



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Onsdag 3. mai 2017 kl 10:00

Møtested

UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
Dato: 3.5.2017
Tid: Kl. 10:00

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	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget

ST 36/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
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
ST 44/2017	Justering av styrets møteplan 2017
ST 45/2017	Orienteringssaker
	<i>Skriftlige orienteringer</i>
	<ol style="list-style-type: none">1. Åpenhetskultur og dialog i sykehusene2. Oppfølging medarbeiderundersøkelsen (MU)
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	<ol style="list-style-type: none">3. Pasienthistorie4. Presentasjon av tema fra Barne- og ungdomsklinikken5. Statusvalg av ansatte representanter til styret i UNN6. Presentasjon av status i prosjekt Kostnad per pasient (KPP)
ST 46/2017	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none">1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 28.3.20172. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 18.4.20173. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 18.4.20174. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 18.4.20175. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 19.4.20176. Referat fra Brukerutvalgets møte, datert 19.4.20177. Årsrapport 2016 Brukerutvalget UNN HF, datert 19.4.20178. Protokoll nr to fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 25.4.2017
ST 47/2017	Eventuelt



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
37/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	03.05.2017
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 28.-29.3.2017 og 7.4.2017

Innstilling til vedtak

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

Tromsø, 21.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Møteprotokoll fra styremøte 28.-29.3.2017
2. Møteprotokoll fra styremøte 7.4.2017



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 28.-29.3.2017
 Tid: 28.3. kl 16.00 – 19.35
 29.3. kl 08.30 – 12.35

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Tilstede 29.3.2017</i>

Forfall:

Helga Marie Bjerke	Medlem
--------------------	--------

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef (<i>styrets sekretær</i>)
Arthur Revhaug	klunikksjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Bjørn Yngvar Nordvåg	klunikksjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Kate Myrvang	konst. klinikkssjef Diagnostisk klinikk
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Kristina Bratrein	konstituert drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Grethe Andersen	økonomisjef, Stabssenteret
Hilde Annie Pettersen	kommunikasjonssjef, Stabssenteret
Hilde Anne Johannessen	styreassistent, Stabssenteret

Før møtet startet ble det referert til en pasienthistorie i tråd med tidligere bestilling fra styret.

ST 18/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 28. og 29.3.2017 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i uthevet ***kursiv***).

- ST 18/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 19/2017 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 8.2.2017
ST 20/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017
ST 21/2017 Årlig melding 2016
ST 22/2017 Årsregnskap og styrets beretning 2016
ST 23/2017 Ledelsens gjennomgang for 3.tertial 2016
ST 24/2017 Tertialrapport 3-2016 for utbyggingsprosjekter
ST 25/2017 Langsiktig utvikling av ambulansetjenesten
ST 26/2017 Idèfase for psykiatri- og rusfeltet
ST 27/2017 RHFets Plan 2018-2021 – UNNs tilbakemeldinger
ST 28/2017 Langtidsplan 2018-2021 – sluttbehandling
ST 29/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehus
- ST 30/2017 Orienteringssaker
Skriftlige orienteringer
1. Status i planlegging av styreseminar juni 2017
- Muntlige orienteringer*
2. Felles styreseminar med Helsefak 4.5.2017
 3. Varsel om alvorlige hendelser – *Unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. hpl. § 21 jf. § 23.*
 4. ***Spesialistkomitéen for leger i spesialisering***
 5. ***Ekstern kvalitetsvurdering fra Deloitte vedr. Nasjonal sykehusplan***
 6. ***Status i politietterforskning etter Sivilombudsmannens rapport 2016***
 7. ***Organisatoriske endringer ved UNN Longyearbyen sykehus***
- ST 31/2017 Referatsaker
1. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 17.1.2017
 2. Svar på oppfølgingsbrev fra UNN om Sivilombudsmannens rapport, datert 31.1.2017
 3. Protokoll fra Helse Nord HF, datert 1.2.2017
 4. Referat fra møte i Overordnet Samarbeidsorgan, datert 23.2.2017
 5. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 28.2.2017
 6. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 13.3.2017
 7. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 14.3.2017
 8. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 14.3.2017
 9. ***Brev fra revisorselskapet BDO vedr. sak 22/2017, datert 23.3.2017.***
 10. ***Brev fra Narvik kommune ifbm. sak 29/2017, datert 27.3.2017.***
 11. ***Brev til Helse Nord RHF vedr. beredskapsutfordringer ved Longyearbyen sykehus, datert 2.3.2017.***
 12. ***Brev til Helse Nord RHF vedr. økte rammer for 2018-2021, datert 2.3.2017.***

ST 32/2017

Eventuelt

ST 19/2017 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 8.2.2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 8.2.2017.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 8.2.2017.

ST 20/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017* til orientering.
2. Styret vedtar at UNNs hovedindikator for bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne fra og med mars 2017 endres til den nylig publiserte nasjonale indikator for tvangsbruk.
3. Styret vedtar måltall for UNNs hovedindikatorer i tråd med direktørens anbefaling i saken.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017* til orientering.
2. Styret vedtar at UNNs hovedindikator for bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne fra og med mars 2017 endres til den nylig publiserte nasjonale indikator for tvangsbruk.
3. Styret vedtar måltall for UNNs hovedindikatorer i tråd med direktørens anbefaling i saken.

ST 21/2017 Årlig melding 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Årlig melding 2016* for oversendelse til Helse Nord RHF.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Årlig melding 2016* for oversendelse til Helse Nord RHF.

ST 22/2017 Årsregnskap og styrets årsberetning for 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Før saken ble behandlet presenterte revisor BDO v/ statsautoriserte revisorer Frode Kristian Danielsen og Rolf-Egil Håvoll revisors årsberetning, og gjennomførte et lukket møte med kun styret tilstede.

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

Det fremlagte årsoppgjøret med resultatregnskap og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultatet, fastsettes som UNNs regnskap for 2016. Styret

foreslår at årets overskudd på 135 207 963 kr overføres til annen egenkapital.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnsfastsettelse.
3. Styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investeringer av utstyr med mer i 2017.
4. Årsberetning 2016 vedtas *med de endringer som fremkom under behandling av saken.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

Det fremlagte årsoppgjøret med resultatregnskap og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultatet, fastsettes som UNNs regnskap for 2016. Styret foreslår at årets overskudd på 135 207 963 kr overføres til annen egenkapital.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnsfastsettelse.
3. Styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investeringer av utstyr med mer i 2017.
4. Årsberetning 2016 vedtas med de endringer som fremkom under behandling av saken.

ST 23/2017 Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

ST 24/2017 Terialrapport 3/2016 for utbyggingsprosjekter

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

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

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapporten pr. 31.12.2016 om byggeprosjekter i UNN til orientering.
2. *Styret tar til orientering at det fortsatt er gjenstående risiko i PET-senter prosjektet, særlig knyttet til tekniske anlegg og valideringsprosessen for legemiddelproduksjon. Styret ber direktøren følge dette opp.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapporten pr. 31.12.2016 om byggeprosjekter i UNN til orientering.
2. Styret tar til orientering at det fortsatt er gjenstående risiko i PET-senter prosjektet, særlig knyttet til tekniske anlegg og valideringsprosessen for legemiddelproduksjon. Styret ber direktøren følge dette opp.

ST 25/2017 Langsiktig utvikling av ambulansetjenesten ved UNN

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Innstilling til vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at den nye Akuttmedisinforskriften stiller krav om at begge helsearbeiderne som bemanner en ambulanse fra 2018 skal ha autorisasjon som helsepersonell, og at minst en av dem skal ha autorisasjon som ambulansarbeider.

2. Styret tar også til etterretning at rekrutteringssituasjonen i tjenesten ved UNN medfører en utvikling i retning gradvis mer bruk av tilstedevakt på vaktrom.
3. Styret viser til at nye samferdselsløsninger som i Ofoten og Troms reduserer transporttidene, kan åpne for å revurdere stasjonsmønsteret.
4. Styret ber direktøren legge til rette for å videreutvikle ambulansetjenesten i UNN slik at lovkrav til kompetanse og arbeidstidsordninger ivaretas. Uten økte rammer vil dette innebære løsninger med færre og større stasjoner der det er hensiktsmessig, noe som vil gi økt differensiering av responstidene i deler av opptaksområdet som en uunngåelig og uønsket konsekvens. Styret er innforstått med at oppfyllelse av lovkravene medfører utfordringer med å nå måltallene for de nasjonale kvalitetsindikatorerne for responstider.
5. Direktøren bes orientere styret *i en skriftlig orienteringssak* før det fattes konkrete beslutninger om endringer i stasjonsstrukturen i ambulansetjenesten.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at den nye Akuttmedisinforskriften stiller krav om at begge helsearbeiderne som bemanner en ambulanse fra 2018 skal ha autorisasjon som helsepersonell, og at minst en av dem skal ha autorisasjon som ambulansarbeider.
2. Styret tar også til etterretning at rekrutteringssituasjonen i tjenesten ved UNN medfører en utvikling i retning gradvis mer bruk av tilstedevakt på vaktrom.
3. Styret viser til at nye samferdselsløsninger som i Ofoten og Troms reduserer transporttidene, kan åpne for å revurdere stasjonsmønsteret.
4. Styret ber direktøren legge til rette for å videreutvikle ambulansetjenesten i UNN slik at lovkrav til kompetanse og arbeidstidsordninger ivaretas. Uten økte rammer vil dette innebære løsninger med færre og større stasjoner der det er hensiktsmessig, noe som vil gi økt differensiering av responstidene i deler av opptaksområdet som en uunngåelig og uønsket konsekvens. Styret er innforstått med at oppfyllelse av lovkravene medfører utfordringer med å nå måltallene for de nasjonale kvalitetsindikatorerne for responstider.
5. Direktøren bes orientere styret *i en skriftlig orienteringssak* før det fattes konkrete beslutninger om endringer i stasjonsstrukturen i ambulansetjenesten.

ST 26/2017 Idéfase for psykiatri- og rusfeltet ved UNN

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner rapport for *Idéfase – arealer til psykisk helse- og rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Tromsø.*
2. Styret anbefaler å gå videre med utredning av UNN Åsgård, *0-alternativet*, UNN Åsgård, *Vest-alternativet* og UNN Breivika, *Gimleveien 12-alternativet* til neste fase av planleggingen.
3. Styret oversender rapport og anbefaling til styret ved Helse Nord RHF.

Styrerepresentant Tove Skjelvik la frem følgende forslag til vedtakspunkt:

Styret ber om å få fremlagt sak etter vedtak i Helse Nord RHF med kostnadsberegnet plan for gjennomføring av konseptfasen.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner rapport for *Idéfase – arealer til psykisk helse- og rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Tromsø.*
2. Styret anbefaler å gå videre med utredning av UNN Åsgård, *0-alternativet*, UNN Åsgård, *Vest-alternativet* og UNN Breivika, *Gimleveien 12-alternativet* til neste fase av planleggingen.
3. Styret oversender rapport og anbefaling til styret ved Helse Nord RHF.
4. Styret ber om å få fremlagt sak etter vedtak i Helse Nord RHF med kostnadsberegnet plan for gjennomføring av konseptfasen.

ST 27/2017 RHFets Plan 2018-2021 - UNNs tilbakemeldinger

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft og investeringer for perioden 2018-2025 til orientering, og slutter

seg til at denne saken oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding og innspill til Plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplanen.

2. Styret viser til den pågående utredningen om å styrke beredskapen på Svalbard og ber om at en eventuell styrkning finansieres særskilt fra Helse Nord RHF.
3. Styret ber om finansiering til ny dyr kreftbehandling og til økte medikamentkostnader for kroniske inflammatoriske sykdommer.
4. Styret viser til at den økonomiske situasjonen er krevende, og presiserer at nye oppdrag og oppgaver ikke kan igangsettes uten tilsvarende økte rammer både til drift og investering.
5. Styret erkjenner at investeringsbehovene til utstyr med mer er større enn eksisterende rammer og ber Helse Nord RHF om å gjennomgå den totale investeringsplanen for å imøtekomme dette behovet, samtidig som overskuddskravet til foretakene i regionen skjerpes.
6. Styret ber Helse Nord RHF følge opp at gevinstrealisering, effektivisering, aktivitetsstyring og stramme prioriteringer gjøres etter samme prinsipper i hele foretaksgruppen slik at pasientene i regionen også fremover kan tilbys nødvendig og moderne helsetjenester og at lokalsykehus tilbudet til befolkningen er likeverdig i hele regionen.

Direktøren la frem følgende forslag til nytt punkt (4):

Styret ber om at nytt sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tas inn i planen.

Direktøren la frem følgende forslag til nytt punkt (8):

Styret viser til brev fra UNN til Helse Nord RHF datert 2.3.2017, og forutsetter at oppgradering av forplassen og vestibylene ved UNN Breivika samt bygningsmessige tiltak som følger av Sivilombudsmannens besøk ved UNN Åsgård, finansieres inneværende år (2017) som avtalt.

Styreleder tok innstilling og nye punkter opp under samlet avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft og investeringer for perioden 2018-2025 til orientering, og slutter seg til at denne saken oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding og innspill til Plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplanen.

2. Styret viser til den pågående utredningen om å styrke beredskapen på Svalbard og ber om at en eventuell styrkning finansieres særskilt fra Helse Nord RHF.
3. Styret ber om finansiering til ny dyr kreftbehandling og til økte medikamentkostnader for kroniske inflammatoriske sykdommer.
4. Styret ber om at nytt sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tas inn i planen.
5. Styret viser til at den økonomiske situasjonen er krevende, og presiserer at nye oppdrag og oppgaver ikke kan igangsettes uten tilsvarende økte rammer både til drift og investering.
6. Styret erkjenner at investeringsbehovene til utstyr med mer er større enn eksisterende rammer og ber Helse Nord RHF om å gjennomgå den totale investeringsplanen for å imøtekomme dette behovet, samtidig som overskuddskravet til foretakene i regionen skjerpes.
7. Styret ber Helse Nord RHF følge opp at gevinstrealisering, effektivisering, aktivitetsstyring og stramme prioriteringer gjøres etter samme prinsipper i hele foretaksgruppen slik at pasientene i regionen også fremover kan tilbys nødvendig og moderne helsetjenester og at lokalsykehus tilbudet til befolkningen er likeverdig i hele regionen.
8. Styret viser til brev fra UNN til Helse Nord RHF datert 2.3.2017, og forutsetter at oppgradering av forplassen og vestibylen ved UNN Breivika samt bygningsmessige tiltak som følger av Sivilombudsmannens besøk ved UNN Åsgård, finansieres inneværende år (2017) som avtalt.

ST 28/2017 Langtidsplan 2018-2021

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) erkjenner at mye arbeid med langtidsplanen gjenstår og vedtar derfor at det kun gjøres konkrete prioriteringer for det første året i langtidsplan 2018-2021.
2. Styret ønsker en sterk prioritering av psykisk helse og rus i langtidsplanen, og vedtar at alternativ 1 i saksfremlegget prioriteres for 2018.
3. Styret presiserer at realisering av målene i langtidsplanen, i tillegg til å håndtere eierkrav og øvrige endringer forutsetter gevinstrealisering av tiltakene i langtidsplanen, sammen med kontinuerlig forbedring og omstilling. Gevinstrealisering må utredes og dokumenteres før iverksettelse. Styret ber direktøren om å følge dette opp, og eventuelt utsette vedtatte mål dersom det ikke kan dokumenteres en plan for gevinstrealisering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtakk:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) erkjenner at mye arbeid med langtidsplanen gjenstår og vedtar derfor at det kun gjøres konkrete prioriteringer for det første året i langtidsplan 2018-2021.
2. Styret ønsker en sterk prioritering av psykisk helse og rus i langtidsplanen, og vedtar at alternativ 1 i saksfremlegget prioriteres for 2018.
3. Styret presiserer at realisering av målene i langtidsplanen, i tillegg til å håndtere eierkrav og øvrige endringer forutsetter gevinstrealisering av tiltakene i langtidsplanen, sammen med kontinuerlig forbedring og omstilling. Gevinstrealisering må utredes og dokumenteres før iverksettelse. Styret ber direktøren om å følge dette opp, og eventuelt utsette vedtatte mål dersom det ikke kan dokumenteres en plan for gevinstrealisering.

ST 29/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) takker prosjektet Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – utredning av kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik for et omfattende og grundig arbeid. Styret legger prosjektrapporten, risiko- og mulighetsanalysen og høringsuttalelsene til grunn for sin anbefaling overfor styret i Helse Nord RHF.
2. Styret viser til at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet skal vektlegges, at løsningene som anbefales skal være bærekraftige, forutsigbare og stabile over tid, og at Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny spesialitetsstruktur for leger skal legges til grunn for anbefalingene.
3. Styret viser også til at det er planlagt byggestart for Nye UNN Narvik i 2019. Det er styrets ambisjon å skape et moderne og fremtidsrettet sykehus som sammen med UNN Harstad og UNN Tromsø sikrer en god spesialisthelsetjeneste for befolkningen i hele UNN-området og gode lokalsykehusstilbud for befolkningen i Ofoten.
4. Styret anbefaler at fagområdet ortopedi styrkes og utvikles som hovedaktivitet innen kirurgisk døgnbehandling og som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet ved UNN Narvik. Det anbefales at tilgjengelighet til ortopedisk spesialistkompetanse utenom ordinær arbeidstid økes slik at vanlige ortopediske skader som hovedregel kan opereres lokalt innen 48 timer. Etablering av spesialisert døgnkontinuerlig vaktordning i ortopedi vurderes ikke å være nødvendig, men det anbefales likevel at Helse Nord RHF

revurderer vedtaket i styresak 135-2011 Elektiv ortopedi i Helse Nord – revidert funksjonsfordeling.

5. Styret anbefaler at UNN Narvik skal være akuttstusykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse samt traumefunksjon. Anbefalingen medfører at døgnvirksomheten i magetarmkirurgi (gastrokirurgi) opphører og at traumefunksjonen ivaretas slik denne er definert i nasjonal og regional traumeplan.
6. Styret anbefaler at urinveiskirurgi (urologi) videreføres hovedsakelig som et dagkirurgisk og poliklinisk tilbud og at mindre kirurgiske spesialiteter som øre-nese-hals og eventuelt øye videreføres og/eller etableres som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet i den grad det er formålstjenlig.
7. Styret anbefaler at den kirurgiske vaktordningen baseres på spesialister i bløtdelskirurgiske fag (generell kirurgi, urologi og gastrokirurgi). Spørsmålet om hvorvidt spesialister i ortopedi også kan inngå i vaktordningen, anbefales vurdert nærmere når det foreligger endelige beslutninger om innholdet i de nye spesialistutdanningene.
8. Styret anbefaler at fødeavdelingen videreføres, under forutsetning av at det rekrutteres tre nye gynekologer. Gynekologi anbefales videreført som hovedsakelig dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet uavhengig av fremtidig status for fødeavdelingen.
9. Styret anbefaler at innføring av de største endringene som anbefalingene ovenfor medfører prosjektorganiseres som beskrevet i saken. Styret understreker at det haster å beskrive en tydelig profil på den dagkirurgiske virksomheten ved sykehuset fordi dette er nødvendig i forprosjektplanleggingen av nytt sykehus. Styret ber om å få seg forelagt en prosjektplan for innføringsprosjektet når endelige vedtak fra styret i Helse Nord RHF foreligger.

Styrerepresentantene Mai-Britt Martinsen og Rune Moe fremmet følgende forslag til endringer i innstillingen:

Nytt punkt 2:

Styret viser til at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet skal vektlegges, at løsningene som anbefales skal være bærekraftige, forutsigbare og stabile over tid.

Nytt punkt 5:

Styret anbefaler at UNN Narvik skal være et akuttstusykehus med vurderings og stabiliseringskompetanse, traumefunksjon samt akuttkirurgi hele døgnet uten å ha fullt gastrokirurgisk vaktteam.

Styrets nestleder fremmet følgende forslag til justeringer av følgende punkter i innstillingen samt nye punkter i tillegg til innstillingen:

Innstillingens punkt 8 erstattes med følgende:

8. *Styret viser til prosjektrapporten, og konstaterer at Helse Nord RHF og Helsedirektoratet sine kvalitetskrav for fødeavdelinger ikke er oppfylt, hovedsakelig*

fordi det ikke har lyktes å rekruttere tilstrekkelig mange faste spesialister.

9. *Styret ber om at direktøren umiddelbart iverksetter rekruttering av flere gynekologer.*
10. *Styret er innforstått med at avvik fra kvalitetskravene har vedvart over tid, og at det vil bli utfordrende å rekruttere tilstrekkelig mange gynekologer på kort tid. Styret er med bakgrunn i dette i tvil om hvorvidt bemanningssituasjonen er forsvarlig, og ber om at Helse Nord RHF vurderer dette nærmere.*
11. *Styret anbefaler at gynekologi videreføres som enn hovedsakelig dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet uavhengig av fremtidig status for fødetilbudet.*

Innstillingens punkt 9 blir punkt 12.

Styreleder satte de nye forslagene opp mot innstillingens punkter i den rekkefølge de var fremkommet:

Forslag til nytt punkt 2 fikk fire stemmer og falt.

Forslag til nytt punkt 5 fikk 2 stemmer og falt.

Forslag til nytt punkt 8 ble enstemmig bifalt, med påfølgende forslagspunkter, herunder at innstillingens punkt 9 blir punkt 12.

Enstemmig vedtatt.

Vedtakk:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) takker prosjektet Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – utredning av kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik for et omfattende og grundig arbeid. Styret legger prosjektrapporten, risiko- og mulighetsanalysen og høringsuttalelsene til grunn for sin anbefaling overfor styret i Helse Nord RHF.
2. Styret viser til at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet skal vektlegges, at løsningene som anbefales skal være bærekraftige, forutsigbare og stabile over tid, og at Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny spesialitetsstruktur for leger skal legges til grunn for anbefalingene.
3. Styret viser også til at det er planlagt byggestart for Nye UNN Narvik i 2019. Det er styrets ambisjon å skape et moderne og fremtidsrettet sykehus som sammen med UNN Harstad og UNN Tromsø sikrer en god spesialisthelsetjeneste for befolkningen i hele UNN-området og gode lokalsykehusstilbud for befolkningen i Ofoten.
4. Styret anbefaler at fagområdet ortopedi styrkes og utvikles som hovedaktivitet innen kirurgisk døgnbehandling og som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet ved UNN Narvik. Det anbefales at tilgjengelighet til ortopedisk spesialistkompetanse utenom ordinær

arbeidstid økes slik at vanlige ortopediske skader som hovedregel kan opereres lokalt innen 48 timer. Etablering av spesialisert døgnkontinuerlig vaktordning i ortopedi vurderes ikke å være nødvendig, men det anbefales likevel at Helse Nord RHF revurderer vedtaket i styresak 135-2011 Elektiv ortopedi i Helse Nord – revidert funksjonsfordeling.

5. Styret anbefaler at UNN Narvik skal være akuttsykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse samt traumefunksjon. Anbefalingen medfører at døgnvirksomheten i magetarmkirurgi (gastrokirurgi) opphører og at traumefunksjonen ivaretas slik denne er definert i nasjonal og regional traumeplan.
6. Styret anbefaler at urinveiskirurgi (urologi) videreføres hovedsakelig som et dagkirurgisk og poliklinisk tilbud og at mindre kirurgiske spesialiteter som øre-nese-hals og eventuelt øye videreføres og/eller etableres som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet i den grad det er formålstjenlig.
7. Styret anbefaler at den kirurgiske vaktordningen baseres på spesialister i bløtdelskirurgiske fag (generell kirurgi, urologi og gastrokirurgi). Spørsmålet om hvorvidt spesialister i ortopedi også kan inngå i vaktordningen, anbefales vurdert nærmere når det foreligger endelige beslutninger om innholdet i de nye spesialistutdanningene.
8. Styret viser til prosjektrapporten, og konstaterer at Helse Nord RHF og Helsedirektoratet sine kvalitetskrav for fødeavdelinger ikke er oppfylt, hovedsakelig fordi det ikke har lyktes å rekruttere tilstrekkelig mange faste spesialister.
9. Styret ber om at direktøren umiddelbart iverksetter rekruttering av flere gynekologer.
10. Styret er innforstått med at avvik fra kvalitetskravene har vedvart over tid, og at det vil bli utfordrende å rekruttere tilstrekkelig mange gynekologer på kort tid. Styret er med bakgrunn i dette i tvil om hvorvidt bemanningssituasjonen er forsvarlig, og ber om at Helse Nord RHF vurderer dette nærmere.
11. Styret anbefaler at gynekologi videreføres som enn hovedsakelig dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet uavhengig av fremtidig status for fødetilbudet.
12. Styret anbefaler at innføring av de største endringene som anbefalingene ovenfor medfører prosjektorganiseres som beskrevet i saken. Styret understreker at det haster å beskrive en tydelig profil på den dagkirurgiske virksomheten ved sykehuset fordi dette er nødvendig i forprosjektplanleggingen av nytt sykehus. Styret ber om å få seg forelagt en prosjektplan for innføringsprosjektet når endelige vedtak fra styret i Helse Nord RHF foreligger.

ST 30/2017 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Innstilling til vedtak:

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

Skriftlige orienteringer

1. Status i planlegging av styreseminar juni 2017

Muntlige orienteringer

2. Felles styreseminar med Helsefak 4.5.2017
3. Varsel om alvorlige hendelser – *unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. hpl. § 21 jf. 23.*
4. Spesialistutdanning i ortopedi ref. innkommet spørsmål fra Per Erling Dahl.
5. Ekstern kvalitetsvurdering fra Deloitte vedr. Nasjonal sykehusplan – føde og kirurgi (ble gjennomgått ifbm sak 29).
6. Status i politietterforskning etter Sivilombudsmannens rapport PHRK
7. Beredskapsmessige -og organisatoriske utfordringer ved Longyearbyen sykehus (ref. sak 31 nr. 11).

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 31/2017 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Innstilling til vedtak:

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

1. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 17.1.2017.
2. Svar på oppfølgingsbrev fra UNN om Sivilombudsmannens rapport, datert 31.1.2017.
3. Protokoll fra Helse Nord RHF, datert 1.2.2017.
4. Referat fra møte i Overordnet Samarbeidsorgan, datert 23.2.2017.
5. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 28.2.2017.
6. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 13.3.2017.
7. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 14.3.2017.
8. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 14.3.2017.
9. Brev fra revisorselskapet BDO vedr. sak 22/2017, datert 23.3.2017.
10. Brev fra Narvik kommune ifbm. sak 29/2017, datert 27.3.2017.
11. Brev til Helse Nord RHF vedr. beredskapsutfordringer ved Longyearbyen sykehus, datert 2.3.2017.
12. Brev til Helse Nord RHF vedr. økte rammer for 2018-2021, datert 2.3.2017.

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 32/2017 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 28.-29.3.2017

Ingen saker.

Tromsø, 28.-29.3.2017

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, møterom Biblioteket D1-704/ Telefon-/ Skype-møte
 Dato: 7.4.2017
 Tid: Kl 14.00-14.10

Tilstede
 møterom/telefon/Skype:

Navn	Funksjon	Merknader
Jorhill Andreassen	Leder	(pr. telefon)
Erling Espeland	Nestleder	(pr. telefon)
Eivind Mikalsen	Medlem	(pr. telefon)
Helga Marie Bjerke	Medlem	(på møterom)
Jan Eivind Pettersen	Medlem	(på møterom)
Jan Terje Nedrejord	Medlem	(pr. telefon)
Kjersti Markusson	Medlem	(pr. telefon)
Mai-Britt Martinsen	Medlem	(på møterom)
Per Erling Dahl	Medlem	(på møterom)
Rolf Utgård	Medlem	(pr. telefon)
Rune Moe	Medlem	(på møterom)
Tove Skjelvik	Medlem	(pr. Skype)
Cathrin Carlyle	Observatør	(pr. telefon)

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør (pr. telefon)
Marit Lind	visadministrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef (styrets sekretær)
Arthur Revhaug	klunikksjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Kate Myrvang	konst.klinikksjef Diagnostisk klinikk
Kristina Bratrein	konst.drifts- og eiendomssjef
Håkon Lindekleiv	for kvalitets- og utviklingsjefen
Hege Andersen	direktørens rådgiver

ST 33/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 33/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 34/2017	Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgi og føde- -presiseringer vedrørende fødeavdelingen – oppfølging av sak 29/2017
ST 35/2017	Referatsaker 1. Uttalelse fra årsmøtet i LO i Ofoten 2017

ST 34/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgi og føde-presiseringer vedrørende fødeavdelingen – oppfølging av sak 29/2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 7.4.2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til punkt 10 i vedtaket i sak 29/2017 *Oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik.*
2. Styret presiserer at ansvaret for fortløpende vurdering av forsvarlighet i driften av fødeavdelingen ved UNN Narvik tilligger UNN.
3. Styret har pekt på at det over lang tid har vært avvik fra Helsedirektoratet og Helse Nords kvalitetskrav for bemanning, og ber om veiledning fra Helse Nord RHF i vurderingen av om slikt avvik over tid er uforsvarlig.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til punkt 10 i vedtaket i sak 29/2017 *Oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik.*
2. Styret presiserer at ansvaret for fortløpende vurdering av forsvarlighet i driften av fødeavdelingen ved UNN Narvik tilligger UNN.
3. Styret har pekt på at det over lang tid har vært avvik fra Helsedirektoratet og Helse Nords kvalitetskrav for bemanning, og ber om veiledning fra Helse Nord RHF i vurderingen av om slikt avvik over tid er uforsvarlig.

ST 35/2017 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 7.4.2017

Innstilling til vedtak:

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

1. Uttalelse fra årsmøtet i LO i Ofoten 2017

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar referatsaken til orientering.

Tromsø, 7.4.2017

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



Offi § 5.

STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
38/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	03.05.2017
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Grethe Andersen

Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2017

Innstilling til vedtak

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

Bakgrunn

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

Formål

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

Medvirkning

Saken er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt Arbeidsmiljøutvalget i egne innspills- og drøftingsmøter 18. og 19.4.2017. Samtlige møter ga sin tilslutning til at direktøren slutfører saken og forelegger den for styrets behandling med den innretning saken er gitt. Protokoller fra de respektive møtene foreligger som referatsaker til styrets møte 3.5.2017.

Vurdering

Oppholdstid i akuttmottaket oppdateres i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS daglig, og følges opp i ledergruppens tavlemøte ukentlig. Resultatet for mars er uendret fra tidligere,

noe 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. Disse endringene tas det sikte på at skal implementeres etter sommeren inneværende år. Som hastetiltak er det iverksatt 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.

Antall *fristbrudd* er fortsatt over måltallet, men noe lavere enn foregående måneder. Det er som tidligere innen dagkirurgi og håndskirurgi de fleste fristbrudd oppstår. De tidligere beskrevne tiltak med fokus på god prioritering, bedre langtidspanlegging 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 forrige møte 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 vil kreve noe mer utviklingsarbeid i å gjøre uttrekk lokalt tilsvarende den nasjonale indikatoren, og for mars presenteres derfor fortsatt resultat for den gamle indikatoren. Bruken av tvang mål med denne indikatoren var i mars lav.

Sykefravær

UNN har gjennom IA-avtalen avtalt måltall for sykefravær på 7,5 %. Det totale sykefraværet ved UNN var i mars 2017 på 8,5 %. På grunn av påsken kan det være noe etterslep i registreringen. Det arbeides godt med å øke nærværet i mange seksjoner og enheter i UNN. Sykefravær er tema på ledermøter, personalmøter og KVAM møter. Ledere tilbys også kurs i IA-arbeid. BHT bistår ledere på sykefraværsoppfølging og dialogmøter med sykemeldte arbeidstakere og tilbyr også bistand i oppfølging av gravide arbeidstakere. BHT bistår også ledere som har behov for bistand for å kartlegge faktorer som kan bidra til arbeidsrelatert fravær. Klinikken oppfordres til å benytte BHT mer i dialogmøter/sykefraværsoppfølging, spesielt ved hyppige korttidsfravær og gjentakende fravær. BHT bør også brukes mer i oppfølging av gravide arbeidstakere. 4 av 14 klinikker/sentre har i mars måned sykefravær som er lik eller lavere enn plantall.

AML-brudd

I rapporteringen for 1. tertial 2017 kan HN-LIS tas i bruk for å hente rapporter. Vi vil da kunne presentere rapporter på klinikknivå. Direktørens ledergruppe vil beslutte måltall for denne indikatoren på ledermøte i begynnelsen av mai. Ledermøtesaken inneholder forslag til forbedringer både i det å sikre god datakvalitet, øke kunnskapen om regler for arbeidstid, hvilke tiltak som kan benyttes for å unngå brudd og hvordan rapportene i arbeidsplansystemet kan brukes i arbeidet med systematisk forbedring.

Tiltaksgjennomføring

Tiltaksgjennomføringen varierer fra 100 % gjennomføringsgrad for seks klinikker/sentre til 0 % for to av klinikkene, 44 % i gjennomsnitt for hele foretaket. De pågående oppfølgingsmøtene har et særskilt fokus på økonomi og utvikling av nye tiltak. Strategien om fortløpende identifisering og iverksetting av nye tiltak opprettholdes og vurderes som nødvendig for å snu den negative økonomiske utviklingen. Arbeidet er krevende for flere av klinikkene, og tar lengre tid enn ønskelig. Direktøren er imidlertid fornøyd med at tiltaksarbeidet har et mer kontinuerlig fokus enn tidligere og følger klinikkene tett i det videre arbeidet.

Det er svært positivt at gjennomsnittlig ventetid slik den måles nasjonalt er godt innenfor nasjonalt mål, 60 dager. Antall langtidsventende over 12 måneder er nå godt under 100, og forskjellen mellom gjennomsnittlig ventetid for avviklede og gjennomsnittlig ventetid for pasienter som står på venteliste er liten. Dette innebærer samlet sett at det nå er liten risiko for at gjennomsnittlig ventetid for avviklede igjen skal øke. Dermed ligger UNN godt an til å nå nasjonalt ventetidsmål også i resten av 2017, og direktøren anser at UNN nå gjennomgående har god kontroll på ventelistene for ordinære ventende (primærhevnisinger).

UNN inkluderer en svært høy andel kreftpasienter i pakkeforløp, men det er fortsatt noen forløp der det er utfordrende å oppnå riktig forløpstid. Det pågår intern revisjon på tre pakkeforløp, som forventes å avdekke forbedringsområder.

UNN når ikke målet om å ikke ha korridorpasienter. Direktørens vurdering er fortsatt at dette har nær sammenheng med problematikken rundt utskrivningsklare pasienter, som stadig er en stor utfordring. Særlig er det utfordrende at Tromsø kommune og dels også Harstad kommune har vedvarende høyt antall utskrivningsklare pasienter i UNN. Arbeid med å følge opp tiltak anbefalt i OSO-møte i februar pågår, men har foreløpig ikke gitt synlige resultater. Direktør og samhandlingssjef er i stadig kontakt med Tromsø kommune om denne utfordringen, og det pågår også prosess mellom UNN og Harstad kommune. UNN har også dialog med Fylkesmannen om denne problemstillingen.

Aktivitetsrapporten viser at det også hittil i 2017 er høyere aktivitet i somatikken enn planlagt, primært innen poliklinisk omsorg. Det er også i år økning i antall laboratorieundersøkelser. Reduksjonen i målt aktivitet innen radiologi er sannsynligvis ikke reell, men skyldes at antall røntgenundersøkelser måles på en annen måte i nytt datasystem som ble implementert i UNN høsten 2016. Innen psykisk helsevern for voksne har aktiviteten vært høyere enn i 2016, men fortsatt lavere enn plan. Innen psykisk helsevern for barn har aktiviteten hittil i år vært høyere enn i fjor og høyere enn plan. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har aktiviteten vært lavere enn i 2016 og lavere enn planlagt aktivitet for 2017. Samlet sett er aktivitetsutviklingen hittil i år noe høyere innen psykisk helsevern og rus enn i somatikken, og UNN oppfylder dermed den gyldne regel målt i aktivitet.

Direktøren er ikke fornøyd med at den negative økonomiske utviklingen fortsetter i mars med et regnskapsmessig resultat som er 4,1 mill kr lavere enn budsjettet og 6,2 mill kr lavere enn styringsmålet. De klinikkvise resultatene viser økonomiske utfordringer i flere klinikker som følges opp særskilt. Direktøren vurderer det fremdeles som mulig å snu utviklingen ved å identifisere og utvikle nye tiltak og opprettholder prognosen i henhold til internt styringsmål.

Tromsø, 21.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2017

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Mars 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.....	24
AML-brudd	25
Kommunikasjon	26
Sykehuset i media.....	26
Økonomi	27
Resultat	27
Gjennomføring av tiltak	30
Prognose.....	31
Likviditet.....	32
Investeringer	32
Byggeprosjekter	33

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 første gang i mai 2017.</p>
<p>Oppholdstid i akuttmottak, mars</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 84 %</p> <p>Antall over 4 timer: 281</p>	<p>— Andel under 4 timer (primærakse - venstre) — Antall over 4 timer (sekundærakse - høyre)</p>
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av mars</p> <p style="text-align: center;">27</p>	
<p>Tvang psykisk helsevern – voksne, mars</p> <p>Antall §4-8a vedtak: 2</p> <p>Antall pasienter: 2</p>	<p>— Antall § 4.8a - vedtak — Antall pasienter</p>

<p>Sykefravær, mars</p> <p>8,5 %</p>	
<p>AML brudd, mars</p> <p>Antall AML-brudd: 4844</p>	
<p>Tiltaksgjennomføring</p> <p>Mars: 37 %</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 mars 2017

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	237	220	92	70
Hode- halskreft	62	54	87	70
Kronisk lymfatisk leukemi	12	8	66	70
Myelomatose	15	11	73	70
Akutt leukemi	18	17	94	70
Lymfom	79	74	93	70
Bukspyttkjertelkreft	73	63	86	70
Tykk- og endetarmskreft	214	196	91	70
Blærekreft	97	87	89	70
Nyrekreft	78	68	87	70
Prostatakreft	252	207	82	70
Peniskreft	5	4	80	70
Testikkelkreft	29	28	96	70
Livmorkreft	69	60	86	70
Eggstokkreft	45	38	84	70
Livmorhalskreft	39	35	89	70
Hjernerkeft	52	36	69	70
Lungekreft	178	169	94	70
Kreft hos barn	15	13	86	70
Kreft i spiserør og magesekk	64	61	95	70
Primær leverkreft	19	15	78	70
Skjoldbruskkjertelkreft	44	43	97	70
Føflekkreft	112	91	81	70
Galleveiskreft	28	21	75	70
Totalt	1836	1619	88	

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

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

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	182	136	74	21	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	53	48	90	12	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			27	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	56	46	82	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.	11	11	100	7	8
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	19	17	89	3	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	69	48	69	14	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	10	5	50	28	36
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	28	16	57	33	36
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	28	16	57	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.	174	111	63	30	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	3	50	35	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	28	18	64	33	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	98	73	74	31	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	18	11	61	34	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	23	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	51	22	43	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.	103	45	43	71	37
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	94	47	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.	61	48	78	26	30
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	36	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2	2	100	20	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	15	10	66	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	4	66	24	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	14	12	85	27	36
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	15	10	66	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	4	66	24	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.	47	29	61	40	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	26	23	88	21	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	71	59	83	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.	11	8	72	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.	43	25	58	35	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.	122	110	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	113	86	76	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. Første gang i mai.

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter på venteliste	15 417	9 871	7 693	-2 178	-22
...herav med fristbrudd	79	57	27	-30	-53
...herav med ventetid over 365 dager	1 174	172	68	-104	-60
Gjennomsnittlig ventetid dager	117	80	55	-25	-31
Ikke møtt til planlagt avtale	1 394	1 214	2 027	813	67

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

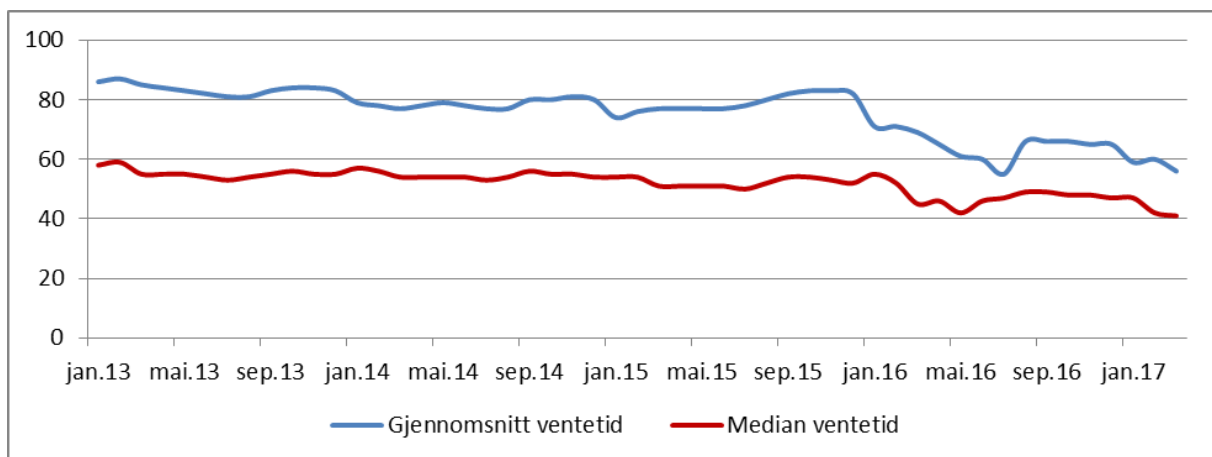
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	14 350	13 413	13 286	-127	-1
...herav med fristbrudd	357	121	174	53	44
Andel - avviklet ordinært	47	87	100	12	14

Ventetid

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

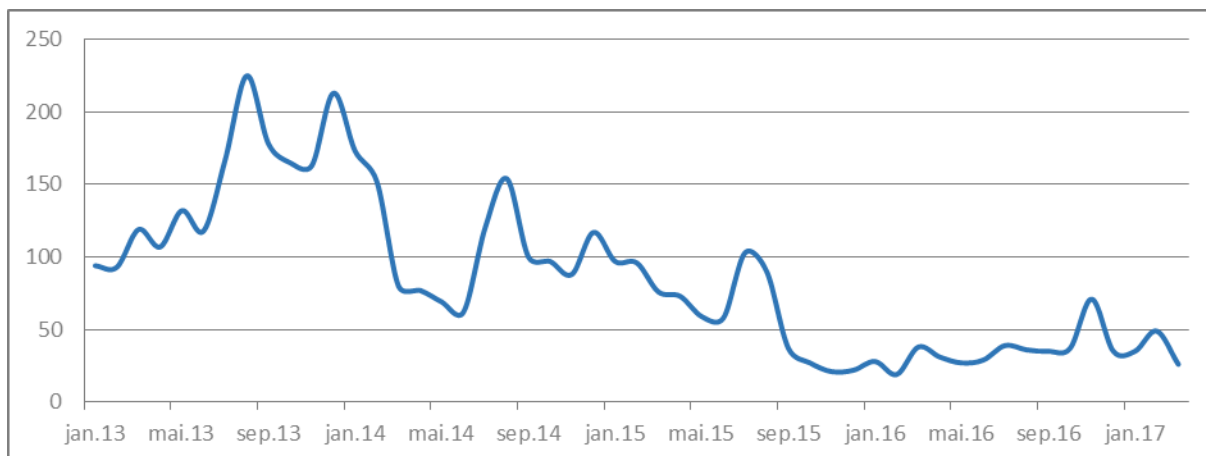
	2015	2016	2016	Endring 2016-2017	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	77	69	56	-13	-19
Median ventetid i dager	51	45	41	-4	-9

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid



Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

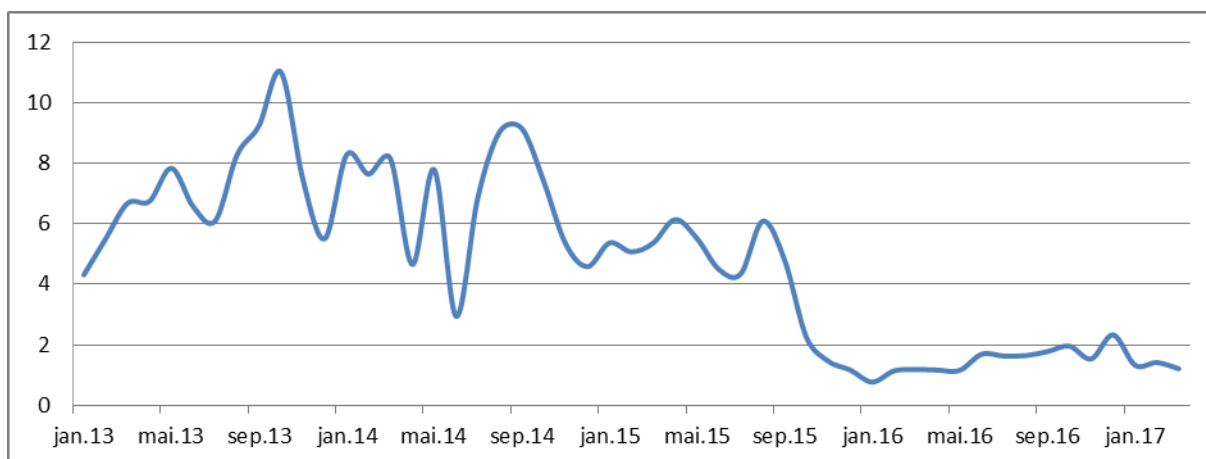


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av mars 2017

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	2	288	1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	10	1 852	1
Hjerte- og lungeklinikken	2	422	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	13	4 232	0
UNN	27	6 794	0

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

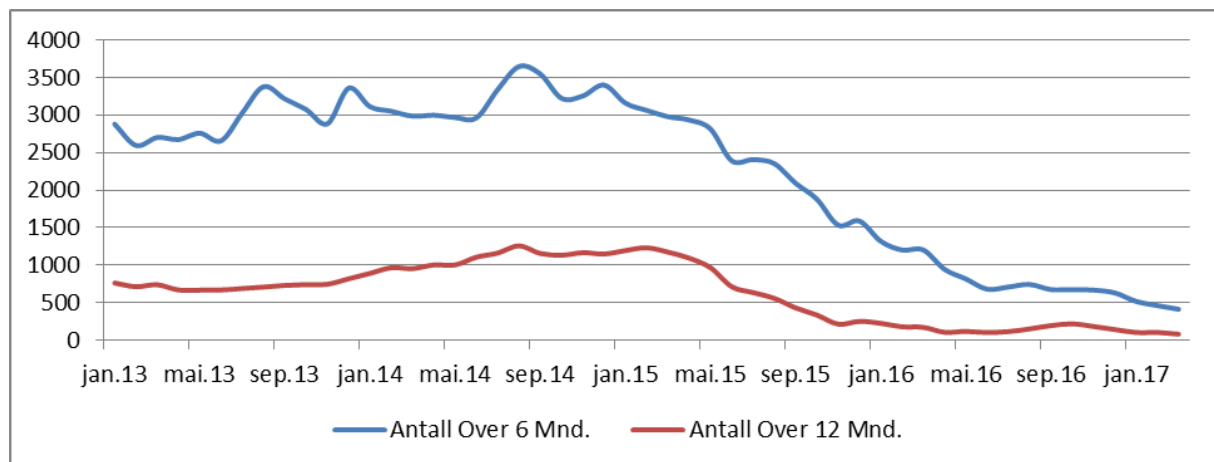
Figur 3 Prosent avviklet fristbrudd



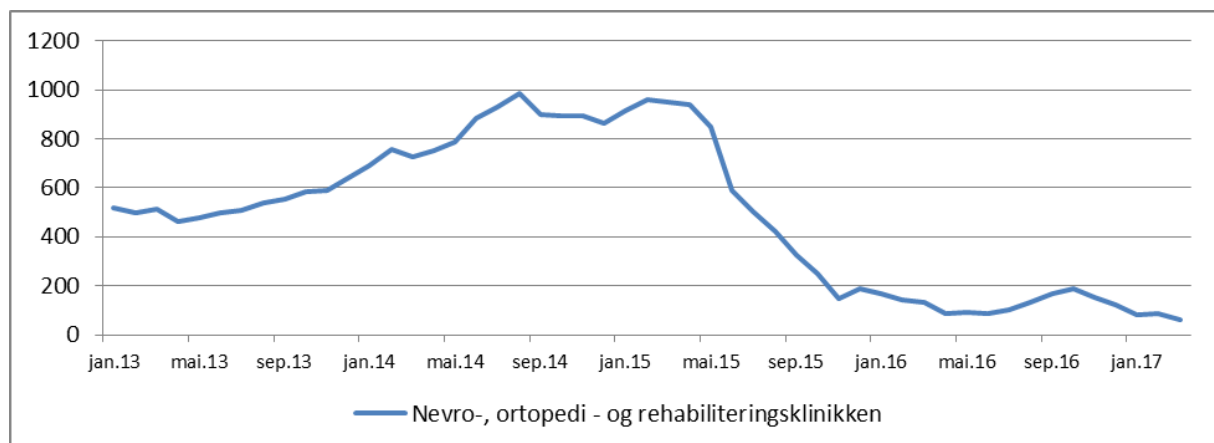
Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	feb.17	mar.17
Barne- og ungdomsklinikken	0	1
Hjerte- og lungeklinikken	3	3
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	29	18
Medisinsk klinikk	2	3
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	21	35
Psykisk helse- og rusklinikken	0	1
UNN	55	61

Figur 4 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 5 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



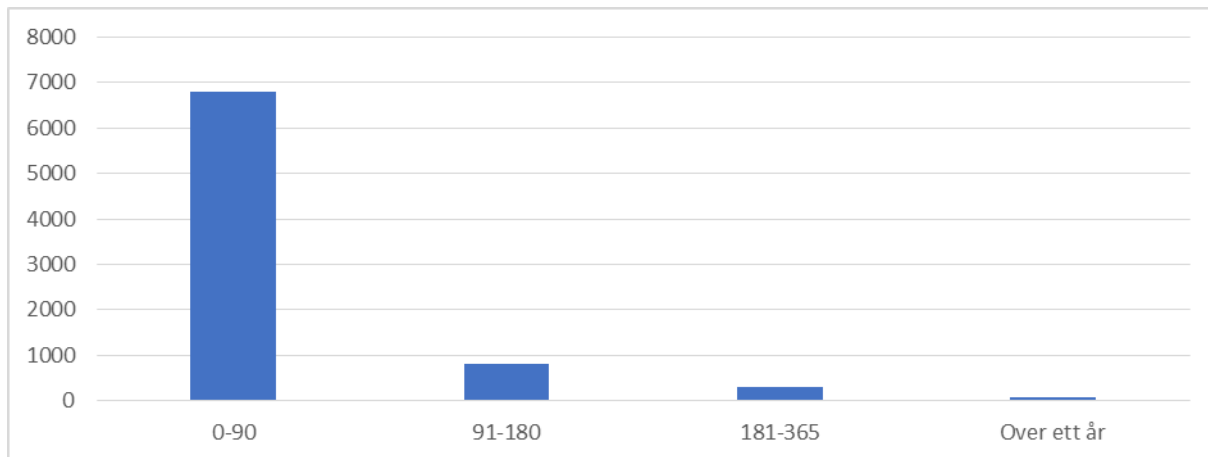
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

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

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	14	1
Medisinsk klinikk	2	0
Hjerte- og lungeklinikken	1	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	64	1
UNN	81	1

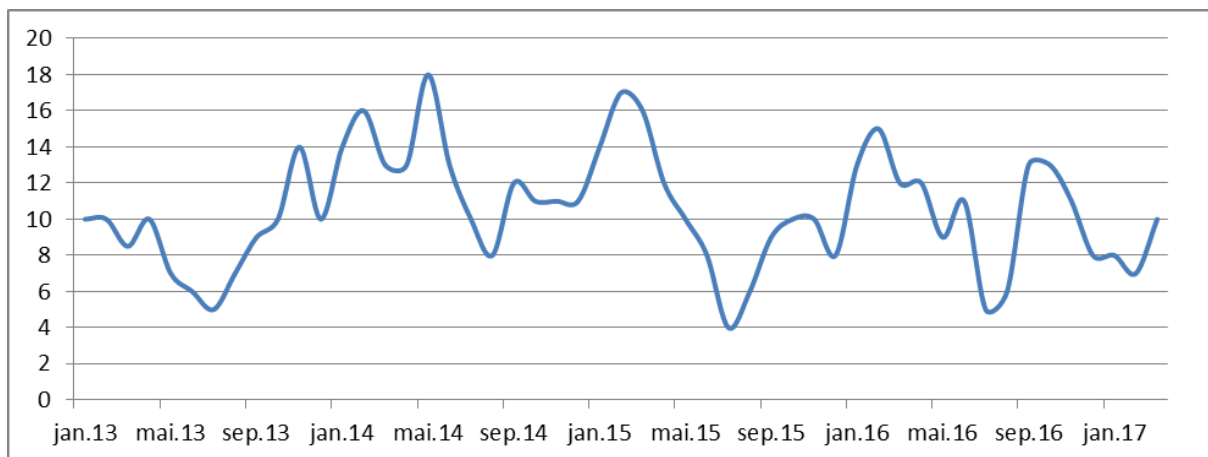
Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

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



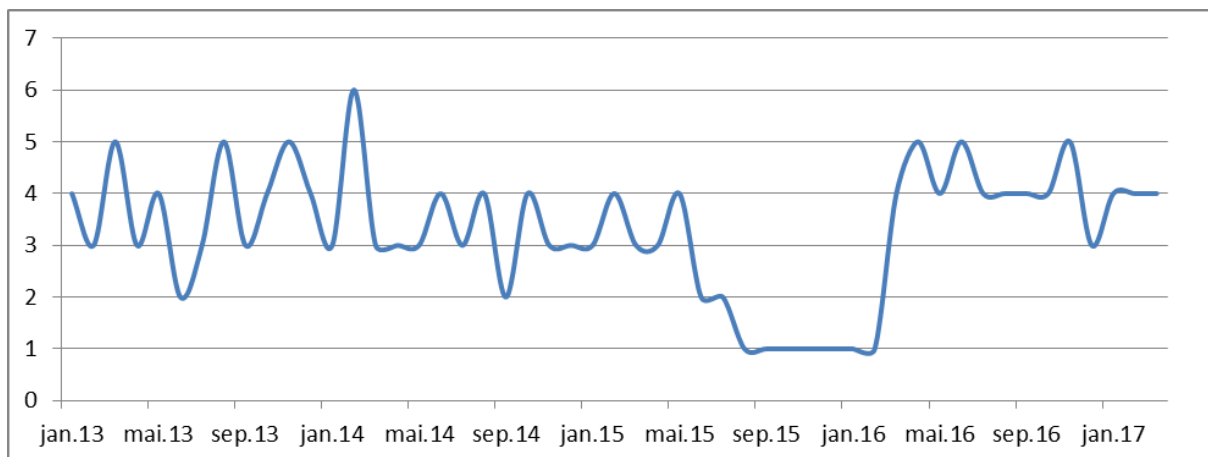
Korridorpasienter

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



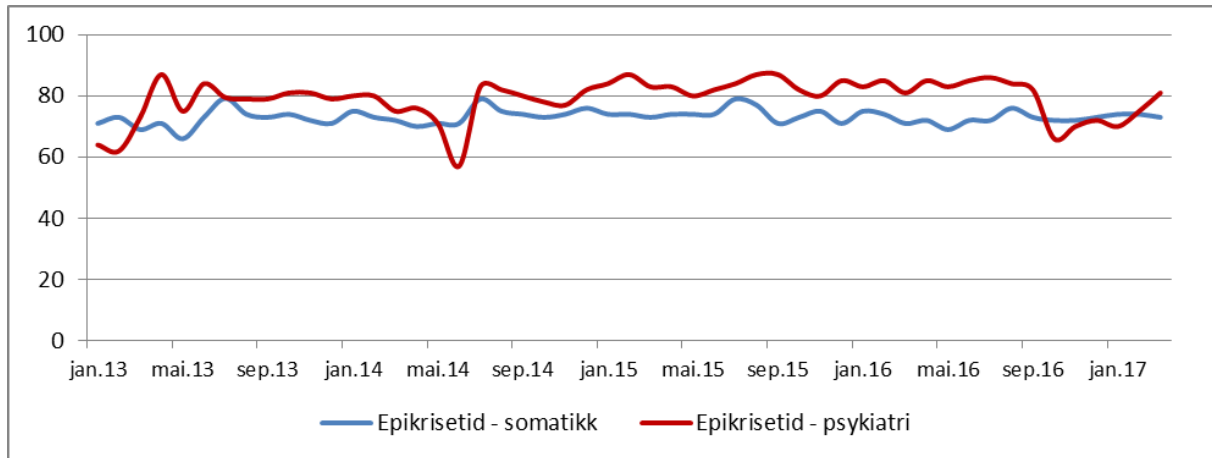
Strykninger

Figur 8 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



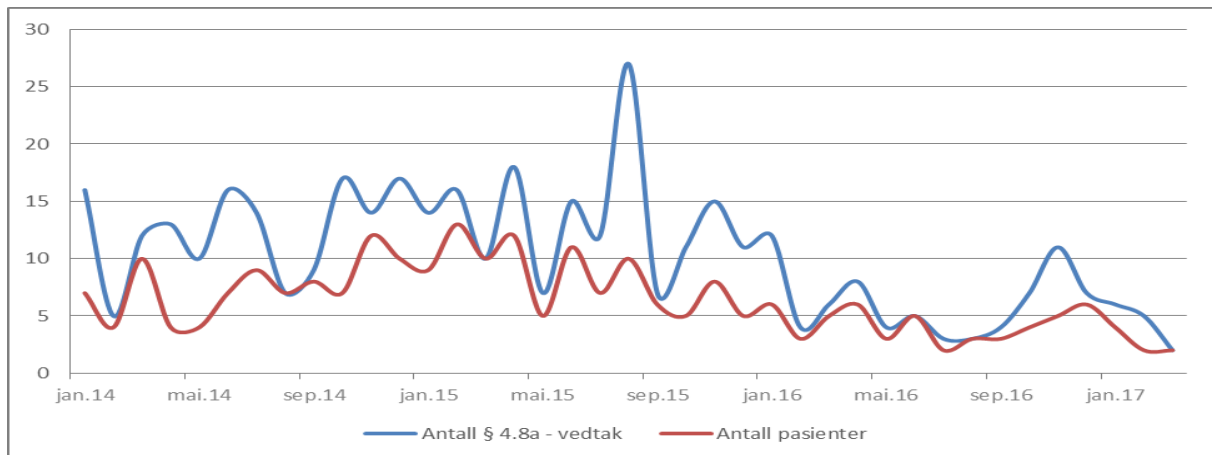
Epikrisetid

Figur 9 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern

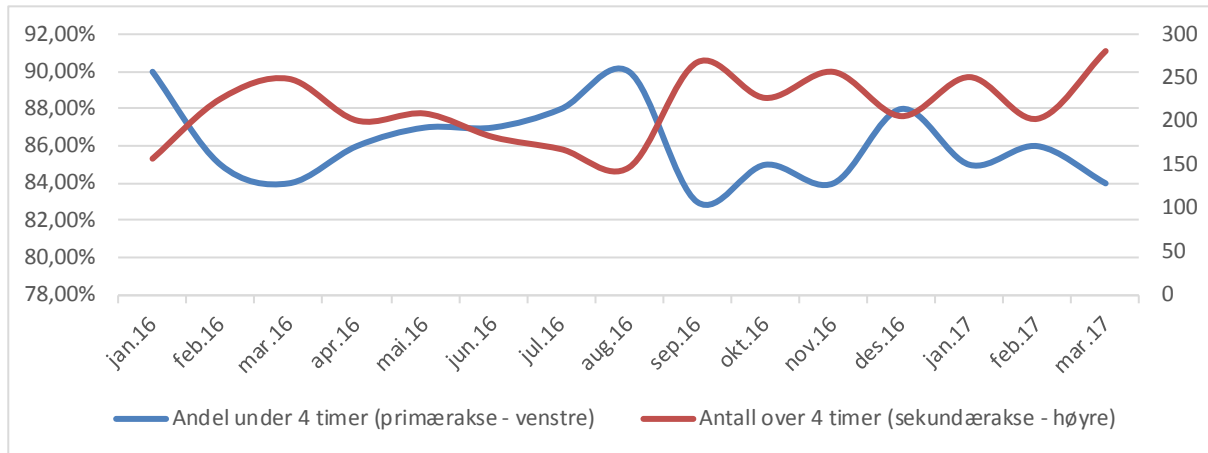
Figur 10 Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern*



*Gjelder kun voksne.

Oppholdstid i akuttmottaket

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



*Dette gjelder de som er innlagt, og ikke de som kun er i akuttmottak for poliklinikk og som sendes ut igjen.

Aktivitet

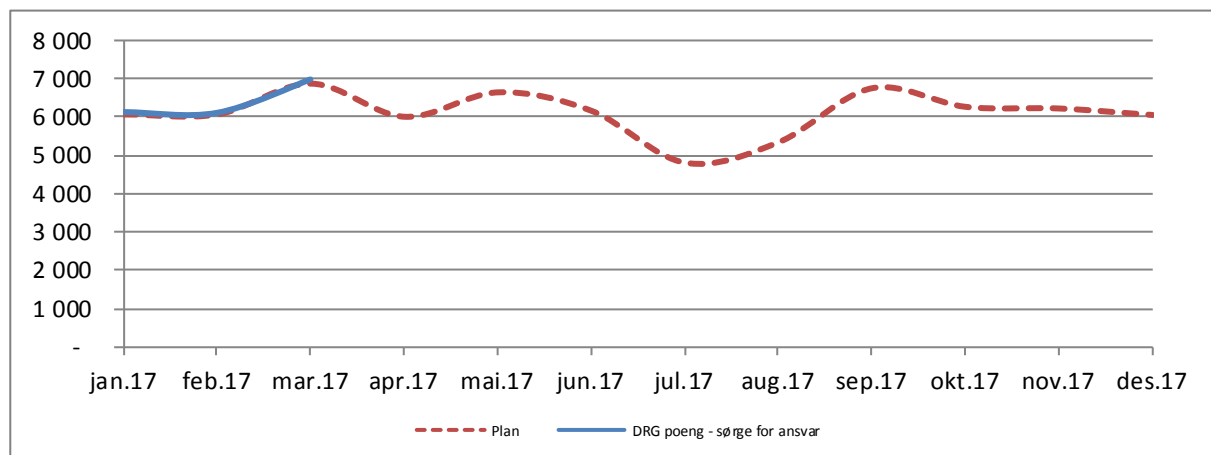
Tabell 9 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2016	2017	Plantall 2017	Avvik fra 2016		Avvik fra plan 2017	
				Antall	%	Antall	%
Somatikk							
Utskrivelser heldøgn	10 265	10 633	10 763	368	3,6	-130	-1,2
Innlagte dagopphold	1 717	1 635	1 821	-82	-4,8	-186	-10,2
Polikliniske dagbehandlinger	6 868	7 053	8 367	185	2,7	-1 314	-15,7
DRG poeng (2017 logikk)	16 274	19 215	18 998	2 941	18,1	217	1,1
Liggedager i perioden	45 818	47 300	45 195	1 482	3,2	2 105	4,7
Polikliniske konsultasjoner	67 581	72 610	68 634	5 029	7,4	3 976	5,8
Herav ISF	56 555	61 518	60 408	4 963	8,8	1 110	1,8
Kontrollandel poliklinikk	31 %	30 %	31 %	1 %	3,2	-1 %	-3,2
Laboratorieanalyser	1 384 917	1 627 009	1 406 010	242 092	17,5	220 999	15,7
Røntgenundersøkelser	43 819	40 956	39 825	-2 863	-6,5	1 131	2,8
Fremmøte stråleterapi	3 066	3 171	3 451	105	3,4	-280	-8,1
Pasientkontakter	79 563	84 878	81 219	5 315	6,7	3 659	4,5
VOP							
Utskrivelser heldøgn	776	877	862	101	13,0	15	1,7
Liggedager i perioden	11 032	12 276	11 603	1 244	11,3	673	5,8
Polikliniske konsultasjoner	16 272	17 424	18 389	1 152	7,1	-965	-5,2
Pasientkontakter	17 048	18 301	19 251	1 253	7,3	-950	-4,9
BUP							
Utskrivelser heldøgn	55	67	78	12	21,8	-11	-14,3
Liggedager i perioden	755	955	908	200	26,5	47	5,1
Polikliniske konsultasjoner	6 564	7 686	7 080	1 122	17,1	606	8,6
Pasientkontakter	6 619	7 753	7 158	1 134	17,1	595	8,3
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)							
Utskrivelser heldøgn	180	185	206	5	2,8	-21	-10,2
Liggedager i perioden	5 252	5 316	6 331	64	1,2	-1 015	-16,0
Polikliniske konsultasjoner	2 933	2 937	3 131	4	0,1	-194	-6,2
Pasientkontakter	3 113	3 122	3 337	9	0,3	-215	-6,4

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

Somatisk virksomhet

Figur 12 DRG-poeng UNN 2017

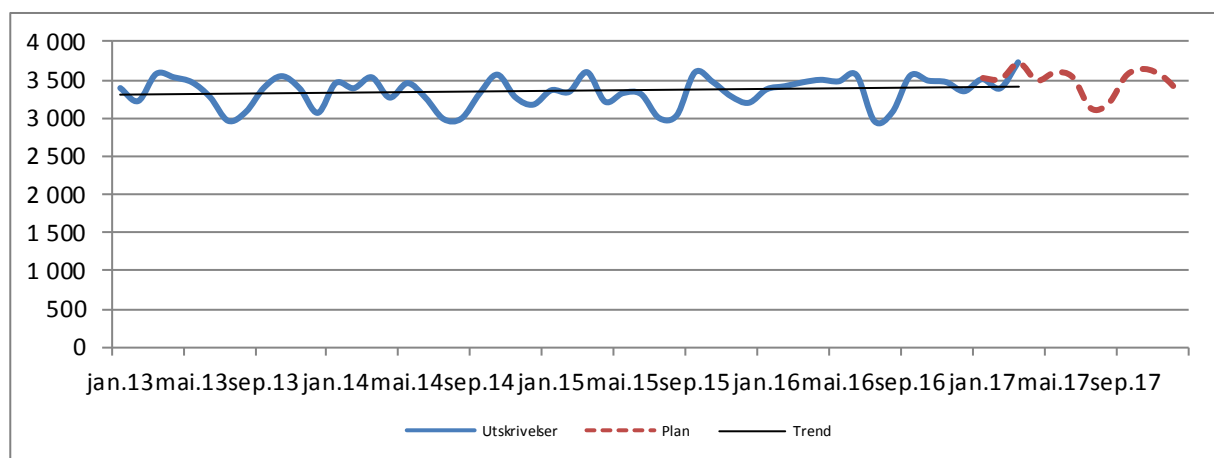


Tabell 10 DRG-poeng hittil i år 2017 fordelt på klinikk

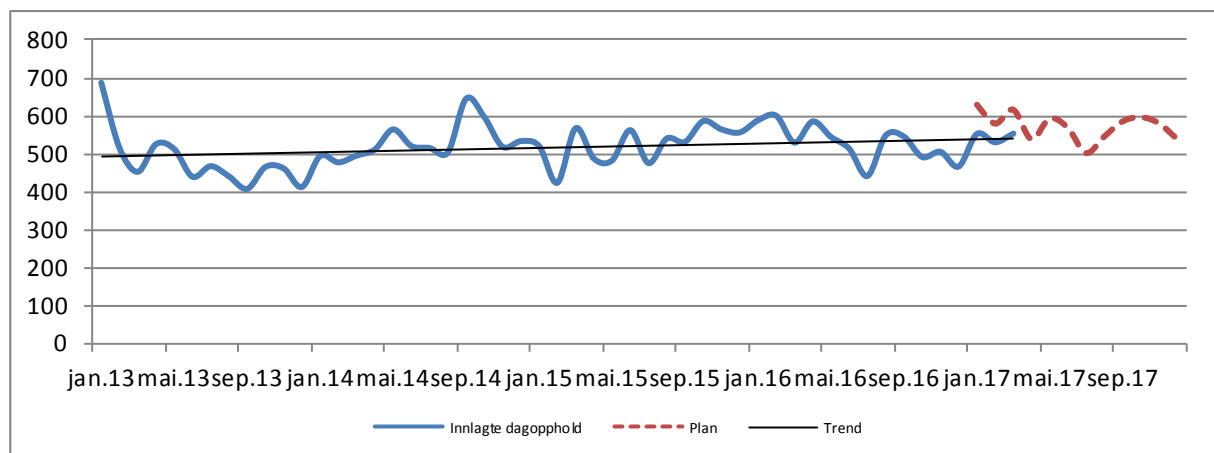
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	396	386	10
Barne- og ungdomsklinikken	831	779	52
Hjerte- og lungeklinikken	3 334	3 134	200
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4 792	5 068	-276
Medisinsk klinikk	3 462	3 212	251
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	4 756	4 966	-210
Operasjons- og intensivklinikken	95	103	-8
Totalt	17 666	17 647	19

DRG-poeng – egen produksjon.

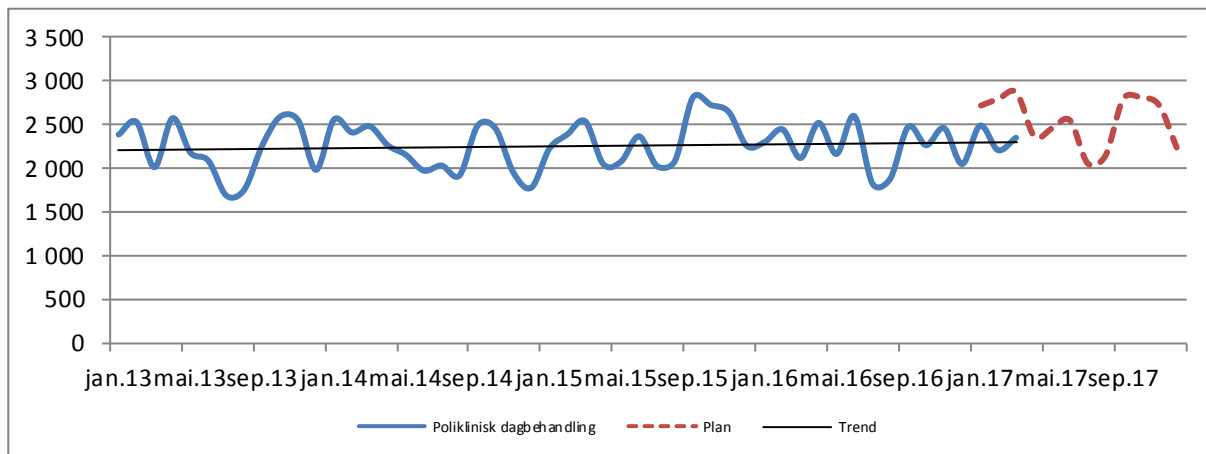
Figur 13 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



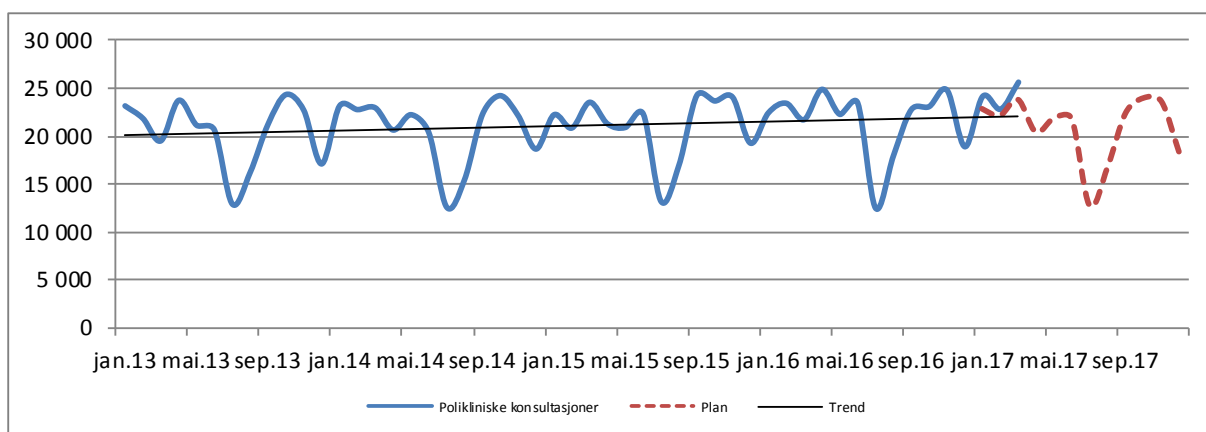
Figur 14 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



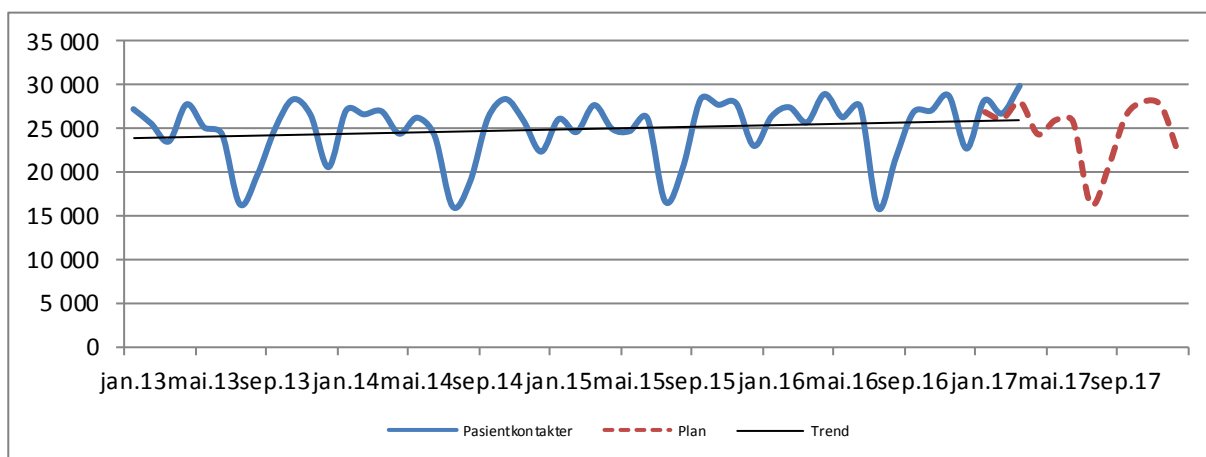
Figur 15 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



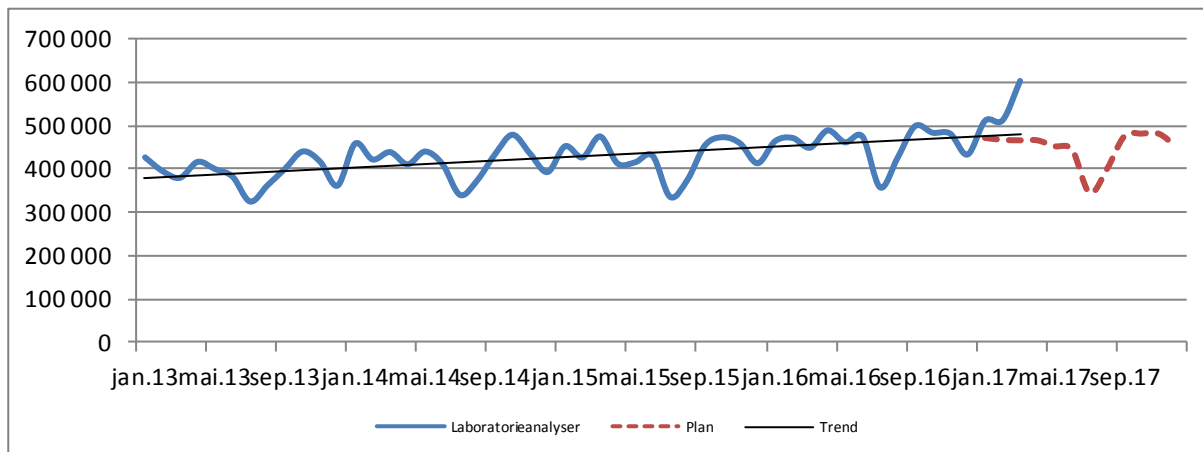
Figur 16 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



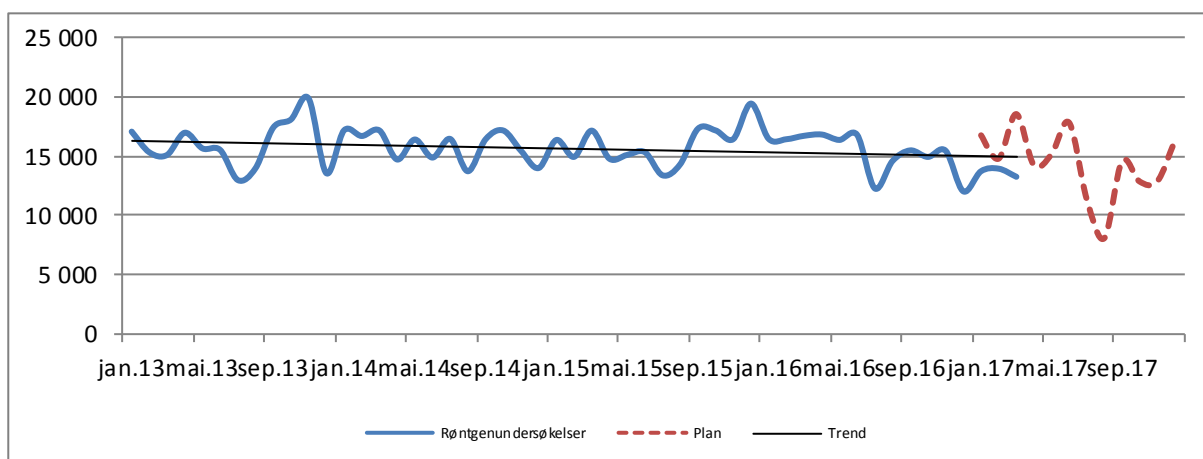
Figur 17 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 18 Laboratorieanalyser

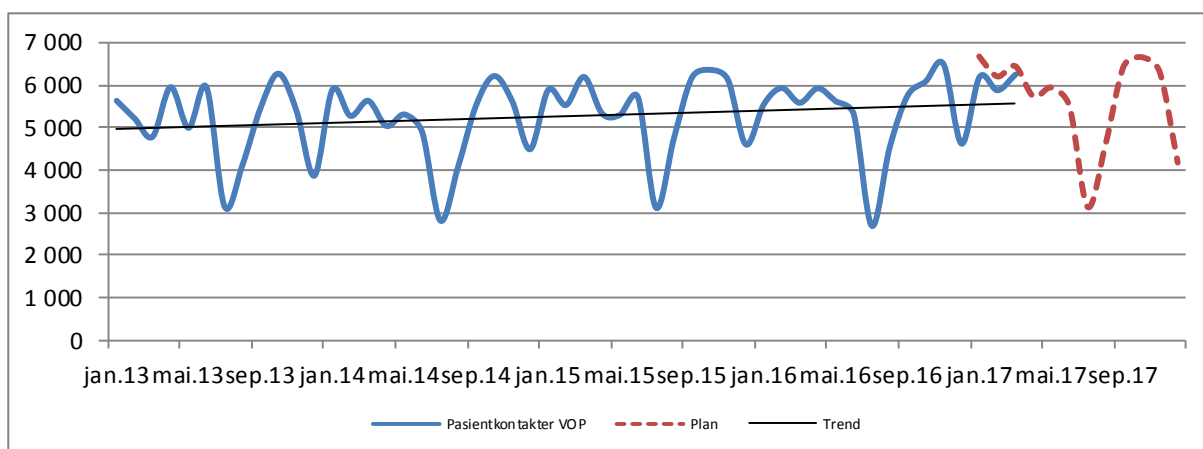


Figur 19 Røntgenundersøkelser



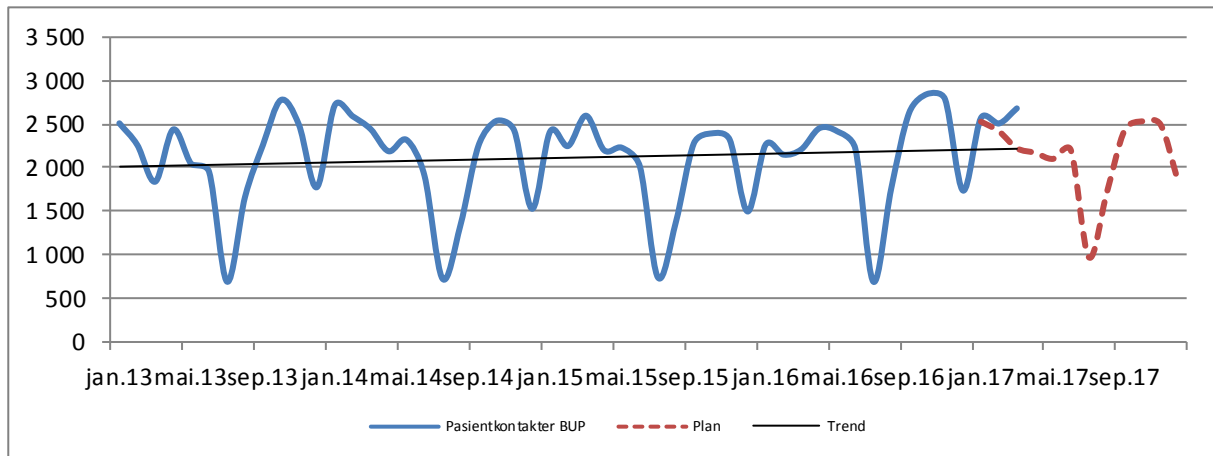
Psykisk helsevern voksne

Figur 20 Pasientkontakter – VOP



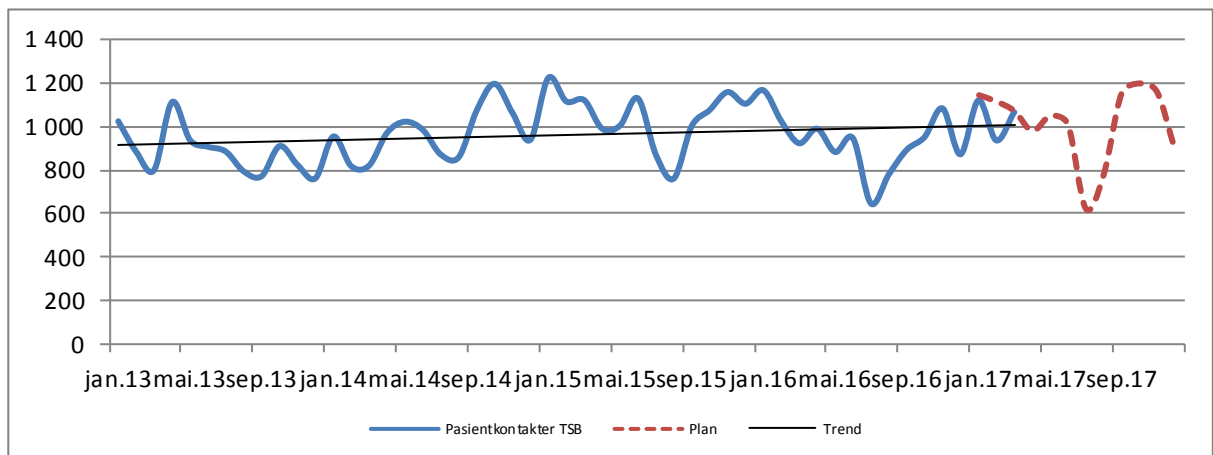
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 21 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 22 Pasientkontakter- TSB

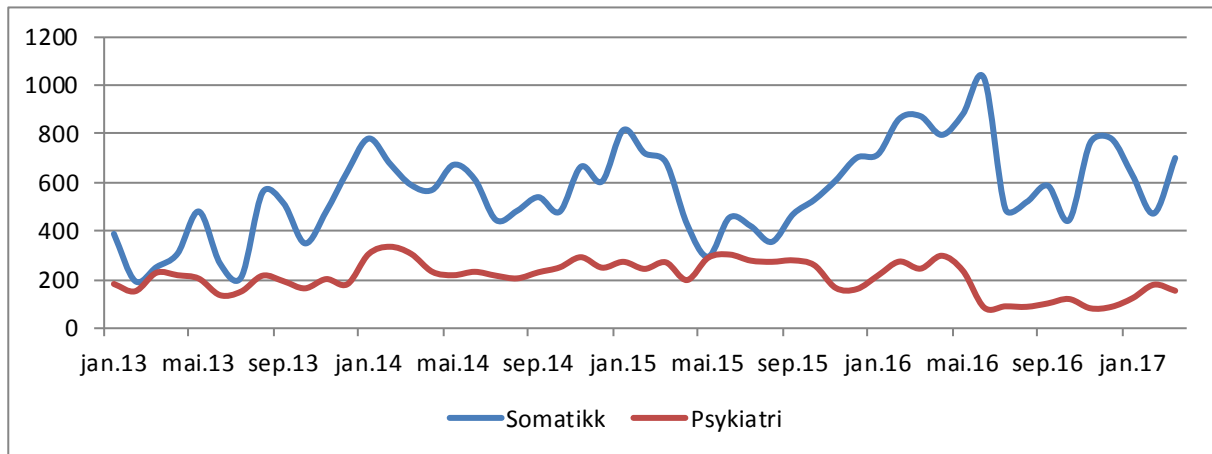


Samhandling

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

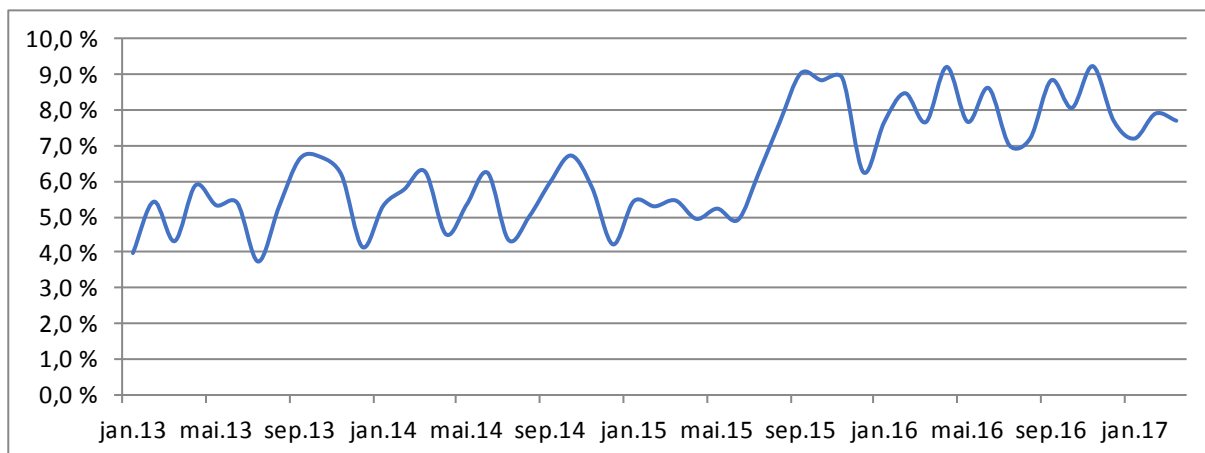


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

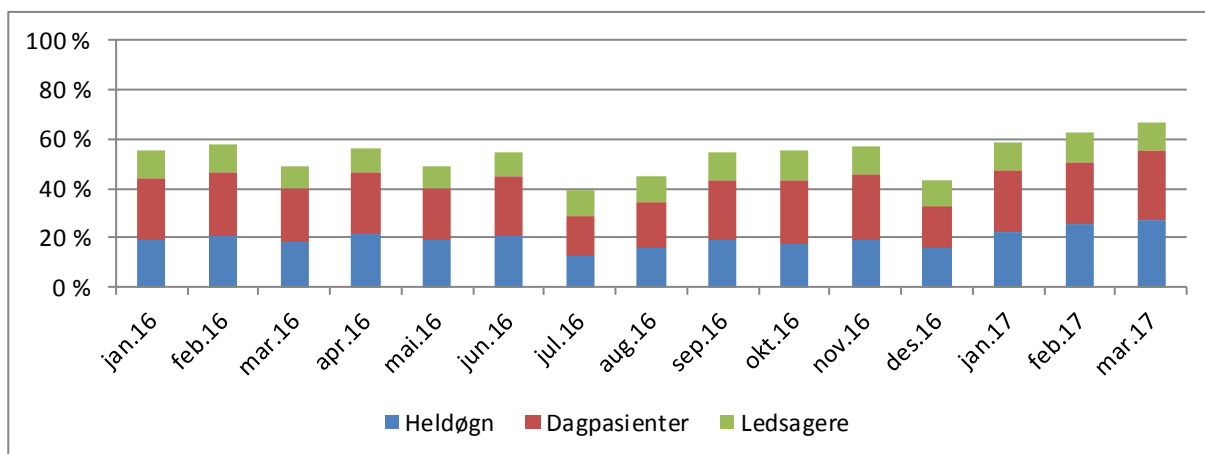
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-mars	Antall opphold jan-mars	Utskrivningsklare døgn jan-mars per 1000 innbyggere
TJELDSUND	21	17	16
IBESTAD	21	15	15
HARSTAD	350	215	14
SKÅNLAND	38	38	13
LØDINGEN	27	22	13
TROMSØ	785	129	11
NARVIK	197	91	10
GRATANGEN	11	7	10
KVÆFJORD	27	26	9
EVENES	12	11	9
KARLSØY	16	3	7
BALSFJORD	38	17	7
SALANGEN	14	7	6
BALLANGEN	16	12	6
LAVANGEN	6	6	6
NORDREISA	25	6	5
BERG	4	4	4
LYNGEN	12	5	4
DYRØY	4	3	3
TORSKEN	3	2	3
TYSFJORD	6	5	3
MÅLSELV	20	14	3
LENVIK	27	21	2
BARDU	9	7	2
SKJERVØY	5	2	2
SØRREISA	5	4	1
STORFJORD	2	1	1
KÅFJORD	2	1	1
TRANØY	1	1	1
Sum	1 704	692	9

Bruk av pasienthotell

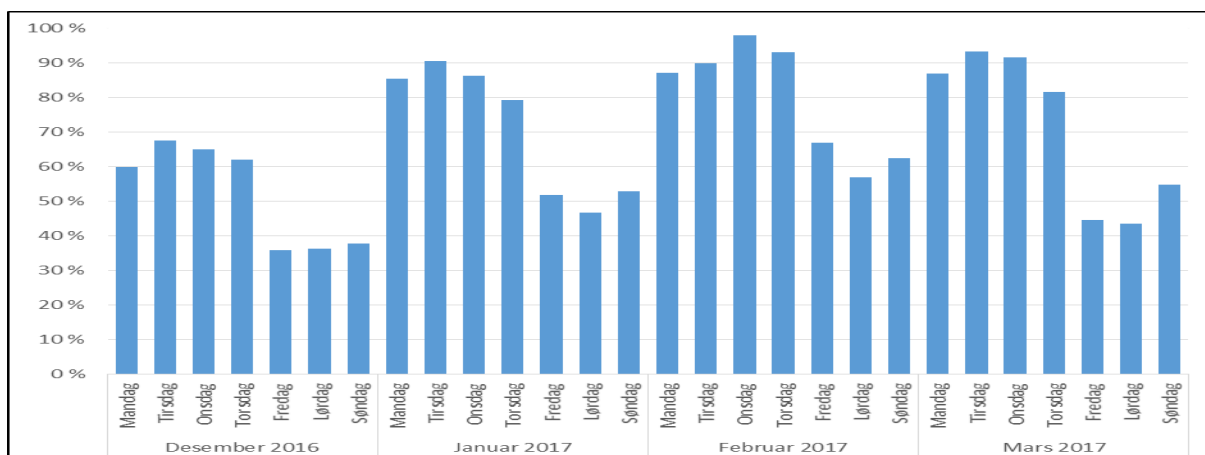
Figur 24 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 25 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



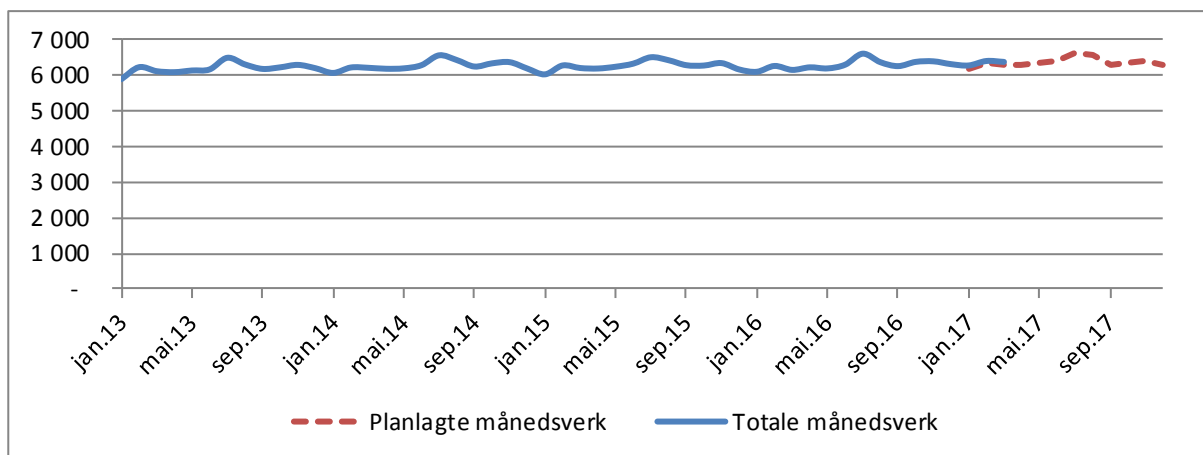
Figur 26 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



Personal

Bemanning

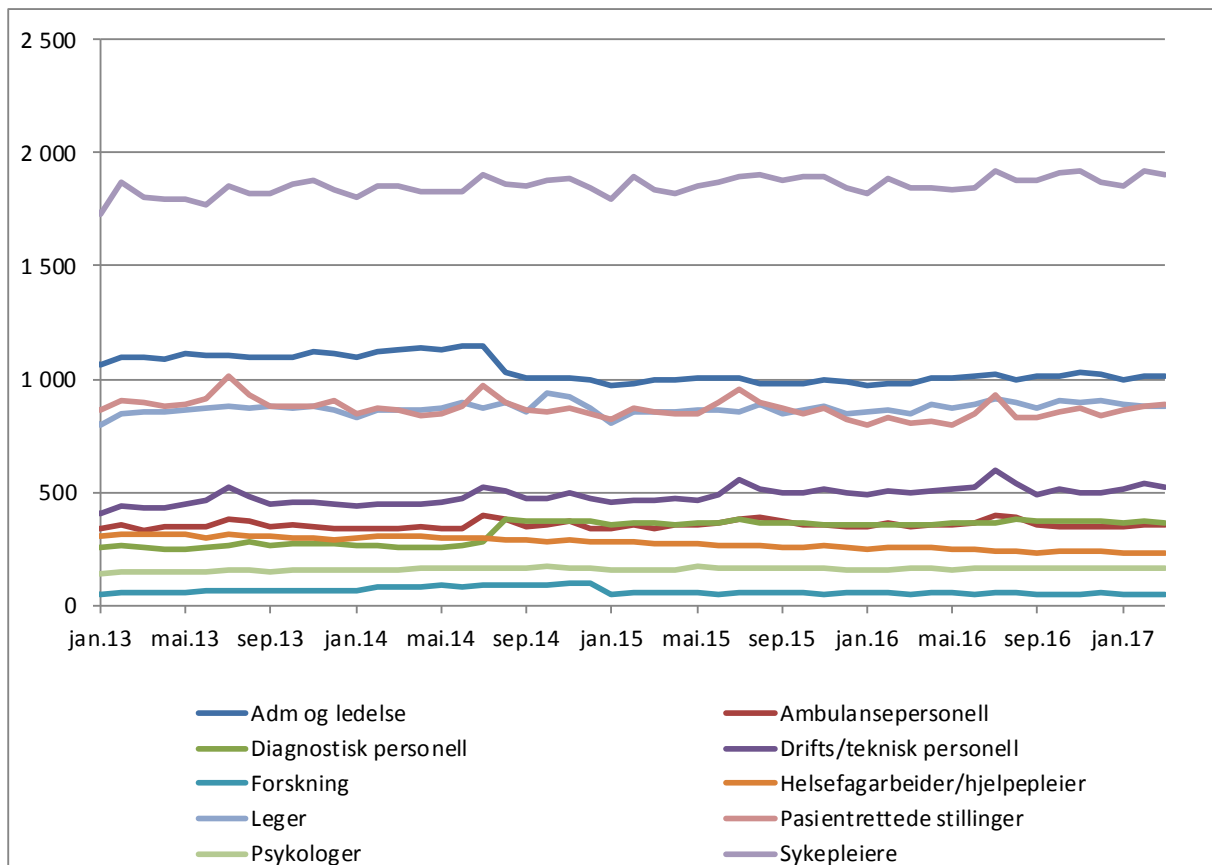
Figur 27 Brutto utbetalte månedsverk 2013-2017



Tabell 12 Brutto utbetalte månedsverk 2015-2017

Måned	2015	2016	2017	Plantall 2017	Avvik mot plan
Januar	6 025	6 097	6 274	6 192	82
Februar	6 274	6 260	6 399	6 336	63
Mars	6 202	6 150	6 374	6 300	74
April	6 188	6 221		6 302	
Mai	6 238	6 191		6 333	
Juni	6 325	6 295		6 394	
Juli	6 505	6 605		6 651	
August	6 421	6 366		6 566	
September	6 282	6 255		6 293	
Oktober	6 272	6 374		6 338	
November	6 340	6 390		6 406	
Desember	6 162	6 311		6 269	
Snitt hittil i år	6 167	6 169	6 349	6 276	73

Figur 28 Brutto utbetalte månedsværk fordelt på profesjon 2013-2017

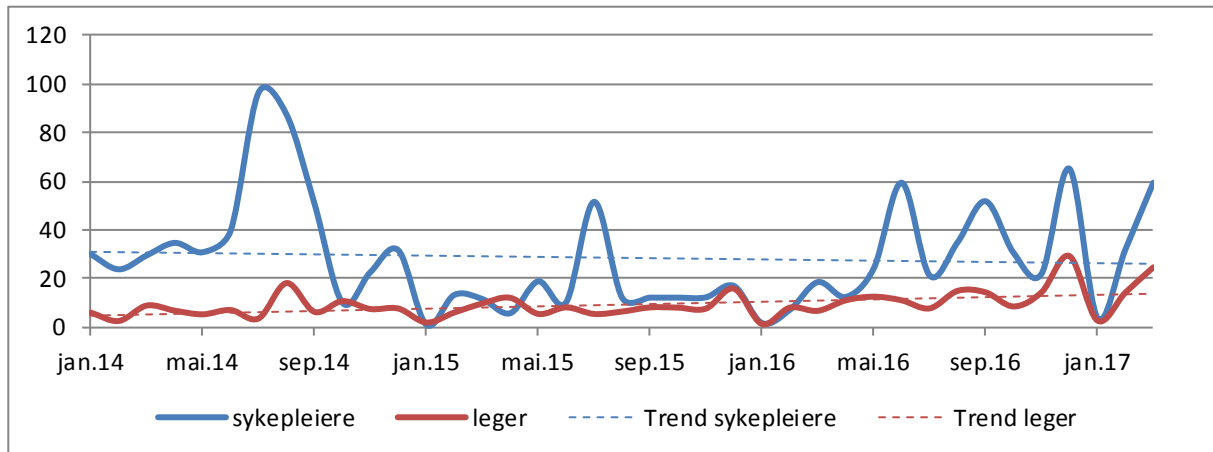


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på profesjon 2015-2017

Profesjon	2015	2016	2017	Avvik fra 2016
#N/A	-	-	-	-
Adm og ledelse	985	979	1 010	31
Ambulansepersonell	343	354	353	-2
Diagnostisk personell	361	356	367	10
Drifts/teknisk personell	461	497	525	28
Forskning	52	51	48	-3
Helsefagarbeider/hjelpepleier	278	253	231	-22
Leger	838	857	885	28
Pasientrettede stillinger	850	814	876	62
Psykologer	155	157	164	7
Sykepleiere	1 843	1 850	1 890	40
Snitt hittil i år	6 166	6 169	6 349	180

Figur 29 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

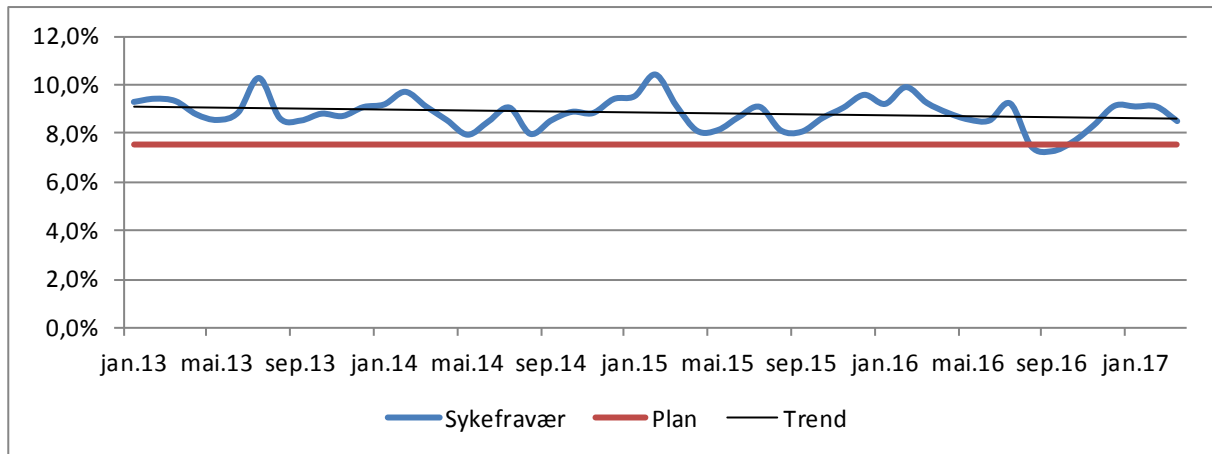


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNNs totale sykefravær i mars 2017 er på 8,5%. Samme måned i 2016 var sykefraværet 9,3%. Dette er en reduksjon på 0,8 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 2,8% og viser en økning på 0,1 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,4% med en økning på 0,7 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 3,3% og viser en reduksjon på 1,6 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i mars 354 ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN.

Figur 30 Sykefravær 2013-2017



Tabell 14 Sykefravær fordelt på klinikk gjennomsnittlig siste 12 måneder og mars 2017

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

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

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

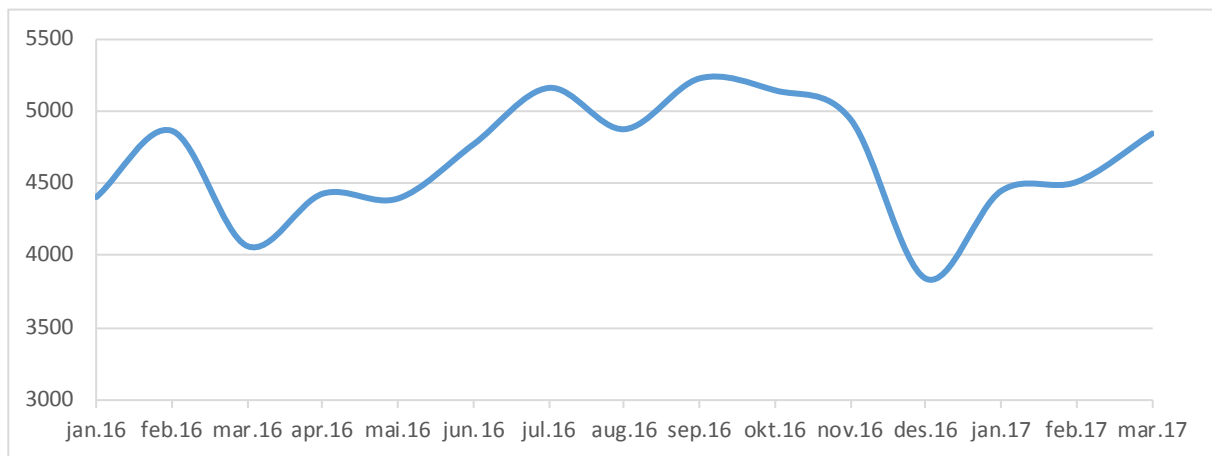
Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i mars 2017 vært registrert totalt 550 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 317 graderte. Det tilsvarer en andel på 57,6% graderte sykemeldinger.

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



Det pågår for tiden et arbeid på regionalt nivå med å gjøre Gat-analyse data tilgjengelig i datavarehuset HN-LIS. Blant disse dataene er det også data på varsler om AML-brudd. Til neste rapportering av AML-brudd, for 1.tertial 2017, vil vi kunne presentere oversikten på klinikknivå, og videre ha klart et forslag til styret om måltall også for denne hovedindikatoren.

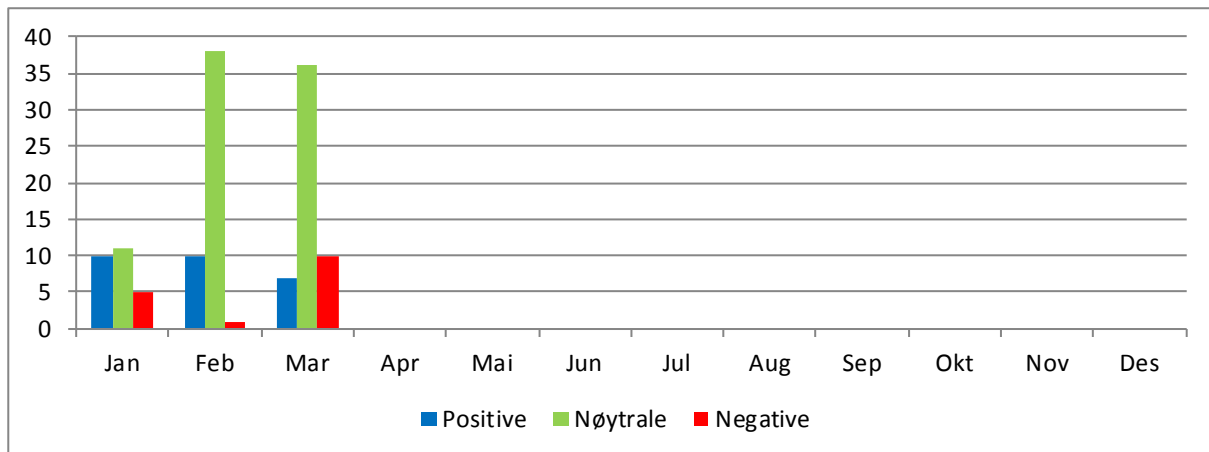
Kommunikasjon

Sykehuset i media

I mars er mediebildet balansert mellom positive og negative saker. Nyheten om at UNN vil bygge nytt psykiatrisk sykehus får positiv oppmerksomhet i flere mediekkanaler. Det samme gjelder det nye rommet for rituell vask samt livssynsflexibelt kapell i UNN Breivika. En sak med negativt fortegn er helsetilsynets rapport om kritikkverdige forhold ved akuttmottakets behandling av sepsispasienter (blodforgiftning).

De fleste omtaler av UNN denne måneden er av nøytral karakter og beskriver aktivitet og hendelser i virksomheten. Her topper utredningen av kirurgisk akuttberedskap og fødevirksomheten i UNN Narvik mediebildet. Det er bred omtale av flere høringsmøter i Narvik i tillegg til styrebehandling av saken i slutten av måneden. Harstad Tidende skriver om Helse Nords kreftplan og presenterer et ønske om egen kreftlege ved UNN Harstad.

Figur 32 Mediestatistikk 2017

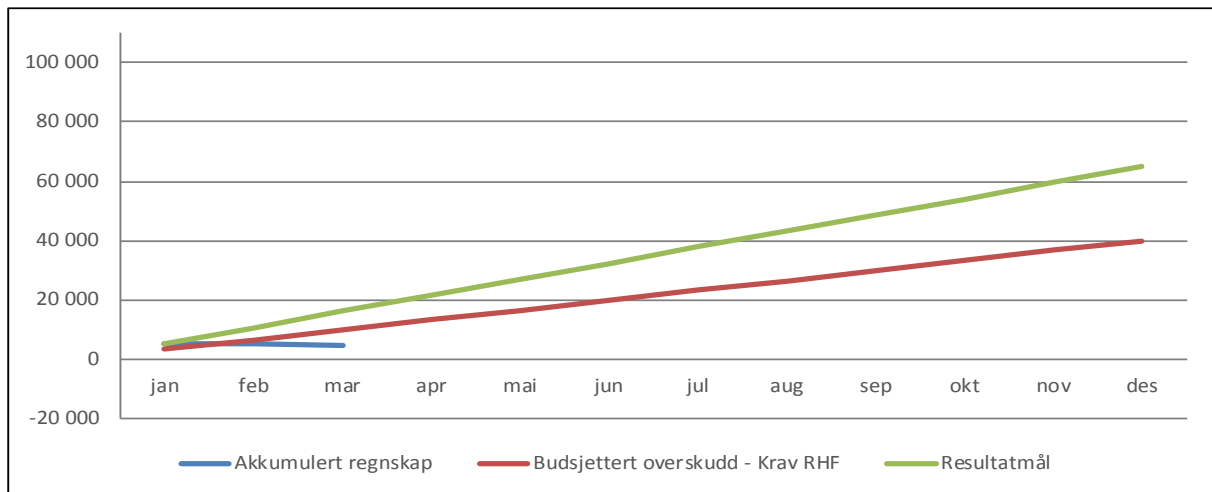


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nr.k.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

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 mars viser et regnskapsmessig resultat på -0,8 mill kr. Det er 6,2 mill kr lavere enn resultatmålet og 4,1 mill kr lavere enn budsjett. Akkumulert per mars viser regnskapet 4,7 mill kr i overskudd, 5,3 mill kr lavere enn budsjett og 11,5 mill kr lavere enn internt styringsmål.

Tabell 15 Resultatregnskap mars 2017

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mars				Akkumulert per Mars			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	366,6	366,6	0,0	0 %	1 127,8	1 127,8	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	0 %	6,9	6,9	0,0	0 %
ISF egne pasienter	146,2	142,7	3,5	2 %	401,3	391,8	9,5	2 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	7,3	6,1	1,2	20 %	22,2	23,2	-1,0	-4 %
Gjestepasientinntekter	2,5	3,0	-0,4	-15 %	6,4	8,9	-2,5	-28 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	19,8	17,2	2,6	15 %	55,9	44,8	11,1	25 %
Utskrivningsklare pasienter	0,2	1,3	-1,1	-82 %	4,1	4,8	-0,7	-15 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,3	2,2	0,1	2 %	6,5	6,7	-0,1	-2 %
Andre øremerkede tilskudd	23,9	23,1	0,9	4 %	68,7	67,3	1,4	2 %
Andre driftsinntekter	36,9	40,0	-3,1	-8 %	103,5	103,9	-0,4	0 %
Sum driftsinntekter	608,1	604,4	3,6	1 %	1 803,3	1 786,1	17,2	1 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,7	14,8	1,9	13 %	52,4	45,3	7,1	16 %
Kjøp av private helsetjenester	5,7	5,9	-0,3	-5 %	14,2	17,2	-2,9	-17 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	56,9	65,7	-8,8	-13 %	178,2	192,3	-14,1	-7 %
Innleid arbeidskraft	8,9	1,4	7,5	551 %	15,0	3,1	11,9	384 %
Lønn til fast ansatte	318,3	322,3	-4,1	-1 %	954,6	960,7	-6,2	-1 %
Overtid og ekstrahjelp	24,4	21,0	3,4	16 %	72,5	63,4	9,1	14 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	59,3	59,3	-0,1	0 %	179,9	180,0	-0,1	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,8	-22,4	-0,5	2 %	-62,4	-67,1	4,7	-7 %
Annen lønnskostnad	28,8	26,2	2,6	10 %	84,6	79,5	5,0	6 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	357,5	348,6	8,9	3 %	1 064,2	1 039,7	24,6	2 %
Avskrivninger	17,2	17,0	0,1	1 %	54,3	54,1	0,1	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	97,1	91,0	6,0	7 %	259,3	251,2	8,1	3 %
Sum driftskostnader	610,2	602,3	7,9	1 %	1 802,6	1 779,8	22,7	1 %
Driftsresultat	-2,2	2,1	-4,2	-203 %	0,7	6,3	-5,5	-88 %
Finansinntekter	1,4	1,3	0,2		4,1	3,8	0,4	
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1		0,1	0,0	0,1	
Finansresultat	1,4	1,3	0,1		4,0	3,8	0,2	
Ordinært resultat	-0,8	3,3	-4,1	-125 %	4,7	10,0	-5,3	-53 %

Tabell 16 Resultatregnskap mars 2017, ekskl. eksterntfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mars ekskl eksterntfinansiering			Akkumulert per Mars ekskl eksterntfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	366,6	366,6	0,0	1 127,8	1 127,8	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	6,9	6,9	0,0
ISF egne pasienter	146,2	142,7	3,5	401,3	391,8	9,5
ISF av legemidler utenfor sykehus	7,3	6,1	1,2	22,2	23,2	-1,0
Gjæstepasientinntekter	2,5	3,0	-0,4	6,4	8,9	-2,5
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	19,8	17,2	2,6	55,9	44,8	11,1
Utskrivningsklare pasienter	0,2	1,3	-1,1	4,1	4,8	-0,7
Inntekter "raskere tilbake"	2,3	2,2	0,1	6,5	6,7	-0,1
Andre ørmerkede tilskudd	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	36,9	40,0	-3,1	103,5	103,9	-0,4
Sum driftsinntekter	584,2	581,3	2,8	1 734,6	1 718,8	15,8
Kjøp av offentlige helsetjenester	16,7	14,8	1,9	52,4	45,3	7,1
Kjøp av private helsetjenester	5,6	5,9	-0,3	14,2	17,1	-2,9
Varekostnader knyttet til aktivitet	56,0	64,8	-8,8	175,6	189,7	-14,2
Innleid arbeidskraft	8,9	1,4	7,5	15,0	3,1	11,9
Lønn til fast ansatte	305,9	310,4	-4,5	919,0	925,9	-6,9
Overtid og ekstrahjelp	21,6	18,3	3,3	64,5	55,6	8,9
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	56,2	56,4	-0,2	171,2	171,5	-0,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,0	-21,5	-0,5	-60,0	-64,7	4,7
Annen lønnskostnad	27,2	24,6	2,5	79,9	75,0	4,9
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	341,6	333,2	8,4	1 018,5	994,9	23,6
Avskrivninger	17,2	17,0	0,1	54,3	54,1	0,1
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	93,0	87,1	5,9	247,8	239,9	7,8
Sum driftskostnader	586,3	579,2	7,1	1 733,9	1 712,5	21,3
Driftsresultat	-2,2	2,1	-4,2	0,7	6,3	-5,5
Finansinntekter	1,4	1,3	0,2	4,1	3,8	0,4
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Finansresultat	1,4	1,3	0,1	4,0	3,8	0,2
Ordinært resultat	-0,8	3,3	-4,1	4,7	10,0	-5,3

Tabell 17 Funksjonsregnskap

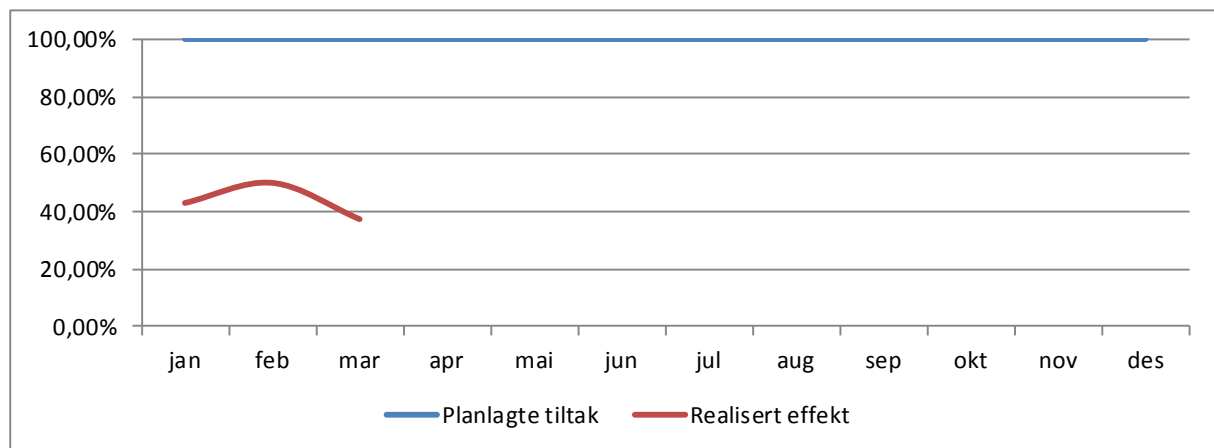
Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201703								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	350,1	343,6	1 079,5	1 035,5	1 016,4	19,0	-4,08 %	4 117
Somatikk, (re-hab)	25,3	25,4	77,1	73,7	76,7	(3,0)	-4,4 %	308
Lab/rtg	77,1	74,3	239,4	226,5	219,0	7,5	-5,4 %	872
Somatikk inkl lab/rtg	452,5	443,3	1 396,0	1 335,7	1 312,2	23,5	-4,3 %	5 296
VOP, sykehus og annen beh	34,1	33,7	99,2	101,1	99,8	1,3	2,0 %	402
VOP, DPS og annen beh	30,7	32,4	95,0	92,2	95,9	(3,8)	-2,9 %	380
BUP	16,0	16,7	46,4	48,7	50,1	(1,4)	4,9 %	197
Psykisk helse	80,7	82,7	240,5	242,0	245,9	(3,9)	0,6 %	979
RUS, behandling	19,9	20,1	67,0	58,9	58,9	(0,0)	-12,1 %	236
Rusomsorg	19,9	20,1	67,0	58,9	58,9	(0,0)	-12,1 %	236
Ambulanse	36,0	35,2	113,1	105,6	103,9	1,7	-6,7 %	432
Pasienttransport	19,7	19,1	50,0	56,5	54,3	2,2	13,1 %	214
Prehospitaltjenester	55,7	54,3	163,1	162,1	158,2	3,9	-0,6 %	646
Administrasjon (skal være 0 på budsjett)	-	-	0,0	-	-	-	0,0 %	0
Personalboliger, barnehager	1,6	1,9	4,3	3,7	4,6	(0,9)	-13,5 %	18
Personal	1,6	1,9	4,3	3,7	4,6	(0,9)	-13,5 %	18
Sum driftskostnader	610,4	602,3	1 870,9	1 802,3	1 779,8	22,5	-3,7 %	7 175

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

Regnskap per klinikk per mars - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	33,3	31,4	-1,9	-0,2	94,5	91,6	-2,9	0,2
11 - Longyearbyen sykehus	2,9	1,5	-1,3	0,0	6,6	6,4	-0,2	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	13,1	10,8	-2,3	0,1	43,5	35,2	-8,3	-5,9
13 - Hjerte- lungeklinikken	9,4	9,8	0,4	2,0	33,3	32,4	-0,9	4,3
15 - Medisinsk klinikk	17,6	17,3	-0,3	1,6	54,1	55,3	1,2	4,6
17 - Barne- og ungdomsklinikken	17,2	19,0	1,8	0,2	52,9	55,7	2,8	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	60,4	59,5	-0,9	0,0	170,3	165,2	-5,1	-0,2
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	24,3	21,7	-2,6	-1,5	71,7	66,9	-4,8	-4,5
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	59,2	58,5	-0,7	-0,8	177,0	173,1	-4,0	-2,6
30 - Diagnostisk klinikk	47,3	44,4	-2,9	0,0	135,7	136,5	0,9	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	41,7	43,2	1,5	0,0	120,4	123,1	2,7	0,0
52 - Stabssenteret	13,9	14,4	0,6	0,0	40,9	41,6	0,7	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	8,6	9,3	0,7	0,0	31,0	32,5	1,5	0,0
62 - Felles	-348,1	-344,3	3,9	3,3	-1 036,6	-1 025,8	10,8	12,7
Totalt	-0,8	3,3	-4,1	4,7	4,7	10,0	-5,3	8,5

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 mars er det beregnet en realisert effekt på 2,1 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 37 %. Hittil i år er gjennomføringsgraden 44 %.

Tabell 18 Tiltaksgjennomføring per klinikk

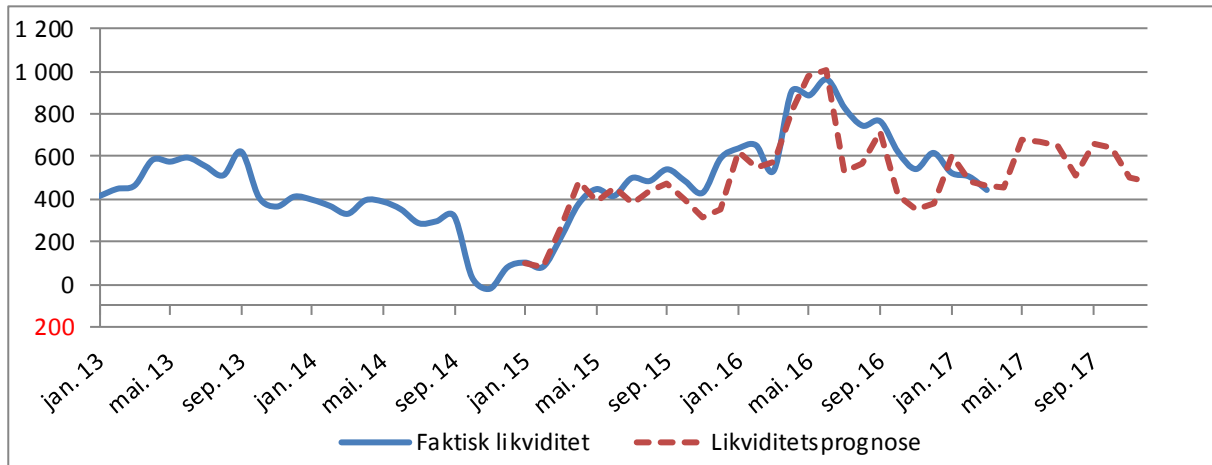
Klinikk (beløp i 1000 kr)	Realisert hittil i år	Planlagt hittil i år	Avvik hittil i år	Gjennomføringsgrad hittil i år
Akuttmedisinsk klinikk	475	475	-	100 %
Barne- og ungdomsklinikken	261	350	-89	75 %
Diagnostisk klinikk	-	1 250	-1 250	0 %
Drifts- og eiendomssenter	300	300	-	100 %
Fag- og forskningssenter	174	175	-1	100 %
Hjerte- lungeklinikken	825	2 091	-1 266	39 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-	2 785	-2 785	0 %
Longyearbyen sykehus	25	25	-	100 %
Medisinsk klinikk	2 375	2 375	-	100 %
Nevro, - ortopedi, og rehabiliteringsklinikken	1 960	4 954	-2 994	40 %
Operasjons- og intensivklinikken	83	854	-771	10 %
Psykisk helse- og rusklinikken	498	918	-420	54 %
Stabsenteret	296	296	-	100 %
Totalsum	7 272	16 848	-9 576	44 %

Prognose

Prognose for 2017 er i henhold til styringsmål.

