



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Mandag 7. oktober 2019 kl 10.15

Møtested

UNN Tromsø, Møterom D1-707



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: UNN Tromsø, møterom D1-707
Dato: 7.10.2019 kl 10.15

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
Roald Linaker	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Johan Ailo Kalstad	Medlem	
Grete Kristoffersen	Medlem	
Thrina Loennechen	Medlem	
Kay Müller	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Kirsti Baardsen	Observatør	Leder Brukerutvalget

ST 69/2019 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 69/2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 70/2019	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 11.9.2019
ST 71/2019	Tertialrapport 2, 2019 med Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 72/2019	Tertialrapport 2, 2019 for byggeprosjekter ved UNN
ST 73/2019	Forberedende virksomhetsplanlegging 2020
ST 74/2019	Tilsynsrapport – eksterne tilsyn og revisjoner

ST 75/2019 Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra UNN
2. Beslutningsnotat – Organisering av A9

Muntlige orienteringer

3. Trygg akuttmedisin – orientering ved Mads Gilbert
4. Klinikkpresentasjon Diagnostisk klinikk
5. Pasienthistorie
6. Orientering av direktøren vedrørende sammenslåing med Finnmarkssykehuset

ST 76/2019 Referatsaker

1. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 10.9.2019
2. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 17.9.2019
3. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 18.9.2019
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 23.9.2019
5. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 24.9.2019
6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende forberedende virksomhetsplan 2020, datert 27.9.2019

ST 77/2019 Eventuelt

Roald Linaker (s.)
styreleder

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
70/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	7.10.2019
Saksansvarlig: Ingrid Lernes Mathiassen Saksbehandler: Ingrid Lernes Mathiassen		

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 11.9.2019

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 11.9.2019.

Tromsø, 25.9.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Møteprotokoll fra styremøte 11.9.2019


MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø
 Dato: 11.9.2019
 Tid: kl 10.00 -12.30

Navn	Funksjon	Merknader
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Sverre Håkon Evju	Medlem	<i>Til kl. 11.45</i>
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Johan Ailo Kalstad	Medlem	
Thrina Loennechen	Medlem	
Kay Müller	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	vara	
Kirsti Baardsen	Observatør	<i>Brukerutvalgets leder</i>

Forfall:

Roald Linaker
 Grete Kristoffersen

Fra administrasjonen møtte:

Anita Schumacher	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Elin Gullhav	klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Grethe Andersen	drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	virksomhetssjef
Ingrid Lernes Mathiassen	administrasjonssjef (<i>styrets sekretær</i>)
Hilde A. Johannessen	administrasjonssjef (<i>styrets sekretær</i>)
Eva-Hanne Hansen	klinikkssjef ved OpIn-klinikken
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klinikkssjef NOR-klinikken
Markus Rumpsfeld	klinikkssjef Medisinsk klinikk
Truls Myrmel	klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken
Jon Mathisen	klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk
Tordis Høifødt	klinikkssjef Psykiske helse og rusklinikk
Kate Myreng	klinikkssjef Diagnostisk klinikk
Hilde Annie Pettersen	kommunikasjonssjef
Lars Øverås	økonomisjef
Haakon Lindekleiv	medisinsk fagsjef på muntlig orientering pasienthistorie
Else Marie Molund	enhetsleder PHRK (observatør)

ST 61/2019 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 11.9.2019 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i ***uthevet kursiv***):

Saksnr.	Innhold
ST 61/2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 62/2019	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 20.6.2019
ST 63/2019	Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 64/2019	Ledelsens gjennomgang
ST 65/2019	Møteplan 2020 for styret UNN
ST 66/2019	Orienteringssaker
	<i>Skriftlige orienteringer</i>
	1. Brev fra Harstad kommune til Styret UNN m.fl. vedrørende uttalelse – krav om lovfestet responstid, datert 7.6.2019
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	2. Pasienthistorie
	3. Orientering fra direktøren vedr sammenslåing med Finnmarkssykehuset
ST 67/2019	Referatsaker
	1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 26.8.2019
	2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 27.8.2019
	3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 27.8.2019
	4. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 28.8.2019
ST 68/2019	Eventuelt

ST 62/2019 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 20.6.2019
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 11.9.2019

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 20.6.2019.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 20.6.2019.

ST 63/2019 Kvalitets- og virksomhetsrapport
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 11.9.2019

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten* for juli 2019 til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten* for juli 2019 til orientering.

ST 64/2019 Ledelsens gjennomgang
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 11.9.2019

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 2018*, og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Forslag til endret vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 2018*, og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak. ~~for å bedre virkningen av internkontrollen.~~

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 2018*, og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak.

ST 65/2019 Møteplan 2020 for styret ved UNN
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 11.9.2019

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner følgende *møteplan* for 2020:

Møter	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter	6.2.	12.3.	22.4. <i>Med BU</i>	18.5. <i>Oppstart kl 12</i>	18.6.	16.9. <i>Med BU</i>	14.10.	18.11.	14.12.
UNNs styreseminar					<i>17.6. Harstad</i>	<i>17.9.felles med UiT</i>		<i>17.11 Narvik</i>	
Regionalt styreseminar			<i>15.-16.4. Bodø</i>				<i>28.-29.10. Tromsø</i>		

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

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Styrets evaluering av eget arbeid. OD 2020	Tromsø	Torsdag 6. februar
Årsregnskap, årlig melding m.v.	Tromsø	Torsdag 12. mars
RHF's Plan 2021-2024	Tromsø	Onsdag 22. april
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Tromsø	Mandag 18. mai
Første tertialrapport	Harstad	Torsdag 18. juni
Forberedende virksomhetsplanlegging 2021	Harstad	Torsdag 18. juni
Status oppdragsdokument 2020	Tromsø	Onsdag 16. september
Andre tertialrapport	Tromsø	Onsdag 14. oktober
Virksomhetsplan og budsjett for 2021	Tromsø	Mandag 14. desember

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner følgende *møteplan* for 2020:

Møter	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter	6.2.	12.3.	22.4. <i>Med BU</i>	18.5. <i>Oppstart kl. 12</i>	18.6.	16.9. <i>Med BU</i>	14.10.	18.11.	14.12.
UNNs styreseminar					17.6. <i>Harstad</i>	17.9.felles <i>med UiT</i>		17.11 <i>Narvik</i>	
Regionalt styreseminar			15.-16.4. <i>Bodø</i>				28.- 29.10. <i>Tromsø</i>		

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

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Styrets evaluering av eget arbeid. OD 2020	Tromsø	Torsdag 6. februar
Årsregnskap, årlig melding m.v.	Tromsø	Torsdag 12. mars
RHF's Plan 2021-2024	Tromsø	Onsdag 22. april
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Tromsø	Mandag 18. mai
Første tertialrapport	Harstad	Torsdag 18. juni
Forberedende virksomhetsplanlegging 2021	Harstad	Torsdag 18. juni
Status oppdragsdokument 2020	Tromsø	Onsdag 16. september
Andre tertialrapport	Tromsø	Onsdag 14. oktober
Virksomhetsplan og budsjett for 2021	Tromsø	Mandag 14. desember

ST 66/2019 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 11.9.2019

Innstilling til vedtak:

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

Skriftlige orienteringer

1. Brev fra Harstad kommune til Styret UNN m.fl. vedrørende uttalelse –
Krav om lovfestet responstid, datert 7.6.2019

Muntlige orienteringer

2. Pasienthistorie
3. Orientering fra direktøren vedrørende sammenslåing med Finnmarksykehuset

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 67/2019 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 11.9.2019

Innstilling til vedtak:

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

1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 26.8.2019
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 27.8.2019
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 27.8.2019
4. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 28.8.2019

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 68/2018 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 11.9.2019

Tromsø, 11.9.2019

Roald Linaker
styreleder

Helga Marie Bjerke
nestleder

Anne Sissel Faugstad

Erik Arne Hansen

Grete Kristoffersen

Jan Eivind Pettersen

Johan Ailo Kalstad

Marianne Johnsen

Kay Müller

Sverre Håkon Evju

Thrina Loennechen

Vibeke Haukland



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
71/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	7.10.2019
Saksansvarlig:	Einar Bugge	Saksbehandler: Hans Petter Bergseth

Tertialrapport 2, 2019 med Kvalitets- og virksomhetsrapport

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapport for august 2019 til orientering.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner Tertialrapport 2, 2019 for oversendelse til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

2.tertialrapport 2019 rapporterer i hvilken grad Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har fulgt opp kravene i *Oppdragsdokument 2019 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*, og redegjør for planlagte tiltak på områder der målene ikke er nådd. Den månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapporten (KVR) presenterer resultater for helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetsresultatene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse, miljø og sikkerhet (HMS). UNN har valgt å presentere rapportene i samme styresak, da punktene delvis er sammenfallende og utfyller hverandre.

Formål

Formålet med å legge frem Tertialrapport 2 til styrets behandling, er å presentere framdrift på bestillinger i oppdragsdokumentet, og gjennom KVR gi styret nødvendig ledelsesinformasjon om status ved UNN i forhold til RHF-ets krav og interne satsningsområder.

Saksutredning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har i 2019 hatt særlig fokus på reduksjon av strykninger fra operasjonsprogram, redusere sykefravær, budsjettbalanse, gjennomføring av

pakkeforløp for kreftpasienter, samt øke andelen epikriser sendt innen 1 og 7 dager. Kontinuerlig forbedringsarbeid, læring av hendelser, og tilrettelegging for den nye, mer delaktige pasientrollen er viktige innsatsområder.

UNN har hatt oppfølgingsaktiviteter på alle områder i oppdragsdokumentet for 2019, men samtlige oppfølgingspunkter er ikke fullt ut oppfylt. Noen av rapporteringspunktene er løpende aktiviteter som er gjenstand for langsiktig arbeid og kontinuerlig utvikling. Hovedpunkter fra tertialrapporten gjengis under.

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

Somatikk

UNN har hittil i 2019 en svak økende tendens i ventetiden etter flere år med nedgang. Ventetid og fristbrudd vil fortsatt være fokusområder som overvåkes nøye for å nå målet på 50 dager innen 2021 og ingen fristbrudd. UNN overholder 85 % av pasientavtalene, der kravet er 95 % innen 2021. Det er noe variasjon mellom fagområdene på indikatoren. Foretaket har siste tertial utarbeidet tiltaksplaner for å få ventetid ned mot nytt nasjonalt mål, og for å nå målet om å overholde 95 % av pasientavtalene. Arbeidet med å implementere tiltaksplanene vil bli intensivert i siste tertial 2019 og i 2020.

UNN har definert forståelsen av «unyttige inngrep», og opprettet oversikt over dette i ledelsesinformasjonssystemet HN-LIS. Det er arbeidet systematisk for å redusere slike inngrep. For kreftpasientene var 74,3 % av pasientene registrert i et forløp, og 60,5 % innenfor standard forløpstid hittil i år. Andelen korridorpasienter er på 1,5 % og svakt nedadgående. Andelen epikriser sendt innen en dag er på 53 % i somatikken.

Psykisk helsevern og rus

Det har gjennom 2019 vært arbeidet målrettet med implementering av pakkeforløpene innenfor psykisk helsevern og TSB. Verktøy for registrering av forløpskoder var ferdigstilt i 2. tertial, men det gjenstår arbeid i resultat- og rapporteringsmodulen. Ventetiden har økt noe og var i gjennomsnitt 50 dager for voksne, 51 dager for barn og unge, og 34 dager for TSB.

Pasientsikkerhet

UNN har lagt til rette for at pasientsikkerhetsprogrammene videreføres etter programperiodens slutt i 2018. Det er utviklet en rapport i Helse Nord Ledelsesinformasjonssystem (HN LIS) basert på registrerte tjenestekoder for legemiddelsamstemming ved innleggelse. For 2. tertial 2019 var andel registrert samstemt for hele UNN på ca. 30 %. Det er stor variasjon mellom avdelingene, og det er sannsynlig at mange gjennomførte legemiddelsamstemminger ikke kodes i elektronisk pasientjournal.

Klima og miljøtiltak

Miljømålene er oppdatert i tråd med de nasjonale miljømålene.

Personvern og informasjonssikkerhet

Arbeidet med å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for medisinsk teknisk utstyr pågår, men er ikke ferdigstilt. Arbeidet er omfattende, og UNN deltar i arbeid med å lage nasjonal standard for slike analyser. Regional samhandlingsavtale med Helse Nord IKT om medisinsk teknisk utstyr og behandlingshjelpemidler piloteres i UNN.

Bedre samhandling med kommunene

Klinikkvisse utskrivingsprosedyrer er etablert, og det er utskrivingskoordinatorer på sengepostene. Samhandlingsavvik registreres systematisk, og brukes for å identifisere områder for forbedring. Et klinisk samarbeidsutvalg under OSO har utarbeidet forslag til veileder for samarbeid mellom fastleger og UNN. Denne er sendt på høring, og forventes godkjent i OSO-møte i november.

Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig personell

UNN har innført meldeplikt på bierverv for sine ansatte.

Det arbeides systematisk med å redusere innleie av personell, og det er laget planer for dette.

UNN er godt i gang med å implementere ny utdanningsmodell for leger i spesialisering, med formål om også å sikre at vi utdanner de legespesialiteter som UNN og regionen har behov for. Søknader om godkjenning for de ulike spesialitetene er sendt fortløpende og innen fristen 1.3.19. Læringsmål og læringsaktiviteter er definert for alle spesialiteter, og lagt inn i Kompetansemodulemodulen i Personalportalen.

Medvirkning

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg 23.9.2019, samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten 17.9.2019 og arbeidsmiljøutvalget 18.9.2019.

Vurdering

Andel *epikriser sendt innen 1 og 7 dager* er langsomt økende, men fortsatt ikke høy nok. Det er identifisert barrierer for å nå målet for epikrisetid. Blant annet gjøres det mer individuelle vurderinger av behov for dobbeltsignering av epikriser skrevet av leger i spesialisering. Andel *strykninger* av planlagte operasjoner viste en gledelig nedgang tidlig i år, men har de siste månedene stabilisert seg på et nivå høyere enn måltallet på maksimalt 5 %. Dette følges opp av de opererende klinikker og Operasjons- og intensivklinikken. Indikatorene følges på ledergruppens tavlemøte ukentlig, og gjennomføring av disse møtene er justert for å sikre større fokus på konkret tiltaksarbeid og måloppnåelse i den enkelte klinikk, samt mulighet til å lære av hverandres erfaringer i større grad.

Gjennomføring av *kreftpakkeforløp* er fortsatt ikke god nok. Det er helt nylig gjort en detaljert gjennomgang av 25 forløp med kirurgisk behandling av brystkreft, nyrekreft, prostatakreft, lungekreft og tykk/endetarm der anbefalt forløpstid er overskredet. Alle pasientene ble operert innenfor det som anses som forsvarlig praksis, men anbefalt forløpstid ble ikke overholdt. Utover en erkjent mangel på operasjonskapasitet for brystkreft og tykk- og endetarmskreft ble det påvist forsinkelser forårsaket av kapasitet på lungelaboratoriet og ulike flytproblemer der man i for stor grad gjør utredningen sekvensiell og ikke parallell. Ventetid på bildediagnostikk og pasientutsettelse har i liten grad forsinket de analyserte forløpene. Tiltak for å unngå forsinkelsene er ikke endelig landet, men prioritering av tilstrekkelig operasjonskapasitet, fokusert arbeid for å oppnå god flyt i prosessene, samt presisering og styrking av forløpskoordinatorfunksjonene inngår i de foreslåtte tiltakene.

Direktøren er ikke fornøyd med at det fortsatt er mange *fristbrudd*. Det er igjen en økning i fristbrudd i voksenpsykiatrien i Tromsø, mens utfordringen i psykiatrien i Harstad nå er mindre. Andre områder med relativt mange fristbrudd er plastikkirurgisk poliklinikk og øre- nese- hals, samt dagkirurgi i Tromsø. Medisinsk klinikk har gjort et godt arbeid med å kartlegge årsak til

alle feilregistreringer som medfører fristbrudd. Oversikten over årsakene sammen med forslag til tiltak for å unngå fristbruddene er spredt til de øvrige klinikkene, og direktøren forventer at alle klinikkene bruker dette aktivt i eget forbedringsarbeid.

Det er ikke tilfredsstillende at den gylne regel ikke oppfylles på mange områder. Nedgangen i poliklinisk aktivitet i voksenpsykiatrien med tilhørende økende ventetider og flere fristbrudd, samt økonomisk overforbruk i flere somatiske klinikker, er hovedårsakene til at den gylne regel ikke oppfylles i UNN. Fortsatt sterkt fokus på tiltaksarbeid for å redusere det økonomiske overforbruket, samt tiltak for å rekruttere og stabilisere bemanningen med behandlere i psykiatrien er de viktigste tiltaksområdene for å bedre måloppnåelsen på dette området.

Tertialrapporten viser for øvrig at det inneværende år er igangsatt arbeid med å løse oppdraget for UNN på en rekke områder, og direktøren er fornøyd med utviklingen på flere av de omtalte oppfølgingspunktene, så som arbeidet med å redusere variasjon i forbruk av enkelte operasjoner, og mange aktiviteter på samhandlingsfeltet. Totalt sett inneholder oppdragsdokumentet for UNN svært mange oppfølgingspunkter, og det vil fortsatt kreve systematisk og fokusert innsats for å oppfylle styringskravene godt nok. Dette gjelder ikke minst i forhold til nye krav til ventetider og overholdelse av pasientavtaler, der det må arbeides systematisk og langsiktig for å implementere de konkrete handlingsplaner som er utarbeidet for å muliggjøre at UNN oppfyller de nasjonale mål som skal nås innen 2021.

Den tertialvise rapporteringen på arbeidet med pasientsikkerhet viser at det på de fleste områder arbeides systematisk med oppfølging av de ulike innsatsområdene i UNN. Bruk av sjekklister for trygg kirurgi er godt implementert og følges systematisk opp, gjennomføring av smittevernvisitter er gjennomgående god, og noen enheter gjør et særlig godt arbeid med å forebygge fall. Det er fortsatt alt for dårlig registrering av gjennomføring av legemiddelsamstemming, og arbeidet med å forebygge og behandle trykksår skal forsterkes. Det er nylig vedtatt at de somatiske enhetene også i UNN Tromsø skal ta i bruk medikamentkurve som skrives ut fra DIPS til erstatning for håndskrevet kurve. Dette innebærer at medikamentmodulen i DIPS må tas i bruk også av dem som ikke bruker den i dag, og direktøren forventer at dette også vil bidra til at gjennomføring av samstemming av legemiddellister øker.

Det erfares at det har vært arbeidet godt med ForBedring 2019, der identifisering av faktorer som kan virke inn på sykefraværet er en del av prosessen. Der det arbeides målrettet med ForBedring lokalt, bør det forventes positiv innvirkning på sykefraværet. Styrket innsats mot sykefravær bør også ha gitt ringvirkninger i organisasjonen. Linjeledernes fokus på sykefraværet fra direktør og klinikkledelse øverst, bør også ha hatt en betydning for endring i fraværet. I enheter med høy andel av hyppig korttidsfravær (over 3 %) og gjentakende langtidsfravær, vil en av de viktigste lederoppgavene være systematisk forebygging og oppfølging av denne typen fravær. Erfaringsmessig prioriteres dette i varierende grad.

Økt bruk av ressurser fra NAV er og vil være viktig i arbeidet med forebygging og håndtering av sykefravær. Dette innebærer at ledere og stabsfunksjoner nå i større grad må be om bistand og støtte fra NAV i dette arbeidet.

Det økonomiske resultatet for august viser et negativt budsjettavvik på 2,0 mill kroner. ISF inntektene i august er 7,6 mill kroner lavere enn budsjettet. I august fikk vi Helfo – inntektene tidsnok til avslutningen av regnskapet. Ser vi på juli og august samlet så gir de pasientrelaterte inntektene et negativt resultat på 4,7 mill kroner. De første seks månedene i år har disse postene gitt et positivt resultat på 32 mill. Vi har sett på budsjettfordelingen (periodiseringen) for årets 4 siste måneder på ISF somatikk for å se på risikoen resten av året. Fordelingen er veldig lik 2018 (0,2 % forskjell), noe som betyr at om aktiviteten for resten av året blir «lik», så bør det ikke være noe større risiko på dette.

Innleie av personell via firma og lønssystemet viser et avvik på 9,4 mill (negativt). Dette er høyere «enn normalt», og tyder på at klinikkene har måttet løse deler av bemanningen i sommer med innleie. Vi ser at overtid de to sommermånedene står for 1/3 av det totale avviket på overtid, noe som også antyder problemer med å løse ferieavvikling gjennom faste vikarer. Mangelen på personell, samt muligheter for å «stenge ned» og kjøre samdrift av enheter, samt at vi ikke reelt stenger/samordner når vi sier vi skal gjøre det er medvirkende årsaker. Planlegging av sommeren (og andre lavdriftsperioder) 2020 bør kanskje allerede nå startes mht. planlegging av drift.

Gjestepasient inntekter (pasienter fra utlandet og fra andre HF som vi har behandlet) har et overskudd på > 3,5 mill. Denne var høy også i juli, og er med på å redusere det negative budsjettavviket. Vi har tatt inn en positiv effekt på avskrivninger som følge av at noen investeringer tar lengre tid enn antatt i budsjett. Dette gir en positiv virkning for 2019, men når investeringene er gjennomført vil kostnadene komme.

Konklusjon

Det akkumulerte resultatet for UNN pr august er et negativt budsjettavvik på 35,4 mill kroner. Det er fire måneder å hente inn 15,4 mill kroner i forhold til budsjett. Det blir vanskelig å klare dette over vanlig drift, men det ligger flere potensielle poster som kan gi positive utslag. Lønnsoppgjøret er ikke avklart og har et budsjett på 113 mill kroner. Her er det både risiko og muligheter. Potten til overlegepermisjoner er til nå ikke brukt opp, og kan gi positive effekter på 4-5 mill kroner. Også budsjettposten for tunge pasienter har midler igjen resten av året, og kan gi positive effekter på 1-2 mill kroner. Pensjonskostnaden kan gi oss effekter mot slutten av året som vi ikke kan forutse nå. På bakgrunn av dette beholdes prognosen fra tidligere på 20 mill kroner. Vi er avhengige av at noen av one-off effektene over vil gå riktig vei for å klare dette.

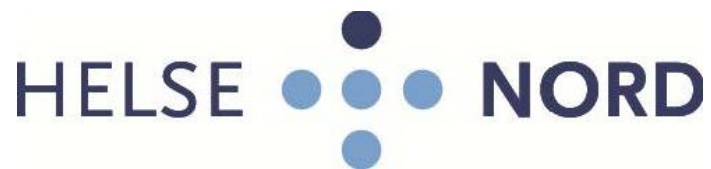
Tertialrapporten og Kvalitets- og virksomhetsrapporten gir samlet en god oversikt over status på flere områder i UNN, og peker på viktige områder som vil ha fokus i det videre forbedringsarbeidet. Direktøren anbefaler at Styret tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten til orientering, og vedtar Tertialrapport 2, 2019 for oversending til Helse Nord RHF.

Tromsø, 7.10.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tertialrapport 2, 2019
2. Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2019



2.tertialrapport

2019

Universitetssykehuset Nord-Norge



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU



Innhold

3. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	2
3. 1. Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	2
3. 2. Somatikk	2
3. 3. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	4
3. 4. Samhandling med leverandører av private helsetjenester	7
3. 6. Pasientsikkerhet	8
4. Øvrige områder	9
4. 1. Klima- og miljøtiltak	9
4. 4. Beredskap	9
4. 3. Medisinskteknisk utstyr og informasjonssikkerhet	9
5. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	10
5. 1. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp	10
7. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell	12
7. 1. Sikre gode arbeidsforhold	12
7. 2. Tilstrekkelig kvalifisert personell	14
7. 3. Utdanning av legespesialister.....	14
8. Innfri økonomiske mål i perioden	16
8. 3. Anskaffelsesområdet	16

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

3. 1. Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

3.1.1 Redegjøre for hvorvidt IKT prosjekter/program er kvalitetssikret i tråd med regional arkitekturstyring samt er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen/nasjonale standarder og prinsipper.

UNN deltar og bidrar i regionalt arkitekturråd. Våre egne prosjekter søkes så langt råd er å følge de anbefalinger og retningslinjer som ligger til grunn i overordnet arkitektur.

3.1.2 Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid), og rapportere på hvilke tiltak som er iverksatt for å nå målsetningen om å overholde minst 95 pst. av avtalene innen 2021.

Ved utgangen av 2.tertial 2019 overholdes 85 % av pasientavtalene i UNN. Det er særskilt innenfor kontakttypene kontroller og behandling at utfordringene er størst. Ny rapportfunksjon i HN-LIS gir en god oversikt over resultatene for hvert fagområde og avdeling, noe som er til stor hjelp i forbedringsarbeidet. Indikatoren er forholdsvis ny og lite kjent. Dette vil bli fulgt opp i fagforummøter med klinikkene og på tavlemøter. Det vil kreve fokusert innsats for å nå målet på 95 % innen 2021. Plan for å øke andelen ble vedtatt i UNNs kvalitetsutvalg i juni. UNN vil i tredje tertial og videre i 2020 systematisk arbeide med å implementere planen.

3.1.3 Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenlignet med 2018.

Median tid til tjenestart er pr 1.tertial 2019 på 66 dager. Dette er en reduksjon fra samme periode i 2017 som var på 69 dager. Indikatoren varierer noe rundt et fast intervall, men har vist en reduksjon totalt sett over de siste tre år. Data for 2. tertial 2019 er ikke publisert.

3. 2. Somatikk

3.2.1 Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2018 og være under 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019.

UNN har ved utgangen av 2.tertial 2019 har UNN en gjennomsnittlig ventetid på 62 dager for avviklede pasienter hittil i år. For pasienter som fortsatt ikke er tatt til behandling er ventetiden 61 dager. Utviklingen har vært stabilt nedadgående gjennom flere år, men har i 2019 stabilisert seg nær 60 dager. Det vil kreve intensivt innsats med særlig fokus på å redusere antall langtidsventende over 6 måneder samt kontinuerlig rydding i ventelister/oppmøtelister dersom målet på 50 dager skal kunne nås innen 2021. Kvalitetsutvalget behandlet tiltaksplan for reduksjon av ventetider i august 2019, og arbeidet vil bli fulgt opp systematisk i tredje tertial 2019 og i 2020.

3.2.4 Med utgangspunkt i egne resultater i dagkirurgiatlaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon innen skulderoperasjoner, meniskoperasjoner for pasienter over 50 år og fjerning av mandler.

Fagmiljøene i NOR-klinikken har definert forståelsen av "unyttige inngrep" og skaffet oversikt over gjennomførte inngrep i HN-LIS. Endring av praksis mot å avslutte unyttige inngrep er påbegynt. Det har vært en vesentlig reduksjon forbruk av i skulderoperasjoner i Narvik-området i 2018 som vedvarer i 2019. Det arbeides systematisk med å sikre riktig aktivitet for andre relevante inngrep innen ortopedi og ØNH. Dette er også tema i pågående prosess med regional anskaffelse av ortopediske operasjoner.

Akromionreseksjon skulder: nedgang fra 2017 49 inngrep, til september 2019 13 inngrep.

Carpaltunell 224 i 2017 til 98 september 2019.

Artroskopi v kneartrose 7 i 2017 til 4 i september 2019

3.2.5 Med utgangspunkt i egne resultater i gynekologiatlaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Avtalespesialistene skal involveres i arbeidet.

Det er innført felles prosedyrer for alle tre sykehuslokalisasjonene i UNN, slik at det skal være en mest mulig lik praksis, som også er i overensstemmelse med det som er nasjonale retningslinjer. Til nå har avtalespesialistene ikke vært involvert i dette.

3.2.6 Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst.

UNN rapporterer månedlig på kreftforløpende i detaljert form for hver av forløpene i tertialrapporter til syret og Helse Nord RHF. Andel pasienter som er i forløp ligger over kravet på 70 % i 2. tertial 2019. Andelen pasienter som har startet behandling innen anbefalt forløpstid (OF4) totalt sett for alle forløp ligger under kravet på 70 %. Flere av forløpende innfrir ikke kravet på 70 %. Dette er en nasjonal trend og årsakene er svært sammensatte. UNN følger opp resultatene gjennom forløpsledere, forløpskoordinatorer og tavlemøter. Det er iverksatt tiltak med bedret MR-kapasitet, økt operasjonskapasitet i UNN Tromsø og nøye gjennomgang av de enkelte forløpsprosesser der måloppnåelsen ikke er god nok.

Andel i pakkeforløp: 74,3 %	Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp hittil i år.
Andel innenfor frist: 60,5 %	Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling hittil i år.

3.2.7 Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysebehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

95 % av pasientene har fått trombolyse innen 40 minutter. Gjennomsnittlig tid er 21,7 minutter og median 18 minutter.

3.2.8 Ikke ha korridorpasienter.

UNN har fremdeles utfordringer med korridorpasienter på enkelte sengeposter. Andel pasienter som lå på korridor var i UNN i 2014 2,9 %. Andelen er gradvis redusert til 1,4 % i 2018, men deretter stabil på 1,5 % 1.tertial 2019. Det gjennomføres nå et arbeid for å sikre riktig og ens registreringspraksis for innlagte pasienter, og det undersøkes relasjon mellom moderpost og tekniske poster for å sikre datakvalitet på indikatoren.

3.2.9 Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.

Ved utgangen av 2.tertial sendes 53 % av epikrisene ut samme dag i UNN, for somatisk helsetjeneste. I løpet av året har andelen vært jevnt økende fra 45 %. Det er ukentlig fokus på direktørens tavlemøte og en av hovedindikatorene som oppdateres daglig på avdelingsnivå i HN-LIS. Kontinuerlig lederfokus på resultater og fokus på læring på tvers av klinikkene forventes å føre til at andelen øker videre.

3.2.14 Foretaksspesifikke krav: Universitetssykehuset Nord-Norge: Etablere regionalt kompetansesenter for senvirkninger av kreftbehandling.

Ettersom finansiering ikke er på plass i 2019 er arbeidet forsinket. Tilsagn om finansiering fra RHF fra 2020 gjør at planlegging av tilbudet vil starte i tredje tertial 2019.

3. 3. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

3.3.1 Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2018	2019	Endring 18 -19
Somatikk*	Økonomi	2 950 647	3 102 191	5,1 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	449 710	470 564	4,6 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	102 471	107 546	5,0 %
TSB	Økonomi	109 829	120 546	9,8 %
Somatikk	Konsultasjoner	177 104	177 739	0,4 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	42 498	38 911	-8,4 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	19 879	20 528	3,3 %
TSB	Konsultasjoner	8 420	8 667	2,9 %
Somatikk	Ventetid	59,8	62,3	4,2 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	40,7	50,4	24,0 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50,1	52,3	4,3 %
TSB	Ventetid	32,3	31,1	-3,9 %

* Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB.

	Økonomi	Konsultasjoner	Ventetid
Somatikk	5,1 %	0,4 %	4,2 %
Psykisk helse - voksne	4,6 %	-8,4 %	24,0 %
Psykisk helse - barn og unge	5,0 %	3,3 %	4,3 %
TSB	9,8 %	2,9 %	-3,9 %

Den gylne regel tilsier en høyere vekst/lavere reduksjon innen psykisk helse og TSB enn i somatikk. Dette måles på områdene:

Økonomi: Oppfylt TSB

Konsultasjoner: Oppfylt for TSB og psykisk helse barn og unge

Ventetid: Oppfylt for TSB

UNN vil underregulere ISF innen TSB/psykiatri for 2019 for å ytterligere stimulere til oppfyllelse av den gylne regel.

Den gylne regel var ivarettatt i virksomhetsplanleggingen for 2019 i UNN. Den uventede, vesentlige nedgangen i poliklinisk aktivitet med påfølgende økning av ventetid i psykisk helsevern for voksne medfører at regelen ikke oppfylles for ventetid og aktivitet innen psykisk helsevern for voksne. Nedgangen i aktivitet skyldes at flere behandlere har sluttet, særlig i Midt-Troms, der det er betydelige utfordringer med rekruttering av erfarne behandlere. Ved inngangen til tredje tertial er det rekruttert flere nyutdannede behandlere, og det forventes at aktiviteten tar seg opp mot fjorårets nivå utover høsten. Økonomisk overforbruk i noen av de somatiske klinikkene medfører at økonomisk vekst i somatikk blir marginalt høyere i somatikk enn i psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge.

3.3.2 Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helse.

Gjennomsnittlig ventetid avviklede 2. tertial 2019: 50 dager for psykisk helsevern voksne og 34 dager for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Ventetiden for psykisk helsevern barn og unge var i 2. tertial i gjennomsnitt 51 dager. Det settes inn flere tiltak i Psykisk helse- og rusklinikken for å nå målene. Flere pasientforløpsanalyser igangsettes i 2019.

Seksjonsledere i klinikken er gitt særlig ansvar for oppfølging av ventetider, og det gjøres særskilt innsats for å redusere etterslep på kritiske fagområder.

3.3.3 Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.

Implementeringen av målinger er forsinket av ulike grunner på flere nivå i helsetjenesten, og UNN kan derfor ikke rapportere på denne indikatoren.

3.3.4 Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.

Pakkeforløpsmodulen til Dips Arena ble først tilgjengelig kort tid før sommerferien. Det finnes følgelig ikke registreringer for pakkeforløpene

3.3.5 Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.

Klinikken er godt i gang med opplæring av behandlere o.a. med hensyn til registrering av pakkeforløp i DIPS arena. Utvikling av verktøy for monitorering av pakkeforløpene er ikke ferdig implementert.

3.3.6 Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.

Klinikken er godt i gang med opplæring av behandlere o.a. med hensyn til registrering av pakkeforløp i DIPS arena. Utvikling av verktøy for monitorering av pakkeforløpene er ikke ferdig implementert.

3.3.7 Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal være minst 80 pst.

Klinikken er godt i gang med opplæring av behandlere o.a. med hensyn til registrering av pakkeforløp i DIPS arena. Utvikling av verktøy for monitorering av pakkeforløpene er ikke ferdig implementert.

3.3.8 Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 pst.

Klinikken er godt i gang med opplæring av behandlere o.a. med hensyn til registrering av pakkeforløp i DIPS arena. Utvikling av verktøy for monitorering av pakkeforløpene er ikke ferdig implementert.

3.3.9 Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.

I overkant av 40 % av epikrisenes er sendt ut innen en dag. Det er fremdeles variasjoner mellom enhetene i klinikken, og det arbeides målrettet med tiltak for å øke andelen og oppnå måltallet.

3.3.12 Etablere fire akuttplasser som beskrevet i fagplan TSB.

Fire akuttplasser ble etablert ved Avrusning Tromsø i juni 2019, etter at nødvendige personellmessige og organisatoriske endringer var på plass. Vi ser en jevn økning i bruken av akuttplassene, og kapasiteten i tilbudet er periodevis sprengt. I juli måned var belegget ved enheten (akutte og elektive innleggelser) 93,3 %, med 92 flere liggedøgn enn i juli 2018. I gjennomsnitt ble 3 plasser brukt til akuttinnleggelser. 44 % av de akutte liggedøgnene ble benyttet av pasienter hjemmehørende utenfor UNN sitt opptaksområde.

Fokus videre er faglig videreutvikling av tilbudet og kompetanseheving, blant annet gjennom en studietur til Stavanger i høst. I tillegg jobbes det på tvers i Rusavdelingen med å sikre gode, sammenhengende behandlingsforløp for pasienter som legges inn akutt i TSB.

3. 4. Samhandling med leverandører av private helsetjenester

3.4.1 Delta i gjennomgang av samarbeidsrutinene med rehabiliteringsinstitusjoner.

Samhandlingsavdelingen deltar i et arbeid initiert fra Helse Nord, hvor kravspesifikasjoner til kjøp av opptreningsplasser utarbeides. I dette arbeidet er det foreslått å inkludere rutiner for hvordan samarbeidet mellom Spesialisthelsetjenesten og den enkelte institusjon/opptreningssenter skal ivaretas.

3.5.3 Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.

Fagmiljøene i NOR-klinikken har definert forståelsen av "unyttige inngrep" og skaffet oversikt over gjennomførte inngrep i HN-LIS. Endring av praksis mot å avslutte unyttige inngrep er påbegynt.

Det har vært en vesentlig reduksjon i forbruk av skulderoperasjoner i Narvik-området i 2018 som vedvarer i 2019. Det har i arbeidet vært særlig fokus på indikasjonsstilling. Våre interne data viser at vi har hatt en betydelig reduksjon i antall inngrep på skulder, mot landsgjennomsnitt.

3.5.4 Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.

UNN erfarer at det de siste årene har vært en betydelig økning i antall blodprøverekvisisjoner på inneliggende pasienter. Bare fra 2017 til 2018 økte antallet med 13 % på tross av uendret antall pasienter og uendret liggetid. Tidligere forsøk på endre dette har ikke hatt effekt. Den foreløpige evalueringen er at de tidligere intervensjonene ikke har vært multimodale og i liten grad har engasjert legegruppen. Vi er nå i gang med å planlegge en større intervensjon i samarbeid med Legeforeningens «Kloke valg» og utfra en evidensbasert mal fra våre samarbeidspartnere i High Value Practice Academic Alliance.

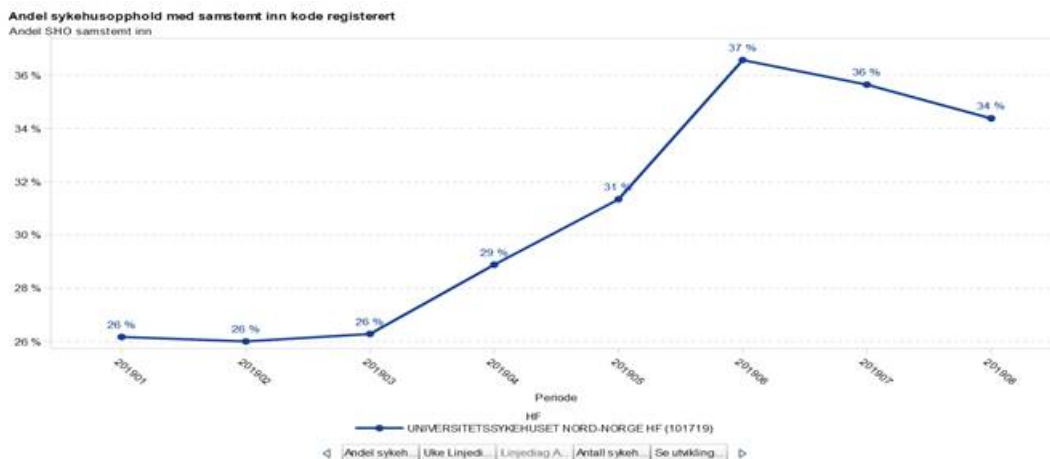
Formålet er å redusere blodprøvetaking som ikke har behandlingsmessig konsekvens. Dette medfører både unødvendige stikk av pasient, risiko for anemi pga. for mye blodprøvetaking og at man påviser tilfeldige funn som medfører unødvendig utredning. UNN piloterer dette høstsemesteret 2019 og (dersom piloten er vellykket) vil vi implementere i hele sykehuset fra 2020. Når dette er evaluert vil vi utarbeide en mal for intervensjonen som kan brukes ved andre sykehus.

3. 6. Pasientsikkerhet

3.6.1 Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 pst.

Rapport fra Helse Nord LIS viser at det bare er kodet for utført samstemming i overkant av 30 %. Enkelte poster har gjort manuell telling i tillegg, og de finner at det er gjort samstemming ved langt flere innleggelser enn kodingen viser. Dette tyder på at det er et forbedringspotensial i å bedre kodingen. Det er også stor variasjon mellom enhetene, hvor de beste koder opp mot 80 % til de som knapt koder.

Det er gjennomført en pilot hvor man har testet en pasientkurve som kan skrives ut med legemiddellisten ferdig utfylt («maskinskrevet»). Dette vil være et insitament til å oppdatere legemiddellisten i DIPS, og derved oppnå en mer fullstendig legemiddelsamstemming. Kurveløsningen er i september vedtatt innført ved UNN Tromsø. Harstad og Narvik har allerede en tilsvarende kurveløsning.



(Kilde Helse Nord LIS, rapport LMS)

4. Øvrige områder

4. 1. Klima- og miljøtiltak

4.1.1 Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorne og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019.

UNN har mål som samsvarer med de nasjonale miljøindikatorne og har rapportert innen gjeldende frist.

4.2.2 Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni.
Status på risiko og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet ble styrebehandlet i møte 29.mai 2019.

4.2.6 I samarbeid med Helse Nord IKT utarbeide analyse av å heve sikkerhetsnivået for pålogging til Helse Nord sine systemer og infrastruktur. Analysen skal beskrive: a) Alternative løsninger, og anbefaling av hvilken løsning som bør innføres. b) Økonomiske konsekvenser c) Konkret beskrivelse av gjennomføring.

Dette arbeidet relateres til Helhetlig Informasjonssikkerhet (HIS) prosjektet. Så lang i år har det ikke vært initiert arbeid i foretakene. UNN samarbeider med HN-IKT gjennom alle IKT prosjekter og vil bidra når aktivitetene initieres.

4. 3. Medisinskteknisk utstyr og informasjonssikkerhet

4.3.2 Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial.

Arbeidet med ROS analyser for medisinsk teknisk utstyr (MTU) i UNN pågår lokalt i et samarbeid mellom Medisinsk teknisk avdeling og personvernombudet i KVALUT. Mye er utført, men det gjenstår enda ROS for spesielt eldre utstyr.

UNN har sett på det som er utført i NLSH, kategorisert etter Normens veileder, for å se om vi kan benytte samme mal. ROS arbeidet på NLSH er imidlertid gjort en tid tilbake, og Normen vil snart komme i ny versjon med annen kategorisering.

Målet er en nasjonal standard for ROS av MTU, og denne målsettingen er til bearbeidelse i jevnlige møter i Medusa forvaltningsråd og Medusa systemeierforum, hvor UNNs Medisinsk tekniske avdeling er representert i begge forum. Modulen for ROS i Medusa er under utvikling.

Regional samhandlingsavtale IKT-MTU/BHM har vært i pilotdrift i UNN HF i 2019, og vil formaliseres og signeres før den «rulles» ut i de andre HF-ene i regionen. Gjennom samarbeidsavtalen skal partene bidra til blant annet å sikre en samlet tilnærming og kompetanse på informasjon og personvern i sykehusenes MTU-systemer. Det har vært jevnlige prosjektmøter siden sommeren 2018, og arbeidet med å få til en samhandlingsavtale og periodisk evaluere samarbeidet i piloten, har faglig også styrket gjensidig forståelse, vært medvirkende til felles målsetninger og løsninger av utfordringer knyttet til GDPR og ROS relatert til MTU.

Arbeidet med ROS MTU er omfattende, og fagmiljøet påpeker behov for å styrke ressursinnsatsen på dette området. Det pågår vurderinger av hvordan dette kan løses.

4.4.2 Ha oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater.

UNN har ikke startet arbeidet med oversikten. Problemstillingen og tellemåte eventuelt en felles mal etterspørres. UNN vil ta opp problemstillingen i REBU

5. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

5. 1. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

5.1.2 Ved utskrivning skal alle pasienter som har behov for kommunal oppfølging ha med seg nødvendig og forståelig informasjon og medikamenter (epikrise ved utskrivelse og legemiddelliste, jf. tjenesteavtale 5).

Klinikkvise utskrivingsprosedyrer er etablert, enkelte klinikker har eget elektronisk kvalitetssystem og samarbeidsavtaler for kommunal oppfølging. Det er etablert egne utskrivingskoordinatorer på sengeposter. I tillegg jobber avdelingene i samarbeid med

kliniske farmasøyter for å få opp andelen legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Det er gjort kjent at epikriser må være forhåndsgodkjent før utreise. Avvik pga. manglende epikriser tas opp for å hindre slike hendelser.

Deltagelse i Samarbeidsforum Somatikk for å få til bedre samarbeid med kommunene.

5.1.3 Følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om praksis for utskrivning av pasienter, og ha interne systemer og kontroller som sikrer at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter.

Klinikkene har pågående arbeid for å sikre rutiner for utskrivningsklare pasienter. Dette dekker hensiktsmessig og god informasjonsflyt til pasient og kommune, samt sikring av betaling for utskrivningsklare pasienter etter regelverket. Klinikkene har etablert utskrivningsprosedyrer. Grad av opplæring kan kontrolleres av den enkelte leder i kompetansemodule.

5.1.4 Delta i utvikling av egnede prosess- og resultatmål for samhandlingsfeltet i samarbeid med Helse Nord RHF.

Det er igangsatt et felles arbeid mellom de fire HF'ene og Helse Nord, med mål å lage en plan for felles strategi og tiltak innen Samhandlingsfeltet i Nord.

Utkast til slik plan blir gjennomgått på møte i Regionalt samhandlingsutvalg 11.9.2019.

5.1.6 Etablere samarbeid med kommuner om tjenestetilbudet til kronikere og stormottakere av helsetjenester og forbedre samordningen av tjenestene til disse pasientene. Bruke erfaringene fra Pasientsentrert helseteam.

«Stormottakersatsningen i UNN» er presentert for samtlige kommuner i UNN-området i samarbeid med Fylkesmannen, KS, Husbanken m.fl. Det er laget en egen sak om felles styringsgruppe mellom kommuner og UNN for «Stormottakersatsningen». Denne legges fram for OSO på møte 26.9.2019.

5.1.9 Utvikle en veileder for samarbeid med fastleger, som kan tas i bruk av øvrige helseforetak.

OSO har opprettet et eget KSU som har utarbeidet forslag til slik veileder. Denne ble nylig sendt på bred høring (til alle fastleger, kommuner og internt i UNN), og vil legges fram for godkjenning på OSO-møtet i november-19.

5.1.8 Registrere antall samhandlingsavvik meldt fra kommunene og fra helseforetakene.

Antall samhandlingsavvik registreres ukentlig, og presenteres for ledergruppen. Det er også laget en rutine for bedre å registrere fakturainnsigelser og synliggjøre de økonomiske konsekvensene av dette. Det er tatt initiativ til å få på plass et enklere og felles system for å

melde avvik i hele nord – videre arbeid med dette diskuteres på møte i regionalt samhandlingsutvalg 11.9.2019.

7. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

7. 1. Sikre gode arbeidsforhold

7.1.1 Innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter "all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l."

Det er skrevet i de nye regionale etiske retningslinjer at alle bierverv skal registreres. Dette omfatter helsefaglig virksomhet etter hpl § 19. Dette skal ytterligere presiseres med infotekst/eksempel til de nye retningslinjene.

Det utarbeides nå en ny regional veileder om bierverv. Også der presiseres meldeplikten med beskrivelse av medarbeiders og leders forpliktelse i denne sammenheng.

Leder og medarbeidere får påminnelse om å registrere/kontrollere bierverv i Personalportalen.

Det fremgår av arbeidsavtalene i UNN at alt personell og helsepersonell med autorisasjon eller lisens av eget tiltak skal gi arbeidsgiver opplysninger om bierverv og engasjement, eierinteresser o.l. i annen virksomhet som vil kunne komme i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser. Det står videre at annet arbeid kun kan innehas i den utstrekning arbeidsgiver har gitt samtykke til supplerende arbeidsforhold.

Vi tenker at vi med dette allerede har innført meldeplikt.

7.1.2 Plan for reduksjon av innleie av personell skal styrebehandles innen 1. juli.

UNN har samlet sett flere tiltak som skal bidra til reduksjon av innleie. Det har vært flere artikler i Pingvinavisa om dette slik at oppmerksomheten på denne utfordringen er godt spredt i organisasjonen.

Et av hovedsatsningsområdene i UNN i 2019 er stabilisering og rekruttering, dette inkluderer blant annet fokus på arbeidsglede («Joy in work»). UNN vil intensivere arbeidet med å bli en attraktiv arbeidsplass, både for nye, og ikke minst for alle de ansatte vi allerede har.

Vi har satt inn styrket innsats på sykefravær. Noe av arbeidet som gjøres og som kan ha forventede effekter på sykefravær og dermed også behovet for innleie fremgår av eget punkt i oppdragsrapporteringen.

I OPIN-klinikken hvor innleie er høyest er det satt inn mange konkrete tiltak og det gis mye bistand fra stab:

1. Omlegging av arbeidsplaner
 - Innføring av ytterligere hinkehelg
 - Se på ulike vakttyper for å dekke behovene (eksempelvis at enkelte dagvakter forskyves til mellomvakter)
2. Ansette egne faste vikarer (lavere kostnad)
 - Subsidiert hybel
3. Ansette flere i deltidsstillinger på enkelte avdelinger (her er det to sentrale mål til UNN som går mot hverandre, men når man mangler 80-100 vakter for å få en helg til å gå opp på Intensiv, er det mulig at man dessverre må la det ene gå på akkord med det andre)
4. Arbeide aktivt for at seniorer kan stå lengere i jobb, og evt. om det kan arbeide deltid (helg) etter at de har gått av med pensjon.
5. Etableringsstipend
6. Jobb- og oppgaveglidning
 - Ansetter flere offentlig godkjent sykepleier
 - Ansette assistenter for å ivareta lager og følge av pårørende
 - Assistenter som ivaretar kost og mat til pasienter
 - Omorganisering av ulike typer stillinger ift. daglig drift (leder vs. Fagkoordinator osv.)
 - Inngå avtaler med andre avdelinger som kan stille med sin kompetanse (smittevern, medisinerrom, lager)

7.1.4 På bakgrunn av erfaringer bl.a. fra Helgelandssykehuset utarbeide handlingsplan for å redusere sykefravær til under 7,5 pst. innen 2021.

Stabssenteret har gitt følgende støtte i foretakets arbeid med å redusere sykefraværet:

Utarbeide, implementere og bistand til oppfølging av IA-handlingsplan i UNN HF

IA-kurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud. Kursene har et særskilt fokus på øke deltakernes kompetanse innen forebygging og oppfølging av sykefravær

Gjennomføring og oppfølging av ForBedring. Stabssenteret gir prosessstøtte i oppfølgingsfasen

Månedlig rapportering på sykefravær i KVR-rapporten.

Bistår klinikker som har mange medarbeidere med gjentakende fravær med tett og systematisk oppfølging.

Diagnostisk og Medisinsk klinikk har fått bistand til å opprette ressursgrupper for håndtering av sykefravær. Hensikten med gruppene er å styrke lederne til å håndtere sykefravær. Det er aktuelt å etablere slike grupper i andre klinikker.

Stabssenteret bistår kontinuerlig i arbeidsmiljø- og HMS-prosesser som vil kunne ha innvirkning på sykefravær.

Klinikkdedikerte personalrådgivere og BHT representanter fra stabssenteret bistår også i oppfølging av enkeltsaker.

Tett og godt samarbeid med NAV der NAV bistår både på system- og individnivå.

Høsten 2018 startet UNN med en styrket innsats på sykefraværsområdet. I en rekke enheter med fravær over 10 % jobbes det med å kartlegge årsaken til fravær og sette inn tiltak. Tiltakene varierer alt etter årsak til fravær. Klinikkdedikerte rådgivere i Stabssenteret skal ta kontakt med enheter med over 10 % fravær og tilby hjelp

7. 2. Tilstrekkelig kvalifisert personell

7.2.2 Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.

Her må vi skille mellom frivillige og ufrivillige deltidsansatte. Vi bør oppfordre og legge til rette for at flere klarer og ønsker å jobbe heltid. Samtidig ser vi at deltidsarbeid kan være et viktig virkemiddel for å faktisk holde folk i arbeid, enten av helsemessige årsaker eller at de er seniorer og ønsker å trappe ned.

Når det gjelder ufrivillige deltidsansatte skal disse registrere dette i Personalportalen. Vi skal sørge for å gi ledere god opplæring og støtte i de tilfeller der de har ufrivillig deltidsansatte. Vi har god informasjon om dette i vår Personelhåndbok. Aml § 14-4a vil også bidra til at deltidsansatte som arbeider mer enn sin stilling ville kunne få utvidet stillingsprosenten.

Vi ser også at fleksibel bruk av personell på tvers mellom poliklinikk og sengeposter kan bidra til å redusere deltid. Vi skal ta ut rapporter på dette og følge utviklingen.

7.2.3 Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være over 5 pst.

UNN har startet et arbeid for å få til en økning av denne yrkesgruppa. Det må arbeides langs flere spor - både utdanne flere, stabilisere de vi har og rekruttere allerede ferdigutdannede helsefagarbeidere. Dette vil omfattes av den allerede påbegynte satsninga stabilisering og rekruttering i UNN. Dette vil være et samarbeid mellom Stabssenteret og KVALUT. Vi ser at en hovedutfordringer å få tak i nok veiledere og at det faktisk er stillinger nyutdannede helsefagarbeidere kan søke på.

7. 3. Utdanning av legespesialister

7.3.1 Iverksette ny ordning for legenes spesialistutdanning i henhold til kravene i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helsedirektoratets anbefalte minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyreliste

Alle foretak i regionen har jobbet med utdanningsplaner i IKT-systemet Kompetansemodulem. Her ligger alle krav til kurs og prosedyrer som er anbefalt av Helsedirektoratet.

Siste ledd i redigering av disse planene hadde frist 30.august - dette handler om å angi læringsarena for læringsmålene (altså hvor du kan lære hva).

Planene kan tildeles LIS allerede nå, for fortløpende registrering av gjennomførte prosedyrer og kurs, samt lokalt definerte læringsaktiviteter.

Ferdigstillelse av planer, tildeling av planer og bruk av IKT verktøyet Kompetansemodulem, vil gi et komplett bilde av i hvilken grad LIS får gjennomført kurs og prosedyrer.

Alle spesialiteter ved UNN som skal utdanne legespesialiter har sendt ny søknad om at UNN skal være utdanningsvirksomhet til Helsedirektoratet innen fristen 1. mars 2019. De formelle kravene i søknaden, og til utdanningsvirksomheten er innfridd.

I de nye utdanningsplanene har ingen spesialiteter ved UNN endret på antall prosedyrer anbefalt av Helsedirektoratet.

Antall prosedyrer gjennomført, og signering for prosedyrekravet, vil registreres i kompetansemodulem. Det er her man vil få et komplett bilde av antall gjennomførte prosedyrer, i tillegg til gjennomføringen av de anbefalte kursene fra Helsedirektoratet.

7.3.3 I søknad om godkjenning som utdanningsvirksomhet skal det for alle spesialiteter utarbeides minst én utdanningsplan hvor alle læringsmål oppnås i eget foretak eller ved hjelp av avtaler inngått mellom foretakene i regionen. Dette gjelder ikke de for spesialiteter der læringsmålene ikke tilbys i regionen.

Alle 4 foretak søkte innen fristen 1.mai, om godkjenning for de fag de planlegger å drive utdanning i. NLSH, HSYK og FIN har inngått fagavtaler med UNN for de fag der LIS må ut for å ha spesialiseringsperioder. Innholdet i fagavtalene er i hovedsak et resultat av samarbeidsmøter i regionale utdanningsutvalg (RUU). I tillegg er det inngått fagavtaler med foretak i andre regioner - dette for å dekke behov som ikke eksisterer i regionen, men også for å ha alternative arenaer for komplettering av utdanningen.

Unntaket fra dette er utdanning innen thoraxkirurgi ved NLSH; foretaket har søkt godkjenning som utdanningsvirksomhet i dette faget, og har inngått samarbeidsavtale med St.Olav.

De spesialitetene der det er aktuelt med avtaler innenfor Helse Nord, har avtaler innenfor regionen. I de spesialitetene der det er behov for avtaler utenfor regionen, er det inngått avtaler med helseforetak utenfor Helse Nord. De aller fleste spesialiteter kan UNN utdanne innenfor eget helseforetak.

7.3.4 Etablere rutiner som sikrer at LIS i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin sikres nødvendig tjeneste i helseforetaket for å gjennomføre sin utdanning.

8. Innfri økonomiske mål i perioden

8. 3. Anskaffelsesområdet

8.3.1 I alle lokale anskaffelser skal Sykehusinnkjøp HF være involvert, og anskaffelsene skal være koordinert mellom helseforetakene og med Sykehusinnkjøp HF i forkant. Brukermedvirkning skal gjennomføres der det er relevant.

Alle lokale anskaffelser med verdi over kr 100 000 eks. mva. blir koordinert med Sykehusinnkjøp HF.

8.3.2 Gjennomføre kontraktsoppfølgingsmøter med leverandører i henhold til inngåtte kontrakter. Oppfølgingsmøtene skal ta utgangspunkt i kravspesifikasjon, kontrakt og faktiske leveranser.

Innkjøpsseksjonen vil utarbeide standardiserte rapporter for måling av leverandørprestasjoner. Disse skal ligge til grunn for prioritering og oppfølging av avtaleleverandører. Er definert som tiltak i det lokale innkjøpsprosjektet 2018-2021.

8.3.5 Redusere antall ad-hoc anskaffelser

UNN leverer årlig en oversikt over planlagte anskaffelser for kommende år til Sykehusinnkjøp HF. Anskaffelser ut over disse meldes ad-hoc inn til Sykehusinnkjøp HF. Dette gjelder i all hovedsak utstyrsanskaffelser godkjent av direktørens investeringsgruppe eller direkte av direktøren. For å få ned antallet ad-hoc-anskaffelser må UNN endre rutinene rundt godkjenning av utstyrsanskaffelser. Dette krever et særskilt fokus i flere ledd i organisasjonen og må koordineres.



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

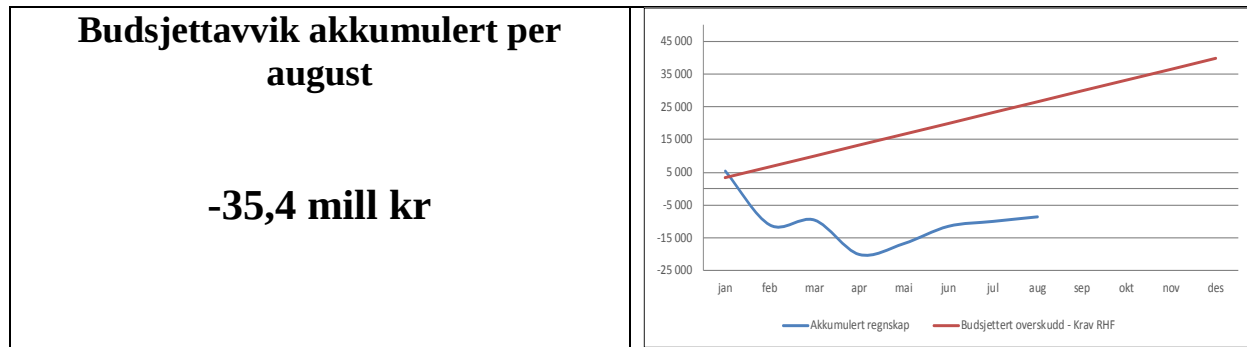
OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling.....	5
Pasientsikkerhetsprogrammet	7
Ventelister	11
Ventetid.....	11
Fristbrudd.....	11
Korridorpasienter	13
Intern venteliste.....	14
Strykninger	15
Epikrisetid	16
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern-	16
Oppholdstid i akuttmottaket.....	17
Aktivitet.....	18
Somatisk virksomhet	19
Psykisk helsevern voksne	21
Psykisk helsevern barn og unge.....	21
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22
Den gylne regel	22
Samhandling	23
Utskrivningsklare pasienter	23
Bruk av pasienthotell	25
Personal	27
Bemanning.....	27
Sykefravær.....	29
AML-brudd	30
Kommunikasjon	31
Sykehuset i media.....	31
Økonomi	32
Resultat	32
Prognose.....	33

Hovedindikatorer

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, august Måltall: 70 % Andel i pakkeforløp: 74,3 % Andel innenfor frist: 60,5%	Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp hittil i år. Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling hittil i år.
Strykninger av planlagte operasjoner Måltall: < 5 % August: 7,3 %	Utvikling strykninger samme dag
Sykefravær Måltall: 7,5 % August: 7,2 %	Kv. avg. og total sykefravær
Andel epikriser sendt innen 1 dag og innen 7 dager Måltall: 50 % innen 1 dag 100 % innen 7 dager August 1 dag: 53,6 % August 7 dager: 83,2 %	Andel epikriser sendt innen 1 og 7 dager

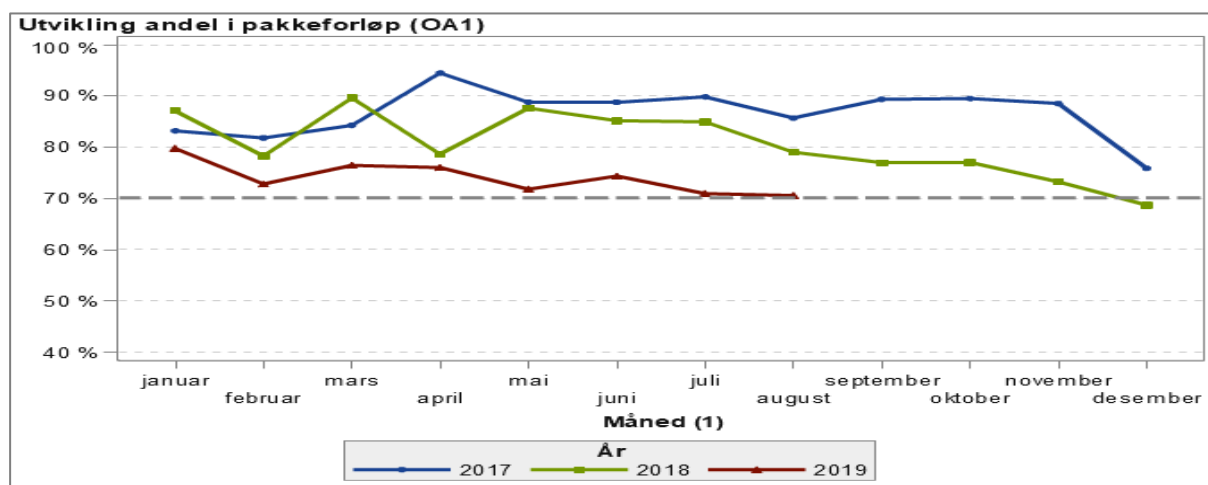


Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

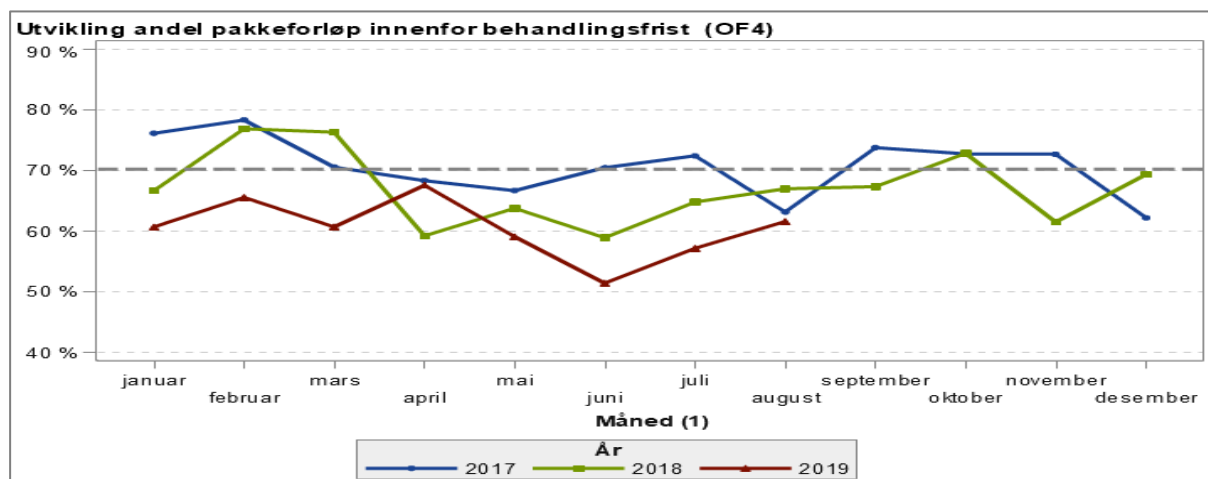
UNN har fokus på to kreftpakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp



Eventuelle justeringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist



Tabell 1 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp hittil i år

Pakkeforløp	Behandlingstype	Antall innen std forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	Andel innen frist
Total		394	651	60,5%
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	6	6	100,0%
Blærekreft	Kirurgi	27	38	71,1%
Blærekreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Blærekreft	Strålebehandling	1	2	50,0%
Brystkreft	Kirurgi	39	87	44,8%
Brystkreft	Medikamentell behandling	20	27	74,1%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	4	6	66,7%
Bukspyttkjertelkreft	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	20	26	76,9%
Eggstokkreft (ovarial)	Medikamentell behandling	5	7	71,4%
Føflekkreft	Kirurgi	20	24	83,3%
Galleveiskreft	Kirurgi	4	6	66,7%
Galleveiskreft	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Hjernekreft	Kirurgi	13	13	100,0%
Hode- halskreft	Kirurgi	10	13	76,9%
Hode- halskreft	Strålebehandling	7	9	77,8%
Kreft hos barn	Kirurgi	2	2	100,0%
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	4	6	66,7%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	2	3	66,7%
Kreft i spiserør og magesekk	Medikamentell behandling	7	8	87,5%
Kreft i spiserør og magesekk	Strålebehandling	2	3	66,7%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	Overvåking uten behandling	1	3	33,3%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	3	4	75,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Strålebehandling	3	3	100,0%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	21	26	80,8%
Livmorkreft (endometrie)	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Livmorkreft (endometrie)	Strålebehandling	0	1	0,0%
Lungekreft	Kirurgi	7	21	33,3%
Lungekreft	Medikamentell behandling	12	16	75,0%
Lungekreft	Strålebehandling	17	24	70,8%
Lymfomer	Medikamentell behandling	26	33	78,8%
Lymfomer	Strålebehandling	0	5	0,0%
Myelomatose	Medikamentell behandling	4	4	100,0%
Nevroendokrine svulster	Kirurgi	1	3	33,3%
Nevroendokrine svulster	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Nyrekreft	Kirurgi	5	24	20,8%
Peniskreft	Kirurgi	1	4	25,0%
Peniskreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Primær leverkreft (HCC)	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Prostatakreft	Kirurgi	13	31	41,9%
Prostatakreft	Medikamentell behandling	4	11	36,4%
Prostatakreft	Overvåking uten behandling	13	24	54,2%
Sarkom	Kirurgi	3	3	100,0%
Sarkom	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	19	27	70,4%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	1	2	50,0%
Testikkelkreft	Overvåking uten behandling	8	9	88,9%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	16	52	30,8%
Tykk- og endetarmskreft	Medikamentell behandling	0	2	0,0%
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	18	24	75,0%

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

Pasientsikkerhetsprogrammet

Status Pasientsikkerhetsprogrammet 2. tertial 2019

Plan for videre arbeid med pasientsikkerhet etter avslutning av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ble vedtatt i Kvalitetsutvalget 19/03-2019. Her ønskes fortsatt tertialvise rapporter om arbeidet med innsatsområdene.

Det er mottatt rapporter fra 22 enheter innenfor somatisk virksomhet. Klinikk for kirurgi, kreft og kvinnehelse (K3K) har ikke rapportert pga utskifting av nøkkelpersonell.

Pasientsikkerhetstavler og risikotavler

16 enheter oppgir å ha pasientsikkerhetstavler, som defineres som en tavle hvor man følger opp sine resultater innenfor pasientsikkerhetsområdet.

11 enheter oppgir å ha risikotavler, som er tavler hvor man følger opp enkeltpasienter i forhold til identifiserte risikoområder.

Egne prosjekter

Når det gjelder egne pasientsikkerhetsprosjekter, rapporterer 10 enheter at de har ett eller flere egne prosjekter utover innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet.

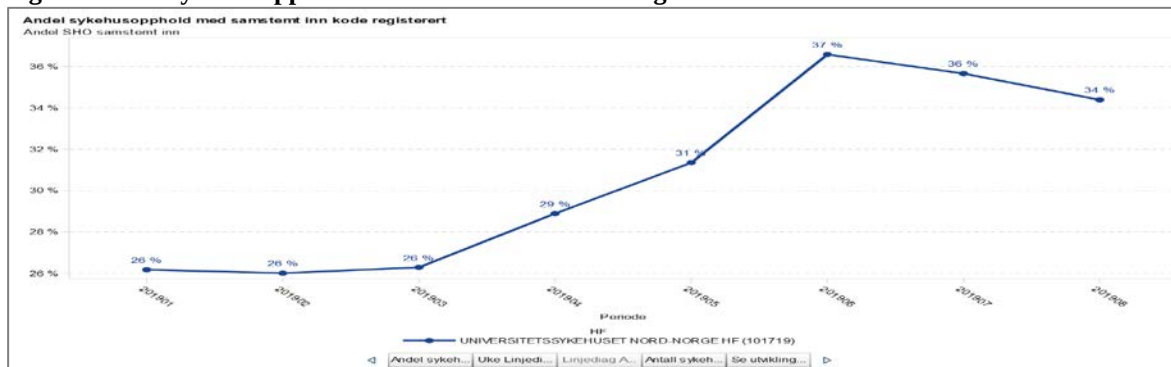
Psykisk helse- og rusklinikken holder på å legge om sin rapportering. 10 enheter har levert rapport og de rapporterer om en rekke ulike kvalitets- og pasientsikkerhetsprosjekter, i tillegg til at mye av oppmerksomheten er rettet mot å innføre pakkeforløpene innenfor psykisk helse. De fortsetter med sine læringsnettverk, og holder derved oppmerksomheten oppe omkring pasientsikkerhet.

De enkelte innsatsområder:

Legemiddelsamstemming

Kravet i oppdragsdokumentet for 2019 er at det skal dokumenteres samstemming ved over 90 % av innleggelserne. Rapport fra Helse Nord LIS viser imidlertid at det bare er kodet for utført samstemming i overkant av 30 %. Enkelte poster har gjort manuell telling i tillegg, og de finner at det er gjort samstemming ved langt flere innleggelser enn kodingen viser. Dette tyder på at det er et forbedringspotensial i å bedre kodingen. Det er også stor variasjon mellom enhetene, hvor de beste koder opp mot 80 % til de som knapt koder.

Det er gjennomført en pilot hvor man har testet en pasientkurve som kan skrives ut med legemiddellisten ferdig utfylt («maskinskrevet»). Dette kan være et insitament til å oppdatere legemiddellisten i DIPS, og derved oppnå en mer fullstendig legemiddelsamstemming. Kurveløsningen er i september vedtatt innført ved UNN Tromsø. Harstad og Narvik har allerede en tilsvarende kurveløsning.

Figur 3 Andel sykehusopphold med samstemt innkode registrert

Kilde Helse Nord LIS, rapport LMS

Unødvendige kateter identifisert ved smittevernvisitter:

Urinvegsinfeksjon (UVI) er en av de hyppigste pasientskader målt ved GTT. På månedlige smittevernvisitter registreres det fortsatt urinkateter uten sikker indikasjon. Det viser at det fortsatt er behov for oppmerksomhet omkring kateterbruk.

Forebygging av fall

2. tertial 2019 er det meldt 61 fall som pasienthendelser i avvikssystemet, men det antas å være betydelig underrapportering. Det foregår et innovasjonsprosjekt ved Geriatrik avdeling Tromsø og Medisinsk avdeling Narvik, som skal utrede bruk av teknologi til fallforebygging. Utprøving av utstyr i driftssituasjon starter i oktober. Ortopedisk sengepost Tromsø og Medisinsk avdeling Harstad planlegger egne forbedringsprosjekter på fallforebygging.

Forebygging av trykksår

2. tertial 2019 er det kun meldt 11 trykksår/begynnende trykksår i avvikssystemet, men her vet vi at det er store mørketall.

Det pågår et arbeid med å revidere prosedyrer i regi av trykksårteamet. Trykksårteamet gjør en stor innsats i forhold til internundervisning om emnet på sengepostene.

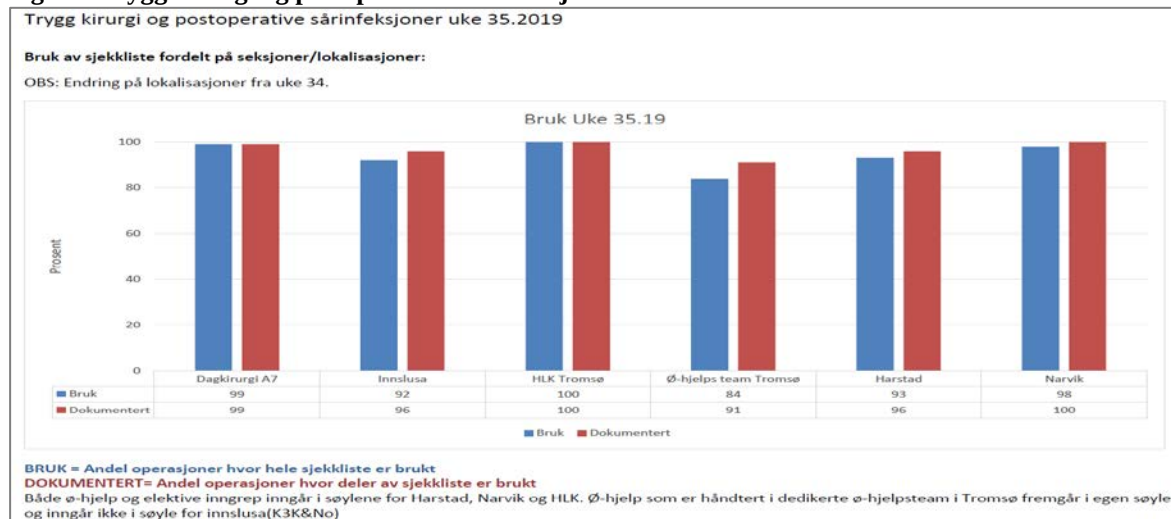
Forebygging av underernæring

Ernæringscenteret følger opp dette innsatsområdet. De har laget en detaljert veileder for risikovurdering, tiltak og kostregistrering, som er publisert på intranettet 15/2-19.

Når det gjelder innsatsområdene *Forebygging av fall*, *Forebygging av trykksår* og *Forebygging av underernæring*, oppgir alle enheter at de gjennomfører risikovurdering av pasientene, men flere sengeposter beskriver problemer med å få iverksatt og dokumentert relevante tiltak i behandlingsplan, særlig ved høy arbeidsbelastning.

Trygg kirurgi – bruk av sjekkliste:

Her leveres stabile resultater mellom 90 og 100 % for alle team unntatt ø.hj.-teamet. Ø.hj. -teamet har lenge ligget under de øvrige, men er nå oppe på nesten samme nivå.

Figur 4 Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner**Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (TILT)**

Dette er en strukturert måte å måle pasientens vitalparametre, for deretter å poengsette disse. Skåren gir varsel om mulig forverring og angir handlingsalternativer, f.eks. hyppigere målinger eller å kontakte lege. Alle relevante enheter oppgir å ha innført dette systemet. Et tilsvarende system er også innført for barn – PedSafe. Det må vurderes overgang til et annet skåringssystem for voksne (NEWS 2) før/ved overgang til elektronisk kurve.

Trygg utskrivning

10 enheter oppgir at de gjennomfører strukturerte utskrivningssamtaler. Pilotprosjektet med utskrivningssamtaler ved en sengepost nærmer seg fullføring, og vil bli presentert i løpet av høsten. Det pågår også et arbeid i regi av KS/FHI, ”Gode pasientforløp”, hvor arbeidsgruppen ved UNN Tromsø ønsker å få på plass samarbeidsmøter med kommunalt hjelpeapparat, pasient og pårørende ved hjelp av lyd/bildeteknologi og økt fokus på «Hva er viktig for deg».

Hva er viktig for deg-dagen

6. juni ble den internasjonale «Hva er viktig for deg-dagen» markert med stand på alle sykehusene. Her samlet vi innspill fra pasienter og pårørende om hva som er viktig for dem. Bildet viser brukerrepresentant Laila Edvardsen og fysioterapeut Katy Sørheim på UNN Tromsø sin stand under markeringen 6. juni.

Behandling av sepsis i akuttmottak

Det har vært gjennomført intern revisjon på behandling av sepsis i juni 2019 for alle tre akuttmottak. Revisjonens samlede inntrykk er positivt etter gjennomgang av 60 journaler.

Revisjon identifiserer forbedring for Akuttmottaket i Tromsø etter tilsyn gjennomført i 2016. Revisjonsteamet har fått presentert gode eksempler på forbedringsarbeid; etablering av Medisinsk mottaksavdeling i Tromsø, utvikling av felles prosedyre med lenker til alle akuttmedisinske prosedyrer ved UNN Harstad og systematisk opplæring for leger dokumentert i kompetansem modul ved UNN Narvik, samarbeid på tvers av lokasjonene for fagsykepleiere og utvikling og implementering av felles overordnet veileder for identifisering og behandling av pasienter med sepsis og septisk sjokk UNN HF (RL6334) er noen eksempler.

Gjennomgående gode holdninger for kontinuerlig forbedring og et tydelig ønske om å bidra til økt pasientsikkerhet er beskrivende for alle akuttmottak etter intervju av 24 medarbeidere.

Behandling av sepsis i sengepost

Infeksjonsposten deltar på nasjonalt læringsnettverk. Dette er i slutfasen og videre spredning i UNN vil bli vurdert etter avslutning.

Ventelister

Tabell 2 Venteliste

	2017	2018	2019	Endring 2018-2019	Endring %
Pasienter på venteliste	8 840	8 777	9 676	899	10
Gjennomsnittlig ventetid dager	64	63	68	5	8
Ikke møtt til planlagt avtale	1 868	1 121	1 186	65	6

Ventetid

Tabell 3 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

	2017	2018	2019	Endring 2018-2019	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	59	60	62	2	3
Median ventetid i dager	45	47	48	1	2

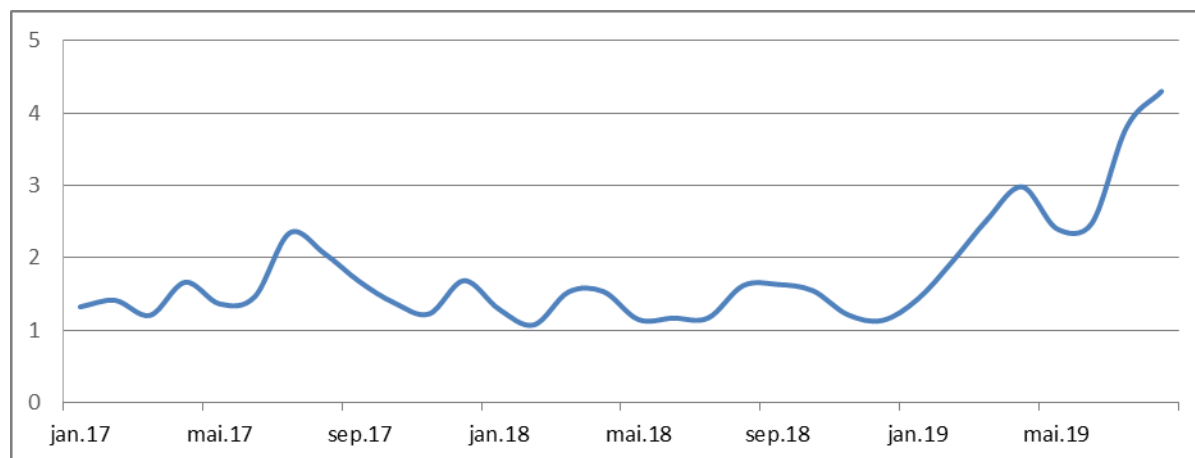
Fristbrudd

Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av august 2019

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	21	292	7,2 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	37	1 989	1,9 %
Medisinsk klinikk	10	834	1,2 %
Hjerte- og lungeklinikken	5	668	0,7 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	21	5 352	0,4 %
UNN	94	9 135	1,0 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

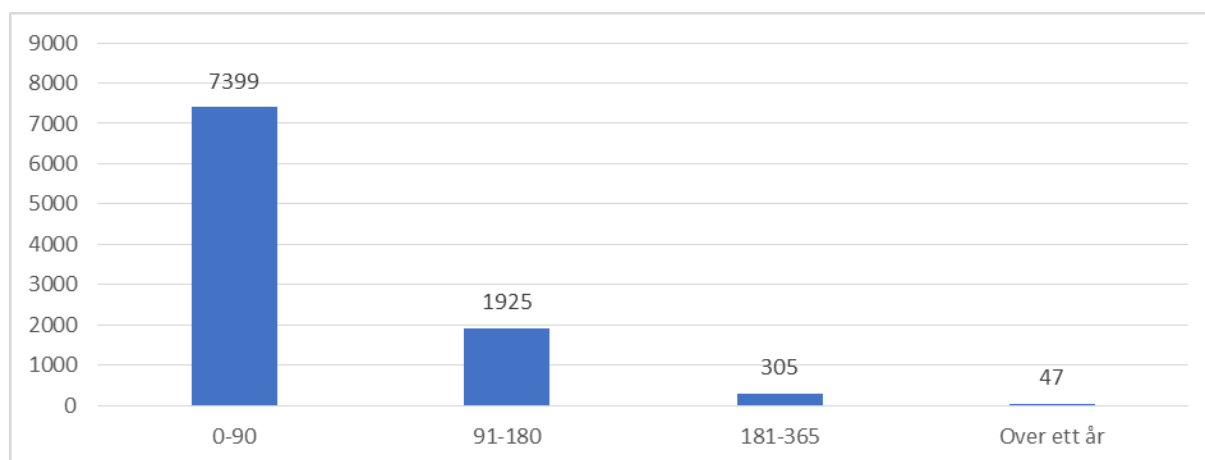
Figur 5 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 5 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

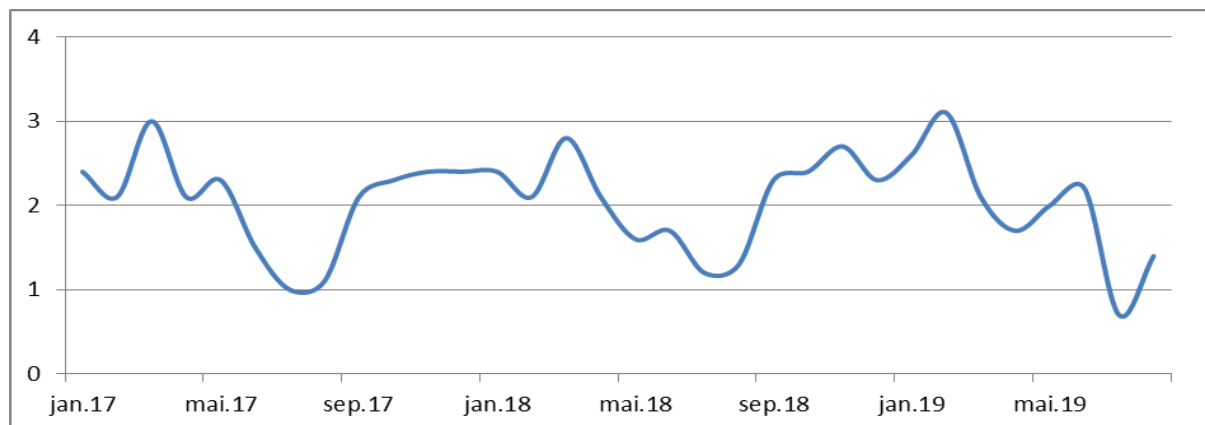
Klinikk	jul.19	aug.19
Barne- og ungdomsklinikken	0	1
Hjerte- og lungeklinikken	2	0
Medisinsk klinikk	14	16
Psykisk helse- og rusklinikken	7	38
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	25	48
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	40	36
UNN	88	139

Figur 6 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



Korridorpasienter

Figur 7 Korridorpasienter andel per måned - somatikk

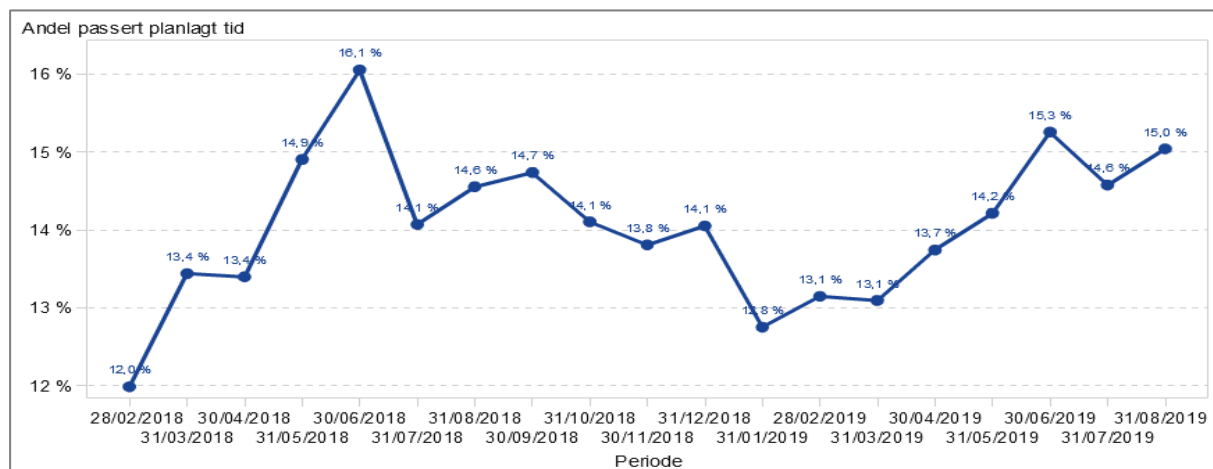


Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridorpasienter	Andel
Lungemedisinsk post Tromsø	480	42	8,8 %
Hjertemed. post Tromsø	963	35	3,6 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	764	15	2,0 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	725	12	1,7 %
Fordøyelse-nyre post Tromsø	412	12	2,9 %
Nevro-hud-revmapost Tromsø	1232	10	0,8 %
Geriatrisk post Tromsø	356	8	2,2 %
Kreftpost Tromsø	594	7	1,2 %
Ortopedisk post Tromsø	636	6	0,9 %
Ort-kir. post Narvik	371	4	1,1 %
Hjertemed.utredn.post Tromsø	100	3	3,0 %
Medisinsk post A Harstad	413	3	0,7 %
Ortopedisk post Harstad	290	3	1,0 %
Barne- og ungdomspost Tromsø	428	2	0,5 %
Medisinsk post B Harstad	438	1	0,2 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	648	1	0,2 %

Intern venteliste

Figur 8 Andel passert planlagt tid

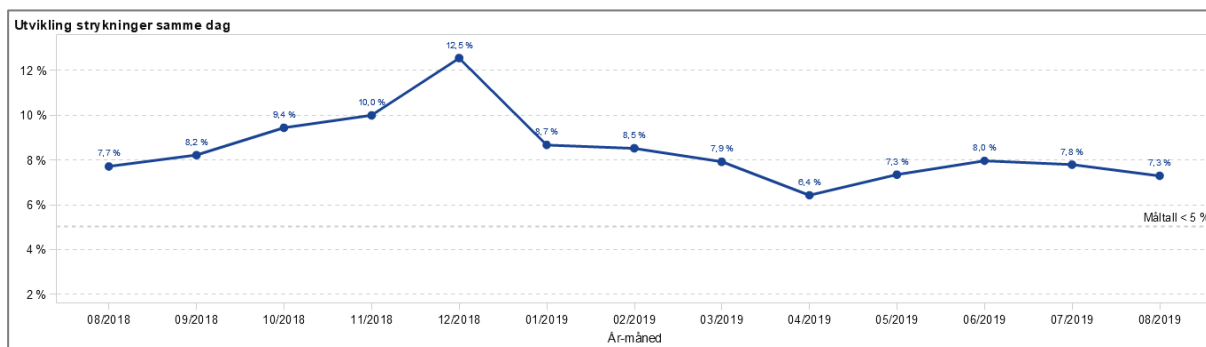


Tabell 7 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på fagområde (10 største)

Fagområde	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter	Andel passert planlagt tid
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	5 519	1 649	29,9%
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	6 829	1 300	19,0%
Øre-nese-hals sykdommer	6 475	1 267	19,6%
Nevrologi	3 020	1 061	35,1%
Lungesykdommer	2 954	1 060	35,9%
Øyesykdommer	5 691	863	15,2%
Fordøyelsessykdommer	4 100	600	14,6%
Hjertesykdommer	5 905	498	8,4%
Gastroenterologisk kirurgi	3 203	431	13,5%
Endokrinologi	2 680	344	12,8%

Strykninger

Figur 9 Strykninger samme dag av planlagte operasjoner (prosent)

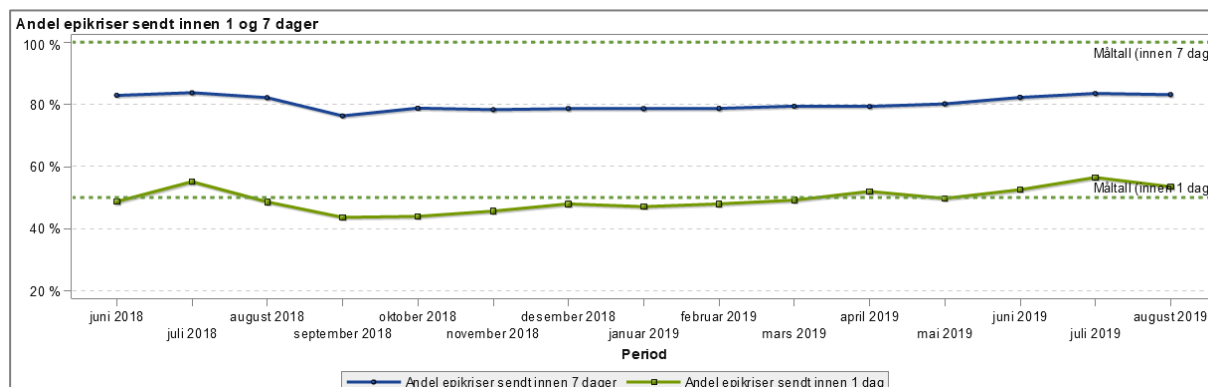


Tabell 8 Årsak til strykninger av planlagte operasjoner siste måned

Avsluttkode - UNN	Sum strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag
Ikke indikasjon for operasjon	64	34	53,1%
Utsatt grunnet ø-hjelp (annen pasient)	35	16	45,7%
Administrativ feil	33	12	36,4%
Overbooking/skiftetid/forsinkelse annen elektiv operasjon	27	11	40,7%
Manglende utredning	12	7	58,3%
Pasient syk	37	7	18,9%
Ikke kapasitet intensiv/oppvåkning	5	5	100,0%
Pasienter ønsker ikke kirurgi	60	5	8,3%
Pasient ikke møtt og ingen beskjed	4	4	100,0%
Preoperative retningslinjer ikke fulgt	6	3	50,0%
Ikke kapasitet operasjonssykepleier	11	2	18,2%
Tidspunkt passer ikke	155	2	1,3%
Dårlig vær/transportproblemer	2	1	50,0%
Pasient har hatt operasjon på annet sykehus	8	1	12,5%
Ikke kapasitet kirurg	67	0	0,0%
Ikke kapasitet sengepost	3	0	0,0%
Pasient død	1	0	0,0%

Epikrisetid

Figur 10 Epikriser - andel sendt innen syv dager

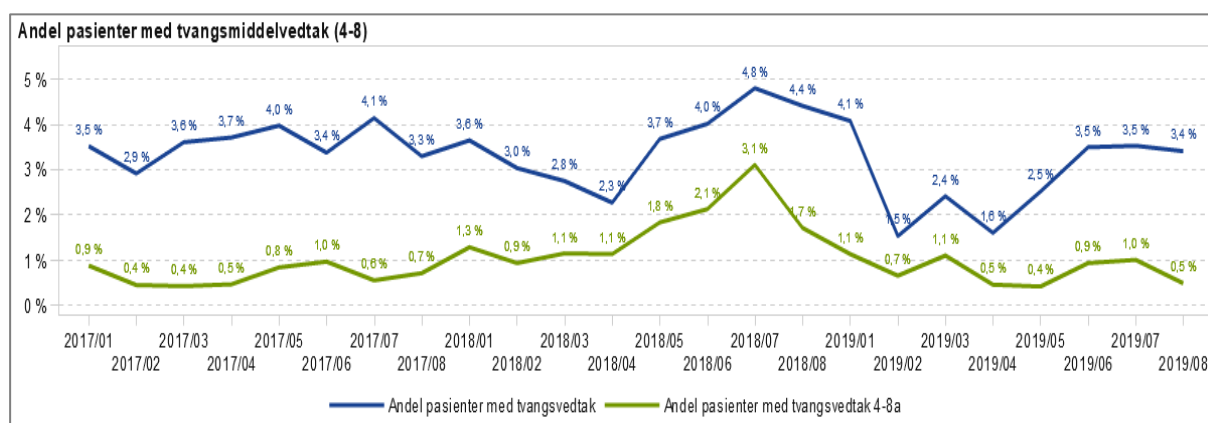


Tabell 9 Andel epikriser sendt innen 1 og 7 dager siste måned

Klinikk UNN	Antall epikriser som skal skrives	Antall epikriser sendt innen 1 dag	Antall epikriser sendt innen 7 dager	Andel epikriser sendt innen 1 dag	Andel epikriser sendt innen 7 dager
Sum	2 893	1 550	2 406	53,6%	83,2%
10 - Akuttmedisinsk klinikk	8	0	0	0,0%	0,0%
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	683	297	502	43,5%	73,5%
13 - Hjerter- og lungeklinikken	579	358	499	61,8%	86,2%
15 - Medisinsk klinikk	653	447	575	68,5%	88,1%
17 - Barne- og ungdomsklinikken	74	31	59	41,9%	79,7%
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	641	315	547	49,1%	85,3%
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	255	102	224	40,0%	87,8%

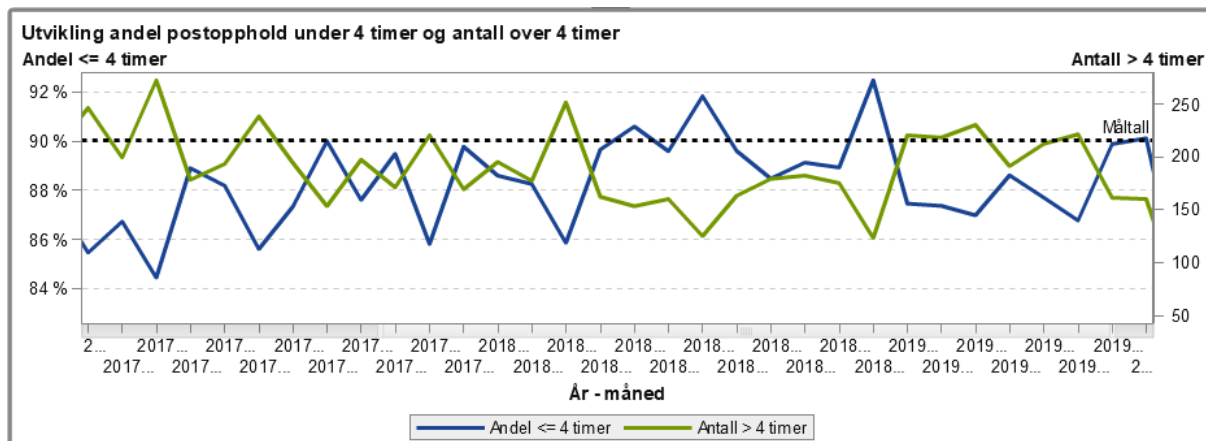
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern-

Figur 11 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 12 Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



Tabell 10 Tid til triage (hittil i år)

Triagekode ▲	Tid til triage intervaller ▲	Tid til triage (gjennomsnitt)	Tid til triage (median)	Antall episoder
Sum		21	9	9 990
Annet	0-15 minutter	6	6	1 663
	Over 15 minutter	58	26	926
Blå	0-15 minutter	8	10	22
	Over 15 minutter	52	41	38
Grønt	0-15 minutter	7	6	322
	Over 15 minutter	50	28	218
Gult	0-15 minutter	7	6	2 283
	Over 15 minutter	48	25	1 151
Orange	0-15 minutter	6	6	2 005
	Over 15 minutter	54	24	716
Rødt	0-15 minutter	5	5	547
	Over 15 minutter	79	24	99

Team-UNN (triagekoder): Rødt = akutt, orange = truende, gul = haster, grønn = vanlig, blå = avvente, annet = ukodet

Aktivitet

Tabell 11 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF		2018	2019	Plantall 2019	Endring fra 2018		Avvik fra plan 2019	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Heldøgnsopphold	Somatikk	25 372	25 852		480	1,9		
Dagopphold	Somatikk	5 234	5 122		-112	-2,1		
Gjennomsnittlig liggetid	Somatikk	4,0	4,0		0,0	0,0		
Liggedager i perioden	Somatikk	112 113	115 539	118 372	3 426	3,1	-2 833	-2,4
Polikliniske konsultasjoner	Somatikk	177 104	177 739	170 060	635	0,4	7 679	4,5
- herav dagkirurgi	Somatikk	9 419	9 407		-12	-0,1		
DRG-poeng	Somatikk	48 232	51 537	51 614	3 305	6,9	-77	-0,1
Laboratorieanalyser	Somatikk	4 305 377	4 906 802	4 536 296	601 425	14,0	370 506	8,2
Røntgenhenvisninger	Somatikk	95 753	101 700	96 656	5 947	6,2	5 044	5,2
PET undersøkelser	Somatikk	531	668	608	137	25,8	60	9,9
PHV								
Heldøgnsopphold	PHV	1 913	1 805		-108	-5,6		
Gjennomsnittlig liggetid	PHV	12,8	12,2		-0,6	-4,7		
Liggedager i perioden	PHV	27 660	28 784	28 715	1 124	4,1	69	0,2
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	PHV	42 498	38 911	43 218	-3 587	-8,4	-4 307	-10,0
BUP								
Heldøgnsopphold	BUP	136	111		-25	-18,4		
Gjennomsnittlig liggetid	BUP	16,6	25,7		9,1	54,8		
Liggedager i perioden	BUP	1 703	1 478	2 044	-225	-13,2	-566	-27,7
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	BUP	19 879	20 528	19 912	649	3,3	616	3,1
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Heldøgnsopphold	TSB	436	428		-8	-1,8		
Gjennomsnittlig liggetid	TSB	30,5	27,5		-3,0	-9,8		
Liggedager i perioden	TSB	12 723	12 930	13 082	207	1,6	-152	-1,2
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	TSB	8 420	8 667	7 890	247	2,9	777	9,8
Sum polikliniske konsultasjoner		247 901	245 845		-2 056	-0,8		
Sum heldøgnsopphold		27 857	28 196		339	1,2		

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

Fra mars 2019 er disse nye: Heldøgnsopphold, dagopphold, gjennomsnittlig liggetid (beregnet på avdelingsopphold med > 0 liggedøgn) og spesifisering av dagkirurgi under poliklinikk (uttrekk basert på lokasjon dagkirurgi). Det er ikke plantall i 2019 for disse.

Somatisk virksomhet

Tabell 12 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

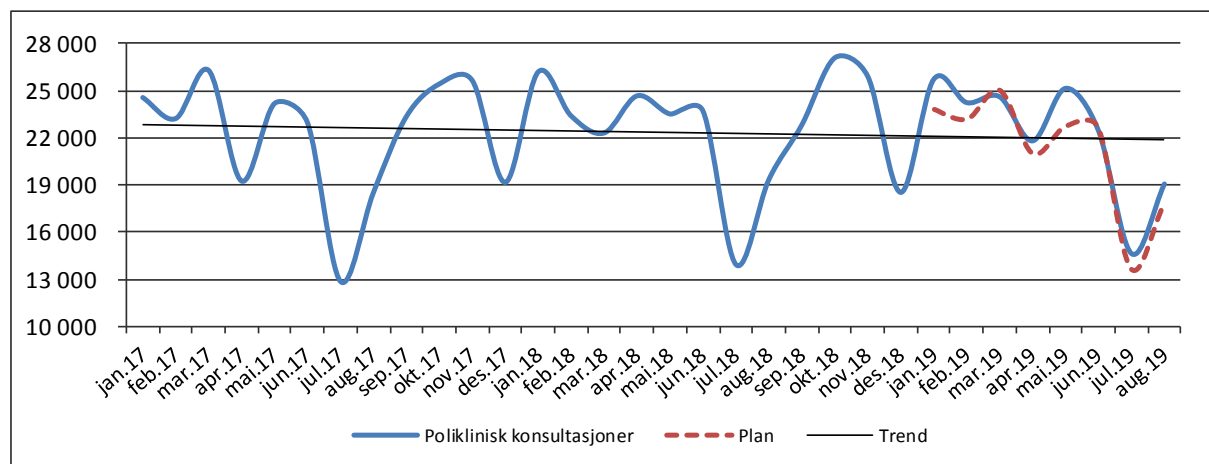
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 553	1 421	133
Barne- og ungdomsklinikken	2 251	2 305	-54
Hjerte- og lungeklinikken	8 508	8 236	272
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	13 422	13 325	96
Medisinsk klinikk	8 305	7 996	309
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	13 883	13 504	379
Operasjons- og intensivklinikken	39	53	-14
Totalt	47 959	46 840	1 120

Tabell 13 DRG-indeks og avdelingsopphold per klinikk - somatikk - alle omsorgsnivå

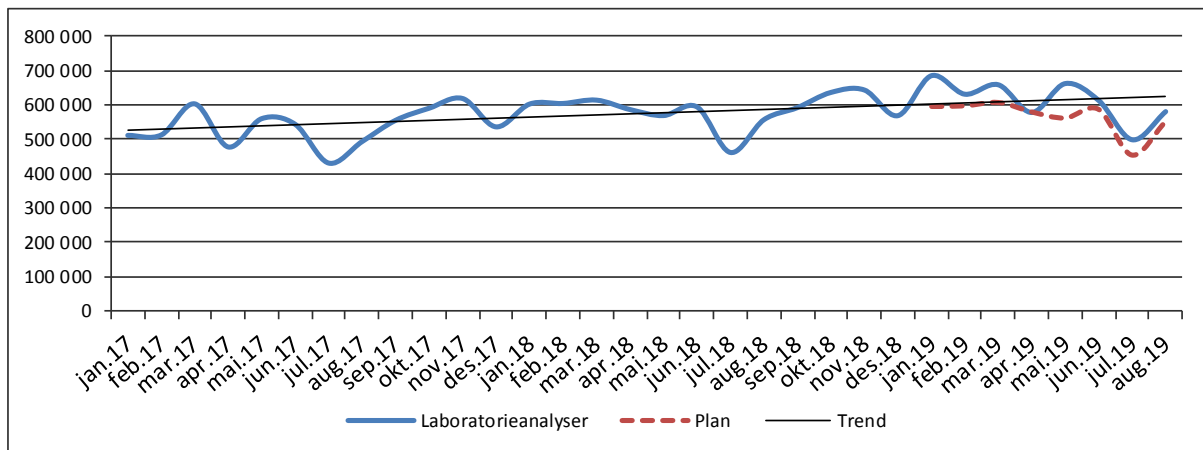
DRG indeks/ISF opphold pr klinikk - somatikk - alle omsorgsnivå						
Klinikk	Indeks			Dag, døgn og poliklinikk inkl. 470 (ISF)		
	2018	2019	Endring	2018	2019	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	0,165	0,167	0,001	8 783	9 245	462
Barne- og ungdomsklinikken	0,330	0,324	-0,006	6 887	6 892	5
Hjerte-lungeklinikken	0,702	0,674	-0,029	12 055	12 635	580
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,233	0,242	0,009	55 322	55 198	-124
Medisinsk klinikk	0,271	0,264	-0,008	30 684	31 481	797
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,149	0,159	0,011	86 780	86 792	12
OPIN	0,062	0,065	0,003	841	616	-225
SUM				201 352	202 859	1 507

Indeks: gjennomsnittstyngde per avdelingsopphold målt i DRG - poeng (eks: hvert av avdelingsoppholdene på Hjerte-lungeklinikken gir 0,664 poeng).

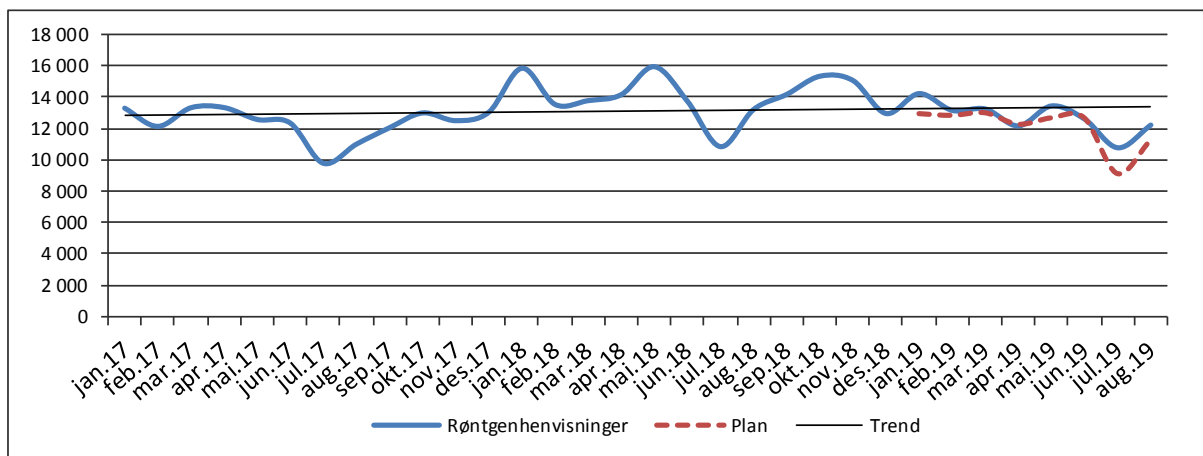
Figur 13 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



Figur 14 Laboratorieanalyser

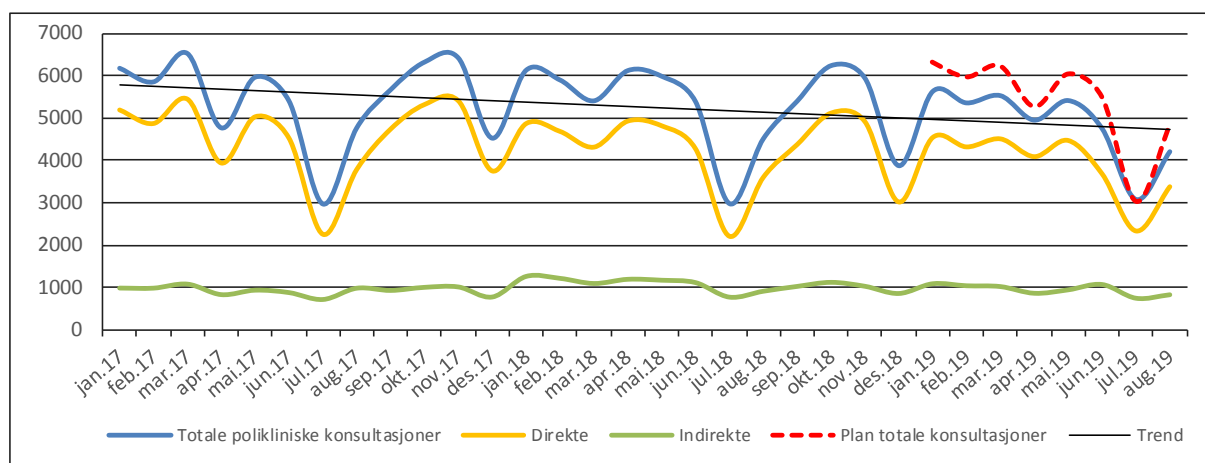


Figur 15 Røntgenhenvisninger



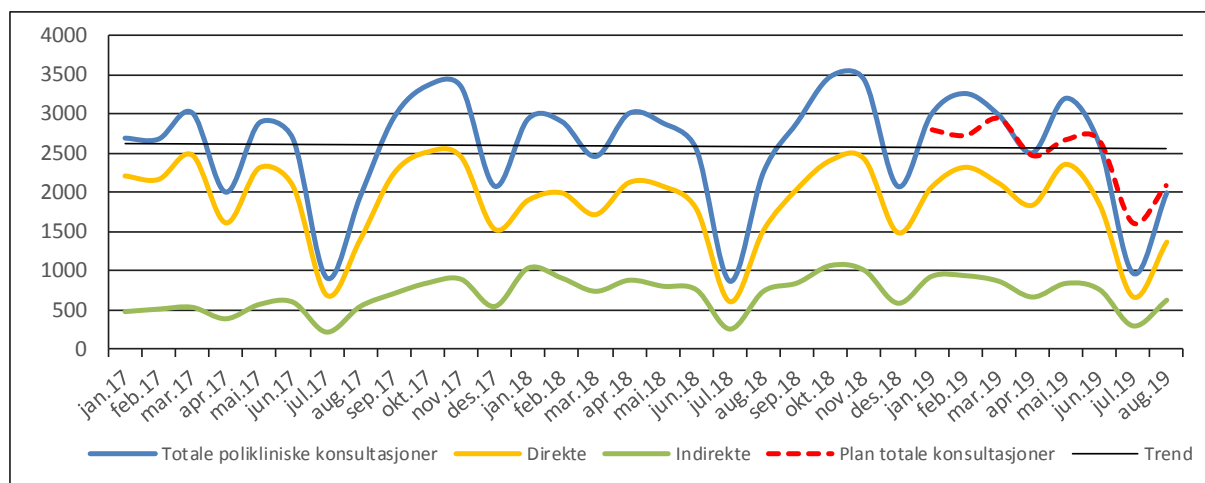
Psykisk helsevern voksne

Figur 16 Polikliniske konsultasjoner – PHV



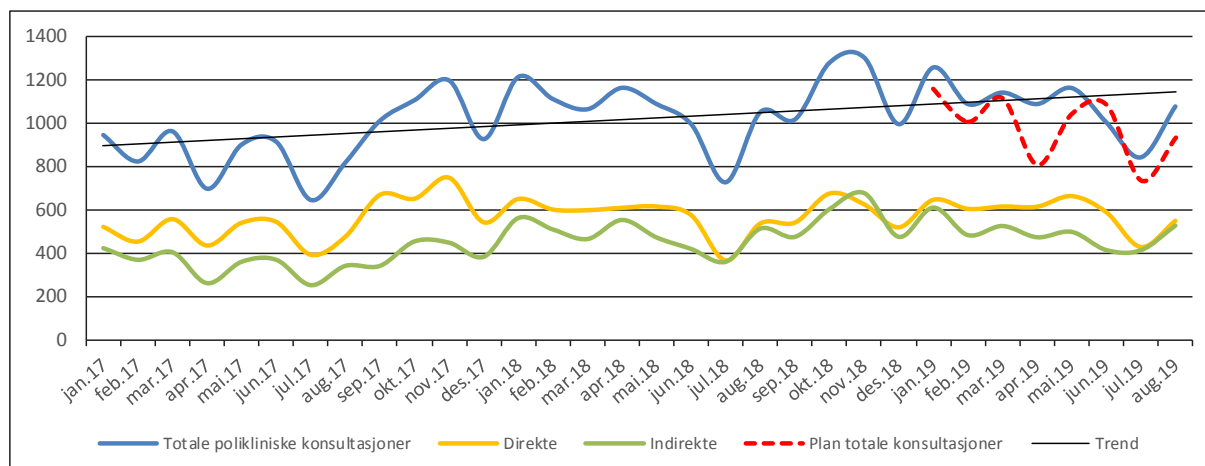
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 17 Polikliniske konsultasjoner – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 18 Polikliniske konsultasjoner- TSB



Den gylne regel

Tabell 14 Den gylne regel

Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2018	2019	Endring 18 -19
Somatikk*	Økonomi	2 950 647	3 102 191	5,1 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	449 710	470 564	4,6 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	102 471	107 546	5,0 %
TSB	Økonomi	109 829	120 546	9,8 %
Somatikk	Konsultasjoner	177 104	177 739	0,4 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	42 498	38 911	-8,4 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	19 879	20 528	3,3 %
TSB	Konsultasjoner	8 420	8 667	2,9 %
Somatikk	Ventetid	59,8	62,3	4,2 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	40,7	50,4	24,0 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50,1	52,3	4,3 %
TSB	Ventetid	32,3	31,1	-3,9 %

* Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB.

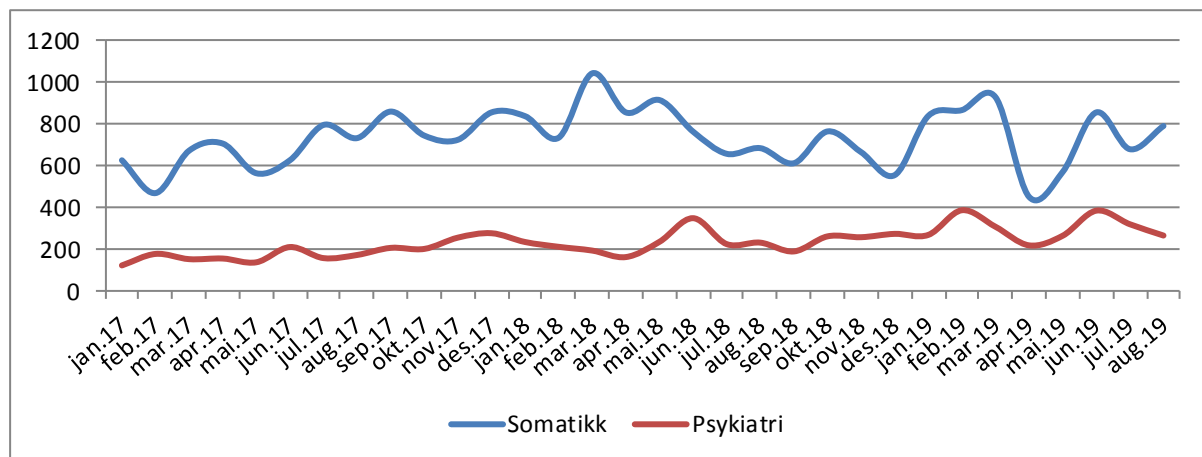
Tabell 15 Den gylne regel

	Økonomi	Konsultasjoner	Ventetid
Somatikk	5,1 %	0,4 %	4,2 %
Psykisk helse - voksne	4,6 %	-8,4 %	24,0 %
Psykisk helse - barn og unge	5,0 %	3,3 %	4,3 %
TSB	9,8 %	2,9 %	-3,9 %

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 19 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern



Tabell 16 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – psykiatri og rus

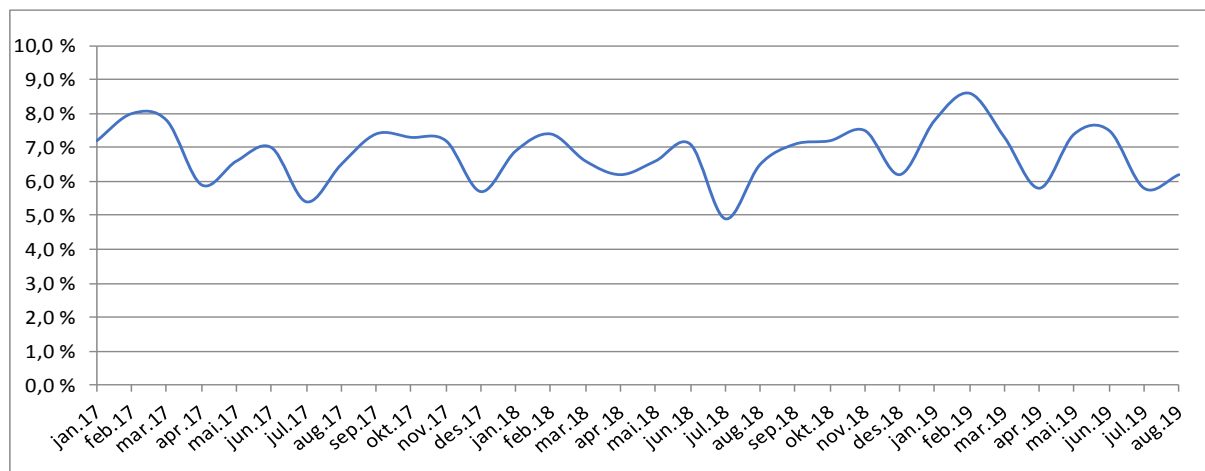
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	August	August	August	August
GRATANGEN	119	118	5	108
KARLSØY	79	76	6	35
LAVANGEN	28	28	2	27
TROMSØ	1 561	1 516	97	20
SØRREISA	39	38	4	11
LENVIK	81	78	8	7
BERG	6	5	1	7
HARSTAD	126	103	26	5
BARDU	20	17	4	5
SALANGEN	8	5	3	4
SKJERVØY	7	2	5	2
SKÅNLAND	6	5	1	2
STORFJORD	3	3	1	2
LØDINGEN	2	0	2	1
KÅFJORD	2	0	2	1
NARVIK	16	10	6	1
KVÆNANGEN	1	0	1	1
NORDREISA	2	0	2	0
BALSFJORD	1	0	1	0
IBESTAD	0	0	1	0
MÅLSELV	0	0	1	0
	2 107	2 004	179	11

Tabell 17 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

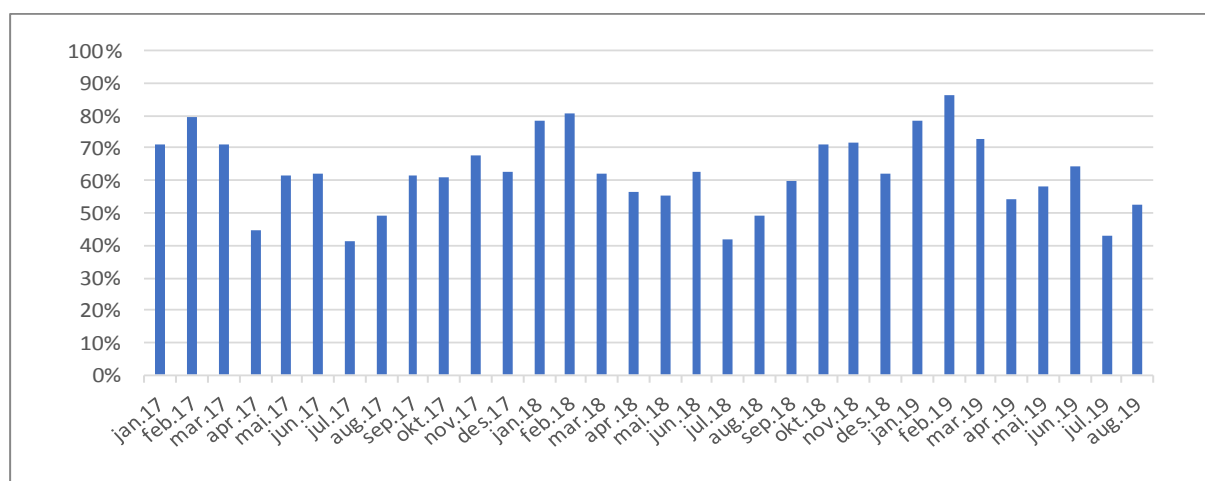
Kommune	Utskrivnings- klare døgn	Utskrivnings- klare døgn, grunnlag faktuering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	August	August	August	August
HARSTAD	1 330	705	665	54
BALSFJORD	288	246	51	51
TRANØY	71	55	18	47
SALANGEN	100	65	36	46
BALLANGEN	108	78	33	44
SKÅNLAND	129	29	105	43
BARDU	171	143	33	42
TJELDSUND	52	6	46	41
NARVIK	766	524	256	41
EVENES	57	2	56	41
LØDINGEN	77	13	65	37
IBESTAD	42	3	40	31
MÅLSELV	202	157	53	30
TYSFJORD	50	45	6	26
TROMSØ	1 926	1 545	439	25
KVÆFJORD	71	5	67	25
GRATANGEN	27	17	10	24
SKJERVØY	67	45	24	23
BERG	14	7	8	16
NORDREISA	74	47	28	15
KARLSØY	32	19	13	14
LYNGEN	31	10	21	11
DYRØY	12	3	10	11
TORSKEN	9	2	7	10
LENVIK	92	30	62	8
LAVANGEN	8	0	8	8
KÅFJORD	15	5	12	7
KVÆNANGEN	6	0	6	5
SØRREISA	16	6	10	5
STORFJORD	3	0	4	2
Sum	5 846	3 812	2 192	30

Bruk av pasienthotell

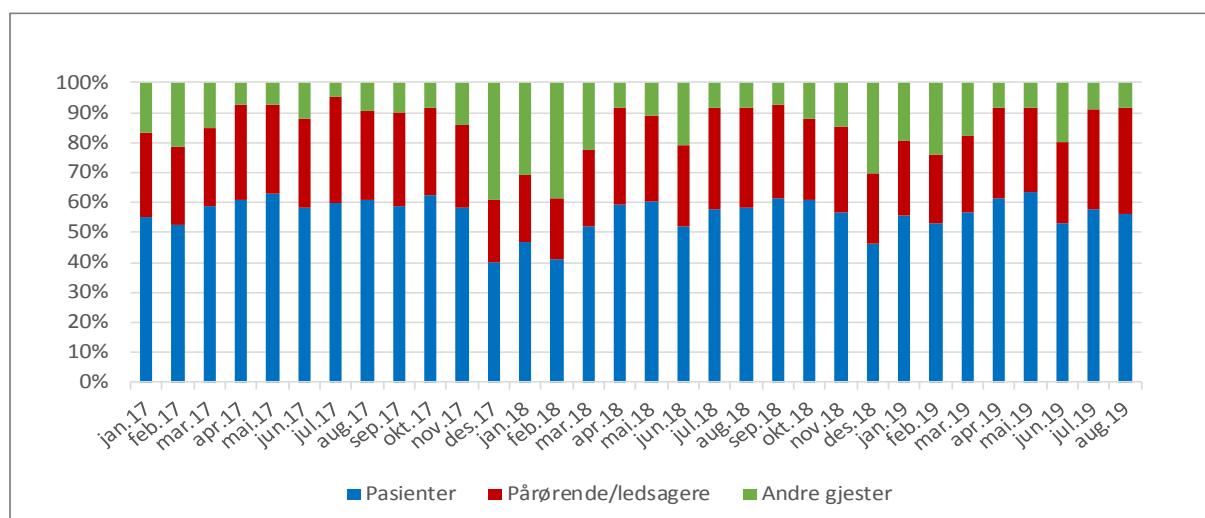
Figur 20 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)

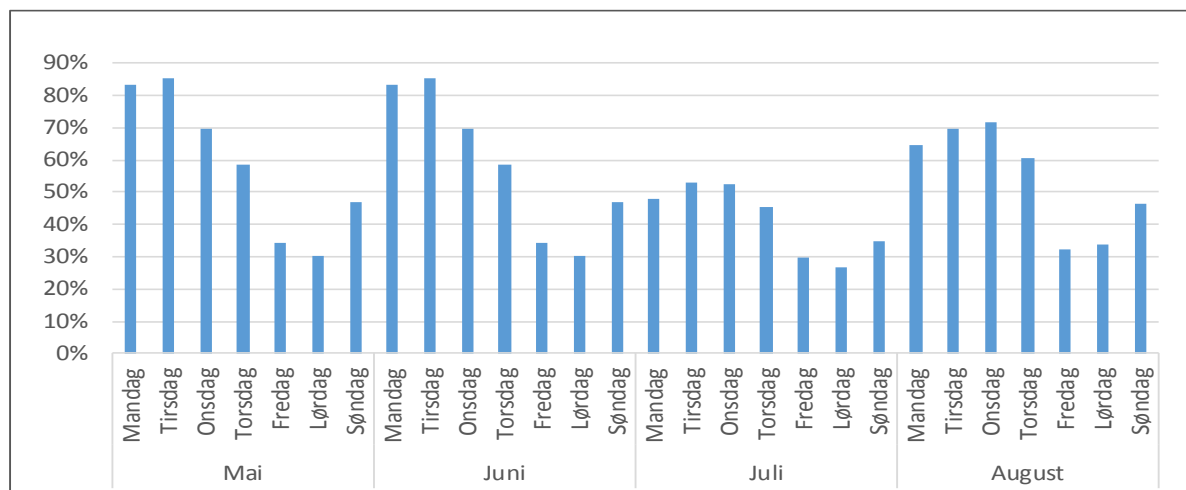


Figur 21 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Figur 22 Oppholdstype på Pingvinhotellet



Figur 23 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet

Personal

Bemanning

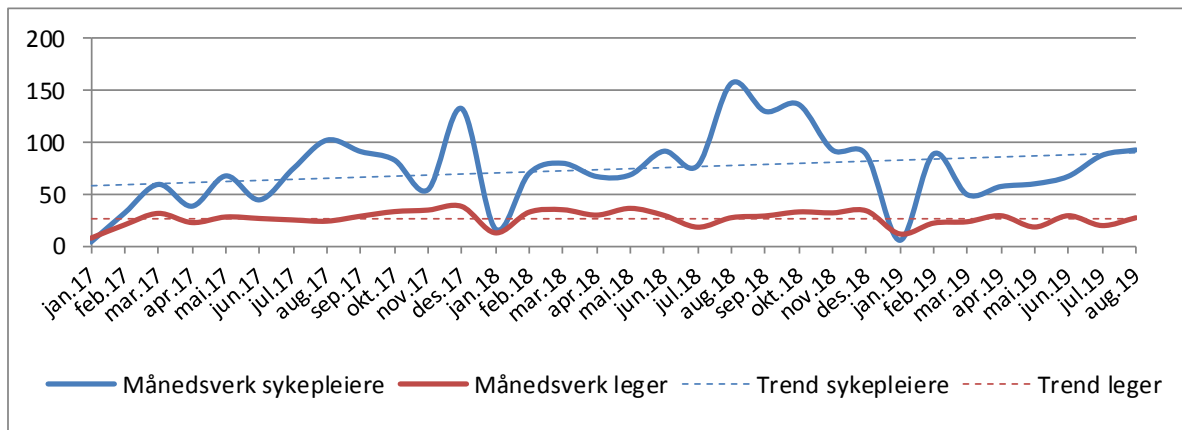
Tabell 18 Brutto utbetalte månedsverk

Måned	2019	Plantall 2019	Avvik mot plan
Januar	6 415	6 299	116
Februar	6 534	6 299	235
Mars	6 485	6 304	181
April	6 472	6 303	168
Mai	6 472	6 311	162
Juni	6 635	6 482	153
Juli	6 946	7 152	-206
August	6 791	6 617	174
September	-	6 327	
Oktober	-	6 298	
November	-	6 310	
Desember	-	6 315	
Snitt hittil i år	6 593	6 471	122

Tabell 19 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på klinikk og profesjon

Klinikk Nr og navn	Totalt 2018	Totalt 2019	01. Adm og ledere	02. Pasientrettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeider/hjelpere	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstallinger	09. Drift/teknisk personell	10. Ambulansepersonell	11. Forskning	Endring 2018-2019
10 - Akuttmedisinsk klinikk	606	613	2	1	5	-	-5	-1	-	-	2	2	-	7
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	677	699	1	-0	1	-	22	-2	1	-	-2	-	-1	22
13 - Hjerter- og lungeklinikken	300	322	6	3	6	-	6	-1	-	-	2	-	0	21
15 - Medisinsk klinikk	612	605	4	-4	-4	-	8	-5	-7	-	1	-	1	-8
17 - Barne- og ungdomsklinikken	389	390	-1	-3	1	3	2	-0	0	-	0	-	0	1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	680	680	8	2	5	-0	-23	0	-	-	7	-	-	0
19 - NOR klinikken	768	802	4	12	-2	2	8	6	-	-	1	-	0	35
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	976	994	7	7	-3	1	13	-6	-	-	-0	-	-0	18
30 - Diagnostisk klinikk	613	624	2	-3	1	-	-1	-2	15	1	0	-	-0	12
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	52	52	1	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-1	0
45 - Drifts- og eiendomssenter	413	417	0	3	-	-	-	-	-	-	-1	-	-	4
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	175	171	-2	-2	0	-	0	-	-	-	-	-	0	-4
50 - Direkte og Administrasjonssenteret	9	12	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
52 - Stabssenteret	168	167	0	-1	-	-	-0	-	-	-	-	-	-	-1
62 - Fellesinntekter/-kostnader	25	44	1	1	-2	-0	-	-	6	-	10	-	4	20
Totalsum	6 462	6 593	35	15	9	5	29	-12	14	1	20	2	4	131

Tabellen er ny i mars 2019: Den viser gj. månedsverk for perioden per klinikk i 2018/2019. I tillegg viser den endringen i månedsverk fordelt per profesjon. Tabellen er normalisert mht. to omorganiseringer: akuttmedisinsk som i juli i fjor ble flyttet fra OPIN til Akuttmed., ligger begge år på Akuttmed., samt MIHO som lå på HLK til mai 2018 og som da ble flyttet til OPIN, er begge år på OPIN.

Figur 24 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

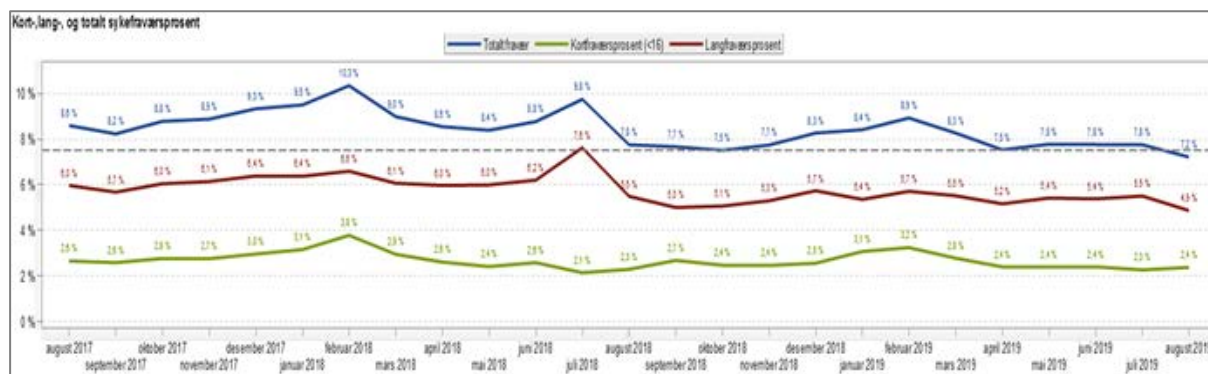
Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt. Leger er inkludert innleide leger fra lønssystemet.

Tabell 20 Innleide månedsverk per klinikk

År ▲	2018		2019	
Klinikknavn - UNN ▲	Innleide sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleide leger månedsverk (gjennomsnitt)	Innleide sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleide leger månedsverk (gjennomsnitt)
Sum	78,4	27,7	63,5	22,6
10 - Akuttmedisinsk klinikk	4,7	0,0	1,4	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	3,9	4,6	4,7	1,3
13 - Hjerte- og lungeklinikken	17,8	0,1	0,2	0,5
15 - Medisinsk klinikk	10,3	3,5	1,6	4,6
17 - Barne- og ungdomsklinikken	1,7	0,1	2,0	0,3
18 - Operasjons- og intensivklinikken	40,4	8,9	49,7	5,3
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	2,8	1,2	5,3	1,1
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	3,1	0,0	4,0
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	6,2	0,0	5,5

Sykefravær

Figur 25 Sykefravær



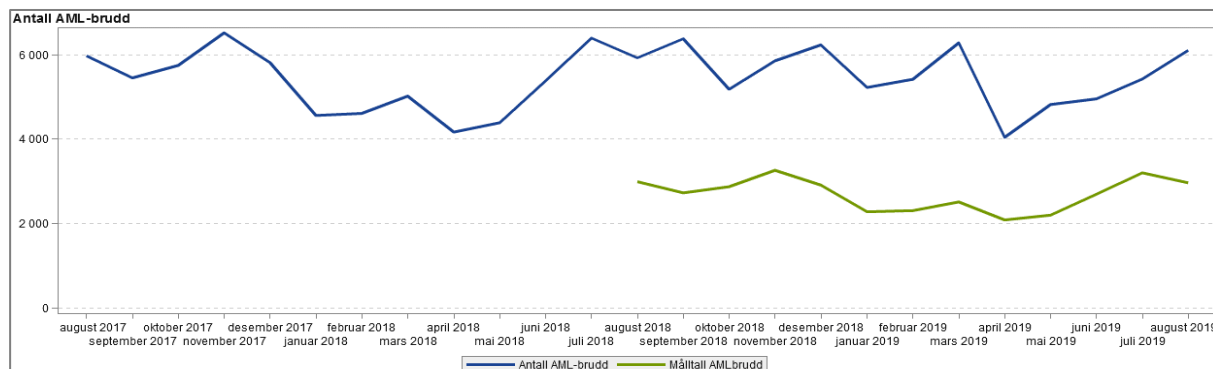
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned.

Tabell 21 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	Totalt sykefravær forrige måned	Endring totalt fravær forrige måned mot ifjor	Korttidsfravær forrige måned	Endring korttidsfravær forrige måned mot ifjor	Langtidsfravær forrige måned	Endring langtidsfravær forrige måned mot ifjor
Sum	7,2 %	-0,5 %	2,4 %	0,1 %	4,9 %	-0,6 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	9,1 %	-1,0 %	1,5 %	0,2 %	7,6 %	-1,2 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	6,1 %	-0,2 %	2,5 %	0,6 %	3,6 %	-0,8 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	6,1 %	0,4 %	1,6 %	-1,1 %	4,4 %	1,5 %
15 - Medisinsk klinikk	5,8 %	-0,4 %	1,8 %	-0,0 %	4,0 %	-0,4 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	5,4 %	-1,2 %	2,4 %	0,2 %	3,1 %	-1,3 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	7,7 %	-0,7 %	2,8 %	0,1 %	4,9 %	-0,8 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8,4 %	0,5 %	2,6 %	-0,3 %	5,7 %	0,8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	9,0 %	-0,8 %	3,0 %	0,3 %	6,0 %	-1,1 %
30 - Diagnostisk klinikk	5,8 %	-1,1 %	2,7 %	0,3 %	3,1 %	-1,4 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	1,8 %	-4,9 %	0,7 %	-0,1 %	1,1 %	-4,9 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	7,8 %	-0,3 %	1,7 %	-0,4 %	6,0 %	0,1 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	7,7 %	-0,5 %	3,0 %	1,4 %	4,7 %	-1,8 %
50 - Direktøren	6,7 %	5,2 %	0,0 %	-1,5 %	6,7 %	6,7 %
52 - Stabs senteret	6,3 %	-0,8 %	1,6 %	-0,6 %	4,7 %	-0,2 %
Annet	0,0 %	-7,3 %	0,0 %	-2,3 %	0,0 %	-4,9 %

AML-brudd

Figur 26 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 22 AML-brudd per klinikk

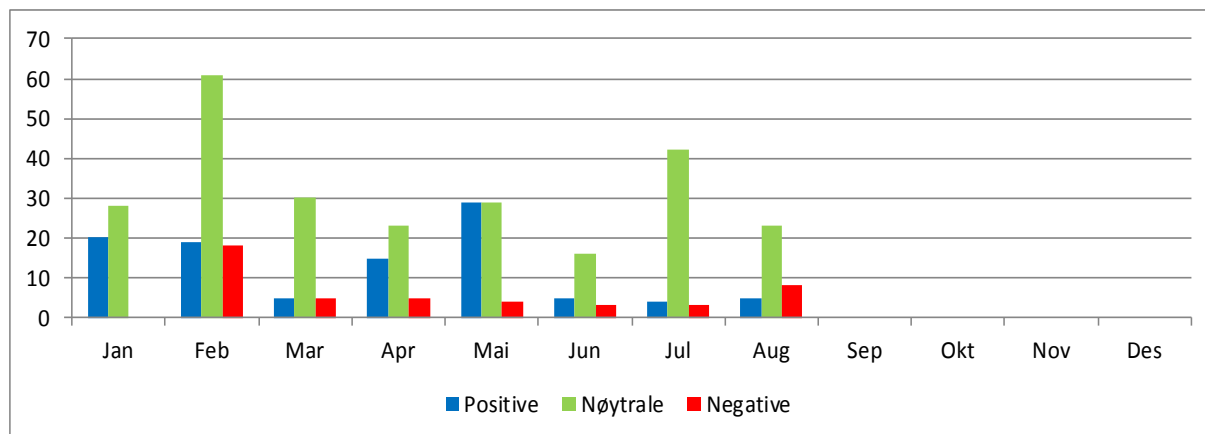
Klinikk - UNN ▲	Brudd siste måned ifjor	Brudd siste måned	Endring i % samme periode	Differanse mellom brudd siste måned og måltall
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1 089	1 403	28,8 %	859
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	576	547	-5,0 %	259
13 - Hjerter- og lungeklinikken	382	506	32,5 %	315
15 - Medisinsk klinikk	291	314	7,9 %	169
17 - Barne- og ungdomsklinikken	213	139	-34,7 %	33
18 - Operasjons- og intensivklinikken	854	971	13,7 %	544
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	765	829	8,4 %	447
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	1 366	930	-31,9 %	247
30 - Diagnostisk klinikk	208	222	6,7 %	118
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	.	1	.	.
45 - Drifts- og eiendomssenteret	170	233	37,1 %	148
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	6	4	-33,3 %	1
50 - Direktøren	.	.	.	.
52 - Stabssenteret	8	6	-25,0 %	2
Annet	.	1	.	.
Sum	5 928	6 106	3,0 %	3 142

Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2018 til 2019

Kommunikasjon

Sykehuset i media

Figur 27 Mediestatistikk 2019

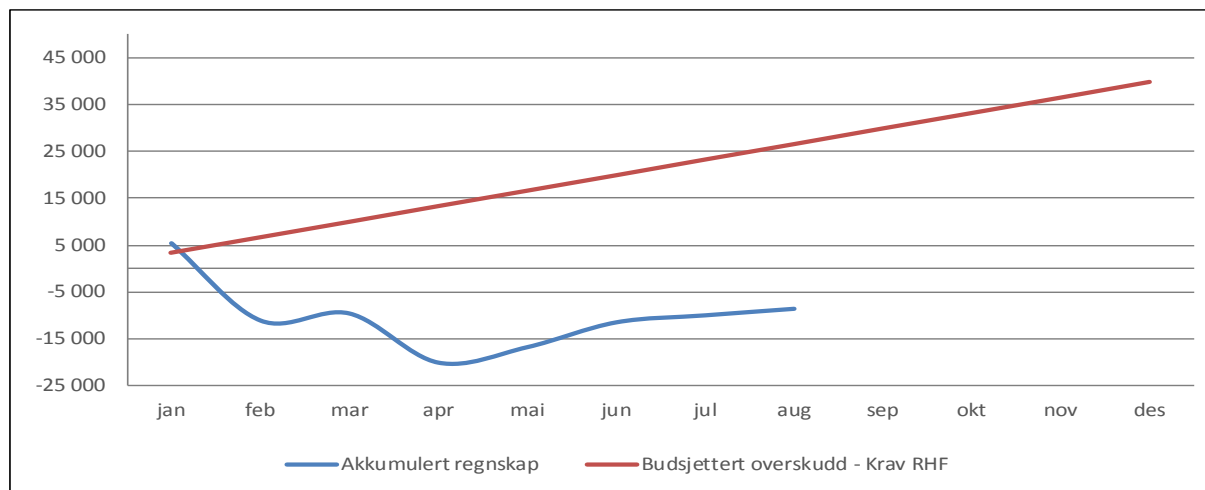


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser: *Fremover*, *Harstad Tidende*, *Hålogalands Avis*, *iTromsø*, *Nordlys* samt oppslag publisert i *Aftenposten.no*, *Tv2.no*, *Nrk.no*, *Dagbladet.no*, *Vg.no*, *Dagensmedisin.no*, *Framtidinord.no* og *Folkebladet.no*.

Økonomi

Resultat

Figur 28 Akkumulert regnskap og budsjett 2019



Tabell 23 Resultatregnskap 2019

	August				Akkumulert per August			
Resultatrapportering (tall i mill kr)	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	397,7	397,7	0,0	0 %	3 250,7	3 250,7	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	0 %	18,1	18,1	0,0	0 %
ISF egne pasienter	122,6	131,5	-8,9	-7 %	1 131,1	1 110,9	20,3	2 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	7,3	6,0	1,3	22 %	53,9	60,7	-6,8	-11 %
Gjestepasientinntekter	4,2	3,1	1,1	36 %	32,9	24,7	8,2	33 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	11,1	11,6	-0,5	-4 %	108,8	100,3	8,5	8 %
Utskrivningsklare pasienter	2,3	2,6	-0,3	-12 %	13,0	20,7	-7,7	-37 %
Andre øremerkede tilskudd	20,1	30,2	-10,2	-34 %	164,9	240,2	-75,3	-31 %
Andre driftsinntekter	35,5	32,3	3,2	10 %	276,2	268,5	7,8	3 %
Sum driftsinntekter	603,0	617,2	-14,3	-2 %	5 049,5	5 094,6	-45,1	-1 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	19,4	19,0	0,4	2 %	150,3	143,9	6,4	4 %
Kjøp av private helsetjenester	2,6	3,2	-0,6	-20 %	18,1	25,2	-7,1	-28 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	73,8	79,5	-5,7	-7 %	562,0	577,1	-15,0	-3 %
Innleid arbeidskraft	11,0	1,8	9,2	524 %	59,0	16,4	42,6	259 %
Lønn til fast ansatte	297,5	309,4	-11,9	-4 %	2 661,6	2 673,6	-11,9	0 %
Overtid og ekstrahjelp	32,1	29,3	2,8	10 %	224,6	222,9	1,7	1 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	56,0	55,8	0,2	0 %	435,7	435,8	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-28,8	-26,6	-2,2	8 %	-193,3	-186,9	-6,4	3 %
Annen lønnskostnad	32,2	31,2	1,0	3 %	223,8	224,2	-0,4	0 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	344,1	345,0	-0,9	0 %	2 975,7	2 950,1	25,6	1 %
Avskrivninger	22,1	23,5	-1,4	-6 %	175,0	181,1	-6,1	-3 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	82,5	88,1	-5,5	-6 %	734,2	756,1	-21,9	-3 %
Sum driftskostnader	600,5	614,1	-13,6	-2 %	5 051,1	5 069,3	-18,2	0 %
Driftsresultat	2,5	3,2	-0,7	-22 %	-1,6	25,3	-26,9	-106 %
Finansinntekter	1,0	1,0	0,0		7,9	8,0	-0,1	
Finanskostnader	2,1	0,8	1,3		15,1	6,7	8,4	
Finansresultat	-1,1	0,2	-1,3		-7,2	1,3	-8,5	
Ordinært resultat	1,4	3,3	-2,0	-59 %	-8,7	26,6	-35,4	-133 %

Tabell 24 Resultatregnskap 2019, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per August ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	397,7	397,7	0,0	3 250,7	3 250,7	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	18,1	18,1	0,0
ISF egne pasienter	122,6	131,5	-8,9	1 131,1	1 110,9	20,3
ISF av legemidler utenfor sykehus	7,3	6,0	1,3	53,9	60,7	-6,8
Gjestepasientinntekter	4,2	3,1	1,1	32,9	24,7	8,2
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	11,1	11,6	-0,5	108,8	100,3	8,5
Utskrivningsklare pasienter	2,3	2,6	-0,3	13,0	20,7	-7,7
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	35,5	32,3	3,2	276,2	268,5	7,8
Sum driftsinntekter	582,9	587,0	-4,2	4 884,6	4 854,4	30,2
Kjøp av offentlige helsetjenester	19,4	19,0	0,4	150,3	143,9	6,4
Kjøp av private helsetjenester	2,6	3,2	-0,6	18,0	25,0	-7,0
Varekostnader knyttet til aktivitet	73,0	78,3	-5,3	555,6	567,8	-12,1
Innleid arbeidskraft	11,0	1,8	9,2	59,0	16,4	42,6
Lønn til fast ansatte	287,1	293,8	-6,7	2 576,4	2 549,3	27,0
Overtid og ekstrahjelp	29,8	25,8	4,0	205,4	195,0	10,4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	53,5	52,0	1,5	414,8	405,2	9,5
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-28,0	-25,5	-2,5	-187,4	-178,3	-9,1
Annen lønnskostnad	30,9	29,2	1,7	212,6	207,8	4,8
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	330,7	324,9	5,8	2 866,0	2 790,3	75,7
Avskrivninger	22,1	23,5	-1,4	175,0	181,1	-6,1
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	79,2	83,0	-3,8	706,5	715,8	-9,3
Sum driftskostnader	580,4	583,9	-3,5	4 886,2	4 829,1	57,1
Driftsresultat	2,5	3,2	-0,7	-1,6	25,3	-26,9
Finansinntekter	1,0	1,0	0,0	7,9	8,0	-0,1
Finanskostnader	2,1	0,8	1,3	15,1	6,7	8,4
Finansresultat	-1,1	0,2	-1,3	-7,2	1,3	-8,5
Ordinært resultat	1,4	3,3	-2,0	-8,7	26,6	-35,4

Tabell 25 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk per august - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	40,5	40,0	-0,5	281,3	272,8	-8,5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	23,1	21,2	-1,9	114,5	109,1	-5,3
13 - Hjerte- lungeklinikken	13,4	12,9	-0,5	59,1	63,1	-4,0
15 - Medisinsk klinikk	37,3	33,1	-4,3	212,2	203,9	-8,3
17 - Barne- og ungdomsklinikken	23,4	22,1	-1,3	140,8	132,7	-8,1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	70,0	62,8	-7,1	509,7	465,2	-44,5
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	33,1	32,1	-1,1	154,0	158,8	-4,8
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	59,9	63,1	-3,1	438,3	428,6	-9,7
30 - Diagnostisk klinikk	53,7	49,0	-4,7	376,5	356,7	-19,8
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,4	0,4	0,0	2,7	2,7	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	45,7	44,7	-1,0	359,8	355,8	-4,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	9,0	11,5	-2,6	71,5	80,1	-8,6
52 - Stabssenteret	10,2	12,5	-2,3	94,3	102,1	-7,9
62 - Felles	-420,9	-408,7	-12,2	-2 805,6	-2 758,3	-47,3
Totalt	1,4	3,3	-2,0	-8,7	26,6	-35,4

Prognose

Prognosen for 2019 er 20 mill kr i overskudd.

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
72/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	7.10.2019
Saksansvarlig: Grethe Andersen Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen og Gry Andersen		

Tertialrapport 2, 2019 for byggeprosjekter ved UNN**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.08.2019 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

Bakgrunn

I denne styresaken legges det frem et sammendrag av tertialrapportene for 2. tertial 2019 for utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Styret ble sist orientert om byggeprosjektene i styresak 53-2019 *Tertialrapport pr. 30.04.2019 for utbyggingsprosjekter ved UNN.*

UNNs kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og omsorg. Tertialvis rapportering til styret bidrar til å gi styret *trygghet* for at prosjektet gjennomføres i tråd med vedtak. Rapporteringen gir styret mulighet til å fatte vedtak om korrigerende tiltak i tilfeller hvor det er adekvat. Slik virksomhetsstyring skal bidra til økt *kvalitet* i gjennomføring av krevende prosjekt.

Saksutredning

Rapporten omfatter prosjektene *A-fløy UNN Tromsø, PET-senter UNN Tromsø, Nye UNN Narvik sykehus og Nye arealer til psykisk helse og rus i Tromsø*. Saksfremlegget er sammenfallende med tilsvarende orienteringssak til styret i Helse Nord RHF. Tabell 1 viser nøkkeltall for byggeprosjektene ved UNN.

	A-fløy	PET	UNN NARVIK
OU status			Pågå
HMS			Ingen hendelse H=0
Planlagt ferdigstilling	18.04.2018	10.04.2018	2023
Fremdrift	Overtatt 18. april 2018	Overtatt 27. april 2018	Etter plan
Ramme inneværende år			76 mill kr

Sum investert hittil 2019	5,0 mill kr	1,2 mill kr	64,2 mill kr
Sum investert totalt	1479,2 mill kr	550,7 mill kr	172,2 mill kr
Investeringsramme	1547 mill kr	567,9 mill kr	Etter forprosjekt
Prognose økonomiavvik	-18 mill kr	+62 mill kr	

Tabell 1 – Nøkkeltall for byggeprosjektene ved UNN

Psykisk helse, rus og avhengighetsmedisin Tromsø

Organisasjonsutviklingsprosjekt for rus og psykisk helse i Tromsø er under planlegging og forventes startet opp i september 2019. Dette er en forutsetning for videre prosess med konseptfaseplanlegging av nybygg for virksomheten. Det forventes at prosessen kan ferdigstilles før sommeren 2020.

Nye UNN Narvik

Det har pågått et intenst arbeid med å ferdigstille grunnlaget for oppstart, samt planlegge gjennomføring av forprosjektet. Det viktigste arbeidet har vært å utarbeide en K0-kalkyle for økonomien i prosjektet. Denne gir et utgangspunkt for arealrammen som det skal planlegges etter. Ut fra denne forutsetningen har det vært gjennomført prosesser med å utarbeide et romprogram som har vært tilpasset planlagt virksomhet, OU prosjektets føringer og prosjektets rammer. Utover dette pågår det et arbeid med IKT program, teknisk program, logistikk og miljøoppfølgingsplan, og samarbeid om bygg og drift med Narvik kommune.

Reguleringsplanarbeidet er ledet av Sweco, og det har blitt inngått avtale med Narvik kommune om å lage felles reguleringsplan for området. Dette arbeidet har avdekket hvilke begrensninger på tomten som ligger som forutsetninger, og som det nye sykehuset må ta hensyn til. Blant annet gjelder dette en hensynsone for fremtidig dobbeltspor for Ofotbanen, og skredsoner opp mot fjell. Disse hensynene påvirker byggbart areal, plassering av bygg, og muligheter for parkering. Tunnelarbeidene er inne i testfasen, og overtakelse av tunnelen er planlagt i månedsskiftet oktober/november. Tunnelen vil bli benyttet som anleggsvei i byggefasen, og åpnes ikke for alminnelig ferdsel i byggefasen.

Vedrørende framtidig kommunalt helsehus er det inngått intensjonsavtale med Narvik kommune om sambruk og samarbeid. Narvik kommune jobber med avklaringer om å benytte UNNs avtale med entreprenør for gjennomføring av forprosjekt.

Organisasjonsutviklingsprosjektet Nye UNN Narvik

I inneværende periode har OU-prosjektet ferdigstilt og overlevert sin rapport om innhold i Nye UNN Narvik til styringsgruppen for prosjektet. Styringsgruppen godkjente denne rapporten som et grunnlagsdokument for planleggingen av sykehuset.

OU-prosjektet har i rapporteringsperioden deltatt i arbeidet med å utarbeide grunnlag for Byggeprosjektet i utformingen av romlister og delfunksjoner, i utarbeidelse av et IKT-konsept og et logistikk-konsept. Arbeidet har vært omfattende og krevende og alle som har deltatt fortjener honnør for innsatsen.

I kommende periode vil OU organisasjonen delta i forprosjektarbeidet. Etter fullført forprosjekt vil OU igjen fokusere på mer planlagt organisasjonsendringsarbeid.

A-fløy

Følgende arealer i A-fløya er ferdigstilt i perioden; nytt akuttrom i plan 5 og PCR-lab i plan 10. Det er ingen gjenværende arealer som ikke er ferdigstilt. Arealene er testet og tatt i bruk. Siste del av **sengeområde** på plan 8 er besluttet brukt til slagenhet som flytter fra nevrologisk sengepost. Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken er i gang med å planlegge driften, og innkjøp av utstyr er gjennomført. Flytting og ibruktakelse er planlagt til medio oktober 2019. Av tilhørende prosjekt i B-fløya finansiert av A-fløy prosjektet er det besluttet å gjennomføre ny **dialyseenhet** i fløy B2 plan 9. Arbeidene må av driftsmessige hensyn gjennomføres i to deler, hvor del 2 gjennomføres etter at del 1 er fullført og tatt i bruk. Dette frigjør arealene til del 2. Prosjektering pågår og forespørslene sendes ut på anbud i uke 40.

Det har pågått vurderinger i løpet av perioden vedrørende overvåkingssystemet. Prosjektet, foretaksadvokaten og Operasjons- og intensivklinikken har gjennomført et møte 5. september for å planlegge videre aksjoner. Foretaksadvokaten vil fortsette dialogen med leverandør og produsent der UNN fastholder at systemet ikke er i tråd med våre krav og forventninger. Samtidig vil intensivavdelingen kartlegge hvilke ekstrakostnader utprøving, testing og drift har påført avdelingen. Saken følges opp videre.

PET-senter

Prosjektet har i inneværende periode fullført og testet de endringene som var diskutert i forrige tertialrapport. Prosjektledelsen rapporterer at alle sentrale anlegg fungerer tilfredsstillende. Det har likevel vært en hendelse i sommer der et ventilasjonsanlegg stoppet opp og medførte mulig kontaminasjon i renrom. Årsaken til dette er utbedret og alarmrutiner gjennomgått. Hendelsen forårsaket stans og forsinkelse i pågående valideringsarbeid i arealet, samt kostnader til renromsvask.

Det pågår noen reklamasjonsarbeider på mindre kritiske anlegg. Arbeider som kan påvirke klinisk drift forventes å være ferdigstilt i uke 44.

I henhold til entreprenørs fremdriftsplan skal fullverdig dokumentasjon av driftssystemer og siste opplæringsrunde med teknisk driftspersonale være ferdigstilt i uke 40.

I uke 37 vil det bli gjennomført en større risikovurdering der Drifts- og eiendomssenteret, Sykehusapoteket og Diagnostisk klinikk deltar. Fokus vil være fremdrift i gjenværende arbeider, validering, økonomi og tiltak.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 38. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

Prosjektet Nye UNN Narvik har jobbet intenst med å få et romprogram som ivaretar fremtidige funksjoner og dimensjonering av sykehuset. Organisasjonsutviklingsprosjektet har vært tungt

involvert i prosessen og har ivaretatt det fremtidige driftskonseptet som har vært førende. Det er inngått viktige avtaler om samarbeid med Narvik kommune og deres helsehus, og begge prosjektene er nå i samme fase og samarbeider godt.

Alle arealer i A-fløya er ferdigstilt og siste innflytting er slagenheten som tar i bruk arealer på plan 8 i oktober.

I PET senteret pågår mindre reklamasjonsarbeider og ferdigstilling av forskningsarealer for universitetet. Drifts- og eiendomssenteret, Sykehusapoteket og Diagnostisk klinikk vil sammen risikovurdere, planlegge og prioritere aksjoner nødvendig for raskest mulig fullføring av valideringen som ennå gjenstår. Arbeidet er forventet ferdigstilt i løpet av første tertial 2020.

Konklusjon

Direktøren ber styret ta rapportene til orientering.

Tromsø, 7.10.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tertialrapport 2, 2019 - A-fløya
2. Tertialrapport 2, 2019 - PET-senteret
3. Tertialrapport 2, 2019 - Nye UNN Narvik



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 2 – 2019 pr. 31.08.19



Ny A-fløy Universitetssykehuset Nord-Norge HF – Prosjekt 71002

Innholdsfortegnelse

1 Innledning og sammendrag	1
A-fløy:	1
B-fløy:	1
Mindre arbeider, tilpasninger og reklamasjoner:	1
Usikkerhet:	2
2 Økonomihovedtall	2
Tabell per 31. august 2019, inkl. avgift.....	3
Totalt forbruk	3
3 Følgekostnader uten egen investeringsramme	4
4 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger	4

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Tertialrapporten gjelder for perioden mai-august 2019.

A-fløy:

Følgende arealer i A-fløya er ferdigstilt i perioden; nytt akuttrom i plan 5 og PCR-lab i plan 10. Det er ingen gjenværende arealer som ikke er ferdigstilt. Arealene er testet og tatt i bruk.

Siste del av **sengeområde** på plan 8 er besluttet brukt til slagenhet som flytter fra nevrologisk sengepost. Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken er i gang med å planlegge driften og innkjøp av utstyr er gjennomført. Flytting og ibruktakelse er planlagt til medio oktober 2019.

B-fløy:

Av tilhørende prosjekt i B-fløya finansiert av A-fløy prosjektet er det besluttet å gjennomføre ny **dialyseenhet** i fløy B2 plan 9. Arbeidene må av driftsmessige hensyn gjennomføres i to deler, hvor del 2 gjennomføres etter at del 1 er fullført og tatt i bruk. Dette frigjør arealene til del 2. Prosjektering pågår og forespørslene sendes ut på anbud i uke 40. I perioden er det innhentet tilbud på og kontrahert entreprenør for rivearbeider. Rivearbeidene for del 1 er startet og planlagt ferdigstilt i uke 37.

Arbeidene gjennomføres som delte entrepriser samt eget innkjøp av dialysesøyler.

Foreløpig fremdriftsplan for tilbudsutsendelse og oppstart:

- Entreprisegrunnlag ut på anbud uke 40
- Anbudsfrist: uke 44 (minimum 4 ukers anbudsfrist)
- Tilbudsevaluering og innstilling: Uke 44/45
- Karantenetid jamfør klagefrist: 3 uker
- Kontrahering: ca. 20. november (uke 48)
- Oppstart: Uke 50 (to uker etter kontrahering pga. mobiliseringstid)

Forventet sluttdato er ikke endelig satt, men del 1 beregnes ferdigstilt andre kvartal 2020.

Mindre arbeider, tilpasninger og reklamasjoner:

UiT Norges arktiske universitet sine arealer i fløy A1 plan 8, som midlertidig var makebyttet med døgnvirksomheten til laboratoriemedisin, har vært tilpasset universitetet sin drift i perioden og er tatt i bruk av universitetet.

Det har vært gjennomført konkurranse for innkjøp av sykkelparkeringshus som var planlagt i A-fløy prosjektet. Oppføring av sykkelparkeringshus ferdigstilles i løpet av oktober 2019.

Brannskaderom har fått implementert funksjon for hurtig oppvarming av rommet. Denne funksjonen er utprøvd, men tester viser at resultatet ikke er fullgodt så en tilpasning av ventilasjon prøves ut i september 2019 for å ivareta denne funksjonen.

Det er bestilt evaluering av prosjektet i regi av Sykehusbygg HF. Oppstart vil bli i september 2019. Planen har vært å gjennomføre i løpet av høsten 2019, men dette kan bli forsinket på grunn av sen oppstart fra Sykehusbygg HF.

Usikkerhet:

Vurderinger omkring overvåkningssystemet har pågått gjennom sommeren. UNN har fått utarbeidet en sakkyndigrapport av overlege dr. med. Torkel Steen ved Pacemaker- og ICD-senteret, Hjerateavdelingen, Oslo universitetssykehus (OUS). Med bakgrunn i denne synes det vanskelig å godtgjøre å gå til rettslig forfølgelse av leverandør. Prosjektet, foretaksadvokat og Operasjons- og intensivklinikken har gjennomført et møte 5. september for å planlegge videre aksjoner. Foretaksadvokat vil fortsette dialogen med leverandør og produsent der UNN fastholder at systemet ikke er i tråd med våre krav og forventning. Samtidig vil intensivavdelingen kartlegge hvilke ekstrakostnader utprøving, testing og drift har påført avdelingen. Saken følges opp videre.

På bakgrunn av de pågående mindre arbeidene avventes sluttrapport til økonomien ved disse arbeidene er klarlagt. Spesielt gjennomføringen av dialyseenheten vil ha betydning for endelig prosjekresultat. Når budsjett for dialysen er fastsatt vil det være hensiktsmessig å avgrense dette som et isolert prosjekt med eget budsjett og dermed avslutte tertialrapporteringen for A-fløy prosjektet. Budsjett utarbeides i sammenheng med prosjekteringen og beregnes ferdig i løpet av september.

2 ØKONOMIHOVEDTALL

Samlet investeringsramme er 1 596 000 000 kroner. Av disse er 47 mill. kr. reserve hos Helse Nord. Gjenstående ubenyttet sikkerhetsmargin i prosjektet er 18,8 mill. kroner.

Det er utfakturert for 3,5 mill kroner i perioden, i hovedsak knyttet til optimalisering av enkelte funksjoner, fullføring av akuttmottak og ombygging på laboratoriet. Det er tilkommet noe utgifter ved tilbakeføring av universitetet sine laboratoriearealer.

Tabell per 31. august 2019, inkl. avgift.

PNS Navn	TOTAL, inkl. avgift	
	² Prognose	¹¹ Fakturert Akkumulert
UNN A-fløy	1 596 114 960	1 479 240 382
A-fløy totalt	1 596 114 960	1 479 240 382
Totalentreprise	937 268 449	940 442 893
Ombygging B-fløy	47 000 000	0
Utstyr B-fløy	36 300 000	0
Bygningsmessige arbeider	86 076 204	87 958 127
VVS-installasjoner	462 500	462 500
Elkraft	3 967 726	3 979 544
Tele og automatisering	2 460 375	2 460 375
Generelle kostnader	219 607 293	219 189 838
Spesielle kostnader	103 802 744	102 865 244
Utstyr (MTU) - tidligere K209	85 632 172	82 311 937
Sikkerhetsmargin (reserve)	33 923 487	0
Byggelånsrenter	12 500 000	11 661 768
Inntekt passivhus	-6 763 116	-6 695 116
Salg av C00	-30 000 000	-30 000 000
Flytte- og rokadekostnader (andre ombygginger)	63 877 127	64 523 079
Feilføringer/omposterings Agresso	0	1 000
<i>Fakturajournal</i>	<i>0</i>	<i>79 194</i>

Totalt forbruk

Investeringer tall i mill. kr	Investerings-ramme	Sum investert	Restramme	Forbruk av disponibel ramme %
UNN A-fløy	1549	1479	71	95%

Prosjektet har brukt 1479 mill. kr. og har 5 % igjen av totalrammen på prosjektet.

3 FØLGEKOSTNADER UTEN EGEN INVESTERINGSRAMME

Vestibyleprosjektet har blitt utsatt på ubestemt tid på grunn av foretakets økonomi. Det er besluttet å gjennomføre prosjektering av løsning i løpet av 2019 slik at planer for arealene blir ferdigstilt.

Forplassen har blitt utsatt på grunn av foretakets økonomiske status. Samtidig har UNN ervervet tomteareal som ligger inntil tomten i Breivika. Drifts- og eiendomssentret har vedtatt å gå i gang med en helhetlig utredning av bruken av utearealene i Breivika inkludert en oppdatering av mulighetsstudien utført i forbindelse med idéfasen for nye arealer til rus og psykisk helse i Tromsø. Inntil denne overordnede planen for uteområder er ferdig er det iverksatt nødvendige midlertidige tiltak ved forplassen. Statuen som ble fjernet ved oppstart A-fløya vil bli reetablert.

4 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE VURDERINGER

Hovedaktivitet i prosjektet neste periode vil være etablering av ny dialyseenhet. Når budsjett for dialyseenheten er godkjent vil det være hensiktsmessig å etablere dette som eget prosjekt og ferdigstille rapportering for A-fløya.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektet

Tertialrapport 2 – 2019 pr. 30.08.19



Sveinung Hole fra Bergen og Tromsø Forskningsstiftelse deltok på åpninga av PET-senteret 1. juni 2018. Foto: Jørn Resvoll

UNN HF PET-senter - Prosjektnummer 71055

Innholdsfortegnelse

1 Innledning og sammendrag	1
1.1 Viktigste aktiviteter i denne perioden.....	1
1.2 Valideringsprosessen	1
1.3 Risikoer:.....	3
1.4 Ressursutfordringer:	3
1.5 Viktigste aktiviteter i neste periode	3
2 Fremdrift.....	4
3 Økonomihovedtall	4
Tabell per 31.august 2019, inkludert mva.	5
Totalt forbruk	6
4 Risikovurderinger i prosjektet	6
5 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger	6

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Tertialrapporten gjelder for perioden mai-august 2019. Prosjektet har i perioden fokusert på ferdigstilling av reklamasjoner og dokumentasjon.

1.1 Viktigste aktiviteter i denne perioden

De viktigste reklamasjonene som har vært jobbet med i perioden har vært å utbedre kabling mellom tekniske systemer for å oppnå mer stabil kommunikasjon mellom de tekniske systemene og styringssystemet. Dette arbeidet er nå ferdigstilt. Ut over dette har arbeidet i perioden vært knyttet til reklamasjoner og endringer i prekliniske forskningsarealer som følge av utstyrsendringer i universitetsarealene.

Det er videre i perioden gjennomført integrerte funksjonstester etter reklamasjonsarbeider og bestilte endringsarbeider, samt kontroll og finjustering av luftretning mellom de enkelte produksjonsarealene for radiofarmaka. Disse testene har vært vellykket og gir brukerne grunnlag for å etablere trygge rutiner for kontrollert oppstart av anleggene ved en eventuell driftsstans. Produksjonsarealene for FDG er nå under miljøtesting med hensyn til mikrober og kvalifisering av renrom. Det oppstod en hendelse i sommer som har påvirket dette arbeidet. En uventet driftsforstyrrelse av ventilasjon medførte stans i ventilasjon i renrom i 2 dager uten at alarm ble utløst på vaktssystemer. Årsaken til dette, og alarmrutiner er korrigert, men hendelsen medførte behov for rengjøring av renrom og restart av validering av renhet på rom.

Det har også i perioden foregått en del arbeider i forbindelse med reklamasjon og optimalisering av bakenforliggende tekniske systemer. Dette er en prosess som foregår videre til vi er i mål. I uke 37-40 skal det gjennomføres et arbeid med bytte av kabler i enkelte områder. Dette koordineres med driften av Sykehusapotekets valideringsarbeid. Det har vært kontinuerlig fokus på å lukke reklamasjoner, og det gjenstår fortsatt noen mindre kritiske arbeider. De sakene som har grensesnitt mot klinisk drift, og derfor kan berøre driften, vil etter plan ferdigstilles i løpet av oktober 2019.

1.2 Valideringsprosessen

Valideringsprosessen er avhengig av stabile tekniske anlegg, etablerte driftsrutiner for tekniske anlegg og medisinsk teknisk utstyr.

Fremdrift:

- Uke 21: Kvalifisering av renrom (installasjons- og operasjonell kvalifikasjon) ble gjennomført ved hjelp av bistand fra NorConsult. Tilfredsstillende resultater, med noen unntak som det fortsatt jobbes med å håndtere opp mot prosjekt/teknisk driftsavdeling.
- Miljøprøver (mikrobiologisk testing) av renrom i hviletilstand ble startet uke 22 i samarbeid med ekstern lab (TosLab) da mikrobiologisk avdeling på grunn av presset bemanningssituasjon ikke hadde kapasitet. Estimert lengde på denne prosessen er seks uker (tre prøvetakingsdager med ca. to ukers inkubasjons- og rapporteringstid). Dessverre opplevde man i forkant av tredje og avsluttende prøvetakingsdag at ventilasjonsanleggene som er kritiske for renromshelsen stoppet i helg og ble stående i ca. to døgn uten at teknisk driftsavdeling fikk nødvendig varsling via sentralt driftsanlegg. Dette medførte behov for ny nedvask og at hele prosessen måtte restartes.

Sammenfall med ferieavvikling medførte at man nå forventer å kunne avslutte denne fasen i ultimo uke 36.

- Ytelseskvalifisering av renrommene (PQ; Partikkeltelling og mikrobiologisk prøvetaking i kombinasjon med maksimalbelastning med personell) er planlagt tentativt i uke 37/38, men er avhengige av godkjente resultater fra testing av renrom i hviletilstand. Resultater fra denne testen kan da tidligst forventes i månedsskiftet september/oktober.
- I etterkant av renromskvalifisering har GK automasjon i samarbeid med Bravida varslet at de må utføre ytterligere reklamasjonsarbeider som medfører stans i ventilasjonsanlegg. Dette medfører behov for ny nedvask og miljøkontroll av renrom. Vi undersøker mulighetene for samkjøring med årlig kontroll og vedlikehold av renromsventilasjon og en del produksjonsutstyr, men dette betinger for eksempel at Teknisk avdeling har fått på plass avtale med ekstern leverandør av denne typen tjenester. Når renrom etter dette er reetablert vil arbeidet med å rengjøre og kvalifisere produksjonsutstyr starte. På grunn av redusert kapasitet (fire ansatte er ute i foreldrepermisjon) vil dette arbeidet pågå ut året.

Kartlegging og risikovurdering av alle prosesser pågår kontinuerlig og er grunnlag for endelige prosedyrer, planlegging av ytelseskvalifisering og prosessvalidering og kvalitetssystem generelt. Arbeidet deles inn i fem primærområder:

- Råvarer; leverandørkvalifisering, råvarekvalifisering og vareflyt
 - Kvalitets-audit hos italiensk leverandør av flere kritiske prosesskomponenter ble gjennomført ultimo juni. Det jobbes fortsatt med å kvalifisere denne leverandøren, da leverandøren har lang responstid.
- Personell og renrom
 - Utføres i sammenheng med nedvask, installasjons-/operasjonell kvalifisering og miljøkontroll.
 - Arbeid med å gå opp driftsregime og tjenesteavtaler med Teknisk avdeling i UNN. Det er avgjørende for fremdrift at Teknisk avdeling etablerer nødvendig drifts- og vedlikeholdsregime, inkludert avtaler med eksterne tjenesteleverandører.
- Produksjonsprosess
 - Defekt produksjonsutstyr må utbedres før prosessen gjenopptas. Det er dialog med GE, Medisinskteknisk avdeling (MTA) og Sikkerhetssjef IKT UNN for å fasilitere dette. Tentativt tidspunkt for korrigering er ultimo uke 38.
- Kvalitetsanalyse
 - Ytelseskvalifisering kan på grunn av avvikling av foreldrepermisjon ikke gjennomføres før Q1 2020.
 - Prosesskvalifisering er avhengig av produksjonsprosess.
 - Arbeid med leveranseavtaler med Medisinteknisk avdeling pågår fortsatt, men vi ser at det er utfordrende for MTA å allokere tilstrekkelig med ressurser på laboratoriesiden.
- IKT-systemer

- o Det pågår kontinuerlig utvikling av systemer.
- o Det har oppstått forsinkelser på grunn av flere feil funnet i batchdokumentasjons- og kvalitetssystemverktøyet. Tett dialog med leverandør som forventer å ha feilrettinger klare til installasjon i løpet av september/oktober.
- o Arbeid med service-avtaler mot Helse Nord IKT (HN-IKT) pågår.
- o Foreldrepermisjon hos nøkkelpersonell i HN-IKT gir en langsommere prosess.

1.3 Risikoer:

1.4 Ressursutfordringer:

- Ansatteressurser båndlegges i prosess med å få justere byggfunksjoner opp mot entreprenører og Teknisk avdeling, og dette er fortsatt en pågående prosess.
- Flere nøkkelkomponenter i produksjons- og kvalitetskontroll har, eller har hatt, feil. Brukere bruker mye tid på å få dette under kontroll, og i mange tilfeller har feilene vært barrierer mot fremdrift.
- Fire av sju ansatte (to hos Sykehusapoteket og to i PET-senteret) er ute i foreldrepermisjon i perioden fra og med september og ut 2019.
- Senteret inneholder svært mye avansert utstyr og systemer som krever tid å lære seg og kvalifisere, og det kan stilles spørsmål om bemanningen er tilstrekkelig.

Summen av disse utfordringene gir en utfordrende hverdag med til dels svært høyt arbeidspress for de ansatte. De ansatte er dyktige, svært dedikerte og høyt spesialiserte i sin kompetanse, og vi vurderer det som nødvendig å være proaktiv for å unngå sykemeldinger og kompetanseflukt.

Teknisk avdeling rapporterer at de fortsatt opplever behov for opplæring, reklamasjonsoppfølging etc. Hvordan kritiske anlegg som f.eks. ventilasjon og gassanlegg skal driftes og vedlikeholdes må være avklart og landet før man kan gå i gang med avsluttende kvalifikasjon og prosessvalidering. Før sommeren ble det utarbeidet en fremdriftsplan for dette arbeidet der entreprenør har planlagt å ferdigstille det kritiske av dokumentasjon sammen med Drifts- og eiendomssentret i UNN i løpet av uke 40.

Situasjonen rundt krav om markedsføringstillatelse (MT) er fortsatt uavklart og vil kunne ha betydning for oppstartstidspunkt, i tillegg til at et MT-krav vil gjøre ressursbehovet betydelig større i vår organisasjon.

1.5 Viktigste aktiviteter i neste periode

Det arbeides med å lukke mangler og utbedre reklamasjoner i tilknytning til tekniske anlegg. I tillegg skal det jobbes med oppdatering og ferdigstilling av funksjonsbeskrivelser og anleggsdokumentasjon. Etter dette er utført vil det gjennomføres en ny runde med opplæring av teknisk personell i henhold til kontrakt.

2 FREMDRIFT

	Opprinnelig plan	Faktisk
Byggestart	01.11.2015	01.11.2015
Teknisk prøvedrift	15.12.2017	15.01.2018
Klinisk prøvedrift	10.04.2018	27.04.2018
Overtakelse	10.04.2018	27.04.2018
Ferdig prosessvalidering	Desember 2018	1. tertial 2020

Entreprenøren arbeider aktivt med fortløpende å lukke pågående reklamasjoner. Arbeidene med kjente reklamasjoner i kliniske områder ferdigstilles senest uke 44.

Prosessvalideringen gjøres i regi av Sykehusapotek Nord HF (SANO), og er utfyllende beskrevet i rapporten. Valideringsarbeidet vil sannsynligvis pågå frem til 1. tertial 2020.

Det er inngått avtale med Sykehusbygg HF om evaluering av prosjektgjennomføringen som forventes startet i løpet av september 2019. UNN har ikke mottatt fremdriftsplan for dette arbeidet fra Sykehusbygg HF.

3 ØKONOMIHOVEDTALL

Vi opprettholder prognosen på et overforbruk på 62 mill. kr, uforandret fra forrige rapportering.

Tabell per 31.august 2019, inkludert mva.

	TOTAL, inkl. avgift	
PNS Navn	² Prognose	¹¹ Fakturert Akkumulert
UNN PET-senter	637 255 804	550 713 307
UNN PET-senter	637 255 804	550 713 307
Felleskostnader	0	0
Bygning	0	0
Grunnentreprise	24 240 501	24 240 501
Totalentreprise	411 018 417	411 319 162
VVS-installasjoner	237 761	298 816
Elkraft	0	0
Høyspent Troms kraft	3 375 000	3 480 687
Tele og automatisering	0	493 750
Helse Nord IKT	1 000 000	972 654
Andre installasjoner	0	0
Utendørs	747 690	747 690
Generelt	94 308 941	94 255 424
Spesielle kostnader	99 827 494	12 562 249
Forventede tillegg	0	0
Sikkerhetsmargin	0	0
Byggelånsrenter	2 500 000	1 782 184
Prisindeks	0	0
Sikkerhetsmargin P85 Helse Nord RHF	0	0
Feilføringer Agresso	0	256 276

Det har kun vært utfakturert 166 477 kroner i perioden da pågående arbeider i hovedsak dreier seg om reklamasjonsarbeid. Det pågår noe forbedringsarbeider bestilt av UNN med en forventet sluttsum på 3 mill. kroner. Avsluttende faktura til totalentreprenør på 0,6 mill. kroner har vært holdt tilbake i påvente av endelig ferdigstilling av dokumentasjon.

I tillegg til prosjektets utfakturerte kostnader er det fakturert 72.159.256 kroner i medisinsk teknisk utstyr betalt av gavemidler. Disse innkjøpene er medregnet i prosjektets prognose.

Totalt forbruk

Investeringer tall i mill kr	Investeringsramme	Sum investert	Rest-ramme	Forbruk av disponibel ramme %
UNN PET-senter	567,9	550,7	17,2	97%

4 RISIKOVURDERINGER I PROSJEKTET

Valideringsarbeidet i prosjektet vurderes fortsatt som en risikofaktor både med hensyn til ferdigstilling, godkjenninger og økonomi. I uke 37 vil det bli gjennomført en større risikovurdering der Drifts- og eiendomssenteret, Sykehusapoteket og Diagnostisk klinikk deltar. Fokus vil være fremdrift i gjenværende arbeider, validering, økonomi og tiltak.

Teknisk avdeling ved UNN har fått utarbeidet rapporter vedrørende brann- og helse-, miljø- og sikkerhetsforhold (HMS-forhold) ved nybyggene i UNN Tromsø, Breivika. Disse rapportene vil bli gjennomgått av ledelsen i Drifts- og eiendomssenteret i september 2019. Gjennomgangen vil konkludere om det er tiltak som må følges opp.

5 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

VURDERINGER

De gjennomførte arbeidene som beskrives i rapporten har vært nødvendig for å sikre driften av kritiske funksjoner i senteret. Det gjenstår fortsatt noe arbeid før alle systemer fungerer på tilfredsstillende nivå, og da i hovedsak knyttet til reklamasjonsarbeider. Sentrale anlegg for FDG produksjon er ferdigstilt.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 2 – 2019 pr. 31.08.19



Foto: Renée Simonsen

Nye UNN Narvik – Prosjekt 71003

Innholdsfortegnelse

1 Status/Sammendrag	1
1.1 Viktigste aktiviteter i perioden	1
1.2 Viktigste aktiviteter kommende periode.....	1
2 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA).....	1
3 Miljø	2
4 Økonomi	2
4.1 Plan og framdrift	3
4.2 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold (hvis aktuelt)	4
4.3 Risiko og tiltak	4
5 Organisasjonsutvikling (OU)	4
5.1 Viktigste aktiviteter i perioden	4
5.2 Viktigste aktiviteter i kommende periode	4
6 Gevinstrealisering.....	5
7 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger	5

1 STATUS/SAMMENDRAG

Tertialrapporten gjelder for perioden mai-august- 2019.

Det har vært avholdt to styringsgruppemøter i perioden.

1.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Det har pågått et intenst arbeid med å ferdigstille grunnlaget for oppstart, samt planlegge gjennomføring av forprosjektet. Det viktigste arbeidet har vært å utarbeide en K0-kalkyle for økonomien i prosjektet. Denne gir et utgangspunkt for arealrammen som det skal planlegges etter. Ut fra denne forutsetningen har det vært gjennomført prosesser med å utarbeide et romprogram som har vært tilpasset planlagt virksomhet, OU prosjektets føringer og prosjektets rammer. Utover dette pågår arbeid med IKT program, teknisk program, logistikk og miljøoppfølgingsplan, og samarbeid om bygg og drift med Narvik kommune.

Reguleringsplanarbeidet er ledet av Sweco, og det har blitt inngått avtale med Narvik kommune om å lage felles reguleringsplan for området. Dette arbeidet har avdekket hvilke begrensninger på tomten som ligger som forutsetninger som det nye sykehuset må ta hensyn til. Blant annet gjelder dette en hensynsone for fremtidig dobbeltspor for Ofotbanen og skredsoner opp mot fjell. Disse hensynene påvirker byggbart areal, plassering av bygg og muligheter for parkering.

Tunellarbeidene er inne i den testfasen og overtakelse av tunnelen er planlagt i månedsskiftet oktober/november. Tunnelen vil bli benyttet som anleggsvei i byggefasen, og åpnes ikke for alminnelig ferdsel i byggefasen.

Vedrørende framtidig kommunalt helsehus er det inngått intensjonsavtale med Narvik kommune om sambruk og samarbeid. Narvik kommune jobber med avklaringer om å benytte UNNs avtale med entreprenør for gjennomføring av forprosjekt.

1.2 Viktigste aktiviteter kommende periode

Forprosjektet har gjennomført oppstartsmøte med ansatte og brukere i Narvik for å forberede deltakere på hva som kommer til å skje i gjennomføringen av forprosjektet som starter opp 1. oktober. Før oppstarten finner sted defineres romprogrammet som skal være førende i prosjektet og arkitekt lager en revidert skisse for nytt sykehus som ivaretar hensynssoner, helsehus og interne nærhetsbehov som har fremkommet i organisasjonsutviklingsprosessen (OU-prosessen) og brukermedvirkning i prosjektet.

I perioden vil det også pågå avklaringer med Helse Nord RHF omkring fremdriftsplan og investeringsramme som oppfølging av styresak 60-2019 i UNN.

2 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ (SHA)

En prosjektleder er tilknyttet prosjektet som før. Vi har tilsatt en prosjektmedarbeider fra 1. mai med ansvarsområde teknisk oppfølging og innflyttingsfase.

Det har ikke vært rapportert uønskede hendelser på byggeplass i perioden.

3 MILJØ

Prosjektet arbeider med å utforme en egen miljøoppfølgingsplan for prosjektet. Denne vil foreligge til oppstart av forprosjektfasen og vil være styrende for prosjektets miljøprofil.

4 ØKONOMI

Prosjektet har gjennomført første grovkalkyle (K0) av prosjektet med de forutsetninger som er kjent. I tillegg til økonomiutfordringen knyttet til fremdrift som styret ble gjort kjent med i forbindelse med styresak 60-2019 i UNN, viste K0-kalkylen at der er utfordringer med hensyn til økonomi, utstyr og arealer. Konseptfasen og kvalitetssikringen av denne konkluderte med en arealramme på 27700 m² innenfor den økonomiske rammen, men K0-kalkylen viser at realistisk arealramme er begrenset til 25000 m² gitt de faktiske forutsetninger. I tillegg kommer en eventuell utfordring av økte finanskostnader beskrevet i styresak 60-2019. Prosjektledelsen og styringsgruppen har et pågående arbeid med å finne riktig bygningsmessig løsning og romprogram som er innenfor prosjektets økonomiske ramme. Dette skal foreligge før forprosjektet starter.

Tabell 1: Investeringsramme Nye UNN Narvik

Investeringsramme Nye UNN Narvik 2019-2024 (mill kr)							
Tidl år	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Sum
130	54	188	566	681	571	80	2270

Tabell 2: Oversikt over totalt forbruk i prosjektet

Forprosjekt, tomt og tunnelarbeider		TOTAL, inkl. avgift	
PNS	PNS Navn	Godkjent budsjett	Fakturert Akkumulert
	UNN Narvik totalt	203 000 000	172 179 706
01.	Tomt	30 000 000	25 325 571
02.	Bygning	0	0
02.1	Vei og tunnel	135 000 000	129 527 433
02.2	Totalentreprise Forprosjekt	0	0
02.3	Totalentreprise Gjennomføring	0	0
02.4	Detaljregulering	2 000 000	1 095 213

03.	VVS	0	0
04.	Elkraft	0	0
05.	Tele- og automatisering	0	7 310
06.	Andre installasjoner	0	0
07.	Utomhus	0	0
08.	Generelle kostnader	36 000 000	16 224 179
81	Programmering	0	0
82	Prosjektering	26 000 000	3 732 830
83	Administrasjon	10 000 000	8 931 805
84	Bikostnader	0	864 324
85	Forsikringer og gebyrer	0	606 605
89	Andre generelle kostnader/oppfølging	0	2 088 615

Økonomitabell Nye UNN Narvik, inkl. mva. Prosjektets har totalt forbrukt 172 mill kroner og har en økonomi i tråd med budsjett.

4.1 Plan og framdrift

Milepæler	Dato	Revidert 04.09.19
Reguleringsplan med konsekvensutredning	3. kvartal 2018 – 2. kvartal 2019	Q3 2018 – Q1 2020
Veg og tunell	2. kvartal 2018 – 2. kvartal 2019	Q2 2018 – Q3 2019
Forprosjekt med medvirkning	1. kvartal 2019 – 3. kvartal 2019	Q2 2019- Q1 2020
Byggefase	Start andre halvår 2019 Første kvartal 2020	Q2 2020
Prøvedrift	Fra 3. kvartal 2022	Uendret
Ferdig	2023	Uendret

Tidsplanen for forprosjektet er svært komprimert. Det betyr at det er en risiko for forsinkelse av forprosjektet. Det er viktig å ta inn over seg at forprosjektfasen er den viktigste fasen i

prosjektet for å designe innhold og funksjon i det nye sykehuset. Det prioriteres å få et godt forankret og gjennomarbeidet forprosjekt.

Det pågår avklaringer med Helse Nord omkring fremdriftsplan på bygging.

4.2 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold (hvis aktuelt)

Disse forholdene ivaretas gjennom kontraktsbestemmelser og følges opp av byggherreombud.

4.3 Risiko og tiltak

Spesielt fokus på helse, miljø og sikkerhet (HMS) og miljøstyring i prosjekteringsfase. HMS-arbeidet følges opp av innleid byggherreombud.

5 ORGANISASJONSUTVIKLING (OU)

5.1 Viktigste aktiviteter i perioden

- OU-prosjektet har i rapporteringsperioden deltatt i arbeidet med å utarbeide grunnlag for Byggeprosjektet i utformingen av romlister og delfunksjoner, i utarbeidelse av et IKT-konsept og et logistikkonsept.
- Gjennomført en workshop den 17.6.2019. Hensikten med workshopen var å få innspill fra brukere til hvilke funksjoner som bør være i tilknytning til ankomst- og oppholdsarealene i Nye UNN Narvik. Deltakere fra brukerorganisasjoner, UNN sitt brukerutvalg, brukerpanelet i Narvik og frivillighetskoordinator.
- Månedlige samarbeidsmøter med Narvik kommune.
- Deltakelse i UNN sin stormottakersatsing.
- Månedlig samarbeidsforum med lokale hovedtillitsvalgte, hovedverneombudet og verneombudet for Nye UNN Narvik.
- Planlagt samarbeidet Smittevernssenteret og Bedriftshelsetjenesten.
- Planlegging av møte med fastlegene (fastlegeforum) i UNN Narvik sitt opptaksområde.
- Møte den 19.6.2019 med hovedtillitsvalgte og verneombud ved UNN Narvik vedrørende prosessen for å avklare romlister og delfunksjoner. Deretter gjennomført to informasjonsmøter med tillitsvalgte og verneombud om status romlister.
- Møte med klinikkssjef og klinikkrådgiver den 1.7.2019 i Psykisk helse- og rusklinikken vedrørende romlister og delfunksjoner.
- Informert om Nye UNN Narvik i rekrutteringsmøte med overleger 14.8.2019.

5.2 Viktigste aktiviteter i kommende periode

- Møte med fastlegene i UNN Narvik sitt opptaksområde.
- Møte med Brukerutvalget vedrørende brukerrepresentasjon i de pågående arbeidsprosessene knyttet romlister og delfunksjoner.
- Utarbeide videre planer for OU-prosjektet inkludert pasientforløpsarbeidet og arbeidsflyt.
- Møte med seksjon for Ledelse og organisasjonsutvikling. Tema: Rekruttering, arbeidsmiljø, sykefravær, organisasjonsutvikling og organisering.

- Avklare videre samarbeid med Nasjonalt senter for e-helseforskning om aksjonsforskning og evalueringsforskning av pasientforløp, utvikling og bruk av teknologi og samhandlingsløsninger.
- Deltakelse i workshop C3 og 3P.
- Videreføre samarbeidet med UiT/Norges arktiske universitetet, Campus Narvik. Stikkord: Avklare mulighetene for å utvikle en Living Lab, helsetjeneste-teknologiklynge, utdanning og forskning. Ferdigstille avtalen mellom partene.

6 GEVINSTREALISERING

Det er utarbeidet en plan for gevinstrealisering som er tatt inn i styringsdokumentet for prosjektet.

7 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

VURDERINGER

Utbyggingssjefens vurdering er at arbeidet pågår i en takt som er forenlig med prosjektets fremdriftsplan. Det er planlagt styringsgruppemøte 19. september og 7. oktober for å sikre at nødvendige beslutninger kan tas i prosjektet for å starte forprosjektet i henhold til plan.

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
73/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	7.10.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Lars Øverås

Forberedende virksomhetsplanlegging 2020**Innstilling til vedtak**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saken om status i virksomhetsplanlegging for 2020 til orientering.

Bakgrunn

Styret har tidligere i år behandlet sak om forberedelsene til virksomhetsplan for 2020, se styresak 54/2019 behandlet i møte 20. juni 2019.

Denne saken gir styret oppdatert informasjon om status i arbeidet med virksomhetsplan for 2020.

Direktørens ledergruppe gjennomførte virksomhetsplankonferanse II 20.8.2019. Etter dette er omstillingsutfordringen fordelt på klinikkene og sentrene og budsjettprosessen er i gang. Frem til 1.11.2019 skal budsjett og tiltaksplaner utarbeides, og budsjettnotat med beskrivelse av budsjett og tiltaksplaner skal leveres av alle klinikker og senter. Det er kalt inn til dialogmøter/virksomhetsplangjennomgang i november. I disse møtene vil klinikkens budsjetter bli gjennomgått.

Formål

Formålet med saken er å orientere styret ved UNN om status i virksomhetsplanleggingen for 2020.

Saksutredning

Vedlagte saksfremlegg viser status på virksomhetsplanleggingen innen følgende områder:

Satsingsområder for 2020

Direktøren ønsker at satsingene skal føre oss frem mot målet om å levere pasientens helsetjeneste, og gjøre oss til en enda mer attraktiv arbeidsplass nasjonalt. Det innebærer blant annet at:

- UNN leverer tjenester av høy kvalitet, som også inkluderer pasientens og pårørendes opplevelser
- Ved UNN praktiseres samvalg
- UNN jobber systematisk med pasientsikkerhet, læring og forbedring
- Ved UNN erkjennes sammenhengen mellom pasientsikkerhet og arbeidsmiljø, og det jobbes systematisk for å forbedre begge deler og samspillet mellom disse

For å nå våre mål må vi jobbe videre også med de tidligere planlagte satsingene: Pasienter som trenger oss ofte (stormottakere), rekruttering og stabilisering, og innkjøp.

Omstillingsutfordring 2020

Den totale omstillingsutfordringen for 2020 fastsettes til 254 mill kr. Dette forutsetter at inngangshastigheten er 0.

Fordeling omstillingsutfordring 2020

Det er i saksfremlegget beskrevet ulike alternativer for fordeling av omstillingsutfordringen. Direktøren har fordelt omstillingen i henhold til alternativ 1 i saksfremlegget.

Egne prioriteringer 2020

Det er satt av 80 mill kr til egne prioriteringer. Denne potten må brukes til å sikre oppfølging av strategiske utviklingsområder i UNN.

Vurdering

I omstillingsutfordringen for 2020 som er på 254 mill kroner, er det lagt inn 80 mill kroner til egne prioriteringer og 80 mill kroner som eget overskuddskrav. Dette er de samme beløpene som direktøren har presentert tidligere for styret, og som direktøren mener er helt nødvendig. Den økonomiske situasjonen til UNN er fremdeles krevende, og prognosen ble i vår endret til 20 mill kroner. Til tross for dette er det direktørens vurdering at det er nødvendig å gjennomføre ytterligere omstilling for å frigjøre midler til nødvendig medisinsk teknisk utstyr, og nødvendig faglig utvikling. Situasjonen i dag er at det kun er midler til å erstatte utstyr ved kassasjon. Dette er ikke en holdbar situasjon for foretaket over flere år.

Omstillingsutfordringen er av en slik størrelse at det vil kreve større endringer i hvordan UNN er organisert og driver sine tjenester. Tiden fram mot 2020 vil derfor måtte brukes effektivt for å kunne møte utfordringen.

Omstillingsutfordringen for 2020 er fordelt etter en litt annen modell enn tidligere år. Psykisk helse og rus for barn, unge og voksne er blitt skjermet for omstillingskrav i 2020. Dette resulterer i redusert omstillingsutfordring for Psykisk helse- og rusklinikk (PHRK) og Barne- og ungdomsklinikk (BUK). Samtidig har Akuttmedisinsk klinikk (Akutt) og Operasjons- og intensivklinikk (OPIN) fått noe mindre omstillingsutfordringer. For OPIN er lettelsen av omstillingsutfordringen midlertidig, og det forventes at klinikken skal hente dette inn over de neste tre år. Dette da det er store utfordringer med rekruttering ved intensiv som ikke vil løses i 2020. Noen av klinikkene og sentrene har fått ekstra omstillingsutfordringer på bakgrunn av muligheter for økte inntekter og økte forventninger til besparelser.

Plantallene for 2020 som er levert inn av klinikkene i vår vil bli revidert i budsjettprosessen, slik at vi sikrer sammenheng mellom aktivitet og økonomi.

Det er satt av 80 mill kroner til egne prioriteringer i 2020. For å utløse budsjettmidlene må regnskapene være i balanse i utgangen av hhv 1. og 2. tertial. Direktøren vil prioritere følgende områder:

Allerede besluttede tiltak, 25 mill kroner

- Nye leieavtaler for ambulanse og SKDE utgjør en økt kostnad pr år på 4,75 mill kroner
- Forvaltning, drift og vedlikehold av C00, ambulansestasjon Harstad og rest A-fløy i Breivika har en kostnad på 4,65 mill kroner
- Leie lokaler til erstatning for bygg 10 på Åsgård gir en merkostnad på 5,8 mill kroner
- Ny avtale for matvarer har en prisvekst på 7 % og utgjør en merkostnad på 0,5 mill kroner
- Ny avtale for tekstiler og vaskeritjenester øker de årlige kostnadene med 3,0 mill kroner
- Nye garderobeskap til ambulansestasjon i Tromsø koster 5,9 mill kroner

Pakkeforløp PHRK/BUK, 10 mill kroner

I forbindelse med innføring av pakkeforløp innenfor psykisk helsevern er det nødvendig å tilføre økte ressurser. Pakkeforløpenes mål er å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer slik at muligheter for raskere symptomlette og bedre livskvalitet, økes. Det er utarbeidet fem mål for arbeidet, basert på dagens utfordringsbilde:

1. Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
2. Sammenhengende og koordinerte pasientforløp
3. Unngå unødig ventetid
4. Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
5. Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Antall pasientforløp 2018 beregnet 8600.

Stormottakersatsing inkl Fleksible aktivt oppsøkende behandlingsteam (FACT), 20 mill kroner

Stormottakersatsingen skal adressere de 10 % av pasientene som har sammensatte behov og kompliserte og komplekse forløp som trenger ekstra koordinering mellom alle aktører i helsevesenet. Til disse pasientgruppene går i dag 2/3 del av helsevesenets samlede ressurser. Satsingen har som mål å levere pasientsentrerte, helhetlige og proaktive tjenester. Det er bred forståelse i helsevesenet om at utfordringene som denne inhomogene pasientgruppen har, må prioriteres og forbedres. Utover det legger regjeringen sterke føringer for at helsevesenet i enda sterkere grad enn i dag skal ta utgangspunkt i pasientens behov, og at dette skal legges til grunn for alt helsevesenet foretar seg framover. Pasientens mål og preferanser skal være rettesnor for hvordan tjenestene innrettes. Dette vil bidra til å forskyve noe av behandling og oppfølging ut av sykehuset, noe som det også skal tas hensyn til i framskrivningsberegningene for sykehusets sengekapasitet i årene som kommer.

Etablering av ACT-lignende team er en prioritert del av UNNs langtidsplan 2018-2021 (styresak 28/2017). Organisasjons- og behandlingsmodellen er forskningsmessig dokumentert og anerkjent nasjonalt og internasjonalt. (F)ACT team er en del av nasjonale føringer innenfor psykisk helsevern og rus. ACT-team eller Aktivt oppsøkende behandlingsteam har som mål å møte behovene til pasienter og brukere med alvorlig psykisk lidelse med eller uten samtidig rusmiddelproblematikk og nedsatt funksjon på flere livsområder, der det etablerte behandlingsapparatet ikke har klart å etablere tilfredsstillende kontakt og behandling. Arbeidsformen vil være utstrakt ambulant virksomhet.

Kvalitetsforbedringsprosjekt mv, 5 mill kroner, med foreslått fordeling:

- Videreføre og forsterke arbeidet med å forebygge og behandle trykksår, 2 mill kroner
- Økt ressurstilførsel til drift av noen nasjonale kvalitetsregistre UNN er dataansvarlig for og som er underfinansiert av Helse Nord, 1,5 mill kroner.
- Andre pasientsikkerhets-/kvalitetsforbedrings tiltak, 1,5 mill kroner

Akutt- og mottaksmedisin, 10 mill kroner

Dette handler om oppbemanning og kompetanseheving i akuttmottakene på alle tre lokalisasjoner. Dette vil resultere i et løft for samhandlingen med resten av sykehuset. Denne satsningen er enda ikke planlagt i detalj. Den vil handle om å starte LIS-utdanningen innenfor den nye spesialiteten akutt- og mottaksmedisin. Videre vil det vurderes organiseringen av mottak av akutt syke pasienter gjennom for eksempel en utredningsenhet etterfulgt av en korttidspost, og hvorvidt dette kan bidra til mer effektive pasientforløp og redusere trykket på de høyspesialiserte sengepostene.

Økt utdanningskapasitet LIS, 10 mill kroner

UNN mangler utdanningskapasitet for noen legespesialiteter, og for å møte fremtidens behov på legesiden er det riktig å satse på å opprette flere LIS-stillinger. Eksempler på fagfelt hvor det er behov for flere er anestesi, radiologi, psykisk helse og rus, og ortopedi.

Medvirkning

Det vises til vedlagte protokoll fra drøftingsmøte 27. september 2019.

Konklusjon

Arbeidet med virksomhetsplan for 2020 følger planlagt fremdrift. Omstillingsutfordringen er krevende og direktøren følger arbeidet tett. Styret vil få ny statusrapport i styreseminaret i november, og da med fokus på omstillingsarbeidet i klinikkene og sentrene. Endelig forslag til virksomhetsplan for 2020 behandles i styrets møte i desember.

Tromsø, 1.10.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Saksfremlegg forberedende virksomhetsplanlegging 2020



Sak: Forberedende virksomhetsplanlegging 2020
Til: Styret UNN HF
Fra: Økonomisjef Lars Øverås
Møtedato: 7.10.2019

Saksfremlegg

Virksomhetsplankonferanse II for 2020 ble gjennomført med direktørens ledergruppe tirsdag 20.8.2019. Første del ble avholdt 1.3.2019, og deltakerne var direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud. I første del ble omstillingsutfordringen for 2020 lagt frem. Klinikken presenterte sine 3 viktigste behov for 2020 med hensyn til drift og tilførsel av ramme. De 3 viktigste behovene har i ettertid vært til behandling i direktørens ledergruppe, hvor det er diskutert hvilke behov som bør prioriteres.

Den gylne regel er ikke oppnådd i UNN, og 1.3.2019 ble det derfor besluttet at psykisk helse og rus ikke skal ta del i omstillingsutfordringen. Det betyr at omstillingsutfordringen på 254 mill kroner skal dekkes av den øvrige del av organisasjonen.

Målet for virksomhetsplankonferansen del II var:

- Enighet om fokusområder
- Enighet om omstillingsutfordring
- Enighet om egne prioriteringer

1. Fokusområder

Våre tre satsingsområder vil være i fokus gjennom hele 2020. Det er som tidligere kommunisert satt et mål om en økonomisk besparelse på innkjøpsområdet i 2020 på 50 mill kroner. Innenfor de øvrige områdene er ikke arbeidet med gevinstrealisering kommet så langt at vi kan legge til grunn konkrete innsparinger.

Utviklingen gjennom de siste årene viser at kostnadene i UNN har økt betydelig, spesielt fra 2018 til 2019 hvor økningen er 5,9 %. De store tallene ligger på personalkostnader, som også de øker med 5,9 %. På avskrivningene ser vi også en kostnadseffekt av A-fløyen og PET senteret. UNN hadde en reduksjon av reisekostnader i 2018 sammenlignet med 2017, men disse er økt igjen i 2019, til tross for mindre innleie i år. Dette er ikke den største kostnadsposten, men er av de enkleste postene å redusere. Vi bør derfor øke fokuset på reisekostnadene fremover. Medikamentkostnadene er en viktig faktor for å lykkes i innkjøpsatsingen. Kostnadene for medikamenter har økt med 20 mill kroner fra 2018 til 2019.

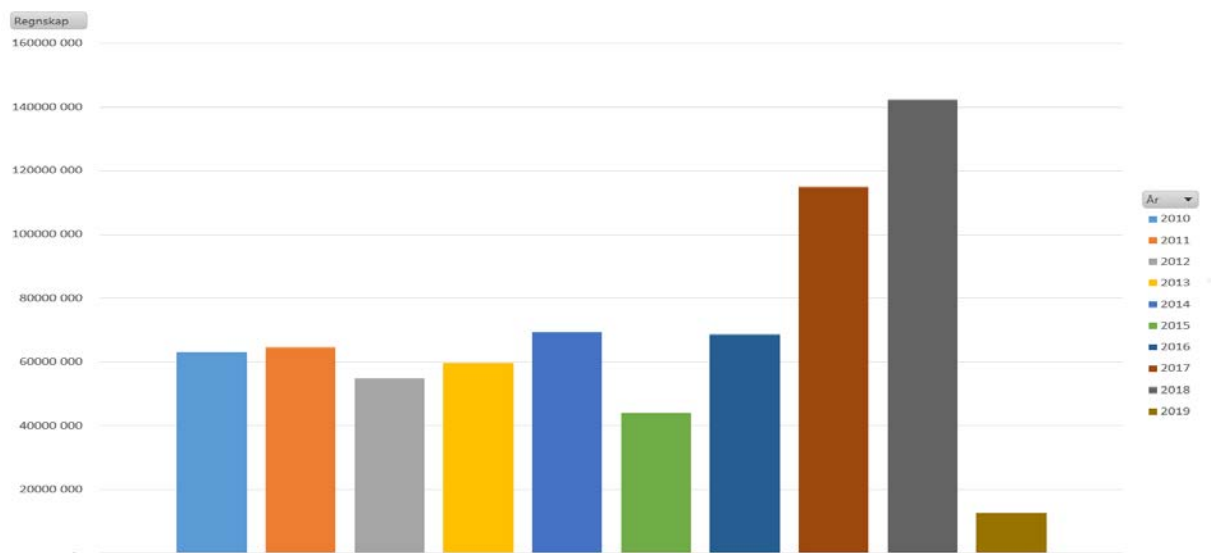
Et annet område det er store forventninger til er lab rekvisita ved PET senteret. I forbindelse med byggingen av PET senteret er prosessen med å produsere egne radiofarmaka forsinket. Dette gir oss i år en estimert merkostnad på 1,5 mill kroner per måned. Tabell 1 viser utviklingen av kostnadssiden fra 2016-2019 pr juli.

Tabell 1. Utvikling i kostnader 2016-2019

Tall i tno	2019 vs 2018				2019 vs 2017				2019 vs 2016			
	2019	2018	Endr (tnok)	Endr (%)	2019	2017	Endr (tnok)	Endr (%)	2019	2016	Endr (tnok)	Endr (%)
Totale kostnader	4 457 839	4 211 059	246 780	5,9 %	4 457 839	4 121 101	336 738	8,2 %	4 457 839	4 103 139	354 700	8,6 %
Innleie	56 756	67 635	-10 879	-16,1 %	56 756	50 968	5 788	11,4 %	56 756	34 721	22 035	63,5 %
Medikamenter og blod	203 475	189 515	13 960	7,4 %	203 475	166 919	36 556	21,9 %	203 475	175 372	28 103	16,0 %
Implantater og forbruksvarer	237 758	226 402	11 356	5,0 %	237 758	212 711	25 047	11,8 %	237 758	230 763	6 995	3,0 %
Kjøp av tjenester	160 435	165 651	-5 216	-3,1 %	160 435	163 660	-3 225	-2,0 %	160 435	164 769	-4 334	-2,6 %
Andre kostnader varekjøp	35 683	38 245	-2 562	-6,7 %	35 683	33 789	1 894	5,6 %	35 683	35 945	-262	-0,7 %
Personalkostnader inkl innleie	3 009 821	2 842 201	167 620	5,9 %	3 009 821	2 812 691	197 130	7,0 %	3 009 821	2 701 157	308 664	11,4 %
Personalkostnader ekskl innleie	2 953 065	2 774 566	178 499	6,4 %	2 953 065	2 761 723	191 342	6,9 %	2 953 065	2 666 436	286 629	10,7 %
Månedssverk (ekskl innleie)	6 565	6 432	133	2,1 %	6 565	6 412	153	2,4 %	6 565	6 379	186	2,9 %
Personalkostnader pr mndverk	64,26	61,62	3	4,3 %	64,26	61,53	3	4,4 %	64,26	59,71	5	7,6 %
Reisekostnader	38 960	33 000	5 960	18,1 %	38 960	36 760	2 200	6,0 %	38 960	35 446	3 514	9,9 %
Utstyr	36 171	44 871	-8 701	-19,4 %	36 171	41 239	-5 068	-12,3 %	36 171	49 491	-13 320	-26,9 %
Avskrivninger	152 899	117 283	35 616	30,4 %	152 899	121 160	31 739	26,2 %	152 899	144 447	8 452	5,9 %
Andre driftskostnader	582 638	553 891	28 748	5,2 %	582 638	532 173	50 465	9,5 %	582 638	565 749	16 889	3,0 %

Det akkumulerte budsjettavviket pr juli er negativt med 33,4 mill kroner. Av dette avviket består 25,9 mill kroner av personalkostnader inklusive innleie. Variabellønningen er generelt sett høy, og innleie alene er 40,2 mill kroner over budsjett. Om vi ser på utviklingen på innleie har vi forbrukt 10,9 mill kroner mindre enn i 2018, men 5,8 mill kroner mer enn i 2017 på samme tid. Som vi ser av figur 1 var innleie stabilt rundt 60 mill kroner per år frem til 2017. Til sammenligning med 2016 er innleiekostnaden i år 22 mill kroner høyere per juli.

Figur 1. Utvikling innleie 2010-2018



Samtidig med utviklingen på innleie har vi et økt forbruk av overtid, samt økte kostnader for vikar/engasjement. Tabell 2 viser utviklingen av personalkostnader pr juli fra 2016 til i dag.

Tabell 2 Utvikling personalkostnader inklusive innleie 2016-2019

NY-art (tall i hele 1 000)	2016	2017	2018	2019
5.1 - fast lønn	1 249 271	1 334 353	1 373 880	1 458 076
5.2 - tillegg	296 741	317 192	320 088	341 065
5.3 - overtid	103 466	112 860	113 151	120 492
5.4 - vikarer/engasjementer	147 379	146 327	144 221	167 082
5.5 - innleie fra firma/privat	34 721	50 968	67 635	56 756
5.6 - refusjoner	-150 609	-149 156	-155 832	-163 246
5.7 - annen lønn	145 788	154 702	150 782	158 169
5.8 - sosiale kostnader	849 649	822 558	803 199	850 207
5.9 - kurs og andre personalkostnader	24 751	22 888	25 078	21 221
Totalsum	2 701 157	2 812 691	2 842 201	3 009 821

Oppsummert har vi følgende fokusområder i 2020:

- Personalkostnader, inklusive innleie
- Innkjøp, hvor det er store forventninger til medikamentkostnader
- Laboratoriekostnadene i PET
- Reisekostnader

2. Omstillingsutfordring

Omstillingsutfordringen for 2020 er 254 mill kroner. Denne ble justert ved første virksomhetsplankonferanse da det ble besluttet at det til egne prioriteringer skulle avsettes 80 mill kroner. Samtidig satte vi også eget overskuddskrav til 80 mill kroner. I virksomhetskonferanse II bekreftet ledergruppen at et slikt omstillingskrav var nødvendig.

Omstillingsutfordringen ble fastsatt til 254 mill NOK for å øke handlingsrommet med hensyn til investeringer og viktige satsinger i årene fremover. Vi har per i dag et betydelig etterslep i investeringer. Reduksjon av egne prioriteringer vil gi færre muligheter til nye forbedrings- og satsingsområder i 2020. Tabell 3 viser oversikt over omstillingsutfordringen for 2020.

Følgende tre alternativer ble vurdert i møtet, der alternativ 1 ble besluttet:

Alt. 1: Omstillingsutfordring består som 254 mill kroner

Alt. 2: Egne prioriteringer reduseres til 40 mill kroner. Omstillingsutfordring blir dermed 214 mill kroner.

Alt 3: Både egne prioriteringer og eget overskuddskrav reduseres til 40 mill kroner hver. Omstillingsutfordring blir dermed 174 mill kroner.

Tabell 3 viser hva omstillingsutfordringen for 2020 består av:

OMSTILLINGSUTFORDRING 2019	Minus = inntekter / reduserte kostnader Pluss = økte kostnader					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Inngangshastighet	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Engangskostnader 2019	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sum korreksjon for engangseffekter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kapitalkompensasjon UNN Narvik	0,0	0,0	0,0	0,0	-40,0	-50,0
Innfasing inntektsmodell utdanning	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2
Oppdatering inntektsmodell somatikk *	21,8	35,9	35,9	35,9	35,9	35,9
Tromsundersøkelsen	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Styrking HF	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (0,7 %):						
Herav reduserte takster/ISF	15,0	30,0	45,0	60,0	75,0	90,0
Effektiviseringskrav (pasientreiser og klinisk farmasi)	3,3	6,6	9,9	13,2	16,5	19,8
Sum endrede eksterne inntektsforutsetninger	52	84	103	121	99	108
Endring IKT kostnader	30,0	42,3	49,1	47,5	19,5	6,5
Endring avskrivninger og rentekostnader	12,0	23,0	44,0	114,0	107,0	117,0
Prioriteringer 2020	50,0	100,0	150,0	200,0	250,0	300,0
Langtidsplan	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Internt overskuddskrav **	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0
Sum endrede internt påførte økte utfordringer	202	275	353	472	487	534
Omstillingsutfordring UNN	254	360	456	593	586	641
Omstillingsutfordring i %	2,8 %	1,4 %	1,3 %	1,8 %	-0,1 %	0,7 %
Årlig endring omstillingsutfordring		106	96	137	-7	55

3. Fordeling omstillingsutfordring

Fordelingen av omstillingsutfordringen er utfordrende også for 2020. Den gylne regel er ikke oppnådd i UNN og 1.3.2019 ble det derfor besluttet at psykisk helse og rus ikke skal ta del i omstillingsutfordringen. Det trengs en realitetssjekk av budsjettene per klinikk, og det må derfor også vurderes en eventuell omfordeling mellom klinikker. Det ble lagt frem fire alternativer i

virksomhetsplankonferansen II til hvordan omstillingsutfordringen skal fordeles. Disse alternativene ble diskutert i grupper på 3 og 3. Følgende alternativer ble lagt frem:

Alternativ 1:

Tabell 4 viser fordeling etter «gammel metode» som er basert på personalkostnader – alternativ 1. Endringen fra tidligere er at psykisk helse og rus sin andel (tidligere 50% av sin andel) er fordelt på resterende klinikker og senter.

Tabell 4 omstillingsutfordring etter «gammel metode»

Klinikknavn	%	Beløp (mnok)
Akutt	10 %	25,9
K3K	14 %	35,4
HLK	8 %	19,6
MK	12 %	29,7
BUK	3 %	6,5
OPIN	13 %	34,3
NOR	15 %	38,1
PHRK	0 %	-
DK	12 %	30,7
DES	6 %	16,2
KVALUT	3 %	8,6
Stabssenteret	4 %	9,0
Totalt	100 %	254,0

Alternativ 2

Neste alternativ (tabell 5) tar utgangspunkt i at enkelte klinikker har større økonomisk handlingsrom i form av inntekter enn andre klinikker. K3K har en økning i operasjonskapasiteten fra mars 2019 gitt positiv effekt både i form av høyere ISF inntekter og en lavere kostnad til gjestepasienter. I tillegg har klinikken et mulighetsrom i forbindelse med kodearbeidet. Summen av disse vurderes til 14 mill kroner. NOR klinikken har tilsvarende muligheter på inntektssiden som K3K. Samtidig har aktiviteten økt bra i 2019. På bakgrunn av dette økes kravet for klinikken med 16 mill kroner. HLK har fått betydelige finansieringer siste året. Alle stillingene er hittil ikke blitt besatt. Klinikken har en økning i aktiviteten og bør ha muligheter for å øke inntjeningen med 5 mill kroner. For Medisinsk klinikk er det utfordrende med personalkostnadene i Harstad og Narvik. Samtidig bufrer laboratorieinntekter fra mikrobiologen opp for de utfordringen klinikken står overfor. Det har vært betydelig økte priser i mikrobiologien som gir klinikken en positiv effekt på 1 mill kroner pr måned. Klinikken får derfor et økt krav i 2020 på 12 mill kroner.

Dersom dette legges til grunn er det økte inntekter på 47 mill kr som kan tas med som en del av omstillingsfordelingen. Resterende omstillingsbehov er da 207 mill kr som fordeles etter «gammel metode».

Tabell 5 omstillingsutfordring etter økt handlingsrom inntekter

Klinikknavn	%	Muligheter	Rest (mnok)	Totalt (mnok)
Akutt	10 %		21,1	21,1
K3K	14 %	14,0	28,8	42,8
HLK	8 %	5,0	15,9	20,9
MK	12 %	12,0	24,2	36,2
BUK	3 %		5,3	5,3
OPIN	13 %		27,9	27,9
NOR	15 %	16,0	31,1	47,1
PHRK	0 %		-	-
DK	12 %		25,0	25,0
DES	6 %		13,2	13,2
KVALUT	3 %		7,0	7,0
Stabssenteret	4 %		7,4	7,4
Totalt	100 %	47,0	207,0	254,0

Alternativ 3

Alternativ 3, vist i Tabell 6, er basert på andel personalkostnader, men med justeringer basert på tildeling til klinikker med store utfordringer. De klinikkene som har større utfordringer enn andre er Akuttmedisinsk klinikk, Operasjons- og intensivklinikken og Diagnostisk klinikk. I tillegg har Psykisk helse og rus klinikken dårlige resultater i 2019, men de hadde gode resultater i 2018. I Akuttmedisinsk klinikk ser vi en økning i aktiviteten som ikke gir noen inntektsøkning. Klinikken har en prognose på negativt budsjettavvik på 12 mill kroner i 2019. Samtidig er det fremdeles mulige innsparingsmuligheter i Akuttmedisinsk klinikk, slik at det ikke er rimelig at klinikken får tilført hele beløpet. Forslaget går derfor ut på at klinikken får tilført 9 mill kroner. Dette da klinikken har et lavere handlingsrom som følger av at inntektene ikke følger aktiviteten.

Operasjon- og intensivklinikken har slitt med negative tall over flere år. Også her er det begrenset handlingsrom som følger av inntektssiden. Prognosen for 2019 er et negativt budsjettavvik på 42 mill kroner. Denne prognosen skal bli tøff å nå, og det er betydelig risiko for et dårligere resultat. Alt avviket kommer ikke av for lite budsjett, men det kan være deler av avviket som kommer av for lavt budsjett. Nye A-fløy med enkeltrom har fordyret personalkostnadene i klinikken. Det samme har mangelen på intensivsykepleiere. Likevel kan noe av dette forbedres fremover og i løpet av 2020. Det foreslås i alternativ 3 at Operasjon- og intensivklinikken får tildelt 25 mill kroner. Av dette skal 15 mill kroner fases tilbake over de neste tre år med 5 mill kroner per år. Dette da det ikke finnes quickfix for manglende ressurser i markedet.

Diagnostisk klinikk har utfordringer med PET-senteret og røntgen leger. I utgangspunktet skal PET-senteret produsere egen radiofarmaka i hele 2020 og kostnadsbesparelsen blir dermed 18 mill kroner. Samtidig er det usikkerhet rundt oppstarten av egenproduksjon. I tillegg er det en solid økning av antall undersøkelser. På bakgrunn av dette tilføres Diagnostisk klinikk 12 mill kroner i alternativ 3.

Til sammen gir dette oss en ekstra tilføring av budsjett på 46 mill kroner. Dette må hentes inn på andre klinikker og senter. I mars 2019 ble operasjonskapasiteten økt. For denne økningen har Operasjons- og intensivklinikken blitt tilført budsjett i forbindelse med ekstra kostnader. NOR klinikken og K3K klinikken har økte ISF inntekter og reduserte gjestepasientkostnader som følger av endringen. Disse ekstra effektene har klinikkene i 2019 fått beholde. For 2020 foreslås

det i alternativ 3 at klinikkene skal trekkes 9 mill kroner hver for økningen av operasjonskapasiteten. Til sammen gir dette 18 mill kroner.

I den økonomiske situasjonen må også stabsfunksjonene redusere kostnadsnivået. Det må gjøres en ordentlig gjennomgang i hvert enkelt senter på hvilke oppgaver som må gjøres og hvilke som kan kuttes. For KVALUT betyr dette en ekstra reduksjon i budsjett på 15 mill kroner for alternativ 3. Stabssenteret som nå er personal, økonomi, kommunikasjon og virksomhetssjef hvor administrasjon, OU-bygg og foretaksadvokatene inngår, må også ta sin del av innsparingen. De siste årene har refusjoner i forbindelse med sykefravær hjulpet resultatet for senteret. Besparelsen i alternativ 3 er på 7 mill kroner. Det siste senteret som ikke har klinisk virksomhet er Drifts- og eiendomssenteret. Innsparingen her for alternativ 3 er på 6 mill kroner. Tabell 6 viser omstillingsutfordringen basert på alternativ 3.

Tabell 6 omstillingsutfordring etter utjevning

Klinikknavn	%	Beløp (mnok)	Endring	Total
Akutt	10 %	25,9	-9,0	16,9
K3K	14 %	35,4	9,0	44,4
HLK	8 %	19,6		19,6
MK	12 %	29,7		29,7
BUK	3 %	6,5		6,5
OPIN	13 %	34,3	-25,0	9,3
NOR	15 %	38,1	9,0	47,1
PHRK	0 %	-		-
DK	12 %	30,7	-12,0	18,7
DES	6 %	16,2	6,0	22,2
KVALUT	3 %	8,6	15,0	23,6
Stabssenteret	4 %	9,0	7,0	16,0
Totalt	100 %	254,0	0,0	254,0

Alternativ 4

Til slutt tar vi med et fjerde alternativ som er en blanding av alternativ 2 og 3. Denne fordelingen kommer frem i tabell 7.

Tabell 7 viser en kombinasjon mellom tabell 4 og 5

Klinikknavn	%	Endring (mnok)	Rest (mnok)	Total (mnok)
Akutt	10 %	-9,0	22,9	13,9
K3K	14 %	14,0	31,3	45,3
HLK	8 %	5,0	17,3	22,3
MK	12 %	12,0	26,3	38,3
BUK	3 %		5,8	5,8
OPIN	13 %	-25,0	30,4	5,4
NOR	15 %	16,0	33,8	49,8
PHRK	0 %		0,0	-
DK	12 %	-12,0	27,2	15,2
DES	6 %	6,0	14,3	20,3
KVALUT	3 %	15,0	7,6	22,6
Stabssenteret	4 %	7,0	8,0	15,0
Totalt	100 %	29,0	225,0	254,0

Kolonnen «endring» viser hvilke klinikker som får tilført midler (minus foran tallet) og hvilke som får en økt omstillingsutfordring.

Resultatet av gruppearbeidet var et kombinasjon av flere alternativer. Ut fra tilbakemeldingene i diskusjonen av gruppearbeidet ble det i direktørens ledermøte lagt frem et nytt alternativ som også ble besluttet som endelig omstillingsutfordring. Resultatet er vist i tabell 8 under.

Tabell 8 viser endelig fordeling av omstillingsutfordring

Omstilling	Kostn mnok	%	Innkjøp	Muligheter	Rest	Totalt	% av kostn
Akutt	480	10 %	3	-8	15	10	2,0 %
K3K	690	14 %	5	10	21	35	5,0 %
HLK	392	8 %	4	5	12	20	5,0 %
MK	652	12 %	6	8	18	32	4,9 %
BUK	353	3 %	2	2	4	7	2,0 %
OPIN	707	13 %	6	-10	20	17	2,4 %
NOR	764	15 %	5	12	22	39	5,0 %
PHRK	764	0 %	4		0	4	0,6 %
DK	692	12 %	9		18	28	4,0 %
DES	652	6 %	4	6	10	20	3,0 %
KVALUT	177	3 %	1	9	5	15	8,5 %
Stabssenteret	160	4 %	1	5	5	12	7,3 %
Felles				15		15	
Totalt	6 482	100 %	50	53	151	254	3,9 %

I ledergruppesak 157.19 ble alternativet i tabell 8 besluttet som fordelingsnøkkel for omstillingsutfordringene for 2020.

4. Egne prioriteringer

23.9.2019 ble det avholdt møte i direktørens ledergruppe hvor tema var egne prioriteringer for 2020. I budsjettet er det satt av 80 mill kroner til slike prioriteringer som skal gå over driften. Det vil si at investeringer holdes utenom. Tidligere i år har alle klinikkene og sentrene kommet med 3 prioriterte behov hver.

Det var to formål med gjennomgangen 23.9.2019:

1. For det første skulle det prioriteres hvilke behov som er viktigst for UNN i 2020. Hvor vil vi bruke de avsatte 80 mill kronene avsatt i budsjettet.
2. Den andre formålet var å beslutte metoden for utløsning av disse budsjettmidlene. Det tilrådes ikke at 80 mill kroner blir delt ut 1. januar 2020. Det forelå 3 alternativer for utløsning av budsjettmidlene (80 mill kr):
 - I. Det bevilges 40 mill kroner etter 1. tertial og 40 mill kroner etter 2. tertial. Forutsetningen for bevilgningen er at resultatet for UNN er i balanse. Om det er underskudd i driften skal tilsvarende trekkes fra beløpet som bevilges. Er resultatet eksempelvis -15 mill kroner 30. april 2020 vil det deles ut 25 mill kroner til egne prioriteringer.
 - II. Det bevilges 20 mill kroner etter 1. kvartal, 30 mill kroner etter 2. kvartal og 30 mill kroner etter 3. kvartal. Samme forutsetninger som i første pkt.
 - III. Det bevilges 50 mill kroner etter første halvår og 30 mill kroner etter 3. kvartal. Samme forutsetninger som i første pkt.

Det første alternativet for utløsning av budsjettmidler ble valgt, noe som betyr at budsjettmidlene vil utløses etter 1. og 2. tertial.

Som grunnlag for diskusjonene lå forventningene om hva vi skal få til de neste årene. Til dette har vi satt oss to mål som er «pasientens helsetjeneste» og «godt arbeidsmiljø». Vi skal levere

tjenester av høy kvalitet, som også inkluderer pasientens og pårørendes opplevelser. Dette i samsvar med Statsbudsjettet for 2019 hvor følgende er skrevet:

«Det er pasienten som skal stå i sentrum for de endringene som gjøres. Regjeringen vil styrke pasientens rettigheter og flytte makt fra systemer til den enkelte. Målet er bedre kvalitet og mer trygghet for pasienter, brukere og pårørende».

Samvalg skal praktiseres ved UNN, noe som handler om verdier, ansvar og tillit. Ved samhandling skal vi få den beste behandlingen tilpasset hvert individ. Samtidig som vi bedrer kvaliteten på våre leveranser har vi tro på at vi også vil bedre våre økonomiske utfordringer og samtidig få ned fristbrudd og ventetider. Dette vil resultere i bedre pasientsikkerhet.

Vi ser for oss at UNN skal bli en enda mer attraktiv arbeidsplass. Dette gjennom profilering og synliggjøring, god arbeidsgiverpolitikk og en tydelig satsing for å styrke samspillet mellom pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Vi skal også ha en satsing på lederutvikling da vi trenger trygge, dedikerte ledere som vet hva som forventes, har nødvendig kunnskap, opplever handlingsrom og har gjennomføringsevne.

I møtet ble det tatt en runde rundt bordet hvor alle ga innspill til følgende spørsmål:

- Hvilke områder/tiltak skal prioriteres?
- Hvilken alternativ metode for å utløse budsjettmidlene skal vi velge?

På bakgrunn av denne runden ble det i oppsummeringen konkludert med hvilke områder vi ville prioritere i forbindelse med budsjettposten. Prioriteringsdiskusjonen ga følgende prioriterte områder på til sammen 80 mill kroner:

- Allerede besluttede tiltak, 25 mill kroner
 - Nye leieavtaler for ambulanse og SKDE utgjør en økt kostnad pr år på 4,75 mill kroner
 - FDV av c00 bygget, ambulansestasjon Harstad og rest a-fløy i Breivika har en kostnad på 4,65 mill kroner
 - Leie lokaler for bygg 10 på Åsgård gir en merkostnad på 5,8 mill kroner
 - Ny avtale for matvarer har en prisvekst på 7% og utgjør en merkostnad på 0,5 mill kroner
 - Ny avtale for tekstiler og vaskeritjenester øker kostnadene med 3,0 mill kroner
 - Nye garderobeskap til ambulansestasjon i Tromsø koster 5,9 mill kroner
- Pakkeforløp PHRK/BUK, 10 mill kroner
 - I forbindelse med innføring av pakkeforløp innenfor psykisk helsevern er det nødvendig å tilføre økte ressurser. Innføringen tilsier et nytt, første, kontaktpunkt med pasientene gjennom en avklaringssamtale, og de økte ressursene det er behov for vil være i form av behandlerstillinger.
- Stormottakersatsing inkl. FACT, 20 mill kroner
 - Stormottakersatsingen er kjent fra tidligere saker og vil sammen med FACT i psykisk helse- og rusklinikken utgjøre en kostnad på 20 mill kroner.
- Akutt- og mottaksmedisin, 10 mill kroner
 - Dette er oppbemanning av akuttmottakene på alle tre lokalisasjoner. Dette vil også gi et løft for samhandlingen med resten av sykehuset.

- Kvalitetsforbedringsprosjekt mv, 5 mill kroner
 - Videreføre og forsterke arbeidet med å forebygge og behandle trykksår, 2 mill kroner
 - Dataansvarlig for noen nasjonale kvalitetsregistre som er underfinansiert av Helse Nord, 1,5 mill kroner
 - Andre pasientsikkerhets-/kvalitetsforbedrings tiltak, 1,5 mill kroner
- Økt utdanningskapasitet LIS 10 mill kroner
 - For å møte fremtidens behov på legesiden bør det satses på å opprette flere LIS-stillinger. UNN er en utdanningsinstitusjon for hele regionen. Det vil være behov for flere spesialister både i UNN og de øvrige helseforetakene.

5. Tidsplan

Overordnet tidsplan for resten av virksomhetsplanarbeidet er vist i tabell 9.

Tabell 9 Tidsplan virksomhetsplanarbeid

Hva	Når	Ansvar
Virksomhetsplankonferanse II	20. august	Økonomisjef
Drøftingsmøte	Uke 35	Økonomisjef
Arbeid med budsjett, revidering plantall og tiltak	September/oktober	Alle klinikk- og senterledere i samarbeid med økonomirådgiver
Utkast budsjettnotat klart	1. november	Klinikksjefer og senterledere
Drøftingsmøter	1.– 7. november	Klinikksjefer og senterledere
Godkjenning VP 2020 og endelig dialogavtale	8. november – 22. november	Direktør og klinikkssjef/senterleder
Styresak VP 2020 klar til utsending	22. november	Økonomisjef

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
74/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	7.10.2019
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Hege S Fredheim-Kildal

Tilsynsrapport - eksterne tilsyn og revisjoner**Innstilling til vedtak**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 1.5.19 til og med 31.8.19* til etterretning.

Bakgrunn

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomføres det systematiske tilsyn fra statlige tilsynsmyndigheter. I tillegg gjennomfører Helse Nord RHF revisjoner på ulike virksomhetsområder. Statusrapportering for oppfølging av eksterne tilsyn og revisjoner i UNN forelegges styret etter avsluttet tertial.

Formål

Formålet med saken er å gi styret oversikt over gjennomførte eksterne tilsyn og revisjoner fra 1.5.19 til og med 31.8.19. I saken presenteres funn og oppfølging av tilsyn, samt oversikt over kommende tilsyn.

Saksutredning**Oversikt over avsluttede tilsyn**

Det er avsluttet ett tilsyn siden forrige rapportering.

1. Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved Ofoten Psykiatriske senter. Tilsyn ble gjennomført 19.2.2019. Varslede pålegg er oppfylt og tilsyn avsluttet 5.7.19.

Oversikt over gjennomførte eksterne tilsyn og revisjon

Det er gjennomført ett nytt tilsyn, og en revisjon siden forrige rapportering. Hovedfunn og status på oppfølgende arbeid gjengis i vedlagt tabell.

1. Internrevisjon Helse Nord har varslet revisjon for *realisering av anskaffelsesstrategi 2018-2021*. Gjennomført i uke 18-20.
2. DNV.GL Business Assurance Norway AS har gjennomført *miljørevisjon*. Revisjon var gjennomført på alle tre sykehuslokalisasjoner 7.- 9. mai 2019.

Oversikt over kommende tilsyn og revisjoner

Det er per 31.8.2019 ikke varslet nye tilsyn.

Gjennomførte brann og tekniske tilsyn

Det gjennomføres jevnlig brann og tekniske tilsyn i foretaket. Det har i perioden vært gjennomført rutinemessige el- tilsyn og branntilsyn. Påviste mangler etter brann og el-tilsyn følges opp av Drifts- og eiendomssenteret (DES), det samme gjelder tilsyn helikopterlandingsplasser fra Luftfartstilsynet. Dersom større avvik med økonomiske konsekvenser ut over normal drift orienteres styret om dette i egen sak. Det er for denne rapporteringsperioden ikke fremkommet større avvik.

Gjennomførte detaljomsetning, produksjon og servering av mat og drikke tilsyn

Det har i perioden vært gjennomført rutinemessige kontroller og tilsyn fra Mattilsynet i foretaket. Påviste mangler eller avvik følges opp av Drifts- og eiendomssenteret (DES). Dersom større avvik orienteres i styret om dette i denne sak. Det er for denne periode ikke fremkommet større avvik.

Riksrevisjon

UNN har i perioden 1.5.19 tom 31.8.19 mottatt en revisjons-henvendelse fra Riksrevisjon: *Forvaltningsrevisjon av myndighetenes arbeid med å sikre god behandling og oppfølging av personer med psykiske plager og lidelser.*

Oppfølgende arbeid etter tilsyn

Som ledd i oppfølging etter landsomfattende tilsyn 2016, behandling av pasienter med sepsis i akuttmottaket ved UNN, er det gjennomført internrevisjon ved somatiske akuttmottak i UNN Tromsø, UNN Harstad og UNN Narvik. Eksternt tilsyn ble formelt avsluttet fra tilsynsmyndighetene 14.6.2018. Intern revisjon er gjennomført i andre tertial 2019.

Det samlede inntrykk etter den interne revisjonen er positivt etter gjennomgang av 60 journaler. Revisjon viser at det er gjennomført et viktig forbedringsarbeid med vedvarende effekt for

akuttmottaket i Tromsø (tilsyn i 2016), og resultatene samlet sett for hele UNN er gjennomgående tilfredsstillende.

Nasjonalt mål er at pasienter som legges inn med sepsis (blodforgiftning), skal ha oppstart av antibiotikabehandling innen 60 minutter fra innleggelsestidspunktet. Journalgjennomgangen viser at dette målet oppnås hos en høy andel av pasientene. Det er gjort en skjønnsmessig vurdering av de som fikk antibiotika > 60 minutter som viser at de fleste av disse pasientene var stabile, hadde nylig fått prehospital antibiotika, eller ikke hadde behov av snarlig antibiotika. Fire pasienter er vurdert til at de burde hatt raskere antibiotika. To av disse pasientene er døde, dødsfall inntraff mer enn 20 døgn etter innkomst akuttmottak. De fleste pasientene i undersøkelsen hadde moderat skår på de skåringssystemene som brukes ved mottak av pasienter med mistenkt sepsis.

Ved journalgjennomgang identifiseres det at det bare unntaksvis dokumenteres gjennomført diagnostikk ved oppstart antibiotika prehospitalt, dvs. hos legevakslege eller i ambulanse. Dette anses være en svakhet for å ivareta målrettet antibiotika i sykehus.

Akuttmottakene innehar ulik grad av systematisk opplæring og dokumentasjon av opplæring.

Revisjonen har fått presentert gode eksempler på forbedringsarbeid. Eksempelvis kan det nevnes etablering av Medisinsk mottaksavdeling i Tromsø, utvikling av felles prosedyre med lenker til alle akuttmedisinske prosedyrer ved UNN Harstad, og systematisk opplæring for leger dokumentert i kompetansemodul ved UNN Narvik. Videre kan nevnes samarbeid på tvers av lokasjonene for fagsykepleiere, og utvikling og implementering av felles overordnet *veileder for identifisering og behandling av pasienter med sepsis og septisk sjokk UNN HF* (RL6334).

Gjennomgående gode holdninger for kontinuerlig forbedring, og tydelig ønske om å bidra til økt pasientsikkerhet er beskrivende for alle mottak etter intervju av 24 medarbeidere. Revisjonen har funnet grunnlag for ett avvik som omhandler dokumentasjon av observasjon i akuttmottak. I tillegg fremmer revisjonen seks anbefalinger til oppfølging på foretaksnivå. Revisjonens samlede inntrykk er positivt.

Anbefalinger:

- Iverksette samarbeid med førstelinjetjeneste i kommunen for å sikre diagnostiske prøver før antibiotika iverksettes av legevakslege/fastlege.
- Avsette ressurser for merkantile funksjoner med kontorsted i Harstad og Narvik tilknyttet akuttmottak.
- Sikre praktisk videreføring av systemstøtte og opplæring for bruk av kompetansemodul.
- Vurdere utarbeidelse av UNN retningslinje som tydeliggjør fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet for planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av opplæring i UNN.
- Gjennomføring av risikoanalyse for å sikre iverksettelse av tiltak ved samtidighetskonflikt/ rollekonflikt for sykepleiere alle mottak, men det anses særlig viktig for UNN Harstad og UNN Narvik.
- Det anbefales gjennomføring egeninspeksjon 2021 på foretaksnivå, basert på like kriterier og variabler som egeninspeksjon i denne revisjon.

Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjeneste samt Arbeidsmiljøutvalget i UNN.

Vurdering

Direktøren mener at det samlet sett i UNN arbeides godt med forbedringsarbeid, herav risikoanalyser, hendelsesanalyser og hendelsesgjennomganger som har til hensikt å avdekke faktorer som gir økt risiko for at uønskede hendelser kan inntreffe. Intern revisjon som metodikk for kontroll av oppfølging etter tilsyn og andre analyser som viser forbedringsområder intensiveres i 2019. De enkelte klinikker og sentra utvikler revisjonsprogram for sine arbeidsområder, og revisorer gis opplæring for å styrke organisasjonen i å bruke revisjonsmetodikk i kvalitetssikringsarbeid. Resultatene etter den nylig gjennomførte interne revisjonen for å følge opp tilsynet på håndtering av sepsispasienter fra 2016/2017 er positivt, og viser at UNN på dette området har gjennomført et godt forbedringsarbeid som har gitt varige forbedringer i håndteringen av en viktig pasientgruppe med alvorlig sykdom der det haster å komme i gang med behandling.

Konklusjon

Samlet sett er direktørens vurdering at statusrapporten viser at UNNs oppfølging av de aktuelle tilsyn og revisjoner er tilfredsstillende. Direktøren anbefaler at styret tar statusrapporten og det beskrevne oppfølgingsarbeidet til etterretning.

Tromsø, 25.9.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

Statusrapport eksterne tilsyn og revisjoner pr. 30.4.19

Nr	Revisjonspart	Saksnr	Gjennomføring oppstartdato	Klinikk/senter (enhet)	Tema	Funn	Saksgang	Status
1	Intern revisjon HN	19/2029	09.05.2019	UNN HF	Realisering av anskeffelsesstrategi 2018- 2021		Foreløpig rapport har vært til gjennomlesning, avventer endelig rapport	Venter tilbakemelding
2	Det norske veritas og Germanischer Lloyd AS	18/2742-40	07.05.2019	UNN HF	Periodisk miljørevisjon i hht ISO 14001:2015	Det ble rapport 5 avvik (kategori 2= mindre avvik). Hovedfunnet avdekker behov å forbedre grunnlaget som legges frem i ledelsens gjennomgåelse slik at ledelse i større grad kan vurdere om miljøsystemet fungerer tilfredsstillende og beslutte behov for tiltak, periodevis vurdering av miljømål og handlingsplaner, samt forbedringer i miljøledelsessystemet	Det er utarbeidet fremdriftsplan for å lukke funn. Dette er oversendt DNV innen frist.	Venter tilbakemelding
3	Intern revisjon HN	18/6505	05.04.2019	UNN HF	Ventetid og svartid ved billediagnostiske undersøkelser i UNN HF	Anbefalinger omhandler reduksjon svartid, dokumentasjon av internkontroll, vurdering av arbeidsflyt, rapport om forventet ventetid basert på nasjonal veiledier, ta helse Nord LIS Sectra aktivt i bruk.	Følges opp av Diagnostisk klinikk, handlingsplan utarbeides og besluttet av direktør.	Under oppfølging
4	Arbeidstilsynet	19/1589	03.04.2019	UNN HF (Åsgård)	Tilsyn med at virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade	Varsel om pålegg for følgende forhold: tiltak for å sikre kontroll med arbeidstid, kartlegging, risikovurdering, tiltak og plan vedrørende vold, trusler om vold og uheldige belastninger	Varsel om pålegg følges opp i klinikk.	Frist 30.8.19

5	Arbeidstilsynet	19/683	28.02.2019	UNN HF (Senter for Psykisk helse Midt-Troms)	Tilsyn med at virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade	Varsel om pålegg for følgende forhold: Bedriftshelstjeneste: plan for bistand, rutiner, risikovurdering og kartlegging med tiltak og plan for vold, trusler og uheldige belastninger	Svares ut av klinikken	Frist 31.10.2019
6	Arbeidstilsynet	19/547	20.02.2019	UNN HF (Nordlandsklinikken)	Tilsyn med at virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade	Varsel om pålegg for følgende forhold: Bedriftshelstjeneste: plan for bistand, opplæring -vold og trussel om vold og arbeidsplasser/arbeidslokaler- fare for vold og trussel om vold.	Varsel om pålegg er svart ut og pålegg er delvis oppfylt. Forlenget frist på gjensstående pålegg	Frist 27.9.19
7	Arbeidstilsynet	19/551	19.02.2019	UNN HF (Ofoten psykiatriske senter)	Tilsyn med at virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade	Varsel om pålegg for følgende forhold: Bedriftshelstjeneste: plan for bistand samt opplæring - vold og trussel om vold.	Pålegg er oppfylt i henhold til brev av 5.7.19	Avsluttet
8	Det norske veritas og Germanischer Lloyd AS	18/2742-20	10.09.18	UNN HF	Periodisk miljørevisjon i hht ISO 14001:2015	To avvik som omhandler internkontroll på elektriske anlegg og systematikk og struktur på opplæring	Handlingsplan for lukking av avvik er utarbeidet og sendt innen frist 31.12.18. Handlingsplan oversendt innen frist 13.9.19	venter tilbakemelding
9	Arbeidstilsynet	18/1994	03.05.18	UNN HF	Tilsyn vedrørende om virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade.	Samlet sett viser funn mangler i hvordan det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i UNN fungerer.	Forberedende møte 3.5.18. Gjennomføring av tilsyn ulike lokasjoner (kliniske og tekniske enheter, renhold) i perioden 13.6.18-20.6.18	Frist 30.11.19

10	Intern revisjon HN	18/2546	24.04.2018	UNN HF	Mislighetsrisiko i UNN	Anbefalinger omhandler risikovurdering, oppfølging av infrielse av kompetansekrav, fullmaktsbeskrivelse og gjennomføring av evalueringer	Følges opp av Stabssenteret. Handlingsplan utarbeidet, besluttet av direktør, styret er orientert i styremøte 24.4.19. Handlingsplan følges opp i linje.	Avsluttet
11	Arbeidstilsynet	18/1977	19.04.18	UNN HF (Ambulansetjenesten) Gjennomføring av tilsyn ulike lokasjoner i perioden 19.4.18 - 14.6.18	Tilsyn vedrørende om virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade.	Det ble påvist avvik som omhandlet manglende informasjon og opplæring biologisk helsefare, manglende risikovurderinger for vold, trusler og sysisk arbeidsbelastning	Ferdig rapport mottatt 13.12.18. Tilsvar med tiltak er sendt innen frist 1. april 2019. Tilbakemelding fra Arbeidstilsyn: flere av pålegg er oppfylt, godkjent utsatt frist til 1.9.19 for lukking av resterende pålegg.	Under oppfølging
12	Fylkesmannen	17/6081	10.04.18	Psykisk helse- og rusklinikken (Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Harstad)	Stedlig tilsyn med spesialisthelsetjenestens arbeid med pasienter med psykiske lidelse og mulig samtidig ruslidelse.	Det ble gitt ett avvik: Helseforetaket sikrer ikke at pasienter som henvises til VOP Harstad for en psykisk lidelse, kartlegges og utredes for mulig samtidig ruslidelse og relevant somatikk.	Utarbeidet plan innen frist for hvordan tjenestene skal bringes innenfor rammen av spesialisthelsetjeneteloven etter tilsyn. Tilsyn avsluttes ikke. Rapport etter internrevisjon samt kopi av månedlig rapportering sendes fortløpende FM	Under oppfølging

13	Arbeidstilsynet	16/4543	19.10.16	Psykisk helse- og rusklinikken (Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård)	Melding fra verneombud (VO) vedr omfattende bygningsmessige mangler ved poliklinikken	Befaring 19.10.2016 konklusjon: Arbeidstilsynet sender nytt brev hvor de ber om dokumentasjon på arbeid med fysisk arbeidsforhold/vernerunder/kartlegginger av luft og temperatur. Vedtak om to pålegg i brev av 25.8.17: 1. Arbeidsplasser og arbeidslokale, utforming og innredning 2. Arbeidsplasser og arbeidslokale, luftkvalitet	Redegjørelse for oppfølgende arbeid er gitt i brev av 21.12.17 fra UNN Teknisk drift og 28.2.19. Vedlikeholdsetterslep på bygningsmasse, installasjoner og infrastruktur. Det opplyses at det er startet en intern prosess på flere nivåer for å belyse hvilke muligheter som kan bedre situasjonen for de ansatte.	Venter tilbakemelding
----	-----------------	---------	----------	--	---	---	---	-----------------------



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
75/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	7.10.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Ingrid Lernes Mathiassen

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra UNN
2. Beslutningsnotat - Organisering av A9

Muntlige orienteringer

3. Trygg akuttmedisin – orientering ved Mads Gilbert
4. Klinikkpresentasjon Diagnostisk klinikk
5. Pasienthistorie
6. Orientering av direktøren vedrørende sammenslåing med Finnmarksykehuset

Tromsø, 1.10.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



Sak: Orientering om varsler til Statens helsetilsyn fra UNN

Til: Styret

Fra: Anita Schumacher

Møtedato: 7. oktober 2019

Bakgrunn

UNN HF 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 1.6. - 31.8.19

I denne perioden har UNN sendt 11 varsler til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a:

- 7 varsler er overført til Fylkesmannen for tilsynsmessig vurdering.
- 1 varsel har ledet til tilsynssak ved annet helseforetak, men ikke ved UNN
- 3 varsler er avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging.

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

Vedlegg:

Oversikt over de enkelte varslene

Oversikt over §3-3a varsler ved UNN 1.2.2019 - 31.5.2019

Hva skjedde	Klinikk	Konsekvens	Forbedringspunkter	Møte med pårørende	Status på tilsyn
Pasient funnet død dagen etter et kirurgisk inngrep på skjoldbruskkjertelen	K3K	Død	Gjennomgått internt. Ikke funnet forbedringsområder som kunne påvirket hendelsesforløpet.	Ja	Avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging
Pasient innlagt med alvorlig brudd i bekken. På natten aspirerte pasienten (innhold i magesekken gikk til lungen), fikk pustestopp og hjertestans	OPIN	Død	Under intern gjennomgang.	Ja	Oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging
Pasient som fikk poliklinisk oppfølging for psykisk lidelse. Begikk selvmord.	PHRK	Død	Under intern gjennomgang. Hittil funnet behov for å sikre bedre rutiner for samarbeid med kommunene om oppfølging av pårørende.	Ja	Oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging
Pasient med betennelse i hjerteklaffen (endokarditt). Innlagt to uker ved annet helseforetak før overflytting til UNN. Ved ankomst til UNN var pasienten kritisk syk og døde etter akuttoperasjon samme dag.	HLK	Død	Ikke funnet forbedringsområder ved UNN som kunne ha endret forløpet, men påvist flere forbedringsområder i mottaket av kritisk syke hjertepasienter. Saken er meldt til Helse Nords fagråd for hjertesykdommer om behov for å sikre klarere regionale rutiner for at universitetssykehus skal kontaktes tidlig i forløpet	Ja	Tilsynsmessig oppfølging av annet helseforetak. Ikke tilsynssak mot UNN.
For tidlig født barn. Skrevet ut til hjemmet rutinemessig. Fikk pustestans i hjemmet. Gjenopplivet, men døde av alvorlige hjerneskader.	BUK	Død	Gjennomgått internt. Ikke funnet forbedringsområder som kunne påvirket hendelsesforløpet. Endrer rutinene for utskriving av for tidlig fødte slik at disse bedre beskriver mulige komplikasjoner og håndteringen av disse.	Ja	Oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging

Pasient innlagt med brystmerter. Vurdert som betinget i mageplager og at det ikke var underliggende farlig tilstand. Utskrevet til hjemmet. Funnet død dagen etter. Obduksjon viste sprukket utposning på hovedpulsåren	MK	Død	Gjennomgått internt. Ikke funnet forbedringsområder som kunne påvirket hendelsesforløpet. Innskjerper opplæring av ansatte slik at rutiner laget i en klinikk (HLK) blir godt kjent i annen klinikk (MK)	Ja	Avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging
Pasient som var tvangsinnlagt ved psykiatrisk sykehus. Grunnet somatisk sykdom ble pasienten overflyttet til somatisk sykehus. Pasienten hadde fastvakt, men somatiske avdelinger har ikke godkjenning for tvang. Pasienten klarte å forlate sykehuset. Politi kontaktet umiddelbart, men pasienten ble funnet død samme dag.	NOR	Død	Gjennomgått internt. Ikke funnet forbedringsområder som kunne påvirket dette hendelsesforløpet. Igangsatt kartlegging av samarbeidet om pasienter som både har somatisk og psykisk lidelse.	Ja	Avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging
Pasient innlagt med sjokk og utbredt sykdom i hjertets kransårer. Blødning i magesekk. Under narkose i forbindelse med slangeundersøkelse av magesekken fikk pasienten hjerrestans.	HLK	Overlevde	Under intern gjennomgang.	Nei (utenlandsk pasient overflyttet til annet land)	Oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging
Pasient under poliklinisk behandling i psykiatri. Begikk selvmord	PHRK	Død	Under intern gjennomgang	Ja	Oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging
Pasient under poliklinisk behandling i psykiatri. Begikk selvmord	PHRK	Død	Under intern gjennomgang	Ja	Oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging
Pasient under poliklinisk behandling i psykiatri. Begikk selvmord	PHRK	Død	Under intern gjennomgang	Ja	Oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging

Organisering av intensivenehetene «A9» ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø

Sammendrag og beslutninger

Intensivressursene ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø er i dag organisert etter direktørens føringer i beslutningsnotat «*Organisatoriske tilpasninger for intensiv-, intermediær- og overvåkingsenheter ved utbygging av A-fløyas plan 9, UNN Tromsø*» datert 02.07.2017. Den tiltenkte felles intensivmedisinske enheten som ble presentert i dette notatet, har vist seg vanskelig å etablere. Avdelingens fysiske og bemanningsmessige størrelse, samt det store medisinskfaglige spennet i pasientpopulasjoner, har gitt denne fellesenheten spesielt kompliserte driftsutfordringer.

Den utfordrende driftssituasjonen ved A9 ble behandlet i Direktørens ledergruppe 26.3.19. Det ble vedtatt å nedsette en arbeidsgruppe med representanter fra de aktuelle fagmiljøene.

Arbeidet ble ledet av viseadministrerende direktør Marit Lind.

Mandatet for arbeidsgruppens arbeid var:

- å gjøre en risikovurdering av ulike alternative organisasjonsmodeller
- å komme med forslag til risikoreduserende tiltak, og
- å fremme en anbefaling for fremtidig organisering av A9.

Arbeidsgruppen har levert rapporten «*Risikoanalyse, endring av organiseringen i A9*».

På bakgrunn av rapporten, drøftinger og anbefaling fra klinikkssjef HLK og OpIn gjør Direktøren følgende vedtak:

1. Dagens Intensivmedisinsk avdeling A9 deles. Det etableres to enheter på A9 for behandling av pasienter med intensiv- og særskilte overvåknings- og behandlingsbehov (intensiv, intermediærsenger og oppvåkning med respiratorstøtte).
2. Begge disse enhetene behandler pasienter med overvåkningsbehov og behov for organstøttende behandling inkludert respiratorbehandling (level of care I-III)
3. En enhet A3 («A9 Nord») organiseres i Operasjons og Intensivklinikken (OpIn). Den andre enheten A2 («A9 Sør») organiseres i Hjerte-Lungeklinikken (HLK). Denne skal driftes i nært samarbeid mellom Medisinsk Klinikk og Hjerte-lungeklinikken.
4. Hovedkategorien av pasienter i A3 («A9 Nord») vil være pasienter i pasientforløp som er hjemmehørende Barne- og ungdomsklinikken (BUK), NOR-klinikken og K3K. Pasienter med kompleks multiorgansvikt og ARDS behandles i A3 uansett klinikktilhørighet. A2 («A9 Sør») vil i hovedsak behandle forløp relatert til Medisinsk klinikk og Hjerte-lungeklinikken.
5. Det forutsettes fremover et nært samarbeid mellom de to enhetene på A9 både driftsmessig, faglig, og med hensyn til kapasitetsutnyttelse og prioritering av pasienter med behov for intensiv behandling.
6. Den nye organiseringen av A9 iverksettes med virkning fra 01.01.2020 og skal evalueres etter 2 års drift. Ansvaret for etablering og drift av de to enhetene på A9 tillegges klinikkssjef OpIn og HLK. Økonomiavdelingen fordeler driftsmidler og budsjett mellom de to klinikkene i samråd med disse.

Tromsø, 30.9.2019

Anita E. Schumacher (s.)
direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
76/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	7.10.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Ingrid Lernes Mathiassen

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 10.9.2019
2. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 17.9.2019
3. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 18.9.2019
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 23.9.2019
5. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 24.9.2019
6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende virksomhetsplan for 2020, datert 27.9.2019

Tromsø, 1.10.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

**MØTEREFERAT****Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)****Møtedato:** Onsdag 10.9.2019 kl 12.15-17.00**Møtested:** Møterom PET-senter – G-914

Tilstede: **Medlemmer:** Kirsti Baardsen (leder), Paul Dahlø (nestleder), Hans-Johan Dahl, Nina Nedrejord, Laila Edvardsen, Obiajulu Odu, Mildrid Pedersen (forlot kl 12.40 og kom tilbake kl 14.35)

Fra adm.: Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen
 Hilde A Johannessen (referent)

Forfall Siv-Elin Reitan, Martin Moe, Klemet Sara, Terje Olsen, Marit Stemland, Wibecke Årst

Saksliste
BU-37/19 Orientering om utredning av mulig sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset

Prosjektleder Liz Tandberg fra Deloitte AS orienterte om arbeidet med utredning av en mulig sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset. Utarbeidelse av rapport vil være ferdig den 30.10.2019, og klar til høring fra 1.12.2019.

Brukerutvalget er skeptisk til en eventuell sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset. De kan ikke se at en sammenslåing vil føre til noen vesentlige forbedringer.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-38/19 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innkalling og saksliste ble gjennomgått.

Tilføyelse på sakslisten: Prosjektleder Lars Rye ved Nye UNN Narvik kommer til Brukerutvalgets møte kl 15.00 og gir en orientering om status i prosjektet.

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste.

BU-39/19 Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 12.6.2019

Referatet ble gjennomgått.

Vedtak Referatet ble godkjent.

BU-40/19 Planlegging av dialogmøte med Styret UNN den 11.9.

Leder i Brukerutvalget orienterte. Brukerutvalget ønsker svar fra Styret på de innspill som kom opp i forrige dialogmøte, og da spesielt i situasjonen på Akuttmedisinsk avdeling.

Brukerutvalget ble bedt om å ta stilling til om det er ønskelig med to dialogmøter med Styret i året. Det var enighet om å prøve ut ordningen en stund til, for å bli bedre kjent med styret og bevisstgjøre Brukerutvalgets rolle.

Vedtak Brukerutvalget vil følge opp de spørsmål og bestillinger som fremkom i forrige dialogmøte.

BU-41/19 Direktørens time

Viseadministrerende direktør Marit Lind orienterte om følgende:

Hva er vanskelig for tiden:

- 1) Kreftpakkeforløpet er ikke innenfor fristen. Spesielt er det utfordringer på MR, CT og PET-senteret. Det er satt i gang arbeid for å finne årsaken til dette, og viseadministrerende direktør kommer tilbake til Brukerutvalget med resultatet av undersøkelsen.
- 2) Fristbrudd generelt. Feilregistreringer er en vesentlig årsak, og den enkelte avdeling er bedt om å se nøye på rutineene.
- 3) Elektronisk kurve rulles ut på slutten av året. Arbeidsverktøy til både leger og sykepleiere.
- 4) Oppfølging av Mitt UNN- Kreativt verksted: workshopen på Åsgård i vår har dessverre ikke blitt fulgt opp, men er nå tatt opp i ledergruppen. Det er gitt tilbakemelding på hva som er viktig og som må følges opp.
- 5) En arbeidsgruppen ledet av Marit Lind har diskutert seg frem til en foretrukket anbefaling for organisering av intensivvirksomheten i UNN Breivika.
- 6) Ambulansebåt på Bjarkøy – styreleder, direktørene samt klinikkssjef for Akuttmedisinsk klinikk gjennomført et møte med ordføreren og formannskapet i Harstad kommune. Tema var ambulansebåtsaken, samt uhendig hendelse vedr. pasienttransport som er omtalt i media. Akuttmedisinsk klinikk hadde først en orientering. Politikerne fikk deretter anledning til å stille spørsmål. Åpent møte med presse tilstede.
- 7) Plassering av HC-parkeringsplasser: Drifts- og eiendomssjefen vil finne en bedre ordning slik at HC-parkeringsplasser blir plassert nærmere hovedinngangen.

8) UNN Narvik – Arealutfordringer.

Brukerutvalget på Nordlandssykehuset jobber for å få trombektomi og kurativ stråling - hvordan ser UNN på det?

UNN arbeider med å skolere nok fagfolk til å utføre arbeidet på en forsvarlig måte, og slik at det blir et fullverdig tilbud ved UNN. Viseadministrerende direktør etterspør hvordan det går med det regionale arbeidet, og vil gi Brukerutvalget status i saken.

Brukerrepresentantene hadde ingen innspill til styresakene.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-42/19 Orienteringssaker

BU-42/19-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper

Aktivitet	Ansvarlig 2018-2020	Status/merknader
1. Styret ved UNN	Kirsti Baardsen	Det er kommet ny styreleder.
2. Kvalitetsutvalget i UNN	Kirsti Baardsen Laila Edvardsen vara	Lege har holdt foredrag om at liggesårspasienter blir ikke sett.
3. Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl	Ligger under måltall i pakkeforløpene. Forskjell mellom Finnmark og Troms
4. Koordinerende utvalg (Rehab. Avd. kompetanseseksjon)	Laila Edvardsen	Lagt på is til i slutten av året pga dårlig oppmøte.
5. Vestibyleprosjektet	Cathrin Carlyle Kirsti Baardsen vara	Ingen aktivitet. Det er til tider vanskelig for pasienter å få hjelp etter at pasientvertene forsvant.
6. OSO (Overordnet Samarbeidsorgan)	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Samarbeidsavtalene med kommunene er viktig. Møtet i juni er avlyst. Neste møte i september. Høring ute nå om rehabilitering, forespørsel sendt ut. Tatt opp i BAU.
7. Klinisketikkomité (KEK)	Kirsti Baardsen Terje Olsen vara	Veldig godt utvalg, har nettopp deltatt på samling arrangert av Helgelandssykehuset. Hvordan kommer informasjonen fra utvalget ut i foretaket? Det finnes et nettsted hvor sakene legges ut (anonymisert).
8. Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	
9. Parkeringsutvalget	Obiajulu Odu Laila Edvardsen vara	Obi kalt inn til møte i september.
10. Pasientsentrert helseteam	Obiajulu Odu Marit Stemland vara	Går sin gang, møte utover høsten.

11. Samhandlings-barometeret (referansegruppen)	Obiajulu Odu	Litt i dvale.
12. Pasienterfaringer-Gastrokirurgisk avd. K3K	Laila Edvardsen	Laila Edvardsen overtar etter Britt-Sofie Illguth. Har ikke fått innkalling, må purre klinikken. Sekretariatet purrer på nytt.
13.S Nye UNN Narvik	Siv Elin Reitan Esben Haldorsen vara Anita Fjellfoss Esben Haldorsen Cathrin Carlyle Marit Myklevoll	Styringsgruppe – Siv E Reitan og Esben Haldorsen Prosjektgruppe – Anita Fjellfoss, Narvik Brukerrepresentanter – Cathrin Carlyle, Esben Haldorsen Marit Myklevoll
15.KVAM-utvalg Akuttmedisinsk Klinikk	Terje Olsen Marit Stemland vara	Klinikksjef Jon Mathisen
16.KVAM-utvalg Diagnostisklinikk	Klemet Sara Kirsti Baardsen vara	Klinikksjef Kate Myreng
17.KVAM-utvalg Hjerter og Lungeklinikk	Hans-Johan Dahl Marit Stemland vara	Klinikksjef Kristian Bartnes Sykefravær under måltall. Forrige møte var med BHT for å sikre leveranse av planene.
18.KVAM-utvalg Nevro, ortopedi-og rehab.klinikk	Laila Edvardsen Terje Olsen vara	Klinikksjef Bjørn-Yngvar Nordvåg. BHT var på møtet. Innkalling fungerer
19.KVAM-utvalg Psykiatri- og rusklinikk	Wibecke Årst Siv Elin Reitan vara	Klinikksjef Tordis Sørensen Høifødt
20.KVAM-utvalg Operasjons-og intensivklin.	Nina Nedrejord Marit Stemland vara	Klinikksjef Eva-Hanne Hansen Kalt inn til møte den 11.9.
21.KVAM-utvalg Barne-og ungdomsklinikk	Ungdomsrådet Obiajulu Obi vara	Klinikksjef Elin Gullhav Ikke vært møte
22.KVAM-utvalg Kirurgi, kreft-og kvinnehelseklinikk	Marit Stemland Laila Edvardsen vara	Klinikksjef Rolv-Ole Lindsetmo Ikke innkalt.
23.KVAM-utvalg Medisinsklinikk	Obiajulu Odu Mildrid Pedersen vara	Klinikksjef Markus Rumpsfeld Møte 23.9.
24. Utvikling av sykepleierstudentenes praksisstudier	BU ved Nina Nedrejord	Ikke vært møte.
25. Prosjekt Palliasjon ved UNN	Odu Obiajulu	Er i referansegruppen, ikke fått innkalling
26. Læringsnettverk Gode pasientforløp	Laila Edvardsen og Britt Eva Elvejord Jakobsen	Guri Moen Lajord er kontaktperson. Siste samling i prosjektet i november.
27. Prosjekt Arealplan UNN Harstad	Arvid Eliseussen Mildrid Pedersen vara	Ikke vært møte. Sekretariatet sjekker om det skjer noe, vara må bli informert
28. Pasient-appsaken Helse Nord FRESK	Martin Moe står her inntil videre	Sekretariatet sjekker om det fortsatt er aktuelt
29. Ungdomsrådet	Kirsti Baardsen	

30. Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	Ingen informasjon.
31. HelseArbeid	Mildrid Pedersen Terje Olsen vara	Offisiell åpning 10.9.2019. Gruppen består.
32. OSO-satsing: Samhandlingsforum for Somatikk i Tromsø,	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Ledsagerordning, samarbeidsavtaler og stormottakersatsingen har vært tema i alle fora. I Narvik var PSHT tema. Brukerutvalget er
33. Klinisk samarbeidsutvalg (KSU) 1-18 - Fordeling av ansvar og oppgaver mellom UNN	Terje Olsen	
34. KSU 2-18 – Samhandlingen mellom fastlegetjenesten og UNN	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	
35. KLIN-REG-Prosjekt: Likeverdige helsetjenester	Paul Dahlø	
36. Etablering av Robotassistert PCI	Nina Nedrejord	Vært møte, og snart omvisning. Samler inn penger
37. Tilrettelegging av ny arealbruk D2 5 etter flytting av slagenheten	Laila Edvardsen	NOR-klinikken Varighet ca 2 måneder. Er i gang, men litt forsinket.
38. Samvalgsverktøy – Muskelknuter / Livmorhalsknuter	Marit Stemland	Prosjektleder Kirsti Rakkenes
39. Arbeidsgruppe for respons av tjenestegruppen «forebyggende og akuttmedisk karakter»	Obiajulu Odu Hans Johan Dahl Terje Olsen	UNN og kommunene har forpliktet seg til en årlig revisjon/gjennomgang av tjenesteavtalene. Beate Nyheim. To møter igjen.

Vedtak Brukerutvalget vedtar endringer i representasjon og sekretariatet følger opp der det er aktuelt.

BU-42/19 Orienteringssaker

BU-42/19-2 Årsrapport 2018 for Ungdomsrådet ved UNN
Leder i Brukerutvalget orienterte kort.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-42/19 Orienteringssaker

BU-42/19-3 Brukermedvirkning i Nye UNN Narvik

Leder i Brukerutvalget innledet kort. Deretter orienterte prosjektleder Lars Rye om prosjektet:

- Integrert driftsmodell – risiko og muligheter
- Medbestemmelse og medvirkning
- Godtgjørelse til brukermedvirkning

Sammendrag:

- Det legges til rette for fortsatt brukerrepresentasjon i arbeidsgruppene og hovedgruppen i arbeidet med å definere romlister, skisseprosjekt og forprosjekt.
- Brukerrepresentanten i hovedgruppen opptrer på vegne av Brukerutvalget, og kan gi anbefalinger til prosjektledelsen i det pågående arbeidet.
- Vedkommende har et ansvar for å koordinere sitt arbeid med brukerrepresentanten i styringsgruppen for NUN.
- Ved vesentlige og prinsipielle beslutninger skal prosjektet NUN legge fram den aktuelle saken for Brukerutvalget.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering, og stiller seg bak punktene fra prosjektleder vedrørende brukerrepresentasjon i prosjektene for NUN.

BU-43/19 Referatsaker

Det ble referert følgende referatsaker:

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 28.5.2019
2. Referat fra møte i Brukerutvalget Finnmarkssykehuset, datert 5.6.2019
3. Referat fra møte i Sykehusapotek Nord, datert 6.6.2019
4. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, datert 12.6.2019
5. Referat fra møte i Brukerutvalget Helgelandssykehuset m/årlig melding, datert 13.6.2019
6. Referat fra møte i Brukerutvalget Nordlandssykehuset m/årlig melding, datert 20.6.2019
7. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 26.8.2019

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

BU-44/19 Eventuelt

1. Innspill til det Regionale Brukerutvalget

Brukerutvalget kom med følgende innspill:

- Senvirkning etter kreftbehandling. Plan for opprettelse av seneffekt poliklinikk (tverrfaglig)
- Liggesårspasienter – forebyggende/ behandling
- Fysikalsk behandling
- Ansattes kulturkompetanse i forhold til samiske pasienter (språk og kultur)

Vedtak Leder i Brukerutvalget sender innspillene til leder i Kreftforeningen som tar det videre til Regionalt Brukerutvalg.

2. Hvordan er det tilrettelagt for barn og unge på Barneavdelingen

Brukerutvalget ønsker en orientering fra Barne- og ungdomsklinikken både når det gjelder psykiatri, somatikk og barn som pårørende.

Vedtak Administrasjonssjefen gir en kort status på arbeidet med Barn som pårørende i UNN på neste møte i BAU. Eventuelt vil sekretariatet rette en henvendelse til Barne- og ungdomsklinikken med forespørsel om å komme til Brukerutvalget for en orientering.

Kirsti Baardsen (sign.)
utvalgsleder

Hilde A Johannessen (sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte i august 2019

Kopi til:

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

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 7.10.2019**

Dato: 17.9.2019

Tidspunkt: 14.00- 14.42

Sted: Møterom D1-707

Fra arbeidsgiver

Grethe Andersen, drifts- og eiendomssjef
Lars Øverås, økonomisjef
Hans Petter Bergseth, rådgiver Kvalitet- og utviklingssenteret
Ingrid Lernes
Mathiassen(administrasjonssjef/referent)

Fra arbeidstakerne

Rune Moe, Fagforbundet
Tove Mack, FHVO
Jan Eivind Pettersen, Delta
Vibeke Haukland, NSF (Skype)

Protokollsignering:

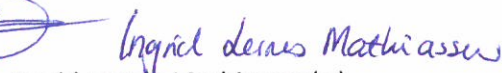
Fra arbeidstakersiden ble Jan Eivind Pettersen og Rune Moe ble valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
1. Tertialrapport 2- med Kvalitets- og virksomhetsrapport	Økonomisjefen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den. Kvalitets- og utviklingssjefen orienterte om de ulike indikatorene og svarte ut spørsmål til dette. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
2. Rapportering på eksterne tilsyn i UNN	Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
3. Tertialrapport 2. 2019 for byggeprosjekter i UNN	Drift- og eiendomssjefen innledet til saken, og svaret ut spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.

Tromsø, 17.9.2019


Rune Moe(s.)
Fagforbundet


Jan Eivind Pettersen (s.)
Delta


Ingrid Lernes Mathiassen(s.)
administrasjonssjef



Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Tid: Onsdag 18.09.19 kl.12.30-15.00 (møtet ble utsatt 30 minutter grunnet tekniske problemer)

Sted: ~~Styreverrommet G-914 i PET-senteret.~~ D1-704, biblioteket. UNN Narvik og Harstad (skype).

Medlemmer		Varamedlemmer	
Anita Schumacher adm.dir		Marit Lind viseadm. dir	x
Mai-Liss Larsen, personalsjef	X*	Gøril Bertheussen, stabssjef	
Elin Gullhav, klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken	x	Kate Myrvang, klinikkssjef Diagnostisk klinikk	
Rolv-Ole Lindsetmo, klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		Bjørn-Yngvar Nordvåg, klinikkssjef Nevro-, og ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	x
Jon Mathisen, klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk	X*	Kristian Bartnes, klinikkssjef hjerte- og lungeklinikken	
Gry Andersen, driftsleder UNN Narvik	x	Gina Johansen, driftsleder UNN Harstad	
Einar Rebni, FHVO	x	Rita Vang, FHVO	
Rigmor Frøyum, Fagforbundet	x	Camilla Pettersen, KTV Samfunnsviterne	
Monica Fyhn Sørensen, HTV UNN		Hilde Eva Haakonsen, HTV Fagforbundet	
Rita Vestgård, HTV Fagforbundet UNN Harstad	x		
Geir Magne Lindrupsen, FTV Nito		Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN Harstad	

Til stede (x)

*Jon Mathiasen frem til kl. 12.47, Mai-Liss Larsen frem til 14.55.

Møteleder: Marit Lind

Referent: Anne Christina Simonsen- Sagerup

Saksforbereder: Ingrid Lernes Mathiassen

Forøvrig deltok BHT-leder Paul-Martin Hansen.

På sak 69.19 møtte Jørgen Jenssen og på styresaker møtte Hans Petter Bergseth og Lars Øverås.

SAKSOVERSIKT		Frist	Ansvarlig
66.19	Godkjenning av innkallingen og saksliste Vedtak: Innkalling og saksliste ble godkjent.		Direktøren
67.19 (2019/1438)	Godkjenning av protokoll AMU 28.8.2019 Vedtak: Protokoll var godkjent på forhånd på epost. Tilleggs informasjon om at AMU-møtet i januar er flyttet tilbake til opprinnelig dato 22. januar 2020.		Direktøren
OPPFØLGINGSSAKER			
68.19	Fra sak 57/19 – Gjøre AMU kjent i UNN. Saksforbereder Ingrid Lernes Mathiasen informerte kort om saken. Vedtak: AMU støtter forslaget til AU og ber om at arbeidskomiteen går i gang så fort som mulig med å lage en poster/plakat som beskriver AMU sin rolle i UNN. Posteren skal være ferdig til KVAM-dagen 17. oktober 2019. Dessuten ber AMU om at arbeidskomiteen forelegger et forslag til beslutning om videre prosess på AMU-møte 27. november 2019. Sekretæren i AMU sender møteinnkalling til arbeidskomiteen til det første møte.		Direktøren
69.19	Fra sak 65/19 – Parkeringsutfordringer i UNN Breivika. Jørgen Jenssen fra Drift- og eiendomssenteret stilte på sak og gav muntlig informasjon om status på parkeringssituasjonen. Fra AMU ble det gitt tilbakemelding til Jørgen Jenssen på at det er viktig at løsningen på parkeringsutfordringene gjenspeiler UNN sin rolle som Grønt sykehus. Det er samtidig viktig at det også tas hensyn til at det jobber mange på UNN som har utfordringer i forhold til kollektiv trafikk, og som må kjøre bil til jobb. Det kom også opp et forslag om å inndelegge parkeringsplassene i soner, hvor man betaler mer for å parkere nært sykehuset, og mindre jo lengere man kommer unna.		Grethe Andersen

	Ytterligere kom det innspill fra Harstad om at det også der oppleves utfordringer med parkeringen. Parkeringsutvalget tar med dette innspillet videre. Vedtak: AMU tar saken til orientering og ber parkeringsutvalget om å oppdatere referansetallet fra 2014. Dessuten ønsker AMU at det sees på administreringen av øremerkede parkeringsplasser. AMU ønsker oppdatering på status av saken fra Drift- og eiendomssenteret tidlig på nyåret.	22.1.2020	
STYRESAKER			
70.19	Styresaksdokumenter til drøfting: • Tertialrapport 2- 2019 med Kvalitets- og virksomhetsrapport. • Tertialrapport 2, 2019 for byggeprosjekter i UNN. • Tilsynsrapport –eksterne tilsyn og revisjoner. • Forberedende virksomhetsplanlegging. AMU fikk en orientering fra saksansvarlige. Vedtak: AMU tar styresakene til orientering. AMU påpeker viktigheten av god involvering blant annet gjennom vernetjeneste, tillitsrepresentanter.		Ingrid Lernes Mathiassen (Lars Øverås og Hans Petter Bergseth stilte på sak)
INFORMASJONS-, DISKUSJONS- OG DRØFTINGSSAKER			
71.19	Omstilling 2020 Muntlig orientering om status på omstilling 2020 av økonomisjefen og personalsjefen. Vedtak: AMU påpeker viktigheten av god involvering og medvirkning fra de ansatte, ansattes organisasjoner og vernetjenesten i omstillingsprosessene. Det oppfordres til at KVAM-strukturen og vernetjenesten har et særskilt fokus på medvirkning i tiden fremover.		Lars Øverås + Mai-Liss Larsen
72.19	Evaluerings av sykefraværspilot Saksdokumentene var vedlagt sakspapirene. Muntlig orientering om fremdriften i tiltaket		Paul Martin Hansen

	<i>Styrket innsats mot sykefravær</i> av leder for bedriftshelsetjenesten. AMU diskuterte ulike problemstillinger rundt sykefravær og videre oppfølging av sykefravær og tiltak. Vedtak: AMU tar evalueringen av sykefraværspiloten til orientering og ber om å få endelige resultater fra de to pilotene tilbake til AMU når disse er avsluttet.		
73.19	Orientering fra Hovedverneombudet Hovedverneombudet gav muntlig orientering om følgende: - Einar Rebni er gjenvalgt som foretakshovedverneombud for perioden 1.1.2020-31.12.2021. -Sammenslåingen UNN-FIN – arbeidsmiljøkonsekvenser. -Inkluderingsdugnaden. -Oppfølging etter Arbeidstilsynets tilsyn.		Einar Rebni
74.19	Orientering fra Bedriftshelsetjenesten Bedriftshelsetjenesten gav muntlig orientering om følgende: -Utfordringer og løsninger vedrørende vaksinasjon til medarbeidere i distriktet. Løsningen er at apotekene gir vaksinene der hvor fastlegene ikke gjør det. Det er UNN sitt ansvar at de ansatte har tilgang til å få vaksine. - Utfordringer med sykmelding innen arbeidsgiverperioden etter maks dato.		Paul Martin Hansen
75.19	Orientering fra KVAM-utvalgene Fadderne for Medisinsk klinikk og Psykisk helse og rusklinikken opplyste at begge klinikker er opptatt av temaet vold og trusler og prosessene rundt risiko og kartlegging. Bedriftshelsetjenesten opplyste i tråd med denne saken at det finnes en dokument samling i Docmap som beskriver de overordet prosedyrer for håndtering av vold og trusler og at det p.t. jobbes med implementeringsplanen.		Kvam-faddere

EVENTUELT			
76.19	Bedriftsavtale med Tromsøbadet Saken utsettes til AMU-møte 30. oktober.		Ingrid Lernes Mathiassen
77.19	Søknader om AMU-tilskudd til Bedriftsidrettslaget Saken utsettes til AMU-møte 30. oktober.		Ingrid Lernes Mathiassen



MØTEREFERAT

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

Dato: Mandag 23.9.2019 kl. 12.30-14.20
Sted: Møterom D2-723
Tilstede: Kirsti Baardsen, Paul Dahlø, Hans-Johan Dahl
Forfall:
Fra adm: Ingrid Lernes Mathiassen (administrasjonssjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

BAU 48/19 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 7.10.2019

Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU fredag 13.9.2019.

Tertialrapport 2 – 2019 med Kvalitets- og virksomhetsrapport

Rådgiver Hans Petter Bergseth fra Kvalitetsavdelingen orienterte om status vedrørende pakkeforløp, fristbrudd og ventetid og svarte ut spørsmål til saken. UNN starter nå med arbeidet for å få ventetiden ned med 10 dager.

Økonomisjef Lars Øverås orienterte om status til kvalitets- og virksomhetsrapporten og svarte ut spørsmål til saken.

Når det gjelder det høye antallet på innleie, er det i hovedsak OpIn-klinikkens mangel på intensivsykepleiere som er årsaken, samt ferieavvikling generelt.

Tertialrapport 2, 2019 for byggeprosjekter ved UNN

Prosjektleder ved Drifts- og eiendomsavdelingen Grethe Andersen orienterte om status i saken. Det er mye aktivitet ved Nye UNN Narvik, og det arbeides nå med hvordan man kan beholde alle planlagte funksjoner med færre kvadrat enn det som først var lagt opp til. Videre arbeides det med validering av 5 plan på PET-senteret. Fremdriftsplan er snart ferdig.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 7.10.2019.

BAU 49/19 Barn som pårørende

Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen orienterte. BAU ønsket at temaet blir belyst i neste møte i Brukerutvalget, og fagrådgiver ved Klinisk utdanningsavdeling Janne Hessen er allerede forespurt og kommer gjerne for en orientering til Brukerutvalget.

Beslutning/oppfølging

Administrasjonen setter opp temaet som egen sak til neste møte i Brukerutvalget.

BAU 50/19 Seineffekter etter kreftbehandling

Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen orienterte. Det er sendt søknad til Helse Nord HF om at det er ønskelig med et kompetansesenter ved UNN vedrørende seineffekter etter kreftbehandling. Administrasjonssjefen følger opp saken.

Beslutning/oppfølging:

Administrasjonssjefen følger opp saken og holder BAU oppdatert.

BAU 51/19 Forslag til dagsorden for BU-møte 7.10.2019

SAKER		
1. Godkjenning av innkalling og sakliste		
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 10.9.2019		
3. Informasjon vedrørende Barn som pårørende i UNN		Kl. 09.10-09.30 Janne Hessen (har takket ja)
4. Orientering om status vedrørende HC-parkeringsplasser		Kl. 09.30-09.50 Grethe Andersen
5. Direktørens time		Kl. 10.00-11.00 Marit Lind
Lunsj		Kl. 11.00-11.45
6. Orientering fra Psykisk Helse- og Rusklinikken		Kl. 12.00- 13.30 – Send forespørsel til Tordis?
7. Prosessen rundt valg av Brukerutvalg ved UNN 2020-2022		Administrasjonssjefen informerer
8. Orienteringssaker -Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper -Tertialrapport 2,2019 se lenke		Rapporteres kun ved vesentlige endringer
12. Referatsaker: - Referat fra møte i KU, 27.8.2019 - Referat fra møte i BU 10.9.2019 Finnmarkssykehuset, 4.9.2019 - Protokoll fra møte i Regionalt BU, 11.9.2019 - Referat fra Helgelandssykehuset, 22.8.2019 - Referat fra Nordlandssykehuset 21.8.2019 - Referat fra møte i BAU, 16.9. og 28.10.2019		

52/19 Eventuelt


Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN
Tid: Tirsdag 24.09.2019 12.30-14.30

Sted: Direktørens møterom – UNN Breivika D1-707

Tilstede	Administrerende direktør Viseadministrerende direktør Stabssjef Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk Driftsleder Narvik Drifts- og eiendomssjef KVALUT-sjef Leder Brukerutvalget Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Klinikksjef OPIN-klinikken Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikk Driftsleder Harstad Personalsjef UNN Medisinsk fagsjef, KVALUT Klinikksjef K3K Klinikksjef Diagnostisk klinikk Klinikksjef NOR-klinikken Kommunikasjonssjef UNN Foretaksverneombud Klinikksjef Medisinsk klinikk Økonomisjef UNN Fungerende klinikksjef K3K	Anita Schumacher (møteleder) Marit Lind Gøril Bertheussen John Mathisen Gry Andersen Grethe Andersen Einar Bugge Kirsti Baardsen Elin Gullhav Eva-Hanne Hansen Tordis Sørensen Høifødt Gina Marie Johansen Mai-Liss Larsen Haakon Lindekleiv Rolv-Ole Lindsetmo Kate Myreng Bjørn Yngvar Nordvåg Hilde Annie Pettersen Einar Rebni Markus Rumpsfeld Lars Øverås Truls Myrmel
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Rådgiver Kvalitetsavdelingen Rådgiver Kvalitetsavdelingen	Grete Steinry Åsvang Mette Fredheim Lena Oprand Heggelund Hege Signete Fredheim-Kildal
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
36/19	Godkjenning av agenda og referat fra KU-møtet 27.08.2019 (ephorte 19/45)	Anita Schumacher
	<i>Utkast referat vedlagt</i>	12.30 -12.35
	Referatet ble godkjent med følgende endringer:	

	<u>Kommentar til KU-sak 33/19:</u> Kvalitetsutvalget slutter seg til fremlagte tiltaksplan <i>med følgende tillegg</i>: Det skal være en målsetning om at ingen nyhenviste pasienter skal vente mer enn seks måneder. <i>Endelig referat vedlagt ...</i>	
37/19	Risikoanalyse basert på ulike kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer	
	<u>Orienteringssak</u> <i>Saksfremlegg vedlagt</i>	Haakon Lindekleiv 12.35 – 12.45
	Kvalitetsutvalget tar presentasjonen til orientering. En feilmåling i presentasjonen ble gjennomgått i møtet og tas ut av rapporteringen.	
38/19	Ledelsens gjennomgang - evaluering av første pilot og forslag nye pilotklinikker	
	<u>Beslutningssak</u> <i>Saksfremlegg og PP-presentasjon vedlagt</i>	Lena Oprand Heggelund 12.45 – 13.15
	- DK, DES, PHRK, Medisin og K3K blir de neste fem pilotklinikker/-senter som skal innføre ny modell LGG i 2020. - Kvalitetsutvalget vedtar de foreslåtte presiseringer.	Frist ...?
39/19	Sluttrapport undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes avvikssystemer	
	<u>Orienteringssak</u> <i>Saksfremlegg og vedlegg vedlagt</i>	Haakon Lindekleiv 13.15 – 13.25
	Kvalitetsutvalget tar saken til orientering og viser til at fagsjef følger opp dette overfor fagområdene kreftsykdommer og ortopedi. <i>PP-presentasjon vedlagt</i>	Fagsjef/ Frist
40/19	Pasientsikkerhet – oppfølging av tiltakspakkene 2. tertial 2019	
	<u>Beslutningssak</u>	Mette Fredheim

	<i>Saksfremlegg og 2 vedlegg vedlagt</i>	13.25 – 13.45
	<u>Oppfølging av KU-sak 16/19</u> - Kvalitetsutvalget tar rapporten til etterretning - Kvalitetsutvalget anbefaler at enhetenes rapporter gjennomgås i KVAM-strukturen hvert tertial. - Kvalitetsutvalget bes om å forberede en sak vedrørende bredding av tiltakspakker, til et senere møte.	Klinikk- og avdelingsledere/tertialvis
41/19	Offentliggjøring av pasienthendelser i UNN	
	<u>Beslutningssak</u> <i>Saksfremlegg og vedlegg vedlagt</i>	Grete Åsvang 13.45 – 14.00
	<u>Oppfølging av KU-sak 06/19</u> Kvalitetsutvalget ber Brukerutvalget behandle saken før endelig behandling i Kvalitetsutvalget.	Klinikksjef PHRK KA/ Frist: KU-møte ...
42/19	Utfordringer med hendelsesanalyser og –gjennomganger i UNN	
	<u>Beslutningssak</u> <i>Saksfremlegg vedlagt</i>	Haakon Lindekleiv Hege Signete Fredheim-Kildal 14.00 – 14.30
	Anbefalingene ble diskutert og redegjort for i møtet. Kvalitetsutvalget sluttet seg til anbefalingene: - Det besluttet at benevnelse for metoden endres fra <i>hendelsesgjennomgang</i> til <i>forenklet hendelsesanalyse</i>, gjeldende fra xx.xx.2019. - Det besluttet obligatorisk opplæring, gjennomført grunnkurs i forenklet hendelsesanalyse for de som leder eller bistår til gjennomføring av forenklet hendelsesanalyse. - Referat etter forenklet hendelsesanalyse signeres av leder av gjennomgang, referent og klinikksjefer ved involverte enheter.	KVALUT

	4. <i>Referat sendes til fagsjef for kvalitetskontroll før dokumentet arkiveres og oversendes tilsynsmyndighetene.</i> <i>PP-presentasjon vedlagt</i>	
Eventuelt		
Ingen saker tilkommet under eventuelt		

PROTOKOLL

Tema: Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende forberedende virksomhetsplan for 2020

Dato: 27.09.2019

Tidspunkt: 09.30

Sted: Pet-senteret G914

Tilstede:

Fra arbeidsgiver: Gøril Bertheussen og Lars Øverås

Fra arbeidstaker: Andreas Rosenberger (Norsk Fysioterapeutforbund), Susann Dahl (Utdanningsforbundet), Vibeke Haukland (NSF), Tove Mack (FVO)

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Susann Dahl og Andreas Rosenberger valgt til signering av protokollen. Lars Øverås signerer fra arbeidsgiversiden.

Forberedende virksomhetsplan for 2020 tar for seg hvilke omstillingsutfordringer UNN står overfor i 2020 og en fordeling av denne.

Momenter til protokollen:

Omstillingsutfordringen for 2020 er så høy at UNN må endre måten å jobbe på. Arbeidstakersiden reise bekymring rundt muligheten for at ansatte kan miste jobben i stab/støtte hvor det er store omstillingsutfordringer. Fra arbeidsgiver ble det referert at dette ikke er aktuelt på nåværende tidspunkt, men at alle må regne med endring i oppgaver. Arbeidstakerne ønsket at det skulle gå ut informasjon om dette til alle ansatte.

Det er forventninger om økt operasjonsaktivitet i enkelte klinikker. Viktig å ta med seg at dette også gir et økt behov for økte støttefunksjoner, for eksempel fysioterapeuter.

Arbeidstakersiden påpekte at punktet om å jobbe godt med arbeidsmiljø er det samme som å jobbe systematisk med Helse, Miljø og Sikkerhet og at dette også er viktig for pasientsikkerheten.

Bra at arbeidsmiljø blir trukket frem i virksomhetsplan, men burde vært enda klarere med rekruttering og stabilisering. Lederutvikling er viktig fremover. Bra at det satses på ting som tidligere er kommunisert.

Det ble i møtet ikke fremsatt alternative forslag til omstillingstiltak.

Konklusjon:

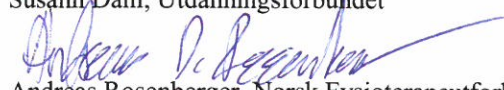
Arbeidstakersiden slutter seg til at saken fremstilles for behandling i styret slik den foreligger.

Tromsø, 27. september 2019

Fra arbeidsgiver


Lars Øverås

Fra arbeidstakerne


Susann Dahl, Utdanningsforbundet

Andreas Rosenberger, Norsk Fysioterapeutforbund



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
77/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	7.10.2019
Saksansvarlig: Ingrid Lernes Mathiassen Saksbehandler: Ingrid Lernes Mathiassen		

Eventuelt

Tromsø, 25.9.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør