



## STYRESAK

Styresak:	58/2021
Møtedato:	16.06.2021
Arkivsak:	2021/4684-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

## Første tertialrapport, 2021

### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *første tertialrapport 2021* for oversendelse til Helse Nord RHF.

### Bakgrunn

*Første tertialrapport 2021* redegjør for hvordan Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har fulgt opp kravene i *Oppdragsdokument 2021 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*.

### Formål

Informere styret om fremdrift på oppdragsdokument fra Helse Nord RHF.

### Saksutredning

Graden av oppfyllelse av de viktigste kravene er kort redegjort for under:

#### *Pasientens helsetjeneste*

Kravene om å overholde flere pasientavtaler har tatt seg opp og ligger nå på nivå med perioden før pandemien. Samtidig er andelen planlagte timer neste 6 måneder økt i 1.tertial. Andelen videokonsultasjoner ligger noe under målsetningen på 15 % i 1.tertial og det er igangsatt tiltak for å øke andelen. Det planlegges et foretaksovergripende prosjekt *Vel planlagt i UNN* for å styrke tilgjengelighet, inspirert av Helse Bergen og Helse Førde. Dette prosjektet planlegges igangsatt i september 2021. Den gylne regel oppfylles delvis. Årsakene til dette er sammensatt, men en av utfordringene er tilgangen på spesialistkompetanse. For området habiliteringstjenester er det vurdert og rapportert ressursbehov for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i samsvar med Helsedirektoratets veileder. Det er igangsatt arbeid i 1.tertial i samarbeid med de andre helseforetakene i Helse Nord om organiseringen av Pasientreiser.

#### *Somatikk*

Andelen kreftpakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid på 70 % er ikke overholdt i 1. tertial. UNN hadde svært gode tall for pakkeforløpene i 2020, men dette har vært fallende i 2021. Men alle pasientene er operert og bruddene på pakkeforløp er i hovedsak på kun få dager etter frist og har ikke påvirket prognose. Årsaken til manglende måloppnåelse er sammensatt, men de foreløpige vurderingene er at operasjonsplanleggingen er for statisk og har ikke tilstrekkelig tatt inn over seg at antall kreftpasienter varierer fra måned til måned (f.eks. økte antall kreftpakkeforløp med 24 % fra februar til mars 2021) og lavdriftperioder (påske). Vi gjennomfører i juni møter med Akershus universitetssykehus og Stavanger universitetssjukehus for å se hvordan vi kan gjøre operasjonsplanleggingen mer dynamisk.

Det er igangsatt arbeid med etablering av barnepalliativt team i samarbeid med flere fagområder og foretak i Helse Nord. Innen svangerskapsomsorgen er det etablert kontaktfamilieordning for gravide som skal føde barn med påvist diagnose. Det er startet forberedelser for innføring av tilbud om tidlig ultralyd til gravide over 35 år. Her gjenstår en del arbeid for å sikre at det blir et likeverdig tilbud for hele Helse Nord.

#### *Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Arbeidet med pakkeforløp fortsetter og andelen som gjennomføres innen standard forløpstid er på 72 % for voksne og 41 % (3.tertial 2020) for barn og unge. Andelen pakkeforløp gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne og TSB er henholdsvis 17,1 % og 72,7 %. For psykisk helse barn og unge var andelen ved siste publiserte periode (3.tertial 2020) på 44 %. Andelen epikriser sendt innen 1 dag er 47 % i psykisk helsevern, der kravet er 50 %.

#### *Samhandling med leverandører av private helsetjenester*

UNN har oppfylt kravet om å inngå samarbeidsavtaler med private avtalespesialister. Det bemerkes at UNN også har inngått avtaler med to private sykehus for å håndtere kirurgiske inngrep som har blitt utsatt på grunn av pandemien. UNN har inngått avtale med 39 avtalespesialister som er lokalisert på 6 ulike steder. 26 i Tromsø, 4 i Harstad, 4 i Narvik, 3 på Finnsnes, 1 på Bardufoss og 1 på Skjervøy/Storslett.

#### *Kvalitet i pasientbehandlingen*

Det er de siste fem årene iverksatt en rekke tiltak i UNN for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser. Vi mener tiltakene har hatt effekt og gitt flere meldte pasienthendelser og bedre oppfølging av uønskede hendelser. Dette langsiktige kulturarbeidet har foregått på alle nivåer i organisasjonen og er nå etablert for å lære av og forebygge uønskede hendelser. Området vil følges tett.

UNN har nå fått i oppdrag å etablere en felles regional standard for såkalte høykostlegemidler, og ser det som naturlig at vår metode tas som et utgangspunkt for en felles regional standard. Det er besluttet i fagsjefmøtet at dette arbeidet skal gjennomføres gjennom den regionale legemiddelkomiteen. Dette vil følges opp straks den regionale legemiddelkomiteen er re-oppnevnt.

UNN ligger under landsgjennomsnittet i bruk av bredspektret antibiotika. Målet har vært å redusere bruken med 30 % i perioden 2012-2021. UNN ligger noe under inngangsverdien i 2012 og arbeidet med å være restriktiv i bruken følges tett av antibiotikateam, og er tatt inn i dialogavtaler og oppfølgingsmøter.

#### *Bemanning og kompetanse*

UNN har økt antall utdanningsstillinger i spesialsykepleiere til 80 i tråd med oppdraget gitt fra Helse Nord. Det er utarbeidet funksjonsbeskrivelse for utdanningsansvarlig

lege/overlege. LIS-enes utdanningsløp følges opp med dokumentasjon i kompetansemodulet og skal her være oppdaterte 1. mars og 1. september.

#### *Anskaffelsesområdet*

Mange av rutineene som utvikles i prosjekt «Innkjøp 2023» er ennå ikke klare. Utarbeidelse av en ansvars- og interessematrise i tråd med kategoristrukturen en omfattende oppgave. Dette bør gjennomføres i fellesskap i prosjekt «Innkjøp 2023».

UNN følger aktivt opp ved å implementere innkjøpsavtaler og derigjennom å realisere gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler. Vi ser behov for en bedre løsning for å dokumentere realisering av gevinster ved innkjøp.

#### *Teknologi*

Styret ved UNN har den 17.03.2021 behandlet handlingsplan for å lukke påpekte svakheter innen IKT området. Planen dekker de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, og NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak.

UNN-styret har også behandlet status fra arbeidet med informasjonssikkerhet den 19.05.2021.

## **Medvirkning**

Det vises til egne referat fra brukerutvalgets arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalg og drøftingsmøte med tillitsvalgte.

## **Vurdering**

Første tertialrapport 2021 viser hvordan UNN har fulgt opp kravene i oppdragsdokumentet. UNN har hatt aktiviteter på alle områder i oppdragsdokumentet i første tertial, men oppfølgingen er påvirket av at UNN har prioritert oppgaver med pandemien. Noen av oppdragene er løpende aktiviteter som ikke ferdigstilles i første tertial, men er gjenstand for langsiktig arbeid og kontinuerlig forbedring.

