



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Torsdag 14. desember 2017 kl 09:00

Møtested

UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
Dato: 14.12.2017
Tid: Kl. 9:00

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

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

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

ST 87/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 96/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 97/2017	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 16.11.2017
ST 98/2017	Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 99/2017	Tilsynsrapport
ST 100/2017	Virksomhetsplan 2018
ST 101/2017	Hovedindikatorer
ST 102/2017	Orienteringssaker <i>Muntlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none">1. Pasienthistorie2. Risikomomenter og tiltak – ComPACS – status pr 24.11.20173. Lånesøknad Nye UNN Narvik4. Ansettelse av lokal driftsleder ved UNN Narvik5. Ansettelse av drifts- og eiendomssjef6. Status i PCI-saken7. Status i hovedoppgjøret 2016 mellom Dnlf/Akademikerne og Spekter8. Orientering etter møte med Helse- og velferdskomiteen i Tromsø kommune9. Offisiell åpning av A-fløya og PET-senteret10. Bekymringsmelding Medisinsk avdeling UNN Harstad jf referatsak 3) <i>NB! Deler av orienteringen må gis u.off. i medhold av Offl. § 13 jf Fvl. § 13.</i>11. Innføring av felles system for elektronisk medikasjon og kurve (<i>u.off. Offl. § 14</i>)
ST 103/2017	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Referat fra styremøte i Helse Nord RHF 22.11.20172. Referat fra OSO-møte 23.11.20173. Bekymringsmelding Medisinsk avdeling UNN Harstad 24.11.2017, jf orienteringssak 10.4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 27.11.20175. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 28.11.20176. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 28.11.20177. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 29.11.20178. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 5.12.20179. Svar vedrørende bekymringsmelding Medisinsk avdeling UNN Harstad 8.12.2017
ST 104/2017	Eventuelt



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
97/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 16.11.2017

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 16.11.2017.

Tromsø, 1.12.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Møteprotokoll fra styremøte 16.11.2017



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 16.11.2017
 Tid: 09.00 – 11.10

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	
Marianne Johnsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	

Forfall:

Ingen forfall.

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef, Stabssenteret (<i>styrets sekretær</i>)
Birgith Nerskogen	konst. klinikkssjef Operasjons- og intensivklinikken
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klinikkssjef, Nevro,- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Elin Gullhav	klinikkssjef for Barne- og ungdomsklinikken
Grethe Andersen	konst. klinikkssjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelsekl.
Gry Andersen	klinikkssjef for Diagnostisk klinikk
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Gina M. Johansen	drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef, Stabssenteret
Tommy Schjølberg	konst. økonomisjef, Stabssenteret
Haakon Lindekleiv	medisinsk faglig ansvarlig, Kvalitets- og utviklingssenteret (<i>sak 92/17-3</i>)

ST 87/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 16.11.2017 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *uthevet kursiv*).

- | | |
|------------|--|
| ST 87/2017 | Godkjenning av innkalling og saksliste |
| ST 88/2017 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 4.10.2017 |
| ST 89/2017 | Kvalitets- og virksomhetsrapport |
| ST 90/2017 | Virksomhetsplanlegging 2018 |
| ST 91/2017 | Informasjonssikkerhet – <i>unntatt off.</i> |
| ST 92/2017 | Orienteringssaker
<i>Skriftlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none">1. Samdata2. Orientering om varslinger til Statens helsetilsyn fra UNN
<i>Muntlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none">3. Pasienthistorie4. Oppfølging etter dialogmøte med Helgelandssykehuset 25.10.20175. PCI-saken6. Elektronisk kurve – <i>unntatt off.</i>7. Status fremdrift A-fløyprosjektet8. Status ansettelsesprosess lokal driftsleder UNN Narvik9. Informasjonssikkerhet i EKG-systemet – unntatt off.10. Arbeidskonflikt ved UNN Narvik – unntatt off.11. Mediesak om innsyn i pasientjournaler – unntatt off.12. Varslings sak – unntatt off. |
| ST 93/2017 | Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 26.9.20172. Praktisering av møteoffentlighet, datert 27.9.20173. Oppfølging 3-3a - akuttgeriatri, datert 11.10.20174. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 24.10.20175. Protokoll fra styremøte Helse Nord RHF, datert 25.10.20176. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 30.10.20177. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 31.10.20178. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 1.11.20179. Brev fra Troms fylkeskommune, uttalelse, datert 2.11.201710. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 8.11.2017 |
| ST 94/2017 | Eventuelt |
| ST 95/2017 | Nye UNN Narvik - <i>ettersendt</i> |

ST 88/2017 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 4.10.2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 16.11.2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 4.10.2017.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra Styremøtet 4.10.2017.

ST 89/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 16.11.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2017 til orientering.
2. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for til sammen 14,0 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2017 til orientering.
2. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for til sammen 14,0 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.

ST 90/2017 Endringer i virksomhetsplanlegging 2018

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 16.11.2017

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 91/2017 Informasjonssikkerhet – Unntatt offentlighet

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 16.11.2017

Saken ble behandlet unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13 og § 24, tredje ledd.

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orientering om risikoanalyser ref. krav i Oppdragsdokument 2017 til etterretning, og ber direktøren videreføre arbeidet med å bedre informasjonssikkerheten, og sikre at foretaket etterlever gjeldende lovkrav.
2. Styret ber om å få ny rapportering på status i oppfølging av de identifiserte risikoreduserendetiltak i februar 2018.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orientering om risikoanalyser ref. krav i Oppdragsdokument 2017 til etterretning, og ber direktøren videreføre arbeidet med å bedre informasjonssikkerheten, og sikre at foretaket etterlever gjeldende lovkrav.

2. Styret ber om å få ny rapportering på status i oppfølging av de identifiserte risikoreduserendetiltak i februar 2018.

ST 92/2017 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 16.11.2017

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

Skriftlige orienteringer

1. Samdata (*presentasjonen inngikk som del av styreseminaret 15.11.*)
2. Orientering om varslinger til Statens helsetilsyn fra UNN

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie (*Saken ble presentert rekkefølgemessig før 89/17*)
4. Oppfølging etter dialogmøte med Helgelandssykehuset 25.10.2017
5. PCI-saken
6. Elektronisk kurve – *unntatt off. i medhold av Off.l. § 23 tredje ledd jf. Fvl. § 13.2.*
7. Status fremdrift A-fløyaprojektet
8. Status ansettelsesprosess lokal driftsleder UNN Narvik
9. Informasjonssikkerhet i EKG-systemet – *unntatt off. i medhold av Off.l. § 13 første ledd*
10. Arbeidskonflikt ved UNN Narvik
11. Mediesak om innsyn i pasientjournaler – *unntatt off. i medhold av Off.l. § 13 første ledd jf. Fvl. § 13 og Helsepersonelloven.*
12. Varslingsak – *unntatt off. i medhold av § 13 første ledd jf. Fvl. § 13*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 93/2017 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.10.2017

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 26.9.2017
2. Praktisering av møteoffentlighet, datert 27.9.2017
3. Oppfølging 3-3a - akuttgeriatri, datert 11.10.2017
4. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 24.10.2017
5. Protokoll fra styremøte Helse Nord RHF, datert 25.10.2017
6. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 30.10.2017
7. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 31.10.2017
8. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 1.11.2017
9. Brev fra Troms fylkeskommune, uttalelse, datert 2.11.2017
10. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 8.11.2017

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 94/2017 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.10.2017

ST 95/2017 Nye UNN Narvik – *ettersendt*

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.10.2017

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

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner rapport for kvalitetssikring av konseptfase Nye UNN Narvik ~~og stadfester dermed gjeldende konsept.~~
2. Styret ber om at det utarbeides addendum til konseptrapporten og at den forelegges styret i første tertial 2018.
3. Styret vil behandle oppstart av forprosjekt etter at addendum til konseptrapport er forelagt for styrets godkjenning.

4. Styret ber om at det forelegges en samsvarende styresak for styret i Helse Nord RHF og at styret i Helse Nord RHF godkjenner foreløpig konseptet med kostnadsramme på P50 med *inntil* 2270 mill kr og P85 ramme på *inntil* 2680 mill kr (2022). Endelig ramme besluttet etter at addendum er ferdigstilt.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner rapport for kvalitetssikring av konseptfase Nye UNN Narvik.
2. Styret ber om at det utarbeides addendum til konseptrapporten og at den forelegges styret i første tertial 2018.
3. Styret vil behandle oppstart av forprosjekt etter at addendum til konseptrapport er forelagt for styrets godkjenning.
4. Styret ber om at det forelegges en samsvarende styresak for styret i Helse Nord RHF og at styret i Helse Nord RHF godkjenner foreløpig konseptet med kostnadsramme på P50 med *inntil* 2270 mill kr og P85 ramme på *inntil* 2680 mill kr (2022). Endelig ramme besluttet etter at addendum er ferdigstilt.

Tromsø, 16.11.2017

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
98/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Tommy Schjøberg

Kvalitets- og virksomhetsrapport for oktober 2017**Innstilling til vedtak**

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

Bakgrunn

Vedlagte kvalitets- og virksomhetsrapport for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for oktober 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.

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.

Medvirkning

Saken ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftings- og medvirkningsmøter i uke 48. Protokoller/referater fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 14.12.2017.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg vektla utfordringene UNN får som følge av at mange pasienter ikke møter til avtalte timer samt kostbart innleie av personell i enkelte deler av virksomheten. Det siste var også et hovedfokus i gjennomgangen med ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

Arbeidsmiljøutvalget tok saken til orientering, og samtlige møter ga sin tilslutning til at saken fremmes for styret til endelig behandling.

Vurdering

Pasientsikkerhet, kvalitet, personal og økonomi

Oppholdstid i akuttmottaket oppdateres i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS daglig, og følges opp i ledergruppens tavlemøte ukentlig. Resultatet for september er på linje med foregående måneder, litt under måltallet på 90 %. Arbeidet med å styrke vaktssystemene i indremedisin er gjennomført, og pågår for kirurgi for å sikre tilstrekkelig erfarent personell i første linje. Prosedyrer for pasientflyt til og ut av Medisinsk intensiv og hjerteoppvåkingsenhet er revidert, for å sikre at disse er entydige og enklest mulig og slik understøtter at pasienter tiltrengende overvåkingsseng eller intensivbehandling får dette så snart som mulig og innenfor forsvarlig tid. Det er også opprettet senger for overvåking av sepsispasienter i observasjonsposten i Breivika, for å redusere risiko for at slik kapasitet blir flaskehals i pasientflyten ut av akuttmottaket.

Antall *fristbrudd* er fortsatt over måltallet, men noe lavere enn de foregående to måneder. Det er fortsatt innen håndkirurgi de fleste fristbrudd oppstår. Det er fortsatt noen fristbrudd innen hjertemedisin og sykkelig overvekt, mens det ikke lenger er mange fristbrudd innen dagkirurgi. Utfordringen i forhold til håndkirurgi er under særskilt oppfølging av klinikkens sjef, og utviklingen på dette området er nå noe bedre. Et vedvarende fokus på god prioritering, bedre langtidsplanlegging og riktig funksjonsfordeling for å unngå fristbrudd opprettholdes. Også systematisk, god opplæring av alle som håndterer henvisninger og ventelister, og læring på tvers av enheter er nødvendige tiltak som det fokuseres på.

Bruk av *tvang i psykisk helsevern for voksne* måles kvartalsvis, og det rapporteres derfor ikke nye tall i rapporten for oktober.

For *legemiddelsamstemming* er det fortsatt ikke mulig å få ut data for samlet gjennomføring. Det er etablert et regionalt prosjekt for å etablere felles metode for dette for foretakene i regionen. Det legges opp til at løsningene dette prosjektet utarbeider skal implementeres i første halvdel av 2018. De fleste sengeposter registrerer egne resultater i pasientsikkerhets-programmets registreringsløsning Extranet. Dette er et arbeidskrevende manuelt opptellings- og registreringsarbeid. I rapporten for oktober vises stikkprøver fra Extranet, og disse viser at noen har høy grad av gjennomføring mens et flertall av enhetene fortsatt må arbeide for å sikre tilstrekkelig høy grad av gjennomføring.

Som følge av problemer med kildedata fra GAT, er ikke *sykefraværstallene* oppdatert i rapporten fra oktober.

I oktober 2017 var det 5418 varsel om brudd på AML i UNN. Dette er en reduksjon på 7,9 % i forhold til oktober 2016. I klinikkene er reduksjonen størst i Diagnostisk klinikk der antall

varsel om brudd er gått ned med 37,4 % (436 brudd i oktober 2016 og 273 brudd i oktober 2017). Økningen er størst i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, der antall varsel om brudd har økt fra 450 i oktober 2016 til 597 i oktober 2017 (økning på 32,7 %). Det er stort fokus på å redusere AML brudd i samtlige klinikker og sentra.

Tiltaksgjennomføringen for oktober måned er på 55 %, og hittil i år på 52 %. Seks av klinikkene/sentrene rapporterer 100 % gjennomføring, øvrige har lavere gjennomføring enn ønsket. Alle klinikker er bedt om å kontinuerlig holde fokus på gjennomføring og fortløpende erstatte tiltak som ikke gir ønsket effekt. Gjennomføringsevne og realisme i tiltakene som gjelder er nå et område som følges tettere opp.

Det er svært positivt at *gjennomsnittlig ventetid* slik den måles nasjonalt fortsatt er innenfor nasjonalt mål på 60 dager. Antall langtidsventende 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. Selv om direktøren anser at UNN nå gjennomgående har god kontroll på ventelistene for ordinære ventende (primærhenvisninger), må vi forvente krav om ytterligere kortere ventetider i årene fremover.

Den store økningen i *antall pasienter som ikke er møtt til planlagt avtale* i 2017 sammenlignet med tidligere år skyldes i hovedsak at pasienter som ikke møter til oppsatt time for røntgenundersøkelse telles med i denne indikatoren i år, noe som ikke har vært tilfelle tidligere år. UNN er nå i ferd med å innføre nytt system for SMS-påminnelse til pasienter som har timeavtale, noe vi forventer vil bidra til at færre ikke møter til oppsatt time.

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. Problemstillingene med begrensninger i operasjonskapasiteten, som er en vedvarende utfordring i forhold til mange av pakkeforløpene, følges opp i overordnet koordineringsgruppe for operasjonsvirksomheten.

Aktiviteten øker innen alle virksomhetsområdene målt i pasientkontakter, unntatt innen rusområdet som har en uønsket nedgang i konsultasjoner. Det er færre polikliniske dagbehandlinger i 2017 enn 2016, og ikke en ønsket utvikling når en ser at døgnoppholdene øker. Nedgangen i antall røntgenundersøkelser er ikke reell, men en følge av forskjellige målingsmetoder i det nye og gamle røntgensystemet. Dette vil gradvis rette seg opp da Sectra ble innført oktober 2016, slik at en får sammenlignbare tall. Laboratorieundersøkelsene øker, men økningen skyldes at fra februar 2017 teller blodgass som ikke ble gjort tidligere, slik at det ikke er sammenlignbart med 2016.

Den gylne regel

Fra oktober er KVR oppdatert med tabell som måler den gylne regel på flere indikatorer enn aktivitet. Alle indikatorene, unntatt ventetid, viser en høyere vekst til psykisk helsevern og rus enn somatikk, noe direktøren er fornøyd med. Ventetiden reduseres en reduksjon i ventetider innenfor somatikk på 10 %, mens innen psykisk helsevern og rus øker denne med 0,7 %.

Økonomi

Budsjettmessig overskudd i oktober ble 0,8 mill kr for UNN som helhet. Dette er under prognosen for oktober og skyldes to hovedområder. Dette er økt innleiekostnader fra firma som gjelder etterslep av sommeravviklingen samt lavere ISF-inntekter enn budsjettert. Det er noe etterslep på kvalitetssikring av kodekvalitet, og det er forventet at ISF-inntektene vil ta seg opp neste måned. Direktøren opprettholder årprognosen på +45 mill kr.

Tromsø, 1.12.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Kvalitets- og virksomhetsrapport for oktober 2017



KVALITET

TRYGGHET

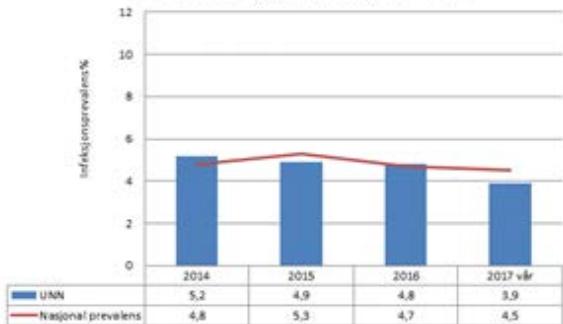
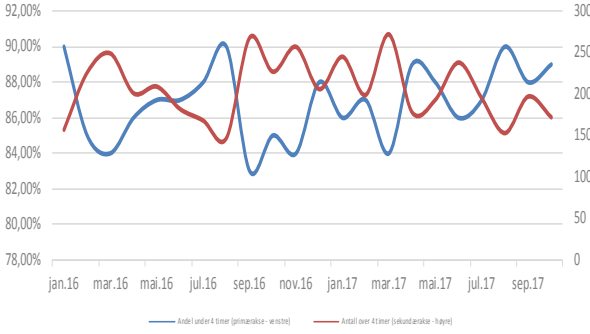
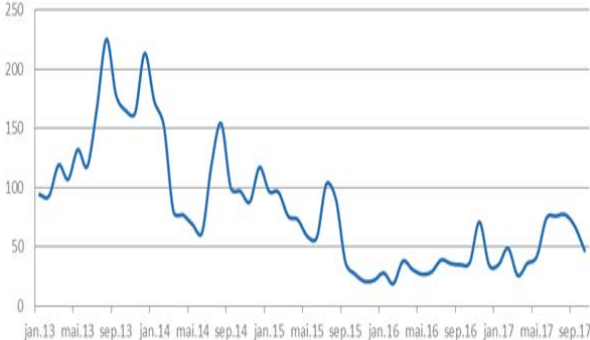
RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling	5
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	14
Psykisk helsevern voksne	17
Psykisk helsevern barn og unge	17
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	17
Den gylne regel	18
Samhandling	18
Utskrivningsklare pasienter	18
Bruk av pasienthotell	20
Personal	21
Bemanning	21
Sykefravær	23
AML-brudd	24
Kommunikasjon	25
Sykehuset i media	25
Økonomi	26
Resultat	26
Gjennomføring av tiltak	29
Prognose	30
Likviditet	30
Investeringer	30
Byggeprosjekter	31

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;">Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN</p>  <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>År</th> <th>UNN</th> <th>Nasjonal prevalens</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>5,2</td> <td>4,8</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>4,9</td> <td>5,3</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>4,8</td> <td>4,7</td> </tr> <tr> <td>2017 vkr</td> <td>3,9</td> <td>4,5</td> </tr> </tbody> </table>	År	UNN	Nasjonal prevalens	2014	5,2	4,8	2015	4,9	5,3	2016	4,8	4,7	2017 vkr	3,9	4,5
År	UNN	Nasjonal prevalens														
2014	5,2	4,8														
2015	4,9	5,3														
2016	4,8	4,7														
2017 vkr	3,9	4,5														
<p style="text-align: center;">Legemiddelsamstemming</p>	<p>Stikkprøver fra Extranet for oktober 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ortopedisk sengepost Tromsø 50 % - Ortopedisk sengepost Harstad 45 % - Urologisk sengepost Tromsø 71 % - Infeksjonsmedisinsk sengepost Tromsø 87 % 															
<p>Oppholdstid i akuttmottak, oktober</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 89 %</p> <p>Antall over 4 timer: 172</p>																
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av oktober</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">47</p>																

<p>Tvang psykisk helsevern – voksne, 3. kvartal</p> <p>Andel pasienter utsatt for tvang: 6,8 %</p>	<p>1. kvartal 2016 2. kvartal 2016 3. kvartal 2016 4. kvartal 2016 1. kvartal 2017 2. kvartal 2017 3. kvartal 2017</p>
<p>Sykefravær, oktober</p> <p>Som følge av problemer med kildedata har en ikke oppdaterte sykefraværstall.</p>	
<p>AML brudd, oktober</p> <p>Antall AML-brudd: 5418</p>	<p>jan 16 feb 16 mar 16 apr 16 mai 16 jun 16 jul 16 aug 16 sep 16 okt 16 nov 16 des 16 jan 17 feb 17 mar 17 apr 17 mai 17 jun 17 jul 17 aug 17 sep 17 okt 17 nov 17 des 17</p>
<p>Tiltaksgjennomføring</p> <p>Oktober: 55 %</p> <p>Hittil i år: 52 %</p>	<p>Gjennomføring % / Målt %</p> <p>Jan Feb Mar Apr Mai Jun Jul Aug Sept Okt</p>

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

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

Tabell 1 Nye kreftpasienter som inngår i et organspesifikt forløp per oktober 2017

Pakkeforløp	Nye kreftpas. I UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	357	333	93	70
Hode- halskreft	92	84	91	70
Kronisk lymfatisk leukemi	17	11	64	70
Myelomatose	27	23	85	70
Akutt leukemi	26	23	88	70
Lymfomer	108	106	98	70
Bukspyttkjertelkreft	103	87	84	70
Tykk og endetarmskreft	298	276	92	70
Blærekreft	146	130	89	70
Nyrekreft	119	104	87	70
Prostatakreft	357	291	81	70
Peniskreft	6	5	83	70
Testikkelkreft	36	36	100	70
Livmorkreft	101	87	86	70
Eggstokkreft	59	50	84	70
Livmorhalskreft	52	47	90	70
Hjernekreft	65	46	70	70
Lungekreft	291	276	94	70
Kreft hos barn	28	21	75	70
Kreft i spiserør og magesekk	98	94	95	70
Primær leverkreft	23	19	82	70
Skjoldbruskkjertelkreft	57	55	96	70
Føflekkreft	181	139	76	70
Galleveiskreft	35	24	68	70
Totalt	2682	2367	88	

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

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

Pakkeforløp (del 1 av 2)	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	278	201	72	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	76	69	90	12	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			27	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	97	79	81	17	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	6	100	10	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	44	30	68	23	30
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1			4	
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	15	15	100	7	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	4			3	
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	26	23	88	3	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	94	62	65	14	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	13	6	46	29	36
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	34	21	61	30	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	17	12	70	29	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	233	146	62	31	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	10	7	70	18	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	41	29	70	32	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	132	96	72	33	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	23	15	65	39	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	6	85	23	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	83	30	36	57	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	27	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	6	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	129	59	45	70	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	125	62	49	38	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	14	7	50	51	66
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	68	37
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	72	31
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	11	6	54	34	38
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	82	69	84	26	36
	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.	95	80	84	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	14	8	57	28	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	21	15	71	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	8	6	75	24	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	17	14	82	28	36

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per oktober 2017 - fortsettelse

Pakkeforløp (del 2 av 2)	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	25	22	88	9	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	4	3	75	12	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	63	38	60	38	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	54	42	77	20	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	109	92	84	27	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	4	80	3	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	17	13	76	6	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	17	12	70	37	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	27	26	96	25	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	16	13	81	28	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	12	3	25	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
SKJOLDBRUSKKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	59	38	64	31	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.	164	147	89	12	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	1	50	24	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	0	0	45	35
NEVROENDOKRINE SVULSTER	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	102	55
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	12	11	91	31	48
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	4	66	26	41
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	1	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	167	122	73	16	22
		2531	1775	70		

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

Utviklingen viser at flere pasienter inkluderes i pakkeforløpene, mens det er færre pasienter som får startet sin behandling innen fristen.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Rapporteres tertialvis. Neste gang i desember.

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter på venteliste	13 205	9 548	9 331	-217	-2
...herav med fristbrudd	28	95	47	-48	-51
...herav med ventetid over 365 dager	336	198	46	-152	-77
Gjennomsnittlig ventetid dager	90	65	54	-11	-17
Ikke møtt til planlagt avtale	1 286	1 571	2 382	811	52

Tabell 4 Avvikling av venteliste hittil i år

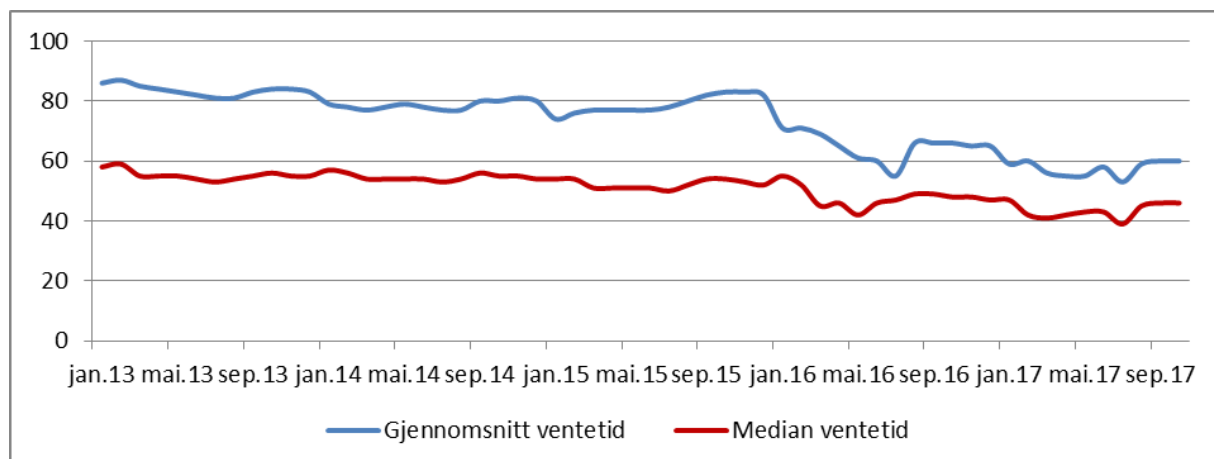
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	44 332	40 405	38 696	-1 709	-4
...herav med fristbrudd	1 018	536	594	58	10,8
Andel - avviklet ordinært	47	95	100	5	5

Ventetid

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

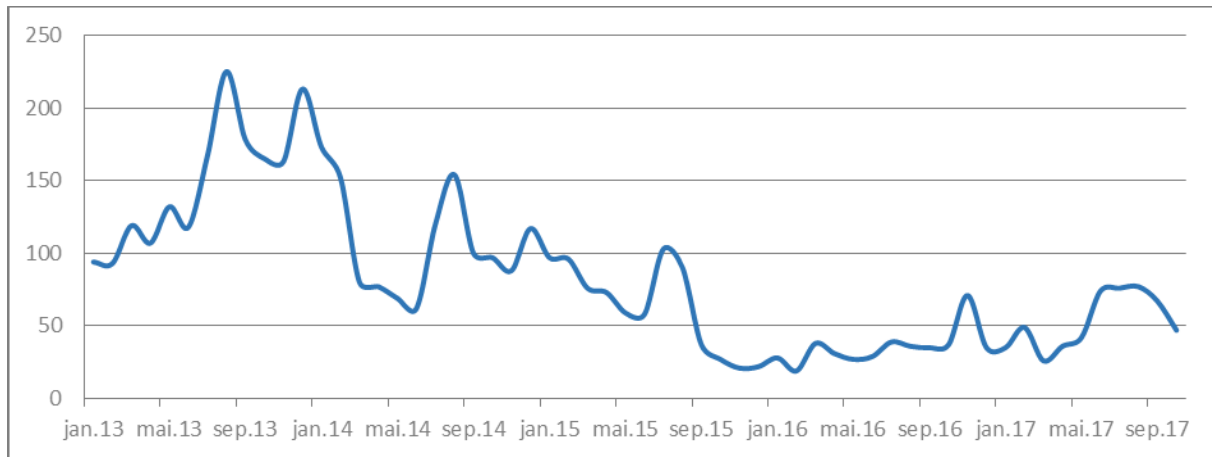
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	83	66	60	-6	-9
Median ventetid i dager	54	48	46	-2	-4

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid for alle pasienter



Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

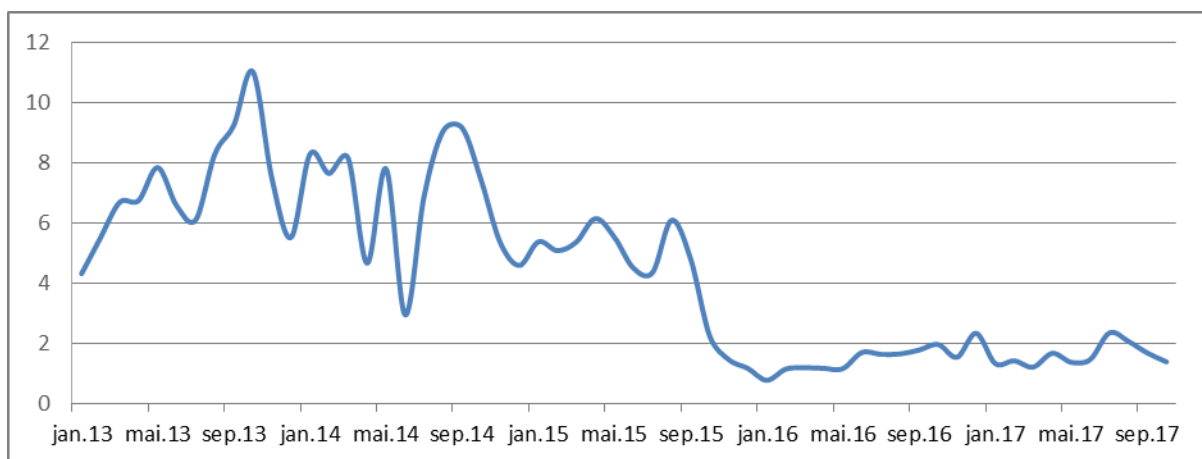


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av oktober 2017

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	5	1 992	0,3 %
Medisinsk klinikk	3	849	0,4 %
Hjerte- og lungeklinikken	4	641	0,6 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	35	5 032	0,7 %
UNN	47	8 514	0,6 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

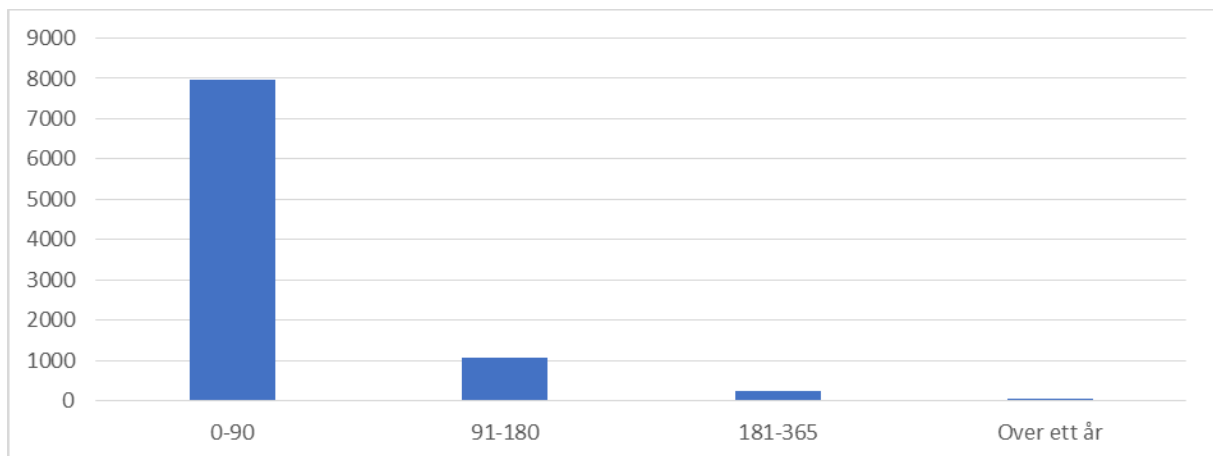
Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

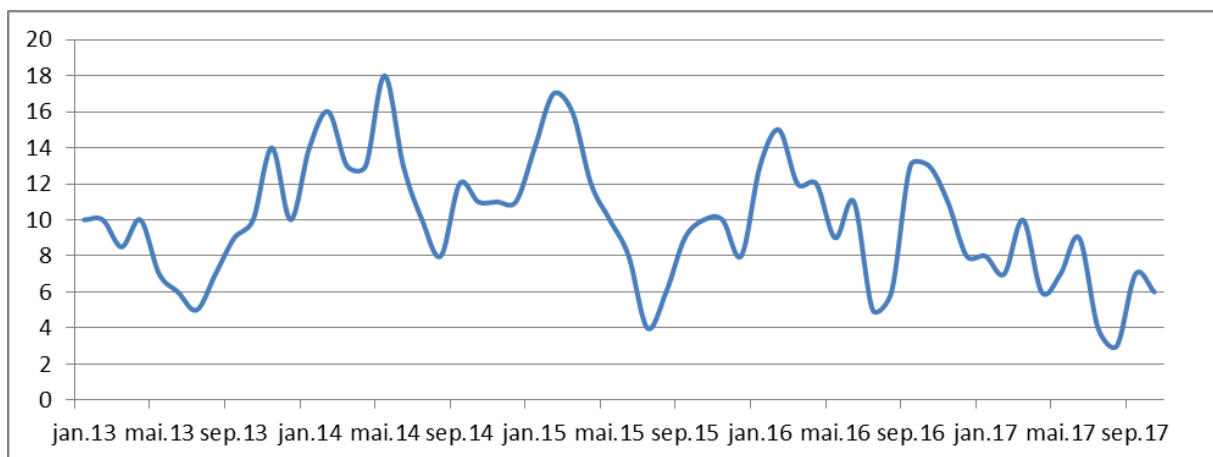
Klinikk	sep.17	okt.17
Hjerte- og lungeklinikken	14	9
Medisinsk klinikk	25	15
Psykisk helse- og rusklinikken	1	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	50	40
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	19	19
UNN	109	84

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



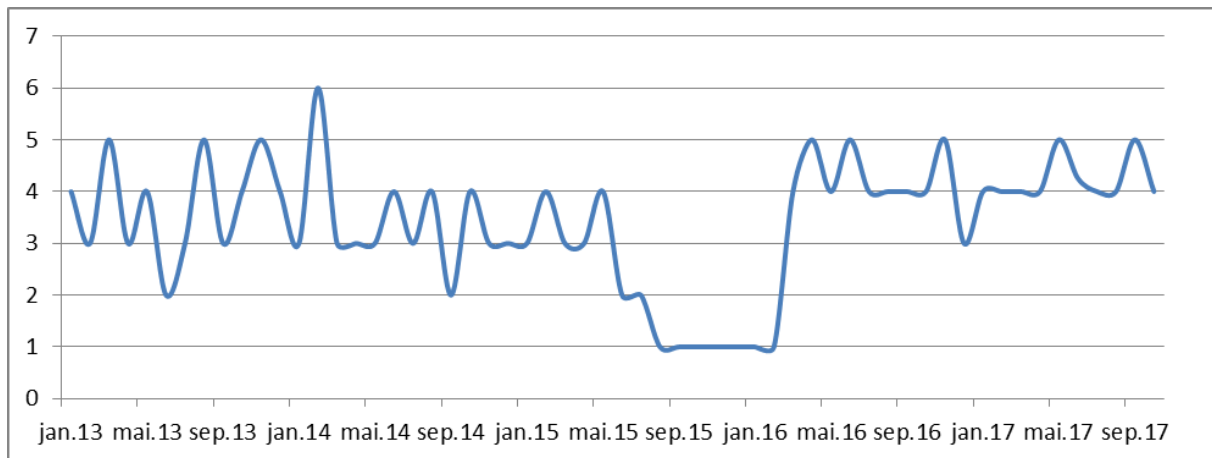
Korridorpasienter

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



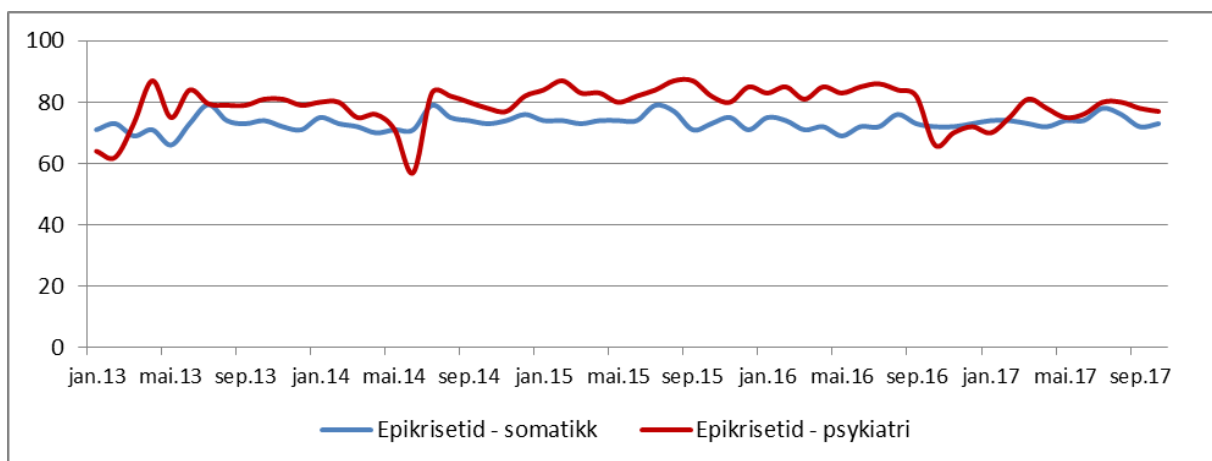
Strykninger

Figur 6 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



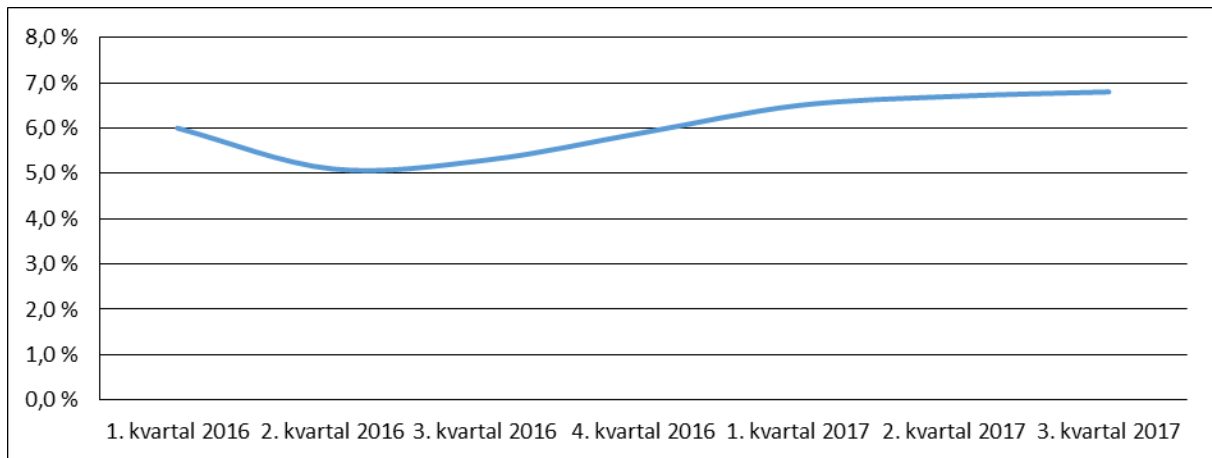
Epikrisetid

Figur 7 Epikriser - andel sendt innen syv dager



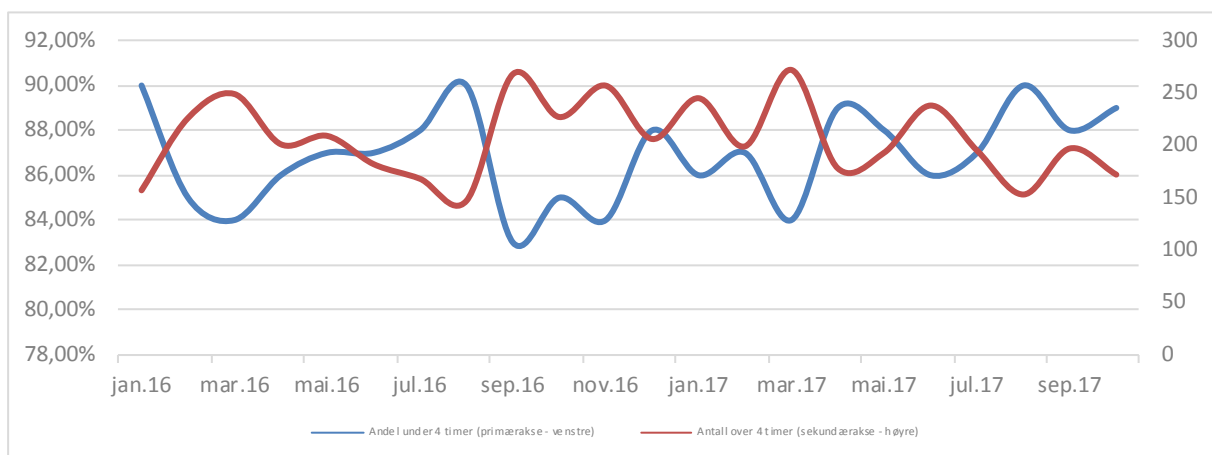
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

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

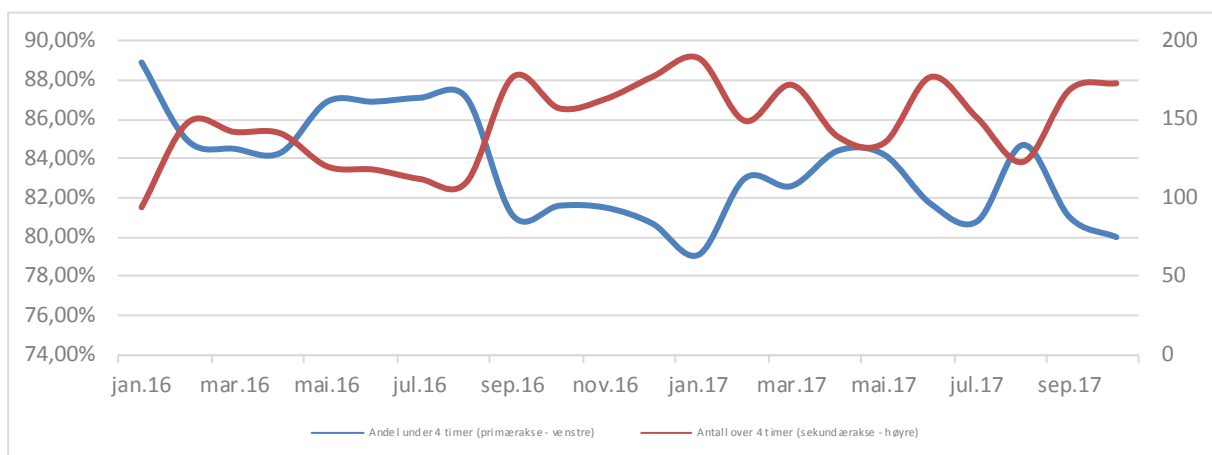


Oppholdstid i akuttmottaket

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



Figur 10 Oppholdstid i akuttmottaket poliklinikk (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



Aktivitet

Tabell 8 Aktivitet UNN

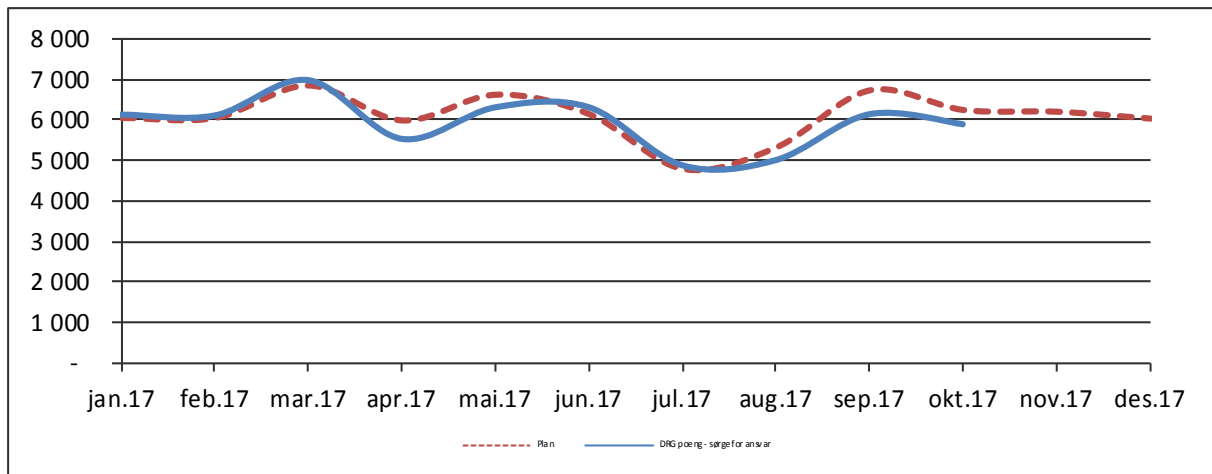
Aktivitet UNN HF	2016	2017	Plantall 2017	Avvik fra 2016		Avvik fra plan 2017	
				Antall	%	Antall	%
Somatikk							
Utskrivelser heldøgn	33 902	34 769	34 918	867	2,6	-149	-0,4
Innlagte dagopphold	5 384	5 644	5 740	260	4,8	-96	-1,7
Polikliniske dagbehandlinger	22 606	22 162	25 526	-444	-2,0	-3 364	-13,2
DRG poeng (2017 logikk)	54 306	59 272	60 950	4 966	9,1	-1 678	-2,8
Liggedager i perioden	145 415	146 224	142 613	809	0,6	3 611	2,5
Polikliniske konsultasjoner	221 664	222 192	208 206	528	0,2	13 986	6,7
Herav ISF	180 905	184 747	183 542	3 842	2,1	1 205	0,7
Kontrollandel poliklinikk	31 %	31 %	31 %	0 %	0,0	0 %	0,0
Laboratorieanalyser	4 576 042	5 276 834	4 469 937	700 792	15,3	806 897	18,1
Røntgenundersøkelser	136 916	122 693	126 205	-14 223	-10,4	-3 512	-2,8
Fremmøte stråleterapi	11 136	10 082	12 885	-1 054	-9,5	-2 803	-21,8
Pasientkontakter	260 950	262 605	248 865	1 655	0,6	13 740	5,5
VOP							
Utskrivelser heldøgn	2 682	2 884	2 624	202	7,5	260	9,9
Liggedager i perioden	30 276	33 062	35 332	2 786	9,2	-2 270	-6,4
Polikliniske konsultasjoner	53 237	54 549	54 483	1 312	2,5	66	0,1
Pasientkontakter	55 919	57 433	57 107	1 514	2,7	326	0,6
BUP							
Utskrivelser heldøgn	136	177	228	41	30,1	-51	-22,2
Liggedager i perioden	1 513	1 926	2 902	413	27,3	-976	-33,6
Polikliniske konsultasjoner	21 940	25 392	21 043	3 452	15,7	4 349	20,7
Pasientkontakter	22 076	25 569	21 271	3 493	15,8	4 298	20,2
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)							
Utskrivelser heldøgn	1 038	964	598	-74	-7,1	366	61,2
Liggedager i perioden	19 006	19 267	18 348	261	1,4	919	5,0
Polikliniske konsultasjoner	9 259	8 460	9 542	-799	-8,6	-1 082	-11,3
Pasientkontakter	10 297	9 424	10 140	-873	-8,5	-716	-7,1

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. Noe av økningen i laboratorieanalyser skyldes at fra medio februar så er pasient nær analysering (blodgass) i Tromsø koblet til og telles inn i analyseoversikten. Harstad og Narvik blir koblet til etter hvert. Det blir også ytterligere økning når blodsukker telles med.

Somatisk virksomhet

Figur 11 DRG-poeng UNN 2017

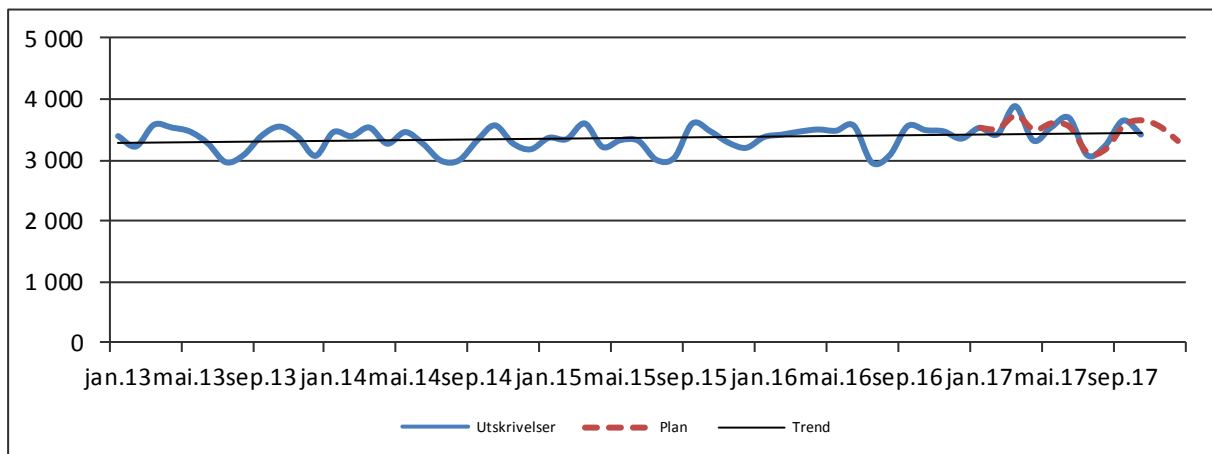


Tabell 9 DRG-poeng hittil i år 2017 fordelt på klinikk

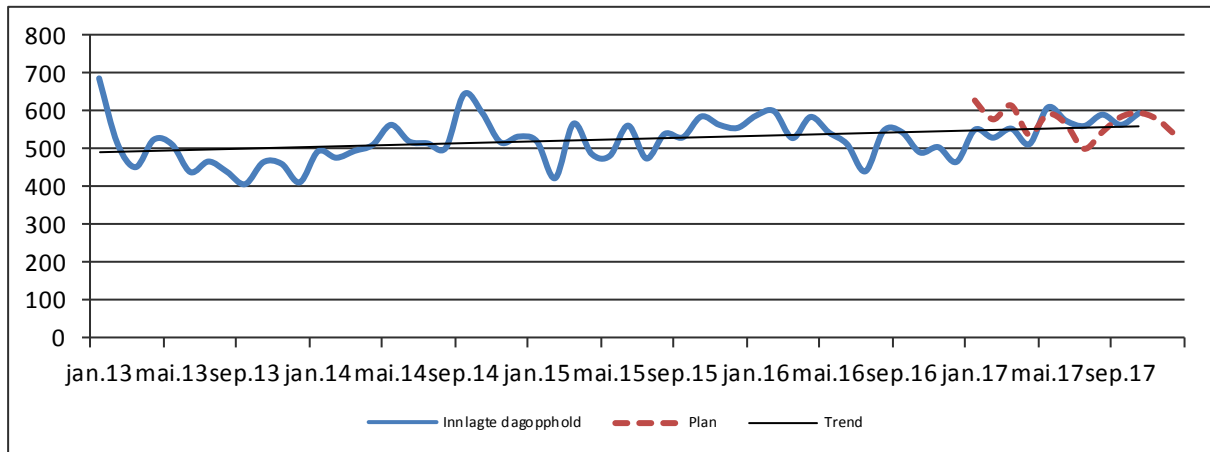
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 311	1 286	24
Barne- og ungdomsklinikken	2 713	2 597	116
Hjerte- og lungeklinikken	10 111	9 546	565
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	15 340	16 864	-1 525
Medisinsk klinikk	10 882	10 539	343
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	14 896	15 311	-416
Operasjons- og intensivklinikken	345	342	3
Totalt	55 597	56 486	-889

DRG-poeng – egen produksjon.

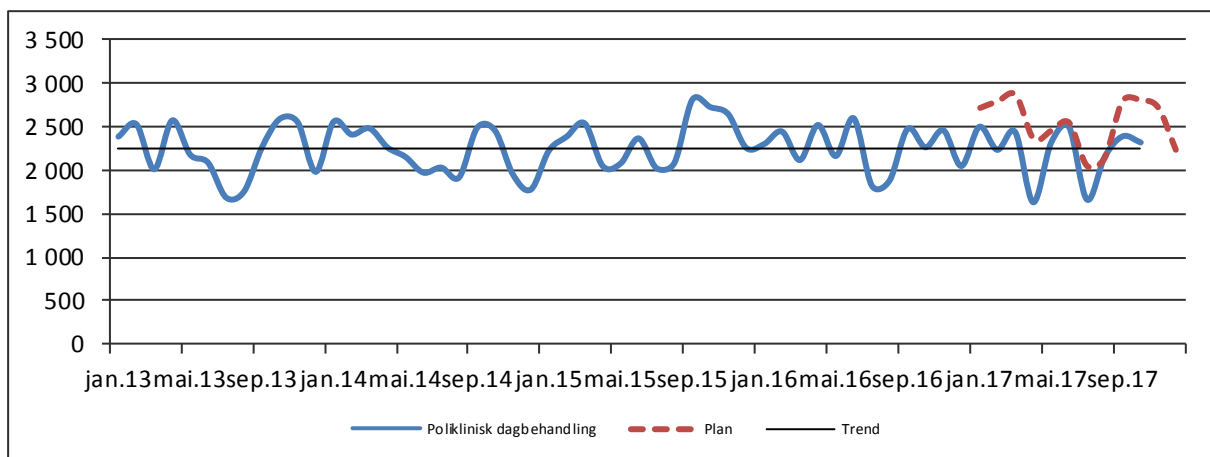
Figur 12 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



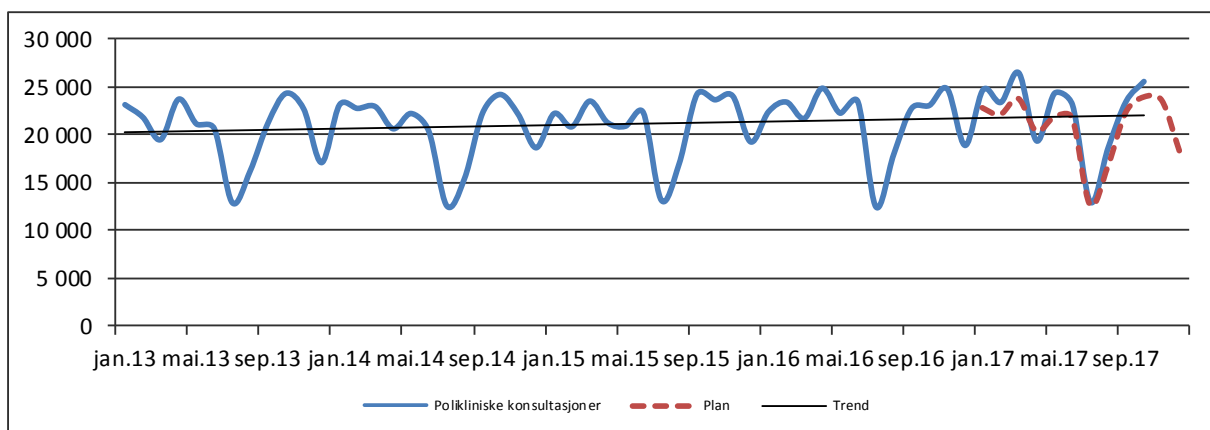
Figur 13 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



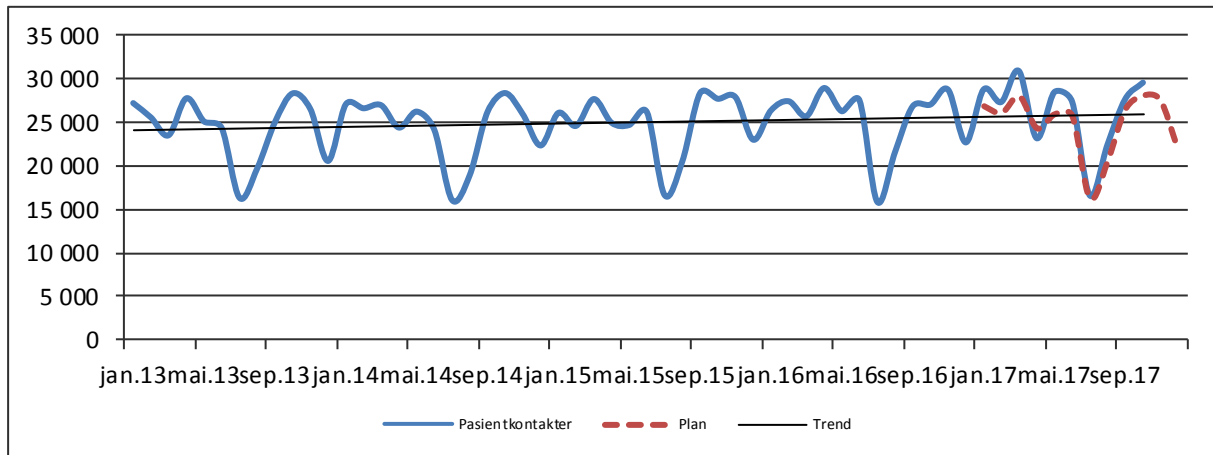
Figur 14 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



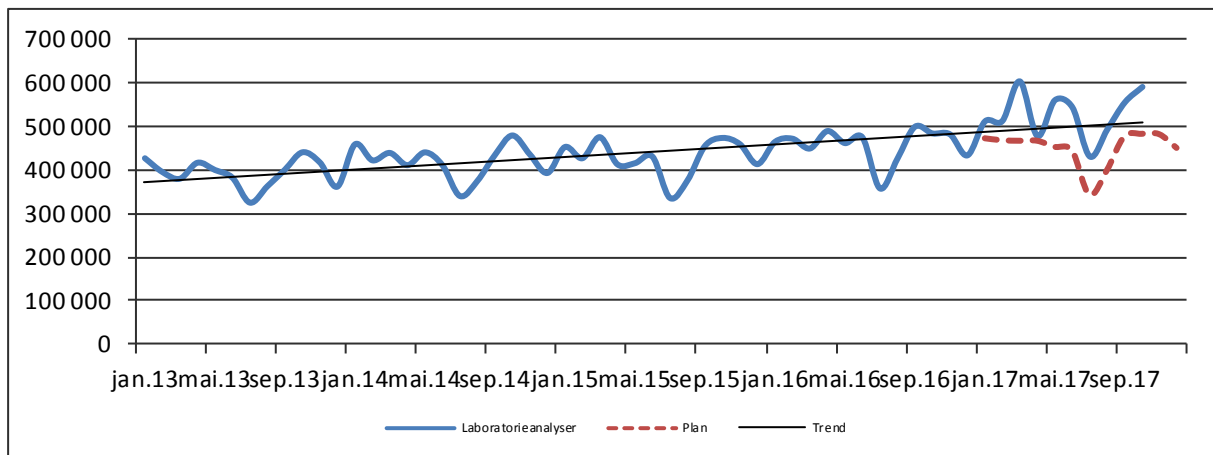
Figur 15 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



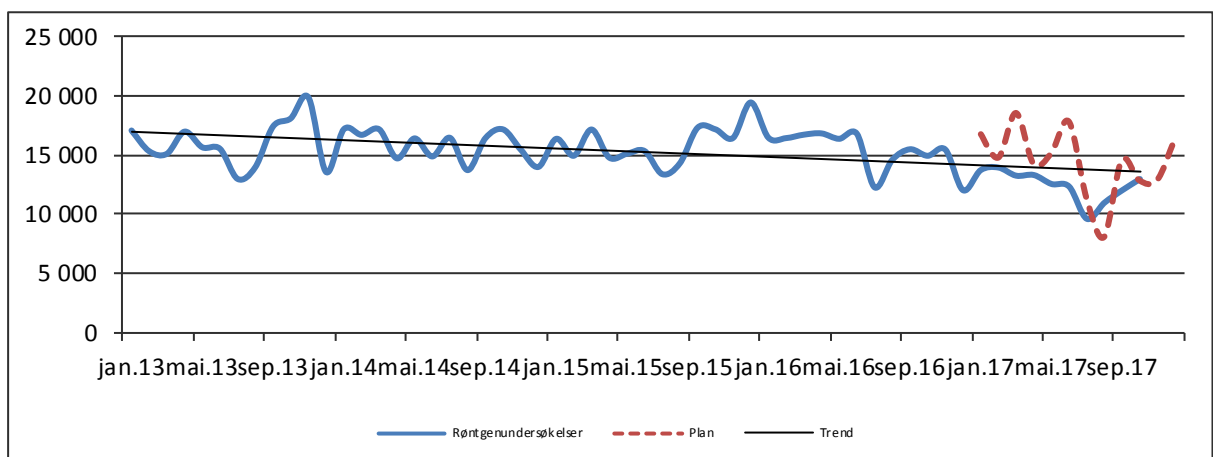
Figur 16 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 17 Laboratorieanalyser

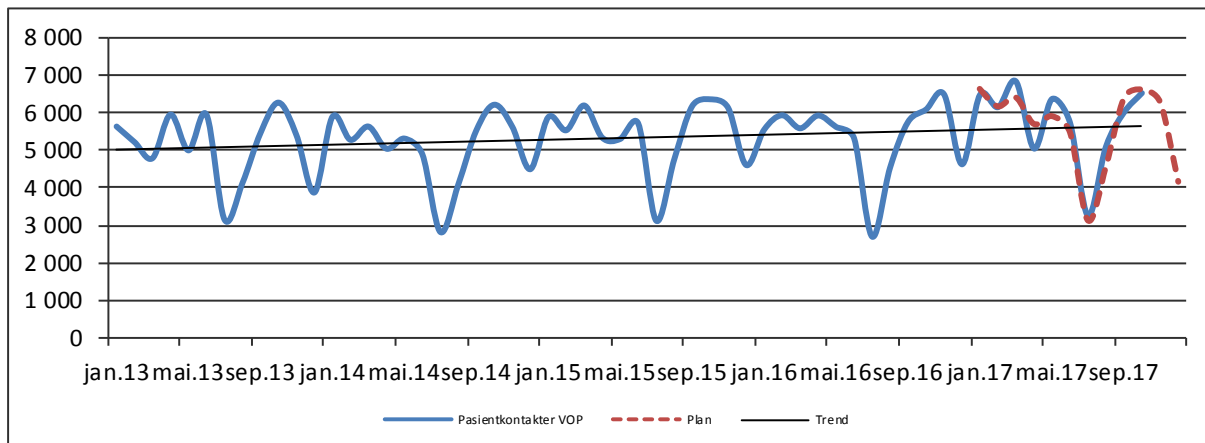


Figur 18 Røntgenundersøkelser



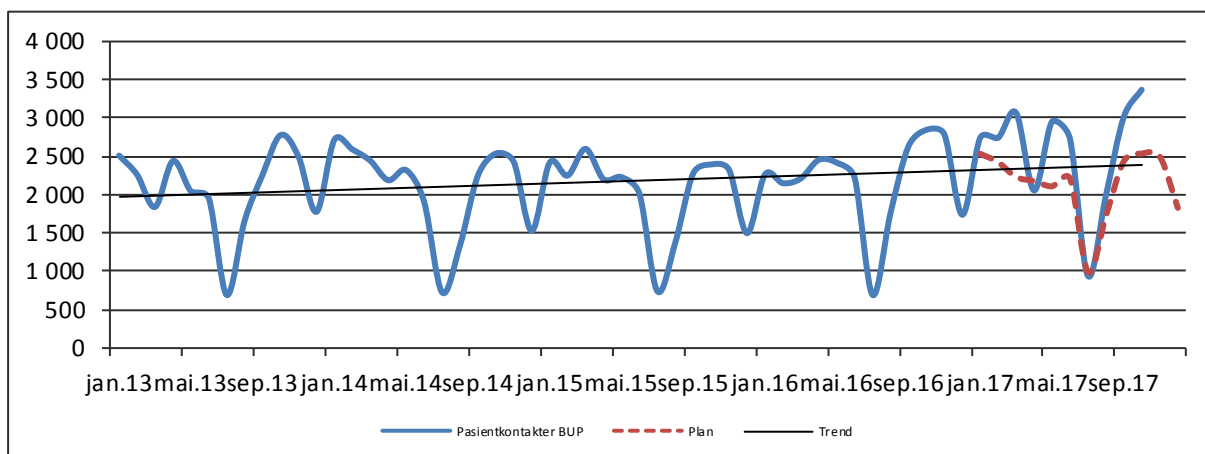
Psykisk helsevern voksne

Figur 19 Pasientkontakter – VOP



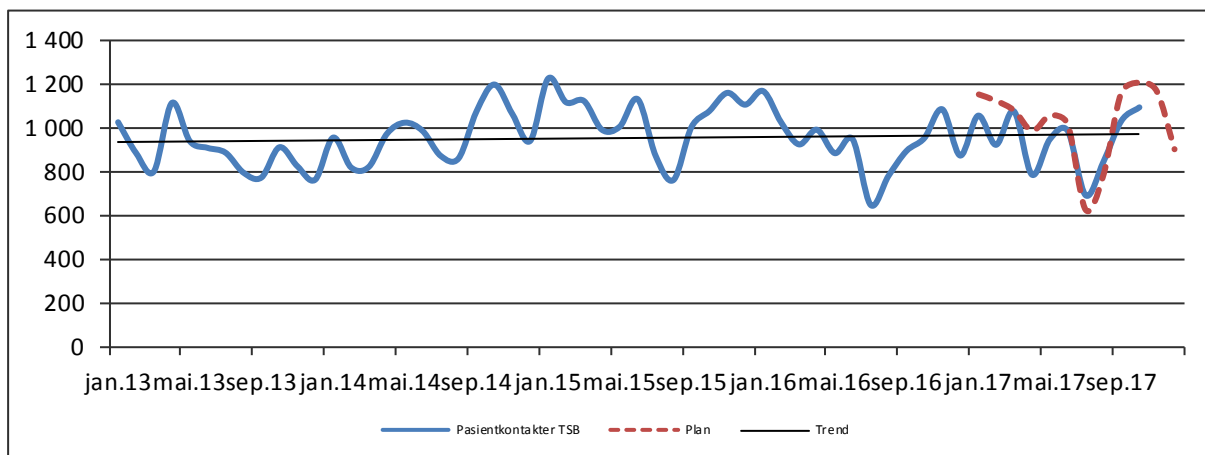
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 20 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 21 Pasientkontakter- TSB



Den gylne regel

Tabell 10 Den gylne regel per oktober

Den gylne regel		
Funksjon	Måleparameter	Endring 16 -17
Somatikk*	Månedsværk	2,9 %
Psykisk helse og rus	Månedsværk	6,2 %
Somatikk*	Økonomi	6,2 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	7,8 %
Somatikk	Konsultasjoner	0,2 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	1,5 %
Somatikk	Ventetid	-10,0 %
Psykisk helse og rus	Ventetid	0,7 %

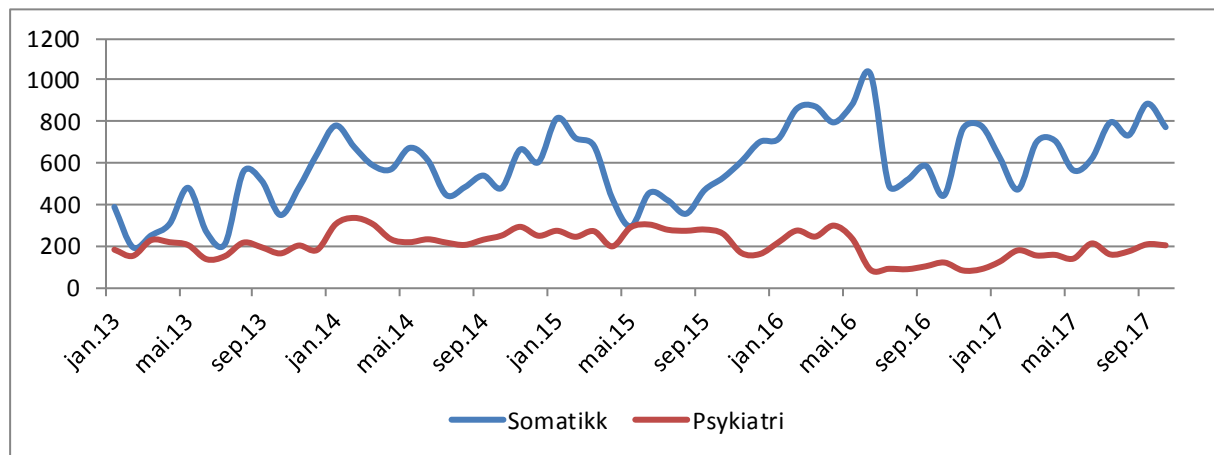
* Somatikk inkl. lab/rtg og rehabilitering

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 22 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

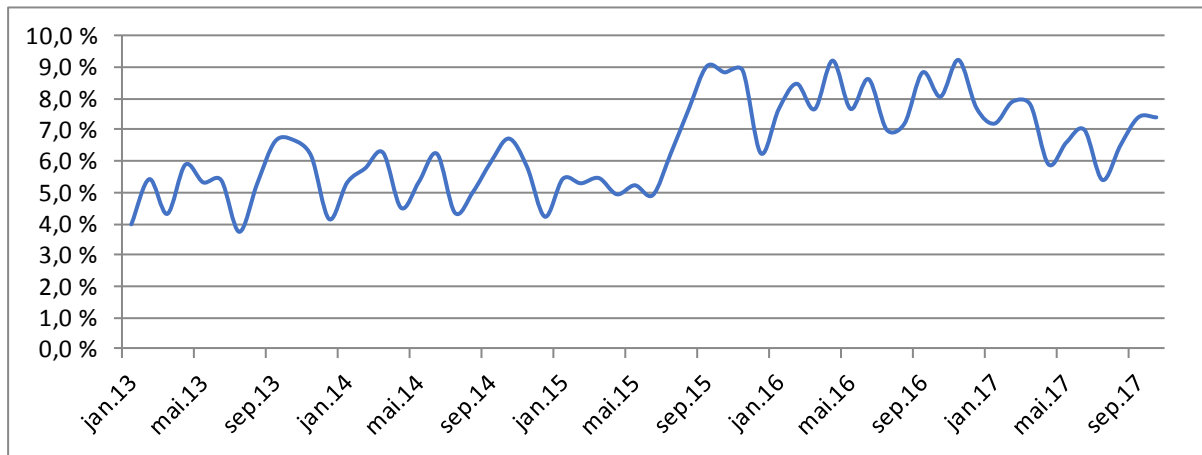


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

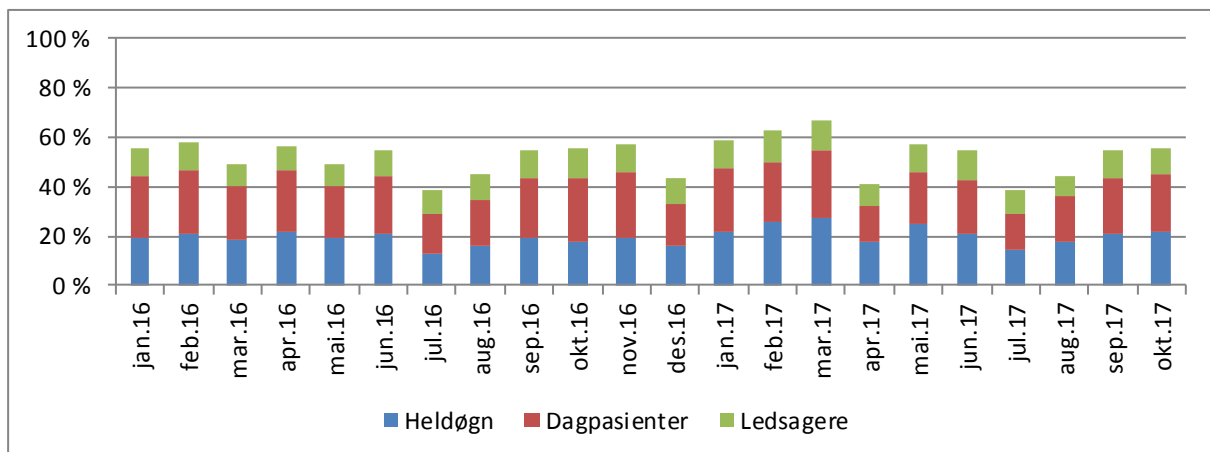
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-okt	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering jan-okt	Antall opphold jan-okt	Utskrivningsklare døgn jan-okt pr 1000 innbyggere
LØDINGEN	108	29	82	50
TROMSØ	3 578	3 243	466	49
NARVIK	898	586	333	48
IBESTAD	64	10	54	45
GRATANGEN	51	27	24	45
KARLSØY	98	84	16	43
TJELDSUND	54	7	47	42
HARSTAD	999	349	666	40
SKÅNLAND	115	11	108	38
EVENES	50	2	48	36
SALANGEN	61	33	29	27
KVÆFJORD	80	3	80	26
BALLANGEN	47	11	36	18
STORFJORD	30	26	5	16
NORDREISA	77	54	19	16
BALSFJORD	77	44	36	13
LYNGEN	38	23	16	13
LAVANGEN	12	1	11	12
TYSFJORD	22	11	11	11
DYRØY	12	5	7	10
MÅLSELV	51	22	30	8
BARDU	26	7	19	6
KÅFJORD	13	7	6	6
TRANØY	9	4	5	6
SKJERVØY	16	8	8	6
BERG	5	0	5	6
LENVIK	63	18	47	5
SØRREISA	16	3	13	5
TORSKEN	4	1	3	5
Sum	6 674	4 629	2 230	35

Bruk av pasienthotell

Figur 23 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



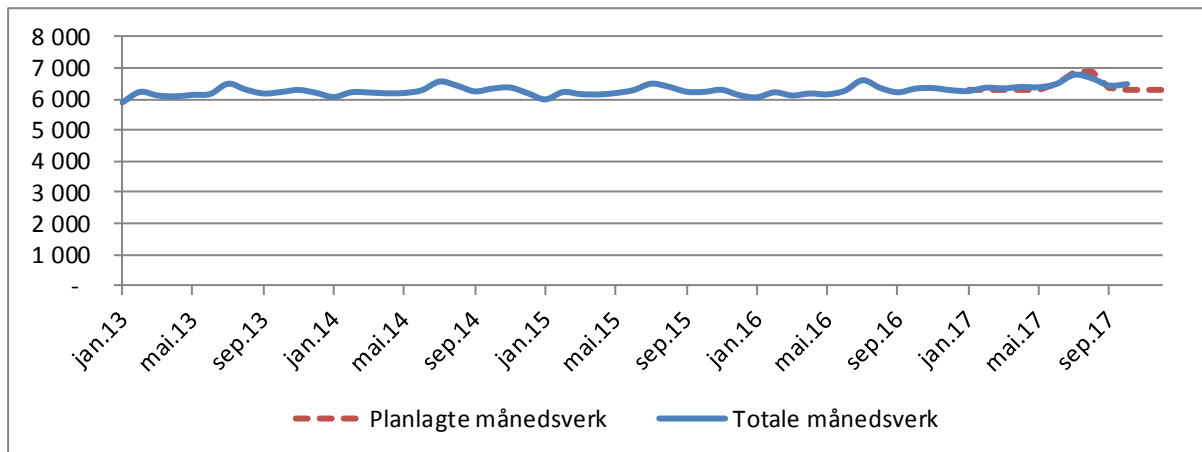
Figur 24 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Personal

Bemanning

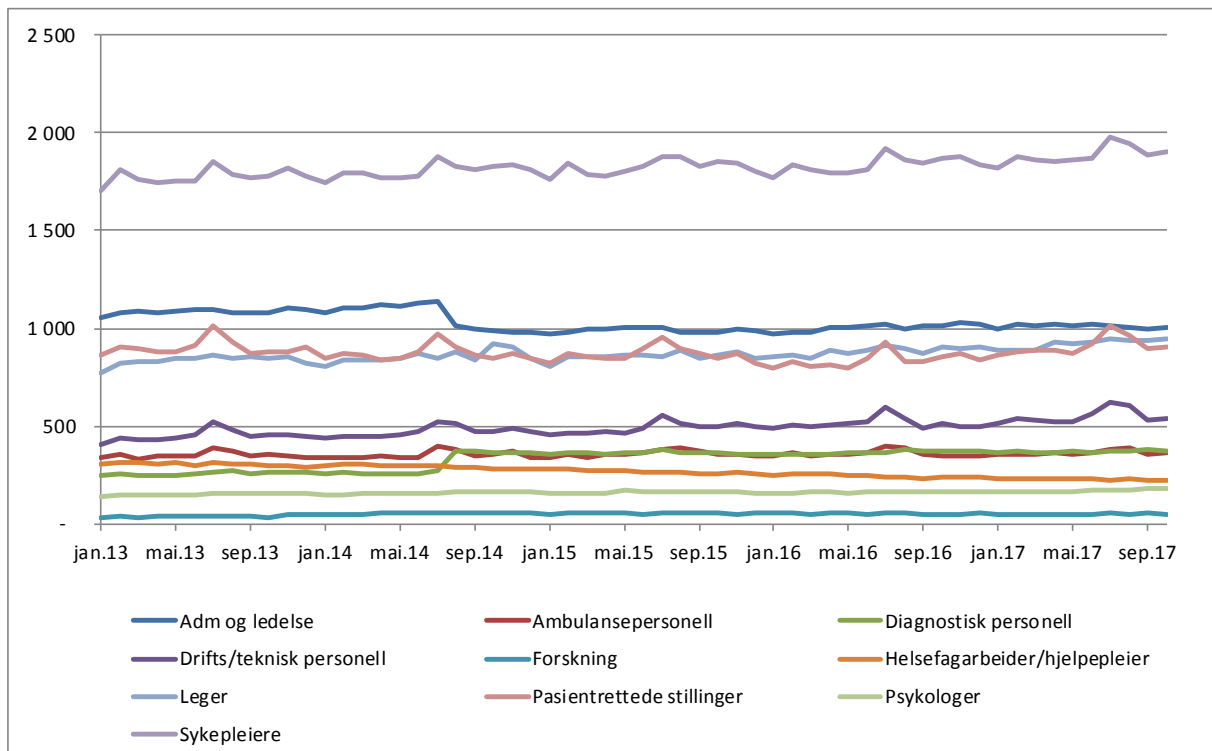
Figur 25 Brutto utbetalte månedssverk 2013-2017



Tabell 12 Brutto utbetalte månedssverk 2015-2017

Måned	2015	2016	2017	Plantall 2017	Avvik mot plan
Januar	5 988	6 054	6 254	6 270	-16
Februar	6 220	6 213	6 362	6 270	92
Mars	6 156	6 112	6 341	6 280	60
April	6 146	6 176	6 386	6 288	98
Mai	6 191	6 149	6 376	6 287	89
Juni	6 284	6 266	6 483	6 471	13
Juli	6 491	6 601	6 777	6 847	-70
August	6 393	6 353	6 665	6 866	-202
September	6 234	6 214	6 432	6 369	63
Oktober	6 226	6 333	6 476	6 301	175
November	6 293	6 349		6 301	
Desember	6 123	6 282		6 301	
Snitt hittil i år	6 233	6 247	6 455	6 425	30

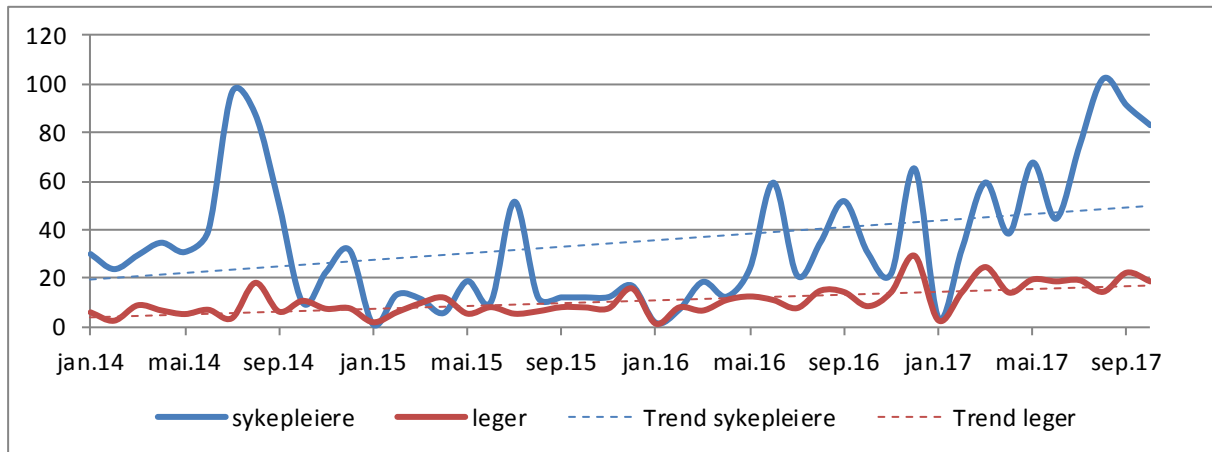
Figur 26 Brutto utbetalte månedsværk fordelt på profesjon 2013-2017



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på profesjon 2015-2017

Profesjon	2015	2016	2017	Avvik fra 2016
Adm og ledelse	991	1 000	1 011	11
Ambulansepersonell	359	363	363	0
Diagnostisk personell	362	363	370	7
Drifts/teknisk personell	487	517	548	31
Forskning	52	51	48	-3
Helsefagarbeider/hjelpepleier	269	247	229	-17
Leger	855	880	920	41
Pasientrettede stillinger	871	834	909	75
Psykologer	161	161	170	9
Sykepleiere	1 825	1 833	1 886	54
Snitt hittil i år	6 233	6 247	6 455	208

Figur 27 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

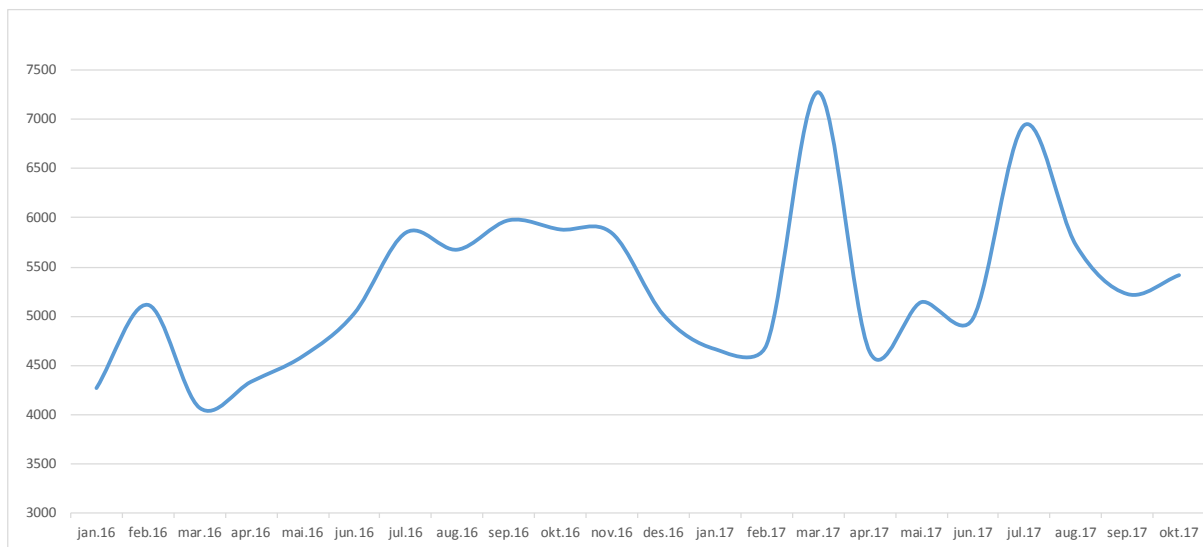
Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

Det er problemer med kildedata fra GAT slik at en ikke har oppdaterte data på sykefravær i september og oktober.

AML-brudd

Figur 28 Antall AML-brudd 2016-2017



Tabell 14 AML-brudd per klinikk

Klinikk	okt. 16	okt. 17	Endring i %
Akuttmedisinsk klinikk	1 426	1 087	-23,8 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	450	597	32,7 %
Hjerte- og lungeklinikken	731	748	2,3 %
Medisinsk klinikk	279	275	-1,4 %
Barne- og ungdomsklinikken	147	152	3,4 %
Operasjons- og intensivklinikken	1 005	814	-19,0 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	500	475	-5,0 %
Psykiskhelse- og rusklinikken	605	792	30,9 %
Diagnostisk klinikk	436	273	-37,4 %
Kvalitets- og utviklingssenteret	20	7	-65,0 %
Drifts- og eiendomssenteret	216	197	-8,8 %
Stabssenteret	64	1	-98,4 %
Annet	2		-100,0 %
Totalt	5 881	5 418	-7,9 %

Kommunikasjon

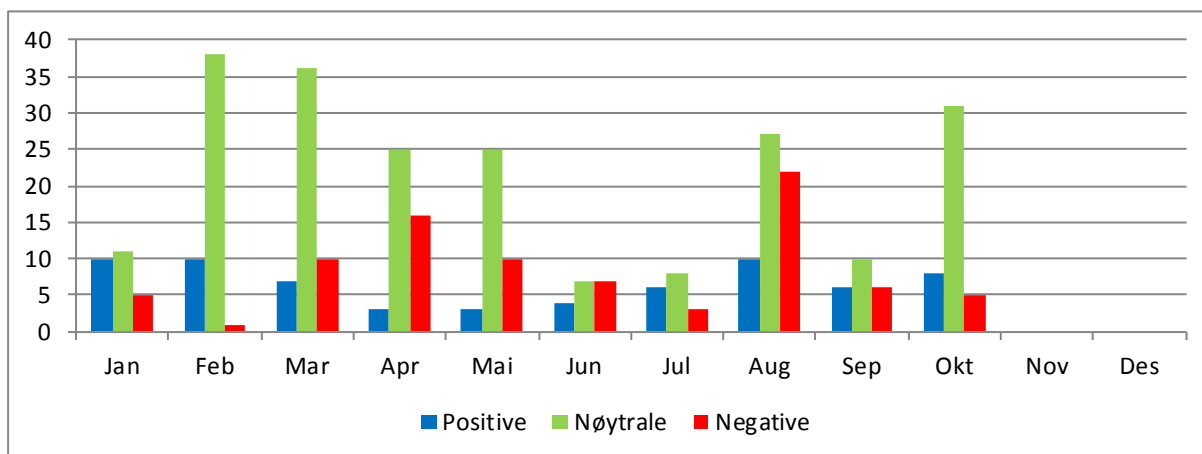
Sykehuset i media

Medieoppmerksomheten i oktober var sentrert om PCI-saken som var til behandling i Helse Nord sitt styre 25. oktober. Over halvparten av medieklippene denne måneden omhandlet PCI.

Markeringen av 40 års drift i dagens lokaler ved UNN Harstad fikk bred og positiv omtale over flere reportasjer og artikler i Harstad Tidende. Det fikk også nyheten om at Gina Marie Johansen går fra stillingen som Drift- og eiendomssjef i UNN til å bli driftssjef ved UNN Harstad fra januar 2018.

Influensavaksinering av ansatte i UNN avstedkom oppmerksomhet i lokalavisene ettersom UNN er langt unna Folkehelseinstituttets nasjonale mål om at 75 prosent av helsearbeiderne skal vaksineres. I fjor valgte bare 13,4 prosent av UNNs ansatte å ta vaksinen og UNNs administrerende direktør har gjennom media oppfordret ansatte til å bidra til å hindre smittespredning gjennom vaksinerings.

Figur 29 Mediestatistikk 2017

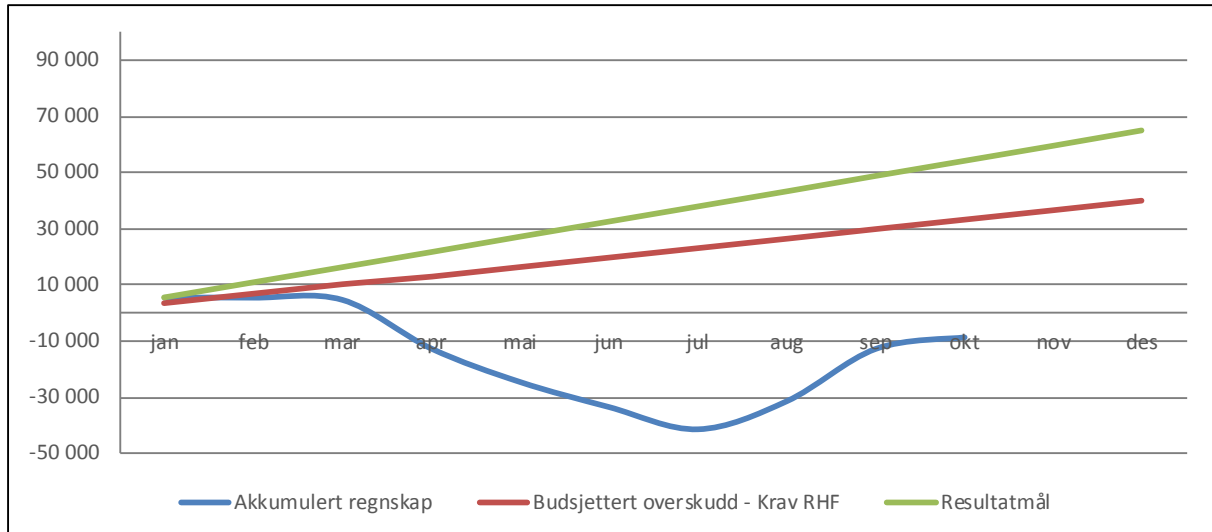


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 30 Akkumulert regnskap og budsjett 2017



For 2017 er det et overskuddskrav fra RHF på 40 mill kr. Det er budsjettet med 3,3 mill kr i overskudd hver måned. I tillegg styres det etter et ytterligere overskudd på 25 mill kr, slik at styringsmålet for 2017 er et overskudd på til sammen 65 mill kr (5,4 mill kr per måned og 2,1 mill kr høyere enn budsjettet).

Regnskapet for oktober viser et regnskapsmessig resultat på 4,1 mill kr. Det er 0,8 mill kr høyere enn budsjett og 1,3 mill kr lavere enn internt styringsmål. Akkumulert per oktober viser regnskapet 8,6 mill kr i underskudd, 41,9 mill kr lavere enn budsjett og 62,8 mill kr lavere enn internt resultatmål.

Tabell 15 Resultatregnskap 2017

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Oktober				Akkumulert per Oktober			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	412,1	412,4	-0,3	0 %	3 812,9	3 812,9	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	0 %	23,1	23,1	0,0	0 %
ISF egne pasienter	126,1	135,7	-9,5	-7 %	1 248,1	1 284,9	-36,9	-3 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	4,0	2,9	1,0	36 %	48,0	52,4	-4,4	-8 %
Gjestepasientinntekter	4,4	3,0	1,5	50 %	31,4	29,6	1,8	6 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,5	15,9	1,6	10 %	165,5	148,6	16,9	11 %
Utskrivningsklare pasienter	2,7	2,8	-0,2	-5 %	19,6	17,5	2,1	12 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	2,2	-0,1	-5 %	21,2	21,5	-0,3	-2 %
Andre øremerkede tilskudd	26,4	26,6	-0,1	0 %	217,7	214,5	3,2	2 %
Andre driftsinntekter	33,8	36,1	-2,3	-6 %	328,6	326,6	1,9	1 %
Sum driftsinntekter	631,5	640,0	-8,5	-1 %	5 915,9	5 931,6	-15,6	0 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,3	17,1	1,2	7 %	187,7	153,7	34,0	22 %
Kjøp av private helsetjenester	9,5	3,8	5,7	148 %	56,5	56,1	0,4	1 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	66,5	70,2	-3,7	-5 %	609,4	600,4	9,0	2 %
Innleid arbeidskraft	9,6	1,6	8,0	507 %	75,1	32,8	42,3	129 %
Lønn til fast ansatte	321,4	346,0	-24,6	-7 %	3 056,9	3 172,8	-115,9	-4 %
Overtid og ekstrahjelp	24,9	23,4	1,5	7 %	249,6	211,2	38,4	18 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	59,5	59,3	0,2	0 %	585,1	584,9	0,2	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,0	-22,1	-0,9	-4 %	-219,7	-222,1	2,4	-1 %
Annen lønnskostnad	30,5	31,1	-0,6	-2 %	276,9	273,1	3,8	1 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	363,4	380,0	-16,6	-4 %	3 438,7	3 467,8	-29,1	-1 %
Avskrivninger	16,2	16,2	0,0	0 %	169,9	169,9	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	94,4	91,2	3,2	4 %	884,9	877,9	7,0	1 %
Sum driftskostnader	627,8	637,9	-10,1	-2 %	5 932,3	5 910,7	21,6	0 %
Driftsresultat	3,7	2,1	1,7	79 %	-16,4	20,8	-37,2	-179 %
Finansinntekter	0,5	1,3	-0,7		8,6	12,5	-3,9	
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1		0,8	0,0	0,8	
Finansresultat	0,4	1,3	-0,9		7,8	12,5	-4,7	
Ordinært resultat	4,1	3,3	0,8	24 %	-8,6	33,3	-41,9	-126 %

Tabell 16 Resultatregnskap 2017, ekskl. eksternfinansiering

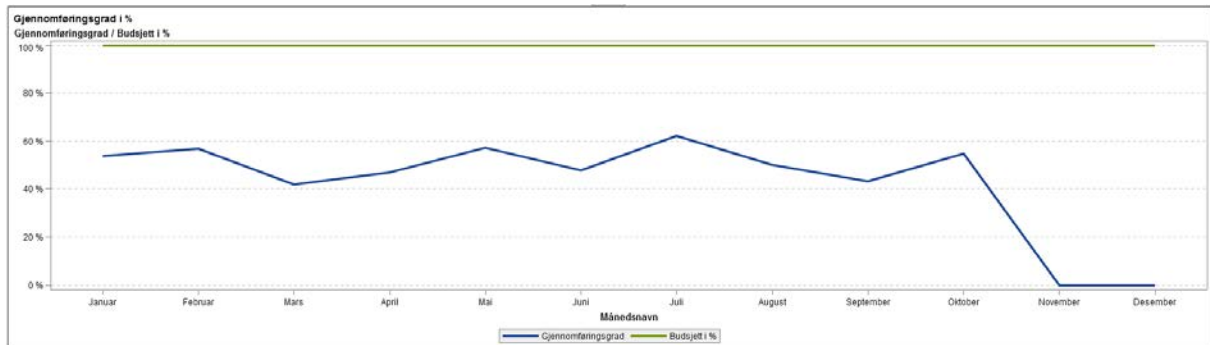
Resultatrapportering (tall i mill kr)	Oktober ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Oktober ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	412,1	412,4	-0,3	3 812,9	3 812,9	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	23,1	23,1	0,0
ISF egne pasienter	126,1	135,7	-9,5	1 248,1	1 284,9	-36,9
ISF av legemidler utenfor sykehus	4,0	2,9	1,0	48,0	52,4	-4,4
Gjestepasientinntekter	4,4	3,0	1,5	31,4	29,6	1,8
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,5	15,9	1,6	165,5	148,6	16,9
Utskrivningsklare pasienter	2,7	2,8	-0,2	19,6	17,5	2,1
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	2,2	-0,1	21,2	21,5	-0,3
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	33,8	36,1	-2,3	328,6	326,6	1,9
Sum driftsinntekter	605,1	613,4	-8,3	5 698,2	5 717,1	-18,8
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,3	17,1	1,2	187,7	153,7	34,0
Kjøp av private helsetjenester	9,4	3,8	5,7	56,2	55,9	0,4
Varekostnader knyttet til aktivitet	65,4	69,1	-3,7	600,9	592,0	8,9
Innleid arbeidskraft	9,6	1,6	8,0	75,1	32,8	42,3
Lønn til fast ansatte	307,7	332,2	-24,5	2 944,3	3 061,9	-117,6
Overtid og ekstrahjelp	21,8	20,3	1,6	224,3	186,3	38,0
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	56,1	55,9	0,2	557,5	557,6	-0,2
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,0	-21,1	-0,9	-211,8	-214,3	2,5
Annen lønnskostnad	28,7	29,3	-0,6	262,1	258,4	3,6
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	345,8	362,3	-16,5	3 293,9	3 325,2	-31,2
Avskrivninger	16,2	16,2	0,0	169,9	169,9	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	90,0	86,7	3,2	848,3	841,9	6,5
Sum driftskostnader	601,4	611,3	-9,9	5 714,6	5 696,2	18,4
Driftsresultat	3,7	2,1	1,7	-16,4	20,8	-37,2
Finansinntekter	0,5	1,3	-0,7	8,6	12,5	-3,9
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1	0,8	0,0	0,8
Finansresultat	0,4	1,3	-0,9	7,8	12,5	-4,7
Ordinært resultat	4,1	3,3	0,8	-8,6	33,3	-41,9

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

Regnskap per klinikk per oktober - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	33,5	32,3	-1,3	-0,1	309,5	297,2	-12,3	0,5
11 - Longyearbyen sykehus	2,4	2,7	0,3	0,0	23,6	22,5	-1,1	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18,2	15,1	-3,1	-2,8	164,0	115,3	-48,7	-32,6
13 - Hjerte- lungeklinikken	18,6	15,6	-3,0	-2,0	125,9	118,3	-7,7	12,1
15 - Medisinsk klinikk	25,3	26,8	1,6	1,4	205,3	202,9	-2,4	7,3
17 - Barne- og ungdomsklinikken	19,0	20,1	1,1	1,2	175,1	172,8	-2,3	1,5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	61,3	57,9	-3,4	0,1	551,2	542,3	-8,9	0,1
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	29,1	27,1	-2,0	-3,0	247,7	231,7	-15,9	-8,9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	62,6	60,6	-2,0	-1,0	568,1	550,1	-18,1	-8,0
30 - Diagnostisk klinikk	46,6	46,1	-0,5	0,0	435,0	427,7	-7,3	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	-1,0	0,2	1,1	0,0	0,2	2,0	1,8	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	43,2	42,9	-0,4	0,0	407,5	414,4	6,9	0,0
52 - Stabsenteret	14,1	16,1	2,0	0,0	126,9	129,3	2,5	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingscenteret	11,0	11,0	0,1	0,0	96,4	106,0	9,6	0,0
62 - Felles	-388,1	-377,9	10,2	-2,4	-3 427,7	-3 365,7	62,1	-13,2
Totalt	4,1	3,3	0,8	-8,5	-8,6	33,3	-41,9	-41,3

Gjennomføring av tiltak

Figur 31 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I oktober er gjennomføringsgraden på tiltakene 55 %. Hittil i år er den 52 %.

Tabell 18 Tiltaksgjennomføring per klinikk

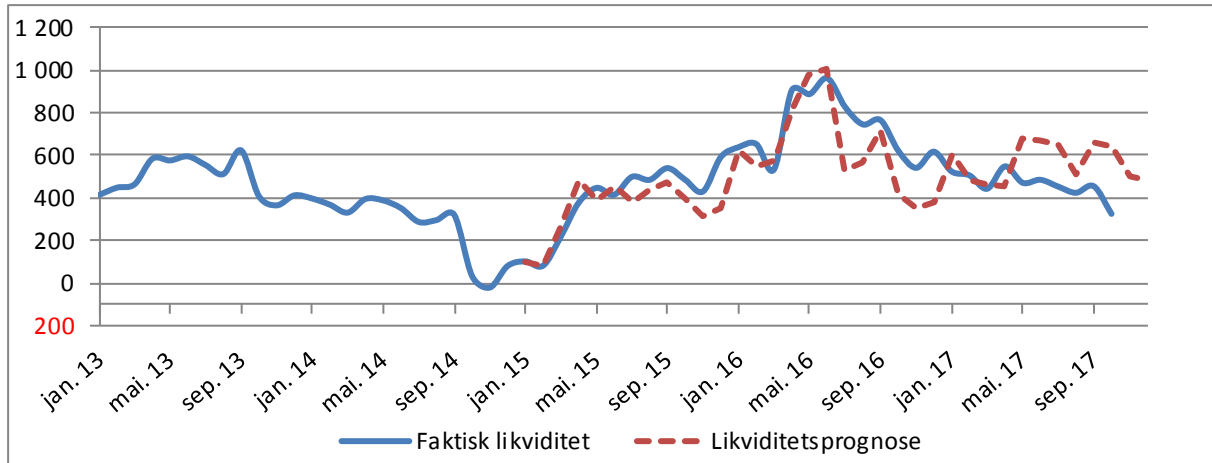
Klinikknavn-UNN ▲	Realisert	Planlagt	avvik	Gjennomføringsgrad
Sum	36 443	70 713	-34 270	52 %
+ Akuttmedisinsk klinikk	1 583	1 583	0	100 %
+ Barne- og ungdomsklinikken	798	1 167	-369	68 %
+ Diagnostisk klinikk	4 168	8 333	-4 166	50 %
+ Drifts- og eiendomssenter	1 000	1 000	0	100 %
+ Fellesinntekter/-kostnader	0	0	0	.
+ Hjerter- lungeklinikken	6 491	9 193	-2 702	71 %
+ Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-0	9 283	-9 284	-0 %
+ Kvalitet- og utviklingssenteret	583	583	0	100 %
+ Longyearbyen sykehus	83	83	0	100 %
+ Medisinsk klinikk	7 917	7 917	0	100 %
+ Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	0	0	0	.
+ Nevro-, ortopedi, og rehabiliteringsklinikken	10 239	24 518	-14 279	42 %
+ Operasjons- og intensivklinikken	740	2 986	-2 246	25 %
+ Psykisk helse- og rusklinikken	1 856	3 080	-1 224	60 %
+ Stabsentrer	986	986	0	100 %

Prognose

Resultatet for oktober er noe dårligere enn prognostisert. Resultatet er omtrent 5 mill kr lavere enn reelt på grunn av en manglende regnskapsmessig korrigerende av MVA-refusjon. Dette vil bli korrigert i november. Prognosen opprettholdes med 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 32 Likviditet



Investeringer

Tabell 19 Investeringer

Investeringer , tall i mill kr	Restramme overført fra 2016	Investerings ramme 2017	Samlet investerings ramme 2017	Investert september 2017	Investert oktober 2017	Sum investert 2017	Rest-forpliktelser (godkjent tidligere) oktober	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	5,1	0,0	5,1	0,0	0,6	2,5		2,6
A-fløy inkl alle underprosjekter	-25,4	638,0	612,6	34,7	41,8	315,0		297,6
PET-senter inkl alle underprosjekter	-153,5	449,7	296,2	15,1	35,1	217,0		79,2
Nytt sykehus Narvik	-2,9	71,0	68,1	0,2	10,2	16,3		51,8
SUM Nybygg	-176,7	1 158,7	982,0	50,0	87,7	550,7	0,0	431,3
Åsgård Bygg 7	1,5	0,0	1,5	0,0		0,6		0,8
SUM Rehabilitering	1,5	0,0	1,5	0,0	0,0	0,6	0,0	0,8
Tiltak kreftplan	0,0	0,0	0,0			0,0		0,0
Tromsøundersøkelsen	0,0	5,0	5,0			0,0		5,0
ENØK	11,0	0,0	11,0	0,0	1,4	6,2		4,8
SUM Prosjekter	11,0	5,0	16,0	0,0	1,4	6,2	0,0	9,8
Medisinteknisk utstyr	-8,6	191,5	182,9	2,7	5,7	76,5	114,3	-7,8
Annet utstyr disponert av MTU-midler			0,0	0,5	0,1	13,8		-13,8
Teknisk utstyr	6,5	12,0	18,5	2,9	1,4	9,6	6,5	2,4
Diverse		33,5	33,5	2,7	-0,1	3,5	30,0	0,0
Ambulanser		12,0	12,0	0,2	0,1	6,9	5,1	0,0
Ombygginger	13,4	10,0	23,4	0,1	0,1	0,1		23,3
EK KLP		28,0	28,0			28,1		-0,1
SUM Utstyr med mer	11,3	287,0	298,3	9,0	7,3	138,5	155,9	3,9
SUM total	-152,9	1 450,7	1 297,8	59,0	96,4	696,0	155,9	445,8

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	314,9 mill kr	216,9 mill kr
Sum investert tidligere år	929,8 mill kr	193,0 mill kr
Sum investert totalt	1 244,7 mill kr	409,9 mill kr
Investeringsramme	1 547,0 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	-25	+16



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
99/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2017
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Hege Fredheim-Kildal

Tilsynsrapport

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 1.8.2017 til og med 10.11.2017 til etterretning.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar vedlagte handlingsplan etter Helse Nord RHF's interne revisjon *Henvisninger og ventetid i UNN* til orientering.

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 denne saken fremlegges også UNNs handlingsplan for oppfølging av den regionale, interne revisjonen på foretakets håndtering av henvisninger og ventelister, i tråd med krav til oppfølging av slike revisjoner.

Formål

Formålet med saken er å gi styret oversikt over funn i - og oppfølging av - gjennomførte eksterne tilsyn, samt interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF i helseforetaket fra 1.8.2017 til og med 10.11.2017.

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 Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i det løpende forbedringsarbeidet. De er opptatt av å undersøke 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.

Oversikt over eksterne tilsyn

Det er siden forrige rapportering gjennomført ett tilsyn og én revisjon. Det vises til vedlegg for oversikt og mer informasjon om funn og status:

1. Internrevisjon i Helse Nord har gjennomført revisjon på *Antibiotikabruk i UNN*, foreløpig rapport er under utarbeidelse og forventes i desember 2017/ januar 2018.
2. Fylkesmannen har gjennomført oppfølgende tilsyn *Sepsisbehandling i akuttmottak*. Foreløpig rapport er under utarbeidelse og forventes i løpet av desember 2017.

Oversikt over avsluttede tilsyn

Det er siden forrige rapportering avsluttet 6 tilsyn, det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging.

1. Fylkesmannen har gjennomført tilsyn med bakgrunn i bekymringsmelding hvor det fremgår at bemannings situasjon ved Radiologisk avdeling medfører lang ventetid på beskrivelse av billeddiagnostiske undersøkelser. Sak lukket 26.1.2016 (bekreftet i epost fra Fylkesmann 14.9.2017).
2. Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn med bakgrunn i bekymringsmelding for arbeidsmiljø til legene ved Operasjons- og intensivklinikken (Anestesiavdeling ved UNN Tromsø). Sak lukket 21.9.2017.
3. Helse Nord RHF har gjennomført intern revisjon *Henvisninger og ventetid i UNN*. Handlingsplanen er vedlagt saken. Lukkes ved vedtak i styret 14.12.2017.
4. Luftfartstilsynet har gjennomført inspeksjon av Tromsø helikopterplass ved UNN. Ingen avvik eller merknader. Saken lukket 29.8.2017.
5. Mattilsynet har gjennomført 11 tilsyn med detaljomsetning og servering av mat og drikke ved Psykisk helse- og rus klinikk. Sak lukket 3.10.2017.

Oversikt kommende tilsyn

Det er varslet fire tilsyn:

1. Statens Helsetilsyn har varslet oppfølgende tilsyn etter tilsyn *Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon* 20.2.2018.
2. Statens Helsetilsyn ved Fylkesmannen i Finnmark, har varslet landsomfattende tilsyn med helseforetakenes styring og ledelse av de voksenpsykiatriske poliklinikker i 2017 og 2018. Tilsynet blir gjennomført ved UNN Harstad, Voksenpsykiatrisk poliklinikk 23. - 24.1.2018.
3. Helsetilsynet har varslet tilsynsmessig oppfølging etter tilsynssak *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 UNN om å foreta internrevisjon av utpekte enheter. Revisjonene skal gjennomføres innen ett år fra 4.7.2017.
4. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har varslet revisjon innen Helse-, miljø- og sikkerhetsfeltet (HMS) 22.-23.11.2017.

Gjennomførte brann- og tekniske tilsyn

I UNN gjennomføres jevnlig brann og tekniske tilsyn. Det har fra 1.august 2017 tom 10. november 2017 vært gjennomført rutinemessige el- tilsyn og 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). Seksjonsledere ved teknisk avdeling ved henholdsvis Narvik, Harstad og Tromsø utarbeider handlingsplaner og følger opp tiltaksarbeidet. Samtlige tekniske tilsyn er svart ut med handlingsplan. Dersom tilsyn tilsier økt økonomisk behov fremmes sak til Direktørens ledermøte av senterleder for DES.

Riksrevisjon

Det har vært gjennomført årlige tilsyn av forvaltningspraksis. Resultatene etter revisjon oppsummeres i nasjonale rapporter som behandles av Stortinget. Oppfølging gjøres via styringsdokumentene med oppdragsdokument fra Helse og omsorgsdepartementet. I gjeldende perioden har det vært gjennomført en fra Riksrevisjon: *Forvaltningsrevisjon om effektiv bruk av legeressurser*. Undersøkelsen tar utgangspunkt i aktivitet ved polikliniske konsultasjoner innen fagområdene nevrologi, gastroenterologi, gastrokirurgi og ortopedi, samt innhenting av registerdata om polikliniske konsultasjoner.

Oppfølgende arbeid etter tilsyn

I tråd med ønsker som fremkom under styrets behandling av tilsvarende styresak om eksterne tilsyn i september i år, presenteres nedenfor nærmere hvordan viktige tilsyn og/eller internrevisjoner har vært fulgt opp i foretaket.

Tilsyn av Sepsisbehandling i akuttmottak

Tilsynet avdekket i januar flere avvik innen områdene; tid til antibiotikaoppstart, tilstrekkelig legekompentanse i akuttmottak og ikke iverksatte tiltak fra sykehusets ledelse etter kjennskap om forsinket antibiotikabehandling.

Det ble raskt iverksatt tiltaksarbeid, ledet av klinikksjef for Medisinsk klinikk i samarbeid med klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk. Hensikt var forbedret behandling til pasienter med sepsis. Forbedringsarbeidet ivaretar følgende hovedområder:

- Revidert prosedyrer for sepsis med fagmiljø infeksjon, felles fagprosedyrer for alle mottak ved UNN.
- Oppstart av mottaksteam til akutt dårlig indremedisinsk pasient i mottak.
- Revitaliserte driftsråd for akuttmottak og observasjonspost
- Intensivering av tverrfaglige øvelser av medisinsk mottaksteam
- Innført kvalitetstavle i akuttmottak med tavlemøter to ganger pr uke, tverrfaglig læringsarena for leger og sykepleiere
- Iverksatt systematisk opplæring av helsepersonell
- Endret utforming akuttjournal med innlagt qSOFA-score for avkrysning i tillegg til SIRS (to ulike skåringssystemer for pasienter med alvorlige infeksjoner)
- Etablert kvalitetsindikatorer for håndtering av sepsis-pasienter (fått laget tjenestekoder i DISP samt rapporter i Helse Nord LIS når rapporter i DIPS er ferdig)
- Tilførsel av ressurser for økt legedekning og kompetanse i akuttmottak
- Fagutviklingssykepleier har prioritert arbeid med sepsis tiltak
- Tilført ressurser for å øke kapasitet på overvåkningsenger ved UNN Tromsø

Det er gjennomført oppfølgende tilsyn og i tilbakemeldingsmøte 7.11.2017 ble det gitt tilbakemelding fra tilsynsmyndighet at gjennomgang av journaler viser en stor forbedring. Arbeidet med forbedring som er utført ble løftet frem som et eksempel som andre sykehus bør lære av.

Det vurderes at følgende faktorer har bidratt til forbedringsarbeid:

- Helsepersonell i front som har hatt vurdert faglig innhold og kommet frem til tiltak og gjennomført tiltakene
- God lederforankring i øverste ledelse av viseadministrerende direktør
- Tett oppfølging fra klinikksjefene i Medisinsk klinikk og Akuttmedisinsk klinikk
- En dedikert fagperson som har hatt ansvar for å lede prosessen i klinikken
- UNN har hatt et betydelig fokus på kontinuerlig forbedring som har bidratt til at organisasjon var beredt for slikt omfattende forbedringsarbeid.

Internrevisjon i regi av Helse Nord for Henvisning og ventetid i UNN

Revisjonen ga til sammen 11 anbefalinger. Handlingsplan etter regionale revisjoner skal styrebehandles i foretakene. Handlingsplan er utarbeidet med bakgrunn i anbefalingene og viser en strukturert plan for hvordan forbedringsområdene skal følges opp. Utarbeidelse av handlingsplan ble ledet av seksjonsleder for E-helse og IKT, og representanter for en rekke klinikker har bidratt i arbeidet.

Det anbefales etablering av to arbeidsgrupper som har som mål å:

- Utarbeide felles retningslinje som sikrer korrekt vurdering av når pasientens rett til behandling/utredning er innfridd og ventetiden kan avsluttes.
- Utarbeide rutiner som sikrer opplæring og korrekt bruk og registreringspraksis for primærhenvisninger.

Utarbeidet handlingsplan er vedlagt.

Medvirkning

Saken ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftings- og innspillsmøter i uke 48. Protokoller/referater fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 14.12.2017.

Brakerutvalgets arbeidsutvalg var tilfreds med den nye innretningen saken har fått, med særlig vektlegging av læringen det kan ha å trekke frem oppfølgingsdelen av enkeltsaker.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av at videre oppfølging av saken om sepsistilsyn ivaretas.

Arbeidsmiljøutvalget tok saken til orientering, og samtlige møter sluttet seg til at saken slutføres og legges frem til endelig behandling i styret 14.12.2017.

Vurdering

Forskriften om *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 det systematiske forbedringsarbeidet ved UNN inngår avvik avdekket ved tilsyn og revisjoner som en viktig kilde til læring og forbedring. Resultater etter tilsyn og revisjoner følges opp blant annet i dialogavtaler, oppfølgingsmøter med enhetene og i kvalitetsutvalg, og ved behov også i egne møter.

Ved det landsomfattende tilsynet på håndtering av pasienter med alvorlige infeksjoner (sepsis) tidligere i år, fikk UNN flere alvorlige avvik. Som tidligere beskrevet, har det nå vært et oppfølgende tilsyn på dette området, og det er svært gledelig at Statens helsetilsyn i tilbakmeldingsmøtet etter dette, bekrefter at resultatene er blitt svært mye bedre, og fremhever UNNs arbeid med oppfølgingen som et eksempel som andre sykehus bør lære av. Involvering av en rekke ansatte, solid lederforankring og systematisk, kontinuerlig måling av resultat, er viktige suksesskriterier i dette, i tråd med UNNs omfattende arbeid med å utvikle et system for kontinuerlig forbedring.

Den regionale interne revisjonen på håndtering av henvisninger og ventetider, gjennomført i første halvår i år, har som hensikt å avdekke om svakheter avdekket i internrevisjonsrapport fra 2013, Henvisninger og ventelister, er korrigert og bidrar til at UNN har et pålitelig grunnlag for rapporteringer om ventetider og fristbrudd. Internrevisjonen konkluderte med at de fleste svakheter omtalt i revisjonsrapporten fra 2013 er korrigert, og at kontrollen med langtidsventende pasienter er betydelig forbedret. Imidlertid påpeker revisjonen også denne gangen forbedringsområder, blant annet områder der det er behov for bedret opplæring og tydeliggjøring av hva som er riktig registreringspraksis, forbedring i noen maler for venteliste-brev samt behov for systematisk oppfølging av kontrollopplegg, for å sikre riktig registreringspraksis. Dette er nyttige innspill til forbedringsarbeidet ved UNN, og direktøren vurderer at den utarbeidede handlingsplanen er dekkende for å rette opp i de påpekte forholdene.

Behovet for systematisk og god opplæring i bruk av det pasientadministrative systemet og elektronisk pasientjournal (EPJ) er fortsatt stort. Kvalitets- og utviklingssenteret arbeider nå i

samarbeid med det regionale forvaltningssenteret for EPJ med et forslag til en mer helhetlig plan for opplæring av personell, ikke minst leger i riktig bruk av disse viktige arbeidsverktøyene.

Konklusjon

Samlet sett er direktørens vurdering at denne statusrapporten viser at UNNs oppfølging av de aktuelle tilsyn og revisjoner er tilfredsstillende, og direktøren anbefaler at styret tar statusrapporten og den utarbeidete handlingsplan etter den regionale revisjonen til etterretning.

Tromsø, 1.12.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Status eksterne tilsyn pr 10.11.2017
2. Handlingsplan oppfølging internrevisjon 02 2017

Nr	Revisjonspart	Saksnr	Gjennomføring oppstartdato	Klinikk/senter (enhet)	Tema	Funn	Saksgang	Status
1	Fylkesmannen	16/4364	25.01.17	Akuttmedisinsk klinikk (Akuttmottak, Breivika)	Landsomfattende tilsyn: Sepsisbehandling i akuttmottak	Tre avvik som viser til følgende områder: 1. Tid til antibiotikaoppstart 2. Tilstrekkelig legekompentanse i akuttmottak 3. Ikke iverksatt tiltak fra sykehusets ledelse etter kjennskap om forsinket antibiotikabehandling	Endelig rapport ble mottatt 13. mars. Det ble iverksatt strakstiltak og er igangsatt arbeid for detaljert tiltaksplan for korrigerende tiltak. Oppfølgende tilsyn i oktober. Tilbakemelding s møte 7.11.17. Tilsynet viser til gode resultater for pågående forbedringsarbeid. Oppfølgende tilsyn varslet om seks mnd fra møtedato.	I prosess

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	Tilbakemelding med handlingsplan for lukking av avvik er sendt innen frist.Tilsynet fant handlingsplanene utarbeidet ved de respektive klinikkene som god beskrivelse av planlagte tiltak for å rette opp forholdene som ble avdekket under tilsynet. Det er utarbeidet overordnet handlingsplan for korrigerende tiltak. Varslet oppfølgende tilsyn februar 2018.	I prosess
---	------------------------	---------	----------	--	---	---	---	------------------

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. Vedtak om to pålegg i brev av 25.8.17: 1. Arbeidsplasser og arbeidslokale, utforming og innredning 2. Arbeidsplasser og arbeidslokale, luftkvalitet	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. Pågående arbeid for å lukke pålegg.	Frist 31.12.17
4	Arbeidstilsynet	17/3109	16.06.17	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulansetjenesten Torsken)	Tilsyn juni 2017.	Tilsyn med befaring juni 2017. Gjennomført møte med utleier (Torsken kommune), UNN og AT.	Pålegg - arbeidsplasser og arbeidslokaler - utforming og innredning (utleier)	Frist 1.12.17

5	Fylkesmannen i Troms	15/5116	27.10.15	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulanseavdelingen, seksjon 6)	Anmodning om opplysninger i tilsynssak vedrørende bemanningen i Ambulanse-avdelingen 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	Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær. 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	Fylkesmannen	15/4314	08.09.15	Diagnostisk klinikk (Radiologisk avdeling)	Bekymringsmelding hvor det fremgår at bemannings-situasjonen medfører lang ventetid på beskrivelser av billed-diagnostiske undersøkelser	Fylkesmannen har fått etterspurt dokumentasjon og finner at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jfr. Internkontrollforskriften § 4. Fylkesmannen har bedt om og mottatt ny redegjørelse om situasjonen ved røntgenavdelingen per 1.4.2016. Redegjørelsen inneholdt statusoppdatering og vurdering fra ledelsen	Klinikk sjefen har i sin tilbakemelding redegjort for situasjonen. Det er gjennomført flere tiltak 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.	Lukket 26.1.16 Bekreftet i epost av 14.9.17.
---	--------------	---------	----------	---	--	--	---	--

7	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 arbeidstidsbestemmelsen e. 2. Samarbeid om arbeidstidsordninger. 3. HMS-arbeid, kartlegging og risikovurdering	I brev av 8.6.17 lukkes pålegg 2. Varslene 1 og 3 opprettholdes og det ettespørres ytterligeere opplysning/dokumenta sjon. Svart ut innen frist av klinikken.	Lukket 21.09.17
8	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 vedlagt styremøtesak. Handlingsplan følges opp av ledere ved aktuelle enheter.	Lukket 14.12.17
9	Luftfartstilsynet	17/3825	23.08.17	Drifts- og eiendomssenteret (Helikopterplass UNN Breivika)	Inspeksjon av Tromsø helikopterplass, UNN	Ingen avvik eller merknader		Lukket 29.08.17

10	Mattilsynet	17/3689 17/3794 17/3798 17/3799 17/3831 17/3832 17/3833 17/3834 17/3835 17/3836 17/4676	07.06.2017	Psykisk helse og rusklinikken - Kjøkken bygg 12 - Alderspsyk post - Avrusning - Med.fri beh.tilbud - Psykose- rus enhet - Sikkerhetspsyk rehab. - Sikkerhetspsyk, døgn - Kjøkken, døgn 2 - Kjøkken, døgn 1 - Akuttpost Tromsø	inspeksjon detaljomsetning og servering av mat og drikke	Mangelfull internkontroll system for å sikre styring med krav i næringsmiddelregelverket.	System for internkontroll er utarbeidet gjeldende for alle enheter. Klinikken har svart ut tilsynet innen frist.	Lukket 03.10.17
11	Klinisk fagrevisjonen i Helse Nord	17/2592	01.06.2017	Medisinsk klinikk (Med. avd., UNN Harstad)	Klinisk fagrevisjon NSTEMI	Anbefalinger: 1. utarbeide felles retningslinjer for NSTEMI-pasienter i Helse Nord. 2. etableres tydelige avtaler rundt pasientoverføring 3. pasienter med NSTEMI raskt overføres til invasivt senter dersom lokalsykehuset ikke kan tilby ekkokardiografi.	Det avklares med Helse Nord RHF hvordan regionale kliniske fagrevisjoner skal følges opp.	

12	Tromsø Brann og Redning	2017/284	09.12.2016	Åsgård Sykehus	Brannteknisk inspeksjon	<p>To avvik ble avdekket og omfattet:</p> <p>1. Det skal ovenfor tilsynsmyndigheten synliggjøres at sikkerhetsinnretningene fungerer hver for seg og sammen med hverandre.</p> <p>2. dokumentasjon som viser at byggverket den eier oppfyller kravene til brannsikkerhet, og at forebyggendeforskriften er oppfylt.</p> <p>Vedtak om retting av avvik, flere avvik er gjentakende</p>	<p>Lukking av avvik ikke innfridd innen juni 2017. Svarbrev sendt 20.10.17.</p> <p>Utfordringer vedrørende bestilling av eksterne tjenester, gjør at det blir tidsforskyvninger i utførelse.</p>	Frist 15.12.17
----	-------------------------	----------	------------	----------------	-------------------------	---	--	-----------------------

13	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. 2. Manglende opplæring, øvelser og rutiner ved brann. Manglende risikoanalyse. 3. Bruk av kiler/steinblokker for å holde branndører åpne. 	<p>Svarbrev sendt 14.03.17 med handlingsplan.</p> <p>Lukking av avvik nr. 1 ikke innfridd innen september 2017. Nytt svarbrev sendt 20.10.17.</p> <p>Utfordringer vedrørende bestilling av eksterne tjenester, gjør at det blir tidsforskyvninger i utførelse.</p>	<p>Frist 31.12.2017</p>
----	-------------------------	----------	------------	------------------------------	-------------------------	--	--	---

HANDLINGSPLAN - oppfølging internrevisjon 02-2017 Henvisning og ventetider i UNN

Tiltak				Kommunikasjonsplan		Fremdriftsplan			Oppfølging/evaluering	
Oppfølg.p kt.	Hovedaktivitet	Anvar/ ledelse	Beskrivelse/ delaktivitet	Målgruppe	Kanal	Ansvar Utførelse	Frist	Utført (sett kryss)	Ansvar	Oppfølgingsfrekvens og form
1	Sørge for at feltet «Henvisningstype» i DIPS fylles ut på bakgrunn av vurderende leges oppfatning av om pasientens tilstand betraktes som avklart eller uavklart på vurderingstidspunktet	Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ Avdelingsledere Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ	Testing av ny versjon DIPS Classic 7.4.1 før oppgradering 11.11. Opplæring om ny plassering av felt i DIPS og de forskjellige feltvalgenes betydning. Korrigerer PR33256 Vurdering av elektive henvisninger EPJ DIPS og opplæringsmateriell Informasjon om endringer i ny versjon DIPS Classic 7.4.1 og korrigerer av PR33256	Testere i DIPS EPJ Vurderingsansvarlig behandler EPJ-forvaltning i UNN Fagforum PAS, klinikkrådgivere og superbrukere	DIPS EPJ Allerede etablerte møteplasser for behandlere i klinikkene Driftsmøte FSE/HF/HN IKT Intranett E-post	Leder EPJ-forvaltning i UNN Behandler-superbrukere Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ EPJ-forvaltning	10.11.17 10.11.17 10.11.17		Avdelingsleder FSE Leder i linje Seksjonsleder EPJ-forvaltning	Faste ukentlige møter i oppgraderingsløpet Avdelingsledere rapporterer status til klinikkens representanter i Fagforum PAS i forkant av fagforumsmøter, første gang 7.11. Driftsmøte FSE/HF/HN IKT
2	Sørge for at det framkommer klart i svarbrev til pasienter om oppgitt frist gjelder rett til oppstart av utredning eller til oppstart av behandling	Senterleder Kvalitets- og utviklingssenteret	Endre alle brevmalene med rettighetsvurdering, (p.t. fire forskjellige brevmalene navngitt: «PAS Svar på ...») slik at de samsvarer med valg om utredning eller behandling i feltet «Henvisningstype»	Brukere av pasientbrev i DIPS Pasienter	Systemforvaltningsforum EPJ	Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ	27.11.17		Leder Fagforum PAS	Eget aksjonspunkt i Fagforum PAS.
3	Sørge for at det til enhver tid er tilrettelagt for tildeling av timer minst fire måneder fram i tid, slik at informasjon om time i større grad kan gis i første svarbrev.	Klinikksjefer	Realisere aktivitetsbasert bemanningsplan minst fire måneder frem i tid	Ledere som planlegger drift Behandlere (for forutsibarhet i pasientforløpet)	Avdelingslederteammøter	Avdelingsleder/ seksjonsleder	Frist utgått...		Direktøren	Direktørens tavlemøte Ukentlig
4	Innføre rutiner som sikrer at det for pasienter med rett til «behandling» registreres en ventetid sluttdato som representerer en reell start på den behandlingen pasienten var vurdert å ha behov for	Klinikksjefer	Utarbeide retningslinje for registrering av ventetidslutt på bakgrunn av behandleres vurdering og registrering i feltet «Henvisningstype» utredning vs. Behandling Etablere rutiner for å sikre korrekt registrering av ventetidsluttdato. Opplæring av medarbeidere i korrekt registreringspraksis hva gjelder sluttdato ved utredning og behandling	Vurderingsansvarlig behandlere og medisinsk kontorfaglig helsepersonell	Docmap Interne undervisningsfora	Arbeidsgruppe bestående av: Medisinsk fagsjef, Fagforum PAS, utvalgte leger ved NOR-klinikken Superbrukere	01.12.17		Medisinsk fagsjef Ledere i linje	Klinikksjefer har ansvar for opprettelse av deltakerliste med status for gjennomført opplæring, som rapporteres til Medisinsk fagsjef.

5	Sikre korrekt bruk og registrering av interne primærhenvisninger	Avdelingsledere Kontorfaglige ledere	Gjennomgang av eksisterende retningslinjer og prosedyrer hva gjelder primær- og sekundærhenvisninger for å lage et opplæringsopplegg som sikrer korrekt bruk og registreringspraksis for primærhenvisninger RL3976 Definisjon av henvendelser til HF, og funksjonene primær-, sekundær- og forenklet henvisning EPJ DIPS Opplæring i registreringspraksis hevisninger i DIPS	Vurderingsansvarlig behandler og medisinsk kontorfaglig helsepersonell Ventelisteansvarlige	Docmap Interne undervisningsfora	Arbeidsgruppe bestående av: representanter (leger og kontor) fra BUK, HLK, K3K, MED, NOR, FKU og EPJ-forvaltning	15.12.17		Medisinsk fagsjef Klinikksjefer	Klinikkledermøter
6	Fortsette arbeidet for å sikre at relevante data om pasientforløpet innhentes og registreres slik at en sammenhengende henvisningsperiode kan identifiseres selv om pasienten mottar helsehjelp ved flere helseforetak	Klinikksjefer	Opplæring i regional prosedyre PR38022 "Mottak og viderehenvisning av rettighetsvurdert henvisning mellom helseforetak EPJ DIPS"	Vurderingsansvarlig behandler og medisinsk kontorfaglig helsepersonell	Interne undervisningsfora	Seksjonsoverlege	11.11.17		Klinikksjefer	Klinikkledermøter
7	Gi klare føringer for registreringspraksis (eventuelt bruk av utsettelseskoder) i tilfeller der pasienten er forhindret fra å takke ja til oppstart av helsehjelp som blir tilbudt med kort varsel.	Klinikksjefer	Se pkt. 3 Man må kunne forutsette at rutiner som sikrer innkalling av pasienter minimum fire måneder frem i tid er iverksatt. Ved innkalling av pasient på kort varsel må en vise skjønn og fleksibilitet dersom pasienten er forhindret fra å benytte seg av foreslått time. Avsluttkode "Pasientønsket avbest." bør i liten grad benyttes ved innkalling til time på kort varsel. Føringen tilføyes i regional retningslinje RL5959 "Avsluttkoder i DIPS, veiledning for bruk EPJ DIPS"	Ansatte som jobber med timebestilling i DIPS	Interne møteplasser i avdelingene Systemforvaltningsforum EPJ	Nærmeste leder for aktuell målgruppe Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ	10.11.17		Klinikksjef Leder Fagforum PAS	Klinikkledermøter Fagforumsmøter

8	Forsikre seg om at utsettelseskode 5, Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske, forstås og benyttes i samsvar med regelverket	Klinikksjefer	Utsettelseskode 5 skal kun benyttes i tilfeller der pasienten har takket nei til et KONKRET tilbud om helsehjelp, dvs. fått dato og oppmøtested. Utarbeidelse prosedyre som tillegg til PR32978 "Varsling til HELFO av truende og inntruffet fristbrudd EPJ DIPS" hvor overnevnte presiseres.	Ansatte som jobber med timebestilling i DIPS	Interne møteplasser i avdelingene Docmap	Nærmeste leder for aktuell målgruppe Leder Fagforum PAS	10.11.17		Kvalitetssjefen Avdelingsleder E-helse og IKT	Rapportering via Fagforum rapport og analyse samt Fagforum PAS Rapportering via Fagforum PAS
9	Innføre nødvendige kontrolltiltak for å redusere risiko for at enkelte henvisninger ikke vurderes innen forsvarlig tid	Klinikksjefer	Innføre rutine med daglig vurdering av henvisninger Sikre at funksjonen for arbeidsflytansvarlig er etablert og ivaretar oppgaver i henhold til regional prosedyre PR31531 "Arbeidsflyt ansvar og oppgaver EPJ DIPS"	Vurderingsansvarlig behandler Arbeidsflytansvarlig		Leder i linje	10.11.17		Kvalitetssjefen	Rapportering fra Fagforum rapport og analyse til Direktørens ledergruppe Kvalitetsutvalget?
10	Ta initiativ, via Regionalt forvaltningssenter for DIPS EPJ til en samlet gjennomgang og oppdatering av kontrollkravene i OL1937 med tilhørende prosedyrebeskrivelser og dokumentasjonsskjemaer	Senterleder Kvalitets- og utviklingssenteret	Oppdatering av OL1937 og tilhørende prosedyrer og skjemaer	Ventelisteansvarlige	Systemforvaltningsforum EPJ	Avdelingsleder FSE Forvaltningssenter EPJ			Leder Fagforum PAS	Fagforumsmøter
11	Sørge for at gjeldende kontrollopplegg etterleves og følges opp i linjeledelsen	Direktøren	Gjennomgang av OL1937 og tilhørende prosedyrer og skjemaer i Fagforum PAS	Klinikkrepresentanter i Fagforum PAS	Fagforum PAS	Seksjonsleder EPJ-forvaltning			Senterleder Kvalitets- og utviklingssenteret	Rapportering fra seksjonsleder EPJ-forvaltning etter innhenting av status fra klinikkene i fagforumsmøter



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
100/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Tommy Schjølberg

Virksomhetsplan 2018

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen for 2018 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 223,6 mill kr:

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2016	Justert budsjett 2017 (JB)	Prognose 2017	Vedtatt budsjett 2018 (VB)	Endring VB 2018 - JB 2017
Basisramme	4 852,2	4 634,7	4 634,7	4 861,9	227,2
Kvalitetsbasert finansiering	31,4	27,7	27,7	25,6	-2,1
ISF egne pasienter	1 392,5	1 562,1	1 547,1	1 627,8	65,7
Isf av biologiske legemidler utenfor sykehus	48,8	57,2	52,2	86,1	28,9
Gjestepasientinntekter	35,2	35,5	37,3	35,5	0,0
Polikliniske inntekter	223,5	180,7	194,7	196,1	15,4
Utskrivningsklare pasienter	26,2	20,2	22,3	16,0	-4,2
Raskere tilbake	24,4	25,9	25,5	0,0	-25,9
Andre øremerkede tilskudd	277,6	269,4	269,4	165,3	-104,1
Andre inntekter	383,0	395,0	396,9	401,1	6,1
SUM driftsinntekter	7 294,8	7 208,4	7 207,8	7 415,4	207,0
Kjøp av offentlige helsetjenster	192,6	188,0	222,0	210,0	22,0
Kjøp av private helsetjenester	79,4	69,6	70,0	67,3	-2,3
Varekostnader knyttet til aktivitet	811,5	715,4	735,4	821,2	105,8
Innleid arbeidskraft (fra firma)	55,9	34,0	84,2	16,4	-17,5
Lønn til fast ansatte	3 214,2	3 679,4	3 426,3	3 791,9	112,5
Vikarer	296,4	183,6	284,6	189,0	5,5
Overtid og ekstrahjelp	292,8	257,4	295,8	233,2	-24,2
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	749,2	703,9	704,1	730,7	26,8
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-274,5	-270,5	-268,2	-269,5	1,1
Annen lønn	322,9	344,6	343,3	292,1	-52,5
Avskrivninger	244,9	200,0	200,0	226,0	26,0
Andre driftskostnader	1 195,6	1 078,1	1 085,1	1 084,3	6,2
Sum driftskostnader	7 180,8	7 183,4	7 182,5	7 392,8	209,5
Driftsresultat	114,0	25,0	25,3	22,5	-2,5
Finansinntekter	21,5	15,0	18,9	10,0	-5,0
Finanskostnader	-0,3	0,0	0,8	7,5	7,5
Finansresultat	21,2	15,0	19,7	17,5	2,5
Ordinært resultat	135,2	40,0	45,0	40,0	0,0

2. Styret vedtar å øke det interne overskuddskravet til 60 mill kr for å sikre tilstrekkelig investeringer i medisinsk teknisk utstyr med mer i 2019.
3. Styret er fornøyd med at sammenhengen mellom aktivitetsplan, aktivitetsstyring, bemanningsplan og budsjett blir gradvis bedre, men understreker behovet for kontinuerlig forbedring i denne delen av planarbeidet.
4. Styret vedtar investeringsplanen for 2018 slik den foreligger i saksutredningen, og gir direktøren fullmakt til å gjøre interne omprioriteringer innenfor disponibel investeringsramme.
5. Styret opphever vedtak om sterke begrensninger i innkjøp, ansettelser og reisevirksomhet fra styresak 60/2017 *Kvalitets- og virksomhetsrapport for mai 2017*. Styret presiserer at dette forutsetter budsjettmessig dekning for stillinger som det ansettes i og at det rettes stort fokus på økonomistyringen i alle deler av foretaket.

Bakgrunn

Overordnet strategi for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) bygger på verdiene respekt, kvalitet, trygghet og omsorg, og strekker seg mot visjonen *Det er resultatene for pasienten som teller - vi gir den beste behandling!*

Virksomhetsplanen med tilhørende budsjett er sentrale virkemidler i arbeidet med å iverksette strategiene for å nå sykehusets mål om kvalitet i pasientbehandlingen.

Virksomhetsplanleggingen bygger på en grunnleggende forståelse av at begrenset tilgang på helsepersonell er UNNs største utfordring i fremtiden. Det er derfor nødvendig å drive virksomheten på en måte som gir størst mulig helsegevinst for minst mulig ressursinnsats i form av bemanning. Det pågående arbeidet med å utvikle gjennomgående og dyptgripende system og kultur for kontinuerlig forbedring er den viktigste satsingen for å håndtere utfordringene. Realisering av de planlagte investeringene i IKT, nye bygg og medisinteknisk utstyr (MTU) er nødvendig for å understøtte dette.

Virksomhetsstyring ved hjelp av dialogavtaler består av lederavtaler for de tre øverste ledernivåene i UNN. Dialogavtalene er åpne og ligger tilgjengelig på UNNs intranettsider.

Formål

Formålet med denne saken er å invitere styret til å vedta virksomhetsplanen for 2018 med tilhørende plantall, driftsbudsjett og investeringsplan.

Saksutredning

Forutsetninger

I Helse Nord RHF sine styresaker 54-2017 *Plan 2018-2021, inkl. rullering av investeringsplanen 2018-2025* og 109-2017 *Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer* samt *Budsjettbrev 1, 2 og 3* gir Helse Nord RHF bestillinger og føringer til UNNs virksomhetsplanlegging for 2018.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF vurderer foretaksgruppens viktigste mål for planperioden å være:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
4. Samordning på tvers av regionene
5. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
6. IKT
7. Økonomistyring og bedre ressursutnyttelse

Styret i Helse Nord RHF har stilt krav om at veksten skal være sterkere innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn i somatisk virksomhet. UNN har et særskilt ansvar for å sikre gode tilbud til den samiske befolkningen.

Statsbudsjett 2018

I styresak 109-2017 *Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer* fra Helse Nord RHF redegjøres det for innholdet i forslaget for statsbudsjett 2018 som medfører rammebetingelser omtrent som lagt til grunn i styresak 54-2017 *Plan 2018-2021, inkl. rullering av investeringsplanen 2018-2025*.

Helse Nord må trolig forvente lavere vekst i årene fremover enn tidligere lagt til grunn. Det innebærer at effektivisering av driften blir en stadig viktigere forutsetning for å skape handlingsrom å gjennomføre investeringsplanen.

Resultatkrav

Helse Nord RHF sin strategi for å sikre tilstrekkelig likviditet for å kunne investere videreføres. Det følger av strategien at helseforetakene enkeltvis, og foretaksgruppen samlet, må planlegge med og realisere overskudd i driften. I sum er det vedtatt et budsjettert overskudd på 275 mill kr for foretaksgruppen i 2018. For UNN er resultatkravet for årene 2018-2025 +40 mill kr per år.

Basisramme 2018

Basisrammen for UNN økes med 208 mill kr i forhold til vedtatt budsjett 2017. Lønns- og prisvekst utgjør +97 mill kr, oppdatering av inntektsmodeller +11,6 mill kr og nye oppgaver +60 mill kr. Realveksten er beregnet til 30 mill kr (0,6 %).

UNNs satsingsområder for 2018

Den viktigste satsingen i UNN i 2018 er arbeidet med å utvikle gjennomgående og dyptgripende system og kultur for kontinuerlig forbedring.

Virksomhetsplanleggingen for 2018 har lagt til grunn at hele virksomheten skal videreutvikles etter hovedretningene i strategisk utviklingsplan; Pasientforløp, Pasient- og brukermidvirkning, Samhandling og funksjonsfordeling, Kvalitet og pasientsikkerhet, Utdanning og rekruttering, Forskning og Teknologi og e-helse. De fire prioriterte utviklingsområdene er lagt til grunn for budsjettmessige prioriteringer.

Som et ledd i satsingen på kontinuerlig forbedring skal arbeidet i Pasientsikkerhetsutvalget, Kvalitetsutvalget og Brukerutvalget prioriteres og utvikles videre for å bidra til at avvik, uheldige hendelser og brukererfaringer fører til læring i hele organisasjonen.

Det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet har som mål å forbedre pasientsikkerheten i Norge. Arbeidet vil bli fulgt opp kontinuerlig med målinger og fokus for å sikre høy gjennomførings-

grad på tiltakene, med særlig fokus på samstemming av legemiddellister. UNN vil også i 2018 videreføre den forsterkede innsatsen for å forebygge sykehusinfeksjoner, med blant annet fokus på basale smittevernrutiner, smittevernvisitter og en rekke andre tiltak.

Aktivitetsforutsetninger og plantall aktivitet 2018

Statsbudsjett for 2017 legger til rette for en aktivitetsvekst på 2 % på nasjonalt nivå. Krav om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Som i 2017 reduseres ISF-prisen og polikliniske refusjonstakster som følge av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen innen somatikk. ISF prisen innen psykisk helsevern og TSB økes med 17,8 %, samtidig som basisrammen reduseres. Dette gjøres for å stimulere til aktivitetsvekst. I tillegg har utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til redusert aktivitetsvekst er refusjonstakstene underregulert, og takstene justeres kun med 0,5 %. Nytt laboratoriekodeverk innføres i 2018, men foreløpig er de økonomiske konsekvensene av dette uklart og dermed en risiko for 2018.

Plantallene baseres på innleverte plantall fra klinikkene og er summert opp på foretaksnivå. Disse viser at det planlegges med vekst både innen somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og TSB. Størst vekst er det planlagt innen TSB, og da innen poliklinikk hvor økningen er på 11,4 %. Dette vil medføre at UNN nærmer seg landsgjennomsnittet, noe som er en ønsket utvikling. Plantallene oppfyller den gyldne regel med større vekst innen psykisk helse og rus enn i somatikk.

Plantall månedsverk

Personellressurser utgjør en stor del av budsjettet, og gode plantall på månedsverk er viktig for å utøve god virksomhetsstyring. Alle klinikker og sentra er gitt føringer om at bemanningsplaner skal være realistiske og i tråd med planlagt aktivitet, og det skal tas høyde for forventet sykefravær, permisjoner og annet fravær. Det skal være sammenheng mellom bemanningsplanene og planlagte månedsverk, både faste og variable. For 2018 er plantallene både for faste og variable månedsverk avstemt mot lønnsbudsjettet, og flere klinikker har gjort omprioriteringer i budsjettene (økt lønnsbudsjett) for å sikre bedre sammenheng mellom budsjett og forbruk. Samlet sett for UNN viser plantallene en reduksjon på 18 månedsverk i forhold til prognosen for 2017.

Omstillingsutfordring og tiltak 2018

Omstillingsutfordring 2018

Omstillingsutfordringen er et samlet resultat av inngangshastigheten til 2018, endrede inntektsforutsetninger og endrede interne og eksterne kostnadsforutsetninger. Prognosen for 2017 er +45 mill kr, 5 mill kr bedre enn styringskravet fra Helse Nord RHF, men 20 mill lavere enn internt styringskrav. Omstillingsutfordringen for UNN i 2018 på 137 mill kr. I tillegg må interne underskudd håndteres av den enkelte klinikk/senter.

Tiltak 2018

Samlet sett er det utviklet tiltak for 223,6 mill kr. Dette gjelder både innsparingskravene som er stilt til klinikker/sentra, årets underskudd samt fellestiltak. Alle tiltakene er risikovurdert og vektet etter Helse Nord RHF's modell for risikovurdering. OpIn-klinikkens budsjett er ikke ferdigstilt og denne klinikkens tall er derfor ikke inkludert i tiltakspakken, men det er forutsatt at også denne klinikken utvikler nok tiltak til å løse egen omstillingsutfordring.

Driftsbudsjett 2018

Tabell 1 viser regnskapsresultatet for 2016, justert budsjett 2017, prognose for 2017 og forslag til budsjett for 2018. Siste kolonne viser endringer fra justert budsjett 2017 til foreslått budsjett 2018.

Tabell 1 Driftsbudsjett UNN 2018

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2016	Justert budsjett 2017 (JB)	Prognose 2017	Vedtatt budsjett 2018 (VB)	Endring VB 2018 - JB 2017
Basisramme	4 852,2	4 634,7	4 634,7	4 861,9	227,2
Kvalitetsbasert finansiering	31,4	27,7	27,7	25,6	-2,1
ISF egne pasienter	1 392,5	1 562,1	1 547,1	1 627,8	65,7
Isf av biologiske legemidler utenfor sykehus	48,8	57,2	52,2	86,1	28,9
Gjestepasientinntekter	35,2	35,5	37,3	35,5	0,0
Polikliniske inntekter	223,5	180,7	194,7	196,1	15,4
Utskrivningsklare pasienter	26,2	20,2	22,3	16,0	-4,2
Raskere tilbake	24,4	25,9	25,5	0,0	-25,9
Andre øremerkede tilskudd	277,6	269,4	269,4	165,3	-104,1
Andre inntekter	383,0	395,0	396,9	401,1	6,1
SUM driftsinntekter	7 294,8	7 208,4	7 207,8	7 415,4	207,0
Kjøp av offentlige helsetjenster	192,6	188,0	222,0	210,0	22,0
Kjøp av private helsetjenester	79,4	69,6	70,0	67,3	-2,3
Varekostnader knyttet til aktivitet	811,5	715,4	735,4	821,2	105,8
Innleid arbeidskraft (fra firma)	55,9	34,0	84,2	16,4	-17,5
Lønn til fast ansatte	3 214,2	3 679,4	3 426,3	3 791,9	112,5
Vikarer	296,4	183,6	284,6	189,0	5,5
Overtid og ekstrahjelp	292,8	257,4	295,8	233,2	-24,2
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	749,2	703,9	704,1	730,7	26,8
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-274,5	-270,5	-268,2	-269,5	1,1
Annen lønn	322,9	344,6	343,3	292,1	-52,5
Avskrivninger	244,9	200,0	200,0	226,0	26,0
Andre driftskostnader	1 195,6	1 078,1	1 085,1	1 084,3	6,2
Sum driftskostnader	7 180,8	7 183,4	7 182,5	7 392,8	209,5
Driftsresultat	114,0	25,0	25,3	22,5	-2,5
Finansinntekter	21,5	15,0	18,9	10,0	-5,0
Finanskostnader	-0,3	0,0	0,8	7,5	7,5
Finansresultat	21,2	15,0	19,7	17,5	2,5
Ordinært resultat	135,2	40,0	45,0	40,0	0,0

Investeringsplan

Investeringene skal understøtte valgte strategier og bygge på foretakets verdigrunnlag (kvalitet, trygghet, respekt og omsorg). Investeringsplanen søkes avstemt mot langtidsbudsjett og strategiarbeid for øvrig. Det er en målsetting å fordele ressursene mellom investeringer og fortløpende drift på en slik måte at det er til beste for pasientbehandlingen i et langsiktig perspektiv.

Behovet for investeringer er stort og ordinære investeringsrammer fra Helse Nord RHF er ikke tilstrekkelig i forhold til behovet for re-anskaffelser, ny teknologi, ombygginger med mer. Det holdes derfor fast på strategien om å øke internt overskuddskrav fra 25 mill kr i 2017 til 60 mill i 2018 (i tillegg til 40 i krav fra RHF) for å øke investeringsrammene påfølgende år.

I vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF ligger det 197 mill kr til MTU med mer (150 mill kr til MTU med mer, 45 mill kr til ambulansestasjon og regionale funksjoner og 2 mill kr til utstyr på Svalbard). I investeringsplan for 2018 er det lagt til grunn økte investeringsrammer på 45 mill kr på bakgrunn av forventet overskudd i 2017. Det foreslås dermed en total investeringsramme til medisinteknisk utstyr med mer på 242 mill kr for 2018.

Tabell 2 viser investeringsrammer og planlagte investeringer for 2018.

Tabell 2 Plan for investeringer i utstyr med mer 2018-2023

Investeringer , tall i mill kr	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022	Plan 2023
Medisinteknisk utstyr:	101,5	143,0	168,0	218,0	218,0	218,0
Teknisk utstyr:	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Diverse:	53,2	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ombygginger:	40,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Ambulanser	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Egenkapital KLP	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0
Overforbruk 2017 inkludert forpliktelser	35,3					
Utgående forpliktelser 2018	-40,0					
Sum investeringsplan MTU med mer	242,0	250,0	250,0	300,0	300,0	300,0
Investeringsramme vedtatt plan fra RHF	175,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0
Investeringsramme overskudd ihht styringskrav	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Investeringsramme internt overskudd	5,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0
Bygningsmessige økte rammer jfr. Rhf styresak 54-2017	20,0					
Økt investeringsramme MTU Svalbard	2,0					
Sum investeringsramme MTU med mer	242,0	250,0	250,0	300,0	300,0	300,0
Sum investert inkludert forpliktelser	242,0	250,0	250,0	300,0	300,0	300,0
Avvik investeringsplan- ramme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Bærekraft og likviditet

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser at årlig omstillingsutfordring øker gradvis fra 128 mill kr i 2019 til 669 mill kr i 2025. Omstillingsutfordringen er basert på kjente føringer fra Helse Nord RHF og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er også tatt høyde for nye interne prioriteringer og satsninger på 50 mill kr årlig, samt årlig videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. I tillegg er det forutsatt at økonomisk effekt av tiltaksplanen er 137 mill kr for 2018 og at tiltakene har varig økonomisk effekt. I forhold til langtidsplan er det tatt høyde for 15 mill kr i 2018 og 30 mill kr i 2019. Bærekraftanalysen har også tatt høyde for investeringer knyttet til nytt bygg til psykisk helse og rus selv om rammene foreløpig ligger på RHF nivå.

Oppdatert likviditetsanalyse viser en positiv likviditet i hele perioden 2018-2025. I 2018 forventes en liten likviditetsmessig svekkelse.

Medvirkning

Saken ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftings- og medvirkningsmøter i uke 48. Protokoller/referater fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 14.12.2017.

BAU vektla at brukerperspektivet må tydeliggjøres, i tråd med strategien for brukermedvirkning i UNN. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av behovet for økt grunnbemanning, og med henvisning til lav tiltaksgjennomføring i 2017, fremholdt de at risikoen i 2018-budsjettet er betydelig.

AMU var tilfreds med at selve prosessen med virksomhetsplanen har vært lagt opp slik at grunnlaget for involvering og medvirkning har vært god gjennom hele 2017.

Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling 14.12.2017.

Vurdering

UNNs overordnede strategi ligger fast, og strategisk utviklingsplan gir retning og føringer til den årlige virksomhetsplanleggingen. Den viktigste satsingen i UNN i 2018 er å fortsette arbeidet med å utvikle gjennomgående og dyptgripende system og kultur for kontinuerlig forbedring. Dette er et langsiktig arbeid som vil kreve oppmerksomhet over lang tid for å gi resultater. Arbeidet må understøttes av god virksomhetsstyring og realisering av de planlagte investeringene i IKT, nye bygg og MTU.

Direktøren er fornøyd med at de forutsetningene som UNN har lagt til grunn i sin virksomhetsplanlegging viser seg å stemme godt overens med de økonomiske rammene og føringene som Helse Nord RHF kommer med etter at statsbudsjett for 2018 er fremlagt, og at dette ikke gir ytterligere omstillingsutfordringer så sent i prosessen. Det er beregnet at budsjettet for UNNs del gir en realvekst på 0,6 %. Samtidig tilføres nye oppgaver som sannsynligvis ikke er fullfinansiert. Det er derfor direktørens vurdering at budsjettet for 2018 i realiteten er et budsjett med negativ realvekst og et effektiviseringskrav som det er vanskelig å tallfeste nøyaktig.

Det er fortsatt noe usikkerhet knyttet til de økonomiske konsekvensene av endringer i laboratoriekodeverket, gjestepasienter i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og omfanget av kostnader til nye legemidler som godkjennes av Beslutningsforum gjennom budsjettåret.

Ytterligere effektivisering er i økende grad krevende å håndtere etter at foretaket har effektivisert for mer enn 10 % av budsjettet de siste syv årene. 2017 skulle være et konsolideringsår, men den økonomiske utviklingen har i år vært utfordrende og krevende. Til neste år foreslås likevel overskuddskravet økt til 100 mill kr (60 mill kr over Helse Nord RHF's krav) for å sikre mulighetene for investering i utstyr. Det er utviklet tiltak for å håndtere hele omstillingsutfordringen, men det er direktørens vurdering at risikoen i budsjettet er høy. De viktigste risikoområdene vurderes å være kostnader til nye legemidler, usikkerheten rundt laboratorieinntekter, usikkerhet rundt gjestepasientkostnader innen TSB samt flytteprosessene for A-fløya og PET-senteret, som kan medføre uventede kostnader eller aktivitetsreduksjon. Videre er det endelige budsjettforslaget for OPIN-klinikken ikke ferdig utarbeidet med tiltaksliste. Årsaken til dette er at det har vært gjennomført evaluering av klinikkens virksomhet gjennom flere ulike delrapporter. Den siste delrapporten ble ikke klar før medio november. Rapportene danner et godt grunnlag for utvikling av tiltak, og direktøren vurderer derfor klinikkens budsjett som realistisk, men ikke uten risiko.

En samlet vurdering av Samdata 2016 og prognosene for 2017 tilsier at aktivitetsnivået i somatikken allerede er i tråd med forventningene i statsbudsjettet. Direktøren mener derfor at det med få unntak ikke er riktig å planlegge økt aktivitet i somatikken i 2018. Utfordringer med ventetider og fristbrudd må sees i sammenheng med variasjon i forbruksrater slik disse fremkommer gjennom blant annet helseatlasene, og fortrinnsvis løses gjennom tydelige

prioriteringer og befolkningsbasert aktivitetsplanlegging. UNN ligger under landsgjennomsnittet for poliklinisk aktivitet innen TSB, og det er derfor planlagt vekst på dette området.

De klinikkvise virksomhetsplanene viser at detaljeringsgraden og kvaliteten på planleggingen blir bedre år for år. Plantallene for aktivitet innenfor alle områder for foretaket er summert opp fra klinikkens plantall. Direktøren er fornøyd med at dette og mener det gir sterkere kobling enn tidligere mellom klinikkens planer og UNNs målsetninger og planer på foretaksnivå. Plantallene for månedsverk viser en reduksjon som samsvarer med tiltakene som gjelder personalkostnader. Besetting av vakante stillinger på bekostning av dyrere arbeidskraft som overtid og innleie fra firma er bærekraftig økonomisk sett. Prosessen har likevel synliggjort enkelte svakheter i sammenhengene mellom aktivitetsplan, aktivitetsstyring, bemanningsplaner og budsjett. Detaljeringsgraden i planprosessen må derfor videreutvikles kontinuerlig, først i arbeidet med virksomhetsplanen for 2019, som starter allerede i januar.

Styrets vedtak om sterke begrensinger av innkjøp, reiser og ansettelser anbefales opphevet selv om forslaget til virksomhetsplan innebærer en mindre reduksjon av antall årsverk sammenlignet med prognose for 2017. Dette vurderes som forsvarlig fordi det nå er planlagt andre og mer permanente tiltak som gjør at det burde være rom for å ansette i stillinger som har vært holdt ledige på kort sikt.

UNN har de siste årene iverksatt ulike tiltak for å øke fokuset på riktig koding for å motta vår rettmessige andel av ISF-inntektene. I 2018 utgjør fellestillaket Økte ISF inntekter 30 mill kr. Indeks på innlagte har over år jevnt steget, blant annet som følge av bedre koding og vi er nå på nivå med sammenlignbare sykehus, selv om inntektene fortsatt er noe lavere enn budsjettet for 2017. Dette innebærer at muligheten for å øke inntekten gjennom kodeforbedring er blitt mindre over år og at risikoen ved å ha denne type tiltak øker. Risikoen øker i tillegg som følge av at prisen for et poeng justeres mindre enn den generelle prisveksten som følge av en forventet kodeforbedring, i 2018 utgjør dette 0,4 %. Direktøren mener at tiltaket er realistisk for 2018, men vurderer det som lite realistisk å planlegge med ytterligere økning av ISF-inntektene gjennom kodeforbedring fra og med 2019.

Forslaget til virksomhetsplan for 2018 oppfyller kravet om at veksten skal være høyere for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk både for aktivitet, bemanning og budsjett. Det er en forutsetning at planene realiseres i alle deler av virksomheten. Underskudd i somatikken og/eller overskudd innen psykisk helsevern og TSB, medfører risiko for manglende måloppnåelse på dette området.

Etter flere år med stor byggeaktivitet i Breivika vil A-fløya og PET-senteret slutføres i 2018. I investeringsplanen for 2018 legges det opp til prosjektering og bygging av vei og tunnel for Nye UNN Narvik før planlagt byggestart i 2019. UNN har nå god kontroll på investeringer i utstyr med mer. For 2017 er prognosen et overforbruk på 35 mill kr inkludert forpliktelser (utstyr som er godkjent og bestilt, men ikke betalt). På grunn av lang tid fra godkjenning til utstyret er anskaffet og betalt, er det hensiktsmessig å godkjenne utstyr også av neste års ramme, og dette er i tråd med intensjonene i konsernbestemmelsene for investeringer.

Prognosen for økonomisk resultat i 2017 er 45 mill kr i overskudd. Dette er 5 mill kr over styringskravet til Helse Nord RHF, men fortsatt 20 mill kr lavere enn internt overskuddskrav. Dette vil gi 5 mill kr i økt investeringsramme for 2018. Med utgangspunkt i den krevende økonomiske situasjon som UNN var i første halvår i år, med påfølgende ekstraordinære hastetiltak på 60 mill kr, vurderes nå inngangshastigheten å være under kontroll. Dette forutsetter fortsatt sterk kostnadskontroll og at midlertidige tiltak må erstattes med nye permanente tiltak.

Bærekraftanalysen viser årlig omstillingsutfordring som varierer mellom 44 og 182 mill kr årlig frem mot 2025. Erfaringsmessig foreligger det i tillegg interne omstillingsbehov på rundt 100 mill kr årlig. Investeringsprogrammet vurderes derfor som krevende å gjennomføre, og konsekvenser av Strategisk utviklingsplan bygg samt Arealplan UNN Breivika er foreløpig ikke lagt inn i beregningene. Disse saken vil bli fremmet for styret tidlig i 2018, og må håndteres i forbindelse med innspill til Helse Nord RHF's rullering av investeringsplanen i juni. HOD har gitt signaler om at lånegraden kan bli økt fra 70 til 80 % og om at det vil bli gitt lån helt opp til P85-kostnad (nå P50) fra og med 2019. Dette vil i så fall gjøre bærekraftutfordringen mer håndterbar.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at virksomhetsplanen for 2018 vedtas i tråd med redegjørelser og vurderinger i saken.

Tromsø, 7.12.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

Saksfremlegg for Virksomhetsplan 2018



Sak: Virksomhetsplan 2018 - saksfremlegg
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen / Tommy Schjølberg
Møtedato: 14.12.2017

Virksomhetsstyring ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) følges opp ved hjelp av dialogavtaler. Dialogavtaler er lederavtaler på de tre øverste ledernivåene i UNN. Dialogavtalene er transparente og ligger tilgjengelig for alle på UNNs intranettsider. Innholdet i dialogavtalene skal være i tråd med UNNs overordnede strategi og satsningsområder, og beskrive hvilke mål, tiltak og indikatorer (plantall) som skal gjennomføres for kommende år. Arbeidet med dialogavtalene og innholdet skal være i nært samarbeid med leder og ansatte for å sikre god forankring av mål. God medvirkning og involvering er avgjørende for å sikre nødvendig ivaretagelse av lokale utfordringer og behov. Dialogavtalene for de enkelte klinikker og sentre er godkjent av direktøren og vil være hovedverktøyet for oppfølging gjennom kommende driftsår.

I saksfremlegget redegjøres det for følgende:

1. Føringer fra Helse Nord RHF
2. Prosess og medvirkning
3. UNNs satsningsområder for 2018
4. Aktivitetsforutsetninger og plantall
5. Omstillingsutfordring og tiltak 2018
6. Budsjett 2018
7. Investeringsplan 2018
8. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

1. Føringer fra Helse Nord

Med bakgrunn i Helse Nord RHF sine styresaker 54-2017 *Plan 2018-2021, inkl. rullering av investeringsplanen 2018-2025* og 109-2017 *Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer* samt *Budsjettbrev 1, 2 og 3* gir Helse Nord RHF bestillinger og føringer til UNNs virksomhetsplanlegging for 2018.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF vurderer Helse Nord's viktigste mål for planperioden å være:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.
4. Samordning på tvers av regionene.
5. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.
6. IKT.
7. Økonomistyring og bedre ressursutnyttelse.

I styresak 109-2017 *Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer* fra Helse Nord RHF redegjøres det for innholdet i forslaget for statsbudsjett 2018 som i sum medfører



rammebetingelser omtrent som lagt til grunn i styresak 54-2017 *Plan 2018-2021, inkl. rullering av investeringsplanen 2018-2025*.

Helse Nord må trolig forvente lavere vekst i årene fremover enn tidligere lagt til grunn. Det innebærer at effektivisering av driften blir en stadig viktigere forutsetning for å skape handlingsrom for å gjennomføre investeringsplanen.

I forslag til statsbudsjett legges det til rette for en samlet vekst i pasientbehandlingen på 2 % på nasjonalt nivå. Det er et krav om at aktivitetsveksten skal være sterkere innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn i somatisk virksomhet.

Detaljerte krav til helseforetakene stilles i oppdragsdokumentet for 2018. Styringskrav og mål i oppdragsdokumentet og foretaksmøte vil for 2018 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Samordning på tvers av regionene
- IKT
- Økonomistyring og bedre ressursutnyttelse

1.1 Kapitalkompensasjon

Helse Nord RHF holder tilbake deler av inntektene for å kunne finansiere økte kostnader som følge av investeringer og oppgradering av bygg, utstyr og anlegg. Dette fordeles gradvis til helseforetakene etter hvert som avskrivningene fra de store byggeprosjektene belaster regnskapene. Følgende plan for kapitalkompensasjon er vedtatt:

Tabell 1 Kapitalkompensasjon

Kapitalkompensasjon (beløp i 1000 kr)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nordlandssykehuset Bodø	10 000	10 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
Helgelandsykehuset								40 000
Korrigeringskompensasjon Helgeland	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
UNN Narvik				21 000	21 000	21 000	21 000	21 000
UNN Tromsø	-	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
UNN PET	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Finnmarkssykehuset Kirkenes	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Finnmarkssykehuset Hammerfest							40 000	40 000
Korrigeringskompensasjon Finnmark	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Finnmarkssykehuset Alta nærsykehus		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Sum	50 000	80 000	90 000	111 000	111 000	111 000	151 000	191 000

1.2 Resultatkrav

Helse Nord RHF's strategi for å sikre tilstrekkelig likviditet for å kunne investere videreføres. Det følger av strategien at helseforetakene enkeltvis og foretaksgruppen samlet må planlegge med og realisere overskudd i driften. I sum er det vedtatt et budsjettert overskudd på 275 mill kr for foretaksgruppen i 2018. Resultatkrav per helseforetak for 2018-2025 er fastsatt slik:



Tabell 2 Resultatkrav

Resultatkrav i planperioden (i 1000 kr)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Helse Nord RHF	186 000	156 000	146 000	125 000	125 000	125 000	85 000	45 000
Finnmarkssykehuset	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	5 000	5 000
UNN	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Nordlandssykehuset	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Helgelandssykehuset	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	5 000
Sykehusapotek Nord	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	275 000	245 000	235 000	214 000	214 000	214 000	155 000	100 000

For UNN er resultatkravet for årene 2018-2025 +40 mill kr, uendret fra 2016.

1.3 Basisramme 2017

Basisrammen for UNN øker med 208 mill kr (+4,5 %) i forhold til vedtatt budsjett 2017. Realveksten er 29,8 mill kr (0,6 %). Endringene er oppsummert i tabell 3.

Tabell 3 Endringer i basisrammen 2018

Basisramme 2018	(beløp i 1 000 kr)
Vedtatt ramme 2017	4 653 198
Inntektsmodeller	11 667
Oppgaveendringer	59 961
Lønns- og prisvekst	97 294
Realvekst	29 818
Tekniske forhold	9 949
Vedtatt ramme 2018	4 861 888
Endring basisramme	208 690
Endring basisramme %	4,5 %
Realvekst basisramme	0,6 %

Detaljert oversikt over alle endringer fremkommer i tabell 4.



Tabell 4 Basisramme 2018

Basisramme 2018	UNN
Vedtatt basisramme 2017	4 653 198
Prisomregning 2,3x pst. ekskl. Pensjonsgrunnlag ekskl. kapitalgrunnlag	97 294
Finansieringsansvaret for legemidler (fra 2751.70) (nye fra 2018)	43 331
Reversering overgangsordning reduserte pensjonskostnader	43 000
Forskning til HF i vedtatt budsjett	30 000
Budsjettneutryl omlegging av labtakster, fra 732.77	22 005
Oppdatering inntektsmodell somatikk	21 931
Flytting kreftlegemidlerrestdel av helårseffekt fra 1.mai 2017	15 886
Styrking helseforetak 2018	13 339
Beredskap Svalbard	10 000
Kapitalkompensasjon NLSH Bodø/UNN PET/FINN Kirkenes	10 000
PET-senter oppstartstøtte	8 000
Reversering overgangsordning MVA-kompensasjonsordning	7 500
Styrking kapitaltilskudd	6 810
Styrking kreftbehandling/medikamenter	4 294
Kompensasjon manglende prisomregning	3 923
Utvikling psykiatri/tsb SIFER NORD	3 000
Konsekvens manglende prisomregning egenandeler	2 381
Smittevern overlege Finnm/unn	1 979
Overgrepsmottak, bevilgning fases inn i inntektsmodell	1 722
Miljøgiftlaboratoriet	1 700
Helårsdrift regional enhet LiS utdanning	1 600
Transport av psykisk syke, fra 732.70	1 063
Utvikling psykiatri/tsb - styrking poliklinisk aktivitet	1 017
Oppdatering inntektsmodell psykisk helse/innfasing	1 008
KORSN antibiotikaresistens	600
Kvalitetsbasert finansiering	384
KORSN kompetanse	250
Jordmortjeneste, fra 2755.72	56
Utførende helsepersonell, til 732.76-77, 2752.70	-249
KORSN kompetanse	-250
Kostnad per pasient (KPP)	-396
Gevinstuttak pasientreiser	-734
Prosjekt inkontinensomsorg UNN	-990
Kutt legemidler til RHFene (fra 2751.70)	-1 103
Sykehusinnkjøp - utfasing av omsetningsgebyr	-1 154
IKT-drift kvalitetsregistre	-1 300
Konsekvensjustering egenandeler (pasientreiser og poliklinikk)	-1 404
Sykehusinnkjøp - styrking	-1 717
Smittevern overlege Finnm/unn	-1 979
Forvaltning IKT EPJ	-1 980
Gevinstuttak klinisk farmasi	-3 005
Sykehusinnkjøp - divisjon Nord, overgangsordning	-3 124
Oppdatering/retting feil inntektsmodell rus	-3 272
Mva andelen av 292 mill. kroner (til 732.80) (andel av kreft - helårseffekt)	-3 307
Innfasing modell utdanning inntektsmodell somatikk	-8 000
Overflytting av deler av 292 mill kr til ISF (til 732.76) (andel av kreft - helårseffekt)	-8 268
Finansieringsansvaret for legemidler (mvadelen) - 786 mill. kr. (til 732.80) (andel2018)	-8 665
ISF-refusjon PH og TSB , til 732.76	-10 118
Pensjonskostnader	-12 830
Reduserte pensjonskostnader	-18 867
Overflytting av legemidler til ISF (til kap. 732.76) (andel av 2017-flytting)	-20 670
Forskning	-32 000
Sum basisramme 2018 per oktober 2017	4 861 888



De største endringene i basisrammen for 2018 er:

Lønns- og prisvekst

Det er lagt til grunn en lønns- og prisvekst på 2,7 %, hvorav lønnsvekst er 3,0 % og prisstigning på varer og tjenester er 2,0 %. For UNN utgjør dette 97,3 mill kr.

Flytting legemidler fra trygd

Statsbudsjettet foreslår at finansieringsansvaret for flere legemidler overføres fra folketrygden til spesialisthelsetjenesten fra 2018. Legemidlene som overføres er i all hovedsak innenfor alvorlig astma, behandling av mastocytose (alvorlig blodsykdom), hiv og hepatitt C og B. UNNs basisramme er beregnet til å øke med 43,3 mill kr for å håndtere dette, men det legges et effektiviseringskrav for disse kreftlegemidlene på 1,1 mill kr. Netto økning blir 42,2 mill kr.

Helårseffekt av kreftlegemidler

I 2017 overtok helseforetakene ansvaret for kreftlegemidler fra folketrygden. I 2018 justeres dette for helårsvirkning og for UNN utgjør dette 15,9 mill kr.

Pensjonskostnader – reversering av overgangsordning

Pensjonskostnadene og basisrammen ble i 2017 redusert med 244 mill kr.

Basisrammereduksjonen medførte store omfordelinger mellom helseforetakene. Dette ble av Helse Nord håndtert ved at omfordelingseffektene hadde en overgangsordning hvor omfordelingseffektene skulle begrenses i 2017, men innføres fra 2018. Overgangsordningen medførte i 2017 en innstramming for UNN på 43 mill kr. I 2018 avsluttes overgangsordningen og basisrammen til UNN øker med 43 mill kr.

Beredskap Svalbard

Helse Nord har satt av 16 mill kr for styrkning av beredskap på Svalbard. Som følge av beregnet sen oppstart får UNN 10 mill kr i 2018.

Oppstartstøtte PET

UNN får ytterligere 8 mill i oppstarts støtte til PET-senteret.

Fri realvekst

Basisrammen til UNN øker med 29,8 mill kr i fri realvekst (25,8 mill kr somatikk, 4 mill kr psykisk helsevern og TSB). 13,3 mill kr av disse er ren styrkning av basisrammen.

Styrking kreftbehandling/medikamenter

UNN tilføres 4,3 mill kr til økte kostnader for kreftmedikamenter.

Styrking kapitaltilskudd

Basisrammen som finansierer kapitalkostnader prisjusteres også, og medfører en styrking av kapitaltilskuddet til helseforetakene. For UNN utgjør dette 6,8 mill kr.

Oppdatering inntektsmodell psykisk helsevern / innføring

Inntektsmodellen for psykisk helsevern er oppdatert og det er besluttet en gradvis innføring av effektene. I tillegg er modellen oppdatert med kriterieverdier og pasientstrømmer. Helse Nord RHF har i tillegg lagt til 10,0 mill kr i modellen som skal delfinansiere tiltaksplanen for psykisk helse og rus. UNNs basisramme øker med 1,0 mill kr.

Oppdatering inntektsmodell TSB



Oppdatering og retting i inntektsfordelingsmodellen for TSB gir trekk i basisrammen for UNN med 3,2 mill kr.

Inntektsmodell somatikk

Kriterieverdier og pasientstrømmer er oppdatert i modellen og gir UNN en økt inntekt på 21,9 mill kr. Innfasing av utdanning i modellen medfører et trekk for UNN på kr 8 mill kr. Netto økes basisrammen med 13,9 mill kr.

Budsjettøytral omlegging av laboratorietakster

Basisrammen økes med 22 mill kr samtidig som takster for prøver reduseres for å dempe aktivitetsvekst innen laboratorievirksomheten.

Merverdiavgiftsordning

Merverdiavgiftsordningen innebar at helseforetakene ville få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. Basisrammen ble redusert med til sammen 331 mill kr i 2017, hvor 7,5 mill kr utgjorde en overgangsordning for 2017 for å dempe omfordelingseffektene mellom foretakene. Denne overgangsordningen er nå reversert og basisrammen økes med 7,5 mill kr.

Pensjonskostnader

Pensjonskostnadene reduseres og basisrammen til UNN reduseres med 31,7 mill kr. Dette er en teknisk justering og ha en tilsvarende kostnadsreduksjon.

2. Prosess og medvirkning

Virksomhetsplanleggingen for 2018 startet allerede i januar 2017 med virksomhetsplankonferanse for direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte (FTV) og foretaksverneombud (FVO). I tillegg ble det gjennomført virksomhetsplankonferanser i mars og april før dialogmøtene i mai. Virksomhetsplanlegging var også tema på ledersamlingen i mars, hvor dag to var dedikert til klinikk- og sentervis arbeid med virksomhetsplan.

Virksomhetsplanlegging har i tillegg vært behandlet i flere ledermøter i direktørens ledergruppe gjennom året. Gjennomgående tema for alle virksomhetsplankonferansene og ledermøtesakene har vært økonomiske føringer og premisser, omstillingsutfordring 2018 og strategi om tiltaksarbeidet. Direktøren gjennomførte dialogmøte med samtlige klinikker og sentre i mai, men på grunn av den anstrengte økonomiske utviklingen før sommeren er det blitt gjennomført nye dialogmøter med oppdaterte forutsetninger og tiltak.

Klinikkene og sentrene har gjennomført drøftingsmøter med tillitsvalgte angående virksomhetsplanleggingen for 2018 med fokus på aktivitetsplanlegging, bemanningsplanlegging, omstillingsutfordringer og tiltak. Foretakstillitsvalgte har også vært invitert til å komme med innspill og forslag i tiltaksarbeidet.



3. UNNs satsningsområder for 2018

3.1 Pasientforløp

UNN har som et av sine overordnede mål at foretaket skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt. Kontinuerlig forbedring av pasientforløpene er en viktig del av UNNs arbeid for å nå sitt overordnede mål.

Pasientforløpsarbeidet i foretaket er styrket for å bidra til at gode pasientforløp skal være en viktig del av arbeidet med å utvikle organisasjonen når nye bygg skal tas i bruk. Satsningen på pasientforløpsarbeid med formål om økt kvalitet for pasientene videreføres i 2018, som en viktig del av arbeidet med å utvikle UNN som en organisasjon som jobber med kontinuerlig forbedring.

3.2 Pasient- og brukervedvirkning

Pasient- og brukervedvirkning videreføres som en strategisk hovedretning, samt i tråd med styrets vedtak om strategi for brukervedvirkning ved UNN fra 2013. Fortsatt utvikling av «Mine behandlingsvalg», som er UNNs system for samvalg, er en viktig satsing, og det vil bli arbeidet for å utvikle samvalgsløsningen for flere tilstander.

Videre vil fortsatt utvikling av reell brukervedvirkning i forbedringsarbeid, i arbeidet med å følge opp ny HMS-strategi og regional kvalitetsstrategi med tilhørende handlingsplaner og videre utvikling av brukervedvirkning i forskning være viktig i 2018. Denne prioriteringen skal også være gjeldende på klinikknivå. Ungdomsrådet ved UNN skal involveres i medvirkningsprosesser der dette er relevant.

3.3 Samhandling og funksjonsfordeling

UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene. UNN skal samhandle med kommunene, primærhelsetjenesten og andre sykehus, samt være pådriver for samhandling og bruk av telemedisin.

I 2018 videreføres samarbeidet mellom UNN og kommunene i regi av overordnet samarbeidsorgan (OSO), og de reviderte samhandlingsavtalene som ble inngått med kommunene i 2016 skal følges opp.

Foretaket fortsetter samarbeidet med kommunene for å holde antall utskrivningsklare pasienter på lavest mulig nivå, og strukturene rundt oppfølging av utskrivningsklare pasienter skal utvikles med særlig vekt på god opplæring av UNNs ansatte.

3.4 Kvalitet og pasientsikkerhet

UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt. Vi skal definere mål for kvalitet i pasientbehandlingen, måle og dokumentere resultater i kvalitetsregistre, formidle resultatene slik at pasienten kan delta i beslutninger på egne premisser, samt sikre spesialiserte helsetjenester og beredskap på høyt internasjonalt nivå. I 2018 skal UNN arbeide videre med å utvikle seg som en lærende organisasjon med fokus på kontinuerlig forbedring. Arbeidet i Pasientsikkerhetsutvalg og Kvalitetsutvalg skal prioriteres og utvikles videre for å bidra til at avvik og uheldige hendelser fører til læring i hele organisasjonen.

Det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet har som mål å forbedre pasientsikkerheten i Norge. Arbeidet vil bli fulgt opp kontinuerlig med målinger og fokus for å sikre høy gjennomføringsgrad på tiltakene, med særlig fokus på samstemming av legemiddellister. UNN vil også i 2018 videreføre den forsterkede innsatsen for å forebygge sykehusinfeksjoner, med blant annet fokus på basale smittevernrutiner, smittevernvisitter og en rekke andre tiltak.



Risikostyring

UNN vil i 2018 fortsette arbeidet med å implementere et helhetlig system for risikostyring, der dette integreres som en viktig del av virksomhetsstyringen gjennom dialogavtalene.

Risikoanalyser gjøres i økende grad i foretaket, og både i Kvalitetsavdelingen og i enkelte andre enheter er det nå ansatte med god kjennskap til og økende erfaring med å bruke risikoanalyser som verktøy.

Læring av tilsyn, avvik og revisjoner

UNN vil i 2018 videreføre og ytterligere forsterke fokuset på å utvikle seg som en lærende organisasjon, der erfaringer fra tilsyn, avvik og revisjoner brukes til læring i aktuelle deler av organisasjonen. Arbeidet med å utvikle dette ytterligere blir viktig i 2018. KVAM-utvalg og -grupper behandler de sakene som er aktuelle for den enkelte enhet. Ledelsens gjennomgang gjøres på foretaksnivå årlig, og fra 2018 ønskes dette også gjennomført i klinikkene. UNN vil i 2018 gjennomføre ledelsens gjennomgang slik at den er tilpasset den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Kvalitetsregistre

UNN har i 2017 databehandleransvar for syv nasjonale kvalitetsregistre og et flerregionalt kvalitetsregister. Foretaket vil i 2018 videreføre et ledelsesmessig fokus på at disse registrene skal ha høy kvalitet og høy dekningsgrad. Det skal vektlegges at registerdata brukes for å identifisere områder der innsatsen for å bedre kvaliteten på tjenestene og resultater for pasientene skal styrkes. Kvalitetsavdelingen støtter klinikkene i å analysere data fra egen virksomhet, slik at det legges til rette for at disse kan brukes i arbeidet med å stadig øke kvaliteten på tjenestene som leveres.

3.5 Utdanning og rekruttering

UNN skal i samarbeid med universitetene, høyskolene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere. Vi skal forbedre oss gjennom forskning og kontinuerlig utvikling og innovasjon. Dette ved å gi kunnskapsbasert undervisning, bidra til desentralisering av helseutdanningene, lære studenter og elever prosessforbedring og pasientmedvirkning og ved å ta ansvar for spesialist- og forskerutdanningene. UNN vil i 2018 utvikle bruk av scenariometodikk og nasjonal bemanningsmodell videre for å bedre planleggingen av strategier og tiltak når det gjelder fremtidig bemanning og kompetansebehov.

3.6 Forskning

UNN skal forbedre seg gjennom forskning, kontinuerlig utvikling og innovasjon. Den nasjonale strategien HelseOmsorg 21 ligger til grunn for mye av utviklingsarbeidet rundt forskning, og handlingsplanen tilknyttet strategien følges opp med tiltak i samarbeid med Helse Nord RHF og Det helsevitenskapelige fakultet, UiT. UNN vil i 2018 fortsette arbeidet med å bidra til strukturer i det nasjonale samarbeidet for gjennomføring av kliniske studier, NorCrim. Brukermidvirkning i forskning skal videreutvikles, og det nære samarbeidet med Det helsevitenskapelige fakultet videreføres og videreutvikles.

3.7 Teknologi og E-helse

UNN vil utnytte de mulighetene som teknologien gir til utvikling av helsetilbud, kommunikasjonsformer og samhandling. E-helse vil stå sentralt i arbeidet med å forbedre kvalitet, sikkerhet og effektivitet. UNN vil ta i bruk tekniske nyvinninger som robotkirurgi og bildeveiledet diagnostikk og behandling. Multimedia som bilder, lydfiler og video skal brukes for å få til en multidisiplinær vurdering og oppfølging uten at pasienten trenger å være til stede. Løsninger for blant annet timebestilling, e-konsultasjon, rekvirering av og svar på prøver over



nettene skal utvikles. UNN skal bidra til å utvikle gode elektroniske samhandlingsløsninger med primærhelsetjenesten og andre helseforetak for å understøtte helhetlige pasientforløp.

Regionale løsninger for elektronisk pasientjournal (EPJ), radiologisystem, laboratoriesystemer og patologisystem er implementert. UNN skal i 2018 fortsette arbeidet med å oppnå gevinster av disse regionale løsningene, og utnytte mulighetene som ligger i de regionale prosjektene Jobb smartere og Digitale innbyggertjenester. UNN skal aktivt være med i arbeidet med å utvikle og implementere neste generasjon EPJ, DIPS Arena, og elektronisk kurve i regionen.

For å lykkes med bruk av teknologien, skal opplæring av brukere, medarbeidere og ledere prioriteres. Det må utvikles bedre kompetanse i samordnet ledelse av IT-implementering, prosessforbedring og organisasjonsendring fordi slik integrasjon er en forutsetning for å realisere gevinster i form av økt kvalitet og redusert ressursbruk.

3.8 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er i UNNs overordnede strategier fremholdt som et nødvendig virkemiddel for å sikre gode og likeverdige helsetjenester. Systematisk brukermedvirkning på klinikknivå har derfor vært utprøvd ifbm arbeidet med strategiske utviklingsplaner. Erfaringene fra dette arbeidet har medført at direktørens ledergruppe nå har besluttet at alle klinikker skal ha egen brukerrepresentant i sine respektive KVAM-utvalg.

3.9 Klinikkvis oppsummering av satsningsområder og økonomisk tilpasning for 2018

Akuttmedisinsk klinikk (AK)

Klinikkens prognose er -13 mill kr i 2017. Innsparingskravet for 2018 er på 2,1 mill kr. Inngangshastighet for 2018 er satt til 7 mill kr. Klinikken er tilført 5 mill kr og samlet omstillingsutfordring blir derfor 4,1 mill kr for 2018. Klinikken har utviklet tiltak for tilsvarende beløp. Tiltakene for 2018 går primært på reduksjon i variabel lønn, innleie fra byrå, reisekostnader og å redusere driftskostnader fra nedlagt helseradionett. Omstillingstiltakene for 2018 har stort innslag av variable lønnskostnader. De er derfor risikovurdert konservativt med god sannsynlighet for gjennomføring.

Klinikkens fokusområder i tillegg til UNNs hovedsatsinger for 2018 vil være konsolidering av Longyearbyen sykehus i klinikken, etablering av anestesilegeberedskap på Sysselmans redningshelikopter, innfasing av ny operatør på ambulanshelikopteret i Tromsø og etablering av regional koordinering – AMK-LA for av alle ambulanshelikopter (Brønnøy, Bodø, Evenes, Tromsø og Banak). Ambulansetjenesten vil arbeide videre med planer om stasjonsstruktur i sykehusområdet og strategidokument for ambulansetjenesten. Akuttmottak og observasjonspost vil ha fokus på kortere oppholdstid, trening med medisinske (og kirurgiske) mottaksteam, gjennomgang og optimalisering av pasientforløp, samt videre oppfølging av Sepsis.

Barne- og ungdomsklinikken (BUK)

Klinikkens prognose er balanse i 2017. Innsparingskravet for 2018 er på 2,5 mill. Klinikken har utviklet tiltak for 2,5 mill. Tiltakene vurderes som gjennomførbare med lav risiko og det vil bli iverksatt kompensierende tiltak ved behov.

Klinikkens viktigste satsningsområder for 2018 er å opprettholde fokus på kontinuerlig forbedring og å videreutvikle kompetansen. Forbedringstavler og tavlemøter skal tas i bruk i alle klinikkens enheter. Det skal arbeides systematisk med Helse, Miljø og sikkerhetsarbeid. Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) er samlet i klinikken og utviklingsarbeidet med å nå målet om likeverdige helsetjenester har fokus. Arbeidet med utvidelse av sengekapasiteten innen



PHBU skal etter planen starte høsten 2018, og det planleggingsarbeidet med ny tidsriktig Nyfødt intensivavdeling skal starte opp. I samarbeid med pasienter og samarbeids-partnere skal behandling og oppfølging av pasienter via Skype4b videreutvikles for å bedre pasienttilbudet og bidra til å redusere miljøbelastning og reisekostnader. Arbeidet med å benytte pasienthotellet i større grad fortsetter. Brukermedvirkning skal videreutvikles i samarbeid med Ungdomsrådet og Brukerutvalget. Det skal stimuleres til og legges til rette for forskning. BUK skal tilby praksisstudier av høy kvalitet og bidra til utdanning og rekruttering av kompetente medarbeidere.

Diagnostisk klinikk (DK)

Klinikkens prognose er underskudd på 7,0 mill kr i 2017. Innsparingskrav er 13,2 mill. kr. Samlet omstillingskrav 20,2 mill kr for 2018 og klinikken har utviklet tiltak for tilsvarende beløp. Tilbakemeldinger fra øvrige klinikker i UNN for planlagt aktivitet i 2018 vil innebære økning i laboratorieanalyser, røntgen- og PET-undersøkelser sammenliknet med 2016 og 2017. Diagnostisk klinikk har samtidig fått ansvar for fellestiltaket «reduisert rekvirering av laboratorieanalyser, blodprodukter og røntgenundersøkelser», tilsvarende 10 mill. Det mangler pt. datagrunnlag for å iverksette målrettede tiltak inn mot rekvirerende klinikker, og i påvente av dette underlaget er det utarbeidet andre tiltak. I tiltakene som er vektet og risikovurdert til 20,4 mill kr. utgjør 12,5 mill kr permanente tiltak, mens 7,9 mill kr er tiltak som har en tidsbegrenset effekt i påvente av jobben med å få redusert aktivitet (fellestiltaket). Satsningsområder i 2018 er få til en velfungerende drift i lab i nye A-fløya og i PET-senteret, prosjekt digital patologi, følge opp strategisk utviklingsplan, samt videreføre arbeidet med forbedring og akkreditering av virksomheten.

Drifts- og eiendomssenteret (DES)

Drifts- og eiendomssenterets (DES) prognose for 2017 er et overskudd på 12 mill kr for 2017. Overskuddet utgjør i hovedsak kortsiktige tiltak med kutt i vedlikeholdet på i underkant av 8 mill kr, mens de resterende 4 mill kr er stopp i reise, innkjøp og lønnskostnader. Innsparingskravet i 2018 er på 2,6 mill kr. Utviklede tiltak er utviklet i forhold til effektiviseringskrav i driften, kostnadsreduksjoner nye innkjøpsavtaler og reduksjon/justering av vaktordninger. I tillegg har DES ansvar for fellestiltaket "reduksjon i matsvinn" som utgjør om lag 2,3 mill kr. Tiltakene er risikovurdert i ledelsen og det er iverksatt noen risikoreduerende tiltak for å sikre at DES gjennomfører tiltak i tråd med plan. Likevel er det beheftet noe usikkerhet med tiltakene reduksjon i vaktordninger og matsvinn fordi dette er tiltak der DES er avhengig av at klinikkene reduserer sin etterspørsel etter vaktberedskap og forbruk av mat.

Strategisk utviklingsplan for UNNs bygninger 2016-2030 skal ferdigstilles i januar 2018, og vil sammen med arealplanene for UNN Breivika og Harstad, samt forprosjektet for nye UNN Narvik og idéfaseutredningen for psykisk helse og rusbehandling i Tromsø være retningsgivende for fremtidig utvikling av UNNs arealer. Arealplan for Harstad skal utvikles i løpet av 2018 og forventes lagt frem for beslutning høsten 2018. Innflytting og drift av de to store nybyggene i Tromsø; A-fløy og PET-senter vil oppta betydelige ressurser i Drifts- og eiendomssenteret også i 2018.

Vedlikeholdsbudsjettet for UNN gjenspeiler ikke ressursbehovet for å kunne ta igjen etterslepet og samtidig drive forebyggende vedlikehold. Det er derfor nødvendig med stram prioritering av vedlikeholdsoppgavene og en prioritert vedlikeholdsplan for 2018 og årene fremover.

DES overtar en del smittevernmessige renholdsoppgaver gjennom jobbglidning fra klinisk drift slik at pasientsikkerheten kan styrkes og klinisk personell frigjøres til andre mer pasientnære oppgaver.



Hjerte- og lungeklinikken (HLK)

Klinikkens prognose er underskudd på 1,5 mill kr i 2017. Innsparingskravet for 2018 er på 3,3 mill kr. Samlet omstillingsutfordring blir derfor 4,8 mill kr for 2018, og klinikken har utviklet tiltak for tilsvarende beløp.

Hovedtiltak er å redusere variable lønnsutgifter ved å minske behovet for innleie av intensivsykepleiere på Medisinsk intensiv og hjerteoppvåkning, fjerne det meste av overtid for leger i Hjertemedisinsk avdeling, redusere overbelegg i sengepostene og redusere sykefraværet. Lønnsutgifter reduseres ytterligere ved å avvikle sekretærstilling på hjertelaboratoriet. Utgiftene til blodprodukter reduseres gjennom mer utstrakt bruk av laboratorieanalyser slik at transfusjon av blodkomponenter blir mer målrettet. Inntektssiden styrkes gjennom økt ablasjonsvirksomhet (invasiv behandling av hjerterytmeforstyrrelser). Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet er i klinisk drift fra 2017. Hjerte- og lungeklinikken vil videreføre endovaskulære teknikker med avanserte stentgraft og kateterbaserte hjerteintervensjoner mot coronar- og klaffesykdommer. Hjerte-, lunge- og karkirurgisk avdeling etablerer en egen traumeseksjon. De kirurgiske vaktlinjene legges om for å styrke kompetansen i akutfasen, spesielt traumemottakene. Klinikkens vitenskapelige hovedsatsing er knyttet til avansert bildeframstilling – *bioimaging*. Arbeidet med reorganisering av klinikken er startet med siktemål å oppnå et hensiktsmessig kontrollspenn for ledere og profesjonsuavhengig ledelse med helhetlig ansvar (pasienter, personell, ressurser) i alle organisatoriske enheter.

Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K)

Klinikkens prognose for 2017, og inngangshastighet for 2018 er - 48,4 mill kr. Innsparingskravet for 2017 er på 5,8 mill kr. Korrigert for kostnadsendringer i 2018 er samlet omstillingsutfordring for klinikken for 2018 på 51,1 mill kr. Klinikken har rapportert tiltak tilsvarende omstillingsutfordringen. Den totale tiltakspakken består av 44 tiltak og gjelder økt aktivitet (tilbake til 2016-nivå), forbedringsprosjekter både på poliklinikk og sengeposter vedrørende bedre pasientflyt, økt hotellbruk og bedre logistikk samt reduserte lønnskostnader knyttet til innleie. Tiltakene er risikovurdert og estimerte innsparingseffekter er risikovektet. Den største risikoen i den totale tiltakspakken er lederkapasitet i forhold til gjennomføring og oppfølging av hvert enkelt tiltak. For å redusere risikoen, utjevne arbeidsmengden og sikre læring internt jobber klinikkledeledelsen på tvers av avdelingene med de konkrete tiltakene, og har lagt en plan for tett oppfølging av fremdrift.

Klinikken skal kontinuere arbeidet med å sikre optimale pasientforløp for alle pasientkategoriene som klinikken har ansvar for, og sikre at alle kreftutredninger og behandlinger gjennomføres i henhold til medisinske retningslinjer og kravene i pakkeforløpene. Klinikken vil ha høyt fokus på interne ventelister, og ivaretagelsen av alle pasienter som er i et behandlings- og kontrollforløp. Det skal arbeides aktivt med å videreføre implementeringen av UNNs vedtatte strategi for kontinuerlig forbedring i klinikkens avdelinger, metodikken skal benyttes i forhold til innsparingstiltakene der dette er mulig.

Videre oppbygging og utvikling av klinikkens forsknings, utdannings og undervisningsenhet vil ha høyt fokus i hele 2018.

Kvalitets- og utviklingssenteret (KVALUT)

Prognosen for Kvalitets- og utviklingssenteret i 2017 er et overskudd på 13 mill kr, som i hovedsak skyldes eksterne forhold. Innsparingskravet for 2017 er på ca. 1,3 mill kr, og tilsvarer dermed omstillingsutfordringen for 2017. Omstillingsutfordringen løses ved å øke inntektskravet noe i forhold til arbeidet med industrifinansierte studier og fondsforvaltning og på prosjekter



innen e-helse. I tillegg videreføres ikke knapt halvannen stilling brukt til å utføre oppgaver som ikke lenger tilligger senterets ansvarsområder.

Arbeidet med å videreutvikle arbeidsfordeling mellom det nye senteret og klinikkene, der senteret skal være en støttende og bidragende enhet for klinikkene innen arbeidet med pasientsikkerhet, kvalitetsarbeid, samhandling, ikt, utdanning og forskning videreføres. Senterets overordnede fokus er å bidra til å utvikle UNN som en lærende organisasjon som kontinuerlig jobber med forbedring på alle områder.

På kvalitetsområdet er en hovedoppgave å yte støtte og bistand til klinikkene, slik at de kan nå sine mål i arbeidet for økt pasientsikkerhet og pasientforløp sentralt. Et særlig fokus vil være å videreutvikle UNN som en lærende organisasjon i forhold til tilsynsrapporter, avvik, klagesaker etc.

Medisinsk klinikk (MK)

Klinikkens prognose er et underskudd på 5-6 mill kr i 2017. Innsparingskravet for 2018 er på 4,8 mill kr. Inngangshastigheten for klinikken er -11,2 mill kr. Samlet omstillingsutfordring blir derfor -16 mill kr for 2018, og klinikken har utviklet tiltak for tilsvarende beløp.

Medisinsk klinikk har utarbeidet en tiltakspakke som stiller inntektskrav til noen funksjoner og reduksjon av utgifter på følgende områder: Klinikkovertidende regler for overtid og innleie, ledsaget av «trafikklys» og «stedfortrederfunksjon» som tiltak analyseverktøy skal brukes som et lederverktøy ved planlegging. Kartlegging økt bruk pasienthotell og gjennomgang av poliklinisk virksomhet. Fortsettelse av «Prosjekt Harstad»

Vurdering av tiltakene: Tiltakene på økte ISF- inntekter, og inntektskrav for Avdeling for mikrobiologi og smittevern og Gastro- og nyremedisinsk avdeling er på områder som per i dag har overskudd.

Medisinsk klinikk er avhengig av en kompetent og stabilt grunnbemanning. Derfor ble kostnadsreducerende tiltak utviklet som sikter for reduksjon av variable lønnskostnader og ikke reduserer nødvendig grunnbemanning. Tiltakene sikter på å redusere alle former for innleie og overtid på alle sengeposter betydelig. For å få dette gjennomført er det avgjørende viktig at det etableres en god og åpen dialog mellom ansatte og ledere. Det må utvikles og brukes monitoreringsverktøy som følger opp tiltakene tett, på dag til dag og uke til uke basis.

Grensenytte for aktivitet må ses i lys av bruk av variabel lønn, innleie, vikarer, mv., og negative effekter for arbeidsmiljøet i form av sykefravær, turnover, mv.

I enkelte tilfeller svarer ikke inntektene til aktivitetsnivået. Eksempelvis ved utskrivningsklare geriatriske pasienter og samhandlingsutfordringene mellom lokalsykehusfunksjonene i Harstad og Tromsø og vertskommunene. Disse forhold forårsakes av eksterne aktører og er utfordrende å planlegge med. En slik utilsiktet høy aktivitet skaper problemer for arbeidsmiljø og bruk av variabel lønn.

Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR)

Klinikkens prognose er underskudd på 18,4 mill kr i 2017. Innsparingskravet for 2018 er 6,3 mill. I tillegg kommer beregnet negativ inngangshastighet ved årets slutt på ca. 7 mill kroner (beregnet i oktober). Samlet omstillingsutfordring for 2018 er 13,3 mill kroner. Klinikken har utviklet tiltak for 19,4 mill, som etter risikovurdering tilsvarer omstillingsutfordringen på 13,3 mill. kr. Risikovurderingen er basert på realismen i tiltakene, vurdert bl.a. på tidligere erfaring, både med interne forutsetninger og tilsvarende hos samarbeidspartnere.

Blant omstillingstiltakene er det å få til en effektiv satsing på protesekirurgi i UNN viktigst. Dette er nødvendig ut fra befolkningens behov. Lokasjonene Harstad og Narvik er særlig viktige i denne sammenheng. For 2018 beregnes det en total økning på ca. 165 proteseinngrep



sammenlignet med 2017, som ikke ble så bra som forutsatt. Noen poliklinikker vil få økt aktivitet, som ortopedisk og håndkirurgisk poliklinikk for å redusere ventetider og fristbrudd. Dessuten for hudsykdommer, revmatologi og øyesykdommer (bl.a. nytt screeningtilbud for øyekomplikasjoner ved diabetes). Innsluset kirurgi for nevrokirurgi og ØNH øker litt. Det vil bli en liten reduksjon i bruk av personell i rehabiliteringsavdelingen, og for bruk av overtid / vikarbruk flere steder. Det vil også bli benyttet dedikert personell som skal sikre at pasienter blir rapportert utskrivningsklare på tiden, slik at kommunale refusjoner ikke «glipper». Behandling med biologiske legemidler endres slik at forbruket blir lavere innen visse diagnoseområder, og ved overgang til billigere legemidler (biotilsvarende legemidler), som det vil komme flere nye av ila det neste året.

Klinikken vil delta i systematisk forbedring av kodekvalitet, som vil gi bedre rapportering til NPR og økt (riktig) ISF. Dette går inn i fellestiltaket for økt ISF for UNN.

Operasjons- og intensivklinikken (Opin)

De økonomiske rammene for Opin klinikken er fortsatt ikke avklart. Det pågår nå en prosess for å komme til enighet om forutsetninger og rammer for virksomheten i 2018, og i løpet av desember skal dette være avklart. Når dette er endelig avklart vil klinikkjefen uten opphold legge saken frem for administrerende direktør for videre saksbehandling.

Hovedutfordringen for klinikken vil være å opprettholde planlagt aktivitet og kvalitet, samt drifte i budsjettbalanse. Også i 2018 er en stor utfordring relatert til tilgang på personell, da særlig overleger anestesi og spesialsykepleiere, og et viktig satsningsområde vil derfor være rekrutteringsarbeid. Andre viktige satsningsområder vil være oppfølging av evaluering av klinikken og flytte sentrale deler av virksomheten inn i ny A-fløy.

Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK)

Klinikkens prognose er underskudd på 14 mill kr i 2017. Innsparingskravet for 2018 er på 3,7 mill kr. Samlet omstillingsutfordring blir 8,1 mill kr for 2018 fordi budsjettavvik på gjestepasienter rus ikke er tatt hensyn til i beregning av omstillingsutfordring. Klinikken har utviklet tiltak for 8,1 mill kr. Tiltakene knytter seg til uttak av definerte stillinger samt videreføring av utvalgte vakante stillinger i tilknytning til stillingsstopp 2017. Av totalt 17 tiltak i tiltakslisten 2018 er kun 1 tiltak gitt risikovurdering 2, de øvrige er risikovurdert til 1. Dersom det skulle være behov for å besette aktuelle stillinger, vurderes det slik at man kan holde andre stillinger vakant. Gjennom virksomhetsplan 2018 er det tilført midler til kapasitetsøkning innenfor sikkerhetspsykiatri og ressursmessige konsekvenser knyttet til endret lovgivning m.h.t. tvungent psykisk helsevern.

Klinikken vektlegger i 2018 oppfølging av tidligere vedtatt klinisk struktur gjennom en bredt anlagt diskusjon med tilhørende tiltak knyttet til en ytterligere faglig omstilling fra døgnbasert virksomhet til poliklinisk- og ambulant virksomhet. Dette i lys av nasjonale, regionale og lokale føringer. Andre områder for spesiell oppfølging vil være videre oppfølging av tiltak i handlingsplanen for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger samt etablering av ACT/FACT-lignende team som omtalt i UNNs langtidspan for perioden 2018-2021. Hertil kommer fokus på forbedrede pasientforløp mellom sykehusfunksjoner, SPHR, TSB og kommunale tjenester, integrering av tilbudet innenfor psykisk helsevern og TSB samt videreutvikling av brukermedvirkning. Det vil bli stimulert til utvikling av forskningsprosjekter med utgangspunkt i klinisk virksomhet og som del av pågående prosjekter. En egen forskningsstrategi for klinikken vil bli behandlet i 2018.

Stabscenteret



Stabssenterets prognose for 2017 er overskudd på 1 mill kr. Vakante stillinger og refusjoner ut over budsjett er årsaken til dette. Senterets innsparingskrav for 2017 er på 1,3 mill kr, som utgjør omstillingsutfordringen for 2017. Tiltakene som iverksettes for å møte innsparingskravet er reduksjon i antall stillinger, samt reduksjon i lønnskostnader uten reduserte stillinger.

Stabssenterets satsningsområder i 2018 vil være utarbeidelse av handlingsplaner for oppfølging av Strategisk utviklingsplan. I planen er det valgt 3 prioriterte utviklingsområder:

1. Digitalisering av tjenester

Flere av oppgavene som ivaretas av Stabssenteret vil bli digitalisert i planperioden. For å være i forkant av denne utviklingen må vi sikre at senteret har den kompetansen som kreves for å lede virksomheten gjennom de utfordringene som ligger foran oss på dette området.

2. Rekruttering og stabilisering av personell

Framskrivninger viser at foretaket vil mangle personell innenfor flere yrkesgrupper i årene som kommer. Den teknologiske utviklingen vil også innebære at foretakets behov for kunnskap vil endre seg.

3. Virksomhetsplanlegging, virksomhetsstyring og ledelsesinformasjon

Virksomhetsplanleggingen i UNN er en omfattende prosess som involverer ledere på alle nivåer.

3.10 Langtidsplan

I styremøtet 29. mars 2017 vedtok styret den første prioriteringen av satsninger i langtidsplan for 2018-2021. Flere ulike alternativer ble utredet, men styret ønsket en sterk prioritering av psykisk helse og rus og vedtok følgende satsninger.

1. Etablering av døgnplasser for barn og unge (psykisk helsevern - barn)
2. ACT-team (psykisk helsevern – voksne)
3. Pasientsentrert helsetjenestetsteam (PSHT)
4. CT i akuttmottak

Rammene for langtidsplan var opprinnelig 30 mill kr, men det er besluttet utsatt oppstart til høsten 2018 med forutsetning om økonomisk handlingsrom. Reviderte rammer er 15 mill kr i 2018.

Med unntak av etablering av CT i akuttmottaket er det laget detaljerte prosjektbeskrivelser og planer for disse satsningene. Frem mot oppstart høsten 2018 vil alle bli gjennomgått grundig før endelig godkjenning. Etablering av CT i akuttmottaket er utsatt til 2019, men planleggingen er allerede begynt, og detaljerte planer skal ferdigstilles i løpet av første tertial 2018.

Prioriteringer vedrørende langtidsplan for perioden 2019-2022 jobbes det med, men på grunn av forsinkelse i arbeidet med arealplan er også langtidsplan noe forsinket. Forslag til prioriteringer vil bli forelagt styret i mars/april.



4. Aktivitetsforutsetninger og plantall

4.1 Føring i statsbudsjettet og fra Helse Nord RHF

Statsbudsjett for 2018 legger til rette for en aktivitetsvekst på 2 % på nasjonalt nivå.

Krav om at psykisk helsevern og TSB hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Dekningen innen TSB er lavere i Helse Nord enn landet for øvrig og Helse Nord vil derfor særlig øke veksten innenfor poliklinisk aktivitet i TSB.

Som de siste årene reduseres ISF-satsen og polikliniske refusjonstakster innen somatikk som følge av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen med 0,5 % reduksjon samt kodeforbedring med 0,4 % reduksjon. ISF-satsen prisjusteres +1,8 % til 43.515 kr.

Utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene underregulert, og takstene justeres kun med 0,5 %. I tillegg til dette innføres nytt laboratoriekodeverk i 2018. Hva dette medfører av økonomiske konsekvenser er foreløpig ikke avklart.

For å stimulere til mer vekst innen psykisk helsevern og TSB økes ISF-satsen med 17,9 % samtidig som basisrammen tas ned tilsvarende. Den nye ISF-satsen er kr 2 357.

4.2 Plantall 2018

Plantallene er utarbeidet med utgangspunkt i gitte styringssignaler og estimerte effekter av planlagte endringer i driften. Plantallene for UNN er klinikkenes plantall summert opp på foretaksnivå. Plantallene på foretaksnivå i 2017 hadde for første gang en direkte kobling til de klinkkvise planene som var av så god kvalitet at de kunne brukes. Metodeutviklingen har fortsatt i 2017 og kvaliteten på plantallene er bedre enn tidligere år.

Samdata for 2016 viser at forbruk av spesialisthelsetjenester pr 1000 innbyggere er omtrent på landsgjennomsnittet med unntak av TSB hvor en ligger under. For somatiske døgnopphold ligger vi nært landsgjennomsnittet.

Plantallene viser at det planlegges med vekst både innen somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og TSB. Størst vekst er det planlagt innen TSB, og da innen poliklinikk hvor økningen er på 11,4 %. Dette vil medføre at UNN nærmer seg landsgjennomsnittet.

Tabell 5 Plantall 2018 ¹

Somatikk	Prognose 2017	Plantall 2018	Endring plan 2018 vs prognose 2017
Utskrivelser heldøgn	74 642	75 837	1,6 %
Liggedager i perioden	162 609	171 584	5,5 %
Polikliniske konsultasjoner	256 172	255 029	-0,4 %
Laboratorieanalyser	6 833 883	6 863 000	0,4 %
Røntgenundersøkelser (henvisning)	147 800	158 860	7,5 %
Fremmøte stråleterapi	14 684	14 902	1,5 %
Sum pasientkontakter	330 814	330 866	0,0 %
Psykisk helsevern for voksne	Prognose 2017	Plantall 2018	Endring plan 2018 vs prognose 2017
Utskrivelser heldøgn	3 439	3 502	1,8 %
Liggedager i perioden	42 045	45 374	7,9 %
Polikliniske konsultasjoner inkl ind	62 674	65 400	4,3 %
Sum pasientkontakter	64 600	69 550	7,7 %
Psykisk helsevern for barn og unge	Prognose 2017	Plantall 2018	Endring plan 2018 vs prognose 2017
Utskrivelser heldøgn	204	187	-8,3 %
Liggedager i perioden	2 254	2 840	26,0 %
Polikliniske konsultasjoner	23 875	23 546	-1,4 %
Sum pasientkontakter	25 451	25 576	0,5 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Prognose 2017	Plantall 2018	Endring plan 2018 vs prognose 2017
Utskrivelser heldøgn	987	995	0,8 %
Liggedager i perioden	19 070	20 577	7,9 %
Polikliniske konsultasjoner inkl ind	9 783	10 900	11,4 %
Sum pasientkontakter	10 987	11 900	8,3 %
SUM PASIENTKONTAKTER UNN	431 852	437 892	1,4 %

¹ Det er feilkilder ved å telle undersøkelser. Røntgenmiljøet i Norge har derfor gått mer over til å telle henvisninger hvor feilkildene er færre og gir et mer riktig bilde av ressursbruk. Diagnostisk klinikk teller derfor antall henvisninger.



Aktivitet somatisk virksomhet

I 2018 planlegges det med en økning i somatisk virksomhet i forhold til prognose for 2017. Planlagt økning for antall heldøgn og dagpasienter er 1200 (+1,6 %). Plan for liggedager viser en planlagt økning på 5,5 % i forhold til prognose for 2017. I forhold til plantall for 2017 er det en økning på 1,8 %. K3K planlegger flere liggedager innen Kreft, Urologi og Endokrinologi samt Føde- og Barsel. Medisinsk klinikk planlegger en økning i Narvik og høyere bruk av områdegeriatri ved Finnsnes. NOR-klinikken planlegger flere døgn innen rehabilitering i Tromsø som følge av flytting av senger fra Harstad samt noe økning utover dette. I tillegg er det en planlagt økning av ortopediske liggedøgn som må ses i sammenheng med tiltak om å ta tilbake gjestepasienter, som isolert utgjør 1600 liggedøgn.

Totalt planlegges det med 1150 færre polikliniske konsultasjoner (-0,4 %) sammenlignet med prognosen for 2017.

Antall laboratorieanalyser planlegges med en økning på +0,4%. Veksten i laboratorieanalyser for 2018 er lavere enn tidligere år. Antall røntgenundersøkelser målt i henvisninger planlegges økt med 11600 undersøkelser (+7,5 %).

Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Antall heldøgnopphold i psykisk helsevern for voksne er det planlagt med en økning på 1,8 %. Det planlegges 3300 flere liggedager sammenlignet med prognosen for 2017 (+7,9 %). Av dette utgjør omtrent 700 liggedager medikamentfritt behandlingstilbud, mens øvrige er bedre utnyttelse av de distriktpsikiatriske sentrene. Poliklinisk aktivitet planlegges økt med 4,3 % sammenlignet med prognose for 2017.

Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

I forhold til prognose for 2017 planlegges det med nedgang i heldøgnsopphold (-8,3 %). Antall liggedager planlegges økt med 580 som utgjør 26 % økning. Polikliniske konsultasjoner planlegges med en reduksjon på 1,4 %.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Heldøgnsopphold er planlagt på omtrent nivå som i 2017. Liggedager forventes å øke med 1500 som er en økning på 7,9 % sett opp mot prognose for 2017. Sett i forhold til plan 2017 tilsvarer dette en nedgang på 1,5 %. Poliklinisk aktivitet planlegges med en økning på omtrent 1100 konsultasjoner (+11,4 %).

Plantall månedsverk

Personellressurser utgjør en stor del av budsjettet, og gode plantall på månedsverk er viktig for å utøve god virksomhetsstyring. Alle klinikker og sentra er gitt føringer om at alle bemanningsplaner skal planlegges realistisk og i tråd med planlagt aktivitet, og det skal tas høyde for forventet sykefravær, permisjoner og annet fravær. Det skal være sammenheng mellom bemanningsplanene og planlagte månedsverk, både faste og variable. Det er jobbet mye med forbedring av metode for plantall for månedsverk. For 2018 er plantallene både for faste og variable månedsverk avstemt mot lønnsbudsjettet, og flere klinikker har gjort omprioriteringer i budsjettene (økt lønnsbudsjett) for å sikre bedre sammenheng mellom budsjett og forbruk. Tabell 7 viser oversikt over faktiske månedsverk i 2017², budsjetterte månedsverk i 2018 og endringer mellom budsjetterte og faktisk forbruk.

² Reelle månedsverk og innleie regnet om til månedsverk (94) per oktober og prognostiserte tall for november og desember. Alle tall er gjennomsnittsberegnet.



Tabell 6 Planlagte månedsverk

Klinikk	Faktiske månedsverk 2017			Budsjettede månedsverk 2018			Endring budsjett 18 vs. Faktisk 2017		
	Faste	Variable	Totalt	Faste	Variable	Totalt	Faste	Variable	Totalt
10 - Akuttmedisinsk klinikk	420	135	555	464	87	550	44	-48	-4
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	574	92	666	586	72	658	12	-20	-8
13 - Hjerter- lungeklinikken	322	54	376	315	56	371	-7	2	-5
15 - Medisinsk klinikk	490	111	601	522	62	584	32	-49	-17
17 - Barne- og ungdomsklinikken	352	44	396	360	40	400	8	-4	4
18 - Operasjons- og intensivklinikken	569	102	671	602	74	676	32	-28	4
19 - NOR klinikken	680	89	769	679	84	764	-1	-5	-6
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	840	136	977	872	105	977	32	-32	-0
30 - Diagnostisk klinikk	545	68	614	564	45	609	19	-24	-5
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	46	7	53	63	-	63	17	-7	10
45 - Drifts- og eiendomssenter	337	72	409	375	42	417	38	-30	8
48 - Kvalitets- og utviklingscenteret	162	14	175	171	3	174	9	-11	-1
52 - Stabscenteret	161	15	176	176	2	178	15	-13	2
62 - Fellesinntekter/-kostnader	16	11	27	16	11	27	0	-0	0
71 - Byggeprosjekter	6	0	6	6	-	6	0	-0	-0
Totalsum	5 521	951	6 472	5 770	684	6 454	249	-268	-18

Stillingsstoppen som ble innført sommer 2017 har påvirket prognosen gjennom at stillinger er holdt vakante. De kortsiktige tiltakene og effekten av dette må vurderes i 2018 gjennom at en samlet sett ikke øker bemanningen/kostnaden når disse opphører ved årsskiftet. Tabellen viser at det til neste år er budsjettet med 18 færre årsverk enn faktisk forbruk i 2017. I faktisk variable månedsverk inngår innleie fra firma omregnet til månedsverk. Korrigert for Nasjonalt senter for e-helseforskning (eksternfinansiert) er reduksjonen på 28 månedsverk. Ved å besette vakante stillinger, som er løst med dyrere løsninger som innleie og overtid, vil det samlet sett bidra til lavere lønnskostnader.

Den gylne regel

Veksten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn i somatikk (den gylne regel). Dette måles for fire parametre; aktivitet, bemanning, regnskap og ventetid. Ventetid har vi ikke plantall for.

Det er planlagt høyere vekst i aktivitet, bemanning og regnskap i psykisk helsevern (PHV) og TSB enn i somatikk. Dersom planene for 2018 realiseres vil den gylne regel være oppfylt i UNN.

Tabell 7 Den gylne regel

Gylne regel - endring plan 18 - prognose 17		
Indikator	Somatikk	Psykisk helse og rus
Månedsverk	-0,8 %	0,0 %
Polikliniske konsultasjoner	-0,4 %	3,6 %
Regnskap	1,6 %	4,0 %



5. Omstillingsutfordring og tiltak 2018

5.1 Omstillingsutfordring 2018

Omstillingsutfordringen er et samlet resultat av inngangshastigheten til 2018, endrede inntektsforutsetninger og endrede interne og eksterne kostnadsforutsetninger. Prognosen for 2017 er +45 mill kr, 5 mill kr bedre enn styringskravet fra Helse Nord RHF, men 20 mill kr under internt overskuddskrav. Omstillingsutfordringen for UNN i 2018 på 137 mill kr (tabell 10). I tillegg må eventuelle underskudd i klinikkene/sentra må håndteres av den enkelte klinikk/senter.

Tabell 8 Omstillingsutfordring 2018

OMSTILLINGSUTFORDRING 2018	Korrigert sept 2018
Inngangshastighet	0,0
Engangskostnader 2017 - Idefaseutredning Åsgård	-2,5
Sum korleksjon for engangseffekter	-2,5
Kapitalkompensasjon PET-senter	-10,0
Oppdatering inntektsmodell somatikk	-21,9
Revidering inntektsmodell utdanning	8,0
Innfasing og oppdatering modell psykisk helse	-5,1
Oppdatering inntektsmodell TSB	1,7
Oppdatering pasientstrømmer alle inntektsmodeller	3,0
Styrking HF	-13,3
Overgangsordning pensjon	-43,0
Overgangsordning MVA	-7,5
Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (0,5 %):	
Herav basisramme	0,0
Herav reduserte takster/ISF	12,0
Sum endrede eksterne inntektsforutsetninger	-73,5
Økte IKT kostnader	45,1
Økte kostnader A-fløy (halvårseffekt)	20,5
Opptrappingsplan psykisk helsevern og TSB	6,0
Netto økte driftskostnader PET-senter (etter inntekt)	13,1
Endring avskrivninger og rentekostnader (halvårseffekt A-fløy og PET)	7,0
Egne prioriteringer (egen tabell)	61,6
Direktørens pott	10,0
Langtidsplan	15,0
Økt overskuddskrav (til sammen 100, 60 over RHF krav - 65 i 2017)	35,0
Sum endrede internt påførte økte utfordringer	213,3
Omstillingsutfordring UNN	137,3
Fellestiltak	92,8
Klinikk/sentervise tiltak fordelt vår 2017	25,0
Klinikk/sentervise tiltak fordelt sept 2017 (i tillegg)	19,5
Sum tiltak	137,3
ULØST OMSTILLING	0,0

Inngangshastighet

Årets prognose er +45 mill kr. 5 mill kr høyere enn resultatkravet fra Helse Nord RHF, men 20 mill lavere enn internt resultatmål.



Engangskostnader i 2017

I omstillingsutfordringen korrigeres det for engangskostnader som er påløpt i 2017. Dette er idéfaseutredning Åsgård som utgjør til sammen 2,5 mill kr.

Kapitalkompensasjon PET-senter

Rammene til UNN øker med 10 mill kr gjennom kapitalkompensasjon for PET-senteret.

Oppdatering inntektsmodell somatikk

Oppdatering av kriterieverdier medfører 21,9 mill kr høyere inntekter for UNN.

Revidering inntektsmodell utdanning

Rapport vedrørende revidering av utdanningsforholdet i inntektsmodellen i somatikk viser at rammene til UNN blir redusert med 8,0 mill kr i 2018. Effektene vil fases inn over tre år, og utgjør til sammen 38 mill kr.

Oppdatering inntektsmodell psykisk helsevern / innfasing

Inntektsmodellen for psykisk helsevern er oppdatert og det er besluttet en gradvis innfasing av effektene. Modellen oppdatert med kriterieverdier og pasientstrømmer. Utgjør økt inntekt 5,1 mill kr

Oppdatering inntektsmodell TSB

Oppdatering av inntektsmodellen for TSB med kriterieverdier og pasientstrømmer medfører en reduksjon i basisrammen til UNN på 1,7 mill kr.

Oppdaterte pasientstrømmer alle inntektsmodeller

Oppdatering av pasientstrømmer medfører 3,0 mill kr i reduserte rammer for UNN i 2018.

Overgangsordning pensjon

Det ble i 2017 innført en overgangsordning for å dempe omfordelingseffektene av endrede pensjonskostnader. For 2018 medfører det økte rammer for UNN på 43,0 mill kr.

Overgangsordning MVA

Det ble i 2017 innført en overgangsordning for å dempe omfordelingseffektene av innføring av mva-refusjon. For 2018 medfører det økte rammer for UNN på 7,5 mill kr.

Avbyråkratisering og effektiviseringsreform

Det legges til grunn at avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen vedvarer. Reduksjon i basisrammen håndteres sentralt fra RHF, men underregulerte takster/ISF-satser medfører et effektiviseringskrav til UNN på 12,0 mill kr.

Økte IKT-kostnader

Oppdatert oversikt fra Helse Nord IKT viser at IKT-kostnadene øker med 45,1 mill kr i 2018. Dette gjelder renter og avskrivninger av prosjekter, igangsatte prosjekter og driftskostnader samt økte kostnader knyttet til merkantile systemer.



Økte kostnader A-fløy

Det er tidligere beregnet økte faste kostnader knyttet til A-fløya på 41 mill kr. Det er tatt høyde for halvårsvirkning for 2018 og det utgjør 20,5 mill kr.

Økte kostnader PET-senter

Netto økte kostnader for PET-senteret er beregnet til 13,1 mill kr.

Opptrappingsplan psykisk helsevern og TSB

Psykisk helsevern og TSB skal styrkes og det settes av 6 mill kr til dette formålet.

Prioriterte omfordelinger

Det er omfordelt 61,6 mill kr til klinikker/sentre for budsjett 2018 (tabell 9)

Tabell 9 Tildelt budsjett 2018

Egne prioriteringen 2018	Beløp (i mill kr)
Regional funksjonell forvaltning lab	3,0
DES - Kostverter	0,9
DES - leieforhold	2,6
OPIN - Renhold Harstad operasjon	1,8
Økte kostnader renhold smittevern	1,5
Økte kostnader serviceavtale strålemaskin	1,0
Økte kostnader andre serviceavtaler	3,0
Økte kostnader insulinpumper	3,0
Endring Labtakster (foreløpig estimat)	15,0
Nye medikamenter - beslutningsforum	17,0
PHRK - Kapasitetsøkning sikkerhetspsykiatri og endret lovgivning	7,8
DES - Renovering kjøkken Brevika (pålegg Mattilsynet)	0,0
Akuttmed - Økt budsjett	5,0
SUM	61,6

Direktørens disposisjon

Det settes av 10 mill kr til direktørens disposisjon.

Langtidsplan

Det settes av 15 mill kr til langtidsplan i 2018.

Økt overskuddskrav 2018

Det er behov for økte investeringsmidler i årene fremover, og det planlegges derfor å øke internt overskuddskrav med 35 mill kr til 100 mill kr totalt.



5.2 Tiltak 2018

Hovedstrategien med kontinuerlig forbedring i alle ledd av virksomheten fortsetter. Tiltakene for 2018 er en kombinasjon av klinikk/sentervise tiltak og fellestiltak. Det er fordelt et innsparingskrav til klinikker/senter på til sammen 44,5 mill kr. UNN's strategi om å prioritere psykisk helsevern og TSB vedvarer i 2018 og innsparingskravet for disse fagfeltene er halvert.

I tillegg til klinikkvise innsparingskrav er det identifisert ni fellestiltak som til sammen utgjør 92,8 mill kr.

I tillegg må eventuelt underskudd i 2017 håndteres i egne klinikker/sentre. Samlet omstillingsbehov for 2018 er 223,6 mill kr.

Det er utviklet tiltak for hele omstillingsbehovet. Tabell 10 viser klinikkenes/sentrenes tiltaksliste oppsummert og gruppert. Alle tiltakene er vektet etter Helse Nord RHF sin modell for risikovurdering. Alle tiltak som er vurdert til under 50 % sannsynlighet er filtrert ut og inngår ikke i grunnlaget. Fellestiltakene inngår ikke i disse tiltakene og kommer i tillegg.³

I OPIN-klinikken er prosessen med tiltak noe forsinket, og foreløpige tiltak som klinikken har identifisert er ikke inkludert i tabell 9.

Tabell 10 Klinikkvise Tiltak 2018

Type tiltak - oppsummert og risikovurdert	Risikogrupper og vekting			Sum
	Tall i hele 1000 kr	100 %	80 %	
ISF-økning pga. kodeforbedring	-	-	-	-
ISF-økning pga. økt aktivitet	36 290	805	5 220	42 315
Øvrig inntektøkning	2 989	1 920	-	4 909
Nedbemanning	19 801	4 821	3 025	27 647
reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	12 519	12 292	2 954	27 808
Reduserte driftskostnader	19 169	7 365	1 625	28 159
Total	90 768	27 202	12 824	130 838

Tabellen viser avrundede tall

Økte ISF-inntekter av økt aktivitet

Det planlegges med økt aktivitet i flere klinikker som gir økte inntekter på 42,3 mill kr. Dette dekker først og fremst klinikkenes underskudd.

Øvrig inntektsøkning

Øvrige inntekter skal økes med 4,9 mill kr. I hovedsak er dette økte laboratorieinntekter, men også økte eiendomsinntekter gjennom økt utleiegrad for boliger til ansatte.

Reduserte lønnskostnader

Det planlegges med tiltak knyttet til nedbemanning eller reduserte lønnskostnader på til sammen 55,5 mill kr i 2018.

Reduserte driftskostnader

Reduserte driftskostnader utgjør 28,2 mill kr.

³ Med unntak av 8,2 mill kr som er Diagnostisk klinikk sin andel av fellestiltak 3 som inngår i tabellen.



Fellestiltakene var i UNN's styresak 61-2017 *Status virksomhetsplanlegging* beregnet til 117,3 mill kr. I ettertid er dette revidert og nye vurderinger og beregninger utgjør 92,8 mill kr (tabell 11)

Tabell 6 Fellestiltak 2018

Tiltaksnr	Tiltak	Esimert besparelse (mill kr)
1	Økte ISF inntekter	30
2	Reduserte pasientreisekostnader	10
3	Redusere bruk av lab, røntgen og blodprodukter	10
4	Operasjonslogistikk, redusere strykninger	10
5	Avtaler IKT (SLA med mer)	10
6	Talegjenkjenning	7,5
7	Samordnet lønnspolicy	8
8	Vurdering av det desentrale behandlingstilbudet i somatikk	5
9	Reduserte kostnader mat, tøy	2,3
TOTALT		92,8

Økte ISF-inntekter

Det er påvist en lavere DRG-indeks ved UNN HF sammenlignet med andre regionsykehus i Norge. Forskjellen utgjør et ISF-tap som ved UNN er estimert til å utgjøre om lag 60 mill kr. Å innhente dette forutsetter at man får optimalisert kodepraksis og bedre dokumentasjon av den kliniske virksomheten. UNNs ledergruppe mener det er realistisk at sykehuset kan forbedre ISF-inntektene i 2018 med omtrent 30 mill kr gjennom et systematisk forbedringsarbeid. Prosjektleder for dette tiltaket har levert prosjektplan og tiltaket er iverksatt.

Reduserte pasientreisekostnader

Prosjektets arbeid skal sørge for å identifisere reiser som ikke er til nytte for pasienten. Resultatet skal være å sikre en gjennomgående praksis i UNN som fører til færre unødvendige kontroller, sørge for at flere pasienter kontrolleres i lokalsykehus, hos fastlege eller ved telefon, og bedre intern koordinering og samordning. Prosjektet skal omfatte kartlegging i hele UNN, både psykiatri og somatikk. Variasjon i praksis og bruk av reiser mellom fagområder og geografiske områder vil spesielt bli kartlagt. Prosjektet har levert sluttrapport med gevinstrealiseringsplan som viser at estimert besparelse oppnås. Det foreligger og implementeringsplan.

Redusere bruk av lab, røntgen og blodprodukter

Arbeidsgruppen skal foreslå realiserbare tiltak for å redusere rekvirering av laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser som ikke er til nytte for pasienten. Prosjektet har levert sluttrapport med gevinstrealiseringsplan og risikovurdering. Estimert besparelse oppnås.

Operasjonslogistikk, redusere strykninger

UNN HF hadde i 2016 over 2 300 strykninger på operasjonsprogrammet samme dag som inngrepet skulle ha funnet sted. Disse strykningene påfører UNNs avdelinger og funksjoner en arbeids- og kostnadsbelastning som skal reduseres. Det er etablert et prosjekt «Implementering av ny planleggingsprosess for elektiv kirurgi ved UNN». I siste vurdering fra prosjekteier er innsparingspotensialet opprettholdt på 10 mill kr.



Avtaler IKT (SLA med mer)

Prosjektgruppen jobber bredt i kartleggingen for å identifisere mulige områder for reduserte kostnader. Prosjektet har levert sluttrapport og estimert besparelse oppnås.

Talegjenkjenning

Prosjektet er igangsatt og opplæring gjennomføres klinikk for klinikk. Estimert innsparingseffekt på 8 mill kr vurderes som realistisk for 2018, men forutsetter at klinikkene fristiller legene til gjennomføring av opplæring i nødvendig grad.

Samordnet lønnspolicy

Arbeidsgruppa skal lage plan for, og legge til rette for, en gjennomgang av ulike «tillegg» som det er gjort individuelle eller klinikkvise avtaler om. I etterkant av gjennomgangen skal det sikres at det ikke utbetales lønn til funksjoner som er opphørt. Arbeidsgruppa skal videre lage overordnet lønnspolicy som viser rammene for lokal lønnsfastsetting. Ambisjonen om åtte mill kr i besparelser er ambisiøs og det er noe risiko for at dette vil bli noe lavere.

Vurdering av det desentraliserte behandlingstilbudet i somatikk

UNN driver områdegeriatrisk tjeneste i Nord-Troms med 6 senger. Denne tjenesten er en del av spesialisthelsetjenesten, og UNN tildeler Nordreisa kommune 7 mill kr i årlig tilskudd for å drifte disse sengene, i tillegg til geriatrisk poliklinikk. Aktiviteten gjennom de siste årene er godt dokumentert og viser en utnyttelsesgrad på ca. 50 %. Det er fra begge parter signalisert et ønske om å gjennomgå og revidere avtalene. Avtalene er sagt opp fra og med 1.7.2017, noe som medfører noe forsinket effekt på dette tiltaket.

Redusert matsvinn

Prosjektplan er utarbeidet og tiltak er iverksatt. Estimerte besparelser vil oppnås.

Andre kompenserende tiltak

For noen av fellestilltakene er det knyttet risiko til om det er mulig å oppnå estimerte besparelser allerede i 2018. Det er identifisert andre avbøtende tiltak i 2018 som skal dekke opp for manglende måloppnåelse eller forsinkelse i noen av fellestilltakene. Disse tiltakene er:

- 1. Ferieavvikling 2018*

Det er satt i gang et arbeid for å koordinere ferieavviklingen i foretaket, noe vi forventer vil ha positiv effekt på kostnadene.

- 2. Telefoni*

Det er beregnet en innsparing på 1,8 mill kr med bakgrunn i ny bedriftsavtale gjennom sykehusinnkjøp. Avtalen innebærer lavere abonnementspriser og reduksjon i fasttelefoni gjennom overgang til skype og mobiltelefoni.

- 3. Lavere forsikringspremie*

Nytt nasjonalt anbud på eiendomsforvaltning medfører lavere kostnader knyttet til forsikringspremien. Estimert besparelse er 3-4 mill kr for 2018.



6. Budsjett 2017

Tabell 12 viser regnskapsresultat for 2016, justert budsjett 2017, prognose for 2017 og foreløpig budsjett for 2018. Siste kolonne viser endringer i budsjett 2017-2018.

Tabell 7 Driftsbudsjett UNN

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2016	Justert budsjett 2017 (JB)	Prognose 2017	Vedtatt budsjett 2018 (VB)	Endring VB 2018 - JB 2017
Basisramme	4 852,2	4 634,7	4 634,7	4 861,9	227,2
Kvalitetsbasert finansiering	31,4	27,7	27,7	25,6	-2,1
ISF egne pasienter	1 392,5	1 562,1	1 547,1	1 627,8	65,7
Isf av biologiske legemidler utenfor sykehus	48,8	57,2	52,2	86,1	28,9
Gjestepasientinntekter	35,2	35,5	37,3	35,5	0,0
Polikliniske inntekter	223,5	180,7	194,7	196,1	15,4
Utskrivningsklare pasienter	26,2	20,2	22,3	16,0	-4,2
Raskere tilbake	24,4	25,9	25,5	0,0	-25,9
Andre øremerkede tilskudd	277,6	269,4	269,4	165,3	-104,1
Andre inntekter	383,0	395,0	396,9	401,1	6,1
SUM driftsinntekter	7 294,8	7 208,4	7 207,8	7 415,4	207,0
Kjøp av offentlige helsetjenster	192,6	188,0	222,0	210,0	22,0
Kjøp av private helsetjenester	79,4	69,6	70,0	67,3	-2,3
Varekostnader knyttet til aktivitet	811,5	715,4	735,4	821,2	105,8
Innleid arbeidskraft (fra firma)	55,9	34,0	84,2	16,4	-17,5
Lønn til fast ansatte	3 214,2	3 679,4	3 426,3	3 791,9	112,5
Vikarer	296,4	183,6	284,6	189,0	5,5
Overtid og ekstrahjelp	292,8	257,4	295,8	233,2	-24,2
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	749,2	703,9	704,1	730,7	26,8
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-274,5	-270,5	-268,2	-269,5	1,1
Annen lønn	322,9	344,6	343,3	292,1	-52,5
Avskrivninger	244,9	200,0	200,0	226,0	26,0
Andre driftskostnader	1 195,6	1 078,1	1 085,1	1 084,3	6,2
Sum driftskostnader	7 180,8	7 183,4	7 182,5	7 392,8	209,5
Driftsresultat	114,0	25,0	25,3	22,5	-2,5
Finansinntekter	21,5	15,0	18,9	10,0	-5,0
Finanskostnader	-0,3	0,0	0,8	7,5	7,5
Finansresultat	21,2	15,0	19,7	17,5	2,5
Ordinært resultat	135,2	40,0	45,0	40,0	0,0

Vedrørende raskere tilbake 2018: UNN har søkt om å få 28,0 mill kr for å drifte videre i 2018. Det avventes svar på dette fra Helse Nord.



7. Investeringsplan

7.1 Vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF

Investeringer i UNN skal understøtte valgte strategier og bygge på foretakets verdigrunnlag (kvalitet, trygghet, respekt og omsorg). Investeringsplanene søkes avstemt mot langtidsbudsjett og strategiarbeid for øvrig. Det er en målsetting å fordele ressursene mellom investeringer og fortløpende drift på en slik måte at det er til det beste for pasientbehandlingen i et langsiktig perspektiv.

Helse Nord RHF's vedtatte investeringsplan for UNN viser at det planlegges investeringer for nesten 3,2 mrd kr i løpet av perioden 2018-2025 (tabell 13). I 2018 er investeringsrammen 304 mill kr.

Tabell 8 Vedtatt Investeringsplan fra RHF 2018-2025

Vedtatt Investeringsplan 2018-2025 fra RHF (beløp i mill kr)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nytt sykehus Narvik	59 000	60 000	250 000	500 000	730 000			
Tromsundersøkelsen	5 000	5 000						
Regionalt PET-senter p85	43 200							
Økt ramme til HF styrets disp (MTU, ambulansområdet, regionale oppgaver)	45 000							
Økt ramme MTU Svalbard	2 000							
MTU, ambulanser, rehab med mer	150 000	150 000	150 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
Sum UNN	304 200	215 000	400 000	700 000	930 000	200 000	200 000	200 000

P50 ramme

Nytt sykehus Narvik

I vedtatt investeringsplan er det oppstart for nye Narvik sykehus i 2019, men investeringskostnader for ervervelse av eiendom, prosjektering og bygging av vei og tunnel fram til eiendommen er planlagt startet i 2018. Dette er hensyntatt i investeringsrammene.

Tromsundersøkelsen

Det er avsatt 5 mill kr årlig i perioden 2017-2019 i investeringsplanen for Tromsundersøkelsen

PET-senter

PET-senteret er i hovedsak ferdig i 2017, men testing og prøvedrift vil gjennomføres i første halvdel av 2018. Resterende P85 rammer er gjort tilgjengelig i UNN's investeringsplan.

Medisinteknisk utstyr (MTU) med mer

I vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF ligger det 197 mill kr til MTU med mer (150 mill kr til MTU med mer, 45 mill kr til ambulansestasjon og regionale funksjoner og 2 mill kr til utstyr på Svalbard. I investeringsplan for UNN for MTU med mer (tabell 14) er det lagt til grunn økte investeringsrammer på 5 mill kr på bakgrunn av forventet overskudd i 2017.

Den totale investeringsrammen for medisinteknisk utstyr med mer er 242 mill kr for 2018 (tabell 14).



7.2 Investeringsplan 2018 medisinteknisk utstyr med mer

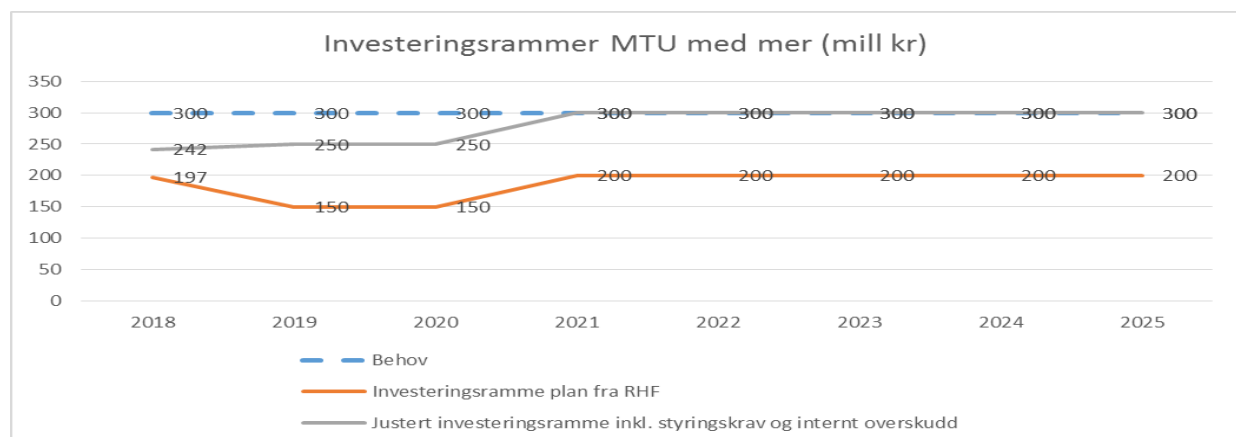
Investeringsrammene for medisinteknisk utstyr med mer skal dekke medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger, ambulanser, egenkapital til KLP med mer. Tabell 14 viser forslag til investeringsplan for 2018 summert på disse hovedgruppene.

Tabell 9 Investeringsplan MTU med mer 2018-2025

Investeringer , tall i mill kr	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022	Plan 2023
Medisinteknisk utstyr:	101,5	143,0	168,0	218,0	218,0	218,0
Teknisk utstyr:	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Diverse:	53,2	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ombygginger:	40,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Ambulanser	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Egenkapital KLP	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0
Overforbruk 2017 inkludert forpliktelser	35,3					
Utgående forpliktelser 2018	-40,0					
Sum investeringsplan MTU med mer	242,0	250,0	250,0	300,0	300,0	300,0
Investeringsramme vedtatt plan fra RHF	175,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0
Investeringsramme overskudd ihht styringskrav	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Investeringsramme internt overskudd	5,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0
Bygningsmessige økte rammer jfr. Rhf styresak 54-2017	20,0					
Økt investeringsramme MTU Svalbard	2,0					
Sum investeringsramme MTU med mer	242,0	250,0	250,0	300,0	300,0	300,0
Sum investert inkludert forpliktelser	242,0	250,0	250,0	300,0	300,0	300,0
Avvik investeringsplan- ramme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Behovet for investeringer er stort og ordinære investeringsrammer fra Helse Nord RHF er ikke tilstrekkelig i forhold til behovet for re-anskaffelser, ny teknologi, ombygginger med mer. Det holdes derfor fast på strategien om å øke internt overskuddskrav fra 25 mill kr i 2017 til 60 mill i 2018 (i tillegg til 40 i krav fra RHF) for å øke investeringsrammene påfølgende år. Figur 1 viser utviklingen de siste årene og fremtidige rammer.

Figur 1 Investeringsrammer MTU med mer





Tabell 15 viser detaljert investeringsplan for 2018 for medisinteknisk utstyr med mer.

Tabell 10 Rammer og plan for investeringer i utstyr med mer 2018-2025 spesifisert

Investeringer , tall i mill kr	Forbruk 2017*	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022	Plan 2023
Medisinteknisk utstyr:	214,1	101,5	143,0	168,0	218,0	218,0	218,0
Utstyr ikke spesifisert (Reanskaffelser)	76,6	17,5	96,5	168,0	218,0	218,0	218,0
Utskifting 27 anestesibord		22,0					
Strålemaskin	32,1	36,0					
MR(inkl ombygginger) Lab.18 i 2017	11,1		11,5				
PCR-Plattform-Mikrobiologen		7,0					
Pacemakerlab		7,0					
Brachyenhet-Stråleterapi		7,0					
Kjøp av COO			30,0				
TromsundersøkelsenFFU-/intrastrukturmidler (UIT)		5,0	5,0				
Forpliktelser	94,3						
Teknisk utstyr:	16,1	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Teknisk utstyr (ikke spesifisert)	16,1	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Diverse:	41,5	53,2	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ny ambulansestasjon Harstad	1,0	17,0					
IKT, nettverk og kabling	1,0	15,0	15,0				
Forpllass PET-senter og A-fløy	7,0	13,0					
Vestibyleprosjekt			10,0				
Backup trykkluft	2,5						
PET-senter - overskridelse p85 ramme (forskningsfunksjon)		8,2					
Forpliktelser	30,0						
Ombygginger:	0,5	40,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Overført fra 2017		10,0					
Ombygging - ikke spesifisert	0,5	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Ambulanser	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Egenkapital KLP	28,1	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0
Overforbruk 2017 inkludert forpliktelser		35,3					
Utgående forpliktelser 2018		-40,0					
Sum investeringsplan MTU med mer	312,3	242,0	250,0	250,0	300,0	300,0	300,0
Investeringsramme vedtatt plan fra RHF		175,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0
Investeringsramme overskudd ihht styringskrav		40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Investeringsramme internt overskudd		5,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0
Bygningsmessige økte rammer jfr. Rhf styresak 54-2017		20,0					
Økt investeringsramme MTU Svalbard		2,0					
Sum investeringsramme MTU med mer	277,0	242,0	250,0	250,0	300,0	300,0	300,0
Sum investert inkludert forpliktelser	312,3	242,0	250,0	250,0	300,0	300,0	300,0
Avvik investeringsplan- ramme	-35,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>*faktisk forbruk per oktober og prognostisert forbruk november og desember</i>							

I 2017 er det investert for 312,3 mill kr i medisinteknisk utstyr med mer (inkludert forpliktelser og utstyr som er godkjent). På grunn av lang tid fra godkjenning til utstyret er på plass, er det hensiktsmessige å godkjenne utstyr også av neste års ramme, og dette er i tråd med intensjonene i konsernbestemmelsene for investeringer.

Strålemaskin og nye anestesibord var opprinnelig planlagt investert i 2016 og 2017, men er utsatt til 2018. Det er planlagt med kabling og trådløst nett for 15 mill kr i 2018. Forpllass til PET-senteret og A-fløy er planlagt fullført i 2018 hvor kostnadene er estimert til minimum 20 mill kr og forutsetter enkle løsninger. Ny ambulansestasjon fullføres i 2018 samt at arbeidet med IKT, nettverk og kabling fortsetter i 2018. Nye ombygginger er budsjettert med 30 mill kr. På grunn av stramme rammer til re-anskaffelser og nytt utstyr må behovene vurderes og prioriteres



fortløpende gjennom året. Investeringsbehov som følge av langtidsplanen er det heller ikke avsatt rammer til.

8. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

8.1 Bærekraftanalyse

Bærekraft defineres som foretakets evne til å håndtere de drifts- og kapitalkostnader som følger av investeringsbeslutninger. Investeringer medfører gjerne konsekvenser for inntekter, drifts- og kapitalkostnader, og er dermed viktig når store investeringsbeslutninger skal tas.

Tabell 16 Bærekraftanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

Bærekraftanalyse UNN HF	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Sum inntekter	7 233	7 239	7 230	7 259	7 247	7 235	7 223	7 211
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	7 015	7 099	7 159	7 219	7 279	7 339	7 400	7 461
Sum avskrivninger	226	280	293	306	329	405	393	405
Netto rentekostnader	27	25	22	22	24	58	54	52
Totalt kostnader	7 270	7 404	7 474	7 547	7 632	7 802	7 848	7 918
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-37	-165	-244	-287	-385	-567	-624	-706
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40	40
Internt overskuddskrav UNN	60	60	60	60	60	60	60	60
Sum resultatkrav	100	100	100	100	100	100	100	100
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-137	-265	-344	-387	-485	-667	-724	-806
Sum effekter tiltaksplan	137	137	137	137	137	137	137	137
Uløst omstilling etter tiltaksplan	0	-128	-207	-250	-348	-530	-587	-669
Årlig endring omstillingsutfordring	0	128	79	44	98	182	57	82

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser at årlig omstillingsutfordring øker gradvis fra 128 mill kr i 2019 til 669 mill kr i 2025. Omstillingsutfordringen er basert på kjente føringer fra Helse Nord RHF og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er også tatt høyde for nye interne prioriteringer og satsninger på 50 mill kr årlig, samt årlig videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. I tillegg er det forutsatt at økonomisk effekt av tiltaksplanen er 137 mill kr for 2018 og at tiltakene har varig økonomisk effekt. I forhold til langtidsplan er det tatt høyde for 15 mill kr i 2018 og 30 mill kr i 2019. Bærekraftanalysen har også tatt høyde for investeringer knyttet til nytt bygg til psykisk helse og rus selv om rammene foreløpig ligger på RHF nivå.

Bærekraftanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- Vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF (i tillegg til Åsgård – 1,2 mrd kr)
- Økte investeringsrammer av internt overskudd benyttes til investeringer påfølgende år
- Investeringsramme P85 nye bygg
- A-fløy er 50 % lånefinansiert
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus
- 70 % lånefinansiering PET-senter
- 70 % lånefinansiering Åsgård
- Det er beregnet 3 % rente på lån og 2,8 % på egen likviditet
- Analysen er gjennomført i 2017-kroner
- 26,4 år avskrivningstid på nye bygg



8.2 Likviditetsanalyse

Oppdatert likviditetsanalyse viser en positiv likviditet i hele perioden 2018-2025.

Tabell 11 Likviditetsanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

Likviditetsberegning	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter								
Budsjettert resultat	40	40	40	40	40	40	40	40
Eget overskuddskrav	60	60	60	60	60	60	60	61
Avskrivninger/nedskrivninger	226	280	293	306	329	405	393	405
Likviditetseffekt pensjon								
Diff pensjonskostnad/premie								
Andre endringer i omløpsmidler/kortsiktig gjeld som påvirker likviditet								
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	326	380	393	406	429	505	493	506
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter								
<i>Endringer i forhold til vedtatt investeringsplan</i>								
Investeringer av overskudd	-65	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100
Investeringsbudsjett investeringsplan iht fremdriftsplan	-304	-215	-400	-700	-1 030	-400	-500	-800
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-369	-315	-500	-800	-1 130	-500	-600	-900
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter								
Innbet ved opptak av lån A-fløy	0	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Åsgård	0	0	0	0	70	140	210	420
Innbet ved opptak av lån PET senter	30	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Pasienthotell	0	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Narvik sykehus	41	42	175	350	511	0	0	0
Avdrag lån	-46	-46	-46	-46	-46	-92	-92	-92
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	26	-4	129	304	535	48	118	328
Netto endring i kontanter	-17	61	22	-90	-165	53	11	-67
IB 01.01	250	233	294	316	227	62	115	125
UB 31.12	233	294	316	227	62	115	125	59
Ramme for kassakreditt	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
101/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2017

Saksansvarlig: Einar Bugge

Saksbehandler: Bugge/ Bertheussen

Nye hovedindikatorer for UNN

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende hovedindikatorer for virksomhetsstyringen i 2018:
 - 1.Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)
 - 2.Fristbrudd (antall)
 - 3.Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid (andel)
 - 4.Tvangsvedtak (andeler)
 - 5.Sykefravær (andel)
 - 6.Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
 - 7.Regnskapsresultat
2. Styret forutsetter at indikatorene brukes til fortløpende virksomhetsstyring i ukentlige tavlemøter på foretaks-, klinikk- og avdelingsnivå.
3. Styret ber om rapportering på indikatorene i de månedlige Kvalitets- og virksomhets-rapportene.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i sak 103/2016 *Nye hovedindikatorer for UNN* å innføre åtte hovedindikatorer for å redusere risikoen for manglende måloppnåelse. Reduksjon i forekomst av sykehusinfeksjoner, gjennomføring av legemiddelsamstemming, oppholdstid i akuttmottak, reduksjon i fristbrudd og redusert tvangsbruk i psykiatrien, ble vurdert å være de aller viktigste målene i pasientbehandlingen. Redusert sykefravær og færre brudd på Arbeidsmiljøloven ble vurdert som de viktigste målene relatert til arbeidsmiljø, og høy gjennomføringsgrad på tiltak ble vurdert som viktigst for måloppnåelse innen driftsøkonomien.

Det ble ut fra dette gjort en enkel vurdering av hvilke indikatorer det var mulig å måle gjennomgående i hele organisasjonen regelmessig, og følgende ble valgt:

1. *Infeksjoner (prevalens)*
2. *Legemiddelsamstemming (andel)*
3. *Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)*
4. *Fristbrudd (antall)*
5. *Tvangsvedtak (antall)*
6. *Sykefravær (andel)*
7. *Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)*
8. *Tiltaksgjennomføring (andel)*

Det er ett år siden disse hovedindikatorene ble innført. De fleste indikatorene viser ingen vesentlig endring gjennom 2017, og flere av dem lar seg ikke måle mer enn noen få ganger i året. Gjennomføring av legemiddelsamstemming lar seg foreløpig ikke måle gjennomgående i foretaket.

Styret har i forbindelse med virksomhetsplanleggingen gitt signaler om at hovedindikatorene bør revurderes, for å sikre at oppmerksomheten fortsatt rettes mot de viktigste områdene der det er risiko for manglende måloppnåelse, og at indikatorene lar seg måle nokså kontinuerlig, i tråd med prinsippene for kontinuerlig forbedring.

Formål

Målet med denne saken er å behandle forslag til hovedindikatorer for 2018.

Saksutredning

Indikatorer i spesialisthelsetjenesten

Måling av prosess- og resultat kvalitet er et vel etablert virkemiddel som de fleste virksomheter anvender for å sikre at definerte mål nås. I spesialisthelsetjenesten er det etablert et stort antall målinger og indikatorer i flere forskjellige systemer:

- Virksomhetsstyringen
Ventelistedata, utvalgte kvalitetsmål (for eksempel andel korridorpasienter og epikrisetid), aktivitetsdata, økonomidata og personaldata måles månedlig og gjennomgående i hele organisasjonen, og rapporteres til styret og eier.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer
Data om blant annet behandling av sykdom og overlevelse, pasienterfaringer, bruk av legemidler og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus rapporteres med ulike mellomrom (for eksempel tertialvis eller årlig) og publiseres på nettstedet helsenorge.no.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

En rekke prosess- og resultatindikatorer fra over 50 sykdoms- og/eller prosedyrespesifikke kliniske registre registreres fortløpende og publiseres årlig på kvalitetsregistre.no.

Den samlede datamengden fra disse systemene er svært stor. Det registreres data for mange hundre mulige indikatorer.

Balansert målstyring

Det store antallet mulige indikatorer i moderne virksomheter gjør at det ikke er mulig for styret og toppledelsen å sitte med en samlet, detaljert oversikt over organisasjonens måloppnåelse på alle måleområder. Denne utfordringen har UNN og de fleste andre store virksomheter valgt å løse gjennom *balansert målstyring*. Dette er en metode som er utviklet for å kunne implementere og ytelsesmåle vedtatte strategier på alle nivåer i en organisasjon. Metoden bygger på at man velger noen *nøkkelindikatorer* (i UNN kalt hovedindikatorer) som er egnet til å måle om organisasjonen når sine strategiske mål. Dette forutsetter en presis analyse av hvilke prosesser og aktiviteter som er viktige for å sikre måloppnåelse samt et balansert utvalg av indikatorer, slik at man understøtter måloppnåelse på alle viktige målområder.

Risikostyring

Risikostyring er en metode som anvendes for å vurdere hvor det er størst risiko for manglende måloppnåelse, og for å utvikle tiltak som reduserer risikoen. Effektiv risikostyring forutsetter at man velger hovedindikatorer som belyser målområdene der det er størst risiko for -og konsekvens av manglende måloppnåelse. Helseforetakene er pålagt å drive risikostyring, og Helse Nord RHF utarbeider hvert år egne mål for risikostyringen, samt måleparametere som skal anvendes.

Valg av indikatorer

Valg av indikatorer er komplisert fordi det ofte ikke er sammenfall mellom det vi ønsker å måle og det som er mulig å måle. I komplekse virksomheter som sykehus er det også en utfordring at prosessene og aktivitetene som understøtter måloppnåelse ikke er de samme i alle enheter. Det er derfor vanskelig å finne gjennomgående indikatorer som er relevante i hele organisasjonen. Dette er årsaken til at det, som nevnt ovenfor, er etablert svært omfattende målesystemer.

SMART-kriteriene er et anerkjent verktøy for vurdering av indikatorer:

Kriterium	Krav
Spesific	Indikatoren må være spesifikt rettet mot et relevant forbedringsområde
Measurable	Det må være praktisk gjennomførbart å måle indikatoren, og målingen må kunne gjøres med ønsket frekvens
Agreed	Det må være bred enighet i organisasjonen om at det indikatoren måler er viktig
Realistic	Det må være realistisk (mulig) å nå definerte mål
Time-bound	Det må være mulig å tidfeste når målet skal nås

Det er en vanlig anbefaling at antall hovedindikatorer bør begrenses til tre til syv for å sikre tilstrekkelig prioritering av de viktigste risikoområdene. Dette må imidlertid sees opp mot kompleksiteten i virksomheten. Vi har gjennom studieturer og nettsøk fremskaffet en grov oversikt over hvilke indikatorer som brukes i sykehusorganisasjoner som er internasjonalt anerkjent for sitt kvalitetsarbeid. De fleste bruker mellom 10 og 15 indikatorer.

Indikatorer for UNN

Hovedindikatorer for UNN må knyttes opp mot de fire hovedmålene i den overordnede strategien:

1. *UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt*
2. *UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene*
3. *UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives*
4. *UNN skal i samarbeid med universitetene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere*

Hovedmål 1 er overordnet de tre andre målene og bør vektlegges tyngst i en balansert målstyring.

Helse Nord RHF revurderer målene for risikostyringen årlig. Målene for 2018 med tilhørende kritiske prosessindikatorer (hovedindikatorer) godkjennes endelig i styremøte i Helse nord RHF 13.12.2017, og forventes å bli som følger:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen
 - a. Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter < 60 dager
 - b. Det skal ikke være fristbrudd
 - c. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid
2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning
(Ingen indikator)
3. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
 - d. Gjennomsnittlig sykefravær skal være < 7,5 % og korttidsfraværet skal reduseres til gjennomsnittlig < 2 % for foretaket
4. Innfri de økonomiske mål i perioden
 - e. Økonomisk resultat i tråd med plan

Mål 1 er sammenfallende med UNNs *hovedmål 1*, og *mål 2* er et delmål under *mål 1* i UNNs strategi. Helse Nord RHF's *mål 3* er sammenfallende med UNNs *hovedmål 3* og *4*. Innfrielse av økonomiske mål er ikke tatt med som et hovedmål i UNNs strategi fordi dette har vært vurdert som en grunnleggende forutsetning. Samlet er det likevel full overensstemmelse mellom hovedmålene i UNNs overordnede strategi og Helse Nord RHF's mål for risikostyringen. Stor grad av sammenfall mellom hovedindikatorer for RHF og for UNN burde dermed være mulig.

Risikovurdering og mulige indikatorer

Områder med stor risiko for manglende måloppnåelse ansees å være vel kjent fra tidligere og pågående prosesser, og det er derfor ikke gjennomført noen egen risikovurdering i forbindelse med revisjon av hovedindikatorene.

Tabellen under viser hvilken risikoforståelse som er lagt til grunn under de fire hovedmålene, og mulige indikatorer:

Hovedmål	Risiko	Mulige indikatorer
1. UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er godt ivaretatt	<ul style="list-style-type: none"> a. Risiko for at pasienter påføres sykehusinfeksjoner b. Risiko for feilbehandling med legemidler c. Risiko for vedvarende utfordringer med plassering av akuttpasienter på riktig sengepost d. Risiko for vedvarende kapasitetssvikt i operasjonsvirksomheten e. Risiko for kvalitetssvikt i pasientadministrative rutiner f. Risiko for unødvendig bruk av tvang 	<ul style="list-style-type: none"> a. Infeksjoner (prevalens) b. Legemiddelsamstemming (andel gjennomført) c. Oppholdstid akuttmottak (andel <4 t) Korridorpatienter (antall) d. Strykninger operasjon (andel) e. Fristbrudd (antall) f. Tvangsvedtak (antall)
2. UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene	<ul style="list-style-type: none"> a. Risiko for uønsket pasientlekkasje ut av regionen 	<ul style="list-style-type: none"> a. Gjestepasientkostnader
3. UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives	<ul style="list-style-type: none"> a. Risiko for at arbeidsmiljøutfordringer medfører sykefravær b. Risiko for kvalitetssvikt i aktivitetsbasert bemanningsplanlegging 	<ul style="list-style-type: none"> a. Sykefravær (andel) Sykefravær (antall enheter over måltall) Sykefravær (korttidsfravær, andel) b. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
4. UNN skal i samarbeid med universitetene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere	<ul style="list-style-type: none"> a. Risiko for misforhold mellom fremtidige behov og antall helsearbeidere som utdannes 	
5. Annet	<ul style="list-style-type: none"> a. Risiko for at budsjettoverskridelser reduserer investeringsevnen 	<ul style="list-style-type: none"> a. Regnskapsresultat Tiltaksgjennomføring (andel)

Valg av indikatorer

Hovedindikatorene skal brukes i styrets månedlige oppfølging av direktøren, og med minst tilsvarende frekvens internt i organisasjonen. De etterfølgende, *mulige* indikatorer er derfor vurdert opp mot SMART-kriteriene med dette for øye:

1. Infeksjoner

Forekomst (prevalens) av infeksjoner vurderes å kunne oppfylle SMART-kriteriene. Det er ikke mulig å måle antall sykehuspåførte infeksjoner, og man må derfor måle samlet forekomst av infeksjoner som proxy. Dette er vel etablert metodisk og gjennomføres to ganger årlig i de nasjonale prevalensundersøkelsene. Det vil kreve noe økt ressursinnsats å måle månedlig, men dette vurderes som gjennomførbart.

2. Legemiddelsamstemming

Legemiddelsamstemming er et av tiltakene i Pasientsikkerhetsprogrammet. Måling av andel heldøgnpasienter som får samstemming i den enkelte sengepost forutsettes gjennomført i den nasjonale løsningen Extranet. Dette er ikke konsistent gjennomført, og i henhold til føringene i programmet kan de fortløpende målingene opphøre når tiltaket er godt implementert. Det er ikke mulig å aggregere data fra seksjons- og avdelingsnivå til klinikk- og foretaksnivå. Indikatoren vurderes å oppfylle SMART-kriteriene, men det kreves utviklingsarbeid før det vil være mulig å rapportere på foretaksnivå. Det pågår et regionalt prosjekt som lager prosedyrer for gjennomføring og registrering av legemiddelsamstemming. Dette må implementeres før målinger kan gjennomføres. I prosjektplanen legges det opp til implementering i andre tertial 2018, og det vil derfor ikke foreligge grunnlag for målinger av gjennomføring før mot slutten av neste år.

3. Oppholdstid i akuttmottaket

Gjennomsnittlig oppholdstid i akuttmottaket (timer) registreres rutinemessig i DIPS, og det er i Helse Nord LIS etablert funksjonalitet for å måle andel med opphold under måltallet på 4 t. Lang oppholdstid i akuttmottaket kan ha flere årsaker, men antas på aggregert nivå å gi en god indikasjon på om systemet for plassering av akuttpasienter på sengepost fungerer. Indikatoren vurderes å kunne oppfylle SMART-kriteriene, men den har svakheter når det gjelder spesifisitet.

4. Korridorpasienter

Andel korridorpasienter er en nasjonal indikator som også antas å gi en god indikasjon på om rutineene for plassering av akuttpasienter på sengepost fungerer, men denne indikatoren har betydelige svakheter når det gjelder spesifisitet. Det foreligger i tillegg definisjonsproblemer som gjør at det er usikkert om det er enighet om at det indikatoren måler er viktig. Det er usikkert om den oppfyller SMART-kriteriene.

5. Strykning av planlagt operasjon

Andel pasienter som ikke får gjennomført planlagt operasjon (andel strykninger) er også en nasjonal indikator. Den kan påvirkes både av kvaliteten i aktivitetsplanleggingen og av kapasiteten. Det er derfor utfordringer knyttet til spesifisiteten. Også for denne indikatoren foreligger det definisjonsproblemer som gjør at det neppe er enighet om at det den måler er viktig.

6. Fristbrudd

Andel fristbrudd er en nasjonal indikator som er godt definert. Den oppfyller SMART-kriteriene.

7. Tvangsvedtak

Andel tvangsvedtak ble høsten 2016 tatt inn som hovedindikator etter ønske fra styret, som en konsekvens av Sivilombudsmannens besøksrapport. Det er en svakhet at det er vanskelig å definere et konkret mål. Indikatoren vurderes ellers å oppfylle SMART-kriteriene. Det er fra før besluttet at bruken av indikatoren skal evalueres etter seks måneder. Den nasjonale indikatoren som nå brukes i UNN måles kun kvartalsvis, og har svakheter ved at den er lite spesifikk i den forstand at den måler all tvangsbruk, uansett

om det dreier seg om alvorlige tvangsmidler som reimlegging eller lettere tiltak som kortvarig fastholding. Psykisk helse- og rusklinikken anbefaler at det for 2018 byttes til en todelt indikator, der man måler både samlet tvangsbruk og bruk av mekaniske tvangsmidler (som anses å være den mest inngripende form for tvangsbruk). Begge måles som andel pasienter utsatt for tvangsbruk/mekaniske tvangsmidler. Dette foreslås målt månedlig.

8. Gjestepasientkostnader

Gjestepasientkostnadene faktureres av mottagende sykehus. Rutinene for dette varierer, og det er derfor stor tilfeldig variasjon i når UNN mottar faktura. Det er derfor utfordringer knyttet til selve målbarheten som gjør at indikatoren ikke vurderes å oppfylle SMART-kriteriene.

9. Sykefravær

Andel sykefravær måles nå rutinemessig, men det er vanskelig å tidfeste når et mål skal nås fordi sykefraværet påvirkes sterkt av generelle trender i samfunnet. Indikatoren vurderes bortsett fra dette å oppfylle SMART-kriteriene.

10. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven (AML-brudd) vurderes å kunne gi en god indikasjon på kvaliteten i sammenhengene mellom planlegging av aktivitet og arbeidstidsplanleggingen (aktivitetsbasert bemanningsplanlegging). Indikatoren oppfylder SMART-kriteriene, men det kan være utfordrende å tidfeste når målet vil nås. Dette henger blant annet sammen med rekrutteringsutfordringer.

11. Tiltaksgjennomføring og regnskapsresultat

Gjennomføring av budsjetterte omstillingstiltak er en forutsetning for å nå budsjettmålene. Målingen er etablert, og kan brytes ned på klinikk- og avdelingsnivå. Gjennomføringsgrad vurderes å være spesifikt rettet mot forbedringsområdene, men indikatoren krever mye manuelt arbeid og vurdering. Det har i løpet av året blitt tydelig at indikatoren ikke har vært tolket entydig, og det oppleves som problematisk at opprinnelig plan måles. Det har medført at en klinikk har kunnet ha 100% måloppnåelse og samtidig negativt regnskapsresultat, og motsatt. Oppfølgingen av tiltakene har derfor ikke gitt et godt bilde på det økonomiske resultatet. For at sammenhengene mellom regnskapsresultat og tiltaksgjennomføring skal bli tydeligere bør tiltakene knyttes opp mot regnskapsresultatet. Dette skjer ved at en negativ utvikling i regnskapsresultatet følges opp ved planlegging av tiltak for å snu den aktuelle situasjonen. Dette innebærer at utviklingen av tiltak skjer i en dynamisk prosess knyttet til oppfølging av regnskapsresultat.

Regnskapsresultatet er en enklere indikator å følge med på, men resultat i seg selv er ikke direkte rettet mot et forbedringsområde. Indikatoren vurderes bortsett fra dette å oppfylle SMART-kriteriene. For neste år anbefaler vi at regnskapsresultatet velges som indikator. Oppfølging av tiltakene vil likevel være viktig å følge med på for klinikkene/sentrene, og skal skje i en dynamiske prosess hvor behov for tiltak knyttes mot utvikling i regnskapsresultatet.

Medvirkning

Saken ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftings- og medvirkningsmøter i uke 48. Protokoller/referater fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 14.12.2017.

Arbeidsmiljøutvalget var tilfreds med valg av hovedindikatorer, med særlig vektning av at indikatorene for sykefravær og brudd på arbeidstidsbestemmelsene er foreslått videreført.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten tok saken til orientering, og samtlige møter sluttet seg til at saken slutføres og legges frem til endelig behandling i styret 14.12.2017.

Vurdering

Flere av UNNs hovedindikatorer for 2017 har vist seg å ikke kunne måles tilstrekkelig hyppig til at de er nyttige i forhold til den løpende virksomhetsstyringen. For å være hensiktsmessige, bør indikatorene kunne måles minimum månedlig. Hverken forekomst av sykehusinfeksjoner, gjennomføring av legemiddelsamstemming eller nåværende indikator for tvangsbruk i voksenpsykiatrien tilfredsstillende et slikt krav. Gjestepasientkostnader er viktig å følge med på, men uregelmessighet i fakturering gjør det vanskelig å måle månedlig.

Det er nå vurdert til sammen 12 mulige hovedindikatorer for 2018. Hensikten er å bruke indikatorene til å redusere risikoen for mangelfull oppnåelse av de fire hovedmålene i den overordnede strategien. Det har også vært et mål å ha stor grad av samsvar mellom UNNs og Helse Nord RHF's hovedindikatorer. Det bør være et mål å holde fast ved flest mulig av hovedindikatorene over tid, for eksempel i et to- til femårsperspektiv. Dette må sees opp mot at UNN arbeider med å utvikle et bedre system for kontinuerlig forbedring, og i 2018 vil det bli rettet et sterkere fokus mot å utvikle indikatorer knyttet til dette arbeidet. Det vil også være et mål å få flest mulig av de aktuelle indikatorene tilgjengelig i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS.

Flere av indikatorene har betydelige svakheter vurdert opp mot SMART-kriteriene, og for *Hovedmål 2 og 4* har det ikke lyktes å identifisere indikatorer som kan brukes i fortløpende virksomhetsstyring. Disse områdene må inntil videre følges opp gjennom mer skjønnsmessige vurderinger med lavere frekvens i tertial- og årsoppgjørene.

Selv om både forekomst av sykehusinfeksjoner og gjennomføring av legemiddelsamstemming er målområder som vurderes som svært viktige for sikkerheten og kvaliteten i pasientbehandlingen og ressursbruken, kan de foreløpig ikke måles hyppig nok til at de er egnet til den løpende virksomhetsstyringen. Oppholdstid i akuttmottaket måles fortløpende, er lett tilgjengelig i Helse Nord LIS, og foreslås derfor videreført som hovedindikator. De øvrige foreslåtte indikatorene er alle målbare uten metodeproblemer av betydning, men det krever økt bevissthet rundt registrering for å få god kvalitet på alle indikatorene.

Fristbrudd oppfattes av mange som mindre viktig enn for eksempel «interne ventetider», men det er store metodeproblemer knyttet til måling av sistnevnte. Det pågår regionale og nasjonale prosesser for å etablere pålitelig måling av en form for «interne ventetider», og inntil disse er konkludert, og pålitelige målinger etablert, er det ikke hensiktsmessig å bruke dette som hovedindikator. En slik indikator forventes å være klar til bruk i 2019. Fristbruddene vurderes å gi en generell indikasjon på kvaliteten i det pasientadministrative arbeidet, og anbefales derfor videreført som indikator.

Selv om arbeidsflyten i kreftpakkeforløpene vurderes å være stabil, er det fortsatt utfordringer med å gjennomføre alle pakkeforløp innenfor normert tid. Det anbefales derfor å gjeninnføre gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid som en hovedindikator, som også vil være i tråd med de regionale krav til risikostyring og hovedindikatorer.

Økonomisk resultatoppnåelse inngår ikke i hovedmålene i UNNs overordnede strategi. God økonomistyring vurderes likevel å være en grunnleggende forutsetning for å lykkes på alle andre områder. Gjennomføringsgrad for planlagte omstillingstiltak har vært hovedindikator i 2017. Oppfølgingen har vist at det er utfordringer knyttet til forståelsen av indikatoren. For neste år anbefaler vi at regnskapsresultatet velges som indikator. Oppfølging av tiltakene vil likevel være viktig å følge med på for klinikkene/sentrene, og skal skje i en dynamiske prosess hvor behov for tiltak knyttes mot utvikling i regnskapsresultatet.

Helse Nord RHF har nå besluttet ventetid (gjennomsnitt), fristbrudd (antall), pakkeforløp (andel innen normer tid), sykefravær (gjennomsnitt) og regnskapsresultat som indikatorer i den regionale risikostyringen. Det forutsetter at foretakene i tillegg utvikler noen indikatorer som er tilpasset utfordringene i den enkelte virksomhet. Risikoen for at UNN ikke skal nå måltallene for ventetid vurderes nå som svært lav, og ventetid forslås derfor ikke som en hovedindikator i UNN.

Konklusjon

Etter en samlet vurdering foreslås følgende hovedindikatorer:

1. Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)
2. Fristbrudd (antall)
3. Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid (andel)
4. Tvangsvedtak (andeler)
5. Sykefravær (andel)
6. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
7. Regnskapsresultat

Tromsø, 7.12.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
102/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Muntlige orienteringer

1. Pasienthistorie
2. Risikomomenter og tiltak – ComPACS – status pr 24.11.2017
3. Lånesøknad Nye UNN Narvik
4. Ansettelse av lokal driftsleder ved UNN Narvik
5. Ansettelse av drifts- og eiendomssjef
6. Status i PCI-saken
7. Status i hovedoppgjøret 2016 mellom Dnlf/Akademikerne og Spekter
8. Orientering etter møte med Helse- og velferdskomiteen i Tromsø kommune
9. Offisiell åpning av A-fløya og PET-senteret
10. Bekymringsmelding Medisinsk avdeling UNN Harstad jf. referatsak 3)
NB! Deler av orienteringen må gis u. off. i medhold av Off.l. § 13 jf. Fvl. § 13.
11. Innføring av felles system for elektronisk medikasjon og kurve (*u.off. Offl. § 14*)

Tromsø, 7.12.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
103/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2017
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra styremøte i Helse Nord RHF 22.11.2017
2. Referat fra OSO-møte 23.11.2017
3. Bekymringsmelding Medisinsk avdeling UNN Harstad 24.11.2017, jf orienteringssak 10.
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 27.11.2017
5. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 28.11.2017
6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 28.11.2017
7. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 29.11.2017
8. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 5.12.2017
9. Svar vedrørende bekymringsmelding Medisinsk avdeling UNN Harstad, 8.12.2017

Tromsø, 12.12.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Presseprotokoll

Vår ref.:
2017/2-104/012

Saksbehandler/dir.tlf.:
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/dato:
Tromsø, 22.11.2017

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	22. november 2017 - kl. 10.30
Møtested:	Radisson Blu Hotel, Tromsø

Tilstede

Navn:	
Marianne Telle	styreleder
Inger Lise Strøm	nestleder
Ann Mari Jenssen	varamedlem - <i>møtte for Kari B. Sandnes</i>
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem
Fredrik Sund	styremedlem
Johnny-Leo Jernsletten	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Gunn Strand Hutchinson	vararepresentant til observatør fra Regionalt brukerutvalg - <i>møtte for Arne-Ketil Hafstad</i>

Forfall

Navn:	
Kari B. Sandnes	styremedlem
Arne Ketil Hafstad	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Siv Høymork	kvalitets- og forskningsdirektør
Tor Solbjørg	revisjonssjef

I forkant av styremøtet gjennomførte styret i Helse Nord RHF *styrets egnevaluering for 2017*. Oppsummeringen fra evalueringen vil bli oversendt Helse- og omsorgsdepartementet, når den er ferdig.

I forbindelse med dette styremøtet avholdt styret i Helse Nord RHF *møte med Sykehusapotek Nord HF* og fikk en presentasjon av helseforetaket, dets utfordringer og strategiske tanker fremover med særlig fokus på *klinisk farmasi - koblet mot prosjekt legemiddelavstemming og presentasjon av nytt datasystem (lukket legemiddelsøyfe)*.

Styresak 123-2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

- | | |
|--------------|--|
| Sak 123-2017 | Godkjenning av innkalling og saksliste |
| Sak 124-2017 | Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. oktober 2017 |
| Sak 125-2017 | Nasjonalt system for innføring av nye metoder – oppdatering etter Stortingets behandling av Meld. St. 34 (2015–2016) <i>Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering</i> |
| Sak 126-2017 | Traumebehandling innen psykisk helsevern - evaluering av organiseringen, oppfølging av styresak 47-2014 |
| Sak 127-2017 | Statsbudsjett 2019 - innspill fra Helse Nord RHF og felles innspill fra alle regionale helseforetak |
| Sak 128-2017 | Finnmarkssykehuset Nye Hammerfest sykehus - lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet
<i>Saksdokumentene ettersendes.</i> |
| Sak 129-2017 | Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik - lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet og kvalitetssikring av konseptrapport
<i>Saksdokumentene ettersendes.</i> |
| Sak 130-2017 | Virksomhetsrapport nr. 10-2017
<i>Saksdokumentene ettersendes.</i> |
| Sak 131-2017 | Valg av styrer i helseforetakene i Helse Nord 2018-2020 -oppnevning av styrets arbeidsutvalg, jf. helseforetaksloven § 21 |
| Sak 132-2017 | Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>
3. Oppfølging av styrets vedtak - status for gjennomføring
<i>Saksdokumentene ettersendes.</i>
4. Leger i spesialisering (LIS) - status og utfordringer
<i>Saksdokumentene ettersendes.</i>
5. Innføring av felles system for elektronisk medikasjon og kurve (EK-prosjektet), status i foretaksgruppen
<i>Saksdokumentet er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13, jf. Fvl. § 13, 1. ledd, nr. 2.</i> |
| Sak 133-2017 | Referatsaker
1. Brev fra Øresvik Lokalutvalg av 15. oktober 2017 ad. Ny Opplysning som vedrører Røddøy kommune sitt ønske om endring av helseforetakstilknytning fra helseforetakstilknytning fra Helgelandssykehuset HF til Nordlandssykehuset |

- Sak 134-2017
2. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 9. november 2017
- Eventuelt
- A. Akutt-/anestesiberedskap på Svalbard

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med den endringen som kom frem under behandling av saken.

**Styresak 124-2017 Godkjenning av protokoll fra styremøte
25. oktober 2017**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 25. oktober 2017 godkjennes.

**Styresak 125-2017 Nasjonalt system for innføring av nye
metoder – oppdatering etter Stortingets
behandling av Meld. St. 34 (2015–2016)
*Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding
om prioritering***

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten til orientering.
2. Styret slutter seg til oppdaterte prinsipper for vurdering og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som er presentert i saken.
3. Styret legger til grunn at de regionale helseforetakene (RHF-ene) i sine avtaler med private aktører forutsetter etterlevelse av beslutningene som er tatt av RHF-ene hva gjelder innføring av nye metoder.
4. Styret understreker betydningen av at RHF-enes ansvar og rolle følges opp i et tett samarbeid mellom RHF-ene for å sikre pasienter i hele landet samme tilgang til nye metoder.
5. *Styret ber adm. direktør om å sørge for at unntaksbestemmelsen for metoder/legemidler som er til vurdering i Nye metoder praktiseres likt i Norge.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten til orientering.
2. Styret slutter seg til oppdaterte prinsipper for vurdering og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som er presentert i saken.
3. Styret legger til grunn at de regionale helseforetakene (RHF-ene) i sine avtaler med private aktører forutsetter etterlevelse av beslutningene som er tatt av RHF-ene hva gjelder innføring av nye metoder.
4. Styret understreker betydningen av at RHF-enes ansvar og rolle følges opp i et tett samarbeid mellom RHF-ene for å sikre pasienter i hele landet samme tilgang til nye metoder.
5. Styret ber adm. direktør om å sørge for at unntaksbestemmelsen for metoder/legemidler som er til vurdering i *Nye metoder* praktiseres likt i Norge.

**Styresak 126-2017 Traumebehandling innen psykisk helsevern
- evaluering av organiseringen, oppfølging
av styresak 47-2014**

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om evaluering av organisering av traumetilbudet innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene gir et adekvat behandlingstilbud til pasienter med komplekse traumelidelser og at samhandlingen med kommunene forsterkes for å sikre faglig gode pasientforløp for denne pasientgruppen.
3. *Styret ber adm. direktør om å sørge for at innspillene fra brukerorganisasjoner fra denne evalueringen brukes aktivt i forbedringsarbeidet i helseforetakene. Videre bes adm. direktør om å vurdere hvordan en bredere undersøkelse av pasientenes erfaringer med tilbudet i traumebehandlingen innen psykisk helsevern, kan brukes i forbedringsarbeidet innen psykisk helsevern.*
4. *Styret ber adm. direktør om en tilbakemelding på arbeidet med brukerundersøkelser innen psykisk helsevern innen utgangen av 2018.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om evaluering av organisering av traumetilbudet innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene gir et adekvat behandlingstilbud til pasienter med komplekse traumelidelser og at samhandlingen med kommunene forsterkes for å sikre faglig gode pasientforløp for denne pasientgruppen.
3. Styret ber adm. direktør om å sørge for at innspillene fra brukerorganisasjoner fra denne evalueringen brukes aktivt i forbedringsarbeidet i helseforetakene. Videre ber adm. direktør om å vurdere hvordan en bredere undersøkelse av pasientenes erfaringer med tilbudet i traumebehandlingen innen psykisk helsevern, kan brukes i forbedringsarbeidet innen psykisk helsevern.
4. Styret ber adm. direktør om en tilbakemelding på arbeidet med brukerundersøkelser innen psykisk helsevern innen utgangen av 2018.

Styresak 127-2017 Statsbudsjett 2019 - innspill fra Helse Nord RHF og felles innspill fra alle regionale helseforetak

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2019.
2. Styret ber om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2019:
 - Kostbare legemidler/behandlingsmetoder
 - Finansiering av investeringer
 - Gjennomgang av tredjepartsfinansiering
3. Styret ber videre om at følgende innspill fra Helse Nord RHF vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2019:
 - Økt ramme på 6,5 mill. kroner pr. år til Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering.
 - Styrking av beredskapen på Svalbard er et nasjonalt anliggende, og at Helse Nord RHF får særskilt finansiering for denne tjenesten *på 20 mill. kroner.*
 - *Spesialisthelsetjenestetilbud for den samiske befolkningen i hele Norge: Økt ramme på 10 mill. kroner*
4. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2019.
2. Styret ber om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2019:
 - Kostbare legemidler/behandlingsmetoder
 - Finansiering av investeringer
 - Gjennomgang av tredjepartsfinansiering
3. Styret ber videre om at følgende innspill fra Helse Nord RHF vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2019:
 - Økt ramme på 6,5 mill. kroner pr. år til Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering.
 - Styrking av beredskapen på Svalbard er et nasjonalt anliggende, og at Helse Nord RHF får særskilt finansiering for denne tjenesten på 20 mill. kroner.
 - Spesialisthelsetjenestetilbud for den samiske befolkningen i hele Norge: Økt ramme på 10 mill. kroner
4. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Styresak 128-2017 Finnmarkssykehuset Nye Hammerfest sykehus - lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å søke om lånefinansiering på 70 % av ***P50 P85***-rammen for *Finnmarkssykehuset Nye Hammerfest sykehus*.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å søke om lånefinansiering på 70 % av P85-rammen for Finnmarkssykehuset Nye Hammerfest sykehus.

Styresak 129-2017 Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik - lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet og kvalitetssikring av konseptrapport

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner rapporten for kvalitetssikring av konseptfase for *Universitetssykehuset Nord-Norge Nye Narvik sykehus* og stadfester dermed gjeldende konsept.
2. Styret ber adm. direktør om å oppdatere langsiktig investeringsplan i tråd med oppdatert kostnadsramme for P50 på inntil 2.270 mill. kroner og P85 på inntil 2.680 mill. kroner (2022-kroner).
3. Styret ber adm. direktør om å se til at anbefalingene fra rapporten følges opp, og legges frem som et supplerende tilleggsdokument til KSK-rapporten våren 2018 som grunnlag for endelig beslutning om oppstart av forprosjekt for *Universitetssykehuset Nord-Norge Nye Narvik sykehus*.
4. Styret forutsetter at beslutningssaken redegjør for eventuelle utsettelse av andre investeringer som følge av nytt kostnadsestimat for *Universitetssykehuset Nord-Norge Nye Narvik sykehus*.
5. På denne bakgrunnen ber styret adm. direktør om å sende søknad om 70 % lånefinansiering av **P50 P85**-rammen for *Universitetssykehuset Nord-Norge Nye Narvik sykehus* innen 15. desember 2017.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner rapporten for kvalitetssikring av konseptfase for *Universitetssykehuset Nord-Norge Nye Narvik sykehus* og stadfester dermed gjeldende konsept.
2. Styret ber adm. direktør om å oppdatere langsiktig investeringsplan i tråd med oppdatert kostnadsramme for P50 på inntil 2.270 mill. kroner og P85 på inntil 2.680 mill. kroner (2022-kroner).
3. Styret ber adm. direktør om å se til at anbefalingene fra rapporten følges opp, og legges frem som et supplerende tilleggsdokument til KSK-rapporten våren 2018 som grunnlag for endelig beslutning om oppstart av forprosjekt for *Universitetssykehuset Nord-Norge Nye Narvik sykehus*.

4. Styret forutsetter at beslutningssaken redegjør for eventuelle utsettelse av andre investeringer som følge av nytt kostnadsestimat for *Universitetssykehuset Nord-Norge Nye Narvik sykehus*.
5. På denne bakgrunnen ber styret adm. direktør om å sende søknad om 70 % lånefinansiering av P85-rammen for *Universitetssykehuset Nord-Norge Nye Narvik sykehus* innen 15. desember 2017.

Styresak 130-2017 Virksomhetsrapport nr. 10-2017

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 10-2017 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp helseforetakene med hensyn til utviklingen av månedsverk.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 10-2017 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp helseforetakene med hensyn til utviklingen av månedsverk.

Styresak 131-2017 Valg av styrer i helseforetakene i Helse Nord 2018-2020 - oppnevning av styrets arbeidsutvalg, jf. helseforetaksloven § 21

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret oppnevner følgende styremedlemmer til arbeidsutvalget som skal utarbeide et forslag til HF-styrenes sammensetning:
 - *Marianne Telle*
 - *Svenn Are Jenssen*
 - *Fredrik Sund*
2. Styret ber arbeidsutvalget, i samarbeid med adm. direktør i Helse Nord RHF, om å utarbeide et forslag til HF-styrenes sammensetning i tråd med innspill og føringer fra styret.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret oppnevner følgende styremedlemmer til arbeidsutvalget som skal utarbeide et forslag til HF-styrenes sammensetning:
 - Marianne Telle
 - Svenn Are Jenssen
 - Fredrik Sund
2. Styret ber arbeidsutvalget, i samarbeid med adm. direktør i Helse Nord RHF, om å utarbeide et forslag til HF-styrenes sammensetning i tråd med innspill og føringer fra styret.

Styresak 132-2017 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Styreledermøte 16. november 2017*
 - Bekymring for økonomien i alle helseforetak, med unntak av Sykehusapotek Nord HF.
 - Oppfølging av styreseminar i oktober 2017: Tilbakemelding fra styrelederne om hva RHF-et kan bidra til for å styrke styrearbeidet i helseforetakene, sendes når dette er diskutert i HF-ene.
 - *Deltakelse på Agenda Nord-Norge 2017 13. - 14. november 2017 på Mo i Rana:* Informasjon om arrangementet og «speed-date» med ulike aktører i Nord-Norge
 - *Styrets egnevaluering 2017:* Informasjon om rapporten og diskusjonen i møtet 21. november 2017.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - a) *Ny IKT-plattform Sykehusapotek Nord HF*
 - Informasjon til styret om at adm. direktør har godkjent oppstart av et utviklingsprosjekt i Sykehusapotek Nord HF.
 - Investering er behandlet av styret i Sykehusapotek Nord HF, jf. styresak 40-2017.
 - b) *Harmonisering av honoreringssystemet for brukerutvalg i RHF-ene og HF-ene, oppfølging av styresak 15-2017*
 - Styret ba adm. direktør om å arbeide for en harmonisering av honoreringssystemet på tvers av regionene.
 - I arbeidet med felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå var det en målsetning om å få til en felles honoreringsordninger for brukerrepresentantene i de fire regionene. Det lyktes man ikke med.
 - Ikke hensiktsmessig å følge saken opp videre på nåværende tidspunkt.
 - c) *Risikostyring 2018 i foretaksgruppen - overordnede mål*
 - Informasjon til styret om de overordnede mål som legges til grunn for risikostyringen i Helse Nord i 2018.
 - Det gjøres ikke endringer i formuleringene fra 2017 - som følger:
 1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen

2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning
 3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell
 4. Innfri de økonomiske mål i perioden
- d) *Helse Nord IKT HF - godtgjørelse til styre*
 - o Diskusjon med styret om ulike alternativer for godtgjørelse til styret i dette HF-et, herunder ansvarsforsikring for styremedlemmer i dette HF-et.
 - e) *Informasjonssikkerhet i HF-ene - media*
 - o Informasjon til styret om henvendelser fra media og bakgrunnen for dette
 - f) *Styresak om PCI-behandling i Helse Nord: Informasjon om status i arbeidet så langt og prosessen frem til styrets behandling 13. desember 2017.*
 - g) *Statsbudsjett 2018: Mulige konsekvenser for foretaksgruppen ved et eventuelt kompromiss i budsjettforhandlingene.*
 - h) *Alvorlige hendelser:*
 - o Adm. direktør orienterte om alvorlige hendelser i foretaksgruppen siden siste styremøte 25. oktober 2017.
Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.
 - i) *Møte med Helse- og omsorgsdepartementet ad. oppfølging av Riksrevisjonens rapport om informasjonssikkerhet knyttet til EPJ og MTU 30. oktober i Oslo: Informasjon*
 - j) *Høstmøte 2017 i regi av Helse- og omsorgsdepartementet 6. november 2017 på Fornebu: Informasjon*
 - k) *Møte med ulike representanter fra Bodø/Salten i regi av Nordlandssykehuset HF ad. randsoneaktivitet 9. november 2017 i Bodø: Informasjon*
 - l) *Journalistkonferansen Svarte Natta 12. november 2017 i Tromsø: Informasjon*
 - m) *Deltakelse på Agenda Nord-Norge 2017 13. november 2017 på Mo i Rana: Informasjon*
 - n) *Møte med ordfører Harald Lie, Hattfjelldal Kommune (med delegasjon) 13. november 2017 på Mo i Rana ad. ambulansplan Helgelandssykehuset HF og ulike konsekvenser for kommunen: Informasjon om møtet og planlagt oppfølging*
 - o) *Seminar og middag med Stortingets helse- og omsorgskomite 15. november 2017 i Oslo: Informasjon*
 - p) *Nasjonalt traume- og teamtreningsmøte 15. november 2017 på Haukeland universitetssykehus: Informasjon om møtet og innlegg av adm. direktør*
 - q) *Nasjonal direktørsamling 20. - 21. november 2017 på Gardermoen: Informasjon*
3. Oppfølging av styrets vedtak - status for gjennomføring
Saksdokumentene var ettersendt.
 4. Leger i spesialisering (LIS) - status og utfordringer
Saksdokumentene var ettersendt.
 5. Innføring av felles system for elektronisk medikasjon og kurve (EK-prosjektet), status i foretaksgruppen
Saksdokumentet er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13, jf. Fvl. § 13, 1. ledd, nr. 2.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 133-2017 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Brev fra Øresvik Lokalutvalg av 15. oktober 2017 ad. Ny Opplysning som vedrører Rødøy kommune sitt ønske om endring av helseforetakstilknytning fra helseforetakstilknytning fra Helgelandssykehuset HF til Nordlandssykehuset
2. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 9. november 2017

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 134-2017 Eventuelt

A. Akutt-/anestesiberedskap på Svalbard

Styremedlem *Fredrik Sund* stilte spørsmål ad. styrking av beredskapen på Svalbard og endring av strukturen på Longyearbyen sykehus. Hva er gjort og hvilke konsekvenser har denne styrkingen?

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om styrking av beredskapen på Svalbard og konsekvenser av denne til orientering.

Tromsø, den 22. november 2017

*godkjent av Marianne Telle,
i etterkant av styremøtet,
den 22NOV2017 - kl. 13.45*

Marianne Telle



Referat fra møte i Overordnet Samarbeidsorgan (OSO)

Møtedato: 23. november 2017, kl. 11.⁰⁰ – 15.³⁰
 Sted: Rådhuset, Formannskapssalen, Tromsø kommune
 Formøte: UNN sine representanter, formannskapssalen, kl. 10.⁰⁰ – 11.⁰⁰
 Formøte: Kommunenes representanter møterom 5.etg. Rådhuset kl. 10.⁰⁰ – 11.⁰⁰

Tilstede

Tor Ingebrigtsen	Administrerende direktør UNN og leder av OSO
Kari Holthe	Avdelingsleder, Rehabiliteringsavdelingen UNN
Jon H. Mathisen	Klinikkjef, Akuttmedisinsk klinikk UNN
Magne Nicolaisen	Avdelingsleder, Samhandlingsavdelingen UNN
Åshild Vangen	Avdelingsleder, Allmennpsykiatrisk klinikk og DPS (Vara for Anita Vaskinn)
Anne- Marie Gaino	Rådmann, Nordreisa kommune og nestleder av OSO Nord-Troms regionråd
Karin Friborg Berger	Kommunalsjef, Balsfjord kommune, Tromsø-området regionråd
Trond Brattland	Avdelingsdirektør, Tromsø kommune, Tromsø-området regionråd (til kl. 13. ³⁰)
Rita Johnsen	Kommunalsjef, Harstad kommune, Sør-Troms regionråd
Knut Einar Hansen	Kst. rådmann, Ballangen kommune, Ofoten regionråd og Lødingen (vara for Heidi Eriksen Laksaa)

Medlemmer med møte- og talerett

Guri Moen Lajord	Rådgiver, Kommunesektorens organisasjon Nord- Norge
Anette Moltu Thyraug	Seniorrådgiver/fagansvarlig, Fylkesmannens helseavdeling (Vara for Svein Steinert)
Laila Edvartsen	Brukerutvalget, UNN

Øvrige som møtte

Kathrine Kristoffersen	Kommuneoverlege, Tromsø kommune, (vara for Trond Brattland)
Gunnbjørg Andreassen	Fagutviklingssykepleier, K3K klinikken (til sak 27/17)
Janne Nilssen	Klinikkrådgiver, Medisinsk klinikk (til sak 28/17)
Beate Nyheim	Seniorrådgiver, OSO sekretariatet, Samhandlingsavdelingen UNN

Forfall

Anita Vaskinn	Avdelingsleder avdeling sør, Psykisk helse –og rusklinikken UNN
Liv Synnøve Finjord	Avdelingsleder, Medisinsk klinikk UNN
Heidi Eriksen Laksaa	Kommunalsjef, Narvik kommune, Ofoten regionråd og Lødingen
Margrethe Hagerupsen	Rådmann, Lenvik kommune, Midt-Troms regionråd
Erla Sverdrup	Rådmann, Dyrøy Midt- Troms regionråd (vara for Merethe Hagerupsen)
Svein. S. Steinert	Fylkeslege Troms, Fylkesmannens helseavdeling
Britt Sofie Illguth	Brukerrepresentant, Brukerutvalget UNN
Esben Haldorsen	Brukerrepresentant (vara for Britt Sofie Illguth)
Arnfinn Andersen	Seniorrådgiver, Det helsevitenskapelige fakultet UiT
Geir Lorem	Professor, Det helsevitenskapelige fakultet UiT (vara for Andresen)



Sak: 24/17
Tittel: Referat fra OSO møte 8.juni

Referat fra OSO-møte 8. juni 2017 ble sendt ut kort tid etter møtet. Det er ikke mottatt noen innsigelser til referatet.

Samhandlingsprisen for 2017 ble vedtatt av medlemmer med stemmerett pr. e- post kommunikasjon.

Forslag til vedtak

1. Referat fra OSO-møte 8. juni 2017 godkjennes.
2. Vedtak i sak 23/17; Samhandlingsprisen godkjennes.

Vedtak

1. Referat fra OSO-møte 8. juni 2017 godkjennes.
2. Vedtak i sak 23/17; Samhandlingsprisen godkjennes.

Sak: 25/17
Tittel: Konstituering av OSO med valg av leder og nestleder

Administrerende direktør Tor Ingebrigtsen orienterte. På bakgrunn av OSO – vedtektene § 3 hvor det framgår at direktøren utpeker UNN sine representanter ble de redegjort for følgende endringer i UNN sin representasjon i OSO.

De lokale driftslederne ved UNN Narvik og UNN Harstad blir medlem og varamedlem i OSO. Gina Johansen, driftsleder UNN Harstad blir medlem fra 2018, med driftsleder ved UNN Narvik som hennes vara. Neste år blir driftsleder ved UNN Narvik medlem og driftsleder UNN Harstad personlig vara.

Klinikkjef Markus Rumpsfeld går inn som vara for klinikkjef Jon H. Mathisen.

Rådgiver Marit Bergh går inn som vara for avdelingsleder Magne Nicolaisen.

OSO – sekretariatet tar kontakt med Midt- Troms og Tromsø- området regionråd angående valg av representanter fra Midt- og Troms regionråd da OSO medlemmer har meddelt at de fratrer sine stillinger.

KS utpeker medlem med møte og talerett etter Guri Moen Lajord.

Forslag til vedtak:

1. OSO velger xxx til leder av OSO.
2. OSO velger xxx til nestleder av OSO.

Vedtak

1. OSO velger administrerende direktør Tor Ingebrigtsen til leder av OSO.
2. OSO velger rådmann Anne- Marie Gaino til nestleder av OSO.



Sak: 26/17
Tittel: Orientering fra OSO- representantene om aktuelle saker i egen region/
 Klinikk

OSO medlemmene orienterte om aktuelle saker fra egen region.

Vedtak

Informasjon fra OSO-medlemmene tas til orientering.

Sak: 27/17
Tittel: Kommunal barselomsorg

Administrerende direktør Tor Ingebrigtsen og fagutviklingssykepleier Gunnbjørg Andreassen orienterte.

Kvinneklinikken ved UNN HF mangler oversikt over tilbud til barselkvinner i hjemmet jamfør «Nytt liv og trygg barseltid for familien», Nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorg. I retningslinjene heter det at barselkvinner skal motta besøk av jordmor 1- 3 dager etter utskrivelse. Det ble også vist til tjenesteavtale 8; «Samarbeid om jordmortjenester» inngått mellom UNN og lokalsykehuskommunene.

Forslag til vedtak:

- OSO erkjenner at retningslinjene som kom i 2014 skal sikre barselkvinnen og det nyfødte barnet en trygg overgang fra fødested til hjemmet, ikke er implementert i de fleste kommunene UNN samarbeider med.
- Det må lages en oversikt over tilbud fra UNN HFs samarbeidskommuner.
- Der dette ikke er på plass må kommunene beskrive en framdriftsplan.

Vedtak

1. OSO viser til at Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorg, som skal sikre barselkvinnen og det nyfødte barnet en trygg overgang fra fødested til hjemmet, ikke er implementert i alle kommuner.
2. OSO oppretter KSU 4-2017; Kommunal barselomsorg.
3. OSO oppfordrer utvalget til å samarbeide med Fylkesmannen og Universitet.
4. KSU 4-2017 får i oppdrag å:
 - Utarbeide en oversikt over kommunenes barseltilbud og planer for etablering av tilbud
 - Skaffe oversikt over utdanningskapasiteten for jordmødre.
5. KSU 4- 2017 gjennomgår tjenesteavtale 8; Samarbeid om Jordmortjenester, og foreslår endringer i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorg.



Sak: 28/17
Tittel: Innstilling fra KSU 1- 2017 Prosedyrer for inn- og utskrivning av pasienter i UNN

Klinikkrådgiver Janne Nilssen, Medisinsk klinikk, orienterte. Det ble vist til sak 3/17: Utskrivningsklare pasienter, som ble behandlet i OSO møte 23. februar. Et av vedtakene i saken var å oppnevne et klinisk samarbeidsutvalg (KSU 1- 2017) som fikk i oppdrag å lage prosedyrer for inn- og utskrivning av pasienter, inkludert plan for hvordan prosedyrene skal implementeres i organisasjonene. Innrapporterte avvik skulle benyttes i pågående arbeid og etter vedtatte prinsipper for kontinuerlig forbedring.

For å sikre gode pasientforløp i overføring av pasienter mellom UNN og kommunene er det viktig å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon overføres mellom sykehus og kommune. Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) ble innført som redskap for å bedre denne samhandlingen. Meldingene er et sett av flere standardiserte meldingstyper som understøtter fasene innleggelse, vurdering under opphold i sykehus og utskrivning. I tillegg finnes det dialogmeldinger for mer løpende, interaktiv samhandling.

Utvalget har utarbeidet et flytskjema som viser meldingsporteføljen i utskrivningsprosessen, samt sjekklister.

Presentasjonen fra møtet samt flytskjema og sjekklister for innleggelsesrapport følger vedlagt referatet.

Forslag til vedtak:

1. OSO vedtar vedlagte flytskjema
2. OSO ber KSU 1- 2017 om å konkretisere og følge opp en implementeringsplan
3. OSO ber om at det settes ned en arbeidsgruppe i UNN som utarbeider en felles fremgangsmåte som sikrer at epikrise/helseopplysninger følger pasient ved utskrivning fra UNN

Vedtak

1. OSO vedtar vedlagte flytskjema med de endringer som framkom i møtet.
2. OSO ber KSU 1- 2017 om å konkretisere og følge opp en implementeringsplan.
3. OSO oppfordrer KSU 1- 2017 til å ta med innspill gitt i møte, og ber om en statusoppdatering i OSO møte 5. april.



Sak: 29/17
Tittel: Uenighet om tolkning av tjenesteavtale 5

Avdelingsdirektør Trond Brattland, Tromsø kommune, orienterte. Tjenesteavtale 5 omfatter samarbeidet mellom UNN og kommunene om samarbeid ved utskriving av pasienter fra UNN. I denne avtalen er det også regulert kriterier for at UNN skal kunne kreve betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på UNN i vente på et kommunalt tilbud. Det kan virke som at UNN det siste året har endret tolkningen av samarbeidsavtale 5 på dette punktet. Saken ble gjennomgått og diskutert.

Forslag til vedtak:

Forslag til vedtak formuleres i møte.

Vedtak

1. OSO presiserer at dokumentasjonskravene i tjenesteavtale 5 skal oppfylles.
2. OSO konstaterer at det er uenighet mellom kommunen og UNN knyttet til tolkning av tjenesteavtale 5 og betalingsplikt.

Sak: 30/17
Tittel: Demografisk utvikling i nord – kartlegging utfordringer og tiltak

Avdelingsleder Magne Nicolaisen, Samhandlingsavdelingen, orienterte. Kommunene inviteres til å være med i en kartlegging av ulike forhold knyttet til de demografiske endringer en forventer vil komme. Kartleggingen gjøres i hele Nord-Norge og innbefatter både tjeneste- og kompetansebehov samt planlagte tiltak for å møte behovene. Tilsvarende sak blir lagt frem for de andre OSOene i Helse Nord-regionen. Kartleggingen er ment å bidra i forhold til framtidig samarbeid basert på ulike forhold i kommunene. I hvilken grad funn vil påvirke arbeidet med strategisk utviklingsplan i UNN HF vil vurderes fortløpende.

Forslag til vedtak:

1. OSO stiller seg positiv til kartlegging av nåværende kapasitet og forventede fremtidige helse- og omsorgsbehov og kompetansebehov i kommunene.
2. OSO forutsetter at kartleggingen blir gjennomført i hele Nord-Norge.
3. Til arbeidsgruppen som skal etableres velges xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
4. Samhandlingsavdelingene i helseforetakene deltar i arbeidsgruppen og utgjør administrativ ressurs.

Vedtak

1. OSO stiller seg positiv til kartlegging av nåværende kapasitet og forventede fremtidige helse- og omsorgsbehov og kompetansebehov i kommunene.
2. OSO forutsetter at kartleggingen blir gjennomført i hele Nord-Norge.
3. Kommunerepresentantene vedtar representant innen desember 2017.
4. Samhandlingsavdelingene i helseforetakene deltar i arbeidsgruppen og utgjør administrativ ressurs.

Samarbidsorgan mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og kommunene i Troms og Ofoten inkl. Lødingen

UNN HF
9038 Tromsø

Kontonr:
4700.04.02008

Org nr:
MVA 983 974 899 NO

Telefon UNN HF: 07766
Tlf direkte OSO-sekretariat: 41 21 21 30

Internett:
www.unn.no/oso



Sak: 31/17
Tittel: Samarbeid mellom kommuner for god kapasitetsutnyttelse ved ledige døgnplasser

Rådmann Anne- Marie Gaino orienterte. Det er behov for å utrede muligheter for samarbeid kommunene imellom med tanke på bedre kapasitetsutnyttelse av ledige døgnplasser til utskrivningsklare pasienter. Dagens situasjon er at det til stadighet ligger utskrivningsklare pasienter på UNN, samtidig viser det seg at det i perioder er ledig døgnplasser i enkelte kommuner. Her ligger et potensiale som er verdt å se nærmere på. I enkelte kommuneregioner er dette allerede tatt opp, og Fylkesmannen har også anmodet kommunene om å samarbeide for bedre kapasitetsutnyttelse. Dersom kommunene samordner seg og kjøper plasser hos hverandre, kan dette avhjelpe situasjonen både for UNN og kommunene. Samtidig er dette en ny måte å tenke på som krever god brukermedvirkning samtidig som pasienter og pårørende må ivaretas på en gode måte. Det anbefales å opprette et klinisk samarbeidsutvalg (KSU) som utreder samarbeidsmulighetene og eventuelle begrensninger, samt lager forslag til samarbeidsmodell/-er og mal for avtaler.

Forslag til vedtak:

1. OSO oppretter et klinisk samarbeidsutvalg (KSU 3/2017) for å se på mulighetene for bedre utnyttelse av ledig kapasitet i kommunene med hensyn til døgnplasser for utskrivningsklare pasienter i UNN. KSU-et får følgende oppdrag:
 - KSU-et gjør juridiske, etiske, faglige og praktiske avklaringer som er nødvendig for å få til et slikt interkommunalt samarbeid
 - KSU-et lager forslag til en eller flere samarbeidsmodeller.
 - KSU-et lager forslag til avtalemal som kan benyttes i et interkommunalt samarbeid.
2. KSU 3/2017 rapporterer til OSO om status for arbeidet før sommeren 2018 og på siste høstmøte i 2018.
3. KSU 3/17 ferdigstiller sitt arbeid og legger fram endelig forslag til samarbeidsmodell/-er og avtalemal på første OSO-møte i 2019.

Vedtak

1. OSO oppretter et klinisk samarbeidsutvalg (KSU 3/2017) for å se på mulighetene for bedre utnyttelse av ledig kapasitet i kommunene med hensyn til døgnplasser for utskrivningsklare pasienter i UNN. KSU-et får følgende oppdrag:
 - KSU-et gjør juridiske, etiske, faglige og praktiske avklaringer som er nødvendig for å få til et slikt interkommunalt samarbeid
 - KSU-et lager forslag til en eller flere samarbeidsmodeller.
 - KSU-et lager forslag til avtalemal som kan benyttes i et interkommunalt samarbeid.
2. Rådmann Anne Marie Gaino sammen med OSO sekretariatet sender forespørsel til regionrådene om valg av en representant fra hvert regionråd.
3. UNN velger to representanter. Jurist Leif – Erik Nohr og avdelingsleder Ola Iversen vil bli forespurt.
4. KSU 3/2017 rapporterer til OSO om status for arbeidet før sommeren 2018 og på siste høstmøte i 2018.
5. KSU 3/17 ferdigstiller sitt arbeid og legger fram endelig forslag til samarbeidsmodell/-er og avtalemal på første OSO-møte i 2019.



Sak: 32/17
Tittel: KAD-senger for pasienter med psykisk helse/ rusutfordringer
(Oppfølging av sak 39/16)

Avdelingsleder Åshild Vangen, Allmennpsykiatrisk klinikk, orienterte. Kommunene ble pålagt å etablere øyeblikkelighjelp-senger for pasienter med psykisk helse- og rusproblematikk innen 1.januar-2017.

OSO anmodet Samarbeidsfora innen psykisk helse og rusproblematikk om å drøfte hvordan KAD tilbud kan etableres for denne pasientgruppen, og om etablering av disse plassene avlaster UNN. Ut i fra muntlige tilbakemeldinger vurderes det at tilbudet samlet sett benyttes i liten grad. Det anbefales at kommunene jobber videre med å etablere et reelt kommunalt akutt døgntilbud for personer med rus- og psykisk helseproblematikk i tråd med veileder. Samarbeid med Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR/DPS) er viktig for at tilbud i kommunene og i spesialisthelsetjenesten skal kunne supplere hverandre.

Presentasjonen fra møtet vedlegges referatet.

Forslag til vedtak:

Informasjon tas til orientering. Med bakgrunn i at KAD for personer med rus og psykiske helseplager ikke benyttes i særlig stor grad, ber OSO om en ny vurdering av tilbudet juni 2018.

Vedtak

1. OSO anmoder samarbeidsfora for rus- og psykisk helse om å fortsette diskusjonen om hvordan øke bruk av KAD senger til personer med rus- og psykiske helseplager.
2. OSO ber om en ny vurdering av tilbudet juni 2018.



Sak: 33/17
Tittel: Ansattrepresentasjon i OSO
(Oppfølging av sak 16/17)

Avdelingsdirektør Trond Brattland viste til kommunestyrevedtak i sak 215/16 hvor det fremgår at «Ansattes organisasjoner» skal være representert i Overordnet Samarbeidsorgan. Saken ble gjennomgått og diskutert. OSO legger opp til å tilby to tillitsvalgte representasjon, og sekretariatet følger opp saken med tillitsvalgtes fylkesorganisasjoner.

Ansatte - representantene tilbys møte- og talerett på lik linje med KS, Universitetet og brukerorganisasjonene.

Det vises til OSO vedtektene hvor det framgår at «endringer av vedtektene» vedtas med 2/3 flertall av de fremmøtte deltakerne. Vedtektsendringer drøftes på et møte, og evt. vedtas i et følgende møte.

Forslag til vedtak:

Formuleres i møtet.

Vedtak

1. OSO legger opp til å tilby to ansatte representanter observatørplass med møte- og talerett i OSO.
2. OSO ber sekretariatet utrede hvordan slik oppnevning kan gjøres og legge dette fram for behandling på neste OSO-møte.
3. Vedtektenes §3 endres i tråd med dette, og vedtas på neste møte.

Sak: 34/17
Tittel: Prosjekt rehabilitering i Helse Nord

Avdelingsleder Kari Holte, rehabiliteringsavdelingen, orienterte om prosjektet.

Rehabiliteringsavdelingen ved UNN har fått i oppdrag fra Helse Nord RHF å lede prosjektet. I første fase er det viktig å sørge for godt forankring i alle OSO'ene i Nord. Prosjektet skal deretter formelt godkjennes i RKF'ets fagsjefsmøte.

Endelig prosjektbeskrivelse blir presentert i OSO møte 22. februar.

Forslag til vedtak:

Informasjon om Prosjekt rehabilitering i Helse Nord tas til orientering.

Vedtak

Informasjon om Prosjekt rehabilitering i Helse Nord tas til orientering.



Sak: 35/17
Tittel: Eventuelt

Det ble orientert om vedlagte referater fra:

- Møter i Samhandlingsutvalget med primærlegetjenesten
- Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord RHF
- Møte i Regionalt samarbeidsutvalg mellom Helse Nord RHF og KS

Referatene ble lagt ved innkallingen til OSO møte.

Sak: 36/17
Tittel: Neste møte

Neste møte i OSO er avtalt til 22. februar 2018. Møtet avholdes i Tromsø

Møtet slutt kl. 15.30.

Til
UNN-styret v/ leder Jorhill Andreassen.
Direktør Tor Ingebrigtsen
Klinikkssjef Markus Rumpfelt
Avdelingsleder Liv Finjord
Driftsrådet UNN Harstad.

Harstad 24.11.17.

Bekymringsmelding Medisinsk avdeling UNN Harstad.
Forslag til løsninger.

En velfungerende indremedisinsk avdeling innehar en nøkkelfunksjon ved alle lokalsykehus. Overlegekollegiet ved UNN Harstad har fulgt utviklingen ved medisinsk avdeling med bekymring. Avdelingsledelsen har over mange år påpekt og dokumentert et manglende samsvar mellom arbeidsoppgaver og ressurser i avdelingen. Avdelingen vært betydelig underfinansiert. Arbeidsbelastningen har vært, og er urimelig høy. Inneværende år har flere kolleger passert over 400 overtidstimer. Det er nå 6 overleger med ansvar for døgnvakt, poliklinikk, sengepost, utdanning og undervisning.

Avdelingen har inntil nå levert utmerkede helsetjenester for en heterogen pasientgruppe innen hematologi, lungesykdommer, nefrologi, kardiologi, geriatri, gastroenterologi, endokrinologi, palliasjon og infeksjon. Inneliggende nevrologiske pasienter, intensivpasienter, syke barn og kreftpasienter ivaretas også av medisinsk avdeling UNN Harstad. Arbeidspresset forsterkes av et lavt antall senger som medfører kort liggetid. Medisinsk avdeling behandlet i 2016 3406 heldøgns innlagte pasienter hvorav 89% øhj. (11898 liggedøgn, gjennomsnittlig liggetid 3,4 dager), totalt 1618 dagopphold hvorav 130 dagopphold på vanlig avdeling, 1488 hemodialyser, og i tillegg 2216 opphold ved Medisinsk dagenhet. Det var i 2016 9456 polikliniske konsultasjoner, dette inkl sykepleierdrevne poliklinikker.

I løpet av siste år har en overlege trådt ut av stillingen på medisinsk avdeling. Fra nyttår slutter en overlege for å gå over i annen stilling, mens to erfarne leger pensjoneres. Ytterligere en overlege vurderer sin stilling ved avdelingen. To av de mest erfarne leger i spesialisering (LIS) går over til gruppe 1 utdanning. Samlet medfører dette en så alvorlig mangel på overleger at det truer avdelingens drift.

Det ble avholdt overlegemøte 22.11.17. Overlegekollegiet ved UNN Harstad er med god grunn svært bekymret for medisinsk avdeling. Vi krever og forventer at UNN-ledelsen ved klinikkssjef og direktør griper inn med konkrete tiltak og strategi for å stabilisere situasjonen for avdelingen. For å bedre oversikten har vi inndelt anbefalingene i tiltak som må iverksettes umiddelbart, intermediært, og langsiktige strategiske tiltak. Selv om vi har valgt å prioritere tidsperspektivet, så må arbeidet starte parallelt med alle tiltak.

Tiltak som må iverksettes umiddelbart:

- Man må gjennomføre løsningsorienterte samtaler med overleger som har sluttet, eller står i fare for å slutte, i håp om å finne virkemidler for å tilbake-rekruttere spesialister.
- Vikarstafett med innleie av eksterne vikarer iverksettes omgående.
- Poliklinisk virksomhet må reduseres til fordel for overlegenes ivaretagelse av oppgaver på sengepost, akuttmottak, intensiv og generell vakt-beredskap. Alle nye henvisninger til poliklinikk oversendes HELFO.
- Det iverksettes umiddelbart avtale om ambulerende nevrolog mandag-fredag for å ivareta ansvaret for slagenheten.

- Tilstedeværelse av onkolog ved medisinsk dagenhet og palliativ enhet mandag-fredag.
 - Kreftpasienter utgjør en stor pasientgruppe, men disse enhetene har i dag bare 3 dager per måned med ambulerende onkolog fra UNN Tromsø. Et slik tiltak vil avlaste både medisinsk avdeling og kirurgisk avdeling for en stor arbeidsmengde og ansvar som vi mener åpenbart ligger under kreftavdelingen.
 - Om ikke denne løsning implementeres umiddelbart, vil onkologiske pasienter fra UNN Harstad måtte overføres til UNN Tromsø fra nyttår.
- Personalmessig støtte fra HR-senteret og Bedriftshelsetjenesten for ivaretagelse av de ansatte.

Tiltak som må iverksettes intermediært:

Samarbeid med andre avdelinger og fag-miljøer for å ivareta arbeidsoppgaver som i dag utføres av legene ved medisinsk avdeling.

- Det er nødvendig å etablere forpliktende ambuleringsordninger fra UNN Tromsø til UNN Harstad for alle indremedisinske fagområder. Dette for å sikre en minimumsbemanning for forsvarlig drift og ivaretagelse av fagutviklingen i avdelingen frem til bemannings situasjonen er stabilisert. Det trengs ambulering innenfor fagområdene:
 - Hematologi, Gastroenterologi, Nefrologi, Kardiologi, Lungemedisin, Geriatri, Nevrologi.
- På sikt må det etableres en ekstra nevrolog-stilling ved UNN Harstad. Det medfører at man kommer bort fra solo-praksis innen nevrologien, samtidig som man styrker og avlaster medisinsk avdeling.
- Rehabiliteringsavdelingen kan også inngå i et mer forpliktende samarbeid med slagenheten, men det vil forutsette at vakt-beredskap ivaretas fra medisinsk avdeling
- Samarbeid fra kirurgisk avdeling innen gastroenterologi og endoskopi-virksomheten. Dersom det kirurgiske miljøet avlastes fra kreftavdelingen, så vil kapasiteten for andre arbeidsoppgaver øke og følgelig kan kirurgisk avdeling avhjelpe medisinsk avdeling.
- Vi foreslår en felles dugnad for rekruttering både til korttids-vikariater og lengre ansettelse. En slik rekruttering forutsetter avklaring av konkurransedyktige vilkår og en aktiv rekrutterings-strategi fra ledelsen. Overlege-kollegiet ønsker å bidra med å jobbe gjennom egne nettverk for en slik rekruttering forutsatt avklarte vilkår og ansvar.

Langsiktige, strategiske tiltak:

Medisinsk avdeling har god ettervekst med leger i spesialisering. Flere allerede har pekt ut interesseområder og signalisert at de ønsker seg tilbake etter endt spesialisering forutsatt et lokalt bærekraftig faglig miljø. Det trengs en aktiv strategi der ledelsen legger tydelig til rette for LIS som ønsker seg tilbake til avdelingen. Man må tydelig signalisere til LIS at det i fremtiden skal være et bærekraftig fagmiljø og arbeidsmiljø i avdelingen.

- Avdelingen må utarbeide en strategisk plan for rekruttering og stabilisering.
- Man bør gjennomføre rekrutterings-samtaler med alle LIS for å avklare gjensidige behov og forventninger. Man bør aktivt tilby stipend-ordninger og evt. andre rekrutterings-tiltak som kan sikre at man får LIS tilbake til avdelingen.
- Man må konkretisere og definere minimumsbehovet for bærekraftig og forsvarlig drift. Ut fra vår vurdering vil man minimum trenge:
 - Tre overleger i kardiologi og gastroenterologi som har størst poliklinisk virksomhet.
 - To overleger i de andre indremedisinske fagfeltene: hematologi, nefrologi, lungemedisin, geriatri og endokrinologi /infeksjon.
 - To overleger i tilstøtende fagfelt slik som nevrologi og onkologi.

Oppsummering

Situasjonen ved medisinsk avdeling er kritisk og forverres ytterligere fra årsskiftet. Et fullstendig sammenbrudd ved medisinsk avdeling vil være nærmest uhåndterlig for UNN sin drift og ikke minst for behandlings-tilbudet til en stor befolkning. Det er ingen andre lokalisasjoner som vil kunne ivareta avdelingens oppgaver dersom avdelingen kollapser. Det gjelder senge-kapasitet, transportbehovet, personalressurser etc. Det er derfor nødvendig med umiddelbare tiltak der vi samler alle gode krefter til en felles innsats for avdelingen.

Ovennevnte tiltak vil åpenbart medføre økonomiske konsekvenser. Nølede eller manglende inngripen vil imidlertid innebære at UNN ikke løser samfunnsoppdraget for befolkningen i Hålogaland.

Overlegekollegiet ved UNN Harstad ber direktør om en skriftlig tilbakemelding på ovennevnte forslag innen 01.12.17 til kontaktpersonene.

Kontaktpersoner for overlegekollegiet ved UNN Harstad:

Anders Nordgård, Overlege kir.avd

Guri Heiberg, Overlege Rehab, Rekrutteringsgruppa

Rolf Arne Iversen, Overlege AnOp, Rekrutteringsgruppa.



MØTEREFERAT

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

Dato: Mandag 27.11.2017 kl 13.30-15.30
Sted: Møterom D1.704 Biblioteket
Tilstede: Laila Edvardsen, Hans-Johan Dahl
Forfall: Cathrin Carlyle, Esben Haldorsen
Fra adm: Leif Hovden (administrasjonssjef) og
Hilde Anne Johannessen (styreassistent/ referent)

BAU 75/17 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 14.12.2017

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 3.11.2017.

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Rådgiver Stein Olav Pedersen møtte og svarte ut spørsmål i forbindelse med rapporten. Fristbrudd har gått ned fra forrige måling.

Rådgiver ved Økonomi og analyse, Stig Bakken, svarte ut spørsmål i forbindelse med virksomhetsdelen i rapporten, deriblant pasienter som ikke møter til timene og den kostbare innleie av personale på enkelte avdelinger.

BAU fikk svart ut spørsmål til rapporten og slutter seg til at saken behandles.

Tilsynsrapport

Rådgiver Hege Signete Fredheim-Kildal ved Kvalitetsavdelingen presenterte statusrapportering for ulike tilsyn fra 1.8.- 1.11.2017.

Det er spesielt lagt vekt på sepsistilsyn i denne rapporten.

Feil i nummereringen i rapporten vil bli rettet opp.

BAU tok saken til orientering.

Virksomhetsplan 2018

Rådgiver Stig Bakken orienterte om virksomhetsplanen generelt i tillegg til ny metodikk – plantall.

BAU peker på at brukerperspektivet må inn i tråd med tidligere henstillinger og strategi for brukermedvirkning.

BAU tok saken til orientering med de innspill som nevnt ovenfor.

Hovedindikatorer

BAU tok saken til orientering.

Beslutning

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

BAU 76/17 A-fløya og PET-senter

Det ble diskutert om behovet for en statusoppdatering vedrørende A-fløya og PET-senteret. Ettersom BU fikk en grundig orientering i BU-møtet den 8.11.2017, vil det ikke være nødvendig med en slik oppdatering før i første BU-møte i 2018.

Beslutning/oppfølging

BAU avventer oppdatering om status av A-fløy og PET-senter til første BU-møte i 2018. Sekretariatet kaller inn prosjektlederen.

BAU 77/17 Prosjekt Hendelsesregistrering

Henvendelse til BAU/BU fra rådgiver Stine Bottenvann ved Økonomi og analyseavdelingen i forbindelse med Prosjekt Hendelsesregistrering. Henvendelsen gjelder felles rutiner/retningslinjer for hendelses-/avviksregistrering for pasientreiser, og de ber om innspill på hvordan pasienter opplever seg møtt med dagens ordning.

Saken ble drøftet og BAU er innstilt på legge saken frem for BU.

Beslutning/oppfølging

BAU tar informasjonen til orientering, og vil på dette grunnlag legge saken frem for kommende BU-møte. Svar vil foreligge etter neste BU møte.

BAU 78/17 Forslag til dagsorden for BU-møte 5.12.2017

1. Godkjenning av innkalling og sakliste
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 8.11.2017
3. Videreføring av Raskere tilbake
Lunsj
4. Presentasjon: Frivillighetskoordinator – planlegging av Handlingsplan 2018-2019 kl 12-13
5. Direktørens time kl 13-14
6. Evaluering av Skype-møtet 8.11.2017
7. Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper
8. Kommunikasjonsplan for UNN
9. Pasienterfaring
10. Referatsaker

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">-Referat fra møte i Ungdomsrådet UNN 15.9.2017??-Informasjon om liggende transport-Kopi av brev fra FFO til Europark 8.11.2017-Referat fra BAU 27.11.2017??-Referat fra Kvalitetsutvalget 28.11.2017?? |
|--|

11. Eventuelt

Beslutning

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

BAU 79/17 Eventuelt

UTKAST


 Referat fra Møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 28.11.2017 10.30 – 12.30

Sted: Administrasjonens møterom D1.707

Tilstede	Administrerende direktør Kvalitets- og utviklingssjef Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Kvalitetsleder klinisk patologi Smittevernoverlege Foretaksverneombud Avd.leder Medisinsk avdeling UNN Narvik Rådgiver Hjerte-/lungeklinikken Brukerutvalgsmedlem	Tor Ingebrigtsen Einar Bugge Tonje Drecker Elin Gullhav Magnus P. Hald Lena Oprand Heggelund Torni Myrbakk Einar Rebni Ove Laupstad Hege Beate Jensen Laila Edvardsen (vara)
Forfall	Seksjonsleder Ortopedisk avd. Avd.overlege avd. for Gastroenterologisk kirurgi	May-Liss Johansen Rolv-Ole Lindsetmo
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Medisinsk fagsjef, KVALUT	Grete Åsvang Mette Fredheim Haakon Lindekleiv
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen
Saksnr.	Sakstittel	Ansvar/ frist
54/17	Godkjenning av sakliste samt referat fra KU-møtet 24.10.2017 (ephorte 2017/110)	
	Referatet var godkjent under tidligere utsendelse.	
	Oppfølging Sakliste og referatet ble godkjent i møtet.	
55/17	Oppfølging av læringsnotater fra Meldeordningen	
	Opprinnelig oppsatt sak om sepsistilsynet ble utsatt til et senere møte.	
	Alternativ orienterings sak «Læringsnotater fra Meldeordningen» ble behandlet.	

	<p>Det ble redegjort for oppfølging av Læringsnotat om administrasjon av kalium til infusjon samt utført risikoanalyse.</p> <p>KVALUT v/Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv la frem forslag til ny prosedyre</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>PR45263 Oppfølging av læringsnotater fra Meldeordningen</i> 	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalget tar oppfølgingen av læringsnotatet <i>Administrasjon av kalium til infusjon</i> etter ny prosedyre (<i>Oppfølging av læringsnotater fra Meldeordningen</i>), inkludert gjennomført risikoanalyse, til orientering. • Kvalitetsutvalget vurderer at læringsnotat om <i>Administrasjon av kalium til infusjon</i> og læringsnotat om <i>Selv mord og selvmordsforsøk under innleggelse</i> ikke trenger å tas videre til direktørens ledermøte. • Kvalitetsutvalget ber om rutinemessig å bli orientert om oppfølging av læringsnotater, for vurdering av hvilke læringsnotater som tas videre til Ledermøtet. <p><i>Saksfremlegg vedlagt</i></p>	KVALUT/KU
56/17	Revisjonsprogrammet	
	<p>Rådgiver Kvalitetsavdelingen Hege Fredheim-Kildahl orienterte om Revisjonsprogram 2018 – 2020.</p> <p>Revisjonsprogrammet er nå 3-årig og tredelt modell for intern revisjon i UNN (foretaksnivå, klinikknivå og egeninspeksjon) er innført.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>Kvalitetsutvalget er svært fornøyd med helheten i Revisjonsprogram 2018 – 2020, og tar revisjonsprogrammet til orientering.</p> <p>Kvalitetsutvalget ønsker økonomistyring som en del av revisjonsprogrammet for 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>R02/2018 Ernæring – inneliggende pasient</i> foreslås utsatt til 2019 og erstattes av <i>Økonomistyring i K3K</i> i 2018. <p>Kvalitetsutvalget ber KVALUT vurdere om intern revisjon på økonomistyring lar seg gjennomføre.</p>	KVALUT/Dir.

57/17	Brukermedvirkning i KVAM-utvalgene	
	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Grete Steinry Åsvang orienterte om forslag til endringer vedrørende brukermedvirkning i retningslinjene for KVAM.	
	Oppfølging/konklusjon <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalget godkjenner retningslinjene som fremlagt. • Brukermedvirkning tas som en påminnelse til direktørens ledergruppe. • Kvalitetsutvalgets medlemmer anmodes om å være ambassadører for brukerrepresentasjon i KVAM. 	Ledergruppe -møte 4.12.2017
58/17	Avvikssystemet - status	
	Kvalitet- og utviklingssjef Einar Bugge, medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv og avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Grete Steinry Åsvang orienterte om pågående og planlagte prosesser for å forbedre avvikssystemet i UNN.	
	Oppfølging/konklusjon <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalget tar saken til orientering, og ber om at det videre arbeidet må avstemmes med arbeidet om kontinuerlig forbedring. • Administrerende direktør ber KVALUT bidra til utforming av styresak om kontinuerlig forbedring. Utkast til styresak gjennomgås i neste Kvalitetsutvalgsmøte, før behandling i Styremøte 15.2.2018. 	KVALUT/ KU-møte 16.1.2018
59/17	Innføring av nye metoder i UNN	
	<p>Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv orienterte om sak 29/17 3.5.2017 fra Pasientsikkerhetsutvalget (PSU) vedrørende dom i Hålogaland lagmannsrett.</p> <p>PSU ba Kvalitetsutvalget diskutere forslag til utarbeiding av ny overordnet prosedyre for innføring av nye medisinske behandlingsmetoder i UNN.</p>	
	Oppfølging/konklusjon <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalget slutter seg til forslaget om innføring av ny prosedyre. 	

	<ul style="list-style-type: none"> Medisinsk fagsjef oppnevner en gruppe som utformer forslag til prosedyre, og sender denne på høring før behandling i direktørens ledergruppe. 	KVALUT/ 30.04.2018
60/17	Læring på tvers (Forslag om sikkerhetsmekanisme)	
	<p>Oppfølging av KU-sak 45/17:</p> <ul style="list-style-type: none"> Behandling i KU før eventuell behandling i Direktørens ledermøte. <p>KVALUT v/medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv informerte fra møte 6.12.2017 om sikkerhetsmekanisme for å redusere risiko for inngrep med uklar indikasjon og mangelfull preoperativ utredning.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>Kvalitetsutvalget tar informasjonen til orientering.</p> <p><i>Vedlegg: Referat fra møte 6.11.2017</i></p>	
	Eventuelt	
	<p>Det tilkom to saker under eventuelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> Orientering i videre prosess med støttefunksjon for kontinuerlig forbedring <p>Administrerende direktør redegjorde for videre prosess om støttefunksjon i kontinuerlig forbedring. Styresak 15.2.2018 skal konkretiserer tiltaksplan for dette arbeidet.</p> <p>28.11.2017 Kvalitetsutvalget orienteres i dagen møte. 29.11.2017 AMU orienteres. 13.12.2017 Workshop med aktuelle deltakere. 05.01.2018 Satt av til evt. supplerende workshop. 16.01.2018 Utkast styresak i stabsmøte: 23.01.2018 Utkast styresak i ledermøte. 29.01.2018 Utkast styresak i BAU. 30.01.2018 Utkast styresak til drøfting i AMU. 15.02.2018 Styresak til orientering for styret i UNN.</p> <p>Etter styremøte 15.02.2018 skal plan for implementering utarbeides.</p> <p>Kvalitetsutvalget etterspør mer omfattende informasjon og involvering for å kunne være med å drive frem saken. Kvalitetsutvalget informeres i kommende møte.</p>	Adm. dir./ KU-møte 16.1.2018

	<p>2. International forum on Quality and Safety in Healthcare, i Amsterdam 2. – 4. mai 2018</p> <p>Direktøren ønsker at UNN deltar med en betydelig delegasjon på konferansen.</p> <p>Direktør, viseadministrerende direktør og kvalitets- og utviklingssjef lager forslag til hvem som deltar fra UNN.</p>	<p>Marit Lind/ Einar Bugge/Dir.</p>
--	---	---

UTKAST

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 14.12.2017.**

Dato: 28.11.2017

Tidspunkt: 14.00-15.20

Sted: Møterom D2 723 (Økonomi)

Fra arbeidsgiver

Tommy Schjøllberg (konst. økonomisjef)
 Hege Fredheim-Kildal (rådgiver v/ KvalUt)
 Stein Olav Pedersen (rådgiver v/ KvalUt)
 Leif Hovden (adm.sjef/ referent)

Fra arbeidstakerne

Ulla Dorte Mathisen, DNLF/OLF
 Einar Rebni, FHVO
 Mai-Britt Martinsen, NSF
 Tove Mack, FHVO
 Rita Pernille Martnes, FHVO (Skype)


Protokollsignering:

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

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
Kvalitets- og virksomhetsrapport okt.	GB	<p><i>Stabssjef, økonomisjef og rådgiver fra Kvalitets- og utviklingssenteret svarte ut spørsmål til saken på hhv aktivitets-, økonomi- og kvalitetsdelene.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av høyt innleie av personell, og at dette representerer en betydelig kvalitetsutfordring – i tillegg til et unødvendig høyt kostnadsnivå.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og fremmes til styrets behandling.</i></p>
Tilsynsrapport	EB	<p><i>Rådgiver fra Kvalitets- og utviklingssenteret svarte ut spørsmål til saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten er godt fornøyd med fokus på oppfølgingen i saksfremlegget, men etterspør oppfølgingen i sak 15/4314 ettersom de er kjent med at ny avviksmelding foreligger i samme sak.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og fremmes til styrets behandling.</i></p>
Hovedindikatorer for 2018	EB/ GB	<p><i>Økonomisjefen svarte ut spørsmål til saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at</i></p>

		<i>saken sluttføres og fremmes til styrets behandling.</i>
Virksomhetsplan 2018	GB	<p><i>Økonomisjefen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten er spesielt fornøyd med hovedgrepet med å øke grunnbemanningen, men påpeker at risikoen antakelig er relativt høy for at arbeidsmarkedet blir for utfordrende til å lykkes fullt ut med dette tiltaket.</i></p> <p><i>Med henvisning til erfaringene hittil i 2017 med hensyn til mangelfull planlegging og dårlig tiltaksgjennomføring, uttrykte ansattes organisasjoner og vernetjenesten at risikoen for 2018 er betydelig. Dette til tross for at plantallene er bedre nå enn tidligere.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og fremmes til styrets behandling.</i></p>

Tromsø, 28.11.2017


 Mai-Britt Martinsen (s.)
 FTV NSF


 Ulla Dorte Mathisen (s.)
 FTV DNLE/OLF


 Leif Hovden (s.)
 administrasjonssjef



Møte: Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 29.11.17 kl. 12.00-15.00

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

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

Medlemmer		Varamedlemmer	
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN, 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	x	Wenche Olsen, PTV NSF, Medisinsk avdeling UNN Harstad	
Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik	x	Jon Børre Joakimsen, Fagforbundet UNN Harstad	
Kristine Amundsen, Dnlf	x	Ulla Dorte Mathisen, Dnlf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO		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		Eva-Hanne Hansen, klinikkssjef Operasjon- og intensivklinikken (perm)	
Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	x	Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken	
Bjørn-Yngvar Nordvåg, klinikkssjef Nevro-, ortopedi-, og rehabiliteringsklinikken		Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef	x
Liv Finjord, avdelingsleder, Medisinsk avdeling, UNN Harstad		Brita Jørgensen, avdelingsleder AnOp UNN Narvik	

*Til stede (x)

Møteleder: Einar Rebni

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Kristin Planting Mølmann

Dessuten møtte Tommy Schjølberg fra Stabsenteret, samt Hege Fredheim-Karlsen, Stein Olav Pedersen fra KVALUT på styresakene.

Sak 57/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Godkjennes med tilførsel av saker under eventuelt.

Sak 58/17 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 1.11.17

Protokollen var vedlagt saksdokumentene.

Vedtak:

Protokollen godkjennes.

Sak 59/17 Orienterings- og diskusjonssaker

- a. Samarbeidsplaner mellom klinikkene og BHT, muntlig orientering v/bedriftslege Kristin Planting-Mølmann
- b. IA- lederutfordringer i enheter med høyt sykefravær, muntlig orientering v/personalsjef Mai Liss Larsen
- c. Lave temperaturer i Pingvinhotellet – oppfølging av tidligere sak. Skriftlig orientering var vedlagt saksdokumentene. Muntlig orientering gitt av Drifts- og eiendomssjefen i møtet.
- d. Prosessplan – kontinuerlig forbedring, muntlig orientering ved Direktøren
- e. Garderobesituasjonen ny A-fløy

Vedtak:

- a. Saken tas til orientering.
- b. Saken tas til orientering.
- c. AMU er fornøyd med en informasjonen gitt av Drifts- og eiendomssjefen i møtet.
AMU ber om at informasjonen formidles til de berørte og ber om at saken følges opp slik at ansatte i hotellet har et forsvarlig temperatur spesielt i resepsjonsområdet.
- d. Saken tas til orientering.
- e. Saken utsatt.

Sak 60/17 AMUs oppfølging av Medarbeiderundersøkelsen 2016 i utvalgte enheter

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) besluttet i møte 19. april at utvalget skal følge opp seks av enhetene med tanke på tiltaksarbeidet etter Medarbeiderundersøkelsen 2016. I saken ble det belyst erfaringene fra disse besøkene. I diskusjonen kom det også frem at det viser seg nødvendig med mer oppmerksomhet gjennom linjeledelsen i tiltaksarbeidet og om KVAM er organisert hensiktsmessig for å kunne bidra på en konstruktiv måte i dette arbeidet.

Vedtak:

1. AMU, med samme representasjon (1 fra arbeidsgiver og 2 fra arbeidstakersida), deltar på videre KVAM-møter i de 6 besøkte enhetene også i 2018. Det foreslås deltagelse fra AMU på 1 til 2 møter før

sommerferien 2018 og 1 møte på høstparten for hver av enhetene hvor MU er tema.

2. AMU vil i disse møtene etterspørre hvordan arbeidsgiver (leder over leder i den aktuelle enheten) følger opp ledere og ledelsesutfordringer i aktuelle enheter med bistand fra BHT, Stab og Personal.

Innen utgangen av januar 2018 settes frist for de seks besøkte enhetenes tilbakemeldinger til AMU:

3. Tilbakemelding fra KVAM-utvalg og fra klinikk/senter-ledelse om oppfølging av egne ledere og enheter.
4. AMU ber om tilbakemelding fra de aktuelle enhetenes KVAM-grupper og lokal ledelse:
 - om handlingsplaner er aktive og virksomme dokumenter som følges opp. Her skal det redegjøres både hva som er gjort og hva som videreføres, eventuelt nye momenter i tiltaks- og oppfølgingsarbeidet.
 - hvorvidt medvirkningen oppleves som tilfredsstillende og medvirkningsarenaer og KVAM-strukturen fungerer som de skal.
 - om det avholdes det KVAM-møter og foreligger det referat
 - Hvordan er representasjonen lokalt i møtene mellom arbeidsgiversiden og arbeidstakersiden?
5. AMU ber foretakshovedverneombud og øvrige representanter fra arbeidstakersida i AMU følger opp de aktuelle enhetenes ansatte i kontakt med lokale plassverneombud, tillitsvalgte og andre ansatte.

Sak 61/17 Styresaker

AMU hadde fått tilsendt drøftingsdokumentene av følgende styresaker:

- Kvalitets- og virksomhetsrapport
- Tilsynsrapport
- Virksomhetsplan 2018
- Hovedindikatorer

AMU hadde særlig fokus på at:

- prosessen med Virksomhetsplanen 2018 har vært lagt opp på en bedre måte enn tidligere og at grunnlaget for medvirkning dermed har vært bedre
- hovedindikatorer som er foreslått er viktige, med særlig vektning av at for sykefravær og brudd på arbeidstidsbestemmelsene er foreslått videreført som indikatorer
- arbeidsrelatert fravær ble diskutert, men bør utredes bedre med tanke på mulig bruk som indikator
- det hadde vært ønskelig å få til en pilot med økt gunnbemanning for få ned sykefraværet

Vedtak:

AMU slutter seg til at sakene legges frem for styret til behandling.

Sak 62/17 Rusmiddelpolicy i UNN og tilknytning til AKAN

I forbindelse med fremlegg av BHTs årsrapport i AMU foreslo BHT at UNN HF skulle bli en AKAN-bedrift. BHT ble i den forbindelse bedt om å fremme dette som egen sak for AMU. BHT anbefaler at UNN HF har en lederforankret rusmiddelpolicy og at denne rusmiddelpolicyen tar utgangspunkt i AKAN kompetansesenter sine anbefalinger og retningslinjer.

Vedtak:

1. Det settes ned en arbeidsgruppe bestående av arbeidsgiver, TV, VO og BHT som får i oppgave å utforme og holde UNN HFs rusmiddelpolicy «levende».
2. Arbeidsgruppen får i oppgave å utforme prosedyrer som omhandler rus, f. eks rusavtale, sanksjonære prøver, melding til fylkesmannen o.l.
3. UNN HF skal en tydelig lederforankret rusmiddelpolicy basert på AKAN kompetansesenter sine retningslinjer og anbefalinger.
4. Representanter fra arbeidsgiver skal stå som ansvarlig og godkjenner av rusmiddelprosedyrene i UNN HF

Sak 63/17 Brukermedvirkning i KVAM-utvalg – revisjon av retningslinjer

Saken gjaldt endringer i Retningslinjene for KVAM-utvalgene med bakgrunn i at det er bestemt at det skal være brukere representert i KVAM-utvalgene i klinikkene.

Vedtak:

AMU slutter seg til forslaget.

Sak 64/17 Eventuelt

- a. AMU viser til MeToo-kampanjen og ber om at det settes fokus på at seksuell trakassering er uakseptabelt i UNN, og ber administrerende direktør å forsikre seg at gjeldende prosedyrer er tilstrekkelig for å ivareta nulltoleranse med hensyn til seksuell trakassering i UNN.
- b. Behandling av saker ved mistanke om uberettiget innsyn i pasientjournal. Direktøren orienter om arbeidet som pågår og det vil komme egen sak. AMU oppfordrer til at ledere følger opp at ansatte gjennomfører elæring i informasjonssikkerhet.

**MØTEREFERAT****Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)**

Møtedato:	Tirsdag 5.12.2017 Kl 09.00-13.50
Møtested:	Møterom D1.707 Administrasjonen UNN Tromsø
Tilstede:	Medlemmer: Cathrin Carlyle (leder), Laila Edvardsen, Hans-Johan Dahl, Margrethe Larsen, Britt-Eva Elvejord Jakobsen, Klemet A. Sara, Obiajulu Odu, , Britt-Sofie Illguth, Mildrid Pedersen, Martin Moe(på Skype-)
Fra adm.:	Adm.sjef Leif Hovden, styreass. Hilde Anne Johannessen (referent)
Forfall	Johanne Sundmann og Esben Haldorsen (nestleder)

Saksliste

BU-58/17 **Godkjenning av innkalling og sakliste**
 Innkalling og sakliste ble gjennomgått.

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og sakliste.

BU-59/17 **Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 8.11.2017**
 Referatet ble gjennomgått.

Brukerutvalget har mottatt forslag til endring av tekst i sak BU-48/17. Endringen tas til etterretning.

Brukerutvalget har ikke fått svar fra Pasientreiser v/Bernt Nerberg i sak BU-57/17 – Klage på pasienttransport. Sekretariatet purrer på saken.

Når det gjelder innhenting av tilbud til pasienttransport, ønsker Brukerutvalget å være med tidlig i prosessen. De sitter inne med kriterier som er viktig for brukerne, og kan komme med nyttige innspill. Sekretariatet formidler dette til Pasientreiser og eventuelt svar distribueres Brukerutvalget.

Informasjon om valgprosessen til BU våren 2018, vil bli sendt brukerorganisasjonene primo 2018.

Vedtak Brukerutvalget godkjente referatet med de endringer og oppfølginger som fremkom.

BU 60/17 Raskere tilbake-prosjekt – brukerrepresentanter til videre oppfølging
Helse Nord RHF har bedt Helseforetakene om å lage en plan for videreføring av de deler av ordningen som er anbefalt overført til ordinær spesialisthelsetjeneste.

Brukerutvalget er bedt om å utpeke en representant som kan delta i prosjektarbeidet. Brukerutvalgets representant Obiajulu Odu påtar seg oppgaven.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og sender nødvendig kontaktinformasjon til klinikken.

BU-61/17 Evaluering av Skype-møtet 8.11.2017
Brukerutvalget mottok flere tilbakemeldinger på henvendelse i innkallingen. Det ble konkludert med at Skype-møtet var meget vellykket.

Ved fremtidige Skype-møter bør representantene logge seg på i god tid før møtet, slik at man er sikker på at Skype-n fungerer. I tillegg er volum-knappen viktig å bruke.

Onsdagsmøtene kan være en nyttig kilde til å øve på Skype-bruk. Sekretariatet vil i fortsettelsen sende ut møteinformasjon til Brukerutvalget til alle onsdagsmøter slik at representantene lettere kan øve på Skype-tilkobling og samtidig motta nyttig informasjon.

Det var enighet om at i de tilfeller der foredragsholdere skal fremlegge en presentasjon på pc, bør dette sendes i forkant til Brukerutvalget på e-post.

Det kom også forslag om at Skype-møter ikke bør vare lenger enn tre timer. Etter det begynner enkelte å bli sliten og ukonsentrert. Det er heller ikke alle typer saker som egner seg til å behandle i Skype-møter.

Vedtak Brukerutvalget tar erfaringene til etterretning. Deltakelse via Skype på UNNs onsdagsmøter er fin øvelse for representantene, og sekretariatet sender ut nødvendig kontaktinformasjon.

Orienteringssaker

BU-62/17-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsoppdrag

Aktivitet	Ansvarlig 2016 – 2018	Status/merknader
1. Styret ved UNN	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
2. Kvalitetsutvalget i UNN	Cathrin Carlyle	Referat foreligger. Laila møtte og vektla viktigheten av å føle seg velkommen som BU-representant.
3. Styringsgruppe A-fløya	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
4. Styringsgruppe for PET-senter	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
5. HelseOmsorg21	Cathrin Carlyle	Møte i uke 49. Statsbudsjett lagt frem for 2018, se kap 9 om Helseomsorg 21.
6. KSU 3 – 2015 Revisjon av avtaler	Hans Johan Dahl	Utvalget har avsluttet sitt arbeid.
7. Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl	Kalt inn til møte.
8. Prosess rundt ny avtale for hurtigbåter	Laila Edvardsen	Ikke hørt noe.
9. Koordinerende utvalg (Rehab.avdelingens kompetanseseksjon)	Laila Edvardsen	Laila vært i møte.
11. Vestibyleprosjektet	Britt Sofie Illguth	Prosjektet står på foreløpig vent av fremdriften i A-fløya. Representanten fortsatt med i utvalget. Prosjektet vil bli tatt opp på nyåret. Sekretariatet finner frem den tidligere prosjektplanen over møteplassen.
12. OSO (Overordnet Samarbeidsorgan)	Britt Sofie Illguth og Esben Haldorsen	Laila deltatt på vegne av Britt Sofie og Espen. Positiv erfaring, ble godt tatt imot. Opplyste om at BU-representantene ikke alltid føler seg velkommen til prosjektene.
13. Fagnettverk LMS UNN og samarb. kommuner	Britt-Eva Jakobsen	Representanten blir kontaktet på sak etter behov. Har aldri vært innkalt. Adm.sjefen følger opp saken. Antakelig handler dette om manglende budsjettavklaringer mellom UNN og kommunene.
14. Klinisk etikkomité (KEK)	Margrethe Larsen	Margrethe har bedt om fritak her, og BU må vurdere om andre repr. skal inn frem til nytt BU er valgt.
15. KSU-4 Samkjøring beredskapsplan for pandemi mellom UNN og kommuner	Margrethe Larsen	Avsluttet/ ikke aktuell.

16. Sykehusapotekets brukerutvalg	Martin A. Moe	Nytt møte i uke 46.
17. Parkeringsutvalget	Obiajulu Odu Laila Edvardsen vara	Har ikke vært avholdt møte siden sist.
18. Pasientsentrert team	Obiajulu Odu	Har ikke vært avholdt møte siden sist.
19. Samhandlingsbarometeret (referansegruppen)	Obiajulu Odu	Har vært i møte, venter på referatet. Sender referatet til sekretariatet når han mottar det.
20. KSU 5 – 2015 Felles prosedyrer UNN + kommuner for 5 tids-kritiske pasientgrupper	Johanne Sundmann	Ikke referert pga forfall.
21. Medvirkergruppen for Idéfase psykiatri/ rus (ephorte 12/1738)	Esben Haldorsen	Ikke startet opp, usikker om det blir i 2018 eller 2019.
22. Prosjekt Helse/eldre	Obiajulu Odu	Ikke mottatt innkalling. Sekretariatet sjekker opp om det er avsluttet.
23. Pasienterfaringer- Gastrokirurgisk avd. K3K	Solbritt Karlsson Sigrid Berntsen	Prosjektet har blitt forsinket. Gro Jensen har hatt kontakt med de to representantene.
24. Oppfølging av Nasjonal Helse- og sykehusplan UNN Narvik	Esben Haldorsen	Esben tar over etter Margrethe. Oppstart 2018.
25. Brukermedvirkning plan 6 PET-senteret	Laila Edvardsen	Har ikke hørt noe fra prosjektet siden februar. BU er opptatt av skjerming inn til PET-senter fra busstraseen. Sekretariatet tar kontakt med driftsavdelingen og får status på skjermingsspørsmålet.
26. OU på A-fløya - klinikk	Hans-Johan Dahl	Ikke noe nytt.
27. KSU 1/2017 – Retningslinjer for inn- og utskrivning av pasienter	Hans-Johan Dahl	Arb.gruppe. Hensikt å få til et felles flytskjema, sjekklister og mal. Trygg utskrivning/innskiving. Neste samling i januar i Trondheim. Facebookside for hele landet.
28. Forskningsprosjekt i smittevern	Obiajulu Odu	Har ikke fått avklaring om prosjektet får midler.
29. KVAM-utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Johanne Sundmann	Klinikksjef Jon Mathisen. Sekretariatet sjekker status og undersøker om det er behov for vara.
30. KVAM-utvalg Diagnostisk klinikk	Klemet Sara	Klinikksjef Gry Andersen. Ikke hørt noe. Ny konst. leder vil bli ansatt. – Sekretariatet purrer og følger opp.
31. KVAM-utvalg Hjerte- og lungeklinikk	Hans-Johan Dahl	Klinikksjef Kristian Bartnes Ikke innkalt enda.
32. KVAM-utvalg Kirurgi-, kreft- og kvinne-Helseklinikk	Britt-Sofie Illguth	Klinikksjef Grete Andersen. Representanten følte seg godt mottatt. Nytt møte torsdag 7.12.17.
33. KVAM-utvalg Medisinsk klinikk	Margrethe Larsen	Klinikkrådgiver Elin Teigen er kontaktledd. Møter 2018: 15.01., 16.04., 27.8., 19.11. Alle sykehus bør ha palliativ avdeling.

34. KVAM-utvalg Nevro-,ortopedi- og Rehab.klinikk	Laila Edvardsen	Klinikkssjef Bjørn-Yngvar Nordvåg. Representanten deltatt i ett møte, nytt møte 6.12.2017.
35. KVAM-utvalg Operasjons- og intensiv- klinikk	Martin Moe	Klinikkssjef Birgith Nerskogen. Forberedende møte til møte den 6.12.17.
36. KVAM-utvalg Psykiatri- og rusklinikk	Esben Haldorsen	Klinikkssjef Magnus Hald Ikke referert pga forfall.
37. Barne- og ungdomsklinikk	Obiajulu Odu	Klinikkssjef Elin Gullhav. Ikke hørt noe.

Brukerrepresentant Martin Moe orienterte fra det Regionale Brukerutvalg.

Brukerrepresentant Mildrid Pedersen orienterte fra prosjekt Gastro-nettverk/
Gastro fagråd. Hun er også med som brukerrepresentant i LIS (leger i
spesialisering) vedrørende ny opplæringsmal, og representerer gjerne
Brukerutvalget i prosjekter om det er behov for det.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og sekretariatet følger opp der
det er aktuelt.

BU 62/17-2 Presentasjon: Kommunikasjonsplan for UNN

Brukerutvalgets leder orienterte kort om prosessen, og hvordan man tenker å jobbe
med ny kommunikasjonsplan for UNN, i samarbeid med eksterne samarbeids-
partnere.

Vedtak Sekretariatet vil videresende kommunikasjonsplanen fra kommunikasjonsjefen
til BUs representanter, når denne mottas.

BU-63/17 Pasienthistorie

Presentasjon av UNN-ansatts egenerfaring som pasient over en sju-
ukersperiode, der hensikten er å bidra til arbeidet med kontinuerlig forbedring
av pasientforløp. Tre sentrale punkter som har forbedringspotensial:
1) Det er for få TV-kanaler både på sykehuset og hotellet, og signaler for dårlige.
2) Det er ingen hvilestoler på rommene på Pasienthotellet.
3) Etter helgepermer, ble hun plassert på forskjellige rom hver gang.

Disse faktorene påvirker pasientens opplevelse av ivaretagelse, verdighet og
integritet.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og sekretariatet vil rette
henvendelser til Pasienthotellet samt Drifts- og eiendomssenteret.

BU-64/17 Frivillighetskoordinator

Presentasjon av frivillighetskoordinator Nina Moe-Nilssen. Hun orienterte om sine oppgaver og arbeidsområder. Hovedmålet for frivillighetskoordinatoren er å ha et samarbeid med organisasjoner, foreninger, bedrifter og enkeltpersoner for å hjelpe til slik at pasientene opplever en bedre sykehushverdag.

Det ble eksempelvis påpekt viktigheten av enkel kaffe- og kakeservering, som bidrar til at pasientene oppnår kontakt og kommer i prat. Det er ikke alltid nødvendig å gjennomføre store, dyre tiltak.

Brukerutvalget kom med flere innspill til frivillighetskoordinatoren.

I det videre vil sekretariatet ta kontakt med frivillighetskoordinatoren i arbeidet med handlingsplanen for deltakelse i BAU.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og håper innspillene fra BU vil være til hjelp for frivillighetskoordinatoren.

BU-65/17 Referatsaker

Det ble referert følgende referatsaker:

1. Informasjon om liggende transport, 29.9.2017
Gladsak – utelukkende positiv tilbakemelding.
2. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 30.10.2017
3. Kopi av brev fra FFO til Europark AS datert 8.11.2017
BU etterlyser svar fra Drifts- og eiendomssenteret som de har sendt til FFO.
4. Referat fra Brukerutvalgets møte 8.11.2017
5. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 27.11.2017

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

BU-66/17 Eventuelt

1. Mangler på Pingvinhotellet

Brukerutvalget har mottatt henvendelser om mangler på Pasienthotellet:

- Lite kanaler og dårlige TV-signaler
- Mangler hvilestoler på rommene
- Skoskje mangler på rommene

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og retter henvendelse til Pingvinhotellet og Driftsavdelingen vedrørende manglene.

BU-67/17 Direktørens time

Administrerende direktør Tor Ingebrigtsen presenterte kort kommende

styresaker og svarte ut spørsmål.

Følgende aktuelle styresaker skal behandles i styremøte 14.12.2017:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport
Ingen dramatisk utvikling på noen områder. Hjerter- og lungeklinikken og K3K har fått bukt med ventelistene. Det arbeides med ventelistene til håndkirurgien.

Det er nå lagt opp til mer forpliktene samarbeid med Tromsø kommune vedrørende utskrivningsklare pasienter og kapasiteten vedrørende heldøgns omsorgsplasser.
2. Tilsynsrapport
Fylkesmannens oppfølgingstilsyn vedrørende sepsis. UNN er en av de beste i landet på opprydding (tavle – metodikk) og gir idé om at dette kan brukes på andre måter.
3. Virksomhetsplan 2018
Ingen store endringer. Videreføring av strategier de senere år.
Internformidling av midler. Langtidsplanen: Innfasing forskyves til september 2018. Blant oppdragene som utsettes er bl.a. økning av sengetall ung psykiatri og ACT.
4. Hovedindikatorer
Fire overordnede mål:
 - 1) Pasientrettet mål
 - 2) Samfunnsrettet mål
 - 3) Kompetente medarbeidere som trives
 - 4) Samarbeid med utdanningssektor

Saker i februar som er av interesse for BU:

- Siste del av evaluering av LOU-prosjektet fra 2008
Evalueringa v OPIN: Fire delrapporter ferdige. Entydig sum er anbefaling om å ikke fordele operasjonssykepleiere. Saken kommer til Brukerutvalget på nyåret. Brukerutvalgets stemme er viktig i denne saken.
- Organisering av tilbudet om trombektomi i Harstad
- Kontinuerlig forbedring – handlingsplan (gjennomføring) – sentral støttefunksjon for hele UNN

Cathrin Carlyle (sign.)
utvalgsleder

Hilde A Johannessen (sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 5.12.2017 Kopi til:

- Styret ved UNN
- Administrerende direktør ved UNN
- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Finn Sørensen
- Lærings- og mestringssenteret, UNN
- Kreftforeningen ved Elisabeth Sundkvist

UTKAST



Driftsrådet v/ leder Rita Pernille Martnes
Anders Nordgård
Guri Heiberg
Rolf Arne Iversen

Deres ref.:

Vår ref.:
2016/3076-17

Saksbehandler/dir.tff.:
Tor Ingebrigtsen, 77626011

Dato:
08.12.2017

Vedrørende bekymringsmelding angående overlegebemanningen ved Medisinsk avdeling UNN Harstad

Det vises til oversendt referat etter driftsrådets behandling av sak 76/16 *Legebemanningen ved Medisinsk avdeling* 22.11.2017 og bekymringsmelding datert 24.11.2017 fra Anders Nordgård, Guri Heiberg og Rolf Arne Iversen.

Bekymringen er hovedsakelig knyttet til overlegebemanningen i Medisinsk avdeling. Klinikksjef Markus Rumpfeld har ansvaret for å følge opp med nødvendige tiltak innenfor klinikkens rammer. Det vises til vedlagte notat fra ham når det gjelder status i og plan for videre oppfølging.

Hovedstrategien for UNN Harstad er å videreføre driften uten store endringer. Direktøren deler likevel bekymringen knyttet til at ordningen med solo-praksis i noen spesialiteter er sårbar. Det vises i denne sammenhengen til at stillingen som lokal driftsleder blir operativ fra nyttår, og til at det ligger innenfor driftslederens mandat å ta initiativ til å revurdere slike driftsmessige utfordringer.

Direktøren deler driftsrådets og overlegenes vurdering av avdelingens betydning som nøkkelfunksjon i lokalsykehuset og har derfor bedt om å bli holdt fortløpende orientert om situasjonen.

Med vennlig hilsen

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Kopi til: UNN-styret ved styreleder Jorhill Andreassen

Vedlegg

Til kontaktpersoner for overlegekollegiet:

Anders Nordgård, Overlege kir.avd
Guri Heiberg, Overlege Rehab, rekrutteringsgruppa
Rolf Arne Iversen, Overlege AnOp, rekrutteringsgruppa

Vedrørende bekymringsmelding Medisinsk avdeling, UNN Harstad

Det vises til bekymringsmelding sendt til ledelsen i UNN 24.11.17. Undertegnede, klinikkssjef i Medisinsk klinikk Markus Rumpsfeld, har fått ansvaret med å følge opp bekymringsmeldingen.

En velfungerende medisinsk avdeling er avgjørende for UNN Harstad for å kunne ivareta et godt og trygt pasienttilbud. UNN HF er avhengig av velfungerende lokalsykehusfunksjoner.

Det har over tid blitt igangsatt en rekke tiltak i Medisinsk avdeling UNN Harstad for å håndtere bemanningssituasjonen slik at arbeidsoppgaver og ressurser i avdelingen samsvarer. Av ulike årsaker har disse tiltak ikke vist seg å være tilstrekkelig og vi jobber videre for å forbedre driftssituasjonen.

Klinikkssjefen i Medisinsk klinikk har hatt flere uformelle samtaler med overlegene på medisinsk avdeling og kontaktpersoner for overlegekollegiet ved UNN Harstad. Overlegekollegiet sine forslag er konstruktive og tydelige, og forslagene blir tatt med i det videre arbeidet.

Tiltak skal iverksettes straks:

- **Legebemannning:** Et prioritert mål er å sikre tilstrekkelig og forutsigbar legebemannning på Medisinsk avdeling. Eksempler på tiltak er vikarbruk, ambuleringsordninger og andre former for rekruttering som ivaretar de fagspesifikke behovene. Dette skal skje i dialog med legene på medisinsk avdeling. Samtaler som kan medføre stabilisering av eksisterende personell og få tilbake leger som har sluttet vil bli gjennomført. Det er allerede startet opp dialog med flere fagfelt som inngår i medisinsk avdeling for å sikre støtte framover, dette inkluderer UNN Breivika og eksterne. Jeg vil om kort tid komme tilbake til dere mer utfyllende informasjon om dette.
- **Vaktbemanning:** Innen utgangen av 2017 skal det utarbeides en legebemannings/vaktplan fram til påsken 2018. Innen utgangen av februar skal en tilsvarende plan til og med sommeren 2018 være ferdig.
- **Poliklinisk virksomhet:** For å redusere arbeidsbelastning og gi økt fokus på post-, vakt-, akutt- og intensivarbeid må det vurderes om utvalgte polikliniske pasienter fra «sårbare» fagområder overføres til enten UNN Tromsø, HELFO eller ivaretas via ambulering fra Tromsø eller avtalespesialister i en kortere periode. Hvis det blir problemer med å overholde frister så vil UNNs direktør bli informert fortløpende.
- **Arbeidsmiljø:** Bedriftshelsetjenesten og andre med kompetanse innen kartlegging og forbedring av arbeidsmiljø vil bli brukt framover.

Intermediære tiltak:

- Samkjøring av aktivitetsnivå per fagfelt innad i Medisinsk klinikk skal gjennomføres. Første trinn er at det gjennomføres kartleggingssamtaler med fagansvarlig for subspecialitetene i Medisinsk avdeling i Harstad, deretter skal det utvikles handlingsplaner.

Langsiktig strategi:

- **Utarbeide langsiktig plan:** Overnevnte handlingsplaner skal videreutvikles og danne grunnlag for en langsiktig planlegging for aktiviteten i Medisinsk avdeling i Harstad. En slik langtidsplan vil også kunne ha positiv virkning for rekruttering og stabilisering av legebemanningen.
- **Ressurser:** Sentralt i det videre arbeid er å sikre stabilisering og rekruttering av helsepersonell hva angår både overleger og LIS.
- **Samarbeid med de andre klinikkene:** Samarbeid med de andre klinikkene må forsterkes for å finne de gode løsningene som sikrer gode pasientforløp. Det nevnes NOR- klinikken (nevrologi, rehabilitering), K3K (gastrokirurgi, onkologi), OPIN (akuttfunksjon, intensiv) og Diagnostisk klinikk.

Medisinsk klinikk vil forsterke lokal lederstøtte og jeg vil være mer tilstede i Harstad.

Harstad 8.12.17

Med vennlig hilsen

Markus Rumpsfeld

Klinikkssjef, Medisinsk klinikk



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
104/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2017
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 1.12.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør