



# INNKALLING

**Styret ved**

**Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Møtetid**

**Torsdag 15. februar 2018 kl 11:45**

**Møtested**

**UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707**



## MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707  
Dato: 15.2.2017  
Tid: Kl.11:45

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 1/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 1/2018	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 2/2018	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 14.12.2017
ST 3/2018	Kvalitets- og virksomhetsrapport november/desember 2017
ST 4/2018	LOU-evalueringen – del 2
ST 5/2018	Oppsummering av beslutningssaker 2017
ST 6/2018	Oppdragsdokument 2018
ST 7/2018	Tomtesak ved SIVA-bygget i Breivika
ST 8/2018	Prognose byggeprosjekter og driftskostnader i PET-senteret
ST 9/2018	Kontinuerlig forbedring ved UNN
ST 10/2018	Styrets dialogavtale med direktøren
ST 11/2018	Styrets evaluering av eget arbeid
ST 12/2018	Justering direktørlønn ( <i>ettersendes</i> )
ST 13/2018	Orienteringssaker

### *Skriftlige orienteringer*

1. Rapport etter oppfølgingsplan – Sivilombudsmannens rapport 2016
2. Status i spesialitetskomitéarbeidet
3. Orientering om varslinger til Statens helsetilsyn fra UNN siste periode
4. Informasjonssikkerhet, *unntatt offentlighet jf Offlv §14 og §24, 3.ledd*

ST 14/2018	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Brev fra Sivilombudsmannen, datert 6.12.2017</li><li>2. Uttalelse i sak fra Sivilombudsmannen, datert 6.12.2017, <i>unntatt offentlighet i medhold av offl. § 13 jf Fvl. § 13.1.</i></li><li>3. Brev fra Troms fylkeskommune – melding om politisk vedtak datert 19.12.2017</li><li>4. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 16.1.2018</li><li>5. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 29.1.2018</li><li>6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 30.1.2018</li><li>7. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 31.1.2018</li><li>8. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 7.2.2018 (<i>ettersendes</i>)</li><li>9. Referat fra møte i Arbeidsutvalg Styret UNN – Kontinuerlig forbedring - Kritiske prosesser, datert 18. januar 2018</li><li>10. Protokoll fra drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 8.2.2018</li></ol>

ST 15/2018	Eventuelt
------------	-----------



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
2/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.12.2017

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 14.12.2017.

Tromsø, 2.2.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg: Møteprotokoll fra styremøte 14.12.2017



## MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707  
 Dato: 14.12.2017  
 Tid: 09.00 – 13.55

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
Marit Lind	viseadministrerende 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
Jon Mathisen	klinikkssjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klinikkssjef ved Hjerte- og lungeklinikken
Magnus Hald	klinikkssjef ved Psykisk helse- og rusklinikken
Markus Rumpsfeld	klinikkssjef ved Medisinsk klinikk
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Gina M. Johansen	drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef, Stabssenteret
Tommy Schjølberg	konst. økonomisjef, Stabssenteret
Stig Bakken	avdelingsleder, Stabssenteret

## ST 96/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 14.12.2017 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *uthevet kursiv*).

- |             |  |
|-------------|--|
| 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<br><i>Muntlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasienthistorie</li><li>2. Risikomomenter og tiltak – ComPACS – status pr 24.11.2017</li><li>3. Lånesøknad Nye UNN Narvik</li><li>4. Ansettelse av lokal driftsleder ved UNN Narvik</li><li>5. Ansettelse av drifts- og eiendomssjef</li><li>6. Status i PCI-saken</li><li>7. Status i hovedoppgjøret 2016 mellom DNLF/Akademikerne og Spekter</li><li>8. Orientering etter møte med Helse- og velferdskomiteen i Tromsø kommune</li><li>9. Offisiell åpning av A-fløya og PET-senteret</li><li>10. Bekymringsmelding Medisinsk avdeling UNN Harstad jf. referatsak 3) <i>NB! Deler av orienteringen må gis u. off. i medhold av Off.l. § 13 jf. Fvl. § 13.</i></li><li>11. Innføring av felles system for elektronisk medikasjon og kurve (<i>u.off. Offl. § 14</i>)</li><li>12. <i>Utfordringer med operasjonskapasiteten ved UNN</i></li><li>13. <i>Kontorkabalen knyttet til arealplan for UNN Breivika</i></li><li>14. <i>Status i arbeidet med overordnet arealplan for UNN Breivika</i></li></ol> |
| ST 103/2017 | Referatsaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra styremøte i Helse Nord RHF 22.11.2017</li><li>2. Referat fra OSO-møte 23.11.2017</li><li>3. Bekymringsmelding Medisinsk avdeling UNN Harstad 24.11.2017, jf orienteringssak 10.</li><li>4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 27.11.2017</li><li>5. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 28.11.2017</li><li>6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 28.11.2017</li><li>7. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 29.11.2017</li><li>8. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 5.12.2017</li></ol>   |

9. Svar vedrørende bekymringsmelding Medisinsk avdeling UNN  
Harstad 8.12.2017

ST 104/2017          Eventuelt

**ST 97/2017    Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 16.11.2017**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 14.12.2017**

Innstilling til vedtak

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

**ST 98/2017    Kvalitets- og virksomhetsrapport**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 14.12.2017**

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

## **ST 99/2017 Tilsynsrapport**

### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 14.12.2017**

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.

Enstemmig vedtatt.

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.

## **ST 100/2017 Virksomhetsplan 2018**

### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 14.12.2017**

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
<b>SUM driftsinntekter</b>	<b>7 294,8</b>	<b>7 208,4</b>	<b>7 207,8</b>	<b>7 415,4</b>	<b>207,0</b>
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
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 180,8</b>	<b>7 183,4</b>	<b>7 182,5</b>	<b>7 392,8</b>	<b>209,5</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>114,0</b>	<b>25,0</b>	<b>25,3</b>	<b>22,5</b>	<b>-2,5</b>
Finansinntekter	21,5	15,0	18,9	10,0	-5,0
Finanskostnader	-0,3	0,0	0,8	7,5	7,5
<b>Finansresultat</b>	<b>21,2</b>	<b>15,0</b>	<b>19,7</b>	<b>17,5</b>	<b>2,5</b>
<b>Ordinært resultat</b>	<b>135,2</b>	<b>40,0</b>	<b>45,0</b>	<b>40,0</b>	<b>0,0</b>

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, ansettelse 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.

Styreleder la fram følgende forslag til tilleggspunkt til innstillingen:

*Styret ber om å få en analyse av inngangshastigheten til 2018, basert på regnskapene for desember 2017 og januar 2018, til styremøtet 15.2.2018.*

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
<b>SUM driftsinntekter</b>	<b>7 294,8</b>	<b>7 208,4</b>	<b>7 207,8</b>	<b>7 415,4</b>	<b>207,0</b>
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
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 180,8</b>	<b>7 183,4</b>	<b>7 182,5</b>	<b>7 392,8</b>	<b>209,5</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>114,0</b>	<b>25,0</b>	<b>25,3</b>	<b>22,5</b>	<b>-2,5</b>
Finansinntekter	21,5	15,0	18,9	10,0	-5,0
Finanskostnader	-0,3	0,0	0,8	7,5	7,5
<b>Finansresultat</b>	<b>21,2</b>	<b>15,0</b>	<b>19,7</b>	<b>17,5</b>	<b>2,5</b>
<b>Ordinært resultat</b>	<b>135,2</b>	<b>40,0</b>	<b>45,0</b>	<b>40,0</b>	<b>0,0</b>

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, ansettelse 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.

6. Styret ber om å få en analyse av inngangshastigheten til 2018, basert på regnskapene for desember 2017 og januar 2018, til styremøtet 15.2.2018.

## ST 101/2017 Hovedindikatorer

### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 14.12.2017

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

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende *foreløpige* 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.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende *foreløpige* 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 virksomhetsrapportene.

## **ST 102/2017 Orienteringssaker**

### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 14.12.2017**

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

#### *Muntlige orienteringer*

1. Pasienthistorie. *Saken ble trukket.*
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*).
12. Utfordringer med operasjonskapasiteten ved UNN (*rekkefølgemessig før o-sak 10*).
13. Kontorkabalen knyttet til arealplan for UNN Breivika (*rekkefølgemessig før o-sak 10*).
14. Status i arbeidet med overordnet arealplan for UNN Breivika

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

## **ST 103/2017 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 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, datert 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.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

### **ST 104/2017 Eventuelt**

### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 14.12.2017**

Ingen saker ble meldt.

Tromsø, 14.12.2017

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
3/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Tommy Schjøberg

### Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2018

#### Innstilling til vedtak

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

#### Bakgrunn

Vedlagte kvalitets- og virksomhetsrapport for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for desember måned 2018 presenterer resultater for helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse-, miljø- og sikkerhet. Rapporten oversendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdataene både på foretaks- og konsernnivå.

#### Formål

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

#### Medvirkning

Rapportens kvalitets- og aktivitetsdel ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i ordinært drøftingsmøte 30.1.2018, samt medvirkningsmøter med brukertvalgets arbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalget henholdsvis 29. og 31. s.m. Samtlige møter påpekte at det er utilfredsstillende at sykefraværsregistreringen har vært mangelfull over så lang tid, men sluttet seg til at saken fremmes for styret til behandling. Det var enighet om en oppfølgende medvirknings-/ drøftingsrunde for økonomidelen under drøftingsmøte for resterende styresaker torsdag 8.2.2018. Protokoller/ referater fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 15.2.2018.

## 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.

Ettersom styret i budsjettsaken i desember ba om en nærmere redegjørelse av inngangshastigheten til 2018, basert både på desember- og januarregnskapet, ettersendes eget notat om dette før styremøtet, så snart januartallene er klare.

## Vurdering

*Oppholdstid i akuttmottaket* oppdateres i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS daglig, og følges opp i ledergruppens tavlemøte ukentlig. Det er positivt at resultatet for desember er litt bedre enn foregående måneder, og at måltallet på 90 % er nådd denne måneden. Arbeidet med å styrke vaksystemene i indremedisin er gjennomført, og pågår for kirurgi for å sikre tilstrekkelig erfarent personell i første linje.

Antall *fristbrudd* er lavere enn foregående måneder, men fortsatt over måltallet. Det er meget positivt at antall fristbrudd ikke har økt i forbindelse med lavdriftsperioden i desember. Utfordringen med mange fristbrudd innen håndkirurgi er nå løst. Antall fristbrudd innen hjertemedisin og sykkelig overvekt er redusert noe siste måneder, men er fortsatt ikke null, og det er noen fristbrudd innen dagkirurgi. Forsatt er noen av de registrerte fristbrudd ikke reelle, men skyldes feilregistreringer. Et vedvarende fokus på god prioritering, bedre langtidspanlegging 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 vedvarende fokuseres på.

Bruk av *tvang i psykisk helsevern for voksne* måles for 2017 kvartalsvis. Resultatet ved utgangen av desember er 5,4 %, som er en viss nedgang fra foregående kvartal. Det omfattende arbeidet med oppfølging av tiltak i etterkant av Sivilombudsmannens rapport i 2016 følges opp. Klinikken opplyser også at grunnlagsdataene viser en betydelig reduksjon i bruk av de mest alvorlige tvangsmidler (som reimlegging), mens bruk av kortvarig fastholding viser noe økning. Fra 2018 vil tvangsbruk måles månedlig, og data for den alvorligste tvangsbruken vil bli rapportert separat.

For *legemiddelsamstemming* er det fortsatt ikke mulig å få ut data for samlet gjennomføring. Arbeidet i det regionale prosjektet for å etablere felles metode for dette for foretakene i regionen pågår, og prosedyrene forventes klar til implementering i slutten av første tertial 2018. Direktørens inntrykk er at mange enheter nå arbeider systematisk med dette, og at de fleste også registrerer egne resultater i pasientsikkerhetsprogrammets registreringsløsning Extranet. Dette er et arbeidskrevende manuelt opptellings- og registreringsarbeid. Gjennomføringen bedres stadig, men det er imidlertid fortsatt for mange enheter som ikke kan dokumentere tilstrekkelig høy grad av gjennomføring.

Som følge av problemer med kildedata fra GAT så har vi fortsatt ikke oppdaterte *sykefraværstall*.

I desember 2017 var det 5537 varsel om brudd på AML i UNN. Dette er en økning på 10,5 % i forhold til desember 2016. I klinikkene er reduksjonen størst i Operasjons- og intensivklinikken der antall varsel om brudd er gått ned med 19 % (673 brudd i desember 2016 og 545 brudd i



desember 2017). Økningen er størst i Barne- og ungdomsklinikken der antall varsel om brudd har økt med 45 % (79 brudd i desember 2016 og 115 brudd i desember 2017). Økningen er også stor i Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, der antall varsel om brudd har økt fra 518 i desember 2016 til 730 i desember 2017 (økning på 40,9 %). En stor andel av bruddene skyldes akutt mangel på nødvendig kompetanse og akutt sykdom. Det er stort fokus på å redusere antall varsel om AML brudd i samtlige klinikker og sentra.

*Tiltaksgjennomføringen* for desember måned er på 48 %, og for hele 2017 ble den på 52 %. Fem 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 er redusert til 56 dager, som er godt innenfor nasjonalt mål på 60 dager. Reduksjonen i 2017 er på 9 dager i forhold til 2016. 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, og direktøren anser at UNN nå gjennomgående har god kontroll på ventelistene for ordinære ventende (primærhenvisninger). For 2018 forventes krav om ytterligere reduksjon i gjennomsnittlig ventetid.

UNN inkluderer en høy andel *kreftpasienter i pakkeforløp*, og oppnår totalt sett måltallet om at 70 % av pasientene skal håndteres innenfor anbefalt forløpstid. Imidlertid er det som tidligere for mange 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 under implementering. Det pågår oppdatering av prosedyrene for de enkelte forløp. Problemstillingene med begrensninger i operasjonskapasiteten, som er en vedvarende utfordring i forhold til mange av pakkeforløpene, følges opp i overordnet koordineringsgruppe for operasjonsvirksomheten.

Den tertialvise rapporteringen på gjennomføring av pasientsikkerhetsprogrammets tiltaksområder viser at det arbeides systematisk og godt med dette i UNNs enheter, og mange rapporterer god gjennomføring. Det er imidlertid fortsatt enheter som ikke har fullgod implementering og gjennomføring av alle aktuelle tiltakspakker. Det er nå en helt klar forventning fra direktøren at alle ledere følger dette tett opp, slik at gjennomføringen blir fullstendig.

Det er også positivt at antall *korridorpasienter* gjennomgående er noe redusert det siste året, til tross for et høyt antall utskrivningsklare pasienter. UNN oppnår imidlertid fortsatt ikke målet om å ikke ha korridorpasienter. Direktøren hadde forventninger om en reduksjon som følge av åpning av Tromsø kommunes nye helsehus i begynnelsen av september 2017, men dette har ikke hatt den store effekten som var forventet. Direktøren og Samhandlingsavdelingen er i løpende kontakt med Tromsø kommune om denne utfordringen.

Aktiviteten øker noe innen somatikk og barnepsykiatri målt i pasientkontakter. Innen rusområdet og voksenpsykiatri er det en nedgang i pasientkontakter. Det er færre polikliniske dagbehandlinger i 2017 enn 2016, og døgnoppholdene øker litt mer enn planlagt. Den registrerte reduksjon 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 vi i 2018 får sammenlignbare tall. Antall registrerte laboratorieundersøkelsene øker betydelig, men heller ikke her er tallene for 2017

sammenlignbare med 2016 fordi det februar 2017 også telles med blodgass analyser, som ikke tidligere var med i tallene. Denne endringen forklarer det vesentligste av den registrerte økningen fra 2016 til 2017.

### **Den gyldne regel**

Alle indikatorene, unntatt ventetid, viser en høyere vekst til psykisk helsevern og rus enn somatikk, noe direktøren er fornøyd med. Ventetiden viser en reduksjon i ventetider innenfor somatikk på 8,6 %, mens innen psykisk helsevern og rus reduseres denne med 0,7 %.

### **Økonomi – foreløpig resultat**

Budsjettmessig overskudd i desember ble 27,5 mill kr for UNN som helhet. I hele 2017 er overskuddet på 51,3 mill kr. RHFets krav til budsjettmål er + 40 mill kr, og en er dermed 11,3 mill kr over dette. Det interne overskuddskravet er på ytterligere 25 mill kr, og resultatet ligger 14,7 mill under dette.

Ettersom styret i budsjettsaken i desember ba om en nærmere redegjørelse av inngangshastigheten til 2018, basert både på desember- og januarregnskapet, ettersendes eget notat om dette før styremøtet, så snart januartallene er klare.

Tromsø, 8.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2017
2. Notat vedr. inngangshastigheten inkl. januarregnskapet



KVALITET

TRYGGHET

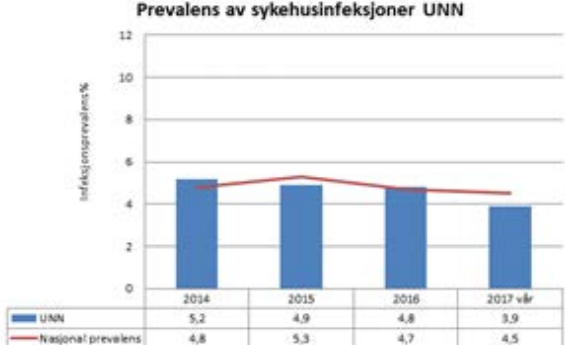
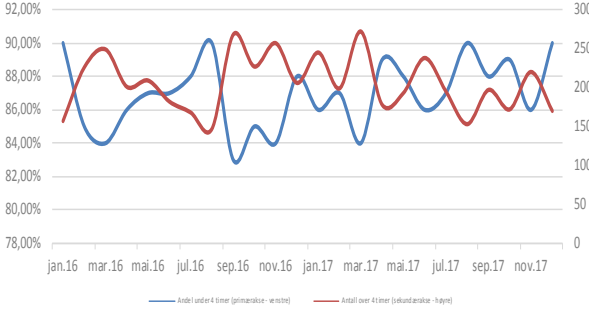
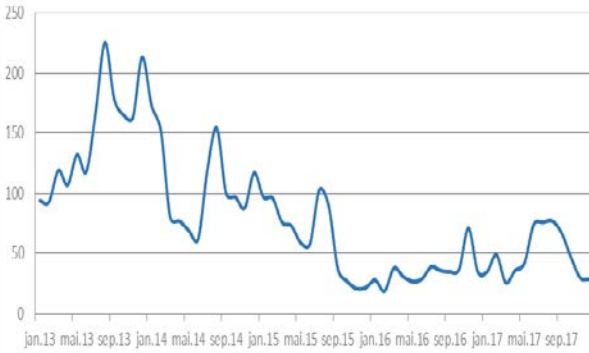
RESPEKT

OMSORG

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	2
Hovedindikatorer .....	3
Kvalitet .....	5
Pakkeforløp – kreftbehandling .....	5
Pasientsikkerhetsprogrammet .....	8
Ventelister .....	11
Ventetid .....	11
Fristbrudd .....	12
Korridorpasienter .....	13
Strykninger .....	14
Epikrisetid .....	14
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern .....	15
Oppholdstid i akuttmottaket .....	15
Aktivitet .....	16
Somatisk virksomhet .....	17
Psykisk helsevern voksne .....	20
Psykisk helsevern barn og unge .....	20
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	20
Den gylne regel .....	21
Samhandling .....	21
Utskrivningsklare pasienter .....	21
Bruk av pasienthotell .....	23
Personal .....	24
Bemanning .....	24
Sykefravær .....	26
AML-brudd .....	27
Kommunikasjon .....	28
Sykehuset i media .....	28
Økonomi .....	29
Resultat .....	29
Prognose .....	33
Likviditet .....	33
Investeringer .....	33
Byggeprosjekter .....	34

## Hovedindikatorer

<p style="text-align: center;"><b>Infeksjoner</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Nasjonalt måltall: 4,7 %</b> <b>Måltall UNN: 4,0 %</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN</b></p>  <table border="1" data-bbox="842 577 1409 629"> <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;"><b>Legemiddelsamstemming</b> <b>(Samlet gjennomføring for foretaket kan fortsatt ikke måles)</b></p>	<p>Stikkprøver fra Extranet for desember 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medisin A Harstad 56 %</li> <li>- Medisin B Harstad 60 %</li> <li>- Med/kir Narvik 75 %</li> <li>- NKØØ Trosnø 87 %</li> <li>- Gyn/Uro/Plast/Endokrinkir &gt; 80 %</li> </ul>															
<p style="text-align: center;"><b>Oppholdstid i akuttmottak postopphold, desember</b></p> <p><b>Måltall: 90 %</b></p> <p><b>Andel under 4 timer: 90 %</b></p> <p><b>Antall over 4 timer: 170</b></p>																
<p style="text-align: center;"><b>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av desember</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;"><b>29</b></p>																

<p><b>Tvang psykisk helsevern – voksne, 4. kvartal</b></p> <p><b>Andel pasienter utsatt for tvang: 5,4 %</b></p>	
<p><b>Sykefravær, desember</b></p> <p><b>Som følge av problemer med kildedata har en ikke oppdaterte sykefraværstall.</b></p>	
<p><b>AML brudd, desember</b></p> <p><b>Antall AML-brudd: 5537</b></p>	
<p><b>Tiltaksgjennomføring</b></p> <p><b>Desember: 48 %</b> <b>Hittil i år: 52 %</b></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 desember 2017

Pakkeforløp	Nye kreftpas. I UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	379	353	93	70
Hode- halskreft	98	90	91	70
Kronisk lymfatisk leukemi	18	13	72	70
Myelomatose	28	24	85	70
Akutt leukemi	29	25	86	70
Lymfomer	119	116	97	70
Bukspyttkjertelkreft	107	91	85	70
Tykk og endetarmskreft	318	296	93	70
Blærekreft	159	133	83	70
Nyrekreft	114	100	87	70
Prostatakreft	392	318	81	70
Peniskreft	7	6	85	70
Testikkelkreft	37	36	97	70
Livmorkreft (endometrie)	103	89	86	70
Eggstokkreft (ovarial)	65	55	84	70
Livmorhalskreft (cervix)	54	49	90	70
Hjernekreft	68	49	72	70
Lungekreft	316	299	94	70
Kreft hos barn	31	24	77	70
Kreft i spiserør og magesekk	104	100	96	70
Primær leverkreft (HCC)	25	20	80	70
Skjoldbruskkjertelkreft	59	57	96	70
Føflekkreft	187	158	84	70
Galleveiskreft	35	26	74	70
<b>Totalt</b>	<b>2852</b>	<b>2527</b>	<b>89</b>	

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

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per desember 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.	300	212	70	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	80	73	91	13	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			27	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	102	83	81	17	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	7	77	12	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	45	30	66	25	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.	28	25	89	3	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	104	69	66	14	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	15	8	53	28	36
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	35	22	62	32	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	18	13	72	25	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	253	158	62	31	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	12	9	75	24	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	42	30	71	32	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	145	106	73	32	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.	89	32	35	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.	138	63	45	70	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	132	65	49	38	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	15	8	53	51	66
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	4	3	75	20	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.	84	71	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.	104	88	84	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	18	10	55	28	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	23	17	73	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	8	6	75	25	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	16	13	81	28	36



Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per desember 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.	28	25	89	9	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	5	71	16	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	70	43	61	37	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	60	46	76	20	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	117	95	81	28	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	4	80	3	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	19	15	78	3	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	18	13	72	35	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	30	29	96	25	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	17	14	82	31	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.	3	1	33	47	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	19	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	33	43
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	61	39	63	31	41
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2			0	
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			19	
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	198	171	86	13	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.	14	13	92	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	179	130	72	16	22
		2748	1921	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

### Status Pasientsikkerhetsprogrammet 3. tertial 2017

*Enheter i kursiv har ikke levert tertialrapport tross purring, status står fra forrige rapportering.*

En mer utfyllende rapport omhandlende hvert av innsatsområdene vil bli utarbeidet snarlig.

#### Barne- og ungdomsklinikken:

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

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

#### Hjerte- og lungeklinikken:

Mottatt rapport kun fra Medisinsk intensiv/Hjerteoppvåkning (MIHO).

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhets-proseker
<b>Hjerte- og lungeklinikken</b>									
<i>Hjertemed sengepost</i>									
MIHO		Tilpasset							PS-tavle
<i>Lab</i>									
<i>Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost</i>									
<i>Lungemed</i>									

#### Medisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhets-proseker
<b>Medisinsk klinikk</b>									
Hematologisk									
Inf med									PS-tavle, risikotavle
<i>Fordøyelse/Nyre</i>									TILT, tavle
Geriatrisk									PS-tavle, ernæring
Medkir Narvik	Tilpasset			PVK				Tilpasset, TILT + PaedSafe	PS-tavle
Med A Harstad									Risikotavle, simuleringstrening, ernæring
Med B Harstad									Risikotavle, simuleringstrening, ernæring

## Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhets-proseker
K3K									
Føde/Barsel Tromsø	Tilpasset	Tilpasset							Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
KK Harstad	Tilpasset	Tilpasset							Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
KK Narvik	Tilpasset	Tilpasset							
Kreft									Risikotavle, Pilot ernæring
Gastro kir	Tilpasset								PS-tavle
Uro, endo, gyn, plast	Tilpasset							Tilpasset	PS-tavle
Kir. Harstad	Tilpasset								PS-tavle, UNN-pilot LN TILT

## Neuro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhets-proseker
<b>Neuro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken</b>									
Nevro-, hud- og revmatologiskavdeling								Tilpasset	PS-tavle, risikotavle
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdelingen	Tilpasset								PS-tavle
Ortopeden Tø	Tilpasset								Tavle, TILT, ernæring, utskrivningskoordinator
Ort. Harstad	Tilpasset								Tavle
FRMA Tromsø (døgn)		Tilpasset							PS-tavle
FRMA Harstad(døgn)									PS-tavle, risikotavle, ernæring

## Operasjons- og intensivklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhets-proseker
<b>Operasjons- og intensivklinikken</b>									
INOPV Oppvåkning Tromsø	Tilpasset		Tilpasset			Tilpasset, intermedialpas			Forebygging av overfylt urinblære, tavle, utskrivningskriterier
INOPV Intensiv Tromsø		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset			Tavle
ANOP Innslusa Tromsø			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset			PS-tavle, kontroll urinmengde v ankomst
ANOP Dagkirurgi Tromsø					Tilpasset				Hypotermi-forebygging plast, pasientflyt på dagkirurgen, tavle
ANOP Intensiv Harstad	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset			Pårørende prosjekt, slag, tavle
ANOP Akuttmottak Harstad		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset-slagslarm		Tavle, skjema for vurdering v innl.
ANOP Ane/opr Harstad			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Deltar i Medisinsk mottaksteam		Tavle, overfylt blære, smittevern, ISBAR
ANOP Akuttmottak Narvik		Skjema til leger	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tavle, en hel rekke prosjekter
ANOP Intensiv/peri Narvik			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset			visittsjekklste, tavle
ANOP Ane/opr Narvik			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			Tavle

**Akuttmedisinsk klinikk:**

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstemming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhetsprosjekter
Akuttmedisinsk klinikk									
Ambulansetjenesten		Tilpasset				Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	Tilpasset	Sepsis-skåring i amb.
Akuttmottaket		Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6		Tidlig oppdagelse av sepsis P3-tavle, Bruker ABCDE
Obspost	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6		P3-tavle

**Diagnostisk klinikk:**

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

**Psykisk helse og rusklinikken:**

Innsatsområdene **forebygging av selvmord** og **forebygging av overdosedødsfall** er implementert ved aktuelle avdelinger, men pga stor utskifting av ledere må dette fokuseres på nytt. Legemiddelsamstemming er fortsatt under innføring og krever oppmerksomhet.

Psykisk helse- og rusklinikken kjører jevnlig læringsnettverkssamlinger, hvor enheter fokuserer på det de opplever er deres viktigste forbedringsområder innen pasientsikkerhet. Dette systematiske arbeidet ledes av fagutviklingsenheten ved klinikken og gjelder også poliklinikkene. Forbedringsområdene rapporteres også på ved innsending av rapporter og telematikk-møter hvor fremdrift følges opp og diskuteres.

Psykisk helse- og rusklinikken, sengeposter 3.tertial 2017	Legemiddel-samstemming	Selvmord	Overdose	Egne pas.sikkerhetsprosj.
Akuttpost nord				
Akuttpost sør				Sjekkliste, tavler, fysisk aktivitet
Akuttpost Tromsø				Tavle bestilt
PRE				sjekkliste innkomst, somatikk, medisinlister
Alderspsykiatri døgn				
Sikkerhet (Begge poster)	Tilpasset	Tilpasset		Krisemestringsplan
Døgn 1+2		Tilpasset		Pasientforløp
Døgn Storsteinnes				Bedre psykosebeh.-fysisk aktivitet
SPHR Midt-Troms		Tilpasset		Behandlingsplaner
SPHR Nord-Troms		Tilpasset		Pårørendearbeid, bedre psykosebeh.
SPHR Sør-Troms		Tilpasset		
ReStart				Kriseplaner, mange prosjekt
Rusbehandling Ung				"Stø kurs", pårørendekontakt
Avrusing				
Rusbehandling Narvik				Risikotavle, Pårørendeinvolvering, Pasientforløp tvang, sikkerhet v/aktivitet

## Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter på venteliste	12 399	9 701	9 266	-435	-4
...herav med fristbrudd	24	100	29	-71	-71
...herav med ventetid over 365 dager	251	142	34	-108	-76
Gjennomsnittlig ventetid dager	85	66	57	-9	-14
Ikke møtt til planlagt avtale	1 229	1 644	1 621	-23	-1

Tabell 4 Avvikling av venteliste hittil i år

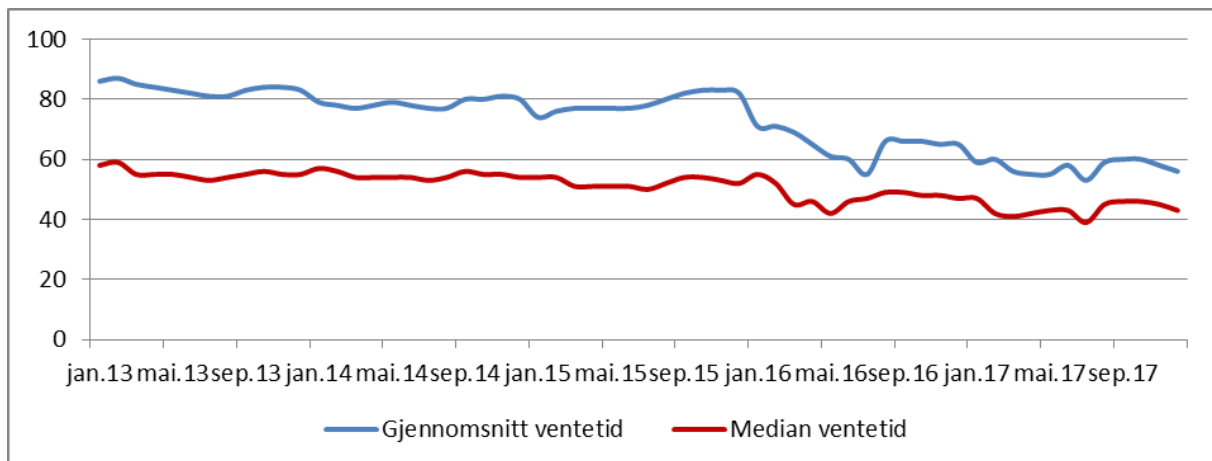
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	53 315	48 424	46 746	-1 678	-3
...herav med fristbrudd	1 093	686	708	22	3,2
Andel - avviklet ordinært	50	96	100	4	4

## Ventetid

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

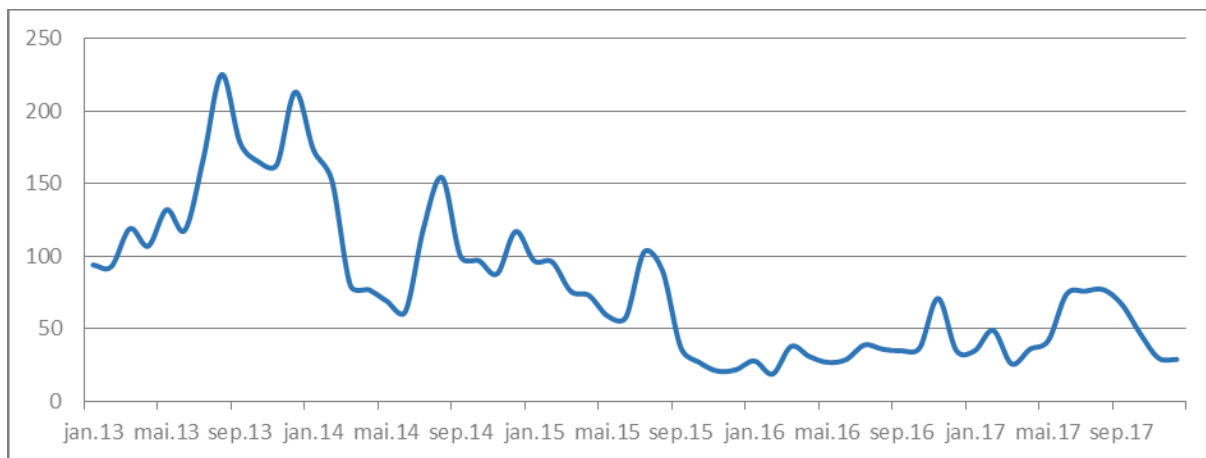
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	82	65	56	-9	-14
Median ventetid i dager	52	47	43	-4	-9

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid for alle pasienter



## Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

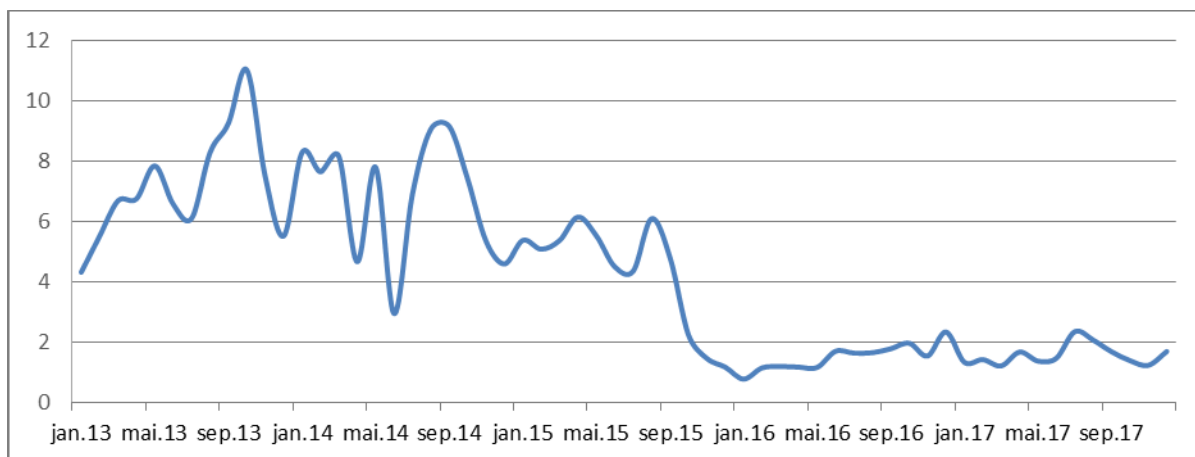


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av desember 2017

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	13	1 925	0,7 %
Medisinsk klinikk	4	789	0,5 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	12	4 926	0,2 %
UNN	29	7 640	0,4 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

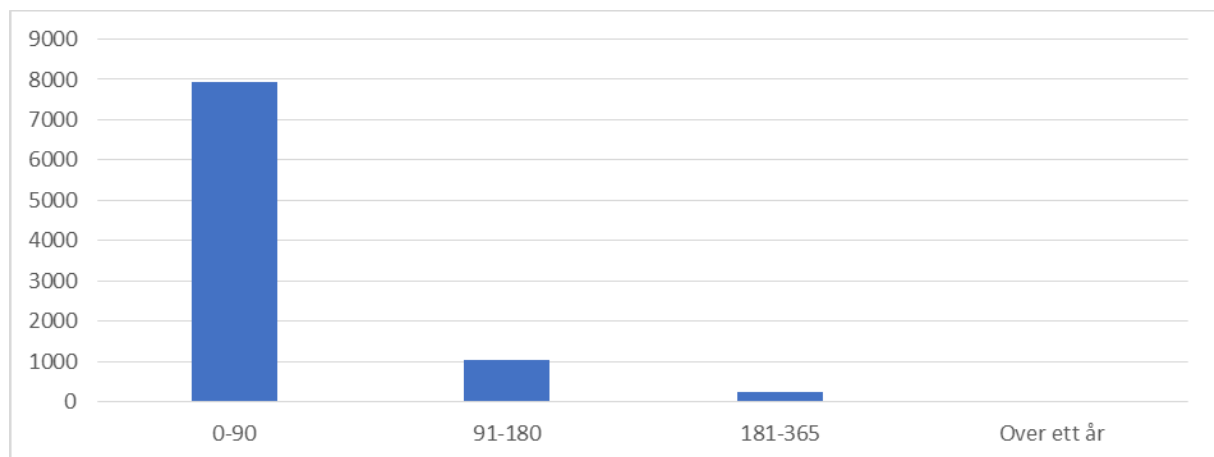
Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

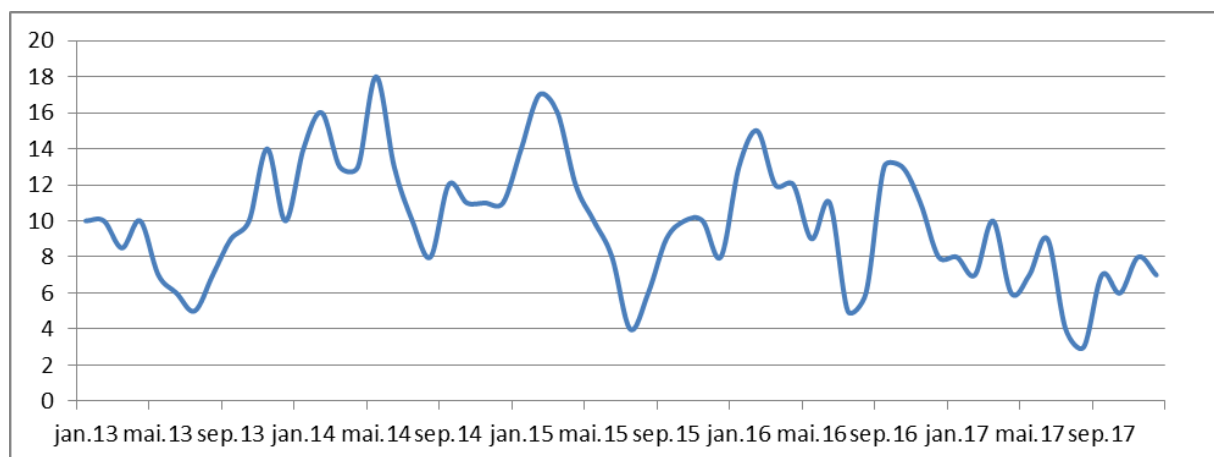
Klinikk	nov.17	des.17
Barne- og ungdomsklinikken	1	0
Hjerte- og lungeklinikken	5	7
Medisinsk klinikk	8	8
Psykisk helse- og rusklinikken	0	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	31	21
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	20	8
UNN	65	45

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



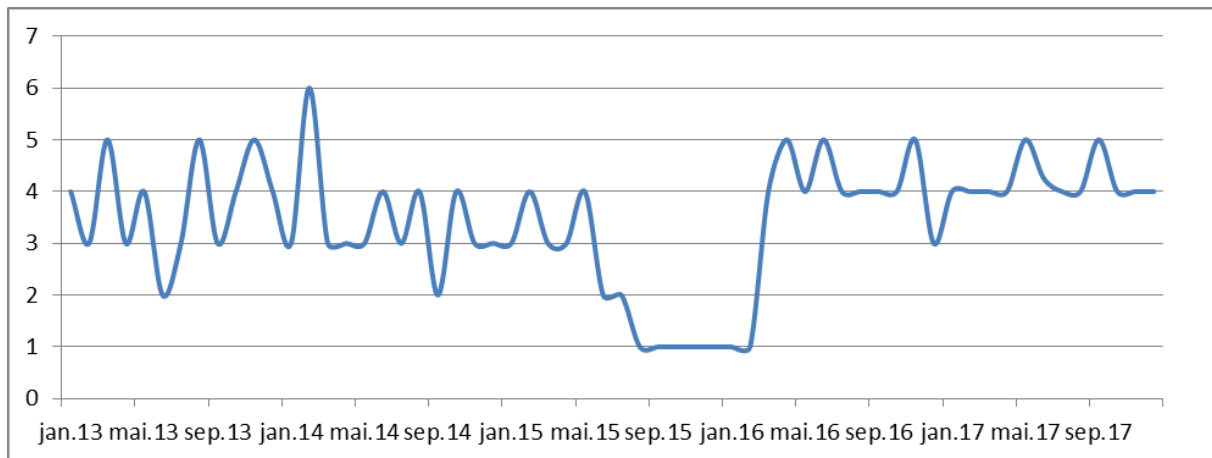
## Korridorpasienter

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



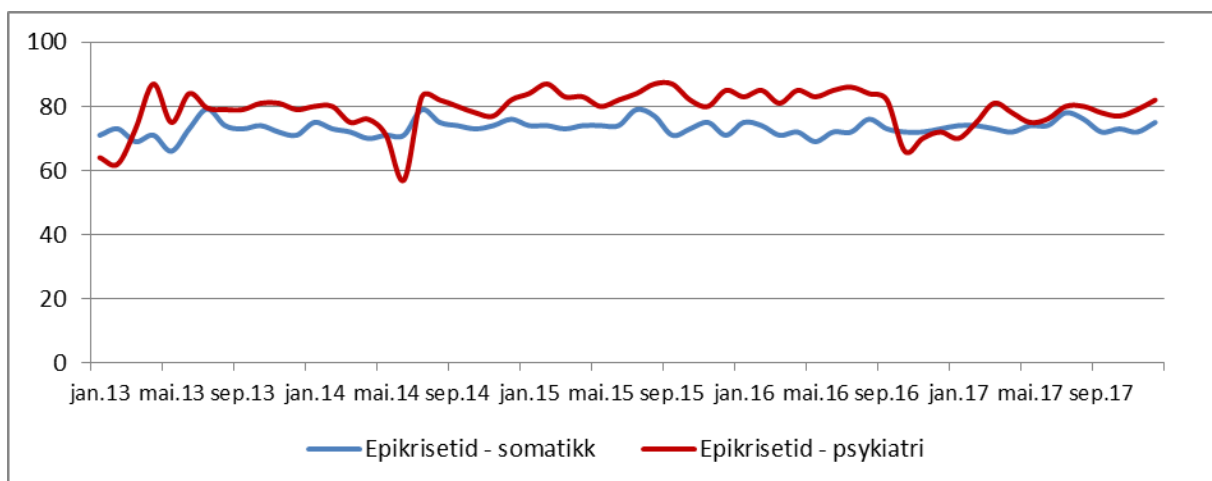
## Strykninger

Figur 6 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



## Epikrisetid

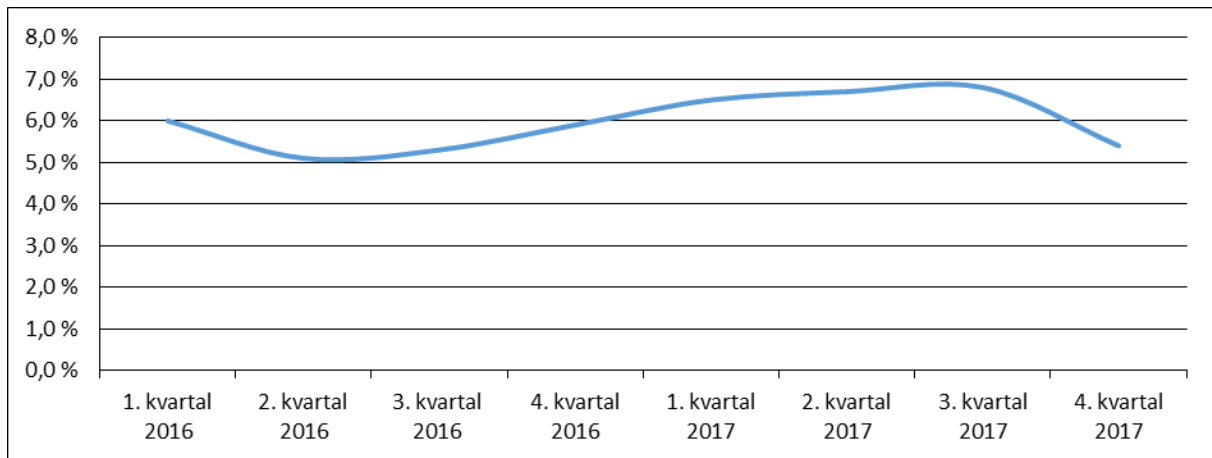
Figur 7 Epikriser - andel sendt innen syv dager





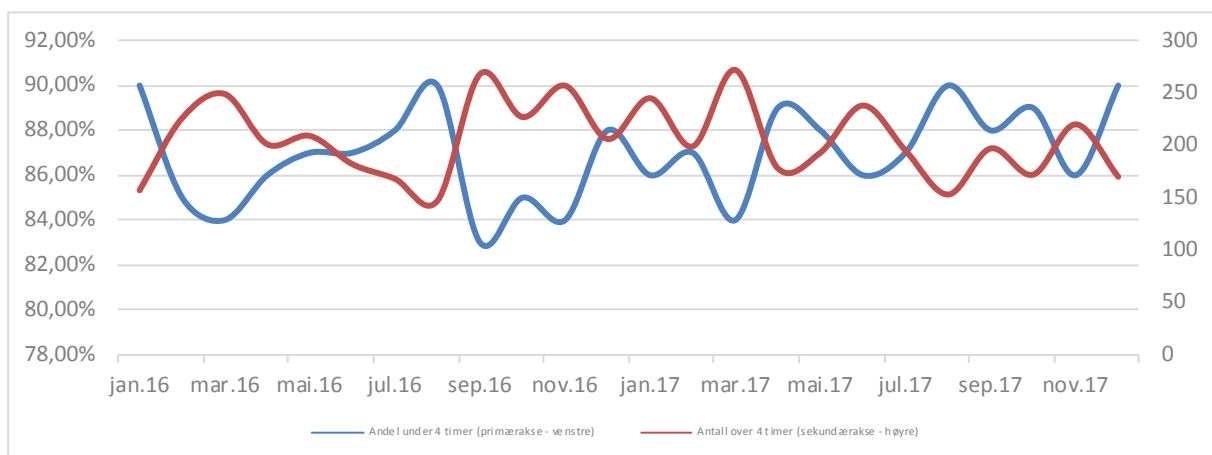
## Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

