



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Onsdag 8. februar kl. 09:00

Møtested

UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
Dato: 8.2.2017
Tid: 09:00

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

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
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 1/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 1/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 2/2017	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.12.2016
ST 3/2017	Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016
ST 4/2017	Oppsummering av styresaker 2016
ST 5/2017	Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid
ST 6/2017	Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse
ST 7/2017	Regional kvalitetsstrategi 2016-2020 – oppfølging og handlingsplan
ST 8/2017	Høringssak – Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
ST 9/2017	Høringssak – Hjerteinfarkt og PCI – Et likeverdig tilbud i Helse Nord?
ST 10/2017	Dialogavtale for 2018 mellom styret og administrerende direktør
ST 11/2017	Forberedende virksomhetsplan for 2018
ST 12/2017	Oppdragsdokument 2017
ST 13/2017	Oppnevning av valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til Styret for 2017-2019
ST 14/2017	Styreevaluering
ST 15/2017	Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. Etablering av sikkerhetsorganisasjon ved UNN HF – egenerklæring-
Unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. Sil. § 12
2. Kontrollspenn ved UNN – veien videre
3. Samordning grensesnitt UNN og Sykehusbygg
– Forslag om etablering av bestillerfunksjon for større utbyggings-
ombyggingsprosjekt i UNN
4. Oppfølging av handlingsplanen etter Sivilombudsmannens rapport
fra 2016
5. Revisjonsrapport etter andre tertial 2016

Muntlige orienteringer

6. Åpenhet og dialog I UNN – orientering om status i arbeidet i
partsammensatt arbeidsgruppe
7. Nasjonal helse- og sykehusplan - Mandat for oppfølging, og status i
arbeidet med mandatets punkt 1 Kirurgisk akuttberedskap og elektiv
kirurgi med berørte fagområder
8. Medarbeiderundersøkelsen 2016 – foreløpig orientering om
resultatene
9. Trombektomi ved hjerneslag – foreløpig orientering om utvikling av
tilbudet
10. Plan for gradvis endring av ambulansetjenesten. Orientering om status
i arbeidet.
11. Forbedring av parkeringstilbudet ved UNN Breivika – status i
planarbeid
12. Markering av 100-års jubileum for UNN Longyearbyen

13. Oppsigelse i arbeidsforhold – *unntatt fra offentlighet off.§ 13 jf. fvl § 13, 1.ledd nr 1)*
14. Varsel om alvorlige hendelser – *Unntatt fra offentlighet offl.§ 13 jf. hpl.§ 21 jf. § 23.*

ST 16/2017

Referatsaker

1. Tildeling timeavtaler ved UNN, datert 19.12.2016
2. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 21.12.2016
3. Risikostyring i foretaksgruppen 2017, datert 23.12.2016
4. Godkjenning av søknad om å investere i ny ambulansestasjon i Harstad, datert 2.1.2017
5. Nasjonal helse- og sykehusplan – presisering av mandat for oppfølging, datert 11.1.2017
6. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 24.1.2017
7. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 24.1.2017
8. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 25.1.2017
9. Referat fra Brukerutvalget, datert 1.2.2017

ST 17/2017

Eventuelt



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
2/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 14.12.2016

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 14.12.2016.

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg;

1. Møteprotokoll fra styremøtet 14.12.2016



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 14.12.2016
 Tid: 9:00-14:30

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
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	<i>Leder av Brukerutvalget</i>

Forfall:

Eivind Mikalsen	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
Elin Gullhav	klunikksjef Barne- og ungdomsklinikken
Eva-Hanne Hansen	klunikksjef Operasjons- og intensivklinikken
Gry Andersen	klunikksjef Diagnostisk klinikk
Jon Mathisen	klunikksjef Akuttmedisinsk klinikk
Markus Rumpfeld	klunikksjef Medisinsk klinikk
Siren Hoven	konstituert klunikksjef Psykisk helse- og rusklinikken
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Kristina Bratrein	konstituert drifts- og eiendomssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Tommy Schjølberg	seksjonsleder ved Stabscenteret, Økonomi- og analyse

ST 99/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.12.2016

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 14.12.2016, med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i uthevet *kursiv*).

Saksnr.	Innhold
ST 99/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 100/2016	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 16.11.2016
ST 101/2016	Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2016
ST 102/2016	Tilsynsrapport – eksterne tilsyn
ST 103/2016	Nye hovedindikatorer for UNN
ST 104/2016	Virksomhetsplan 2017
ST 105/2016	Ny ambulansestasjon ved UNN Harstad - anbudssak <i>- unntatt fra offentlighet Offl. § 23 tredje ledd jf. Fvl. § 13.2</i>
ST 106/2016	Orienteringssak <i>Skriftlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none">1. Oppdatert status for protesekirurgi i UNN2. Virksomhetsoverdragelse sykehusinnkjøp3. Nytt EPJ-system ved UNN Longyearbyen sykehus <i>– unntatt fra offentlighet i medhold av Offl. § 23.</i> <i>Muntlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none">4. Pasienthistorie5. Klinikkpresentasjon – Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken6. Status for utdanning av gruppe 1-leger ved Røntgenavdelingen7. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan8. Varsel om alvorlige hendelser ved UNN <i>- unntatt fra offentlighet i medhold av Offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.</i>9. Tiltak for å redusere skrive tiden ved Felles kontorsenter10. Bruk av Snapchat i internkommunikasjon ved UNN11. Politietterforskning ved UNN12. Tvistesak mellom UNN og Troms taxi AS13. Avtale med Narvik kommune om veg og tunnel til Nye UNN Narvik14. Avtale med Harstad kommune om tomt til kommunalt helsehus
ST 107/2016	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 14.11.20162. Svarbrev til Sivilombudsmannens forebyggingsenhet etter besøksrapport, datert 28.11.20163. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 29.11.20164. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 29.11.20165. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 29.11.20166. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 30.11.20167. Referat fra Brukerutvalget, datert 8.12.2016
ST 108/2016	Eventuelt

ST 100/2016 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 16.11.2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.12.2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 16.11.2016.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 16.11.2016.

ST 101/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.12.2016

Innstilling til vedtak

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 102/2016 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.12.2016

Direktøren la frem følgende reviderte innstilling til vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn til og med 18.11.2016 til etterretning.
2. *Styret godkjenner handlingsplanen for oppfølging etter Helse Nord RHF's internrevisjon om utvikling og vedlikehold av kompetanse.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn til og med 18.11.2016 til etterretning.
2. Styret godkjenner handlingsplanen for oppfølging etter Helse Nord RHF's internrevisjon om utvikling og vedlikehold av kompetanse.

ST 103/2016 Nye hovedindikatorer for UNN

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.12.2016

Direktøren la frem følgende reviderte innstilling til vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende åtte hovedindikatorer for virksomhetsstyringen i 2017:
 1. Infeksjoner (prevalens)
 2. Legemiddelsamstemming (andel)
 3. Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)
 4. Fristbrudd (antall)
 5. Tvangsvedtak (antall)
 6. Sykefravær (andel)
 7. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
 8. Tiltaksgjennomføring (andel)
2. Styret ber om rapportering på indikatorene i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene, men tar til etterretning at det kan ta noe tid før rapportering av indikatorene 1-3 er på plass med ønsket kvalitet, *og at det kan foreligge metodiske utfordringer knyttet til månedlig rapportering av indikator 1.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende åtte hovedindikatorer for virksomhetsstyringen i 2017:
 1. Infeksjoner (prevalens)
 2. Legemiddelsamstemming (andel)
 3. Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)
 4. Fristbrudd (antall)
 5. Tvangsvedtak (antall)
 6. Sykefravær (andel)
 7. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
 8. Tiltaksgjennomføring (andel)
2. Styret ber om rapportering på indikatorene i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene, men tar til etterretning at det kan ta noe tid før rapportering av indikatorene 1-3 er på plass med ønsket kvalitet, og at det kan foreligge metodiske utfordringer knyttet til månedlig rapportering av indikator 1.

ST 104/2016 Virksomhetsplan 2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.12.2016

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen for 2017 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 68,0 mill kr.

	Regnskap 2015	Justert budsjett (JB) 2016	Prognose 2016	Vedtatt budsjett (VB) 2017	Endring VB 2017- JB 2016
UNN HF, beløp i mill kr					
Basisramme	4 874,5	4 850,8	4 850,8	4 653,2	-197,6
Kvalitetsbasert finansiering	35,9	31,4	31,4	27,7	-3,8
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	1 379,7	1 377,1	1 390,0	1 510,7	133,6
ISF kommunal medfinansiering	-1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
ISF av legemidler utenfor sykehus	47,0	61,0	55,0	85,0	24,0
Gjestepasientinntekter	36,5	33,5	34,0	36,2	2,7
Polikliniske inntekter (inkludert lab/røntgen)	209,2	216,3	216,3	167,5	-48,8
Utskrivningsklare pasienter	16,1	24,7	25,0	16,0	-8,7
Inntekter "raskere tilbake"	22,5	23,7	23,7	23,7	0,0
Andre øremerkede tilskudd	273,5	264,5	264,5	216,3	-48,2
Andre driftsinntekter	364,5	358,7	348,7	358,7	0,0
Sum driftsinntekter	7 257,8	7 241,8	7 239,4	7 095,0	-146,8
Kjøp av offentlige helsetjenester	222,4	166,1	181,0	180,0	13,9
Kjøp av private helsetjenester	69,7	79,6	75,4	75,2	-4,5
Varekostnader knyttet til aktivitet	737,4	784,2	800,0	667,4	-116,8
Innleid arbeidskraft	36,9	27,4	44,5	27,2	-0,1
Lønn til fast ansatte	3 440,6	3 686,0	3 564,5	3 767,8	81,8
Overtid og ekstrahjelp	273,5	217,9	266,8	237,5	19,6
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	983,8	743,3	743,3	719,0	-24,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-268,0	-267,5	-269,4	-274,5	-7,1
Annen lønnskostnad	308,6	329,1	333,4	326,6	-2,5
Avskrivninger	256,4	261,4	251,0	245,0	-16,4
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	1 090,4	1 194,3	1 180,9	1 098,9	-95,5
Sum driftskostnader	7 151,7	7 221,8	7 171,4	7 070,0	-151,8
Driftsresultat	106,2	20,0	68,0	25,0	5,0
Finansinntekter	15,3	20,0	22,0	15,0	-5,0
Finanskostnader	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansresultat	14,6	20,0	22,0	15,0	-5,0
Ordinært resultat	120,8	40,0	90,0	40,0	0,0

Inntekter fra poliklinikk for psykisk helsevern og TSB er flyttet til ISF

2. Styret godkjenner strategien om å bruke 2017 som et konsolideringsår. Dette inkluderer å redusere det interne overskuddskravet til 25 mill kr i 2017. Styret presiserer at overskuddskravet må øke fra og med 2018 for å realisere investeringer i årene fremover.
3. Styret er fornøyd med at sammenhengen mellom aktivitetsplan, bemanningsplan og budsjett blir gradvis bedre, men understreker behovet for videre kvalitetsforbedring i denne delen av planarbeidet.
4. Styret viser til vedtaket i sak 103/2016 *Nye hovedindikatorer for UNN*, og ber direktøren legge disse til grunn for virksomhetsstyringen i 2017.
5. Styret tar til etterretning at et delbeløp av gavene fra Trond Mohn til PET-senteret er godkjent brukt til å finansiere senteret utover p85-rammen. Styret viser til at gavene er gitt til UNN, og forutsetter at Helse Nord RHF øker UNNs investeringsramme til MTU med mer tilsvarende differansen mellom P85-rammen og den gjenstående delen av gavebeløpet, svarende til 43,2 mill kr.
6. Styret vedtar investeringsplanen for 2017 slik den foreligger i saksutredningen, og gir direktøren fullmakt til å gjøre interne omprioriteringer innenfor disponibel investeringsramme.

Jan Terje Nedrejord foreslo følgende tilleggspunkt:

I arbeidet med rekruttering av kompetente helsearbeidere, vil UNN også vektlegge betydningen av kompetanse innen samisk språk og kultur.

Styreleder tok innstillingen opp til samlet avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Deretter tok styreleder forslaget til tilleggspunkt opp til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtakk:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen for 2017 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 68,0 mill kr.

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2015	Justert budsjett (JB) 2016	Prognose 2016	Vedtatt budsjett (VB) 2017	Endring VB 2017- JB 2016
Basisramme	4 874,5	4 850,8	4 850,8	4 653,2	-197,6
Kvalitetsbasert finansiering	35,9	31,4	31,4	27,7	-3,8
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	1 379,7	1 377,1	1 390,0	1 510,7	133,6
ISF kommunal medfinansiering	-1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
ISF av legemidler utenfor sykehus	47,0	61,0	55,0	85,0	24,0
Gjestepasientinntekter	36,5	33,5	34,0	36,2	2,7
Polikliniske inntekter (inkludert lab/røntgen)	209,2	216,3	216,3	167,5	-48,8
Utskrivningsklare pasienter	16,1	24,7	25,0	16,0	-8,7
Inntekter "raskere tilbake"	22,5	23,7	23,7	23,7	0,0
Andre øremerkede tilskudd	273,5	264,5	264,5	216,3	-48,2
Andre driftsinntekter	364,5	358,7	348,7	358,7	0,0
Sum driftsinntekter	7 257,8	7 241,8	7 239,4	7 095,0	-146,8
Kjøp av offentlige helsetjenester	222,4	166,1	181,0	180,0	13,9
Kjøp av private helsetjenester	69,7	79,6	75,4	75,2	-4,5
Varekostnader knyttet til aktivitet	737,4	784,2	800,0	667,4	-116,8
Innleid arbeidskraft	36,9	27,4	44,5	27,2	-0,1
Lønn til fast ansatte	3 440,6	3 686,0	3 564,5	3 767,8	81,8
Overtid og ekstrahjelp	273,5	217,9	266,8	237,5	19,6
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	983,8	743,3	743,3	719,0	-24,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-268,0	-267,5	-269,4	-274,5	-7,1
Annen lønnskostnad	308,6	329,1	333,4	326,6	-2,5
Avskrivninger	256,4	261,4	251,0	245,0	-16,4
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	1 090,4	1 194,3	1 180,9	1 098,9	-95,5
Sum driftskostnader	7 151,7	7 221,8	7 171,4	7 070,0	-151,8
Driftsresultat	106,2	20,0	68,0	25,0	5,0
Finansinntekter	15,3	20,0	22,0	15,0	-5,0
Finanskostnader	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansresultat	14,6	20,0	22,0	15,0	-5,0
Ordinært resultat	120,8	40,0	90,0	40,0	0,0

Inntekter fra poliklinikk for psykisk helsevern og TSB er flyttet til ISF

2. Styret godkjenner strategien om å bruke 2017 som et konsolideringsår. Dette inkluderer å redusere det interne overskuddskravet til 25 mill kr i 2017. Styret presiserer at overskuddskravet må øke fra og med 2018 for å realisere investeringer i årene fremover.
3. Styret er fornøyd med at sammenhengen mellom aktivitetsplan, bemanningsplan og budsjett blir gradvis bedre, men understreker behovet for videre kvalitetsforbedring i denne delen av planarbeidet.
4. Styret viser til vedtaket i sak 103/2016 *Nye hovedindikatorer for UNN*, og ber direktøren legge disse til grunn for virksomhetsstyringen i 2017.
5. Styret tar til etterretning at et delbeløp av gavene fra Trond Mohn til PET-senteret er godkjent brukt til å finansiere senteret utover p85-rammen. Styret viser til at gavene er gitt til UNN, og forutsetter at Helse Nord RHF øker UNNs investeringsramme til MTU

med mer tilsvarende differansen mellom P85-rammen og den gjenstående delen av gavebeløpet, svarende til 43,2 mill kr.

6. Styret vedtar investeringsplanen for 2017 slik den foreligger i saksutredningen, og gir direktøren fullmakt til å gjøre interne omprioriteringer innenfor disponibel investeringsramme.
7. I arbeidet med rekruttering av kompetente helsearbeidere, vil UNN også vektlegge betydningen av kompetanse innen samisk språk og kultur.

ST 105/2016 Ny ambulansestasjon ved UNN Harstad - anbudssak

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.12.2016

Saken ble behandlet unntatt offentlighet i medhold av Off.l. § 23, tredje ledd jf. Fvl. § 13.2.

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at det igangsettes en utlysning av totalentreprisen for bygging av en ny ambulansestasjon ved UNN Harstad, basert på forutsetningene i styrets vedtak i sak 37/2016 og oversender saken til styret i Helse Nord RHF for endelig godkjenning.
2. Ambulansestasjonen finansieres av UNNs tildelte investeringsmidler til ambulansestasjon og regionale funksjoner med mer for 2017 og 2018.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at det igangsettes en utlysning av totalentreprisen for bygging av en ny ambulansestasjon ved UNN Harstad, basert på forutsetningene i styrets vedtak i sak 37/2016 og oversender saken til styret i Helse Nord RHF for endelig godkjenning.
2. Ambulansestasjonen finansieres av UNNs tildelte investeringsmidler til ambulansestasjon og regionale funksjoner med mer for 2017 og 2018.

ST 106/2016 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.12.2016

Innstilling til vedtak:

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

Skriftlige orienteringer

1. Status for protesekirurgi ved UNN
2. Virksomhetsoverdragelse sykehusinnkjøp HF
3. Nytt EPJ-system ved UNN Longyearbyen sykehus
– *unntatt fra offentlighet i medhold av Offl. § 23.*

Muntlige orienteringer

4. Pasienthistorie
5. Klinikkpresentasjon – Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
6. Status for utdanning av gruppen 1-leger ved Røntgenavdelingen
7. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan
8. Varsel om alvorlige hendelser ved UNN
- et dødsfall, to tilfeller med risiko for alvorlig komplikasjon.
- *unntatt fra offentlighet i medhold av Offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.*
9. Tiltak for å redusere skrive tiden ved Felles kontorsenter
10. Bruk av Snapchat i internkommunikasjon ved UNN
11. Politietterforskning ved UNN
12. Tvistesak mellom UNN og Troms taxi AS
13. Avtale med Narvik kommune om veg- og tunnelløsning til Nye UNN Narvik
14. Avtale med Harstad kommune om tomt til kommunalt helsehus

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar orienteringssakene til orientering.

ST 107/2016 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.12.2016

Innstilling til vedtak:

1. Referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 14.11.2016
2. Svarbrev til Sivilombudsmannens forebyggingsenhet etter besøksrapport 28.11.2016
3. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 29.11.2016
4. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte 29.11.2016
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 29.11.2016
6. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 30.11.2016
7. Referat fra Brukerutvalget, datert 8.12.2016

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar referatsakene til orientering.

ST 108/2016 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.12.2016

Ingen saker.

Tromsø, 14.12.2016

Jorhill Andreassen

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
3/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Kristian Pettersen

Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016* til orientering.
2. Styret godkjenner at styresakene for Kvalitets- og virksomhetsrapportene avviker fra ordinær styresaksmaal fra og med neste måned.

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.

Fra og med januar 2017 vil de nye hovedindikatorne inngå i den månedlige rapporten. Direktøren anbefaler også at styresaken fokuserer på avvik fra plan og tiltak fremfor ordinær saksutredning som oppsummerer rapporten. Dette innebærer en endring og et avvik fra fastsatt saksmaal for styresaker.

Formål

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

Saksutredning

Kvalitet

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) som ble tatt til behandling fra venteliste per desember 2016, var 65 (median 47) dager. Dette er 17 dager mindre enn for samme periode i 2015. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 56 (median 44) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet i gjennomsnitt 235 (median 203) dager. Antall pasienter på venteliste ved utgangen av desember var 9 701, noe som er en nedgang på 2 698 pasienter (-22 %) fra året før.

Gjennomsnittlig ventetid for de som fortsatt står på venteliste er 66 dager. Dette er en reduksjon på 19 dager sammenlignet med samme tid i 2015 (-22 %). Ved utgangen av desember var det 142 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Sammenlignet med utgangen av desember 2015 er dette en reduksjon på 109 pasienter (-43 %). Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i desember var 1 644, en økning på 415 (+34 %) fra i fjor. Antall fristbrudd ved utgangen av desember var 35, ved samme tid i 2015 var tallet 24.

Andelen epikriser sendt innen syv dager var i desember 73 % og 72 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall pasienter innen somatikk som lå på korridor per dag i desember var 8, mens andelen strykninger av planlagte operasjoner var 3,3 %.

Aktivitet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+7 %). Dette skyldes høy poliklinisk aktivitet (8 % over plan) og utskrivelser heldøgn (+2 %). Antall innlagte dagopphold er også høyere enn plan (+1 %). DRG-aktiviteten¹ er 233 poeng over plan (+0,4 %) hittil i år. Antall røntgenundersøkelser (+15 %) og antall laboratorieanalyser (+11 %) er høyere enn plan.

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne har vært lavere enn plan (-8 %). Også aktiviteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (-6 %) har vært lavere enn plan. Innen psykisk helsevern for barn og unge har aktiviteten vært litt høyere enn plan (+1 %).

Antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet har økt med 284 (+47 %) i desember måned sammenlignet med samme periode i 2015. Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 88 utskrivningsklare døgn (-35 %) i samme periode. Pasienthotellet hadde i desember 64 % belegg i perioden mandag til og med torsdag, mens andelen av innlagte døgn var 7,7 %.

¹ *Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene.*

Personal

Antall månedsverk i desember var 6394. Dette er en økning med 133 månedsverk sammenlignet med samme måned i fjor. Det ble i desember leid inn 65,1 sykepleiermånedsverk og 29,2 legemånedsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er økt med 48,2 månedsverk sammenlignet med samme måned i fjor, mens bruken av innleide leger har økt med 13,4 månedsverk.

Sykefraværstatistikken har vist en nedgang i forhold til tidligere år for de siste månedene. Etter et omfattende arbeid med å finne årsakene til dette viser det seg å være feil i systemoppsettet fra leverandøren. Dette er nå korrigert, og fraværstatistikken er oppdatert i Kvalitets- og virksomhetsrapporten. August, oktober og november er 0,2 prosentpoeng høyere enn tidligere rapportert, mens september er 0,9 prosentpoeng høyere. Korrigert statistikk viser nå at utviklingen i sykefraværet er stabilt.

Det totale sykefraværet ved UNN i desember 2016 er på 9,1 %, og er høyere enn plantallet på 7,5 %. Sykefraværet var på over 9 % i første kvartal i 2016, men viser en nedgang mot sommeren. Denne utviklingen er som forventet grunnet naturlige sesongvariasjoner. Utviklingen i sykefravær frem mot juli i år er tilnærmet lik utviklingen de siste to år for samme periode. Det skjer en endring etter sommeren, da sykefraværet viser en reduksjon sammenlignet med tidligere år. Samtidig viser utviklingen fra september til desember igjen en økning som er lik samme periode i fjor.

Økonomi

Foreløpig regnskapsrapport for desember viser et overskudd på 41,3 mill kr. Det er 38 mill kr høyere enn budsjettet, og 33,8 mill kr høyere enn styringsmålet. Akkumulert per desember er det et budsjettavvik på +67,0 mill kr, dette er 17,0 mill kr høyere enn styringsmålet.

Oppsummert viser foreløpig regnskap et regnskapsmessig resultat på 107,0 mill kr. Det er 17,0 mill kr høyere enn tidligere prognoser og skyldes i hovedsak avregning for ISF 2015 på 13,6 mill kr som kom i desember.

I 2016 er det budsjettet med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I desember er det beregnet en realisert effekt på 8,8 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 68 %. Til og med desember er gjennomføringsgraden 69 %.

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I desember er det bokført investeringer for 101,5 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 20,2 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 13,6 mill kr. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene viser et overforbruk på 3,4 mill kr. UNN har per utgangen av desember en likviditet på 617 mill kr.

Kommunikasjon

Medieoppmerksomheten i desember var sentrert om tre til fire saker. Vinnerne av Samhandlingsprisen 2016 fikk positiv omtale både i Nordlys, Harstad Tidende og NRK.

Den planlagte etablering av medikamentfritt tilbud i Psykisk helse- og rusklinikken ble presentert i flere medier, deriblant Dagens medisin og NRK.

Arbeidet med å utrede akuttkirurgiske beredskap og fødevirksomheten i Narvik avstedkom flere artikler i Fremover med spørsmål om endringer i transporttid og transportforhold via Hålogalandsbrua skal være med i analysegrunnlaget for prosjektgruppens rapport.

Et prøveprosjekt med bruk av Snapchat til intern kulturbygging og internkommunikasjon fikk negativ medieomtale fordi et bilde med informasjon som ikke skulle offentliggjøres, ble publisert på Snapchat.

Medvirkning

Vurdering

Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar vil korrigeres i tråd med styrets vedtak om nye hovedindikatorer. Samtidig anbefaler direktøren at selve styresaken fokuserer på avvik fra plan og tiltak fremfor ordinær saksutredning som oppsummerer rapporten. Dette innebærer en endring og et avvik fra fastsatt saksmal for styresaker.

Det er svært gledelig at gjennomsnittlig ventetid slik den måles i nasjonalt i 2016 er innenfor nasjonalt mål, 65 dager. Antall langtidsventende over 12 måneder er nå igjen på vei nedover, 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 svært liten risiko for at gjennomsnittlig ventetid for avviklede igjen skal øke. For 2017 er kravet til gjennomsnittlig ventetid skjerpet til 60 dager, og det er direktørens vurdering at UNN vil nå dette målet, så lenge det ikke tilkommer en ny økning i antall langtidsventende. Sistnevnte gruppe avtar fortsatt, og det er svært få pasienter som venter mellom 270 og 365 dager. Dermed ligger UNN godt an til å nå nasjonalt ventetidsmål også i 2017.

Antall fristbrudd var de siste månedene av 2016 høyere enn tidligere på året, noe som ikke er tilfredsstillende. De aller fleste reelle fristbrudd er i Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR) og i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K). I NOR er det først og fremst innen håndkirurgi at det de siste månedene har vært store utfordringer med for lav kapasitet i forhold til behov. Ny håndkirurg ble ansatt i desember og begynte på kort varsel, men det er fortsatt behov for god prioritering, bedre langtidsplanlegging og riktig funksjonsfordeling for å unngå fristbrudd på dette området. Som tidligere er det også utfordringer med noen fristbrudd innen dagkirurgi, ortopedi og ØNH. Fristbrudd er ukentlig tema på ledergruppens tavlemøter, med fokus på tiltak for å fjerne dem og unngå nye. Systematisk, god opplæring av alle som håndterer henvisninger og ventelister, og læring på tvers av enheter er nødvendige tiltak som det arbeides med.

UNN inkluderer fortsatt en svært høy andel kreftpasienter i pakkeforløp, og er nær ved å nå nasjonalt mål for andel som gjennomfører forløp innen anbefalt tid. Det er fortsatt noen forløp der det er utfordrende å oppnå riktig forløpstid. Det pågår nå intern revisjon på tre pakkeforløp, som forventes å avdekke forbedringsområder.

Aktiviteten i 2016 har vært høyere enn plan for særlig somatisk poliklinisk omsorg, laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser. Innen alle disse områdene tilsa plantallene en viss nedgang i aktivitet sammenlignet med 2015, men resultatet er det motsatte. Det er etter direktørens vurdering helt nødvendig at foretaket samlet sett får bedre styring med

aktivitetsutviklingen dersom de omstillingskrav vi står overfor de kommende årene skal kunne oppfylles. Dette vil være et sentralt fokus i arbeidet med virksomhetsplanleggingen for 2018 og langtidsplanen for de påfølgende år.

Etter en omfattende gransking av sykefraværet er det avdekket feil i rapporteringen. Opprettingen viser at utviklingen i sykefraværet er stabil, og fremdeles høyt fokus på fravær og tiltak er nødvendig.

Det foreløpige resultatet for 2016 viser et overskudd utover internt styringsmål på 17 mill kr. Det vil komme korrigeringer i resultatet frem mot endelig avslutning i mars, men det forventes ikke store endringer. Direktøren er fornøyd med at det samlede overskuddet gir en svært tiltrengt økning i investeringsrammer utover plan for 2017.

Tromsø, 02.02.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Desember 2016



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling.....	5
Pasientsikkerhetsprogrammet	7
Ventetid	7
Fristbrudd.....	8
Korridorpasienter	11
Strykninger	11
Epikrisetid	11
Mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern	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
Kommunikasjon	26
Sykehuset i media.....	26
Økonomi	27
Resultat	27
Gjennomføring av tiltak	31
Prognose.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Likviditet.....	31
Investeringer.....	32

Hovedindikatorer UNN

<p>Antall langtidsventende ved utgangen av desember (ventet mer enn 12 måneder)</p> <p style="text-align: center;">142</p>	
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av desember</p> <p style="text-align: center;">35</p>	
<p>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</p> <p style="text-align: center;">7,7 %</p>	
<p>Sykefravær (desember)</p> <p style="text-align: center;">9,1 %</p>	
<p>Tvang psykisk helsevern - voksne (Desember)</p> <p>Antall §4-8a vedtak: 7</p> <p>Antall pasienter: 6</p>	

Pakkeforløp – kreft		
Andel i pakkeforløp	90%	Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp.
Andel innenfor frist	69%	Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling.

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

UNN har fokus på to kreftpakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

Tabell 1 Nye kreftpasienter som inngår i et organspesifikt forløp per desember 2016

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	179	167	93	70
Hode- halskreft	60	53	88	70
Kronisk lymfatisk leukemi	10	7	70	70
Myelomatose	14	11	78	70
Akutt leukemi	22	17	77	70
Lymfom	61	55	90	70
Bukspyttkjertelkreft	55	50	90	70
Tykk- og endetarmskreft	164	154	93	70
Blærekreft	82	75	91	70
Nyrekreft	57	51	89	70
Prostatakreft	195	172	88	70
Peniskreft	5	4	80	70
Testikkelkreft	22	21	95	70
Livmorkreft	52	46	88	70
Eggstokkreft	35	31	88	70
Livmorhalskreft	31	27	87	70
Hjernekreft	36	22	61	70
Lungekreft	143	137	95	70
Kreft hos barn	12	11	91	70
Kreft i spiserør og magesekk	54	52	96	70
Primær leverkreft	14	12	85	70
Skjoldbruskkjertelkreft	39	37	94	70
Føflekkreft	90	75	83	70
Galleveiskreft	15	13	86	70
Totalt	1447	1300	90	

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

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

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	145	103	71	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	39	35	89	12	24
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	40	30	75	21	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	4	4	100	4	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	30	17	56	25	28
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	11	11	100	7	30
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	19	17	89	3	8
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	54	37	68	14	21
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	3	42	29	28
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	23	13	56	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	5	4	80	21	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	146	91	62	30	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	4	2	50	2	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	19	13	68	32	39
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	81	61	75	31	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	16	10	62	34	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	23	46
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	41	18	43	46	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	6	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	76	30	39	73	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	85	42	49	38	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	10	5	50	36	66
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	68	37
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	8	5	62	16	31
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	46	34	73	29	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	1	0	0	36	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2	2	100	20	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	53	45	84	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	10	6	60	23	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	13	10	76	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	4	2	50	27	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	11	9	81	27	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	19	16	84	9	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.	39	25	64	38	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	24	21	87	21	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	55	45	81	27	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	4	3	75	2	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	10	9	90	3	16
SPISERØR OG MAGESEKKEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	11	8	72	31	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	18	18	100	26	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	9	8	88	33	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	6	0	0	45	39
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
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	36	20	55	35	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	1			36	43
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	90	79	87	11	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	1	1	100	24	35
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	10	10	100	30	48
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	1	0	0	63	41
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	1	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	85	64	75	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

Det rapporteres ikke på pasientsikkerhetsprogrammet i desember.

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Pasienter på venteliste	17 066	12 399	9 701	-2 698	-22
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	5 125	8 652	9 563	911	11
...herav med fristbrudd	121	24	35	11	46
...herav med ventetid over 365 dager	1 149	251	142	-109	-43
Gjennomsnittlig ventetid dager	117	85	66	-19	-22
Ikke møtt til planlagt avtale	1 307	1 229	1 644	415	34

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	52 028	53 315	48 424	-4 891	-9
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	23 165	26 418	46 122	19 704	75
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	28 863	26 897	2 302	-24 595	-91
...herav med fristbrudd	1 508	1 093	686	-407	-37
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	45	50	95	46	92

*) Pasienter henvist før 01.11.15

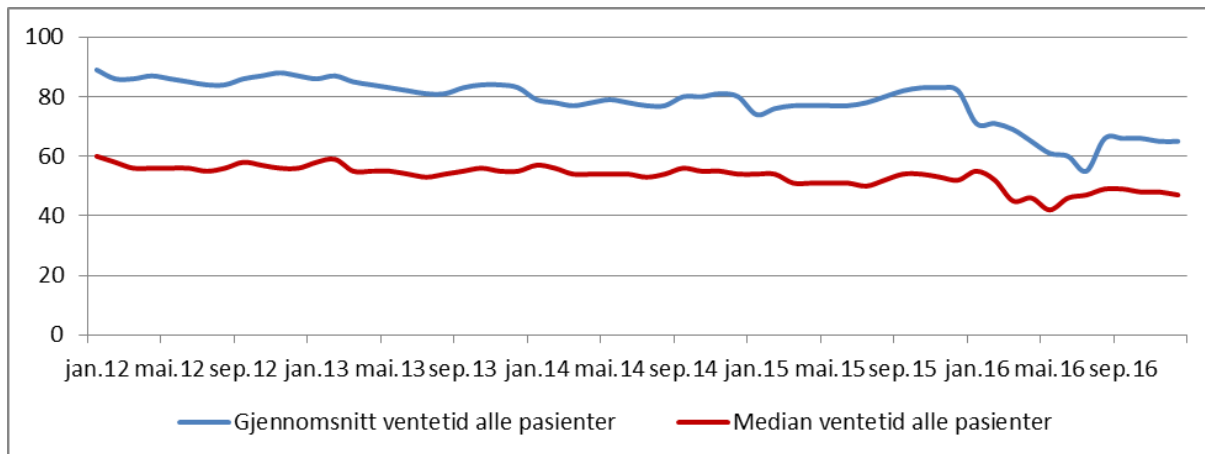
Ventetid

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

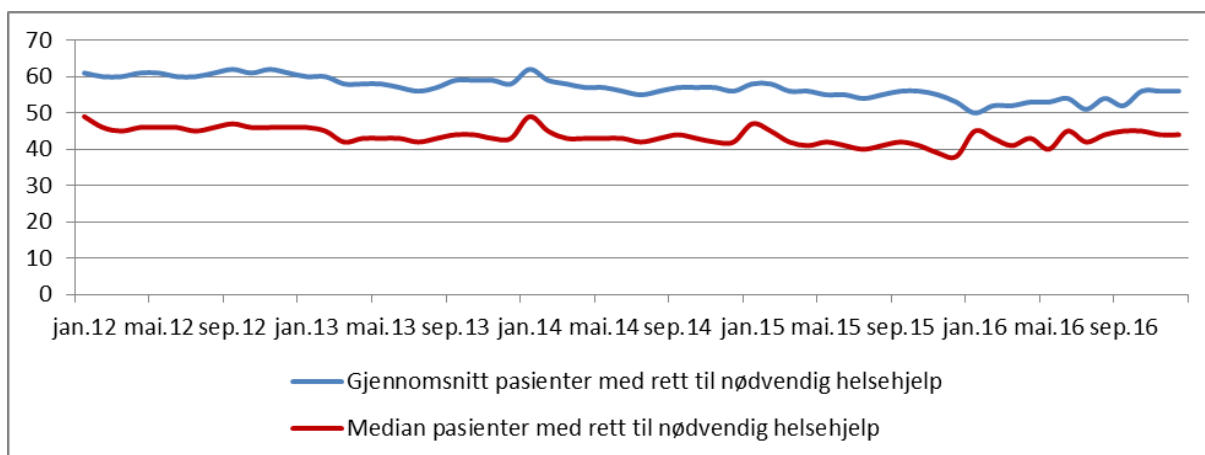
	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	80	82	65	-17	-21
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	56	53	56	3	6
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	98	109	235	126	116
Median ventetid i dager	54	52	47	-5	-10
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	42	38	44	6	16
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	67	71	203	132	186

*) Pasienter henvist før 01.11.15

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter

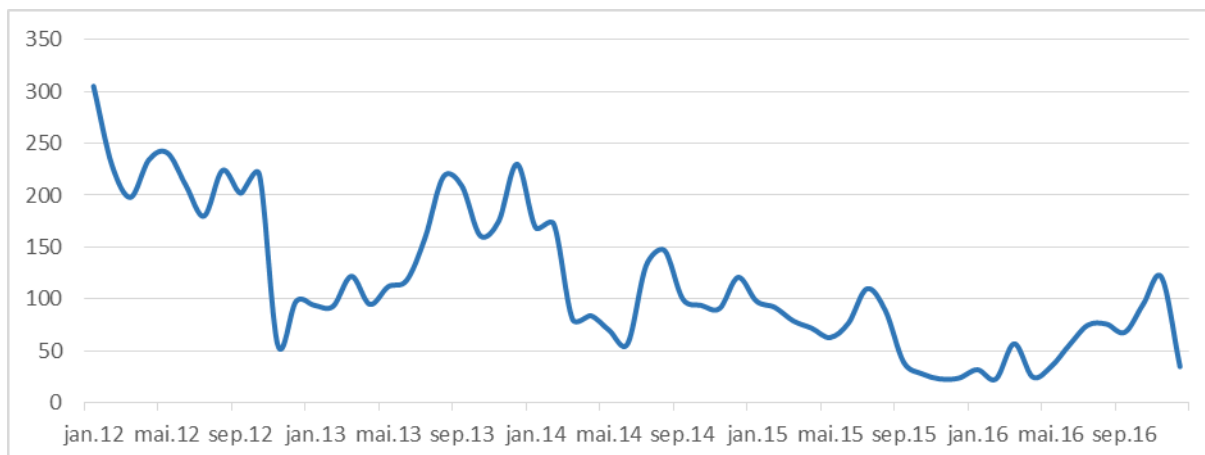


Figur 2 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter med rett til nødvendig helsehjelp



Fristbrudd

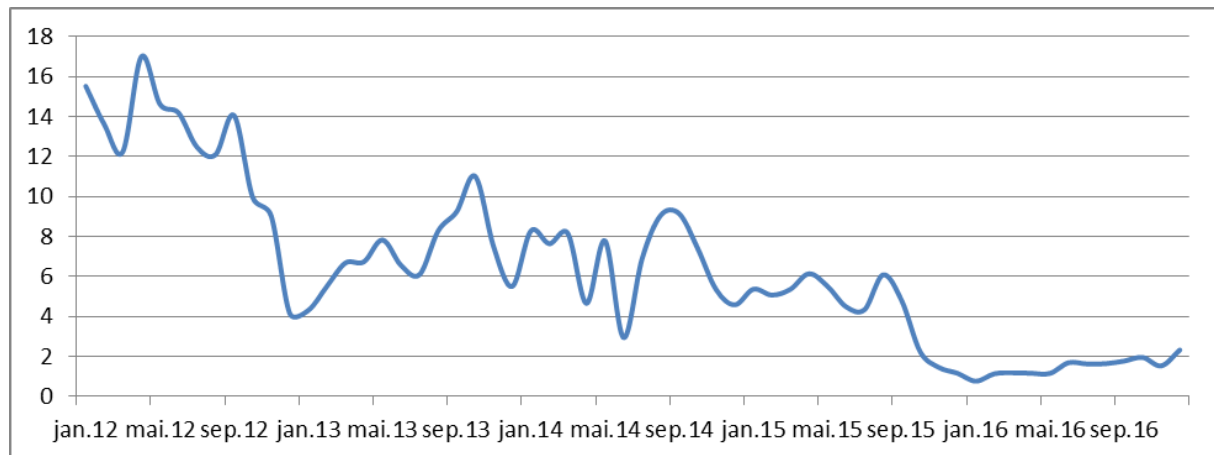
Figur 3 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned



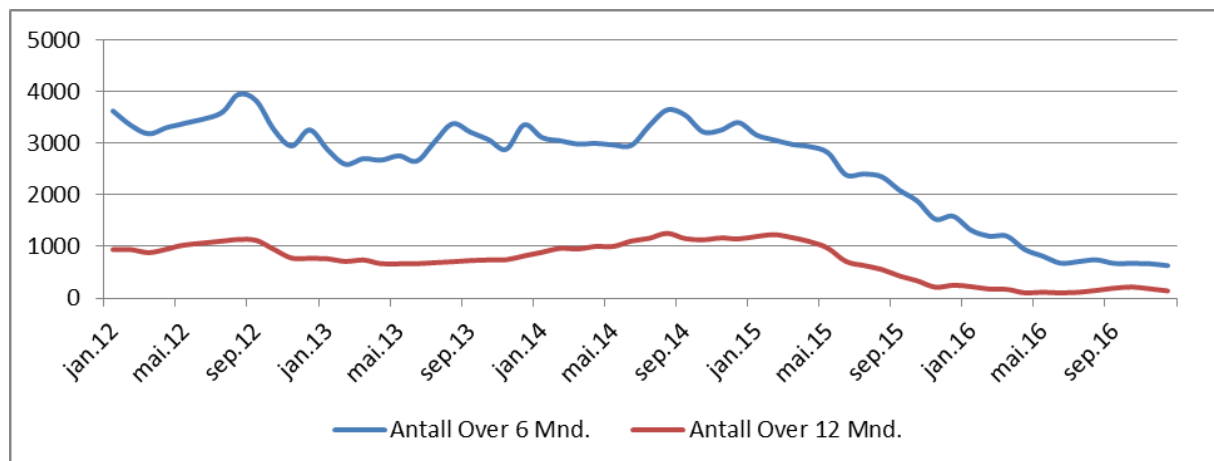
Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av desember 2016

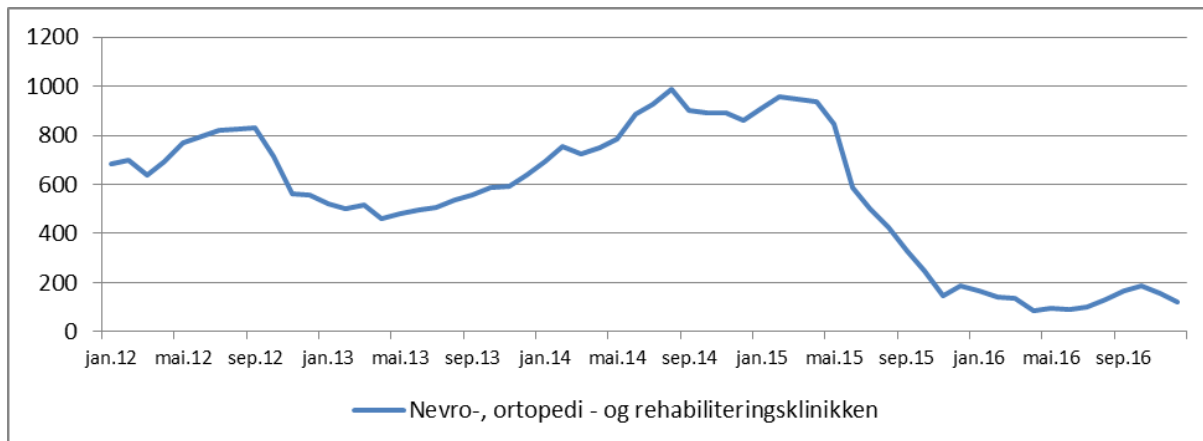
Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Barne- og ungdomsklinikken	1	592	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	6	2 337	0
Hjerte- og lungeklinikken	6	491	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	22	4 839	0
UNN	35	8 259	0

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

Figur 4 Prosent avvirket fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå**Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk**

Klinikk	nov.16	des.16
Barne- og ungdomsklinikken	1	0
Hjerte- og lungeklinikken	6	4
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	29	21
Medisinsk klinikk	10	7
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	24	47
Psykisk helse- og rusklinikk	0	1
UNN	70	80

Figur 5 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder

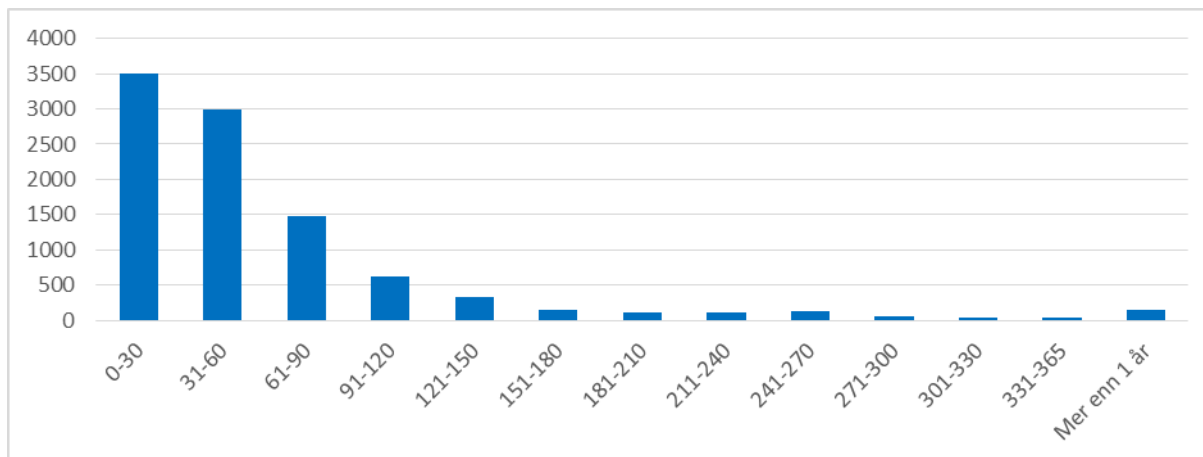
Figur 6 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk

Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

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

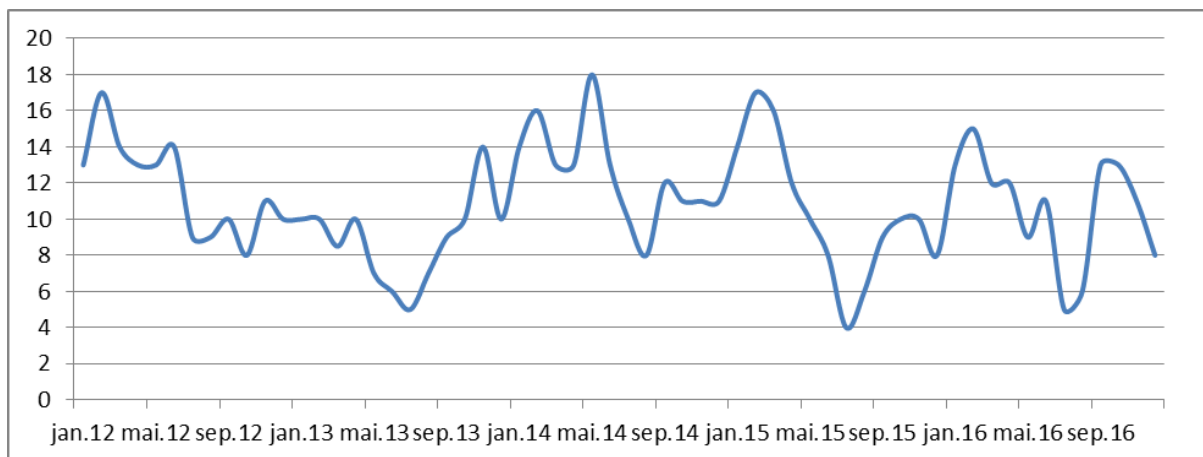
Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Barne- og ungdomsklinikken	1	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18	1
Medisinsk klinikk	2	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	121	2
UNN	142	2

Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

Figur 7 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)

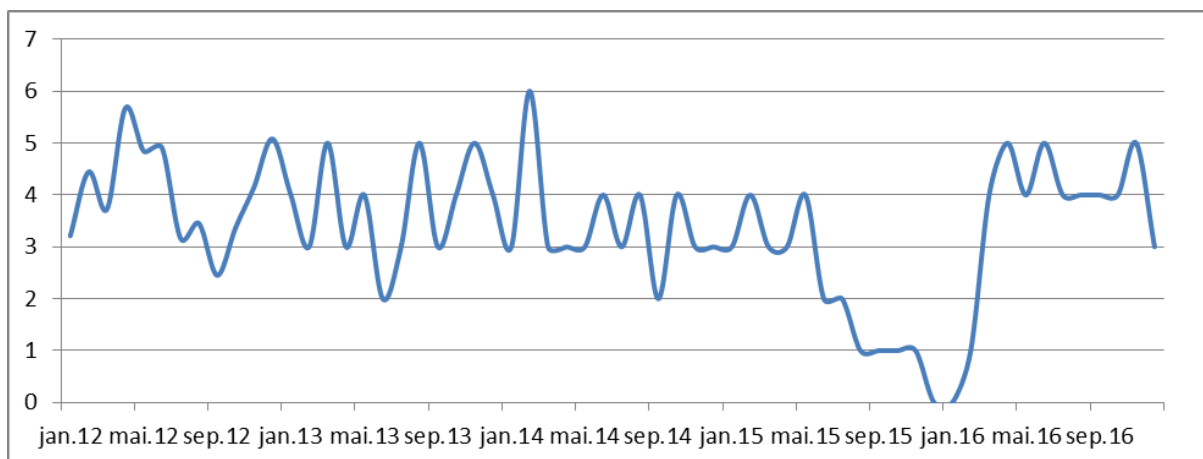
Korridorpasienter

Figur 8 Korridorpasienter – somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



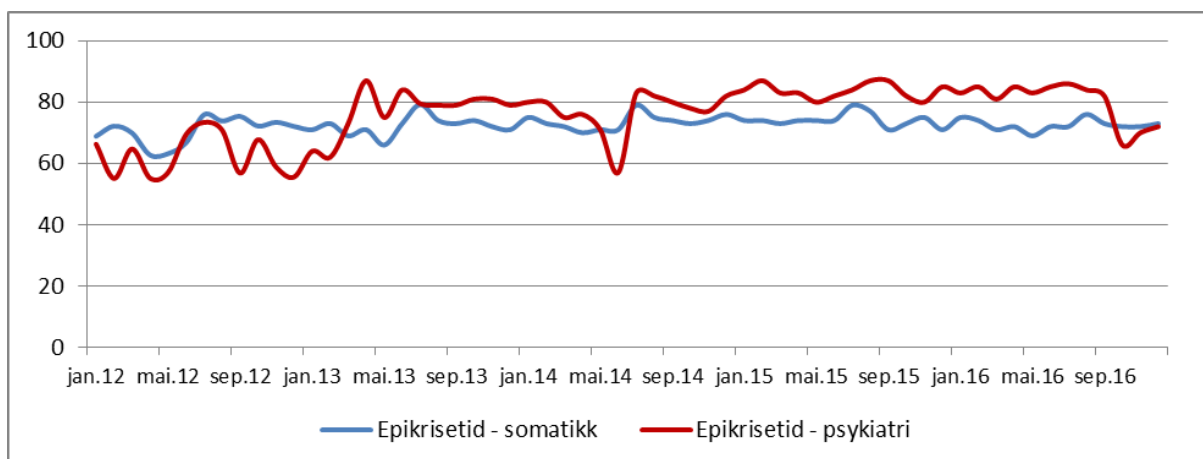
Strykninger

Figur 9 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



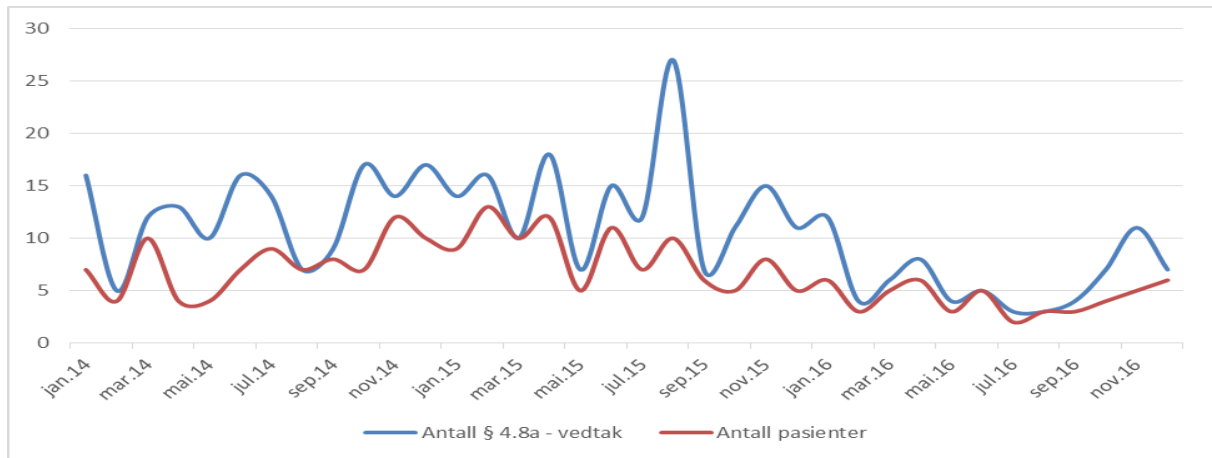
Epikrisetid

Figur 10 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern

Figur 11 Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern*



*Gjelder kun voksne.

Aktivitet

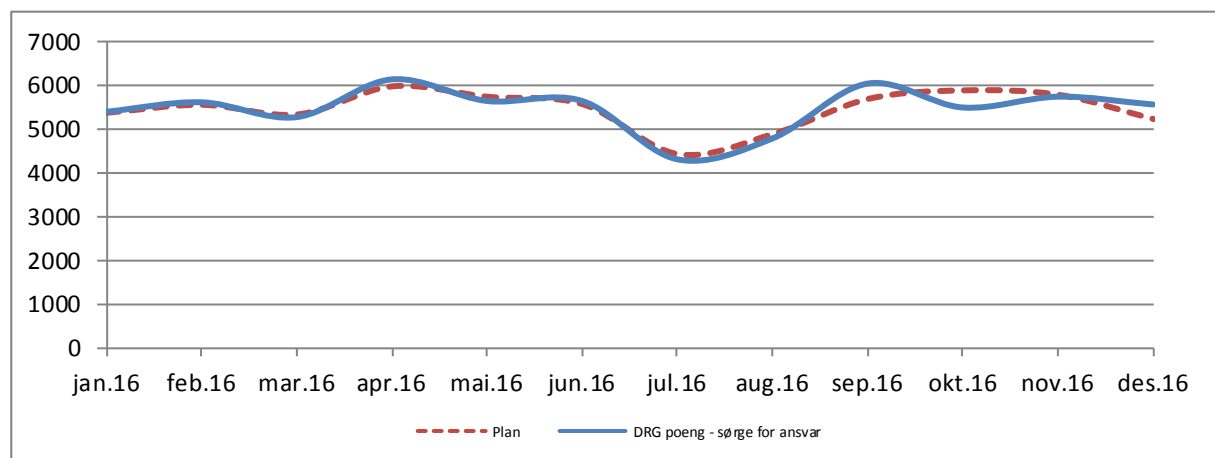
Tabell 9 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2015	2016	Plantall 2016	Avvik fra 2015		Avvik fra plan 2016	
				Antall	%	Antall	%
Somatikk							
Utskrivelser heldøgn	39 507	40 726	39 900	1 219	3	826	2
Innlagte dagopphold	6 266	6 355	6 300	89	1	55	1
Polikliniske dagbehandlinger	28 074	27 117	28 200	-957	-4	-1 083	-4
DRG poeng (2016 logikk)	62 965	65 603	65 370	2 638	4	233	0
Liggedager i perioden	164 801	172 156	164 700	7 355	4	7 456	5
Polikliniske konsultasjoner	252 170	258 184	240 000	6 014	2	18 184	8
Herav ISF	209 842	217 572	214 200	7 730	4	3 372	2
Kontrollandel poliklinikk	33 %	32 %	31 %	-1 %		1 %	
Laboratorieanalyser	5 125 518	5 491 077	4 951 389	365 559	7	539 688	11
Røntgenundersøkelser	191 688	184 560	165 000	-7 128	-4	19 560	12
Fremmøte stråleterapi	14 423	13 411	13 711	-1 012	-8	-300	-2
Pasientkontakter	297 943	305 265	286 200	7 322	2	19 065	7
VOP				0		0	
Utskrivelser heldøgn	3 366	3 290	3 100	-76	-2	190	6
Liggedager i perioden	48 381	43 281	46 000	-5 100	-10	-2 719	-6
Polikliniske konsultasjoner	61 284	60 768	66 400	-516	-1	-5 632	-8
Pasientkontakter	64 650	64 058	69 500	-592	-1	-5 442	-8
BUP				0		0	
Utskrivelser heldøgn	182	180	300	-2	-1	-120	-40
Liggedager i perioden	3 017	2 526	3 400	-491	-16	-874	-26
Polikliniske konsultasjoner	24 095	25 963	25 700	1 868	8	263	1
Pasientkontakter	24 277	26 143	26 000	1 866	7	143	1
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)				0		0	
Utskrivelser heldøgn	718	692	700	-26	-4	-8	-1
Liggedager i perioden	20 834	20 263	20 900	-571	-3	-637	-3
Polikliniske konsultasjoner	11 802	10 467	11 200	-1 335	-12	-733	-7
Pasientkontakter	12 520	11 159	11 900	-1 361	-12	-741	-6

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

Somatisk virksomhet

Figur 12 DRG-poeng UNN 2016

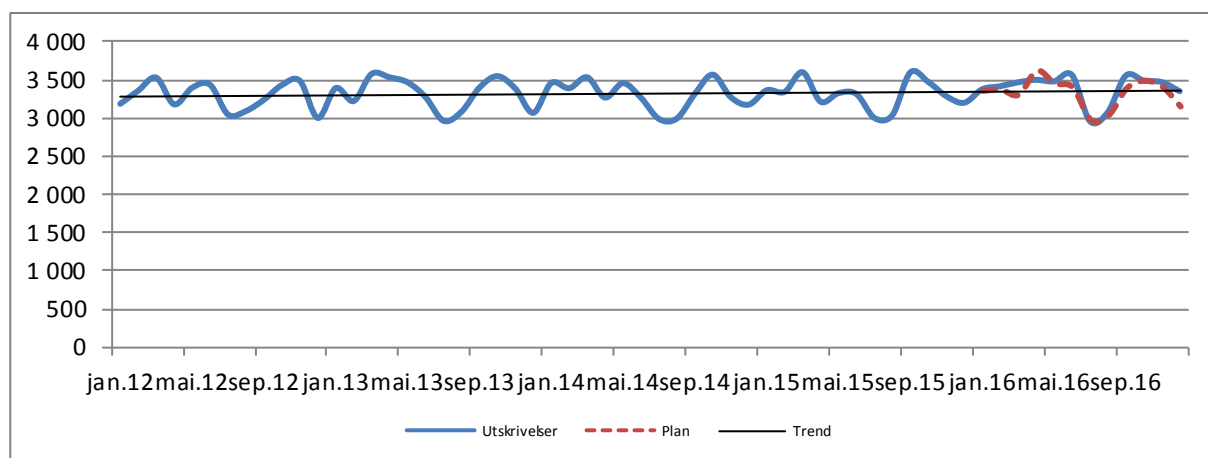


Tabell 10 DRG-poeng hittil i år 2016 fordelt på klinikk

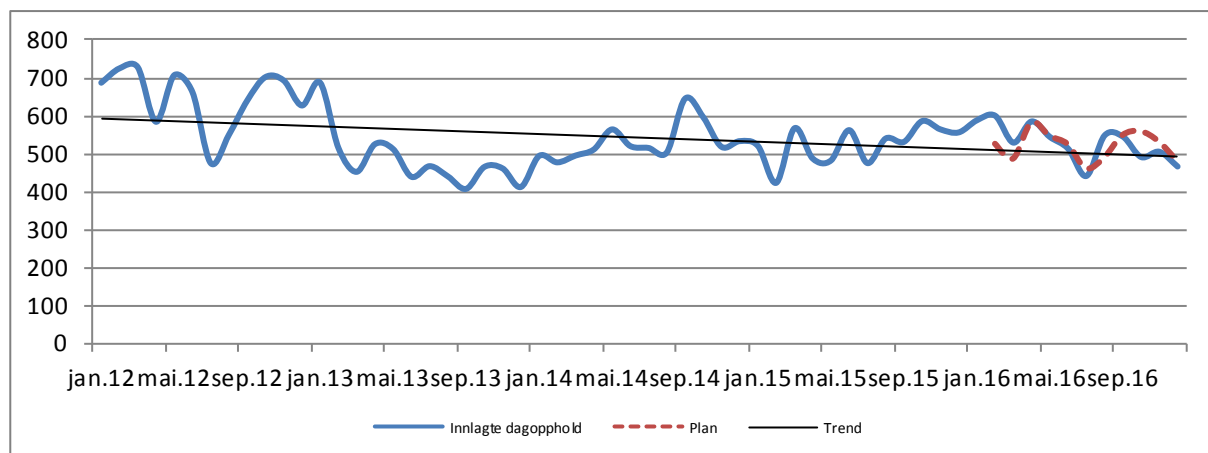
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 467	1 489	-22
Barne- og ungdomsklinikken	2 829	3 133	-304
Hjerte- og lungeklinikken	10 766	10 621	145
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	17 881	17 583	298
Medisinsk klinikk	12 434	12 001	433
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	18 215	18 669	-454
Operasjons- og intensivklinikken	369	399	-30
Totalt	63 869	63 895	66

DRG-poeng – egen produksjon.

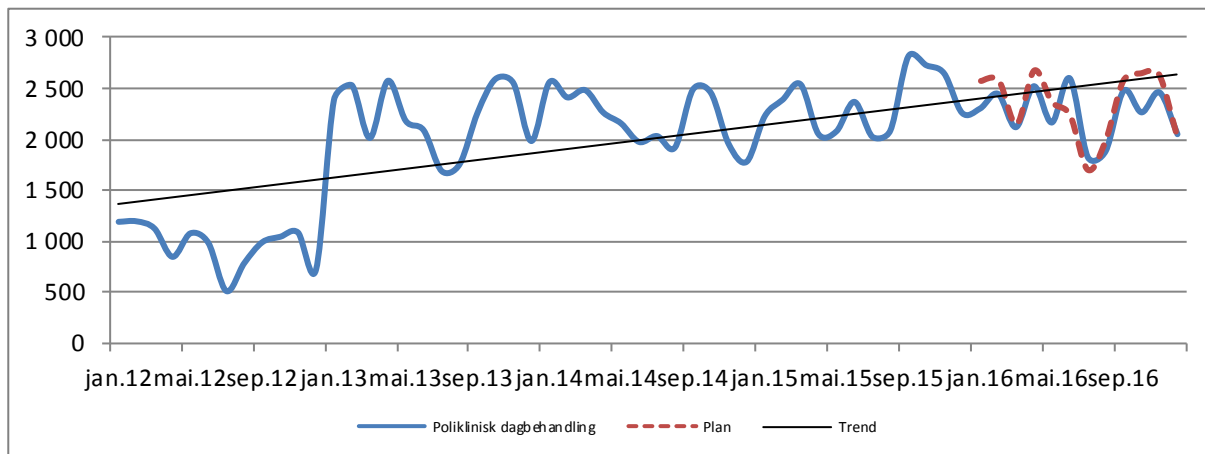
Figur 13 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



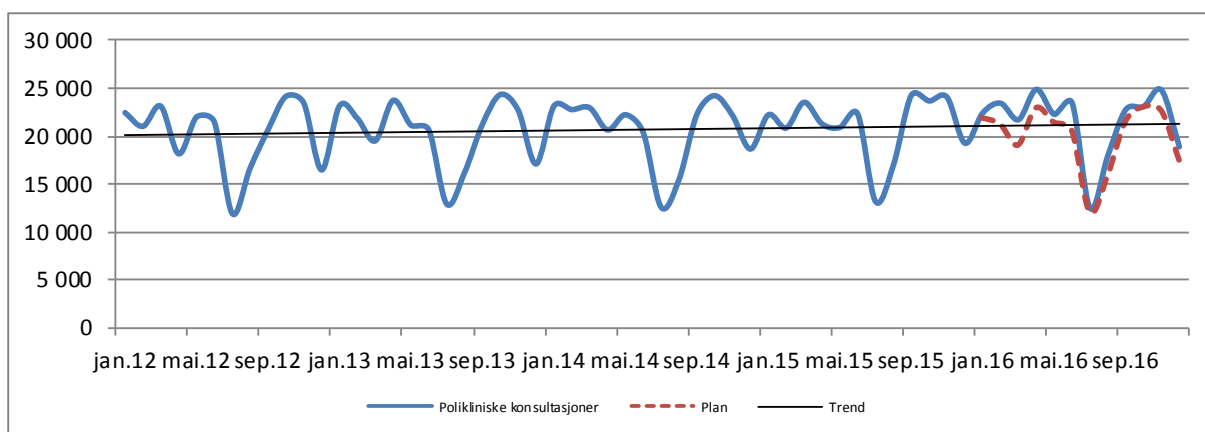
Figur 14 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



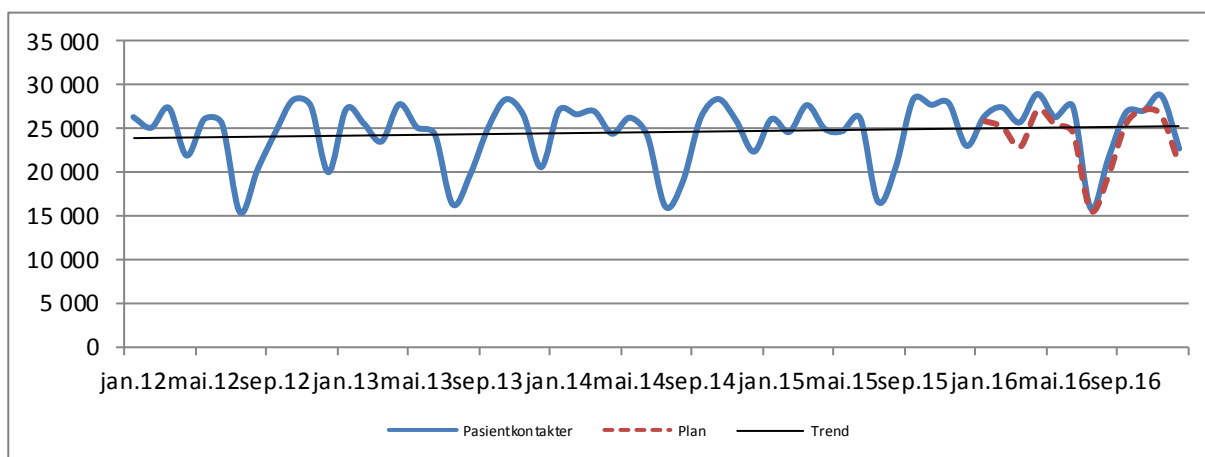
Figur 15 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



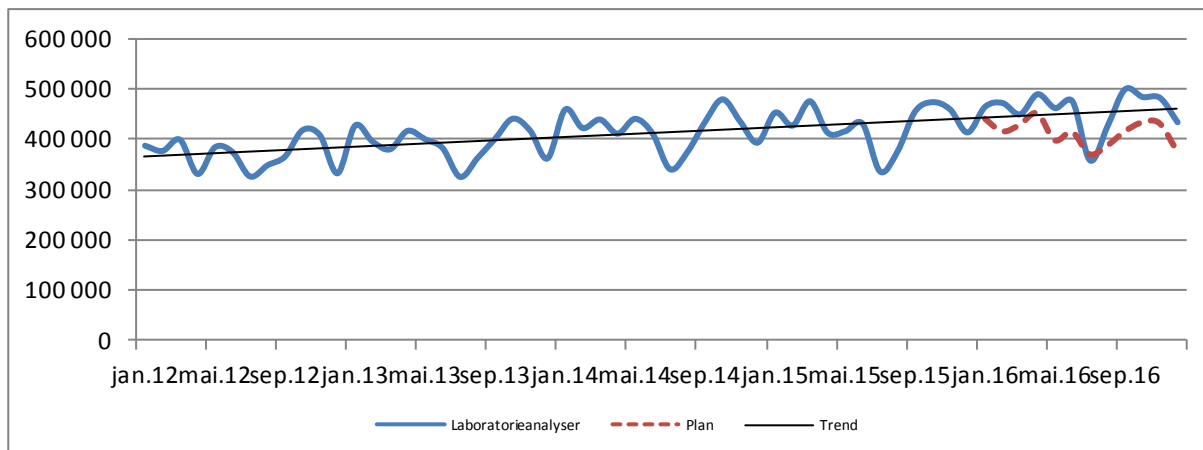
Figur 16 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



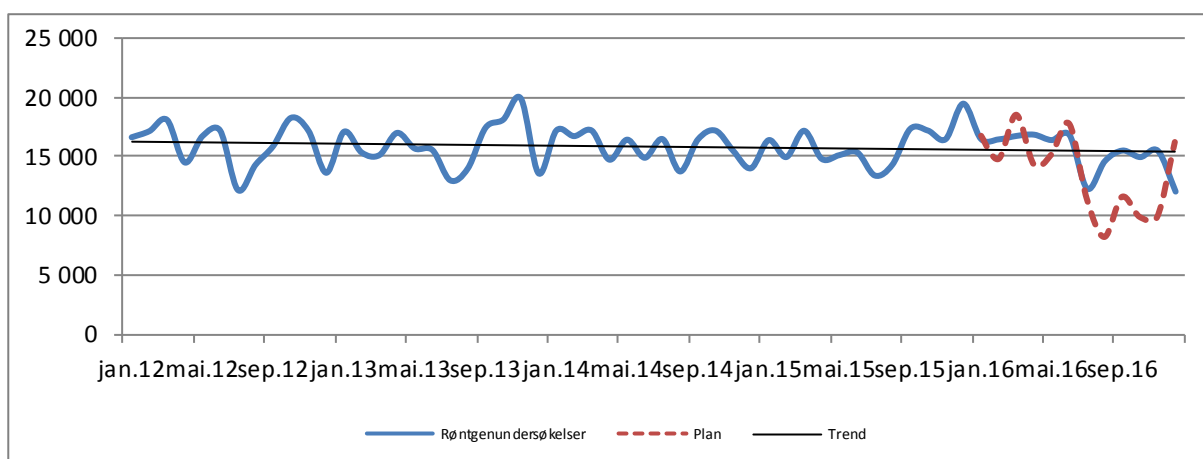
Figur 17 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 18 Laboratorieanalyser

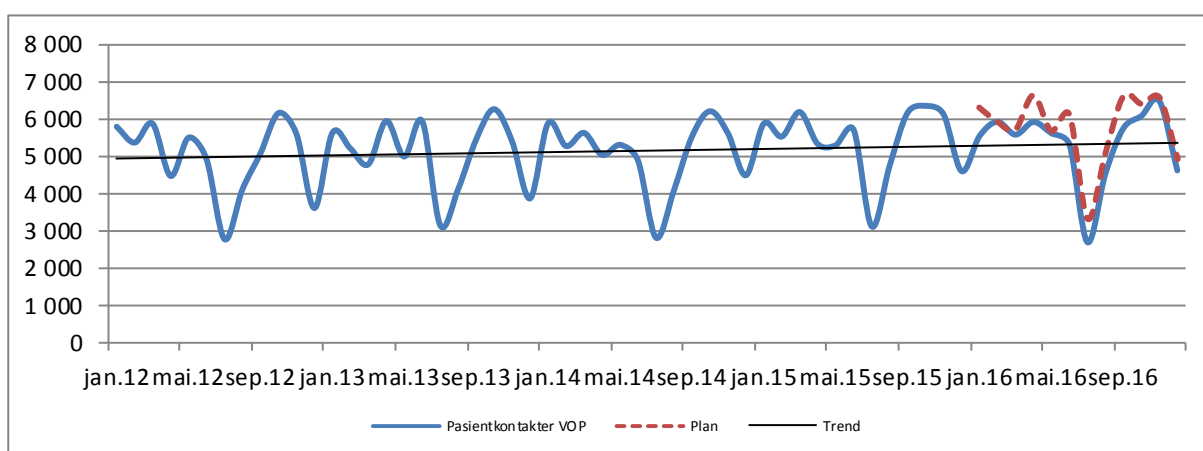


Figur 19 Røntgenundersøkelser



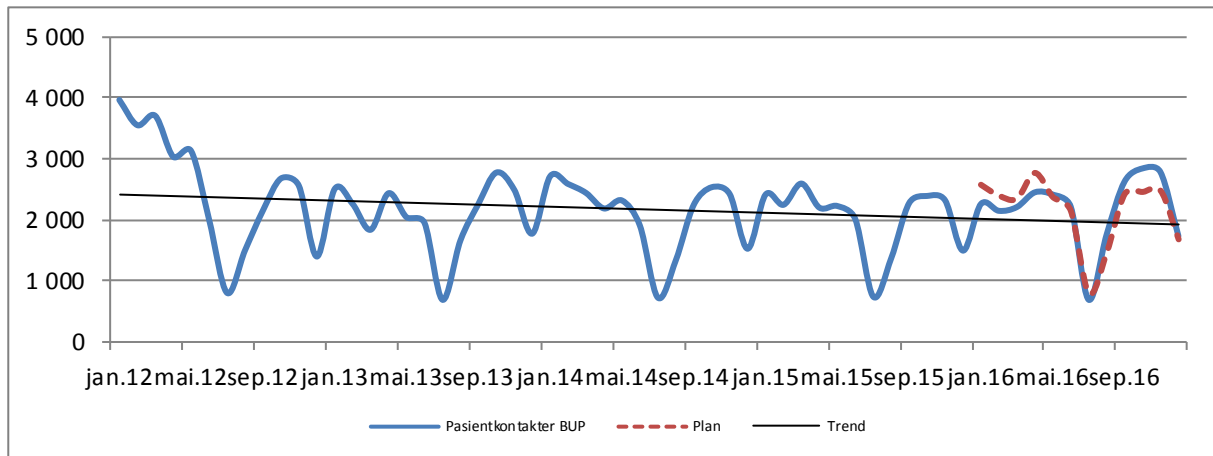
Psykisk helsevern voksne

Figur 20 Pasientkontakter – VOP



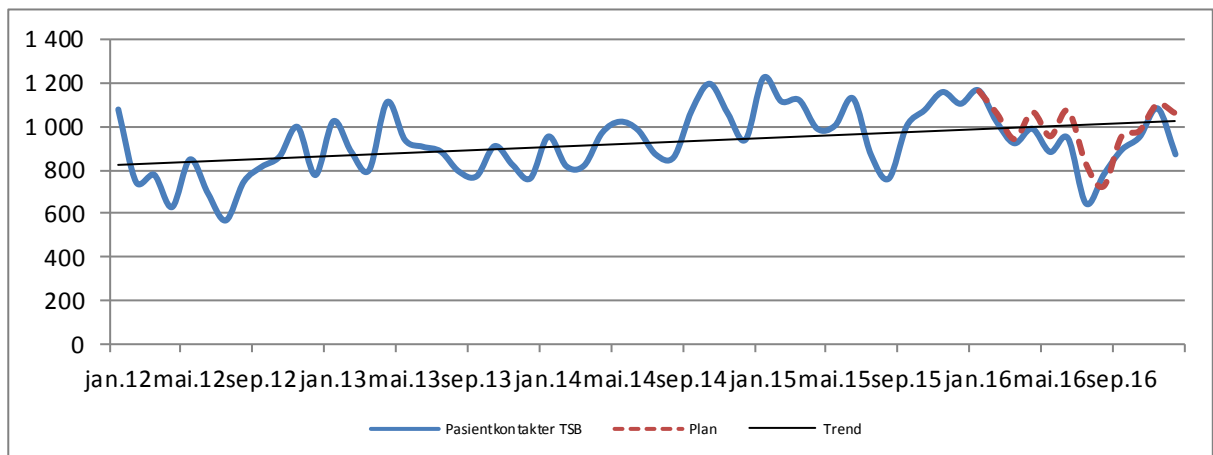
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 21 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 22 Pasientkontakter- TSB

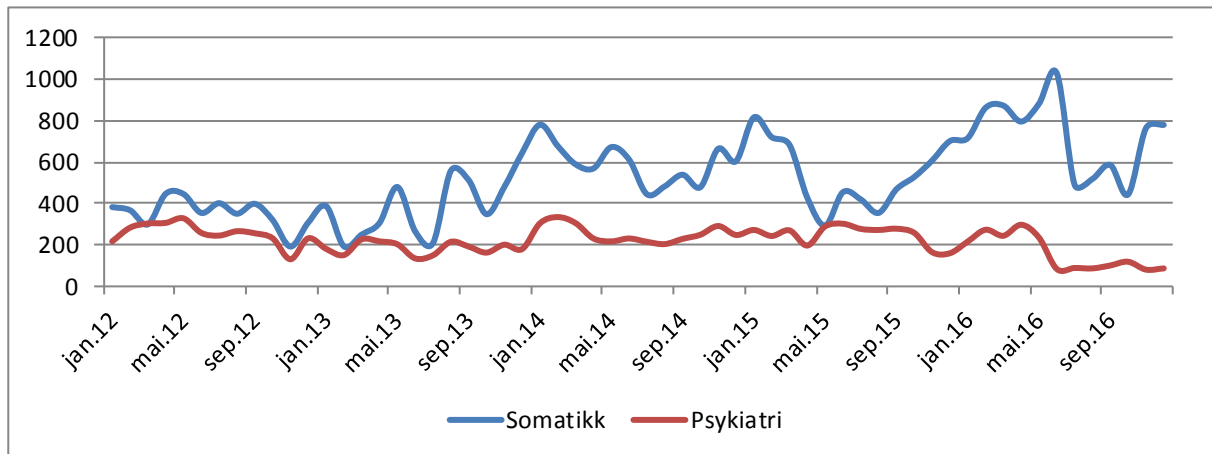


Samhandling

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

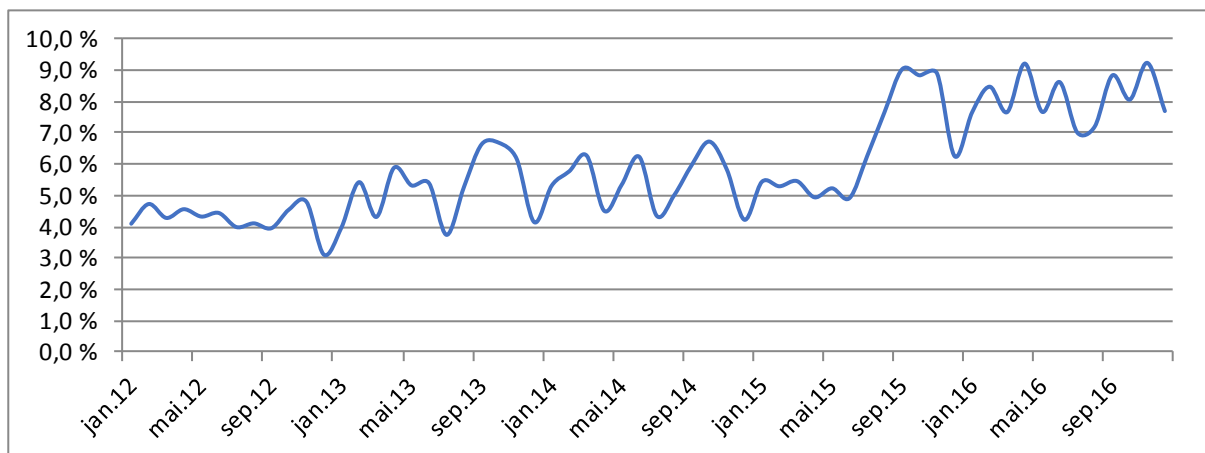


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

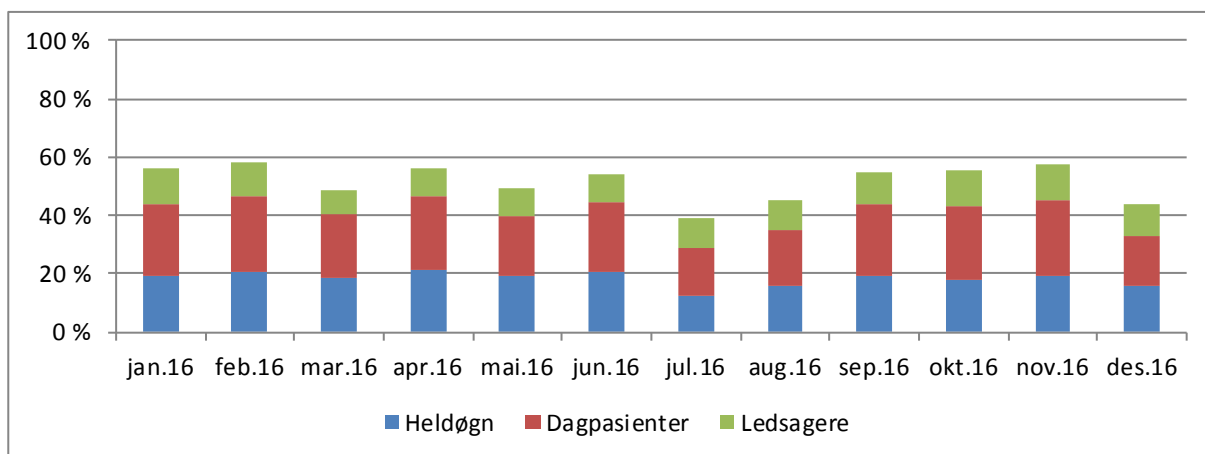
Kommune	Utskrivnings-klare døgn jan-des	Antall opphold jan-des	Utskrivningsklare døgn jan-des per 1000 innbyggere
TRANØY	140	26	91
TROMSØ	4 770	531	66
HARSTAD	1 425	749	58
LØDINGEN	110	78	51
NARVIK	929	353	49
EVENES	64	57	46
TJELDSUND	57	50	45
IBESTAD	56	53	40
SALANGEN	83	28	37
SKÅNLAND	100	89	33
GRATANGEN	38	18	33
MÅLSELV	191	50	29
BALLANGEN	69	57	27
KARLSØY	60	10	26
KVÆFJORD	79	77	26
BARDU	91	34	22
STORFJORD	32	8	17
TYSFJORD	33	15	17
LYNGEN	38	12	13
BALSFJORD	71	29	12
NORDREISA	56	14	11
DYRØY	10	7	9
KÅFJORD	18	8	8
BERG	7	6	8
LENVIK	81	55	7
LAVANGEN	7	6	7
TORSKEN	5	5	6
SØRREISA	14	11	4
SKJERVØY	8	4	3
	8 642	2 440	45

Bruk av pasienthotell

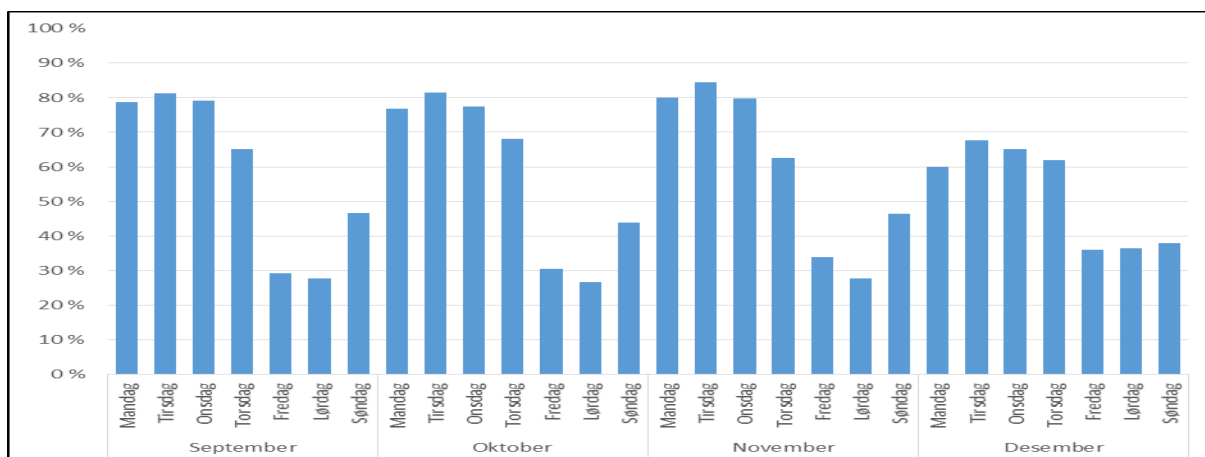
Figur 24 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)

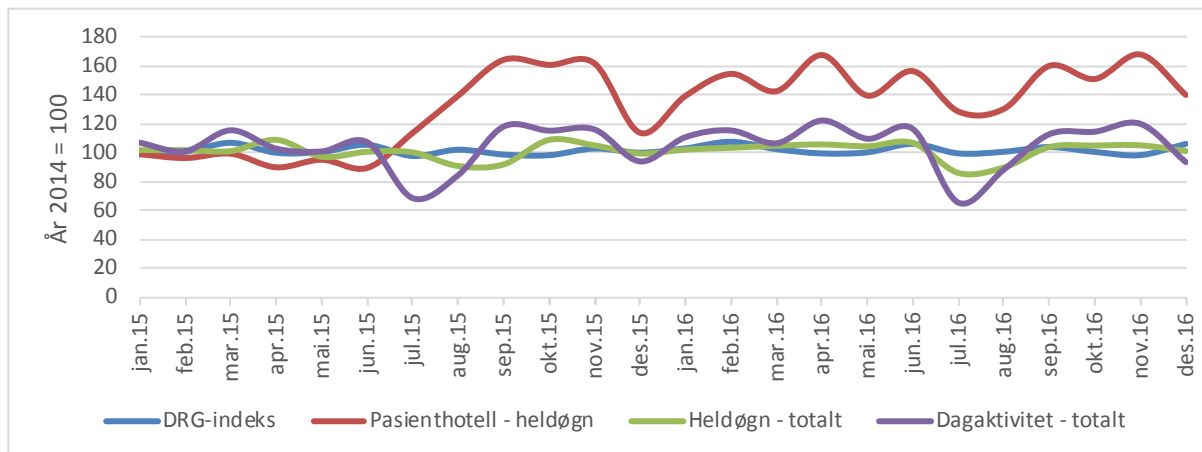


Figur 25 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Figur 26 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



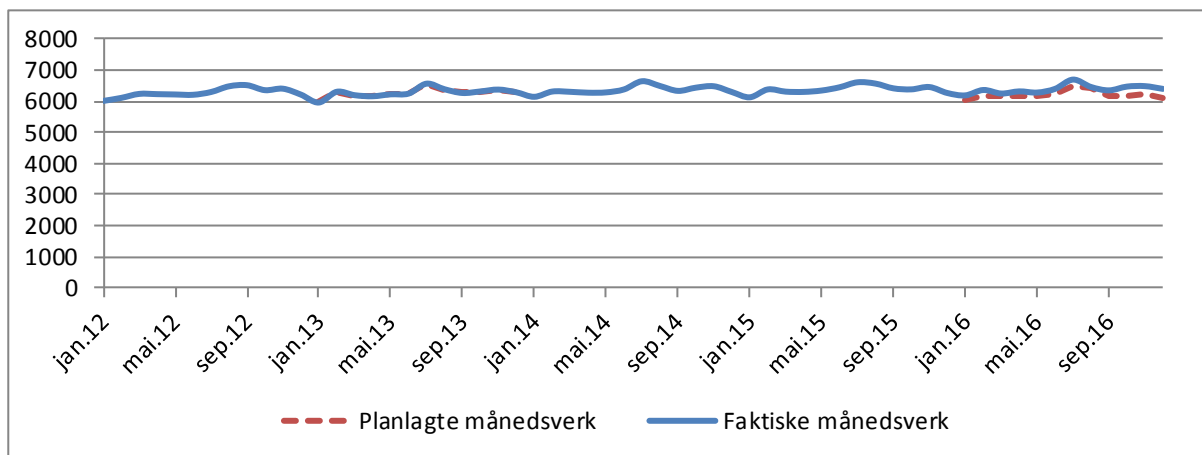
Figur 27 Indeksregulerte verdier DRG-indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt

Indeksregulerte verdier (år 2014=100)

Figuren viser endringen i DRG-indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt sett i forhold til gjennomsnittet for 2014, der gjennomsnittet for 2014 settes lik 100. Dagaktivitet består av dagopphold, dagkirurgi og poliklinikk.

Personal

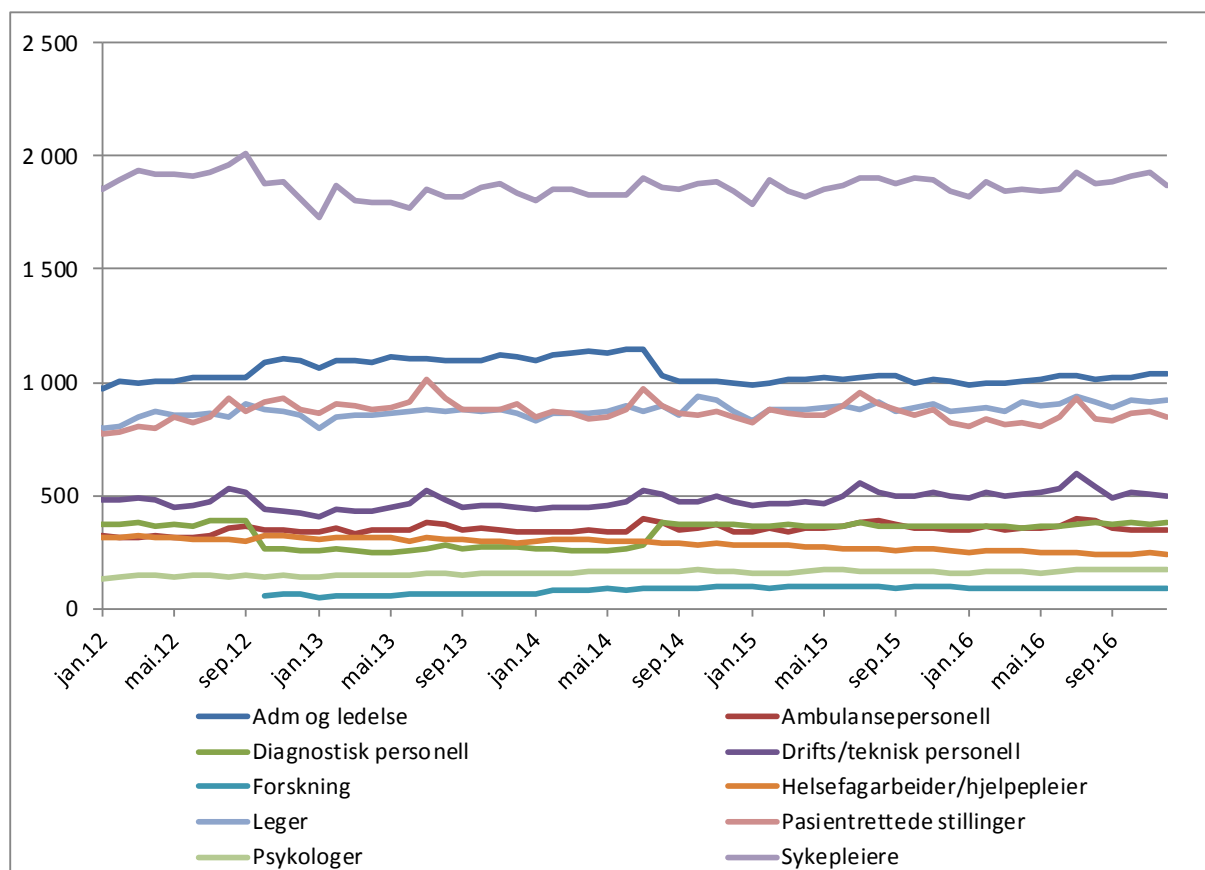
Bemanning

Figur 28 Brutto utbetalte månedsverk 2012-2016

Tabell 12 Brutto utbetalte månedsverk 2014-2016

Måned	2014	2015	2016	Plantall 2016	Avvik fra 2015
Januar	6 139	6 123	6 185	6 048	62
Februar	6 308	6 376	6 358	6 188	-18
Mars	6 299	6 305	6 245	6 153	-60
April	6 271	6 296	6 313	6 155	17
Mai	6 282	6 341	6 276	6 186	-65
Juni	6 377	6 445	6 394	6 245	-51
Juli	6 639	6 605	6 692	6 496	87
August	6 486	6 563	6 454	6 413	-109
September	6 329	6 410	6 346	6 147	-64
Oktober	6 433	6 378	6 467	6 191	89
November	6 478	6 454	6 482	6 257	28
Desember	6 293	6 251	6 394	6 123	143
Snitt hittil i år	6 361	6 380	6 384	6 217	5

Figur 29 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2012-2016

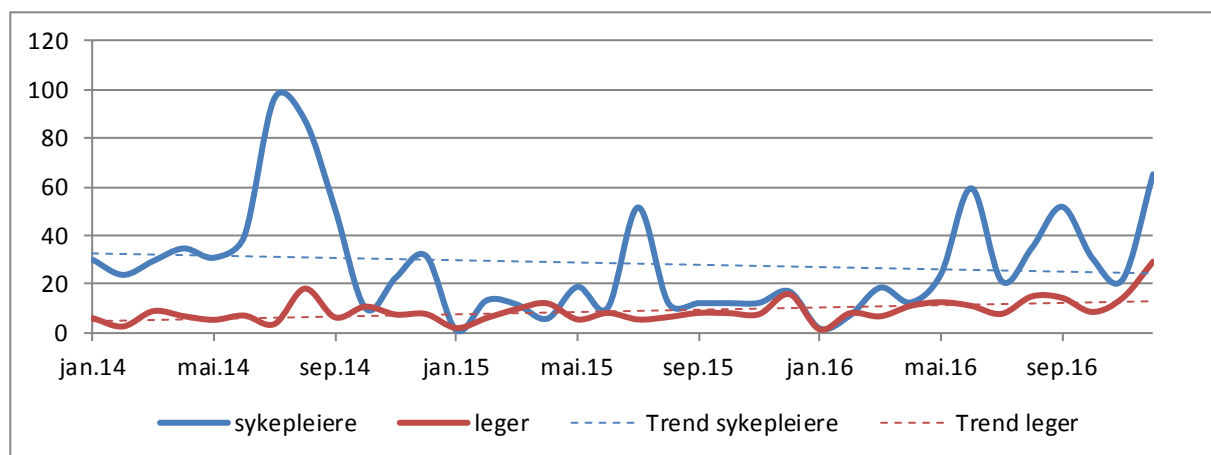


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2014-2016

Profesjon	2014	2015	2016	Avvik fra 2015
Adm og ledelse	1 079	1 011	1 017	5
Ambulanspersonell	352	371	360	-11
Diagnostisk personell	309	374	369	-5
Drifts/teknisk personell	470	492	515	23
Forskning	85	95	89	-6
Helsefagarbeider/hjelpepleier	293	268	247	-21
Leger	879	882	905	23
Pasientrettede stillinger	871	871	842	-29
Psykologer	162	163	165	2
Sykepleiere	1 852	1 869	1 876	7
Snitt hittil i år	6 361	6 379	6 384	5

Figur 30 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

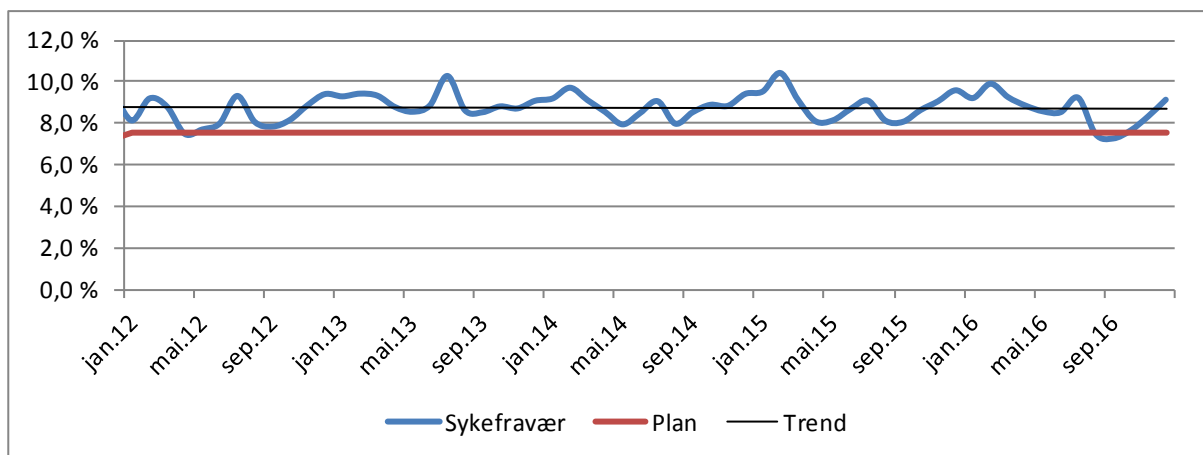


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNNs totale sykefravær i desember 2016 er på 9,1%. Samme måned i 2015 var sykefraværet 9,6%. Dette er en reduksjon på 0,5 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 3,1% og viser en økning på 0,2 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,3% med en reduksjon på 0,1 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 3,8% og viser en reduksjon på 0,4 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i desember 327 ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN.

Figur 31 Sykefravær 2012-2016



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

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

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

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i desember 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 desember 2016 vært registrert totalt 552 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 279 graderte. Det tilsvarer en andel på 50,5% graderte sykemeldinger. Andelen er 0,5 prosentpoeng høyere enn i forrige måned (50,0 %).

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.

Kommunikasjon

Sykehuset i media

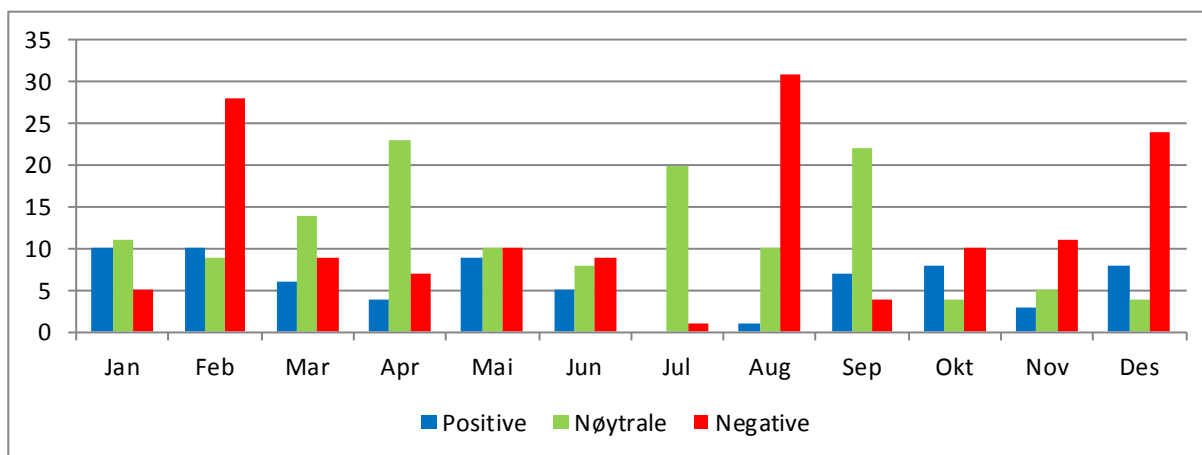
Medieoppmerksomheten i desember var sentrert om tre til fire saker. Vinnerne av Samhandlingsprisen 2016 fikk positiv omtale både i Nordlys, Harstad Tidende og NRK.

Den planlagte etablering av medikamentfritt tilbud i Psykisk helse- og rusklinikken ble presentert i flere medier, deriblant Dagens medisin og NRK.

Arbeidet med å utrede akuttkirurgiske beredskap og fødevirksomheten i Narvik avstedkom flere artikler i Fremover med spørsmål om endringer i transporttid og transportforhold via Hålogalandsbrua skal være med i analysegrunnlaget for prosjektgruppens rapport.

Et prøveprosjekt med bruk av Snapchat til intern kulturbygging og internkommunikasjon fikk negativ medieomtale fordi et bilde med informasjon som ikke skulle offentliggjøres, ble publisert på Snapchat.

Figur 32 Mediestatistikk 2016

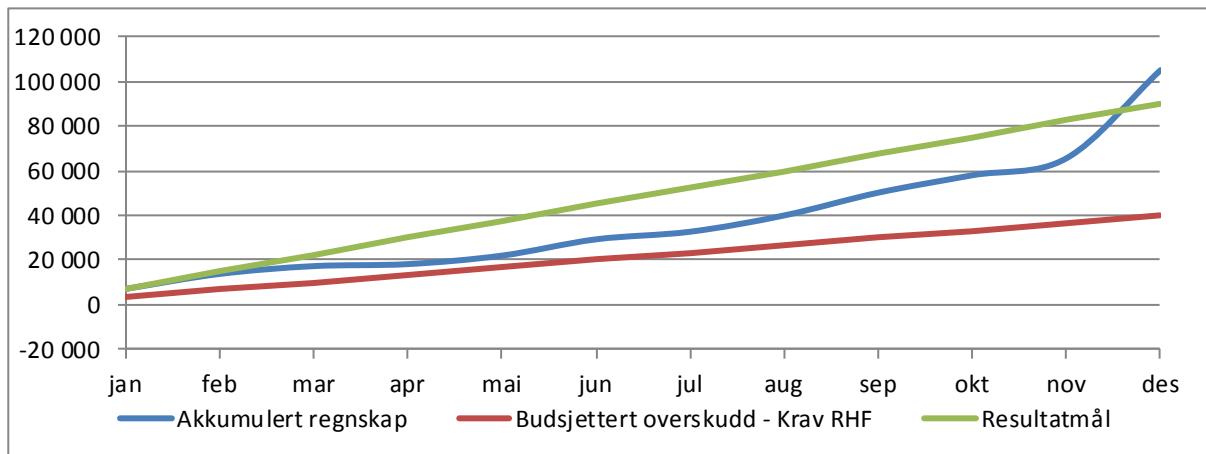


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Foreløpig resultat

Figur 33 Akkumulert regnskap og budsjett 2016



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

Foreløpig regnskapet for desember viser et overskudd på 41,3 mill kr. Det er 38,0 mill kr høyere enn budsjettert, og 33,8 mill kr høyere enn styringsmålet. Akkumulert per desember er det et budsjettavvik på +67,0 mill kr, dette er 17,0 mill kr høyere enn styringsmålet.

Oppsummert viser foreløpig regnskap et regnskapsmessig resultat på 107,0 mill kr. Det er 17,0 mill kr høyere enn tidligere prognoser og skyldes i hovedsak avregning for ISF 2015 på 13,6 mill kr som årlig kommer i desember.

Tabell 15 Foreløpig resultatregnskap desember 2016

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Desember				Akkumulert per Desember			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	471,5	471,5	0,0	0 %	4 852,2	4 852,2	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	31,4	31,4	0,0	0 %
ISF egne pasienter	125,4	111,0	14,5	13 %	1 392,5	1 377,1	15,5	1 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	1,2	2,7	-1,5	-54 %	48,1	61,0	-12,9	-21 %
Gjestepasientinntekter	1,3	2,8	-1,5	-52 %	33,7	33,5	0,2	1 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	19,0	17,9	1,1	6 %	223,4	216,4	7,0	3 %
Utskrivningsklare pasienter	1,5	2,1	-0,7	-32 %	26,2	26,7	-0,5	-2 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,2	2,0	0,2	10 %	24,4	23,7	0,6	3 %
Andre øremerkede tilskudd	38,9	28,3	10,6	37 %	276,5	265,2	11,4	4 %
Andre driftsinntekter	40,3	31,0	9,3	30 %	385,7	357,0	28,7	8 %
Sum driftsinntekter	703,9	671,8	32,1	5 %	7 294,2	7 244,2	50,0	1 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	21,2	18,6	2,5	14 %	192,3	171,1	21,3	12 %
Kjøp av private helsetjenester	12,3	7,9	4,4	55 %	79,0	80,3	-1,3	-2 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	61,6	67,6	-6,0	-9 %	812,8	780,9	31,9	4 %
Innleid arbeidskraft	10,5	8,5	2,0	24 %	55,9	34,1	21,8	64 %
Lønn til fast ansatte	314,6	355,0	-40,4	-11 %	3 537,7	3 698,7	-161,0	-4 %
Overtid og ekstrahjelp	25,7	4,8	20,9	431 %	292,8	211,2	81,5	39 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	64,2	64,2	0,0	0 %	744,4	744,3	0,1	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-34,9	-26,5	-8,4	31 %	-274,9	-265,3	-9,6	4 %
Annen lønnskostnad	37,2	37,2	0,0	0 %	327,8	330,6	-2,8	-1 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	353,2	379,1	-25,9	-7 %	3 939,3	4 009,3	-70,0	-2 %
Avskrivninger	20,2	20,2	0,0	0 %	244,9	244,9	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	131,3	112,4	18,8	17 %	1 195,7	1 193,5	2,2	0 %
Sum driftskostnader	664,1	670,2	-6,1	-1 %	7 208,4	7 224,2	-15,8	0 %
Driftsresultat	39,8	1,7	38,2	2288 %	85,8	20,0	65,8	329 %
Finansinntekter	1,5	1,7	-0,2		21,5	20,0	1,5	
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0		0,3	0,0	0,3	
Finansresultat	1,5	1,7	-0,2		21,2	20,0	1,3	
Ordinært resultat	41,3	3,3	38,0	1150 %	107,0	40,0	67,0	168 %

Tabell 16 Foreløpig resultatregnskap desember 2016, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Desember ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Desember ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	471,5	471,5	0,0	4 852,2	4 852,2	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	31,4	31,4	0,0
ISF egne pasienter	125,4	111,0	14,5	1 392,5	1 377,1	15,5
ISF av legemidler utenfor sykehus	1,2	2,7	-1,5	48,1	61,0	-12,9
Gjestepasientinntekter	1,3	2,8	-1,5	33,7	33,5	0,2
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	19,0	17,9	1,1	223,4	216,4	7,0
Utskrivningsklare pasienter	1,5	2,1	-0,7	26,2	26,7	-0,5
Inntekter "raskere tilbake"	2,2	2,0	0,2	24,4	23,7	0,6
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Andre driftsinntekter	40,3	31,0	9,3	385,7	357,0	28,7
Sum driftsinntekter	665,0	643,5	21,5	7 017,7	6 979,0	38,7
Kjøp av offentlige helsetjenester	21,2	18,6	2,5	192,3	171,1	21,3
Kjøp av private helsetjenester	12,3	7,9	4,4	78,7	80,0	-1,3
Varekostnader knyttet til aktivitet	60,1	66,5	-6,4	802,1	770,6	31,5
Innleid arbeidskraft	10,5	8,5	2,0	55,9	34,1	21,8
Lønn til fast ansatte	294,5	340,4	-45,9	3 394,7	3 561,5	-166,8
Overtid og ekstrahjelp	21,2	1,6	19,7	260,7	180,5	80,2
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	59,3	60,6	-1,3	709,2	710,6	-1,4
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-33,5	-25,5	-8,0	-264,9	-255,7	-9,1
Annen lønnskostnad	34,6	35,3	-0,8	308,9	312,5	-3,6
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	327,3	360,2	-32,9	3 755,4	3 832,9	-77,5
Avskrivninger	20,2	20,2	0,0	244,9	244,9	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	124,7	107,7	17,1	1 149,3	1 148,9	0,3
Sum driftskostnader	625,2	641,9	-16,7	6 931,9	6 959,0	-27,1
Driftsresultat	39,8	1,7	38,2	85,8	20,0	65,8
Finansinntekter	1,5	1,7	-0,2	21,5	20,0	1,5
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
Finansresultat	1,5	1,7	-0,2	21,2	20,0	1,3
Ordinært resultat	41,3	3,3	38,0	107,0	40,0	67,0

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

Inntekter

- +13,0 mill kr ISF-inntekter
- +1,1 mill kr polikliniske inntekter
- -1,5 mill kr gjestepasientinntekter
- -0,7 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +9,3 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -6,9 mill kr kjøp av helsetjenester
- +6,4 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +32,9 mill kr lønn (+45,9 mill kr fast lønn, -21,7 mill kr variabel lønn).
- -17,1 mill kr andre driftskostnader

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

Inntekter

- +2,6 mill kr ISF-inntekter
- +0,2 mill kr gjestepasientinntekter
- +7,0 mill kr polikliniske inntekter

- +28,7 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -20,0 mill kr kjøp av helsetjenester
- -31,5 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +77,5 mill kr lønn (+166,8 mill kr fast lønn, -102,0 mill kr variabel lønn).
- -0,3 mill kr andre driftskostnader

Tabell 17 Funksjonsregnskap

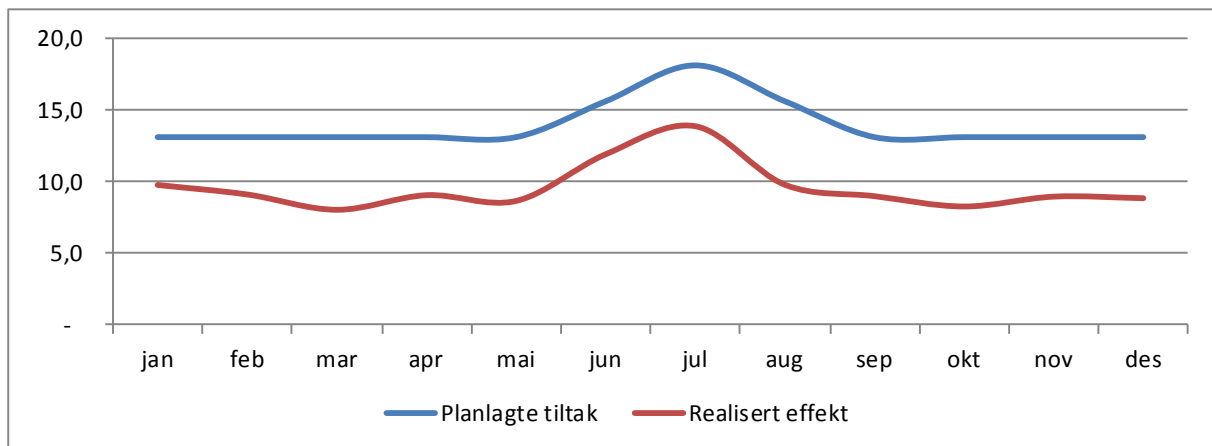
Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201612								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	349,0	383,5	4 122,6	4 140,1	4 127,0	13,2	0,42 %	4 127
Somatikk, (re-hab)	22,9	29,1	284,9	280,6	306,1	(25,5)	-1,5 %	306
Lab/rtg	69,6	82,7	915,8	906,6	909,1	(2,5)	-1,0 %	909
Somatikk inkl lab/rtg	441,5	495,3	5 323,4	5 327,4	5 342,2	(14,9)	0,1 %	5 342
VOP, sykehus og annen beh	23,4	39,3	390,7	358,6	395,8	(37,2)	-8,2 %	396
VOP, DPS og annen beh	22,8	35,5	395,9	351,6	398,2	(46,6)	-11,2 %	398
BUP	14,2	17,6	170,0	174,7	191,4	(16,7)	2,8 %	191
Psykisk helse	60,4	92,3	956,5	884,9	985,4	(100,5)	-7,5 %	985
RUS, behandling	21,8	22,1	231,9	242,5	241,8	0,7	4,6 %	242
Rusomsorg	21,8	22,1	231,9	242,5	241,8	0,7	4,6 %	242
Ambulanse	30,2	37,3	398,1	414,3	425,1	(10,8)	4,1 %	425
Pasienttransport	20,5	21,9	220,7	226,5	231,8	(5,3)	2,6 %	232
Prehospitale tjenester	50,8	59,2	618,8	640,8	656,8	(16,1)	3,6 %	657
Administrasjon (skal være 0 på)	86,4	0,0	-	86,4	(22,5)	108,9	0,0 %	(23)
Personalboliger, bamehager	1,3	1,2	21,1	24,9	20,4	4,5	17,9 %	20
Personal	87,7	1,2	21,1	111,3	(2,1)	113,4	427,2 %	(2)
Sum driftskostnader	662,1	670,2	7 151,7	7 206,8	7 224,1	(17,3)	0,8 %	7 224

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

Regnskap per klinikk per desember - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	36,0	32,1	-3,9	-0,1	382,9	375,0	-7,9	-0,5
11 - Longyearbyen sykehus	2,6	3,2	0,6	0,0	27,2	26,9	-0,3	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	28,0	21,8	-6,1	0,5	195,2	178,3	-16,9	6,3
13 - Hjerte- lungeklinikken	20,3	16,5	-3,7	0,6	176,7	165,8	-10,9	3,1
15 - Medisinsk klinikk	27,4	40,2	12,8	3,7	273,1	265,1	-8,0	10,2
17 - Barne- og ungdomsklinikken	21,9	19,8	-2,1	-1,8	198,9	196,5	-2,4	-6,4
18 - Operasjons- og intensivklinikken	66,1	57,8	-8,3	0,0	677,4	656,2	-21,2	-0,6
19 - Neuro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	37,0	34,3	-2,7	3,8	313,7	290,2	-23,4	-9,5
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	66,6	65,3	-1,3	0,0	685,2	685,0	-0,2	0,0
30 - Diagnostisk klinikk	53,4	50,6	-2,8	0,0	572,6	565,3	-7,3	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	-1,5	1,2	2,7	0,0	4,4	4,4	0,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	63,6	68,1	4,5	0,0	603,7	605,3	1,6	0,0
52 - Stabssenteret	12,6	10,6	-1,9	0,0	152,5	155,2	2,6	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	9,6	8,6	-1,0	0,0	130,4	145,2	14,8	0,0
62 - Felles	-485,2	-433,6	51,6	4,4	-4 500,9	-4 354,4	146,4	0,0
Totalt	-41,3	-3,3	38,0	11,2	-107,0	-40,0	67,0	2,6

Gjennomføring av tiltak

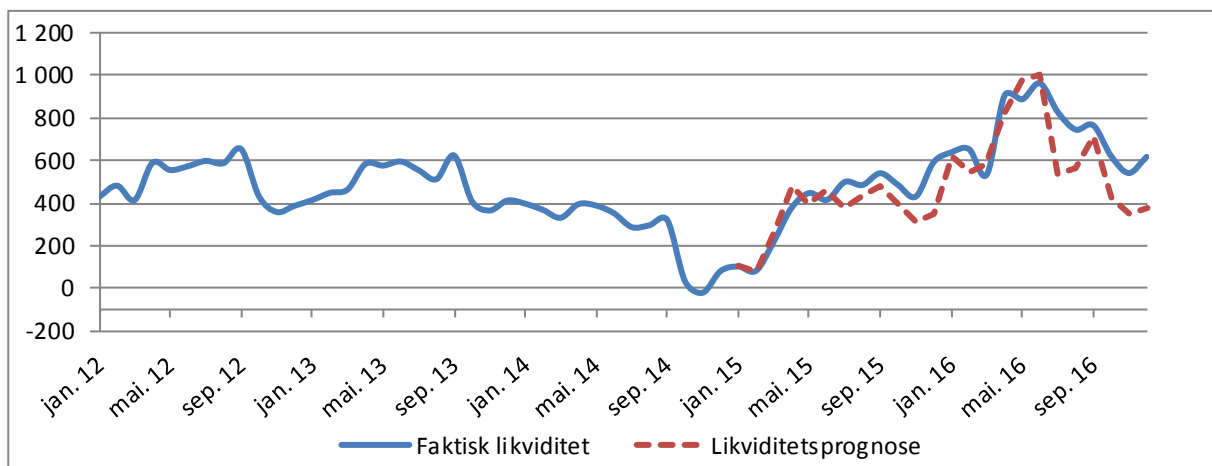
Figur 34 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I 2016 er det budsjettetert med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I desember er det beregnet en realisert effekt på 8,8 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 68 %. Til og med desember er gjennomføringsgraden 69 %.

Likviditet

Figur 35 Likviditet



UNN har per utgangen av desember en likviditet på 617 mill kr.

Investeringer

Tabell 19 Investeringer

Investeringer, tall i mill kr	Restramme overført fra 2015	Investeringsramme 2016	Samlet investeringsramme 2016	Investert november 2016	Investert desember 2016	Sum investert 2016	Rest-forpliktelser (godkjent tidligere) desember	Rest disponibel investeringsramme inkludert forpliktelser	Forbruk i år av disponibel ramme
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	10,0		10,0	0,0	1,2	4,9		5,1	49 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	142,3	290,0	432,3	28,8	65,9	457,7		-25,4	106 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-75,8	50,0	-25,8	9,0	11,4	127,7		-153,5	-494 %
Nytt sykehus Narvik	-1,4		-1,4	0,1	0,2	1,6		-2,9	-115 %
SUM Nybygg	75,1	340,0	415,1	38,0	78,7	591,8		-176,7	143 %
Åsgård øvrige prosjekter	1,2		1,2	0,0		0,0		1,2	0 %
Åsgård Bygg 7	34,6		34,6	0,0	2,5	24,0		10,6	69 %
SUM Rehabilitering	35,8	0,0	35,8	0,0	2,5	24,0		11,8	67 %
Datarom	1,8		1,8	0,0		2,5		-0,7	141 %
Tiltak kreftplan	0,0		0,0	0,0		0,0		0,0	
VAKe	0,1		0,1	0,0		0,0	0,1	0,0	0 %
Nytt nødnett	0,5		0,5	0,0		0,0	0,5	0,0	0 %
ENØK	12,7		12,7	0,1	0,0	1,7		11,0	13 %
SUM Prosjekter	15,0	0,0	15,0	0,1	0,0	4,2	0,6	10,3	28 %
Medisinteknisk utstyr	-0,2	87,0	86,8	9,5	8,3	78,0	19,2	-10,4	90 %
Teknisk utstyr	8,0	12,0	20,0	0,1	3,6	9,8	-5,5	15,7	49 %
Annet utstyr disponert av MTU-midler				0,8	3,1	12,4		-12,4	
Ombygginger		17,0	17,0	0,0	0,1	1,6		15,4	10 %
Ambulanser	-8,0	12,0	4,0	1,7	5,1	11,9		-7,8	293 %
EK KLP	0,0	22,0	22,0	0,0		26,0		-4,0	118 %
SUM Utstyr med mer	-0,1	150,0	149,9	12,1	20,2	139,7	13,7	-3,4	93 %
SUM total	125,8	490,0	615,8	50,1	101,5	759,7	14,2	-158,1	123 %

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I desember er det bokført investeringer for 101,5 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 20,2 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 13,6 mill kr. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er viser et overforbruk på 3,4 mill kr.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
4/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Oppsummering av styresaker 2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2016 til etterretning, og vil bruke oppsummeringen som underlag for styrets videre evaluering av egen virksomhet.
2. Styret viser til at vedtaket i sak 50/2016 *Strategi for frivillig innsats ved UNN* ikke er fulgt opp som forutsatt. Styret ber om at dette gjøres umiddelbart, og om å bli orientert om status i saken i neste møte.

Bakgrunn *(oppdatert tekst i kursiv)*

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s arbeid undergis en årlig evaluering. Dette gjøres på flere måter. I styreinstruks og oppdragsdokument stilles det krav om evaluering av styrets arbeid. Styrets arbeids- og fungeringsmåte blir evaluert i egen styresak. I denne saken vektlegges kun en skjematisk oversikt over fattede vedtak, og formell oppfølging av disse.

Styreseminarene ble i årsplanen for 2016 lagt i forbindelse med de ordinære styremøtene i juni og november. *Seminaret i juni ble gjennomført i Narvik, og hadde fokus på egenevalueringen av styrets arbeid samt roller og arbeidsmåte, i tillegg til strategigjennomgang, styringsstruktur og virksomhetsstyring og resultat kvalitet. Seminaret i november var lagt til Harstad, og hadde fokus på inntektsmodellens påvirkning av prioriteringer i UNN, IKT-prosjektene i Helse Nord (Rolandsen), barne- og ungdomspsykiatrien som prioritert utviklingsområde samt styret som kollegium.*

Saken gir også styret anledning til å vurdere om arbeids- og ansvarsdelingen mellom administrerende direktør og styret er i tråd med oppdrag og instruks, samt vurdering av administrasjonens oppfølging av vedtakene.

Formål

Formålet med saken er å gi en oversikt over styrevedtak som styret ved UNN fattet i 2016, og vurdere oppfølgingen av disse som grunnlag for prioriteringer av styrets arbeid i 2017.

Saksutredning

I eget vedlegg til saken følger utdrag av styreprotokollen over saker som er behandlet i 2016. Det ble avholdt 13 styremøter, hvorav fire er ekstraordinære, og det er behandlet til sammen 108 saker, herav 60 beslutningssaker, fordelt slik:

Type saker/ kategori	2014	2015	2016
S) Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	31	27	26
K) Kvalitets-, økonomi- og aktivitetssaker	17	16	21
F) Fagsaker	9	2	5
B) Bygg og eiendomssaker	7	5	8
Totalt	64	50	60

Tabell 1

De resterende 48 sakene var godkjenning av innkalling, saksliste, referatsaker, orienteringssaker og eventueltsaker.

I de påfølgende fire tabellene er de ulike vedtakssakene fremstilt innenfor de respektive kategoriene, herunder variasjonene fra de siste tre årene.

Tabell 2

Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	2014	2015	2016
Tilsynsrapporter	4	4	3
Ledelsens gjennomgang	3	3	3
Overordnede strategier	3	3	2
Lønnssaker	1	1	1
Årlig melding	1	1	1
Møte- og styreseminarplan	2	2	2
Oppdragsdokument	1	1	1
Oppsummering av styrets vedtak	1	1	1
Styrets evaluering av eget arbeid	1	1	1
Oppnevning av valgstyre – ansattevalgte repr.	–	1	–
Brukerutvalget – valg, mandat m.v.	1	2	1
Tidspunkt for evt. ekstraordinært styremøte	–	1	–
Styrets årsplan	1	1	–
Seniorpolitikk i Helse Nord	1	–	–
Strategi internasjonal satsing	1	–	–
Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging	2	2	–
Organisering av nasjonale tjenester i UNN	1	–	–
Oppfølging av LUO-evalueringen – organisatoriske konsekvenser	1	–	–
Strategisk utviklingsplan	3	–	1
Miljøledelse i UNN – om sertifiseringsprosessen	1	–	–
Protonsenter – idéfase	1	–	–
Årsrapport for Brukerutvalget	1	1	1
Eventueltsaker (der det er truffet vedtak)	1	1	–
Informasjonssikkerhet	–	1	–
Inntektsfordelingsmodell for TSB og psykisk helse	–	–	1
Styrets dialogavtale med direktøren	–	–	2
Innspill fra UNN til RHFets plan til økonomisk bærekraft	–	–	1
Utviklingsplan for psykisk helse og TSB	–	–	1
Forberedende langtidspan – strategi	–	–	1
Kontinuerlig forbedring	–	–	1
Høring – Nasjonalt sykehusapotekforetak	–	–	1
Nye hovedindikatorer for UNN	–	–	1
Totalt	32	26	27

Tabell 2

Kvalitets- og økonomisaker	2014	2015	2016
Kvalitets-, økonomi- og aktivitetsrapporter inkl. tertialrapporter	9	10	11
Årsregnskap	1	1	1
Investering	1	1	–
Budsjettsak, ny behandling/oppfølgingssak	1	1	–
Forberedende arbeid til Virksomhetsplan	1	1	1
Virksomhetsplan (budsjettsaken)	1	1	1
Konsekvenser av Helse Nord RHF's IKT-investeringer	1	–	–
Tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende langtidspanen	1	1	1
Konsekvenser av Helse Nord RHF's Plan 2015-2018	1	–	–
Mottak av pengegave til PET-senteret	–	–	1
Virksomhetsplanlegging – årshjul	–	–	2
Forberedende langtidspan	–	–	1
PET-senterøkonomien, gavetilsagn m.v.	–	–	1
Samarbeidsplan med kommunene	–	–	1
Totalt	17	16	21

Tabell 3

Fagsaker	2014	2015	2016
Driftssituasjonen ved UNN Tromsø – utfordringer med utskrivningsklare pasienter og overbelegg	1	–	–
Økt frivillighet i psykiatrien – handlingsplan 2014-2016	1	–	–
Regional plan for habilitering – høringsuttalelse	1	–	–
Regional plan for geriatri – høringsuttalelse	1	–	–
Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering – høringsuttalelse	1	–	–
Regional plan for hudsykdommer	1	–	–
Regional plan for revmatologi	1	–	–
Høring regional plan for plastikkirurgi i Helse Nord	1	–	–
Regional plan for ØNH-faget	1	–	–
Regional plan for øyefaget	–	1	–
Henvendelse fra en ansatt	–	1	–
Sivilombudsmannens rapport for PHRK	–	–	4
Regional smittevernplan	–	–	1
Totalt	9	2	5

Tabell 4

Eiendomssaker	2014	2015	2016
Byggeprosjekter ved UNN – tertialrapporter	3	3	3
A-fløya – utbyggingsstrategi	1	1	–
Reguleringsplan for UNN Harstad	1	–	–
Regionalt PET-senter	1	–	1
A-fløya med integrerte operasjonsstuer	1	–	–
Nye UNN Narvik	–	1	1
Lokalisering av Vardesenter og LMS	–	–	1
Ambulansestasjon ved UNN Harstad	–	–	2
Totalt	7	5	8

Tabell 5

Oppfølging av tidligere vedtak

Gjennomgangen viser med to unntak at samtlige saker er fulgt opp i tråd med styrets vedtak.

Styret forutsatte i sak 38/2014 *Regional handlingsplan for geriatri – høringsuttalelse* at det skulle utarbeides en egen tiltaksplan for de enkelte lokalisasjonene i UNN etter at den regionale planen var vedtatt. Dette har blitt utsatt på grunn av forsinkelser i arbeidet med den regionale

planen. Arbeidet med regional handlingsplan er nå startet opp igjen etter utsettelse, og UNN avventer fortsatt utfallet av dette.

Styret ba i sak 50/2016 *Strategi for frivillig innsats ved UNN* direktøren arbeide for finansiering av en koordinatorstilling for frivillig arbeid. Styret ba om å bli orientert om status i forbindelse med behandling av virksomhetsplan 2017. Gjennomgangen i denne saken har avdekket at dette ikke er fulgt opp som forutsatt.

Medvirkning

Ettersom saken avviker fra en ordinær beslutningssak ved en skjematisk oppsummering av styrets vedtak fra 2016, er den ikke undergitt behandling eller drøfting i arbeidsmiljøutvalg, brukerutvalg eller med ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

Vurdering

Oversikten som er vedlagt saken viser at det i 2016 ble avholdt 13 styremøter og behandlet til sammen 108 saker, herav 60 beslutningssaker. Antall og type saker vurderer direktøren å ha vært i overensstemmelse med vedtatt årsplan for faste styresaker 2016, samt de utfordringer helseforetaket har hatt i 2016. Den økonomiske utviklingen i foretaket har vært et av styrets prioriterte områder også i 2016, dog med en sterkere vektlegging av kvalitet og pasientsikkerhet enn tidligere.

Direktøren oppfatter at vedlagte saksoversikt viser at styresakene som ble behandlet i 2016 er innenfor rammen av type saker som styreinstruksen anviser. Styret behandler kvalitets- og virksomhetsrapportene månedlig, med stadig sterkere fokus på kvalitetsparametere og pasientsikkerhet. Saker som ligger innenfor styrets ansvarsområde har vært fremmet fortløpende i 2016. Driften har i store deler av året vært preget av at utviklingen innenfor de ulike tjenesteområdene er søkt opprettholdt og forsterket med hensyn til kvalitet, og det er foretatt fortløpende investeringer i nytt utstyr. Direktøren mener at dette indikerer en god balanse mellom langsiktighet i strategisk fokus samt nødvendig oppmerksomhet på daglig drift, økonomi og kvalitet. Variasjonen knyttet til saksmengde over år, viser seg å ligge på inntil +/- 10.

Styret har gitt tilbakemeldinger om at sakene ønskes holdt innenfor malen på fire sider, og om at det er ønskelig med en bredere drøfting av handlingsalternativer i saker der foretaket står overfor reelle strategiske valg. Direktøren mener at administrasjonen fortsatt har forbedringspotensial på disse områdene.

De administrative rutinene knyttet til styresaksoppfølgingen vurderes å være tilfredsstillende ivaretatt, og det planlegges ikke endringer av disse i 2017. Denne saken viser likevel at ett vedtak fra 2016 ikke er fulgt opp som forutsatt, og det må rettes opp. Arbeids- og ansvarsdelingen mellom direktøren og styret vurderes også å ha vært tilfredsstillende ivaretatt.

Måloppnåelse for sentrale kvalitetsparametere som ventetid, fristbrudd og epikrisetid, samt økonomi- og aktivitetsutvikling, vil bli fulgt opp videre i forbindelse med behandling av de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene. Helse Nord RHF arbeider med å forenkle rapporteringsrutinene i foretaksgruppen, og dette kan få konsekvenser for formen på kvalitets- og virksomhetsrapporten i løpet av inneværende år. Direktøren vil ellers særlig trekke frem de prioriterte utviklingsområdene fra den strategiske utviklingsplanen, samt satsingen på kontinuerlig forbedring, som anbefalte områder for styrets arbeid også i 2017.

Tromsø, 2.2.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt over styrets vedtak i 2016

OVERSIKT OVER STYREVEDTAK I BESLUTNINGSSAKER 2016

S: Strategi-, rapport og oppfølgingsaker

K: Kvalitets- og økonomisaker

F: Fagsaker

B: Bygg- og eiendomssaker

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og oversendt RHFet.

K ST 5/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2015

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 7/2016 Status i planlegging av Vardesenter og LMS

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 8/2016 Oppsummering av styresaker 2015

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 9/2016 Evaluering av styrets arbeid

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, gjennom behandling under styreseminaret i juni 2016.

S ST 10/2016 Oppdragsdokument 2016

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 11/2016 Styrets dialogavtale med direktøren

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak ref. sak 30/2016.

S ST 12/2016 Fastsetting av direktørens lønn

1. Lønn til administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) justeres opp med 71.000 kroner (ca. 4%) til kr. 1.856.000,-.
2. Arbeidsavtalens kapittel 8 «Fratredelsesopsjon», andre avsnitt, endres til følgende:
Hvis styret bestemmer at Tor Ingebrigtsen skal fratres, kan Tor Ingebrigtsen tiltre en

eksternt finansiert stilling som professor I ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø-Norges arktiske universitet, etter nærmere avtale med universitetet. Tor Ingebrigtsen kan også velge å fratre for å gå over i en slik stilling. Fratredelsesopsjonen bortfaller hvis Tor Ingebrigtsen selv velger å fratre stillingene som administrerende direktør for å gå over i annen fast stilling, i eller utenfor UNN/UiT.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 22/2016 Årsregnskap 2015 - med styrets årsberetning

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

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 23/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2016

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2016* til orientering.
2. Styret ber direktøren legge fram ny milepelsplan for eliminering av langtidsventende over 12 måneder og fristbrudd, i neste møte.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 24/2016 Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 25/2016 Årlig melding 2015

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 26/2016 Ledelsens gjennomgang

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2015* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, ref. ny sak i november 2016.

B ST 27/2016 Tertialrapport 3/2015 for utbyggingsprosjekter

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 31.12.2015 for utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, ref. ny sak i oktober 2016.

B ST 28/2016 Finansiering tidligfase Nye UNN Narvik

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) legger til grunn at 2019 ligger fast som tidspunkt for byggestart for nye UNN Narvik, og konstaterer at dette medfører at adkomstvei inklusive tunell fra E6 til Furumoen må prosjekteres og bygges i perioden 2016-2018.
2. Styret viser til styresak 78/2010 *Konseptrapport Nye UNN Narvik* og godkjenner fremlagte kostnadsestimater på 115,4 mill kr som økonomisk ramme for tidligfaseaktiviteter i perioden 2016-2018.
3. Styret ber Helse Nord RHF om å omdisponere 115,4 mill kr fra investeringsplan 2015-2022 til gjennomføring av nødvendige tidligfasearbeider og etablering av adkomst for Nye UNN Narvik i perioden 2016-2018. Det foreslås ikke endringer i prosjektets totale investeringsramme.
4. Styret ber administrerende direktør ferdigforhandle avtalen om medfinansiering og drift av adkomstvei og tunnel med Narvik kommune slik at denne er avsluttet før arbeidet med vei og tunnel starter.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 29/2016 Helse Nord RHF's Plan 2017-2020 – økonomisk bærekraft – innspill fra UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft og investeringer for perioden 2017-2023 til orientering, og slutter seg til direktørens overordnede strategi for fremtidige økonomiske tilpasninger.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å korrigere periodiseringen for A-fløya og PET-senteret i tråd med vedtatte fremdriftsplaner for prosjektene.
3. Styret ber Helse Nord RHF om å forskyve 115,3 mill kr av investeringsrammen for UNN Narvik til perioden 2016-2018 til kjøp, omregulering og tilrettelegging av sykehustomten med etablering av tilhørende adkomstvei og tunnelinfrastruktur fra E6 før byggestart i 2019.
4. Styret ber Helse Nord RHF om økte investeringsmidler i 2017 på 6,3 mill kr for ombygging og investering i utstyr til ECMO-behandling samt Regionalt senter for allergi, astma og overfølsomhet.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og oversendt RHFet.

S ST 30/2016 Direktørens dialogavtale med styret - 2. gangs behandling

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner forslaget til Dialogavtale 2017 for administrerende direktør.
2. Styret ber om at direktøren legger egen dialogavtale til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2017.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 36/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2016

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2016* til orientering.
2. Styret tar milepælsplanen for å nå målet om null langtidsventende og null fristbrudd til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 37/2016 Ambulansestasjon ved UNN Harstad

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) beslutter at bygging av ny ambulansestasjon ved UNN Harstad skal gjennomføres som nybygg i egenregi, med totalentreprise med forhandlinger som entreprisemodell, i henhold til *Alternativ 2* i saksfremlegget, og ber om at dette legges til grunn i den videre planleggingen av prosjektet.

2. Styret godkjenner prosjektets investeringsramme på 36,5 mill kr inkl. mva. med en usikkerhetsmargin på 3,2 mill kr, med forbehold om endelig godkjenning fra Helse Nord RHF.
3. Styret gir direktøren fullmakt til å vurdere tomtealternativer på UNNs eiendom i Harstad og beslutte endelig valg av tomt.
4. Styret viser til at den godkjente investeringsrammen for 2016 i hovedsak er disponert. Det vises videre til at styret i sak 22/2016 *Årsregnskap 2015* ba Helse Nord RHF om å få disponere fjorårets overskudd til investeringer og til at styret i sak 38/2016 *Tilbakemelding til Helse Nord RHF's Plan 2017-2020 – del 2* har bedt om utvidet investeringsramme til blant annet ny ambulansestasjon ved UNN Harstad. Disse forholdene forventes avklart i Helse Nord RHF's budsjettregulering nr. 2 i juni 2016. Styret ber om at direktøren etter dette fremmer en ny sak med forslag til finansiering og tidspunkt for utlysning av entrepriser.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og ble oversendt til RHFet for sluttbehandling.

S ST 38/2016 Tilbakemelding til Helse Nord RHF's Plan 2017-2020 - del 2

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til direktørens overordnede strategi for fremtidige økonomiske tilpasninger.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å forskyve 115,3 mill kr av investeringsrammen for UNN Narvik til perioden 2016-2018 til kjøp, omregulering og tilrettelegging av sykehustomten, med etablering av tilhørende adkomstvei og tunnelinfrastruktur fra E6 før byggestart i 2019.
3. Styret ber Helse Nord RHF om økt investeringsramme på 9,7 mill kr for tomtekjøp til Nye Narvik sykehus, som foreløpig er forskuttert av UNNs egne investeringsrammer.
4. Styret ber Helse Nord RHF om økte investeringsmidler i 2017 på 6,3 mill kr for ombygging og investering i utstyr til allerede vedtatte regionale oppgaver, Regionalt senter for allergi, astma og overfølsomhet samt transport ECMO.
5. Styret ber Helse Nord RHF om økte investeringsmidler til ny ambulansestasjon i Harstad, se egen sak (ST 37/2016).
6. Styret ber Helse Nord RHF om å korrigere periodiseringen for A-fløya og PET-senteret i tråd med vedtatte fremdriftsplaner for prosjektene.
7. Styret ber Helse Nord RHF om 15,3 mill kr i økte driftsmidler for å ivareta nye vedtatte regionsoppgaver.
8. Styret ber om at administrasjonen innarbeider de innspill som fremkom under behandling av saken, ved oversendelse til Helse Nord RHF.

Saken er fulgt opp med oversendelse til Helse Nord RHF.

K ST 39/2016 Mottak av pengegave til syklotron og skannere i PET-senteret

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar å akseptere en pengegave fra Trond Mohn tilsvarende 47,5 mill kr inkludert merverdiavgift til anskaffelse av

syklotron med tilhørende legemiddelproduksjonsutstyr, samt en gave bestående av to skannere (PET/CT og PET/MR) til en estimert total kostnad på om lag 50 mill kr.

2. Styret retter stor takk til forretningsmannen Trond Mohn for den sjenerøse gaven, som gjør det mulig å fremskynde utviklingen av UNN som regions- og universitetssykehus for Nord-Norge.
3. Styret godkjenner at gaven mottas og at tilbudene etableres slik saksfremlegget beskriver.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 40/2016 Årsrapport fra Brukerutvalget 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar årsrapporten for 2015 fra Brukerutvalget til orientering.

Saken ble tatt til orientering.

S ST 41/2016 Oppnevning av nytt Brukerutvalg ved UNN 2016-2018

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer og varamedlemmer til brukerutvalget for valgperioden 2016–2018:

Representanter (*alfabetisk rekkefølge*)

Navn:	Fødselsår:	Bosted:	Foreslått av:
Cathrin Carlyle	1970	Tromsø	Kreftforeningen
Britt-Eva E. Jakobsen*	1944	Finnsnes	FFO Troms
Espen Haldorsen	1961	Narvik	RIO Nord/ Marborg
Hans-Johan Dahl*	1950	Tromsø	Troms fylkes eldreråd
Johanne Sundmann*	1955	Alta	FFO Finnmark
Klemet Anders Sara	1961	Kåfjord	FFO Troms
Laila Edvardsen	1963	Tromsø	SAFO Nord
Margrethe Larsen	1967	Harstad	Kreftforeningen
Martin André Moe	1969	Brønnøy	FFO Nordland
Obiajulu Odu	1959	Tromsø	FFO Troms

* = nye representanter

Vararepresentanter (*rangert rekkefølge ihht mandat*)

Navn	Fødselsår:	Bosted:	Foreslått av:
1. Britt Sofie Illguth	1942	Tromsø	Kreftforeningen
2. Mildrid H. Pedersen*	1950	Målselv	FFO Troms
3. Frode Heggelund*	1988	Tromsø	SAFO Nord
4. Ruth Pedersen*	1953	Narvik	FFO Nordland – Mental helse

* = nye representanter

2. Som leder oppnevnes Cathrin Carlyle og som nestleder Espen Haldorsen. Brukerutvalget oppnevner selv arbeidsutvalget.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 42/2016 Høring – Utviklingsplan for psykisk helse og TSB

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord HF tar forslaget til Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord, 2016-2025, til orientering.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som her påpekes i det videre arbeid med å utvikle tilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i regionen.
3. Styret ber om at økt bruk av frivillighet og redusert bruk av tvang må synliggjøres bedre i utviklingsplanen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og oversendt Helse Nord RHF.

K ST 48/2016 Tertialrapport 1. tertial 2016 - Med Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2016

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, ref. ny rapport i oktober 2016.

B ST 49/2016 Tertialrapport 1/2016 for utbyggingsprosjekter

1. Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar rapporten *Utbyggingsprosjektene - Tertialrapport 1. tertial 2016* til orientering.
2. Styret viser til direktørens muntlige orientering om at fremdriften i PET senter-prosjektet er forsinket med om lag fire måneder fordi prosessen med å realisere tre ekstra etasjer har tatt lengre tid enn forutsatt, uten at dette forventes å medføre behov for endringer i prosjektets investeringsramme.
3. Styret tar til etterretning at ny ferdigdato settes til 20.11.2017 og ny dato for overlevering til klinisk prøvedrift til 20.2.2018, under forutsetning av at revidert rammetillatelse fra Tromsø kommune foreligger innen 8.6.2016.

Saken er fulgt opp med ny, tertialvis rapportering i oktober 2016.

S ST 50/2016 Strategi for frivillig innsats ved UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *Strategi for frivillig innsats ved UNN*.
2. Styret viser til at oppretting av en koordinatorstilling er vurdert å være en forutsetning for oppfølging av strategien, og ber om at direktøren arbeider for finansiering av en slik

stilling. Direktøren bes orientere styret om status i arbeidet med å finansiere stillingen i forbindelse med behandlingen av virksomhetsplan 2017.

Saken er ikke fulgt opp i tråd med vedtak ref. pkt. 2.

S ST 51/2016 Samarbeidsavtaler med kommunene

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner Overordnet samarbeidsavtale, under forutsetning av at hele presiseringen om brukermedvirkning fra opprinnelig Tjenesteavtale 2, punkt 7, tas inn i den overordnede avtalen.
2. Styret godkjenner tjenesteavtalene 1-3 og 5-11, og ber om å få tjenesteavtale 4, som omhandler samarbeid om og beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, til behandling når denne er ferdig revidert på grunnlag av ny veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalene med den enkelte kommune.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i avtalene, under forutsetning av at disse ikke er av vesentlig karakter.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 57/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2016

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2016* til orientering.
2. Styret viser til at antall utskrivningsklare pasienter fortsetter å øke, og til orienteringen om at dette nå medfører betydelig risiko knyttet til pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Styret anmoder kommunene, særlig Tromsø og Harstad kommune, om å iverksette strakstiltak for å ta imot sine utskrivningsklare pasienter slik at sommerferiedriften kan gjennomføres forsvarlig.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 58/2016 Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 7.3. til og med 30.5.2016 til etterretning.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 59/2016 Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2016

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2016* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 60/2016 Forberedende virksomhetsplanlegging 2017 og orientering om arbeid med langtidspan

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til direktørens strategi for virksomhetsplanleggingen 2017.
2. Punkt to ble trukket.
3. Styret forutsetter at 2017 som konsolideringsår benyttes til å komme tidligere i gang med virksomhetsplanlegging og tiltaksarbeid for 2018, slik det er beskrevet i saken.
4. Styret tar informasjonen om arbeidet med Langtidspan 2018 - 2022 til orientering, og ber om å få seg forelagt en sak som foreslår metode i dette arbeidet. Styret ber om at saken synliggjør milepæler der styret gis anledning til å gi sine innspill i og føringer for arbeidet.
5. Styret forutsetter at virksomhets- og langtidspaner også har fokus på samiske pasienters behov innen spesialisthelsetjenesten.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, ref. slutført sak i desember 2016.

S ST 61/2016 Kontinuerlig forbedring - tentativ gjennomføringsplan for UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saken til foreløpig orientering, og støtter hovedinnretningen i gjennomføringsplanen.
2. Styret ber om å få saken framlagt til endelig vedtak i neste styremøte. Styret ber i denne sammenhengen om en risikovurdering av gjennomføringsplanen og en vurdering av eventuelle konsekvenser for styrets arbeid.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, men ny sak ble utsatt til 8.2.2017.

S ST 62/2016 Møteplan for styremøter 2017

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

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter		8	22 evt. 29	27		1 21			14	4	15	14
Styreseminar						20					14	

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

2. Styret vedtar følgende årsplan i tråd med krav i styreinstruksen for UNN:

<u>Årsplanens saker</u>	<u>Sted</u>	<u>Møtetidspunkter</u>
Styrets evaluering av egen virksomhet og OD 2017.	Tromsø	Onsdag 8. februar
Årsregnskap, årlig melding og investeringer.	Tromsø	Onsdag 22. el. 29. mars
Informasjonssikkerhet. RHF's Plan 2018-2021.	Tromsø	Torsdag 27. april
Første tertialrapport.	Tromsø	Torsdag 1. juni
LGG, forberedende virksomhetsplanlegging 2017.	Harstad	Onsdag 21. juni
Status oppdragsdokument 2016	Tromsø	Torsdag 14. sept.
Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.	Tromsø	Onsdag 5. oktober
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Svalbard	Onsdag 16. november
Virksomhetsplan og budsjett for 2017	Tromsø	Torsdag 14. desember

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak ref. senere sak 86/2016.

F ST 67/2016 Oppfølgingssak etter Sivilombudsmannens besøksrapport ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 26.-28.4.2016

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken til foreløpig orientering.
2. Styret godkjenner direktørens forslag til plan for oppfølging.
3. Styret ber om at det i styremøtene høsten 2016 rutinemessig fremmes en skriftlig orienteringssak om arbeidet med å følge opp anbefalingene som vil komme i Sivilombudsmannens endelige rapport.
4. Styret ønsker å utvikle en hovedindikator som er egnet til å følge utviklingen i bruk av tvang i psykisk helsevern over tid, og ber direktøren fremlegge forslag til en slik indikator i neste styremøte.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, ref. sak 76 og 85/2016.

K ST 70/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2016

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 71/2016 Virksomhetsplanlegging ved UNN –årshjul

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar årshjul for virksomhetsplanlegging ved UNN.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak. Sak 4/2017 - side 16 av 23

S ST 72/2016 Godkjenning av HMS-strategien ved UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner den reviderte strategien for Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-strategien) ved UNN, med virkningstid 2016-2020.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtatt strategi.

F ST 76/2016 Oppfølgingssak – Sivilombudsmannens rapport

1. Styret tar saken til foreløpig orientering, og viser til at det skal rapporteres også i kommende styremøter.
2. Styret viser til anbefalingene i Sivilombudsmannens endelige rapport, og ber om at det i neste møte fremlegges en konkret plan med tidsfrister for gjennomføring av tiltak samt forslag til indikator for monitorering av bruken av tvang.
3. Styret forutsetter at lovkravene for bruk av tvungent psykisk helsevern etterleves til enhver tid.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak ref. sak 85.

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak og oversendt RHFet.

B ST 80/2016 Tertialrapport 2/2016 for utbyggingsprosjekter

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak og oversendt RHFet.

S ST 81/2016 Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtatt plan for videre oppfølging.

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak og oversendelse til RHFet.

F ST 85/2016 Oppfølgingssak – Sivilombudsmannens rapport

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og ny sak kommer til styret 8.2.2017.

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

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

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

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak og er inntatt i årshjul for styret.

K ST 90/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2016

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 91/2016 Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Ledelsens gjennomgang til orientering.
2. Styret forutsetter at smittevernvisitter gjennomføres i alle enheter ved UNN.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak og oversendt RHFet.

K ST 92/2016 Forberedende langtidsplan 2018-2021

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Forberedende langtidsplan 2018-2021 til etterretning.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 93/2016 Strategisk utviklingsplan for klinikkene i UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord HF tar Strategisk utviklingsplan for klinikkene i UNN til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 94/2016 Høring – Nasjonal sykehusapotekforetak

- 1 Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til at Sykehusapoteket Nord HF leverer viktige tjenester som er direkte knyttet til kjernefunksjonene i pasientbehandlingen, og mener at det er betydelig risiko knyttet til innlemming av apoteket i et nasjonalt foretak.
- 2 Styret anbefaler at en modell for bedre nasjonalt samarbeid innenfor rammen av dagens organisering utredes før endelig beslutning i saken.
- 3 Styret godkjenner oversending av foreliggende sak som UNNs høringsuttalelse til Helse Nord RHF.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og oversendt Helse Nord RHF for videre oppfølging.

K ST 95/2016 Regionalt PET-senter – økonomisk status

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at investeringsrammen for PET-senteret økes til 567,9 mill kr og oversender saken til styret i Helse Nord RHF for endelig godkjenning.
2. UNN-styret ber styret i Helse Nord RHF frigjøre hele P85-rammens sikkerhetsmargin på 43,2 mill kr til finansiering av prosjektet.
3. UNN-styret ber styret i Helse Nord RHF godkjenne at økt gavetilsagn fra Trond Mohn samt forventet ekstra investeringstilskudd fra Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet på til sammen 23,7 mill kr brukes til å delfinansiere kostnader som overstiger P85-rammen.
4. UNN-styret bevilger 8,0 mill kr til full finansiering av kostnader ut over P85-rammen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og oversendt Helse Nord RHF for endelig vedtak.

K ST 101/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2016

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 102/2016 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn til og med 18.11.2016 til etterretning.
2. Styret godkjenner handlingsplanen for oppfølging etter Helse Nord RHF's internrevisjon om utvikling og vedlikehold av kompetanse.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 103/2016 Nye hovedindikatorer for UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende åtte hovedindikatorer for virksomhetsstyringen i 2017:
 1. Infeksjoner (prevalens)
 2. Legemiddelsamstemming (andel)
 3. Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)
 4. Fristbrudd (antall)
 5. Tvangsvedtak (antall)
 6. Sykefravær (andel)
 7. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
 8. Tiltaksgjennomføring (andel)
2. Styret ber om rapportering på indikatorene i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene, men tar til etterretning at det kan ta noe tid før rapportering av indikatorene 1-3 er på plass med ønsket kvalitet, og at det kan foreligge metodiske utfordringer knyttet til månedlig rapportering av indikator 1.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 104/2016 Virksomhetsplan 2017

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen for 2017 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 68,0 mill kr.

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2015	Justert budsjett (JB) 2016	Prognose 2016	Vedtatt budsjett (VB) 2017	Endring VB 2017-JB 2016
Basisramme	4 874,5	4 850,8	4 850,8	4 653,2	-197,6
Kvalitetsbasert finansiering	35,9	31,4	31,4	27,7	-3,8
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	1 379,7	1 377,1	1 390,0	1 510,7	133,6
ISF kommunal medfinansiering	-1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
ISF av legemidler utenfor sykehus	47,0	61,0	55,0	85,0	24,0
Gjestepasientinntekter	36,5	33,5	34,0	36,2	2,7
Polikliniske inntekter (inkludert lab/røntgen)	209,2	216,3	216,3	167,5	-48,8
Utskrivningsklare pasienter	16,1	24,7	25,0	16,0	-8,7
Inntekter "raskere tilbake"	22,5	23,7	23,7	23,7	0,0
Andre øremerkede tilskudd	273,5	264,5	264,5	216,3	-48,2
Andre driftsinntekter	364,5	358,7	348,7	358,7	0,0
Sum driftsinntekter	7 257,8	7 241,8	7 239,4	7 095,0	-146,8
Kjøp av offentlige helsetjenester	222,4	166,1	181,0	180,0	13,9
Kjøp av private helsetjenester	69,7	79,6	75,4	75,2	-4,5
Varekostnader knyttet til aktivitet	737,4	784,2	800,0	667,4	-116,8
Innleid arbeidskraft	36,9	27,4	44,5	27,2	-0,1
Lønn til fast ansatte	3 440,6	3 686,0	3 564,5	3 767,8	81,8
Overtid og ekstrahjelp	273,5	217,9	266,8	237,5	19,6
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	983,8	743,3	743,3	719,0	-24,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-268,0	-267,5	-269,4	-274,5	-7,1
Annen lønnskostnad	308,6	329,1	333,4	326,6	-2,5
Avskrivninger	256,4	261,4	251,0	245,0	-16,4
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	1 090,4	1 194,3	1 180,9	1 098,9	-95,5
Sum driftskostnader	7 151,7	7 221,8	7 171,4	7 070,0	-151,8
Driftsresultat	106,2	20,0	68,0	25,0	5,0
Finansinntekter	15,3	20,0	22,0	15,0	-5,0
Finanskostnader	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Finansresultat	14,6	20,0	22,0	15,0	-5,0
Ordinært resultat	120,8	40,0	90,0	40,0	0,0

Inntekter fra poliklinikk for psykisk helsevern og TSB er flyttet til ISF

- Styret godkjenner strategien om å bruke 2017 som et konsolideringsår. Dette inkluderer å redusere det interne overskuddskravet til 25 mill kr i 2017. Styret presiserer at overskuddskravet må øke fra og med 2018 for å realisere investeringer i årene fremover.
- Styret er fornøyd med at sammenhengen mellom aktivitetsplan, bemanningsplan og budsjett blir gradvis bedre, men understreker behovet for videre kvalitetsforbedring i denne delen av planarbeidet.
- Styret viser til vedtaket i sak 103/2016 *Nye hovedindikatorer for UNN*, og ber direktøren legge disse til grunn for virksomhetsstyringen i 2017.
- Styret tar til etterretning at et delbeløp av gavene fra Trond Mohn til PET-senteret er godkjent brukt til å finansiere senteret utover p85-rammen. Styret viser til at gavene er gitt til UNN, og forutsetter at Helse Nord RHF øker UNNs investeringsramme til MTU med mer tilsvarende differansen mellom P85-rammen og den gjenstående delen av gavebeløpet, svarende til 43,2 mill kr.
- Styret vedtar investeringsplanen for 2017 slik den foreligger i saksutredningen, og gir direktøren fullmakt til å gjøre interne omprioriteringer innenfor disponibel investeringsramme.
- I arbeidet med rekruttering av kompetente helsearbeidere, vil UNN også vektlegge betydningen av kompetanse innen samisk språk og kultur.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 105/2016 Ny ambulansestasjon ved UNN Harstad - anbudssak

- Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at det igangsettes en utlysning av totalentreprisen for bygging av en ny ambulansestasjon ved UNN Harstad, basert på forutsetningene i styrets vedtak i sak 37/2016 og oversender saken til styret i Helse Nord RHF for endelig godkjenning.

2. Ambulansestasjonen finansieres av UNNs tildelte investeringsmidler til ambulansestasjon og regionale funksjoner med mer for 2017 og 2018.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og oversendt Helse Nord RHF for videre styrebehandling.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
5/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017

Saksansvarlig/ saksbehandler: Tor Ingebrigtsen

Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtaket i sak 61/2016 *Kontinuerlig forbedring – tentativ gjennomføringsplan for UNN*, og godkjenner nå innrettingen på satsingen slik den er beskrevet i den foreliggende saken.
2. Styret viser til den nye forskriften *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og slår fast at satsingen som beskrives i denne saken er UNNs hovedtiltak for implementering av kravene i forskriften.
3. Styret godkjenner gjennomføringsplanen med tilhørende risikoreduserende tiltak samt de foreslåtte grunnleggende prinsippene for satsingen slik disse er foreslått i saken.
4. Styret viser til at det har nedsatt et underutvalg som utreder styrets egen rolle i satsingen, og kommer på eget initiativ tilbake til dette i et senere møte.
5. Styret ber om at direktøren i samme møte legger frem en plan for evaluering av satsingen.
6. Styret erkjenner at dette er en langsiktig satsing som krever tålmodighet og tydelig kurs over mange år. Direktøren gis fullmakt til å gjøre mindre nødvendige justeringer i arbeidet underveis.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i styresak 42/2011 *Overordnet strategi for UNN*. Sykehuset har som visjon *Det er resultatet for pasienten som teller – vi gir den beste behandling!*

Det er et overordnet mål at UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt. Strategiarbeidet er videreført og konkretisert i styresakene 109/2014 *Strategisk utviklingsplan for UNN* og 93/2016 *Strategiske utviklingsplaner for klinikkene*, og vil bli fullført med ferdigstilling av utviklingsplaner for bygg og IKT i 2017.

Styresak 63/2016-1 *Skriftlige orienteringer – Resultatkvalitet* viste at UNN på mange områder oppnår svært gode resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer og i nasjonale kvalitetsregistre. På noen områder skaper våre medarbeidere resultater som er blant de beste i landet. Samtidig viser klage- og erstatningssaker, tilsyn og avviksmeldinger feil som kunne vært unngått. Sykehusinfeksjoner, medikamenthåndteringsfeil, misforståelser på grunn av svikt i pasientadministrative rutiner og mangelfull samordning av arbeidsprosesser påfører pasientene unødvendige komplikasjoner og de ansatte dobbeltarbeid.

Dette kombinert med framskrivning av befolkningsutviklingen, som viser at antall eldre og dermed antall pasienter som har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten øker, mens antall yrkesaktive forblir om lag uendret, gjør at vi må utvikle nye og bedre måter å jobbe på. UNN må i større grad lære av feil, forbedre og standardisere arbeidsprosessene og gjennom dette sikre at prosesser utføres med riktig kvalitet første gang, til beste for både pasienten og ansatte.

UNN har i perioden 2007-2016 brukt organisasjons- og strukturendringer som viktige tiltak for å møte utfordringer. Klinikorganisering er innført, små enheter er slått sammen til færre og større, døgnenheter er erstattet med dagenheter, og virksomheten er samlet på færre lokalisasjoner. Dette har, sammen med en moderat økonomisk vekst, gitt handlingsrom til å realisere fremtidsrettede investeringer i bygg og kliniske IKT-systemer.

Sykehuset står nå overfor et nytt utfordringsbilde. Den økonomiske veksten har flatet ut og ble i styresak 104/2016 *Virksomhetsplan 2017* vurdert å være negativ etter justering for nye oppgaver. Sykehusstrukturen er besluttet gjennom Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan, og potensialet for andre strukturendringer er i hovedsak uttømt. Det er etablert reell konkurranse mellom helseforetakene og private aktører gjennom ordningene *Kvalitetsbasert finansiering* og *Fritt behandlingsvalg*. Helsetilsynet og Pasient- og brukerombudet gir tilbakemelding om at systemer og prosedyrer nå er etablert i UNN, men påpeker svakheter i etterlevelsen, i forbedringsarbeidet og i læringen på tvers av fagmiljøer. Videre forventes at pasientene i økende grad skal medvirke i beslutninger om egen behandling. Helseministeren har i tillegg stilt nye krav om at sykehusene skal utvikle bedre kultur for åpenhet og læring som virkemiddel for å bedre arbeidsmiljøet og styrke pasientsikkerheten.

Dette nye utfordringsbildet krever at UNN flytter fokus fra organisatoriske og strukturelle endringer til implementering av de vedtatte strategiene, og kontinuerlig forbedring som metode. Utfordringen med å skape størst mulig helsegevinst for flere pasienter med uendret bemanning kan i begrenset grad møtes med ytterligere effektivisering. Tilnærmingen må isteden være å redusere feil, øke kvaliteten og prioritere aktivitet som gir dokumentert helsegevinst.

UNN har erfaring med Lean som metode for forbedringsarbeid etter å ha gjennomført om lag 40 Lean-prosjekter fra 2008, og har gjennom egen forskning innsikt i forhold som fremmer og

hemmer gjennomføring av forbedringsprosjekter (1). Det nye utfordringsbildet krever imidlertid noe mer. Det er nødvendig å gå videre fra enkeltstående og tidsavgrensede prosjekter til utvikling av gjennomgående system og kultur for ledelse av kontinuerlig forbedring.

Dette er en kulturell endring som må starte hos styret og toppledelsen, men involvere og engasjere hele organisasjonen. Styret behandlet i sak 61/2016 *Kontinuerlig forbedring – tentativ gjennomføringsplan for UNN* en skisse til plan for gjennomføring, med følgende vedtak:

1. Styret tar saken til foreløpig orientering og støtter hovedinnretningen i gjennomføringsplanen.
2. Styret ber om å få saken fremlagt til endelig vedtak i neste styremøte. Styret ber i denne sammenhengen om en risikovurdering av gjennomføringsplanen og en vurdering av eventuelle konsekvenser for styrets arbeid.

Risikovurderingen var mer arbeidskrevende enn antatt, og måtte utsettes på grunn av Akademiker-streiken i fjor høst. Risikovurdering med utvikling av risikoreduserende tiltak er nå gjennomført, og det er utviklet grunnleggende prinsipper for det videre arbeidet. Saken fremmes derfor nå for videre behandling.

I styreseminaret 15.11.2016 diskuterte styret egen rolle i prosessen, og det ble oppnevnt et underutvalg som jobber videre med dette. Direktøren overlater derfor vurderingen av eventuelle konsekvenser for styrets arbeid til utvalget.

Formål

Formålet med denne saken er å be om styrets endelige tilslutning til satsingen på å utvikle gjennomgående system og kultur for ledelse av kontinuerlig forbedring. Styret bes videre om å godkjenne forslaget til gjennomføringsplan, inkludert risikoreduserende tiltak og grunnleggende prinsipper.

Saksutredning

Kontinuerlig forbedring som metode er utviklet i industrien, men implementert i noen av verdens fremste sykehusorganisasjoner, for eksempel ThedaCare i Wisconsin, Virginia Mason i Seattle og Cincinnati Childrens Hospital. I Norden er implementering kommet langt ved St. Görans sjukhus i Stockholm, Länssjukhuset Ryhov i Jönköping, Södra Älvsborgs sjukhus i Borås og Landspítali i Reykjavik.

Kunnskapsgrunnlaget er godt etablert gjennom forskning og publisert for eksempel gjennom arbeidene til Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, som i en litteraturoversikt oppsummerer at nøkkelen til å lykkes med kontinuerlig forbedring er fokus på mellomledernes daglige arbeid, understøttet av et system for ledelse som klargjør oppgaver og ansvar for ledere på alle organisatoriske nivåer (2).

Forbedring av måten ledelse utøves på står sentralt. IHI oppsummerer i en annen litteraturoversikt at ledere må opptre personsentrert, engasjere seg på grunnplanet, ha ubøyelig

fokus på virksomhetens visjon og gjennomføring av vedtatte strategier, sikre åpenhet og transparens, og ta ansvar på tvers av organisatoriske grenser (3) (vedlegg 1).

Ved Virginia Mason er dette oppsummert som en holdningsmessig re-orientering:

Fra	Til
Helsearbeideren først	Pasienten først
Venting er unngåelig	Venting er sløsing
Feil er påregnelige	Feilfri medisin
Uklar ansvars plassering	Streng og tydelig ansvarlighet
Forbedring krever økte ressurser	Nye ressurser kan ikke påregnes
Kostnadskutt	Fjerne sløsing
Retrospektiv kvalitetssikring	Samtids kvalitetsstyring
Ledelse ovenfra	Ledelse på stedet

Kunnskapen om kontinuerlig forbedring som metode og ledelse av forbedringsarbeid har medført nye lovkrav. *Pasient og brukerrettighetsloven* stiller nå krav om at tjenestene skal utformes i samarbeid med pasienten, og om at pasienten etter alvorlige og uventede komplikasjoner skal informeres om hvilke tiltak sykehuset vil iverksette for å hindre at lignende hendelser skjer på ny. Ny *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (Internkontrollforskriften) fastsatt i oktober 2016 stiller nye og tydeligere krav om at sykehusets aktiviteter skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres etter prinsippene for kontinuerlig forbedring (vedlegg 2), og Helse Nord RHF stiller i tråd med dette krav om at UNN skal utøve risikostyring.

Gjennomføringsplan

Utkastet til gjennomføringsplan som ble presentert i styresak 61/2016 inneholdt åtte hovedpunkter, og styret ønsket å føye til evaluering som et niende punkt. Etter noe videreutvikling og rekkefølgemessig sortering består planen nå av 12 punkter:

1. Forankring i styret, risikovurdering av satsingen, etablering av grunnleggende prinsipper for arbeidet og utvikling av en plan for kommunikasjon ut i hele organisasjonen
2. Opplæring av direktørens ledergruppe i kontinuerlig forbedring som metode
3. Fornytt innsats rundt teambygging i direktørens ledergruppe
4. Styrking av samarbeidet mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjenesten gjennom tiltak som utvikles i en partssammensatt arbeidsgruppe
5. Revisjon av hovedindikatorene, knyttet opp mot hovedmålene i overordnet strategi
6. Implementering av tavlemøter i eksisterende møtestruktur
7. Revisjon av lederutviklingsprogrammet og programmet for opplæring av tillitsvalgte og verneombud med vektlegging av kontinuerlig forbedring som metode, samt utvikling av et eget opplæringsprogram i kontinuerlig forbedring for fagpersonell
8. Reetablering av et nettverk av kvalitetsrådgivere
9. Etablering av et nytt og bedre system for håndtering av avvik
10. Gjennomgang og forenkling av større arbeidsprosesser i sykehusledelsen
11. Utarbeide en oversikt over pågående og planlagte større prosjekter i UNN og regionen og vurdere innføring av porteføljestyling
12. Utvikling av en evalueringsplan for satsingen

Risikovurdering av gjennomføringsplanen

Foretakstillitsvalgte (FTV), foretaksverneombud (FVO), Brukerutvalgets (BU) arbeidsutvalg og direktørens ledergruppe ble invitert til å delta i risikovurderingen og arbeidet med utvikling av risikoreducerende tiltak.

Risikovurderingen ble gjennomført 29.8.2016 med åtte deltakere fra FTV, FVO og BU's arbeidsutvalg, og supplert med innspill fra direktørens ledergruppe 5.9.2016 (vedlegg 3). Vurderingen ble gjennomført etter Helse Nord RHF's mal for *Risikovurdering i prosjekt*. Det ble lagt vekt på hva som kan gå galt, hva konsekvensene kan bli og hvor sannsynlig det er at dette inntreffer.

Der konsekvensene og sannsynligheten ble vurdert som stor, ble det vurdert hvilke risikoreducerende tiltak som kan iverksettes. Tiltakene ble bearbeidet videre i et heldagsmøte 22.11.2016 med deltakelse fra FTV, FVO, BU og direktørens ledergruppe.

Det ble identifisert fire områder med svært stor eller stor sannsynlighet for at en risiko kan inntreffe, med alvorlige eller kritisk konsekvenser for muligheten for å lykkes med satsingen:

1. Manglende medvirkning og forankring
Denne risikoen er knyttet til gjennomføringsplanens punkter om etablering av grunnleggende prinsipper, etablering av hovedindikatorer, innføring av tavlemøter, samt opplæring og teambygging i direktørens ledergruppe, og særlig til risiko for at det ikke er tilstrekkelig enighet om og felles forståelse av målene for og metodene i satsingen.
2. Kommunikasjon når ikke ut
Denne risikoen er knyttet til gjennomføringsplanens punkt om etablering av en kommunikasjonsplan, og særlig til risiko for at kommunikasjon stopper opp i lederlinjen.
3. Det lykkes ikke å oppnå god nok kunnskapsspredning
Denne risikoen er knyttet til gjennomføringsplanens punkt om opplæring, og særlig til risiko for at det ikke settes av nok tid til dette.
4. Det lykkes ikke å etablere et system for håndtering av avvik som fungerer godt nok
Denne risikoen er knyttet til gjennomføringsplanens punkt om etablering av et nytt og bedre system for håndtering av avvik, og særlig til at det ikke lykkes å etablere et system som gir rask nok håndtering av avvik med tilbakemelding til melder, og effektiv læring på tvers i organisasjonen.

Risikoreducerende tiltak

Deltakerne i workshopen presiserte at det allerede gjøres mye forbedringsarbeid, og at satsingen derfor representerer en forsterking og mer systematisk tilnærming til arbeid som allerede pågår. Deltakerne var opptatt av at enhver anledning og arena bør benyttes til kommunikasjon, for eksempel kvalitets- og arbeidsmiljø (KVAM) dager, KVAM-møter, ledersamlinger, status-, og dialogmøter, personalmøter og møter i BU.

Det er utviklet risikoreducerende tiltak for hvert av de fire områdene (vedlegg 4). Tiltakene er delvis overlappende og relevante på flere av områdene. Til sammen utgjør de foreslåtte

tiltakene et supplement til gjennomføringsplanen og kan knyttes til denne som enkelttiltak under de 12 hovedpunktene.

Her oppsummeres kort eksempler på tiltak som kan redusere konsekvensene på de fire viktigste risikoområdene

1. Medvirkning og forankring
Langsiktighet i satsingen, bruk av etablerte møteplasser, begrunne satsingen i målsettingen om økt helsegevinst og bedre arbeidsmiljø og vektlegge satsingen på samarbeid med TV, VO og BU.
2. Kommunikasjon
Bruke film som kommunikasjonsvirkemiddel, mobilisere ledere, TV og VO som målbærere av budskapet, innarbeide forbedringshjulet i alle presentasjoner, bruke et språk som ikke er fremmedgjørende, bruke gode historier som eksempler, og ledertilstedeværelse på tvers av organisatoriske nivåer.
3. Kunnskapsspredning
Utvikle felles opplæringspakker, god og praktisk situasjonsbetenget opplæring fra stabssentrene, etablering av læringsnettverk og bruk av så enkle metodiske verktøy som mulig.
4. Avvikssystemet
Bruke tavlemøter, forenkle melderutiner, innføre rotårsak-analyser, ha kvalitetsrådgivere som følger opp pasienthendelser.

Grunnleggende prinsipper

Etablering av noen grunnleggende prinsipper for innretning og omfang av satsningen vurderes å være en forutsetning for å lykkes. Direktøren utarbeidet forslag til prinsipper, og som følge av risikovurderingens påpeking av risiko for manglende forankring, ble prinsippene videreutviklet i samarbeid mellom direktørens ledergruppe, FTV, FVO og representanter fra BU i heldagsmøtet 22.11.2016. Etter dette foreslår direktøren at følgende prinsipper legges til grunn:

1. Åpenhet og kultur for å melde avvik er en forutsetning for kontinuerlig forbedring. Dette skal fremmes gjennom å etablere et system der uønskede hendelser tas opp fortløpende på alle nivå for å sikre læring og kunnskapsspredning, og hindre at tilsvarende skjer igjen. Det er et mål å gjøre ting riktig første gang og hver gang.
2. Pasientmedvirkning er også en forutsetning for kontinuerlig forbedring. Det skal etableres partnerskap med pasienter og pasientorganisasjoner, og disse skal gis innflytelse i arbeidet.
3. Kontinuerlig forbedring er ikke et prosjekt, men et langsiktig utviklingsarbeid som forutsetter kulturendring i hele organisasjonen.
4. Kontinuerlig forbedring krever atferdsendring og endret tankesett, og ikke endret organisasjonsstruktur.
5. Forbedringsarbeidet skal knyttes til UNNs vedtatte mål og strategier, og er basert på visjonen om at *Det er resultatet for pasienten som teller – vi gir den beste behandling!* Vi skal skape forbedringer for pasientene, medarbeiderne, studentene og samfunnet.

6. Ledere og ansatte skal settes i stand til å gjennomføre forbedringer gjennom opplæring, veiledning og øvelse. Endring krever kompetanse, og lederne må gå foran.
7. Standardisering øker pasientsikkerheten, og reduserer uønsket variasjon og unødig venting. Pasientforløp og arbeidsprosesser skal i størst mulig grad være sømløse.
8. Det skal rettes større oppmerksomhet mot daglig drift og daglige forbedringer. Oppfølgingen skal bestå av at vi måler og følger opp resultater, særlig ved bruk av tavlemøter. Dette forutsetter at ledere bruker mer tid på daglig drift, og leder, trener og støtter medarbeiderne i det daglige forbedringsarbeidet.
9. Aktiv bruk av kvalitetssirkelen (planlegg, gjennomfør, evaluér og korriger) skal sikre at endringer vi foretar er forbedringer, at vi tar tak i den egentlige årsaken til problemet, og at tiltak som gjennomføres er virkningsfulle og varige.
10. Kontinuerlig forbedring skal skape arenaer der ledere og ansatte på ulike nivå og på tvers av fag og organisatoriske grenser møtes for felles problemløsning omkring pasientnære arbeidsprosesser.

Medvirkning

Det har som beskrevet i saksutredningen vært bred medvirkning i risikovurderingen, utviklingen av risikoreducerende tiltak og utarbeidningen av grunnleggende prinsipper. Saken er i tillegg forelagt arbeidstakerorganisasjoner og vernetjeneste, brukerutvalg og arbeidsmiljøutvalg i drøftingsversjon, i egne møter. Samtlige ga sin tilslutning til at saken fremmes for styret. Protokoller og referat fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 8.2.2017.

Vurdering

I denne saken foreslås en systematisk og langsiktig satsing på utvikling av gjennomgående system og kultur for ledelse av kontinuerlig forbedring i UNN.

Tiltakene må rettes mot lederskap og ansvarliggjøring med utgangspunkt i hva som er det beste for den enkelte pasient. Ledere på alle nivåer må engasjere seg mer i daglige arbeidsprosesser, etablere nye arenaer for dette, kommunisere strategier og mål tydelig, og veilede og hjelpe ansatte i arbeidet med kontinuerlig forbedring. Vi må måle og evaluere kvalitet og bruke resultatene til å motivere og skape engasjement for ytterligere forbedringer. Ved å jobbe på denne måten kan vi redusere feil, bedre kvaliteten og pasientsikkerheten, og prioritere aktivitet som gir dokumentert helsegevinst. Dette vil gjøre oss bedre i stand til å møte de utfordringer vi har foran oss.

Saken må sees som en naturlig videreføring og konkretisering av strategiarbeidet som har vært drevet gjennom flere år. Direktøren understreker likevel at vi står ved et tidsskille der organisasjonens fokus må flyttes fra organisatoriske og strukturelle endringer til implementering av de vedtatte strategiene og kontinuerlig forbedring som metode.

Forslaget bygger på et oppdatert forskningsbasert kunnskapsgrunnlag samt innhenting av erfaringer fra noen av de fremste sykehusorganisasjonene i USA og Norden, og er avstemt mot de siste endringene i norsk lovgivning samt Helse Nord RHF's kvalitetsstrategi og krav til risikostyring. Direktøren er ikke kjent med andre tilnærminger eller metoder som svarer på

utfordringene vi nå står overfor, knyttet til pasientsikkerhet, kvalitet og balansen mellom oppgaver og ressurser. Det er derfor ikke utredet alternative forslag. Forskningen viser imidlertid at den generelle metodekunnskapen om forbedringsarbeid må tilpasses lokal kontekst hvis man skal lykkes. Det er direktørens vurdering at satsingen som her foreslås er godt forankret i tidligere strategiarbeid, erfaringen med Lean-prosjekter gjennom mange år og god medvirkning i organisasjonen etter forrige behandling i styret i juni 2016.

Direktøren mener at den foreslåtte satsingen flytter oppmerksomheten fra utenforliggende begrensinger til fokus på eget forbedringspotensial. Forslaget medfører en mer systematisk bruk av allerede eksisterende ressurser, og forutsettes gjennomført uten ressurstilførsel. Det er et mål å frigjøre ressurser til å behandle flere pasienter i fremtiden gjennom reduksjon av feil, økt kvalitet og bedre prioriteringer.

Mange tiltak er allerede under planlegging og/eller gjennomføring. Saken må likevel følges opp etter styrets beslutning med utarbeiding av en mer detaljert tiltaksplan, som inkluderer gjennomføring av de risikoreduserende tiltakene. Det er viktig at hele organisasjonen, inklusive styret, tar inn over seg at dette er en langsiktig satsing som krever tålmodighet og tydelig kurs i mange år.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at styret godkjenner den reviderte gjennomføringsplanen med tilhørende risikoreduserende tiltak samt de foreslåtte grunnleggende premissene for satsingen, og at direktøren gis fullmakt til å gjøre nødvendige justeringer i satsingen underveis i arbeidet.

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Referanser

1. Andersen H. Enablers for change. A mixed-methods study of Lean-based quality improvement in hospitals. Tromsø: UiT The Arctic university of Norway, 2015.
2. Scoville R, Little K, Rakover J, Luther K, Mate K. Sustaining improvement. IHI White paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for healthcare improvement, 2016.
3. Swensen S, Pugh M, McMullan C, Kabcenell A. High-impact leadership: Improve care, the health of populations, and reduce costs. IHI White paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for healthcare improvement, 2013.

Vedlegg

1. Virkningsfull lederatferd. Sammendrag oversatt fra IHI White paper High-impact leadership: Improve care, the health of populations, and reduce costs
2. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
3. Risikovurdering av *Gjennomføringsplan for kontinuerlig forbedring*, datert 30.8.2016
4. Risikoreduserende tiltak

Vedlegg 1

Sammendrag oversatt fra IHI White paper *High impact leadership. Improve care, the health of populations, and reduce costs.*

Virkningsfull lederatferd

1. Opptre personsentret,
For eksempel ved å aktivt oppsøke muligheter for direkte dialog med pasienter, pårørende og medarbeidere
2. Engasjere seg på grunnplanet,
For eksempel ved å aktivt være tilstede der vanlig pasientbehandling utføres, besøke team og avdelinger på alle organisatoriske nivåer og utvise åpenhet både om problemer og gode resultater
3. Ubøyelig fokus på organisasjonens visjon og gjennomføring av vedtatte strategier
4. Sikre transparens,
For eksempel om gode og dårlige resultater, fremdrift i prosesser og prosjekter
5. Ta grenseoverskridende ansvar,
Ved å oppmuntre til og selv praktisere helhetlig systemtenkning og samarbeid på tvers av organisatoriske grenser



Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Dato	FOR-2016-10-28-1250
Departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Publisert	I 2016 hefte 14
Ikrafttredelse	01.01.2017
Sist endret	
Endrer	FOR-2002-12-20-1731
Gjelder for	Norge
Hjemmel	LOV-1984-03-30-15-§7, LOV-1999-07-02-61-§2-1a, LOV-1999-07-02-61-§3-4a, LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§4-2, LOV-1983-06-03-54-§1-3a
Kunngjort	28.10.2016 kl. 14.20
Korttittel	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten

Hjemmel: Fastsatt ved kgl.res. 28. oktober 2016 med hjemmel i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 7, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a tredje ledd og § 3-4a andre ledd, lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 tredje ledd og § 4-2 andre ledd og lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) § 1-3a. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

§ 1. Formål

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter

- helsetilsynsloven § 3
- spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd
- helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd eller
- tannhelsetjenesteloven § 1-3a.

Forskriften gjelder også virksomheter som er pålagt plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet etter

- spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a eller
- helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

§ 3. Ansvar for styringssystem

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

§ 4. Definisjon

I denne forskriften betyr styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

§ 5. Omfang og dokumentasjon

Styringssystemet, jf. pliktene i § 6 – § 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut i fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

§ 6. Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 7. Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

§ 8. Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

§ 9. Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 10. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. januar 2017. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Vedlegg 3

Risikovurdering av gjennomføringsplan Kontinuerlig forbedring

30.08.16

Bakgrunn

Risikovurderingen ble gjennomført 29.08.16 på bakgrunn av styrevedtak i sak 61/2016. Foretakstillitsvalgte, foretaksverneombud og Brukerutvalgets arbeidsutvalg var invitert til å delta. Følgende deltok i risikovurderingen: Terje Møjen og Einar Rebni (foretaksverneombud), Ulla Dorte Mathisen, Mai-Britt Martinsen, Rigmor Frøyum, Jan Eivind Pettersen, Elisabeth Olstad (foretakstillitsvalgte) og Cathrin Carlyle (brukerutvalgets leder).

Gjennomføring

Det var satt av to timer til møtet, og deltakerne hadde fått gjennomføringsplanen tilsendt på forhånd. Risikovurderingen ble gjennomført av rådgiver Hege Andersen, direktørens stab. De 8 punktene i planen ble risikovurdert hver for seg, også delt i underpunkter. I tillegg ble det lagt til et pkt 9, da direktørens ledergruppe ønsker å legge en plan for egenevaluering underveis i arbeidet. Hovedvekt i vurderingen ble lagt på hva som kan gå galt, hva er konsekvensene av dette, hvor sannsynlig er det at dette inntreffer og hva kan hindre at dette skjer og/eller redusere faren for at det skjer. Vi brukte en tradisjonell mal for risikovurdering (ref. Helse Nord's mal for risikovurdering av prosjekter). Først identifiserte gruppen risikoer knyttet til hvert punkt i gjennomføringsplanen. Deretter vurderte de konsekvensene og sannsynligheten for at dette skulle inntreffe. Til slutt foreslo gruppen risikodempende/kompenserende tiltak knyttet til de risikoer som havnet i «rød sone», dvs de med mest alvorlige konsekvenser og størst sannsynlighet.

Resultat av risikovurderingen

De 9 punktene i gjennomføringsplanen er gjengitt i detalj i vedlegg 1. Gruppen hadde som generell merknad til risikovurderingen at gitt at dette var en tentativ gjennomføringsplan av overordnet, lite konkret karakter, var det krevende å gjennomføre vurderingen. De mente også at planen bar preg av å være skrevet av ledelsen, og synliggjorde ulik virkelighetsoppfatning på ulike plan i organisasjonen.

Tabell 1: Risikoer knyttet til gjennomføringsplanen; sannsynligheten for å få planen implementert reduseres av følgende:

	Jf plan pkt	Risiko
A	1-4	Manglende medvirkning/forankring i organisasjonen
B	1-4	Manglende medvirkning og forankring blant UNNs brukere
C	1-4	KVAM-struktur og andre etablerte møteplasser i UNN er utelatt
D	1c	Kommunikasjon når ikke ut i organisasjonen
E	2a	Måleindikatorene sier ikke noe om reell kvalitet
F	2b	Ledergruppen arbeider med problemer (på tavla) som ikke er viktige
G	5	Kvalitetsavdelingen lager et avvikssystem som ikke fungerer
H	6	Lean oppfattes som er trussel (ulik erfaring, kompetanse)
I	7	Lykkes ikke med å spre kunnskap (for personavhengig/ansatte har ikke tid)
J	7	Pasientbehandling o.l. nedprioriteres for å få tid til dette
K	8	Nettverk er sårbart – og uklart hvem som bestemmer hva de skal gjøre
L	9	Bukken og havresekken - egenevaluering

Vurderingen av konsekvenser av og sannsynlighet for de ulike risikoer:

Svært stor					A D
Stor				G	I
Middels		E og F	B K	C	
Liten		H		J	
Svært liten			L		
Sannsynlig/ Konsekvens	Ubetydelig	Lav	Middels	Alvorlig	Kritisk

Kompenserende og risikoreducerende tiltak for risikoer i «rød sone» identifisert i møtet

A Risikovurderingen må gjennomføres før prinsippene utformes. De fora og møteplasser som er etablert i organisasjonen, særlig på klinikknivå, må mobiliseres i dette arbeidet. Herunder dialogmøter, KVAM-strukturen, evt KVAM-dagen og ledersamlingen.

D Det bør benyttes en rekke ulike kommunikasjonsmidler/medier for å kommunisere budskapet til organisasjonen; infotavler, facebook, nettverket av forbedringskonsulenter, Pingvinavisa, personalmøter osv. Ledere, særlig seksjonsledere, tillitsvalgte og verneombud m fl må målbære dette.

I Det må frigjøres tid til å kunne gjennomføre dette arbeidet. Forutsetter delegering, arbeidsdeling og at noen arbeidsoppgaver nedprioriteres. Et forslag er å starte med å effektivisere og redusere «papirmølla». En må kunne metodikken, samt få trening i å kommunisere denne. Til syvende og siste er det snakk om kultur.

G Læring og forbedring må være målet, ikke avvikslukking i seg selv. En start er å sikre faste personalmøter. Det må også gjøres enklere å melde avvik og å finne prosedyrer (DocMap).

Gjennomføringsplanen

Nr	Beslutning	Hvordan følge opp	Hvem	Når
1a	Direktøren etablerer grunnleggende prinsipper for endringsarbeidet	Dir. lager utkast til prinsipper, forankre i ledermøtet og orientere styret	Dir., ledermøtet, drøftinger, styret	Ledermøte 5-6/9 Drøft 19-21/9 Styremøtet 5/10
1b	Risikovurdering av planen gjennomføres	Workshop med FTV, BAU, ledermøtet og styrebehandling	FTV og BAU, ledermøtet (innspill), drøft og styresak	FTV/BU risikovurd 29/8 Ledermøte 5-6/9 Drøft 19-21/9 Styremøte 5/10
1c	Kommunikasjon av planen ut i organisasjonen	Lage en kommunikasjonsplan	Kommunikasjonsavd.	Komm.avd bistår- møte 18/8
2a	Nøkkelprioriteringer (knyttet til visjon, mål og satsningsområder) og måleindikatorer etableres	Oppstart med de prioriteringer styret har gjort. På sikt: Workshop med ledergruppen for å utvikle nye/egne. Mål: egen x-matrise for UNN	Ledergruppen ØAS, Kvalut (de som leverer data til styrets indikatorer i dag) Studiebesøk SÅS	Prøve ut i ledermøtet 23/8 (m eksist mål). Workshop: 2016/17? Avvente
2b	Tavlemøter i ledergruppen	Design tavle, prøve ut (PDSA) – forutsetter at det frigjøres ledertid	Dir., ledergruppen	Teste ut i ledermøtet 23/8
3	Ledergruppen får opplæring og trening i kontinuerlig forbedring	Prøving og feiling i ledermøter med tavle – små opplæringsmoduler/drypp som en del av dette?	Hege, KA	Møte med KA 19/8. Teste ut på ledermøtet 23/8.
4	Teambygging i ledergruppen	Ekstern mentor	Dir., Paul Hellandsvik, ledergruppen	Startet vår 2016
5	Etablere system for håndtering av hendelser/avvik	Etablere et system – beskrive det i detalj, teste det ut i tråd med PDSA. Må inkl tavler, KVAM, og behandling av ulike typer saker. I tillegg til å lukke avviket, er forbedring og læring målet.	KA	Møte med KA 19/8.
6	Gjennomgang og forbedring av alle de store arbeidsprosessene knyttet til sykehusledelsen	Bruke lean (VSM) Organisering som pasientforløpsprosjekter. De store adm prosessene må identifiseres	Hege, (bruk fokusgruppene fra klinikkene vedr tilbudet til stab og kvalut) stabssenteret, Kvalut, ledergruppen	Stabsmøtet plukker ut prosesser. Oppstart høst 2016 – ev avvente
7	Strukturert langsiktig opplæringsprogram i forbedringsmetodikk/system for kontinuerlig forbedring	Lage et strukturert program og utrullingsplan for hvem som skal lære hva, når – basert på at kunnskap «sildrer» nedover, learning by doing, feiling, øvelse, dvs lære opp ledere som via tavlemøter lærer sine ansatte forbedringsarbeid.	KA, ev også stabssenteret	Møte med KA 19/8
8	Nettverk av forbedringskonsulenter	KA har allerede tatt initiativ til dette, og klinikken har meldt inn en deltaker hver. Må vurdere	KA	Startet vår 2016-avklare i møtet med KA 19/8

		om gruppen er riktig sammensatt		
9	Plan for evaluering	Skissere en tidsplan for egevaluering i ledergruppen	Dir, ledergruppen	Ledermøte 5-6/9 Drøft 19-21/9 Styremøtet 5/10

Vedlegg 4

Risikoreduserende tiltak

1. Tiltak innen området «medvirkning og forankring»

- A. Langsiktig strategi – metodikk må læres og tenkemåten forankres (etablere de lange linjene). Samtidig må rask effekt sikres gjennom forbedringer som vil lykkes.
- B. De møteplasser som er etablert i organisasjonen, særlig på klinikknivå, må mobiliseres og brukes.
- C. Begrunne KF i målsettingen om helsegevinst og knytte kvalitet til arbeidsmiljø.
- D. Medvirkning i utforming av nøkkelprioriteringer/prinsipper.
- E. Medvirkning og forankring «ute» i organisasjonen, der forbedringene skjer, krever samarbeid med TV VO og medarbeidere. Lederne må være tilstede.
- F. Legge til rette for at beslutninger tas på lavest mulig nivå.
- G. Etablere systemer for at de tingene som løftes opp faktisk gjøres noe med, gjennom tavlemøter på alle nivåer.

2. Tiltak innen området «kommunikasjon»

- A. En rekke ulike kommunikasjonskanaler må benyttes
 - Fredagsbrev fra direktøren
 - Bruke film
 - Kåre årets forbedring i UNN 2017 – tillitsvalgte og vernetjenesten lager kriterier og sitter i juryen
 - Anvende brukerstemmen mer og tydeligere
 - Utvikle en pedagogisk formidlingspakke
 - Kommunikasjonsplaner på flere organisasjonsnivåer
- B. Ledere, tillitsvalgte og verneombud som målbærere av budskapet
- C. Bruke forbedringshjulet visuelt
 - Bruke et språk som ikke er fremmedgjørende
 - Innarbeide forbedringshjulet i relevante presentasjoner og kanaler
- D. Historier som eksempler
 - Fortelle historier som synliggjør hvordan medarbeidere er med på å forbedre livet til pasientene
 - Vise frem konkrete eksempler på forbedring slik at medarbeidere og ledere «ser» og får tips om forbedringsområder
- E. Systematisk spredning av KF gjennom ledere – klinikklederteam
 - Ledertilstedeværelse på tvers av flere nivå slik at ledere som ikke prioriterer dette, forpliktes. Felles ledersamlinger i klinikkene

3. Tiltak innen området «System for håndtering av avvik»

- A. Etablere et system for læring og forbedring. Tavler skal brukes.
- B. I tillegg til å lukke avvik må rotårsakene identifiseres for å oppnå forbedring.
- C. Forenkle melderutiner og gjøre det lettere å melde forbedringsforslag. Melder skal få tilbakemelding.
- D. Videreutvikle avvikssystemet til å også håndtere de avvik som skjer på tvers av klinikker.
- E. Samarbeid med andre sykehus som arbeider med KF
- F. Økt kompetanse blant ledere og ansatte i forbedringsarbeid

- G. Kvalitetsrådgivere skal brukes til å følge opp klinikkens meldte pasienthendelser, for å sikre at det fører til læring.
4. *Tiltak innen området «kunnskapsspredning»*
- A. Systematisk opplæring ved å bruke felles opplæringspakker tilpasset ulike målgrupper formidlet på ulike fellesarenaer
 - B. «Keep it simple» ved å lære de ansatte de basale prinsippene for KF slik at brukerne får enkle verktøy som kan støtte dem i det daglige arbeidet
 - C. Bruk ansattrepresentanter som ambassadører og personer nær brukerne som opplærings- og forbedringsagenter
 - D. Bruke læringsnettverk som arena for lærings- og erfaringsutveksling.
 - E. Stab- og støttesentra må gi praktisk situasjonsbetinget opplæring slik at de som er ansvarlige for å iverksette arbeidet i enhetene får den nødvendige støtte og veiledning
 - F. Påvirke universitetet til å inkludere KF i sine studieprogram
 - G. Bruke oppfølging av medarbeiderundersøkelsen som case for å komme i gang med forbedringsarbeidet



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
6/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Marit Lind

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan - stedlig ledelse

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er fornøyd med at det er gjennomført en grundig og inkluderende prosess som omhandler dagens organisering av UNN og ivaretagelsen av stedlig ledelse i arbeidet med oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan.
2. Styret ved UNN viser til den interne utredningen som er gjort og rapporten *Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og ivaretagelse av stedlig ledelse* og støtter vurderingen av at det er mulig å ivareta stedlig ledelse på en god måte innenfor dagens klinikkmodell.
3. Styret erkjenner at behovet for lokal koordinering av driften på lokalsykehusene UNN Harstad og UNN Narvik ikke har vært håndtert godt nok.
4. Styret viser til arbeidsgruppens forslag til forbedringer for å ivareta stedlig ledelse på en bedre måte enn i dag og anbefaler at direktøren iverksetter nødvendige tiltak med utgangspunkt i anbefalingene. Enkelte forslag, som omgjøring av tre seksjoner ved UNN Harstad og én seksjon ved UNN Narvik til avdelinger, bes utredet nærmere før eventuell iverksetting.
5. Styret ber om at de tiltak som iverksettes evalueres etter ett års drift, samtidig som det legges til grunn at organisasjonsmodellen håndteres dynamisk ved at direktøren fortløpende gjennomfører forbedringstiltak ved behov.
6. Styret ber om at arbeidsgruppens rapport oversendes Helse Nord RHF sammen med vedtakspunktene i denne saken.

Bakgrunn

Helse Nord RHF har i forbindelse med oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan i eget mandat (vedlegg 2) bedt Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om to utredninger, én som omhandler kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi og én som utreder organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas. Denne saken gjelder siste del av oppdraget.

Ved Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan i 2016 ble det vedtatt at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus. Det presiseres i mandatet fra Helse Nord RHF at organiseringen må være innenfor lovens krav om enhetlig ledelse, jf. protokoll fra foretaksmøtet i Helse Nord RHF 4.5.2016, hvor rammer og kravet om én leder på alle nivå, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 3.9. fremgår. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker.

Helseforetaket fikk selv ansvar for å organisere utredningsarbeidet, men det ble presisert at prosessene skulle baseres på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/pårørende, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. Det ble videre forutsatt at medarbeidere fra lokalsykehusene skulle få medvirke i utredningsarbeidet, og at det skulle gjennomføres høringsprosesser hvor berørte interessenter skulle få delta, før helseforetaket gjorde sine anbefalinger. Kommunene skulle informeres om arbeidet og medvirke gjennom etablerte samarbeidsorgan. Det ble stilt krav om at rapporten som utreder og beskriver organiseringen av helseforetaket, og hvordan stedlig ledelse ivaretas, skal behandles i helseforetakets styre før den oversendes Helse Nord RHF. Frist for oversendelse til Helse Nord RHF ble først satt til 25.11.2016, men senere utvidet til 10.2.2017.

Formål

Formålet med saken er å styrebehandle beskrivelsen av dagens organisering og ivaretagelse av stedlig ledelse, samt forslag til forbedringer i måten stedlig ledelse ivaretas på, før oversending til Helse Nord RHF slik det er stilt krav om i oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan.

Saksutredning

Organisering av utredningsarbeidet og gjennomføringsprosess

Utredningsarbeidet har vært ledet av viseadministrerende direktør. Det ble nedsatt en tverrfaglig arbeidsgruppe med ledere fra alle nivåer i organisasjonen, representanter for de tillitsvalgte, vernetjenesten og Brukerutvalget. Lokalisasjonene UNN Harstad og UNN Narvik har vært godt representert.

Arbeidsgruppen fikk i oppdrag å gjennomføre utredningen og legge frem sine vurderinger i en sluttrapport til direktøren. Rapporten ligger i sin helhet ved denne saken (vedlegg 1). Oppdraget ble gjennomført i en tredelt prosess. I første del ble dagens overordnede organisasjonsmodell i UNN, og hvordan denne ivaretar stedlig ledelse, beskrevet. Del to var en innspillsrunde der eksterne og interne interessenter ble invitert til å komme med sine synspunkter på om stedlig ledelse er ivaretatt på en god måte i dagens struktur. I siste del av arbeidet gikk arbeidsgruppen systematisk gjennom alle innspill, vurderte disse og jobbet frem anbefalinger til hvordan dagens organisering og ivaretagelsen av stedlig ledelse kan bedres.

Utredningen er gjennomført som en åpen prosess med bred involvering. Det ble etablert egen kommunikasjonsplan med interessentanalyse. Beskrivelsen av hvordan UNN er organisert, hvordan stedlig ledelse ivaretas samt invitasjon til å komme med innspill, lå åpent på UNNs inter- og intranettsider. I tillegg ble det sendt ut invitasjon til utvalgte eksterne og interne interessenter.

Dagens organisering av UNN

Overordnet organisasjonsmodell

Beskrivelsen av foretakets organisering, og hvordan denne ivaretar stedlig ledelse, fremkommer i vedlagte rapporters kapittel 2. Her beskrives grunnprinsipper og hovedstrukturer i overordnet

organisasjonsmodell med klinikkstruktur på tvers av geografiske lokalisasjoner. Det beskrives også på hvilken måte modellen ivaretar stedlig ledelse.

UNN er i dag organisert i en klinikkmodell med gjennomgående faglig ledelse. Den formelle organiseringen teller i alt fem nivåer under styret: Direktør, klinikk, avdeling, seksjon og enhet.

Antall nivåer avhenger av klinikkenes og sentrenes størrelse og kompleksitet. Ledelsesstrukturen følger organisasjonsstrukturen med fem ledernivåer i linjen: Direktør, klinikk sjef/sentersjef, avdelingsleder, seksjonsleder og eventuelt enhetsleder. Administrerende direktør er daglig leder og ansvarlig overfor styret. Klinikksjefene/sentersjefene leder klinikkene/sentrene og har totalansvar for sin enhet.

I tråd med prinsippet om enhetlig, teambasert ledelse, er det etablert et klinikklederteam som består av klinikk sjefen og avdelingslederne. Det samme gjelder i sentrene. Klinikksjefen/sentersjefen leder lederteamet, og har den endelige beslutningsmyndigheten i teamet. Prinsippet om enhetlig teambasert ledelse er et gjennomgående prinsipp, og gjelder for alle ledernivåer. Det er utpekt medisinskfaglige rådgivere der forsvarlighetskravet krever det.

Stedlig ledelse med fokus på lokalsykehusene i Harstad og Narvik

Alle klinikk sjefer har hovedarbeidssted i Tromsø, og det er stedlige avdelingsledere eller seksjonsledere i Harstad og Narvik som rapporterer til klinikk sjef eller avdelingsleder i Tromsø.

Drift- og eiendomssenteret er ledet av drift- og eiendomssjefen, som har hovedarbeidssted i Harstad, med to avdelingsledere der og én i Tromsø. I Narvik er seksjonsleder stedlig leder.

Stabssentrene ledes av senterledere i Tromsø. Alle enheter på laveste nivå har, med noen få unntak, lokal (stedlig) linjeleder.

Prinsippet om enhetlig, teambasert ledelse skal sikre deltakelse i lederteam i direkte hierarkisk ledelseslinje til sykehusledelsen. Det ble etter LUO-evalueringen i 2012 gjort strukturell harmonisering av de største kliniske enhetene ved virksomhetene i Harstad og Narvik, for å gjøre organisasjons- og lederstruktur konsistent og oversiktlig, og for å lette samarbeid på tvers av klinikkstrukturen lokalt.

For å understøtte og tilrettelegge for utøvelse av stedlig ledelse, er det etablert lokale driftsråd både i Harstad og i Narvik. Driftsrådene skal være en arena for samhandling, samarbeid og informasjonsutveksling mellom ulike enheter og klinikker som har virksomhet ved disse lokalisasjonene, slik at man samlet kan beslutte i klinikkovergripende driftssaker.

Deltakere i driftsrådet er avdelings- og seksjonsledere fra klinikker/sentra som har avdelinger eller seksjoner i Harstad og i Narvik. I tillegg deltar klinikk sjef fra Operasjons- og intensivklinikken, Medisinsk klinikk eller Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken. Disse ruller for ett år om gangen, én som fast representant i rådet og én som vara. Driftsrådet kan innkalle andre ledere eller medisinskfaglige rådgivere på sak.

UNNs fullmaktstruktur beskriver hvilke fullmakter som er gitt hvem, og skal understøtte modellen slik at lokale ledere kan ha mulighet til å utøve stedlig ledelse.

Utredning av stedlig ledelse i UNN

I del to av arbeidet kom det i alt 25 innspill fra eksterne og interne interessenter. Disse kom fra kommuner og regionråd (6), ledere og medarbeidere i UNN (16), fra Harstad eldreråd, fra

allmennleger i Harstad (1) og Brukerutvalget. Antall innspill og innholdet i disse, viser at temaet stedlig ledelse engasjerer, både i og utenfor organisasjonen.

Innspillene viste ulike oppfatninger av hvordan stedlig ledelse ivaretas i dagens modell. Noen pekte på at UNN ikke ivaretar stedlig ledelse på en god måte. Andre igjen mente at dagens modell sikrer stedlig ledelse samtidig som den ivaretar god og lik pasientbehandling på tvers av geografiske lokalisasjoner. Organiseringen av Psykisk helse- og rusklinikken med sine mange mindre lokalisasjoner, har en struktur som det synes å være enighet om at fungerer godt med hensyn til ivaretagelse av stedlig ledelse.

Svært mange av innspillene pekte på en rekke større og mindre forbedringsforslag som kan være med på å bedre dagens organisering og ivaretagelse av stedlig ledelse.

Grovt sett kan man dele innspill og vurderingen av tiltak i tre hovedkategorier:

1. Forslag om å opprette lokale kliniksjefer med totalansvar for geografisk baserte klinikker i Narvik og Harstad
2. Forslag om mindre justeringer innenfor dagens struktur uten at det etableres en overordnet stedlig leder
3. Forslag om en modell med stedlig lokal driftsleder for Narvik og Harstad innenfor dagens klinikkstruktur

I tillegg kom det en del generelle innspill som kan vurderes uavhengig av organisasjonsmodell.

Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling

Forslag 1 Lokale kliniksjefer ved UNN Narvik og UNN Harstad

Arbeidsgruppens vurdering av en slik løsning er at den klart vil styrke stedlig ledelse ved UNN Narvik og UNN Harstad, ved at den gir en tydelig og tilstedeværende overordnet leder for lokalisasjonene. Løsningen vil imidlertid utfordre den gjennomgående klinikkstrukturen, og kanskje rokke ved, eller bryte med den. Konsekvensene vil kunne bli store for de øvrige klinikkene med hensyn til størrelse og faglig innhold.

Arbeidsgruppen vurderer dette tiltaket som en betydelig og omfattende endring, som vil kreve et stort, gjennomgående organisasjonsutviklingsarbeid i hele UNN. En slik OU-prosess vil legge beslag på store ressurser, i en tid hvor UNN allerede er hardt presset som følge av mange pågående IKT- og byggeprosjekter. Tiltaket vurderes derfor av arbeidsgruppen som ikke tilrådelig.

Forslag 2 Mindre justeringer innenfor dagens struktur

Arbeidsgruppen mener at mange av tiltakene som kom opp i denne kategorien er viktige og gode, men vurderer at det må gjøres enda tydeligere grep for å ivareta stedlig ledelse ved UNN Harstad og UNN Narvik på en tilfredsstillende måte.

Forslag 3 Stedlig lokal driftsleder for UNN Narvik og UNN Harstad innenfor dagens klinikkstruktur

Flere av innspillene peker på behovet for en tydelig, overordnet stedlig lederrolle, uten å konkretisere om dette er en lokal kliniksjeff som i forslag 1. Det fremkom imidlertid som vesentlig at UNN etablerer roller og strukturer på en slik måte at disse oppleves å gi reell stedlig ledelse.

Det er arbeidsgruppens vurdering at det både er ønskelig og mulig å etablere en modell med en tydelig, stedlige lederrolle, og et styrket lokalt driftsråd som ivaretar stedlig ledelse, uten at modellen kommer i konflikt med UNNs overordnede organisasjonsmodell og kravet om enhetlig ledelse.

Anbefaling

En samlet arbeidsgruppe foreslår at det opprettes stillinger som *teamledere* ved UNN Harstad og UNN Narvik, innenfor dagens klinikkstruktur. Dette skal ikke være lederstillinger i tradisjonell forstand, med totalansvar for driften på lokalisasjonen, men stillingene gis en overordnet, koordinerende rolle samt ansvar for representasjon utad på saker som gjelder hele lokalisasjonen. Det foreslås videre at det etableres et styrket, stedlige beslutningsorgan, med benevnelse *Lederteam UNN Harstad* og *Lederteam UNN Narvik*, og at teamleder gis ansvar for å lede lokalt *lederteamsmøte*. Videre mener arbeidsgruppen at de lokale lederteamene bør møtes oftere enn i dag, og at møtene bør samordnes med UNNs øvrige møtestruktur og årshjul. For å sikre oppfølging og kontinuitet i saker som må behandles sentralt, foreslås det at teamlederne blir faste medlemmer i direktørens stabsmøte samt møter i direktørens ledergruppe på sak.

Arbeidsgruppen foreslår i tillegg at det gjøres en ytterligere harmonisering av organisasjonsnivåene ved UNN Harstad og UNN Narvik, der alle organisatoriske, somatiske enheter som har inneliggende pasienter, blir avdelinger med avdelingsleder lokalt. Dette vil i Harstad gjelde Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk seksjon, Ortopedisk dag/døgn/poliklinikk seksjon i Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken og Føde/gyn-seksjonen i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K). I Narvik vil det omfatte Føde/gyn-seksjonen i K3K. For å forsterke forbedringsarbeidet lokalt, knyttet til både pasient- og ansatt saker, foreslås det å etableres lokale KVAM-utvalg ved UNN Harstad og UNN Narvik, som kan behandle saker som berører flere klinikker og avdelinger lokalt. De lokale utvalgene foreslås i tillegg til den eksisterende KVAM-strukturen i linjen.

Medvirkning

Det har som beskrevet i saksutredningen vært bred medvirkning i denne utredningen, både internt og eksternt. Saken er i tillegg forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalget samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne innspills- og drøftingsmøter i forkant av denne styresaken. Referat/ protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker i styremøtet 8.2.2017.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg støttet hovedretningen i forslaget, og var spesielt opptatt av behovet for likeverdige tilbud og lokal koordinering, og vektla at likeverdige tilbud må sikres i den foreslåtte modellen.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ba om at det må sikres et nødvendig handlingsrom til organisatoriske tilpasninger lokalt. Videre mente de at det må åpnes for en risikovurdering av de organisatoriske tilpasningene som er foreslått i saken, med aktiv deltakelse fra miljøene i Harstad og Narvik.

Arbeidsmiljøutvalget sluttet seg til saken slik den ble presentert, men vektla viktigheten av at de lokale aktørene fortsatt inviteres til god medvirkning i oppfølgingen av saken.

Vurdering

Direktøren erkjenner at behovet for lokal koordinering av driften ved lokalsykehusene ved UNN Harstad og UNN Narvik ikke har vært god nok. Direktøren støtter vurderingen av at det er behov for og mulig å bedre ivaretagelsen av stedlig ledelse innenfor dagens klinikkstruktur med forbedringstiltak av den typen arbeidsgruppen foreslår. De anbefalinger som foreslås, vurderes i hovedsak å være fornuftige og mulige å iverksette, uten at disse rokker ved, eller bryter med dagens klinikkstruktur, som er basert på gjennomgående faglig ledelse. Forslagene vurderes å være godt innenfor rammene som er gitt i foretaksmøtets vedtak.

Direktøren vurderer etablering av koordinatorstillinger ved UNN Harstad og UNN Narvik som et nødvendig tiltak. Det understrekes at disse stillingene vil ha tverrgående koordinering mellom klinikkens aktiviteter, inklusive drift og ledelse av et koordinerende møte, som sitt hovedansvar. Det blir viktig at stillingens endelige tittel gjenspeiler dette. Slike stillinger representerer innføring av et matriseelement i organisasjonen. Det er en forutsetning for at dette skal bli vellykket at det utarbeides tydelige mandater og stillingsbeskrivelser for både koordinatoren og de lokale linjelederne slik at det ikke er tvil om ansvar og beslutningsmyndighet. Direktøren mener at opprettelse av koordinatorfunksjonen vil frigi verdifull lederkapasitet hos lokale avdelingsledere og hos klinikkjefene. Arbeidsgruppen har ikke utarbeidet forslag til organisatorisk innplassering av koordinatorstillingen. Dette må besluttes senere.

Det er videre direktøren vurdering at tiltaket som anbefaler omgjøring av tre seksjoner ved UNN Harstad og én seksjon ved UNN Narvik til avdelinger, som en relativt stor endring som bør risikovurderes før endelig beslutning.

I tillegg til hovedretningene i de forbedringstiltak som arbeidsgruppen foreslår, vil direktøren vurdere å i invitere de nye koordineringsfunksjonene ved UNN Harstad og UNN Narvik inn i de ukentlige tavlemøtene som direktøren har i ledergruppen. Dette vil etter direktørens mening gi en ytterligere mulighet for å fange opp lokale forbedringsbehov i Harstad og Narvik på en rask og effektiv måte, og for å sikre implementering av satsingen på kontinuerlig forbedring ved samtlige lokalisasjoner.

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen
administrerende direktør

Vedlegg

1. Sluttrapporten *Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge og ivaretagelse av stedlig ledelse.*
2. Mandat fra Helse Nord RHF for oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, datert 5.7.2016.

12.1.2017

Sluttrapport fra arbeidsgruppen for stedlig ledelse

Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og ivaretagelse av stedlig ledelse

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan i Helse Nord:

«Utrede og beskrive organisering av helseforetaket, og hvordan stedlig ledelse ivaretas»



Innhold

Sammendrag.....	3
1 Bakgrunn og oppdrag for arbeidet	4
1.1 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan	4
1.2 Mandat fra Helse Nord RHF – Stedlig ledelse	4
1.3 Organiseringen av utredningsarbeidet	5
1.3.1 Arbeidsgruppen for utredning av stedlig ledelse ved UNN	5
1.3.2 Utredningsarbeid ble organisert som en tredelt prosess	6
1.4 Et likeverdig tilbud til alle og kvalitet i pasientbehandlingen	6
2 Organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas	7
2.1 Formål med notatet	7
2.2 Oppbygging av notatet.....	7
2.3 Begrepsavklaring	7
2.3.1 Enhetlig ledelse	7
2.3.2 Enhetlig teambasert ledelsen	8
2.3.3 Gjennomgående faglig ledelse	8
2.3.4 Stedlig ledelse	8
2.4 Overordnet organisasjonsmodell i UNN HF	9
2.4.1 Universitetssykehuset i Nord Norge HF (UNN)	10
2.4.2 Overordnet organisasjonsprinsipp i UNN	10
2.4.3 Hierarkiske nivå i organisasjonen	10
2.4.4 Overordnet lederstruktur	11
2.4.5 Sykehusledelsen	11
2.4.6 Ledelse i klinikkene - avdelingene – seksjonene – enhetene	11
2.5 Stedlig ledelse og faglig tilbud i UNN med fokus på lokalsykehusene	12
2.5.1 Historikk-Bakgrunn.....	12
2.5.2 Lokalsykehusene	12
2.5.3 LUO-evalueringen og lokalsykehusfunksjonen	12
2.5.4 Strukturell harmonisering av organisasjons- og ledernivåene ved UNN Narvik og UNN Harstad.....	12
2.5.5 Stedlig ledelse på seksjonsnivå	16
2.5.6 Etablering av lokale driftsråd for UNN Narvik og UNN Harstad.....	16
2.5.7 Evaluering av lokalrådene i 2015	16
2.5.8 Revidert mandat for lokale driftsrådene i UNN Harstad og UNN Narvik.....	17
2.5.9 Fullmaktstruktur	19
2.5.10 Budsjettmidler til driftsrådene.....	19



2.5.11	Kvalitets- og utviklingscenteret (KVALUT), Stabscenteret og Drifts- og eiendomssenteret	19
3	Utredning av stedlig ledelse i UNN	19
3.1	Innspill på stedlig ledelse innenfor dagens modell.....	19
3.2	Forslag til tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre.....	20
3.3	Lokal klinikk sjef med totalansvar for geografiske klinikker i Narvik og Harstad (forslag 1)	20
3.4	Mindre justeringer innenfor dagens struktur (forslag 2)	21
3.5	Etablere stedlig driftsledelse ved UNN Narvik og UNN Harstad (forslag 3)	21
3.5.1	En tydelig stedlig lederrolle og et styrket lokalt lederteam.....	22
3.6	Andre forbedringstiltak.....	24
4	Oppsummering med anbefaling	25
	Vedlegg	27
	Bakgrunnsdokumenter i utredningsarbeidet – Stedlig ledelse	27



Sammendrag

Ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan har Stortinget vedtatt at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus. I forbindelse med oppfølging av planen ba Helse Nord RHF helseforetakene om å gjennomføre et arbeid med å utrede/beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse blir ivaretatt.

For å følge opp utredningsarbeidet nedsatte Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) en tverrfaglig gruppe med ledere fra alle nivå i organisasjonen. Lokalisasjonene UNN Harstad og UNN Narvik var sterkt representert. I tillegg besto arbeidsgruppen av representanter for de tillitsvalgte, vernetjenesten og Brukerutvalget ved UNN.

Mandatets oppdrag om å beskrive foretakets organisering, og hvordan denne ivaretar stedlig ledelse, ble besvart i et eget notat. Notatet beskriver grunnprinsipper og hovedstrukturer i overordnet organisasjonsmodell med klinikkstruktur på tvers av geografiske lokalisasjoner. Det beskriver også på hvilken måte modellen ivaretar stedlig ledelse. Notatet med beskrivelsen er i sin helhet gjengitt i denne rapporten.

I det videre arbeidet dannet notatet grunnlag for en innspillsrunde der eksterne og interne interessenter ble bedt om å vurdere i hvilken grad de opplevde at UNNs overordnet organisasjonsmodell ivaretar stedlig ledelse og hva som eventuelt kan være hensiktsmessige tiltak for å ivareta stedlig på en bedre måte.

Innspillene viste at man har ulike oppfatninger om hvordan stedlig ledelse blir ivaretatt i dagens organisasjonsmodell. Noen pekte på at UNN ikke ivaretar stedlig ledelse på en god måte. Andre igjen mente at dagens modell sikrer stedlig ledelse samtidig som den ivaretar god og lik pasientbehandling på tvers av geografiske lokalisasjoner. Felles for innspillene var at alle pekte på en rekke større og mindre forbedringsforslag som kunne være med på å bedre dagens organisering og ivaretagelse av stedlig ledelse.

Arbeidsgruppen gikk systematisk gjennom alle innspill som grupperte seg i tre kategorier for hvordan sikre og bedre stedlig ledelse på lokalsykehusene i Harstad og Narvik:

1. Etablere en lokal klinikkjef med totalansvar for virksomheten lokalisert ved henholdsvis UNN Harstad og UNN Narvik.
2. Mindre justeringer innenfor dagens organisering.
3. Et forslag med lokale lederteam, lederteam Harstad og lederteam Narvik, bestående av lokale linjeledere. Løsningen understøttes ved at det etableres stillinger som lokale teamledere på hver lokalisasjon, som får i oppdrag å lede lederteamsmøtene (tidligere driftsråd), koordinere lokale beslutningsprosesser og følge større saker for videre behandling i UNN på foretaksnivå.

Arbeidsgruppen har vurdert at sistnevnte løsning, på en reell måte, vil møte mange av de utfordringen man ser i dag. Ved å være tydelig på roller, og forankre de lokale lederteamene i klinikkens linjestruktur, vil man imøtekomme kravet om én ansvarlig leder på alle nivå.



1 Bakgrunn og oppdrag for arbeidet

1.1 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Arbeidet med å beskrive/utrede organiseringen av UNN, og hvordan stedlig ledelse blir ivaretatt, er en del av foretakets oppfølging av Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan (Bakgrunnsdokument 8).

Stortinget har besluttet at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved alle norske sykehus:

Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus (Bakgrunnsdokument 9).

Foretaksmøtets fulgte opp med å presiserer oppfølgingen av stedlig ledelse med følgende vedtak:

Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus». Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner (Bakgrunnsdokument 10).

Vedtaket i foretaksmøte gir rom for en viss fleksibilitet når man skal utforme konkrete ledelsesmodeller og lokale løsninger, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen. Tverrgående klinikker er imidlertid ikke til hinder for å tilfredsstille kravet om stedlig ledelse. Alle medarbeidere skal ha en stedlige leder samtidig som at kravet om enhetlig ledelse skal være oppfylt.

Definisjon av stedlig ledelse tar ikke stilling til organisatorisk nivå.

1.2 Mandat fra Helse Nord RHF – Stedlig ledelse

I mandat fra Helse Nord RHF heter det:

Alle helseforetak skal utrede/beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf. krav om en leder på alle nivå, jf. Specialisthelsetjenesteloven § 3-9.

Helseforetakene har selv ansvaret for å organisere utredningsarbeidet innenfor de rammer som er trukket opp.

Arbeidet har stor betydning for befolkningen og vil ha stor offentlig oppmerksomhet. Prosessene skal baseres på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/pårørende, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. Berørte interesser skal kunne delta i høringsprosesser før helseforetakene gir sine anbefalinger (Bakgrunnsdokument 11).

Mandatet forutsetter at medarbeidere fra lokalsykehusene skal medvirke i utredningsarbeidet.



Frist for å slutføre arbeidet med å utrede stedlig ledelse, og oversende styrebehandlet rapport til Helse Nord RHF, ble opprinnelig satt til 25.11 2016. På grunn av behovet for å få med eksterne interessenter i en høringsprosess, og gi disse reell mulighet til å behandle innspill i sine organ, ble fristen utsatt til 10.2.2017.

1.3 Organiseringen av utredningsarbeidet

Ved UNN ble arbeidet med utredningen av stedlig ledelse ledet av viseadministrerende direktør Marit Lind. Det ble gjennomført en prosess med bred involvering av interne og eksterne interessenter. Endelig rapport med arbeidsgruppens anbefalinger overleveres administrerende direktør før intern styrebehandling i UNN. I forkant av styremøtet følger vanlig saksgang for styresaker med drøftinger, behandling i Brukerutvalg og AMU før endelig styrebehandling 8.2. 2017. Saken oversendes til Helse Nord RHF den 10.2. 2017.

1.3.1 Arbeidsgruppen for utredning av stedlig ledelse ved UNN

For å ivareta utredningsarbeidet ble det nedsatt en arbeidsgruppe for stedlig ledelse ved UNN. Det ble vektlagt at sammensetningen av arbeidsgruppen skulle ha god representasjon fra begge lokalsykehusene. Arbeidsgruppen skulle videre ha representasjon fra alle de ulike ledernivåene i UNN og fra ulike fagmiljøer. I tillegg skulle Brukerutvalget, tillitsvalgte og vernetjenesten være representert. Etter innspill i planleggingsmøte med Brukerutvalget, tillitsvalgte og vernetjenesten 3.10.2016, og møter med driftsrådene i Harstad og Narvik (5.10.2016 og 6.10.2016) ble følgende arbeidsgruppe foreslått og konstituert 19.10.2016:

Navn	Rolle i arbeidsgruppen	Stilling
Marit Lind	Leder av arbeidsgruppen	Viseadministrerende direktør
Markus Rumpsfeld	Arbeidsgiversiden – Klinikknivå	Klinikkssjef, Medisinsk klinikk
Niels-Erik Krum-Hansen	Arbeidsgiversiden –Avdelingsnivå, Harstad	Konstituert avdelingsleder, Kirurgisk avdeling Harstad
Hanne Sommersel Ulstein	Arbeidsgiversiden –Seksjonsnivå, Narvik	Seksjonsleder, Røntgenavdelingen, Seksjon Narvik
Geir Hugo Bolle	Arbeidsgiversiden – Enhetsnivå, Narvik	Enhetsleder, Russeksjonen Narvik
Rita Vang	Vernetjenesten	Foretakshovedverneombud
Vibeke Haukland	Tillitsvalgt	Hovedtillitsvalgt NSF, Narvik
(Vara, Kyrre Johansen)		(Fagforbundet, Narvik)
Ulla Dorte Mathisen	Tillitsvalgt	Hovedtillitsvalgt DNLF
(Vara, Astrid Lunde)		(DNLF, Harstad)
Cathrin Carlyle	Brukerutvalget	Leder av Brukerutvalget
Ole-Martin Andersen	Sekretariat	Rådgiver, Lederstøtte og organisasjonsutvikling

I løpet av arbeidet er Geir Hugo Bolle erstattet av Beathe Fridfeldt, enhetsleder ved Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten, Døgnenhet. Hanne Frøyshov har deltatt på tre møter for DNLF som vara (19.10.2016, 9.12.2016 og 20.12.2016).



1.3.2 Utredningsarbeid ble organisert som en tredelt prosess

I første del av arbeidet ble det utarbeidet en deskriptiv organisasjonsbeskrivelse av dagens organisering ved UNN og hvordan denne ivaretar stedlig ledelse. I notatet blir det særlig fokusert på hvordan stedlig ledelse blir ivaretatt ved UNN Harstad og UNN Narvik.

Andre del av prosessen var en innspillsrunde. Organisasjonsbeskrivelsen utgjorde et innspillsnotat som dannet et utgangspunkt der både eksterne og interne interessenter ble gitt mulighet til å komme med sine vurderinger og synspunkter. Det ble lagt opp til en bred og åpen prosess med involvering. Invitasjon og innspillsnotat lå åpent på våre Internett- og intranettsider, og alle som måtte ønske å gi innspill kunne gjøre det via en egen høringsportal (**sykehusplan@unn.no**).

Kommunene ble informert og gitt muligheten til å medvirke gjennom etablert samarbeidskanal, Overordnet samarbeidsorgan (OSO). I tillegg ble vertskommunene for lokalsykehusene, Harstad, Narvik og Tromsø, tilskrevet med invitasjon til innspillsrunden. Før endelig sluttbehandling av saken ønsket OSO at regionrådene også skulle inviteres til å gi innspill. Ofoten regionråd, Midt-Troms regionråd og Sør-Troms regionråd ble tilskrevet.

Innspillsperioden ble opprinnelig satt fra 7.11 - 22.11.2016. Underveis i arbeidet ble UNN kjent med at flere kommuner ønsket å komme med egne innspill. UNN ønsket å tilrettelegge for en så åpen og bred prosess som mulig, der alle med interesser opp mot våre tjenester skulle kunne medvirke i det pågående utredningsarbeidet. Samtlige kommuner i UNNs nedslagsfelt fikk derfor invitasjon til å delta i innspillsrunden den 23.11.2016. Samtidig ble fristen for innspill utsatt med to uker for å gi alle reell mulighet til å behandle saken. Ny frist for å levere innspill ble satt til 7.12.2016.

I siste del av arbeidet har arbeidsgruppen behandlet innspillene som kom inn. Arbeidsgruppen har sett på hvordan innspillene vurderer dagens organisering og ivaretakelsen av stedlig ledelse, samt utfordringsbilde som tegnes. På bakgrunn av dette arbeidet har man forsøkt å fange opp og diskutert hva som kan være kompenserende tiltak og konkrete løsninger for å ivare og styrke stedlig ledelse.

Dette arbeidet danner grunnlaget for de vurdering og løsninger som foreslås i rapporten. Vurderingene som er gjort i utredningen ligger til grunn for arbeidsgruppens anbefalinger.

1.4 Et likeverdig tilbud til alle og kvalitet i pasientbehandlingen

Arbeidsgruppen ønsker å fremheve noen viktige premisser for utredningsarbeidet.

Helseforetakenes formål og hovedoppgave ligger som grunnlag for arbeidet:

Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning. (Helseforetaksloven 2001§ 1.Lovens og helseforetakenes formål)

I UNN følges dette opp med:

Vi skal gi et likeverdig tilbud til alle (Bakgrunnsdokument 7).

Alle helseforetak har forskjellige rammer med hensyn til geografi, demografi og utbredelse, og de varierer i størrelse. Det er derfor viktig å få tak i og hensynta hva som er viktig for at UNN skal levere et likeverdig helsetilbud til befolkningen.



UNNs visjon: *Det er resultatene for pasienten som teller! Vi gir den beste behandling* knytter dette sammen og har vært viktig i utredningsarbeidet. Arbeidsgruppen har hatt fokus på å holde frem løsninger som bygger opp under pasientens helsevesen og kvaliteten i pasientbehandlingen som til enhver tid leveres.

2 Organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas

Arbeidsgruppen har valgt å svare ut første del av oppdraget i mandatet ved å lage et notat som beskriver organiseringen av UNN og hvordan denne organisasjonsmodellen ivaretar stedlig ledelse. Notatet ble laget i forkant av innspillrunden og dannet grunnlag for denne, og er i sin helhet gjengitt i kapittel 2.

2.1 Formål med notatet

Notatet søker å beskrive overordnet organiseringen av UNN og hvordan denne organisasjonsmodellen ivaretar stedlig ledelse. Det er satt fokus på stedlig ledelse ved lokalsykehusene.

Notatet dannet utgangspunkt for det videre arbeidet i arbeidsgruppen.

2.2 Oppbygging av notatet

Notatet er tredelt der de ulike delene tar for seg:

1. Begrepsavklaring av sentrale begrep
2. Overordnet beskrivelse av hvordan UNN er organisert
3. Hvordan stedlig ledelse er ivaretatt, med fokus på lokalsykehusene

2.3 Begrepsavklaring

2.3.1 Enhetlig ledelse

Prinsippet om enhetlig ledelse er forankret i Spesialisthelsetjenestelovens § 3-9 Ledelse i sykehus:

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.

Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.

Hva som ligger i enhetlig ledelse og hva det innebærer er tydeliggjort av Helse og omsorgsdepartementet i rundskrivet *Lederansvar i sykehuset*. Her heter det:

Formålet med bestemmelsen er å sørge for at sykehusene etablerer klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for ledere på alle nivå i sykehusorganisasjonen ((Bakgrunnsdokument 3).

Én leder skal ha det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. Typiske enheter vil være klinikk, avdeling og seksjon. Som avdelingsleder har en et helhetlig ansvar for virksomheten i avdelingen, både administrativt og faglig. Det samme har seksjonsleder for egen seksjon. Alle ansatte skal vite hvem som er deres nærmeste leder. Ledere på alle nivå kan delegerer oppgaver og beslutningsmyndighet til andre, men leder beholder ansvaret for oppgavene som delegeres ((Bakgrunnsdokument 3). I praksis betyr dette at man ikke kan dele opp lederansvaret innenfor én avgrenset enhet. Med avgrenset



enhet menes en formell organisasjonsenhet. Eksempel på organiseringer som bryter med prinsippet om enhetlig ledelse vil være når en stor seksjon ledes av to seksjonsledere (på samme ledernivå) som deler en personalgruppen likt mellom seg (en form for delt lederskap), eller at man etablerer én enhet med to yrkesgrupper der det er to ledere i en organisasjonsintern hierarkisk struktur, som leder samme enhet (form for todelt ledelse).

Verken loven eller rundskrivnet sier noe om hvor mange nivå det skal være i et foretak eller i sykehus. Foretakene står i så måte fritt til å definere antall nivå ut fra hva som vurderes som hensiktsmessig. I UNN kan man etablere inntil fire organisatoriske nivå under administrerende direktør. Klinikk, avdeling, seksjon og enhet. Antall nivå vil imidlertid variere fra klinikk til klinikk ut fra størrelse og virksomhetens karakter (jf. vedlegg 5).

2.3.2 Enhetlig teambasert ledelsen

Alle klinikker, avdelinger, seksjoner og enheter har en ansvarlig linjeleder slik spesialisthelsetjenesteloven krever. Vi praktiserer i tillegg enhetlig teambasert ledelse. Lederteamet består av den ansvarlige linjelederen (for eksempel avdelingsleder), linjelederne på neste nivå (seksjonsledere) og eventuelle rådgivere. Medlemmene i lederteamet er gjensidig ansvarlige overfor hverandre, samtidig som den øverste linjelederen har det endelige helhetlige ansvaret. Dette innebærer totalansvar for hele virksomheten (Bakgrunnsdokument 7 side 34).

I klinikker, avdelinger og seksjoner med ansvar for pasientbehandling, skal linjeledere uten legebakgrunn utpeke medisinskfaglig rådgiver. Denne skal gi råd som sikrer at linjelederen er i stand til å ivareta sitt ansvar. Det er likevel linjelederen som sitter med ansvaret for medisinskfaglige forhold (Bakgrunnsdokument 7 side 34).

2.3.3 Gjennomgående faglig ledelse

Gjennomgående faglig ledelse innebærer linjeansvar til flere geografiske lokalisasjoner. Dette betyr at mange linjeledere vil ha virksomhet på flere steder, og totalansvar for virksomhetsstyringen på flere geografiske lokalisasjoner. Alle enheter på laveste nivå skal ha en lokal linjeleder (Bakgrunnsdokument 7 side 35).

UNN har valgt gjennomgående faglig ledelse for å sikre god kvalitet på tjenestene og at pasienten møter likeverdige, faglige tilbud uavhengig av geografisk behandlingssted i UNN.

Noen lokale linjeledere sitter med ansvar for faglig virksomhet på flere områder. I slike situasjoner plikter linjelederne å implementere de faglige prosedyrer og retningslinjer som gjelder i den enheten som har hovedansvaret for det aktuelle fagområdet i UNN. Gjennomgående faglig ledelse kan dermed også medføre et rådgivningsansvar til enheter utenfor egen linje. Som eksempel kan nevnes at ansvaret for hjertemedisin på lokalsykehusene ligger hos linjelederne for avdelingene i Medisinsk klinikk, mens Hjertemedisinsk avdeling i Hjerte- og lungeklinikken har hovedansvaret for fagområdet. Dette betyr at linjelederne i Medisinsk klinikk har ansvar for å implementere de prosedyrer og retningslinjer som gjelder i Hjerte- og lungeklinikken, og at linjelederne i sistnevnte klinikk har ansvar for å bistå i dette arbeidet (Bakgrunnsdokument 7 side 35).

2.3.4 Stedlig ledelse

Stortinget har besluttet at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved alle norske sykehus.

Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus (Bakgrunnsdokument 9 side 72).



Det gis rom for en viss fleksibilitet når man skal utforme konkrete ledelsesmodeller og lokale løsninger.

Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak (Bakgrunnsdokument 10 side 6).

Tverrgående klinikker er ikke til hinder for å tilfredsstillere kravet om stedlig ledelse.

Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse (Bakgrunnsdokument 10 side 6).

Stedlige ledere for alle medarbeidere.

I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse (Bakgrunnsdokument 10 side 6).

Foretaksmøte fremhever samtidig at krav om enhetlig ledelse skal være oppfylt.

Definisjon av stedlig ledelse tar ikke stilling til organisatorisk nivå.

2.4 Overordnet organisasjonsmodell i UNN HF

Frem til 2008 hadde UNN en flat organisasjonsstruktur med 56 selvstendige avdelinger.¹

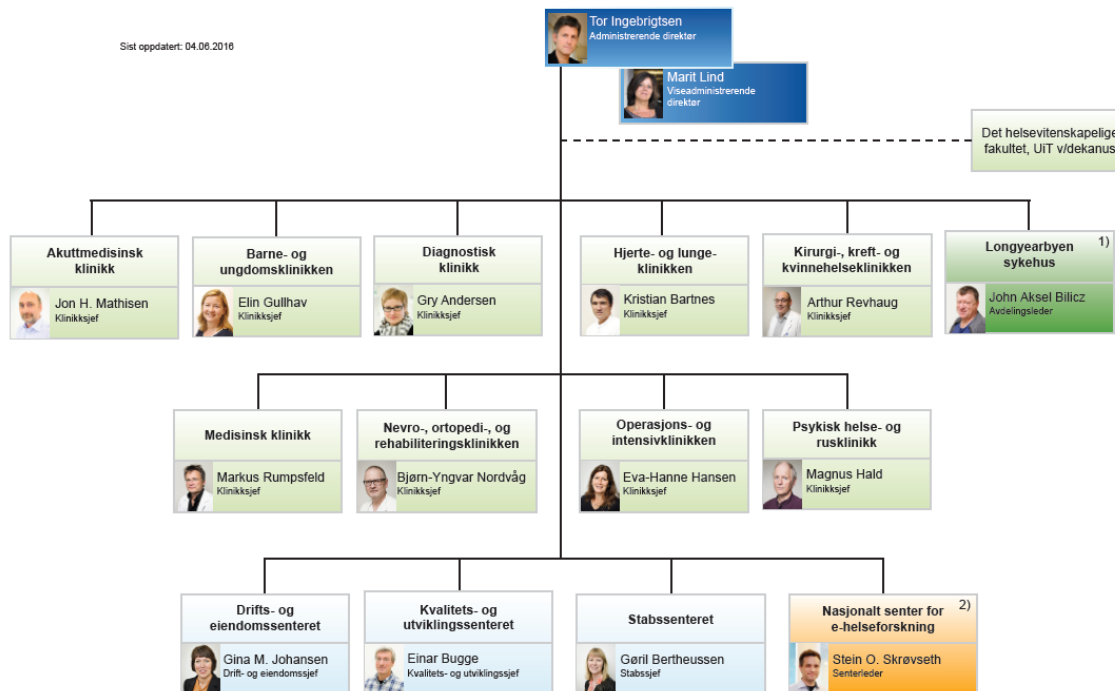
Organisasjonsmodellen syntes imidlertid uhensiktsmessig i møte med de krav som ble stilt til en spesialisthelsetjeneste i fortløpende endring (Bakgrunnsdokument 1).

Det ble derfor satt i gang et langsiktig utviklings- og omstillings prosjekt (LUO) som i to faser skulle utvikle og implementere en ny organisasjonsmodell for UNN. 17.12 vedtok Styret ved UNN å etablere en ny overordnet organisasjonsmodell for UNN med klinikkstruktur, tilhørende stabsenheter og driftssentra. Den nye organisasjonsmodellen organiserte UNN i ti klinikker, to driftssentra og fire stabsenheter. (Bakgrunnsdokument 1).

Styret la til grunn at organisasjonsmodellen skulle være dynamisk slik at direktøren til enhver tid skulle kunne gjøre endringer i antall organisatoriske enheter, samt innholdet i disse, når dette ble vurdert hensiktsmessig. Frem til d.d. har en rekke større og mindre organisasjonsutviklingsprosjekt medført endringer i strukturen slik at vi dag har en organisasjon som består av ni klinikker og tre senter (jf. fig 1).² Den siste større endringen er at Barne- og ungdomsklinikken har overtatt ansvaret for tilbudet til barn og unge ved de distriktpsykiatriske sentrene.

¹ Per 14.9.2007

² Longyearbyen sykehus og Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) er opprettet som egne enheter som rapporterer til direktøren uten å være medlem av direktørsensledergruppe.



1 og 2 er organisert i direkte linje til administrerende direktør uten å være medlem av direktørens lederteam.

2.4.1 Universitetssykehuset i Nord Norge HF (UNN)

UNN har i dag 6300 medarbeidere og har sin virksomhet spredt på flere steder i Nord-Norge. I tillegg til sykehuset i Breivika i Tromsø, har vi virksomhet på følgende steder:

- Psykisk helse- og rusklinikk: Åsgård i Tromsø, Silsand, Sjøvegan, Storslett, Storsteinnes, Håkvik og Harstad
- UNN Harstad, Harstad
- UNN Narvik, Narvik
- Longyearbyen sykehus, Svalbard
- To distriktsmedisinske senter: Finnsnes og Storslett

2.4.2 Overordnet organisasjonsprinsipp i UNN

UNN er organisert i en klinikkmodell med gjennomgående faglig ledelse. Det innebærer at medisinske disipliner, funksjoner og fagmiljø, i hovedregelen, organiseres og samles i egne enheter med tydelig og avklart ansvar for sine/sitt fagområde. Enhetene organiseres inn i en klinikk (senter) som skal sikre tydelige ansvarsområder i en klar og uavbrutt linje fra den enkelte enhet og opp til sykehusledelsen.

Alle enheter på laveste nivå skal ha lokal (stedlig) linjeleder. Alle medarbeidere skal vite hvem som er sin nærmeste leder.

2.4.3 Hierarkiske nivå i organisasjonen

Kjerneaktiviteten i sykehuset foregår i klinikkens avdelinger, seksjoner og i enheter.

I hver klinikk opprettes et antall avdelinger som har et helhetlig resultatansvar for sine fagområder. I avdelingene kan det være flere spesialiteter. Det skal utpekes medisinskfaglig(e) rådgiver(e) dersom forsvarlighetskravet krever. På avdelingsnivå i organisasjonen skal en søke å utnytte det faglige og ressursmessige potensialet som ligger i å etablere større enheter.



Hvorvidt det er hensiktsmessig med et enhetsnivå, vil variere fra seksjon til seksjon, og er avhengig av seksjonens størrelse og sammensetning. Enhetene inngår i modellen hierarkisk linjestruktur. Den formelle organiseringen av UNN teller i alt fem nivå under styret.



2.4.4 Overordnet lederstruktur

Ledelsesstrukturen følger oppbyggingen til organisasjonsstrukturen. Modellen teller fem ledernivå i linjen: Direktøren, klinikksjef, avdelingsleder, seksjonsleder og eventuelt enhetsleder.

2.4.5 Sykehusledelsen

Administrerende direktør er daglig leder og ansvarlig overfor styret. Viseadministrerende direktør har noen direktørfunksjoner og er stedfortreder for administrerende direktør. Sykehusledelsen består av direktørene, klinikksjefene og senterlederne (Bakgrunnsdokument 7).

Ledergruppens sammensetning, med klinikksjefer samt ledere for sentrene, skal styrke kjernevirksomhetens representasjon i ledergruppen, og bidrar til tettere bånd mellom kjernevirksomheten og strategisk ledelse. Strukturen skal legge til rette for strategisk og helhetlig virksomhetsstyring.

2.4.6 Ledelse i klinikkene - avdelingene – seksjonene – enhetene

Klinikkene ledes av klinikksjefen som har det overordnede ansvaret for sin enhet. I tråd med prinsippet om enhetlig teambasert ledelse etableres det et klinikklederteam som består av klinikksjefen og avdelingslederne. Klinikksjefen leder lederteamet og har den endelige beslutningsmyndigheten. Møte- og beslutningsarena for klinikklederteamet er klinikkledermøte. Klinikklederteamet skal knytte til seg medisinskfaglige rådgivere der forsvarlighetskravet krever det. Klinikklederteamet kan knytte til seg eventuelle andre rådgivere utover dette etter behov. Alle medlemmene av klinikklederteamet har et gjensidig ansvar overfor hverandre i teamet.

Prinsippet om enhetlig teambasert ledelse er et gjennomgående prinsipp i UNN og gjelder derfor for alle ledernivå. Det skal således etableres avdelingslederteam, eventuelt seksjonslederteam om hensiktsmessig etter samme modell som for klinikklederteamet. Det skal utpekes medisinskfaglig(e) rådgiver(e) dersom forsvarlighetskravet krever det.



Linjeledelsen har forrang ved uenighet.

2.5 Stedlig ledelse og faglig tilbud i UNN med fokus på lokalsykehusene

2.5.1 Historikk-Bakgrunn

Ved nedleggelsen av Hålogalandssykehuset HF i 2007 ble lokalsykehusene i Harstad og Narvik en del av UNN. UNN ble med dette en betydelig større organisasjon spredt over et stort geografisk område. Sammen med Longyearbyen sykehus, lokalisasjoner knyttet til sentre for psykisk helse- og rusbehandling og ambulansestasjonene, setter det svært store krav til å håndtere organisasjons- og ledelses utfordringer som følger geografisk spredning.

2.5.2 Lokalsykehusene

Tilbudene som gis ved UNN Harstad og UNN Narvik er i hovedsak lokalsykehusfunksjoner, men flere tilbud kan også være regionsfunksjoner. Tilsvarende ivaretar sykehuset i Breivika lokalsykehusfunksjoner.

2.5.3 LUO-evalueringen og lokalsykehusfunksjonen

I 2012 ble UNNs organisasjonsstruktur evaluert. Rapporten konkluderer med at:

Det bør ikke gjøres endringer i dagens klinikkstruktur nå, men det iverksettes tiltak i UNN Harstad og UNN Narvik for å tilpasse strukturen deres behandlings-hverdag (Bakgrunnsdokument 4 side 50).

Tilbakemeldingene fra medarbeiderne, da særlig fra medarbeidere lokalisert ved UNN Harstad og UNN Narvik, pekte i LUO-evalueringen særlig på tre forhold som opplevdes utfordrende:

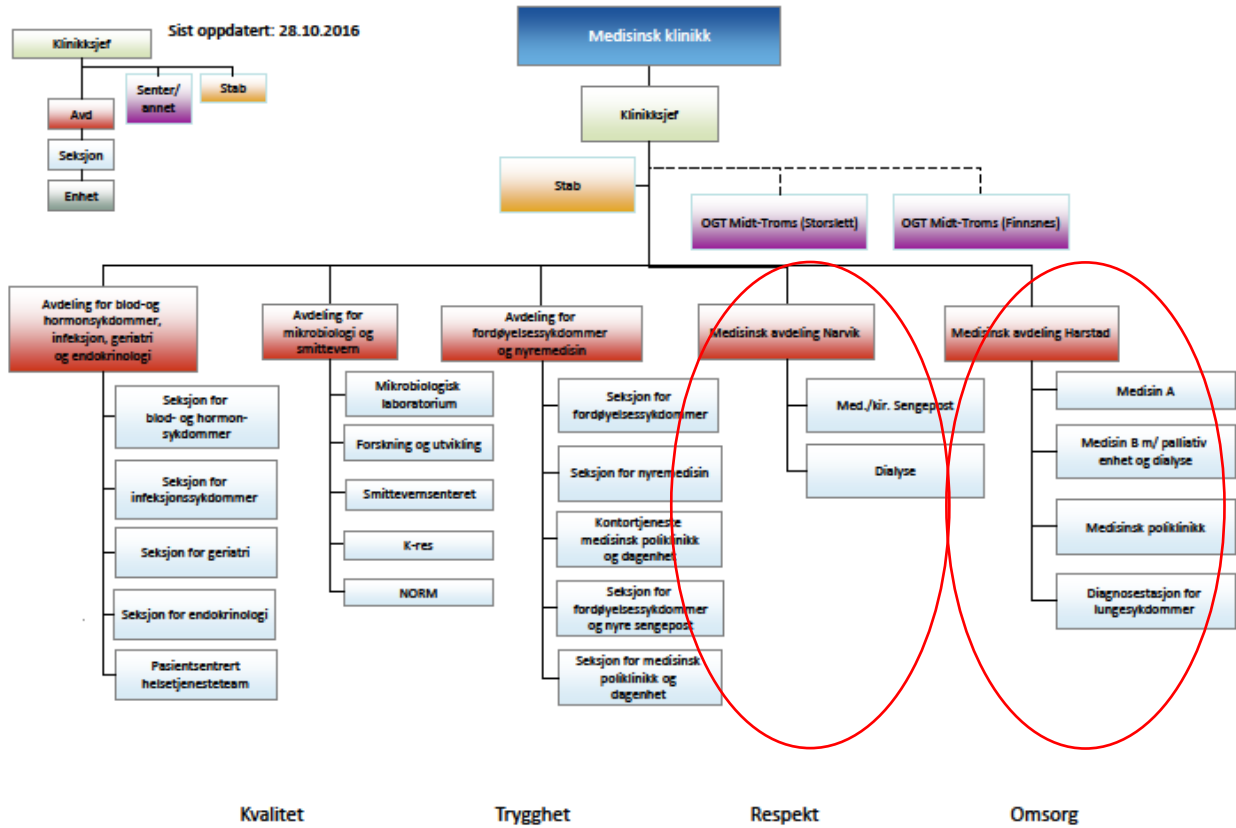
- Det er vanskelig å forstå at de største avdelingene ikke ledes av ledere på samme nivå i leder-strukturen. Lederne har formelt ulik delegert myndighet, ansvars- og myndighetsområde.
- Samhandlingen på tvers mellom klinikkene preges av relasjoner og ikke formelle strukturer. Det oppleves behov for et koordinerende organ med formell beslutningsmyndighet. Smådriftsfordelene hentes ikke ut.
- Lange beslutningsveier gjør hverdagen tungvint (Bakgrunnsdokument 4 side 48-49)

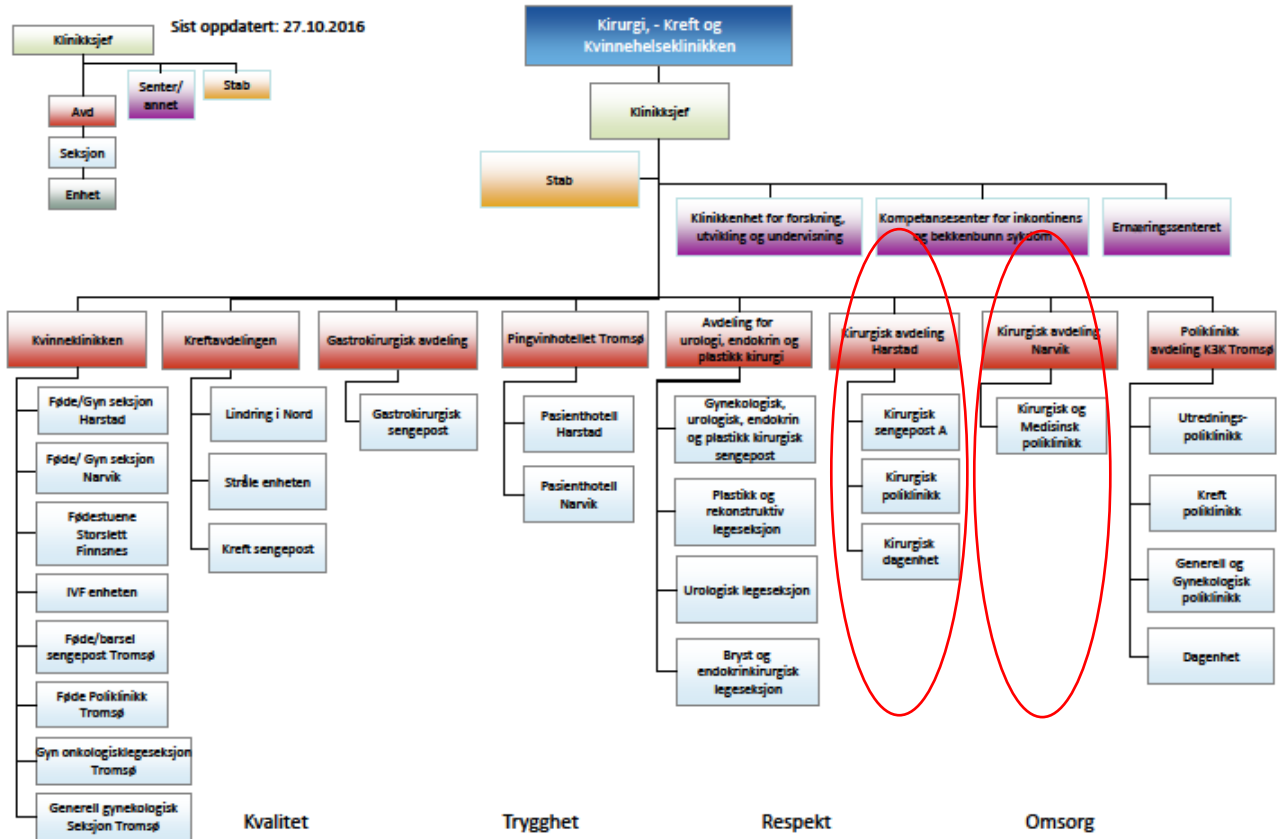
Det ble besluttet at det skulle gjøres en strukturell harmonisering slik at man fikk samme ledernivå på de største enhetene (Bakgrunnsdokument 5).

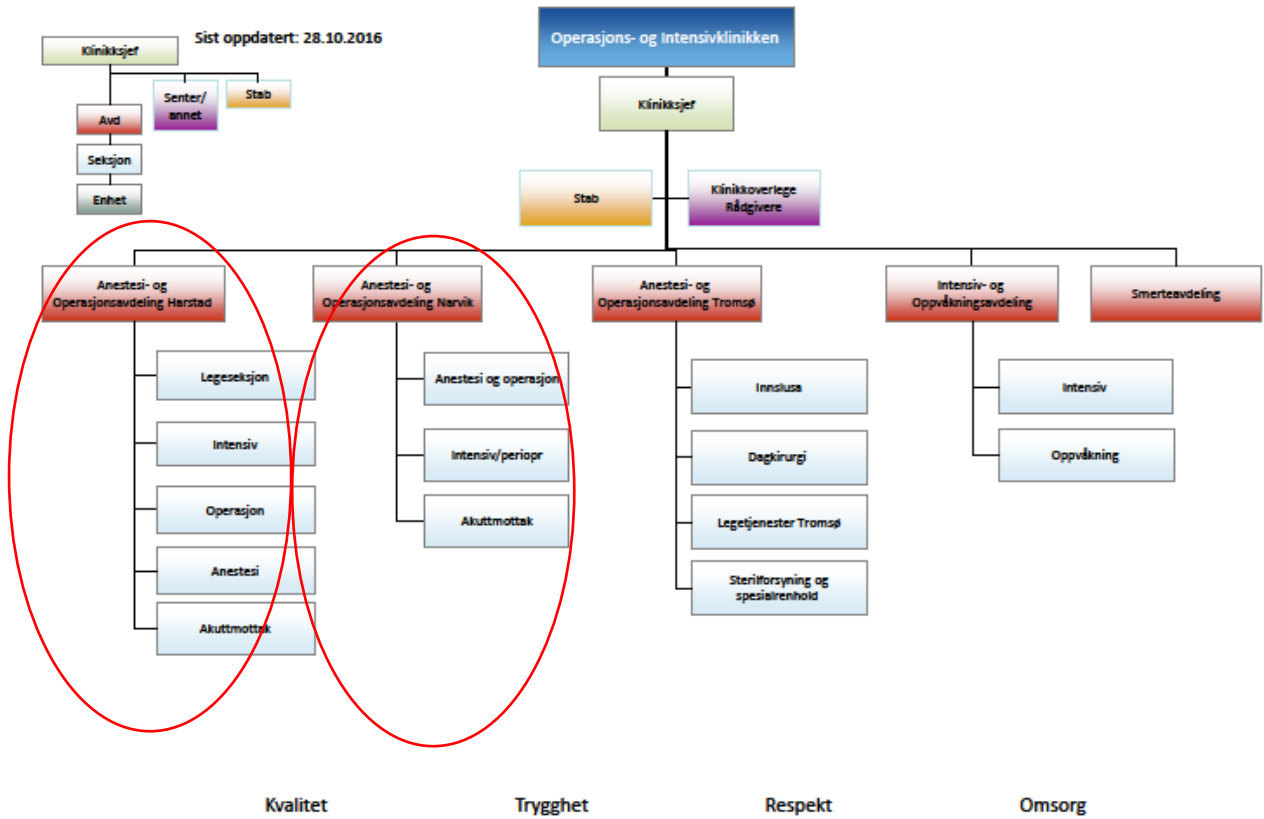
Videre ble det besluttet å etablere lokale driftsråd ved UNN Harstad og UNN Narvik (Bakgrunnsdokument 6).

2.5.4 Strukturell harmonisering av organisasjons- og ledernivåene ved UNN Narvik og UNN Harstad

Strukturforskjellen mellom klinikkene (lokalt avdelingsnivå i Medisinsk klinikk og seksjonsnivå i de andre klinikkene) ble beskrevet som vanskelig å forstå og som et hinder for effektiv koordinering mellom faggruppene ved lokalsykehusene. En strukturell harmonisering ble gjort slik at de største virksomhetene ved lokalsykehusene ble organisert på avdelingsnivå ledet av avdelingsleder som rapporterer til klinikksjef og inngår i klinikklederteamene. Dette gjaldt Medisinsk avdeling, Kirurgisk avdeling og Anestesi- og operasjonsavdelingen (se fig 2-4).



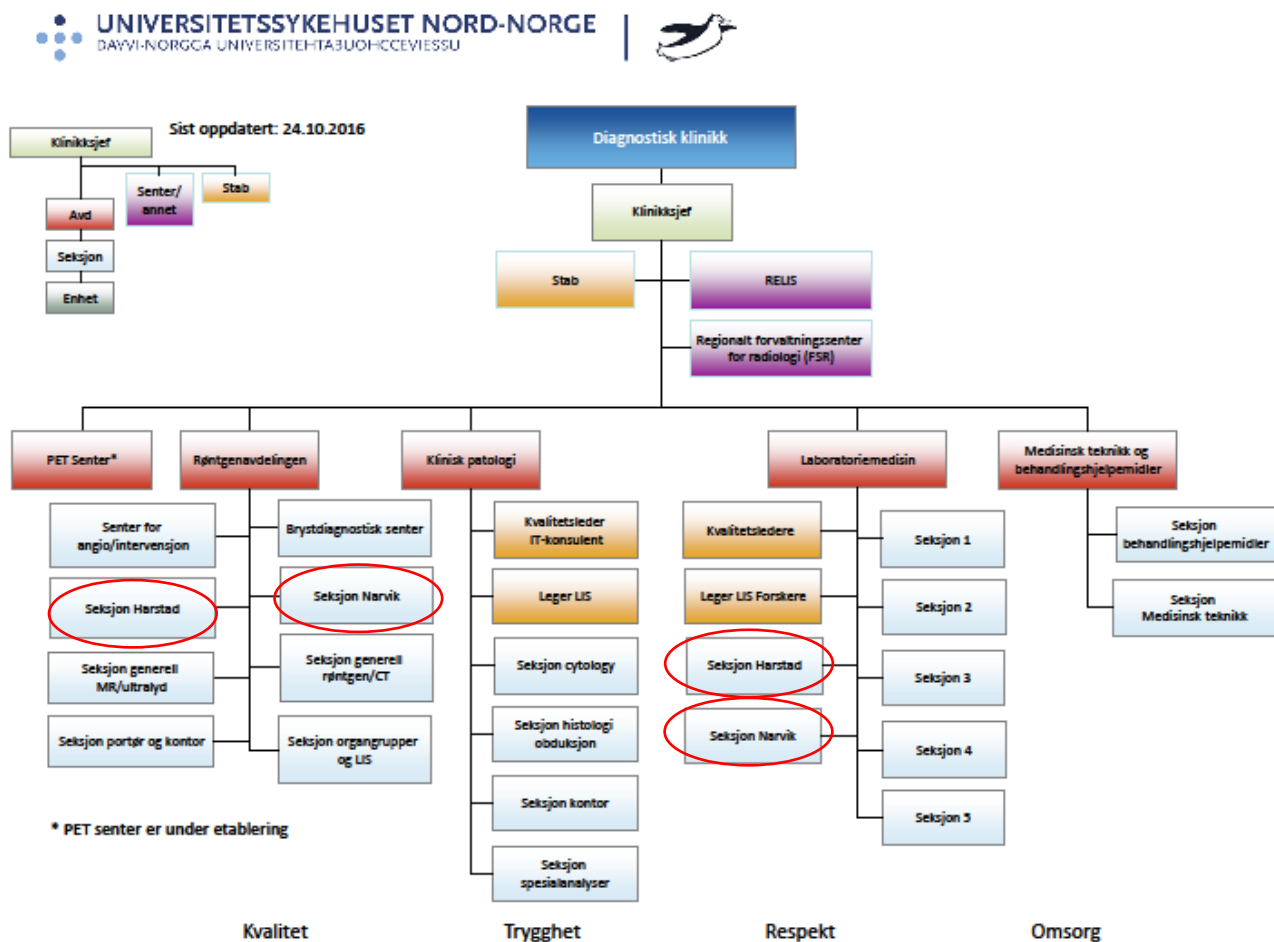






2.5.5 Stedlig ledelse på seksjonsnivå

Figuren under viser eksempler på seksjoner organisert med stedlig ledelse i UNN Harstad og UNN Narvik (jf. fig. 5).



2.5.6 Etablering av lokale driftsråd for UNN Narvik og UNN Harstad

I LUO- evalueringen i 2012 kom det frem at klinikkmodellen, slik den fungerte, kunne oppleves som utfordrende med hensyn til å få til en tydelig og avklart kommunikasjon helt ut langs linjestrukturen. Argumentet ble også trukket fram av Harstad- og Narvikmiljøene. Avstanden til Tromsø og sykehusledelsen syntes lang, og lokale ledere savnet en arena for å samhandle og koordinere aktiviteter internt lokalt, og mellom lokalisasjoner.

Høsten 2014 ble det derfor etablert lokale driftsråd for Harstad og Narvik med likelydende mandat. Mandatet beskriver rådernes formål, deltakere, møtestruktur, beslutningsstruktur og hvilke saker som skal behandles. Det presiseres i mandatet at driftsrådene skal gjennomføre en enkel evaluering av sin virksomhet etter ett år, dvs innen sommeren 2015 (jf. Mandat lokale driftsråd ved UNN Harstad og UNN Narvik 23.3.2014.)

2.5.7 Evaluering av lokalrådene i 2015

Driftsrådene i UNN Harstad og UNN Narvik evaluerte sin egen virksomhet i juni 2015. Her kom det frem at de månedlige møtene, på 1,5 til 2 timers varighet, har blitt gjennomført i henhold til faste møtekalendere. I alt 8 ordinære møter samt 2 i forbindelse med Direktørens halvårslige



møter i 2015. Møtefrekvens og lengde vurderes å være tilstrekkelig. Ved UNN Harstad har de opprettet et arbeidsutvalg for driftsrådet bestående av klinikkssjef, leder for driftsrådet og sekretær. Disse møtes en uke før driftsrådsmøtet. Ordningen anbefales etablert i Narvik.

Begge driftsrådene har vært satt opp med en leder og en sekretær i henhold til opprinnelig mandat. Evaluering anbefaler at lederrollen fortsatt bør opprettes for ett år av gangen og at sekretærfunksjonen ivaretas av samme person over flere perioder/år. Det foreslås at det utarbeides en funksjonsbeskrivelse for lederfunksjonen.

Deltakelsen på møtene har vært god med noen få unntak. At den gode deltakelsen ikke har vært gjennomgående oppleves imidlertid som uheldig i lys av driftsrådets mandat. Evaluering konkluderer også med at Psykisk helse- og rusklinikken bør være fast representert i rådet.

Klinikkssjefens fysiske tilstedeværelse oppleves som svært viktig og det anbefales at det etableres en stedfortreder funksjon.

Driftsrådene i UNN Harstad og UNN Narvik har behandlet et bredt spekter av saker til informasjon, drøfting, oppfølging og beslutning. I begge driftsrådene har det vært tilstrebet tydelig behandling av sakene, og med vedtak der ansvar og tidsfrister har vært definert.

Evaluering konkluderte med at:

Driftsrådene ved UNN Narvik og UNN Harstad har tjent sin hensikt og oppfylt intensjon og målsetting i gitt mandat. Evalueringen konkluderer imidlertid med noen enkle justeringer som er begrunnet i forbedring av arbeidet.

Evalueringen foreslår at mandatet justeres med hensyn til representasjon fra psykiatrisk virksomhet samt tilstedeværelse og ansvarsforhold for deltakere i driftsrådene. Videre foreslås det også hvem som bør oppnevnes til rådene nå i høst.

(Bakgrunnsdokument 12)

2.5.8 Revidert mandat for lokale driftsrådene i UNN Harstad og UNN Narvik

Revidert mandat for lokale driftsråd ved UNN Harstad og UNN Narvik i henhold til vedtak i direktørens ledermøte i ledermøtesak 115.5 Evaluering av lokalt driftsråd UNN Harstad og UNN Narvik:

Formål

Driftsrådets formål er tredelt:

- Avklare og veilede saksgang i driftsmessige forhold hvor flere enheter og fagfolk er involvert, samt i saker hvor det kan være behov for avklaringer rundt gjeldende rutiner og bakenforliggende beslutninger.
- Være en arena for samhandling, samarbeid og informasjonsutveksling mellom ulike enheter /klinikker som har virksomhet ved UNN Harstad og UNN Narvik.
- Være en arena hvor man samlet kan beslutte klinikkovergripende driftssaker ved UNN Harstad og UNN Narvik.

Deltakere

- Deltakere i driftsrådet er følgende ledere:
- Klinikkssjef ved Operasjons- og intensivklinikken, Medisinsk klinikk eller Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (*rullerer for ett år om gangen, en fast representant i rådet og en*



vara). Klinikksjef skal være fysisk tilstede i driffrådsmøtene ved UNN Harstad og UNN Narvik. Det sikres samordning mellom saksbehandlingen på foretaksnivå og i driftsrådene ved at deltagende klinikksjef også deltar i direktørens stabsmøte.

- Avdelings- og seksjonsledere fra klinikker som har avdelinger eller seksjoner ved UNN Harstad og UNN Narvik.
- Aktuelle klinikksjef har et overordnet ansvar for at klinikken oppnevner representanter til driftsrådet, at disse er kjent med rådets mandat og deltar i møtene.

Driftsrådets medlemmer er ansvarlige for å forankre egne standpunkter gjennom tilstrekkelige medvirkningsprosesser i egen avdeling/seksjon før møtene. Driftsrådet kan gjennomføre drøftinger med tillitsvalgte/vernetjeneste i avdelings-/seksjonsovergrepene saker, men tillitsvalgte og verneombud deltar ikke i rådets sluttbehandling av sakene.

Driftsrådet kan innkalle andre lokale ledere, medisinsk faglige rådgivere eller medarbeidere på sak når det er relevant, men disse skal ikke møte fast og er ikke medlemmer i rådet.

Møtestruktur

Møtet i driftsrådet har en varighet på om lag to timer og gjennomføres minst månedlig.

Dagsorden består av:

- Saker til informasjon
- Saker til diskusjon
- Saker til beslutning

Alle innmeldte saker skal ha en navngitt avdelings- eller seksjonsleder som saksansvarlig.

Beslutningsmyndighet

Driftsrådet har beslutningsmyndighet tilsvarende de respektive medlemmenes myndighetsområde.

Beslutninger som medfører endret funksjonsfordeling mellom sykehusene i UNN skal behandles i direktørens ledergruppe.

Ledelse og sekretærfunksjon

Deltagende klinikksjef besørger konstituering av driftsrådet med oppnevning av leder for ett år av gangen. Avtroppende klinikksjef oppnevnes som stedfortreder for klinikksjef i driftsrådet. Leder skal være avdelingsleder og ikke komme fra samme klinikk som klinikksjef som er deltaker i rådet.

Leder har ansvar for å:

- Innkalle til møter og utarbeide saksliste
- Lede møtene
- Bringe saker videre til klinikkledernivå ved behov

Drifts- og eiendomssenteret har ansvaret for sekretariatsfunksjonen. Driftsrådets sekretær skal bistå lederen med å innkalle til møter, sette opp saksliste, skrive referat og arkivere disse i *ePhorte*. Saker skal meldes til sekretariat i forkant av møtet av saksansvarlig seksjons- eller avdelingsleder.



Klinikkssjef som deltar i driftsrådet skal orientere direktørens ledermøte om aktuelle saker ved behov og være ansvarlig for å fordele eventuelle oppfølgingssaker til aktuelle klinikk- og senterledere.

Saker

Driftsrådet skal senest i juni hvert år utarbeide og vedta årshjul (møtetidspunkter og kjente saker som skal behandles) for påfølgende år.

Saker som fremmes i rådet skal hovedsakelig omhandle driftsmessige områder der det er behov for koordinering mellom lokale avdelinger og seksjoner.

Eksempler på andre aktuelle saker kan være høringer i saker som senere skal besluttes i direktørens ledergruppe eller styret.

Saker som bare omhandler enheter i en klinikk må være relevant for enheter tilhørende andre klinikker for at den skal tas opp i driftsrådet.

(Bakgrunnsdokument 13)

2.5.9 Fullmaktstruktur

UNNs fullmaktstruktur beskriver hvilke fullmakter som er gitt hvem. Fullmaktstrukturen revideres i disse dager.

2.5.10 Budsjettmidler til driftsrådene

I forbindelse med evaluering av de lokale driftsrådene kom det frem at det savnes et budsjett for fellestiltak. Det ble derfor besluttet at hvert driftsråd skulle tilføres eget budsjett for særskilte formål til driftsrådets disposisjon.

2.5.11 Kvalitets- og utviklingscenteret (KVALUT), Stabssenteret og Drifts- og eiendomssenteret

Organiseringen av Drifts- og eiendomssenteret og de sentrale stabene følger de samme prinsippene som for klinikkstrukturen. Små miljøer, kombinert med et uttrykt ønske om stedlige ressurser ved lokalsykehusene, gjør de imidlertid sårbare for at enkeltmedarbeidere kan organiseres uten stedlig lokal leder.

3 Utredning av stedlig ledelse i UNN

Mandatets andre oppdrag var å utrede hvordan stedlig ledelse blir ivaretatt.

Til formålet utarbeidet arbeidsgruppen tre spørsmål til innspillsrunden for å få innspill fra eksterne samarbeidspartnere, samt ledere og medarbeidere i UNN, på hvordan de opplever dette (vedlegg 2).

Innspillsrunden ga i alt 25 innspill fra eksterne og interne interessenter. I hovedsak kom disse fra kommuner og regionråd (6) og ledere og medarbeidere i UNN (16), men det kom også innspill fra andre aktører ved Harstad eldreråd, fra allmennleger i Harstad og Brukerutvalget i UNN (vedlegg 3). Antall innspill og innholdet i disse viser at tema stedlig ledelse engasjerer, både i og utenfor organisasjonen.

3.1 Innspill på stedlig ledelse innenfor dagens modell

I første del av innspillsbrevet ble man bedt om å gjøre en vurdering av hvordan dagens modell ivaretar stedlig ledelse og hvordan den oppleves å fungere i praksis. Svarene på dette spørsmålet deler seg i to hovedkategorier, de som mener at UNN ikke ivaretar stedlig ledelse med dagens



organisering og de som mener at vi gjør det. Innspillene varierer mye med hensyn til hva det fokuseres på og detaljeringsgraden i begrunnelsen for standpunktet. Dette gjør det utfordrende å trekke for bastante slutninger om ulike sider ved stedlig ledelse og utøvelsen av denne.

Samtlige innspill vurderer at dagens modell, i større eller mindre grad, har utfordringer med hensyn til å ivareta stedlig ledelse på en tilfredsstillende måte uten at man iverksetter tiltak. Innspillene varierer i forhold til hva man vurderer som utfordrende og ikke minst hva som vil være riktige tiltak. Arbeidsgruppen har derfor vært opptatt av å fange opp hovedessensen i det som oppleves utfordrende i dag og vurdere tiltak i lys av disse. Alle innspill er gjennomgått systematisk av arbeidsgruppen og forbedrende tiltak er vurdert til hver konkrete utfordring.

Eksterne innspill er særlig opptatt av at de som samarbeidende institusjoner mangler ett lokalt kontaktpunkt og at det kan være vanskelig å vite hvem man skal henvende seg til. Det savnes en lokal ansvarlig leder som kan fatte beslutninger og på en måte som oppleves å være tuftet på lokalkjennskap. Det vises til eksempler der saker tar for lang tid før det fattes en beslutning og at samarbeidet med lokal, kommunal helsetjeneste oppleves vanskelig. Saker som engasjer og sees på som viktig lokalt, oppleves å bli nedprioritert og stopper opp i det øvrige UNN systemet. Avstanden til Tromsø føles lang. De ønsker en struktur som legger til rette for bedre og tettere samarbeid med UNN.

Interne innspill er opptatt av mye av det samme, men er i tillegg gjennomgående opptatt av at man mangler beslutningsmyndighet på tvers lokalt og at lederansvaret blir oppstykket. Det mangler en ansvarlig leder som har et helhetlig koordineringsansvar for hver av de to lokalisasjonene. Det påpekes videre at driftsrådet ved driftsrådsleder ikke er representert i sykehusledelsen og at driftsrådenes øvrige medlemmer i varierende grad er knyttet til klinikkledelsen.

3.2 Forslag til tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre

Grovt sett kan man dele innspillene og vurderingene av tiltak i tre hovedkategorier: Lokale kliniksjefer med totalansvar for geografiske klinikker i Narvik og Harstad, mindre justeringer innenfor dagens struktur uten at det etableres stedlig leder og en modell med stedlig lokal driftsleder for Narvik og Harstad innenfor dagens klinikkstruktur. I tillegg kom det en del generelle innspill som kan vurderes uavhengig av organisasjonsmodell.

3.3 Lokal kliniksjeff med totalansvar for geografiske klinikker i Narvik og Harstad (forslag 1)

Flere innspill som vurderer at UNN ikke har en organisasjons- og lederstruktur som ivaretar kravet om stedlig ledelse, retter fokuset mot en løsning der man etablerer én stedlig leder (kliniksjeff). I innspillene konkretiseres dette med at den stedlige lederen må ha totalansvar for- og beslutningsmyndighet innenfor økonomi- (budsjett), fag- og personalansvar og rapportere direkte til direktøren. I ett av disse innspillene trekkes Ringerike sykehus frem som et eksempel der dette er gjort på en måte som samtidig sikrer gjennomgående faglig ledelse.

Arbeidsgruppen tolker hovedbudskapet eller retningen i disse innspillene dithen at man i praksis foreslår en lokal kliniksjeff for virksomheten lokalisert henholdsvis ved UNN Harstad og UNN Narvik, og med en Klinikk UNN Harstad og Klinikk UNN Narvik.

Arbeidsgruppens vurdering av en slik løsning er at det klart vil styrke stedlig ledelse ved UNN Narvik og UNN Harstad ved å gi en tydelig og tilstedeværende leder for lokalisasjon. En lokal kliniksjeff, i en geografisk avgrenset klinikk, vil på en bedre måte enn i dag ha mulighet til å



kunne håndtere tverrgående oppgaver lokalt gjennom nærhet/kjennskap til problemstillingene og ved at ansvaret kan knyttes konkret til rollen. Det vil være naturlig at en lokal klinikksjef har godt kjennskap til lokale forhold eller ha mulighet til å tilegne seg dette raskt. For eksterne samarbeidspartnere, og på lokale samhandlingsarenaer, vil en lokal klinikksjef være et naturlig og tydelig kontaktpunkt med formell beslutningsmyndighet.

En slik løsning vil imidlertid utfordre den tverrgående klinikkstrukturen og kanskje rokke ved eller bryte med den. Konsekvensene blir store for de øvrige klinikker, men hensyn til størrelse og faglig innhold.

Arbeidsgruppen vurderer dette tiltaket som en betydelig og omfattende endring som vil kreve et stort, gjennomgående organisasjonsutviklingsarbeid i hele UNN.

En slik OU-prosess vil legge beslag på store ressursers i organisasjonen, i en tid hvor UNN allerede er hardt presset som følge av mange pågående IKT- og byggeprosjekter. Tiltaket vurderes av arbeidsgruppen som ikke tilrådelig.

3.4 Mindre justeringer innenfor dagens struktur (forslag 2)

Innspillene som vurderer at UNN har en overordnet organisasjonsmodell som ivaretar kravet om stedlig ledelse retter samtidig fokuset mot justerende tiltak for forbedringer innenfor eksisterende organisasjonsstruktur. Enkelte innspill peker på at det vil være nødvendig med konkrete tiltak for at dagen organisasjonsmodell i praksis skal fungere på en måte som ivaretar kravet om stedlig ledelse.

Innspillene foreslår at driftsrådslederens rolle bør styrkes ved at funksjonsbeskrivelse for rollen tydeliggjøres. Mandatet for driftsrådet må også klargjøres med hensyn til ansvar og myndighet.

Arbeidsgruppen mener at mange av tiltakene som kommer opp her er viktige og gode, men vurderer at det må gjøres enda tydeligere grep for å ivareta stedlig ledelse ved UNN Harstad og UNN Narvik på en tilfredsstillende måte.

Flere av de foreslåtte tiltakene i denne kategorien vurderes som gode og vil direkte eller indirekte kunne styrke UNNs mulighet til å ivareta stedlig ledelse på en bedre måte enn i dag uten at de kan knyttes direkte til arbeidsgruppens mandat. Disse tiltakene er derfor tatt med i rapporten (jf. avsnitt 3.6) som generelle innspill til direktøren for videre oppfølging.

3.5 Etablere stedlig driftsledelse ved UNN Narvik og UNN Harstad (forslag 3)

Flere av innspillene som peker på behovet for en tydelig stedlig lederrolle, gjør dette uten å konkretisere om de mener dette er en lokal klinikksjef som beskrevet i 3.3 eller om det foreslås en stedlig leder innenfor dagens organisasjonsmodell med klinikkgjennomgående struktur på tvers i organisasjonen. Arbeidsgruppen opplever at innspillene mest av alt er opptatt av at UNN etablerer roller og strukturer på en slik måte at det oppleves å gi reell stedlig ledelse som kan imøtekomme utfordringsbilde som tegnes.

For å få dette til er det nødvendig med et styrket lokalt driftsråd som er i stand til å utnytte den samlede beslutningsmyndigheten som allerede ligger i rådet i kraft av dets medlemmer, og gjøre rådet til et effektivt beslutningsorgan innenfor sitt handlingsrom. Det er også nødvendig å tydeliggjøre hvordan klinikkovergripende saker, med et lokalt utspring som ligger utenfor handlingsrommet, skal behandles i UNN.



Det er arbeidsgruppens vurdering at det både er ønskelig og mulig å etablere en modell med en tydelig stedlige lederrolle, og et styrket lokalt driftsrådet som ivaretar stedlig ledelse, uten at modellen kommer i konflikt med UNNs overordnede organisasjonsmodell og kravet om enhetlig ledelse.

3.5.1 En tydelig stedlig lederrolle og et styrket lokalt lederteam

En av utfordringene ved dagens driftsråd er at medlemmene ikke ser, eller får utnyttet, den faktiske beslutningsmyndighet som allerede ligger i deres linjelederrolle.

For å tydeliggjøre driftsrådernes funksjon som besluttende organ og myndighetsområde knyttet til lokalisasjon, bør rådet endre status og navn til noe som viser til funksjonen som et *tverrfaglig lokalt lederteam*. Det tverrfaglige lederteamet har, på sin lokalisasjon, ansvar og beslutningsmyndighet tilsvarende summen av de enkelte medlemmenes linjeledelsesansvar og myndighet. Navnet skal også vise til det koordinerende ansvar som ligger i å være linjeleder på samme lokalisasjon. Det foreslås å benevne de tverrfaglige lokale lederteamene for *Lederteam UNN Harstad* og *Lederteam UNN Narvik*. Mandatet bør gjennomgås og tydeliggjøres.

For å sikre lik representasjon med hensyn til ledernivå i de lokale lederteamene foreslås å gjøre alle kliniske seksjoner med inneliggende pasienter om til avdelinger og lederne av disse til avdelingsledere. I praksis vil dette for Harstad være Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk seksjon og Ortopedisk Dag/døgn/poliklinisk seksjon i NOR- klinikken, og Føde/Gyn seksjon i K3K. I Narvik vil det omfatte Føde/Gyn seksjon i K3K. Etableringen av avdelingene skal rydde i uklarheter og skjevheter knyttet til organisatorisk plassering og beslutningsmyndighet lokalt, og sikre representasjon i klinikkledelsen i respektive klinikker. For å styrke modellen foreslås det også at seksjonsledere for kliniske seksjoner, som ikke allerede er representert ved en avdelingsleder, møter i lokalt lederteam. Det vil sikre tverrfaglig representasjon fra ledere på alle sentrale kliniske fagområder. Representasjon av øvrige lokale ledere i lokalt lederteam vil måtte sees på ut fra hva som vurderes som hensiktsmessig lokalt. Arbeidsgruppen foreslår at leder av lokalt lederteammøte, innenfor ovennevnte rammer, får fullmakt til å sette sammen et funksjonelt team med øvrige lokale ledere.

For å knytte de lokale lederteamene og dets medlemmer til overordnet organisasjonsmodell i UNN, er det en forutsetning at enhetlig teambasert ledelse etableres og praktiseres slik det er beskrevet i UNN-boka. I dette ligger det at stedlige avdelingsledere deltar i klinikkledelsens møter og at stedlige seksjonsledere deltar i avdelingsledermøter.

Organiseringen av Psykiske helse- og rusklinikken har en struktur som virker å fungere godt med hensyn til å ivareta stedlig ledelse. Klinikken har en særlig utfordring med mange mindre lokalisasjoner og er avhengig av at man har en linje og lederteamstruktur som fungerer godt og etter intensjonen. Utredningsarbeidet har avdekket at psykisk helse og rus bør komme fast og systematisk inn i de nye, lokale lederteamene. I dag er deltagelsen i driftsrådene for sporadisk.

Driftsrådene møtes i dag ca. en gang i måneden og uavhengig av eller frakoblet UNNs øvrige møtестruktur på foretaksnivå. Dette oppleves å være for sjelden og gir ikke tilstrekkelig kontinuitet i arbeidet. Arbeidsgruppen foreslår at lokalt lederteam møtes oftere, og at møtene tilordnes UNNs årshjul slik at de kommer med riktig innhold, til rett tid, i forhold til øvrige foretaksovergrepene møteaktiviteter. Dette vil sikre aktualitet i arbeidet og at saker ikke blir liggende for lenge. I tillegg vil det gi god saksflyt i saker som bør inn i UNNs beslutningsstruktur på foretaksnivå. Det bør vurderes om det skal være faste, obligatoriske saker på sakslisten til lederteammøtene i Harstad og Narvik.



Videre foreslår arbeidsgruppen at det etableres en ny stilling som lokal teamleder for hver lokalisasjon. Stillingen foreslås å ha en overordnet koordinerende rolle, samt ansvaret for å lede lokalt lederteam. Det foreslås at stillingene benevnes *teamleder UNN Harstad* og *teamleder UNN Narvik*. Dagens ordning med at en av avdelingslederne, på rulling, har ansvaret for å lede lokalt driftsråd en gang pr måned, er krevende på toppen av egen lederstilling. Rollen som lokal teamleder bør etableres som full stilling. Dette vil tilføre nødvendig kapasitet til å fylle rollen som bindeledd og representant for lokalisasjonen på en god måte. Samtidig oppnår man at stillingen blir klinikkavhengig. Det siste er viktig for at man skal oppnå legitimitet innad i organisasjonen og fremstå som nøytral utad. Personen som innehar rollen må med andre ord representere hele lokalisasjonen. Etableringen av en lokal teamleder foreslås å erstatte dagens ordning i driftsrådene med representasjon av en klinikk sjef på rulling som bindeledd mellom foretaksledelsen og lokalt driftsråd. Dette vil frigjøre lederkapasitet hos klinikk sjef. Den lokale teamlederen vil følgelig også avlaste avdelingslederne som nå ruller på å inneha rollen som driftsrådsleder.

Lokal teamleder bør gis ansvar for at teamet fungerer etter formålet og at teamet fatter beslutninger innenfor teamets myndighets- og ansvarsområde. For større saker, eller saker som brer seg på tvers av klinikkstrukturen, og som lokalt lederteam selvstendig ikke kan fatte en endelig beslutning i, har lokal teamleder ansvar for å bringe videre i UNNs beslutningsstruktur. For å kunne ivareta denne delen av rollen på en handlekraftig måte foreslås det at de lokale teamlederne i Harstad og Narvik blir faste medlemmer i direktørens stabsmøte. Deltagelsen kan være via skype. Deltagelse i stabsmøtet vil sikre at saker som ikke kan besluttet lokalt blir ivaretatt, enten ved at stabsmøte behandler og finner løsning på saken, eller at den går videre til direktørens ledergruppe som beslutningssak. Arbeidsgruppen foreslår at lokal teamleder møter i direktørens ledergruppe på saker som angår lokalisasjonen spesielt. Det bør i tillegg vurderes om de lokale teamlederne bør delta i andre fora/møter på foretaksnivå som Kvalitetsutvalget, AMU og lignende.

I forlengelsen av diskusjonen rundt representasjon inn mot sykehusets toppledelse ønsker arbeidsgruppen å fremheve viktigheten av å løse saker på enklest mulig vis. Lokal teamleder bør derfor søke å finne løsninger på utfordringer ved å kontakte en eller flere klinikk sjef direkte der dette vurderes å være tilstrekkelig for å fatte formålstjenlige beslutninger.

Teamlederstillingen skal ikke være en lederrolle i tradisjonell forstand med totalansvar for driften på lokalisasjonen. Teamleder skal ikke «trække i bedet» til klinikk sjefene og de oppgaver som tillegges funksjonen må derfor beskrives tydelig i en stillingsbeskrivelse. Det må sikres at rollen ikke bryter med kravet om enhetlig ledelse eller skaper uklarheter ute i organisasjonen om innholdet i funksjon.

To viktige ansvarsområder vil være koordinering på tvers og representasjon utad på saker som gjelder hele lokalisasjonen. Andre ansvarsområder vil være å inneha kontaktpunktansvar, være lokalisasjonens bindeledd opp mot klinikk sjefene i saker som angår flere klinikker, være ansvarlig for å følge opp og koordinere saker som angår flere eller alle enheter lokalt og delta i samarbeidsmøter med vertskommunen. Dette er eksempler på oppgaver og områder som bør legges til stillingen, men eksemplene er ikke uttømmende.

Det vil knytte seg utfordringer til rollen som lokal teamleder. Både i form av å få ut ledelsespotensiale som ligger i summen av lokale ledes samlede beslutningsmyndighet, men også opp mot forventinger til rollen om å representere større lokale behov på tvers og balansere disse som medlem i direktørens stabsmøte. Arbeidsgruppen vurderer at personen som skal ikle



rollen bør ha særlig gode lederegenskaper der helsefaglig bakgrunn er en fordel, men ikke påkrevd. Det vil imidlertid være viktig å ha god kjennskap til spesialisthelsetjenesten og lokale forhold. Det vil i tillegg være nødvendig at personen har tilstrekkelig kompetanse, erfaring og de egenskaper som kreves for å kunne styrke arbeidet i sykehusets toppledelse. Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling hvor stillingene som teamledere skal forankres organisatorisk.

De lokale driftsrådene disponerer i dag kr 100 000, i tillegg til de midler som ligger i de ulike enheters budsjett. Det bør vurderes om lokalt lederteam skal disponere egne budsjettmidler ut over de 100 000 som allerede er til disposisjon, til definerte, lokalspesifikke tiltak slik at mindre tverrgående saker kan løses raskt og smidig på lavest mulig nivå. Beslutninger eller ønsker som er tverrgående og krever økonomisk dekning ut over det som kan løses lokalt, legges frem for sykehusledelsen og behandles lik tilsvarende saker i foretaket forøvrig.

For å forsterke forbedringsarbeidet lokalt, knyttet til både pasient- og ansattesaker, foreslås det å etablere lokale KVAM-utvalg for UNN Harstad og UNN Narvik som kan behandle saker som berører flere klinikker og avdelinger lokalt. Det må defineres tydelig hvilke saker som skal behandles i klinikkens KVAM-struktur og hvilke som skal behandles i de lokale KVAM-utvalg. Det bør i tillegg vurderes om det er hensiktsmessig at teamleder har egne møter med hovedtillitsvalgte og verneombud.

Arbeidsgruppen foreslår at de lokale lederteamene brukes som høringsinstans i saker som er aktuelle lokalt.

Arbeidsgruppens forslag til modell foreslås evaluert etter ett års drift. Samtidig bør det gjøres nødvendige forbedringer/korrigeringer fortløpende ved behov.

3.6 Andre forbedringstiltak

Som nevnt er det kommet frem forslag på tiltak som ikke direkte kan knyttes til arbeidsgruppens mandat, men som direkte eller indirekte kan styrke UNNs drift lokalt i Harstad og Narvik. Disse er listet opp her:

- En totaloversikt over lokalisasjonene Harstad og Narvik hvor det fremkommer hvilke enheter som er der, deres kontaktinformasjon og hvem som er leder for disse.
- Evaluere og vurdere om dagens organisering av sengeposten ved UNN Narvik er hensiktsmessig jf krav om enhetlig ledelse. Det beskrives mange lokale driftsutfordringer knyttet til dagens organisering. Sengeposten er stor og kompleks med en lederstruktur der man har samlet både medisinske og kirurgiske pasienter innenfor linjestrukturen i Medisinsk klinikk. Sengepostens størrelse, og den store spredning i fagområder, er i seg selv en ledelsesmessig utfordring. Det er også utfordringer knyttet til organiseringen ved at én seksjon ledes av to seksjonssykepleiere på samme ledernivå som i praksis har delt personalgruppen likt mellom seg.
- Stille krav om jevnlig og systematisk direkte kontakt / tilstedeværelse av aktuelle kliniksjefer ved alle UNNs lokalisasjoner.
- Vurdere om stabsfunksjoner kan sikres bedre med fast, lokal lederstøtte spesielt i Narvik. Manglende lederstøtte lokalt i dag. Det beskrives i tillegg å være utfordrende å få tilgang på lederstøtte fra sentrale stabsenheter når en henvender seg til Tromsø.
- En gjennomgang i klinikkene av hvordan prinsippet om enhetlig teambasert ledelse praktiseres. Det påpekes som svært uheldig og problematiske at ikke alle avdelingsledere



gjennomfører jevnlig avdelingslederteammøter. Dette gjør at linjestrukturen med teambasert ledelse ikke fungerer etter intensjonen.

- En organisasjonsgjennomgang der de ulike klinikkene gjennomgås (jf ledermøtesak 143/16). utfordringer knyttet til stedlig ledelse bør bli en dimensjon i dette arbeidet.

4 Oppsummering med anbefaling

Arbeidsgruppens har med utgangspunkt i mandatet beskrevet og utredet UNNs organisering og hvordan stedlig ledelse ivaretas.

I arbeidets første del ble UNNs organisering beskrevet med en systematisk gjennomgang av overordnet organisasjonsmodell og hvordan denne konkret ivaretar stedlig ledelse. Ut fra forståelse av mandatet ble det lagt særlig fokus på hvordan stedlig ledelse ivaretas ved UNN Harstad og UNN Narvik. Beskrivelsen dannet grunnlaget for et innspillsnotat, som i all hovedsak er gjengitt i kapittel 2, og en innspillsrunde der eksterne og interne interessenter ble invitert til å gi innspill på dagens organisering. Innspillsrunden avdekket ulike synspunkter og vurderinger av hvor vidt UNN ivaretar stedlig ledelsen (jf vedlegg 3 og 4). Flere mente at UNN i dag ikke tilfredsstillt kravet om stedlig ledelse ved lokalisasjonene i Harstad og Narvik, mens andre igjen mente at dagens modell ivaretar dette på en måte som også sikrer like tjenester og lik kvalitet i hele foretaket. Felles for innspillene var at alle mente å ha forslag til forbedringer som vil styrke og forbedre stedlig ledelse ved UNN.

Arbeidsgruppen har i sitt arbeid tatt utgangspunkt i utfordringsbildet som tegnes og forbedringsforslagene som er kommet, og på det grunnlag lagt frem en modell som gruppen mener vil ivareta stedlig ledelse ved UNN Harstad og UNN Narvik på en bedre måte enn i dag.

En samlet arbeidsgruppe anbefaler at man etablerer en modell med en stedlig driftsledelse ved UNN Narvik og UNN Harstad som beskrevet i 3.5.

Hovedprinsippene i forslaget er:

- Det opprettes stillinger som teamledere i UNN Harstad og UNN Narvik innenfor dagens klinikkstruktur
- Teamlederstillingen skal ikke være lederstillinger i tradisjonell forstand med totalansvar for driften på lokalisasjonen, men gis en overordnet koordinerende rolle samt ansvar for representasjon utad på saker som gjelder hele lokalisasjonen
- Etablering av styrkede, stedlige beslutningsorgan, med benevnelse Lederteam UNN Harstad og Lederteam UNN Narvik
- Ytterligere harmonisering av organisasjonsnivåene ved UNN Harstad og UNN Narvik hvor alle organisatoriske enheter som har inneliggende pasienter blir avdelinger med avdelingsleder lokalt
- Teamleder gis ansvar for å lede lokalt lederteamsmøte
- Lokalt lederteam møtes oftere, og møtene tilordnes UNNs årshjul slik at de kommer med riktig innhold, til rett tid, i forhold til øvrige foretaksovergrepene møteaktiviteter
- Teamlederne blir faste medlemmer i direktørens stabsmøte
- Teamlederne møter i direktørens ledergruppe på saker som angår lokalisasjonen spesielt
- For å forsterke forbedringsarbeidet lokalt, knyttet til både pasient- og ansatt saker, foreslås det å etableres lokale KVAM-utvalg for UNN Harstad og UNN Narvik som kan behandle saker som berører flere klinikker og avdelinger lokalt



Arbeidsgruppen mener at forbedringene som foreslås er svært viktig for å få til en styrking av stedlig ledelse i UNN Harstad og UNN Narvik og anbefaler at tiltakene iverksettes så raskt som mulig etter styrebehandling i Helse Nord RHF.

Tiltak under punkt 3.6 bør følges opp så raskt som mulig, uavhengig av styrevedtaket.



Vedlegg

Vedlegg 1: Innspillbrev. 7.11.2016 (ettersendt 23.11.2016)

Vedlegg 2: Liste over interne og eksterne interessenter

Vedlegg 3: Samledokument med samtlige 25 innspill i sin helhet

Vedlegg 4: Oversikt over innspillssvar

Vedlegg 5: Organisasjonskart: UNN HF, Klinikker, senter og staber

Bakgrunnsdokumenter i utredningsarbeidet – Stedlig ledelse

Lov om spesialisthelsetjenesten §3-9 Ledelse i sykehus

Helseforetaksloven § 1. Lovens og helseforetakenes formål

1. Universitetssykehuset i Nord-Norge. Styresak 84/2007. Ny organisasjonsmodell for UNN HF. 17.12.2007
2. Universitetssykehuset i Nord Norge. Styresak 84/2007. Protokoll styremøte. 17.12.2007
3. Helse og omsorgsdepartementet. Rundskriv I-2/2013. Lederansvar i sykehus. Oslo 28.5.2013
4. Oxford Research AS. Evaluering av LUO-prosjektet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF. 14.12.12
5. Universitetssykehuset i Nord Norge. Beslutningsnotat v/direktøren. Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken og Operasjons- og intensivklinikkenes seksjoner i Harstad og Narvik vurderes omgjort til avdelinger (pkt 1). 4.3.2014
6. Universitetssykehuset i Nord Norge. Beslutningsnotat v/direktøren. Arbeid med å etablere lokale driftsråd ved UNN Harstad og UNN Narvik effektueres (pkt 2). 1.4.2014
7. Universitetssykehuset i Nord Norge. UNN-boka. Juni 2015
8. Helse og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 11. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Oslo 2015
9. Helse- og omsorgskomiteen, Stortinget, Innst. 206 S 2015-2016. Oslo 10.3.2016
10. Helse Nord RHF. Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF. Bodø 4.5.2016
11. Helse Nord RHF. Styresak 60-2016. Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet. Helse Nord RHF. Bodø. 5.7.2016
12. Universitetssykehuset i Nord Norge. Ledermøtesak 115.15. Evaluering av lokalt driftsråd UNN Narvik og UNN Harstad. 25.8.2015
13. Universitetssykehuset i Nord Norge. Mandat for lokale driftsråd ved UNN Harstad og UNN Narvik. Revidert i henhold til vedtak i direktørens ledermøte 25.8.2015 sak 115.15
14. Universitetssykehuset i Nord Norge. Beslutningsnotat fra direktøren. Budsjettmidler til driftsrådene m.m. 20.9.2016



Vedlegg 1

Adressater ifølge liste

Deres ref.:

Vår ref.:
2016/5422-1

Saksbehandler/dir.tff.:
Marit Lind, 77626071

Dato:
07.11.2016

Nasjonal helse- og sykehusplan - stedlig ledelse. Invitasjon til innspillsrunde

Bakgrunn

I oppfølgingen av nasjonal helse- og sykehusplan er helseforetakene bedt om å gjennomføre et arbeid som skal utrede/beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf. krav om en leder på alle nivå, jf. Specialisthelsetjenesteloven § 3-9.

Arbeidet skal baseres på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/pårørende, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. Berørte interesser skal kunne delta i høringsprosesser før helseforetakene gjør sine anbefalinger.

Invitasjon til innspillsrunde

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) inviterer til en innspillsrunde, i perioden **7.11.2016 t.o.m. 22.11.2016**, der det bes om innspill og vurderinger på konkrete punkter. Innspillpunktene er ikke ekskluderende for andre tema eller vinklinger, men skal sikre at vi får synspunkter og vurderinger som er viktige for det videre utredningsarbeidet. Ønsker dere å gi innspill utover det som oppleves etterspurt i innspillpunktene imøteses disse.

Prosess

I UNN er det etablert et prosjekt med en arbeidsgruppe som skal ivareta arbeidet med å beskrive og utrede stedlig ledelse.

Det er lagt opp til en tredelt prosess:

1. Utarbeiding av innspillsnotatet som beskriver dagens organisering av Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas. Innspillsnotatet danner utgangspunktet for den eksterne og interne innspillsrunden og ligger vedlagt.
2. Innspillsrunde der eksterne interessenter og medarbeidere i UNN inviteres til å kommentere og vurdere dagens organisering av UNN, og hvordan stedlig ledelse ivaretas.
3. Arbeidsgruppen går igjennom innspill som kommer inn og gir sin samlede vurdering av hvordan stedlig ledelse ivaretas i UNN med en endelig rapport til direktøren.

Leseveiledning til innspillsnotatet «Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas»

UNN har i dag en gjennomgående klinikkstruktur med stedlig ledelse på lavere nivå i organisasjonen. Innspillsnotatet beskriver hvordan organisasjonsmodellen er operasjonalisert med vekt på hvordan stedlig ledelse ivaretas ved lokalsykehusene. Innledningsvis i notatet gjøres en begrepsavklaring på sentrale begrep i diskusjonen rundt stedlig ledelse av sykehusene.

For referanser, bakgrunnsdokumenter og annen relevant informasjon vises det til egen internettside. Her finner dere også en tidslinje som viser UNN i utvikling og hvor de ulike dokumentene hører hjemme i tid. Tidslinjen har også sidereferanser til de ulike dokumentene som er sentrale for arbeidet.

Internettside: <https://unn.no/om-oss/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Ansatte ved UNN vil komme til samme informasjon via forsiden på vårt intranett.

Innspillspunkter

I innspillsrunden ønsker vi at dere særlig vurderer og kommenterer:

- I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik det er omtalt i st.meld 11 (jf. dok. 8) og i protokollen fra foretaksmøte (jf. dok. 10)?
- I hvilken grad og/eller på hvilke måte opplever man at dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis?
- Hva vil kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre?

Frist for innspill er satt til og med **22.11.2016**.

Innspill sendes til:
sykehusplan@unn.no

Videre prosess

Arbeidsgruppen vil, på bakgrunn av organisasjonsbeskrivelsen og innspillsrunden, ferdigstille en rapport som beskriver og utreder organiseringen av UNN og hvordan stedlig ledelse ivaretas. På bakgrunn av vurderingene som gjøres i utredningen vil rapporten fremme eventuelle forslag til forbedringer.

Rapporten oversendes administrerende direktør som legger saken frem for UNNs styre 8.2.2017.

Endelig sak oversendes Helse Nord RHF 10.2.2017.

Vi imøteser innspill til det videre arbeidet.

Med vennlig hilsen



Marit Lind

visadministrerende direktør

Universitetssykehuset Nord-Norge HF



Vedlegg 2

NASJONAL HELSE OG SYKEHUSPLAN – STEDLIG LEDELSE

Liste over interessenter som inviteres til innspillrunden ved Universitetssykehuset i Nord-Norge

Interne interessenter		
Navn	Kontakt	Elektronisk kontaktinfo
Brukerutvalget i UNN	Cathrin Carlyle	Cathrin.carlyle@unn.no
Driftsrådet i Harstad	Ved sekretær	Anne-Jorun.Smaback@unn.no
Driftsrådet i Narvik	Ved sekretær	Eva.Ann.Farstad@unn.no
Klinikkene i UNN	Ved klinikk sjef og klinikk rådgiver	klinikkraadgivere@unn.no
Foretakstillitvalgte/ Foretakshovedverneombud		ftv@unn.no
Alle medarbeidere i UNN	Gir innspill via Internett/intranettportal	sykehusplan@unn.no

Ekstern interessenter			
Navn	Adresse 1	Adresse 2	Elektronisk
Overordnet samarbeidsorgan (OSO) – Universitetssykehuset Nord-Norge	v/Magne Nicolaisen og Beate Nyheim		Oso.sekretariat@unn.no
Narvik kommune	Narvik kommune, postboks 64	8501 Narvik	postmottak@narvik.kommune.no
Harstad kommune	Harstad kommune c/o Postmottak, Postboks 1000	9479 Harstad	postmottak@harstad.kommune.no
Tromsø kommune	Tromsø kommune Rådhuset, Postboks 6900	9299 Tromsø	postmottak@tromso.kommune.no
Midt-Troms regionråd	Midt-Troms regionråd, Postboks 602	9305 Finnsnes	lse@midt-troms.no
Ofoten regionråd	Ofoten regionråd, v/ Narvik kommune	8512 Narvik	post@ofotraadet.no
Sør-Troms regionråd	Harstad kommune c/o postmottak, pb 1000, (NB! Merk konvolutt med Sør-Troms regionråd)	9479 Harstad	post@strr.no
Finnmarkssykehuset HF	Finnmarkssykehuset HF, Sykehusveien 35	9601 Hammerfest	postmottak@finnmarkssykehuset.no
Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF Postboks 1480	8092 Bodø	postmottak@nlsh.no
Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset HF Postboks 601	8607 Mo i Rana	postmottak@helgelandssykehuset.no



Sykehusapoteket Nord HF	Sykehusapotek Nord HF Postboks 6147, Langnes	9291 Tromsø	Foretak@sykehusapotek-nord.no
Helse Nord IKT	Helse Nord IKT, Postboks 6444,	9294 Tromsø	post@hnikt.no

Merknad:

Alle kommuner i UNN nedslagsområde ble føyet til i listen 23.11.2016.



Vedlegg 3

Viseadministrerende direktør Marit Lind

Deres ref.:
2016/5422

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:

Dato:
16.11.16

HØRINGSUTTALELSE – Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse

Lokalt driftsråd UNN Harstad har i ekstraordinært møte 15.11.16 behandlet saken om nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse og avgir følgende høringsuttalelse:

«Lokalt driftsråd UNN Harstad anser seg som et samarbeidsorgan for lokale ledere ved UNN Harstad. Vi er en høringsinstans og et rådgivende organ, og fungerer ikke som stedlig ledelse.

Driftsrådets beslutningsmyndighet er ifølge mandatet begrenset til de respektive medlemmenes myndighetsområde. Vi vil således ikke kunne foreta klinikkovergripende beslutninger.

Driftsrådet mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse.

For å få lik representasjon i besluttende organer, uavhengig av klinikkstruktur, må seksjonene omgjøres til avdelinger.

Det eneste ledernivået som kan ta reelle tverrgående beslutninger for lokalsykehuset UNN Harstad, og dermed utøve stedlig ledelse, er klinikkledernivået.

UNN Harstad bør derfor utredes for en lokal leder på klinikkledernivå.»

I tråd med anbefaling fra viseadministrerende direktør var tillitsvalgte og vernetjenesten invitert til møtet. Geir Magne Johnsen, hovedtillitsvalgt NSF deltok.

Driftsrådet fikk seg forelagt et opprop fra legekollegiet og dette følger som vedlegg.

Med vennlig hilsen

På vegne av - div Fingjord,

Lokalt driftsråd UNN Harstad

Vedlegg: Opprop fra legekollegiet

Uttalelse vedrørende behov for stedlig ledelse ved UNN Harstad

Stedlig ledelse er en sak vi oppfatter som svært viktig for UNN Harstad. Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. utbedringer etter katastrofeøvelser, portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets klare intensjon i sitt vedtak om stedlig ledelse i behandlingen av Nasjonal sykehusplan for Harstad sykehus. Det ble presisert også i foretaksmøtet at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påses ... «at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»..

Driftsrådet kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve reell stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Ingen av de lokale lederne ved Harstad sykehus er på dette nivået.

Vi mener derfor at UNN Harstad MÅ utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå tilsvarende f.eks Ringerike sykehus samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Vi oppfordrer Driftsrådet til å fremme et slikt forslag opp mot ledelsen ved UNN.

Leger ved Røntgenavdeling UNN Harstad

Therese B. Iversen

Trude Mortensen

For rehabiliteringsavdelingen

Yvonne Heiberg
Jan Helge Fosgerau
Anita Gjerdme

Uttalelse vedrørende behov for stedlig ledelse ved UNN Harstad

Stedlig ledelse er en sak vi oppfatter som svært viktig for UNN Harstad. Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. utbedringer etter katastrofeøvelser, portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets klare intensjon i sitt vedtak om stedlig ledelse i behandlingen av Nasjonal sykehusplan for Harstad sykehus. Det ble presisert også i foretaksmøtet at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påses ... «at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»..

Driftsrådet kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve reell stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Ingen av de lokale lederne ved Harstad sykehus er på dette nivået.

Vi mener derfor at UNN Harstad MÅ utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå tilsvarende f.eks Ringerike sykehus samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Vi oppfordrer Driftsrådet til å fremme et slikt forslag opp mot ledelsen ved UNN.

Leger ved Medisinsk avdeling UNN Harstad

Karamjit K Singh
Mara Seafic Fjellstad
Helle Eitelsen
Pyrim Andre
Odd Vidar Andreassen
Luca Schwenke
Liv Bygones
Linn Oftens lie
Robert Jan
Tinne M Caspersen

P. Nyman
JMM
T. H.

Karoline Hensrud Sundsvold
Kristine Hestegjindberg
Srdel F Karsela
Oda Schiager Witt.
Marie Drageth
Tor Kolbeins
Stian Hallén
Rionan Sm
Leve S Nu
P. H. J.
J. H.

Uttalelse vedrørende behov for stedlig ledelse ved UNN Harstad

Stedlig ledelse er en sak vi oppfatter som svært viktig for UNN Harstad. Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. utbedringer etter katastrofeøvelser, portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets klare intensjon i sitt vedtak om stedlig ledelse i behandlingen av Nasjonal sykehusplan for Harstad sykehus. Det ble presisert også i foretaksmøtet at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påses ... «at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»..

Driftsrådet kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve reell stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Ingen av de lokale lederne ved Harstad sykehus er på dette nivået.

Vi mener derfor at UNN Harstad MÅ utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå tilsvarende f.eks Ringerike sykehus samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Vi oppfordrer Driftsrådet til å fremme et slikt forslag opp mot ledelsen ved UNN.

Leger ved Gynekologisk avdeling UNN Harstad

Camilla Rossett Kleveland
Katharina Kleveland
Hans Kvepstad
Hallvard Fjellum
Ronnveig E. Løkke

Uttalelse vedrørende behov for stedlig ledelse ved UNN Harstad

Stedlig ledelse er en sak vi oppfatter som svært viktig for UNN Harstad . Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. utbedringer etter katastrofeøvelser, portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets klare intensjon i sitt vedtak om stedlig ledelse i behandlingen av Nasjonal sykehusplan for UNN Harstad. Det ble presisert også i foretaksmøtet at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påsees ... «at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»..

Driftsrådet kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve reell stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Ingen av de lokale lederne ved UNN Harstad er på dette nivået.

Vi mener derfor at UNN Harstad MÅ utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå tilsvarende f.eks Ringerike sykehus samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Vi oppfordrer Driftsrådet til å fremme et slikt forslag opp mot ledelsen ved UNN.

Leger ved kirurgisk avdeling UNN Harstad

Buttveien

FID

Anders

Ligning

Anders

Anders

Anders Nambert

Anders

Uttalelse vedrørende behov for stedlig ledelse ved UNN Harstad

Stedlig ledelse er en sak vi oppfatter som svært viktig for UNN Harstad. Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. utbedringer etter katastrofeøvelser, portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller Stortingets klare intensjon i sitt vedtak om stedlig ledelse i behandlingen av Nasjonal sykehusplan for Harstad sykehus. Det ble presisert også i foretaksmøtet at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påses ... «at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»..

Driftsrådet kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve reell stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Ingen av de lokale lederne ved Harstad sykehus er på dette nivået.

Vi mener derfor at UNN Harstad MÅ utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå tilsvarende f.eks Ringerike sykehus samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Vi oppfordrer Driftsrådet til å fremme et slikt forslag opp mot ledelsen ved UNN.

Leger ved Anestesi avdeling UNN Harstad

Beate B. Hensen

Blom Farbu

Vincent Carpendo

Rebecca Floer

Rogstad

Innspillsrunde til UNN HF vedrørende utredningsarbeidet om stedlig ledelse.

Det er kommet invitasjon til allmennlegene i Harstad om uttalelse i forhold til stedlig ledelse ved UNN Harstad.

Da sykehuset i Harstad ble innlemmet i helseforetaket i 2007, og ble en del av UNN HF, følte mange at den gode kommunikasjonen med lokalsykehuset ble fragmentert og forringet. Man hadde problemer med å skjønne hvor pasientene skulle henvises, hvem som bestemte hva som skulle prioriteres, og hvem man skulle kontakte for hjelp til gode pasientforløp.

Etter hvert har det gått seg noe til, men det gode samarbeidet med sykehuset er fortsatt forringet sammenliknet med hva det var.

Grunnen til dette sees i sammenheng med manglende lokal ledelse i Harstad. Det er ikke lenger mulig å ha et tett samarbeide mellom Harstad sykehus og lokal kommunal helsetjeneste ettersom ingen viktige avgjørelser kan tas i Harstad. Alt må bringes videre til høyere ledd i bestemmelsesstigen. Saker som for oss er viktige, blir nedprioritert på veien mot ledelsen og de som sitter med vedtaksmyndighet.

I dag som samhandlingsreformen er en realitet, og vi ser konsekvensene av politikernes ønsker, er tett samarbeide mellom sykehus og kommune ekstremt viktig for å få til best mulig pasientoppfølging og best mulig utnyttelse av de eksisterende ressursene.

For fastleger er det viktig å kunne ha nære bånd til sykehusets ledelse for å kunne samarbeide om de tunge pasientgruppene. Dette opplever vi som vanskelig i dag. Det samsnakkes om mange gode tiltak, men fastlegene kan ikke bruke tid på dette når man av erfaring vet at det stopper på vei til ledelsen som sitter i en helt annen by uten kjennskap til lokale behov.

PKO- praksiskonsulent- er et viktig bindeledd mellom sykehus og allmennlegetjenesten. En PKO er allmennlegens talerør inn til sykehuset, og kan i samråd med sykehusledelsen bli enig om hvordan man kan administrere retningslinjer, oppgavefordeling og ansvar på en fornuftig og faglig sikker måte mellom 1. og 2. linjetjenesten. I mange byer har PKO en svært sentral rolle og er en selvsagt samarbeidspart. I Harstad har vi ikke hatt PKO på mange år. For hvem skal en PKO samarbeide med når det ikke finnes noen enhetlig ledelse?

Som fastleger er vi som et ledd i spesialistutdannelsen avhengig av å få ett års praksis på sykehuset. Frem til 2007 sørget sykehuset for at det var en slik stilling tilgjengelig for allmennlegene. Dette har i prinsippet forsvunnet, og fastlegene får stort sett utdanningsstilling der det er stor mangel på leger, som for eksempel psykiatrisk poliklinikk. Dette er ikke ønskelig fordi det ikke styres ut fra fastlegenes behov for fordypning og interesse.

Allmennlegeforeningen ser det derfor som svært viktig at det blir stedlig ledelse ved alle lokalsykehus. Dette fordi det er viktig for å sikre god samhandling med gode pasientforløp. I tillegg vil dette gi bedre faglig kvalitet på tvers og forskning viser at ressursstyringen blir bedre.

Legeforeningen har derfor uttalt at Stortingets vedtak om stedlig ledelse må følges opp i praksis og er klar på dagens ledelsesstruktur ved UNN HF ikke gir UNN Harstad stedlig ledelse. Det er svært viktig at denne utredningen fører til endring i dette.

Med vennlig hilsen

Inger Ingemann,
Tillitsvalgt for
allmennlegene i Harstad

Sidsel M. Andreassen,
Styremedlem i Allmennlegeforeningen



Gratangen



Harstad



Ibestad



Kvæfjord



Lavangen



Salangen



Skånland

Sør-Troms regionråd

Deres ref.: Deres dato: Saksbehandler: Telefon: 770 26008 Vår dato: Vår ref. 2016/7203 /
STURLA BANGSTAD **24.11.2016** 026

Universitetssykehuset Nord-Norge

UTTALELSE OM NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN-STEDLIG LEDELSE

Sør-Troms regionråd viser til referanse 2016/5422-1, invitasjon til innspill til nasjonal helse- og sykehusplan-stedlig ledelse.

Innledningsvis ønsker rådet å presisere at kommunene er det lovmessige/lovpålagte forvaltningsnivået, mens regionrådene er et konsensusråd. Vi mener derfor at UNN har tatt en god beslutning om å utsette fristen og involvere alle kommuner i denne saken, og anbefaler at dette blir innført som praksis i fremtidige innspills- og høringsaker.

Innspillet gjelder for både Harstad og Narvik sykehus, som begge er regionens lokalsykehus.

Grunnlag

I henhold til ref., fungerer dagens modell på den måten at sykehusene sine avdelinger og seksjoner er underlagt, og rapporterer til et totalt antall av 9 klinikksjefer i Tromsø. Koordinering, prioritering og samhandling må således skje mellom klinikksjefene før iverksetting på sykehusene.

Ifølge LOU-rapporten fra 2012 fører dette til mangelfull koordinering og samhandling, samt lange og tunge beslutningsveier. Dette understrekes også av innspillet fra Harstad kommune i denne saken.

Drøfting

Det er vanskelig å se for seg at man kan oppnå bedre koordinering og samhandling, med enklere og smidigere beslutningsveier, uten at sykehusene har en lokal ledelse med helhetlig ansvar og beslutningsmyndighet.

Samtidig er det vesentlig at det faglige blir ivaretatt på en måte som er betryggende, og som ivaretar likhet i pasientbehandlingen. Det trenger imidlertid ikke være et motsetningsforhold mellom helhetlig, stedlig ledelse og behovet for faglig forsvarlig pasientbehandling, da dette kan reguleres med fornuftig delegering/avstemming av ansvar og roller.

Anbefaling

Sør-Troms regionråd anbefaler at det etableres en stedlig ledelse både på Harstad og Narvik sykehus, med helhetlig ansvar og beslutningsmyndighet. Leder bør plasseres på nivå med klinikksjefene og rapportere direkte til direktøren ved UNN.

Med hilsen

Dag Sigurd Brustind
Leder

Sturla Bangstad
Daglig leder

Dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.



Deres ref.: Deres dato: Saksbehandler:
07.11.2016 Roger Rasmussen

Telefon: Vår dato: Vår ref.:
77026000 29.11.2016 2016/6889 / H00

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Postboks 100
9038 TROMSØ

INNSPILLSRUNDE - NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - STEDLIG LEDELSE

Viser til brev av 7. november 2016 om invitasjon til innspill på høringsprosess om stedlig ledelse av sykehus.

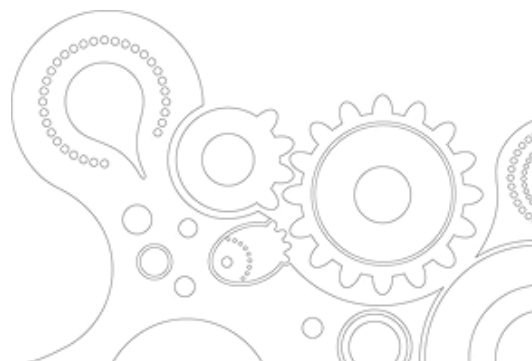
Harstad kommune ønsker å gi slikt innspill som er politisk behandlet og vedtatt av kommunestyret 24. november 2016:

1. Vurdering av organisasjonsmodell: Harstad kommune mener at det bør være en stedlig enhetlig ledelse lokalisert i Harstad som koordinerer aktivitet og er kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere.
2. Kommunens erfaringer med dagens organisasjonsmodell: Harstad kommune erfarer at det i enkelte saker kan være utfordrende å forstå hvor henvendelser skal adresseres, og at det til tider tar lang tid før svar/tilbakemelding foreligger.
3. Forslag til tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre: Harstad kommunestyre mener at det bør være en stedlig enhetlig ledelse lokalisert i Harstad som koordinerer aktivitet og er kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere. Ledelsen forutsettes å ha nødvendige fullmakter til å utøve ledelse, det være seg faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar.

Med hilsen

Roger Rasmussen
Rådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.



INNSPILLSRUNDE – NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN – STEDLIG LEDELSE

Harstad Eldreråd har ved flere anledninger gitt uttrykk for ønske om en stedlig ledelse ved Harstad sykehus / UNN Harstad, og frustrasjon over manglende stedlig ledelse.

Harstad Eldreråd har drøftet saken under sak PS 16/49 i møte 21.11.2016 og vil komme med følgende innspill:

1. Organisasjonsmodell:

Harstad Eldreråd mener det er av avgjørende betydning for en effektiv og pasient sikker organisasjon, at det er en stedlig ledelse i Harstad. En stedlig ledelse kan på en langt bedre og mindre byråkratisk måte følge behov for utbedringer etter for eksempel katastrofeøvelser, sikkerhet for ansatte og pasienter og kontakt med samarbeidspartnere og kommuner i nedslagsfeltet.

Erfaringer med dagens modell:

Harstad Eldreråd finner at det med dagens modell kan by på store problemer å vite hvor en skal henvende seg, og det kan ta lang tid før rette vedkommende kan gi et svar. Harstad Eldreråd har vært opptatt av mammografi til eldre kvinner, og det tok urimelig og unødvendig lang tid før svar forelå. Det hadde vært mye enklere og mindre byråkratisk å kunne henvende seg til en stedlig ledelse ved UNN Harstad.

2. Forslag til bedre ivaretagelse av stedlig ledelse:

Harstad Eldreråd mener at organiseringen av UNN ikke oppfyller Stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for Harstad sykehus. Harstad Eldreråd er kjent med at foretaksmøtet sier at det skal påses ...”at det finnes ledere på de ulike geografiske lokalisasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse”... Foretaksmøtet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører.

UNN Harstad bør derfor utredes for en lokal stedlig ledelse på klinikkledernivå, samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Ledelsen forutsettes å ha nødvendige fullmakter til å utøve ledelse, det være seg faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar.

For Harstad Eldreråd

Ivar Østberg

leder Harstad Eldreråd

Stedlig ledelse ved Harstad sykehus

Saken om stedlig ledelse er svært viktig for UNN Harstad. Ansatte ved sykehuset rapporterer om truende svikt i kvalitet og effektivitet ved sykehuset som tilskrives mangel på stedlig ledelse. Det er mange eksempler på dette, bl.a. manglende utbedringer etter katastrofeøvelser, fraværende portørtjenester og sikkerhet for ansatte og pasienter, eksempel på dette er innbrudd i august 2016.

Det ble presisert i foretaksmøtet (mai 2016) at det ved tverrgående klinikkstruktur skal påses ... «at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»

I innstillingen fra Stortingets helse og sosial komiteen vises det til noen uttalelser: «Behovet for at lederne må kjenne sine ansatte for å kunne utvikle fagmiljøer best mulig. Verken daglig drift eller arbeid med ønsket endring, kan fungere uten en leder som er fysisk tilstede på arbeidsplassen». **Komiteen videre:** «sykehus lar seg ikke fjernstyre. Kompleksiteten i sykehusene er stor, og kravene til lik behandling av like problemstillinger og reduksjon av variasjon, øker lederutfordringene».

«Ledelse er sterkt medvirkende til å bygge en god kultur og sterke fagmiljøer. God kultur og godt arbeidsmiljø skapes ved å ha en stedlig leder som kan bidra med nødvendige avklaringer i daglig drift og minimere usikkerhet, sørge for tydelig oppgavefordeling og som kjenner de ansattes omgivelser og rammevilkår ved å delta nært i pasientbehandlingen».

Lokalt driftsråd som er beskrevet i rapporten fra UNN kan fungere som et koordinerende organ, men har ingen beslutningsmyndighet ut over den de lokale seksjons- og avdelingsledere allerede har. Vi viser til Harstad driftsråds egen høringsuttalelse som konkluderer med at: "driftsrådet er et rådgivende organ og ikke fungerer som stedlig ledelse".

Det eneste ledernivå som kan ta reelle tverrgående beslutninger for sykehuset i Harstad, og dermed utøve stedlig ledelse, er klinikkledernivået. Avdelingsledere på UNN Harstad har ingen myndighet til tverrgående avgjørelser.

Det må aldri være tvil om hvem som sitter med ansvar og myndighet. Dette bør det være mulig å få til under en klinikkmodell som ivaretar det faglige og medisinske ansvaret. Stedlig ledelse skal være en ledelse som har ansvar for at avgjørelser blir tatt, og at vedtak blir iverksatt.

De tillitsvalgte og vernetjenesten ved UNN Harstad mener organiseringen i UNN ikke oppfyller stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan.

UNN Harstad bør derfor utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå eksempelvis tilsvarende det som Helse og Sosialkomiteen viser til har skjedd på Ringerike sykehus.

På vegne av

Randi Stenli Pedersen
Fagforbundet

Heid Solheim
KlinikkTV FO

Geir Magne Johnsen
Hovedtillitsvalgt NSF

Rita Vang
Hovedverneombud
UNN

Kjell-Inge Jakobsen
Tillitsvalgt DNMF

Katrine Holm Lamo
Tillitsvalgt i Dnj

Tone J Glefjell
TV, ergoterapeutene

Innspill vedrørende stedelig ledelsen ved Harstad sykehus

Det er til enhver tid 22 turnusleger på UNN Harstad; hvert halvår skiftes 11 stykker ut. Som turnuslege er man 6 måneder på kirurgisk avdeling og 6 måneder på medisinsk avdeling. Tilhørende tjeneste jobber vi som primærvakter i akuttmottaket for våre respektive avdelinger.

Gjennom tjenesten så langt har vi støtt på enkelte utfordringer knyttet til tjenesten som har blitt håndtert lokalt. Avdelingsleder har løst dette på beste mulig vis, men når problemstillingene går på tvers av avdelinger blir det en langvarig prosess, og ikke alltid like produktiv, da ingen på UNN Harstad har beslutningsmyndighet på tvers av avdelingene.

En stedelig ledelse vil også kunne legge tydelige føringer når det kommer til forhold som for eksempel overtid og ferie og hvordan dette skal praktiseres på hele UNN Harstad. Frem til nå løses dette ulikt på de forskjellige avdelingene, noe som blir tydelig for oss turnusleger som i løpet av ett år jobber på både medisinsk og kirurgisk avdeling.

Ved å ha en synlig, lokal leder tror vi at identitetsfølelsen for Harstad sykehus vil øke, som kan spille positivt inn på rekruttering. Det vil også sikre turnusleger en overordnet leder som kan sikre at hele aspektet av tjenesten blir ivaretatt, og som samtidig enklere kan lage rom for videre undervisning og utvikling av tjenesten på tvers av sykehusets avdelinger.

Fra samtlige turnusleger ved Harstad sykehus:

Stian Hallén
Kjetil Iversen
Kiranjit Singh
Marie Dragseth
Trine Caspersen
Tore Kolbeinsen
Sidsel Karlsen
Karoline Sundsvold
Kjersti Nordpoll
Linn Lie
Oda Witt
Tobais Storhaug
Lydia Mariadasan
Lena Melanie Steinhoff
Eirik Bruun
Camilla Helander
Berit Snekvik
Martine Sletteberg
Lena Tangen
Haagen Johnsen
Ole Petter Grebstad
Kristine Mørk Kindberg



Kvæfjord kommune

Ordføreren

Universitetssykehuset Nord-Norge
Postboks 100
9038 TROMSØ

Sendes kun pr epost til: sykehusplan@unn.no

Vår dato: 06.12.2016
Vår ref: 2016/17

Deres dato:
Deres ref:

Saksbeh: Torbjørn Larsen
Saksbeh. tlf: 77023004

Innspill fra Kvæfjord kommune: Nasjonal helse- og sykehusplan - stedlig ledelse

Det vises til brev av 23. november 2016 med invitasjon til å komme med innspill til Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) sitt arbeid med oppfølgingen av nasjonal helse- og sykehusplan.

Kvæfjord kommune gir følgende innspill:

- Vurdering av organisasjonsmodell:** Kvæfjord kommune mener at det bør være en stedlig enhetlig ledelse lokalisert i Harstad som koordinerer aktivitet og er kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere.
- Kommunens erfaringer med dagens organisasjonsmodell:** Kvæfjord kommune erfarer at det i enkelte saker kan være utfordrende å forstå hvor henvendelser skal adresseres, og at det til tider tar lang tid før svar/tilbakemelding foreligger.
- Forslag til tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre:** Kvæfjord kommune mener at det bør være en stedlig enhetlig ledelse på klinikkledernivå, lokalisert i Harstad, som koordinerer aktivitet og er kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere. Ledelsen forutsettes å ha nødvendige fullmakter til å utøve ledelse, det være seg faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar.

Med hilsen

Torbjørn Larsen
Ordfører



Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Postboks 100 Langnes

9038 TROMSØ

Vår ref. (oppgi ved henvendelse)
15/3138-4/HEE

Deres ref.
2016/5422-1

Narvik, 06.12.2016

Innspillsrunde - Nasjonal helse- og sykehusplan - Stedlig ledelse

Narvik kommune viser til brev av 7. november 2016 der UNN HF inviterer til innspill Nasjonal helse- og sykehusplan vedrørende stedlig ledelse. Det bees om innspill på a) om hvorvidt organisasjonsmodellen til UNN HF ivaretar stedlig ledelse slik det er beskrevet i st.mld 11 (jmf dok 8) og i protokollen fra foretaksmøtet (jmf dok 10), b) våre erfaringer med dagens organisasjonsmodell og c) mulige tiltak for å bedre/styrke stedlig ledelse.

Innledningsvis vil vi rette oppmerksomheten til helse- og omsorgskomiteens merknader i behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan i mars 2016. *“Komiteen vil påpeke at både samhandlingsreformen og de endringene i sykehusstrukturen som nasjonal helse- og sykehusplan medfører, forutsetter et nært samarbeid med den kommunale primærhelsetjenesten, med de ansatte på sykehusene og mellom de ulike sykehusene. For å sikre nødvendige koordinering, forankring og involvering i driften og den videre utviklingen av lokalsykehusene, må hvert lokalsykehus ha en stedlig leder.”* Videre sier komiteen: *“Endringsprosesser krever god ledelse. Erfaringer viser at det er ytterst krevende å sikre nødvendig koordinering, lokal forankring samt gjennomføre gode endringsprosesser med ledelsesmodell uten stedlig ledelse på lokalsykehusene. Hvert lokalsykehus bør ha en toppleder, en ansvarlig tilrettelegger, som inngår i "storsykehusets" lederteam. Dette er fullt mulig å gjennomføre selv om lokalsykehuset inngår i et større sykehus med vertikale faglige ledelseslinjer som i dag er et ledelsesprinsipp i mange av helseforetakene.”* Vi regner med at dette lå til grunn når det i Mld. St 11 (2015-2016) og vedtaket i Stortinget fra 17. Mars 2016 er formulert: *“Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumentene sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus”*.

Vedrørende spørsmål om organisasjonsmodellen til UNN HF ivaretar stedlig ledelse slik det er beskrevet i Mld.st 11 (2015-2016) og protokollen fra foretaksmøtet gjør vi oss noen refleksjoner. Vi vurderer at det i en klinikkstruktur lett oppstår en situasjon der hver klinikk er seg selv nærmest, noe som innebærer at man ikke klarer å hente ut smådriftsfordelene ved lokalsykehusene. Det kan stilles spørsmål ved om UNN HF har etablert tilstrekkelig strukturer som ivaretar behovet for å jobbe på tvers, noe som er særlig viktig i små fagmiljøer. Vi er kjent med etableringen av driftsråd ved UNN Narvik og UNN Harstad, men er usikker på om disse klarer å ivareta reell stedlig ledelse.

Det er ønskelig med kommunenes erfaringer med dagens organisasjonsmodell. Samhandlingsreformen har som formål å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende

tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Vi vurderer at dette krever tett kommunikasjon og ledere med beslutningsmyndighet. I punktene under finner dere noen av våre erfaringer:

- vi erfarer at klinikkledelsen ikke alltid har oversikt over samhandlingsmønsteret lokalt og dermed ikke klarer å forutse lokale konsekvenser av beslutninger på klinikknivå
- lang beslutningsvei fra klinikkledelsen i Tromsø til lokal miljø ved UNN Narvik og omvendt for synliggjøring av konsekvenser
- utfordrende for kommunen når vi har behov for avklaringer på/mellom klinikkstjefnivå
- små fagmiljø ved UNN Narvik gjør at selv beskjedne reduksjoner/endringer i stillinger kan gi store konsekvenser for tilbudet til befolkningen
- små fagmiljø ved UNN Narvik gjør at flytting av en funksjon fra Narvik til Harstad/Tromsø kan få store ringvirkninger lokalt pga avhengighet på tvers av klinikker som ikke blir godt nok belyst
- vakanser/vikariater ved UNN Narvik pga det vi oppfatter som lang tid fra ledighet oppstår til rekruttering er gjennomført (eksempel gynekologi)
- vanskelig å få synliggjort og gjennomslag for lokale behov (feks behov for LIS stilling gynekologi)
- gode erfaringer med KSU Somatikk og KSU rus/psykiatri, kan styrkes ytterligere gjennom deltakelse av klinikkstjefer 1 gang pr. år
- gode erfaringer med dialogmøtene vi som vertskommune har med direktør m.fl
- gode erfaringer med at vi som vertskommunen er representert i OSO

Vedrørende mulige tiltak for å bedre/styrke stedlig ledelse vurderer vi at det først og fremst er opp til UNN HF selv å identifisere mulige løsninger. Vi ser behov for lokal leder med ansvar for å koordinere og være en ansvarlig kontaktperson mot kommunene. Denne må kjenne lokale forhold og ha sterk forankring i UNN HF sin ledergruppe. I LUO rapporten fra 2012 kom det fram forslag om en stedlig leder med et koordinerende ansvar, og som må være med i direktørens ledergruppe. Dette mener vi samsvarer med helse- og omsorgskomiteens merknader. Om en ser til Forsvaret så har de etablert en lokal funksjon som plassmajor som skal ivareta lokale forhold og sikre kommunikasjon med øverste ledergruppe. Vi imøteser konkrete tiltak fra UNN HF for å styrke stedlig ledelse.

Med vennlig hilsen

Heidi Eriksen Laksaa
Kommunalsjef

Dokumentet er godkjent elektronisk i Narvik kommune og har derfor ingen signatur

Kopi til:

Rune Edvardsen
Geir-Ketil Hansen
Wenche Folberg

INNSPILL FRA SEKSJONER I FORSYNINGSAVDELINGEN

Organisatoriske endringer vedr lederstrukturen ved Harstad og Narvik/ forsyningstjenesten

Det foreslås en ny organisatorisk endring ved lokasjonene ved Harstad og Narvik. Disse to lokasjonene preges av små enheter som vil nyte godt av et tettere samarbeid og hverandres ressurser. De to lokasjonene er preget av å ha få ansatte pr seksjon og har ikke hatt stedlig ledelse etter omorganisering. Det foreslås i grove trekk at:

- Det etableres en seksjon pr geografisk lokasjon som underlegges avdelingsleder som favner alle fagområdene i forsyningen.
- Personalledelse plasseres på lokasjon i Harstad og Narvik
- Overordnet faglig ledelse ligger hos seksjonsledere på de berørte fagområdene.
- Seksjonsledere for forsyning, Harstad og Narvik, deltar på ledersamlinger og møter.
- Disse får overordnet ansvar for bl.a. kontrakts overholdelse, bestillinger og budsjett for de ulike lokasjonene.
- Drive fram en strategiplan for forsyningstjenestene på disse to lokasjonene.

Gode synergier for en endring er:

- Redusere behovet for innleie av vikarer ved ferieavvikling og kortere sykemeldinger
- Fremme forsyningstjenestens behov ved ombygginger i Harstad og ved nybygget i Narvik
- Tettere oppfølging av ansatte med hensyn til sykefravær, nyansettelse, seniorpolitikk og budsjett.
- Økonomisk innsparing for UNN da man reduserer behovet for mye reising for alle seksjonslederne i Tromsø mot Harstad og Narvik. Dette mener vi er i tråd med UNN som Grønt Sykehus; man sparer miljøet ved å redusere reisevirksomheten mellom enhetene

Ved å etablere en egen forsyningsseksjon Harstad og – Narvik, reduseres sårbarheten i driften. Man nyter godt av å spille på hverandre. Ved å bli en større enhet blir man mer synlig og får større gjennomslagskraft i møte med blant annet utbygginger og endret drift. Det blir større fleksibilitet og ved å utfylle hverandre bedre kan man få en bedre ressursutnyttelse av personell. Som større enhet kan man yte mer og bedre service. Det bør tas hensyn til de som har bosted på de geografiske lokasjonene at det får virke på sykehuset knyttet mot sitt hjemsted.

Andre momenter er:

- Større læringsmiljø og økt kompetanse som kan gi bedre og mer interessante arbeidsmiljø
- Forbedret struktur
- Samhold
- Bedre kvalitetssikring

- Innkjøpsseksjonen være en del av dette
- Mindre bruk av sykevikarer
- Rekruttering lettere

Innenfor DES har teknisk avdeling i sin organiseringsplan Teknisk Harstad og Teknisk Narvik, som egne seksjoner. Diagnostikk Klinikk: Seksjon Harstad og Seksjon Narvik. Forslaget til nyetableringer for Forsyningsavdelingen; Forsyning Harstad og Forsyning Narvik.

Med vennlig hilsen

Seksjonsledere ved Tøyforsyningen, Renholdsseksjonen, Sentralforsyningen, Matforsyningen og Sentralbord



post@ofotraadet.no
Saksbehandler: Elisabeth Størjord
Narvik 06.12.16
Vår refr: 16/21

Til Universitetssykehuset Nord-Norge HF
sykehusplan@unn.no

Innspillrunde- Nasjonal helse- og sykehusplan- Stedlig ledelse

Ofoten regionråd viser til brev av 7. november 2016 der UNN HF inviterer til innspill Nasjonal helse- og sykehusplan vedrørende stedlig ledelse. Det bes om innspill på a) om hvorvidt organisasjonsmodellen til UNN HF ivaretar stedlig ledelse slik det er beskrevet i st.mld 11 (jmf dok 8) og i protokollen fra foretaksmøtet (jmf dok 10), b) våre erfaringer med dagens organisasjonsmodell og c) mulige tiltak for å bedre/styrke stedlig ledelse.

Innledningsvis vil vi rette oppmerksomheten til helse- og omsorgskomiteens merknader i behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan i mars 2016. *“Komiteen vil påpeke at både samhandlingsreformen og de endringene i sykehusstrukturen som nasjonal helse- og sykehusplan medfører, forutsetter et nært samarbeid med den kommunale primærhelsetjenesten, med de ansatte på sykehusene og mellom de ulike sykehusene. For å sikre nødvendige koordinering, forankring og involvering i driften og den videre utviklingen av lokalsykehusene, må hvert lokalsykehus ha en stedlig leder.”* Videre sier komiteen: *“Endringsprosesser krever god ledelse. Erfaringer viser at det er ytterst krevende å sikre nødvendig koordinering, lokal forankring samt gjennomføre gode endringsprosesser med ledelsesmodell uten stedlig ledelse på lokalsykehusene. Hvert lokalsykehus bør ha en toppleder, en ansvarlig tilrettelegger, som inngår i "storsykehusets" lederteam. Dette er fullt mulig å gjennomføre selv om lokalsykehuset inngår i et større sykehus med vertikale faglige ledelseslinjer som i dag er et ledelsesprinsipp i mange av helseforetakene.”* Vi regner med at dette lå til grunn når det i Mld. St 11 (2015-2016) og vedtaket i Stortinget fra 17. Mars 2016 er formulert: *“Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumentene sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus”.*

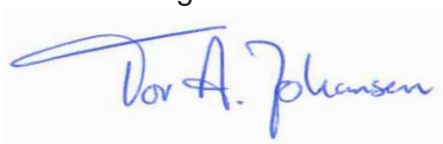
Vedrørende spørsmål om organisasjonsmodellen til UNN HF ivaretar stedlig ledelse slik det er beskrevet i Mld.st 11 (2015-2016) og protokollen fra foretaksmøtet gjør vi oss noen refleksjoner. Vi vurderer at det i en klinikkstruktur lett oppstår en situasjon der hver klinikk er seg selv nærmest, noe som innebærer at man ikke klarer å hente ut smådriftsfordelene ved lokalsykehusene. Det kan stilles spørsmål ved om UNN HF har etablert tilstrekkelig strukturer som ivaretar behovet for å jobbe på tvers, noe som er særlig viktig i små fagmiljøer. Vi er kjent med etableringen av driftsråd ved UNN Narvik og UNN Harstad, men er usikker på om disse klarer å ivareta reell stedlig ledelse.

Det er ønskelig med kommunenes erfaringer med dagens organisasjonsmodell. Samhandlingsreformen har som formål å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinntilflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Vi vurderer at dette krever tett kommunikasjon og ledere med beslutningsmyndighet. I punktene under finner dere noen av våre erfaringer:

- vi erfarer at klinikkledelsen ikke alltid har oversikt over samhandlingsmønsteret lokalt og dermed ikke klarer å forutse lokale konsekvenser av beslutninger på klinikknivå
- lang beslutningsvei fra klinikkledelsen i Tromsø til lokal miljø ved UNN Narvik til og omvendt for synliggjøring av konsekvenser
- utfordrende for kommunene når vi har behov for avklaringer på/mellom klinikk- og sjukehusnivå
- små fagmiljø ved UNN Narvik gjør at selv beskjedne reduksjoner/endringer i stillinger kan gi store konsekvenser for tilbudet til befolkningen
- små fagmiljø ved UNN Narvik gjør at flytting av en funksjon fra Narvik til Harstad/Tromsø kan få store ringvirkninger lokalt pga avhengighet på tvers av klinikker som ikke blir godt nok belyst
- vakanser/vikariater ved UNN Narvik pga det vi oppfatter som lang tid fra ledighet oppstår til rekruttering er gjennomført (eksempel gynekologi)
- vanskelig å få synliggjort og gjennomslag for lokale behov (feks behov for LIS stilling gynekologi)
- gode erfaringer med KSU Somatikk og KSU rus/psykiatri kan styrkes ytterligere gjennom deltakelse av klinikkjefer 1 gang pr år
- gode erfaringer med dialogmøtene vi som vertskommune har med direktør m.fl
- gode erfaringer med at vi som vertskommunen er representert i OSO

Vedrørende mulige tiltak for å bedre/styrke stedlig ledelse vurderer vi at det først og fremst er opp til UNN HF selv å identifisere mulige løsninger. Vi ser behov for lokal leder med ansvar for å koordinere og være en ansvarlig kontaktperson mot kommunene. Denne må kjenne lokale forhold og ha en sterk forankring i UNN HF sin ledergruppe. I LUO rapporten fra 2012 kom det fram forslag om en stedlig leder med et koordinerende ansvar, og som må være med i direktørens ledergruppe. Dette mener vi samsvarer med helse- og omsorgskomiteens merknader. Om en ser til Forsvaret så har de etablert en lokal funksjon som plassmajor som skal ivareta lokale forhold og sikre kommunikasjon med øverste ledergruppe. Vi imøteser konkrete tiltak fra UNN HF for å styrke stedlig ledelse.

Vennlig hilsen



Tor Asgeir Johansen
leder Ofoten regionråd



Innspillpunkt 1

Arbeidsgruppe – Oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan – Stedlig ledelse

V/Viseadministrerende direktør

Marit Lind

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Deres ref:
2016/5422-1

Vår ref:

Saksbehandler/dir.tlf.:

Dato:
05.12.2016

Innspill fra Driftsråd UNN Narvik – Nasjonal helse- og sykehusplan - stedlig ledelse

Driftsråd ved UNN Narvik takker for invitasjonen fra arbeidsgruppen – oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse, til innspillsrunden om stedlig ledelse. Driftsråd UNN Narvik behandlet saken i ekstraordinært driftsrådsmøte avholdt 09.11.2016. I vår tilbakemelding i forhold til de tre punktene det bes om innspill på har vi hatt fokus på UNN Narvik og om dagens organisasjonsmodell oppfyller kravene til stedlig- og enhetlig ledelse, hvordan dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis og forslag på tiltak som kan bedre stedlig ledelse.

Tillitsvalgte fra NSF og DNLF, samt vernetjenesten ble invitert og hovedtillitsvalgt fra NSF og DNLF deltok. Dessverre uteble vernetjenesten, da det ikke ble opplyst fra driftsrådets side om IP.nr til videokonferanserom. Vernetjenesten er i etterkant kontaktet og det er blitt gitt beklagelser. Vernetjenesten vil også få tilsendt dette notatet.

I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik det er omtalt i st.meld 11 (jf. dok. 8) og i protokollen fra foretaksmøte (jf. dok. 10)?

Ad 1:

Driftsråd UNN Narvik vurderer at organisasjonsmodellen ved UNN, ikke oppfyller kravet om *stedlig* ledelse, eller stedlig *enhetlig* ledelse på alle nivåer ved UNN Narvik.

«I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse.» Lokalt driftsråd har gjennomgått alle avdelinger/seksjoner/enheter og vi finner flere enheter og medarbeidere som ikke har sin leder fysisk tilstede i Narvik. Se vedlegg (1).

Når vi tar for oss spørsmålet om stedlig enhetlig ledelse, vises det til beskrivelsen i Spesialisthelsetjenesten § 3 – 9: Ledelse i sykehus:

«Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer.»

Eksempler på organisering som bryter med prinsippet om enhetlig ledelse finner vi ved seksjonene Medisinsk-Kirurgisk sengepost og Kirurgisk-Medisinsk poliklinikk. Se vedlegg med beskrivelse og organisasjonskart (2).

Driftsråd UNN Narvik har derfor konkludert med at organiseringen ved UNN Narvik verken oppfyller kravet til stedlig ledelse eller stedlig enhetlig ledelse.

Verken loven eller rundskrivet sier noe om hvor mange nivå det skal være i et foretak eller i sykehus. Foretakene står i så måte fritt til å definere antall nivå ut fra hva som vurderes som hensiktsmessig. I UNN er det definert fire organisatoriske nivå under administrerende direktør. Klinikk, avdeling, seksjon og enhet. Driftsrådet konkluderer derfor med at stedlig ledelse på alle nivå ikke er ivaretatt ved UNN Narvik.

Videre vil vi også påpeke at man ved UNN heller ikke følger vedtatt overordnet lederstruktur med direktør, klinikk sjef, avdelingsleder, seksjonsleder og enhetsleder, da det er ledere ansatt i ulike titler som seksjonssykepleiere, oversykepleier og seksjonsoverlege, noe som er med på å gjøre lederstrukturen, organiseringen og ansvarsområder uoversiktlig.

Innspillpunkt 2

I hvilken grad og/eller på hvilken måte opplever man at dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis?

Ad 2:

Driftsrådet opplever dagens organisasjonsmodell med klinikkstruktur som positiv da organiseringen samler fagmiljø, faglig kompetanse og felles standarder som resulterer i likeverdig pasienttilbud i hele regionen. Likevel ser vi også at organiseringen gir utfordringer med samarbeid på tvers av klinikkene, forskjellige kulturer, geografiske store avstander og lange administrative linjer da man ikke er representert med lokal stedlig leder på det øverste ledernivået i UNN.

Dagens organisering gjør noe i forhold til lederansvaret for helheten til lokalsykehuset UNN Narvik, da vi ikke har lokal leder på nivået som har ansvar for å lede hele «UNN Narvik og alle avdelingene». Lokalt er lederansvaret oppstykket, og det er der vi ser utfordringen med organisasjonsmodellen og med et driftsråd.

Det oppleves også at klinikkene med stedlig virksomhet ved UNN Narvik i varierende grad lykkes med å få dagens organisasjonsmodellen til å fungere godt. Dette kan handle om flere forhold, som tilgang til nødvendige personalressurser, organisering og måten avstandsledelsen utøves på.

Vi ser også en del utfordringer med hensyn til hvorledes stedlig ledelse ivaretas. Det er flere ansatte som ikke har stedlig ledelse. Hvilke konsekvenser dette har for ivaretagelse av ledelse, vil variere i den enkeltes tilfelle. Utfordringer kan oppstå både for den som leder og for den som blir ledet – på avstand. Alle ansatte ved UNN Narvik vet hvem som er deres nærmeste leder, men det er i varierende grad hvordan den enkelte føler seg ivaretatt. Personaloppgaver som tilhører leder, kan være vanskelig å gjennomføre – på avstand. Dette er oppgaver som er knyttet til det å se den ansatte, personaloppfølging, å kunne gi konstruktive tilbakemeldinger og å veilede.

Vi har også valgt å komme med noen synspunkt i forhold driftsrådet, selv om driftsrådet ikke har en formell organisatorisk plassering i UNN sin organisasjonsmodell, men er et samarbeidsorgan som ble opprettet «for å skape en arena for å samhandle og koordinere aktiviteter internt lokalt». Hvis Driftsrådet skal fungere som klinikkovergripende stedlig ledelse, bør driftsrådets lederfunksjon styrkes og tydeliggjøres.

Driftsrådet UNN Narvik opplever utfordringer i forhold til faktisk beslutningsmyndighet da denne er tilsvarende de respektive medlemmers myndighetsområde, jfr. mandatet. Dette medfører at klinikkleder-medlemmet alltid har større beslutningsmyndighet enn rådets øvrige medlemmer.

Opplevelsen er også at engasjementet til klinikkleder-medlemmet i driftsrådet er personavhengig, og ikke oppdragsavhengig, da både avstandsledelse og den personlige faktoren hos hver klinikkleder nødvendigvis vil være forskjellig. Det er i tillegg klinikkleder-medlemmet som deltar i direktørens ledermøte og bringer videre saker, ikke den stedlige lederen av driftsrådet.

Driftsrådet er avhengig av at alle bidrar til viktige saker, er løsningsorientert og at alle medlemmer møter. Det bør gjøres enkelte justeringer i forhold til sammensetning av rådet. Driftsrådet opplever per nå å ikke fungere optimalt og vi har fortsatt store utfordringer knyttet til det å klare å løse klinikkovergripende saker.

Avdelingsleder med lederfunksjon av driftsrådet har stor arbeidsmengde i sin ordinære stilling og skal i tillegg ivareta funksjonen som leder for driftsrådet. Utfordringen ligger i å ha kapasitet til å ivareta begge funksjoner optimalt.

Innspillpunkt 3

Hva vil kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre?

Ad 3:

For å kunne si at Driftsrådet utgjør stedlig ledelse lokalt i Narvik, bør det synliggjøres på UNN sitt organisasjonskart på lik linje med Longyearbyen sykehus. Rådet bør ha en tydeligere struktur og oppmøteplikt bør innføres, samt et mer tydelig mandat for utøvelse av ledelse.

Vi mener at leder av Driftsrådet bør være en frikjøpt stilling (%) for god ivaretagelse av funksjonen. Leder av Driftsrådet bør også ha lengre virketid minst 3 år for å sikre nødvendig kontinuitet. Klinikksjef -medlemmet i driftsrådet bør ha like lang virketid.

Leder av driftsrådet må, for å vareta stedlig ledelse opp imot foretaksnivå, delta i direktørens stabsmøte. Begrunnelsen for forslaget er at driftsrådsleder er den som har best innsikt i saker vedrørende aktuelle lokalisasjon – og vil mest sannsynlig ha et engasjement som kan være avgjørende i enkelte tilfeller for hvorledes saken blir belyst, og ikke minst, som vil være avgjørende for hvordan beslutninger implementeres lokalt.

Driftsrådet må også selv være med å ta ansvar for å bedre samarbeid lokalt og på tvers av klinikker. Vi må i fellesskap evne å ta avgjørelser – og da med fokus på hva som er til det beste for pasienten og sykehuset.

Videre er det flere nivå ved UNN Narvik som ikke har stedlig ledelse. Muligheter for å ivareta stedlig ledelse må utredes videre.

Når det gjelder Medisinsk-kirurgisk sengepost og Kirurgisk- Medisinsk poliklinikk ved UNN Narvik, må man se på organiseringen. Dersom man skal følge det overordnede organisasjonsprinsippet i UNN, om organisering etter klinikkmodellen med gjennomgående faglig ledelse, er det naturlig at disse to seksjonene er organisert under hver sin klinikk med enhetlig ledelse, slik at den faglige tilhørigheten gjenspeiles.

Til slutt vil vi komme med en anbefaling om at det bør utredes hvordan andre sykehus er organisert og hvordan man ivaretar stedlig ledelse der men er ett foretak med lokalisasjoner flere plasser.

Med vennlig hilsen

Driftsrådet UNN Narvik

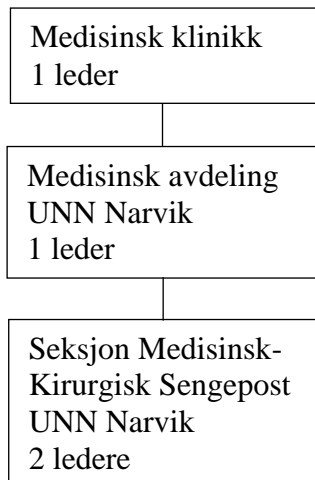
Vedlegg 1.

Driftsråd UNN Narvik har gjennomgått alle avdelinger/seksjoner/enheter og følgende enheter og medarbeidere har ikke sin leder fysisk tilstede i Narvik:

- Sentralbordet – leder i Tromsø
- Sentrallageret – leder i Tromsø
- Smittevernsykepleier – leder i Harstad
- BHT – leder i Tromsø
- HR – leder i Tromsø
- Fag og forskningsykepleier – leder i Tromsø
- Kulturmedarbeider – leder i Tromsø
- Boligkontoret – leder i Tromsø
- Audiografer – leder i Tromsø.
- MTU seksjonen – leder i Tromsø

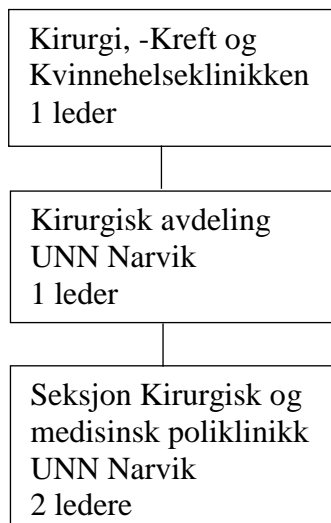
Vedlegg 2.

Organisasjonskart seksjon Medisinsk- kirurgisk sengepost:



Medisinsk-kirurgisk sengepost ved UNN Narvik er et eksempel på organiseringer som bryter med prinsippet om enhetlig ledelse da det er en stor seksjon som ledes av to seksjonssykepleiere (på samme ledernivå) som deler en personalgruppen likt mellom seg (en form for delt lederskap). Det samme gjelder for drift og fag i seksjonen. Medisinsk-kirurgisk sengepost er faglig delt mellom medisin og kirurgi, men er organisatorisk ikke inndelt i tilsvarende to seksjoner. Altså det er etablert én enhet med to faggrupper der det er to ledere som leder samme enhet (form for todelt ledelse).

Organisasjonskart Seksjon Kirurgisk og medisinsk Sengepost:



Seksjon Kirurgisk og medisinsk poliklinikk ved UNN Narvik er en seksjon som er ledet av 2 ledere, hvor man har matriseorganisering av kontor- og sykepleiertjenesten.

Andersen Ole-Martin

Emne: SV: Innspill om stedlig ledelse

Fra: Martinsen Mai-Britt <Mai-Britt.Martinsen@unn.no>
Dato: 6. desember 2016 kl. 14.52.54 CET
Til: UNN-STAB-Sykehusplan <Sykehusplan@hn.helsenord.no>
Kopi: Frøyum Rigmor <Rigmor.Froyum@unn.no>
Emne: Innspill om stedlig ledelse

Hei

Innspill om stedlig ledelse:

NSF og Fagforbundet i UNN ser at stedlig ledelse i dag ikke fungerer i UNN Harstad og UNN Narvik. Driftsrådet er et rådgivende organ, men mangler en leder med myndighet og ansvar.

Vi ser poenget med faglige klinikker på tvers av geografi. I vanskelige saker der avdelingsledere i ulike klinikker skal samarbeide på tvers i lokalsykehuset, holder det ikke bare med gode råd, da må det beslutninger til. I dag ser vi at det tar tid og at endelige beslutninger kommer fra Tromsø. UNN Harstad og UNN Narvik trenger hvert sitt driftsråd med egen leder som har myndighet og som taler lokalsykehusenes sak i ledergruppa til direktøren.

Rigmor Frøyum FTV Fagforbundet(sign)
Mai-Britt Martinsen, FTV NSF(sign)

Med vennlig hilsen

Mai-Britt Martinsen
Spesialsykepleier/Foretakstillitsvalgt
Tlf: +47 77755890
Mai-britt.martinsen@unn.no

Universitetssykehuset Nord-Nor
NSF UNN HF

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



**NORSK
SYKEPLEIERFORBUND**

Tenk miljø – ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig



Sak:	Nasjonal helse- og sykehusplan- stedlig ledelse. Invitasjon til innspillsrunde		
Klinikk:	Diagnostisk klinikk		
Til:	sykehusplan@unn.no ved Marit Lind		
Saksbeh.:	Gry Andersen		
		06.12.16	

Saken har vært sendt ut til lederteam i klinikken. Laboratoriemedisin har utarbeidet innspill (vedlegg). I tillegg har klinikkens lederteam behandlet saken. I møtet deltok også seksjonsledere Røntgenavdelingen seksjon Harstad og seksjon Narvik, samt seksjonsleder Laboratoriemedisin, seksjon Narvik. Flere av de som deltok i utvidet lederteammøte Diagnostisk klinikk har også deltatt i arbeidet med å utarbeide høringssvar fra hhv driftsrådet i Narvik og driftsrådet i Harstad. I møtet ble det tatt opp at man hadde flere "hatter" på når man gir innspill – en hatt når man er medlem i driftsrådet og skal gi innspill på hvordan ledelse fungerer på tvers innad mellom enhetene i f.eks UNN Harstad, og en annen hatt når man er medlem i avdelingens lederteam eller i lederlinje innad i klinikken.

I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik den er omtalt i st.meld 11 (jf. Dok 8) og i protokollen fra foretaksmøtet (jf. Dok.10)?

- Innspillene fra lederne i Narvik og Harstad er at driftsrådene ikke fungerer som erstatning for stedlig ledelse, det er ikke et lederorgan. Driftsrådene må jobbe for helheten og ved disse to lokalisasjonene mangler en ansvarlig leder som har helhetlig koordineringsansvar for hver av de to lokalisasjonene, og som kan beslutte på vegne av enhetene. Det etterlyses representasjon i direktørens ledergruppe fra hhv Narvik og Harstad.
- I Diagnostisk klinikk er det etablert stedlig ledelse ved UNN Narvik, UNN Harstad og UNN Tromsø, med unntak av Medisinsk teknikk i Narvik som har to medarbeidere og har seksjonsleder i Tromsø og avdelingsleder i Harstad. Det er muntlig avtalt at en av de to ved Medisinsk teknikk Narvik skal ha et koordinatoransvar, men dette er ikke formalisert gjennom funksjonsbeskrivelse. Lederne ved de ulike lokalisasjonene har helhetlig lederansvar for sine seksjoner. Klinikken har også to medarbeidere ved DMS Finnsnes som inngår i seksjon ved Røntgenavdelingen, Tromsø.

I hvilken grad og/eller på hvilken måte opplever man at dagen organisasjonsmodell fungerer i praksis?

- Det er uavklart hvilken myndighet driftsrådene har til å beslutte og i hvilke saker. Det er ofte manglende oppmøte i driftsrådene og det gjør prosessene vanskelige eller de forsinkes. Det er deltakere i møtet som ikke har en formalisert rolle i driftsrådet og dette kan også bidra til at ting oppleves som mer uavklart.
- Inntrykket er at det blant medlemmer i driftsrådet er store forskjeller i autonomien til lederne i UNN Harstad og UNN Narvik, og at dette er avhenging av tilhørighet til senter og klinikk
- Tilbakemeldingene på intern organisering i klinikken er at seksjonslederne i Harstad og Narvik opplever at de har stor grad av selvstendighet, godt handlingsrom til å utøve ledelse, blir inkludert i prosesser og er en av flere enheter i de avdelingene de inngår i.
- Fra Narvik etterlyses det bedre lederstøtte, dvs stabsfunksjoner som har sin fysiske arbeidsplass i UNN Narvik. Oppfatningen er at hvis det er stabsfunksjoner tilstede vil det kunne bidra til bedre, tryggere og muligens kjappere prosesser i de saker hvor ledelsen trenger hjelp og støtte.

- Det ble problematisert at det ved Røntgenavdelingen lenge har vært uavklart mht avdelingsleder, og at det har vært mange ledere innom som så har sluttet innen kort tid. Dette har bidratt til mangelfull tilstedeværelse av avdelingsledere spesielt i Harstad og dette svekker informasjonsflyt og oppfølging. Vært bedring fordi seksjonslederne deltar i regelmessige lederteam og driftsmøter.
- Det ble tatt opp fra seksjon Harstad, Røntgenavdelingen at det er ønske om en direkte linje til klinikkledelsen for seksjonen, f.eks at seksjonsledere ved UNN Narvik og UNN Harstad deltar i klinikkens lederteam med jevne mellomrom, evt. på sak.
- Det ble uttalt fra seksjonene at de ønsker å være en del av Røntgenavdelingen og Laboratoriemedisin slik som i dag som seksjoner. Begrunnelsen for dette er at det er viktig ift fag, drift, ressurs personell og utstyr å være en del av en større avdeling.

Hva kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre

- **Internt i klinikken**
 - Leder er ansatt fast i Røntgenavdelingen og det bidrar til stabilitet og det legges opp til mer jevnlig tilstedeværelse i Harstad og Narvik
 - Radiologer ved UNN Harstad og UNN Narvik inngår i organgrupper i Røntgenavdelingen
 - Legge to-fire lederteamsmøter til UNN Harstad og UNN Narvik årlig og hvor seksjonslederne ved de to lokalisasjonene deltar
 - Utarbeide funksjonsbeskrivelse for koordinator Medisinsk teknikk, UNN Narvik
 - Vurdere om seksjonsledere ved Laboratoriemedisin Narvik og Harstad skal bli faste medlemmer av avdelingens lederteam, i dag deltar de i lederteam på sak, eller i driftsmøtene og avviksmøtene
 - Invitere seksjonsledere til å delta i klinikkens lederteam på sak
 - Etablere ordning med faste stedsfortredere for seksjonsledere lokalt
- **Ved lokalisasjonene**
 - Enkelte uttrykker at de ikke har behov for en stedlig leder, mens andre uttrykker at det er behov for en som kan ha helhetlig koordineringsansvar for lokalisasjonen og som deltar i direktørens lederteam
 - Det bør vurderes om to av klinikkjefene skal ha sine arbeidsplasser i Narvik og Harstad
 - Deltakelse i driftsrådene må være obligatorisk for linjeledere, de samme gjelder de medisinsk faglige rådgiverne som er oppnevnt til rådet. Andre kan delta på sak, men funksjon er det som bestemmer fast deltakelse
 - Mandatet for driftsrådet må klargjøres mht ansvar og myndighet
 - Revisjon av klinikkene mht selvstendighet og handlingsrom slik at lederne opplever at det er lik praksis
 - Rekruttere personell ved Stabscenteret som har sitt daglige arbeidssted i UNN Narvik

Vennlig hilsen

Klinikkjef
Gry Andersen

Vedlegg

Innspill fra Laboratoriemedisin Diagnostisk klinikk

18.11.2016

Svar på innspillsrunde: «Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas»

Laboratoriemedisin har syv seksjoner; fem i Tromsø, en i Harstad og en i Narvik. Hver av seksjonene har egen seksjonsleder. Avdelingsleder er lokalisert i Tromsø.

Saken er behandlet i Laboratoriemedisin sitt lederteam og i driftsmøte for seksjonsledere, kvalitetsledere og IKT-ansvarlige og i møte med verneombud og tillitsvalgte.

Laboratoriemedisin ønsker å komme med følgende innspill:

Det er behov for lokal stedfortreder for våre seksjonsledere i Harstad og Narvik. Ordningen der avdelingsleder trer inn i seksjonsleders fravær, fungerer ikke optimalt over distanse. Nærhet og god kjennskap til seksjonen er av betydning og gir bedre ressursutnyttelse. I tillegg får seksjonsleder formalisert en medarbeider for samarbeid og planlegging av drift.

Det ses også behov for personlig vara til de lokale driftsråd i Harstad og Narvik.

Organisasjonsmodellen forøvrig ivaretar stedlig ledelse for våre seksjoner i Harstad og Narvik. Begge seksjonslederne deltar i de respektive lokale driftsrådene og kan gis fullmakter på sak fra avdelingsleder hvis nødvendig.

Med hilsen

Lisbeth Hansen
Konst. avdelingsleder
Laboratoriemedisin

Andersen Ole-Martin

Fra: Westgren Carl-Erik
Sendt: 7. desember 2016 11:27
Til: UNN-STAB-Sykehusplan
Kopi: Andersen Ole-Martin; Hoven Siren
Emne: Innspillsrunde - Nasjonal helse- og sykehusplan - Stedlig ledelse

Innspill fra Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

Psykisk helse- og rusklinikken har siden etableringen hatt en desentralisert struktur med flere virksomheter utenfor Tromsø - i Narvik, Harstad, Sjøvegan, Silsand, Storsteinnes og Storslett. Gjennom klinikkens arbeid med klinisk struktur og organisering har det stått sentralt å samle fagområdene (psykisk helse og TSB) med det potensiale dette gir for ansvars- og oppgavefordeling, pasientforløp, tilbudsutvikling og faglig utvikling.

Virksomheten har, i ulike utforminger, vært organisert slik at gjennomgående faglig ledelse og lokal ledelse har vært ivaretatt. I dag er avdelingsnivået f.eks. organisert med en Avdeling sør som favner lokale seksjoner (sentre for psykisk helse og rusbehandling/DPS) i Narvik, Harstad og Midt-Troms (Sjøvegan og Silsand). Avdelingsleder er p.t. lokalisert i Harstad. Tilsvarende organiserer Avdeling nord seksjoner (sentre for psykisk helse og rusbehandling/DPS) i Tromsø (inkludert Storsteinnes) og på Storslett. Avdelingsleder er p.t. lokalisert i Tromsø. Avdelingenes møtестrukturer mv. er tilpasset virksomhetens lokalisering. Det enkelte Senter for psykisk helse og rusbehandling har stedlig ledelse, i dagens organisering er dette seksjonsnivå, med seksjonsleder på det enkelte senter.

Ledere på alle nivåer har personal-, økonomi- og fagansvar, og det praktiseres enhetlig ledelse som inkluderer alle yrkesgrupper. For vår del av virksomheten, mener vi derfor at UNN ivaretar stedlig ledelse slik det beskrives i førende dokumenter. I en klinikk av vår størrelse og kompleksitet vil det selvsagt være utfordringer knyttet til f.eks. beslutningsveier – dette krever en kontinuerlig oppmerksomhet i alle deler av virksomheten hva angår tiltak (f.eks. å sikre hensiktsmessige støttefunksjoner).

Gjennom den offentlige debatten har det fremkommet tydelige oppfatninger om at stedlig ledelse kan bety en direktør på hvert lokalsykehus. En slik løsning kan selvfølgelig tenkes å ha effekter m.h.t. lokal samordning. Vi ser imidlertid ikke at en slik løsning vil styrke vår mulighet til å få til likeverdige tjenester for våre pasienter i hele UNN sitt opptaksområde eller bedrer vår mulighet til å få til gode og helhetlige pasientforløp mellom lokalsykehusnivå/DPS og sykehusnivået (spesialiserte funksjoner).

Vi opplever at ordningen med driftsråd kan være med på å ivareta vårt behov for en bedre samordning på lokalsykehusene. For at dette skal fungere, bør driftsrådene gis en ressursmessig portefølje for iverksettelse av lokale tiltak for bedre koordinering og intern drift på det enkelte sykehus. Driftsrådene kan med fordel gis et tydeligere mandat m.h.t. å koordinere og tilrettelegge for gode pasientforløp på tvers av avdelinger.

Opplevelse av manglende stedlig ledelse på lokalsykehusene, har i liten grad vært tematisert i Psykisk helse- og rusklinikken. Klinikken kliniske struktur og organisering ble senest gjennomgått og vedtatt endret i medio 2015 (med implementering fra 01.01.16) uten at tematikken knyttet til stedlig ledelse ble problematisert fra virksomhetene utenfor Tromsø. Klinikken mener at en gjennom dagens organisering har maktet å ivareta gjennomgående faglig ledelse, enhetlig stedlig ledelse, helhetlige pasientforløp og en lederstruktur som kan sørge for faglig forsvarlig drift. Vi opplever at dagens organisering er hensiktsmessig for den videre utvikling av våre fagområder. Dagens organisasjonsløsning ønskes således videreført.

Med vennlig hilsen

Carl-Erik Westgren
Leder Stabsenheten
Tlf: +47 77 62 75 97

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Psykisk helse- og rusklinikken
Mob: +47 91 16 99 04

[Det er resultatene for pasienten som teller!](#)
[Vi gir den beste behandling.](#)

Innspill til dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas.

1) Vedtatt lederstruktur i UNN (fra 2013) er ikke implementert i organisasjonen

I dokumentet:

I UNN kan man etablere inntil fire organisatoriske nivå under administrerende direktør. Klinikkk, avdeling, seksjon og enhet

Kommentar:

I UNN i dag er det fortsatt mange avdelinger som har oversykepleiere. Disse fungerer verken som avdelingsledere eller seksjonsledere – men et udefinert sted midt imellom. Oversykepleier inngår i lederteam og man har da eksempler på at seksjonssykepleiere (2 stk som deler ansvaret for en seksjon) ikke får delta i lederteamet.

2) Stedlig ledelse ikke ivaretatt

I dokumentet:

Stedlige ledere for alle medarbeidere. I en tverrgående klinikkkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse.

Kommentar:

Denne definisjonen er ikke oppfylt i Narvik og Harstad som geografisk lokalisasjon med tverrgående klinikkkstruktur. Det er ingen stedlig leder for NOR-klinikken i Narvik.

Det er en stor utfordring at øverste felles beslutningsmyndighet for saker i Narvik er direktøren.

3) Driftsrådene fungerer ikke optimalt som en arena hvor man samlet kan beslutte klinikkovertgripende driftssaker

I dokumentet

Driftsrådene ved UNN Narvik og UNN Harstad har tjent sin hensikt og oppfylt intensjon og målsetting i gitt mandat. Evalueringen konkluderer imidlertid med noen enkle justeringer som er begrunnet i forbedring av arbeidet.

Kommentar:

Mandatet til driftsrådet er utydelig, man bør utdype hva som menes med «driftsmessige forhold» og «klinikkovertgripende driftssaker». I møtet 12. mai 2016 ble dette tatt opp av Hanne U. Sommersel: «Driftsråd/stedlig ledelse. Hvilke oppgaver har utvalget og hvilket ansvar og myndighet ligger til rådet.»

I referatene fra Driftsrådet i Narvik fremkommer det ikke om sakene er til informasjon, diskusjon eller beslutning. I sakene fremkommer en slags konklusjon, men ikke om det er en beslutning.

Sakene som drøftes i Driftsrådet er svært ofte av praktisk eller administrativ karakter (utsmykning, skilting, parkering, pasientarmbånd med kode osv.)

Et eksempel på en sak er:

*«Sak fra tøyforsyningen/renhold: møblering foran vinduer. Får ikke gjort sine arbeidsoppgaver.....
Konklusjon: Ansatte ved tøyforsyningen og renhold skal få mulighet til å gjøre sin jobb.....» (sak 40/2016)*

Antallet saker knyttet til klinikkovergripende driftssaker er færre og har dårlig fremdrift:

Et annet eksempel på en sak som ble tatt opp våren 16 var:

«Traumeøvelser lokalt og om Narvik burde ha en dedikert person som har en funksjon til å koordinere, planlegge og gjennomføre øvelser, opplæring, registrering» (Sak 14/2016)

Saken ble ikke konkludert (virket ikke forberedt). Den skulle tas opp senere. Ble igjen satt opp som sak på sommeren (09.06.16), med informasjon om kurs. For øvrig ble saken utsatt igjen til høsten. Pr 07.12.16 er den ikke å finne i noe referat.

Driftsrådet har selv gitt innspill til forbedringer, ett av dem er at endring i drift som berører flere klinikker bør forankres i lokalt driftsråd i en tidlig fase. Saken om fast track hofteprotese brukes som et eksempel på sak som burde vært forankret lokalt. (Sak 28/2016). Det finnes flere eksempler på saker der endring i drift, ambulering, flytting av pasientgrupper og behandlinger som mellom lokalisasjoner, prioritering av kapasitet på operasjonsstuer gjøres uten av sakene settes på sakskartet til driftsrådet. Det er paradoksalt siden svært mange av de daglige utfordringene knyttet til samdrift og felles utfordringer nettopp handler om denne type endringer. Driftsrådet ønsker også å være høringsinstans. Det bærer heller ikke referatene preg av å vise.

På generell basis vil jeg tenke at lederne for driftsrådene trenger mer hjelp, støtte og kompetanse til å utøve sin rolle. Ansatte fra Personal- organisasjonsutviklingsenheten bør gå inn å analysere driftsrådenes funksjon (være til stede og observere møtene), finne årsakene til at møtene ikke fungerer etter intensjonene og gi innspill til endringer som gjør at driftsrådene får en bedre og riktigere rolle. Mandatet bør justeres deretter.

07.12.16

Merete Postmyr

Høringssvar vedrørende stedlig ledelse.

Narvik 05.12.16

UNN HF's strukturelle oppbygging.

UNN HF har valgt å opprette driftsråd som kompensasjon for manglende stedlig ledelse. Driftsrådet består av ulike avdelings- og seksjonsledere på sykehuset. Driftsrådet har ingen formell plass i organisasjonskartet, og har ingen formell makt. Driftsrådet må ses på som et rådgivende organ. Om driftsrådet i fremtiden skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i saker der driftsrådet og respektive klinikkledere ikke er enige.

Pr i dag er driftsrådet organisert slik at klinikkjefer fra UNN Tromsø rullerer på møtene og rapporterer til direktørens ledergruppe. Ingen av lederne som jobber lokalt i UNN Narvik er med i direktørens ledergruppe.

Fra Narvik's ståsted ønsker vi at leder av vårt driftsråd møter i direktørens ledergruppe.

God ledelse krever tilstedeværelse og nærhet.

Vi ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN pr idag er organisert. Samtlige klinikkledere har sitt hovedarbeidssted i Tromsø. Siden mye av UNN's virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokus vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende.

Enhver problematikk/ forslag til forbedring som omfatter flere klinikker må løftes opp til klinikkledernivå. Manglende daglig tilstedeværelse medfører dårligere innsikt og engasjement i problemstillinger som kunne vært løst lokalt.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller stortingsets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for lokalsykehusene, og at UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse.

Foretaksmøtet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører. Vi ønsker endringer som kommer befolkningen som brukere av UNN Narvik og vår region til gode.

Uten reell stedlig ledelse med makt til å utøve ledelse på strategisk, driftsmessig, personell og kommunikativt nivå går virksomheten under. En leder uten lokalt ansvar kan ikke sikre stedlig, faglig gjennomgående ledelse.

Leger ved medisinsk avdeling UNN Narvik

M. Harek 2017
Rune Henne
Asm-T. Over
Steffen Bjel
Anne Kaar
Johanne S. Karang
Skuller
Elise Ubro

Hørings svar vedrørende stedlig ledelse.

Narvik 05.12.16

UNN HF's strukturelle oppbygging.

UNN HF har valgt å opprette driftsråd som kompensasjon for manglende stedlig ledelse. Driftsrådet består av ulike avdelings- og seksjonsledere på sykehuset. Driftsrådet har ingen formell plass i organisasjonskartet, og har ingen formell makt. Driftsrådet må ses på som et rådgivende organ. Om driftsrådet i fremtiden skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i saker der driftsrådet og respektive klinikkledere ikke er enige.

Pr i dag er driftsrådet organisert slik at kliniksjefer fra UNN Tromsø rullerer på møtene og rapporterer til direktørens ledergruppe. Ingen av lederne som jobber lokalt i UNN Narvik er med i direktørens ledergruppe.

Fra Narvik's ståsted ønsker vi at leder av vårt driftsråd møter i direktørens ledergruppe.

God ledelse krever tilstedeværelse og nærhet.

Vi ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN pr idag er organisert. Samtlige klinikkledere har sitt hovedarbeidssted i Tromsø. Siden mye av UNN's virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokus vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende.

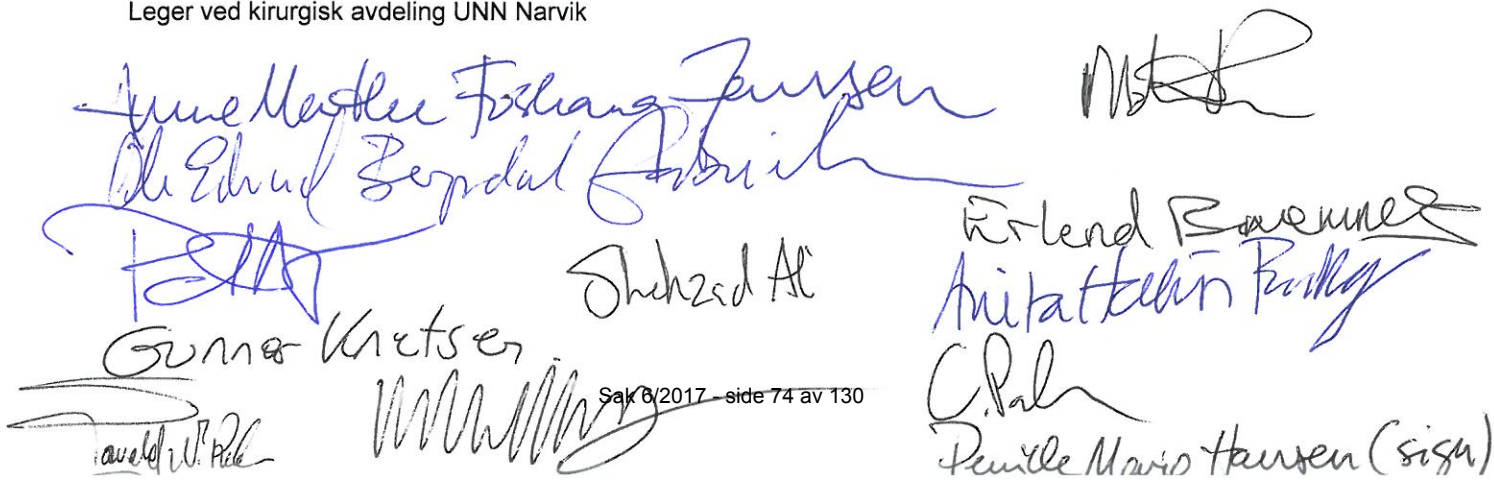
Enhver problematik/ forslag til forbedring som omfatter flere klinikker må løftes opp til klinikkledernivå. Manglende daglig tilstedeværelse medfører dårligere innsikt og engasjement i problemstillinger som kunne vært løst lokalt.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfylder stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for lokalsykehusene, og at UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse.

Foretaksmøtet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører. Vi ønsker endringer som kommer befolkningen som brukere av UNN Narvik og vår region til gode.

Uten reell stedlig ledelse med makt til å utøve ledelse på strategisk, driftsmessig, personell og kommunikativt nivå går virksomheten under. En leder uten lokalt ansvar kan ikke sikre stedlig, faglig gjennomgående ledelse.

Leger ved kirurgisk avdeling UNN Narvik

A collection of handwritten signatures in blue ink, representing medical staff from UNN Narvik. The signatures are arranged in several rows. Some are clearly legible, such as 'Gunnar Kretser' and 'Perille Maria Hansen (sigs)'. Others are more stylized or partially obscured. A small, illegible signature is visible in the top right corner.

Høringssvar vedrørende stedlig ledelse.

Narvik 05.12.16

UNN HF's strukturelle oppbygging.

UNN HF har valgt å opprette driftsråd som kompensasjon for manglende stedlig ledelse. Driftsrådet består av ulike avdelings -og seksjonsledere på sykehuset. Driftsrådet har ingen formell plass i organisasjonskartet, og har ingen formell makt. Driftsrådet må ses på som et rådgivende organ. Om driftsrådet i fremtiden skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i saker der driftsrådet og respektive klinikkledere ikke er enige.

Pr i dag er driftsrådet organisert slik at klinikkjefer fra UNN Tromsø rullerer på møtene og rapporterer til direktørens ledergruppe. Ingen av lederne som jobber lokalt i UNN Narvik er med i direktørens ledergruppe.

Fra Narvik's ståsted ønsker vi at leder av vårt driftsråd møter i direktørens ledergruppe.

God ledelse krever tilstedeværelse og nærhet.

Vi ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN pr idag er organisert. Samtlige klinikkledere har sitt hovedarbeidssted i Tromsø. Siden mye av UNN's virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokus vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende.

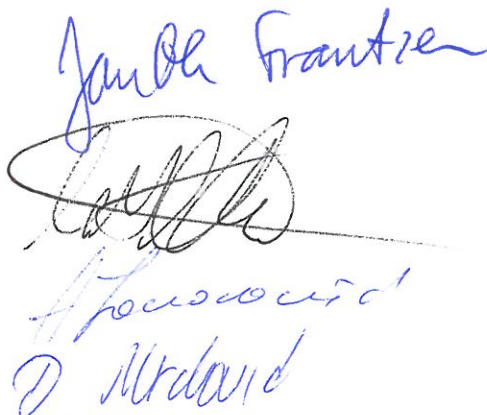
Enhver problematikk/ forslag til forbedring som omfatter flere klinikker må løftes opp til klinikkledernivå. Manglende daglig tilstedeværelse medfører dårligere innsikt og engasjement i problemstillinger som kunne vært løst lokalt.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller stortingsets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for lokalsykehusene, og at UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse.

Foretaksmøtet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører. Vi ønsker endringer som kommer befolkningen som brukere av UNN Narvik og vår region til gode.

Uten reell stedlig ledelse med makt til å utøve ledelse på strategisk, driftsmessig, personell og kommunikativt nivå går virksomheten under. En leder uten lokalt ansvar kan ikke sikre stedlig, faglig gjennomgående ledelse.

Leger ved Røntgen avdelingen UNN Narvik



Høringssvar vedrørende stedlig ledelse.

Narvik 05.12.16

UNN HF's strukturelle oppbygging.

UNN HF har valgt å opprette driftsråd som kompensasjon for manglende stedlig ledelse. Driftsrådet består av ulike avdelings- og seksjonsledere på sykehuset. Driftsrådet har ingen formell plass i organisasjonskartet, og har ingen formell makt. Driftsrådet må ses på som et rådgivende organ. Om driftsrådet i fremtiden skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i saker der driftsrådet og respektive klinikkledere ikke er enige.

Pr i dag er driftsrådet organisert slik at klinikkjefer fra UNN Tromsø rullerer på møtene og rapporterer til direktørens ledergruppe. Ingen av lederne som jobber lokalt i UNN Narvik er med i direktørens ledergruppe.

Fra Narvik's ståsted ønsker vi at leder av vårt driftsråd møter i direktørens ledergruppe.

God ledelse krever tilstedeværelse og nærhet.

Vi ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN pr idag er organisert. Samtlige klinikkledere har sitt hovedarbeidssted i Tromsø. Siden mye av UNN's virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokus vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende.


Enhver problematik/ forslag til forbedring som omfatter flere klinikker må løftes opp til klinikkledernivå. Manglende daglig tilstedeværelse medfører dårligere innsikt og engasjement i problemstillinger som kunne vært løst lokalt.

Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for lokalsykehusene, og at UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse.


Foretaksmøtet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører. Vi ønsker endringer som kommer befolkningen som brukere av UNN Narvik og vår region til gode.

Uten reell stedlig ledelse med makt til å utøve ledelse på strategisk, driftsmessig, personell og kommunikativt nivå går virksomheten under. En leder uten lokalt ansvar kan ikke sikre stedlig, faglig gjennomgående ledelse.

Leger ved anestesivdelingen UNN Narvik



Pernille Haraldsen
(sign)



David Nystad
(Sign)



Jon Matt
(Sign)

Høringssvar vedrørende stedlig ledelse.

Narvik 05.12.16

UNN HF's strukturelle oppbygging.

UNN HF har valgt å opprette driftsråd som kompensasjon for manglende stedlig ledelse. Driftsrådet består av ulike avdelings- og seksjonsledere på sykehuset. Driftsrådet har ingen formell plass i organisasjonskartet, og har ingen formell makt. Driftsrådet må ses på som et rådgivende organ. Om driftsrådet i fremtiden skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i saker der driftsrådet og respektive klinikkledere ikke er enige.

Pr i dag er driftsrådet organisert slik at klinikkjefer fra UNN Tromsø rullerer på møtene og rapporterer til direktørens ledergruppe. Ingen av lederne som jobber lokalt i UNN Narvik er med i direktørens ledergruppe.

Fra Narvik's ståsted ønsker vi at leder av vårt driftsråd møter i direktørens ledergruppe.

God ledelse krever tilstedeværelse og nærhet.

Vi ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN pr idag er organisert. Samtlige klinikkledere har sitt hovedarbeidssted i Tromsø. Siden mye av UNN's virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokus vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende.

Enhver problematikk/ forslag til forbedring som omfatter flere klinikker må løftes opp til klinikkledernivå. Manglende daglig tilstedeværelse medfører dårligere innsikt og engasjement i problemstillinger som kunne vært løst lokalt.


Vi mener organiseringen i UNN ikke oppfyller stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan for lokalsykehusene, og at UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse.

Foretaksmøtet understreket at arbeidet skal skje i dialog med kommunene og andre aktører. Vi ønsker endringer som kommer befolkningen som brukere av UNN Narvik og vår region til gode.

Uten reell stedlig ledelse med makt til å utøve ledelse på strategisk, driftsmessig, personell og kommunikativt nivå går virksomheten under. En leder uten lokalt ansvar kan ikke sikre stedlig, faglig gjennomgående ledelse.

Leger ved gyn/ føde avdelingen UNN Narvik

Lars Dahle
(sign)


Mario Rexer
(Sign)



Sykehusplan@unn.no

7. desember 2016

Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse. Innspill fra Barne- og ungdomsklinikken

Det vises til invitasjon til innspill i forbindelse med utredning av stedlig ledelse ved UNN. Vi har diskutert saken i klinikkens lederteam og har følgende innspill for egen klinikk på de temaene vi spesielt er bedt om å kommentere:

- *I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik det er omtalt i st. melding 11 og i protokollen fra foretaksmøtet*

Barne- og ungdomsklinikken er fra og med 1.9 spredt og lokalisert i 10 bygninger og 6 geografiske lokalisasjoner. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling er lokalisert på 6 forskjellige geografiske steder, med stedlige ledere som har totalansvar sin enhet. Barne- og ungdomsavdelingen i Tromsø fungerer som et barnesenter hvor spesialistene kommer til pasientene «sine». De ulike spesialistene har det faglige ansvar for sine pasienter mens de får sin behandling i Barne- og ungdomsavdelingens sengeposter av personell som er ansatt i Barne- og ungdomsavdelingen. Dette er en modell hvor pasienten er i fokus. Barne- og ungdomsavdelingen har systemansvar for barn- og unge opp til 18 år, som er innlagt i Harstad og Narvik. Barneleger ambulerer til Harstad og Narvik og har poliklinikk. Medisinsk genetisk avdeling og Barnehabiliteringen er kun lokalisert i Tromsø. Kravet om gjennomgående faglig ledelse og stedlig ledelse er ivaretatt i hele klinikken, bortsett fra at det i Harstad er en kontormedarbeider som er organisert i Barnepoliklinikken i BUK. Stillingen ledes av kontorleder i Barne- og ungdomsavdelingen i Tromsø.

I Stortingsmelding 11 kap. 6.3 om ledelse beskrives vårt oppdrag som ledere å rette mer oppmerksomhet mot hvordan pasientene opplever behandlingen og hvordan vi får til helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i UNN. Videre påpekes det at fokus må i større grad rettes mot de pasientnære lederne. Dette ivaretas ved at våre leder på de ulike geografiske lokalisasjonene og i de ulike enhetene er gitt fullmakt til å utøve stedlig ledelse. Det ligger derved til rette for lokal samhandling om pasientbehandlingen på tvers i UNN.

Som skissert ovenfor er klinikkens avdelinger spredt over flere bygninger, også i Tromsø. Dette stiller de samme kravene til velfungerende ledelse på «distanse» som om avdelingene hadde vært lokalisert utenfor Tromsø. Med dagens teknologiske muligheter ligger det til rette for god oppfølging og samhandling på distanse mellom alle klinikkens enheter og ledernivåer.



Slik det fremgår av organisasjonskartet i *Innspillsnotat til utredning av stedlig ledelse*, og med bakgrunn i beskrivelsen av klinikken ovenfor, vurderer vi at stedlig ledelse er ivaretatt jfr. beskrivelse i Stortingsmelding 11 og i protokollen fra foretaksmøtet.

- *I hvilken grad og/eller på hvilken måte opplever man at dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis?*

Ledere på de ulike geografiske lokalisasjonene er gitt fullmakt til å utøve stedlig ledelse, med seksjonsnivå som det «ytterste beslutningsnivå». I tider med økonomiske utfordringer kan delegasjonen på enkelte områder sentraliseres for perioder, men beslutningene tas alltid i samarbeid med det aktuelle ledernivå. Dette for å ivareta beslutninger som ikke fører til uheldige konsekvenser.

Barne- og ungdomspoliklinikkene som ble organisert under felles faglig ledelse i BUK f.o.m. september har fått økt myndighet ved at de nå befinner seg på seksjonsnivå i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Avdelingen skal starte på en organisasjonsutviklingsprosess i januar 2017, hvor man skal beslutte organisasjonsmodellen. Stedlig ledelse og gjennomgående faglig ledelse vil være en premiss i arbeidet.

Når det gjelder kontromedarbeideren i Harstad fungerer dette tilfredsstillende både for arbeidstaker og arbeidsgiver. Vedkommende føler seg meget godt ivaretatt og opplever at kommunikasjonen mellom de geografiske lokalisasjonene fungerer utmerket ved hjelp av moderne teknologi og god ledelse. I tillegg vektlegges gjennomgående faglige ledelse som viktig av begge parter.

Organisasjonsmodellen fungerer etter vår mening tilfredsstillende.

- *Hva vil kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre*

I samarbeid med Psykisk helse – og rusklinikken vil nå BUK inngå i driftsrådene i henholdsvis Harstad og Narvik. Dette er en viktig arena for å få til et godt samarbeid der man deler ressurser og er avhengige av hverandre for å få til en god drift, som kommer pasienter og medarbeidere til gode. Driftsrådene må fatte viktige lokale beslutninger og det må være helt klart for driftsrådets medlemmer hvilken beslutningsmyndighet man har. Dette bør gjøres mer konkret i mandatet. I saker hvor det ikke kan fattes lokal beslutning, bør saken løftes med en formell henvendelse/saksutredning til direktørens stabsmøte og/eller direktørens ledergruppe. Leder av driftsrådet inviteres til å fremme saken i de nevnte fora før endelig beslutning fattes.

Psykisk helse og rusklinikken og Barne- og ungdomsklinikken utarbeider lokale samarbeidsavtaler når det gjelder driften på de distriktspsykiatriske sentrene.

Elin Gullhav
Klinikkssjef



Tromsø, 07.12.16

INNSPILL VEDR. UTREDNING AV STEDLIG LEDELSE I UNN

NOR-klinikken har formidlet høringsnotatet til alle avdelingslederteam, samt behandlet saken i klinikkledermøtet 7.12.16. Følgende innspill er i all hovedsak fremkommet i klinikkledermøtet.

1. I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik det er omtalt i St.melding 11 og i protokollen fra foretaksmøtet?

NOR-klinikken opplever at den beskrevne modellen ivaretar stedlig ledelse på en tilfredsstillende måte. Mest utfordrende ift NOR-klinikkens område er organiseringen i Narvik. Dette er utdypet nærmere i spørsmål 2. Vi tror funksjonen med lokale driftsråd er god, om enn noe krevende. Den utfordres også ved at avdelings- og seksjonsledere med ansvarsområder i Narvik og Harstad må være seg bevisst sin funksjon ift flere lokalisasjoner og bidra aktivt også utenfor Breivika (Tromsø) dersom modellen skal virke godt nok.

2. I hvilken grad og/eller på hvilke måte opplever en at dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis?

NOR-klinikken hadde en stor gjennomgang av sin organisering i 2015 da NO og Rehabiliteringsklinikken ble slått sammen. Ny organisering for NOR-klinikken ble bygd på prinsippene i UNN om faglig gjennomgående ledelse. Det ble også ivaretatt at ansatte har en stedlig leder enten på seksjonsnivå eller enhetsnivå.

I Harstad har klinikken velfungerende seksjoner og enheter innen ortopedi, NKØØ og Rehabilitering / habilitering. Det mangler imidlertid en overbyggende struktur for klinikkens virksomhet i Harstad. Imidlertid har klinikken ikke noen egentlig organisatorisk enhet i Narvik ut over en enhet for rehabilitering og for habilitering. Disse er organisert under tilhørende seksjoner i Tromsø. Ift ortopedi og ØNH har klinikken ikke egen lokal stedlig ledelse, men virksomheten er så liten at den i stor grad blir ivaretatt gjennom K3K (poliklinikk og sekretærtjenester) og medisinsk klinikk (sengepost), mens AnOp Narvik organiserer operasjonsvirksomheten. Leger og audiografer er organisert under respektive fagseksjoner i Tromsø. Dette oppfatter vi ikke som noe egentlig problem, men forutsetter at det er god kontakt mellom avdelingenes seksjoner på tvers av lokalisasjoner.

NOR-klinikken er representert i driftsrådene i Harstad og Narvik. Dette er viktig for å kunne samordne den totale driften i sykehuset. Vi opplever at den overordnede modellen som vi har i dag er den som er mest riktig under dagens rammer. Å løse opp disse og etablere egne klinikker basert på sykehusstrukturen, vil bidra til at nåværende klinikkstruktur mest sannsynlig ikke blir mulig å opprettholde.

Noen utfordringer med den eksisterende modellen må vi jobbe med for å forbedre.

UNN HF NO og rehab	Besøksadresse: 9038 Tromsø	Kontonr: 4700.04.02008 www.unn.no	Org nr: 983 974 899	Avd tlf: Avd fax: Avd e-post:	Internett:
-----------------------	-------------------------------	---	------------------------	-------------------------------------	------------

- Vi ser at det kan være krevende å få til god kommunikasjon mellom lokasjonene om de faglige utfordringer mv. Denne utfordringen er særlig merkbar i fht Narvik innen ortopedi og ØNH fagene. Det har også vært noe sprik mellom faglig ledelse og linjeledelse ved spesialistpoliklinikken i Harstad.
- Mangel på stedlig leder har ført til at fagpersoner ikke er blitt tatt med i prosesser som foregår lokalt, for eksempel pasientforløpsprosjekt (protesekirurgi) eller deltakelse i relevante fora som operasjonsplanleggingsmøtene i Narvik. Dette kan ha vært uheldig, og er et forhold som det bør arbeides med andre løsninger for i fremtiden.

3. Hva vil kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre?

NOR-klinikken har vurdert hvorvidt klinikkens virksomhet i Harstad skulle hatt en med en leder som i klinikkledelsen, for forbedre kommunikasjon og samarbeid på tvers av lokalisasjoner. En NOR-avdeling i Harstad vil bli kompleks og utgjøre et administrativt mellomstykke som oppfattes som unødvendig og fordyrende. En slik ordning ville også bryte med prinsippet om faglig gjennomgående ledelse og gjøre dette langt mer tunvint. I Narvik er virksomheten så liten at det under nåværende forhold ikke synes relevant å endre organiseringen lokalt, men heller styrke båndene mot de faglige seksjoner og avdelinger i UNN Tromsø

Vi tror at økt tilstedeværelse fra de respektive faglige ansvarlige i Tromsø vil bedre kommunikasjonen om faglige utfordringer, faglig utvikling og prioriteringer. Vi ser at utfordringene i Harstad og Narvik er noe forskjellige og er åpne for at det vil kunne være behov for litt ulike tiltak. Dette er noe vi ønsker å jobbe med fremover. Det pågår nå et organisasjonsforbedringsprosjekt i spesialistpoliklinikken i Harstad som klinikken kan høste erfaringer fra i dette arbeidet.

Med vennlig hilsen

Bjørn Yngvar Nordvåg,
klinikksjef NOR-klinikken



Sykehusplan@unn.no

Tromsø 07.12.2016

Innspill - Nasjonal helse og sykehusplan- stedlig ledelse

Jeg ønsker som klinikkjef ved Operasjons- og intensivklinikken(OpIn) å gi følgende tilbakemelding i forhold de tre følgende punktene:

- *I hvilken grad vurderes den beskrevne organisasjonsmodellen ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik den er omtalt i st. melding 11 og i protokollen fra foretaksmøte?*

Når det gjelder OpIn –klinikken mener jeg organisering ivaretar stedlig ledelse. Vår virksomhet ved henholdsvis UNN Narvik og UNN Tromsø organisert som egne avdelinger. Hver avdeling har ansvarlig leder på alle nivåer og alle ansatte vet hvem som er deres nærmeste leder. Avdelingsleder er med klinikkledelsen.

- *I hvilken grad og/eller på hvilken måte opplever man at dagens organisasjonsmodell fungerer i praksis.*

Min vurdering ifht dagens organisasjonsmodell er at modellen i seg selv ikke er hovedutfordringen, men at utfordringen er at vi både på klinikk-, avdelings- og seksjonsnivå kan og bør bli bedre på å samarbeide/jobbe på tvers av organisasjonsenhetene.

- *Hva vil kunne være eventuelle tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre.*
 1. Organiseringen av de ulike klinikken bør gjennomgås og evt justere hvis stedlig ledelse ikke ivaretas eller hvis lederstrukturen er uklar.
 2. Jevnlig tilstedeværelse av aktuelle klinikks klinikkjefen på alle lokalisasjonene bør systemiseres.
 3. Økt fokus på å videreutvikle samarbeid mellom de ulike klinikker, mellom avdelinger og seksjoner i ulike klinikker.
 4. Tydeligere struktur på driftsrådene som for eksempel møteplikt, ha fokus på hvilke saker som tas opp, saksforberedelsen samt oppfølging av sakene i etterkant av møtene. Det kan også være et

alternativ å invitere driftsrådleder inn i direktørens ledermøte et fast antall ganger per år.

Med vennlig hilsen

Eva-Hanne Hansen
kliniksjeff

Innspill fra klinikkssjef Medisinsk klinikk: Stedlig ledelse

07.12.2016

Undertegnede har vært medlem av driftsrådene i Harstad og Narvik fra sommeren 2015-2016 og er klinikkssjef siden 2008.

1. Basert på omtalelsen i Meld. St. 11 og protokollen fra foretaksmøte mener man at organisasjonsmodellen på UNN er i tråd med stortingsmeldingen og at UNN modellen ivareta stedlig ledelse.
2. Medisinsk klinikk praktiserer enhetlig teambasert ledelse og har gjennom 8 år god erfaring med en avdelingsstruktur som representerer virksomhet i Harstad og Narvik (medisinsk avdeling). Stedlig ledelse praktiseres gjennom en avdelingsleder med sitt team som har helhetlig ansvar.

Avdelingsledere fra de medisinske avdelingene i Harstad og Narvik er også medlem av driftsråd og ivaretar driftsrådslederfunksjon på rundgang. Avdelingsovergrepene spørsmål blir i all hovedsak handtert lokalt i direkte dialog med berørt avdeling(er) eller blir tatt opp i driftsråd. Hvis nødvendig, løfter avdelingsleder opp til klinikkssjef, som tar det linjeveien videre. Gjennom denne modellen ble funksjonsfordeling enklere muliggjort.

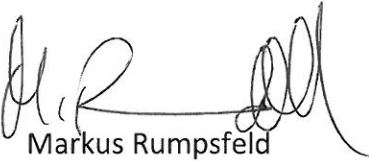
For eksempel har Medisinsk avdeling i Harstad gjennom sin oppbygde kompetanse muliggjort en funksjonsfordeling fra andre klinikker i Tromsø til Harstad. Harstad sykehus har dermed en høy egendekningsgrad. Det vil si at pasientene kan utredes og behandles der de bor i en mye høyere grad enn ved andre lokalsykehus i Helse Nord. I tråd med Nasjonal helse og sykehusplan er det således lagt opp til at lokalisasjonene i Medisinsk klinikk kan samarbeide i team og gi pasientene tilbud nært hjemmet. Avdelingene i Harstad og Narvik bidrar med dette til å avlaste noen regionsykehusfunksjoner i Tromsø.

Dette eksempel skal illustrere hvordan UNNs organisasjonsmodell ivaretar gode pasientforløp til beste for pasientene på tvers av geografien: Stedlig ledelse blir ivaretatt gjennom avdelingsledere; samarbeid foregår på tvers av geografien, på tvers av avdelingene og klinikkene.

En klinikkmodell Harstad og Narvik står i kontrast til det komplekse klinikkovergrepene samarbeid som trengs for å få til dagens høyspesialiserte pasientforløp. En geografisk basert klinikkmodell kan tenkes å ha som positiv effekt at eksterne og interne aktører har en synlig adressat ved henvendelser. Imidlertid kan en organisasjonsmodell med stedlig leder på klinikkssjefnivå støtte opp under silotenkning og gjør samarbeid som beskrevet ovenfor mer vanskelig. Utover det vil etablering av geografiske klinikker bryter med faglig gjennomgående linjer og vil tvinge fram nødvendighet å restrukturere UNNs organisasjonsstruktur på alle lokalisasjoner. En slik prosess er krevende for en organisasjon og vil ta bort fokus på nødvendig videreutvikling av pasientforløpsarbeid på tvers av enhetene, klinikker og organisasjoner (samhandling med eksterne aktører) over mange år.

3. Dagens driftsrådsmodell kan og bør forbedres. Driftsråd og særlig driftsrådsleder kan gjennom tydeligere framheving av dens rolle i offentligheten blir en tydelig adressat for eksterne aktører. Driftsrådslederens rolle kan gjennom en funksjonsbeskrivelse tydeliggjøres bedre både internt og eksternt. Det kan diskuteres om driftsrådsledere bør være medlem/deltar på sak i direktørens stabsmøte for å sikre god kommunikasjon til foretakets ledelse.

Mvh



Markus Rumpsfeld

Klinikksjef Medisinsk klinikk, UNN HF



Stedlig ledelse, hørings svar fra klinikkledelsen Kirurgi,- kreft og kvinnehelseklinikken

Tromsø, 7.12.2016

Klinikkledelsen har behandlet spørsmålene fra arbeidsgruppen og ønsker å avgi følgende uttalelse:

Jf. punkt 1: I hvilken grad vurderes dagens organisasjonsmodell ved UNN å ivareta stedlig ledelse slik det er omtalt i st. meld 11 og i protokollen fra foretaksmøtet?

Klinikkledelsen mener at det er stedlig ledelse ved alle klinikkens enheter i Harstad og Narvik hvor vi har avdelinger og seksjoner. Alle ansatte har en leder med totalt ledelsesansvar ved de to lokalisasjonene. Dette innebærer både personal og faglig ledelse. Men, det etterspørres fra Harstad om det er lovmessig forskjell mellom det å være avdelingsleder eller seksjonsleder i denne sammenhengen.

Jf. punkt 2: Hvordan fungerer dagens organisasjonsmodell i K3K klinikken i praksis?

Begrepsavklaring for enhetlig ledelse, teambasert ledelse, gjennomgående faglig ledelse samt stedlig ledelse og en beskrivelse av hvordan den stedlige ledelsen er ivaretatt i K3K er allerede beskrevet i innspillnotatet datert 4.11.2016.

K3K klinikken er organisert med kirurgiske avdelinger med stedlige avdelingsledelser i Harstad og Narvik, og med Føde og gynekologiske seksjoner med stedlige seksjonsledelser i Harstad og Narvik. Avdelingsledere ved Kirurgisk avdeling Harstad og Narvik rapporterer direkte til klinikkssjef, mens seksjonsleder ved Føde/gyn seksjonen i Harstad og Narvik rapporterer til avdelingsleder i Kvinneklinikken.

Klinikkssjefen har et totalansvar for K3K klinikkens virksomhet i Harstad, Narvik og Tromsø.

Klinikkledelsen er representert med avdelingsledere fra alle avdelinger i klinikken, herunder avdelingsledere i Harstad og Narvik. Fra 2017 vil klinikken avholde *utvidet* klinikkleder møter med ledere fra seksjonene ved alle de tre lokalisasjonene, samt avdelingsoverleger og andre fagledere.

UNN HF

Kirurgi, - kreft og
Kvinnehelseklinikken

Postboks 100
9038 Tromsø

Besøksadresse:

Sykehusveien 38
9038 Tromsø

Kontonr:

4700.04.02008
www.unn.no

Org nr:

983 974 899

Avd tlf: 07766

Avd

Avd e-post:

Internett:

Avdelingsledere og seksjonsledere i K3K klinikken er gitt nødvendige fullmakter til å utøve stedlig ledelse.

Klinikkledelsen i K3K mener det er en forutsetning med en tverrgående klinikkstruktur for at man sammen skal kunne planlegge, iverksette og følge opp de strategiske hovedretningene og hovedansvarsområdene som klinikken er involvert i og har ansvar for. Med en tverrgående klinikkstruktur ivaretas alle aktører og fagområder samt de ulike arenaer på alle lokalisasjonene, og det kan fattes overordnede beslutninger som er til *det beste for alle pasientene* i UNNs hovedopptaksområder og oppgaver som K3K klinikken har ansvar for.

Dette gjelder særlig for områder som håndtering av felles ventelister på tvers av lokalisasjoner, pasientforløpene, rotasjon og ambulering av leger, utdanning av LIS leger og utnyttelse av operasjonskapasitet på tvers av lokalisasjoner.

Videre er ledere fra K3Ks avdelinger og seksjoner i Harstad og Narvik faste medlemmer i klinikkens overordnede Kvam utvalg. Dette er en viktig og nyttig arena for å sikre en *gjennomgående koordinering* og ivaretagelse samt *ledelse* av kvalitets- og HMS arbeidet i hele klinikken, som skal være *lik uavhengig av lokalisasjon og geografi*.

Det er etablert gode kommunikasjonskanaler innad i klinikken, på tvers av lokalisasjoner.

Jf. punkt 3: Tiltak for å ivareta stedlig ledelse bedre?

Det er en forutsetning at stedlige avdelingsledere deltar i klinikkledelsens møter samt at stedlige seksjonsledere deltar i avdelingsledermøter. Det er nødvendig å ivareta seksjonsledernes behov for deltakelse inn mot klinikkledelsen bedre enn det har vært til nå. Dette gjelder seksjonene i hele klinikken, men avstandsproblemet tydeliggjør dette spesielt ovenfor seksjonene i Harstad og Narvik. Ved en aktiv tilstedeværelse i klinikkens ulike fora vil involvering og forankring av beslutninger ivaretas på en god måte, uavhengig av lokalisasjonene.

De lokale driftsrådene har myndighet til å beslutte, og driftsrådene bør tydeliggjøre sitt mandat som et *besluttende organ*. Alle stedlige ledere har delegert myndighet til å beslutte lokale tiltak i driftsrådene.

Klinikkledelsen mener det vil være et tilbakeskritt for den totale drift og personalivaretagelse for pasientenes beste hvis man skulle innføre en stedlig direktør eller klinikkorganisering ved lokalsykehusene.

Vedlegg: kommentar fra avdelingsleder Kirurgisk avdeling, Narvik

Kommentarer fra avdelingsleder kirurgi Narvik

Avdelingsleder ved Kirurgisk avdeling Narvik, John Martin Pedersen:

» Jeg har sagt det før, i flere sammenheng, men det gjentas herved formelt, at vi ikke kan se at organisasjonsmodellen som vi har, ivaretar stedlig ledelse verken i Narvik eller i Harstad, da klinikkmodellen går til topps, og det er ingen myndighet som ” samler trådene ” og kan beslutte klinikkovergripende tiltak lokalt, såfremt det ikke er enighet om det de lokale lederne imellom, ev. via driftsrådet. Men selv da har vi ingen formell myndighet, jfr. enigheten mellom de lokale lederne på med. og kir. avd. om å dele sengeposten, hvilket vi ikke kom noen vei med».

Fra: Dag Sigurd Brustind[Dag.Sigurd.Brustind@ibestad.kommune.no]
Dato: 07.12.2016 16:03:59
Til: Postmottak UNN
Kopi: Anita Dahl Solbakken
Tittel: Høringsuttalelse - stedlig ledelse

Til Universitetssykehuset i Nord Norge

Vedlagt følger høringsuttalelse fra Ibestad kommune på stedlig ledelse UNN.

Uttalelsen har arkivreferanse: 15/00366

Vi takker for invitasjon til å avgi uttalelse.

Ibestad kommune ønsker å fremheve at det er kommunene som i dag er forvaltningsnivå for innbyggerne. Det er viktig at kommuner utenfor byene også kan avgi uttalelser.

Vi har spesielle utfordringer som stort sett er fraværende i vertskommunene (byene).

Ibestad har en meget skjev befolkningssammensetning. Dette innebærer en stor andel eldre i Ibestads befolkning.

Vi ser at dette medfører at vår befolkning besøker sykehus mindre enn det som forventes statistisk sett. Dette er bekymringsfullt. En stedlig ledelse vil etter vår oppfatning ha mer fokus på innbyggerne utenfor Harstad.

Sykehusene har mange sterke profesjoner. Vi oppfatter det ikke som effektivt at avdelingsledere i fellesskap skal fremme viktige saker som angår Harstad sykehus til direktørens ledergruppe.

Et driftsråd har kun en koordinerende funksjon. Vi ser det som sterkt ønskelig at den ledelsen vi skal samarbeide kan treffe beslutninger på riktig nivå.

Vi ønsker en enhetlig stedlig ledelse som kan være samlende for sykehus og region og se helhetlige utfordringer med tilhørende tiltak og løsninger. En stedlig ledelse vil tidligere kunne ta tak i utfordringer og komme med løsninger.

Vår oppfatning er at en stedlig ledelse vil være bedre i stand til å kommunisere med helse og omsorgstjenesten i kommunen. Dette vil gi en bedre sammenheng mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

En stedlig ledelse vil også være et tydelig ansikt utad for sykehuset.

Vi ber om at fordelene ved stedlig ledelse blir vurdert og at effektiv kommunikasjon med kommunehelsetjenesten blir sterkere vektlagt.

Beste hilsen

Dag Sigurd Brustind

Ordfører Ibestad

Mobil: 95 33 25 00

Dag.sigurd.brustind@ibestad.kommune.no

cid:image001.png@01D18E5D
.05146360

Andersen Ole-Martin

Emne: Stedlig ledelse - oversendelse av innspill fra BU
Vedlegg: VS: SV: SV: Møte i arbeidsgruppen - Stedlig ledelse

Fra: Hovden Leif
Sendt: 21. desember 2016 09:51
Til: Andersen Ole-Martin <Ole-Martin.Andersen@unn.no>
Kopi: Carlyle Cathrin <Cathrin.Carlyle@unn.no>; Johannessen Hilde Anne <Hilde.Anne.Johannessen@unn.no>
Emne: Stedlig ledelse - oversendelse av innspill fra BU

BU konkluderte i sitt møte 8.12.2016 med følgende:

- Brukerutvalget er klar på at man ved valg av modell for stedlig ledelse, må vektlegge *kvaliteten i pasientbehandlingen* som den vesentligste forutsetningen.

Med vennlig hilsen

Leif Hovden
administrasjonssjef
Tlf: +47 77 62 60 12

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Stabssenteret
Mob: +47 952 64 390

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

Tenk miljø – ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig

Nasjonal helse- og sykehusplan – Stedlig ledelse - Sortering av innspill

Utredningen av hvordan stedlig ledelse ivaretas i UNN gjennomføres i en tredelt prosess.

I første del utarbeides det et innspillsnotat som beskriver organiseringen av UNN og hvordan stedlig ledelse ivaretas i denne organisasjonsmodellen. I andre del innhentes det innspill på denne fra eksterne og interne interessenter. Dette notatet fremstiller en oversikt og kategoriserer alle innspill som er kommet.

Kategorier:

- A. Dagens organisasjonsmodell vurderes å ikke ivareta stedlig ledelse
- B. Dagens organisasjonsmodell vurderes å kunne ivareta stedlig ledelse, men har behov for justeringer/kompenserende tiltak for å fungere tilfredsstillende

Innsp. nr.	Mottatt	Avsender	Innspilletts vurdering av dagens organisering og stedlig ledelse	Begrunnelse for standpunkt (hvilke utfordringer ser man, eventuelle fordeler)	
1	17.11.16	Lokalt driftsrådet UNN Harstad	Dagens organisasjonsmodell vurderes å ikke fungerer tilfredsstillende slik det er i dag Dagens organisasjonsmodell vurderes å ikke være stedlig ledelse Dagens modell oppleves ikke forenelig med Stortinget intensjon om «stedlig ledelse»	Utfordringer Lokalt driftsråd anser seg som et samarbeidsorgan som har ikke beslutningsmyndighet på tvers Mangler beslutningsmyndighet på tvers lokalt Koblingen mot øvrige klinikker med samme fag Ulikt hierarkisk ledernivå på medlem av driftsrådene gjør at ikke alle er med i klinikkledelsen. Det rapporteres om truende svikt i kvalitet og effektivitet	A
2	17.11.16	Opprop v/Legekollegiet ved UNN Harstad	Løsning/tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Seksjoner gjøres om til avdelinger 		

		(vedlegg til innspillet fra Lokalt driftsrådet UNN Harstad)	<ul style="list-style-type: none"> • Utrekes for en lokal leder på klinikknivå (leder av «klinikk UNN Harstad») 		
3	19.11.16	<p>Allmennleger i Harstad</p> <p>v/ Inger Ingemann, tillitsvalgt for allmennlegene i Harstad</p> <p>Sidsel M. Andreassen, Styremedlem i Allmennlegeforeningen</p>	<p>Dagens organisasjonsmodell vurderes å ikke fungerer tilfredsstillende slik det er i dag</p> <p>Stedlig ledelse ikke mulig innenfor dagens organisasjonsmodell</p> <p>Løsning/tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stedlig ledelse ved alle lokalsykehus 	<p>Manglende lokal ledelse ved UNN Harstad vurderes å gjøre det vanskelig å samarbeide tett mellom UNN Harstad og lokal kommunal helsetjeneste</p> <p>Fragmentert og forringet ledelse i forhold til samarbeid med kommune helsetjenesten</p> <p>Vanskelig å samarbeide om tunge pasientgrupper</p> <p>Utfordrende å innfri tjenesteavtalen</p> <p>Initiativ til samarbeid stopper opp på veien til ledelsen som sitter i en annen by (Tromsø)</p> <p>Vanskelig å opprettholde funksjonen til PKO (praksiskonsulenten)</p>	A
4	24.11.16	Sør-Troms regionråd	<p>Dagens organisasjonsmodell vurderes å ikke fungerer tilfredsstillende slik det er i dag</p> <p>Løsning/tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stedlig ledelse ved lokalsykehusene i Harstad og Narvik en lokal leder på klinikknivå som rapporterer til direktøren i UNN 	<p>Utfordringer</p> <p>Mangelfull koordinering og samhandling lar seg vanskelig løse innfor dagens struktur</p> <p>Vektlegger viktigheten av en modell som ivaretar det faglige på betryggende måte og likhet i pasientbehandlingen, men at dette ikke trenger komme i et motsetningsforhold mellom helhetlig, stedlig ledelse</p>	A
5	29.11.16	Harstad kommune	Dagens organisasjonsmodell vurderes i enkelte saker å ikke fungerer tilfredsstillende	<p>Utfordringer</p> <p>Tar lang tid før svar foreligger</p>	A

			<p>Løsning/tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stedlig ledelse lokalisert i Harstad med nødvendige fullmakter til å utøve ledelse (fag, økonomi og personal) 	Vektlegger behovet for å kunne koordinere aktiviteter og kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere	
6	30.11.16	Harstad eldreråd	<p>Mener at dagens organisering av UNN ikke oppfyller Stortingets intensjon i vedtaket om «stedlig ledelse»</p> <p>Opplever dagens modell ved UNN som mangelfull</p> <p>Løsning/tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UNN Harstad bør derfor utredes for en lokal stedlig ledelse på klinikkledernivå, samtidig som man sikrer gjennomgående faglig ledelse i pasientbehandlingen. Ledelsen forutsettes å ha nødvendige fullmakter til å utøve ledelse, det være seg faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar 	<p>Utfordringer</p> <p>Store problemer med å vite hvem man skal henvende seg til</p> <p>Tar forlang tid før man får svar</p> <p>Man vi få bedre pasientsikkerhet med lokal ledelse</p>	A
7	3.12.16	Tillitsvalgte og vernetjenesten ved Harstad sykehus	<p>De tillitsvalgte og vernetjenesten ved UNN Harstad mener organiseringen i UNN ikke oppfyller stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal sykehusplan</p> <p>Løsning/tiltak:</p>	<p>Utfordringer</p> <p>Manglende utbedringer etter katastrofeøvelser avdekket problem som ikke følges opp av øverste ledelse</p> <p>Fravær av portørtjenester, hvem skal følge opp denne problemstillingen</p>	A

			UNN Harstad bør derfor utredes for en lokal ledelse på klinikkledernivå eksempelvis tilsvarende det som Helse og Sosialkomiteen viser til har skjedd på Ringerike sykehus	Saker på tvers av klinikkene er vanskelig å løse Uklare ansvars og myndighetsforhold	
8	5.12.16	Turnusleger ved Harstad sykehus	Løsning/tiltak: Lokal leder for Harstad sykehus	Utfordringer Når problemstillingene går på tvers av avdelinger blir det en langvarig prosess Ulike tolkninger av personalhåndboka (ferie, overtid, hvem betaler for hva). I dag blir dette løst forskjellig Manglende enhetlig ansvar for turnusleger Manglende identitetsfølelse med negativ innvirkning for rekrutering	A
9	6.12.16	Kvæfjord kommune	Løsning/tiltak: En stedlig enhetlig ledelse lokalisert i Harstad som koordinerer aktivitet og er kontaktledd ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere Ledelsen forutsettes å ha nødvendige fullmakter til å utøve ledelse, det være seg faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar	Utfordringer Erfarer at det i enkelte saker kan være utfordrende å forstå hvor henvendelser skal adresseres Det til tider tar lang tid før svar/tilbakemelding foreligger	A
10	6.12.16	Narvik kommune	Løsning/tiltak: Ser behovet for en lokal leder med ansvar for å koordinere og være en ansvarlig kontaktperson mot kommunene	Utfordringer Erfarer at klinikkledelsen har ikke alltid har oversikt over samhandlingsmønsteret lokalt	A

			<p>Denne må kjenne lokale forhold og ha sterk forankring i UNN HF sin ledergruppe</p>	<p>Lang beslutningsvei fra klinikkledelsen i Tromsø til lokale miljø ved UNN Narvik</p> <p>Utfordrende når det er behov for avklaringer på/mellom klinikksjefnivå</p> <p>Små fagmiljø er sårbare. Små endringer får store konsekvenser/ringvirkninger lokalt</p> <p>Det tar forlang tid fra vakans/ledighet oppstår til rekruttering</p> <p>Fordeler med dagens modell Gode erfaringer med KSU Somatikk og KSU rus/psykiatri, dialogmøtene og OSO</p>	
11	6.12.16	Seksjonsledere ved Tøyforsyningen, Renholdsseksjonen, Sentralforsyningen, Matforsyningen og Sentralbord	<p>Løsning/tiltak: Det etableres en seksjon pr geografisk lokasjon som underlegges avdelingsleder som favner alle fagområdene i forsyningen</p> <p>Personalledelse plasseres på lokasjon i Harstad og Narvik</p> <p>Overordnet faglig ledelse ligger hos seksjonsledere på de berørte fagområdene</p> <p>Seksjonsledere for forsyning, Harstad og Narvik, deltar på ledersamlinger og møter</p>	<p>Utfordringer Harstad og Narvik er preget av å ha få ansatte pr seksjon og har ikke hatt stedlig ledelsene etter omorganisering</p>	B

			Disse får overordnet ansvar for bl.a. kontrakts overholdelse, bestillinger og budsjett for de ulike lokasjonene		
			Drive fram en strategiplan for forsyningstjenestene på disse to lokasjonene		
12	6.12.16	Ofoten regionråd	Lik Narvik kommunes innspill		A
13	6.12.16	Lokalt driftsrådet UNN Narvik	<p>Driftsråd UNN Narvik vurderer at organisasjonsmodellen ved UNN, ikke oppfyller kravet om <i>stedlig</i> ledelse, eller stedlig <i>enhetlig</i> ledelse på alle nivåer ved UNN Narvik</p> <p>Videre vil vi også påpeke at man ved UNN heller ikke følger vedtatt overordnet lederstruktur med direktør, kliniksjeff, avdelingsleder, seksjonsleder og enhetsleder, da det er ledere ansatt i ulike titler som seksjonssykepleiere, oversykepleier og seksjonsoverlege, noe som er med på å gjøre lederstrukturen, organiseringen og ansvarsområder uoversiktlig</p> <p>Lokalt lederansvar er oppstykket</p> <p>Det oppleves også at klinikkene med stedlig virksomhet ved UNN Narvik i varierende grad lykkes med å få dagens organisasjonsmodellen til å fungere godt. Dette kan handle om flere forhold, som tilgang til nødvendige personalressurser,</p>	<p>Utfordringer</p> <p>Lokalt lederansvar er oppstykket</p> <p>Der er medarbeidere som ikke har stedlig ledelse i det hele tatt</p> <p>Organisering på tvers av loven (manglende stedlig ledelse)</p> <p>Vedtatt org struktur og oppfølging med titler fungerer ikke</p> <p>Samarbeid på tvers er vanskelig grunnet lange ledelseslinjer</p> <p>Lokal lederansvar er oppstykket. Ingen som har helhetlig ansvar</p> <p>Oppfølging av den enkelte ansatte ivaretas ikke der hvor det ikke er stedlige ledelse</p> <p>Manglende org plassering av driftsrådet i UNN's org struktur</p>	A

			<p>organisering og måten avstandsledelsen utøves på</p> <p>Løsning/tiltak: For å kunne si at Driftsrådet utgjør stedlig ledelse lokalt i Narvik, bør det synliggjøres på UNN sitt organisasjonskart på lik linje med Longyearbyen sykehus. Rådet bør ha en tydeligere struktur og oppmøteplikt bør innføres, samt et mer tydelig mandat for utøvelse av ledelse</p> <p>Hvis Driftsrådet skal fungere som klinikkovergripende stedlig ledelse, bør driftsrådets lederfunksjon styrkes og tydeliggjøres</p>	<p>Driftsrådet mandat ivaretar ikke behovet for lokal beslutningsmyndighet</p> <p>Driftsrådsleder er ikke representert i sykehusledelse</p>	
14	6.12.16	Rigmor Frøyum, FTV Fagforbundet Mai-Britt Martinsen, FTV NSF	<p>Ser at stedlig ledelse ikke fungerer i dag i UNN Harstad og UNN Narvik</p> <p>Løsning/tiltak: UNN Harstad og UNN Narvik trenger hvert sitt driftsråd med egen leder som har myndighet og som taler lokalsykehusets sak i ledergruppa til direktøren</p>	<p>Utfordringer I vanskelige saker der avdelingsledere i ulike klinikker skal samarbeide på tvers i lokalsykehuset holder det ikke bare med gode råd, da må det beslutninger til. I dag ser vi at det tar tid og at endelig beslutninger kommer fra Tromsø</p> <p>Det mangler noen som taler UNN Harstad og UNN Narviks sak i ledergruppa til direktøren</p>	B
15	7.12.16	Diagnostisk klinikk	<p>Løsning/tiltak: Det bør vurderes om to av klinikkjefene skal ha sine arbeidsplasser i Narvik og Harstad</p>	<p>Utfordringer Det mangler en ansvarlig leder som har helhetlig koordineringsansvar for hver av de to lokalisasjonene, og som kan beslutte på vegne av enhetene</p>	B

			<p>Deltakelse i driftsrådene må være obligatorisk for linjeledere, de samme gjelder de medisinsk faglige rådgiverne som er oppnevnt til rådet</p> <p>Mandatet for driftsrådet må klargjøres mht ansvar og myndighet</p> <p>Revisjon av klinikkene mht selvstendighet og handlingsrom slik at lederne opplever at det er lik praksis</p> <p>Rekruttere personell ved Stabssenteret som har sitt daglige arbeidssted i UNN Narvik</p> <p>Foreslår også en rekke klinikk interne tiltak</p> <p>Det etterlyses representasjon i direktørens ledergruppe fra hhv Narvik og Harstad</p> <p>Lokale stedfortredere for seksjonsledere (i DK) ved UNN Harstad og UNN Narvik</p>		
16	7.12.16	Psykisk helse og rusklinikken	<p>For vår del av virksomheten, mener vi at UNN ivaretar stedlig ledelse slik det beskrives i førende dokumenter</p> <p>Dagens organisasjonsløsning ønskes således videreført</p> <p>Løsning/tiltak: Vi opplever at ordningen med driftsråd kan være med på å ivareta vårt behov for en bedre</p>	<p>Fordeler med dagens modell Ser ikke at en løsning (med en direktør på hver lokalsykehus) vil styrke vår mulighet til å få til likeverdige tjenester for våre pasienter i hele UNN sitt opptaksområde eller bedrer vår mulighet til å få til gode og helhetlige pasientforløp mellom lokalsykehusnivå/DPS og sykehusnivået</p> <p>Klinikken mener at en gjennom dagens organisering har maktet å ivareta gjennomgående faglig ledelse, enhetlig stedlig ledelse, helhetlige</p>	B

			<p>samordning på lokalsykehusene. For at dette skal fungere, bør driftsrådene gis en ressursmessig portefølje for iverksettelse av lokale tiltak for bedre koordinering og intern drift på det enkelte sykehus</p> <p>Driftsrådene kan med fordel gis et tydeligere mandat m.h.t. å koordinere og tilrettelegge for gode pasientforløp på tvers av avdelinger</p>	<p>pasientforløp og en lederstruktur som kan sørge for faglig forsvarlig drift. Vi opplever at dagens organisering er hensiktsmessig for den videre utvikling av våre fagområder</p>	
17	7.12.16	Merete Postmyr	<p>Det er fortsatt mange avdelinger som har oversykepleiere. Disse fungerer verken som avdelingsledere eller seksjonsledere – men et udefinert sted midt imellom. Oversykepleier inngår i lederteam og man har da eksempler på at seksjonssykepleiere (2 stk som deler ansvaret for en seksjon) ikke får delta i lederteamet.</p> <p>Stedlig er ikke oppfylt i Narvik og Harstad som geografisk lokalisasjon med tverrgående klinikkstruktur. Det er ingen stedlig leder for NOR-klinikken i Narvik</p> <p>Sakene som drøftes i Driftsrådet er svært ofte av praktisk eller administrativ karakter (utsmykning, skilting, parkering, pasientarmbånd med kode osv.)</p> <p>I sakene fremkommer en slags konklusjon, men ikke om det er en beslutning</p> <p>Løsning/tiltak:</p>	<p>Utfordringer</p> <p>Vedtatt lederstruktur ikke er implementert i hele organisasjonen</p> <p>Stedlig ledelse ikke er ivaretatt</p> <p>Driftsrådene fungerer ikke optimalt. Saker som er klinikkovergripende er færre og har dårligere fremdrift en andre saker</p> <p>Mandatet til driftsrådet er utydelig</p>	B

			<p>Tydeliggjøre driftsrådets mandat. Hva menes med «driftsmessige forhold» og «klinikkovergripende driftssaker»</p> <p>«Driftsråd/stedlig ledelse. Hvilke oppgaver har utvalget og hvilket ansvar og myndighet ligger til rådet.»</p> <p>lederne for driftsrådene trenger mer hjelp, støtte og kompetanse til å utøve sin rolle</p> <p>Ansatte fra Personal-organisasjonsutviklingsenheten bør gå inn å analysere driftsrådernes funksjon (være til stede og observere møtene), finne årsakene til at møtene ikke fungerer etter intensjonene og gi innspill til endringer som gjør at driftsrådene får en bedre og riktigere rolle</p>		
18	7.12.16	Leger ved UNN Narvik	<p>Vi mener organiseringen av UNN ikke oppfyller Stortingets intensjon i vedtaket om stedlig ledelse i behandlingen av nasjonal helse- og sykehusplan for lokalsykehusene</p> <p>Vedtatt lederstruktur ikke er implementert i hele organisasjonen</p> <p>Stedlig ledelse ikke er ivaretatt</p> <p>Løsning/tiltak: Driftsrådene fungerer ikke optimalt. Om driftsrådet skal være UNNs svar på lokal ledelse, bør det i mandatet til driftsrådet stå hvem som har myndighet til å fatte vedtak i</p>	<p>Utfordringer Driftsrådet er har ingen formell makt og må ses på som et rådgivende organ</p> <p>Ser flere uheldige konsekvenser av fjernledelse slik UNN er organisert i dag. Manglende daglig stedlig tilstedeværelse gir dårligere innsikt i problemstillinger som kunne ha blitt løst lokalt</p> <p>Siden mye av mye av UNNs virksomhet er i Tromsø er det naturlig at det meste av fokuset vil være rettet mot Tromsø. Vi har inntrykk av at et godt eierforhold og engasjement for drift på annen lokasjon er utfordrende</p>	A

			<p>saker der driftsrådet og reseptive klinikkledere ikke er enige</p> <p>Ønsker at leder av driftsrådet møter i direktørens ledergruppe</p> <p>UNN Narvik bør utredes for lokal ledelse</p>		
19	7.12.16	Barne- og ungdomsklinikken	<p>Slik det fremgår av organisasjonskartet i <i>Innspillsnotat til utredning av stedlig ledelse</i>, og med bakgrunn i beskrivelsen av klinikken ovenfor, vurderer vi at stedlig ledelse er ivaretatt jfr. beskrivelse i Stortingsmelding 11 og i protokollen fra foretaksmøtet</p> <p>Organisasjonsmodellen fungerer etter vår mening tilfredsstillende</p> <p>Løsning/tiltak: Driftsrådene må fatte viktige lokale beslutninger og det må være helt klart for driftsrådets medlemmer hvilken beslutningsmyndighet man har. Dette bør gjøres mer konkret i mandatet</p> <p>I saker hvor det ikke kan fattes lokal beslutning, bør saken løftes med en formell henvendelse/saksutredning til direktørens stabsmøte og/eller direktørens ledergruppe. Leder av driftsrådet inviteres til å fremme saken i de nevnte fora før endelig beslutning fattes</p>	<p>Barne- og ungdomsklinikken er fra og med 1.9 spredt og lokalisert i 10 bygninger og 6 geografiske lokalisasjoner. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling er lokalisert på 6 forskjellige geografiske steder, med stedlige ledere som har totalansvar sin enhet</p> <p>En del av problemene er "fjernledelse" og forsinket beslutningstaking</p>	B

20	7.12.16	Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	<p>NOR-klinikken opplever at den beskrevne modellen ivaretar stedlig ledelse på en tilfredsstillende måte</p> <p>NOR-klinikken er representert i driftsrådene i Harstad og Narvik. Dette er viktig for å kunne samordne den totale driften i sykehuset. Vi opplever at den overordnede modellen som vi har i dag er den som er mest riktig under dagens rammer.</p> <p>Løsning/tiltak: Vi tror at økt tilstedeværelse fra de respektive faglig ansvarlige i Tromsø vil bedre kommunikasjonen om faglige utfordringer, faglig utvikling og prioriteringer</p>	<p>Utfordringer Vi ser at det kan være krevende å få til god kommunikasjon mellom lokasjonene om de faglige utfordringer mv.</p> <p>Mangel på stedlig leder har ført til at fagpersoner ikke er blitt tatt med i prosesser som foregår lokalt</p> <p>Ny organisering for NOR-klinikken ble bygd på prinsippene i UNN om faglig gjennomgående ledelse. Det ble også ivaretatt at ansatte har en stedlig leder enten på seksjonsnivå eller enhetsnivå</p>	B
21	7.12.16	Operasjons- og intensiv klinikken	<p>Når det gjelder Opln –klinikken mener jeg organisering ivaretar stedlig ledelse. Vår virksomhet ved henholdsvis UNN Narvik og UNN Tromsø organisert som egne avdelinger.</p> <p>Hver avdeling har ansvarlig leder på alle nivåer og alle ansatte vet hvem som er deres nærmeste leder. Avdelingsleder er med klinikkledelsen.</p> <p>Løsning/tiltak: Organiseringen av de ulike klinikken bør gjennomgås.</p>	<p>Utfordringer Utfordringen er at vi både på klinikk-, avdelings- og seksjonsnivå kan og bør bli bedre på å samarbeide/jobbe på tvers av organisasjonsenhetene.</p>	B

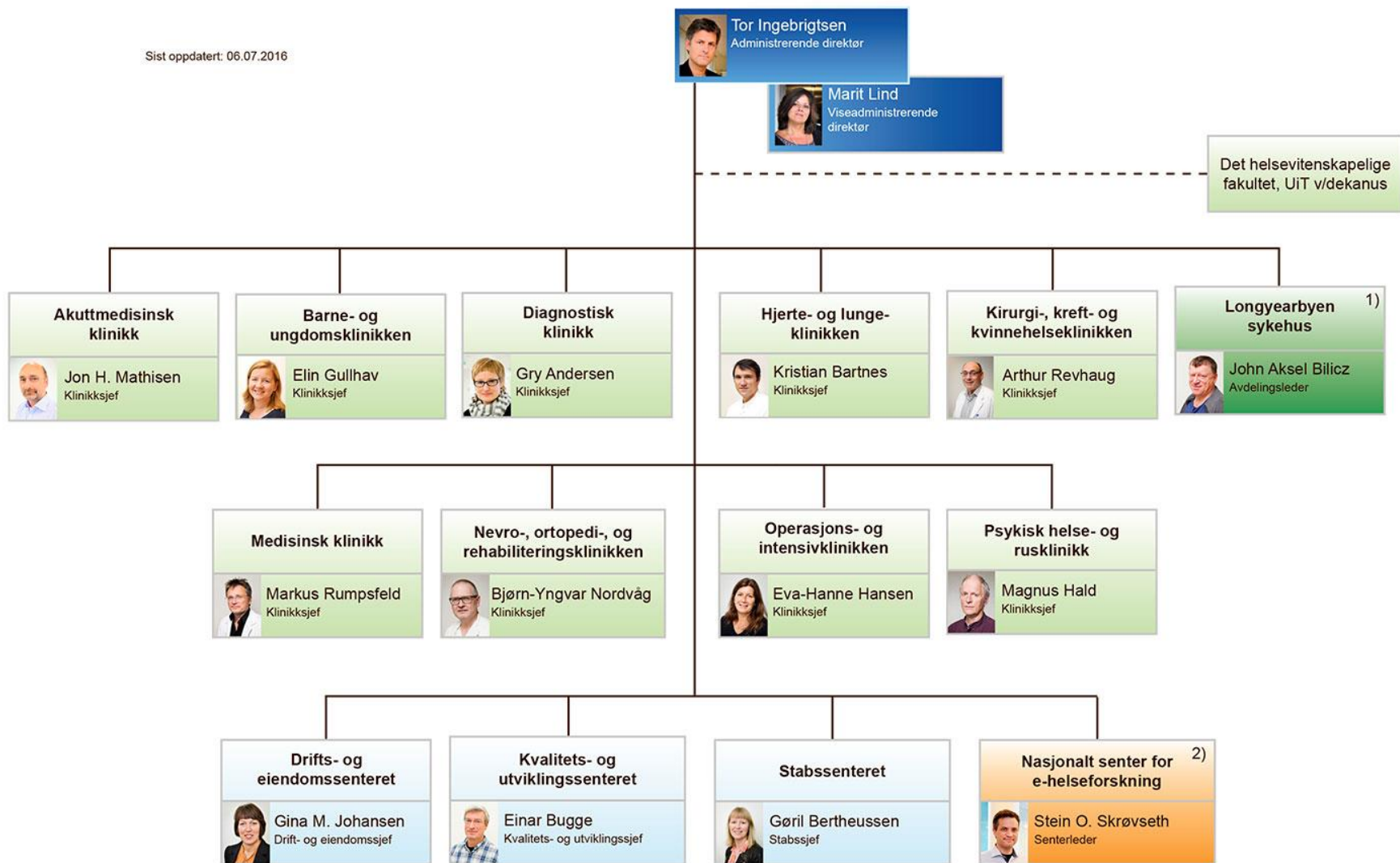
			<p>Jevnlig tilstedeværelse av aktuelle klinikks klinikkjefen på alle lokalisasjonene bør systematiseres.</p> <p>Jevnlig tilstedeværelse av aktuelle klinikks klinikkjefen på alle lokalisasjonene bør systematiseres.</p> <p>Tydeligere struktur på driftsrådene.</p>		
22	7.12.16	Medisinsk klinikk	<p>Vurderingen er at organisasjonsmodellen i UNN er i tråd med stortingsmeldingen og at UNN modellen ivaretar stedlig ledelse.</p> <p>Stedlig ledelse praktiseres gjennom en avdelingsleder med sitt team som har helhetlig ansvar.</p> <p>Samarbeid foregår på tvers av geografien, på tvers av avdelingene og klinikkene</p> <p>Løsning/tiltak: Dagens driftsrådsmodell kan og bør forbedres.</p> <p>Driftsråd og særlig driftsrådsleder kan gjennom tydeligere framheving av dens rolle i offentligheten blir en tydelig adressat for eksterne aktører.</p> <p>Driftsrådslederens rolle kan gjennom en funksjonsbeskrivelse tydeliggjøres bedre både internt og eksternt</p>	<p>Fordeler og utfordringer En klinikkmodell Harstad og Narvik står i kontrast til det komplekse klinikkovergripende samarbeid som trengs for å få til dagens høyspesialiserte pasientforløp. En geografisk basert klinikkmodell kan tenkes å ha som positiv effekt at eksterne og interne aktører har en synlig adressat ved henvendelser. Imidlertid kan en organisasjonsmodell med stedlig leder på klinikkjefnivå støtte opp under silotenkning og gjør samarbeid som beskrevet ovenfor mer vanskelig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det mangler en synlig adresse • Tilhørighet • Etableringer av egne klinikker i Harstad /Narvik vil binde oss org kapasitet fordi det vil kreve mye ledelseskapasitet • Eventuelle nyetablering vil ha konsekvenser for hele foretak og vil føre bort fokus på pasientforløpsarbeid • Utfordringer er å få gode pasientforløp uansett organisasjonsstruktur 	B

				Kapasitetsproblemer vil oppstå når man omorganiserer som bør brukes til pasientforløpsarbeid	
23 a	7.12.16	Kirurgi-, kreft og kvinneklinikken	<p>Klinikkledelsen mener at det er stedlig ledelse ved alle klinikkens enheter i Harstad og Narvik hvor vi har avdelinger og seksjoner.</p> <p>Alle ansatte har en leder med totalt ledelsesansvar ved de to lokalisasjonene. Dette innebærer både personal og faglig ledelse.</p> <p>Alle stedlige ledere har delegert myndighet til å beslutte lokale tiltak i driftsrådene.</p> <p>Løsning/tiltak: Det er en forutsetning at stedlige avdelingsledere deltar i klinikkledelsens møter samt at stedlige seksjonsledere deltar i avdelingsledermøter.</p> <p>De lokale driftsrådene har myndighet til å beslutte, og driftsrådene bør tydeliggjøre sitt mandat som et <i>besluttende organ</i>.</p>	<p>Utfordringer Det etterspørres fra Harstad om det er lovmessig forskjell mellom det å være avdelingsleder eller seksjonsleder i denne sammenhengen.</p> <p>Utfordringer ved forskjellige nivå ved UNN Harstad og UNN Narvik som da ikke er representert i klinikkledelsen</p> <p>Manglende samarbeid internt i K3K. Avstandsproblemer</p> <p>Avstandsproblemer</p>	B
23 b	7.12.16	John Martin Pedersen, Avdelingsleder ved Kirurgisk avdeling Narvik	Kan ikke se at organisasjonsmodellen som vi har, ivaretar stedlig ledelse verken i Narvik eller i Harstad	<p>Utfordring Klinikkmodellen går til topps, og det er ingen myndighet som "samler trådene" og kan beslutte klinikkovergripende tiltak lokalt, såfremt det ikke er enighet om det de lokale lederne i mellom, ev. via driftsrådet</p>	A
24	7.12.16	Ibestad Kommune	Vi ønsker en enhetlig stedlig ledelse som kan være samlende for sykehus og region og se	En stedlig ledelse vil etter vår oppfatning ha mer fokus på innbyggerne utenfor Harstad	A

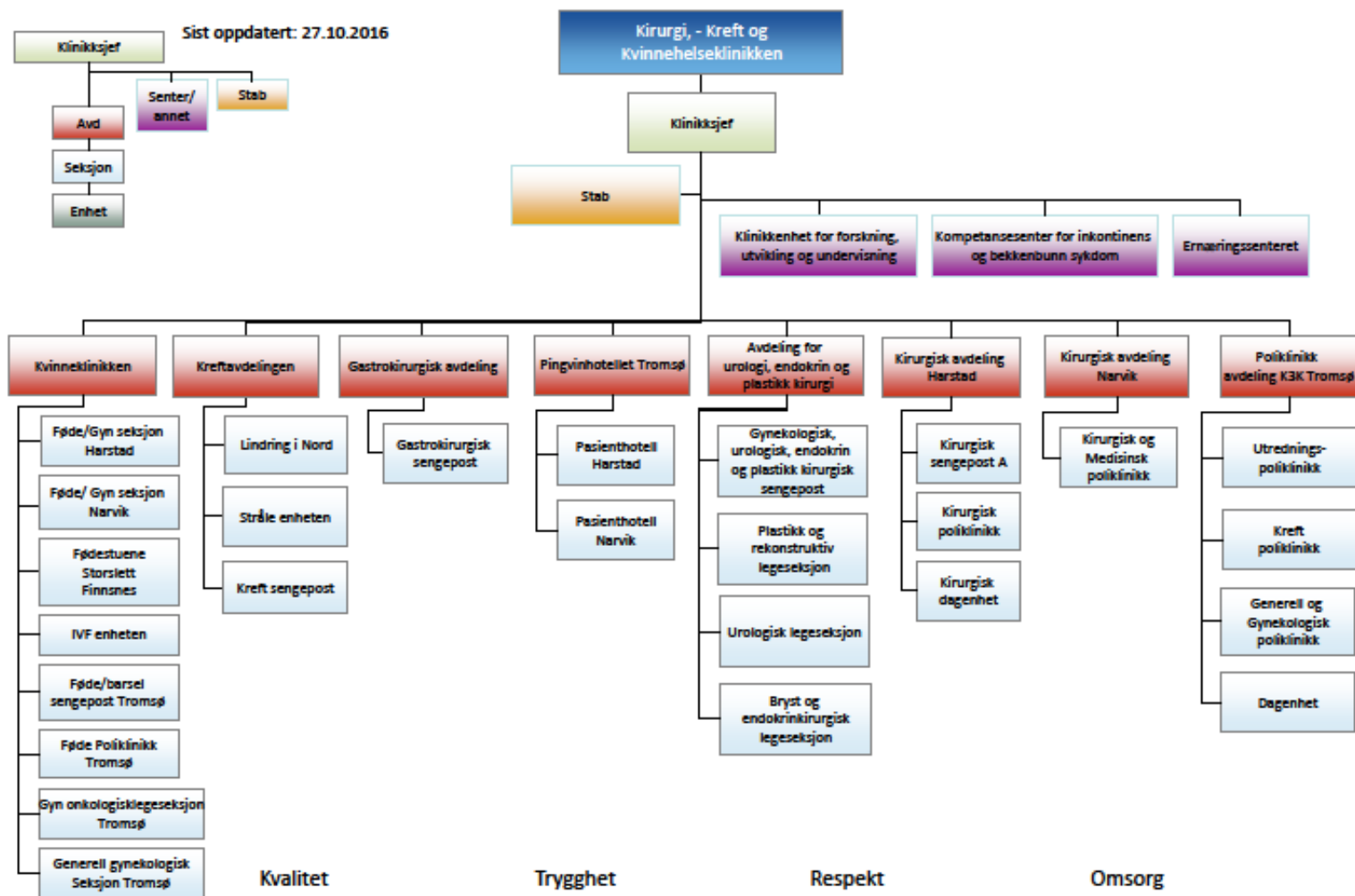
			<p>helhetlige utfordringer med tilhørende tiltak og løsninger</p> <p>Løsning/tiltak:</p> <p>Vi ber om at fordelene ved stedlig ledelse blir vurdert og at effektiv kommunikasjon med kommunehelsetjenesten blir sterkere vektlagt</p>	<p>Vi oppfatter det ikke som effektivt at avdelingsledere i fellesskap skal fremme viktige saker som angår Harstad sykehus til direktørens ledergruppe</p> <p>Mangelfullt stedlig ledelse gir mangelfullt fokus på innbyggere lokalt</p> <p>Et driftsråd har kun en koordinerende funksjon. Vi ser det som sterkt ønskelig at den ledelsen vi skal samarbeide kan treffe beslutninger på riktig nivå</p> <p>Vår oppfatning er at en stedlig ledelse vil være bedre i stand til å kommunisere med helse og omsorgstjenesten i kommunen</p>	
25	8.12.16	Brukerutvalget	<p>BU konkluderte i sitt møte 8.12.2016 med følgende:</p> <p>Brukerutvalget er klar på at man ved valg av modell for stedlig ledelse, må vektlegge <i>kvaliteten i pasientbehandlingen</i> som den vesentligste forutsetningen</p>		

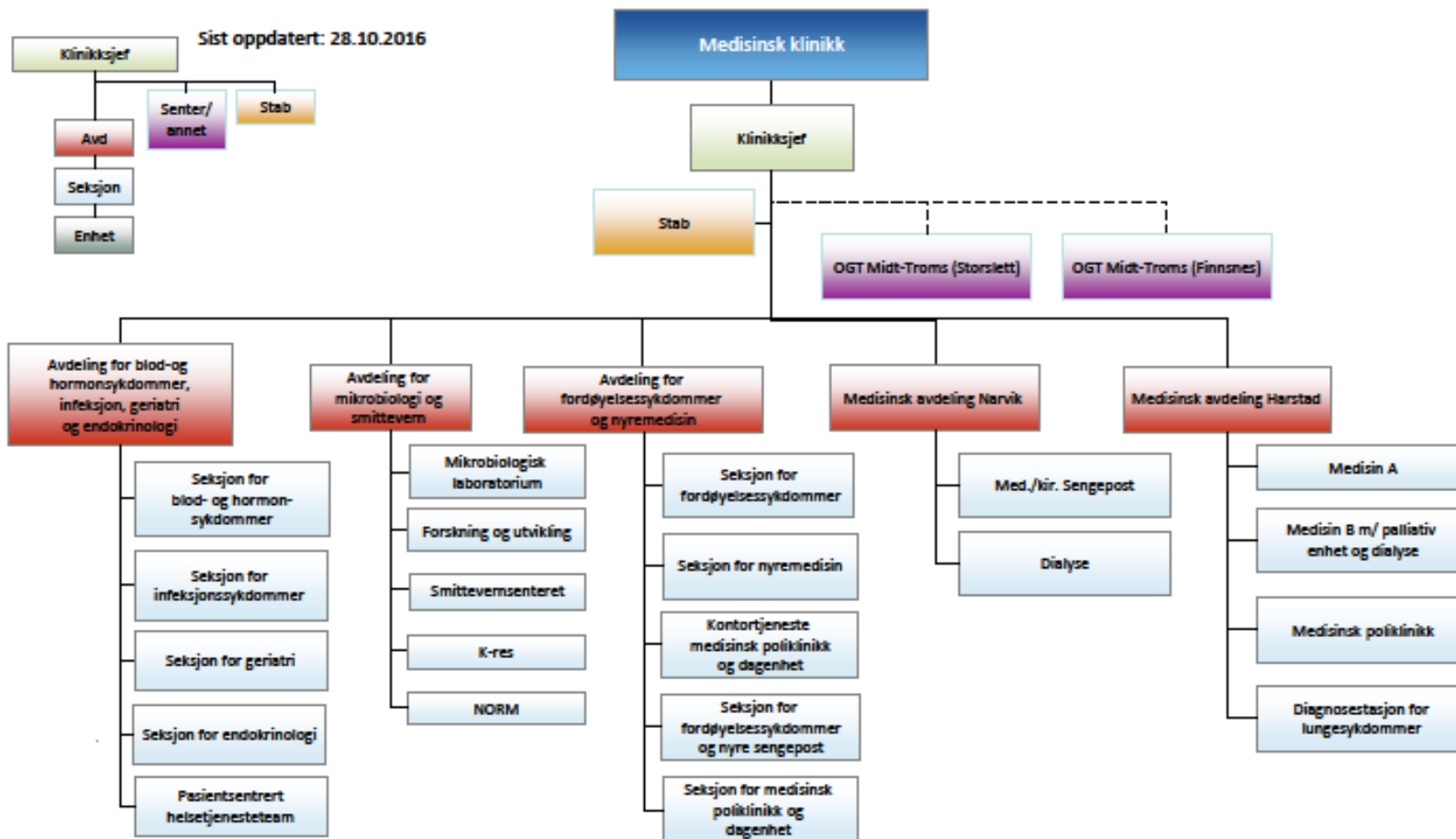
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Sist oppdatert: 06.07.2016



1 og 2 er organisert i direkte linje til administrerende direktør uten å være medlem av direktørens lederteam.



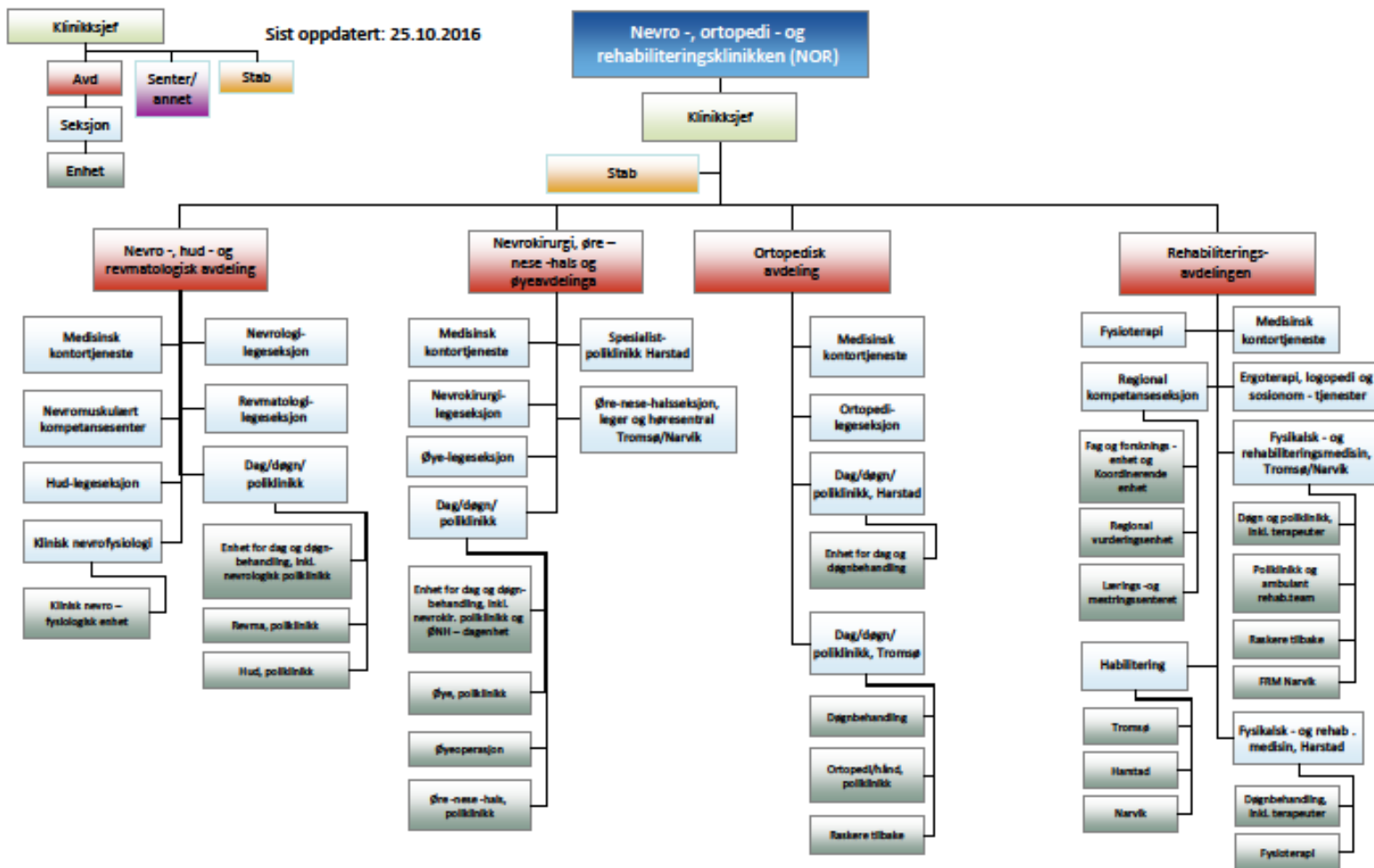


Kvalitet

Trygghet

Respekt

Omsorg

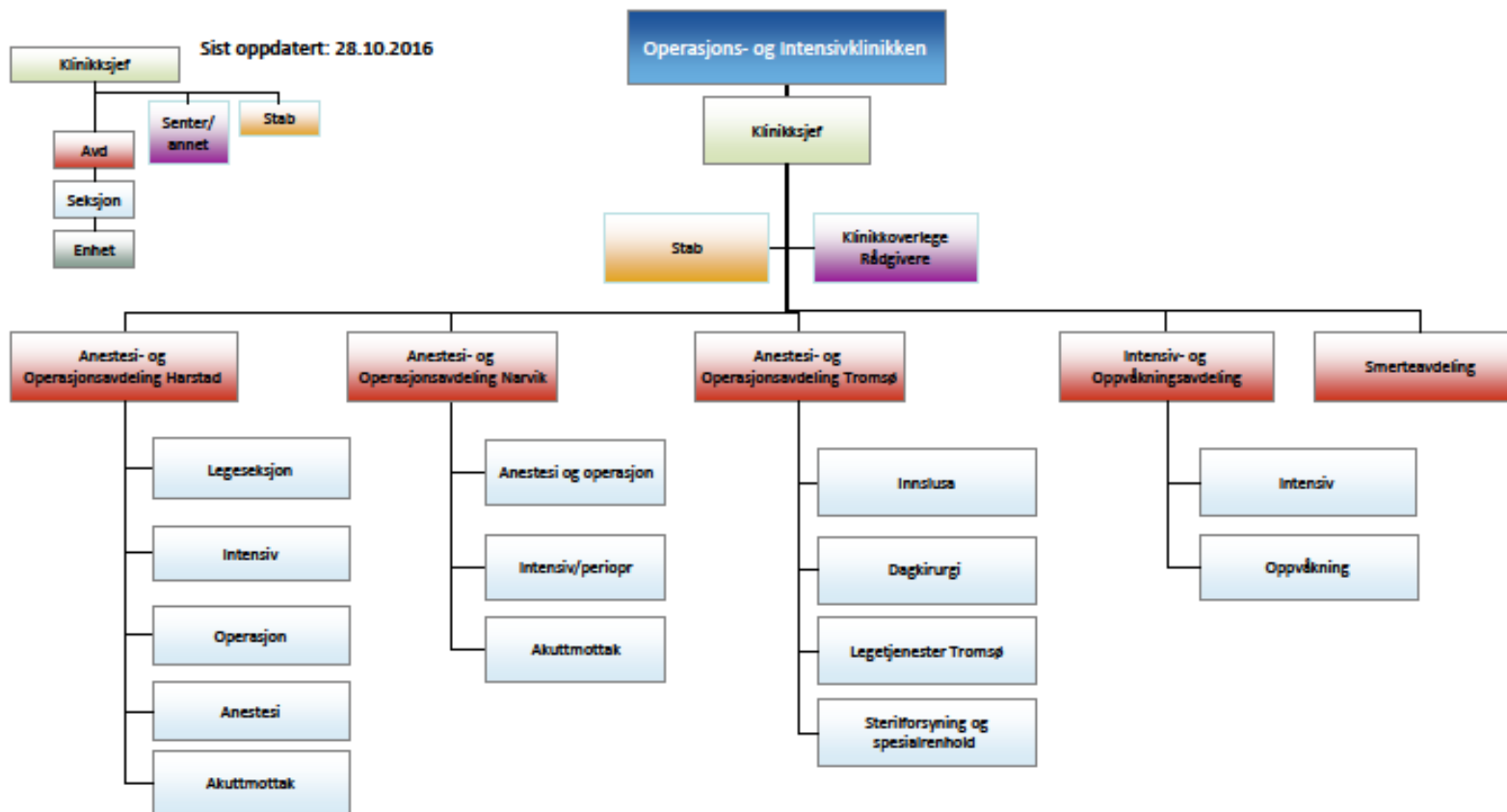


Kvalitet

Trygghet

Respekt

Omsorg

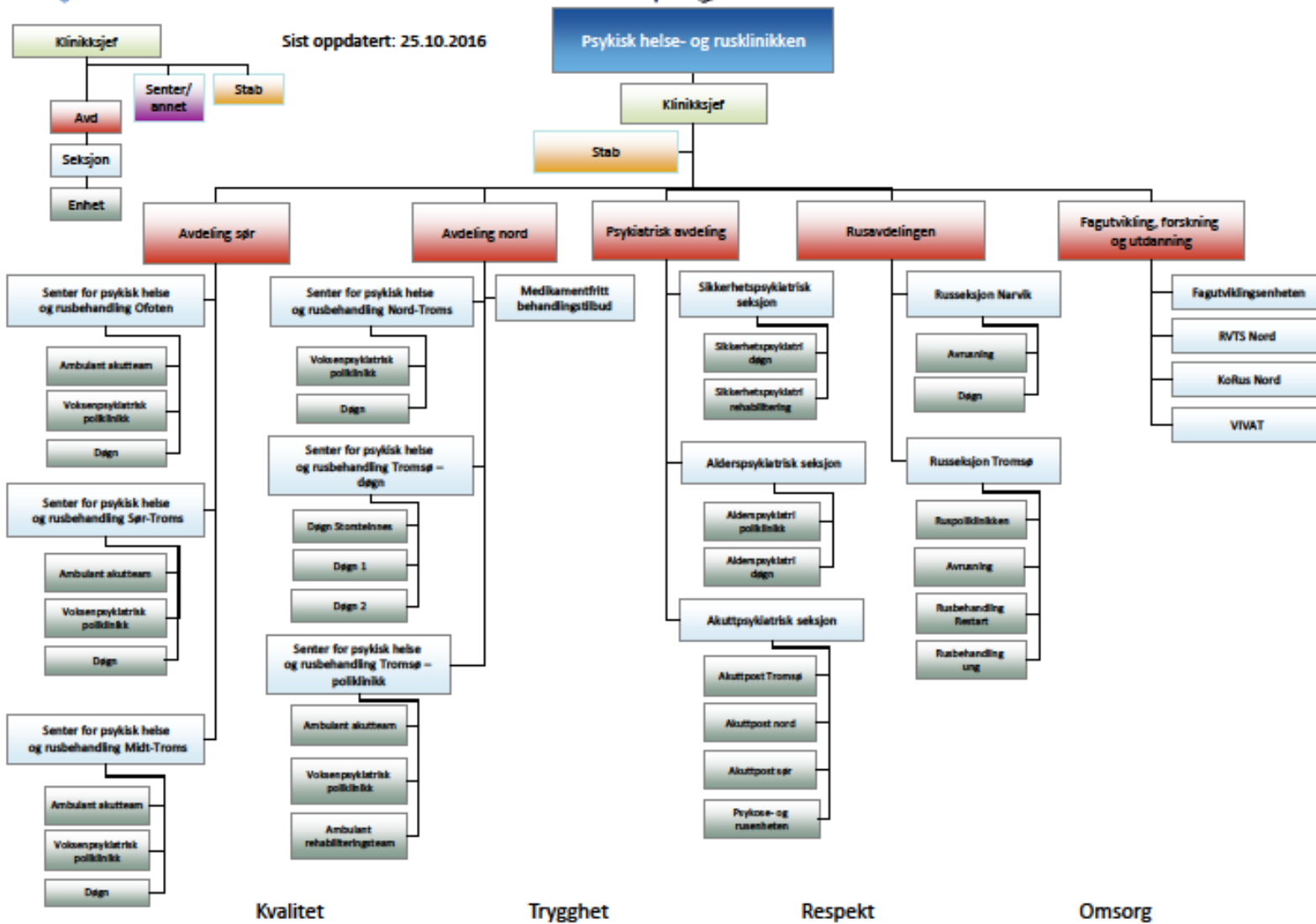


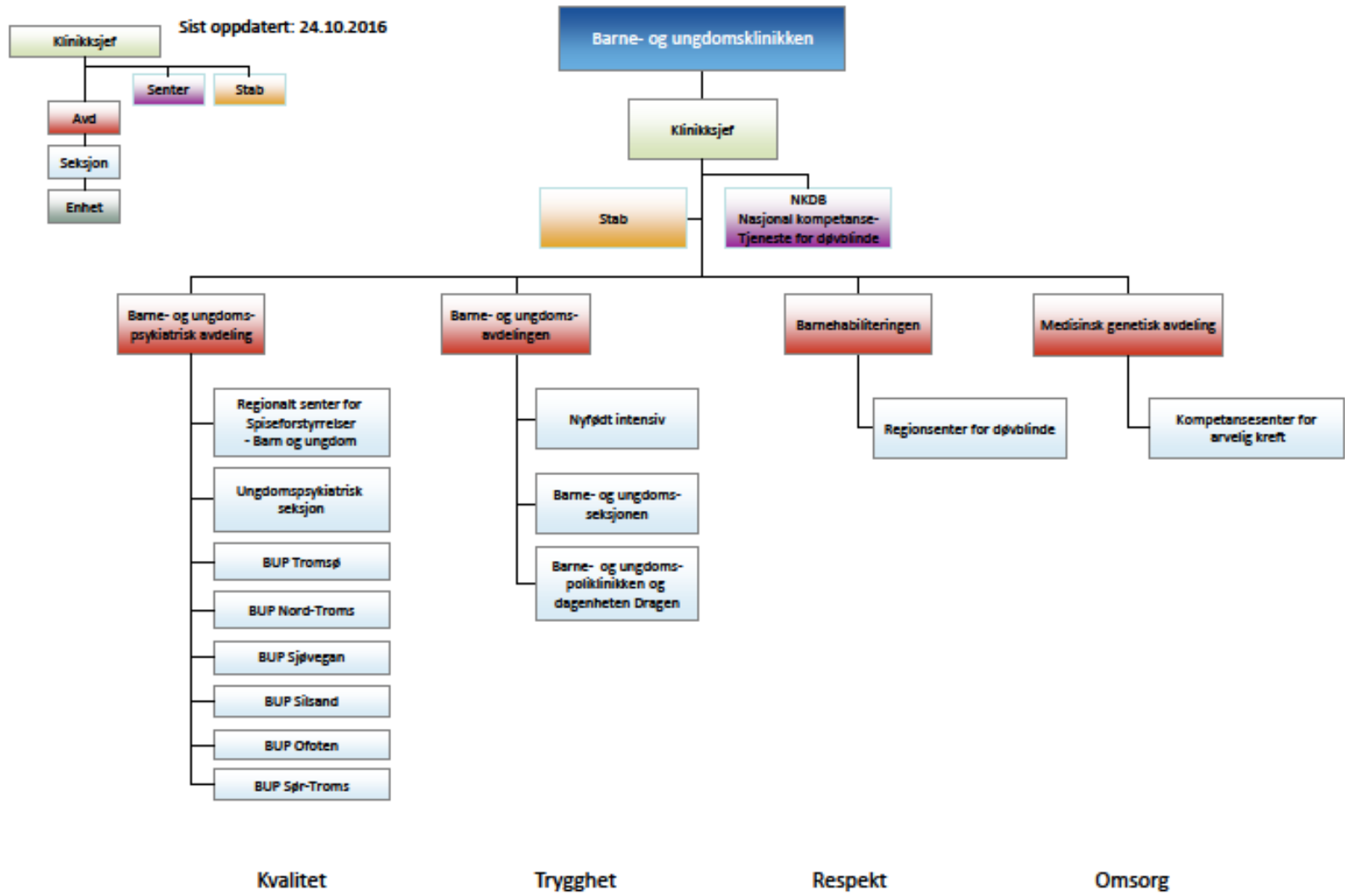
Kvalitet

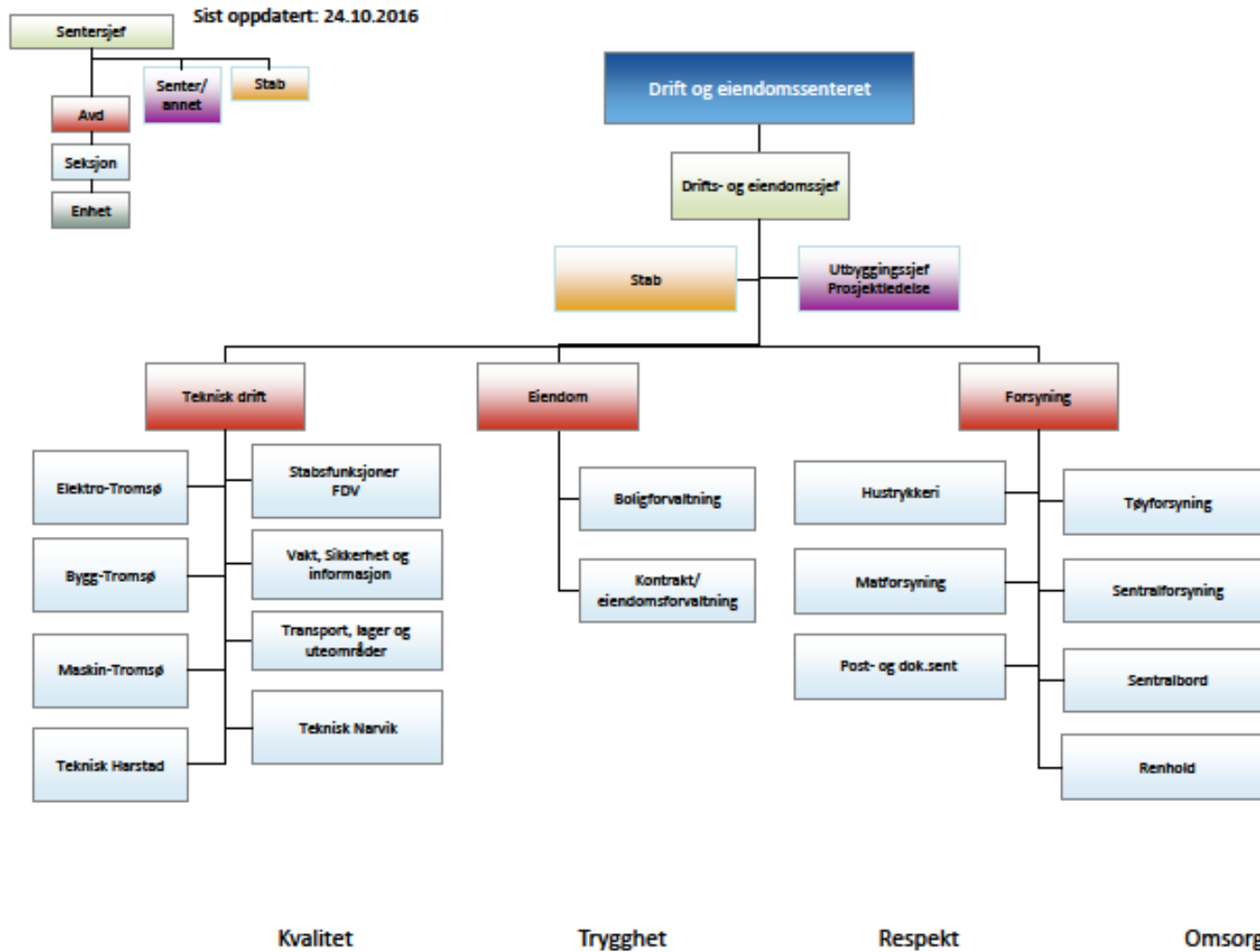
Trygghet

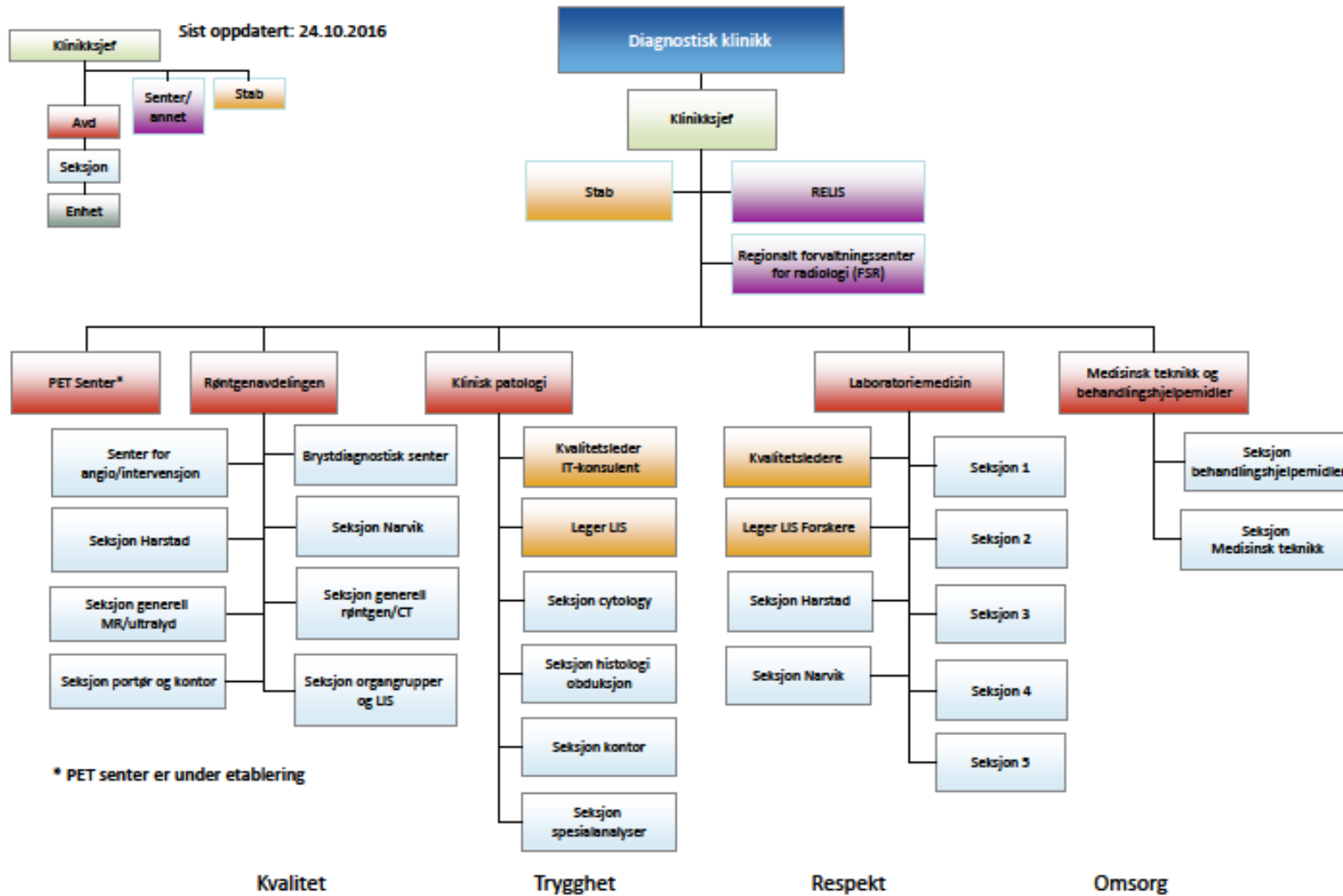
Respekt

Omsorg



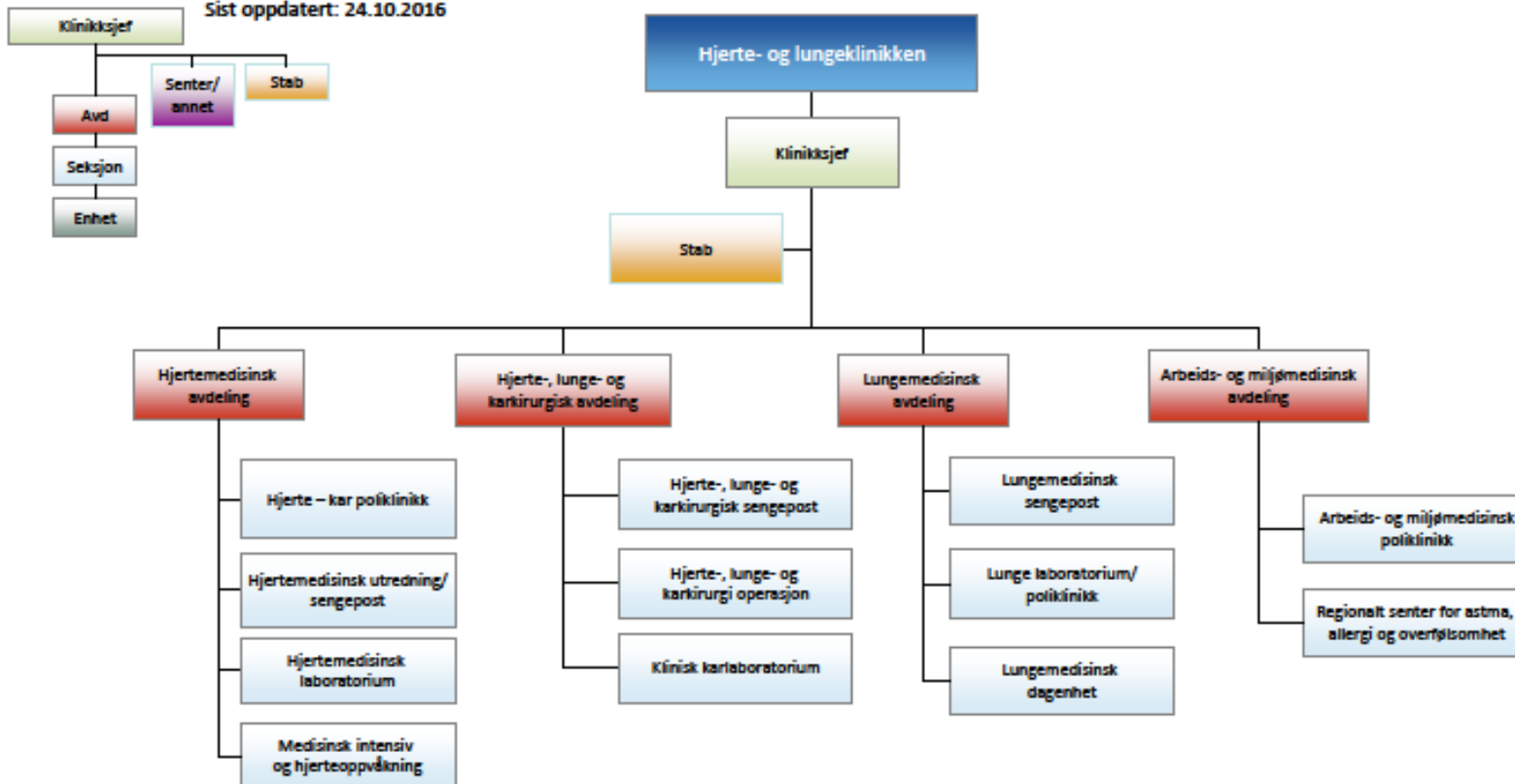








Sist oppdatert: 24.10.2016

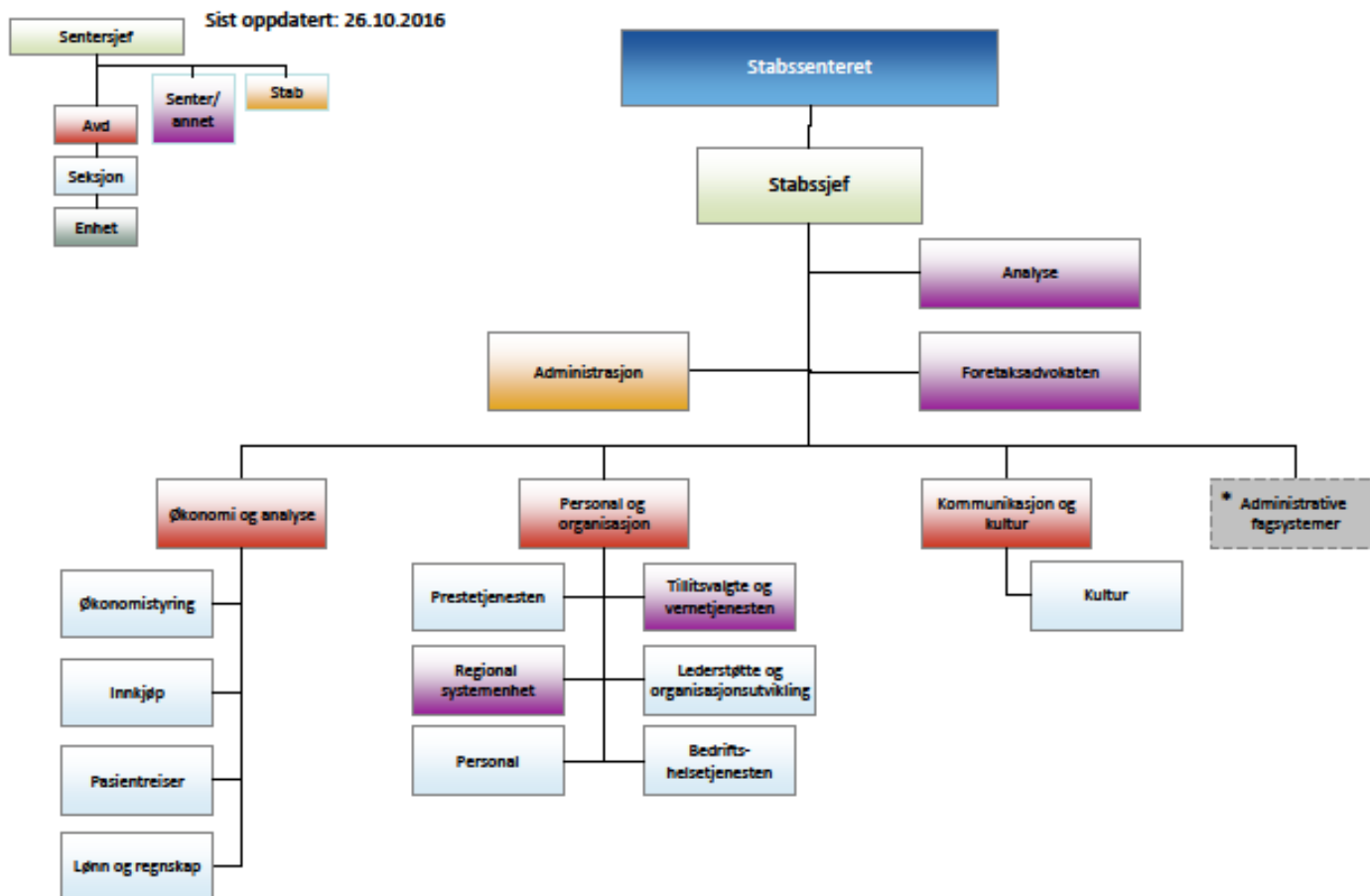


Kvalitet

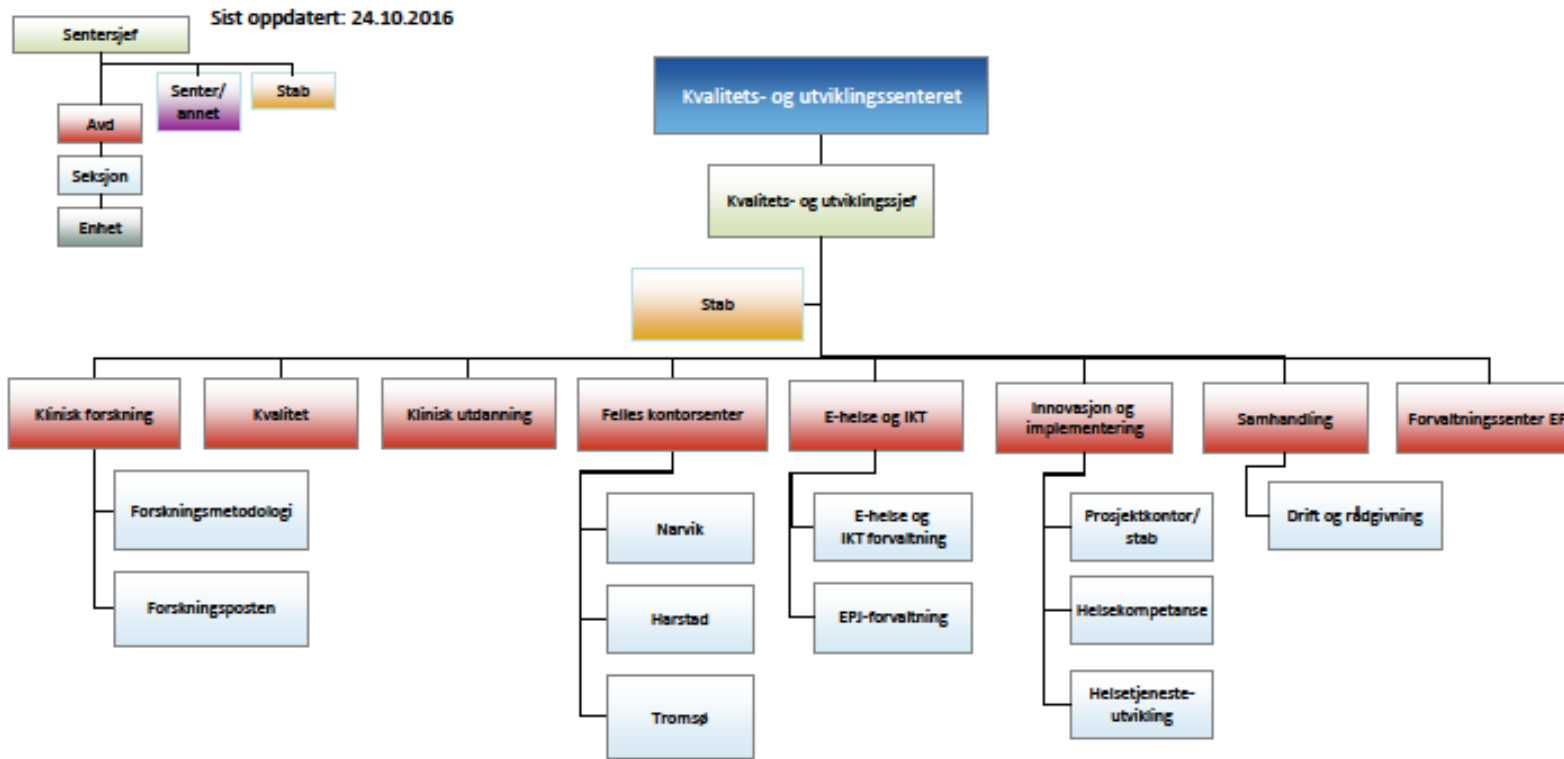
Trygghet

Respekt

Omsorg



* Etablering av en avdeling for Administrative fagsystemer utredes i 2016

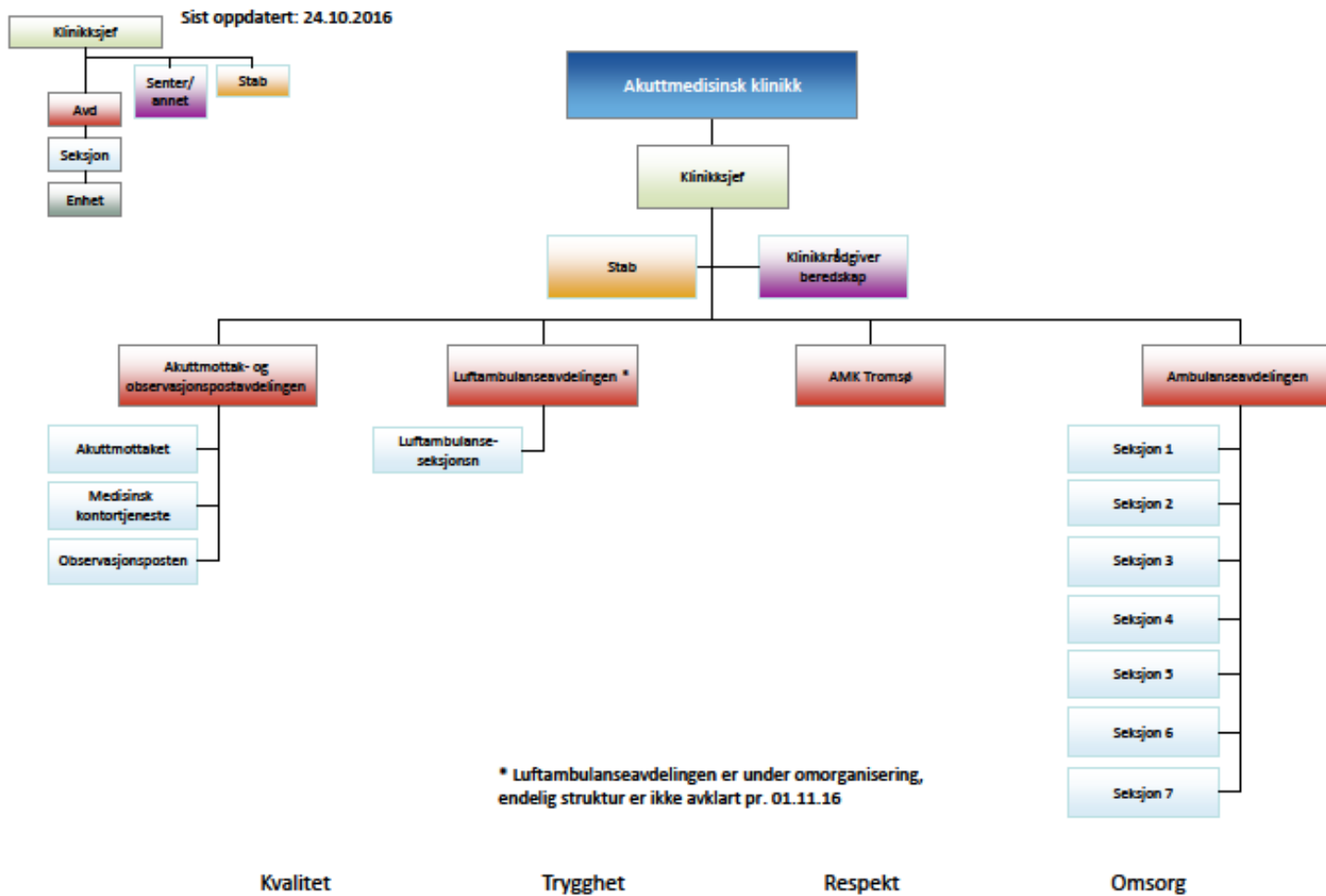


Kvalitet

Trygghet

Respekt

Omsorg



Helseforetakene i Helse Nord

Deres ref.:

Vår ref.:
2014/309-30

Saksbehandler/dir.tlf.:
Kristian Iversen Fanghol, 950 76 075

Sted/Dato:
Bodø, 05.07.2016

Nasjonal helse- og sykehusplan - Mandat for oppfølging

Det vises til Helse Nord RHF styresak 60-2016 Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet og styrets vedtak i saken (1).

Helseforetakene bes gjennomføre arbeidet med oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan innen rammen av dette mandatet.


Organisering av stedlig ledelse skal være ferdig utredet, styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 25.11.2016.

Rapport om framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomheten og elektiv kirurgi skal være ferdig utredet, styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 01.04.2017.

Helse Nord RHF vil understreke behovet for at vi utvikler framtidsrettede og gode løsninger. Arbeidet må gjennomføres med god medvirkning fra berørte interesser, jf. beskrivelse i prosjektmandatet.

Lykke til med arbeidet!

Vennlig hilsen



Lars Vorland
Adm.direktør



Randi Spørck
Seksjonsleder somatikk

Kopi: Vertskommunene for sykehusene
KS Finnmark, Troms og Nordland
KVT/KVO
Regionalt brukerutvalg

Nasjonal helse- og sykehusplan

Prosjektmandat for oppfølging av styresak 60–2016 i Helse Nord RHF



Versjon		Utarbeidet av	Godkjent av	Dato
1.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan	RS/KIF/JN	Adm.dir. LV	21.06.2016
2.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan			28.06.2016
3.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan	RS/KIF/JN	Adm.dir LV	05.07.2016

Innholdsfortegnelse

1. Innledning og bakgrunn	3
2. Oppdraget	3
3. Kirurgisk akuttberedskap.....	4
4. Organisering av fødetilbudet	6
5. Elektiv virksomhet.....	7
6. Effekter/konsekvenser for helheten i foretaket og Helse Nord av foreslåtte tiltak.	7
7. Vurdere konsekvensene for andre tjenester.	7
8. Stedlig ledelse	8
9. Organisering, roller og rammer for gjennomføringen	8
9.1 Organisering kirurgisk akuttberedskap.....	8
9.2 Organisering stedlig ledelse.....	9
9.3 Prosesser	9
10. Milepæler.....	10
11. Budsjett og rammer	10
Litteratur.....	11

1. Innledning og bakgrunn

Bakgrunnen for mandatet er Helse Nord RHF styresak 60-2016 Nasjonal helse- og sykehusplan- mandat for det videre arbeidet og styrets vedtak i saken (1).

Spørsmålene om organisering av kirurgisk akuttberedskap og stedlig ledelse har vært gjengangere i den offentlige debatt over lang tid. Helse Nord RHF's oppfølging av foretaksmøtets vedtak vil legge vekt på å utrede og finne løsninger som kan være bærekraftige over tid for begge disse tema. Dette gjelder særlig kirurgisk akuttberedskap. Alle aktører (befolkning, lokalsamfunn, fagpersoner og helsetjenesten) skal sikres en grundig og god gjennomgang av problemstillingene.

Videre i dette dokumentet konkretiseres oppfølging av Helse Nord RHF styrets vedtak punkt 1.

«Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å legge til rette for at felles metodikk kan brukes i utrednings- og analysearbeidet, før utredningsarbeidet starter i helseforetakene».

Forlag til utforming av tjenestetilbudene ved sykehusene i Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal gjøres innenfor rammene av føringer gitt i dette mandatet. Arbeidet skal bidra til at utformingen av tjenestetilbudet blir framtidsrettet og at løsningene som foreslås ivaretar faglig kvalitet og utvikling, pasientsikkerhet og økonomiske rammer.

Temaet om stedlig ledelse skal utredes innen de rammer som lov og forskrifter setter og foretaksmøtets oppfølging av stortingets behandling av nasjonal helse- og sykehusplan.

2. Oppdraget

I dette mandatet beskrives en generell og felles metodikk i utredning og analyse av området kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder (se pkt1).

Helse Nord RHF ber helseforetaket levere to utredninger:

1. Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder
 - a) innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap
 - b) innhold og organisering av fødetilbudet
 - c) innhold og organisering av elektiv kirurgi

OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

2. Stedlig ledelse

Alle helseforetak skal utrede/ beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf. foretaksmøtets rammer og kravet om en leder på alle nivå, jf. spesialisthelsetjenestelovens §3,9.

Etter at helseforetakene har utredet og styrebehandlet begge utredningene skal styret i Helse Nord RHF sluttbehandle sakene.

Helseforetaket har selv ansvar for å organisere utredningsarbeidet innenfor de rammer som her er trukket opp.

3. Kirurgisk akuttberedskap

I foretaksmøtets protokoll heter det:

«Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. I tillegg skal det legges til grunn følgende presiseringer:

- *De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akuttisykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.*
- *Akuttisykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.*
- *Akuttisykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.*
- *Akuttisykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.*
- *Eventuell endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fjødetilbudet.*

Foretaksmøtet la til grunn at i den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Dette er også den modell som ligger til grunn for organiseringen av spesialisthelsetjenesten i Helse Nord med en vel utviklet arbeidsdeling mellom ulike sykehus.

OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

Helse Nord RHF ber Nordlandssykehuset og UNN utrede alternative løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik og NLSH Lofoten:

Helse Nord RHF ber Nordlandssykehuset og UNN utrede løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved NLSH Lofoten og UNN Narvik:

- Et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå med dagens).
- Et døgnkontinuerlig akutt kirurgisk tilbud som minimum har vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi.

UNN HF og Nordlandssykehuset HF skal anbefale en løsning til Helse Nord RHF.

Utredningene skal vise hvordan befolkningen får ivaretatt sitt behov for slike tjenester, inkludert traumeberedskap, Eventuelle konsekvenser for andre fagområder og for foretakets øvrige sykehus bør også kort beskrives.

Utredningsarbeidet skal basere seg på bl.a.:

- Nåværende oppgavefordeling (nåsituasjonen) mellom sykehus på relevante fagområder (intensiv, kreftkirurgi, ortopedi, traume mv.) (24-7).
- En beskrivelse av forholdet til øvrig akuttberedskap/virksomhet i sykehuset.
- En vurdering av framtidig behov for kompetanseheving, rekrutterings- og bemanningssituasjon for relevante fagområder ved ulike løsninger.
- En framskriving av fremtidige behov og forventet faglig og teknisk utvikling innen fagområdet.
- Tilgjengelige data om aktivitet og innhold i aktivitet.
- Oversikt over pasientstrømmer.
- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft.
- Andre relevante data.

De viktigste dataene som skal legges til grunn for kartleggingen er levert av Sykehusbygg. Pasientdata er hentet fra Norsk Pasientregister (NPR) for 2014. Vi gjør oppmerksom på at datakvaliteten kan være varierende, og avhenger blant annet av kodepraksis, grad av feil koding og/eller systemfeil i innrapporteringen til /fra spesialisthelsetjenesten til NPR. Datakvalitet knyttet til kirurgiske inngrep er, etter erfaring, gjennomgående bedre enn på

OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

andre områder. Mulige feilkilder i grunnlagsdata bør vurderes og beskrives. Dette gjelder også hvordan de er håndtert.

Den felles tilnærmingen til arbeidet med tolking og analyse av datagrunnlaget skal baseres på blant annet:

- prosedyrekoder
- å kartlegge omfanget av kirurgisk øyeblikkelig hjelp fordelt på ortopedi og bløtdelskirurgi
- å kartlegge hva som er øyeblikkelig hjelp – hva haster – prosedyrekoder
- behov for vurderingskompetanse
- indremedisinens behov for kirurgisk vurderingskompetanse
- å belyse teknologiske muligheter for tilgang til spesialisert bistand/vurderingskompetanse
- en risikovurdering av ulike alternativ

Tilgjengelighet til sykehus/mulighet til transport vurderes ut fra:

- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft. Evt. tillagt egne data fra ambulansetjenesten (AMIS) og fra luftambulansetjenesten (LABAS).
- Tidligere erfaringer fra andre sykehus (2).

Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset skal ikke utrede endringer i sitt akuttkirurgiske tilbud, men beskrive framtidig organisering av akuttkirurgisk beredskap og gjøre en vurdering av hvordan krav til kompetanse kan ivaretas inkludert ev behov for bistand fra andre helseforetak.

4. Organisering av fødetilbudet

Helse Nord RHF har fulgt opp nasjonale føringer (8,9) og iverksatt en Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord (10). Denne planen er fulgt opp med seleksjonskriterier tilpasset vår landsdel (11) og videre oppfølging av blant annet kvalitet og risiko (12-15). Målet for Helse Nord er å ivareta og videreutvikle et helhetlig, godt og trygt fødetilbud.

Fødetilbudet inngår i det akuttkirurgiske tilbudet og skal vurderes. De nevnte nasjonale føringer/standarder (8,9) og regionale tilpasninger/oppfølginger (11-15) skal legges til grunn.

Følgende datakilder bør inkluderes i utredningen.

- NPR data.
- Medisinsk fødselsregister (16).
- Evt. egne data i foretaket fra f.eks DIPS, PARTUS, AMIS, DocMap etc.
- Evt. aktuelle data fra tilsynssaker (Statens helsetilsyn etc.).

OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

I tillegg skal utredningsarbeidet basere seg på og inkludere bl.a.:

- En framskriving av forventet utvikling innen fagområdet, herunder beskrive den tekniske utvikling.
- Nåværende oppgavefordeling (nåsituasjonen) mellom sykehusene og oversikt over pasientstrømmer.
- En beskrivelse av forholdet til øvrig akuttberedskap/virksomhet i sykehuset.
- En vurdering av framtidig rekrutterings- og bemanningsbehov og et særlig fokus på konsekvenser ved ulike løsninger (17, 18).
- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft
- Andre relevante data.
- En risikovurdering av ulike alternativ

5. Elektiv virksomhet

Helse Nord RHF ber om at følgende punkter beskrives for sykehusene i Narvik og Lofoten:

- Dagens elektive kirurgiske virksomhet ved lokalsykehusene
- Foretakets forslag til framtidig elektive virksomhet, inkludert hva som kan overføres fra andre sykehus
- Evt. andre forhold.

6. Effekter/konsekvenser for helheten i foretaket og Helse Nord av foreslåtte tiltak.

Helseforetakene er kompliserte organisasjoner preget av stor grad av samvirke mellom de ulike tjenestene. Interne endringer i et sykehus kan derfor medføre konsekvenser for andre deler av sykehusets virksomhet, andre sykehus i foretaket og andre foretak i regionen.

I utredningen skal konsekvensene av ev foreslåtte endringer i akuttkirurgi med traumeberedskap, fødetilbudet og elektiv virksomhet vurderes.

7. Vurdere konsekvensene for andre tjenester.

RHFet ber om at det spesifikt beskrives konsekvenser for følgende aktører, herunder eventuelle behov for kompetansehevede tiltak:

- *Prehospitaltjenester:* Det bes spesifikt beskrevet eventuelle konsekvenser i forhold til bil og luftambulansetjenester (19, 20).
- *Kommunehelsetjeneste:* Eventuelle konsekvenser for kommunale akuttfunksjoner og samhandling med disse bes beskrevet (eks. legevakt).
- Evt. andre aktører

8. Stedlig ledelse

I protokollen fra foretaksmøtet heter det:

«Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak:

"Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus." Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker.

I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner».

Alle helseforetak skal utrede/ beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf foretaksmøtets rammer og kravet om en leder på alle nivå, jf. spesialisthelsetjenestelovens §3,9.

Forvaltningen av foretaket hører under styret. Det har ansvaret for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet. Administrerende direktør har ansvaret for å ha en organisasjon som kan løse oppgavene og er ansvarlig for all virksomhet overfor styret.

9. Organisering, roller og rammer for gjennomføringen

9.1 Generelt

Arbeidet har stor betydning for befolkningen og vil ha stor offentlig oppmerksomhet. Prosessene skal baseres på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/pårørende, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. Berørte interesser skal kunne delta i høringsprosesser før helseforetakene gjør sine anbefalinger. Aktuelle dokumenter og styresaker i Helse Nord RHF og nasjonale føringer bør inkluderes i arbeidet (1-24).

9.2 Organisering av arbeidet med kirurgisk akuttberedskap, elektiv kirurgi og føde

Organisasjonen for prosjektet i hvert helseforetak skal sikre faglighet i utredninger og beslutningsprosesser kombinert med informasjon og medvirkning fra berørte aktører.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF ber om at minimum følgende deltakere er representert i prosjektarbeidet:

- 2 repr. fra NLSH Lofoten/UNN Narvik
- 1 repr. fra NLSH Vesterålen/UNN Harstad
- 3 repr. fra kommunene i nedslagsområdene
- 1 repr. KTV/KVO i hvert HF's utredning
- 1 brukerrepresentant

9.3 Organisering av arbeidet med stedlig ledelse

I arbeidet skal medbestemmelse for arbeidstakerne ivaretas i tråd med bestemmelsene i hovedavtalen og arbeidsmiljøloven. Det forutsettes at medarbeidere fra lokalsykehusene medvirker i utredningsarbeidet.

Kommunene skal informeres om arbeidet og medvirke gjennom etablerte samarbeidsorgan.

9.4 Prosesser

Underveis i arbeidet kan det dukke opp behov for avklaringer, for eksempel i forhold til problemstillinger som går på tvers av flere helseforetak i regionen. Slike behov meldes inn til Helse Nord RHF underveis i arbeidet. Helse Nord RHF vil også følge opp arbeidet gjennom de regelmessige oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Etter at helseforetakene har gjennomført sin utredning, og styrebehandlet denne i egne helseforetak, vil en samlet sak bli fremmet for styret i Helse Nord RHF.

OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

10. Milepæler

Milepæler		Dato
M1	Prosjekt godkjent av AD.	30.06.2016
M2	Prosjektarbeidet i hvert HF er organisert og arbeidet er initiert. Oppstartsmøte er gjennomført med deltakelse fra RHF.	10.09.2016
M3	Statusrapportering er gjort til Helse Nord RHF	15.10. og 01.12. 2016
M4	Ferdigstilling og styrebehandling av rapport om stedlig ledelse med oversending til Helse Nord RHF innen	25.11.2016
M5	Prosjektrapport er skrevet, høringer gjennomført og rapporten er styrebehandlet i eget HF samt oversendt til Helse Nord RHF.	01.04.2017
M6	Endelig styrebehandling i Helse Nord RHF styret.	April 2017

11. Budsjett og rammer

Prosjektet skal gjennomføres innenfor den ordinære driften og de rammer som foretakene er tildelt for 2016.

OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

Litteratur

1. Helse Nord RHF. Styresak 60 – 2016. Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet. Helse Nord RHF, Bodø, mai 2016.
2. Helsedirektoratet. Sentralisering av akuttkirurgi. Sykehusopphold og ambulanseaktivitet berørt. IS-2424. Helsedirektoratet, Oslo, 03/2015.
3. Helse Nord RHF. Regionalt traumesystem. Helse Nord RHF, Bodø, 23.04.2010.
4. Helse Nord RHF. Styresak 133-2010. Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – regional traumesystem, oppfølging av styresak 7-2009, 57-2010 og 65-2010. Helse Nord RHF, Bodø, 2010.
5. Helse Nord RHF. Styresak 135-2010. Funksjonsfordeling av kirurgi for kreft i tykk og endetarm. Helse Nord RHF, Bodø, 2010.
6. Helse Nord RHF. Styresak 147-2013. Regional Kreftplan 2014-2021. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
7. Helse Nord RHF. Regional kreftplan. Helse Nord RHF, Bodø, 2.september, 2013.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselomsorg. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2009.
9. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. IS-1847. Helsedirektoratet, Oslo, 12/2010.
10. Helse Nord RHF. Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord. Konsekvenser av foreslåtte kvalitetskrav. Helse Nord RHF, Bodø, november 2010.
11. Helse Nord RHF. Seleksjonskriterier for fødselsomsorg i Helse Nord – Fagråd i gynekologi og fødselshjelp. Helse Nord RHF, Bodø, 13. februar 2012.
12. Helse Nord RHF. Styresak 31-2011. Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid.
13. Helse Nord RHF. Styresak 117-2015. Fødselsomsorgen i Helse Nord RHF – En analyse av kvalitet og vurdering av risiko, oppfølging av styresak 121-2012.
14. Helse Nord RHF. Fødselsomsorgen i Helse Nord. En analyse av kvalitet og vurdering av risiko. Helse Nord RHF, 20. okt. 2015.
15. Helse Nord RHF. Styresak 117-2015. Fødselsomsorgen i Helse Nord – en analyse av kvalitet og vurdering av risiko, oppfølging av styresak 121-2012, tilleggsopplysninger og nytt forslag til vedtak. Helse Nord RHF, Bodø, 2015.
16. Medisinsk fødselsregister. Medisinsk fødselsregister. Folkehelseinstituttet, Oslo, 2016. (Tilgjengelig fra www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister/statistikk)
17. Helse Nord RHF. Styresak 20-2014. Strategisk kompetanseplan fase 2. Helse Nord RHF, Bodø, 2014.
18. Helse Nord RHF. Strategisk kompetanseplan fase 2. Rapport fra regional prosjektgruppe. Helse Nord RHF, Bodø, 2014.
19. Helse Nord RHF. Ambulanshelikopter mellom Bodø og Tromsø – utredning av kapasitet og dekning. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
20. Helse Nord RHF. Styresak 102-2013. Ambulanshelikopterbase i Midtre Hålogaland (Sør-Troms/Nordre Nordland), utredning og lokalisering. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
21. Finnmarkssykehuset HF. Alta nærsykehus. Forprosjekt. Finnmarkssykehuset HF, Hammerfest, 22.01.2016.
22. Norsk pasientskadeerstatning. Statistikk for regionale helseforetak 2014. Norsk pasientskadeerstatning, Oslo, 2015.
23. Helse Nord RHF. Dagkirurgi i Norge 201-2013- utvalgte inngrep (SKDE)
24. Lov om spesialisthelsetjenesten §3-9.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
7/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Grete Birgithe Åsvang

Regional kvalitetsstrategi 2016-2020 - oppfølging og handlingsplan

Innstilling til vedtak

1. Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) støtter at tiltaksplanen for oppfølging av Helse Nords kvalitetsstrategi sees i nær sammenheng med pågående utvikling av foretaket som lærende organisasjon, der kontinuerlig forbedring er måten virksomheten drives og utvikles på.
2. Styret vedtar den fremlagte oversikt som tiltaksplan for oppfølging av Helse Nords kvalitetsstrategi 2016-2020.
3. Styret vedtar at den regionale kvalitetsstrategien erstatter tidligere kvalitetsstrategi for UNN.

Bakgrunn

Helse Nords Kvalitetsstrategi 2016-2020 er en utvikling og videreføring av tidligere kvalitetsstrategi. Strategien har fått undertittelen «Det gode pasientforløp» og har fire satsningsområder: Pasientens helsetjeneste, Pasientsikkerhet, Kunnskapsforankring og Dokumentasjon, analyse og oppfølging av klinisk praksis.

Styret for Helse Nord RHF besluttet følgende under sak 137-2015 Kvalitetsstrategi i Helse Nord 2016-2020:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar Kvalitetsstrategi i Helse Nord 2016-2020 som retningsgivende for arbeidet med kvalitet i foretaksgruppen i strategiperioden.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at underliggende helseforetak innen 2. tertial 2016 styrebehandler foretaksspesifikke tiltaksplaner som konkretiserer oppfølgingen av Helse Nords overordnede strategi.
3. Det opprettes kvalitetsnettverk med representasjon fra alle helseforetakene for å følge opp tiltak knyttet til gjennomføring av kvalitetsstrategien og deling av beste praksis.

4. Styret ber adm. direktør om å ta initiativ til blant annet standardisering av behandlingsløp og utvikling av kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern/rus og få dette innarbeidet i den strategiske utviklingsplanen for psykisk helsevern/rus som er under utarbeidelse.

I tråd med styrevedtaket vil denne saken beskrive Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s handlingsplan som konkretiserer oppfølgingen av Helse Nords overordnede kvalitetsstrategi.

Formål

Formålet med denne saken er å oppfylle kravet om styrebehandling av UNNs overordnede tiltaksplan for oppfølging av Kvalitetsstrategi i Helse Nord 2016-2020.

Saksutredning

Tiltaksplan 2017-2020

UNN er i gang med utvikling av et gjennomgående og dyptgripende system for ledelse av kontinuerlig forbedring og dette behandles i en egen sak i dette møtet. Læring og kontinuerlig forbedring er måten UNN ønsker å drive virksomheten på. Arbeidet innebærer en kulturell endring som begynner med at toppledelsen endrer fokus og arbeidsmåte, og som gradvis må involvere og engasjere hele organisasjonen.

Et slikt organisasjonsomfattende system og kultur for kontinuerlig forbedring sammenfaller med mange av tiltakene i Kvalitetsstrategien. UNN har derfor pågående og planlagt arbeid innenfor alle områder av strategien. Tiltaksplanen vil naturlig inngå i det pågående arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon, der kontinuerlig forbedring er måten vi driver virksomheten.

Tiltaksplanen som legges frem i denne saken tar ikke sikte på å beskrive alt arbeid UNN gjør og planlegger å gjøre for å følge opp den regionale kvalitetsstrategien, men beskriver at UNN har pågående og planlagte aktiviteter på alle strategiens satsingsområder. Detaljering av områdene i tiltaksplanen vil primært skje i arbeidet med å følge opp arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Pasientens helsetjeneste

UNN etablerte i 2016 *Mine behandlingsvalg*, som ledd i en åpenhetskultur der pasienter og brukere kan benytte seg av selvbetjeningsløsninger. Frem til desember 2016 er det produsert 6 samvalgsverktøy. Modellen og plattformen er tilrettelagt for helsenorge.no, gjennom et samarbeid med Kreftforeningen, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Flere nye verktøy er under produksjon. I tillegg skal prosjektet bidra på nasjonale arenaer knyttet til samvalg.

Pasientene i nord har fått økt tilgang, medvirkning og tillit til helsetjenesten ved at de kan se sin egen tilgangslogg, egen pasientjournal og henvisningsstatus. Videre arbeid i *Min helse* vil i perioden medføre blant annet innsjekk og dialog for timeavtaler.

Pasientforløp

UNN innførte i 2016 et system og strukturer for kommende nasjonale pasientforløp. Det har blitt utarbeidet en mal for implementering av pasientforløp og rollebeskrivelser. I 2017 vil implementering av pakkeforløp av Psykisk helse og rus støttes.

UNN ønsker videre i perioden å beskrive helhetlige pasientforløp utover de nasjonale pakkeforløpene og vil jobbe særlig med forbedring av klinikk- og foretaksovergrepene pasientforløp. Det er ønske om å samarbeide med foretakene, klinikkene, Samhandlingsavdelingen og primærhelsetjenesten for å skape forutsigbarhet i forløpene for pasient, pårørende og helsepersonell som er involvert i grensesnittene i pasientforløpene og behandlingen.

Samhandling

UNN har sammen med Overordnet samarbeidsorgan (OSO) sørget for evaluering og revidering av overordnet samarbeidsavtale og underliggende tjenesteavtaler. Arbeidet med forenkling av system/rutiner for melding av samhandlingsavvik, og etablering av gode rutiner for behandling og oppfølging av meldte avvik er påbegynt både internt i UNN og i et regionalt samarbeid. Erfaringer fra UNN tilsier at samhandlingsbarometeret bør innføres regionalt. UNN vil følge opp slik at samarbeidet med kommunene for å måle og følge opp effekten av tiltak som er satt i gang, tas i bruk i helseforetakene.

Pasienterfaringsundersøkelser

UNN har utviklet og pilotert et elektronisk verktøy for innhenting av pasienterfaringer; PING. Dette er en tilbakemeldingstjenesten for pasienter og pårørende. Tjenesten er ment som et supplement til allerede eksisterende kanaler for alvorlige klagesaker. Tjenesten gir også informasjon om pasientrettigheter og resultatene blir formidlet og brukes til lokalt forbedringsarbeid.

Fristbrudd og ventetider

UNN har sammen med Regionalt innsatsteam i 2016 arbeidet med en endringsprosess for å redusere ventetid og fristbrudd ved to avdelinger i UNN. En av hovedårsakene til fristbrudd og ventetider var knyttet til registrering av sekundærhenvisning i UNN og dårlig planlegging. Begge rapporter viser til behov for opplæring og kompetanseheving, forbedring av registrering og kontrollrutiner. Klare ansvarsforhold i forhold til opplæring og kompetanseheving samt bruk av avtalespesialister for pasienter med kort ventetid vil bli satt i gang for å unngå fristbrudd og redusere ventetid i 2017.

Pasientsikkerhet

De ulike tiltakspakkene i Pasientsikkerhetsprogrammet har vært under innføring i 2016 ved alle relevante enheter. Stadig flere enheter har i regi av arbeidet med tiltakspakkene valgt å innføre kvalitetstavler.

UNN har gjennomført informasjonskampanjen «Bare spør!» i uke 3, 2017 i Tromsø, Harstad og Narvik. Kampanjen skal bidra til å oppmuntre pasienter og pårørende til å stille spørsmål og få svar. Økt tillit mellom pasient/pårørende og behandler skal bidra til å redusere risiko for feil, presis diagnostikk, deltakelse i behandlingen og mer tilfredse pasienter.

Som et viktig ledd i arbeidet med bedret pasientsikkerhet vil UNN videreføre et målrettet arbeid for å forebygge sykehusinfeksjoner. UNNs styre har nylig vedtatt at prevalens av sykehusinfeksjoner skal være en hovedindikator for foretaket, og arbeidet med å redusere forekomst av sykehusinfeksjoner vil ha høy prioritet i perioden kvalitetsstrategien omhandler.

Opplæring og læring av uønskede hendelser

Uønskede hendelser og skade på pasienter og ansatte fanges i dag opp gjennom avviksmeldinger i DocMap. Det kan også fanges opp ved strukturerte journalgjennomganger med GTT metoden (Global Trigger Tool).

Som lærende organisasjon vil UNN bruke metode for hendelsesanalyse til å lære av alvorlige hendelser. Den første hendelsesanalysen ble gjennomført i perioden desember 2016 - januar 2017, på en hendelse som var svært kompleks og med beslutningstakere på tvers av mange klinikker. Den andre hendelsesanalysen gjennomføres i januar 2017. Erfaringene fra hendelsesanalysene vil bli brukt til å utarbeide rutiner for organisering og gjennomføring av hendelsesanalyser i UNN.

UNN har revidert mandat og sammensetning for både Pasientsikkerhetsutvalget (PSU) og Kvalitetsutvalget (KU) i 2016. Kvalitetsutvalgets medlemmer er nå fra ulike nivåer i organisasjonen (klinikksjefer, avdelingsledere og seksjonsledere) og med ulike funksjoner og erfaring (kvalitetsrådgivere og ledere) i kvalitets- og forbedringsarbeidet. Pasientsikkerhetsutvalget er blant annet supplert med flere klinikere i første linje. Målet er å involvere flere som jobber nært pasienten og vet hvor «skoen trykker», og sikre at disse utvalgene blir viktige pådrivere i UNNs kontinuerlige forbedringsarbeid.

Kunnskapsforankring

Helse Nord har igangsatt et prosjekt for å utvikle et regionalt opplæringsprogram for ansatte, forbedringsveiledere og ledere i forbedringsarbeid. Prosjektleder er plassert i Kvalitetsavdelingen ved UNN og vil i samarbeid med de øvrige helseforetakene i helseregion nord utvikle et modulbasert opplæringsprogram som ferdigstilles medio 2017.

For å lykkes med kontinuerlig forbedring har direktøren og ledergruppen i UNN tatt i bruk tavlemøter som møteform høsten 2016. Det er utarbeidet en verktøyhåndbok i forbedringsarbeid, som i første runde vil bli delt ut til ledere i UNN. I 2017 vil det bli utarbeidet et opplæringsprogram for ledere og medarbeidere, der tavlebruk er ett av flere verktøy i godt forbedringsarbeid.

Pasientsikkerhets- og forbedringsarbeid er nå integrert i ny studieplan 6. året på legeutdanningen. Dette er ikke integrert i særlig grad i de andre helse- og sosialfaglige utdanningenes studieplaner. Dette jobbes det videre med i strategiperioden gjennom etablerte strukturer som programstyrer. Pasientsikkerhets- og forbedringsarbeid vil også være tema på felles fagseminar for felles kombinerte stillinger mellom UNN og UiT/Helsefak.

Dokumentasjon, analyse og oppfølging av klinisk praksis

UNN har etablert to fagforum som skal bidra til god datakvalitet. Fagforum pasientadministrative rutiner skal skape tydelige strukturer og organisering rundt ansvar for utarbeidelse av prosedyrer, opplæring og vedlikehold av kunnskaper. Fagforum for rapport og analyse skal bidra til å sikre at rapportering koordineres og standardiseres med likt datagrunnlag og analyse for å sikre læring på tvers og utvikling av beste praksis.

UNN vil videreføre arbeidet med å registrere data i kliniske kvalitetsregistre, og bruke resultater fra disse i forbedringsarbeid. Tilsvarende vil vi bruke resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer til å identifisere områder med mulighet for forbedring.

UNN har de siste årene hatt to overordnede systemer for ledelsesinformasjon, UNN-KIS og Helse Nord LIS. Disse er på ulike tekniske plattformer, noe som kompliserer videre utvikling og bruk av systemene. Helse Nord LIS har fått vesentlig bedre funksjonalitet de siste årene, og gir nå oppdatert informasjon til ledere på alle nivå i forhold til ventelisteproblematikk (ventetider, langtidsventende, fristbrudd, antall pasienter satt på time etc.), aktivitet, oppholdstid i akuttmottak, sykefravær mm. Det foreligger realistiske planer for videre utvikling av dette systemet. UNN vil nå prioritere innsatsen mot Helse Nord LIS, for å bidra til at dette gir så mye ledelsesinformasjon som mulig, og vil avslutte den videre utviklingen av UNN KIS. Svært mye av arbeidet som er lagt ned i utviklingen av KIS i form av definisjoner av indikatorer mm vil kunne gjenbrukes i Helse Nord LIS.

Medvirkning

Saken ble forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 24. og 25.1.2017. I samtlige møter fikk saken full tilslutning. Referater og protokoller fra møtene vil foreligge som egne referatsaker til behandling av styret 8.2.2017.

Vurdering

Det er etter direktørens vurdering stor grad av sammenfall mellom den regionale kvalitetsstrategien og UNNs satsing på kontinuerlig forbedring. Det gjøres mye godt forbedringsarbeid i UNN, men vi lykkes ikke alltid med å dele erfaringer og lære på tvers. Det er mye å hente på å lære av hverandre, både på det som gjøres mangelfullt og av de gode forbedringsarbeidene som gjøres ute i klinikkene. Utfordringen ligger i å sette slik læring og erfaringsutveksling i system. UNNs oppfølging av den regionale kvalitetsstrategien vil særlig søke å forbedre organisasjonen på dette området, gjennom satsingen på kontinuerlig forbedring.

Kvalitets- og utviklingscenteret vil få en sentral rolle i oppfølgingen av Kvalitetsstrategien, herunder å bidra til både koordinering og samarbeid på tvers av klinikker og avdelinger der det vil være riktig. Et kvalitetsnettverk, bestående av kvalitetsrådgivere i klinikkene og rådgivere i Kvalitets- og utviklingscenteret, er under etablering. Nettverket blir en viktig arena for samarbeid og erfaringsutveksling mellom klinikkene. KVAM-strukturen fungerer noe ulikt, og bør utvikles som arena for læring og forbedring i UNN.

Øvrige tiltak i handlingsplanen vil være naturlig å konkretisere i det videre arbeidet med kontinuerlig forbedring i strategiperioden, ved hjelp av de nevnte strukturer og støttefunksjoner.

Konklusjon

Administrerende direktør anbefaler styret å vedta den fremlagte overordnede tiltaksplan som UNNs tiltaksplan for Helse Nords kvalitetsstrategi 2016-2020.

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
8/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Jorhill Andreassen		Saksbehandler: Jorhill Andreassen

Høringssak - Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Innstilling til vedtak

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) mener at det regionaliserte helsevesenet har medført betydelig forbedringer i helsetilbudene for befolkningen i Nord-Norge. Regionsykehusene og det regionale beslutningsnivået er grunnpilarene i det regionaliserte helsevesenet.
2. Styret anbefaler at det regionale beslutningsnivået videreføres og kan ikke se at utvalget som har utredet organisering og styring av spesialisthelsetjenesten har lyktes med å utvikle en bedre modell for dette enn dagens regionale helseforetak. Disse anbefales derfor videreført.
3. Styret mener det er viktig å videreføre prinsippet om et regionsykehus i hver region og fraråder derfor endringer i antall helseregioner.
4. Styret støtter innføring av en husleiemodell som understøtter et riktigere bevilgningsnivå til investeringer og vedlikehold av bygg, men anbefaler at dette innføres som et ordinært krav i Eierstyring til helseforetakene uten at det opprettes felles eiendomsforvaltning på regionalt nivå.
5. Styret mener at bevilgningsnivået til helseforetakene må økes hvis dagens ambisjoner for pasientbehandlingen skal videreføres samtidig som bygningsmassen skal vedlikeholdes og videreutvikles.

Bakgrunn

Regjeringen oppnevnte i oktober 2015 et utvalg (Kvinnsland-utvalget) for å utrede organiseringen av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Utvalget ble bedt om å vurdere alternative modeller for hvordan staten kan organisere eierskapet til sykehusene. Utvalget skulle også vurdere inndelingen i helseregioner, antall helseforetak og organiseringen av eiendomsforvaltningen.

Utvalgets innstilling foreligger nå i NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?*

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er som andre helseforetak og sammen med en rekke andre aktører invitert til å avgi høringsuttalelse.

Utredningen har hatt som utgangspunkt at det i regjeringserklæringen er nedfelt et mål om at de regionale helseforetakene skal avvikles. Utvalget viser til at helseforetaksmodellen etter innføringen i 2002 er blitt kritisert for å være markedsstyrt, udemokratisk og byråkratisk, og at mye av denne kritikken har vært rettet mot styrene i helseforetakene. Det er samtidig dokumentert at kvaliteten i tilbudene, det sektorovergrepene samarbeidet rundt utdanning og forskning, funksjonsfordelingen mellom sykehusene, økonomistyringen og investeringsnivået er betydelig forbedret gjennom den samme perioden.

Utvalget fikk i mandat å vurdere følgende alternativer for eierskapet:

1. Avvikling av de regionale helseforetakene og færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet ("departementsmodellen")
2. Opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene ("direktoratsmodellen")
3. Opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene ("nasjonalt helseforetaksmodellen")
4. Eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten

Sakstredning

Erfaringer fra andre land

Utvalget beskriver organiseringen i andre land som det er relevant å sammenligne Norge med, og konkluderer med at vektlegging av et regionalt utøvende nivå kombinert med felles nasjonale føringer er på linje med utviklingen i andre land. En endring mot mer sentralisering av beslutningsansvaret i Norge vil bryte med internasjonale utviklingstrender.

Utfordringsbildet

Utfordringsbildet er det i hovedsak enighet om. Behovene vil øke på grunn av befolkningsutviklingen, og endringstakten vil øke som en konsekvens av fagutviklingen.

Alternativer til dagens organisering

De tre hovedalternativene i mandatet er vurdert opp mot kriterier for legitimitet, effektivitet, samhandling og medvirkning. Utvalget ser det som en ulempe at alle alternativene i mandatet medfører sentralisering av de viktigste beslutningene, og ingen av alternativene anbefales. Etter en samlet vurdering mener likevel utvalget at alternativ 3 (ett nasjonalt helseforetak) er det beste av de tre alternativene som er gitt i mandatet.

Utvalget beskriver videre et fjerde alternativ der de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak blir samme rettssubjekt. I dette alternativet blir dagens helseforetak omtalt som sykehusgrupper, og direktørene for sykehusgruppene inngår i ledergruppen i det nye (regionale) helseforetaket. I dette alternativet avvikles de lokale styrene. Åtte av utvalgets 16 medlemmer inklusive utvalgets leder støtter denne modellen. Disse vektlegger at modellen klargjør ansvarsforhold og legger til rette for effektive styrings- og beslutningslinjer samt bedre samarbeid mellom sykehusgruppene. De åtte andre medlemmene fraråder løsningen,

hovedsakelig fordi den vurderes å ville gi sentralisering av makt og beslutninger samt svekket lokal ledelse, særlig i region Sør-Øst.

Inndeling i helseregioner og antall helseforetak

Det er enighet i utvalget om at det ikke er grunn til å endre regioninndelingen i Nord, Midt og Vest. Det er også enighet om at Oslo universitetssykehus (OUS) bør videreføres som felles regionsykehus for hele dagens region Sør-Øst. Et klart flertall anbefaler at region Sør-Øst ikke deles, hovedsakelig fordi det vil bli komplisert å håndtere store pasientstrømmer på tvers av regiongrensene og krevende å håndtere investeringsbehovene i OUS i et samarbeid mellom flere regioner.

Eiendomsforvaltningen

Utvalget viser til at helseforetakene fortsatt ikke har høyt nok bevilgningsnivå til vedlikehold og investeringer, selv om investeringstakten er forbedret betydelig etter reformen. Etablering av egne eiendomsforvaltningsselskaper med husleieordning eller sterkere eierstyring av vedlikeholdskostnadene drøftes som tiltak. Et klart flertall anbefaler at det etableres eiendomsenheter på regionalt nivå.

Vurdering

UNN støtter et regionalt beslutningsnivå og anbefaler at dagens foretaksstruktur videreføres

Styret mener at det regionaliserte helsevesenet, slik dette ble etablert på midten av 1970-tallet med ett regionsykehus og ett universitet i hver region, har vært en forutsetning for utvikling av likeverdige sykehusstilbud i hele landet. I utredningene som lå bak disse beslutningene, foreligger det god historisk dokumentasjon for at styring på nasjonalt nivå ikke var tilstrekkelig for å sikre likeverdige tilbud. Tilbudene i Nord-Norge var betydelig dårligere utviklet enn i resten av landet, og landsdelens befolkning hadde dårligere tilgang enn dem som bodde på Østlandet til tilbud som var sentralisert på nasjonalt nivå.

Det er videre godt dokumentert at etableringen av regionsykehusene ikke var tilstrekkelig for å sikre god nok samordning av og funksjonsfordeling mellom sykehusene i regionen. Styret deler utvalgets oppfatning om at kvaliteten i tilbudene, funksjonsfordelingen mellom sykehusene, det sektorovergripende samarbeidet rundt utdanning og forskning, økonomistyringen og investeringsnivået er betydelig forbedret etter etableringen av det regionale helseforetaket, og mener at disse forbedringene direkte kan tilskrives etableringen av et regionalt beslutningsnivå.

Styret mener at den foreliggende utredningen ytterligere underbygger disse erfaringene, og fraråder på det sterkeste både ”departementsmodellen”, ”direktoratsmodellen” og ”nasjonalt helseforetaksmodellen”.

Neste spørsmål er om modellen der de regionale og lokale helseforetakene samles i ett rettssubjekt vil fungere bedre enn dagens modell. Styret er enig i at modellen klargjør ansvarsforhold og legger til rette for mer effektive styrings- og beslutningslinjer og kanskje også bedre samarbeid mellom sykehusgruppene (dagens helseforetak). Dette er imidlertid ikke svar på den vanligste kritikken mot dagens modell, nemlig at den er markedsstyrt, udemokratisk og byråkratisk. Styret mener at denne kritikken egentlig er rettet mot andre forhold, som ligger utenfor selve eierskapsmodellen, som for eksempel uenighet rundt bruken av økonomiske incentivordninger og utfordringer knyttet til størrelsen og kompleksiteten i virksomhetene i seg selv. Vi kan ikke se at disse utfordringene lar seg løse med den foreslåtte endringen, og mener derfor at forslaget er svakt begrunnet. Det er i tillegg styrets vurdering at de lokale styrene er av stor betydning for foretakenes legitimitet i lokalsamfunnene, og at styrene bidrar vesentlig til en

nødvendig balansering av makt og beslutninger mellom de utøvende fagmiljøene i sykehusene, som de lokale styrene har et relativt nært forhold til, og eierstyringen på regionalt nivå.

UNN-styret mener det er en svakhet at region- og universitetssykehusenes rolle ikke er særskilt beskrevet i utvalgets alternative modell. Disse sykehusene er en av de to pilarene som det regionaliserte helsevesenet hviler på (regionsykehus og regionalt beslutningsnivå), og det er derfor etter vår vurdering spesielt viktig at de faglige vurderingene fra region- og universitetssykehuset tillegges nok vekt i beslutningsprosessen på regionalt nivå. Dette sikres i en viss grad i dagens modell ved at både styrets leder og administrerende direktør i henholdsvis styreledermøtet og direktørmøtet har en arena for å utøve slik påvirkning. Mekanismen kan svekkes og bli sårbar hvis administrerende direktør blir medlem i ledergruppen i det nye regionale foretaket på linje med direktørene i de andre sykehusgruppene uten at det finnes et organ som kan forsterke og underbygge administrerendes vurderinger slik det lokale styret gjør i dagens modell.

Styret konkluderer med at utvalget ikke har lyktes med å utvikle en eiermodell som er bedre enn dagens, og fraråder at denne endres. Hvis departementet skulle beslutte å utrede utvalgets alternative modell videre, anbefaler styret at det rettes en særskilt oppmerksomhet mot en tydeligere definering av region- og universitetssykehusenes rolle i fellesskapet av sykehusgrupper i regionene.

UNN fraråder endringer i antall helseregioner

Styret støtter konklusjonene til flertallet i utvalget, og anbefaler at dagens regioninndeling videreføres. Vi legger i denne sammenhengen spesiell vekt på argumentet om at en deling av Helse Sør-Øst vil kunne tvinge frem et større statlig ansvar for rammebetingelsene for OUS. Det er av stor betydning for hele styringssystemets legitimitet i resten av landet at OUS, som andre helseforetak, må finansiere investeringer ved å skape rom for dette gjennom prioriteringer i egen drift.

UNN støtter innføring av en husleiemodell, men anbefaler at dette gjøres gjennom tydeligere eierstyring til dagens helseforetak

Styret deler utvalgets bekymringer rundt bevilgningsnivået til vedlikehold og investeringer, og er enig i at dette avhenger delvis av bevilgningsnivået fremover og delvis av at helseforetakene lykkes med videre effektivisering av driften. Styret mener at bevilgningsnivået må økes hvis dagens ambisjoner for pasientbehandlingen skal videreføres.

Styret er også enig i at en husleiemodell som stimulerer til mer effektiv utnyttelse av arealer som ressurs og som tydeliggjør at kapital har en pris, kan understøtte en riktigere prioritering av vedlikehold. Styret kan imidlertid ikke se at utredningen viser fordeler med å gjøre dette på regionalt nivå. Utvalget viser til at endringstakten må forventes å øke, og at det er behov for mer behovstilpassede arealer. Dette krever fortløpende ombygginger med relativt kort planhorisont og rask gjennomføring. Utvalget ønsker videre at bygningsmessige tilpasninger knyttet til medisinsk teknisk utstyr skal håndteres lokalt. Vi mener at dette er en så dominerende årsak til behov for bygningsmessige endringer at etablering av felles regional eiendomsforvaltning vil forsinke og vanskeliggjøre nødvendig utvikling.

Innføring av en husleiemodell som sikrer riktigere prioritering av investerings- og vedlikeholdsbehovene kan gjennomføres ved å stille krav i eierstyringen på ordinær måte, og vi anbefaler at det gjøres slik.

Konklusjon

UNN-styret kan ikke se at utredning har beskrevet alternativer for eierskapet som er bedre enn dagens, og anbefaler at nåværende foretaksmodell videreføres uten store endringer. Styret anbefaler heller ikke endringer i regioninndelingen. Innføring av en husleiemodell som understøtter et riktigere bevilgningsnivå til investeringer og vedlikehold av bygg støttes, men anbefales innført som et ordinært krav i eierstyring.

Silsand, 27.1.2017

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder

Vedlegg: Høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Se liste

Deres ref	Vår ref	Dato
	16/6520-	05.12.2016

Høring - NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten -

Et offentlig utvalg ledet av Stener Kvinnsland, leverte NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* til helse- og omsorgsministeren 1. desember 2016. Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette utredningen på høring.

Bakgrunn

I oktober 2015 ble det oppnevnt et offentlig utvalg med mandat å utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. Utvalget skulle blant annet vurdere følgende alternativer:

- avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet
- opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene
- opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene
- eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten.

Utvalget skulle også vurdere inndelingen i helseregioner og antall helseforetak i lys av de alternative modellene, samt eierskapet til og forvaltningen av bygg.

Høringen

Helse- og omsorgsdepartementet inviterer høringsinstansene til å gi sine vurderinger av forslagene i NOU 2016: 25. Hørings svar kan avgis digitalt på våre nettsider:

<https://www.regjeringen.no/id2522590>

Høringsinstansene bør vurdere om saken skal sendes til underliggende etater eller virksomheter, tilknyttede virksomheter, medlemsorganisasjoner eller liknende. Alle kan avgi høringsuttalelse. Alle uttalelser er offentlige etter offentleglova og blir publisert, med mindre hørings svaret inneholder taushetsbelagt informasjon.

Høringsfristen er 3. mars 2017.

Med vennlig hilsen

Frode Myrvold (e.f.)
ekspedisjonssjef

Mette Bakkeli
avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
9/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Kristian Bartnes

Høringssak - Hjerterinfarkt og PCI - Et likeverdig tilbud i Helse Nord?

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til rapporten *Hjerterinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord? Bør det opprettes et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset?*, og understreker at det er et mål for UNN å desentralisere tjenester med høyt volum når det er mulig, og å sentralisere spesialiserte tjenester når det er nødvendig for å oppnå høy kvalitet og stabile tilbud.
2. Rapporten viser forskjeller i overlevelse som sannsynligvis skyldes for lite bruk av blodproppløsende behandling i ambulansetjenesten innen 30 minutter for pasienter med den alvorligste typen akutt hjerterinfarkt (STEMI). Dette er uakseptabelt, og styret støtter Helse Nord RHF's beslutning om at helseforetakene må iverksette felles tiltak for å sikre at gjeldende retningslinjer etterleves.
3. Styret viser til at pasienter med NSTEMI skal ha kontrastrøntgen og eventuelt PCI innen 72 timer, og forutsetter at disse pasientene tas imot uten opphold ved UNN Tromsø. Styret anbefaler videre at helseforetakene samarbeider med Luftambulansetjenesten ANS om forbedringer i transportlogistikken for denne pasientgruppen.
4. Rapporten dokumenterer at opprettelse av et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø ikke vil gi vesentlig helsegevinst. Etablering av et slikt tilbud medfører risiko for fragmentering av fagmiljøet, redusert erfaringsgrunnlag for den enkelte operatør og redusert kvalitet i det helhetlige tilbudet i regionen. Styret fraråder derfor etablering av PCI i Bodø.
5. Styret viser til at man fra og med 2015 har komplette data for pasientforløpene og behandlingsresultatene i Hjerterinfarktregisteret, og anbefaler at Helse Nord RHF følger resultatutviklingen og eventuelle geografiske forskjeller nøye i årene fremover.

Bakgrunn

Helse Nord skal sikre befolkningen i Nord-Norge spesialisthelsetjenester når vi trenger det. Foretaksgruppen har som visjon at

Pasientene skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord

Helse Nord skal desentralisere tjenester med høyt volum når det er mulig, og sentralisere spesialiserte tjenester når det er nødvendig for å oppnå høy kvalitet og stabile tilbud. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal være pådriver for samarbeid i regionen og sikre likeverdig tilgang til tjenester som er sentralisert. UNN har også i oppdrag å utdanne spesialister til hele regionen og bistå i å desentralisere tilbud når det ligger til rette for det.

Det er observert ulikheter i behandlingstilbudet for pasienter med hjerteinfarkt, og man har mistenkt geografiske forskjeller i overlevelse. Helse Nord RHF har derfor gjennomført en utredning som blant annet har vurdert ulikheter i bruken av blodproppløsende behandling (trombolysse) samt utblokking av hjertets kransarterier (PCI). Funnene er publisert i rapporten *Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord? Bør det opprettes et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset?* Rapporten utgjør et godt grunnlag for å beslutte forbedringer i tilbudet.

PCI utføres ved ni sentre i Norge, og i Helse Nord kun ved UNN i Tromsø. Senteret ved UNN er det nest minste i landet. Likeverdig tilgang forutsettes ivaretatt gjennom samarbeid mellom sykehusene og bruk av luftambulansetjenesten.

Høringsbrevet ber om synspunkter på prosjektgruppens anbefalinger til forbedring av tilbudet, særskilt om synspunkter på forslaget om etablering av PCI ved Nordlandssykehuset HF i Bodø.

Saken har skapt politisk engasjement i Nordland. Det er feilaktig skapt inntrykk av at PCI i Bodø vil bedre overlevelsen etter hjerteinfarkt for pasienter bosatt i fylket.

Formål

Formålet med saken er å styrebehandle UNNs høringsuttalelse.

Saksutredning

Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt skyldes vanligvis blodpropp i en av hjertets kransårer. Dette stopper blodtilførselen til en del av hjertemuskelen, og denne "dør" hvis ikke blodtilførselen gjenoprettes. Skaden i hjertemuskelen benevnes infarkt.

Rapporten viser at om lag 1600 pasienter årlig får hjerteinfarkt i Nord-Norge. Antallet er stabilt, men forventes å gå noe ned i fremtiden. De mest tidskritiske benevnes ST-elevation myocardial infarction (STEMI) og påvises ved EKG-undersøkelse som utføres i ambulansen. Ved non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) er hastegraden lavere. Disse utgjør hovedandelen, tre fjerdedeler av det totale antallet, og diagnostiseres vanligvis med blodprøve etter ankomst til sykehus.

Behandlingsstrategien er å åpne den tette kransåren for å gjenopprette blodtilførselen (reperfusjon). Dette kan oppnås med intravenøs blodproppløsende behandling (trombolyse), kateterbasert utblokking (PCI) eller åpen hjertekirurgi (bypassoperasjon). Trombolyse kan gis i ambulansetjenesten og er ”grunnmuren” i behandlingen. Ifølge internasjonale retningslinjer bør STEMI-pasienter gis trombolyse innen 30 min. Hvis PCI er tilgjengelig innen 90 min, kan dette gis istedenfor trombolyse (primær PCI). Pasienter med NSTEMI bør undersøkes med kontrastrøntgen av kransårene (koronar angiografi) innen 72 timer og eventuelt behandles med PCI eller bypassoperasjon.

Rapportens funn

Rapporten viser at overlevelsen etter hjerteinfarkt i Nord-Norge øker, og at den er på høyde med landsgjennomsnittet, som er blant de beste i verden. Tabellen under viser at det ikke er forskjell mellom helseforetakenes opptaksområder.

Tabell 1. Andel med førstegangs hjerteinfarkt som overlever 30 dager etter innleggelse i sykehus for hjerteinfarkt (kilde: Norsk pasientregister)

Boområde	2013	2014	2015	2013-2015
Finnmark HF-område	91,77	92,45	91,73	92,10
UNN HF-område	91,79	92,03	92,98	92,41
Nordlandssykehuset HF-område	91,20	91,56	91,53	91,15
Helgelandssykehuset HF-område	90,98	91,62	91,21	90,78
LANDET	91,55	92,06	92,14	91,93

Mer detaljerte tall viser likevel at overlevelsen varierer noe etter bosted. I 2015 var den høyest i Tromsø-området (93,9 %) og lavest i Vesterålen- og Rana-området (85,5 %). Det var imidlertid ingen sammenheng mellom avstanden til PCI-tilbudet ved UNN Tromsø og overlevelse.

Andelen STEMI-pasienter som fikk trombolyse innen 30 min varierte derimot betydelig. Dette er sannsynligvis hovedårsaken til forskjellene i overlevelse. Andelen NSTEMI-pasienter som fikk kontrastrøntgen innen 72 timer varierte også, fra 81 % for dem bosatt i Tromsø-området til 30 % i Hammerfest-området.

Rapporten konkluderer med at de viktigste kvalitetsforskjellene oppstår lokalt. Tiltak for å utjevne dem vil være å sikre riktig bruk av trombolyse for STEMI-pasienter og bedre logistikk for overflytting av NSTEMI-pasienter til PCI-senteret ved UNN Tromsø innen 72 timer.

Rapporten utreder videre effekter av et eventuelt PCI-tilbud på dagtid i Bodø, og konkluderer med at gevinsten av dette vil være at 28 STEMI-pasienter per år bosatt i nærområdet rundt Bodø vil kunne få behandling med primær PCI innen 90 min, istedenfor trombolyse. Imidlertid vil kun 30 % (ni) av disse ha bedre effekt av primær PCI enn av trombolyse. Helsegevinsten ved dette er marginal. Det er ikke vesentlig forskjell på trombolyse og primær PCI når det gjelder overlevelse, men pasienter som får primær PCI vil kunne oppnå noe bedre hjerterfunksjon etter infarkt. Årsaken til at et slikt tilbud gir så liten gevinst for så få pasienter, er at fordelene med primær PCI fremfor trombolyse er liten, at tilbudet kun vil være åpent på dagtid, og at de fleste STEMI-pasientene i Nordland under ingen omstendighet vil nå tilbudet innen 90 min. Tilbudet vil ikke være tilgjengelig for boområdene der overlevelsen er lavest (Vesterålen og Rana).

Rapporten viser videre at et PCI-tilbud i Bodø ville kunne håndtere om lag 200 NSTEMI pasienter per år innen 72 timer. Dette antas å medføre reduserte kostnader til flytransport. Det

var vanskelig å beregne driftskostnadene, hvor store reduksjoner det vil være mulig å oppnå i transportkostnadene og driftsøkonomiske konsekvenser ved UNN Tromsø. Det ble ikke oppnådd enighet i prosjektgruppen rundt de økonomiske konsekvensene.

Vurdering

Det er et mål at befolkningen skal ha tilgang på likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted og geografiske forhold. Dette er sterkt vektlagt i Helse Nord's visjon og strategi, og UNNs rolle er viktig i realisering av strategien. Direktøren mener at beslutninger i denne saken må bygge på et vitenskapelig dokumentert kunnskapsgrunnlag og faglige vurderinger.

Utredningen viser at tilbudet til pasienter med akutt hjerteinfarkt ikke er likeverdig. For pasienter med de mest alvorlige STEMI-infarktene, er det påvist uakseptable geografiske forskjeller i bruken av trombolyse innen 30 min i ambulansetjenesten. Dette er sannsynligvis hovedårsaken til forskjellene i overlevelse. Ulikhetene må utjevnes gjennom en forsterket implementering av gjeldende retningslinjer, som ble etablert allerede i 2005. Akuttmedisinsk klinikk understreker at full implementering krever vilje og gjennomføringskraft fra ledelsen i samtlige helseforetak og Helse Nord RHF. Direktøren viser til at styret i Helse Nord RHF i sak 131-2016 *Rapport Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon – oppfølging og videre prosess* vedtok at helseforetakene skal sette i gang et felles arbeid for å nå målet om blodproppløsende behandling i ambulansetjenesten innen 30 min, og sikre standardiserte pasientforløp for hjerteinfarkt.

For pasienter med de mindre alvorlige NSTEMI-infarktene er det påvist forskjeller i tilgangen til PCI innen 72 timer. Det er imidlertid ingen sammenheng mellom dette og avstanden til PCI senteret ved UNN Tromsø. Helsegevinsten ved etablering av PCI i Bodø vil derfor være avgrenset til en mulig bedre hjertefunksjon etter infarkt for om lag ni STEMI-pasienter per år. De økonomiske konsekvensene er ufullstendig utredet. Hjertemedisinsk avdeling vektlegger at en betydelig andel av pasientene uansett vil måtte transporteres videre til UNN Tromsø på grunn av behov for mer komplekse prosedyrer enn et senter i Bodø vil kunne tilby.

Helgelandssykehuset Rana har henvist en lav andel til kontrastrøntgen. Sykehuset har etter ferdigstilling av rapporten arbeidet med å karakterisere pasientgruppen som får infarktdiagnose uten å bli henvist videre. UNN anbefaler at dette datamaterialet tas med i Helse Nord RHF's beslutningsgrunnlag.

Direktøren vurderer det som sannsynlig at kostnaden per vunnet kvalitetsjustert leveår ved eventuell etablering av PCI i Bodø vil overstige den som vanligvis legges til grunn for nye behandlingstiltak. Nasjonale føringer om å prioritere kreftbehandling, og om at veksten innen psykisk helsevern og rusbehandling skal være høyere enn i somatikk, taler mot PCI i Bodø.

PCI kan fremstå som en høyvolumtjeneste som kan desentraliseres. Det er imidlertid viktig å forstå at PCI ikke er én prosedyre, men et vidt spenn av forskjellige teknisk kompliserte kateterprosedyrer som ingen enkeltoperatør behersker alene. En økende andel av pasientene har kompleks kransåresykdom og har tidligere vært behandlet med PCI eller bypassoperasjon. Behandling av slike pasienter er komplisert. Et avansert PCI-senter må derfor ha høyt volum. Oppsplitting av fagmiljøet medfører risiko for fragmentering, redusert erfaringsgrunnlag for den enkelte operatør og et dårligere tilbud til de mest krevende pasientene. Direktøren viser til at Helse Midt-Norge har utredet samme problemstilling på aksene Trondheim – Ålesund, og konkludert med at det ikke er stort nok befolkningsgrunnlag i denne regionen til to PCI-sentre.

Sverige har valgt en mer desentralisert strategi, hvilket er begrunnet i et annet bosettingsmønster enn Norge. Befolkningen er konsentrert i kort avstand rundt mellomstore byer. Dette gjør at man med mange små PCI-sentre kan tilby primær PCI istedenfor trombolyse ved STEMI til en høy andel av pasientene. Den foreliggende utredningen viser at dette ikke er mulig i Nord-Norge, som har svært spredt bosettingsmønster. Selv ved døgnåpne PCI-sentre i både Tromsø og Bodø, ville mer enn 300 000 innbyggere i landsdelen være uten tilgang til primær PCI. Det er også viktig å merke seg at det minste PCI-senteret i Sverige (Östersund), gjør 350 prosedyrer per år, og at man har avslått å opprette et senter som ville få om lag 300 per år (Växjö). Beregnet volum i Bodø er 200 per år.

Konklusjon

Fagmiljøene ved UNN konkluderer med at etablering av PCI i Bodø ikke vil bringe Helse Nord nærmere visjonen om at *Pasientene skal møtes med rett kompetanse til rett tid*. Det er tvert imot sannsynlig at en slik etablering vil redusere den tilgjengelige kompetansen, og svekke det samlede tilbudet i regionen. Pasientbehandlingen bør forbedres med å sikre lik tilgang på trombolyse i ambulansetjenesten innen 30 minutter for STEMI, og lik tilgang til kontrastrøntgen og eventuelt PCI eller bypassoperasjon ved UNN Tromsø innen 72 timer for NSTEMI. Luftambulansetjenesten må organiseres slik at det ikke oppstår forsinkelser i overflyttinger mellom sykehus, og PCI-senteret ved UNN Tromsø må ta imot NSTEMI-pasienter uten opphold. Hjertemedisinsk avdeling kan dokumentere at dette allerede er under gjennomføring.

Tromsø, 2.2.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Uttalelse fra Akuttmedisinsk klinikk.
2. PHT-skjema med behandlingsalgoritme, Helse Nord (2005).
3. Utdrag fra *Tiltaksbok for ambulansetjenesten UNN*: Prehospital behandling av akutte brystsmerter. Revidert 2016.
4. Uttalelse fra Hjertemedisinsk avdeling.

HJERTEINFARKT OG PCI – ET LIKEVERDIG TILBUD I HELSE NORD?

Høringsuttalelse fra Akuttmedisinsk klinikk

Sammendrag

1. PHT-løp for ACS og STEMI-pasienter har eksistert i Helse Nord siden 2005
2. Det er store variasjoner i bruk og gjennomføringsgrad av PHT i regionen
3. Mer aktiv bruk av det etablerte «pakkeforløpet» vil kunne gi betydelige helsegevinster
4. Uavhengig av helsepolitiske beslutninger om etablering av PCI-senter i Bodø er det helt avgjørende at de prehospital diagnose og reperfusjons-tilbudene nå rehabiliteres, oppgraderes og skjerpes

Store forskjeller i Helse Nord

Forekomsten av hjerteinfarkt er høy i Helse Nord, og det er betydelige variasjoner innad i regionen. Den svært lave forekomsten i Tromsø by er påfallende. Vi er enige i at tilbudet til hjerteinfarktpasientene i regionen ikke er tilfredsstillende og kan bedres.

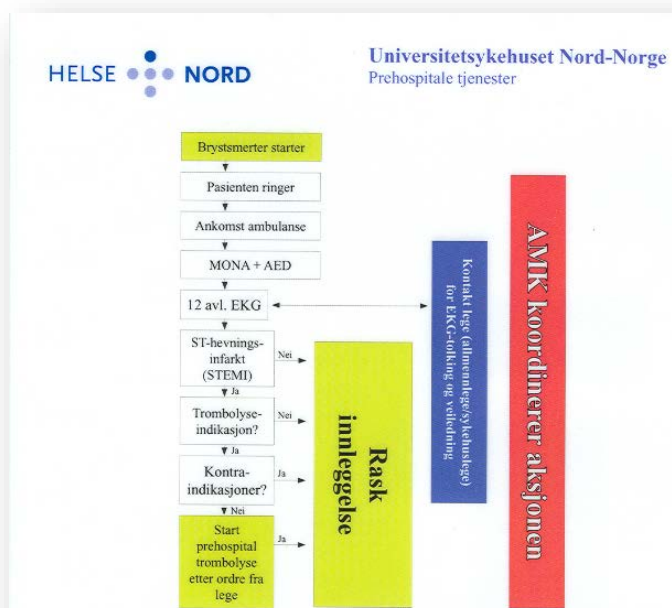
Vi registrerer i vår daglig kliniske, prehospital virksomhet at det er til dels betydelige forskjeller mellom lokalsykehusene i håndtering av disse pasientene.

Vi er enige i rapportens understreking om at prehospital trombolyse på rett indikasjon og uten kontraindikasjoner er svært viktig og kan innebære en rask revaskularisering timer tidligere enn trombolyse gitt på sykehus. Rapporten påpeker også at 'vi ikke har nådd målet om prehospital trombolyse så tidlig som retningslinjene angir (innen 30 min.)'.

Rapportens svar på denne manglende måloppnåelsen er at «...innføring av sjekklister og pakkeforløp synes nødvendig.»

«Pakkeløp og sjekklister» finnes men brukes ulikt og lite

Etter vår oppfatning ble slike «pakkeløp» innført for hele Helse Nord-området allerede for 14 år siden gjennom etablering av felles regionale rutiner og algoritme for håndtering av akutte koronare syndromer og akutte ST-elevasjonsinfarkter (STEMI) og tilbud om prehospital trombolyse (PHT) til alle pasienter med akutt myokardinfarkt (type STEMI) uansett bosted og avstand til lokalsykehus eller PCI-senter (Tromsø) (vedlagt). Problemet har vært svært uensartet implementering og oppfølging i Helse Nord og de ulike helseforetakene. Den regionale behandlings-algoritmen som ble etablert i 2004/05 for Helse Nord så slik ut:



Dette omforente pasientløpet var utviklet av en bredt sammensatt prosjektgruppe med betydelig fagkyndig representasjon fra primærhelsetjenestens aktører (primærleger/legevaksleger og ambulanspersonell), AMK-fagfolk og kardiologi-kompetanse fra både lokal-, sentral- og regionsykehus. PCI er ikke den viktigste delen i behandlingen av hjerteinfarkt. Den prehospital organiseringen og innsatsen før pasienten kommer så langt som til PCI har stor betydning for utfallet. Den kvalitetssikrede, påregnelige behandling pasienten får hjemme, i ambulansen eller ved direkte oppmøte på legevakt eller i lokalsykehusets akuttmottak er helt avgjørende for utfallet, både med tanke på dødelighet og langtids funksjonsnivå (graden av post-infarkt hjerte svikt). Tilbudet om rask diagnostikk og raskest mulig igangsatt PHT er det tilbudet som har størst betydning for innbyggerne de mange lokalsamfunn i Nord-Norge.

23 år med prehospital trombolyse (PHT) i Helse Nord

Prehospital trombolytisk behandling av pasienter med akutt hjerteinfarkt har en 23-år lang, sammensatt og uensartet historie i Helse Nord. Historien er preget av vellykkete enkeltprosjekter, forsøk på regionale standardløp men også svært ulik vilje og gjennomføringskraft fra Helse Nord og enkelte helseforetaks side.

I 1994 startet allmennpraktikerne i Nordkapp kommune, som aller første i Norge, med prehospital trombolyse ved akutt myokardinfarkt. De rapporterte gode resultater og signifikante tidsgevinster hos ni pasienter som ble behandlet de kommende fire årene. Konklusjonen var at primærleger burde starte PHT når indikasjonene var klare (Bjørn 1998).

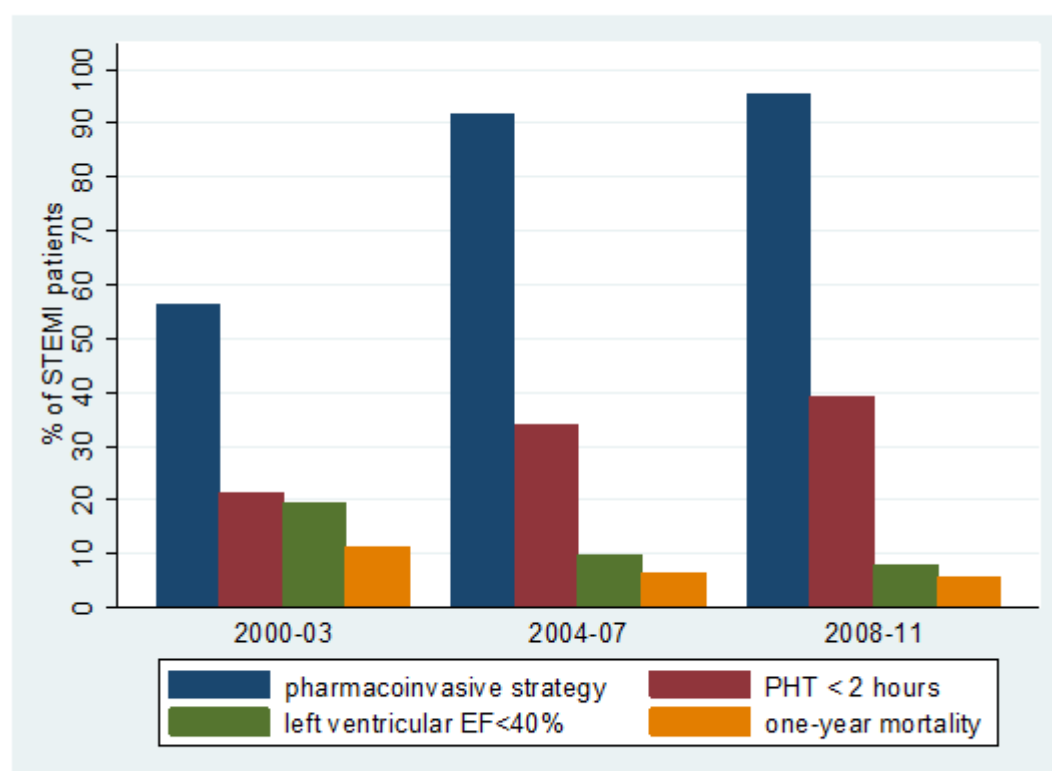
I 2000 startet vi et PHT-prosjekt i UNN-Tromsø's befolkningsområde basert på en modell der både primærleger og ambulanspersonell fikk 2-dagers opplæring i relevant diagnostikk (12-avl EKG), bruk av stabiliserende behandling («MONA») og PHT-behandling på entydige indikasjoner og omforente kontraindikasjoner. Målet med en slik desentraliserende strategi var å redusere tidstapet før start av reperfusjonsbehandling med trombolyse ved akutte STEMI. Vi utplasserte ekg-apparater med telemetri og trombolysenheter i alle bil- båt- og luftambulansenheter og innførte et enkelt dokumentasjonssystem. Indikasjonen og behandlingsbeslutning ble alltid tatt av lege/r, men den farmakologiske behandlingen kunne gis av ambulanspersonell. Etter oppstart kunne vi dokumentere preliminare resultater hos 184 behandlede pasienter med en middel-besparelse på 83 minutter fra brystsmertene startet til trombolyse ble gitt prehospitalt, sammenliknet med om trombolysen ble gitt på sykehus (Gilbert ea 2005).

I 2003 ba Helse Nord om at vi initierte et tilsvarende regionalt PHT-prosjekt. Prosjektgruppa besto av fagfolk fra sykehus, ambulansetjeneste og primærhelsetjeneste og prosjektet ble vurdert som vellykket – for de helseforetakene som valgte å delta. Et resultatet var at alle ambulansetjenester og legevakter i Helse Nord helseforetak – unntatt Nordlandssykehuset HF - fikk samme, standardisert utstyr for EKG-takning og monitorering (Zoll-M) og en standardisert algoritme og prosedyre for bruk av medikamenter til MONA og prehospital trombolyse. Helse Nord bekostet innkjøp av multimonitører og spesialisthelsetjenesten finansierte utplassering av trombolysemedikamenter. Ved avslutningen av prosjektgruppas arbeid ble ansvaret for videre utvikling av prosedyrer gitt til de enkelte helseforetakene. Gjennomføring og oppfølging var svært variabel med betydelige forskjeller mellom de ulike foretakene mht. opplæring av AMK-operatører, ambulanspersonell og leger. Kunnskapsnivået, evne til praktisk gjennomføring og trygghetsnivået til behandlingen var også ulikt, det samme var antallet PHT de enkelte hadde vært med på å gjennomføre. Utstyr og behandlingsmulighet blir i flere foretak ikke brukt effektivt slik prosjektet og Helse Nord hadde forutsatt (Solberg CD, 2007).

Gode resultater

Der dette «pakkeløpet» med tidligst mulig, desentralisert PHT-tilbud ble gjennomført, har resultatene etter 11 år med denne kombinerte «farmakoinvasive» strategien vært svært gode. Dødeligheten ved akutt STEMI er redusert med 50 %, med signifikant flere pasienter som får PHT innen 2 timer fra smertedebut og signifikant redusert forekomst av hjertesvikt etter overlevd infarkt (Mannsverk J, 2016). Figuren oppsummerer utviklingen av kombinasjonen av PHT og PCI i UNNs befolkningsområde basert på studie av 385 STEMI-pasienter som fikk PHT i perioden 2000-2011 (Mannsverk J et al, 2016):

Figure 1 Main findings and system maturation



PHT indicates prehospital thrombolysis; EF, ejection fraction.

I hele Helse Nords geografiske område, også UNN HF sitt befolkningsområde, er mulighetene for primær PCI innen anbefalte tidsgrenser svært liten og fokus må være på rask medikamentell behandling (trombolyse) og tidlig involvering av regionens logistikkressurser. Systemene finnes i Helse Nord, men røktes ikke. Det synes akseptert på regionalt faglig ledernivå at ulike helseforetak har etablert svært ulik klinisk og taktisk praksis på dette viktige kliniske området.

Vi stusser derfor over at rapporten ikke nevner at de etterspurte «pakkeforløp» i realiteten ble innført allerede i 1999 (UNN-Tromsøs befolkningsområde) og i hele Helse Nord i 2005. Målet om å kunne sikre en mer likeverdig tidlig reperfusjons-behandling og rask tilgang til undersøkelser (angiografi) er ikke oppnådd i tråd med målsettingene.

Et raskt, lokalt diagnostisk apparat og tilbud om desentralisert, tidlig terapeutisk PHT-tilbud har størst betydning for de mange lokalsamfunn i Nord-Norge. PHT kan sikre revaskularisering timer tidligere enn trombolyse gitt på sykehus.

Luftambulanse

En styrking, ikke reduksjon, av de offentlige luftambulanseressursene i regionen vil også kunne spare vesentlig tid. I dette bildet er det derfor svært uheldig at regionen får mindre og langsommere ambulansehelikoptre i Brønnøysund og deler av året i Tromsø, og at det ikke etableres et ambulansejetfly i Nord-Norge med base enten i Tromsø eller i Bodø. God koordinering av ambulansefly, ambulansehelikoptre med bilambulanse og førstelinjetjenestene kan også gi tidsgevinster. Ventetid på ambulansefly for rask sekundærtransport til PCI-senter i Tromsø kunne også reduseres for store deler av regionen gjennom etablering av ambulansejetfly i tillegg til dagens flåte.

For den tredelen av STEMI-pasientene som ikke oppnår gjenopprettet blodtilførsel til hjertemuskulaturen (reperfusjon) etter PHT skal det straks gjøres revurdering av hastegrad og logistikkvalg for «rednings-PCI». For disse pasientene kan vi spare betydelig tid gjennom dynamisk samhandling og tett oppfølging av behandlingseffekt etter gjennomført PHT. Kjappe og godt planlagte pasientforløp reduserer tidstap og sparer hjertemuskel og liv.

Tiltak: Bruk og styrk allerede gjeldende 'pakkeforløp' for hjerteinfarkt og PCI

Etter vår mening bør vedlikehold og oppdatering av de allerede – i all hovedsak omforente – og innførte pasientløp være det aller første som skjer. Dette må gjøres uavhengig av den helsepolitiske beslutningen om en evt etablering av et PCI-tilbud i Bodø. Vi foreslår derfor noen enkle tiltak for rehabilitering og re-lansering av allerede innførte pakkeforløp. Dette bør fokuseres på flg områder:

1. Innføre tilbud om PHT i alle regionens ambulansetjenester
2. Styrke samhandlingen med primærhelsetjenesten rundt pasienter med ACS og STEMI
3. Kvalitetssikre diagnose og PHT med raske evakueringer til eksisterende PCI-senter i alle kommuner og på Svalbard
4. Sikre at en «farmakoinvasiv strategi» tilbys 7/24/365 som en rettighet for hele landsdelens befolkning og Svalbard
5. Sikre raskest mulig LA-FW og LA-RW-transporter til regionalt invasiv/ACB-senter for å minske forskjellene i regionen og nasjonalt.

Styrke og samkjøre bruk av dagens eksisterende logistikksystemer:

1. Utvikle og kvalitetssikre et sømløst system for diagnostikk, overvåking og behandling av pasienter med akutte hjertesykdommer med fokus på hjerteinfarktpasienter
 - a. Fullføre opplæring i bruk av ny multimonitor/EKG/AED (CorPuls3) i alle helseforetakenes ambulansetjenester
 - b. Sikre at alle regionens legevakter bytter til CP3 som basis multimonitor/EKG/AED
 - c. Sikre at alle akuttmottak i regionens akutt sykehus har CP3 som standard multimonitor/EKG/AED
2. EKG-logistikk
 - a. Raskere, live-overføring av 12-avl-EKG til beslutningstakere (LV-lege, lokalsykehus-kardiolog, PCI-kardiolog)
 - b. Felles, presise kriterier for PHT vs PPCI ved ulike tidsgrenser, type ACS/MI

- c. Alltid AMK/FKS-operatører i gruppesamtale med behandlingsansvarlige leger pre- og in-hospitalt tidlig i forløpet for eksakt kartlegging av tidsfaktorer, logistikkalternativer og behandlingsvalg
 - d. «Dynamisk EKG-følge»: Bruke CP3-mulighetene for kontinuerlig, 'live' følge og overvåke behandlingseffekter av MONA og PHT for å kunne optimalisere de individuelle pasientforløpene.
3. Styrket pasientlogistikk: Alltid tidligst mulig konferansekopling mellom ulike behandlings og beslutningsnivå, alltid samtidig alarmering av rask, relevant ambulanseressurs (bil/båt/luft)
 4. Revurdering av hastegrad etter terapirespons og klinisk bilde
 5. Felles, regelmessige evalueringsmøter (for eksempel ukentlige videokonferanser): Felles ACS-videokonferanser med fokus på behandlingsvalg, logistikk-valg og forbedringspotensialer
 6. Styrke, oppfriske og revidere ACS/farmakoinvasiv strategi/PHT-prosedyrer for LV-leger, AMK-operatører, ambulanspersonell og relevante in-hospitale vaktbærende legegrupper i hele regionen

UNN-Tromsø 3.1.2017

Mads Gilbert

Klinikkoverlege

Frode Sørensen

Avdelingsoverlege

Referanser

Bjørn H, Langfeldt E, Løvland A, Nordang B, Høybjør S. Treatment of streptokinase in the municipality of Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118:2632-3

Gilbert M; Wang H, Sjørgård PØ. Five years experience of prehospital community-based thrombolysis (PHT) of STEMI patients in North Norway: significant time gained by training municipality ambulance personnel and primary doctors. Congress of the Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine; Reykjavik 2005. Acta Anaesth. 2005;49 (Suppl 117):134-35

Dahl Solberg C. Evaluering av opplæring i prehospital trombolyse hos AMK-operatører, ambulanspersonell og leger i Helse Nord RHF. 5.årsoppgave i Stadium IV, medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø, 2007

Lien MR, Torstensen R. En gjennomgang av Salten-pasienter med ST-elevasjonsinfarkt i perioden 2005-2006. 5.årsoppgave i Stadium IV - medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø, 2007.

Nedrejord ML, Olsen Hokland I. Resultater ved systematisk prehospital trombolytisk behandling i UNN Tromsø, 2000-2011. MED--3950 5. årsoppgave, Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø, 2013

Mannsverk J et al. Patients with acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI) living in rural areas must have access to timely prehospital thrombolysis by ambulance clinicians to survive infarction and cardiac arrest and reduce concomitant heart failure: eleven years' experience from rural sub-arctic North-Norway. In preparation, 2016

Vedlegg

PHT-skjema med behandlingsalgoritme, Helse Nord (2005)

Utdrag fra Tiltaksbok for ambulansetjenesten UNN: Prehospital behandling av akutte brystmerter.
Revidert 2016

**PREHOSPITAL BEHANDLING AV AKUTTE BRYSTSMERTER**

Skjema skal registreres for alle pasienter som behandles for akutt hjerteinfarkt. Side 1 skal følge pasientens journal, side 2 følger ambulansejournalens kopi til driftsorganisasjonen. NB: Ambulansejournal skal alltid fylles ut i tillegg.

OPP DRAG	Pasientens navn:		Fødselsdato:		Kvinne <input type="checkbox"/>	Vekt:	Kommune:	
	Oppdragsdato:		AMIS-nummer		Amb.enh.		Behandlingssted: Hjemme <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> Ambulanse <input type="checkbox"/>	

TIDS AKSE	Brystsmerter starter	kl	:	Morfin startet	kl	:
	Ringt I I3/LV	kl	:	O ₂ -behandling startet	kl	:
	Ambulanse varslet	kl	:	Nitro gitt	kl	:
	Fremme hos pasient	ambulanse	kl	ASA gitt	kl	:
		lege	kl	Betablokkade startet	kl	:
	I2-avl. EKG sendt	kl	:	Under 75 år: Klexane i.v. 30 mg		:
	Trombolyse besluttet	kl	:	Metalyse i.v.	mg	:
	Avlevert på	sykehus	:	Klexane s.c. (mg/kg)	mg	:

Følgende tre punkt må besvares med ja for å starte trombolyse:

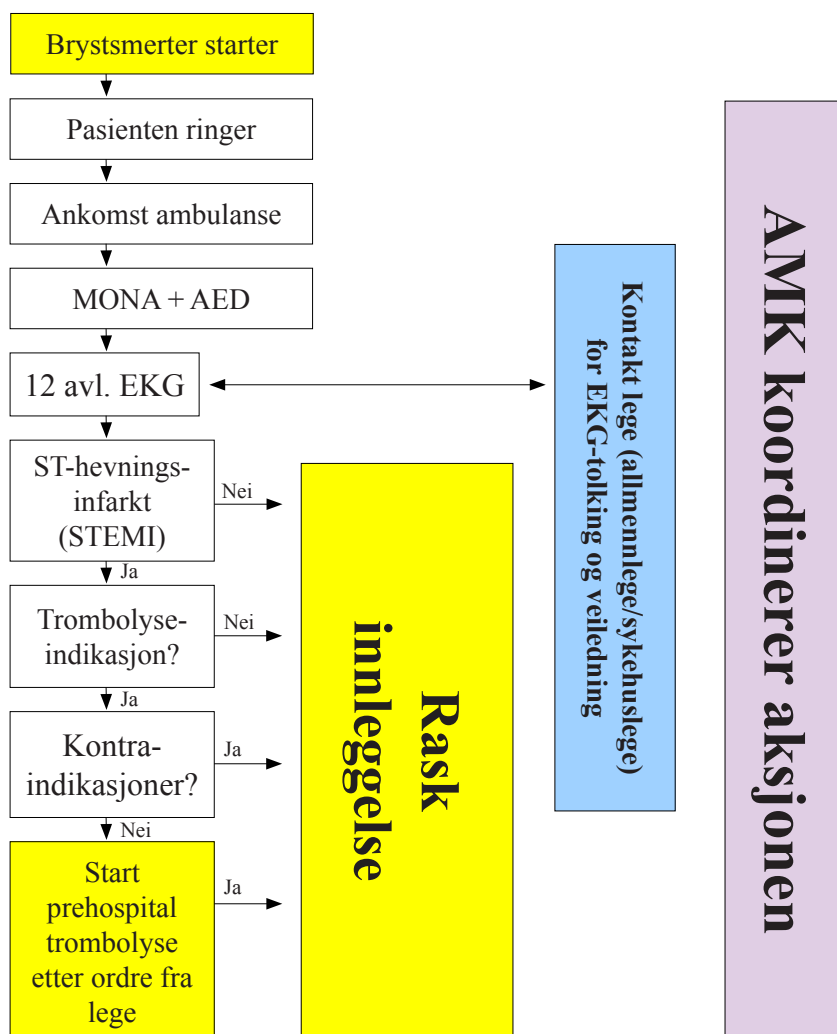
		JA	NEI
TROMBOLYSE INDIKASJON	Sentrale brystmerter med eller uten utstråling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 mm ST-hevning i minst 2 tilgrensende avledninger i I2-avl. EKG, <u>eller</u> nyoppstått venstre greinblokk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Smertevarighet 0 – 6 timer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis et av følgende punkt besvares med ja skal det ikke gis trombolyse:

		JA	NEI
TROMBOLYSE KONTRAIKASJONER	1. Alder over 80 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Stikkskade med blødning som ikke kontrolleres med kompresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Alvorlig skade, nylig hodeskade eller operasjon de siste 3 uker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Alle typer tidligere hjerneblødning eller slag. TIA (drypp) siste 6 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Kjent hjernesvulst eller annen aktiv kreftsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Pågående eller ikke behandlet magesår eller blødning fra mage/tarm siste 4 uker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Kjent blødningsforstyrrelse eller pågående Marevanbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Vedvarende systolisk blodtrykk over 180 mmHg (etter MONA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Graviditet eller mindre enn 1 uke etter fødsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Langkommet leversykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Klinisk mistanke om aortadisseksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

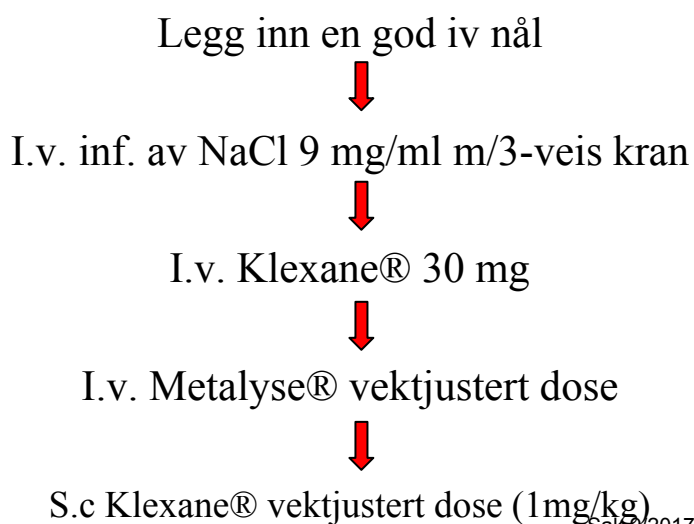
		JA	NEI
FORLØP	Har pasienten gitt samtykke til trombolytisk behandling? (etter informasjon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlingsansvarlig allmennlege:		
	Behandlingsansvarlig sykehuslege:		
	Ble pasienten smertefri?	Ja <input type="checkbox"/> kl: Nei <input type="checkbox"/>	BT-fall:
Rytmeforstyrrelse:	Ja <input type="checkbox"/> AHLR startet: Nei <input type="checkbox"/>	Tegn til hjerneslag:	Ja <input type="checkbox"/> kl: Nei <input type="checkbox"/>

Start transport:	Bil kl:	Fly/helikopter kl:	Båt kl:
Merknad . (bruk evt. baksida)			
			Sign:

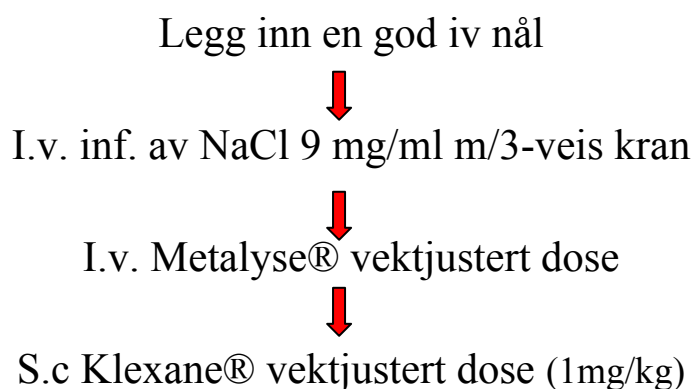


Handlingsplaner for gjennomføring av trombolyse

Handlingsplan pasienter under 75 år



Handlingsplan pasienter over 75 år

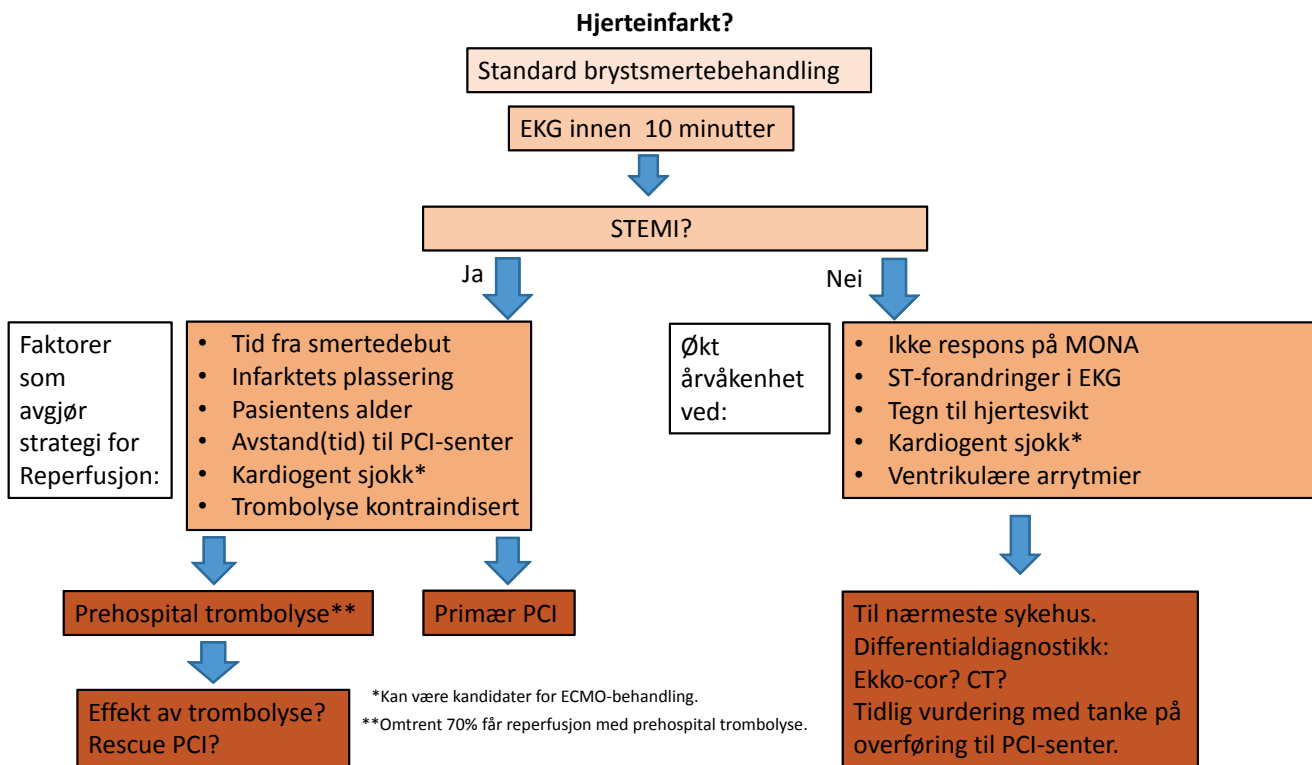




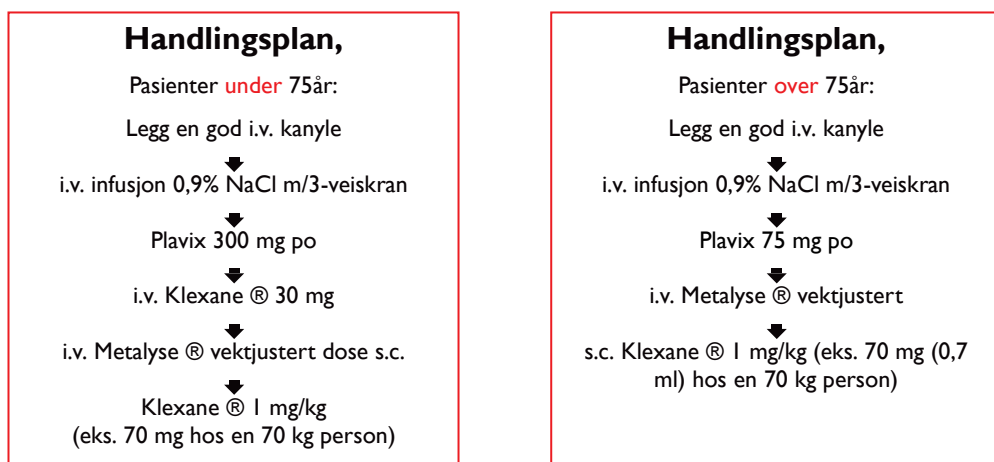
Prehospital behandling av akutte brystmerter



HANDLINGSPLAN



Gjennomføring av trombolyse



Dosering metalyse ®

Kroppsvekt	Tenecteplase	Tenecteplase	Volum av rekonstruert
(kg)	(U)	(mg)	oppløsning (ml)
<60	6000	30	6
60 – <70	7000	35	7
70 – <80	8000	40	8
80 – <90	9000	45	9
≥ 90	10000	50	10



PREHOSPITAL BEHANDLING AV AKUTTE BRYSTSMERTER

Skjema skal registreres for alle pasienter som behandles for akutt hjerteinfarkt. Side 1 skal følge pasientens journal, side 2 følger ambulansjournalens kopi til driftsorganisasjonen. NB: Ambulansjournal skal alltid fylles ut i tillegg.

OPP DRAG	Pasientens navn:		Fødselsdato:		Kvinne <input type="checkbox"/>	Vekt:	Kommune:
	Oppdragsdato:	AMIS-nummer	Amb.enh.		Mann <input type="checkbox"/>	Behandlingssted: Hjemme <input type="checkbox"/>	LV <input type="checkbox"/>

TIDSÅKSE	Brystsmerter starter	kl	:	Morfin startet	kl	:	
	Ringt I13/LV	kl	:	O ₂ -behandling startet	kl	:	
	Ambulanse varslet	kl	:	Nitro gitt	kl	:	
	Fremme hos pasient	ambulanse	kl	:	ASA gitt	kl	:
		lege	kl	:	Betablokkade startet	kl	:
	I2-avl. EKG sendt	kl	:	Under 75 år: Klexane i.v. 30 mg		:	
	Trombolyse besluttet	kl	:	Under 75 år: Plavix p.o. 300 mg		:	
	Avlevert på		sykehus	Over 75 år: Plavix p.o. 75 mg		:	
				Metalyse i.v.	mg	:	
			Klexane s.c. (1mg/kg)	mg	:		

Følgende tre punkt må besvares med ja for å **starte** trombolyse:

TROMBOLYSE - INDIKASJON	Følgende tre punkt må besvares med ja for å starte trombolyse:		JA	NEI
	Sentrale brystmerter med eller uten utstråling		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 mm ST-hevning i minst 2 tilgrensende avledninger i I2-avl. EKG, <u>eller</u> nyoppstått venstre greinblokk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Smertevarighet 0 – 6 timer.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis et av følgende punkt besvares med ja skal det **ikke** gis trombolyse:

TROMBOLYSE KONTRAIKASJONER	Hvis et av følgende punkt besvares med ja skal det ikke gis trombolyse:		JA	NEI
	1.	Alder over 80 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	Stikkskade med blødning som ikke kontrolleres med kompresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	Alvorlig skade, nylig hodeskade eller operasjon de siste 3 uker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	Alle typer tidligere hjerneblødning eller slag. TIA (drypp) siste 6 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.	Kjent hjernesvulst eller annen aktiv kreftsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.	Pågående eller ikke behandlet magesår eller blødning fra mage/tarm siste 4 uker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7.	Kjent blødningsforstyrrelse eller pågående Marevanbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8.	Behandling med nye orale antikoagulantia (NOAK), < 12 timer siden siste dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.	Vedvarende systolisk blodtrykk over 180 mmHg (etter MONA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.	Graviditet eller mindre enn en uke etter fødsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.	Langkommet leversykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.	Klinisk mistanke om aortadisseksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORLØP	Har pasienten gitt samtykke til trombolytisk behandling? (etter informasjon)		JA	NEI
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlingsansvarlig allmennlege:		Behandlingsansvarlig sykehuslege:	
	Ble pasienten smertefri?	Ja <input type="checkbox"/> kl: Nei <input type="checkbox"/>	BT-fall:	Ja <input type="checkbox"/> BT: Nei <input type="checkbox"/>
Rytmeforstyrrelse:	Ja <input type="checkbox"/> AHLR startet: Nei <input type="checkbox"/>	Tegn til hjerneslag:	Ja <input type="checkbox"/> kl: Nei <input type="checkbox"/>	

Start transport:	Ambulansbil kl:	Fly/helikopter kl:	Ambulansbåt kl:
------------------	-----------------	--------------------	-----------------

Sign:



PREHOSPITAL BEHANDLING AV AKUTTE BRYSTSMERTER

Skjema skal registreres for alle pasienter som behandles for akutt hjerteinfarkt. Side 1 skal følge pasientens journal, side 2 følger ambulansjournalens s kopi til driftsorganisasjonen. NB: Ambulansjournal skal alltid fylles ut i tillegg.

OPP DRAG	Pasientens navn:		Fødselsdato:		Kvinne <input type="checkbox"/>	Vekt:	Kommune:
	Oppdragsdato:	AMIS-nummer	Amb.enh.		Mann <input type="checkbox"/>	Behandlingssted: Hjemme <input type="checkbox"/>	LV <input type="checkbox"/>

TIDSÅKSE	Brystsmerter starter	kl	:	Morfin startet	kl	:	
	Ringt I13/LV	kl	:	O ₂ -behandling startet	kl	:	
	Ambulanse varslet	kl	:	Nitro gitt	kl	:	
	Fremme hos pasient	ambulanse	kl	:	ASA gitt	kl	:
		lege	kl	:	Betablokkade startet	kl	:
	I2-avl. EKG sendt	kl	:	Under 75 år: Klexane i.v. 30 mg		:	
	Trombolyse besluttet	kl	:	Under 75 år: Plavix p.o. 300 mg		:	
	Avlevert på		sykehus	Over 75 år: Plavix p.o. 75 mg		:	
				Metalyse i.v.	mg	:	
			Klexane s.c. (1mg/kg)	mg	:		

Følgende tre punkt må besvares med ja for å **starte** trombolyse:

		JA	NEI
TROMBOLYSE - INDIKASJON	Sentrale brystsmertor med eller uten utstråling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 mm ST-hevning i minst 2 tilgrensende avledninger i I2-avl. EKG, <u>eller</u> nyoppstått venstre greinblokk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Smertevarighet 0 – 6 timer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis et av følgende punkt besvares med ja skal det **ikke** gis trombolyse:

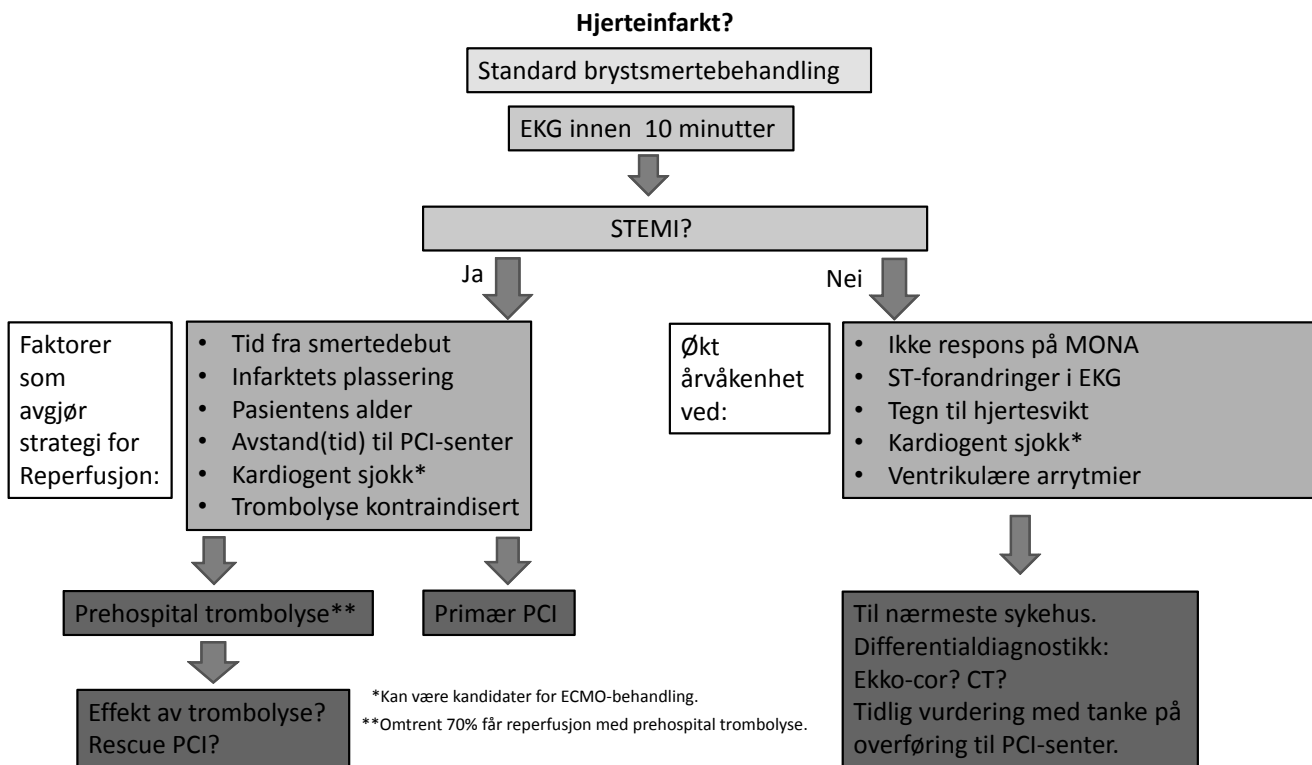
		JA	NEI
TROMBOLYSE KONTRAIKASJONER	1. Alder over 80 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Stikkskade med blødning som ikke kontrolleres med kompresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Alvorlig skade, nylig hodeskade eller operasjon de siste 3 uker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Alle typer tidligere hjerneblødning eller slag. TIA (drypp) siste 6 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Kjent hjernesvulst eller annen aktiv kreftsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Pågående eller ikke behandlet magesår eller blødning fra mage/tarm siste 4 uker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Kjent blødningsforstyrrelse eller pågående Marevanbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Behandling med nye orale antikoagulantia (NOAK), < 12 timer siden siste dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Vedvarende systolisk blodtrykk over 180 mmHg (etter MONA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Graviditet eller mindre enn en uke etter fødsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Langkommet leversykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Klinisk mistanke om aortadisseksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		JA	NEI	
FORLØP	Har pasienten gitt samtykke til trombolytisk behandling? (etter informasjon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Behandlingsansvarlig allmennlege:	Behandlingsansvarlig sykehuslege:		
	Ble pasienten smertefri?	Ja <input type="checkbox"/> kl: Nei <input type="checkbox"/>	BT-fall:	Ja <input type="checkbox"/> BT: Nei <input type="checkbox"/>
	Rytmeforstyrrelse:	Ja <input type="checkbox"/> AHLR startet: Nei <input type="checkbox"/>	Tegn til hjerneslag:	Ja <input type="checkbox"/> kl: Nei <input type="checkbox"/>

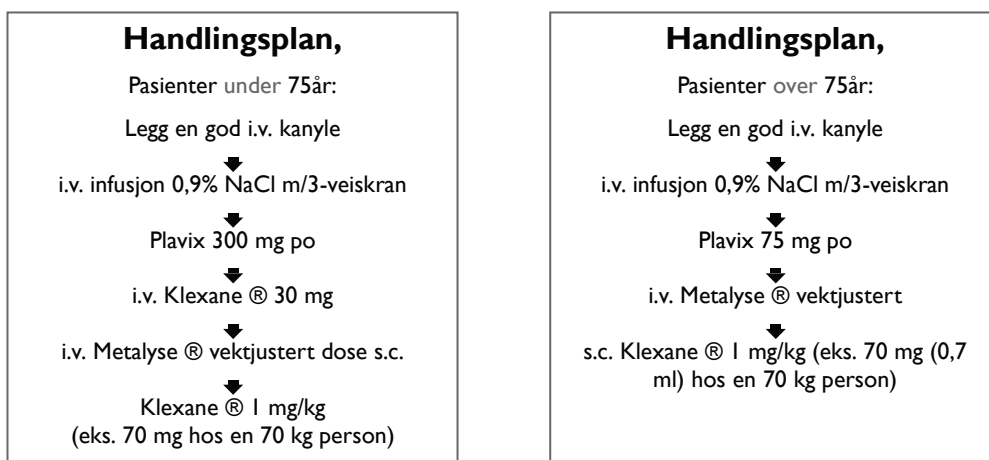
Start transport:	Ambulansbil kl:	Fly/helikopter kl:	Ambulansbåt kl:
------------------	-----------------	--------------------	-----------------

Sign:

HANDLINGSPLAN



Gjennomføring av trombolyse

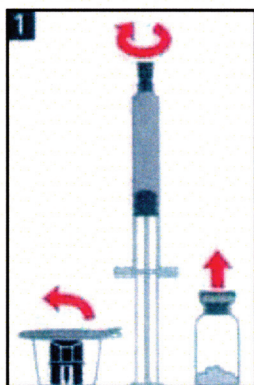


Dosering metalyse ®

Kroppsvekt	Tenecteplase	Tenecteplase	Volum av rekonstruert
(kg)	(U)	(mg)	oppløsning (ml)
<60	6000	30	6
60 – <70	7000	35	7
70 – <80	8000	40	8
80 – <90	9000	45	9
≥ 90	10000	50	10

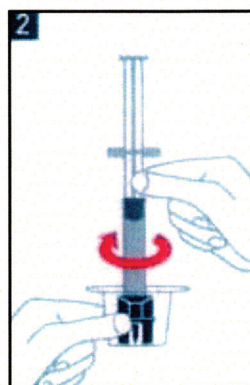
Bruksanvisning (Metalyse)

Åpne boksen med hetteglassadapteret

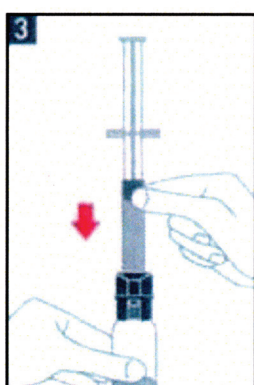


Fjern beskyttelsesdekslet fra tuppen av sprøyten.

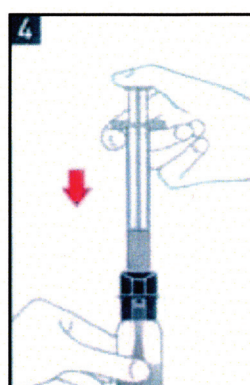
Fjern hetten fra hetteglasset.



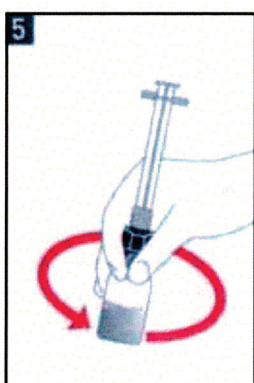
Skru sprøyten fast på hetteglassadapteret.



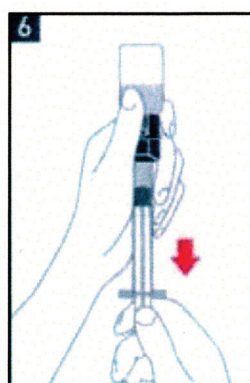
Stikk hull i midten av hetteglassets propp ved hjelp av adapterets spiss.



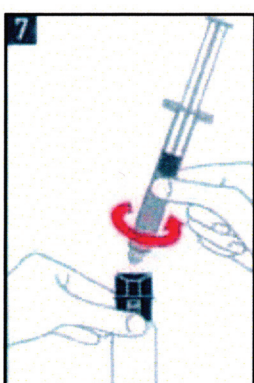
Tilsett vann til injeksjonsvæsker ved å skyve sprøytestempelet langsomt ned for unngå skumming.



Løs opp pulveret ved å svinge forsiktig frem og tilbake.



Snu hetteglassprøyte opp/ned og trekk angitt volum oppløsning opp i sprøyten.



Koble sprøyten fra hetteglassadapteret. Den ferdige oppløsningen gis som i.v. bolusinjeksjon.

Høringsnotat Hjerterinfarkt og PCI i Helse Nord.

Terminologi:

Invasiv kardiolog: hjertespesialist med kompetanse i PCI faget

Koronar angiografi: Fremstilling av kransårene med kateter og kontrastinjeksjon

PCI- percutan koronar intervensjon- utblokking av kransårer via kateter

CABG- koronar bypass operasjon

STEMI- akutt hjerterinfarkt med ledsagende ST elevasjoner- ofte store hjerterinfarkt

NSTEMI- Akutt hjerterinfarkt uten ST elevasjon- ofte mindre hjerterinfarkt

UAP- ustabil koronar syndrom uten utslag på blodprøver (Troponin- hjertemarkør))

Akutt koronar syndrom: samlebetegnelse på STEMI, NSTEMI og UAP

PHT- prehospital trombolysed- blodproppløsende medikament gitt ved STEMI før ankomst sykehus. Dette kan gis av ambulanspersonell etter konferanse med lokalsykehus hjemme hos pasienten. Lege trenger ikke å være til stede.

Ekko cor: ultralyd fremstilling av hjerte for å vurdere hjertemuskulatur og klaffeapparat

Historie

Diskusjonen om PCI senter i Bodø er ikke ny. Temaet har gjentatte ganger vært oppe til utredning og diskusjon på forskjellige nivåer og plan. Dette inkluderer også utredning ved «fagrådet for kardiologi i Nord-Norge» hvor anbefalingen var at man ikke skulle splitte opp det invasive kardiologiske miljøet. Vurderingene har hele tiden vært at man trenger å bygge opp ett stort senter i regionen med høy grad av kompetanse og kvalitet. Dette har også vært basert på nærhet til hjertekirurgisk kompetanse ved UNN, Tromsø. Det er viktig at man har disse anbefalingene og vurderingene som bakteppe når man på nytt har gjennomført en utredning om PCI senter i Bodø. Kunnskap er ikke statisk og man skal selvsagt revurdere tidligere anbefalinger i lys av ny kunnskap og endringer i behandlingsrutiner og retningslinjer. Rapporten om PCI i Bodø gir et godt bilde av de endringer som har skjedd i faget og det datagrunnlaget vi p.t. har tilgjengelig.

Hjerte- karsykdommer er en svært viktig faktor for dødelighet og sykkelighet i vår befolkning. Likevel er det grunn til å understreke at utviklingen når det gjelder forekomst og konsekvenser av hjerterinfarkt over de senere årene først og fremst er en suksesshistorie. Forekomst går ned, dødelighet når hjerterinfarkt inntreffer går ned. Fremskritt i behandling er en vesentlig årsak til bedre utkomme ved hjerterinfarkt. Behandlingen som tilbys pasienter med hjerterinfarkt i Nord-Norge holder et høyt internasjonalt nivå. Resultatene av behandlingen måles først og fremst ved dødelighet etter hjerterinfarkt. Nord-Norge, Nordland inkludert, ligger på samme nivå som resten av Norge som er blant det beste som finnes i verden.

Kort historikk om koronar revaskularisering i Nord-Norge

- 1977 - Første kirurgiske revaskularisering (CABG) i Tromsø
- 1986 - Første PCI i Tromsø

- 1995 - Første prehospital trombolys (PHT) i Nord-Norge: Nordkapp kommune.
- 2003 - Helse Nord PHT prosjekt i Troms og Finnmark.
- PCI var i mange år kun behandling av stabil koronarsykdom. Nylig hjerteinfarkt ble lenge betraktet som en kontraindikasjon mot PCI, helt til det på midten av 1990-tallet ble klart at det var nettopp i denne situasjonen det var mest å oppnå. Volum av PCI økte deretter bratt fra vel 300 prosedyrer i 1995, til kurven flatet ut i 2002 og antall PCI pr år har siden ligget rundt 1400 - 1500.
- Over de senere årene har det vært en nedgang i volum av CABG mens PCI volum har vært stabilt. Dette skyldes både endring i sykdomsforekomst ved at det er færre tilfeller med så omfattende sykdom at en vurderer CABG som aktuelt, og også en utvikling mot at en behandler mer kompleks koronarsykdom med PCI.
- Den mest betydningsfulle faglige utvikling de senere årene har vært på behandling av stabil koronarsykdom. Dette gjelder både supplerende diagnostikk for å kunne fastslå med større sikkerhet om flowbegrensende koronarsykdom er til stede, og utvikling av teknikk for å kunne behandle mer kompleks patologi.
-

Personell og kompetanse:

Ved Hjerteredisinsk avdeling UNN har vi brukt mange år på utvikle, forbedre og fornye det invasive kardiologiske tilbudet til beste for pasientene i regionen. Det tar flere år å utdanne en PCI operatør og selv etter mange år er det en kontinuerlig læringskurve i forhold til komplikasjoner, problemløsning og implementering av nye metoder/teknologier. Vi har heldigvis hatt en meget stabil gruppe av invasive kardiologer hvorav flere har over 10 års erfaring i feltet. Disse har samlet sett utviklet høy kompetanse i spesialprosedyrer (hovedstamme PCI/bifurkasjon/kroniske okklusjoner/IVUS/FFR/Restenoser/Kardiogent sjokk). Mange av disse prosedyrene er i volum ikke så mange slik at erfaringen over tid har vært en viktig faktor for suksess. Volum et må sees i lys av at Nord-Norge relativt sett har en liten befolkning som bor spredt. Når det gjelder kompetanse er det viktig å også fokusere på annet personell enn invasive kardiologer. Sykepleiere med spesialopplæring i invasiv virksomhet er en kritisk faktor som Hjerteredisinsk avdeling har brukt mye ressurser på utvikle og vedlikeholde. Hjerteredisinsk avdelingens totale kompetanse utenom PCI-prosedyren og et sterkt akutt- og intensivkardiologisk fagmiljø er nøkkelfaktorer for utfallet i vanskelige tilfeller. Ekkokardiografikompetent kardiolog må være tilgjengelig på døgnbasis. Behandling av hjerteinfarktpasienter er i høy grad et teamarbeid hvor stabilitet og kjennskap til rutiner samt erfaring er viktig for rask og effektiv behandling med lavest mulig risiko.

Status for hjerteinfarkt i Nord-Norge sammenlignet med resten av landet.

Den mest brukte kvalitetsindikator for behandlingsresultat er 30 dagers overlevelse. Her ser vi ingen forskjeller mellom landsdelene i Norge. Det er heller ikke forskjeller mellom de Nord-Norske fylkene. Kunnskapscenteret leverer også tall på sykehusnivå, og i disse tallene er det forskjeller. Forskjellene er ikke korrelert til avstand til PCI-senter. Tallene er imidlertid små og statistiske beregninger blir usikre. Norsk hjerteinfarktregister har derfor valgt å ikke bruke 30-dagers mortalitet på sykehusnivå som kvalitetsindikator.

Hva er fordelene med nærhet til et PCI-senter?

Mulighet for primær PCI ved STEMI dersom en kan komme raskt til PCI-lab. Primær PCI er noe bedre enn trombolys etterfulgt av tidlig cag/PCI som er dagens standard for det store flertall av STEMI

pasienter i vår landsdel. Fordelen ved primær PCI må likevel ikke overvurderes. I studier under forhold som ligner på våre er det ikke forskjell i dødelighet mellom de to behandlingsformene, men det er en økt risiko for alvorlige blødningskomplikasjoner ved trombolyse, ca 1 %, sammenlignet med primær PCI, ca 0,2 % (1). Befolkningen som bor innenfor en slik avstand at PCI bør foretrekkes som primær behandlingsstrategi ved STEMI med PCI i Bodø, er imidlertid begrenset til opptaksområdet for Nordlandssykehuset Bodø, og sannsynligvis heller ikke hele dette området. For øvrige deler av Nordland blir tiden fra første medisinske kontakt (FMC) til pasienten ankommer PCI-laboratoriet for lang. Dersom det tar mer enn 90 minutter før en kan åpne en okkludert koronararterie ved PCI, vil prehospital trombolyse være bedre behandling. Etablering av PCI i Bodø vil ikke innebære noen endring i hjerteinfarktbehandlingen for pasienter utenfor lokalopptaksområdet for NLSH Bodø. På dette punktet later det til at det er utbredte urealistiske forventninger til effekt av PCI-etablering i Bodø. Dette fremgår både av måten saken har vært omtalt på i presse/media og i vurderingene i mange av høringsuttalelsene som foreligger.

Vår erfaring er at tidstyver / forsinkelser / transporttid i stor grad undervurderes. Norsk Hjereteinfarktregisters rapport for 2015 viser at i opptaksområdet for UNN-Tromsø var det kun 21 % av pasienter under 80 år med STEMI som fikk revaskulariseringsbehandling innenfor anbefalt tidsfrist. Dette betyr at i en vesentlig andel av tilfellene der vi har gått inn for primær PCI ville pasienten vært bedre tjent med prehospital trombolyse.

Avstand til PCI senter er ikke noen kontinuerlig variabel i forhold til valg av behandling eller resultat av behandling ved akutte STEMI. Her er det en klar terskelverdi. Først når avstanden blir så kort at en bør foretrekke primær PCI foran trombolyse får kortere avstand betydning for primært behandlingsvalg. Ved PCI i Bodø vil denne effekten bare slå inn i eget lokalsykehusområde.

Befolkningen i Nord-Norge er ca 475 000. Det er i dag færre enn 100 000 som befinner seg i en slik avstand fra Tromsø at primær PCI er førstevalg for behandling ved STEMI. Med PCI i Bodø vil det fremdeles være over 300 000 av vår befolkning som bor slik at prehospital trombolyse vil gi best behandlingsresultat ved STEMI.

[NSTEMI og ustabil angina pectoris](#)

Nærhet til PCI-senter har for disse tilstandene mindre betydning. Høy kompetanse ved PCI-senteret er betydelig viktigere. Dette er eldre pasienter som ofte har mer kompleks sykdom og PCI behandlingen er gjerne en større utfordring. Her er det en stor andel pasienter som har etablert koronarsykdom fra før med tidligere CABG eller PCI. Med nedgang i dødelighet ved hjerteinfarkt øker denne kronikergruppen og den utgjør en særlig stor andel av hjertepasienter i Finnmark.

Første gangs infarkter går ned, men kronikerpopulasjonen, som trenger mer kompleks behandling, øker.

Invasiv utredning har her i de fleste tilfeller lavere hastegrad enn ved STEMI. Anbefalingene i internasjonale og nasjonale guidelines er likevel at en også ved NSTEMI skal gjøre invasiv utredning uten unødig forsinkelse. NSTEMI pasientene er en mer heterogen gruppe, for de klinisk ustabile i denne gruppen er hastegraden også høy, og det er viktig å kunne identifisere disse.

[Er vi ved UNN i stand til å møte krav om kortere ventetid før cag/PCI ved NSTEMI?](#)

Det er et klart potensiale for å redusere forsinkelse. Det er ingenting som tilsier at totalvolumet av NSTEMI vil øke nevneverdig. Lab kapasitet ved Hjertermedisinsk avdeling er tilstrekkelig, og vår kapasitet er ikke fullt utnyttet. Vi kan gjøre invasiv utredning av NSTEMI pasienter tidligere i forløpet uten at dette øker belastningen på våre laboratorier og sengepost / hjerteintensiv. Prosessen for å

redusere tiden fra pasienten er meldt til mottak hos oss har allerede kommet langt. Reduksjon av tid fra NSTEMI diagnostisert og indikasjon for invasiv utredning fastslått til angiografi handler mest om logistikk. Det er et opplagt potensiale for bedring av pasientflyt både mellom nord-norske lokalsykehus og UNN og innad i vårt sykehus. Ved bedring på dette punktet oppnår vi både kortere liggetider / mindre belastning på vår avdeling / bedre økonomi, og mindre ventetid for pasienten.

Årsaker til forsinkelser finnes også utenfor UNN. I 2015 varierte median tid fra innleggelse på de enkelte lokalsykehus med NSTEMI til ankomst UNN-Tromsø fra 23 til 50 timer. Pasientforløp kan åpenbart bedres også på lokalsykehusene. De nasjonale registrene for hjertesykdommer er ennå nye i Norge, bortimot fullstendige årsrapporter har vi bare for 2014 og 2015. Her kommer det frem tilsynelatende forskjeller mellom sykehusene som vi ikke tidligere har vært klar over. Erfaringer fra Sverige, som har en adskillig mer omfattende registertradisjon, er at sykehus som «kommer dårlig ut» klarer å endre sin praksis til det bedre. Det er sannsynlig at vi vil se det samme i Norge.

Det er imidlertid også faremomenter ved å presse tiden ned for NSTEMI til invasiv undersøkelse. Den initiale utredningen kan bli ufullstendig, risiko vil øke for feildiagnostisering, en kan overse kontraindikasjoner. Forhold / komorbiditet som burde føre til utsettelse av invasiv prosedyre kan forbli uoppdaget ved for stort hastverk. Koronar angiografi er en prosedyre som innebærer risiko for alvorlige komplikasjoner. Viktigheten av å identifisere pasienter med økt komplikasjonsrisiko må understrekes. Prosedyrer utført uten forsvarlig kvalitetssikring av indikasjon innebærer å utsette pasienter for risiko til ingen nytte.

[Ulemper ved oppsplitting av PCI-tilbud](#)

Vi risikerer å erstatte vårt middelstore PCI-senter med to svært små.

Fagmiljøet både for cag/PCI og generell hjertemedisin blir svakere. Det blir vanskeligere å bygge opp og opprettholde kompetanse. Implementering av nye metoder blir mer risikofylt og terskel for dette blir høyere.

Dårligere eller til og med bortfall av behandlingstilbud til pasienter med kompleks patologi - rekanalisering av kroniske okklusjoner / forkalkede lesjoner med behov for spesialutstyr som rotablator (spesialbor). Ikke mulig å oppnå forsvarlig kompetansenivå på diagnostiske metoder som brukes i mindre volum – IVUS / NIRS / OCT.

I forbindelse med diagnostisering og behandling av hjerteinfarkter avdekkes også ofte annen type hjertesykdom, klaffeproblemer, hjertesvikt, rytmeforstyrrelser. Her er det igjen behov for volum av pasienter for å utvikle og opprettholde kompetanse. For å holde den faglige standard som forventes, er det nødvendig med en høy grad av subspesialisering blant kardiologer på et universitetssykehus. Innenfor enkelte spesialfelt blir det små og sårbare fagmiljøer.

[Hva bør det fokuseres på for å få et enda bedre og mer likeverdig tilbud til pasienter med hjerteinfarkt i Nord-Norge?](#)

Fokus på tidlig prehospital trombolyse ved STEMI og bedring av logistikk i pasientforløp både for STEMI og NSTEMI. Her er det snakk om å sikre implementering av allerede eksisterende felles regionale retningslinjer for Helse-Nord. Den regionale behandlingsalgoritmen for brystsmertepasienten var utarbeidet allerede i 2004/2005. Likevel er den fremdeles ikke godt nok innarbeidet i landsdelen. Her ligger helt klart det vesentligste potensiale for bedring / utjevning av tilbud til hjerteinfarktpasienter i vår region.

Vår konklusjon er at Nord-Norge er best tjent med ett PCI senter. UNN-Tromsø er i dag i norsk sammenheng et mellomstort PCI-senter. Dette pasientvolumet bidrar vesentlig til at Hjertemedisinsk avdeling ved UNN Tromsø også er i stand til å opprettholde en generell faglig standard på akseptabelt nivå. Dersom det hadde vært holdepunkter for helsegevinst ved etablering av PCI i Bodø ville vi ha gått inn for dette, men alt tyder på at helsegevinsten vil bli marginal. Vi er bekymret for at effekten til og med kan bli negativ på grunn av kompetansereduksjon ved to separate og svært små sentra, økt risiko for komplikasjoner, vanskelig å opprettholde mer krevende behandlingstilbud. Det er i landsdelens interesse å opprettholde et hjertesenter som kan utføre utredninger og gi behandling på et nivå som ellers oppfattes som standard for universitetssykehus i Norge, samt være en støtte for landsdelens lokalsykehus. Et nytt PCI senter i Bodø er ikke svaret på de utfordringene vi står overfor med å heve kvalitet og sikre likeverdig behandling for pasienter med hjerteinfarkt i Nord-Norge. Dette vil kun være til nytte for 15-20 % av den nordnorske befolkningen. I vår tynt befolkede landsdel er det andre faktorer som er avgjørende for våre pasienters trygghet: 1) Høyt faglig nivå på prehospitaltjenester og lokalsykehus. 2) En effektiv kjede til sentraliserte høyspesialiserte behandlingstilbud.

1. Fibrinolysis or Primary PCI in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Paul W. Armstrong et al N Engl J Med 2013;368:1379-87.

Tromsø 19.01.2017

Thor Trovik
Avdelingsoverlege / Avdelingsleder
Hjertemedisinsk avdeling
UNN Tromsø

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
10/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Jorhill Andreassen		Saksbehandler: Marit Lind

Dialogavtale for 2018 mellom styret og administrerende direktør**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner de foreslåtte justeringene i gjeldende dialogavtale for 2017.
2. Styret godkjenner forslaget til dialogavtale for 2018 mellom styret og administrerende direktør.
3. Styret ber om at direktøren legger dialogavtalen til grunn for UNNs virksomhetsplanlegging 2018, og forutsetter at det inngås tilsvarende avtaler på klinikk-/senternivå, avdelingsnivå og seksjonsnivå i hele organisasjonen.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har som grunnlag for administrerende direktørs oppdrag vedtatt en direktørinstruks. Denne tar for seg direktørens plikter overfor styret, og den fastsetter formelle rammer rundt den daglige ledelse og utvikling av foretaket. Instruksen er i tråd med krav fra Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dialogavtaleverktøyet kommer som et tillegg til instruksen, og er å forstå som et dynamisk verktøy til bruk i kontinuerlig virksomhetsstyring. Metodikken ble etablert i 2007 ved implementering av ny organisasjonsstruktur. De strategiske hovedretningene i dialogavtaleverktøyet er siden justert slik at disse samsvarer med de strategiske hovedretningene i Strategisk utviklingsplan.

Dialogavtalen mellom styret og administrerende direktør tar utgangspunkt i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF. Oppdragsdokumentet vedtas imidlertid ikke før i februar det året det gjelder, mens direktøren må starte virksomhetsplanlegging for neste driftsår om lag 10 måneder før årsskiftet for å overholde tidsfrister og utarbeide en god virksomhetsplan. Direktøren har derfor allerede nå behov for signaler fra styret som kan legges til grunn for innværende års arbeid med virksomhetsplanleggingen for 2018. Dette behovet løses gjennom styrebehandling av direktørens dialogavtale for 2018.

Avtalen vil bli presentert på den årlige ledersamlingen i mars måned, der ledere fra alle nivåer deltar. Samlingen er en viktig milepæl i arbeidet med neste års virksomhetsplan. Klinik- og senterledere starter på ledersamlingens dag 2 arbeidet med egne virksomhetsplaner med bakgrunn i dialogavtalen som styret har inngått med direktøren.

Oppdragsdokumentet for 2017 foreligger nå i endelig utgave, og vil bli vedtatt i foretaksmøtet 01.02.2017. Innholdet medfører behov for noen mindre justeringer i direktørens dialogavtale for inneværende år.

Formål

Formålet med denne saken er å vedta justeringer i direktørens dialogavtale for 2017 og innhold i dialogavtalen for 2018.

Saksutredning

Dialogavtalene skal forene behovet for overordnet strategisk virksomhetsstyring med behovene for egne faglige initiativer og helhetlig planlegging i de utøvende delene av virksomheten. Avtalen har ulikt fokus på de forskjellige organisatoriske nivåene. På overordnet nivå er dialogavtalen et strategisk verktøy som inneholder de kontinuerlige og komplekse målsettingene. På mellomledernivå benyttes den til mer operasjonell styring, og på utøvende nivå skal dialogavtalen bidra til å administrere utførelsen av konkrete tiltak for å nå mål.

I dialogavtalene får hvert nivå mulighet til å definere hvordan man best kan løse egne utfordringer, samtidig som organisasjonens strategi understøttes ved at målsettingene utarbeides i tråd med vedtatte overordnede strategier, satsinger og prioriteringer. Dialogavtalen mellom styret og direktøren inneholder satsinger som presiserer de organisasjonsgjennomgående prioriteringene. Forslaget til avtale er avstemt mot Strategisk utviklingsplan justeres etter styringssignaler i kommende oppdragsdokument. Tiltak etableres fra klinikknivå og videre nedover i organisasjonen.

Dynamikk er et bærende prinsipp i virksomhetsstyringssystemet, og gjenspeiles i dialogavtalene som styringsverktøy. Det som løftes fram i dialogavtalen er prioriterte satsinger som fordrer særskilt lederfokus i styringssløyfen, med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering. Dialogavtalene er dynamisk innrettet slik at det er mulig å gjøre justeringer, særlig av tiltakene, dersom det er nødvendig.

Et annet bærende prinsipp er fokus. Det vil si at styringsverktøyet skal bidra til at oppmerksomhet, lederkraft og ressurser dreies mot det som er viktigst for å nå prioriterte mål. Antallet satsinger i dialogavtalen må derfor balanseres med hensyn til ivaretagelsen av tilstrekkelig fokus i virksomhetsstyringen. Det betyr at implementerte satsinger, etter vurdering, løftes ut av dialogavtalene, og over i faste rutiner og prosedyrer hvor de ivaretas på permanent basis uten å eksplisitt framgå i dialogavtalen.

Direktørens forslag til dialogavtale for 2018 fremgår av vedlegg 1 og forslaget til justert avtale for 2017 av vedlegg 2. Vedlegg 3 er en endringstabell som viser forslagene til justering av avtalen for 2017, og foreslåtte endringer fra 2017 til 2018.

Justeringsforslagene for 2017 er hovedsakelig knyttet til implementering av den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten samt til oppfølging av styresaken

om kontinuerlig forbedring som også fremmes i dette møtet. Det er presisert at IKT-systemet Ping skal implementeres og at dataene skal anvendes til kontinuerlig forbedring, at indikatorutviklingen som er gjennomført i kvalitetsinformasjonssystemet UNN-KIS skal løftes over i det felles regionale ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS, at det skal etableres et nettverk av forbedringskonsulenter i hele organisasjonen, og at det skal utvikles tiltak for å nå måltallene for de nye hovedindikatorerne som ble vedtatt i forbindelse med Virksomhetsplan 2017. Det foreslås også at det stilles krav om utvikling av konkrete tiltaksplaner for oppfølging av resultatene fra medarbeiderundersøkelsen 2016 samt oppfølging av forslagene fra den partssammensatte arbeidsgruppen som har utviklet tiltak for styrking av partssamarbeidet.

I forslaget til dialogavtale for 2018 er mål som forventes nådd i løpet av 2017 når det gjelder blant annet kreftpakkeforløpene, bruk av pasienthotellet og konsolidering av kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg (KVAM) strukturen løftet ut av avtalen. Justeringene for 2017 knyttet til den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring samt kontinuerlig forbedring foreslås videreført i 2018. Det foreslås presisert at arbeidet med å utjevne variasjon og planlegge aktivitet basert på vurderinger av behov i befolkningen skal baseres på data fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) og andre tilgjengelige kilder. Det er tatt inn et nytt mål om å løse kapasitetsutfordringene i lokalsykehusfunksjonene for somatikk ved UNN-Tromsø, og om bedre samarbeid med kommunene om bruk av kommunale akutte døgnplasser (KAD). Det foreslås også at UNN skal ha som mål å etablere et senter for fremragende klinisk forskning etter Forskningsrådets kommende utlysning av midler til dette. Målet om implementering av den regionale elektroniske løsningen for kurve og medikasjon (EKM) er også tatt inn i forslaget.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter 24. og 25.1.2017. Referater og protokoll fra disse møtene ble presentert for styret som referatsaker til styremøtet. Samtlige møter/ utvalg sluttet seg til at saken fremmes til styrets behandling 8.2.2017, med den innretning saken har fått.

Vurdering

Virksomhetsstyring ved hjelp av dialogavtaler mellom ledernivåene, ble innført som en del av det langsiktige utviklings- og omstillingsprosjektet. Dialogavtalene inneholder de til enhver tid gjeldende målsettingene for UNN, og skal fastsette foretakets ambisjoner, samt ivareta forskjellige krav fra myndigheter, oppdragsdokument, foretaksprotokoller, styrevedtak, mv.

Revideringen av foretakets hovedindikatorer for 2017 og direktørens dialogavtale for 2017 er eksempler på at dynamikk som styringsprinsipp tas i bruk i økende grad. Selv om foretakets overordnede strategi ligger fast over tid, må det defineres hva som er virksomhetens viktigste prioriteter og satsinger på kort sikt, gitt regulatoriske krav, vilkår for finansiering, eierstyring og planer.

Dialogavtalene skal inneholde de til enhver tid relevante operative målsettingene for UNN, som det planlegges målrettede tiltak på grunnlag av, og som blir gjenstand for ledelsesfokus og dialog med hensyn til resultater. Styrets godkjenning av dialogavtalen til administrerende direktør utgjør et viktig utgangspunkt for planprosessene rundt virksomhetsstyringen hvert år.

Konklusjon

Direktørens dialogavtale med styret foreslår endringer i gjeldende dialogavtale for 2017 og forslag til overordnede satsinger for 2018. Direktørens dialogavtale vil være retningsgivende for målsettingene som etableres på klinikk-, avdelings- og seksjonsnivå i organisasjonen. Dialogavtaleverktøyet er dynamisk slik at det er mulig å gjøre justeringer i avtalen dersom det er nødvendig når oppdragsdokumentet for 2018 foreligger.

Direktøren ber om at styret godkjenner forslaget til dialogavtale for direktøren for 2018, samt justeringer i vedtatt dialogavtale for 2017.

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Dialogavtale for 2018 mellom styret ved UNN og administrerende direktør.
2. Justert dialogavtale for 2017.
3. Endringstabell for dialogavtale 2017 og ny avtale for 2018.

Forslag til dialogavtale for administrerende direktør – 2018

Pasientforløp

- Med utgangspunkt i rapporter fra SKDE, skal UNNs klinikker og sentra arbeide for å utjevne variasjon i forbruk og sikre et likeverdig tilbud for spesialisthelsetjenestene.

Samhandling og funksjonsfordeling

- UNN skal utvikle en tydeligere funksjonsfordeling mellom regions- og lokalsykehusfunksjonene, både internt i eget foretak og i samarbeidet med de andre helseforetakene i regionen.
- UNN skal definere lokalsykehusfunksjonen ved UNN-Tromsø tydeligere, og slik bidra til å løse kapasitetsutfordringer.
- UNN skal bidra til mer helhetlige pasientforløp og bedre kapasitetsutnyttelse gjennom samarbeid med relevante kommuner om bruk av KAD-senger og helsehusene.
- *(Satsing om samhandling med avtalespesialistene blir formulert når Oppdragsdokument 2017 foreligger.)*

Kvalitet og pasientsikkerhet

- UNNs aktiviteter skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres etter prinsippene for kontinuerlig forbedring og i tråd med *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.
- UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle en åpenhetskultur der avviksmeldinger, konstruktive kritiske innspill og varslinger brukes i arbeidet med kontinuerlig forbedring.
- UNN skal utarbeide fullstendige beredskapsplaner og treårig rullerende plan for øvelser i beredskapssammenheng.
- UNN skal kontinuerlig gjennomføre målrettede tiltak for å oppfylle måltallene som er fastsatt for foretakets hovedindikatorer.
- UNN skal utvikle og endre virksomheten for å sikre at kravene i pasient- og brukerrettighetsloven overholdes.

Forskning

- UNN skal etablere senter for fremdragende forskning.

Teknologi og e-helse

- UNN skal arbeide for å implementere elektronisk kurve og medikasjon, samt etablering av funksjonell forvaltning for kliniske IKT-systemer.
- UNN skal anvende ny og tilgjengelig teknologi for å fremme effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

Pasient- og brukermedvirkning

- UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning.
- UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle beslutningsstøtteverktøy for pasientmedvirkning.

Annet

Annet

- UNN skal samordne IKT-prosjektene og byggeprosjektene med organisasjonsutvikling samt prosessforbedring med lean-metoden for å oppnå forbedringer i kvalitet og driftsøkonomi.
- UNN skal ha særskilt fokus på utfordringene rundt operasjonskapasitet gjennom utbyggingsfasen for A-fløya.
- UNN skal ha et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid som understøtter foretakets visjon og bidrar til kontinuerlig utvikling og forbedring.

Kommunikasjon

- UNN skal forbedre internkommunikasjonen gjennom å følge opp tiltaksforslag fra partssammensatt arbeidsgruppe.

Forslag til revidert dialogavtale for administrerende direktør – 2017

Pasientforløp

- UNN skal følge opp implementeringen av pakkeforløp for pasienter med mistenkt kreft og arbeide for å overholde standard forløpstid.
- Med utgangspunkt i rapporter fra SKDE skal UNNs klinikker og sentra arbeide for å utjevne variasjon i forbruk og sikre et likeverdig tilbud for spesialisthelsetjenestene.
- UNN skal stadig utnytte det gjenværende potensialet for bruk av pasienthotellet som virkemiddel i dreningen fra døgn- til dagbehandling.

Samhandling og funksjonsfordeling

- UNN skal utvikle en tydeligere funksjonsfordeling mellom regions- og lokalsykehusfunksjonene, både internt i eget foretak og i samarbeidet med de andre helseforetakene i regionen.
- UNN skal definere lokalsykehusfunksjonen ved UNN-Tromsø tydeligere, og slik bidra til å løse kapasitetsutfordringer.
- UNN skal bidra til mer helhetlige pasientforløp og bedre kapasitetsutnyttelse gjennom samarbeid med relevante kommuner om bruk av KAD-senger og helsehusene.
- *(Satsing om samhandling med avtalespesialistene blir formulert når Oppdragsdokument 2017 foreligger.)*

Kvalitet og pasientsikkerhet

- UNNs aktiviteter skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres etter prinsippene for kontinuerlig forbedring og i tråd med *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.
- UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle en åpenhetskultur der avviksmeldinger, konstruktive kritiske innspill og varslinger brukes i arbeidet med kontinuerlig forbedring.
- UNN skal rette økt oppmerksomhet mot pasientenes opplevelse av kvaliteten på behandlingen. Ping skal implementeres, og informasjon fra systemet skal anvendes i arbeidet med kontinuerlig forbedring.
- UNN skal slutføre implementeringen av Pasientsikkerhetsprogrammet i relevante enheter.
- UNN skal sørge for at kompetanse og dokumentasjon som er opparbeidet fra UNN KIS blir ivaretatt og kommer til anvendelse i HN LIS. Nødvendige strukturer og prosesser for forvaltningen av HN LIS skal strykes slik at behovet for styringsinformasjon i kjernevirksomheten dekkes i størst mulig grad.
- UNN skal konsolidere bruk av KVAM-strukturer for å fremme kvalitetsforbedringsarbeid.
- UNN skal etablere et nettverk av forbedringskonsulenter i hele organisasjonen.
- UNN skal utarbeide fullstendige beredskapsplaner og treårig rullerende plan for øvelser i beredskapssammenheng.
- UNN skal kontinuerlig gjennomføre målrettede tiltak for å oppfylle måltallene som er fastsatt for foretakets hovedindikatorer.
- UNN skal utvikle og endre virksomheten for å sikre at kravene i pasient- og brukerrettighetsloven overholdes.

Utdanning og rekruttering

- UNN skal i samarbeid med utdanningsinstitusjoner bidra til at dimensjoneringen av læringer er i overensstemmelse med framtidig behov.
- UNN skal samle kompetansen om én metode for e-læring som del av etableringen av Kvalitets- og utviklingscenteret.

Forskning

- UNN skal, i samarbeid med Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø, legge til rette for gjennomføring av Tromsø 7 (Tromsøundersøkelsen).
- UNN skal gå inn for å få støtte til senter for fremdragende forskning.

Teknologi og e-helse

- UNN skal gjennomføre FIKS-prosjektet og være aktiv bidragsyter i utviklingen av strukturert journal, samt prosess- og beslutningsstøtte i den elektroniske pasientjournalen. Innføring av EKM og funksjonell forvaltning skal løftes fram som viktige mål etter FIKS-prosjektet.
- UNN skal anvende ny og tilgjengelig teknologi for å fremme effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

Pasient- og brukermedvirkning

- UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning.
- UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle beslutningsstøtteverktøy for pasientmedvirkning.

Annet

Annet

- UNN skal samordne IKT-prosjektene og byggeprosjektene med organisasjonsutvikling samt prosessforbedring med lean-metoden for å oppnå forbedringer i kvalitet og driftsøkonomi.
- UNN skal ha særskilt fokus på utfordringene rundt operasjonskapasitet gjennom utbyggingsfasen for A-fløya.
- Ved alle store investeringsprosjekter skal det gjennomføres en koordinert organisasjonsutviklingsprosess.
- UNN skal ha et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid som understøtter foretakets visjon og bidrar til kontinuerlig utvikling og forbedring.

HR

- UNN skal videreføre satsingen på aktivitetsbasert bemanning for å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen og bedre arbeidsmiljø.
- UNN skal presentere og følge opp resultatene fra medarbeiderundersøkelsen med konkrete handlings- og tiltaksplaner.

Kommunikasjon

- UNN skal forbedre internkommunikasjonen gjennom å følge opp tiltaksforslag fra partssammensatt arbeidsgruppe.

Endringstabell – direktørens dialogavtale med UNN-styret for 2017 og 2018

2017 – vedtatt versjon	Endring/justering	2017 – revidert versjon	2018 - forslag
PASIENTFORLØP			
UNN skal følge opp implementeringen av pakkeforløp for pasienter med mistenkt kreft og arbeide for å overholde standard forløpstid.	<i>Består i 2017. Vil bli løftet ut av direktørens dialogavtale i 2018.</i>	UNN skal følge opp implementeringen av pakkeforløp for pasienter med mistenkt kreft og arbeide for å overholde standard forløpstid.	
UNN skal arbeide for å utjevne variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester og sikre et likeverdig tilbud for regionen.	<i>Satsingen videreføres og presiseres for 2018.</i>	Med utgangspunkt i rapporter fra SKDE, skal UNNs klinikker og sentra arbeide for å utjevne variasjon i forbruk og sikre et likeverdig tilbud for spesialisthelsetjenestene.	Med utgangspunkt i rapporter fra SKDE, skal UNNs klinikker og sentra arbeide for å utjevne variasjon i forbruk og sikre et likeverdig tilbud for spesialisthelsetjenestene.
UNN skal ha kontinuerlig fokus på at pasienthotellet benyttes for å bidra til dreningen fra døgn- til dagbehandling.	<i>Videreføres med mål om å utnytte det gjenværende potensial for bruk av pasienthotellet med bakgrunn i funn og konklusjoner fra masteroppgave v/Joakim Sjøbeck og Lars Røslie. Satsingen løftes ut av direktørens dialogavtale i 2018.</i>	UNN skal stadig utnytte det gjenværende potensialet for bruk av pasienthotellet som virkemiddel i dreningen fra døgn- til dagbehandling.	
SAMHANDLING OG FUNKSJONSFORDELING			
UNN skal bruke den nyetablerte arenaen for samhandling med avtalespesialistene og andre private aktører til å sikre god samhandling også med disse aktørene.	<i>Videreføres i 2017 og 2018.</i>	<i>(Satsing blir formulert når Oppdragsdokument 2017 foreligger.)</i>	<i>(Satsing blir formulert når Oppdragsdokument 2017 foreligger.)</i>

UNN skal utvikle en tydeligere funksjonsfordeling mellom regions- og lokalsykehusfunksjonene, både internt i eget foretak og i samarbeidet med de andre helseforetakene i regionen.	<i>Videreføres.</i>	UNN skal utvikle en tydeligere funksjonsfordeling mellom regions- og lokalsykehusfunksjonene, både internt i eget foretak og i samarbeidet med de andre helseforetakene i regionen.	UNN skal utvikle en tydeligere funksjonsfordeling mellom regions- og lokalsykehusfunksjonene, både internt i eget foretak og i samarbeidet med de andre helseforetakene i regionen.
UNN skal definere lokalsykehusfunksjonen ved UNN Tromsø tydeligere, og slik bidra til å løse kapasitetsutfordringer.	<i>Videreføres. Konkretiseres ytterligere for 2018.</i>	UNN skal definere lokalsykehusfunksjonen ved UNN-Tromsø tydeligere, og slik bidra til å løse kapasitetsutfordringer.	UNN skal definere lokalsykehusfunksjonen ved UNN-Tromsø tydeligere, og slik bidra til å løse kapasitetsutfordringer.
	<i>Ny målsetting for 2017–2018.</i>	UNN skal bidra til mer helhetlige pasientforløp og bedre kapasitetsutnyttelse gjennom samarbeid med relevante kommuner om bruk av KAD-senger og helsehusene.	UNN skal bidra til mer helhetlige pasientforløp og bedre kapasitetsutnyttelse gjennom samarbeid med relevante kommuner om bruk av KAD-senger og helsehusene.
KVALITET OG PASIENTSIKKERHET			
UNN skal ha fokus på å utvikle seg som en lærende organisasjon, der resultater fra kvalitetsregistre, tilsyn og revisjoner skal brukes til utvikling og forbedring.	<i>Revidert i tråd med ny forskrift (1.1.17) om ledelse og kvalitetsforbedring.</i>	UNNs aktiviteter skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres etter prinsippene for kontinuerlig forbedring og i tråd med <i>forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.</i>	UNNs aktiviteter skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres etter prinsippene for kontinuerlig forbedring og i tråd med <i>forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.</i>
UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle en åpenhetskultur der avviksmeldinger, konstruktive kritiske innspill og varslinger brukes i arbeidet med kontinuerlig forbedring.	<i>Videreføres med tiltak om å implementere forslag fra partssammensatt arbeidsgruppe.</i>	UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle en åpenhetskultur der avviksmeldinger, konstruktive kritiske innspill og varslinger brukes i arbeidet med kontinuerlig forbedring.	UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle en åpenhetskultur der avviksmeldinger, konstruktive kritiske innspill og varslinger brukes i arbeidet med kontinuerlig forbedring.
UNN skal rette økt oppmerksomhet mot pasientenes opplevelse av kvaliteten på behandlingen.	<i>Videreføres og konkretiseres i 2017 med tiltak om å implementere Ping, samt</i>	UNN skal rette økt oppmerksomhet mot pasientenes opplevelse av kvaliteten på behandlingen. Ping skal implementeres,	

	<i>anvende informasjonen til kontinuerlig forbedringsarbeid. Målsettingen løftes ut av direktørens dialogavtale i 2018.</i>	og informasjon fra systemet skal anvendes i arbeidet med kontinuerlig forbedring.	
UNN skal slutføre implementeringen av Pasientsikkerhetsprogrammet i relevante enheter.	<i>Videreføres i 2017. Fra 2018 vil målsettingen følges opp gjennom implementeringen av prinsippene for kontinuerlig forbedring.</i>	UNN skal slutføre implementeringen av Pasientsikkerhetsprogrammet i relevante enheter.	
Ledelses- og kvalitetsinformasjonssystemer skal videreutvikles og anvendes til å presentere relevant klinisk og faglig kvalitetsinformasjon til styrings-, lærings- og forbedringsarbeid.	<i>Målsettingen videreføres som presisering om å ivareta kompetanse og dokumentasjon etter beslutning om overgang til ett ledelsesinformasjonssystem for UNN, samt at nødvendige strukturer og prosesser styrkes for å tydeliggjøre og utvikle kjernevirksomhetens behov for styringsinformasjon. Satsingen løftes ut av direktørens dialogavtale i 2018.</i>	UNN skal sørge for at kompetanse og dokumentasjon som er opparbeidet fra UNN KIS blir ivaretatt og kommer til anvendelse i HN LIS. Nødvendige strukturer og prosesser for forvaltningen av HN LIS skal strykes slik at behovet for styringsinformasjon i kjernevirksomheten dekkes i størst mulig grad.	
UNN skal konsolidere bruk av KVAM-strukturer for å fremme kvalitetsforbedringsarbeid.	<i>Videreføres i 2017. Satsingen løftes ut av direktørens dialogavtale i 2018, da konsolideringen forventes å være ferdigstilt.</i>	UNN skal konsolidere bruk av KVAM-strukturer for å fremme kvalitetsforbedringsarbeid.	
UNN skal fortsatt utdanne medarbeidere i prosessforbedring med lean som metode.	<i>Satsingen endres i tråd med initiativet med hensyn til kontinuerlig forbedring. Kvalitetsnettverket for kvalitets-/forbedringsrådgiverne etableres som satsing i 2017.</i>	UNN skal etablere et nettverk av forbedringskonsulenter i hele organisasjonen.	

UNN skal utarbeide fullstendige beredskapsplaner og treårig rullerende plan for øvelser i beredskapssammenheng.	<i>Videreføres.</i>	UNN skal utarbeide fullstendige beredskapsplaner og treårig rullerende plan for øvelser i beredskapssammenheng.	UNN skal utarbeide fullstendige beredskapsplaner og treårig rullerende plan for øvelser i beredskapssammenheng.
UNN skal stadig ha fokus på å nå målet om null fristbrudd.	<i>Videreføres som del av ny satsing om UNNs hovedindikatorer.</i>		
UNN skal arbeide målrettet og kontinuerlig med å redusere antall langtidsventende. Ingen skal vente mer enn 12 måneder, og gjennomsnittlig ventetid skal ligge godt under nasjonale krav.	<i>Videreføres som del av ny satsing om UNNs hovedindikatorer.</i>		
	<i>Ny satsing for 2017-2018 om å følge opp og overholde måltall for UNNs hovedindikatorer.</i>	UNN skal kontinuerlig gjennomføre målrettede tiltak for å oppfylle måltallene som er fastsatt for foretakets hovedindikatorer.	UNN skal kontinuerlig gjennomføre målrettede tiltak for å oppfylle måltallene som er fastsatt for foretakets hovedindikatorer.
UNN skal utvikle og endre virksomheten for å sikre at kravene i pasient- og brukerrettighetsloven overholdes.	<i>Videreføres.</i>	UNN skal utvikle og endre virksomheten for å sikre at kravene i pasient- og brukerrettighetsloven overholdes.	UNN skal utvikle og endre virksomheten for å sikre at kravene i pasient- og brukerrettighetsloven overholdes.
UTDANNING OG REKRUTTERING			
UNN skal øke antall lærlinger.	<i>Satsingen videreføres i 2017 med som mål om å etablere samarbeidsrelasjoner til relevante utdanningsinstitusjoner. Satsingen løftes ut av direktørens dialogavtale i 2018.</i>	UNN skal i samarbeid med utdanningsinstitusjoner bidra til at dimensjoneringen av lærlinger er i overensstemmelse med framtidig behov.	

UNN skal utvikle og bredde bruken av e-læring som verktøy for utdanning og kompetanseutvikling.	<i>Videreføres i 2017 og løftes ut av direktørens dialogavtale i 2018.</i>	UNN skal samle kompetansen om én metode for e-læring som del av etableringen av Kvalitets- og utviklingscenteret.	
FORSKNING			
UNN skal, i samarbeid med det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø, legge til rette for gjennomføring av Tromsø 7 (Tromsøundersøkelsen).	<i>Videreføres i 2017. Løftes ut av direktørens dialogavtale i 2018.</i>	UNN skal, i samarbeid med Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø, legge til rette for gjennomføring av Tromsø 7 (Tromsøundersøkelsen).	
UNN skal videreføre satsingen på forskning for å nå målene i den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21.	<i>Videreføre i 2017 med mål om å få støtte til senter for fremdragende forskning med påfølgende mål om etablering i 2018. Satsingen om HelseOmsorg21 løftes ut av direktørens dialogavtale i 2018.</i>	UNN skal gå inn for å få støtte til senter for fremdragende forskning.	UNN skal etablere senter for fremdragende forskning.
TEKNOLOGI OG E-HELSE			
UNN skal gjennomføre FIKS-prosjektet og være aktiv bidragsyter i utviklingen av strukturert journal, samt prosess- og beslutningsstøtte i den elektroniske pasientjournalen.	<i>Satsingen løftes ut av direktørens dialogavtale i 2017. For 2017-2018 etableres mål om å følge opp EKM (elektronisk kurve og medikasjon) samt funksjonell forvaltning.</i>	UNN skal gjennomføre FIKS-prosjektet og være aktiv bidragsyter i utviklingen av strukturert journal, samt prosess- og beslutningsstøtte i den elektroniske pasientjournalen. Innføring av EKM og funksjonell forvaltning skal løftes fram som viktige mål etter FIKS-prosjektet.	UNN skal arbeide for å implementere elektronisk kurve og medikasjon, samt etablering av funksjonell forvaltning for kliniske IKT-systemer.
UNN skal anvende ny og tilgjengelig teknologi for å fremme effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen.	<i>Videreføres.</i>	UNN skal anvende ny og tilgjengelig teknologi for å fremme effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen.	UNN skal anvende ny og tilgjengelig teknologi for å fremme effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen.
PASIENT- OG BRUKERMEDVIRKNING			

UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning.	<i>Videreføres.</i>	UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning.	UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning.
UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle beslutningsstøtteverktøy for pasientmedvirkning.	<i>Videreføres.</i>	UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle beslutningsstøtteverktøy for pasientmedvirkning.	UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle beslutningsstøtteverktøy for pasientmedvirkning.
HR			
UNN skal videreføre satsingen på aktivitetsbasert bemanning for å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen og bedre arbeidsmiljø.	<i>Videreføres i 2017. Løftes ut av direktørens dialogavtale i 2018.</i>	UNN skal videreføre satsingen på aktivitetsbasert bemanning for å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen og bedre arbeidsmiljø.	
UNN skal følge opp resultatene fra medarbeiderundersøkelsen.	<i>Videreføres med endret ordlyd.</i>	UNN skal presentere og følge opp resultatene fra medarbeiderundersøkelsen med konkrete tiltaksplaner.	
UNN skal ha en målsetting om et sykefravær under 7,5 prosent.	<i>Videreføres som del av den nye satsingen om å overholde måltallene for foretakets hovedindikatorer.</i>		
KOMMUNIKASJON			
	<i>Ny målsetting for 2017 og 2018 om å forbedre internkommunikasjonen ved å følge opp tiltaksforslag fra partssammensatt arbeidsgruppe.</i>	UNN skal forbedre internkommunikasjonen gjennom å følge opp tiltaksforslag fra partssammensatt arbeidsgruppe.	UNN skal forbedre internkommunikasjonen gjennom å følge opp tiltaksforslag fra partssammensatt arbeidsgruppe.
ANNET			

UNN skal samordne IKT-prosjektene og byggeprosjektene med organisasjonsutvikling samt prosessforbedring med lean-metoden for å oppnå forbedringer i kvalitet og driftsøkonomi.	<i>Videreføres.</i>	UNN skal samordne IKT-prosjektene og byggeprosjektene med organisasjonsutvikling samt prosessforbedring med lean-metoden for å oppnå forbedringer i kvalitet og driftsøkonomi.	UNN skal samordne IKT-prosjektene og byggeprosjektene med organisasjonsutvikling samt prosessforbedring med lean-metoden for å oppnå forbedringer i kvalitet og driftsøkonomi.
UNN skal ha særskilt fokus på utfordringene rundt operasjonskapasitet gjennom utbyggingsfasen for A-fløya.	<i>Videreføres.</i>	UNN skal ha særskilt fokus på utfordringene rundt operasjonskapasitet gjennom utbyggingsfasen for A-fløya.	UNN skal ha særskilt fokus på utfordringene rundt operasjonskapasitet gjennom utbyggingsfasen for A-fløya.
Ved alle store investeringsprosjekter skal det gjennomføres en koordinert organisasjonsutviklingsprosess.	<i>Videreføres i 2017. Løftes ut av direktørens dialogavtale i 2018.</i>	Ved alle store investeringsprosjekter skal det gjennomføres en koordinert organisasjonsutviklingsprosess.	
UNN skal ha et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid som understøtter foretakets visjon og bidrar til kontinuerlig utvikling og forbedring.	<i>Videreføres.</i>	UNN skal ha et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid som understøtter foretakets visjon og bidrar til kontinuerlig utvikling og forbedring.	UNN skal ha et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid som understøtter foretakets visjon og bidrar til kontinuerlig utvikling og forbedring.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
11/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

Forberedende virksomhetsplanlegging 2018

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at det i økende grad er utfordrende å opprettholde dagens ambisjonsnivå innen pasientbehandling, forskning og utdanning og samtidig ivareta vedlikeholds- og investeringsbehovene.
2. Styret slutter seg til direktørens strategi og fremdriftsplan for virksomhetsplanleggingen for 2018.
3. Styret understreker at befolkningsbasert aktivitetsplanlegging og forsterket styring av aktivitet er en forutsetning for å skape nødvendig sammenheng mellom virksomhetsplanen og budsjettet, og ber om at aktivitetsplanene legges til grunn for prioriteringer og endelig fordeling av omstillingsutfordringen.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i styresak 71/2016 *Virksomhetsplanlegging UNN årshjul* at den årlige virksomhetsplanleggingen skal gjøres i vårhalvåret, mens langtidsplanleggingen gjøres på høsten. I tråd med vedtaket i styresaken er arbeidet med virksomhetsplanleggingen for 2018 startet i UNN.

Formål

Formålet med saken er å orientere styret om virksomhetsplanleggingen for 2018, og å be om styrets tilslutning til valg av strategi for planleggingen.

Saksutredning

Planlagt prosess for virksomhetsplanleggingen 2018

Virksomhetsplanlegging 2018 – prosess ble vedtatt i direktørens ledergruppe 20.12.2016. Virksomhetsplanleggingen gjøres i hovedsak på våren, og starter med aktivitetsplanlegging. Frister for ferdigstillelse av aktivitetsplaner, tiltaksplaner, indikatorark og dialogavtaler er

fastsatt. Foreløpige dialogavtaler med tilhørende budsjett, plantall og tiltak skal drøftes og godkjennes av direktøren. Oppfølgende dialogmøter holdes i mai.

I styrets møte i mars vil sak vedrørende langtidsplan og sak som omhandler tilbakemelding til Helse Nord RHF sin rullerende plan komme til behandling. I det samme møtet vil også Strategisk utviklingsplan for bygg legges frem. Direktøren vil videre komme tilbake til styret med status i arbeidet med virksomhetsplanlegging 2018 i junimøtet.

Plantall aktivitet

Det er utarbeidet felles mal for plantall, og klinikkene har startet arbeidet med aktivitetsplanlegging for 2018. Aktiviteten skal planlegges basert på behov, inkludert utvikling i befolkning, medisinsk og teknologisk utvikling og forbruksrater. Mulighet for aktivitetsreduksjon skal vurderes basert på de samme kriteriene. De ferdige aktivitetsplanene skal diskuteres, og eventuelle prioriteringer gjøres under virksomhetsplankonferansen i mars.

Foreløpig omstillingsutfordring

Årlige omstillingsutfordringer varierer, og er et resultat av endrede eksterne forutsetninger, interne prioriteringer samt endrede kostnader og inntekter. Inntektsrammene er om lag 6 mill kr lavere for 2018 enn inneværende år. Økte kostnader som gjelder IKT, A-fløy og PET-senter, interne prioriteringer og økt overskuddskrav, utgjør størstedelen av omstillingsutfordringen som foreløpig er på 180 mill kr, og inkluderer:

- 30 mill kr til tiltak i langtidsplanen
- 50 mill kr i intern omfordeling/ukjente forhold
- 10 mill kr til direktørens disposisjon
- 35 mill kr økt overskuddskrav (tilsammen 100 mill kr i overskudd i 2018)

Det er foreløpig ikke tatt høyde for økt vedlikehold og ombygging.

Fordeling omstillingsutfordring

Det er enighet om at flat fordeling av omstillingsutfordring ikke er en god metode, og UNN har derfor gjennom flere år deltatt i prosjekter som har arbeidet med kostnadssammenligninger (benchmarking) med andre sykehus. Det har gjennom disse arbeidene ikke lyktes å identifisere virksomhetsområder, klinikker eller avdelinger i UNN som har et åpenbart høyere eller lavere relativt kostnadsnivå enn andre. Denne metoden er derfor nå forlatt som utgangspunkt for budsjettarbeid. Det arbeides videre i et felles nasjonalt prosjekt med utvikling av kostnad per pasient (KPP) som metode. Dette arbeidet tidligst anvendes i budsjettarbeidet for 2019.

Flat fordeling av omstillingsutfordringen basert på klinikkene/ sentrenes lønnsbudsjett er derfor, til tross for svakheter, det beste tilgjengelige utgangspunktet for å fordele innsparingskravene. Etter gjennomgang, diskusjon og prioritering av plantall for aktivitet kan fordelingen for omstillingsutfordring bli justert.

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Krav om å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling opprettholdes i 2018, og måles etter de samme parametrene som tidligere; aktivitet, ventetid, månedsverk og økonomi. Konkrete tiltak innenfor psykisk helse- og rusområdet skal prioriteres når potten på 50 mill kr til interne prioriteringer skal fordeles. Blant annet er det under planlegging et særskilt vedlikeholds-/ oppussingsprosjekt i tråd med handlingsplanen etter Sivilombudsmannens besøk i 2016.

Tiltak

Arbeidet med å utarbeide tiltak startet i første budsjettkonferanse i januar. Utarbeidelse av tiltaksliste følges opp fortløpende, og vurderes igjen av direktørens ledergruppe 7.2.2017. Hovedstrategien med kontinuerlig forbedring i alle ledd av virksomheten fortsetter. I tillegg vil også fellestiltak som er klinikkovergripende utredes nærmere.

Investeringer

Behovet for investeringer er stort og ordinære investeringsrammer fra Helse Nord RHF er ikke tilstrekkelig i forhold til behovet for reanskaffelser, ny teknologi, ombygginger med mer. Det planlegges derfor å øke internt overskuddkrav fra 25 mill kr i 2017 til 60 mill kr i 2018 (i tillegg til 40 mill i krav fra RHFet) for å øke investeringsrammene påfølgende år. Metode og mal for detaljplanlegging av investeringsbehovet i årene fremover er under arbeid. Det er en målsetting å ha mer detaljerte planer klare til tilbakemeldingen til RHF's rullering av investeringsplanen i mai. Saken vil bli styrebehandlet i UNN under styremøtet i mars.

Bærekraftanalyse og likviditet

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser en omstillingsutfordring på 180 mill kr i 2018, og gradvis økende til 799 mill kr i 2024. Omstillingsutfordringen er basert på foreløpige kjente endringer i inntekter og kostnader og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er også tatt høyde for nye interne prioriteringer og satsninger på 50 mill kr årlig, samt årlig videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. I tillegg er det satt av 10 mill kr årlig til direktørens pott for uforutsette forhold samt 30 mill kr til langtidsplan i 2018. Det er også forutsatt at økonomisk resultat i 2017 blir i henhold til plan. Oppdatert likviditetsanalyse viser en positiv likviditet i hele perioden 2018-2024, og det vil ikke være behov for å trekke av kredittrammen.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalget samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne innspills- og drøftingsmøter i forkant av denne styresaken. Referat/ protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker i styremøtet 8.2.2017.

Samtlige utvalg/ møter ga sin tilslutning til at saken oversendes styret til endelig behandling, med den innretning av saken som ble presentert i møtene.

Vurdering

UNN foretar nå et taktskifte i årshjulet for virksomhetsplanlegging, med årlig planlegging på våren, og langtidsplanarbeid på høsten. Taktskiftet er krevende rent kapasitetsmessig dette første året, ettersom arbeid med langtidsplan foregår samtidig med årlig virksomhetsplanlegging. Langtidsplanen, som legger grunnlag for årlig virksomhetsplanlegging er ikke ferdig, det samme gjelder strategiske utviklingsplaner for bygg og IKT. Dette, sammen med tidligere oppstart, gjør at UNN i planleggingen må ta høyde for usikkerhet og estimerer i større grad enn før. I omstillingsutfordringen foreslås det derfor satt av midler til interne omprioriteringer og satsinger fra langtidsplanen uten konkret underlagsdokumentasjon.

Midlene som er avsatt gir mulighet til prioriteringer litt senere i prosessen, uten å endre rammebetingelsene for klinikkene. Satsingene i interne prioriteringer og langtidsplan kan ikke overstige de avsatte beløpene, og må justeres dersom ytre rammebetingelser som det ikke er tatt høyde for endres. Direktøren vurderer at de avsatte midlene gir gode mulighetene til

prioriteringer, i tillegg til å være en risikoreduserende faktor i virksomhetsplanleggingen. Direktøren ønsker derfor at deler av de avsatte midlene ikke fordeles før de endelige rammebetingelsene er kjent.

Arbeidet med virksomhetsplanen for 2018 starter for første gang med aktivitetsplanlegging. Metoden for å synkronisere plantall i hele organisasjonen er ytterligere forbedret, og det er fokus på behovsbasert aktivitetsplanlegging. Direktøren mener dette vil gi bedre aktivitetsplaner enn tidligere, men erkjenner samtidig behovet for fortsatt metodeutvikling på dette området.

Inntektsrammene for 2018 reduseres med 6 mill kr i 2018 i forhold til 2017 i de foreløpige føringene vi har fått. Simulering for de nærmeste årene viser omtrent samme utvikling. Sammen med befolkningsutvikling, medisinsk og teknologisk utvikling, økende vedlikeholds- og ombyggingsbehov og satsinger i strategisk utviklingsplan gir dette store krav til omstilling i årene fremover. Det er direktørens vurdering at det i økende grad vil bli utfordrende å opprettholde dagens ambisjonsnivå innen pasientbehandling, forskning og utdanning og samtidig ivareta vedlikeholds- og investeringsbehovene.

Identifisering av mulig tiltak for 2018 er igangsatt. Vurdering og konkretisering av disse fortsetter i direktørens ledergruppe i februar. Samtidig jobber klinikkene med å identifisere ytterligere tiltak. Hovedstrategien med kontinuerlig forbedring i alle ledd av virksomheten fortsetter, samtidig som enkelte klinikkovergrepene vil utredes nærmere. Hovedargumentet for å starte planleggingen tidligere på året er å øke kvaliteten i planarbeidet, med tilstrekkelig tid til prosessene som kreves for utredning, planlegging og iverksetting av prioriteringer og tiltak.

Investeringsbehovet i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger med mer, er større enn de tildelte investeringsrammene fra Helse Nord RHF. Direktøren mener derfor at det er nødvendig å øke overskuddskravet i 2018 til 100 mill kr, som er 60 mill kr mer enn kravet fra Helse Nord RHF, og en økning på 35 mill kr fra konsolideringsåret 2017. Det er nødvendig med en mer detaljert investeringsplan for årene fremover, for bedre intern planlegging og prioritering samt bedre argumentasjon for ytterligere prioritering i regionen. I tilbakemeldingen til Helse Nord RHF's rullering av investeringsplanen, som skal styrebehandles ved UNN i mars, er ambisjonen å ha en større detaljeringsgrad på investeringsplanen, enn tidligere år.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at styret slutter seg til den foreslåtte prosess og strategi for virksomhetsplanleggingen for 2018.

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg – Forberedende virksomhetsplanlegging 2018

Vedlegg

Sak: Saksfremlegg til styresaken *Forberedende Virksomhetsplanlegging 2018*
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen/ Grethe Andersen
Møtedato: 8.2.2017

Saksfremlegget redegjør for:

1. Planlagt prosess for virksomhetsplanleggingen 2018
2. Plantall aktivitet
3. Foreløpig omstillingsutfordring
4. Simulering fordeling omstillingsutfordring
5. Tiltak
6. Investeringer
7. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

1. Planlagt prosess for virksomhetsplanleggingen 2018

Virksomhetsplanlegging 2018 – prosess ble vedtatt i direktørens ledergruppe 20.12.2016. Første virksomhetsplankonferanse ble holdt 12.1.2017 for direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud. Tema i konferansen var foreløpig omstillingsutfordring, fordeling av innsparingskrav og aktivitetsplanlegging.

Virksomhetsplankonferanse nr 2 er i begynnelsen av mars. Hovedtemaet vil være klinikkenes plantall som grunnlag for en felles prioriteringsdiskusjon med tilhørende beslutning om fordeling av omstillingsutfordring per klinikk. Ledersamlingens dag 2, 16.3.2017, skal brukes til virksomhetsplanlegging i klinikkene og sentrene, og endelige tiltakspakker skal ferdigstilles og besluttes. Detaljering av tiltakene og iverksettelsesplanlegging fortsetter frem til dialogmøtene i mai.

Det skal være en halvdags virksomhetsplankonferanse i april med hovedfokus på tiltak i klinikkene med presentasjon av ferdige tiltaksplaner.

Foreløpige dialogavtaler med tilhørende budsjett, plantall og tiltak skal drøftes og godkjennes av direktøren. Dialogmøtene holdes i mai.

2. Plantall aktivitet

Det er utarbeidet felles mal for plantall, og klinikkene har startet arbeidet med aktivitetsplanlegging for 2018. Aktiviteten skal planlegges basert på behov, inkludert utvikling i befolkning, medisinsk og teknologisk utvikling og forbruksrater. Mulighet for aktivitetsreduksjon skal vurderes basert på de samme kriteriene. Klinikkene skal levere plantall for heldøgnsopphold, dagopphold, polikliniske konsultasjoner (inkludert kontrollandel), polikliniske dagbehandling, liggedøgn, operasjonsaktivitet, laboratorieanalyser og



røntgenundersøkelser. Frist for å levere plantallene er satt til 15.2.2017 (1.3. for Diagnostisk klinikk og Operasjons- og intensivklinikken).

3. Foreløpig omstillingsutfordring

Omstillingsutfordringen er et resultat av endrede eksterne forhold, interne prioriteringer og endrede kostnader og inntekter. Foreløpig omstillingsutfordring er 180 mill kr, tabell 1.

Tabell 1 Foreløpig omstillingsutfordring for 2018

OMSTILLINGSUTFORDRING 2018	Minus = inntekter/reduerte kostnader Pluss = økte kostnader	2018
Inngangshastighet		0,0
Engangskostnader 2017 - Idefaseutredning Åsgård		-2,5
Sum korleksjon for engangseffekter		-2,5
Kapitalkompensasjon PET-senter		-10,0
Innfasing oppdatert modell psykisk helse og rus		-4,0
Revidering inntektsmodell utdanning		35,8
Styrking HF		-14,0
Overgangsordning pensjon		-43,0
Overgangsordning MVA		-7,5
Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (0,5 %):		
Herav basisramme		25,0
Herav reduserte takster/ISF		8,0
Effektiviseringskrav (klinisk farmasi, pasientreiser, legemidler og ERL)		4,0
Sum endrede eksterne inntektsforutsetninger		-5,7
Økte IKT kostnader		23,0
Økte kostnader A-fløy (halvårseffekt)		20,5
Netto økte driftskostnader PET-senter (etter inntekt)(halvårseffekt)		13,1
Endring avskrivninger og rentekostnader (halvårseffekt A-fløy og PET)		7,0
Egne prioriteringer		50,0
Direktørens pott		10,0
Langtidsplan		30,0
Økt overskuddskrav (til sammen 100, 60 over RHF krav - 65 i 2017)		35,0
Sum endrede internt påførte økte utfordringer		188,6
Omstillingsutfordring UNN		180,4

Inngangshastighet

Det forutsettes et resultat i henhold til internt resultatmål slik at inngangshastigheten for 2018 er i balanse.

Engangskostnader 2017 - Idefaseutredning Åsgård

Engangskostnader i 2017.

Kapitalkompensasjon PET-senter

Rammene til UNN øker med 10 mill kr gjennom kapitalkompensasjon for PET-senteret.

Innfasing oppdatert inntektsmodell psykisk helsevern og TSB



Inntektsmodellen for psykisk helsevern og TSB er oppdatert og det er besluttet en gradvis innfasing av effektene. For UNN utgjør dette 4 mill kr i økte rammer i 2018.

Revidering inntektsmodell utdanning

Foreløpig rapport vedrørende revidering av utdanningsforholdet i inntektsmodellen i somatikk viser at rammene til UNN blir redusert med 35,8 mill kr i 2018. Dette er fortsatt under arbeid, så det er heftet stor usikkerhet knyttet til beløp og innfasingstidspunkt.

Styrking HF

UNN får 14 mill kr i økte rammer i 2018 til generell styrking.

Overgangsordning pensjon

Det ble i 2017 innført en overgangsordning for å dempe omfordelingseffektene av endrede pensjonskostnader. For 2018 medfører det økte rammer for UNN på 43,0 mill kr.

Overgangsordning MVA

Det ble i 2017 innført en overgangsordning for å dempe omfordelingseffektene av innføring av mva-refusjon. For 2018 medfører det økte rammer for UNN på 7,5 mill kr.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform

Det legges til grunn at avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen vedvarer og medfører samlet sett en reduksjon i rammene for UNN på 33,0 mill kr årlig.

Effektiviseringskrav

Helse Nord RHF reduserer basisrammen til alle foretakene i et effektiviseringskrav som for UNN utgjør 4,0 mill kr.

Økte IKT-kostnader

Oppdatert oversikt fra Helse Nord IKT viser at IKT-kostnadene øker med 23 mill kr i 2018. Dette gjelder renter og avskrivninger av prosjekter, igangsatte prosjekter og driftskostnader.

Direktørens disposisjon

Det foreslås å budsjettere med 10 mill kr i 2018 til direktørens disposisjon. Dette skal brukes til eventuelle uforutsette kostnader.

Økte kostnader A-fløy

Det er tidligere beregnet økte faste kostnader knyttet til A-fløya på 41 mill kr. Det er tatt høyde for halvårsvirkning for 2018 og det utgjør 20,5 mill kr.

Økte kostnader PET-senter

Netto økte kostnader for PET-senteret utgjør 13,1 mill kr. Dette er halvårseffekt i 2018.

Endring i renter og avskrivninger

Renter og avskrivninger øker med 7 mill kr i 2018. Avskrivningskostnadene reduseres, mens rentekostnadene øker.

Egne prioriteringer



Erfaringstall viser at det årlig omprioriteres for ca. 50 mill kr. Det er derfor satt av 50 mill kr i økte kostnader for 2018.

Langtidsplan

Det settes av 30 mill kr til langtidsplan i 2018.

Økt overskuddskrav 2018

Det er behov for økte investeringsmidler i årene fremover, og det planlegges derfor å øke internt overskuddskrav med 35 mill kr til 100 mill kr totalt.

Vedlikehold og ombygginger

Det er foreløpig ikke satt av særskilte midler til økt vedlikehold og ombygginger i 2018. Arbeidet med strategisk utviklingsplan for bygg er planlagt ferdigstilt i løpet av våren. Økte kostnader til vedlikehold og ombygginger vil øke omstillingsutfordringen.

4. Fordeling av omstillingsutfordring

Flat fordeling av omstillingsutfordringen basert på klinikkens/sentrenes lønnsbudsjett brukes som utgangspunkt for å fordele innsparingskravene. Neste virksomhetsplankonferanse for ledergruppa foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud, 7.3.2017, vil bli brukt til gjennomgang, diskusjon og prioritering av plantall for aktivitet. Basert på prioriteringene kan fordelingen for omstillingsutfordring bli justert.

Den gylne regel

Krav om å oppfylle den gylne regel opprettholdes i 2018, og måles etter de samme parametrene som tidligere; aktivitet, ventetid, månedssverk og økonomi. Konkrete tiltak innenfor psykisk helse og rus skal prioriteres når potten på 50 mill kr til interne prioriteringer skal fordeles. Blant annet er det under planlegging et særskilt vedlikeholds-/oppussingsprosjekt etter Sivilombudsmannens besøk.

Tabell 2 Simulert fordeling av omstillingsutfordring per klinikk

Simulert fordeling av omstillingsutfordring	180 mill kr
10 - Akuttmedisinsk klinikk	13,4
11 - Longyearbyen sykehus	1,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	20,7
13 - Hjerte- lungeklinikken	11,5
15 - Medisinsk klinikk	17,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	11,5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	19,7
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	22,1
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	26,6
30 - Diagnostisk klinikk	17,7
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	0,1
45 - Drifts- og eiendomssenter	9,0
52 - Stabsenter	5,0
54 - Kvalitets- og utviklingssenteret	4,7
Sum per klinikk	180,0



5. Tiltak

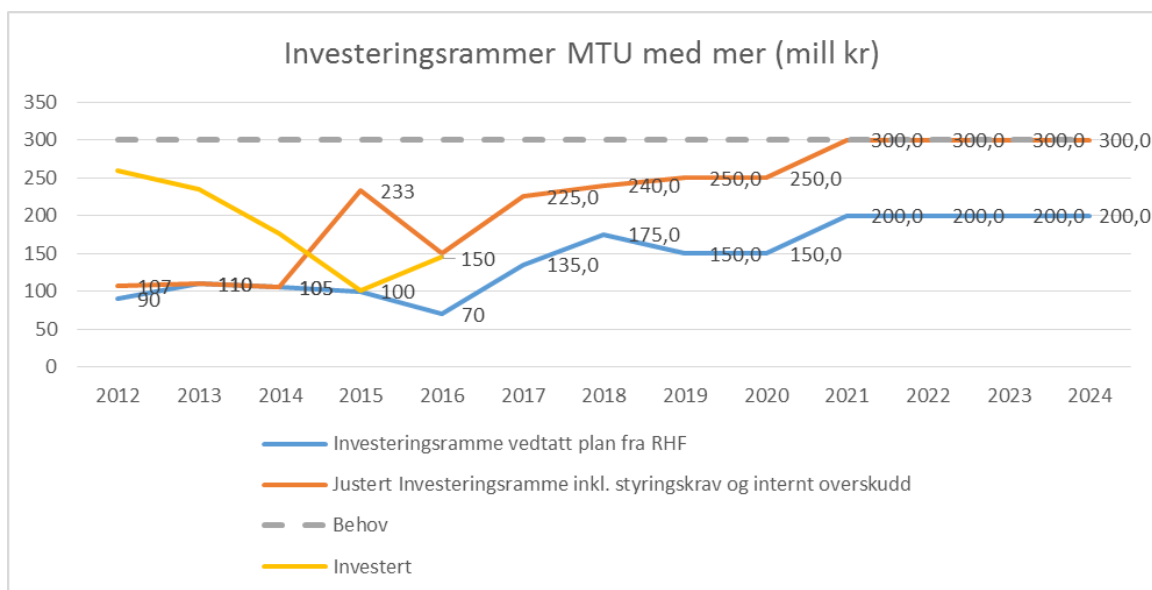
Simulert fordeling av omstillingsutfordring (tabell 2) brukes som utgangspunkt for klinikkenes og sentrene arbeid med omstillingstiltak. De klinikkvise/sentervise totale tiltakspakkene skal være ferdig besluttet innen 17.3.2017. Klinikkerne og sentrene må deretter jobbe med detaljplanlegging av tiltakene og iverksettelsesplan frem mot dialogmøtene i mai.

I virksomhetsplankonferansen kom det mange innspill til mulige tiltak. Innspillene er oppsummert og vil bli nærmere vurdert i ledergruppa 7.2.2017. Hovedstrategien med kontinuerlig forbedring i alle ledd av virksomheten fortsetter, men også noen fellestiltak som er klinikkovergripende vil utredes nærmere.

6. Investeringer

Behovet for investeringer er stort og ordinære investeringsrammer fra Helse Nord RHF er ikke tilstrekkelig i forhold til behovet for reanskaffelser, ny teknologi, ombygginger med mer. Det planlegges derfor å øke internt overskuddkrav fra 25 mill kr i 2017 til 60 mill kr i 2018 (i tillegg til 40 i krav fra RHF) for å øke investeringsrammene påfølgende år. Figur 1 viser utviklingen de siste årene og fremtidige rammer.

Figur 1 Investeringsrammer MTU med mer



Metode og mal for detaljplanlegging av investeringsbehovet i årene fremover er under arbeid. Det er en målsetting å ha mer detaljerte planer klare til tilbakemeldingen til RHF's rullering av investeringsplanen i april. Saken styrebehandles i UNN i styremøtet i mars.

7. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

Bærekraftanalyse

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser en omstillingsutfordring på 180 mill kr i 2018 og gradvis økende til 799 mill kr i 2024. Omstillingsutfordringen er basert på foreløpige kjente endringer i inntekter og kostnader og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er også tatt høyde for nye interne prioriteringer og satsninger



på 50 mill kr årlig, samt årlig videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. I tillegg er det satt av 10 mill kr årlig til direktørens pott for uforutsette ting samt 30 mill kr til langtidsplan i 2018. Det er også forutsatt at økonomisk resultat i 2017 blir i henhold til plan.

Øvrige forutsetning lagt til grunn i bærekraftanalysen:

- Vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF
- Økte investeringsrammer av internt overskudd benyttes til investeringer påfølgende år
- Investeringsramme P85 nye bygg 1
- A-fløy er 50 % lånefinansiert
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus
- 70 % lånefinansiering PET-senter
- Det er beregnet 3 % rente på lån og 2,8 % på egen likviditet
- Analysen er gjennomført i 2016 kroner
- 26,4 år avskrivningstid på nye bygg

Tabell 3 Bærekraftanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

Bærekraftanalyse UNN HF	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sum inntekter	7 121	7 125	7 103	7 091	7 058	7 025	6 992
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	6 957	7 058	7 115	7 176	7 213	7 253	7 293
Sum avskrivninger	216	266	279	291	314	365	352
Netto rentekostnader	27	26	24	24	23	41	46
Totale kostnader	7 201	7 350	7 417	7 491	7 550	7 660	7 691
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-80	-225	-314	-399	-491	-635	-699
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40
Internt overskuddskrav UNN	60	60	60	60	60	60	60
Sum resultatkrav	100	100	100	100	100	100	100
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-180,1	-325	-414	-499	-591	-735	-799
Sum effekter tiltaksplan	0	0	0	0	0	0	0
Uløst omstilling etter tiltaksplan	-180	-325	-414	-499	-591	-735	-799
Årlig endring omstillingsutfordring	180	145	89	85	92	143	64

¹ Forskjellen på p50 og p85 sier noen om risikoen for overskridelser i prosjektet. Desto høyere verdi desto lavere risiko for overskridelser. P50 betyr at det er 50 % sannsynlighet for at prosjektet kan gjennomføres til en kostnad lavere enn budsjett og 50 % sannsynlighet for overskridelser. P85 betyr at det er 85 % sannsynlighet for at prosjektet kan gjennomføres til en kostnad lik eller lavere enn budsjett og 15 % sannsynlighet for at kostnadene vil overskride rammen.



Likviditetsanalyse

Oppdatert likviditetsanalyse viser en positiv likviditet i hele perioden 2018-2024 og det vil ikke være behov for å trekke av kassakreditrammen.

Tabell 4 Likviditetsanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

Likviditetsberegning	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter								
Budsjettert resultat	40	40	40	40	40	40	40	40
Prognostisert overskudd 2016 utover krav								
Eget overskuddskrav	25	60	60	60	60	60	60	60
Avskrivninger/nedskrivninger	245	216	266	279	291	314	365	352
Likviditets effekt pensjon								
Diff pensjonskostnad/premie								
Andre endringer i omløpsmidler/kortsiktig gjeld som påvirker likviditet								
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	310	316	366	379	391	414	465	452
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter								
Endringer i forhold til vedtatt investeringsplan	150							
Investeringer eget overskuddskrav	-90	-65	-100	-100	-100	-100	-100	-100
Investeringsbudsjett investeringsplan iht fremdriftsplan	-1 374	-239	-215	-400	-700	-310	-200	-200
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-1 314	-304	-315	-500	-800	-410	-300	-300
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter								
Egenkapitaltilskudd 2015								
Innbet ved opptak av lån A-fløy	457	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån PET senter	345	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Pasienthotell	0	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Narvik sykehus	50	41	42	175	350	77	0	0
Avdrag lån	0	-46	-46	-46	-46	-46	-75	-75
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	852	-4	-4	129	304	31	-75	-75
Netto endring i kontanter	-152	8	48	8	-105	35	90	77
IB 01.01	385	233	241	288	296	192	226	317
UB 31.12	233	241	288	296	192	226	317	394
Ramme for kassakreditt	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
12/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017

Saksansvarlig/ - saksbehandler: Einar Bugge

Oppdragsdokument 2017

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF for 2017 til etterretning.

Bakgrunn

Oppdragsdokumentet ble vedtatt i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) den 1.2.2017, og uttrykker prioriteringer ut fra nasjonale krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og styret i Helse Nord RHF. Dokumentet gir også en oversikt over bestillinger rettet direkte mot UNN, samt saker som skal styrebehandles.

Formål

Sakens formål er å orientere styret om UNNs oppdragsdokument for 2017. Saksfremlegget gir en oversikt over viktige strategiske styringssignaler for 2017.

Saksutredning

Oppdragsdokumentet er Helse Nord RHF sin bestilling til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Til grunn for prioriteringene ligger tidligere års oppdragsdokumenter samt oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2017. I tillegg kommer protokoller fra foretaksmøter, føringer i statsbudsjett for 2017 og styresaker som omhandler budsjett og investeringer. Helse- og omsorgsdepartementets tre overordnede styringsmål for Helse Nord RHF er:

1. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Som et resultat av arbeid med å forenkle rapporteringene er kravene i oppdragsdokumentet for 2017 samlet under noe færre hovedoverskrifter enn tidligere, tilsvarende Helse Nord's viktigste mål:

- Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen.
- Sikre god pasient- og brukermedvirkning.
- Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.
- Innfri de økonomiske mål i perioden.

Det er trukket ut åtte indikatorer som vil være kritiske for måloppnåelse innen disse overordnede målene i 2017. Disse skal rapporteres i virksomhetsrapportering, og inkluderer:

1. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata)
2. Gjennomsnittlig ventetid for behandlede pasienter skal være under 60 dager
3. Det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012
8. Økonomisk resultat i tråd med plan

Risikovurdering av måloppnåelse for disse indikatorene er vektlagt spesielt.

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

Videre utvikling av *pasientens helsetjeneste* er et sentralt område i oppdragsdokumentet, og inkluderer blant annet en rekke spesifiserte tiltak for å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse, arbeid for overgang til rimeligere legemidler, sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn og andre sårbare grupper som avhøres ved Statens Barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Fokus på innføring og bruk av tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling, etablere og videreutvikle felles forvaltning av regionale ikt-systemer samt tiltak innen legemiddelhåndtering inngår også i kravene på området pasientens helsetjeneste.

Innen området *somatikk* inngår blant annet krav om implementering av pakkeforløp for pasienter med hjerneslag, inklusjon av kreftpasienter i pakkeforløp og krav til bedre og mer standardiserte forløp for pasienter med hjerteinfarkt.

Innen *psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* videreføres den gyldne regel med høyere vekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det stilles blant annet også krav om reduksjon i antall tvangsinnleggelses for voksne sammenliknet med 2016, og reduksjon i tvangsmiddelbruk. Komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelses, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler skal leveres norsk pasientregister (NPR). Foretaket skal registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB skal økes uten reduksjon i døgntilbud. Det skal etableres eget tilbud til sped- og småbarns psykiske helse (0-3 år). Spesifikt for UNN er at det skal etableres relevant følgeforskning ved innføring av medikamentfritt behandlingstilbud ved alvorlige psykiske lidelser.

Innenfor *samhandling med kommuner og private avtaleparter* stilles det blant annet krav om deltakelse i læringsnettverk «Gode pasientforløp», at det skal etableres gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialister, og at foretaket skal sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden. UNN skal også delta aktivt i nasjonal standardisering innen ikt-området.

Under overskriften *kvalitet* stilles det krav om at det ikke skal være korridorpasienter, økt bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser. Det skal iverksettes tiltak vedtatt i Helse Nord's kvalitetsstrategi, inkludert utføre fagrevisjoner på utvalgte fagområder ledet av Helse Nord RHF samt utvikle og delta i opplæringsprogram i forbedringsarbeid. UNN skal lede arbeidet med utvikling av dette opplæringsprogrammet. Alle ansatte skal ha nødvendig opplæring i pasientadministrative systemer, og det skal rapporteres på hvor mange hendelsesanalyser som gjennomføres.

Innenfor *pasientsikkerhet* stilles det krav om at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære drift, med rapportering i tertialrapport. Innenfor *smittevern* skal foretakene innføre antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer, og smittevern skal inkluderes i tjenesteavtale 10 mellom UNN og opptakskommunene. Prevalensundersøkelser og registrering av postoperative sårinfeksjoner skal følges opp som tidligere.

Kravet til *klima og miljøtiltak* inkluderer at UNN skal resertifiseres etter ISO-14001, og det skal settes mål for nasjonale miljøindikatorer (energiforbruk, avfall, vann, innkjøp).

Nasjonale krav til *Personvern og ikt-sikkerhet* skal ivaretas gjennom systematiske tiltak. Området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles av helseforetakets styre innen 1.6.17. Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1. mars med tilhørende tiltaksplan. Planen skal risikovurderes med hensyn til måloppnåelse. I løpet av første halvår skal det utpekes personvernombud i samsvar med krav som følger av EUs nye personvernforordning.

Beredskap skal utvikles blant annet ved at Helsedirektoratets *veileder for helsetjenestens organisering på skadested* skal implementeres, samt at Riksrevisjonens rapport om beredskap innenfor IKT, vann og strøm blir fulgt opp.

Innenfor *forskning og innovasjon* skal UNN blant annet implementere tiltak i den regionale strategi for forskning og innovasjon 2016 – 2020 i tråd med vedtatt tiltaksplan for 2017. Det skal arbeides for å identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkning. UNN skal implementere nasjonalt system for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene.

Sikre god pasient- og brukervedvirkning

I kravene på dette området inngår at det skal utvikles flere samvalgsværktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen beslutninger rundt egen behandling, og sikre at slike værktøy tas i bruk. Nasjonale retningslinjer for brukervedvirkning skal implementeres, og resultater fra PasOpp undersøkelsen skal følges opp med særlig fokus på tiltak for å forbedre utskrivningssamtalen og sikre at pasient og pårørende der får nødvendig informasjon. Det skal utvikles lokale mål for pasientopplevd kvalitet, og resultatene skal brukes i forbedringsarbeid.

Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

Her inngår mål om at det skal motiveres og legges til rette for at ansatte velger høy stillingsprosent og helst 100 % stilling, og nyutdannet helsepersonell skal tilbys faste stillinger i større grad. Del 1 av ny spesialistutdanning for leger skal implementeres fra og med høsten 2017, og det skal planlegges for å iverksette også del 2 og 3 av ny spesialistutdanning. Lederutdanning skal vektlegges, og foretaket skal delta i prosjekt «ledermobilisering».

*Kompetansemodule*n skal innføres i henhold til prosjektets plan. UNN tillegges ansvaret for drift av regionalt utdanningscenter (for legespesialister), inkludert ansvar for at dette bemannes med tilstrekkelig og relevant kompetanse.

Innenfor *HMS-området* skal omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter kartlegges, og hvordan beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler ivaretas som en del av HMS-arbeidet. Arbeid på dette området skal skje i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten. Det skal sikres systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte. Konkrete forbedringstiltak ut fra medarbeiderundersøkelsen 2016 skal defineres, og UNN skal tertialvis redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefraværet til under 7,5 %. Det stilles også krav om at UNN skal etablere nærværsprosjekt med tiltak for å nå målsetting om sykefravær under 7,5 % innen 1. juli 2017.

Innfri økonomiske mål i perioden

Resultatkravet for UNN er et overskudd på 40 mill. kroner. Det stilles krav om styrebehandling av tiltaksplan for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2018–2021 innen 7. april.

Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning. UNN skal gjennomføre nødvendig vedlikehold som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard over tid, og før 1. oktober utarbeide en konkret 4-årig vedlikeholdsplan. Nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr og behandlingshjelpemidler skal innføres. UNN skal innen 30. mars ferdigstille utviklingsplan i tråd med veileder.

På *anskaffelsesområdet* skal bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp ivaretas, nasjonal kategoristruktur i innkjøpsvirksomheten skal implementeres og innkjøpssystemet skal implementeres fullt ut i egen organisasjon med detaljerte målkrav. Behov for reanskaffelser av medisinsk teknisk utstyr skal kartlegges, og reanskaffelsesplan i tråd med nasjonal struktur skal utarbeides.

Risikostyring og internkontroll

Foretakene skal løpende vurdere hvilke vesentlige risikoer som er knyttet til virksomheten. Ved endringer eller etablering av prosjekt og rutiner av vesentlig betydning skal risikovurdering foreligge før tiltak igangsettes. Med utgangspunkt i definerte mål og strategier for virksomheten skal det minst én gang årlig foretas en gjennomgang av vesentlige risikoer for alle virksomhetsområder. Det skal for alle virksomhetsområder foretas en systematisk vurdering av om foretakets risikostyring og internkontroll er tilstrekkelig for å håndtere identifiserte risikoer på en forsvarlig måte.

To av de fire overordnede mål for Helse Nord skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering. Det gjelder målet om å *oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet* med syv underliggende delmål som nevnt innledningsvis i denne saken, samt målet *innfri de økonomiske mål i perioden*.

Innen 1. september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av risikovurdering og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Ledelsens gjennomgang).

Styringsparametre 2017

Helse Nord RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetakene følge opp de valgte styringsparametere samt andre kvalitetsindikatorer ved behov. Styret og ledelsen i foretakene har et ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorene som Helsedirektoratet publiserer og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene. I oppdragsdokumentet listes opp en rekke indikatorer som skal rapporteres månedlig, tertialvis eller i årlig melding.

Indikatorer tilhørende målet om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse inkluderer ventetid og andel fristbrudd (månedlig), samt andel kreftpasienter som inngår i pakkeforløp og andel som gjennomføres innen anbefalt forløpstid (tertialvis). I tillegg nærmere spesifiserte indikatorer publisert fra Helsedirektoratet for oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus, som skal rapporteres tertialvis.

Den gylne regel med høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføres, med krav om prosentvis større reduksjon i ventetid og prosentvis større vekst i kostnader, årsverk og aktivitet (der kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon holdes utenfor). Antall tvangsinnleggelses, andel pasienter i døgnbehandling med tvangsvedtak og avbrudd i døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling rapporteres tertialvis.

Indikatorer for bedre kvalitet og pasientsikkerhet inkludert trombolysebehandling av hjerneinfarkt, andel korridorpatienter, andel pasienter som får hjemmedialyse og bruk av bredspektrede antibiotika rapporteres tertialvis, mens forekomst sykehusinfeksjoner rapporteres to ganger årlig. I tillegg skal det rapporteres årlig på en rekke nasjonale kvalitetsindikatorer som publiseres fra Folkehelseinstituttet (PasOpp, 30 dagers overlevelse etter innleggelse for ulike sykdommer) og fra Helsedirektoratet (GTT-tall som er måling av forekomst av pasientskader).

Andre opplysninger

I *tilleggslisten* til oppdragsdokument 2017 presenteres krav fra tidligere år, som fortsatt er gjeldende.

Sammenlignet med oppdragsdokument 2016 er vedlegget med krav til hva som skal styrebehandles i helseforetakene tatt ut. Det forventes at helseforetakene selv gjennomgår hvilke deler av oppdragsdokumentet som skal behandles som egne styresaker.

Medvirkning

Oppdragsdokument 2017 er ikke drøftet på foretaksnivå, men ansattes organisasjoner og vernetjenesten vil bli innkalt til eget drøftingsmøte på saken før styremøtet. Oppdragsdokumentet har, i tillegg til dialog- og drøftingsmøte med konserntillitsvalgte og konsernverneombud, blitt behandlet i regionalt direktørmøte, fagsjefmøte og i Regionalt brukerutvalg. Det har også vært gjennomført dialogmøter med Sametinget og HOD for å ivareta tilbudet til samiske pasienter. Saken er drøftet med konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF 30.1.2017, og behandlet i det regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF 25.1.2017.

Vurdering

Oppdragsdokumentet ivaretar krav som stilles og oppgaver som pålegges fra overordnede myndigheter. Dokumentet er utviklet og forbedret fra tidligere, men inneholder fortsatt mange detaljerte krav. Oppdragsdokumentet inneholder flere nye krav til UNN samtidig som bestillinger i tidligere oppdragsdokument opprettholdes og videreføres. Selv om oppdragsdokumentet kommer sent i forhold til virksomhetsplanleggingen i foretaket, er de fleste endringer og nye krav kjent fra tidligere. Den sterke vektlegging av *pasientens helsetjeneste* med stort fokus på kvalitet og pasientsikkerhet er godt i tråd med UNNs gjeldende strategier og strategiske utviklingsplan. Det samme gjelder oppdragsdokumentets fokus på gode pasientforløp, brukerorientering og brukervedvirkning. Det tydelige fokuset på risikostyring og internkontroll, som forsterkes av den nye forskriften for ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten er likeledes i tråd med pågående utviklingsarbeid i UNNs for å sikre god kvalitet i alle ledd i virksomheten, og da særlig godt sammenfallende med UNNs omfattende og langsiktige satsing på *kontinuerlig forbedring*.

For å skaffe rom til videreutvikling av helsetjenestene, inkludert nødvendige investeringer, er det sentralt å fokusere på riktige prioriteringer. Aktivitet som ikke er nødvendig, eller som kan utføres like bra eller bedre i primærhelsetjenesten, skal ikke utføres i spesialisthelsetjenesten. Oppfølging av samhandlingsreformen, oppfølging av tilgjengelige data for å oppnå et likeverdig tilbud til befolkningen uavhengig av bosted, samt gode rutiner for oppfølging av kronikere er viktige områder å fokusere på for å skaffe rom til å utvikle UNN videre som et godt universitetssykehus, i likhet med fortsatt satsing på systematisk arbeid med forbedring og implementering av systematiske pasientforløp. Oppdragsdokumentets tydelige krav om tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og kapasitetsutnyttelse samt fokus på bruk av resultater fra ulike kilder i systematisk forbedringsarbeid er godt i tråd med UNNs måldokumenter.

Oppdragsdokumentet vil gjennomgått og fordeling av oppgavene vil bli diskutert i direktørens ledergruppe. Oppdragene vil bli lagt inn som en del av klinikkenes og senternes dialogavtaler, for å sikre fokus på gjennomføring og lette rapporteringen. Rapporteringen til styret vil i stor grad inngå i den ordinære virksomhetsrapporteringen, i tillegg til de øvrige styresakene som oppdragsdokumentet stiller krav om.

UNN har forbedret resultatene på mange områder i 2016, og foretaket er etter direktørens vurdering godt skodd for å fortsette denne utviklingen i 2017, i tråd med det nye oppdragsdokumentet. Mål om gjennomsnittlig ventetid under 60 dager forventes å kunne imøtekommes når UNN nå bare har svært få langtidsventende over 12 måneder. Kravet om at fristbrudd ikke skal forekomme fordrer fortsatt stort fokus på opplæring i og kontroll på pasientadministrative rutiner, samt fokus på riktige prioriteringer, langsiktig planlegging og god kapasitetsutnyttelse.

Konklusjon

Summen av kravene i oppdragsdokumentet vil kreve et sterk lederfokus i organisasjonen, og god dialog og medvirkning og innsats fra alle vil være sentralt for å oppnå både de mål som er satt i oppdragsdokumentet og foretakets egne mål for 2017. Kravene i oppdragsdokumentet er i god overensstemmelse med UNNs strategier, og også godt i tråd med UNNs sterke fokus på å utvikle en organisasjon preget av kontinuerlig forbedring.

Tromsø, 2.2.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Oppdragsdokument 2017
2. RHF-styrets vedtak i saken 1.2.2017.



Oppdragsdokument 2017

Fra Helse Nord RHF til helsefor...



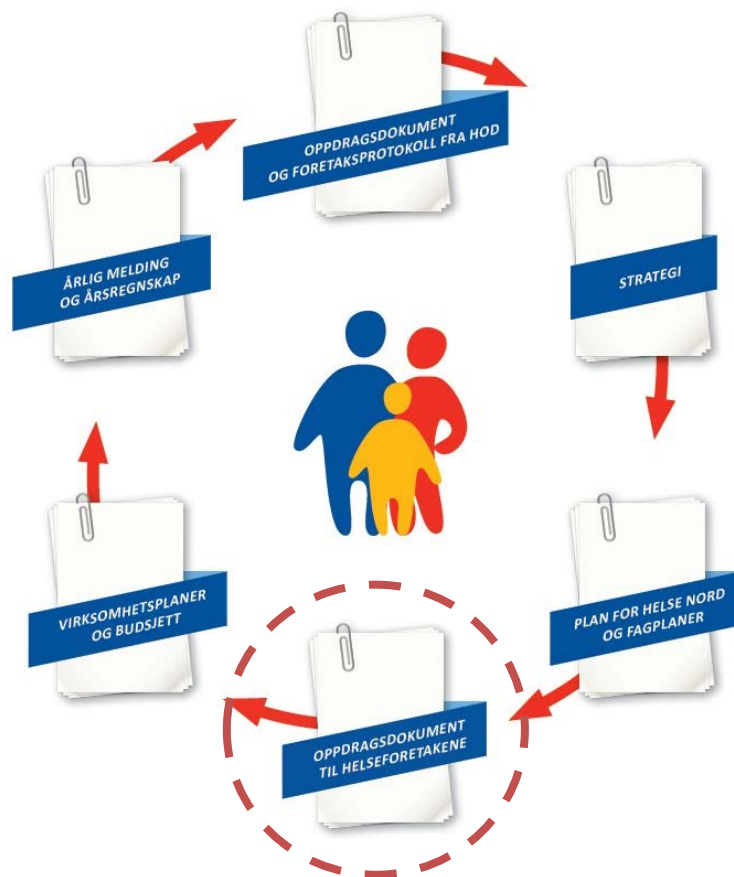
Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 1. februar 2017

Innhold

1	Innledning	3
2	Mål og føringer.....	4
3	Oppfylle nasj. og reg. krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen	6
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder.....	6
3.2	Somatikk.....	8
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	8
3.4	Samhandling med kommuner og private avtaleparter	9
3.5	Kvalitet.....	11
3.6	Pasientsikkerhet.....	11
3.7	Smittevern	11
3.8	Andre områder.....	12
3.8.1	Klima- og miljøtiltak.....	12
3.8.2	Personvern og informasjonssikkerhet.....	12
3.8.3	Beredskap.....	13
3.8.4	Forskning og innovasjon	13
4	Sikre god pasient- og brukermedvirkning.....	14
5	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	14
5.1	Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	15
6	Innfri økonomiske mål i perioden	16
6.1	Tildeling av midler.....	16
6.2	Resultatkrav.....	16
6.3	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	17
6.4	Anskaffelsesområdet	17
7	Risikostyring og internkontroll.....	18
8	Styringsparametere 2017	20
9	Oppfølging og rapportering	23
10	Vedlegg.....	24
10.1	Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....	24
10.2	Vedlegg 2 Tilleggsliste til oppdragsdokument 2017.....	26

1 Innledning

Oppdragsdokumentet er svært viktig for å nå målet om best mulig behandling for våre pasienter. Oppdragsdokumentet viser hva helseforetakene skal prioritere det kommende året. Dette årlig oppdraget henger sammen med Helse Nords langsiktige planlegging. Det er viktig for oss å være forutsigbare og tydelige. Vi ser sammenheng mellom våre viktigste planer og våre formål: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, samt forskning. Figur 1 illustrerer sammenhengen mellom våre plandokumenter.



Figur 1: Plandokumentenes sammenheng

Oppdragsdokumentet redegjør for mål og føringer i kapittel 2. Krav gis i kapittel 3–7, og disse er knyttet til målene. Dersom ikke annet er oppgitt, skal alle krav for 2017 rapporteres i tertialrapport og årlig melding. Styringsparametere rapporteres som beskrevet i egen tabell i kapittel 8.

Helse Nord IKT er etablert som et eget helseforetak fra 01.januar 2017. Føringer for helseforetaket fremgår av eget dokument, samt tidligere oppdragsdokument behandlet i Styringsgruppen for Helse Nord IKT. Sykehusapotek Nord (SANO) har en virksomhet som på mange områder skiller seg fra de andre helseforetakene. For begge disse gjelder *Oppdragsdokument 2017* så langt det passer.

2 Mål og føringer

Helse Nords viktigste mål er:

1. *Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.*
2. *Sikre god pasient- og brukervedvirkning.*
3. *Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.*
4. *Innfri de økonomiske mål i perioden.*

Det vises til Plan for Helse Nord 2017–2020 for nærmere beskrivelse av hvordan målene skal nås på lang sikt. Kravene for det kommende året gis i kapittel 3–7.

Der er trukket ut åtte områder som vil være kritiske for måloppnåelse i 2017. Disse skal rapporteres i virksomhetsrapportering.

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

Se kapittel 7 for risikovurdering av måloppnåelse for disse indikatorene.

Helseforetakene forutsettes å delta i lokalt, regionalt og nasjonalt forbedringsarbeid² og i felles prosjekter. De skal følge opp tiltak og handlingsplaner som initieres av etablerte nasjonale og regionale samarbeidsorganer samt Helse Nord RHF.

Helseforetakene er store samfunnsaktører. Regjeringen har både generelle og mer spesifikke forventninger til selskapene på samfunnsansvarsområdet. De spesifikke forventningene er knyttet til fire tematiske kjerneområder: klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon.

Helse Nord RHF og helseforetak har samarbeidsavtaler med regioner i Nordvest-Russland, Finland og Sverige. Helseforetakene skal bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene og legge til rette for god beredskap, øvelser og helsesamarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Russland, Finland og Sverige.

¹ Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

² Eksempler er fagråd, fagnettverk, kvalitetsnettverk, kommunikasjonsforum, regionale HR-nettverk, tariffnettverk, forvaltningsforum for IKT-systemer og øvrige arbeidsgrupper som RHF-et ber om deltakelse i.

Oppdragsdokument 2017

Foretaksspesifikke og generelle mål innenfor sykehusfarmasi/legemidler gis til de fire sykehusforetakene, som på disse områdene aktivt skal samhandle med SANO. SANO sitt oppdrag er å bistå de andre helseforetakene til å nå disse målene.

Følgende nye strategier og handlingsplaner fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet:

- Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter). Helse- og omsorgsdepartementet 2016.
- Nasjonal strategi for persontilpasset medisin. Helsedirektoratet 2016.
- # Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021
- Prop. 1 S (2016-2017) Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019).
- Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep 2017–2021
- Meld. St. 13 (2016–2017) Kvalitet og pasientsikkerhet 2015
- Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge

Det vises også til styresak 142-2016-4 Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord – felles verktøykasse. Helse Nord forventer styrket oppmerksomhet og systematikk for å fremme åpenhet om uønskede hendelser og organisasjonens evne til læring og forbedring.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette innebærer bruk av tolketjenester når det er behov for det. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

Prinsippene for prioritering skal ligge til grunn for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder for innføring av nye legemidler, teknologi og endring i arbeidsprosesser.

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

3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Krav for 2017:

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

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

2. Arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Innen 1. mars skal det legges fram forslag til konkrete tiltak for hvordan det kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler. Arbeidet skal initieres av Sykehusapotek Nord.
3. Gi en tilbakemelding på hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud, innen 1. mars.
4. Sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn og andre sårbare grupper som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset.
5. Rapportere innen 15. mars på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen skal omfatte løsninger mellom helseforetak i og utenfor egen region, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringen skal inkludere en oversikt over områder hvor det fortsatt brukes papirbaserte rutiner.
6. Iverksette tiltak for å stimulere til flere metodevurderinger på medisinsk utstyr og organisering av tjenester.
7. Ved endring i akutfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner.
8. Etablere en overordnet ernæringsstrategi innen 1. juni i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og «Kosthåndboken»³.
9. Implementere de regionale fagprosedyrene for barn som pårørende, og i tertialrapport 1 redegjøre for organisering og forankring av arbeidet.

³ «Kosthåndboken»: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

Oppdragsdokument 2017

10. Følge opp nasjonal strategi for persontilpasset medisin, sammen med Helse Nord RHF.
11. Etablere og videreutvikle felles forvaltning av regionale IKT-systemer innenfor retningslinjer gitt av systemeier. Helse Nord IKT skal forvalte administratortilganger på systemene som er en del av Helse Nord's felles infrastruktur.
12. Delta i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord vil utdype oppgaven og ansvarsforhold i eget brev.
13. Gjennomføre risikoanalyser på tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger, og definere en standard knyttet til fasiliteter, rutiner og opplæring av personell som skal tilberede legemidler på sykehusavdelingene.
14. På bakgrunn av rapport «Lukket legemiddelsløyfe», utarbeidet i FIKS4-programmet, skal helseforetakene utarbeide en felles strategi for å oppnå en lukket legemiddelsløyfe. Helse Nord RHF vil komme tilbake til hvem som skal lede arbeidet.
15. Bidra i arbeidet med å utvikle samordnet og kvalitetssikret informasjon til innbyggerne på egne nettsider og etablere digitale innbyggertjenester på den nasjonale helseportalen helsenorge.no.
16. De nasjonale systemene for oppgjørskontroll (CTRL) og samkjøringssystemet skal implementeres på pasientreisekontorene i henhold til den vedtatte implementeringsplanen.
17. Pasientreisekontorene skal ferdigstille og implementere metode for kvalitetsforbedring/avvikshåndtering innen 31. desember.
18. Vurdere kompetansen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) når det gjelder personer med utviklingshemming og psykiske lidelser, og gi en tilbakemelding i tertialrapport 1.

Foretaksspesifikke krav for 2017

Helse Nord IKT

1. Bygge opp en virksomhetsarkitekturpraksis i tråd med anbefalinger gitt av Nasjonal IKT. Arkitekturområdet skal eies av Helse Nord RHF, men forvaltes av Helse Nord IKT i tett dialog med eier.
2. Brudd på avtalt servicenivå slik disse fremkommer på tjenestenivå skal meldes i Helse Nord's avvikssystem Docmap.

Helgelandssykehuset

1. Saksbehandlingstid etter at Pasientreiser ANS har overført saken skal være mindre enn 8 dager.

Finnmarksykehuset

1. Utvikle videre tolketjenesten for den samiske befolkningen.

⁴ Felles innføring kliniske systemer

3.2 Somatikk

Krav for 2017

1. Implementere pakkeforløp hjerneslag.
2. Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombololysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse, skal være minst 20 %.
3. Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 %.
4. Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %.
5. Utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.
6. Avvik fra målet om at alle fødende skal ha en jordmor hos seg, så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, skal dokumenteres i avvikssystemet. Resultatene skal brukes til kvalitetsforbedring.
7. Mer enn 40 % av pasienter under 80 år med ST-elevasjonsinfarkt (STEMI), med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, skal bli behandlet med trombololyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI⁵ innen 90 minutter.
8. Sikre bedre og mer standardiserte pasientforløp for pasienter med hjerteinfarkt.

Foretaksspesifikke krav for 2017

Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Levere plan for gjennomføring av oppgavedelingsprosjektet i radiologi innen 1. tertial.

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Krav for 2017

1. I samarbeid med kommunene skal antall tvangsinnleggelser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen reduseres sammenliknet med 2016.
2. Tvangsmiddelbruk skal reduseres. Dette skal registreres som antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.
3. Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
4. Videreføre arbeidet med å etablere felles strukturer og rutiner for helhetlig oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser i barnevernet jf. rapport fra 2015.⁶
5. Utarbeide samarbeidsavtaler som omfatter kommunale helsetjenester, kommunalt og statlig barnevern og psykisk helsevern for barn og unge som sikrer god og lett tilgjengelig helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjoner, poliklinisk og ambulant, samt veiledning til ansatte i institusjonene.
6. Etablere barnevernansvarlig i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

⁵ Perkutan koronar intervensjon

⁶ Rapport 2015: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.

Oppdragsdokument 2017

7. Etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll.
8. Kvinner i LAR⁷ skal ha informasjon om LAR-behandling og graviditet, tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.
9. Registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene.
10. Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt.
11. Gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/ brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helsevernenheter som benytter tvang, som ledd i å redusere bruken av tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.
12. Sikre at omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.
13. Øke poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB uten reduksjon i døgntilbudet.
14. Etablere et eget tilbud til sped- og småbarns psykiske helse (0–3 år.)
15. Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin.

Foretaksspesifikke krav for 2017

Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset

1. Ferdigstille plan for riktig og redusert bruk av tvang innen 1. juni.

Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Etablere relevant følgeforskning ved innføring av medikamentfritt behandlingstilbud ved alvorlige psykiske lidelser.

3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

Krav for 2017

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*⁸.
2. Delta i arbeid med å revidere strategi for avtalespesialister. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.
3. Etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialister innen 1. juni.
4. Gi tilbakemelding på oppfølging av tjenesteavtale 2, 5 og 10 med kommunene i tertialrapport 2.
5. Delta i utarbeidelse av en oppdatert strategi for samhandling med kommunene. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.
6. Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden. I samråd med Sykehusapotek Nord sørge for at samarbeidsavtalene mellom

⁷ Legemiddelassistert rehabilitering

⁸ Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

Oppdragsdokument 2017

helseforetakene og kommunene sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå.

7. Delta aktivt i arbeidet til nasjonal standardisering innen IKT-området jf. Stortingsmelding nr. 9⁹ 2012-2013, samt strategi for Nasjonal IKT HF. Egne bestillinger vil komme fra Helse Nord RHF.

Foretaksspesifikke krav for 2017:

Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset

1. Ta i bruk Samhandlingsbarometeret¹⁰ i samarbeid med overordnet samarbeidsorgan (OSO).

Helse Nord IKT

1. Ansvar for at organisasjonen er dimensjonert til, innen rimelig tid, å kunne levere på konkrete bestillinger. «Rimelig tid» konkretiseres og formaliseres i tjenestenivåavtaler med helseforetakene og Helse Nord RHF. Det skal avklares om krav til responstid skal avspeiles i ulike timepriser innen 1. mai.
2. Etablere et testsenter som benyttes aktivt for testing av eksisterende og ny funksjonalitet og driftsendringer. QA¹¹-installasjoner skal først etableres for DIPS, Sectra, integrasjonsplattformen og digitale pasienttjenester. Testsenteret skal kunne utføre ende-til-ende-testing fra helsenorge.no og inn til sentralt QA-miljø med akseptansetestet. Helse Nord IKT skal senest ved utløp av 1. tertial bekrefte at testsenteret er i drift på de tjenester som er etablert.
3. Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. Bekrefte etterlevelse innen utløp 1. tertial. For eventuelle områder med avvik fra nasjonale standarder, skal dette begrunnes.
4. Adresseregisteret tilgjengeliggjort fra Norsk Helsennett skal benyttes i hele regionen innen utløpet av 1. tertial.
5. Drifte og forvalte integrasjonsbuss (ESB)¹² i tråd med anbefalingene knyttet til tjenesteorientert arkitektur og med de standarder som defineres av Direktoratet for e-helse samt Nasjonal IKT. Integrasjonsgrensesnitt som utvikles skal i så stor utstrekning som mulig kunne gjenbrukes i andre helseregioner.
6. Sikre at det foreligger tilstrekkelig ressurser til å realisere regionens sentrale integrasjonsbehov slik disse er utledet av behov definert i prosjekt porteføljen. Leveransene gjennomføres uten unødvendige forsinkelser for de aktuelle hovedprosjekter – enten ved interne ressurser eller i form av partnerskap ved eksterne aktører.
7. Helse Nord IKT har et særlig ansvar å orientere Helse Nord RHF om de tilfeller det iverksettes tiltak eller prosjekter som bryter med regionens vedtatte strategier og planer innen IKT-området.

⁹ Én innbygger – Én journal

¹⁰ Kunnskapsbank for samhandling: www.samhandlingsbarometeret.no

¹¹ Quality Assurance – betyr kvalitetssikring.

¹² ESB – Enterprise Service Bus – Et informasjonssystem mellom programvare som deler informasjon.

3.5 Kvalitet

Krav for 2017

1. Ingen korridorpasienter.
2. Øke bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.
3. Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:
 - Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT¹³-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.
 - Delta i arbeidet med å definere behov for pasientrapporterte erfaringer (PROMS¹⁴ og PREMS¹⁵), samt ta i bruk elektronisk løsning når den er klar. Resultatene skal brukes i lokalt forbedringsarbeid. Det vil komme nærmere bestilling fra Helse Nord RHF.
 - Utføre fagrevisjoner på utvalgte fagområder. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.
 - Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.
4. Alle ansatte skal ha nødvendig opplæring i pasientadministrative systemer, og opplæringen skal dokumenteres.
5. Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

Foretaksspesifikke krav for 2017

Universitetssykehuset Nord-Norge

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

3.6 Pasientsikkerhet

Krav for 2017

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

3.7 Smittevern

Krav for 2017

1. Oppfylle smittevernforskriftens krav om å ha en lege som koordinerer smittevernarbeidet i institusjonen.
2. Inkludere smittevern i tjenesteavtale 10 mellom hvert helseforetak og deres opptakskommuner.
3. Innføre antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer. Dette skal blant annet omfatte:
 - Legge til rette for et fungerende antibiotikateam (A-team).
 - Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

¹³ Global Trigger tool

¹⁴ Pasientrapporterte resultater av behandling

¹⁵ Pasientrapporterte erfaringer

Oppdragsdokument 2017

4. Prevalensundersøkelse av sykehusinfeksjoner skal utføres og rapporteres til Helse Nord RHF to ganger årlig. Hvert helseforetak skal etterspørre avdelingsvis bruk av prevalensresultater i pasientsikkerhetsarbeidet.
5. NOIS¹⁶-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Ved dyp postoperativ sårinfeksjon skal avdelingen gjennomgå pasientforløpet og iverksette tiltak.
6. Rapportere NOIS-resultater til Helse Nord RHF tertialvis.

Foretaksspesifikke krav for 2017

Helgelandssykehuset:

1. Opprette stilling for hygienesykepleier med ansvar mot kommunehelsetjenesten.

3.8 Andre områder

3.8.1 Klima- og miljøtiltak

Helseforetakene er store samfunnsaktører. Foretakene skal være i fremste rekke når det gjelder arbeidet med klima- og miljøtiltak, bl.a. gjennom styringssystem for miljø og prosjekt *Grønt sykehus*.

Krav for 2017

1. Resertifisere styringssystem etter ISO-14001:2015 innen 15.september.
2. Sette mål for de nasjonale miljøindikatorene. Resultater skal inngå i årlig klima- og miljørapport i tillegg til årlig melding. Miljøindikatorene med klimaregnskap utarbeides for:
 - Energiforbruk
 - Avfall
 - Vann
 - Innkjøp

Foretaksspesifikke krav for 2017

Helse Nord IKT:

1. Etablere tiltak for gjenbruk av utstyr, f.eks. ved avhending til ideelle organisasjoner.

3.8.2 Personvern og informasjonssikkerhet

Helse Nord skal gjennom systematiske tiltak sørge for at nasjonale krav til informasjonssikkerhet er ivaretatt. Dette er en forutsetning for befolkningens tillit og for den strategiske satsingen med felles pasientjournal.

¹⁶ Overvåkningssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

Oppdragsdokument 2017

Krav for 2017

1. Området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles av helseforetakets styre innen 1.6.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen, og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1.mars med tilhørende tiltaksplan. Planen skal risikovurderes med hensyn til måloppnåelse.
2. Innen 30.juni skal det utpekes personvernombud i samsvar med krav som følger av EUs nye personvernforordning.
3. Igangsette gjennomføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) og HelseCERTs generelle anbefalte tiltak for beskyttelse mot dataangrep.
4. Sikre at anskaffelser og innføring av IKT-systemer følger Helse Nord sine drifts- og sikkerhetsmessige krav.

3.8.3 Beredskap

Krav for 2017

1. Implementere Helsedirektoratets Veileder for helsetjenestens organisering på skadested.
2. Bidra i prosjekt som skal utrede muligheten for døgnkontinuerlig samisk språkkompetanse i AMK-sentraler, f.eks. ved hjelp av teknologi, og mulighetene for samarbeid mellom landets AMK-sentraler for å sørge for slik språkkompetanse. Nærmere bestilling vil komme fra Helse Nord RHF.
3. Sikre at tiltakene knyttet til Riksrevisjonens rapport om beredskap innenfor IKT, vann og strøm blir fulgt opp.
4. Sikre at planverk er koordinert med andre offentlige instanser (kommunenivå, sivil beredskap og Forsvaret).
5. Med bistand fra regional legemiddelkomite opprette og vedlikeholde lokale ROS-analyser for legemiddelberedskap og sikre tilstrekkelige beredskapslagre av legemidler herunder infusjonsvæsker. Regional legemiddelkomite skal i løpet av 2017 utarbeide retningslinjer for håndtering av mangelsituasjoner.

3.8.4 Forskning og innovasjon

Krav for 2017

1. Delta i arbeidet med å vurdere mulighetene for økt samordning av kriteriene for nytte, samt evaluere forståelsen og effekten av nye kriterier for hhv kvalitet, nytte og brukervedvirkning.
2. Implementere tiltak som beskrevet i Strategi for forskning og innovasjon 2016-2020, jf. vedtatt tiltaksplan for 2017, herunder forskning på samisk helse, inkludert behandlings- og helsetjenesteforskning.
3. Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen.

Foretaksspesifikke krav for 2017:

Universitetssykehuset Nord-Norge

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

4 Sikre god pasient- og brukarmedvirkning

Krav for 2017

1. Utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk.
2. Implementere nasjonale retningslinjer for brukarmedvirkning og enhetlig praksis på systemnivå.
3. Følge opp resultatene fra PasOpp¹⁷-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:
 - om sin sykdom
 - om medikamentene
 - får med seg oppdatert medikamentliste
4. Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.

5 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

Krav for 2017:

1. Motivere og legge til rette for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 % stilling.
2. Tilby nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger i større grad.
3. Implementere del 1 i ny spesialistutdanning for leger med ansettelse i LIS¹⁸-stillinger fra og med høsten 2017.
4. Planlegge for å iverksette del 2 og 3 (LIS2 og 3) i ny ordning for spesialistutdanning.
5. Innfri pålagt antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser som beskrevet i vedlegg 1.
6. Legge til rette for at lederopplæringene som tilbys, gir ledere en klar forståelse av deres ansvar for å innrette sin virksomhet i tråd med prinsippene for prioritering.
7. Delta i prosjekt «Ledermobilisering» og utarbeide plan for gjennomføring.
8. Delta i utviklingen av felles tiltak i strategi for leder- og ledelsesutvikling.
9. Innføre «Kompetansemodule» i henhold til prosjektets plan.
10. Delta i arbeidet med regional bemanningsmodell som grunnlag for egne strategiske utviklings- og rekrutteringsplaner.
11. Analysere rekrutteringsbehovet for helsefagarbeidere i fulltidsstillinger, og etablere pilotprosjekt for å teste oppgavedeling knyttet til helsefagarbeideres arbeidsfelt.

¹⁷ Nasjonale brukererfaringsundersøkelser

¹⁸ Lege i spesialisering

Oppdragsdokument 2017

Foretaksspesifikke krav for 2017

Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Ansvar for drift av Regionalt utdanningskontor (RegUt). Dette innebærer ansvar for at RegUt bemannes med tilstrekkelig og relevant kompetanse i henhold til de funksjoner og oppgaver som tilligger enheten. Dette er beskrevet i mandat for Regionalt utdanningskontor.

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Krav for 2017:

1. Kartlegge omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og hvordan beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler ivaretas som en del av HMS-arbeidet.
2. Samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler.
3. Sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte.
4. Definere konkrete forbedringstiltak ut fra medarbeiderundersøkelsen 2016.
5. Tertialvis redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 % herunder med et særskilt fokus på enheter med fravær over 10 %.

Foretaksspesifikke krav for 2017

Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Etablere nærværprosjekt med tiltak for å nå målsettingene om sykefravær under 7,5 % innen 1.7.2017.

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset

1. Evaluere eksisterende nærværprosjekt og rapporter i tertialrapport 2.

6 Innfri økonomiske mål i perioden

6.1 Tildeling av midler

Helseforetakene er tildelt nødvendige midler for å gjennomføre kravene i oppdragsdokumentet.

Inntektsrammer 2017 (tall i 1000 kr)

Basisramme 2017	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt basisramme 2017	1 333 842	209 513	1 509 303	4 653 198	2 925 597	1 311 225	11 942 678

Øvrig ramme 2017	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlægging arbeidsgiveravgift	796			52 928	27 381		81 105
Sykstuer Finnmark			9 500				9 500
Kvalitetsregistre	31 977						31 977
Nasjonalt senter for e-helseforskning				36 700			36 700
Transporttilbud psykisk syke		0	687	1 635	1 152	677	4 150
Nøytral mva	127 832						127 832
Partikkelterapi		4150					4 150
Tilskudd til turnustjeneste estimat, fordeles oppdragsdokument	111		813	2 100	1 729	878	5 631
Pilot Evenes		1000					1 000
SUM øvrig ramme 2017 - per oktober 2016	160 716	5 150	11 000	93 363	30 262	1 554	302 045

Kvalitetsbasert finansiering	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Ramme 2016			9 871	31 449	20 390	11 390	73 100
Oppdatering modell 2017			(3 936)	(3 756)	(10 195)	(6 413)	(24 300)
SUM kvalitetsbasert finansiering - per oktober 2016	-	-	5 935	27 693	10 195	4 977	48 800

Ømerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens				3 838			3 838
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens styrking				3 161			3 161
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsneds.	2 314						2 314
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 314			2 314
Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykiskhelsevern og rus			3 899				3 899
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				2 801			2 801
Ufordelt Nasjonale tjenester		33					33
Døvblindesentre	42 247			7 594			49 841
SUM ømerket 2017 - per oktober 2016	44 560	33	3 899	19 708	-	-	68 200

Ømerket tilskudd Forskning (konto 3320)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Forskning resultatbasert	41 978		791	25 362	5 877	492	74 500
SUM ømerket forskning 2017 - per oktober 2016	41 978	-	791	25 362	5 877	492	74 500

TOTAL SUM tilskudd fra RHF	1 581 096	214 696	1 530 927	4 819 325	2 971 931	1 318 249	12 436 223
----------------------------	-----------	---------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------

6.2 Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2017 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav:

Finnmarkssykehuset	Overskudd	30 mill. kroner
UNN	Overskudd	40 mill. kroner
Nordlandssykehuset	Overskudd	5 mill. kroner
Helgelandssykehuset	Overskudd	20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord	Økonomisk balanse	0 mill. kroner ¹⁹
Helse Nord IKT	Økonomisk balanse	0 mill. kroner

¹⁹ Sykehusapotek Nord's publikumsavdelinger skal samlet gå med overskudd i 2017.

Krav for 2017

1. Styrebehandle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2018–2021. Frist innen 7. april.

6.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Krav for 2017

1. Ferdigstille registrering av alle data i nasjonal database for klassifikasjons-systemet innen 30. april.
2. Gjennomføre nødvendig vedlikehold som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet.
3. Utarbeide en konkret 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet over tid. Frist 1. oktober.
4. Innføre nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

Foretaksspesifikke krav for 2017

Finnmarkssykehuset

1. Forberede evaluering av prosjekt *Nye Kirkenes sykehus* i 2018.

Helgelandssykehuset

1. Etablere husleiemodell, og rapportere erfaringer innen 1. desember.
2. Levere tertialrapporter for byggeprosjekter.

Nordlandssykehuset

1. Ferdigstille utviklingsplan innen 1. mars 2018, i tråd med veileder for utviklingsplan.

Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Ferdigstille utviklingsplan innen 31. desember 2017, i tråd med veileder for utviklingsplan.

6.4 Anskaffelsesområdet

I løpet av 2017 gjennomføres en omstilling som innebærer rendyrking av oppgaver som for fremtiden skal utføres av Sykehusinnkjøp HF.

Krav for 2017

1. Organisere kompetanse slik at bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp blir ivaretatt.
2. Sikre medvirkning i produktråd fra foretakets brukere av varer og tjenester.
3. Implementere nasjonal kategoristruktur i innkjøpsvirksomheten.
4. Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon, herunder:
 - Innen 30. november levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.
 - Innen 31. desember kunne rapportere detaljert for alle vare- og tjenesteanskaffelser på artikkelnivå mht. hvilken avtale og til hvilke vilkår.
5. Kartlegge og utarbeide re-anskaffelsesplan av medisinsk teknisk utstyr i tråd med nasjonal struktur.

7 Risikostyring og internkontroll

Foretakene skal løpende vurdere hvilke vesentlige risikoer som er knyttet til virksomheten. Ved endringer eller etablering av prosjekt og rutiner av vesentlig betydning skal risikovurdering foreligge før tiltak igangsettes.

Med utgangspunkt i definerte mål og strategier for virksomheten skal det minst én gang årlig foretas en gjennomgang av vesentlige risikoer for alle virksomhetsområder. Det skal for alle virksomhetsområder foretas en systematisk vurdering av om foretakets risikostyring og internkontroll er tilstrekkelig for å håndtere foretakets identifiserte risikoer på en forsvarlig måte.

Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjelder fra 1. januar 2017 og erstatter forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord for 2017

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

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål

1. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
2. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.
3. Det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)²⁰.
6. Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
7. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

Delmål

8. Økonomisk resultat i tråd med plan.

Krav for 2017

1. Innen 1.september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
2. Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av risikovurdering og forskrift

²⁰ Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

Oppdragsdokument 2017

om ledelse og kvalitetsforbedring. Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:

- Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2.
- Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.
- Informasjonssikkerhet.
- Klima og miljø.
- Beredskap.
- Risikostyring.

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

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

8 Styringsparametere 2017

Helse Nord RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetakene følge opp de valgte styringsparametere samt andre kvalitetsindikatorer ved behov.

Styret og ledelsen i foretakene har et ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene. Indikatorerne i tabellen under rapporteres som beskrevet i tabellen og i mal for tertialrapport og årlig melding.

Tabell 1. Mål 2017. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2017	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Redusert i alle regioner sammenliknet med 2016. Skal være under 60 dager i alle regioner.	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for kreft (samlet for 24 krefttyper) ²¹	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid ²²	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet • Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten • Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet • Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet 		Helsedirektoratet	Alle tertialvis

²¹ Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for lungekreft, brystkreft, prostatakraft og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, nyrekreft, livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokkreft, hode- halskreft, lymfom, primær leverkreft, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi.

²² Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkraft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

Oppdragsdokument 2017

Mål 2017	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
<ul style="list-style-type: none"> Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted 			
2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument" ²³ og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres i ressursbruken innen psykisk helsevern og TSB (fordelingen av overførte midler til KMD er om lag 96 og 4 pst.).	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap Årsverk: de regionale helseforetakenes HR-systemer og SSB for private Polikliniske konsultasjoner: Helsedirektoratet (Helfo)	
Antall tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen	Redusert sammenliknet med 2016	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere	Registrere med mål om å redusere	Helsedirektoratet	Tertialvis
Avbrudd døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Registrere og sikre færrest mulig avbrudd	Helsedirektoratet	Tertialvis
3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Andel sykehusinfeksjoner	Redusert sammenliknet med 2016	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse	Minst 20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel korridorpatienter på sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel dialysepatienter som får hjemmedialyse	Minst 30 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012	Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk	Tertialvis

²³ Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

Oppdragsdokument 2017

Tabell 2. Rapportering 2017. Datakilder og publiseringsfrekvens.

	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp) i 2016	Minst 10 poeng forbedring på parametrene utskrivning og samhandling	Folkehelseinstituttet	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)
30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016 (uansett årsak til innleggelse)		Folkehelseinstituttet	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016		Folkehelseinstituttet	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2016		Folkehelseinstituttet	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2016		Folkehelseinstituttet	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012	GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet	Årlig
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig

9 Oppfølging og rapportering

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2017 foretaksspesifikke mål 2017 og styringsparametere 2017.

Der det er mulig skal data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Oversikt over rapporteringsrutiner og frister

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Måned rapport i tråd med mal.	Månedsregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertial-rapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2017 6. oktober 2017 Administrativt utarbeidet tertialrapport: 19. mai 2017 29. september 2017 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet årlig melding (styrevedtak): 29. mars 2018. Administrativt behandlet årlig melding: 06. februar 2018. Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2016: 29. mars 2017.

10 Vedlegg

10.1 Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

Grunnutdanning omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

Videreutdanning omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2017. Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et minstekrav. Endelige tall vil foreligge i Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev for 2017 til utdanningsinstitusjonene og kan formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene.

Tabell 1

Høgskole Universitet	Helseregion	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykeplei e	Jord- mor
		Syke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
Nord universitet	Helse Nord	328					30	26	
Univ. i Tromsø	Helse Nord	261	24	20	25	20	64	50	20

Vær oppmerksom på sammenslåtte institusjoner med lokasjoner i flere RHF.

Tabell 2

Kandidatmåltall er fastsatt for hhv. medisin, psykologi og farmasi ved universitetene:

Universitet	Medisin	Psykologi prof.utd.	Farmasi
Universitet i Tromsø	84	31	25

TURNUSTJENESTE

Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret og fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for. Regionansvarlige fylkesmenn er delegert myndighet til å skaffe turnusplasser for fysioterapeutkandidater, de informerer RHF-ene om forventet behov kommende år. Antallet turnusplasser for leger videreføres i 2017. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

Oppdragsdokument 2017

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

Sentral fordeling av nye legestillinger opphørte 1. juli 2013. Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene i hht. RHF-enes sørge-for-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for RHF-enes fordeling av leger til HF-ene og mellom spesialiteter. RHF-ene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene. Senere år er det bedt om at stillinger i onkologi og patologi fortsatt skal prioriteres. RHF skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.

Inntakstall til oppdragsdokumentet (OD)

Foretakenes inntak av helsefagarbeiderlæringer skal for 2017 minimum være på samme nivå som for 2016. Foretakene skal i tillegg gjøre egne kartlegginger av behov for helsefagarbeidere og helsefaglæringer og hvis nødvendig øke inntaket av læringer på lengre sikt tilpasset dette. * UNN i 2016 tok inn en ekstra utover inntakstall OD.

**Helgelandssykehuset har lagt opp til et inntak av 5/6 læringer annet hvert år.*

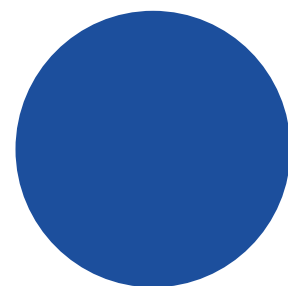
Tabell 3

Foretak	Kull 2016-2018	Kull 2017-2018
Finnmarkssykehuset	6	6
Nordlandssykehuset	11	11
UNN	7	6*
Helgelandssykehuset	5	6**
Sum	29	29

Tabell 4

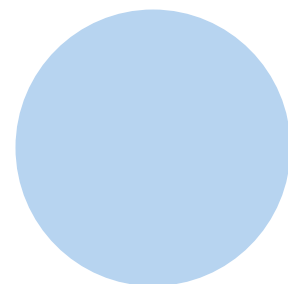
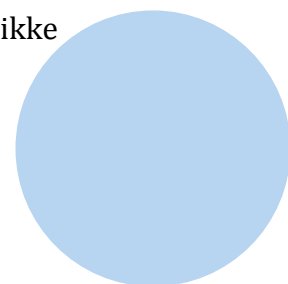
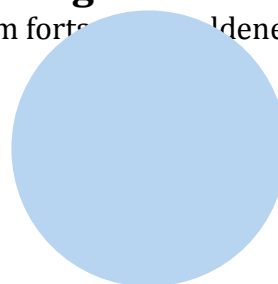
Måltall for turnusplasser medisin

Helseforetak	Antall pr halvår	Totalt pr år
Finnmarkssykehuset	14*	28*
UNN	33	66
NLSH	25	50
Helgelandssykehuset	14	28
Totalt i Helse Nord	86	172



10.2 Vedlegg 2 Tilleggsliste til oppdragsdokument 2017

Tilleggslisten inneholder krav fra tidligere år, som fortsetter i de nye årene. Det skal ikke rapporteres på krav i denne listen.



Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

Pasientens helsetjeneste

1. Opprette helhetlig pasientforløp for sykkelig overvekt og måle effekt av implementering herunder utvikling i ventetid (volum) og pasientopplevd kvalitet. (2016)
2. Legge til rette for innregistrering av PROMs i kvalitetsregistrene. (2016)
3. 80 % av telefonhenvendelsene til pasientreisekontorene skal besvares innen 90 sekunder (2016)

Somatikk

1. Registrere personskader og rapportere data (FMDS) til Norsk pasientregister (NPR) i henhold til forskrift og veileder. (2016)
2. Det er i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene etablert et effektivt og brukerorientert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander av uklar årsak. (2014)

Psykisk helsevern og rus

1. Styrke det desentraliserte behandlingstilbudet (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern (2016).
2. Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler. (2016)
3. Etablere lokale samarbeidsavtaler mellom Bufetat og helseforetaket slik at barn og unge gis et helhetlig behandlingstilbud (2016).

Samhandling

1. Sikre at foretakets rutiner for utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon er i samsvar med tjenesteavtale 5,
2. Bistå i å utvikle kommunenes kompetansebehov som følger av Samhandlingsreformen. Rapporten «Kompetanseutfordringer som følge av samhandlingsreformen»²⁴ skal legges til grunn for det videre arbeidet. (2015)
3. Bruke sykehusapotek Nord aktivt i samhandling med kommunene på legemiddelområdet for å forebygge pasientskader og øke kompetansen. (2014)

Kvalitet

1. Sikre at alle helseforetak innregistrerer data i relevante (der de har pasienter) nasjonale kvalitetsregistre. (2016)
2. Bruke data fra nasjonale kvalitetsregistre systematisk i lokalt klinisk forbedringsarbeid. (2016)
3. Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder. (2016)

²⁴ Styresak Helse Nord RHF, sak 90/2014

Oppdragsdokument 2017

4. Bruke tilbakemeldingene fra Norsk pasientregister (NPR) aktivt for å redusere feilkoding (2016).
5. Det skal etableres regionale prinsipper for legemiddellogistikk, både knyttet til standardiserte rutiner og prosedyrer og plan for bruk av elektroniske verktøy og utstyr, herunder blant annet elektroniske legemiddelkabinett og lagerroboter (2015).
6. Ha gode strukturer for formidling og kommunisering av kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten. (2015)
7. Skal ha etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer. (2015)

Forskning og innovasjon

Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner som nytt medisinsk-teknisk utstyr skal styrkes. (2016)
2. Data fra kvalitetsregistrene skal nyttiggjøres til forskningsformål. Flere forskningsprosjekter må realiseres med bruk av data fra nasjonale kvalitetsregistre. (2015)
3. Implementere endret forskningsfinansiering på RHF-finansierte prosjekter. Sosiale utgifter på lønn inkluderes i nye RHF-finansierte prosjekter innen tildelingssummen. For nye ph.d. og post.doc.- stillinger fra RHF skal HF-et sette av 20 % av rundsummen, dvs. 165 000 kr ved heltidsstipend med tildelingssum på 825 000 kr. Midlene skal øremerkes forskning internt i HF-et²⁵. (2011)

Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

1. Innfri pålagt antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser som beskrevet i vedlegg 1. Tilleggskrav for ambulanséfaglæringer: 50 % skal rekrutteres fra videregående skole i egen helseregion.
2. Rekruttere deltakere til Nasjonalt topplederprogram.
3. Bidra til kompetanseutvikling, samt videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatortrening mv.
4. Gi alle ledere opplæring og muligheter til utvikling gjennom kurs og møteplasser som dekker den basiskompetanse ledere skal ha.
5. Gi lederstøtte ved å ta i bruk Helse Nord's lederhåndbok.
6. Legge til rette for læringsaktiviteter og utdanningsløp for leger i spesialisering i eget helseforetak og i samarbeid med det regionale utdanningscenteret og andre helseforetak i landet.
7. Måltall ufrivillig deltid og stillingsandel blant fast ansatte per 31.12.17 per foretak:

²⁵ Satsene for 2015 er: Rundsum 938 000 kr for ph.d.- og post.doc.-stipend. 20 % av dette er 187 600 kr.

Oppdragsdokument 2017

Foretak	Andel deltid mindre enn	Stillingsandel større enn
FIN	16 %	92 %
UNN	19 %	92 %
NLSH	30 %	92 %
HSYK	30 %	92 %

Foretaksspesifikke mål**Nordlandssykehuset**

1. Ansvar for prioritering, koordinering og utvikling av nye e-læringskurs i regionen.
2. Ansvar for å bidra til at felles nasjonal kurskatalog utvikles, og at generell avtale om deling av kurs utarbeides.

Universitetssykehuset Nord- Norge

3. Legge til rette for at utviklerkompetansen innenfor e-læring gjøres tilgjengelig for regionalt utdanningscenter og e-læringsnettverket.
4. Helsekompetanse.no sin utvikling av e-læringskurs skal være basert på etterspørsel og koordinering med samarbeidspartnere og KS Læring.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

1. Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Primært skal dette gjøres internt mellom egne sykehus, men også på tvers av helseforetakene for egnede områder av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer. (2016)
2. Basere bemanningsplanlegging utfra aktivitet og en planleggingshorisont på minimum 6 måneder. (2016)
3. Registrere innleide vikarer i vaktboka i GAT, for å ha kontroll på arbeidstiden deres. (2013)

Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

1. Gjennomføre årlig gjennomgang av ekstern revisor av store byggeprosjekter. (2016)
2. Bidra i å vurdere hvilke muligheter en husleiemodell kan gi, og hvordan den eventuelt kan implementeres i foretakene. (2016)
3. Utarbeide utviklingsplaner i henhold til veileder for tidligfaseplanlegging forut for planlegging av investeringsprosjekter i samarbeid med Helse Nord RHF. Utviklingsplanene skal ha to hovedelementer: i a) organisasjonsutvikling, pasientforløp, faglig utvikling og b) gjennomgang av bygningsmessige ressurser, tilstand og behov for endringer i bygningsmassen for å dekke behovet for den spesialisthelsetjenesten foretaket skal levere. (2013)
4. Informere berørte kommuner og fylkeskommuner om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak, på et så tidlig tidspunkt som mulig. (2011)
5. Begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling. (2011)

Anskaffelsesområdet

1. Nasjonal kategoristruktur skal implementeres i foretakenes samlede innkjøpsvirksomhet, og innkjøpsarbeidet skal gjennomføres i tråd med ny nasjonal innkjøpshåndbok. (2016)
2. Følge opp regional plan for MTU-anskaffelser. Alle planlagte anskaffelser skal skje i tråd med plan, og uforutsette behov skal avstemmes regionalt før anskaffelsesprosess starter opp. Dette gjøres parallelt med prosess i kategoristyringsprosjektet. (2016)
3. Innen 31.03.15 tilpasse lokal innkjøpsstrategi i samsvar med regional og nasjonal innkjøpsstrategi. Følge opp Helse Nord's forpliktelser ved å delta i utforming og følge opp handlingsplan for etisk handel. (2015)
4. Sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav. (2015)

Risikostyring og internkontroll

1. Verifisere at leverandører som innehar rollen databehandlere oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og at nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. (2012)
2. Ha kontrollsystemer for overvåking av at funksjonsfordelinger blir fulgt. (2011)
3. Styrebehandle alle rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder foretaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. (2011).

Møtedato: 1. februar 2017
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Siv Cathrine Høymork m. fl.

Sted/Dato:
Bodø, 1.2.2017

Styresak 3-2017

Oppdragsdokument 2017 til helseforetakene, endelig vedtak

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar oppdragsdokument 2017 til helseforetakene med de endringer som kom frem under behandling av saken.
2. Oppdragsdokument 2017 fremmes for behandling i foretaksmøte med det enkelte helseforetak.
3. På vegne av styret i Helse Nord RHF gis adm. direktør ansvar for å følge opp helseforetakenes gjennomføring av kravene i oppdragsdokument 2017.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar oppdragsdokument 2017 til helseforetakene med de endringer som kom frem under behandling av saken.
2. Oppdragsdokument 2017 fremmes for behandling i foretaksmøte med det enkelte helseforetak.
3. På vegne av styret i Helse Nord RHF gis adm. direktør ansvar for å følge opp helseforetakenes gjennomføring av kravene i oppdragsdokument 2017.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
13/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Oppnevning av valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret for 2017-2019

Innstilling til vedtak

- Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer til valgstyre ved UNN:
 - Hilde Pettersen og Leif Hovden fra arbeidsgiversiden
 - Monica Fyhn Sørensen og Randi Steinli Pedersen fra arbeidstakerorganisasjonene

Saksutredning

Helseforetaksloven § 23 omhandler ansattes styrerepresentasjon i helseforetak. Ansattevalgte representanter til styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) velges for to år av gangen.

Perioden for de sittende representanter utgår på valgtidspunktet for nye representanter i april/mai 2017. Valg av ansattevalgte representanter skal ledes av et valgstyre, jfr. § 8 i forskrift til helseforetakslovens bestemmelser om de ansattes rett til representasjon i helseforetakets styre. Forskriften gir nærmere regler om de ansattes rett til styrerepresentasjon og om gjennomføring av valg for styremedlemmer valgt av og blant de ansatte. Valgstyret skal bestå av minst tre personer med stemmerett, hvorav én leder og én nestleder.

Valgstyret konstituerer seg selv. De ansatte og foretakets ledelse skal ha minst én representant hver, og valgstyret oppnevnes av foretakets styre. Direktøren foreslår arbeidsgiverrepresentantene, og arbeidstakerorganisasjonene har oppnevnt sine representantkandidater, i tråd med innstillingen.

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
14/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Leif Hovden

Styreevaluering

Innstilling til vedtak

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

Bakgrunn

Oppdragsdokumentet vektlegger årlig evaluering av styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s egen virksomhet. Dette underbygges av *Veilederen for styrearbeid* fra Helse Nord RHF samt UNNs styreinstruks. Ordningen har også forankring i statens prinsipper for eierstyring.

Formål

Formålet med saken er at styret evaluerer egen virksomhet på en systematisk og etterprøvbar måte, slik at det legges til rette for, om nødvendig, å korrigere styrets arbeidsmåte og fremme egenutvikling som kollegium.

Saksutredning

Styret gjennomførte for første gang en gjennomgang av styrets *arbeidsmåte* i styreseminar i november 2010. I 2011 kom styreveilederen fra Helse Nord RHF, som vektla en helhetlig evaluering, parallelt med departementets krav til det samme i de årlige oppdragsdokumentene. Styreveilederen angir at evalueringen skal gjennomføres én gang hvert år, herunder at hele styret og daglig leder bør være med i evalueringen. Ordningen skal også ta utgangspunkt i hva som er styrets viktigste oppgaver og helseforetakets utfordringer. Videre skal man vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte bidrar positivt til styrets håndtering av disse oppgavene.

Styret har altså gjennomført evaluering av egen virksomhet hvert år siden 2010.

Oppfølging etter evalueringen i 2016

Styret besluttet under evalueringen i februar 2016 å arbeide videre med prioriteringene for perioden til styreseminaret i juni samme år. Nødvendig oppfølging ble gjort etter at nyvalgt styre var på plass, som del av seminaret, ved behandling av styret som kollegium, egenevaluering, roller, arbeidsmåte m.v. I tillegg ble det fokusert på overordnede strategier og styringsstrukturen i UNN.

Evalueringsopplegget

Styreleder har også i år valgt å innhente ekstern bistand til evalueringen. Den metodiske tilnærmingen som rådgivingselskapet *Cirius Consulting* bruker, er identisk med opplegget som arbeidsgiverforeningen Spekter tidligere brukte, og som UNN-styret benyttet seg av allerede i 2012.

Evalueringsgjennomføring:

- Det enkelte styremedlem fyller ut nettbasert spørreskjema som gir full anonymitet i forhold til hvem som svarer hva. Undersøkelsen tar utgangspunkt i styrets ulike roller, styrets sammensetning, styrets oppgaveløsning og arbeidsform, styreledelse, styrets opptreden utad, forholdet til administrasjonen og til revisor – samt den enkeltes vurdering av sin egen posisjon i styret
- Svar fra spørreskjemaer sammenstilles og analyseres av ekstern konsulent
- Ekstern konsulent mottar saksdokumenter og deltar som observatør gjennom kommende styremøte
- Ekstern konsulent presenterer sammenstilte resultater fra spørreundersøkelse og fra sine observasjoner

Ekstern konsulent vil være tilgjengelig for styret i drøfting av potensielle oppmerksomhetsområder og eventuelt tiltak eller fokusområder som styret vil vektlegge for sin videre utvikling.

Medvirkning

Saken har ikke vært gjenstand for nærmere vurdering av andre interessentgrupper enn styret selv.

Vurdering

Evalueringen kan gjennomføres på ulike måter. Veilederen anviser eksempelvis bruk av samtaler, intervjuer eller egenevalueringsskjema. Det er opp til styret selv hvilken gjennomføringsmåte som velges, og styreleder har prioritert ekstern bistand til gjennomføring av evalueringen. I følge veilederen for styrearbeid er det essensielle med slike opplegg at styret selv klargjør hva som er dets viktigste oppgaver og utfordringer, og at evalueringen tar hensyn til det.

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
15/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Etablering av sikkerhetsorganisasjon ved UNN HF - egenerklæring - *unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. Sil. § 12*
2. Kontrollspenn ved UNN – veien videre
3. Samordning grensesnitt UNN og Sykehusbygg – Forslag om etablering av bestillerfunksjon for større utbyggingsombyggingsprosjekt
4. Oppfølging av handlingsplanen etter Sivilombudsmannens rapport fra 2016
5. Revisjonsrapport andre tertial 2016

Muntlige orienteringer

6. Åpenhet og dialog i UNN – orientering om status i arbeidet i partssammensatt arbeidsgruppe
7. Nasjonal helse- og sykehusplan – Mandat for oppfølging, og status i arbeidet med mandatets punkt 1 Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder
8. Medarbeiderundersøkelsen 2016 – foreløpig orientering om resultatene
9. Trombektomi ved hjerneslag – foreløpig orientering om utvikling av tilbudet
10. Plan for gradvis endring av ambulansetjenesten. Orientering om status i arbeidet.
11. Forbedring av parkeringstilbudet ved UNN Breivika – status i planarbeid
12. Markering av 100-års jubileum for UNN Longyearbyen
13. Oppsigelse i arbeidsforhold – *unntatt fra offentlighet off § 13 jf. fvl § 13, 1.ledd nr 1)*
14. Varsel om alvorlige hendelser – *unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. hpl. § 21 jf. 23.*

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Sak: Kontrollspenn ved UNN – veien videre
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen/ Mai-Liss Larsen
Møtedato: 8.2.2017

Bakgrunn og saksframstilling

En av målsettingene i Langsiktig utvikling og omstilling ved UNN (LUO) var å utvikle og etablere en ny overordnet organisasjonsmodell ved UNN, med en organisasjons- og ledelsesstruktur som tydeliggjorde den ledelsesmessige linjen i organisasjonen (styresak 84/2007). Det ble vedtatt tre ledernivå under direktøren med tilhørende profesjonsnøytrale titler (klinikksjef, avdelingsleder og seksjonsleder).

I 2009 fikk administrerende direktør en henvendelse fra NSF om å redegjøre for hvilke ledelsesteorier som lå til grunn for at sykehuset var organisert med enheter der kontrollspennet lå over 50 ansatte. Henvendelsen resulterte i en intern undersøkelse av kontrollspenn i UNN samt en gjennomgang av litteratur og forskning (ledermøtesak 264/09 *Kontrollspenn ved UNN HF*). I ledermøtesaken ble det foreslått følgende føringer på et eventuelt videre arbeid med kontrollspenn i UNN:

1. *Kontrollspenn over 40 ansatte anbefales i utgangspunktet ikke, og bør risikovurderes og begrunnes for hvert enkelt tilfelle.*
2. *Kontrollspenn på mellom 40-26 ansatte er i største laget og bør vurderes fra situasjon til situasjon.*
3. *Kontrollspenn på mellom 25 og 10 ansatte er ofte en håndterlig størrelse og bør tilstrebes.*
4. *Enheter med under 10 ansatte er ressurskrevende og ofte ineffektive og bør begrunnes ut fra situasjon.*

Den interne kartleggingen viste at UNN hadde flere enheter der leder hadde et stort eller svært stort kontrollspenn. Sykepleieleidere hadde gjennomgående høyere kontrollspenn enn andre ledere. Kartleggingen ga også grunn til å anta at ledere la ulik forståelse av kontrollspenn til grunn for sin rapportering. Det var ikke åpenbart for respondentene hvilke ledere som hadde personalansvar for hvem. Direktørens ledergruppe besluttet at videre arbeid med kontrollspenn i foretaket krevde at man gikk mer i dybden på hva som lå i de innrapporterte tallene.

Sak 264/09 ble videreført i sak 251/10 *Lederstruktur i UNN – i hvilken grad kart og terreng skal overlappe hverandre*. Hensikten var å finne hvilke kriterier som lå bak rapporteringen som ble presentert i tidligere ledermøtesak. Blant annet var man interessert i å undersøke om de med stort kontrollspenn hadde et støtteapparat rundt seg, hadde delegert lederansvar til andre osv. Tanken var at før UNN eventuelt skulle iverksette tiltak for å redusere kontrollspenn, måtte direktørens ledergruppe få innsyn i hvordan praksis så ut.

I ledermøtesaken ble det presentert data fra forberedelsen til medarbeiderundersøkelsen (oversikt over hvilke ledere som har personalansvar for hvem) og intervjuer med en rekke ledere i Operasjons- og intensivklinikken. Arbeidet viste at det eksisterte et fjerde ledernivå som ikke fantes i det formelle organisasjonskartet, at samme leder var leder for flere nivåer i samme linje, todelt



ledelse, uformelle ledere, gammel stillingsstruktur, "uatskillelig teamledelse" hvor alle lederne i teamet delte på alt og at det i praksis var umulig å tilbakeføre personalansvar til en person.

Kartleggingene viste også at samme sett med spørsmål stilt til ulike ledere på ulike nivåer og klinikker, ga helt ulike svar basert på forståelse av formell struktur, ens egen plassering i den formelle strukturen, oppgaver knyttet til lederrollen, oppfatninger om hvem som er de faktiske lederne, oppfatninger om hvem man er leder for, osv. Ledermøtesaken konkluderte med at ambisjonen om en nærmere kartlegging av kontrollspenn hverken var hensiktsmessig eller metodisk mulig. De metodiske begrensningene lå i uklarhet i struktur-, begreps- og rolleforståelse, samt ulik forståelse, fortolkning og praktisering av føringene i den formelle strukturen. Dette ga data som ikke var sammenlignbar. Vurderingen av at det ikke var hensiktsmessig å gå videre på kartlegging av kontrollspenn tok utgangspunkt i at et målrettet arbeid med kontrollspenn, forutsetter sammenfall mellom formell struktur og praksis (kart og terreng). Tiltak for å redusere kontrollspenn handler om å endre den formelle strukturen. Hvis den formelle strukturen er dekoblet praksis, vil slike grep ikke ha ønsket virkning. Det var derfor et poeng å skape samsvar først, så kunne man lage retningslinjer og tiltak med utgangspunkt i et rammeverk og begrepsapparat som kunne gjenkjennes og anerkjennes på tvers av klinikker og nivåer.

For å møte de metodiske begrensningene i tidligere kartlegginger ble prosjekt *Kartlegging av organisasjons- og lederstruktur ved UNN* etablert. Prosjektleder beskrev faktisk organisasjons- og ledelsesstruktur på de laveste nivåene i UNN. Prosjektet munnet ut i et notat høsten 2012. Prosjektnotatet og forarbeid med implementering av felles administrative IKT systemer avdekket forskjellig og til dels uklar praksis med hensyn til operasjonalisering av leder- og organisasjonsstruktur. Det mest fremtredende var et ledelsesnivå under seksjon, et såkalt fjerde ledernivå under administrerende direktør. Flere steder inngikk ikke økonomi som en del av lederansvaret. Fag- og personalansvaret var delt eller uklart definert. Enkelte ledere på laveste nivå hadde kun personalansvar. Videre ble det avdekket eksempler der medarbeidere hadde roller (funksjoner eller stillinger) som formelt sett ikke var definert som leder, men som i praksis ga dem et betydelig ansvar for å utføre et bredt spekter av lederoppgaver. Dette dannet grunnlag for ledermøtesak 176/13 *Formelle ledernivå i UNN*. Direktørens ledergruppe besluttet at den formelle organisasjonsstrukturen kunne telle inntil fire nivå under administrerende direktør og at denne formaliseringen skulle dokumenteres i foretakets mal for organisasjonskart. Det ble også vedtatt at det skulle utarbeides egne ledermøtesaker for stillingstitler, lederkartotek og kontrollspenn for ledere.

I sak 114/14 *Profesjonsnøytrale ledertitler i UNN med tilhørende stillings- og funksjonsbeskrivelse* sluttet ledergruppen seg til anbefalingene om gjennomgående bruk av profesjonsnøytrale titler til formelle lederstillinger i UNN. Ledergruppen vedtok en felles stillings- og funksjonsbeskrivelse for ledere i UNN som samsvarte med lovkravet om "enhetlig ledelse". Det ble også vedtatt at det skulle foretas en klinikkvis gjennomgang av dagens formelle organisering. Dersom gjennomgangen avdekket avvik av betydning skulle det gjennomføres en organisasjonsgjennomgang med mål om å harmonisere "kart og terreng". Dette arbeidet har vært gjennomført i enkelte klinikker, eksempelvis Operasjons- og intensivklinikken og Diagnostisk klinikk. Ingen klinikker har gjennomgående harmonisert organisasjonsstruktur opp mot lønn- og personalsystemene.

I sak 32/2016 *Lederkartotek* fastsetter direktørens ledergruppe at den formelle lederen i enheten skal tildeles «den normale lederrollen i personalportalen. Dette vil avklare hvem som er ledere og



hvor. I forberedelse til medarbeiderundersøkelsen 2016 ble lederstrukturen gjennomgått for å få oversikt over hvilke ledere som har personalansvar for hvem. Forberedelsen avdekket at det fortsatt er til dels store avvik mellom formell organisering, faktisk organisasjonsstruktur og de personaladministrative systemene.

Formål

Formålet med saken er å orientere styret om hvordan arbeidet med kontrollspenn skal tas videre i organisasjonen.

Vurdering

Saksfremlegget viser at kontrollspennsaken har vært behandlet i direktørens ledergruppe en rekke ganger. Et målrettet arbeid med kontrollspenn forutsetter en entydig og konsistent formell struktur i foretaket med sammenfall mellom formell struktur og praksis, fordi tiltak for å redusere kontrollspenn handler om å endre den formelle strukturen. Direktørens ledergruppe har truffet en rekke vedtak for å sikre bedre sammenfall. Til tross for dette viser nye kartlegginger forskjellige og til dels uklar praksis med hensyn til samsvar mellom formell organisering, faktisk organisasjonsstruktur og de personaladministrative systemene.

UNN er en kompleks organisasjon. Det er sjeldent at kart og terreng overlapper hverandre fullstendig, og det må være rom for lokale tilpasninger til overordnede føringer og retningslinjer. Likevel vurderer stabssjefen at det er nødvendig å iverksette tiltak. Det er flere grunner til at tiltak er nødvendig:

I følge Spesialisthelsetjenestelovens § 3-9 Ledelse i sykehus skal sykehus organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. I dag bryter flere avdelinger/seksjoner/enheter i UNN med lovens intensjon om enhetlig ledelse.

- a) Det bør være samsvar mellom målgruppen for UNNs lederutviklingsprogram og de som faktisk deltar
- b) For å drive planmessig og målrettet OU arbeid er det nødvendig med et relativt stort samsvar mellom det formelle organisasjonskartet og praksis
- c) Medarbeiderundersøkelsens oppbygging forutsetter at det er mulig å identifisere ledere med personalansvar som skal følge opp undersøkelsen
- d) En tilfredsstillende implementering av dialogavtalen er ikke mulig med en uklar/mangelfull lederstruktur
- e) For å kunne kartlegge kontrollspenn og utarbeide tiltak, er det nødvendig at klinikkene har noenlunde felles utgangspunkt det kan hentes informasjon fra.

I disse dager starter en gjennomgang av organisasjons- og lederstrukturen i Hjerter- lungeklinikken. Klinikksjefen er ansvarlig for gjennomføringen av arbeidet og Stabssenteret bidrar med lederstøtte. Hensikten med gjennomgangen er å sikre samsvar mellom formell organisasjons- og lederstruktur og faktisk struktur i klinikken. Stabssjefen mener at dette arbeidet kan danne grunnlag for et større arbeid i hele foretaket. Organisering av det videre arbeid avgjøres når erfaringene fra Hjerter- lungeklinikken foreligger.

Et arbeid på foretaksnivå må:

- Ha tydelig HF-forankring
- Være helhetlig og koordinert



- Bygge på kvalitetssikrede løsninger som involverer organisasjons- og lederstruktur i våre IKT systemer
- Ta høyde for at arbeidet også kan kreve organisasjonsutvikling i deler av organisasjonen.

Verdi for pasienten

En forutsigbar og klar lederstruktur er en nødvendig betingelse for at foretaket skal nå sine mål om gode og trygge tjenester til pasientene.

Økonomi

Ingen økonomiske utgifter knyttet til selve gjennomgangen av organisasjons- og lederstruktur i foretaket.

Medvirkning

Tillitsvalgte og vernetjeneste vil bli orientert om saken på det månedlige møtet som personalsjefen har med foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud.

Konklusjon

Direktøren har truffet en rekke vedtak for å sikre bedre sammenfall. Til tross for dette viser nye kartlegginger forskjellige og til dels uklar praksis med hensyn til samsvar mellom formell organisering, faktisk organisasjonsstruktur og de personaladministrative systemene.

Det er startet en gjennomgang av organisasjons- og lederstrukturen i Hjerte- lungeklinikken. Klinikksjefen er ansvarlig for gjennomføringen av arbeidet og Stabssenteret bidrar med lederstøtte. Hensikten med gjennomgangen er å sikre samsvar mellom formell organisasjons- og lederstruktur og faktisk struktur i klinikken. Stabssjefen mener at dette arbeidet kan danne grunnlag for et større arbeid i hele foretaket.



Sak: Samordning grensesnitt UNN og Sykehusbygg –
**Forslag om etablering av bestillerfunksjon for større utbyggings-
 /ombyggingsprosjekt i UNN**

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Fra: Gina M Johansen/ Tor-Arne Hanssen

Møte: 8.2.2017

Sammendrag

Saken viser til Helse Nord RHF's rapport *Samordning grensesnitt Sykehusbygg HF og Utbyggingsprosjekter i Helse Nord* og det oppdraget direktørmøtet i Helse Nord har gitt arbeidsgruppen og RHFet/HFene for det videre arbeidet med å sikre en god samordning av nåværende og fremtidige store byggeprosjekter.

Det har vært to hovedretninger i strategi for samarbeidsform med Sykehusbygg og arbeidsgruppa har dissens omkring anbefalt løsning der UNN går inn for etablering av et distriktskontor av Sykehusbygg, men der Nordlandssykehuset og Helse Nord RHF ønsker innplassering av ansatte i eksisterende struktur i Sykehusbygg. Denne prosessen er nå i sin avslutningsfase og Helse Nord RHF vil fremlegge sak for direktørmøtet for beslutning. Det har vært avholdt møter om eventuell overføring av medarbeidere, lokalisering, samspillsavtale og prosess for gjennomføring av en eventuell virksomhetsoverdragelse og/eller overtagelse av UNNs prosjektportefølje for store byggeprosjekt (P50>500 mill kr) både på lokalt og regionalt nivå. For å sikre UNNs eierinteresser, byggherrefunksjon og bestillerkompetanse er det nødvendig å se på hvilke ansvar, myndighet og funksjoner som må være igjen i helseforetaket.

Drifts- og eiendomssjefen har parallelt med «Sykehusbygg prosessen» iverksatt et organisasjonsutviklingsarbeid i Teknisk drift som er gitt i oppdrag å utvikle en effektiv og kompetent organisasjon som skal møte dagens og fremtidens behov for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av våre eiendommer og tjenester

Denne saken redegjør for hvordan en slik samordning kan gjennomføres der grensesnittene for hvilket ansvar og myndighet, samt hvilke oppgaver og ressurser som tenkes overført fra UNN til Sykehusbygg HF beskrives, vurderes og fremmes for direktørbeslutning.

Direktørens ledergruppe behandlet saken 20.12.2016, og fattet følgende beslutning:

1. *Direktørens ledergruppe slutter seg til den anbefalte løsningen om organisering av store byggeprosjekter i UNN slik det fremkommer av saksfremlegget.*
2. *Direktørens ledergruppe støtter drifts- og eiendomssjefens vurdering om at utbyggingsprosjekter med en P50 ramme over 500 mill kr, og som er i oppstartsfasen, gjennomføres i samarbeid med Sykehusbygg gjennom etablering av egne SLA for prosjektene.*
3. *Drifts- og eiendomssjefen bes sikre gjennomføring og oppfølging av en samordning av grensesnittet mellom UNN og Sykehusbygg, i samarbeid med stabssenteret, tillitsvalgte, vernetjenesten og Helse Nord RHF.*

Bakgrunn og saksfremstilling

Helse Nord RHF har utarbeidet rapport *Samordning grensesnitt Sykehusbygg HF og Utbyggingsprosjekter i Helse Nord* av 24. februar 2016, behandlet i Direktørmøtet 16. mars. Rapporten redegjør for ulike alternativer for organisering av arbeidet med utbyggingsprosjekter fra utviklingsplan, gjennom tidligfasen og byggefasen, der arbeidsfordelingen mellom helseforetaket, RHF-et, Sykehusbygg HF (Sykehusbygg) og bruk av eksterne konsulenter også



drøftes. Rapporten er utarbeidet av Helse Nords Eiendomsforum bestående av drifts- og eiendomssjefene m/teknisk ledelse fra helseforetakene og direktør forretningsutvikling, samt en regionalt tillitsvalgt og et regionalt hovedverneombud.

Rapporten beskriver 2 strategier for tilknytning til Sykehusbygg der arbeidsgruppen er delt i sin anbefaling. Deltagere fra UNN (og Finnmarksykehuset) anbefaler at Sykehusbygg etablerer en regional avdeling for hele Helse Nord sitt område for å sikre en bærekraftig og attraktiv struktur som styrker samhandlingen mellom oppdragsgiver/byggherre (helseforetakene, RHF'et), Sykehusbygg og leverandørmarkedet. Helse Nord, Nordlandssykehuset, foretaksverneombud og foretakstillitsvalgte anbefaler en prosess der ansatte i utbyggingsorganisasjonene i Helse Nord gruppen overføres til eksisterende avdelinger i Sykehusbygg.

Det er ventet at saken på nytt legges frem til endelig beslutning for direktørmøtet i november/desember 2016 og forut for en eventuell styrebehandling i Helse Nord RHF.

Denne saken redegjør for hvordan en slik samordning kan gjennomføres der grensesnittene for hvilket ansvar og myndighet, samt hvilke oppgaver og ressurser som tenkes overført fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) til Sykehusbygg HF beskrives, vurderes og fremmes for direktørbeslutning i UNN. Saken redegjør ikke for generelt eierskap og drift- og forvaltning av bygningsmassen. Et eget utvalg (Kvinnslandsutvalget) er av Helse og omsorgsdepartementet (HOD) bedt om å legge frem en vurdering av forbedringsområder når det gjelder kostnadseffektiv og verdibevarende forvaltning av, og videreutvikling av sykehusbygg. Rapporten ventes ikke foreligge før ved årsskiftet 2016/2017.

Formål

Formålet med denne saken er å redegjøre for ulike problemstillinger ved, og fremme begrunnet forslag om arbeidsfordelingen mellom UNN (som eier konkrete utrednings- og byggeprosjekter), Helse Nord og Sykehusbygg kan være for nye bygg og større ombygginger.

Vurdering

Arbeidet med to sammenfallende og overlappende prosesser, samordning med Sykehusbygg og OU teknisk avdeling, har pågått siste år. Dette arbeidet er nå ferdig og drifts- og eiendomssjefen mener det er hensiktsmessig å se disse to prosessene i sammenheng når det gjelder prosjektbaserte investerings- og vedlikeholdsoppgaver. Arbeidsgruppen og OU-rapporten for Teknisk drift konkluderer med at det er formålstjenlig å organisatorisk skille prosjektoppgaver fra driftsoppgaver i en egen enhet. Drifts- og eiendomssjefen støtter dette, men vurderer og begrunner i tillegg at de prosjektbaserte oppgavene bør slå sammen med dagens utbyggingsstab og organiseres som en egen avdeling i linje til drifts- og eiendomssjefen. Dette notatet redegjør ikke for begrunnelsen for en slik beslutning. Nærmere begrunnelse for dette finnes i drifts- og eiendomssjefens beslutningsnotat *OU-prosess Teknisk drift – Beslutningsnotat* av 15. november 2017.

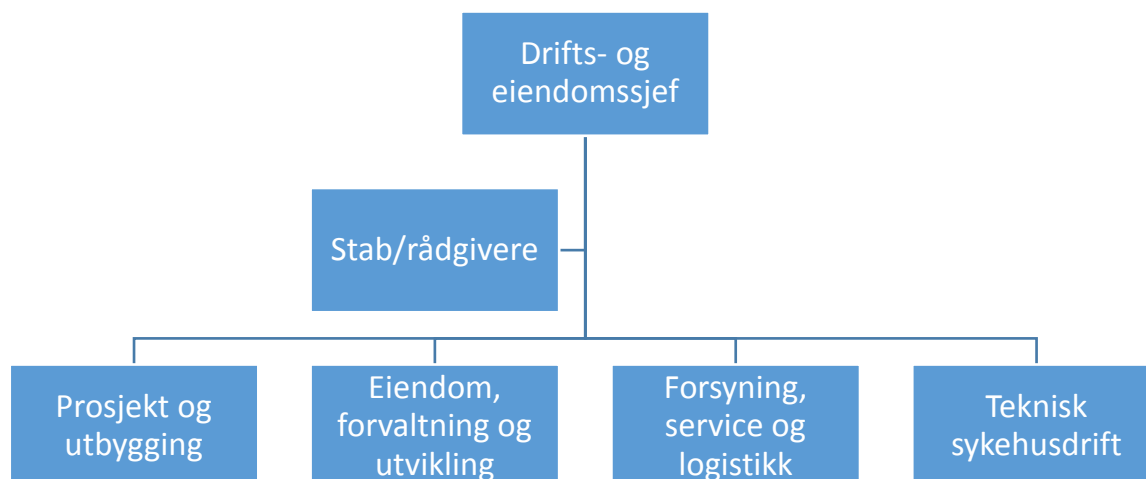
Det stilles klare kompetansekrav til UNN som byggeier og hvilken bestillerkompetanse som må være tilstede i UNN også innenfor et fremtidig grensesnitt mellom UNN og Sykehusbygg. Det er drifts- og eiendomssjefens anbefaling at det etableres en sentral rådgivningskompetanse organisert i en egen prosjekt- og utbyggingsavdeling i UNN som skal sikre at større bygg- og eiendomsanskaffelser skjer i tråd med eiers overordnede interesser. Rådgiverenheten skal



støtte eier ved å tilføre kompetanse om særlige krav (helsefaglige og bygningsmessige) og forhold ved eiers bygningsbruk, fungere som bindeledd mellom eier og andre rådgivningsmiljøer og bistå eier i vurdering av løsningsforslag.

Bemanning og omfang av en slik sentral rådgivningskompetanse vil til enhver tid være avhengig av prosjektporteføljen. Det er samtidig viktig å sikre et attraktivt fagmiljø for å tiltrekke seg og beholde dyktige medarbeidere. Det er nødvendig å etablere et arbeidsmiljø som er robust nok og medvirker til at fagrådgiverne har høy grad av tilhørighet til eiers virksomhet. Utvikling og etablering av en tradisjonell prosjektorganisering der fagressurser hentes ut av linjen og tas inn i prosjekter på engasjement er etter drifts- og eiendomssjefens vurdering formålstjenlig for de stillingene som har sin fagkompetanse utenfor drifts- og eiendomssenteret (OU-prosess, kommunikasjon, innkjøp, økonomi). Fagmiljøene i linjen vil være store nok til å sikre faglig gode og stabile prosjektrressurser. For fagmiljøene innenfor bygg og prosjektledelse vil det derimot være nødvendig å sikre denne i Drifts- og eiendomssenteret (DES), både som linje- og matriseorganisasjon. Dette er utfordrende og stiller krav om tydelig skille mellom når DES opptrer som bestiller og byggherre på vegne av prosjekteier og når DES opptrer som leverandør/utførende.

For å sikre et robust fagmiljø, oppnå synergieffekter mot teknisk drift og unngå uklarheter om ansvar og myndighet i prosjektarbeidet er det nødvendig å skille ut en prosjektorganisasjon i DES som foreslås lagt i linje til drifts- og eiendomssjefen. Denne prosjektorganisasjonen skal ha byggherre, bestiller- og gjennomføringskompetanse innenfor større bygge/ombyggingsprosjekt og vedlikeholdsprosjekt. Klinisk rådgiver og arealplanlegger skal være et koordinerende ledd som skal arbeide tett opp mot de kliniske avdelingene, utbyggingsenheten, teknisk drift, stabssenterets ulike rådgivere og Sykehusbygg/eksterne rådgivere. Dette gjelder områder klinisk rådgivning, arealplanlegging, dimensjoneringsgrunnlag, standardisering, ulike konsepter, tekniske løsninger, ombygginger, innflytting og ibruktaking.



Flere av de øvrige rådgivningsfunksjonene tilligger i dag UNNs Stabssenter, og bør av faglige grunner fortsatt kunne hentes herfra, men det er drifts- og eiendomssjefens anbefaling at



Stabssjefen dedikerer rådgivere som har dette ansvaret for å sikre god stabil faglig kompetanse, slik man har valgt å gjøre det for OU-bygg rådgiverne.

Det er nødvendig å beholde kompetanse på alle områdene, dog noe nedskalert i forhold til i dag. Funksjoner som prosjektansvarlig (PA) og leder for avdelingen (i dag utbyggingssjef) og Klinisk rådgiver, anses å være 100 % stillinger i overskuelig fremtid. De øvrige stillingene vil kunne variere ut fra hvilken prosjektportefølje som til enhver tid finnes. Utbyggingprosjektene går over flere år og prosjektporteføljen innenfor øvrige bygge- og ombyggingprosjekt 10-100 mill kr er relativt stabil. Det må derfor forutsettes at det til enhver tid vil kunne planlegges minimum 2-5 år frem i tid, noe som bør skape tilstrekkelig stabilitet for å kunne beholde en fast stabil bemanning.

Det er vurdert ulike former for hvordan og hvor raskt Sykehusbygg kan overta prosjektlederansvaret for de store byggeprosjektene helt eller delvis. Dette er avhengig av flere faktorer, der de viktigste er i hvor stort omfang UNN velger å beholde eier-, byggherre- og bestillerfunksjonen fremover. Drifts- og eiendomssjefen anbefaler at prosjekter i oppstartsfasen med P50 ramme over 500 mill kr gjennomføres i samarbeid med Sykehusbygg HF i tråd med oppdragsdokumentet, men med en tydelig byggherre og bestillerfunksjon i UNN. Dette *gjelder Idefaseutredning nytt/renovert bygg for Psykisk helse og rusbehandling i Tromsø, samt Nye UNN Narvik*. For *A-fløy* og *PET-senter* foreslås det, ut fra en risikovurdering, at prosjektene ferdigstilles i egen organisasjon som planlagt. For øvrige pågående planlagte investeringsprosjekter < 500 mill kr anbefaler drifts- og eiendomssjefen at det vurderes i hvert enkelt tilfelle hvilken tilknytning Sykehusbygg skal ha til prosjektene.

Dersom drifts- og eiendomssjefens anbefaling om fremtidig ansvarsfordeling og organisering tilsluttes, vil det være naturlig at UNN i stor grad beholder den organiseringen vi i dag har, men tydeliggjør byggherre- og bestillerfunksjonen gjennom etablering av tjenesteaftaler (SLA) med Sykehusbygg.

Vedlegg: Saksfremlegg

**Sak: Orienteringssak om oppfølgingen av sivilombudsmannens besøksrapport**

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Fra: Siren Hoven

Møtedato: 8.2.2017

Bakgrunn

Styret har tidligere behandlet saken på ekstraordinært styremøte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 23.8.16 samt i styremøtene 15.9.16 og 05.10.16. Det vises til saksfremlegg fra disse møtene for utfyllende informasjon. Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur og umenneskelig behandling gjennomførte varslet besøk ved UNN 26-28.4.2016. Innholdet i besøksrapporten fra Sivilombudsmannen var blitt kjent gjennom media og andre kanaler allerede noen uker før den ble offisielt oversendt/ publisert 29.8.2016.

Formål

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

Saksutredning

Besøksrapporten gir til sammen 32 anbefalinger på 7 områder. Anbefalingene er todelt og har som målsetting å sikre at lovkrav og kravene i FNs konvensjon etterleves. Om lag to tredjedeler av anbefalingene omhandler ulike sider av lovmessige forhold, mens de resterende tar for seg fysiske forhold, aktivisering og institusjonskultur.

Utover anbefalingene omtaler besøksrapporten forhold som Psykisk Helse- og rusklinikken selv vil følge opp. Innholdet i rapporten er alvorlig og forstås blant annet også som uttrykk for at virksomheten ikke i tilfredsstillende grad har klart å ta hensyn til pasientens perspektiv og opplevde erfaringer med i utforming og utvikling av denne.

Psykisk Helse- og rusklinikken har siden innholdet i besøksrapporten ble kjent jobbet intensivt med utvikling og oppfølging av handlingsplanen som svarer på anbefalingene. Betydelige ressurser er lagt ned i dette arbeidet. Arbeidet er imidlertid omfattende og krevende ettersom det omhandler en rekke dimensjoner ved tilbudet. Institusjonskultur, samt større vektlegging av opplevelses-/erfaringsperspektivet for pasientene er svært grunnleggende i dette henseende. Arbeidet involverer store deler av virksomheten og de ansatte.

Gjennom handlingsplanen knyttes konkrete tiltak til anbefalingene. Tiltakene har tilhørende ansvarsklargjøring med tidsfrister. I forhold til oppfølging av tiltak er det lagt til rette for en oversiktlig fremstilling av framdrift som vil være løpende oppdatert for rapportering. Ansvarlig for koordinering av handlingsplanen rapporterer fortløpende til klinikkledeledelsen om status. Det vises til selve besøksrapporten, diverse saksfremlegg, referater fra ekstraordinært styremøte 23.8.16 samt fra styremøtene 15.9.16 og 5.10.16. Det vises i dag også særlig til vedlagte status for handlingsplanen.

Medvirkning

Under selve utformingen av handlingsplanen ble den av tidsmessige årsaker ikke formelt drøftet med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten i henhold til vanlig prosedyre. Ledelsen ved Psykisk helse- og rusklinikken har i etterkant gjennomført flere informasjons- og innspills møter med ansatte etter at innholdet i rapporten ble kjent. Besøksrapporten er gjennomgått i KVAM-utvalget flere ganger og på dialogmøte med de tillitsvalgte.

Vurdering

Arbeidet med tiltakene som ligger i handlingsplanen involverer store deler av Psykisk helse- og rusklinikken. Dette gjelder ledere, ansatte, erfaringskonsulent, bruker/interesseorganisasjoner samt pasienter og pårørende. Det vurderes å ha vært jevn og god fremdrift i arbeidet.

Konklusjon

Psykisk Helse- og rusklinikken har prioritert og vil fortsette å prioritere oppfølgingen av rapportens anbefalinger høyt. Fremdriften i arbeidet vurderes tilfredsstillende. Direktøren foreslår at styret tar status for *arbeidet med handlingsplanen etter Sivilombudsmannens rapport til orientering*.

Vedlegg: Handlingsplanen etter Sivilombudsmannens rapport, oppdatert status

Status for handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger

Pr. 25/1-17

3.1 Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk (Innsatsområde 1)

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

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrister	Status
1. Arbeid omkring det som skjer i situasjonene hvor det blir brukt tvangsmidler.	1. Etablere arbeidsgruppe som skal se på det som skjer i og rundt situasjoner hvor det blir brukt tvangsmidler. Herunder å vurdere alternativer til tvang og bruk av lempelige midler.	Fagutviklingsenhet rus og psykiatri (FUE)	1.11.16 - 1.6.17	Utsatt oppstart inntil videre pga. svært mange pågående tiltak. Ingvild Dahl leder arbeidsgruppen. Representasjon er avklart og noen medlemmer på plass. Skal innhente erfaringer fra andre steder.
2. Systematisk opplæring i forståelse og mestring av aggresjon.	2a). Etablere FMA ressursgruppe bestående av bl.a. representanter fra sikkerhet og akuttpsykiatri.	FUE	1.11.16 - 1.11.17	Gruppen konstituert 28/10-16 og tre møter er avholdt. Neste møte 2/2-17 Avdeling Nord invitert med i gruppen.
	2b) Ressursgruppen skal sørge for at opplæringen skal skje med hjelp av interne og eksterne ressurser.	Ressursgruppe	Løpende	Skal vurdere innhold samt organisering av opplæringen. Det er enighet omkring innhold i opplæringen, men ikke hvordan opplæring av instruktører skal skje.
	2c) Anbefale hva slags instruktør-opplæring klinikken skal ha.	Ressursgruppe	1.3-17	FMA kurs gjennomført for alt personell på Akuttpost Tromsø. Terma kurs er gjennomført for fast miljøpersonell på Akuttpost Nord pluss deltagere fra andre enheter. Trening i gymsal hver 14. dag. Deltagelse på ESPA kurs 16-19/1-17.
3. Bestemmelser i Psykisk helsevernloven tematiseres til de vedtaksansvarlige på deres møter høsten 2016.	3a) Gjennomgå på vedtaksansvarlig-møtene høsten 2016.	FUE	1.9.16- 1.12.16	Gjennomgått som planlagt.
	3b) Utforming av instruks og oppfølging i forhold til etterlevelse.	Klinikksjef	31.12.16	Instruks gitt 1.1-17. Vurdere og beslutte hvordan etterlevelse skal kontrolleres.

<p>4. Systematisk opplæring av miljø-personalet i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften (sett i lys av SOM rapport).</p>	<p>4. Internundervisning ved alle enheter i akuttpsykiatrisk seksjon.</p>	<p>FUE</p>	<p>1.1.17</p>	<p>Gjennomført to runder på akuttpost Nord samt 1 runde hver på de andre akuttpostene.</p> <p>Planlagt gjennomført på PRE, sikkerhet, døgnet 2 samt alderspsykiatri.</p>
<p>5. Systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</p>	<p>5. Etablering av arbeidsgruppe som får på plass systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</p> <p>Ettersamtale bør være eget notat i DIPS og ikke frase for at etterprøvbareheten skal være best mulig.</p>	<p>FUE</p>	<p>1.10.16 - 1.10.17</p>	<p>5. Rutine, journalnotat og brosjyre til pasienter med informasjon sendt ut 28.12-16.</p> <p>Journalnotat sendt til journalkomiteen 20.12-16. Psykisk helsevernloven er vedtatt endret og det innføres krav om ettersamtale ved kapittel 4 vedtak (Lovvedtak 50 (2016-2017)).</p>
	<p>Forskningsmessig evaluering.</p>		<p>2017-18</p>	<p>Rolf Wynn veileder 5. års medisiner - student skal å skrive masteroppgave om dette.</p>
	<p>Internkontroll/revisjon.</p>		<p>30/6-2017</p>	<p>Intern revisjon 3 måneder etter oppstart. Kontroll av antall notater i forhold til antall vedtak samt innhold i notatene. Dette kan trolig skje 1/5 eller 1/6-17.</p>

3.2 Tiltak i forhold til lovgivning (Innsatsområde 2)

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

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjelder presiseringer omkring lovgiving som ikke omhandler bruk av tvangsmidler.	Alle punkter i forhold til lovgivning tas opp på felles vedtaksansvarlig møtene høsten 2016.	FUE	1.12.16	Alle punkter er gjennomgått på vedtaksansvarligmøtene høsten 2016.
	Vedtaksansvarligmøtet skal se nærmere på punktene som omhandler forholdet mellom isolasjon og skjerming samt kortvarig fastholding og uttale seg om dette.	FUE	1.12.16	Dette er ikke gjort i tilstrekkelig grad.
	Vurdere behovet for egen instruks med presiseringer av lovverket og evt. gi slik instruks.	Klinikksjef	1.12.16	Slik instruks ble gitt 1/1-17.
			1.1-17	Presiseringer fra Hdir er sendt ut. Gjennomgås bl.a. på legeres litteraturmøte. Vurdere om det er behov for ytterligere tydeliggjøringer.
	Seminar/kurs med Aslak Syse rundt bestillinger i forhold til juridiske problemstillinger.	FUE	19.1.17	Grunnkurs i helserett for helsepersonell ble gjennomført med ca. 55 deltagere.
			9.3.17	Seminar om psykisk helsevernloven
Pasient- og brukerombudet skal gjennomføre fagdager/kurs om pasienter og pårørende rettigheter for ansatte i psykisk helse og ruskliniken.	FUE	30.11.17	Halvdagskurs planlagt i Narvik medio 24/3-17 og i Tromsø ila. mai 2017. Resterende SPHR høsten 2017.	

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

Anbefalinger: 31 og 32.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Redusere skillet mellom personale dag-natt som påpekt (rapportens s. 37). Oppfølging av konkrete forslag.</p> <p>Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.</p>	<p>Etablering av arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, vernetjeneste og ledelse med mandat å foreslå konkrete forslag m.h.t. endringer i skillet mellom personalet på dag og natt.</p>	<p>Avdelingsleder Psykiatrisk avdeling med bistand fra Personal- og organisasjon</p>	<p>1.11.16</p> <p>Vår 2017</p>	<p>Rapport avlevert 30. september. 3 drøftingsmøter med tillitsvalgte samt ekstraordinært møte i KVAM utvalget er gjennomført.</p> <p>Klinikkledelsen besluttet 19.10 å gå for alternativ 1 med innslag av 10% dag/aften i natt stillingene ved psykiatrisk avdeling.</p> <p>Iverksettelse i.h.t. gjeldende regelverk og avtaler i UNN.</p> <p>Det er opplyst om misnøye blant nattpersonell. Oppfølging med deltagelse på nattevaktmøter. Avklaring av hvem som følger opp i tillegg til de respektive enhetslederne.</p>

3.4 Tiltak i forhold til Akuttpost nord (Innsatsområde 4)

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

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.</p> <p>Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes ved akuttpost Nord (anbefaling 31)</p>	Vurdere om de generelle tiltakene i handlingsplanen er tilfredsstillende også for Akuttpost nord	Klinikkjef	1.1.17	Fortløpende vurdering.
	Etablere arbeidsgruppe på Akuttpost nord som vurderer behov for interne tiltak	FUE/Avd. leder Psyk. avdeling	15.11.16	Konstituert 23/1-17. 4 deltagere fra dag og to fra natt + overlege. Avtalt møter 16/2, 9/3 og 23/3.
	Arrangere postseminar 1. halvår 2017 som tar utgangspunkt i besøksrapport, handlingsplan, føringer om utvikling samt arbeidsgruppens anbefalinger.	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/ seksjonsleder	1.6.17	Økonomien rundt seminaret må avklares. Søke om KVAM midler.
	Terma kurs for Akuttpost Nord. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon og akutt-postene får to plasser hver på kurset. Kurset evalueres via questback samt dialog.	FUE	1.1.17	Gjennomført som planlagt fra 12/12 til 15/12-16 for fast miljøpersonale. Opplæring av ekstravakter må gjennomføres.
	Systematisk bruk av etisk refleksjon rundt egen virksomhet igangsettes.	FUE/Avd. leder	1.11.16-01.6-18	Dag Erik Hagerup veileder. Evaluering og konsolidering av erfaringer hver 3. måned.
	Systematisk undervisning i Psykisk helsevernloven sett i lys av Sivilombudsmannens rapport.	FUE	1.11.16	2 runder er gjennomført.
	Undervisning i helsepersonell loven og pasient- og brukerrettighetsloven.	FUE	1.3.17	1 runde er gjennomført.

3.5 Tiltak i forhold til ledelse (Innsatsområde 5)

Anbefalinger: 31 og 32

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Lederoppgavene sett i lys av de foreliggende oppgaver og utfordringer er gitt, og vil også fremover bli gitt særskilt oppmerksomhet.	1. Samtaler med aktuelle ledere i akutt - psykiatrisk seksjon. Viktige tema er behov for lederstøtte, kompetanseheving samt motivasjon for- og oppfølging av de prioriterte utfordringene	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/Personal og organisasjon	1.11.16	Samtalene er gjennomført. Det er tilsatt ny seksjonsleder mens enhetslederstillingen ved akuttpost Nord er uavklart.
Det prioriterte endringsarbeidet må gjenspeiles hos ledere på alle nivå	2. Utarbeide sjekklister for nødvendig kompetanse for ledere i Psykisk helse- og rusklinikken. Sjekklisten bygger på UNN sitt reviderte lederutviklingsprogram og interne definerte kompetansebehov	Personal og organisasjon	1.2.17?	Se notat fra personalsjef. Rådgivere fra Stabssenteret og/eller KVALUT kan bistå i dette arbeidet.
	3. Nærmeste leder foretar kartlegging av kompetansebehov ut fra samtaler med sine ledere ¹ .	Aktuelle ledere	1.3 -17?	
	4. Når kartleggingen av kompetansebehov er gjennomført kan klinikkledeisen prioritere hva som skal gis av kompetanse-tilbud, hvem som skal ha tilbud og rekkefølge i opplærings- og utviklingstilbudene.	Klinikkisjef	1.4-17?	

¹ Det vil si klinikkisjef kartlegger kompetansebehovene hos avdelingslederne, avdelingslederne kartlegger kompetansebehovet hos seksjonslederne osv. I dette møtet kan leder og overordnet leder sammen kunne definere hva som er nødvendig å fylle på av kompetanse og læring for å utføre lederjobben på en tilfredsstillende måte.

	<p>5. Gruppeveiledning med enhetslederne i akuttpsykiatrisk seksjon hver 14. dag.</p> <p>Ledersamling for avdelings og seksjonsledelse ved psykiatrisk avdeling 27.1-16.</p>	<p>Avdelings/seksjonsleder</p> <p>Avdelingsleder</p>	<p>1.12-16</p> <p>27.1-17</p>	<p>Veiledningen er igangsatt.</p> <p>Programmet er planlagt sammen med kvalitet-avdelingen og Personal- og organisasjonsavdelingen.</p>
--	--	---	----------------------------------	--

3.6 Tiltak i forhold til pasienthendelser (Innsatsområde 6)

Anbefalinger: 10, 11 og 12

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Utarbeide delplan i forhold til pasienthendelser. To områder er avgrenset for spesiell oppfølging:</p> <p>1. Melding av pasienthendelser</p> <p>2. Lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser.</p> <p>Dialog med tilsynsmyndighet, kontrollkommisjon og Pasient- og brukerombud.</p>	<p>Utarbeide forslag til delplan for lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser. Herunder systematisk opplæring i bruk av Docmap. Superbrukere må også benyttes her.</p>	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.10.16	<p>Delplan utarbeidet innen fristen. Opplæringstiltak planlagt og første kurs gjennomført 30.11. Det må avklares rammer for hvordan personalet kan gjennomføre opplæringen.</p>
	<p>Utarbeide retningslinje for uønskede hendelser. Denne skal tydeliggjøre og eksemplifisere hva som skal meldes hvor.</p>	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.12.16	<p>Forslag til retningslinjen behandles av klinikkledelsen 26.1-17.</p>
	<p>Dialog med kontrollkommisjonen om hvordan rapporteringen om avvik og pasientskader skal foregå.</p>	Klinikksjef	1.11.16	<p>Gjennomført møte 9.11-16. Avtalt fast årlig møte fremover.</p>
	<p>Dialog med Fylkesmannen om at årlig samarbeidsmøte skal ha besøksrapporten som tema.</p>	Klinikksjef	1.11.16	<p>Gjennomført møte 24/10-16. Oppfølgingsmøte høsten 2017.</p>
	<p>Dialog med Pasient- og brukerombudet om samarbeidsmøte med besøksrapporten som tema.</p>	Klinikksjef	1.11.16	<p>Gjennomført møte 21/10-16. Avtalt å ha videre dialog omkring samarbeid.</p>

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

Anbefaling: 9, 21, 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Sørge for at informasjonsmaterieell med klageinformasjon utdeles rutinemessig som forutsetning for å oppfylle pasientrettigheter og ivareta rettssikkerheten.	Sørge for at slik informasjon alltid forefinnes. Biblioteket sørger for å bestille og lagre slike brosjyrer mm.	FUE	1.10.16	Informasjonsmøte for brukere og pårørende og organisasjoner 19.9. Skriv med klageinformasjon og plakater til oppslag er utarbeidet og distribuert.
Prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes.	Informasjon om klagerett og tilhørende skjema lagt på UNN's internett.	Stab	1.10-17	Gjennomført
Gjennomgang av samarbeidet med bruker/interesseorganisasjonene og Bikuben.	Vurdere å etablere faste dialogmøter med bruker/interesseorganisasjoner, pårørende og brukere.	Klinikkjef	1.1.17	Brukermedvirkningsforum er etablert i psykiatrisk avdeling. Skal det inviteres til et dialogmøte med Bikuben og bruker/interesseorganisasjonene?
Vurdere videre behov for erfaringskonsulenter.	Opprette 50% stilling som erfaringskonsulent ved psykiatrisk avdeling.	Klinikkjef	1.12.16	Astrid Weber er ansatt i stillingen fra 1.1.17.
	Vurdere videre tilførsel.	Klinikkjef	1.4-17	Vurdere ytterligere behov.
Vurdere gjennomføring av systematisk innhenting av brukererfaringer.	Systematiske tilfredshets/brukerundersøkelser.	FUE	1.4.17	Løsninger og teknologi må avklares. Vemund Myrbakk følger opp.
Systematisk bruk av etisk refleksjon.	Arbeid pågår i samarbeid med senter for medisinsk etikk, UIO	Seksjonsledere/FUE	15.9.16	Påbegynt. Inkluderer KEK og prestetjenesten. Innen 1.3 skal alle enheter i psykiatrisk avdeling være i gang. Statusevaluering 1.10-17
Sikre delaktighet i egen behandling	Pasienter skal tas aktivt med i behandlingsplanlegging og utforming av egen behandlingsplan.	Klinikkjef	30.1.17?	Avklare rammer og forutsetninger.

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

Anbefalinger: 1, 3, 4 og 5

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjennomgang av bygg 1 og 2 som må skje i tett samarbeid med aktuelle enheter i byggene.	Oppfølging av konkrete forslag til bygningsmessige tiltak.	DES/klinikksjef	1.12.16	Notat til direktør med beskrivelse av kostnader ferdigstilt 12.12. Møte 3/1-17 med konkretisering av remdrift. Det er tatt beslutning i f.h.t. rokade.
Forbedring og bredde i miljøterapeutiske tiltak.	Aktivitet skal sees som en del av og grunnlag for det terapeutiske arbeidet. Pasientens behandlingsplan skal inneholde informasjon om aktiviteter.	FUE	01.6.17	Skal sees i relasjon til underliggende tiltak som arbeidsgruppen.
	Videreutvikle undervisningstilbudet i miljøterapi.	FUE	01.6.17	Legge plan for undervisning i miljøterapi (omfang og tematikk).
Gjennomgang av muligheter for aktiviteter og aktivitetstilbudet.	Etablere arbeidsgruppe som ser på videreutvikling av aktivitetstilbudet og har økt fokus på aktivitet.	Klinikksjef/ Kulturavdelingen	1.12.16	Bredt sammensatt arbeidsgruppe hvor 2 møter er gjennomført. Møter med pasienter/brukere, bruker- og interesse org., legegruppen, ergo- og fysioterapeuter samt fagutviklerne er planlagt. Astrid Weber leder gruppen.
	Forskningsprosjekt om implementering av psykoseveilederen gir implementeringsstøtte i f.h.t. fysisk helse/aktivitet.	Forskningsprosjekt	Prosjektperiode 2016-18	Medlemmer fra arbeidsgruppe aktivitet deltar på samlingen 27.1-17.

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

Dette er bestilling fra styret.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
§ 4-8a Vedtak om bruk av mekanisk tvang brukes som indikator. Det vil si å følge antall § 4-8a vedtak måned for måned. Evalueres etter 6 måneder, med eventuell endring av indikatorvalg ved behov Utvikle indikatorsystemet til internt bruk	Se notat med vedrørende mulige indikatorer for tvang i psykisk helsevern. Videreutvikle LIS til å kunne benyttes til tettere monitorering av tvungent psykisk helsevern, eventuelt utvikle eget internt målekort	Klinikksjef Klinikksjef	1.12.16 1.12.16	Se eget notat om indikatorer. Forslag til indikatorark/system vedrørende utvalgte variabler er under utarbeidelse. Avklare hva som er status med tanke på indikatorsystem.



Sak: Revisjonsrapport 2. tertial 2016
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen / Grethe Andersen
Møtedato: 8. januar.2017

Bakgrunn

Revisjonen har foretatt en interimrevisjon for alle foretakene i Helse Nord. Revisjonen ble gjennomført i UNN i oktober/november 2016. Formål med saken er å orientere om revisjonen, samt iverksette og planlagte forbedringstiltak i tråd med anbefalingene fra revisor.

Saksutredning

Interimrevisjonen har denne gang vært rettet mot områdene inntekter, innkjøp, investeringer og lønn. Revisor (BDO) har i tillegg benyttet IT-revisorer for å kartlegge og teste applikasjonskontroller og informasjonsflyt mellom systemene. Revisor presiserer at punktene som omtales i revisjonsbrevet er ment som konstruktive innspill til ...”selskapets ledelse og styre i dets arbeid med å påse at selskapets virksomhets, regnskap og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.”

Inntektsområdet

Revisor har fokusert på kartlegging og etterprøving av rutiner og internkontroll for underområdene basisramme, ISF-inntekter og Helfo-inntekter, og ber om tilbakemelding på om avvik i behandlerkravmeldinger følges opp med betryggende kontrollhandlinger.

Tiltak:

Avdelingene har ansvar for at feillistene blir korrigeret. Økonomi- og analyseavdelingen har bestilt en rapport i DIPS som viser samlede feillister, og vil kontrollere at avdelingene retter opp. Revisor vil få detaljert tilbakemelding på rutinene for kontroll oversendt.

Øvrige områder på inntektsiden som er revidert er konkludert som tilfredsstillende.

Innkjøpsområdet

Revisor har sett på systemene og interaksjonen mellom disse, hvordan systemene er satt opp med hensyn på tilgang og rettigheter, samt opparbeidet forståelse av attestasjons- og anvisningsrutiner i det etablerte fullmakthierarkiet.

Anvisning

En feil i anvisning er avdekket som en ren saksbehandlingsfeil. Det er i tillegg avdekket tilfeller der anvisning ikke har vært utført av primæranviser. Anvisning har likevel vært utført av personer med anvisningsfullmakt.

**Tiltak:**

For å sikre at anvisning ikke stopper ved fravær er det besluttet at andre med anvisningsfullmakt i ØAA kan utføre oppgaven. Dette vil bli skrevet inn i fullmaktsrutinene.

Innkjøpssystemet clockwork (CLW)

Det er avdekket at systemet er bygd opp slik at en person kan foreta både bestilling, varemottak og godkjenning i systemet. Kontroller har avdekket at 290 innkjøp har vært utført av kun en person. Disse innkjøpene er utført av 20 personer.

Midlertidige tiltak:

UNN har valgt å sette opp CWL slik at det er mulig for en og samme person å både rekvirere og godkjenne egen rekvisisjon. Dette medfører også at hele bestillings- inkludert faktureringsprosessen kan utføres av en og samme person. Begrunnelsen for at vi har valgt å sette opp systemet slik at en og samme person kan godkjenne egen rekvisisjon er knyttet til pasientsikkerhet og da nødvendigheten for å få bestilt varer fort. På kort sikt er det etablert rutiner som fastslår at minst to personer skal være involvert i bestillingsprosessen for varer og tjenester. Det vil bli tettere oppfølging og kontroll av at rutinene følges.

Permanente tiltak:

CLW gir UNN mulighet til å velge om det skal være mulig for en og samme å rekvirere og godkjenne egen rekvisisjon (bestille). Denne funksjonaliteten, systemstyrt fullmaktstilgang, må gjelde for enten alle eller ingen. Systemet settes opp slik at rekvirenter ikke får tilgang til å godkjenne egen rekvisisjon. Dette sikrer at to personer involveres i den enkelte bestilling. I forhold til krav om arbeidsdeling får det ingen betydning hvem som tar varemottak eller hvem som behandler eventuelle fakturaavvik. Slik arbeidsdeling er også sikret ved fakturamatch hvor kjøpet automatisk går til utbetaling. Det medfører at ingen som rekvirerer kan godkjenne egen rekvisisjon. Alle bestillinger vil måtte foregå på denne måten. I forhold til bestillinger som må utføres raskt kan dette gi utfordringer. (Det samme gjelder for mindre enheter hvor få personer har tilgang til CWL.) I slike tilfeller blir det viktig å finne løsninger som sikrer at rekvisisjoner raskt blir godkjent. Økonomi- og analyseavdelingen jobber sammen med enheter i foretaket for å finne gode rutiner som minimerer risikoen for stopp i vareflyten.

Fullmaktshierarki i CLW

Revisor har fastslått avvik mellom fullmakthierarkiet i CLW og Agresso. I tillegg er det manglende rutiner og oppfølging for oppdatering av fullmakter i CLW.

Tiltak:

Det er igangsatt, og nesten fullført, et arbeid med å etablere ett felles fullmaktshierarki for CLW og Agresso. Ulike personer kan ha ulike rettigheter i systemene, men alle fullmakter samles i ett felles oppsett og vedlikehold etter samme rutiner. Dokumentasjon på fullmakter håndteres i samme skjema og samles. Rutiner for oppdatering av fullmaktshierarkiet er utarbeidet og oppdateringsrutiner beskrevet.

Det er igangsatt en opprydningsjobb i CLW med å oppdatere alle tilganger i tråd med oppdatert fullmakthierarki. Arbeidet forventes å være sluttført innen utgangen av februar 2017.

Lønnsområdet



Revisor har fokusert på kartlegging og etterprøving av rutiner og internkontroll for områdene inn- og utmelding av ansatte, lønnskjøringer og reiseregninger.

Rutinene for inn- og utmelding av Personalportalen er tilfredsstillende, men det mangler kontrollrutiner. Det er ikke avdekket avvik i godkjenning av timelister, utbetalinger eller bokføring i Agresso. Prøvelønnskjøring med tilhørende kontroller er gode for å avdekke eventuelle feil. Revisor ber om at det etableres rutiner for å dokumentere de kontrollene som utføres. Det er ikke avdekket avvik på reiseregninger eller dokumentasjon av disse.

Tiltak:

Arbeid for å utarbeide systematiske kontrollrutiner for ut- og innmelding i Personalportalen er igangsatt og forventes ferdigstilt ved utgangen av februar 2017. Kontrollene som er etablert for lønnsområdet vil bli dokumentert fremover.

Investeringer/byggeprosjekter

Revisor vil teste at UNNs interne kontrollrutiner fungerer som foreskrevet ifm årsoppgjøret.

IT revisjon

Revisor har gjennomgått generelle IT-kontroller, herunder tilgangskontroller og endringshåndtering for de sentrale systemene Agresso, Paga, GAT og CLW.

Tilgangskontroller

Revisor vurderer omfanget av brukere med privilegerte rettigheter i spesielt Agresso og CLW som høyt, og at det høye antall brukere strider mot prinsipper og god arbeidsdeling i systemene. Revisor anbefaler at det etableres en arbeidsflyt i Personalportalen. En mer automatisert rutine knyttet til administrasjon av brukere vil redusere risikoen for at brukere har feile tilganger.

Tiltak:

Vi avventer rutiner fra regional forvaltning og vil med bakgrunn i disse eventuelt korrigere interne rutiner.

Endringshåndtering

Revisor har gjennomgått rutinene for implementering eller oppgradering av systemer, og anbefaler at Helse Nord etablerer en standardisert prosess for håndtering av programendringer.

Medvirkning

Vurdering og konklusjon

Revisjonen har avdekket mangelfulle rutiner på enkelte områder, samt tilfeller der etablerte rutiner ikke er fulgt. UNN har satt i verk en rekke tiltak for å lukke avvikene og implementere forbedringsforslagene fra revisjonen.

Vedlegg: Brev fra BDO



Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Att: styrets leder Jorhill Berthe Andreassen
Postboks 100
9038 Tromsø

Tromsø, 02.12.2016

J.nr 1/2016

BREV TIL LEDELSEN

Vår oppgave som revisor er primært å uttale oss om årsregnskapet, opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til disponering av resultatet. I tillegg er det ekstern revisors oppgave innenfor god revisjonsskikk å gjennomgå selskapets formuesforvaltning og regnskaps- og interne kontrollsystemer. Våre konklusjoner presenteres i vår revisjonsberetning.

I høst har vi som tidligere kommunisert rettet vår oppmerksomhet mot områdene inntekter, innkjøp, investeringer og lønn. Videre har vi benyttet IT revisorer til å kartlegge og teste applikasjonskontroller og informasjonsflyt mellom systemene.

De utvalgte områdene medfører betydelige transaksjoner og påvirker den finansielle rapporteringen i stor grad.

Vi vil nedenfor gi en kort oppsummering av de funn vi har gjort.

Inntektsområdet

I forbindelse med vår gjennomgang av inntektsområdet har vi fokusert på kartlegging og etterprøving av rutiner og internkontroll for underområdene basisramme, ISF-inntekter og Helfo-inntekter.

Vi har gjennomført vår informasjonsinnhenting og vurderinger gjennom møter, rutinekartlegging og walkthroughs av rutiner, og detaljkontroller. I dette arbeidet har vi involvert personer gjennom hele organisasjonen fra økonomisjef, via regnskapsavdelingen og kontrollere, til DRG rådgivere og kodeansvarlige leger ute på klinikk.

Basisramme

Vi har innhentet tildelingsbrev, samt alle mottatte endringsbrev for basisbevilgningen. Etter vår vurdering inntektsføres basisrammen i henhold til budsjettert kostpådrag. Etter



vår mening fremstår den regnskapsmessige håndteringen av basisrammen å være underlagt betryggende kontroll.

ISF-inntekter

For underområdet ISF-inntekter har vi gjennomgått den overordnede prosessflyten fra DRG koding ute på klinikk til bokføring av inntekter. I denne forbindelse har vi sett på kontrollrutiner for DRG-fastsetting ute på klinikk og den overordnede oppfølging og kvalitetssikring som gjøres av DRG fastsettingen. Vi har også foretatt stikkprøver på rutiner for oppfølging, avstemming, rapportering og bokføring av ISF inntekter, samt at vi har fulgt opp oppfølging av avviksmeldinger for å sikre at helseforetaket får de inntekter det har krav på.

DRG-kodingen er et tillitsbasert komplekst område der gyldighet, nøyaktighet og tidsriktig koding er en nødvendig for å sikre helseforetakets inntekter. Graden av kompleksitet medfører at det alltid vil foreligge en iboende risiko for medføre feil i helseforetakets inntekter.

Ved vår gjennomgang ble vi gjort kjent med spenningene som foreligger mellom de ulike funksjonene ved kodefaste oppfølging og kontroll av denne. I et slikt tillitsbasert og komplekst system er det avgjørende at det er etablert et godt og fungerende internt kontrollmiljø hvor avvik fra rutineene varsles.

Etter vår oppfatning synes etablerte kontroller å fungere tilfredsstillende.

Helfo-inntekter

Vi har gjennomgått inntekter fra Helfo fra koding ute på klinikk til bokføring av inntekter. Vi har sett nærmere på de etablerte kontrollrutinene for kodefaste oppfølging, samt den oppfølging som gjøres av kodefaste oppfølgingen. Vi har videre sett nærmere på oppfølging, avstemming, rapportering og bokføringer av Helfo-inntektene.

Vår oppfatning er at det i det aller vesentligste er etablert et fungerende system for kontroll, avstemming og bokføring av Helfo-inntekter.

Behandlerkravmeldingene sendes til Helfo i utgangspunktet hver uke. Helseforetaket mottar et vedtak dagen etter. I dette vedtaket er det en spesifisering av avviste krav som sendes ut på avdelingsnivå for gjennomgang. Våre revisjonshandlinger gir ikke et klart bilde av om disse avvikene er gjenstand for betryggende kontrollhandlinger.

Vi ber om en tilbakemelding på hvordan helseforetaket på overordnet nivå følger opp at alle avvik i behandlerkravmeldingene gjennomgås og kvitteres ut. I denne sammenheng ønsker vi følgende punkter spesielt svart ut:

- Kan avvik slettes/kvitteres ut uten at det foretas korrigerende?
- Finnes det rapporter som viser akkumulerte uavklarte avvik?
- Hvilke kontroller er etablert for å følge opp at korreksjoner som gjøres er riktig?
- Hvilke kontroller er etablert for å følge opp at alle avvik er gjenstand for gjennomgang og korrigerende?



Gjennom vårt arbeid er vi informert om at det har forekommet tilfeller der helseforetaket ikke er tilskrevet rettmessige inntekter. Dette er tilfeller hvor egenandeler for materialgebyrer ikke belastes pasienten, personopplysninger mangler før behandling foretas (typisk for utenlandske pasienter) etc.

Vi ber om tilbakemelding på hvilke kontroller som er etablert for å sikre at deres rutiner følges.

Innkjøpsområdet

Ved vår gjennomgang av innkjøpsområdet har vi sett på systemene og interaksjonen mellom disse, hvordan systemene er satt opp med hensyn på tilgang og rettigheter, samt opparbeidet forståelse av attestasjons- og anvisningsrutiner og det etablerte fullmaktshierarkiet. For å kartlegge og teste dette har vi hatt kontakt med ledelse og medarbeidere ved avdelinger for økonomi, regnskap, innkjøp og lager.

Attestasjons- og anvisningsrutiner

Vi har kontrollert at attestasjons- og anvisningsrutiner i Agresso blir fulgt. Enhver anskaffelse til virksomheten skal attesteres og godkjennes av to forskjellige personer.

Ved våre kontroller fant vi ett avvik på et kjøp på kr 1.716.665 med feil anviser. Fakturabeløp over kr 500.000 skulle i henhold til deres rutiner vært innom leder for økonomi og analyseavdelingen. Vi har ingen indikasjoner på at kostnaden ikke er reell og avviket fremstår som en ren behandlingsfeil.

Gjennom våre kontroller fant vi også fire tilfeller der primæranviser ikke har foretatt anvisning av faktura. I samtlige av disse tilfellene har faktura blitt anvist av noen med anvisningsfullmakt. Vi har fulgt opp med ledelsen og fått avklart at dette er i henhold til rutinene, da de som har foretatt anvisningen har hatt riktig anvisningsfullmakt.

Ved kontroll av attestasjons- og anvisningsrutinene i Clockwork skal det i henhold til rutinene være to ulike personer registrert som rekvirent og godkjenner. Våre kontroller fant avvik på samtlige ordrer vi kontrollerte da det var samme rekvirent som godkjenner. Vi har fått opplyst om at man har fraveket denne rutinen da det gikk ut over pasientsikkerheten dersom ikke godkjenner var til stede. Det er også opplyst om at man jobber med nye rutiner der man ser på muligheten til måtte kreve minst to personer involvert i ordreplassen, for eksempel gjennom å innføre krav om en annen person som utfører varemottaket.

Clockwork er i dag bygd opp slik at samme person kan foreta bestilling, godkjenne faktura og foreta varemottak. Dersom en faktura ikke avviker med mer enn kr 4,99 fra bestilling, går også varekjøpet automatisk til utbetaling. Dette medfører risiko for at et kjøp går gjennom systemet med kun én person involvert. Gjennom våre kontroller fant vi fire ordrer der en og samme person hadde gjort bestilling, godkjenning og varemottak. I tre av disse tilfellene er det snakk om personer som ikke har noen naturlig rekvirent under seg. Vi har diskutert forholdet med ledelsen, som mener at det er innenfor rutinene at personer både bestiller, godkjenner og foretar varemottak i tilfeller hvor arbeidsdeling ikke kan oppnås. Vi gjør oppmerksom på at manglende arbeidsdeling medfører betydelig risiko for at det kan foretas uautoriserte innkjøp. Denne risikoen bør søkes redusert til et minimum. Dette kan



gjøres ved å innføre beløpsmessige begrensninger på hvor store fakturaer som kan gå gjennom systemet med bare en person involvert, eller ved å innføre krav om at varemottaket må gjennomføres av noen andre i tilfeller der rekvirent og godkjenner er samme person.

Det siste avviket må derimot sees på som et reelt avvik da hele ordreprosessen er gjennomført av én person der det burde vært mulig å få til arbeidsdeling. For alle andre kontrollerte ordrer er det sikret noe arbeidsdeling da en annen person har foretatt varemottaket.

Fullmakts-hierarki i Clockwork

Vår gjennomgang viste at det var avvik mellom fullmakts-hierarkiet i Clockwork og fullmakts-hierarkiet i Agresso.

Det legges inn personer med tilgang til å rekvirere og godkjenne i Clockwork, som ikke har tilgang i Agresso. Det ble i møte med ledelsen opplyst om at det er akseptert at det er avvik på bestillertilgang, men at tilgang for godkjenning skal følge samme fullmaktshierarki som Agresso. Det er heller ikke etablert en fast rutine for vedlikehold av tilgangsrettigheter i Clockwork. Dette medfører risiko for at personer ligger inne i systemet med gale rettigheter.

Disse manglene medfører at vi ikke kan bygge på foretakets internkontroll og at vi må utføre utvidede handlinger. Som kompensierende handlinger har vi bestilt dataanalyser for gjennomgang av våre IT-revisorer med det formål å vurdere omfang av ordre-/fakturabehandling som kun involverer en person. Vi har analysert alle inngående fakturaer som er behandlet gjennom Clockwork i tidsperioden 01.01 - 08.11.2016 hvor beløpet er over kr 5000. Av i alt 1676 inngående fakturaer over kr 5000 har vi avdekket at 290 av fakturaene kun er behandlet av 1 person, dvs. 17%. Det er mer enn 20 individer som har vært ene-behandler av disse fakturaene.

Etter vår oppfatning er etablerte kontrollrutiner inn mot Clockwork ufullstendig både med tanke på oppdatering og vedlikehold av systemrettigheter. Det foreligger videre muligheter for at en og samme person kan stå for hele ordreprosessen (rekvirent, godkjenner, varemottaks kontroll). Etter vår vurdering er dette en vesentlig mangel i foretakets interne kontroll.

Vi er orientert om at det pågår en forbedringsprosess med sikte på å få på plass nye rutiner knyttet til Clockwork.

Lønnsområdet

I forbindelse med vår revisjon av lønnsområdet har vi fokusert på kartlegging og etterprøving av rutiner og internkontroll for områdene inn- og utmelding av ansatte, lønnskjøringer og reiseregninger.

Vi har involvert avdelingsleder lønn, lønnsavdelingen og HR avdelingen for å kunne kartlegge rutineene på lønnsområdet og derav etterprøve disse ved testing av internkontroll og detaljkontroller.



Personalportalen

Vi har sett på rutiner for inn- og utmelding av ansatte i personalportalen. Systemet fungerer bra så lenge rutinene for inn- og utmelding overholdes.

Det fremkom ved gjennomgangen at det forekommer ca 10-20 tilfeller årlig der ansatte mottar lønn etter sluttdato på grunn av manglende utmelding i personalportalen. Dette oppdages på forskjellige måter, blant annet ved at den tidligere ansatte melder fra selv, avdelingsledere oppdager forholdet eller at lønnsavdelingen fanger dette opp. Det er dermed en iboende risiko for at manglende utmelding ikke blir oppdaget.

Utmelding av ansatte bygger på en manuell kontroll utført av avdelingslederne. Vår oppfatning er at det er risiko for at de etablerte manuelle kontrollrutinene ikke fungerer som forutsatt. Vi anbefaler at rutinene gjennomgås for å sikre en betryggende intern kontroll på dette området.

I de tilfellene slike forhold avdekkes er det etablert gode rutiner for å få tilbakebetalt den urettmessige lønnen.

Timeregistrering

Vi har gjennomgått den overordnede prosessflyten fra timeregistrering til registrering i lønnsystem, utbetaling og bokføring i regnskapet. Det er etter vår mening etablert tilfredsstillende kontroller med godkjenning av overordnet samt godkjenning fra lønnsavdelingen. Det er ikke funnet avvik i form av godkjenning av timelister, utbetalinger eller bokføring i regnskap.

Lønnskjøring

Det gjennomføres en prøvelønnskjøring én uke før ordinær lønn. Vi har gjennomgått kontrollene som gjøres mot denne lønnskjøringen. Det er etablert en rekke kontroller av lønnsgrunnlaget som er egnet til å fange opp eventuelle store enkeltutbetalinger, unormale timeantall, negative beløp etc. Mange av disse kontrollene er imidlertid ikke etterprøvbare da det ikke foreligger en tilfredsstillende dokumentasjon på at kontrollen er gjennomført.

Vi mener kontrollene som er opprettet på området er gode for å sikre korrekt utbetaling av lønn. Vi anbefaler imidlertid at disse kontrollene formaliseres med krav om dokumentasjon for gjennomført kontroll og hvem kontrollen er utført av.

Reiseregninger

Ved gjennomgang av reiseregninger har vi ved stikkprøver kontrollert hvorvidt dokumentasjon av reisen var tilfredsstillende og at reisekostnadene var godkjent av en overordnet. Det ble ikke funnet noen avvik på området.

Rutiner for dokumentasjon, godkjenning, utbetaling og bokføring synes å fungere tilfredsstillende. Imidlertid vil vi bemerke at det kun er de ansatte på reisekontoret som får sett dokumentasjonen på kostnadene. Overordnede som godkjenner reiseregningen har kun tilgang til selve forsiden av oppsettet. De må dermed godkjenne reiseregningen basert på en beskrivelse av kostnaden og ikke faktiske bilag. Dette er etter vår vurdering en svakhet i rutinen at ikke overordnet godkjenner har mulighet til å se den faktiske



dokumentasjonen. Vi forstår at dette vil endres når foretaket går over på en hel-elektronisk løsning.

Investeringer/byggeprosjekter

I oppdragsdokumentet for 2016 fra Helse Nord RHF til de ulike helseforetakene følger det av punkt 2.4. at det skal foretas en årlig gjennomgang av ekstern revisor av store byggeprosjekter.

Vi har foretatt en overordnet gjennomgang av system for prosjektoppfølgning sammen med prosjektleder, samt at vi har gjennomgått på overordnet nivå rutiner for inngåelse av kontrakter, endringshåndtering og sakshåndtering generelt. Vi har også dannet oss et bilde av etablerte attestasjons- og anvisningsrutiner for byggeprosjektene.

Vi har imidlertid behov for å gjennomgå byggeprosjektene nærmere for å teste at etablerte kontrollrutiner fungerer som foreskrevet. Vi har avtalt en gjennomgang i desember 2016, og vi vil i hovedsak se på de to største prosjektene som er A-fløya og PET senteret.

I forbindelse med vår rapportering etter endt årsoppgjørrevisjon vil vi kommentere investeringer og byggeprosjekter nærmere. Dersom vi mot formodning skulle avdekke vesentlige brudd på interne rutiner, vil vi utarbeide særskilt rapportering til styret så raskt som mulig.

IT revisjon

Vi har gjennomgått generelle IT-kontroller, herunder tilgangskontroller og endringshåndtering, for de sentrale systemene Agresso, Paga, GAT og Clockwork.

Tilgangskontroller

Når nyansatte starter i Helse Nord blir de opprettet i Personalportalen. Det er imidlertid ingen god arbeidsflyt på godkjenning og opprettelse av brukere, og det er ulike prosedyrer for hvert helseforetak. Dette innebærer at tilganger og rettigheter i det enkelte system forvaltes lokalt. Det er heller ikke etablert noen felles rutine for behandling av brukere som slutter. Det har vært planer om å innføre automatisk deaktivering av brukere ved sluttdato i Personalportalen, men dette er ikke innført ennå.

Det er utarbeidet instruks for hvilke rettigheter i systemene som ikke skal kombineres, men det er ingen sentral oppfølging av dette slik at rutinene kan variere i det enkelte helseforetak.

Ved gjennomgang av brukere og rettigheter i Agresso har vi avdekket at omfanget av brukere med privilegerte rettigheter, slik som rollene SYSTEM og SUPER, er høyt. Eksempelvis er det 15 brukere som har tilgang som SYSTEM, mens 31 brukere har tilgang som SUPER. I Clockwork er det i alt 54 superbrukere, hvorav 28 brukere har rettighet til å opprette eller endre andre brukere. Tilgangene i GAT og Paga styres fra Personalportalen, og brukerne må ha et aktivt ansattforhold for at de skal ha rettigheter i GAT eller Paga. Rolle som godkjenner styres av lederrolle, og superbrukerroller synes å være begrenset til et fåtall individer per helseforetak.



BDO vurderer at det er en risiko for at brukere i RHFet kan ha rettigheter i systemene som går utover de behovene de har for å utføre sine arbeidsoppgaver. Vi vurderer også at det er en risiko for at brukere som forlater virksomheten fremdeles har aktive rettigheter i systemene. Videre vurderer vi at omfanget av brukere med privilegerte rettigheter i spesielt Agresso og Clockwork er høyt, og at det høye antall brukere strider mot prinsipper og god arbeidsdeling i systemene.

Vi vil derfor anbefale at det etableres en arbeidsflyt med utgangspunkt i Personalportalen både ved opprettelse, endring og deaktivering av brukere. En mer automatisert rutine knyttet til administrasjon av brukere vil redusere risikoen for at brukere aggregerer opp vide rettigheter når de skifter stilling internt, eller at de beholder tilganger når de forlater virksomheten. Det første steget som bør innføres er å automatisere deaktivering av brukere i nettverket, Windows Active Directory, med basis i sluttdato i Personalportalen.

Endringshåndtering

Vi har også gjennomgått rutinene for implementering av programendringer eller oppgradering av systemene med utgangspunkt i oppgraderingen av Agresso til milestone 5.5.5. Oppgraderingen er gjort i nært samarbeid med systemimplementøren Evry og systemleverandøren, Unit4. Det er gjennomført test av de ulike modulene og prosessene i systemet. Det har også vært utført en del testing av integrasjonene mot andre systemer. Per kontrolltidspunktet var det identifisert enkelte feil, men ingen av disse ble vurdert å være alvorlige eller kritiske i forhold til produksjonssetting.

Det er ingen standardisert prosess for håndtering av programendringer i Helse Nord, hvor endringer, test og kriterier for godkjenning dokumenteres. Rutinene varierer per system, men det gjøres risikovurderinger, test og evaluering i forhold til kompleksitet og omfang av den enkelte programendring.

Vi vil anbefale at Helse Nord etablerer en standardisert prosess for håndtering av programendringer, og at programendringene dokumenteres i et felles verktøy. Dette også for å planlegge og styre driftssetting av endringer på tvers av helseforetakene.

Forberedelser til årsoppgjøret

Som et ledd i vår interimisrevisjon vil i samarbeid med administrasjonen hos UNN legge en plan for årsoppgjøret og den revisjonen som skal gjennomføres i denne forbindelse. Vi vil i løpet av desember komme tilbake med en PBC-liste (prepared by client) over forhold og regnskapsposter vi ønsker dokumentert i denne forbindelse.



Avslutning

Vi ønsker å presisere at de punkter som omtales ovenfor er ment som konstruktive innspill til selskapets ledelse og styre i dets arbeid med å påse at selskapets virksomhet, regnskap og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

BDO vil kunne være behjelpelig med å bistå i gjennomføringen av de ovennevnte anbefalinger.

Dersom det er spørsmål eller uklarheter i forbindelse med brevet eller andre forhold, ber vi dere vennligst ta kontakt.

Vi ber om at dette brevet styrebehandles.

Med vennlig hilsen
BDO AS



Frode Kristian Danielsen
Statsautorisert revisor



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
16/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Tildeling timeavtaler ved UNN, datert 19.12.2016
2. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 21.12.2016
3. Risikostyring i foretaksgruppen 2017 – overordnede mål, datert 23.12.2016
4. Godkjenning av søknad om å investere i ny ambulansestasjon i Harstad, datert 2.1.2017
5. Nasjonal helse- og sykehusplan – presisering av mandat for oppfølging, datert 11.1.2017
6. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 24.1.2017
7. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 24.1.2017
8. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 25.1.2017
9. Referat fra Brukerutvalget, datert 1.2.2017

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Styret ved UNN

9038 TROMSØ

Vår ref.:
16/2813-11
Løpenr.:
49050/16

Saksbehandler:
Line Samuelsen
Tlf. dir.innvalg:
77 78 80 11

Arkiv:
033 SAKSARKIV
Deres ref.:

Dato:
19.12.2016

TILDELING AV TIMEAVTALER VED UNN

På møte i fylkeseldrerådet i Troms 1. desember 2016 kom det under sak 39/26 opp ønsket om at det sendes anmodning til gjeldende instanser om at tildeling av timer/dagbehandling ved sykehus/spesialister må søkes tildelt slik at de korresponderer med offentlige kommunikasjonsmidler.

I mange tilfeller skjer ikke dette, slik at pasienter med lang reisevei er nødt til å komme dagen før eller ta overnatting med hjemreise neste dag. For mange eldre er dette en belastning, i tillegg til egen sykdom.

Fylkeseldrerådet gjorde følgende vedtak i møtet 1. desember:

«Fylkeseldrerådet anmoder instanser som tildeler pasienter timer til undersøkelse/dagbehandling om å se på muligheten for å tilpasse disse til ankomst/avgang for offentlige transportmidler.»

Med vennlig hilsen

Line Samuelsen
Sekretær for fylkeseldrerådet i Troms

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.

Kopi:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF, v/ Brukerutvalget, 9038 TROMSØ
Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF, v/ Karin Paulke,
Målselv kommune, v/ Eldrerådet, Kommunehuset 9321 MOEN

Besøksadresse
Strandveien 13
Postadresse
Postboks 6600, 9296 TROMSØ

Telefon
77 78 80 00
Epost mottak
postmottak@tromsfylke.no

Bankgiro
4700 04 00064
Internettadresse
www.tromsfylke.no

Org.nr.
864870732



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

Tid: Onsdag 21.12.2016 kl. 10.00-12.00

Sted: Administrasjonens møterom D1-707

Deltakelse:

<u>Administrerende direktør</u>	<u>Tor Ingebrigtsen</u>
<u>Kvalitets- og utviklingssjef</u>	<u>Einar Bugge</u>
<u>Leder Brukerutvalget UNN</u>	<u>Cathrin Carlyle</u>
<u>Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken</u>	<u>Tonje Drecker</u>
<u>Klinikkjef Barne- og ungdomsklinikken</u>	<u>Elin Gullhav</u>
<u>Kvalitetsleder klinisk patologi</u>	<u>Lena Oprand Heggelund</u>
<u>Klinikkjef (kst.) Psykisk helse- og rusklinikken</u>	<u>Siren Hoven</u>
<u>Seksjonsleder Ortopedisk avd.</u>	<u>May-Liss Johansen</u>
<u>Smittevernoverlege</u>	<u>Torni Myrbakk</u>
<u>Foretakshovedverneombud</u>	<u>Einar Rebni</u>

Forfall:

<u>Avdelingsoverlege avdeling for Gastroenterologisk kirurgi</u>	<u>Rolv-Ole Lindsetmo</u>
<u>Avdelingsleder Medisinsk avdeling UNN Narvik</u>	<u>Ove Laupstad</u>

Øvrige:

<u>Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen</u>	<u>Grete Åsvang</u>
<u>Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen</u>	<u>Mette Fredheim</u>
<u>Medisinsk fagsjef KVALUT</u>	<u>Haakon Lindekleiv</u>
<u>Rådgiver Kvalitetsavdelingen</u>	<u>Hege Fredheim-Kildahl</u>
<u>Pasient- og brukerombud i Troms</u>	<u>Odd Arvid Ryan</u>
<u>Jurist Pasient- og brukerombudet i Troms</u>	<u>Eli Johanne Åsgård</u>
<u>Avdelingsleder BUK</u>	<u>Børge Mathiassen</u>
<u>Psykologspesialist BUK</u>	<u>Yngvild Arnesen</u>
<u>Konsulent Kvalitetsavdelingen</u>	<u>Heidi Robertsen (referent)</u>

SAKSFREMLEGG	
<p>44/16 Godkjenning av referat fra KU-møtet 29.11.2016 (ephorte 16/686)</p> <p>Referatet ble formelt godkjent i møtet med følgende kommentar:</p> <p><i>Sak 40/16-3 Redegjørelse for drift ved fødeavdelingen UNN Narvik</i> følges opp av direktøren. Situasjonen krever kontinuerlig oppmerksomhet, og følges opp ukentlig.</p>	Tor Ingebrigtsen
ORIENTERINGS- OG DRØFTINGSSAKER	
<p>45/16-1 Pasient- og brukerombudet i Troms (POBO)</p> <p>Pasient- og brukerombudet møtte og orienterte Kvalitetsutvalget på bakgrunn av bestilling fra Kvalitetsavdelingen, særskilt med tanke på hvordan UNN kan bli bedre på å sikre læring, særlig på tvers av enheter, og hvordan de ønsket å bidra i slik utvikling.</p> <p>Pasient- og brukerombudet ga tilbakemelding for følgende observerte tendenser i UNN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Underrapportering • Ulik forståelse og praksis i klagebehandling og bistand • UNNs meldesystemer – involvering av melder samt tilbakemeldinger • Rutiner for implementerende tiltak • Sikring og forståelse av prosedyrer • Epikrisetid og tiltak • Samhandling mellom UNN og kommuner • Implementering av ordningene med kontaktlege og koordinator i UNN • Ventelister <p>Pasient- og brukerombudet ga tilbakemelding på en god dialog og gode møtepunkter med UNN, og ønske om å videreføre dette i 2017.</p> <p><u>Behandling</u></p> <p>Det var enighet om at Kvalitetsutvalget prinsipielt tar ansvar for de større linjene, og overlater det øvrige ansvar til klinikknivå.</p> <p>UNNs forståelse av utfordringsområdene er sammenfallende med Pasient- og brukerombudets.</p>	<p>Odd Arvid Ryan</p> <p>Eli Johanne Åsgård</p>

<p>45/16-2 Prevalens av sykehusinfeksjoner</p> <p>Det ble orientert rundt status for prevalens og NOIS.</p> <p>Smittevernssenteret imøteser elektronisk verktøy for rapportering, dette er underveis og vil snart være på plass.</p> <p>Smittevernssenteret foreslår etablering av system for systematisk gjennomgang av dype infeksjoner for alle avdelinger i UNN for å nå mål om nullvisjon.</p> <p><u>Behandling</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktør i Smittevern bes om å utforme ledermøtesak med forslag til konkret arbeidsprosess for systematisk gjennomgang av alle dype sårinfeksjoner. • Forslaget tas opp i Kvalitetsutvalget møte 18. april 2017. • Kvalitetsavdelingen bistår ved behov i utarbeidelse av en slik arbeidsprosess. 	Torni Myrbakk
<p>45/16-3 Barne- og ungdomspsykiatri lærer av pasienter og pårørende</p> <p>BUK møtte og redegjorde for Systematisk kartlegging av kvalitetsarbeid i BUP, herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hensikt • Prosess • Resultater <p><u>Behandling</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalget anser kartleggingen som en riktig metodisk tilnærming. • Kvalitetsutvalget imøteser ytterligere orientering når nye data og resultater foreligger. 	Børge Mathiassen Yngvild Arnesen
BESLUTNINGSSAKER	
<p>46/16 Intern revisjonsplan 2017</p> <p>Kvalitetsavdelingen la frem intern revisjonsplan for 2017.</p> <p><u>Beslutning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisjon for forskningsprosjekter legges til i revisjonsplan for 2017. • Revisjon av opplæring i medisinsk teknisk utstyr utsettes, og kan vurderes lagt på klinikknivå. • Revisjon av kontaktlegeordningen utsettes til 2018. 	Grete Steinry Åsvang Hege Fredheim- Kildahl

<ul style="list-style-type: none"> • Revisjon pkt. 12 - <i>Revisjon som oppfølging av orienteringssak til KU vedrørende drift/bemannings situasjon ved Fødeavdelingen i Narvik:</i> Frist for levering av arbeidsgruppens rapport er 24.2.2017. Kvalitetsutvalget ønsker at revisjonen gjennomføres innen denne fristen slik at den kan inngå i beslutningsgrunnlaget, med hovedtema: ✓ Oppfølging av nasjonal veileder ✓ Informasjon til fødende ➤ Kvalitetsavdelingen prioriterer revisjonen, og gir tilbakemelding til Kvalitetsutvalgets leder innen 2017 på gjennomførbarhet. ➤ Kvalitetsavdelingen lager en metode jf. god revisjonspraksis som kan tilsvare bestillingen. ❖ Økning i forslag til revisjoner dette medfører at disse ikke er mulig å håndtere i en ettårig plan. Norske Veritas etterlyser 3-årig plan. Kvalitetsavdelingen ba Kvalitetsutvalget om forslag til gjennomføring av revisjonsplan. <p><u>Beslutning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsavdelingen forholder seg til plan for 2017 som starten på en 3-årig plan. • Kvalitetsavdelingen ber om orientering for status og diskusjon for eventuelle omprioriteringer i Kvalitetsutvalgsmøte april 2017. 	
<p>47/16 Rapportering på innføring av innsatsområdene I Pasientsikkerhetsprogrammet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mal for statusrapportering til behandling <p><u>Beslutning</u></p> <p>Det forelagte dokument testes ut i en rapporteringsrunde til alle relevante enheter ved UNN, og evalueres etter dette. Resultatene fra denne rapporteringen benyttes også som datagrunnlag i en internrevisjon av Pasientsikkerhetsprogrammet.</p> <p>Videre diskusjon utsettes til skjemaet er testet ut i avdelinger, frist Kvalitetsutvalgsmøte 28. mars 2017.</p>	Mette Fredheim
EVENTUELT	
<p>48/16 Læringsnettverk nye innsatsområder i Pasientsikkerhetskampanjen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et team fra Harstad er meldt inn til læringsnettverk vedrørende innsatsområdet «Tidlig oppdagelse av livstruende sykdom». • Kreftavdelingen har tidligere ønsket team med i læringsnettverket 	Mette Fredheim

vedrørende innsatsområde «Forebygging av underernæring». Dette læringsnettverkets møter vil foregå utenfor Helse Nord. Invitasjonen oversendes kreftavdelingen for vurdering av eventuell påmelding.

Beslutning

Kvalitetsutvalget godkjenner at forespørselen vedrørende innsatsområde «Forebygging av underernæring» oversendes Kreftavdelingen.

Helseforetakene i Helse Nord
Sendes kun per e-post

Deres ref.:

Vår ref.:
2016/680 /022

Saksbehandler/dir.tlf.:
Erling Bang, 911 33 373

Sted/dato:
Bodø, 23.12.2016

Risikostyring i foretaksgruppen 2017 - overordnede mål

I styremøte 14.desember 2017 ble styret i Helse Nord RHF fremlagt styresak 157-2016 Orienteringssaker. Sak 157/2b omhandlet *Risikostyring 2017 i foretaksgruppen - overordnede mål*.

I henhold til retningslinjene for risikostyring i Helse Nord setter administrerende direktør målene som skal ligge til grunn for risikostyring påfølgende år i slutten av hvert år.

De overordnede mål som legges til grunn for risikostyring i Helse Nord i 2017 er vedlagt.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland
signert
Adm.dir

Vedlegg
Risikostyring 2017 i foretaksgruppen -
overordnede mål

Møtedato: 14. desember 2016

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:

Rolandsen, 75 51 29 00

Sted/Dato:

Bodø, 12.12.2016

Styresak xx-2016

Risikostyring 2017 i foretaksgruppen - overordnede mål

Saksdokumentene var ettersendt.

Formål

Denne styresaken har som formål å orientere styret i Helse Nord RHF om de overordnede mål som legges til grunn for risikostyringen i Helse Nord i 2017.

Risikostyring er et verktøy for proaktiv styring som gir grunnlag for å identifisere, vurdere og håndtere potensiell risiko ved hjelp av en strukturert tilnærming. Risikostyring tydeliggjør sammenhengen mellom de målene helseforetakene i Helse Nord styrer etter og risikoer som kan true oppfyllingen av disse målene.

I tråd med årshjulet for risikostyring vedtatt i styret i Helse Nord RHF, jf. *styresak 31-2009 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*, har adm. direktør i Helse Nord RHF satt overordnede mål for risikostyring for 2017. Disse målene er satt ut fra de utfordringene som er vurdert å kreve mest oppmerksomhet i 2017.

Beskrivelse

Helse Nord RHF skal sørge for en spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge og på Svalbard som bygger på verdierne kvalitet, trygghet og respekt. Med dette menes kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg, og respekt i møtet med pasienten. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det skal arbeides for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres ved planlegging, utredning, beslutning om, og iverksetting av tjenestetilbud.

Helse i nord, der vi bor er vår visjon. Befolkningens helse og særskilte utfordringer skal være sentralt for prioritering og utvikling av tjenesten. Befolkningen skal i all hovedsak kunne få sine helsetjenester i nord. Helsetjenesten skal være nært der folk bor kombinert med samling av oppgaver som krever høyspesialisert kompetanse.

Utvikling og forbedring av helsetjenesten skal skje i et samarbeid mellom helseforetakene, kommunene og andre som yter helsetjenester.

Helsetjenesten skal baseres på nasjonale og regionale prioriteringer. Helseforetakene skal drive etter gjeldende lovbestemmelser og myndighetskrav og bidra til at Helse Nord når sine mål innen pasientbehandling, forskning, utdanning, innovasjon og

opplæring av pasienter og pårørende. Det skal arbeides etter systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med lovgivningen.

Etter interne prosesser er det foreslått å redusere antall mål for utvikling av pasientens helsetjeneste i Helse Nord ned til fire overordnede mål for utvikling av pasientens helsetjeneste for 2017.

Tema er behandlet i ledermøtet i Helse Nord RHF og diskutert i direktørmøtet. Resultatet er at adm. direktør har besluttet at antall mål reduseres fra 7 til 4 slik:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen
2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning
3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell
4. Innfri de økonomiske mål i perioden

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet står det at Helse Nord skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål¹:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Disse styringsmålene for 2017 er en del av Helse Nord's mål nummer 1; *oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen*.

Det kan være at Helse- og omsorgsdepartementet for 2017 kommer med nye delmål som foretaksgruppen må ta med i den overordnede risikostyringen. Disse vil bli i så fall bli kommunisert ut til foretaksgruppen ved første anledning.

Innenfor hvert av styringsmålene i foretaksgruppen ble det diskutert konkrete og målbare mål. Dette ble diskutert i direktørmøtet i november, flere interne møter i Helse Nord RHF, kontrollernettverket og på nytt i direktørmøtet i desember. Det ble foreslått åtte indikatorer som skal være felles for foretaksgruppen samt at HF-ene i tillegg etablerer egne foretaksspesifikke mål

Delmålene er risikovurdert med hensyn til vurdering av sannsynlighet og konsekvens for manglende oppfyllelse av delmål. Det er senere gjort en vurdering av de områder som faller i "rød sone".

Administrerende direktør foreslår følgende målområder for risikostyringen i 2017. Alle er i tråd med overordnede mål i Helse Nord's langsiktige plan.

Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Delmål

- a. Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata)
- b. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede < 65 dager

¹ Styringsmål for 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet er vedlagt

- c. Ingen fristbrudd for avviklede pasienter
- d. Gjennomføre pakkeforløpene innen normert tid
- e. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)
- f. Andel pasienter som har fått gjennomført legemiddelsamstemming > 80 %
 - måling fra og med andre halvår 2017
- g. Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012

Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

Delmål:

- a. Økonomisk resultat i tråd med plan

Økonomisk kontroll er viktig for en stabil og forutsigbar drift, utvikle pasientbehandlingen og sørge for handlingsrom til nye investeringer. Helse Nord RHF har et helhetlig ansvar for å prioritere og å avveie forholdet mellom drift og investeringer.

Helse Nord skal videreutvikle og forbedre helsetilbudet. For å oppnå dette skal foretaksgruppen ha økonomisk overskudd i en periode for å sikre bærekraft og likviditet til å gjennomføre investeringene. Helse Nord's konsernbestemmelser for investeringer bidrar til et beslutningsgrunnlag som dekker kvalitet, økonomi, organisasjonsutvikling og andre konsekvenser. Konsernbestemmelsene er derfor et viktig virkemiddel for å prioritere riktig mellom drift og investeringer.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om de overordnede målene som legges til grunn for risikostyringen i Helse Nord i 2017, til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å iverksette nødvendige tiltak for å nå målene som er satt for risikostyringen i Helse Nord i 2017.
3. Styret ber adm. direktør om sørge for at helseforetakene i tillegg etablerer egne indikatorer for foretaksspesifikke mål.

Bodø, den 12. desember 2016

Lars Vorland
Adm. direktør

Offlv §23 annet ledd

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

9038 TROMSØ

Att. Nina Østli Johansen

Deres ref.:
2016/1073-4

Vår ref.:
2010/127-83/ 031

Saksbehandler/dir.tlf.:
Jann-Georg Falch, 916 29 817

Sted/dato:
Bodø, 02.01.2017

Godkjenning av søknad om å investere i ny ambulansestasjon i Harstad

— Viser til brev av 15 desember 2016. Søknaden vedrører bygging av ny ambulansestasjon i Harstad. Viser også til utfyllende informasjon om prosjektet i oversendt i epost 2. januar 2017.

Investeringene er behandlet og vedtatt i styresak 105/2016 i UNN HF, i tråd med konsernbestemmelser for investering i Helse Nord.

Søknaden innvilges.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland
signert
Administrerende direktør

Jann-Georg Falch
signert
Økonomidirektør

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

9038 TROMSØ

Deres ref.:

Vår ref.:
2014/309 /022

Saksbehandler/dir.tlf.:

Sted/dato:
Bodø, 11.01.2017

Nasjonal helse- og sykehusplan - Presisering av mandat for oppfølging

Bakgrunn

Det vises til vårt brev *Nasjonal helse- og sykehusplan – Mandat for oppfølging* til Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) 05.07.2016. I mandatet ble UNN bedt om å utrede:

1. Kirurgisk akuttberedskap med berørte fagområder ved UNN Narvik
2. Stedlig ledelse

Helse Nord RHF registrerer at utredningens del 1 medfører debatt om sykehusenes opptaksområder (befolkningsgrunlaget for det enkelte sykehus). Dette knyttes til at avstandene mellom kommunene i opptaksområdet og sykehusene i UNN blir kortere når Hålogalandsbrua åpner i 2018. Helse Nord RHF har på bakgrunn av dette funnet det nødvendige presisere mandatet.

Bakgrunnen for mandatet er:

1. Stortingsmelding nr. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan og Stortingets behandling av denne
2. Vedtak i foretaksmøtet i Helse Nord RHF 04.05.2016
3. Vedtak i styret i Helse Nord RHF 18.05.2016 i styresak 60-2016 *Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet*

Nasjonal helse- og sykehusplan

Planen tar utgangspunkt i at de kirurgiske fagene er i endring, at mange norske sykehus er små og at balansen mellom rekruttering av fagfolk, kvalitet og nærhet er krevende, særlig når det gjelder kirurgiske akuttfunksjoner.

Ingen av de tre UNN-sykehusene er store lokalsykehus. Særlig UNN Narvik, men også UNN Harstad, er små sykehus i betydningen å skulle ha ansvar for de samlede tjenester til en befolkning. Folketallet i UNNs opptaksområde som lokalsykehus er til sammen 192 474 (2015). UNN Tromsø er også et lite region- og universitetssykehus.

I tillegg tar vi med at Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) forslag til ny spesialitetsstruktur for leger er nå ute på høring. Den tidligere spesialiteten i generell kirurgi foreslås som forventet avviklet.

Presisering av mandat

Føringene fra HOD til Helse Nord RHF og mandatet fra Helse Nord RHF til UNN bygger på forutsetningen om at sykehusene skal fungere sammen i team med en hensiktsmessig funksjonsfordeling av akuttfunksjonene for befolkningen i det geografiske ansvarsområdet. Når avstanden mellom sykehusene i UNN reduseres legger det til rette for en arbeidsdeling som i enda større grad kan trygge kvalitet.

UNN skal i utredningen legge til grunn at:

- Det skal etableres en hensiktsmessig og dynamisk funksjonsfordeling mellom de tre sykehusene for sammen å dekke befolkningens behov i UNNs geografiske ansvarsområde
- Akuttfunksjonene skal funksjonsfordeles slik at pasientgrunnlag og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og slik at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonene ved UNN Tromsø ikke svekkes

Det gjentas i tillegg fra Helse Nord-styrets vedtak at UNN skal flytte mer av den elektive (planlagte) kirurgien til lokalsykehusene.

Med vennlig hilsen



Lars Vorland
Administrerende direktør

Geir Tollåli *sign.*
Fagdirektør

Kopi til:

Kommunene i Ofoten

Troms fylkeskommune - Romssa fylkkasuohkan Postboks 6600



MØTEREFERAT

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

Dato: Tirsdag 24.1.2017 kl 12.00-14.00
Sted: Møterom D1.704 Biblioteket
Tilstede: Medlemmer: Esben Haldorsen og Laila Edvardsen
Forfall: Cathrin Carlyle
Fra adm: Leif Hovden og Hilde Anne Johannessen (referent)

BAU 1/17 Behandling av drøftingssaker til styremøte 8.2.2017

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 20.1.2017.

1. Kvalitets- og virksomhetsrapporten for desember 2016
2. Kontinuerlig forbedring - risikovurdering
3. Langtidsplan 2018-21 – sluttbehandling
4. Høringssak – PCI-tilbudet i Helse Nord, se egen sak BAU 12/17
5. Styrets dialogavtale med direktøren
6. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse, se egen sak BAU 4/17
7. Oppfølging og handlingsplan for regional kvalitetsstrategi 2016-2020

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 8.2.2017.

BAU-2/17 Utlysning av anbud for landeveistransport i Helse Nord (tidl. sak 52,58 og 74)

Pasientreiser ved UNN er forespurt om status i saken etter Helse Nord RHF's anbudsprosess. Bernt Nerberg fra Pasientreiser kom med tilbakemelding den 17.1.2017.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og ber om at det tydeliggjøres overfor den enkelte pasient med hensyn til oppmøtested.

BAU-3/17 Status for pusterom

Avdelingsleder Kristina Bratrein ved Drifts- og eiendomssenteret har den 22.12.16 gitt tilbakemelding i saken og orientert om status.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og gjør oppmerksom på at det er Kreftforeningen og ikke Kreftavdelingen som er rette mottaker.

BAU-4/17 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse

Viseadministrerende direktør Marit Lind orienterte om saken, og viste til at mandatet stilte strenge krav til bred medvirkning.

Beslutning

BAU vektlegger behovet for likeverdig tilbud og lokal koordinering og ber om at et likeverdig tilbud i den foreslåtte modellen sikres.

BAU 5/17 Skilting ved busstopp på UNN

Oversikt over innganger på UNN i byggeperioden med kartvedlegg mottatt fra kommunikasjonsrådgiver Marit Einejord.

Informasjonen er videresendt til Inger Helene Sydnes, daglig leder FFO Nordland pr e-post den 13.1.2017.

Beslutning

Brukerutvalgets arbeidsutvalg tar informasjonen til orientering.

BAU 6/17 Samarbeidsprosjekt «KAD-sløyfe» (kommunale akuttdøgnplasser)

Samhandlingsavdelingen ved UNN ønsker en brukerrepresentant til samarbeidsprosjektet «KAD-sløyfe».

Oppfølging

Asbjørn Larsen, RIO, har takket ja til å være brukerrepresentant. Dette meddeles til OSO-sekretariatet.

BAU 7/17 Forespørsel høring NOU: Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Høringen ble sendt til BAU pr e-post den 19.12.2016.

Beslutning

BAU ber om at det blir gjort en henvendelse til styrets leder med forespørsel om å få oversendt utkast til styrets høringsuttalelse i saken. BAU vil da vurdere å slutte seg til denne.

BAU 8/17 Brev til UNN vedrørende utfylling av skjema for pasientreiser

Brakerutvalget har mottatt kopi av brev fra Fylkeseldrerådet stilet til Pasientreiser vedrørende ønske om forenkling av skjema «skjema for Pasientreiser», sendt fra Målselv kommune.

Beslutning/oppfølging

BAU tar informasjonen til orientering og avventer svar fra Pasientreiser. Saken vil i sin helhet være med som referatsak til BU-møtet 1.2.2017.

BAU 9/17 Avvik ved opplæring UNN

Brakerutvalgets arbeidsutvalg har mottatt tilbakemelding i denne saken fra Felles innføring av kliniske systemer (FIKS) v/Bengt Nilsfors den 27.12.2016.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering.

BAU 10/17 Tildeling timeavtaler ved UNN

Kopi av brev fra Troms fylkeskommune vedrørende tildeling av timeavtaler til pasienter ved UNN og korrespondanse med offentlige kommunikasjonsmidler. Svarbrev fra UNN v/ medisinsk fagsjef til Fylkeseldrerådet i Troms den 23.1.2017.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering.

11/17 Prosjektarbeid på behandlingshjelpemidler

Seksjon for behandlingshjelpemidler(BHM) på UNN har startet et arbeid med å rydde opp i listene for forbruksmateriell de leverer til pasienter som behandles hjemme. De ser blant annet nærmere på hvordan utstyr blir brukt, hvem som skal dekke kostnadene og at de ulike kostnadene belastes rett instans.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og ber om at god informasjon blir gitt pasientene, gjerne også gjennom OSO-samarbeidet.

12/17 Høring – Hjerteinfarkt og PCI

Det er reist spørsmål om etablering av tilbud om PCI også bør være på Nordlandssykehuset.

Beslutning

BAU ved UNN støtter UNNs høringsuttalelse i saken.

13/17 Høring – forslag om endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 4-1

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt et forslag på høring om å fjerne påbudet i spesialisthelsetjenesteloven om at sykehus skal være offentlig godkjent, og videreføre adgangen departementet har til i forskrift å stille krav om godkjenning for virksomheter og tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og fremmer ikke egen høringsuttalelse i saken.

14/17 Høring – forslag til forskrifter om behandlingsreiser til utlandet

Departementet mener at kriteriene for tildeling av behandlingsreiser og saksbehandling av søknadene bør reguleres i forskrift. Videre er forskriften foreslått å inneholde vilkår for tildeling av behandlingsreiser, prioriteringskriterier, regler for hvem som har rett til ledsager mv.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og fremmer ikke egen høringsuttalelse i saken.

15/17 Forslag til tekst i innkallingsbrev

BAUs representanter har sett på de to alternative innkallingsskjemaene vedrørende «Bare spør»-prosjektet.

Beslutning:

BAU slutter seg til alternativ 1 på grunn av viktigheten i tekst og utforming (den skjematiske fremstillingen).

16/17 Foreløpig dagsorden BU 1.2.17

Det forelå forslag til dagsorden for BUs møte 1.2.2017.

Tre siste saker utgår som egne saker og går inn som referatsaker i neste BU møte.

Beslutning

Foreslått dagsorden til neste BU-møte ble godkjent etter at de tre siste sakene på foreslått dagsorden blir tatt inn som referatsaker og ikke som egne saker til neste BU møte. I tillegg tas inn som egen sak vedrørende oppsummering av nettbrettopplæring fra tilbudt opplæring.

18/17 Eventuelt

1. Rådgiver Gunn-Evy Håkaby i OU-bygg (organisasjonsutvikling) ga en kort orientering vedrørende forestående arbeid i tilknytning til OU-prosjektet i A-fløya. Hun ble invitert til å ha en lengre presentasjon overfor BU i møte 1.2.2017.

Beslutning:

BAU tar informasjonen til orientering og imøteser mer informasjon under kommende BU-møte.

PROTOKOLL

Tema: Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 14.12.2016

Dato: 24.1.2017

Tidspunkt: 14.00-15.20

Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:Fra arbeidsgiver

Gøril Bertheussen (sak 1,3 og 4)
 Grethe Andersen (sak 1,3 og 4)
 Leif Hovden

Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, foretakshovedverneombud
 Mai-Britt Martinsen, NSF
 Ulla Dorthe Mathisen, DNLF/ OLF
 Yvonne Sollied, DNJ
 Rigmor Frøyum, Fagforbundet
 Jan Eivind Pettersen, Delta

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Rigmor Frøyum valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016	GB	Økonomisjefen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den, herunder økonomien i driften av pasienthotellet. Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.
2. Kontinuerlig forbedring	TI	Direktøren innledet til saken. Vernetjenesten vektla under drøftingene at forankring av saken måtte gjøres i alle ledd i organisasjonen. <u>NSF og Fagforbundet hadde følgende merknad til saken:</u> <i>Vi ber om at det opprettes en sykepleierfaglig/ helsefaglig sjef/rådgiver.</i> Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg for øvrig til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.
3. Oppfølging Nasjonal helse- og sykehusplan –stedlig ledelse	ML	Viseadministrerende direktør innledet til saken, og viste til oppdraget og måten prosessen hadde vært gjennomført på, herunder involvering av interessenter og parter internt og eksternt. Det ble redegjort for de organisatoriske grep som er foreslått i saken. I tillegg ble det referert fra dagens ledermøte og innspill til saken som var gitt derfra.

		<p>Vernetjenesten vektla under drøftingene viktigheten av vernetjenestens deltakelse med fast representasjon i driftsrådene.</p> <p>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til hovedretningene i saken, og ba om at innstillingens punkt fire måtte sikre et nødvendig handlingsrom til organisatoriske tilpasninger lokalt. Omgjøring fra seksjoner til avdelinger må risikovurderes med aktiv deltakelse fra miljøene i Harstad og Narvik.</p>
4. Regional kvalitetsstrategi – oppfølging og handlingsplan	EB	<p>Direktøren innledet og viste til at det er forutsatt styrebehandling av handlingsplanen.</p> <p>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.</p>
5. Høringssak – Hjerterinfarkt og PCI – Et likeverdig tilbud i Helse Nord?	KB	<p>Direktøren innledet til saken.</p> <p>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstilling og forslag til innstilling i saken. Partene drøftet i tillegg innretningen på høringsuttalelsen.</p> <p><u>Ansattes representanter og vernetjenesten kom med følgende innspill til saken:</u></p> <p><i>Saken har fått for stor følelsesmessig tyngde i media på bekostning av faglighet og beslutning bør derfor utsettes. Det bes om en uavhengig utredning med basis i eksternt sakkyndige fagmiljøer.</i></p>
6. Styrets dialogavtale med direktøren	JA	<p>Viseadministrerende direktør innledet til saken, og vektla begrunnelsen for de endringene som er foreslått etter forrige års avtale. Det meste er likevel videreført fra tidligere.</p> <p>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.</p>
7. Forberedende virksomhetsplan for 2018	GB	<p>Stabssjefen innledet til saken og viste til behandlingen i dagens ledermøte og forslag til endring av vedtakspunkt om plantall og omstillingstiltak. Dette vil bli tatt inn i saken, herunder en synliggjøring om en krevende økonomisk situasjon og bedre aktivitetsstyring enn tidligere i det videre arbeid. Det ble også vist til oversendt oppsummering etter nylig gjennomførte virksomhetsplankonferansen.</p> <p>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen, oppsummeringen etter</p>

		virksomhetsplankonferansen samt forslag til justert innstilling i saken.
8. Revisjonsrapport etter andre tertial 2016	GB/ GA	Saken er en skriftlig orienteringssak, og ble tatt til orientering.
9. Kvinnslandutvalgets rapport	TI	Direktøren orienterte om at han vurderer å ikke gi én samlet, administrativ høringsuttalelse fra UNN, men at organisasjoner så vel som øvrige administrative ledd, kan gi uttalelse til saken.

Tromsø, 24.1.2017

Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV NSF

Rigmor Frøyum (s.)
FTV Fagforbundet

Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



Møte: Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 25.01.2017 kl. 10.30-13.30

Sted: D1 707 UNN Tromsø; Peisestua Narvik, Skype Harstad

Arbeidstakersiden:		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	x
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN	
Arbeidsgiversiden:			
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		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: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte: Ole Martin Andersen fra Stabssenteret på sak 4/17 a, Kamila Stankiewicz fra Stabssenteret på sak 7/17 og Silje Lægred fra Stabssenteret på sak 8/17, samt Marit Lind og Leif Hovden møtte på sak 6/17.

Sak 1/17 Valg av leder, nestleder og arbeidsutvalg

Det er arbeidstakersiden som skal ha ledervervet i denne perioden. I UNN har man valgt å ha valgperioden på 2 år for å holde kontinuitet i arbeidet. Foretakstillitsvalgte har spilt inn at foretakshovedverneombud Einar Rebni går inn som leder og foretakstillitsvalgt Rigmor Frøyum som nestleder.

Arbeidsutvalg for AMU skal bestå av 4 medlemmer, to fra arbeidstakersiden og to fra arbeidsgiversiden. Det har vært praksis at leder og nestleder er medlem i Arbeidsutvalget.

Vedtak:

Einar Rebni velges til leder, Rigmor Frøyum velges til nestleder.
Arbeidsutvalg består av leder og nestleder fra arbeidstakersiden og Gøril Bertheussen og Elin Gullhav fra arbeidsgiversiden.

Sak 2/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak

Saksliste og innkalling godkjennes.

Sak 3/17 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 30.11.16

AMU diskuterte sak om smittevern ansatte (sak 58/16). BHT kommer tilbake med en egen sak om dette.

Vedtak:

Protokollen godkjennes.

Sak 4/17 Orienteringssaker

- a) Medarbeiderundersøkelsen 2016 – muntlig orientering v/Ole Martin Andersen, Stabssenteret
- b) Arbeidet med åpenhetskultur v/Tor Ingebrigtsen

Vedtak:

- a. AMU slutter seg til den forelagte planen for distribusjon og oppfølging av Medarbeiderundersøkelsen 2016.
AMU ber direktøren følge opp at klinikkene utarbeider tiltaksplaner gjennom oppfølgings- og dialogmøtene. Tiltaksplanene skal utarbeides i et samarbeid med vernetjenesten/tillitsvalgte og legges inn i dialogavtalene på seksjons-/avdelings- og klinikknivå.
Foretakstillitsvalgte og Foretakshovedverneombudet skal ha tilgang til spesialrapport som utarbeides på en del nøkkelområder. Spesialrapporten behandles i neste møte i AMU.
- b. Saken tas til orientering.

Sak 5/17 Møteplan og sakskart AMU for 2017

Vedtak:

Saken utsettes til neste møte.

Sak 6/17 Styresaker

Drøftingsdokumenter av følgende saker var sendt ut fra Stabssenteret:

- Kvalitets- og virksomhets-rapport desember 2016
- Kontinuerlig forbedring

- Oppfølging Nasjonal helse- og sykehusplan
- Regional kvalitetsstrategi – oppfølging og handlingsplan
- Høringssak – Hjerterinfarkt og PCI – Et likeverdig tilbud i Helse Nord?
- Styrets dialogavtale med direktøren
- Forberedende virksomhetsplan for 2018

Vedtak:

Stedlig ledelse: AMU ber om at den lokale medvirkningen sikres i implementeringen av arbeidet med stedlig ledelse.

Virksomhetsplanen 2018: AMU følger opp de arbeidsmiljømessige utfordringer som ligger i arbeidet med virksomhetsplanen.

Øvrige saker tas til orientering.

Sak 7/16 Status og utrulling av Kompetansemodulen (KM) i UNN

Planlagt dato for utrulling av Kompetansemodulen er mars 2017. Erfaring tilsier at omfanget av arbeidet knyttet til utarbeidelse, tildeling og vedlikehold av kompetanseplaner vil kreve involvering av medarbeidere som har et klinisk ansvar i enhetene. Anslått er det behov for å lære opp ca. 1200 personer basert på erfaringstall fra andre sammenlignbare prosesser. Erfaring fra Helse Vest og Helse Midt-Norge tilsier at høy grad av frivillighet som en vellykket metode. I UNN har Føde- og barselavdelingen Tromsø, Ambulansen og Nyfødt intensiv meldt interesse for å delta i opplæringen i oppstartsfasen.

Vedtak:

AMU slutter seg til konklusjonen i saken og ber om at saken behandles i lederutviklingskomiteen og ledergruppen.

Sak 8/17 Revisjon av prosedyrer for håndtering av konfliktsaker, saker som gjelder mobbing og trakassering og prosedyre ved varsling av kritikkverdige forhold

Prosedyrene har blitt arbeidet med i løpet av høsten 2016. Siktemålet er forbedring i form av tydelighet og forutsigbarhet for alle parter som er involvert i denne typen saker. Prosedyrene slik de fremstår nå, er et resultat av de lovkrav som stilles til UNN HF i denne type saker, våre erfaringer i håndteringen av denne typen saker og de innspill som har kommet fra organisasjonen så langt i prosessen. Innspillene fra AMU vil også bli vurdert før prosedyrene drøftes med de tillitsvalgte og vernetjenesten.

AMU mente at det er viktig at disse prosedyrene inngår i lederopplæringen. Videre oppfordres det til å bruke et lettfattelig språk, og i så måte er forslaget til varslingsplakat viktig med tanke på oppslag ute i avdelingene. I varslingsprosedyren bør det fremkomme hvordan sakene følges opp til de er avsluttet.

Vedtak:

AMU slutter seg til forslagene med de merknader som kom frem i møtet.



MØTEREFERAT

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Onsdag 1.2.2017 kl 09.00 – 14.40

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

Tilstede: **Medlemmer:** Cathrin Carlyle, Esben Haldorsen, Laila Edvardsen, Obiajulu Odu, Margrethe Larsen, Hans-Johan Dahl, Britt-Sofie Illguth, Britt-Eva Elvejord Jakobsen, Martin André Moe, Frode Heggelund
Britt-Eva Elvejord Jakobsen ble permittert kl 12.30

Forfall: Klemet Anders Sara, Johanne Sundmann

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

Saksliste

BU-1/17 **Godkjenning av innkalling og sakliste**

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og sakliste.

BU-2/17 **Referat Brukerutvalgets møte 8.12.2016**

Vedtak Brukerutvalget godkjente referatet.

BU-3/17 **Referatsaker**

Det ble referert følgende saker:

1. Svar på høring: Brukermedvirkning på systemnivå 9.12.2016
2. Tildeling timeavtaler ved UNN 19.12.2016
3. Utfylling av skjema for pasientreiser 19.12.2016
4. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget UNN 21.12.2016
5. Svar på BUs henvendelse om tilgang på HC-parkeringsplasser ved UNN 22.12.2016.

Oppfølging

Brukerutvalget ser viktigheten av å være med på alle møter med Parkeringsutvalget. Laila Edvardsen oppnevnes som vararepresentant i Parkeringsutvalget.

Brukerutvalget vil følge opp arbeidet med parkeringsplassene etter ombygging.

6. Helsebussen – stoppested 27.12.2016

Oppfølging

Brukerutvalget gjennomgikk tilbakemeldingen fra Pasientreiser og hadde flere innspill. Blant annet en oversikt over hvor ofte Pasientreiser må avvise pasienter til Helsebussen, og hvilke rutiner det er på avdelingen er vedrørende Helsebussen.

Brukerutvalget inviterer Pasientreiser til Brukerutvalgets møte for redegjørelse av rammebetingelsene vedrørende Helsebussen. Sekretariatet sender ut rammebetingelsene til BU-medlemmene i forkant av møtet.

7. Skilting i sykehus til apoteket 10.1.2017

Oppfølging

Brukerutvalget ber om å få oversendt fra Drift- og Eiendom prinsipper for skilting ved UNN. Brukerutvalget uttrykker behov for ekstra skilting og utforming av disse (størrelse på teksten), spesielt i ombygingsperioden med endrete innganger.

Brukerutvalget vil Invitere Drift- og Eiendom til å presentere saken.

8. Referat fra BAU 24.1.2017

Vedtak

Referatsakene tas til orientering med ovennevnte oppfølgingspunkter fra Brukerutvalget.

BU-4/17

Direktørens time

Leder for Kvalitets- og utviklingsavdelingen Einar Bugge presenterte kommende styresaker.

Følgende styresaker skal behandles i styremøte 8.2.2017:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016
- 2.
3. Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid
4. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – Dagens organisering og ivaretagelse av stedlig ledelse
5. Regional kvalitetsstrategi 2016-2020 – oppfølging og handlingsplan
6. Høringssak – Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
7. Høringssak – Hjerteinfarkt og PCI – Et likeverdige tilbud i Helse Nord?

Oppfølging

BU er opptatt av likebehandling og frykter for reduksjon i kvaliteten av pasientbehandlingen dersom det blir opprettet flere PCI senter i Nord-Norge, ettersom pasientvolumet allerede er relativt lavt.

Brukerutvalget ved UNN henstiller styret ved UNN om å foreslå oppnevning av en komité for å gjennomgå saken, med bistand fra ekstern, uavhengig ekspertise,jerne noen som har erfaring fra Sverige.

10. Oppdragsdokument 2017

Behandling:

Vedtak Einar Bugge svarte ut styresakene, og Brukerutvalget tok informasjonen til orientering.

BU-5/17 Brukermedvirkning hele UNN
Brukerutvalget ved UNN har bedt om en faglig/administrativ tilrådning for hvordan brukeropnevningen i KVAM-strukturen er ønsket i foretaket. Dette med bakgrunn i at det i 2014 ble oppnevnt brukerrepresentanter i klinikkens KVAM-utvalg i forbindelse med saken om Strategisk utviklingsplan for UNN.

Administrasjonssjef Leif Hovden orienterte om saken. Brukerutvalget kom med flere innspill til saken, bl.a. viktigheten av å ha en brukerrepresentant også på klinikkvis, overordnet nivå. Det vektlegges at en representant ikke nødvendigvis må ha spesifikk erfaring til den enkelte klinikk, men at kjennskap til hele virksomheten er viktig. Brukerutvalgets representanter vil kunne komme med viktige innspill. Avdeling for Rus og psykiatri har gitt gode tilbakemeldinger på brukerrepresentasjon.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og imøteser en slutføring og godkjenning av saken i direktørens ledergruppe.

BU-6/17 Presentasjon vedrørende arbeid OU-prosjekt A-fløy
Rådgiver Gunn-Evy Olafsdatter Håkaby presenterte OU-prosjektet A-fløy og forskjellige ideer prosjektet har tilegnet seg. Det er behov for brukermedvirkning i prosjektet.

Før en diskusjon om Brukerutvalgets deltakelse, er det viktig å få klargjort hvilke rammer prosjektet har. Det gjelder eksempelvis økonomi, fasiliteter, drift, fysiske møter og elektroniske spørreskjema.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.
Brukerutvalget vil sette av tid til et tidspunkt i forbindelse med neste BAU for avklaringer og videre fremdrift.

BU-7/17 Presentasjon Nasjonal Helse- og sykehusplan – framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi ved UNN Narvik
Rådgiver Hege Andersen presenterte prosjektet:
UNN har fått i oppdrag å utrede framtidig organisering av kirurgisk

akuttberedskap, fødevirksomheten og elektiv kirurgi ved UNN Narvik. Det er en del av Helse Nord RHF sin oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan.

Brukerutvalgets leder sitter som vara i denne prosjektgruppen og Andersen fremhever viktigheten av å ha brukere i dette arbeidet.

Den 3.mars vil utkast til rapport legges frem til høring med to ukers frist. Prosjektet ønsker mange brukertilbakemeldinger.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og oppfordrer representantene til å komme med innspill til høring. Dette kan sendes på e-post til BAU og vil være med på neste BAU-innkalling.

BU-8/17 Høring NOU 201625- organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
Høringsuttalelse i saken kommer fra styrets leder.

Vedtak Brukerutvalget støtter den innstilling som styreleder har sendt til styret.

Orienteringssaker

BU-9/17-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper

Aktivitet	Ansvarlig 2016 – 2019	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 brukermidvirkning og brukermidvirkning i forskning. Nærmere informasjon kommer så snart det foreligger.
6. KSU 3 – 2015 Revisjon av avtaler	Hans Johan Dahl	Ikke hørt noe fra utvalget. Sekretariatet etterlyser henvendelse til brukerrepresentanten.
7. Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl	Representanten ar ikke hørt noe, sekretariatet etterlyser henvendelse til brukerrepresentanten.
8. Prosess rundt ny avtale for hurtigbåter	Laila Edvardsen	Møte – Laila sendt håndbok med standardkrav, slik at dette kan legges til grunn ved videre behandling. Skjer ikke noe foreløpig.
9. Koordinerende utvalg (Rehab.avdelingens kompetanseseksjon)	Laila Edvardsen	Nytt møte i februar.

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	Har vært i møte 1.12.16 OSO-referater legges inn som referatsak til BU-møtene. Neste møte i Harstad 23. februar 2017. Esben deltar på neste møte sammen med Britt Sofie..
13. Fagnettverk LMS UNN og samarbeidende kommuner	Britt-Eva Jakobsen	Sekretariatet retter en henvendelse til Fagnettverk LMS UNN sin leder og etterspør praksis ved innkalling. Sjekk oppfølging her.
14. Klinisk etikkomité (KEK)	Margrethe Larsen	Kort referert fra møte 19.1.2017 i Harstad.
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 skjedd noe, møte i neste uke mandag og onsdag.
17. Parkeringsutvalget	Obiajulu Odu	Møte i mars.
18. Pasientsentrert team	Obiajulu Odu	Møte i forrige uke. Rapport skal publiseres senere.
19. Samhandlingsbarometeret (referansegruppen)	Obiajulu Odu	Møte 2.2.2017.
20. KSU 5 – 2015 Felles prosedyrer UNN + kommuner for 5 tidskritiske pasientgrupper	Johanne Sundmann	Ikke referert pga forfall.
21. Medvirkergruppen for Idéfase psykiatri og rusbehandling (ephorte 12/1738)	Esben Haldorsen	Nytt møte 14.2. Utredning om hva som kan beholdes av bygg, hvor stor tomt må de ha osv. Vil bli dannet forskjellige arbeidsgrupper.
22. Prosjekt Helse/eldre	Obiajulu Odu	Har ikke fått invitasjon til møte.
23. Pasienterfaringer- Gastrokirurgisk avd. K3K		
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.

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-9/17-2 Orienteringssak - Ungdomsrådet

Ungdomsrådet ønsker innspill på videre arbeid og rekruttering og har derfor invitert Brukerutvalgets leder med i deres møter.

Oppfølging

Ungdomsrådet ønsker å være et underutvalg til Brukerutvalget. Det vil bli utarbeidet en egen sak om dette.

BU-10/17 Eventuelt

1. Brukermedvirkning – Ambulansehelioperbase på Evenes.

Det er kommet en henvendelse fra Luftambulansetjenesten ANS knyttet til behov for ytterligere brukermedvirkning ifbm anskaffelse av utstyr til basen, og en brukerrepresentant ønskes.

Vedtak Brukerutvalgets Martin Moe ble oppnevnt som kandidat til å være UNNs brukerrepresentant. Sekretariatet oversender melding om dette samt nødvendig kontaktinformasjon til Luftambulansetjenesten ANS.

2. Informasjon til pasientene

Brukerutvalget ønsker å sette informasjon og kommunikasjon på dagsorden i 2017, og vil se på dette for hele pasientforløpet. Brukerutvalget ønsker å foreslå dette som et eget Lean-prosjekt, et samarbeidsprosjekt mellom Kvalitetsutvalget, Kommunikasjonsavdelingen og Brukerutvalget. Dette kan videre knyttes opp mot den nye handlingsplanen.

Oppfølging

Brukerutvalget ønsker å ta initiativ til utvikling av et slikt prosjekt, og bidrar gjerne med å utarbeide en skisse på hvordan det hele kan se ut.

Cathrin Carlyle (sign.)
utvalgsleder

Hilde A Johannessen (sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 19.4.2017

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

UTKAST



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
17/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig:	Leif Hovden	Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør