



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 Ny frist: 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 ¹).	Klinikkledelsen besluttet 24.2.17 hvordan FMA grunn- og instruktør opplæringen 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 ² 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.

¹ FMA (Forståelse og mestring av aggresjon).

² 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.	Klinikkjef	Utført	Lovkrav om gjennomføring av ettersamtale ³ ved en rekke kapittel 4 vedtak fom. 1.9-17.
5. Opplæring i helselovgiving	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

³ 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 bearbejdes. <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
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. Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes ved akuttpost Nord.	Vurdere om generelle tiltak i handlingsplanen er tilfredsstillende også for Akuttpost Nord.	Avdelingsleder Seksjonsleder Enhetsleder	Utført	Det vurderes at de iverksatte tiltakene samlet sett har fungert godt. (Etisk refleksjon, kursing internundervisning og fagdager).
	Etablere arbeidsgruppe med ansatte som jobber på dag og natt samt overlege. Skal vurdere behov for interne tiltak.	<u>FUE:</u> Bjørhovde	Ikke utført <u>Ny frist:</u> 30.06.18	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.
	Arrangere Terma ⁴ kurs.	Bjørhovde	Utført	To kurs ble gjennomført i desember 2016.
	Arrangere postseminar 1. halvår 2017 som tar utgangspunkt i besøksrapport, handlingsplan, føringer om utvikling samt arbeidsgruppens anbefalinger.	Enhetsleder Fagutvikler	Ikke utført <u>Ny frist:</u> 30.06.18	Bevilget velferdsmidler på 61.500,- fra KVAM i 2017, men seminaret er utsatt pga. kurs/reisestopp. <u>Videre oppfølging:</u> enheten planlegger postseminar 2018.
	Systematisk bruk av etisk refleksjon.	<u>FUE:</u> Hagerup	Utført	Evaluering og konsolidering ca. hver 3. måned. Tilbakemeldinger tilsier at personalet er godt fornøyd med tilbudet.

⁴ 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 ⁵ .	Klinikksjef Avdelingsledere Seksjonsledere	Pågår Ny frist: 31.06.18	Gjennomføres som del av utviklingssamtaler 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.	Klinikksjef	Ikke utført Ny frist: 31.12.18	Betingelser at punktet ovenfor er gjennomført. <u>Videre oppfølging:</u> se ansvar

⁵ Det vil si klinikkssjef 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 Kontrollkomisjonen om hvordan rapportering av avvik og uheldige hendelser skal foregå.	Klinikksjef	Utført	Nødvendige avklaringer ble gjort høsten 2016.
Dialog med tilsynsmyndighet, (fylkesmannen), kontrollkomisjon og Pasient- og Brukerombudet.	Faste årlige samarbeidsmøter med tilsynsmyndighet, (fylkesmannen), kontrollkomisjon og Pasient- og brukerombudet i Troms.	Klinikksjef	Utført	Møter avholdt høsten 2016. Møte med fylkesmann og kontrollkomisjon 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.
	Informasjon om klagerett.	<u>Stab</u> : Bjerke	Utført	Lagt på UNN's internettsider med tilhørende skjema.
Gjennomgang av samarbeidet med bruker/interesseorganisasjonene og Bikuben.	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 Ny frist: 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