Styret ved UNN har gjennom direktørens dialogavtale og hovedindikatorer pekt ut tilgjengelighet og økonomisk handlingsrom som de to viktigste prioriteringene for UNN i 2021. Arbeidet med dette vil forsterkes fremover og vi er i dialog med foretak både i og utenfor Helse Nord for å lære og finne nye tiltak. Dette er en langsiktig og krevende prosess som er viktig for å sikre bedre oppfølging av Oppdragsdokumentets krav.

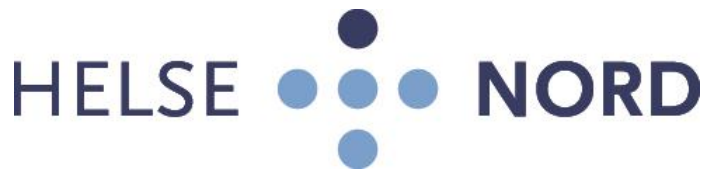
*Første tertialrapport 2021* anbefales godkjent for oversendelse til Helse Nord RHF.

Tromsø, 04.06.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Første tertialrapport 2021



# 1.tertialrapppport 2021 for Universitetssykehuset Nord-Norge



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVISSU



<b>1 Innledning .....</b>	<b>3</b>
<i>Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....</i>	<i>4</i>
<i>Somatikk.....</i>	<i>6</i>
<i>Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....</i>	<i>8</i>
<i>Samhandling .....</i>	<i>8</i>
<i>Kvalitet i pasientbehandlingen.....</i>	<i>10</i>
<i>Bemanning og kompetanse.....</i>	<i>15</i>
<i>Anskaffelsesområdet.....</i>	<i>16</i>
<i>Teknologi.....</i>	<i>17</i>

## 1 Innledning

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2020 og er viktig for å utvikle helsetjenesten til befolkningen.

Nummereringen på kravene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Rapporteringsteksten inneholder en kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke, og når forventer man å oppnå kravet.

Forkortelser i tabellene:

OD HOD	-	Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet
RHF	-	Helse Nord RHF
FTP HOD	-	Foretaksprotokoll Helse- og omsorgsdepartementet
FIN	-	Finnmarkssykehuset HF
UNN	-	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
NLSH	-	Nordlandssykehuset HF
HSYK	-	Helgelandssykehuset HF
SANO	-	Sykehusapotek Nord HF
HNIKT	-	Helse Nord IKT HF

**Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder**

OD HOD	3	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 ( <i>passert planlagt tid</i> ) utgår. Overholde minst 95 pst. av pasientavtalene sammenliknet med 2019 ( <i>passert planlagt tid</i> ) innen utgangen av 2021. Selv om målet ble tatt ut ifm. justert oppdragsdokument 2020, skal det rapporteres på resultatet for 2020.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>Andelen pasientavtaler har hatt en økning i 2020 og det arbeides nå aktivt i klinikkene med å øke andelen overholdte avtaler. Særlig NOR klinikken, som har flest pasienter i poliklinikk, har klart å øke andelen overholdte pasientavtaler. Svært mange pasienter med reisevei har hatt utfordringer med å møte til oppsatt time. UNN fortsetter arbeidet med å øke andelen og vi ser en positiv trend mot slutten av 2020 og videre i 1.tertial 2021. UNN er nå på nivå med situasjonen før pandemiutbruddet og ligger ved utgangen av 1.tertial på 87,1 %. Tiltak som hittil har gitt god effekt vil fortsettes med, og flere tiltak planlegges - som vil ha effekt både på kort og lengre sikt. Dette inkluderer utvidet åpningstider, jobbgjeldning, avstandsbasert behandling, effektivisering av operasjonskapasitet, avtaler med private aktører, ambulerings og øke langtidsplanlegging.</i></p>				
OD HOD	4	Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i andre halvår 2020 sammenliknet med andre halvår 2019, målt ved indikatoren planleggingshorisont, tidligere stilt krav om at det skal være en planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minst 6 måneder gjelder fortsatt.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>Ved utgangen av mars 2021 var andelen pasienter planlagt 6 mnd frem i tid på 54 %. Det er en økning fra 33% for samme periode året før. I 2020 var det en betydelig nedgang i andelen på grunn av utbruddet av covid-19. For hele foretaket er nå andelen på samme nivå som før utbruddet av covid-1. For somatisk virksomhet er andelen på 49%, og for psykiatrisk virksomhet er den på 89 %. Indikatoren er for 2021 tatt inn som en av hovedindikatorene og det er utviklet lokal indikator for klinikkene i HN-LIS med hyppig oppdatering og en mer kontinuerlig oppmerksomhet fra lederne. Arbeidet med å forbedre resultatene på indikatoren jobbes videre med i klinikkene i 2021. Det planlegges et foretaksovergripende prosjekt Vel planlagt i UNN for å styrke tilgjengelighet, inspirert av Helse Bergen og Helse Førde. Dette prosjektet planlegges igangsatt i september 2021.</i></p>				
OD HOD	5	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 prosent og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>Andelen telefon- og videokonsultasjoner var i 2020 på 14,5 %. Det var en betydelig økning i første fase av pandemien og har etterhvert avtatt noe. Hittil i år er andelen 11,7%. Det arbeides med å øke andelen med å ta i bruk Whereby. Opplæring er i Whereby er igangsatt, polikliniksjekk er igangsatt for å finne pasienter som kan gjennomføre tele konsultasjoner.</i></p>				
OD HOD	6	Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding



## Den gylne regel (hittil i år)

Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2020	2021	Endring 20-21
Somatikk*	Økonomi	1 736 811	1 798 053	3,5 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	263 701	268 023	1,6 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	60 132	64 079	6,6 %
TSB	Økonomi	68 684	71 747	4,5 %
Somatikk	Konsultasjoner	90 586	99 384	9,7 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	20 569	20 427	-0,7 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	11 972	11 893	-0,7 %
TSB	Konsultasjoner	4 562	4 181	-8,4 %
Somatikk	Ventetid	65,4	74,3	13,6 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	55,9	72,1	29,0 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	49,8	50,8	2,0 %
TSB	Ventetid	32,1	33,9	5,6 %

\*Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB. Konsultasjoner utført av «Legespesialisten» (fristbrudd HELFO i Voksenpsykiatri) telles ikke med her siden de ikke oppfyller rapporteringsplikten til NPR.

Gyllen regel rapporteres månedlig i Kvalitet og virksomhetsrapport. UNN har i 1. tertial 2021 ikke innfridd alle kravene til økt vekst innen psykiatri i forhold til somatikk. Årsakene til dette er sammensatt men en av utfordringene er tilgangen på spesialistkompetanse. På bakgrunn av Helse Nords internrevisjon høsten 2020 gjennomføres nå et større arbeid innen psykiatri. Det blir gjennomført flere analyser og risikovurderinger med tiltak i løpet av 2021.

OD-HOD	7	Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
--------	---	---	----------------------	-----------------------------------

Behovet er vurdert og er aktuelt for avdelingene Nevro-, hud- og revmatologi (NEHR) og Rehabilitering (REHAB):

NEHR: Alle seksjoner trenger økte ressurser for å bedre pasientsikkerhet/tilbud (pakkeforløp kreft, ryggkirurgi, vitrektomi, osv.). Behov for postsekretær nr. 2 (stor sengepost, 3 fag).

REHAB:

1. Fremmet administrativ forankring for Kompetanseområde for leger innen habilitering.
2. Søkt etablering av en Habiliteringsmedisinsk legeressurs for å koordinere og behandle kompliserte og sammensatte somatiske pasienter innen målgruppen.
3. Etablert arena for Nasjonal internundervisning innen habilitering
4. Utviklet tverrfaglig metodikk tilpasset habiliteringsområdet («Minitime»)
5. Bidra i et nasjonalt samarbeid omkring kartlegging av barn- og voksenhabiliteringstjenesten

RHF	8	Følge opp Helse Nord sitt styrevedtak om valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet fremlagt i rapport Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet (2020). Målsettingen er å oppnå fordelene som er påpekt i anbefalt	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	---	---	----------------------	-----------------------------------

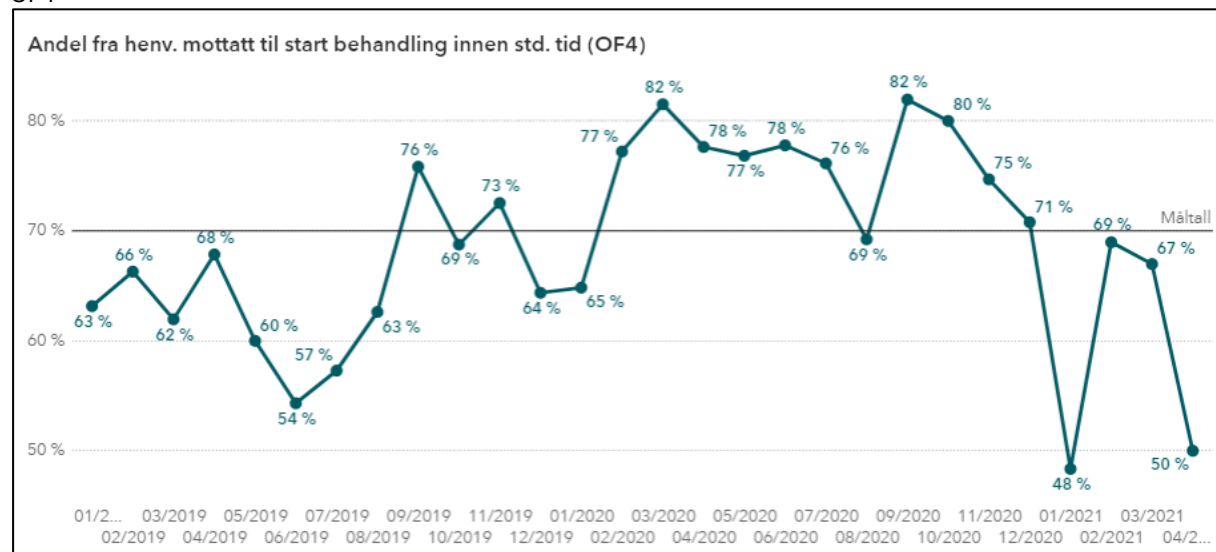
alternativ. Dette oppnås best ved at pasientreiser i større grad organiseres sammen med prehospitaltjenester.

Organiseringen av Pasientreiser er under planlegging i samarbeid med de andre helseforetakene i HN. Arbeidet er påbegynt og planlegges besluttet i løpet av 2021.

## Somatikk

OD HOD	20	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
--------	----	--	----------------------	-----------------------------------

### OF4



### 4 største forløp OF4 hittil i år

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
Total		59%	212	358
Brystkreft	Medikamentell behandling	71%	15	21
	Kirurgisk behandling	29%	18	62
Lungekreft	Strålebehandling	83%	15	18
	Medikamentell behandling	75%	9	12
	Kirurgisk behandling	67%	6	9
Prostatakreft	Overvåking uten behandling	56%	5	9
	Medikamentell behandling	25%	3	12
	Kirurgisk behandling	36%	5	14
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	25%	1	4
	Medikamentell behandling	25%	1	4
	Kirurgisk behandling	41%	13	32
Alle andre	Strålebehandling	44%	7	16
	Overvåking uten behandling	100%	2	2
	Medikamentell behandling	76%	22	29
	Kirurgisk behandling	79%	90	114

Andelen kreftpakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid på 70% er ikke overholdt i 1. tertial. UNN hadde svært gode tall for pakkeforløpene i 2020, men dette har vært fallende i 2021. Men alle pasientene er operert og bruddene på pakkeforløp er i hovedsak på kun få dager etter frist og har ikke påvirket prognose. Årsaken til manglende måloppnåelse er sammensatt, men de foreløpige vurderingene er at operasjonsplanleggingen er for statisk og ikke tilstrekkelig har tatt inn over seg at antall kreftpasienter varierer fra måned til måned (f.eks. økte antall kreftpakkeforløp med 24% fra februar til mars 2021) og lavdriftperioder

*(påske). Vi gjennomfører i juni møter med Akershus universitetssykehus og Stavanger universitetssjukehus for å se hvordan vi kan gjøre operasjonsplanleggingen mer dynamisk.*

OD HoD	21	Sørge for flere tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
UNN har startet arbeidet ned etableringen av et barnepalliativt team. Det er nedsatt arbeidsgruppe og referansegruppe med bred representasjon og det er utarbeidet mandat for arbeidet. Arbeidsgruppen leverer rapporten til klinikkjef i BUK innen 1. oktober 2021. Utreddingen fra arbeidsgruppen behandles av lederne fra de andre deltakende avdelingene og Barne -og ungdomsklinikken.				

OD HoD	22	Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>Planlagt svangerskapsavbrudd: Alle som ønsker å utføre svangerskapsavbruddet på sykehuset får tilbud om dette. Oppfølging ved spontanabort: De blir oppringt av sykepleier i løpet av behandlingen og får samtidig tilbud om kontakt med Amatheia. Oppfølging av seinaborter: Får omfattende oppfølging fra sykehuset.</i>				

OD HoD	23	Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>Kontaktfamilieordning: Dette er et arbeid som ivaretas i et samarbeid med Medisinsk genetisk poliklinikk og Fødepoliklinikken. Helse Nord`s rolle i dette arbeidet fremstår for UNN som uklar.</i>				

OD HOD	24	Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven: - Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helsedirektoratet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak. - Starte opp med kompetansehevende tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>Fra Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken har det vært gjort forberedelser fra høsten 2020 (fostermedisin/IVF) i samarbeid med Medisinsk genetisk avdeling. Utførlig rapport levert fagsjef UNN september 2020. Personell fra nevnte avdelinger har også vært involvert i nasjonale rådgivningsprosesser. Arbeidet følges tett av klinikkjef og fagsjef. Mye av aktuelt utstyr er bestilt, det jobbes med å sikre kompetanse og personell.</i>				

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

OD HOD	30	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----------	----	---	-------------------------------	--------------------------------------

*Andelen pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne er 72 %. Det foreligger ikke data på TSB. Det har vært etablert et eget prosjekt med prosjektleder og prosjektgruppe knyttet til implementering av pakkeforløp i klinikken. Som del av dette er det utviklet både strategisk plan og handlingsplan for implementeringen og oppfølging av denne. For psykisk helse Barn og unge var andelen ved siste publiserte periode (3.tertial 2020) på 41%.*

OD HOD	31	Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----------	----	--	-------------------------------	--------------------------------------

*Andelen pakkeforløp gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne og TSB er henholdsvis 17,1 % og 72,7 %. Det har vært etablert et eget prosjekt med prosjektleder og prosjektgruppe knyttet til implementering av pakkeforløp i klinikken. Som del av dette er det utviklet både strategisk plan og handlingsplan for implementeringen og oppfølging av denne. For psykisk helse Barn og unge var andelen ved siste publiserte periode (3.tertial 2020) på 44%.*

OD HOD	32	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----------	----	--	-------------------------------	--------------------------------------

*Andelen pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet behandlingsplan er 23,3 % for begge fagområdene.*

OD HOD	33	Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----------	----	---	-------------------------------	--------------------------------------

*I overkant av 47 % av epikrisene innenfor psykisk helsevern og TSB er sendt ut innen en dag i 2020. Det er fremdeles variasjoner mellom enhetene i klinikken, og det arbeides med tiltak for å øke andelen og oppnå måltallet.*

**Samhandling****3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester**

RHF	41	Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde: -Antall samarbeidsavtaler. -Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	--------------------------------------

*UNN har inngått avtale med 39 avtalespesialister som er lokalisert på 6 ulike steder. 26 i Tromsø, 4 i Harstad, 4 i Narvik, 3 på Finnsnes, 1 på Bardufoss og 1 på Skjervøy/Storslett.*

*Avtalene knytter seg til 8 fagområder;*

Gynekologi 3 avtaler, indremedisin 5 avtaler, urologi 1 avtale, øyelege 7 avtaler, øre-,nese-,hals 3 avtaler, revmatolog 1 avtale, psykiater 5 avtaler og psykolog 15 avtaler.

Avtalene er viktige for det videre arbeidet med å håndtere etterslepet som er oppstått som en konsekvens av utbruddet av Covid-19. Samhandlingen med avtalespesialistene har fått ny og høyst aktuell betydning for å klare å håndtere etterslepet. Ettersom situasjonen er endret i løpet av 2020 er det ikke laget egne rapporteringer på samarbeidet. Det planlegges for en ny situasjon der samarbeidet med avtalespesialistene vurderes som en del av den samlede kapasiteten.

UNN har inngått avtale med to private sykehus i Tromsø for å øke dagkirurgisk kapasitet slik at vi kan operere det etterslepet av inngrep som har oppstått i forbindelse med utbruddet av covid-19.

Hjerte- og lungeklinikken:

3 avtaler

Kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken

Avdeling for Urologisk, endokrin- og plastikkirurgi, urologisk seksjon har inngått samarbeidsavtale med avtalespesialist Eivind Bjerkaas, UroNord A/S Tromsø, om samarbeide rundt definerte pasientgrupper som kan utredes, behandles, eller kontrolleres poliklinisk i avtalespesialistens praksis. Dette omhandler ca 10 pas pr uke for året 2021. Avtalen fornyes ikke automatisk for senere år.

Medisinsk klinikk

Det foreligger samarbeidsavtale knyttet til ventelister med Knut Hofsøy Harstad (hjerte), Dag Malm Tromsø (fordøyelse), Trond Børvik Narvik (lunge) og Johan Sandvik Tromsø (hjerte).

Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken

Øye: 7 samarbeidsavtaler. Mottak av nyhenvisninger som anses som ikke nødvendig behandlet hos spesialisthelsetjenesten for reduksjon av venteliste, samt kontrollpasienter fra UNN Harstad for å avhjelpe etterslep. Avtale med alle faste avtalespesialister utenom 2 juniorpartnere for nyhenviste.

Øre-nese-hals:

3 Samarbeidsavtaler for utredelse, behandling og kontroll for å avhjelpe ventetid/fristbrudd/ventelister.

Psykisk helse- og rusklinikken

Psykisk helse- og rusklinikken har inngått samarbeidsavtaler med samtlige 19 avtalespesialister innenfor psykologi og psykiatri (Finnsnes, Narvik, Harstad, Nordreisa og Tromsø). 4 avtalespesialister i Tromsø har forøvrig deler av sin avtalehjemmel knyttet opp mot «HelseiArbeid», som er organisert under annen klinikk.

Gjennom samarbeidsavtalene heter det bl.a. at partene skal tilstrebe faglig og administrativt godt samarbeid. Ved kapasitetssvikt hos den ene parten kan den andre parten kontaktes med anmodning om bistand. UNN skal informere avtalespesialisten om faglige møter, og avtalespesialisten skal kunne delta på disse. Partene skal informere hverandre om relevante prosedyrer og kliniske retningslinjer.

Det anmerkes at klinikken ikke mottar informasjon fra Helse Nord ved utlysning og inngåelse av nye avtalehjemler – dette er et forhold som må bedres (i dag er klinikken henvist til å oppdatere seg gjennom Helse Nord's internettside vedrørende avtalespesialister)

Fra Avdeling sør, som organiserer virksomhet i Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms, rapporteres et begrenset samarbeid. Her har det ved en av seksjonene vært kontakt med avtalespesialister rundt fristbruddsituasjoner, avtalespesialister hadde ikke kapasitet til å bistå. Ved annen seksjon har det vært et samarbeid knyttet til VIVAT-opplæring – samarbeidet er nå avvirket og er avløst av bistand fra VIVAT. Avdeling sør vil initiere ny kontakt med avtalespesialistene med utgangspunkt i samarbeidsavtalen.

Fra Avdeling nord som organiserer virksomhet i Tromsø og Nord-Troms rapporteres at det ikke har vært felles samarbeidsmøte med avtalespesialistene i 2020. Avdelingen har kontaktet avtalespesialister i forbindelse med større kapasitetsutfordringer ved VPP Tromsø som har gitt fristbrudd samtidig som Covid-

19 har ført til ytterligere etterslep. Det ble rettet henvendelser til avtalespesialister i opptaksområdet til VPP Tromsø, men ingen av spesialistene som ble kontaktet hadde kapasitet til å bistå. Det er inngått flere veiledningsavtaler, hvor avtalespesialister (psykiatere) gir psykoterapiveiledning til LIS leger ved Avdeling Nord, og Psykisk helse og rusklinikken. Det er begrenset med henvisninger fra avtalespesialister til psykisk helsevern UNN, men samarbeidet oppfattes som godt når henvisning er nødvendig. Avtalespesialister har mulighet til deltakelse på kurs/konferanser i regi av PHRK. Potensialet for samhandling rundt kapasitet, prosedyrer og faglige retningslinjer vurderes som betydelig.

RHF	42	Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapport er og Årlig melding
<p>UNN leier operasjonskapasitet ved Aleris Tromsø for å gjennomføre dagkirurgi (med våre egne kirurger) innenfor fagområdene gastromedisin, plastikkirurgi, ortopedi, nevrokirurgi og ØNH.</p> <p>Fagområdene i UNN har hatt dialog med avtalespesialister i vårt opptaksområde for å se om private avtalespesialister kan overta konsultasjoner fra UNN for å redusere ventetid og fristbrudd. Tilbakemeldingene hittil har vært at de private avtalespesialistene i UNNs opptaksområdet ikke har kapasitet til dette.</p> <p>Helse Nord har nylig inngått avtaler om kjøp av døgnbaserte behandlingsplasser TSB fra flere private leverandører innenfor og utenfor regionen. Dette er primært en videreføring av tidligere avtaler, med noen justeringer. Kjøp av private behandlingsplasser innen TSB inngår som en viktig del av Helse Nord sitt totale behandlingstilbud, og utgjør ca. 50% av den totale kapasiteten. Det forutsetter en samhandling mellom offentlige og private tilbud som til sammen utgjør behandlingsskjeden. Samarbeidet består av flere elementer: Forvaltningen av henvisninger om behandling, vurdering av behandlingsbehov, og kvalitetssikring av pasientflyt ivaretas av Vurderingsinstans rus i Rusavdelingen og ved rusteamene/inntaksteamene ved de ulike SPHR (DPS). I dette arbeidet utgjør de offentlige og private leverandørene en likeverdig helhet av tjenester, basert på et praktisk samarbeid med de respektive inntaksteamene der. Samlet vurderer vi at samarbeidet med de private aktørene er tilfredsstillende.</p> <p>Innføring av pakkeforløp innen TSB i 2020 har formalisert samhandlingen rundt pasientforløpene ytterligere. Rusavdelingen har utpekt dedikerte forløpskoordinatorer som bidrar til å kvalitetssikre overganger mellom tjenestene. Vi opplever at de private aktørene har gjort det samme.</p> <p>Vurderingsinstans rus har løpende kontakt med inntaksteamene ved de private institusjonene når det oppstår utfordringer knyttet til å innfri behandlingsfrist. Det oppleves som krevende at ansvaret for fristbrudd ligger til sykehusene uavhengig av hvor det utløses. Hittil har dette imidlertid vært en begrenset utfordring. Fristbrudd i Rusavdelingen i 2020: 19</p>				

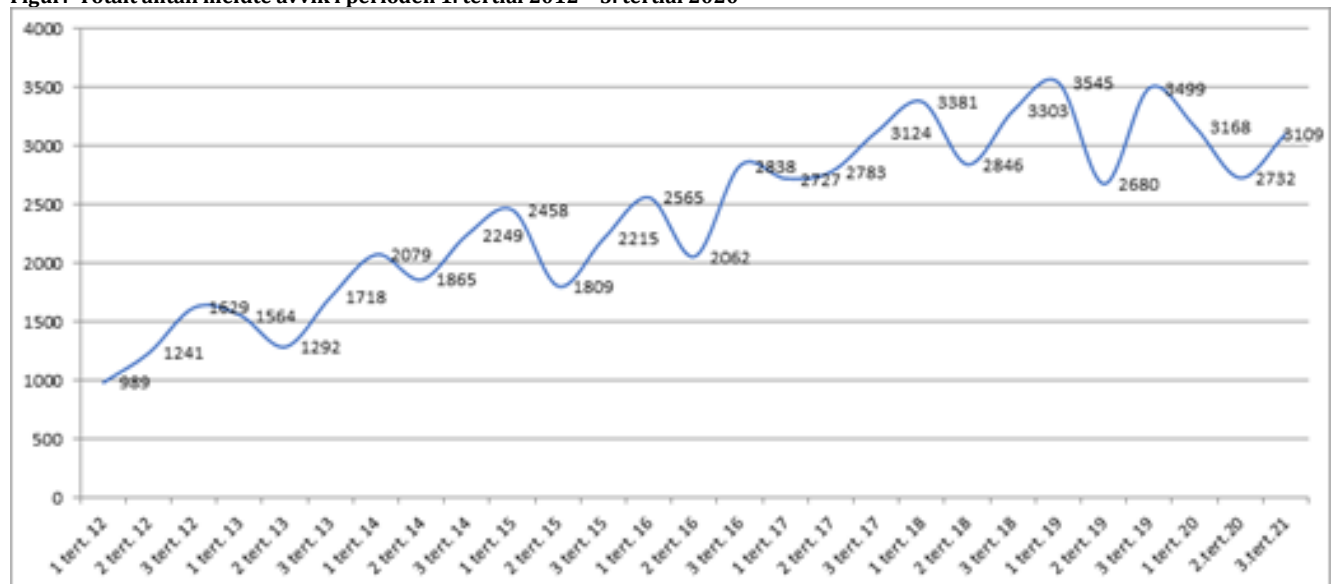
## Kvalitet i pasientbehandlingen



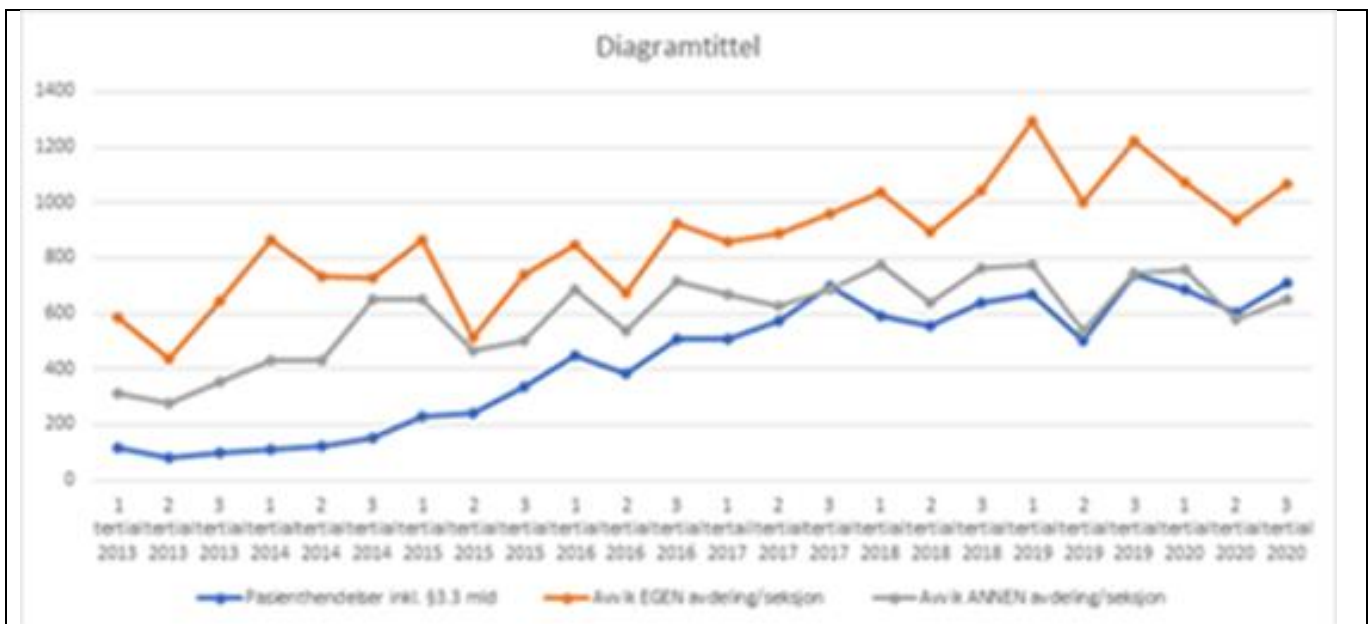
FTP	43	Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	ALLE	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	---	------	-----------------------------------

UNN har de siste fem årene jobbet med ulike tiltak for å bedre meldekulturen i organisasjonen. For å øke andelen pasienthendelser som meldes og varsles gjennomførte klinikkene seminarer i 2018-2019 der tema var å definere «Hva er relevant å melde hos oss?» (Melde for å lære). UNN hadde en betydelig økning i antall meldte pasienthendelser i perioden 2012-2018. Denne forbedringen har vist seg varig over tid og vi melder fortsatt på samme nivå som vi kom opp i perioden 2018-2019. Figurene 1 og 2 viser utviklingen i antall meldte avvik totalt (figur 1) og fordelt på pasienthendelser, avvik egen avdeling/seksjon og avvik annen avdeling/seksjon (figur 2).

Figur: Totalt antall meldte avvik i perioden 1. tertial 2012 – 3. tertial 2020



Figur: Antall meldte avvik fordelt på pasienthendelser, avvik egen avdeling/seksjon og avvik annen avdeling/seksjon



**Pasientsikkerhetsutvalget** startet samtidig en mer aktiv tilnærming for å bidra til læring etter hendelser. Tidligere tilbakemeldinger fra fagmiljøene var at de aldri hørte noe etter å ha meldt en hendelse. En av tiltakene ble å gi mer konkrete tilbakemeldinger på meldte hendelser, både i forhold til selve oppfølgingen og hvordan de skulle sikre læring til resten av enheten og eventuelle andre enheter som kan ha nytte av læringen. Respsen fra fagmiljøene er positiv.

Interne revisjoner, hendelsesanalyser og risikovurderinger er også viktige kilder til oversikt over områder med risiko for svikt. Da Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring ble lansert i januar 2017 startet UNN et revideringsarbeid for å sikre etterlevelse av forskriften. Først ute var system for **interne revisjoner**. Det ble etablert en to-nivå-modell for interne revisjoner, der det gjøres revisjoner både på foretaks- og klinikknivå (RL1186). Klinikkerne har ansvaret for gjennomføring av revisjoner på klinikknivå. Det gjennomføres intern opplæring av revisorer. Alle klinikker og sentre har egne revisorer og har fått på plass egne revisjonsprogram. På foretaksnivå er det både et treårig revisjonsprogram på tema, for å sikre kontinuitet og forutsigbarhet, og et årlig mer detaljert revisjonsprogram. Det nye systemet for interne revisjoner har medført at vi har kapasitet til å bruke revisjoner både til å avdekke mangler og til å vurdere etterlevelse og effekt.

Et annet viktig tiltak har vært å etablere **system for hendelsesanalyser** i UNN (RL6397). Arbeidet ble påstartet i 2017. Også her ble det etablert et to-nivåsystem. Det gjennomføres 2-3 fullverdige hendelsesanalyser per år. I tillegg gjennomfører klinikkerne forenklete hendelsesanalyser på varslede alvorlige pasienthendelser etter Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. I 2020 ble 31 alvorlige pasienthendelser varslet til Helsetilsynet. Det ble gjennomført forenklet hendelsesanalyse på 17 av pasienthendelsene og én fullverdig hendelsesanalyse. Andelen §3-3a varsler som ble undersøkt med hendelsesanalyse økte fra 48,8% i 2019 til 58,1% i 2020. Hendelsesanalyse som metode har bidratt til å avdekke bakenforliggende årsaker på system og organisering. Analysene har bidratt til å øke bevisstheten om at det er viktig å legge til rette på systemnivå, slik at vi gjør det lett å gjøre rett. UNN har gjennomført en hendelsesanalyse i *samarbeid med Tromsø kommune/ legevakt*. UNN er også i gang med et *samarbeid med Harstad kommune* der vi sammen gjennomfører flere hendelsesanalyser, både for å se på hendelser der vi svikter og hendelser der vi lykkes. Målet er å dra ut læring til forbedring av samarbeidet om pasienter som er på tvers av helsetjenestenivåene. UNN startet i 2020 etableringen av et helhetlig system for å se på funn etter hendelsesanalyser samlet og på tvers. Et eksempel på dette er å



sammenstille funn i **læringsnotater etter hendelsesanalyser**. Hensikten er å synliggjøre hvilke funn som går igjen på tvers av rapporter og gi klinikksjefer muligheten til å prioritere oppfølgende tiltak i egen klinikk. UNN gjorde i 2020 de første to **hendelsesanalysene på hendelser som ikke var på en pasienthendelse**. Den første ble gjort på en situasjon i en poliklinikk der en pasient raserte rommet og kom med trusler overfor ansatte. Den andre ble gjort på hendelse der offentlig journal ble publisert uten å være skjermet. Erfaringene er svært gode. Direktøren besluttet i LGG 2020 at det skal gjøres hendelsesanalyse på en fremtidig hendelse vedrørende avvik på personvern og informasjonssikkerhet, for å lære mer om hvordan disse hendelsene kan skje.

I 2020 utarbeidet UNN et nytt malverk for **risikovurderinger på operativt nivå** (PR54655). Dette ble gjort fordi klinikken ga tilbakemelding om at malene vi hadde var vanskelig å bruke uten prosess støtte fra stabsfunksjoner. Det nye malverket bygger forståelse for risikovurderingens faser underveis i arbeidet. Malverket setter tydelige rammer for risikovurderingen i tillegg til å være tilstrekkelig fleksibelt og oppleves enkelt i bruk. Arbeidet med risikoreduserende tiltak har fått større oppmerksomhet og risikovurdering gjennomføres i større grad ved endringer.

Svarprosenten på **Forbedringsundersøkelsen** ble 78,8 % i 2020. Under tema *Oppfølging* er det verdt å merke seg at enkeltpåstanden «*Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige Forbedringskartleggingen*» øker med 3,2 poeng. Resultatene for sikkerhetsklima er styrket siden 2018 (+2,6 poeng), men det er fortsatt for mange enheter med lavt score på sikkerhetsklima. Økningen under tema *Oppfølging* regnes som et svært sentralt resultat, da opplevelsen av å bli involvert i oppfølgingsarbeidet legger grunnlaget for å få effekt ut av denne type undersøkelser.

Et annet viktig tiltak har vært å øke forbedringskompetansen i organisasjonen. 17 medarbeidere fullførte **den regionale forbedringsutdanningen QI Nord** i 2019 og 22 i 2020. I 2021 er 36 medarbeidere i UNN påmeldt til QI Nord. UNN er også i gang med ny lederopplæring – **Lederprogrammet i UNN**. Det nye lederprogrammet inkluderer innføring i virksomhetsstyring.

Hendelsesanalyser, tilsynssaker og pasientklager viser at svikt i kommunikasjon mellom helsepersonell, samt mellom helsepersonell og pasient er en av de viktigste bakenforliggende årsakene til uønskede hendelser. UNN ønsket å **styrke helsepersonells kompetanse innen kommunikasjon med pasienter og pårørende**, og kurset **Fire gode vaner - klinisk kommunikasjon for leger i spesialisering** er nå en etablert læringsaktivitet til felles kompetansemål for leger i UNN. Gjennom arbeidet med klinisk kommunikasjon rettes også et økt fokus på **rapporteringskompetanse**. Gjennom småskala utprøving har utvalgte avdelinger fått opplæring i strukturert kommunikasjon om pasienter. Tilbakemelding fra fagmiljøene er at både kurset **Fire gode vaner - klinisk kommunikasjon for leger i spesialisering** og opplæring i strukturert kommunikasjon mellom helsepersonell er nyttig og relevant, og etterspørres av stadig flere fagmiljøer.

Det er også viktig å sørge for at vi ivaretar våre medarbeidere på en god måte, både når uønskede hendelser har skjedd og i krevende situasjoner der medarbeidere trenger støtte. Utbruddet av covid-19 har krevd mye av ansatte og ledere. Sykehusprestetjenesten har bidratt med kollegastøtte i form av undervisning, oppfølging av arbeidsmiljø og enkeltpersoner etter alvorlige hendelser, veiledningsgrupper og enkeltsamtaler med ansatte. Det har de senere år vært økende etterspørsel etter kollegastøtte, og det gis svært positive tilbakemeldinger på dette tiltaket. Direktøren har besluttet at det **etableres en struktur for kollegastøtte** i UNN. UNN har etablert

**rådgivningstjenesten Psykososialt team** som tilbyr støtte og rådgivning til medarbeidere og ledere. Hensikten er å støtte medarbeidere og ledere til å stå i arbeid og forebygge stress og utbrenthet. Tilbakemeldinger fra medarbeidere er at vold- og trusselsituasjoner oppleves belastende, og at oppfølging fra et psykososialt team også vil være et viktig ivaretagende og stabiliserende tiltak. Direktøren har besluttet at det psykososiale støtteamet videreføres permanent, men i ny form.

Direktøren i UNN **etablerte Pasientsikkerhetsvisitter** høsten 2020. Erfaringer fra Pasientsikkerhetsvisittene ble presentert for et samlet Arbeidsmiljøutvalg og Kvalitetsutvalg i april 2021. Pasientsikkerhetsvisitt er en samtale mellom Administrerende- / Viseadministrerende direktør og en tverrfaglig gruppe ansatte ved enheten som besøkes. Samtalen tar utgangspunkt spørsmål omkring hva de får godt til ved pasientsikkerhet og hva de har av utfordringer. I løpet av møtet prioriteres bevaringsområder og problemstillinger som enheten skal følge opp i KVAM-strukturen.

### **Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet**

Styret involveres i større grad i saker vedrørende kvalitet og pasientsikkerhet, ved at de får presentert:

- Oversikt over alle varslede § 3-3a i hvert styremøte
- En pasienthistorie i hvert styremøte.
- Enkelte § 3-3a-saker med redegjørelse fra klinikkjefer om det oppfølgende arbeid.
- Oversikt over eksterne tilsyn og interne revisjoner, inkludert handlingsplaner.
- Oversikt over alle interne revisjoner på foretaksnivå.
- Utvalgte interne revisjoner med handlingsplaner.

I tillegg vedtar styret årlig revisjonsprogrammet på foretaksnivå.

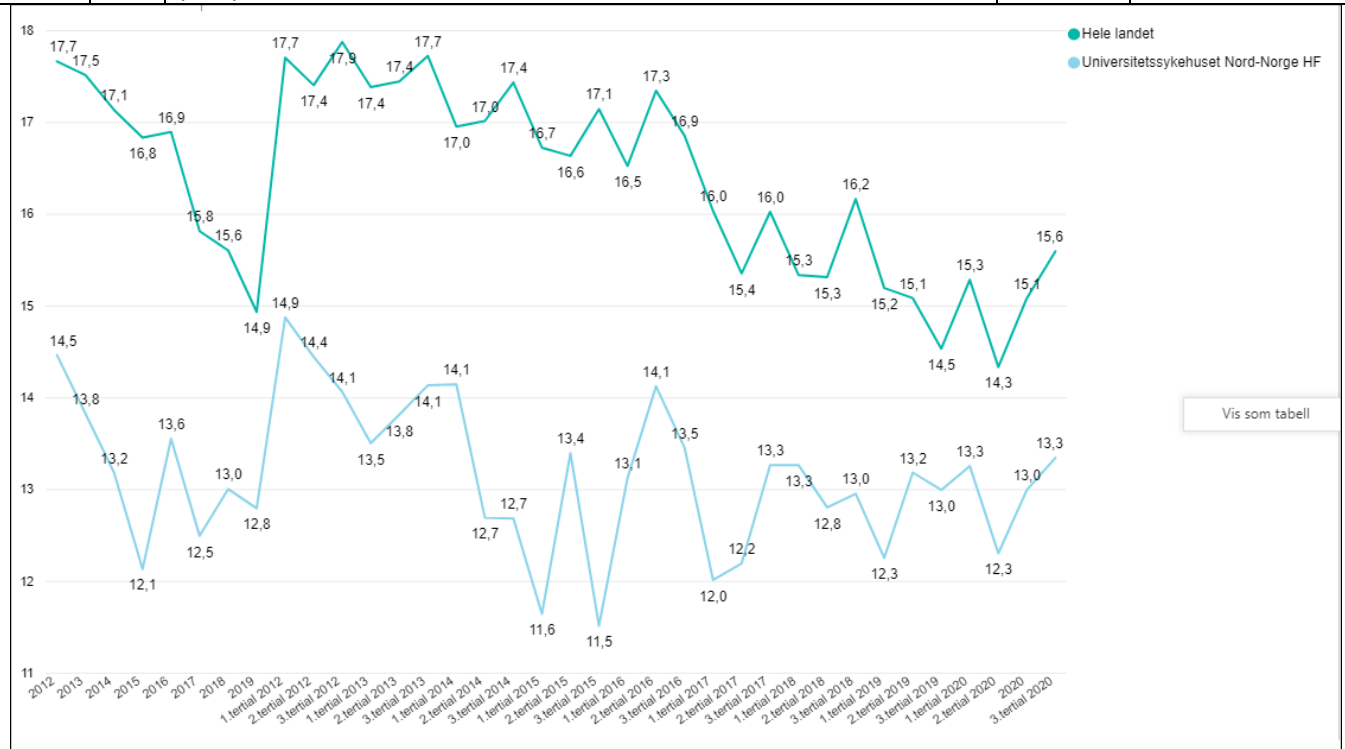
### **Videre plan:**

- I LGG 2021 besluttet direktøren å **styrke arbeidet med psykologisk trygghet**, som del av oppfølgingen av faktoren *sikkerhetsklima* i ForBedringsundersøkelsen.
- Videreføre arbeidet med å **etablere et helhetlig system for å se på funn samlet og på tvers** av avvik, pasienthendelser, varslede 3-3a, hendelsesanalyser, interne revisjoner og risikovurderinger. Vi har de siste par år registrert at det utarbeides mange tiltaksplaner og mange av tiltakene går igjen. Den helhetlige tilnærmingen skal bidra til at vi forener kreftene i oppfølgingsarbeidet.
- Etablere en arbeidsgruppe med bistand fra aktuelle klinikker og sentre for å foreslå hvordan koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet kan styrkes.
- Presentere enkelte hendelsesanalyser for styret.
- Arbeidet med klinisk kommunikasjon er langsgående og vil bestå av ulike tilnærminger i årene framover.

RHF	44	Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK SANO	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	---	---------------------------------------	-----------------------------------

UNN har nå fått i oppdrag å etablere en felles regional standard for såkalte høykostlegemidler, og ser det som naturlig at vår metode tas som et utgangspunkt for en felles regional standard. Det er besluttet i fagsjefmøtet at dette arbeidet skal gjennomføres gjennom den regionale legemiddelkomiteen. Dette vil følges opp straks den regionale legemiddelkomiteen er reoppnevnt.

OD HOD	46	30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----------	----	---	-------------------------------	--------------------------------------



Antall definerte døgndoser var 3.tertial 2020 13,3 pr 100 liggedøgn. For hele landet var denne 15,6 pr 100 liggedøgn. UNN ligger noe under inngangsverdien fra 2012 som var på 14,5. Det er tertialvis mindre variasjon i perioden 2017 – 2020 og bruken er innenfor et mindre intervall samt på et lavere nivå enn tidligere. Reduksjonen er ikke på 30 %, men UNN var og er et av helseforetakene med lavest forbruk av bredspektret antibiotika. Arbeidet med dette fortsetter og vil konsentreres rundt enheter med størst forbruk av bredspektrede antibiotika.

## Bemanning og kompetanse

RHF	72	Øke antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleiere (ABIOK) til minimum: -Universitetssykehuset i Nord-Norge: 80 stillinger. -	FIN, UNN,	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	---	--------------	--------------------------------------

		Nordlandssykehuset: 40 stillinger, -Finmarkssykehuset: 15 stillinger, -Helgelandssykehuset: 15 stillinger.	NLSH, HSYK	
<i>UNN har 80 utdanningsstillinger for ABIOK, som er finansiert over foretakets budsjett. Når ekstraordinært kull på UiT på videreutdanning i intensivsykepleie starter i august 2021 forventer vi at alle utdanningsstillingene vil være besatt. Opptaket til dette ekstraordinære kullet pågår.</i>				

RHF	73	Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UOA.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>Funksjonsbeskrivelse for utdanningsansvarlig overlege i UNN er under utarbeiding, og vil bli fremlagt for UNNs ledergruppe for diskusjon og beslutning i slutten av mai eller tidlig i juni 2021.</i>				

RHF	74	Sikre at LIS-enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodule, og at data er oppdatert per 1. mars og 1. september.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>Oppdatering av progresjon i LIS-enes utdanningsløp i Kompetansemodule er diskutert i overordnet LIS-komite i UNN, og påminning om betydningen av dette er sendt ut til LIS. Følges opp med ytterligere tiltak før neste frist 1.9.21.</i>				

## Anskaffelsesområdet

RHF	87	Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt "Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interessematrise utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstys- og produktporteføljen.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>Mange av rutinene som bør utvikles i prosjekt «Innkjøp 2023» er ennå ikke klare. Videre er utarbeidelse av en ansvars- og interessematrise i tråd med kategoristrukturen en veldig omfattende oppgave som vi ennå ikke er i mål med. Mye av dette bør etter vår oppfatning gjøres i fellesskap i prosjekt «Innkjøp 2023».</i></p> <p><i>En sentral del av arbeidet med utarbeidelse av matrisen er å avklare hvilken type fagkompetanse/fagrepresentanter som må være involvert i gjennomføring av de enkelte anskaffelsene (definert som anbudspakker i kategoristrukturen) og ved implementering og oppfølging av innkjøpsavtaler. Dette kan/bør gjøres i fellesskap. I dette arbeidet bør også regionens fagmiljøer bidra. Med et slikt utgangspunkt vil det være lettere for foretakene å bekle de ulike rollene.</i></p> <p><i>I forhold til effektiv implementering og oppfølging av innkjøpsavtaler som omfatter lagervarer (Clockwork-artikler) ser vi også behov for å utarbeide en tilsvarende ansvarsmatrise, som kan drilles ned på artikkelnivå gruppert i henhold til kategoristrukturen.</i></p> <p><i>Det er viktig å ha avklart hvem som skal beslutte/kvalitetssikre endringer av leverandørartikler tilknyttet de enkelte Clockwork-artiklene. Per i dag har UNN 9333 aktive CWL-artikler fordelt på 415 produktgrupper, 173 anbudspakker, 59 innkjøpsgrupper og 13 kategorier. For mange av disse artiklene er faglig involvering ved implementering og oppfølging innkjøpsavtaler avklart. Men for flere av CWL-artiklene er dette ikke tilfellet. Dette gjelder særlig innenfor medisinsk forbruksmateriell der forskjellige fagenheter benytter samme type produkter. Her tror vi fagmedvirkning mest effektivt løses gjennom etablering av produktråd. I dette arbeidet bør også fagmiljøene involveres.</i></p>				

RHF	88	Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>UNN har system for å implementere innkjøpsavtaler og derigjennom realisere gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler. Samtidig vurderes forbedringsmuligheter som vil kunne øke gevinst/nytte av nye avtaler og til realisering av disse. Dette gjelder både ved gjennomføring av anskaffelser og ved mottak og implementering av avtaler. Det er behov for å finne en bedre løsning for å dokumentere realisering av gevinster.</i>				

## Teknologi

RHF	107	Innen 1. april 2021 utarbeide en handlingsplan som er dekkende for å lukke påpekte svakheter på kort og lang sikt. Handlingsplanen skal ha en tidfestet fremdriftsplan og oppgavefordeling. Handlingsplanen skal som minimum dekke de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, og NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>Handlingsplanen er utarbeidet og vedtatt i UNN styret 17.03.21.</i>				

RHF	109	Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde: - status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet -resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner - oppsummering fra avviksrapportering -behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>Planlegges som sak til styremøte 19.05.21</i>				