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

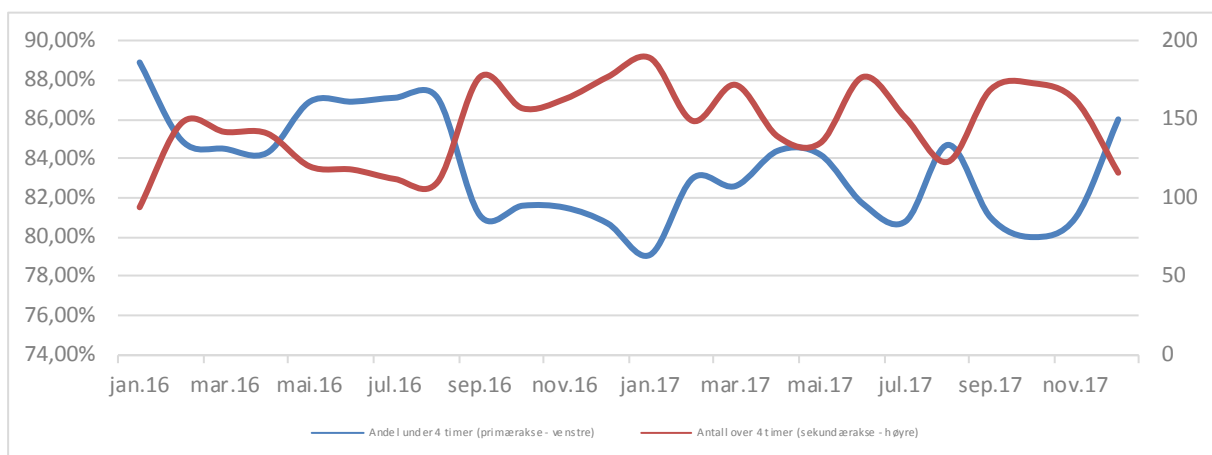


## Oppholdstid i akuttmottaket

**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

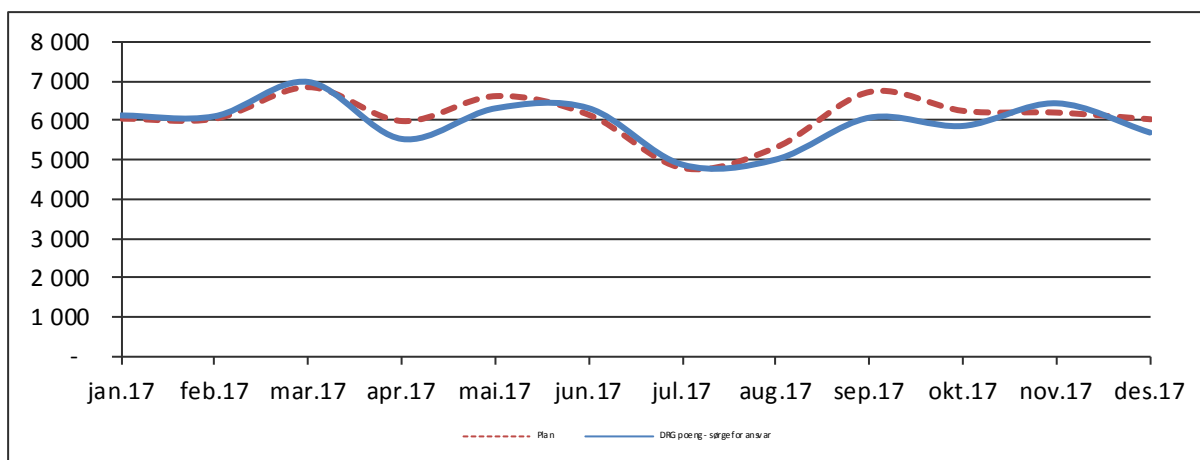
Aktivitet UNN HF	2016	2017	Plantall 2017	Avvik fra 2016		Avvik fra plan 2017	
				Antall	%	Antall	%
<b>Somatikk</b>							
Utskrivelser heldøgn	40 726	41 878	41 785	1 152	2,8	93	0,2
Innlagte dagopphold	6 355	6 931	6 858	576	9,1	73	1,1
Polikliniske dagbehandlinger	27 117	26 624	30 484	-493	-1,8	-3 860	-12,7
DRG poeng (2017 logikk)	65 603	71 304	73 218	5 701	8,7	-1 914	-2,6
Liggedager i perioden	174 831	175 656	171 580	825	0,5	4 076	2,4
Polikliniske konsultasjoner	266 720	267 303	249 911	583	0,2	17 392	7,0
Herav ISF	217 572	222 483	220 145	4 911	2,3	2 338	1,1
Kontrollandel poliklinikk	31 %	31 %	31 %	0 %	0,0	0 %	0,0
Laboratorieanalyser	5 491 077	6 431 349	5 401 462	940 272	17,1	1 029 887	19,1
Røntgenundersøkelser	160 441	146 978	150 245	-13 463	-8,4	-3 267	-2,2
Fremmøte stråleterapi	13 411	12 040	16 226	-1 371	-10,2	-4 186	-25,8
Pasientkontakter	313 801	316 112	298 554	2 311	0,7	17 558	5,9
<b>VOP</b>							
Utskrivelser heldøgn	3 322	3 447	3 150	125	3,8	297	9,4
Liggedager i perioden	36 765	39 678	42 400	2 913	7,9	-2 722	-6,4
Polikliniske konsultasjoner	64 392	62 632	64 400	-1 760	-2,7	-1 768	-2,7
Pasientkontakter	67 714	66 079	67 550	-1 635	-2,4	-1 471	-2,2
<b>BUP</b>							
Utskrivelser heldøgn	180	219	281	39	21,7	-62	-22,1
Liggedager i perioden	1 899	2 341	3 430	442	23,3	-1 089	-31,7
Polikliniske konsultasjoner	26 849	30 889	25 295	4 040	15,0	5 594	22,1
Pasientkontakter	27 029	31 108	25 576	4 079	15,1	5 532	21,6
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>							
Utskrivelser heldøgn	1 226	1 123	700	-103	-8,4	423	60,4
Liggedager i perioden	22 802	23 023	21 500	221	1,0	1 523	7,1
Polikliniske konsultasjoner	10 866	10 466	11 500	-400	-3,7	-1 034	-9,0
Pasientkontakter	12 092	11 589	12 200	-503	-4,2	-611	-5,0

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

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

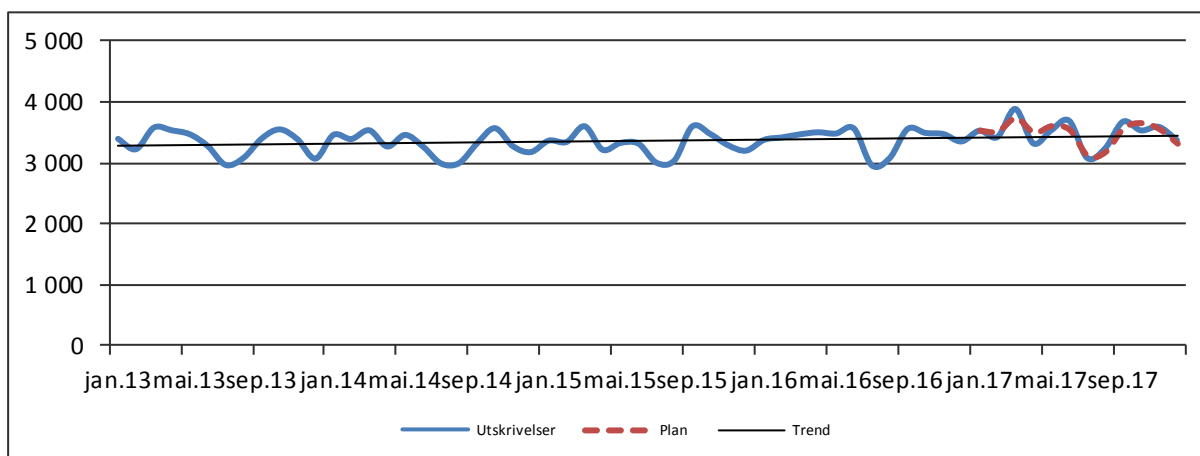


Tabell 9 DRG-poeng hittil i år 2017 fordelt på klinikk

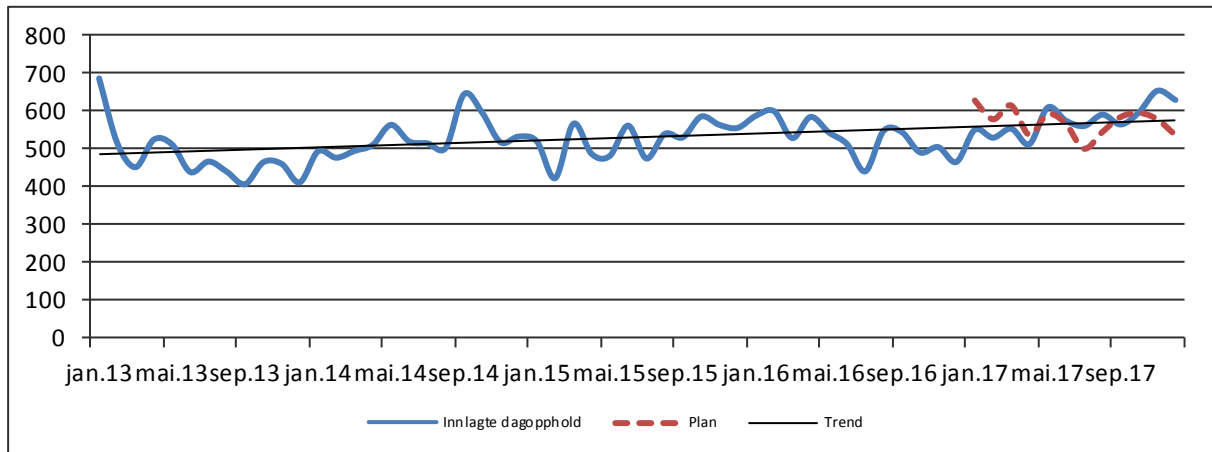
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 533	1 544	-11
Barne- og ungdomsklinikken	3 150	3 117	33
Hjerte- og lungeklinikken	12 376	11 470	907
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18 393	20 325	-1 932
Medisinsk klinikk	13 176	12 773	403
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	17 883	18 608	-725
Operasjons- og intensivklinikken	423	410	13
<b>Totalt</b>	<b>66 934</b>	<b>68 246</b>	<b>-1 312</b>

DRG-poeng – egen produksjon.

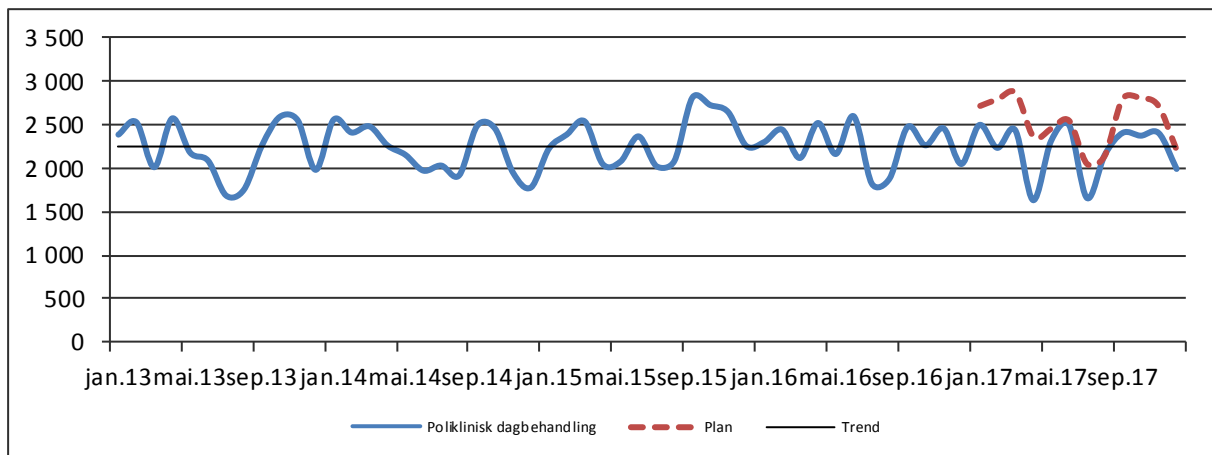
Figur 12 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



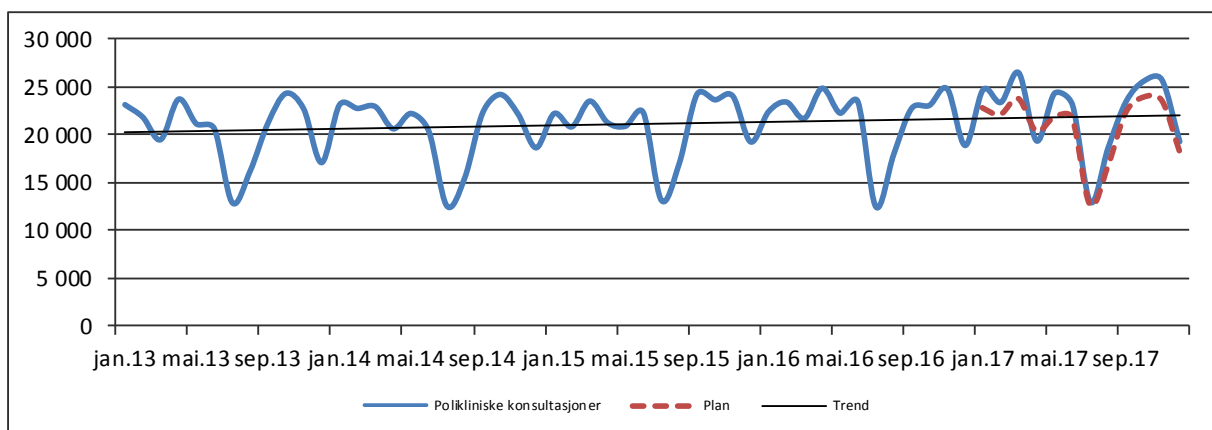
**Figur 13 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet**



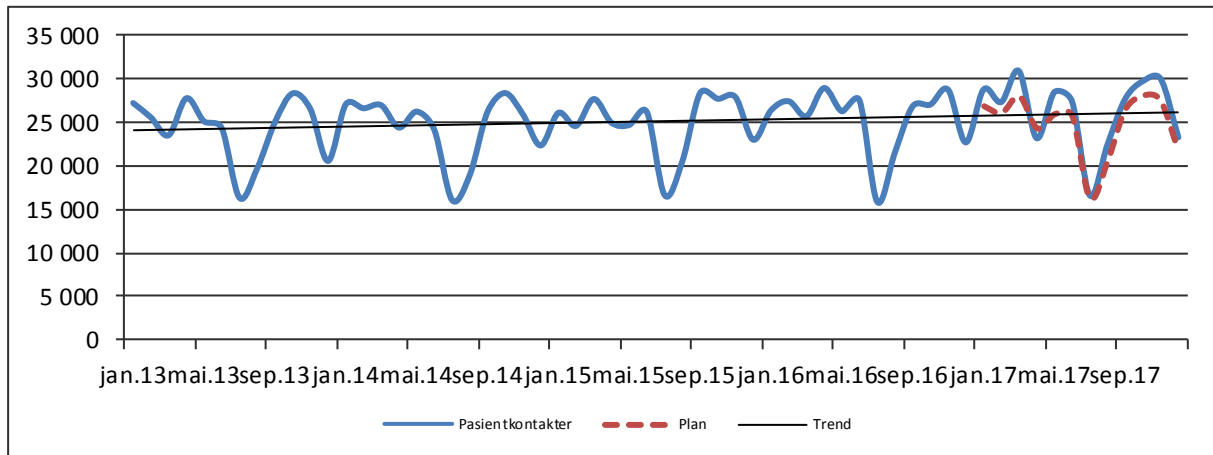
**Figur 14 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet**



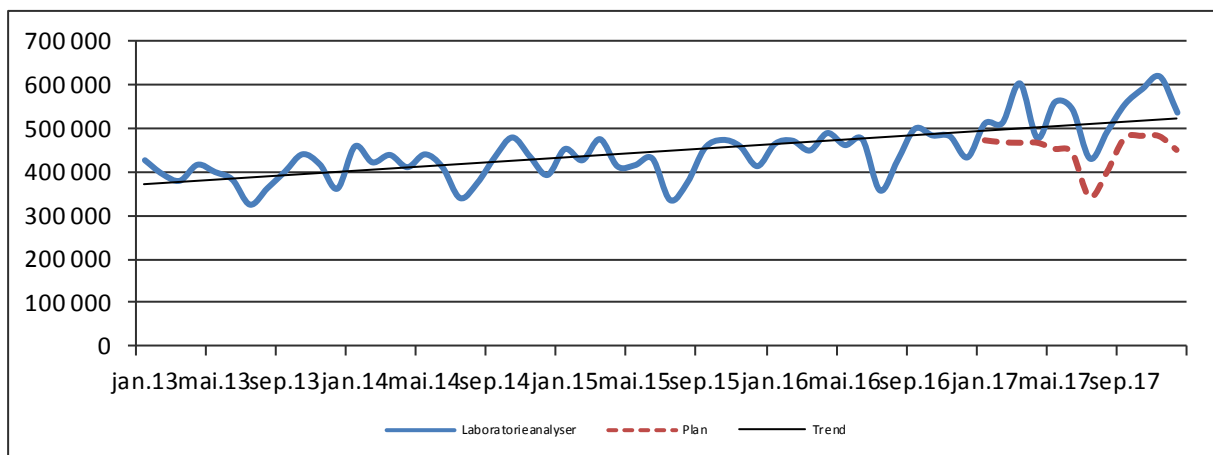
**Figur 15 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet**



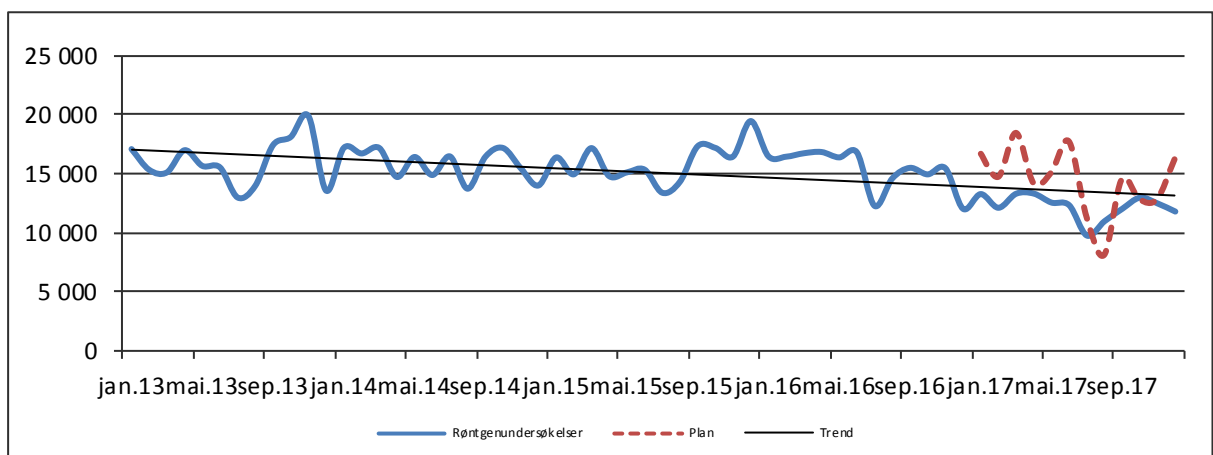
**Figur 16 Pasientkontakter - somatisk virksomhet**



**Figur 17 Laboratorieanalyser**

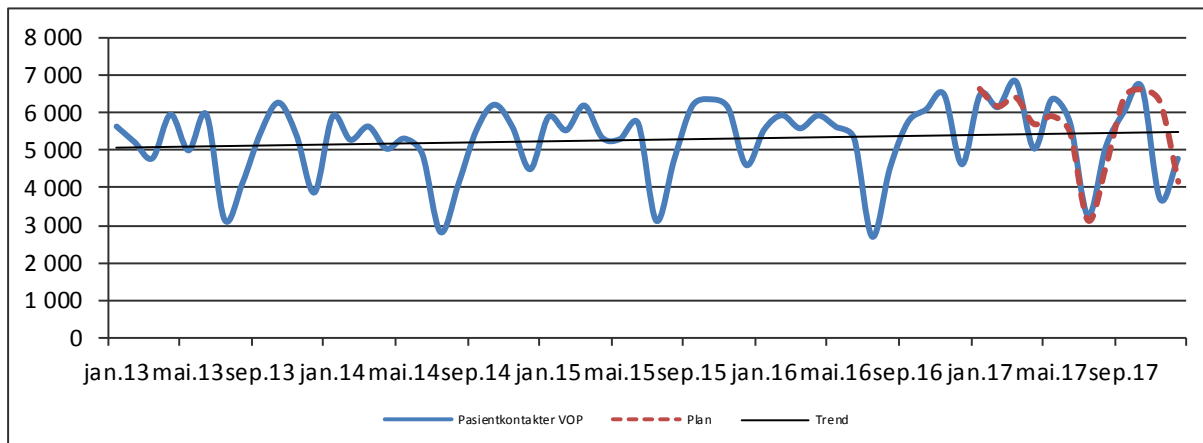


**Figur 18 Røntgenundersøkelser**



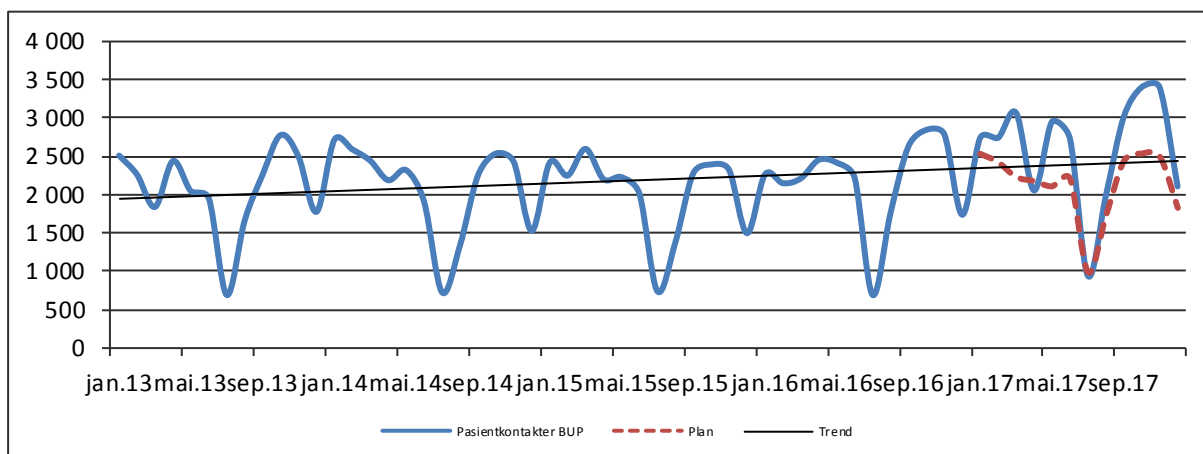
## Psykisk helsevern voksne

Figur 19 Pasientkontakter – VOP



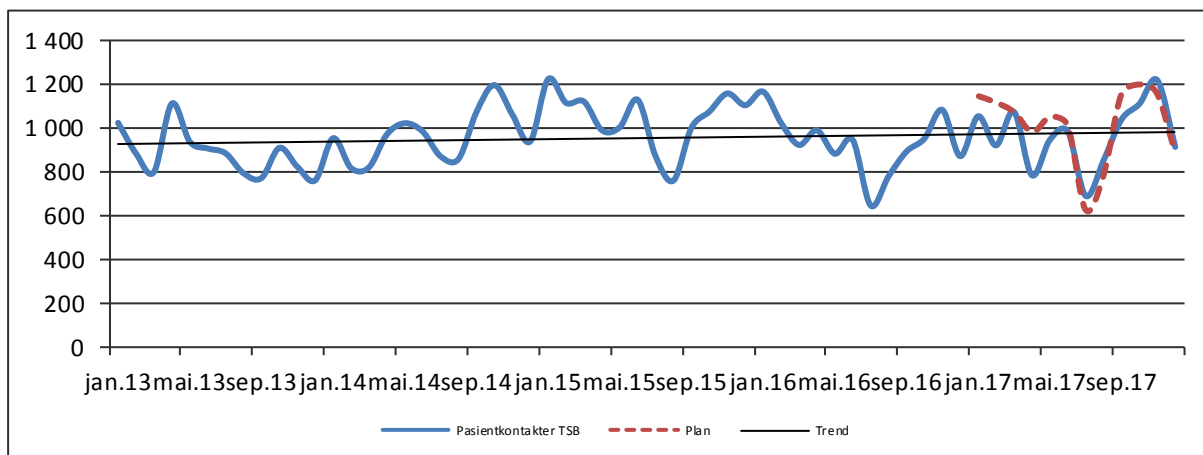
## Psykisk helsevern barn og unge

Figur 20 Pasientkontakter – BUP



## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 21 Pasientkontakter- TSB



## Den gylne regel

Tabell 10 Den gylne regel per desember

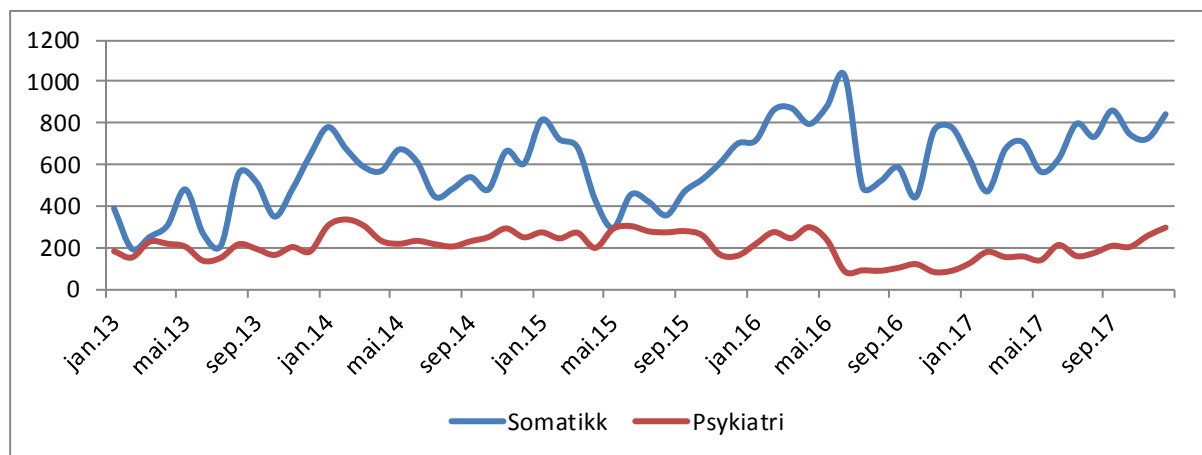
Den gylne regel		
Funksjon	Måleparameter	Endring 16 -17
Somatikk*	Månedsverk	2,7 %
Psykisk helse og rus	Månedsverk	5,7 %
Somatikk*	Økonomi	5,6 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	6,4 %
Somatikk	Konsultasjoner	0,2 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	4,7 %
Somatikk	Ventetid	-8,6 %
Psykisk helse og rus	Ventetid	-0,7 %

\* Somatikk inkl. lab/rtg og rehabilitering

## Samhandling

### Utskrivningsklare pasienter

Figur 22 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern



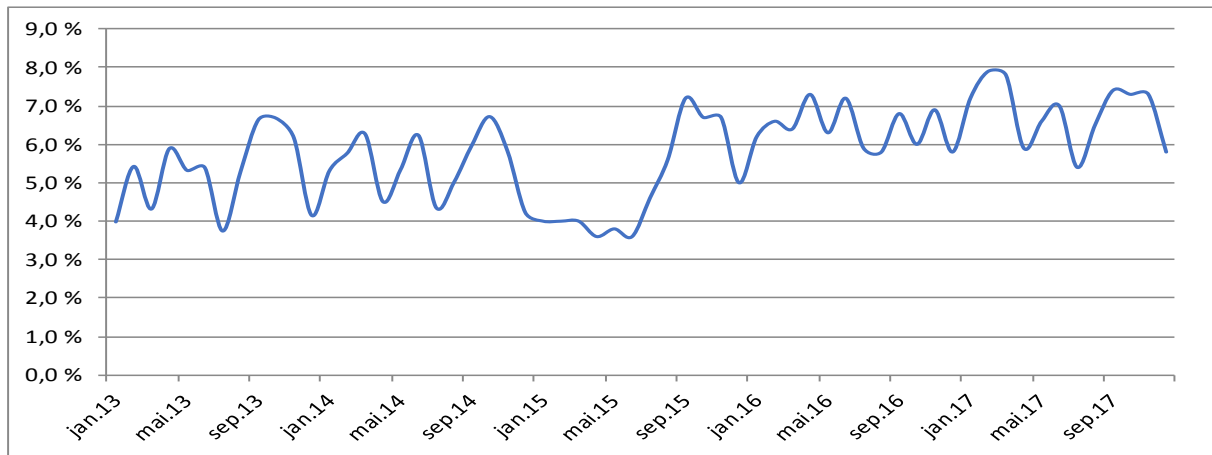
Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	Desember	Desember	Desember	Desember
LØDINGEN	137	35	105	64
TROMSØ	4 482	4 038	591	60
GRATANGEN	64	37	28	57
NARVIK	1 060	691	398	57
IBESTAD	73	11	63	52
TJELDSUND	64	8	56	51
HARSTAD	1 150	366	812	46
KARLSØY	105	89	18	46
SKÅNLAND	135	12	127	44
EVENES	57	2	55	41
KVÆFJORD	100	5	98	33
SALANGEN	70	38	33	32
NORDREISA	117	85	34	24
BALLANGEN	54	13	41	21
STORFJORD	34	27	8	18
TYSFJORD	35	21	14	18
LYNGEN	48	29	20	17
BALSFJORD	86	46	43	15
DYRØY	15	5	10	13
LAVANGEN	14	1	13	13
MÅLSELV	64	26	39	9
TRANØY	12	5	7	8
BARDU	31	9	22	8
KÅFJORD	15	8	7	7
LENVIK	78	21	59	7
SKJERVØY	17	8	9	6
BERG	5	0	5	5
SØRREISA	19	3	16	5
TORSKEN	5	1	4	5
<b>Sum</b>	<b>8 146</b>	<b>5 640</b>	<b>2 735</b>	<b>42</b>

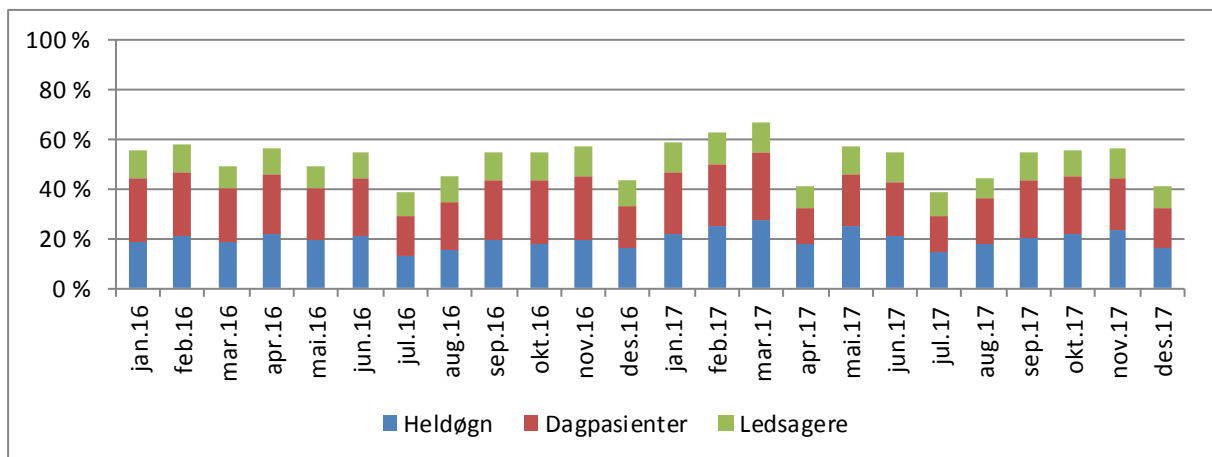


## Bruk av pasienthotell

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



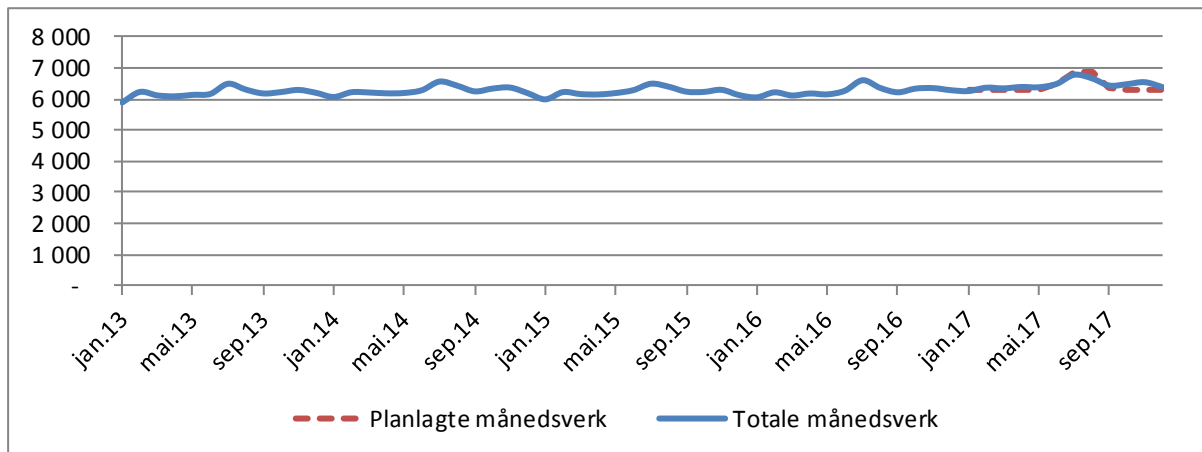
**Figur 24 Beleggsprosent på Pingvinhotellet**



## Personal

### Bemanning

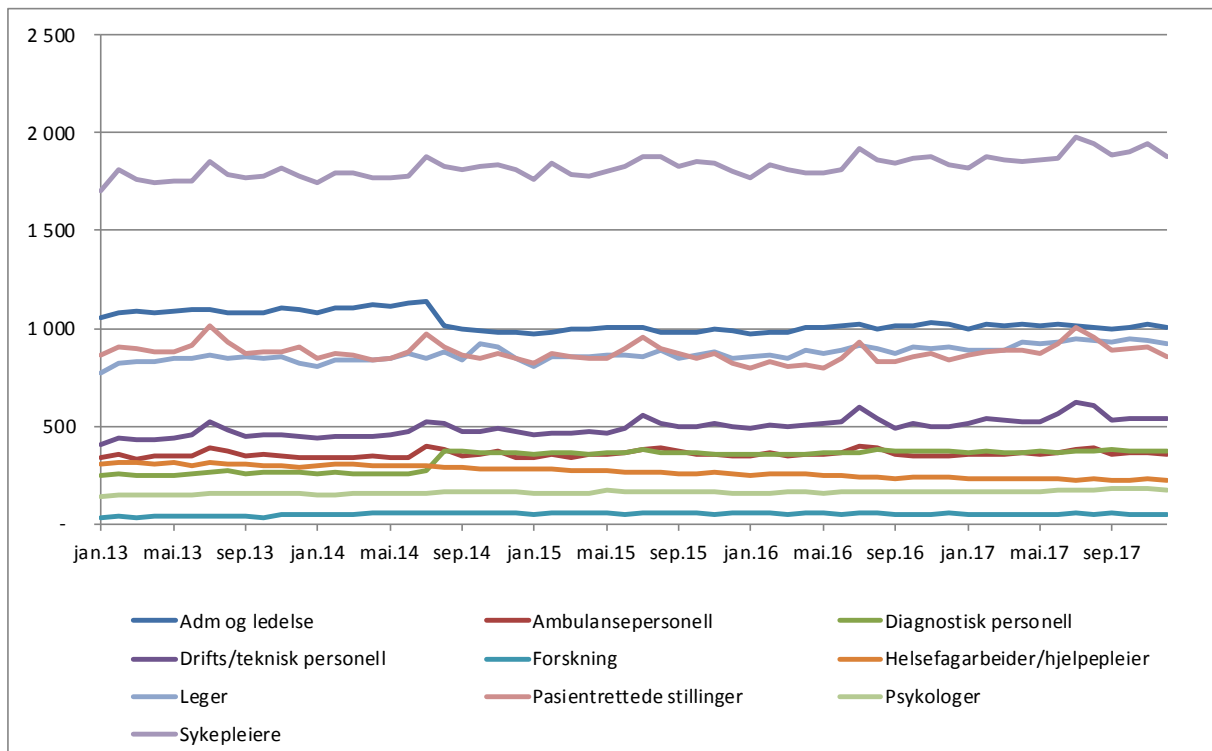
Figur 25 Brutto utbetalte månedsværk 2013-2017



Tabell 12 Brutto utbetalte månedsværk 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	6 539	6 301	238
Desember	6 123	6 282	6 385	6 301	84
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 229</b>	<b>6 259</b>	<b>6 456</b>	<b>6 404</b>	<b>52</b>

Figur 26 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2013-2017

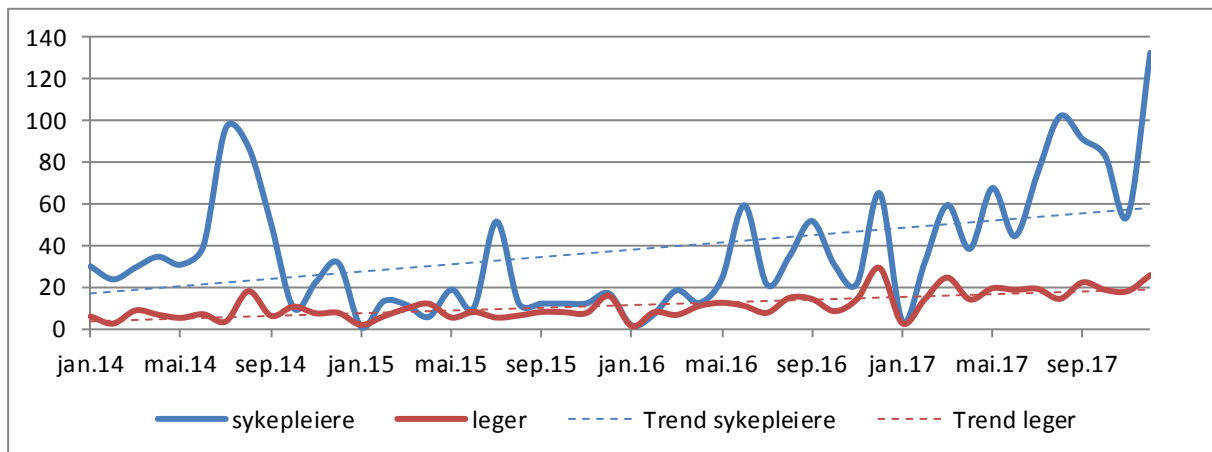


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2015-2017

Profesjon	2015	2016	2017	Avvik fra 2016
Adm og ledelse	991	1 004	1 012	8
Ambulanspersonell	358	360	363	3
Diagnostisk personell	361	364	371	6
Drifts/teknisk personell	489	514	547	33
Forskning	52	51	49	-2
Helsefagarbeider/hjelpepleier	267	246	228	-17
Leger	857	883	922	39
Pasientrettede stillinger	866	837	903	66
Psykologer	161	162	171	9
Sykepleiere	1 825	1 837	1 891	54
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 229</b>	<b>6 259</b>	<b>6 456</b>	<b>198</b>

Figur 27 Innleide månedsverk sykepleiere og leger



Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Tabell 14 Innleide månedsverk per klinikk

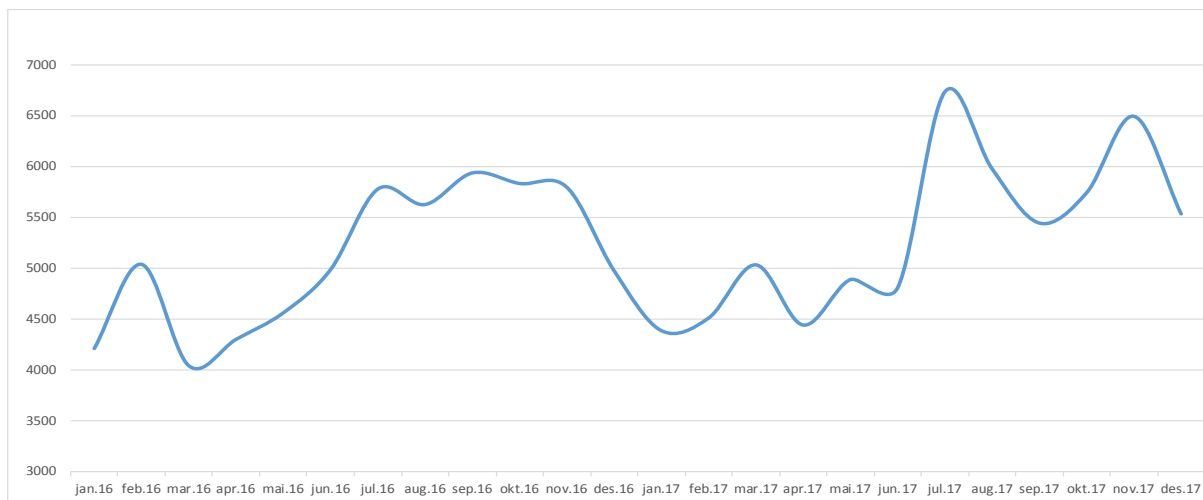
År ▲	2016		2017		
	Klinikknavn - UNN ▲	Innleie sykepleier	Innleie leger	Innleie sykepleier	Innleie leger
10 - Akuttmedisinsk klinikk		19,3	0,2	65,4	0,3
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		17,9	19,9	35,4	56,3
13 - Hjerte- og lungeklinikken		90,0	0,0	134,7	0,0
15 - Medisinsk klinikk		28,2	2,3	64,2	4,8
17 - Barne- og ungdomsklinikken		43,5	0,0	79,7	0,6
18 - Operasjons- og intensivklinikken		125,8	22,8	349,6	46,4
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		37,2	2,2	56,5	3,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		0,0	30,8	5,3	42,5
30 - Diagnostisk klinikk		0,0	61,2	0,0	58,9

## Sykefravær

Det er problemer med kilde-data fra GAT slik at en ikke har oppdaterte data på sykefravær i perioden september - desember.

## AML-brudd

Figur 28 Antall AML-brudd 2016-2017



Tabell 15 AML-brudd per klinikk

Klinikk	des. 16	des. 17	Endring i %
Akuttmedisinsk klinikk	1 178	983	-16,6 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	324	798	146,3 %
Hjerte- og lungeklinikken	722	808	11,9 %
Medisinsk klinikk	329	270	-17,9 %
Barne- og ungdomsklinikken	79	115	45,6 %
Operasjons- og intensivklinikken	673	545	-19,0 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	518	730	40,9 %
Psykiskhelse- og rusklinikken	619	774	25,0 %
Diagnostisk klinikk	280	277	-1,1 %
Drifts- og eiendomssenteret	185	227	22,7 %
Stabssenteret	8	7	-12,5 %
Annet	97	3	-96,9 %
<b>Totalt</b>	<b>5 012</b>	<b>5 537</b>	<b>10,5 %</b>

## Kommunikasjon

### Sykehuset i media

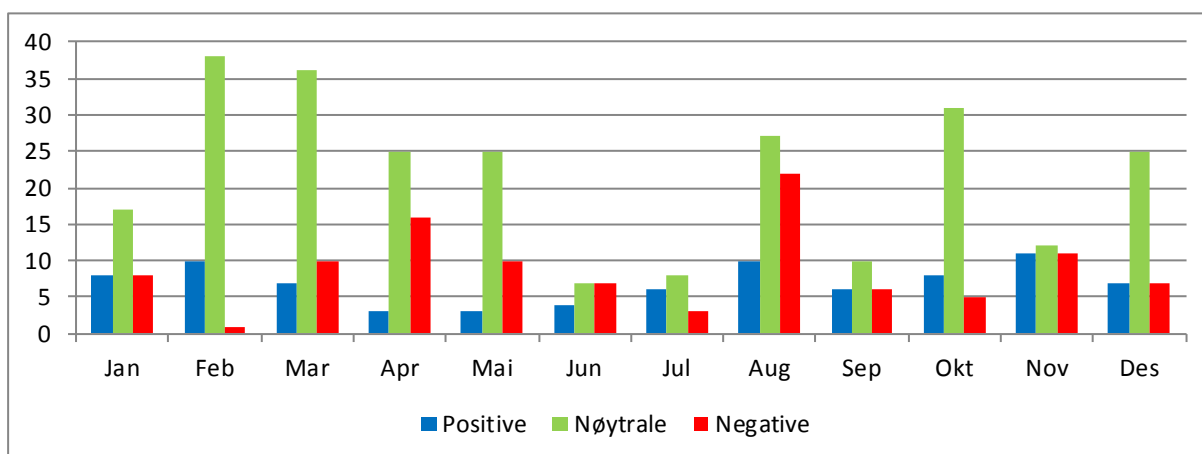
Artikler og leser-/debattinnlegg om etablering av PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset dominerte mediernes omtaler i desember. Vi har valgt å kategorisere disse artiklene som nøytrale. Debatten har hatt mange valører, men flere av artiklene er også av informativ art fra

UNN og fra Helse Nord for å besvare «ukorrekt» fremstilling av saken i media.

De mest positive oppslagene handlet om at Medisinsk avdeling ved UNN Harstad har fått penger for å forske på sammenhengen mellom tarmbakterier og overvekt, og at det nå er valgt leverandør for bygging av ny ambulansestasjon i Harstad. Den beregnes ferdig og innflyttingsklar rundt nyttår i 2019. Nordlys hadde et informativt oppslag over 2 sider om UNNs erfaringskonsulenter innenfor psykisk helse og rus.

Folkebladet satte kritisk søkelys på at CT-maskinen ved Distriktsmedisinsk senter på Finnsnes er blitt mindre brukt enn først tiltenkt. Dette ble fra UNN forklart med bemanningsutfordringer og at UNN har planer om å styrke radiografressursene og dermed øke bruken av maskinen.

**Figur 29 Mediestatistikk 2017**

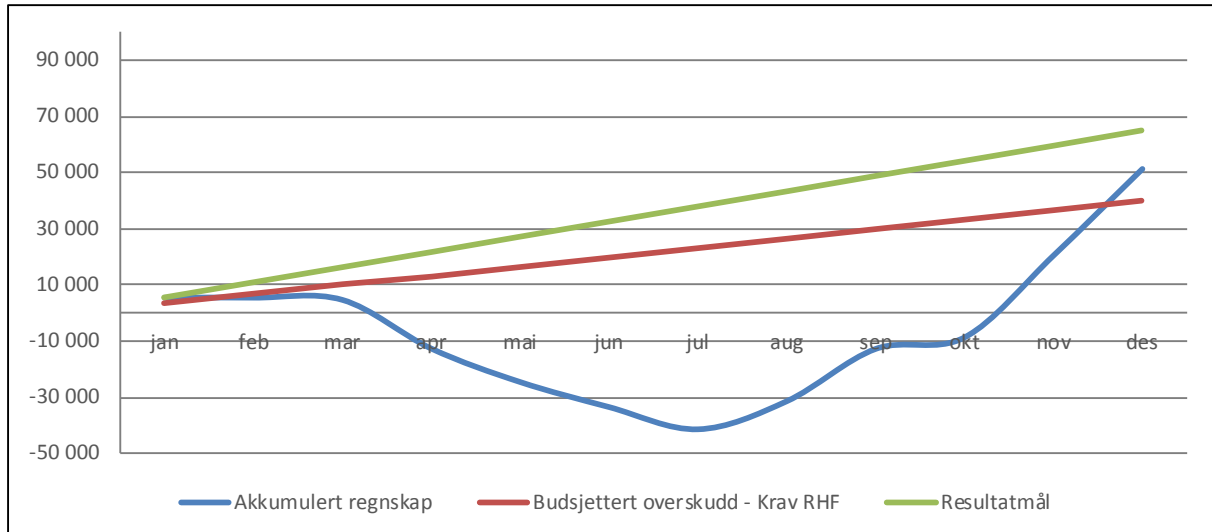


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

## Økonomi

### Resultat

Figur 30 Akkumulert regnskap og budsjett 2017



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

Regnskapet for desember viser et foreløpig regnskapsmessig resultat på 30,8 mill kr. Det er 27,5 mill kr høyere enn budsjettert og 25,4 mill kr høyere enn internt styringsmål. Akkumulert per desember viser regnskapet 51,3 mill kr i overskudd, 11,3 mill kr høyere enn budsjett og 13,7 mill kr lavere enn internt resultatmål. Regnskapet per desember er foreløpig, endringer kan komme som følge av årsavslutningen.

Tabell 16 Resultatregnskap 2017

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Desember				Akkumulert per Desember			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	410,9	410,8	0,1	0 %	4 634,8	4 634,7	0,1	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	0 %	27,7	27,7	0,0	0 %
ISF egne pasienter	120,0	132,1	-12,1	-9 %	1 529,6	1 552,1	-22,5	-1 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,4	2,1	0,2	11 %	54,1	57,2	-3,1	-5 %
Gjestepasientinntekter	4,9	3,0	1,9	66 %	38,4	35,5	2,9	8 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	16,2	15,8	0,4	2 %	199,9	180,7	19,2	11 %
Utskrivningsklare pasienter	1,8	2,0	-0,2	-10 %	23,1	22,1	1,0	4 %
Inntekter "raskere tilbake"	7,5	2,1	5,3	252 %	30,7	25,9	4,8	19 %
Andre øremerkede tilskudd	14,6	28,5	-13,9	-49 %	258,1	271,1	-13,0	-5 %
Andre driftsinntekter	34,8	33,1	1,7	5 %	400,2	393,3	7,0	2 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>615,3</b>	<b>631,8</b>	<b>-16,5</b>	<b>-3 %</b>	<b>7 196,6</b>	<b>7 200,3</b>	<b>-3,7</b>	<b>0 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	44,0	17,1	26,8	156 %	249,4	188,0	61,4	33 %
Kjøp av private helsetjenester	8,6	10,5	-1,9	-18 %	73,0	70,3	2,6	4 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	57,4	57,2	0,2	0 %	735,2	720,2	14,9	2 %
Innleid arbeidskraft	17,6	3,1	14,5	470 %	101,2	36,9	64,2	174 %
Lønn til fast ansatte	272,8	317,6	-44,9	-14 %	3 656,9	3 835,6	-178,7	-5 %
Overtid og ekstrahjelp	24,7	25,7	-1,0	-4 %	304,2	261,8	42,4	16 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	49,3	59,2	-9,9	-17 %	694,0	703,9	-9,9	-1 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-36,9	-27,0	-9,8	36 %	-279,2	-271,7	-7,5	3 %
Annen lønnskostnad	28,1	40,2	-12,1	-30 %	336,3	348,5	-12,2	-4 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>306,3</b>	<b>359,6</b>	<b>-53,3</b>	<b>-15 %</b>	<b>4 119,3</b>	<b>4 211,1</b>	<b>-91,8</b>	<b>-2 %</b>
Avskrivninger	16,2	13,7	2,5	19 %	202,5	200,0	2,5	1 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	103,4	112,5	-9,1	-8 %	1 081,1	1 081,8	-0,7	0 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>585,2</b>	<b>629,7</b>	<b>-44,6</b>	<b>-7 %</b>	<b>7 154,4</b>	<b>7 175,3</b>	<b>-20,9</b>	<b>0 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>30,1</b>	<b>2,1</b>	<b>28,0</b>	<b>1340 %</b>	<b>42,2</b>	<b>25,0</b>	<b>17,2</b>	<b>69 %</b>
Finansinntekter	0,8	1,3	-0,5		10,0	15,0	-5,0	
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1		0,9	0,0	0,9	
Finansresultat	0,7	1,3	-0,6		9,1	15,0	-5,9	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>30,8</b>	<b>3,3</b>	<b>27,5</b>	<b>832 %</b>	<b>51,3</b>	<b>40,0</b>	<b>11,3</b>	<b>28 %</b>



Tabell 17 Resultatregnskap 2017, ekskl. eksternfinansiering

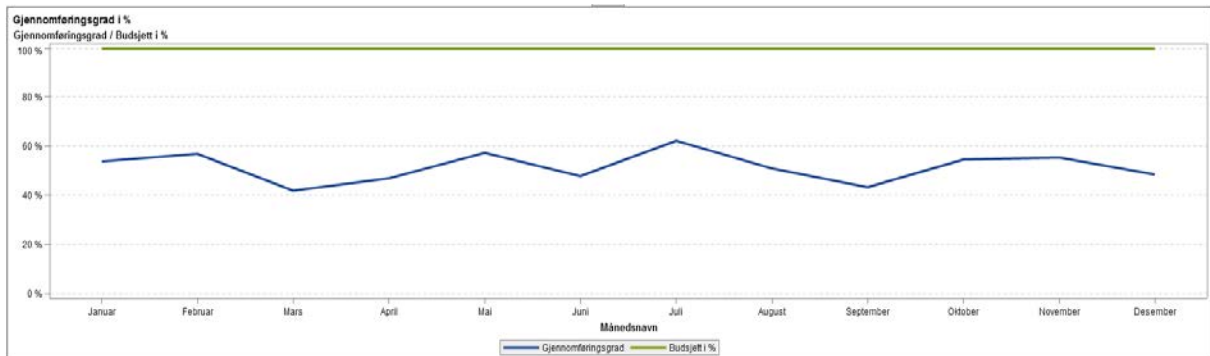
Resultatrapportering (tall i mill kr)	Desember ekskl eksternfinansiering			Akumulert per Desember ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	410,9	410,8	0,1	4 634,8	4 634,7	0,1
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	27,7	27,7	0,0
ISF egne pasienter	120,0	132,1	-12,1	1 529,6	1 552,1	-22,5
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,4	2,1	0,2	54,1	57,2	-3,1
Gjestepasientinntekter	4,9	3,0	1,9	38,4	35,5	2,9
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	16,2	15,8	0,4	199,9	180,7	19,2
Utskrivningsklare pasienter	1,8	2,0	-0,2	23,1	22,1	1,0
Inntekter "raskere tilbake"	7,5	2,1	5,3	30,7	25,9	4,8
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	34,8	33,1	1,7	400,2	393,3	7,0
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>600,7</b>	<b>603,3</b>	<b>-2,6</b>	<b>6 938,5</b>	<b>6 929,2</b>	<b>9,3</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	44,0	17,1	26,8	249,4	188,0	61,4
Kjøp av private helsetjenester	8,6	10,5	-1,9	72,7	70,1	2,7
Varekostnader knyttet til aktivitet	56,8	56,1	0,7	725,1	709,7	15,4
Innleid arbeidskraft	17,6	3,1	14,5	101,2	36,9	64,2
Lønn til fast ansatte	265,2	302,9	-37,7	3 523,4	3 695,4	-172,0
Overtid og ekstrahjelp	23,0	22,4	0,6	274,2	230,4	43,9
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	47,4	55,6	-8,1	661,1	669,4	-8,2
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-36,4	-26,0	-10,3	-269,9	-261,9	-7,9
Annen lønnskostnad	27,1	38,3	-11,1	318,7	330,0	-11,3
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>296,6</b>	<b>340,6</b>	<b>-44,0</b>	<b>3 947,7</b>	<b>4 030,8</b>	<b>-83,1</b>
Avskrivninger	16,2	13,7	2,5	202,5	200,0	2,5
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	101,0	107,7	-6,7	1 037,7	1 036,2	1,5
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>570,6</b>	<b>601,2</b>	<b>-30,7</b>	<b>6 896,3</b>	<b>6 904,2</b>	<b>-7,9</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>30,1</b>	<b>2,1</b>	<b>28,0</b>	<b>42,2</b>	<b>25,0</b>	<b>17,2</b>
Finansinntekter	0,8	1,3	-0,5	10,0	15,0	-5,0
Finanskostnader	0,1	0,0	0,1	0,9	0,0	0,9
Finansresultat	0,7	1,3	-0,6	9,1	15,0	-5,9
<b>Ordinært resultat</b>	<b>30,8</b>	<b>3,3</b>	<b>27,5</b>	<b>51,3</b>	<b>40,0</b>	<b>11,3</b>

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

Regnskap per klinikk per desember - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	33,8	32,7	-1,1	-0,4	376,2	361,9	-14,3	-0,3
11 - Longyearbyen sykehus	2,6	2,7	0,1	0,0	29,4	27,9	-1,5	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	27,2	20,4	-6,7	-5,7	212,8	153,1	-59,7	-40,6
13 - Hjerte- lungeklinikken	17,4	17,3	-0,1	2,7	157,2	151,7	-5,5	20,9
15 - Medisinsk klinikk	30,2	33,2	3,0	-1,9	263,5	263,6	0,1	6,6
17 - Børne- og ungdomsklinikken	23,4	21,6	-1,9	-0,3	221,7	215,1	-6,5	0,4
18 - Operasjons- og intensivklinikken	64,0	62,0	-2,0	-0,1	679,9	667,2	-12,7	0,2
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	32,8	28,4	-4,4	-4,0	308,0	286,5	-21,4	-13,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	60,1	63,4	3,3	-0,3	689,7	675,0	-14,7	-8,7
30 - Diagnostisk klinikk	52,7	50,5	-2,1	0,0	537,3	524,0	-13,2	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	1,8	1,8	0,0	0,0	4,0	4,0	0,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	59,4	65,6	6,2	0,0	510,5	525,1	14,6	0,0
52 - Stabsenteret	10,5	9,5	-1,0	0,0	152,2	155,8	3,6	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingsenteret	12,3	19,8	7,5	0,0	120,1	138,0	17,9	0,0
62 - Felles	-459,0	-432,2	26,8	-1,7	-4 313,7	-4 189,0	124,7	8,9
<b>Totalt</b>	<b>30,8</b>	<b>3,3</b>	<b>27,5</b>	<b>-11,9</b>	<b>51,3</b>	<b>40,0</b>	<b>11,3</b>	<b>-25,7</b>

## Gjennomføring av tiltak

Figur 31 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I desember er gjennomføringsgraden på tiltakene 48 %. Hittil i år er den 52 %.

Tabell 19 Tiltaksgjennomføring per klinikk

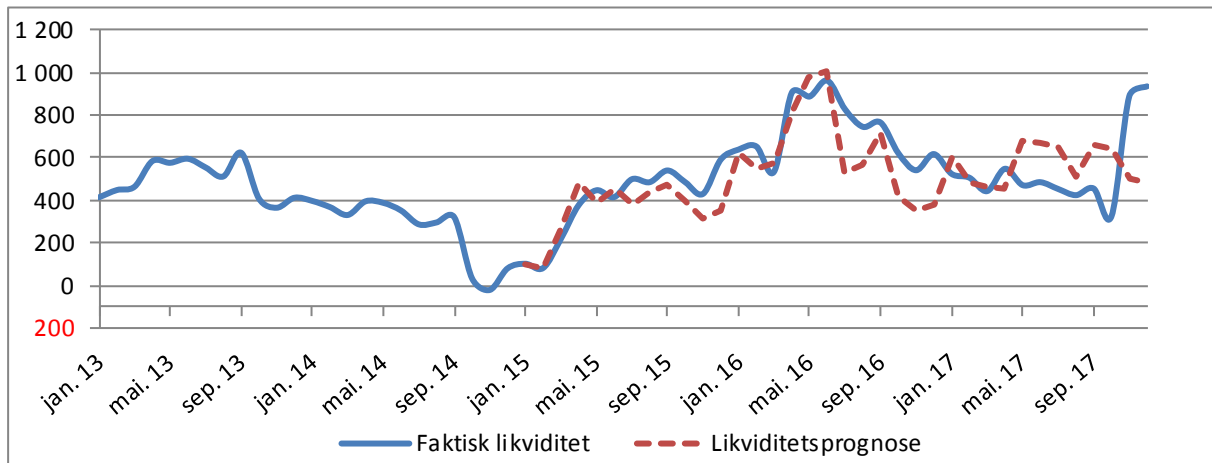
Klinikknavn-UNN ▲	Realisert	Planlagt	avvik	Gjennomføringsgrad
Sum	45 207	87 507	-42 300	52 %
⊕ ⊖ 10 - Akuttmedisinsk klinikk	2 000	2 000	0	100 %
⊕ ⊖ 12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-0	11 140	-11 140	-0 %
⊕ ⊖ 13 - Hjerter- og lungeklinikken	9 090	12 690	-3 600	72 %
⊕ ⊖ 15 - Medisinsk klinikk	9 500	9 500	0	100 %
⊕ ⊖ 17 - Barne- og ungdomsklinikken	998	1 400	-402	71 %
⊕ ⊖ 18 - Operasjons- og intensivklinikken	877	3 556	-2 679	25 %
⊕ ⊖ 19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	12 301	30 438	-18 137	40 %
⊕ ⊖ 22 - Psykisk helse- og rusklinikken	2 358	3 700	-1 342	64 %
⊕ ⊖ 30 - Diagnostisk klinikk	5 001	10 000	-4 999	50 %
⊕ ⊖ 40 - Kvalitets- og utviklingscenteret	700	700	-0	100 %
⊕ ⊖ 45 - Drifts- og eiendomssenteret	1 200	1 200	0	100 %
⊕ ⊖ 52 - Stabssenteret	1 183	1 183	0	100 %
⊕ ⊖ Annet	0	0	0	.

## Prognose

Ingen prognose på grunn av årsavslutning.

## Likviditet

Figur 32 Likviditet



## Investeringer

Tabell 20 Investeringer

Investeringer, tall i mill kr	Forpliktelse tidligere år	Restramme overført fra 2016	Investering s ramme 2017	Samlet investerings ramme 2017	Investert november 2017	Investert desember 2017	Sum investert 2017	Rest-forpliktelse (godkjent tidligere)	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelse
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*		5,1	0,0	5,1	0,4		2,9		2,2
A-fløy inkl alle underprosjekter		-25,4	638,0	612,6	36,3	34,2	385,5		227,1
PET-senter inkl alle underprosjekter		-153,5	449,7	296,2	23,2	24,4	264,6		31,6
Nytt sykehus Narvik		-2,9	71,0	68,1	0,4	1,1	17,7		50,4
<b>SUM Nybygg</b>		<b>-176,7</b>	<b>1 158,7</b>	<b>982,0</b>	<b>60,3</b>	<b>59,7</b>	<b>670,7</b>		<b>311,3</b>
Åsgård Bygg 7		1,5	0,0	1,5			0,6		0,8
<b>SUM Rehabilitering</b>		<b>1,5</b>	<b>0,0</b>	<b>1,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,6</b>		<b>0,8</b>
Datarom-DS1-Pasienthotellet 16,3 mill i 2017 og 80,0 i 2017. Restramme pr des 2016 -0,7302 mill kr.		0,0	0,0	0,0		2,8	2,8		-2,8
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	0,8	0,7	7,6		3,4
<b>SUM Prosjekter</b>		<b>11,0</b>	<b>5,0</b>	<b>16,0</b>	<b>0,8</b>	<b>3,4</b>	<b>10,4</b>	<b>0,0</b>	<b>5,6</b>
Medisinteknisk utstyr	47,26	-8,6	191,5	182,9	13,1	5,1	94,6	108,9	-20,6
Annet utstyr disponert av MTU-midler				0,0	0,0	1,3	15,2		-15,2
Teknisk utstyr	6,11	6,5	12,0	18,5	3,0	2,7	15,3	2,8	0,4
Diverse			33,5	33,5	4,3	2,2	10,1	23,4	0,0
Ambulanser			12,0	12,0	3,2	0,1	10,2	1,8	0,0
Ombygginger		13,4	10,0	23,4	0,4	0,4	0,9		22,5
EK KLP			28,0	28,0			28,1		-0,1
<b>SUM Utstyr med mer</b>	<b>53,4</b>	<b>11,3</b>	<b>287,0</b>	<b>298,3</b>	<b>24,0</b>	<b>11,9</b>	<b>174,4</b>	<b>137,0</b>	<b>-13,1</b>
<b>SUM total</b>	<b>53,4</b>	<b>-152,9</b>	<b>1 450,7</b>	<b>1 297,8</b>	<b>85,1</b>	<b>75,0</b>	<b>856,2</b>	<b>137,0</b>	<b>304,7</b>

## Byggeprosjekter

Tabell 21 Byggeprosjekter

	A-fløya	PET-senter
HMS	H=10	H=5
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	385,5 mill kr	264,6 mill kr
Sum investert tidligere år	929,8 mill kr	193,0 mill kr
Sum investert totalt	1315,3 mill kr	457,6 mill kr
Investeringsramme	1 547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	-30	+39

\*Ingen avvik på data for klinisk prøvedrift.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
4/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen

### Oppfølging av LUO-evalueringen – organisatoriske konsekvenser del II

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtakene i styresakene 84/2007 *Ny organisasjonsmodell for UNN HF* og 48/2014 *Oppfølging av LUO-evalueringen – organisatoriske konsekvenser*.
2. Styret tar til orientering at direktøren viderefører OpIn-klinikken, men endrer klinikktilhørighet for akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad.
3. Styret slår fast at evalueringen etter organisasjonsutviklingsprosjektet *Langsiktig utvikling og omstilling av UNN (LUO)* er fullført, og at satsingen på kontinuerlig forbedring nå er styrets prioriterte innsatsområde for videre utvikling av sykehuset.

#### Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) etablerte i sak 36/2007 *Prosjekt langsiktig utvikling og omstilling av UNN HF (LUO)*. Prosjektet førte til at styret i sak 84/2007 *Ny organisasjonsmodell for UNN HF* vedtok å organisere pasientbehandlingen i 10 klinikker.

Ansvar for kirurgi ble fordelt på tre klinikker, og det ble opprettet en akutt- og prehospital klinikk som fikk ansvar for prehospital akuttmedisin, akuttmottakene, operasjons- og anestesivirksomheten, intensivbehandling og noen andre funksjoner.

Styrevedtakets punkter 4. og 5. ga føringer for intern organisering i klinikkene og evaluering:

4. *Akutt- og prehospitalklinikken organiseres med en tverrfaglig avdeling for operasjons- og anestesiresurser og tverrfaglige seksjoner for operasjon/anestesi som er komplementære med de kirurgiske klinikkene. Utarbeiding av avdelingsstrukturen i de øvrige klinikkene utvikles under ledelse av klinikksjefene. Endelig avgjørelse tas av direktøren.*
5. *Administrasjonen bes evaluere organiseringen to år etter implementeringen, og orientere styret om resultatet av evalueringen.*

Bakgrunnen for at styret vedtok mer detaljerte føringer for Akutt- og prehospitalklinikken enn de andre, var at organisering av støttefunksjonene for kirurgi (anestesi- og operasjonssykepleiere samt anestesileger) var svært omdiskutert i LUO-prosjektet. I høringen vektla de kirurgiske fagmiljøene behovet for helhetlig styring av pasientforløpene, og argumenterte for å fordele ressursene i støttefunksjonene til de kirurgiske klinikkene. Fagmiljøene i anestesi og operasjon samt andre fagmiljøer med behov for service fra disse støttefunksjonene vektla behov for helhetlig styring og hensynet til blant annet felles vaktordninger, og argumenterte for å samle ressursene i en klinikk.

Direktøren vektla sistnevnte hensyn tyngst, men ønsket samtidig å legge føringer for bedre samordning mellom støtteressursene for operasjon og anestesi, og å etablere en tydeligere struktur å samarbeide i. Løsningen med samling av operasjons- og anestesiresursene i en avdeling og organisering av operasjons- og anestesisykepleierne i tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene, ble derfor utviklet som et kompromiss. Det fremgikk av styresaken at denne løsningen også la til rette for å eventuelt fordele støtteressursene til de kirurgiske klinikkene etter evalueringen hvis dette skulle vise seg hensiktsmessig.

Det var allerede før LUO-prosjektet innført en særordning for Hjerter-, lunge- og karkirurgisk avdeling med egne operasjonssykepleiere ansatt i avdelingen (og ikke i den gamle Operasjonsavdelingen). Ordningen ble videreført som et unntak fra hovedprinsippet gjennom vedtaket i styresak 84/2007.

Akutt- og prehospitalklinikken viste seg å være kompleks og krevende å lede, og det ble derfor i 2009 besluttet å dele klinikken. Dette førte til dagens organisering av prehospital akuttmedisin og akuttmottaket ved UNN Tromsø i Akuttmedisinsk klinikk og resten av virksomheten i Operasjons- og intensivklinikken (OpIn). Man valgte på dette tidspunktet å beholde akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad i OpIn. Den endelig interne organiseringen i disse to klinikkene var ikke ferdig implementert før i 2011.

Det tok tid å etablere klinikkene, og den generelle evalueringen ble derfor ikke gjennomført før i 2012. Etter evalueringen ble fire klinikker slått sammen til Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR) og Psykisk helse- og rusklinikken. Stabsavdelinger ble samlet i Stabssenteret og Kvalitets- og utviklingssenteret.

Som følge av den forsinkede etableringen og noen andre forhold, ble evalueringen av OpIn ikke påbegynt før i 2016. Akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad ble allerede etter evalueringen i 2012 besluttet flyttet til Akuttmedisinsk klinikk, men gjennomføringen ble utsatt fordi klinikkledelsen var opptatt med å håndtere andre krevende prosesser (etablering av ambulanshelikopterbasen på Evenes og innføring av nasjonalt nødnett). Direktøren besluttet derfor å revurdere akuttmottakenes organisatoriske tilknytning i forbindelse med evaluering av OpIn.

I denne saken presenteres evalueringen av OpIn og direktørens vurderinger og beslutninger knyttet til denne. Evalueringsprosessen har vært omfattende og ressurskrevende, og retter et særskilt fokus mot OpIn, selv om mange av problemstillingene og mye av forbedringspotensialet som avdekkes, også er aktuelle i andre klinikker. Saken setter samtidig endelig sluttstrek for LUO-prosessen.

## **Formål**

Formålet med saken er å forankre direktørens beslutninger vedrørende organisering av OpIn samt organisatorisk plassering av Akuttmottakene ved UNN Harstad og UNN Narvik i styret.

## Saksutredning

Innretning og omfang av evalueringen ble drøftet med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombudene og behandlet i direktørens ledergruppe høsten 2016, før arbeidet startet.

Evalueringen er knyttet opp mot målene for LUO-prosessen som styret vedtok i sak 84/2007. Styresaken inneholdt åtte predefinerte evalueringskriterier som er lagt til grunn for arbeidet:

1. Helhetlige og bedre koordinerte pasientforløp
2. Bedre og mer forpliktende samhandling med primærhelsetjenesten
3. Tydelig ledelse og styring
4. En struktur som sikrer helhetlig ledelse og styring
5. Dokumentert høy kvalitet på tjenestene
6. Effektiv og fleksibel utnyttelse av kapasitet og ressurser
7. Konkurransedyktige fagmiljøer som gir gode vilkår for videreutvikling og rekruttering av nøkkelpersonell
8. Et godt arbeidsmiljø

Kriterium 2. er lite relevant fordi OpIn i liten grad samhandler direkte med primærhelsetjenesten.

Evalueringsgrunnlaget består av tre delrapporter utarbeidet i henhold til evalueringsplanen (vedlegg 1-3):

1. *Evaluering av Operasjons- og intensivklinikken*. Rapport fra intern arbeidsgruppe 23.06.2017.
2. *Bemanningsberegning OpIn-klinikken*. Rapport fra Skagerak Consulting AS 17.09.2017
3. *Delrapport – Evaluering av OpIn-klinikken*. Organisering av operasjons- og anestesiresurser. Referanseforetak og referansegruppe. 01.09.2017.

I tillegg foreligger rapporten *Gjennomgang av operasjonsvirksomheten ved UNN* levert av Deloitte 13.11.2017 (vedlegg 4). Denne ble bestilt av klinikkjefen i OpIn og direktøren i forbindelse med budsjettarbeidet for 2018, og inneholder tilleggsopplysninger som er relevante for direktørens vurderinger også i denne saken.

Organisering av støttefunksjonene for kirurgi har stått sentralt i evalueringen. Metodisk er dagens modell, slik den ble vedtatt i 2007, satt opp mot en modell der anestesi- og operasjonsressursene fordeles til de tre kirurgiske klinikkene. Denne desentraliserte løsningen omtales i saken som *alternativ modell*.

## Resultater

### **Delrapport 1 Evaluering av Operasjons- og intensivklinikken**

#### *Pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø*

Rapporten beskriver god struktur på pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeidet. KVAM-strukturen er godt etablert, gjennomføringen av pasientsikkerhetsprogrammet er god og meldekulturen er betydelig forbedret de siste årene. OpIns resultater i pasientbehandlingen måles i liten grad direkte i kliniske kvalitetsregistre, med unntak av Norsk intensivregister, der klinikken har resultater nær landsgjennomsnittet. Sykefraværet har vært stabilt rundt 9,5 %. Dette er noe høyere enn gjennomsnittet for UNN. Resultatene i medarbeiderundersøkelser og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen skiller seg ikke vesentlig fra UNN for øvrig.

*Aktivitet og økonomi*

Kvantitative parametere for perioden 2013-2016 viser moderat økning av antall årsverk (4 %), antall operasjoner (6 %) og knivtid (4 %), mens kostnadsøkningen har vært større (13 %). Deler av kostnadsøkningen på 13% er knyttet til at OpIn overtok varelager fra andre klinikker. Dersom en tar ut kostnadene knyttet til varelager er kostnadsøkningen på ca 8%. Det siste er i stor grad forårsaket av økende kostnad per årsverk som følge av at ubesatte stillinger har medført økende bruk av innleie og overtid.

*Fokusgruppeintervjuer*

Figur 1 viser at fokusgruppeintervjuer avdekket stort sprik i ansattes vurdering av klinikkens måloppnåelse på evalueringskriteriene. Ansatte i OpIn, Akuttmedisinsk klinikk og Barne- og ungdomsklinikken vurderte stort sett måloppnåelsen som god (grønt), mens ansatte i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken og Hjerter- og lungeklinikken vurderte den som svært dårlig (rødt). Vurderingene fra ansatte i NOR var mer nøytrale (gult).

Figur 1. Evaluering av OpIn-klinikken mot LUO-kriteriene. Resultatet fra 11 fokusgruppeintervjuer.

Kriterium/klinikk	OpIn	K3K	NOR	Akutt	HLK	BUK
Pasientforløp						
Samhandling*						
Tydelig ledelse						
Styringsstruktur						
Kvalitet						
Effektivitet/fleksibilitet						
Fagutvikling/rekruttering						
Arbeidsmiljø						

\* Tema ble ikke diskutert

*Risikoanalyse*

Risikoanalyse av dagens modell versus alternativ modell viste omtrent samme risikonivå, men svært forskjellig risikoprofil i de to løsningene. Nåværende modell ble vurdert å medføre fortsatt risiko for utilstrekkelig koordinering av ressursene og kapasiteten, ulike mål for OpIn og de kirurgiske klinikkene samt manglende felles faglig utvikling av den operative virksomheten. Den alternative modellen medfører risiko for svikt i fellesfunksjoner (for eksempel vaktordninger), svak evne til å lede fagmiljøer, bortfall av fagpersoner ved oppdelingen av fagmiljøer og manglende rekruttering til små fagmiljøer med fare for intern kamp om knappe ressurser.

*Akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad*

Vurderingen av akuttmottakene frembragte ikke nye argumenter utover det som var kjent fra evalueringen i 2012. Etableringen av Evenes-basen og innføring av nødnett er fullført. Det var i 2014 et argument at personalt i akuttmottaket ved UNN Narvik rullerte på flere enheter internt i OpIn-klinikken. Dette opphørte i 2016. Disse forholdene utgjør dermed ikke lengre argumenter mot å gjennomføre sammenslåingen. Tiltakene som ble iverksatt etter 2014 for å styrke samarbeidet mellom akuttmottakene har ikke fungert optimalt.

Tabell 1 oppsummerer argumenter for og mot flytting av det organisatoriske ansvaret for akuttmottakene til Akuttmedisinsk klinikk.



Tabell 1. Argumenter for plassering av akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad i henholdsvis OpIn og Akuttmedisinsk klinikk

OpIn	Akuttmedisinsk klinikk
Har stedlig ledelse	Faglig utvikling og tilhørighet
Samarbeid lokalt og på tvers	«Appendix» i OpIn -klinikken
Utgjør bemanningsressurs (Rotasjon helg)	Kollegium i akuttmottak
Har tilgjengelig legeressurs på stedet	Mindre sårbart mht å bli «salderingspost»
Forutsetter faglig samarbeid med akuttmottak i Tromsø	Fordel i forhold til utadrettet virksomhet
Ansatte trives med nåværende organisering, motstand mot omorganisering	Oppnår gjennomgående faglig ledelse
Legeressurser organisert i samme klinikk (anestesileger)	Driftsmessige fordeler
Fornøyd med oppfølging fra klinikkleder i OpIn	Samme organisering i hele UNN
	Lettere med oppfølging av tilsyn
	Helhetlig pasientforløp
	Oppfølging av beredskapsplaner
	Bra å «sitte rundt det samme bordet»

## Delrapport 2 Bemanningsberegning OpIn-klinikken

### Analyse

Rapporten inneholder en analyse av aktivitet og bemanning i 2016. Analysen viser at nesten 1/3 av den kirurgiske aktiviteten er øyeblikkelig hjelp, og at aktiviteten er jevn fra mandag til torsdag, med betydelig reduksjon på fredager (Tromsø 19 %, Harstad 38 %, Narvik 40 %).

Analysen viser videre store svakheter i sammenhengen mellom planlagt bemanning, faktisk bemanning og aktivitet, særlig for sykepleierne. IT-systemet GAT brukes ikke som forutsatt i bemanningsplanleggingen, og volumet av individuelle arbeidsplanløsninger er høyere enn i andre sammenlignbare foretak, og etter konsulentens mening for høyt sett opp mot målet om effektiv utnyttelse av ressursene. Det anslås et effektiviseringspotensial på minst 4-6 %.

### Bemanningsbehov

Rapporten foreslår nye bemanningsnøkler basert på analysen. Det konkluderes med at antall årsverk i operasjonsvirksomheten kan reduseres fra 267 til 255 i dagens modell, alternativt med at det er mulig å øke fra ett til to øyeblikkelig hjelp-team ved UNN Tromsø uten at bemanningen økes.

Bemanningsmessige konsekvenser av den alternative modellen er også beregnet. Denne antas å medføre en økning på mellom 6,5 og 8,5 årsverk på grunn av nye

koordineringsbehov. Modellen antas i tillegg å medføre at nye og mer spesialiserte vaktordninger, med tilhørende kostnader som ikke er nærmere beregnet, må etableres.

#### *Konklusjoner og anbefalinger*

Rapporten fraråder den alternative modellen for anestesipersonell, hovedsakelig fordi den medfører økt behov for ressurser. Når det gjelder operasjonssykepleierne, er vurderingen at modellene er likeverdige. Svakheter i styringen av pasientforløpene samt en rigid plan- og styringsmodell for bemanningsressursene beskrives som hovedproblemer. Rapporten konkluderer med at disse utfordringene må adresseres direkte, og med at fokus avledes til å handle om organisering når dette ikke gjøres tydelig nok.

#### **Gjennomgang av operasjonsvirksomheten ved UNN (Deloitte-rapporten)**

Denne rapporten analyserer utviklingen av operasjonsvirksomheten fra 2014 til 2017 i detalj, men med en litt annen metodisk tilnærming.

Rapporten vektlegger at UNN har utviklet god logikk og prosess for langsiktig strategisk planlegging av operasjonsvirksomheten, men det avdekkes betydelige svakheter i ukeplanprosessen og dag-til-dag planleggingen. Det påpekes svakheter i samarbeidsstrukturene mellom OpIn og de kirurgiske klinikkene, og svikt i kvaliteten i detaljplanleggingen fra begge hold.

Rapporten bekrefter at det foreligger et potensial for økt produktivitet ved å vise at antall årsverk (indeks 1,30) har vokst mer enn antall operasjoner (indeks 1,19) og stuetid (indeks 1,12) i perioden.

#### *Konklusjoner og anbefalinger*

Det konkluderes blant annet med at det bør vurderes å øke med ei operasjonsstue til øyeblikkelig hjelp i kjernetid og å samkjøre oppstart om morgenen bedre. Rapporten anbefaler at klargjørings-, innlednings- og skiftetider samt variasjon i knivtid reduseres og at det etableres systemer for tettere økonomioppfølging samt styring knyttet til bruk av overtid og innleie.

#### **Delrapport 3 - Evaluering av Operasjons- og intensivklinikken**

##### *Referansesykehus*

I denne rapporten er det innhentet opplysninger om organisatoriske løsninger ved tre norske

(St. Olavs hospital, Stavanger universitetssykehus, Akershus universitetssykehus) og to danske (Odense universitetshospital og Aalborg universitetshospital) region- og universitetssykehus som i funksjon og/eller størrelse har likhetstrekk med UNN.

Kartleggingen viser at alle er organisert i en klinikkmodell, men at det er svært stor variasjon i hvordan anesthesi-, operasjons- og intensivvirksomheten er organisert.

Kartleggingen viser at det ikke foreligger noen anerkjent «best practice» på området.

##### *Referansegruppe*

Det ble videre gjennomført en workshop med fem referansepersoner i lederstillinger ved de tre nevnte norske sykehusene og Haukeland universitetssykehus. Referansegruppen bekrefter inntrykket fra kartleggingen. Gruppen støttet ikke hypotesene om at den alternative (desentraliserte) organisasjonsmodellen vil gi mer effektiv ressursbruk, bedre rekruttering og mer konkurransedyktige fagmiljøer eller mer helhetlig «eierskap» til pasientforløpene.

### *Konklusjon*

Rapporten konkluderer med at samarbeidskultur og vilje til å arbeide fleksibelt i team på tvers av organisatoriske grenser er avgjørende for å lykkes, og med at dette handler om kultur, og ikke organisasjonsmodell.

## **Medvirkning**

Fra de berørte klinikkene deltok 110 ansatte i fokusgruppeintervjuer, der fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller ble diskutert. Ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste fra UNN Tromsø, Harstad og Narvik har i tillegg deltatt i risiko- og mulighetsanalysen. Klinikker og sentra er gitt anledning til å gi tilbakemelding på feil og mangler ved evalueringen før beslutningen ble fattet.

Saken ble drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 30.1.2018, samt lagt fram for Arbeidsmiljøutvalget 31.1. og for Brukerutvalgets arbeidsutvalg 29. s.m. Protokoller og referater vil bli behandlet som egne referatsaker i styremøtet 15.2.2018.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var opptatt av at ledelsen måtte ha kontinuerlig fokus på samarbeidskultur og arbeid i tverrfaglige team, med utgangspunkt i gode pasientforløp. Arbeidsmiljøutvalget sluttet seg til samme henstilling og samtlige møter sluttet seg til at saken fremmes for styret til endelig forankring.

## **Vurdering**

Før 2008 var akuttmedisin, anestesi/intensiv, operasjon og dagkirurgi organisert i fire avdelinger som rapporterte mer eller mindre direkte til direktøren. Virksomheten ved lokalsykehusene i Narvik og Harstad var organisert i egne avdelinger. Det forelå store problemer knyttet til koordinering og helhetlig ledelse både internt i de tre sykehusene, og ikke minst mellom dem.

Det er direktørens vurdering at OpIn-klinikken i stort, vurdert opp mot de åtte evalueringskriteriene som ble besluttet i styresak 84/2007, har utviklet seg positivt. Mange pasientforløp er forbedret. Det er uten tvil etablert tydeligere ledelse og styring, selv om det fortsatt er utfordringer i samordningen mellom OpIn og de kirurgiske klinikkene. Evalueringens delrapport 1 dokumenterer forbedring av pasientsikkerheten og kvaliteten på flere områder. Delrapport 2 og Deloitte-rapporten dokumenterer likevel at det foreligger et betydelig forbedringspotensial når det gjelder aktivitetsstyring og bemanningsplanlegging. Delrapport 3 konkluderer tydelig med at disse utfordringene ikke primært henger sammen med den organisatoriske løsningen, men med samarbeidskulturen mellom klinikkene.

Organisering av anestesi-, operasjons- og intensivressursene har vært omstridt i UNN gjennom flere tiår. Dette er ikke unikt for våre sykehus. Som eksempel kan nevnes at den samme problemstillingen medførte omfattende diskusjoner med høyt konfliktnivå i forbindelse med planlegging av og innflytting i nye St. Olavs hospital.

Direktøren mener at beslutningen i styresak 84/2007 om å organisere operasjons- og anestesiresursene i en avdeling, og organisering av operasjons- og anestesisykepleierne i tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene, har bidratt til tydeligere ledelse og bedre koordinering enn vi hadde før OpIn ble etablert. Evalueringen viser likevel at det fortsatt foreligger et stort forbedringspotensial. Det er videre direktørens vurdering at åpningen som ble gitt for å fordele støtteressursene til de kirurgiske klinikkene etter evalueringen, kan ha skapt en forventning om at løsningene på vedvarende utfordringer ligger i en slik organisatorisk endring. Dette kan i en viss grad ha stått i veien for annet forbedringsarbeid. Resultatet fra fokusgruppeintervjuene illustrerer denne utfordringen.

Forståelsen av OpIns måloppnåelse fordeler seg (med unntak for ansatte i NOR-klinikken) som enten svært positiv eller svært negativ ut fra egen klinikktilhørighet.

Etter en helhetlig vurdering av evalueringsrapportene finner ikke direktøren grunn til å dele OpIn. Det viktigste argumentene for å videreføre klinikken med nåværende organisatoriske løsninger er behovet for en helhetlig styring av knapphetsressurser (spesialsykepleiere og anestesileger) samt fellesfunksjoner (intensiv- og intermediært tilbud, vakt- og beredskapsordninger, sterilsentralen m.m.).

Direktøren kan ikke se at det er sannsynliggjort at den alternative modellen med fordeling av anestesi- og operasjonsressursene til de kirurgiske klinikkene vil gi flere fordeler enn ulemper. Evalueringsrapportene viser at en slik løsning høyst sannsynlig medfører nye koordineringsproblemer som kommer istedenfor dem man eventuelt løser, og økt ressursbehov. Mange pasientforløp går på tvers av organisatoriske enheter, og det vurderes derfor ikke som sannsynlig at den alternative modellen generelt vil gi helhetlig styring av flere pasientforløp.

Deloitte-rapporten anbefaler at særordningen i Hjerter-, lunge- og karkirurgisk avdeling avvikles, og at operasjonssykepleierne ansatt i denne avdelingen overføres til OpIn. Dette begrunnes med at avdelingen har utnyttet kapasitet på vakttid som under en felles ledelse kunne vært gjort tilgjengelig for pasienter fra andre klinikker. Direktøren er også kjent med at ordningen oppleves som en urettferdig forfordeling i andre kirurgiske fagmiljøer, og med at den kan oppfattes som en pilot som skaper forventninger om tilsvarende løsning for andre.

Direktøren velger å videreføre ordningen. Dette begrunnes først og fremst i beredskapshensyn. Livstruende postoperativ blødning etter hjertekirurgi inntreffer om lag en gang annenhver uke. Alle andre hjertekirurgiske sentra i Norge har en beredskap for å håndtere dette organisert på tilsvarende måte som hos oss, og direktøren mener at dette fortsatt må prioriteres også i UNN. Direktøren kan dermed ikke se at det er mulig å oppnå noen vesentlig fordel med å innlemme avdelingens operasjonssykepleiere i OpIn.

Det understrekes at denne beslutningen ikke må forstås som et signal om at tilsvarende løsning på sikt vil bli aktuell for andre kirurgiske klinikker eller avdelinger. En generell utrulling av ordningen vurderes å medføre uakseptabel risiko for utilstrekkelig styring av en felles knapphetsressurs (operasjonssykepleiere).

Direktøren opprettholder beslutningen fra 2014 om å overføre akuttmottakene ved UNN Harstad og UNN Narvik fra OpIn til Akuttmedisinsk klinikk. Det er direktørens vurdering at etablering av gjennomgående faglig ledelse også på dette området er nødvendig for å styrke og samordne arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet samt kompetansebygging i akuttmottakene. Hensynet til utarbeiding og oppfølging av felles beredskapsplaner taler også for denne endringen.

Beslutningen medfører noen nye lokale samordningsutfordringer. Akuttmedisinsk klinikk får ansvaret for å planlegge og iverksette endringen i samarbeid med klinikkledeledelsen i OpIn, de lokale driftslederne ved UNN Harstad og UNN Narvik samt ansatte og ledere ved de to akuttmottakene.

Delrapport 2 og Deloitte-rapporten beskriver et betydelig forbedringspotensial i OpIn. Klinikken må innføre reell aktivitetsbasert bemanning ved å ta i bruk GAT som forutsatt i bemanningsplanleggingen, og redusere volumet av individuelle løsninger, for å skape bedre sammenheng mellom aktivitet og bemanning. Direktøren deler evalueringsrapportenes oppfatning om at det foreligger et effektiviseringspotensial i dette, og ser det i sammenheng med den fortsatt ikke fullførte budsjettprosessen i klinikken for inneværende år. Det vil bli utarbeidet et beslutningsnotat som tydeliggjør kravene til klinikken.

Direktøren kommer også til å stille felles krav til OpIn og de kirurgiske klinikkene om at ukeplanprosessen må forbedres. Svakheterne er tydelig beskrevet i delrapport 2, og disse må løses i samarbeid mellom de involverte klinikkjefene. Dette krever forbedringer i måten den overordnede planleggingsgruppen for kirurgi (OPK) drives på. OPK må ta ansvar for å etablere

samarbeidsarenaer der ansvarlige ledere på avdelings- og seksjonsnivå i både OpIn og de kirurgiske klinikkene møtes ukentlig for gjensidig forpliktende samarbeid i langt større grad enn i dag. Direktørens krav i denne sammenhengen vil også bli tydeliggjort i beslutningsnotatet.

Det er direktørens vurdering at mye av misnøyen som fremkom blant ansatte i de kirurgiske klinikkene i fokusgruppeintervjuene, må sees i lys av svakhetene i bemanningsplanleggingen i OpIn og svakhetene i den felles ukeplanprosessen mellom klinikkene. Forbedringer på disse områdene er viktig for både pasientene og arbeidsmiljøet.

Referansegruppen viste i delrapport 3 til at enhver organisatorisk løsning har noen fordeler, men også mange ulemper som det må kompenseres for. Gruppen konkluderte med at samarbeidskulturen og viljen til å arbeide fleksibelt i team på tvers av organisatoriske grenser er avgjørende for å lykkes, og med at dette handler om kultur, og ikke organisasjonsmodell. Gitt dagens situasjon i UNN, deler Direktøren denne vurderingen.

Direktøren understreker at det nå er et lederansvar på alle nivåer i UNN å skape forståelse for at beslutningene om organisatoriske løsninger i denne saken er endelige, og for at oppmerksomheten nå må rettes mot samarbeidskulturen og arbeidet med å utvikle gjennomgripende system og kultur for kontinuerlig forbedring.

## Konklusjon

Direktøren viderefører dagens organisering av OpIn. Særordningen med egne operasjonssykepleiere ansatt i Hjerte-, lunge- og karkirurgisk avdeling videreføres også. Dette må ikke forstås som et signal om at tilsvarende løsning på sikt kan bli aktuell i andre klinikker. Direktøren stiller krav om at ledelsen i OpIn skaper bedre sammenheng mellom aktivitet og bemanning, og realiserer effektiviseringspotensialet i dette. Direktøren stiller også felles krav til kliniksjeferne i OpIn og de kirurgiske klinikkene om et tettere og gjensidig forpliktende samarbeid om forbedringer i ukeplanleggingen.

Beslutningen om å innføre faglig gjennomgående ledelse av akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad gjennom organisering av disse i Akuttmedisinsk klinikk opprettholdes. Akuttmedisinsk klinikk får i oppdrag å lede gjennomføringen.

Direktøren slår fast at evalueringen etter organisasjonsutviklingsprosjektet *Langsiktig utvikling og omstilling av UNN (LUO)* med dette er fullført, og at satsingen på kontinuerlig forbedring nå er det prioriterte innsatsområdet for videre utvikling av sykehuset. Dette er en omfattende kulturell endringsprosess som nå må prioriteres av foretakets ledelse.

Tromsø, 2.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

## Vedlegg

1. *Evaluering av Operasjons- og intensivklinikken*. Rapport fra intern arbeidsgruppe 23.06.2017.
2. *Bemanningsberegning OpIn-klinikken*. Rapport fra Skagerak Consulting AS 17.09.2017
3. *Delrapport – Evaluering av OpIn-klinikken*. Organisering av operasjons- og anestesiresurser. Referanseforetak og referansegruppe. 01.09.2017.

4. *Gjennomgang av operasjonsevne ved UNN. Deloitte 13.11.2017.*

Vedleggene er tilgjengelige på UNNs nettsider under denne styresaken.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
5/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Oppsummering av styresaker 2017

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2017 til etterretning, og vil bruke oppsummeringen som underlag for styrets evaluering av eget arbeid.

#### Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s arbeid undergis en årlig evaluering. Dette gjøres på flere måter. I styreinstruks og oppdragsdokument stilles det krav om evaluering av styrets arbeid. Styrets arbeids- og fungeringsmåte blir evaluert i egen styresak. I denne saken vektlegges kun en skjematisk oversikt over fattede vedtak, og formell oppfølging av disse. Denne saken gir også styret anledning til å vurdere om arbeids- og ansvarsdelingen mellom administrerende direktør og styret er i tråd med oppdrag og instruks, samt vurdering av administrasjonens oppfølging av vedtakene.

#### Formål

Formålet med saken er å gi en oversikt over styrevedtak i beslutningssaker som styret ved UNN fattet i 2017, og vurdere oppfølgingen av disse som grunnlag for prioriteringer av styrets arbeid i 2018.

#### Saksutredning

I eget vedlegg til saken følger utdrag av styreprotokollen over saker som er behandlet i 2017. Det ble avholdt 13 styremøter, hvorav 4 var ekstraordinære, og det ble behandlet til sammen 104 saker, herav 56 beslutningssaker, fordelt slik:

Type saker/ kategori	2015	2016	2018
S) Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	27	26	27
K) Kvalitets-, økonomi- og aktivitetssaker	16	21	18
F) Fagsaker	2	5	6
B) Bygg og eiendomssaker	5	8	5

Totalt	50	60	56
--------	----	----	----

Tabell 1 – Kategoriserte styresaker de siste tre årene

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

Styreseminarene ble i årsplanen for 2017 lagt i forbindelse med de ordinære styremøtene i juni og november. Seminaret i juni ble gjennomført i Tromsø, og hadde fokus på kontinuerlig forbedring samt evaluering av styrets eget arbeid. Seminaret i november ble lagt til Tromsø, og også dette seminaret hadde fokus på kontinuerlig forbedring samt virksomhetsplanlegging for 2018.

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

Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	2015	2016	2017
Tilsynsrapporter	4	3	3
Ledelsens gjennomgang	3	3	1
Overordnede strategier	3	2	4
Lønnsaker	1	1	1
Årlig melding	1	1	1
Møte- og styreseminarplan	2	2	2
Oppdragsdokument	1	1	1
Oppsummering av styrets vedtak	1	1	1
Styrets evaluering av eget arbeid	1	1	1
Oppnevning av valgstyre – ansattevalgte repr.	1	–	1
Brukerutvalget – valg, mandat m.v.	2	1	–
Tidspunkt for evt. ekstraordinært styremøte	1	–	–
Styrets årsplan	1	–	–
Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging	2	–	–
Strategisk utviklingsplan	–	1	1
Årsrapport for Brukerutvalget	1	1	– <sup>1</sup>
Eventuellsaker (der det er truffet vedtak)	1	–	2
Informasjonssikkerhet	1	–	1
Inntektsfordelingsmodell for TSB og psykisk helse	–	1	–
Styrets dialogavtale med direktøren	–	2	1
Innspill fra UNN til RHFets plan til økonomisk bærekraft	–	1	–
Utviklingsplan for psykisk helse og TSB	–	1	–
Forberedende langtidsplan – strategi	–	1	–
Kontinuerlig forbedring	–	1	1
Høring – Nasjonalt sykehusapotekforetak	–	1	–
Nye hovedindikatorer for UNN	–	1	1
Orientering om sak på et forberedende stadium	–	–	1
Innsynskrav	–	–	1
Mediebilde – situasjonsbeskrivelse	–	–	1
Meldingssaker fra fylkesmannen	–	–	1
Totalt	26	27	27

<sup>1</sup> Saken behandlet under referatsaker i 2017.

Tabell 2 Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker (S)

Kvalitets- og økonomisaker	2015	2016	
Kvalitets-, økonomi- og aktivitetsrapporter inkl. tertialrapporter	10	11	10
Årsregnskap	1	1	1
Investering	1	–	–



Budsjettsak, ny behandling/oppfølgingssak	1	–	–
Forberedende arbeid til Virksomhetsplan	1	1	3
Virksomhetsplan (budsjettsaken)	1	1	1
Tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende langtidsplanen	1	1	1
Mottak av pengegave til PET-senteret	–	1	–
Virksomhetsplanlegging – årshjul	–	2	–
Langtidsplan	–	1	1
PET-senterøkonomien, gavetilsagn m.v.	–	1	–
Samarbeidsplan med kommunene	–	1	–
Analyse og tiltaksplan	–	–	1
<b>Totalt</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>18</b>

Tabell 3 Kvalitets- og økonomisaker (K)

<b>Fagsaker</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	
Regional plan for øyefaget	1	–	–
Henvendelse fra en ansatt	1	–	–
Sivilombudsmannens rapport for PHRK	–	4	–
Regional smittevernplan	–	1	–
Høringssak Hjerterinfarkt og PCI	–	–	1
Høringssak Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten	–	–	1
Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap	–	–	1
Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgi og føde -presiseringer	–	–	1
Organisatoriske tilpasninger intensiv m.v. A9	–	–	1
Elektronisk medikasjon og kurve	–	–	1
<b>Totalt</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

Tabell 4 Fagsaker (F)

<b>Bygg- og eiendomssaker</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	
Byggeprosjekter ved UNN – tertialrapporter	3	3	3
A-fløya – utbyggingsstrategi	1	–	–
Regionalt PET-senter	–	1	–
Nye UNN Narvik	1	1	1
Lokalisering av Vardesenter og LMS	–	1	–
Ambulansestasjon ved UNN Harstad	–	2	–
Tunnel ved UNN Narvik	–	–	1
<b>Totalt</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>5</b>

Tabell 5 Byggsaker (B)

### Saker under videre oppfølging

Noen av sakene har oppfølgingsløp ut over 2017. Oppsummert gjelder dette følgende seks saker:

- ST 5/2017 Kontinuerlig forbedring
- ST 6/2017 Nasjonal helse- og sykehusplan
- ST 26/2017 Idéfase psykiatri og rusfeltet ved UNN
- ST 28/2017 Langtidsplan 2018-2021
- ST 29/2017 Oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan
- ST 42/2017 Elektronisk medikasjon og kurve

En nærmere beskrivelse er gitt i vedlegget.

### Medvirkning

Ettersom saken avviker fra en ordinær beslutningssak ved en skjematisk oppsummering av styrets vedtak fra 2017, er den som avtalt ikke undergitt behandling eller drøfting i arbeidsmiljøutvalg, brukerutvalg eller med ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

## Vurdering

Oversikten som er vedlagt saken viser at det i 2017 ble avholdt 13 styremøter og behandlet til sammen 104 saker, herav 56 beslutningssaker. Antall og type saker vurderer direktøren å ha vært i overensstemmelse med vedtatt årsplan for faste styresaker 2017, samt de utfordringer helseforetaket har hatt i 2017. Den økonomiske utviklingen i foretaket har vært et av styrets prioriterte områder også i 2017, dog med en sterkere vektlegging av kvalitet og pasientsikkerhet enn tidligere.

Direktøren oppfatter at vedlagte saksoversikt viser at styresakene som ble behandlet i 2017 er innenfor rammen av type saker som styreinstruksen anviser. Styret behandler kvalitets- og virksomhetsrapportene månedlig, med stadig sterkere fokus på kvalitetsparametere og pasientsikkerhet. Saker som ligger innenfor styrets ansvarsområde har vært fremmet fortløpende i 2017. Driften har i store deler av året vært preget av at utviklingen innenfor de ulike tjenesteområdene er søkt opprettholdt og forsterket med hensyn til kvalitet, og det er foretatt fortløpende investeringer i nytt utstyr. Direktøren mener at dette indikerer en god balanse mellom langsiktighet i strategisk fokus samt nødvendig oppmerksomhet på daglig drift, økonomi og kvalitet. Variasjonen knyttet til saksmengde over år, viser seg å ligge på +/- 10.

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

De administrative rutinene knyttet til styresaksoppfølgingen vurderes å være tilfredsstillende ivaretatt, til tross for at enkeltsaker får et endret tidsforløp enn antatt og eventuelle endringer av disse vil undergis vurderinger knyttet til det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Arbeids- og ansvarsdelingen mellom direktøren og styret vurderes også å ha vært tilfredsstillende ivaretatt.

Måloppnåelse for sentrale kvalitetsparametre som ventetid, fristbrudd og epikrisetid, samt økonomi- og aktivitetsutvikling, vil bli fulgt opp videre i forbindelse med behandling av de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene. Helse Nord RHF arbeider kontinuerlig med å forenkle rapporteringsrutinene i foretaksgruppen, og dette kan få konsekvenser for formen på kvalitets- og virksomhetsrapporten på sikt. Direktøren vil ellers særlig trekke frem satsingen på kontinuerlig forbedring samt de prioriterte utviklingsområdene fra den strategiske utviklingsplanen, som anbefalte områder for styrets arbeid også i 2018.

Tromsø, 2.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt over styrets vedtak i 2017

## OVERSIKT OVER STYREVEDTAK I BESLUTNINGSSAKER 2017

*S: Strategi-, rapport og oppfølgingsaker*

*K: Kvalitets- og økonomisaker*

*F: Fagsaker*

*B: Bygg- og eiendomssaker*

### **K ST 3/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

### **S ST 4/2017 Oppsummering av styresaker 2016**

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

*Saken er fulgt opp, og frivilligkoordinator er tilsatt i fast stilling.*

### **S ST 5/2017 Kontinuerlig forbedring - Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtaket i sak 61/2016 *Kontinuerlig forbedring – tentativ gjennomføringsplan for UNN*, og godkjenner nå innretningen på satsingen slik den er beskrevet i den foreliggende saken.
2. Styret viser til den nye forskriften *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og slår fast at satsingen som beskrives i denne saken er UNNs hovedtiltak for implementering av kravene i forskriften.
3. Styret godkjenner gjennomføringsplanen med tilhørende risikoreduserende tiltak samt de foreslåtte grunnleggende prinsippene for satsingen slik disse er foreslått i saken.
4. Styret viser til at det har nedsatt et underutvalg som utreder styrets egen rolle i satsingen, og kommer på eget initiativ tilbake til dette i et senere møte.

5. Styret ber om at direktøren i samme møte legger frem en milepelsplan for gjennomføringen og en plan for evaluering av satsingen.
6. Styret erkjenner at dette er en langsiktig satsing som krever tålmodighet og tydelig kurs over mange år. Direktøren gis fullmakt til å gjøre mindre nødvendige justeringer i arbeidet underveis.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, men fikk et justert tidsforløp. Pkt. 5 i ny sak 15.2.2018.*

#### **S ST 6/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse**

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

*Sakens punkt 1-3 og 5 er fulgt opp i tråd med vedtak. Punkt 4 og 6 er fortsatt under arbeid.*

#### **S ST 7/2017 Regional kvalitetsstrategi 2016-2020 – oppfølging og handlingsplan**

1. Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) støtter at tiltaksplanen for oppfølging av Helse Nord's kvalitetsstrategi sees i nær sammenheng med pågående utvikling av foretaket som lærende organisasjon, der kontinuerlig forbedring er måten virksomheten drives og utvikles på.
2. Styret vedtar den fremlagte oversikt som tiltaksplan for oppfølging av Helse Nord's kvalitetsstrategi 2016-2020.
3. Styret vedtar at den regionale kvalitetsstrategien erstatter tidligere kvalitetsstrategi for UNN.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**F ST 8/2017 Høringssak – Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten**

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) mener at det regionaliserte helsevesenet har medført betydelig forbedringer i helsetilbudene for befolkningen i Nord-Norge. Regionsykehusene og det regionale beslutningsnivået er grunnpilarene i det regionaliserte helsevesenet.
2. Styret anbefaler at det regionale beslutningsnivået videreføres og kan ikke se at utvalget som har utredet organisering og styring av spesialisthelsetjenesten har lyktes med å utvikle en bedre modell for dette enn dagens regionale helseforetak. Disse anbefales derfor videreført.
3. Styret mener det er viktig å videreføre prinsippet om et regionsykehus i hver region og fraråder derfor endringer i antall helseregioner.
4. Styret anbefaler at det utredes innføring av en husleiemodell for å sikre effektiv arealbruk og vedlikehold av bygg innenfor rammene av dagens styringsmodell, uten at det opprettes felles eiendomsforvaltning på regionalt nivå.
5. Styret mener at bevilgningsnivået til helseforetakene må økes hvis dagens ambisjoner for pasientbehandlingen skal videreføres samtidig som bygningsmassen skal vedlikeholdes og videreutvikles.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**F ST 9/2017 Høringssak – Hjerteinfarkt og PCI – Et likeverdig tilbud i Helse Nord**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til rapporten *Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord? Bør det opprettes et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset?*, og understreker at det er et mål for UNN å desentralisere tjenester med høyt volum når det er mulig, og å sentralisere spesialiserte tjenester når det er nødvendig for å oppnå høy kvalitet og stabile tilbud.
2. Rapporten viser forskjeller i overlevelse som sannsynligvis skyldes for lite bruk av blodpropløsende behandling i ambulansetjenesten innen 30 minutter for pasienter med den alvorligste typen akutt hjerteinfarkt (STEMI). Dette er uakseptabelt, og styret støtter Helse Nord RHF's beslutning om at helseforetakene må iverksette felles tiltak for å sikre at gjeldende retningslinjer etterleves.
3. Styret viser til at pasienter med NSTEMI skal ha kontrastrøntgen og eventuelt PCI innen 72 timer, og forutsetter at disse pasientene tas imot uten opphold ved UNN Tromsø. Styret anbefaler videre at helseforetakene samarbeider med Luftambulansetjenesten ANS om forbedringer i transportlogistikken for denne pasientgruppen.
4. Rapporten dokumenterer at opprettelse av et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø ikke vil gi vesentlig helsegevinst. Etablering av et slikt tilbud medfører risiko for fragmentering av fagmiljøet, redusert erfaringsgrunnlag for den enkelte operatør og redusert kvalitet i det helhetlige tilbudet i regionen. Styret fraråder derfor etablering av PCI i Bodø.

5. Styret viser til at man fra og med 2015 har komplette data for pasientforløpene og behandlingsresultatene i Hjerterinfarktregisteret, og anbefaler at Helse Nord RHF følger resultatutviklingen og eventuelle geografiske forskjeller nøye i årene fremover.

*Saken er fulgt opp av Helse Nord RHF, med endelig vedtak i desember 2017.*

#### **S ST 10/2017 Styrets dialogavtale med direktøren**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner de foreslåtte justeringene i gjeldende dialogavtale for 2017.
2. Styret godkjenner forslaget til dialogavtale for 2018 mellom styret og administrerende direktør.
3. Styret ber om at direktøren legger dialogavtalen til grunn for UNNs virksomhetsplanlegging 2018, og forutsetter at det inngås tilsvarende avtaler på klinikk-/senternivå, avdelingsnivå og seksjonsnivå i hele organisasjonen.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

#### **K ST 11/2017 Forberedende virksomhetsplan for 2018**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at det i økende grad er utfordrende å opprettholde dagens ambisjonsnivå innen pasientbehandling, forskning og utdanning og samtidig ivareta vedlikeholds- og investeringsbehovene.
2. Styret slutter seg til direktørens strategi og fremdriftsplan for virksomhetsplanleggingen for 2018.
3. Styret understreker at befolkningsbasert aktivitetsplanlegging og forsterket styring av aktivitet er en forutsetning for å skape nødvendig sammenheng mellom virksomhetsplanen og budsjettet, og ber om at aktivitetsplanene legges til grunn for prioriteringer og endelig fordeling av omstillingsutfordringen.

*Saken følges opp i tråd med vedtak, og videreføres i planen for 2019.*

#### **S ST 12/2017 Oppdragsdokument 2017**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF for 2017 til etterretning.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

#### **S ST 13/2017 Oppnevning av valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret for 2017-2019**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer til valgstyre ved UNN:

- Hilde Pettersen og Leif Hovden fra arbeidsgiversiden
- Monica Fyhn Sørensen og Randi Steinli Pedersen fra arbeidstakerorganisasjonene

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og valget ble gjennomført som planlagt.*

**S ST 14/2017 Styreevaluering**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**K ST 20/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**K ST 21/2017 Årlig melding 2016**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**K ST 22/2017 Årsregnskap og styrets årsberetning for 2016**

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

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

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for

lederlønnsfastsettelse.

3. Styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investeringer av utstyr med mer i 2017.
4. Årsberetning 2016 vedtas med de endringer som fremkom under behandling av saken.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**S ST 23/2017 Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**B ST 24/2016 Tertialrapport 3/2016 for utbyggingsprosjekter**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**S ST 25/2017 Langsiktig utvikling av ambulansetjenesten ved UNN**

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



*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

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

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og punkt 4 vil bli forelagt styret som sak våren 2018.*

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

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft og investeringer for perioden 2018-2025 til orientering, og slutter seg til at denne saken oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding og innspill til Plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplanen.
2. Styret viser til den pågående utredningen om å styrke beredskapen på Svalbard og ber om at en eventuell styrkning finansieres særskilt fra Helse Nord RHF.
3. Styret ber om finansiering til ny dyr kreftbehandling og til økte medikamentkostnader for kroniske inflammatoriske sykdommer.
4. Styret ber om at nytt sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tas inn i planen.
5. Styret viser til at den økonomiske situasjonen er krevende, og presiserer at nye oppdrag og oppgaver ikke kan igangsettes uten tilsvarende økte rammer både til drift og investering.
6. Styret erkjenner at investeringsbehovene til utstyr med mer er større enn eksisterende rammer og ber Helse Nord RHF om å gjennomgå den totale investeringsplanen for å imøtekomme dette behovet, samtidig som overskuddskravet til foretakene i regionen skjerpes.
7. Styret ber Helse Nord RHF følge opp at gevinstrealisering, effektivisering, aktivitetsstyring og stramme prioriteringer gjøres etter samme prinsipper i hele foretaksgruppen slik at pasientene i regionen også fremover kan tilbys nødvendig og moderne helsetjenester og at lokalsykehusstilbudet til befolkningen er likeverdig i hele regionen.
8. Styret viser til brev fra UNN til Helse Nord RHF datert 2.3.2017, og forutsetter at oppgradering av forplassen og vestibylen ved UNN Breivika samt bygningsmessige tiltak som følger av Sivilombudsmannens besøk ved UNN Åsgård, finansieres inneværende år (2017) som avtalt.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**K ST 28/2017 Langtidsplan 2018-2021**

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

*Saken følges fortsatt opp, og plan for gevinstrealisering vil bli forelagt styret.*

**F<sup>s</sup> ST 29/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) takker prosjektet Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – utredning av kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik for et omfattende og grundig arbeid. Styret legger prosjektrapporten, risiko- og mulighetsanalysen og høringsuttalelsene til grunn for sin anbefaling overfor styret i Helse Nord RHF.
2. Styret viser til at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet skal vektlegges, at løsningene som anbefales skal være bærekraftige, forutsigbare og stabile over tid, og at Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny spesialitetsstruktur for leger skal legges til grunn for anbefalingene.
3. Styret viser også til at det er planlagt byggestart for Nye UNN Narvik i 2019. Det er styrets ambisjon å skape et moderne og fremtidsrettet sykehus som sammen med UNN Harstad og UNN Tromsø sikrer en god spesialisthelsetjeneste for befolkningen i hele UNN-området og gode lokalsykehus tilbud for befolkningen i Ofoten.
4. Styret anbefaler at fagområdet ortopedi styrkes og utvikles som hovedaktivitet innen kirurgisk døgnbehandling og som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet ved UNN Narvik. Det anbefales at tilgjengelighet til ortopedisk spesialistkompetanse utenom ordinær arbeidstid økes slik at vanlige ortopediske skader som hovedregel kan opereres lokalt innen 48 timer. Etablering av spesialisert døgnkontinuerlig vaktordning i ortopedi vurderes ikke å være nødvendig, men det anbefales likevel at Helse Nord RHF revurderer vedtaket i styresak 135-2011 Elektiv ortopedi i Helse Nord – revidert funksjonsfordeling.
5. Styret anbefaler at UNN Narvik skal være akutt sykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse samt traumefunksjon. Anbefalingen medfører at døgnvirksomheten i magetarmkirurgi (gastrokirurgi) opphører og at traumefunksjonen ivaretas slik denne er definert i nasjonal og regional traumeplan.
6. Styret anbefaler at urinveiskirurgi (urologi) videreføres hovedsakelig som et dagkirurgisk og poliklinisk tilbud og at mindre kirurgiske spesialiteter som øre-nese-hals og eventuelt

øye videreføres og/eller etableres som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet i den grad det er formålstjenlig.

7. Styret anbefaler at den kirurgiske vaktordningen baseres på spesialister i bløtdelskirurgiske fag (generell kirurgi, urologi og gastrokirurgi). Spørsmålet om hvorvidt spesialister i ortopedi også kan inngå i vaktordningen, anbefales vurdert nærmere når det foreligger endelige beslutninger om innholdet i de nye spesialistutdanningene.
8. Styret viser til prosjektrapporten, og konstaterer at Helse Nord RHF og Helsedirektoratet sine kvalitetskrav for fødeavdelinger ikke er oppfylt, hovedsakelig fordi det ikke har lyktes å rekruttere tilstrekkelig mange faste spesialister.
9. Styret ber om at direktøren umiddelbart iverksetter rekruttering av flere gynekologer.
10. Styret er innforstått med at avvik fra kvalitetskravene har vedvart over tid, og at det vil bli utfordrende å rekruttere tilstrekkelig mange gynekologer på kort tid. Styret er med bakgrunn i dette i tvil om hvorvidt bemanningssituasjonen er forsvarlig, og ber om at Helse Nord RHF vurderer dette nærmere.
11. Styret anbefaler at gynekologi videreføres som enn hovedsakelig dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet uavhengig av fremtidig status for fødetilbudet.
12. Styret anbefaler at innføring av de største endringene som anbefalingene ovenfor medfører prosjektorganiseres som beskrevet i saken. Styret understreker at det haster å beskrive en tydelig profil på den dagkirurgiske virksomheten ved sykehuset fordi dette er nødvendig i forprosjektplanleggingen av nytt sykehus. Styret ber om å få seg forelagt en prosjektplan for innføringsprosjektet når endelige vedtak fra styret i Helse Nord RHF foreligger.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, men vedrørende pkt. 12, avventes Helsedirektoratets arbeid vedrørende kirurgi og spesialistutdanning. Hvis Helsedirektoratet foreslår endringer, kan det innebære at enkelte vedtakspunkter i saken må vurderes på nytt, i en ny styresak.*

**F<sup>s</sup> ST 34/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgi og fødepresiseringer vedrørende fødeavdelingen – oppfølging av sak 29/2017**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, men det er ikke mottatt nødvendig veiledning fra Helse Nord RHF i saken.*

**K ST 38/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**S ST 39/2017 Tilsynsrapport**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**S ST 40/2017 Strategisk utviklingsplan IKT**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

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

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**F ST 42/2017 Elektronisk medikasjon og kurve**

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

*Saken er i hovedsak fulgt opp i tråd med vedtak. På grunn av forsinkelse i det regionale prosjektet er implementeringsprosjektet i UNN utsatt, og starter først våren 2018. Punkt 3 følges opp når dette innføringsprosjektet detaljplanlegges utover i 2018.*

### S ST 43/2017 Justering av direktørens lønn

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

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

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

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

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

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

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

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**S ST 50/2017 Orientering om innsynskrav**

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

*Saken er undergitt nødvendig oppfølging.*

**K ST 53/2017 Tertialrapport 1. tertial 2017 med Kvalitets- og virksomhetsrapport**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2017* til orientering.
2. Styret ser alvorlig på at arbeidet med risiko- og sårbarhetsanalyser på området personvern og informasjonssikkerhet er forsinket, og ber om at dette prioriteres.
3. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *tertialrapporten for 1. tertial 2017* og oversender denne til Helse Nord RHF.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**B ST 54/2017 Tertialrapport for utbyggingsprosjektene**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 30.4.2017 om byggeprosjekter ved UNN til orientering.
2. Styret tar til etterretning at valideringsprosessen for radiofarmakatilvirkning tar lengre tid etter oppstart teknisk prøvedrift enn tidligere forutsatt. Styret ber om å bli nærmere orientert om hvilke konsekvenser dette har for pasientbehandling og økonomi, samt planer for å redusere uønskede konsekvenser mest mulig, ved neste rapportering.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**K ST 60/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2017**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2017* til orientering.
2. Styret ser alvorlig på den negative økonomiske utviklingen og understreker at et større avvik i årsresultatet vil få negative konsekvenser for neste års drifts- og investeringsbudsjett samt mulighetene for å gjennomføre utviklingstiltakene i langtidsplanen.
3. Styret viser til at høyere kostnader enn budsjettet er hovedårsaken til avviket og ber om at det iverksettes kortsiktige tiltak med umiddelbar virkning, eksempelvis sterke begrensninger i innkjøp, ansettelse og reisevirksomhet.
4. Styret forutsetter aktiv virksomhetsstyring gjennom ferieperioden og ber om at de kortsiktige tiltakene følges opp fortløpende. Klinikker og sentre med dyrere og flere

månedssverk enn planlagt må tilpasse bemanningen til budsjett, og klinikker med lavere ISF-inntekter enn planlagt må iverksette umiddelbare tiltak for å bedre kodingen.

5. Styret viser til at styret i Helse Nord RHF har bedt administrerende direktør i Helse Nord RHF legge frem en analyse av resultatutviklingen i UNN samt en konkret tiltaksplan for å sikre kontroll på økonomien i Helse Nord RHF's styremøte 30.8.2017. Styret ber om at det avvikles et ekstraordinært styremøte i UNN for behandling av analysen og tiltaksplanen før denne oversendes Helse Nord RHF.
6. Styret viser til anbefalingene fra det partssammensatte utvalget for åpenhet og dialog i UNN, og forutsetter at nødvendig medvirkning gjennomføres før det ekstraordinære styremøtet.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

### **K ST 61/2017 Status virksomhetsplanlegging**

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

*Saken er undergitt nødvendig oppfølging.*

### **S ST 62/2017 Møteplan 2018**

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

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

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

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

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

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

*Saken er undergitt nødvendig oppfølging.*

**K ST 69/2017 Økonomisk status - analyse og tiltaksplan**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

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

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

*Saken er undergitt nødvendig oppfølging.*

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

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

*Saken er undergitt nødvendig oppfølging.*

**K ST 74/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2017**

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

*Saken er undergitt nødvendig oppfølging.*

**S ST 75/2017 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 22.3.2017 til og med 31.7.2017* til etterretning.
2. Styret ber om ei nærmere vurdering av hvordan tilsyn rapporteres og følges opp med forbedringstiltak og læring på tvers i et senere møte.



*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**K ST 81/2017 Terialrapport 2, 2017 med Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2017**

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

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**B ST 82/2017 Terialrapport 2, 2017 – Utbyggingsprosjekter ved UNN**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) tar tertialrapporten for 2. tertial 2017 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

*Saken er undergitt nødvendig oppfølging.*

**F ST 83/2017 Organisatoriske tilpasninger for intensiv,- intermediær- og overvåkings-enheter ved utbygging av A-fløyas Plan 9, UNN Tromsø**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar til etterretning at direktøren har besluttet at overvåkings-, intermediær- og intensivvirksomheten i A9 etableres som én avdeling med én ledelse i Operasjons- og intensivklinikken.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**S ST 86/2017-1 Eventuelt - Kontinuerlig forbedringsprosess for styret**

- 1) Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar forslaget til videre prosess foreslått av arbeidsgruppen.
- 2) Styret ber styreleder om å oppnevne arbeidsgruppe for videre arbeid med utarbeiding av "kritiske prosesser."

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**S ST 86/2017-2 Eventuelt - Samisk legeforening inviteres til styret**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ønsker at Samisk legeforening inviteres til et styremøte hvor det gis orientering om foreningens strategier og tanker rundt utviklingen av samisk

spesialisthelsetjeneste.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak – foreningen invitert til dialogmøtet med Finnmarkssykehuset.*

**K ST 89/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport**

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.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**K ST 90/2017 Endringer i virksomhetsplanlegging 2018**

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

*Saken er undergitt nødvendig oppfølging.*

**S ST 91/2017 Informasjonssikkerhet – Unntatt offentlighet**

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 risikoreducerendetiltak i februar 2018.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak. Det gis oppfølgende orientering til styret i 2018, som planlagt.*

**B ST 95/2017 Nye UNN Narvik**

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.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

**K ST 98/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport**

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

*Saken er undergitt nødvendig oppfølging.*

**S ST 99/2017 Tilsynsrapport**

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.

*Saken er undergitt nødvendig oppfølging.*

**K ST 100/2017 Virksomhetsplan 2018**

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
<b>SUM driftsinntekter</b>	<b>7 294,8</b>	<b>7 208,4</b>	<b>7 207,8</b>	<b>7 415,4</b>	<b>207,0</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	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
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 180,8</b>	<b>7 183,4</b>	<b>7 182,5</b>	<b>7 392,8</b>	<b>209,5</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>114,0</b>	<b>25,0</b>	<b>25,3</b>	<b>22,5</b>	<b>-2,5</b>
Finansinntekter	21,5	15,0	18,9	10,0	-5,0
Finanskostnader	-0,3	0,0	0,8	7,5	7,5
<b>Finansresultat</b>	<b>21,2</b>	<b>15,0</b>	<b>19,7</b>	<b>17,5</b>	<b>2,5</b>
<b>Ordinært resultat</b>	<b>135,2</b>	<b>40,0</b>	<b>45,0</b>	<b>40,0</b>	<b>0,0</b>

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, ansettelse 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.
6. Styret ber om å få en analyse av inngangshastigheten til 2018, basert på regnskapene for desember 2017 og januar 2018, til styremøtet 15.2.2018.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.*

## S ST 101/2017 Hovedindikatorer

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende foreløpige hovedindikatorer for virksomhetsstyring i 2018:

1. Oppholdstid i akuttmottak (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 virksomhetsrapportene.

*Saken følges opp i 2018 i tråd med vedtak.*



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
6/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Einar Bugge

## Oppdragsdokument 2018

### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppdragsdokumentet 2018 til etterretning.

### Bakgrunn

Oppdragsdokumentet ble overlevert i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) den 7.2.2017, og uttrykker prioriteringer ut fra nasjonale krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og styret i Helse Nord RHF. Dokumentet gir også en oversikt over bestillinger rettet direkte mot UNN.

### Formål

Sakens formål er å orientere styret om UNNs oppdragsdokument for 2018. Saksfremlegget gir en oversikt over viktige styringssignaler for 2018.

### Saksutredning

#### Generelt

Oppdragsdokumentet er Helse Nord RHF sin bestilling til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Til grunn for prioriteringene ligger tidligere års oppdragsdokumenter samt oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2018. I tillegg kommer protokoller fra foretaksmøter, føringer i statsbudsjett for 2018 og styresaker som omhandler budsjett og investeringer. Helse Nord RHF har også lagt vekt på innspill fremkommet gjennom løpende kontakt med helseforetakene høsten 2017.

Helse- og omsorgsdepartementets (HODs) tre overordnede styringsmål for Helse Nord RHF er:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

HOD viderefører visjonen om pasientens helsetjeneste. Det betyr at pasientene i UNN og i regionen skal oppleve respekt og åpenhet, og delta i beslutninger om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende på alle

nivå. Det må etableres gode arenaer og systemer for informasjonsutveksling, veiledning og kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester, når det er behov for det. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

For 2018 er det fem felles områder som vil være kritiske for måloppnåelse innen de tre overordnede målene. Disse skal rapporteres i virksomhetsrapportering, og inkluderer:

1. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021.
2. Det skal ikke være fristbrudd.
3. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
4. Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.
5. Økonomisk resultat skal være i tråd med plan.

Risikovurdering av måloppnåelse for disse indikatorene er vektlagt spesielt.

Helseforetakene er store samfunnsaktører som det forventes tar samfunnsansvar. Det gjelder de fire kjerneområdene klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon.

### **Overordnede mål 2018:**

#### **Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen**

Videre utvikling av pasientens helsetjeneste er et sentralt område i oppdragsdokumentet. Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved helseforetaket og i samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester. Det skal gi god bruk av samlet kapasitet, økt valgfrihet for pasientene og nye arbeids- og samarbeidsformer.

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.
- Ingen fristbrudd.
- Median tid til tjenestestart skal reduseres i regionen sammenliknet med 2017.
- Foretaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Regionen skal overholde minst 95 pst. av avtalene innen 2021.
- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres

#### **Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

Pasientene skal oppleve en tjeneste basert på frivillighet og mindre bruk av tvang. Tilgjengeligheten på tjenestene innen psykisk helsevern skal bedres, og i størst mulig grad tilbys lokalt. UNN skal samarbeide med kommunale tjenester for at pasienten får tilrettelagte helhetlige og sammenhengende tjenester.

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).

- Færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017.
- Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.
- Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### **Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i enda større grad opplever å få trygg og god helsehjelp. Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer må brukes aktivt som viktige redskap for utforming av god praksis og i systematisk forbedringsarbeid. Helse, miljø og sikkerhetsarbeid (HMS) skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

- Andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene er redusert med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra undersøkelsen for 2012.
- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 3,5 pst.
- 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012.
- Minst 20 pst. av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysbehandling.
- Minst 50 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.
- Ingen korridorpasienter.
- Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 pst.
- Antall kliniske behandlingsstudier er økt sammenliknet med 2017.

### **Mer spesifikt om ulike områder i oppdragsdokumentet**

#### *Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen*

Videre utvikling av pasientens helsetjeneste er et sentralt område i oppdragsdokumentet, og inkluderer blant annet spesifiserte tiltak som redusert ventetid og redusert median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017, samt krav om å ikke ha fristbrudd. Veksten skal være høyere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Det skal arbeides for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler. Foretaket skal stimulere og legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk og kulturforståelse, og bidra til kompetanseutvikling som bygger opp under Helse Nord's ansvar for å sikre likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud til hele den samiske befolkningen i Norge.

UNN skal etablere mottaksprosjekt for å innføre ny funksjonalitet i tråd med forutsetningene som legges innenfor FRESK-programmet (FREmtidens Systemer i Klinikkene), og ta i bruk digital kommunikasjon med pasienter og pårørende og andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no innenfor rammene av digitale innbyggertjenester.

Innen området *somatikk* inngår blant annet krav om implementering av pakkeforløp for pasienter med hjerneslag, inklusjon av kreftpasienter i pakkeforløp, krav om rask behandling av pasienter med hjerneslag som skal ha blodproppløsende medisin og krav til bedre og mer standardiserte forløp for pasienter med hjerteinfarkt. UNN skal følge opp variasjon i liggetid, etterkontroller og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebruddspasienter, samt variasjon i



utnyttelse av operasjonsstuene, jf. Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse av effektivitet i sykehus, og forberede innføring av Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft fra 2019. Det skal være system for å tilkalle og trene akutteam ved definerte alvorlige tilstander.

Innen *psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* stilles blant annet krav om reduksjon i antall tvangsinnleggelse for voksne og reduksjon i tvangsmiddelbruk sammenlignet med 2017. Foretaket skal registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet skal videreføres, herunder bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet. Tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler skal iverksettes, og kompetansen for behandling av psykiske lidelser blant personer med utviklingshemming skal styrkes.

Innenfor *samhandling med kommuner* skal UNN etablere arenaer for dialog, gjensidig læring og erfaringsutveksling mv. for å styrke samarbeidet med fastlegene, og utarbeide en plan med konkrete tiltak for å understøtte fastleger og kommunehelsetjeneste på måter som gjør det mulig å gi behandlingstilbud i kommunene der dette er faglig forsvarlig, herunder øke bruk av videobaserte konsultasjoner vis a vis pasienter og faglige samarbeidsparter. Elektroniske dialogmeldinger og henvisning m/vedlegg skal tas i bruk i samhandlingen med fastleger og om mulig, kommunene.

Under overskriften *kvalitet* skal UNN stille med nødvendige ressurser og kompetanse til det interregionale arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og forbruk. Det stilles krav om at det ikke skal være korridorpasienter. Andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene skal reduseres med 25 %, målt ut fra undersøkelsen for 2012. UNN skal registrere alle aktuelle pasienter i nasjonale kvalitetsregistre og bruke registrenes resultater og også Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og KPP-data i eget forbedringsarbeid. Nye regionale rutiner for legemiddelssamstemming og bruk av legemiddelmodul i DIPS skal implementeres, og andel legemiddellister som er samstemt ved innleggelse skal rapporteres fra og med andre halvår 2018.

Innenfor *pasientsikkerhet* stilles det krav om at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære drift, og arbeidet på pasientsikkerhetsområdet skal videreføres. UNN skal sikre at nødvendig informasjon sendes med alle pasienter som skrives ut og som har behov for kommunal oppfølging, for å sikre et godt og helhetlig behandlings- og pasientforløp.

Innenfor *smittevern* er det krav om færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner målt ved prevalensundersøkelse. Bruk av bredspektrede antibiotika skal reduseres, og det skal gjennomføres systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon. Prevalensundersøkelser og registrering av postoperative sårinfeksjoner skal følges opp som tidligere.

Miljøarbeidet i foretakene skal være i fremste rekke i arbeidet med *klima- og miljøtiltak*, og det skal settes mål for nasjonale miljøindikatorer (energiforbruk, avfall, vann, innkjøp).

På området *personvern og informasjonssikkerhet* stilles det krav om at foretaket har tilfredsstillende informasjonssikkerhet basert på vurdering av risiko og sårbarhet, og oppfølging gjennom internkontroll. Helseforetakene skal gjennom systematiske tiltak sørge for at nasjonale krav til informasjonssikkerhet blir ivaretatt. Resultater fra foretakets sikkerhetsrevisjoner, oppsummering fra avviksrapportering og trender fra gjennomførte risikovurderinger skal rapporteres i «Ledelsens gjennomgang». Status på risiko- og sårbarhetsanalyser om

informasjonssikkerhet skal styrebehandles innen 1. juni. Gjeldende driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT skal revideres. Det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU innen 1. juni.

*Beredskap:* UNN skal gjennomføre tiltak som gjør at helseforetaket er klar for å implementere ny sikkerhetslov når den trer i kraft, og gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan. UNN skal også vurdere behov for nye tiltak for å sikre tilgang av vann og strøm for å kunne møte langvarig bortfall, samt behov for nye tiltak for å sikre drift uten tilgang til IKT, for å kunne møte langvarig bortfall.

Innenfor *forskning og innovasjon* skal UNN blant annet implementere tiltak i den regionale strategi for forskning og innovasjon 2016 – 2020 i tråd med vedtatt tiltaksplan for 2018. Antall kliniske behandlingsstudier skal øke sammenliknet med 2017, og flere pasienter skal rekrutteres inn i slike studier. UNN skal legge til rette for å innføre nasjonalt system for registrering og fremming av innovasjonsprosjekter.

### **Sikre god pasient- og brukervedvirkning**

I kravene på dette området inngår at foretaket skal sikre at pasienten får god nok kvalitet på informasjon for å kunne ta reelle valg for sin behandlingsmetode/behandlingssted. Det skal publisere flere unike pasientbehandlinger/-undersøkelser på foretakets nettsider og legges til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelse. Foretaket skal sikre reell brukervedvirkning i forskning.

### **Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell**

Her inngår mål om at det skal fremlegges plan for å redusere deltidsarbeid i tertialrapport 1. Det skal redegjøres for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %, og redegjøres særskilt for tiltak ved fravær over 10 %. UNN skal delta i utvikling av felles regionale kompetansestrategier, herunder også strategi for teknologistøttet læring. Det skal utarbeides årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet.

Innenfor *HMS-området* skal foretaket bidra til utvikling av regional kompetanseplan for opplæring i HMS, og bidra i arbeidet med strategi og kompetanseplan for vernetjenesten. Det skal sikres systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte. Prosedyrer for varsling, oppfølging og rapportering av vold, trusler og trakassering skal gjennomgås og eventuelt oppdateres. UNN skal delta i regionalt arbeid med utvikling, implementering, gjennomføring og oppfølging av ForBedring, den nye sammenslåtte HMS-, medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.

### **Utdanning av legespesialister**

Implementering av del 2 og 3 av ny spesialistutdanning fra mars 2019 skal forberedes. UNN skal lede regionalt implementeringsprosjekt for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger i henhold til styringsdokumentet, og forberede og iverksette søknadsprosess for godkjenning av helseforetaket som utdanningsvirksomhet innen aktuelle spesialiteter. UNN skal initiere og lede arbeidet i regionen med å innføre den nye spesialiteten akutt- og mottaksmedisin.

### **Innfri økonomiske mål i perioden**

*Resultatkravet* for UNN er et overskudd på 40 mill. kroner. Det stilles krav om styrebehandling av tiltaksplan for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2018–2021 innen 25. april.

*Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.* UNN skal starte arbeidet med husleiemodell, basert på anbefalinger fra pilotprosjekt i Helgelandssykehuset og nasjonal rapport. Foretaket skal også følge opp en 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard, kvalitet og verdier over tid. UNN skal starte evaluering av PET-senteret og A-fløya, begge ferdigstilles første kvartal 2019.

På *anskaffelsesområdet* skal UNN styrebehandle «Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021» i løpet av våren 2018. Det stilles krav om samordning, systembruk og samhandling internt og eksternt med en rekke definerte tiltak, og UNN skal sikre at en høy andel av innkjøp gjøres gjennom systemet Clockwork.

### **Risikostyring og internkontroll**

Foretakene skal løpende vurdere hvilke vesentlige risikoer som er knyttet til virksomheten. Ved endringer eller etablering av prosjekt og rutiner av vesentlig betydning skal risikovurdering foreligge før tiltak igangsettes.

De overordnede mål for risikostyring i 2018 som skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene og skal rapporteres i virksomhetsrapportene, er:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen
  - a) Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021
  - b) Det skal ikke være fristbrudd
  - c) Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid
2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning
3. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
  - d) Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.
4. Innfri de økonomiske mål i perioden
  - e) Økonomisk resultat i tråd med plan

Helseforetakene skal innen andre tertial systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten

### **Styringsparametre 2017**

Helse Nord RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetakene følge opp de valgte styringsparametre samt andre kvalitetsindikatorer ved behov. Styret og ledelsen i foretakene har et ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorene som Helsedirektoratet publiserer og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene. I oppdragsdokumentet listes opp en rekke indikatorer som skal rapporteres månedlig, tertialvis eller i årlig melding.

Indikatorer tilhørende målet om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse inkluderer ventetid og andel fristbrudd (månedlig), samt andel kreftpasienter som inngår i pakkeforløp og andel som gjennomføres innen anbefalt forløpstid (tertialvis). I tillegg nærmere spesifiserte indikatorer publisert fra Helsedirektoratet for oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus, som skal rapporteres tertialvis.

Den gylne regel med høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføres, med krav om prosentvis større reduksjon i ventetid og prosentvis

større vekst i kostnader, årsverk og aktivitet (der kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon holdes utenfor). Antall tvangsinnleggelses, andel pasienter i døgnbehandling med tvangsvedtak og avbrudd i døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling rapporteres tertialvis.

Indikatorer for bedre kvalitet og pasientsikkerhet inkludert trombolysbehandling av hjerneinfarkt, andel korridorpatienter, andel pasienter som får hjemmedialyse og bruk av bredspektrede antibiotika rapporteres tertialvis, mens forekomst sykehusinfeksjoner rapporteres to ganger årlig. I tillegg skal det rapporteres årlig på en rekke nasjonale kvalitetsindikatorer som publiseres fra Folkehelseinstituttet (PasOpp, 30 dagers overlevelse etter innleggelse for ulike sykdommer) og fra Helsedirektoratet (GTT-tall, som er måling av forekomst av pasientskader).

## Medvirkning

Oppdragsdokumentet har, i tillegg til dialog- og drøftingsmøte med konserntillitsvalgte og konsernverneombud, blitt behandlet i regionalt direktørmøte, fagsjefmøte og i Regionalt brukerutvalg. Det har også vært gjennomført dialogmøter med Sametinget og HOD for å ivareta tilbudet til samiske pasienter. Saken er drøftet med konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF 6.2.2018, og behandlet i det regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF 31.1.2018.

Styresaken er forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i eget drøftingsmøte 8.2.2018, der også brukernes arbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalget var invitert. Egen protokoll fra dette møtet blir behandlet i styremøtet 15.2. som egen referatsak.

## Vurdering

Oppdragsdokumentet ivaretar krav som stilles og oppgaver som pålegges fra overordnede myndigheter. Oppdragsdokumentet inneholder flere nye krav til UNN samtidig som bestillinger i tidligere oppdragsdokument opprettholdes og videreføres. Selv om oppdragsdokumentet kommer sent i forhold til virksomhetsplanleggingen i foretaket, er de fleste endringer og nye krav kjent fra tidligere. Den sterke vektlegging av *pasientens helsetjeneste* med stort fokus på kvalitet og pasientsikkerhet er godt i tråd med UNNs gjeldende strategier og strategiske utviklingsplan. Det samme gjelder oppdragsdokumentets fokus på gode pasientforløp, brukerorientering og brukermidvirkning. Det tydelige fokuset på risikostyring og internkontroll er likeledes i tråd med pågående utviklingsarbeid i UNNs for å sikre god kvalitet i alle ledd i virksomheten, og da særlig godt sammenfallende med UNNs omfattende og langsiktige satsing på *kontinuerlig forbedring*.

For å skaffe rom til videreutvikling av helsetjenestene, inkludert nødvendige investeringer, er det sentralt å fokusere på riktige prioriteringer. Aktivitet som ikke er nødvendig, eller som kan utføres like bra eller bedre i primærhelsetjenesten, skal ikke utføres i spesialisthelsetjenesten. Oppfølging av samhandlingsreformen, oppfølging av tilgjengelige data for å oppnå et likeverdig tilbud til befolkningen uavhengig av bosted, samt gode rutiner for oppfølging av kronikere er viktige områder å fokusere på for å skaffe rom til å utvikle UNN videre som et godt universitetssykehus, i likhet med fortsatt satsing på systematisk arbeid med kontinuerlig forbedring og implementering av systematiske pasientforløp. Oppdragsdokumentets tydelige krav om tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og kapasitetsutnyttelse samt fokus på bruk av resultater fra ulike kilder i systematisk forbedringsarbeid er godt i tråd med UNNs måldokumenter.

Oppdragsdokumentet vil gjennomgått og fordeling av oppgavene vil bli diskutert i direktørens ledergruppe. Oppdragene vil bli lagt inn som en del av klinikkens og senternes dialogavtaler, for å sikre fokus på gjennomføring og lette rapporteringen. Rapporteringen til styret vil i stor grad inngå i den ordinære virksomhetsrapporteringen.

UNN har forbedret resultatene på mange områder i 2017, og foretaket er etter direktørens vurdering godt skodd for å fortsette denne utviklingen i 2018, i tråd med det nye oppdragsdokumentet. Mål om kortere gjennomsnittlig ventetid enn i 2017, og under 50 dager innen 2021 er ambisiøst og krevende, men forventes å kunne imøtekommes når UNN nå bare har svært få langtidsventende over 12 måneder og stadig flere enheter driver god langtidsplanlegging. Kravet om at fristbrudd ikke skal forekomme fordrer fortsatt stort fokus på opplæring i og kontroll på pasientadministrative rutiner, samt fokus på riktige prioriteringer, langsiktig planlegging og god kapasitetsutnyttelse.

## **Konklusjon**

Summen av kravene i oppdragsdokumentet vil kreve et meget tydelig lederfokus i organisasjonen, og god dialog og medvirkning og innsats fra alle vil være sentralt for å oppnå både de mål som er satt i oppdragsdokumentet og foretakets egne mål for 2018. Kravene i oppdragsdokumentet er i god overensstemmelse med UNNs strategier, og også godt i tråd med UNNs sterke fokus på å utvikle en organisasjon preget av kontinuerlig forbedring.

Tromsø, 8.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg: Oppdragsdokument 2018



# Oppdragsdokument 2018

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 7. februar 2018

## Oppdragsdokument 2018

## Innhold

Ordliste .....	4
1 Innledning.....	5
2 Mål og føringer .....	6
3 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen 8	
<b>3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2 Somatikk.....</b>	<b>9</b>
<b>3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....</b>	<b>12</b>
<b>3.4 Samhandling med kommuner .....</b>	<b>13</b>
<b>3.5 Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....</b>	<b>13</b>
<b>3.6 Kvalitetsutvikling .....</b>	<b>14</b>
<b>3.7 Pasientsikkerhet.....</b>	<b>15</b>
<b>3.8 Smittevern.....</b>	<b>15</b>
<b>3.9 Forskning og innovasjon .....</b>	<b>16</b>
4 Øvrige områder.....	17
<b>4.1 Klima- og miljøtiltak.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2 Personvern og informasjonssikkerhet .....</b>	<b>17</b>
<b>4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet .....</b>	<b>19</b>
<b>4.4 Beredskap .....</b>	<b>19</b>
5 Sikre god pasient- og brukermedvirkning .....	19
6 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....	20
<b>6.1 Sikre gode arbeidsforhold .....</b>	<b>20</b>
<b>6.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell.....</b>	<b>20</b>
<b>6.3 Utdanning av legespesialister .....</b>	<b>21</b>
<b>6.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS) .....</b>	<b>21</b>
7 Innfri økonomiske mål i perioden.....	22
<b>7.1 Tildeling av midler .....</b>	<b>22</b>
<b>7.2 Resultatkrav .....</b>	<b>23</b>
<b>7.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....</b>	<b>23</b>
<b>7.4 Anskaffelsesområdet.....</b>	<b>24</b>
8 Risikostyring og internkontroll.....	26
9 Særlige krav til regionale fellesfunksjoner .....	27
10 Styringsparametere 2018 .....	28
11 Oppfølging og rapportering.....	31
12 Vedlegg .....	32

*Oppdragsdokument 2018*

<b>12.1</b>	<b>Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell - dimensjonering.....</b>	<b>32</b>
<b>12.2</b>	<b>Vedlegg 2 Tilleggsliste til oppdragsdokument 2018 .....</b>	<b>34</b>



## Oppdragsdokument 2018

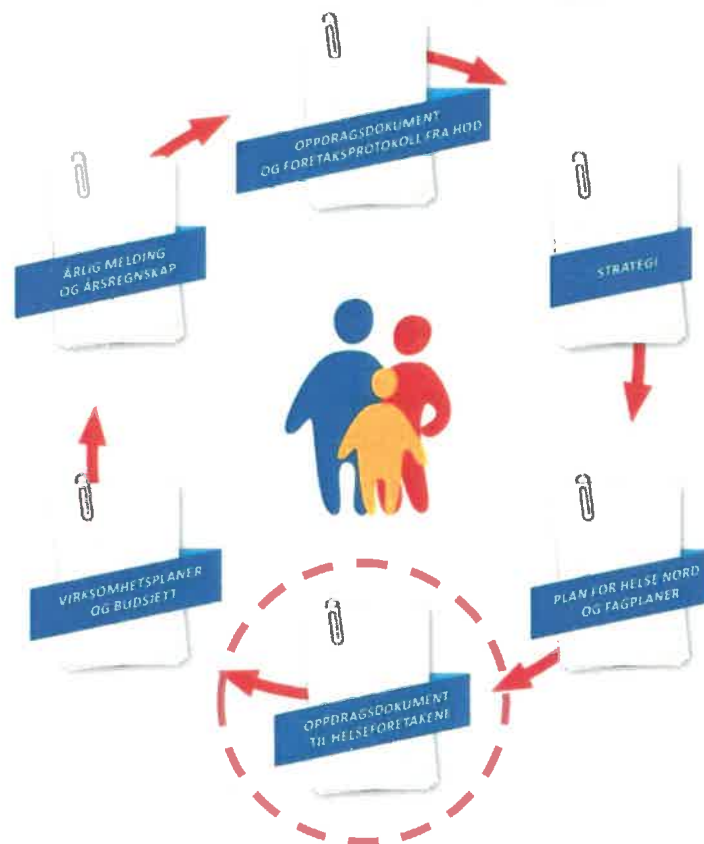
**Ordliste**

AD	Administrerende direktør
ASJ	Automatisert strukturert journalundersøkelse
BHM	Behandlingshjelpemidler
BUFETAT	Barne-, ungdoms- og familieetaten
DIPS	Leverandør av elektronisk pasientjournal - EPJ.
EMT	Emergency Medical Team
FDV	Forvaltning, drift og vedlikehold
FIN	Finnmarkssykehuset
FRESK	FREmtidens Systemer i Klinikkene
GAT	Arbeidsplansystem i Helse Nord
GTT	Global trigger tool
HAI	Infeksjoner assosiert med opphold eller behandling i en helseinstitusjon
HN	Helse Nord
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HF	Helseforetak
HMS	Helse, miljø og sikkerhet
HSYK	Helgelandssykehuset
IKP	Infeksjonskontrollprogram
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
KD	Kunnskapsdepartementet
KORSN	Kompetansesenter i smittevern i Helse Nord
KLINBEFORSK	De regionale helseforetakenes nasjonale program for klinisk behandlingforskning
KS	Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon
KPP	Kostnad per pasient
MTU	Medisinsk teknisk utstyr
NCAF	Elektronisk portal for gransking av pasientjournaler/pasientskader
NIFU	Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
NLSH	Nordlandssykehuset
NOIS	Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helseassosierte infeksjoner (NOIS-registerforskriften)
NOIS-PIAH	Prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk
NSTEMI	Akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon i EKG
OSO	Overordnet samarbeidsorgan
PAS/EPJ	Elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system
PCI	Perkutan koronar intervensjon
PET	Positronemisjonstomografi, diagnostisk undersøkelse
RHF	Regionalt helseforetak
ROS	Risiko- og sårbarhetsanalyse
SANO	Sykehusapotek Nord
SKDE	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
STEMI	Akutt hjerteinfarkt med ST-elevasjon i EKG
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge

## Oppdragsdokument 2018

# 1 Innledning

Oppdragsdokumentet er viktig for å nå målet om best mulig behandling for våre pasienter. Oppdragsdokumentet viser hva helseforetakene skal prioritere det kommende året. Det årlige oppdraget henger sammen med mål fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nords langsiktige planlegging. Det er viktig for oss å være forutsigbare og tydelige. Vi ser sammenheng mellom våre viktigste planer og våre formål: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, samt forskning. Figur 1 illustrerer sammenhengen mellom våre plandokumenter.



Figur 1: Plandokumentenes sammenheng

Oppdragsdokumentet redegjør for mål og føringer i kapittel 2. Krav gis i kapittel 3–9, og disse er knyttet til målene. Dersom ikke annet er oppgitt, skal alle krav for 2018 rapporteres i tertialrapport og årlig melding. Styringsparametere rapporteres som beskrevet i egen tabell i kapittel 10.

## 2 Mål og føringer

Helse Nords viktigste mål er:

1. *Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.*
2. *Sikre god pasient- og brukermedvirkning.*
3. *Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.*
4. *Innfri de økonomiske mål i perioden.*

Det vises til Plan for Helse Nord 2018–2021 for nærmere beskrivelse av hvordan målene skal nås på lang sikt. Kravene for det kommende året gis i kapittel 3–9.

For 2018 er det fem felles områder som vil være kritiske for måloppnåelse, jf. kapittel 8.

- a) Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021.
- b) Det skal ikke være fristbrudd.
- c) Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
- d) Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.
- e) Økonomisk resultat skal være i tråd med plan.

Helseforetakene skal bidra med faglige ressurser i regionale og nasjonale prosjekter og arbeidsgrupper. Utgiftene til dette skal dekkes av det enkelte helseforetak.

Helseforetakene er store samfunnsaktører som det forventes tar samfunnsansvar. Det gjelder fire kjerneområder: klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon.

Helse Nord RHF og helseforetak har samarbeidsavtaler med regioner i Nordvest-Russland, Finland og Sverige. Helseforetakene skal bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene og legge til rette for god beredskap, øvelser og helsesamarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Barentsregionen.

Foretaksspesifikke og generelle mål innenfor sykehusfarmasi/legemidler gis til de fire sykehusforetakene, som aktivt skal samhandle med Sykehusapotek Nord (SANO). SANOs oppdrag er å bistå de andre helseforetakene til å nå disse målene.

Følgende nye dokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
- Sammen redder vi liv – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander. Helsedirektoratet 2017
- Meld. St. 6 (2017–2018) Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
- Nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata
- Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024)
- Nasjonal diabetesplan (2017–2021)

### Oppdragsdokument 2018

- Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgstjenesten. (Rapportnummer IE-1012, utgitt av Direktoratet for e-helse, desember 2017)
- I 2016 vedtok EU-parlamentet en ny personvernforordning, General Data Protection Regulation (GDPR) som vil være gjeldende fra 25. mai 2018 i hele EU og erstatte EUs personverndirektiv fra 1995. Dette betyr at i Norge vil forordningen erstatte personopplysningsloven og tilhørende forskrifter.
- Nasjonal e-helsestrategi med tilhørende handlingsplan<sup>1</sup>.

Det vises også til styresak 142-2016-4 Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord – felles verktøykasse. Helse Nord forventer styrket oppmerksomhet og systematikk for å fremme åpenhet om uønskede hendelser og organisasjonens evne til læring og forbedring.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette betyr bruk av tolketjenester ved behov. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

Prinsippene for prioritering<sup>2</sup> skal ligge til grunn for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder nye legemidler, teknologi og endring i arbeidsprosesser.

---

<sup>1</sup> <https://ehelse.no/strategi/e-helsestrategi>

<sup>2</sup> Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

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

#### 3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

##### Krav for 2018:

1. Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.
2. Ikke ha fristbrudd.
3. Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017<sup>3</sup>.
4. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.
5. Ha høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).<sup>4</sup>
6. Følge opp anbefalingene i rapporten fra de regionale helseforetakene til HOD «Overgang til faglig likeverdige og tilgrensende oppdrag», og redegjøre for denne oppfølgingen innen 1. mai. En viktig forutsetning for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler er at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om legemidler på forskrivningstidspunktet.
7. Registrere i pasientadministrative systemer at pasienter har vært vurdert og eventuelt fått tildelt kontaktlege. Det skal redegjøres for status i tertialrapport 1.
8. Utvikle rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste ut fra best tilgjengelig kunnskap. Rutinene skal omfatte overføring internt i sykehuset og mellom sykehuset og primærhelsetjenesten. Rutinene utarbeides i samarbeid med ungdomsrådet i helseforetakene.
9. Stimulere og legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk og kulturforståelse.
10. Bidra til kompetanseutvikling som bygger opp under Helse Nords ansvar for å sikre likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud til hele den samiske befolkningen i Norge.
11. Øke bruken av Mine pasientreiser (digitaliseringsgrad) til 55 % i Helse Nord.
12. Etablere mottaksprosjekt for å innføre ny funksjonalitet i tråd med forutsetningene som legges innenfor FRESK-programmet (FREmtidens Systemer i Klinikkene).
13. Beskrive status og lage videre plan for omleggingen av Raskere tilbake, innen 1. april 2018.
14. Ta i bruk digital kommunikasjon med pasienter og pårørende og andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no innenfor rammene av digitale innbyggertjenester.

---

<sup>3</sup> Tiden mellom den dato henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og den dato pasienten mottar en tjeneste, det vil si dato for når en bestemt prosedyre er utført. Dette måles for et utvalg utrednings- og behandlingsprosedyrer. Liste over hvilke utrednings- og behandlingstjenester som inngår i målingene finnes på Helsedirektoratets nettsider:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Statistikk%20fra%20Norsk%20pasientregister/Definisjon-av-tjenester.pdf>

<sup>4</sup> Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

## Oppdragsdokument 2018

15. Kvalitetssikre at alle prosjekt/program som benytter IKT er godkjent i tråd med arkitekturprinsipper, og at samhandlingsløsninger gjennomføres i tråd med nasjonal samhandlingsstruktur.
16. Etablere system for å implementere lovendringene i helsepersonelloven § 10 som omhandler barn som pårørende.

### Foretaksspesifikke krav for 2018

#### **Finnmarkssykehuset**

1. Legge til rette for at eksisterende tilbud om kompetanseheving i samisk kultur gjøres kjent nasjonalt slik at helsepersonell i hele landet har mulighet til å delta.

#### **Helse Nord IKT**

1. Leverer tjenester i henhold til inngåtte avtaler og sikre høy tilfredshet.
2. Dimensjonere organisasjonen til, innen rimelig tid, å kunne levere på konkrete bestillinger i Helse Nord IKTs «Felles innboks»<sup>5</sup>. «Rimelig tid» konkretiseres og formaliseres i tjenestenivåavtaler med helseforetakene og Helse Nord RHF. Det skal innen 1. mars avklares om krav til responstid skal avspeiles i ulike timepriser.
3. Etablere en tett dialog med sentrale programmer/prosjekter i regionen for å sikre nødvendige leveranser f.Eks:
  1. FRESK
  2. Digitale innbyggertjenester
  3. Prosjektporteføljen Nasjonal IKT
  4. Helse Nord's porteføljestyring
  5. Helse Nord Ledelsesinformasjonssystem (LIS)Det er foretakets ansvar å stille nødvendige ressurser/leveranser tilgjengelig slik at fremdriften til sentrale programmer/prosjekter ikke blir unødvendig forsinket.
4. Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. Bekrefte etterlevelse innen utgangen av 1. tertial.

## **3.2 Somatikk**

### Krav for 2018

1. Ta i bruk pakkeforløp hjerneslag etter nasjonale retningslinjer.
2. Gi intravenøs trombolysebehandling til minst 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt.
3. Gi minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som skal ha trombolysebehandling, denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.
4. Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.
5. Ha minst 70 % av nye kreftpasienter i pakkeforløp.
6. Gjennomføre minst 70 % av pakkeforløp innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.
7. Redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.

---

<sup>5</sup> <http://intranett.helse-nord.no/felles-innboks/category35920.html>

### Oppdragsdokument 2018

8. Følge opp variasjon i liggetid, etterkontroller og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebruddspasienter, samt variasjon i utnyttelse av operasjonsstuene, jf. Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse av effektivitet i sykehus.
9. Forberede innføring av Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft fra 2019.
10. Delta i informasjonskampanje for å øke antall organdonorer i 2018. Kampanjen skal også omfatte levende giver av nyre.
11. Kartlegge om laboratorierekvisisjonene inkluderer den kliniske informasjon som er nødvendig for å vurdere om prøvene skal analyseres og for å tolke analysene. Det skal også foreslås tiltak som kan iverksettes dersom kartleggingen skulle konkludere med at informasjonsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig. Frist for rapportering 15. april.
12. Ta i bruk nasjonal traumeplan av 2016 og de krav som stilles til akuttisykehus med traumefunksjon og traumesenter, inkludert opplæring og trening jf. styrevedtak 26-2017.
13. Etablere system for å tilkalle og trene akutteam ved alvorlige tilstander som:
  - traumer
  - alvorlig syke barn
  - andre alvorlig syke pasienter
  - syke nyfødte
14. Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse.
15. Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulanspersonell for å øke andelen prehospital trombolysedose ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI). Rapporteres 2. tertial og årlig melding.
16. Behandle mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolysedose innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter.<sup>6</sup>
17. Sikre lokalsykehusstilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykkelig overvekt.

#### Foretaksspesifikke krav for 2018

##### **Finnmarkssykehuset**

1. Etablere stedlig ledelse ved Klinikk Alta.
2. Planlegge etablering av slagalarm koblet opp mot nevrolog, slik at en kan starte trombolysedosebehandling i Alta i løpet av 2019 når nybygg og de faglige forutsetninger er på plass.
3. Ha tilgjengelighet og åpningstider på nye radiologiske tjenester i Alta som tilfredsstillende befolkningens behov. Tjenestene etableres i løpet av 2019.
4. Legge til rette for at legespesialister kan etablere seg i Alta, og at det må være mulig å arbeide delt mellom Hammerfest og Alta, uavhengig av hvor man har bosted og fast arbeidstilknytning.

---

<sup>6</sup> Kilde hjerteinfarktregisteret

*Oppdragsdokument 2018*

5. Redegjøre for hvilke tiltak som er iverksatt for å unngå unødig pasienttransport når diagnostikk og behandling ikke kan gis ved lokalsykehuset. (Uten unødig omvei til lokalsykehus).

**Helse Nord IKT**

1. Etablere teknisk og merkantil forvaltning av LabCraft blodbanksystem og Medisinsk Genetikk (MedGen).
2. Verifisere og eventuelt oppgradere elektroniske meldinger for Labcraft Blodbanksystem slik at disse er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen.

**Nordlandssykehuset**

1. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Mosjøen.
2. Ha kortere ventetid enn 16 uker på det regionale tilbudet for utredning og behandling av pasienter med sykkelig overvekt.
3. Delta i å utrede etablering av trombektomitilbud ved hjerneslag ved Nordlandssykehuset Bodø i samarbeid med UNN. Utredningen ledes av Helse Nord RHF.

**Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Delta i en nasjonal ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine behandlingsmuligheter for enten etablert eller utprøvende behandling i Norge eller i utlandet, jf. utredning gjennomført i 2017.
2. Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Kirkenes.
3. Overta Flight Following av ambulanshelikoptrene i Helse Nord og koordinering av alle helikoptre som utfører ambulansetjeneste i regionen, innen 1. juni. UNN skal lede den regionale prosessen slik at endringen kan gjennomføres kostnadseffektivt og uten uheldige konsekvenser.
4. Reorganisere forvaltningssettene for kliniske IKT-systemer i samarbeid med Helse Nord RHF. Frist for tilbakemelding er 1. tertial.
5. Utrede flere enn 80 % av pasientene under 80 år innlagt med NSTEMI med koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse.
6. Delta i å utrede etablering av trombektomitilbud ved hjerneslag ved Nordlandssykehuset Bodø, i samarbeid med Nordlandssykehuset. Utredningen ledes av Helse Nord RHF.
7. Overføre teknisk og merkantil forvaltning av LabCraft blodbanksystem og Medisinsk Genetikk (Jupiter) til Helse Nord IKT.



### 3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

#### Krav for 2018

1. Ha færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017.
2. Ha færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.
3. Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
4. Implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus.
5. Registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene, jf. innføring av betalingsplikt for kommunene fra 2019.
6. Videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet. Bidra til at disse helsetilbudene videreutvikles slik at også samiske barns språklige og kulturelle bakgrunn er ivaretatt.
7. Iverksette tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler, herunder språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte, og etablere forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kriminalomsorgen.
8. Styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismespekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner.
9. Styrke kompetansen for behandling av psykiske lidelser blant personer med utviklingshemming.
10. Tilby oppfølging med formål om tilbakeføring til ordinært arbeidsliv, utdanning eller annen aktivitet som et ledd i behandlingen. Oppfølgingen bør gjennomføres i samarbeid med brukeren selv, kommunene og NAV.

#### Foretaksspesifikke krav for 2018:

##### **Finnmarkssykehuset**

1. Etablere vaktordning som sikrer akutttilbud gjennom døgnet i DPS. Samarbeide med Universitetssykehuset Nord-Norge om å etablere pasientforløp for akuttpasienter.

##### **Helgelandssykehuset**

1. Etablere vaktordning som sikrer akutttilbud gjennom døgnet i DPS. Samarbeide med Nordlandssykehuset om etablering av pasientforløp for akuttpasienter.

##### **Nordlandssykehuset**

1. Etablere helseteam i psykisk helsevern for barn og unge for å yte spesialisthelsetjenester til barn i Bufetats helse- og omsorgsinstitusjon. Tilbudet skal være i drift fra høsten 2018, med frist for tilbakemelding 2. tertial.
2. Samarbeide med Helgelandssykehuset om etablering av pasientforløp for akuttpasienter.

## Oppdragsdokument 2018

### Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Etablere kommunepsykologtjeneste på Svalbard i samarbeid med Lokalstyret i Longyearbyen.
2. Samarbeide med Finnmarkssykehuset om etablering av pasientforløp for akuttpasienter.

### 3.4 Samhandling med kommuner

#### Krav for 2018

1. Etablere en ordning for opplæring og bruk av akutthjelpere i samarbeid med kommunene, jf. akuttmedisinforskriften § 5.
2. Etablere arenaer for dialog, gjensidig læring og erfaringsutveksling mv. (jf. etablering av fastlegeråd/møter) for å styrke samarbeidet med fastlegene.
3. Utarbeide en plan med konkrete tiltak for å understøtte fastleger og kommunehelsetjeneste på måter som gjør det mulig å gi behandlingstilbud i kommunene der dette er faglig forsvarlig, herunder:
  - o Øke bruk av videobaserte konsultasjoner vis a vis pasienter og faglige samarbeidsparter (fastleger mv).Fremdrift i dette arbeidet rapporteres tertialvis.
4. Ta i bruk dialogmeldinger m/vedlegg og henvisning (2.0) m/vedlegg i samhandlingen med fastleger og om mulig, kommunene.

#### Foretaksspesifikke krav for 2018:

#### **Helse Nord IKT**

1. Implementere HelseID i Helse Nord. Implementeringen må gjennomføres på en slik måte at den representerer et naturlig fundament for fremtidig dokumentdeling i sektoren.
2. Bidra i Direktoratet for e-helses arbeid med å ferdigstille og ta i bruk nødvendige standarder for elektronisk samhandling, jf. forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren.
3. Delta i utredning av mulige metoder for deling av helseinformasjon på bestilling fra Helse Nord RHF. Arbeidet skal omfatte deling av informasjon på tvers av og innenfor helseregionene, på tvers av omsorgsnivå og med nasjonale løsninger og registre.
4. Etablere nødvendig kompetanse og leveransekraft til å oppfylle de nasjonale føringer innen fremtidig bruk av IHE-XDS og HL7<sup>7</sup>.

### 3.5 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

#### Krav for 2018

1. Rapportere på oppfølging av tiltak knyttet til samhandling med private avtaleparter, jf. rapport fra juni 2017, innen 1. mai.

---

<sup>7</sup> Standarder til bruk i fremtidige samhandlingsløsninger.

## Oppdragsdokument 2018

2. Sikre at vurderingsenheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstrekkelig kjent med pasientrettighetene, inkludert retten til fritt behandlingsvalg.

### Foretaksspesifikke krav for 2018:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Etablere samarbeidsavtaler på klinisk nivå med alle avtalespesialister innen 1. juni.
2. For fagområder hvor samarbeidsavtaler er inngått, skal plan for videre samarbeid rapporteres i tertialrapport 1.

## 3.6 Kvalitetsutvikling

### Krav for 2018

1. Stille nødvendige ressurser og kompetanse til det interregionale arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og forbruk. Helse Nord skal lede dette arbeidet<sup>8</sup>. Oppdraget løses gjennom det interregionale prosjektet AIM (arbeidsgruppe for indikatorer og metode) og det regionale variasjonsteamet i nært samarbeid med helseforetakene i regionen. Forventet ressursbehov vil være omkring 50 % stilling fra hvert av foretakene i det faste arbeidet gjennom året foruten deltakelse i hurtigarbeidende grupper. Det trengs både kliniske ressurser og merkantile ressurser med god innsikt i foretakenes pasientadministrative rutiner og systemer.
2. Ikke ha korridorpasienter.
3. Redusere andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene med 25 %, målt ut fra undersøkelsen for 2012.
4. Bruke elektronisk GTT-portal og bruke resultatene i lokalt forbedringsarbeid.
5. Registrere alle aktuelle pasienter i nasjonale kvalitetsregistre og bruke registrenes resultater i eget forbedringsarbeid.
6. Ta i bruk KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid.
7. Levere KPP-data etter nasjonal spesifisering.
8. Levere data inn i den nasjonale KPP-databasen.
9. Stille med fagrevisorere til kliniske fagrevisjoner.
10. Bruke Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer i eget forbedringsarbeid og rapportere i årlig melding hvilke tiltak som er satt inn.
11. Implementere nye regionale rutiner for legemiddelssamstemming og bruk av legemiddelmodul i DIPS. Rapportere andel legemiddellister som er samstemt ved innleggelse fra og med andre halvår 2018. Ved utgangen av 2019 skal mer enn 90 % av legemiddellistene være samstemt ved innleggelse.

### Foretaksspesifikke krav for 2018:

#### **Helse Nord IKT**

1. Sørge for at Open Q-Reg<sup>9</sup> og Rapporteket<sup>10</sup> videreutvikles og forvaltes på måter som tilfredsstillende de nasjonale kvalitetsregistre som bruker disse tjenestene.

---

<sup>8</sup> Krav gitt i oppdragsdokument 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF.

<sup>9</sup> Plattform for web-baserte kvalitetsregistre

<sup>10</sup> Støtte for tilgjengeliggjøring, analyse og tolkning av data i kvalitetsregistre

### 3.7 Pasientsikkerhet

#### Krav for 2018

1. Sende nødvendig informasjon med alle pasienter som skrives ut og som har behov for kommunal oppfølging. Dette for å sikre et godt og helhetlig behandlings- og pasientforløp. Informasjonen innebærer blant annet at foreløpig epikrise, samstemt legemiddelliste og medikamenter skal følge med pasienten ved utreise, jf. tjenesteavtale 5. Dersom opplysningene ikke er tilgjengelig ved utreise, for personell som skal ivareta pasienten, skal heller ikke pasienten reise ut fra sykehuset.
2. Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes aktivitet og at resultatene rapporteres i tertialrapport.
3. Legge til rette for at arbeidet på pasientsikkerhetsområdet videreføres også etter 2018.
4. Ha skriftlige rutiner i Docmap som beskriver utskrivingsamtale og hvordan det sikres at pasient/pårørende får nødvendig informasjon om sin sykdom og medikamentene og at pasienten får med seg oppdatert medikamentliste.

#### Foretaksspesifikke krav for 2018:

##### **Nordlandssykehuset**

Regional kompetanse for klinisk pasientsikkerhet skal:

1. Støtte helseforetakene i oppgaver innenfor pasientsikkerhet og forbedringsarbeid.
2. Videreføre nettverk for lokale programledere i regionen og legge til rette for at helseforetakene fortsetter å bruke tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet også etter 2018.
3. Bidra med klinisk kompetanse som skal bistå alle foretakene i arbeidet med at løsningen i NCAF benyttes til GTT-granskinger.

### 3.8 Smittevern

#### Krav for 2018

1. Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene.
2. Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.<sup>11</sup>
3. Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) minst to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF.
4. Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.
5. Gjennomføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksettes tiltak.

---

<sup>11</sup> Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzyminhibitor og kinoloner).

## Oppdragsdokument 2018

6. Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP).
7. Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa.

### Foretaksspesifikke krav for 2018:

#### **Helgelandssykehuset**

1. Opprette 100 % stilling for smittevernsykepleier med ansvar for kommunehelsetjenesten.
2. Inkludere smittevern i tjenesteavtale 10 mellom helseforetaket og deres opptakskommuner.

#### **Helse Nord IKT**

1. Raskt bistå sykehusene ved feil og mangler i registrering knyttet til NOIS-POSI i EPJ. Rapporteres tertialvis.

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Avklare og sikre levering av nødvendige data fra DIPS ASA. Arbeidet skal gjøres av Forvaltnings senter EPJ i samarbeid med KORSN.

## **3.9 Forskning og innovasjon**

### Krav for 2018

1. Realisere forsknings- og innovasjonsstrategien i Helse Nord.
2. Tilrettelegge særlig for klinisk forskning og helsetjenesteforskning, også i samarbeid med andre helseforetak og universiteter i regionen
3. Øke antall kliniske behandlingsstudier sammenliknet med 2017.
4. Rekruttere flere pasienter inn i kliniske behandlingsstudier, som fyller inklusjonskriteriene, både regionale og større nasjonale forskningsstudier (bl.a. i KLINBEFORSK-prosjektene inkludert den nasjonale studien om bruk av autolog stamcelletransplantasjon ved multipel sklerose (MS)).
5. Gjennomføre en prøverapportering på antall pasienter som deltar i kliniske behandlingsstudier i helseforetakene, i tråd med anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av en indikator for kliniske behandlingsstudier.
6. Legge til rette for at gode forskningsmiljøer i eget helseforetak søker ekstern finansiering, spesielt fra Forskningsrådet og EU.
7. Legge til rette for å innføre nasjonalt system for registrering og fremming av innovasjonsprosjekter.<sup>12</sup>
8. Delta i prøverapportering av aktivitetsindikatoren for innovasjonsaktivitet i foretakene, jf. oppdrag til RHF-ene i oppdragsdokument 2016.

### Foretaksspesifikke krav for 2018

---

<sup>12</sup> Helse Nord RHF har rammeavtale med Induct AS om innkjøp av deres system for registrering og håndtering av innovasjonsprosjekter.

## Oppdragsdokument 2018

### Nordlandssykehuset

1. Legge til rette for å videreutvikle allerede sterke forskningsmiljø i eget foretak.

### Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Tilrettelegge for forskning utover doktorgrad og slik sikre stabil forskningskompetanse i alle klinikker.
2. Delta i store søknadssamarbeid og forskningsprosjekt både i regionen og nasjonalt.
3. Delta i arbeidet med å utrede og pilotere en totalkostnadsmodell for eksternt finansierte forskningsprosjekter, sammen med RHF.
4. Etablere følgeforskning på etablert medikamentfritt behandlingstilbud ved psykoselidelser.
5. Bidra særskilt til å realisere innovasjonstiltak, sammen med øvrige HF og RHF.
6. Bidra til arbeidet med felles retningslinjer for avklaring av vertskapsrollen i eksternt finansierte forskningsprosjekter, sammen med Helse Nord RHF.

## 4 Øvrige områder

### 4.1 Klima- og miljøtiltak

Helse Nord's miljøpolitikk er førende for miljøarbeidet i foretakene som skal være i fremste rekke i arbeidet med klima- og miljøtiltak, bl.a. gjennom ledelsessystemet for miljø.

#### Krav for 2018

1. Sette egne mål for de nasjonale miljøindikatorne, måle og registrere disse i den nasjonale databasen som ligger hos Sykehusbygg.
2. Stille miljøkrav i alle anskaffelser.
3. Tilrettelegge flere møter for deltakelse via telematikk.
4. Redusere pasientreiser ved ambulering, bruk av telematikk, og universelt utformede kommunikasjons hjelpemidler.

### 4.2 Personvern og informasjonssikkerhet

I helseforetakene skal det være tilfredsstillende informasjonssikkerhet basert på vurdering av risiko og sårbarhet, og oppfølging gjennom internkontroll.

Helseforetakene skal gjennom systematiske tiltak sørge for at nasjonale krav til informasjonssikkerhet blir ivaretatt.

#### Krav for 2018

1. Rapportere, som et minimum, resultater fra helseforetakenes sikkerhetsrevisjoner, oppsummering fra avviksrapportering og trender fra gjennomførte risikovurderinger i «Ledelsens gjennomgang». Dette for å sikre etterlevelse av innholdet i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet er styrende dokumenter i foretaksgruppen.

### Oppdragsdokument 2018

2. Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport<sup>14</sup>, innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking.
3. Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni.
4. Revidere gjeldende driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for å sikre at endringene innarbeides i avtalene, jf punkt 3 foretaksspesifikke krav Databehandleravtalen skal oppdateres innen 1. mars.
5. Levere oversikt over underleverandører og deres underleverandører (tredjeparter) som har tilgang (fysisk og digitalt) til infrastrukturen. Frist 1. mai. Oversikten skal minimum inneholde:
  - Navn på leverandør.
  - Land leverandøren opererer fra.
  - Hvilke systemer de har tilgang til.
  - Hvilke opplysninger de har tilgang til (personopplysninger, helseopplysninger eller andre sensitive opplysninger).
  - Om det er inngått databehandleravtale med leverandør.

#### Foretaksspesifikke krav for 2018:

##### **Helse Nord IKT**

1. Oppdatere driftsavtalene (SLA) med helseforetakene, inklusive vedlegg, innen 1. oktober.
2. Ha oversikt over underleverandører og deres underleverandører (tredjeparter). Det skal fremgå hvorvidt underleverandør skal være dekket av en databehandleravtale, og om avtalen er inngått. Det skal fremgå om det behandles personopplysninger, helseopplysninger eller sensitive opplysninger. Helseforetakene skal årlig kontrollere denne oversikten, og dette skal skje før 1. oktober.
3. Helse Nord IKT er regionenes driftsleverandør og databehandler for noen av systemene helseforetaket innehar databehandleransvaret for. Helse Nord IKT skal inngå databehandleravtaler med leverandører når:
  - Leverandør engasjeres av databehandler for å utføre oppdrag for databehandler.
  - HN IKT drifter systemer for leverandør som har avtale med HF/RHF. Leverandører i denne kategori skal fremgå av tjenesteavtale mellom HN IKT og aktuelt HF/RHF.Ansvarer omfatter også å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser i samarbeid med aktuell leverandør.

---

<sup>14</sup> Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013 - Dokument 3:2 (2014–2015)

## Oppdragsdokument 2018

### 4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet

Medisinteknisk utstyr (MTU) kan inneholde personopplysninger. Av kommersielle, tekniske og informasjonssikkerhetsmessige hensyn skal foretakene samarbeide om anskaffelser av MTU.

#### Krav for 2018

1. Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 1. juni.
2. Delta i et felles prosjekt for å klargjøre og forbedre samhandlingen mellom helseforetakene og mellom helseforetak og Helse Nord IKT rundt MTU.

### 4.4 Beredskap

#### Krav for 2018

1. Gjennomføre tiltak som gjør at helseforetaket er klar for å implementere ny sikkerhetslov når den trer i kraft.
2. Sørg for medikamenter, utstyr og opplært og trent personell til Emergency Medical Team (EMT).
3. Gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan.
4. Utarbeide planer for legemiddelberedskap, bl.a. basert på ROS-analyse av regional legemiddelkomite.
5. Utarbeide planer for sivilt militært samarbeid, basert på nasjonale føringer i samarbeid med Helse Nord RHF.
6. Vurdere behov for nye tiltak for å sikre tilgang av vann og strøm for å kunne møte langvarig bortfall.
7. Vurdere behov for nye tiltak for å sikre drift uten tilgang til IKT, for å kunne møte langvarig bortfall.

#### Foretaksspesifikke krav for 2018:

##### **Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset:**

1. Iverksette tiltak for å ivareta EUs forfalskningsdirektiv (FMD Direktiv 2011/62/EU) som trer i kraft 9. februar 2019. Direktivet gjelder tiltak som reduserer risiko for at forfalskede legemidler kommer inn i helseforetakene.

##### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Iverksette helsepersonellberedskap tilknyttet sysselmannens SAR-helikoptre i Longyearbyen etter plan godkjent av Helse Nord RHF.

## 5 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

#### Krav for 2018

1. Sikre at pasienten får god nok kvalitet på informasjon for å kunne ta reelle valg for sin behandlingsmetode/behandlingssted.
2. Publisere minimum 200 flere unike pasientbehandlinger/-undersøkelser på foretakets internettsider.
3. Sikre reell brukervedvirkning i forskning, jf. retningslinjene for dette vedtatt i styresak 19-2015.



## Oppdragsdokument 2018

4. Legge til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelse.

### Foretaksspesifikke krav for 2018:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalgsværktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk.

## **6 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell**

Medarbeiderne er vår viktigste ressurs. Vi må gi muligheter for kompetanseutvikling, og legge forholdene til rette for trivsel og et inkluderende arbeidsmiljø. Vi må jobbe langsiktig og i lag for å dekke fremtidig kompetansebehov. Nye krav til opplæring innenfor IKT-system, sammen med et strammere marked for vikarer, gjør at foretakene i større grad enn tidligere må basere sin virksomhet på egne ressurser.

### **6.1 Sikre gode arbeidsforhold**

#### Krav for 2018

1. Framlegge plan for å redusere deltidsarbeid for andel deltid over 24% i tertialrapport 1. I planen skal det framgå årlige mål for reduksjon av andelen deltid, og tilhørende tiltak for å oppnå reduksjon. Oppfølging av planen skal fremgå i fremtidig tertialrapportering.
2. Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %. Rapportering hvert tertial.
3. Delta i regionalt nettverk for arbeid med reduksjon av sykefravær og økt nærvær.
4. Utarbeide plan for oppfølging av anbefalte tiltak i Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, datert 28.06.2017. Tiltak rapporteres i tertialrapport 1.
5. Publisere digital lederhåndbok i Compendia.

### **6.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell**

#### Krav for 2018

1. Delta i utvikling av felles regionale kompetansestrategier, herunder også strategi for teknologistøttet læring.
2. Utarbeide årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet. I tertialrapportene presenteres sammenligning mellom faktisk bemanning og utdanningskapasitet vs. plan.
3. Redegjøre, i tertialrapport 2, for foretakets handlingsplaner for arbeid med oppfølging av Helse Nord's strategi for leder- og ledelsesutvikling.
4. Bidra i å utvikle felles kompetanseplan for ledere i Helse Nord.
5. Sikre drift av kompetansestyringsystemet etter endt prosjekt.
6. Delta i utvikling og implementering av regional annonse- og rekrutteringsveileder.

## Oppdragsdokument 2018

### Foretaksspesifikke krav for 2018

#### **Finnmarkssykehuset**

1. Lede regional koordinering av prosjektet ledermobilisering.

#### **Nordlandssykehuset**

1. Lede interregionalt nettverk for digital læring fra og med 1. januar.

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Utvikle forvaltningen av kompetansestyringssystemet.

### **6.3 Utdanning av legespesialister**

1. Forberede og implementere del 2 og 3 av spesialistutdanning for leger i henhold til Forskrift 8. desember 2016 nr 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger.
2. Delta i regionalt implementeringsprosjekt for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger i henhold til styringsdokumentet.
3. Forberede og iverksette søknadsprosess for godkjenning av helseforetaket som utdanningsvirksomhet innen aktuelle spesialiteter
4. Stille med to deltakere i regional kurskomite for veiledning og sørge for veilederkurs for leger i eget helseforetak

### Foretaksspesifikke krav for 2018

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Lede det regionale implementeringsprosjektet for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger.
2. Initiere og lede arbeidet i regionen med å innfase den nye spesialiteten akutt- og mottaksmedisin. Dette omfatter å sørge for at det blir utarbeidet planer og læringsaktiviteter ved UNN og øvrige aktuelle foretak.

### **6.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)**

#### Krav for 2018:

1. Bidra til utvikling av regional kompetanseplan for opplæring i HMS.
2. Bidra i arbeidet med strategi og kompetanseplan for vernetjenesten.
3. Bidra til å utvikle og ta i bruk indikatorer for HMS i Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem.
4. Delta i regionalt arbeid med utvikling, implementering, gjennomføring og oppfølging av ForBedring, som er den nye sammenslåtte HMS-, medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.
5. Gjennomgå og oppdatere prosedyrer for varsling, oppfølging og rapportering av vold, trusler og trakassering.

## Oppdragsdokument 2018

## 7 Innfri økonomiske mål i perioden

## 7.1 Tildeling av midler

Helseforetakene er tildelt nødvendige midler for å gjennomføre kravene i oppdragsdokumentet.

Inntektsrammer 2018 (tall i 1000 kr)

Basisramme (konto 3300)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sum basisramme 2018	1 425 398	217 660	1 539 011	4 861 888	3 012 203	1 345 372	12 401 532

Øvrig ramme (konto 3350)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlegging arbeidsgiveravgift	801			53 600	27 729		82 130
Sykestuer Finnmark			9 700				9 700
Kvalitetsregistre	31 977						31 977
Nasjonalt senter for e-helseforskning				37 500			37 500
Medisinsk undersøkelse barnehus				1 300	1 300		2 600
Tilskudd til turnustjeneste   estimat	111		813	2 100	1 729	878	5 631
SUM øvrig ramme 2018	32 889	-	10 513	94 501	30 758	878	169 538

Kvalitetsbasert finansiering (konto 3310)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt ramme 2017	(181)		5 935	27 693	10 195	4 977	48 619
Oppdatering modell 2018	181		(2 479)	(2 102)	(3 938)	(853)	(9 191)
SUM kvalitetsbasert finansiering 2018	-	-	3 456	25 591	6 257	4 124	39 428

Øremerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens				3 913			3 913
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens styrking				3 223			3 223
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsned	2 362						2 362
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 359			2 359
Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykiskhelsevern og rus			3 975				3 975
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				2 856			2 856
Ufordelt Nasjonale tjenester							-
Døvblindesentre	43 070			7 743			50 813
SUM Nasjonale tjenester 2018	45 432	-	3 975	20 093	-	-	69 500

Øremerket tilskudd Forskning (konto 3320)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Forskning resultatbasert, foreløpig fordeling flerårige prosje	52 113		2 325	14 517	3 617	1 028	73 600
SUM øremerket forskning 2018	52 113	-	2 325	14 517	3 617	1 028	73 600

TOTAL SUM tilskudd fra RHF	1 555 831	217 660	1 559 279	5 016 590	3 052 836	1 351 402	12 753 597
----------------------------	-----------	---------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------

## 7.2 Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2018 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav:

Finnmarkssykehuset	Overskudd	24 mill. kroner
UNN	Overskudd	40 mill. kroner
Nordlandssykehuset	Overskudd	5 mill. kroner
Helgelandssykehuset	Overskudd	20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord	Økonomisk balanse	1 mill. kroner <sup>15</sup>
Helse Nord IKT	Økonomisk balanse	0 mill. kroner

### Krav for 2018:

1. Ha tiltaksplaner som sikrer at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2018–2021. Styrebehandlet status rapporteres til Helse Nord RHF innen 25. april.
2. Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som:
  - Innføring av felles kliniske system, jf. tidligere styrebehandling, herunder forutsetningen om kompetansebygging og funksjonell forvaltning.
  - Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon.
  - Satsing på klinisk farmasi.
  - Innkjøp.
  - Innføring av nytt sak-/arkivsystem.
  - Innføring av kompetansemodule i personalportalen.

## 7.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

### Krav for 2018:

1. Starte arbeidet med husleiemodell, basert på anbefalinger fra pilotprosjekt i Helgelandssykehuset og nasjonal rapport.
2. Følge opp en 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard, kvalitet og verdier over tid. Planen skal samordnes med fremtidige nybygg/ombygging.
3. Delta i prosjekt integrasjon av nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM) med innkjøpssystemet ClockWork. Status for arbeidet skal inngå i tertialrapport to.
4. Delta i oppdatering av Landsverneplanen, vurdere endringer i vernestatus og vernemetode.
5. Delta i arbeidsgruppe for evaluering av FDV-systemene og foreslå felles IKT-løsninger for FDV av bygg.
6. Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer.
7. Inngå skriftlig avtale for utleie av lokale datarom til Helse Nord IKT. Leieavtalen skal beskrive eiers (helseforetakets) ansvar for datarommene fysiske og tekniske tilstand iht. krav til lokale datarom i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Avvik fra kravene skal lukkes innen 31. desember.

---

<sup>15</sup> Sykehusapotek Nord's publikumsavdelinger skal samlet gå med overskudd i 2018.

## Oppdragsdokument 2018

### Foretaksspesifikke krav for 2018

#### **Finnmarkssykehuset**

1. Evaluere prosjekt Nye Kirkenes sykehus.

#### **Helgelandssykehuset**

1. Utarbeide rapport fra arbeidet med intern husleiemodell innen 20. mai. Rapporten skal inneholde egne erfaringer og anbefaling for videre arbeid.

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Starte evaluering av PET-senteret, ferdigstilles 1. kvartal 2019.
2. Starte evaluering av A-fløy, ferdigstilles 1. kvartal 2019.

## 7.4 Anskaffelsesområdet

Foretaksgruppen skal styrebehandle «Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021» i løpet av våren 2018. Målet er å redusere innkjøpskostnader med minimum 50 millioner kroner i 2018.

### Krav for 2018:

1. Samordning
  - Innen 1.juli oversende anskaffelsesplan for 2019.
  - Innen 1.juli oversende oversikt over planlagte investeringsanskaffelser i 2018
  - Innen 31.desember oversende fireårige handlingsplan, denne skal deretter rulleres kvartalsvis.
2. Systembruk
  - Innen 1.juli oversende plan for full implementering av innkjøpssystem innen 31.desember 2019. Foretaksspesifikke krav for utgangen av 2018 følger nedenfor.
    - Planen må synliggjøre behov for ressurser for å sikre full utrulling og for å håndtere foretakets andel av felles forvaltning av system og innhold.
  - Terialvis rapportere avtaledekning gjennom kjøp/avrop i Clockwork, andre fagsystem og utenom system.
  - Terialvis rapportere på avtalelojalitet.
3. Samhandling internt
  - Bidra med fagkompetanse i alle relevante regionale og nasjonale anskaffelsesprosjekt. Bistanden skal sees i sammenheng med øvrige aktiviteter i foretaket slik at en unngår samtidighet med andre strategiske prosjekt.
  - Innen 31.desember utarbeide plan for forvaltning av leveransene fra Sykehusinnkjøp
    - Planen må synliggjøre behov for ressurser samt grad av fellesregional forvaltning.
4. Samhandling eksternt
  - Innen 1.juli revidere midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.

*Oppdragsdokument 2018*

- Innen 31. desember etablere permanent samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.
- Innen 1. juli etablere et strategisk samhandlingsarena med Sykehusinnkjøp.
- 5. Samfunnsansvar
  - Innen 31. desember etablere/revidere strategi for samfunnsansvar som ivaretar fokus på
    - Miljø
    - Sosial ansvar
    - Innovasjon
    - Leverandørutvikling

Foretaksspesifikke krav for 2018

Mål ved utgangen av 2018 for implementering av Clockwork, andel kjøp av varer og tjenester av definert scope gjennom Clockwork:

**Finnmarkssykehuset**

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

**Helgelandssykehuset**

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

**Helse Nord IKT**

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

**Nordlandssykehuset**

1. Varekjøp 80 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

**Sykehusapotek Nord**

1. Varekjøp 50 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

**Universitetssykehuset Nord-Norge**

1. Varekjøp 80 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

## 8 Risikostyring og internkontroll

Foretakene skal løpende vurdere hvilke vesentlige risikoer som er knyttet til virksomheten. Ved endringer eller etablering av prosjekt og rutiner av vesentlig betydning skal risikovurdering foreligge før tiltak igangsettes.

### Overordnede mål for risikostyring i 2018<sup>16</sup>

Det vises til kapittel 2 om overordnede mål for Helse Nord, og dialog med foretakene om hvilke områder med underliggende kritiske prosessindikatorer som skal gjøres særlig gjenstand for risikovurdering i helseforetakene. Disse, som skal rapporteres i virksomhetsrapportene, er:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen
  - a) Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021
  - b) Det skal ikke være fristbrudd
  - c) Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid
2. Sikre god pasient- og brukervedvirkning
3. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
  - d) Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.
4. Innfri de økonomiske mål i perioden
  - e) Økonomisk resultat i tråd med plan

Det forventes at HF-ene i tillegg har egne lokale mål, med tilhørende kritiske suksessfaktorer (KSF-er). Sykehusapoteket Nord og HN IKT utarbeider egne lokale mål, med tilhørende kritiske suksessfaktorer (KSF-er) tilpasset sin virksomhet.

### Krav for 2018:

Helseforetakene skal innen andre tertial systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:

- Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2
- Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte
- Informasjonssikkerhet
- Klima og miljø
- Beredskap
- Risikostyring

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv:

---

<sup>16</sup> Viser til RL1602 i Docmap

Oppdragsdokument 2018

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

## 9 Særlige krav til regionale fellesfunksjoner

Helseforetakene har flere regionale fellesfunksjoner. Det skal ytes likeverdige tjenester innenfor sitt felt, til alle helseforetak i regionen uavhengig av hvor enheten er administrativt plassert. Når oppgaver skal løses og felles beslutninger tas, på tvers av juridiske strukturer, krever dette stor grad av samarbeid på strategisk, leder-, og operativt nivå.

Nedenfor listes de regionale fellesfunksjoner som vurderes å ha særlig oppmerksomhet i 2018.

### **Nordlandssykehuset:**

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet  
Regional enhet for e-læring

### **UNN:**

Forvaltningscentre for kliniske IKT-system (EPJ, lab., røntgen)  
Regionalt utdanningssenter for leger i spesialisering  
Regional systemenhet for lønn og HR  
Regionalt forskningssekretariat

### Foretaksspesifikke krav for 2018

#### **Nordlandssykehuset og UNN**

1. Sikre at de regionale funksjonene har en handlingsplan med milepæler for 2018/2019. Denne rapporteres i tertialrapport 1.



## Oppdragsdokument 2018

## 10 Styringsparametere 2018

Helse Nord RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetakene følge opp de valgte styringsparametere samt andre kvalitetsindikatorer ved behov.

Styret og ledelsen i foretakene har et ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorene som Helsedirektoratet publiserer og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene. Indikatorne i tabellen under rapporteres som beskrevet i tabellen og i mal for tertialrapport og årlig melding.

Tabell 1 Mål 2018. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2018	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
<b>1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen</b>			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten.	Redusert i regionen sammenliknet med 2017. Skal være under 50 dager i regionen innen 2021. Måles som årlig gjennomsnitt	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig
Median tid til tjenestestart. Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.	Redusert i regionen sammenliknet med 2017	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Redusert i regionen sammenliknet med 2017. Skal overholde minst 95 % av avtalene innen 2021	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid <sup>17</sup>	Minst 70 % Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.	Helsedirektoratet	Tertialvis
<b>2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap	

<sup>17</sup> Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, neuroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

## Oppdragsdokument 2018

Mål 2018	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold) <sup>18</sup> .		Polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF)	
Antall tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne per 10000 innbyggere i helseregionen.	Redusert sammenlignet med 2017. Årstall, og differansen skal oppgis i Årlig melding.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak per 10000 innbyggere	Redusert sammenlignet med 2017.	Helsedirektoratet	Årlig
Avbrudd døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd.	Helsedirektoratet	Tertialvis
<b>3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet</b>			
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres 25 % innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.	GTT-undersøkelsene Helsedirektoratet	Årlig
Andel sykehusinfeksjoner	Mindre enn 3,5 %.	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis
Andel pasienter med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling	Minst 20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse	Minst 50 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel korridorpatienter på sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel dialysepatienter som får hjemmedialyse	Minst 30 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall kliniske behandlingsstudier er økt	Økt sammenliknet med 2017.	CRISTin	Årlig

Tabell 2 Rapportering 2018. Datakilder og publiseringsfrekvens.

	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016		Folkehelseinstituttet	Publisert i oktober 2017
Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016		Folkehelseinstituttet	Publisert i desember 2017

<sup>18</sup> Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

## Oppdragsdokument 2018

	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017		Folkehelseinstituttet	Publisert i desember 2017
30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2017 (uansett årsak til innleggelse)		Folkehelseinstituttet	Årlig
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig
Antall helseforetak som deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp i 2018. Det vises til Oppdragsdokument 2017: "Helse Nord RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar."		Helseforetakene rapporterer for perioden 1.1.2017-31.12.2018.	
Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister	100 %	Norsk pasientregister	Tertialvis

## Oppdragsdokument 2018

**11 Oppfølging og rapportering**

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2018 foretaksspesifikke mål 2018 og styringsparametere 2018.

Der det er mulig skal data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

**Tabell 3** Oversikt over rapporteringsrutiner og frister

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Måned rapport i tråd med mal.	Månedsregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertial-rapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2018 8. oktober 2018  Administrativt utarbeidet tertialrapport: 18. mai 2018 28. september 2018 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	<b>Styrebehandlet</b> årlig melding (styrevedtak): Mars 2019. <b>Administrativt</b> behandlet årlig melding: Februar 2019. Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2018: Mars 2019.

## 12 Vedlegg

### 12.1 Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

**Grunnutdanning** omfatter studier ved videregående skoler, høgskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

**Videreutdanning** omfatter bl.a. ulike studier ved fagskoler, høgskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskoler som tilbyr videreutdanning skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet. Spesialistutdanning for leger skal ivaretas i samsvar med den nye Spesialistforskriften.

Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2018. Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et minstekrav. Endelige tall vil foreligge i Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev for 2018 til utdanningsinstitusjonene og kan formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene.

**Tabell 4 Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2018**

Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jordmor
	Syke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
Univ. i Tromsø	261	24	20	33	20	64	50	20
Nord universitet	352					30	26	

**Tabell 5 Kandidatmåltall fastsatt for medisin, psykologi og farmasi MA ved universitetene:**

	Medisin	Psykologi profesjonsutd.	Farmasi MA
Universitet i Tromsø	84	39	25

#### Turnustjeneste

Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret og fastsetter hvor mange turnusplasser for fysioterapeuter det skal legges til rette for. Regionansvarlige fylkesmenn er delegert myndighet til å skaffe turnusplasser for fysioterapeutkandidater, de informerer RHFene om forventet behov kommende år. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

#### LIS1-stillinger for leger

Turnustjenesten for leger opphørte høsten 2017 og er erstattet av LIS1-stillinger som er første del av legenes spesialistutdanning. LIS1-stillingene har samme struktur som turnustjenesten, med 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten, men har egne læringsmål. Antallet LIS1-stillinger videreføres i 2018 på samme nivå som

## Oppdragsdokument 2018

for turnustjenesten. Helsedirektoratet gis i oppdrag å gjøre fornyet vurdering av om dimensjoneringen av antallet stillinger er i tråd med behovene i tjenesten.

**Fordeling av nye legestillinger**

Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene i henhold til RHFenes sørge for-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for RHFenes fordeling av leger til HFene og mellom spesialiteter. RHFene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene.

De regionale helseforetakene skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.

**Inntakstill til oppdragsdokumentet (OD)**

Foretakenes inntak av helsefagarbeiderlæringer skal for 2018 minimum være på samme nivå som for 2017. Foretakene skal i tillegg gjøre egne kartlegginger av behov for helsefagarbeidere og helsefaglæringer og hvis nødvendig øke inntaket av læringer på lengre sikt tilpasset dette.

Tabell 6 Helseforetakenes inntak av helsefagarbeiderlæringer

Foretak	Kull 2016–2018	Kull 2017–2018
Finnmarkssykehuset	6	6
Nordlandssykehuset	11	11
UNN	7	6
Helgelandssykehuset	5	6
<b>Sum</b>	<b>29</b>	<b>29</b>

Tabell 7 Måltall for LIS1-stillinger for leger

Helseforetak	Antall pr halvår	Totalt pr år
Finnmarkssykehuset	14*	28*
UNN	33	66
NLSH	25	50
Helgelandssykehuset	14	28
<b>Totalt i Helse Nord</b>	<b>86</b>	<b>172</b>



## 12.2 Vedlegg 2 Tilleggsliste til oppdragsdokument 2018

Tilleggslisten inneholder krav fra tidligere år, som fortsatt er gjeldene. Det skal ikke rapporteres på krav i denne listen.

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

#### **3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder**

1. Sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn og andre sårbare grupper som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset. (2017)
2. Ved endring i akutfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner. (2017)
3. Gjennomføre risikoanalyser på tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger, og definere en standard knyttet til fasiliteter, rutiner og opplæring av personell som skal tilberede legemidler på sykehusavdelingene. (2017)
4. Bidra i arbeidet med å utvikle samordnet og kvalitetssikret informasjon til innbyggerne på egne nettsider og etablere digitale innbyggertjenester på den nasjonale helseportalen helsenorge.no. (2017)
5. Legge til rette for innregistrering av PROMs i kvalitetsregistrene. (2016)
6. 80 % av telefonhenvendelsene til pasientreisekontorene skal besvares innen 90 sekunder (2016)

#### **Helse Nord IKT**

1. Brudd på avtalt servicenivå slik disse fremkommer på tjenestenivå skal meldes i Helse Nord's avvikssystem Docmap. (2017)

#### **Helgelandssykehuset**

1. Saksbehandlingstid etter at Pasientreiser HF har overført saken skal være mindre enn 8 dager. (2017)

#### **3.2 Somatikk**

1. Avvik fra målet om at alle fødende skal ha en jordmor hos seg, så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, skal dokumenteres i avvikssystemet. Resultatene skal brukes til kvalitetsforbedring. (2017)

#### **3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

1. Videreføre arbeidet med å etablere felles strukturer og rutiner for helhetlig oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser i barnevernet jf. rapport fra 2015.<sup>19</sup> (2017)
2. Etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll. Kvinner i LAR<sup>20</sup> skal ha informasjon om LAR-behandling og graviditet, tilbud om nedtrapping av LAR-

---

<sup>19</sup> Rapport 2015: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.

<sup>20</sup> Legemiddelassistert rehabilitering



## Oppdragsdokument 2018

- medikamenter og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR. (2017)
3. Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelser, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt. (2017)
  4. Gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helsevern enheter som benytter tvang, som ledd i å redusere bruken av tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse. (2017)
  5. Sikre at omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene. (2017)
  6. Øke poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB uten reduksjon i døgntilbudet. (2017)
  7. Etablere et eget tilbud til sped- og småbarns psykiske helse (0–3 år.) (2017)
  8. Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin. (2017)
  9. Styrke det desentraliserte behandlingstilbudet (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern (2016).

### 3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

1. Delta i læringsnettverket *Gode pasientforløp*<sup>21</sup>. (2017)
2. Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden. I samråd med Sykehusapotek Nord sørge for at samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå. (2017)
3. Prinsippene i styresak 70-2002 *IKT-strategi i Helse Nord* skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt. Eventuelle innovasjonsprosjekter og resultatet av slike skal kunne benyttes av hele foretaksgruppen. (2016)
4. Bruke sykehusapotek Nord aktivt i samhandling med kommunene på legemiddelområdet for å forebygge pasientskader og øke kompetansen. (2014)

#### Foretaksspesifikke krav:

#### **Helse Nord IKT**

2. Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. Bekrefte etterlevelse innen utløp 1. tertial. For eventuelle områder med avvik fra nasjonale standarder, skal dette begrunnes.
3. Drifte og forvalte integrasjonsbuss (ESB)<sup>22</sup> i tråd med anbefalingene knyttet til tjenesteorientert arkitektur og med de standarder som defineres av Direktoratet

<sup>21</sup> Læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

## Oppdragsdokument 2018

for e-helse samt Nasjonal IKT. Integrasjonsgrensesnitt som utvikles skal i så stor utstrekning som mulig kunne gjenbrukes i andre helseregioner.

4. Sikre at det foreligger tilstrekkelig ressurser til å realisere regionens sentrale integrasjonsbehov slik disse er utledet av behov definert i prosjekt porteføljen. Leveransene gjennomføres uten unødvendige forsinkelser for de aktuelle hovedprosjekter – enten ved interne ressurser eller i form av partnerskap ved eksterne aktører.
5. Helse Nord IKT har et særlig ansvar å orientere Helse Nord RHF om de tilfeller det iverksettes tiltak eller prosjekter som bryter med regionens vedtatte strategier og planer innen IKT-området.

### 3.5 Kvalitet

1. Alle ansatte skal ha nødvendig opplæring i pasientadministrative systemer, og opplæringen skal dokumenteres. (2017)
2. Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder. (2016)
3. Bruke tilbakemeldingene fra Norsk pasientregister (NPR) aktivt for å redusere feilkoding (2016).
4. Ha gode strukturer for formidling og kommunisering av kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten. (2015)
5. Skal ha etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer. (2015)

### 3.6 Andre områder

#### 3.6.1 Personvern og informasjonssikkerhet

1. Sikre at anskaffelser og innføring av IKT-systemer følger Helse Nord sine drifts- og sikkerhetsmessige krav. (2017)

#### 3.6.2 Forskning og innovasjon

1. Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen. (2017)

## 4 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

1. Utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk. (2017)
2. Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet. (2017)

## 5 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

## Oppdragsdokument 2018

1. Motivere og legge til rette for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 % stilling. (2017)
2. Tilby nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger i større grad. (2017)

### 5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

1. Kartlegge omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og hvordan beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler ivaretas som en del av HMS-arbeidet. (2017)
2. Samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler. (2017)
3. Sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte. (2017)
4. Basere bemanningsplanlegging utfra aktivitet og en planleggingshorisont på minimum 6 måneder. (2016)

## 6 Innfri økonomiske mål i perioden

### 6.1 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

1. Gjennomføre nødvendig vedlikehold som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet. (2017)
2. Gjennomføre årlig gjennomgang av ekstern revisor av store byggeprosjekter. (2016)
3. Informere berørte kommuner og fylkeskommuner om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak, på et så tidlig tidspunkt som mulig. (2011)
4. Begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling. (2011)

### 6.2 Anskaffelsesområdet

1. Nasjonal kategoristruktur skal implementeres i foretakenes samlede innkjøpsvirksomhet, og innkjøpsarbeidet skal gjennomføres i tråd med ny nasjonal innkjøpshåndbok. (2016)

## 7 Risikostyring og internkontroll

1. Verifisere at leverandører som innehar rollen databehandlere oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og at nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. (2012)
2. Styrebehandle alle rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder foretaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. (2011).



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
7/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.02.2018
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

### Tomtesak ved SIVA-bygget i Breivika

#### Innstilling til vedtak

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar salg av del av eiendom gnr. 124. bnr. 50 i Tromsø kommune til kr 1 950 000,-
2. Styret gir direktøren fullmakt til å gjennomføre salget.
3. Styret ber Helse Nord RHF godkjenne at frigjort likviditet fra salg av eiendommen disponeres til finansiering av modernisering, nybygg og oppgradering av eiendomsmassen i UNN.

#### Bakgrunn

Statens vegvesen ønsker å erverve en tomt som utgjør en del av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sin eiendom gnr. 124 bnr. 50 (vedlegg 1) i forbindelse med etablering av ny vei og adkomst til fylkesveg 59. Det er i reguleringsplanen for området vedtatt 4-felts vei i Breivika, samt etablering av en snuplass på området som ønskes ervervet.

#### Formål

For UNN vil en bedre trafikkavvikling i Breivika være av stor interesse. Det er også i inneværende periode i Nasjonal transportplan vedtatt at man skal bygge en tunnel fra Breivika til Langnes. En utvidelse til 4-felts vei, som parsellen ligger i direkte tilknytning til, vil også gi en bedre trafikkavvikling. Formålet med saken er derfor å be om styrets godkjenning for avhending av tomten.

#### Saksutredning

Tomteparsellen er en del av sykehustomten. Parsellen er regulert til samferdselsformål (gang- og sykkelvei, snuplass og adkomstvei). Parsellen er fordelt på veigrunns- og tomteareal.

Veigrunnsarealet er det arealet som er tilknyttet fylkesveien og gang- og sykkelvei som går på eiendommen.

Veigrunnsareal er etter ekspropriasjonsrettslige erstatningsprinsipper satt til nullverdi. Tomtearealet er det arealet som har en salgsverdi ved ervervelse. Tomtearealet i denne saken er delt på areal som kunne vært omsatt som egen tomt, og et areal som kunne vært omsatt som tilleggsareal for tilstøtende eiendommer. Parsellen kan altså deles i tre når det gjelder erstatningssummen. De tre delene er;

1. Veigrunnsareal med nullverdi
2. Tomteareal med normal salgsverdi (kan selges på det frie markedet) (vedlegg 2)
3. Tomteareal med begrenset salgsverdi (kan kun selges til tilstøtende naboer) (vedlegg 2)

Administrerende direktør har kommet til enighet med Statens vegvesen om en erstatningssum på kr 1 950 000,-. Erstatningsbeløpet er sammenlignet med tilsvarende areal solgt i samme området i november 2016 (annen aktør), samt tomteparsell solgt av UNN til Forskningsparken i 2016. Parsellen som er solgt var også en del av samme parsell som nå anbefales solgt. Erstatningen er en nettoerstatning, og alle kostnader ved en overdragelse vil bæres av Statens vegvesen.

Arealet som ønskes ervervet av Statens vegvesen er på totalt ca. 5000 m<sup>2</sup>. UNN og Statens vegvesen har kommet til en minnelig løsning. Administrerende direktør ser ikke en bruks- eller nytteverdi for UNN i dette arealet. Størsteparten av arealet er tilknyttet fylkesveien og kan ikke utvikles videre da reguleringsplanen setter begrensning for dette. Byggingen av ny vei skal iverksettes i begynnelsen av 2018. Området som har en salgsverdi består av en råtomt som i reguleringsplanen nå er regulert til en snuplass (vedlegg 3). Tilstøtende arealer ligger mellom annen bebyggelse og vil teoretisk være mulig å omsette som tilleggsareal til nabotomtene. Naboene har aldri vist interesse for å kjøpe av disse arealene, og vi anser det som usannsynlig at naboene vil være interessert når arealet nå er regulert til snuplassområde.

Erstatningssummen som Statens vegvesen har tilbudt er;

- Kr 2 000,- per m<sup>2</sup> (750 m<sup>2</sup>) for arealet som tilhører råtomt og kunne vært solgt som egen tomt
- Kr 1 000,- per m<sup>2</sup> (450 m<sup>2</sup>) for areal som kunne vært solgt som tilleggsareal til naboer

Total erstatningssum kr 1 950 000,-.

Salg av denne eiendommen vil gi UNN ett positivt bidrag til likviditeten. Den bokførte verdien på denne eiendommen er kr 1 976 000,-.

I henhold til UNNs vedtekter og styrevedtak i sakene 111-2005 *Prinsipper for investering, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord* og 112-2005 *Endring av helseforetakenes vedtekter – salg av ikke-medisinsk eiendom og lånerammer* i Helse Nord RHF kan ikke UNN fritt disponere eventuell gevinst ved salg av eiendommer. Det er imidlertid åpnet for at UNNs styre kan søke Helse Nord RHF om anvendelse av frigjorte midler til finansiering av modernisering, nybygg og oppgradering av eiendomsmassen. Økt likviditet som følge av salget foreslås anvendt til disse formålene.

## Medvirkning

Parsellen og dens anvendelsesområde er av svært liten betydning for UNN og noen spesiell form for medvirkning utover normal drøftingsplikt i forhold til styresaker ansees ikke nødvendig.

## Vurdering

Parsellen er i dag hovedsakelig opparbeidet grøft/kant, samt gang- og sykkelvei. For Statens vegvesen er dette en ervervelse som er nødvendig for å få bygget ny vei og adkomst. Statens vegvesen påpeker ovenfor UNN at om man ikke kommer til en minnelig løsning som foreslått her, ønsker de en avtale om forhåndstiltredelse med påfølgende avtaleskjønn så raskt som mulig. Dette på bakgrunn av at de skal påbegynne arbeidet i 2018.

UNN kan selge denne eiendommen uten styregodkjenning i Helse Nord RHF dersom styret i UNN vedtar salg. Dette fordi verdien av salget er under 10 mill kroner, og fordi eiendommen ikke har vært benyttet til eller er tenkt brukt til helseformål.

Prosedyre PR11416 *Prinsipper for investeringer, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord* gjelder og man må være særlig oppmerksom på punktene:

- Frigjøring av likviditet som følge av salg styrker foretaksgruppens samlede likviditet, og kan kun nyttes til økte investeringer etter vedtak i styret for Helse Nord RHF
- En regnskapsmessig gevinst ved salg av eiendom medfører at styringsmålet for helseforetaket skjerpes tilsvarende

Beslutning om et evt. salg sendes til Helse Nord RHF v/økonomiavdelingen til orientering.

## Konklusjon

Administrerende direktør anbefaler parsellen solgt til tilbudt erstatningssum på kr 1 950 000,- og ber om styrets godkjenning for å iverksette salg.

Tromsø, 8.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
8/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.02.2018
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

### Prognose byggeprosjekter og driftskostnader i PET-senteret

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) tar saken til orientering og godkjenner den for oversending til Helse Nord RHF.
2. Styret uttrykker bekymring knyttet til risikoen for overskridelse av p85-rammen i PET-senter prosjektet, og forutsetter at begge prosjektene (PET-senteret og A-fløya) styres helhetlig i sluttfasen med slutføring innenfor de to prosjektenes samlede godkjente investeringsramme som styringsmål.
3. Styret viser til at blant annet faglig utvikling, etablering av ny modalitet (PET-MR) etter gavemottak og økte krav fra Statens strålevern har medført endrede driftsforutsetninger og økte driftskostnader i PET-senteret, med en pukkelkostnad i 2018. Styret ber om at Helse Nord RHF vurderer hvordan den økte kostnaden skal håndteres i foretaksgruppen.

#### Bakgrunn

Investeringsrammen for A-fløya er gitt i Helse Nord RHF's styresak 54-2015 *Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013* og er 1 594 mill kr. Helse Nord RHF holder tilbake deler av investeringsrammen sentralt og styringsrammen for UNN er derfor 1547 mill kr. Ved tertialrapportering for 2. tertial 2017 var sluttprognose rapportert som et sannsynlig underforbruk på 25 mill kroner.

Investeringsrammen for PET-senteret er utvidet i Helse Nord RHF's styresak 135-2016 *Byggeprosjekter UNN, prosjekt regionalt PET-senter – anmodning om bruk av p85-rammen*. Opprinnelig ramme var 536,3 mill kr og ny økonomisk ramme er 567,9 mill kr. Prosjektets styringsramme er identisk med økonomisk ramme. Ved tertialrapportering for 2. tertial 2017 var sluttprognose rapportert som et sannsynlig merforbruk på 16 mill kr.

## Formål

Helse Nord RHF har bedt om en oppdatert økonomisk status og sluttprognose på de to store pågående investeringsprosjektene i gjennomføringsfase, A-fløya og PET-senteret, samt en redegjørelse for driftskonsept på PET-senteret og driftens samlede effekt på foretakets bærekraft. Saken forelegges nå styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for godkjenning før oversending til Helse Nord RHF.

## Saksutredning

UNN har to store pågående byggeprosjekter som er i avslutningsfasen. Både A-fløya og PET-senteret er planlagt å bli tatt i bruk våren 2018.

A-fløya startet opp teknisk prøvedrift i desember 2017. PET-senteret har hatt en utsettelse av teknisk prøvedrift, og startet med dette 15. januar 2017, fem dager etter gjeldende dato for døgnmulktbelagt frist for prøvedrift.

I slutfasen av prosjektene er store deler av budsjettet benyttet, og det er interesse omkring endelig sluttprognose. Det er likevel kontraktuell usikkerhet helt til sluttoppgjørene er ferdigstilt med entreprenører. For A-fløy prosjektet er det også gjenværende usikkerhet omkring deler av byggeprosjektet som ikke omfattes av totalentreprisekontrakt og som har avhengighet til fullføring og innflytting i totalentreprisearbeidet før oppstart. Dette gjelder gjennomføring av dialysearealer i B2.9 og operasjonsstuer og hybridstue i B2.7 og B3.6. Gjennomføring av operasjonsstuer og hybridstuer er også berørt av arealplan Breivika som skal styrebehandles i mars 2018, og som foreslår annen løsning på dette enn prosjektert løsning i A-fløy prosjektet. En annen gjenstående usikkerhet er realisering av salg av C00-bygget.

PET-senteret har også kontraktuell usikkerhet. I tillegg har prosjektet hatt usikkerhet omkring prosjekteringsmangler, feilprosjektering, prosjektendring som følge av gave PET-MR, endringer som følge av krav fra validering og gjennomgående kvalitetssikringsarbeid. Dette har totalt gitt et betydelig behov for endringer som har gitt prosjektet økonomisk belastning. Det er ikke tilkommet nye konkrete forhold som er kostnadsdrivende siden forrige rapportering, men omfanget av endringer knyttet til de forskjellige postene er økt. Spesielt posten som går på feilprosjektering og mangler i underlag har vist seg kostbar i prosjektet. Dette har vært en av de identifiserte usikkerhetene med størst risikotall i prosjektet, og gjennomgang nå viser at endringer knyttet til dette kan dreie seg om 10-20 mill kr. Prosjektet vurderer nå juridiske forhold omkring dette.

### Økonomisk status A-fløy

Prosjektgjennomgang med prosjektleder og controller i uke 3-2018 viser at det finnes en teoretisk reserve i prosjektet etter gjennomføring av totalentreprise, innkjøp av medisinsk teknisk utstyr, inventar og IKT-utstyr på om lag 58 mill kr. I tillegg holder Helse Nord RHF tilbake en reserve på 47 mill kr definert til ombygginger i B-fløy. Prosjektleders forsiktige anslag er at det vil være minimum 26 mill kr ubenyttet etter arbeider i A-fløya. Realistisk forventes en positiv margin mellom 26 og 40 mill kr.

### Økonomisk status PET-senter

Prosjektgjennomgang med prosjektleder og controller i uke 1 til 3-2018 viser at tidligere anslått merforbruk i prosjektet på 16 mill kr er for lavt. Revidert vurdering er et sannsynlig merforbruk på 42 mill kr.



Prosjektet har ved utgangen av desember 2107 fakturert 453, 5 mill kr og har forpliktet om lag 50 mill kr til totalentreprenør. Det er satt av 14 mill kr til medisinsk teknisk utstyr i tillegg til at 82 mill kr i medisinsk teknisk utstyr dekkes av Trond Mohn. Prognose på utstyrsinnkjøp er ikke endelig avklart, men ligger innenfor budsjett. I tillegg til finansiering av medisinsk teknisk utstyr, får UNN i gave PET-CT og PET-MR til samlet verdi av 90 mill kr. Den totale investeringen i prosjektet ser ut til å bli om lag 610 mill kr eksklusive gave PET-CT og PET-MR. Usikkerheten på sluttsum vurderes nå til ±10 mill kr.

### Driftsmessige forhold PET-senter

Bygging av PET-senteret startet i 2015 og bygget skal være klar til overtagelse fra entreprenør i mars 2018. Installering av avansert utstyr til radiofarmakaproduksjon, FoU og bildediagnostikk ferdigstilles vår 2018. Oppstart av teknisk prøvedrift har hatt en forsinkelse på ca. 3 måneder og oppstart av klinisk prøvedrift og overtagelse av bygget er nå anslått til månedsskiftet mars/april 2018.

Kostnadsberegninger som lå til grunn i forprosjektet ble gjennomført i 2014 og det har vært behov for en ny oppdatert gjennomgang, blant annet på grunn av forsinket oppstart av teknisk prøvedrift. I dette styresaken belyses noen forhold som gir grunnlag for et revidert bilde av driftskostnader og avskrivning.

I tabell 1a gjengis tallene slik de ble presentert i Helse Nord RHF's styresak 53-2015 UNN Tromsø PET-senter – kvalitetssikring av forprosjektet. Tabell 1b er en revidert utgave av tabell 1a og elementer som har vært gjenstand for endringer diskuteres i punktene under.

Bærekraftanalyse -PET senter 53-2015	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kapitaltilskudd RHF			10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Inntekter			4,4	7,1	10,8	13,5	16,1	16,5	16,7	16,7	16,8
Lønnskostnader			20	20	21	23	27	27	27	27	27
Andre driftskostnader			3,5	3,5	3,5	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Driftskostnader bygg			8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4
Produksjonskostnad			2,5	3,5	4,5	5,0	5,0	5,0	5,5	5,5	5,5
Avskrivninger			12,3	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5
Rente egen likviditet	6,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5
Netto kostnader	6,5	19,5	51,8	56,2	54,5	55,8	57,3	56,9	57,2	57,1	57,0

Tabell 1a: Økonomisk oversikt over drift og avskrivning slik saken ble lagt frem for styret i 2015.

Bærekraftanalyse -PET senter	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kapitaltilskudd RHF			10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Inntekter			5,0	6,0	10,4	12,9	15,4	15,7	15,9	16,0	16,1
Lønnskostnader			18,0	27,9	29,7	31,6	32,2	33,4	33,4	33,4	33,4
Vedlikehold/serviceavtaler			-	1,5	1,5	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5
Andre driftskostnader			8,0	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4
Produksjonskostnad			11,0	15,5	7,5	5,0	5,0	5,0	5,5	5,5	5,5
Avskrivninger				24,2	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2
Rente egen likviditet	6,5	17,7	17,7	17,7	17,7	17,7	17,7	17,7	17,7	17,7	17,7
Netto kostnader	6,5	17,7	39,7	79,2	68,6	72,5	70,6	71,5	71,8	71,7	71,6

Tabell 1b: Økonomisk oversikt over drift og avskrivning etter revidering januar 2018.

### Prosessvalidering

Det vises til Helse Nord RHF's styresak 90-2107/4 PET-senter – konsekvenser av forsinkelser hvor prosessvalideringen, som i hovedsak vil foregå først etter oppstart av klinisk prøvedrift, er anslått å strekke seg over 9-10 måneder. I perioden med prosessvalidering vil det foregå full produksjon av FDG for valideringsformål i senteret. I denne perioden vil PET-senteret samtidig være avhengig av radiofarmaka fra ekstern tilbyder til pasientundersøkelser med forventet kostnad på 1,2 mill kr per måned. Totalt vil dette utgjøre en merkostnad på 12,0 mill kr for 2018. Som følge av omlag 3 måneders forsinket oppstart av teknisk prøvedrift, er det nødvendig å forskyve oppstart av egenproduksjon av FDG radiofarmaka i tilsvarende lengde, noe som medfører kjøp av radiofarmaka ut mars 2019 til en kostnad svarende til 3,6 mill kr for 2019.

*Personell*

Det vises til Helse Nord RHF's styresak 53-2015 hvor det er estimert en bemanning som nå har vært til revidering. Tabell 2 viser bemanning som tidligere har vært beskrevet i idé- og konseptfase (2013) og forprosjekt (2014) samt revidert bemanning (2017) etter ny gjennomgang og endrede forutsetninger. Bemanningen ivaretar teknisk drift av bygg, vedlikehold av alt utstyr, drift av syklotron og tilhørende radiofarmakaproduksjon, drift av skannere (PET-CT, PET-MR, 2 SPECT-CT) og håndtering av pasienter til disse, beskrivelse av undersøkelser, merkantile funksjoner, håndtering av avansert forskningsutstyr, kvalitetsutvikling og utdanning.

Stillinger	Konseptfase (2013)	Forprosjekt (Styresak 53-2015)	Revidert (November 2017)
Leder	1	1	1
Legespesialist	7	6	8
LIS-lege	3	3	1
Radiograf/Bioingeniør	14	11	15
Sekretær	2	2	1
Rådgiver			2
Fysiker	2,5	2,5	3
Apotektekniker	1	1	1
Farmasøyt	2	2	2,5
Kjemiker	3	3	3
Ingeniør	2	2	2
Forskningstekniker	1	1	2
<b>SUM</b>	<b>38,5</b>	<b>34,5</b>	<b>41,5</b>

Tabell 2: Bemanning i PET-senteret

I revidert bemanningsplan er det en økning på syv stillinger sammenlignet med forprosjekt, hvorav fire er teknologer (radiografer/bioingeniører), en forskningstekniker, en merkantil (rådgiver/sekretær), 0,5 fysiker og 0,5 farmasøyt. Økningen i bemanningen skyldes primært fem forhold:

1. Endrede formelle krav og reguleringer

I forprosjektet var det lagt stor vekt på å bygge inn rasjonelle løsninger som skulle redusere personalbehovet. Dette skulle realiseres gjennom 10% redusert bemanning sammenlignet med konseptfasen. I ettertid har det vist seg antatt effektivisering av nukleærmedisinsk drift i denne størrelsesorden ikke vil være mulig av flere årsaker:

- a. Strengere regelverk fra Statens strålevern og redusert effektiviseringsgevinst binder opp to ekstra stillingsressurser for teknisk personell. Dette som følge av strengere krav fra strålevernet enn i dagens virksomhet, som driftes med dispensasjoner som følge av uheldige driftsforhold (eksisterende bygningsmasse som er vanskelig å endre). I PET-senteret vil det derfor være strengere krav til drift av hot-lab og cellemerkings-lab enn det vi har i dag, noe som vil binde opp ytterligere ressurser for teknologer
- b. Skranke- og kontorfunksjoner er tidligere ivare tatt av teknologisk ansatt. Ansettelse av sekretær frigjør denne ressursen.
- c. Behov for to rådgiverstillinger, henholdsvis spesialbioingeniør med nødvendig IT/applikasjonskompetanse og rådgiver for lederstøtte og kompetanse på kontinuerlig forbedring rettet mot akkreditering. Sistnevnte finansieres av midler tilført fra klinikkledelsen.

2. Nukleærmedisinsk radioterapi øker i omfang  
Radioaktiv behandling ivaretas av personell i PET-senteret og er ressurskrevende. De siste årene har vi sett en økning av pasienter til radioaktiv behandling bl.a. for skjoldbruskkjertelkreft og prostatakreft. Radioaktiv terapi vil også øke i fremtiden med persontilpasset presisjonsmedisin. Denne terapivirkningen binder opp en stillingsressurs for teknisk personell (bioingeniør/radiograf).
3. Ny modalitet i senteret, PET-MR  
Tidligere planlegging har ikke inkludert drift av PET-MR. Denne modaliteten er betydelig mer krevende enn PET-CT, både når det gjelder ressurser fra teknologer, leger og fysikere. Modaliteten binder opp følgende ekstra ressurser sammenlignet med PET-CT: 0,5 fysiker, en radiolog og en radiograf. I tabell 2 har vi ikke endret totalt antall leger, men vi har vektlagt et økende behov for spesialistkompetanse. Av disse 2,5 stillingene har radiologstillingen allerede vært satt på vent for å finansiere 0,5 farmasøyt, og det må rekrutteres høsten 2018. De øvrige stillingene er enten lyst ut eller allerede rekruttert inn. Det har vært vurdert om man kan vente med oppstart av PET-MR til 2019/2020, men vi er kommet til at det er uhensiktsmessig med hensyn til å få etablert modaliteten, samt utvikling og forskningssamarbeid («Kystsamarbeidet»). Det å utsette drift vil gi et uheldig signal både til giver og til samfunnet når det gjelder ressursbruk.
4. Utvidet forskningsstrategi  
Økning fra en til to stillinger som forskningstekniker baserer seg på omfanget av teknisk avansert utstyr som er lokalisert til forskningsarealene i senteret. Det er nødvendig med en fast grunnbemanning til denne virksomheten og tre personer anses som minimum. Universitetet vil finansiere en tredje stilling til denne virksomheten. Stipendiater og forskere med prosjekter vil bli støttet av grunnbemanningen.
5. Modell for GMP produksjon  
Den samarbeidsmodellen som UNN og Sykehusapotek Nord HF (SANO) har avtalt vedrørende radiofarmakaproduksjon, skiller seg fra nasjonale og internasjonale PET-sentra. I vår avtale er dette adskilt på to organisasjoner hvor SANO har forpliktet seg til å bygge opp kvalitetssystemet. En organisatorisk oppdeling slik det er gjort i vårt tilfelle fordrer noe ekstra ressurser. Etter dialog med SANO ser vi nødvendigheten av å bemanne opp stillingsandelen for farmasøyt med 0,5.

#### *Vedlikeholdskostnader*

Det er gjort en ny gjennomgang av vedlikeholds- og servicekostnader basert på tilbud fra valgte leverandører samt kjente kostnader på utstyr som flyttes over fra dagens virksomhet. Det er fremdeles utstyrspakker hvor leverandør ikke er valgt, men i disse tilfellene er det estimert en kostnad basert på forventning. De store kostnader til serviceavtaler på nytt utstyr som installeres i senteret vil ikke tre i kraft før 2020 da garantitiden gjelder for to år. Servicekostnader i 2018 estimeres til 1,5 mill kroner økende til 8,5 mill kroner i fra 2020.

#### *Kompetansebygging*

Det er et stort behov for å bygge kompetanse i nye funksjoner. Dette gjelder spesielt for produksjon av radiofarmaka (syklotronfysiker, radiokjemikere og farmasøyt) og de som skal dedikeres mot PET-MR (teknologer, leger, fysikere). To farmasøyt (SANO) har nylig avsluttet kurs i radiokjemi (Certificate of Advanced Studies in Radiochemistry - eneste godkjente kurs av European Association of Nuclear Medicine) som går over to år til en kostnad på 150.000 per deltager (inkluderer reise-, oppholds- og kursavgift). De to nyansatte radiokjemikere (UNN) vil ta dette kurset i 2018 og 2019 hvor det forventes tilsvarende kostnader. Midler til

kompetansebygging ligger ikke inne i tabell 1a og 1b og tas over driftsbudsjett eller fond som i dag, slik andre kompetansansehevende tiltak gjennomføres.

#### *PET til Nordlandssykehuset Bodø (NLSH)*

I regional kreftplan er det beskrevet etablering av PET-CT i Bodø. Dagens PET-CT skanner, som står i konteiner ved UNN, er tilbudt NLSH. Det er satt av areal i NLSH til plassering av PET-CT skanner. I tillegg må det avsettes areal til pasienter som er injisert med radiofarmaka før de gjennomfører selve skanningen. PET-senteret ved UNN er bygningsmessig forberedt med pakkerom og heis for leveranse av radiofarmaka til Bodø.

Det foreligger et tilbud fra Siemens med estimert kostnad på 0,5 mill kr (eks. merverdiavgift) for flytting av skanneren fra Tromsø til Bodø. Det anbefales at det gjøres en grundig vurdering rundt kostnader og nytteverdi ved å etablere PET i Bodø. Fordelen er åpenbart at pasienter slipper reisen til Tromsø. Utfordringer ligger bl.a. i fagmiljø, kostnad, mulighet for transport av radiofarmaka og regulatoriske krav. I møte mellom UNN og NLSH har UNN tilbudt NLSH assistanse i planlegging av PET-virksomhet i Bodø. Det er ønskelig med et tett samarbeid om virksomheten for å etablere en faglig forsvarlig drift i et betydelig mindre fagmiljø. Saken er på agenda til Nordnorsk fagnettverk for nukleærmedisin.

### **Medvirkning**

Saken blir forelagt for UNN sine ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftingsmøter. Protokollene fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet i UNN.

### **Vurdering**

Det har gjennom hele prosjektfasen vært kjent at den økonomiske risikoen knyttet til bygging av PET-senteret er høy. UNN er det andre regionsykehuset i Norge som bygger et slikt senter, og det første som bygger et komplett senter som legger til rette for både PET-CT, PET-MR og dyreeksperimentell forskning. Overskridelsene i det noe enklere senteret i Helse Bergen HF ble svært store. Tilsvarende prosjekt ved St. Olavs hospital HF er i tidlige gjennomføringsfase og nyter godt av erfaringene i UNN.

Direktøren mener fortsatt at overskridelsene må vurderes i lys av den høye risikoen, men finner likevel at situasjonen er krevende fordi overskridelser utfordrer den samlede investeringsrammen i UNN og foretaksgruppen. Risikoen i A-fløyaprojektet har hele tiden vært vurdert lavere enn i PET-senteret, og det ligger fortsatt an til et overskudd i der. Prosjektene har vært gjennomført i et parallelløp under samme ledelse, og det er derfor direktørens vurdering at det er rimelig å se økonomien i de to prosjektene helhetlig. Det er fortsatt direktørens krav at prosjektene i sluttfasen samlet styres innenfor vedtatt samlet investeringsramme. Dette vurderes fortsatt som oppnåelig, men det foreligger etter direktørens vurdering noe risiko for et samlet merforbruk på inntil 15 mill kr.

Det knytter seg fortsatt usikkerhet hvor lang tid valideringsfasen for radiofarmakaproduksjon vil ta, og til den permanente driftsøkonomien i PET-senteret. Endrede forutsetninger for drift av senteret har gitt behov for økt bemanning. Vurderingen nå er at økt bemanning og økte avskrivningskostnader gir en samlet økt driftskostnad på om lag 14 mill kroner årlig.

Avskrivningsregler for fysiske gaver er under avklaring og kan påvirke dette. PET-senteret er en ren regionfunksjon og det må derfor avklares nærmere med Helse Nord RHF hvordan kostnadene skal fordeles i regionen.

## **Konklusjon**

A-fløya og PET-senter prosjektene ved UNN Breivika er begge knyttet til foretakets regionale oppgaver og er i ferd med å fullføres. PET-senteret har nå en prognose 42 mill kr over p85-rammen, og A-fløya prosjektet 26-40 mill under. Direktøren ser prosjektene samlet og stiller fortsatt krav om fullføring innenfor prosjektenes samlede godkjente investeringsramme. Dette vurderes fortsatt som oppnåelig, men det foreligger etter direktørens vurdering noe risiko for et samlet merforbruk på inntil 15 mill kr.

Saken redegjør også for driftsmessige aspekter ved PET-senteret, og viser hvordan bemanningsplan, forsinket oppstart av FDG produksjon og økte avskrivningskostnader påvirker driftsbudsjettet. Den totale effekten er økte driftskostnader på ca. 14 mill kr per år med en pukkelkostnad på 23 mill kr i 2018 knyttet til innkjøp av FDG mens senteret forberedes og godkjennes for egen produksjon. PET-senteret er en fellesfunksjon for hele regionen og direktøren foreslår derfor at styret anmoder Helse Nord RHF om å vurdere hvordan kostnadsøkningen skal håndteres i foretaksgruppen.

Tromsø, 8.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
9/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig:	Tor Ingebrigtsen	Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen

### Styresak - Kontinuerlig forbedring ved UNN - Status i gjennomføringen og etablering av sentral støtteenhet

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtaket i styresak 5/2017 *Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid*, og tar status i arbeidet med oppfølging av gjennomføringsplanen til orientering.
2. Styret tar til etterretning at direktøren vurderer etablering av en felles støtteenhet for arbeidet med kontinuerlig forbedring som nødvendig, og at denne vil bli organisert i direktørens stab.
3. Styret viser til at styrets underutvalg for kontinuerlig forbedring fortsatt arbeider med å utvikle styrets egen rolle i satsingen. Støtteenheten gis i oppdrag å utarbeide en tiltaks-, milepæls- og evalueringsplan for det videre arbeidet hvor også styrets arbeidsutvalgs prosesser innarbeides.
4. Styret bes holdt løpende orientert om videre fremdriften i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

#### Bakgrunn

I styresak 5/2017 *Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid* ble det slått fast at gjennomføring av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sine strategier krever flytting av fokus fra organisatoriske og strukturelle endringer til implementering av strategiene med kontinuerlig forbedring som metode.

Saken viste til at vi i fremtiden, som en følge av den demografiske utviklingen, må håndtere flere pasienter per ansatt. Denne utfordringen kan bare i begrenset grad møtes med ytterligere effektivisering. Saken slo derfor fast at tilnærmingen må være å forbedre arbeidsprosessene, med fokus på pasienten, for å redusere feil, øke kvaliteten og prioritere aktivitet som gir

helsegevinst. Dette krever utvikling av gjennomgående system og kultur for ledelse av kontinuerlig forbedring, i tråd med *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Styret gjorde følgende vedtak i saken:

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

Saken viste til en litteraturoversikter utarbeidet av Institute for Healthcare Improvement (IHI), og understreket at forbedring av måten ledelse utøves på er viktig for å lykkes. Fokus må rettes mot mellomledernes daglige arbeid, understøttet av et system for ledelse som klargjør oppgaver og ansvar for ledere på alle organisatoriske nivåer. Dette krever toppledere som tar ansvar på tvers av organisatoriske grenser, som engasjerer seg på grunnplanet med fokus på gjennomføring av virksomhetens strategier, og som sikrer åpenhet og transparens.

Gjennomføringsplanen som styret godkjente i sak 5/2017 inneholdt 12 punkter der tiltak innen blant annet lederutvikling- og opplæring sto sentralt. Saken redegjorde også for risikoreduserende tiltak. Arbeidet er påbegynt på de fleste områdene, men det har vært utfordrende å få til en samlet fremdrift, styring og koordinering av satsingen. Direktøren ser derfor behov for å styrke kompetansen i og ledelsen og koordineringen av arbeidet med kontinuerlig forbedring for å sikre fremdrift i gjennomføringen.

## **Formål**

Formålet med denne saken er å forankre etablering av en felles støtteenhet for satsingen. Denne skal være UNNs kompetanseenhet for kontinuerlig forbedring. Saken gir i tillegg en kort orientering om status i arbeidet med gjennomføringsplanen og koordinering med styrets underutvalg.

## Saksutredning

### Status i oppfølging av gjennomføringsplanen

Det er gjort en gjennomgang av arbeidet med gjennomføringsplanen for kontinuerlig forbedring vedtatt i styresak 5/2007. Tabell 1 gir en grov oversikt over status i arbeidet.

Tabell 1: Gjennomføringsplan og status for Kontinuerlig forbedring (KF)

	Tiltaksområde	Status i framdrift
1.	Forankring i styret, risikovurdering av satsningen, etablering av grunnleggende prinsipper for arbeidet og utvikling av en plan for kommunikasjon ut i hele organisasjonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreseminar gjennomført, underutvalg etablert</li> <li>• Risikovurdering gjennomført, tiltak delvis iverksatt</li> <li>• Prinsipper etablert, ikke operasjonalisert</li> <li>• Kommunikationsplan ikke utarbeidet</li> </ul>
2.	Opplæring av direktørens ledergruppe i kontinuerlig forbedring som metode	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Påbegynt, hovedsakelig knyttet til læring gjennom ukentlige tavlemøter med metodestøtte fra KVALUT</li> <li>• Kompetansehevingstiltak videreføres i 2018 etter en systematisk kartlegging av kompetansen etter modell fra Region Hovedstaden Psykiatri (vedlegg 2).</li> <li>• Direktøren har meldt UNN inn i et europeisk læringsnettverk for ledere i sykehus som arbeider etter metoden.</li> </ul>
3.	Fornyset innsats rundt teambygging i direktørens ledergruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktøren har gjennomført et omfattende arbeid med å styrke teamfunksjonen i direktørens ledergruppe med fokus på blant annet ansvar på tvers av organisatoriske grenser. Arbeidet videreføres innværende år med et forsterket fokus på metodekompetanse og nødvendig endring av ledernes arbeidsmåter og atferd.</li> </ul>
4.	Styrking av samarbeidet mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjenesten gjennom tiltak som utvikles i en partssammensatt arbeidsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosess pågår, ikke fullført</li> <li>• Ikke koplet metodemessig til kontinuerlig forbedring</li> </ul>
5.	Revisjon av hovedindikatorene, knyttet opp mot hovedmålene i overordnet strategi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nye hovedindikatorer etablert for 2018. Avstemt mot risikostyring i Helse Nord</li> <li>• I det videre arbeidet er det behov for å knytte arbeidet med hovedindikatorer tettere opp mot kontinuerlig forbedring</li> <li>• Ikke god nok systematikk mellom organisatoriske nivåer</li> <li>• Ikke godt nok koplet til møte- og tavlestruktur</li> </ul>
6.	Implementering av tavlemøter i eksisterende møtestruktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablert i sykehusledelsen</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablert i mange enheter i UNN, men ikke etablert systematikk for sammenheng mellom organisatoriske nivåer og møterekkefølge</li> </ul>
7.	Revisjon av lederutviklingsprogrammet og program for opplæring av tillitsvalgte og verneombud med vektlegging av kontinuerlig forbedring som metode, samt utvikling av eget opplæringsprogram i kontinuerlig forbedring for fagpersonell	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forbedringer gjennomført i eksisterende system</li> <li>• Tilbud delvis etablert</li> <li>• Mangler systematikk og plan for ulike organisatoriske nivåer og funksjoner (eks. LIS, nyansatte)</li> <li>• Helhetlig gjennomgående system må utvikles og det må etableres en utrullingsplan</li> <li>• Kompetanse må kartlegges</li> </ul>
8.	Reetablering av nettverk av kvalitetsrådgivere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablert</li> <li>• Rolle i arbeidet med kontinuerlig forbedring ikke godt nok avklart</li> </ul>
9.	Etablering av et nytt og bedre system for håndtering av avvik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere forbedringer i eksisterende system gjennomført</li> <li>• Helhetlig gjennomgående system fortsatt under utredning i KvalUt</li> </ul>
10.	Gjennomgang og forenkling av større arbeidsprosesser i sykehusledelsen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke påbegynt</li> <li>• Deler av arbeidet må avstemmes mot styrets underutvalg</li> </ul>
11.	Utarbeide en oversikt over pågående og planlagte større prosjekter i UNN og regionen og vurdere innføring av porteføljestyling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke påbegynt</li> <li>• Under etablering i Helse Nord, må avstemmes mot dette arbeidet</li> </ul>
12.	Utvikle en evalueringsplan for satsningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke påbegynt</li> </ul>

Vedlegg 1 viser en skisse for en mer detaljert tiltaks-, milepæls- og evalueringsplan.

#### *Etablering av støtteenhet for arbeidet med kontinuerlig forbedring*

Statusgjennomgangen av gjennomføringsplanen viser at det på flere områder og i deler av organisasjonen har vært jobbet godt det siste året med innføring av kontinuerlig forbedring som metode, men at det så langt ikke har lyktes å få til god nok prioritering, fremdrift og samordning av satsingen.

UNN har i dag én seniorrådgiver ansatt i direktørens stab med utviklingen av kontinuerlig forbedring som hovedoppgave, og Kvalitetsavdelingen i Kvalitets- og utviklingssenteret (KvalUt) har en viktig rolle. Dette gjelder særlig i de delene av satsingen som er direkte rettet mot pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid i pasientbehandlingen. Ansvar for prosessen er utover dette distribuert i organisasjonen.

Direktøren har innhentet erfaringer og råd vedrørende organisering av satsingen fra sykehus som har ledet an i arbeidet med å utvikle metoden og oppnådd internasjonal anerkjennelse for dette. De viktigste er Virginia Mason i Seattle, ThedaCare i Wisconsin, NHS Highland i Skottland, East London NHS, Landspítali i Reykjavik, Helsinki US og Region Hovedstaden Psykiatri i Danmark. Erfaringene kan oppsummeres slik:

- Alle har etablert en felles støtteenhet
- Denne er plassert tett på øverste ledelse og synliggjort i organisasjonen slik at den gjenspeiler styrets og direktørens prioritering av satsingen og forventninger til resultat
- Enheten har i oppstartfasen utviklings- og koordineringsoppgaver
- Enheten tar etter hvert ansvar for drift av noen felles støttefunksjoner som for eksempel prosjektporteføljestyling, brukermedvirkning i satsingen og metodeopplæring for ledere og ansatte
- Enheten har kompetanse i blant annet forbedringsmetodikk, organisasjonsforståelse, helsefag, sykehus, ledelse, pedagogikk, analyse og kommunikasjon
- Vanlig antall ansatte er fem til syv avhengig av sykehusets størrelse. Enheten kan bygges opp med en kombinasjon av fast ansatte og personell som roterer til enheten
- Andre støttefunksjoner (i UNN Stabscenteret, KvalUt, Drift- og eiendomssenteret) må innrettes slik at også disse understøtter kontinuerlig forbedring. Det må gradvis utvikles en tydelig arbeidsdeling mellom støttefunksjonene
- Alle har knyttet seg til en ekstern samarbeidspartner, som for eksempel IHI, for tilgang på forskningsbasert grunnlag for kompetansebygging, nettverk og rådgivning

Direktøren gjennomførte 13.12.17 en workshop for kvalitetsrådgivere, klinikk- og senterledere, tillitsvalgte/vernetjeneste, avdelingsledere og andre ressurspersoner i nåværende støttefunksjoner. 35 medarbeidere deltok.

Tre problemstillinger ble belyst både gjennom gruppearbeid og plenumsdiskusjoner:

1. *Hvilke kompetanser er nødvendig for å gjennomføre UNN sin satsing innen kontinuerlig forbedring?*

Det ble gitt innspill på nødvendige og prioriterte kompetanser i gruppearbeid. Deretter ble deltakerne i plenum bedt om å prioriter fem kompetanseområder. Følgende ble prioritert: Ledelse, organisasjonspsykologi, forbedringsmetodikk, pedagogikk og kommunikasjon («oversettelseskunnskap»).

2. *Hvordan kan den nødvendig kompetansen skaffes til veie?*

Gruppen mente at de beskrevne kompetanseområdene kan rekrutteres internt i UNN. Det ble likevel ansett som viktig å ikke tappe andre organisatoriske enheter for kompetanse, og derfor anbefalt å vurdere ekstern utlysning av stillinger i støtteenheten slik at denne eventuelt kan bemannes med en kombinasjon av internt og eksternt rekruttert kompetanse. På sikt kan det være aktuelt at kompetansebehov dekkes med rotasjon til forbedringsenheten ut fra hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres.

3. *Hvordan kan en felles støttefunksjon for kontinuerlig forbedring best organiseres på foretaksnivået?*

Enheten må fokusere på utvikling av kontinuerlig forbedring på foretaksnivået, og må samarbeide tett med klinikkene (forbedringsagenter og kvalitetsrådgivere). Spesielt

viktig at kunnskaps- og erfaringsoverføring vektlegges samt at grenseflaten mellom denne og andre stabsenheter er tydelig.

### *Avklaring av styrets rolle i satsingen*

Etter forrige behandling i sak 5/2017 er det gjennomført to styreseminarer (20.6. og 15.11.2017). Styrets underutvalg for kontinuerlig forbedring har arbeidet med utgangspunkt i styreseminarene. Disse har hatt som hovedfokus å forankre satsingen i styret og å utvikle styrets rolle, med særlig fokus på å definere kritiske arbeidsprosesser i styret med relevans for satsingen. Utvalget har hatt som mål å etablere et sterkere strategisk fokus i styrearbeidet, og å definere prosesser og eventuelt indikatorer som kan understøtte et slikt fokus. Arbeidet pågår fortsatt, og må koordineres opp mot arbeidet med satsingen for øvrig.

## **Medvirkning**

Det har vært en omfattende utrednings- og beslutningsprosess i saken, som opprinnelig var planlagt som orienteringssak i styret sist høst. Medvirkning og involvering ble styrket gjennom presentasjoner, innspill, diskusjoner og workshops på mange av UNNs møteplasser, i perioden fram til styremøtet i februar 2018 ref. vedlegg 3.

Saken er forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting i eget møte 31.1.2018, og forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalget henholdsvis 29. og 31. s.m. Samtlige møter ga sin tilslutning til saken, og at den fremmes til endelig forankring i styret.

## **Vurdering**

Kontinuerlig forbedring er en langsiktig satsning med tidshorisont på 10 år. Direktøren mener at forankringen av satsingen i styret og toppledelsen er bedret gjennom 2017 som følge av ulike prosesser, blant annet i styreseminarer og ulike arbeidsprosesser i direktørens ledergruppe.

Statusgjennomgangen av gjennomføringsplanen viser at arbeidet er påbegynt og/eller delvis gjennomført på mange av punktene, men i varierende grad i de forskjellige delene av organisasjonen. Det er direktørens vurdering at det nå er behov for ytterligere tiltak for å oppnå nødvendig fokus, systematikk og framdrift i arbeidet. Tilgang på dedikerte og samlede ressurser med kompetanse for koordinering av satsingen, vurderes som nødvendig for å oppnå ønsket fremdrift.

Direktøren registrer at de fleste sykehus som virkelig har lyktes med kontinuerlig forbedring, har koordinert arbeidet gjennom en felles støtteenhet. Det er direktørens vurdering at vi ved å omprioritere og samle ressurser i en slik enhet, øker sannsynligheten for å lykkes.

Forbedringsarbeidet må først og fremst gjennomføres i klinikkene, men det er et mål at også Drift- og eiendomssenteret, Stabssenteret, KvalUt og direktøren skal anvende kontinuerlig forbedring som metode for å forbedre og forenkle sine arbeidsprosesser. Andre sykehus har etablert en slik stab koplet tett på foretaksledelsen, og vurdert dette som avgjørende for å bygge gjennomgående system og kultur for kontinuerlig forbedring.

Forbedringsenheten skal i første omgang ha som oppgave å lede og koordinere implementeringen, herunder utvikle tiltak basert på vedtatt gjennomføringsplan og de risikoreduserende tiltak. Direktøren vurderer rådene fra workshopen 13.12.2017 vedrørende nødvendig kompetanse som relevante og dekkende, og planlegger å følge disse. Det er av

avgjørende betydning at enheten og de sentra som har tilstøtende oppgaver, samarbeider godt og at arbeidsdelingen er tydelig og klart definert. Arbeidsdelingen må utvikles i samarbeid mellom lederen for støtteenheten og senterlederne når enheten er etablert.

Direktøren vurderer det som vesentlig at støtteenheten skal legge til rette for bruk av kontinuerlig forbedring som metode ikke bare i pasientbehandlingen, men i arbeidsprosesser i hele virksomheten. Det er samtidig ønskelig gjennom enhetens organisatoriske innplassering å gi et tydelig signal om at kontinuerlig forbedring er styrets og direktørens viktigste tiltak for implementering av UNNs strategier de nærmeste årene. Enheten planlegges derfor organisert som en del av direktørens stab, med en leder som rapporterer direkte til administrerende direktør.

Det er direktørens foreløpige vurdering at enheten bør bestå av tre til fem ansatte. Dette må vurderes fortløpende, blant annet ut fra hvilken kompetanse det lykkes å skaffe til veie. Stillingene planlegges utlyst internt i første omgang og om nødvendig eksternt i en andre utlysingsrunde.

Enheten etableres ikke for å løse nye arbeidsoppgaver, men for å samle komplementær og nødvendig kompetanse for å oppnå et koordinert og systematisk arbeid med videre gjennomføring av handlingsplanen. Det vil stå sentralt at mange av dagens arbeidsprosesser skal ledes og løses på en annerledes og mer hensiktsmessig måte enn i dag, med fokus på det som har verdi for pasientene.

Finansieringen planlegges løst med omdisponering av midler innenfor vedtatt budsjett, gjennom budsjettmessige justeringer mellom Drift- og eiendomssenteret, Stabssenteret, Kvalitets- og utviklingscenteret og direktørens stab.

## Konklusjon

Direktøren anbefaler at styret tar orienteringen om etablering av en felles støtteenhet til etterretning. Støtteenhet gis i oppdrag å utarbeide en tiltaks-, milepæls- og evalueringsplan for det videre arbeidet, hvor også styres arbeidsutvalgs prosesser innarbeides.

Styret skal holdes løpende orientert om videre fremdriften i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Tromsø, 2.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg 1: Skisse for tiltaks-, milepæls- og evalueringsplan

Vedlegg 2: Illustrasjon av ulike nivå og våre ambisjoner i forbedringsarbeidet  
(Kilde: Region Hovedstaden Psykiatri 2017).

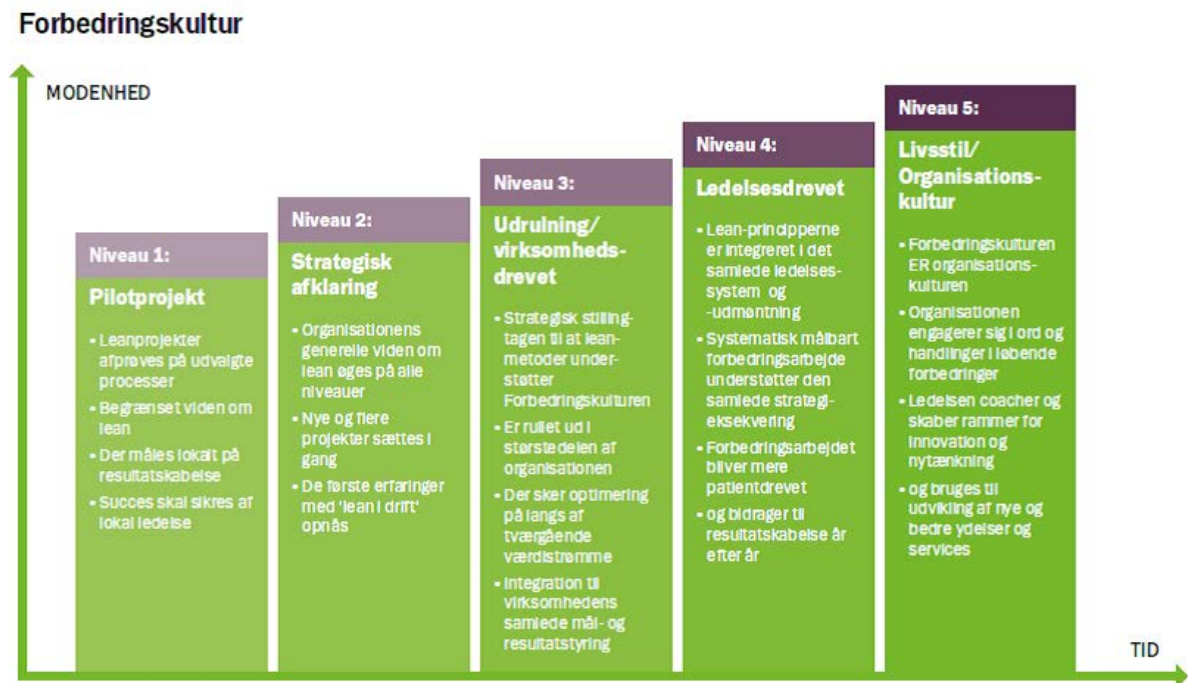
Vedlegg 3: Prosess i utrednings- og beslutningsfasen

## Sak 9/2018 - vedlegg 1

Tiltaksområde	Tiltak	Involverte	2018	2019	2020	→	Milepæler	Evaluering
Forankring i styret	Koordinert aktivitet m/ arbeidsutv. styret	AD, KF, styret					Årlig orientering/seminar	Styresak
Risikovurdering	Risikoreducerende tiltak	KF, FTV/FVO, BU						Sjekkliste
Prinsipper	Operasjonaliseres av ansatte. Formidle	KF, stabssenter						Styresak
Kommunikasjonsplan	Koordinert med ny plan	KF, Kommunikasjonsavd.					Ferdigstilt plan	Måle bruk av nettside
Metodeopplæring LG	Kompetansekartlegg. Opplæringsplan	KF, stab, Kvalut, nettverk					Kartlegging gjort Opplæringsplan OK	Kartlegging med jevne mellomrom
Teambygging LG	Kople teamarbeid til KF	AD, eksterne, KF						Se over
Partssamarbeid	Kople partssamarb og KF	AD, FTV/FVO, BU, KF					Beslutning AD	
Hovedindikatorer	Prosess der mål koples til strategi	AD, eksterne, KF, stab, Kvalut, FTV/FVO, BU					Indikatorer satt Småskala (klinikk)	PDSA
Tavlemøter	Helhetl. system, struktur, standard	AD, KF, nettverk, Kvalut, stab					Småskalatest (en klinikk)	PDSA
Opplæring	Koordinert med lederutv., differensiert	KF, stab, Kvalut, DES, FTV/FVO					Kartlegging gjort Opplæringsplan OK	Egenevaluering Gjentatt kartlegg.
Nettverk	Rolle – og ressursavklaring	AD, KF					Beslutning AD Rolleavklaring OK	Egenevaluering Gjentatt kartlegg.
Avvikssystem	Overordnet system/overbygning	AD, KF, KU, Kvalut, DES, Stab, BU					Vedtak Implementering	Styresak
Forenkle prosesser	Verdistrømskartl. Koord. Med styret	AD, Styret, KF, Kvalut, nettverk, FTV/FVO					Vedtak prosesser Prosjekt gjennomført	Indikatorer etableres i hver «strøm»
Prosjektportefølje	Vurdere porteføljestyring	AD, KF, Kvalut, stab, DES					Beslutning AD	
Evalueringsplan	Legge plan og følge opp	AD, KF, styret, FTV/FVO,					Plan vedtatt	Kontinuerlig justering



Forbedringskultur, sammenheng mellom modenhet og tid



## Utrednings/ - og beslutningsfase

Uke	Dato	Arena	Innhold
Uke 46	17.11.	FTV og FVO	Muntlig orientering om prosessen fram mot styresak
Uke 47	21.11.	Ledermøte	Muntlig orientering om prosessen fram mot styresak
Uke 48	28.11.	Stabsmøte	Muntlig orientering om prosessen fram mot styresak
	28.11.	Kvalitetsutvalget	Muntlig orientering om prosessen fram mot styresak
	29.11.	AMU	Muntlig orientering om prosessen fram mot styresak
Uke 50	13.12.	Innspillsfase - start	Workshop #1
Uke 2	12.01.	Innspillsfase - slutt	Workshop #2 (ved behov)
Uke 3	16.01.	Stabsmøte	Muntlig orientering om status
	16.01.	Kvalitetsutvalget	Muntlig orientering om status
Uke 4	23.01.	Ledermøte	Behandle styresak
Uke 5	29.01.	BAU?	Behandle styresak
	30.01.	Stabsmøte	Forberede styresak
	30.01.	FTV og FVO	Drøfte styresak
	31.01.	AMU	Behandle styresak
Uke 7	15.02.	Styremøte	Behandle styresak

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
10/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig: Marit Lind		Saksbehandler: Roger Dahl

**Dialogavtale for 2019 mellom styret ved UNN og administrerende direktør****Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner direktørens dialogavtale for 2019.
2. Styret godkjenner justeringene i direktørens dialogavtale for 2018.
3. Styret ber om at direktøren legger den fokuserte versjonen av dialogavtalen til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2019.

**Bakgrunn**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har som grunnlag for administrerende direktørs oppdrag vedtatt en egen direktørinstruks. Denne tar for seg direktørens plikter overfor styret, og den fastsetter formelle rammer rundt den daglige ledelse og utvikling av foretaket. Instruksen er i tråd med krav fra Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dialogavtaleverktøyet, slik det er beskrevet i denne saken, kommer som et tillegg til instruksen, og er å forstå som et dynamisk verktøy til bruk i kontinuerlig virksomhetsstyring. Metodikken ble etablert allerede i 2007 ved implementering av ny organisasjonsstruktur. De strategiske hovedretningene i dialogavtaleverktøyet er justert slik at de samsvarer med de strategiske hovedretningene i Strategisk utviklingsplan.

Den langsiktige satsingen på kontinuerlig forbedring som gjennomgående system og kultur er etablert som en overordnet målsetting, og er lagt inn i det elektroniske verktøyet. I tillegg er budskapet og forpliktelser fra styresaken om kontinuerlig forbedring (5/2017) lagt inn under hovedretningen Kvalitet og pasientsikkerhet.

Dialogavtalen mellom styret og administrerende direktør tar utgangspunkt i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF. Oppdragsdokumentet vedtas imidlertid ikke før i februar det året det gjelder, mens direktøren må starte virksomhetsplanlegging for neste driftsår



om lag 10 måneder før årsskiftet for å overholde tidsfrister og fremskaffe en god virksomhetsplan. Direktøren har derfor allerede nå behov for signaler fra styret som kan legges til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2019. Dette behovet løses gjennom styrebehandling av direktørens dialogavtale for 2019.

Avtalen vil bli presentert på den årlige ledersamlingen i mars måned, der ledere fra alle ledernivå i UNN deltar. Klinikk- og senterledere får som en del av samlingen i oppdrag å starte interne prosesser med utgangspunkt i dialogavtalen som styret har inngått med direktøren.

## Formål

Formålet med denne saken er å vedta direktørens forslag til dialogavtale for 2019, samt justeringer i direktørens dialogavtale for 2018.

## Saksutredning

Dialogavtalen som styringsverktøy ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ivaretar strategisk og operasjonell virksomhetsstyring gjennom en balanse mellom helhetlig planlegging og praktisk iverksetting. Dialogavtalen har et ulikt fokus alt etter hvilket nivå i organisasjonen den anvendes. På overordnet nivå er dialogavtalen et strategisk verktøy og inneholder de kontinuerlige og komplekse målsettingene. På mellomledernivå benyttes dialogavtalen til mer operasjonell styring, og på lavere nivå i organisasjonen kan dialogavtalen bidra til å administrere utførelsen av konkrete mål og tiltak.

I dialogavtalene får hvert nivå mulighet til å definere hvordan de best kan løse lokale utfordringer, samtidig som organisasjonens strategi understøttes ved at målsettingene utarbeides i tråd med de overordnede strategier, satsinger og prioriteter som er vedtatt. Styrets dialogavtale med direktøren inneholder satsinger som presiserer de organisasjonsgjennomgående prioriteringene. Forslaget til avtale er avstemt mot Strategisk utviklingsplan, og vil justeres i tråd med styringssignaler i kommende oppdragsdokument. Tiltak etableres fra klinikknivå og videre nedover i organisasjonen.

Dynamikk er et bærende prinsipp i UNNs virksomhetsstyringssystem og gjenspeiles i dialogavtalene som styringsverktøy. Det som løftes fram i dialogavtalen er prioriterte satsinger som fordrer særskilt lederfokus i styringshjulet med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. Dialogavtalene er dynamisk innrettet slik at det er mulig å gjøre justeringer dersom det er nødvendig.

Fokus er et annet bærende prinsipp for dialogavtalen som styringssystem. Det vil si at styringsverktøyet skal bidra til at økt oppmerksomhet, lederkraft og ressurser dreies mot det som er kritisk for at foretaket skal realisere prioriterte mål. Antallet satsinger i dialogavtalen må følgelig balanseres med hensyn til ivaretagelsen av tilstrekkelig fokus i virksomhetsstyringen. Omfanget av direktørens og underliggende nivåers dialogavtaler har gradvis økt siden innføringen av det nye verktøyet i 2013. Dagens omfang av satsinger er ikke i tråd med den bærende ideen om fokus i virksomhetsstyringen. For å imøtegå utviklingsretningen har direktøren valgt å fokusere på et fåtall prioriterte satsinger for 2019.

Et forsterket fokus i lederlinjen fra direktør til seksjonsledere rundt et prioritert utvalg mål antas å fremme måloppnåelse, da det legger til rette for tiltaksoppfølging gjennom året og resultatmålinger, og resultatvurderinger mot slutten av året. Det forventes at et konsentrert utvalg mål i direktørens dialogavtale vil ha en kanalisierende effekt på arbeidet med dialogavtalene på underliggende nivå. Effekten vil være at redundante og mindre viktige mål

fases ut av dialogavtalene på underliggende nivå, slik at de gjenværende målene gjenspeiler de utviklingsområdene som det er kritisk at UNN lykkes med.

## Medvirkning

Saken er oversendt brukernes arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalg til drøfting og innspill i egne møter 29., 30. og 31.1.2018. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker i styremøtet. Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken fremmes til sluttbehandling i styret.

## Vurdering

Revideringen av foretakets hovedindikatorer for 2018 og direktørens dialogavtale for 2018 er eksempler på at dynamikk som styringsprinsipp har blitt tatt mer i bruk i UNN. I tillegg har nå også *fokus* som styringsprinsipp kommet sterkere inn gjennom reduksjonen av antall satsinger i direktørens dialogavtale for 2019. Dialogavtalene skal ha et klart formål og tenkt bidrag i at det klart kommuniseres og formaliseres hva virksomheten ønsker å oppnå. Selv om foretakets overordnede strategi ligger fast over tid, må det defineres hva som er virksomhetens viktigste prioriteter og satsinger på kort sikt gitt regulatoriske krav, vilkår for finansiering, eierstyring og planer. Dialogavtalene skal gjennomsyses av de til enhver tid relevante målsettingene for UNN, som det planlegges målrettede tiltak på grunnlag av, og som blir gjenstand for ledelsesfokus og dialog med hensyn til oppnådde resultater.

Styrets godkjenning av dialogavtalen til administrerende direktør utgjør et viktig utgangspunkt for planprosessene rundt virksomhetsstyringen hvert år.

## Konklusjon

Direktøren ber om at styret godkjenner forslaget til dialogavtale mellom styret ved UNN og administrerende direktør for 2019, samt justeringer i direktørens dialogavtale for 2018.

Tromsø, 2.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg

1. Forslag til administrerende direktørs dialogavtale for 2019

## Dialogavtale mellom UNN-styret og administrerende direktør for 2019

(Endringer er merket med rød skrift.)

Dialogavtale 2018	Dialogavtale 2019 – videreført versjon	Dialogavtale 2019 – fokusert versjon
<p><i>UNN skal videreutvikle og styrke en kultur for kontinuerlig forbedring av våre arbeidsprosesser, til beste for pasientene, medarbeiderne, studentene og samfunnet. Dette skal skje gjennom etablering av systemer for ledelse, kompetanseutvikling og trening, i team og i partnerskap med pasienter og brukere. Det er et langsiktig utviklingsarbeid som krever atferdsendring og fokus på daglige forbedringer, nærmest pasienten. Aktiv og gjennomgående bruk av kvalitetssirkelen skal sikre at endringer er forbedringer, og at tiltak som gjennomføres er virkningsfulle og varige.</i></p>		
<b>PASIENTFORLØP</b>		
Med utgangspunkt i rapporter fra SKDE, skal UNNs klinikker og sentra arbeide for å utjevne variasjon i forbruk og sikre et likeverdig tilbud for spesialisthelsetjenestene.		
<b>SAMHANDLING OG FUNKSJONSFORDELING</b>		
UNN skal utvikle en tydeligere funksjonsfordeling mellom regions- og lokalsykehusfunksjonene, både internt i eget foretak og i samarbeidet med de andre helseforetakene i regionen.		
UNN skal definere lokalsykehusfunksjonen ved UNN-Tromsø tydeligere, og slik bidra til å løse kapasitetsutfordringer, <b>samt følge opp beslutningene etter det regionale arbeidet med funksjonsfordeling/lokalsykehusfunksjoner.</b>		
UNN skal bidra til mer helhetlige pasientforløp og bedre kapasitetsutnyttelse gjennom samarbeid med relevante kommuner om bruk av KAD-senger og helsehusene.	UNN skal bidra til mer helhetlige pasientforløp og bedre kapasitetsutnyttelse gjennom samarbeid med relevante kommuner om bruk av KAD-senger og helsehusene.	
<b>KVALITET OG PASIENTSIKKERHET</b>		

UNNs aktiviteter skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres etter prinsippene for kontinuerlig forbedring og i tråd med <i>forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten</i> .	UNN skal sikre at styringssystemet fungerer og bidrar til kontinuerlig forbedring i tråd med <i>forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)</i> .	UNN skal sikre at styringssystemet fungerer og bidrar til kontinuerlig forbedring i tråd med <i>forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)</i> .
	UNN skal implementere gjennomgående systemer for ledelse av kontinuerlig forbedring (jf 13 punkts gjennomføringsplan i styresak: 5/2017) for å underbygge en kultur for kontinuerlig forbedring som omfatter hele organisasjonen.	UNN skal implementere gjennomgående systemer for ledelse av kontinuerlig forbedring (jf 13 punkts gjennomføringsplan i styresak: 5/2017) for å underbygge en kultur for kontinuerlig forbedring som omfatter hele organisasjonen.
UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle en åpenhetskultur der avviksmeldinger, konstruktive kritiske innspill og varslinger brukes i arbeidet med kontinuerlig forbedring.	UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle en åpenhetskultur der avviksmeldinger, konstruktive kritiske innspill og varslinger brukes i arbeidet med kontinuerlig forbedring.	
UNN skal utarbeide fullstendige beredskapsplaner og treårig rullerende plan for øvelser i beredskapssammenheng.		
UNN skal kontinuerlig gjennomføre målrettede tiltak for å oppfylle måltallene som er fastsatt for foretakets hovedindikatorer.	UNN skal kontinuerlig gjennomføre målrettede tiltak for å oppfylle måltallene som er fastsatt for foretakets hovedindikatorer.	
UNN skal utvikle og endre virksomheten for å sikre at kravene i pasient- og brukerrettighetsloven overholdes.		
<b>UTDANNING OG REKRUTTERING</b>		
	UNN skal ha fokus på å utdanne, rekruttere, stabilisere og utvikle kompetanse for de områdene hvor udekket kompetansebehov gir vesentlig risiko for manglende måloppnåelse.	UNN skal ha fokus på å utdanne, rekruttere, stabilisere og utvikle kompetanse for de områdene hvor udekket kompetansebehov gir vesentlig risiko for manglende måloppnåelse.
<b>FORSKNING</b>		
UNN skal etablere senter for fremdragende forskning.		
<b>TEKNOLOGI OG E-HELSE</b>		

UNN skal arbeide for å implementere elektronisk kurve og medikasjon, samt etablering av funksjonell forvaltning for kliniske IKT-systemer.		
UNN skal anvende ny og tilgjengelig teknologi for å fremme effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen.	UNN skal anvende ny og tilgjengelig teknologi for å fremme effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen.	
<i>UNN skal etterleve innholdet i de styrende dokumentene for foretaksgruppen <b>Regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og Handlingsplan for informasjonssikkerhet.</b></i>		
<b>PASIENT- OG BRUKERMEDVIRKNING</b>		
UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning.	UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning.	UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning.
UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle beslutningsstøtteverktøy for pasientmedvirkning.		
<b>KOMMUNIKASJON</b>		
UNN skal forbedre internkommunikasjonen gjennom å følge opp tiltaksforslag fra partssammensatt arbeidsgruppe.	<i>UNN skal forbedre internkommunikasjonen, blant annet gjennom å bevare og utvikle et konstruktivt partssamarbeid.</i>	
<b>ANNET</b>		
UNN skal samordne IKT-prosjektene og byggeprosjektene med organisasjonsutvikling samt prosessforbedring med lean-metoden for å oppnå forbedringer i kvalitet og driftsøkonomi.		
UNN skal ha særskilt fokus på utfordringene rundt operasjonsskapasitet gjennom utbyggingsfasen for A-fløya.		

UNN skal ha et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid som understøtter foretakets visjon og bidrar til kontinuerlig utvikling og forbedring.	UNN skal ha et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid som understøtter foretakets visjon og bidrar til kontinuerlig utvikling og forbedring.	
--	--	--



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
11/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Evaluering av styrets arbeid

#### Innstilling til vedtak

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

#### Bakgrunn

Oppdragsdokumentet vektlegger årlig evaluering av Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s egen virksomhet. Dette underbygges av *Veilederen for styrearbeid* fra Helse Nord RHF samt UNNs styreinstruks. Ordningen har også forankring i statens prinsipper for eierstyring.

#### Formål

Formålet med saken er at styret evaluerer egen virksomhet på en systematisk og etterprøvbar måte, slik at det legges til rette for, om nødvendig, å korrigere styrets arbeidsmåte og egenutvikling som kollegium.

#### Saksutredning

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomførte for første gang en gjennomgang av styrets arbeidsmåte i 2010. Deretter kom styreveilederen fra Helse Nord RHF, som vektla en helhetlig evaluering, parallelt med departementets krav til det samme i Oppdragsdokumentet for 2012. Det ble derfor gjennomført evaluering slik også styreinstruksen for UNN foreskriver.

Styreveilederen angir at evalueringen skal gjennomføres én gang hvert år, herunder at hele styret og daglig leder bør være med i evalueringen. Ordningen skal også ta utgangspunkt i hva som er styrets viktigste oppgaver og helseforetakets utfordringer. Videre skal man vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte bidrar positivt til styrets håndtering av disse oppgavene.

### **Oppfølging etter evalueringen i 2017**

Styret besluttet under evalueringen i februar 2017 å følge opp prioriteringene for perioden til påfølgende styreseminar i juni samme år. Dette ble også gjennomført.

### **Evalueringsopplegget**

Styreleder har også i år valgt å innhente ekstern bistand til evalueringen. Den metodiske tilnærmingen som rådgivningsselskapet Cirius Consulting bruker, er identisk med opplegget som arbeidsgiverforeningen Spekter tidligere brukte, og som UNN-styret benyttet seg av i 2012 og 2013. Samme selskap bistod også styret under evalueringen i 2017.

Evalueringens gjennomføring:

- Det enkelte styremedlem fyller ut nettbasert spørreskjema som gir full anonymitet i forhold til hvem som svarer hva. Undersøkelsen tar utgangspunkt i styrets ulike roller, styrets sammensetning, styrets oppgaveløsning og arbeidsform, styreledelse, styrets opptreden utad, forholdet til administrasjonen og til revisor – samt den enkeltes vurdering av sin egen posisjon i styret
- Svar fra spørreskjemaer sammenstilles og analyseres av ekstern konsulent
- Ekstern konsulent mottar saksdokumenter og deltar som observatør gjennom kommende styremøte
- Ekstern konsulent presenterer sammenstilte resultater fra spørreundersøkelse og fra sine observasjoner

Ekstern konsulent vil være tilgjengelig for styret under behandling av saken, og i drøfting av potensielle oppmerksomhetsområder, samt eventuelt tiltak –eller fokusområder som styret vil vektlegge for sin videre utvikling.

### **Medvirkning**

Saken har ikke vært gjenstand for nærmere vurdering av andre interessentgrupper enn styret selv.

### **Vurdering**

Styret har altså gjennomført evaluering av egen virksomhet hvert år de åtte siste årene. Styret har gjennom flere år gjennomført slik evaluering, sist i februar 2017. Saken viser til at evaluering av styrets egen virksomhet er forankret i oppdragsdokument og styreinstruks, og er regnet som god skikk for eierutøvelse i følge statens prinsipper for eierstyring. Det er innleid



ekstern rådgiver til gjennomføring av evalueringen. Saken synliggjør fremgangsmåte og metodikk knyttet til opplegget.

Evalueringen kan gjennomføres på ulike måter. Veilederen anviser eksempelvis bruk av samtaler, intervjuer eller egevalueringsskjema. Det er opp til styret selv hvilken gjennomføringsmåte som velges, og styreleder har bedt om ekstern bistand til gjennomføring av evalueringen. I følge veilederen for styrearbeid er det essensielle med slike opplegg at styret selv klargjør hva som er dets viktigste oppgaver og utfordringer, og at evalueringen tar hensyn til det.

Tromsø, 8.2.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
12/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig:	Jorhill Andreassen	Saksbehandler: Hanna Uleberg

### Justering direktørlønn

*Saken ettersendes.*

Tromsø, 2.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
13/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Orienteringssaker

#### Innstilling til vedtak

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

#### *Skriftlige orienteringer*

1. Rapport etter oppfølgingsplan – Sivilombudsmannens rapport 2016
2. Status i spesialitetskomitéarbeidet
3. Orientering om varslinger til Statens helsetilsyn fra UNN siste periode
4. Informasjonssikkerhet, *unntatt offentlighet jf Offlv §14 og §24, 3.ledd*

Tromsø, 8.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



**Sak:** Orienteringssak om oppfølgingen av sivilombudsmannens besøksrapport  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Tor Ingebrigtsen, Magnus Hald, Siren Hoven  
**Møtedato:** 15.2.2018

---

## Bakgrunn

Sivilombudsmannen gjennomførte varslet besøk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 26-28.04.16. Innholdet i besøksrapporten var blitt kjent gjennom media og andre kanaler allerede noen uker før den offisielt ble oversendt/publisert 29.08.16.

Styret har tidligere behandlet saken på ekstraordinært styremøte 23.08.16 samt i styremøtene 15.09.16, 05.10.16, 08.02.17 og 02.06.17. Det vises til saksfremlegg og referater fra disse møtene.

Besøksrapporten ga totalt 32 anbefalinger på 7 ulike områder. Anbefalingene har som målsetting å sikre at lovkrav og krav i FN konvensjoner etterleves. Om lag to tredjedeler av anbefalingene omhandler ulike sider av lovmessige forhold, mens de resterende tar for seg fysiske forhold, aktivitet, ledelse og institusjonskultur. Utover anbefalingene omtales noen forhold som Psykisk Helse- og rusklinikken har ønsket å følge opp. Innholdet i rapporten er alvorlig og forstås som et uttrykk for at virksomheten ikke i tilfredsstillende grad har klart, å ta hensyn til pasientens perspektiv og opplevde erfaringer med i utformingen av virksomheten.

Psykisk helse- og rusklinikken har lagt ned betydelige ressurser i oppfølgingen av tiltak som svarer på anbefalingene. Arbeidet har vært krevende og omfattet en rekke dimensjoner ved tilbudet. Arbeidet med institusjonskultur og vektlegging av opplevelses-/erfaringsperspektivet har vært grunnleggende. Oppfølgingsarbeidet har vært organisert gjennom handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger. I handlingsplanen er konkrete tiltak knyttet til anbefalingene. Tiltakene har tilhørende ansvarsklargjøring med tidsfrister. I forhold til oppfølging av tiltak er det lagt til rette for en oversiktlig fremstilling som har vært fortløpende oppdatert. 50% stillingsressurs har vært avsatt til fagrådgiverstilling som har sørget for koordinering og gjennomføring av tiltak i perioden 01.08.16 – 31.12.17. Ansvarlig for oppfølging har rapportert fortløpende på status til klinikkledelsen.

## Formål

Hensikten er å orientere styret om hvordan arbeidet med handlingsplanen i forhold til oppfølging etter Sivilombudsmannens besøksrapport er blitt gjennomført.

## Saksutredning

Det vises til besøksrapporten, saksfremlegg, referat fra ekstraordinært styremøte 23.08.16 samt referater fra styremøter 15.09.16, 05.10.16, 08.02.17 og 02.06.17.



## Medvirkning

Innholdet i den opprinnelige handlingsplanen ble av tidsmessige årsaker ikke formelt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjeneste i henhold til vanlig prosedyre. Ledelsen ved Psykisk helse- og rusklinikken har senere gjennomført flere møter med ansatte og innholdet i rapport og status for arbeidet med handlingsplanen er gjennomgått i KVAM utvalget, brukermedvirkningsforum og i dialogmøte med tillitsvalgte. Som det fremkommer i vedlagt statusdokument er det gjennomført åpne dialogmøter med pasienter, pårørende og deres bruker- og interesseorganisasjoner.

## Vurdering

Arbeidet har involvert store deler av Psykisk helse- og rusklinikken ledere, ansatte, erfaringskonsulenter, bruker og interesseorganisasjoner samt pasienter og pårørende. Noen tiltak er lagt til og noen justert. Konkretiseringen av enkelte underliggende tiltakspunkter er endret underveis i arbeidet, noe som har sammenheng med at planen ble laget i løpet av kort tid. Enkelte tiltak har tatt lengre tid å gjennomføre enn planlagt og tidsfrister er dermed endret. Dette har sammenheng med at det periodevis har vært svært mange pågående aktiviteter samt at det er snakk om mange involverte. 43 av 61 (70%) underliggende tiltak er gjennomført, 14 (23%) er under arbeid mens 4 (7%) ikke er utført. Det er inntatt i statusdokumentet hvordan gjenstående tiltak skal følges opp. Dialogavtalen er planlagt benyttet til videre oppfølging av gjenstående tiltak.

## Konklusjon

Psykisk Helse- og rusklinikken har prioritert arbeidet med oppfølgingen av besøksrapportens anbefalinger og vil drive kontinuerlig forbedringsarbeid knyttet til gjenstående områder som institusjonskultur, opplevelses-/erfaringsperspektivet, aktivitet og pasienthendelser.

Direktøren innstiller på at styret tar sluttrapporteringen for arbeidet med oppfølgingen av handlingsplanen etter Sivilombudsmannens besøksrapport til orientering.

Vedlegg: Statusrapport for handlingsplan etter Sivilombudsmannens rapport pr 30.01.18

## Status for handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger pr. 30.1-2018

Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk og lovgivning (Innsatsområde 1 og 2). Anbefalinger: 6, 7, 13-21, 23, 24, 26-30 og 32

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
1. Arbeid omkring det som skjer i situasjonene hvor det blir brukt tvangsmidler (vurdere alternativer til tvang samt lempeligere midler).	Arbeidsgruppen undersøker praksis omkring personalets opplevde handlingsrom og bruk av lempeligere midler. 1) Øke personalets handlingsrom ved å identifisere utfordringer og finne tiltak/ alternative løsninger på disse. 2) Personalivaretagelsen etter situasjoner.	FUE: Dahl	Pågår <b>Ny frist:</b> 31.6.18	Utarbeider forslag til tiltak som gir mulighet for økt handlingsrom. Planlagt møter med personal på akuttpostene. Kartlegge rutiner for ivaretagelse av personal i etterkant av hendelser. Et mulig tiltak er å lage nye eller rutiner. Litteraturgjennomgang delvis utført. <u>Videre oppfølging:</u> Fagutviklingsenhet (FUE)
2. Opplæring i forståelse og mestring av aggresjon (FMA <sup>1</sup> ).	Klinikkledelsen besluttet 24.2.17 hvordan FMA grunn- og instruktøropplæringen gjennomføres. Grunnopplæringen består av del 1 og del 2 (1 + 1 dag). Alle ansatte i kliniske stiler ved døgnenheter og team gjennomgår dag 1. Ansatte i enheter godkjent for tvunget psykisk helsevern gjennomfører i tillegg dag 2.	FUE: Bjørhovde Svenning	Pågår	17 grunnkurs del 1 og tre grunnkurs del 3 er gjennomført for 11 ulike enheter. I tillegg er to Terma kurs og 4 ESPA <sup>2</sup> kurs gjennomført. <u>Totalt 26 kurs.</u> Våren 2018 er det berammet 7 kurs i Tromsø og 2 på Silsand, 2 i Harstad og i 2 Narvik. Fysisk trening er gjennomført månedlig. Kurs gjennomført for alle enheter godkjent for tvunget psykisk helsevern. <u>Videre oppfølging:</u> Fagutviklingsenhet (FUE)
	Etablere FMA ressursgruppe.	Bjørhovde	Utført	Etablert i oktober 2016. FMA instruktørene utgjør fra 1.1.18 ressursgruppen.
	Utvikle FMA instruktørkurs.	Svenning	Utført	Utarbeidet kompendium og innhold i kurset.

<sup>1</sup> FMA (Forståelse og mestring av aggresjon).

<sup>2</sup> ESPA: Egensikkerhet og prehospital aggresjonsforståelse i regi av psykiatriambulansen i Bergen.

3. Tematisere bestemmelser i psykisk helsevernloven nevnt i rapporten.	Gjennomføre FMA instruktørkurs. (5 dager kurs samt oppfølgingsdager).	Svenning Bjørhovde	Pågår	12 ansatte fra 8 enheter har gjennomført høsten 2017. Ytterligere 5 instruktører vil kunne være utdannet våren 2018. <u>Videre oppfølging: FUE</u>
4. Systematisk bruk av ettersamtale med pasienter.	Gjennomgås på vedtaksansvarligmøter.	<u>FUE:</u> Høifødt Reitan	Utført	Gjennomført som planlagt. Vedtaksansvarlig møter er avholdt fast ca. 1 gang per måned.
	Vedtak om innføring av ettersamtale 28.12.16.	Klinikkisjef	Utført	Lovkrav om gjennomføring av ettersamtale <sup>3</sup> ved en rekke kapittel 4 vedtak fom. 1.9-17.
5. Opplæring i helseavgivning	Utarbeide journalnotat, informasjonsbrosjyre til pasienter og arbeidsbeskrivelse høsten 2016.	<u>FUE:</u> Weber og Dahl	Utført	Dokumenter ferdigstilt som planlagt og lagt i DIPS og DOCMAP. Alle dokumenter revidert i august 2017.
	Utføre intern revisjon knyttet til ettersamtale.	<u>FUE:</u> Johannessen	Utført	Gjennomført som planlagt våren 2017.
	Avholde kurs i Helsepersonelloven og Pasient- og brukerrettighetsloven.	Bjørhovde	Utført	Kurs med Aslak Syse 19.1.17 som hadde 55 deltagere.
Internundervisning knyttet til følgende tema:	Kurs om pasienter og pårørendes rettigheter.	Pasient- og bruker-ombudet	Utført	Kurs gjennomført i Narvik, Harstad og Tromsø. Kurset i Tromsø ble streamet.
	Helsepersonell loven	Bjørhovde	Utført	Gjennomført ved akuttpostene
	Pasient- og bruker rettighetsloven	Weber	Utført	Gjennomført ved akuttpostene
	Brukermedvirkning ved tvang	Weber	Utført	Gjennomført ved akuttpsykiatrisk seksjon

<sup>3</sup> jfr. Psykisk helsevernloven § 4-2

6. Opplæring i psykisk helsevernloven sett i lys av Sivilombudsmannens rapport, tilbakemeldinger fra Hdir samt endringer i psykisk helsevernloven 01.09-17.	Alternativer til tvang inkludert ettersamtale	Weber	Utført	Gjennomført ved akuttpsykiatrisk seksjon
	Instruks om oppfølging og etterlevelse av psykisk helsevernloven.	Klinikkssjef	Utført	Instruksen gitt 01.01.17.
	Fagdag om endringer i psykisk helsevernloven med Aslak Syse 7.3.17	Bjørhovde	Utført	80 deltagere i sal pluss deltagere på VK/S4B.
	Informasjonsmøte i regi av Hdir 16.06-17.	Bjørhovde	Utført	Streaming av informasjonsmøtet i festsalen. Ca. 60 deltagere
	Fagdag 06.09.17 med tema samtykkekompetanse, opplevelser av å være utsatt for tvang samt systematisk kunnskap om alternativer til tvang.	Bjørhovde Weber	Utført	110 deltagere i salen samt 17 VK/Skype studio.
	Oppfølging/fagdag med Syse 08.03.18 om endringer i psykisk helsevernloven.	<u>FUE</u> : Carvalho	Pågår	Er annonsert med påmeldingslink. Ca. 70 påmeldte pr 30.01.18. <u>Videre oppfølging</u> : FUE.
	Avklare forholdet mellom skjerming og isolasjon samt kortvarig fastholding.	Syse (på spørsmål)	Utført	Nødvendige avklaringer gitt i forbindelse med fagdag 07.03.17.
	Internundervisning psykisk helsevernloven	Bjørhovde	Utført	Gjennomført ved akuttpsykiatrisk seksjon.
	Internundervisning på legers litteraturmøter.	Hoven	Utført	Undervisning om samtykkekompetanse og ettersamtaler mv.
7. Alarminstruks	Instruks som beskriver generelle forhold samt ansvar for utrykkende og mottagende enheter.	Bjørhovde	Utført	Vedtatt av klinikkssjef, lagt i DOCMAP.



## 3. Tiltak i forhold til utfordring beskrevet som skillet mellom personale på personale dag og natt (Innsatsområde 3). Anbefaling: 31.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Redusere skillet mellom personal som jobber på dag og natt				
Det er i rapporten beskrevet et skarpt skille mellom de som jobber på natt og de som jobber på dag aften på akuttpost Nord. Ansatte opplever lite kommunikasjon mellom skiftene.	<p>Ordning med innslag av inntil 10% dag/aften vakter i nattstillinger.</p> <p><u>Evaluering av ordningen:</u></p> <p>1. Spørreskjema til enhetslederne i forhold til organisering av innslaget og erfaringer med ordningen.</p> <p>2. Questback i forhold til ansattes erfaringer med ordningen.</p> <p>Oppfølging av erfaringer knyttet til ordningen. Gjelder både før og etter at evalueringen er gjennomført.</p> <p>Det er viktig at ordningen fungerer slik den er ment og at nattevakter får delta på fagdager, møter, veiledning, kurs etc.</p>	<p>Klinikkledelsen</p> <p><u>Stab:</u> Bjellmo <u>FUE:</u> Bjørhovde Seksjonsleder</p> <p><u>Stab:</u> Bjellmo <u>FUE:</u> Bjørhovde Seksjonsleder</p> <p>Seksjonsleder Enhetsledere</p>	<p>Utført</p> <p>Pågår <u>Ny frist:</u> 20.02.18</p> <p>Pågår <u>Ny frist:</u> 30.06.18</p> <p>Pågår <u>Ny frist:</u> 30.6.18</p>	<p>Vedtatt innført 19.10.16. Gjelder alle 7 sengeposter ved psykiatrisk avdeling.</p> <p>Undersøkelsen er besvart og resultatene bearbeides. <u>Videre oppfølging:</u> Akuttpsykiatrisk seksjon og FUE.</p> <p>Questback ferdigstilt. Gjennomføres når overstående punkt er fullført. <u>Videre oppfølging:</u> Akuttpsykiatrisk seksjon og FUE.</p> <p>Deltagelse på nattevaktmøter. <u>Videre oppfølging:</u> Akuttpsykiatrisk seksjon og FUE.</p>

## Tiltak i forhold til Akuttpost nord (Innsatsområde 4)

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

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.</p> <p>Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes ved akuttpost Nord.</p>	<p>Vurdere om generelle tiltak i handlingsplanen er tilfredsstillende også for Akuttpost Nord.</p>	<p>Avdelingsleder Seksjonsleder Enhetsleder</p>	<p>Utført</p>	<p>Det vurderes at de iverksatte tiltakene samlet sett har fungert godt. (Etisk refleksjon, kursing internundervisning og fagdager).</p>
	<p>Etablere arbeidsgruppe med ansatte som jobber på dag og natt samt overlege. Skal vurdere behov for interne tiltak.</p>	<p><u>FUE:</u> Bjørhovde</p>	<p>Ikke utført <u>Ny frist:</u> 30.06.18</p>	<p>Gruppen har hatt flere møter og møtt pasienter som har vært innlagt på posten, tillitsvalgt fra Mental Helse og erfaringskonsulent. Stort frafall har gitt dårlig kontinuitet. <u>Videre oppfølging:</u> Gruppens arbeid overleveres til enheten.</p>
	<p>Arrangere Terma<sup>4</sup> kurs.</p>	<p>Bjørhovde</p>	<p>Utført</p>	<p>To kurs ble gjennomført i desember 2016.</p>
	<p>Arrangere postseminar 1. halvår 2017 som tar utgangspunkt i besøksrapport, handlingsplan, føringer om utvikling samt arbeidsgruppens anbefalinger.</p>	<p>Enhetsleder Fagutvikler</p>	<p>Ikke utført <u>Ny frist:</u> 30.06.18</p>	<p>Bevilget velferdsmidler på 61.500,- fra KVAM i 2017, men seminaret er utsatt pga. kurs/reisestopp. <u>Videre oppfølging:</u> enheten planlegger postseminar 2018.</p>
	<p>Systematisk bruk av etisk refleksjon.</p>	<p><u>FUE:</u> Hagerup</p>	<p>Utført</p>	<p>Evaluering og konsolidering ca. hver 3. måned. Tilbakemeldinger tilsier at personalet er godt fornøyd med tilbudet.</p>

<sup>4</sup> TERMA (Terapeutisk mestring av aggresjon).

	Undervisning i generell helselovgivning/jus og psykisk helsevernloven sett i lys av rapporten.	Bjørhovde	Utført	Er blitt prioritert i forhold til alle typer intern undervisning.
--	--	-----------	--------	---

## Tiltak i forhold til ledelse (Innsatsområde 5)

Anbefalinger: 31 og 32

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Lederoppgavene sett i lys av de foreliggende oppgaver og utfordringer er gitt, og vil også fremover bli gitt særskilt oppmerksomhet.	Samtaler med aktuelle ledere i akutt-psykiatrisk seksjon. Viktige tema var behov for lederstøtte, kompetanseheving samt motivasjon for og oppfølging av prioriterte arbeidsoppgaver.	Personal- og organisasjonsavdelingen	Utført	Gjennomført som planlagt med bistand fra stabssenteret og KVALUT. Endringer i ledelse.
Endringsarbeidet må gjenspeiles hos ledere på alle nivå.	Utarbeide sjekklister for nødvendig kompetanse for ledere i Psykisk helse- og rusklinikken som bygger på UNN sitt reviderte lederutviklingsprogram og interne definerte kompetansebehov	Personal- og organisasjonsavdelingen	Utført	Sjekklisten kom i mai 2017.
	Nærmeste leder foretar kartlegging av kompetansebehov ut fra samtaler med sine ledere <sup>5</sup> .	Klinikk-sjef Avdelingsledere Seksjonsledere	Pågår <b>Ny frist:</b> 31.06.18	Gjennomføres som del av utviklingsamtaler 2018. <u>Videre oppfølging:</u> se ansvar
	Når kartleggingen av kompetansebehov er gjennomført kan klinikkledelsen prioritere hva som skal gis av kompetansetilbud, hvem som skal ha tilbud og rekkefølge i opplærings- og utviklingstilbudene.	Klinikk-sjef	<b>Ikke utført</b> <b>Ny frist:</b> 31.12.18	Betingelser at punktet ovenfor er gjennomført. <u>Videre oppfølging:</u> se ansvar

<sup>5</sup> Det vil si klinikk-sjef kartlegger kompetansebehovene hos avdelingslederne, avdelingslederne kartlegger kompetansebehovet hos seksjonslederne osv. I dette møtet kan leder og overordnet leder sammen kunne definere hva som er nødvendig å fylle på av kompetanse og læring for å utføre lederjobben på en tilfredsstillende måte.

## Tiltak i forhold til pasienthendelser (Innsatsområde 6)

Anbefalinger: 10, 11 og 12

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Utarbeide delplan for opplæring og lederstøtte med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser.		Kvalitets og- Utviklingsavdelingen (KVALUT)	Utført	Planen ble revidert i februar 2017.
Melding av pasienthendelser	Utarbeide retningslinje for uheldige hendelser.	<u>FUE</u> : Høifødt mfl. KVALUT: Fredheim	Utført	Vedtatt av klinikledelsen 26.01-17.
Lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser.	Kurs om håndtering av uønskede hendelser tilbys til ledergrupper og enheter/seksjoner.	<u>KVALUT</u> : Paulgaard mfl.	Utført	6 kurs avholdt hvorav 3 for ledergrupper og 3 for ansatte (enheter og seksjon). Berammet ytterligere 3 kurs hvorav 1 for ledere og to for enheter.
	Opplæring i bruk av Docmap.	<u>KVALUT</u> : Fredheim	Utført	Arrangert DOCMAP cafe på Åsgård.
	Oppdatering av superbrukere.	<u>KVALUT</u> : Fredheim	Utført	
	Dialog med Kontrollkommisjonen om hvordan rapportering av avvik og uheldige hendelser skal foregå.	Klinikksjef	Utført	Nødvendige avklaringer ble gjort høsten 2016.
Dialog med tilsynsmyndighet, (fylkesmannen), kontrollkommisjon og Pasient- og Brukerombudet.	Faste årlige samarbeidsmøter med tilsynsmyndighet, (fylkesmannen), kontrollkommisjon og Pasient- og brukerombudet i Troms.	Klinikksjef	Utført	Møter avholdt høsten 2016. Møte med fylkesmann og kontrollkommisjon avholdt høsten 2017. Møte med Pasient- og Brukerombudet i Troms 26.01.18.

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

Anbefaling: 9, 21, 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Prosess for å sikre en felles kultur hvor pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes	Åpent dialogmøte med pasienter, brukere og pårørende om innholdet i rapporten.	Klinikkjef	Utført	Gjennomført høsten 2016. Gode erfaringer med dialogmøter som arbeidsform. Dialogmøter vil bli vurdert som arbeidsform i fremtiden. <u>Videre oppfølging</u> : Invitere til dialogmøte omkring erfaringer fra arbeidet.
Sørge for at informasjonsmateriell med klageinformasjon utdeles rutinemessig som forutsetning for å oppfylle pasientrettigheter og ivareta rettssikkerhet.	Lage liste med oversikt over hvilket materiell som skal forefinnes på enhetene og informasjonsrommet.	<u>FUE</u> : Weber	Utført	Laget oversiktsliste, brosjyrer og plakater som er distribuert og hengt opp. Informasjonsrom er etablert i tilknytning til nye biblioteklokaler. Bruker- og interesseorganisasjonene oppfordret til å fremskaffe materiell til informasjonsrom.
Gjennomgang av samarbeidet med bruker/interesseorganisasjonene og Bikuben.	Informasjon om klagerett.	<u>Stab</u> : Bjerke	Utført	Lagt på UNN's internettsider med tilhørende skjema.
	Dialog/møter med bruker/interesseorganisasjoner, pårørende/brukere.	Avdelingsledere	Utført	Brukermedvirkningsforum etablert i psykiatrisk avdeling høsten 2016 og i Avdeling Sør i 2017. Avdeling Nord har hatt brukermedvirkningsforum i flere år. Rusavdelingen har to repr. fra bruker/interesseorganisasjoner i avdelingsråd.
Vurdere videre behov for erfaringskonsulenter.	Opprette 50% erfaringskonsulentstilling i psykiatrisk avdeling.	Avdelingsleder Hoven	Utført	Astrid Weber fast ansatt 1.1.17. Weber er i tillegg blitt fast ansatt i 50% i FUE fra 01.01.18.
Systematisk innhenting av bruker-erfaringer.	Systematiske tilfredshets/brukerundersøkelser. Pilot ved en akuttpost.	<u>FUE</u> : Myrbakk <u>KVALUT</u> : Bergseth	Pågår	PING er under utprøving ved 3-4 ulike enheter i Tromsø og Harstad. Det har vært tekniske problemer knyttet til SMS løsningen. Checkware løsninger vurderes tatt i bruk i stedet for PING. <u>Videre oppfølging</u> : FUE.

Systematisk bruk av etisk refleksjon.	Inkluderer KEK og prestetjenesten	Seksjons- og enhetsledere Fagutviklere /FUE: Hagerup	Utført	En rekke enheter gjennomfører etisk refleksjon med eksterne eller interne veiledere.
Sikre delaktighet i egen behandling	Pasienter skal tas aktivt med i behandlingsplanlegging og utforming av sin egen behandlingsplan. Avklare hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for at pasienter skal kunne delta aktivt i sin egen behandling.	Ledere Behandlere	Pågår	Det arbeides kontinuerlig med å få pasienter delaktig i sin egen behandling. Punktet sees i sammenheng med arbeidsgruppe aktivitet.  Viktig å involvere pasienter og pårørende samt deres bruker og interesseorganisasjoner i dette arbeidet.

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

Anbefalinger: 1, 3, 4 og 5

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjennomgang av bygg 1 og 2 som må skje i tett samarbeid med aktuelle enheter i byggene.	Oppfølging av bygningsmessige tiltak. Bevilget midler til delvis renovering/oppgradering av bygg 1 og 2.	<u>DES</u> : Espejord Avdelings- og seksjonsleder	Pågår	Renoveringen av bygg 1 startet i oktober 2017 og arbeidet med bygg 1 og 2 skal etter planen ferdigstilles i februar 2019. <u>Videre oppfølging</u> : DES og klinikk
	Aktivitet skal sees som en del av og grunnlag for det terapeutiske arbeidet. Pasientens behandlingsplan skal inneholde informasjon om aktiviteter.	Alle ansatte	Utført	Sees i relasjon til bl.a. anbefalinger fra arbeidsgruppe aktivitet. Det arbeides kontinuerlig med aktivitet som del av behandlingstilbudet.
	Forskningsprosjekt om implementering av psykoseveilederen gir implementeringsstøtte i forhold til fysisk helse/aktivitet.	<u>FUE</u> : Høifødt	Pågår	Multisenter forskningsprosjekt « <i>Bedre psykosebehandling</i> ». <u>Videre oppfølging</u> : FUE.
Forbedring og bredde i miljøterapeutiske tiltak.	Videreutvikle undervisningstilbudet innen miljøterapi.	<u>FUE</u> : Bjørhovde	Ikke utført <u>Ny frist:</u> 30.06.18	Legge plan for undervisning i miljøterapi (omfang og tematikk). <u>Videre oppfølging</u> : FUE.
Gjennomgang av muligheter for aktiviteter og aktivitetstilbudet.	Bredt sammensatt arbeidsgruppe skal kartlegge og foreslå tiltak som utvikler aktivitetstilbudet.	<u>FUE</u> : Weber	Utført	Kartlegging av aktivitetstilbud ved alle døgnenheter i Tromsø viste meget stor variasjon.  Arrangert åpent dialogmøte med bruker- og interesseorganisasjoner, pasienter og pårørende samt ansatte.



	<p><u>Vedtak i klinikkledelsen 07.09.17:</u></p> <p>1. Alle sengeposter oppnevner aktivitets- og kulturkontakt. 2. Etablere ressursgruppe for aktivitet.</p> <p>3. Vurdere leasing av 7-9 seters bil.</p> <p>4. Oppgradering av gymsal.</p> <p>5. Etablere treningsrom i bygg 2 og 6.</p>	<p><u>FUE</u>: Weber</p> <p>Klinikkledelsen</p> <p>Arealgruppen</p> <p>Arealgruppen</p>	<p>Pågår</p> <p>31.12.18</p> <p>30.03.18</p> <p>30.03.18</p>	<p>Sak vedrørende mandat for aktivitets- og kulturkontakt og ressursgruppe aktivitet behandles i klinikkledelsen 08.02.18.</p> <p>Uavklart m.t.p. økonomi. Kan eventuelt sees på når annen leasingavtale utløper.</p> <p>Behandles på arealgruppemøte 19.02.18.</p> <p>Behandles på arealgruppemøte 19.02.18.</p>
--	---	---	--	---

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

Dette er bestilling fra styret.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Styret valgte § 4-8a vedtak om bruk av mekanisk tvang brukes som indikator.	Innebærer å følge antall § 4-8a vedtak måned for måned.  Nasjonalt indikatorsystem omkring registrering av tvang innen psykisk helsevern etablert i 2017.	<u>Stab</u> : Bjerke rapporterer tall	Utført	Dette er endret til andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk.  Ny diskusjon om valg av indikator i oktober/november 2017.  Beslutning om å følge antall § 4-8a og d, antall pasienter samt andel pasienter
Utvikle indikatorsystemet til internt bruk	Videreutvikle LIS til å kunne benyttes til tettere monitorering av tvungent psykisk helsevern, eventuelt utvikle eget internt målekort  Utvikling av kvalitetsregister for tvang innen psykisk helsevern i samarbeid med Helse-Bergen.	<u>Stab</u> : Bjerke  Hoven, Bjerke Høye og Riley	Utført  Pågår	Det er laget indikatorark/system som gir informasjon om alle typer tvang. Rapporter som fremstiller tallene er kvartalsvis sendt ut til lederne i klinikken.  Flere møter med Helse-Bergen er avholdt. Søkes midler fra H.dir til etablering. <u>Videre oppfølging</u> : FUE



Sak: **Godkjenning av UNN som utdanningsinstitusjon for legers  
spesialistutdanning**  
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
Fra: Tor Ingebrigtsen  
Møtedato: Februar 2018

---

## Bakgrunn

Helsedirektoratet godkjenner institusjoner som skal utdanne leger i spesialisering, jf. forskrift om spesialistgodkjenning og turnusstillinger §4. Alle godkjente utdanningsinstitusjoner skal årlig levere rapport i System for elektronisk rapportering av utdanningsvirksomhet i sykehusavdelinger (SERUS). Rapportene danner grunnlaget for videre godkjenning av utdanningsinstitusjonen. Legeforeningen vurderer rapportene på oppdrag fra Helsedirektoratet. Godkjente utdanningsinstitusjoner deles i to grupper. Gruppe I er institusjoner på nivå med universitetssykehus eller større sentralsykehus. Til gruppe 2 hører de andre sykehusene. Minst 1 1/2 år av hovedutdanningen i spesialfaget skal finne sted ved en gruppe I-avdeling.

Ny spesialistforskrift trår i kraft for fullt fra 1. mars 2019. Dette innebærer at spesialistutdannelsen endres til fokus på oppnådde læringsmål og mindre fokus på tjenestetid. Videre opphører gruppeinndelingen (I og II) og godkjennelsen som utdanningsinstitusjon gis til ikke lenger til enkeltsykehus, men til helseforetaket som helhet.

Styret har etterspurt oversikt over Legeforeningens vurdering av UNN som godkjent utdanningsinstitusjon i de ulike spesialitetene.

## Saksutredning

Tilbakemeldingene fra Legeforeningen på årsrapportene fra 2016 er gjennomgått. Legeforeningen har ennå ikke vurdert årsrapportene for 2016 fra Øre-nese-hals ved UNN Harstad, Urologisk kirurgi ved UNN Tromsø og Nukleærmedisin ved UNN Tromsø. Ingen av årsrapportene fra 2017 er vurdert av Legeforeningen.

Legeforeningen anbefalte at godkjenning som utdanningsinstitusjon ikke ble videreført for:

### *Geriatri ved UNN Harstad*

Bekymringen rettet seg i hovedsak mot at UNN Harstad ikke har ansatt spesialist i geriatri. Det har ikke lyktes hittil å rekruttere til denne overlegestillingen.

Legeforeningen uttrykte også bekymring rundt godkjenningen for:

### *Fysikalsk medisin og rehabilitering ved UNN Tromsø*

Bekymringene rettet seg mot at det ikke var etablert bakvakt for leger i spesialisering i kveld og helgevakter. Avdelingen har søkt Helsedirektoratet og fått godkjent dispensasjon fra dette kravet for 2017. Avdelingen jobber med implementering av bakvaktordning fra 1.3.18.

#### *Generell kirurgi ved UNN Tromsø*

Bekymringene rettet seg mot at flere leger i spesialisering hadde et lavt antall inngrep, samt at det ikke var avsatt tilstrekkelig tid til strukturert supervisjon og veiledning. Svakheterne som ble påpekt av Legeforeningen er nøye fulgt opp og det er innført tiltak for å sikre et større antall inngrep og regelmessig supervisjon og veiledning til hver lege i spesialisering.

#### *Geriatri ved UNN Tromsø*

Legeforeningen mente det var en veldig positiv utvikling, men at det fortsatt må styrkes blant annet forskningsaktiviteten i avdelingen. Det er nå innmeldt to leger i phd-programmet og flere artikler publiseres. Det pågår et arbeid for å sikre ytterligere stabil overlegedekning.

#### *Infeksjonssykdommer ved UNN Tromsø*

Bekymringene rettet seg mot at avdelingen ikke hadde utdanningskandidat, manglende deltagelse på internundervisningen og utfordringer med supervisjon. Avdelingen har nå lege i spesialisering, deltagelsen på internundervisningen er adekvat og supervisjon er regelmessig.

#### *Ortopedisk kirurgi ved UNN Tromsø*

Bekymringen rettet seg mot at hver lege i spesialisering har for få antall inngrep årlig.

Det er igangsatt flere tiltak for å styrke operasjonsvolumet for legene i spesialisering i ortopedi ved UNN Tromsø.

Problemet har oppstått delvis som resultat av funksjonsfordeling mellom UNN Tromsø, Harstad og Narvik. I dag utføres større og kompliserte inngrep ved Tromsø, mens mindre og enklere inngrep i hovedsak utføres ved Harstad og Narvik. Leger i spesialisering ved spesielt UNN Tromsø har derfor utfordringer med å få tilstrekkelig antall inngrep. Når den nye spesialistforskriften trår fullt i kraft fra 1.3.2019 vil UNN godkjennes som utdanningsinstitusjon på foretaksnivå og ikke for hvert enkelt sykehus. Godkjenningen av UNN som utdanningsinstitusjon i ortopedi kan da sikres ved at legene i spesialisering gis mulighet til å rotere mellom sykehusene i UNN slik at de får tilstrekkelig antall inngrep.

## **Vurdering**

Det pågår prosesser for å sikre godkjenningen som utdanningsinstitusjon i spesialiteter der Legeforeningen har hatt kommentarer til årsrapportene fra UNN.

På grunn av den nye spesialistforskriften må UNN innen 1. mars 2019 søke godkjenning som utdanningsinstitusjon på ny for alle spesialiteter som i dag utdannes ved UNN. Dette er et omfattende arbeid der hvert fagmiljø må gjennomgå læringsmålene for sin spesialitet og hvor disse kan oppnås i UNN, det skal defineres læringsaktiviteter for hvert læringsmål og

utarbeides en plan for utdanningen i hver av spesialitetene. Dette arbeidet er i planlegging og starter straks læringsmålene for de ulike spesialitetene blir klare i februar i år.



**Sak:** Orientering om varsler til Statens helsetilsyn fra UNN i 2016  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Tor Ingebrigtsen, Haakon Lindekleiv  
**Møtedato:** 15.2.2018

---

## Bakgrunn

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

## Orientering om §3-3a varsler fra UNN fra 1.11-31.12

I denne perioden har UNN sendt 10 varsler til Statens helsetilsyn i henhold til 3-3a. Av disse er:

- 2 oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging
- 1 oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging av annet helseforetak
- 7 avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging

En kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt. Pasienthendelsene har vært gjennomgått internt i fagmiljøene. Det har vært gjort hendelsesgjennomgang på to av pasienthendelsene.

## Vedlegg:

1. Kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene



## Oversikt over §3-3a varsler ved UNN

## §3-3a varsler i perioden 1.11.17 -30.12.17

År	Hva skjedde	Klinikk	Konsekvens	Status på tilsyn
2017	Pasient med hjerteinfarkt. Hjertestans under PCI-behandling	HLK	Død	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Eldre pasient med hjertestans.	K3K	Død	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Forsinket diagnose av infeksjonssykdom og forsinket oppstart av behandling	OPIN	Overlevde, ingen varig skade	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Hjertestans under innledning av anestesi.	OPIN	Kortvarig hjertestans. Overlevde.	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Pasient som ble svært dårlig og døde. Obduksjonen viste at pasienten hadde langt kommet kreftsykdom.	K3K	Død	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen
2017	Pasient overflyttet til UNN. Forsinket diagnose av nekrotiserende fasciitt. Operert ø-hjelp.	K3K	Død	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen av annet helseforetak
2017	Spedbarn død i forbindelse med fødsel	K3K	Død	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Pas som ble utskrevet fra utredning på Rusavdelingen. Dagen etter funnet død.	PHRK	Død	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Pasient innlagt på grunn av brystmerter. Utskrevet til hjemmet. Noen dager etter utskrivelse fikk pasienten hjertestans og påvist akutt hjerteinfarkt.	MK	Overlevde	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Selvskading under innleggelse i akuttpsykiatri	PHRK	Overlevde	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
14/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Referatsaker

#### Innstilling til vedtak

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

1. Brev fra Sivilombudsmannen, datert 6.12.2017.
2. Uttalelse i sak fra Sivilombudsmannen, datert 6.12.2017, *unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13 jf. Fvl. § 13.1.*
3. Brev fra Troms fylkeskommune – melding om politisk vedtak, datert 19.12.2017.
4. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 16.1.2018.
5. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 29.1.2018.
6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 30.1.2018.
7. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 31.1.2018
8. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 7.2.2018 (*ettersendes*)
9. Referat fra møte i Arbeidsutvalg Styret UNN – Kontinuerlig forbedring - Kritiske prosesser, datert 18. januar 2018.
10. Protokoll fra drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 8.2.2018.

Tromsø, 8.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør





## SIVILOMBUDSMANNEN

Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
v/direktør Tor Ingebrigtsen  
Postboks 100  
9038 TROMSØ

Vår referanse  
2017/1566

Deres referanse  
2017/3474

Vår saksbehandler  
Heidi Quamme Kittilsen

Dato  
06.12.2017

## Orientering om ombudsmannens undersøkelsesrutiner i saker om offentlige ansettelser

På bakgrunn av Universitetssykehuset Nord-Norge HFs kontakt med ombudsmannens kontor i anledning denne saken, har ombudsmannen funnet grunn til å orientere Universitetssykehuset om rutine for ombudsmannens behandling av klagesaker som gjelder ansettelser i offentlige stillinger.

Klagen og eventuelle innhentede saksdokumenter vurderes først for å avgjøre om saken skal undersøkes nærmere med det aktuelle offentlige organ/institusjon. I de sakene der det blir funnet grunn til å stille forvaltningen spørsmål, blir svaret fra det offentlige organet sendt til klageren/dennes advokat for eventuelle merknader. Dersom det ikke er nødvendig med ytterligere undersøkelse av saken, blir den tatt opp til behandling, og avsluttes med at ombudsmannen uttaler sitt syn på saken.

Sivilombudsmannsloven § 9 og instruksens § 11 regulerer dokumentoffentlighet og taushetsplikt i ombudsmannssaker. Saker om offentlige tilsetninger er unntatt offentlighet av særlige hensyn, se sivilombudsmannsloven § 9 første ledd siste punktum jf. instruksens § 11 nr. 2. Dette innebærer at klagers navn, organet det klages på, og ofte også benevnelsen av stillingen det gjelder, er skjernet på ombudsmannens postliste. Enhver som mener å ha grunn til det, skal kunne klage til ombudsmannen i saker om ansettelser eller andre arbeidsrelaterte forhold, og samtidig være trygg på at saken blir konfidensielt behandlet hos ombudsmannen.

I denne saken har ombudsmannen registrert at saken har blitt omtalt på NRK.no, og at NRK også har fått tilgang til sykehusets svar 22. august 2017 til ombudsmannen. Som tidligere

opplyst fra ombudsmannens kontor til kommunikasjonssjef Hilde Annie Pettersen, har ombudsmannen ikke mottatt noen innsynsbegjæringer i denne saken, og saken har vært skjermet i tråd med ombudsmannens rutiner.

Aage Thor Falkanger  
sivilombudsmann

*Dette brevet er godkjent elektronisk og har derfor ikke håndskrevet underskrift.*

Kopi til:  
Den Norske Legeforening Postboks 1152 Sentrum 0107 OSLO  
Referanse: 17/2664



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

9038 TROMSØ

Vår ref.:  
17/4148-35  
Løpenr.:  
78501/17

Saksbehandler:  
Line Samuelsen  
Tlf. dir.innvalg:  
77 78 80 11

Arkiv:  
033 SAKSARKIV  
Deres ref.:

Dato:  
19.12.2017

## MELDING OM POLITISK VEDTAK

Fylkestinget i Troms har i møte 14.12.2017 behandlet sak 95/17: *Uttalelser*. De underrettes herved om at det er fattet følgende vedtak:

### Hjertehelse for hele Nord-Norge

Troms fylkesting registrerer med forundring Helse Nord's vedtak om å etablere et PCI-senter ved Nordlandssykehuset i Bodø.

Dette vedtaket tar ikke innover seg det helhetlige medisinske tilbudet til befolkningen i hele landsdelen. Tvert om bruker man store **økonomiske og personalmessige ressurser på et tilbud som ikke vil gi noen dokumentert helsegevinst.**

**Nye tall fra det nasjonale kvalitetsregisteret for hjerteinfarkt viser at Nord-Norge har landets høyeste overlevelse og beste behandlingsresultater med dagens løsninger. Tallene viser også at overlevelsen faktisk er aller høyest i Nordland.**

Rapporten som dokumenterer antall koronare angiografier og PCI'er utført på bosatte i Nord-Norge i perioden 2014-2016, viser at det i 2016 ble utført til sammen 1492 PCI'er på pasienter bosatt i de tre nordligste fylkene. Av disse ble hele 1366 (91 prosent) utført ved UNN.

Kun 131 pasienter fikk utført PCI utenfor landsdelen, og majoriteten av disse var planlagte tilfeller utført ved Feiring. Dette indikerer at det i pasientlekkasjen ut av landsdelen i dag, sannsynligvis bare er en liten andel som ville vært kandidater for å få utført behandling ved et PCI-senter i Bodø.

At det store flertallet av de som PCI-behandles utenfor landsdelen får behandlingen utført på sykehus som ligger lenger unna hjemstedet enn UNN i Tromsø, og heller ikke er akutt-tilfeller, svekker også *avstandsargumentet* for opprettelse av PCI-tilbud i Bodø.

**Besøksadresse**  
Strandveien 13  
**Postadresse**  
Pb 6600, 9296 TROMSØ

**Telefon**  
77788000  
**Epost mottak**  
postmottak@tromsfylke.no

**Telefaks**

**Bankgiro**  
47000400064  
**Internettadresse**  
www.tromsfylke.no

**Org.nr.**  
864870732

Til sammen peker dette også på at det totale volumet av kandidater for PCI-behandling i landsdelen – i beste fall – vil øke meget marginalt som følge av etablering av et tilbud i Bodø. Dette har også vært et argument fra UNN-Tromsø for å opprettholde *ett* sentralisert og faglig sterkt PCI-tilbud i Nord-Norge.

Fra landets ledende kardiologer uttales det at et invasivt senter må ha minst et befolkningsgrunnlag på over 300.000, samt en godt organisert pasienttransport. For Nord-Norges del er vi totalt knappe 485.000 innbyggere, noe som ikke gir grunnlag for mer en et PCI-tilbud i regionen.

Ekspertgruppen bak rapporten om behandlingsmetoden uttaler:

*– Det vi kan slå fast, er at bare et begrenset antall sykehus bør drive med angioplastikk. Den faglige begrunnelsen for dette er at hvert senter må ha et minste pasientvolum for å sikre kvaliteten i behandlingen.*

UNNs døgkontinuerlige service med PCI og et tverrfaglig, høyspesialisert hjertemedisinsk miljø tjener alle hjertesyke i regionen vår.

En sterkere satsing på prehospital trombolyse fra Helse Nord er et langt bedre tiltak for pasienter med akutt hjerteinfarkt, foruten et robust PCI-senter ved UNN. Akuttmedisinsk personell må styrkes i sin kompetanse og håndtering av pasienter med akutt hjerteinfarkt, herunder økt bruk av prehospital trombolyse.

En sømløs og kompetent akuttmedisinsk kjede er den beste garantien for god behandling av hjerteinfarkt i Nord-Norge. Det vil tjene *alle* hjertesyke i hele vår langstrakte landsdel, også befolkningen i Nordland og Finnmark. En oppsplitting og svekkelse av det solide hjertemedisinske behandlingstilbudet ved UNN vil ramme alle hjertepasienter i Nord-Norge som helhet, også de som bor i Nordland.

Troms Fylkesting mener primært at et PCI-senter i Bodø er en forringelse av tilbudet til ALLE hjertepasienter i landsdelen. I tilfelle styrets vedtak kan gjennomføres vil vi på det sterkeste advare mot en snarlig oppstart da dette vil svekke tilbudet som gis i dag.

Med vennlig hilsen

Knut Werner Hansen  
Fylkesordfører i Troms

*Dette dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.*

Brev sendt:  
Helse og omsorgsdepartementet  
Helse Nord RHF  
UNN HF  
Stortingets helse – og omsorgskomite  
Tromsbenken  
Media  
Fylkesrådsleder  
Stabssjefen



## Referat fra Møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

**Tid:** Tirsdag 16.1.2018 10.30 – 12.30**Sted:** Administrasjonens møterom D1.707

<b>Tilstede</b>	Administrerende direktør Leder Brukerutvalget Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Kvalitetsleder klinisk patologi Seksjonsleder Ortopedisk avd. Avd.overlege avd. for Gastroenterologisk kirurgi Smittevernoverlege Foretaksverneombud	Tor Ingebrigtsen Cathrin Carlyle Tonje Drecker Elin Gullhav Magnus P. Hald Lena Oprand Heggelund May-Liss Johansen Rolv-Ole Lindsetmo Torni Myrbakk Einar Rebni
<b>Forfall</b>	Kvalitets- og utviklingssjef Avd.leder Medisinsk avdeling UNN Narvik	Einar Bugge Ove Laupstad
<b>Øvrige</b>	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Medisinsk fagsjef, KVALUT Avdelingsleder Medisinsk klinikk Fagansvarlig sykepleier Akuttmedisinsk klinikk Klinikkrådgiver K3K-klinikken Konsulent Kvinneklinikken	Grete Åsvang Haakon Lindekleiv Trine Olsen Tone B. Sæthermoen Ingrid Lernes Mathiassen Turid Bakkevoll
<b>Referent</b>	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen
<b>Saksnr.</b>	<b>Sakstittel</b>	<b>Ansvar/ frist</b>
<b>01/18</b>	<b>Godkjenning av sakliste samt referat fra KU-møte 28.11.2017 (ephorte 2017/110)</b>	
	Referatet var godkjent under tidligere utsendelse	
	<b>Oppfølging</b> Sakliste og referat ble godkjent i møtet.	
<b>02/18</b>	<b>Oppfølging av sepsistilsynet</b>	
	Avdelingsleder Medisinsk klinikk Trine Olsen og fagansvarlig sykepleier Akuttmedisinsk klinikk Tone Sæthermoen redegjorde for oppfølging av Helsetilsynets tilsyn med sepsisbehandling i akuttmottak UNN Tromsø (ephortesak 16/4364), herunder mottak og triagering av sepsispasienter i akuttmottak og opprettelse av medisinsk mottaksteam.	

	<p><b>Oppfølging</b> Kvalitetsutvalget tar oppfølgingen av Helsetilsynets tilsyn til orientering.</p> <p>Kvalitetsutvalget ber ansvarlig klinikkleder følge opp implementering for mottak av sepsispasienter i akuttmottak i Narvik og Harstad.</p> <p><i>PP-presentasjon vedlagt</i></p>	Klinikkleder Opin og Akuttmedisin
<b>03/18</b>	<b>K3K-klinikkens oppfølging av avvik og pasienthendelser</b>	
	<p>Klinikkrådgiver K3K-klinikken Ingrid Lernes Mathiassen og konsulent Kvinneklinikken Turid Skjelstad Bakkevoll orienterte om klinikkens oppfølging på klinikknivå og Kvinneklinikken Tromsø's saksbehandling og oppfølging av avvik og interne pasienthendelser lokalt.</p>	
	<p><b>Oppfølging</b> Kvalitetsutvalget tar saken til orientering.</p> <p>Kvalitetsutvalget presiseres at det er en klar forventning fra pasienter og brukere at likt system for oppfølging av pasientsaker gjelder for alle avdelinger i UNN.</p> <p><i>Rapport sendes og sirkuleres til KU</i> <i>PP-presentasjon vedlagt</i></p>	
<b>04/18</b>	<b>Styresak om kontinuerlig forbedring</b>	
	<p>Administrerende direktør la muntlig frem utkast til styresak om kontinuerlig forbedring, og ba Kvalitetsutvalget komme med innspill.</p> <p>Utkastet tar utgangspunkt i styresak 5/2017 – Satsing på kontinuerlig forbedring.</p> <p>Administrerende direktør har valgt å dele fremlegget i to orienteringssaker til styret:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organisering av støttefunksjon</li> <li>2. Milepæls- og tiltaksplan</li> </ol> <p>Behandling av milepæls- og tiltaksplan kommer i et senere styremøte.</p>	

	<p><b>Oppfølging</b> Administrerende direktør tar med seg innspill fra Kvalitetsutvalget i den videre utformingen av styresaken.</p> <p>Utkastet går etter dagens møte til videre drøfting i følgende utvalg:</p> <p>23.01.2018 Direktørens ledermøte 29.01.2018 Brukerarbeidsutvalget (BAU) 30.01.2018 Arbeidsmiljøutvalget (AMU) 30.01.2018 Drøftingsmøte FTV/FVO 15.02.2018 Styret i UNN</p> <p>Utkast sirkuleres til Kvalitetsutvalget med mulighet for ytterligere innspill og sluttjusteringer.</p>	Adm. direktør/ frist 26.1.2018
<b>05/18</b>	<b>Nasjonale kvalitetsindikatorer – november 2017</b>	
	<p>KVALUT v/medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv redegjorde for oppdatering av resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer samt nye indikatorer publisert av Helsedirektoratet 31.11.2017.</p> <p><b>Oppfølging</b> Kvalitetsutvalget tar saken til orientering.</p> <p>✓ Kvalitetsutvalget ber om at kliniksjefer i følgende klinikker følger opp fagmiljøene der UNN ligger under landsgjennomsnittet med tiltak for forbedring:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken</li> <li>• Hjerte- og lungeklinikken</li> <li>• Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken</li> <li>• Operasjons- og intensivklinikken</li> <li>• Psykisk helse- og rusklinikken</li> </ul> <p>✓ Kvalitetsutvalget viser til at det innføres nye rutiner for å gjennomgå dype postoperative sårinfeksjoner og ber om at kliniksjefer i aktuelle klinikker følger opp dette.</p> <p>✓ Notat oversendes direktørens ledergruppe til orientering.</p> <p>✓ Kvalitetsutvalget ber administrerende direktør om at den allerede igangsatte avklaringen av prosessansvaret i forbedringsarbeidet innen smittevern prioriteres.</p> <p><i>Rapport KU-sak 05/18 vedlagt</i></p>	Direktørens ledergruppe til orientering  Adm. direktør

<b>06/18</b>	<b>Manglende intensivkapasitet</b>	
	<p>KVALUT v/medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv redegjorde for økende antall meldte pasienthendelser vedrørende manglende intensivkapasitet i UNN.</p> <p>Unn har pågående prosesser for rekruttering, men til tross for dette svikt i utdanning av antall intensivsykepleiere.</p> <p>Frist for søknad er 1.3.2018.</p>	
	<p><b>Oppfølging</b></p> <p>Kvalitetsutvalget støtter viktigheten i å få rekruttert flere sykepleiere til å ta videreutdanning i intensivsykepleie.</p> <p>Saken utsettes til neste Kvalitetsutvalgsmøte for nærmere diskusjon.</p> <p>Saken er tidligere diskuterte i direktørens ledermøte.</p>	<p>KU-møte 27.2.2018</p>
	<b>Eventuelt</b>	
	<p>Kvalitetsutvalgets medlemmer og varamedlemmer oppfordres til å besvare Questback som vil bli sendt ut som del av forberedelse av programmet til Kvalitetsutvalgets kommende heldagssamling 10.4.2018.</p> <p>Overordnet tema for heldagssamlingen: <i>«Hvordan kan Kvalitetsutvalget bidra til kontinuerlig forbedring i UNN»</i></p>	<p>KA/ Frist 4.2.2018</p>





## MØTEREFERAT

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

---

**Dato:** Mandag 29.1.2018 kl 13.30-15.20  
**Sted:** Møterom D1.704 Biblioteket  
**Tilstede:** Laila Edvardsen, Hans-Johan Dahl  
**Forfall:** Cathrin Carlyle, Esben Haldorsen  
**Fra adm:** Leif Hovden (adm.sjef) og Hilde Anne Johannessen (styrekonsulent/ referent)

---

#### BAU 1/18 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 15.2.2018

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU torsdag 25.1.2017.

##### Kvalitets- og virksomhetsrapport november-desember 2017

Rådgiver Stein Olav Pedersen møtte og svarte ut spørsmål i forbindelse med rapporten. Antall fristbrudd går sakte men sikkert ned, og de ukentlige tavlemøtene har en positiv effekt i dette arbeidet.

##### LOU-evaluering del 2

Administrasjonssjefen orienterte kort om bakgrunnen for saken, og svarte ut spørsmål til den.

##### Kontinuerlig forbedring ved UNN

Administrasjonssjefen orienterte kort om bakgrunnen for saken, og svarte ut spørsmål til den.

##### Styrets dialogavtale med direktøren

Administrasjonssjefen orienterte kort om bakgrunnen for saken, og svarte ut spørsmål til den.

#### Beslutning

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

Følgende saker blir behandlet i et eget medvirkningsmøte i uke 6 sammen med ansattes organisasjoner:

##### Oppdragsdokument 2018

Tomtesak ved SIVA-bygget i Breivika

Prognose byggeprosjekter og driftskostnader i PET-senteret

Statusrapport etter Sivilombudsmannens rapport i PHRK - sluttrapportering

**BAU 2/18 (tidl BU-63/17 og BU-66/17) Pasienthistorie/ Mangler på Pingvinhotellet**

Brukerutvalget gjennomgikk svaret fra Pingvinhotellets direktør Astrid Ronesen.

BAU støtter Pingvinhotellets arbeid med å anskaffe hvilestoler til hotellrommene, og kom med innspill om muligheten for å ta inn nye stoler etasje for etasje.

Beslutning/oppfølging

BAU følger opp spørsmålet om hvilestoler og sekretariatet videresender innspill fra BAU til Pingvinhotellet. Tilbakemeldingen fra Pingvinhotellet legges inn som referatsak i førstkommende BU.

**BAU 3/18 (tidl BAU 77/17) Prosjekt Hendelsesregistrering**

Utsatt sak for tidligere møte. Henvendelse fra Økonomi og analyseavdelingen i forbindelse med Prosjekt Hendelsesregistrering. De ba om eventuelle innspill på hvordan pasienter opplever seg møtt gjennom dagens ordning.

Beslutning/oppfølging

Sekretariatet undersøker om dette fortsatt er aktuelt. Dersom det er tilfelle, tas dette med i BU-møtet, hvis ikke, avsluttes den.

**BAU 4/18 Organisasjonsprosjekt A9**

Prosjekteier Birgith Nerskogen og prosjektleder Eystein Hauge har utarbeidet et forslag til etablering og gjennomføring av et OU-prosjekt i forbindelse med at overvåkings- intermediær- og intensivvirksomheten skal etableres i en organisatorisk enhet i OpIn. Saken ble trukket i forkant av møtet som følge av at implementeringsplanen er endret.

Beslutning

BAU utsetter saken.

**BAU 5/18 Oppnevning av brukerrepresentanter til KSU 3-2017 og KSU 4-2017**

Brukerutvalget har mottatt henvendelse fra OSO med ønske om brukerrepresentasjon i to utvalg:

- KSU 3- 2017: Samarbeid mellom kommuner for god kapasitetsutnyttelse ved ledige døgnplasser, sak 31/17, vedlagt (oppstartsmøte ikke avklart ennå).
- KSU 4- 2017: Kommunal barselomsorg, sak 27/17, vedlagt (oppstart 20.2. fra kl. 11:00- 14:00).

BAU kom frem til at det mest hensiktsmessige vil være å sende ut forespørsel til BU-representantene om deltakelse i forkant av neste møte, slik at valg av representantene kan foretas da.

Beslutning/oppfølging

Sekretariatet sender ut forespørsel om deltakelse til BU-representantene i forkant av neste møte i BU.

**BAU 6/2018 (tidl BAU 68/17) Selvinnsjekk – representasjon av BU**

Hans-Johan Dahl er oppnevnt som brukerrepresentant i prosjektet.

Beslutning/oppfølging

Hans-Johan Dahl er oppnevnt som brukerrepresentant og følger opp. Neste møte i utvalget er i uke 6.

**BAU 7/2018    Utvikling av sykepleierstudentenes praksisstudier**

Prosjektet har rettet en henvendelse til BU om de ønsker å delta med en representant i arbeidsgruppen eller om de foretrekker å være en referansegruppe som kan komme med innspill til arbeidsgruppen underveis i arbeidet. BAU kom frem til at en referansegruppe vil være den beste løsningen.

Beslutning/oppfølging

Brukerutvalget gir tilbakemelding om at de ønsker å være en referansegruppe i dette prosjektet.

**BAU 8/2018    Kommunikasjonsplan for UNN/ NRK-Dokumentarserie fra UNN**

Kommunikasjonssjef Hilde A Pettersen har rettet en forespørsel til Brukerutvalget om hun kan komme med en presentasjon til Brukerutvalget vedrørende ovenfor nevnte saker.

Beslutning/oppfølging

BAU ser frem til presentasjonen og sekretariatet kaller inn kommunikasjonssjefen til kommende møte i BU.

**BAU 9/18        Presentasjon: Beskrivelse av PSHT-modell og metode**

PSHT v/Dalbakk ønsker en invitasjon til kommende BU-møte for å presentere status på PSHT og få innspill/tilbakemelding angående «Beskrivelse av PSHT-modell -og metode».

Beslutning/oppfølging

BAU inviterer PSHT v/Dalbakk til en presentasjon i BU og sekretariatet kaller henne inn til neste møte.

**BAU 10/18      Brukerrepresentant til styringsgruppe Nye UNN Narvik**

Administrasjonssjefen orienterte om at utvalgslederen har besluttet å selv møte i styringsgruppen sammen med vararepresentant Ruth Pedersen til nyoppnevning av BU-representanter blir foretatt. Deretter tar BU sikte på å være representert med inntil to representanter.

Beslutning/oppfølging

BAU tar informasjonen til orientering. Det vil bli oppnevnt to representanter til å delta i dette prosjektet når valg av nytt BU er foretatt.

**BAU 11/18      Høringssak: Standard for kortfattet pasientrettet legemiddelinformasjon**

Direktoratet for e-helse inviterer til innspill på forslaget til «Standard for kortfattet, pasientrettet legemiddelinformasjon».

Beslutning/oppfølging

BAU retter en forespørsel til brukerrepresentant Martin Moe for utarbeidelse av forslag til høringsuttalelse til kommende BU-møte.

**BAU 12/18 Bedre rutiner for oppfølging av pasienter etter alvorlige hendelser**

BAU diskuterte saken og støtter at denne rutinen blir innført. Det er ønskelig med en presentasjon om temaet i kommende møte i BU.

Beslutning/oppfølging

BAU stiller seg positiv til at denne rutinen blir innført og ønsker i tillegg en kort presentasjon av temaet. Sekretariatet kaller inn Haakon Lindekleiv til en kort presentasjon.

**BAU 13/18 Forslag til dagsorden for BU-møte 7.2.2018**

1. Presentasjon: Årsmelding 2017 – pasient- og brukerombudet	kl 0910-0930
2. Godkjenning av innkalling og sakliste	
3. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 5.12.2017	
4. Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper	
5. Direktørens time	kl 1000-1100
Lunsj	kl 1100-1145
6. Oppnevning av brukerrepresentanter til KSU 3-2017 og KSU 4-2017	
7. Presentasjon: Beskrivelse av PSHT modell og metode	
8. Presentasjon: Kommunikasjonsplan for UNN – orientering om arbeidet som pågår	
9. Presentasjon: Ønske fra NRK - dokumentarserie fra UNN	
10. Presentasjon: Bedre rutiner for oppfølging av pasienter etter alvorlige hendelser	
11. Presentasjon: Standard for kortfattet pasientrettet legemiddelinformasjon	
12. Referatsaker -Referat fra BAU 29.1.2018 -Referat fra Kvalitetsutvalget 16.1.2018	
13. Eventuelt	

Beslutning

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

**BAU 14/18 Eventuelt**

---

**PROTOKOLL**


---

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 15.2.2018.**

Dato: 30.1.2018

Tidspunkt: 14.00-14.50

Sted: Adm møterom D1 707

Fra arbeidsgiver

Gøril Bertheussen (stabssjef)  
 Stein Olav Pedersen (rådgiver)  
 Hege Andersen (rådgiver)  
 Roger Dahl (controller)  
 Leif Hovden (adm.sjef/ referent)

Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, FHVO  
 Mai-Britt Martinsen, NSF  
 Tove Mack, FHVO  
 Rita Pernille Martnes, FHVO (Skype)  
 Rune Moe, Fagforbundet  
 Jan Eivind Pettersen, Delta

Protokollsignering:

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


Arbeidstittel	Ansv.	Merknad/ grunnlag
<b>1. Kvalitets- og virksomhets-rapport nov/des 2017</b>	GB	<p><i>Kun kvalitets- og aktivitedelen av rapporten var vedlagt, og kvalitetsdelen ble svart ut av Stein Olav Pedersen, aktivitedelen av stabssjefen.</i></p> <p><i>Det ble uttrykt misnøye med at sykefraværregistreringen ikke har vært tilgjengelig over en periode på et halvt år. Stabssjefen redegjorde for dette, og viste til at dette var jobbet med kontinuerlig, og berodde på et avtaleforhold mellom systemleverandøren og Helse Nord RHF.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling. Egen drøfting for økonomidelen avtalt 8.2.2018.</i></p>
<b>2. LUO-evalueringen – del 2</b>	TI	<p><i>Stabssjef og rådgiver Hege Andersen svarte ut spørsmål til saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var opptatt av at ledelsen måtte ha kontinuerlig fokus på samarbeidskultur og arbeid i tverrfaglige team, med utgangspunkt i gode pasientforløp. I tillegg mente de at styrevedtaket med fordel kan vektlegge det samme.</i></p> <p><i>NSF og Fagforbundet leverte en protokolltilførsel til saken, ref. vedleggstekst side 2.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i></p>

3. Kontinuerlig Forbedring	TI	Stabssjef og rådgiver Hege Andersen svarte ut spørsmål til saken.  Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.
4. Styrets dialogavtale med direktøren	ML/RD	Stabssjef og controller Roger Dahl svarte ut spørsmål til saken.  Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.
5. Oppdragsdokument 2018	EB	Egen drøfting avtalt 8.2.2018.
6. Tomtesak ved SIVA-bygget	GA/TA H	Egen drøfting avtalt 8.2.2018.
7. Prognose byggeprosjekter	GA/TA H	Egen drøfting avtalt 8.2.2018.
<b>ORIENTERINGSSAKER</b>		
8. Rapport etter oppfølgingsplan – Sivilombudsmannens rapport 2016	MH	Egen drøfting avtalt 8.2.2018.
9. Godkjenning som utdanningsinstitusjon for legers spesialisering	TI/EB/ HL	Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.

Tromsø, 30.1.2018



Mai-Britt Martinsen (s.)  
FTV NSF



Rune Moe (s.)  
HTV Fagforbundet



Leif Hovden (s.)  
administrasjonssjef

Protokolltilførsel til sak 2: LUO-evalueringen del II

NSF og Fagforbundet er positive til at akuttmottakene i Harstad og Narvik skal flyttes over i Akuttmedisinsk klinikk. Det blir viktig å få en medisinsk ansvarlig som er nært akutten og som kan være en del av det daglige virket. Det er ønskelig med kort vei mellom avdelingsledelse og klinikkledelse. Det må jobbes aktivt både for å få flere i 100% stillinger samt jobbglidning for å avlaste pleiepersonell. Legevaksordningen i samarbeid med kommunen må fortsette også under Akuttmedisinsk klinikk.



### Møte: Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 31.01.18 kl. 12.00-15.00

Sted: D1 707 UNN Tromsø, Telestudio H104.2 UNN Narvik, UNN møterom 6. etg Harstad

Virtuelt møterom: 997956 Skype: [UNN.D1-707@uc.nhn.no](mailto: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	x	Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør		Marit Lind, viseadm. direktør	x
Gøril Bertheussen, stabssjef,	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	x	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	x	Grethe Andersen, drifts- og eiendomssjef	x
Gina Johansen, driftsleder, UNN Harstad		Gry Andersen, driftsleder, UNN Narvik	

\*Til stede (x)

Møteleder: Einar Rebni

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Meldt forfall

Dessuten møtte Leif Hovden fra Stabscenteret og Stein Olav Pedersen fra KVALUT på styresakene, Haakon Lindekleiv fra KVALUT på sak 8/18.

**Sak Sakstittel**  
**01/18 Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Vedtak:**

Innkalling og saksliste godkjennes.

**02/18 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 29.11.17.**

Det ble etterspurt oppfølging av MeToo-saken (AMU-sak 64/17 a). Videre påpekte AMU nødvendigheten av å følge opp sak 60/17 - AMUs oppfølging av Medarbeiderundersøkelsen 2016. I forhold til oppfølging av MU 2016 ble det presisert at denne må ses i sammenheng med videreføring av tiltak som følge av ForBedring 2018.

**Vedtak:**

Protokollen godkjennes.

**03/18 Oppfølging av AMU-seminar**

AMU diskuterte grundig hvordan få til en hensiktsmessig og tillitspreget samarbeidsform med KVAM-utvalgene og om hvert medlem skulle ha en «fadderfunksjon» og hva som skulle ligge i den oppgaven. Videre kom det innspill på at AMU burde definere sakene etter samme kategori som ledermøtene (orienteringer, diskusjon/drøfting, beslutning, styresaker).

**Vedtak:**

Arbeidsutvalget bearbeider innspillene fra diskusjonen og kommer tilbake til AMU med en beslutningssak.

**04/18 Styresaker**

AMU valgte å behandle følgende saker utfra et arbeidsmiljøperspektiv:

- Kvalitets- og virksomhets-rapport nov/des 2017
- LUO-evalueringen – del 2
- Kontinuerlig Forbedring ved UNN
- Styrets dialogavtale med direktøren

Momenter fra diskusjonen i AMU-møtet:

KV-rapport:

- Det forventes bedre data på AML-brudd i løpet av året.
- Det arbeides med å få på plass valide sykefraværstall.
- AMU ser det som viktig at årsakene til økning i innleie, særlig for sykepleiere, analyseres. Dette følges opp av stabssenteret i neste KVR.
- Antall utskrivningsklare pasienter er bekymringsfullt og innvirker på arbeidsmiljøet



LUO-evaluering – del 2:

- AMU forutsetter gode medvirkningsprosesser.
- AMU slutter seg til de bemerkninger som kom i drøftingsmøtet

**Vedtak:**

AMU slutter seg til at sakene fremmes for styret til behandling.

**05/18 Måldokument HMS – forlengelse av målperioden**

Ved ledergruppens behandling av saken ble et av vedtakspunktene: Direktørens ledergruppe ser at måldokument HMS bør være klart før klinikkenes og senterenes dialogavtaler utarbeides i perioden mars-mai hvert år. Ledergruppen ber derfor AMU om at det fremlagte måldokument HMS 2018 også gjøres gjeldende for 2019, og at prosessen med måldokument HMS for 2020 gjennomføres slik at dette dokumentet er klart før klinikkene utarbeider sine dialogavtaler for 2020 i mars/april 2019.

**Vedtak:**

AMU slutter til at Måldokument HMS gjøres gjeldende for 2018-19.

**06/18 Ventilasjon av medisinrom.**

Saken dreide seg om en henvendelse fra klinikk angående ansvars plassering av ettersyn av ventilasjon av medisinrom.

Viseadministrerende direktør informerte AMU om at direktøren har bedt drifts- og eiendomssjefen sørge for at DES utarbeider et forslag til årshjul hvor DES tar ansvar for kvalitetssikring av avtrekkene på alle UNNs medisinrom, ved jevnlig gjennomføring av målinger. Kravene til avtrekk må innhentes og legges til grunn når resultatene av målingene vurderes. Dersom målingene viser avvik fra krav, må det foreslås tiltak som sikrer forbedring. DES bes forelegge utarbeidet plan til Stabsmøtet for endelig godkjenning innen 9.4.

**Vedtak:**

AMU tar saken til orientering.

**07/18 Orienteringssaker**

- a. Endringer i sammensetning av AMU – arbeidsgiversiden – skriftlig orientering
- b. ForBedring 2018 - muntlig orientering v/Gøril Bertheussen
- c. Styringshjul – HMS-årshjul – skriftlig orientering

**Vedtak:**

- a) Saken tas til orientering.
- b) AMU oppfordrer ansatte til å delta i undersøkelsen ForBedring.
- c) AMU ber om rapportering av status i saken etter at pilotering er gjennomført i tråd med pkt. 4 i forslag til ledergruppens vedtak.

**08/18 Når kan ledere gå inn i pasientjournal?**

Direktøren ba i stabsmøte 28.11.17 om en vurdering av om ledere, som til daglig ikke har behandlingsansvar, kan gå inn i pasientjournal i egen avdeling/klinikk. Personvernombud, jurist og medisinsk fagsjef har laget forslag til retningslinjer basert på gjeldende lovverk.

**Vedtak:**

1. AMU slutter seg til retningslinjene slik de foreligger.
2. AMU ber ledere være oppmerksom på at det bør utvises særskilt forsiktighet med slike innsyn da det kan bli stilt spørsmål om rettmessigheten av innsynet.

**09/18 Eventuelt.**

- a. Orientering om vernetjenestens arbeid med forholdene ved ambulansestasjonen på Evenes. Saken har fått en positiv utvikling med tanke på støybelastningen som så ut til å bli en belastning for de ansatte.

## Referat Møte Arbeidsutvalg Styret UNN – Kontinuerlig forbedring - Kritiske prosesser

Møte i arbeidsutvalg UNN-styret

Dato: 18.januar 2018

Deltakere: Eivind, Erling, Jan Eivind, Tove

### 1. Innspill fra ledelsen UNN

Erling refererte fra møte med ledelsen i UNN

### 2. Gjennomgang av tidligere seminarer og mandat au styret

#### a) Sjekkpt fra tidligere seminar som inngår i arbeidet:

Virksomhetsforståelse

PDCA-hjulet

Strategisk -> kritiske prosesser

Kjenne mål og strategier

Eget årshjul

KF er ikke et prosjekt men en kontinuerlig prosess

#### b) Mandat arbeidsutvalget: styremøte i oktober 16. november

Som oppfølging av styreseminar juni foreslo arbeidsgruppen 3 videre prosesser.

a) kompetanseutvikling

b) Hovedindikatorer

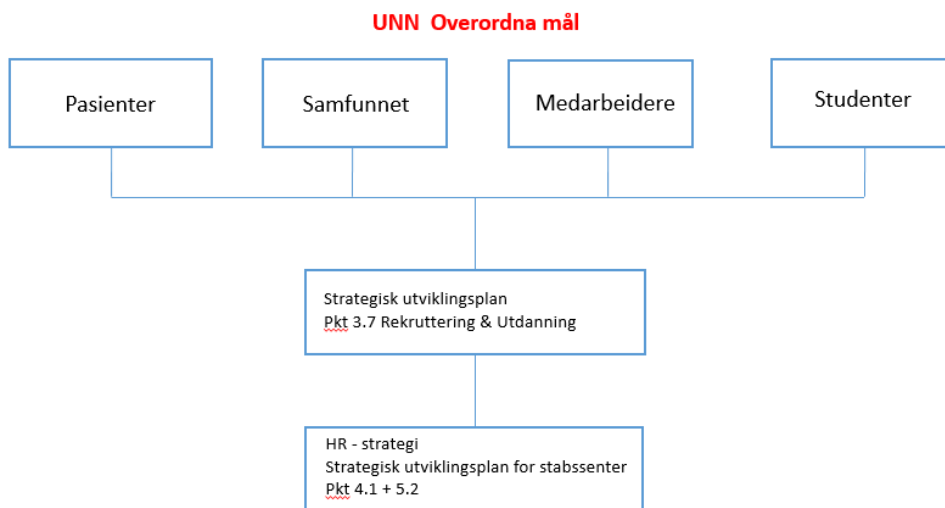
I forbindelse med styreminar i november fikk au i oppdrag å jobbe videre med kritiske prosesser og indikatorer.

### 3. Eksempel på en strategisk forankret kritisk prosess med indikator

Framtidig utfordringsbilde: økt behov/sykelighet kombinert med begrensede ressurser

Enn Kritisk prosess for å møte dette er Rekruttering og kompetansesikring

Denne er forankret i overordnede mål og strategier- se figur under



#### Mulige PI (prosessindikator)

Arbeidsutvalget har drøftet mulige PI for prosessen over:

- ledige stillinger
- turnover
- frafall i spesialutdanning
- utdanningsnivå
- dimensjonering av utdanning

Valg av PI må gjøres etter prosess i styret – for eksempel <ledige stillinger>

#### Årshjul – oppfølging PI

Oppfølging av PI og strategi må inngå i styrets årshjul

## Styrets Årshjul



#### 4. Agenda Tematime Styremøte UNN HF 15.feb.2018 kl.08-09

1. Innledning
  - Formål med styrets forbedringsprosess - Erling
  - Gjennomgang av «Hydro-modell» oversatt til UNN med eksempel - Eivind
2. Drøfting av videre prosess – forslag til videre prosess

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

---

## PROTOKOLL

---

**Tema: Drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende RESTERENDE styresaker til styremøte ved UNN 15.2.2018.**

**Dato: 8.2.2018**

**Tidspunkt: 9.00-9.35**

**Sted: Adm møterom D1 707**

### Fra arbeidsgiver

Stig Bakken (konst. avd.leder ØAA)

Tor-Arne Hanssen (utbyggingssjef)

Njål Bjørhovde (rådgiver PHRK)

Leif Hovden (adm.sjef/ referent)

### Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, FHVO

Vibeke Haukland, NSF (Skype)

Rune Moe, Fagforbundet

Jan Eivind Pettersen, Delta

### Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Jan Eivind Pettersen og Rune Moe valgt til signering av protokollen.


Administrasjonssjef Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

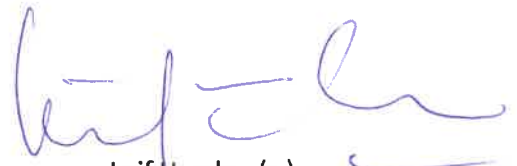
Arbeidstittel	Ansv.	Merknad/ grunnlag
<b>1. Kvalitets- og virksomhetsrapport nov/des 2017</b>	GB	<p><i>Kun kvalitets- og aktivitetsdelen av rapporten var drøftet i forrige drøftingsmøte. Nå var også økonomidelen med, basert på desembertallene, og spørsmål til denne ble svart ut av avdelingsleder ved ØAA, Stig Bakken.</i></p> <p><i>Det ble presisert at resultatet fortsatt er å regne for foreløpig. I tillegg ble det stilt spørsmål ved forskjellene i gjennomføringsgrad av tiltak.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i></p>
<b>2. Oppdragsdokument 2018</b>	EB	<p><i>Det ble stilt spørsmål ved kravet om reduksjon i tvang, hvilket tolkes som et krav om å tilstrebe lik praksis innenfor dette feltet samt lovendringene knyttet til samtykkekompetanse.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i></p>
<b>3. Tomtesak ved SIVA-bygget</b>	GA/ TAH	<p><i>Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen møtte og svarte ut spørsmål til saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i></p>
<b>4. Prognose byggeprosjekter</b>	GA/ TAH	<p><i>Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen møtte og svarte ut spørsmål til saken.</i></p>

		<i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>
<b>ORIENTERINGSSAKER</b>		
<b>5. Rapport etter oppfølgingsplan – Sivilombudsmannens rapport 2016</b>	MH	<i>Rådgiver Njål Bjørhovde møtte og svarte ut spørsmål til saken.</i>  <i>Det ble fra vernetjenesten fremsatt ønske om å synliggjøre satsingen på det systematiske HMS-arbeidet ute i organisasjonen, som en del av rapporten.</i>  <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>

Tromsø, 8.2.2018

  
Jan Eivind Pettersen (s.)  
FTV Delta

  
Rune Moe (s.)  
HTV Fagforbundet

  
Leif Hovden (s.)  
administrasjonssjef



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
15/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

### Eventuelt

Tromsø, 2.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør