gravide, som var involvert i tiltaket, sto 12 uker lengre i jobb.

Enheter med sykefravær over 7,5% skal identifisere og analysere årsaker til fravær og sette inn tiltak som kan reduserer dette. Bedriftshelsetjenesten (BHT) har vært involvert i 31 saker for å bistå i gjennomføring av dette tiltaket. De sakene BHT ikke har vært involvert i foreligger det ikke statistikk over.

Forebygging av trusler og vold har vært et av temaene i de skreddersydde IA-kurs i psykisk helse- og rusklinikken. I tillegg har BHT i samarbeid med Ole Greger Lillevik fra UIT arrangert heldagskurs med temaet systematisk forebygging av og miljøterapeutisk tilnærming til trusler og vold. Eksponering for trusler og vold på arbeidsplassen øke risiko for sykefravær radikalt ifølge forskning fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Det er derfor viktig å jobbe med forebyggende tiltak rettet mot denne faktoren.

6 Innfri økonomiske mål i perioden

6.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

6.4 Anskaffelsesområdet

1. Organisere kompetanse slik at bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp blir ivaretatt.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har ennå ikke startet dette arbeidet. Er prioritert igangsatt så snart sak om full implementering av Clockwork er vedtatt av direktøren. Saken skal opp som egen sak i direktørens ledermøte før sommeren i år, men må ses i sammenheng med en rekke andre innføringsprosjekter som «treffer» virksomheten samtidig, og som til sammen medfører en betydelig arbeidsbelastning særlig på mellomledernivået.

¹⁰ Tall fra NAV 2014

Rapportering på OD 2017

2. Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon, herunder:
 - Innen 30. november levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.
 - Innen 31. desember kunne rapportere detaljert for alle vare- og tjenesteanskaffelser på artikkelnivå mht. hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Rapporteringstekst 1. tertial

Sak om full implementering av CWL skal opp som egen sak i direktørens ledermøte før sommeren 2017. Saken inneholder blant annet utrullingsplan for CWL samt utarbeidete arbeidsprosesser og arbeidsrutiner for bruk og vedlikehold av CWL. De utarbeidete arbeidsprosessene og arbeidsrutinene er nettopp lagt inn i Docmap. Utrullingen av CWL starter opp i slutten av mai og vil skje suksessivt. Forventes ferdig i løpet av uke 45.

Fra regionalt hold jobbes det med å legge til rette for tjenestekjøp (vikartjenester) via CWL. Det er uklart når denne er på plass.

UNN er i rute i forhold til innen 30. november å kunne levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.

7 Risikostyring og internkontroll

Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord for 2017

I kapittel 2 i OD er det definert fire overordnede mål for Helse Nord. Det pekes på at to av målene, med åtte delmål, skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. Dette rapporteres på i virksomhetsrapporter.

Disse er:

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål:

1. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
2. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.
3. Det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)¹¹.
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

Delmål:

8. Økonomisk resultat i tråd med plan.

¹¹ Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

Rapportering på OD 2017

Gjennomførte risikovurderinger¹², i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602). Det skal beskrives status på alle 8 delmål ovenfor i henhold til retningslinjene.

Rapporteringstekst 1. tertial

1. Andel sykehuspåførte infeksjoner målt med prevalensdata er 4,2 i 2016 noe som er lavere enn det nasjonale målet på maksimum 4,5 %. Selv om det har vært en klar nedadgående trend i forekomst av sykehusinfeksjoner i UNN anses risikoen for at UNN i fremtiden skal komme over 4,5 % som **Middels**.

Tiltak er oppfølging med reviderte rutiner på smittevernrunder og spesiell oppmerksomhet der det er stor infeksjonsfare.

2. Gjennomsnittlig ventetid er under 60 dager i UNN. Data viser en sterk nedadgående trend over tid og det ansees som **liten** risiko for ikke å klare styringskravet. Det kreves ikke nye tiltak på dette området i UNN.

3. UNN har 20-50 fristbrudd pr mnd. Etter en sterk nedgang over tid er antall fristbrudd nokså stabilt. Det er særskilt 2 klinikker som har fristbrudd. Dette henger blant annet sammen med operasjonskapasiteten i UNN, særlig dagkirurgi, og kapasitet innen håndkirurgi. Risikoen for ikke å klare styringskravet på null fristbrudd ansees som **stor**.

Tiltak: Bedre rapportfunksjoner i og overvåking i HN-LIS. Tavlemøter og hyppigere ledelsesoppfølging. Vedvarende fokus på opplæring av alle de hundretalls leger og merkantile som håndterer henvisninger og ventelister for å redusere feilregistreringer.

4. Pakkeforløp viser en nedadgående trend for diagnoser med få pasienter. UNN ligger samlet sett innenfor kravet både på inkludering av pakkeforløp og gjennomsnitt tid til behandlingsstart. Ved siste rapportering ligger UNN på 70% men flere av forløpene faller utenfor kravet. Risikoen for ikke å klare kravet ansees som **middels**.

Tiltak er tettere oppfølging av forløpsledere og forløpskoordinatorer. Nærmere analyser på individnivå hvor man ikke klarer kravene.

5. Gjennomføring av den gylne regel har historisk sett vært vanskelig å gjennomføre, men i virksomhetsplanleggingen for 2017 er dette fokusert tydeligere enn før. Utvikling i 2017 er langt bedre på dette området enn tidligere år. Risikoen for ikke å klare styringskravet er **middels**.

Viktigste tiltak er at de somatiske klinikkene ikke overskrider sine budsjett, og et aktiviteten ikke øker mer enn planlagt i somatikk. Dette følges opp fortløpende, men er krevende å oppnå.

6. Hvordan denne indikatoren skal måles er ikke klart. Det må etter UNNs syn gjennomføres et felles arbeid i Helse Nord slik at dette måles likt. Risikoen for at dette ikke er gjennomført i 1. halvår er **stor**. UNN avventer gruppens resultat, men vil forsøke å etablere en midlertidig, manuell og ikke komplett måling fra andre halvår.

7. Bruk av bredspektret antibiotikabruk har hatt en nedadgående trend i 4 år. Denne trenden er brutt i 2016 hvor bruken har gått opp. UNN er innenfor styringskravet men har nå en økende tendens. Risikoen for å ikke klare styringskravet ansees som **middels**.

Tiltak: Antibiotikabruken monitoreres fortløpende og følges opp med A-team som tidligere beskrevet.

¹² Viser til brev oversendt foretakene 24.2.2016 «Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2016»

Rapportering på OD 2017

8. Unn ligger under kravet til økonomisk overskudd. Risikoen for å ikke nå de økonomiske rammer anses som **middels**.

Tiltak: det jobbes systematisk i alle klinikker med å utarbeide tiltaksplaner for å bringe økonomien i tråd med styringskravet. Tiltakspakkene vil bli en del av foretakets satsninger fremover.

Krav:

1. Innen 1. september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN styret har behandlet strategi om langsiktig kontinuerlig forbedring i sak 61- 2016 og sak 5- 2017 (11.2.17) Sakene er orientert rundt de målsettingene og krav som settes til ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. UNN justerer sin forbedringsstrategi i tråd med forskriftene og har et langsiktig perspektiv på forbedringsprosessene.

2. Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av risikovurdering og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:
 - Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2.
 - Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.
 - Informasjonssikkerhet.
 - Klima og miljø.
 - Beredskap.
 - Risikostyring.

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

- Sammenlignbar statistikk.
- Resultater fra eksterne og interne tilsyn og revisjoner samt status for oppfølging av disse.
- Gjennomførte risikovurderinger, jf. retningslinjer i Helse Nord (RL1602).
- Lovkrav og forskrifter.

Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har gjennomført rutinemessig tertialvise ledelsens gjennomgang (LGG). Denne prosessen justeres nå inn til å tilpasses de krav som stilles til samlet gjennomgang av styringssystem. Arbeidet er igangsatt og sak om hvordan dette konkret skal gjennomføres i UNN vil bli behandlet i direktørens ledermøte i 2.tertial eller tidlig i 3. tertial 2017.

Status Pasientsikkerhetsprogrammet 1. tertial 2017 – Vedlegg til Tertialrapport 1 - 2017

De enkelte innsatsområdene:

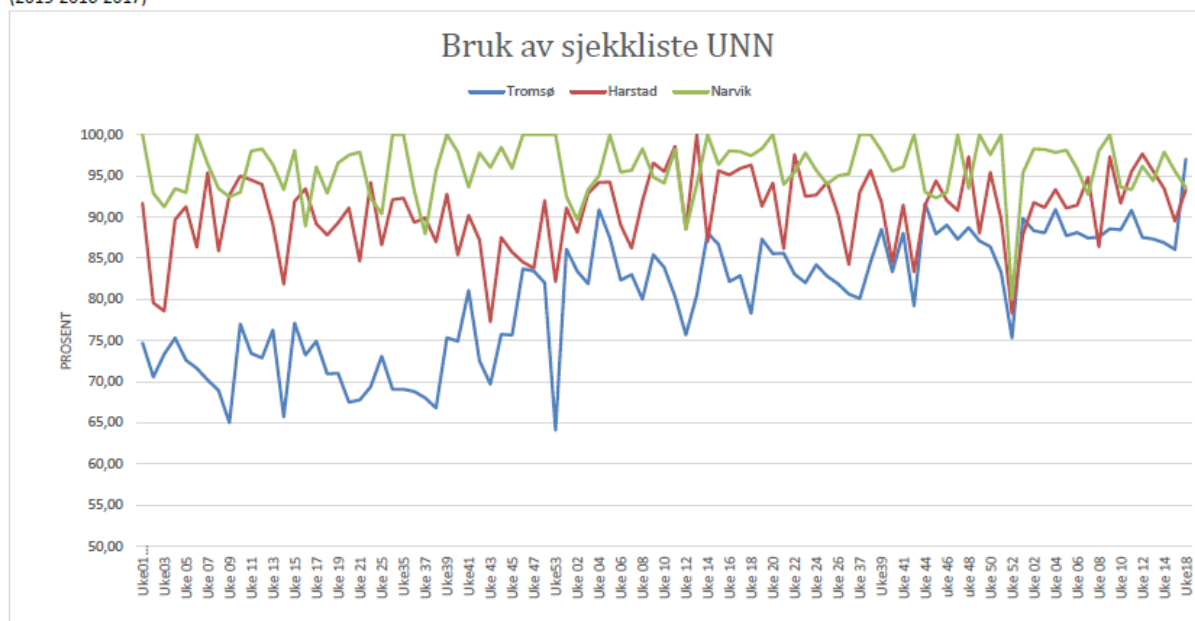
Trygg kirurgi: Tiltakspakken er delt mellom de avdelingene som forbereder pasientene til kirurgiske inngrep og operasjonsavdelingene, men oppfølgingen skjer ved Operasjons- og intensivklinikken, og resultatene publiseres ukentlig. De kirurgiske avdelingene får tilbakemeldt sine resultater på korrekt hårfjerning, forbehandling med antibiotika og temperaturkontroll og er oppfordret til å følge opp disse resultatene tettere.

Sjekklisten er også i bruk ved intervensjonsradiologisk laboratorium ved Røntgenavdelingen.

Bruk av sjekkliste viser til operasjoner der alle deler av den kirurgiske sjekklisten er brukt, da dette er et krav fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Utregning: Antall operasjoner der alle tre deler av sjekklisten er dokumentert brukt/alle operasjoner x 100. Vi inkluderer både ø-hjelp og elektive.

(2015-2016-2017)



Legemiddelsamstemming: Denne tiltakspakken er den siste som er implementert. Andel pasienter som får samstemt legemiddellisten ved ankomst varierer imidlertid mye mellom sengepostene. Det kreves fortsatt god lederoppfølging og legeinvolvering ved alle enheter for at samstemming kan sies å være en del av rutinen når pasienter innlegges på UNN. Andel pasienter samstemt er valgt som en av UNNs og Helse Nords hovedindikatorer for 2017, men det må defineres regionalt hvordan og hvor dette skal måles.

Forebygging av urinveisinfeksjoner (UVI): Her er alle sengeposter i gang. En rekke sengeposter har vist stabilt gode resultater i mer enn 6 mnd. og kontrollmåler ved månedlige smittevernvisitter.

Forebygging av infeksjon ved sentrale venekateter (SVK): Alle relevante enheter har startet og kun to av de som har rapportert, er ikke helt i mål. Dette er også et innsatsområde som følges opp ved månedlige smittevernvisitter.

Forebygging av fall: Kun en enhet som ikke er i gang med tiltakspakken, men en del enheter går fra grønt til gult, da de ikke har implementert alle tiltakene. Det kan synes som om sengepostene er blitt mye flinkere til å melde fall som avvikshendelser og benytte hendelsene til læring for å forebygge nye fall.

Forebygging av trykksår: Kun en enhet som ikke er i gang med tiltakspakken, men en del enheter går fra grønt til gult, da de ikke har implementert alle tiltakene.

Behandling av hjerneslag: Denne tiltakspakken er revidert, og enhetene registrerer nå direkte i Norsk hjerneslagsregister.

Pasientsikkerhetstavler: Stadig flere enheter tar i bruk pasientsikkerhetstavler, hvor de følger opp sine resultater med jevnlig møter ved tavlen, diskuterer uønskede hendelser og ser på hvordan man kan lære av disse. Det er også flere enheter som har innført/innfører risikotavler, hvor man følger opp den enkelte pasient i forhold til avdekkede risikoområder.

Tidlig intervensjon ved livstruende tilstander er et innsatsområde for å følge opp pasienter med sikte på å oppdage evt. forverring så tidlig som mulig ved hjelp av et standardisert scoringsverktøy (på UNN TILT), og iverksette relevante tiltak. Dette er et nytt innsatsområde og UNN har et sammensatt team fra Harstad som deltakere på det nasjonale læringsnettverket. Selve skåringssystemet er imidlertid innført på tilnærmet alle sengeposter i UNN. Det diskuteres å bytte skåringssystem fra TILT/MEWS til NEWS for å ha samme system i hele Helse Nord.

Forebygging av underernæring: Nytt innsatsområde hvor kreftavdelingen deltar på nasjonalt læringsnettverk. De har også involvert klinisk ernæringsfysiolog og kostvert.

Brukermedvirkning: Kampanjen *Bare spør* ble gjennomført i Harstad, Narvik og Tromsø en uke i januar. Kampanjen var todelt – ett mål var å få pasientene til å spørre mer, og ett mål var å få helsepersonell til å åpne opp for spørsmål. Ett team fra sengepost for gynekologi, urologi, endokrin kirurgi og plastikk-kirurgi har meldt seg på nasjonalt læringsnettverk i

Opplæring: UNN har fått antatt to kandidater til Nordisk forbedringsagentutdanning, en kandidat til Forbedringsutdanning for leger og en kandidat til Scottish Patient Safety Fellowship.

Status ved de enkelte klinikker:

Status fra klinikkene er denne gang basert på nytt rapporteringsdokument, hvor de angir detaljert hvilke tiltak som er innført ved enheten. Denne rapporteringen er her «oversatt» til fargekodene som er benyttet tidligere. En del enheter har som en følge av dette rapporteringssystemet gått fra grønt til gult, enten fordi de ikke har iverksatt alle tiltakene i innsatsområdet eller ikke benytter målinger for å følge med på sine prosesser og resultater.

En del enheter har valgt å innføre hele eller deler av tiltakspakker selv om de per definisjon ikke er «relevant enhet». Man ønsker å følge progresjonen på implementeringen også for disse enhetene. Her er det markert «Tilpasset» i ruten med innmeldt status.

Barne- og ungdomsklinikken:

Så godt som ingen av innsatsområdene er rettet mot enheter for barn og ungdom, men de benytter elementer fra de ulike innsatsområdene i sitt arbeid for økt pasientsikkerhet.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
BUK								
Ungdomspsykiatrisk avd		Tilpasset						
Barne- og ungdomsseksjonen	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset		PeuSAFE
Nyfødt intensiv		Tilpasset	Tilpasset					
Reg. senter for spiseforstyrrelser		Tilpasset						
Barnehabiliteringen		Tilpasset						

Hjerte- og lungeklinikken:

De fleste innsatsområdene er innført i klinikken. En enhet har ikke svart på de to siste rapporteringene.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
Hjerte- og lungeklinikken								
Hjertemed sengepost								Tavle
MIHO		Tilpasset						Prosjekt: Mobilt int.team
Lab								
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost	Tilpasset							TILT, tavle
Lungemed								

Medisinsk klinikk:

Alle innsatsområder er iverksatt, men noen enheter mangler noen tiltak/målinger og er derfor markert gul. Medisinsk avdeling Harstad har tatt en «restart» på innsatsområdene. De har også innført risikotavler. Geriatrik avdeling har hatt fagdager med fokus på fallforebygging. Legemiddelsamstemming krever fortsatt oppmerksomhet.

Medisinsk avdeling Harstad har med representant i pilotgruppen for *Tidlig oppdagelse av livstruende tilstand*. Avdelingsleder Gastro-/nyreavdelingen er tatt opp på *Scottish Patient Safety fellowship*.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
Medisinsk klinikk								
Hematologisk								TILT, visittstol
Inf med								TILT, tavle
Fordøyelse/Nyre								TILT, tavle
Geriatrik								TILT, PEWS, tavle
Medkir Narvik	Tilpasset			Tilpasset, PVK				TILT, tavle
Med A Harstad								ernæringscreening
Med B Harstad								ernæringscreening

Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:

Kreftavdelingen er pilotavdeling på det nye innsatsområdet *Forebygging av underernæring*. En lege fra Gastrokirurgisk avdeling er tatt opp på Forbedringsutdanning for leger. Legemiddelsamstemming krever fortsatt oppmerksomhet.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
K3K								
Føde/Barsel	Tilpasset	Tilpasset						Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
KK Harstad	Tilpasset	Tilpasset						Tavle, 6 pas.sikkerh. prosjekter
KK Narvik	Tilpasset	Tilpasset						
Kreft								Risikotavle, Pilot ernæring
Gastro kir	Tilpasset							TILT, tavle
Uro, endo, gyn	Tilpasset							Tavler, bare spør, TILT
Kir. Harstad	Tilpasset							TILT, tavle

Nevro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:

Tre sengeposter har innført alle innsatsområdene, en enhet har ikke rapportert.

Legemiddelsamstemming krever fortsatt oppmerksomhet.

Klinikken gjennomfører jevnlige møter for de som «holder i» Pasientsikkerhetsprogrammet ved de enkelte enheter, men oppmøtet er noe varierende.

Ortopedisk sengepost har en sykepleier som er tatt opp på Nordisk forbedringsagentutdanning.

Ortopedisk sengepost i Harstad er pilot på *Tidlig oppdagelse av livstruende tilstand*.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken								
Nevro-, hud- og revmatologiskavdeling								Tavle, Tilt
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdelingen								
Ortopeden Tø								Tavle
Ort. Harstad	Tilpasset							Tavle, UNN-pilot LN TILT
FRMA Tromsø (døgn)		Tilpasset						Tavle
FRMA Harstad(døgn)								Tavler

Operasjons- og intensivklinikken:

Denne klinikken jobber godt og systematisk med innføring av innsatsområder, tilpassede innsatsområder, egne pasientsikkerhetsprosjekter og tavler. De har også med representanter og veileder i teamet i Harstad som er pilot for *Tidlig oppdagelse av livstruende tilstand*.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
Operasjons- og intensivklinikken								
INOPV Oppvåkning Tromsø	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Forebygging av overfylt urinblære, tavle
INOPV Intensiv Tromsø		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Innslusa Tromsø			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Dagkirurgi Tromsø					Tilpasset			Hypotermi-forebygging plast., pasientflyt på dagkirurgen, tavle
ANOP Intensiv Harstad	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Pårørende prosjekt, slag, tavle
ANOP Akuttmottak Harstad		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Ane/opr Harstad			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle, overfylt blære, smittvern
ANOP Akuttmottak Narvik			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tavle
ANOP Intensiv/peri Narvik			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		visittsjekklister, tavle
ANOP Ane/opr Narvik			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset		Tavle

Diagnostisk klinikk:

Denne klinikken gjennomfører deler av Trygg kirurgi i samarbeid med OpIn. De er også viktige for å oppfylle deler av innsatsområdet Behandling av hjerneslag.

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi
Diagnostisk klinikk	
Radiologisk avdeling, invasiv seksjon	

Akuttmedisinsk klinikk:

Legemiddelsamstemming i Obs.post er startet. Her har de problemer med at enkelte leger ikke følger opp samstemmingsarbeidet som gjøres av sykepleierne.

Ambulansetjenesten følger UNNs prosedyre for trykksårforebygging og skifter fortløpende ut madrasser til en bedre type. Akuttjournalen er revidert og har tatt inn screening for trykksårrisiko. Dersom avdekket risiko, følges dette opp på obs.posten.

En sykepleier ved AMK er tatt opp på Nordisk forbedringsagentutdanning.

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
Akuttmedisinsk klinikk								
Ambulansetjenesten		Tilpasset				Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	
Akuttmottaket		Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	
Obspost			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	TILT

Psykisk helse og rusklinikken:

Innsatsområdene **forebygging av selvmord** og **forebygging av overdosedødsfall** er implementert ved aktuelle avdelinger. Legemiddelsamstemming er under innføring.

Psykisk helse- og rusklinikken kjører jevnlig læringsnettverkssamlinger, hvor enheter fokuserer på det de opplever er deres viktigste forbedringsområder innen pasientsikkerhet. Dette systematiske arbeidet ledes av fagutviklingsenheten ved klinikken.

Forbedringsområdene rapporteres også på ved innsending av rapporter og telematikk-møter hvor fremdrift følges opp og diskuteres. Har hatt ny læringsnettverkssamling i februar.

Psykisk helse- og rusklinikken, sengeposter 1. tertial 2017	Legemiddel-samstemming	Selv mord	Overdose	Egne pas.sikkerhetsprosj.
Akuttpost nord				
Akuttpost sør				Sjekkliste
Akuttpost Tromsø				Fysisk helse
Alderspsykiatri døgn				
Sikkerhet (Begge poster)	Tilpasset	Tilpasset		Krisemestringsplan
Døgn 1+2		Tilpasset		Pasientforløp
Døgn Storsteinnes		Tilpasset		Pårørendearbeid
SPHR Midt-Troms		Tilpasset		Pårørendekontakt
SPHR Ofoten		Tilpasset		Tavle + risikotavle
SPHR Nord-Troms		Tilpasset		Pårørendearbeid
SPHR Sør-Troms		Tilpasset		
ReStart				Kriseplaner, mange prosjekt
Rusbehandling Ung				"Stø kurs", pårørendekontakt
Avrusing		Tilpasset		Krisemestringsplan, HLR, Rusdata
Rusbehandling Narvik	Ikke måling men sjekkliste			Pårørendeinvolvering, Pasientforløp tvang

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

April 2017



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

ØMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling	5
Pasientsikkerhetsprogrammet	7
Ventelister	7
Ventetid	7
Fristbrudd	8
Korridorpasienter	10
Strykninger	10
Epikrisetid	11
Mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern	11
Oppholdstid i akuttmottaket	12
Aktivitet	13
Somatisk virksomhet	13
Psykisk helsevern voksne	16
Psykisk helsevern barn og unge	17
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	17
Samhandling	18
Utskrivningsklare pasienter	18
Bruk av pasienthotell	20
Personal	21
Bemanning	21
Sykefravær	25
AML-brudd	27
Kommunikasjon	28
Sykehuset i media	28
Økonomi	29
Resultat	29
Gjennomføring av tiltak	31
Prognose	32
Investeringer	33
Byggeprosjekter	33
Gylne regel	34

Hovedindikatorer

<p style="text-align: center;">Infeksjoner</p>	<p>Måles kvartalsvis. Første gang i mai 2017.</p>
<p style="text-align: center;">Legemiddelsamstemming</p>	<p>Måles fra annet halvår 2017.</p>
<p>Oppholdstid i akuttmottak, april</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 89 %</p> <p>Antall over 4 timer: 178</p>	
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av april</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">36</p>	

<p>Tvang psykisk helsevern – voksne, 1. kvartal</p> <p>Andel pasienter utsatt for tvang: 6,5 %</p>	
<p>Sykefravær, april</p> <p>8,2 %</p>	
<p>AML brudd, april</p> <p>Antall AML-brudd: 4319</p>	
<p>Tiltaksgjennomføring</p> <p>April: 43 %</p> <p>Hittil i år: 44 %</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 april 2017

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	254	236	92	70
Hode- halskreft	68	61	89	70
Kronisk lymfatisk leukemi	11	8	72	70
Myelomatose	17	13	76	70
Akutt leukemi	19	18	94	70
Lymfom	84	77	91	70
Bukspyttkjertelkreft	74	63	85	70
Tykk- og endetarmskreft	220	205	93	70
Blærekreft	103	92	89	70
Nyrekreft	84	72	85	70
Prostatakreft	257	214	83	70
Peniskreft	5	4	80	70
Testikkelkreft	29	28	96	70
Livmorkreft	74	66	89	70
Eggstokkreft	46	38	82	70
Livmorhalskreft	42	38	90	70
Hjernekreft	52	34	65	70
Lungekreft	189	184	97	70
Kreft hos barn	15	13	86	70
Kreft i spiserør og magesekk	67	64	95	70
Primær leverkreft	19	17	89	70
Skjoldbruskkjertelkreft	45	44	97	70
Føflekkreft	113	91	80	70
Galleveiskreft	29	21	72	70
Totalt	1916	1701	89	

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

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per april 2017

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	195	141	72	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	54	48	88	12	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			27	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	65	53	81	20	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	5	100	12	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	32	19	59	25	30
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	12	12	100	7	8
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	20	18	90	3	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	71	49	69	14	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	10	5	50	28	36
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	29	17	58	33	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	6	66	29	
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	35
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	178	114	64	30	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	3	50	35	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	30	18	60	33	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	101	75	74	31	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	20	13	65	34	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	23	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	55	23	41	48	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	27	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	6	66
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	107	48	44	70	37
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	96	48	50	37	66
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	12	6	50	51	37
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	68	31
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	11	6	54	34	36
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	66	53	80	27	30
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	36	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	2	66	22	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	70	60	85	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	13	7	53	30	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	15	10	66	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	7	5	71	25	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	14	12	85	27	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	20	17	85	12	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	12	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	52	30	57	40	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	28	25	89	21	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	77	65	84	26	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	4	80	3	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	13	10	76	6	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	12	9	75	31	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	21	21	100	25	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	13	11	84	31	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	9	1	11	45	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			20	
SARKOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	70	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	19	43
SKJOLDBRUSKKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	44	26	59	34	41
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1			36	
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			19	
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	123	111	90	12	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	24	35
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	11	11	100	31	48
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	3	1	33	43	41
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	1	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	124	92	74	16	22

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

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

Pasientsikkerhetsprogrammet

Rapporteres tertialvis. Se eget vedlegg for rapportering for første tertial.

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter på venteliste	15 301	8 959	8 077	-882	-10
...herav med fristbrudd	72	25	36	11	44
...herav med ventetid over 365 dager	1 094	106	67	-39	-37
Gjennomsnittlig ventetid dager	115	68	58	-10	-15
Ikke møtt til planlagt avtale	1 274	1 379	1 492	113	8

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

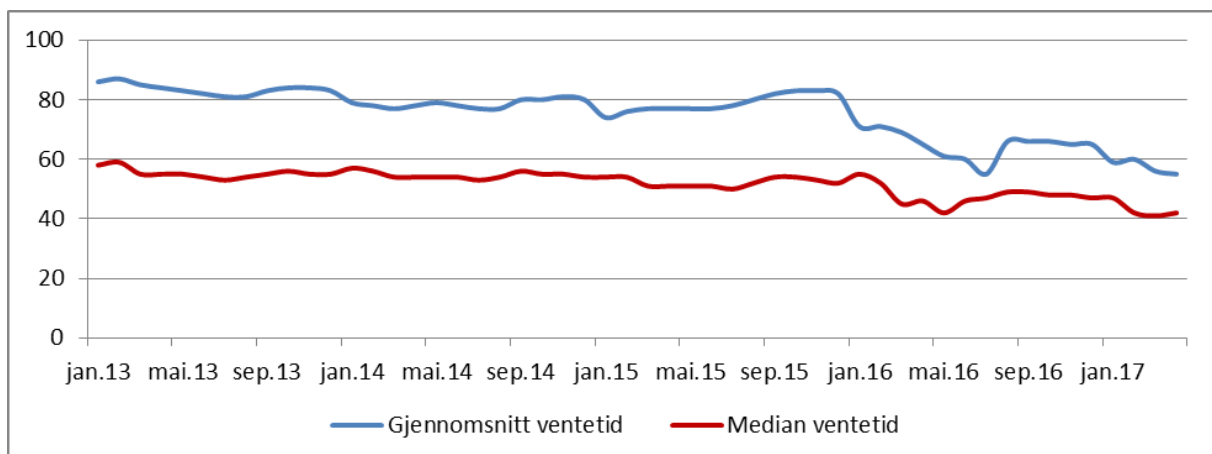
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	18 571	17 957	16 594	-1 363	-8
...herav med fristbrudd	475	171	229	58	34
Andel - avviklet ordinært	47	89	100	11	12

Ventetid

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

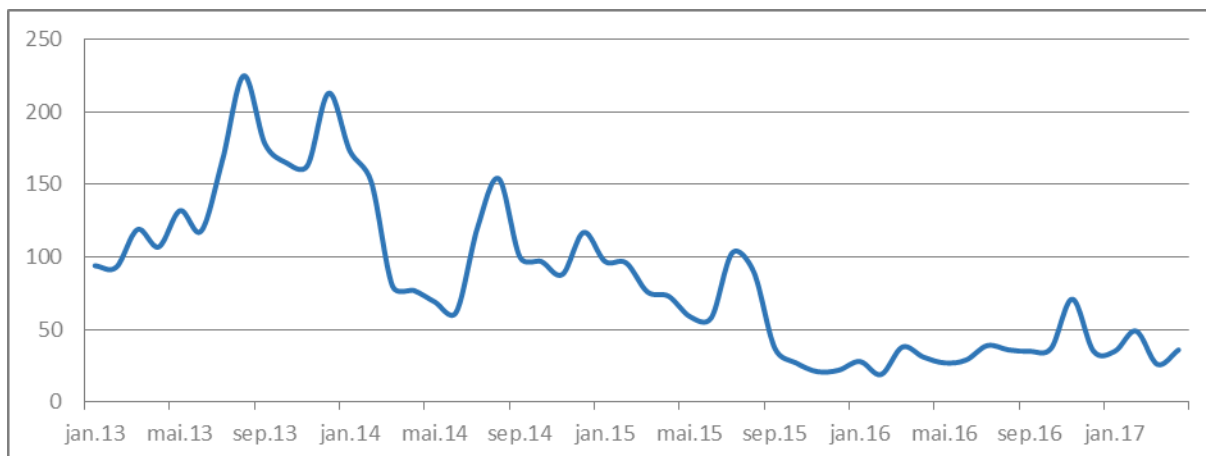
	2015	2016	2016	Endring 2016-2017	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	77	65	55	-10	-15
Median ventetid i dager	51	46	42	-4	-9

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid



Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

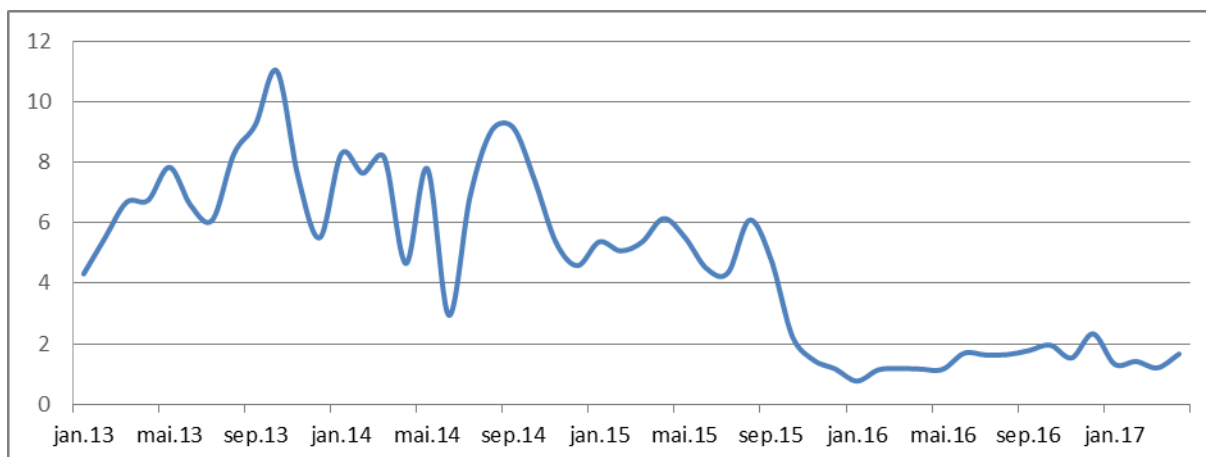


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av april 2017

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	304	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	6	1 970	0
Medisinsk klinikk	4	791	1
Hjerte- og lungeklinikken	3	435	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	22	4 279	1
UNN	36	8 345	0

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

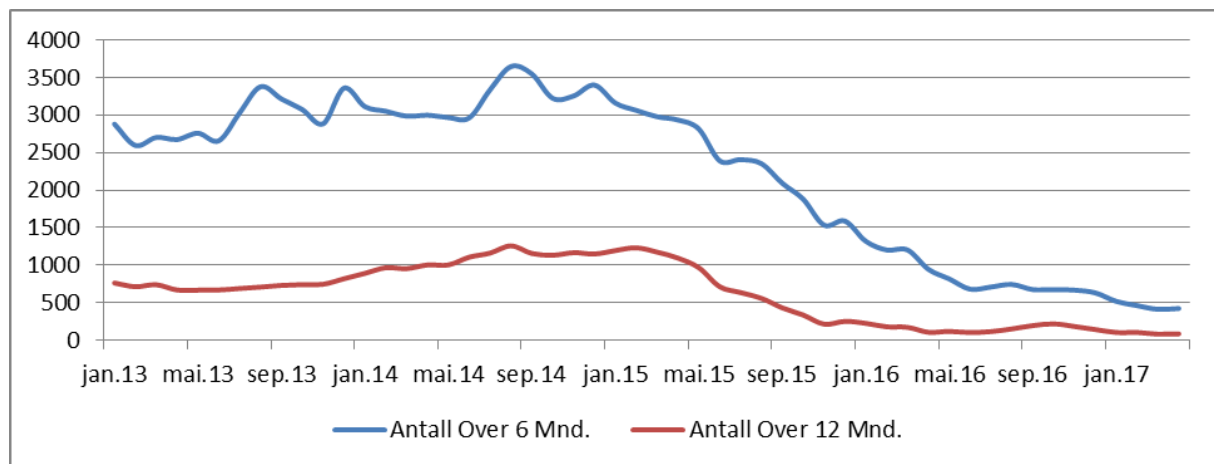
Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



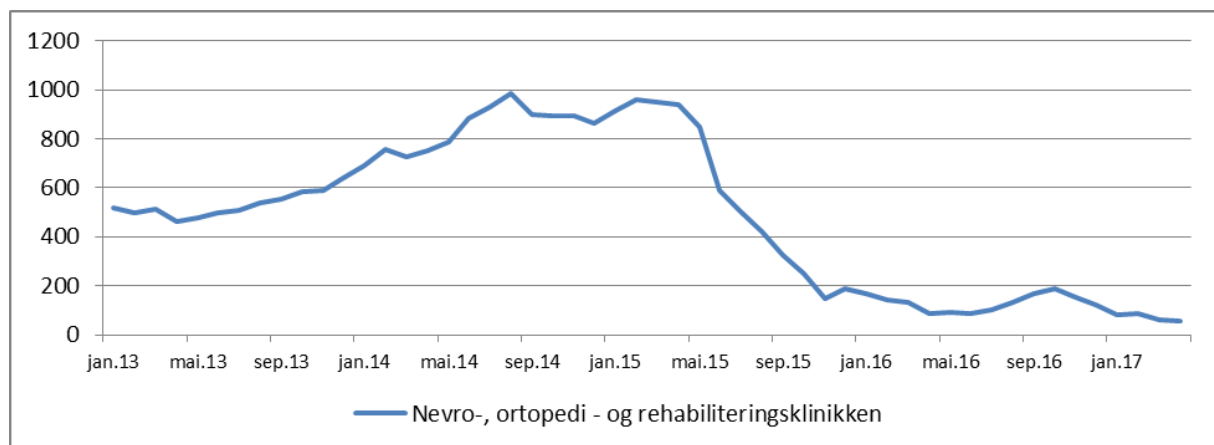
Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	mar.17	apr.17
Barne- og ungdomsklinikken	1	1
Hjerte- og lungeklinikken	3	2
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18	19
Medisinsk klinikk	3	2
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	35	19
Psykisk helse- og rusklinikken	1	1
UNN	61	44

Figur 4 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 5 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



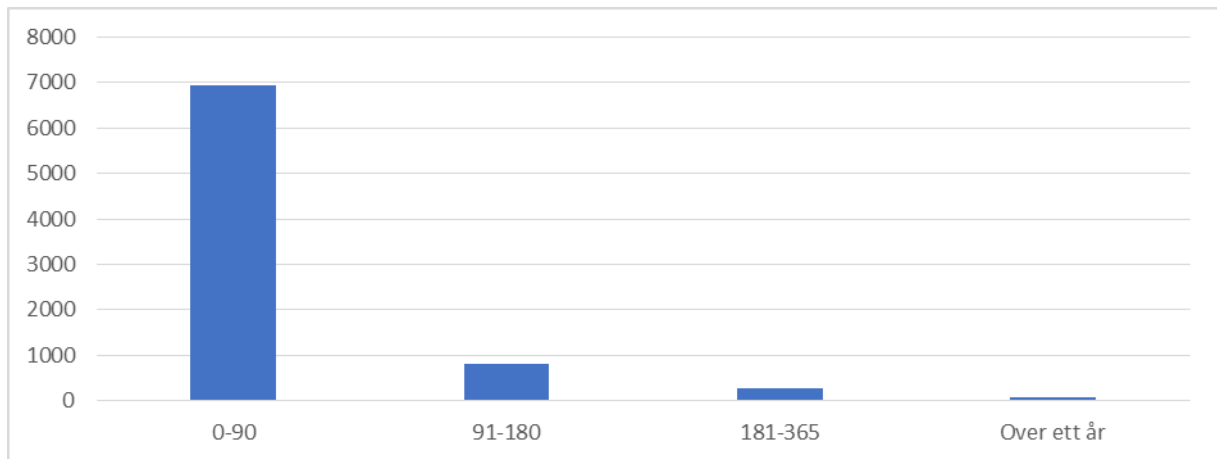
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

Tabell 8 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av april 2017

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	21	1
Medisinsk klinikk	6	1
Hjerte- og lungeklinikken	2	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	56	1
UNN	85	1

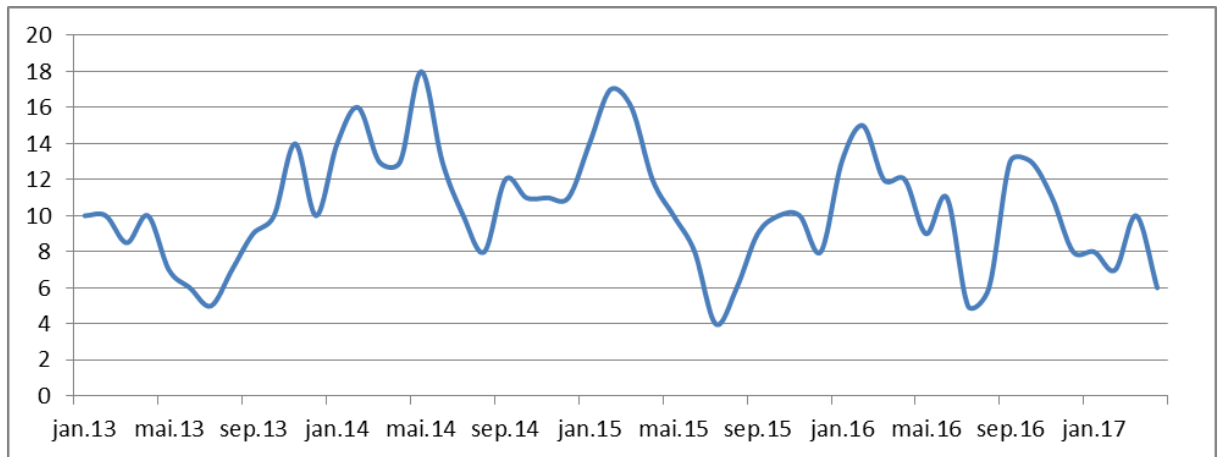
Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

Figur 6 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



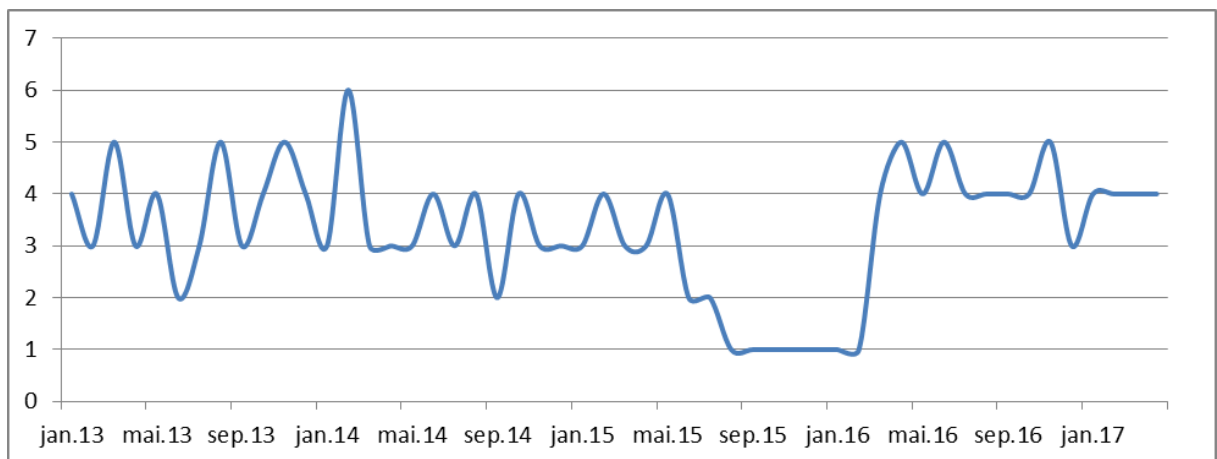
Korridorpasienter

Figur 7 Korridorpasienter – somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



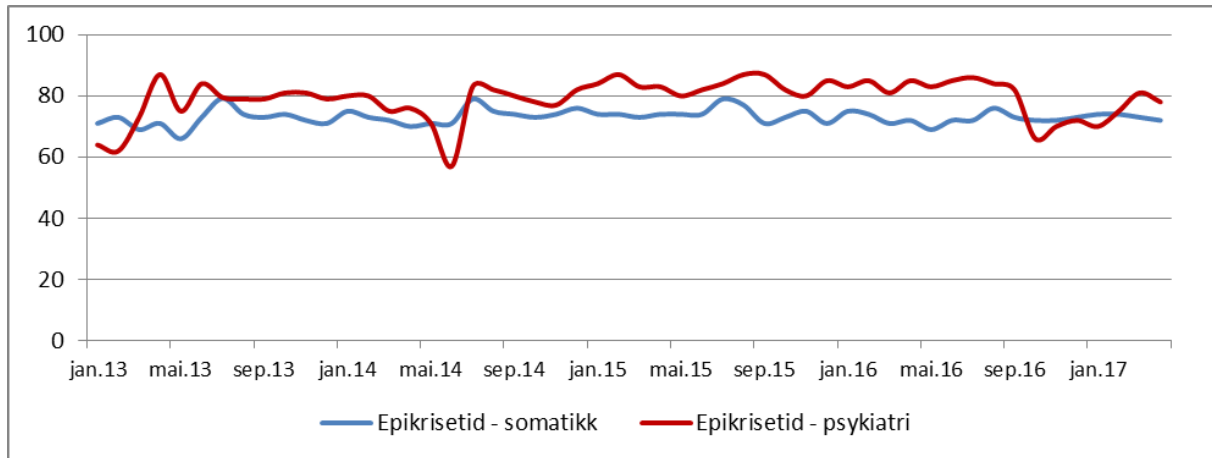
Strykninger

Figur 8 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



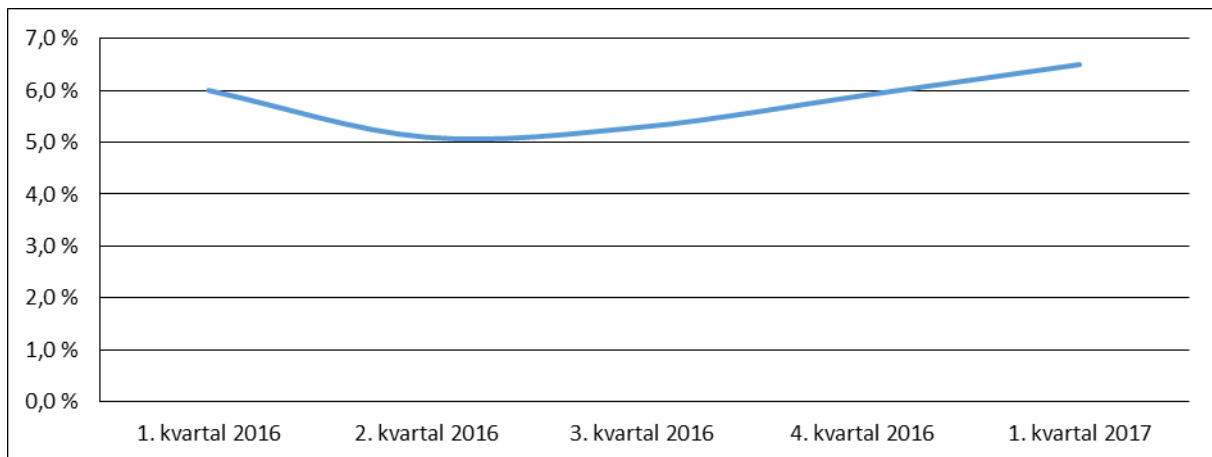
Epikrisetid

Figur 9 Epikriser - andel sendt innen syv dager



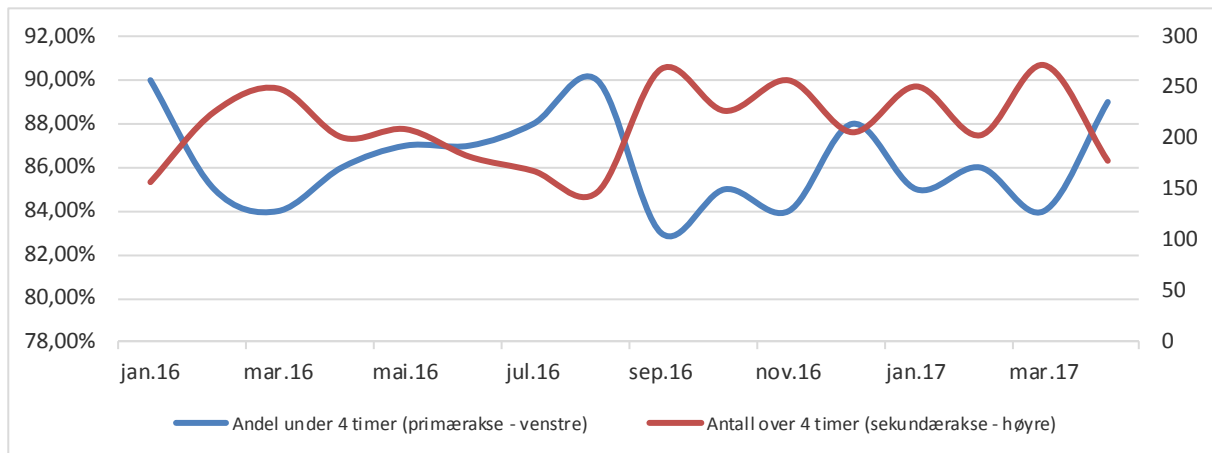
Mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern

Figur 10 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern (nasjonal indikator)



Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 11 Oppholdstid i akuttmottaket (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



Dette gjelder innlagte pasienter, ikke pasienter som kun er i akuttmottak for poliklinikk og som sendes ut igjen.

Tabell 9 Oppholdstid i akuttmottaket fordelt per lokalisasjon

Oppholdstid i akuttmottaket			
Andel under 4 timer	Tromsø	Harstad	Narvik
Januar	84 %	87 %	87 %
Februar	87 %	86 %	86 %
Mars	84 %	86 %	82 %
April	89 %	91 %	88 %
Antall over 4 timer	Tromsø	Harstad	Narvik
Januar	162	53	36
Februar	118	52	33
Mars	158	59	55
April	110	37	31

Aktivitet

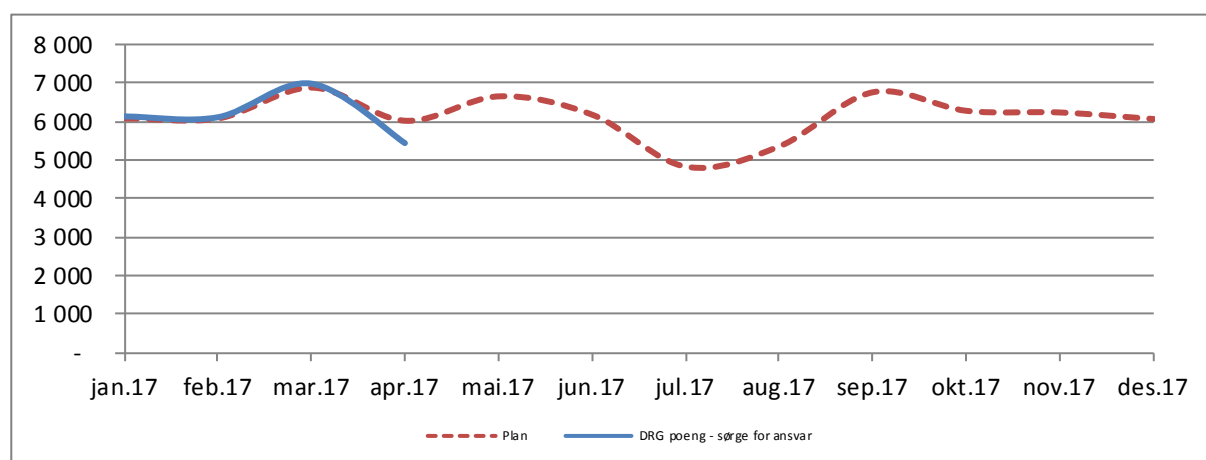
Tabell 10 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2016	2017	Plantall 2017	Avvik fra 2016		Avvik fra plan 2017	
				Antall	%	Antall	%
Somatikk							
Utskrivelser heldøgn	13 767	13 970	14 257	203	1,5	-287	-2,0
Innlagte dagopphold	2 302	2 158	2 358	-144	-6,3	-200	-8,5
Polikliniske dagbehandlinger	9 390	8 746	10 729	-644	-6,9	-1 983	-18,5
DRG poeng (2017 logikk)	22 407	24 650	25 001	2 243	10,0	-351	-1,4
Liggedager i perioden	60 615	60 645	59 507	30	0,0	1 138	1,9
Polikliniske konsultasjoner	92 467	91 530	88 989	-937	-1,0	2 541	2,9
Herav ISF	77 367	78 087	78 426	720	0,9	-339	-0,4
Kontrollandel poliklinikk	31 %	31 %	31 %	0 %	0,0	0 %	0,0
Laboratorieanalyser	1 874 066	2 104 465	1 872 430	230 399	12,3	232 035	12,4
Røntgenundersøkelser	58 658	54 277	53 385	-4 381	-7,5	892	1,7
Fremmøte stråleterapi	4 272	4 191	4 396	-81	-1,9	-205	-4,7
Pasientkontakter	108 536	107 658	105 604	-878	-0,8	2 054	1,9
VOP							
Utskrivelser heldøgn	1 042	1 147	1 142	105	10,1	5	0,4
Liggedager i perioden	14 652	16 225	15 377	1 573	10,7	848	5,5
Polikliniske konsultasjoner	21 926	21 956	23 818	30	0,1	-1 862	-7,8
Pasientkontakter	22 968	23 103	24 960	135	0,6	-1 857	-7,4
BUP							
Utskrivelser heldøgn	67	82	101	15	22,4	-19	-19,1
Liggedager i perioden	947	1 283	1 178	336	35,5	105	8,9
Polikliniske konsultasjoner	9 003	9 637	9 225	634	7,0	412	4,5
Pasientkontakter	9 070	9 719	9 327	649	7,2	392	4,2
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)							
Utskrivelser heldøgn	229	242	273	13	5,7	-31	-11,4
Liggedager i perioden	7 023	7 015	8 379	-8	-0,1	-1 364	-16,3
Polikliniske konsultasjoner	3 874	3 844	4 046	-30	-0,8	-202	-5,0
Pasientkontakter	4 103	4 086	4 319	-17	-0,4	-233	-5,4

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

Somatisk virksomhet

Figur 12 DRG-poeng UNN 2017

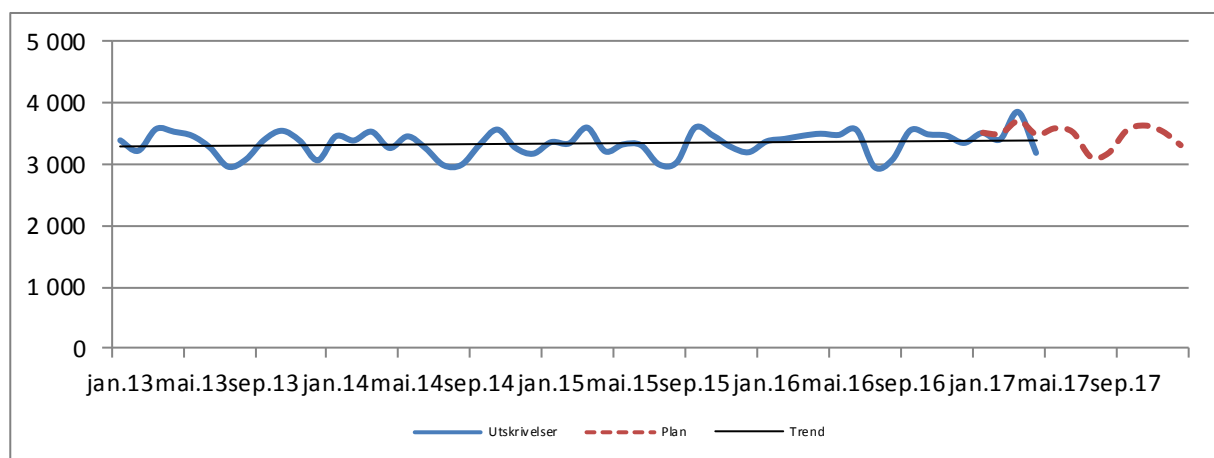


Tabell 11 DRG-poeng hittil i år 2017 fordelt på klinikk

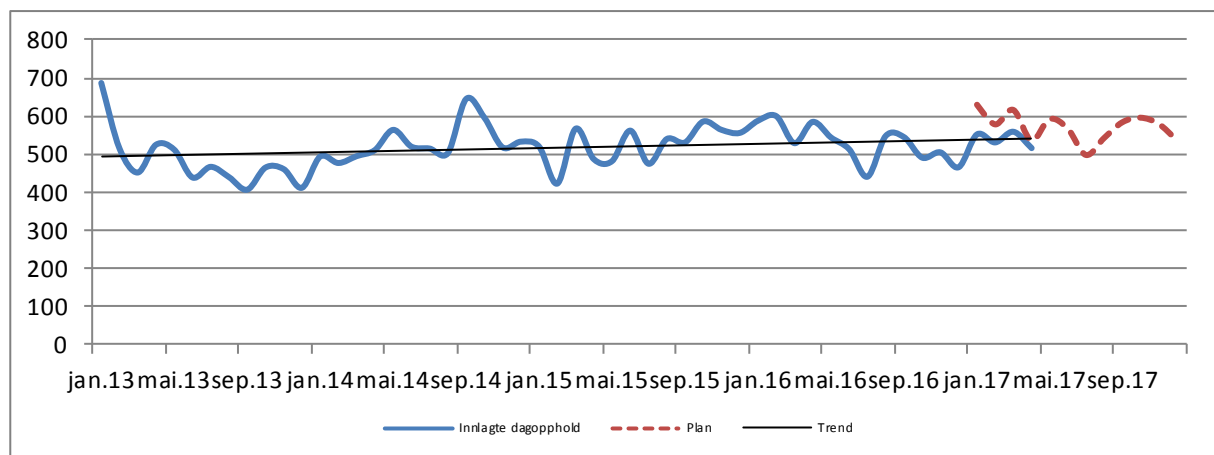
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	523	515	8
Barne- og ungdomsklinikken	1 147	1 039	108
Hjerte- og lungeklinikken	4 170	4 061	109
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	6 220	6 780	-560
Medisinsk klinikk	4 524	4 238	286
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	6 108	6 391	-283
Operasjons- og intensivklinikken	129	137	-8
Totalt	22 820	23 160	-340

DRG-poeng – egen produksjon.

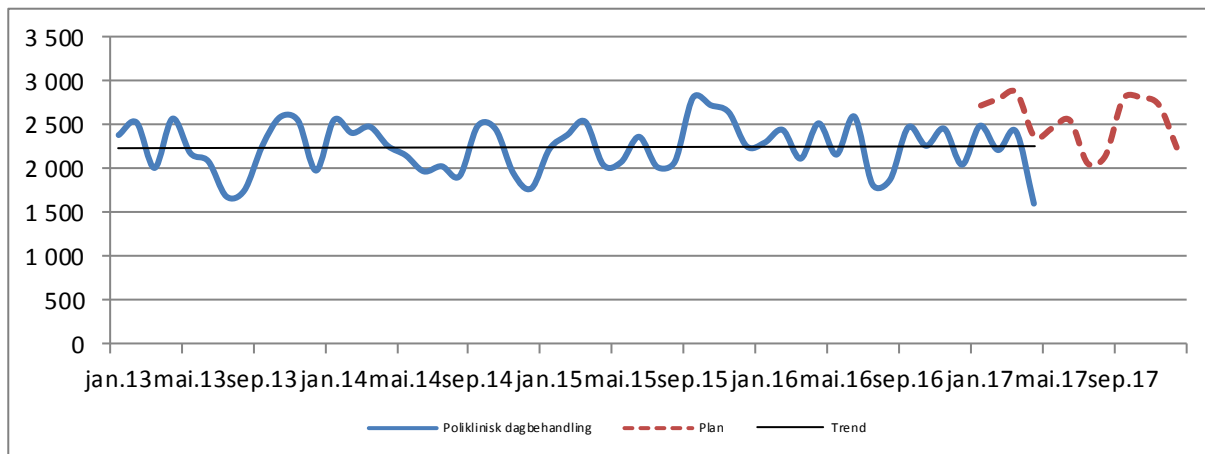
Figur 13 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



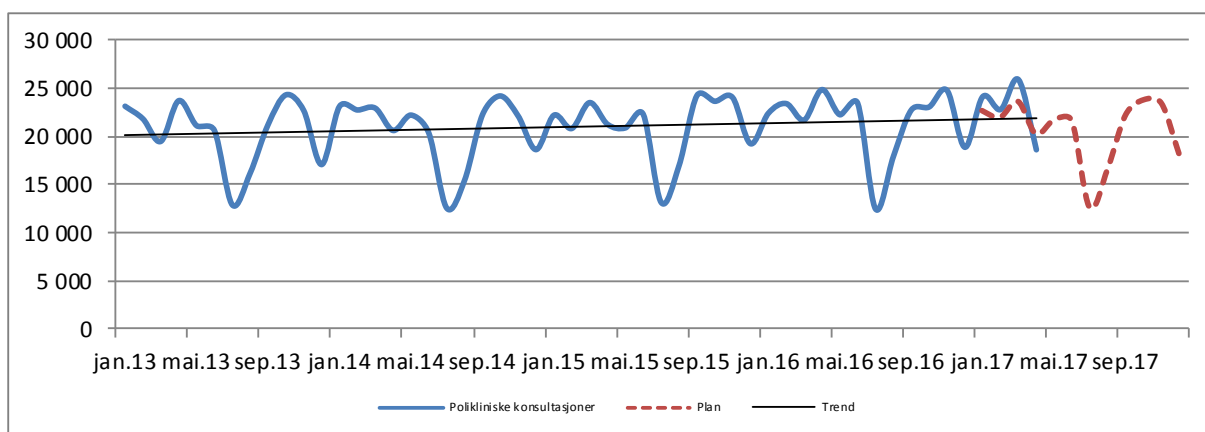
Figur 14 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



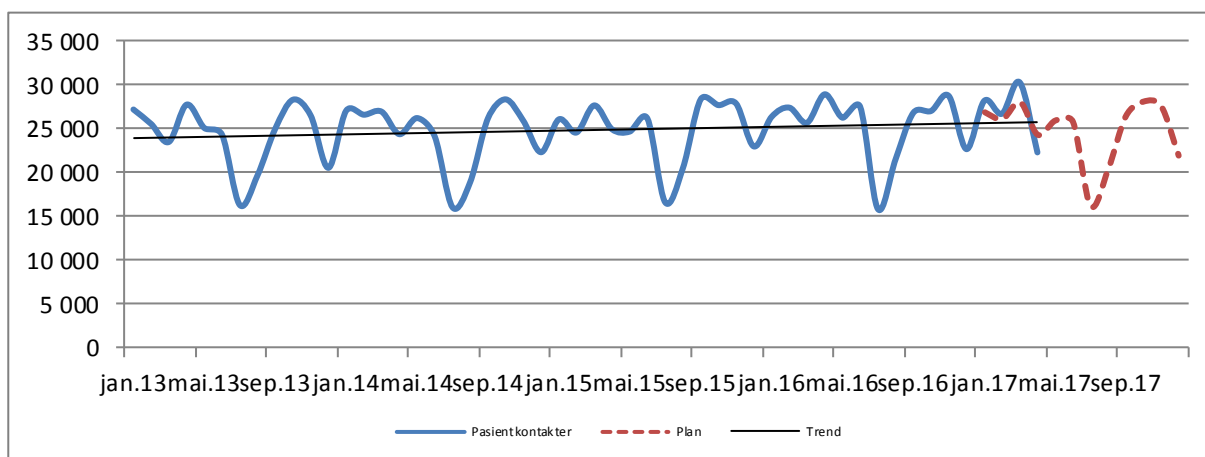
Figur 15 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



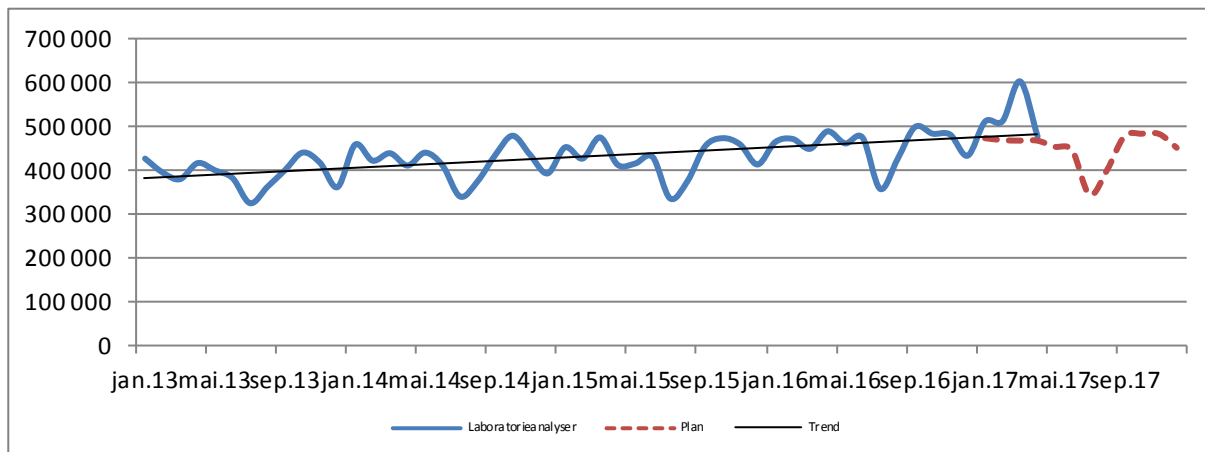
Figur 16 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



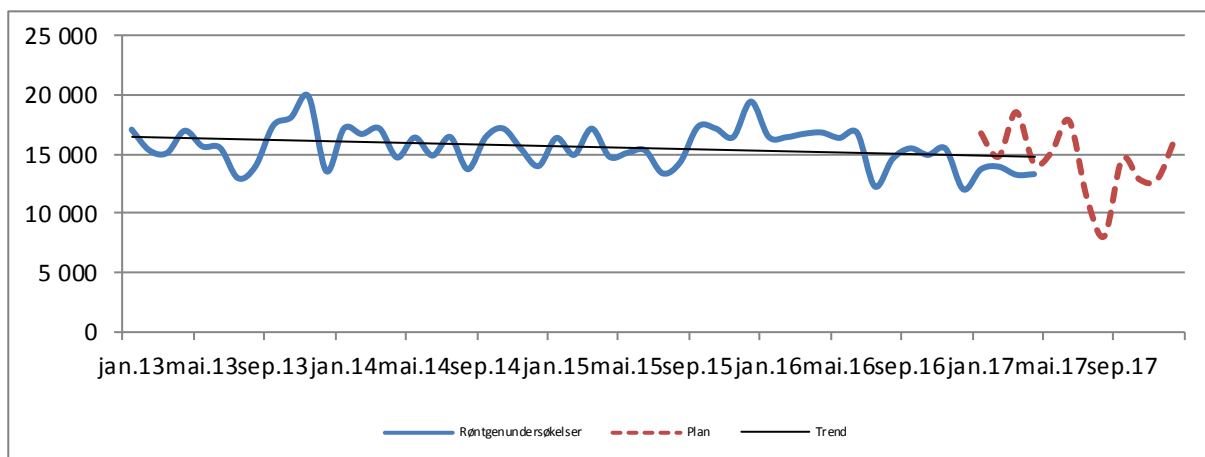
Figur 17 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 18 Laboratorieanalyser

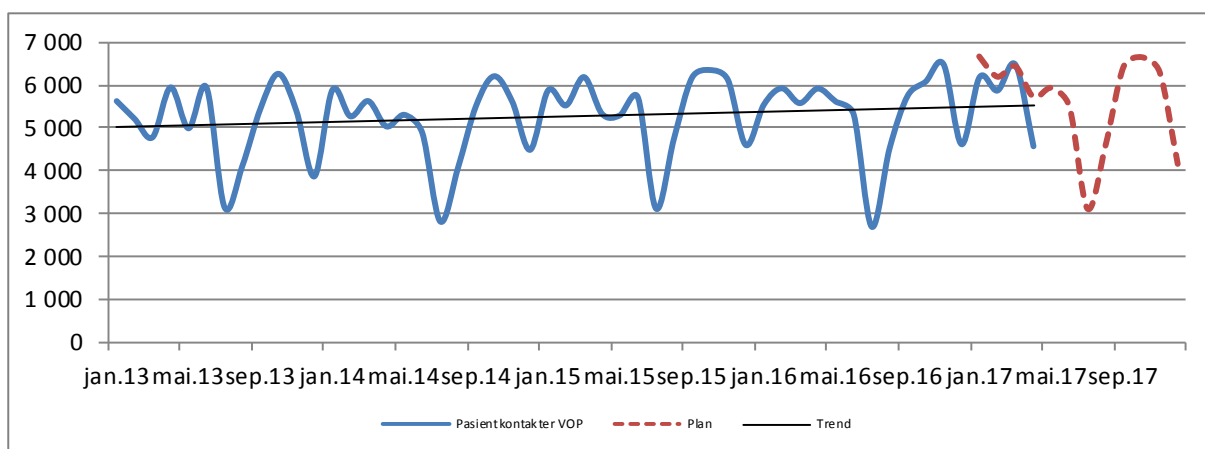


Figur 19 Røntgenundersøkelser



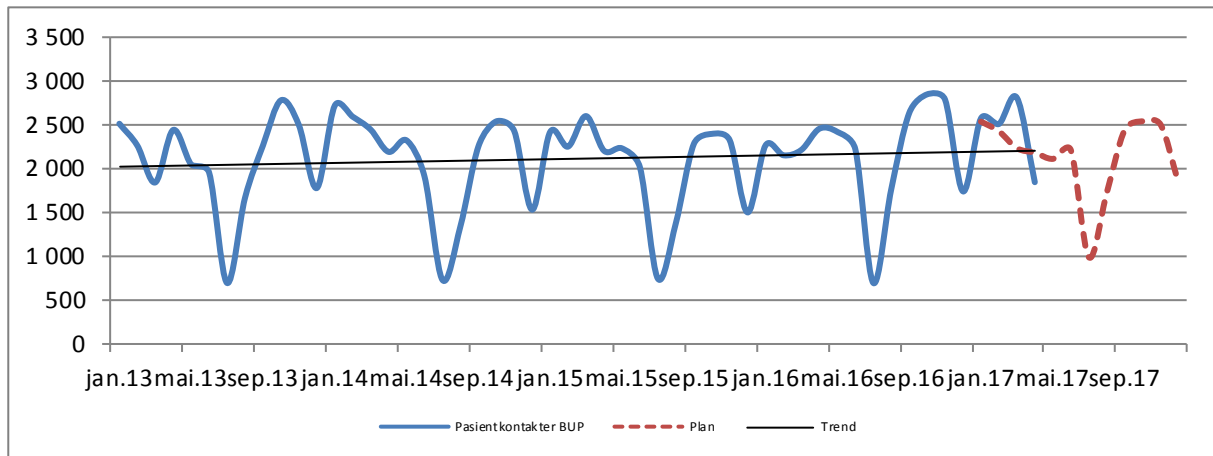
Psykisk helsevern voksne

Figur 20 Pasientkontakter – VOP



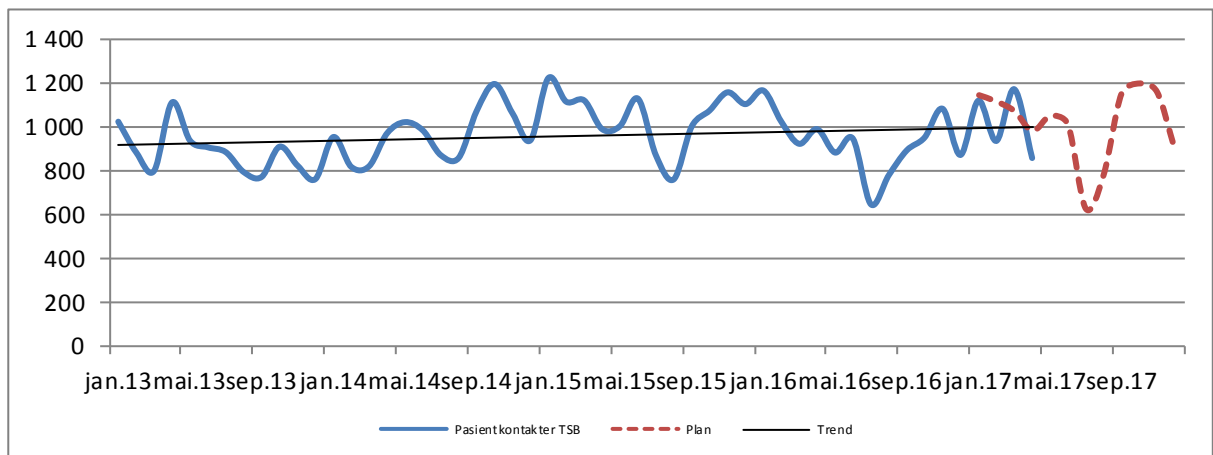
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 21 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 22 Pasientkontakter- TSB

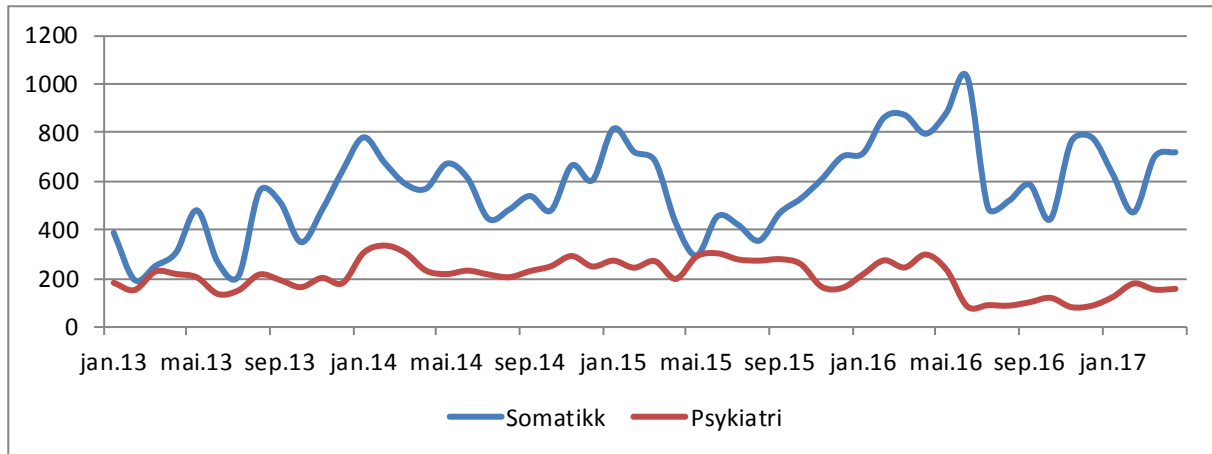


Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

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

Figur 23 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

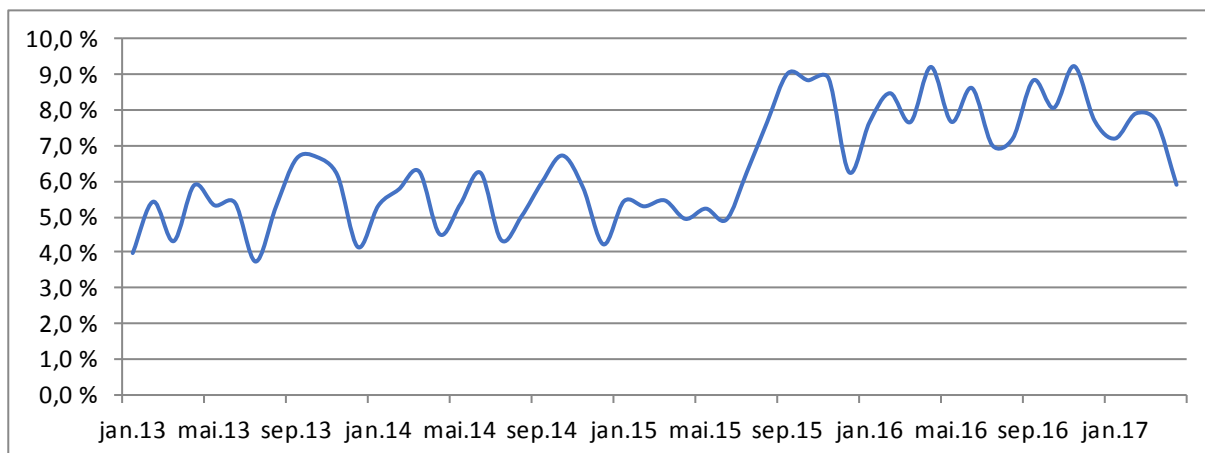


Tabell 12 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

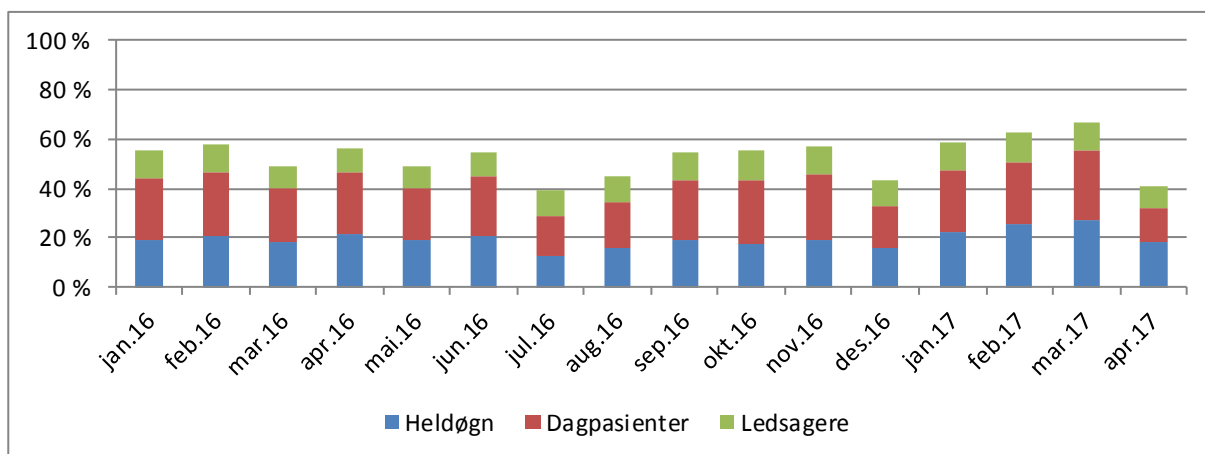
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-april	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering jan-april	Antall opphold jan-april	Utskrivningsklare døgn jan-april pr 1000 innbyggere
IBESTAD	31	7	24	22
TJELDSUND	28	4	24	22
KARLSØY	46	42	5	20
SKÅNLAND	60	14	49	20
HARSTAD	446	169	293	18
LØDINGEN	36	6	30	17
TROMSØ	1 175	1 030	182	16
STORFJORD	27	25	2	14
SALANGEN	30	17	13	14
GRATANGEN	15	4	11	13
NARVIK	226	115	115	12
EVENES	16	1	15	12
KVÆFJORD	35	3	32	11
LAVANGEN	11	1	10	11
BALSFJORD	53	35	21	9
BALLANGEN	21	7	14	8
NORDREISA	30	24	7	6
LYNGEN	17	9	8	6
BERG	4	0	4	4
MÅLSELV	26	8	18	4
TYSFJORD	7	1	6	4
DYRØY	4	1	3	3
TORSKEN	3	1	2	3
SKJERVØY	8	5	3	3
BARDU	11	2	9	3
LENVIK	29	7	23	3
TRANØY	3	1	2	2
KÅFJORD	4	2	2	2
SØRREISA	5	1	4	1
Sum	2 407	1 542	931	13

Bruk av pasienthotell

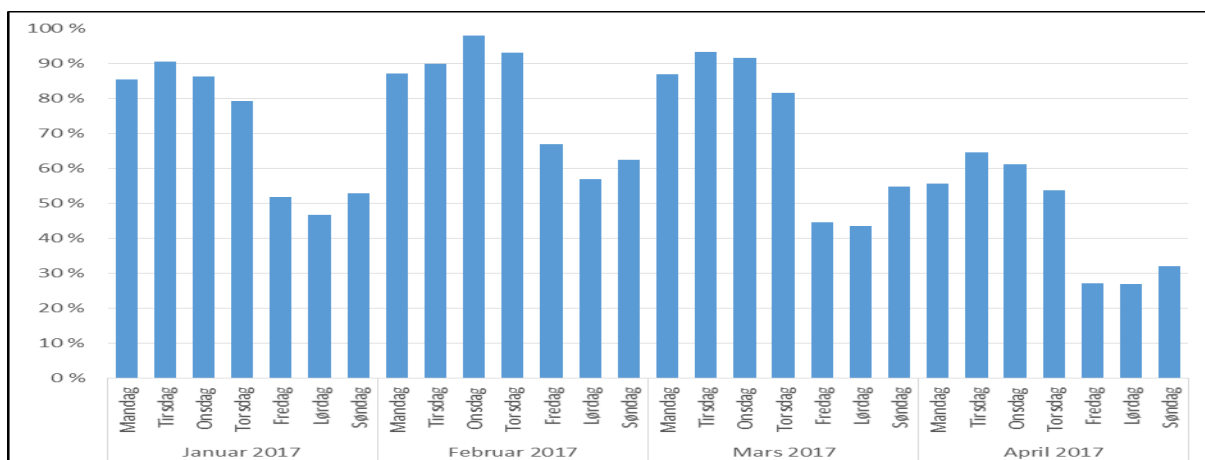
Figur 24 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 25 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



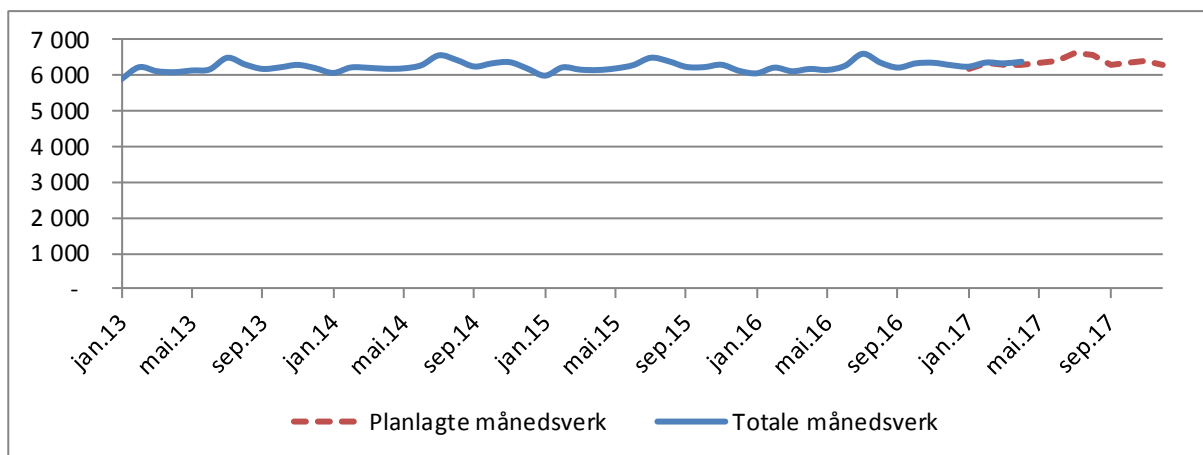
Figur 26 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



Personal

Bemanning

Figur 27 Brutto utbetalte månedssverk 2013-2017



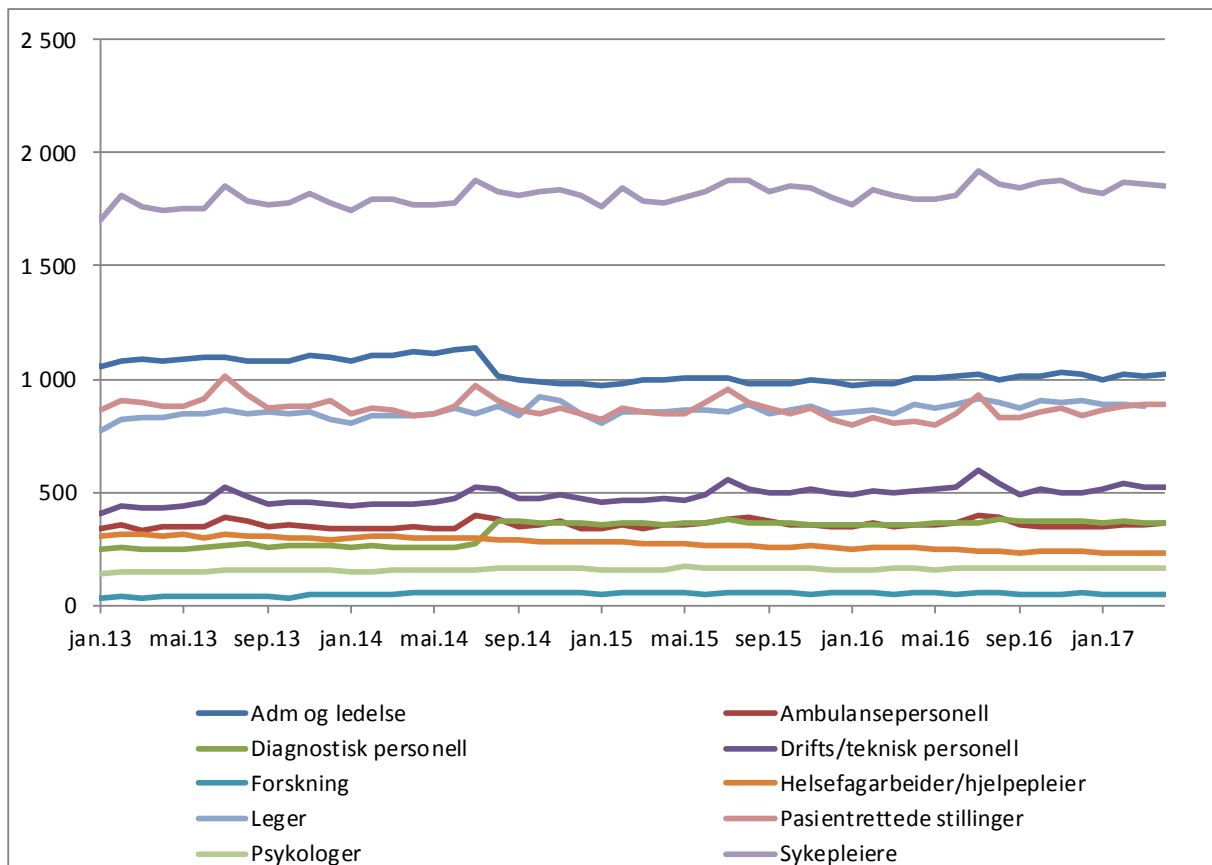
Tabell 13 Brutto utbetalte månedssverk 2015-2017

Måned	2015	2016	2017	Plantall 2017	Avvik mot plan
Januar	5 988	6 054	6 241	6 207	34
Februar	6 220	6 213	6 357	6 351	6
Mars	6 156	6 112	6 333	6 315	18
April	6 146	6 176	6 379	6 316	63
Mai	6 191	6 149		6 348	
Juni	6 284	6 266		6 409	
Juli	6 491	6 601		6 667	
August	6 393	6 353		6 581	
September	6 234	6 214		6 308	
Oktober	6 226	6 333		6 353	
November	6 293	6 349		6 421	
Desember	6 123	6 282		6 283	
Snitt hittil i år	6 128	6 139	6 327	6 297	30

Tabell 14 Plantall månedsverk og faktiske månedsverk 2017

Månedsverk per april	Plantall månedsverk	Faktisk månedsverk	Avvik faktisk mot plan
10 - Akuttmedisinsk klinikk	497	510	13
11 - Longyearbyen sykehus	28	23	-5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	626	633	7
13 - Hjerte- lungeklinikken	359	365	7
15 - Medisinsk klinikk	564	572	9
17 - Barne- og ungdomsklinikken	386	385	-1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	626	621	-5
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	766	757	-9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	948	955	7
30 - Diagnostisk klinikk	585	593	8
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	57	51	-5
45 - Drifts- og eiendomssenter	399	392	-7
52 - Stabssenteret	176	177	1
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	171	181	10
62 - Felles	107	107	-
70 - Byggeprosjekter	6	6	-
SUM	6 298	6 328	30

Figur 28 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2013-2017



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 15 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2015-2017

Profesjon	2015	2016	2017	Avvik fra 2016
Adm og ledelse	988	985	1 012	28
Ambulansepersonell	346	354	355	1
Diagnostisk personell	360	355	366	11
Drifts/teknisk personell	464	498	525	26
Forskning	52	51	48	-3
Helsefagarbeider/hjelpepleier	276	254	231	-22
Leger	843	864	896	32
Pasientrettede stillinger	849	814	879	65
Psykologer	156	158	164	6
Sykepleiere	1 793	1 805	1 851	45
Snitt hittil i år	6 128	6 139	6 327	189

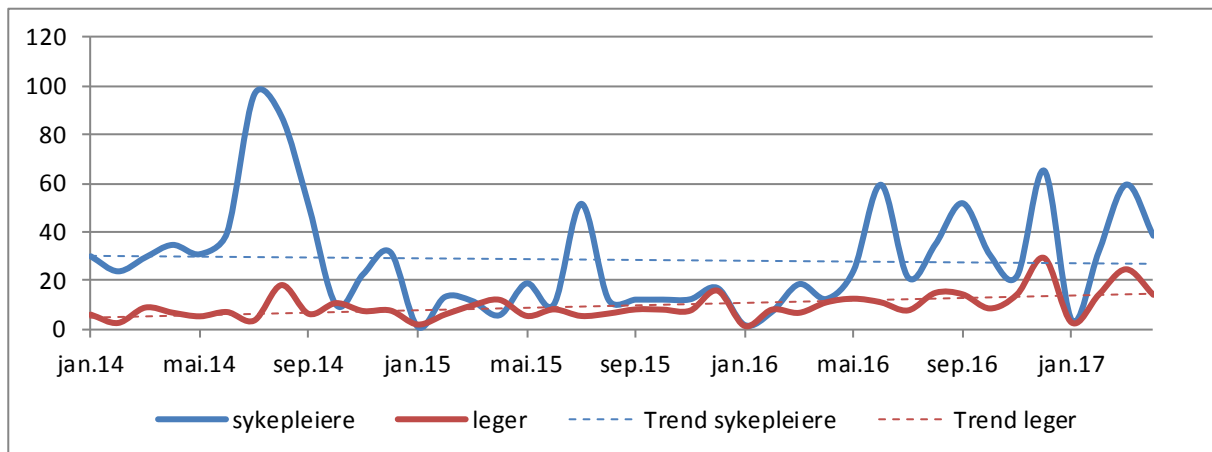
Tabell 16 Endring månedsverk fordelt på profesjon og klinikk 2016-2017

Profesjon/Klinikk	Akutt	K3K	HLK	MK	BUK	OPIN	NOR	PHRK	DK	DES	Stab	Kvalut	Øvrige	Sum endring
01. Adm. og ledere	-1	4	-1	5	13	4	6	-9	-14	-1	1	8	13	28
02. Pasientrettede stillinger	3	8	6	5	21	3	9	9	1	1	-1	1	0	65
03. Leger	-1	13	9	-2	5	3	1	1	6			-	-3	32
04. Psykologer	-	-	-1	1	24	0	-0	-20	0				1	6
05. Sykepleiere	-3	10	8	3	8	6	-9	16	-1			1	6	45
06. Helsefagarbeider/hjelpepleier	-1	-4	-3	-10	-1	3	0	-6	7	-0			-8	-22
07. Diagnostisk personell	-	3		2	-0	-2	-		16			-1	-7	11
09. Drifts/teknisk personell	2	2	-0	1	-1	-	1	3	-0	5		1	13	26
10. Ambulansepersonell	1	-	1	-	-0	-	-						-1	1
11. Forskning	-	-		-1	1	-	-0	1				-0	-3	-3
SUM Endring	-1	37	20	4	70	17	7	-5	16	5	-	10	11	189

BUK: Økning gjelder overføring av barne-og ungdomspsykiatri fra PHRK

PHRK: Reduksjon ifm overføring av barne-og ungdomspsykiatri til BUK, økning Medikamentfritt tilbud, samt høy aktivitet akuttpostene og sikkerhetspsykiatri.

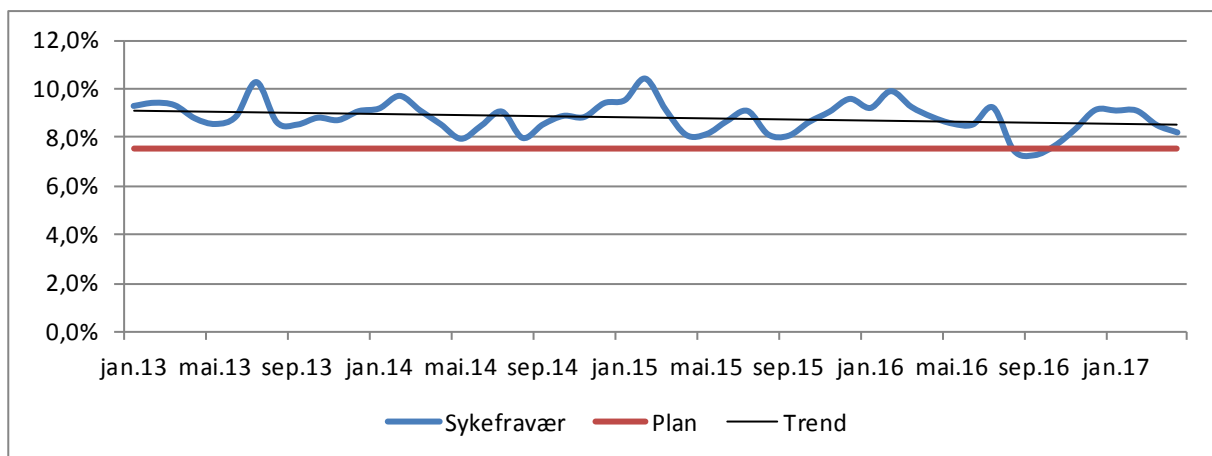
K3K/NOR: 17,5 månedsverk overført fra NOR til K3K ifm overføring plastikkirurgisk seksjon.

Figur 29 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNNs totale sykefravær i april 2017 er på 8,2 %. Samme måned i 2016 var sykefraværet 8,8%. Dette er en reduksjon på 0,6 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger stabilt på 2,5 %, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,1% med en økning på 0,6 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 3,5 % og viser en reduksjon på 1,3 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i april 260 ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN.

Figur 30 Sykefravær 2013-2017

Tabell 17 Sykefravær fordelt på klinikk gjennomsnittlig siste 12 måneder og april 2017

Klinikk	Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd	Sykefravær april 2017
Akuttmedisinsk klinikk	8,9	8,2
Longyearbyen sykehus	4,7	5,3
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,1	7,0
Hjerte og lungeklinikken	7,0	6,7
Medisinsk klinikk	8,3	8,3
Barne- og ungdomsklinikken	8,5	7,9
Operasjons- og intensivklinikken	9,1	7,7
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8,8	8,2
Psykisk helse- og rusklinikken	10,9	11,2
Diagnostisk klinikk	8,3	8,7
Nasjonalt senter for ehelseforskning og utredning	4,1	3,8
Drift og eiendomsenteret	9,2	9,0
Stabssenteret	5,5	4,9
Kvalitets- og utviklingsenteret	8,3	7,9
Turnusleger, raskere tilbake	2,3	1,2
Totalt	8,5	8,2

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i april måned vært registrert 1 egenmeldinger i HN LIS hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

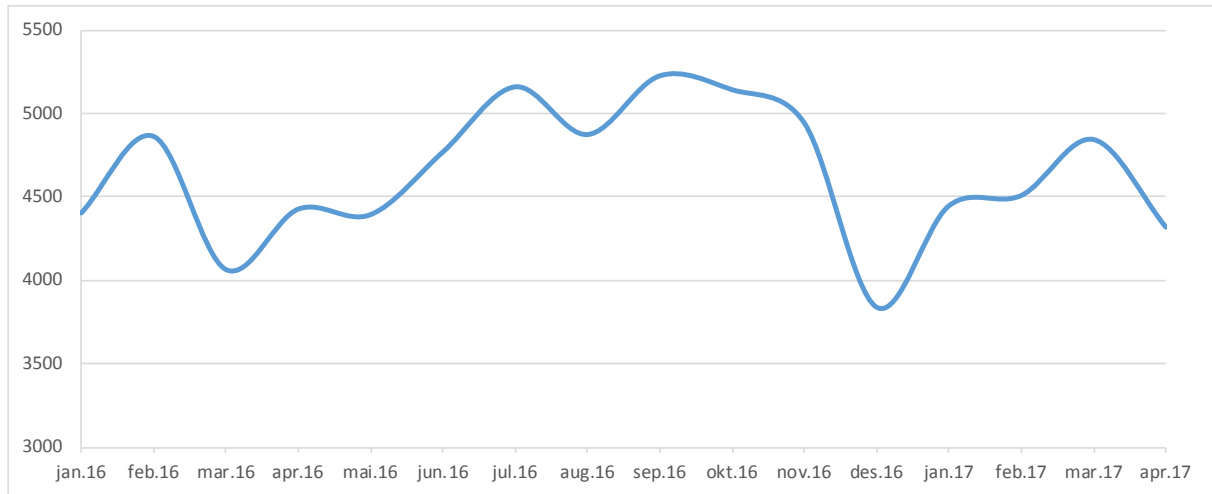
Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i april 2017 vært registrert totalt 545 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 272 graderte. Det tilsvarer en andel på 49,9 % graderte sykemeldinger. Andelen er 7,7 prosentpoeng lavere enn i forrige måned (57,6 %).

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

AML-brudd

Figur 31 Antall AML-brudd 2016-2017



Tabell 18 AML-brudd per klinikk

Klinikk	1.tertial 2016	1.tertial 2017	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	2744	2549	-7 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	899	1084	21 %
Hjerte og lungeklinikken	1274	1318	3 %
Medisinsk klinikk	765	628	-18 %
Barne- og ungdomsklinikken	297	465	57 %
Operasjons- og intensivklinikken	2112	1709	-19 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	1146	1272	11 %
Psykisk helse- og rusklinikken	594	1240	109 %
Diagnostisk klinikk	553	710	28 %
Nasjonalt senter for ehelseforskning og utredning	0	4	
Drift og eiendomssenteret	343	392	14 %
Stabssenteret	53	49	-8 %
Kvalitets- og utviklingscenteret	35	30	-14 %
Totalt	10815	11450	6 %

Kategoriene katastrofe og utrykning utgjør 8,3 % av årsakene til brudd på arbeidstidsbestemmelsene hittil i år. Kategoriene annet og tom (ingen registrering) utgjør 47 % av årsakene.

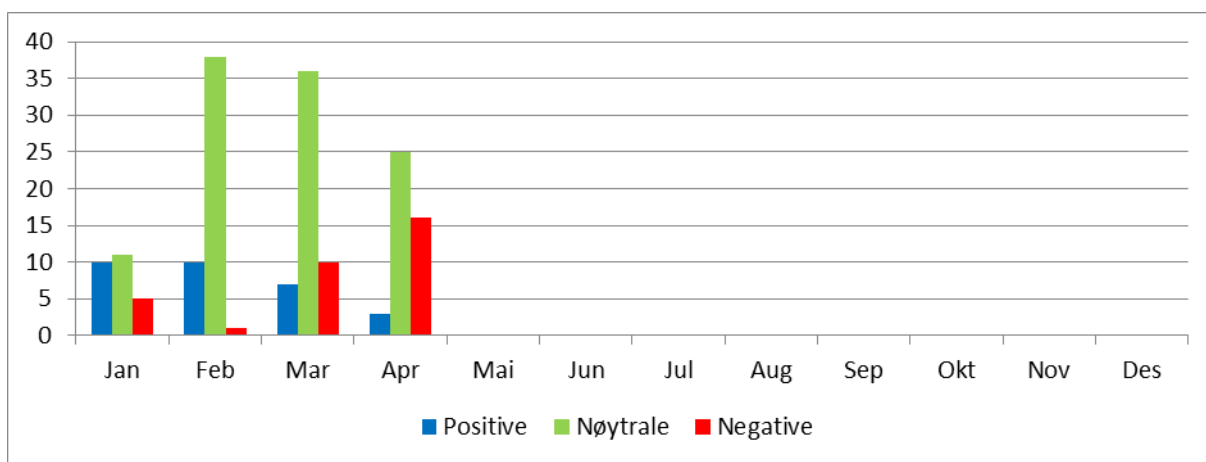
Kommunikasjon

Sykehuset i media

I april handler en stor andel av medieoppslagene om et traumemottak ved UNN Tromsø i 2013 hvor en pasient døde. Fremover omtaler Nasjonal helse- og sykehusplan og helseministerens beslutning om akuttkirurgisk beredskap ved UNN Narvik med mange ulike vinklinger og intervjuer.

I forbindelse med en scooterulykke på Svalbard i mars, er saken om ambulansejetfly stasjonert i Tromsø aktualisert igjen og tas opp av både media og nordnorske politikere. Det er overvekt av nøytrale, informative medieoppslag denne måneden.

Figur 32 Mediestatistikk 2017

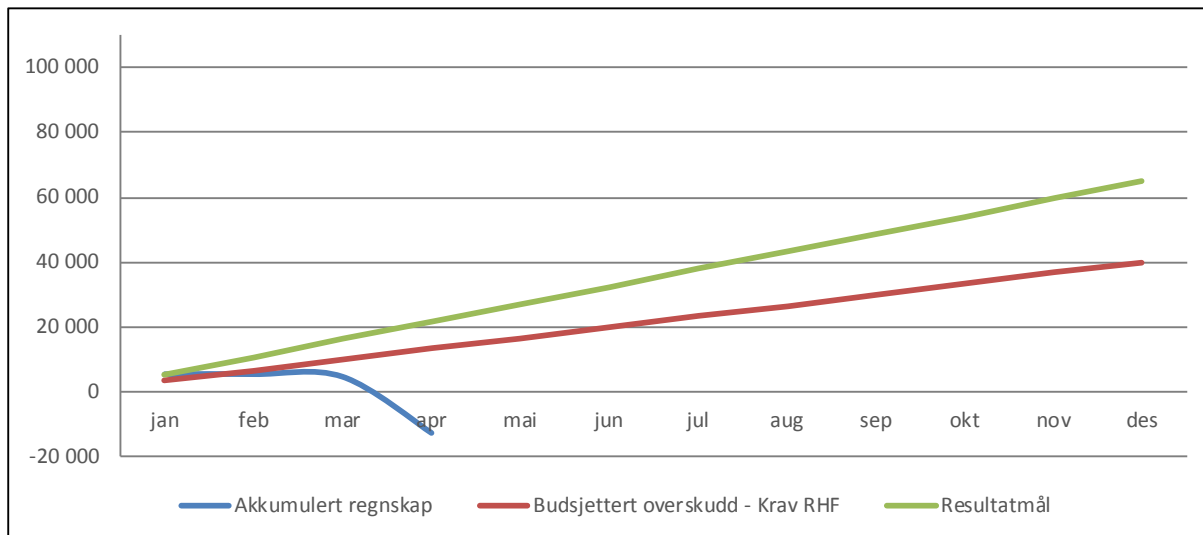


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nr.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 33 Akkumulert regnskap og budsjett 2017



For 2017 er det et overskuddskrav fra RHF 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 25 mill kr, slik at styringsmålet for 2017 er et overskudd på til sammen 65 mill kr (5,4 mill kr per måned og 2,1 mill kr høyere enn budsjettet).

Regnskapet for april viser et regnskapsmessig resultat på -17,3 mill kr. Det er 22,7 mill kr lavere enn resultatmålet og 20,7 mill kr lavere enn budsjett. Akkumulert per april viser regnskapet 12,6 mill kr i underskudd, 26,0 mill kr lavere enn budsjett og 34,3 mill kr lavere enn internt styringsmål.

Tabell 19 Resultatregnskap april 2017

Resultatrapportering (tall i mill kr)	April				Akkumulert per April			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	406,8	406,8	0,0	0 %	1 534,6	1 534,6	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	0 %	9,2	9,2	0,0	0 %
ISF egne pasienter	117,5	123,6	-6,2	-5 %	518,8	515,4	3,4	1 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,0	5,6	-0,6	-11 %	27,2	28,8	-1,6	-6 %
Gjestepasientinntekter	1,6	3,0	-1,4	-47 %	7,9	11,8	-3,9	-33 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,0	14,7	2,3	16 %	72,8	59,4	13,4	23 %
Utskrivningsklare pasienter	2,0	1,3	0,7	51 %	6,1	6,1	-0,1	-1 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,2	2,1	0,1	3 %	8,7	8,8	-0,1	-1 %
Andre øremerkede tilskudd	21,3	24,3	-3,1	-13 %	90,0	91,6	-1,6	-2 %
Andre driftsinntekter	27,3	31,9	-4,6	-14 %	130,8	135,9	-5,0	-4 %
Sum driftsinntekter	602,9	615,7	-12,8	-2 %	2 406,2	2 401,8	4,4	0 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,1	15,2	0,9	6 %	68,5	60,5	8,0	13 %
Kjøp av private helsetjenester	6,4	7,0	-0,6	-9 %	20,6	24,2	-3,6	-15 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	55,0	55,0	0,0	0 %	233,3	247,3	-14,1	-6 %
Innleid arbeidskraft	5,4	2,3	3,0	130 %	20,4	5,4	15,0	275 %
Lønn til fast ansatte	337,5	341,2	-3,8	-1 %	1 292,0	1 302,0	-10,0	-1 %
Overtid og ekstrahjelp	26,3	21,7	4,6	21 %	98,8	85,1	13,6	16 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	59,0	59,3	-0,3	-1 %	238,9	239,3	-0,4	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,9	-22,1	0,3	-1 %	-84,3	-89,3	5,0	-6 %
Annen lønnskostnad	29,8	27,9	1,9	7 %	114,4	107,4	7,0	6 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	377,0	371,0	6,0	2 %	1 441,3	1 410,7	30,6	2 %
Avskrivninger	17,2	17,2	0,0	0 %	71,5	71,3	0,1	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	90,2	88,9	1,4	2 %	349,5	340,1	9,4	3 %
Sum driftskostnader	621,0	613,6	7,3	1 %	2 423,5	2 393,4	30,1	1 %
Driftsresultat	-18,1	2,1	-20,1	-967 %	-17,3	8,3	-25,7	-308 %
Finansinntekter	0,8	1,3	-0,5		4,9	5,0	-0,1	
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0		0,2	0,0	0,2	
Finansresultat	0,7	1,3	-0,5		4,7	5,0	-0,3	
Ordinært resultat	-17,3	3,3	-20,7	-627 %	-12,6	13,3	-26,0	-195 %

Tabell 20 Resultatregnskap april 2017, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	April ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per April ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	406,8	406,8	0,0	1 534,6	1 534,6	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	9,2	9,2	0,0
ISF egne pasienter	117,5	123,6	-6,2	518,8	515,4	3,4
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,0	5,6	-0,6	27,2	28,8	-1,6
Gjestepasientinntekter	1,6	3,0	-1,4	7,9	11,8	-3,9
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,0	14,7	2,3	72,8	59,4	13,4
Utskrivningsklare pasienter	2,0	1,3	0,7	6,1	6,1	-0,1
Inntekter "raskere tilbake"	2,2	2,1	0,1	8,7	8,8	-0,1
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	27,3	31,9	-4,6	130,8	135,9	-5,0
Sum driftsinntekter	581,6	591,4	-9,8	2 316,2	2 310,2	6,0
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,1	15,2	0,9	68,5	60,5	8,0
Kjøp av private helsetjenester	6,4	7,0	-0,6	20,5	24,1	-3,6
Varekostnader knyttet til aktivitet	54,2	54,1	0,2	229,8	243,8	-14,0
Innleid arbeidskraft	5,4	2,3	3,0	20,4	5,4	15,0
Lønn til fast ansatte	326,4	328,7	-2,2	1 245,5	1 254,6	-9,1
Overtid og ekstrahjelp	23,8	18,9	4,9	88,3	74,5	13,8
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	56,3	56,2	0,1	227,5	227,7	-0,2
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,1	-21,3	0,2	-81,0	-86,0	4,9
Annen lønnskostnad	28,4	26,2	2,1	108,3	101,2	7,1
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	362,9	354,8	8,0	1 381,4	1 349,8	31,7
Avskrivninger	17,2	17,2	0,0	71,5	71,3	0,1
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	86,6	84,8	1,9	334,4	324,7	9,7
Sum driftskostnader	599,7	589,3	10,3	2 333,5	2 301,8	31,7
Driftsresultat	-18,1	2,1	-20,1	-17,3	8,3	-25,7
Finansinntekter	0,8	1,3	-0,5	4,9	5,0	-0,1
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Finansresultat	0,7	1,3	-0,5	4,7	5,0	-0,3
Ordinært resultat	-17,3	3,3	-20,7	-12,6	13,3	-26,0

Tabell 21 Funksjonsregnskap

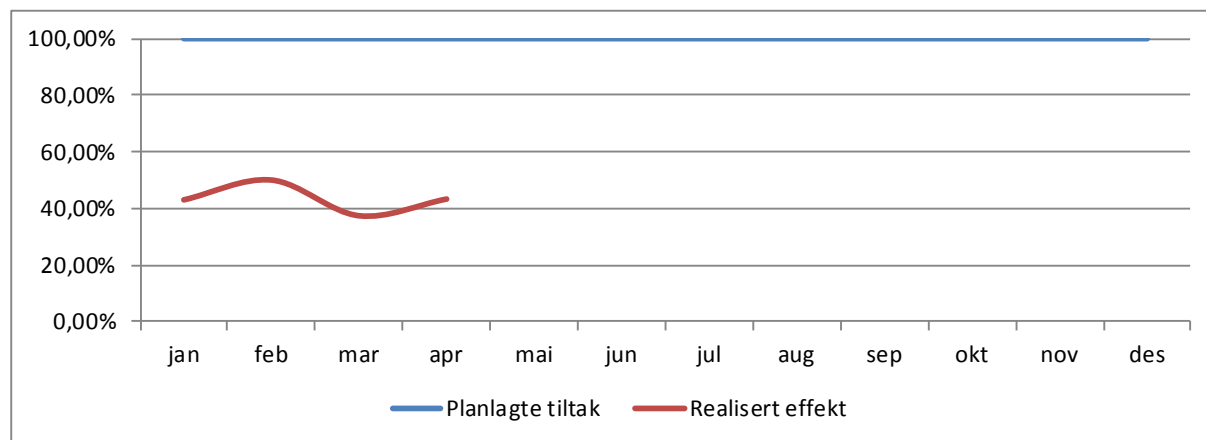
Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201704								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	361,9	356,5	1 438,5	1 397,3	1 387,5	9,8	-2,86 %	4 180
Somatikk, (re-hab)	24,6	26,0	102,5	98,3	102,7	(4,4)	-4,1 %	308
Lab/rtg	75,6	74,4	323,2	302,1	293,4	8,7	-6,5 %	873
Somatikk inkl lab/rtg	462,1	456,8	1 864,2	1 797,8	1 783,6	14,2	-3,6 %	5 362
VOP, sykehus og annen beh	34,4	34,0	130,1	135,5	133,8	1,7	4,2 %	400
VOP, DPS og annen beh	31,8	32,4	126,7	123,9	128,4	(4,5)	-2,2 %	380
BUP	16,9	17,5	61,6	65,6	67,6	(2,0)	6,4 %	199
Psykisk helse	83,0	83,9	318,3	325,0	329,8	(4,8)	2,1 %	979
RUS, behandling	21,4	19,4	89,6	80,3	78,3	2,0	-10,4 %	235
Rusomsorg	21,4	19,4	89,6	80,3	78,3	2,0	-10,4 %	235
Ambulanse	37,3	37,1	150,6	142,9	141,0	1,9	-5,1 %	428
Pasienttransport	16,1	16,9	75,4	72,7	71,3	1,4	-3,6 %	214
Prehospitale tjenester	53,4	54,0	226,0	215,6	212,2	3,4	-4,6 %	642
Administrasjon (skal være 0 på	-	(2,0)	0,0	-	(16,6)	16,6	0,0 %	(58)
Personalboliger, barnehager	0,9	1,5	5,7	4,6	6,1	(1,5)	-18,5 %	18
Personal	0,9	(0,5)	5,7	4,6	(10,4)	15,0	-18,5 %	(40)
Sum driftskostnader	620,9	613,6	2 503,8	2 423,2	2 393,4	29,8	-3,2 %	7 177

Tabell 22 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk per april - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	36,8	35,2	-1,6	0,0	131,4	126,9	-4,5	0,2
11 - Longyearbyen sykehus	3,2	2,6	-0,6	0,0	9,8	9,0	-0,8	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	24,5	16,7	-7,8	-6,1	68,0	51,9	-16,1	-12,0
13 - Hjerte- lungeklinikken	18,9	14,5	-4,4	-1,9	52,2	46,9	-5,3	2,3
15 - Medisinsk klinikk	22,9	23,2	0,3	0,5	77,0	78,5	1,5	5,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	21,4	20,7	-0,7	0,8	74,3	76,3	2,1	0,8
18 - Operasjons- og intensivklinikken	60,3	59,5	-0,8	0,0	230,6	224,7	-5,9	-0,2
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	34,1	33,8	-0,3	-1,6	105,8	100,7	-5,1	-6,1
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	66,5	62,6	-3,9	-0,9	243,5	235,6	-7,9	-3,5
30 - Diagnostisk klinikk	50,6	47,6	-3,0	0,0	186,3	184,1	-2,2	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	1,9	0,6	-1,3	0,0	2,0	0,9	-1,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	48,1	46,2	-1,9	0,0	168,5	169,3	0,8	0,0
52 - Stabsenteret	16,1	14,5	-1,6	0,0	56,9	56,1	-0,8	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	11,2	11,6	0,3	0,0	42,2	44,0	1,8	0,0
62 - Felles	-399,3	-392,6	6,7	2,4	-1 435,9	-1 418,3	17,5	15,1
Totalt	-17,3	3,3	-20,7	-6,8	-12,6	13,3	-26,0	1,7

Gjennomføring av tiltak

Figur 34 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I 2017 er det budsjettetert med en tiltakspakke på til sammen 66,0 mill kr. I april er det beregnet en realisert effekt på 3,4 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 43 %. Hittil i år er gjennomføringsgraden 44 %.

Tabell 23 Tiltaksgjennomføring per klinikk

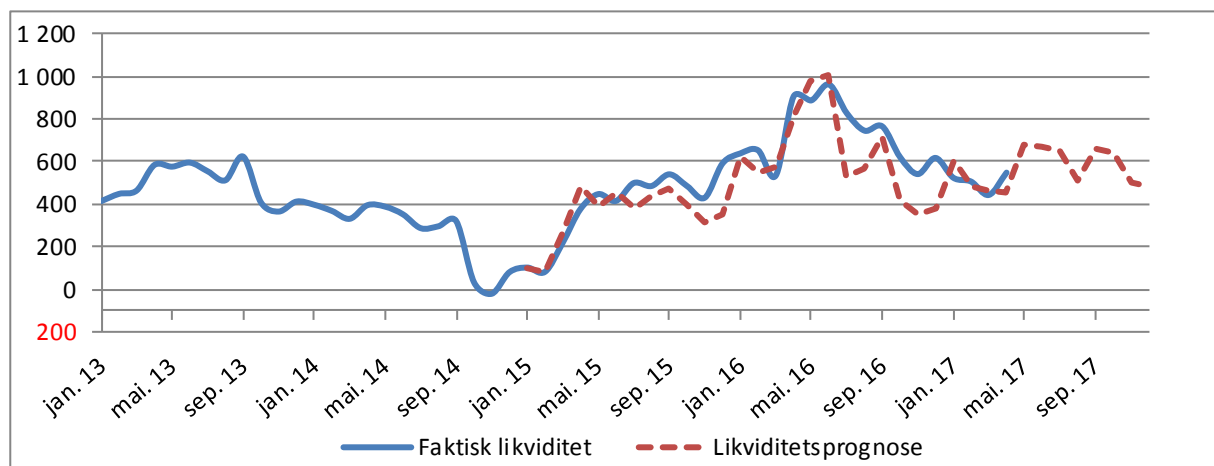
Klinikk (beløp i 1000 kr)	Realisert hittil i år	Planlagt hittil i år	Avvik hittil i år	Gjennomføringsgrad hittil i år
Akuttmedisinsk klinikk	633	633	-	100 %
Barne- og ungdomsklinikken	405	467	-62	87 %
Diagnostisk klinikk	-	1 667	-1 667	0 %
Drifts- og eiendomssenter	400	400	-	100 %
Kvalitet- og utviklingscenteret	232	233	-1	100 %
Hjerte- lungeklinikken	932	2 788	-1 856	33 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-	3 713	-3 713	0 %
Longyearbyen sykehus	33	33	-	100 %
Medisinsk klinikk	3 167	3 167	-	100 %
Nevro, - ortopedi, og rehabiliteringsklinikken	3 927	9 156	-5 228	43 %
Operasjons- og intensivklinikken	247	1 276	-1 029	19 %
Psykisk helse- og rusklinikken	664	1 224	-560	54 %
Stabssenteret	394	394	-	100 %
Totalsum	11 035	25 151	-14 117	44 %

Prognose

Overskuddsprognose på felles, og intensivt arbeid med å iverksette ytterligere nye tiltak gjør at UNN opprettholder prognosen for 2017 på + 65 mill kr som er i henhold til internt styringsmål. En nærmere vurdering av resultatet og tiltaksgjennomføring i den enkelte klinikk er gjort i vedlegg til KVR.

Likviditet

Figur 35 Likviditet



Investeringer

Tabell 24 Investeringer

Investeringer , tall i mill kr	Forpliktelse tidligere år	Restramme overført fra 2016	Investerings ramme 2017	Samlet investerings ramme 2017	Investert april 2017	Sum investert 2017	Rest- forpliktelser (godkjent tidligere) april	disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*		5,1	0,0	5,1	0,0	0,8		4,3
A-fløy inkl alle underprosjekter		-25,4	638,0	612,6	38,4	108,8		503,8
PET-senter inkl alle underprosjekter		-153,5	449,7	296,2	20,9	71,9		224,3
Nytt sykehus Narvik		-2,9	71,0	68,1	5,3	5,6		62,5
SUM Nybygg		-176,7	1 158,7	982,0	64,6	187,1	0,0	794,9
Åsgård Bygg 7		1,5	0,0	1,5	0,5	0,6		0,9
SUM Rehabilitering		1,5	0,0	1,5	0,5	0,6	0,0	0,9
Tiltak kreftplan		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
Tromsøundersøkelsen		0,0	5,0	5,0	0,0	0,0		5,0
ENØK		11,0	0,0	11,0	0,1	0,1		10,9
SUM Prosjekter		11,0	5,0	16,0	0,1	0,1	0,0	15,9
Medisinteknisk utstyr	47,26	-8,6	166,5	157,9	6,0	27,1	106,7	24,0
Teknisk utstyr	6,11	6,5	12,0	18,5	0,1	1,5	8,6	8,4
Annet utstyr disponert av MTU-midler	0,00			0,0	1,2	8,9		-8,9
Diverse			33,5	33,5	0,0		33,5	0,0
Ombygginger	0,00	13,4	10,0	23,4	0,2	0,6		22,8
Ambulanser	0,00		12,0	12,0	1,7	1,7	10,3	0,0
EK KLP	0,00		28,0	28,0	0,0	0,0	28,0	0,0
Utgående forpliktelser							-60,0	60,0
SUM Utstyr med mer	53,4	11,3	262,0	273,3	9,3	39,9	127,1	106,3
SUM total	53,4	-152,9	1 425,7	1 272,8	74,4	227,7	127,1	918,0

Byggeprosjekter

Tabell 25 Byggeprosjekter

	A-fløya	PET-senter
HMS	H=20	H=0
Planlagt ferdigstillelse	01.11.2017	02.12.2017
Klinisk drift	24.01.2018	02.03.2018
Fremdrift	Ingen avvik	6 mnd
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2016	612,1 mill kr	296,2 mill kr
Sum investert hittil 2017	108,8 mill kr	71,9 mill kr
Sum investert tidligere år	929,8 mill kr	193,0 mill kr
Sum investert totalt	1109,0 mill kr	315,8 mill kr
Investeringsramme	1 547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	0	0

Gylne regel

Tabell 26 Gyldne regel

Gylne regel	
Kostnader	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	1,0 %
BUP	6,4 %
RUS	-10,4 %
Somatikk	-2,9 %
Kostnader ekskl. avsk, medikament og pensjon	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	7,5 %
BUP	12,9 %
RUS	-6,0 %
Somatikk	2,1 %
Aktivitet	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	0,1 %
BUP	7,0 %
RUS	-0,8 %
Somatikk	-1,0 %
Månedsværk	Endring pr.1.tertial 2016-2017
VOP	3,3 %
BUP	15,6 %
RUS	6,0 %
Somatikk	3,3 %

Vedlegg til Kvalitets- og virksomhetsrapport pr april. Økonomisk resultat pr april, tiltak og prognose 2017

Tabell 1. Klinikkviss oppsummering (pr april)

Klinikk	Avvik regnskap hittil i år	Avvik ISF hittil i år	Tiltaksgjennomføring %	Årsprognose	Behov for nye tiltak	Iverksatte tiltak	Endring månedsverk 17-16	Avvik månedsverk mot plan
10 - Akuttmedisinsk klinikk	-4,5	0,2	100 %	-5-10	ja	Nei	-1	13
11 - Longyearbyen sykehus	-0,8	0,0	100 %	0	Nei		0	-5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-16,1	-12,0	0 %	-5-10	ja	Ja, men ikke nok	37	7
13 - Hjerte- lungeklinikken	-5,3	2,3	33 %	-5	ja	Ja, men ikke nok	20	7
15 - Medisinsk klinikk	1,5	5,0	100 %	0	Nei		4	9
17 - Barne- og ungdomsklinikken	2,1	0,8	87 %	0	Nei		70	-1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-5,9	-0,2	19 %	-20	ja	Nei	17	-5
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	-5,1	-6,1	43 %	-5-10	ja	Ja, men ikke nok	7	-9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	-7,9	-3,5	54 %	-10	ja	Ja	-3	7
30 - Diagnostisk klinikk	-2,2	0,0	0 %	-5	ja	Ja, men ikke nok	16	8
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	-1,0	0,0	Ikke tiltak for 2017	0	Nei		-0	-5
45 - Drifts- og eiendomssenter	0,8	0,0	100 %	0	Nei		5	-7
52 - Stabsenteret	-0,8	0,0	100 %	0	Nei		-1	1
54 - Kvalitet- og utviklingsenteret	1,8	0,0	100 %	0	Nei		6	10
SUM klinikker og sentre	-26,0	1,7	44 %	-55-70			189	30

Tabell 2. Endring aktivitet 2017-2016 (pr april)

Klinikk (endring viser 2017 vs 2016)	Endring aktivitet poliklinikk	Endring poliklinikk	Endring postopphold (inn på post) ekskl. Hotell	Endring postopphold (inn på post) ekskl. Hotell	Endring liggedøgn (eksl. Hotell)	Endring liggedøgn (eksl. Hotell)	Endring antall operasjoner	Endring antall operasjoner	Endring lab	Endring lab	Endring røntgen	Endring røntgen
10 - Akuttmedisinsk klinikk	296	27,9%	334	7,3%	111	6,6%	-	-	-	-	0	0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	1 214	5,7%	-219	-4,6%	-45	-0,3%	-29	-0,6%	-	-	0	0
13 - Hjerte- lungeklinikken	-449	-11,3%	459	11,7%	-20	-0,2%	4	0,6%	-	-	0	0
15 - Medisinsk klinikk	606	5,6%	90	1,7%	45	0,3%	25	42,4%	11 996	6,0%	0	0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	1 348	11,0%	89	10,2%	582	19,8%	9	10,7%	-15 735	-72,4%	0	0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-271	-8,5%	40	0,6%	309	11,9%	161	17,9%	-	-	0	0
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	-1 562	-3,3%	-157	-5,4%	-1 162	-10,1%	-11	-0,2%	-	-	0	0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	-133	-0,6%	33	2,1%	1 222	5,9%	-	-	-	-	0	0
30 - Diagnostisk klinikk									233 795	14,1%	-4 381	-7,6%
	1 049	0,9%	669	2,2%	1 042	1,4%	159	1,4%	-230 056	12,3%	-4 381	-7,6%

10 - Akuttmedisinsk klinikk (Akutt)

Underskuddet på Akuttmedisinsk klinikk gjelder variable personalkostnader i ambulansetjenesten og i akuttmottak- og observasjonspostavdelingen. Per april er det brukt 13 månedsverk over budsjett, som er på samme nivå som i fjor. Overforbruket i antall månedsverk gjelder i hovedsak variable månedsverk, og henger sammen med overskridelsene på de variable personalkostnadene. Årsaken er sammensatt, men beredskapssituasjonen gjør at alle fravær må dekkes inn en til en, ofte kombinert med små forhold og mangel på personell. For begge avdelingene er budsjettavviket redusert per 1. tertial sammenlignet med samme periode i fjor. Overforbruket på personalkostnadene er en vedvarende utfordring som klinikken ikke har noen løsning på. Årsprognosen til klinikken er et negativt avvik på 5-10 mill kr, selv om klinikken kontinuerlig jobber med å holde variabel lønn til et minimum. Inngangshastigheten er for høy og klinikken har fått i oppdrag å identifisere og utvikle nye tiltak tilsvarende underskuddsprognosen.

12 - Kreft, kirurgi- og kvinneklinikken (K3K)

I 2017 har K3K har budsjettet med 23,5 mill kr i økte ISF inntekter gjennom forbedret kodekvalitet og økt aktivitet innen kreftbehandling. Forbedret kodekvalitet er ikke innfridd per april, indeksen er lavere enn samme periode i fjor. Samlet aktivitet i klinikken er redusert for heldøgn, dag og dagkirurgi, kreftavdelingen har økning i antall heldøgn som forventet. Noe av årsaken til redusert aktivitet skyldes mindre operasjonskapasitet, blant annet i Harstad. Det er en økning i polikliniske konsultasjoner, men overføring av plastikkirurgisk seksjon utgjør 80 % av økningen. Kostnadene til bemanning øker jevnt over på flere seksjoner. Månedsværk har økt fra samme periode i fjor for leger, sykepleiere og kontor. 17,5 månedsværk av økningen i månedsværk skyldes at K3K overtok plastikkirurgisk seksjon, budsjett ble overført for disse. K3K har flere stillinger som de ikke har budsjett for pt. Noen av disse knytter seg til NOR klinikkens aktivitet og det forventes en overføring av midler til disse.

Variabel lønn har også økt ved flere enheter som en konsekvens av oppsigelse av avtale for primærvaktsjiktet, sykefravær og dårlig tilgang på vikarer innenfor enkelte fagfelt. Klinikken har brukt mer enn planlagt på utstyr da det har vært særdeles mange kassasjoner de første fire månedene av 2017. Klinikken har besluttet innkjøpsstopp for å holde kostnadene nede.

Hovedtiltaket for 2017 var kodefornyelse som ville gi økte ISF inntekter. Dette har klinikken 0 % innfrielse på dette tiltaket pr april. Det er iverksatt to aktiviteter for å bedre kodekvaliteten:

1. I ei avdeling i klinikken er koding gjennomgått og rettet opp av en dedikert legeressurs. Dette er gjort innen fristen for stenging av 1. tertial og de økte inntektene vil komme i regnskapet for mai. Klinikken har iverksatt samme arbeid i de øvrige avdelingene.
2. Klinikken har fått i oppdrag å utføre en pilot på ei avdeling der merkantilt personell gjennomgår og retter opp evt feilkoding fortløpende. Resultat av piloten vil presenteres i styremøte før sommeren.

Med disse tiltakene er det forventet at ISF-inntektene vil øke til budsjettet nivå for 2017.

I tillegg har klinikken innført streng vurdering for ansettelser, innkjøp og reiser for å redusere kostnadsnivået fremover. Klinikken har etablert en forbedringsgruppe som har fått i oppdrag å jobbe på tvers av avdelingene i klinikken for å sørge for at forbedringsarbeid som gjøres i en avdeling eller seksjon kan adopteres og iverksettes i hele klinikken.

Tiltaksarbeidet vil i løpet av året redusere underskuddet pr april, men det trengs ytterligere tiltak for 5-10 mill kr for å bringe klinikken i balanse for 2017. Klinikken har fått i oppdrag å identifisere og utvikle nye tiltak tilsvarende underskuddsprognosen.

13 - Hjerte- og lungeklinikken (HLK)

Hovedutfordringen til Hjerte- og lungeklinikken er på lønn. Hjertemedisinsk avdeling benytter to overleger ut over budsjett, dette på toppen av de tre overlegestillingene avdelingen har fått tilført i 2016 og 2017. Klinikken har ikke funnet rom i eget budsjett for å budsjettere opp dette. Videre har avdelingen en stor utfordring med rekruttering av spesialsykepleiere til MIHO. Mangelen på personell genererer høye kostnader både til overtid på eget personell samt innleie av sykepleiere fra byrå.

Oppsigelse av avtale for leger i primærvaktsjiktet genererer kostnad til vakansvakter. Frem til avtale er kommet i orden vil det påløpe ytterligere kostnader til vakansvakter. En ny avtale vil mest sannsynlig generere høyere kostnader til fast lønn for klinikken da det er behov for flere leger inn i dette vaktsettet.

Immunterapi av lungekreftpasienter startet opp i sluttet av 2016. Det er foreløpig ikke avklart hvordan dette skal finansieres. Per i dag genererer denne behandlingen kun økte kostnader til medikamenter (per april utgjør det 1,5 mill kr). Ved overgangen til 2018 vil det også være behov for økt bemanning både til lege og sykepleiere for å behandle denne pasientgruppen. ISF-inntektene er per april høyere enn plan. Dette er i hovedsak knyttet til høyere aktivitet på TAVI, coronar angiografi og PCI enn plan. Økt ISF- inntekt finansierer foreløpig varekostnadene til den økte aktiviteten. HLK har en nedgang i aktivitet poliklinikk på 11% og er knyttet til en ekstraordinær aktivitet på Karlab i 2016. Økning i postopphold 2017 på 12% er i hovedsak knyttet til økt aktivitet PCI.

HLK har per april en måloppnåelse for tiltak 2017 på 33%. Det er utviklet kompenserende tiltak for klinikken som er beregnet å få effekt fra juni 2017. Ved full måloppnåelse av tiltak er prognose for HLK 2017 beregnet til -5 mill kr, og har fått i oppdrag å identifisere og utvikle ytterligere nye tiltak i tråd med underskuddsprognosen. Klinikkenes tiltak (16 tiltak) innebærer redusert reisevirksomhet, redusere utstyrsanskaffelser, reduksjon av variabel lønn/vakansvakter samt kodeforbedring.

15 - Medisinsk klinikk (MK)

Polikliniske konsultasjoner har en økning i forhold til i fjor. Dette skyldes i all hovedsak planlagt økt aktivitet på PSHT (pasientsentrert helsetjeneste team, +425 konsultasjoner) og at det har vært kjørt kveldspoliklinikk på gastrolab (+140 konsultasjoner) for å ta unna ventelister/unngå fristbrudd. Postopphold øker, dette kan forklares med at det er opprettet to nye senger i Harstad (+51 postopphold) og økt antall opphold på Geriatrik sengepost (+92 postopphold) og Infeksjon sengepost (+68 postopphold). Økningen på disse reduseres noe av en nedgang i Dialyse (-109 postopphold). Nedgangen er spesielt stor i Harstad.

Økningen i antall laboratorieanalyser er innenfor plan. Økte analyser skjer uten endring i bemanning (oppgradering av utstyr som gjør at man kan kjøre flere analyser). Månedsverk øker i år i forhold til i fjor. Dette er en planlagt økning i Harstad. Det ble tilført budsjett for økning av både leger, sykepleiere og kontorpersonell.

Selv om klinikken ikke har underskudd per april er det utfordringer som det jobbes med. Høye ISF inntekter dekker opp for økte kostnader til dyre medikamenter (i all hovedsak biologiske medikamenter til kreftbehandling). Det ble tilført noe ekstra budsjett for dette i 2017, men økningen er større. I tillegg er det utfordringer i forhold til tyngre og mer pleietrengende pasienter. Disse krever ofte fastvakt, noe som fører til økte kostnader på fastvakt og overtid. Sommeravviklingen kan bli dyrere enn planlagt pga utfordringen med utskrivningsklare pasienter. Klinikken har planlagt med færre utskrivningsklare pasienter i lavdriftsperioden i år i forhold til i fjor, men det er stor sannsynlighet for at Tromsø kommune ikke klarer å ta unna sine pasienter. Inngangshastigheten vurderes å være i balanse.

17 - Barne- og Ungdomsklinikken (BUK)

Barne- og ungdomsklinikken har per april et overskudd på 2,1 mill kr, som primært skyldes inntektssiden, både ISF somatikk og laboratorieinntekter. Det er heftet en del usikkerhet knyttet til innføring av ISF for psykisk helsevern (poliklinikk) så det vil bli noen endringer når 1.tertial stenger. Endringer i planlagte månedsverk fra 2016 til 2017 skyldes samlokalisering av psykisk helsevern for barn og ungdom i klinikken, som tidligere tilhørte Psykisk helse- og rusklinikken. Økningen i poliklinisk aktivitet er primært lokalisert på de psykiatriske poliklinikkene i Tromsø, Harstad og Silsand, mens økningen i liggedøgnene både skyldes somatikk (nyfødt intensiv) og psykiatri. Endringene i

laboratorieanalyser skyldes endring i tellemetodikk fra 2016 til 2017. Inngangshastigheten vurderes å være i balanse.

18 – Operasjon- og intensivklinikken (Opln)

Underskuddet i Opln gjelder innleie av sykepleiere fra byrå og variabel lønn, i hovedsak på Anestesi- og operasjonsavdelingen Tromsø og Narvik, samt Intensiv- og oppvåkningsavdelingen i Tromsø. Det høye forbruket av innleie og variabel lønn har sammenheng med sykefravær, vakante stillinger og dels økt aktivitet. Totalt har klinikken i gjennomsnitt brukt 17 flere månedsverk sammenlignet med 2016, som er en litt lavere økning enn planlagt. Flere variable (dyrere) månedsverk enn planlagt er årsaken til budsjettavvik.

Antall operasjoner og intensivaktivitet er på omtrent samme nivå som i fjor. Den økte aktiviteten på oppvåkingen i Tromsø henger sammen med pågående arbeid med å etablere intermedieærhet. Antall pasienter inn på post er uendret mens liggedøgn har økt med 50 % sammenlignet med samme periode 2016.

Prognose for 2017 er vurdert utfra regnskap første kvartal, tilbakemelding på sommerfeireavviklingen og forventet aktivitet resten av året, og er beregnet til å være et negativt avvik på 20 mill kr.

Det er ikke utviklet nye tiltak som for å løse omstillingsutfordringen, direktøren godkjenner ikke tiltak som medfører aktivitetsreduksjon. Klinikken har iverksatt anskaffelsesprosess for å skaffe ekstern bistand til gjennomgang av operasjons- og anestesiavdelingen i Tromsø, og har i tillegg fått i oppdrag å utvikle så mange nye tiltak som mulig som ikke medfører aktivitetsreduksjon.

19 - Nevro,-ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR)

Underskuddet for klinikken er i hovedsak på ISF-inntekter og lønn. Manglende gjennomføring av planlagte tiltak og tidligere uløst omstillingsbehov er i hovedsak årsaken til underskuddet. Prognosen for året er et negativt avvik på 5-10 mill kr. Klinikken har nå utviklet og iverksatt nye og kompenserende tiltak for 2017 på 12,5 mill kr som gjelder aktivitetsøkning, kodeforbedring samt reduserte lønnskostnader, både reduksjon av stillinger og variabel lønn. Inngangshastigheten til 2018 er i balanse men med en risiko for manglende tiltaksgjennomføring. Klinikken har fått i oppdrag å utvikle ytterligere nye tiltak tilsvarende underskuddsprognosen.

Nedgangen i aktivitet er i hovedsak knyttet til overføring av plastikk til K3K og redusert kapasitet ved rehabiliteringsavdelingen, hvor det er redusert med fire senger på grunn av manglende bemanning.

22 – Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK)

Klinikkens underskudd pr april gjelder i hovedsak poliklinikkinntekter, gjestepasientkostnader, kostnader LAR pasienter (legemiddelassistert rehabilitering) og innleiekostnader.

Underskuddet på Psykiatrisk avdeling gjelder flere forhold. Avdelingen har et relativt høyt sykefravær og høy aktivitet som kommer til uttrykk gjennom en gjennomsnittlig beleggspersent på 100 % i første tertial. Tilsvarende var det 90 % for samme periode i 2016. Det er totalt sett en økning i antall liggedøgn på 691 fra samme periode i fjor. Spesielt for Sikkerhetspsykiatrisk seksjon er det det også en endret pasientsammensetning med mer krevende pasienter med økt oppfølgingsbehov. Innenfor

akuttpsykiatrien har det vært en spesielt krevende aktivitetsøkning, der gjennomsnittlig beleggspersent hittil i 2017 har variert mellom 99 og 124 % for de enkelte sengepostene.

Klinikken har iverksatt innskjerpet vurdering for LAR-pasienter. Tiltaket forventes å bringe kostnadene til LAR i budsjettbalanse. I tillegg har klinikken satt i gang et arbeid med å øke antall polikliniske konsultasjoner og poliklinikkinntektene forventes å være i henhold til budsjett i løpet av kort tid. For å redusere belegget på akuttpostene har klinikken innført bedre aktivitetsstyring som skal sikre at riktige pasienter legges inn, og vil resultere i færre innleggelser. Tiltaket vil redusere behov for variabel lønn og innleie. Innleie for sykepleiere er allerede avsluttet, det samme er innleid legeressurs i Midt-Troms. Med tiltakene over forventer klinikken å redusere kostnadene til budsjett. Klinikken underskuddsprognose er -10 mill kr og gjelder gjestepasientkostnader rus. I samråd med direktøren er det ikke utviklet tiltak for å håndtere dette, og avventer videre samtaler med Helse Nord RHF om problemstillingen.

30 – Diagnostisk klinikk (DK)

Diagnostisk klinikk har et negativt budsjettavvik på 2,1 mill per april. Avviket gjelder i hovedsak høyere kostnader til legebemannning enn budsjettet ved Røntgenavdelingen Tromsø, som har 5,4 mill kr høyere kostnader enn budsjettet, (inkludert kostnader (1,4 mill kr) for undersøkelser sendt til Unilabs). Avdelingen hadde redusert innleie som tiltak for 2017 (-5 mill kr). Det er foreløpig ikke oppnådd effekt av tiltaket. Tiltaket fjernes og erstattes med økte inntekter. Dette vurderes til å ha lav risiko.

Klinikken (spesielt Laboratoriemedisin) opplever en kraftig aktivitetsøkning (14,5 % sammenlignet med fjoråret ved Laboratoriemedisin). Økte inntekter (+4,4 mill) bidrar til å redusere underskuddet. For å håndtere veksten vil Laboratoriemedisin måtte ta inn ekstra bemanning midlertidig. Prognose for 2017 er satt til -5 mill, og inkluderer prognose for merforbruk på 3 mill kr for insulinpumper. Dersom kostnadene på Røntgenavdelingen ikke viser tegn til reduksjon vil prognosen måtte justeres. Inngangshastigheten er negativ, og klinikker har fått i oppdrag å identifisere og utvikle nye tiltak tilsvarende prognosen.

45 - Drift- og Eiendomssenteret (DES)

DES har per april et overskudd på 0,8 mill kr. Driften er i henhold til plan og prognosen til senteret er en drift i balanse. Alle tiltak for 2017 er iverksatt og har vist effekt fra og med 01.01.17.

Kvalitets- og utviklingscenteret og Stabscenteret

Begge sentrene har en prognose i balanse og driften er i henhold til plan.

Felles

Fellesområdet har en positiv prognose for 2017 som i hovedsak gjelder lavere avskrivninger, IKT-kostnader og forventet lavere lønnsoppgjør enn budsjettet, sentralt budsjetterte reserver og noe forsinket oppstart intermediearenhet.

Oppsummering

Den samlede prognosen for klinikkene og sentrene er på ca -55-70 mill kr for 2017 forutsatt full effekt av nye tiltak som allerede er utviklet, inkludert 10 mill kr i forventet underskudd for gjestepasientkostnader rus. Klinikken har fått i oppdrag å fortsette identifisering og utvikling av nye tiltak i tråd med egen underskuddsprognose. Det er risiko tilknyttet gjestepasientkostnader rus, nytt legemiddel (og behandling) for lungekreft, og kostnadsdekning for oppussing Åsgård etter

Sivilombudsmannens besøk. Oppussingen er igangsatt, men finansieringen er ikke endelig avklart med Helse Nord RHF. I tillegg er det generell risiko i gjennomføringsgrad av nye tiltak, men alle nye tiltak er risikovurdert ihht Helse Nord RHF's modell for risikovurdering.

Arbeid med å iverksette ytterligere nye tiltak sammen med overskuddsprognose på fellesområdet gjør at UNN opprettholder prognosen for 2017 på + 65 mill kr som er i henhold til internt styringsmål.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
54/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	1.6.2017
Saksansvarlig: Gina Marie Johansen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Tertialrapport 1/2017 for utbyggingsprosjekter

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 30. april 2017 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

Sammendrag

Rapporten omfatter prosjektene *A-fløy UNN Tromsø*, *PET-senter UNN Tromsø*, *Idèfase psykisk helse og rusbehandling UNN Tromsø* og *Nye UNN Narvik sykehus*. Saksfremlegget er sammenfallende med tilsvarende orienteringssak til styret i Helse Nord RHF.

	A-fløy	PET
OU status	Pågå	Pågå
OU status mål		
HMS	H=20	H=10
Planlagt ferdigstillelse	01.11.2017	02.12.2017
Fremdrift	0 uker avvik	7 uker avvik
Ramme inneværende år	612,1 mill. kr	296,2 mill. kr
Sum investert hittil 2017	108,8 mill. kr	71,9 mill. kr
Sum investert totalt	1109,0 mill. kr	315,8 mill. kr
Investeringsramme P50	1547 mill. kr	567,9 mill. kr
Prognose økonomiavvik	0 mill. kr	0mill. kr

Tabell 1 – Nøkkeltall for byggeprosjektene ved UNN HF

Bakgrunn

I denne styresaken legges frem et sammendrag av tertialrapporten for 1. tertial 2017 for utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN).

Styret ble sist orientert om byggeprosjektene i styresak 24-2017 *Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord Norge HF: Tertialrapport pr. 31. desember 2016.*

UNNs kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og omsorg. Tertialvis rapportering til styret bidrar til å gi styret *trygghet* for at prosjektet gjennomføres i tråd med vedtak. Rapporteringen gir styret mulighet til å fatte vedtak om korrigerende tiltak i tilfeller hvor det er adekvat. Slik virksomhetsstyring skal bidra til økt *kvalitet* i gjennomføring av krevende prosjekt.

Status

Pågående tidligfaseprosjekter

Idéfase psykisk helse og rusbehandling

Idéfase psykisk helse og rusbehandling, UNN Tromsø ble avsluttet med styrebehandling i UNN (26-2017) og Helse Nord (45-2017) i rapporteringsperioden. Begge styrer har gjort vedtak om å godkjenne rapporten og anbefalingen om å gå videre til neste fase med 3 alternativer: 0-alternativet, nybygg ved Åsgård vest og nybygg i Breivika på Gimleveien 12.

Bakgrunnen for prosjektet er at dagens bygningsmasse til psykiatrien er i dårlig bygningsteknisk stand og er utformingsmessig utdatert i forhold til å drive moderne psykiatri. Idéfasen har utredet ulike alternativer der gjenbruk/ delvis gjenbruk/ nybygg ble vurdert for psykiatrien på ulike tomter. En del av mandatet har vært å vurdere samlokalisering med somatikken i Breivika. Målet med idéfasen var å identifisere og anbefale videreutvikling av de mest hensiktsmessige alternativene.

Nye UNN Narvik sykehus

Prosjekt Nye UNN Narvik ble gjenopptatt med styringsgruppemøte i januar 2017. Det er inngått kjøpsavtale med LKAB om tomt og oppmålingsarbeid for å formalisere tomtekjøp, som gjennomføres våren 2017 samtidig med oppstart av KSK, og reguleringsplan, vei og tunnel. Prosjektet har i samarbeid med Narvik kommune blitt enige om en modell for prosjektgjennomføring og kostnadsdeling for veg og tunnel. Etter avtale med Statens Vegvesen har det blitt gjort opp for forberedende tunnelarbeid. Styresak 41-2017 i UNN vedtok oppstart av tunnel og godkjente avtale inngått med Narvik kommune vedrørende kostnadsdeling, justeringsavtale vedrørende merverdiavgift og overtakelse av vei og tunnel.

Pågående utviklingsprosjekter (OU-prosjekter)

PET-senter

Det er etablert avdeling for PET og nukleærmedisin i Diagnostisk klinikk som ivaretar organisasjonsutvikling. Drifts- og eiendomssenteret er i gang med å tilpasse teknisk drift og forsyning til nytt bygg. Det er ennå ikke tatt stilling til hvem som skal flytte inn i kontoretasjene i bygget, og det er derfor ikke iverksatt noen aktiviteter for å forberede organisasjonen.

A-fløy

Organisasjonsutvikling er knyttet til følgende aktiviteter:

- Utvikling av samarbeidet mellom den kliniske driften og støttefunksjoner (til levering av forsyningstjenester, renhold og avfallshandtering).
- Planlegging av implementeringen av et nytt elektronisk system for innsjekk/ utsjekk, kø-administrasjon og betaling for poliklinikkene på plan 6.
- Planlegging av en felles ekspedisjon for poliklinikkene på plan 6.

- Prosjektstøtte/ fasilitering av flere klinikkinterne prosesser, som f.eks. lagerstyring, endring/ tilpassing av pasientforløp, utvikling av nye HMS-rutiner, kommunikasjon og informasjon.
- Informasjonsarbeid relatert til organisasjonsutvikling, dvs. flere klinikker, Norsk sykepleierforbund, Brukerutvalget, arealgruppa UNN Breivika.
- Plan for den overordnede flytteprosessen.

OU i bygg har vært i kontakt med prosjektledere for *Nye Narvik* og *Idèfase psykiatri og rusbehandling*, og det er planlagt økt aktivitet inn mot prosjektene når det aktualiserer seg. I perioden er det blitt jobbet med pasientforløp og arbeidsflyt i Narvik og det har vært deltagelse på møter i regi av Sykehusbygg for Idèfasen i psykiatri og rusbehandling i Tromsø.

Pågående byggeprosjekter

Status A-fløy

- Investeringsrammen for A-fløya er gitt i styrevedtak 54-2015 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013 og er 1 594 mill kr
- Styringsrammen for UNN er 1547 mill kr
- Prosjektet har tett bygg og innvendige arbeider pågår
- Ferdigdato bygg er 1.11.2017 og arbeidene er i tråd med fremdriftsplan
- Plan 10 (lab) er bygningsmessig nær ferdigstilt og testing av anlegg starter i mai
- Utstørsanskaffelser er utlyst og inventarprosjekt er igangsatt
- Byggherrens testfase og innflytting er under planlegging sammen med egen organisasjon
- Det er igangsatt forsert kontroll i forhold til VVS arbeider
- Det pågår forberedende arbeider omkring salg av C00 bygg. Juridiske avklaringer er utført og det pågår markedsvurderinger
- Økonomi følger budsjett
- Det er ikke rapportert alvorlige HMS hendelser i perioden

Status PET-senter

- Prosjektets rammer er vedtatt utvidet i Helse Nord RHF i styresak 135-2016, ny økonomisk ramme er 567,9 mill kr
- Prosjektets styringsramme er identisk med økonomisk ramme, 567,9 mill kr.
- Bygging pågår med tett bygg og innvendige arbeider. Syklotron og hotceller er levert og under montering. Kulvert er ferdig støpt
- Entreprenør har levert endringsmelding og påberopt seg 7 ukers forlengelse, dette er behandlet og akseptert av styringsgruppen. Økonomisk konsekvens er ikke endelig kartlagt
- Utlyst konkurranse på laboratorieinnredning ble mislykket uten tilbydere. Fremdrift er ivaretatt gjennom ekstrabestilling gjennom entreprenør til akseptabel kostnad
- Det har vært gjennomført tiltak med forsterkning av valideringsgruppen for bygget. Norconsult er leid inn for å øke kompetansen. Dette følges opp i styringsgruppen
- Prosjektledelsen har ansvar for oppfølging av valideringsprosessen frem til godkjent bygg, deretter overtar Sykehusapoteket Nord HF ansvaret for oppfølging av prosessvalideringen frem til godkjent legemiddeltilvirkning foreligger. Dette forventes å ta 6-9 måneder utover godkjenning av bygg. Endelig godkjenning forventes å foreligge medio desember 2018
- Økonomi følger budsjett

Det har ikke vært rapportert alvorlige HMS-hendelser, men en mindre ulykke med kort sykefravær har inntruffet.

Medvirkning

Saken blir forelagt for UNN sine ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftingsmøter 15. og 18.5.2017. Protokollene fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet i UNN 1.6.2017. Samtlige møter tok saken til orientering og ga sin tilslutning til at saken fremmes til styrets behandling.

Vurdering

A-fløy følger budsjett og fremdrift på bygg samtidig som arbeid med organisasjonsutvikling, flytteplaner og overtakelse er iverksatt. På PET-senteret har byggherre initierte endringer, samt endringer i sammenheng med gave, gitt prosjektet 7 ukers forsinkelse. Dette vurderes ikke som kritisk for foretaket. Økonomi er ikke endelig avklart omkring denne forsinkelsen, men prosjektet rapporterer ikke overskridelse av vedtatt ramme.

Det er gledelig at Idèfase for rus og psykiatri er godkjent i styrene ved UNN og Helse Nord RHF, og det blir planlagt for oppfølging med konseptfase i sammenheng med investeringsplanen.

Det er viktig for UNN å komme i gang med videre arbeider for UNN Narvik der oppstart av tunnel og vei, samt KSK av konsept som grunnlag for lånesøknad til HOD, er milepæler for videre arbeid.

Tromsø, 19.5.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tertialrapport 1/2017, Idèfasen psykisk helse og rusbehandling UNN Tromsø
2. Tertialrapport 1/2017, Tidligfase Nye UNN Narvik sykehus
3. Tertialrapport 1/2017, byggefasen A-fløy UNN Tromsø
4. Tertialrapport 1/2017, byggefasen PET-senter UNN Tromsø



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 1 – 2017 pr. 30.04.17



Idéfase psykisk helse og rusbehandling – Prosjekt 45338

Innholdsfortegnelse

1 Status/Sammendrag	1
1.1 Viktigste aktiviteter i perioden	1
1.2 Viktigste aktiviteter i kommende periode	1
2 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA).....	1
3.1 Økonomi.....	1
3.2 Plan og fremdrift	1
3.3 Risiko og tiltak	2
4 Organisasjonsutvikling.....	2
5 Gevinstrealisering.....	2
6 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurdering.....	2

1 STATUS/SAMMENDRAG

Bakgrunnen for prosjektet er at dagens bygningsmasse til psykiatrien er i dårlig bygningsteknisk stand og er utformet til dels uhensiktsmessig i forhold til å drive moderne psykiatri. Idéfasen har derfor utredet ulike alternativer der gjenbruk/ delvis gjenbruk/ nybygg har vært vurder for psykiatrien på ulike tomter. En del av mandatet er å vurdere samlokalisering med somatikken i Breivika. Målet med idéfasen har vært å identifisere og anbefale videreutvikling av de mest hensiktsmessige alternativene.

Prosjektet er besluttet igangsatt igjennom styrevedtak i UNN og i Helse Nord (hhv. styresak 05/2015 og styresak 62/2016. Prosjektet ble startet opp med et styringsgruppemøte 19.09.16 og skal avsluttes med en ferdig idéfaserapport som skal behandles i UNN styret 28-29.03.2017.

Det er lagt opp til at det skal være én medvirkergruppe (bestående av ansatte og brukerrepresentanter) som skal ha 5 møter, samt én befaring til to andre psykiatribygg i Norden. Det har vært avholdt 3 møter i styringsgruppen. Sykehusbygg ble engasjert til å lede prosessen i medvirkergruppen samt til å være hovedforfatter av idéfaserapporten. Asplan Viak ble engasjert til å utføre mulighetsstudiet, der teknikaliteter knyttet til de ulike tomtene ble vurdert.

1.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Det har vært avholdt 4 medvirkergruppemøter, og to styringsgruppemøter. Medvirkergruppen har vært på befaring hos psykiatrien i Gøteborg (Østra) i Sverige og i Slagelse i Danmark. For å styrke brukernes tilbakemelding, har det i tillegg vært avholdt en åpen workshop der brukerorganisasjonene og brukere for øvrig har vært invitert. Det har vært jobbet en del med å kartlegge eksisterende virksomhet, evt. synergier med samlokalisering med somatikk, samt grunnlag for pasientframskrivning og behov for kliniske arealer. Mulighetsstudiet og idéfaserapporten ble ferdigstilt. Styresak ble forberedt og lagt fram for styret i UNN 29.03.2017.

1.2 Viktigste aktiviteter i kommende periode

Styrebehandling av rullerende investeringsplan i Helse Nord 14. juni 2017.

2 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ (SHA)

Det er ingen konkrete tiltak i denne perioden, annet enn at ansatte, tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerne er medvirkende i denne prosessen.

3 PROSJEKTKONTROLL

3.1 Økonomi

Prosjektet er finansiert over UNNs driftsbudsjett og har et budsjett på kr. 3,5 mill (inkludert MVA). Per 03.05.2017 er det fakturert for kr. 1.613.808,-. Prosjektet overholder budsjettet.

3.2 Plan og fremdrift

Planlagt framdrift:

Prosjektet ble startet opp med et styringsgruppemøte 19.09.16 og ble avsluttet med en ferdig idéfaserapport som ble behandlet og godkjent i UNN 29. mars 2017, saksnummer ST 26/2017.

Rapporten ble også behandlet og godkjent i Helse Nord RHF 26. april 2017, styresak 45-2017. I tillegg skal denne behandles i Helse Nord's styre i juni 14.06.2017 i forbindelse med rullerende investeringsplan. Denne behandlingen er bestemmende for oppstart av konseptfasen.

3.3 Risiko og tiltak

Det er knyttet en del usikkerhet til det totale arealtallet i denne fasen, all den tid dette er avhengig av organisasjonsmessige prosesser der det tas stilling til løsninger for kontor- og poliklinikkrom, hvilke fag- og forskningsenheter som skal inn i lokalene samt evt. synergier ved sambruk av personell. Prosjektet legger i dag opp til at de ulike tomtealternativene skal kunne ivareta et bygg på 22-27.000 m², slik at man ikke avskjærer senere arealprosesser. I begynnelsen av / i forkant av konseptfasen må det imidlertid gjennomføres et organisasjonsutviklingsprosjekt, der man tar utgangspunkt i pasientforløp, for på denne måten være i stand til å utforme og plassere et bygg som vil tjene framtidig virksomhet på en optimal måte.

4 ORGANISASJONSUTVIKLING

Det har ikke vært mulig å gjennomføre pasientforløpsarbeid innenfor tidsrammene i idéfasen, og dette blir derfor første aktivitet i forbindelse med konseptfasen. Målet med denne er å legge å legge premisser for riktig utforming av det framtidige psykiatribygg. I tillegg skal den avdekke samlokaliseringsevner ved å evt. plassere psykiatri og somatikk ved siden av hverandre. Endelig tomtevalg gjøres i etterkant av denne prosessen.

OU-bygg har deltatt på informasjonsmøter.

Aktiviteter knyttet til organisasjonsutvikling skal bidra til å definere mål på følgende områder:

- Skape forståelse for hva et nytt byggeprosjekt innebærer.
- Videreutvikle pasientforløp og ny design av arbeidsprosesser.
- Sette mål for utviklingen av pasientforløp, kvalitet, kompetanse for ansatte og arbeidsmiljø.

5 GEVINSTREALISERING

Ikke i denne fasen (se pkt. 3.3), men naturlig del av en OU-prosess som er anbefalt før/ i begynnelsen av neste fase (konseptfasen).

6 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE VURDERING

Det er anbefalt og besluttet å gå videre med to tomtealternativer for nytt bygg, alternativ 2a- Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård – vest (Å 2) samt alternativ 3a- bygge nytt i Breivika i Gimlevegen 12, øvre og nedre del (B2 a og b). I tillegg er det obligatorisk å vurdere 0-alternativet (oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård (Å0)) i konseptfasen. Første del av konseptfasen (se pkt 4) skal beslutte hvilket alternativ som velges.

Særlig viktig vil det være å vurdere viktigheten av en evt. samlokaliseringsgevinst for en framtidig organisasjon i forhold til tomt i Breivika eller på Åsgård (skal medtas i organisasjonsutviklingsprosessen som utgjør første del av konseptfasen).



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 1 – 2017 pr. 30.04.17



Nye UNN Narvik – Prosjekt 71003

Innholdsfortegnelse

1 Status/Sammendrag	1
1.1 Viktigste aktiviteter i perioden	1
1.2 Viktigste aktiviteter kommende periode.....	1
2 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA).....	1
3 Prosjektkontroll	2
4 Økonomi.....	2
4.1 Plan og framdrift	2
4.2 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold (hvis aktuelt)	2
4.3 Risiko og tiltak	2
5 Organisasjonsutvikling.....	2
5.1 Viktigste aktiviteter i perioden	2
5.1 Viktigste aktiviteter i kommende periode	2
6 Gevinstrealisering.....	2
7 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger	2

1 STATUS/SAMMENDRAG

Prosjekt Nye UNN Narvik er gjenopptatt med styringsgruppemøte i januar 2017. Det er inngått kjøpsavtale med LKAB om tomt og oppmålingsarbeider for å formalisere tomtekjøp, som gjennomføres våren 2017 samtidig med oppstart av KSK, reguleringsplan, vei og tunell.

1.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Planprogram med merknadsbehandling for detaljreguleringsplan med konsekvensutredning for Nye Narvik sykehus vedtatt i bystyret 15. desember 2016 og formidlet til UNN i brev av 21. desember 2016.

Prosjektet har i samarbeid med Narvik kommune blitt enige om en modell for prosjektgjennomføring og kostnadsdeling for veg og tunnel. Etter avtale med Statens Vegvesen har det blitt gjort opp for forberedende tunnelarbeider.

Første styringsgruppemøte ble avholdt 24. januar 2017. Møtet konstituerte styringsgruppen og gjennomgikk styringsdokumentet for prosjektet.

1.2 Viktigste aktiviteter kommende periode

Veg- og tunnelsaken behandles i UNN-styret i mai 2017. Reguleringsplanarbeid igangsettes med konsekvensutredning.

Prosjektet skal identifisere og systematisere de beslutninger og føringer som har betydning for kvalitetssikring av konseptet.

Fremdriftsplan.

Milepæler	Dato
Reguleringsplan med konsekvensutredning	2. kvartal 2017 – 1. kvartal 2018
Revidering av konseptfasen med KSK (kvalitetssikring av konseptfasen)	Pågår ut oktober 2016
Lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet	November 2017
Veg og tunell	3. kvartal 2016 – 3. kvartal 2018
Forprosjekt med medvirkning	Første kvartal 2018 – 3. kvartal 2018
Byggefase	Start første halvår 2019
Prøvedrift	Fra 2. kvartal 2022

2 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ (SHA)

En prosjektleder tilknyttet prosjektet.

3 PROSJEKTKONTROLL

Vanlig internkontroll.

4 ØKONOMI

En oversikt over kostnadssted 710210 og prosjekt 71003 viser en kostnad på kr. 1 566 759,20 for 2016 og kr. 5 556 313,19 per. 02.05.2017. I Kostnaden for 2017 inngår oppgjør med Statens Vegvesen for forberedende tunnelarbeider.

4.1 Plan og framdrift

Forutsatt at Kvalitetssikring av konseptfaser rapporten (KSK) og lånesøknad går som planlagt vil vi være klar for å engasjere entreprenør på veg- og tunnelarbeid i årsskiftet 2017-2018.

4.2 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold (hvis aktuelt)

Ikke aktuelt å rapportere i denne fasen.

4.3 Risiko og tiltak

Ikke aktuelt å rapportere i denne fasen.

5 ORGANISASJONSUTVIKLING

5.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Det har vært arbeidet med å organisere og få en vedtatt struktur på organisasjonsutviklingsarbeidet (OU). Arbeidet videreføres i kommende periode.

5.1 Viktigste aktiviteter i kommende periode

Aktiviteter knyttet til organisasjonsutvikling skal bidra til å definere mål på følgende områder:

- Skape forståelse for hva et nytt byggeprosjekt innebærer.
- Videreutvikle pasientforløp og ny design av arbeidsprosesser, bl.a. utvikle og avklare grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.
- Sette mål for utviklingen av pasientforløp, kvalitet, ansatte og arbeidsmiljø.

6 GEVINSTREALISERING

Gevinst for pasienten er at driften tilpasses dagens behov og virkelighet gjennom et godt planlagt nybygg. Videre arbeid med gevinstrealisering ivaretas i forprosjektfase.

7 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

VURDERINGER

Utbyggingssjefens vurdering er at arbeidet er i rute og at de beslutninger som skulle tas i perioden er tatt.

Utbygging er avhengig av et godt samarbeid med den administrative og kliniske driften, for å få oversikt over alle beslutninger og vedtak som påvirker konseptrapporten.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 1 – 2017 pr. 30.04.17



Ny A-fløy Universitetssykehuset Nord-Norge HF – Prosjekt 70042

Innholdsfortegnelse

1 Innledning og sammendrag	1
2 Fremdrift.....	2
3 Økonomihovedtall.....	3
3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF.....	3

	2
3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt.....	3
3.3 Forbruk inkl finansieringskostnad fordelt over år (Prisnivå løpende kroner).....	3
3.4 Investeringsplan (i løpende kroner).....	4
3.5 Oppsummering hovedtall	4
4 Vedrørende de enkelte delkapitler.....	4
4.1 Kap A - Generelle og spesielle kostnader	4
4.2 Kap F - Utstyr.....	4
4.3 Kap G1 - Følgkostnader uten egen investeringsramme	4
4.4 Kap G3 - Marginer	5
5 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø	5
5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold	5
5.2 Vernerunde	5
5.3 Hendelser.....	5
5.4 Støy.....	5
5.5 Ytre miljø (oversikt over evt utslipp og avfallsmengder)	5
6 Risikovurderinger i prosjektet	7
6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)	7
6.2 Kostnader	7
6.3 Fremdrift.....	7
6.4 Mulige konflikter i forhold til drift og eksterne interessenter	7
6.5 Forplassen.....	7
6.6 Vestibylene.....	7
7 Organisasjonsutvikling.....	8
7.1 Viktigste aktiviteter i perioden	8
7.2 Viktigste aktiviteter i kommende periode	8
8 Gevinstrealisering.....	8
9 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger	8

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Etter endt forhandling ble det 17.06.15 signert kontrakt med totalentreprenør på bygging av A- fløy. Dette skjedde med forankring i styresak 54-2015 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013 ble prosjektrammen økt til 1594 mill. kr. Av dette er 1547 mill. kr. lagt i rammen til UNN mens de siste 47 mill. kr legges til Helse Nords ramme. Det er på bakgrunn av godkjennelsen av revidert budsjett og forhandlingsresultat signert en totalentreprisekontrakt mellom UNN og Consto as.

Prosjektets milepæler til dato er oppnådd iht. plan og kontrakt. Bygget er tett, og det pågår oppdeling/innredningsarbeider. Alle arbeider ligger i en taktplan (leanplan) som følges. Arbeidene ferdigstilles fra 10. etasje og nedover i bygget (11. etasje er en ren teknisk etasje som ferdigstilles i parallell). Det er særlig arbeidene mot prosjektets grensesnitt inn mot B-fløya som driften av sykehuset vil påvirkes av i den neste periode.

Salgsprosess av C00 er ikke gjennomført, men dette ligger som et økonomisk grunnlag i prosjektets økonomi. Her er prosessen startet, og det gjøres innledende avklaringer. Det er innhentet juridiske vurderinger som konkluderer at avhending av bygningsmasse fra helseforetak ikke er regulert under offentlig anskaffelse, men må ta hensyn til regelverket om offentlig støtte ved salg til private.

Det er også gitt en melding til Sykehusbygg HF for å sjekke deres evt. behov i andre prosjekter. Dette er ikke gitt formell tilbakemelding om dette, men uformelle meldinger antyder mulig salgspotensiale til annet foretak utenfor Helse Nord.

I det øvrige ligger prosjektet godt an i forhold til sin plan. All prosjektering er avsluttet, og resterende er da rene gjennomføringsarbeider. Det legges nå mye vekt på forberedelser av oppstart/testfaser med tilhørende FDVU kombinert med opplæringsplaner.

Det er pr. dato 9 BIE - byggherre initierte endringer. Disse bearbeides i parallell med prosjektet. Bearbeidelsen er behandlet i prosjektets styringsgruppe - senest i januar 2017.

2 FREMDRIFT

Fremdriftsplan er ikke endret siden siste rapportering.

Kontraktens milepæler	Dato
Kontrakt signering	17.06.15
Opplæringsplan	01.10.15
Oppstart prøvedrift	01.11.17
Prøveperiode	01.11.17 - 18.04.18
Klinisk drift	24.01.18
Siste delovertagelse	18.04.18
Ferdigattest	18.04.18

Perioden siden forrige rapport har gått med til innredningsarbeider iht gjeldene taktplan. Dette gjelder kompletterende arbeider hvor bygget begynner å bli komplett. Eksempelvis er 10 etasje nå i rød sone, og arealet nærmer seg å være komplett. De utfordringer prosjektet har hatt i forhold sanitærarbeider og kvalitetskontroll er håndtert og avklares løpende. Dette har ikke vært tilfredsstillende, og krever derfor særlig oppfølging. Entreprenøren bekrefter at kontraktens milepæler holdes.

Prosjekteringen ble formelt avsluttet september 2016. Med bakgrunn i problemer med sanitærarbeidene har byggherreorganisasjonen iverksatt kontroll av prosjektering av VVS. Dette avstedkommer noen revisjoner av tegningene. Dette har tydeliggjort at prosessen rundt teknisk prosjektering er skjerpet, og krever en mer detaljert oppfølging. Læringen i dette er at en skal sette strammere krav til leveranse av komplett BIM modell enn hva vi har gjort.

Arbeidene med opplæringsplan og forberedelser til klinisk drift er startet. Planen er sendt ut til teknisk avdeling med formål at man planlegger sin ressurssetting for høsten 2017. Arbeidet er startet, og prosjektet legger press på teknisk avdeling for å få avdelingen til å engasjere seg. Dette gjelder avsetning av ressurser både i forhold til tid og kompetanse.

Vi diskuterer også hvordan klinisk drift fra 24.januar 2018 skal gjennomføres. Det avholdes møter med klinikkene, og det skal etableres en komplett plan for flytting, innlasting av møbler og utstyr sammen med teknisk prøvedrift. Planen skal være ferdig ila mai 2017.

Det er ikke meldt avvik fra revidert fremdriftsplan. Det er mindre interne avvik i planen, men dette er forhold som ikke påvirker viktige milepæler. Det kan bli mindre, praktiske endringer som prosjektet gjør av hensyn til nødvendig helhet.

3 ØKONOMIHOVEDTALL

Prosjektets økonomi er innenfor gitte rammer.

PNS	PNS Navn	Prognose	Påløpt
UNN	A-fløy totalt	1 594 000 001	1 039 347 595
01.	Totalentreprise	910 315 748	621 329 536
01.1	Ombygging B-fløy	47 000 000	0
02.	Bygningsmessige arbeider	80 291 081	46 620 494
04.	Elkraft	6 412 500	0
05.	Tele- og automatisering	7 762 500	0
08.	Generelle kostnader	220 629 096	193 552 521
09.	Spesielle kostnader	103 802 744	102 865 244
10.	Utstyr (MTU) - tidligere K209	114 750 250	11 947 896
11.1	Sikkerhetsmargin	55 600 000	0
11.1A	Reserve	6 936 083	0
11.2	Byggelånsrenter	12 500 000	0
11.3	Inntekt passivhus	-6 250 000	-50 000
11.4	Salg av C00	-30 000 000	0
12.	Flytte- og rokadekostnader (andre ombygginger)	66 250 000	63 124 948
X	Feilføringer/omposteringer Agresso	0	-43 042

3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF

Samlet investeringsrammen er 1 594 000 001. Prosjektet gjennomføres innenfor denne rammen.

3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt

Investeringer tall i mill kr	Investering ramme overført til 2017	Investering ramme 2017	Rest investering ramme	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2017	Restramme 2017	Forbruk i år av disponibel ramme %
A-fløya	-25,5	637,6	612,1	77,2	108,8	503,3	17,5%

Fordelingen er vist i tabellen ovenfor med disposisjoner og faktisk forbruk.

3.3 Forbruk inkl finansieringskostnad fordelt over år (Prisnivå løpende kroner).

Tabell ovenfor viser forbruk pr. 1. Januar 2017. Prosjektet har brukt 930 mill. kr. og har 41% igjen av totalrammen på prosjektet.

3.4 Investeringsplan (i løpende kroner)

Investeringsramme MNOK	Før 2015	2015	2016	2017	2018
A-fløy	329	290	290	638	0

3.5 Oppsummering hovedtall

Dette er oppsummert i tabellen ovenfor.

4 VEDRØRENDE DE ENKELTE DELKAPITLER

4.1 Kap A - Generelle og spesielle kostnader

Generelle og spesielle kostnader er vist i tabell ovenfor.

4.2 Kap F - Utstyr

Arbeidet med innkjøp av medisinsk teknisk utstyr er i gang. Det er vært gjennomført oppdatering av DROFUS.

Det er samlet bestilt utstyr for 9,3 mill kr til midlertidige bygg. Deler av dette skal overflyttes til det ferdige A-fløyprosjektet.

Prosjektet med leveranse av integrerte operasjonsstuer er pågående og i rute. Det er inngått kontrakt med leverandøren Olympus as om prosjektering og leveranse iht NS 8407. Olympus as er en tradisjonell utstyrsleverandør og deres erfaring med en slik samlet leveranse viser seg noe utradisjonell for dem. Særlig dette med et samlet prosjekteringsansvar krever ekstra oppfølging. Dette er i hovedsak under kontroll, og det er plassert en endringsordre hos Consto for å koordinere fremdriften inn i bygget.

De øvrige MTU-pakkene (medisinteknisk utstyr) ligger ute med tilbudsforespørsler. Ca 75% av forespørslene våre er besvart med tilbud og evaluering pågår i samarbeid med brukere. Leveransene planlegges mottatt inn i bygget januar 2018, men samarbeid om mottakskontroll gjennom UNNs egen MTU-organisasjon.

Det er i tillegg til dette startet arbeid med innkjøp av interiør. Dette avstemmes med romfunksjonsprogrammet hvor det er spesifisert nøyaktige innkjøp. Dette vil i praksis avsjekkes pånytt med brukerne slik at lista evt. Ajourføres. Budsjettet her er i realiteten 3 år gammelt, og det må derfor avstemmes med dagens prisnivå. Budsjettet vårt er lavere enn behovet, men prosjektet fremskaffer pris på en komplett ny møblering. Vi mener dette kan være besparende i forhold til selve arbeidsprosessen, samt at det er en kvalitet å kunne ha et komplett nytt bygg.

4.3 Kap G1 - Følgkostnader uten egen investeringsramme

Forplass og vestibyle er egne prosjekter som vil kreve fullføring som del av gjennomføringen av A-fløy prosjektet. Forplassprosjektet er under planmessig utvikling og har vært diskutert i styringsgruppe, samt at brukerutvalget har kommentert prosjektet. Vi søker å ivareta innspill som kommer inn, men det er en del praktiske og økonomiske sider av dette som enda ikke er avklart. De ønsker som skisseres vil øke samlet kostnad for forplassen. Dette tas opp til

behandling. Fremdriftsmessig er dette et vanskelig prosjekt, og vi prioriterer å få på plass det som er i bakken samt overflater i år. Takkonstruksjoner kan måtte vente til neste sommer. Prosjektet har som mål å løse dette som et godt kompromiss, og gjerne da innen en tidsramme parallell med prosjektenes avslutning.

4.4 Kap G3 - Marginer

Prosjektets marginer benyttes, men er ikke truet slik prosjektets status er pr i dag.

5 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ

5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold

Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold er beskrevet som et krav og oppfølgingspunkt i prosjektets retningslinjer. Det er ikke rapportert om avvik i forhold til gjeldene krav.

5.2 Vernerunde

Prosjektets HMS og SHA krav planer setter krav til periodiske vernerunder. Dette gjennomføres hver 14. dag, og protokollføres. Vernerundene samkjøres med prosjektet for forplassen, og PET senteret.

Det er gjennomført 36 vernerundemøter for A- fløya.

5.3 Hendelser

Det er 265 registrerte uønskede hendelser (RUH) pr. dato i byggeperioden. Vi har av dette hatt 5 spesifikke skader, og dette gir en H verdi= 20 pr dato. (H-verdi (Hyppighetsverdi) = (antall personskader med fravær som følge av arbeidsulykker på byggeplassen/antall utførte timer) x 1.000.000). Relativt sett er det ingen endring forhold til forrige rapport. Det gjennomføres sikker jobb analyser (SJA) i godt samarbeid mellom entreprenør og UNN. SJA analyser gjennomføres løpende og etter behov.

Arbeidstilsynet har vært på plassen, og er har ingen kommentarer.

5.4 Støy

I inneværende periode har det ikke vært særskilte støyproblemer.

5.5 Ytre miljø (oversikt over evt utslipp og avfallsmengder)

Dette gjennomføres som del av prosjektets avfallsplan og tilhørende myndighetshåndtering i form av midlertidig brukstillatelse og ferdigattest.

Prosjektet har krav til kildesortering og minimalt med emballasje. Dette skal videreføres i utstyrprosjekt.

Avfallsrapport akkumulert pr. dato:

Total pr 31.03.17

Kundenr	Navn	Anlegg	Anlegg	Artikkel	Beskrivelse	Mengde	Enhet	Sort.grad
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	111410	Rent trevirke	48 700	Kg	24 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	111420	Behandlet trevirke	6 860	Kg	3 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	112310	Emballasjekartong	4 440	Kg	2 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	114520	Blandede metaller	28 460	Kg	14 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	115040	Kabler og ledninger	2 240	Kg	1 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	116110	Betong uten armeringsjern	2 640	Kg	1 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	116120	Betong med armeringsjern	3 500	Kg	2 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	116150	Gips	49 120	Kg	24 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	116991	Blandet gips og mineralull	5 680	Kg	3 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	117110	Folieplast, emballasje	1 200	Kg	1 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	117311	Forurenset isopor	30	Kg	0 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	199120	Blandet avfall usortert	27 500	Kg	14 %
111238	Consto AS	13794	Prosj. 10379 UNN AFL	199130	Brennbart avfall sortert	21 150	Kg	10 %
Sum						201 520		100 %

6 RISIKOVURDERINGER I PROSJEKTET

Prosjektet har gjennomført jevnlig risikovurderinger og analyser. Dette er gjort i nært samarbeid med entreprenør under samhandlingsprinsippet. Kvantifisering av mulige kostnadseffekter er derfor en akademisk tilnærming, og tas ikke ut som linjere effekter.

Pr. Dato vurderes de kjente risiko og muligheter til å være under kontroll for prosjektet.

6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)

Prosjektets organisering er uendret i forhold til tidligere rapportering.

6.2 Kostnader

Se kapitel om økonomi. Det er ingen kjent usikkerhet økonomisk i prosjektet nå.

6.3 Fremdrift

Se kapitel om fremdrift.

6.4 Mulige konflikter i forhold til drift og eksterne interessenter

Det er et godt samarbeid mellom prosjektet og UNN teknisk drift så vel som klinikkene. Det har vært en del misfornøydheter fra klinikkene på brukergruppe arbeid i forhold til anskaffelser av utstyr. Prosjektet mener dette nå er forbedret og avklart. Vi gjør løpende vurdering av dette.

6.5 Forplassen

Forplass prosjektet er i prosjekteringsfasen. Det har vært avholdt møter i styringskomiteen og innspillene her sorteres løpende. Prosjektet er krevende fremdriftsmessig og økonomisk. Viser også til beskrivelse i fremdrifts kapitel

6.6 Vestibylen

UNN HF-styret ble sist orientert om arbeidet i vestibylen i sak ST 13/2015. Det har ikke skjedd endringer i perioden annet enn at Post- og dokumentsenteret er flyttet ut som planlagt og arealet benyttes som midlertidig hovedinngang i byggeperioden.

7 ORGANISASJONSUTVIKLING

7.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Organisasjonsutvikling er knyttet til følgende aktiviteter:

- Utvikling av samarbeidet mellom den kliniske driften og støttefunksjoner (til levering av forsyningstjenester, renhold og avfallshandtering).
- Planlegging av implementeringen av et nytt elektronisk system for innsjekk/ utsjekk, kø-administrasjon og betaling for poliklinikkene på plan 6.
-
- Prosjektstøtte/ fasilitering av flere klinikkinterne prosesser, som f.eks. lagerstyring, endring/ tilpassing av pasientforløp, utvikling av nye HMS-rutiner, kommunikasjon og informasjon.
- Informasjonsarbeid relatert til organisasjonsutvikling, dvs. flere klinikker, Norsk sykepleierforbund, Brukerutvalget, arealgruppa UNN Breivika.
- Plan for den overordnede flytteprosessen.

7.2 Viktigste aktiviteter i kommende periode

Videreføring av aktiviteter i pkt. 7.1, bl.a. skal det gjennomføres flere workshoper relatert til OU.

Forsterke OU-arbeidet mot klinikkene som skal inn på plan 7 og 9, som en følge av at evaluering av OPIN-klinikken avsluttes før sommeren -17.

Bistå klinikkene i planleggingen og gjennomføringen av flytteprosessen.

8 GEVINSTREALISERING

Dette vil bli behandlet i løpet av kommende tertial-

9 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

VURDERINGER

Det har ikke vært gjort noen overordnede beslutninger i tertialet. Byggearbeidet pågår med innvendig innredning, og arbeidet følger oppsatt tidsplan. Økonomien i prosjektet er under god kontroll og har prognose til å gå i balanse. Prosjektet har forutsatt at utvendig vask av bygg i drift foregår med mobil kurv og heis. Hensiktsmessigheten av denne forutsetningen vurderes i neste tertial opp mot andre mulige løsninger.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 1 – 2017 pr. 30.04.17



UNN HF PET-senter - Prosjektnummer 70100

Innholdsfortegnelse

1 Innledning og sammendrag	1
2 Fremdrift.....	1
3 Økonomihovedtall	1
3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF.....	1
3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt.....	1
3.3 Totalt forbruk	1
3.4 Investeringsplan (i løpende kroner).....	2
3.5 Oppsummering hovedtall	2
4 Vedrørende de enkelte delkapitler.....	2
4.1 Kap A - Generelle og spesielle kostnader	2
4.2 Kap F - Utstyr.....	2
4.3 Kap G1 - Følgkostnader uten egen investeringsramme	2
4.4 Kap G3 - Marginer	2
4.5 Kap H1 - Følgeprosjekter med egen investeringsramme.....	2
5 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA).....	2
5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold	2
5.2 Vernerunde	3
5.3 Hendelser.....	3
5.4 Støy.....	3
5.5 Ytre miljø (oversikt over evt. utslipp og avfallsmengder)	3
6 Risikovurderinger i prosjektet.....	3
6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)	3
6.2 Kostnader	3
6.3 Fremdrift.....	3
6.4 Mulige konflikter i forhold til drift og eksterne interessenter	4
6.5 Annet	4
7 Organisasjonsutvikling (OU)	4
8 Gevinstrealisering.....	4
9 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger.....	4

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Prosjektets rammer er vedtatt utvidet i Helse Nord RHF i styresak 135-2016.

PET-senter prosjektet har en fremdriftsplan som er stram. I tillegg er prosjektet komplekst med tunge tekniske anlegg som utfordrer prosjekterende, entreprenør og byggherre. Det er et spesielt fokus på godkjenning av offentlige myndigheter gjennom validering. Dette betraktes fortsatt som en risiko i prosjektet, og er søkt redusert gjennom å engasjere Norconsult som rådgiver for valideringsgruppen.

Entreprenør har levert en endringsmelding hvor de påberoper seg krav om forlenget byggetid, endret dagmulksbelagte datoer for ferdigstilling og kostnader for forlenget rigg og drift. Varslet innebærer 7 ukers forsinkelse og estimerte kostnader på ca 3,3 mill kr. Overtakelse for klinisk prøvedrift vil med denne fremdriften starte 2 mars 2018. Disse forholdene er legitime ihht kontraktsreglene. Alternativet til å godkjenne varslet har vært å pålegge forsering for å holde tidsfrister, hvor risikoen med å forsere arbeidet er vurdert som stor samt vil gi økte kostnader og lavere kvalitet.

Saken er drøftet i prosjektets styringsgruppe (SG) hvor det ble konkludert med at økt risiko i forbindelse med forsering for å holde prosjektets opprinnelige fremdrift ikke er akseptabelt. SG anbefalte å akseptere entreprenørens krav om forlenget byggetid på 7 uker. Eventuelle økonomiske konsekvenser i forbindelse med forlenget byggetid er ikke avklart pt.

2 FREMDRIFT

Byggestart: 01.11.2015

Planlagt oppstart teknisk prøvedrift: 20.11.2017. Endret til 01.12.2017.

Planlagt oppstart klinisk prøvedrift: 20.02.2018 Endret til 02.03.2018.

3 ØKONOMIHOVEDTALL

3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF
567,9 mill. kroner.

3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt

Investeringer tall i mill. kr	Investerings ramme overført til 2017	Investerings ramme 2017	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2017	Restramme	Forbruk i år av disponibel ramme %
UNN PET-senter	-156,5	302,9	44,3	71,9	231,0	23,5%

3.3 Totalt forbruk

Investeringer tall i mill. kr	Investering s ramme	Sum investert	Restramme	Forbruk av disponibel ramme %
UNN PET-senter	567,9	265	302,9	47%

3.4 Investeringsplan (i løpende kroner)

Investeringsramme MNOK	2015	2016	2017	2018
UNN PET-senter	25 mill	50 mill	418 mill	100 mill

3.5 Oppsummering hovedtall

Prosjektets ramme er økt til 567,9 mill. kr. Det er forbrukt 265 mill. kr i prosjektet og det gjenstår således 302,9 mill. kr. Hoveddelen av dette forbrukes i 2017.

4 VEDRØRENDE DE ENKELTE DELKAPITLER

4.1 Kap A - Generelle og spesielle kostnader

Konto	Beskrivelse	Budsjett	Påløpt	Gjenstående
1-7	Bygging	335 379	190 352	145 027
8	Generelle kostnader	78 029	74 709	3 320
9	Spesielle kostnader	82 250	0	82 250
10	Andre spesielle kostnader	73 867	0	73 867
	Sum kr inkl mva	567 375	265 061	302 314

4.2 Kap F - Utstyr

Syklotron og hotceller er levert og er under montasje. Det har vært gjennomført tilbudsprosess for labinnredning som var mislykket da vi ikke mottok noen tilbud. Konkurransen ble av denne grunn avlyst og totalentreprenør Consto ble forespurt om å levere innredningen. Consto med underleverandør Labrum leverte et tilbud som har blitt akseptert og bestilling er gjort.

Det er i samme periode blitt gjennomført tilbudskonkurranser for sikkerhetsbenker, avtrekkskap, oppstillingsrack, luftdusj og operasjonsbord. Tilbudene er evaluert og det er inngått kontrakter med hhv Scanbur og Ninolab. Leveransene er inndelt i forskjellige kontrakter for hhv UNN, SANO og UiT.

4.3 Kap G1 - Følgkostnader uten egen investeringsramme

Ikke aktuelt.

4.4 Kap G3 - Marginer

Prosjektet har budsjettpost på sikkerhetsmargin på 5 mill. kr. Denne er urørt.

4.5 Kap H1 - Følgeprosjekter med egen investeringsramme.

Kontoretasjer kr. 99 mill.

5 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ (SHA)

5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold

Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold er beskrevet som et krav og oppfølgingspunkt i prosjektets retningslinjer. Det er ikke påvist uønskete forhold i prosjektet.

5.2 Vernerunde

Det er etablert rutiner for HMS arbeidet og gjennomføres vernerunder hver 14 dag på byggeplass.

Det er registrert 99.848 timeverk pr 10.03.2017

Det er registrert 1 stk ulykke med skade eller sykefravær relatert til arbeidsmiljø. H verdi =10.

5.3 Hendelser

Det er utarbeidet 231 stk RUH pr 10.03.2017.

5.4 Støy

Ikke aktuelt.

5.5 Ytre miljø (oversikt over evt. utslipp og avfallsmengder)

Dette gjennomføres som del av prosjektets avfallsplan og tilhørende myndighetshåndtering i form av midlertidig brukstillatelse og ferdigattest.

Prosjektet har krav til kildesortering og minimalt med emballasje. Dette skal videreføres i utstyrprosjekt.

6 RISIKOVURDERINGER I PROSJEKTET

Det er gjennomført risiko- og mulighetsanalyser i prosjektet.

De største risikoer som er avdekket og er handtert i perioden er byggets ekstreme kompleksitet og mangler ved prosjekteringen av dette. Dette gjelder spesielt gassanlegg og ventilasjon. Det avdekkes fortsatt mangler ved det prosjekterte materialet, men da av mindre karakter som handteres fortløpende.

Prosjektets påvirkning av Universitetet i Tromsø (UIT) sin utvidelse av Avdeling for komparativ medisin (AKM3) er ikke vurdert pt. da det fortsatt ikke er avklart hvorvidt prosjektet vil bli realisert.

Valideringsarbeidet i prosjektet vurderes fortsatt som en risikofaktor. Det er gjort grep fra prosjektledelsen for å redusere risiko, bla ved å engasjere Norconsult som spesialrådgiver for validering. Norconsult er pt involvert i arbeidet med etablering av utvidelsen av PET-sentret ved St.Olav og har tidligere vært involvert i arbeidet ved validering av PET-sentret på Haukeland. Effekten av dette tiltaket vurderes fortløpende da dette er et kostnadskrevenende tiltak.

6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)

Prosjektets organisering er uendret i forhold til tidligere rapportering.

6.2 Kostnader

Se kapitel om økonomi.

6.3 Fremdrift

Entreprenør har 29 mars 2017 levert en revidert endringsmelding nummer 88 der de påberoper seg krav om forlenget byggetid, endret dagmulksbelagte datoer for ferdigstillelse og kostnader for forlenget rigg og drift. Varslet innebærer 7 ukers forsinkelse og estimerte

kostnader på 2,6 mill kr + mva, totalt ca 3,3 mill kr (se vedlegg). Overtakelse for klinisk prøvedrift vil med denne fremdriften starte 2 mars 2018.

Disse forholdene har direkte sammenheng med byggherrebeslutninger og gir entreprenør legitimt krav om forlengelse i henhold til kontraktsreglene. Alternativet til å godkjenne dette varslet har vært å pålegge forsering for å holde tidsfrister. Risikoen med å pålegge entreprenør å forserer arbeidet er vurdert som stor av prosjektledelsen, og vil gi økte kostnader og lavere kvalitet. Prosjektet risikerer at entreprenør må ta inn ny arbeidskraft som ikke kjenner prosjektet og som en kan forvente vil arbeide på en usystematisk og uhensiktsmessig måte. Dette vurderes å gi en konkret betydelig økt risiko i forhold til dokumentasjon som validering er avhengig av, samt noe økt risiko for gjennomføringsfeil.

Saken er drøftet i prosjektets styringsgruppe (SG) hvor det ble konkludert med at økt risiko i forbindelse med forsering for å holde prosjektets opprinnelige fremdrift ikke er akseptabelt. SG anbefalte å akseptere entreprenørens krav om forlenget byggetid på 7 uker. Eventuelle økonomiske konsekvenser i forbindelse med forlenget byggetid er ikke avklart pt.

6.4 Mulige konflikter i forhold til drift og eksterne interessenter
Ingen konflikter.

6.5 Annet
Ikke noe.

7 ORGANISASJONSUTVIKLING (OU)

Det er etablert avdeling for PET og nukleærmedisin i Diagnostisk klinikk som ivaretar organisasjonsutvikling. Drifts- og eiendomssenteret er i gang med å tilpasse teknisk drift og forsyning til nytt bygg. Det er ennå ikke tatt stilling til hvem som skal flytte inn i kontoretasjene i bygget, og det er derfor ikke iverksatt noen aktiviteter for å forberede organisasjonen.

8 GEVINSTREALISERING

Dette vil bli behandlet i løpet av kommende tertial.

9 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

VURDERINGER

Prosjektets hovedfremdrift er ihht fremdriftsplan forsinket med 7 uker slik at ny oppstartdato for teknisk prøvedrift er 01.12.2017. Enkelte deler av prosjektet er noe forsinket, dette omfatter kulvert og teknisk hus, men dette påvirker ikke prosjektets sluttdato.

Det arbeides med å lukke usikkerheter rundt grensesnitt i forbindelse med utvidelsen av PET-sentret med 3 kontoretasjer. Dette håndteres fortløpende av prosjektledelsen og utbyggingssjefen i hvert enkelt tilfelle.

UiT er i gang med utvidelse av Avdeling for Komparativ Medisin med nytt tilbygg nord for eksisterende AKM kaldt AKM3. Dette prosjektet gjennomføres delvis på riggområdet til PET-sentret og delvis på UiTs tomt noe som medfører behov for tett koordinering mellom prosjektene. Prosjektets fremdrift er usikker men det vurderes at det risiko for at dette arbeidet kan påvirke PET-sentret med hensyn på bla fremdrift.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
55/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	1.6.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Oppfølging av Sivilombudsmannens rapport ved PHRK
2. Ny rutine for melding og varsling av avvik

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie
4. Presentasjon av status i prosjekt Kostnad per pasient (KPP)
5. Oppfølging av tilsynsrapport - traumemottak

Tromsø, 1.6.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Sak: **Oppfølging av sivilombudsmannens besøksrapport fra 2016**
 Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
 Fra: Direktøren/ klinikkjef ved Psykisk helse- og rusklinikken v/ Siren Hoven
 Møtedato: 1.6.2017

Bakgrunn

Sivilombudsmannen gjennomførte varslet besøk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 26-28.04.16. Innholdet i besøksrapporten fra Sivilombudsmannen var blitt kjent gjennom media og andre kanaler allerede noen uker før den ble offisielt oversendt/publisert 29.8.2016.

Besøksrapporten gir til sammen 32 anbefalinger på 7 områder. Anbefalingene er todelt og har som målsetting å sikre at lovkrav og kravene i FN's konvensjon etterleves. Om lag to tredjedeler av anbefalingene omhandler ulike sider av lovmessige forhold, mens resterende tar for seg fysiske forhold, aktivisering og institusjonskultur. Utover anbefalingene omtaler rapporten en del forhold som Psykisk Helse- og rusklinikken ønsker å følge opp. Innholdet i rapporten er alvorlig og forstås som et uttrykk for at virksomheten ikke i tilfredsstillende grad har klart, å ta hensyn til pasientens perspektiv og opplevde erfaringer med i utformingen av virksomheten.

Psykisk helse- og rusklinikken har lagt ned betydelige ressurser i oppfølgingen av tiltak som svarer på anbefalingene. Arbeidet er krevende og omfatter en rekke dimensjoner ved tilbudet. Institusjonskultur og vektlegging av opplevelses-/erfaringsperspektivet er grunnleggende.

Gjennom handlingsplanen er konkrete tiltak knyttet til anbefalingene. Tiltakene har tilhørende ansvarsklargjøring med tidsfrister. I forhold til oppfølging av tiltakene er det lagt til rette for en oversiktlig fremstilling av framdrift som vil være løpende oppdatert for rapportering. Ansvarlig for koordinering av handlingsplanen rapporterer fortløpende til klinikkledelsen omkring status.

Formål

Hensikten med saken er å orientere styret om status for arbeidet med handlingsplanen i forhold til oppfølging etter Sivilombudsmannens besøksrapport.

Saksutredning

Det vises til selve besøksrapporten, saksfremlegg, referater fra ekstraordinært styremøte 23.8.2016 samt styremøter 15.9. og 5.10. s.å. samt 8.2.2017.

Medvirkning

Innholdet i handlingsplanen ble av tidsmessige årsaker ikke formelt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjeneste i henhold til vanlig prosedyre. Ledelsen ved Psykisk helse- og

rusklinikken har senere gjennomført flere møter med ansatte. Besøksrapport og status for arbeidet er gjennomgått i KVAM utvalgets møter og på dialogmøte med de tillitsvalgte.

Vurdering

Arbeidet involverer store deler av Psykisk helse- og rusklinikken ledere, ansatte, erfaringskonsulenter, bruker/interesseorganisasjoner samt pasienter og pårørende. Det har vært god fremdrift i arbeidet og ca. 80% av underliggende tiltak i handlingsplanen vurderes å være i rute. Det vises til vedlagt statusrapport.

Konklusjon

Psykisk helse- og rusklinikken har prioritert arbeid med oppfølgingen av besøksrapportens anbefalinger og vil fortsette å prioritere det.

Direktøren foreslår at styret tar status for arbeidet med oppfølging av handlingsplanen etter Sivilombudsmannens besøksrapport til orientering.

Vedlegg:

- Handlingsplan etter Sivilombudsmannens rapport fra 2016

Status for handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger

Pr. 5/5-2017

3.1 Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk (Innsatsområde 1)

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

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrister	Status
1. Arbeid omkring det som skjer i situasjonene hvor det blir brukt tvangsmidler.	1. Etablere arbeidsgruppe som skal se på det som skjer i og rundt situasjoner hvor det blir brukt tvangsmidler. Herunder å vurdere alternativer til tvang og bruk av lempelige midler.	Fagutviklings-enhet rus og psykiatri (FUE)	1.11.16 - 1.6.17	Arbeidet igangsatt. Ingvild Dahl leder en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Gjennomfører litteraturgjennomgang, innhenter erfaringer fra andre steder. Dialog med og om mulig intervju pasienter og ansatte.
2. Systematisk opplæring i forståelse og mestring av aggresjon.	2a). Etablere FMA ressursgruppe bestående av bl.a. representanter fra sikkerhet og akuttpsykiatri.	FUE	1.11.16 - 1.11.17	Gruppen ble konstituert 28/10-16. Fire møter er gjennomført. Foreslått innkjøp av 4-5 nye beltesenger til utprøving.
	2b) Ressursgruppen vurdere innhold samt organisering av opplæring. Sørge for at opplæringen skjer med hjelp av interne og eksterne ressurser.	Ressursgruppe	Løpende	FMA kurs for Akuttpost Tromsø og PRE. 2 Terma kurs for Akuttpost Nord 12-15.12 med deltagere fra andre enheter. Trening i gymsal hver 14. d. ESPA ¹ kurs 16-19.1.17. Døgn 2 den 12/5 og Døgn den 1 19/5.
	2c) Anbefale hva slags instruktør-opplæring klinikken skal ha.	Ressursgruppe	1.3.17	Klinikkledelsen besluttet 24.2.17 hvordan FMA grunn- og instruktør-opplæring skal gjennomføres. Se eget notat. Invitasjon til instruktørkurs sendt ut 2/5-17.
3. Bestemmelser i Psykisk helsevernloven tematiseres til de vedtaksansvarlige på deres møter høsten 2016.	3a) Gjennomgås på vedtaksansvarlig-møtene høsten 2016.	FUE	1.9.16- 1.12.16	Gjennomgått som planlagt høsten 2016. Det bør vurderes hvorvidt deltagelse på (evt. noen av) disse møtene skal være obligatorisk.
	3b) Utforming av instruks og oppfølging i forhold til etterlevelse.	Klinikk-sjef	31.12.16	Instruks gitt 1.1.17.
4. Systematisk opplæring av miljø-	4. Internundervisning ved alle enheter	FUE	1.1.17	Gjennomført to runder på akuttpost Nord

¹ ESPA: Egensikkerhet og prehospital aggresjonsforståelse i regi av psykiatriambulansen i Bergen.

<p>personalet i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften (sett i lys av SOM rapport).</p> <p><i>5. Systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</i></p>	<p>i akuttpsykiatrisk seksjon.</p>			<p>samt 1 runde på de andre akuttpostene og PRE. Tilbudt sikkerhet, døgnet samt alderspsykiatri. Lovendringer vedtatt av Stortinget 19.1.17. Ikrafttreden 1.7 og 1.9.17.</p>
	<p>5. Etablere arbeidsgruppe som får på plass systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</p>	FUE	1.10.16 - 1.10.17	<p>5. Rutine, journalnotat og brosjyre til pasienter sendt ut 28.12.16, 30.12.16 og 4.3.17. Psykisk helsevernloven er vedtatt endret med krav om ettersamtale ved flere kapittel 4 vedtak (Lovvedtak 50 (2016-2017)).</p> <p>Dialog med Hdir om innholdet i prosedyre, brosjyre og journalnotat. Disse revideres på bakgrunn av tilbakemeldingene.</p>
	<p>Ettersamtale bør være eget notat i DIPS og ikke frase for at etterprøvbarheten skal være best mulig.</p>	FUE	-	<p>Journalnotat godkjent av journalkomiteen 20.1.17 og lagt inn i DIPS som tverrfaglig notat «ettersamtale ved bruk av tvang PS» 23.2.17.</p>
	<p>Internkontroll og internrevisjon for å sjekke etterlevelse og kvaliteten på journalnotater.</p> <p>Internrevisjonen handler utelukkende om kontroll i fht gjennomføringsgrad/etterlevelse. Det er i tillegg behov for forbedringsarbeid med utgangspunkt i pasientens opplevelse/vurdering.</p>	FUE	30.6.17	<p>Intern revisjon 3 måneder etter oppstart. Kontroll av antall notater i forhold til antall vedtak samt innholdet i notatene.</p> <p>Møte om internrevisjon med nødvendige avklaringer gjennomført 28.3.17. Revisjonsgruppen ledes av Kristin Johannessen. Revisjonen er planlagt gjennomført.</p>

3.2 Tiltak i forhold til lovgivning (Innsatsområde 2)

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

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjelder presiseringer omkring lovgiving som ikke omhandler bruk av tvangsmidler.	Alle punkter i forhold til lovgivning tas opp på felles vedtaksansvarlig møtene høsten 2016.	FUE	1.12.16	Alle punkter er gjennomgått på vedtaksansvarligmøtene høsten 2016.
	Vedtaksansvarligmøtet skal se nærmere på det som omhandler forholdet mellom isolasjon og skjerming samt kortvarig fastholding og uttale seg om dette.	FUE		Belyst på seminar med Aslak Syse på kurs 9. mars 2017. Skriftlig og muntlig tilbakemelding gitt fra Syse.
	Vurdere behov for egen instruks med presiseringer av lovverket og evt. gi slik instruks.	Klinikksjef	1.12.16	Slik instruks ble gitt 1.1.17.
			1.1.17	Lovpresiseringer fra Hdir er sendt ut. Gjennomgått på legeres litteraturmøte. Vurdere om det er behov for ytterligere tydeliggjøringer.
	Nytt punkt! Opplæringsbehov i f.h.t. endringer i psykisk helsevernloven.	FUE	16.6.17	Streaming av informasjonsmøte fra HDir 16.6.17.
30.8.17			Fagdag med hovedfokus på samtykkekompetanse ultimo august. Fagdagen skal også få frem pasienters opplevelser av å være utsatt for tvang samt om mulig presentere systematisk kunnskap om alternativer til tvang.	

	<p>Seminar/kurs med Aslak Syse rundt bestillinger i forhold til juridiske problemstillinger.</p> <p>Pasient- og brukerombudet skal gjennomføre kurs om pasienter og pårørende rettigheter for ansatte i Psykisk helse- og rusklinikken.</p>	<p>FUE</p> <p>FUE</p> <p>FUE</p> <p>FUE</p>	<p>30.8.17</p> <p>19.1.17</p> <p>9.3.17</p> <p>30.11.17</p>	<p>Internopplæring i poster/seksjoner.</p> <p>Grunnkurs i helserett gjennomført med 55 deltagere.</p> <p>Seminar om menneskerettigheter og endringer i psykisk helsevernloven med 100 deltagere + 7 VK studio.</p> <p>Kurs gjennomført i Narvik 23.3.17 med 40 deltagere (fulltegnet).</p> <p>Kurs i Tromsø 30.5.17. Sendes på video konferanse/S4B. Annonisert medio april</p> <p>Kurs i Harstad uke 21.9.17.</p> <p>Vurdere behov i resterende SPHR etter at kursene i Tromsø og Harstad er gjennomført.</p>
--	---	---	---	--

3.3 Tiltak i forhold til identifisert utfordring beskrevet som skillet mellom personale på personale dag og natt (Innsatsområde 3)
Anbefalinger: 31 og 32.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Redusere skillet mellom personale dag-natt som påpekt (rapportens s. 37). Oppfølging av konkrete forslag.</p> <p>Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.</p>	<p>Etablering av arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, vernetjeneste og ledelse med mandat å foreslå konkrete forslag m.h.t. endringer i skillet mellom personalet på dag og natt.</p>	<p>Avdelingsleder Psykiatrisk avdeling med bistand fra Personal- og organisasjon</p>	<p>1.11.16</p> <p>Vår 2017</p>	<p>Rapport avlevert 30.9.16. 3 drøftingsmøter med tillitsvalgte samt ekstraordinært møte i KVAM utvalget er gjennomført.</p> <p>Klinikkledelsen besluttet 19.10.16 alternativ 1 som gir innslag av inntil 10% dag/aften i nattstillinger ved psykiatrisk avdeling.</p> <p>Iverksettelse i.h.t. gjeldende regelverk og avtaler i UNN.</p> <p>Det er opplyst om til dels stor misnøye med ordningen. Oppfølging med deltagelse på nattevaktmøter.</p> <p>Fagrådgiver og seksjonsleder bistår enhetslederne med oppfølging. Har deltatt på møtene 6 og 9/3-2017.</p>

3.4 Tiltak i forhold til Akuttpost nord (Innsatsområde 4)

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

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.	Vurdere om de generelle tiltakene i handlingsplanen er tilfredsstillende også for Akuttpost nord	Klinikkisjef	1.1.17	Fortløpende vurdering. Det vurderes at de iverksatte tiltakene samlet sett har fungert godt. Etisk refleksjon, kursing (undervisning og fagdager) samt den jobben som konstituert enhetsleder har gjort har hatt stor betydning.
Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes ved akuttpost Nord (anbefaling 31)	Etablere arbeidsgruppe på Akuttpost nord som vurderer behov for interne tiltak	FUE/Avd. leder Psyk. avdeling	15.11.16	Konstituert 23.1.17. 4 deltagere fra dag og 2 fra natt samt overlege. 3 møter gjennomført. Gruppen deltok på Syse kurset 9.3.17. Møtte pasienter som har vært innlagt på posten 2.5.17.
	Arrangere postseminar 1. halvår 2017 som tar utgangspunkt i besøksrapport, handlingsplan, føringer om utvikling samt arbeidsgruppens anbefalinger.	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/ seksjonsleder	1.6.17 – Forskyves	KVAM har gitt tilsagn på 61.500,- i velferdsmidler. Seminar utsatt til høsten 2017 pga. kalenderplan og behov for planlegging av innhold. Involvering av nytilsatt enhetsleder.
	Gjennomføre Terma kurs for Akuttpost Nord. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon og akutt- postene får to plasser hver på kurset. Kurset evalueres via questback samt dialog.	FUE	1.1.17	Gjennomført som planlagt 12.12 – 15.12.16 for fast miljøpersonale.
			30.5.17	Opplæring av ekstravakter. Invitert til FMA undervisning på nyansatt kurs 4.4.17. Noen få deltok her.
				Planlagt ettermiddagsundervisning.

	Systematisk bruk av etisk refleksjon rundt egen virksomhet igangsettes.	FUE/Avd. leder	1.11.16-01.6-18	Dag Erik Hagerup er veileder. Evaluering og konsolidering av erfaringer hver 3. måned. Neste 16.5-17.
	Systematisk undervisning i Psykisk helsevernloven sett i lys av Sivilombudsmannens rapport.	FUE	1.11.16	Tilbakemeldinger fra arbeidsgruppen tilsier at personalet er meget godt fornøyd med tilbudet. 2 runder er gjennomført.
	Undervisning i helsepersonell loven og pasient- og brukerrettighetsloven.	FUE	1.3.17	2 runder med undervisning om Helsepersonelloven er gjennomført. PBRL planlagt. Undervisning om brukermedvirkning er gjennomført. Kurs om pasienter og pårørendes rettigheter 30.5-17 i regi av PBO. Anmeldt besøk fra Kontrollkommisjonen 24.5-17.

3.5 Tiltak i forhold til ledelse (Innsatsområde 5)

Anbefalinger: 31 og 32

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Lederoppgavene sett i lys av de foreliggende oppgaver og utfordringer er gitt, og vil også fremover bli gitt særskilt oppmerksomhet.	1. Samtaler med aktuelle ledere i akutt - psykiatrisk seksjon. Viktige tema er behov for lederstøtte, kompetanseheving samt motivasjon for- og oppfølging av de prioriterte utfordringene	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/Personal- og organisasjonsavdelingen	1.11.16	Samtalene er gjennomført. Det er tilsatt ny seksjonsleder ved akuttpsykiatrisk seksjon og ny enhetsleder ved akuttpost Nord.
Det prioriterte endringsarbeidet må gjenspeiles hos ledere på alle nivå.	2. Utarbeide sjekkliste for nødvendig kompetanse for ledere i Psykisk helse- og rusklinikken. Sjekklisten bygger på UNN sitt reviderte lederutviklingsprogram og interne definerte kompetansebehov	Personal- og organisasjon	15.4.17 - endret	Se eget notat fra personalsjef. Rådgivere fra Stabscenteret og/eller KVALUT kan bistå i dette arbeidet. Kobles mot det nye lederutviklingsprogrammet.
	3. Nærmeste leder foretar kartlegging av kompetansebehov ut fra samtaler med sine ledere ² .	Aktuelle ledere	15.6.17 - endret	I akuttpsykiatrisk seksjon har dette vært tematisert vinteren 2017. Følges videre opp.
	4. Når kartleggingen av kompetansebehov er gjennomført kan klinikkledelsen prioritere hva som skal gis av kompetanse-tilbud, hvem som skal ha tilbud og rekkefølge i opplærings- og utviklings-tilbudene.	Klinikksjef	15.9.17 - endret	Dialog med personalsjef medio mars. 5.5.17: Mottatt diverse info fra personalsjef inkl. sjekkliste.

² Det vil si klinikksjef kartlegger kompetansebehovene hos avdelingslederne, avdelingslederne kartlegger kompetansebehovet hos seksjonslederne osv. I dette møtet kan leder og overordnet leder sammen kunne definere hva som er nødvendig å fylle på av kompetanse og læring for å utføre lederjobben på en tilfredsstillende måte.

	5. Gruppeveiledning med enhetslederne i akuttpsykiatrisk seksjon hver 14. dag.	Avdelings/seksjonsleder	1.12.16	Veiledningen er gjennomført som planlagt.
	Ledersamling for avdelings og seksjonsledelse ved psykiatrisk avdeling 27.1-16.	Avdelingsleder	27.1.17	Samlingen ble gjennomført som planlagt. Programmet laget i samarbeid med kvalitetsavdelingen og Personal- og organisasjonsavdelingen. Beslutning om fast månedlig utvidet lederteammøte.

3.6 Tiltak i forhold til pasienthendelser (Innsatsområde 6)

Anbefalinger: 10, 11 og 12

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Utarbeide delplan i forhold til pasienthendelser. To områder er avgrenset for spesiell oppfølging:</p> <p>1. Melding av pasienthendelser</p> <p>2. Lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser.</p> <p>Dialog med tilsynsmyndighet, kontrollkommisjon og Pasient- og brukerombud.</p>	<p>Utarbeide forslag til delplan for lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser. Herunder systematisk opplæring i bruk av Docmap. Superbrukere må også benyttes her.</p>	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.10.16	<p>Delplan utarbeidet innen fristen. Planen ble revidert ultimo januar. Første kurs om å lære av uønskede hendelser ble gjennomført 30.11.16. Ledelsen i psykiatrisk avdeling gjennomførte kurset 29.3.17.</p> <p>Kurset legges i kalenderplan for enhetene i akuttpsykiatrisk seksjon høsten 2017.</p>
	<p>Utarbeide retningslinje for uønskede hendelser. Denne skal tydeliggjøre og eksemplifisere hva som skal meldes hvor.</p>	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.12.16	<p>Retningslinjen godkjent av klinikkledelsen 26.1.17. Det avklares at den samsvarer med UNN retningslinjen..</p>
	<p>Dialog med kontrollkommisjonen om hvordan rapporteringen om avvik og pasientskader skal foregå.</p>	Klinikksjef	1.11.16	<p>Gjennomført møte 9.11.16. Avtalt fast årlig møte fremover.</p>
	<p>Dialog med Fylkesmannen om at årlig samarbeidsmøte skal ha besøksrapporten som tema.</p>	Klinikksjef	1.11.16	<p>Gjennomført møte 24.10.16. Oppfølgingsmøte høsten 2017.</p>
	<p>Dialog med Pasient- og brukerombudet om samarbeidsmøte med besøksrapporten som tema.</p>	Klinikksjef	1.11.16	<p>Gjennomført møte 21.10.16. Avtalt å ha videre dialog om samarbeid.</p>

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

Anbefaling: 9, 21, 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Sørge for at informasjonsmaterieell med klageinformasjon utdeles rutinemessig som forutsetning for å oppfylle pasientrettigheter og ivareta rettssikkerheten.	Sørge for at slik informasjon alltid forefinnes. Biblioteket sørger for å bestille og lagre slike brosjyrer mm.	FUE	1.10.16	Informasjonsmøte for brukere og pårørende og organisasjoner 19.9.16. Skriv med klageinformasjon og plakater til oppslag er utarbeidet og distribuert.
Prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes.	Informasjon om klagerett og tilhørende skjema lagt på UNN's internett.	Stab	1.10.17	Gjennomført
Gjennomgang av samarbeidet med bruker/interesseorganisasjonene og Bikuben.	Vurdere å etablere faste dialogmøter med bruker/interesseorganisasjoner, pårørende og brukere.	Klinikkjef	1.1.17	Brukermedvirkningsforum etablert i psykiatrisk avdeling høsten 2016. Dette punktet må sees i lys av oppdragsdokument 2017 som stiller krav om gjennomføring av slike lederforankrede møter.
Vurdere videre behov for erfaringskonsulenter.	Opprette 50% stilling som erfaringskonsulent ved psykiatrisk avdeling.	Klinikkjef	1.12.16	Astrid Weber ble ansatt i stillingen 1.1.17.
	Vurdere videre tilførsel.	Klinikkjef	01.4.17	Vurdere ytterligere behov.
Vurdere gjennomføring av systematisk innhenting av brukererfaringer.	Systematiske tilfredshets/brukerundersøkelser.	FUE	01.4.17	Løsninger og teknologi må avklares. Vemund Myrbakk følger opp.
Systematisk bruk av etisk refleksjon.	Arbeid pågår i samarbeid med senter for medisinsk etikk, UIO	Seksjonsledere/FUE	15.9.16 – 31.12.17	Påbegynt. Inkluderer KEK og prestetjenesten. Innen 1.3 skal alle enheter i psykiatrisk avdeling være i gang. Statusevaluering 1.10.17. En rekke enheter er i gang eller i ferd med å starte opp.

Sikre delaktighet i egen behandling	Pasienter skal tas aktivt med i behandlingsplanlegging og utforming av egen behandlingsplan.	Klinikksjef	30.1.17	Avklare rammer og forutsetninger. Sees bl.a. i sammenheng med arbeidsgruppe aktivitet. Dette er et stort og omfattende punkt som omfatter andre innsatsområder og tiltakspunkter.
-------------------------------------	--	-------------	---------	--

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

Anbefalinger: 1, 3, 4 og 5

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjennomgang av bygg 1 og 2 som må skje i tett samarbeid med aktuelle enheter i byggene.	Oppfølging av konkrete forslag til bygningsmessige tiltak.	DES/klinikkjef	1.12.16	Notat til direktør med beskrivelse av kostnader ferdigstilt 12.12. Møte 3.1-17 med konkretisering av fremdrift. Det er tatt beslutning i f.h.t. rokade.
Forbedring og bredde i miljøterapeutiske tiltak.	Aktivitet skal sees som en del av og grunnlag for det terapeutiske arbeidet. Pasientens behandlingsplan skal inneholde informasjon om aktiviteter.	FUE	1.6.17	Skal sees i relasjon til underliggende tiltak slik som arbeidsgruppe aktivitet mv.
	Videreutvikle undervisningstilbudet i miljøterapi.	FUE	1.6.17	Legge plan for undervisning i miljøterapi (omfang og tematikk).
Gjennomgang av muligheter for aktiviteter og aktivitetstilbudet.	Etablere arbeidsgruppe som ser på videreutvikling av aktivitetstilbudet og har økt fokus på aktivitet.	Klinikkjef/ Kulturavdelingen	1.12.16 – 30.6.17	Bredt sammensatt arbeidsgruppe. 4 møter samt befaringer er gjennomført. Gjennomført møte med fagutviklerne. Møte med pasienter/brukere, bruker- og interesseorganisasjoner avholdt 9.3-17. Møter med legegruppen, ergoterapeuter er planlagt. Astrid Weber leder gruppen.
	Forskningsprosjekt om implementering av psykoseveilederen gir implementeringsstøtte i f.h.t. fysisk helse/aktivitet.	Forskningsprosjekt	Prosjekt- periode 2016-18	Medlemmer fra arbeidsgruppe aktivitet deltok på samlingen 27.1.17.

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

Dette er bestilling fra styret.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
§ 4-8a Vedtak om bruk av mekanisk tvang brukes som indikator. Det vil si å følge antall § 4-8a vedtak måned for måned.	Se notat med vedrørende mulige indikatorer for tvang i psykisk helsevern.	Klinikksjef	1.12.16	Se eget notat om indikatorer.
Evalueres etter 6 måneder, med eventuell endring av indikatorvalg ved behov				
Utvikle indikatorsystemet til internt bruk	Videreutvikle LIS til å kunne benyttes til tettere monitorering av tvungent psykisk helsevern, eventuelt utvikle eget internt målekort.	Klinikksjef	1.12.16	Forslag til indikatorark/system vedrørende utvalgte variabler er under utarbeidelse.
	Se dette i sammenheng med utvikling av kvalitetsregister for psykisk helse/psykiatri/tvang. Helse-Bergen ønsker samarbeid omkring et slikt register.			Rapport med diverse tvangstall er sendt ut til lederne i klinikken 3.2.17. Behov for diskusjon og forståelse for hvordan tallene tas ut i virksomheten og kan brukes. SH har tatt initiativ til slikt møte.
				Internt møte 24.3.17 for å avklare videre arbeidsprosess.
				Møte med Helse-Bergen 21.4.17.



Sak: **Ny rutine for melding og varsling av avvik - orientering**
 Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Fra: Direktøren
 Møte: 1.6.2017

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjente i sak 5/2017 *Kontinuerlig forbedring – grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid* en overordnet plan for utvikling av et gjennomgående system og kultur for ledelse av kontinuerlig forbedring. Etablering av et nytt og bedre system for håndtering av avvik er ett av 12 punkter i satsingens gjennomføringsplan.

Melding og varsling av avvik, analyse av årsakene til avvikene, og kvalitetsforbedring gjennom læring fra avvik, står sentralt også i ny *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Nåværende prosedyrer for melding og varsling av pasienthendelser er nedfelt i DocMap-prosedyrene PR10631 *Behandling av melding om pasientskade* (vedlegg 1) og RL2016 *Umiddelbar varsling til Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten*, §3.3a (vedlegg 2). Disse prosedyrene ble siste oppdatert i henholdsvis juni 2015 og mars 2016.

PR10631 slår fast at følgende skal meldes etter spesialisthelsetjenestens § 3-3 til den nasjonale meldeordningen, via det interne avvikssystemet DocMap:

1. Forhold som kunne ha ført til betydelig skade på pasient
2. Skade forvoldt av pasient på medpasienter eller andre personer
3. Hendelser som har ført til betydelig skade på pasient – herunder død
4. Dødsfall eller betydelig skade som er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko

RL2016 slår fast at alvorlige pasienthendelser i tillegg skal varsel uten opphold til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Alvorlig hendelse er i prosedyren definert som dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Kartlegging av melde- og varslingspraksis i UNN

Styresak 23/2017 *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016* viste at antall meldte avvik i UNN er nesten tredoblet i løpet av de fire siste årene, fra 989 i 1. tertial 2012 til 2838 i 3. tertial 2016. UNN har likevel ved flere tilsyn fått kritikk fra Helsetilsynet for manglende melding og varsling av avvik og alvorlige pasienthendelser, og Pasientsikkerhetsutvalget (PSU) har observert alvorlige hendelser med pasientskader som ikke er meldt også etter at gjeldende prosedyrer ble innført i 2015/2016.

PSU har for å belyse dette nærmere gått igjennom til sammen 22 vedtak fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) fra 2015 og 2016 der pasienten fikk medhold. Av disse var bare 5 (23 %) meldt som pasienthendelser i DocMap. Dette er en kjent utfordring hos NPE. En tilsvarende publisert gjennomgang ved St Olavs hospital av pasientskader som inntraff fra 2009 til 2012, viste at 20% av medholdssakene i NPE var meldt internt (vedlegg 3).

Kvalut arbeider i tillegg med en gjennomgang av samtlige saker som er varslet etter §3-3a i 2016. Denne gjennomgangen viser at av 16 av 17 saker var meldt internt og varslet til



Helsetilsynet. Én sak var varslet av Helsetilsynet selv på bakgrunn av informasjon som kom frem gjennom et annet hendelsesbasert tilsyn.

Vurderinger

Selv om antall meldte avvik har økt betydelig, er det fortsatt mistanke om betydelig svikt i meldekulturen, særlig når det gjelder pasientskader. PSU er blitt kjent med tradisjon for at pasientskader håndteres på interne komplikasjonsmøter, ved samtale mellom de involverte og registrering i kvalitetsregistre, men uten melding i avviksmeldingssystemet. Slik praksis ivaretar delvis intensjonen om læring av avvik og forebygging av nye hendelser internt i den enkelte enhet, men ikke behovet for læring på tvers mellom organisatoriske enheter. Lovkravene om melding og varsling oppfylles ikke og det er risiko for at det også forekommer svikt i informasjonen pasient og pårørende, eller i hvert fall i dokumentasjonen av denne.

Det foreligger tilbakemeldinger fra fagmiljøene om at meldeplikten, slik denne er definert i PR10631, er tydelig definert. Forståelsen av varslingsplikten etter §3-3a er imidlertid mer krevende siden en alvorlig hendelse er definert som «dødsfall eller betydelig skade på pasienten hvor *utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko*». Vurderingen av hva som er *påregnelig risiko* åpner for betydelig bruk av skjønn og inkonsistent forståelse av lovkravet.

PSU har som følge av dette foreslått en ny prosedyre som definerer alvorlige og dermed varslingspliktige pasienthendelser betydelig videre (vedlegg 4). Forslaget tar ikke inn begrepet påregnelig risiko, og beskriver isteden at alle avdelinger skal ha skriftlige rutiner som presiserer nærmere hva som skal meldes og varsles. Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser er definert slik:

Alvorlig og utilsiktet hendelse som har oppstått ved helsehjelp eller ved mangel på helsehjelp, og som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang. Avdelinger skal ha skriftlige rutiner som presiserer hva som skal meldes og varsles.

Kvalitetsutvalget har behandlet forslaget til ny prosedyre og anbefalt at den innføres. Forslaget er nå på høring i klinikkene før endelig beslutning hos direktøren. Det er også utarbeidet forslag til implementeringsplan som beskriver hvordan fagmiljøene skal følges opp når endelig versjon av prosedyren innføres.

Varslingspliktige hendelser etter §3-3a skal behandles i styret. Det innført en fast rutine for at dette gjøres som muntlig orientering. Kvalut arbeider med forslag til et system som vil kunne gi både direktørens ledergruppe og styret en fortløpende og samlet oversikt over § 3-3a-varslene. Intensjonen med dette er å identifisere alvorlige avvik som gjentar seg så tidlig som mulig, for å oppnå læring og utvikling av risikoreduserende tiltak tidligere og mer effektivt. Det vil til neste styremøte bli vurdert om det er hensiktsmessig å innarbeide denne oversikten i den faste styresaken som oppsummerer ikke-hendelsesbaserte tilsyn.

Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler regelmessig gjennomgang av de siste 50 dødsfall ved sykehusene som en metode for å blant annet identifisere avvik som skulle vært meldt eller varslet. Akershus universitetssykehus har siden 2009 praktisert et alternativt system der alle dødsfall i sykehuset overvåkes systematisk. Patologene står for overvåkingen siden disse er en «nøytral» legegruppe utenfor klinisk virksomhet, med øvelse i å vurdere dødsårsaker. Kvalut arbeider med å vurdere hvordan dette kan gjøres i UNN, og kommer til å fremme et forslag til neste møte i Kvalitetsutvalget. Dette forventes å bidra til ytterligere bedring av meldekulturen.



Konklusjon

Antall meldte og varslede pasienthendelser i UNN har økt betydelig de siste årene, men det er dokumentert eksempler på at meldekulturen fortsatt ikke er god nok. Det er derfor behov for å revidere gjeldende prosedyre og innføre en fortløpende og rullerende oversikt over alle §3-3a varslinger. Fortløpende overvåking av medholdssaker i NPE og dødsfall i sykehuset vurderes også innført som metoder for å identifisere avvik som skulle vært meldt og varslet.

Vedlegg

1. PR 10631 Behandling av melding om pasientskade
2. RL2016 Umiddelbar varsling til Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, § 3-3a
3. Smeby SS, Johnsen R, Marhaug G. Documentation and disclosure of adverse events that led to compensated patient injury in a Norwegian university hospital. *Int J Qual Healthcare* 2015; 27: 486-91.
4. Forslag til ny prosedyre: Håndtering av pasienter, pårørende og helsepersonell, og varsling ved alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt varsling.

Ansvar

Den som observerer:

1. **Forhold som kunne ført til betydelig skade på pasient.** Hendelser som gjelder fall med ubetydelig eller ingen skade skal også meldes (se [RL2426](#)).
2. **Skade forvoldt av pasient på medpasienter eller andre personer** er pliktig til å melde. Melder har også plikt til å varsle ansvarshavende lege eller sykepleier
3. **Hendelser som har ført til betydelig skade på pasient – herunder død.** Skaden anses betydelig dersom den er av en slik art og/eller grad at den vil få vesentlige konsekvenser for pasientens sykdom, lidelse eller innebærer vesentlige smerter eller redusert livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt (se [RL2426](#)).
4. **Dødsfall eller betydelig skade som er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko** skal meldes til varsel@helsetilsynet.no av klinikkssjef eller dens stedfortreder snarest eller til senest dagen etter hendelsen (se [RL2016](#)).
5. **Ved uventet dødsfall** varsles politiet av ansvarlig lege. Avdelingsleder har det overordnede ansvar for meldingen. (Se [RL0773](#))

Melding om pasientskade eller mulig pasientskade

- Skjema i Docmap brukes, utfylling av skjemaet dokumenteres i pasientens journal.
- Den som erfarer hendelsen fyller ut **Pasienthendelsesskjemaet**, vurderer om hendelsen skal meldes til Kunnskapscenteret og sender det til "Nærmeste leder". Det er den oppdagende avdelingen som skal fylle ut skjemaet, og sørge for videre saksgang til angjeldende avdelinger. Det er viktig å få klart frem hva som skjedde, hvor det skjedde, hvilken følge det hadde for pasienten og hva som ble gjort for å begrense skaden. Er hendelsen relatert til medisinsk behandling redegjøres også for indikasjonen for behandlingen. Gjelder det suicid bes det om en utførlig redegjørelse (gjærne utskrift av journalnotat) i et vedlegg.
[Intern veileder til melde pasienthendelse/avvik](#)
- Leder fyller ut **sin del av meldingen**. Her påføres årsaksanalyse (er det en enkeltperson som har gjort en feil eller foreligger det svikt i rutiner/systemet), hvilke tiltak som ble iverksatt for at liknende ikke skjer igjen (der dette er relevant), og konklusjon om årsaksforhold og tiltak.
- Andre meldinger som kan komme i tillegg til pasienthendelsesskjema:
 - skal skade som skyldes [Feil ved elektromedisinsk utstyr](#) meldes på eget skjema.
 - Melding om bivirkninger (skjema i DIPS)
 - Stålevernnavvik eget skjema i Docmap §19 strålevernforskriften
 - Transfusjonsreaksjoner [eget skjema i Docmap](#)

- [Alvorlige uønskede hendelser ved håndtering av celle og vev](#)

Saksbehandling av Pasienthendelseskjema

- Dersom det velges av melder eller leder overføres meldingen automatisk til Kunnskapssenteret for analyse.
- Avdelingen ferdigbehandler saken og sender til saksbehandler i KA (ferdig utfylt i meldingen) som sørger for behandling i PSU ([FB0651](#))
- PSU Gjennomgår pasienthendelser som er sendt til kunnskapssenteret

Bakgrunn

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 omhandler meldeplikt til Kunnskapssenteret ved uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten hvor hovedmålet er ”...å avklare hvorfor et uhell eller nestenuhell skjedde, for så å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen, slik at pasienter dermed ikke risikerer å bli utsatt for skade.”

Hensikt

Sikre tilfredsstillende og ensartet behandling av pasientskademeldinger.

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](#)

Article

Documentation and disclosure of adverse events that led to compensated patient injury in a Norwegian university hospital

SUSANNE SKJERVOLD SMEBY¹, ROAR JOHNSEN²,
and GUDMUND MARHAUG³

¹Faculty of Medicine, Children's and Women's Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway, ²Department of Public Health and General Practice, Children's and Women's Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway, and ³Department of Laboratory Medicine, Children's and Women's Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

Address reprint requests to: Susanne Skjervold Smeby, NTNU, Faculty of Medicine, Box 8905, 7491 Trondheim, Norway. Tel: +47-97-64-16-91; E-mail: susannsm@stud.ntnu.no

Accepted 9 September 2015

Abstract

Objective: Primarily, to describe to what extent patient injury, compensated by a national system of patient compensation, was reported in the mandatory incident-reporting system and documented in the patient's medical records. Secondly, to investigate whether there is documentation of patient disclosure of the injury and documentation that the patient was informed of his or her right to apply for economic compensation.

Design: A retrospective study of administrative data and patient records.

Setting: Trondheim University Hospital, Norway.

Participants: Patients receiving financial compensation for patient injuries that occurred between the 1 March 2009 and the 31 December 2012.

Intervention: None.

Main Outcome Measures: Documentation of injury, type of injury and consequence for the patient. Patient disclosure in medical records. Prevalence of incident reports.

Results: 20.4% of all compensated patient injuries and 26.3% of serious compensated patient injuries, defined as death or a disability of >15%, had been reported. The injury was documented in the patient's medical records in 90.7% of cases, but as an adverse event causing patient injury in only 3.4%. Documentation about patient disclosure was missing in 32.1% of cases, and giving information of his or her legal right to claim compensation was documented in 21.6% of cases.

Conclusion: Underreporting and nondisclosure of patient injuries remain a problem, despite a mandatory reporting system. Helping physicians and surgeons recognize adverse events, reporting them and discussing them with patients should be a priority for hospitals and medical schools.

Key words: safety management, patient injury, incident reporting systems, patient disclosure

Introduction

Adverse events occur too frequently in health care. A systematic review on in-hospital adverse events from 2008 found an overall incidence of 9.2%, with 43.5% of events being classified as preventable [1]. Although more than half of the patients experienced no or minor disability, 7.4% of events contributed to death. Surgery and medication-related events were most common. Recent studies have shown similar results [2–4]. A longitudinal retrospective patient record review study that compared rates of adverse events in 2004 and 2008 found an increase in adverse events, which suggests that patient injury is a persistent problem and may be hard to influence [5].

Since the introduction of the Norwegian Specialised Health Services Act in 1999, health trusts, hospitals and businesses that provide specialized health care are obliged to report all medical errors that resulted in, or could potentially have resulted in, patient injury to the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services [6]. This is a non-punitive learning system, and reporting is done through the hospital's internal electronic reporting system. According to the same law, serious adverse events must also be reported to the Norwegian Board of Health Supervision. The Patient's Rights Act, implemented in 1999, states that all health personnel are obliged to inform the patient of any adverse event or serious complication and must be made aware of their right to apply for compensation for patient injury through the Norwegian System of Patient Compensation (NPE) [7]. The NPE is a government agency under the Norwegian Ministry of Health and Care Services that handles compensation claims from patients who have sustained injury in the Norwegian health services, both public and private health care [8]. To be entitled to compensation, the injury must be a result of failure in the diagnosis, treatment or follow-up provided. Compensation can also be awarded if the injury is particularly severe or unexpected, even without a failure in the health care provided. However, this only accounts for 2% of the cases where the patient receives compensation [9]. The intention is for the compensation to cover increased costs or loss of earnings as a result of the injury but can also be awarded to compensate for reduced quality of life [10].

Underreporting of adverse events by health professionals is well documented [3, 11–13]. Christiaans-Dingelhoff and co-workers found that only 2% of adverse events found by patient record review had been reported by health care professionals in an incident reporting system [3]. Similarly, Sari and co-workers found that 5% of adverse events identified by patient record review were reported [11]. A Swedish study on malpractice claims from patients found that only 20% of severe adverse events had been reported [12].

The purpose of a mandatory electronic incident reporting system is to provide information for learning and quality and safety improvement. This requires a high compliance with the system among healthcare professionals. The aim of our study was to describe a hospital's documentation of adverse events that cause patient injury:

- To what extent were compensated patient injuries reported in the electronic incident reporting system and documented in the patient's medical records?
- Is there documentation of patient disclosure of the adverse event?
- Is there documentation that the patient was informed of his or her right to apply for economic compensation?

The terms error, harm and adverse event are in this study defined according to the National Quality Forum (Table 1), and the term patient injury is used equivalently to patient harm [14].

Table 1 Terms and definitions [14]

Term	Definition
Error	The failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim (commission). The definition also includes failure of an unplanned action that should have been completed (omission).
Harm	Any physical or psychological injury or damage to the health of a person, including both temporary and permanent injury.
Adverse event	An event that results in unintended injury to the patient by an act of commission or omission rather than by the underlying disease or condition of the patient.

Table 2 Index for Categorizing Medication Error developed by NCC MERP [15]

Category	Description
A	Circumstances or events that have the capacity to cause error
B	An error occurred but the error did not reach the patient
C	An error occurred that reached the patient but did not cause patient harm
D	An error occurred that reached the patient and required monitoring to confirm that it resulted in no harm to the patient and/or intervention to preclude harm
E	An error occurred that may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient and required intervention
F	An error occurred that may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient and required initial or prolonged hospitalization
G	An error occurred that may have contributed to or resulted in permanent patient harm
H	An error occurred that required intervention to necessary to sustain life
I	An error occurred that may have contributed to or resulted in the patient's death

Methods

Study setting

The study took place at Trondheim University Hospital/St. Olav's Hospital Trust in Sør-Trøndelag County in Norway. The trust provides tertiary care for 670 000 people; it is the primary hospital for 290 000 and treated 207 071 inpatients, corresponding to 970 753 inpatient days, in the study period from 1 March 2009 to 31 December 2012. The trust performs ~30 000 operations yearly. An electronic incident reporting system replaced the paper version on 1 March 2009.

Study sample

During the study period, 523 claims connected to health care given at Trondheim University Hospital were made to the NPE. Fifty claims were rejected by the NPE without evaluation for formal reasons. In 298 cases, compensation was declined and in 175 cases (33%), compensation was granted. Eight hospital patient files were insufficient for analysis. The study sample thus consisted of 167 patients who were awarded economic compensation from the NPE because of injury while receiving health care (Fig. 1).

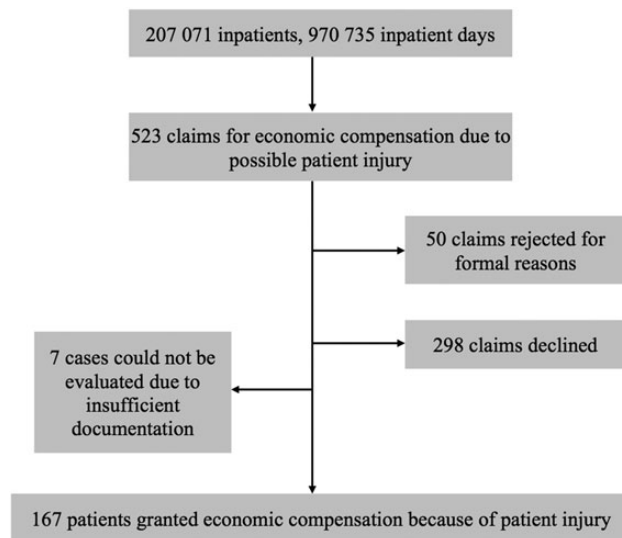


Figure 1 Claims for economic compensation from the Norwegian System of Patient Compensation for possible patient injury at Trondheim University Hospital, Norway, between 1 March 2009 and 31 December 2012.

Data sources

The data from the NPE made it possible to access additional data sources:

1. *Expert medical reports* written by physicians or surgeons who are independent, impartial, specialized in the given medical field and appointed by the NPE. The reports were used to identify medical specialty, type of patient injury and consequence of the injury.
2. *Mandatory electronic incident reporting system* was used to note whether health professionals had reported the patient injury.
3. *Electronic medical records* were reviewed from date of injury to present day and used to answer four questions:
 - (a) Is the patient injury documented in the patient's medical records?
 - (b) If the injury is documented, is it described as an adverse event or is it described as a foreseeable complication or attributed to the nature of the disease?
 - (c) Is patient disclosure of the injury documented? Patients were categorized into three groups: informed, not informed and patients with self-identified injury.
 - (d) Is there documentation that the patient has been informed of his or her right to apply for patient injury compensation?
4. *The hospital's administrative system* provided information on the number of inpatients, inpatient days and performed operations during the study period.

Data collection

Based on information in the expert medical reports, the 167 patient injuries were classified into medical specialty and type of injury (listed in Tables 3–6). In addition, the consequence of the adverse event was classified using the Index for Categorizing Medication Errors developed in the USA by the National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) as shown in Table 2 [15]. Even if this classification system is designed primarily for medication errors, it was found useful in this study. The index classifies the error into nine categories (A–I) according to severity of the

outcome. Categories E, F, G, H and I of the index describe errors that resulted in patient injury. Within Category G (error that may have contributed to or resulted in permanent patient injury), we decided to distinguish between patients with disability below and above 15%. Degree of disability was assessed by the independent medical experts based on detailed recommendations given by the Norwegian National Insurance Act of 1997 [16]. This cut-off was chosen because an injury, which leads to at least 15% disability, is the NPE's definition of significant injury and is required in order to be granted compensation for reduced quality of life. We have therefore decided to define serious consequences of the event as death or a disability $\geq 15\%$.

Ethics and approvals

Before its start, this study was approved as a quality improvement project by the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (2014/339/REK Midt) and approved by the health trust's CEO, the privacy ombudsman and the safety representatives for the staff.

Data analysis

SPSS21 was used for data analysis. Missing values did not exclude the patient from the study, only from those analyses for which the patient had missing data. The patients were grouped according to demographics, medical specialty, type of injury, consequence of injury and documentation of the event and disclosure in the medical records. Descriptive statistics were used to present the data.

Results

Patients

The study sample consisted of 167 patients treated at Trondheim University Hospital with a date of injury between 1 March 2009 and 31 December 2012. Fifty-three patients were awarded compensation after injury in 2009, 46 in 2010, 51 in 2011 and 17 in 2012. The mean patient age at the time of injury was 52.5 years (range, 0–86 years), with seven patients below 20 years of age; 93 (55.7%) were female and 74 (44.3%) were male. Table 3 presents the distribution of medical specialties and degree of injury. The largest groups by medical specialty were orthopaedics (47.6%), obstetrics and gynaecology (8.4%) and gastrointestinal surgery (7.8%), which accounted for almost 65% of all injuries granted compensation.

In 40 cases (24.1%), the error resulted in temporary injury. Of these, 2 cases required intervention but did not lead to prolonged hospitalization (Category E), 32 cases required prolonged hospitalization (Category F) and 6 cases required intervention to sustain life (Category H). In 111 cases (67.9%), the injury was permanent (Category G). Of these, 68 patients had a disability of $\geq 15\%$. The error contributed to or resulted in death (Category I) in 15 patients (9.0%). Information on disability was unavailable in one case, and the patient is therefore excluded from results relating to degree of disability, so that the total number of patients in Tables 3 and 4 is 166.

Type of injury

Table 4 presents the distribution of the type of injury and degree of injury. Surgical adverse events were most common, accounting for 47.3% of the total. These were subdivided into postoperative infections (30 cases [18.0%]), perioperative organ injury (13 cases [7.8%]), surgical nerve injury (nine cases [5.4%]) and other surgical injury (27 cases [16.2%]). Of the 30 cases of postoperative infections,

Table 3 Frequency of patient injury, distribution of medical specialties and degree of injury

Specialty	Patient injuries <i>n</i> (%)	Temporary harm <i>n</i>	Disabilities <15% <i>n</i>	Disabilities ≥15% <i>n</i>	Deaths <i>n</i>	Operations in study period <i>n</i>	Injuries per 1000 operations
Orthopaedics	79 (47.6%)	17	30	30	2	33 146	2.38
Obstetrics and gynaecology	14 (8.4%)	6	0	5	3	11 451	1.22
Gastrointestinal surgery	13 (7.8%)	5	3	4	1	28 588	0.45
Neurosurgery	10 (6.0%)	2	2	6	0	5417	1.84
Anaesthesiology and intensive care	7 (4.2%)	3	2	1	1	n.a.	n.a.
Oncology	6 (3.6%)	1	1	2	2	n.a.	n.a.
Neurology	5 (3.0%)	1	1	3	0	n.a.	n.a.
Other	32 (19.2%)	5	4	17	6	n.a.	n.a.
Sum	166	40 (24.1%)	43 (25.9%)	68 (41.0%)	15 (9.0%)	n.a.	n.a.

Table 4 Frequency of type of injury, distribution of type of injury and degree of injury

Type of injury	Patient injuries <i>n</i> (%)	Temporary harm <i>n</i>	Disabilities <15% <i>n</i>	Disabilities ≥15% <i>n</i>	Deaths <i>n</i>
Delayed diagnosis	38 (22.8%)	9	11	13	5
Postoperative infection	29 (17.5%)	6	5	16	2
Other surgical injury	27 (16.3%)	8	10	9	0
Drug related injury	15 (9.0%)	3	8	2	
Perioperative organ injury	13 (7.8%)	2	4	1	
Perioperative nerve injury	9 (5.4%)	1	4	4	0
Obstetric injury	4 (2.4%)	0	0	1	3
Other	31 (18.7%)	8	8	13	2
Sum	166	40 (24.1%)	43 (25.9%)	68 (41.0%)	15 (9.0%)

Table 5 Number of incident reports by medical specialty

Specialty	Patient injuries <i>n</i>	Incident reports <i>n</i>
Orthopaedics	77	1 (1.3%)
Obstetrics and gynaecology	14	8 (57.1%)
Gastroenterological surgery	13	4 (30.8%)
Neurosurgery	10	4 (40.0%)
Anaesthesiology and intensive care	6	4 (66.7%)
Oncology	6	2 (33.3%)
Neurology	5	1 (20.0%)
Other	31	9 (29.0%)
Sum	162	33 (20.4%)

Table 6 Number of incident reports by type of injury

Type of injury	Patient injuries <i>n</i>	Incident reports <i>n</i>
Delayed diagnosis	37	10 (27.0%)
Postoperative infection	29	1 (3.4%)
Other surgical injury	27	3 (11.1%)
Drug related injury	14	6 (42.9%)
Perioperative organ injury	13	3 (23.1%)
Perioperative nerve injury	9	2 (22.2%)
Obstetric injury	4	3 (75.0%)
Other	29	5 (17.2%)
Sum	162	33 (20.4%)

21 concerned joint infections or prosthetic joint infections. In 38 cases (22.8%), delayed diagnosis was the cause of injury, where 33 cases concerned delayed primary diagnosis and five cases concerned delayed diagnosis of postoperative complications.

Incident reporting

Information about incident reporting and documentation in medical records were unavailable in five cases because the patient was transferred to another hospital trust before the injury was diagnosed, so that the total number of patients in Tables 5 and 6 is 162. Of these, 33 (20.4%) had been reported, 8 in 2009, 7 in 2010, 9 in 2011 and 9 in 2012. Of the 80 patients who suffered serious consequences of the injury (death or a disability of ≥15%), 21 (26.3%) had been reported.

Table 5 presents frequency of incident reporting by medical specialty based on the NPE injuries. Most specialties had reported ~30% of their patient injuries. Obstetrics and gynaecology and anaesthesiology and intensive care had reported ~60% of their patient injuries, in contrast to orthopaedics, where only 1.3% of patient injuries were found reported.

Table 6 presents distribution of injury type and incident reporting. Most types of injury had been reported in ~25% of cases. Of injury types with more than one case, obstetric injuries had been reported most often with three of four cases reported. In contrast, only one of the 29 cases (3.4%) of postoperative infection and none of the cases of thrombosis, bleeding or patient misidentification were found reported.

Documentation in medical records

In the 162 cases where we had access to the patient's medical records, the event had been described in 147 cases (90.7%). Of these, five (3.4%) were described as patient harm, whereas the rest were described as a foreseeable complication to the procedure or treatment or were attributed to the nature of the disease. Of the 15 cases where the event was not documented, 9 concerned delayed diagnosis.

Disclosure to patients

Patient disclosure of the event was documented in the patient's medical records in 89 cases (54.9%). In another 21 cases (13.0%), the injury was patient-identified, and we would therefore not expect patient disclosure to be documented. In the remaining 52 cases (32.1%), there was no documentation of patient disclosure. Of the most common medical specialties, neurosurgery (100%) and oncology (83.3%) had most commonly informed their patients about the injury.

In 35 cases (21.6%), it was documented that the patient had been informed of his or her right to apply for compensation through the NPE. Neurosurgeons had informed their patients about the NPE on more occasions (60%), whereas orthopaedic surgeons and oncologists the least (below 20%).

Discussion

This study shows that one in five patient injuries that qualified for financial compensation was also reported by health personnel in the incident reporting system. Of those who suffered serious consequences of the injury (death or disability $\geq 15\%$), one out of four was reported. The most common types of injury were due to surgical and diagnostic errors. Orthopaedics had the most patient injuries, particularly when comparing the number of procedures performed with other surgical specialties. They had by far the fewest number of incident reports, with only one report per 77 injuries.

With only one in five compensated injuries reported, underreporting remains a problem. These numbers are comparable with a similar study done in Sweden, which found that one in five severe, patient-reported injuries were reported by health personnel [12]. A report from the Czech Republic documented the discrepancies between the presence of adverse event reporting systems and the actual use of these systems [17]. The most common types of adverse events in the present study were diagnostic and surgical errors, both largely a result of medical care given by physicians and surgeons. Underreporting of adverse events by physicians and surgeons, compared with nurses, is well documented and contributes to several weaknesses concerning incident reporting systems [18–21]. As Christiaans-Dingelhoff and co-workers pointed out, incident reports are largely made by nurses and therefore probably mainly concern nursing care, whereas adverse events that lead to patient injury often concern care given by physicians and surgeons [3]. Such participation bias can lead to incorrect prioritization of patient safety work because the frequency of reports from nurses gives an impression that some errors are more of a problem than others [21]. As argued by Öhrn and co-workers and Christiaans-Dingelhoff and co-workers, it is likely that physicians and surgeons often perceive injuries as foreseeable complications, rather than adverse events, and that they are therefore to be expected [3, 12]. A study on factors influencing incident reporting in surgical care found that surgical complications were not generally perceived to be reportable incidents [22]. In this study, through review of the patients' medical records, we found that the error was described as a patient injury in only 5 of 147 cases (3.4%), whereas the rest were

described as a foreseeable complication or were attributed to the nature of the disease. Postoperative infections were severely underreported with only one report among the 29 postoperative infections (3.4%).

Patient safety culture varies between countries and hospitals; first of all in dimensions of non-punitive response to error, feedback and communication about error, communication openness, learning from adverse events and management support [23]. The same elements could probably also influence to which degree adverse event reporting systems are used.

Barriers to incident reporting include lack of knowledge of what to report, lack of feedback, time constraint and the presence of a 'blame culture' [18, 24, 25]. Waring argues that cultural barriers to incident reporting go beyond the problems of a 'blame culture' and consist of other deep-seated cultural attributes [25]. These include a perceived inevitability of error and anxiety about a growing bureaucracy for monitoring and evaluating performance. When working with improving safety, one should not only focus on removing blame but recognize the complex professional culture in medicine that inhibits reporting [25].

Our study showed that patient disclosure lacked in >30% of cases, and information about the patient's right to apply for compensation lacked in almost 80% of cases. Other studies also suggest that patient disclosure is rare [26–28]. In a study of patients who had an iatrogenic event as the cause of intensive care unit admission, Lehmann and co-workers found that patient disclosure about the reason for admission was documented in only 5% of cases [27]. Physicians and surgeons may have informed their patients without documenting the conversation, but the low rate of documentation indicates that physicians and surgeons either have problems identifying adverse events or choose not to disclose errors to patients. There are several reasons for nondisclosure, including uncertainty about how to talk about errors, thinking the patient would not want to know, fear of upsetting the patient and fear of potential consequences, such as being reported by the patient or a lawsuit [29–31].

Complete disclosure is important for patient centred care, supports patient autonomy and informed decision-making. Patients who experience adverse events rate their quality of care at levels similar to patients who do not experience adverse events, if the hospital disclosed the event [32]. Disclosure is important for patients who may be entitled to economic compensation because without information, they may not know that an error caused the injury [30]. Patients and families are strongly in favour of disclosure about errors that have affected them [33]. Openness around errors may reduce the risk of punitive actions with patients being less likely to report the physician or file a lawsuit when informed of the error [34]. It is therefore interesting that physicians and surgeons list the fear of potential consequences as a barrier to disclosure. In addition to talking to patients about errors, physicians and surgeons should also discuss them with colleagues. This is not only important to understand what went wrong and therefore essential in improving safety but may lighten the impact that patient injury has on physicians' professional and private lives [35].

The strength of this study is that an independent party has identified and verified the degree of injury. However, the numbers of injuries identified this way only reflect the number of claims, not the real number of adverse events or patient injuries in the period, which is a limitation. Our data have a higher proportion of severe injuries (permanent injury and death) compared with those found by retrospective review of medical records [4, 5]. For example, Baines and co-workers found that 13.4% of adverse events led to permanent disability or death, compared with 75.9% of our cases [5]. However, our finding that surgical injuries were most common is consistent with data

found by medical record reviews [4, 5]. A weakness of our study could be that the patient records do not necessarily reflect the real communication between the hospital and the patient when it comes to disclosure. However, only what is documented can be used as measurements in future quality improvement.

Conclusion

Although Norway has a mandatory reporting system, which most importantly is a system for learning and improvement unconnected to sanctions, underreporting remains a problem. Only one in four patient-identified injuries qualifying for economic compensation was reported. In addition, documentation of patient disclosure is far from complete. Helping physicians and surgeons recognize adverse events and injuries, reporting them and the importance of discussing them with patients should be a priority for hospitals and medical schools.

Acknowledgement

Sølvi Flåte at the Norwegian System of Patient Injury Compensation has been very helpful providing all necessary data from their database.

References

- de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM *et al.* The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*, 2008;17:216–23.
- Soop M, Fryksmark U, Koster M *et al.* The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009;21:285–91.
- Christiaans-Dingelhoff I, Smits M, Zwaan L *et al.* To what extent are adverse events found in patient records reported by patients and healthcare professionals via complaints, claims and incident reports? *BMC Health Serv Res* 2011;11:49.
- Sousa P, Uva AS, Serranheira F *et al.* Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Serv Res* 2014;14:311.
- Baines RJ, Langelaan M, de Bruijne MC *et al.* Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *BMJ Qual Saf* 2013;22:290–8.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. [Specialised Health Services Act], 1999. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven> (15 December 2014, date last accessed).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter [Patient's Rights Act], 1999. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+bruker> (15 December 2014, date last accessed).
- The Norwegian System of Patient Compensation. The history of the patient injury compensation scheme, 2012. <http://www.npe.no/en/About-NPE/Organisation/The-history-of-the-patient-injury-compensation-scheme/> (9 November 2014, date last accessed).
- The Norwegian System of Patient Compensation. [The Norwegian System of patient compensation's statistics for regional health authorities 2013], 2013. http://www.npe.no/Documents/Rapporter/rhf_rapport_2013_ferdig_utenside1.pdf (9 November 2014, date last accessed).
- The Norwegian System of Patient Compensation. What is required to receive compensation? 2012. <http://www.npe.no/en/Patient/Apply-compensation/What-is-required-to-receive-compensation/> (9 November 2014, date last accessed).
- Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A *et al.* Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ* 2007;334:79.
- Ohrn A, Elfstrom J, Liedgren C *et al.* Reporting of sentinel events in Swedish hospitals: a comparison of severe adverse events reported by patients and providers. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2011;37:495–501.
- de Feijter JM, de Grave WS, Muijtjens AM *et al.* A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident-reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths. *PLoS One* 2012;7:e31125.
- National Quality Forum. NQF patient safety terms and definitions, 2009. https://www.qualityforum.org/Topics/Safety_Definitions.aspx (4 July 2015, date last accessed).
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors Algorithm, 2001. www.nccmerp.org/sites/default/files/algorColor2001-06-12.pdf (9 December 2014, date last accessed).
- Forskrift om menerstatning ved yrkesskade [Regulation on compensation for occupational injury], 1997 https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-04-21-373/kapittel_2 (30 July 2015, date last accessed).
- Heib Z, Vychytil P, Marx D. Adverse event reporting in Czech long-term care facilities. *Int J Qual Health Care* 2013;25:151–6.
- Evans SM, Berry JG, Smith BJ *et al.* Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care* 2006;15:39–43.
- Milch CE, Salem DN, Pauker SG *et al.* Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals. *J Gen Intern Med* 2006;21:165–70.
- Nuckols TK, Bell DS, Liu H *et al.* Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals. *Qual Saf Health Care* 2007;16:164–8.
- Noble DJ, Pronovost PJ. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. *J Patient Saf* 2010;6:247–50.
- Kreckler S, Catchpole K, McCulloch P *et al.* Factors influencing incident reporting in surgical care. *Qual Saf Health Care* 2009;18:116–20.
- Wagner C, Smits M, Sorra J *et al.* Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care* 2013;25:213–21.
- Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ *et al.* Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust* 2004;181:36–9.
- Waring JJ. Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Soc Sci Med* 2005;60:1927–35.
- Wu AW, Folkman S, McPhee SJ *et al.* Do house officers learn from their mistakes? *JAMA* 1991;265:2089–94.
- Lehmann LS, Puopolo AL, Shaykevich S *et al.* Iatrogenic events resulting in intensive care admission: frequency, cause, and disclosure to patients and institutions. *Am J Med* 2005;118:409–13.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT *et al.* Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Aff (Millwood)*, 2005;Suppl Web Exclusives:p. W5–509–25. <http://content.healthaffairs.org/content/early/2005/11/28/hlthaff.w5.509.citation>.
- Victoroff MS. The right intentions: errors and accountability. *J Fam Pract* 1997;45:38–9.
- Souter KJ, Gallagher TH. The disclosure of unanticipated outcomes of care and medical errors: what does this mean for anesthesiologists? *Anesth Analg* 2012;114:615–21.
- Wu AW, Boyle DJ, Wallace G *et al.* Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *J Public Health Res* 2013;2:e32.
- Weissman JS, Lopez L, Schneider EC *et al.* The association of hospital quality ratings with adverse events. *Int J Qual Health Care*, 2014;26:129–35.
- Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH. Communicating with patients about medical errors: a review of the literature. *Arch Intern Med* 2004;164:1690–7.
- Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Arch Intern Med* 1996;156:2565–9.
- Aasland OG, Forde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care* 2005;14:13–7.

Håndtering av pasienter, pårørende og helsepersonell og varsling ved alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt varsling

Dokumentansvarlig: Haakon Lindekleiv
 Godkjent av: Einar Bugge
 Gyldig for: UNN HF

Dokumentnummer: PR31377
 Versjon: 1

1 Hensikt

Å gi kortfattet oversikt over:

- Håndtering av pasienter, pårørende og involverte helsepersonell ved alvorlige og utilsiktede pasienthendelser.
- Korrekt varsling av alvorlige og utilsiktede pasienthendelser.

2 Omfang

2.1 Hvem prosedyren gjelder

Helsepersonell og ledere involvert ved alvorlige og utilsiktede pasienthendelser.

2.2 Definisjon av alvorlig og utilsiktet pasienthendelse

Alvorlig og utilsiktet hendelse som har oppstått ved helsehjelp eller ved mangel på helsehjelp, og som krever ytterligere overvåkning, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang. Avdelinger skal ha skriftlige rutiner som presiserer nærmere hva som skal meldes og varsles.

3 Arbeidsbeskrivelse

Arbeidsbeskrivelsen beskriver hvem som har ansvar for hvilke oppgaver. Ansvar kan verken deles eller delegeres. Utføringen av oppgavene kan delegeres, men ansvaret er uendret.

3.1 Involvert helsepersonells ansvar

- Iverksette tiltak for å korrigere hendelsen umiddelbart.
- Kontakte ansvarlig lege og bakvakt der pasienten har tilhørighet umiddelbart, dersom vedkommende ikke allerede er involvert.

Viser også til [gjeldende rutiner ved UNN for dødsfall hos pasient](#).

3.2 Bakvakts ansvar

Ansvaret for oppgavene under er tillagt bakvakt. I enkelte fagområder kan det være naturlig at ansvaret gis andre, f.eks. ansvarsvakt i psykiatrien, overlege på sengepost, mellomvakt, etc. Dette skal i så fall presiseres i avdelingens egne skriftlige rutiner.

- Samle behandlingsteamet snarest for å gå gjennom det som skjedde.
- Dokumentere ved å journalføre klokkeslett, hva som hendte og hvem som var til stede.
- Informere pasient og pårørende. Se pkt 3.2.1 og pkt 3.2.2 i tekst under.
- Melde hendelsen og snarest informere nærmeste leder, senest neste virkedag. Se 3.2.3 i tekst under.

3.2.1 Informasjon til pasient

Dette kan gjøres ved at bakvakt informerer selv eller ved at bakvakt delegerer oppgaven til annet helsepersonell.

Vis at du bryr deg, uttrykk beklagelse. Pasient skal snarest informeres om at vedkommende har blitt påført en skade eller en alvorlig komplikasjon. Dette innebærer at det gis:

- Informasjon om skaden
- Hva som gjøres for å rette opp/lindre skaden
- Hvordan pasienten eller brukeren skal forholde seg videre.

Pasienten skal få informasjon om årsaken til hendelsen dersom dette er klart eller informeres om hva UNN vil gjøre for å kartlegge årsaksforholdene nærmere.

Pasienten skal informeres om mulighet til:

- Bistand og råd fra Pasient- og brukerombudet (tlf. 77 75 10 00)
- Søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning (www.npe.no)
- Anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd (www.fylkesmannen.no/troms eller www.fylkesmannen.no/nordland)

Informasjon bør gis så tidlig som mulig ut fra pasientens eller nærmeste pårørendes forutsetninger og tilpasses situasjonen. Dersom informasjon utelates eller tenkes gitt på et senere tidspunkt, bør årsaken til dette dokumenteres i pasientjournalen. Informasjonen kan gis ved møte, muntlig eller skriftlig. Hvilken informasjon som er gitt skal dokumenteres i journal.

Helsepersonell har lovpålagt plikt til å gi pasienter og pårørende informasjon. Dette fremgår av [Helsepersonelloven § 10](#) og [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2](#). Se også Helsedirektoratets veileder [«Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner»](#).

3.2.2 Informasjon til pårørende

Dette kan gjøres ved at bakvakt informerer selv eller ved at bakvakt delegerer oppgaven til annet helsepersonell.

Dersom pasienten samtykker skal nærmeste pårørende informeres om den aktuelle hendelsen. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse skal pårørende informeres på samme måte som pasienten. Dersom en pasient dør og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, har pasientens eller brukerens nærmeste pårørende rett til informasjon så langt taushetsplikten ikke er til hinder for dette, jf [Pasient og brukerrettighetsloven § 3-2 og 3-3](#). Se også [informasjonsskriv](#) fra Helsedirektoratet.

Ved dødsfall [varsles pårørende snarest, se egen prosedyre](#): «Uventet dødsfall bør ikke meldes på telefon. Legen har det formelle ansvaret for varsling ved uventede dødsfall, men lokal prest skal brukes med personlig fremmøte. Telefonnummer til lokal prest fås hos vakthavende sykehusprest (kontaktes via sentralbordet).»

3.2.3 Melding og varsling av hendelsen

Alvorlige pasienthendelser som medførte eller kunne ført til betydelig skade på pasienter

- Meldes internt ved å fylle ut [Pasienthendelsesskjema](#).
- Alle alvorlige og utilsiktede pasienthendelser som har medført eller kunne ha ført til betydelig skade skal videresendes Helsedirektoratet. Dette gjøres ved å svare ja på spørsmålet «Skal meldingen sendes til Helsedirektoratet (iht Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3)?» i Pasienthendelsesskjemaet.

Alvorlige hendelser med dødsfall eller betydelig skade på pasienten

- Meldes som beskrevet over (selv om den i tillegg meldes som 3-3a)
- Avdelingsleder og klinikkjef informeres umiddelbart og senest neste virkedag. Det er klinikkjefs plikt å melde hendelsen til Helsetilsynet umiddelbart. Se [egen prosedyre for melding etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a](#).

Enkelte hendelser skal meldes andre instanser i tillegg til melding som beskrevet over:

Unaturlig dødsfall (dødsfall som er plutselige, uventede eller forårsaket av feil, forsømmelse, uhell)

- Politiet varsles umiddelbart (tlf 02800), jf. [Helsepersonelloven §36](#).

Medikamentbivirkninger

- Meldes Regional legemiddelinformasjonscenter (www.relis.no), jf. [Legemiddelforskriften §10-11](#).

Ulykke eller selvmord hos pasient innlagt i psykiatrisk institusjon

- Kopi av melding til politiet sendes [Kontrollkommisjonen](#).

Dødsfall eller uønsket hendelse i forbindelse med blodtransfusjon

- Meldes hemovigilanssystemet (<http://www.hemovigilans.no>), jf [Blodforskriften §3-5](#)

Relatert til uttak og bruk av humane celler, vev og organer hos donor eller pasient

- Meldes nasjonalt meldingsregister for celler og vev på www.cellerogvev.no, jf [Forskrift om håndtering av humane celler og vev §52](#)

Feil på elektromedisinsk utstyr, inkludert ulykker og unormale hendelser ved medisinsk strålebruk

- Se [egen prosedyre](#). Ved feil på medisinsk-teknisk utstyr skal dette stå urørt.

3.3 Nærmeste leders ansvar

Ansvar for oppfølging av pasient og pårørende tilligger moderavdeling. Ansvar for oppfølging av personell ligger i linjeledelsen. For pasientforløp som krysser klinikkgrenser bør det samarbeides etter [mønster beskrevet i Traumemanualen](#).

3.3.1 Håndtering av melding om hendelsen og informasjon

Nærmeste leder er ansvarlig for at informasjon til pasient og pårørende er gitt. Nærmeste leder [behandler avviksmeldingen](#) i det interne kvalitetssystemet.

3.3.2 Kontakt med pårørende

Nærmeste leder oppfordres til å ta kontakt med pasient/pårørende. Vis at du bryr deg og uttrykk beklagelse.

Informer om:

- Videre saksgang og at hendelsen behandles i det interne avvikssystemet for å finne ut hvordan vi kan forebygge lignende hendelser i fremtiden.
- Hendelsen er rapportert til Helsetilsynet og dersom politiet er varslet.
- Mulighet til å søke erstatning i NPE (www.npe.no)
- Muligheten for bistand og råd fra Pasient- og brukerombudet (tlf. 77 75 10 00).

Avtal gjerne tidspunkt for møte med pårørende. Pårørende bør få en kontaktperson de kan henvende seg til. Pasient og pårørende skal følges med avtalte mellomrom frem til dette ikke lenger er hensiktsmessig

3.3.3 Ivaretagelse av helsepersonell

Ansvar for oppfølging av personell ligger i linjeledelsen. Nærmeste leder i linje plikter å følge opp ansatte etter hendelsen. Oppfølgingen skal innbefatte gjennomgang av hendelsen, støtte til ansatte, samt identifisering av eventuelle bakenforliggende faktorer som kan tilskrives systemet. Det forutsettes at alle avdelinger har gode standardiserte, skriftlige rutiner på dette. Ved behov for medisinsk eller psykiatrisk oppfølging utover kollegastøtte bør involvert helsepersonell oppfordres til å kontakte fastlege.

Bedriftshelsetjenesten har poliklinikk som kan være aktuell for ansatte som har vært involvert i alvorlige hendelser som har gjort følelsesmessig sterkt inntrykk eller andre arbeidsrelaterte alvorlige hendelser. Prestetjenesten kan også hjelpe ansatte ved behov for samtaler etter alvorlige hendelser.

3.3.4 Sikre at hendelsen er gjenstand for læring

Nærmeste leder er ansvarlig for at hendelsen tas opp i førstkommende komplikasjonsmøte for å sikre læring og å gi kollegial støtte til involvert helsepersonell. Dersom hendelsen involverer helsepersonell fra flere fagområder kan disse inviteres. Det journalføres at hendelsen ble lagt frem anonymisert i komplikasjonsmøte.

Nærmeste leder orienterer ledelsen ved andre involverte avdelinger.

Nærmeste leder vurderer hvilke tiltak som skal gjøres for å kartlegge årsaksforholdene nærmere.

3.4 Klinikksjefs ansvar

Klinikksjef plikter til å melde alvorlige hendelser med dødsfall eller betydelig skade på pasient til Helsetilsynet så snart som mulig, se [egen prosedyre for melding etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a](#).

- Send epost til varsel@helsetilsynet.no
- Eposten skal inneholde teksten «Vi har hatt en alvorlig hendelse ved UNN HF», samt navn på kontaktperson med direkte telefonnummer og fagområde.
- Kopi av epost sendes
Administrerende direktør ved UNN

Medisinsk fagsjef ved UNN
Fagdirektør i Helse Nord.

Klinikkjef vurderer hvilke tiltak som skal gjøres for å kartlegge årsaksforholdene nærmere, f.eks. hendelsesanalyse.

3.5 Pasientsikkerhetsutvalget og Medisinsk fagsjefs ansvar

Pasientsikkerhetsutvalgets mandat og arbeidsform er beskrevet i [FB0651](#). Medisinsk fagsjef vurderer hvilke tiltak som skal gjøres for å kartlegge årsaksforholdene nærmere og sikre at hendelsen er gjenstand for læring på tvers i organisasjonen.

3.6 Annet

Rutiner for saksbehandling av pasientskadesaker er beskrevet i [PR16991](#).

4 Eksterne referanser

- Blodforskriften. F04.02.2005 nr. 80
- Forskrift om håndtering av humane celler og vev. F07.12.2015 nr. 1430
- Helsepersonelloven L02.07.1999 nr. 64
- Helsepersonelloven med kommentarer. Rundskriv IS-8/2012
- Legemiddelforskriften. F11.11.2016 nr. 1310
- Pasient- og brukerrettighetsloven L02.07.1999 nr. 63
- Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Rundskriv IS-8/2015
- Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner. IS-2213 Helsedirektoratet 2015
- Spesialisthelsetjenesteloven L02.07.1999 nr. 61
- Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer. Rundskriv IS-5/2013
- Veileder til Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – meldeplikt til Helsedirektoratet. IS-1997



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
56/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	1.6.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 15.5.2017
2. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 16.5.2017
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 18.5.2017
4. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 18.5.2017

Tromsø, 31.5.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



MØTEREFERAT

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

Dato: Tirsdag 15.5.2017 kl 09.00-11.00

Sted: Møterom D1.704 Biblioteket

Tilstede: Medlemmer: Cathrin Carlyle (til kl 10.50), Esben Haldorsen og Laila Edvardsen

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

Rådgiver Gunn-Evy Håkaby i OU-bygg kom for en rådslagning **kl 10.00:**
Arealplan UNN er et av temaene.

Seniorrådgiver Hege Andersen kom og orienterte om OPIN-evaluering **kl. 10.15:**
i BAU
Brukermedvirkning

BAU 35/17 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 1.6.2017

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 12.5.2017.

Tertialrapport 1. tertial 2017 med Kvalitets- og virksomhetsrapport:

Rådgiver ved Kvalitetsavdelingen Hans Petter Bergseth innledet og svarte ut spørsmål til saken sammen med økonomisjef Grethe Andersen.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg hadde følgende merknader:

- Brukerutvalgets leder savner indikatorer for psykisk helsevern.
- «Sikre god pasient- og brukermedvirkning»: BAU savner fremdeles involvering i denne saken, og mener i tillegg at teksten er vanskelig å forstå.
- Brukerutvalgets arbeidsutvalg savner oversikt/tabell på lik linje med somatikken over hvor mange utskrivningsklare pasienter det er i Rus- og psykiatri og i hvilken kommune disse tilhører.
- Brukerutvalgets arbeidsutvalg etterlyser status vedrørende prostatasenteret ettersom BUs representant i etableringsprosjektet ikke er innkalt til møter eller blitt kontaktet.
- BU har enda ikke fått noe godt svar på hva som gjøres i forbindelse med oppfølgingstiltak knyttet til sykefraværet og hva som gjøres konkret for å få ned tallene. Bekymringen er spesielt knyttet til sommersesongen med lavdrift og eventuelt mye innleid personell.

Tertialrapport for utbyggingsprosjektene

Brukerutvalgets arbeidsutvalg hadde ingen spørsmål eller merknader til saken.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 1.6.2017 med de ovenfor nevnte innspill.

BAU 36/17 Orientering om læringsnettverk i brukermedvirkning

Læringsnettverket skal bidra til varige strukturer for god kommunikasjon og sikre at det gjennomføres strukturerte innkomst- og/eller utskrivningssamtaler i sykehjem og sykehus. Tiltakene skal bidra til å styrke brukermedvirkningen.

Det er enighet i BAU om at dette er en viktig sak som bør dekkes.

Oppfølging

Sekretariatet undersøker videre fremdrift.

BAU 37/17 Høring: Strategisk utviklingsplan E-helse og IKT (tidligere BAU 24/17)

Det har ikke vært anledning til å utarbeide eventuelle høringsinnspill i denne saken.

Oppfølging

Brukerutvalgets arbeidsutvalg vil følge prosessen videre.

BAU 38/17 Informasjon og kommunikasjon (tidligere BU 10/17)

Brukerutvalgets leder informerte om saken. Det er nedsatt et utvalg der mange ulike grupper er representert. Nytt møte den 15.5.2017.

Beslutning

Brukerutvalgets arbeidsutvalg tar informasjonen til orientering.

BAU 39/17 Invitasjon til fagdagen i Narvik 2017 – Lærings- og mestringssentrene i Helse Nord

E-post fra Kristin Lernes, Lærings- og mestringssenteret den 2.5.2017 med invitasjon til fagdagen.

Ungdomsrådet vil stille med noen representanter til fagdagen, og det er spørsmål om BU også bør stille med representanter.

Oppfølging:

Brukerutvalgets arbeidsutvalg vil ta opp spørsmål om deltakelse på neste BU-møte og hvem som kan være aktuell for påmelding.

BAU 40/17 UNN Tromsø - Forplassen

Brukerutvalgets leder og medlem Laila Edvardsen har møtt utbyggingssjefen. Eget referat er utarbeidet.

Beslutning

Referat blir fremlagt som referatsak til neste møte i Brukerutvalget.

BAU 41/17 Prosjekt Arealplan UNN HF, Breivika

Rådgiver Gunn-Evy Håkaby i OU-bygg kom og orienterte om prosjektet. Spørsmålet om brukerpanel er løftet videre til Drifts- og eiendomssjef Gina Johansen. Håkaby sender fortløpende innspill til BU slik at prosjektet får tilbakemelding før eventuell avgjørelse og omrokking. Brukerutvalgets arbeidsutvalg hadde følgende innspill:

- Fagmiljøene må samarbeide bedre slik at det blir lettere for pasienten.
- Spørsmål om samdrift av avdelinger i samme lokaliteter, samt vektning av hva som er viktig. Dette kan være nyttig verktøy også for andre klinikker og prosjekter

Oppfølging

Sett opp som ordinær sak til neste BU-møte samt presentasjon av OU Bygg.

BAU 42/17 OPIn-evaluering

Seniorrådgiver Hege Andersen møtte og orienterte om at det foregår en intern evaluering av OPIn-klinikken, og hvordan organiseringen er etablert ved operasjon og anestesi. Evalueringen skal ta stilling til om man skal fortsette med dagens metoder, eller finne frem til andre løsninger. Prosjektet vil ha en enkel risikovurdering på dette, og ønsker i denne fasen at BU deltar og kommer med innspill. Deretter vil BU kunne komme på banen senere ved en beslutning. Risikovurderingen vil bli gjennomført i løpet av juni og det hadde vært ønskelig at BU til da har funnet en representant som kan stille. BU er klar på at det er UNN som har ansvaret for å ta kontakt med pasienten og forberede denne til operasjon, ikke klinikken.

Oppfølging:

Brukerutvalgets arbeidsutvalg tar informasjonen til orientering og vil finne representant som kan delta på møtet vedrørende risikovurdering.

BAU 43/17 Ungdomsrådet - felles møte?

Ungdomsrådet skal ha møte samme dag som neste BU-møte og det er spørsmål om vi kan få til et felles møte.

Oppfølging

Sekretariatet kontakter Ungdomsrådets sekretariat for å få en avklaring på muligheten til å samkjøre eventuelle like saker eller orienteringer til møtet 14.6.2017.

Dersom dette viser seg vanskelig, kan et møte til høsten være hensiktsmessig og da gjerne i forbindelse med styremøtet den 13.-14. september 2017.

BAU 44/17 Foreløpig dagsorden BU 1.6.2017

Det forelå forslag til dagsorden for BUs møte 1.6.2017.

Beslutning

Foreslått dagsorden til neste BU-møte ble godkjent.

45/17 Eventuelt

Ingen saker til behandling.



Referat fra Møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 16.5.2017 10.00 – 12.00

Sted: Administrasjonens møterom D1.707

Tilstede	Administrerende direktør Kvalitets- og utviklingssjef Leder Brukerutvalget UNN Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Kvalitetsleder klinisk patologi Avd. overlege avd. for Gastroenterologisk kirurgi Smittevernoverlege Seksjonsleder Ortopedisk avd. Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken	Tor Ingebrigtsen Einar Bugge Cathrin Carlyle Tonje Drecker Elin Gullhav Lena Oprand Heggelund Rolv-Ole Lindsetmo Torni Myrbakk May-Liss Johansen Magnus P. Hald
Forfall	Avd. leder Medisinsk avdeling UNN Narvik Foretaksverneombud	Ove Laupstad Einar Rebni
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Medisinsk fagsjef Kvalitets- og utviklingssenteret Rådgiver Kvalitetsavdelingen	Grete Åsvang Mette Fredheim Haakon Lindekleiv Hege Fredheim-Kildahl
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen
Saksnr.	Sakstittel	Ansvar/ frist
25/17	Godkjenning av referat fra KU-møtet 18.4.2017 (<i>ephorte 2017/110</i>)	
	Godkjent referat var godkjent under tidligere utsendelse	
	Oppfølging som Referatet ble godkjent med de endringer som fremkom i møtet.	
26/17	Meldekultur i UNN	
	Pasientsikkerhetsutvalget (PSU) v/Haakon Lindekleiv presenterte sak angående alvorlige pasienthendelser som ikke meldes internt i UNN. Det ble orientert for grunnlaget for samt plan for implementering av	

	<p>prosedyre PR31377.</p> <p>Saken ble tatt til diskusjon i Kvalitetsutvalgsmøtet.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Et samlet Kvalitetsutvalg vurderer at det meldes mer enn før, men at det fortsatt meldes for lite av de alvorlige pasienthendelsene. 2. Kvalitetsutvalget støtter forutsetningene i prosedyren. Kvalitetsutvalget støtter endring av pkt. 2.2, bytte ut "Afdelinger <i>kan</i> ha skriftlige ..." med "Afdelinger <i>skal</i> ha skriftlige ...". 3. Kvalitetsutvalget anbefaler en høring av prosedyren i hele organisasjonen før detaljert sluttbehandling i Kvalitetsutvalget/ledergruppen før den gjøres gjeldende. <p>Kvalitetsutvalget sender prosedyren ut på høring før videre behandling i direktørens ledergruppe.</p>	<p>Direktørens ledergruppe</p> <p>KU/KA</p>
27/17	Læringsnotater – ny rutine for implementering	
	<p>Kvalitetsavdelingen v/Grete Åsvang presenterte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PR23373 - <i>Ny rutine for implementering av læringsnotater fra Meldeordningen</i> <p>Kvalitetsavdelingen ba Kvalitetsutvalget diskutere godkjenning av prosedyren.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalget diskuterte prosedyren og ga sin tilslutning til intensjonen for denne. • KU ba om at de tilbakemeldinger som ble gitt i møtet innarbeides i den endelige versjonen. <p>Kvalitets- og utviklingssjefen vurderer om oppdatert versjon skal innom Kvalitetsutvalget før endelig beslutning.</p>	<p>KA/KVALUT</p> <p>Frist: Juni 2017</p>
28/17	Interne revisjoner 2017 – nye bestillinger	
	<p>Hege Signete Fredheim-Kildahl og Grete Åsvang redegjorde for og anmodet KU om å diskutere endringer i revidert årsplan 2017.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>KU tar til orientering av at det skjer en endring i retning av at man</p>	

	<p>begynner å gjøre revisjoner i egen klinikk. KU er inneforstått med at foretakets plan for interne revisjoner må være et dynamisk dokument, der det er rom for å gjøre omprioriteringer som følge av nyoppståtte behov.</p> <p>KU godkjenner oppdatert revisjonsplan slik den er foreslått i vedlegget.</p> <p>✓ <i>Unntak nr. 4: Drift/bemannning ved Fødeavdelingen i Narvik. Denne utgår da risiko anses å være redusert gjennom innføring av innskjerpede seleksjonskriterier for fødevirksomheten i Narvik..</i></p>	
29/17	Meldeordningens årsrapport 2016	
	<p>Kvalitets- og utviklingscenteret v/Haakon Lindekleiv gjennomgikk og orienterte for</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Årsrapport 2016</i> fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten 	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalget tar informasjonen til orientering. • Årsrapporten sendes alle KVAM-utvalg i UNN for orientering. 	KA/Frist juni 2017
30/17	Eventuelt	
	<p>Kvalitetsutvalget ga uttrykk for at det etterspørres konkretisering av plan for tiltak i styresak «Kontinuerlig forbedring i UNN».</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>Administrerende direktør redegjorde for at styresaken er en strategisk plan for utviklingsretning.</p> <p>Administrerende direktør vil følge opp utarbeidelse av handlingplan.</p>	Adm. direktør

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 1.6.2017.**

Dato: 18.5.2017

Tidspunkt: 14.00-14.45

Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

Fra arbeidsgiver

Tommy Schjølberg (Stabscenteret)
 Hans Petter Bergseth (KvalUt)
 Tor-Arne Hanssen (DES)
 Leif Hovden (referent)

Fra arbeidstakerne

Vibeke Haukland, NSF (Skype)
 Ulla Dorte Mathisen, DNLF/ OLF
 Marianne Johnsen, Fagforbundet
 Jan Eivind Pettersen, Delta
 Einar Rebni, FHVO
 Tove Mack, FHVO
 Yvonne Sollied, DNJ

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Jan Eivind Pettersen og Marianne Johnsen valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
Tertialrapport 1 2017 med Kvalitets- og virksomhetsrapporten for april	<p><i>Hans Petter Bergseth og Tommy Schjølberg svarte ut spørsmål til begge rapportene.</i></p> <p><i>Ansattes representanter og vernetjenesten var særskilt opptatt av den negative økonomiske utviklingen, og stilte spørsmål ved tiltaksgjennomføring i relasjon aktivitetsveksten ifht plantallene. Her ble innleiesituasjonen spesielt vektlagt, særlig på lege- og sykepleiesiden.</i></p> <p><i>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.</i></p>
Tertialrapport 1 2017 for utbyggingsprosjektene	<p><i>Utbyggingssjefen svarte ut spørsmål til begge rapportene.</i></p> <p><i>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.</i></p>

Tromsø, 18.5.2017

Jan Eivind Pettersen (s.)
 FTV Delta



Marianne Johnsen (s.)
 FTV Fagforbundet



Leif Hovden (s.)
 administrasjonssjef





Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 18.5.2017 kl. 10.30-13.30

Sted: D1 707 UNN Tromsø, Lille møterom 5.etg. UNN Narvik

Virtuelt møterom: 997956 Skype: UNN.D1-707@uc.nhn.no

Medlemmer		Varamedlemmer	
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN, leder AMU	x	Rita Vang, foretaksverneombudet UNN	
Monica Sørensen, HTV NSF – UNN Tromsø		Wenche Olsen, PTV NSF, Medisinsk avdeling UNN Harstad	
Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik	x	Jon Børre Joakimsen, Fagforbundet UNN Harstad	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø, nestleder AMU		Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	x
Kristine Amundsen, Dnlf		Ulla Dorte Mathisen, Dnlf	x
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
Gøril Bertheussen, stabssjef,		Mai-Liss Larsen, HR-sjef	x
Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	x	Eva-Hanne Hansen, klinikkssjef Operasjon- og intensivklinikken	
Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	x	Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken	
Bjørn-Yngvar Nordvåg, klinikkssjef Nevro-, ortopedi-, og rehabiliteringsklinikken	x	Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef	
Brita Jørgensen, avdelingsleder, Operasjon og intensivavdelingen, UNN Narvik	x	Liv Finjord, avdelingsleder, Medisinsk avdeling, UNN Harstad	

*Til stede (x)

Møteleder: Einar Rebni

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte Kristina Bratrein og Eivind Nydal på sak 26/17, Trude Johannesen på sak 27/17, Einar Bugge, Leif Hovden på sak 28/17, samt Kate Myreng på sak 29/17.

Sak 24/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes med tillegg for saker under eventuelt.

Sak 25/17 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 19.4.17

Protokoll var vedlagt saksdokumentene.

Vedtak:

Protokoll godkjennes

Sak 26/17 Orienterings- og diskusjonssaker

- a. «Svinn på pasientmat», muntlig orientering v/Kristina Bratrein og Eivind Nydal, Drifts- og eiendomssenteret
Direktøren har nedsatt en arbeidsgruppe som omhandler fellestiltak for å bedre økonomien i UNN, som heter «Svinn på pasientmat». Gruppen er kommet frem til at for 2016 utgjorde svinnet over kr **11 mill.**
Mesteparten skyldes at våre ansatte forsyner seg av maten til pasientene. Problemet er størst i Tromsø, selv om det også fins i Harstad og Narvik. AMU diskuterte saken med tanke på bevisstgjøring av våre ansatte da dette synes å være et kulturelt problem.

Vedtak:

AMU henstiller ledere om å følge opp arbeidet med å redusere matsvinn og tematisere dette i personalmøter.

Sak 27/17 Retningslinjer for vurdering av politianmeldelse ved vold eller trusler om vold

Saken har tidligere vært behandlet AMU og vært på høring i klinikker og senterer. Kvalitets- og utviklingscenteret har på bakgrunn av høringene endret retningslinjene. Retningslinjene anbefales gjort gjeldende for pasienter og ansatte. Kvalitets- og utviklingscenteret anbefalte i saken at AMU slutter seg til retningslinjene slik de foreligger, med de innspill som fremkom i møtet. I diskusjon i møtet kom AMU med følgende innspill:

- at myndigheten delegeres til klinikksjef
- at foretaksadvokaten må involveres i prosessen
- samordning med andre områder som kan være grunnlag for politianmeldelse vurderes når retningslinjer for dette kommer til behandling

Vedtak:

AMU slutter seg til retningslinjene med de innspill som fremkom i møtet

Sak 28/17 Styresaker

AMU hadde fått tilsendt drøftingsdokumenter av styresakene for følgende styresaker:

- a) Tertialrapport første tertial 2017 med Kvalitets- og virksomhetsrapport pr. april
- b) Tertialrapportering for utbyggingsprosjektene første tertial 2017

Vedtak:

- a) Tertialrapport 1 – 2017. AMU er tilfreds med at Stabscenteret vil vurdere effekten av igangsatte tiltak med hensyn til oppfølging av IA-handlingsplan og fokus på mål og tiltak for å redusere sykefravær. AMU vil i det videre arbeidet som tidligere, ha et særskilt fokus på IA-arbeid og sykefraværsoppfølging. AMU uttrykker bekymring i forhold til den økonomiske utviklingen og konsekvenser for ansatte med tanke på belastning og sykefravær.
- b) Saken tas til orientering.

Sak 29/17 Videreføring av ressursgruppe for kjemikalier

Kjemikaliegruppen ble etablert i slutten av 2014 og består av Klinikksjef fra Diagnostisk klinikk, bedriftslege, yrkeshygieniker, kvalitetsrådgivere, foretaksverneombud og brannrådgiver. Fokusområdene har vært kjemikalier og helse, miljø og brann samt verneombudets oppgaver og ansvar i forbindelse med kjemikalier. Kjemikaliegruppen anbefaler at denne gruppen gjøres permanent med følgende oppgaver:

- Lage overordnede prosedyrer for arbeid med kjemikalier i UNN
- Veiledning i kjemikaliehåndtering og støtte av kartotekkontakter i klinikkene.
- Gi bistand til klinikkene i arbeidet med kjemikalier
- Bistå i opplæring i forbindelse med revisjoner
- Være referansegruppe hvis det skal etableres et e-læringssystem innen kjemikaliehåndtering ved UNN
- Bistå hvis UNN, via innkjøpsavtaler, skaffer stoffer til virksomheten som er farlige slik at det finnes eller skaffes tilpasset verneutstyr som er tilgjengelig for brukere
- Bistå innkjøp med rutiner som gjør at substitusjonsvurderinger inngår som en del av innkjøpsprosessen
- Være rådgivende mht forsvarlig håndtering og lagring av farlige stoffer
- Kartlegge andre måter å systematisere kartoteket på i UNN og komme med forslag til hvordan UNN kan administrere kartoteket på en bedre måte. Gruppen bør se til andre sykehus/virksomheter.

Gruppen anbefaler at Eco Online sin modul for eksponeringsregister tas i bruk

Vedtak:

AMU slutter seg til kjemikaliegruppens anbefalinger i saken.

Sak 30/17 Eventuelt

- a) Faglig seminar AMU tenkes plassert i siste AMU-møte i 2017
- b) Nytt møtetidspunkt for AMU fra 12:00-15:00 iverksettes etter sommerferien
- c) Medieoppslag i Nordlys tirsdag 16.5. AMU tar avstand fra at hemmelige lydopptak fra interne møter kommer ut i det offentlige rom. Dette undergraver åpenhetskulturen i foretaket. AMU ser på det

som essensielt at det må være rom for en fri og utvunget meningsutveksling internt, og at ansatte og ledere skal kunne diskutere fritt og åpent i interne møter uten frykt for at dette skal lekke ut i mediene. AMU mener at lydopptak/avlytting og lekking av innholdet i interne møter er av en slik alvorlighetsgrad at det bør gjøres en vurdering av lovligheten.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
57/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	01.06.2017
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 19.5.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør