



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Torsdag 14. september 2017 kl 08:30

NB – Dialogmøte med Brukerutvalget kl 08.30 – 10.00

Møtested

UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
Dato: 14.9.2017
Tid: Kl. 8:30

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

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

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

ST 72/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 72/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 73/2017	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 21.6.2017, 18.8.2017 og 28.8.2017
ST 74/2017	Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2017
ST 75/2017	Tilsynsrapport - eksterne tilsyn
ST 76/2017	Orienteringssak

Skriftlige orienteringer

1. Informasjonssikkerhet v/Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) - *U.off. i medhold av Off.l. § 13 jf. Fvl. § 13 og Sikkerhetsloven § 12.*
2. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn
3. Oppfølging av tilsynssaker fra Fylkesmannen

Muntlige orienteringer

4. En hendelsesanalyse – inkludert pasienthistorie
5. Kontinuerlig forbedring – prosessorientering
6. Endringer i psykisk helsevernlovgivning
7. Åsgårdmarka - reguleringsstatus
8. Gimlevegen 12 - reguleringsstatus
9. Forlik mellom Helse Nord RHF og Rubin Medical AS - – *U.off. i medhold av Off.l. § 23 første ledd jf. Fvl. § 13.2.*
10. Behov for flere sykepleiere og helsefagarbeidere ved UNN
11. Status i sykefraværarbeidet (ifbm KVR-saken)
12. Strategisk utviklingsplan for Stabscenteret – prosessorientering
13. Budsjett 2018 – revidert budsjettprosess
14. Orientering vedrørende omorganisering av intensivavdeling 2017 jf. referatsak 1.

ST 77/2017	Referatsaker
	1. Brev vedrørende styrets ansvar m.v., datert 23.8.2017 – <i>U.off. i medhold av Off.l. § 14</i>
	2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 28.8.2017
	3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 29.8.2017
	4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 29.8.2017
	5. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 30.8.2017

ST 78/2017	Eventuelt
------------	-----------

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
73/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.09.2017
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 21.6.2017, 18.8.2017 og 28.8.2017**Innstilling til vedtak**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtene 21.6.2017, 18.8.2017 og 28.8.2017.

Tromsø, 1.9.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Møteprotokoll fra styremøte 21.6.2017
2. Møteprotokoll fra ekstraordinært styremøte 18.8.2017
3. Møteprotokoll fra ekstra styremøte 28.8.2017



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 21.6.2017
 Tid: 9.00-14.10

Navn	Funksjon	Merknader
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	<i>Ble permittert kl. 12.45.</i>
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	<i>Ble permittert kl. 12.45.</i>
Vibeke Haukland	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av brukerutvalget</i>

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef (<i>styrets sekretær</i>)
Arthur Revhaug	klunikksjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinneh. (<i>sak 58-60</i>)
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klunikksjef, Nevro,- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Elin Gullhav	klunikksjef for Barne- og ungdomsklinikken
Kate Myrvang	konst. klinikkssjef for Diagnostisk klinikk
Kristian Bartnes	klunikksjef for Hjerte- og lungeklinikken (<i>sak 58-60</i>)
Magnus Hald	klunikksjef for Psykisk helse- og rusklinikken (<i>sak 58-60</i>)
Markus Rumpfeld	klunikksjef for Medisinsk klinikk (<i>sak 58-60</i>)
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Gina M. Johansen	drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Grethe Andersen	økonomisjef, Stabscenteret
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef, Stabscenteret (<i>sak 58-60</i>)
Haakon Lindekleiv	medisinsk faglig ansvarlig (<i>sak 58-60</i>)
Tommy Schjølberg	avdelingsleder, Stabscenteret (<i>sak 58-61</i>)

ST 58/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 21.6.2017 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *uthevet kursiv*).

ST 58/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 59/2017	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 1.6.2017
ST 60/2017	Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2017
ST 61/2017	Status virksomhetsplanlegging
ST 62/2017	Møteplan 2018

ST 63/2017 Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. Varsler til Statens helsetilsyn fra UNN i 2016 (***vedlegget ble nedgradert fra unntatt off. til offentlig dokument***) behandles rekkefølgemessig etter orienteringssak 2, før sak 59.

Muntlige orienteringer

2. Pasienthistorier, *behandles rekkefølgemessig mellom sak 58 og 59.*
3. Varsel om alvorlige hendelser.
4. Dom i sak mellom UNN og Tromsø Taxi.
5. ***Anbud for bygging av ambulansestasjon ved UNN Harstad.***
6. ***Status for nødvendige oppgraderingsarbeider ved UNN Åsgård.***
7. ***Status etter miljøtilsyn ved UNN- fortsatt sertifiseringsstatus.***
8. ***Rekrutteringssituasjonen ved UNN Narvik.***
9. ***Rekrutteringssituasjonen ved K3K som følge av klinikkshjefskifte.***
10. ***Eldreatlas-presentasjon***
11. ***Planlagt sommerferiedrift ved UNN***

ST 64/2017

Referatsaker

1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 6.6.2017.
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 6.6.2017.
3. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 7.6.2017.
4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 12.6.2017.
5. Tilbakemelding RHF utvikling månedsverk, datert 14.6.2017.
6. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 14.6.2017.
7. ***Protokoll fra drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 19.6.2017.***

ST 65/2017

Eventuelt

ST 59/2017 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 1.6.2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 21.6.2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 1.6.2017.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 1.6.2017.

ST 60/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 21.6.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2017* til orientering.
2. Styret tar den negative økonomiske utviklingen svært alvorlig og ber direktøren iverksette innkjøps-, -ansettelses- og reisestopp med umiddelbar virkning.
3. Styret forutsetter aktiv virksomhetsstyring gjennom ferieperioden, og ber om at kortsiktige tiltak for å bedre økonomien iverksettes fortløpende. Klinikker og sentre med dyrere og flere månedsverk enn planlagt må tilpasse bemanningen til budsjettet, og klinikker med lavere ISF-inntekter enn planlagt må iverksette tiltak for å bedre kodingen.
4. Styret viser til at styret i Helse Nord RHF har bedt administrerende direktør i Helse Nord RHF legge frem en analyse av resultatutviklingen i UNN samt en konkret tiltaksplan for å sikre kontroll på økonomien i Helse Nord RHF's styremøte 30.8.2017. Styret ber om at det avvikles et ekstraordinært styremøte i UNN for behandling av analysen og tiltaksplanen før denne oversendes Helse Nord RHF.

Direktøren la ved møtestart frem følgende endrete innstilling til vedtak (*endringer i uthevet kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2017* til orientering.
2. ***Styret ser alvorlig på den negative økonomiske utviklingen og understreker at et større avvik i årsresultatet vil få negative konsekvenser for neste års drifts- og investeringsbudsjett samt mulighetene for å gjennomføre utviklingstiltakene i langtidsplanen.***
3. Styret viser til at høyere kostnader enn budsjettet er hovedårsaken til avviket og ber om at det iverksettes kortsiktige tiltak med umiddelbar virkning, eksempelvis ***sterke begrensninger*** i innkjøp, ansettelse og reisevirksomhet.
4. Styret forutsetter aktiv virksomhetsstyring gjennom ferieperioden og ber om at de kortsiktige tiltakene følges opp fortløpende. Klinikker og sentre med dyrere og flere månedsværk enn planlagt må tilpasse bemanningen til budsjett, og klinikker med lavere ISF-inntekter enn planlagt må iverksette umiddelbare tiltak for å bedre kodingen.
5. Styret viser til at styret i Helse Nord RHF har bedt administrerende direktør i Helse Nord RHF legge frem en analyse av resultatutviklingen i UNN samt en konkret tiltaksplan for å sikre kontroll på økonomien i Helse Nord RHF's styremøte 30.8.2017. Styret ber om at det avvikles et ekstraordinært styremøte i UNN for behandling av analysen og tiltaksplanen før denne oversendes Helse Nord RHF.
6. ***Styret viser til anbefalingene fra det partssammensatte utvalget for åpenhet og dialog i UNN, og forutsetter at nødvendig medvirkning gjennomføres før det ekstraordinære styremøtet.***

Styreleder tok saken opp til punktvis avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtatt:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2017* til orientering.
2. Styret ser alvorlig på den negative økonomiske utviklingen og understreker at et større avvik i årsresultatet vil få negative konsekvenser for neste års drifts- og investeringsbudsjett samt mulighetene for å gjennomføre utviklingstiltakene i langtidsplanen.
3. Styret viser til at høyere kostnader enn budsjettet er hovedårsaken til avviket og ber om at det iverksettes kortsiktige tiltak med umiddelbar virkning, eksempelvis sterke begrensninger i innkjøp, ansettelse og reisevirksomhet.
4. Styret forutsetter aktiv virksomhetsstyring gjennom ferieperioden og ber om at de kortsiktige tiltakene følges opp fortløpende. Klinikker og sentre med dyrere og flere månedsværk enn planlagt må tilpasse bemanningen til budsjett, og klinikker med lavere ISF-inntekter enn planlagt må iverksette umiddelbare tiltak for å bedre kodingen.
5. Styret viser til at styret i Helse Nord RHF har bedt administrerende direktør i Helse Nord RHF legge frem en analyse av resultatutviklingen i UNN samt en konkret tiltaksplan for å sikre kontroll på økonomien i Helse Nord RHF's styremøte 30.8.2017. Styret ber om at det avvikles et ekstraordinært styremøte i UNN for behandling av analysen og tiltaksplanen før denne oversendes Helse Nord RHF.
6. Styret viser til anbefalingene fra det partssammensatte utvalget for åpenhet og dialog i UNN, og forutsetter at nødvendig medvirkning gjennomføres før det ekstraordinære styremøtet.

Under møtet kl 11.00 – 12.00 hadde NOR-klinikken presentasjon av spesialiteten Klinisk nevrofysiologi ved seksjonsoverlege Sissel Løseth. Dernest omvisning med presentasjon av øyefaget i deres lokaler (C2.6).

ST 61/2017 Status virksomhetsplanlegging

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 21.6.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saken om status i virksomhetsplanlegging for 2018 til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saken om status i virksomhetsplanlegging for 2018 til orientering.

ST 62/2017 Møteplan 2018

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 21.6.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner følgende *møteplan* for 2018:

Møter	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter	15.2.	20.- 21.2.	25.4.	30.5.	21.6.	13.9.	4.10.	15.11	12.12.
Styreseminar					20.6			14.11	
Regionalt seminar			11.- 12.4.				24.- 25.10.		

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

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Styrets evaluering av eget arbeid. OD 2018.	Tromsø	Torsdag 15. februar
Årsregnskap, årlig melding m.v.	Bodø	Ti/Onsd. 20.-21.mars
Informasjonssikkerhet. RHF's Plan 2019-2022.	Tromsø	Onsdag 25. april
Første tertialrapport	Tromsø	Onsdag 30. mai
Forberedende virksomhetsplanlegging 2019	Harstad	Torsdag 21. juni
Status oppdragsdokument 2018.	Tromsø	Torsdag 13. september
Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.	Tromsø	Torsdag 4. oktober
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Karasjok	Torsdag 15. november
Virksomhetsplan og budsjett for 2017	Tromsø	Onsdag 12. desember

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner følgende *møteplan* for 2018:

Møter	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter	15.2.	20.- 21.2.	25.4.	30.5.	21.6.	13.9.	4.10.	15.11	12.12.
Styreseminar					20.6			14.11	
Regionalt seminar			11.- 12.4.				24.- 25.10.		

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

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Styrets evaluering av eget arbeid. OD 2018.	Tromsø	Torsdag 15. februar
Årsregnskap, årlig melding m.v.	Bodø	Ti/Onsd. 20.-21.mars
Informasjonssikkerhet. RHF's Plan 2019-2022.	Tromsø	Onsdag 25. april
Første tertialrapport	Tromsø	Onsdag 30. mai
Forberedende virksomhetsplanlegging 2019	Harstad	Torsdag 21. juni
Status oppdragsdokument 2018.	Tromsø	Torsdag 13. september
Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.	Tromsø	Torsdag 4. oktober
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Karasjok	Torsdag 15. november
Virksomhetsplan og budsjett for 2017	Tromsø	Onsdag 12. desember

ST 63/2017 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 21.6.2017

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

Skriftlige orienteringer

1. Varsler til Statens helsetilsyn fra UNN i 2016, *vedlegget ble nedgradert fra unntatt offentlighet til offentlig dokument, og behandlet rekkefølgemessig etter orienteringssak 2, før sak 59.*

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie
 1. Varsel om alvorlige hendelser (*ble presentert unntatt offentlighet i medhold av Offl.§ 13 jf. Hpl.§ 21 jf. § 23.*)
 4. Dom i sak mellom UNN og Tromsø Taxi
 5. Anbud for bygging av ambulansestasjon ved UNN Harstad
 6. Status for nødvendige oppgraderingsarbeider ved UNN Åsgård
 7. Status etter miljøtilsyn ved UNN – fortsatt sertifiseringsstatus ved UNN

8. Rekrutteringssituasjonen ved UNN Narvik
9. Rekrutteringssituasjonen ved K3K som følge av klinikkjefskifte.
10. Eldreatlas-presentasjon ved avdelingsleder Lise Balteskard (*rekkefølgemessig ble saken presentert før orienteringssak 3*).
11. Planlagt sommerferiedrift ved UNN

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 64/2017 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 21.6.2017

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 6.6.2017
2. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 6.6.2017
3. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 7.6.2017
4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 12.6.2017
5. Tilbakemelding RHF utvikling månedsverk, datert 14.6.2017
6. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 14.6.2017
7. Protokoll fra drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 19.6.2017.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 65/2017 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 21.6.2017

1. Ekstraordinært styremøte

Det legges et ekstraordinært styremøte mandag 28.8.2017 kl. 12.00.

2. Styreseminar i november

Styret ber administrasjonen undersøke muligheten av å endre planlagt tur til Svalbard i november til Tromsø, uten at dette koster for mye.

Tromsø, 21.6.2017

Jorhill Andreassen

Erling Espeland

Eivind Mikalsen

Helga Marie Bjerke

Jan Eivind Pettersen

Jan Terje Nedrejord

Kjersti Markusson

Vibeke Haukland

Per Erling Dahl

Rolf Utgård

Marianne Johnsen

Tove Skjelvik



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 18.8.2017
 Tid: 9.00-12.25

Navn	Funksjon	Merknader
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	<i>Tlf-deltakelse</i>
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Rigmor Frøyum	2. varamedlem	<i>For Jan Eivind Pettersen</i>
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	<i>Skype-deltakelse</i>
Per Erling Dahl	Medlem	<i>Tlf-deltakelse</i>
Rolf Utgård	Medlem	<i>Tlf-deltakelse fra kl. 9:30</i>
Marianne Johnsen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	

Fra administrasjonen møte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef (<i>styrets sekretær</i>)
Arthur Revhaug	klunikksjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelse
Birgith J. Nerskogen	konst. klinikkjef for Operasjons- og intensivklinikken
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klunikksjef, Nevro,- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Gry Andersen	klunikksjef for Diagnostisk klinikk
Jon Mathisen	klunikksjef for Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klunikksjef for Hjerte- og lungeklinikken
Siren Hoven	konst. klinikkjef for Psykisk helse- og rusklinikken
Markus Rumpsfeld	klunikksjef for Medisinsk klinikk
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Gina M. Johansen	drifts- og eiendomssjef (<i>pr. tlf.</i>)
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef, Stabssenteret
Haakon Lindekleiv	medisinsk faglig ansvarlig
Tommy Schjølberg	fung. økonomisjef, Stabssenteret
Mai-Liss Larsen	fung. stabssjef

Fylkesmannen i Troms møtte med konst. fylkesmann Bård Pedersen, fylkeslege Svein Steinert og seniorrådgiver/ jurist Frank Mengkrogen.

ST 66/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 18.8.2017

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 21.6.2017.

ST 66/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 67/2017	Orienteringssak
	- Situasjonsbeskrivelse, med fylkesmannens deltakelse

Enstemmig vedtatt.

ST 67/2017 Orienteringssak – Mediebildet/ situasjonsbeskrivelse
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 18.8.2017

Styreleder gjennomførte saksbehandlingen med en innledning, hvorpå direktøren presenterte resultat kvaliteten på ulike parametre ved UNNs virksomhet. Dernest ga Fylkesmannen en bakgrunn for sin bekymringsmelding som tilsynsmyndighet. Styret diskuterte deretter sakens ulike sider.

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar orienteringssaken til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar orienteringssaken til orientering.

Styreleder ønsket å drøfte sider av saken som av hensyn til personvernet er unntatt offentlighet. Styret valgte deretter å lukke møtet med henvisning til Offentlighetslovens § 13 jf. Foretakslovens § 26.a pkt. 1.

Tromsø, 18.8.2017

Jorhill Andreassen

Erling Espeland

Eivind Mikalsen

Helga Marie Bjerke

Jan Eivind Pettersen

Jan Terje Nedrejord

Kjersti Markusson

Vibeke Haukland

Per Erling Dahl

Rolf Utgård

Marianne Johnsen

Tove Skjelvik



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 28.8.2017
 Tid: 9.00-11.20

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

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef (<i>styrets sekretær</i>)
Arthur Revhaug	klunikksjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klunikksjef, Nevro,- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Elin Gullhav	klunikksjef for Barne- og ungdomsklinikken
Gry Andersen	konst. klinikkssjef for Diagnostisk klinikk
Kristian Bartnes	klunikksjef for Hjerne- og lungeklinikken
Magnus Hald	klunikksjef for Psykisk helse- og rusklinikken
Markus Rumpfeld	klunikksjef for Medisinsk klinikk
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Gina M. Johansen	drifts- og eiendomssjef
Grethe Andersen	fungerende stabssjef, Stabssenteret
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef, Stabssenteret
Mai-Liss Larsen	personalsjef, Stabssenteret
Tommy Schjølberg	avdelingsleder, Stabssenteret
Marit E. Johansen	foretaksadvokat
Torolf Andreassen	foretaksadvokat

ST 68/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 28.8.2017.

ST 68/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 69/2017	Økonomisk status – analyse og tiltaksplan
ST 70/2017	Oppfølging av styresak 67/2017 – status
ST 71/2017	Orientering om status i Plan for reduksjon i saksbehandlingstiden i meldingssaker fra Fylkesmannen - muntlig

Enstemmig vedtatt.

ST 69/2017 Økonomisk status - analyse og tiltaksplan

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 28.8.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner den foreslåtte tiltaksplanen slik som direktøren legger den frem her.
2. Styret tar til etterretning at UNN for 2017 styrer mot et budsjettavvik på +5,0 mill kr ved årets slutt (resultat +45,0 mill kr).
3. Styret er ikke fornøyd med at UNN ikke vil nå det styringsmålet for året siden dette vil redusere handlingsrommet for nødvendige investeringer i blant annet medisinsk teknisk utstyr i 2018.

Leder av brukerutvalget, Cathrin Carlyle (observatør), la frem forslag om tillegg til innstillingens punkt 1, med følgende ordlyd:

Tiltak som vurderes som viktige for det langsiktige kvalitets -og forbedringsarbeidet i UNN skjermes.

Styreleder tok innstillingens punkt 1 opp til avstemming. Deretter ble tilleggsforslaget stemt over.

Enstemmig vedtatt.

Innstillingens punkt 2 og 3 ble stemt over samlet.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner den foreslåtte tiltaksplanen slik som direktøren legger den frem her. Tiltak som vurderes som viktige for det langsiktige kvalitets -og forbedringsarbeidet i UNN skjermes.
2. Styret tar til etterretning at UNN for 2017 styrer mot et budsjettavvik på +5,0 mill kr ved årets slutt (resultat +45,0 mill kr).
3. Styret er ikke fornøyd med at UNN ikke vil nå det styringsmålet for året siden dette vil redusere handlingsrommet for nødvendige investeringer i blant annet medisinsk teknisk utstyr i 2018.

ST 70/2017 Oppfølging av styresak 67/2017 - status

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 28.8.2017

Direktøren redegjorde for oppfølging av saken, herunder oversendelse av svar til Sivilombudsmannen – i offentlig versjon.

Videre viste styreleder til brev fra Kjetil Karlsen til styret, datert 23.8.2017, som ble delt ut til styrets medlemmer, og blir behandlet i neste styremøte.

Styreleder foreslo å ta saken til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 71/2017 Orientering om status i Plan for reduksjon i saksbehandlingstiden i meldingssaker fra Fylkesmannen - muntlig

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 28.8.2017

Direktøren v/ kvalitets og utviklingssjefen orienterte om status i saken, og viste til at saken vil bli fremstilt i skriftlig versjon i neste styremøte.

Styreleder foreslo å ta saken til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

Tromsø, 28.8.2017

Jorhill Andreassen

Erling Espeland

Eivind Mikalsen

Helga Marie Bjerke

Jan Eivind Pettersen

Jan Terje Nedrejord

Kjersti Markusson

Vibeke Haukland

Per Erling Dahl

Rolf Utgård

Marianne Johnsen

Tove Skjelvik

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
74/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.9.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2017**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2017 til orientering.

Bakgrunn

Vedlagte kvalitets- og virksomhetsrapport for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for juli måned 2017 presenterer resultater for helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse-, miljø- og sikkerhet. Rapporten oversendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdataene både på foretaks- og konsernnivå.

Formål

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

Medvirkning

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter henholdsvis 28., 29. og 30.8.2017. Protokoller og referater fra møtene blir behandlet av styret som egne referatsaker 14.9.2017.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg påpekte at stigende fristbrudd er bekymringsfullt, samt at stort innleie av vikarer medfører risiko for dårligere pasientbehandling.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av utviklingen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene, som har hatt en relativt sterk økning. Det samme påpekte arbeidsmiljøutvalget som også diskuterte dette i relasjon til sykefraværutviklingen.

Samtlige møter/ utvalg sluttet seg til at saken forelegges styret til endelig behandling.

Saksutredning

I forbindelse med omlegging av den månedlige *Kvalitets- og virksomhetsrapporten* har styret ønsket en sterkere vektlegging av vurderingsdelen av styresaken. Det vises derfor til vedlagte rapport som bakgrunn for etterfølgende vurdering.

Vurdering

Pasientsikkerhet, kvalitet og personal

Oppholdstid i akuttmottaket oppdateres i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS daglig, og følges opp i ledergruppens tavlemøte ukentlig. Resultatet for juli er som tidligere noe under måltallet på 90 %. Det pågår arbeid med å styrke vaktssystemene i indremedisin og kirurgi ved akuttmottaket i Tromsø for å sikre tilstrekkelig erfarent personell i første linje, og indikatoren fokuseres i oppfølgings- og dialogmøter.

Antall *fristbrudd* har vært relativt stabilt under 50 fra etter sommeren i fjor, men har økt noe de siste to månedene og er fortsatt over måltallet. Det er nå innen håndkirurgi, hjertemedisinske utredninger (poliklinikk) i Tromsø og utredning av sykelig overvekt i Harstad de fleste fristbrudd oppstår. De tidligere beskrevne tiltak med fokus på god prioritering, bedre langtidsplanlegging og riktig funksjonsfordeling for å unngå fristbrudd arbeides det videre med. Håndkirurgi, som utgjør en stor andel av fristbruddene følges opp spesielt av klinikkssjef. Fristbrudd innen hjertemedisin og utredning av sykelig overvekt forventer direktøren at løses innen relativt kort tid med konkrete tiltak fra de aktuelle klinikker. Systematisk, god opplæring av alle som håndterer henvisninger og ventelister, og læring på tvers av enheter er også nødvendige tiltak som det fortsatt arbeides med.

Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne måles nå i tråd med ny, nasjonal indikator for tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne (> 16 år). Målingen nasjonalt, som skal skje tertialvis, foreligger ikke for inneværende år, og det lokale uttrekket gjøres foreløpig kvartalsvis i UNN. For andre kvartal er andel pasienter utsatt for tvang omtrent uendret fra første kvartal. Det foreligger fortsatt ikke oppdaterte nasjonale tall for sammenligning.

Samstemming av legemiddellister rapporteres det fortsatt ikke tall for. Det regionale prosjektet for å etablere felles, pålitelige målinger av gjennomføringsgrad av samstemming er nå startet opp, men det tar lengre tid enn først antatt før målinger kommer på plass. Kvalitetsavdelingen har gjort stikkprøver av om det er mulig å gjøre punktmålinger på gjennomføring av samstemming, men har foreløpig konkludert med at datagrunnlaget ikke er godt nok for å gi adekvat styringsinformasjon. Det arbeides videre med å vurdere metoder for midlertidige målinger i påvente av konklusjoner fra det pågående regionale prosjektet.

Fem av 14 klinikker/sentra har i juli måned et *sykefravær* som er lik eller lavere enn plantall. Det er nedsatt en gruppe bestående av personalsjef, seksjonsleder bedriftshelsetjenesten (BHT),

personalrådgivere, foretakstillitsvalgt for Fagforbundet, hovedtillitsvalgt for Norsk sykepleierforbund (NSF) og hovedverneombud. Gruppen intervjuer en rekke ledere i samtlige klinikker og sentra om hvordan de arbeider med å forebygge og redusere sykefravær, hva som er utfordringene i sykefraværarbeidet og hva som kan være gode tiltak for å redusere fraværet i organisasjonen. Gruppens arbeid vil presenteres muntlig for styret ved UNN i møtet 14. september 2017.

I juli 2017 var det 6 479 varsel om brudd på arbeidsmiljøloven (AML). Dette gjelder varsel om brudd på følgende regler: Antall AML timer pr dag, samlet tid pr dag, samlet tid pr uke (snitt) og ukentlig arbeidsfri. Dette er en økning på 10,8 % i forhold til juli 2016. Det pågår fortsatt forbedringsarbeid knyttet til registrering av AML-brudd, og det bør derfor utvises varsom rundt tolkning av tidstrender. Den registrerte økningen er størst i Psykisk helse- og rusklinikken, der antall varsel om brudd har økt fra 533 i juli 2016 til 1094 i juli 2017 (økning på litt over 100 %). Reduksjonen er størst i Operasjons- og intensivklinikken der antall varsel om brudd er gått ned med litt over 40 % (1160 brudd i mai 2016 og 666 brudd i mai 2017). De viktigste årsakene til bruddene i juli er akutt sykdom, akutt mangel på nødvendig personell og akutt aktivitetsendring.

Tiltaksgjennomføringen for juli måned er på 62 %, og hittil i år på 53 %. Seks klinikker har 100 % gjennomføringsgrad på tiltakene, to klinikker har hhv 76 % og 71 % gjennomføring. Øvrige fem klinikker varierer fra 14 % til 61 %. Tiltaksgjennomføringen er fortsatt for dårlig, og alle klinikker er bedt om å kontinuerlig holde fokus på gjennomføring og fortløpende erstatte tiltak som ikke gir ønsket effekt.

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

UNN inkluderer en høy *andel kreftpasienter i pakkeforløp*, og oppnår totalt sett måltallet om at 70 % av pasientene skal håndteres innenfor anbefalt forløpstid. Imidlertid det er fortsatt noen forløp der det er utfordrende å oppnå riktig forløpstid. Tiltak for å følge opp forbedringsområdene som ble avdekket ved intern revisjon på tre pakkeforløp tidligere i år er identifisert og under implementering. UNNs overordnede prosedyrer for kreftpakkeforløpene er oppdatert og lagt i dokumentstyringsverktøyet Docmap, og det pågår oppdatering av prosedyrene for de enkelte forløp. Et systematisk forbedringsarbeid i tilknytning til strålevirksomheten, med sikte på å oppnå stabile og gode pasientforløp for strålepatientene innenfor anbefalte forløpstider er planlagt og startes opp i september. Problemstillingene med begrensninger i operasjonskapasiteten, som er en vedvarende utfordring i forhold til mange av pakkeforløpene, følges opp i overordnet koordineringsgruppe for operasjonsvirksomheten.

Det er også positivt at antall *korridorpatienter* har vist en jevnt nedadgående trend det siste året, til tross for at antall utskrivningsklare har vært stabilt. Gjennomsnittlig antall korridorpatienter per dag per måned var i juli 4. Direktøren forventer at situasjonen forbedres ytterligere når Tromsø kommunes nye helsehus åpnes 1. september.

Aktiviteten målt i antall pasientkontakter er høyere enn i fjor innen alle virksomhetsområder. Aktivitetsøkningen er noe høyere innen psykisk helsevern og rus enn i somatikken, og UNN oppfyller dermed *den gylne regel* målt i aktivitet. Direktøren er fornøyd med at polikliniske kontroller i somatikk nå går ned, og at kontrollandelen både er lavere enn i fjor og lavere enn

plantallet for 2017. Den store økningen i antall laboratorieanalyser vedvarer. Som en del av virksomhetsplanarbeidet for 2018 er et av fellestiltakene reduksjon i antall laboratorieanalyser. Direktøren forventer derfor en gradvis utflating av dette aktivitetsnivået på sikt. Aktivitetsrapporten viser en reduksjonen i målt aktivitet innen radiologi. Denne nedgangen er ikke reell, men skyldes at antall røntgenundersøkelser måles på en annen måte i nytt datasystem som ble implementert i UNN høsten 2016.

Økonomi

Det er i løpet av sommeren utarbeidet en økonomisk tiltakspakke på til sammen 60,3 mill kr. Det er direktørens vurdering at UNN med denne tiltaksplanen vil nå budsjettmålet som er satt fra RHFet og prognosen er resultat på +45,0 mill kr ved årets slutt. Dette er 20 mill kr under internt styringsmål. Tiltaksplanen inneholder en stor andel kortsiktige tiltak, og den krevende økonomiske situasjonen for UNN vil derfor fortsette. Direktøren vil følge dette opp i arbeidet med virksomhetsplan for 2018.

Tromsø, 1.9.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Kvalitets- og virksomhetsrapport for juli 2017

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport Juli 2017



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

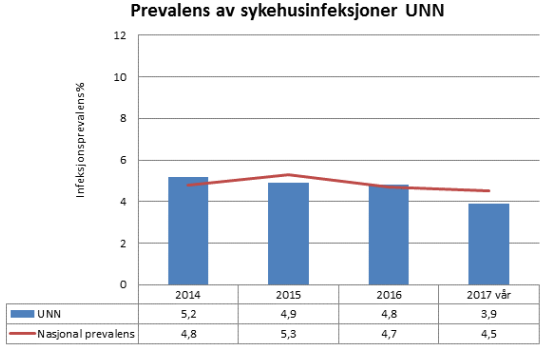
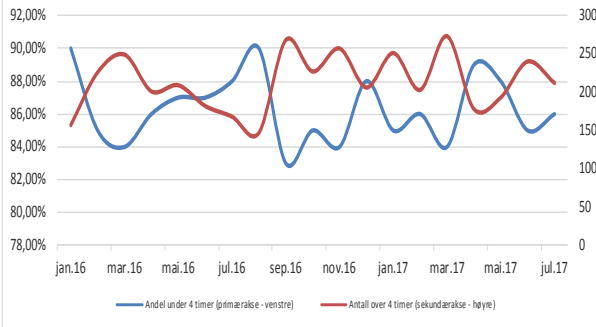
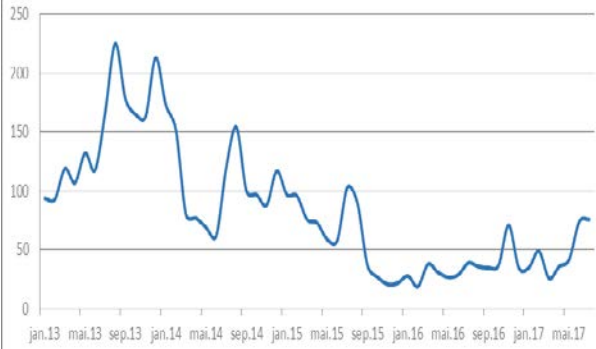
OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	4
Kvalitet	6
 Pakkeforløp – kreftbehandling	6

Pasientsikkerhetsprogrammet	8
Ventelister	8
Ventetid	8
Fristbrudd.....	9
Korridorpasienter	10
Strykninger	11
Epikrisetid	11
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern	12
Oppholdstid i akuttmottaket.....	12
Aktivitet.....	13
Somatisk virksomhet	13
Psykisk helsevern voksne	16
Psykisk helsevern barn og unge.....	17
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	17
Samhandling	18
Utskrivningsklare pasienter	18
Bruk av pasienthotell	20
Personal.....	21
Bemanning	21
Sykefravær.....	23
AML-brudd	25
Kommunikasjon	26
Sykehuset i media.....	26
Økonomi.....	27
Resultat	27
Gjennomføring av tiltak	30
Prognose.....	32
Likviditet.....	32
Investeringer.....	32
Byggeprosjekter	33

Hovedindikatorer

<p style="text-align: center;">Infeksjoner</p> <p style="text-align: center;">Nasjonalt måltall: 4,7 % Måltall UNN: 4,0 %</p> <p style="text-align: center;">3,9 % i mai 2017</p>	<p style="text-align: center;">Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN</p>  <table border="1" data-bbox="842 604 1388 667"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017 vår</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UNN</td> <td>5,2</td> <td>4,9</td> <td>4,8</td> <td>3,9</td> </tr> <tr> <td>Nasjonal prevalens</td> <td>4,8</td> <td>5,3</td> <td>4,7</td> <td>4,5</td> </tr> </tbody> </table>		2014	2015	2016	2017 vår	UNN	5,2	4,9	4,8	3,9	Nasjonal prevalens	4,8	5,3	4,7	4,5
	2014	2015	2016	2017 vår												
UNN	5,2	4,9	4,8	3,9												
Nasjonal prevalens	4,8	5,3	4,7	4,5												
<p style="text-align: center;">Legemiddelsamstemming</p>	<p style="text-align: center;">Måles i løpet av annet halvår 2017.</p>															
<p style="text-align: center;">Oppholdstid i akuttmottak, juli</p> <p style="text-align: center;">Måltall: 90 %</p> <p style="text-align: center;">Andel under 4 timer: 86 %</p> <p style="text-align: center;">Antall over 4 timer: 212</p>																
<p style="text-align: center;">Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av juli</p> <p style="text-align: center;">76</p>																

<p>Tvang psykisk helsevern – voksne, 2. kvartal</p> <p>Andel pasienter utsatt for tvang: 6,7 %</p>	<table border="1"> <caption>Andel pasienter utsatt for tvang</caption> <thead> <tr> <th>Kvartal</th> <th>Andel (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. kvartal 2016</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>2. kvartal 2016</td> <td>5,0</td> </tr> <tr> <td>3. kvartal 2016</td> <td>5,5</td> </tr> <tr> <td>4. kvartal 2016</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>1. kvartal 2017</td> <td>6,5</td> </tr> <tr> <td>2. kvartal 2017</td> <td>6,7</td> </tr> </tbody> </table>	Kvartal	Andel (%)	1. kvartal 2016	6,0	2. kvartal 2016	5,0	3. kvartal 2016	5,5	4. kvartal 2016	6,0	1. kvartal 2017	6,5	2. kvartal 2017	6,7																															
Kvartal	Andel (%)																																													
1. kvartal 2016	6,0																																													
2. kvartal 2016	5,0																																													
3. kvartal 2016	5,5																																													
4. kvartal 2016	6,0																																													
1. kvartal 2017	6,5																																													
2. kvartal 2017	6,7																																													
<p>Sykefravær, juli</p> <p>9,0 %</p>	<table border="1"> <caption>Sykefravær (Andel %)</caption> <thead> <tr> <th>Tidspunkt</th> <th>Sykefravær (%)</th> <th>Plan (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan.13</td> <td>9,0</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>mai.13</td> <td>9,0</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>sep.13</td> <td>8,5</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>jan.14</td> <td>9,0</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>mai.14</td> <td>8,0</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>sep.14</td> <td>8,5</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>jan.15</td> <td>10,0</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>mai.15</td> <td>8,0</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>sep.15</td> <td>9,0</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>jan.16</td> <td>10,0</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>mai.16</td> <td>7,0</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>sep.16</td> <td>8,5</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>jan.17</td> <td>9,0</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>mai.17</td> <td>9,0</td> <td>7,5</td> </tr> </tbody> </table>	Tidspunkt	Sykefravær (%)	Plan (%)	Jan.13	9,0	7,5	mai.13	9,0	7,5	sep.13	8,5	7,5	jan.14	9,0	7,5	mai.14	8,0	7,5	sep.14	8,5	7,5	jan.15	10,0	7,5	mai.15	8,0	7,5	sep.15	9,0	7,5	jan.16	10,0	7,5	mai.16	7,0	7,5	sep.16	8,5	7,5	jan.17	9,0	7,5	mai.17	9,0	7,5
Tidspunkt	Sykefravær (%)	Plan (%)																																												
Jan.13	9,0	7,5																																												
mai.13	9,0	7,5																																												
sep.13	8,5	7,5																																												
jan.14	9,0	7,5																																												
mai.14	8,0	7,5																																												
sep.14	8,5	7,5																																												
jan.15	10,0	7,5																																												
mai.15	8,0	7,5																																												
sep.15	9,0	7,5																																												
jan.16	10,0	7,5																																												
mai.16	7,0	7,5																																												
sep.16	8,5	7,5																																												
jan.17	9,0	7,5																																												
mai.17	9,0	7,5																																												
<p>AML brudd, juli</p> <p>Antall AML-brudd: 6479</p>	<table border="1"> <caption>Antall AML-brudd</caption> <thead> <tr> <th>Måned</th> <th>Antall</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan.16</td> <td>4500</td> </tr> <tr> <td>Feb.16</td> <td>4800</td> </tr> <tr> <td>Mar.16</td> <td>4200</td> </tr> <tr> <td>Apr.16</td> <td>4500</td> </tr> <tr> <td>Mai.16</td> <td>4500</td> </tr> <tr> <td>Jun.16</td> <td>5000</td> </tr> <tr> <td>Jul.16</td> <td>5200</td> </tr> <tr> <td>Aug.16</td> <td>4800</td> </tr> <tr> <td>Sep.16</td> <td>5200</td> </tr> <tr> <td>Okt.16</td> <td>5200</td> </tr> <tr> <td>Nov.16</td> <td>5000</td> </tr> <tr> <td>Des.16</td> <td>3800</td> </tr> <tr> <td>Jan.17</td> <td>4500</td> </tr> <tr> <td>Feb.17</td> <td>4500</td> </tr> <tr> <td>Mar.17</td> <td>4800</td> </tr> <tr> <td>Apr.17</td> <td>4500</td> </tr> <tr> <td>Mai.17</td> <td>4800</td> </tr> <tr> <td>Jun.17</td> <td>4500</td> </tr> <tr> <td>Jul.17</td> <td>6479</td> </tr> </tbody> </table>	Måned	Antall	Jan.16	4500	Feb.16	4800	Mar.16	4200	Apr.16	4500	Mai.16	4500	Jun.16	5000	Jul.16	5200	Aug.16	4800	Sep.16	5200	Okt.16	5200	Nov.16	5000	Des.16	3800	Jan.17	4500	Feb.17	4500	Mar.17	4800	Apr.17	4500	Mai.17	4800	Jun.17	4500	Jul.17	6479					
Måned	Antall																																													
Jan.16	4500																																													
Feb.16	4800																																													
Mar.16	4200																																													
Apr.16	4500																																													
Mai.16	4500																																													
Jun.16	5000																																													
Jul.16	5200																																													
Aug.16	4800																																													
Sep.16	5200																																													
Okt.16	5200																																													
Nov.16	5000																																													
Des.16	3800																																													
Jan.17	4500																																													
Feb.17	4500																																													
Mar.17	4800																																													
Apr.17	4500																																													
Mai.17	4800																																													
Jun.17	4500																																													
Jul.17	6479																																													
<p>Tiltaksgjennomføring</p> <p>Juli: 62 % Hittil i år: 53 %</p>	<table border="1"> <caption>Tiltaksgjennomføring (%)</caption> <thead> <tr> <th>Måned</th> <th>Gjennomføring (%)</th> <th>Totalt %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>50</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Febr</td> <td>55</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Mar</td> <td>45</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>45</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Mai</td> <td>55</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>50</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Juli</td> <td>62</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Aug</td> <td>10</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Sept</td> <td>10</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Oktober</td> <td>10</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Nov</td> <td>10</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Des</td> <td>10</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	Måned	Gjennomføring (%)	Totalt %	Jan	50	100	Febr	55	100	Mar	45	100	Apr	45	100	Mai	55	100	Jun	50	100	Juli	62	100	Aug	10	100	Sept	10	100	Oktober	10	100	Nov	10	100	Des	10	100						
Måned	Gjennomføring (%)	Totalt %																																												
Jan	50	100																																												
Febr	55	100																																												
Mar	45	100																																												
Apr	45	100																																												
Mai	55	100																																												
Jun	50	100																																												
Juli	62	100																																												
Aug	10	100																																												
Sept	10	100																																												
Oktober	10	100																																												
Nov	10	100																																												
Des	10	100																																												

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 juli 2017

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	307	280	91	70
Hode- halskreft	85	77	90	70
Kronisk lymfatisk leukemi	14	11	78	70
Myelomatose	22	16	72	70
Akutt leukemi	21	19	90	70
Lymfom	96	92	95	70
Bukspyttkjertelkreft	91	75	82	70
Tykk- og endetarmskreft	290	268	92	70
Blærekreft	129	119	92	70
Nyrekreft	96	85	88	70
Prostatakreft	319	261	81	70
Peniskreft	5	4	80	70
Testikkelkreft	32	31	96	70
Livmorkreft	95	84	88	70
Eggstokkreft	56	47	83	70
Livmorhalskreft	49	44	89	70
Hjernekreft	57	40	70	70
Lungekreft	243	223	91	70
Kreft hos barn	19	16	84	70
Kreft i spiserør og magesekk	91	85	93	70
Primær leverkreft	20	18	90	70
Skjoldbruskkjertelkreft	52	50	96	70
Føflekkreft	151	121	80	70
Galleveiskreft	31	23	74	70
Totalt	2371	2089	88	

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

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

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	235	168	71	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	61	54	88	12	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			27	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	90	74	82	18	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	5	100	12	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	39	25	64	25	30
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	13	13	100	7	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			3	
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	23	21	91	3	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	82	56	68	13	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	10	5	50	28	36
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	32	20	62	28	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	11	7	63	29	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	207	128	61	31	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	6	66	24	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	36	24	66	33	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	115	84	73	33	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	21	14	66	34	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	6	85	23	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	70	28	40	50	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	27	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	6	66
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	120	54	45	70	37
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	107	55	51	37	66
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	12	6	50	51	37
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	68	31
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	11	6	54	34	36
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	76	63	82	26	30
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	36	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	2	66	22	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	81	67	82	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	14	8	57	28	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	18	12	66	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	8	6	75	24	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	16	13	81	28	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	21	18	85	12	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	12	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	56	32	57	40	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	41	35	85	19	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	89	76	85	27	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	4	80	3	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	15	11	73	6	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	15	12	80	35	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	23	23	100	25	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	13	11	84	31	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	9	1	11	45	39
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	33	32
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			20	
SARKOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	2	0	0	47	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	19	43
SKJOLDBRUSKKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	52	32	61	34	41
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1			36	
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			19	
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	138	126	91	12	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	1	50	24	35
NEVROENDOKRINE SVULSTER	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	102	55
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	11	11	100	31	48
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	2	50	16	41
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	1	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	145	107	73	16	22
		2193	1539	70		

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

Pasientsikkerhetsprogrammet

Rapporteres tertialvis, neste gang i rapporten for august.

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter på venteliste	15 023	9 711	8 993	-718	-7
...herav med fristbrudd	110	75	76	1	1
...herav med ventetid over 365 dager	635	115	59	-56	-49
Gjennomsnittlig ventetid dager	108	74	64	-10	-14
Ikke møtt til planlagt avtale	917	694	1 324	630	91

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

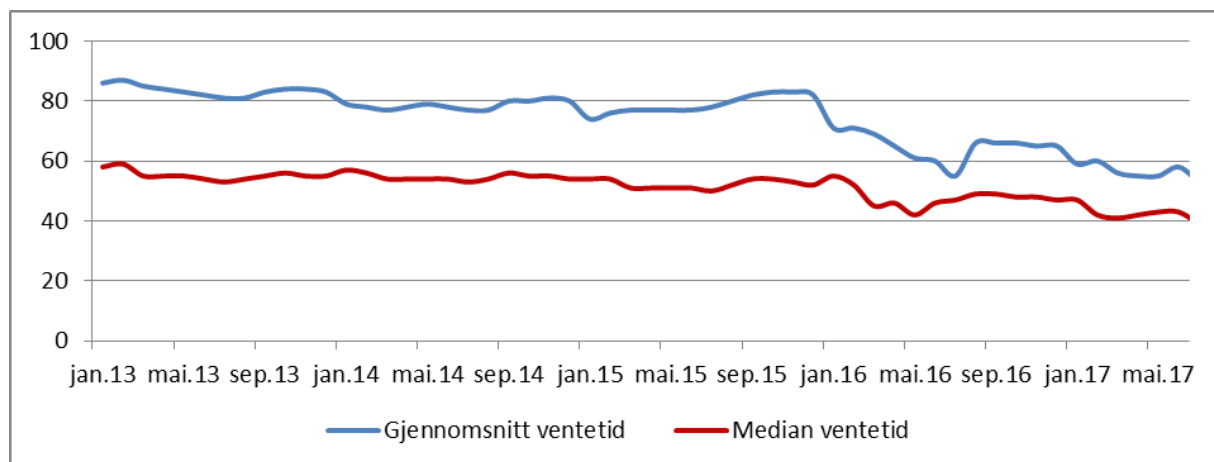
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	30 466	28 619	26 911	-1 708	-6
...herav med fristbrudd	750	325	396	71	21,8
Andel - avviklet ordinært	47	93	100	7	7

Ventetid

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

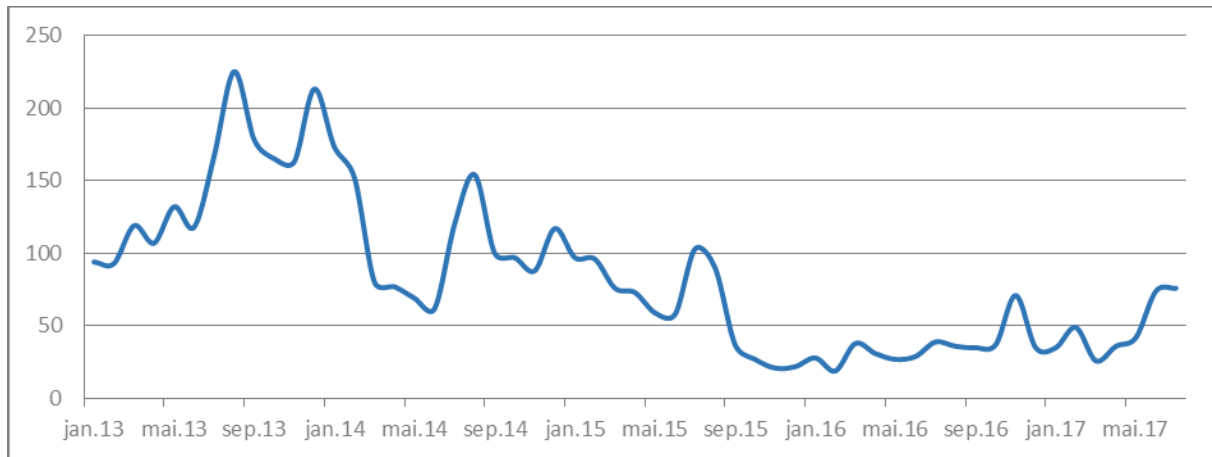
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	78	55	53	-2	-4
Median ventetid i dager	50	47	39	-8	-17

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid



Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

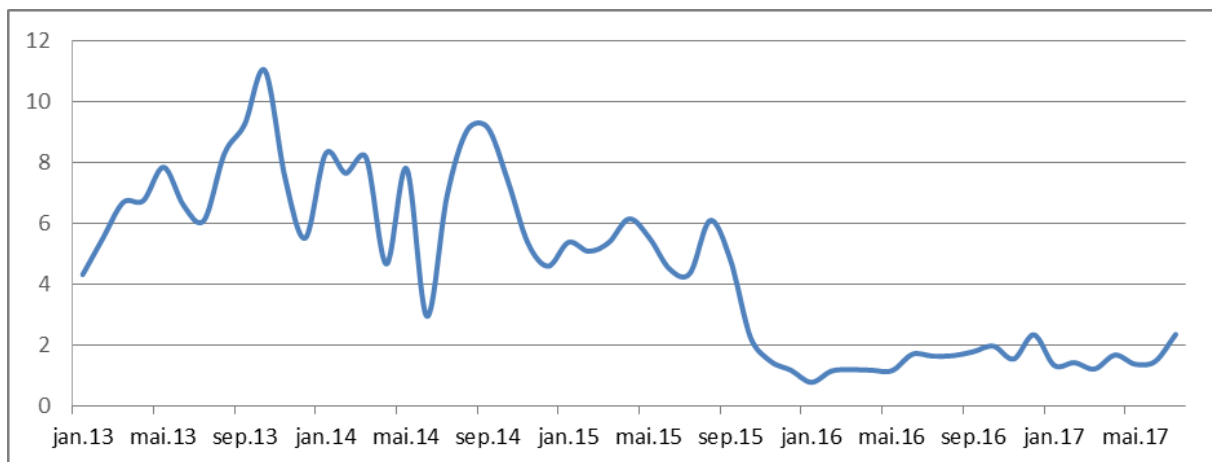


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av juli 2017

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	2	328	0,6 %
Barne- og ungdomsklinikken	1	557	0,2 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	5	1 738	0,3 %
Medisinsk klinikk	19	861	2,2 %
Hjerte- og lungeklinikken	10	599	1,7 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	39	4 845	0,8 %
UNN	76	8 928	0,9 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

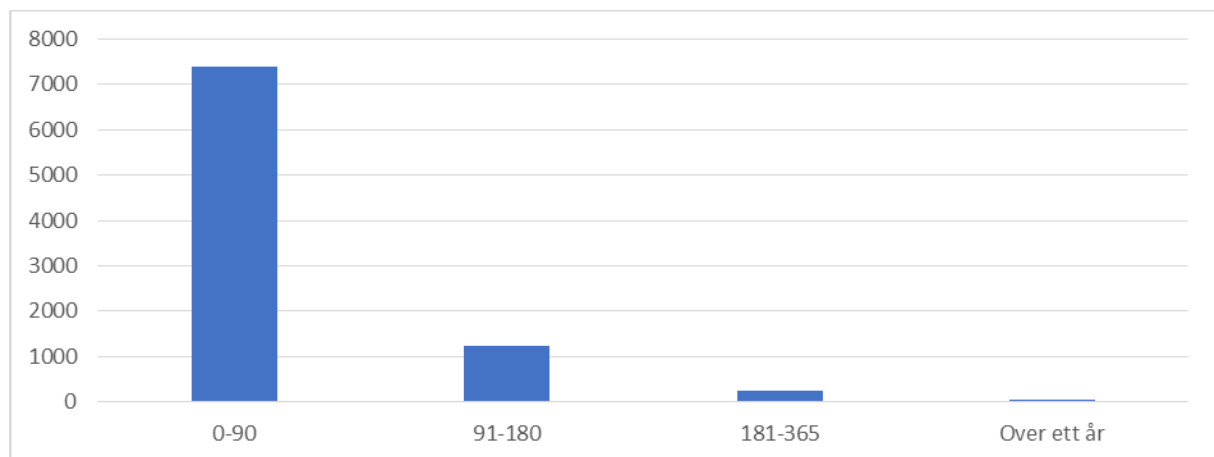
Figur 3 Prosent avviklet fristbrudd



Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

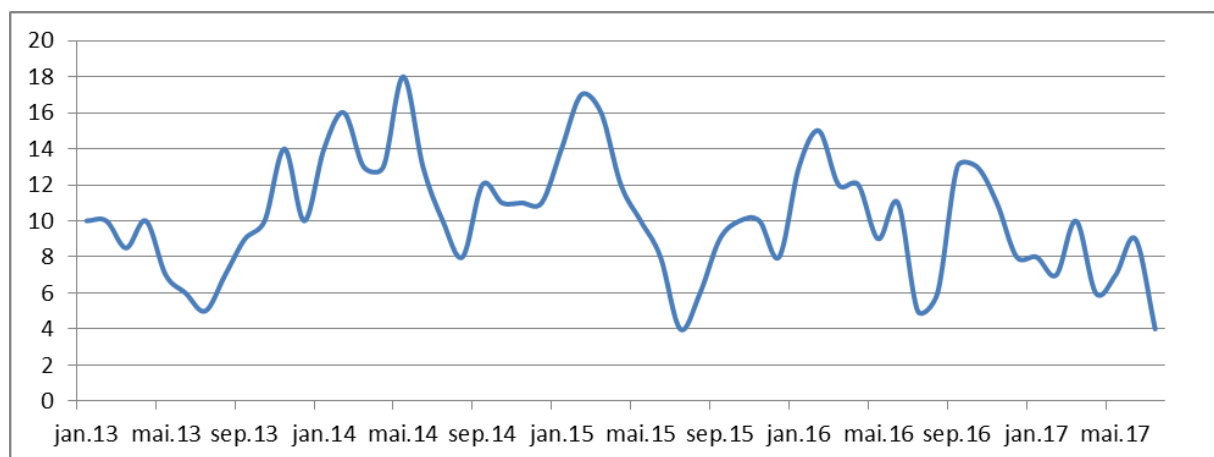
Klinikk	jun.17	jul.17
Barne- og ungdomsklinikken	1	2
Hjerte- og lungeklinikken	10	4
Medisinsk klinikk	5	3
Psykisk helse- og rusklinikken	2	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	30	19
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	19	12
UNN	67	40

Figur 4 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



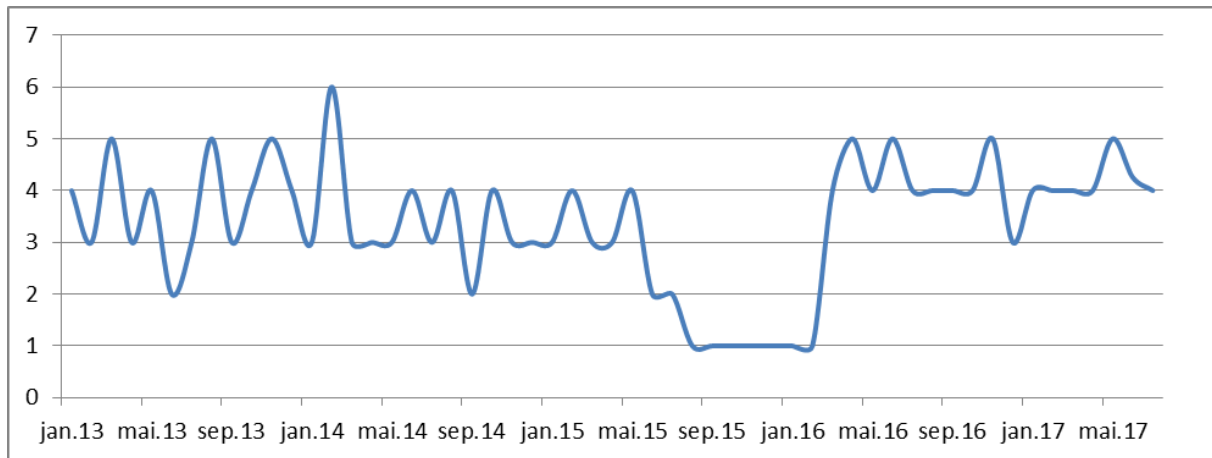
Korridorpasienter

Figur 5 Korridorpasienter – somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



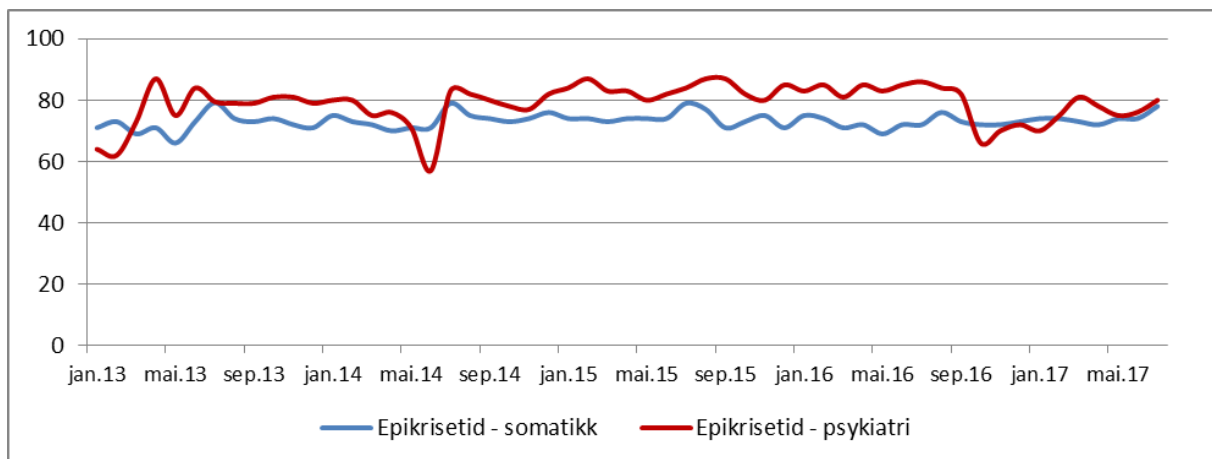
Strykninger

Figur 6 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



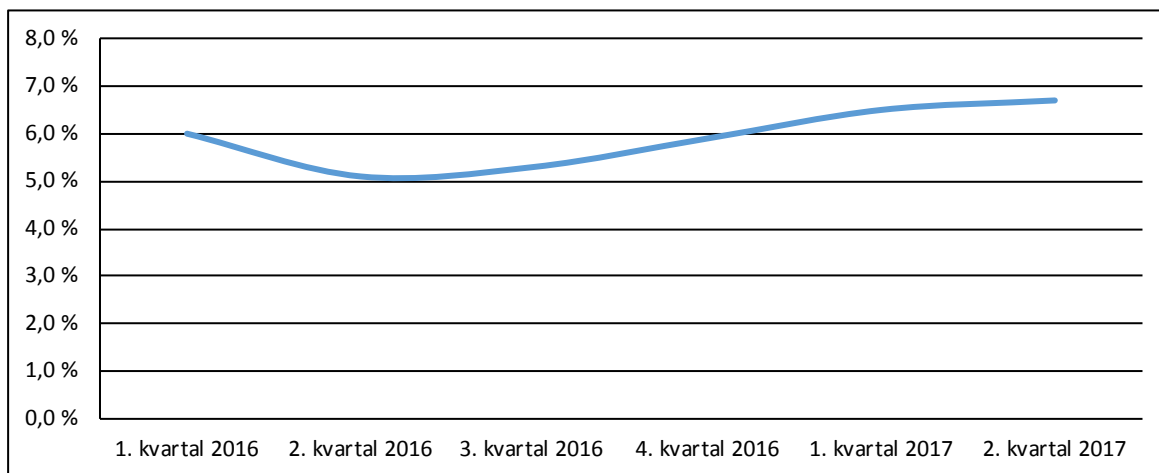
Epikrisetid

Figur 7 Epikriser - andel sendt innen syv dager



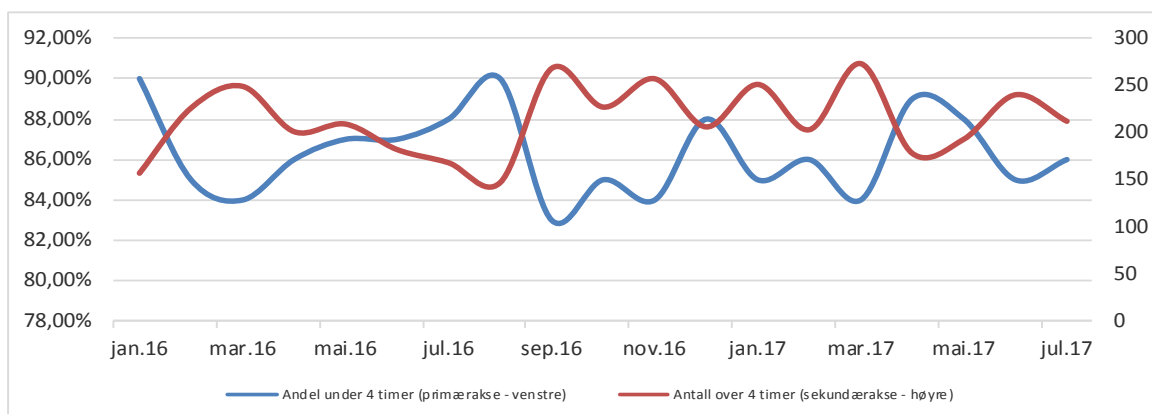
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

Figur 8 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern (nasjonal indikator)



Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 9 Oppholdstid i akuttmottaket (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



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

Aktivitet

Tabell 8 Aktivitet UNN

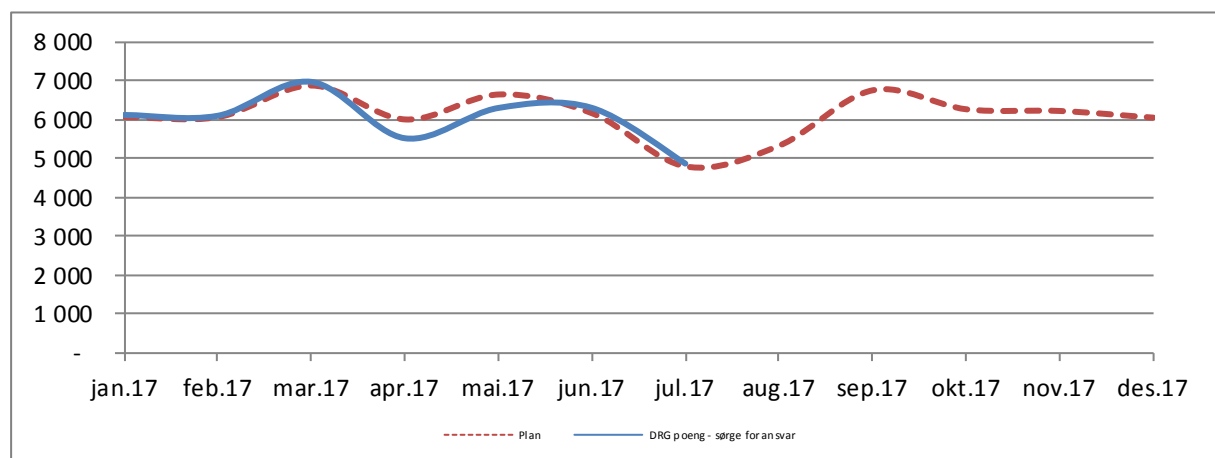
Aktivitet UNN HF	2016	2017	Plantall 2017	Avvik fra 2016		Avvik fra plan 2017	
				Antall	%	Antall	%
Somatikk							
Utskrivelser heldøgn	23 774	24 352	24 516	578	2,4	-164	-0,7
Innlagte dagopphold	3 800	3 894	4 018	94	2,5	-124	-3,1
Polikliniske dagbehandlinger	15 980	15 235	17 785	-745	-4,7	-2 550	-14,3
DRG poeng (2017 logikk)	37 994	42 239	42 601	4 245	11,2	-362	-0,8
Liggedager i perioden	102 145	102 788	100 431	643	0,6	2 357	2,3
Polikliniske konsultasjoner	150 693	150 322	145 222	-371	-0,2	5 100	3,5
Herav ISF	126 684	128 615	128 160	1 931	1,5	455	0,4
Kontrollandel poliklinikk	31 %	30 %	31 %	1 %	3,2	-1 %	-3,2
Laboratorieanalyser	3 167 577	3 636 937	3 112 499	469 360	14,8	524 438	16,8
Røntgenundersøkelser	97 601	88 785	89 925	-8 816	-9,0	-1 140	-1,3
Fremmøte stråleterapi	7 696	7 028	7 693	-668	-8,7	-665	-8,6
Pasientkontakter	178 267	178 568	173 756	301	0,2	4 812	2,8
VOP							
Utskrivelser heldøgn	1 832	2 009	1 866	177	9,7	143	7,7
Liggedager i perioden	24 802	27 387	25 124	2 585	10,4	2 263	9,0
Polikliniske konsultasjoner	34 761	35 275	37 614	514	1,5	-2 339	-6,2
Pasientkontakter	36 593	37 284	39 480	691	1,9	-2 196	-5,6
BUP							
Utskrivelser heldøgn	97	131	167	34	35,1	-36	-21,7
Liggedager i perioden	1 417	2 085	1 891	668	47,1	194	10,3
Polikliniske konsultasjoner	14 298	15 732	14 434	1 434	10,0	1 298	9,0
Pasientkontakter	14 395	15 863	14 601	1 468	10,2	1 262	8,6
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)							
Utskrivelser heldøgn	399	412	412	13	3,3	0	0,0
Liggedager i perioden	11 855	11 962	12 636	107	0,9	-674	-5,3
Polikliniske konsultasjoner	6 180	6 694	6 594	514	8,3	100	1,5
Pasientkontakter	6 579	7 106	7 006	527	8,0	100	1,4

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

Pga overgang til nytt system (fra organkoder til regionskoder for MR, CT og angio) vil ikke antall røntgenundersøkelser være sammenlignbare med 2016.

Somatisk virksomhet

Figur 10 DRG-poeng UNN 2017

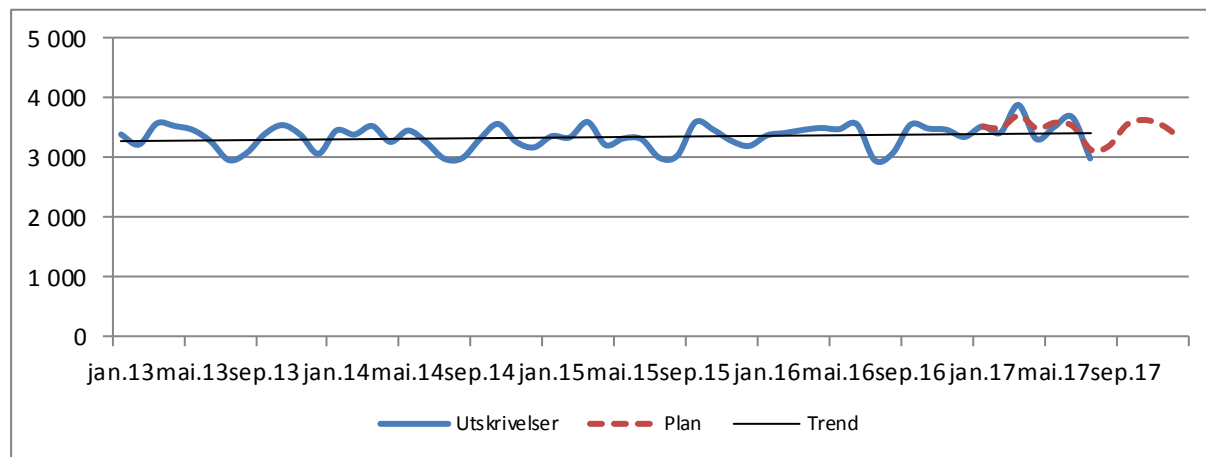


Tabell 9 DRG-poeng hittil i år 2017 fordelt på klinikk

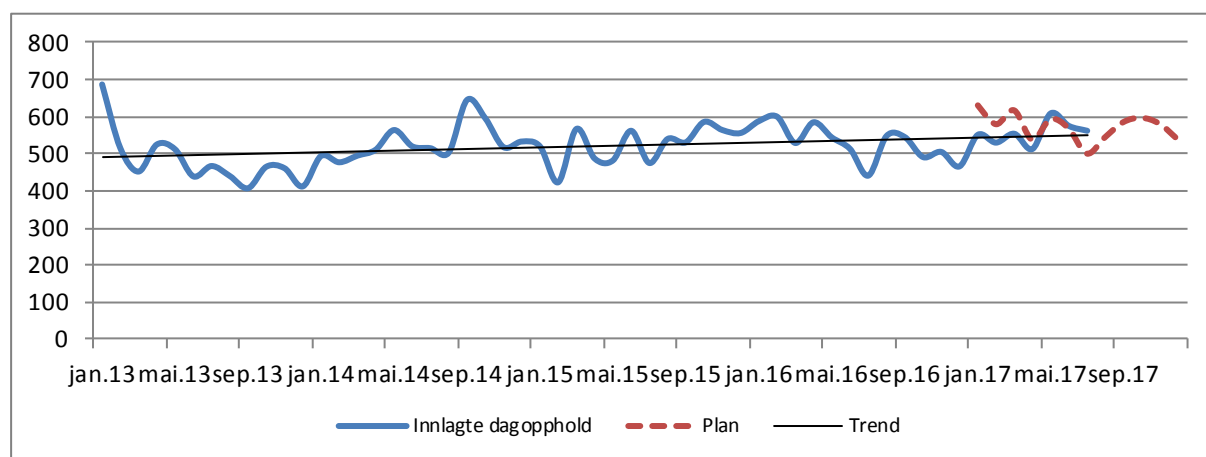
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	894	900	-6
Barne- og ungdomsklinikken	1 959	1 818	141
Hjerte- og lungeklinikken	7 167	6 716	451
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	11 000	11 892	-893
Medisinsk klinikk	7 675	7 294	381
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	10 391	10 756	-366
Operasjons- og intensivklinikken	240	239	0
Totalt	39 325	39 616	-291

DRG-poeng – egen produksjon.

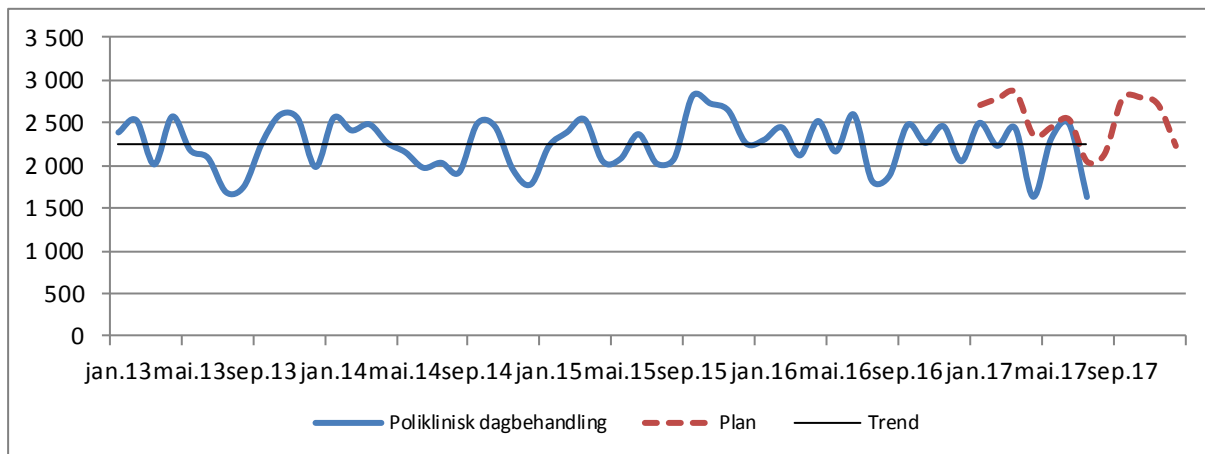
Figur 11 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



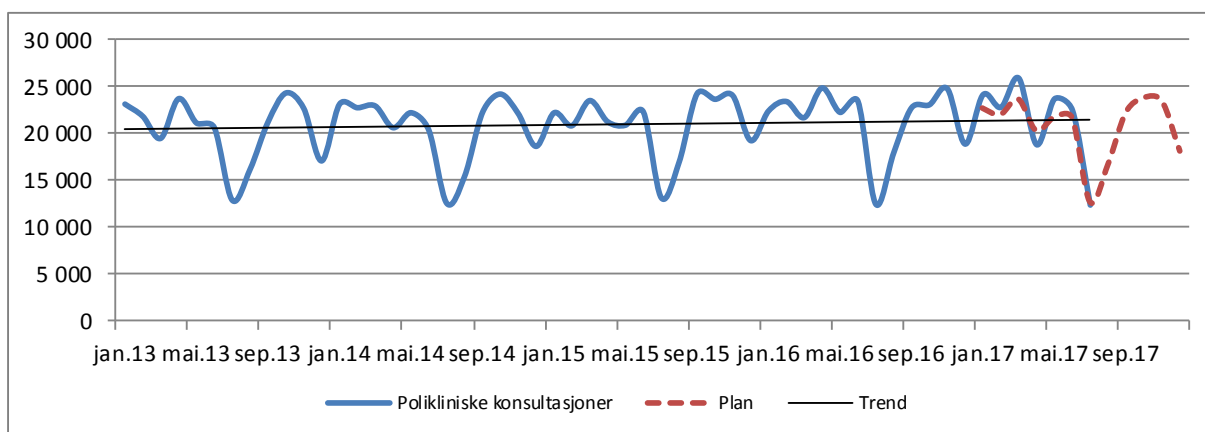
Figur 12 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



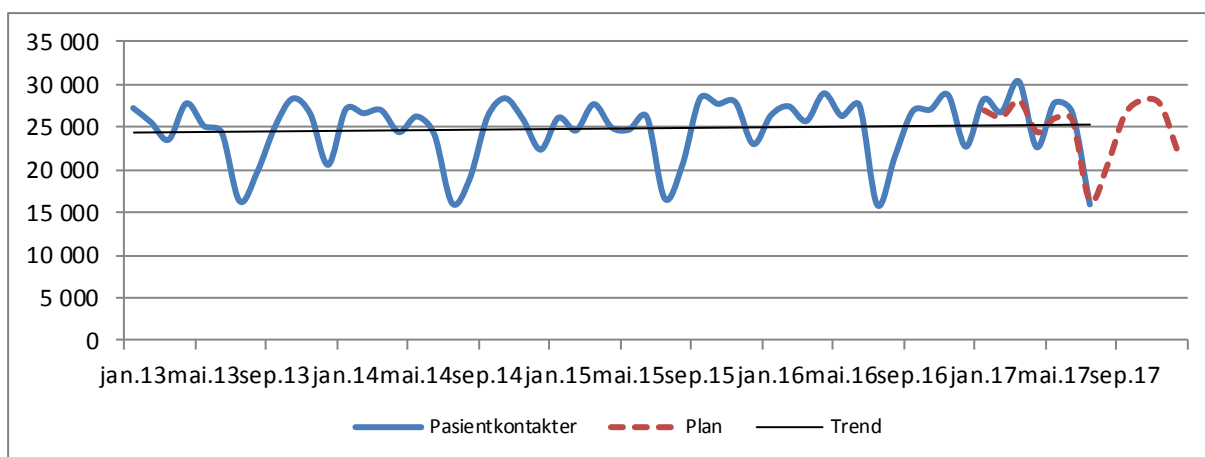
Figur 13 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



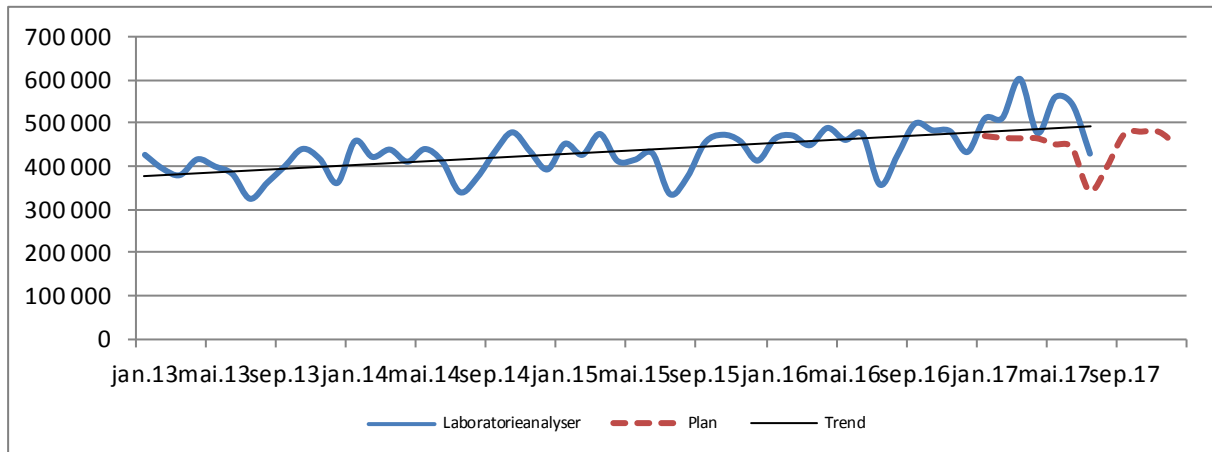
Figur 14 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



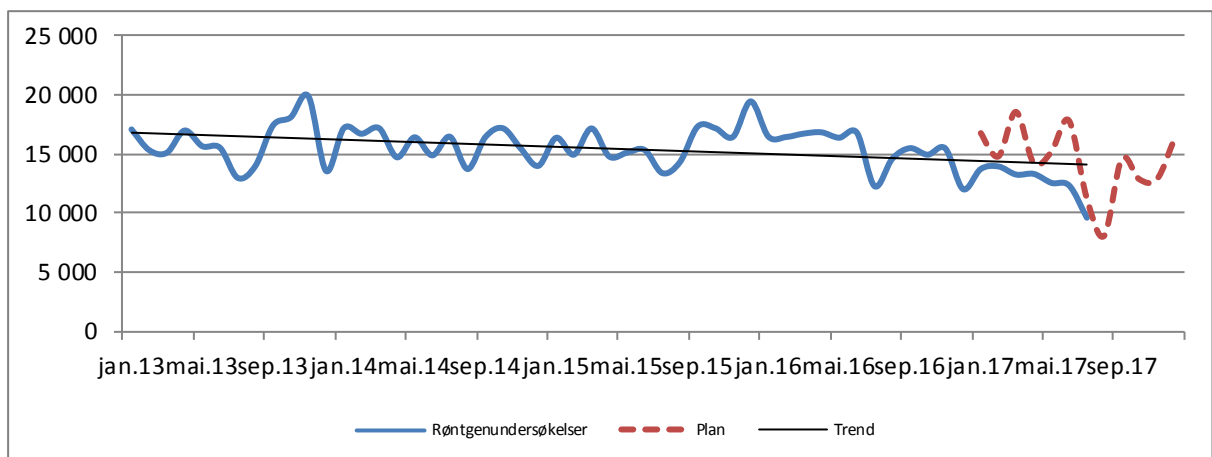
Figur 15 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 16 Laboratorieanalyser

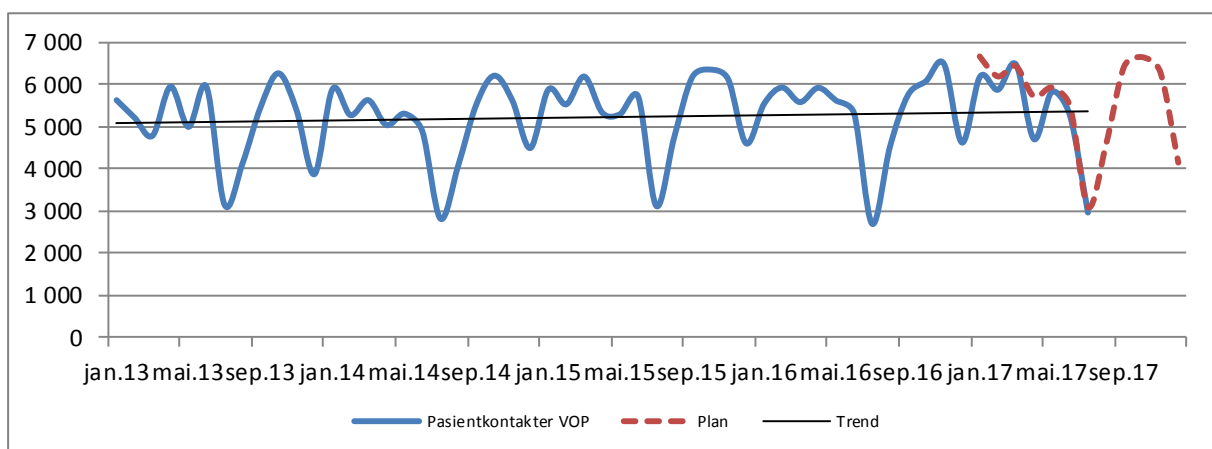


Figur 17 Røntgenundersøkelser



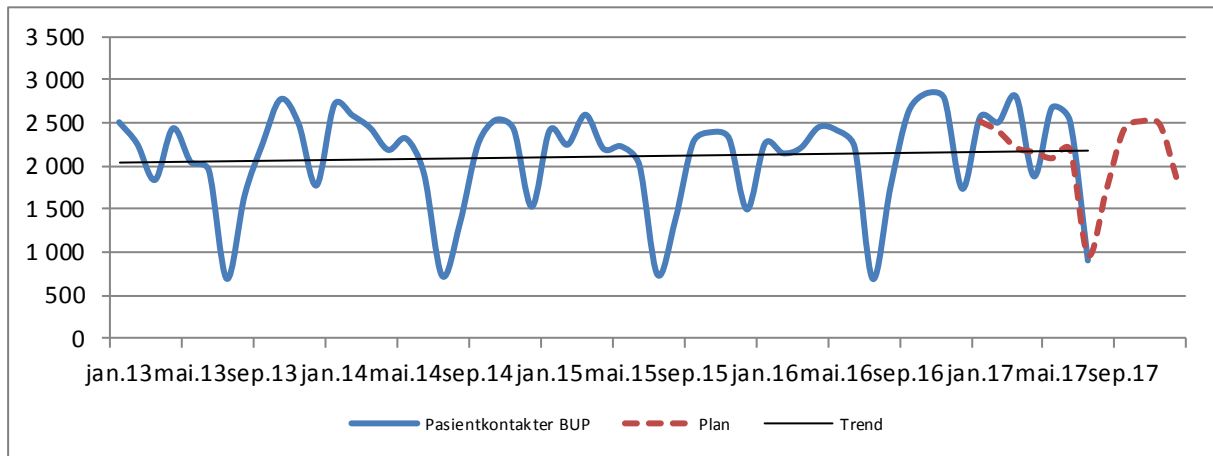
Psykisk helsevern voksne

Figur 18 Pasientkontakter – VOP



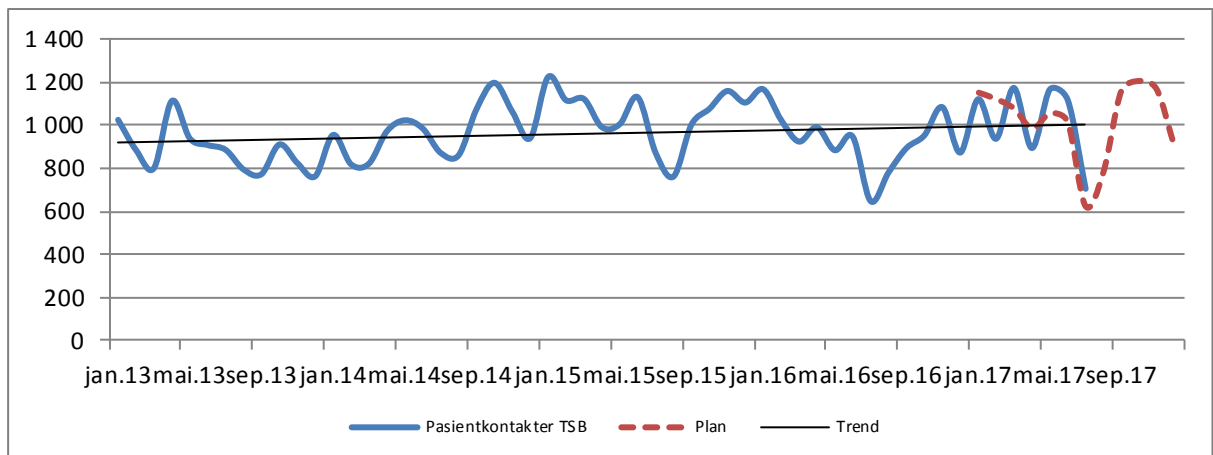
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 19 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 20 Pasientkontakter- TSB

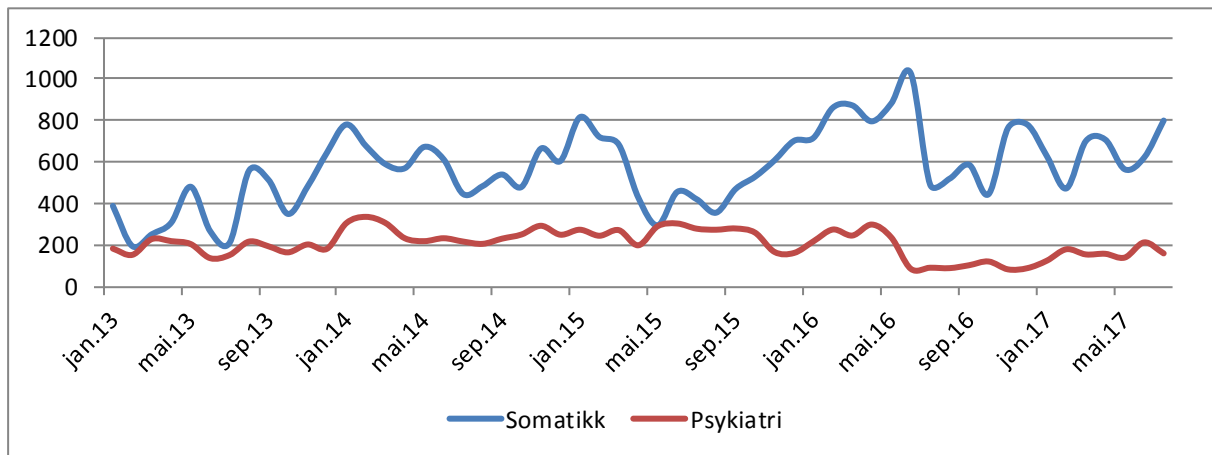


Samhandling

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 21 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

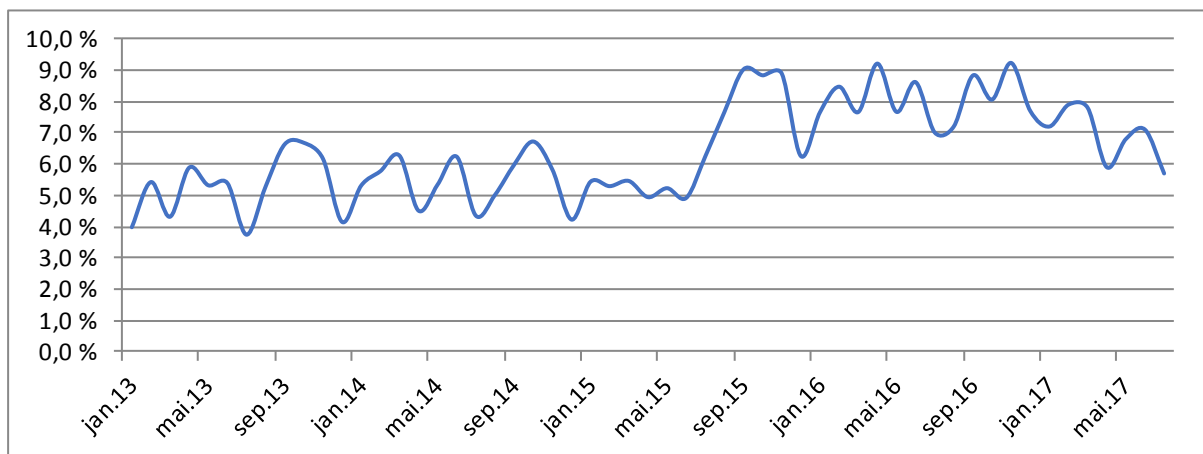


Tabell 10 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

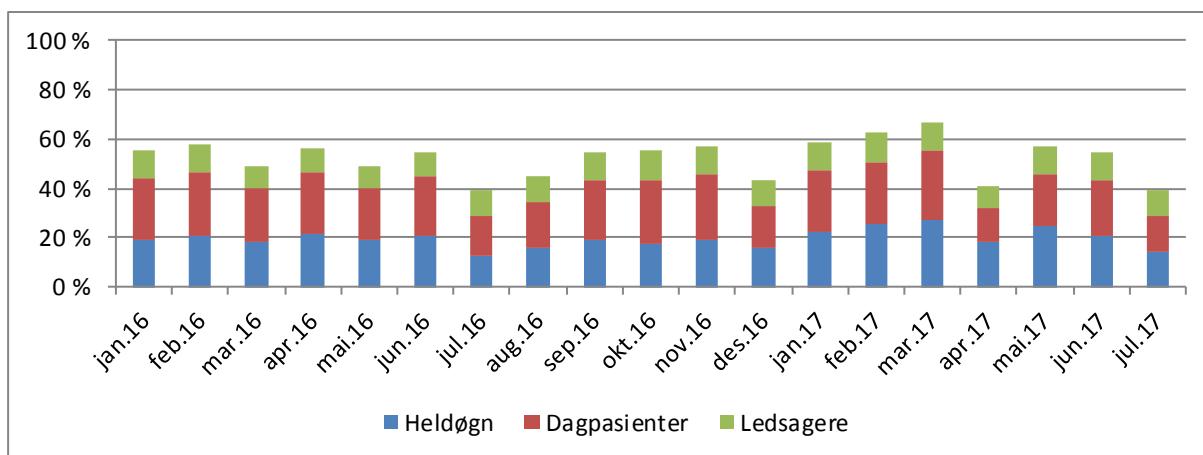
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-juli	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering jan-juli	Antall opphold jan-juli	Utskrivningsklare døgn jan-mai pr 1000 innbyggere
KARLSØY	93	80	14	41
TJELDSUND	45	5	40	35
IBESTAD	48	10	38	34
TROMSØ	2 237	2 004	312	31
LØDINGEN	65	13	53	30
HARSTAD	714	256	479	29
NARVIK	507	286	230	27
SALANGEN	57	32	26	26
SKÅNLAND	74	7	70	25
EVENES	28	1	27	20
KVÆFJORD	61	3	61	20
GRATANGEN	21	6	15	18
STORFJORD	29	26	4	15
NORDREISA	67	47	16	14
LAVANGEN	12	1	11	12
BALSFJORD	67	40	30	12
BALLANGEN	30	7	23	12
LYNGEN	31	19	13	11
DYRØY	12	5	7	10
MÅLSELV	41	18	24	6
SKJERVØY	14	8	6	5
TRANØY	7	3	4	5
TORSKEN	4	1	3	5
TYSFJORD	9	1	8	5
BERG	4	0	4	4
LENVIK	43	11	33	4
BARDU	15	3	12	4
KÅFJORD	6	2	4	3
SØRREISA	8	1	7	2
Sum	4 349	2 896	1 574	23

Bruk av pasienthotell

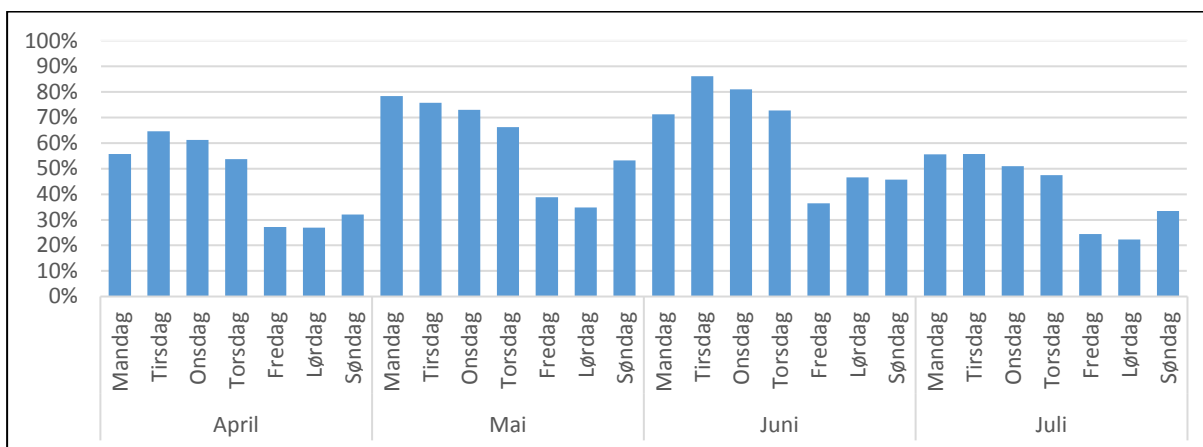
Figur 22 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 23 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



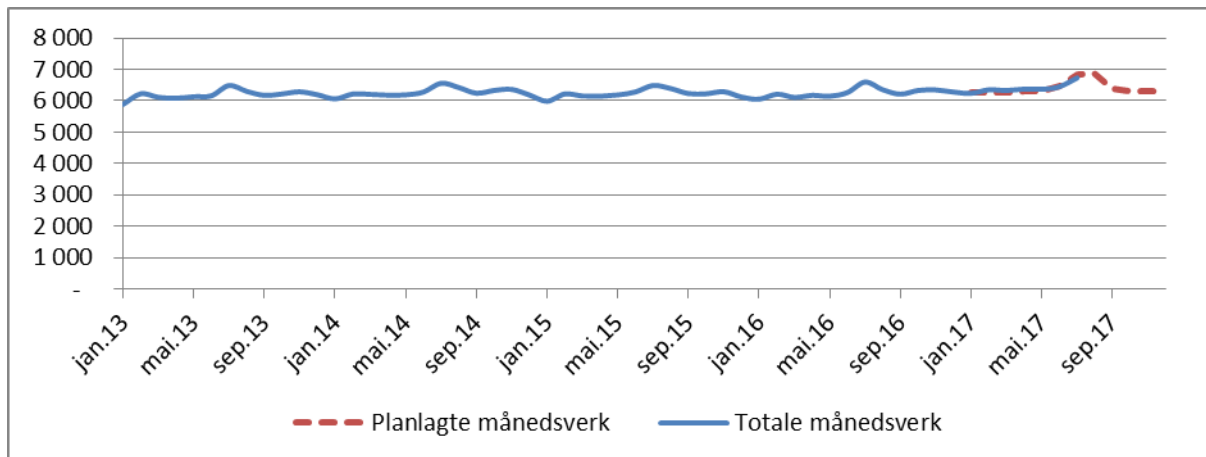
Figur 24 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



Personal

Bemanning

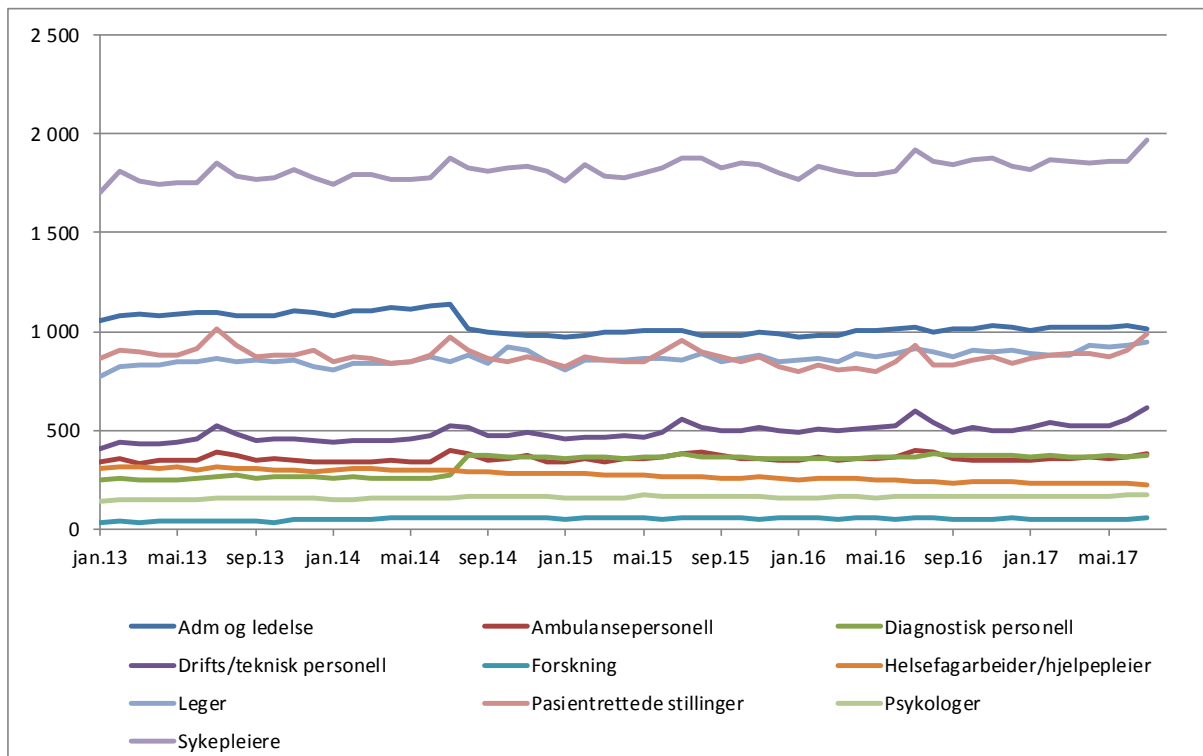
Figur 25 Brutto utbetalte månedssverk 2013-2017



Tabell 11 Brutto utbetalte månedssverk 2015-2017

Måned	2015	2016	2017	Plantall 2017	Avvik mot plan
Januar	5 988	6 054	6 240	6 274	-34
Februar	6 220	6 213	6 354	6 274	80
Mars	6 156	6 112	6 332	6 285	47
April	6 146	6 176	6 377	6 293	85
Mai	6 191	6 149	6 369	6 292	77
Juni	6 284	6 266	6 453	6 476	-23
Juli	6 491	6 601	6 761	6 851	-91
August	6 393	6 353		6 871	
September	6 234	6 214		6 373	
Oktober	6 226	6 333		6 306	
November	6 293	6 349		6 306	
Desember	6 123	6 282		6 306	
Snitt hittil i år	6 211	6 224	6 412	6 392	20

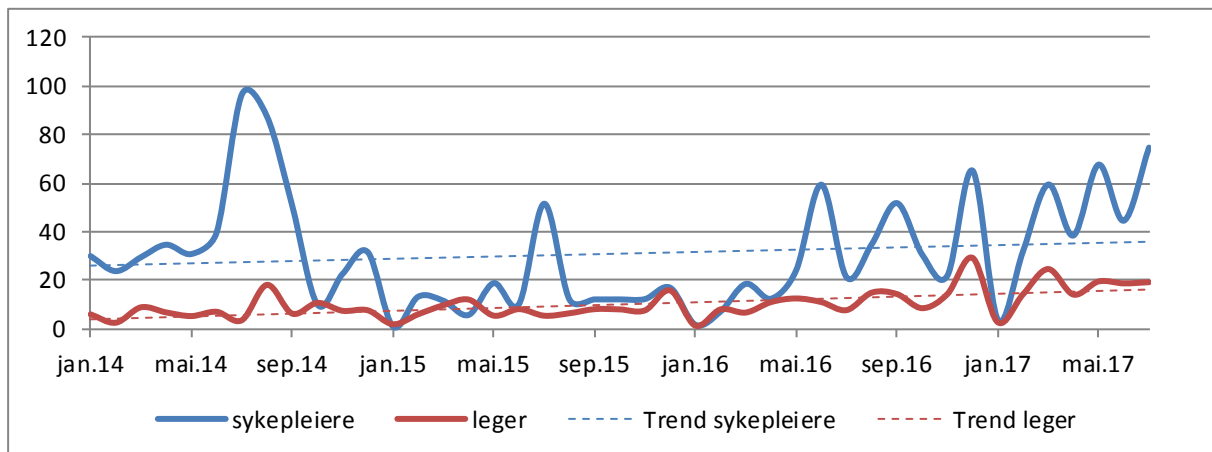
Figur 26 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2013-2017



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 12 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2015-2017

Profesjon	2015	2016	2017	Avvik fra 2016
Adm og ledelse	996	996	1 019	23
Ambulansepersonell	354	362	360	-2
Diagnostisk personell	363	358	368	10
Drifts/teknisk personell	480	518	541	23
Forskning	52	52	48	-4
Helsefagarbeider/hjelpepleier	272	251	230	-20
Leger	850	875	911	35
Pasientrettede stillinger	870	832	898	66
Psykologer	161	159	167	8
Sykepleiere	1 813	1 822	1 870	49
Snitt hittil i år	6 211	6 224	6 412	187

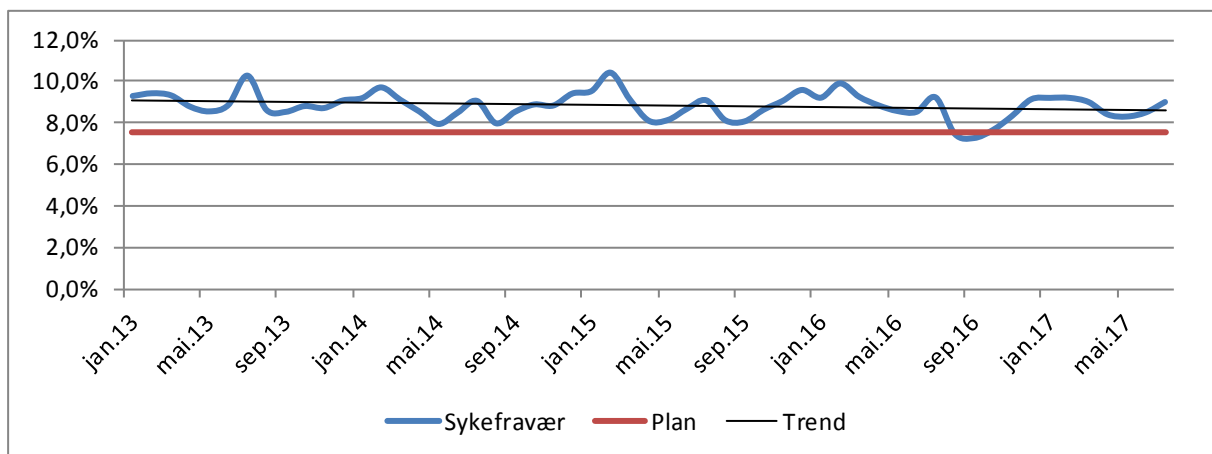
Figur 27 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNNs totale sykefravær i juli 2017 er på 9,0 %. Samme måned i 2016 var sykefraværet 9,2 %. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger stabilt på 2,1%, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,9 % og viser en øning på 0,6 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 4,0 % og viser en reduksjon på 0,8 prosentpoeng.

I snitt var det hver dag i juli 218 ansatte borte fra jobb pga. sykdom.

Figur 28 Sykefravær 2013-2017

Tabell 13 Sykefravær fordelt på klinikk gjennomsnittlig siste 12 måneder og juli 2017

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

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i juli måned ikke vært registrert 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 juli vært registrert totalt 439 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 185 graderte. Det tilsvarer en andel på 42,1 % graderte sykemeldinger. Andelen er 7,8 prosentpoeng lavere enn i forrige måned (49,9 %).

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

AML-brudd

Figur 29 Antall AML-brudd 2016-2017



Tabell 14 AML-brudd per klinikk

Klinikk	Juli 2016	Juli 2017	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	1332	1508	13,2 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	394	679	72,3 %
Hjerte- og lungeklinikken	731	787	7,7 %
Medisinsk klinikk	259	271	4,6 %
Barne- og ungdomsklinikken	160	200	25,0 %
Operasjons- og intensivklinikken	1160	666	-42,6 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	666	783	17,6 %
Psykiskhelse- og rusklinikken	533	1094	105,3 %
Diagnostisk klinikk	274	275	0,4 %
Kvalitets- og utviklingssenteret	4	4	0,0 %
Drifts- og eiendomssenteret	300	205	-31,7 %
Stabscenteret	23	6	-73,9 %
Annet	12	1	
Totalt	5848	6479	10,8 %

Kommunikasjon

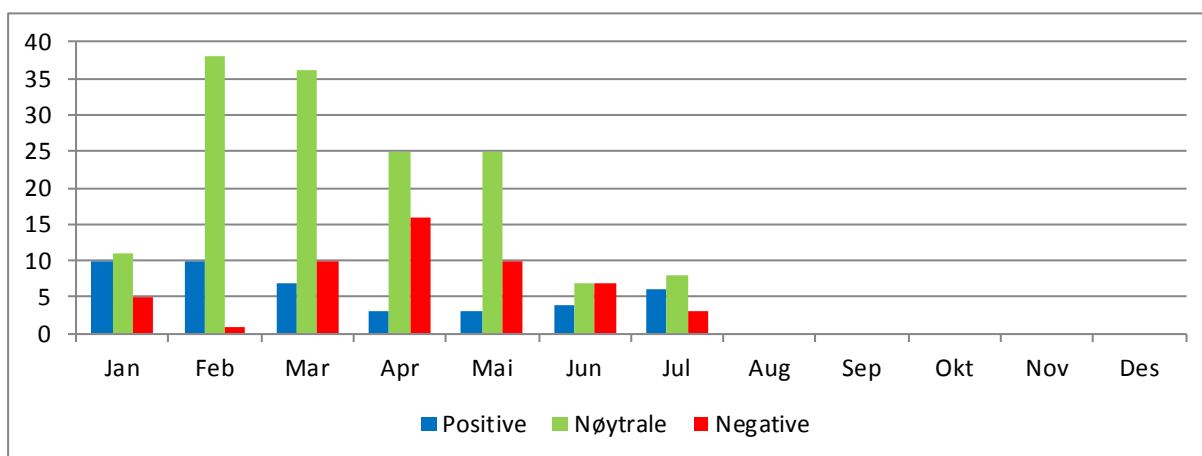
Sykehuset i media

I juli var trenden i mediebildet positiv for UNN. Saken om nytt forskningsprosjekt ved UNN Harstad, rettet mot tarmforskning på CFS/ME-syke, ble omtalt i Harstad Tidende og deretter i vår egen Pingvinavis. Gjennom sistnevnte publisering er det verdt å trekke frem en sjelden stor spredning i sosiale medier, som ga forskningsprosjektet nasjonal oppmerksomhet og oppmuntrende respons fra leserne. Dette gjorde saken til den så langt mest leste på pingvinavisa.no, og viser hvilken effekt spredning via sosiale medier kan ha.

En annen positiv sak sørget starten av valgkampen for da stortingsrepresentant Kent Gudmundsen (H) sendte ut pressemelding om reduserte ventetid ved UNN, en sak som ble fanget opp av de fleste lokalaviser i Troms. Det er også verdt å merke seg et leserinnlegg hos iTromsø fra en familie som ønsket å dele sine positive erfaringer fra UNN.

I tillegg til en del nøytrale saker, var det fortsatt Nordlyssaken rettet mot traumemottaket fra 2013 som sørget for fortsatt negativt fokus rettet mot ledelsen av sykehuset.

Figur 30 Mediestatistikk 2017

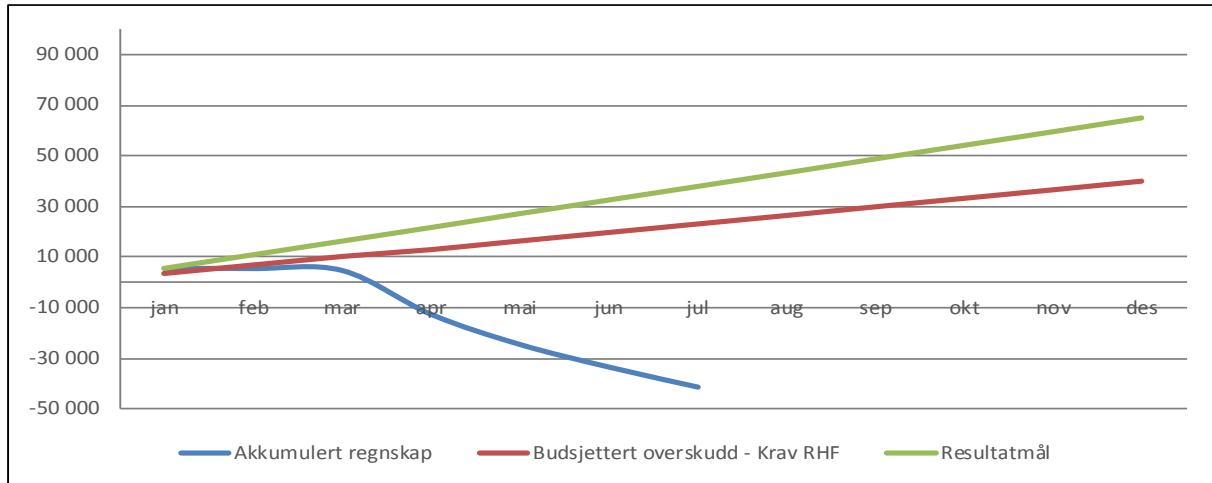


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2017



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

Regnskapet for juli viser et regnskapsmessig resultat på -7,9 mill kr. Det er 11,2 mill kr lavere enn budsjett og 13,3 mill kr lavere enn resultatmålet. Akkumulert per juli viser regnskapet 41,3 mill kr i underskudd, 64,7 mill kr lavere enn budsjett og 79,3 mill kr lavere enn internt resultatmål.

Tabell 15 Resultatregnskap 2017

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Juli				Akkumulert per Juli				Akkumulert per Juli	
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Endring ift 2016	Endring i %
Basisramme	319,4	319,4	0,0	0 %	2 596,6	2 606,0	-9,3	0 %	-146,9	-5 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	0 %	16,2	16,2	0,0	0 %	-2,2	-12 %
ISF egne pasienter	102,9	104,5	-1,6	-2 %	881,9	901,9	-20,0	-2 %	78,8	10 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,5	3,4	-0,9	-26 %	38,7	43,1	-4,4	-10 %	-1,0	-2 %
Gjestepasientinntekter	2,9	3,0	-0,1	-2 %	21,3	20,7	0,6	3 %	4,6	28 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	12,5	11,5	1,0	9 %	119,8	103,5	16,3	16 %	-7,3	-6 %
Utskrivningsklare pasienter	2,1	1,3	0,7	56 %	11,5	10,5	1,0	10 %	-5,5	-32 %
Inntekter "raskere tilbake"	1,6	2,0	-0,4	-20 %	15,0	15,1	0,0	0 %	1,5	11 %
Andre øremerkede tilskudd	19,1	10,6	8,5	80 %	150,5	137,7	12,8	9 %	6,1	4 %
Andre driftsinntekter	29,7	29,0	0,7	2 %	228,2	230,0	-1,8	-1 %	16,6	8 %
Sum driftsinntekter	494,9	487,0	7,9	2 %	4 079,8	4 084,7	-4,9	0 %	-55,3	-1 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	15,6	14,7	0,9	6 %	117,3	104,7	12,7	12 %	5,7	5 %
Kjøp av private helsetjenester	6,6	5,7	0,9	15 %	41,1	41,7	-0,6	-1 %	0,3	1 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	50,1	48,9	1,2	2 %	417,1	404,8	12,3	3 %	-33,4	-7 %
Innleid arbeidskraft	9,0	6,1	2,9	48 %	44,4	19,3	25,1	130 %	18,0	68 %
Lønn til fast ansatte	228,9	228,6	0,2	0 %	2 154,8	2 196,0	-41,1	-2 %	93,9	5 %
Overtid og ekstrarhjelp	25,0	15,4	9,6	63 %	171,4	141,4	30,0	21 %	9,4	6 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	59,0	60,6	-1,6	-3 %	409,7	420,6	-10,9	-3 %	-24,7	-6 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,0	-22,1	0,1	0 %	-151,0	-156,7	5,7	-4 %	0,9	-1 %
Annen lønnskostnad	33,4	32,0	1,5	5 %	184,9	170,5	14,5	8 %	12,5	7 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	274,4	260,0	14,3	6 %	2 404,5	2 370,4	34,1	1 %	134,6	6 %
Avskrivninger	16,2	16,0	0,2	1 %	121,2	121,1	0,0	0 %	-23,3	-16 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0 %
Andre driftskostnader	81,4	78,9	2,5	3 %	616,6	606,7	9,9	2 %	-46,9	-7 %
Sum driftskostnader	503,3	484,9	18,4	4 %	4 127,5	4 070,1	57,5	1 %	12,2	0,3 %
Driftsresultat	-8,4	2,1	-10,5	-504 %	-47,8	14,6	-62,3	-427 %	-67,5	342 %
Finansinntekter	0,6	1,3	-0,7		6,8	8,8	-1,9		-6,2	48 %
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1		0,4	0,0	0,4		0,3	188 %
Finansresultat	0,5	1,3	-0,7		6,4	8,8	-2,3		-6,5	50 %
Ordinært resultat	-7,9	3,3	-11,2	-340 %	-41,3	23,3	-64,7	-277 %	-74,0	226 %

Tabell 16 Resultatregnskap 2017, ekskl. eksternfinansiering

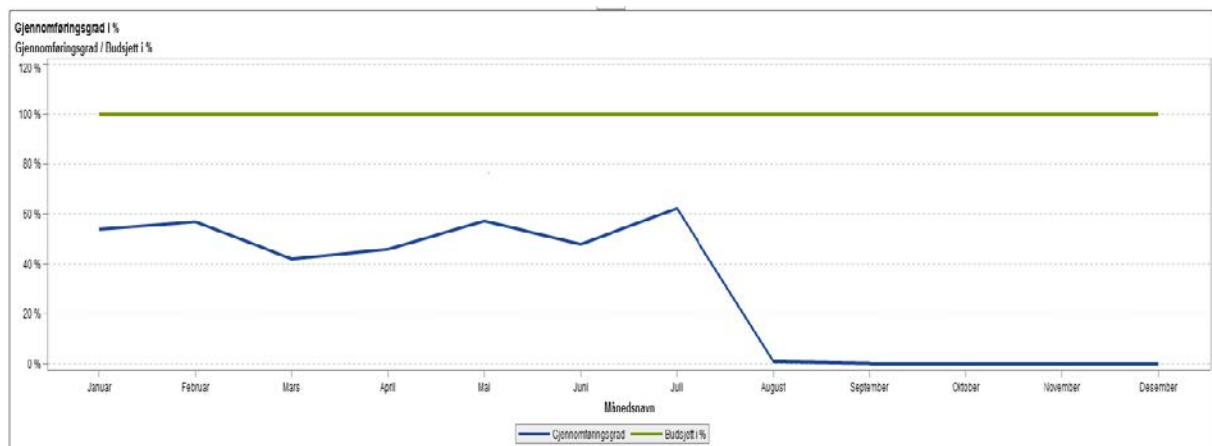
Resultatrapportering (tall i mill kr)	Juli ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Juli ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	319,4	319,4	0,0	2 596,6	2 606,0	-9,3
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	16,2	16,2	0,0
ISF egne pasienter	102,9	104,5	-1,6	881,9	901,9	-20,0
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,5	3,4	-0,9	38,7	43,1	-4,4
Gjestepasientinntekter	2,9	3,0	-0,1	21,3	20,7	0,6
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	12,5	11,5	1,0	119,8	103,5	16,3
Utskrivningsklare pasienter	2,1	1,3	0,7	11,5	10,5	1,0
Inntekter "raskere tilbake"	1,6	2,0	-0,4	15,0	15,1	0,0
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	29,7	29,0	0,7	228,2	230,0	-1,8
Sum driftsinntekter	475,8	476,4	-0,6	3 929,3	3 947,0	-17,7
Kjøp av offentlige helsetjenester	15,6	14,7	0,9	117,3	104,7	12,7
Kjøp av private helsetjenester	6,6	5,7	0,9	41,0	41,5	-0,6
Varekostnader knyttet til aktivitet	49,4	48,5	0,8	411,2	399,4	11,8
Innleid arbeidskraft	9,0	6,1	2,9	44,4	19,3	25,1
Lønn til fast ansatte	219,0	223,2	-4,2	2 077,0	2 124,8	-47,7
Overtid og ekstrahjelp	22,8	14,1	8,7	153,9	125,5	28,5
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	56,6	59,2	-2,6	390,6	403,1	-12,5
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,3	-21,7	0,4	-145,6	-151,8	6,2
Annen lønnskostnad	32,1	31,2	0,9	174,7	161,1	13,6
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	261,6	253,0	8,7	2 304,4	2 278,9	25,6
Avskrivninger	16,2	16,0	0,2	121,2	121,1	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	78,2	77,1	1,1	591,3	583,6	7,7
Sum driftskostnader	484,2	474,3	9,9	3 977,0	3 932,4	44,7
Driftsresultat	-8,4	2,1	-10,5	-47,8	14,6	-62,3
Finansinntekter	0,6	1,3	-0,7	6,8	8,8	-1,9
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1	0,4	0,0	0,4
Finansresultat	0,5	1,3	-0,7	6,4	8,8	-2,3
Ordinært resultat	-7,9	3,3	-11,2	-41,3	23,3	-64,7

Tabell 17 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk per juli - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	33,4	33,3	0,0	0,1	210,1	198,7	-11,4	0,5
11 - Longyearbyen sykehus	3,3	3,1	-0,2	0,0	16,4	15,1	-1,3	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	19,0	21,3	2,3	1,0	85,8	53,6	-32,2	-21,2
13 - Hjerter- lungeklinikken	15,8	17,9	2,1	3,2	74,7	68,3	-6,4	9,6
15 - Medisinsk klinikk	29,4	29,8	0,4	1,8	121,8	119,1	-2,7	8,1
17 - Barne- og ungdomsklinikken	22,3	20,5	-1,8	-1,9	110,6	109,9	-0,7	0,6
18 - Operasjons- og intensivklinikken	59,7	58,4	-1,3	-0,1	370,2	360,9	-9,3	0,0
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	39,4	36,4	-3,0	0,5	154,6	139,4	-15,3	-6,3
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	62,3	62,3	-0,1	-0,5	380,6	366,0	-14,6	-5,7
30 - Diagnostisk klinikk	47,7	48,0	0,3	0,0	291,4	285,7	-5,8	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	2,3	2,0	-0,2	0,0	0,2	1,5	1,3	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	42,0	41,4	-0,6	0,0	277,5	279,7	2,2	0,0
52 - Stabsenteret	13,7	13,7	0,0	0,0	86,5	85,6	-0,9	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingscenteret	11,5	11,2	-0,3	0,0	63,6	66,4	2,8	0,0
62 - Felles	-393,9	-402,6	-8,7	-6,7	-2 202,7	-2 173,2	29,6	-10,1
Totalt	-7,9	3,3	-11,2	-2,5	-41,3	23,3	-64,7	-24,5

Gjennomføring av tiltak

Figur 32 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I juli er gjennomføringsgraden på tiltakene 62 %. Hittil i år er den 53 %.

Tabell 18 Tiltaksgjennomføring per klinikk

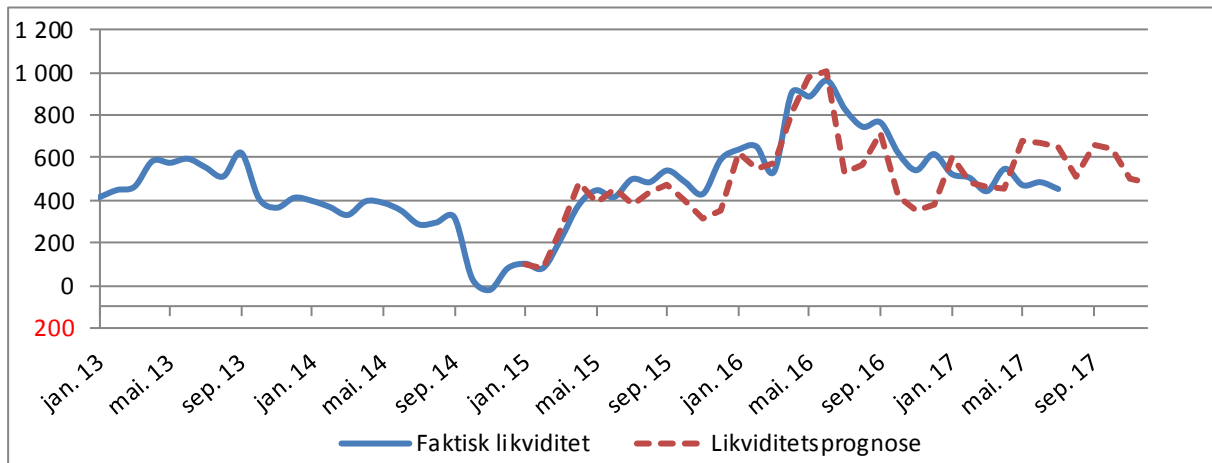
Klinikknavn-UNN ▲	Realisert	Planlagt	avvik	Gjennomføringsgrad
Sum	23 961	45 598	-21 637	53 %
☒ ☒ Akuttmedisinsk klinikk	1 108	1 108	0	100 %
☒ ☒ Barne- og ungdomsklinikken	621	817	-196	76 %
☒ ☒ Diagnostisk klinikk	2 917	5 833	-2 916	50 %
☒ ☒ Drifts- og eiendomssenter	700	700	0	100 %
☒ ☒ Hjerter- lungeklinikken	2 760	3 891	-1 131	71 %
☒ ☒ Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	899	6 498	-5 599	14 %
☒ ☒ Kvalitet- og utviklingssenteret	406	408	-2	100 %
☒ ☒ Longyearbyen sykehus	58	58	0	100 %
☒ ☒ Medisinsk klinikk	5 542	5 542	0	100 %
☒ ☒ Nevro-, ortopedi, og rehabiliteringsklinikken	6 535	15 770	-9 234	41 %
☒ ☒ Operasjons- og intensivklinikken	410	2 131	-1 721	19 %
☒ ☒ Psykisk helse- og rusklinikken	1 313	2 151	-838	61 %
☒ ☒ Stabsentrer	690	690	0	100 %

Prognose

Oppdatert prognose er et regnskapsmessig resultat på +45 mill kr. Det er 5 mill kr over RHF'ets krav, men 20 mill kr lavere enn eget styringsmål.

Likviditet

Figur 33 Likviditet



Investeringer

Tabell 19 Investeringer

Investeringer , tall i mill kr	Restramme overført fra 2016	Investerings ramme 2017	Samlet investerings ramme 2017	Investert juni 2017	Investert juli 2017	Sum investert 2017	Rest-forpliktelsler (godkjent tidligere) juli	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelsler
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	5,1	0,0	5,1	1,0		1,9		3,2
A-fløy inkl alle underprosjekter	-25,4	638,0	612,6	58,3	59,7	234,3		378,3
PET-senter inkl alle underprosjekter	-153,5	449,7	296,2	46,8	1,2	142,6		153,6
Nytt sykehus Narvik	-2,9	71,0	68,1	0,0	0,1	5,7		62,4
SUM Nybygg	-176,7	1 158,7	982,0	106,1	61,1	384,6	0,0	597,4
Åsgård Bygg 7	1,5	0,0	1,5			0,6		0,9
SUM Rehabilitering	1,5	0,0	1,5	0,0	0,0	0,6	0,0	0,9
Tiltak kreftplan	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0		0,0
Tromsøundersøkelsen	0,0	5,0	5,0	0,0		0,0		5,0
ENØK	11,0	0,0	11,0	2,1	1,5	3,8		7,3
SUM Prosjekter	11,0	5,0	16,0	2,1	1,5	3,8	0,0	12,3
Medisinteknisk utstyr	-8,6	191,5	182,9	17,0	9,2	66,9	131,4	-15,5
Annet utstyr disponert av MTU-midler			0,0	2,0	0,5	12,2		-12,2
Teknisk utstyr	6,5	12,0	18,5	1,4	0,0	4,7	8,4	5,4
Diverse		33,5	33,5	0,8	0,0	0,9	32,6	0,0
Ambulanser		12,0	12,0	1,6	3,2	6,6	5,4	0,0
Ombygginger	13,4	10,0	23,4	-0,7	0,1	-0,1		23,5
EK KLP		28,0	28,0	28,1	0,0	28,1		-0,1
SUM Utstyr med mer	11,3	287,0	298,3	50,3	12,9	119,4	177,8	1,1
SUM total	-152,9	1 450,7	1 297,8	158,5	75,4	508,4	177,8	611,6

Byggeprosjekter**Tabell 20 Byggeprosjekter**

	A-fløya	PET-senter
HMS	H=20	H=10
Planlagt ferdigstillelse	01.11.2017	02.12.2017
Klinisk drift	24.01.2018	02.03.2018
Fremdrift	Ingen avvik	7 uker
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2016	612,6 mill kr	296,2 mill kr
Sum investert hittil 2017	234,3 mill kr	142,5 mill kr
Sum investert tidligere år	929,8 mill kr	193,0 mill kr
Sum investert totalt	1234,5 mill kr	386,4 mill kr
Investeringsramme	1 547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	0	0



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
75/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.9.2017
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Hege S Fredheim-Kildal

Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 22.3.2017 til og med 31.7.2017* til etterretning.
2. Styret ber om at fremtidig rapportering på eksterne tilsyn til styret som hovedregel gjennomføres tertialvis.

Bakgrunn

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

Formål

Formålet med saken er å gi styret oversikt over funn i, og oppfølging av, gjennomførte eksterne tilsyn, interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF fra 22.3. til og med 31.7.2017.

Saksutredning

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

Tilsyn og revisjoner gir gode bidrag til å avdekke områder der helseforetaket har forbedringspotensial. De gir detaljerte beskrivelser av avvik, og begrunner dem, hva som er god praksis og hva som må til for at avvik skal kunne lukkes. Det er i denne rapporten ikke beskrevet avvik som vurderes å innebære vesentlig risiko i pasientbehandlingen.

Oversikt over eksterne tilsyn

Det er siden forrige rapportering gjennomført 13 tilsyn og én revisjon. Det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging:

1. Internrevisjonen i Helse Nord har gjennomført revisjon på *Henvisninger og ventetid i UNN*. Det fremkom 11 anbefalinger.
2. Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn for å undersøke om UNN jobber systematisk med HMS for å ivareta arbeidsmiljøet til ansatte og ledere i ambulansetjenesten. Tilsynet fant tilsvar overbevisende og fant ikke grunn for videre oppfølging.
3. Mattilsynet har gjennomført tilsyn med detaljomsetning og servering av mat og drikke ved UNN Breivika, Drifts- og eiendomssenteret, Forsyningen. Det ble ikke avdekket forhold som førte til påpekning av plikt eller varsel om tiltak.
4. Mattilsynet har gjennomført 11 tilsyn med detaljomsetning og servering av mat og drikke ved Psykisk helse- og rusklinikken. Det ble avdekket svikt i internkontroll som medførte varsel om pålegg hos 10 av 11 enheter.

Oversikt over avsluttede tilsyn

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

1. Arbeidstilsynet har gjennomført HMS-relatert tilsyn ved Akuttmedisinsk klinikk, Ambulanseavdelingen. Det ble avdekket avvik. Forholdene som ble påpekt er utbedret. Varslene ble lukket i to ulike brev datert 26.5. og 2.6.2017.
2. Arbeidstilsynet har gjennomført HMS-relatert tilsyn ved Medisinsk klinikk, sengepost UNN Narvik. Det ble avdekket avvik. Forholdene som ble påpekt er besvart og utbedret. Lukket 10.5.2017.
3. Mattilsynet har gjennomført tilsyn med produksjon av andre matvarer ved UNN Breivika vedrørende produksjonskjøkken, diett, pakking etc. Forholdene som ble påpekt er besvart og utbedret. Lukket 10.4.2017.
4. Fylkesmannen har gjennomført tilsyn ved UNN vedrørende *Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten*. Forholdene som ble påpekt er svart ut med handlingsplan og redegjørelse for gjennomførte tiltak. Lukket 12.6.2017.
5. Mattilsynet har gjennomført tilsyn med detaljomsetning og servering av mat og drikke ved UNN Åsgård (kjøkken i Bygg 8, Mottaks- og produksjonskjøkken samt kantine), i regi av Drifts- og eiendomssenteret, Forsyningen. Det ble ikke avdekket forhold som førte til påpekning av plikt eller varsel om vedtak. Lukket 26.06.2017.
6. Arbeidstilsynet har hatt tilsyn med om UNN jobber systematisk med HMS for å ivareta arbeidsmiljøet til ansatte og ledere i Akuttmedisinsk klinikk, Ambulanseavdelingen. Ingen avvik avdekket.

Oversikt kommende tilsyn

Det er varslet fire tilsyn.

1. Luftfartstilsynet har varslet tilsyn ved Tromsø helikopterplass. Tilsyn gjennomføres 23.8.2017.
2. Helse Nord RHF har varslet intern revisjon – Antibiotikabruk ved UNN. Revisjon gjennomføres høst 2017. Tidfesting av dato gjøres høst 2017.
3. Fylkesmann har varslet oppfølging etter tilsyn med sepsisbehandling ved Akuttmottaket UNN Tromsø med journalgjennomgang 18.8.2017.
4. Helsetilsynet har varslet tilsynsmessig oppfølging etter tilsynssak vedrørende medikamentuttak og oppfølging av legemiddelsvinn ved UNN. I brev fra Helsetilsynet til Fylkesmannen fremgår det en anbefaling om at Fylkesmannen skal følge opp ved å be internrevisjon i UNN foretar revisjon av utpekte enheter. Revisjonene skal gjennomføres innen ett år fra 4.7.2017. UNN avventer nærmere bestilling fra Fylkesmannen.

Gjennomførte brann og tekniske tilsyn

I UNN gjennomføres jevnlig brann- og tekniske tilsyn. Det har fra 22. mars 2017 tom 31. juli 2017, vært gjennomført rutinemessige el- tilsyn og ett nytt branntilsyn. Det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging av branntilsyn. Påviste mangler etter el-tilsyn følges opp av Drift og eiendomssenteret (DES).

Riksrevisjon

Riksrevisjonen gjennomfører årlige tilsyn med forvaltningen. Resultatene etter revisjon oppsummeres i nasjonale rapporter som behandles av Stortinget. Oppfølging gjøres via styringsdokumentene med oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, evt. i foretaksmøter eller annen oppfølging. I denne perioden har det vært gjennomført en revisjon fra Riksrevisjon: «Helseforetakenes praksis for utskriving av somatiske pasienter».

Revisjon er gjennomført i Hjerte- og lunge klinikken og Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, mars 2017. Etersom UNN ikke mottar egne rapporter fra riksrevisjonen etter disse tilsynene, rapporteres de ikke lenger i denne styresaken. Styret vil bli gjort kjent med eventuelle behov for korrigeringer og forbedringer gjennom oppdragsdokument og rapporteringer.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, arbeidstakernes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter henholdsvis 28.8., 29.8. og 30.8.2017. Referater og protokoller fra møtene forelegges styret til behandling som egne referatsaker.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av rutinene for svar innenfor fristen i de ulike sakene blir overholdt. Det samme ble vektlagt fra arbeidsmiljøutvalgets side.

I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling.

Vurdering

Resultater etter tilsyn og revisjoner følges opp blant annet i dialogavtaler, oppfølgingsmøter med klinikker og i kvalitetsutvalg, ved behov også i særskilte møter. Tilsynsmyndighetene har ved ulike tilsyn likevel funnet mangler ved prosedyrer samt manglende etterlevelse av prosedyrer og dokumentasjon. God pasientsikkerhet forutsetter at virksomheten lærer av uønskede hendelser og aktivt forebygger at hendelser gjentar seg.

Forskriften *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* stadfester at det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, som er ansvarlig for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med gjeldende forskrift. I UNN er det tilrettelagt med systemverktøy og prosedyrer for å analysere og iverksette forbedringsarbeid, og det tilrettelegges for arbeid med kontinuerlig forbedring med mål om å styrke kvalitet, og øke pasientsikkerheten.

Flere tilsyn etterspør risikovurderinger og egne interne revisjoner. Det vektet i økende grad foretakets overordnede ansvar for implementering og oppfølging av identifiserte tiltak for å lukke pålegg eller avvik fra plikter. UNN-ledelsen vil i nær fremtid behandle en sak om organisering av interne revisjoner i foretaket, der det tas sikte på å etablere gjennomgående systemer for interne revisjoner, og også oppfølging av avvik i tilsynssaker på flere nivåer.

UNNs prosedyrer for oppfølging av eksterne tilsyn beskriver en evalueringsprosess der KVAM-utvalget involveres. Hensikten med dette er å finne ut om det har vært en svikt i vårt eget system for interkontroll, om de tiltak som er iverksatt for å lukke avvik er tilstrekkelig for at avvik ikke gjentas. Videre om tilsvarende avvik kan finnes i andre avdelinger og av den grunn bør løftes til høyere nivå i ledergruppen med tanke på læring og ny kunnskap. Det er viktig at ledelse på ulike nivå gjennomfører analyse av avvik, og identifiserer lærings- og forbedringsområder slik at korrigerende tiltak blir iverksatt.

UNN-styret har tidligere bedt om månedlig rapportering av status i tilsynssaker. Som følge av at det ofte er lite nytt i statusrapporteringen fra en måned til en annen, har rapporteringen etter interne vurderinger og i samråd med styret vært foretatt sjeldnere enn månedlig, og i realiteten oftest tertialvis. Direktøren vurderer det som hensiktsmessig at denne praksis formaliseres, slik at styret fremover som hovedregel forelegges status i tilsynssaker tertialvis. Dersom utviklingen i tilsynsarbeidet tilsier det, vil direktøren rapportere til styret hyppigere.

Styret forelegges i dette møtet også egen skriftlig orienteringssak om oppfølging av hendelsesbaserte tilsyn fra Fylkesmannen i UNN. Direktøren vil følge opp at de tiltak som gjennomføres for å sikre at UNN svarer ut slike saker i henhold til frist og regelverk også gjøres gjeldende for systemrettede tilsyn.

Tromsø, 1.9.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Statusrapport eksterne tilsyn pr. 31.7.2017

Tilsynsrapport

Nr	Revisjonspart	Saksnr	Gjennomførings g oppstartdato	Klinikk/senter (enhet)	Tema	Funn	Tiltak	Status
1	Fylkesmannen	16/4364	25.01.17	Akuttmedisinsk klinikk (Akuttmottak, Breivika)	Landsomfattende tilsyn: Sepsisbehandling i akuttmottak (journalsøk nov 2016 og befaring to dager i jan 2017)	Tre avvik som viser til følgende områder: 1. Flertallet av pasienter med sepsis fikk ikke startet behandling med antibiotika innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og i sykehusets mål. Pasientene med alvorlig sepsis som måtte vente mer enn en time fikk ikke forsvarlig behandling. 2. Ledelsen har ikke sørget for at det er tilstrekkelig legekompentanse tilgjengelig i akuttmottak slik at undersøkelser og oppstart av behandling av pasienter med sepsis kan gjennomføres innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og sykehusets egne mål. 3. Sykehusledelsen har kjent til at sepsispasienter får forsinket antibiotikabehandling i akuttmottaket, men har ikke satt i verk tilstrekkelig korrigerende tiltak.	Endelig rapport ble mottatt 13. mars. Det ble iverksatt strakstiltak og er igangsatt arbeid for detaljert tiltaksplan for korrigerende tiltak. Tilbakemelding med handlingsplan for lukking av avvik sendt innen frist. Ny journalgjennomgang med kontroll av gjennomført tiltaksarbeid er varslet oktober 2017. Statusoppdatering på handlingsplan sendes tilsynet innen 1.10.17	Frist 1.10.17

2	Statens Helsetilsyn	16/3970	17.10.16	UNN HF Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken Operasjons- og intensivklinikken Medisinsk klinikk Diagnostisk klinikk	Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon	I den foreløpige rapport presenteres det fem avvik som viser at UNN må iverksette forbedringstiltak på følgende områder: 1. Import av sklera og amnionhinner. 2. Samtykke for donasjon og oppbevaring av beinvev. 3. Oppbevaring av egg, sæd og embryo. 4. Luftkvalitet i rom der egg, sæd, embryo og stamceller blir håndtert. 5. Identitetskontroll i forbindelse med transfusjon av blod. Helsetilsynet ber om å få tilsendt handlingsplan for korrigerende tiltak og beskrivelse av hvordan helseforetaket skal følge opp at iverksatte tiltak fungerer som planlagt.	Tilbakemelding med handlingsplan for lukking av avvik er sendt innen frist. Det var gjennomført avklaringsmøte med Helsetilsynet. Tilsynet finner handlingsplanene utarbeidet ved de respektive klinikkene som god beskrivelse av planlagte tiltak for å rette opp forholdene som ble avdekket under tilsynet. Helsetilsynet etterspør informasjon som omhandler helseforetakets overordnede handlingsplan for korrigerende tiltak og beskrivelse av hvordan helseforetakets ledelse vil følge opp at iverksatte tiltak fungerer etter hensikten.	Frist 31.8.17
---	---------------------	---------	----------	---	---	--	---	----------------------

3	Arbeidstilsynet	16/4543	19.10.16	Psykisk helse- og rusklinikken (Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård)	Melding fra verneombud (VO) vedr omfattende bygningsmessige mangler ved poliklinikken	Befaring 19.10.2016 konklusjon: Arbeidstilsynet sender nytt brev hvor de ber om dokumentasjon på arbeid med fysisk arbeidsforhold/ vernerunder/ kartlegginger av luft og temperatur.	Besvart av saksbehandler i brev pr 12.12.16. I epost av 3.1.17 ber poliklinisk seksjon (PSHR) om utstatt frist for dokumentasjon av HMS-kurs til 15.06.17 med bakgrunn nytt VO. Ikke dokumentert svar fra DES i ePhorte pr 17.1.17. I brev 13.2.17 ber Arbeidstilsynet om ytterligere opplysninger med ulike frister. Arbeidstilsynet har omgjort varsel om tvangsmulkt og gitt utsatt frist for pålegg om Verneombud- opplæring etter søknad fra avdelingsleder	Frist 01.12.17
4	Fylkesmannen	16/3571	04.10.16	Psykisk helse- og rusklinikken (Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms-Harstad)	Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten	UNN har ikke et system som sikrer etterlevelse av helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten ved Senter for psykisk helse- og rusbehandling Sør-Troms	Svar til Fylkesmannen med plan for lukking av avvik er gitt innen frist. Tilsyn avsluttet med bakgrunn i redegjørelse fra seksjonsleder om gjennomførte tiltak og tidligere handlingsplan.	Lukket 12.6.17

Vedlegg
Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

5	Fylkesmannen i Troms	15/5116	27.10.15	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulanseavdelingen, seksjon 6)	Anmodning om opplysninger i tilsynssak vedrørende bemanningen i Ambulanseavdelingen i seksjon 6 og at biler har vært satt ut av drift	Fylkesmannen i Troms finner at UNN har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2 og internkontrollforskriften §4. Det er ikke funnet grunnlag for å sende saken til Statens Helsetilsyn	Fylkesmannen har mottatt svar 13.11.15. Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær. Det er planlagt utarbeidelse av ny ambulanseplan i 2016. I den forbindelse skal det gjøres en ny analyse av dagens organisering og dimensjonering av tjenesten. Styrebehandlet april 2017. I brev av 16. januar 2017 anmoder Fylkesmann ny tilbakemelding for status i arbeid med organisering og dimensjonering, samt ROS analyse av ambulansetjensten etter at saken har vært oppe i UNN Styret.	Frist sommer 2018
6	Arbeidstilsynet	15/4326	26.10.15	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulanseavdelingen, seksjon 6)	Undersøke om UNN HF jobber systematisk med helse, miljø og sikkerhet for å ivareta arbeidsmiljøet til ansatte og ledere i ambulansetjenesten.	Det ble varslet om 8 pålegg innenfor HMS hvorav 5 pålegg gjenstår: 1. opplæring - arbeidstaker som er satt til å lede andre. 2. HMS-arbeid- kartlegging og risikovurdering. 3. Arbeidstid- rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene. 4. Arbeidstid: vurdering av om arbeidstidsordning er fullt forsvarlig. 5. Arbeidsplasser og arbeidslokaler: utforming og innredning	Klinikken har gitt tilbakemelding og Arbeidstilsynet har svart med å lukke tre pålegg. Det er i brev av 8.3.17 opphevet pålegg vedrørende arbeidsplasser og arbeidslokaler (byggtekniske forhold ligger utenfor UNNs mulighet til å få utbedret) og bekreftet oppfylt pålegg vedrørende arbeidstid.	Lukket 26.5.17 og 2.6.17.

7	Intern revisjonen i Helse Nord	15/4035	30.9.15.	Medisinsk klinikk Hjerte- og lungeklinikken	Revisjonen omfatter Helse Nord RHF og helseforetakenes rutiner for oppfølging av fagplaner generelt, samt den konkrete oppfølgingen av følgende fagplaner: Regional handlingsplan for: -Nyremedisin -Lungemedisin -Smittevernplan -Diabetesplan -Tuberkulose-kontrollprogram	Internrevisjonen har gitt anbefalinger både til Helse Nord RHF og til helseforetakene, som kan øke sikkerheten for faglig utvikling i samsvar med vedtatte fagplaner. Helseforetakene får 3 anbefalinger: 1. Utarbeider implementeringsplaner for hver enkelt fagplan. 2. Integrerer mål/tiltak for fagplaner i sine styringssystemer. 3. Har en aktiv oppfølging i lederlinjen for å sikre at eventuelle mangler i gjennomføringen blir avdekket og korrigert i tide. Internrevisjonen har konstatert at det i liten grad framkommer av formelle styringsdokumenter at vedtatte fagplaner er fulgt opp ved konkretisering i oppdragsdokument og budsjett det enkelte år, slik styrevedtakene for flere av fagplanene forutsetter.	Styret i Helse Nord RHF behandlet denne rapporten 24.2.2016. Styret tar Internrevisjonsrapport 09/2015: Oppfølging av vedtatte fagplaner i Helse Nord til orientering. Styret ber adm. direktør om en tilbakemelding høsten 2016 om hvordan rapportens anbefalinger følges opp. Rapporten har vært diskutert i Regionalt direktørmøte og videre oppfølging i UNN avventes i påvente av nærmere føringer fra HN RHF. Direktørmøtets holdning er at oppfølging av regionale fagplaner må skje gradvis og ses i et helhetlig prioriteringsperspektiv.	Avventes i påvente av nærmere føringer fra HN RHF
8	Fylkesmannen	15/4314	08.09.15	Diagnostisk klinikk (Radiologisk avdeling)	Bekymringsmelding hvor det fremgår at bemannings-situasjonen medfører lang ventetid på beskrivelser av billeddiagnostiske undersøkelser	Fylkesmannen har fått etterspurt dokumentasjon og finner at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jfr. Internkontrollforskriften § 4. Fylkesmannen har bedt om og mottatt ny redegjørelse om situasjonen ved røntgenavdelingen per 1.4.2016. Redegjørelsen inneholdt statusoppdatering og vurdering fra ledelsen	Klinikksjefen har i sin tilbakemelding redegjort for situasjonen. Det er gjennomført flere tiltrak for å stabilisere driften. Fylkesmannen har fått ny redegjørelse om situasjonen innenfor frist. Tilbakemelding fra klinikk pr 18.11.16. den generelle bemanningen er bedre enn i fjor på samme tid, men fortsatt ikke optimal. Klinikken har iverksatt tiltak som fortløpende følges opp for å fylle de ledige stillingene.	venter på tilbakemelding

Vedlegg
Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

9	Arbeidstilsynet	16/5384	1.12.16	Operasjons- og intensiv klinikken (Anestesiavdelingen ved UNN,Tromsø)	Med bakgrunn i bekymringsmelding for arbeidsmiljø til legene gjennomføres postalt tilsyn med krav om opplysninger	Varslede om vurdering av pålegg gitt i brev av 6. mars: 1. Rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene. 2. Samarbeid om arbeidstidsordninger. 3. HMS-arbeid, kartlegging og risikovurdering	Svart ut innen frist av klinikkensjef per brev 2.5.17 I brev av 8.6.17 lukkes pålegg 2. Varslene 1 og 3 opprettholdes og det etterspørres ytterligere opplysning/dokumentasjon. Ny frist som følge av at arbeidsgiver har bedt om utsettelse pga ferieavvikling	Frist 1.9.17
10	Arbeidstilsynet	16/1335	21.04.16	Medisinsk klinikk (Medisinsk-kirurgisk sengepost, Narvik)	Tilsyn: arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade	Arbeidstilsynet varsler pålegg i forhold til deres funn av mangler ved kartlegging og risikovurderinger og tiltak og planer for å reducere risikoforholdene i virksomheten. Frist for tilbakemelding 01.10.16. Søkt om utsettelse - ny frist 1.11.16. Søkt ny utsettelse- innvilget ny frist 15.12.16	Det er gitt tilbakemelding på pålegg i brev datert 19.12.16. Med bakgrunn i at Arbeidstilsynet ønsker å følge prosess bes det om tilbakemelding i to omganger. Ny frist 19.4., svar sendt 20.4.17.	Lukket 10.5.17
11	Mattilsynet	15/2286	08.03.17	Drifts- og eiendomssenteret UNN Breivika, produksjonskjøkken, diett, pakking etc	Tilsyn med produksjon av andre matvarer	Vedtak om pålegg: 1. Det må utføres renhold i alle virksomhetens lokaler raskest mulig. 2. Det må gjøres grundig gjennomfang av alle lokaler, inventar og utstyr, for å avdekke om ytterligere områder har renholdsbehov.	Kjøkkensjef har svart ut pålegg med beskrivelse for utførte tiltak innen frist.	Lukket 10.4.17
12	Intern revisjonen i Helse Nord	17/325	27.03.17	Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Diagnostisk klinikk Hjerte- og lungeklinikken	Henvisninger og ventetid i UNN	Revisjonen hadde 11 anbefalinger som omhandler etterlevelse av prosedyrer og regleverk for registreringer, innhenting av informasjon, pasient informasjon og planlegging.	Handlingsplan er under utarbeidelse og skal styrebehandles.	I prosess

Vedlegg
Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

13	Arbeidstilsynet	17/2247	14.04.2017	UNN HF	Undersøke om UNN HF jobber systematisk med helse, miljø og sikkerhet for å ivareta arbeidsmiljøet til ansatte og ledere i ambulansetjenesten.	Tilsynet fant tilsvar overbevisende og viser til at UNN HF har et omfattende smittevernregime. Derav finner de ikke grunn for videre oppfølging		Lukket 07.06.17
14	Mattilsynet	17/3689 17/3794 17/3798 17/3799 17/3831 17/3832 17/3833 17/3834 17/3835 17/3836	07.06.2017	Psykisk helse og rusklinikk - Kjøkken bygg 12 - Alderspsyk post - Avrusning - Med.fri beh.tilbud - Psykose- rus enhet - Sikkerhetspsyk rehab. - Sikkerhetspsyk, døgnet - Kjøkken, døgnet 2 - Kjøkken, døgnet 1 - Akuttpost Tromsø	inspeksjon detaljomsetning og servering av mat og drikke	Mangelfull internkontroll system for å sikre styring med krav i næringsmiddelregelverket.		Frist 30.09.17
15	Mattilsynet	17/3797	07.06.2017	Psykisk helse- og rusklinikk (mottaks- og produsjonskjøkken og Kantine)	inspeksjon detaljomsetning og servering av mat og drikke	Det ble ikke avdekket forhold som var mangelfull		Lukket 26.6.17
16	Tromsø Brann og Redning	17/284		UNN Åsgård	Brannteknisk inspeksjon	To avvik ble avdekket: 1. Det skal ovenfor tilsynsmyndigheten synliggjøres at sikkerhetsinnretningene fungerer hver for seg og sammen med hverandre. 2. Virksomheten skal kunne fremlegge dokumentasjon som viser at byggverket den eier oppfylder kravene til brannsikkerhet, og at pliktene i forebyggendeforskriften er oppfylt.	Det gis pålegg da ett eller flere avvik fra forrige tilsyn er gjentakende ved dette tilsyn, uten at det har blitt gjort tilstrekkelig med tiltak for å løse avviket. Det vises til rapporter fra april 2014 og mai 2015 Svarbrev med handlingsplan sendt innen frist 17.02.17. Brannsjef ber om dokumentasjon om status på planene innen 1.7.17.	Frist 01.07.17

18	Tromsø Brann og Redning	99/04762	30.01.2017	Rusbehandling Ung (Færingen)	Brannteknisk inspeksjon	<p>Tre avvik ble avdekket:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manglende tilfredsstillende bygningsdokumentasjon. Dette i form av f.eks. brannteknisk prosjekteringsrapport, brannkonsept, brannstrategi, tilstandsvurdering osv. Dersom denne ikke kan fremskaffes må ny dokumentasjon utarbeides. 2. Manglende opplæring, øvelser og rutiner ved brann. Manglende risikoanalyse. 3. Bruk av kiler/steinblokker for å holde branndører åpne. 	Handlingsplan utarbeidet og svarbrev sendt innen frist.	Lukket
19	Nord-Troms Brannvesen	2017/288	02.05.2017	Senter for psykisk helse Storslett	Brannteknisk tilsyn	<p>Tre avvik ble avdekket:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manglende risikovurdering 2. Egenkontroll av aktive og passive brannsikringstiltak dokumenteres ikke på egne sjekklister. 3. Ikke dokumentert årskontroll på det automatiske brannalarmanlegget. <p>Andre forhold: UNN har gode sentrale systemer for brannsikkerhet. Det er viktig at disse blir brukt i daglig drift på bygget.</p>	Handlingsplan utarbeidet og svarbrev sendt innen frist.	Lukket



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
76/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.9.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Informasjonssikkerhet v/Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) -U.off. i medhold av Off.l. § 13 jf. Fvl. § 13 og Sikkerhetsloven § 12.
2. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn
3. Oppfølging av tilsynssaker fra Fylkesmannen

Muntlige orienteringer

4. En hendelsesanalyse – inkludert pasienthistorie
5. Kontinuerlig forbedring – prosessorientering
6. Endringer i psykisk helsevernlovgivning
7. Åsgårdmarka – reguleringsstatus
8. Gimlevegen 12 - reguleringsstatus
9. Forlik mellom Helse Nord RHF og Rubin Medical AS – U. off. i medhold av Off.l. § 23 første ledd jf. Fvl. § 13.2.
10. Behov for flere sykepleiere og helsefagarbeidere ved UNN
11. Status i sykefraværarbeidet (ifbm KVR-saken)
12. Strategisk utviklingsplan for Stabssenteret – prosessorientering
13. Budsjett 2018 – revidert budsjettprosess
14. Orientering vedrørende omorganisering av OpIn 2017 jf. referatsak 1.

Tromsø, 1.9.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Sak: Orientering om varsler til Statens helsetilsyn fra UNN i 2016

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Fra: Tor Ingebrigtsen

Møtedato: 14.9.2017

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Styret diskuterte i orienteringssak 55/2017-2 rutiner for melding og varsling. UNN har inntil april 2017 ikke hatt fortløpende systematisk oversikt over alle varsler som er sendt til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.

Etter ønske fra styret forelegges plan for fortløpende og rullerende oversikt over alle §3-3a varslinger. Vi har inkludert §3-3a varsler fra 1. juli 2017.

Vi ønsker å gi styret følgende oversikt i hvert styremøte:

Orientering om §3-3a varsler fra UNN

I perioden 1.7.17-31.8.17 har UNN sendt 7 §3-3a varsler til Statens helsetilsyn. Av disse er:

- 2 under vurdering hos Helsetilsynet om det er grunnlag for tilsynssak
- 0 opprettet tilsynssak ved Helsetilsynet
- 2 oversendt som tilsynssak til Fylkesmannen
- 2 avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging
- 1 oversendt Fylkesmannen for vurdering, men hendelsen var ved annet sykehus enn UNN

En kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt.

Vurdering

Denne orienteringen sikrer styret oversikt over §3-3a varslinger.

Vedlegg:

Oversikt over §3-3a varsler fra UNN i perioden 1.7.17 - 31.8.17

Vedlegg: Oversikt over §3-3a varsler fra UNN i perioden 1.7.17 - 31.8.17

År	Hva skjedde	Konsekvens	Oppfølging internt	Status på tilsyn
2017	Alvorlig svangerskapsforgiftning og blødning. Hjertestans.	Overlevde	Gjennomgang i kollegiet	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Hendelsen ved annet sykehus enn UNN, men varslet fra UNN			Ikke tilsynsmessig oppfølging av UNN
2017	Blødning etter invasiv prosedyre	Død	Hendelsesgjennomgang. Presisering av prosedyrer for bakvaksansvar	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Skade av hoftelodd under ortopedisk inngrep og postoperativ infeksjon	Langvarig innleggelse	Gjennomgått i kollegiet.	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen
2017	Skade i forbindelse med endoskopisk undersøkelse av urinblæren via urinrøret	Død	Gjennomgått internt i kollegiet.	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen
2017	Hjertestans etter planlagt kirurgisk inngrep.	Død	Gjennomgått internt. Avventer svar på obduksjon	Under vurdering hos Helsetilsynet om det er grunnlag for tilsyn.
2017	Pasient med septisk sjokk. En time forsinkelse ved overflytting fra akuttmottak til intensivavdeling.	Overlevde. Medførte ikke alvorlig skade som sikkert kan tilskrives forsinkelsen.	Gjennomgått internt. En mulig årsak er at vaktgående personell ikke tilstrekkelig kjente aktuell prosedyre. Repetisjon av prosedyre for vaktgående personell og revisjon av prosedyre for å forenkle tekst. På sikt vil kommunikasjonslinjene forenkles når intensivvirksomheten og prioritering av intensivplass samles våren 2018.	Under vurdering hos Helsetilsynet om det er grunnlag for tilsyn.



Sak: Oppfølging av tilsynssaker fra Fylkesmannen
Til: Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge
Møtedato: 14.9.2017

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) mottar årlig en rekke tilsynssaker fra Fylkesmannen i Troms. Som Fylkesmannen redegjorde for i ekstraordinært styremøte 18.8.2017, har UNNs oppfølging av tilsynssakene ikke vært tilfredsstillende. Fylkesmannens gjennomgang av tilsynssaker avsluttet inntil august 2017 viste at Fylkesmannen hadde måttet purre skriftlig på opplysninger fra UNN i 50 % av sakene (40 % hvis man inkluderer saker Fylkesmannen anmoder om at løses i minnelighet). Denne andelen har økt gradvis fra 2015.

Styret for UNN anmodet direktøren om en skriftlig redegjørelse i første ordinære styremøte for hvordan dette følges opp for å sikre saksbehandling av tilsynssaker innen de frister som gis.

Formål

Orienterer styret for UNN om status i oppfølging av tilsynssaker fra Fylkesmannen.

Eksisterende og nye rutiner

Prosedyre for behandling av tilsynssaker fra Fylkesmannen i UNN har vært som følger:

- Saken mottas av Kvalitets- og utviklingssenteret (Kvalut) på vegne av UNN
- Kvalut fordeler saken i saksbehandlingssystemet ephorte til den avdeling som har ansvar for å følge saken opp, med kopi til klinikkjef og klinikkstab.
- Det sendes kopi til eventuelle andre avdelinger som anses å være involvert i saken.
- Saken gjennomgås av kompetent personell i Kvalut for å sikre at fordelingen til avdeling/klinikk er korrekt.
- Avdelingen som har ansvar for saken, skal i henhold til rutinen sikre at det hentes inn nødvendige opplysninger/uttalelser fra andre involverte enheter.
- Avdelingen skal registrere svar til Fylkesmannen i ephorte når det sendes.
- Kvalut følger opp status regelmessig. Sakene og oppfølging av disse registreres i eget dataprogram, sammen med andre typer pasientsaker (NPE, Pasient- og brukerombud, politi, NAV mm).
- Kvalut sender månedlig ut status på oppfølging av alle saker, fordelt på klinikk.
- Dersom det mottas purringer fra Fylkesmannen, formidles disse fra Kvalut til klinikkjef, den avdeling som har ansvar for saken, Medisinsk fagsjef og Kvalitets- og utviklingssjef. De sistnevnte følger opp overfor aktuelle klinikk og avdeling.

Fylkesmannen gir som hovedregel tre ukers frist for svar i tilsynssaker. Dersom involverte avdelinger har behov for lenger frist, er Fylkesmannen liberal med å innvilge utsatt frist. Dette skjer oftest i dialog mellom klinikk/avdeling og Fylkesmann, og utsatt frist registreres ofte ikke i saksbehandlingssystemet.

Nye tiltak iverksatt i august 2017 for å sikre rettidig oppfølging av tilsynssaker fra Fylkesmannen:

- Direktøren har besluttet at klinikkjef alltid skal signere svar til Fylkesmannen i tilsynssaker. Klinikkjef plikter da å gjennomgå svaret og sikre at alle spørsmål fra Fylkesmannen er svart ut.



- Klinikksjefenes ansvar for å sikre at de i egen klinikk har rutiner for å følge opp tilsynssaker innen frist er tydeliggjort.
- Kvalut etablerer rutiner for å følge opp håndtering av sakene fortløpende, med interne purringer i forkant av frist fra Fylkesmannen. Medisinsk fagsjef og Kvalitets- og utviklingssjef inkluderes i disse purringene, for å kunne følge det opp overfor klinikksjef og avdelingsleder.
- Kvalut sikrer at en fortløpende oversikt over status i tilsynssaker fra Fylkesmannen kan dokumenteres ved behov. Kvalut vil også se på om andre dataløsninger kan bidra til sikker oppfølging av slike saker.

Status i oppfølging av tilsynssaker fra Fylkesmannen hittil i 2017 (pr. 30.8.17)

- 72 tilsynssaker er mottatt
- 62 er besvart fra UNN
- Det er mottatt skriftlig purring fra Fylkesmannen i 15 av de 62 besvarte sakene, tilsvarende knapt 25 %
- Av de 10 saker som foreløpig ikke er besvart, er Fylkesmannens frist passert i én sak
- Av de 62 sakene som er besvart fra UNN, er 27 (43 %) besvart innen frist, og ytterligere 10 (16 %) innen fem dager etter frist. 12 saker (19 %) er besvart mer enn 20 dager etter frist. Eventuelle forlengete frister som er innvilget fra Fylkesmannen uten at dette er registrert i saksbehandlingssystemet er ikke hensyntatt i denne beskrivelsen, som derfor er en «værstefallsbeskrivelse».

Vurdering

UNN har ikke hatt en tilfredsstillende oppfølging av tilsynssaker fra Fylkesmannen. Mange saker besvares til dels betydelig forsinket, og Fylkesmannen må i alt for mange tilfeller purre på svar fra UNN. Selv om ovenstående oversikt viser at andel saker der det har blitt purret fra Fylkesmannen er lavere når vi ser på alle tilsynssaker mottatt i UNN i år enn når Fylkesmannen ser på de sakene de har ferdigbehandlet i år, er dette hverken tilfredsstillende eller akseptabelt. Pasienter, pårørende og ansatte involvert i tilsynssakene har behov for og krav på en så smidig saksbehandling og rask avklaring som mulig, og da er det nødvendig at enhetene i UNN svarer ut sakene innen oppgitt frist.

De iverksatte tiltak med a) tydeliggjøring av klinikksjefenes ansvar for å selv følge opp at tilsynssakene svares ut, og sikre at den enkelte klinikk har gode interne systemer, og b) en mer kontinuerlig og forsterket oppfølging fra Kvalitets- og utviklingssenteret vurderes å legge grunnlag for at UNNs oppfølging av tilsynssaker fra Fylkesmannen forbedres vesentlig. Utviklingen i dette vil bli fulgt nøye, også med de avtalte, regelmessige møtene mellom Fylkeslegen, Medisinsk fagsjef og Kvalitets- og utviklingssjef. Nye tiltak vil bli vurdert og iverksatt ved behov.



Offi § 5.

STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
77/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.09.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Brev vedrørende styrets ansvar m.v., datert 23.8.2017K – *U.off. i medhold av Off.l. § 14*
2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 28.8.2017
3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 29.8.2017
4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 29.8.2017
5. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 30.8.2017

Tromsø, 1.9.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



MØTEREFERAT

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

Dato: Tirsdag 28.8.2017 kl 13.30-15.50
Sted: Møterom D1.704 Biblioteket
Tilstede: Cathrin Carlyle, Esben Haldorsen (kom kl 14.05) og Laila Edvardsen
Fra adm: Leif Hovden og Hilde Anne Johannessen (referent)

Møtet med rådgiver Gunn-Evy Håkaby fra OU Bygg ble avlyst. Utvalgsleder følger opp i annet møte.

BAU 55/17 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 14.9.2017

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 25.8.2017.

Kvalitets- og virksomhetsrapport:

Økonomisjef Grethe Andersen innledet og svarte ut spørsmål til saken sammen med rådgiver ved KVALUT, Stein Olav Pedersen.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg hadde følgende merknader:

- Hovedindikatorer – når kommer de, og blir de målt? BAU ønsker dette kommentert i styresaken.
- Det samme gjelder Legemiddelsamstemming: Det kan være vanskelig å få en indikator, men gjøres det? Blir de målt?
- Til tross for sesongvariasjoner er fristbruddene stigende. BAU er ikke fornøyd med denne utviklingen.
- Stort innleie av vikarer medfører risiko for dårligere kvalitet for pasientene. Direktøren vil gi en orientering om dette i styremøte.
- BAU stiller spørsmål ved stigningen i registrerte brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven, og dette vil bli kommentert i styresaken.

Tilsynssak – eksterne tilsyn

Brukerutvalgets arbeidsutvalg hadde ingen spørsmål eller merknader til saken.

Varslingssaker til Statens helsetilsyn

Brukerutvalgets arbeidsutvalg hadde ingen spørsmål eller merknader til saken.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 14.9.2017, med de ovenfor nevnte innspill.

BAU 56/17 Oppfølging av Nasjonal Helse- og sykehusplan- Nye UNN Narvik

Ettersom representant Margrethe Larsen har trukket seg fra prosjektet, var det nødvendig å finne en erstatter. BAU kom fram til at det ville være mest hensiktsmessig med en representant fra nærområdet. Nestleder Esben Haldorsen ønsker å være med på dette prosjektet.

Beslutning

BAU oppnevner Esben Haldorsen som representant, og ber om at forespørsel sendes til vararepresentant Ruth Pedersen om å være vararepresentant.

BAU 57/17 Høringsutkast: Forslag til veileder for kommunens oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov

Høringen er gjennomgått og Brukerutvalgets arbeidsutvalg har ikke kapasitet til å følge opp saken.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og fremmer ikke egen høringsuttalelse i saken.

BAU 58/17 Høring: Endring i forskrift og utlevering av legemidler fra apotek

Høringen er gjennomgått og Brukerutvalgets arbeidsutvalg oppfatter at høringsdokumentet er dekkende for brukernes interesser i saken.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og fremmer ikke egen høringsuttalelse i saken.

BAU 59/17 Mattilbud for matoverfølsomme ved UNN

Brukerutvalgets leder orienterte om saken. Saken sendes til Gina Johansen i Drifts- og eiendomssenteret for orientering og videre behandling.

Oppfølging

BAU avventer tilbakemelding fra Drifts- og eiendomssenteret på hva som blir resultatet av behandlingen. Sekretariatet følger dette opp.

BAU 60/17 Læringsnettverk i brukermedvirkning – «Trygg utskrivning med pasienten som likeverdig partner»

Brukerutvalgets leder melder saken inn til Kvalitetsutvalget den 29.8.2017 og kommer tilbake med resultatet.

Oppfølging

BAUs leder vil orientere om saken ved neste BAU-møte.

BAU 61/17 Brukerutvalget UNN – mailadresse i Outlook/UNN sin adresseliste

Det ble diskutert om det er aktuelt at alle medlemmene i Brukerutvalget UNN bør stå under gruppen «Brukerutvalget UNN» i Outlook/UNN sin adresseliste.

Beslutning

Det ble besluttet opprettelse av en gruppe i Outlook «Brukerutvalgets arbeidsutvalg UNN» der de tre representantene vil inngå. Det er ikke hensiktsmessig at hele Brukerutvalget står oppført under egen gruppe i Outlook, ettersom oppfølging og koordinering av høringer m.v. blir vanskeligjort.

BAU 62/17 Foreløpig dagsorden BU 13. og 14.9.2017

Dag 1:

Oppstart: Lunsj kl 11.30 - 12.00

Avslutning: Kl 15.30

1. Godkjenning av innkalling og sakliste
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 14.6.2017
3. Brukermedvirkning i UNN/veileder (KVAM) – adm.sjefens utkast
4. Direktøren v/ Marit Lind kl 13.00-14.00
5. Presentasjon Koordinerende enhet, oppgaver og ansvar
6. Presentasjon Fagnettverk LMS UNN

Dag 2:

Oppstart: Kl 08.30

Avslutning: Kl 12.00 – lunsj med Styret UNN

7. Dialogmøte 9.00-10.00
Forslag til tema:
Brukermedvirkning i arbeidet med Kontinuerlig forbedring ved UNN
Tre eller fire grupper – fire ulike temaer.
8. Referatsakene
9. Omvisning A-fløy og PET-senter

Oppfølging:

Sekretariatet tar kontakt med Drifts- og eiendomssenteret og avtaler en omvisning.

Beslutning

Foreslått dagsorden til neste BU-møte ble godkjent med de endringer som ble foreslått under møtet.

BAU 63/17 Eventuelt

Sak 1 Høring: Pakkeforløp for psykisk helse og rus sak 2017/3822

Nestleder vil samle forslag/råd han mottar og sende disse til sekretariatet samt leder i BAU for en vurdering av om dette kan sendes fra BAU.

BAU er i utgangspunktet veldig positiv til pakkeforløpet og ser fram til at det innføres.

Oppfølging:

Sekretariatet tar kontakt med erfaringskonsulent Astrid Weber ved Åsgård for eventuell tilleggsinformasjon.

Sak 2: Henvendelse fra NAFKAM Internseminar – Brukermedvirkning og hvordan å implementere det i forskning og formidling

NAFKAM ønsker at BAU-representantene kan formidle sine forestillinger og forventninger når det gjelder implementering av brukermedvirkning i forskning og formidling. BAU ønsker å delta med 2-3 representanter til dette internseminaret.

Oppfølging:

Sekretariatet tar kontakt med erfaringskonsulentene Astrid Weber og Stian Kistrand på Åsgård med forespørsel om dette kan være relevant for dem. I tillegg kan representant Laila Edvardsen stille.

Sak 3: Kliniske kjennetegn, dødelighet og smertefølsomhet ved henholdsvis stabil og ustabil presentasjon av koronar hjertesykdom

BAU ønsker å stille med en representant til dette prosjektet.

Oppfølging

Sekretariatet retter en henvendelse til en foreslått kandidat med fersk erfaring, og som kan dele erfaringene med BU i etterkant.

Sak 4: Smertefølsomhet, kognitiv funksjon og MR-funn i hjernen

Oppfølging

BAU har ikke anledning til å delta i dette prosjektet. Et forslag kan være at prosjektet tar direkte kontakt med organisasjonen for pårørende til Alzheimer, eventuelt Laila Lanes som er kjent gjennom media som pårørende av Alzheimer-pasient.

Sak 5: Brukerutvalget og PSHT

Det er et ønske fra prosjektet å inkludere Brukerutvalget i forskningen på Pasientsentrert team. BAU har beklageligvis ikke anledning til å delta i dette prosjektet.

BAU er likevel veldig positiv til at prosjektet fortsetter og viser til de gode resultatene.

Beslutning

For det videre arbeid tilrår BAU at prosjektet tar direkte kontakt med brukerorganisasjonene/ relevant pasientgruppe for å finne en egnet brukerrepresentant.



Referat fra Møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 29.8.2017 10.30 – 12.30

Sted: Administrasjonens møterom D1.707

Tilstede	Administrerende direktør Kvalitets- og utviklingssjef Leder Brukerutvalget UNN Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Smittevernoverlege Seksjonsleder Ortopedisk avd. Psykologspesialist Barne- og ungdomspsykiatrisk avd. Rådgiver Stabsenhet NOR-klinikken Fagkoordinator avdeling Sør Avd.leder Psykiatrisk avdeling	Tor Ingebrigtsen Einar Bugge Cathrin Carlyle Elin Gullhav Torni Myrbakk May-Liss Johansen Børge Mathiassen (vara) Torill Davida Nilsen (vara) Rita Vang (vara) Siren Hoven (vara)
Forfall	Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Kvalitetsleder klinisk patologi Avd.overlege avd. for Gastroenterologisk kirurgi Avd.leder Medisinsk avdeling UNN Narvik Foretaksverneombud	Tonje Drecker Magnus P. Hald Lena Oprand Heggelund Rolv-Ole Lindsetmo Ove Laupstad Einar Rebni
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Rådgiver Kvalitetsavdelingen Seksjonsleder Renhold Spesialkonsulent Stabsledelse	Grete Åsvang Mette Fredheim Line Lura Sissel Evensen Marit Einejord
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen
Saksnr.	Sakstittel	Ansvar/ frist
37/17	Godkjenning av sakliste samt referat fra KU-møtet 6.6.2017 <i>(ephorte 2017/110)</i>	
	Godkjent referat var godkjent under tidligere utsendelse	
	Oppfølging Referatet ble godkjent med de merknader som fremkom i møtet. Kommentar til sakliste Kvalitetsutvalget har ei utfordring i å få plass til alle saker som	

	<p>meldes inn til møtene. En del av årsaken er at mange av de saker KU har til behandling bes tilbake for ny eller nærmere oppfølging i senere KU-møter. Kvalitetsutvalget oppfordres til å være tilbakeholden med å beslutte at saker skal tilbake for oppfølging i KU.</p> <p>Kvalitetsavdelingen presenterer liste over kommende saker fra Årshjulet og oppfølgingssaker i neste KU-møte.</p>	KA/ KU-møte 26.9.2017
38/17	Utvikling i meldekultur og oversikt over svartider på saker fra Fylkesmannen	
	<p>Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge orienterte om utvikling i meldekultur i UNN for tidsrommet 2012 – 2017 og svartider på tilsynssaker fra Fylkesmannen hittil i 2017.</p> <p>Herunder saksbehandlingstid, svarfrister og purringer.</p> <p>Nasjonal oversikt over varslede alvorlige pasienthendelser etter § 3-3a fra helseforetak ble lagt frem til sammenligning.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>Kvalitetsutvalget påpekte at UNN har en selvstendig plikt til å informere pasienter/pårørende om forbedringsarbeidet i UNN etter uønskede pasienthendelser.</p> <p>UNN må jobbe aktivt videre med å etablere en felles holdning for hvilke hendelser som skal varsles etter §3-3a i Lov om spesialisthelsetjenesten m.v.</p> <p>Et bedre system for oppfølging av at tilsynssaker besvares innen frist må på plass.</p> <p>Kvalitetsutvalget diskuterte å øke frekvensen på utsendelsen av Kvalitetsavdelingens purring til avdelinger på ubesvarte saker.</p> <p>Det er etablert faste tertialvise møter mellom Fylkesmannen og UNN v/ Kvalitets- og utviklingssjef og Medisinsk fagsjef.</p> <p>PP-presentasjon vedlagt</p>	<p>KVALUT</p> <p>KA</p>
39/17	Mortalitetsanalyse, oppdatert protokoll	
	<p>Oppfølging av KU-sak 34/17.</p> <p>Kvalitetsutvalget ga i møte 6.6.2017 KVALUT tilslutning til å gjennomføre et pilotprosjekt på kontinuerlig overvåkning av dødsfall med oppstart 1.10.17 og med utgangspunkt i prosedyre ved Akershus universitetssykehus og Mayo.</p>	

	Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge la i dagens møte frem oppdatert protokoll.	
	<p>Oppfølging/konklusjon KVALUT ønsker å rekruttere flere klinikere til dette arbeidet før pilot skal kjøres.</p> <p>Kvalitetsutvalget gir sin tilslutning til oppdatert protokoll.</p> <p>Oppdatert protokoll vedlagt (<i>vedlegg</i>)</p>	KVALUT/
40/17	Smittevask	
	Seksjonsleder Renhold Sissel Evensen og Spesialkonsulent Stabsledelsen Marit Einejord, Drifts- og Eiendomssenteret, orienterte om prosjekt der Renhold overtar smittevask av senger etter opphør av isolering, jfr. ledermøtesak 28. juni 2016.	
	<p>Oppfølging/konklusjon Kvalitetsutvalget takket for orienteringen.</p> <p>Kvalitetsutvalget berømmer det gode forbedringsarbeidet der ny rutine innebærer at Renholdsavdelingen også overtar ansvaret for smittevask av senger etter opphør av isolering. Forbedringen bidrar både til en kvalitativt bedre smittevask og en jobbglidning der pleiere får mer tid til pasientnært arbeid.</p> <p>PP-presentasjon vedlagt</p>	
41/17	Statistikk avvik	
	<p>Oppfølging av KU-sak 33/17.</p> <p>Rådgiver Kvalitetsavdelingen Line Lura orienterte om identifiserte trender og risikoområder angående avviksstatistikk fra Docmap pr 20.8 .2017 etter nye kriterier innført januar 2017 samt demonstrerte hvordan oversikten kan brukes aktivt til forbedringsarbeid lokalt.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon Kvalitetsutvalget tok presentasjonen til orientering, og ga innspill til hvordan UNN kan nyttiggjøre seg den nye og mer fleksible funksjonaliteten i avvikssystemet til lokalt forbedringsarbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den nye klassifiseringen kan trolig gi mer meningsfull statistikk enn tidligere. Kvalitetsutvalget mener UNN trenger denne type systemovervåkning for å ta tak i repeterende avviksområder, overvåke disse og identifisere områder med behov for forbedring. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsavdelingen har merket seg stadig større etterspørsel for hjelp samt opplæring til uttak av statistikk, og stiller på forespørsel fra avdelinger/klinikker og KVAM-grupper/-utvalg. • Kvalitetsutvalget påpekte at statistikken gir et godt verktøy for å identifisere forbedringsområder og til utarbeidelse av tiltak lokalt. • Kvalitetsavdelingen planlegger å besøke KVAM-utvalgene denne høsten, for å demonstrere og veilede i bruk av verktøyet. • Kvalitetsavdelingen ønsker å knytte til seg dedikerte personer fra de ulike klinikkene for opplæring i verktøyet til bruk i lokalt forbedringsarbeid. Målet er å bidra til å gjøre klinikkene i stand til å håndtere eget forbedringsarbeid og kontinuerlig forbedring i måten de jobber på. • Kvalitetsutvalget mener at det må diskuteres i lederlinjen hvem som skal være dedikerte ressurser i klinikkene. <p>Kvalitetsutvalget så frem til å følge kommende statistikker, og ønsket å orienteres om hvordan systemet er brukt aktivt i forbedringsarbeidet.</p> <p>PP-presentasjon vedlagt</p>	<p>KA/ Frist KU-møte januar 2017?</p>
42/17	Eventuelt	
	<p>Læringsnettverk i brukermedvirkning: «<i>Trygg utskrivning, med brukeren som likeverdig partner</i>» ble stoppet pga. UNNs nåværende økonomiske situasjon.</p> <p>Kvalitetsutvalgets representant fra Brukerutvalget mener det er uheldig at UNN besluttet å ikke sende et team på læringsnettverket, da læringsnettverket henger sammen med oppdrag gitt i årets oppdragsdokument, kapittel 2, krav for 2017 punkt 3.</p> <p>Brukerutvalget etterlyser svar på hvorfor læringsnettverket ble nedprioritert.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>Kvalitetsutvalget bør ikke involvere seg i saker som omhandler økonomi, og kan ikke omgjøre beslutningen.</p> <p>Helse-Nord har bedt UNN innføre tiltak for å redusere det økonomiske avviket, og er innforstått med at noen oppdrag vil bli berørt.</p> <p>Kvalitets- og utviklingssjefen følger opp saken, og sørger for at Brukerutvalget får svar på sin henvendelse om saken fra i sommer.</p>	<p>KA/ Frist: Snarest</p>

UTKAST

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 14.9.2017.**

Dato: 29.8.2017

Tidspunkt: 8.00-8.30

Sted: Adm møterom D1 707

Fra arbeidsgiver

Grethe Andersen (Stabssenteret)
 Grete Åsvang (Stabssenteret)
 Stein Olav Pedersen (Stabssenteret)
 Leif Hovden (referent)

Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, FHVO
 Rigmor Frøyum, Fagforbundet
 Mai-Britt Martinsen, NSF


Protokollsignering:

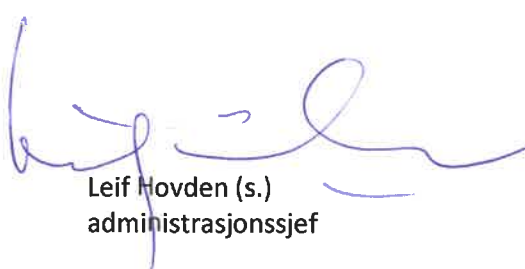
Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Rigmor Frøyum valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
Kvalitets- og virksomhetsrapport for juli	<p>Økonomisjefen og kvalitetssjefen svarte ut spørsmål til saken.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av utviklingen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene i AML, som har hatt en relativt sterk økning. De ba derfor om at utviklingen blir nærmere redegjort for i styresaken.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
Tilsynsrapport – eksterne tilsyn	<p>Kvalitetssjefen innledet kort til saken og svarte ut spørsmål til den.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av rutinene for svar innenfor fristen i de ulike sakene, særlig sak 2 og sak 9.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
Varslingsaker til Statens helsetilsyn	<p>Kvalitetssjefen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av at UNN inngår i læring på tvers av øvrige helseforetak, slik at vi sikrer best mulige rutiner.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>

Tromsø, 29.8.2017


 Mai-Britt Martinsen (s.)
 FTV NSF


 Rigmor Frøyum (s.)
 FTV Fagforbundet


 Leif Hovden (s.)
 administrasjonssjef



Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 30.8.17 kl. 12.00-15.00

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

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

*Til stede (x)

Møteleder: Einar Rebni

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte Bengt Dahl og Tor Arne Hanssen fra Drift og eiendomssenteret på sak 38/17, Ole Martin Andersen Stabssenteret fra på sak 39/17, samt Stein Olav Pedersen fra KVALUT og Grethe Andersen og Leif Hovden fra Stabssenteret på sak 40/17.

Sak 36/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes med tillegg for saker under eventuelt.

Sak 37/17 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 07.6.17

Direktøren orienterte om hvordan sak 35/17 a var fulgt opp.

Vedtak:

Protokollen godkjennes.

Sak 38/17 Orienterings- og diskusjonssaker

- a. Orientering om medieomtale av UNN.
Innledning ved foretakshovedverneombud Einar Rebni.
- b. Flytteprosessen til ny A-fløy – orientering ved Tor Arne Hanssen
- c. Resultat av sertifiseringsrevisjon Grønt sykehus ved Bengt Dahl
- d. Møteplan for AMU høsten 2017, skriftlig orientering
- e.

Vedtak:

- a. AMU er bekymret for hvordan medietrykket påvirker arbeidsmiljøet og ber om at saken følges opp i neste møte.
- b. Saken tas til orientering.
- c. Saken tas til orientering
- d. Saken tas til orientering med tilføyelse nevnt i pkt a

Sak 39/17 Oppfølging av MU 2016

Medarbeiderundersøkelsen for 2016 ble gjennomført i november. Da AMU ble orientert om planen for gjennomføring la utvalget særlig vekt på at oppfølgingen etter undersøkelsen er det viktigste. AMU fikk nå fremlagt en kortfattet oppsummering av oppfølgingen fra stabssenteret, samt en oversikt over handlingsplaner som er utarbeidet og hvilken bistand som klinikkene har fått Personal- og organisasjonsavdelingen.

Med bakgrunn i saken og diskusjonen i møtet ble det konkludert med at det fortsatt er nødvendig å holde oppmerksomhet på tiltaksarbeidet og at AMU skal følge opp planlagte besøk i utvalgte KVAM-grupper.

Vedtak:

1. Arbeidsmiljøutvalget anbefaler at oppfølging av tiltak i handlingsplanene er tema på KVAM-møtene i klinikkene/sentrene.
2. Arbeidsmiljøutvalget ber om at de som ikke har utarbeidet handlingsplaner gjør det innen 1. oktober.
3. Arbeidsmiljøutvalget ber om ny rapportering av status innen 1. desember.

Sak 40/17 Styresaker

AMU hadde fått forelagt drøftingsdokumenter for følgende saker:

- Kvalitet- og virksomhetsrapport juli 2017
- Tilsynssak – eksterne tilsyn
- Varslingsaker til Statens helsetilsyn

Arbeidsmiljøutvalget hadde oppmerksomhet rundt AML-brudd og sykefraværsutviklingen i Kvalitet- og virksomhetsrapporten, samt at tidsfrister måtte følges opp i tilsynssaker.

Vedtak:

Sakene tas til orientering.

Sak 41/17

Eventuelt

- a. Førstehjelpsopplæring: AMU oppfordret BHT til å ta kontakt med HLR-utvalget for å undersøke hvilken rolle de har i forbindelse med internt kursing.
- b. Åpenhet og dialog i UNN. AMUs rolle er beskrevet i sak 14/17 ved at AMU skal behandle evalueringen av arbeidet. Om det er nødvendig å intensivere oppfølgingsarbeidet i klinikkene diskuteres i neste møte i AMU, jf sak 38/17 a.