Likviditet

Figur 35 Likviditet



Investeringer

Tabell 19 Investeringer

Investeringer , tall i mill kr	Forpliktelser tidligere år	Restramme overført fra 2016	Investerings ramme 2017	Samlet investerings ramme 2017	Investert februar 2017	Investert mars 2017	Sum investert 2017	Rest-forpliktelser (godkjent tidligere mars)	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*		5,1	0,0	5,1	0,8		0,8		4,3
A-fløy inkl alle underprosjekter		-25,4	638,0	612,6	30,5	38,9	70,4		542,2
PET-senter inkl alle underprosjekter		-153,5	449,7	296,2	1,3	33,4	51,0		245,2
Nytt sykehus Narvik		-2,9	71,0	68,1	0,1	0,1	0,3		67,8
SUM Nybygg		-176,7	1 158,7	982,0	32,8	72,4	122,5	0,0	859,5
Åsgård Bygg 7		1,5	0,0	1,5	0,1	0,0	0,1		1,4
SUM Rehabilitering		1,5	0,0	1,5	0,1	0,0	0,1	0,0	1,4
Tiltak kreftplan		0,0	0,0	0,0			0,0		0,0
Tromsøundersøkelsen		0,0	5,0	5,0			0,0		5,0
ENØK		11,0	0,0	11,0	0,0	0,0	0,0		11,0
SUM Prosjekter		11,0	5,0	16,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0
Medisinteknisk utstyr	47,26	-8,6	138,5	129,9	13,4	5,7	21,1	41,0	67,7
Teknisk utstyr	6,11	6,5	12,0	18,5		0,2	1,4	7,7	10,2
Annet utstyr disponert av MTU-midler	0,00			0,0	1,1	2,2	7,6		-7,6
Diverse			61,5						0,0
Ombygginger	0,00	13,4	10,0	23,4		0,4	0,4		23,0
Ambulanser	0,00		12,0	12,0	0,0	0,0	0,0	12,0	0,0
EK KLP	0,00		28,0	28,0			0,0	28,0	0,0
SUM Utstyr med mer	53,4	11,3	262,0	211,8	14,5	8,5	30,6	88,7	93,3
SUM total	53,4	-152,9	1 425,7	1 211,3	47,4	80,8	153,3	88,7	970,1

Byggeprosjekter**Tabell 20 Byggeprosjekter**

	A-fløya	PET-senter
HMS	H=22	H=0
Planlagt ferdigstillelse	01.11.2017	20.11.2017
Klinisk drift	24.01.2018	20.02.2018
Fremdrift	Ingen avvik	4 mnd
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2016	612,1 mill kr	264,5 mill kr
Sum investert hittil 2017	70,4 mill kr	51,0 mill kr
Sum investert tidligere år	929,8 mill kr	193,0 mill kr
Sum investert totalt	1000,2 mill kr	243,9 mill kr
Investeringsramme	1 596 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	0	0



Offi § 5.

STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
39/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	03.05.2017
Saksansvarlig:	Einar Bugge	Saksbehandler: Hege Signete Fredheim-Kildal

Tilsynsrapport**Innstilling til vedtak**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 19.11.16 til og med 22.3.17 til etterretning.

Bakgrunn

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

Formål

Formålet med denne saken er å gi styret oversikt over funn i, og oppfølging av, gjennomførte eksterne tilsyn, samt interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF i helseforetaket fra 19.11.2016 til og med 22.3.2017. I saken rapporteres det på status for foretakets egen oppfølging og oversikt over kommende tilsyn.

Saksutredning

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

Tilsyn og revisjoner gir gode bidrag til å avdekke områder der helseforetaket har forbedringspotensial. De gir detaljerte beskrivelser av avvik, og begrunner dem, hva som er god praksis og hva som må til for at avvik skal kunne lukkes.

Det er i denne rapporten beskrevet avvik som vurderes å innebære risiko i pasientbehandlingen. Her vises det til Fylkesmannens tilsyn vedrørende sepsisbehandling. Det ble avdekket avvik innen tre hovedområder:

1. Flertallet av pasienter med sepsis fikk ikke startet behandling med antibiotika innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og i sykehusets mål. Pasientene med alvorlig sepsis som måtte vente mer enn en time fikk ikke forsvarlig behandling.
2. Ledelsen har ikke sørget for at det er tilstrekkelig legekompentanse tilgjengelig i akuttmottak slik at undersøkelser og oppstart av behandling av pasienter med sepsis kan gjennomføres innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og sykehusets egne mål.
3. Sykehusledelsen har kjent til at sepsispasienter får forsinket antibiotikabehandling i akuttmottaket, men har ikke satt i verk tilstrekkelig korrigerende tiltak.

Det er iverksatt strakstiltak og laget en detaljert tiltaksplan for korrigerende tiltak. Det arbeides aktivt med implementering av korrigerende tiltak ved alle sykehus i UNN.

Oversikt over eksterne tilsyn

Det er siden forrige rapportering gjennomført ti tilsyn, det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging i de tilsyn der rapport er mottatt:

1. Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn/ kartlegging innen fødselsomsorg ved UNN Narvik sykehus i november 2016.
2. Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført tilsyn ved UNN vedrørende risikostyring i desember 2016.
3. Ofoten Brann IKS har gjennomført tre tilsyn ved henholdsvis Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten, Paviljongen Håkvik og Nordlandsklinikken i desember 2016.
4. Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved Operasjon- og intensivklinikken, Anestesiavdelingen ved UNN Tromsø i desember 2016.
5. Brann og redning, Tromsø kommune, gjennomførte brannteknisk tilsyn ved UNN Åsgård sykehus i desember 2016.
6. Fylkesmannen i Troms har gjennomført tilsyn ved UNN Tromsø, Akuttmottak vedrørende sepsisbehandling i januar 2017.
7. Helse Nord har gjennomført intern revisjon på henvisningspraksis i UNN i februar 2017 (rapport ikke mottatt, oppfølging derfor ikke startet).
8. Luftfartstilsynet har gjennomført tilsyn ved helikopterlandingsplass, UNN Harstad i februar 2017.
9. Mattilsynet har gjennomført tilsyn ved kjøkken, UNN Breivika i mars 2017.

10. Mattilsynet har gjennomført tilsyn ved Pasienthotellet i UNN Tromsø, kafekjøkken, serveringsområder, bufe og tekjøkken i pasientområder i november 2016.

Oversikt over avsluttede tilsyn

Det er siden forrige rapportering avsluttet seks tilsyn, det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging.

1. Luftfartstilsynets tilsyn ved helikopterlandingsplass, UNN Harstad. Det ble ikke funnet avvik eller påpekt merknader. Lukket 20.2.17.
2. Brann- og redningstjenesten, Harstad kommune har gjennomført branntilsyn ved UNN Harstad. Det ble påvist mangler ved brannsikkerheten. Lukket 21.11.16
3. Mattilsynet har gjennomført tilsyn i forbindelse med sykdomsutbrudd ved Pasienthotellet i UNN Tromsø. Det kunne ikke konkluderes med smitteårsak, eller at mat fra buffet var årsak til sykdomsutbrudd. Lukket 28.11.16.
4. Brann og redning, Tromsø kommune har gjennomført brannteknisk inspeksjon ved Psykisk helse- og rusklinikken, Storsteinnes. Det ble avdekket tre avvik. Tilbakemelding på avvik er akseptert av tilsynsmyndighet. Lukket 14.12.16.
5. Ofoten Brann IKS har gjennomført tilsyn ved Russeksjonen, Håkvik vedrørende brannsikkerhet. Det ble utarbeidet tiltaksplan for å lukke avvikene. Tilbakemelding funnet tilfredsstillende av tilsynsmyndighet. Lukket 1.12.16.
6. Ofoten Brann IKS har gjennomført tilsyn ved Nordlandsklinikken vedrørende brannsikkerhet. Lukket 28.11.16.
7. Troms Kraft har gjennomført systemrettet tilsyn ved Habilitering i Gimleveien, UNN Tromsø. Det ble avdekket avvik. Forholdene som ble påpekt er utbedret. Lukket 13.1.17.
8. Byutvikling, Tromsø kommune gjennomførte postalt tilsyn ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN Åsgård etter Plan- og bygningsloven i april 2015. Lukket i 2016.

Kommende tilsyn

Riksrevisjon har varslet revisjon: *Helseforetakenes praksis for utskriving av somatiske pasienter*. Etterspurt dokumentasjon er sendt inn innen frist, intervju gjennomført ultimo mars 2017.

Arbeidstilsynet har varslet tilsyn og bedt om opplysninger etter varsling av kritikkverdige forhold ved Longyearbyen sykehus. Varsel omhandler bekymringer mht. ivaretagelse av arbeidsmiljø samt pasientsikkerhet. Frist for besvarelse 5. april 2017

Medvirkning

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter henholdsvis 18. og 19.4.2017. Protokoller og referat fra

møtene vil forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 3.5.2017.

I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i ovennevnte møter.

Vurdering

Avvik og forbedringsområder avdekket ved eksterne tilsyn gir viktige bidrag til arbeidet med kontinuerlig forbedring i UNN. Resultater etter tilsyn og revisjoner følges opp blant annet i dialogavtaler, oppfølgingsmøter med enhetene og i kvalitetsutvalg, ved behov også i egne møter. Tilsynsmyndighetene har ved ulike tilsyn likevel funnet mangler ved prosedyrer, og manglende etterlevelse av prosedyrer og dokumentasjon. God pasientsikkerhet forutsetter at virksomheten lærer av uønskede hendelser og aktivt forebygger at hendelser gjentar seg.

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

Det iverksettes utviklingsarbeid for økt bruk av intern revisjon både som foretakets kontroll og som egenkontroll initiert i den enkelte klinikk. Hensikt med utviklingsarbeidet er å avdekke lærings- og forbedringsområder for å kunne iverksette korrigerende tiltak raskt der hvor det er behov. Utviklingsarbeidet legger også til grunn tilrettelegging for økt organisasjonslæring ved å dele erfaringer etter interne revisjoner.

UNN har iverksatt bruk av hendelsesanalyse i etterkant av pasienthendelser med alvorlige konsekvenser. Det har til nå vært gjennomført fire analyser. Metoden legger til grunn analyse av årsakssammenhenger på systemnivå for å forstå hvorfor hendelsen kunne skje. Ved å analysere årsakssammenhenger på systemnivå identifiseres lærings- og forbedringspunkter. Metoden er på lik linje med intern revisjon med på å identifisere lærings- og forbedringsområder for å kunne iverksette korrigerende tiltak med hensikt i å forhindre at hendelsen gjentar seg.

Fylkesmannens tilsyn ved akuttmottaket i UNN Tromsø vedrørende behandling av pasienter med blodbaneinfeksjoner (sepsis) i akuttmottak er ledd i et landsomfattende tilsyn. Tilsynet avdekket vesentlige avvik i UNNs håndtering av disse pasientene. Det er igangsatt et omfattende arbeid med å lukke avvikene, og der det også fokuseres på å sikre at håndtering av disse pasientene også senere i forløpet utover akuttmottaket skal være forsvarlig.

Planlegging, gjennomføring, oppfølging og lukking av avvik etter tilsyn er viktige oppgaver i UNN, som det brukes mye tid og ressurser på. Våre prosedyrer for oppfølging av eksterne tilsyn beskriver en evalueringsprosess der KVAM-utvalget involveres. Hensikten med dette er å finne ut om det har vært en svikt i vårt eget system for internkontroll, om de tiltak som er iverksatt for å lukke avvik er tilstrekkelig for at avvik ikke gjentas. Videre om tilsvarende avvik kan finnes i andre avdelinger og av den grunn bør løftes til ledergruppen og/eller andre fora med tanke på læring og ny kunnskap. Det er viktig at ledelse på ulike nivå gjennomfører analyse av avvik og identifiserer lærings- og forbedringsområder slik at korrigerende tiltak blir iverksatt. Slik kan tilsynsarbeidet være viktig i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Tromsø, 21.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Statusrapport eksterne tilsyn pr. 22.3.17

Nr	Revisjonspart	Saksnr	Gjennomføring oppstart dato	Klinikk/senter (enhet)	Tema
1	Fylkesmannen	16/4364	25.01.17	Akuttmedisinsk klinikk (Akuttmottak, Breivika)	Landsomfattende tilsyn: Sepsisbehandling i akuttmottak (journalsøk nov 2016 og befaring to dager i jan 2017)
2	Brann- og rednings tjeneste, Harstad kommune	16/5502	03.11.16	Drift og eiendomssenteret (UNN Harstad)	Branntilsyn

3	Statens Helsetilsyn	16/3970	17.10.16		Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon
4	Troms kraft	15/5504-39	12.10.16	Nevro-, orto- og rehabiliteringsklinikken (Rehab og hab Gimleveien 70)	Systemrettet tilsyn
5	Arbeidstilsynet	16/4543	19.10.16	Psykisk helse- og rusklinikken (Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård)	Melding fra verneombud (VO) vedr omfattende bygningsmessige mangler ved poliklinikken
6	Fylkesmannen	16/3571	04.10.16	Psykisk helse og rusklinikken (Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms-Harstad)	Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten

7	Riksrevisjon	16/4401	22.09.16	UNN HF	Forvaltningsrevisjon om myndighetendes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Det skal gjennomføres en spørreundersøkelse blant leger med henvisningsmyndighet
8	Intern revisjonen i Helse Nord	15/5758	08.02.16	Psykisk helse- og rusklinikken, Diagnostisk klinikk, Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	Vedlikehold og utvikling av kompetanse med formål om å bekrefte etablert internstyring og kontroll i foretaket som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles i samsvar med foretakets behov
9	Riksrevisjon	16/397	19.01.16	UNN HF	Bruk av poliklinisk bildediagnostikk
10	Riksrevisjon	15/5562	26.11.15	UNN HF	Medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten
11	Byutvikling Tromsø kommune	12/3057 og 14/4296	23.04.15	Psykisk helse- og rusklinikken	Postalt tilsyn etter bekymringsmelding fra Tromsø Kommune etter tilsyn ved UNN Åsgård

12	Fylkesmannen i Troms	15/5116	27.10.15	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulanseavdelingen, sekjso 6)	Anmodning om opplysninger i tilsynssak vedrørende bemanningen i Ambulanse-avdelingen i seksjon 6 og at biler har vært satt ut av drift
13	Arbeidstilsynet	15/4326	26.10.15	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulanseavdelingen, sekjso 6)	Undersøke om UNN HF jobber systematisk med helse, miljø og sikkerhet for å ivareta arbeidsmiljøet til ansatte og ledere i ambulansetjenesten.

14	Intern revisjonen i Helse Nord	15/4035	30.9.15.	Medisinsk klinikk og Hjerte- og lungeklinikken	Revisjonen omfatter Helse Nord RHF og helseforetakenes rutiner for oppfølging av fagplaner generelt, samt den konkrete oppfølgingen av følgende fagplaner: Regional handlingsplan for: -Nyremedisin -Lungemedisin -Smittevernplan -Diabetesplan og -Tuberkulose-kontrollprogram
15	Ofoten Brann IKS	13/4650-18	05.12.16	Drift og eiendomssenteret (Senter Psykisk Helsevern ofoten, Buveien 62)	Brannsikkerhet
16	Ofoten Brann IKS	13/4650-16	05.12.16	Drift og eiendomssenteret (Paviljongen Håkvik, Buveien 64)	Brannsikkerhet
17	Ofoten Brann IKS	13/4650-14	05.12.16	Drift og eiendomssenteret (Nordlandsklinikken, Buveien 75)	Brannsikkerhet
18	Ofoten Brann IKS	13/4650-13	30.06.14	Drift og eiendomssenteret Psykisk helse- og rusklinikken (Russeksjon Håkvik)	Brannsikkerhet

19	Brann og redning Tromsø Kommune	14/4296	30.06.14	Drifts- og eiendomssenteret (Teknisk drift)	Brannsikkerhet; bygningmessige, tekniske og utstyrmessige brannsikrings tiltak
20	Fylkesmannen	15/4314	08.09.15	Diagnostisk klinikk (Røntgen-avdelingen)	Bekymringsmelding hvor det fremgår at bemannings-situasjonen medfører lang ventetid på beskrivelser av billed- diagnostiske undersøkelser
21	Brann og redning, Tromsø Kommune	16/5189	22.09.16	Psykisk helse- og rusklinikken (Storsteinnes, Kløvertun)	Brannteknisk inspesksjon
22	Arbeidstilsynet	16/5384	1.12.16	Operasjon- og intensiv klinikken (Anestesiavdelingen ved UNN,Tromsø)	Med bakgrunn i bekymringsmelding for arbeidsmiljø til legene gjennomføres postalt tilsyn med krav om opplysninger

23	Statens helsetilsyn	16/5998	29.11.16	UNN HF, Narvik Sykehus	Tilsyn/kartlegging innen fødselsomsorg-anmodning om oversendelse av opplysninger av tre kategorier av alvorlige hendelser som skjedde i 2014.
24	Arbeidstilsynet	13/1335	21.04.16	Medisinsk klinikk (Medisinsk-kirurgisk sengepost, Narvik)	Tilsyn: arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade
25	Mattilsynet	16/6028	08.11.16	Drift og eiendomssenteret (Pasienthotellet)	Tilsyn i forbindelse med sykdomsutbrudd
26	Mattilsynet	15/2286	08.03.17	Drift og eiendomssenteret UNN Breivika, produksjonskjøkken, diett, pakking etc	Tilsyn med produksjon av andre matvarer
27	Riksrevisjon	16/6262	27.03.17	Hjerte- og lunge klinikken, Nevro-,ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	Helseforetakenes praksis for utskriving av somatiske pasienter
28	Luftfartstilsynet	17/1252	17.02.17	Drift og eiendomssenteret (UNN, Harstad helikopterplass)	Tilsynsbesøk
29	Brann og redning, Tromsø kommune	17/284	09.12.16	Drift og eiendomssenteret (UNN, Åsgård sykehus)	Brannteknisk inspeksjon
30	Riksrevisjon	12/4436	15.03.17	Nevro orto rehabiliteringsklinikken, Ortopedisk avdeling	Effektivitet i sykehus-spørreskjema undersøkelse

31	Arbeidstilsynet	17/1031	22.03.17	Longyarebyen sykehus	Anmodning om opplysninger etter varsling av kritikkverdige forhold. Varsel omhandler bekymringer mht ivaretagelse av arbeidsmiljø samt pasientsikkerhet
----	-----------------	---------	----------	----------------------	---

Funn	Tiltak	Status
<p>Tre avvik som viser til følgende områder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Flertallet av pasienter med sepsis fikk ikke startet behandling med antibiotika innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og i sykkhusets mål. Pasientene med alvorlig sepsis som måtte vente mer enn en time fikk ikke forsvarlig behandling. 2. Ledelsen har ikke sørget for at det er tilstrekkelig legekompentanse tilgjengelig i akuttmottak slik at undersøkelser og oppstart av behandling av pasienter med sepsis kan gjennomføres innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og sykkhusets egne mål. 3. Sykkhusledelsen har kjent til at sepsispasienter får forsinket antibiotikabehandling i akuttmottaket, men har ikke satt i verk tilstrekkelig korrigerende tiltak. 	<p>Foreløpig rapport mottatt 13. februar, videresendt til involverte for faktasjekk. Ingen merknader fremkom innen frist.</p> <p>Endelig rapport ble mottatt 13. mars. Det er iverksatt strakstiltak og det er igangsatt arbeid for detaljert tiltaksplan for korrigerende tiltak.</p>	<p>Frist 27.4.17</p>
<p>Det fremkom mangler ved brannsikkerheten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brannskypeport operasjon 3. etasje, tetter dårlig og utløser ikke før det er høye temperaturer. 2. Midttrapperommet i plan u, er definert som hovedrømningsvei og dør i U slår mot rømningsretningen. 3. Branntetting rørgjennomføringer og brannspjeld. <p>FUNN</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Slange-/ brannskap må flyttes ut av trapperom, eller etableres nye skap i korridorene. 6. Entydig ledelys og markeringsmerking, - fortrinnsvis markeringslys med batteribackup. 	<p>Drifts- og eiendomssenteret har utarbeidet fremdriftsplan innenfor frist</p>	<p>Lukket 21.11.16</p>

<p>I den foreløpige rapport presenteres det fem avvik som viser at UNN må iverksette forbedringstiltak på følgende områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Import av sklera og amnionhinner • Samtykke for donasjon og oppbevaring av beinvev • Oppbevaring av egg, sæd og embryo • Luftkvalitet i rom der egg, sæd, embryo og stamceller blir håndtert • Identitetskontroll i forbindelse med transfusjon av blod <p>Helsetilsynet ber om å få tilsendt handlingsplan for korrigerende tiltak og beskrivelse av hvordan helseforetaket skal følge opp at iverksatte tiltak fungerer som planlagt.</p>	<p>Klinkkene har mottatt endelig rapport.</p>	<p>Frist 1.5.17</p>
<p>Det fremkom tre avvik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilasjon, kabelfinnføringer/åpninger for kabelinnføringer var ikke tettet. 2. Korridor: Det var i for stor utstrekning lagt opp til bruk av bevegelig ledning. 3. Generelt: Bevegelig ledning lå utsatt til for beskadigelse. <p>Generelt Anmerkning: Det må risikovurderes om tavler og sikringskap skal være låst, så at ikke uvedkommende forvolder skade på personer og eiendom.</p>	<p>Til oppfølging hos saksbehandler.</p> <p>Forholdene er utbedret og sak lukket av el.installatør</p>	<p>Lukket 13.1.17</p>
<p>Befaring 19.10.2016 konklusjon: Arbeidstilsynet sender nytt brev hvor de ber om dokumentasjon på arbeid med fysisk arbeidsforhold/vernerunder/ kartlegginger av luft og temperatur.</p> <p>I brev av 13.2.17 bes det om ytterligere opplysninger</p>	<p>Besvart av saksbehandler i brev pr 12.12.16. I epost av 3.1.17 ber poliklinisk seksjon (PSHR) om utstatt frist for dokumentasjon av HMS-kurs til 15.06.17 med bakgrunn nytt VO. Ikke dokumentert svar fra DES i ePhorte pr 17.1.17.</p> <p>I brev 13.2.17 ber Arbeidstilsynet om ytterligere opplysninger</p>	<p>Frist 31.3.17</p>
<p>UNN har ikke et system som sikrer etterlevelse av helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten ved Senter for psykisk helse- og rusbehandling Sør-Troms</p>	<p>Mottatt endelig rapport 25.11.16. Svar til Fylkesmannen med plan for lukking av avvik er gitt innen frist.</p>	<p>Venter på tilbakemelding</p>

	Kvalitetsavdeling har oppnevnt kontaktperson. Sendt inn svar i henhold til anmodning om opplysninger.	Venter på tilbakemelding
Rapporten gir frem anbefaliger: 1. innføre retningslinjer som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres, med tilhørende maler og verktøy 2. vurdere og beskrive kompetansebehovet på egnet nivå i foretaket 3. sørge for at det foreligger oppdaterte kompetanse- oversikter i alle enheter 4. sørge for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetansetiltak som skal prioriteres i en definert tidsperiode 5. dokumentere gjennomførte kompetansetiltak slik at det fremkommer hva som har vært tema og hvem som har deltatt	Rapport er sendt til de berørte og Stabssenteret. Personal og organisasjon har ansvar for å koordinere UNNs oppfølging av rapporten. Handlingsplan utarbeidet og sendt HN innen frist.	Venter på tilbakemelding
UNN HF er ett av flere sykehus som er valgt ut til denne revisjon. Behandles i Stortinget ila våren 2017	Utvalg av henvisninger og E-postadresser til alle radologer er sendt innenfor fristen 23.2.16 Rapport offentliggjort i 21. mars, behandles i Kvalitetsutvalget april	Avsluttet
UNN HF er ett av ti sykehus som er valgt ut til denne revisjon. Behandles i Stortinget ila våren 2017	Avdelingsdokumentasjon og journaldokumentasjon er oversendt. Rapport offentliggjort 21.3.17,funn følges opp internt.	Avsluttet
I forbindelse med utførelsen av brannteknisk inspeksjon av Tromsø kommune ble det avdekket forhold som synes i strid med Plan og bygningsloven	Det er utarbeidet svar med plan for utbedring av den branntekniske tilstand. Det er sendt rapport fra periodisk sikkerhetskontroll, utført av Heiskontrollen. Henvendelse til avdelingsleder for status, det opplyses at sak er lukket.	Lukket

<p>Fylkesmannen i Troms finner at UNN har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2 og internkontrollforskriften §4. Det er ikke funnet grunnlag for å sende saken til Statens Helsetilsyn</p>	<p>Fylkesmannen har mottatt svar 13.11.15. Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær. Det er planlagt utarbeidelse av ny ambulanseplan i 2016. I den forbindelse skal det gjøres en ny analyse av dagens organisering og dimensjonering av tjenesten. Denne styrebehandles i mars 2017.</p> <p>Det er gitt tilbakemelding til Fylkesmann på avslutning av tilsynssak pr 15.12.16.</p> <p>I brev av 16. januar anmoder Fylkesmann ny tilbakemelding for status i arbeid med organisering og dimensjonering, samt ROS analyse av ambulansetjensten etter at saken har vært oppe i UNN Styret. Tilbakemelding til Fylkesmannen sendt 7.4.2017.</p>	<p>Venter på tilbakemelding</p>
<p>Det ble varslet om 8 pålegg innenfor HMS hvorav 5 pålegg gjenstår:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.opplæring - arbeidstaker som er satt til å lede andre. 2. HMS-arbeid- kartlegging og risikovurdering. 3. Arbeidstid- rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstids-bestemmelsene. 4. Arbeidstid: vurdering av om arbeidstidsordning er fullt forsvarlig. 5. Arbeidsplasser og arbeidslokaler: utforming og innredning 	<p>Klinikken har gitt tilbakemelding og Arbeidstilsynet har svart med å lukke tre pålegg.</p> <p>Pålegg som gjenstår har fått ny frist 1.10.2016. Klinikken har gitt tilbakemelding på tiltak for å lukke pålegg innen fristen, datert 30.09.16. Tilbakemelding viser at pålegg ikke eller bare delvis er oppfylt. Ny frist er satt til 1.2.2017.</p> <p>Ambulansestasjon omgjøres fra døgnetil dagvakt 7 dager/uke gjeldende fom 1.3.17.</p> <p>Det er i brev av 8.3.17 opphevet pålegg vedrørende arbeidsplasser og arbeidslokaler (byggtekniske forhold ligger utenfor UNNs mulighet til å få utbedret) og bekreftet oppfylt pålegg vedrørende arbeidstid.</p> <p>Pålegg 2 er ikke lukket. Frist 10.5.17</p>	<p>Frist 10.5.17</p>

<p>Internrevisjonen har gitt anbefalinger både til Helse Nord RHF og til helseforetakene, som kan øke sikkerheten for faglig utvikling i samsvar med vedtatte fagplaner. Helseforetakene får 3 anbefalinger:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utarbeider implementeringsplaner for hver enkelt fagplan. 2. Integrerer mål/tiltak for fagplaner i sine styringssystemer. 3. Har en aktiv oppfølging i lederlinjen for å sikre at eventuelle mangler i gjennomføringen blir avdekket og korrigert i tide. <p>Internrevisjonen har konstatert at det i liten grad framkommer av formelle styringsdokumenter at vedtatte fagplaner er fulgt opp ved konkretisering i oppdragsdokument og budsjett det enkelte år, slik styrevedtakene for flere av fagplanene forutsetter.</p>	<p>Styret i Helse Nord RHF behandlet denne rapporten 24.2. 2016. Styret tar Internrevisjonsrapport 09/2015: Oppfølging av vedtatte fagplaner i Helse Nord til orientering. Styret ber adm. direktør om en tilbakemelding høsten 2016, om hvordan rapportens anbefalinger følges opp. Rapporten har vært diskutert i Regionalt direktørmøte og videre oppfølging i UNN avventes i påvente av nærmere føringer fra HN RHF. Direktørmøtets holdning er at oppfølging av regionale fagplaner må skje gradvis og ses i et helhetlig prioriteringsperspektiv.</p>	<p>Avventes i påvente av nærmere føringer fra HN RHF</p>
<p>Avvik 1: Det er mangler ved bygningsdeler og sikkerhetsinnretninger</p>	<p>Seksjonsleder har svart ut innen frist.</p>	<p>Venter tilbakemelding</p>
<p>Avvik 1: Eier kan ikke vise til kunnskap og informasjon om brannsikkerhet i bygget</p>	<p>Seksjonsleder har svart ut innen frist.</p>	<p>Venter tilbakemelding</p>
<p>Avvik: 1. Mangler med dokumentasjon. 2. Mangler ved bygningsdeler og sikkerhetsinnretninger</p>	<p>Avvik svart ut av seksjonsleder innen frist. Lukket i henhold til informasjon fra seksjonsleder. Ikke dokumentert i ePhorte</p>	<p>Lukket 28.11.16</p>
<p>Tilsynet fant at et avvik fra tidligere tilsyn (2013) ikke var lukket: Stasjonære slukkeanlegg mangler kontrollavtale I tillegg ble det avdekket fire avvik: 1. HMS er mangelfullt dokumentert, 2. Dokumentasjon av sikkerhet er mangelfull 3. Ansvarlig brannvernleder er ikke utpekt etter omorganisering 4. Stasjonære slukkeanlegg mangler noe dokumentasjon.</p>	<p>Det er utarbeidet tiltaksplan for å lukke avvikene. Planen er sendt innenfor fristen. (2.11. 2015) Tilbakemelding funnet tilfredsstillende og årets tilsyn regnes som avsluttet i brev datert 1. desember 2016</p>	<p>Lukket 1.12.16</p>

<p>Fem avvik:</p> <p>1: Eiers bygningsdokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet.</p> <p>2: Eiers tekniske dokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet</p> <p>3: Røyk og branncellebegrensede bygningsdeler/ konstruksjoner virker ikke som forutsatt</p> <p>4: Farlig stoff/ anlegg er ikke meldt til DSB.</p> <p>5: Rømningsveier tilfredsstillende ikke krav om rask og sikker rømming.</p>	<p>Teknisk avdeling arbeider for å finne løsninger for å utbedre de avvik som er beskrevet, samt etablere og vedlikeholde rutiner i hht. HMS forskriften. Det er utarbeidet og sendt en tiltaksplan med opplysninger om når og hvordan avvik vil bli rettet opp innenfor frist 1.11. 2014.</p> <p>Henvendelse til avdelingsleder for statusoppdatering pr november 2016.</p> <p>Lukking ikke dokumentert i ePhorte.</p>	<p>Venter på tilbakemelding</p>
<p>Fylkesmannen har fått etterspurt dokumentasjon og finner at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jfr. Internkontrollforskriften § 4.</p> <p>Fylkesmannen har bedt om og mottatt ny redegjørelse om situasjonen ved røntgenavdelingen per 1.4.2016. Redegjørelsen inneholdt statusoppdatering og vurdering fra ledelsen</p>	<p>Klinikkjefen har i sin tilbakemelding redegjort for situasjonen. Det er gjennomført flere tiltrak for å stabilisere driften.</p> <p>Fylkesmannen har fått ny redegjørelse om situasjonen innenfor frist. Tilbakemelding fra klinikk pr 18.11.16. den generelle bemanningen er bedre enn i fjor på samme tid, men fortsatt ikke optimal. Klinikken har iverksatt tiltak som fortløpende følges opp for å fylle de ledige stillingene.</p>	<p>venter på tilbakemelding</p>
<p>Det ble avdekket tre avvik:</p> <p>1: manglende dokumentasjon systematisk sikkerhetsarbeid.</p> <p>2: Manglende dokumentasjon riskikovurdering.</p> <p>3: Manglende dokumentasjon av systematisk sikkerhetsarbeid</p>	<p>Tilbakemelding på avvik er gitt</p> <p>Aksept av tilbakemelding fra Brann og redning desember 16</p>	<p>Lukket 14.12.16</p>
<p>Varslede om vurdering av pålegg gitt i brev av 6. mars:</p> <p>1. Rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene.</p> <p>2. Samarbeid om arbeidstidsordninger.</p> <p>3. HMS-arbeid, kartlegging og risikovurdering</p>	<p>Varsel om at Arbeidstilsynet vurderer pålegg og redegjørelse for dette motatt 6. mars. Frist for tilbakemeldelse på fakta og evt. kommentarer til de pålegg og frister som varsles er utsatt til 5. mai 2017</p>	<p>Frist 5.5.17</p>

	Opplysninger er sendt til Statens helsetilsyn i henhold til utsatt frist.	Venter på tilbakemelding
Arbeidstilsynet varsler pålegg i forhold til deres funn av mangler ved kartlegging og risikovurderinger og tiltak og planer for å redusere risikoforholdene i virksomheten. Frist for tilbakemelding 01.10.16. Søkt om utsettelse - ny frist 1.11.16. Søkt ny utsettelse- innvilget ny frist 15.12.16	Det er gitt tilbakemelding på pålegg i brev datert 19.12.16. Med bakgrunn i at Arbeidstilsynet ønsker å følge prosess bes det om tilbakemelding i to omganger. Ny frist 19.4., svar sendt 20.4.17.	Venter på tilbakemelding
Mattilsynet kan ikke konkludere med smitteårsak, eller at mat fra buffet var årsak til sykdomsutbrudd. Saken lukket.		Lukket 28.11.16
Vedtak om pålegg: 1. Det må utføres renhold i alle virksomhetens lokaler raskest mulig. 2. Det må gjøres grundig gjennomfang av alle lokaler, inventar og utstyr, for å avdekke om ytterligere områder har renholdsbehov.	Kjøkkensjef har svart ut pålegg med beskrivelse for utførte tiltak innen frist.	Venter på tilbakemelding
	Koordinator oppnevnt i KA, innsendt etterspurt dokumentasjon innen frist. Intervju planlagt 27-29 mars.	I prosess
Ingen avvik eller merknader		Lukket 20.2.17
Avvik: 1. Eier kan ikke dokumentere at byggverket har et tilfredsstillende brannsikringsnivå. 2. Bruker kan ikke dokumentere tilfredsstillende systematisk sikkerhetsarbeid. 3. Brukeren ivaretar ikke krav om brannsikker bruk av byggverk	Midlertidig aksept av tilbakemelding på lukking av avvik. Ny frist 1.7.17	Frist 1.7.17
	Det er fra Riksrevisjon sendt ut spørreskjema til ortopedier i ortopedisk avdeling	Avventer nasjonal rapport

		Frist 5.4.17
--	--	---------------------



Offi § 5.

STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
40/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	03.05.2017
Saksansvarlig:	Einar Bugge	Saksbehandler: Heidi Merete Jacobsen

Strategisk utviklingsplan IKT

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.

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) strategiske utviklingsplan er tre-delt:

1. Den overordnede strategiske utviklingsplanen redegjør for de utfordringer og muligheter UNN står overfor og beskriver de viktigste strategiske hovedretninger for helseforetaket i perioden 2015–2025. Det er pekt på noen særlig viktige utviklingsområder som skal prioriteres i perioden er:
 - Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
 - Psykisk helsevern og rusbehandling
 - Prehospitaltjenester og mottaksmedisin
 - Kroniske og sammensatte lidelser
2. Detaljerte klinikkvise utviklingsplaner for virksomheten.
3. Utviklingsplaner for bygningsmassen og for e-helse og IKT.

Plan for bygninger og plan for e-helse og IKT skal sees i sammenheng. IKT er en viktig faktor i drift av sykehus, både for den kliniske virksomheten og for en velfungerende bygningsmasse.

Den strategiske utviklingsplan for e-helse og IKT er nå ferdig utarbeidet og foreligger til godkjenning av styret.

Formål

Formålet med saken er at styret godkjenner strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT, og at arbeidet følges opp med utarbeidelse av handlingsplaner og tiltak for gjennomføring av planen.

Saksutredning

Kvalitets- og utviklingssenteret fikk i oppdrag å utarbeide strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT. Planen skal understøtte den overordnede og de klinikkvise strategiene, og ses i sammenheng med utviklingsplan for bygningsmassen. Arbeidet har vært gjennomført som et prosjekt, og med direktørens arbeidsutvalg for IKT som referansegruppe.

Prosessen er godt forankret gjennom en rekke møter og workshops med klinikkene, sentrene, Ungdomsrådet og Brukerutvalget, samt praksiskonsulentene. I tillegg er det gjennomført møter spesielt for de fire prioriterte utviklingsområdene;

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

I arbeidet med strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT ble det avdekket behov som går igjen i flere av de syv satsingsområdene og de fire prioriterte utviklingsområdene beskrevet i overordnet strategisk utviklingsplan. Behovene ble kategorisert i fire strategiske satsingsområder med tilhørende ambisjon og strategiske grep for e-helse og IKT. De fire strategiske satsingsområdene er:

- *Digitalisering av arbeidsprosesser*
Satsingsområdet omfatter IKT-løsninger som automatiserer og effektiviserer for å sikre sammenhengen både i administrative og kliniske arbeidsprosesser.
- *Sammenheng i pasientforløp*
Dette satsingsområdet omfatter gode digitale løsninger for samhandling, koordinering, kompetanseheving og kommunikasjon mellom UNN, samarbeidende virksomheter, pasienter og pårørende. Dette for at pasientforløp skal oppleves som sammenhengende og sikre gode overganger mellom nivåene.
- *Bedre utnyttelse av kliniske og administrative data*
Satsingsområdet omfatter å gi effektiv tilgang til og utnytte data fra ulike systemer og kilder (inkludert pasienter) for planlegging og styring, samt for bedre utnyttelse av ressurser og kapasitet, kvalitetsforbedring og forskning.
- *Infrastruktur*
Satsingsområdet omfatter infrastruktur og felleskomponenter for samhandling, kommunikasjon, læring og kompetansebygging, sluttbrukerutstyr og kapasitet. Bygg og IKT er områder som påvirker hverandre, og må ses i sammenheng.

Strategien skal konkretiseres gjennom utarbeidelse av handlingsplaner som revideres og evalueres, og sees i sammenheng med oppdragsdokument, budsjettprosess og langtidsplan.

Gjennomføringen forutsetter god brukervedvirkning i utvikling og implementering av løsninger, og en styrking av styringsfunksjon for IKT i helseforetaket.

Medvirkning

Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT har vært på høring til klinikker, sentre, Brukerutvalget og Ungdomsrådet. Det kom inn 12 høringssvar som er behandlet og bearbeidet inn i planen.

Saken har vært forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjeneste samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 18. og 19.4.2017. Protokoller og referater fra disse møtene følger som egne referatsaker til styremøtet 3.5.2017. Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken fremmes til styrets behandling med den innretning saken var gitt til disse møtene.

Vurdering

Det er gjort et grundig arbeid i å utvikle den foreliggende strategiske utviklingsplan for E-helse og IKT. Nasjonale, regionale og lokale føringer er godt ivarettatt, og planen understøtter på en god måte foretakets overordnede strategiske utviklingsplan. Planen er ambisiøs, og vil kreve et tydelig fokus for å kunne oppfylles. Det å utvikle gode og realistiske handlingsplaner tilknyttet utviklingsplanen vil være sentralt for å oppfylle planen.

Det er etter direktørens vurdering nødvendig med en sterkere styring av prosjekter og initiativ innen e-helse og IKT i helseforetaket, både for å sikre riktig prioritering av tiltak og ressursbruk, og for å oppnå nødvendig gevinstrealisering. Den foreliggende utviklingsplanen legger et godt grunnlag for dette. I handlingsplanene og i oppfølgingen av disse er det imidlertid helt nødvendig å sikre at ikt-løsningene som kommer er klinisk relevant og nyttige, at de letter arbeidshverdagen for de ansatte, og bidrar til effektivisering og kvalitetssikring av tjenestene. Dette er helt nødvendig for å kunne sikre gevinstrealisering, og derigjennom også kunne forsvare økt bruk av ressurser på ikt og e-helse med tilhørende omstilling i andre deler av virksomheten.

Det vil være en svært viktig suksessfaktor i dette arbeidet at det oppnås et nært og tillitsfullt samarbeid mellom våre e-helse- og IKT-miljøer og de kliniske miljøene for å sikre at disse støtte- og utviklingsfunksjonene har god forståelse for arbeidsprosesser og utfordringer i den daglige driften. Det vil også være sentralt at det lykkes å etablere gode samarbeidsarenaer på tvers av klinikker, sentre og enheter for felles utvikling og styring, samt at god koordinering og tverrfaglighet i prosjekter sikres. Etableringen av Kvalitets- og utviklingssenteret, der en samlet E-helse og ikt-avdeling inngår sammen med andre viktige støttefunksjoner innen kvalitetsarbeid, samhandling, utdanning, forskning og innovasjon bidrar etter direktørens til å legge til rette for dette.

Konklusjon

Den foreliggende strategiske utviklingsplan for e-helse og ikt understøtter etter direktørens vurdering på en god måte UNNs overordnede strategiske utviklingsplan. Direktøren anbefaler derfor styret å godkjenne planen.

Tromsø, 21.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT 2017-2025



Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT 2017 – 2025

Det er resultatene for pasientene som teller!
Vi gir den beste behandling!



«UNN skal ta i bruk og benytte IKT løsninger som bidrar til økt pasientsikkerhet, forbedret pasientbehandling og kvalitet, samtidig som de ansatte skal ha gode og effektive arbeidsverktøy».

Versjon 1.0
19.04.2017

Innhold

1.0 Innledning.....	3
1.1 Strategiens formål	3
1.2 Forankring og gjennomføring.....	3
2.0 Føringer og rammebetingelser.....	3
2.1 Nasjonale føringer	4
2.2 Regionale føringer	4
2.3 Lokale føringer.....	4
3.0 Teknologiske trender.....	5
4.0 Overordnet e-helse og IKT-strategi for UNN	6
4.1 Målbilde.....	6
4.2 Strategiske satsingsområder for e-helse og IKT	7
4.2.1 Digitalisering av arbeidsprosesser	7
4.2.2 Sammenheng i pasientforløp	8
4.2.3 Bedre utnyttelse av kliniske og administrative data	9
4.2.4 Infrastruktur	10
4.3 Prioriterte utviklingsområder og IKT behov	12
4.3.1 Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling	12
4.3.2 Kroniske og sammensatte lidelser.....	13
4.3.3 Psykisk helsevern og rusbehandling.....	14
4.3.4 Prehospitale tjenester og mottaksmedisin	14
4.4 Gjennomføring av strategien	15

1.0 Innledning

Dette dokumentet er den strategiske utviklingsplanen for e-helse og IKT i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og gjelder for perioden fram til 2025. Strategien gir grunnlag for en fremtidsrettet IKT-utvikling som understøtter sykehusets overordnede mål.

1.1 Strategiens formål

Utviklingsplanen er beskrevet på et overordnet nivå for å kunne følge teknologiske trender på IKT-området og ivareta de behov og endringer som helsesektoren vil gjennomgå i et langsiktig perspektiv. Strategien skal understøtte klinikkens behov og definere målsettinger og utviklingsretning for bruk av IKT, samt sikre at UNN ivaretar personvern og informasjonssikkerhetskrav etter lover og forskrifter. Strategien skal være i tråd med UNN og Helse Nords verdigrunnlag; kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT i UNN skal:

- UNN skal på utvalgte områder ha en ledende rolle regionalt i utvikling og implementering av IKT og E-helseløsninger, og skal være nasjonalt ledende innen elektronisk samhandling og digitale pasienttjenester
- Stimulere til bruk av IKT-løsninger som bidrar til økt pasientsikkerhet, forbedret pasientbehandling og kvalitet, og som også understøtter UNNs ansvar for forskning, utdanning, læring- og mestring og samhandling
- Bidra til å prioritere tiltak og prosjekter innenfor IKT-området og som legger føringer for fremtidige investeringer på IKT området

Det skal utarbeides handlingsplaner som revideres i sammenheng med oppdragsdokument, budsjettprosess og langtidsplan.

1.2 Forankring og gjennomføring

Strategien er utarbeidet av Kvalitets- og utviklingssenteret på oppdrag fra administrerende direktør. Arbeidet har vært gjennomført som et prosjekt med arbeidsgruppe bestående av Heidi Merete Jacobsen (leder), Tove Normann, Sture Pettersen og Charles Garden. Direktørens arbeidsutvalg for IKT har vært referansegruppe. Prosessen er godt forankret gjennom en rekke møter og workshops med klinikkene, sentrene, Ungdomsrådet og Brukerutvalget, samt Praksiskonsulentene. I tillegg er det gjennomført møter med fagmiljøer knyttet til de strategiske utviklingsområdene. Arbeidet er koordinert med prosjektet som utarbeider strategisk utviklingsplan for bygningsmassen.

2.0 Føringer og rammebetingelser

Politiske styringssignaler, nasjonale, regionale og lokale strategidokumenter ligger til grunn for utarbeidelsen av planen. De viktigste grunnlagsdokumentene er som følger:

- UNNs strategiske utviklingsplan (2015 – 2025) for virksomheten og de tilhørende klinikkvise strategiene
- Strategi for Nasjonal IKT HF «En felles IKT-strategi for spesialisthelsetjenesten» (2016 – 2019)
- Oppdragsdokumentene fra Helse – og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF
- Helse Nords IKT strategi (2002)
- Helse Nords forsknings- og innovasjonsstrategi (2016 – 2020)
- Helse Nords kvalitetsstrategi (2016-2020)
- Én innbygger - én journal. Meld. St. 9 (2012-2013)
- Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Meld.St. 26 (2014-2015)

- Samhandlingsreformen Meld.St. 47, (2008 – 2009)
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 – 2019 Meld.St. 11 (2015 – 2016)
- HelseOmsorg21, med tilhørende handlingsplan (Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg 2014)
- Utkast til nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017 – 2020 (Direktoratet for e-helse)

2.1 Nasjonale føringer

Riktig teknologi-støtte er et viktig virkemiddel for å realisere sektorens langsiktige målsetninger. For å sikre dette er langsiktige nasjonale mål for IKT-området formulert i utredningen «Én innbygger – én journal»¹:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig av hvor i landet pasienten og brukeren blir syk eller får behandling. Beslutningsstøtte skal inngå i journalsystemet
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Gjennom Nasjonal IKT har de regionale helseforetakene (RHF-ene) utarbeidet en felles IKT strategi (Strategi for 2016 – 2019). Målene i strategien har stort fokus på samhandling og samarbeid i helsesektoren og gjenspeiler myndighetenes tydelige satsning på IKT på tvers av tradisjonelle grenser i sektoren:

- Tilrettelegge for økt samordning av felles tjenester og løsninger i fremtiden.
- Tilrettelegge for koordinerte IKT-porteføljer på tvers av regionene
- Tilrettelegge for flere felles IKT-anskaffelser
- Tilrettelegge for økt samordning og standardisering innen IKT-arkitektur
- Tilrettelegge for økt kompetansedeling og læring innen IKT mellom Nasjonal IKT HF og helseregionene
- Etablere IKT-styringsprinsipper som tilrettelegger for helhetlig prioritering, styring og gjennomføring
- Etablere finansieringsprinsipper som bidrar til flere felles prosjekter/tiltak

2.2 Regionale føringer

Prinsippene i *IKT-strategi i Helse Nord* (2002) skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Dette innebærer at behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt, samt at helseforetakene ikke skal gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som ikke er forankret i Helse Nord RHF. Eventuelle innovasjonsprosjekter og resultatet av slike skal kunne benyttes av hele foretaksgruppen (Oppdragsdokument 2016).

Helse Nord's Kvalitetsstrategi (2016 – 2020) samt Forsknings- og innovasjonsstrategi for Helse Nord skal være retningsgivende for UNNs IKT-strategi.

2.3 Lokale føringer

Strategisk utviklingsplan for UNN skal bidra til å nå beskrevne mål og finansiere de planlagte investeringene fram mot 2025 uten tilførsel av ekstra ressurser. Dette krever betydelige omstillinger av driften. Dette skal gjøres gjennom forbedret resultat kvalitet og redusert ressursbruk per

¹ 3Meld. St. 9 (2012-2013), Én innbygger – én journal: Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren, Helse- og omsorgsdepartementet

behandlet pasient². IKT skal benyttes aktivt for å understøtte klinikkene i deres kontinuerlige forbedringsarbeid og brukermedvirkning er en viktig forutsetning.

UNNs strategiske utviklingsplan er tre-delt:

1) Den overordnede strategiske utviklingsplanen redegjør for de utfordringer og muligheter UNN står overfor og beskriver de viktigste strategiske hovedretninger for helseforetaket i perioden 2015–2025.

Det er pekt på noen særlig viktige utviklingsområder som skal prioriteres i perioden er:

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

2) Detaljerte klinikkvise utviklingsplaner for virksomheten

3) Utviklingsplaner for både bygningsmassen og for IKT og e-helse

Plan for bygninger og plan for IKT og e-helse skal sees i sammenheng. IKT er en viktig faktor i drift av sykehus, både for den kliniske virksomheten og for en velfungerende bygningsmasse.

3.0 Teknologiske trender

Teknologi vil gi nye muligheter innen forebygging, diagnostikk og behandling som kan effektivisere ressursbruken og bedre kvaliteten på tjenestene. Innføring av strukturert elektronisk pasientjournal (EPJ) med prosess- og beslutningsstøtte åpner for nye kommunikasjonsformer mellom helsepersonell og pasienter. EPJ-systemet blir det viktigste verktøyet for elektronisk samhandling og dokumentasjon, og tidligere frittstående telemedisinske løsninger vil bli integrert i EPJ.

Teknologiutviklingen fører til at kirurgisk virksomhet blir enda mer spesialisert, samtidig som kirurgi og bildeveiledet intervensjon smelter sammen.

Følgende teknologiske trender vil påvirke utvikling av e-helse løsninger:

Sosiale media og on-linetjenester

Pasienter vil i større grad utforske egne helseproblemer og kommunisere med helsetjenesten gjennom sitt digitale kontaktpunkt. Dette fordrer blant annet at helsetjenesten har digitale tjenester med kvalitetssikret helseinformasjon. Tilgang til egne helseopplysninger vil medføre at pasienter kan ta mer informerte beslutninger og dele helsedata med andre. Nettet vil bli en møteplass mellom UNN og pasienten og utfordrer UNN til å være tilgjengelig i de virtuelle rom og tilrettelegge for mer stedsuavhengige tjenester.

Mobilitet

Om lag halvparten av befolkningen benytter ulike helseapplikasjoner til å lagre personlige helsedata, og det utvikles stadig flere og mer nøyaktige sensorer som kontinuerlig måler helsetilstanden hos pasienten. UNN bør ha en aktiv rolle i å anbefale løsninger som støtter kommunikasjon og integrasjon med sykehusets kliniske systemer.

Utviklingen av personlige predikative analyseverktøy går svært raskt, og koblingen med sosiale plattformer vil forsterke denne trenden.

Dagens IKT-systemer er designet for stasjonær bruk. Fremtidens infrastruktur, kliniske og administrative systemer må designes ut fra at helsepersonell er mobile og legge til rette for at informasjon kan hentes ut og registreres stedsuavhengig.

² Strategisk utviklingsplan for UNN

Analyseplattformer

Utnyttelse av strukturerte data fra kliniske og administrative systemer, samt nye metoder for maskinlæring fra ustrukturerte data, vil gi nye muligheter for analyse, søk, deling, lagring, overføring og visualisering. Dataassistert analyse av store datamengder vil medføre at UNN kan utnytte kliniske og administrative systemer for kvalitetssikring og for å oppdage trender samt forebygge uønskede hendelser. Store datamengder vil også gi mulighet for sanntids databasert beslutningsstøtte innen diagnostikk og behandling.

For pasienten vil nye analyseplattformer understøtte kontinuerlig læring omkring viktige forhold som eksempelvis måloppnåelse for pasienten, pasientens livskvalitet, pasientsikkerhet og hvordan helsetjenesten blir benyttet.

Skytjenester

Cloud computing er et sentralt begrep for økt tjenestemobilitet. Dette vil medføre at kliniske data og applikasjoner vil gjøres tilgjengelig på en enklere måte samtidig som investerings- og driftskostnadene reduseres.

Skytjenester kan understøtte helhetlige og koordinerte pasientforløp og nye samhandlingsmodeller. Skytjenester kan gi oversikt over ledige ressurser og mulighet for å etablere tverrfaglige team på tvers av nivåer, samt bidra til å levere helsetjenester på nye måter.

Robotisering og automatisering

Videreutvikling av medisinsk teknologi vil gjøre fremtidens utstyr automatisert og mer effektivt. Arbeidsoppgaver innen direkte og indirekte pasientbehandling som i dag i stor grad utføres manuelt blir automatisert. Nye muligheter for robotteknologi og fjernbehandling innen diagnostikk og behandling vil kunne medføre flere minimalinvasive inngrep og mer persontilpasset behandling. UNN må møte denne utviklingen med standardisering og kompetanse i skjæringspunktet mellom medisinsk teknisk utstyr, EPJ og øvrige kliniske IKT-systemer.

4.0 Overordnet e-helse og IKT-strategi for UNN

4.1 Målbilde

UNN har i sin strategiske utviklingsplan definert syv strategiske hovedretninger og fire prioriterte utviklingsområder. Strategiske hovedretninger:

1. Pasientforløp
2. Pasient- og brukervedvirkning
3. Samhandling og funksjonsfordeling
4. Kvalitet og pasientsikkerhet
5. Utdanning og rekruttering
6. Forskning
7. Teknologi og e-helse

Prioriterte utviklingsområder beskrevet i klinikkvise planer:

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

I arbeidet med strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT ble det avdekket behov som går igjen i flere av satsings- og utviklingsområdene beskrevet over. Behovene er senere kategorisert i fire strategiske

satsingsområder med tilhørende ambisjon og strategiske grep for IKT. Disse fremkommer i figuren under:



Figur 1. Strategiske satsingsområder for e-helse og IKT

4.2 Strategiske satsingsområder for e-helse og IKT

4.2.1 Digitalisering av arbeidsprosesser

Satsingsområdet omfatter IKT-løsninger som automatiserer og effektiviserer for å sikre sammenhengene både i administrative og kliniske arbeidsprosesser.

Bakgrunn

UNN har behov for å modernisere og konsolidere sine IKT-systemer. Det er fortsatt stort forbedringspotensial med hensyn til integrasjoner og til utnyttelse av funksjonalitet i dagens systemer. UNN må følge planlagte regionale investeringer og implementeringer som eksempelvis DIPS arena og elektronisk kurve- og medikasjon. Det er også behov for støttesystemer for drift og logistikk, samt løsninger for effektiv digital samhandling, kommunikasjon med ansatte, pasienter og pårørende.

Ambisjon

UNN har ambisjon om å bli fulldigitalisert og ta i bruk tidsbesparende teknologier. Med dette menes at UNN i størst mulig grad skal digitalisere arbeidsprosesser på områder hvor det er hensiktsmessig. Det betyr gode digitale løsninger som blant annet legger til rette for effektiv samhandling og pasientkommunikasjon, bedre kvalitet og pasientsikkerhet, og tidsbesparelser og god ressursutnyttelse.

Strategiske grep

UNN skal:

- Ta i bruk regionale og nasjonale løsninger og realisere gevinster av DIPS Arena, elektronisk kurve- og medikasjon, nødnett, kjernejournal, E-resept mfl.
- Ha effektive IKT-løsninger for administrative støttefunksjoner knyttet til drift, logistikk og styringsinformasjon
- Sikre at arbeidsprosesser har sammenhengende IKT-støtte for effektiv planlegging og gjennomføring av behandling, effektive verktøy for prosess- og beslutningsstøtte

- Benytte digital samhandlingsarena for digital dialog med innbyggere, samarbeidspartnere og ansatte. Både med hensyn til servicetjenester, kompetansebyggingstjenester og knyttet til utredning, behandling og oppfølging
- Ta i bruk prehospital EPJ og neste generasjons AMK-system
- Benytte elektroniske verktøy for informasjon, opplæring, veiledning og kompetanseutvikling (telementoring, nettbaserte kurs, fagnettverk etc). Både internt i UNN, i hele regionen, samt for primærhelsetjenesten og andre aktører utenfor spesialisthelsetjenesten
- Bidra nasjonalt og i regionale oppgaver knyttet til realisering av En innbygger – en journal
- Ta i bruk robotteknologi og benytte multimedia som bilder, lydfiler og video for dokumentasjon
- Ta i bruk verktøy innenfor psykisk helsevern og rus som kan gi tilgang til kvalitative virksomhetsdata, behandlings- og kvalitetsregister og gi sterkere brukermedvirkning (tjenesteinnovasjon)

4.2.2 Sammenheng i pasientforløp

Dette satsingsområdet omfatter gode digitale løsninger for samhandling, koordinering, kompetanseheving og kommunikasjon mellom UNN, samarbeidende virksomheter, pasienter og pårørende. Dette for at pasientforløp skal oppleves som sammenhengende og sikre gode overganger mellom nivåene.

Bakgrunn

Realisering av samhandlingsreformen krever et systematisk utviklingsarbeid for å etablere en riktig ansvarsdeling og godt samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Det er særlig behov for å styrke tilbudet til eldre med kroniske og sammensatte lidelser. For å ivareta både region- og lokalsykehusfunksjonene kreves en klar funksjonsfordeling, slik at ressursene brukes effektivt og pasientene i størst mulig grad kan behandles i sitt nærområde. Pasientens medvirkning i behandlingsforløpet er en grunnleggende forutsetning for å oppnå god pasientsikkerhet og behandlingsresultater. Innføring av ny teknologi vil være en endringsagent og en pådriver for organisatoriske tilpasninger.

Ambisjon

UNN har som ambisjon å være ledende i utvikling og bruk av digitale løsninger for helhetlige pasientforløp og effektivt samarbeid med andre helseinstitusjoner, pasienter og pårørende, også utenfor de fysiske rammene av sykehuset.

Strategiske grep

Pasienter og pårørende skal oppleve trygge og koordinerte helse- og omsorgstjenester, og delta i planlegging og gjennomføring av helsehjelpen der det er mulig.

UNN skal:

- Tilby stedsuavhengige tjenester (behandling og oppfølging) der det er hensiktsmessig
 - Virtuelle poliklinikker³ og digitale tjenester innenfor spesifikke fagområder og prioriterte utviklingsområder (eks psykiatri, kreft, kols, diabetes, hjerte/kar, hudlidelser etc)
 - Tilby e-konsultasjon, digital dialog og oppfølging lokalt (desentralisering av tjenester) eller hjemme

³ Med virtuelle poliklinikker mener vi en samlet tjenestekatalog, der undersøkelse og behandling tilbys på nett, organisert uavhengig av hvor spesialistkompetansen befinner seg geografisk.

- Monitorering og oppfølging av sensorer og måleutstyr som pasientene har med seg/på seg (pacemaker, diabetes, EKG etc) og analyse av innsamlede data
- Ta i bruk elektronisk samhandling gjennom hele pasientforløpet
 - Bidra til utvikling av en digital samhandlingsarena som understøtter bedre digital dialog mellom foretaket og primær- og kommunehelsetjenesten, både synkront og asynkront (eksempelvis dialogmeldinger, chattefunksjon, monitorering og video)
 - Videreutvikle og ta i bruk nye meldingstyper som eksempelvis, henvisninger med vedlegg, meldinger til aktører som ikke benytter meldingsutveksling i dag (eksempelvis HF i andre regioner, private rehabiliteringsinstitusjoner og private spesialister), samt med pasienter.
- Gi pasienter og pårørende tilgang til enkle og sikre digitale tjenester for forebygging, læring og mestring, involvering og selvbestemmelse, slik at de kan delta aktivt i forberedelse, diagnostikk, behandling og oppfølging gjennom hele pasientforløpet.
 - Tilgjengeliggjøre og videreutvikle løsninger for digitale pasienttjenester
 - Gi mulighet for å dokumentere i egen journal med tekst og bilder.
 - Digitale skjema for kartlegging og utredning før- og tilbakemelding etter sykehusopphold (eksempelvis PROMS og PREMS)
 - Gi pasienter muligheter til å foreta informerte valg om behandling og oppfølging
 - Ta i bruk kvalitetssikrede e-helseverktøy/læringsressurser for mestring og forebygging
- Tilby service- og selvbetjeningsløsninger og automatisering
 - Booke og endre timer, inn- og utsjekk, betalingsløsninger
 - Planlegging av opphold og registrering av grunnlagsinformasjon
 - Digital informasjon og veiledning
 - I bruk av digitale tjenester
 - Tolketjenester etc
 - Digital dialog, chat, sikker e-post
 - Just-in-time digitale læringsressurser tilpasset den enkeltes behov og kontekst.
- Være pådriver og delta i nasjonale og regionale prosjekter for utvikling av digitale løsninger i sektoren, og tilrettelegge for at pasientene kan nå sine tjenester via nasjonale løsninger (helsenorge.no)

4.2.3 Bedre utnyttelse av kliniske og administrative data

Satsingsområdet omfatter å gi effektiv tilgang til og å utnytte data fra ulike systemer og kilder (inkl. pasienter) for planlegging og styring, samt for bedre utnyttelse av ressurser og kapasitet, kvalitetsforbedring og forskning.

Bakgrunn

UNN har behov for å ha effektive systemer som sammenstiller data fra ulike systemer for virksomhetsplanlegging og styring. I tillegg er det behov for kliniske systemer med strukturerte data og god datakvalitet som bidrar til enhetlig pasientbehandling og optimal pasientsikkerhet. Det er behov for å optimalisere driften ved å samkjøre, koordinere og integrere de kliniske og administrative systemene for bedre ressursutnyttelse og pasientlogistikk.

Ambisjon

UNN har ambisjon om å ha IKT-løsninger som gir støtte for beslutninger i daglig planlegging og behandling. Dette innebærer tilgang til verktøy, analyser og rapporter for å planlegge, styre og lede foretaket med hensyn til prioritering, kvalitet, pasientsikkerhet, ressursutnyttelse, kompetanseutvikling, helseovervåking og beredskap. Data skal også gjøres lettere tilgjengelig for forskning.

Strategiske grep

UNN skal:

- Bygge opp arkitektur og arketype-kompetanse
- Sørge for at data blir strukturert og kan gjenbrukes
- Data skal være tilgjengelig for kontinuerlig forbedring, kvalitetsarbeid og forskning
- Sørge for verktøy for produksjonsstatistikk og analyse gjennom automatisering og sammenstilling av data fra flere systemer, inkludert ulike helse- og kvalitetsregistre
- Sikre at UNN har nødvendige ledelsesinformasjonssystemer og effektive styringsverktøy på plass
- Utvide systemporteføljen med interne støttesystemer for drift og logistikk som sikrer effektiv utnyttelse av utstyr (senger, tøy etc.) og forbruksvarer (mat, medisinske hjelpemidler etc.)
- Samkjøre, koordinere og integrere de administrative systemene – også mot de kliniske systemene for å sikre bedre ressursutnyttelse og pasientlogistikk
- Samarbeide med eksterne parter for å kunne samle og bruke eksternt genererte data basert på felles standarder
- Sikre at UNN har oversikt og kontroll med registre som inneholder personopplysninger

4.2.4 Infrastruktur

Satsingsområdet omfatter infrastruktur og felleskomponenter for samhandling, kommunikasjon, læring og kompetansebygging, sluttbrukerutstyr og kapasitet. Bygg og IKT er områder som påvirker hverandre, og må ses i sammenheng.

Bakgrunn

Grunnleggende forutsetninger for bruk av både administrative og kliniske systemer er at vi har nettverk og sluttbrukerutstyr som tilfredsstillers dagens og fremtidens krav. Helsesektoren tar i bruk stadig flere IKT-løsninger og antallet IKT-enheter vokser. Tekniske installasjoner i bygg blir mer og mer IKT-baserte, og skillet mellom tekniske systemer og IKT-systemer blir stadig mindre. Denne veksten stiller større krav til robusthet, tilgjengelighet, hastighet og lagringskapasitet, og legger føringer for utforming av bygg og infrastruktur. I tillegg skal det tilrettelegges for standardisering, kodeverk, terminologier og integrasjoner som understøtter behovet for elektronisk utveksling og deling av informasjon.

Ambisjon

UNN har ambisjon om å ha en robust og solid infrastruktur som er fleksibel og som gjør det mulig å utveksle informasjon, kommunisere mellom ulike IKT-systemer også på tvers av forvaltningsnivå samt for å benytte nasjonale løsninger.

Strategiske grep

UNN skal:

- Vedlikeholde og videreutvikle nettverk med tilstrekkelig kapasitet som understøtter virksomheten.
 - Både trådløst og fast nettverk, samt nettverk ved eksterne enheter (eks ambulanser, ambulansestasjoner, DMS og DPS)
 - Oppfyller fremtidige krav til kapasitet og robusthet ved implementering av nye IKT-løsninger
 - Håndtere store datamengder fra medisinsk teknisk utstyr, sensorer.

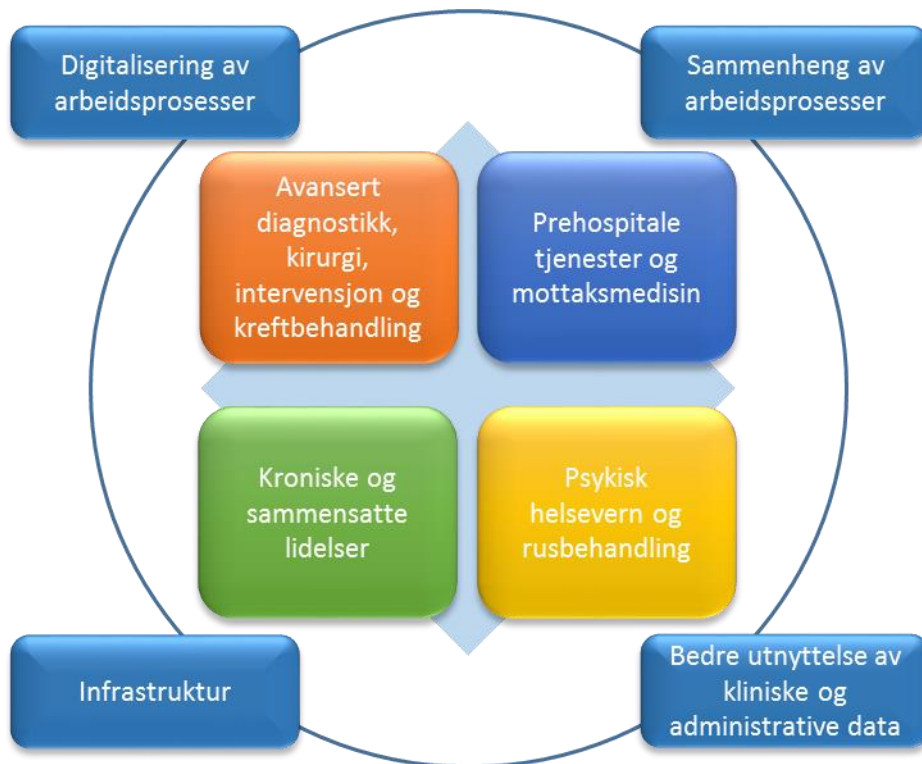
- Ha IKT-sluttbrukerutstyr som tilfredsstiller vedtatte krav og som er kompatible med eksisterende infrastruktur
 - I større grad benytte mobile enheter (nettbrett, smarttelefoner, bedside pc/skjerm)
 - Hjemmekontorløsninger og mobilt kontor med tilgang til kliniske systemer og fagsystemer
 - Oppgradere og videreutvikle kommunikasjonssystemer som videokonferanse, telefoni, alarm og andre systemer til både klinisk og administrativ virksomhet

- Sikre at nye tjenester og løsninger utnytter eksisterende teknologi og tilpasses teknologisk infrastruktur i regionen
 - Sikre gode driftsavtaler som gjenspeiler behovet for drift og support
 - Understøtte behov for testinfrastruktur og tilrettelegge for utprøvningsarena for nye løsninger og ny funksjonalitet

- Ved anskaffelse av systemer og videreutvikling av eksisterende systemer sørge for:
 - Tverrfaglig kompetanse benyttes ved utarbeidelse av funksjonelle og tekniske krav
 - Å benytte nasjonale og regionale felleskomponenter og arkitekturprinsipper der det er etablert
 - Integrasjon som sikrer effektiv dataflyt mellom systemer i sykehuset, mellom sykehusene i regionen og mellom sykehuset og primærhelsetjenesten.
 - Autentisering og autorisasjon og tydelige prinsipper og regler for tilgangskontroll
 - Nasjonale standarder, kodeverk, terminologier og registre

- Ta i bruk regional løsning for digitalt multimedia arkiv innenfor alle fagdisipliner koblet til arbeidsprosesser i elektronisk pasientjournal.
- Bidra til å etablere en felles regional organisering og infrastruktur for forvaltning, lagring og utveksling av forskningsdata
- Understøtte felles infrastruktur og forvaltning av UNNs egne biobanker
- Sørge for at det er robust, skalerbar og dynamisk infrastruktur i bygg.
 - Det etableres samarbeid og felles metodikk mellom enheter med ansvar for IKT og for bygg.

4.3 Prioriterte utviklingsområder og IKT behov



Figur 2. De fire strategiske utviklingsområdene i relasjon til IKT satsingsområder

4.3.1 Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling

Digitalisering av arbeidsprosesser

Et moderne EPJ-system er nødvendig for at helsepersonell skal bruke mindre tid på dokumentasjon og mer tid på diagnostikk, behandling og pleie. Informasjon innhentet i hele pasientforløpet må gjøre arbeidsprosessene enklere og det må satses på bedre integrasjon og økt bruk av automatisk dataregistrering. Pasienter kan utstyres med sensorer som registrerer puls, blodtrykk, oksygenmetning etc., og dermed gi mulighet for kontinuerlig overvåking av måledata fra sengepostene. Videreutvikling av medisinsk teknologi vil gjøre fremtidens utstyr automatisert og mer effektivt når det integreres i digitaliserte arbeidsprosesser.

Sammenheng i pasientforløp

For å skape bedre sammenheng i pasientforløpet bør sensorer som pasientene bærer med seg (eks pacemaker/defibrillator etc) kunne kommunisere med respons/call-senter. Virtuelt sykehus, virtuelle klinikker og virtuelle operasjonsstuer⁴ vil skape nye organisasjoner og nye måter å samhandle på.

⁴ Med virtuelle operasjonsstuer menes kirurgiske nettverk organisert på tvers av sykehusenes geografiske plassering der spesialistkompetanse kan innhentes ved behov for veiledning og fjernassistanse under operasjoner

Bedre utnyttelse av administrativ og kliniske data.

Fortløpende resultater fra pasientene bør samles og analyseres for å gi effektiv beslutningsstøtte, kvalitetsmåling, forskning og forbedringsarbeid. Fremtidens IKT-løsninger vil også innbefatte sensorteknologi, bioteknologi, genteknologi og nanoteknologi. Individtilpasset ikke-operativ kreftbehandling er etter hvert blitt så avansert og komplisert at det trengs digitale algoritmestyrte systemer for beslutningsstøtte.

Infrastruktur

Nye metoder innen diagnostikk og behandling vil kunne medføre flere minimalinvasive inngrep, mer persontilpasset behandling, samt muligheter for simulering, robotteknologi og fjernbehandling. Dette krever en robust infrastruktur. Mer bruk av apparater for sanntids diagnostikk og behandling (CT, MR, PET) og digitalisering av patologiområdet krever en fleksibel infrastruktur som støtter utveksling og lagring av store datamengder. Fremtidens operasjonsrom må håndtere sanntids kommunikasjon mellom operasjonsstuer og auditorier for undervisning og mentoring, samt legge til rette for samarbeide med andre sykehus.

4.3.2 Kroniske og sammensatte lidelser

Digitalisering av arbeidsprosesser

Pasienter med kroniske og sammensatte lidelser har et særlig behov for en personsentrert helsetjeneste med god kommunikasjon, koordinering og monitorering. Helsearbeidere og støttepersonell må kunne koordinere og planlegge både standardiserte og individtilpasset pasientforløp i en felles samhandlingsarena. En slik samhandlingsarena må være personsentrert, helhetlig og proaktiv. Den må bl.a. inneholde felles journal, timeplan for pasienten, individuell behandlingsplan, digitale læringsressurser, statusnotater og epikriser.

Sammenheng i pasientforløpet

En felles samhandlingsarena er avgjørende for å oppnå sammenhengende pasientforløp. Pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSHT) har behov for digitale verktøy som med pasientens mål som utgangspunkt, kan sørge for et koordinert, sammenhengende og helhetlig tilbud. God koordinering krever felles planleggingsverktøy, meldingsutveksling og digital dialog mellom helsepersonell og pasienter. For å oppnå aktiv medvirkning og informerte valg må det utvikles generell informasjon og spesifikk informasjon for økt innsikt og ferdighet i å håndtere egen helse, eksempelvis i form av e-læringskurs og andre digitale læringsressurser.

Bedre utnyttelse av helseopplysninger

For å oppnå en mer proaktiv tjeneste må helseopplysninger kobles og deles mellom behandlere og pasienter, slik at pasienter som står i fare for å få akutt forverring kan identifiseres på et tidligere stadium. Pasienten kan monitoreres utenfor sykehuset og kobles til respons/call senter med varslingsanalyse og respons. Helseopplysninger må utnyttes for å optimalisere ressursbruken og optimalisere driften.

Infrastruktur

En felles samhandlingsarena må bygges på en helhetlig arkitektur og nasjonale felleskomponenter. Dette krever en infrastruktur med tilstrekkelig kapasitet og som inkluderer fleksibelt sluttbrukerutstyr.

4.3.3 Psykisk helsevern og rusbehandling

Digitalisering av arbeidsprosesser

En del av utfordringene for pasienter med kroniske og sammensatte lidelser er også aktuelle for pasienter innen psykisk helsevern og rus. Neste generasjon EPJ er nødvendig for å digitalisere og optimalisere arbeidsprosessene. Ulike digitale verktøy for kartlegging og behandling må gjøres tilgjengelig for helsepersonell, og det må sikres at flere selvhjelpsverktøy og opplæringsprogram blir tilgjengelig for pasientene. Kommunikasjon med pasienter kan styrkes gjennom egendokumentasjon og elektronisk overføring av helseopplysninger, og det må sikres at pasientgenererte data blir integrert i de kliniske systemene. Opplæring og kompetanseheving av helsepersonell må i større grad understøttes av e-læringsprogrammer.

Sammenheng i pasientforløp

Tilgang til felles digitale arbeidsdokumenter (f.eks. individuell plan, kriseplan etc.) mellom sykehuset, kommunen og pasienten er nødvendig for å sikre sammenheng i pasientforløpene. Det må også legges til rette for sikker digital dialog mellom pasient og behandler samt økt bruk av pleie- og omsorgsmeldinger med kommunene.

Tilgang til fagressurser uavhengig av lokalisasjon kan gjøre psykisk helse og rusbehandling mer stedsuavhengig og sikre lik tilgang til likeverdige tjenester. Satsing på bruk av videokonferanse gir nye muligheter når det gjelder veiledning av helsepersonell, vakt samarbeid på tvers av lokalisasjon, videosamtaler med pasienter og samarbeidsmøter med primærhelsetjenesten f.eks. ved innleggelse eller utskriving av pasienter.

Bedre bruk av helseopplysninger

Administrative og kliniske data som innhentes elektronisk må inngå i monitorering av det kliniske tilbudet og brukes i evaluering og forbedring av tjenestene.

Infrastruktur

Det må sikres at alle behandlingssteder har godt utbygd infrastruktur med trådløse nett med nok kapasitet til å håndtere større datamengder. Stedsuavhengige tilbud krever en harmonisering av kommunikasjon og infrastruktur mot primærhelsetjenesten. Stabile og brukervennlige systemer, god support og mer robust nettkapasitet er avgjørende for denne satsningen.

4.3.4 Prehospitale tjenester og mottaksmedisin

Digitalisering av arbeidsprosesser

I de prehospitale tjenestene er det avgjørende at informasjon løper foran pasientene. Det er behov for en ny prehospital EPJ med som er tett koblet til sykehusets EPJ og det må anskaffes et nytt nasjonalt AMK-system. Videre må status på akuttmottaket være tilgjengelig for å forberede avdelingene på videre oppfølging.

Sammenheng i pasientforløpet

Digitaliserte arbeidsprosesser vil legge grunnlaget for en mer tidsbesparende, sammenhengende og proaktivt tjeneste. Det er nødvendig å etablere effektiv kommunikasjon med primærhelsetjenesten ved å fremme standardisert monitoreringsutstyr (Corpuls 3) og gi fastleger tilgang til data. VAKe2 er en teknisk standardisert videokonferanseløsning som sammen med, monitoreringsdata og prehospital EPJ bør etableres som en «lettvektsløsning» for KAD, fastleger, legevakt, og ambulanser. Kommunene har store utfordringer med endret demografi, nye oppgaver og kompetansemangel. En fremtidig modell der hjemmesykepleien og «paramedics» fra spesialisthelsetjenesten samarbeider tettere bør vurderes.

Bedre bruk av helseopplysninger

Bedre utnyttelse av administrativ og kliniske data er nødvendig for å redusere flaskehalser, sikre kontinuerlig forbedring, forskning, og for å danne grunnlag for reelle virksomhetsdata.

Infrastruktur

Dagen infrastruktur har god tilgjengelighet men mangler kapasitet. Det nasjonale prosjektet «Robust mobilt helsenett» vil gi alle ambulansene bedre kommunikasjonsmuligheter. På kort sikt er det viktig å bedre kapasiteten til ambulansestasjoner.

4.4 Gjennomføring av strategien

En gjennomføring av strategien innebærer at UNN både må være god på tradisjonell målstyring samt etablere strukturer og rutiner for samhandling, forpliktelse og tillit på tvers av enheter. Det må også være rom for fleksibilitet for å kunne utnytte muligheter som vil støtte opp om UNNs virksomhet.

Strategien konkretiseres gjennom utarbeidelse av handlingsplaner som revideres og evalueres, og sees i sammenheng med oppdragsdokument, budsjettprosess og langtidsplan.

UNN bør derfor:

- Styrke styringsfunksjonen i helseforetaket ved å etablere prosjekt-, program- og porteføljestyling i foretaket basert på anbefalt prosjektmetodikk for gjennomføring av digitaliseringsprosjekter i offentlige virksomheter. I prosjektmetodikken inngår også gevinstrealisering.
- Etablere tettere samarbeid mellom IKT miljøer og de kliniske miljøene for å få bedre forståelse for arbeidsprosesser og utfordringer i den daglige driften
- Etablere samarbeidsarenaer på tvers av klinikker, sentre og enheter for felles utvikling og styring, samt sikre god koordinering og tverrfaglighet i prosjekter
- Sikre en bred intern og ekstern forankring av tiltakene i IKT-strategien, ved å kommunisere satsingsområdene og hvordan de henger sammen med øvrige strategier.
- Forbedre prosjektgjennomføringen for bedre å kunne følge opp, og samarbeide med andre, blant annet HN-IKT, systemleverandører og utviklingsmiljø.
- Sikre at nye IKT-tiltak koordineres regionalt, og dermed understøtter Helse Nords mål om etablering/anskaffelse av felles systemer
- Styrke forvaltning av systemer og tjenester
- Øke UNNs innovasjonsevne ved å etablere systemer, arenaer og rutiner for innovasjonsarbeid
- Gi rammer for fagutvikling, teknologiutvikling, forskning
- Sikre at ansatte i UNN har tilstrekkelige ressurser og kunnskap for å ivareta personvern, pasientrettigheter og informasjonssikkerhetskrav.
- Sikre at systemer/tjenester er risikovurdert og godkjent før de tas i bruk
- Bidra til at regionen utvikler og vedlikeholder felles informasjonssikkerhetsstrategi



Offi § 5.

STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
41/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	03.05.2017
Saksansvarlig:	Tor-Arne Hanssen	Saksbehandler: Viggo Søderblom

Nye UNN Narvik - etablering av tunnell til nytt sykehusbygg

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 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 vedta oppstart av konkurranse for prosjektering og bygging av infrastruktur til Nytt UNN Narvik sykehus på Furumoen.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i sak 79/2009 at nye UNN Narvik skal lokaliseres til Furumoen i Narvik kommune, gårdsnummer 38, bruksnummer 1. Dette vedtaket er bekreftet i styresak 19-2010 i Helse Nord RHF. Vedtaket ble fattet etter tilråding basert på en utredning av Sintef Helse, samt en enstemmig anbefaling fra kommunestyret i Narvik. Det er inngått avtale om overtakelse av tomt i henhold til styresak 35/2015. Avtalen ble inngått 18.10.2016.

Konseptfasen for Nye UNN Narvik ble godkjent i styret i Helse Nord i sak 35-2011. Kostnadsrammen for prosjektet ble satt til 1690 mill kr (P85) med styringsmål 1520 mill kr (P50) målt i verdi i 2010.

Planlagt byggestart for nytt sykehus i Narvik er i 2019, slik det fremgår av Helse Nord RHF's styresak 78/2014 *Plan 2015-2018 – inkl.rullering av investeringsplan 2015-2022*.

Forventet ferdigstilling i fjerde kvartal 2022 er i tråd med antatt levetid på de tiltak som er gjort for å sikre midlertidig drift av nåværende sykehusbygg i Narvik.

Helse Nord RHF har i styresak 72-2016(rullering av investeringsplan 2017-2024) satt deler av investeringsrammen frem i tid for å kunne gjennomføre resterende tidligfaseplanlegging og investering i infrastruktur i forbindelse med etablering av nytt sykehus.

Verken vedtaket om lokalisering eller påfølgende vedtak om utbyggingsalternativ tar stilling til hvordan infrastrukturen til utbyggingsområdet skal finansieres. Det foreligger nå et grunnlag for avtale mellom UNN og Narvik kommune vedrørende deling av kostnader og ansvar knyttet til dette infrastrukturprosjektet.

Formål

Formålet med denne saken er å redegjøre for forventet kostnad for vei og tunnel til tomten for nytt sykehus i Narvik, forankre fremforhandlet avtale med Narvik kommune i styret, og gi administrerende direktør fullmakt til å utlyse konkurranse om bygging av infrastruktur samt slutføre avtalen om kostnadsdeling og fremtidig ansvarsdeling med Narvik kommune. Likelydende sak legges frem for kommunestyret i Narvik for tilsvarende vedtak.

Saksutredning

Narvik kommunes rapport «Nytt sykehus i Narvik – Lokaliseringsanalyse» fra september 2009 med tilleggs-rapporter fra Sintef påpeker at bygging av nytt sykehus og helsehus på Furumoen, i tillegg til eksisterende sykehjem, næring og boliger, utgjør en så stor endring i trafikkbelastningen på lokalveinettet at en ny vei- og tunnelløsning må etableres.

Veg- og tunnelløsning fra E6 til Nye UNN Narvik på Furumoen har derfor vært vurdert som en forutsetning for gjennomføring av sykehusprosjektet som er berammet ferdig i 2022.

Det har ikke vært etablert avtaler mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)/ Helse Nord RHF og Narvik kommune om hvordan infrastrukturen til området skal finansieres og driftes. Det har imidlertid vært lagt føringer for dette både i konseptrapport fra 2010 og i senere møter mellom Narvik kommune, UNN og Helse Nord RHF. Forhandlinger om en konkret avtale har pågått siden februar 2015 og har i slutfasen vært ført mellom administrerende direktør ved UNN og rådmannen i Narvik kommune. Det foreligger nå et avtalegrunnlag som beskrives i punktene *Fordeling av ansvar og kostnader* og *Avtalens form og betingelser* som inngår i avsnittet *saksutredning*.

Kostnadsutvikling

Den generelle kostnadsutviklingen for bygg og anlegg har ifølge SSB vært på 23,9% i perioden 2010 til januar 2017. Dette innebærer at prisstigningen på P50 er 364 mill kr i perioden og at justert styringsmål er 1884 mill kr i januar 2017. Justert kostnadsramme vil være 2094 mill kr.

Valg av Furumoen som tomtealternativ for nye UNN Narvik utløser et behov for forbedring av infrastrukturen til området. Tomteutredningen fra 2009 er basert på forutsetningen om at det etableres en veitunnel fra E6 til Furumoen.

I forbindelse med Statens vegvesens bygging av ny bru over Rombaksfjorden (Hålogalandsbrua) er traséen for E6 lagt noe om ved tilknytningspunktet for vegtunnelen til Furumoen. For å oppnå en smidig og ressurseffektiv framdrift både for E6- og vegtunnelprosjektet har Statens vegvesen

bygget en rundkjøring og utført både vegtekniske og VA-tekniske forberedelser for veggunnelen til Furumoen.

Samlede kostnader for veg og tunnel til Furumoen er i konseptrapporten fra Sintef Helse 20.10.2010 stipulert til omlag 64 mill kr. Norconsult utarbeidet i juli 2016 en revidert kostnadsvurdering for veg og tunnel til Furumoen. Endrede krav til lokalveitunneler, generell kostnadsutvikling i anleggsbransjen og indeksregulering viser at prosjektet i 2016 vil ha en estimert kostnad på 110 mill kr. uten hensyn til sikkerhet. Det er ikke gjennomført egen usikkerhetsanalyse for infrastrukturprosjektet, men ut fra kjente forhold omkring fjell og geologi antas denne å ligge på 10%. Total ramme for infrastruktur beregnes dermed til 121 mill kr, nær 90% over beregnet kostnad i 2010.

Fordeling av ansvar og kostnader

Verken tomteutredning, konseptrapport eller vedtak inneholder klare føringer for hvordan infrastrukturkostnadene skal deles mellom UNN og Narvik kommune, men problemstillingen var tema under et møte mellom Helse Nord RHF, UNN og Narvik kommune i desember 2013. Møtet konkluderte blant annet med følgende:

- UNN er byggherre og må ta ansvaret for planprosessen inklusive utarbeiding av reguleringsplan. Kommunen er planmyndighet og må behandle planforslaget.
- Kommunen skal bidra til finansiering av veien. Det skal forhandles videre mellom UNN/Helse Nord RHF og kommunen om fordeling av investeringskostnaden på et senere tidspunkt.
- Kommunen overtar veien når den er ferdigstilt og tar dermed ansvaret for drift og vedlikehold.

Etter omfattende drøftinger har UNN v/administrerende direktør og Narvik kommune v/rådmannen kommet fram til følgende avtaleforslag vedrørende kostnads- og ansvarsfordeling for gjennomføring av prosjektet *UNN Narvik, veg- og tunnelloøsning* som innebærer at Narvik kommune bidrar til realisering av ny veggunnel til Furumoen med:

- En fast sum av 13 mill kr.
- Kommunen overtar drifts- og vedlikeholdsansvaret for tunnelen forutsatt at den bygges etter de standarder som skal ligge til grunn for bygging av slik tunnel i Narvik kommune.
- Kommunen er villig til å inngå en justeringsavtale som medfører refundering av mva for prosjektet. Dette kan utgjøre omlag 20-25 mill kr, avhengig av sluttsum.
- Kommunen er villig til å avstå fra sitt vedtatte prinsipp om administrasjonsgebyr for gjennomføring etter prinsippet om *justeringsavtale* begrunnet med særskilt samfunnsnytte. Verdien på dette er estimert til 3,6 mill kr.

Avtalens form og betingelser

Ved at Narvik kommune og UNN inngår en justeringsavtale vil UNN som byggherre få refundert mva kostnad over en periode på 10 år etter at Narvik kommune har overtatt anlegget. For å ha best mulig kontroll med kostnadsutviklingen i prosjektet, ivaretas byggherreansvaret av UNN.

Oppsummert er hovedprinsippet for justeringsavtaler slik:

- Utbygger er byggherre
- Utbygger betaler mva i byggefasen

- Utbyggers inngår en forpliktende avtale med kommunen som regulerer justeringsrett for kommunen og utbetaling av justeringsmoms til utbygger.

Oppstart infrastrukturprosjekt

For fremdrift av byggeprosjektet vil det være hensiktsmessig at infrastruktur står ferdig til oppstart grunnarbeider for sykehuset. Dette er planlagt til 2019 med ferdigstillelse i 2022. Vei og tunnel er forventet å ha gjennomføringstid på om lag 12 måneder. Før dette må det gjennomføres konkurranse basert på offentlig anskaffelse.

Konkurransen baseres på totalansvar for prosjektering og gjennomføring og ønskes utlyst tidlig høst 2017 for å ha tilstrekkelig tid til gjennomføring. Fordi byggherren UNN er lite kjent med markedsmekanismer for denne bransjen ønskes også å ta forbehold i konkurransen for styregodkjenning av konkurranseresultat og finansiering.

Medvirkning

Valg av løsning og praktiske konsekvenser for prosjektet Nye UNN Narvik anses å være tilfredsstillende drøftet i konseptrapport og styresak 79/2009. Denne styresaken omhandler de avtalemessige forholdene mellom UNN og Narvik kommune og oppstart av konkurranse. Forhold omkring avtale med Narvik kommune var forelagt brukerutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting 29.11.2016 samt innspillsrunde med Arbeidsmiljøutvalget 30. s.m. Begge møtene ga sin fulle tilslutning til at saken fremmes til styrets behandling 14.12.2016. Protokoller fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet. Siden er saken omarbeidet å omhandle oppstart av konkurranse og drøftes derfor påny.

Vurdering

Med bakgrunn i de gjennomførte forhandlinger og korrespondanse mellom UNN og Narvik kommune, vurderinger av interne regnskapsmessige forhold utført av UNN v/revisor og økonomiavdeling er det sannsynliggjort at dette er en anerkjent, lovlig og trygg gjennomføringsmodell for å frita offentlig infrastruktur fra mva-kostnader.

Valg av *justeringsavtale* fremfor den alternative metoden *anleggsbidragsmodell* gir UNN som utbygger bedre styring med prosjektets tekniske og økonomiske utvikling ettersom anleggsbidragsmodellen krever at kommunen er reell utbygger og har alt ansvar for gjennomføring av prosjektet.

UNN erkjenner at den økonomiske rammen for Nye Narvik sykehus inkluderer infrastruktur og kunne derfor ønske seg større kontantbidrag fra Narvik kommune. Dette ville gitt større restramme til gjennomføring av sykehusprosjektet, men registrerer at dette ikke var mulig innenfor kommunens økonomiske langtidsplan.

UNN ønsker å utlyse konkurranse på gjennomføring av infrastruktur del av prosjektet høsten 2017 for å sikre nødvendig tid til at behandling og gjennomføring kan ferdigstilles slik at hovedprosjektet Nytt UNN Narvik ikke forsinkes.

Konklusjon

Forhandlingene mellom UNN ved administrerende direktør og Narvik kommune ved rådmannen, har vært basert på et gjensidig ønske om å få prosjektet gjennomført til lavest mulige kostnader. Det grunnlaget som nå foreligger for avtale om kostnads- og ansvarsdeling gir UNN god kontroll med utviklingen av den omtalte infrastrukturen gjennom at byggherre-ansvaret beholdes.

Narvik kommune har på sin side gjennom forhandlingene vist velvillighet både i forhold til bidragsbeløp og ordninger som tilfører prosjektet verdier. En avtale basert på de ovenfor beskrevne kriterier anses å gi UNN et tilfredsstillende utgangspunkt for gjennomføring. Oppstart av konkurranse for gjennomføring av vei og tunnel høsten 2017 gir prosjektet trygghet mot forsinkelse og mulighet til å styrebehandle innstilling og økonomisk tilbud i konkurransen.

Tromsø, 21.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Notat kostnadsberegning tunnell Narvik sykehus – Unnt.off.
2. Avtale mellom UNN HF og Narvik kommune – Unnt.off.
3. Nye UNN Narvik. Framdrift 2017-2019



Nye UNN Narvik. Skissert framdrift 2017-2019

	2017				2018				2019				
	1.kv.	2.kv.	3.kv.	4.kv.	1.kv.	2.kv.	3.kv.	4.kv.	1.kv.	2.kv.	3.kv.	4.kv.	
Reguleringsplan m.konsekvensutr.													
<i>Tekniske avklaringer geologi</i>													
<i>Tekniske avklaringer rasfare</i>													
<i>Trafikkplan Furumoen</i>													
<i>Konsekvensutredning</i>													
Kvalitetssikring av konseptfase (KSK)													
<i>Strategisk utviklingsplan med Framskrivning</i>													
<i>Evaluering og oppdatering av konseptfasen</i>													
<i>KSK i henhold til tidligfaseveilederen</i>													
Forprosjekt													
Tunnel													
<i>Prosjektering og kontrahering</i>													
<i>Gjennomføring</i>													
Tomteforberedende arbeider													
<i>Inngjerding, drenering etc.</i>													
<i>Landskapstiltak, vegetasjon ol</i>													
Organisasjonsutvikling og medvirkning												 2022
Klinikkvis og tverrfaglig OU												 2022
Medvirkerprosesser												 2022
Hovedprosjekt detaljering												 2022
Kontrahering, rådgivere.													
Prosjektering (i hht valgt kontraktsform)													
Utførelsesfase													...3.kv.2022
Konkurranser og Kontraheringer, byggefase													
Byggeperiode													...3.kv.2022
Prøvedrift fra3.kvartal 2022													
Åpning 01.01.2023													

Hovedaktivitet
 Justeringer



Offi § 5.

STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
42/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	03.05.2017
Saksansvarlig:	Einar Bugge	Saksbehandler: Einar Bugge

Elektronisk medikasjon og kurve

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.

Sammendrag

Planleggingsfasen for systemstøtte for Elektronisk Medikasjon og Kurve (fase 2) ble lagt inn i programmet for Felles Innføring av Kliniske System. Styringsgruppen har gitt sin tilslutning til videreføring til fase 3, og anbefalte at saken forankres i styrene i de lokale helseforetakene før endelig behandling styret i Helse Nord RHF 23. mai 2017. Likelydende sak fremmes derfor til styrene i helseforetakene (HF) for behandling før RHF-styrets møte.

Bakgrunn

Administrerende direktør i Helse Nord RHF opprettet i 2010 et forprosjekt for å utrede behovet for elektronisk medikasjon- og kurveløsning (EK) i Helse Nord. Kartleggingen pekte på at EK er nødvendig for å møte nasjonale kvalitetskrav med hensyn til behandlingsdokumentasjon, legemiddelhåndtering og tryggere pasientforløp. Videre var konklusjonen at det er et stort behov for å samle informasjon om observasjoner, fysiologiske parametre, medikasjon, tiltak og effekter/bivirkninger i et elektronisk system hvor pasientdata kan være tilgjengelig for flere behandlere samtidig.

Administrerende direktør besluttet i januar 2012 å starte anskaffelse av IKT-støtte for EK for alle fagområder i sykehusene.

Resultat av anskaffelsen er behandlet i RHF-styresak 125-2014, med følgende vedtak:

1. *Styret i Helse Nord RHF godkjenner oppstart av forprosjekt Elektronisk Kurve og Medikasjon innenfor en ramme på 26 mill kroner.*
2. *Styret ber adm. direktør legge frem rapport fra forprosjekt med anbefaling om videre fremdrift, når aktivitetene i fase 2 er gjennomført.*
3. *Styret ber adm. direktør legge frem plan for gevinstrealisering som en del av beslutningsunderlaget for gjennomføringen av hovedprosjektet (fase 3).*

Planlegging og forprosjektering av prosjektet ble lagt til program for Felles innføring av kliniske system (FIKS). I forbindelse med rullering av langsiktig plan 2017-2020 (15.06.2016), godkjente RHF-styret en helhetlig ramme for planlegging og forprosjekt på 42,6 mill. av en beregnet totalramme på 181 mill. med et innføringsløp fram til 2020.

Styringsgruppen for FIKS har i tre saker (SG FIKS Sak 5,12 og 18 – 16) forskuttert bruk av ytterligere 12,1 mill i forprosjektfasen for blant annet å ta inn deler av fase 3 aktivitetene, og samtidig forlenget forprosjektfasen fra årsskiftet og fram til juni 2017 når en ferdig løsning skal testes og verifiseres. En vesentlig del av kostnadsøkningen for forprosjektet er knyttet til forlenget frikjøp av interne kliniske ressurser i Helse Nord.

Status i prosjektet

Ferdig, konfigurert kurveløsning med integrasjoner skal ferdigstilles i juni 2017. Forutsatt vellykket verifikasjonstest i juni, anbefaler prosjektgruppen og styringsgruppen start av fase 3; innføring av EK – implementering per HF.

Prosjektet har i løpet av høsten 2016 revidert gevinstrealiseringsplanen, laget mandat for implementeringsprosjektet og utarbeidet et detaljert budsjett for fase 3- implementering. Innføringsperioden er totalt beregnet til 4,5 år, fra august 2017 til desember 2021. Oppstart av fase 3 forutsetter en verifisert løsning i juni 2017.

Forankring i foretaksgruppen

Prosjektplan, utkast til mandat og oppdatert gevinstrealiseringsplan ble behandlet i styringsgruppen i FIKS 25. mars 2017, med følgende vedtak:

1. *SG FIKS tar revidert gevinstrealiseringsplan til orientering.*
2. *SG FIKS gir sin tilslutning til mandat, prosjektplan, organisering og budsjett/økonomi, og godkjenner oppstart av forberedelser og rekruttering av interne ressurser til prosjektet.*
3. *SG anbefaler at oppstart av fase 3 forankres i helseforetakenes styrer i april 2017, og legges frem for endelig beslutning i styret i Helse Nord RHF i mai 2017.*

Gevinstrealiseringsplan

Kliniker-gruppen har revidert gevinstrealiseringsplanen og kost-nytte etter gjennomgang av EK-løsningen i Helse Sør-Øst fra samme leverandør. Totale kostnader inkludert kjente, negative effekter, er beregnet til 1 953 mill. kr. Total nytte er beregnet til 4.060 mill. kr. Dette gir en netto nytteverdi beregnet til 2.107 mill. kr. (2017-tall), og en netto nåverdi på 1.207 mill. kr., forutsatt teknisk levetid ut 2036. Investeringen har positiv nåverdi f.o.m. år 2025.

Se vedlegg 1 for detaljer.

Plan for neste fase med prosjektorganisering

Etter gjennomføring av planfasen, er vurderingen at innføringsfasen må økes fra 16 mnd slik opprinnelig antatt, til 4,5 år (2017-2021). Årsaken til dette er kompleksiteten i alle endringer som skal finne sted.

Innføringen vil skje stegvis, og i delleveranser ved hvert HF. Planen forutsetter avslutning av forprosjektet i juni 2017, og start innføring (fase 3) i august 2017.

Det forutsettes at hvert helseforetak har en lokal implementeringsorganisasjon, samtidig som et regionalt prosjekt styrer videreutviklingen av den regionale løsningen, samt oppstart og gjennomføring av lokale aktiviteter. I tillegg må et eget delprosjekt etablere drift, overvåkning og 1. og 2. linje brukerstøtte innen første idriftsettelse 1. halvår 2018.

Planen starter med AIO (anestesi, intensiv og operasjon) ved UNN HF, der oppstart Harstad og Narvik er planlagt våren 2018, og Tromsø høsten 2018.

Implementeringen på akuttmottak, somatiske og psykiatriske sengeposter m.m. er lagt til perioden Q4-2018 til Q1-2021. NLSH HF starter i Q2-2018 for AIO, med implementering fram til Q2-2020. Det betyr at NLSH er første HF i regionen med komplett EK-løsning.

FSYK og HSYK starter implementeringen senere, med implementering AIO i 2019 og akuttmottak/ sengeposter m.m. i 2020-2021.

Se vedlegg 2 for mer informasjon.

Investeringskostnader

I styresak 125-2014 vedtok RHF-styret at prosjektet skulle startes innenfor en total ramme på 181,4 mill. kr.

Etter gjennomført forprosjekt, er konklusjonen at budsjettet må økes til 283,8 mill. kr. De to viktigste årsakene til dette er:

1. Innføringsperioden er økt fra 16 mnd til 4,5 år; merkostnaden er om lag 100 millioner fordelt på både interne ressurser og leverandørens prosjektkostnader. Den største økningen knytter seg til forlengelse av frikjøp av interne ressurser i det regionale prosjektet.
2. Den brede klinikerinvolveringen i forprosjektfasen har medført større endringer av Helse Sør-Øst sin løsning enn tidligere forutsatt. Merkostnaden for konfigurering av en mer

brukervennlig løsning ligger i forlengelsen av forprosjektet fra årsskiftet og fram til juni (omlag 12,1 mill. kr.).

Det forutsettes at ressurser fra HFene til det regionale prosjektet kompenseres på timebasis etter avtalt timesats, etter samme modell som ved Felles Innføring av Kliniske System.

I løpet av fase 2 er det i tillegg avdekket indirekte følgekostnader på ca 159 mill. kr.:

- Utstyr og lokal infrastruktur: 48,0 mill. kr.
- Trådløst nettverk : 40,8 mill. kr.
- Lokale mottaksprosjekt : 70,3 mill. kr. (eksklusive superbrukere):

Styret i Helse Nord RHF godkjente indirekte følgekostnader knyttet til EK-prosjektet på 88,8 mill. kr. i sak 72-2016 *Langsiktig plan 2017-2020 inkl. rullering av investeringsplan 2017-2024*.

Kostnadene til lokale mottaksprosjekt er ikke tidligere medtatt i langsiktig plan. Disse utgjør for helseforetakene:

- UNN HF: 24,3 mill. kr.
 - NLSH HF: 20,6 mill. kr.
 - HSYK HF: 12,7 mill. kr.
 - FIN HF: 12,7 mill. kr.
- Til sammen: 70,3 mill. kr.

I tillegg kommer kostnader til opplæring av superbrukere. Det forutsettes at helseforetakene dekker egne ressurser i mottaksprosjektene. Adm. direktør i Helse Nord RHF vil vurdere hvordan dette kan tas hensyn til ved rullering av langsiktig plan 2018-2021.

Det vises til vedlegg 3 for nærmere informasjon.

Mandat for fase 3 – Gjennomføringsfasen

Styringsgruppen gav i møte 25. mars 2017 sin tilslutning til mandat for fase 3 (se vedlegg 4). Forutsatt vedtak om gjennomføring av fase 3, vil det utarbeides egne mandater for hvert mottaksprosjekt ved helseforetakene, samt for delprosjektet ”*Etablering av EK som tjeneste for Helse Nord*”.

Mandatet inneholder overordnet risikovurdering for fase 3. Ingen annen region eller kunde med Metavision har gjennomført tilsvarende, regional innføring før. Samlet risiko er relativt høy. Mange parallelle aktiviteter skal skje samtidig, og avhenger av leveranseevne både fra leverandør og Helse Nord IKT. I tillegg skal både regionalt og de lokale prosjektene levere for at løsningen skal kunne gå i drift på forsvarlig måte.

God planlegging, ansvarsfordeling og sterk leverandør-styring er viktigste risikoreducerende tiltak.

Styringsgruppen har gitt sin tilslutning til den planlagte gjennomføringen, og anbefaler at fase 3 startes i august 2017, forutsatt vellykket verifikasjonstest i juni 2017. Prosjektet er et av flere tiltak for gjennomføring av regionens kvalitetsstrategi for 2016-2020.

Sammenheng med langsiktig plan

Innføring av elektronisk kurve og medikasjon er bl.a. behandlet i:

Styresak 125-2014: System for Elektronisk Kurve og Medikasjon – ramme 181,4 mill. kr.

Styresak 72-2016: Langsiktig plan – indirekte kostnader – ramme 88,8 mill. kr.

Dette betyr at gjennomføring av fase 3 forutsetter at styret i Helse Nord øker investeringsrammen med 102,4¹ mill.kr, og at helseforetakene i tillegg allokterer til sammen 70,3 millioner til innføringsprosjektene i perioden 2018-2021.

Medbestemmelse

Elektronisk Medikasjon og kurve – fase 3 blir drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 9. mai 2017.

Brukermedvirkning

Elektronisk Medikasjon og kurve – fase 3 blir behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 11. mai 2017.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med det grundige arbeidet som er gjort i planleggingsfasen. Prosjektgruppen har satt seg inn i funksjonalitet som er levert til andre kunder, og har sammen med leverandøren kommet frem til forbedringer som gjør systemet vesentlig mer brukervennlig enn erfaringen er andre steder. Anbefaling om utvidelse av prosjektperioden til 4,5 år må ansees som et risikoreducerende tiltak.

Det er brukt mye tid på kartlegging og forankring av nytteverdi, og det ligger godt til rette for å opprette gevinstavtaler med helseforetakene før oppstart av fase 3.

Adm. direktør mener at innføring av systemstøtte for kurve og medikasjon (EK) er et av de viktigste enkelttiltak for å redusere risiko for medikamentrelaterte uønskede hendelser. Systemstøtten vil øke den samlede informasjonsmengden rundt hver pasient, og øke helsepersonellens oversikt vesentlig sammenliknet med i dag. Kartleggingen fra 2010 er i høyeste grad relevant for å møte fremtidens behov.

Prosjektet planlegges gjennomført samtidig med innføring av neste generasjons elektroniske pasientjournal (DIPS Arena). Prosjektene legges inn i et samlet program, for å sikre god integrasjon mellom disse systemene.

¹ 283,8 – 181,4 = 102,4 mill. kr.

Erfaringene fra Felles Innføring av Kliniske System blir videreført inn i det nye programmet, og en kjerne på 6-8 medarbeidere følger med over i det nye programmet.

Tromsø, 21.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Gevinstrealiseringsplan – Elektronisk Medikasjon og Kurve
2. Gjennomføringsplan fase 3 – Elektronisk Medikasjon og Kurve
3. Investeringskostnader – Elektronisk Medikasjon og Kurve – **U-off. jfr. off.l. § 23, 1. ledd**
4. Mandat for gjennomføringsfasen – Elektronisk Medikasjon og Kurve

Gevinstrealiseringsplan



INNFØRING AV FELLES, REGIONAL ELEKTRONISK MEDIKASJONS- OG KURVELØSNING (EK)

REVIDERT 14. MARS 2017 (FASE 2)

Denne fylles ut ved behandling.

Prosjektnummer 882	Journalnummer	
Behandlet dato: 24.3 2017	Behandlet av / Prosjekteier: Styringsgruppen EK/ Styringsgruppen FIKS	Utarbeidet av EK-prosjektet ved Bjørn Børresen
Beslutning: <Godkjent/ikke godkjent/ øvrige vurderinger må gjøres >		
Signatur (prosjekteier)		

OPPSUMMERING

Formålet med gevinstrealiseringsplanen er å gi linjeorganisasjonen/ HFene et best mulig utgangspunkt for å realisere gevinstene med innføring av felles, elektronisk medikasjons- og kurveløsning. Den skal tydeliggjøre målene, og bidra til en god forventningsstyring.

Følgende kliniker-gruppe utarbeidet første versjon (per 17.2.2016):

- Hanne Kvarenes, overlege, NLSH HF
- Aud Aspvik, fagutv.spl, UNN HF
- Gerd-Mona Nilsen, enhetsleder/ sykepleier, HSYK HF
- Nina Brox, avd.leder/ farmasøyt, Sykehusapoteket Nord HF
- Elisabeth T. Johansen, farmasøyt, Sykehusapotek Nord HF
- Lars Marius Ytrebø, overlege, UNN HF
- Else Aune, rådgiver/spl, Helse Nord IKT

Samme kliniker-gruppe, med unntak av Johansen og Ytrebø, deltok i revisjonen per 16.2. 2017. Utarbeidelsen ble ledet av prosjektleder Bjørn Børresen, med støtte fra Steve Lillehaug ved FIKS.

Gruppen har gruppert effektmålene i følgende gevinstområder:

- 1) Bedre og sikrere legemiddelhåndtering**
- 2) Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet**
- 3) Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten**
- 4) Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling**

Kliniker-gruppen har identifisert gevinster/ nytte-effekter med bakgrunn i eksisterende dokumentasjon og referansebesøk til Helse Sør-Øst og Helse Vest (per februar 2016). Det ble foretatt en revisjon etter ferdigstilt gjennomgang av HSØ-løsningen i forprosjektet (per februar 2017). Både kvalitative og kvantitative gevinster er beskrevet i en gevinstoversikt. Det er lagt vekt på å beskrive konkrete gevinster, som anses realistiske å oppnå med innføringen av den elektroniske medikasjons- og kurveløsningen. Forutsetninger som vi vet må på plass for å oppnå en gevinst eller nytte-effekt, og forslag til måling av oppnådd gevinst, er en del av gevinstoversikten, men presenteres ikke i selve gevinstrealiseringsplanen (dette dokumentet).

Identifiserte gevinster er grunnlaget for en kost-nytte-beregning. I gevinstoversikten er det angitt hvorvidt en gevinst er kvalitativ eller kvantitativ. For de gevinstene som både er kvantitativ, har en økonomisk verdi, og er mulig å måle, er det beregnet en økonomisk gevinst. Dette er identifisert økonomisk nytte.

Det er også beregnet en økonomisk verdi av kjente, negative effekter for effektiviteten/ tidsbruken til helsearbeidere. Dette er gjort for å framstille et balansert bilde av effekter, og som er viktig for ikke å skape urealistisk høye forventninger (dvs. en forventning om at elektronisk kurve ikke har negative virkninger, som økt tidsbruk ved ordninger og registrering av informasjon). Dette er viktig for en korrekt forventningsstyring. Dette inngår i total kostnad.

Det er lagt til grunn en trinnvis innføring fram til 2022, og en 15 års driftsperiode fra 2021 fram til og med 2036. Det er generelt høy usikkerhet knyttet til beregningene. Totale kostnader er MNOK 1 953, og total nytte i denne perioden er beregnet til MNOK 4 060. Det gir en kost-nytte på MNOK 2 107 (2017-tall).

En nåverdi-beregning, med 4 % diskonteringsrente, viser at en ferdig implementert regional kurveløsning har en nåverdi på MNOK 1 207 mill.kr (per 2017). Da er det lagt til grunn at løsningen er i drift ut 2036. Gitt forutsetningene lagt til grunn for nåverdi-beregningen, vil nåverdien være positiv fra rundt 2024.

Innholdsfortegnelse

Dokumentinformasjon	4
Dokumentdistribusjon.....	4
Revisjonshistorikk.....	4
Kontakter.....	4
Ordliste/definisjoner i rapporten	4
1. Bakgrunn.....	5
1.1. Formål og mål for prosjektet.....	5
1.2. Formålet med gevinstrealiseringsplan (dette dokument).....	7
1.3. Metode og framgangsmåte.....	8
2. Prosjektets interessenter	10
3. Gevinstoversikt	11
3.1. Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	11
3.2. Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	13
3.3. Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	14
3.4. Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	15
3.5. Andre gevinster/ effekter	19
4. Nytte-effekter (kvantitative)	20
4.1. Tidsbesparelser.....	21
4.2. Økt kapasitet	21
4.3. Redusert pasientskadeerstatning	21
4.4. Bedre DRG-utbytte	22
4.5. Reduserte legemiddelkostnader	22
5. Kost-nytte.....	23
5.1. Totale kostnader – Total nytte (2015-2036)	23
5.2. Akkumulert nåverdi i 2016	25
6. Gevinstrealiseringsplan.....	26

DOKUMENTINFORMASJON

Dokumentdistribusjon

Navn	Organisasjon/foretak/avdeling
Prosjekteier	HN RHF
Styringsgruppen	Styringsgruppen for FIKS
Prosjektplassen (felles for prosjektet)	https://service.projectplace.com/pp/pp.cgi/r1148043030

Revisjonshistorikk

Versjon	Av	Dato	Beskrivelse
0.1	Bjørn Børresen	21.12.15	Første versjon oversendt Bengt Nilsfors.
0.2	Bjørn Børresen	13.01.16	Første versjon oversendt til SG for EK, til behandling 20. jan 2016 (fase 1). SG for EK gav sin tilslutning med kommentarer i møtet 20. jan.
0.3	Bjørn Børresen	22.01.16	Oversendt Klinisk IKT Fagråd (Faglig styringsgruppe). Rettelser foretatt. Klinisk IKT Fagråd tok planen til orientering 25. jan. 2016
0.9	Bjørn Børresen	01.02.16	Kvalitetssikring, mindre rettelser foretatt. Oversendt SG FIKS.
1.0	Bjørn Børresen	17.02.16	Godkjent av SG FIKS
2.0	Bjørn Børresen	17.02.17	Revidert versjon ferdigstilt fra prosjektet.

Kontakter

Rolle	Navn, foretak	E-post	Telefon/mobil
Prosjektleder	Bjørn Børresen	bjorn.borresen@fiks.helsenord.no	+47 97153080

Ordliste/definisjoner i rapporten

Ord / definisjon	Beskrivelse
Gevinst	En nytte-effekt som blir sett på som positiv av minst én interessent, f.eks brukere eller pasienter. Dvs. en forandring hos brukerne eller samfunnet som har oppstått som følge av virksomhetens tiltak, f.eks innføring av elektronisk kurve. En gevinst kan både være en fordel og en ulempe, og begge deler bør tas med.
Gevinstoversikt	Oversikt over sentrale, potensielle gevinster av et prosjekt, med sentrale forutsetninger for at disse skal realiseres. Det bør også være forslag til hvordan en gevinst kan måles/ identifiseres (indikatorer/ måleparametere på oppnådd gevinst), og hvem som er ansvarlig for å måle/ følge opp.
Gevinstansvarlig	Identifiserte gevinster av prosjektet bør være tilordnet en bestemt gevinstansvarlig i linjeorganisasjonen. Den gevinstansvarlige skal være en pådriver for gevinstrealiseringen, og bør være noen som får en fordel av prosjektet. Ved HFene vil det typisk være klinikk-/ avdelingsledelse.

1. BAKGRUNN

I 2010 opprettet Adm.dir ved Helse Nord RHF et forprosjekt som skulle utrede behovet for medikasjons- og kurveløsninger (EK) i Helse Nord. Kartleggingen/ studien i dette prosjektet påpekte at:

- EK er nødvendig for å møte nasjonale kvalitetskrav mht:
 - Behandlingsdokumentasjon
 - Legemiddelhåndtering
 - Forbedre behandlingsforløpet for den enkelte pasient
- Det er stort behov for å samle informasjon om:
 - Observasjoner
 - Fysiologiske parameter
 - Medikasjon
 - Tiltak
 - Effekter/bivirkninger
- Implementering av EK i hele pasientforløpet må ha fokus på hele på behandlingsskjeden, ikke enkeltavdelinger

Adm. dir. besluttet januar 2012 i samråd med helseforetaksdirektørene, å igangsette en anskaffelsesprosess av IKT-støtte for kurve og medikasjon for alle fagområder.

Selve anskaffelsesprosessen ble gjennomført i perioden 2012-2014 med sterk kliniker-involvering fra HFene. EVERY ASA leverte samlet sett det økonomisk mest fordelaktige tilbudet¹ med produktet MetaVision fra IMDSOFT (underleverandør). Kontrakt ble underskrevet 16. desember 2014.

MetaVision er en gjennomgående kurve som kan støtte ulike fagområders behov. Dette er samme løsning som er valgt i Helse Sør-Øst for gjennomgående medikasjons- og kurveløsning (Sykehuset Østfold HF og OUS HF). Tilbudet til EVERY representerte den laveste risikoen totalt sett sammenlignet med de øvrige tilbudene ved en innføring av EK i regionen.

1.1. Formål og mål for prosjektet

HN skal innføre en felles EK-løsning for å bedre pasientsikkerheten, og sikre helsearbeideres medisinskfaglige beslutningsstøtte og oversikt over relevant pasient-/behandlingsdokumentasjon. EK skal optimalisere behandlingskvalitet, samt sikre høy kvalitet på data relatert til virksomhetsdokumentasjon, undervisning, forskning, utvikling og rapportering.

HN har som overordnet mål å innføre MetaVision som elektronisk medikasjons- og kurveløsning for prehospitaltjenester (opsjon), akuttmottak, intensiv, nyfødttintensiv, operasjon, anestesi, sengepost, dagbehandling og poliklinikk for alle foretakene i helseregionen. Målet er å kvalitetssikre behandlingen og legemiddelhåndteringen gjennom dokumentasjon av data som følger pasienten gjennom hele pasientforløpet og er tilgjengelig for alle behandlere til enhver tid/sted.

EK-prosjektet skal bidra til å realisere Helse Nord's Kvalitetsstrategi - Det gode pasientforløp (2016-2020)², som har pasientens helsetjeneste, pasientsikkerhet, kunnskapsforankring og dokumentasjon og analyse av klinisk praksis som satsningsområder.

EK-prosjektet har effektmål innenfor fire gevinstområder.

1. Bedre og sikrere legemiddelhåndtering:

¹ "Økonomisk mest fordelaktige" betyr det tilbudet som har best forhold mellom kost og nytte/ kvalitet.

² [http://www.helse-](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/RAPPORTER%20OG%20H%C3%98RINGER/Kvalitetsstrategi%20Helse%20Nord%202016-2020.pdf)

- Økt pasientsikkerhet med løsning som gir forsvarlig, standardisert og kvalitetssikret legemiddelhåndtering
- Tilgang til pasientens legemiddelliste i hele pasientforløpet
- Mer forsvarlig rekvirering, oppbevaring, ordinerer, istandgjøring og administrering av legemidler
- Bedre oversikt over interaksjoner, dosering, bivirkninger, utblanding, administrasjonsmåter, etc.
- Korrekt og forståelig informasjon om legemidler til pasienten som kan hentes fra relevante kilder (e.g. Helsebiblioteket, FEST, Norsk legemiddelhåndbok)
- Sikker dobbeltkontroll og tilknytning direkte til legemiddelet, pasientens kurve, pasienten selv og helsearbeideren som administrerer legemidlet
- Entydig informasjon, og bedre dokumentasjon av administrering og evt. avvik

2. Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet:

- Økt kvalitet i behandlingen av pasienter i helhetlige pasientforløp og de arbeidsprosessene som løsningen understøtter
- Løsning med god beslutningsstøtte i pasientbehandlingen som er knyttet opp mot nasjonale veiledere for pasientbehandling og prosedyrer
- Økt oversikt og tilgjengelighet til relevant pasient- og behandlingsdokumentasjon
- Standardiserte og integrerte løsninger som støtter virksomhetens behov for arbeids- og informasjonsflyt i helhetlige pasientforløp
- Automatisert datafangst og bedre kvalitet i registrering av data fra medisinteknisk utstyr (MTU)

3. Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten

- Legge til rette for felles faglig utvikling og standardisering i regionen som følger nasjonale og internasjonale standarder
- Understøtte kunnskapsbasert praksis og klinisk fagrevisjon
- Strukturere data til organisasjons-, utviklings- og forskningsformål

4. Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling

- Økt kvalitet og effektivitet for helsepersonellet i de arbeidsprosessene som løsningen understøtter
- Felles løsning som bidrar til kostnadseffektivitet for HN

For å oppnå disse effektmålene skal løsningen ha høy stabilitet, skalerbarhet, brukervennlighet, tilgjengelighet og sikkerhet. Løsningen skal også følge Nasjonal IKT sine anbefalinger til arkitektur og elektronisk samhandling ved bruk av tjenester.

Rekvirering, ordinerer, istandgjøring og administrering av legemidler dokumenteres i dag på papir. MetaVision (MV) vil tilby brukerne en gjennomgående elektronisk løsning som sikrer en bedre og sikrere legemiddelhåndtering og er en viktig forutsetning for en lukket legemiddelsløyfe .

Løsningen vil være regionalt konfigurert, fullt integrert med både sykehus-FEST (Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte) og DIPS legemidler i bruk (LiB). Dette vil realisere ønsket om én regional felles medikasjonsdatabase som fleksibelt kan tilpasses pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten. Målet er *strukturert* informasjonsflyt om legemidler:

- Innad i foretaket i hele pasientforløpet
- Mellom de kliniske IKT-systemene DIPS og MV.
- Ut og inn av spesialisthelsetjenesten (bl.a til Reseptformidler)

Overgangen fra papir til EK vil ha følgende spesifikke implikasjoner:

- Sikrer leselig/entydig informasjon og dokumentasjon av legemiddelpraksis fra ordinerer, istandgjøring og administrering av legemidler.

- Integrasjon av Legemidler I Bruk (LIB DIPS Medikasjon) til EK vil redusere manuelle arbeidsoperasjoner/avstemminger/overføringer i pasientforløpene og sikre en effektiv og kvalitetssikret kommunikasjon om legemidler inn og ut av spesialisthelsetjenesten.
- Integrasjon med Statens legemiddelverks FEST-database sikrer en oppdatert og kvalitetssikret legemiddeldatabase. Dette vil redusere behovet for å benytte lokale ressurser til oppdatering av lokale legemiddeldatabaser.
- Felles regional medikasjonsdatabase vil øke kvaliteten og redusere variabiliteten i legemiddeltjenesten ved at man standardiserer ordinasjoner, for eksempel i form av bedre oversikt over interaksjoner, dosering, bivirkninger, utblanding, administrasjonsmåter.
- Sikker dobbeltkontroll og tilknytning direkte til legemiddelet, pasienten og helsearbeideren som administrerer legemidlet
- Standardisering vil redusere bruken av legemidler utenfor LIS (legemiddelinnkjøps samarbeidet) og dermed redusere kostnader.
- EK vil muliggjøre en pasienttilpasset forskrivningspraksis ved at ordineringspakker linkes til definerte pasientforløp. Dette vil understøtte dagens arbeidsflyt og kvalitetssikre at medikasjonelementene følger definerte behandlingsforløp.
- Generisk ordinerer blir standard ordinasjonsform. Ordinasjon på produktform skjer unntaksvis
- Bidra til styring og monitorering av antiinfektiva-bruk som ledd i antibiotikastyringsprogram.

1.2. Formålet med gevinstrealiseringsplan (dette dokument)

Formålet med gevinstrealiseringsplanen er å gi linjeorganisasjonen/ HFene et best mulig utgangspunkt for å realisere gevinstene med innføring av felles, elektronisk medikasjons- og kurveløsning. Den skal tydeliggjøre målene, og bidra til en god forventningsstyring.

Gevinstrealiseringsplanen skal bli en operativ handlingsplan til bruk i oppfølgingen av prosjektet og realisering av ønskede gevinster. En god gevinstrealiseringsplan motvirker ansvarspulverisering og forplikter og motiverer linjeledelse og linjeorganisasjonen i arbeidet med realiseringen av gevinster. Det vil også være et grunnlag for å avgjøre hvilke regionale prosedyrer som bør innføres.

Gevinstrealiseringsplanen kommuniserer de forventede gevinstene av et prosjekt og presenterer realistisk planlegging overfor interessenter i prosjektet.

Ved implementering på en avdeling/klinikk (fase 3), vil prosjektet stille følgende spørsmål til avd./klinikk-ledelsen:

- Hvilke nytte-effekter identifisert i gevinstoversikten er relevant for dere, og hvilke vil dere oppnå? Hvilke mål gir dette for avd/klinikken?
- Hvilke forslag til målinger vil dere ta i bruk for å verifisere at målene er nådd?
- Hvilke tiltak/ endringer ser dere er nødvendig for å oppnå disse målene? Hva krever det av omstilling? Hvilke endringer av lokale prosedyrer må gjøres for å være i tråd med de regionale?
- Hvordan vil dere kommunisere forventede nytte-effekter og mål, og hvordan dere fra ledelsen vil følge opp dette på egen avd/ klinikk?

På denne måten vil gevinstrealiseringsplanen tydeliggjøre målsetningene ute ved klinikkene, og være et verktøy for forventningsstyring.

Videre bidrar planen til å holde fokus på virkninger og gevinstrealisering som ligger langt frem i tid. Prosjektet får et levende arbeidsverktøy som kan justeres underveis ved at planen oppdateres løpende - minimum i forbindelse med overgangen fra én fase til en annen.

Hvorvidt Helse Nord vil gjennomføre før-, underveis-, og etter-evalueringer, for eksempel i form av et elektronisk spørreskjema, er opp til ledelsen å beslutte. Prosjektet kan fremme forslag om dette, basert på mal og opplegg ved Helse Vest, der dette gjennomføres for alle avdelinger som implementerer kurven (KULE-prosjektet i Helse Vest). Dette anbefales å være opp til det enkelte HF.

1.3. Metode og framgangsmåte

En kliniker-gruppe har identifisert gevinster/ nytte-effekter med bakgrunn i eksisterende dokumentasjon og referansebesøk til Helse Sør-Øst og Helse Vest. I Helse Vest er det gjort et tilsvarende gevinst-arbeid. Ved Sykehuset Østfold er MetaVision innført som gjennomgående kurveløsning, både for anestesi/intensiv/operasjon/overvåkning, og for somatiske og psykiatriske sengeposter. Poliklinikkene har ikke tatt løsningen i bruk, og den dekker ikke medikamentell kreftbehandling.

Først er både kvalitative og kvantitative gevinster beskrevet i en gevinstoversikt. Det er lagt vekt på å beskrive konkrete gevinster, som anses realistiske å oppnå med innføringen av Metavision som elektronisk medikasjons- og kurveløsning. Det er lagt til grunn en gjennomgående kurveløsning på tvers av organisatoriske grenser, jf. Sykehuset Østfold. Hvis det er viktige forutsetninger som vi vet må på plass for å oppnå en gevinst eller nytte-effekt, er dette også beskrevet i gevinstoversikten (excel).

Identifiserte gevinster er grunnlaget for en kost-nytte-analyse. I gevinstoversikten er det angitt hvorvidt en gevinst er kvalitativ eller kvantitativ. For de gevinstene som både er kvantitativ, og har en økonomisk verdi, er det beregnet en økonomisk gevinst. Dette er gjort for konkrete gevinster der det er mulig å måle en økonomisk verdi. Det er gjennomgående lagt til grunn konservative og forsiktige estimater og premisser i beregningene. Videre er det økonomiske gevinster som ikke kommer med i beregningen, da det anses som umulig å måle eller for spekulativt på nåværende tidspunkt å forsøke å beregne.

Det betyr at mulig økonomisk gevinst er større enn estimatet på total, økonomisk nytte som framgår under.

Det er ikke tatt med gevinster knyttet til en lukket legemiddelsløyfe/ automatisert logistikk for legemidler, da elektronisk kurve alene ikke oppnår dette.

Revisjonen per februar 2017 viste at prosjektgruppen ser flere og større gevinster enn i fase 1, etter at prosjektet har arbeidet i ett år med løsningen. Dette kommer til uttrykk i en høyere estimert økonomisk gevinst.

Det er viktig å påpeke at en realisering av gevinster, forutsetter en innføring i tråd med planen, og at man sikrer at forutsetningene for å realisere gevinstene faktisk er tilstede.

Videre har vi også beregnet økonomisk verdi av kjente, negative effekter for effektiviteten/ tidsbruken til helsearbeidere. Dette er gjort for å framstille et balansert bilde av effekter, og som er viktig for ikke å skape urealistisk høye forventninger (dvs. en forventning om at elektronisk kurve ikke har negative virkninger, som økt tidsbruk ved ordninger og registrering av informasjon). Dette er viktig for en korrekt forventningsstyring. Dette inngår altså i kost-nytte-beregningen.

Revisjonen per februar 2017 viste at prosjektgruppen også ser større negative effekter enn i fase 1, etter at prosjektet har arbeidet i ett år med løsningen. Dette kommer til uttrykk i en høyere estimert, negativ økonomisk effekt.

På kostnadssiden inngår investeringskostnad (kjøp og innføring), intern ressursbruk under innføring, kostnad for drift i 15 år, i tillegg til de negative effektene omtalt i avsnittet over. Det er en usikkerhet knyttet til «pukkel-kostnader» utover innføringskostnader, som er svært vanskelig å måle.

Revisjonen per februar 2017 har tatt med kjente, indirekte følgekostnader, slik som innføring av trådløst nettverk og intern ressursbruk ved HFene. Dette øker de totale kostnadene.

Økonomisk kostnad er usikker, og kan være noe større enn estimert i kost-nytte-beregningen under.

2. PROSJEKTETS INTERESSENER

Gevinstrealiseringsplanen har foreløpig angitt hvorvidt den enkelte gevinst/ nytte-effekt lar seg realisere på en enkeltavdeling (f.eks første avdeling på HFet som innfører elektronisk kurve), eller om gevinsten forutsetter at mange avdelinger tar i bruk kurven gjennomgående.

Dette legger føringer for hvem som er *gevinstansvarlig*. For avdelingsvise gevinster er avd./klinikk-ledelse gevinstansvarlige, mens adm.dir og fagdirektører er ansvarlige for de gjennomgående gevinstene på tvers av avd/klinikker. Dette ønsker prosjektet å formalisere i egne gevinstavtaler med gevinsteier når løsningen skal implementeres på HFene (fase 3).

For øvrig viser vi til beskrivelsen av prosjektets interesser i mandatet.

3. GEVINSTOVERSIKT

3.1. Bedre og sikrere legemiddelhåndtering

GEVINSTOVERSIKT				
Nr.	Gevinstområde	Nivå	Gevinst - kortform	Beskrivelse av nytteeffekt:
1	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Økt pasientsikkerhet som følge av at gjennomgående elektronisk kurve sikrer korrekt videreføring av legemiddelordinasjoner gjennom hele pasientforløpet, på tvers av lokalisasjoner.
2	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Sikrere legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering som følge av at ordinerer er signert og kontrollert av lege jfr forskrift/retningslinjer. Elektronisk kurve kan varsle lege om at ordinerer skal vurderes og signeres daglig.
3	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Mindre feilmedisinering som følge av utydelig og mangelfull kurve. Dagens papirkurve gir rom for feiltolkning pga dårlig lesbarhet og mangelfulle ordinasjoner. EK sikrer entydige, lesbare og fullstendige (generisk navn, styrke, dosering, legemiddelform, utblanding, administrasjonsmåte) ordinasjoner jmf retningslinjer.
4	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Elektronisk kurve sikrer tilgang til kurve på tvers av lokalisasjoner, og gjør det mulig å ordinere legemidler uavhengig hvor lege befinner seg, med samtidig fullstendig oversikt over pasientens legemiddelbehandling.
5	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Redusere tilfeller av feil behandlingsslengde av legemidler, som kan føre til unødvendige bivirkninger og senskader. Beslutningstøtte gjennom forordningsmaler og kommentarfelt samt egen rubrikk i ordinasjonsvinduet gjør det enklere for legen å definere behandlingsslengde.
6	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Økt kvalitet i ordinasjonene ved at lege mottar beslutningsstøtte ved ordinasjon. Det vil være innlagt automatisk interaksjonssøk med varslings, link til felleskatalog/SPC og andre viktige opplysninger som er lagt inn på hvert enkelt virkestoff.
7	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Varsel om CAVE ved forordning	Unngå pasientskade ved at lege varsles om registrerte legemiddelallergier/reaksjoner (CAVE) ved ordinasjon av nytt legemiddel.
8	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene.	Bedre styring av antibiotikabruk ved hjelp av behandlingsveiledere/protokoller. *Gir mulighet for på overordnet nivå å følge/rapportere antibiotikabruken på alle nivå. *Mulighet til monitorering av at antibiotikabruk forskrives etter retningslinjer, som følge av obligatorisk angivelse av indikasjon.

9	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene.	Økt kvalitet, kontroll og styring på ordinasjonene som følge av varsling av serumspeil som er tatt/bør tas. Eksempler: immunsuppresjon (mykofenolsyre, ciklosporin), antiepilektikum (karbamazepin, fenytoin, valproinsyre, fenobarbital), antikoagulasjonsmiddel (warfarin), digitalisglykosid (digitoksin, digoxin), antipsykotikum (litium).
10	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på legemiddelsamstemming	En gjennomgående strukturert informasjonsflyt om legemidler kan tilrettelegge for økt kvalitet på samstemming av legemiddellister ved innleggelse. Dette sikres ved at LIB (Legemidler i Bruk i DIPS samstemmes med legemiddelinformasjon fra reseptformidleren og kan overføres elektronisk til kurven. Gjennomgående kurve fjerner behov for samstemming mellom avdelinger underveis i forløpet. Full oversiktlig tilgang til ordinasjonshistorikken under oppholdet gir bedre forutsetninger for Samstemming UT. Samstemte legemiddellister bidrar til rett legemiddelbehandling.
11	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Standardiserte maler på ordinasjonene	Ordnasjonsmaler gir bedre kvalitet i ordinasjonene. Malene sikrer standardisert dosering av legemidlene, samt standardisert og kvalitetssikret utblending og istandgjøring. Malene sikrer også mer effektiv ordinerings.
12	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Standardiserte pakker (flere maler)	Ordnasjon ved hjelp av standardiserte forløpspakker gir effektiv, standardisert og kvalitetssikret legemiddelbehandling i tråd med gjeldende retningslinjer, f.eks postoperativ legemiddelbehandling med antiemetika, analgetika, antibiotika eller Sepsisbehandling.
13	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Prosesstøtte i klargjøring og administrasjon av legemidler og forordnede tiltak	Redusert antall tilfeller der pasient får legemidler og tiltak til feil tid. Sykepleier varsles om når oppgaver skal utføres, som f.eks klargjøring/administrering av doser og forordnede tiltak som sårstell, skifte av venekanyler etc.
14	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Dokumentasjon av dobbeltkontroll ved istandgjøring	Kvalitetssikring av valideringen ved klargjøring, som bidrar til økt trygghet for brukeren. EK sikrer dobbeltkontroll/signaturer.
15	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Sikre dokumentasjon av gitt legemiddel	Dokumentasjon av produktnavnet på legemidlet som er klargjort og gitt til pasienten gir bedre sporbarhet og sikrer at man vet til enhver tid hvilket legemiddelprodukt pasienten har fått.
16	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Redusert antall pasienter som får unødvendige legemidler som følge av legemiddelbruk med ukjent indikasjon. Elektronisk kurve gir mulighet for å dokumentere indikasjon. Dette gjør både helsepersonell og pasienten selv trygg på hvorfor de forordnede legemidlene brukes. Dette kan i sin tur medføre at unødvendige/uaktuelle ordinasjoner seponeres i større grad. Informasjon om indikasjon kan videreformidles i epikrise og til E-resept.
17	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Obligatoriske skjema sikrer kvalitet i operasjonsstuen	Økt antall pasienter får riktig behandling i operasjonsforløpet ved at nasjonale retningslinjer (som f.eks antibiotikaproylakse før kirurgi) legges inn som maler som lege enkelt kan ordinere i forkant av operasjonen.

18	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kontroll og oversikt over væskebalanse	Økt antall pasienter med bedre oversikt over væskebalansen. Det vil redusere komplikasjoner og sykelighet relatert til for mye/lite væske.
----	---------------------------------------	-----------	--	--

3.2. Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet

GEVINSTOVERSIKT				
Nr.	Gevinstområde	Nivå	Gevinst - kortform	Beskrivelse av nytteeffekt:
19	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Bedre etterlevelse av regionale prosedyrer	Bedre etterlevelse av regionale prosedyrer ved økt tilgjengelighet, noe som vil øke kvaliteten og standardiseringen i behandlingen.
20	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Sammenstilt og oversiktlig informasjon	Sammenstilt og oversiktlig informasjon over behandlingsforløpet er tidsbesparende, og gir bedre kvalitet på beslutninger og behandlinger.
21	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Bedre samhandling	Felles, elektronisk kurve gir bedre samhandling mellom fagområder, f.eks mer effektiv ekstern rådgivning. Dette gjelder også på tvers av fysisk lokalisasjon.
22	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Færre unødvendige/mer rettmessige overflyttinger mellom avd/sykehus	Med felles informasjonsgrunnlag og mulighet for ekstern fagstøtte og gjennomgang av pasientdata på avstand kan beslutninger om overflyttinger skje på mer informert grunnlag. Det kan redusere omfanget av unødvendige overflyttinger. Pasienter med for dårlig prognose blir ikke overflyttet til høyere omsorgsnivå. Pasienter som trenger overflytting kan bli lettere, tryggere og raskere identifisert.
23	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Økt bruk av LEON (Laveste Effektive Omsorgsnivå)	Pasienter kan beholdes på lokalsykehus i stedet for å overflyttes til høyere omsorgsnivå, fordi det er lettere å få god ekstern prosess-støtte.
24	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Avd	De sykeste pasientene prioriteres/tilses først	God tilgang på vitalparametre og f.eks NEWS-score gjøre det lett å skaffe seg oversikt og over pasientene i avdeling/mottak, og lettere å vurdere hvem som skal prioriteres. Mulighet for elektroniske varsel ved endring i scoringsvariable og automatisert endring av overvåkingsintervaller.
25	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Avd	Økt oversikt over intervensjoner som krever oppfølging av sykepleier	Økt oversikt over behandling/ tiltak som krever oppfølging, reduserer pasientskader som følge av ikke utførte observasjoner/tiltak.
26	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Avd	Bedre kommunikasjon og mer motiverte pasienter	Grafisk framstilling av kurve kan brukes/vises i samtale med pasient, for å illustrere det som sies og evt som et virkemiddel for å motivere pasienten.

27	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Tydligere ansvar for behandling og pleie	Kurven viser ikke-utførte arbeidsoppgaver, og hvilke arbeidsoppgaver som gjenstår, spesielt ved overflytting av pas mellom ulike avd.
28	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Kvalitetsikret legemiddelliste gjennom hele pasientforløpet	Om legemiddellisten kvalitetssikres ved innkomst (samstemmes), vil man ha oppdatert og korrekt legemiddelliste gjennom hele forløpet (inn, gjennom, ut). Det gir mer jobb ved innkomst, og mindre jobb i resten av pasientforløpet. Samlet sett gir dette bedre sikkerhet for pasienten.

3.3. Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten

GEVINSTOVERSIKT				
Nr.	Gevinstområde	Nivå	Gevinst - kortform	Beskrivelse av nytteeffekt:
29	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Enklere og mer effektiv evaluering av egen praksis for forbedring av kvalitet - Pasientnivå	God tilgang til oversiktlig, samlet og presis informasjon vil forenkle evalueringer av behandlingsforløp, både for enkeltpasienter og på seksjon-/avdeling-/klinikk- og sykehusnivå (Rapportfunksjon i MV). Eksempel på pasientnivå: Såkalte "Hendelsesanalyser" blir vesentlig enklere å gjennomføre. Ansvar plasseres i større grad hos rett helsearbeider pga. digitale signaturer.
30	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Enklere og mer effektiv evaluering av egen praksis for forbedring av kvalitet - Systemnivå	God tilgang til oversiktlig, samlet og presis informasjon vil forenkle evalueringer av behandlingsforløp, både på populasjons- / seksjons-/avdelings-/klinikk- og foretaksnivå (Rapportfunksjon i MV). Lettere å hente ut tall til nasjonale kvalitetsregistre: Kan konfigurere rapporter i MV som er spesielt tilpasset slike rapporteringer. Det gjør det enklere å utøve målstyring og virksomhetsplanlegging.
31	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Avd	Oversikt over oppgaver som ikke er gjort i tide	Oversikt over hvilke oppgaver som ikke blir gjennomført i tide og tidspunktene på døgnet det er flest avvik, gir en mulighet til å 1. Lett identifisere behov for omrokkering av ressurser på enkeltvakter (Enklere jobb for Skiftleder) Eksempel: Ved start av hver vakt: Hvilke - og hvor mange sykepleiere/hjelpepleiere skal fordeles til hvilke team? a) Hvilket pleieteam på avdelingen har flest ventende oppgaver som ikke er utført? b) Hva slags type oppgaver gjenstår: sykepleier- eller hjelpepleieroppgaver? 2. Evaluere om rutiner, bemanning og døgnyrte er hensiktsmessig i forhold til pasientflyt og behov for behandling/pleie.
32	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Dokumentasjon av klinisk praksis	MV vil kunne tilby en nær-nåtids monitorering av klinisk praksis gjennom effektiv eksport av kliniske data til regionalt datavarehus.

33	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Ledelsesverktøy	Nær nåtids-rapportering til bruk i overvåkning av arbeidprosesser.
34	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Ledelsesverktøy	Langt mer presist analyseverktøy for uheldige/uønskede hendelser på populasjonsnivå
35	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Forskning	MV vil kunne tilby en nær-nåtids monitorering av klinisk praksis gjennom effektiv eksport av kliniske data til regionalt datavarehus
36	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Ledelsesverktøy	Mulighet for kontinuerlig monitoring av utførte prosedyrer på pasienter, og faktisk (reelt) monitorere andelen som kodes.
37	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Utvikling av virksomheten	"Data mining": MV vil kunne tilby en rik datakilde for å kunne analysere sammenhenger mellom ressursbruk, effektivitet, økonomi og klinisk resultat.

3.4. Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling

GEVINSTOVERSIKT				
Nr.	Gevinstområde	Nivå	Gevinst - kortform	Beskrivelse av nytteeffekt:
38	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Avd	Bedre arbeidsflyt på sengepost - konsekvenser for pasientflyt	<p>Mindre avhengighet av fysisk kurvetilgang gjør at mange sengepostprosesser kan forløpe parallelt* => Mulighet for bedre utnyttelse av arbeidsdagen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mindre tid brukt på fellesrapporter/gjennomgang av kurveinfo. Previsitter kan gjøres mer effektive og kan delvis erstattes av tidseffektive tavlemøter. Resultat: Mer bruk av tid til pasientarbeid istedet for i møter. Utskrivningsklare pasienter kan forlate sengepostene tidligere på dagen og dermed reduseres et kjent problem med opphopning og overbelegg i tidsrommet 14-17. Første del av arbeidsdag blir mere effektiv => Beslutning om supplerende undersøkelser / tiltak (eks radiologi) kan fattes/besluttet på et tidligere tidspunkt på dagen => Kortere liggetid og økt tendens til at arbeidsoppgaver kan utføres innenfor ordinær arbeidstid istedet for vakttid. Utskrivelser tidligere på dagen. Økt bruk av ordinær pasienttransport/fellestransport/bårebil istf bruk av dyre enkeltreiser på kveldstid i taxi/ambulans. *Eks: Sykepleier kan klargjøre medisiner samtidig som lege setter seg inn i pasientens medisinhistorikk og kliniske status. Mulighet for registrering av observasjoner ute hos pasient, øker tid brukt hos pasient, og reduserer risikoen for feil-registreringer.

39	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mer effektiv og tryggere konferering/innhenting av faglige råd	<p>Mer effektiv og trygg ekstern konferering/rådslaging. Mindre behov for lange beskrivelser av forløp og situasjoner ved konferering, siden begge parter kan se/demonstrere på samme skjermbilde via eks Skype. Lettere å få oversikt og felles forståelse som utgangspunkt for rådslaging. Bedre veiledning til LIS/sykepleiere, samt ved konferering til andre sykehus. Bedre kvalitet i rådgiving.</p> <p>Konferering uavhengig av Geografisk nærhet/lokalisasjon: Eks fra dagens praksis: Når farmasøyter på UNN skal innhente legemiddelkurver for å utføre legemiddelgjennomganger på Åsgård må de fysisk reise dit for å kunne skrive av kurvene. Med MetaVision kan de innhente kurve fra sitt eget kontor, og sparer mye tid på dette.</p>
40	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Bedre pasientflyt i og mellom avdelinger	Se punktet 39: Utskrivninger tidligere på dagen vil avhjelpe problemer med opphopning av pasienter i akutt mottak pga manglende kapasitet på moderavdeling. Det gir mulighet for raskere nedflytting fra høyere omsorgsnivå (eks intensivavdeling/overvåkningsavdeling) pga ledig sengekapasitet i moderavdeling. Dermed frigjøres plass til nye intensiv- / overvåkningspasienter (knapp ressurs), som innebærer en totalt bedre ressursutnyttelse.
41	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mer effektiv utskrivningsprosess av pasienter	Kurven er umiddelbart tilgjengelig for legen når utskrivningsarbeidet skal begynne, uansett hvor legen befinner seg. All informasjon om pasientens opphold foreligger på ett og samme sted.
42	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Parallelt forløpende arbeidsprosesser	Enklere tilgang til kurven bidrar til at kurven kan brukes av flere helsearbeidere samtidig.
43	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Tyding og tolking av håndskrift ordinasjoner/ observasjoner	Ingen tidsspille pga problemer med å tyde og tolke ordinasjoner/observasjoner
44	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Ingen tidsspille pga overføring og dobbeltsignering av kurve	Ingen tidsspille pga manuell overføring og dobbeltsignering av kurve frigir tid til andre oppgaver (gjelder post-overflyttinger, lange opphold (+5dg), lange legemiddel-liste/ for liten plass på en kurve, overflytting mellom HF).
45	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Gangtid	Ingen unødvendig gangtid fra annet arbeidssted til der kurven befinner seg. Frigir tid til andre oppgaver.
46	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Ingen tidsspille pga kurveleting	Ingen tidsspille pga kurveleting frigir tid til andre oppgaver.
47	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Økt bruk av kliniske scoringssystemer	Det er enklere å gjennomføre skåringer etter kliniske skåringsverktøy, som SAPS, SOFA, NEWS, og fremstille disse grafisk. Dette er viktig for det kliniske overblikket og for dokumentasjon av ressursbruk, samt bedrer kvaliteten i behandlingen.
48	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Nøyaktige personalia	Demografiske data hentes elektronisk . Dermed ingen problemer med feilføring av personalia/forvekslinger av kurven/manglende pasientdata
49	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mindre behov for dokumentasjon i EPJ	Kurven gir godt overblikk over pasientens tilstand, dette gir mindre behov for dokumentasjon i EPJ. Kan bidra til mindre dobbeltdokumentasjon.

50	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Strukturerte notater	Kurven bidrar til at dokumentasjonspraksis blir standardisert og etter ønskede kvalitetsnormer. Dette trykker og veileder helsearbeideren i dokumentasjonsarbeidet og kan gjøre dokumentasjonsarbeidet mer effektivt.
51	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Legemiddelutgifter II - LIS-preparater	Lavere legemiddelkostnader pga økt bruk av LIS-preparater. Effekten er dog liten, da Helse Nord allerede i dag i all hovedsak benytter legemidler det er inngått LIS-avtale på.
52	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Legemiddelutgifter III	Bedre lagerstyring og bruk av medikamenter mellom poster hindrer bestilling av for store kvanta, for store lokale medisinalagre og kassering av medikamenter utgått på dato. Gevinstene vil være minimale inntil det er gjennomført anskaffelse og integrasjon mot lagerstyrings-/logistikk-system.
53	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Legemiddelutgifter IV - Varighet av behandling	EK muliggjør en klarere plan for legemiddelbehandlingen av den enkelte pasient (dvs plan for seponering/nedtrapping/overgang iv-po). Derved unngår man at behandling kontinueres uendret pga manglende mulighet for å ordinere/doseredusere/seponere lengre fram i tid enn aktuelle kurveark. Mindre sykepleier-arbeidstid som går med til iv-behandling (utblanding, dobbeltkontroll, I Pvk-innleggelse, skifte og stell av pvk, opp- og nedkobling av drypp). Ved riktig beslutningsstøtte kan det minnes om at man bør gå fra intravenøs behandling til peroral behandling på et tidligere tidspunkt enn det ofte gjøres i dag. Eventuelt støtte i valg av mer smalspektret antibiotika til en rimeligere pris fremfor mer bredspektret antibiotika, samt riktig behandlingstid på antibiotika kuren, til beste for både pasient og resistensutvikling.
54	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Legemiddelutgifter V - Unngår kast av istandgjorte legemidler	Unngår kast av istandgjorte legemidler som følge av ikke oppdatert/tilgjengelig kurve. Legemiddeldoser for store deler av dagen blir ofte gjort i stand på morgenen av sykepleier fordi kurven er utilgjengelig store deler av dagen.
55	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Økt kodekvalitet	Kurven har funksjonalitet for automatisk og obligatorisk koding av prosedyrer når tiltak registreres i MV.
56	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Elektronisk dobbeltkontroll av klargjort legemiddel	Sparer tid for helsearbeidere; mindre tid på å lete etter kollegaer, mindre tid brukt på selve signeringen
57	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Leselig kurve	Mindre tid brukt på tyding og tolkning.
58	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Standardisert ordinerings	Mindre tid brukt på tyding og tolkning av hvordan ordinasjonen skal utføres (eks blandingsforhold av drypp - kommer ferdigordinert fra lege i MV)
59	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Avd	Oversikt over dagens arbeidsoppgaver	Kurven vil gi spl en oversikt over viktige ventende arbeidsoppgaver; bruker mindre tid på å samle denne informasjonen.

60	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Avd	Oversikt over utstyr/tilganger	Automatiske varsler for skifte av utstyr og regelmessige arbeidsoppgaver, som skifte av kateter og stell av SVK. Sparer tid på å lete når det ble lagt inn og når det skal skiftes neste gang.
61	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Standardisert kurvevisning	Standardiserte visninger gjør det enklere for helsearbeideren å jobbe på flere enheter, kurven ser lik ut og det er enklere å raskt finne den informasjonen du er ute etter.
62	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mindre manuell håndtering av papir	Bortfall av arbeid knyttet til scanning og makulering av kurvepapir. Sparer tid for helsearbeidere og sekretærer som kan frigjøres til andre oppgaver.
63	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mindre lager av ferdigtrykte blanketter	Mindre utgifter til lagerhold og vedlikehold av skjemaer. Ingen tid brukt til bestilling av skjemaer og sjekk av lager
64	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mindre tid til utvikling av egne kurveoppsett/ blanketter	Mindre utgifter til tid for å utvikle egne oppsett. Alle helseforetak bruker samme system - ingen lokale særløsninger
65	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mer effektiv epikriseskriving	Lettere å skrive epikriser, fordi informasjon er lagret strukturert, mye informasjon foreligger sammenstilt. Det er lettere å få med fullstendig informasjon om alle terapeutiske og diagnostiske tiltak som er utført under oppholdet.
66	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Økt effektivitet i overflyttinger mellom sykehus	Automatiserte overflyttingsrapporter gir bedre overblikk ved overflytting, men erstatter ikke en ordinær fritekst overflyttingsrapport. Mindre informasjonstap ved overflytninger: Kurven er gjennomgående, også mellom sykehus og helseforetak: Dermed blir vesentlig mindre tid brukt på å etterlyse informasjon telefonisk/fax. Unngår forsinkelser i informasjonstilgangen.
67	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Avd	Automatisk innhøsting av pasientdata fra MTU	Automatisk høsting og mating av data til kurve sparer tid for helsearbeideren.
68	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Redusert liggetid	Det forventes en redusert liggetid som følge av færre legemiddelfeil, og økt kvalitet i behandlingen. Helse Vest HF peker på redusert liggetid/færre reinnleggelser for pasienter over 80, med en reduksjon på 10 %. For kroniske pasienter under 80 år forventes en reduksjon på 5 %. For øvrige pasienter under 80 år forventes en reduksjon på 0,5 %. Dette er bl.a basert på følgende artikkel: 'Kan läkemedelsintervention på akuten optimera läkemedelsterapi hos äldre patienter?' (Sarlov C ¹ , Shah-Shahid Z ² , Danell M ² , El-zaqzouq R ² , Elfsson B ² ¹ VO Akut, ² Apoteket Farmaci AB, Sjukhusapoteket, samtliga Södersjukhuset).

3.5. Andre gevinster/ effekter

GEVINSTOVERSIKT				
Nr.	Gevinstområde	Nivå	Gevinst - kortform	Beskrivelse av nytteeffekt:
69	Annet	Gj.gående	Bedre Pasientopplevelse I	Pasienter og pårørende vil oppleve at helsepersonell signaliserer bedre kontroll og oversikt over sykehistorie, tilstand og behandlingsplan; herunder f.eks. planlagte tiltak/undersøkelser/skifterutiner osv. Dette inngir tillit og opplevelse av faglighet. Trygghetsfølelsen til pasienten vil øke. Økt tillit, trygghet og forutsigbarhet i behandlingen vil innvirke positivt på behandlingsopplevelsen og behandlingsresultatene.
70	Annet	Gj.gående	Bedre pasientopplevelse II	Bruk av effektive og velfungerende elektroniske verktøy kan inngi opplevelse av et moderne og kompetent høyteknologisk behandlingsapparat /helsevesen. Det vil framstå som at sykehuset spesielt, og helsevesenet generelt er veldrevet, prioritert og framtidsrettet. Følelse av utbytte for skattepengene. Gir også samfunnsnytte på samme vis.
71	Annet	Gj.gående	Organisasjonskultur/Ansatt-tilfredshet	Bedre verktøy for å kunne følge opp faglige prosedyrer og faglige standarder vil gi helsepersonell økt faglig trygghet
72	Annet	Gj.gående	Organisasjonskultur	Bedre verktøy for å kunne følge opp faglige prosedyrer og faglige standarder vil gi helsepersonell økt yrkesstolthet
73	Annet	Gj.gående	Organisasjonskultur	Bedre verktøy for å kunne følge opp faglige prosedyrer og faglige standarder vil gi helsepersonell økt stolthet av arbeidsplassen
74	Annet	Gj.gående	Standardisering av regionale prosedyrer	Mindre ressurser bruk lokalt til utvikling/endring /forvaltning av papirkurver
75	Annet	Gj.gående	Økt tidsbruk som følge av elektronisk forordning	Økt tidsbruk knyttet til forordning av legemidler.
76	Annet	Gj.gående	Økt tidsbruk som følge av elektronisk dokumentasjon/ kurven.	Økt tidsbruk knyttet til økt kvalitet i registreringene, økt mulighet/omfang av registreringer, og større mengder informasjon som må vurderes. Dette vil kunne gi økt tidsbruk totalt.
77	Annet	Gj.gående	Økt tidsbruk som følge av elektronisk dokumentasjon/ kurven.	Økt tidsbruk pga tid på innlogging, evt. manglende responstid, søke opp riktig pas.m.m

Gevinst nr.75-77 er negative effekter, som er tatt inn i kost-nytte-beregningen. Det er viktig at prosjektet synliggjør at elektronisk kurve ikke bare sparer tid, men at økt kvalitet i dokumentasjon og legemiddelhåndtering også vil medføre at helsepersonell bruker mer tid på enkelte arbeidsoperasjoner enn tidligere. Dette er viktig å påpeke for at helsearbeidere skal få riktige forventninger til den elektroniske kurven.

4. NYTTE-EFFEKTER (KVANTITATIVE)

For de gevinstene som både er kvantitativ, og har en økonomisk verdi, er det beregnet en økonomisk gevinst. Dette er gjort for konkrete gevinster i gevinstoversikten, og *der det er mulig* å måle en økonomisk verdi. Det er kun tatt med gevinster som har en drifts/budsjettmessig gevinst for Helse Nord. For eksempel den samfunnsøkonomiske nytten av å spare liv og helse, er ikke inkludert.

Positive effekter:	Type effekt:	FSYK	UNN	NLSH	HSYK	TOTALT
Tidsbesparelse	Redusert antall arbeidstimer	kr 32 985 183	kr 86 690 419	kr 58 270 418	kr 34 007 812	kr 211 953 837
Økt kapasitet	Reduksjon i antall liggedøgn	kr 2 300 601	kr 6 640 564	kr 8 701 167	*	kr 17 642 332
Reduksjon i pasientskadeerstatning	Reduksjon i årlig erstatningsutbetalinger	kr 126 000	kr 900 000	kr 630 000	kr 144 000	kr 1 800 000
Bedre DRG-utbytte	Mindre tap pga avglemt koding av viktige prosedyrer og diagnoser	kr 2 727 273	kr 8 700 000	kr 5 800 000	kr 2 605 326	kr 19 832 599
Reduserte legemiddelkostnader	Redusert kassasjon, og endret antibiotikabruk	kr 237 721	kr 1 095 866	kr 901 968	kr 278 610	kr 2 514 164
SUM POSITIVE EFFEKTER		kr 38 376 777	kr 104 026 848	kr 74 303 553	kr 37 035 747	kr 253 742 931

* Pga. bruk av tall fra SSB er HSYK HF inkludert i beregningen for NLHS HF.

I tillegg er de negative effektene beregnet som følger:

Negative effekter:	Type effekt:	FSYK	UNN	NLSH	HSYK	TOTALT
Økt tidsbruk som følge av elektronisk forordning	Økt tidsbruk knyttet til forordning av legemidler.	kr 2 990 488	kr 2 990 488	kr 2 990 488	kr 2 990 488	kr 11 961 950
Økt tidsbruk som følge av elektronisk dokumentasjon	Økt tidsbruk knyttet til økt kvalitet i registreringen, økt mulighet til registrering av informasjon,	kr 2 248 847	kr 5 879 521	kr 3 843 455	kr 2 053 815	kr 14 025 637
Økt tidsbruk som følge av elektronisk dokumentasjon	Økt tidsbruk pga tid på innlogging, evt. manglende responstid, søke opp riktig pas.m.m	kr 3 462 146	kr 15 589 437	kr 7 608 897	kr 3 149 184	kr 29 809 664
SUM NEGATIVE EFFEKTER		kr 8 701 480	kr 24 459 445	kr 14 442 839	kr 8 193 487	kr 55 797 251

Under vises grunnlaget for de positive effektene, hvor det er beregnet en økonomisk verdi i egne tabeller. Det er lagt til grunn en gjennomsnittlig timepris på kr. 910,- (2017) for estimering av økonomisk verdi av arbeidstid. Det er lagt til grunn en gjennomgående kurve for alle fire HF.

4.1. Tidsbesparelser

Kvantitativ gevinst - kategori:	Kort beskrivelse av nytteeffekt:	Økonomiske gevinster/ verdi:				
Tidsbesparelse	Redusert antall arbeidstimer	FSYK	UNN	NLSH	HSYK	Totalt
	SUM	kr 32 985 183	kr 86 690 419	kr 58 270 418	kr 34 007 812	kr 211 953 837
Bedre arbeidsflyt på sengepost - konsekvenser for pasientflyt	Mindre avhengighet av fysisk kurvetilgang gjør at mange sengepostprosesser kan forløpe parallelt* => Mulighet for bedre utnyttelse av arbeidsdagen	kr 9 464 000	kr 20 384 000	kr 15 288 000	kr 12 376 000	kr 57 512 004
Mer effektiv utskrivningsprosess av pasienter	Kurven er umiddelbart tilgjengelig for legen når utskrivningsarbeidet skal begynne, uansett hvor legen befinner seg. All informasjon om pasientens opphold foreligger på ett og samme sted.	kr 478 478	kr 1 250 962	kr 817 756	kr 436 982	kr 2 984 178
Parallelt forløpende arbeidsprosesser	Enklere tilgang til kurven bidrar til at kurven kan brukes av flere helsearbeidere samtidig.	kr 11 483 472	kr 30 023 084	kr 19 626 152	kr 10 487 568	kr 71 620 277
Tyding og tolking av håndskrift ved ordinerer	Ingen tidsspille pga problemer med å tyde og tolke ordinasjoner	kr 4 784 780	kr 12 509 618	kr 8 177 563	kr 4 369 820	kr 29 841 782
Mindre tid brukt på tyding og tolking av kurven	Ingen tidsspille pga utydelige observasjoner/forordninger/ væskeregnskap	kr 899 539	kr 2 351 808	kr 1 537 382	kr 821 526	kr 5 610 255
Ingen tidsspille pga overføring og dobbeltsignering av kurve	Ingen tidsspille pga manuell overføring. Automatisert dobbeltsignering av kurve frigir tid til andre oppgaver	kr 1 351 350	kr 3 418 916	kr 2 279 277	kr 1 290 926	kr 8 340 469
Gangtid	Ingen unødvendig gangtid fra annet arbeidssted til der kurven befinner seg. Frigir tid til andre oppgaver.	kr 264 960	kr 1 193 069	kr 582 314	kr 241 009	kr 2 281 352
Oversikt over dagens arbeidsoppgaver	Kurven vil gi spl en oversikt over viktige ventende arbeidsoppgaver; bruker mindre tid på å samle denne informasjonen.	kr 1 349 308	kr 3 527 712	kr 2 306 073	kr 1 232 289	kr 8 415 382
Mindre manuell håndtering av papir	Bortfall av arbeid knyttet til scanning og makulering av kurvepapir. Sparer tid for helsearbeidere og sekretærer som kan frigjøres til andre oppgaver.	kr 920 150	kr 2 405 696	kr 1 572 608	kr 840 350	kr 5 738 804
Mer effektiv epikriseskriving	Lettere å skrive epikriser, fordi informasjon er lagret strukturert, mye informasjon foreligger sammenstilt. Det er lettere å få med fullstendig informasjon om alle terapeutiske og diagnostiske tiltak som er utført under oppholdet.	kr 897 146	kr 2 345 553	kr 1 533 293	kr 819 341	kr 5 595 334
Automatisk innhøsting av pasientdata fra MTU	Automatisk høsting og mating av data til kurve sparer tid for helsearbeideren.	kr 1 092 000	kr 7 280 000	kr 4 550 000	kr 1 092 000	kr 14 014 000

4.2. Økt kapasitet

Kvantitativ gevinst - kategori:	Kort beskrivelse av nytteeffekt:	Økonomiske gevinster/ verdi:				
Økt kapasitet	Reduksjon i antall liggedøgn	FSYK	UNN	NLSH/ HSYK	HSYK	TOTALT
	SUM	kr 2 300 601	kr 6 640 564	kr 7 703 576	kr 997 592	kr 16 606 804
Redusert antall liggedager I	Redusert antall liggedøgn (akutte innleggelse) - over 80 år: 10% reduksjon	kr 1 341 360	kr 3 030 940	kr 5 552 200	Inkl. NLSH (se til v)	kr 9 924 500
Redusert antall liggedager II	Redusert antall liggedøgn for øvrige pasienter: 0,5 % ("liggedager", ref. SSBs definisjon)	kr 959 241	kr 3 609 624	kr 2 151 376	kr 997 592	kr 7 717 832

4.3. Redusert pasientskadeerstatning

Kvantitativ gevinst - kategori:	Kort beskrivelse av nytteeffekt:	Økonomiske gevinster/ verdi:				
Reduksjon i pasientskadeerstatning	Reduksjon i årlig erstatningsutbetalinger	FSYK	UNN	NLSH	HSYK	TOTALT
	SUM	kr 5 580 545	kr 18 300 000	kr 12 230 000	kr 5 354 652	kr 1 800 000
Reduksjon i årlig erstatningsutbetaling til NPE som følge av legemiddelrelaterte legemiddelfeil: 2% reduksjon		kr 126 000	kr 900 000	kr 630 000	kr 144 000	kr 1 800 000

4.4. Bedre DRG-utbytte

Kvantitativ gevinst - kategori:	Kort beskrivelse av nytteeffekt:	Økonomiske gevinster/ verdi:				
		FSYK	UNN	NLSH	HSYK	TOTALT
Bedre DRG-utbytte						
	SUM	kr 2 727 273	kr 8 700 000	kr 5 800 000	kr 2 605 326	kr -
Økt kodekvalitet gir bedre DRG-utbytte		kr 2 727 273	kr 8 700 000	kr 5 800 000	kr 2 605 326	kr 19 832 599

4.5. Reduserte legemiddelkostnader

Kvantitativ gevinst - kategori:	Kort beskrivelse av nytteeffekt:	Økonomiske gevinster/ verdi:				
		FSYK	UNN	NLSH	HSYK	TOTALT
Reduserte legemiddelkostnader						
	SUM	kr 237 721	kr 1 095 866	kr 901 968	kr 278 610	kr 2 514 164
Reduserte legemiddelkostnader	En reduksjon av kassasjon på 10 %	77000	550000	385000	88000	kr 1 100 000
Reduserte legemiddelkostnader	Endret antibiotikabruk, mer smalspekret antibiotika: 5 % reduksjon	160 721	545 866	516 968	190 610	1 414 164

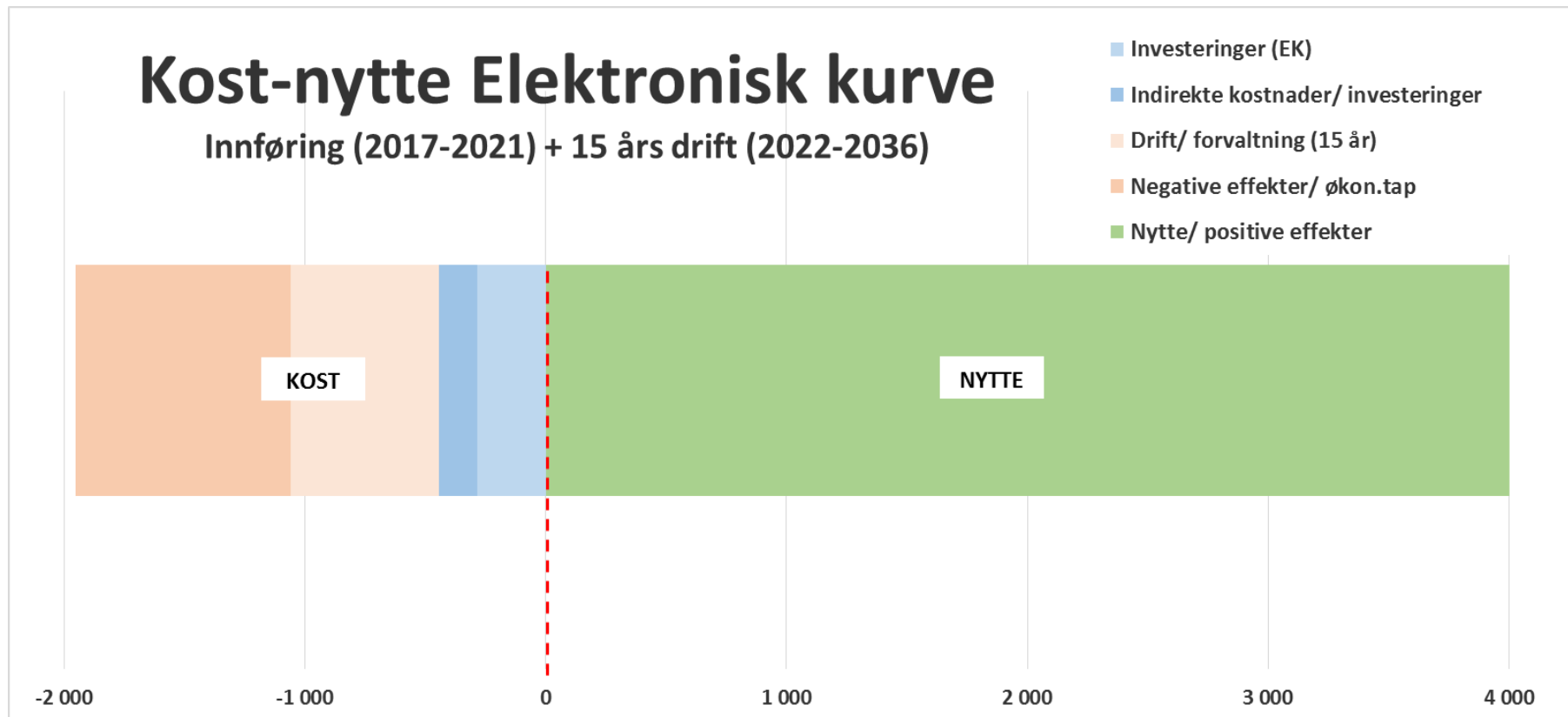
5. KOST-NYTTE

Det er lagt til grunn innføring fram til 1020, samt 15 års drift, fram til og med 2036. Det er generelt høy usikkerhet (S) knyttet til beregningene.

5.1. Totale kostnader – Total nytte (2015-2036)

KOST	S	Prosjektfase						Driftsfase					SUM
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2036	
Investerings (EK)		13 259 820	36 847 191	66 249 177	53 675 960	54 495 317	37 716 643	11 806 351	9 703 412				283 753 871
Indirekte kostnader/ investeringer				1 854 125	37 083 853	55 510 000	43 706 252	18 796 163	2 124 375				159 074 767
Drift og vedlikehold					25 666 164	28 116 741	29 267 879	31 489 185	38 159 621	38 159 621	38 159 621	29 481 781	617 511 564
Negative effekter/ økon.tap								55 797 251	55 797 251	55 797 251	55 797 251	55 797 251	892 756 014
TOTALE KOSTNADER INVEST. Og DRIFT (direkte og indirekte)		13 259 820	36 847 191	68 103 302	116 425 976	138 122 058	110 690 773	117 888 950	105 784 659	93 956 872	93 956 872	85 279 032	1 953 096 216
NYTTE													
Nytte-effekter/ pos.gevinster (økon. verdi)								253 742 931	253 742 931	253 742 931	253 742 931	253 742 931	4 059 886 902
TOTAL NYTTE								253 742 931	253 742 931	253 742 931	253 742 931	253 742 931	4 059 886 902
KOST-NYTTE													
TOTAL NYTTE-TOTALE KOSTNADER		-13 259 820	-36 847 191	-68 103 302	-116 425 976	-138 122 058	-110 690 773	135 853 981	147 958 272	159 786 059	159 786 059	168 463 899	2 106 790 686

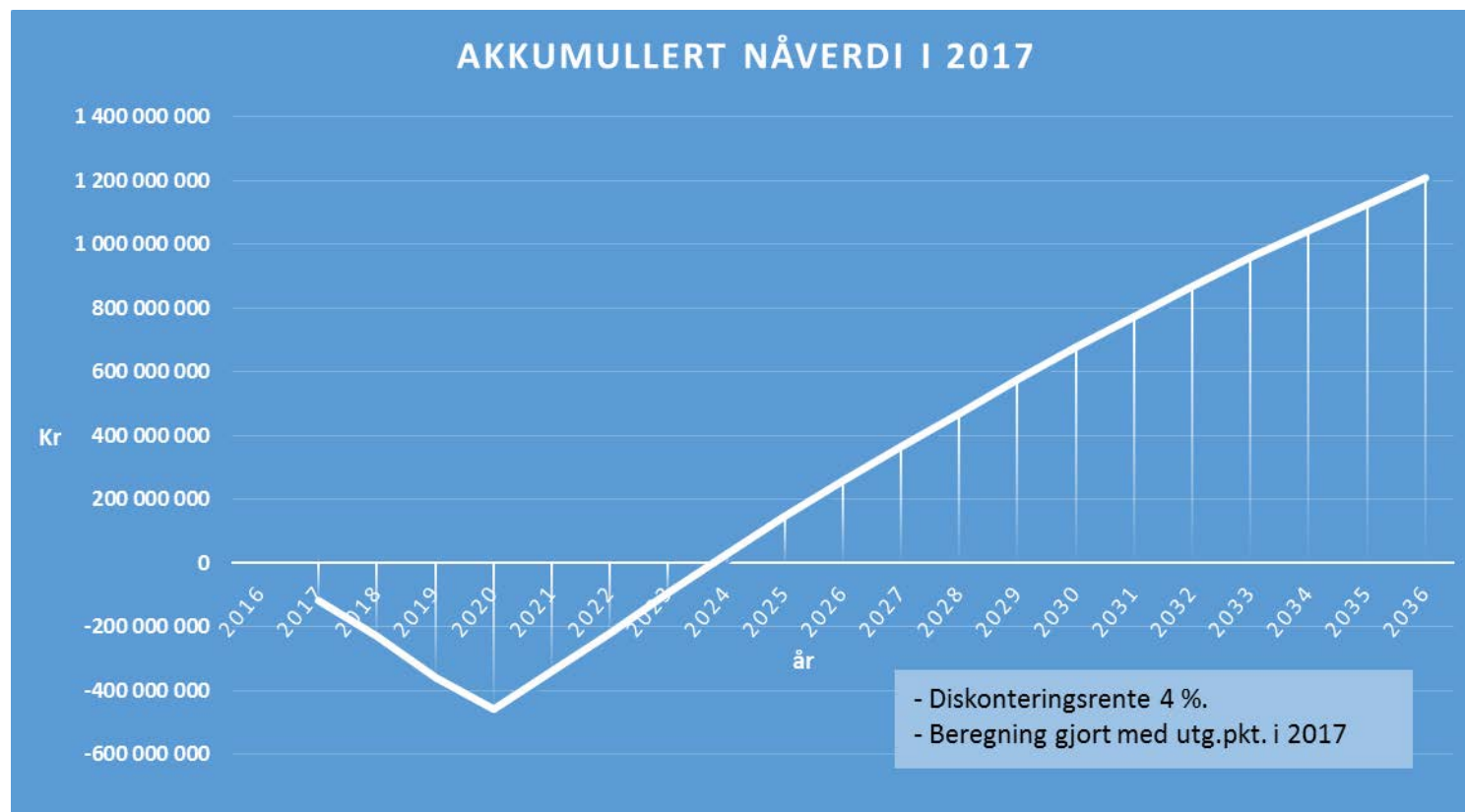
Årene 2025-2035 presenteres ikke i tabellen, men er lik 2024 (2017-tall).



Figur. Kost-nytte. Trinnvis innføring (fram til år 2021) + 15 års drift (fram til 2036). MNOK, 2017-tall.

Totale kostnader er MNOK 1 953, og total nytte er beregnet til MNOK 4 060. Det gir en kost-nytte på MNOK 2 107 (2017-tall).

5.2. Akkumulert nåverdi i 2016



Figur. Akkumulert nåverdi i 2017.

En nåverdi-beregning, med 4 % diskonteringsrente³, viser at en ferdig implementert regional kurveløsning i 2022 har en nåverdi på MNOK 1 207. Det er lagt til grunn en trinnvis innføring fram til 2022, og en 15 års driftsperiode fra 2021 fram til og med 2036. Det er generelt høy usikkerhet knyttet til beregningene.

Gitt forutsetningene lagt til grunn for nåverdiberegningen, vil nåverdien være positiv fra rundt 2024 (nytten oppveier kostnaden/ investeringen). Kontantstrømmen som er lagt til grunn for nåverdiberegningen er i 2017-kroner, og tar ikke høyde for prisjustering.

³ Iht. Finansdepartementet (Rundskriv. Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.) og Helsedirektoratet (Økonomisk evaluering av helsetiltak – en veileder).

6. GEVINSTREALISERINGSPLAN

Prosjektet ønsker å inngå gevinstavtaler med de gevinstansvarlige. Det vil være adm.dir og fagdirektører for de gjennomgående gevinstene, og klinikk-/avdelingsledelse for de avdelingsvise.

Planen for implementeringsfasen innebærer opprettelse av lokale mottaksorganisasjoner. Det regionale prosjektet inngår gevinstavtaler med HFene, og de lokale prosjektene inngår gevinstavtaler løpende med klinikker/ avdelinger etter hvert som løsningen tas i bruk. Det regionale prosjektet lager en mal for en slik gevinstavtale, men hovedinnholdet vil være:

- ✓ *Ja, disse nytte-effektene er relevante – dette skal vi oppnå hos oss!*
- ✓ *Ja, lokale rutiner er revidert opp mot de regionale*
- ✓ *Ja, de ansatte får – og prioriterer opplæring iht. plan*

Hensikten er å få linjeledelsens oppmerksomhet mot endrings- og opplæringsbehov, tiltak og omstilling som er nødvendig for å oppnå gevinstene. Detaljplan for implementeringen må utarbeides i samarbeid med det lokale implementeringsprosjektet ved hvert HF, som vil angi hvilke klinikker/ avdelinger som går i drift når, og da hvilke klinikker/ avdelinger som det skal inngås gevinstavtaler med.

Overordnet implementeringsplan for fase 3 er lagt til grunn for revisjonen av gevinstrealiseringsplanen framgår under. Detaljert plan for inngåelse av gevinstavtaler i takt med implementeringen utarbeides i neste fase, i samarbeid med implementeringsorganisasjonene ved HFene.

Versjon: 1.0
Dato: 09.03.17

Utgiver: Lene Knutsen, EVRY
Godkjent: Bjørn Børresen, FIKS Helse Nord

evry.com

Fase 3

Implementering av Elektronisk Kurve i Helse Nord

Planbeskrivelse

Distribusjonsliste

09.03.2017	Bjørn Børresen		
10.03.2017	Bengt Nilsfors		

Revisjonshistorie

Rev. nr.	Rev. dato	Kommentar/ Endringer	Revidert av
0.8	10.03.17	Oversendt programleder FIKS	Bjørn Børresen
0.9	15.03.2017	Med vedlegg, oversendt p.l. FIKS	Bjørn Børresen

1 Innledning

Dokumentet har til hensikt å beskrive overordnede prinsipper og plan for implementering av Elektronisk Kurve i Helse Nord.

Prosjekt- og fremdriftsplan for Fase 3, Implementeringsprosjektet, er basert på i T-Bilag 4. Prosjektgjennomføringen vil skje iht. kontrakt.

Plan for gjennomføring av Fase 3 er utarbeidet som en generisk innføringsplan for det enkelte HF og har følgende delfaser:

1. Prosjektetablering
2. Regionale forberedelsesaktiviteter og organisering; ca 6-7 mnd
3. Tilpasninger/ videreutvikling av løsningen (*før* GO-live); ca 6-7 mnd
4. Regionale implementeringsaktiviteter (Generisk pr. HF); ca 5-7 mnd
 - a. Forberedelser til idriftsettelse (pr HF); ca 6 mnd
 - b. Forberedelser til idriftsettelse (pr lokasjon); ca 3 mnd
5. Utrullingsplan pr HF
 - a. UNN; februar 2018 – januar 2021
 - b. NLSH; april 2018 – mai 2020
 - c. FSYK; januar 2019 – april 2021
 - d. HSYK; juni 2019 – november 2020
6. Vedlikehold og forvaltning; februar 2018 -->

Det forventes at varigheten og på overnevnte delfaser vil variere fra HF til HF.

1.1 Referanser

- Smartsheet Prosjektplan for Fase 3 – Implementeringsprosjektet
<https://app.smartsheet.com/b/home?lx=yngEn4VZFZ2gmoxJGHdbnQ>
- Fase 3 - Overordnet implementeringsplan, alle HF v1.0.xlsx
<https://service.projectplace.com/pp/pp.cgi/r1313928440>
- Leverandørs Prosjektorganisasjon V 1.0.pptx
<https://service.projectplace.com/pp/pp.cgi/r1357807436>
- Organisasjonskart V 2.0
<https://service.projectplace.com/pp/pp.cgi/r1263497139>
- Kontrakten for EK Helse Nord

2 Prosjektplan, Fase 3 – Implementeringsprosjektet

2.1 Prosjektetablering

Hensikten med aktivitetene er å etablere regionale- og lokale prosjektorganisasjoner, informere og forberede Helseforetakene om det forestående prosjektet, samt detaljplanlegge implementeringsløpet sammen med de lokale mottaksprosjektene.

Det utarbeides prosjektmandat og direktiv.

Av nødvendig innhold kan nevnes:

- Rolledefinisjoner
- Ansvar og myndighet
- Styringsdokumenter
- Definere akseptanskriterier, kontroll, rammer og rutiner
- Rapporteringsrutiner
- Møter
- Rutiner for endringshåndtering

2.2 Prosjektorganisering

Leverandøren er ansvarlig for innføringen av tilbudt løsning i fase 3, Implementeringsfasen, og er ansvarlig for alle deler av leveransen, inkludert prosjektgjennomføring. Kunden er ansvarlig for å levere forutsatte ressurser og kompetanse, og oppfylle sine plikter og ansvar etter kontrakt.

Organiseringen av prosjektet er en modell med regionale- og lokale innførings- og mottaksprosjekter som legger til rette for at kommunikasjon, aktiviteter og ansvarsforhold kan bli håndtert på en ryddig måte gjennom prosjektet.

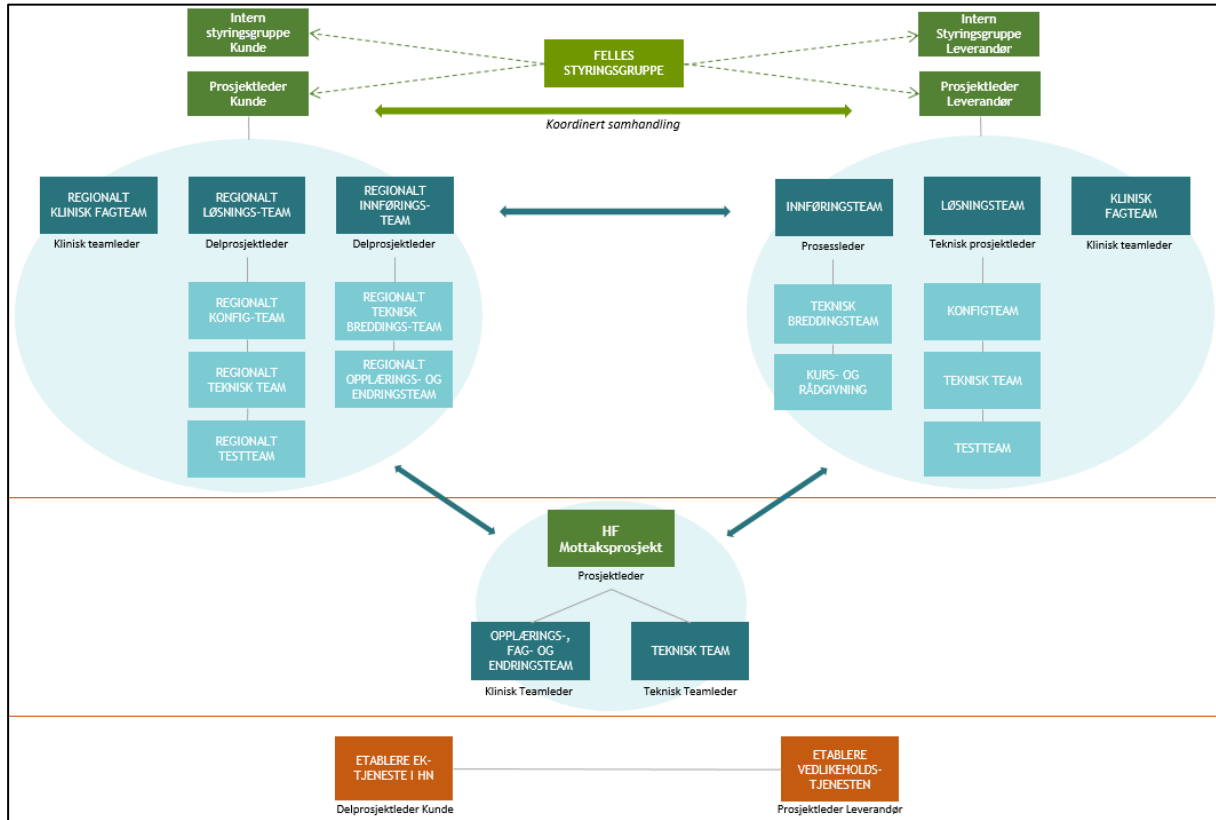
Det er lagt spesielt vekt på koordinert samhandling mellom Kunden og Leverandøren ved at det etableres parallelle og likt strukturerte prosjektorganisasjoner.

Det etableres én regional og lokale prosjektorganisasjoner per HF i implementeringsfasen. Kundens prosjektteam mottar kurs og rådgivning fra Leverandørens prosjektteam som også deltar i etableringen av regionale og lokale prosjekter og team.

Samhandlingen mellom prosjektorganisasjonene koordineres gjennom avtalt møte- og kommunikasjonsplan gjennom prosjektet.

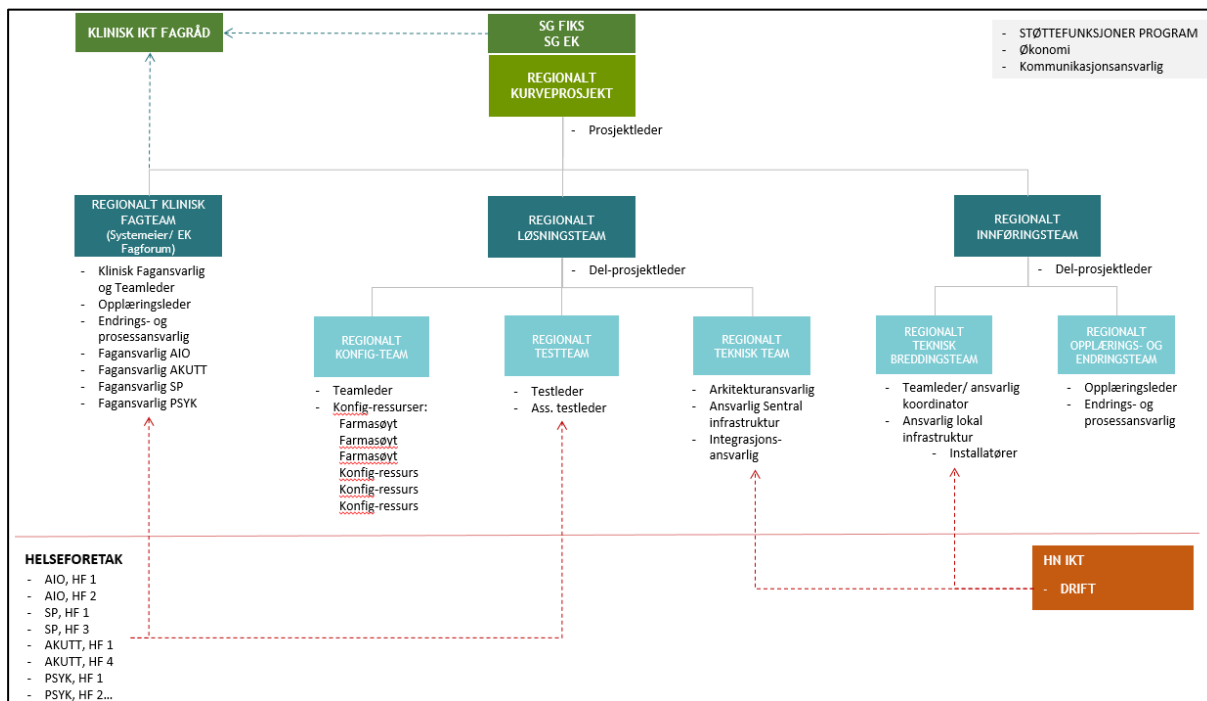
Nedenfor er anbefalt prosjektorganisering for gjennomføring av Fase 3, skissert for de regionale- og lokale prosjektene, samt Leverandørs prosjektorganisasjon.

2.3 Overordnet/ samlet prosjektorganisasjon for Fase 3



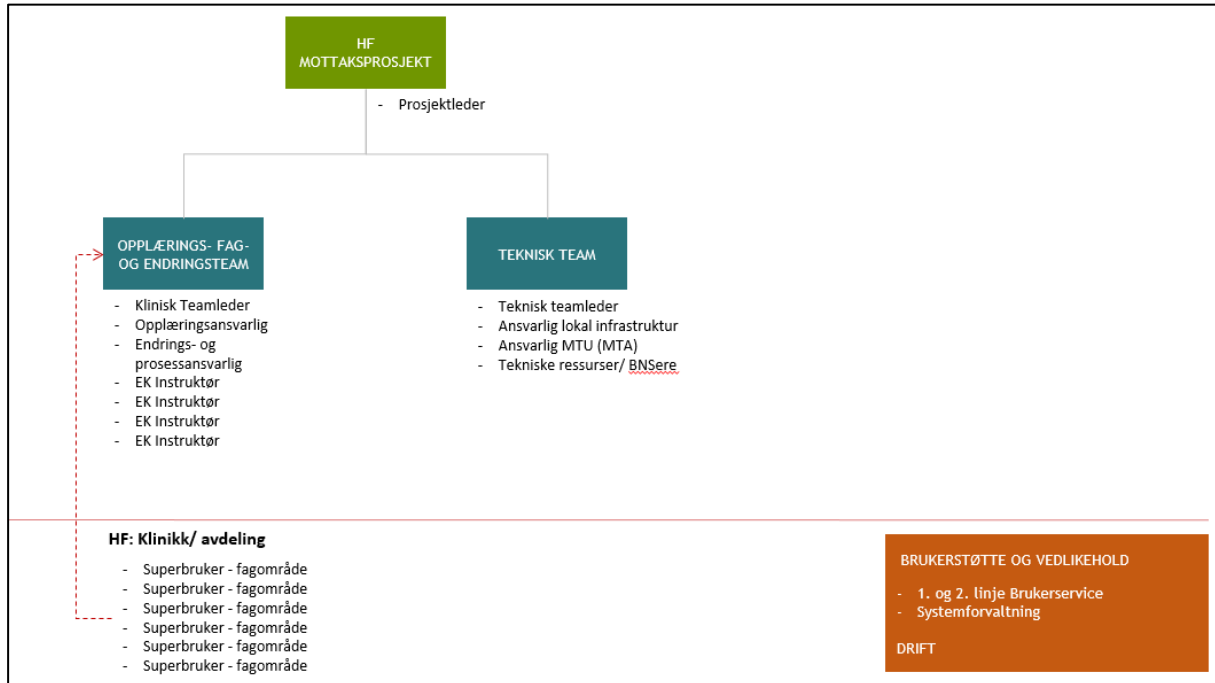
Skissen viser en den overordnede organiseringen av implementeringsprosjektet i Fase 3

2.4 Kundens regionale prosjektorganisasjon



Skissen viser Kundens regionale prosjektorganisasjon

2.5 Lokale mottaksprosjekter, pr HF

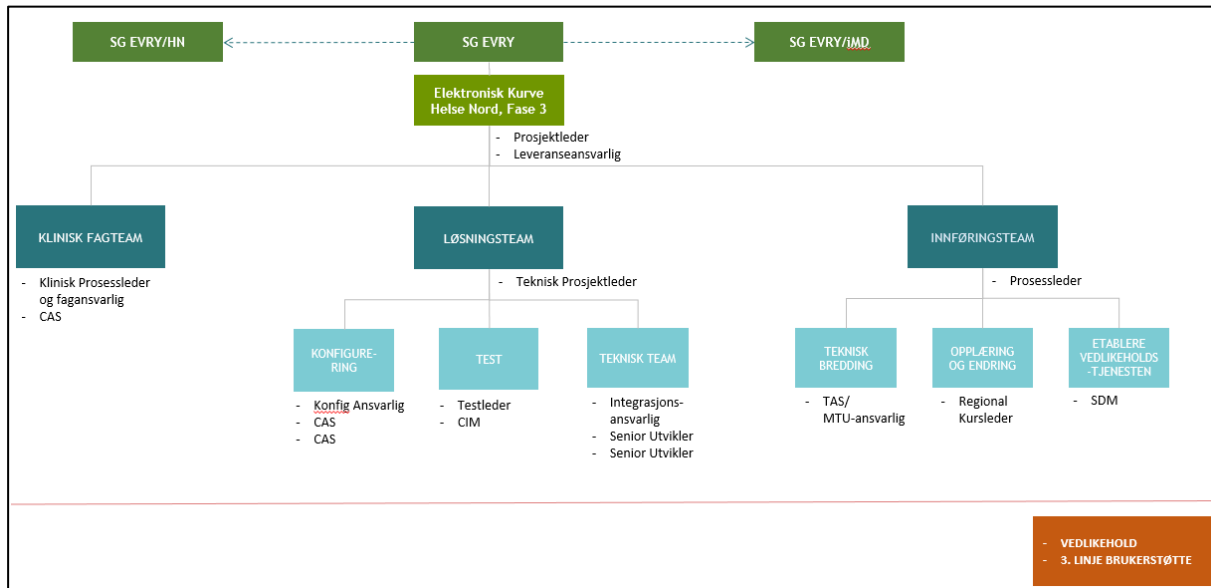


Skissen viser anbefalt organisering av lokale mottaksprosjekter pr HF.

Lokale mottaksprosjekter opprettes per helseforetak, og skal sammen med det Regionale Innføringsteamet samarbeide om innføringsaktiviteter etter overordnede planer og retningslinjer fra det Regionale prosjektet.

I de foretaksvise mottaksprosjekter anbefales det at det deltar utvalgt personell som kan håndtere viktige oppgaver tilknyttet implementering, slik at forventet mål med innføring kan oppnås. Det forventes kontinuitet og nødvendig tilgang til disse ressursene gjennom hele innføringsløpet for det aktuelle helseforetaket.

2.6 Leverandørens prosjektorganisasjon



Skissen viser Leverandørs prosjektorganisasjon

Leverandørens prosjektteam samarbeider med Kundens regionale- og lokale prosjektteam både pre- og post-innføringen ved hvert enkelt Helseforetak. Internt i Leverandørens organisasjon vil lokale ressurser stå for kontinuitet og høy grad av tilstedeværelse under innføringen.

Ressursene som benyttes fra underleverandør vil med sin kompetanse innenfor applikasjonens funksjonelle og tekniske detaljer, gjennomføre kurs, bistå i videreutvikling, tilpasning, test samt idriftsettelse av løsningen på det enkelte HF.

2.7 Regionale forberedelsesaktiviteter og organisering

Varighet ca 6-7 mnd.

Hensikten med aktivitetene i denne perioden er å etablere den regionale prosjektorganisasjonen inkl. Innføringsteam, Sentral drift, Teknisk forvaltning og Vedlikehold.

Forberedende planleggingsaktiviteter igangsettes, overordnede prinsipper for innføringsløpet etableres, brukerdokumentasjon og opplæringsmateriekl klargjøres og kurs gjennomføres.

Tabellen viser forberedende-, regionale aktiviteter for Fase 3:

Forberedelse og organisering	116d	16.06.17	11.01.18
Prosjektorganisering	100d	16.06.17	07.12.17
Utarbeide prosjektmandat og prosjektdirektiv	12d	16.06.17	07.08.17
Definere akseptanskriterier, kontroll, rammer og rutiner	12d	16.06.17	07.08.17
Identifisere interessenter og ressurser på første HF ihht utrullingsplan	60d	16.06.17	12.10.17
Inngå ressursavtaler, første HF ihht utrullingsplan	100d	16.06.17	07.12.17
Utarbeide kommunikasjonsplan ihht utrullingsplan	30d	08.08.17	18.09.17
Etablere Regional Prosjektorganisasjon	0	16.06.17	16.06.17
Etablere Regionalt Klinisk Fagteam	0	16.06.17	16.06.17
Etablere Regionalt Løsningsteam	0	16.06.17	16.06.17
Etablere Regionalt Innføringsteam	0	08.08.17	08.08.17
Etablere Regionalt Teknisk Breddingsteam	0	08.08.17	08.08.17
Etablere Regionalt Opplærings- og Endringsteam	0	08.08.17	08.08.17
Sentral Drift, Teknisk forvaltning og vedlikehold («Etablering av EK som tjeneste i HN»)	104d	08.08.17	11.01.18
Utarbeide detaljert plan for etablering av sentral og lokal brukerservice, appl. drift og sys.forvaltning	104d	08.08.17	11.01.18
Etablere prinsipper, rutiner og prosesser for brukerservice, drift og applikasjonsforvaltning	104d	08.08.17	11.01.18
Utarbeide overordnede prinsipper for Brukerservice, sentralt og lokalt	104d	08.08.17	11.01.18
Utarbeide rutiner og prosesser for håndtering insidents (hendelser og feil)	104d	08.08.17	11.01.18
Utarbeide rutiner for tilgangsstyring, brukerhåndtering, org/ admin	104d	08.08.17	11.01.18
Utarbeide prinsipper for sikkerhetsstrategi og beredskap	104d	08.08.17	11.01.18
Etablere Regional Teknisk forvaltning (vedlikeholdstjenesten)	65d	28.09.17	09.01.18
Etablere hotline til brukerservice	5d	28.09.17	04.10.17
Etablere 1. og 2. linje brukerstøtte og systemforvaltning	20d	05.10.17	01.11.17
Etablere 3. linje (Leverandør)	20d	02.11.17	29.11.17
Etablere drift; klargjøre og forberede idriftsettelse, første Fagområde, første HF	20d	30.11.17	09.01.18
Kick-off Regionalt prosjekt	2d	29.08.17	30.08.17
Kurs og opplæring	92d	01.08.17	11.12.17
Utarbeide opplæringsplan for Instruktører, Superbrukere og Sluttbrukere	20d	05.09.17	02.10.17
Utarbeide Brukermaual for MV i Helse Nord	60d	01.08.17	26.10.17
Utarbeide opplæringsmateriekl, inkl. e-læring	70d	05.09.17	11.12.17
Kurs: Teknisk opplæring av IT/ MTA/ MTU, UNN	5d	26.09.17	02.10.17

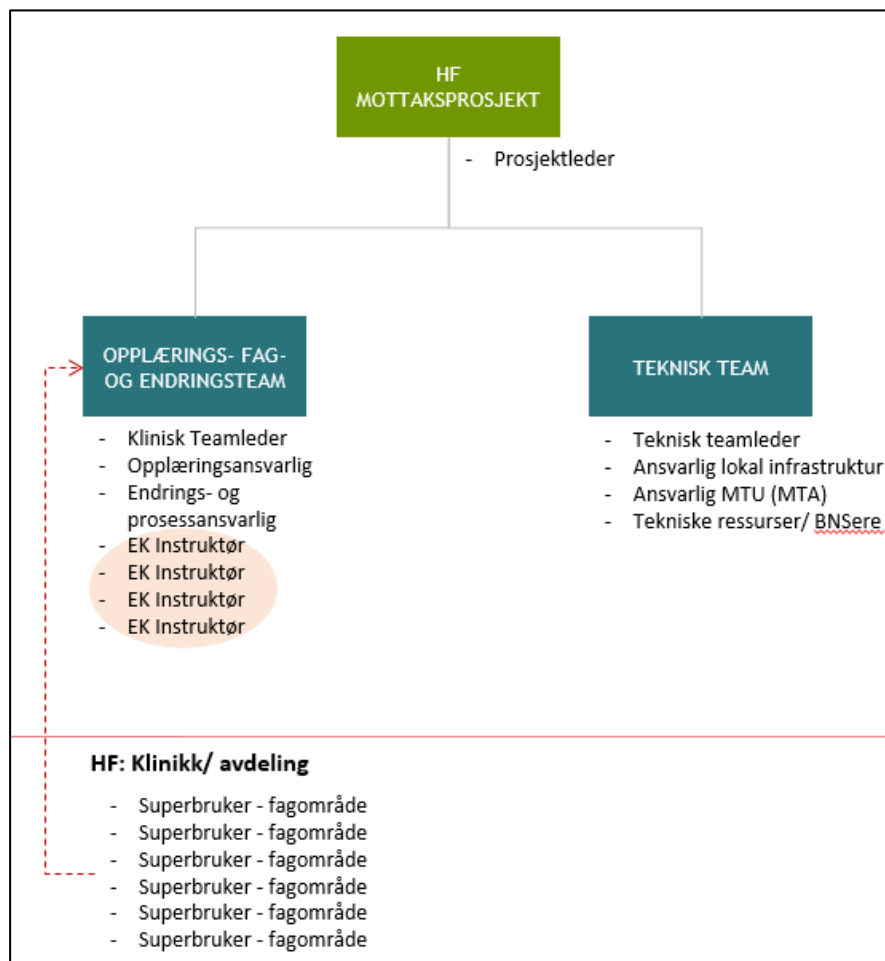
Kurs: Systemforvaltere (teknisk forvaltning)	5d	13.11.17	17.11.17
Kurs: Drift- og brukerstøtteansvarlige	3d	20.11.17	22.11.17
Kurs: Sikkerhetsansvarlige/personvernombud	1d	23.11.17	23.11.17

2.7.1 Kurs og opplæring

Prosjektet vil så tidlig som mulig i Fase 3 identifisere og etablere det lokale «Opplærings- Fag og Endringsteamet» for første HF, slik at arbeidet med å detaljplanlegge og gjennomføre Superbruker- og Sluttbrukeropplæring ikke forsinker innføringsplanen.

2.7.1.1 Målgrupper for Kurs og Opplæring

Rolle: EK Instruktør

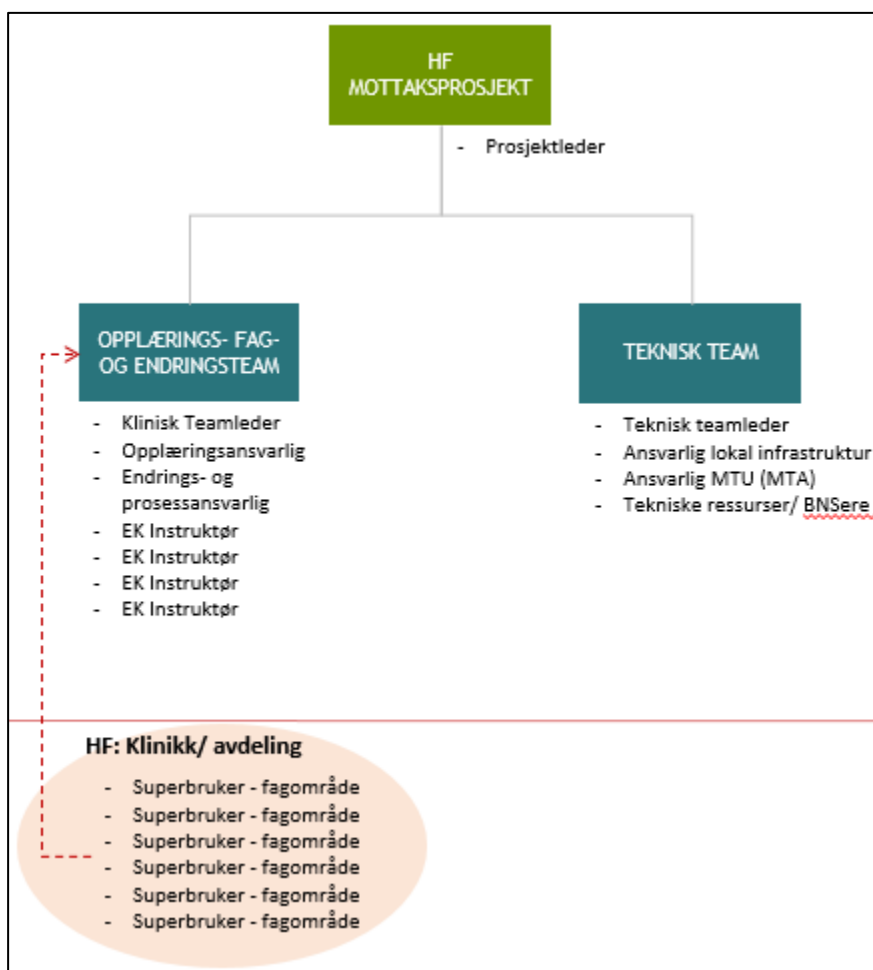


EK Instruktører er motiverte klinikere fra ulike disipliner, organisert som en del av «Opplærings- Fag og Endringsteamet» i det lokale mottaksprosjektet.

EK Instruktører er de som lærer opp og støtter Superbrukerne i løpet av- og etter oppstart, basert på Kurs fra Leverandøren som de har deltatt på.

For å kunne gjennomføre opplæringen innenfor en definert tidsperiode anbefaler vi at EK Instruktører jobber full tid med planlegging og undervisning av Superbrukere og støtter disse under innføringen.

Rolle: Superbrukere og Sluttbrukere



Opplæringsaktiviteter for Superbrukere og Sluttbrukere i regionen vil omfatte mange avdelinger og et tilsvarende stort antall ansatte innenfor hvert helseforetak.

Superbrukere for de ulike fagområdene, må som et minimum delta på kurs over 3 dager. I tillegg bør de delta i planlegging og forberedelser av Sluttbrukeropplæringen sammen med det lokale «Opplærings- Fag og Endringsteamet».

Antallet Superbrukere som behøves innenfor hvert fagområde pr HF, avhenger av antallet Sluttbrukere som trenger opplæring og støtte. Vi anbefaler minimum én Superbruker pr. 10 Sluttbrukere, da dette gir god mulighet for å sikre tilgjengelig kompetanse i den kliniske hverdagen.

Opplæring av Sluttbrukere bør fokuseres på relevante applikasjons-elementer for deres respektive roller; derfor krever dette tilpasset opplæring. Omfanget av opplæringen, så vel

som dens varighet, lokasjon og rammer, forberedes på forhånd av det lokale «Opplærings-Fag og Endringsteamet» og Superbrukere.

2.7.1.2 Gjennomføring av kurs og opplæring

EK Instruktører og Superbrukere:

Opplæringen vil bli gitt av Leverandør og blir gjennomført pr. HF. Opplæringen fullføres før oppstart akseptansetest. Estimert tid for Instruktører er fem dager. Estimert tid for superbrukerkurs er tre dager. I den grad det er ønskelig av Kunde, vil Leverandør være til støtte for superbrukere i opplæringen av sluttbrukere, samt ved oppstart i klinikken.

Sluttbrukere:

Opplæringen vil bli gitt av Superbrukere, og blir gjennomført pr. HF. E-læring må gjennomføres i forkant av klasseromsundervisning. Estimert tid for e-læringskurs er 3 timer pr. bruker, estimert tid for klasseromsundervisning er 4 timer pr. bruker. Total tid for opplæring pr. sluttbruker blir da 7 timer. Hver enkelt sluttbruker gjennomgår relevant(e) e-læringskurs etter behov. Klasseromsundervisning blir tilbudt ut i fra fagområde og personellgruppe. Som et supplement til grunnopplæringen anbefales det auditorievisninger for oppfriskning og tips/triks tre til fire uker etter oppstart.

Drift og brukerstøtte:

Opplæringen vil bli gitt av Leverandør, og blir gjennomført i forkant av første installasjon. Opplæring gis ved oppskalering etter hvert som HFene går i drift. Estimert tid for opplæring av drift og brukerstøtte er syv timer. Opplæringen vil inneholde en gjennomgang av systemarkitektur, database, terminalserver, samt grunnleggende problemløsning.

Regionale- og lokale prosjektteam, systemforvaltere/administratorer:

Opplæring vil bli gitt av Leverandør og blir gjennomført pr. HF i forkant av testing (før første installasjon). Estimert tid for opplæring av systemforvaltere/administratorer er 14 dager. Teknisk IKT-personell og Konfigurasjonsansvarlig har lik start på kurset- tre dager, med fokus på det funksjonelle i løsningen. Etter tre dager deles gruppen i to. Konfigurasjonsansvarlig får opplæring i konfigurasjonsverktøyet. Opplæring av teknisk IKT-personell inkluderer en gjennomgang av arkitekturen, installasjon og vedlikehold av hele systemet (servere, arbeidsstasjoner, databaser og terminalservere). Det anbefales at helseforetakets prosjektleder og øvrige deltakere i prosjektgruppen deltar på hele eller deler av kurset. Prosjektgruppen bør minimum delta på kursets tre første dager, for øvrig vil oppgaver og ansvarsområder bestemme hvilke andre deler av kurset som er relevant for den enkelte.

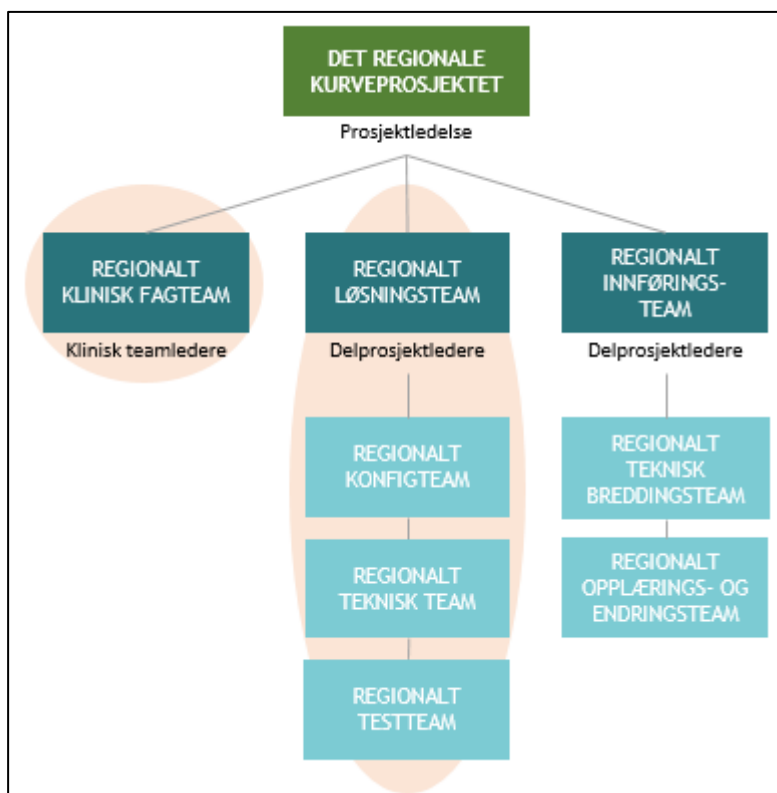
Sikkerhetsansvarlige/personvernombud: Opplæring vil bli gitt av Leverandør, og blir gjennomført pr. HF i forkant av testing (før første installasjon). Estimert tid for kurset er 7 timer. Opplæringen omhandler tilgangsstyring, sikkerhet, logging og rapportering.

2.8 Tilpasninger/ videreutvikling av løsningen (før første Idriftsettelse)

Varighet: ca 6-7 mnd.

Prosjektplanen legger til rette for å ivareta nødvendige regionale tilpasninger av løsningen for spesifikke områder gjenstående fra Fase 2, før første idriftsettelse i Fase 3.

Aktivitetene ledes og gjennomføres av det Regionale prosjektets Kliniske Team i samarbeid med det Løsningsteamet.



2.9 Regionale implementeringsaktiviteter (Generisk pr. HF)

Varighet: ca 5-7 mnd (vil variere fra HF til HF).

Aktivitetene gjenspeiler en generisk innføringsplan for det enkelte HF.

Hensikten med aktivitetene i denne perioden er å etablere en lokal prosjektorganisasjon, informere lokale organisasjonensenheter om det forestående prosjektet, samt detaljplanlegge implementeringsløpet med lokale ressurser gjeldende for;

- Kurs og opplæring
- Lokal infrastruktur
- Oppkobling av utstyr, inkl MTU
- Endringsledelse

- Drift og teknisk forvaltning

Varigheten på de enkelte implementeringsløp vil avhenge av status på infrastruktur og andre tekniske- og praktiske forutsetninger for gjennomføringen ifm oppstart av implementeringen på det enkelte HF-et. Kartlegging, bestilling og installasjon bør starte tidlig, minimum 4 måneder før første idriftsettelse. Alle bestillingsrutiner etc må identifiseres så tidlig som mulig slik at ansvarsforhold og leveranser er iht. enhver tid gjeldende implementeringsplan.

Tabellen viser implementeringsaktiviteter for UNN (generisk pr HF):

Regionale implementeringsaktiviteter (GENERISK PR HF)	425d	27.06.17	14.06.19
UNN	267d	08.08.17	02.11.18
Etablere Mottaksprosjekt, UNN	0	05.09.17	05.09.17
Etablere Prosjektledelse, UNN	0	05.09.17	05.09.17
Etablere Teknisk Team, UNN	0	05.09.17	05.09.17
Etablere Opplærings- Fag og Endringsteam, UNN	0	05.09.17	05.09.17
Utarbeide detaljert implementeringsplan, UNN	102d	08.08.17	10.01.18
Utarbeide detaljert plan for Idriftsettelse AIO, UNN	40d	05.09.17	30.10.17
Utarbeide detaljert testplan for Akseptansetest AIO, UNN	30d	05.09.17	16.10.17
Utarbeide detaljert opplæringsplan for Sluttbrukere AIO, UNN	30d	24.10.17	04.12.17
Lokal Infrastruktur, AIO UNN	40d	29.08.17	24.10.17
Utarbeide detaljert plan for kartlegging og installasjon av lokal infrastruktur	12d	29.08.17	13.09.17
Fysisk kartlegging AIO, UNN (pc, skjerm, klo, arm, printer, osv)	35d	05.09.17	23.10.17
Bestille Lokal infrastruktur AIO, UNN	0	24.10.17	24.10.17
Endringsledelse	30d	08.08.17	18.09.17
Utarbeide detaljert plan for Endringsarbeid, UNN	20d	08.08.17	04.09.17
Identifisere endringsressurser Fagområde; AIO, UNN	20d	22.08.17	18.09.17
Etablere endringsressurser, UNN	0	18.09.17	18.09.17
Kurs og opplæring	65d	05.09.17	04.12.17
Kurs: UNN Instruktører (MV applikasjonsopplæring, sertifisering)	5d	05.09.17	11.09.17
Kurs: Teknisk IKT Personell	5d	12.09.17	18.09.17
Identifisere og allokere Superbrukere, UNN	20d	19.09.17	16.10.17
Etablere Superbrukere; Fagområde AIO, UNN	0	16.10.17	16.10.17
Gjennomføre Superbrukeropplæring, AIO, UNN	30d	24.10.17	04.12.17
Drift og teknisk forvaltning; forberede første idriftsettelse	0	10.01.18	10.01.18

2.9.1 Forberedelser til idriftsettelse (pr HF, Lokasjon, Klinik/ Avdeling)

Varighet: ca 6 mnd

Under forprosjektet er det etablert endrede arbeidsrutiner og prosedyrer. Disse må presenteres og gjennomgås av endringsledere- og endringsressurser på det enkelte HF.

Kick-off, informasjonsmøter og endringsarbeid iverksettes iht. utrullingsplan, før opplæring av Sluttbruker gjennomføres pr lokasjon.

Planleggings- og forberedelsesarbeidet for kundens akseptansetest gjøres i denne perioden.

Den regionale MV-løsningen gjøres tilgjengelig på lokasjonen før det gjennomføres en installasjonstest og teknisk verifisering av at den fungerer. Installasjonstesten gjelder for løsningen som helhet, inkl integrasjoner mot andre systemer og integrasjoner av MTU. Alle interfacer, inkl MTU testes. Det gjennomføres en klinisk validering av data som høstes.

Tabellen viser implementeringsaktiviteter for UNN (generisk pr HF):

Forberedelser til Idriftsettelse	247d	05.09.17	02.11.18
HF; UNN	97d	05.09.17	30.01.18
Kick-off UNN (Innføringsteam + HF Mottaksprosjektet)	2d	05.09.17	06.09.17
Iverksette endringsarbeid og gevinstrealisering (UNN, ledernivå)	40d	23.11.17	30.01.18
Inngå gevinstrealiseringsavtale med identifiserte interessenter, UNN	20d	23.11.17	02.01.18
Identifisere og etablere Fagteam- og endringsledere pr Klinik/ avdeling	10d	03.01.18	16.01.18
Lokal kvalitetskontroll og gjennomgang pr Klinik/ Avdeling ihht utrullingsplan	10d	17.01.18	30.01.18
Lokasjon; Harstad	182d	05.12.17	02.11.18
Installasjon, utplassering og oppkobling av utstyr AIO	30d	05.12.17	26.01.18
Informasjonsmøte	2d	10.01.18	11.01.18
Iverksette Endringsarbeid for håndtering av prosess- og prosedyreendringer	30d	17.01.18	27.02.18
Identifisere arbeidsflyt pr avdeling	5d	17.01.18	23.01.18
Identifisere behov for endring av prosesser/rutiner/prosedyrer pr avdeling	10d	24.01.18	06.02.18
Iverksette endringsaktiviteter; impl. av nye arbeidsprosesser og prosedyrer	15d	07.02.18	27.02.18
Kurs og opplæring	182d	05.12.17	02.11.18
Teknisk opplæring - Lokal MTA	5d	05.12.17	11.12.17
Allokere Superbrukere til spesifikke oppstartsenheter	5d	18.01.18	24.01.18
Sluttbrukeropplæring AIO, Harstad	154d	25.01.18	02.11.18

2.9.2 Utrullingsplan pr HF

Utrullingsplan pr HF	808d	19.12.17	21.04.21
UNN	734d	19.12.17	07.01.21
NLSH	525d	12.03.18	29.05.20
FSYK	614d	05.12.18	21.04.21
HSYK	417d	18.04.19	20.11.20

Leverandøren gjennomfører systemtest inklusiv test av ytelse og lokal infrastruktur. Etter gjennomført vellykket test varsler Leverandøren Kunden om at Installasjonsdag er nådd.

For hvert HF gjennomføres en lokal akseptansetest pr fagområde. Gjennomføringen av akseptansetesten er kundens ansvar. Akseptansetesten baserer seg på testtilfeller fra verifikasjonstesten i det regionale forprosjekt, inkl justeringer og tilpasninger levert i Fase 3.

Etter at akseptansetesten er godkjent og de siste forberedelser for produksjon er gjennomført settes løsningen i produksjon = Idriftsettelse.

F.o.m. idriftsettelse, starter godkjeningsperioden.

Oppstart bør planlegges på en grundig måte, med hensyn til interne og eksterne supportprosedyrer, så vel som konsekvenser for personellet som blir berørt.

I løpet av den første oppstartsuken anbefales det at Superbrukere yter 24/7 support til Sluttbrukerne.

Driftsansvarlige har ansvar for alle de tekniske aspektene ved oppstart. I løpet av oppstartsperioden, anbefales det at det tekniske teamet yter 24/7 support (enten på stedet eller fjernbasert via telefon).

Leveringsdag nås etter bestemmelser definert i SSA-T.

Samlet akseptansetest for Helse Nord skjer når alle HF'ene har implementert hele løsningen, og er på samme versjon av løsningen.

2.9.2.1 Utrullingsplan UNN, pr Fagområde

Varighet: Desember 2018 – Januar 2021

2.9.2.1.1 AIO UNN

Varighet: Februar 2018 – Desember 2018

Utrullingsplan pr HF, pr Fagområde	808d	19.12.17	21.04.21
UNN	734d	19.12.17	07.01.21
AIO	201d	19.12.17	13.12.18
FAT, UNN, AIO	5d	19.12.17	05.01.18
Installasjonsdag, UNN, AIO	0	10.01.18	10.01.18
Akseptansetest AIO, UNN	15d	10.01.18	30.01.18
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte UNN, AIO	5d	07.02.18	13.02.18
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning UNN, AIO	5d	07.02.18	13.02.18
Idriftsettelse UNN, AIO	0	30.01.18	30.01.18
Harstad	40d	14.02.18	13.04.18
Anestesi/ operasjon	15d	14.02.18	06.03.18
Intensiv	20d	14.03.18	13.04.18
Narvik	35d	25.04.18	20.06.18
Anestesi/ operasjon	15d	25.04.18	23.05.18
Intensiv	15d	31.05.18	20.06.18
Tromsø	80d	24.08.18	13.12.18
Anestesi/ operasjon	80d	24.08.18	13.12.18
Oppvåkning (post operativ)	25d	04.09.18	08.10.18

Intensiv	60d	13.09.18	05.12.18
Medisinsk intensiv- hjerteroppvåkning	35d	24.09.18	09.11.18
NOR Nevro- orto- rehab Klinikken	25d	03.10.18	06.11.18
Leveringsdag UNN, AIO	0	13.12.18	13.12.18

2.9.2.1.2 Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - UNN (minus poliklinikker og dagkirurgi)

Varighet: November 2018 – August 2020

Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - UNN	458d	14.11.18	25.08.20
FAT, UNN, AKUTT, SP, PSYK	5d	14.11.18	20.11.18
Installasjonsdag, UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	23.11.18	23.11.18
Akseptansetest UNN, AKUTT, SP, PSYK	15d	23.11.18	13.12.18
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte UNN, AKUTT, SP, PSYK	5d	21.12.18	07.01.19
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning UNN, AKUTT, SP, PSYK	5d	21.12.18	07.01.19
Idriftsettelse UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	13.12.18	13.12.18
Akuttmottak og somatiske sengeposter	426d	08.01.19	25.08.20
Harstad	120d	08.01.19	24.06.19
Akutt	30d	08.01.19	18.02.19
Akuttmottak	30d	08.01.19	18.02.19
Medisinske sengeposter	50d	26.02.19	06.05.19
Medisinsk avdeling	50d	26.02.19	06.05.19
Kirurgiske sengeposter	30d	14.05.19	24.06.19
Kirurgisk avdeling	30d	14.05.19	24.06.19
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (fød)	25d	21.05.19	24.06.19
Nevro- orto- rehab klinikken (NOR) - (ORPL) Ortopedi	15d	28.05.19	17.06.19
Narvik	78d	19.02.19	06.06.19
Akutt	15d	19.02.19	11.03.19
Akuttmottak	15d	19.02.19	11.03.19
Medisinske sengeposter	30d	19.03.19	29.04.19
Medisinsk avdeling	30d	19.03.19	29.04.19
Kirurgiske sengeposter	23d	07.05.19	06.06.19
Kirurgisk avdeling	15d	07.05.19	27.05.19
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (fød)	20d	10.05.19	06.06.19
Nevro- orto- rehab klinikken (NOR) - (ORPL) Ortopedi	5d	15.05.19	21.05.19
Tromsø	306d	25.06.19	25.08.20
Akutt	50d	25.06.19	02.09.19
Akuttmottak	50d	25.06.19	02.09.19
Medisinske sengeposter	102d	17.09.19	05.02.20
Medisinsk Klinik	80d	17.09.19	06.01.20
Hjerte-, lunge klinikken	50d	07.10.19	13.12.19
Barne- og ungdomsklinikken	50d	25.10.19	02.01.20

Nevro- orto- rehab klinikken (NOR)	60d	14.11.19	05.02.20
Kirurgiske sengeposter	134d	20.02.20	25.08.20
Hjerte-, lunge klinikken	25d	20.02.20	25.03.20
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	120d	11.03.20	25.08.20
Nevro- orto- rehab klinikken (NOR)	55d	31.03.20	15.06.20
Psykiatri	180d	09.07.19	16.03.20
Harstad	35d	09.07.19	26.08.19
Psykisk helse- og rusklinikken	35d	09.07.19	26.08.19
Narvik	25d	10.09.19	14.10.19
Psykisk helse- og rusklinikken	25d	10.09.19	14.10.19
Tromsø	100d	29.10.19	16.03.20
Psykisk helse- og rusklinikken	100d	29.10.19	16.03.20
Barne- og ungdomsklinikken	40d	26.11.19	20.01.20
Leveringsdag UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	25.08.20	25.08.20

2.9.2.1.3 Rest, UNN

Varighet: Juli 2020 – Januar 2021

REST - UNN	122d	22.07.20	07.01.21
FAT, UNN, REST	1d	22.07.20	22.07.20
Installasjonsdag, UNN, REST	0	31.07.20	31.07.20
Akseptansetest UNN, REST	15d	31.07.20	20.08.20
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte UNN, REST	5d	28.08.20	03.09.20
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning UNN, REST	5d	28.08.20	03.09.20
Idriftsettelse UNN, REST	0	20.08.20	20.08.20
Restlokasjoner	90d	04.09.20	07.01.21
Harstad	20d	04.09.20	01.10.20
Narvik	10d	18.09.20	01.10.20
Tromsø	60d	02.10.20	24.12.20
Andre distriktsenheter	60d	16.10.20	07.01.21
Endelig implementering godkjent - UNN	0	07.01.21	07.01.21

2.9.2.2 Utrullingsplan NLSH, pr Fagområde

Varighet: April 2018 – Mai 2020

2.9.2.2.1 AIO, NLSH

Utrullingsplan pr HF, pr Fagområde	808d	19.12.17	21.04.21
NLSH	525d	12.03.18	29.05.20
AIO	171d	12.03.18	21.01.19

FAT, NLSH, AIO	5d	12.03.18	16.03.18
Installasjonsdag, NLSH, AIO	0	21.03.18	21.03.18
Akseptansetest NLSH, AIO	15d	21.03.18	13.04.18
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte NLSH, AIO	5d	23.04.18	27.04.18
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning NLSH, AIO	5d	23.04.18	27.04.18
Idriftsettelse NLSH, AIO	0	13.04.18	13.04.18
Vesterålen	32d	30.04.18	20.06.18
Anestesi/ operasjon	15d	30.04.18	28.05.18
Intensiv/ smerte	25d	14.05.18	20.06.18
Lofoten	18d	29.08.18	21.09.18
Anestesi/ operasjon	10d	29.08.18	11.09.18
Overvåking/ mottakelse	15d	03.09.18	21.09.18
Bodø	60d	19.10.18	21.01.19
Anestesi/ operasjon	60d	19.10.18	21.01.19
Intensiv og Smerte	40d	30.10.18	02.01.19
Leveringsdag NLSH, AIO	0	21.01.19	21.01.19

2.9.2.2.2 Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - NLSH (minus poliklinikker og dagkirurgi)

Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - NLSH	365d	06.09.18	07.02.20
FAT, NLSH, AKUTT, SP, PSYK	5d	06.09.18	12.09.18
Installasjonsdag, UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	17.09.18	17.09.18
Akseptansetest UNN, AKUTT, SP, PSYK	15d	17.09.18	05.10.18
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte UNN, AKUTT, SP, PSYK	5d	15.10.18	19.10.18
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning UNN, AKUTT, SP, PSYK	5d	15.10.18	19.10.18
Idriftsettelse UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	05.10.18	05.10.18
Akuttmottak og somatiske sengeposter	333d	22.10.18	07.02.20
Vesterålen	75d	22.10.18	12.02.19
Medisinske sengeposter	40d	22.10.18	14.12.18
Medisinsk avdeling	40d	22.10.18	14.12.18
Hode- bevegelsesklinikken (HBEV)	15d	25.10.18	14.11.18
Diagnostisk Klinikk	15d	30.10.18	19.11.18
Kirurgiske sengeposter	30d	02.01.19	12.02.19
Kirurgisk og ortopedisk klinikk (KIROT)	30d	02.01.19	12.02.19
Kbarn føde/ gyn	20d	09.01.19	05.02.19
Lofoten	83d	17.12.18	19.04.19
Medisinske sengeposter	40d	17.12.18	19.02.19
Medisinsk avdeling	40d	17.12.18	19.02.19
Hode- og bevegelsesklinikk (HBEV)	7d	19.12.18	07.01.19
Diagnostisk Klinikk	7d	21.12.18	09.01.19
Kirurgiske sengeposter	40d	25.02.19	19.04.19

Kirurgisk og ortopedisk klinikk (KIROT)	40d	25.02.19	19.04.19
Bodø	253d	20.02.19	07.02.20
Akutt	50d	20.02.19	30.04.19
Akuttmottak	50d	20.02.19	30.04.19
Medisinske sengeposter	110d	08.05.19	08.10.19
Medisinsk Klinikk	110d	08.05.19	08.10.19
Hode- bevegelsesklinikk (HBEV)	50d	13.05.19	19.07.19
Kirurgiske sengeposter	83d	16.10.19	07.02.20
Kirurgisk og ortopedisk klinikk (KIROT)	80d	16.10.19	04.02.20
Kvinne-/ Barn Klinikk (Kbarn)	80d	21.10.19	07.02.20
Psykatri	155d	03.06.19	03.01.20
Vesterålen	21d	03.06.19	01.07.19
Psykisk Helse og rusklinikk (PHR)	5d	03.06.19	07.06.19
PHR DPS	18d	06.06.19	01.07.19
Lofoten	15d	17.06.19	05.07.19
Psykisk Helse og rusklinikk (PHR)	15d	17.06.19	05.07.19
Bodø	120d	22.07.19	03.01.20
Psykisk Helse og rusklinikk (PHR)	120d	22.07.19	03.01.20
Leveringsdag NLSH - AKUTT, SP, PSYK	0	07.02.20	07.02.20

2.9.2.2.3 Rest, NLSH

REST - NLSH	102d	09.01.20	29.05.20
FAT, NLSH, REST	5d	09.01.20	15.01.20
Installasjonsdag, NLSH, REST	0	20.01.20	20.01.20
Akseptansetest NLSH, REST	15d	20.01.20	07.02.20
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte NLSH, REST	5d	17.02.20	21.02.20
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning NLSH, REST	5d	17.02.20	21.02.20
Idriftsettelse NLSH, REST	0	07.02.20	07.02.20
Restlokasjoner	70d	24.02.20	29.05.20
Vesterålen	20d	24.02.20	20.03.20
Lofoten	10d	09.03.20	20.03.20
Bodø	50d	23.03.20	29.05.20
Andre distriktsenheter	30d	06.04.20	15.05.20
Endelig implementering godkjent - NLSH	0	29.05.20	29.05.20

2.9.2.3 Utrullingsplan FSYK, pr Fagområde

Varighet: Januar 2019 – April 2021

2.9.2.3.1 AIO, FSYK

FSYK	614d	05.12.18	21.04.21
AIO	111d	05.12.18	17.05.19
FAT, FSYK, AIO	5d	05.12.18	11.12.18
Installasjonsdag, FSYK, AIO	0	14.12.18	14.12.18
Akseptansetest FSYK, AIO	15d	14.12.18	14.01.19
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte FSYK, AIO	5d	22.01.19	28.01.19
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning FSYK, AIO	5d	22.01.19	28.01.19
Idriftsettelse FSYK, AIO	0	14.01.19	14.01.19
Kirkenes	27d	29.01.19	06.03.19
Operasjon/ anestesi	15d	29.01.19	18.02.19
Intensiv	20d	07.02.19	06.03.19
Hammerfest (med Alta)	45d	18.03.19	17.05.19
Operasjon/ anestesi	45d	18.03.19	17.05.19
Intensiv	25d	27.03.19	30.04.19
Leveringsdag FSYK, AIO	0	17.05.19	17.05.19

2.9.2.3.2 Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - FSYK (minus poliklinikker og dagkirurgi)

Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - FSYK	275d	26.12.19	13.01.21
FAT, FSYK, AKUTT, SP, PSYK	5d	26.12.19	01.01.20
Installasjonsdag, FSYK, AKUTT, SP, PSYK	0	06.01.20	06.01.20
Akseptansetest FSYK, AKUTT, SP, PSYK	15d	06.01.20	24.01.20
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte FSYK, AKUTT, SP, PSYK	5d	03.02.20	07.02.20
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning FSYK, AKUTT, SP, PSYK	5d	03.02.20	07.02.20
Idriftsettelse FSYK, AKUTT, SP, PSYK	0	24.01.20	24.01.20
Akuttmottak og somatiske sengeposter	171d	10.02.20	05.10.20
Kirkenes	72d	10.02.20	19.05.20
Akuttmottak	25d	10.02.20	13.03.20
Medisinske sengeposter	55d	24.02.20	08.05.20
Kirurgiske sengeposter med føde/gyn	55d	04.03.20	19.05.20
Hammerfest	69d	03.06.20	07.09.20
Akuttmottak	20d	03.06.20	30.06.20
Medisinske sengeposter	40d	12.06.20	06.08.20
Sengeposter Kvinne/barn	40d	12.06.20	06.08.20
Kirurgiske sengeposter	55d	23.06.20	07.09.20
Alta	20d	08.09.20	05.10.20
Psykatri	52d	03.11.20	13.01.21
Tana	10d	03.11.20	16.11.20
Alta	13d	24.11.20	10.12.20

Lakselv	7d	18.12.20	28.12.20
Karasjok	7d	05.01.21	13.01.21
Leveringsdag FSYK - AKUTT, SP, PSYK	0	27.01.21	27.01.21

2.9.2.3.3 Rest, FSYK

REST - FSYK	72d	29.12.20	07.04.21
FAT, FSYK - REST	5d	29.12.20	04.01.21
Installasjonsdag, FSYK - REST	0	07.01.21	07.01.21
Akseptansetest FSYK - REST	15d	07.01.21	27.01.21
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte REST	5d	04.02.21	10.02.21
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning REST	5d	04.02.21	10.02.21
Idriftsettelse FSYK - REST	0	27.01.21	27.01.21
Restlokasjoner	40d	11.02.21	07.04.21
Endelig implementering godkjent - FSYK	0	21.04.21	21.04.21

2.9.2.4 Utrullingsplan HSYK, pr Fagområde

Varighet: Juni 2019 – November 2020

2.9.2.4.1 AIO, HSYK

HSYK	417d	18.04.19	20.11.20
AIO	118d	18.04.19	30.09.19
FAT, HSYK, AIO	5d	18.04.19	24.04.19
Installasjonsdag, HSYK, AIO	0	29.04.19	29.04.19
Akseptansetest HSYK, AIO	15d	29.04.19	17.05.19
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte AIO	5d	27.05.19	31.05.19
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning AIO	5d	27.05.19	31.05.19
Idriftsettelse HSYK, AIO	0	17.05.19	17.05.19
Mo i Rana	28d	03.06.19	10.07.19
Anestesi/ operasjon	18d	03.06.19	26.06.19
Intensiv	25d	06.06.19	10.07.19
Mosjøen	23d	18.07.19	19.08.19
Anestesi/ operasjon	20d	18.07.19	14.08.19
Intensiv	20d	23.07.19	19.08.19
Sandnessjøen	25d	27.08.19	30.09.19
Anestesi/ operasjon	25d	27.08.19	30.09.19
Intensiv	18d	30.08.19	24.09.19
Leveringsdag AIO - HSYK	0	30.09.19	30.09.19

2.9.2.4.2 Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter – HSYK (minus poliklinikker og dagkirurgi)

Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - HSYK	151d	09.01.20	06.08.20
FAT, HSYK, AKUTT, SP, PSYK	5d	09.01.20	15.01.20
Installasjonsdag, HSYK, AKUTT, SP, PSYK	0	20.01.20	20.01.20
Akseptansetest HSYK, AKUTT, SP, PSYK	15d	20.01.20	07.02.20
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte AKUTT, SP, PSYK	5d	17.02.20	21.02.20
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning AKUTT, SP, PSYK	5d	17.02.20	21.02.20
Idriftsettelse HSYK, AKUTT, SP, PSYK	0	07.02.20	07.02.20
Akuttmottak og somatiske sengeposter	51d	24.02.20	04.05.20
Mo i Rana	51d	24.02.20	04.05.20
Akutt	10d	24.02.20	06.03.20
Akuttmedisinsk avdeling	10d	24.02.20	06.03.20
Medisinske sengeposter	25d	12.03.20	15.04.20
Kirurgiske sengeposter	33d	19.03.20	04.05.20
Fødeavdeling	15d	19.03.20	08.04.20
Kir/Gyn/ort	30d	24.03.20	04.05.20
Mosjøen	23d	02.03.20	01.04.20
Akutt	10d	02.03.20	13.03.20
Akuttmedisinsk avdeling	10d	02.03.20	13.03.20
Medisinske sengeposter	20d	05.03.20	01.04.20
Kirurgiske sengeposter	7d	12.03.20	20.03.20
Fødeavdeling	7d	12.03.20	20.03.20
Sandessjøen og Brønnøysund	28d	09.03.20	15.04.20
Akutt	7d	09.03.20	17.03.20
Akuttmedisin	7d	09.03.20	17.03.20
Medisinske sengeposter	25d	12.03.20	15.04.20
Kirurgiske sengeposter	10d	17.03.20	30.03.20
Fødestue	10d	17.03.20	30.03.20
Fødestue Brønnøysund	7d	20.03.20	30.03.20
Psykatri	58d	19.05.20	06.08.20
Mo i Rana	20d	19.05.20	15.06.20
Psykiatriske sengeposter	20d	19.05.20	15.06.20
Mosjøen	15d	19.06.20	09.07.20
Psykiatriske sengeposter	15d	19.06.20	09.07.20
Sandessjøen og Brønnøysund	17d	15.07.20	06.08.20
Psykiatriske sengeposter SSJ	7d	15.07.20	23.07.20
Psykiatriske sengeposter BR	7d	29.07.20	06.08.20
Leveringsdag HSYK - AKUTT, SP, PSYK	0	06.08.20	06.08.20

2.9.2.4.3 Rest, HSYK

REST - HSYK	88d	22.07.20	20.11.20
FAT, HSYK, REST	5d	22.07.20	28.07.20
Installasjonsdag, HSYK, REST	0	31.07.20	31.07.20
Akseptansetest HSYK, REST	15d	31.07.20	20.08.20
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte HSYK, REST	5d	28.08.20	03.09.20
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning HSYK, REST	5d	28.08.20	03.09.20
Idriftsettelse HSYK, REST	0	20.08.20	20.08.20
Restlokasjoner	56d	04.09.20	20.11.20
Mo i Rana	10d	04.09.20	17.09.20
Mosjøen	10d	23.09.20	06.10.20
Sandessjøen og Brønnøysund	7d	12.10.20	20.10.20
Andre distriktsenheter	20d	26.10.20	20.11.20
Endelig implementering godkjent - HSYK	0	20.11.20	20.11.20

2.9.3 Vedlikehold og forvaltning

UNN	712d	30.01.18	07.01.21
Første Idriftsettelse UNN	0	30.01.18	30.01.18
AIO	129d	13.04.18	13.12.18
AIO Harstad	0	13.04.18	13.04.18
AIO Narvik	0	20.06.18	20.06.18
AIO Tromsø	0	13.12.18	13.12.18
Leveringsdag UNN, AIO	0	13.12.18	13.12.18
Akuttmottak og somatiske sengeposter	396d	18.02.19	25.08.20
Akutt Harstad	0	18.02.19	18.02.19
Akutt Narvik	0	11.03.19	11.03.19
Akutt Tromsø	0	02.09.19	02.09.19
Med. sengepost Harstad	0	06.05.19	06.05.19
Med. sengepost Narvik	0	29.04.19	29.04.19
Med. sengepost Tromsø	0	05.02.20	05.02.20
Kir. sengepost Harstad	0	24.06.19	24.06.19
Kir. sengepost Narvik	0	06.06.19	06.06.19
Kir. sengepost Tromsø	0	25.08.20	25.08.20
Psykiatriske sengeposter	145d	26.08.19	16.03.20
Psyk, Harstad	0	26.08.19	26.08.19
Psyk, Narvik	0	14.10.19	14.10.19
Psyk, Tromsø	0	16.03.20	16.03.20
Leveringsdag UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	25.08.20	25.08.20
REST	60d	01.10.20	24.12.20
Harstad	0	01.10.20	01.10.20

Narvik	0	01.10.20	01.10.20
Tromsø	0	24.12.20	24.12.20
Endelig implementering godkjent - UNN	0	07.01.21	07.01.21
NLSH	503d	13.04.18	29.05.20
Første Idriftsettelse NLSH	0	13.04.18	13.04.18
AIO	107d	20.06.18	21.01.19
AIO Vesterålen	0	20.06.18	20.06.18
AIO Lofoten	0	21.09.18	21.09.18
AIO Bodø	0	21.01.19	21.01.19
Leveringsdag NLSH, AIO	0	21.01.19	21.01.19
Akuttmottak og somatiske sengeposter	293d	14.12.18	07.02.20
Akutt Bodø	0	30.04.19	30.04.19
Med. sengepost Vesterålen	0	14.12.18	14.12.18
Med. sengepost Lofoten	0	19.02.19	19.02.19
Med. sengepost Bodø	0	08.10.19	08.10.19
Kir. sengepost Vesterålen	0	12.02.19	12.02.19
Kir. sengepost Lofoten	0	19.04.19	19.04.19
Kir. sengepost Bodø	0	07.02.20	07.02.20
Psykiatriske sengeposter	134d	01.07.19	03.01.20
Psyk, Vesterålen	0	01.07.19	01.07.19
Psyk, Lofoten	0	05.07.19	05.07.19
Psyk, Bodø	0	03.01.20	03.01.20
Leveringsdag NLSH, AKUTT, SP, PSYK	0	07.02.20	07.02.20
REST	50d	20.03.20	29.05.20
Vesterålen	0	20.03.20	20.03.20
Lofoten	0	20.03.20	20.03.20
Bodø	0	29.05.20	29.05.20
Endelig implementering godkjent - NLSH	0	29.05.20	29.05.20
FSYK	592d	14.01.19	21.04.21
Første Idriftsettelse FSYK	0	14.01.19	14.01.19
AIO	52d	06.03.19	17.05.19
AIO Kirkenes	0	06.03.19	06.03.19
AIO Hammerfest (med Alta)	0	17.05.19	17.05.19
Leveringsdag FSYK, AIO	0	17.05.19	17.05.19
Akuttmottak og somatiske sengeposter	146d	13.03.20	05.10.20
Akutt Kirkenes	0	13.03.20	13.03.20
Akutt Hammerfest	0	30.06.20	30.06.20
Med. sengepost Kirkenes	0	08.05.20	08.05.20
Med. sengepost Hammerfest	0	06.08.20	06.08.20
Kir. sengepost Kirkenes	0	19.05.20	19.05.20
Kir. sengepost Hammerfest	0	07.09.20	07.09.20
Somatikk Alta	0	05.10.20	05.10.20

Psykiatriske sengeposter	42d	16.11.20	13.01.21
Psyk, Tana	0	16.11.20	16.11.20
Psyk, Alta	0	10.12.20	10.12.20
Psyk, Lakselv	0	28.12.20	28.12.20
Psyk, Karasjok	0	13.01.21	13.01.21
Leveringsdag FSYK - AKUTT, SP, PSYK	0	27.01.21	27.01.21
REST	0	07.04.21	07.04.21
Restlokasjoner	0	07.04.21	07.04.21
Endelig implementering godkjent – FSYK/ RHF (regional løsning)	0	21.04.21	21.04.21
HSYK	395d	17.05.19	20.11.20
Første Idriftsettelse - HSYK	0	17.05.19	17.05.19
AIO	58d	10.07.19	30.09.19
AIO Mo i Rana	0	10.07.19	10.07.19
AIO Mosjøen	0	19.08.19	19.08.19
AIO Sandnessjøen	0	30.09.19	30.09.19
Leveringsdag HSYK, AIO	0	30.09.19	30.09.19
Akuttmottak og somatiske sengeposter	41d	06.03.20	04.05.20
Akutt Mo i Rana	0	06.03.20	06.03.20
Akutt Mosjøen	0	13.03.20	13.03.20
Akutt Sandnessjøen og Brønnøysund	0	17.03.20	17.03.20
Med. sengepost Mo i Rana	0	15.04.20	15.04.20
Med. sengepost Mosjøen	0	01.04.20	01.04.20
Med. sengepost Sandnessjøen og Brønnøysund	0	15.04.20	15.04.20
Kir. sengepost Mo i Rana	0	04.05.20	04.05.20
Kir. sengepost Mosjøen	0	20.03.20	20.03.20
Kir. sengepost Sandnessjøen og Brønnøysund	0	30.03.20	30.03.20
Psykiatriske sengeposter	38d	15.06.20	06.08.20
Psyk, Mo i Rana	0	15.06.20	15.06.20
Psyk, Mosjøen	0	09.07.20	09.07.20
Psyk, Sandnessjøen og Brønnøysund	0	06.08.20	06.08.20
Leveringsdag HSYK - AKUTT, SP, PSYK	0	06.08.20	06.08.20
REST	46d	17.09.20	20.11.20
Mo i Rana	0	17.09.20	17.09.20
Mosjøen	0	06.10.20	06.10.20
Sandnessjøen og Brønnøysund	0	20.10.20	20.10.20
Andre restlokasjoner	0	20.11.20	20.11.20
Endelig implementering godkjent - HSYK	0	20.11.20	20.11.20

Vedlegg: Overordnet prosjektplan (fase 3 – implementering per HF).

VEDLEGG 1. INNFORING AV ELEKTRONISK KURVE		2017				2018				2019				2020				2021			
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
REGIONALT	Regionalt kurve-prosjekt Etablering Regional Prosjektorganisasjon Etablering Regionalt Teknisk Bredningsteam Etablering Regionalt Opplærings- og endringsteam Etablere Drift/ overvåking, 1/2. linje																				
UNN	Etablering lokalt og forberedelser Kartlegging Lokal Infrastr. AIO Bestille Lokal infrastruktur AIO Etablere Prosjektledelse (Mottaksprosjekt) Etablere Teknisk Team Etablere Opplærings- Fag og Endringsteam Etablere endringsressurser Etablere Superbrukere AIO Installasjon, utplassering og oppkobling av utstyr AIO Idriftsette drift og systemforvaltning AIO "Bredning" - opplæring og idriftsetning per klin/avd AIO AKUTT, SP PSYK SP REST																				
NLSH	Etablering lokalt og forberedelser Kartlegging Lokal Infrastr. AIO Bestille Lokal infrastruktur AIO Etablere Prosjektledelse (Mottaksprosjekt) Etablere Teknisk Team Etablere Opplærings- Fag og Endringsteam Etablere endringsressurser Etablere Superbrukere AIO Installasjon, utplassering og oppkobling av utstyr AIO Idriftsette drift og systemforvaltning AIO "Bredning" - opplæring og idriftsetning per klin/avd AIO AKUTT, SP PSYK SP REST																				
FSYK	Etablering lokalt og forberedelser Kartlegging Lokal Infrastr. AIO Bestille Lokal infrastruktur AIO Etablere Prosjektledelse (Mottaksprosjekt) Etablere Teknisk Team Etablere Opplærings- Fag og Endringsteam Etablere endringsressurser Etablere Superbrukere AIO Installasjon, utplassering og oppkobling av utstyr AIO Idriftsette drift og systemforvaltning AIO "Bredning" - opplæring og idriftsetning per klin/avd AIO AKUTT, SP PSYK SP REST																				
UNN	Etablering lokalt og forberedelser Kartlegging Lokal Infrastr. AIO Bestille Lokal infrastruktur AIO Etablere Prosjektledelse (Mottaksprosjekt) Etablere Teknisk Team Etablere Opplærings- Fag og Endringsteam Etablere endringsressurser Etablere Superbrukere AIO Installasjon, utplassering og oppkobling av utstyr AIO Idriftsette drift og systemforvaltning AIO "Bredning" - opplæring og idriftsetning per klin/avd AIO AKUTT, SP PSYK SP REST																				
Regional drift og systemforvaltning	Første idriftsettelse - PR HF AIO AKUTT, SP PSYK SP REST Full regional drift og forvaltning																				

Mandat:**Innføring av felles, elektronisk medikasjons- og kurveløsning for Helse Nord (EK) - fase 3****Prosjektinformasjon**

Prosjektnavn		Prosjekt-id
Innføring av felles, elektronisk medikasjons- og kurveløsning for Helse Nord (EK)		Prosjektnummer: <ul style="list-style-type: none"> 883 (Fase 3)
Assosiert program, prosjektet relateres til:		Prosjekttype
FIKS – Felles innføring av kliniske systemer		Implementeringsfase (fase 3)
Oppdragsgiver	Prosjekteier	Prosjektleder
(Leder for den avdeling eller enhet som tar beslutning om å etablere prosjektet. Skal godkjenne prosjektforslaget og beslutter hvem som skal være formell Prosjekteier)	(Har det overordnede ansvar for prosjektet på vegne av linjeorganisasjonen. Etablere og leder styringsgruppa. Holder kontakt med prosjektleder.)	
HN RHF v/ Hilde Rolandsen	Hilde Rolandsen	Bjørn Børresen (Helse Nord RHF)

Nøkkelinformasjon

Godkjent budsjett ved Helse Nord RHF			Kommentar
Prosjektet har en ramme på MNOK 283 for gjennomføring av fase 3. Dette er medregnet en kompensasjon til HFene for deres ressursinnsats i det regionale EK-prosjektet. <i>Til beslutning i SG-møte for FIKS, 24. mars 2017.</i>			Se Vedlegg 1. Budsjett/økonomi.
Oppdatert totalbudsjett og buffer (for endringsordrer) fra og med og til og med prosjektavslutning			
Budsjett (NOK)	Buffer (NOK)	Belastes koststed:	Kommentar
Budsjett fase 3: MNOK 283	-	9280	Se Vedlegg 1.
Beskriv kort bakgrunnen for prosjektet	<p>Helse Nord har anskaffet en regional, elektronisk medikasjons- og kurveløsning (EK), ref. Styresak 125-2014. Kontrakt ble underskrevet med EVRY ASA 16. desember 2014, og gjelder ferdig implementering og vedlikehold av Metavision som gjennomgående kurveløsning i regionen. Anskaffelsesprosjektet ble avsluttet 2.2. 2015. Helse Nord RHF er prosjekteier og eier av kontraktene.</p> <p>Mandatet gjelder for det regionale prosjektet for regional innføring av elektronisk kurve (fase 3). Adm. Dir. i Helse Nord er det regionale prosjektets eier. Det regionale prosjektet skal sikre en implementering av én regional løsning, i tråd med regionale retningslinjer for arbeidsflyt, og utøve en regional ledelse og koordinering av implementeringen. Det regionale prosjektet skal sørge for opprettelse av lokale impl.organisasjoner per HF iht. plan, og forberede, klargjøre og lede den regionale innføringen av elektronisk kurve. Det inkluderer også opplæring av lokale prosjektressurser og teknisk personell, slik at HFene og HNIKT kan opprette sine prosjekter og tjenester for innføring av elektronisk kurve. Prosjektet har en veiledende rolle mot de lokale prosjektene, og har ansvaret for kjøpskontrakten og den merkantile oppfølging av leverandør.</p>		

	Foretaksdirektørene er eiere av implementeringsprosjektene på HFene, og disse har lokale prosjektledere som rapporterer til HF-ledelsen iht. eget mandat og styringsstruktur.
Effektmål: (to-be situation) (Beskriv hvilke effektmål og hva som vil oppnås med å gjennomføre prosjektet)	<p>HN skal innføre en felles EK-løsning for å bedre pasientsikkerheten, og sikre helsearbeidere medisinskfaglig beslutningsstøtte og oversikt over relevant pasient/behandlingsdokumentasjon. EK skal optimalisere behandlingskvalitet, samt sikre høy kvalitet på data relatert til virksomhetsdokumentasjon, undervisning, forskning, utvikling og rapportering.</p> <p>HN har som overordnet mål å innføre Metavision som elektronisk medikasjons- og kurveløsning for prehospitale tjenester, akuttmottak, intensiv, operasjon, anestesi, sengepost, dagbehandling og poliklinikk for alle foretakene i helseregionen. Målet er å kvalitetssikre behandlingen og legemiddelhåndteringen, slik at dataene følger pasienten gjennom helepasientforløpet.</p> <p>EK-prosjektet skal bidra til å realisere Helse Nord's Kvalitetsstrategi (2011-2014), som har kunnskap, pasientfokus, pasientsikkerhet og dokumentasjon og analyse av klinisk praksis som satsingsområder.</p> <p>EK-prosjektet har effektmål innenfor fire gevinstområder (ref. Gevinstrealiseringsplan, v.2.0).</p> <p>1. Bedre og sikrere legemiddelhåndtering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt pasientsikkerhet med løsning(er) som gir forsvarlig og kvalitetssikret legemiddelhåndtering • Tilgang til pasientens legemiddelliste i hele pasientforløpet • Mer forsvarlig rekvirering, oppbevaring, ordinerer, istandgjøring og administrering av legemidler • Bedre oversikt over interaksjoner, dosering, bivirkninger, utblanding, administrasjonsmåter, etc. • Korrekt og forståelig informasjon om legemidler til pasienten som kan hentes fra relevante kilder (e.g. Helsebiblioteket, FEST, Norsk legemiddelhåndbok) • Sikker dobbeltkontroll og tilknytning direkte til legemiddelet, pasientens kurve, pasienten selv og helsearbeideren som administrerer legemidlet • Entydig informasjon, og bedre dokumentasjon av administrering og evt. avvik <p>2. Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt kvalitet i behandlingen av pasienter i helhetlige pasientforløp og de arbeidsprosessene som løsningen understøtter • Løsning(er) med god beslutningsstøtte i pasientbehandlingen som er knyttet opp mot nasjonale veiledere for pasientbehandling og prosedyrer • Økt oversikt og tilgjengelighet til relevant pasient- og behandlingsdokumentasjon • Standardiserte og integrerte løsning(er) som støtter

	<p>virksomhetens behov for arbeids- og informasjonsflyt i helhetlige pasientforløp</p> <ul style="list-style-type: none"> • Automatisert datafangst og bedre kvalitet i registrering av data fra medisinteknisk utstyr (MTU) <p>3. Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legge til rette for felles faglig utvikling og standardisering i regionen som følger nasjonale og internasjonale standarder • Understøtte kunnskapsbasert praksis og klinisk fagrevisjon • Strukturere data til organisasjons-, utviklings- og forskningsformål <p>4. Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt kvalitet og effektivitet for helsepersonellet i de arbeidsprosessene som løsningen(e) understøtter • Felles løsning(er) som bidrar til kostnadseffektivitet for HN <p>For å oppnå disse effektmålene skal løsningen ha høy stabilitet, skalerbarhet, brukervennlighet, tilgjengelighet og sikkerhet. Løsningen skal også følge Nasjonal IKT sine anbefalinger til arkitektur og elektronisk samhandling ved bruk av tjenester.</p>
<p>Resultatmål / Hovedleveranser: (Beskriv de største leveransene fra prosjektet og hva som ønskes oppnådd før prosjektet er slutt)</p>	<p>Hovedmålet er en ferdig, implementert løsning for alle HF som én felles, regional løsning.</p> <p>Delmål (inkl. felles delmål med de lokale HF-prosjektene):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokale prosjektorganisasjoner er etablert per HF iht. plan • EK som tjeneste er etablert for Helse Nord • Gevinstavtale inngått med hvert HF • Gjennomført opplæring (prosjekt- og opplæringsressurser HFene, teknisk personell vedlikehold/ drift) – felles delmål Regionalt/ HF • Overlevert regionale retningslinjer og gjennomført endring av rutiner/ prosedyrer lokalt – felles delmål Regionalt/ HF • Gjennomført lokal kartlegging, bestilling av utstyr/ oppgraderinger, installasjon og idriftsettelse iht. plan – felles delmål Regionalt/ HF • Gjennomført akseptansetester, idriftsettelse og godkjenning (leveransedag) per HF – felles delmål Regionalt/ HF • Overlevert løsning til drift og forvaltning (prosjekt avsluttet)
Hovedmilepæler:	Milepæler/Leveranser
Fase 3:	Implementeringsfasen
<ul style="list-style-type: none"> • MP1: 15.8.2018 	Regional prosjektorganisasjon etablert
<ul style="list-style-type: none"> • MP2: 9.1.2018 	EK etablert som tjeneste for HN
UNN HF:	
<ul style="list-style-type: none"> • MP3.1: 5.9.2017 	Mottaksprosjekt UNN etablert
<ul style="list-style-type: none"> • MP3.2: 30.1.2018 	Idriftsettelse AIO-UNN
<ul style="list-style-type: none"> • MP3.3: 13.12.2018 	Idriftsettelse SP-UNN

• MP3.4: 20.8. 2020	Idriftsettelse REST-UNN
• MP3.5: 7.1. 2021	Endelig leveringsdag UNN/ implementering godkjent
NLSH HF:	
• MP4.1: 1.1.2018	Mottaksprosjekt NLSH etablert
• MP4.2: 13.4.2018	Idriftsettelse AIO-NLSH
• MP4.3: 5.10.2018	Idriftsettelse SP-NLSH
• MP4.4: 7.2. 2020	Idriftsettelse REST-NLSH
• MP4.5: 29.5.2020	Endelig leveringsdag NLSH/ implementering godkjent
FIN HF:	
• MP5.1: 26.11.2018	Mottaksprosjekt FIN etablert
• MP5.2: 14.1.2019	Idriftsettelse AIO-FIN
• MP5.3: 24.1.2020	Idriftsettelse SP-FIN
• MP5.4: 27.1.2021	Idriftsettelse REST-FIN
• MP5.5: 21.4.2021	Endelig leveringsdag FIN/ implementering godkjent
HSYK HF:	
• MP6.1: 9.4.2019	Mottaksprosjekt HSYK etablert
• MP6.2: 17.5.2019	Idriftsettelse AIO-HSYK
• MP6.3: 7.2.2020	Idriftsettelse SP-HSYK
• MP6.4: 20.8.2020	Idriftsettelse REST-HSYK
• MP6.5: 20.11.2020	Endelig leveringsdag HSYK/ implementering godkjent
RHF:	
• MP7: 21.4.2021	Endelig leveringsdag FIN/ implementering godkjent
• MP8: 30.6.2021	Prosjekt avsluttet - overlevert regional forvaltning
Vedlegg	Vedlegg 1. Budsjett/ økonomi.
Forutsetninger / begrensninger (Antakelser og forutsetninger mot linjeorganisasjon eller andre prosjekter. Lag også en liste på leveranser som ikke er inkludert i dette prosjektet, dette for å unngå misforståelser.)	<p>Planer, organisering og budsjett/ intern ressursbruk forutsetter at EK er lagt under et program, med støtte-funksjoner som juridisk/ avtalemessig bistand, økonomi og kommunikasjon.</p> <p>EK-prosjektet forutsetter program-støtte og et prosjekt for Pasientforløp som ivaretar problemstillinger på tvers, knyttet til hvordan de kliniske systemene skal samspille for å understøtte helhetlige pasientforløp.</p> <p>EK forutsetter oppgraderinger/ innkjøp av nødvendig utstyr/ lokal infrastruktur etter behov på HFene (ref. indirekte følgekostnader, se Vedlegg 1).</p> <p>EK forutsetter trådløst nettverk og bruk av trådløse enheter fra 2019, da akuttmottak og sengeposter skal ta i bruk løsningen.</p> <p>Det er ikke forutsatt, men ønskelig fra prosjektet å benytte nytt, regionalt kjøremiljø ved regionalt datasenter. Det krever en egen beslutning, der risiko knyttet til avhengighetene som oppstår er vurdert og akseptert.</p> <p>Løsningen forutsetter drift og overvåkning fra Helse Nord IKT fra første idriftsettelse (februar 2018), noe delprosjektet «Etablering av EK som tjeneste i Helse Nord» skal sikre.</p>
Dato for oppstart	Dato for oppstart av gjennomføringsfasen

1.8 2017	Oppstart av regionalt prosjekt EK.
Hvilke interessenter vil få en klar fordel av at prosjektet gjennomføres?	På hvilken måte kan prosjektet bli fordelaktig for disse?
Helse Nord RHF	Realisering av Helse Nords Kvalitetsstrategi og IT-strategiske mål knyttet til effektiv bruk av IKT i regionen.
HFene i Helse Nord	Det vises til effektmålene for prosjektet over, og gevinstrealiseringsplan for prosjektet. Gevinster og effektmålene handler om økt kvalitet i pasientbehandlingen og pasientsikkerhet, og at EK skal gi god understøttelse av helhetlige pasientforløp.
Helse Sør-Øst	Helse Sør-Øst, spesielt OUS HF og SØ HF, er svært interessert i Helse Nords innføring av EK. Det gjelder både videreutvikling av Metavision som produkt, og hvordan Helse Nord kan bidra til bedre integrasjoner og gode løsninger for understøttelse av pasientforløpene.
HN-IKT	HNIKT er avhengig av godt samarbeid og kvalitet i leveransene fra prosjektet for å kunne drifte, overvåke og levere gode tjenester for videre drift og teknisk forvaltning. EK bestiller tjenester og påvirker en rekke andre prosjekter i HNIKT.
Pasienter	Effektmålene for EK handler om økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet i behandlingen.
Sentrale helsemyndigheter	Effektmålene er med på å realisere nasjonale målsetninger knyttet til bedre samhandling, økt pasientsikkerhet, kvalitet i behandlingen og effektivitet.
Hvilke interessenter vil se på prosjektet som ufordelaktig hvis det gjennomføres?	På hvilken måte kan prosjektet bli ufordelaktig for disse? (kort beskrivelse).
EVRY	EVRY har inngått en kontrakt som følger implementeringstakten. Det gjør at selskapet er lite interessert i forsinkelser i innføringen av EK.
DIPS	DIPS ønsker å bidra til gode totalløsninger, men er i utgangspunktet en konkurrent. De kan oppleve at innføring av Metavision konkurrerer med deres innføring av DIPS Arena, både ressursmessig og produktmessig.
Skal hele eller deler av prosjektets investerings eller driftskostnader faktureres fra prosjektet til andre enheter? (ja/nei) Hvis "ja": -Til hvem? -Hvordan avgjøres det hvor mye som skal faktureres? - Når skal dette faktureres?	Prosjektet opprettes under et nytt program for innføring av kliniske systemer, som er kostnadssted.

Risikofaktorer på tid, kostnader, kvalitet frem til prosjektavslutning (fase 3)

Nr	Risikobeskrivelse	Konsekvens	Tiltak	Sannsynlighet	Periode
1	Kvalitet i leveranse fra HFene. Avhengig av lokal prosjektledelse, deltakelse og tilgang på tilstrekkelige og	Høy. Krever god prosjektledelse lokalt, og forståelse for omstilling/ endringsarbeid.	Klare ressursavtaler og ansvarsfordeling mellom regionalt og lokalt prosjekt. Kompetansekrav til de lokale HFene.	Middels	Impl.-perioden per HF

	kompetente ressurser i rollene i det lokale prosjektet.				
2	Kvalitet i leveranse fra HN-IKT – regional infrastruktur/ miljøer	Høy Prosjektet er avhengig av etablering av QA- og prodmiljø iht. prosjektets behov (krav og tid). Avhengig av høy grad av kvalitet i leveransene, til riktig tid, og dermed prioritering internt i HN-IKT.	HN-IKT representert i styringsgruppe, og klare bestillinger, gjerne i form av signerte avtaler.	Middels/ høy	Hele perioden.
3	Kvalitet i leveranse fra HN-IKT – integrasjons-løsninger/ avhengigheter til teknisk forvaltning av DIPS/ andre systemer	Høy Prosjektet er avhengig av etablerte og nye integrasjoner, som må etableres på integrasjonsplattformen . Integrasjonene avhenger av DIPS/ andre systemer, og er kritiske for EK i drift.	HN-IKT representert i styringsgruppe, og klare bestillinger, gjerne i form av signerte avtaler.	Middels	Hele perioden.
4	Kvalitet i leveranse fra EVRY/ iMDsoft. - Løsning - Prosjektgjennomføring - Tekniske leveranser - Opplæring/ kurs	Høy. Erfaringen fra HSØ og forprosjektet er variabel kvalitet i alle leveranser, og at EVRY sliter med iMDsoft som underleverandør.	Tydelig kontraktsoppfølging og ansvarliggjøring av leverandør i fasen.	Middels	Hele perioden.
5	Avhengigheter til funksjonell forvaltning av andre systemer	Middels EK medfører endringer i DIPS EPJ og LAB, samt i arbeidsflyt for DIPS. EK er også avhengig av kvalitet i dataene fra DIPS, som er informasjon som gjenbrukes og vises i kurven.	Avtaler med funksjonell forvaltning om bistand og leveranser, planlagt i god tid.	Middels	Hele perioden.
6	Avhengig av regionale rådgivningsorgan (fagforum og fagråd)	Middels. Klinisk IKT Fagråd er faglig styringsgruppe. Prosjektet er avhengig av at behov utenfor EK-prosjektet faktisk følges opp. Det er risiko for manglende standardisering i forkant, og at beslutninger ikke videreføres til HFene.	Tydelige saker fra prosjektet, der forventet oppfølging referatføres.	Middels	Hele perioden.

7	Kompetanse og kvalitet i det regionale EK-prosjektet	Høy EK skal levere en regional løsning, og manglende kompetanse eller riktige ressurser kan medføre sviktende kvalitet, oppfølging av HFene eller framdrift.	Ressursavtaler, rollebeskrivelser og klare ansvarsforhold og kompetansekrav.	Middels	Hele perioden.
8	Manglende lederforankring lokalt og regionalt	Middels EK er et strategisk, kritisk prosjekt som krever leder-forankring og støtte.	Regionale og lokale styringsgrupper, samt faglig referansegruppe.	Lav	Hele perioden.
9	Uavklart arkitektur i en kompleks systemportefølje	Middels Risiko for dobbeltarbeid, dublisering og tap av kritisk, klinisk informasjon. Det er overlappende funksjonalitet i MV og DIPS, og det er uklart hva som utvikles i DIPS Arena. Risiko for at klinikerer ikke får en helhetlig prosess- og beslutningsstøtte, og i siste instans være en trussel for pasientsikkerheten.	Prosjekt Pasientforløp.	Middels	
10	Uforutsette risiki	Høy EK-prosjektet er svært komplekst med mange avhengigheter, og innebærer betydelig omstilling/ endringsarbeid ved HFene.	Gevinstavtaler og tydelig ansvarsavklaring mellom regionalt prosjekt og HFene.	Middels/høy	Hele perioden.

Oversikt over tilgjengelige ressurser frem til prosjektavslutning

Rolle/Ansvar:	Navn	Enhet	Periode (ukenummer)	Deltakelse(%) Ressurser som bidrar mer enn 10%
Prosjektleder	Bjørn Børresen	HN RHF	1.7.2017-	100 %

Prosjektleder starter implementeringsfasen etter at mandat, plan og budsjett/ ressurser er godkjent, og vil rekruttere bemanning til rollene i prosjektorganisasjonen ved tilslutning.

Styringsgruppe

Styringsgruppen for prosjektet er Styringsgruppen for nytt klinisk program etter FIKS. Programleder rapporterer til styringsgruppen.

I tillegg har leverandøren en intern styringsgruppe, som sammen med Helse Nord's styringsgruppe utgjør Felles styringsgruppe. Felles styringsgruppe skal fatte beslutninger som krever enighet mellom kunde og leverandør, for eksempel evt. endringer til avtalen. I Felles styringsgruppe med leverandør, foreslås følgende representasjon fra Helse Nord:

- Geir Tollåli, fagdirektør, Helse Nord RHF (Felles styringsgruppe-leder)
- Randi Brendberg, Helse Nord RHF
- Programleder, nytt klinisk program, Helse Nord RHF
- Oddbjørn Schei, adm.dir, Helse Nord IKT

Det vil opprettes lokale styringsgrupper for de lokale implementeringsprosjektene. Adm.dir ved HFet er prosjekteier ved HFet.

Faglig styringsgruppe EK

- Klinisk IKT Fagråd, unntatt representantene fra Fagforumene til andre systemer (LAB, EPJ, Radiologi), utgjør Faglig styringsgruppe.

For å sikre at tilpasninger og konfigurasjon skjer så effektivt som mulig i fase 2, og med forankring i de ulike fagmiljøene, foreslår Leverandøren at det etableres en faglig styringsgruppe. Den faglige styringsgruppen skal ta beslutninger om funksjonalitet, arbeidsflyt og integrasjoner.

Fagdirektørene er øverste faglige representant for hvert HF, og er representert i Klinisk IKT Fagråd. Det anbefales at Faglig styringsgruppe består av disse representantene i Klinisk IKT Fagråd. Representantene fra Fagforumene til andre systemer (LAB, EPJ, Radiologi) kan delta, men beslutninger skal kunne fattes kun med deltakelse fra fagdirektørene.

Referansegrupper

Utvidet kliniker-gruppe fra forprosjektet videreføres som referansegruppe for prosjektet. Gruppen kan endres til EK Fagforum etter overlevering til forvaltning.

Prosjektet benytter andre fagforum og fagråd som høringsinstanser etter behov.

Rapporteringer fra Prosjektleder

Rapportering fra prosjektleder går til Hilde Rolandsen, Eierdirektør, Helse Nord RHF og Bengt Nilfsors, programleder FIKS.

Fullmakter

- Lede prosjektet innenfor vedtatte rammer og plikt til å melde avvik.

Annen viktig tilleggsinformasjon

Ingen.

Vedlegg til prosjektavtalen (mandatet)

Nøkkelleveranser	Besluttet levert (Dato)	Levert (ja/nei)	Hvis nei: Forklar årsaken til at dokumentet ikke er levert på dato
Vedlegg 1. Prosjektbudsjett.	15.3.2017	Ja	
Vedlegg 2. Prosjektplan.	15.3.2017	Ja	
Vedlegg 3. Gevinstrealiseringsplan (rev.)	15.3.2017	Ja	

Signaturer (Navn og dato)

<p>Oppdragsgiver Godkjenner det strategiske grunnlaget og avgrensinger beskrevet over. Aksept på etablering og godkjent planleggingsfase</p>	<p>Hilde Rolandsen Eierdirektør, Helse Nord RHF.</p>
<p>Prosjektleder Tar ansvar for prosjektet i henhold til prosjektgrunnlag og avgrensninger beskrevet over.</p>	<p>Bjørn Børresen Prosjektleder, Helse Nord RHF.</p>



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
43/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3.5.2017

Saksbehandler: Jorhill Andreassen

Justering av direktørens lønn

Saken vil bli fremlagt i møtet av styreleder.

Tromsø, 21.4.2017

Jorhill Andreassen (s.)
Styrets leder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
44/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3.5.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Justering av styrets møte- og årsplan 2017

Innstilling til vedtak

- 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.	16.	14.
Styreseminar UNN						20. Tromsø				15. Svalb	
Helsefak/ UNN					4.						
Regionalt seminar			29.-30.						25.-26.		

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

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Evaluering av styrets arbeid, styrets dialogavtale med direktøren og oppdragsdokumentet for 2017.	Tromsø	onsdag 8.2.2017
Årsregnskap, årlig melding, investeringer og UNNs tilbakemelding på RHF's Plan 2018-2021.	Bodø	tirsdag 28.3. (<i>etterm.</i>) og onsdag 29.3.2017
Strategisk utviklingsplan for IKT	Tromsø	torsdag 3.5.2017
Tertialrapport, resultatkvalitet, 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

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i styresak 62/2016 samt justering i sak 82/2016, møteplanen for 2017 - inkludert styrets årsplan.

Etter innspill foreslår administrerende direktør styreseminaret i juni lagt til konferansesenteret Linken i Tromsø. Som kjent, er dette seminaret planlagt av en egen arbeidsgruppe oppnevnt av styret. Styremøtet avholdes dagen etter ved UNN, i Breivika.

I tillegg er styreseminar -og møte i november foreslått forskøvet fra opprinnelig 14.-15.11. til henholdsvis onsdag 15. og torsdag 16.11.2017.

Til nærmere vurdering

Etter initiativ fra styreleder er det nå en dialog mellom UNN og Finnmarkssykehuset HF om å sette av et tidspunkt høsten 2017 mellom de to styrene for en nærmere dialog. Tidsmessig samsvarer ikke styremøtene i de to foretakene, så utfordringen blir om det er ønskelig å etablere et møtetidspunkt utenom fastlagt møteplan, eventuelt å flytte på møtetidspunkter for å få dette til å samsvare. Finnmarkssykehuset HF har foreslått et mulig tidspunkt mellom deres møte 28.9. og vårt 4.10.2017.

Tromsø, 26.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
45/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	03.05.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

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
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)

Tromsø, 21.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Sak: Oppfølging av arbeid i partssammensatt arbeidsgruppe vedrørende åpenhet og dialog i sykehusene
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Direktøren ved stabssjef Gøril Bertheussen
Møtedato: 3.5.2017

Bakgrunn

Vinteren/våren 2016 var det stor oppmerksomhet rundt kulturen for åpenhet og dialog i sykehusene. På bakgrunn av dette tok direktøren initiativ til en prosess i UNN.

Formål

Formålet med saken er å orientere styret om oppfølgingen av arbeidet med Åpenhet og dialog i sykehusene.

Saksutredning

Direktøren tok våren 2016 initiativ til en prosess i UNN hvor åpenhet og dialog mellom arbeidsgiversiden, arbeidstakersiden og vernetjenesten var tema. Det ble hold to innledende møter, hhv 13. mai og 2. juni, hvor alle foretakstillitsvalgte (FTV) og foretaksverneombud (FVO) var invitert. Det var enighet om å etablere en partssammensatt arbeidsgruppe som skulle ha som mandat å foreslå tiltak. Møtet ba direktøren om å utarbeide forslag til mandat og videre prosess. Dette ble diskutert i møtet den 2. juni. Det endelige mandat ble godkjent på epost.

Den partssammensatte arbeidsgruppa har hatt følgende medlemmer:

Tor Ingebrigtsen, direktør
Kristian Barnes, klinikkssjef hjerte- og lungeklinikken
Lisbeth Hansen, avdelingsleder laboratoriemedisin, diagnostisk klinikk
Trine Olsen, avdelingsleder gastro- og nyremedisinsk avdeling, medisinsk klinikk
Marianne Johnsen, Fagforbundet
Monika Sørensen, Norsk Sykepleierforbund
Ulla Dorte Mathiesen, OLF
Rita Vang, vernetjenesten

Sekretariat:

Gøril Bertheussen, stabssjef
Mai-Liss Larsen, personalsjef
Ole Martin Andersen, rådgiver personal og organisasjonsavdelingen

Arbeidsgruppas mandat:



Målsetning

Arbeidsgruppen skal starte en prosess for å utvikle en bedre og mer felles kultur for åpenhet og dialog i UNN. Arbeidet skal innrettes slik at det i løpet av høsten 2016 samordnes med den felles regionale prosessen som Helse Nord RHF er i ferd med å starte med bakgrunn i bestillingen fra helseministeren.

Det skal tas utgangspunkt i:

- Verdigrunnlaget og forventningene til lederskap og medarbeiderskap slik dette er beskrevet i UNN-boka
- Resultatene fra medarbeiderundersøkelsen og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen fra 2014
- Innspillene som ble gitt i møtet 13. mai

To hovedspor

Arbeidet skal prosessmessig organiseres i to hoveddeler:

1. Sikring av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i hele organisasjonen
 - Det skal gjøres en gjennomgang i alle seksjoner og avdelinger for å undersøke om arbeidsmiljøet er forsvarlig. Gjennomgangen skal bygge på medarbeiderundersøkelsen fra 2014 og oppfølgingen av denne, supplert med en oppdatert vurdering.
 - Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid mellom ledelsen og vernetjenesten
 - Hvis det i noen enheter avdekkes at arbeidsmiljøet ikke er forsvarlig, så skal ledelsen følge dette opp lokalt med utvikling av tiltak i samarbeid med vernetjenesten.
2. Forsterking av partssamarbeidet
 - Det skal etableres et felles arbeid mellom UNN som arbeidsgiver og de ansattes organisasjoner for å styrke partssamarbeidet på alle nivåer i organisasjonen.
 - Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid mellom ledelsen og de ansattes organisasjoner.
 - Arbeidsgruppen skal undersøke mulighetene for metodestøtte fra arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner, og beslutte en felles fremgangsmåte.
 - Det skal gjøres en kartlegging av hvordan partssamarbeidet er organisert på alle organisatoriske nivåer, og vurderes om strukturene er gode nok særlig på enhets-, seksjons- og avdelingsnivå.

Bruk av etablerte strukturer og møteplasser

Tiltakene som utvikles skal være av en slik karakter at disse lar seg implementere gjennom bruk av etablerte arenaer som KVAM-strukturen og det ordinære partssamarbeidet på alle nivåer i organisasjonen. I den grad det avdekkes mangelfull etablering eller bruk av disse strukturene, skal det utvikles tiltak og besluttes tidsfrister for å sikre at disse nå kommer på plass.

Sentrale temaer for arbeidet

Arbeidsgruppen skal vurdere betydningen av og foreslå prosesser og/eller tiltak for styrking av:

- Oppfølging etter medarbeiderundersøkelser og pasientsikkerhetskulturundersøkelser



- Opplæring og rekruttering av ledere, ansatte i stabs- og støttefunksjoner, tillitsvalgte og verneombud
- Forhandlingskultur
- Varslings- og meldekultur

Evaluering

Arbeidsgruppen skal utarbeide og beslutte en plan for evaluering av effekten av tiltakene som utvikles.

Felles kommunikasjonsstrategi

Arbeidsgruppen skal se på om det kan utvikles en felles kommunikasjonsstrategi som kan legges til grunn for intern og ekstern kommunikasjon om utfordringsbildet og prosessene som igangsettes og tiltakene som utvikles.

Arbeidsgruppen har hatt 5 møter, og en oppsummering av arbeidet følger nedenfor:

Hovedspor 1: Sikring av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i hele organisasjonen

Arbeidsgruppa har gjennom sitt arbeid kartlagt og sjekket ut at alle enheter som har kjente arbeidsmiljøutfordringer er inne i adekvate oppfølgingsprosesser. Gjennomgangen ble gjort ved å bygge på medarbeiderundersøkelsen for 2014 supplert med en oppdatert vurdering både fra arbeidsgiversiden og vernetjenesten. Arbeidsgruppa erkjenner at dette ikke gir en komplett kartlegging av situasjonen i foretaket. Arbeidsgruppa peker på at en ny medarbeiderundersøkelse nå er gjennomført, og at det er viktig at denne følges opp.

Hovedspor 2: Forsterking av partssamarbeidet

Arbeidsgruppa fikk i møte 1. september presentert en metodikk for utviklings av partssamarbeid som Spekter i samarbeid med flere fagforeninger har utviklet. Arbeidsgruppa var enig om at dette var en metodikk som vi ønsket å bruke i UNN. Det første møtet for oppfølging av dette ble holdt 13. januar 2017. Der deltok direktørens ledergruppe og alle foretakstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og vernetjenesten var invitert.

Gjennom dette møtet kom det frem et behov for egne møter mellom arbeidsgiversiden v/direktør og DNLF. Dette ble fulgt opp gjennom møte den 15. februar hvor Spekter også deltok med prosessbistand. Det var enighet om videre oppfølging i et nytt møte, og arbeidet pågår dermed ennå.

Arbeidsgruppa anbefaler at det utvikles samarbeidsavtaler mellom arbeidsgiver og arbeidstakersiden. Arbeidsgruppa vurderte dette som et nyttig verktøy for tydeliggjøring av hvordan vi forstår partssamarbeidet lokalt og hvordan vi ønsker det skal fungere. Utkast til innhold i en slik samarbeidsavtale er utarbeidet og prosessen er igangsatt.

Som en del av arbeidet i gruppa ble det utarbeidet forslag til struktur for partssamarbeid for hele foretaket. Arbeidsgruppa var enig om at dette er minimumsstandarder for partssamarbeid, og anbefaler at det implementeres i foretaket. Arbeidsgruppa anbefalte at følgende ble lagt vekt på i forslaget: Dialogmøter skal være obligatorisk på avdelingsnivå. Det skal foretas en aktiv vurdering av ledere og tillitsvalgte om dialogmøter skal finne sted også på seksjons- og enhetsnivå. Forslag til struktur er behandlet i ledergruppa og følges opp i tråd med anbefalingen fra arbeidsgruppa. Strukturen for partssamarbeidet skal implementeres i hele organisasjonen i før oktober 2017.



Vurdering

Direktøren er fornøyd med at arbeidsgruppen har fulgt opp alle punktene i mandatet. Den videre oppfølgingen av tiltakene skal skje gjennom de faste møtearenaene i foretaket. AMU har særskilt ansvar for evaluering av effektene av tiltakene, og vil evaluere effekten av tiltakene senest i mars 2018. Evalueringen skal planlegges og gjennomføres i samråd med vernetjenesten og tillitsvalgtapparatet.

Medvirkning

Arbeidet er gjennomført i en partssammensatt gruppe.

Verdi for pasienten

Godt partssamarbeid og dialog er avgjørende for kvaliteten på tjenesten som leveres til pasientene.

Konklusjon

Arbeidet med å styrke åpenhet og dialog i sykehusene er kommet godt i gang, og vil fortsette i linjeorganisasjonen gjennom blant annet etablering av møtearenaer på flere nivåer. Direktøren er fornøyd med at arbeidsgruppen har fulgt opp alle punktene i mandatet. Den videre oppfølgingen av tiltakene skal skje gjennom de faste møtearenaene i foretaket. Arbeidsmiljøutvalget (AMU) har særskilt ansvar for evaluering av effektene av tiltakene, og vil evaluere effekten av tiltakene senest i mars 2018. Evalueringen skal planlegges og gjennomføres i samråd med vernetjenesten og tillitsvalgtapparatet.



Sak: Oppfølging av Medarbeiderundersøkelsen i UNN 2016 (MU 2016)
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Direktøren ved stabssjef Gøril Bertheussen
Møtedato: 3.5.2017

Bakgrunn

Medarbeiderundersøkelsen i Helse Nord (MU) er et helhetlig utviklingsverktøy som har til hensikt å bevare og forbedre et godt arbeidsmiljø på den enkelte medarbeiders arbeidsplass gjennom et lokalt forbedringsarbeid. Verktøyet består av to deler. En spørreundersøkelse som kartlegger ansattes opplevelse og vurderinger av forhold som virker inn på trivsel, motivasjon og helse på arbeidsplassen. Spørreundersøkelsen følges så opp av et prosessorientert forbedringsarbeid en såkalt kartleggings- og tilbakemeldingsmetodikk, se vedlegg 1.

Det er besluttet at alle helseforetak i Helse Nord skal gjennomføre MU minimum hvert andre år. Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) gjennomførte MU i henhold til overordnet gjennomføringsplan. Spørreundersøkelsen lå ute tre uker i perioden 14.11. – 4.12. 2016. Den totale svarprosenten i UNN ble tilslutt på 62. Det er noe lavere enn for foretaksgruppen totalt der 64 prosent av de ansatte svarte. Det er også lavere enn ved MU 2014 i UNN der svarprosenten var på 69. Årsakene til nedgangen i deltakelsen vil bli undersøkt nærmere som en del av sluttevalueringen. Svarprosenten vurderes imidlertid å være tilstrekkelig for å gå i gang med oppfølgingen av MU og forbedringsarbeidet som planlagt.

Formål

Formålet med saken er å orientere styret i UNN om planer og status for oppfølgingsarbeidet etter MU 2016.

Saksutredning

Evaluerings av MU 2014 i UNN

Evaluerings av MU 2014 viste at oppfølgingen i MU ved UNN så ut til å variere i omfang og kvalitet. Enkelt enheter kom også svært sent i gang med det konkrete oppfølgingsarbeidet. Sprikede tilbakemeldinger og ufullstendige data gjorde det vanskelig å danne seg et overordnet bilde over selve oppfølgingsarbeidet i foretaket, men evaluering konkluderte med at det var nødvendig å iverksette tiltak for å sikre bedre oppfølging i MU (AMU-sak 27/15).



Overordnet plan for oppfølgingsarbeidet og evaluering av MU 2016

En av utfordringene som kom frem i 2014, i forbindelse med oppfølgingsarbeidet, var usikkerhet med hensyn til når man skulle gjøre hva i oppfølgingsarbeidet. For å sikre en tydelig og koordinert fremdrift i hele foretaket ble det besluttet en overordnet plan (AMU-sak 28/16).

Det ble også konkretisert hvilke aktiviteter som tilligger oppfølging av MU:

- Resultatene fra MU *presenteres* for de ansatte på en måte som understøtter survey-feedbackmetodikken
- Alle enheter i UNN HF skal gjennomføre et *tiltaksarbeid*
- Tiltaksarbeidet med påfølgende aktiviteter skal *dokumenteres* gjennom bruk av *handlingsplan*

Overordnet tidsplan ved UNN:

Aktiviteter	Uke/tidsangivelse
Rapportering av resultater og tiltaksarbeid	3-13
Tiltaksplaner utarbeides lokalt	3-16
KVAM-grupper behandler lokale handlingsplaner	
KVAM-utvalg	Siste møte før sommeren
AMU Oppsummering av tiltaksarbeidet	Første møte etter sommeren
Evaluering av MU i AMU	November/desember-møte

Tidsrammen for planen er en avveining mellom hensynet om å sikre seg at hele foretaket har tilstrekkelig tid til å gjennomføre oppfølgingsarbeidet på en forsvarlig måte, samtidig som at arbeidet etter MU må ha fremdrift på en slik måte at den oppleves som aktuelt.

Todelt og mer spisset MU-opplæring

I MU 2014 ble det avholdt én MU-opplæring der både planlegging, gjennomføring og oppfølging var tema. Oppslutningen og tilbakemeldingene på opplæringen var god, men siden hele gjennomføringsløpet for MU stekker seg over flere måneder, gikk det for lang tid mellom opplæringen på høsten og oppstart av oppfølgingsarbeidet på nyåret. Vi opplevde også å få dårlig tid til å gjennomgå hvert tema grundig nok i den timen som var avsatt.

For MU 2016 ble det derfor laget et todelt opplæringsopplegg. Del I tok for seg planlegging og gjennomføring, og ble gjennomført høsten 2016 før oppstart av MU 2016. Del II ble gjennomført i februar 2017 og viet oppmerksomheten på selve oppfølgingsarbeidet. På den måten fikk vi en bedre tidsramme til å rette fokus mot selve oppfølgingsarbeidet. Gjennomføringstidspunktet på opplæringen kom også tettere opp mot når selve oppfølgingsarbeidet skulle gjennomføres. Det ble gjennomført i alt 15 opplæringer fordelt på Åsgård, Narvik, Harstad og Breivika. Til sammen 226 verneombud, tillitsvalgte og ledere deltok på den times lange opplæring.

Lederstøtte og veiledning

Ledere som får rapporter med generell lav skår eller lav skår på sentrale temaområder oppfordres til å ta kontakt med MU-ansvarlig eller Bedriftshelsetjenesten i UNN (BHT). Ledere som er nye eller av annen grunn er usikker på denne type forbedringsarbeid oppfordres også å ta kontakt for å få veiledning og råd.



Med lavere deltakelse enn sist, sammen med lokal variasjon i deltakelsen, aktualiseres problemstillinger rundt hvordan drive forbedringsarbeid uten egen enhetsrapport¹. I MU-opplæringen er det kommunisert ut at små enheter, som ikke får rapport, også skal lage handlingsplaner. Disse må ta utgangspunkt i overordnet enhets rapport og tilnærme seg forbedringsarbeidet mer kvalitativt orientert. Det blir tilbud veiledning og rådgivning på denne type problemstillinger.

Prosesstøtte i enheter med større utfordringer

I enkelte enheter, med større utfordringer i arbeidsmiljøet, vil det være behov for mer dyptgående og langsgående bistand. Siden MU 2014 er støtten i oppfølgingsarbeidet styrket gjennom å koble BHT på denne oppgaven. BHT har oppfølging av MU som en prioritert oppgave denne våren

For å sikre gjennomgående oppfølging i enheter med større utfordringer i arbeidsmiljøet er det utarbeidet en spesialrapport som viser en oversikt over enheter som potensielt kan ha større utfordringer.

AMU har behandlet spesialrapporten og bedt klinikkene ved klinikkjefene å følge opp rapporten (AMU-sak 11/17). Alle klinikkjefene har mottatt spesialrapport for egen klinikk og tilbud et møte med BHT og gjennomføringsansvarlig for MU for å avklare behov for bistand i forbindelse med oppfølging i disse enhetene. AMU vil følge opp enhetene som fremkommer i denne rapporten, blant annet ved å delta på møter i KVAM-grupper når rapporten er tema.

Handlingsplaner knyttet til dialogavtalen

En av utfordringene ved MU 2014 var at det hersket usikkerhet og til dels uenighet om graden av oppfølging etter MU. I tillegg til en tydeligere konkretisering av hvilke aktiviteter som inngår i et oppfølgingsarbeid er det også besluttet at handlingsplanene skal legges inn i dialogavtalen. På den måten kan planer for oppfølgingsarbeidet i MU dokumenteres og knyttes til den enkelte enhet. Oppfølging av MU 2016 er tema på oppfølgingsmøtene med klinikkene etter påske.

Evaluerings av MU 2016

I løpet av høsten vil gjennomføring og oppfølging av MU bli evaluert. Vi vil da få en oversikt over hvor det er etablert handlingsplaner og status for disse.

Medvirkning

Saken følger normal saksgang før styrebehandling. Planlegging og oppfølging av MU 2016 er forankret i Arbeidsmiljøutvalget, og følges opp der.

¹ For å sikre konfidensiell behandling av data fra MU er det satt en nedre grense for rapportkjøring på minimum 5 svar.



Vurdering

Direktøren ser viktigheten av at MU 2016 blir fulgt opp på en hensiktsmessig måte i hele organisasjonen i henhold til konseptbeskrivelsen (jf vedlegg1). En god og gjennomgående oppfølging i hele organisasjon etter gjennomført kartlegging er grunnleggende for at MU skal virke etter hensikten og utvikle arbeidsmiljøet i UNN i ønsket retning.

Konklusjon

Fremlagt plan skal sikre en god og gjennomgående oppfølging av MU 2016 i hele UNN. MU 2016 evalueres til høsten. I evaluering vil oppfølgingen av MU være et av evalueringspunkt som gjennomgås.

Vedlegg:

1. MU-veileder (stor versjon)

Medarbeiderundersøkelsen på 1-2-3 ...og 4

En kort oppsummering av hendelsesforløp og aksjonspunkter

1 Forberedelser til MU

- Bli kjent med MU som forbedringsverktøy
- Forankring og medvirkning i MU
- Informasjon og motivasjon
- MU-materiell
- Planlegge hele MU-forløp med MU-fremdriftsplan

Medvirkning

2 Gjennomføring av kartlegging

- MU i Gat og MinGat
- Oppfølging av MU underveis
- Konfidensialitet i Gat og GatPuls

Samarbeid

3 Utviklingsarbeidet

- Hente ut MU-rapporten i Helse Nords styringsportal
- Hvordan lese MU-rapporten?
- Tilbakemelding av resultater fra MU til dine medarbeidere
- Organisering og gjennomføring av tiltaksarbeidet
- Oppfølging av tiltak etter MU med MU-handlingsplan

Dialog

4 Kontinuitet

- Evaluering: Gjennomføring av MU
- Evaluering av tiltakene etter MU
- Oppfølging av ledere

og

Medarbeiderskap

Innledning

Velkommen til denne veilederen som er til deg som er leder og skal gjennomføre Medarbeiderundersøkelsen (MU) i Helse Nord i din organisasjon eller enhet.

Målet med veilederen er å gi deg informasjon og kunnskap om MU slik at den kan gjennomføres på en forsvarlig og formålstjenelig måte som får ut hele potensialet i forbedringsverktøyet. **Grunnleggende kjennskap til ideene som understøtter MU, og god kunnskap om selve verktøyets form og virkemåte er en forutsetning for at du skal lykkes.**

Vi har et ønske om å tilby deg en lettfattelig og praktisk orientert veileder.

Veilederens oppbygging er derfor kronologisk fremstilt og følger hele gjennomføringsprosessen i tre faser. Fra tidlige **forberedelser**, via praktisk **gjennomføring** av selve undersøkelsen og videre over i det prosessbaserte **tiltaksarbeidet**.

Det er viktig at man foretar kartlegginger jevnlig slik at medarbeidere som engasjerer seg i arbeidet opplever **kontinuitet**. Dette er både motiverende for den enkelte og gir samtidig en pålitelig evaluering av iverksatte tiltak.

Det er viktig at du gjør deg godt kjent med innholdet i veilederen før du starter opp med MU, slik at god overordnet planlegging av hele forløpet blir mulig. Veilederen starter med en stikkordsmessig oppsummering av de ulike fasene. Utover i veilederen blir de ulike fasene mer utførlig beskrevet. Veilederen legger opp til at du skal kunne ta den frem og slå opp på stikkord etter hvert som gjennomføringen av MU skrider frem i de ulike fasene.

Veilederen vektlegger en kort og lettfattelig fremstilling av kun det mest nødvendige du må vite for å gjennomføre MU. Ønsker du å vite mer om MU eller medarbeiderundersøkelser generelt, finner du referanser til bakgrunnsmateriale, kontaktinformasjon og relevant faglitteratur til slutt i veilederen.

LYKKE TIL MED GJENNOMFØRINGEN!

1 Forberedelser til MU

•Bli kjent med MU som forbedringsverktøy

- ✓ *Hva er MU ?*

- ✓ *Hvorfor gjennomfører vi MU?*

- ✓ *Hva skal resultatene brukes til?*

- ✓ *Hvordan skal resultatene brukes?*

- ✓ *Hvorfor er medvirkning i MU viktig!*

Medarbeiderundersøkelsen i Helse Nord (HN) er et helhetlig utviklingsverktøy som har til hensikt å bevare og forberede et godt arbeidsmiljø på den enkelte medarbeiders arbeidsplass.

Medarbeiderundersøkelsen (MU) benytter en metode som i hovedsak består av **to deler** som henger nøye sammen. **En spørreundersøkelse** som kartlegger de ansattes oppfatninger og vurderinger på områder som virker inn på trivsel, motivasjon og helse på arbeidsplassen. Spørreundersøkelsen står imidlertid ikke på egne ben. For å få til forbedring av arbeidsmiljøet må undersøkelsen følges opp av **et prosessorientert forbedringsarbeid**. Forbedringsarbeidet tar utgangspunkt i det som kommer frem i kartleggingen i en dialog med de ansatte. Metoden, en såkalt survey-feedbackmetode, er anerkjent og benyttes av flere store aktører innen feltet.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), et nasjonalt forskningsinstitutt innenfor arbeidsmiljø og arbeidshelse, sier: "Forhold i arbeidsmiljøet har betydning for den enkelte arbeidstakers trivsel og produktivitet, og et dårlig arbeidsmiljø kan føre til nedsatt arbeidsevne og sykefravær" (STAMI 2008). **Sammenhengen mellom et godt arbeidsmiljø og kvalitet på tjenestene er i så måte nært knyttet.** Med et vellykket forbedringsarbeid i eget arbeidsmiljø kan vi derfor oppnå positive ringvirkninger både for den enkelte medarbeider, men også for virksomheten som helhet.

MU er også et verktøy for ledere i store moderne organisasjoner slik at de kan møte Arbeidsmiljølovens (AML) krav om systematisk arbeid med HMS .

Resultatene fra MU skal primært brukes som utgangspunkt for **lokalt forbedringsarbeid** i egen enhet. Med enhet menes organisasjonsenhet som utgjør et arbeidsfellesskap der en leder med personalansvar har ansvar for å følge opp arbeidsmiljøet. Ved hjelp av kostnadsstedstrukturen i GAT lages det rapporter i Helse Nord's styringsportal hvor ledere på lavest mulig nivå gis tilgang til rapport på de kostnadsteder de leder.

På foretaksnivå vil resultatene også kunne benyttets til strategisk organisasjonsutvikling og forskning.

Det er svært viktig at resultatene fra spørreundersøkelsen blir grundig presentert for de ansatte. Presentasjonen bør gjennomføres på en slik måte at det danner grunnlag for diskusjoner om hva resultatene faktisk betyr i den enkelte enhet og hva som er mulige tiltak til forbedringer (eventuelt bevaringsområder).

Ved siden av å være hjemlet i AML, skaper medvirkning nødvendig engasjement og deltakelse, og er grunnlaget for godt medarbeiderskap. Dette er en forutsetning for et dedikert tiltaksarbeid som kan skape varige positive effekter. Det er derfor viktig å legge til rette for medvirkning på alle nivå og i alle faser av MU på et tidlig tidspunkt.

1 Forberedelser til MU

•Forankring og medvirkning i MU

•Informasjon og motivasjon

✓Arenaer og kanaler

•MU-materiell

Medarbeiderundersøkelsen starter med solid forankring i linjen og reell medvirkning. Enighet mellom ledere og ansattes representanter om å gjennomføre en medarbeiderundersøkelse danner et nødvendig grunnlag og utgangspunkt.

MU har sitt utspring fra et ønske (i form av en beslutning) fra øverste ledelse og må være gjennomgående på alle ansvarlige ledernivå i organisasjonen. **Gjennomføring av MU hører naturlig inn i ledermøtet.**

Verneombud og tillitsvalgte involveres, og involverer seg, allerede i planleggingsfasen. Fortrinnsvis som egen sak i etablerte samarbeidsfora der arbeidsmiljø som tema hører hjemme (AMU, KVAM, HMS-grupper).

Saken om MU i ledermøte og i samarbeidsorganet bør:

1. Konkretisere hvordan resultatene fra undersøkelsen skal brukes (iht. vedtatte prinsipper for MU-konseptet)
2. Hvis det er mulig settes det mål. Ved første gangs gjennomføring kan det være god deltakelse (ønsket svarprosent på f.eks 70 %). Ved senere gjennomføringer, når man begynner å kjenne undersøkelsen, kan man sette seg resultatmål knyttet til tema i undersøkelsen
3. Planlegging av gjennomføring
4. Hvordan informasjonsarbeidet organiseres (hvem informerer om hva)
5. Hvordan skape engasjement og oppslutning om MU
6. Konkretisering av omfang, organisering og oppfølging av selve tiltaksarbeidet

MU bør følges opp i de samme foraene. Kontinuitet oppnås når planlegging, gjennomføring, tiltaks/forbedringsarbeid, evaluering og planlegging av ny gjennomføring avløser hverandre.

Det er viktig å være godt forberedt i god tid før spørreskjemaet går ut til de ansatte. MU vil medføre en rekke aktiviteter på flere nivå og som strekker seg over en relativt lang tidsperiode. For å få dette til er planlegging svært viktig! Lag fremdriftsplan tilpasset organisasjonsnivået du er leder på. Vær konkret mht. til oppgaver og ansvar, og realistisk mht. tidfesting av fremdrift. Se mal for fremdriftsplan.

Svarprosenten vil være summen av informasjonsarbeidet og motivasjonen den enkelte medarbeider har for å delta. Erfaring viser at purringer og lange (forlengede) svarfrister ikke, eller kun i liten grad, kompenseres for manglede informasjon og motivasjon i forkant av undersøkelsen. Dette er en svært viktig, men erfaringsvis tung jobb der ledelse og ansattrepresentanter må arbeide målrettet sammen for å oppnå et tilfredsstillende resultat.

Ta i bruk etablerte arenaer som **personalmøte, avdelingsmøte** og **faste møter der tillitsvalgte og vernetjenesten også er representert** for å informere og planlegge i forkant. Legg gjerne frem praktiske utfordringer og be om innspill på hvordan dette kan møtes.

Informasjonsmateriellet til MU (plakat, forslag til informasjonsskriv, foilsett som utgangspunkt til presentasjon) som du finner på MU hjemmeside: <http://intranett.helse-nord.no/medarbeider-undersokelsen/category36255.html>

NB! Passive informasjonskanaler har begrenset virkning om de ikke understøttes av en budbringer. Det er med andre ord viktig å få MU inn på møter og arenaer der den kan presenteres muntlig.

2 Gjennomføring av kartlegging

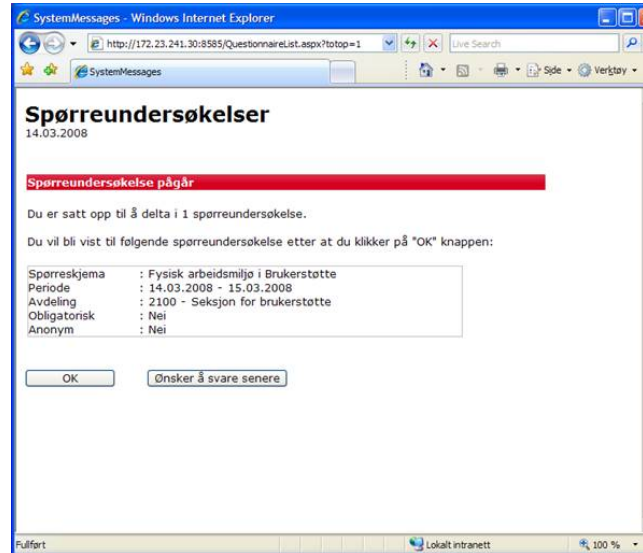
•MU i Gat og MinGat

•Oppfølging av MU underveis

Selve den kvantitative kartleggingen gjøres med et elektronisk spørreskjema. Spørreskjemaet legges tilgjengelig for den enkelte medarbeider i MinGat. Alle som mottar fastlønn har tilgang til MinGat, selv om det ikke brukes til daglig.

NB! Hvis en ansatt ikke er riktig registrert i Gat tar nærmeste leder kontakt med Gat Support i eget HF.

Det elektroniske spørreskjemaet er publisert i en angitt periode. Undersøkelsen ligger ute i tre uker



Det tar normalt 10-15 minutter å besvare spørreskjemaet. Den ansatte kan selv velge å svare med en gang eller utsette det til senere. **Merk!** Når du har begynt å svare i spørreskjemaet bør undersøkelsen fullføres. Hvis du velger å avbryte underveis må du starte helt på nytt neste gang.

I løpet av de tre ukene undersøkelsen ligger ute vil det ligge en elektronisk påminnelse i MinGat hos ansatte som ennå ikke har svart. Informasjon og påminnelser blir også distribuert i andre kanaler, for eksempel e-post og intranett

Svaroversikt gjøres tilgjengelig for klinikkene av foretakets gjennomføringsansvarlig for MU. Finn ut hvor det ikke svares og følg opp de enhetene. Understrek at undersøkelsen er anonym. Vi vet hvem som har svart, men ikke hva de har svart. Få med ansattes representanter på lag i HVOV-bidra i denne jobben. Avtal på forhånd hvem, når og hvordan oppfølging skal foregå.

2 Gjennomføring av kartlegging

•Konfidensialitet i Gat og GatPuls

•Konfidensialitet mht gjennomsiktighet i datamaterialet

✓ Konfidensialitet i enheter der det er få besvarelser

✓ Konfidensialitet og bakgrunnsinformasjon

✓ Konfidensialitet og tekstbesvarelser

Det er lagt svært stor vekt på at medarbeiderundersøkelsen gjennomføres på en slik måte at data fra MU behandles konfidensielt.

Elektronisk anonymitet ivaretas først og fremst av systemfunksjonaliteten i Gat og MinGat. Når spørreskjema er besvart legges svarene inn i en egen database der koblingen mellom person og svar brytes helt. Det vil si at vi ikke, på noen måte, kan rekonstruere koblingen mellom person (individ) og svar etter at spørreskjema er sendt fra den som svarer.

Andre faktorer som kan svekke den enkeltes anonymitet i undersøkelsen er gjennomsiktige forhold i små enheter eller i enheter der svært få har svart. Det er derfor satt en elektronisk sperre på rapportkjøring der **færre enn 5 ansatte** har svart. Alle vil få tilgang på rapport fra overordnet nivå (eksempelvis klinikk). Enheter som ikke får rapport må ta utgangspunkt i denne rapporten når tiltaksarbeidet iverksettes.

Bakgrunnsinformasjonen som det spørres om helt til slutt i undersøkelsen vil kun bli brukt til forskning og analyser på overordnet nivå i helseforetaket (HF- nivå). For å sikre at ikke enkeltpersoner kan identifiseres vil rapporter basert på bakgrunnsinformasjon ikke kunne produseres der det er **færre enn 30 personer** i den gitte kombinasjon av bakgrunnsvariablene. Hvis den ansatte ikke ønsker å oppgi bakgrunnsinformasjon kan man krysse av for dette.

Det er informasjonstekst om dette i spørreskjemaet. Anonymitet er likevel et element som opptar mange. Ansvarlige ledere og ansattrepresentanter bør derfor kunne svare på spørsmål om dette temaet.

Merk!

For å ytterligere sikre at den enkeltes anonymitet i spørreskjemaet er ivaretatt er det ikke mulig å legge til kommentarer til enkeltspørsmål eller etablert et fritekstfelt. Erfaringsvis er dette en kilde til informasjon som knytter besvarelser til personer.

Systemfunksjonalitet knyttet til behandling av personopplysninger er godkjent og meldt inn til sikkerhetssjef IT/ personvernombud.

3 Utviklingsarbeidet

•Hvordan lese MU-rapporten?

✓ Spørreskjemaets oppbygging

✓ Tre nivå:

Hovedområder

Tema

Enkeltspørsmål

Ledelse langs to dimensjoner (akser)

Spørreskjemaet fokuserer på **5 hovedområder** med **17 tema**. I tillegg stilles det konkrete spørsmål om 2 spesialtema; "vold eller trusler" og "jobbrelatert sykefravær". Denne oppbyggingen finner du derfor igjen i MU-rapporten.

	Hovedområder	Tema	Ant. Spm.
Ledelse	Resultat og utviklingsfokus	1 Mål	3
		2 Forbedringer	4
		3 Faglig utvikling	4
	Verdier (nasjonale verdier gitt av HOD)	4 Kvalitet	3
		5 Trygghet	3
		6 Respekt	3
	Arbeidsglede og motivasjon	7 Motivasjon	3
		8 Arbeidsglede	3
		9 Tilhørighet	3
	Arbeidsmiljø og samspill	10 Medvirkning	2
		11 Rolleklarhet	2
		12 Sosialt samspill	3
		13 Konflikter og mobbing	3
		14 Arbeidsbelastning	4
		15 Egenkontroll	2
		16 Rollekonflikt	3
		17 Vold eller trusler	1
		18 Jobbrelatert sykefravær	1
	Ledelse	19 Opplevd lederatferd	6

Hovedområde "ledelse" gir informasjon om medarbeidernes opplevelse av lederskapet og kan være en av flere kilder til å utvikle dette. Ledelsesspørsmålene viser imidlertid en betydelig samvariasjon med de fleste andre temaene i undersøkelsen og har innflytelse på de ulike områdene som kartlegges.

3 Utviklingsarbeidet

•Hvordan lese MU-rapporten?

MU-rapporten

Medarbeiderundersøkelsen (MU) kartlegger ulike forhold som virker inn på trivsel, motivasjon og helse på arbeidsplassen. Formålet med MU er å inspirere og legge til rette for lokalt forbedringsarbeid knyttet til den enkelte medarbeiders arbeidsmiljø. MU-rapporten presenterer en oppsummering fra undersøkelsen slik at leder kan gå igjennom resultatene sammen med sine medarbeidere som et utgangspunkt for forbedringsarbeid i egen enhet.

Bruk rapporten til å:

- utforske og tolke resultatene i samarbeid med medarbeiderne
- utarbeide tiltak i en handlingsplan for videre oppfølging

Hvordan lese rapporten?

Første del av rapporten presenterer de overordnede resultatene fra undersøkelsens 5 hovedområder; resultat og utviklingsfokus, verdier, arbeidsglede og motivasjon, arbeidsmiljø og samspill, samt opplevd lederadferd. Hvert hovedområde innledes med en kort tekst som utdyper tilhørende undertema. Her er det også grafer som viser resultater per tema. Deretter følger resultatene fra alle enkeltspørsmålene i undersøkelsen.

Spørsmålene i spørreskjemaet har i hovedsak 5 svaralternativ. Resultatet vises som et gjennomsnitt av svarene langs en skala fra 0-100, der 0 er minst ønskelig (mest belastende) og 100 mest ønskelig (minst belastende).

NB! På grunn av at spørsmålene/ påstandene i spørreskjemaet både har positiv og negativ retning har vi noen ganger snudd skalaen slik at 0 ALLTID blir det minst ønskelig og 100 det mest ønskelig.

Et resultattall som har en stjerne bak søylen indikerer svar med høy spredning. Det vil si at de enkelte svarresultatene spriker mer enn normalt. Resultater med stjernemarkering bør følgelig leses med økt varsomhet.

Referansedataene som benyttes er hentet fra totalresultatet i Helse Nord. Ut fra referansedataene beregnes det et "normalområde" der 70 % av alle svarene befinner seg. Normalområdet kan sees som et grått/skravert felt på selve grafen. Selv om resultat avviker fra normalområde betyr det ikke at man automatisk skal iverksette tiltak. Resultatet bør først utforskes og tolkes, og videre vurderes som et prioritert område man ønsker å jobbe med.

I rapporter hvor det er mulig/ønskelig med sammenligningstall fra egen enhet (eller andre enheter) vil dette fremkomme som et tall helt til høyre bak den enkelte søyle (under bokstavene SL). Disse tallene viser scoren på det aktuelle spørsmålet ved en tidligere undersøkelse. Hvilken undersøkelse det sammenlignes med står på rapportens forside.

3 Utviklingsarbeidet

•Hvordan lese MU-rapporten?

✓ Gode eller dårlige resultater

All ordinær oppfølging skal skje i lederlinjen.

Et vanlig og legitimt spørsmål er: "Hva betyr resultatet egentlig?" - "Er vi god eller dårlig?"

Det er viktig å ha som grunntanke at **MU ikke gir en fasit** på om arbeidsmiljøet er bra eller dårlig, men heller skal gi **et utgangspunkt til å utforske resultatene** videre. Målet med rapporten er å legge til rette for **en felles læringsprosess** i enheten. Når man har gjennomført MU en gang kan man sammenligne med seg selv og se etter positive og negative utviklingstrekk og diskutere disse, gjerne i lys av tidligere iverksatte tiltak.

Ved første gangs gjennomføring, uten historiske sammenligninger, kan det imidlertid være en utfordring å lese resultatene. Klinikkrapport ligger derfor tilgjengelig som lenke innledningsvis i MU-rapporten for sammenligning med overordnet enhet. Det er også hentet inn referansedata fra hele Helse Nord samlet. Her får man en pekepinn hvor dere ligger i forhold til overordnet organisasjonsenhet, samt referansedata fra et større tallmateriale.

NB! Vær imidlertid varsom med å konkludere med at avvik fra egen klinikk eller Helse Nord data automatisk er bedre eller dårligere. Like resultat kan oppleves forskjellig. Det er du og dine ansatte som har førstehånds kunnskap om egen arbeidsplass og som vet hva som oppleves problematisk.

3 Utviklingsarbeidet

•Hvordan lese MU-rapporten?

Fem hovedområder:

1. Resultat og utviklingsfokus

2. Verdier

3. Arbeidsglede og motivasjon

4. Arbeidsmiljø og samspill

5. Ledelse og opplevd lederatferd

Hvert hovedområde samler tema som det kan være nyttig å se i forhold til hverandre. Under finner du en kort innledning til hovedtemaene som skildrer noen generelle betraktninger rundt hovedområdet og temaene som inngår i det.

1 Resultat og utviklingsfokus

Temaene i dette hovedområdet er viktig i forhold til å oppnå ønskede resultater, og videreutvikle enheten og medarbeiderne. Klare **MÅL** er viktig for at alle skal kunne bidra best mulig. Alle virksomheter har behov for å lære av sine feil og videreutvikle driften. Resultatet for **FORBEDRINGSARBEID** og **FAGLIG UTVIKLING** viser medarbeidernes opplevelse av kulturen for dette arbeidet.

2 Verdier

Det er etablert tre nasjonale kjerneverdier for de regionale helseforetakene i Norge: **KVALITET**, **TRYGGHET** og **RESPEKT**. Temaene i dette hovedområdet viser i hvilken grad medarbeiderne opplever at enheten drives i tråd med disse verdiene.

3 Arbeidsglede og motivasjon

Temaene i dette hovedområdet viser i hvilken grad medarbeiderne opplever **MOTIVASJON**, **ARBEIDSGLEDE** og **TILHØRIGHET** til arbeidsplassen. Medarbeidere som trives og er motiverte har en klar egenverdi. Jobbtilfredshet virker positivt inn på pasienters opplevelse av behandlingen, og på brukere/servicemottakere sin tilfredshet med tjenesteleveranser. Negative belastninger som er kartlagt under andre tema i undersøkelsen gir økt risiko for fravær og jobbskifte. Temaene jobbtilfredshet og jobbengasjement bidrar til mestringsopplevelse og er en viktig buffer mot negative belastninger.

4 Arbeidsmiljø og samspill

Temaene i dette hovedområdet måler belastningsfaktorene **KONFLIKTER**, **ARBEIDSBELASTNING** og **ROLLEKONFLIKT**. Disse faktorene kan skape en opplevelse av negativt stress og bidra til fravær og jobbskifte. I tillegg måles faktorene **MEDVIRKNING**, **ROLLEKLARHET**, **SOSIALT SAMSPILL** og **EGENKONTROLL**, som bidrar til mestring og er viktige buffere mot negative belastninger.

5 Opplevd lederatferd

Medarbeidernes opplevelse av leders lederatferd er en av flere kilder til å forstå lederskapet. Det ligger til overordnet leder i samarbeid med sin medarbeider (leder) å planlegge videre utviklingen av lederskapet. Det er ønskelig at medarbeidernes opplevelse av lederskapet utdypes og at de kan bidra til å få frem konstruktive innspill til hvordan lederskapet i enheten kan forbedres.

3 Utviklingsarbeidet

•Hvordan lese MU-rapporten?

✓ *Spesielle områder man som leder skal ha særlig fokus på:*

Vold og trusler

Jobbrelatert sykefravær

To tema som du skal ha særlig fokus på

Vold og trusler

Vold og trusler er en stor belastning for medarbeidere som opplever det. I enheter som har utslag på dette temaet (resultat på under 100), er det viktig å avklare hvordan episoder med vold/trusler skal følges opp. Det kan være en gjennomgang av etablert prosedyre/praksis og diskusjon om forebygging og forbedring av oppfølging etter hendelser.

Jobbrelatert sykefravær

Arbeidsmiljøloven har en visjon om et helsefremmende arbeidsliv. Ved sykefravær plikter arbeidstaker å melde fra til arbeidsgiver dersom fraværet helt eller delvis skyldes forhold relatert til jobben og arbeidsmiljøet. Hvis enhetens resultat på dette området er under 100, bør det kartlegges hvilke utfordringer som kan gi fravær og hvordan den enkelte skal melde fra om forhold i arbeidet som kan bidra til fravær. I møter hvor resultatene fra undersøkelsen legges frem må en sikre at det arbeides med resultatene på en slik måte at anonymiteten til den enkelte ikke kompromitteres. Individuelle forhold følges opp med individuelle samtaler (eks. utviklingssamtalen).

3 Utviklingsarbeidet

•Hvordan lese MU-rapporten?

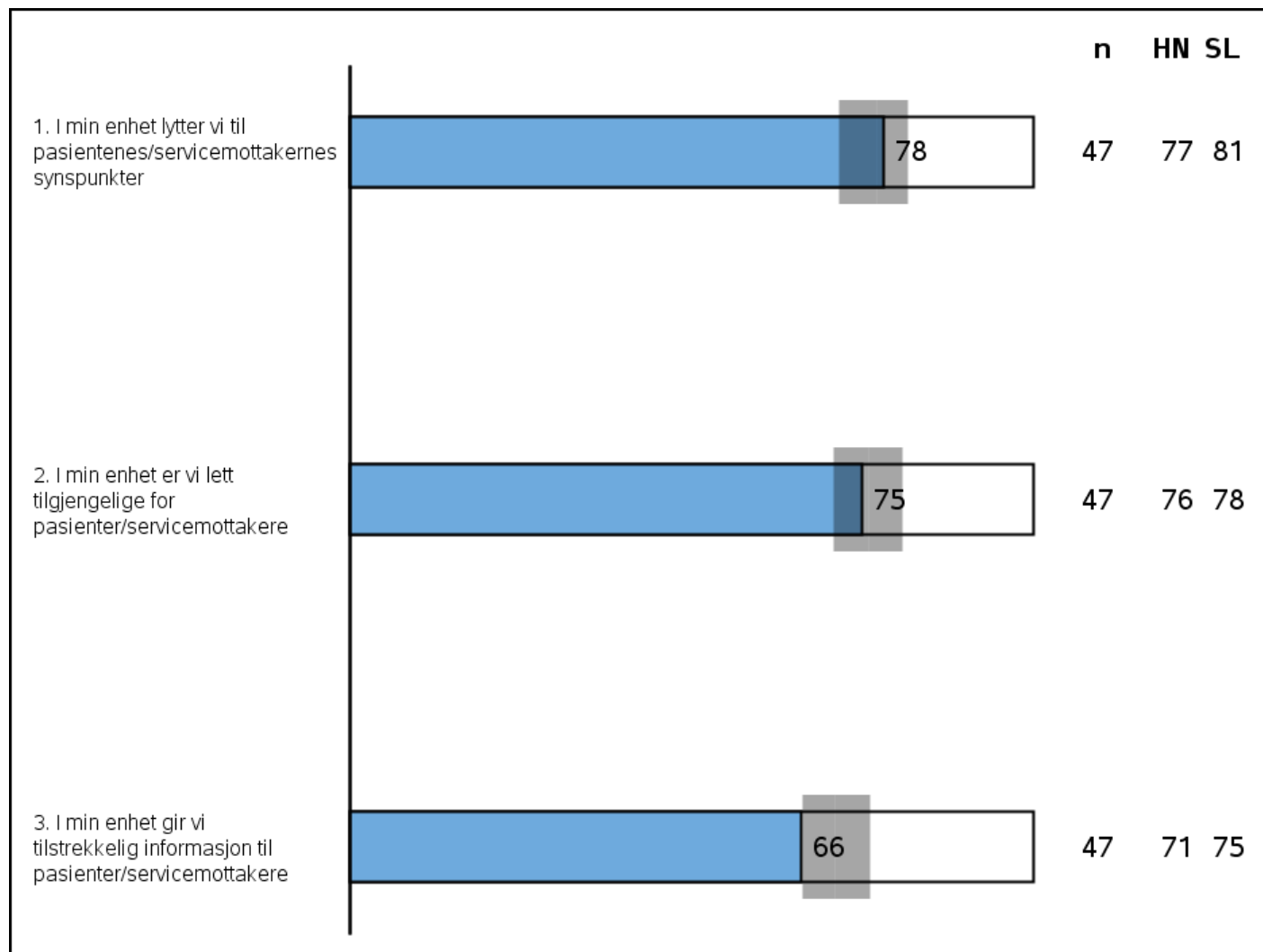
MU-rapporten i SAS Web Report Studio: Grafikk

Hovedområder med tilhørende tema

Resultat per enkeltspørsmål under tilhørende tema

Referanse data fra Helse Nord (HN) samt normalområde

Sammenligning av resultater fra tidligere/annen undersøkelse (SL)



3 Utviklingsarbeidet

• **Tilbakemelding av resultater fra MU til dine medarbeidere**

✓ **Møt dine medarbeidere godt forberedt**

✓ **Finn et hensiktsmessig lokale**

✓ **Organiser en oversiktlig tilbakemelding**

Prioriter å sette av tid til å forberede deg før du skal presentere resultatene for dine medarbeidere.

1. Sett deg inn i hvordan du leser selve MU-rapporten
2. Dann deg et bilde av hovedtrekkene i enheten. Bruk første del av rapporten der hovedområdene presenteres og se etter tendenser og sammenhenger mellom temaene. Har dere lav/høy score på tema som overrasker deg? Er det kombinasjoner /resultater du ikke forstår eller virker paradoksale? Her kan du gå nærmere inn på enkeltspørsmål lenger ut i rapporten
3. Tenk igjennom hvordan du som ansvarlig leder ønsker å jobbe videre med resultatene slik de fremstår for deg

Ved første gangs gjennomføring har du dessverre ikke mulighet til å sammenligne med tidligere år. For likevel å kunne danne deg et innledende bilde av nivået på resultatene i egen enhet, er klinikkrapporten tilgjengelig via egen lenke innledningsvis i rapporten. Du kan også sammenligne resultatene med referansedata fra hele Helse Nord i MU-rapportens totaloversikt.

NB! Rapporten gir ingen fasitsvar. Det er viktig å være oppmerksom på at det alltid er ulike måter å forstå og fortolke spørsmålene i spørreskjema og resultatene i rapporten. Dette vil komme frem i dialog mellom dine medarbeidere og deg.

Sjekk at lokalet egner seg for både presentasjon og plenumsdiskusjoner, samt gruppearbeid

Start med å legge frem program:

Gå igjennom hensikten med MU og vis videre til overordnet fremdriftplan (som denne tilbakemeldingsseansen er del av).

Forklar MU-rapportens oppbygging. Start med å gå igjennom hovedområdene.

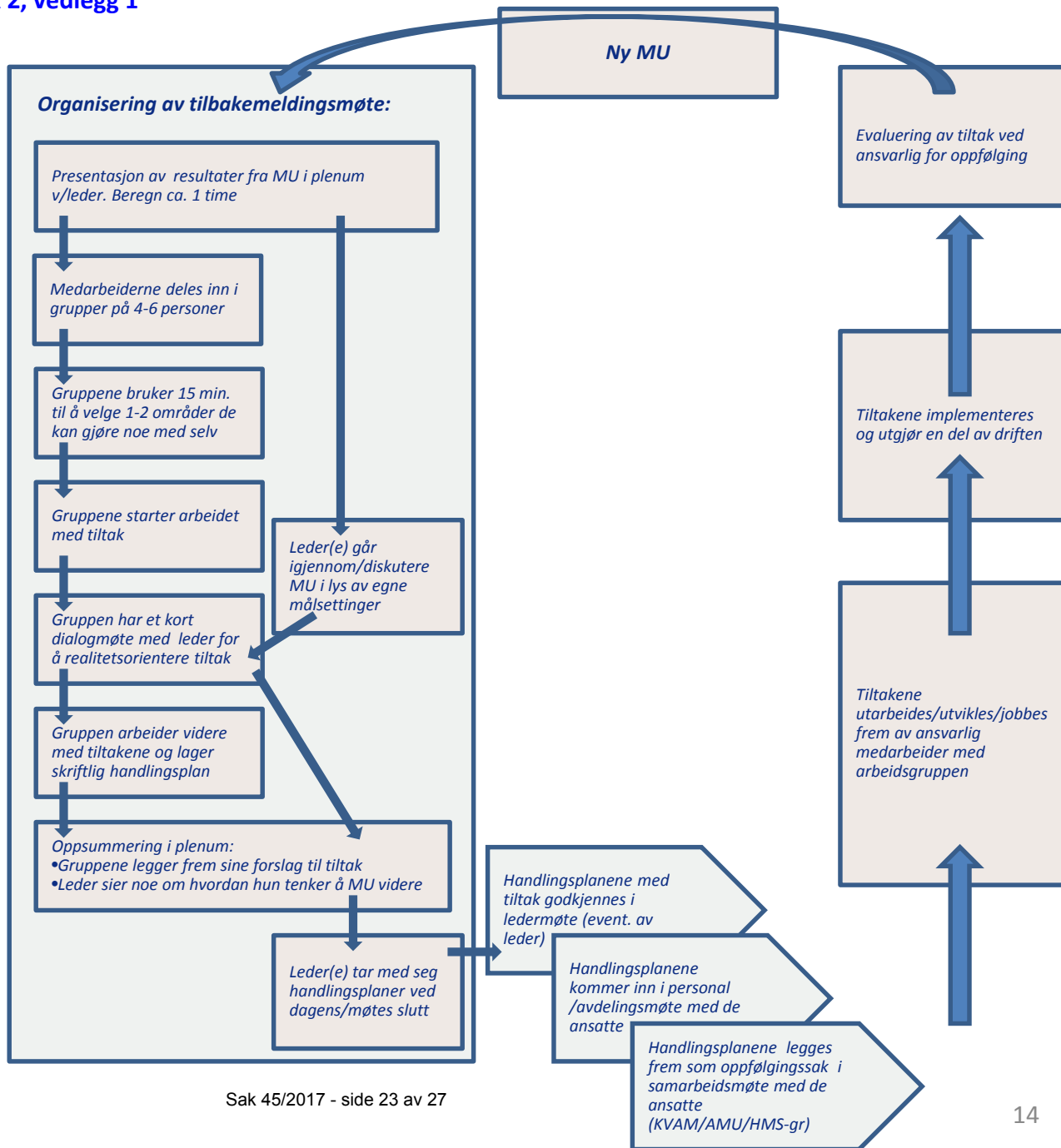
Det kan være formålstjenelig å slå sammen presentasjon av resultater og tiltaksarbeidet. Figuren med flytskjema viser eksempel på dette. Hvis du velger å gjøre dette i to adskilte møter bør andre møte inneholde en kort repetisjon fra rapportgjennomgangen for å friske opp minnet.

3 Utviklingsarbeidet

•Tilbakemelding av resultater fra MU til dine medarbeidere

✓ Forslag til organisering av tilbakemeldingsmøte med tiltaksarbeid

✓ Forankring av handlingsplaner m/tiltak i beslutningsdyktig fora



3 Utviklingsarbeidet

•Oppfølging av tiltak etter MU med MU-handlingsplan

✓ Bevarings- og forbedringsområder

✓ Mål og målformuleringer

✓ Tiltak

✓ Ansvar og oppgaver

✓ Tidsfrist for gjennomføring

Handlingsplanen er medarbeiderundersøkelsen viktigste verktøy mht. å omsette gode intensjon om til praktiske tiltak på en slik måte at de lar seg følge opp og gjennomføre.

SMARTE-tiltak kjennetegnes med å være: **Spesifikke, Målbare, Avtalte, Realistiske, Tidsavgrenset, Engasjerende**

Bevarings- og forbedringsområder bør beskrive spesifikke områder som oppleves reelle og engasjerer den enkelte medarbeider, og som han/hun ønsker å jobbe med. Det kan være nyttig å veilede med noen hjelpespmål hvis ikke gruppen kommer helt i gang. Hva fungerer bra i avdelingen? Hva er vi stolt av med jobben vår? Hva/hvor kan vi forbedre oss? Det er viktig å ikke bli for ambisiøs. Særlig første gang man gjennomfører en slik prosess, eller om man har dårlige erfaring fra før. Det er viktigere å lykkes med færre og mindre tiltak, enn å mislykkes med mange store. Maks to bevarings- og forbedringsområder anbefales per gruppe. Kommer det mange forslag bør man prioritere. La de ansatte (de som skal jobbe med tiltak) prioritere.

For å klargjøre hva man ønsker å oppnå er det viktig å sette seg **mål**. Målene bør være så klare og konkret som mulig, og egne seg til å vurdere grad av måloppnåelse (evaluering). Legg derfor vekt på at det lages gode og presise målformuleringer og ta en avsjekk på om de faktisk møter bevarings- og forbedringsområde det er knyttet til. Større tiltak bør man i utgangspunktet være forsiktig med. Hvis man likevel går på større oppgaver må man ta høyde for (være realistisk) tilsvarende ressursbruk mht. arbeidsoppgaver og tidslinje. Er tiltaket sammensatt og/eller strekker seg over tid bør man vurdere å sette seg delmål.

Her beskrives selve tiltaket. Vær opptatt av at det utarbeides SMARTE-tiltak som lar seg knytte til bevarings- og forbedringsområder.

For å sikre gjennomføring av tiltaket er det viktig at en person er ansvarlig for dette. For å unngå misforståelser eller pulverisering av ansvar bør det knyttes til kun én person. I tillegg bør en person få i oppdrag å følge opp tiltaksarbeidet med evaluering på i hvilken grad målsettingen med tiltaket ble nådd. Hvis tiltaket er knyttet til flere personer (arbeidsgruppe) noteres disse.

Alle aktiviteter skal dimensjoneres med avtalte tidsfrister. Vær omforent om hva som er akseptabel tidsbruk.

Oppfølging av handlingsplan skjer på langs tre løp:

MU-handlingsplan må behandles i **lederteamet** får å få nødvendig organisatorisk forankring. Dette er særlig viktig der tiltaksarbeidet krever ressurser (arbeidstid eller penger). Hvis det er nødvendig med avklaringer etter tiltaksarbeidet som ikke er avklart der og da med leder, men må inn i et lederteam eller overordnet leder, er det viktig at de ansatte får tilbakemelding om dette.

For å sikre oppfølging av handlingsplanen tas den regelmessig opp på **personalmøte**, avdelingsmøte eller lignende. Her orienterer de tiltaksansvarlige om status og kvitterer ut gjennomførte tiltak.

MU-handlingsplan skal inngå som formalisert oppfølgings sak i **samarbeidsfora** som sikrer medvirkning fra ansattes representanter (KVAM-grupper, HMS-grupper ol.).

4 Kontinuitet

- **Evaluering:
Gjennomføring av MU**

- **Evaluering av tiltakene
etter MU**

Selve gjennomføringen av MU bør evalueres. Evalueringpunkter kan for eksempel være: Deltakelse (svarprosent), gjennomføring i hht. gjennomføringsplan (gikk alt som planlagt?), gjennomføringsgrad av tiltak (hvor mange ble iverksatt og hvor mange ble avsluttet?).

Man bør også, der det er mulig og hensiktsmessig, evaluere effekten av enkelttiltak i hht. ønsket mål. Virket tiltaket vi iverksatte? Tiltak som har sitt utspring fra resultater fremkommet i MU, kan også evalueres i neste MU. Ble resultatet bedre enn sist?

4 Kontinuitet

✓ Oppfølging av ledere

Når bør du som leder få hjelp?

Hvordan kan du få hjelp?

Hva kan du få hjelp til?

Som leder følger du opp MU i egen enhet.

I enkelte tilfeller er det imidlertid tilrådelig at du ber om bistand i en eller annen form slik at MU blir fulgt opp etter hensikten

- Hvis du er uerfaren som leder og/eller ikke tidligere har gjennomført et prosessarbeid med dine ansatte før
- Hvis rapporten indikerer større utfordringer (avvikende lave resultat) på områdene konflikter og mobbing, vold og trussler, jobbrelatert sykefravær og ledelse

- Diskuter de utfordrende resultatene i møte med nærmeste leder
- Kontakt MU-gjennomføringsansvarlig

- Opplæring i MU-verktøyet
- Veiledning i forberedelsene til presentasjon av resultater og organisering av tiltaksarbeid
- Rådgivning i etterkant av tiltaksarbeidet

4 Kontinuitet

Kontaktinformasjon og referanser

✓ Gjennomføringsansvarlige

✓ Interne dokumenter

✓ Litteratur og henvisninger

Medarbeiderundersøkelsen i Helse Nord er foretaksovergrepene samarbeid mellom Helse Nord RHF og de lokale HFene.

Det er etablert MU-forum bestående av gjennomføringsansvarlige i hvert av foretakene:

Helgelandssykehuset: Eva Mari Jørgensen SørDAL

Nordlandssykehuset: Per Ingve Norheim

Sykehusapotekene: Helge Pettersen

UNN: Bjørn Kleiven og Ole-Martin Andersen

Helse Finnmark: Andreas Ertesvåg

Helse Nord RHF inklusive FIKS og SKDE: Hege Ingvaldsen

HN IKT: Hallvard Solborg

Interne dokumenter:

Prosjektrapport

Valideringsrapport

Medarbeiderundersøkelser – en praktisk håndbok se:

<http://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Arbeidsliv/Tillitsvalgt/Medarbeiderundersokelser-en-praktisk-haandbok>

Björklund C., Grahn A., Jensen I. og Bergström G. (2007): Does survey feedback enhance the psychosocial work environment and decrease sick leave? European Journal of Work and Organizational Psychology: 16 (1), 76 – 93. Psychology Press, Taylor & Francis Group

Storch, J., Sørensen, C., Solsjø, K. og Petersen L. K. (2010): Resultatorienterede medarbejderundersøgelser L&R Business, København

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI): <http://www.stami.no/medarbeiderundersokelser>



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
46/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3.5.2017
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

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 HF, datert 19.4.2017
8. Protokoll nr to fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 25.4.2017

Tromsø, 26.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Referat fra Møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 28.3.2017 10.00 – 12.00

Sted: Administrasjonens møterom D1.707

Tilstede	Administrerende direktør Kvalitets- og utviklingssjef Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Kliniksjeff Barne- og ungdomsklinikken Kvalitetsleder klinisk patologi Avd.leder Medisinsk avdeling UNN Narvik Smittevernoverlege Foretakshovedverneombud Seksjonsleder Ortopedisk avd. Kliniksjeff Psykisk helse- og rusklinikken Psykologspesialist Barne- og ungdomspsykiatrisk avd. Brukerutvalgsmember	Tor Ingebrigtsen Einar Bugge Tonje Drecker Elin Gullhav Lena Oprand Heggelund Ove Laupstad (via VK) Torni Myrbakk Einar Rebni May-Liss Johansen Magnus P. Hald Børge Mathiassen (vara) Laila Edvardsen (vara)
Forfall	Leder Brukerutvalget UNN Avd. overlege avd. for Gastroenterologisk kirurgi	Cathrin Carlyle Rolv-Ole Lindsetmo
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Medisinsk fagsjef Kvalitets- og utviklingscenteret Rådgiver Kvalitetsavdelingen Rådgiver Kvalitetsavdelingen	Grete Åsvang Mette Fredheim Haakon Lindekleiv Line Lura Hege Fredheim-Kildahl
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen
Saksnr.	Sakstittel	Ansvar/ frist
13/17	Godkjenning av referat fra KU-møtet 28.2.2017 (<i>ephorte 2017/110</i>)	
	<i>Godkjent referat var godkjent under tidligere utsendelse</i>	
	Oppfølging Referatet ble godkjent med følgende merknad til sak 06/17: <ul style="list-style-type: none"> Fremlegg av oversikt over oppfølgingspunkter av vedtak for 2016 legges ikke frem i dagens møte. 	

	<ul style="list-style-type: none"> Status for vedtakene følges opp av Kvalitetsavdelingen. 	KA
14/17	Prosedyre hendelsesanalyser i UNN	
	<p>Kvalitetsavdelingen ved Hege Fredheim-Kildahl og Grete Åsvang presenterte og redegjorde for arbeidet med utarbeidelse av hendelsesanalyse, samt for hendelsesanalysens prosedyrer og ulike faser.</p> <p>Hendelsesanalyser fra Vestre Viken, Nasjonal prosedyrehåndbok for risiko- og hendelsesanalyser samt egne erfaringer dannet grunnlaget for utarbeidelse av prosedyren.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ol style="list-style-type: none"> Kvalitetsutvalget godkjenner prosedyren som midlertidig prosedyre som legges til grunn for de neste 2 hendelsesanalyser i UNN. Revidert prosedyre basert på erfaringer fra de 2 hendelsesanalysene, med en tydeliggjøring av ansvar for oppfølgingspunkter, legges frem for Kvalitetsutvalget. 	KA/ KU-møte, antatt 6.6.2017
15/17	Utvikling pasienthendelser 2012 – 2016 og nytt klassifiseringssystem for pasienthendelser	
	<p>Kvalitetsavdelingen ved Line Lura presenterte og redegjorde for den totale utvikling og økningen av meldte pasienthendelser i tidsrommet 2012 – 2016, samt nytt klassifiseringssystem i henhold til nasjonal rapport og anbefaling.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>Kvalitetsutvalget tar presentasjonen til orientering, og ber Kvalitetsavdelingen om å utvikle forslag til bruk av statistisk rapport etter 1. tertial.</p> <p>Kvalitetsutvalget støtter et felles regionalt utviklingsarbeid med å få rapporter fra Docmap inn i Helse Nord LIS.</p>	KA/ antatt 6.6.2017
16/17	Status utvikling av avvikshåndteringssystemet	
	<p>Kvalitetsavdelingen ved Grete Åsvang inviterte Kvalitetsutvalget til å komme med innspill til utvikling og forbedring av avvikshåndteringssystemet i UNN.</p> <p>Kvalitets- og utviklingssenterets arbeid så langt viser følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> Et sterkt behov for økt kompetanse både hos ledere og medarbeidere på forbedringsmetodikk. Ulike arenaer for læring, som KVAM-strukturen, på 	

	gjennomgås og vurderes for å kunne bidra til læring internt og på tvers.	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>Kvalitetsavdelingen jobber videre med utviklingen og oppfølgingen av avvikshåndteringssystemet.</p> <p>Kvalitetsutvalget inviterte avdeling for klinisk patologi til en presentasjon av sitt avvikssystem i et kommende Kvalitetsutvalgsmøte.</p>	KA/ KU-møte 18.4.2017
17/17	Nasjonale kvalitetsindikatorer	
	Kvalitetsavdeling ved Haakon Lindekleiv orienterte om oppdateringer rundt status for nasjonale indikatorer (pr. 23.1.2017), og hvordan UNN ligger an i snitt nasjonalt.	
	<p>Konklusjon</p> <p>Kvalitets- og utviklingscenteret v/medisinsk fagsjef følger opp de som tallmessig ligger dårlig an.</p>	KA



MØTEREFERAT

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

Dato: Tirsdag 18.4.2017 kl 12.00-14.00
Sted: Møterom D1.704 Biblioteket
Tilstede: Medlemmer: Cathrin Carlyle og Laila Edvardsen
Forfall: Esben Haldorsen
Fra adm: Leif Hovden og Hilde Anne Johannessen (referent)

BAU 28/17 Styresaker

Kvalitets- og virksomhetsrapport:

Rådgiver ved KVALUT, Stein Olav Pedersen gjennomgikk Kvalitets- og virksomhetsrapporten. Det er ikke store endringer og tallene går i riktig retning.

- BAU hadde ikke fått rapporten på forhånd og kunne derfor ikke drøfte resultatene i kvalitets og virksomhetsrapporten.

Tilsynsrapport – eksterne tilsyn:

Rådgiver Hege Signete Fredheim-Kildal orienterte om saken.

- Brukerutvalgets arbeidsutvalg slutter seg til innstillingen i saken.

Nye UNN Narvik – etablering av tunnel til nytt sykehusbygg

- Brukerutvalgets arbeidsutvalg tar saken til orientering.

Strategisk utviklingsplan IKT

- Brukerutvalgets arbeidsutvalg slutter seg til innstillingen i saken.

Elektronisk medikasjon og kurve

- Brukerutvalgets arbeidsutvalg slutter seg til planen.

Åpenhetskultur og dialog i sykehusene

- BU er tilfreds med at arbeidet med åpenhetskulturen i UNN ifølge referatene fra arbeidet viser fremgang. BAU syns også at det er bra at rutiner for håndtering av saker finner en fastsatt form, men vi er fortsatt svært bekymret for hvordan det høye sykefraværet over tid innvirker på kvaliteten på pasientbehandlingen. Vi kan

ikke se at det har vært iverksatt tiltak som effektivt har hatt effekt på sykefraværet på de avdelingene som over tid har ligget høyt, selv om dette har vært en trend over flere år. I tillegg til belastningen på personalet som er på jobb er BAU bekymret for kvaliteten i pasientbehandlingen.

Medarbeiderundersøkelsen

- Brukerutvalgets arbeidsutvalg tar saken til orientering.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 3.5.2017.

BAU 29/17 Høring: Strategisk utviklingsplan E-helse og IKT (tidligere BAU 24/17)

Nestleder hadde forfall og saken blir utsatt til neste møte i BAU.

Oppfølging

Brukerutvalgets arbeidsutvalg vil følge prosessen videre.

BAU 30/17 Informasjon og kommunikasjon (tidligere BU 10/17)

Brukerutvalgets leder orienterte om at det er opprettet en arbeidsgruppe der målet er å finne ut hvor mye informasjon i innkallingsbrev til pasientene man kan ta bort for å forenkle dem. Det planlegges en workshop for å finne ut hvordan man skal jobbe videre med brukere - pårørende.

Beslutning

Brukerutvalgets arbeidsutvalg tar informasjonen til orientering og følger med på videre fremdrift i saken.

BAU 31/17 Referat fra BU møter på internett

Det ble tatt opp om det er aktuelt å legge Brukerutvalgets referater på internett, jf etterspørring av dette fra Kreftforeningen.

Beslutning

BUs referat legges ut på nettsidene sammen med styresakene i tillegg til at interessenter får referatene tilsendt direkte, samtidig som de oversendes og publiseres på UNNs nettsider.

BAU 32/17 UNN Tromsø – Forplassen ved A-fløya

Utbyggingssjefen har i e-post til Brukerutvalget erkjent at brukerinvolvering på forplassen ved Nye A-fløya har vært for dårlig planlagt og gjennomført. Han har ønsket et innspillmøte i uke 17 med Brukerutvalget.

Det er avtalt møte den 25.4.2017 kl 12.00 mellom utbyggingssjefen og Brukerutvalget ved leder Cathrin Carlyle og Laila Edvardsen. Dersom det er andre medlemmer av Brukerutvalget som har anledning til å delta er dette ønskelig, da utbyggingssjefen ønsker flest mulig innspill fra brukerne.

Beslutning

Brukerutvalget ved leder og en representant møter utbyggingssjefen med det formål å komme med innspill i saken fra Brukerutvalgets side.

BAU 33/17 Foreløpig dagsorden BU 19.4.2017

Det forelå forslag til dagsorden for BUs møte 19.4.2017.

Beslutning

Foreslått dagsorden til kommende BU-møte ble godkjent.

34/17 Eventuelt

Rådgiver Gunn-Evy Håkaby i OU-bygg kom for en rådslagning kl 12.30-13.00

Brukerutvalgets leder stilte spørsmål til om det er god nok brukervedvirkning i A-fløya og minnet også på viktigheten av brukervedvirkning på et tidlig tidspunkt i byggeprosesser. Dette gjelder spesielt planlegging av vestibyleareal, korridorer og møteplassen.

Rådgiver Gunn-Evy Håkaby opplyste at det er satt fokus på brukervedvirkning i prosjektene, og at brukerrepresentant er ønsket med i prosjektgruppen som er opprettet vedrørende utnyttelsen av arealer i Breivika.

Det er viktig å ha god innsikt i prosjektet for å kunne komme med innspill, og saken vil bli satt opp som eget punkt i neste møte i Brukerutvalget for å finne en god løsning på dette. Målet er å finne en modell som er formålstjenlig både for brukersiden og prosjektene.

Oppfølging

Administrasjonssjefen vil utarbeide et forslag til møte i Brukerutvalget den 19.4.2017.



Referat fra Møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 18.4.2017 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.leder Medisinsk avdeling UNN Narvik Avd.overlege avd. for Gastroenterologisk kirurgi Smittevernoverlege Seksjonsleder Ortopedisk avd. Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Hovedverneombud	Tor Ingebrigtsen Einar Bugge Cathrin Carlyle Tonje Drecker Elin Gullhav Lena Oprand Heggelund Ove Laupstad Rolv-Ole Lindsetmo Torni Myrbakk May-Liss Johansen Magnus P. Hald Tove Mack (for Einar Rebni)
Forfall	Foretakshovedverneombud	Einar Rebni
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Medisinsk fagsjef Kvalitets- og utviklingssenteret Avdelingsleder Røntgenavdelingen Ass. klinikksjef Diagnostisk klinikk Rådgiver Kvalitetsavdelingen	Grete Åsvang Mette Fredheim Haakon Lindekleiv Ulf Isaksen Kate Myreng Hege Fredheim-Kildahl
	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen
Saksnr.	Sakstittel	Ansvar/ frist
18/17	Godkjenning av referat fra KU-møtet 28.3.2017 (ephorte 2017/110)	
	Godkjent referat var godkjent under tidligere utsendelse	
	Oppfølging Referatet ble godkjent uten endringer.	
19/17	Riksrevisjonens rapport om røntgenundersøkelser	

	Røntgenavdelingen ved avdelingsleder Ulf Isaksen og ass. klinikkssjef Kate Myreng presenterte Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av poliklinisk bildediagnostikk.	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>Kvalitetsutvalget tar saken til orientering.</p> <p>Kvalitetsutvalget ber om at forslag til oppfølging av rapportens funn legges frem i et senere møte, etter nasjonalt møte 30. mai mellom Røntgenavdelinger på gruppe 1-sykehus.</p> <p>Kvalitetsutvalget ber om at Røntgenavdelingen prioriterer og tar et lederansvar i arbeidet med videreutvikling av regionale protokoller.</p>	KU-møte/ 6. juni eller tidlig høst 2017
20/17	Revidert revisjonsplan 2017	
	Rådgiver Kvalitetsavdelingen Hege Fredheim-Kildahl redegjorde for endringer i revidert revisjonsplan for 2017.	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • KU slutter seg til foreslått revidert revisjonsplan 2017. • Som del av pågående utviklingsarbeid på organisering og gjennomføring av interne revisjoner i UNN bes Kvalitetsavdelingen å utarbeide rutine for fremlegg av utvalgte revisjoner, som utmerker seg for læring på tvers, til presentasjon i Kvalitetsutvalget. • Beslutning om gjennomføring av internrevisjon nr 6 - <i>Revisjon som oppfølging av orienteringssak til KU vedrørende drift/bemannings situasjon ved Fødeavdelingen i Narvik</i>, avventes til etter behandling i styremøte HN RHF 18. april. Forslag om og eventuell avgrensning på revisjonen legges frem i Kvalitetsutvalgets neste møte. 	KA/ KU-møte høsten 2017
21/17	Pasientsikkerhetsprogrammet	
	Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Mette Fredheim presenterte status, resultater og utfordringer for UNNs rapporteringer til Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder pr januar 2017.	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalget tar statusrapporten til orientering • Kvalitetsutvalget forutsetter at ledere av opererende avdelinger følger opp tilsendte resultater fra Opn på 	KA/ KU-møte 16. mai 2017

	<p>gjennomføring av preoperative prosedyrer i tiltakspakken for Trygg kirurgi (korrekt hårfjerning, preoperativ temperaturmåling og antibiotikaproylaks) og foreslår at tavlemøter kan vurderes for slik oppfølging.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalget slutter seg til at der man har hatt stabilt høye resultater (over 90 % indikasjon for katetere i minimum 6 mnd. på målingene <i>forebygging av UVI</i> og <i>SVK</i> kan man gå over til kontrollmålinger som gjøres gjennom smittevernvisittene. Tiltakene skal gjennomføres som tidligere. • Klinikkledere/-rådgivere forutsettes å følge opp statusrapporteringen for 1. tertial når denne sendes ut, slik at alle enheter leverer rapporter. 	KA/Saken følges opp av direktørens ledermøte
22/17	Avvikssystem	
	Kvalitetsleder Diagnostisk klinikk Lena Oprand Heggelund presenterte Patologisk avdelings bruk av avvikssystemet.	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalget tar presentasjonen til orientering som et viktig innspill i det videre utviklingsarbeidet med avvikshåndteringssystemet i UNN. • Kvalitetsutvalget orienteres i kommende møte om videre prosess i forbedring av avvikshåndteringssystemet i UNN. <p><i>PP-presentasjon vedlagt</i></p>	KA/ KU-møte 16. mai 2017
23/17	Sak fra Pasientsikkerhetsutvalget	
	Saken legges frem for Kvalitetsutvalget etter behandling i Pasientsikkerhetsutvalgsmøtet.	KA
24/17	Eventuelt	
	<p>Pasientsikkerhetsprogrammet – nytt nasjonalt læringsnettverk - Frivillig innsatsområde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Læringsnettverk i brukermedvirkning: «<i>Trygg utskrivning, med brukeren som likeverdig partner</i>». • Tema for læringsnettverket med tilhørende tiltakspakke sammenfaller med oppdrag gitt i årets oppdragsdokument, kapittel 4, krav for 2017 punkt 3: «<i>Følge opp resultatene fra PasOpp17-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningssamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon.</i>» 	

	<ul style="list-style-type: none">➤ om sin sykdom➤ om medikamentene➤ får med seg oppdatert medikamentliste» <ul style="list-style-type: none">• Invitasjonen er sendt til klinikkene ved kvalitetsrådgivere og kopi til kliniksjefer – frist 2. mai.	
	<p><u>Konklusjon</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Kvalitetsutvalget støtter UNNs deltakelse i læringsnettverket med et team.• Kvalitetsavdelingen velger ut team til deltakelse.	KA/2. mai 2017

Foreløpig referat

PROTOKOLL

Tema: Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 3.5.2017.

Dato: 18.4.2017

Tidspunkt: 14.00-14.45

Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

Fra arbeidsgiver

Stein Olav Pedersen (KvalUt)

Leif Hovden (referent)

Fra arbeidstakerne

Mai-Britt Martinsen, NSF

Ulla Dorte Mathisen, DNLF/ OLF

Rigmor Frøyum, Fagforbundet

Jan Eivind Pettersen, Delta

Einar Rebni, FHVO

Tove Mack, FHVO


Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Ulla Dorte Mathisen valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
Tilsynsrapport	<i>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken. På generelt grunnlag henstiller ansattes organisasjoner om at det vurderes å fremstille status på en mer oversiktlig måte.</i>
Strategisk utviklingsplan IKT	<i>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.</i>
Nye UNN Narvik – etablering av tunnell til nytt sykehusbygg	<i>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.</i>
Oppfølgingssak - Åpenhetskultur og dialog i sykehusene	<i>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.</i>
Oppfølgingssak – Medarbeiderundersøkelsen 2016	<i>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.</i>
Kvalitets- og virksomhetsrapport	<i>Eget drøftingsmøte senere.</i>
Elektronisk medikasjon og kurve	<i>Eget drøftingsmøte senere. Helse Nord RHF saksforbereder.</i>

Tromsø, 18.4.2017


Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV NSF


Ulla Dorte Mathisen (s.)
FTV DNL OLF


Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 19.4.2017 kl. 10.30-13.00

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	x	Rita Vang, foretaksverneombudet UNN	
Monica Sørensen, HTV NSF – UNN Tromsø	x	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	x	Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	
Kristine Amundsen, Dnlf	x	Ulla Dorte Mathisen, Dnlf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
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 (perm)	
Bjørn-Yngvar Nordvåg, klinikkssjef Nevro-, ortopedi-, og rehabiliteringsklinikken	x	Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU (perm)	
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: Kristin Planting Mølmann

Dessuten møtte Bengt Dahl på sak 20/17 a og Hege Signete Fredheim-Kildal på sak 21/17.

Sak 18/17 Godkjenning av innkalling og sakliste

En sak ble meldt til eventuelt om avklaring om AMU-møtene er lukket eller åpne møter.

Vedtak:

Innkalling og dagorden godkjennes.

Sak 19/17 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 14.3.17

Det ble bemerket til sak 12/17 om nasjonal sykehusplan at det var uklart hvem som har ansvaret for en «*plan for oppfølging av de ansatte og ivaretagelse av arbeidsmiljøet i Narvik uavhengig av hva løsningen blir*». Direktøren informerte om at dette arbeidet starter ved at det er avtalt at han stiller på driftsrådsmøte i Narvik 8.5.17.

Vedtak:

Protokollen godkjennes med de merknader som kom frem i møtet.

Sak 20/17 Orienterings- og diskusjonssaker

- a) Grønt sykehus – muntlig orientering v/miljørådgiver Bengt Dahl
- b) Opplæring av AMU-medlemmer
- c) MRSA – informasjon og retningslinjer ved bærerskap, skriftlig orientering.

Vedtak:

- a. AMU er kjent med at andre sykehus har faset ut lystgass og ber K3K og OPIN om å vurdere dette, og komme med tilbakemelding.
AMU ber klinikksjefene etterspørre resultat på miljøledelse og tiltak ute i enhetene.
AMU ber klinikk- og senterledere ha fokus på miljøledelse i den daglige drift.
- b. AMU ber sekretariatet undersøke hvilken opplæring andre sykehus gir til AMU-medlemmer.
- c. AMU anmoder Stabssenteret og Smittevernsenteret og revidere retningslinjer slik at tilrettelegging av MRSA- smittede blir ivarettatt.

Sak 21/17 Styresaker

AMU hadde fått utsendt drøftingssaker av styresakene med unntak av Kvalitets- og virksomhetsrapport og Elektronisk medikasjon og kurve.

Vedtak:

Sakene tas til orientering.

Sak 22/17 Oppfølging av Medarbeiderundersøkelsen

Til møtet hadde Arbeidsutvalget lagt frem et forslag til hvordan spesialrapporten etter MU 2016 kan følges opp. Noen representanter fra AMU ønsker å besøke enkelte avdelinger der hensikten er påvirke og få en

bedre forståelse fra AMU sin side for hvordan det jobbes med tiltak og aktuelle forbedringsområder i virksomheten.

Vedtak:

Arbeidsutvalget koordinerer og fordeler arbeidet med oppfølging av dette arbeidet.

Sak 23/17 Eventuelt

AMUs møter er i utgangspunktet lukkede møter og utvalget avgjør selv om møtet skal åpnes i den enkelte sak.

**MØTEREFERAT****Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)****Møtedato:** Onsdag 19.4.2017 kl 9.00 – 14.05**Møtested:** Møterom D1.704 Biblioteket UNN Tromsø**Tilstede:** **Medlemmer:** Cathrin Carlyle, Laila Edvardsen, Margrethe Larsen, Hans-Johan Dahl, Britt-Sofie Illguth, Britt-Eva Elvejord Jakobsen, Klemet Anders Sara, Johanne Sundmann, Ruth Pedersen**Forfall:** Obiajulu Odu, Martin Moe, Esben Haldorsen**Fra adm.:** Leif Hovden (sak 11-14), Hilde Anne Johannessen (referent)**Saksliste****BU-11/17 Godkjenning av innkalling og saksliste****Vedtak** Brukerutvalget godkjente innkalling og sakliste.**BU-12/17 Referat Brukerutvalgets møte 1.2.2017****Vedtak** Brukerutvalget godkjente referatet.**BU-13/17 Direktørens time**

Åpen time med administrerende direktør Tor Ingebrigtsen.

Direktøren orienterte om oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Spesielt ble situasjonen ved UNN Narvik belyst, både når det gjelder bemanningssituasjonen og byggeprosjektet for nytt sykehus.

Vedtak Brukerutvalget tok informasjonen til orientering.**BU-14/17 Brukermedvirkning i BU**

Brukerrepresentanter er ønsket inn i flere utvalg ved sykehusene, eksempelvis i hvert KVAM-utvalg ved UNN.

Det er viktig at både Brukerutvalget og organisasjonen UNN er godt forberedt før en slik endring iverksettes. Det bes om tilslutning til å utarbeide en veileder som kan gi trygghet for brukerrepresentantene, ettersom disse ikke nødvendigvis kan

faget eller miljøet i det utvalget denne skal delta i. Veilederen vil også være nyttig for det enkelte utvalg, møte eller prosjekt som skal ha brukerrepresentasjon.

Det kom innspill fra brukerrepresentantene, og administrasjonen utarbeider et utkast som forelegges arbeidsutvalget.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og imøteser utkast til veileder.

BU 15/17 Veileder til brukerrepresentasjon i nasjonale medisinske kvalitetsregistre/Brukerveiledning v/UNN

Det er viktig at pasient- og brukerrepresentantene har nødvendig kunnskap om registrets formål og er tydelig på sin rolle som medlem i fagrådet. I tillegg er det viktig at registrene får tilstrekkelig kunnskap om hvordan brukerrepresentantene skal inkluderes. Opplæringsprogram for både pasient- og brukerrepresentanter og for registrene vil derfor bli utarbeidet.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU 16/17 Mandat for Ungdomsrådet ved UNN

Brukerutvalgets leder opplyste at det vil styrke Ungdomsrådet om man knytter det sterkere opp mot BU. BU kan påse at Ungdomsrådet gis mulighet til å uttale seg i relevante saker og ser fram til nærmere samarbeid. Brukerutvalget vil justere møteplanen for å få til et felles møte mellom BU og Ungdomsrådet.

Vedtak Brukerutvalget godkjenner de foreslåtte justeringene av mandat for Ungdomsrådet og vedtar det mandatet som er lagt fram om Ungdomsrådet i UNN.

BU-17/17 Presentasjon Pasientreiser vedrørende Helseekspressen

Avdelingsleder Bernt Nerberg ved seksjonen Pasientreiser i Stabssenteret orienterte om rammebetingelsene vedrørende Helsebussen, samt litt om rutinene for Helseekspressen.

Presentasjonen sendes brukerutvalgets medlemmer sammen med referatet.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-18/17 Presentasjon vedrørende Klinisk etikkomité sin virksomhet

Overlege ved avdeling for Anestesi- og operasjonsavdelingen og leder for Klinisk etikkomité Geir Bjørsvik orienterte om virksomheten.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-19/17 Presentasjon vedrørende skilting til apoteket ved UNN

Informasjonsrådgiver for utbyggingsprosjekter, Marit Einejord, orienterte vedrørende skilting på UNN. Det ble informert og vist grunnlaget for skiltingen som nå er på UNN. Brukerrepresentantene kom med innspill til endringer.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-20/17 Presentasjon vedrørende arbeid OU-prosjekt A-fløy

Rådgiver Gunn-Evy Olafsdatter Håkaby presenterte OU-prosjektet A-fløya med spesiell vekt på arbeidet med Arealplan i UNN og brukervedvirkning i dette arbeidet.

Vedtak: Brukerutvalget gir sin tilslutning til idéen om å opprette en «brukerbank». Dette for lettere å nå tak i brukervedvirkere til tiltak som krever brukervedvirkning.

BU-21/17 Årsrapport for Brukerutvalget UNN 2016

Årsrapporten ble gjennomgått og godkjent for endelig behandling i styret. Rapporten gir et grundig og godt arbeid.

Vedtak: Brukerutvalget godkjenner årsrapporten og aksepterer at den sendes Styret i UNN for endelig behandling.

Orienteringssaker**BU-22/17-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper**

Aktivitet	Ansvarlig 2016 – 2018	Status/merknader
1. Styret ved UNN	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
2. Kvalitetsutvalget i UNN	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
3. Styringsgruppe A-fløya	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
4. Styringsgruppe for PET-senter	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
5. HelseOmsorg21	Cathrin Carlyle	I møte i mai skal det ses på brukervedvirkning og brukervedvirkning i forskning. Ønske om en felles nasjonal veileder.
6. KSU 3 – 2015 Revisjon av avtaler	Hans Johan Dahl	Sekretariatet har fulgt opp med henvendelse til KSU 3-2015. Hans-Johan Dahl har ikke hørt noe fra utvalget. Sekretariatet følger opp saken.
7. Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl	Sekretariatet fulgt opp, sendt kontaktinformasjon på brukerepresentant den 15.2.2017 til Tore Knutsen, leder for Prostatasenteret. Hans-Johan Dahl har ikke hørt noe fra utvalget. Sekretariatet følger opp saken.
8. Prosess rundt ny avtale for hurtigbåter	Laila Edvardsen	Ikke noe nytt.

9. Koordinerende utvalg (Rehab.avdelingens kompetanseseksjon)	Laila Edvardsen	Nytt møte i mai.
11. Vestibyleprosjektet	Britt Sofie Illguth	Prosjektet står på foreløpig vent av fremdriften i A-fløya. Representanten fortsatt med i utvalget, har mottatt mail-korrespondanse.
12. OSO (Overordnet Samarbeidsorgan)	Britt Sofie Illguth og Esben Haldorsen	Møte i Harstad. Sak vedrørende brukerrepresentant utsatt. Esben passer på at det blir fulgt opp. Siste møte avlyst da det ikke var noen saker til behandling.
13. Fagnettverk LMS UNN og samarbeidende kommuner	Britt-Eva Jakobsen	Sekretariatet fulgt opp. Uklart videre fremdrift ettersom Fagnettverk ikke kan betale for representant. Spørsmålet sendt videre til Magne Nicolaisen 1.3.2017. Sekretariatet purrer på saken.
14. Klinisk etikkomité (KEK)	Margrethe Larsen	Margrethe orienterte om hvordan det er å være med på disse møtene.
15. KSU-4 Samkjøring av beredskapsplan for pandemi mellom UNN og kommuner	Margrethe Larsen	Ikke hørt noe fra disse.
16. Sykehusapotekets brukerutvalg	Martin A. Moe	Ikke referert pga forfall.
17. Parkeringsutvalget	Obiajulu Odu	Ikke referert pga forfall.
18. Pasientsentrert team	Obiajulu Odu	Ikke referert pga forfall.
19. Samhandlingsbarometeret (referansegruppen)	Obiajulu Odu	Ikke referert pga forfall.
20. KSU 5 – 2015 Felles prosedyrer UNN + kommuner for 5 tidskritiske pasientgrupper	Johanne Sundmann	Ikke noe nytt.
21. Medvirkergruppen for Idéfase psykiatri og rusbehandling (ephorte 12/1738)	Esben Haldorsen	Ikke referert pga forfall.
22. Prosjekt Helse/eldre	Obiajulu Odu	Mottatt invitasjon til møte? Ikke referert pga forfall.
23. Pasienterfaringer- Gastrokirurgisk avd. K3K	Solbritt Karlsson	Sekretariatet sjekker om representantene har hørt noe fra utvalget. Purrer om de ikke har hørt noe?
24. Oppfølging av Nasjonal Helse- og sykehusplan UNN Narvik	Margrethe Larsen	Møte 23. januar 2017. Ny tomt, Furumoen. Nytt møte i april. Gjennomgang av status og prosjekt. Mye dokumenter. Oppstart 2018.
25. Brukermedvirkning plan 6 PET-senteret	Laila Edvardsen	

26. OU på A-fløya - klinikk	Hans-Johan Dahl	Hans-Johan orienterte om forslag de har sett på, - elektronisk innsjekk, HMS, filmsnutter med info. Pasientflyt.
-----------------------------	-----------------	--

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

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-22/17-2 Forslag til tekst i innkallingsbrev (tidligere BAU 15 og 19/17)

Brukerutvalgets leder Cathrin Carlyle orienterte om saken, blant annet om hvor viktig det er med bedre informasjon i alle ledd inn til sykehuset. Pasientene vil da være best mulig forberedt.

Det er utarbeidet en gruppe fra de forskjellige enheter som har et eierskap til innkallingsbrevet.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-22/17-3 UNN Tromsø Forplassen - Utomhusplan

Utbyggingssjefen har tatt initiativ til et møte i uke 17 for å styrke brukermedvirkning i prosjektet. Brukerutvalgets leder Cathrin Carlyle og brukerrepresentant Laila Edvardsen møter utbyggingssjefen den 25.4.2017 kl 12.00. De øvrige brukerrepresentanten inviteres til å delta og komme med innspill.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og imøteser ny orientering etter avholdt møte.

BU-23/17 Referatsaker

Det ble referert følgende saker:

1. Referat fra Ungdomsrådet UNN 15.1.2017
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget UNN 17.1.2017
3. Referat fra møte i Klinisk Etikkomite 19.1.2017
4. Protokoll fra Regionalt Brukerutvalg 25.1.2017
5. Protokoll fra Regionalt Brukerutvalgs arbeidsutvalg 9.2.2017
6. Referat fra møte i Overordnet SamarbeidsOrgan 23.02. 2017
7. Foreløpig referat fra møte i Kvalitetsutvalget UNN 28.2.2017
8. Referat fra BAU 13.3.2017
- Ny referatsak inn:
9. Referat fra BAU 18.4.17

Vedtak Referatsakene tas til orientering.

BU-24/17 Eventuelt

1. Ny møtedato for BU i desember

Møtet i BU flyttes til 7. desember. Møterom blir da Biblioteket D1.704. Middag onsdag 6. desember.

Oppfølging Sekretariatet endrer møtedato og overnatting. Ny innkalling vil bli sendt i Outlook.

2. Koordinator

3. Veileder i brukermedvirkning

Margrethe, Britt-Eva og Britt-Sofie ønsker å være med som brukerrepresentanter.

4. Lang ventetid for små barn med autisme på UNN

1. Hva gjøres for å møte den akutte utfordringen med barna som venter på behandling?
2. Hva gjøres for å gjøre barnehabiliteringen rustet til å møte kapasitetsutfordringen på lengre sikt?
3. Hva gjøres for å finne ut om kravet om satsing på habilitering fra Helseministeren er fulgt opp?

Oppfølging Saken videresendes til avdelingen for å svare ut. Svar vil bli sendt direkte ut til BU-medlemmene.

Cathrin Carlyle (sign.)
utvalgsleder

Hilde A Johannessen (sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 14.6.2017 Kopi til:

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



Årsrapport 2016

Brukerutvalget UNN HF

Godkjent i Brukerutvalgets møte 19.4.2017

Utvalgets sammensetning 2016

Det sittende brukerutvalg i UNN ble vedtatt i styremøte 27.4.2016. Det har kommet nye oppnevninger, blant annet av nestleder, seks medlemmer og tre varamedlemmer. Oppnevningen skjedde etter forslag fra brukerorganisasjonene. Utvalgets leder eller nestleder har, i tråd med mandatet, deltatt i UNNs styremøter med møte- og talerett.

Utvalgets medlemmer pr. 31.12.2016 var:

Cathrin Carlyle – leder, Tromsø
Esben Haldorsen - nestleder, Narvik
Laila Edvardsen, Tromsø
Britt-Eva Elvejord Jakobsen, Finnsnes
Hans-Johan Dahl, Tromsø
Johanne Sundmann, Alta
Klemet Anders Sara, Kåfjord
Margrethe Larsen, Harstad
Martin André Moe, Brønnøysund
Obiajulu Odu, Tromsø

De tre første medlemmene (i kursiv) utgjør utvalgets arbeidsutvalg (BAU).

Varamedlem:

1. Britt Sofie Illguth, Tromsø
2. Mildrid Pedersen, Bardufoss
3. Frode Heggelund, Tromsø
4. Ruth Pedersen, Ankenes

Sekretariat:

Leif Hovden, administrasjonssjef (direktørens representant i utvalget)
Hilde Anne Johannessen, sekretær

Utvalgets aktivitet 2016

Sammendrag

I 2016 har det vært avholdt 6 møter i Brukerutvalget og 9 møter i arbeidsutvalget, og utvalgets leder har deltatt i UNNs styremøter i tråd med mandatet. Utvalget har hatt egne temasekvenser med direktøren i 4 av møtene, der det ble utvekslet informasjon og innspill til ulike saker.

Brukerutvalget har i 2016 videreført implementering av strategi for brukermedvirkning i UNN gjennom deltakelse, innspill og behandling.

Pasient- og brukerombudet møtte utvalget og presenterte sin årsrapport 20.4.2016.

Det årlige dialogmøtet med styret ved UNN var lagt til Administrasjonens møterom den 14.9.2016 i forbindelse med styrets møte s.d. Hovedfokus her var brukermedvirkning i

forbindelse med oppfølging av Sivilombudsmannens rapport etter tilsynsbesøk ved Psykisk helse- og rusklinikken.

Handlingsplan 2016

Brukerutvalget vedtok i møte 20.4.2016 å godkjenne og rullere handlingsplan for 2016 - 2018.

1. Følge opp kvaliteten på tjenestene ved å:

- Ha fokus på ulike nasjonale kvalitetsindikatorer. Særlig viktig er ventetider, antall fristbrudd og sykefravær samt UNNs planer/rutiner for å innfri målkravene
- Helhetlige pasientforløp må sikres gjennom aktiv brukermedvirkning, særlig knyttet til mottak og formidling av informasjon samt ivaretagelse av ruspasienter
- Delta i/følge opp omorganiseringsarbeid med sikte på at forholdene for pasienter og pårørende kontinuerlig forbedres
- Sikre ulike sakers etiske perspektiv
- Bidra aktivt i arbeidet med å sikre pasientmedvirkning i tråd med UNNs overordnede strategi
- Gjenetablere, videreføre og utvikle driften av «Møteplassen» i samarbeid med brukerorganisasjonene

2. Sikre brukerkompetanse i UNNs styrende ledd:

- Gjennom leders deltakelse i styremøtene (med tale- og forslagsrett)
- Gjennom direktørens deltakelse i brukerutvalgsmøtene med gjensidig informasjonsutveksling og orienteringer
- Ved å sikre at utvalgets møteplan muliggjør reell brukermedvirkning i saker som skal behandles av styret

3. Sikre medvirkning i UNNs plan og budsjettprosesser ved å:

- Bidra til å etablere konkrete rutiner for medvirkning, og å sikre at brukermedvirkning synliggjøres i klinikkene
- Tilpasse dagsorden i det siste møte før virksomhetsplanen skal styrebehandles hvert år, slik at direktøren kan delta og gå mer i dybden

4. Styrke kontakt og samhandling i alle ledd som har med pasientbehandling å gjøre gjennom lokalt brukerutvalg, regionalt brukerutvalg og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

- Ved å gjøre seg kjent med oppdragsdokumentet
- Ved å gjøre den regionale strategien kjent i foretaket
- Ved å ha årlige møter med pasient- og brukerombudet (når ombudets årsmelding foreligger)
- Gjennom fast deltakelse (én representant) i overordnet samarbeidsorgan (OSO)

5. Øke Brukerutvalgets kunnskap og forståelse for spesialisthelsetjenestens utfordringer

- Gjennom direktørens aktive deltakelse i brukerutvalgsmøtene
- Gjennom orienteringer fra klinikker/ fagmiljøer
- Gjennom deltakelse i relevante prosjekter/ arbeidsgrupper på klinikknivå

6. Synliggjøre Brukerutvalgets arbeid overfor pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner ved:

- Sterkere profilering av utvalget og utvalgets meninger i enkeltsaker og på systemnivå i media generelt samt Pingvinen
- Å øke fokus på medlemmenes kontakt med den/ de organisasjonen(e) de representerer
- Å jevnlig oppdatere Brukerutvalgets internettside

7. Fremme saker av betydning for brukerne overfor helseforetaket

- På eget initiativ eller på bakgrunn av innkomne saker, fremme forslag overfor UNNs ledelse til forbedring av UNNs tilbud og tjenester
- Gjennom å nyttiggjøre seg de informasjonskanalene UNN har etablert for å gjøre pasienter og pårørende bedre kjent med de tilbudene som finnes ved UNN

Prosjektarbeid 2016 – deltakelse

Utvalgets medlemmer har vært representert i følgende prosjekter, styringsgrupper,

arbeidsgrupper og møter i løpet av 2016:

Cathrin Carlyle:

- Styret ved UNN
- Styringsgruppe A-fløya
- Kvalitetsutvalget i UNN
- Styringsgruppe for PET-senter
- Ekspertgruppe for Nasjonal helse- og sykehusplan
- HelseOmsorg21-rådet
- Kvinslandutvalget
- Helsefak

Martin A. Moe:

- Sykehusapotekets brukerutvalg

Karin Næsvold:

- Kunstutvalget for pasienthotellet
- Strategisk utviklingsplan

Greta Altermark:

- Klinisk etikk-komite (KEK)
- Fagnettverk for lærings- og mestringstjenester i UNN og samarbeidende kommuner – Remi Hoholm i undergruppe
- KSU3 – 2015 – Revisjon av avtaler
- KSU UNN og samarbeidskommuner (somatikk Narvik)

Klemet Anders Sara:

- Klinisk samarbeidsutvalg (KSU) hjelpemidler – vara (Ingrid Aspevik Havnå valgt som brukerrepresentant)

Obiajulu Odu:

- Prosjekt Pasientsentrert team
- KSU Klinisk samarbeidsutvalg, avtale nr. 3/2012, retningslinjer for innleggelse i sykehus
- Parkeringsutvalg
- Samhandlingsbarometeret (*referansegruppen*)
- Prosjekt Helse eldre

Britt Sofie Illguth:

- Vestibyleprosjektet
- Samarbeidsforum somatikk UNN Tromsø og lokalsykehus
- Raskere tilbake – raskt tilbake
- OSO (Overordnet Samarbeidsorgan)

Håkon Elvenes

- Etablering av prostatasenter ved UNN

Jon Arne Østvik

- OSO (Overordnet samarbeidsorgan) – Britt Sofie Illguth i undergruppe

Randi Nilsen

- Pasientsentrert helsetjenestetteam UNN Harstad

Laila Edvardsen

- Prosess rundt ny avtale for hurtigbåter
- Koordinerende utvalg (rehab.avdelingens kompetanseseksjon)
- Project Advisory Group-Tema:Medisinsk uforklarte kroniske fysiske tilstander

Margrethe Larsen

- KSU4 – Samkjøring av beredskapsplan for pandemi mellom UNN og kommuner
- KEK (Klinisk etikkomité)

Johanne Sundmann

- KSU 5 – 2015 Felles prosedyrer UNN HF og kommuner for 5 tidskritiske pasientgrupper

Hans Johan Dahl

- KSU 3 – 2015 – Revisjon av avtaler
- Etablering av prostatasenter ved UNN

Britt-Eva Jakobsen

- Fagnettverk LMS UNN og samarbeidende kommuner

Esben Haldorsen

- Medvirkergruppen for Idéfase psykiatri og rusbehandling

Inviterte foredragsholdere

Utvalget har invitert en rekke personer til å presentere/ orientere om aktiviteter ved og i tilknytning til UNN i 2016:

- Prosjektleder pakkeforløp Merete Postmyr møtte fast og orienterte om status for implementering av pakkeforløp for kreft i UNN
- Kvalitetsrådgiver Kvalitetsavdelingen/FFS Hans Petter Bergseth presenterte møtte og orienterte om intensjon og nåværende status for prosjekt PING
- Veileder i forskningsmetodologi ved Klinisk forskningsavdeling (KFA) Beate Hauglann møtte og orienterte om brukermedvirkning innen forskning samt opplegg for opplæring av brukerrepresentanter.
- Kommunikasjonssjef i UNN Hilde Annie Pettersen møtte og orienterte om frivillighetsstrategi i UNN og helsesektorens plan og utfordringer for bruk av frivillighetsarbeid.
- Klinikksjef ved Nevro, -ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Bjørn-Yngvar Nordvåg møtte og redegjorde for status.

- Avdelingsleder Trine Olsen og kst. overlege Hege Kileng fra Medisinsk klinikk møtte og orienterte rundt somatisk oppfølging ved rusbehandling samt kriterier og retningslinjer for behandling av hepatitt C.
- Pasient- og brukerombud i Troms Odd Arvid Ryan, jurist og rådgiver Eli Åsgård og rådgiver Hege Pedersen fra Pasient- og brukerombudet i Troms presenterte årsmelding for 2015.
- Kommunikasjonsrådgiver Jan Fredrik Frantzen fra Stabssenterets kommunikasjonsavdeling møtte og presenterte de nye nettsidene i Helse Nord og UNN.
- Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge møtte og gjennomgikk oppbygging og innretning av den månedlige kvalitets- og virksomhetsrapporten, med vektlegging av kvalitetsparametrene i rapporten.
- Stabssjef Gøril Bertheussen møtte og svarte ut spørsmål i forbindelse med prestetjenesten ved UNN
- Konstituert klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken Siren Hoven og avdelingsleder PsykRus Ruben Sletteng møtte og presenterte status for implementering, klinisk struktur, organisering og utfordringer fremover.
- Klinikksjef Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken Arthur Revhaug møtte og
 - o presenterte Helsedirektoratets sentrale indikatorer for organspesifikke pakkeforløp.
- Seksjonsleder E-Helse og IKT-forvaltning Heidi Jacobsen møtte og informerte om prosessen rundt arbeidet med strategisk plan for informasjons- og teknologistrategi.
- Prosjektmedarbeider Anna Klara Måseide og Mirjam Lauritzen møtte og presenterte visjon, konsept og status i prosjekt knyttet til samvalg i pasientforløp.
- Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen/FFS Mette Fredheim møtte og orienterte om Pasientsikkerhetsprogrammet og brosjyren «Bare Spør»
- Avdelingsleder for Innovasjon og Implementering Sture Pettersen og seniorrådgiver for Innovasjon og implementering Tove Normann, som begge representerer KVALUT orienterte om saken ny IKT strategi.
- Avdelingsleder for Kvalitetsavdelingen Grete Åsvang møtte og orienterte om arbeidet i pasientsikkerhetsutvalget.
- Forsker ved UNN Ann Helen Hansen møtte og informerte generelt om diabetes og om prosjekt e-helse og leverandørbaserte helsetjenester-diabetespasienter.
- Spesialkonsulent Gro Berntsen presenterte forskningstilnærmingen ved prosjektet Pasientsentrert team.
- Økonomisjef Grethe Andersen møtte flere ganger og orienterte om kommende styresaker.

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 3.5.2017.**

Dato: 25.4.2017

Tidspunkt: 14.00-14.35

Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

Fra arbeidsgiver

Haakon Lindekleiv (KvalUt)

Leif Hovden (referent)

Fra arbeidstakerne

Mai-Britt Martinsen, NSF

Rigmor Frøyum, Fagforbundet


Jan Eivind Pettersen, Delta


Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Rigmor Frøyum valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
Kvalitets- og virksomhetsrapport	<p><i>Fra Stabssenteret og Kvalitets- og utviklingssenteret møtte økonomisjef Grethe Andersen og kvalitetsrådgiver Hans Petter Bergseth.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner var spesielt opptatt av den økonomiske utviklingen, og fikk svart ut sine spørsmål til dette. For øvrig ga de sin tilslutning til at saken fremmes til styrets behandling.</i></p>
Elektronisk medikasjon og kurve	<p><i>Konstituert senterleder Haakon Lindekleiv møtte og innledet til saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner stilte spørsmål til oppklaring, og ser viktigheten av at det blir satt av tilstrekkelige ressurser slik at implementeringen lykkes.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner ga sin tilslutning til at saken fremmes til styrets behandling.</i></p>

Tromsø, 18.4.2017


 Mai-Britt Martinsen (s.)
 FTV NSF


 Rigmor Frøyum (s.)
 FTV Fagforbundet


 Leif Hovden (s.)
 administrasjonssjef



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
47/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3.5.2017
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 21.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør