



# INNKALLING

**Styret ved**

**Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Møtetid**

**Onsdag 3. juni 2015 kl. 09:00**

**Møtested**

**Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707**



## MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Møtested: Tromsø, Administrasjonens møterom/telefonmøte  
Dato: 3.6.2015  
Tid: 9:00

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 26010 eller til [Reidun.Holm@unn.no](mailto:Reidun.Holm@unn.no).  
Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

— Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Hanne CS Iversen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget

Saksnr	Innhold
ST 43/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 44/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 29. april 2015 og ekstraordinært styremøte 19. mai 2015
ST 45/2015	Tertialrapport 1. tertial 2015 – med Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2015
ST 46/2015	Tilsynsrapport – eksterne tilsyn
ST 47/2015	Informasjonssikkerhet
ST 48/2015	Tilslutning til strategiplan for innkjøp i Helse Nord 2014-2017
ST 49/2015	Orienteringssaker <i>Skriftlig orientering:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PET – drift og produksjon av radiofarmaka</li> <li>2. Reduksjon av ventetider i UNN HF</li> <li>3. Informasjon om kirurgisk- og anesthesiologisk operasjonskapasitet i byggeperioden for A-fløya</li> <li>4. Nasjonale kvalitetsindikatorer for UNN</li> </ol> <i>Muntlig orientering:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ventetid og fristbrudd</li> <li>6. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13 jfr. Hpl. § 1, jf. 23</li> </ol>
ST 50/2015	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protokoll fra foretaksmøte mellom Helse Nord RHF og UNN 24.4.2015</li> <li>2. Kopi av brev datert 24.4.2015 til Helse Nord RHF fra Ofoten Regionråd vedrørende ambulanseberedskap i Midtre Hålogaland</li> <li>3. Kopi av brev datert 29.4.2015 til Helse Nord RHF fra Ofoten Regionråd vedrørende ambulanseberedskap i Ofoten</li> <li>4. Utskrift fra møtebok fra felles eldrerådsmøte for kommunene i Sør-Troms 22.4.2015: Uttalelse om onkolog på UNN Harstad</li> <li>5. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 20.5.2015</li> <li>6. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 21.5.2015</li> <li>7. Referat fra OSO-møtet 16.4.2015</li> <li>8. Protokoll fra AMU-møtet 20.5.2015</li> <li>9. Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 18.5.2015</li> </ol>
ST 51/2015	Eventuelt

## **ST 43/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste**





## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
44/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	3.6.2015

### **Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 29. april 2015 og fra ekstraordinært styremøte 19. mai 2015**

#### **Innstilling til vedtak**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 29. april 2015 og fra ekstraordinært styremøte 19. mai 2015.

Tromsø, 22. mai 2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

#### Vedlegg

1. Protokoll fra styremøtet 29. april 2015
2. Protokoll fra ekstraordinært styremøte 19. mai 2015



## MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Møtested: Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707  
 Dato: 29.4.2015  
 Tid: 9:00-14.20

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Hanne Frøyshov	Medlem	
Hanne CS Iversen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget

Fra administrasjonen møte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Jon Mathisen	klinikkssjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Elin Gullhav	klinikkssjef ved Barne- og ungdomsklinikken
Kristian Bartnes	klinikkssjef ved Hjerte- og lungeklinikken ( <i>sak 32</i> )
Tove Skjelbakken	klinikkssjef ved Medisinsk klinikk
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klinikkssjef ved Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Birgith Nerskogen	vikarierende klinikkssjef ved Operasjons- og intensivklinikken
Susann Bäckström	senterleder ved NST
Gina M. Johansen	drifts- og eiendomssjef
Arthur Revhaug	fag- og forskningssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef
Håkan Brøndbo	avdelingsleder ved Barne- og ungdomsklinikken ( <i>sak 32</i> )
Mai-Liss Larsen	HR-sjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Tommy Schjølberg	avdelingsleder ved Økonomi- og analysesenteret
Leif Hovden	administrasjonssjef

**ST 30/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 29.4.2015**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 29.4.15 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv)

Saksnr.	Innhold
ST 30/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 31/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 25.3.2015
ST 32/2015	Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2015
ST 33/2015	Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
ST 34/2015	Tilbakemelding på Helse Nord RHF's Plan 2016-2019
ST 35/2015	Kjøp av tomt for Nye UNN Narvik
ST 36/2015	Årsplan for styret – justering
ST 37/2015	Årsrapport fra Brukerutvalget 2014
ST 38/2015	Orienteringssaker

*Skriftlige orienteringer*

1. Beredskapsplanen ved UNN
2. NST som nasjonal kompetansetjeneste
3. Status i satsing på helsefaglæringer i Helse Nord
4. Driftskonsept PET-senter
5. Reduksjon i antall langtidsventende

*Muntlige orienteringer*

6. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 1, jf. 23
7. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 1, jf. 23
8. Valgresultat – ansattevalgte representanter i styret
9. Ambulanseberedskap – langsiktig bestilling
10. Gimlevegen 12
11. *Status i etablering av kommunale akutte døgnplasser i Ofoten og Troms*
12. *Rapport etter revisjon av landets traumesentre*
13. *Opphopning av infeksjoner forårsaket av muliresistent klebsiella*
14. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen – videre oppfølging
15. Status og planer for geriatrifeltet ved UNN
16. Anbudsprosess A-fløya – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 23, 3. ledd jf. Fvl. § 13.2

ST 39/2015	Referatsaker
------------	--------------

## Sak 44/2015 - vedlegg 1

1. Kopi av brev fra Narvik kommune til helse- og omsorgsminister Bent Høie datert 25.3.15: Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan, framtidens sykehus og sykehusstruktur
2. Brev fra Geriatriisk fagråd datert mars/april 2015 vedrørende geriatriisk strategiplan
3. Protokoll fra møte i Regional brukerutvalg 19.3.2015
4. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 26.3.2015
5. Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 13.4.2015
6. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget 14.4.2015
7. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 15.4.2015
8. Referat fra AMU-møtet 15.4.2015
9. *Referat fra Brukerutvalgets møte 22.4.2015*
10. *Artikkel om UNNs katastrofeøvelse 2015 i tidsskriftet Lancet*
11. *Brev fra Helse Nord RHF vedr. investeringsrammer, datert 28.4.2015*
12. *Valgprotokoll, ansattevalgte representanter i styret, datert 28.4.2015*

ST 30/2015

Eventuelt

### **ST 31/2015 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 25.3.2015**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 29.4.2015**

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 25.3.2015.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 25.3.2015.

### **ST 32/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2015**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 29.4.2015**

Endret innstilling til vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mars 2015 til orientering.
2. Styret gir sin tilslutning til at antall langtidsventende, antall fristbrudd, bruk av pasienthotell, ~~gjennomføringsgrad for aktivitetsbasert bemanning~~ *sykefravær og*

## Sak 44/2015 - vedlegg 1

måloppnåelse i kreftpakkeforløpene innføres som hovedindikatorer i virksomhetsoppfølgingen.

3. Styret ser med bekymring på at antall utskrivingsklare pasienter øker og ber direktøren vurdere om UNN kan frigjøre lokaler som kan tilbys kommunene til drift av sykehjem.
4. Styret er ikke fornøyd med at lavere aktivitet enn planlagt i psykisk helsevern medfører risiko for at målet om størst vekst på dette området ikke nås, og ber om en nærmere analyse av aktivitetsmønsteret til neste møte.
5. Styret viser til vedtak i sakene 66/2014 Konsekvenser av Helse Nord RHF's plan 2015-2018, 108/2014 Virksomhetsplan 2015 og 6/2015 Oppfølging budsjett 2015, og tar til etterretning at investeringsmidlene for utstyr med mer som forventet i sin helhet er disponert. Styret ber Helse Nord RHF om at investeringsrammen for 2015 økes med 58,6 mill kr for å ivareta reanskaffelse av virksomhetskritisk utstyr ved sammenbrudd.
6. *Styret viser til at det foreligger et umiddelbart investeringsbehov på 12,72 mill kr til medisinsk teknisk utstyr. Styret ber om at Helse Nord RHF godkjenner at disse innkjøpene gjennomføres uten opphold for å unngå avbrudd og utsettelse i pasientbehandlingen.*

### Representanten Hanne Frøyshov la frem forslag om tillegg til punkt 3:

Antall korridorpasienter er høyt. Dette gir dårligere kvalitet i pasientbehandlingen og styret ber direktøren intensivere arbeidet med reduksjon av antall korridorpasienter.

Styreleder tok den endrete innstillingen og tilleggsforslaget opp til punktvis avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtatt:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mars 2015 til orientering.
2. Styret gir sin tilslutning til at antall langtidsventende, antall fristbrudd, bruk av pasienthotell, sykefravær og måloppnåelse i kreftpakkeforløpene innføres som hovedindikatorer i virksomhetsoppfølgingen.
3. Styret ser med bekymring på at antall utskrivingsklare pasienter øker og ber direktøren vurdere om UNN kan frigjøre lokaler som kan tilbys kommunene til drift av sykehjem. Antall korridorpasienter er høyt. Dette gir dårligere kvalitet i pasientbehandlingen og styret ber direktøren intensivere arbeidet med reduksjon av antall korridorpasienter.
4. Styret er ikke fornøyd med at lavere aktivitet enn planlagt i psykisk helsevern medfører risiko for at målet om størst vekst på dette området ikke nås, og ber om en nærmere analyse av aktivitetsmønsteret til neste møte.

## Sak 44/2015 - vedlegg 1

5. Styret viser til vedtak i sakene 66/2014 Konsekvenser av Helse Nord RHF's plan 2015-2018, 108/2014 Virksomhetsplan 2015 og 6/2015 Oppfølging budsjett 2015, og tar til etterretning at investeringsmidlene for utstyr med mer som forventet i sin helhet er disponert. Styret ber Helse Nord RHF om at investeringsrammen for 2015 økes med 58,6 mill kr for å ivareta reanskaffelse av virksomhetskritisk utstyr ved sammenbrudd.
6. Styret viser til at det foreligger et umiddelbart investeringsbehov på 12,72 mill kr til medisinsk teknisk utstyr. Styret ber om at Helse Nord RHF godkjenner at disse innkjøpene gjennomføres uten opphold for å unngå avbrudd og utsettelse i pasientbehandlingen.

### **ST 33/2015 Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 29.4.2015**

Endret innstilling til vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om aktivitetsbasert bemanningsplanlegging til orientering, og ber om at satsingen videreføres i henhold til de planene som saken redegjør for.
2. *Styret godkjenner at rapporteringen forenkles og innarbeides i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om aktivitetsbasert bemanningsplanlegging til orientering, og ber om at satsingen videreføres i henhold til de planene som saken redegjør for.
2. Styret godkjenner at rapporteringen forenkles og innarbeides i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene.

### **ST 34/2015 Tilbakemelding på Helse Nord RHF's Plan 2016-2019**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 29.4.2015**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til den foreliggende tilbakemeldingen til Helse Nord RHF på **Plan 2016-2019**.

Representant Hanne Frøyshov foreslo et nytt punkt til saken:

UNN-styret stiller seg bak Helse Nord RHF's viktigste mål for planperioden 2016-2019, og vil la disse få en synlig plass i sitt arbeid med egne saker i perioden.

Styreleder tok saken opp til punktvis avstemming:

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Forslaget til nytt punkt falt mot én stemme.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til den foreliggende tilbakemeldingen til Helse Nord RHF på **Plan 2016-2019**.

**ST 35/2015 Kjøp av tomt for Nye UNN Narvik**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 29.4.2015**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til at det er nødvendig å erverve tomt til Nye UNN Narvik i år for å komme i gang med utbyggingen som forutsatt i 2019, og til at forhandlinger med eieren LKAB Norge AS nå er fullført.
2. Styret ber om at Helse Nord RHF frigjør 9,7 mill kr til denne investeringen i rulleringen av investeringsplanen i juni 2015. Styret anbefaler at dette finansieres innenfor den totale investeringsrammen for Nye UNN Narvik, som er avsatt i Helse Nord RHF's investeringsplan fra 2019.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å erverve tomten (gnr 38, bnr 1 i Narvik kommune - totalt omlag 60 mål) fra LKAB Norge AS innenfor en økonomisk ramme på totalt 9,7 mill kr inklusive avgifter og omkostninger, under forutsetning av at Helse Nord RHF stiller investeringsramme til disposisjon i henhold til vedtakspunkt 1.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til at det er nødvendig å erverve tomt til Nye UNN Narvik i år for å komme i gang med utbyggingen som forutsatt i 2019, og til at forhandlinger med eieren LKAB Norge AS nå er fullført.
2. Styret ber om at Helse Nord RHF frigjør 9,7 mill kr til denne investeringen i rulleringen av investeringsplanen i juni 2015. Styret anbefaler at dette finansieres innenfor den totale



## Sak 44/2015 - vedlegg 1

investeringsrammen for Nye UNN Narvik, som er avsatt i Helse Nord RHF's investeringsplan fra 2019.

3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å erverve tomten (gnr 38, bnr 1 i Narvik kommune - totalt omlag 60 mål) fra LKAB Norge AS innenfor en økonomisk ramme på totalt 9,7 mill kr inklusive avgifter og omkostninger, under forutsetning av at Helse Nord RHF stiller investeringsramme til disposisjon i henhold til vedtaks punkt 1.

### **ST 36/2015 Årsplan for styret - justering**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 29.4.2015**

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner endringene i Årsplan for styret 2015.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner endringene i Årsplan for styret 2015.

### **ST 37/2015 Årsrapport fra Brukerutvalget 2014**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 29.4.2015**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar årsrapporten for 2014 fra Brukerutvalget til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar årsrapporten for 2014 fra Brukerutvalget til etterretning.

### **ST 38/2015 Orienteringssaker**

*Skriftlige orienteringer*

1. Beredskapsplanen ved UNN
2. NST som nasjonal kompetansetjeneste
3. Status i satsing på helsefaglæringer i Helse Nord
4. Driftskonsept PET-senter
5. Reduksjon i antall langtidsventende

*Muntlige orienteringer*

6. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 1, jf. 23
7. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 1, jf. 23
8. Valgresultat – ansattevalgte representanter i styret
9. Ambulanseberedskap – langsiktig bestilling
10. Gimlevegen 12
11. Status i etablering av kommunale akutte døgnplasser i Ofoten og Troms
12. Rapport etter revisjon av landets traumesentre
13. Opphopning av infeksjoner forårsaket av muliresistent klebsiella i UNN
14. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen – videre oppfølging
15. Status og planer for geriatrifeltet ved UNN
16. Anbudsprosess A-fløya – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 23, 3. ledd jf. Fvl. § 13.2

Orienteringssak 6,7 og 16 ble behandlet helt tilslutt i møtet.

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

Representantene Hanne Frøyshov og Jan Eivind Pettersen la frem følgende protokolltilførsel til orienteringssak 5 – Reduksjon i antall langtidsventende:

*UNN må redusere antall fristbrudd og lange ventetider, særlig innenfor ortopedi. Ved å utnytte operasjonsstuekapasiteten i Harstad og Narvik fullt ut vil dette kunne gjennomføres straks, og til en lavest mulig kostnad. Kvaliteten er god og det er mulig å rekruttere til stillinger til normal lønn. UNN bør utnytte denne potensielle interne kapasiteten fremfor å la pasienter vente, sende pasienter til andre HF eller til private. Det vises ellers til styrets vedtak i sak 86/2014.*

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 29.4.2015**

1. Kopi av brev fra Narvik kommune til helse- og omsorgsminister Bent Høie datert 25.3.15: *Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan, framtidens sykehus og sykehusstruktur*
2. Brev fra Geriatrisk fagråd datert mars/april 2015 vedrørende geriatrisk strategiplan
3. Protokoll fra møte i Regional brukerutvalg 19.3.2015
4. Protokoll fra styremøte i Helse Nord 26.3.2015
5. Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 13.4.2015
6. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget 14.4.2015
7. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 15.4.2015
8. Referat fra AMU-møtet 15.4.2015
9. Referat fra Brukerutvalgsmøtet 22.4.2015
10. Artikkel om UNNs katastrofeøvelse 2015 i tidsskriftet Lancet
11. Brev fra Helse Nord RHF vedr. investeringsrammer, datert 28.4.2015
12. Valgprotokoll, ansattevalgte representanter i styret, datert 28.4.2015

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar referatsakene til orientering.

**ST 40/2015 Eventuelt**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 29.4.2015**

Ingen saker.



## PRESSEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Møtested: Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707/ telefonkonferanse  
 Dato: 19.5.2015  
 Tid: 16:30-17:50

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Hanne CS Iversen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	Meldt forfall
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	Forfall
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget

### Fra administrasjonen møte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Gina M. Johansen	drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef
Leif Hovden	administrasjonssjef

**ST 41/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 19.5.2015**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 19.5.15 med de endringer som fremkom under behandling av saken.

Saksnr.                      Innhold

**ST 41/2015                      Godkjenning av innkalling og saksliste**  
**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 19.5.2015**

Innstilling:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste.

**ST 42/2015                      A-fløya Universitetssykehuset Nord-Norge – ny økonomisk ramme**  
**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 19.5.2015**

*Saken ble behandlet i lukket møte ettersom saken behandles med utsatt offentlighet etter Off.l. § 5.*

Silsand, den 19.5.2015

Jorhill Andreassen (s.)



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
45/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3.6.2015
Saksansvarlig: Arthur Revhaug		Saksbehandler: Hans-Petter Bergseth

### Første tertialrapport 2015 - med Kvalitets og virksomhetsrapport for april 2015

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner første tertialrapport 2015 for oversendelse til Helse Nord RHF.
2. Styret tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for april 2015* til orientering.
3. Styret ber Helse Nord RHF om investeringsrammer for to utstyrssøknader på tilsammen 1,35 mill kr

#### Sammendrag

Første tertialrapport 2015 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og Kvalitets- og virksomhetsrapporten (KVR) for april, skal samlet gi nødvendig ledelsesinformasjon om hvordan UNN ligger an i forhold til eiers krav og interne satsingsområder. Tertialrapporten viser at UNN på de fleste områdene innfrir kravene i oppdragsdokumentet. I KVR er de fem hovedindikatorerne som styret har vurdert som spesielt viktige, vurdert og presentert.

I rapportene fremkommer følgende:

- Ventetidene er i hovedsak stabile med gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i mars på 77 (-1) dager (med rett til prioritert helsehjelp 56 (-2) og uten rett 96 (+2) dager). Antall langtidsventende som har ventet mer enn ett år var (1 094) og antall fristbrudd (72) ved utgangen av april er høyt.
- Måloppnåelsen for de nylig innførte kreftpakkeforløpene er god når det gjelder kravene til forløpstider, mens andelen pasienter som inkluderes i forløpene fortsatt er under måltallet. Det jobbes aktivt med å få alle pasientene kodet etter de nye retningslinjene.
- Aktiviteten innen somatikk har tatt seg opp slik at denne nå ligger 3 % over plan. Antall DRG-poeng var som planlagt i april, men er fortsatt 2 % under plantallet akkumulert hittil i år.

- Antall utskrivningsklare pasienter økte med 187 (+ 7%) og er nå på samme nivå som før samhandlingsreformen ble innført. Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 192 utskrivningsklare døgn (-16 %).
- Antall gjennomsnittlig månedsverk var det ved utgangen av april 6 273. Det er 21 (+0,3 %) flere enn samme tid i fjor. Bruken av innleid helsepersonell er redusert til 16 månedsverk. Sykefraværet i mars var 9,0 % totalt i UNN.
- Regnskapet viser et budsjettavvik på -0,9 mill kr for april og -10,5 mill kr akkumulert hittil i år. Det var et positivt avvik på inntektssiden på +6,1 mill kr og et merforbruk på kostnadssiden på 8,2 mill kr (finansresultatet +1,2 mill kr). Høyere aktivitetsbaserte inntekter og høyere medikamentkostnader enn budsjettert bidro mest til avvikene.

Arbeidet med implementering av kreftpakkeforløpene fortsetter med betydelig fokus på alle nivåer i sykehuset. Det er tilfredsstillende at DRG-nivåene er som forventet. Det er imidlertid bekymringsfullt at antall utskrivningsklare pasienter nå er på samme nivå som ved innføring av Samhandlingsreformen. Dette gir UNN utfordringer i forhold til tilgjengelige senger.

Det er positivt at gjennomføringsgraden for planlagte tiltak øker og at bruken av bemanning nå synes å være stabilisert. Spesielt er det tilfredsstillende at utgifter til innleie er lavt. Direktøren vurderer at utvikling i mars og april indikerer en positiv trend i driftsøkonomien, og at det fortsatt er mulig å nå årets budsjettmål. Det vil bli redegjort muntlig i møtet for gjennomførte budsjettreguleringer i klinikkene fra mai.

De lave investeringsmulighetene i medisinsk teknisk utstyr gir grunn til bekymring.

## **Bakgrunn**

Tertialrapportene fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) til Helse Nord RHF oppsummerer status for arbeidet knyttet til kravene i oppdragsdokumentet. Rapporteringen er nært knyttet til resultatene som presenteres i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene (KVR), og av den grunn blir denne styresaken presentert med henvisning til begge rapportene.

KVR presenterer resultater rundt helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet, økonomi, og helse, miljø og sikkerhet. Rapporten oversendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdata både på foretaks- og konsernnivå.

## **Formål**

Første tertialrapport 2015 vil sammen med Kvalitets- og virksomhetsrapporten for april gi nødvendig ledelsesinformasjon om hvordan UNN ligger an i forhold til eiers krav og interne satsningsområder.

## **Saksutredning**

### **Kvalitetsparametre som rapporteres kun i tertialrapporten**

#### *Risikostyring og internkontroll*

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) rapporterer virkningen av internkontrollen tertialvis til styret gjennom rapporten *Ledelsens gjennomgang*. UNNs rapport til styret vil bli justert slik at denne inneholder alle elementene som kreves i henhold til kravet fra Helse Nord

## Sak 45/2015

RHF. Styret får rapporter på alle punkter, men disse finnes i egne rapporter og ikke som en del av *Ledelsens gjennomgang*.

### *Innkjøp*

UNN legger til grunn den regionale innkjøpsstrategien for sin anskaffelsesvirksomhet (se for øvrig egen sak i dette møtet). Kravet til etisk handel må samordnes på regionalt og nasjonalt nivå for å kunne sikre effektiv oppfølging av leverandørene. UNN har etiske vilkår innarbeidet i våre standardkontrakter.

Målkravet om 0,5 mrd omsetning gjennom logistikksystemet Clockwork har en måloppnåelse på 65 %. Det er planlagt flere tiltak for å øke omsetningen gjennom logistikksystemet. Innen 1.10.2015 vil UNN ha på plass en nøyaktig tidsplan for hvordan vi skal nå målet om årlig omsetning i Clockwork.

### *Pasientens helsetjeneste*

Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i 1. tertial. Fokus har ligget på de nasjonale kreftpakkene. Fire kreftpakkeforløp er implementert og forberedelsen til ytterligere 16 forløp er igangsatt. Det er utpekt forløpskoordinatorer og forløpsledere for alle pakkeforløp samt systemer for monitorering av oppnådde forløpstider.

Arbeidet med implementering av ny pasientrettighetslov er igangsatt. Nye krav til pasientadministrative rutiner er etablert med prosedyrer og nye brevmalere. Opplæring av de ansatte i nye rutiner igangsettes 2. tertial.

Kravet til høyere vekst innen psykisk helsevern -og rus enn for somatikk er bare delvis innfridd. De prioriterte områdene har en regnskapsmessig prosentvis vekst. Målt i antall månedsverk er psykiatri- og rusområdet redusert i forhold til somatisk virksomhet.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for pasientoppgjør var ved utgangen av april 36 dager. Det er bestilt saksbehandlingstjenester tilsvarende 5 månedsverk for å få ned tiden til kravet på 14 dager.

### *Somatikk*

Arbeidet med ivaretagelse av samisk språk og kultur innen geriatri og rehabilitering er igangsatt, og det er utarbeidet en skisse som skal fungere som modell for det nordsamiske området.

UNN har inngått avtaler med kommunene om ivaretagelse og drift av overgrepsmottak. I all hovedsak videreføres dette i sin nåværende form i kommunene med en formalisert avtale med UNN.

Arbeidet med å sikre at det ikke finnes ”åpne dokumenter” i DIPS er igangsatt og det utarbeides handlingsplaner i klinikkene basert på dokumenterte prosedyrer for å kvalitetssikre at alle dokumenter kvitteres ut. Det etableres måleindikatorer i UNN KIS som vil gi informasjon for hva som er et normalt nivå på antall ”åpne dokumenter”.

Utarbeidelse av felles radiologiske protokoller på vegne av regionen er forsinket i UNN på grunn av vakant lederstilling. Arbeidet er krevende da helseforetakene innen Helse Nord har ulike maskinpark, og protokollene må ta hensyn til dette. Ny prosedyre for prostataundersøkelse er under utprøving i UNN Harstad.

### *Psykisk helsevern- og rusområdet*



## Sak 45/2015

Evalueringen av videokonferanseløsningen *DeVaVi* er noe forsinket og vil bli ferdigstilt innen 15.7.2015. Alt evalueringsaktivitet er gjennomført og det gjenstår noe analysearbeid.

### *Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap*

Handlingsplan for innføring av automatisert journalundersøkelse GTT er oversendt direktørmøtet for beslutning. Bakgrunnen er relativt store budsjettmessige konsekvenser for hvert foretak.

Arbeidet med å få ned ventetiden mot et gjennomsnitt på 65 dager for alle pasienter er igangsatt med tiltaksplaner på overordnet nivå og med lokale tiltak. Arbeidet følges opp av 2 faggrupper med analyser og nye prosedyrer. Arbeidet skal sikre at alle pasienter blir ivaretatt ved innføring av ny pasientrettighetslov. Det er lagt ned et omfattende arbeid i egen ledermøtesak med en konkretisering av punkter som skal gjennomføres. Alle klinikker har gjennomgått ventelister og avklart tekniske eller administrative forhold knyttet til lista med langtidsventende. Det foreligger planer for hvordan lista skal utvikles. Fristbrudd overvåkes fortløpende i UNN KIS og forventes unngått i løpet av høsten 2015.

### **Hovedindikatorer**

I kvalitets- og virksomhetsrapporten fremheves fem hovedindikatorer som styret vurderer å være spesielt viktig å følge for å nå sykehusets mål for inneværende år. De fem indikatorene er fremhevet på rapportens førsteside, og er:

- Antall langtidsventende
- Antall fristbrudd
- Bruk av Pasienthotell
- Sykefravær
- Måloppnåelse kreftpakkeforløp.

### *Langtidsventende*

Ved utgangen av april var det 1 094 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Dette var en økning på 91 (+9 %) sammenlignet med samme tid i fjor. Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken har flest med 937 (86 %) av alle langtidsventende. Det er over halvparten av disse som venter på en poliklinisk undersøkelse/vurdering. Disse langtidsventende er omtrent likt fordelt mellom UNN Harstad og UNN Tromsø. Det arbeides aktivt for å finne løsninger for disse pasientene i NOR klinikken etter retningslinjene som er rapportert tidligere til styret. I de øvrige klinikkene er det få langtidsventende.

### *Fristbrudd*

Antall fristbrudd ved utgangen av april var 72 (2 % av rettighetspasientene). Dette er på nivå med samme tid i fjor.

### *Bruk av pasienthotell*

Rapporten viser at bruken av pasienthotell målt som andel liggedøgn er nesten 6 %. Spesielt Hjerter- og lungeklinikken har i større grad brukt pasienthotellet. Det arbeides med kartlegging av fremtidig bruk av hotellet i alle klinikkene.

### *Sykefravær*

Sykefraværet i mars var 9,0 %. Dette er en økning på 0,1 prosentpoeng sammenlignet med samme måned i 2014. Sykefraværsprosenten gjenspeiler at det i gjennomsnitt var 350 ansatte borte fra UNN hver dag i mars.

## Sak 45/2015

I mars var det registrert to egenmeldinger i GAT hvor fraværet ble oppgitt å være arbeidsrelatert. 546 ansatte ble registrert med sykemelding utover 16 dager, hvorav 278 (50,9 %) var graderte. Målet er at 50 % av sykemeldingene skal være gradert.

Det er opprettet en arbeidsgruppe bestående av representanter fra ledersiden i UNN, HR, FFS, vernetjenesten, tillitsvalgte og NAV Arbeidslivssenter. Arbeidsgruppen har som mandat å:

1. Kartlegge og analysere "nå-situasjonen" med hensyn til sykefravær og nærværarbeid i foretaket.
2. Foreslå tiltak som
  - a. Styrker kunnskap og kompetanse om hva som fremmer nærvær
  - b. Forbedrer arbeidsmiljø og arbeidsinnhold
  - c. Fremmer kultur for tilrettelegging for økt nærvær

Arbeidsgruppen rapporterer til AMU, og utvalget behandlet arbeidsgruppens rapport på møte i mai. På bakgrunn av dette vil en konkret handlingsplan for nærværarbeid bli utarbeidet og forelagt AMU.

### *Måloppnåelse kreftpakkeforløp*

I april var andel kreftpasienter som ble kodet som utredet i pakkeforløp i UNN 81 %. Nasjonal målsetning er 70 %. Statistikken er estimert av Norsk pasientregister ut fra diagnosekoding og er fortsatt beheftet med usikkerhet. UNN har nettopp kommet i gang med registrering av prostatakreftpasientene, slik at pasienter utredet og behandlet fram til og med mars måned ikke er ivaretatt i pakkeforløp

Av forløpstidene for de komplette pakkeforløpene, fra henvisning mottatt til første behandling, overholder UNN stort sett de anbefalte forløpstidene. Kodekvaliteten er imidlertid ikke optimal. Forløpsledere og koordinatører arbeider for å bedre kvaliteten i kodingen

### *Andre kvalitetsindikatorer*

Det er i hovedsak stabile resultater for de øvrige kvalitetsindikatorene. Andelen epikriser sendt innen syv dager var i april 74 % og 83 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall korridorpatienter pr dag var 12 i april. Andelen strykninger av planlagte operasjoner var i april 3 %.

## **Aktivitet**

### *Somatikk*

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+3 %). Antall polikliniske dagbehandlinger har negativt avvik mot plan (-9 %). Årsaken er som nevnt i tidligere Kvalitets- og virksomhetsrapporter en reduksjon i antall dialysepatienter. Det er en økning i antall heldøgn (+1 %), innlagte dagopphold (+2 %) og polikliniske konsultasjoner (+3 %). Aktiviteten de siste to månedene har vært høyere enn årets to første. Antall DRG-poeng er hittil år lavere enn planlagt (-2 %), men var som planlagt i april.

Antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet økte med 187 (+7 %) sammenlignet med samme tid i fjor. Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 192 utskrivningsklare døgn (-16 %).

Antall røntgenundersøkelser (+3 %) og laboratorieanalyser (+9 %) er høyere enn plan. Det siste skyldes blant annet høy forekomst av influensa i 2015.

### *Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne hittil i år er 4 % høyere enn plan. Endringen fra forrige måned skyldes gjennomgang og endring av periodiseringsnøkkel. Aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge viser nedgang (-4 %). BUP-Tromsø har hatt redusert

## Sak 45/2015

kapasitet på grunn av høyt sykefravær på slutten av 2014 og de første månedene av 2015. I tillegg har stillinger vært holdt vakante på grunn av innsparinger, og det er omfordelt ressurser til regionale oppgaver som ikke er fullfinansiert fra Helse Nord. Når det gjelder aktivitet har summerte tiltak pr. person økt fra 2013 til 2014 med 20 %. Til tross for dette har det oppstått uønskede fristbrudd. Det er nå foretatt ansettelser i vakante stillinger, og vikarer brukes ved sykefravær. Det forventes økt kapasitet som et resultat av dette. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er aktiviteten høyere enn plan (+4 %).

### **Personal**

Antall månedsverk i april var 6 294. Dette gir et gjennomsnitt hittil i år på 6 273, som er en økning på 21 månedsverk (+0,3 %) sammenlignet med i fjor. I tillegg leies det i gjennomsnitt åtte sykepleiermånedsverk og åtte legemånedsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er betydelig redusert (-73 %) sammenlignet med i fjor, mens nivået for innleide leger har økt (+23 %).

### **Økonomi**

#### *Driftsresultat*

UNN har for 2015 et overskuddskrav på 40 mill kr. Regnskapet for april viser et avvik på +2,4 mill kr, som gir et budsjettavvik på -0,9 mill kr. Akkumulert hittil er det et budsjettavvik på -10,5 mill kr. Driftsinntektene for april viser et avvik på +6,1 mill kr hvorav ISF-inntektene utgjør +2,6 mill kr. Driftskostnadene har et avvik på -8,2 mill kr. Aktivitetsdrevne varekostnader har et avvik på +2,8 mill kr og lønnskostnader -0,2 mill kr. Kjøp av helsetjenester har et avvik på -2,9 mill kr. Kjøp av private helsetjenester er 4,6 mill kr lavere enn budsjett. Utviklingen i kjøp av private helsetjenester er helt stabil fra 2013 frem til i dag, men det er variasjoner fra måned til måned. Det akkumulerte budsjettoverskuddet på denne posten forventes dermed ikke å vedvare.

Finanspostene har et avvik på +1,2 mill kr.

#### *Gjennomføring av planlagte tiltak*

I april er det realisert en økonomisk effekt av tiltak på 14,2 mill kr. Akkumulert hittil i år er det beregnet en økonomisk effekt på 46,8 mill kr, som utgjør en gjennomføringsgrad på 55 %, hvilket er noe bedre enn tidligere i år. Det er fortsatt et stort fokus på arbeidet med aktivitetsbasert bemanning i hele foretaket.

#### *Investeringer*

Det ble investert for 46,7 mill kr i april. Hittil i år er det investert for 153,4 mill kr av en samlet investeringsramme på 800 mill kr. For utstyr med mer er det hittil investert for 31,0 mill kr og utestående forpliktelse beløper seg til 47,3 mill kr.

Likviditeten ved utgangen av april er 377 mill kr som er i tråd med likviditetsprognosen.

Økningen i likviditet skyldes utbetaling av lån knyttet til A-fløya og Helse Nord RHF's beslutning om styrking av egenkapitalen til helseforetakene.

### **Kommunikasjon**

Mediestatistikken for april viser at det i Narvik er etablert en allianse for sykehuset i Narvik rettet mot arbeidet med nasjonal sykehusplan hvor akuttberedskap ved mindre sykehus er tema. I Fremover presenteres en bred samfunnsallianse under slagordet "Blør vi saktere", og det er flere artikler hvor fagfolk og politikere i Narvik advarer mot å kutte i beredskapen.

Åpningen av ny helikopterbase på Evenes får god og bred omtale i landsdelens aviser og etermedier. En artikkel i Pingvinavisa om babyboom på fødeavdelingen i Tromsø oppnår god spredning i media og sosiale medier med 737 Facebookdelinger. Saken nådde 19944 personer på Facebook. Av negativ omtale nevnes at NRK Troms omtalte at UNN i forbindelse med utarbeidelse av en nasjonal traumeplan får kritikk for ikke å ha en tydelig organisering av denne.

## Medvirkning

Det er orientert muntlig om denne saken i eget møte med arbeidsmiljøutvalget 20.5.2015, som fikk svart ut spørsmål til orienteringene. Utvalget sa seg fornøyd med styrets vedtak om å ha sykefraværsoppfølging som én av fem viktige hovedindikatorer.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten har hatt eget drøftingsmøte på denne styresaken 21.5.2015, og protokollen fra møtet følger vedlagt. De var spesielt opptatt av fordelingsutviklingen av driftsmidler mellom somatikk og rus-/ psykiatriområdet, herunder hvordan UNN kunne oppnå overordnede politiske målsettinger.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg kunne ikke stille i det ekstraordinære drøftingsmøtet 21.5.2015. Referat fra utvalgets ordinære møte 18.5.2015 foreligger i egen referatsak til styrebehandlingen.

## Vurdering

### *Hovedindikatorer*

Rapporten viser resultatet for de fem hovedindikatorer som styret har besluttet å ha fokus på. Arbeidet med å finne løsninger for de langtidsventende er i gang. Hovedutfordringene er polikliniske undersøkelser og enklere behandling i Ort/plast avdelingen (Harstad og Tromsø). Det pågår aktivt arbeid internt og sammen med Helse Nord for å løse problemene for de langtidsventende.

Arbeidet med å eliminere fristbrudd pågår, men det gjenstår ennå å eliminere disse helt. Arbeidet med sykefravær vil bli prioritert fremover. Det er igangsatt kartlegging av mulighetene for fremtidig bruk av pasienthotellet i alle klinikkene. Innføringen av kreftpakkeforløpene følges nøye, og det er lagt til rett for oppfølging i UNN KIS.

Det gjenstår ennå arbeid med å utvikle gode måltall for alle hovedindikatorerne. Dette vil direktøren komme tilbake til ved neste rapportering til styret.

### *Pasientbehandling*

Direktøren er fornøyd med at UNN i stor grad overholder anbefalte forløpstider for de nye kreftpakkeforløpene, men understreker at kodekvaliteten må forbedres også på dette området for å sikre at alle forløp som skal inngå faktisk blir en del av beregningsgrunnlaget for pakkeforløp.

Direktøren er fornøyd med at aktiviteten i somatikken har tatt seg opp etter at den var noe lavere enn planlagt i årets to første måneder.

Rapporten viser at ventetidene i hovedsak er stabile og at økningen i langtidsventende i Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken har flatet ut. Det er nå et prioritert mål å redusere antall langtidsventende. Det er grunn til bekymring at antall utskrivingsklare fortsetter å øke. Dette vurderes fortsatt å være hovedårsaken til at vi ikke lykkes med å redusere antall korridorpasienter.

## Sak 45/2015

### *Driftsøkonomi*

Det er positivt at regnskapsresultatet for april er nær balanse. Og at veksten i antall månedsverk synes å ha flatet ut. Det har samtidig funnet sted en betydelig reduksjon i bruken av innleie. Det vurderes nå å foreligge en trend der den samlede personalbruken går ned.

Direktøren er fornøyd med at ISF-inntektene øker. Dette vurderes å være et resultat av både økt aktivitet og bedre koding. Det er et betydelig merforbruk på varekostnader, og medikamenter utgjør den største komponenten, til tross for at budsjettet er styrket betydelig. Økende legemiddelkostnader vurderes å være en vedvarende utfordring som det sannsynligvis må skapes mer rom for i fremtidige budsjetter.

Direktøren vurderer det som sannsynlig at utviklingen i mars og april er uttrykk for en positiv trend. Det vurderes derfor slik at det fortsatt er mulig å nå årets budsjettmål.

### *Investeringer*

Direktøren vurderer det som uholdbart at det på grunn av manglende investeringsrammer ikke er anledning til å godkjenne utstyrsinvesteringer og foreslår at styret ber Helse Nord RHF om investeringsrammer for to utstyrssøknader til 1,35 mill kr.

Tromsø, 22.5.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

### Vedlegg

1. Tertialrapport 1. tertial 2015
2. Kvalitets- og virksomhetsrapporten for april 2015



# Første tertialrapport 2015 fra Universitetssykehuset Nord- Norge HF til Helse Nord R.



## Innhold

Innhold .....	2
1 Om rapporteringen .....	3
2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser .....	4
2.3 Risikostyring og internkontroll .....	4
2.4 Innkjøp .....	4
3 Pasientens helsetjeneste.....	6
3.1 Somatikk .....	8
3.2 Psykisk helsevern og rus .....	10
3.3 Samhandling .....	10
4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap.....	10
4.1 Kvalitet.....	10
4.2 Pasientsikkerhet .....	11
4.3 Smittevern .....	11
4.4 Beredskap.....	11
5 Personell, utdanning og kompetanse .....	11
5.1 Helse, miljø og sikkerhet .....	11
6 Forskning og innovasjon .....	11
7 Styringsparametre 2015.....	11
7.1 Styringsparamete.....	11
7.2 Rapporteringskrav .....	13
9.1 .....	14
9.2 Sak til HF styrebehandling.....	14

## 1 Om rapporteringen

På oppdrag fra Helse Nord RHF skal denne malen brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2015**.

Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet. Det er i tillegg lagt inn nummerering på rapporteringskravene.

Rapportering fra helseforetakene på styringsparametre m.v. er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Vi har etter henstilling fra helseforetakene gjennomgått hvilke styringsparametre det skal rapporteres på, og hvilke Helse Nord RHF kan svare HOD på direkte.

Det skal gis tilbakemelding på alle rapporteringskrav i dette dokumentet. Tabellen under rapporteringskrav viser hvilke krav som skal rapporteres tertialvis og hvilke kun i årlig melding.

Rapporteringsteksten skal kort beskrive tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Nyttige linker som kan brukes for innhenting av informasjon:

*Lenke til nasjonale kvalitetsindikatorer:* <http://nesstar2.shdir.no/webview/>

*Lenke til statistikkalender Norsk pasientregister:* <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/statistikkalender/Sider/default.aspx>

*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste:* <http://www.kunnskapssenteret.no/>

*Helsenorge - Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer*

<https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>

*Nasjonale medisinske kvalitetsregistre -* <http://www.kvalitetsregistre.no/kvalitetsregistre/>



## 2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

Økonomiske krav rapporteres ikke lenger i Årlig melding. Disse forholdene ivaretas gjennom månedlige virksomhetsrapporteringer.

### 2.3 Risikostyring og internkontroll

#### Mål 2015:

- 2.3.1 Ledelsens gjennomgang av internkontroll skal styrebehandles. Gjennomgangen skal være basert på sammenlignbar statistikk som omfatter kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen skal også inneholde:
- ROS- analyser
  - gjennomgang av informasjonssikkerhet, klima og miljø, og beredskap
  - oversikt over gjennomførte og planlagte interne og eksterne tilsyn og revisjoner
  - status for pålegg eller avvik som er gitt av tilsynsorganer jf. styresak 148-2014
- Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål
- Som del av saken skal styret vurdere foretakets resultater, årsak til variasjon, samt identifisere og prioritere tiltak.

#### Rapporteringstekst 1.tertial

UNN styrebehandler *Ledelsens gjennomgang* etter hvert tertial. I *Ledelsens gjennomgang* vurderes foretakets styringssystemer og systemer for kvalitet og resultater med tiltakslistene for forbedringer. Det gjøres en overordnet ROS-analyse av systemenes effekt for organisasjonen. *Ledelsens gjennomgang* inneholder gjennomgang av klima og miljø. Beredskap og informasjonssikkerhet behandles i egne rapporter men skal ved neste rapportering innarbeides i *Ledelsens gjennomgang*. Styret behandler månedlig rapporter og status på tilsyn som er gjennomført, pålegg som er gitt og fremdriften i arbeidet med å korrigere avvik. Risikostyring for overordnede mål 2015 pågår og er planlagt ferdigstilt 3.juni.

### 2.4 Innkjøp

#### Mål 2015:

- 2.4.1 Innen 31.03.15 tilpasse lokal innkjøpsstrategi i samsvar med regional og nasjonal innkjøpsstrategi. Følge opp Helse Nord RHF's forpliktelser ved å delta i utforming og følge opp handlingsplan for etisk handel.

#### Rapporteringstekst 1. tertial

UNN har sammen med de andre HFene i Helse Nord vært konsultert under utarbeidelsen av den nye regionale innkjøpsstrategien. UNN har også gitt omfattende høringsuttalelse til denne innkjøpsstrategien. UNN har over tid lagt til grunn den regionale innkjøpsstrategien for vår anskaffelsesvirksomhet. Dette gjelder også den nasjonale innkjøpsstrategien (HINAS handlingsplan). UNN har ikke utarbeidet

egen innkjøpsstrategi, men målsettingen med innkjøps- og logistikkvirksomheten har alltid vært å understøtte annen virksomhet ved UNN for å nå visjonen om at det er resultatet for pasienten som teller og at vi gir den beste behandling.

UNN avventer initiativ fra Helse Nord RHF vedrørende utarbeidelse av handlingsplan for etisk handel. UNN har i dag etiske kontraktsvilkår som standard vilkår i innkjøpsavtalene. Oppfølgingen av etiske kontraktsvilkår bør koordineres nasjonalt og regionalt. Dette vil sikre effektiv oppfølging av leverandørene med minimal ressursbruk. Vi anbefaler derfor at Helse Nord RHF tar initiativ til å fordele oppfølgingen av leverandører med tilhørende produkt (er) mellom HINAS og de enkelte regionale helseforetakene. De leverandørene Helse Nord får ansvaret for bør fordeles internt mellom helseforetakene i Helse Nord. Vi tror dette vil være med å bygge opp kompetanse på etisk handel sentralt i RHFene.

2.4.2 Innfri målkrav i bølge 2[2] om 1 mrd. i samlet omsetning gjennom innkjøps- og logistikksystemet Clockwork der anslagsvis nøkkel er: UNN (50 %), Nordlandssykehuset (30 %), Helgelandssykehuset (10 %) og Finnmarkssykehuset (10 %). Innen 31.03.15 skal det legges fram en tiltaksplan for hvordan dette målet skal nås. Samtidig skal tilsvarende plan for 2014 være evaluert.

#### Rapporteringstekst 1.tertial

UNN hadde første tertial 2015 en omsetning i Clockwork på 108 mill kr, og tilsvarer en måloppnåelse på 65 %. UNN har ikke kunnet følge opp planlagt utrulling av CWL da ansvarlig prosjektleder sluttet hos oss 31. januar i år. I tillegg har to andre innkjøpere sluttet ved avdelingen i vinter.

Innkjøpsavdelingen har derfor måttet prioritere ansettelse og opplæring av tre innkjøpere denne våren.

Når det gjelder bruk av CWL har UNN til nå prioritert å legge til rette for prosesseffektive bestillings- og faktureringsrutiner av forbruksvarer samt opprettelse av flere lagre for effektiv systembasert lagerstyring. Prosesseffektive bestillings- og faktureringsrutiner krever forhåndsregistrering av avtaler og avtaleartikler slik at brukerne selv kan benytte systemet til å foreta bestillinger og registrere varemottak. Dersom det ikke er avvik mellom bestilling/varemottak og faktura vil ikke brukerne se faktura. Faktura vil da automatisk bli anvist og klargjort for utbetaling. Kun ved fakturaavvik får brukerne fakturaen til behandling. Tilsvarende gjelder for effektiv systembasert lagerstyring. Da må også lagerførte artikler knyttes mot CWL-artikler. Tilrettelegging for lagerstyring er imidlertid betydelig mer ressurskrevende for innkjøpsavdelingen enn tilrettelegging for skaffevarebestillinger. UNN vil de nærmeste ukene opprette lager for Operasjon Utsluset. Dette gjelder 170 artikler som tidligere ikke har vært registrert i CWL. Vi forventer en årlig omsetning av disse varene på ca. 2 mill kr i året. Videre vil skal også røntgenlageret til høsten over på lagerstyring i CWL. Omsetningen her er beregnet til ca. 7 mill kr i året.

Det jobbes for at CWL skal kunne avlese strekkodene på produsentforpakningene direkte inn i bestillinger. Vi er usikre på når dette blir klart, men dette vil gjøre det mulig å forta effektive bestillinger i forbindelse med drift av konsignasjonslager. Kommer denne funksjonaliteten på plass ser vi et potensial for at Hjertemedisinsk avdeling vil ta i bruk CWL. Omsetningspotensialet er her trolig nærmere 35 mill kr i året. Innkjøpsavdelingen vil i år også bistå Mikrobiologisk avdeling med å ta i bruk CWL. Vi anslår her en omsetning på 2 mill kroner i året.

<sup>[2]</sup> Prosjekt for å sørge for økt omsetning gjennom Clockwork. Opprinnelig målsetting er at alt av varekjøp skal gjøres i systemet, målsetting med bølge 2 er en samlet omsetning i systemet på minst 1 milliard kroner.

Det foregår for tiden et arbeid for å ta kunne benytte CWL til å bestille helsevikarer. Her er potensialet nærmere 60 mill kroner i året. Innkjøpsavdelingen ved UNN vil også legge til rette for at ambulanserbiler blir bestilt gjennom CWL. Vi vil også legge inn bestillinger av ambulansebåttjenester. Dette genererer få bestillinger, men omsetningspotensialet er betydelig, nærmere 25 mill kr i året. Summerer en omsetningen ovenfor er potensialet for økt årlig omsetning innenfor nevnte områder 129 mill kr i året. Går det som planlagt vil vi begynne å bestille varer og tjenester innenfor alle nevnte områder i løpet av året. Helårseffekten får vi imidlertid først til neste år. UNN vil innen 1. oktober ha på plass enn mer nøyaktig tidsplan for hvordan UNN skal bidra til å nå Helse Nord RHF sitt mål for UNN på 500 mill kr i årlig omsetning i CWL.

### 3 Pasientens helsetjeneste

*Styringsparameter og rapporteringskrav som er beskrevet i tekst i kapittel 3 i oppdragsdokumentet ligger i kapittel 7 i rapporteringsmalen, jf kapittel 7 i oppdragsdokumentet hvor kravene er fremstilt i tabellform.*

#### **Mål 2015:**

3.0.1 Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer.

#### Rapporteringstekst 1.tertial

Hovedfokuset i 1. tertial har ligget på de nasjonale kreftpakkeforløpene. Dette arbeidet vil fortsette i 2. og 3 tertial for å sikre gode forløp og korrekte registreringer i henhold til tidsplan.

I 1. tertial er det fokusert på følgende kreftforløp.:

Lungekreft, prostata, brystkreft, testiscancer, tykk- og endetarmskreft. Kravet om normert tidsbruk overholdes i økende grad. Måltallet på 70 % gjennomføringsgrad av pakkeforløp innen standard forløpstid måles, og avvik korrigeres.

Daglig behandling av henvisninger, og at slot-timer holdes av til denne pasientgruppen, er særlige tiltak for pakkeforløp. Rolleavklaringer og opplæring skal sikre korrekt koding og registrering, og øke kvalitet på rapportering av aktiviteten.

3.0.2 Ha god kvalitet på registrering av pakkeforløpene og bidra til å lage rapporteringsløsninger i Helse Nord LIS 1.

#### Rapporteringstekst 1.tertial

I første tertial har Kirurgi, kreft og -kvinneklinikken og Fag- og forskningscenteret har hatt ansvaret i UNN for opplæring i koding og registrering i DIPS. Nasjonalt senter for telemedisin skal i fortsettelsen ha det overordnede ansvaret for opplæring i koding og registrering.

Det jobbes kontinuerlig med opplæring av nye forløpskoordinatorer og forløpsledere i koding av Pakkeforløp. Det avholdes møter ved hver månedlig tilbakemelding fra NPR, feilmeldinger gjennomgås og man tar konsekvens av systematiske feil. Det avholdes nettverksmøter i UNN for

<sup>1</sup> Helse Nords ledelsesinformasjonssystem

koordinatorer. UNN KIS har en velfungerende varslingsrapport for Pakkeforløp. Ressurspersoner fra UNN KIS bidrar i utvikling av tilsvarende løsninger i HN LIS

Klinikkene har utpekt egne forløpskoordinatorer og forløpsledere for å sikre korrekt registrering og oppfølging av pasientene. Det er utarbeidet egne prosedyrer for forløpene i tråd med retningslinjer.

- 3.0.3 Sørge for at pasientadministrative rutiner og systemer godt ivaretar nye pasientrettigheter som følge av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, ordningen med fritt behandlingsvalg og pakkeforløp kreft.

Rapporteringstekst 1.tertial

Fra 19.4.2015 er prosedyre PR38022 Overføring og mottak av viderehenvisning til/fra annet sykehus gjeldene for UNN. Det er utarbeidet en handlingsplan for opplæring og oppfølging som er godkjent av Kvalitetsutvalget i UNN. Opplæring skal dokumenteres og rapporteres til aktuelle kliniksjefer. Som videre oppfølging vil det bli gjennomført en intern revisjon i løpet av høsten/vinteren 2015. Fylkeslegen skal få tilbakemelding om gjennomført opplæring/implementering av prosedyren innen 20.5.2015. Ny brevmal som er en del av den nye prosedyren er tilgjengelig for bruk i DIPS.

- 3.0.4 Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 1.tertial

UNN har lagt ut rapportene fra 2014 på internettsidene. Pasienterfaringene er distribuert til de aktuelle klinikker og er tatt opp i klinikkenes KVAM-utvalg jf. rapporteringen i *Årlig Melding for 2014*. Det har ikke vært noen spesifikk aktivitet på dette etter forrige rapportering. Resultater fra *Pasop 2014*-undersøkelsen er ventet i september 2015.

- 3.0.5 Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innen psykisk helsevern skal DPS og BUP prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.

Rapporteringstekst 1.tertial

I 1.tertial har det vært en regnskapsmessig nedgang i somatisk virksomhet mens det har vært vekst i de prioriterte områdene. Målt i aktivitet er det økning innen voksenpsykiatri og rus mens det er en nedgang i barne og – ungdomspsykiatri. Antall månedsværk har økt i somatisk mens det viser en nedgang i de prioriterte vekstområdene.

Endring pasientkontakter 2014-2015 (tom april):

VOP: +898, 4,1 %

BUP: -563, -5,7 %

Rusomsorg: +876, +24,6 %

Somatikk: -3 181, -0,03 %

Endring regnskap 2014-2015 (tom april):

VOP: +8,8 %

BUP: + 6,3 %

Rusomsorg: +4,4 %

Somatikk: -9,9 %

Endring månedsverk 2014-2015 (tom april):

VOP: -0,7 %

BUP: -3,8 %

Rusomsorg: -0,7 %

Somatikk: +0,7 %

3.0.6 Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager. For månedene juli og august er kravet 21 dager.

Rapporteringstekst 1.tertial

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for april måned er ca 36 dager, og har vært gjennomgående høy hele året. Vi har nå bestilt saksbehandlertjenester fra Skien for å få ned sakskø og saksbehandlingstid. I mai måned leier vi tilsvarende 5 månedsverk.

I tillegg pågår et arbeid internt med å redusere sykefravær i avdelingen.

### 3.1 Somatikk

#### Mål 2015:

3.1.1 Etablere et tilbud innen geriatri og rehabilitering som ivaretar samisk språk og kulturforståelse.

Rapporteringstekst 1.tertial

Saken har vært oppe i Regionalt fagråd, og det er utarbeidet en skisse for spesialisthelsetjenester som ivaretar samisk språk og kultur i tverrkulturelt distriktsmedisinsk senter (TDS) i Tysfjord. Dersom dette blir vedtatt og etablert kan det fungere som modell for nordsamisk område. Hos UNN Tromsø, Narvik og Harstad tilbys tolketjenester ved behov.

3.1.2 Forberede ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. Eksisterende robuste tilbud som i dag er etablert i kommunene kan videreføres gjennom avtaler. Helseforetakene må gjøre avtaler med justissektoren om rettsmedisinske undersøkelser, og det totale tilbudet må være døgnbasert. Plan for arbeidet skal rapporteres innen 10.4.2015.

Rapporteringstekst 1.tertial

Når det gjelder overgrepsmottak, er det avtalt at Tromsø kommune skal videreføre dette i sin nåværende form. Tromsø kommune har ivare tatt overgrepsmottak for egen kommune samt 16 kommuner i midt- og Nord-Troms. Det er vedtatt å videreføre dette tilbudet, og UNN v/ Samhandlingsavdelingen er i ferd med å formalisere dette samarbeidet gjennom egen avtale.

Harstad kommune har ivaretatt overgrepsmottak for egen kommune samt Kvæfjord og Lødingen kommune. UNN v/ Samhandlingsavdelingen er i dialog med kommunen om eventuell videreføring. UNN v/ Samhandlingsavdelingen kartlegger nå status for de resterende kommunene.

- 3.1.3 Innen 30.04.15 skal helseforetaket lage en handlingsplan for å få kontroll på antall åpne dokumenter som er "eldre" enn 14 dager (lege, sykepleier- og andre dokumenter), samt åpne henvisningsdokumenter uten planlagt ny kontakt. Helseforetaket skal definere hva som er normalt nivå for antall åpne dokumenter, og innføre rutiner som sikrer at dette følges opp løpende i alle relevante avdelinger. Handlingsplanen skal utarbeides slik at helseforetaket har brakt disse pasientadministrative rutiner under kontroll innen utgangen av 2. tertial.

#### Rapporteringstekst 1.tertial

Det er laget indikator i UNN KIS for kontinuerlig måling av antall åpne dokumenter. Ledere kan overvåke antall uferdige oppgaver på daglig basis og ta ut trender over tid. Foreløpig viser statistikken et økende antall åpne dokumenter totalt for UNN i 2015.

Klinikkene følger opp oversikter fra Fag og forskningssenteret og rapporterer til avdelingsledelsene for å sikre at det "ryddes" i DIPS arbeidsgrupper månedlig. Det er laget indikator i UNN KIS som kan overvåkes med daglig oppdateringer på uferdige oppgaver i DIPS.

Eksempler fra klinikktiltakene er:

OpIn-klinikken har tatt opp og diskutert problemstillingen i stabsmøte og klinikklederteammøte. Det er redegjort for hva som er hovedutfordringen blant OpIns restanser og vi har blitt enig om en handlingsplan for å få kontroll på problemet. Målsetting er å få bort det store etterslepet og starte med forebyggende arbeid som blant annet innebærer bedre opplæring av vikarer i DIPS.

MED: Åpne dokumenter "eldre" enn 14 dgr: Periodisk gjennomgang av rapporter fra DIPS i Klinikkledelsen med fokus på oppfølging, både åpne dokumenter i felles arbeidsgrupper samt personlige arbeidsoppgaver. Delvis måloppnåelse, og tett oppfølging fra ledere iverksatt med rapportering til klinikkledelse månedlig. Åpne henvisninger uten planlagt ny kontakt: Systematisk ryddearbeid iverksatt, stor sannsynlighet for måloppnåelse innen 30.06

Røntgenavdelingen, UNN har oppfattet at dette ikke gjelder rekvisisjoner til røntgenundersøkelser. En forventer dog langt mer optimal flyt i mellom HFene når felles SECTRA løsning er innført. Mens klinikere bruker DIPS som sitt arbeidsverktøy er DIPS svært lite brukt blant radiologene. Dette gir heng/ventetid på handlinger av meldinger når klinikere forsøker å kommunisere med radiologer i DIPS. Problemstillingen er meldt inn til FIKS/SECTRA innføringen i håp om mulig forbedret kommunikasjon.

Klinisk patologi, UNN har innført en handlingsplan hvor to leger ved avdelingen har ansvar for gjennomgang i DIPS hver uke for å sjekke hva som ligger av ikke utførte oppgaver.

## Foretaksspesifikke mål 2015:

UNN

- 3.1.4 Ta ansvar for å utarbeide felles radiologiske protokoller for utredning/kontroll av kreftpasienter. Dette skal utføres i samarbeid med de øvrige helseforetakene. Arbeidet skal ferdigstilles innen 01.05.15.

Rapporteringstekst 1.tertial

Prosedyren for 1,5T MR undersøkelse av prostata er klar og tatt i bruk i Harstad. Første pasient er undersøkt etter protokollen 29.4.2015. De neste er planlagt 4.5, 6.5 og 11.5.2015. Det vil deretter bli gjort en evaluering hvor resultatet sammenlignes med tilsvarende undersøkelse på 3T MR. Deretter kan prosedyren overføres til de andre aktuelle sykehus.

Muskel- og skjelettseksjonen har startet arbeidet med gjennomgang av msk-protokollene for å sikre en enhetlig praksis. Dette vil gi grunnlag for DocMap prosedyrer for flere fagområder.

De øvrige kreftforløp og protokoller er forsinket. Tilsetting av nylig utlyst stilling som seksjonsleder for legegruppen vil være av betydning for å sikre fremdrift i dette arbeidet. Helseforetakene i Helse Nord har en ulik maskinpark og protokoller må ta hensyn til dette. Arbeidet er derfor krevende.

## 3 . 2 Psykisk helsevern og rus

### Foretaksspesifikke mål 2015:

- 3.1.5 Skal benytte tildelte midler i 2014 for å ferdigstille evalueringen av DeVaVi<sup>2</sup>-prosjektet innen 01.04.15.

Rapporteringstekst 1.tertial

All planlagt evalueringsaktivitet er gjennomført og det gjenstår kun noe analysearbeid før evalueringen er klar. Arbeidet har vært krevende da evalueringen blant annet har sammenfalt med klinikkens øvrige omstillingsarbeid. Rapporten er ferdigstilt til utsendelse innen 15.6.2015.

## 3 . 3 Samhandling

## 4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

### 4 . 1 Kvalitet

### Foretaksspesifikke mål 2015:

UNN

---

<sup>2</sup> Desentralisert vaksamarbeid ved bruk av videokonferanse



- 4.1.1 Innen 30.04.15 skal det legges frem handlingsplan for innføring av automatisert journalundersøkelse (ASJ) for bruk ved GTT (Global Trigger Tool). Arbeidet skal foregå i nær dialog med Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst 1.tertial

Pasientsikkerhetskordinator har deltatt på møte i regi av RHF hvor innføringen av ASJ ble diskutert og to ulike alternativ fremlagt av leverandør (SAS)

Innføringen har budsjettmessige konsekvenser, og det ble besluttet at saken skulle legges frem for Direktørmøtet i Helse Nord. Dersom det velges å gå over på ny teknisk plattform, er det foreslått at Bodø skal være pilot for dette, da de allerede har erfaring med ASJ og kan gjøre sammenlikninger.

## 4.2 Pasientsikkerhet

### Foretaksspesifikke mål 2015:

#### 4.3 Smittevern

#### 4.4 Beredskap

## 5 Personell, utdanning og kompetanse

### 5.1 Helse, miljø og sikkerhet

## 6 Forskning og innovasjon

### Foretaksspesifikke mål 2015:

## 7 Styringsparametre 2015

### 7.1 Styringsparamete

- 7.1.1 Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Rapporteringstekst 1.tertial

I 1.tertial 2015 har UNN HF intensivert arbeidet med å sørge for at det ikke skal være fristbrudd i foretaket. Pasienter uten rett til prioritert helsehjelp som har ventet over 12 måneder, skal få sin undersøkelse eller behandling så snart som mulig. Ved innføring av ny pasientrettighetslov fra høsten 2015 er det spesielt viktig at ingen pasienter som er prioritert etter eksisterende lovgivning fortsatt er langtidsventende.

Følgende tiltak er iverksatt hittil i 2015:

1. Bevisstgjøring i hele foretaket på at langtidsventende uten rett til helsehjelp skal få sitt avtalte tilbud snarest mulig og at fristbrudd skal unngås.
2. Alle dialogavtaler med klinikker og avdelinger har spesielt fokus på avvikling av langtidsventende og unngåelse av fristbrudd.
3. Regelmessige dialogmøter med klinikker og avdelinger hvor tiltak og planer med fokus på fristbrudd og langtidsventende følges opp.
4. Ledelsesverktøyet UNN KISS rapporterer daglig på langtidsventende og truende



- fristbrudd helt ned på laveste organisasjonsnivå.
5. Alle ledermøter i sykehusledelsen, klinikker og avdelinger har statusgjennomgang på truende fristbrudd og langtidsventende ved bruk av UNN KISS
  6. Det er etablert et *Fagforum for rapport og analyse* som består av kompetanspersoner fra alle klinikker og sentra. Hovedfokus er våren 2015 tilrettelegging av rapporter og analyser av fristbrudd og ventelister.
  7. Det er etablert et *Fagforum for pasientadministrative rutiner* som består av kompetanspersoner fra alle klinikker og sentra. Fokus for arbeidet våren 2015 er implementering og bruk av korrekte rutiner ifb registrering og prioritering av henvisninger og ventelister.
  8. Alle avdelinger og klinikker har foretatt interne overflytting av pasienter som kan få undersøkelse eller behandling ved andre lokalisasjoner ved UNN HF enn opprinnelig planlagt. Ved behov har spesialisert personell fra UNN Tromsø ivaretatt behandling ved de øvrige lokalisasjonene.
  9. Alle klinikker og avdelinger har blitt instruert om å unytte alle ledige muligheter til behandling av de langtidsventende ved de andre foretakene i regionen og avtalespesialistene.
  10. NOR klinikken har etablert et samarbeid med Teresklinikken i Tromsø hvor operatører fra UNN har bidratt.
  11. Alle klinikker og avdelinger er instruert om å gjennomgå sine ventelister med spesielt fokus på langtidsventende for å:
    - a. Avklare tekniske eller administrative forhold som kan gjøre at pasienter er feilført på listene.
    - b. Kontakte alle langtidsventende for å avklare om behandling er gitt andre steder eller ikke lengre er aktuell.
    - c. Etablere rullerende klinikkvise oversikter over antall pasienter, sykdom, behov og plan for de langtidsventende.

#### **Rapport over langtidsventende og fristbrudd i UNN HF pr medio april 2015**

- Alle klinikkene har gjennomgått ventelister og avklart tekniske eller administrative forhold ift de langtidsventende.
- Det foreligger planer for alle langtidsventende
- Fristbrudd overvåkes fortløpende bl.a. i UNN KISS og forventes unngått innen høsten 2015.
- Oversikt og videre planer for de langtidsventende følges fortløpende og forventes være avviklet innen oktober 2015.

#### 7.1.2 Ingen fristbrudd<sup>3</sup>.

##### Rapporteringstekst 1.tertial

Utviklingen i antall fristbrudd viser en sakte nedadgående trend. Ved utgangen av april var det registrert 78 fristbrudd ved månedslutt. Det er utarbeidet varslingsrapport i UNN KIS der truende fristbrudd kan identifiseres og korrigeres p.g.a manglende time eller for sent oppsatt time. 40 % av avviklede fristbrudd er avviklet innen 1 uke etter fristens utløp. Dette indikerer at pasientene settes opp til time kort tid etter fristens utløp. Ved aktiv bruk av varslingsrapporten vil dette kunne identifiseres og korrigeres enklere.

<sup>3</sup> Måles i dag for rettighetspasienter. Ny pasient- og brukerrettighetslov som innføres i løpet av 2. halvår 2015, vil gi alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste status som rettighetspasienter.

7.1.3 Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.

Rapporteringstekst 1.tertial

Andel nye kreftpasienter registrert i Pakkeforløp er per 30. april, 90 % for brystkreft og 67 % for tykk- og endetarmskreft. Andelen for lungekreft er 37 % og Prostatakreft bare 6 %. Lungekreftforløpet har ivaretatt pasientene i pakkeforløp, men har midletidig utsatt kodingen pga sykefravær. Dette vil være rettet opp ved utgangen av mai. Prostataforløpet kom seint i gang da man avventet samtidig oppstart av Prostatasenteret. Pakkeforløp og Prostatasenter er nå frikoblet og personell er i rask opplæring. I løpet av et par måneder vil dette forløpet sannsynligvis nå målet sitt.

7.1.4 Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.

Rapporteringstekst 1.tertial

Ved utgangen av april måned var 67 % av forløpene ved tykk- og endetarmskreft (fra henvisning mottatt til start av kirurgisk behandling) gjennomført innenfor standard forløpstid. For alle andre forløp ble mer enn 70 % gjennomført innefor standard forløpstid.

Det begynner å synliggjøres flaskehals ved MR-utredningen av prostatakreft og også utredning av tykk- og endetarmskreft klarer så vidt å holde forløpstidene. Den økte mengde biopsier og krav til ulike markører har økt svartiden ved Patologisk lab ved UNN.

Det er flere pasienter som må vente lengre en anbefalt fra utredning er avsluttet og til kirurgisk behandling blir gitt for brystkreft og tykk- og endetarmkreft. Mangel på operasjonsstuer vil bli en flaskehals ved UNN

7.1.5 Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose.

Rapporteringstekst 1.tertial

UNN har ikke igangsatt målinger på denne indikatoren for alle pasienter. Stikkprøver viser at andelen reinnleggelser j.fr definisjon er svært lavt. Det må utredes nærmere hvordan en slik indikator kan implementeres som måleparameter.

## 7.2 Rapporteringskrav

7.2.1 Andel pasienter 18–80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse. Mål 20 %.

Rapporteringstekst 1.tertial

9 av 44 (20 %) under 80 år fått Trombolyse i 1. tertial.

7.2.2 Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet.

Rapporteringstekst 1.tertial

56 pasienter av 71 (74 %) er lagt direkte inn på slagenhet.

7.2.3 Antall legemiddelgjennomganger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord.

Rapporteringstekst 1.tertial

Det er i 1.tertial gjennomført 296 legemiddelgjennomganger av farmasøyt i UNN

Intensiv: 124 legemiddelgjennomganger

Pasientsentrert helsetjeneste team (Medisinsk klinikk): 29 legemiddelgjennomganger

GynUro: 17 legemiddelgjennomganger

Alderspsykiatrisk: 126 legemiddelgjennomganger

7.2.4 Antall legemiddelsamstemminger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord.

Rapporteringstekst 1.tertial

Det er i 1.tertial gjennomført 54 legemiddelsamstemminger av farmasøyt i UNN

Pasientsentrert helsetjeneste team (Medisinsk klinikk): 29 legemiddelsamstemminger

Alderspsykiatrisk: 10 legemiddelsamstemminger

Gastronyre: 10 legemiddelsamstemminger

OBS post: 5 legemiddelsamstemminger

## 9 . 2 Sak til HF styrebehandling

9.2.7 Tertialvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2015, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2015, med tiltak.

Rapporteringstekst 1.tertial

Det er ikke lagt frem egen sak til styret om oppfølging av oppdragsdokumentet. Spesielle utfordringer i 2015 er implementering av kreftpakkeforløp og ny pasientrettighetslov. Det er iverksatt arbeidsgrupper og avsatt ekstra personellressurser til innføring av begge disse tiltakene. Egen sak til styret vedrørende utfordrende oppgaver i Oppdragsdokumentet vil bli lagt frem neste tertial.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

# Kvalitets- og virksomhetsrapport

---

April 2015

---



## **Innholdsfortegnelse**

<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>1</b>
<b>Kvalitet .....</b>	<b>4</b>
<b>Pakkeforløp- kreftbehandling .....</b>	<b>4</b>
<b>Ventelister .....</b>	<b>5</b>
<b>Ventetid .....</b>	<b>5</b>
<b>Fristbrudd.....</b>	<b>7</b>
<b>Korridorpasienter .....</b>	<b>10</b>
<b>Strykninger .....</b>	<b>10</b>
<b>Epikrisetid .....</b>	<b>10</b>
<b>Aktivitet.....</b>	<b>11</b>
<b>Somatisk virksomhet .....</b>	<b>11</b>
<b>Psykisk helsevern voksne .....</b>	<b>14</b>
<b>Psykisk helsevern barn og unge.....</b>	<b>15</b>
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....</b>	<b>15</b>
<b>Samhandling .....</b>	<b>16</b>
<b>Utskrivningsklare pasienter .....</b>	<b>16</b>
<b>Forbruksrater.....</b>	<b>17</b>
<b>Personal .....</b>	<b>18</b>
<b>Bemanning .....</b>	<b>18</b>
<b>Sykefravær.....</b>	<b>19</b>
<b>Kommunikasjon .....</b>	<b>21</b>
<b>Sykehuset i media.....</b>	<b>21</b>
<b>Økonomi .....</b>	<b>22</b>
<b>Resultat .....</b>	<b>22</b>
<b>Prognose.....</b>	<b>26</b>
<b>Gjennomføring av tiltak .....</b>	<b>26</b>
<b>Likviditet.....</b>	<b>27</b>
<b>Byggeprosjekter .....</b>	<b>28</b>

Hovedindikatorer UNN HF:

<p><b>Antall langtidsventende ved utgangen av april (ventet mer enn 12 måneder)</b></p> <p><b>1 094</b></p>																																																																																					
<p><b>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av april</b></p> <p><b>72</b></p>																																																																																					
<p><b>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</b></p> <p><b>5,8 %</b></p>																																																																																					
<p><b>Sykefravær</b></p> <p><b>9,0%</b></p>																																																																																					
<p><b>Pakkeforløp – kreft (andel innenfor frist forløp fra henvisning til start behandling t.o.m april måned)</b></p> <p><b>81 %</b></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fullførte forløp, n</th> <th>Forløp innen frist, %</th> <th>Antall over frist</th> <th>Median forløpstid</th> <th>Anbefalt forløpstid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6"><b>BRYSTKREFT</b></td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling</td> <td>48</td> <td>79</td> <td>10</td> <td>21</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til Medikamentell behandling</td> <td>10</td> <td>90</td> <td>1</td> <td>14</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><b>TYKK- OG ENDETARMSKREFT</b></td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling</td> <td>28</td> <td>67</td> <td>9</td> <td>33</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til Strålebehandling</td> <td>10</td> <td>90</td> <td>1</td> <td>22</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><b>PROSTATAKREFT</b></td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling</td> <td>3</td> <td>100</td> <td></td> <td>35</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til Strålebehandling</td> <td>1</td> <td>100</td> <td></td> <td>36</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><b>LUNGEKREFT</b></td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling</td> <td>3</td> <td>100</td> <td></td> <td>24</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til Medikamentell behandling</td> <td>4</td> <td>100</td> <td></td> <td>17</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>Fra henvisning mottatt til Strålebehandling</td> <td>6</td> <td>100</td> <td></td> <td>8</td> <td>42</td> </tr> </tbody> </table>		Fullførte forløp, n	Forløp innen frist, %	Antall over frist	Median forløpstid	Anbefalt forløpstid	<b>BRYSTKREFT</b>						Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	48	79	10	21	27	Fra henvisning mottatt til Medikamentell behandling	10	90	1	14	24	<b>TYKK- OG ENDETARMSKREFT</b>						Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	28	67	9	33	35	Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	10	90	1	22	39	<b>PROSTATAKREFT</b>						Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	3	100		35	66	Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	1	100		36	66	<b>LUNGEKREFT</b>						Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	3	100		24	42	Fra henvisning mottatt til Medikamentell behandling	4	100		17	35	Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	6	100		8	42
	Fullførte forløp, n	Forløp innen frist, %	Antall over frist	Median forløpstid	Anbefalt forløpstid																																																																																
<b>BRYSTKREFT</b>																																																																																					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	48	79	10	21	27																																																																																
Fra henvisning mottatt til Medikamentell behandling	10	90	1	14	24																																																																																
<b>TYKK- OG ENDETARMSKREFT</b>																																																																																					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	28	67	9	33	35																																																																																
Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	10	90	1	22	39																																																																																
<b>PROSTATAKREFT</b>																																																																																					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	3	100		35	66																																																																																
Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	1	100		36	66																																																																																
<b>LUNGEKREFT</b>																																																																																					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	3	100		24	42																																																																																
Fra henvisning mottatt til Medikamentell behandling	4	100		17	35																																																																																
Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	6	100		8	42																																																																																

## Kvalitet

### Pakkeforløp- kreftbehandling

Tabell 1 Nye kreftpasienter i april 2015

Pakkeforløp	Nye kreftpas i UNN antall (jan-april)	Antall i pakkeforløp (jan-april)	Andel i pakkeforløp % (jan-april)
Brystkreft	64	57	89
Tykk- endetarmskreft	49	32	65
Prostatakreft	44	3	6
Lungekreft	34	11	32

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp i april 2015

	Fullførte forløp, n	Forløp innen frist, %	Antall over frist	Median forløpstid	Anbefalt forløpstid
<b>BRYSTKREFT</b>					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	48	79	10	21	27
Fra henvisning mottatt til Medikamentell behandling	10	90	1	14	24
<b>TYKK- OG ENDETARMSKREFT</b>					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	28	67	9	33	35
Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	10	90	1	22	39
<b>PROSTATAKREFT</b>					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	3	100		35	66
Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	1	100		36	66
<b>LUNGEKREFT</b>					
Fra henvisning mottatt til Kirurgisk behandling	3	100		24	42
Fra henvisning mottatt til Medikamentell behandling	4	100		17	35
Fra henvisning mottatt til Strålebehandling	6	100		8	42

Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

## Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
<b>Pasienter på venteliste</b>	15 422	16 068	15 301	-767	-5
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 742	4 358	4 437	79	2
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp	10 680	11 710	10 864	-846	-7
...herav med fristbrudd	95	84	72	-12	-14
...herav med ventetid over 365 dager	669	1 003	1 094	91	9
Gjennomsnittlig ventetid dager	103	112	115	3	3
<b>Ikke møtt til planlagt avtale</b>	1 716	1 365	1 274	-91	-7

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
<b>Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år</b>	19 202	18 638	18 571	-67	0
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	8 452	8 358	8 692	334	4
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	10 750	10 280	9 879	-401	-4
...herav med fristbrudd	489	607	475	-132	-22
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	44	45	47	2	4

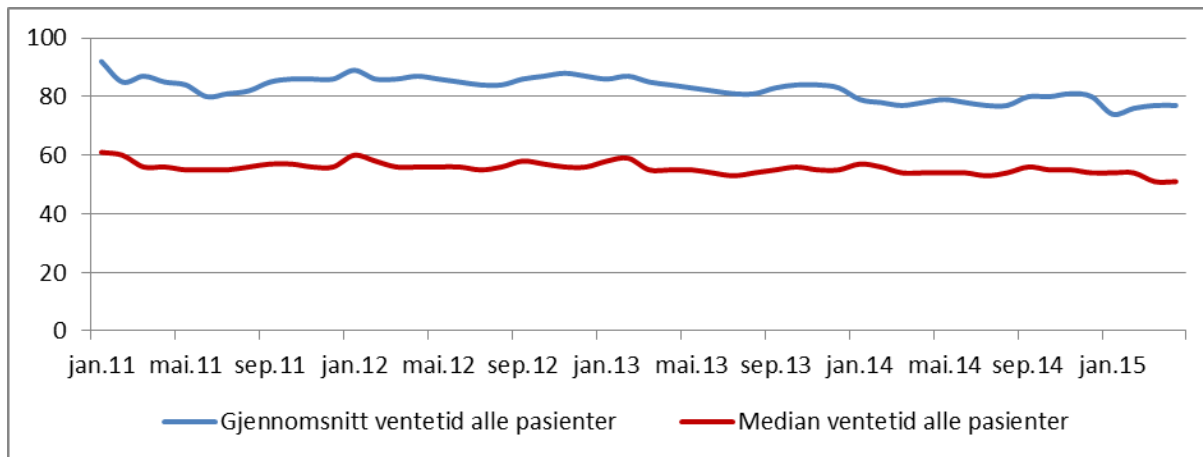
## Ventetid

Tabell 5 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år

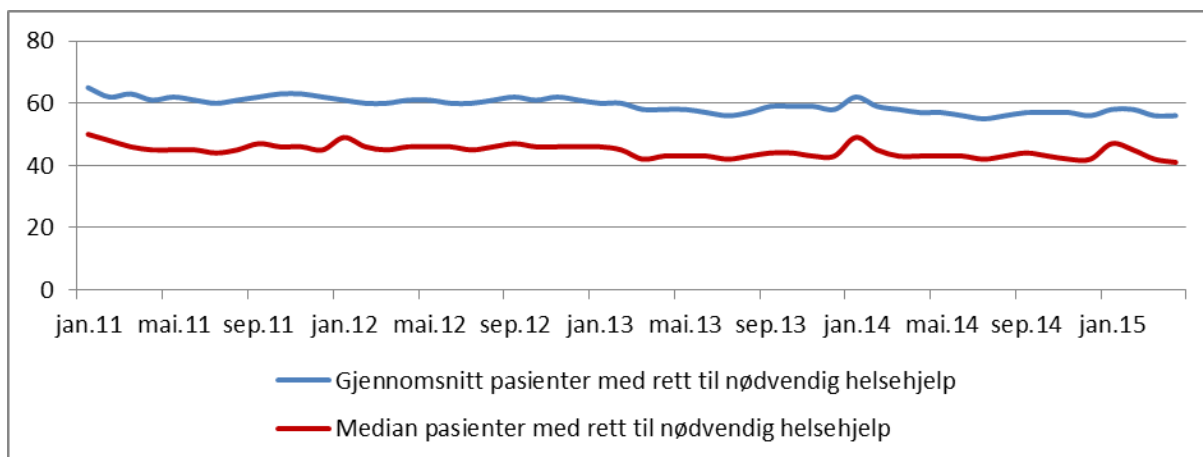
	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
<b>Gjennomsnittlig ventetid i dager</b>	84	78	77	-1	-1
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	58	57	56	-1	-2
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	104	94	96	2	2
<b>Median ventetid i dager</b>	55	54	51	-3	-6
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	43	43	41	-2	-5
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	68	65	63	-2	-3



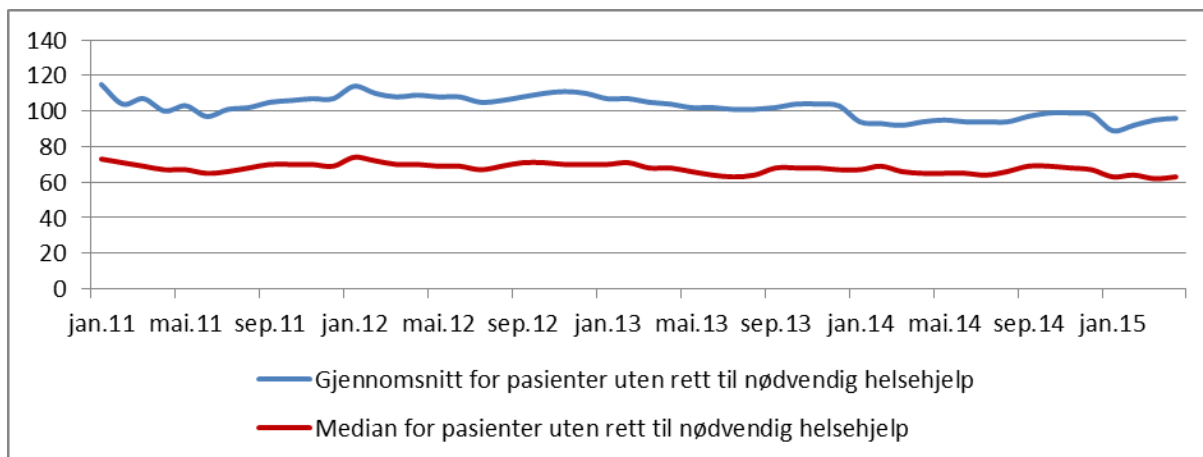
**Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter**



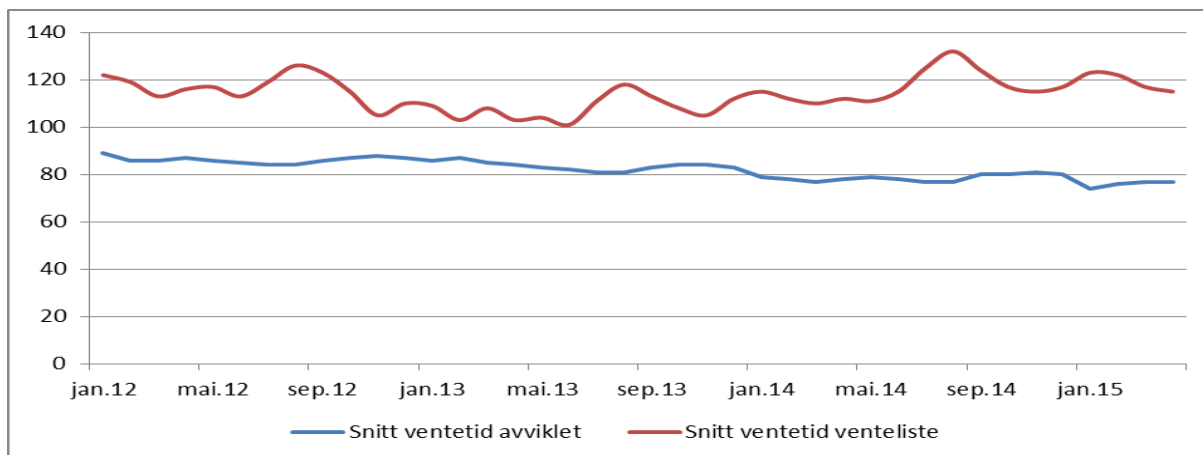
**Figur 2 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter med rett til nødvendig helsehjelp**



**Figur 3 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp**

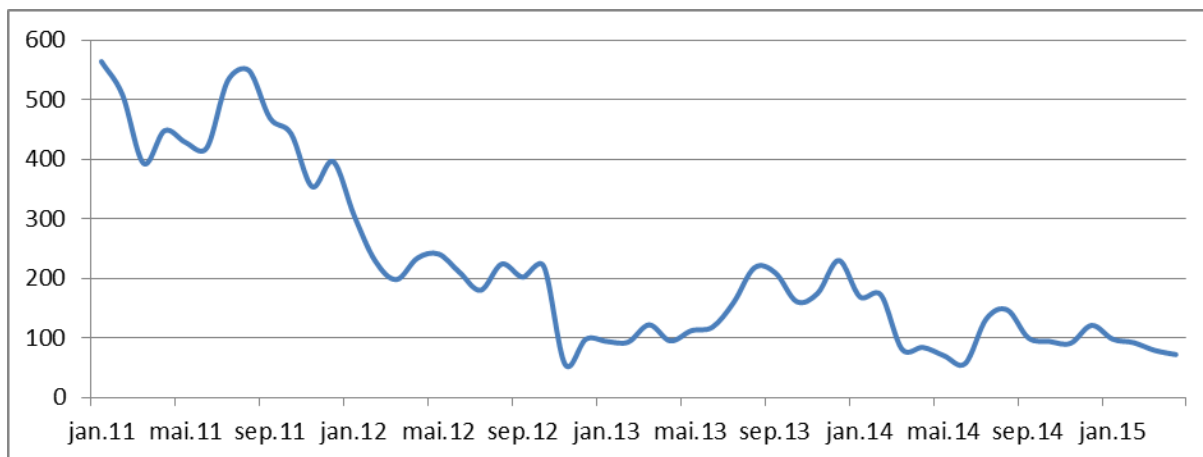


**Figur 4 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste**



## Fristbrudd

**Figur 5 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned**

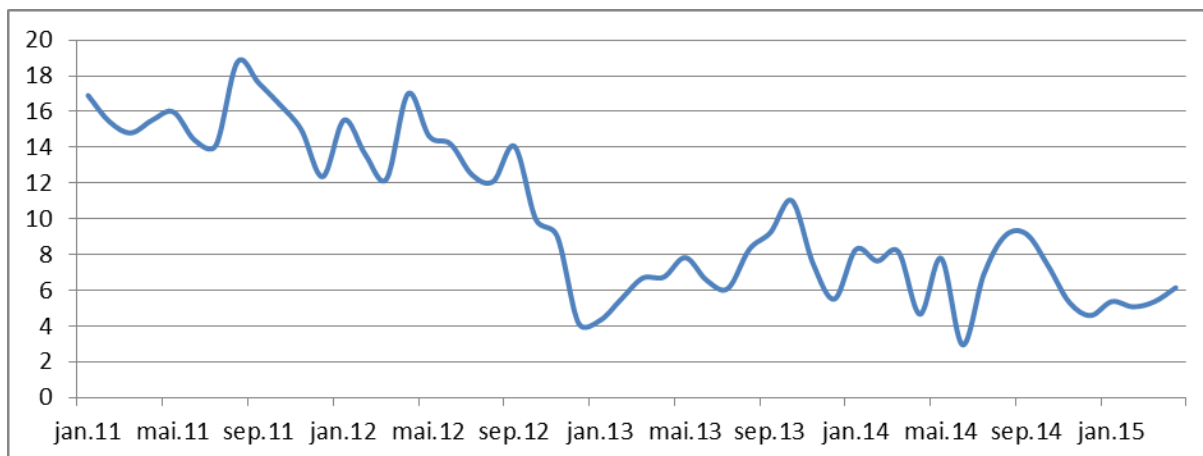


**Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av april 2015**

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	14	251	6
Barne- og ungdomsklinikken	10	261	4
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	14	584	2
Medisinsk klinikk	4	497	1
Hjerte- og lungeklinikken	2	365	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	28	2 479	1
UNN	72	4 437	2

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

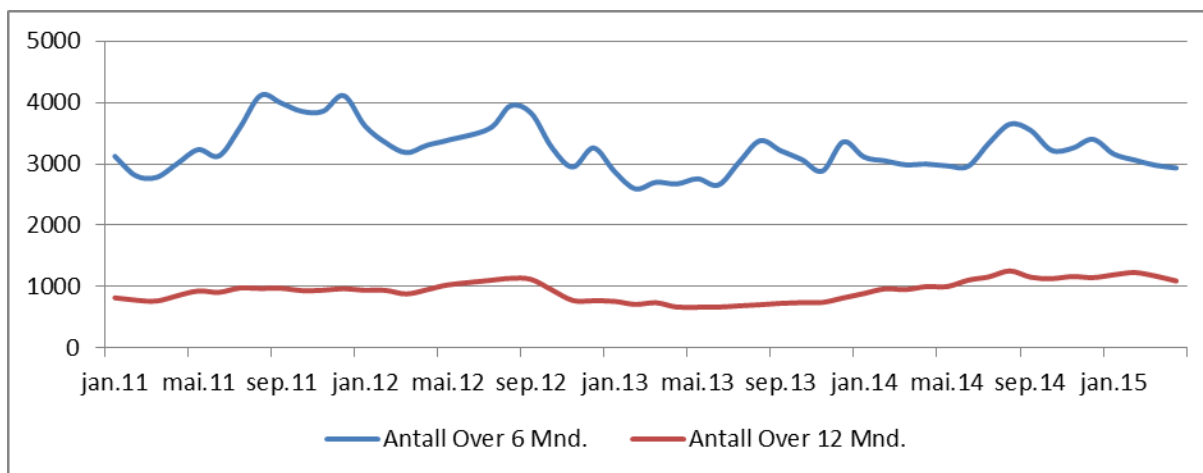
**Figur 6 Prosent avvirket fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå**



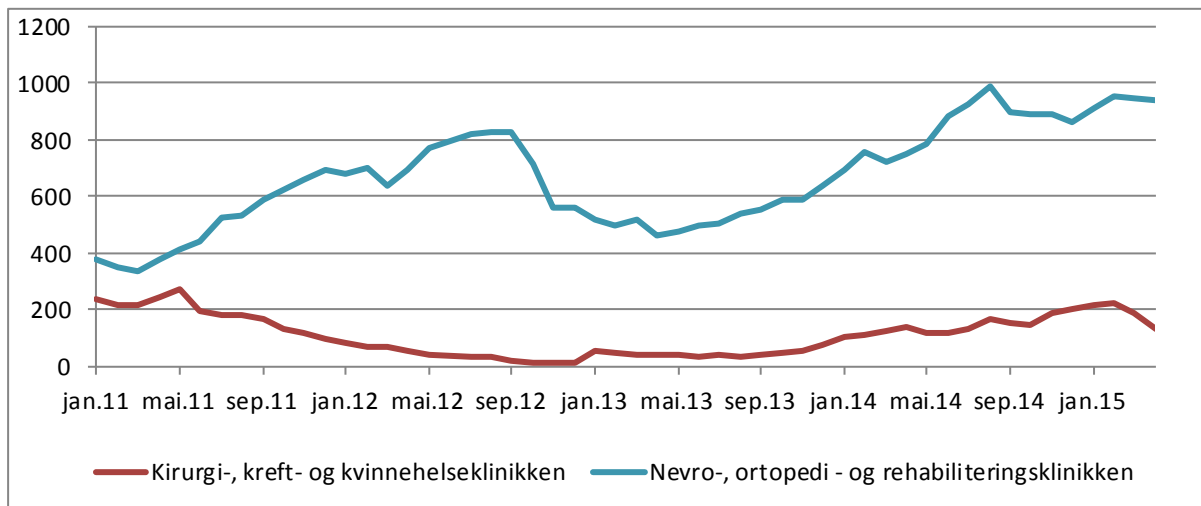
**Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk**

Klinikk	mar.15	apr.15
Barne- og ungdomsklinikken	6	9
Hjerte- og lungeklinikken	4	8
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	40	46
Medisinsk klinikk	5	6
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	46	39
Psykisk helse- og rusklinikken	24	10
<b>UNN</b>	<b>125</b>	<b>118</b>

**Figur 7 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder**



**Figur 8 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk**



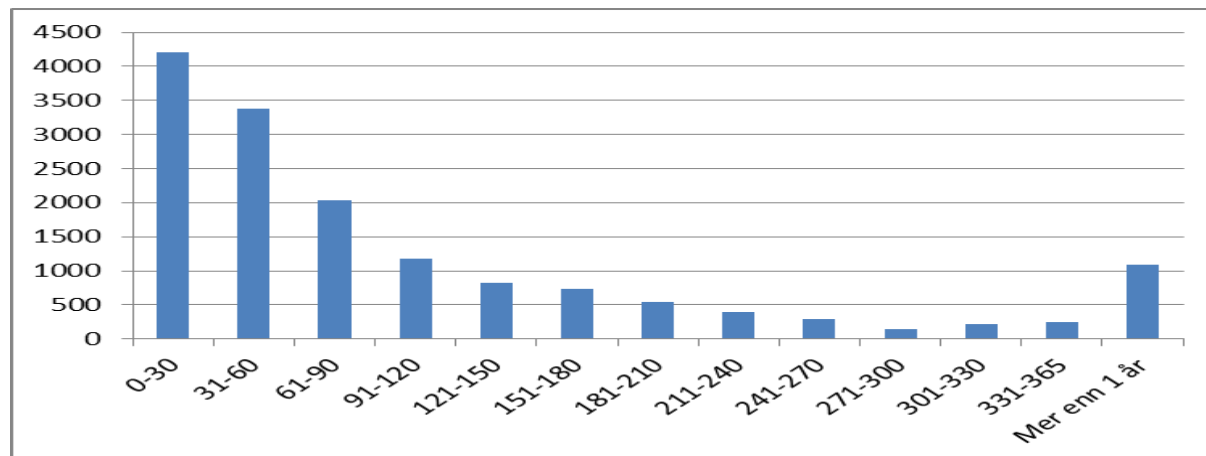
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

**Tabell 8 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av april 2015**

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	0
Barne- og ungdomsklinikken	5	1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	134	4
Medisinsk klinikk	12	1
Hjerte- og lungeklinikken	5	1
Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	937	11
UNN	1094	7

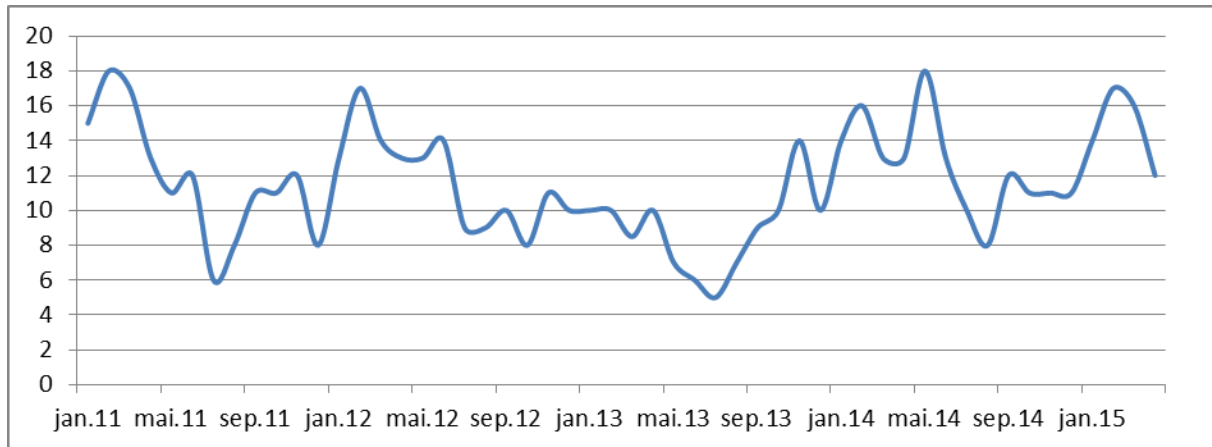
Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

**Figur 9 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)**



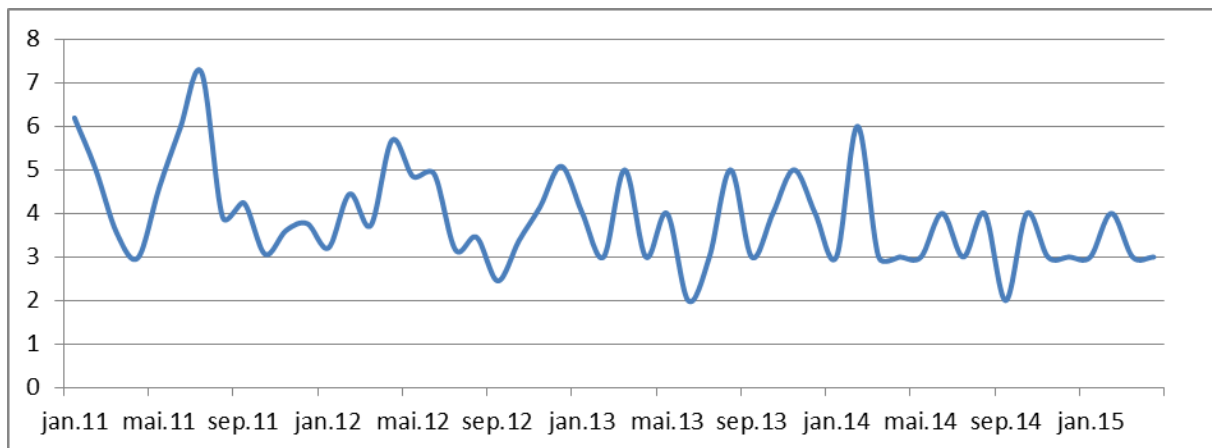
## Korridorpasienter

Figur 10 Korridorpasienter- somatikk (gjennomsnitt per måned)



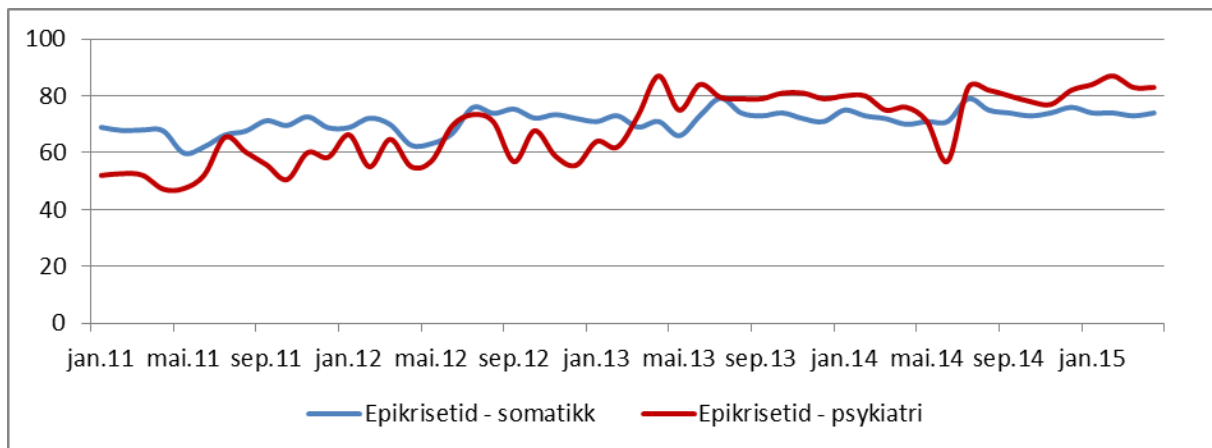
## Strykninger

Figur 11 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



## Epikrisetid

Figur 12 Epikriser - andel sendt innen syv dager



## Aktivitet

Tabell 9 Aktivitet UNN

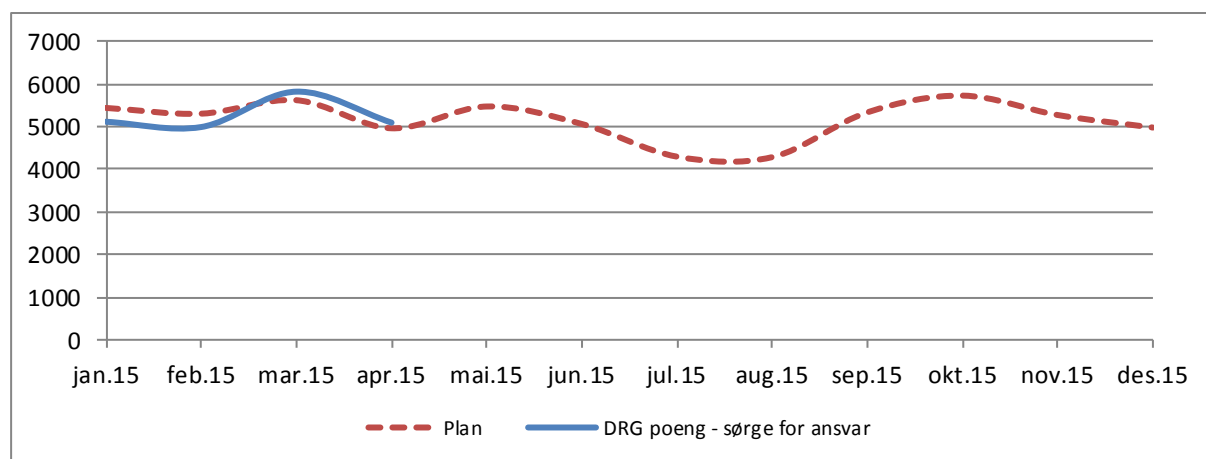
Aktivitet UNN HF	2013	2014	2015	Plantall 2015	Avvik fra 2014		Avvik fra plan 2015	
					Antall	%	Antall	%
<b>Somatikk</b>								
Utskrivelser heldøgn	13 732	13 656	13 563	13 414	-93	-1	149	1
Innlagte dagopphold	2 179	1 977	1 991	1 955	14	1	36	2
Polikliniske dagbehandlinger	9 507	9 719	9 018	9 911	-701	-7	-893	-9
DRG poeng (2015 logikk)	21 078	21 341	21 033	21 378	-308	-1	-345	-2
Liggedager i perioden	58 192	56 343	56 828	56 357	485	1	471	1
Polikliniske konsultasjoner	88 249	89 516	87 892	85 373	-1 624	-2	2 519	3
Herav ISF	72 884	74 691	72 763	74 159	-1 928	-3	-1 396	-2
Kontrollandel poliklinikk	34 %	33 %	32 %	32 %				
Laboratorieanalyser	1 617 984	1 730 231	1 768 120	1 617 147	37 889	2	150 973	9
Røntgenundersøkelser	64 542	65 840	63 310	61 440	-2 530	-4	1 870	3
Fremmøte stråleterapi	5 925	4 682	4 276	4 690	-406	-9	-414	-9
Pasientkontakter	104 160	105 149	103 446	100 742	-1 703	-2	2 704	3
<b>VOP</b>								
Utskrivelser heldøgn	1 218	1 130	1 145	1 138	15	1	7	1
Liggedager i perioden	17 647	17 361	16 746	16 049	-615	-4	697	4
Polikliniske konsultasjoner	20 350	20 692	21 775	20 850	1 083	5	925	4
Pasientkontakter	21 568	21 822	22 920	21 989	1 098	5	931	4
<b>BUP</b>								
Utskrivelser heldøgn	62	75	72	86	-3	-4	-14	-16
Liggedager i perioden	781	982	1 185	920	203	21	265	29
Polikliniske konsultasjoner	8 980	9 855	9 384	9 807	-471	-5	-423	-4
Pasientkontakter	9 042	9 930	9 456	9 893	-474	-5	-437	-4
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>								
Utskrivelser heldøgn	239	235	243	254	8	3	-11	-4
Liggedager i perioden	7 312	7 345	6 927	7 234	-418	-6	-307	-4
Polikliniske konsultasjoner	3 581	3 329	4 206	4 011	877	26	195	5
Pasientkontakter	3 820	3 564	4 449	4 265	885	25	184	4

DRG poeng - sørge for ansvar.

Periodiseringsnøkkel for aktivitet innen VOP er gjennomgått og blitt endret.

## Somatisk virksomhet

Figur 13 DRG poeng UNN 2015

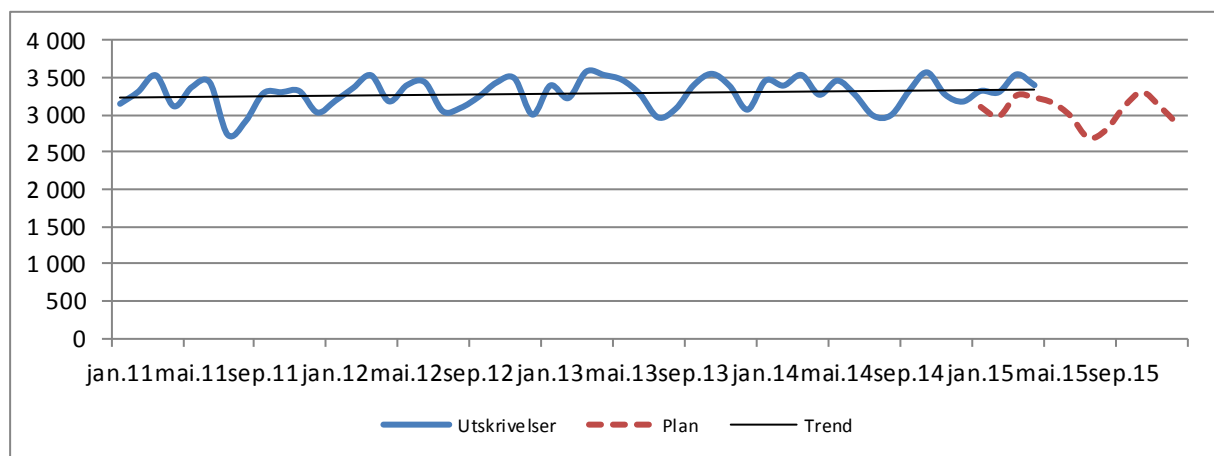


Tabell 10 DRG poeng hittil i år 2015 fordelt på klinikk

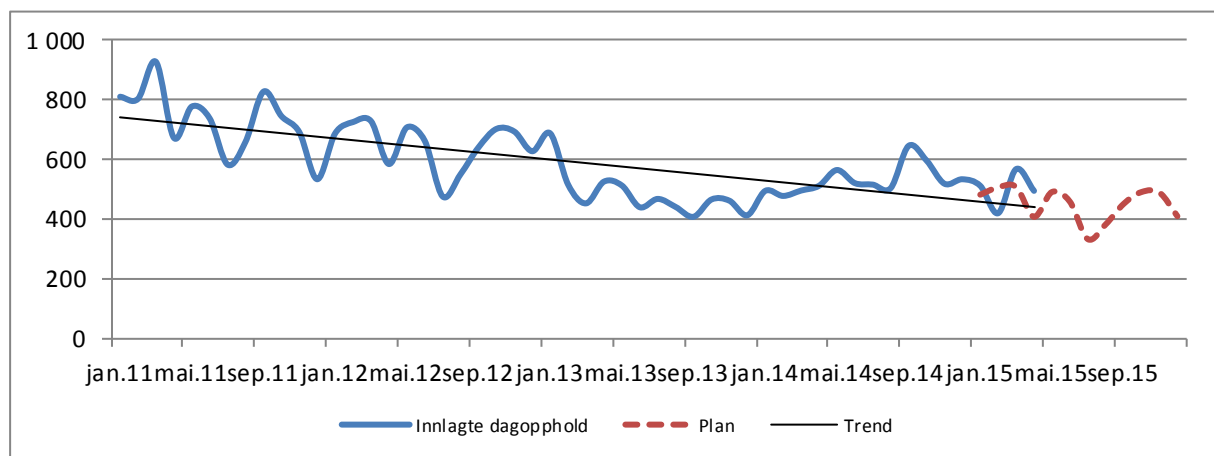
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	479	483	-4
Barne- og ungdomsklinikken	1 036	974	62
Hjerte- og lungeklinikken	3 505	3 743	-238
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	5 537	5 568	-31
Medisinsk klinikk	3 912	3 880	32
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	6 048	5 970	78
Operasjons- og intensivklinikken	115	127	-12
<b>Totalt</b>	<b>20 632</b>	<b>20 743</b>	<b>-111</b>

DRG poeng – egen produksjon.

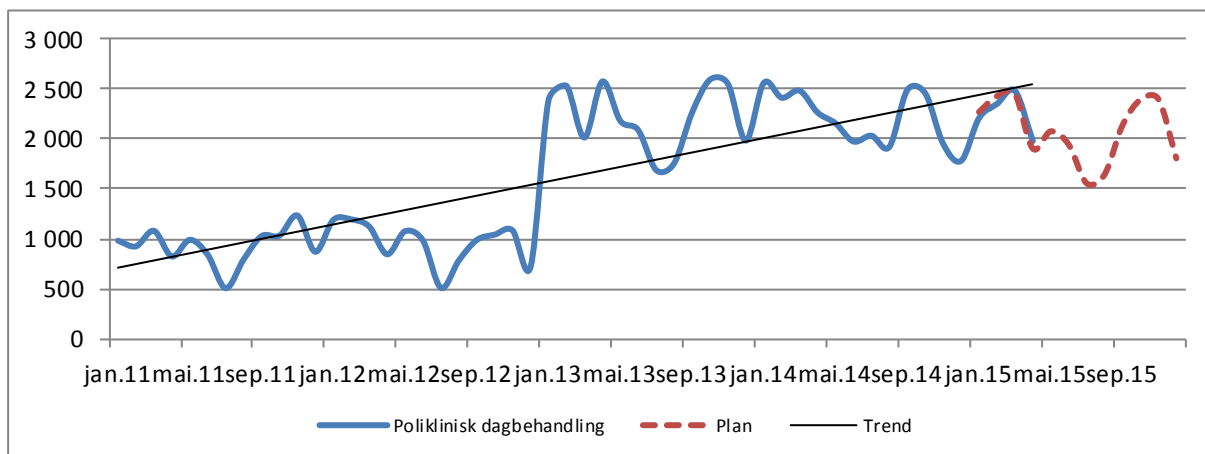
Figur 14 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



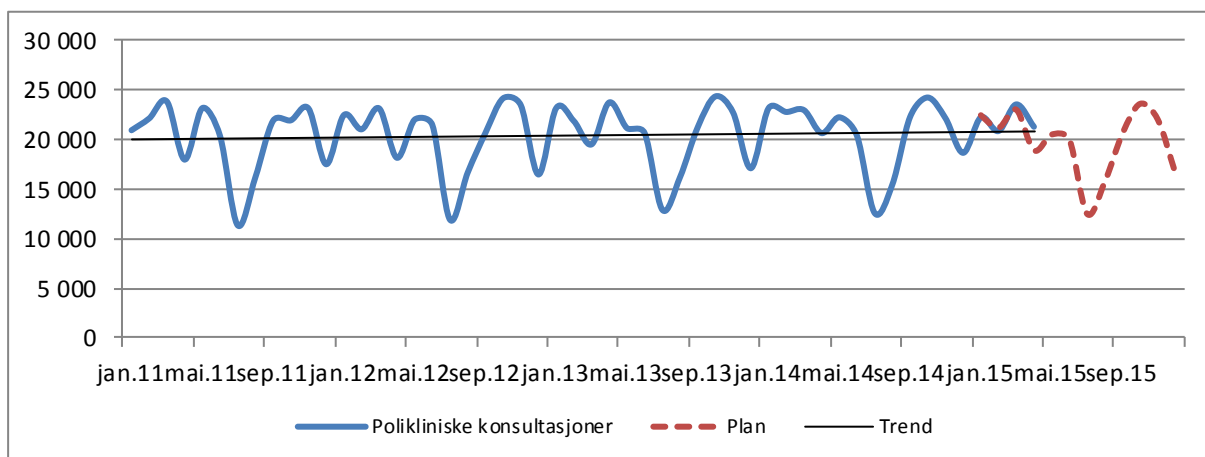
Figur 15 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



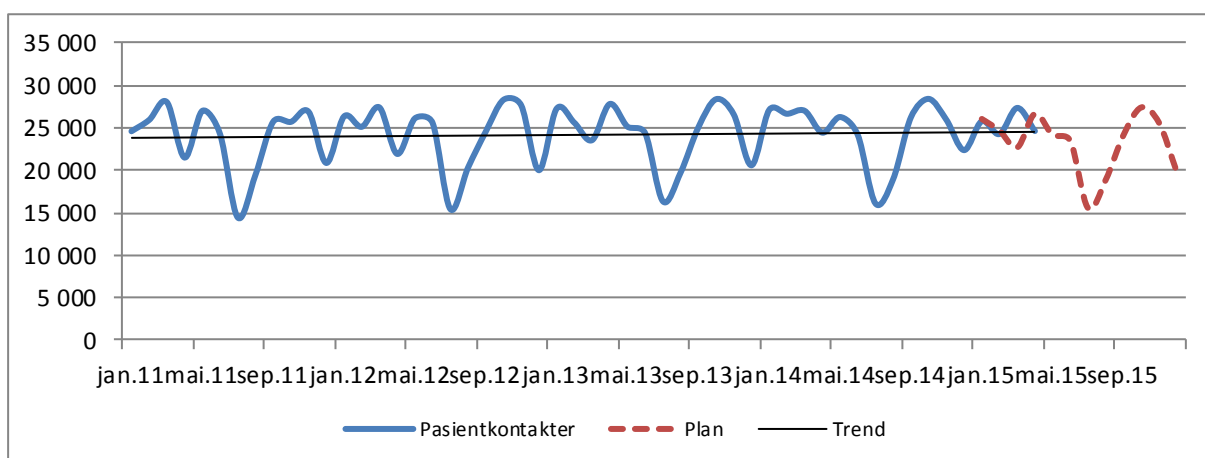
**Figur 16 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet**



**Figur 17 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet**

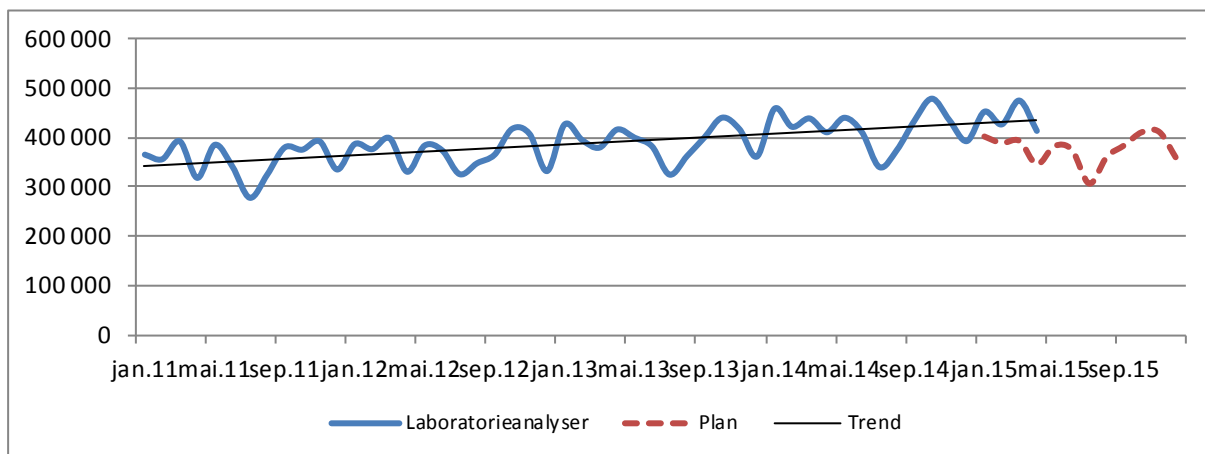


**Figur 18 Pasientkontakter - somatisk virksomhet**

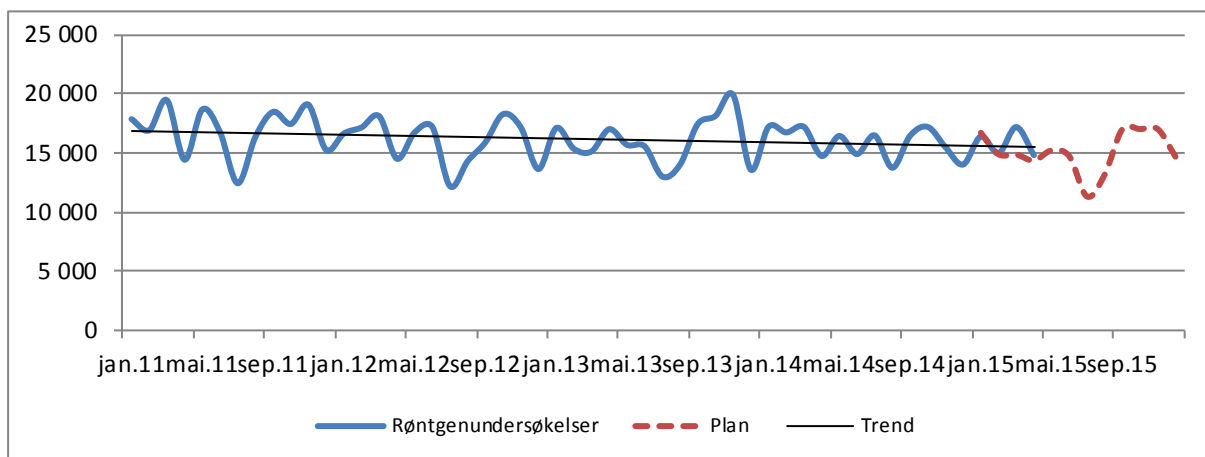




**Figur 19 Laboratorieanalyser**

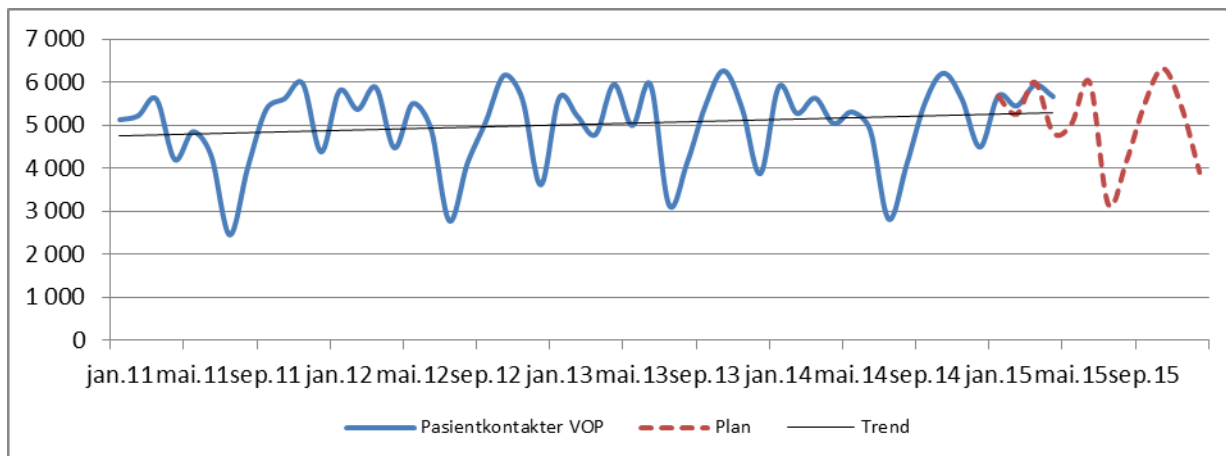


**Figur 20 Røntgenundersøkelser**



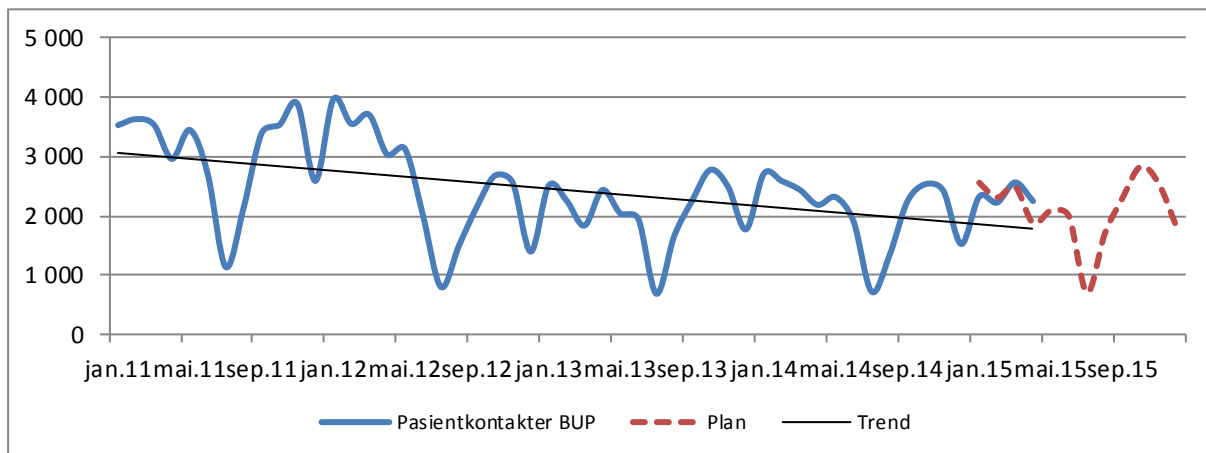
**Psykisk helsevern voksne**

**Figur 21 Pasientkontakter – VOP**



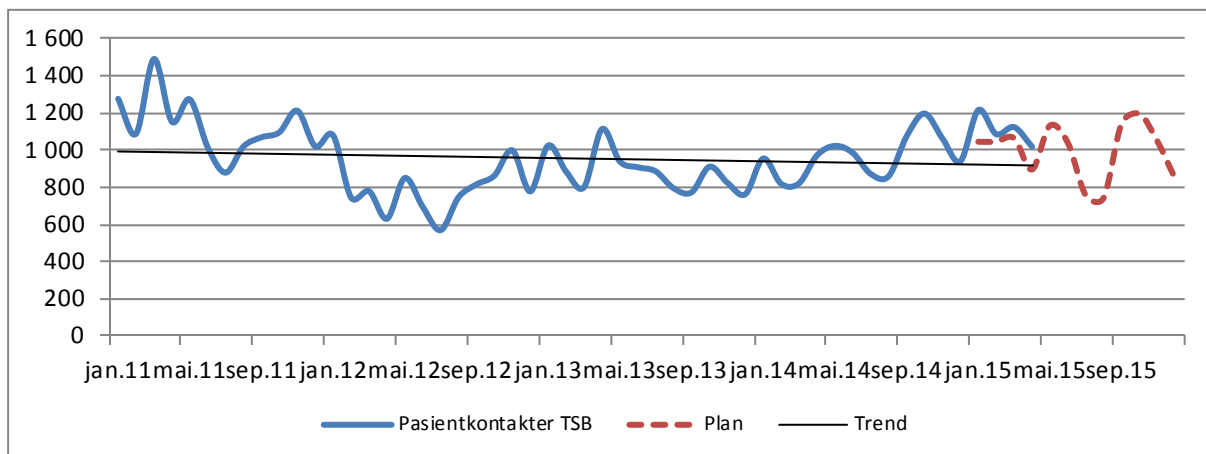
## Psykisk helsevern barn og unge

Figur 22 Pasientkontakter – BUP



## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 23 Pasientkontakter- TSB

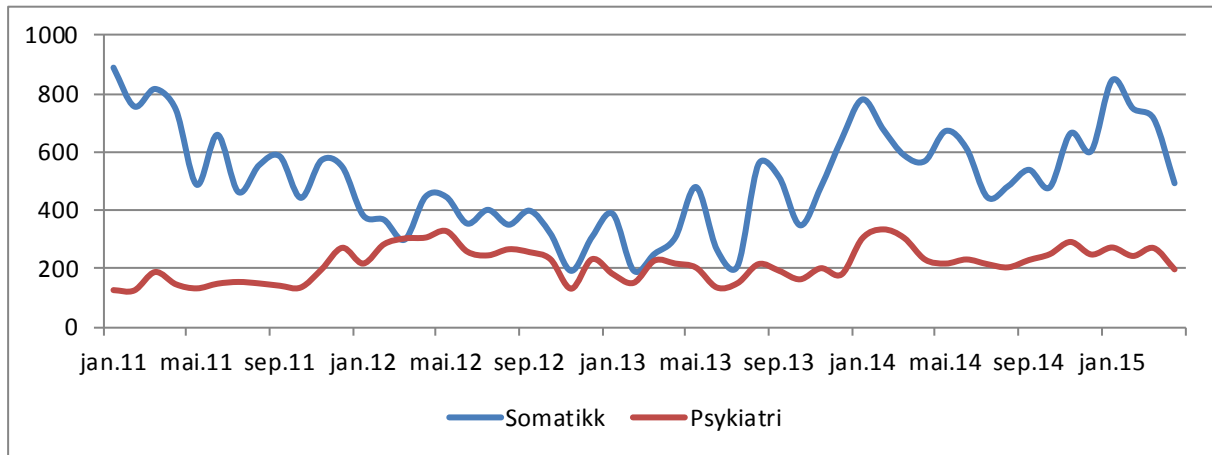


## Samhandling

### Utskrivningsklare pasienter

Datagrunnlaget som benyttes nå er det samme som brukes til faktureringen av kommunene. Det er marginale endringer fra tidligere hvor reelle utskrivningsklare døgn ble brukt.

Figur 24 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykiatri



Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

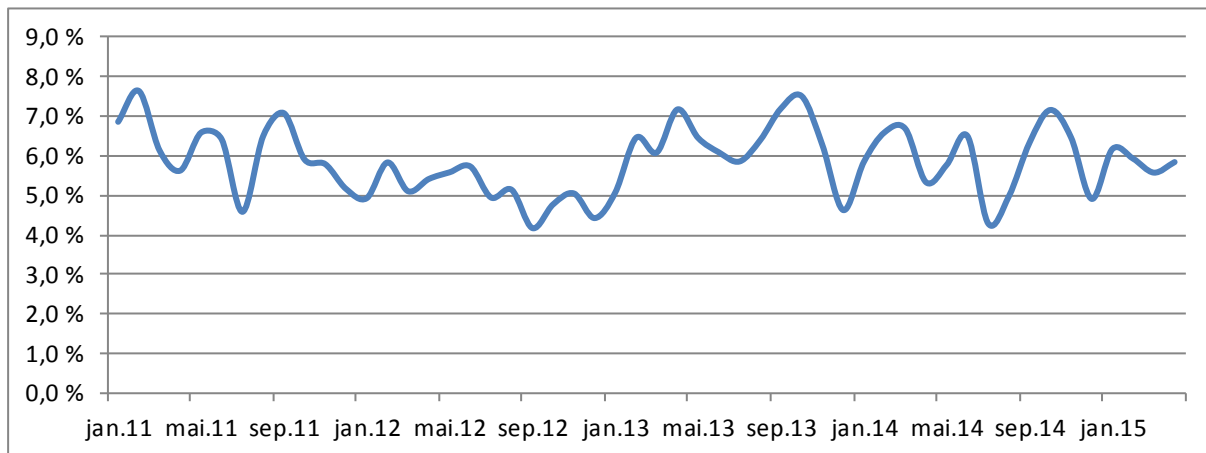
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-april	Utskrivningsklare opphold jan-april	Utskrivningsklare døgn jan-april pr 1000 innbyggere
SALANGEN	72	18	32
GRATANGEN	28	7	25
TROMSØ	1 492	191	21
NARVIK	322	121	17
NORDREISA	83	14	17
HARSTAD	350	214	14
KVÆFJORD	39	16	13
EVENES	17	8	12
BARDU	48	9	12
DYRØY	13	3	11
KARLSØY	25	6	11
LØDINGEN	21	22	10
TRANØY	14	7	9
IBESTAD	12	13	9
TJELDSUND	10	8	8
LENVIK	85	28	7
SKÅNLAND	20	20	7
BERG	6	2	7
BALLANGEN	17	15	7
LYNGEN	18	3	6
SKJERVØY	14	6	5
MÅLSELV	32	13	5
TYSFJORD	8	5	4
SØRREISA	12	7	3
BALSFJORD	19	7	3
STORFJORD	6	2	3
KÅFJORD	3	2	1
TORSKEN	1	1	1
LAVANGEN	1	1	1
<b>Totalsum</b>	<b>2 788</b>	<b>769</b>	<b>15</b>

### Forbruksrater

Økonomi- og analysesenteret undersøker mulighet for tilgang til månedlige NPR-uttrekk slik at forbruksratene også kan inneholde aktiviteten gjort ved andre helseforetak (inkludert de private). Tidligere har forbruksratene kun inneholdt behandling ved UNN.

## Bruk av pasienthotell

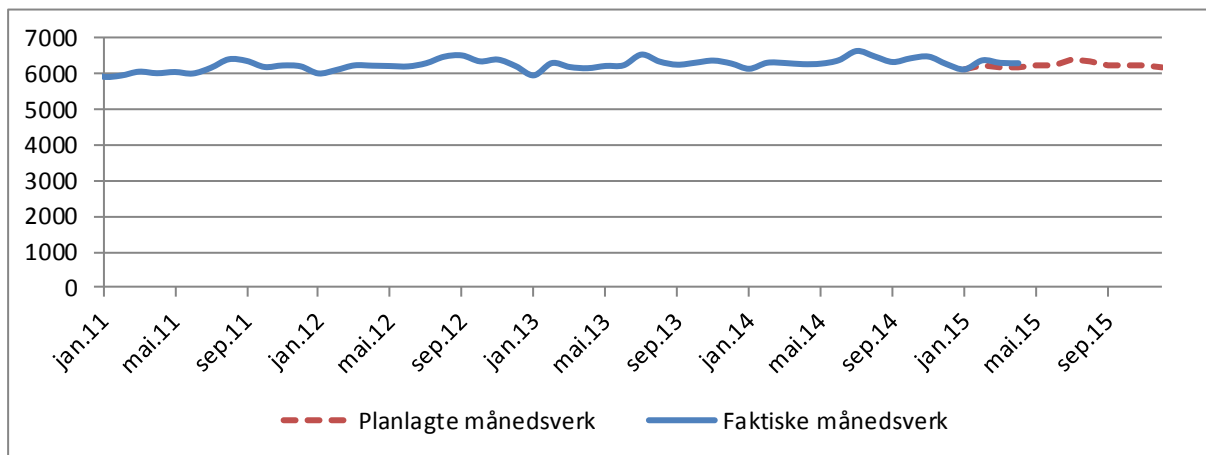
Andel liggedøgn på pasienthotell av alle heldøgn (postopphold)



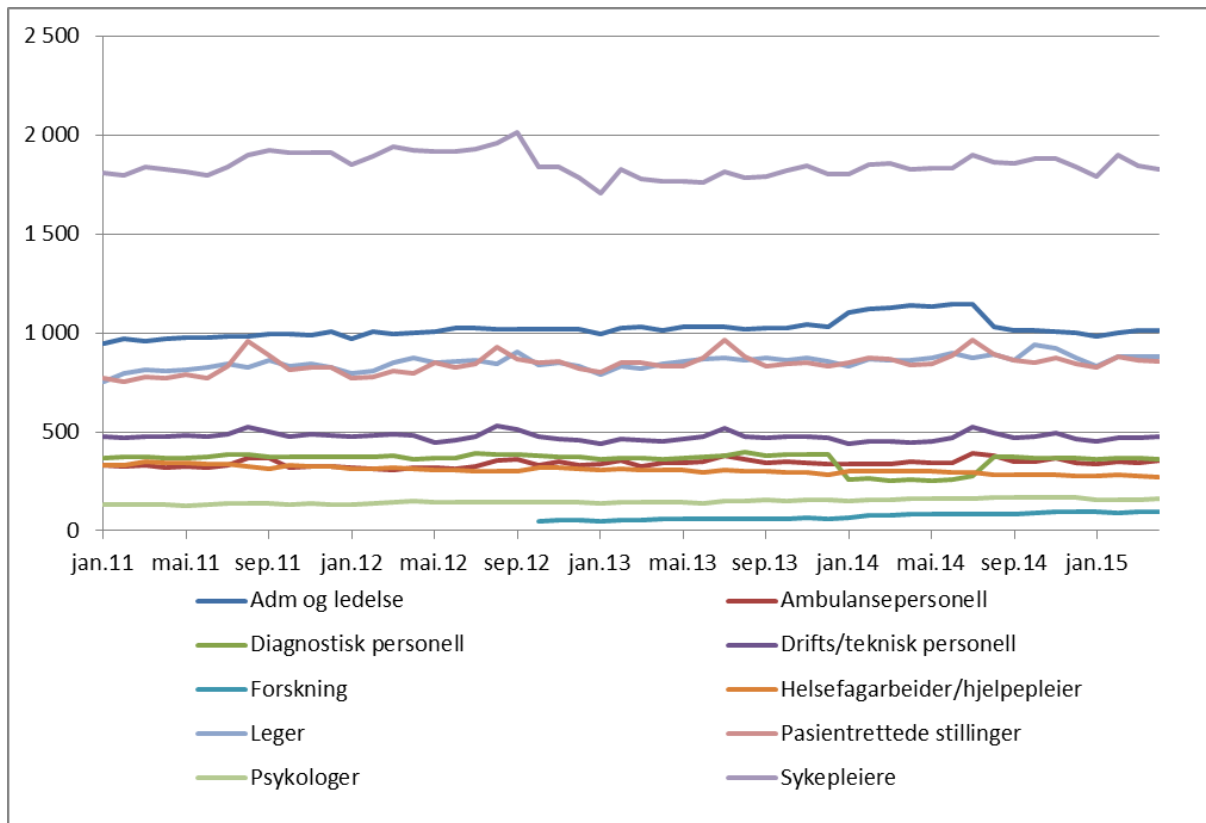
## Personal

### Bemanning

Figur 25 Brutto utbetalte månedsværk 2011-2015

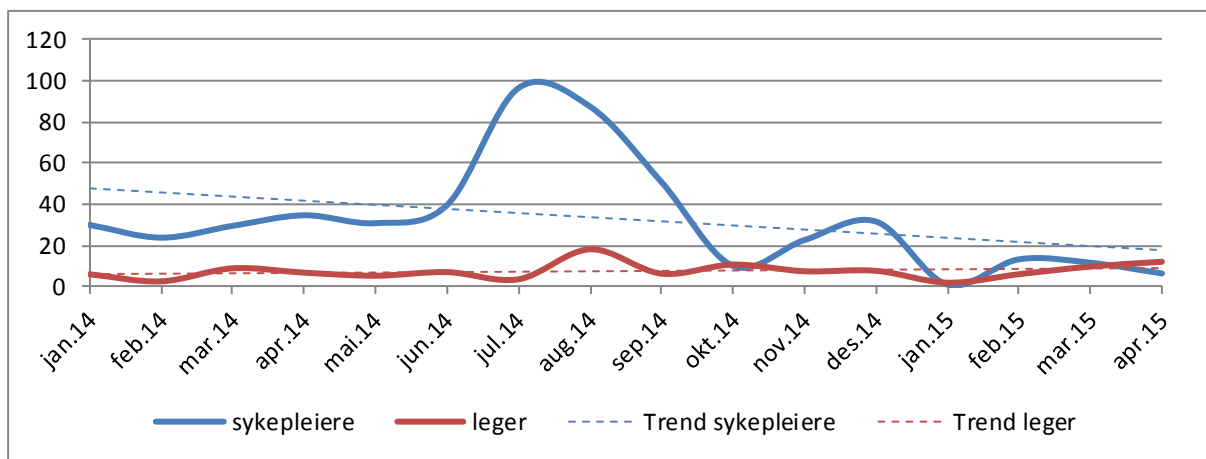


**Figur 26 Brutto utbetalte månedsværk fordelt på profesjon 2011-2015**



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

**Figur 27 Innleide månedsværk sykepleiere og leger**

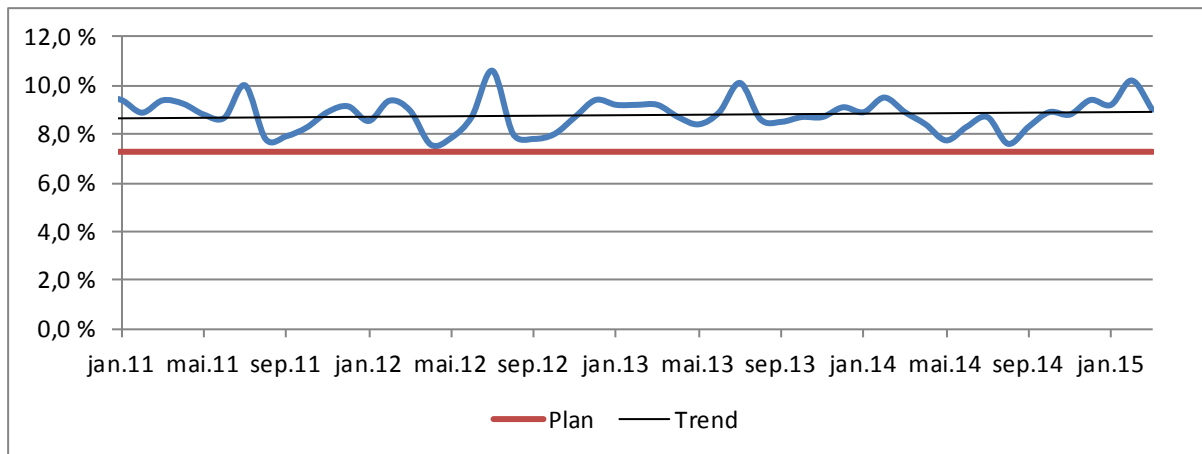


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

## Sykefravær

Det korte sykefraværet (1-16 dager) og det mellomlange sykefraværet (17-56 dager) har i mars begge en reduksjon på 0,3 prosentpoeng. Langtidsfraværet (>56 dager) har en økning på 0,6 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i mars 350 ansatte borte fra jobb på grunn av sykdom i UNN HF.

Figur 28 Sykefravær 2011-2015



Tabell 12 Sykefravær fordelt på klinikk i mars og gjennomsnittlig sykefravær siste 12 måneder

Klinikk	Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd	Sykefravær mars 2015
Akuttmedisinsk klinikk	9,6	8,6
Longyearbyen sykehus	1,7	7,5
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,8	9,1
Hjerte og lungeklinikken	9,3	9,3
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8,2	9,1
Medisinsk klinikk	8,7	9,1
Barne- og ungdomsklinikken	8,7	7,5
Operasjons- og intensivklinikken	8,9	9,0
Psykisk helse- og rusklinikken	10,4	11,0
Diagnostisk klinikk	7,6	8,3
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	9,2	11,2
Drift og eiendomsenteret	10,0	8,4
Stabsenteret	6,9	5,9
Fag- og forskningssenteret	8,8	7,6
Turnusleger, raskere tilbake	3,8	1,2
<b>Totalt</b>	<b>8,7</b>	<b>9,0</b>

### Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Dette parameteret er under utvikling.

### Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i mars 2015 vært registrert totalt 546 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 278 graderte. Det tilsvarer en andel på 50,9 % graderte sykemeldinger. Andelen er høyere enn i forrige mnd (49,1 %).

Gradert sykemelding er en hovedstrategi i IA-arbeidet. Partene i IA-avtalen, dvs. myndighetene, arbeidsgiversida og arbeidstakersida har satt mål om at 50 % av sykemeldingene skal være gradert.

## Kommunikasjon

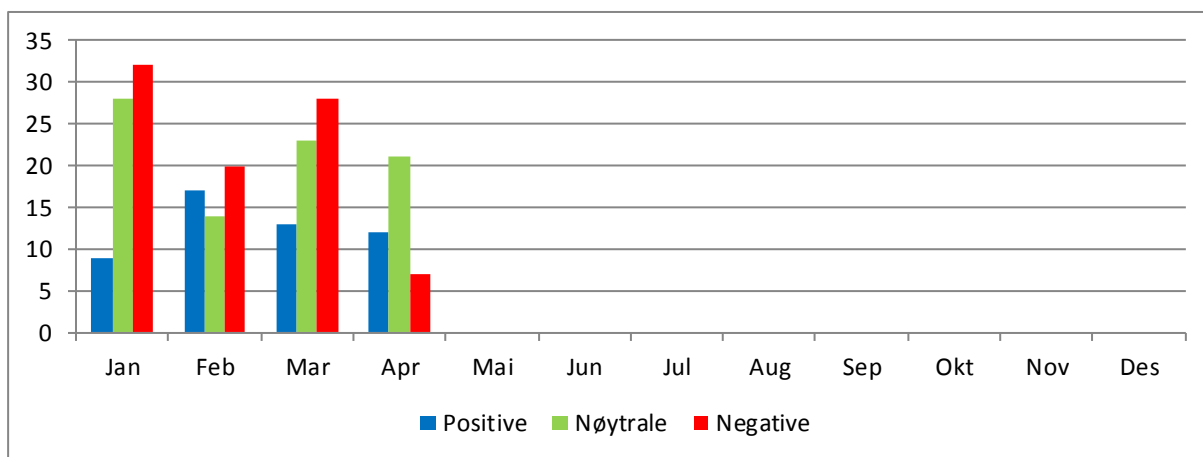
### Sykehuset i media

Mediestatistikken for april viser at det i Narvik er etablert en allianse for sykehuset i Narvik rettet mot arbeidet med nasjonal sykehusplan hvor akuttberedskap ved mindre sykehus er tema. I Fremover presenteres en bred samfunnsallianse under slagordet "Blør vi saktere", og det er flere artikler hvor fagfolk og politikere i Narvik advarer mot å kutte i beredskapen.

Åpningen av ny helikopterbase på Evenes får god og bred omtale i landsdelens aviser og etermedier. En artikkel i Pingvinavisa om babyboom på fødeavdelingen i Tromsø oppnår god spredning i media og sosiale medier med 737 Facebookdelinger. Saken nådde 19944 personer på Facebook.

Av negativ omtale kan nevnes at NRK Troms omtaler at UNN i forbindelse med utarbeidelse av en nasjonal traumeplan, får kritikk for ikke å ha en tydelig organisering av traumesenteret.

Figur 29 Mediestatistikk 2015



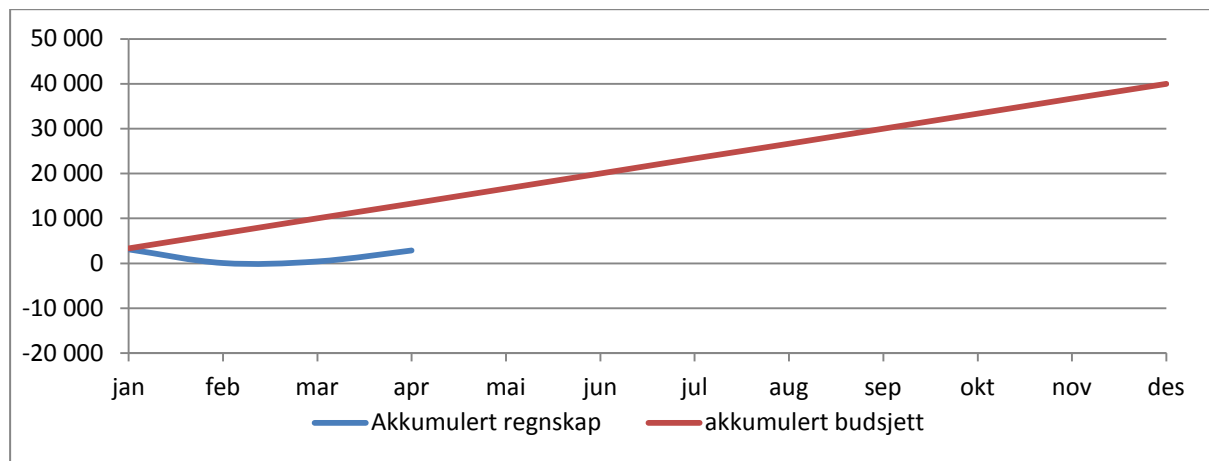
Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.



## Økonomi

### Resultat

Figur 30 Akkumulert regnskap og budsjett 2015



For 2015 er det et overskuddskrav på 40 mill kr. Det er budsjettet med 3,3 mill kr i overskudd hver måned. For april er det et regnskapsmessig avvik på 2,4 mill kr som gir et budsjettavvik på -0,9 mill kr. Hittil i år er det akkumulert et budsjettavvik på -10,5 mill kr.

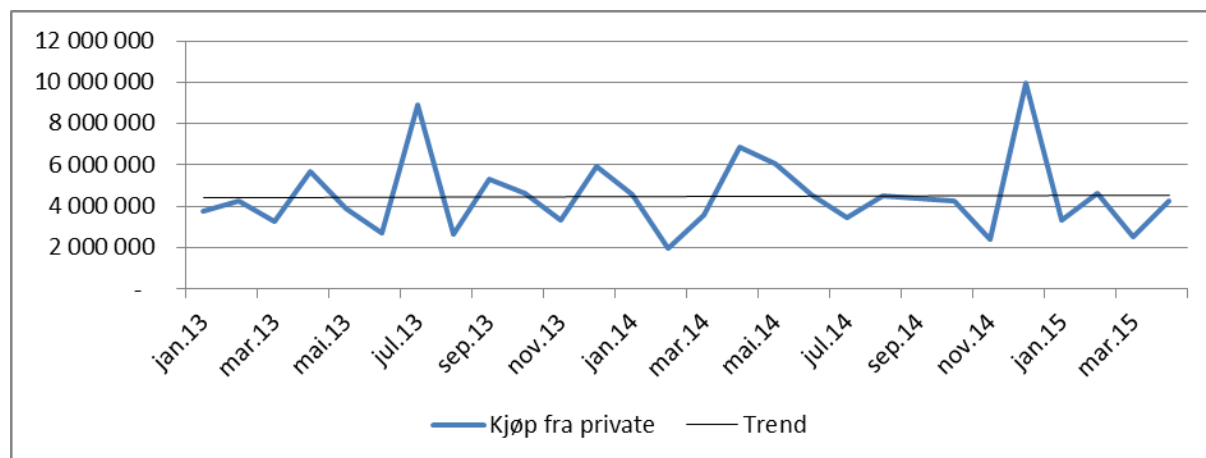
Samlede inntekter viser et positivt avvik på 6,1 mill kr i april, hvorav ISF utgjør 2,6 mill kr. Driftskostnadene er samlet sett 8,2 mill kr høyere enn budsjettet. Av dette utgjør aktivitetsdrevne varekostnader et positivt avvik på 2,8 mill kr og lønnskostnader (eksl. pensjon) et positivt avvik på 0,2 mill kr.

Finanspostene har et positivt avvik på 1,2 mill kr.

Tabell 13 Resultatregnskap april 2015

Resultatrapportering (tall i mill kr)	April				Akkumulert per April				Akkumulert per April	
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Endring ift 2014	Endring i %
Basisramme	447,9	447,9	-0,1	0 %	1 654,7	1 655,0	-0,2	0 %	220,7	15 %
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	0 %	12,0	12,0	0,0	0 %	3,1	35 %
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	106,3	102,0	4,3	4 %	439,3	432,1	7,2	2 %	102,0	30 %
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	-78,6	-100 %
<b>Samlet ordinær ISF-inntekt</b>	<b>106,3</b>	<b>102,0</b>	<b>4,3</b>	<b>4 %</b>	<b>439,3</b>	<b>432,1</b>	<b>7,2</b>	<b>2 %</b>	<b>23,4</b>	<b>6 %</b>
ISF av legemidler utenfor sykehus	4,6	6,3	-1,7	-27 %	21,4	30,1	-8,7	-29 %	-3,8	-15 %
Gjestepasientinntekter	3,6	2,4	1,2	48 %	13,0	9,8	3,2	32 %	6,0	85 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/røntgen)	17,7	18,5	-0,8	-4 %	74,0	68,2	5,8	8 %	7,4	11 %
Utskrivningsklare pasienter	1,2	1,0	0,2	18 %	8,1	4,0	4,1	103 %	0,1	1 %
Inntekter "raskere tilbake"	1,9	1,2	0,7	60 %	7,5	4,7	2,8	60 %	0,6	8 %
Andre øremerkede tilskudd	22,8	22,8	0,0	0 %	72,8	89,6	-16,8	-19 %	-2,3	-3 %
Andre driftsinntekter	26,4	24,1	2,3	9 %	102,9	96,7	6,1	6 %	2,7	3 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>635,3</b>	<b>629,2</b>	<b>6,1</b>	<b>1 %</b>	<b>2 405,6</b>	<b>2 402,2</b>	<b>3,4</b>	<b>0 %</b>	<b>257,8</b>	<b>12 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	23,5	19,7	3,8	19 %	72,6	65,1	7,5	11 %	11,2	18 %
Kjøp av private helsetjenester	4,3	5,1	-0,9	-17 %	14,9	19,5	-4,6	-24 %	-2,1	-12 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	56,8	59,6	-2,8	-5 %	246,2	235,0	11,2	5 %	10,5	4 %
Innleid arbeidskraft	3,0	2,3	0,7	32 %	8,8	9,0	-0,2	-2 %	-5,2	-37 %
Lønn til fast ansatte	349,2	340,9	8,3	2 %	1 217,4	1 258,9	-41,5	-3 %	125,5	11 %
Overtid og ekstrahjelp	4,3	12,1	-7,8	-64 %	83,1	43,3	39,8	92 %	-9,2	-10 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	77,5	77,6	-0,2	0 %	309,4	309,5	-0,1	0 %	67,4	28 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,2	-19,3	-2,9	15 %	-80,3	-77,3	-3,1	4 %	-2,6	3 %
Annen lønnskostnad	26,7	24,9	1,8	7 %	104,3	96,8	7,6	8 %	-2,0	-2 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>361,0</b>	<b>360,8</b>	<b>0,2</b>	<b>0 %</b>	<b>1 333,4</b>	<b>1 330,7</b>	<b>2,6</b>	<b>0 %</b>	<b>106,6</b>	<b>9 %</b>
Avskrivninger	21,7	21,7	0,0	0 %	86,9	86,9	0,0	0 %	4,9	6 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0 %
Andre driftskostnader	89,4	81,5	8,0	10 %	343,0	342,7	0,3	0 %	7,4	2 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>634,1</b>	<b>626,0</b>	<b>8,2</b>	<b>1 %</b>	<b>2 406,2</b>	<b>2 389,4</b>	<b>16,9</b>	<b>1 %</b>	<b>205,9</b>	<b>9,4 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>1,2</b>	<b>3,2</b>	<b>-2,0</b>	<b>-64 %</b>	<b>-0,6</b>	<b>12,8</b>	<b>-13,4</b>	<b>-105 %</b>	<b>51,9</b>	<b>99 %</b>
Finansinntekter	1,3	0,1	1,2		3,8	0,5	3,3		-1,9	33 %
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0		0,3	0,0	0,3		0,0	10 %
Finansresultat	1,3	0,1	1,2		3,5	0,5	3,0		-1,9	36 %
<b>Ordinært resultat</b>	<b>2,5</b>	<b>3,3</b>	<b>-0,9</b>	<b>-26 %</b>	<b>2,9</b>	<b>13,3</b>	<b>-10,5</b>	<b>-79 %</b>	<b>50,0</b>	<b>106 %</b>

Figur 31 Kjøp av private helsetjenester



Tabell 14 Resultatregnskap april 2015, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	April, ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per April, ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	447,9	447,9	-0,1	1 654,7	1 655,0	-0,2
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	12,0	12,0	0,0
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	106,3	102,0	4,3	439,3	432,1	7,2
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Samlet ordinær ISF-inntekt</b>	<b>106,3</b>	<b>102,0</b>	<b>4,3</b>	<b>439,3</b>	<b>432,1</b>	<b>7,2</b>
ISF av legemidler utenfor sykehus	4,6	6,3	-1,7	21,4	30,1	-8,7
Gjestepasientinntekter	3,6	2,4	1,2	13,0	9,8	3,2
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rø)	17,7	18,5	-0,8	74,0	68,2	5,8
Utskrivningsklare pasienter	1,2	1,0	0,2	8,1	4,0	4,1
Inntekter "raskere tilbake"	1,9	1,2	0,7	7,5	4,7	2,8
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	26,4	24,1	2,3	102,9	96,7	6,1
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>612,5</b>	<b>606,4</b>	<b>6,1</b>	<b>2 332,8</b>	<b>2 312,6</b>	<b>20,2</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	23,5	19,7	3,8	72,6	65,1	7,5
Kjøp av private helsetjenester	4,3	5,1	-0,9	14,8	19,4	-4,6
Varekostnader knyttet til aktivitet	55,9	58,7	-2,8	243,3	231,5	11,8
Innleid arbeidskraft	3,0	2,3	0,7	8,8	9,0	-0,2
Lønn til fast ansatte	337,4	329,1	8,3	1 179,8	1 212,6	-32,8
Overtid og ekstrahjelp	1,7	9,5	-7,8	74,6	32,9	41,7
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	74,6	74,7	-0,2	300,1	298,1	2,1
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,4	-18,5	-2,9	-77,7	-74,0	-3,7
Annen lønnskostnad	25,2	23,3	1,8	99,4	90,6	8,7
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>345,9</b>	<b>345,7</b>	<b>0,2</b>	<b>1 284,9</b>	<b>1 271,1</b>	<b>13,8</b>
Avskrivninger	21,7	21,7	0,0	86,9	86,9	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	85,6	77,6	8,0	330,8	327,6	3,1
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>611,4</b>	<b>603,2</b>	<b>8,2</b>	<b>2 333,4</b>	<b>2 299,8</b>	<b>33,7</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>1,2</b>	<b>3,2</b>	<b>-2,0</b>	<b>-0,6</b>	<b>12,8</b>	<b>-13,4</b>
Finansinntekter	1,3	0,1	1,2	3,8	0,5	3,3
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
Finansresultat	1,3	0,1	1,2	3,5	0,5	3,0
<b>Ordinært resultat</b>	<b>2,5</b>	<b>3,3</b>	<b>-0,9</b>	<b>2,9</b>	<b>13,3</b>	<b>-10,5</b>

De viktigste avvikene for april er (ekskl. eksternfinansert virksomhet):

#### Inntekter

- +2,6 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- -0,8 mill kr polikliniske inntekter
- +0,2 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +2,3 mill kr Andre driftsinntekter

#### Driftskostnader

- +2,8 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -2,9 mill kr kjøp av helsetjenester (offentlige -3,8 mill kr, private +0,9 mill kr)
- -0,2 mill kr lønn (-8,3 mill kr fast lønn, +7,1 mill kr variabel lønn)
- -8,0 mill kr andre driftskostnader

De viktigste avvikene akkumulert til og med april er (ekskl. eksternfinansert virksomhet):

#### Inntekter

- -1,6 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- +5,8 mill kr polikliniske inntekter
- +4,1 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +6,1 mill kr Andre driftsinntekter

#### Driftskostnader

- -11,8 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet (-9,6 mill kr medikamentkostnader)
- +0,1 mill kr kjøp av helsetjenester
- -14,2 mill kr lønn (+40,5 mill kr fast lønn, -48,6 mill kr variabel lønn)
- +5,4 mill kr andre driftskostnader

Tabell 15 Funksjonsregnskap for april

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201504								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Awik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	366,5	358,0	1 262,7	1 385,6	1 353,7	31,9		4 003
Somatikk, (re-hab)	25,3	25,7	89,9	100,8	99,1	1,7	12,1 %	288
Lab/rtg	78,4	79,7	275,3	302,6	303,0	(0,4)	9,9 %	882
<b>Somatikk inkl lab/rtg</b>	<b>470,3</b>	<b>463,4</b>	<b>1 627,9</b>	<b>1 788,9</b>	<b>1 755,7</b>	<b>33,2</b>	<b>9,9 %</b>	<b>5 173</b>
VOP, sykehus og annen beh	37,1	37,4	126,8	136,9	142,7	(5,8)	8,0 %	415
VOP, DPS og annen beh	35,2	36,9	124,6	136,5	141,3	(4,8)	9,6 %	407
BUP	14,8	15,9	54,6	58,0	61,0	(3,0)	6,3 %	176
<b>Psykisk helse</b>	<b>87,1</b>	<b>90,2</b>	<b>306,0</b>	<b>331,4</b>	<b>345,0</b>	<b>(13,6)</b>	<b>8,3 %</b>	<b>998</b>
RUS, behandling	20,3	20,2	71,3	74,5	77,5	(3,0)	4,4 %	230
<b>Rusomsorg</b>	<b>20,3</b>	<b>20,2</b>	<b>71,3</b>	<b>74,5</b>	<b>77,5</b>	<b>(3,0)</b>	<b>4,4 %</b>	<b>230</b>
Ambulanse	37,4	35,3	118,4	134,2	131,6	2,7	13,4 %	394
Pasienttransport	18,2	16,8	69,5	71,6	71,1	0,5	3,0 %	216
<b>Prehospitale tjenester</b>	<b>55,6</b>	<b>52,1</b>	<b>187,9</b>	<b>205,8</b>	<b>202,6</b>	<b>3,2</b>	<b>9,6 %</b>	<b>610</b>
Administrasjon (skal være 0 på HF)	-	-	-	-	-	-		
Personalboliger, barnehager	1,3	0,3	7,1	5,6	4,0	1,6	-21,6 %	18
<b>Personal</b>	<b>1,3</b>	<b>0,3</b>	<b>7,1</b>	<b>5,6</b>	<b>4,0</b>	<b>1,6</b>	<b>-21,6 %</b>	<b>18</b>
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>634,5</b>	<b>626,2</b>	<b>2 200,2</b>	<b>2 406,2</b>	<b>2 384,9</b>	<b>21,4</b>	<b>9,4 %</b>	<b>7 029</b>

Tabell 16 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Klinikk, økonomiske tall i mill kr	April				Akkumulert per April			
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF
Totalt 10 - Akuttmedisinsk klinikk	34,9	30,7	-4,2	-0,1	123,8	115,3	-8,5	-0,2
Totalt 11 - Longyearbyen sykehus	2,5	2,5	0,0		8,3	8,4	0,2	
Totalt 12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	19,8	19,3	-0,5	2,3	68,5	59,7	-8,8	-1,4
Totalt 13 - Hjerter- lungeklinikken	15,5	15,6	0,1	1,8	59,3	49,9	-9,4	-5,4
Totalt 14 - Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	32,6	31,1	-1,5	0,3	102,5	92,7	-9,8	1,8
Totalt 15 - Medisinsk klinikk	25,2	21,1	-4,2	-0,6	78,5	76,7	-1,8	0,6
Totalt 17 - Barne- og ungdomsklinikken	16,9	16,7	-0,2	0,2	63,8	64,4	0,6	1,2
Totalt 18 - Operasjons- og intensivklinikken	55,0	54,4	-0,6	0,0	217,2	209,7	-7,6	-0,3
Totalt 20 - Psykisk helse- og rusklinikken	62,4	61,2	-1,2		236,7	238,8	2,2	
Totalt 30 - Diagnostisk klinikk	46,0	44,7	-1,4		181,6	178,6	-3,0	
Totalt 40 - Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	4,0	6,8	2,8		25,5	26,9	1,4	
Totalt 45 - Drifts- og eiendomssenter	51,4	49,2	-2,2		199,9	200,5	0,6	
Totalt 52 - Stabsenteret	14,0	14,9	1,0		53,6	56,9	3,3	
Totalt 54 - Fag- og forskningssenter	4,9	5,1	0,3		19,2	20,3	1,2	
Totalt 62 - Fellesinntekter/-kostnader	-387,2	-376,6	10,6	-1,6	-1441,3	-1414,4	26,9	2,0
	-2,1	-3,3	-1,2	2,3	-2,9	-15,4	-12,6	-1,6

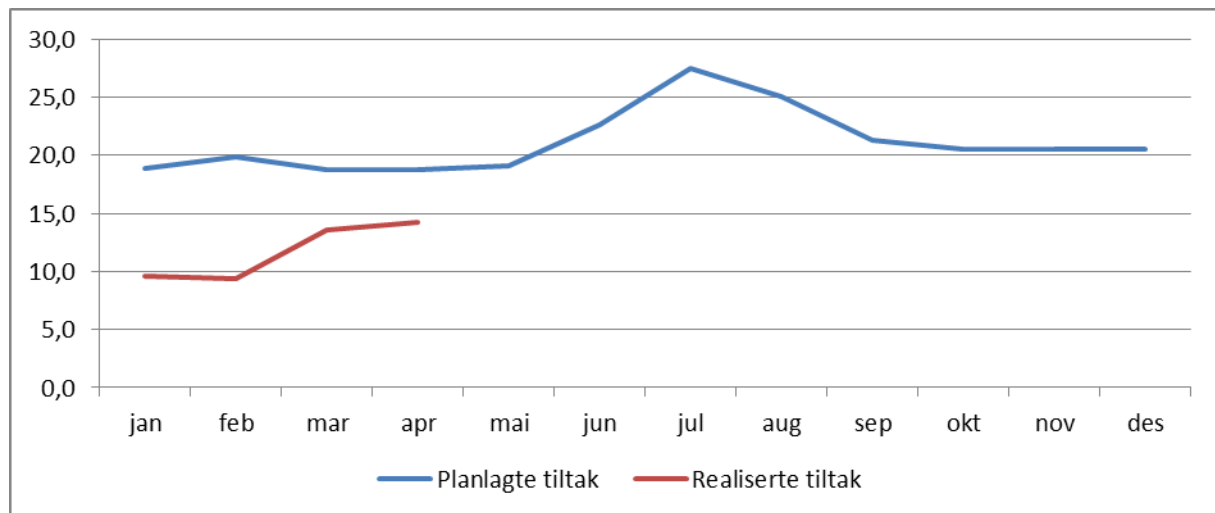
Nye tiltak for 2015 som ble orientert om i forrige styremøte er budsjettregulert fra og med mai måned, og for enkelte klinikker vil det endre resultatet.

### Prognose

Årsprognosen for 2015 er et resultat i tråd med styringsmålet på +40 mill kr.

### Gjennomføring av tiltak

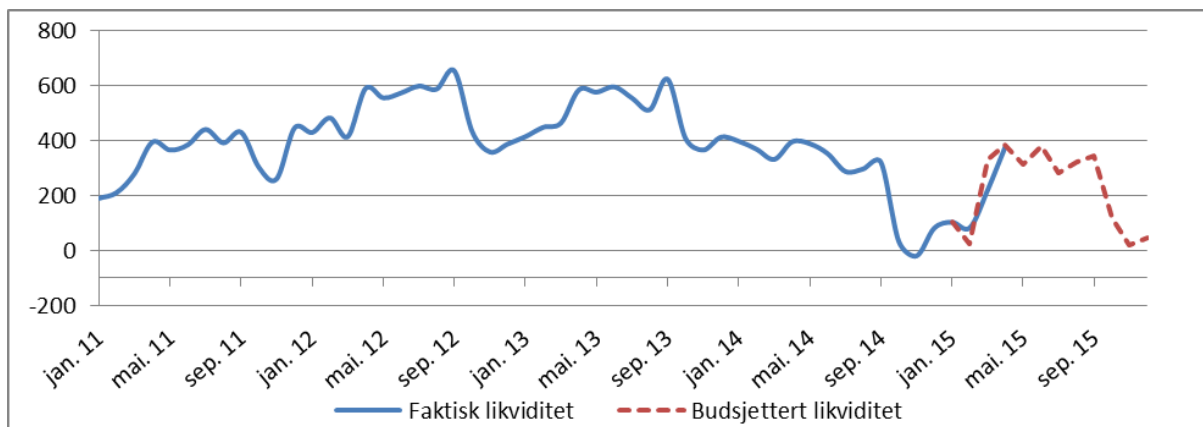
Figur 322 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I april er det realisert en økonomisk effekt på 14 mill kr. Akkumulert hittil er det beregnet en økonomisk effekt på 47 mill kr tilsvarende en gjennomføringsgrad på 55 %.

## Likviditet

Figur 333 Likviditet



UNN har per utgangen av april en likviditet på 377 mill kr. Dette er i tråd med prognosen og økningen skyldes egenkapitaltilskudd fra Helse Nord RHF.

## Investeringer

Tabell 17 Investeringer (tall i 1000 kr)

	Investerings ramme overført til 2015	Investerings ramme 2015	Rest investerings ramme	Investert mars 2015	Investert april 2015	Sum investert 2015	Rest- forpliktelser april (godkjent tidligere)	Rest disponibel investerings ramme
<b>Investeringer , tall i mill kr</b>								
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter	-10,0	124,0	114,0	12,8	27,6	50,6		63,4
A-fløy inkl alle underprosjekter	84,1	290,0	374,1	6,4	2,6	59,8		314,3
PET-senter inkl alle underprosjekter	-14,5	163,0	148,5	7,8	0,1	8,8		139,7
Nytt sykehus Narvik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
<b>SUM Nybygg</b>	<b>59,6</b>	<b>577,0</b>	<b>636,6</b>	<b>27,0</b>	<b>30,3</b>	<b>119,2</b>		<b>517,4</b>
Åsgård øvrige prosjekter	1,2	0,0	1,2	0,0	0	0,0		1,2
Åsgård Bygg 7	61,4	16,3	77,7	0,2	0,9	1,2		76,5
<b>SUM Rehabilitering</b>	<b>62,6</b>	<b>16,3</b>	<b>78,9</b>	<b>0,2</b>	<b>0,9</b>	<b>1,2</b>		<b>77,7</b>
Tromsø undersøkelsen	10,0	5,0	15,0	0,0	0,0	0,0		15,0
Datarom	5,2	0,0	5,2	0,2	0,2	0,7		4,5
Tiltak kreftplan	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
VAKe	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,6		0,3
Nytt nødnett	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0		1,0
ENØK	13,5	0,0	13,5	0,4	0,0	0,7		12,8
<b>SUM Prosjekter</b>	<b>29,6</b>	<b>7,0</b>	<b>35,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,2</b>	<b>2,0</b>		<b>33,6</b>
Narvik inkl alle underprosjekter	-32,3	0,0	-32,3	0,1	1,9	8,2	0,1	-40,6
Medisinteknisk utstyr	-50,4	200,0	149,6	2,8	12,7	22,6	37,5	89,5
Teknisk utstyr	17,6	0,0	17,6	0,2	0,0	0,8	2,0	14,8
Ombygginger	-52,4	0,0	-52,4	1,6	0,7	-2,4	0,0	-50,0
Ambulanser	1,1	0,0	1,1	0,0	0,0	1,3	7,8	-8,0
UNN-KIS	-13,0	0,0	-13,0	0,2	0,0	0,5	0,0	-13,5
EK KLP	-2,8	0,0	-2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	-2,8
<b>SUM Utstyr med mer</b>	<b>-132,1</b>	<b>200,0</b>	<b>67,9</b>	<b>4,7</b>	<b>15,3</b>	<b>31,0</b>	<b>47,3</b>	<b>-10,5</b>
<b>SUM total</b>	<b>19,7</b>	<b>800,3</b>	<b>819,0</b>	<b>32,5</b>	<b>46,7</b>	<b>153,4</b>	<b>47,3</b>	<b>618,2</b>

I april 2015 er det forbrukt 46,7 mill kr av investeringsrammen og hittil i år er det totalt investert 153,4 mill kr av en samlet investeringsramme på 800 mill kr. For utstyr med mer er det hittil i år brukt 31 mill kr og utestående forpliktelser på 47,3 mill kr.

Tabell 18 Utstyrssøknader til styret

Investeringssøknad til Styremøte 3. juni 2015										
Nr	Klinikk/ Avdeling	Type utstyr	Årsak til søknad	Begrunnelse for søknaden			Tilsyns- pålegg	Konsekvenser	Stipulert kostnad (inkl mva) mill. kr	Godkjent Direktør
				Nødvendig for opprettholdelse av normal drift	Nødvendig for opprettholdelse av liv og helse	Sparte driftskostnader				
1	Hjerte- og lunge-klinikken Lungemedisinsk avdeling	Bronkoskop med prosessor	Havari av utstyr og mangel på låneutstyr fra firma, dårlig service (ikke fått låneskop på flere uker). I tillegg er prosessoren utdatert (vi kan ikke ta bilder til dokumentasjon).	Nødvendig for kreftutredning, 400 undersøkelser i året	Nødvendig for utredning og behandling av LUNGEKREFT	0	0	Stopp i pasientforløp	1,00	
2	Medisinsk klinikk - Gastro- Nyre seksjon	1 gastro skop	Kassasjon	Ja	Ja, stopp av blødning via gastroskop er livsnødvendig behandling.			Gastroskop er helt nødvendige for drift av gastrolab. Hvis vi ikke har tilstrekkelig antall gastroskop, blir det ikke mulig å undersøke pasientene. Gastroskop er også helt nødvendig for prosedyrer om stopp av blødning og fjerning av polypper	0,35	
<b>Totalt</b>								<b>1,35</b>		

## Byggeprosjekter

Tabell 19 Byggeprosjekter ved utgangen av april 2015

	Pasienthotell	A-fløya	PET-senter	Bygg 7 Åsgård
HMS	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse	23.04.2015	26.02.2018	24.02.2017	18.04.2016
Fremdrift	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2014	94,9 mill kr	374,1 mill kr	163 mill kr	77,8 mill kr
Sum investert hittil 2015	51,3 mill kr	59,8 mill kr	8,5 mill kr	1,2 mill kr
Sum investert tidligere år	309,1 mill kr	220,0 mill kr	23,3 mill kr	18,2 mill kr
Investeringsramme P50	404 mill kr	1 285,4 mill kr	493,1 mill kr	96 mill kr
Prognose økonomiavvik	-20 mill kr	Usikker	0	0



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
46/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3.6.2015
Saksansvarlig: Arthur Revhaug		Saksbehandler: Turid Oliva Fossem

### Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 1.3. til og med 12.5.2015 til etterretning.
2. Handlingsplanene etter internrevisjonene *Henvisninger og ventelister, Strykninger av planlagte operasjoner samt Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten* godkjennes for oversendelse til Helse Nord RHF.

#### Sammendrag

Etter behandlingen av foregående rapport, er det utført fire nye tilsyn ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Det foreligger endelig rapporter fra tre av disse tilsynene, der det gis pålegg og anbefalinger til forbedringer.

- UNN har mottatt rapporten *Refusjon fra NAV for UNN HF's løpende ytelser ved arbeidstakers fravær* etter Helse Nord RHF's internrevisjon i 2014. Rapporten konkluderer med at den interne styring og kontroll knyttet til refusjon fra NAV har svakheter som bør forbedres. Imidlertid fremholdes at det samlet sett er etablert en internkontroll som gir rimelig sikkerhet for at foretaket mottar den refusjon de er berettiget. UNN anbefales å iverksette 12 tiltak for å bedre internkontrollen relatert til refusjonsberettiget fravær.
- Rapporten etter Mattilsynet sin inspeksjon av matforsyningen UNN Breivika beskriver områder som har vedlikeholdsbehov, samt behov som kan iverksettes for å sikre bedre hygienep praksis i kjøkkenet.
- Rapporten etter Arbeidstilsynets tilsyn ved UNN Ambulanse Narvik, beskriver mangler ved valg og opplæring av verneombud, opplæring i håndtering av vold og trusler og håndtering av konflikter for samtlige ansatte.

Oppfølgingen etter de tre ovennevnte tilsyn/ revisjoner er startet, og vil bli tatt opp med berørte for å sikre best mulig læring for aktuelle avdelinger og klinikker.



## Sak 46/2015

Saken viser til at det er ønskelig at ny praksis med å presentere funn etter tilsyn i Kvalitetsutvalget, vil medvirke til god kvalitet på foretakets tjenester. Et godt eksempel på god oppfølging etter tilsyn, er det som nå er gjort etter Fylkesmannen i Troms sitt tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering av henvisninger og viderehenvisninger av pasienter med kreft, fram til start av nødvendig helsehjelp. Her er handlingsplanen for opplæring og oppfølging utarbeidet, presentert og godkjent i Kvalitetsutvalget. Oppfølgingen innebærer en grundig gjennomgang av interne rutiner som skal sikre en systematisk opplæring i henhold til planen. Opplæringen skal dokumenteres og rapporteres til aktuelle klinikksjefer. I tillegg vil det bli gjennomført en intern revisjon høsten 2015. En slik praksis vil få økt ledelsesmessig oppmerksomhet, og forhåpentlig medvirke til forbedret kvalitet og god læring i hele foretaket.

Et nytt krav i oppdragsdokumentet, medfører at innstillingen i denne saken også inkluderer en godkjenning av handlingsplaner for oppfølging etter Helse Nord RHF's internrevisjoner i perioden.

Saken konkluderer med at direktøren vil sikre at UNN har en best mulig kvalitetsstyring gjennom økt fokus på trygghet og eierskap til prosessene rundt arbeidet med internkontroll. På den måten kan en best mulig pasientsikkerhet og behandling sikres.

## Bakgrunn

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomføres det systematiske tilsyn fra statlige tilsynsmyndigheter. Noen tilsyn gjennomføres etter samordning mellom tilsynsmyndighetene. I tillegg gjennomfører Helse Nord RHF revisjoner på ulike virksomhetsområder, i tråd med omforente planer i regionen eller mellom det regionale foretaket og det enkelte helse-foretak.

Statusoversikten for iverksatte tiltak og frister for lukking av pålegg og avvik samt relevante handlingsplaner, følger som vedlegg.

Ved internrevisjoner utført av Helse Nord RHF, er det nå stilt krav i oppdragsdokumentet om at foretakets styre skal behandle rapporten, og vedta planen for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. Planen sendes så til internrevisjonen ved Helse Nord RHF så snart den er vedtatt. Ettersom dette er en praksis UNN hittil ikke har fulgt, er det i denne styresaken lagt ved følgende handlingsplaner fra tre internrevisjoner: *Henvisninger og ventelister*, *Strykninger av planlagte operasjoner samt Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten*.

## Formål

Formålet med denne saken er å gi styret nødvendig oversikt over gjennomførte eksterne tilsyn og revisjoner i helseforetaket fra 1.3. til og med 12.5.2015.

## Saksutredning

Formålet med tilsyn er å kontrollere om det er etablert et internkontrollsystem som sørger for at virksomhetens tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lovverket. For Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er tilsynsmyndighetene en viktig ressurs, og gir et godt bidrag til å avdekke hvor helseforetaket har forbedringspotensialer, og følger opp at avvik blir rettet.

UNN har rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser, men funn etter tilsyn viser at når det gjelder opplæring/ implementering og etterlevelse, må UNN bli bedre. Derfor er direktørens beslutning om å presentere funn etter tilsyn i kvalitetsutvalgets møter, et godt tiltak for å sikre implementering, opplæring og etterlevelse av gjeldende prosedyrer. I tillegg vil identifisering av læringsmomenter som kan gjelde for flere klinikker enn den som er revidert, være nyttig for andre deler av virksomheten.

### Statusrapport

Det er siden forrige rapportering gjennomført fire nye tilsyn:

- Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved UNN Ambulanse Narvik. Tilsynet var rettet mot utvalgte organisatoriske arbeidsbetingelser og virksomhetens systematiske arbeidsmiljøarbeid som verktøy for å forebygge uheldige belastninger, arbeidsrelaterte sykdom og skader. De fant at det må gjøres nytt valg av verneombud og at den som velges får den kompetanse / opplæring som vervet krever. De fant også at ansatte manglet spesiell opplæring og håndtering av vold og trusler. Det var også ukjent for de ansatte om virksomheten hadde skriftlig rutine for melding og håndtering av konflikter som kunne føre til uheldige helsebelastninger. Det er søkt om fristforlengelse for disse påleggene.
- Fylkesmannen i Troms har gjennomført landsomfattende tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra sykehus til kommuner. Tilsynet er gjennomført som systemrevisjon i kommuner og helseforetak. Tilsynet rettet seg mot pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten til egen bolig med behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Tilsynet ble gjennomført ved Hjerte- og lungeklinikken, lungemedisinsk avdeling. Venter på tilbakemelding.
- Mattilsynet har gjennomført tilsyn ved Matforsyningen UNN Breivika, de varsler om tre vedtak om utbedringer. De fant manglende vedlikehold av skadde veggflater, kaffevogner med overflater av trematerialer som må fjernes eller vedlikeholdes, manglende sonemerking på gulv, mangler stativ og hygienisk oppbevaring av skjærfjøler. De fant manglende revidering/ oppdatering av fareanalyseplanen og at virksomheten har ikke fulgt opp egen prøveuttaksplan for kontroll av ev. listeriabakterien i mat og produksjonsmiljø.
- Statens strålevern har gjennomført tilsyn ved Diagnostisk klinikk, Røntgenavdelingen, på bakgrunn av mottatt avviksmelding vedrørende samarbeidet mellom UNN Tromsø og Helgelandssykehuset. Her venter UNN på tilbakemelding fra tilsynsmyndigheten.

Følgende tilsyn er avsluttet: Ambulansetjenesten Lenvik.

Arbeidstilsynet har fått tilfredsstillende tilbakemelding etter tilsynet, og har lukket påleggene.

## Kommende tilsyn

Det er meldt om to nye tilsynsbesøk:

- Fylkesmannen i Troms meldte 30.3.2015 om postalt tilsyn ved Røntgenavdelingen UNN etter bekymringsmelding rundt forsvarlig drift.
- Statens strålevern har meldt at de til høsten ønsker å gjennomføre et stort systemtilsyn ved Nukleærmedisinsk avdeling, Stråleterapiavdelingen, Radiologisk avdeling og for øvrig all strålebruk utenfor Radiologisk avdeling. Tilsynet vil også omfatte HMS-ansvarlig, ansvarlig for kvalitetssystemet m.v.

## Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, Arbeidsmiljøutvalget og drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 18. og 20.5., der saken fikk tilslutning slik den forelå.

I tillegg ble det i Arbeidsmiljøutvalgets behandling av saken stilt spørsmål om hvordan avviksrapportering -og analyse fungerer, med bakgrunn i de pålegg som var gitt foretaket. Videre mente utvalget at det er viktig å bruke både tjenestevei og vernetjenesten når det er forhold som ikke lar seg løse lokalt, samt at internrevisjon som tilnæringsmåte med fordel kan anvendes i slike tilfeller.

## Vurdering

Det legges ned betydelig innsats i forberedelser, gjennomføring og oppfølging av eksterne tilsyn og revisjoner. Samtlige tilsyn omhandler forhold som direkte eller indirekte støtter opp om arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Resultatene utgjør en viktig styringsinformasjon, og må følges opp slik at de fremmer systematisk forbedring og læring både lokalt og på tvers i foretaket. Målet er varige forbedringer og læring i hele virksomheten. Dette forutsetter at ledere på alle nivå gjør seg kjent med og følger det etablerte kvalitetssystemet som er oppbygd, med gode rutiner, strukturer og prosesser.

Eksterne tilsyn bidrar til å bekrefte at kvalitetssystemet fungerer som det skal, eller avdekke områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse og etterlevelse av myndighetskrav og interne prosedyrer. I tillegg til økt ledelsesmessig oppmerksomhet av internkontrollsystemet, må det skapes trygghet og eierskap blant de ansatte i kontinuerlig forbedringsarbeid. Ny praksis med økt fokus i Kvalitetsutvalget på å identifisere læringspunktene etter tilsyn, vil forhåpentlig bidra til en god implementering samt etterlevelse av myndighetskrav og egne prosedyrer. Denne praksis vil gjelde for kommende tilsynsrapporter hvor det identifiseres læringsmomenter for flere enn den reviderte part.

## **Konklusjon**

Saken belyser den faste oppfølgingen av gjennomførte og pågående tilsyn. Tilsyn er et av flere viktige forebyggende virkemidler og medvirker til at lovgivning, sentrale føringer og egne prosedyrer etterleves. Gjennom økt fokus på å skape trygghet og eierskap til oppfølging av forbedringsområder, anbefalinger og avvik, vil direktøren sikre at UNN har en best mulig kvalitetsstyring. Slik kan en best mulig pasientsikkerhet og behandling sikres. Det innstilles derfor på at styret tar saken til etterretning.

Tromsø, den 22.5.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tilsynsrapport – eksterne tilsyn – status
2. Henvisninger og ventelister
3. Strykninger av planlagte operasjoner
4. Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten

Sak 46/2015 - vedlegg 1

Tabellen under viser hvilke eksterne tilsyn som er gjennomført før 12. 5. 2015 hvor de er utført, funn, frister, tiltak og hvilke pålegg /avvik som er lukket siden forrige rapport.

Pålegg/ avvik som er lukket er merket med fargen **grønn**

Pålegg avvik hvor tilsvar/ handlingsplan er sendt er merket med fargen **gul**

Pålegg/ avvik med svarfrister etter styremøtes dato er merket med **rødt**

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
<b>NR 1: Mattilsynet</b>	Matforsyning (Kjøkken) UNN Breivika 24.4. 2015	Fareanalyse og styring av kritiske styringspunkter ved produksjonskjøkkenet	Tilsynet varsler om tre vedtak om utbedringer: 1:Manglende vedlikehold av skadde veggflater, fjerne/ vedlikeholde kaffevogner med overflater av trematerialer, manglende sonemerking på gulv, mangler stativ og hygienisk oppbevaring av skjærfjølør 2:mangler revidering/ oppdatering av fareanalyseplanen 3:Virksomheten har ikke fulgt opp egen prøveuttaksplan for kontroll av ev. Listeriabakterien i mat og produksjonsmiljø		Funn nr 1: Er i gang med å planlegge utbedring som ventes å være ferdig innenfor fristen. Funn nr 2: Revidering/ oppdatering av fareanalysen vil være klar innenfor frist  Funn nr 3: Egen prøveuttaksplan vil bli fulgt og analyseresultater skal kunne framvises	Funn NRr 1: <b>Frist 26.6.2015</b> Funn NRr 2: <b>Frist 30.9.2015</b>  Funn NR 3: <b>Frist 29.5.2015</b>	Funn fra dette tilsynet tas opp ved samtlige produksjonskjøkken i foretaket.
<b>NR 2: Arbeids-tilsynet</b>	UNN Ambulanse Narvik 10.3.2015	Virksomhetens systematiske arbeidsmiljø som verktøy for å forebygge uheldige belastninger,	Tilsynet varsler om tre pålegg: Valg av og opplæring av verneombud Opplæring i håndtering av vold og trusler Iverksette rutine for	15/495	Klinikken har søkt om utsettelse på fristene 1.4. og 15.5 2015	<b>Venter på tilbake-melding</b>	

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
		arbeidsrelatert sykdom og skader	håndtering av konflikter som kan føre til uheldige helsebelastninger				
<b>NR 3:</b> <b>Arbeids-tilsynet</b>	Ambulanse tjenesten Hansnes 13.1.2015	Oppfølging etter at ambulansarbeider har meldt om arbeidsmiljøutfordringer ved ambulansestasjonen	Arbeidstilsynet ga to pålegg -HMS-arbeid- kartlegging og risikovurdering -HMS-arbeid- tiltak og plan	15/748	Ambulansetjenesten har gitt tilbakemelding på at påleggene er oppfylt og tiltakene er iverksatt. Det er valgt verneombud- kartleggingen er utført, årlig kvalitetsplan er utarbeidet. verneombud er meldt opp på e-læringskurs Opplæring i Docmap er igangsatt, informasjon om HMS -arbeid med oppfølging på personalmøter Det er utarbeidet skriftliginstruks for bruk av redningsvest. Det er utarbeidet prosedyre for sikkerhetsopplæring og årlig øvelse på ambulansebåt	Venter på tilbakemelding	Læringsmomenter og funn fra tilsynet presenteres og diskuteres i -klinikkledeisen. -avdelingsledelsen -Kvamgrupper
<b>NR 4:</b> <b>Fylkesmannen i Troms</b>	Kirurgi-kreft og kvinnehelseklinikk 25.-26. november 2014	Håndtering av henvisninger og videre henvisninger av pasienter med kreft fram til start av nødvendig helsehjelp.	Tilsynet har avdekket at foretaket ikke følger regelverket når det gjelder ansiennitetsdato og rettighetsstatus ved viderehenvisninger/ mottak av viderehenvisninger for pasientforløp.	14/4592	Fylkesmannen har fått handlingsplan for hvordan foretaket skal sørge for å endre praksisen slik at regelverket følges. Videre oppfølging skal ivaretas av FFs ved at det skal gjennomføres en intern revisjon høsten 2015. Handlingsplanen er også sendt til Helse Nord som en oppfølging etter deres revisjon med samme tema.  Planen følger også som vedlegg til styresaken	Venter på tilbakemelding	Rapporten er presentert på KU for å sikre at funn fra denne revisjonen blir gjort kjent for hele foretaket. UNN vil ha en grundig gjennomgang av sine interne rutiner og sikre en kvalitetssikret systematisk opplæring av personell i hht. planen. Opplæringen skal dokumenteres og rapporteres til samtlige aktuelle klinikkjefer.
<b>NR 5:</b> <b>Helse Nord</b>	UNN HF 11. og 12. 2014	Refusjon fra NAV for foretakets løpende ytelser ved arbeidstakers fravær	Internrevisjonen konkluderer med at den interne styring og kontroll ved Universitetssykehuset Nord-Norge knyttet til refusjon fra NAV har svakheter som bør	14/4533	HR har startet med å utarbeide tiltak i forhold til de anbefalingene som de fikk. På grunn av sykefravær er den ikke klar til dette styremøte.		Anbefalingene innebærer at HR sørger for at alle ledere med personalansvar får kjennskap til regelverk og rutiner som kreves for å etterpørre / påse at tilgjengelige rettigheter benyttes og at fraværet registreres riktig.

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			forbedres, men at det samlet sett er etablert en internkontroll som gir rimelig sikkerhet for at foretaket mottar den refusjon de er berettiget til, for løpende ytelser ved arbeidstakers fravær. UNN får 12 anbefalinger til konkrete tiltak.				
<b>NR 6:</b> <b>Arbeids-</b> <b>tilsynet</b> <b>Meldt første</b> <b>gang</b> <b>1.10.2014 og</b> <b>avsluttet.</b> <b>Gjenåpnet</b> <b>14..1.2015</b>	Diagnostisk klinikk	Postalt tilsyn – krav om opplysninger i forhold til overholdelse av bestemmelsene i AML § 18-5	Arbeidstilsynet ber om å bli holdt orientert om hvordan arbeidet med å få til et bedre arbeidsmiljø i røntgenavdelingen forløper og har bedt om tilbakemelding når skissen for forbedringsarbeidet er klart, og ca. halvveis i forbedringsarbeidet og når arbeidsmiljøet er evaluert etter at det er slutført.	14/ 4490	Det blir benyttet ressurser utenom avdelingen/ klinikken for å få til et bedre arbeidsmiljø. Det er igangsatt et eget initiert forbedringsarbeid sammen med Bedriftshelsetjenesten.	Venter på tilbake- melding	
<b>NR 7:</b> <b>Direktoratet</b> <b>for</b> <b>samfunns</b> <b>sikkerhet og</b> <b>beredskap</b> <b>( DSB)</b>	Longyearbyen 10.9.2014	Oppfølging av revisjon 2013	To avvik: 1. Prosedyren som skal sikre at elektromedisinske utstyr brukes i hht bruksanvisning følges ikke av legene. 2. I følge fremlagt dokumentasjon av vedlikehold av det elektromedisinske utstyr er det restanser i det planlagte vedlikehold.	14/ 4398	Innskjerping av rutiner er foretatt. Gjennomført opplæring arkiveres i ePhorte		DSB vil etter årets tilsyn ved UNN HF invitere til et oppfølgingsmøte for å sikre en felles forståelse og læring i hva som kreves for å forebygge, korrigere og å rette opp avvik. Til dette møte vil samtlige berørte enheter bli invitert. Se også kommentarer under revisjon NR 10

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			Generelle funn: De elektriske anleggene synes å være i god stand. Mangler risikovurdering av de elektriske anlegg ( Bygget er fra 1991)				
<b>NR 8:</b> <b>Ofoten</b> <b>Brann IKS</b>	UNN Nordlands- klinikken 25.9. 2014 Buveien 75 Håkvik	Brannsikkerhet	Tilsynet fant at et avvik fra tidligere tilsyn (2013) ikke var lukket: -Stasjonære slokkeanlegg mangler kontrollavtale I tillegg ble det avdekket 4 avvik: -HMS er mangelfullt dokumentert, -Dokumentasjon av sikkerhet er mangelfull -Ansvarlig brannvernleder er ikke utpekt etter om-organisering -Stasjonere slokkeanlegg mangler en del på dokumentasjon.	13/ 4560	Det er utarbeidet plan som er sendt innenfor frist for å lukke avvik etter årets tilsyn som er sendt til Ofoten brann IKS.	Venter på tilbake-melding	
<b>NR 9:</b> <b>Helse Nord</b>	UNN Tromsø Operasjons- og intensiv klinikken, Kirurgi-, kreft og kvinnehelse klinikken Nevro- og	Strykninger av planlagte operasjoner I tillegg til fysisk revisjon i UNN Tromsø gjøres det spørre-	Revisjonen konkluderer med at foretakets praksis på flere områder bryter med nasjonale føringer for indikatoren. Datagrnnlaget har store ulikheter og resultatene som offentliggjøres er	14/ 3954	Klinikken har utarbeidet handlingsplan i forhold til de anbefalinger som var rettet mot UNN.  Handlingsplanen er lagt ved denne styresaken.	Venter på tilbake-melding	Handlingsplanen presenteres på kvalitetsutvalgsmøte av klinikkleder for å sikre at revisjonsfunn blir kjent for hele foretaket.



REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
	ortopedi- klinikken 8.10.2014	undersøkelse ved UNN Narvik og UNN Harstad	derfor ikke sammenlignbare mellom foretakene. Revisjonen ga anbefalinger både til Helse Nord RHF og til foretakene om forbedringsarbeid som omfatter korrigerende av praksis, etablering og implementering av retningslinjer samt harmonisering av bruk av dataverktøy. Det ble gitt 11 anbefalinger, 11 til Helse Nord RHF og 2 til UNN. Anbefalingene til UNN: -Korrigerer sin registrerings- og rapporteringspraksis der revisjonen har avdekket manglende samsvar mellom indikatorbeskrivelsens spesifikasjoner. -Bidra aktivt i et regionalt forbedringsarbeid på initiativ fra RHF-et og implementere de endringer som arbeidet resulterer i.				
<b>NR 10:</b> <b>Riks revisjonen</b>	Kirurgi, - kreft og kvinnehelse- klinikken Nevro- og	Utvidet kontroll om utviklingen i dag og døgnekirurgisk	Etter at den innsendte dokumentasjonen er gjennomgått har de valgt å gjennomføre kontroll	14/ 4713 Og 15/733	Riksrevisjonen har fått svar forhold til den tilsendte spørsmålslisten fra Riksrevisjonen vedr. 6 ulike behandlinger og om foretakets samlede kirurgiske	Venter på tilbake- melding	

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
	ortopedi Klinikken	behandling.	ved UNN HF.		aktivitetsutvikling.		
<b>NR 11:</b>  <b>Direktoratet for samfunns sikkerhet og beredskap (DSB)</b>	UNN Tromsø, Harstad og Narvik Uke 41  Fag og forsknings-senteret Medisinsk klinikk Diagnostisk klinikk, Akuttmedisinsk klinikk, operasjons- og intensivklinikk Drift – og eiendoms senteret	Oppfølging av revisjon i 2013 HMS/ Kvalitet Brukere av medisinsk teknisk utstyr (MTU)	5 Avvik og 1 Anmerkning <b>Avvik:</b> 1.- Helseforetaket har en mangelfull oppfølging for å avdekke, rette opp, og forebygge overtredelse av krav fastsatt i eller medhold av HMSlovgivningen 2.-Det blir ikke gjennomført systematisk opplæring i sikker bruk av medisinsk teknisk utstyr. 3.-Det forebyggende vedlikeholdet på MTU ved UNN har store restanser 4.-Informasjon om utført vedlikehold, endringer og reparasjoner på elektromedisinsk utstyr og tilbehør registreres ikke på en systematisk måte i MTA's fagsystem 5.-Informasjon om utført vedlikehold / PV) på den elektriske installasjonen dokumenteres ikke på en systematisk måte i fagsystemet( Plania) <b>Anmerkning:</b>	14/ 1890	Når det gjelder opplæring i MTU har Akuttmedisinsk klinikk lukket avviket. Medisinsk klinikk har iverksatt opplæring og vil ha lukket avviket innen fristen, OPIN klinikken hadde dette under kontroll allerede under besøket, men det kom ikke frem i rapporten.  Medisinteknisk avdeling har en positiv utvikling når det gjelder restanser på vedlikehold av MTU og fortsetter denne utviklingen vil avviket bli lukket.		Forankring av opplæring i MTU bør inngå i dialogavtale/årsplaner.  Etablering av et fagnettverk for MTU med ressurser klinikkene som kan holde et kontinuerlig trykk på dette arbeidet gjennomåret. Ved Operasjon- og intensivklinikken fant revisjonen ingen avvik. Klinikkleder vil derfor presentere i KU hva som er gjort i klinikken for å lykkes og å sikre at de ansatte har fått nødvendig opplæring og at det er dokumentert.

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			Usikkerhet om hva som skal meldes og hvem som skal melde uønskede hendelser knyttet opp mot MTU				
<b>NR 12:</b> <b>Byutvikling Tromsø kommune</b>	UNN Åsgård	Postalt tilsyn etter bekymringsmelding fra Tromsø Kommune etter tilsyn ved UNN Åsgård	I forbindelse med utførelsen av brannteknisk inspeksjon av Tromsø Kommune ble det avdekket forhold som synes i strid med Plan og bygningsloven	12/3057	Det er utarbeidet svar med plan for utbedring av den branntekniske tilstand	Venter på tilbake-melding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drift og eiendomssenteret.
<b>NR 13:</b> <b>Brann og redning Tromsø Kommune</b>	UNN Tromsø 30.6.2014 Drift – og eiendomssenter et	Brannsikkerhet, bygningsmessige, tekniske og utstyrsmessige brannsikrings tiltak	5. Avvik: 1. Eiers bygningsdokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 2. Eiers tekniske dokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 3. Røyk og branncellebegrensede bygningsdeler7 konstruksjoner virker ikke som forutsatt 4. Farlig stoff anlegg er ikke meldt til DSB 5. Rømningsveier tilfredsstillende ikke krav om rask og sikker rømming	14/4296	Teknisk avdeling arbeider for å finne løsninger for å utbedre de avvik som er beskrevet, samt etablere og vedlikeholde rutiner i hht HMS forskriften.  Det er utarbeidet en tiltaksplan med opplysninger om når og hvordan avvik vil bli rettet opp innenfor frist 1.11. 2014	Venter på tilbake-melding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drift og eiendomssenteret

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
<b>NR 14:</b> <b>Helse Nord RHF</b>	UNN HF Ambulanse-avdelingen seksjon Tromsø 6.-7.11.2013  Ambulanse-avdelingen Ambulanse-tjenesten Skånland 25.11.2013	Kompetanse-, arbeids- og hviletidskrav i ambulansetjenesten	Internrevisjonen fant at det var etablert styring og kontroll som gir tilfredsstillende grad av sikkerhet for etterlevelse av krav til bilambulansetjenesten, Det ble likevel konstatert at det foreligger muligheter for forbedring av vedlikehold og heving av kompetansen. Intern revisjonen anbefaler å gjennomføre seks tiltak. De omhandler gjennomføring av risikovurderinger, innhold i arbeidsavtaler, vedlikehold og utvikling av kompetanse, arbeidstidsplanlegging, fremskaffelse av pålitelige styringsdata om brudd på arbeidsmiljøloven, og bruk av avviksmeldinger	13/2981	Rapporten er tatt opp i avdelingsledelsen i ambulansesavdelingen, samt i KVAM for ambulansesavdelingen. Det er utarbeidet en handlingsplan, følger vedlagt, som er sendt til Helse Nord.		Følges opp av Akuttmedisinsk klinikk i forhold til alle UNNs ambulansestasjoner.
<b>NR 15:</b> <b>Fylkesmannen i Troms</b>	Barne og ungdoms-psykiatriske poliklinikker i UNN Høst 2013 Stedlig tilsyn	Lands-omfattende tilsyn med helseforetakenes styring og ledelse av barne- og ungdoms-	UNN HF sørger ikke for at diagnostisering av kliniske tilstander hos barn og unge som trenger helsehjelp fra BUP Sør Troms er basert på en systematisk og tverrfaglig	13/769	Det er utarbeidet og sendt en fremdriftsplan hvor det er redegjort for hvilke tiltak som iverksettes. Rapporten er gjennomgått etter interne møter ved BUP Sør Troms og med alle BUP lederne i UNN. Fylkesmannen ba i brev av 7.7.2014 om	<b>Ny frist 30.6.2015</b>	Konklusjonene og erfaringene fra tilsynet følges opp i alle Barne- og ungdomspsykiatriske enheter i UNN.

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
	BUP UNN Harstad 29.30. og 31. oktober 2013	psykiatriske poliklinikker	utredning. Avviket bygger på følgende: Virksomheten har utarbeidet skriftlige rutiner for utredningsplaner, i tråd med faglige retningslinjer. Disse følges bare unntaksvis.		ny og kortfattet tilbakemelding av oppfølgingen. Tilbakemelding fra Fylkesmannen 2.2.105: Ny tilbakemelding basert på resultatene av nest egenvurdering. De ber samtidig ledelsen gi en vurdering av om de gjennomførte tiltakene har vært tilstrekkelige og virket som planlagt slik at lovgivningen overholdes.  Denne ble utarbeidet og sendt 5.9.2014.  I brev av 31.10.2014 ber Fylkesmannen om ytterligere en ny kortfattet tilbakemelding basert på resultatene fra egenvurderinger i desember 2014. Denne tilbakemeldingen ønskes innen 15.1. 2015		
<b>NR 16: Helse Nord Intern- revisjons- rapport 5/2013</b>	UNN HF Uke 9. og uke 11.- 2013	Henvisninger og ventelister	UNN har mottatt endelig revisjonsrapport hvor det konkluderes med at enkelte pasienter ved UNN HF venter uakseptabelt lenge (opptil flere år) på den behandlingen de er vurdert å ha behov for, også uten at det er dokumentert at pasienten er blitt kontaktet av foretaket. På bakgrunn av de observasjoner og vurderinger som er gjort,	13/ 1461	En regional prosjektgruppe har utarbeidet fem nye regionale prosedyrer for forebygging og oppfølging av fristbrudd. Disse prosedyrene inkluderer også rutinemessig rydding av ventelister. Opplæringen av de nye prosedyrene er igangsatt og det er planlagt informasjonsmøter hvor klinikkledere får et særskilt ansvar for å sikre en vellykket implementering. Dette i tillegg til at fag- og forskningscenteret har utarbeidet en fullstendig handlingsplan hvor samtlige anbefalinger er ivarettatt. Handlingsplanen er sendt til helse Nord og ligger vedlagt denne styresaken.		Det er utarbeidet egen sak om oppfølging av denne internrevisjonsrapporten, med læringsmomenter for aktuelle enheter i foretaket i forbindelse med ny revisjon fra Fylkesmannen i Troms.. Funn fra den siste revisjonen er også presentert i KU.  I opplærings- og implementeringsplanen skal det sikres læring og kunnskap og innsikt nye prosedyrer og i DIPS rutiner i hele UNN.

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			har internrevisjonen gitt til sammen 13 anbefalinger om forbedringstiltak.				
<b>NR 17:</b> <b>Tromsø Kommune</b>	UNN Tromsø 2.10.2013	Legionella tilsyn	Mulige avvik: Mangler risikovurdering Mangler rutine for som beskriver håndtering av mistanke om eller påvisning av legionella Manglende system for tiltak, regelmessig ettersyn og kontroll av anlegget.	13/ 4499	Det er utført risikovurderinger for identifiserte anlegg, det er laget skriftlige prosedyrer som implementeres i DV-systemet. Gjeldende prosedyrer revideres og legges i DV-systemet	Venter på tilbake melding	Drifts- og eiendomssenteret følger opp samme problemstilling i forhold til UNNs øvrige lokalisasjoner.
<b>NR 18:</b> <b>Riksrevisjon</b>	<b>UNN HF</b> <b>Nov. 2013 – april 2014</b>	Kontroll med helseopplysning er i EPJ-systemet Datainnsamling	Gjeldende regelverk er ikke tilstrekkelig implementert Ansatte har tilgang til helseopplysninger utover det reelt behov tilsier Ingen systematisk kontroll og oppfølginger av tilganger til EPJ Mangelfull internkontroll av helseforetakenes tilgangsstyring	13/ 5074	UNN har i sitt svar til Riksrevisjonen vist til at det er iverksatt ett større arbeid rundt de kliniske systemene i Helse Nord. Målsetningene er likeartede oppsett og standardisert bruk av de viktigste kjernesystemene i regionen og dermed også en større grad av ensartede rutiner/praksis rundt tilgang til pasientinformasjon. Videre bør det settes inn tid og ressurser for å sikre at nødvendig kompetanse og kunnskap erverves og at regelverket etterlevs.		Funn fra denne kontrollen blir satt opp som obligatorisk tema for alle ledere som gir medarbeidere tilgang i EPJ-systemet.
<b>NR 19:</b> <b>Arbeids-tilsynet</b>	Ambulanse-tjenesten Lenvik 14.10.2014	Tilsyn med at virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav om for å forebygge arbeidsrelatert	Tre pålegg: -HMS-arbeid – kartlegging og risikovurderinger -HMS-arbeid tiltak og plan -Bedriftshelsetjeneste –	14/ 4460	Ambulansetjenesten er inne i en prosess med kartlegging og muligheter for effektivisering og omorganisering. I dette arbeidet er det naturlig med gjennomgang og risikovurderinger for ansatte i ambulansetjenesten i hele forlaget. Det ble først gitt frist for å oppfylle pålegget til	LUKKET 5.5.2015	

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
		sykdom og skade	plan for bistand		1.3.2015. Det er nå søkt om og innvilget ny frist.		

Internkontrollarbeidet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) bygger på *FORSKRIFT 2002-12-20 nr 1731*:

*§ 4 g) Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen.*

*§ 5 Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.*

*Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.*

*Definisjon av avvik*

Avvik er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift. Ved interne revisjoner gis det også avvik ved mangel på oppfyllelse av krav gitt i retningslinjer/ prosedyrer gjeldende for UNN.

Merknad er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

*Definisjon på pålegg*

Arbeidstilsynet har hjemmel i arbeidsmiljøloven § 18-6 første og siste ledd til å gi pålegg.

1) Arbeidstilsynet gir de pålegg og treffer de enkeltvedtak som ellers er nødvendig for gjennomføringen av bestemmelsene i og i medhold av kapittel 2 til 11 samt §§ 14-5 til 14-8, 15-2 og 15-15. Dette gjelder likevel ikke §§ 2-4, 2-5, 10-2 andre til fjerde ledd og § 10-6 tiende ledd.

Det er utarbeidet handlingsplan for opplæring og oppfølging som er godkjent i KU.

## Handlingsplan UNN HF

Tiltak	Beskrivelse	Målgruppe	Opplærings ansvarlig	Frist	Rapporterer til
Sikre at informasjon om pasientens henvisnings periode kommer med når en viderehenviser pasienten til et annet helseforetak for samme tilstand jf. gjeldende lovverk.  Opplæringen skal dokumenteres. Alle ansatte som har mottatt opplæring skal signere på vedlagte skjema.	DocMap PR 23898 Denne prosedyren gjelder for sending av henvisning til andre sykehus utenfor UNN HF.  For videre oppfølging av pasienter innad i UNN HF (Harstad, Narvik, Tromsø) skal det benyttes sekundær henvisning ihht. gjeldende rutiner. DocMap RL3976 Primær/ sekundær henvisninger PR 33256 Vurdering av henvisninger PR 33369 ØH henvisninger	Kontorpersonell og annet helsepersonell som håndterer henvisninger i UNN HF	Kontorleder	1.5. 2015	Klinikksjef
			Kontorleder i samarbeid med avdelingsoverlege	1.5. 2015	Klinikksjef
		Felles kontorsenter personell NST, UNN HF	Leder Felles kontorsenter NST	1.5. 2015	Klinikksjef
Sikre korrekt registrering av en pasient som er viderehenvist fra annet helseforetak for samme tilstand. Sikre at det <u>ikke</u> foretas ny rettighets vurdering for samme tilstand i samme forløp jf. gjeldende lovverk.	DocMap PR 25586	Kontorpersonell og annet helsepersonell som håndterer henvisninger i UNN HF	Kontorleder	1.4. 2015	Klinikksjef
		Leger/ behandlere som følger opp og viderehenviser pasienter til andre instanser	Kontorleder i samarbeid med avdelingsoverlege	1.4. 2015	Klinikksjef
Intern revisjon	UNN HF skal foreta en ny intern revisjon med tema håndtering av henvisninger og videre henvisninger av pasienter med kreft fram til start av nødvendig helsehjelp	Aktuelle klinikker i UNN HF		1.11. 2015	Fag- og forskningssjef



## Internrevisjonsrapport 08/2014: Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord

Det enkelte helseforetak er anbefalt å ”korrigere sin registrerings- og rapporteringspraksis der revisjonen har avdekket manglende samsvar med indikatorbeskrivelsens spesifikasjoner”. Det er imidlertid ikke entydig hva denne praksisen skal enders til. Rapporten peker på flere momenter som avhenger av felles, overordnede føringer/bestemmelser. Disse bestemmelsene må tas på Helse-Nord-nivå før arbeidet i helseforetakene starter.

Det er noen punkter vi anser ser mulig å starte uavhengig av føringer fra HelseNord – disse er merket med rød skrift. Dette gjelder praksis som avviker fra det vi i dag anser som rett praksis eller der interne ansvarsforhold er mangelfulle.

Utover disse punktene bør helseforetakene avvete arbeidet som igangsettes i regi av Helse-Nord.

Undertema	Helse-Nord (rapport)	HN (styresak 20-2015)	UNN (helseforetak rapport)
Tidspunkt for godkjenning	Føringer for hva ”godkjenning” av operasjonsprogrammet innebærer, herunder hvilke tidsfrister som gjelder for slik godkjenning og hvordan det godkjente programmet skal dokumenteres og kunne gjenfinnes på et senere tidspunkt  Presisering av sammenhengen mellom tidspunkt for godkjenning av operasjonsprogrammet og starttid for registrering av strykninger	Etablere felles forståelse og retningslinjer for registrering vedrørende planlagte operasjoner  Sørge for at evt. behov for tilpasninger/utvikling i Dips blir kartlagt, vurdert, bestilt og iverksatt  Vurdere om det er behov for presiseringer/endringer i den nasjonale indikatorbeskrivelsen, og evt. melde dette til HD	Implementere og bidra i forbedringsarbeid
Ekskludere etteranmeldte	Beskrivelse av hvordan endringer av godkjent operasjonsprogram skal registreres slik at både etteranmeldte og strykninger framgår og kan hensyntas ved rapportering	Etablere felles forståelse og retningslinjer for registrering vedrørende planlagte operasjoner  Sørge for at evt. behov for tilpasninger/utvikling i Dips blir kartlagt, vurdert, bestilt og	Implementere og bidra i forbedringsarbeid

		iverksatt	
Låse programmet		Sørge for at evt. behov for tilpasninger/utvikling i Dips blir kartlagt, vurdert, bestilt og iverksatt	
Inkludert populasjon, Strykninger	Beskrivelse av hvordan endringer av godkjent operasjonsprogram skal registreres slik at både etteranmeldte og strykninger framgår og kan hensyntas ved rapportering	Etablere felles forståelse og retningslinjer for registrering vedrørende planlagte operasjoner  Sørge for at evt. behov for tilpasninger/utvikling i Dips blir kartlagt, vurdert, bestilt og iverksatt	Sikre at alle strykningsårsaker inkluderes. (Harstad ekskluderer enkelte strykningsårsaker )
Ekskludert populasjon Registrering av ø-hjelpspasienter på elektive team	Avklaring om hvordan og når operasjoner skal registreres som ø-hjelp	Etablere felles forståelse og retningslinjer for registrering vedrørende planlagte operasjoner	Implementere retningslinjer for å sikre at status for ø-hjelp ikke endres ved flytting til elektive team
Ekskludert populasjon Prosedyrer	Avklaring om hvordan prosedyrer som utføres på operasjonsstue (utenom operasjoner) skal registreres og hvilke prosedyrer dette gjelder, slik at disse kan ekskluderes	Etablere felles forståelse og retningslinjer for registrering vedrørende planlagte operasjoner	
Kvalitetssikring og rapportering	Føringer for hvordan datauttrekk til indikatoren skal gjøre.	Etablere felles forståelse og retningslinjer for registrering vedrørende planlagte operasjoner	Implementere prosedyrer for å forhindre, oppdage og korrigere feil i datamaterialet  RL/PR av beskrivelse av (lokalt) ansvar og oppgaver relatert til rapportering  Skrive avvik ved feil eller mangler i datagrunnlaget
Rapportere på sykehusnivå			Rapportere på sykehusnivå

Oppgaver som kan igangsettes i UNN før regionale retningslinjer/prosedyrer er på plass

(rød tekst i tabellen over):

Oppgave	Deloppgave	Ansvar
1) Sikre at alle strykningsårsaker inkluderes.	a. Sikre at alle strykningsårsaker i Harstad kommer med	OPIN
2) Beskrivelse av ansvar og oppgaver relatert til rapportering	a. Lage prosedyre for hvordan man henter tall for rapportering og hvordan disse skal kvalitetssikres	FSS
3) Skrive avvik ved feil og mangler i datagrunnlaget	a. Hvordan skal dette gjøres i praksis?	FSS
4) Rapportere på sykehusnivå	a. Dele rapportering inn på sykehusnivå	FSS

På vegne av Eva Hanne Hansen, Kliniksjeff OPIN klinikken

Tonje Drecker, Kvalitetsrådgiver OPIN

Ann Elisabeth Evenseth, DRG konsulent/Kontroller





Helse Nord RHF  
Sjøgata 10  
8038 Bodø

**Att. Randi Spørck, Anne-Lise Solberg**

Deres ref.:  
2013/210-26

Vår ref.:  
2013/2981-9

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Per-Øivind Særgård, 77 62 81 13

Dato:  
29.04.2015

### **Svar: Internrevisjonsrapport 05/2014 - Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten i Helse Nord**

UNN HF mottok i april 2014 internrevisjonsrapport 02/2014 med totalt 6 anbefalinger til oppfølging. Rapporten er gjort kjent og behandlet i avdelingsledelsen i ambulanseavdelingen, KVAM i ambulanseavdelingen samt i klinikkledelsen i akuttmedisinsk klinikk. Anbefalingene i rapport 02/2014 er samsvarende med anbefalingene i rapport 05/2014 som etterspørres her.

Punktene kommenteres enkeltvis.

1. Foreta dokumenterte risikovurderinger for å avdekke og håndtere risikofaktorer knyttet til tjenestens måloppnåelse.
  - Avdelingen har i løpet av siste år vært gjennom en prosess der man har snudd alle steiner med henblikk på å redusere kostnader. Dette har vært en lang prosess der men til slutt endte opp med å gi Sintef i oppdrag å vurdere ambulansestrukturen i UNN HF med analyse av effekt av forskjellige lokaliseringsvalg. Rapporten vedlegges i sin helhet. Vi håper at vi i løpet av høsten skal få laget en risiko og sårbarhetsanalyse som skal ta for seg en del områder som ikke var berørt i denne rapporten.
2. Vurdere alle vesentlige avtaleforhold som er omtalt i inngåtte arbeidsavtaler og, om nødvendig, endre praksis for hvilke forhold som skal tas inn.
  - Våre arbeidsavtaler er standard arbeidsavtale for UNN HF med tillegg av de ambulansespesifikke krav. Både krav til sertifisering for å kunne gi medikamenter, sertifikater og kompetanse er her beskrevet.
3. Stille klare krev til hvordan etablert kompetanse skal vedlikeholdes, utvikles og dokumenteres.
  - For å gjennomføre de krav som stilles i arbeidsavtaler har ambulanseavdelingen etablert et system med fagutviklere som gjennomfører 4 fagdager pr ansatt pr år. I tillegg til dette har vi eget E-læringsportal(UNNtranett) der e-læring og sertifiseringsprøver gjennomføres. I tillegg har portalen en karakterbok der all aktivitet er dokumentert.
4. Gjennomføre endringer i arbeidstidsplanleggingen for å redusere overtidsforbruk og forebygge brudd på arbeidsmiljølovens arbeids og hviletidsbestemmelser.
  - UNN HF har lokal avtale med organisasjonene om vaktordninger for ambulansetjenesten. Denne er inngått etter AML § 10-12 fjerde ledd. Dette har vi hatt siden 2006 og den løper til en av partene sier den opp. Alle våre

arbeidsplaner er ihht AML samt dispensasjoner gitt i lokal avtale. Med de typer vaktordninger som er i ambulansetjenesten i dag er det ikke å komme bort fra brudd på AML. Som eksempel kan vi nevne at en "hjemmevaktsturnus" automatisk gir AML overtidstimer ved utrykking på passiv tid. Man har ved å inngå en slik avtale med minimumsbemanning akseptert AML brudd som en del av vaktordningen. Alternativet her vil være og bare etablere tilstedevakt. Dette ville for UNN HF sitt vedkommende bety en økning av 35-40 stillinger og en tilsvarende stor budsjettøkning. Vi er i den situasjon der vi på verken har tilgjengelig personell eller økonomi til dette. Når det gjelder tilgangen til kvalifisert personell så her den vært vanskelig i det siste. Med krav i ny akuttforskrift vil vi få enda større utfordringer. Dette vil medføre at vi også for ettertiden vil måtte benytte eget personell i overtid med da påfølgende AML brudd.

5. Fortsette arbeidet med å framskaffe pålitelige styringsdata om brudd på AML.
  - Følges opp månedlig blant annet gjennom rapporter i GAT
6. Avklare i hvilke tilfeller avviksmelding skal benyttes, relatert til denne revisjonens tema.
  - Anbefalinger i denne revisjon er ikke lagt inn i Docmap som avvik

Med vennlig hilsen

Per-Øivind Sørgård  
avdelingsleder



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
47/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3.6.2015
Saksansvarlig: Arthur Revhaug		Saksbehandler: Per Norleif Bruvold

### Status for informasjonssikkerhet ved UNN

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar rapporten *Status for informasjonssikkerhet ved UNN* til etterretning.

#### Sammendrag

Denne saken legges frem for styret i tråd med krav i oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Saken viser til en vedlagt rapport som belyser status for informasjonssikkerhetsarbeidet ved UNN, og som avdekker flere forbedringsområder. Blant annet gjelder dette gjennomføring av planlagt opplæring for klinikker og sentre i foretaket.

Direktørens vurdering av saken er at arbeidet må gis økt prioritet for å hindre at mangelfull satsing går ut over pasientsikkerheten, og anbefaler derfor at styret tar saken til etterretning.

#### Bakgrunn

Med bakgrunn i oppdragsdokumentet for 2015 fra Helse Nord RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), legges saken om status på informasjonssikkerheten ved UNN frem for styret til behandling.

Den internasjonale situasjonen viser at bruk av teknologi til spionasje, manipulasjon og angrep mot informasjonssikkerheten er økende. Det må antas at denne situasjonen også vil kunne ramme norske virksomheter, og UNN som helseforetak er i så måte også utsatt.

#### Formål

Formålet med saken er å styrebehandle gjeldende status for informasjonssikkerheten ved UNN, i tråd med krav i oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF.

## Saksutredning

I forbindelse med Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2013, ble det gjort tilsyn ved fire helseforetak i Norge. I Helse Nord ble fire avdelinger ved UNN revidert av riksrevisjonen.

Hovedfunn:

- Helseforetakene har ikke i tilstrekkelig grad implementert gjeldende regelverk om informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger
- Ansatte i helseforetakene har tilgang til helseopplysninger utover tjenstlig behov
- Helseforetakene har ingen systematisk kontroll og oppfølging av ansattes tilganger til EPJ
- Helseforetakene har mangelfull internkontroll av tilgangsstyringen i EPJ

I perioden 2009-2010 ble det gjennomført risikovurdering ved bruk av Dips i alle klinikker ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), (én avdeling pr. klinikk). For Diagnostisk klinikk ble røntgensystemet vurdert. Det ble totalt avdekket 172 tenkelige trusler/ hendelser som kunne true informasjonssikkerheten eller pasientsikkerheten. Av disse ble 50 vurdert for risikoreduserende tiltak. Hovedkonklusjonen kan oppsummeres i 5 punkter:

- Manglende eller mangelfull bevisstgjøring/opplæring av ansatte i informasjonssikkerhet
- Manglende eller mangelfull rutiner og prosedyrer
- Høy risiko for pasientopplysninger på avveie – primært ved utskrift av journalnotater
- Mangelfull funksjonalitet i Dips journalsystem
- Mangelfull autentiseringssystem for brukere

Som resultat av dette ble følgende tiltak iverksatt:

- Utarbeide og implementere et styringssystem for informasjonssikkerhet.
- Innføre *Sikker utskrift* i UNN
- Revidere UNNs autentiseringsløsning for tilgang til informasjonssystemene
- Gjennomgå funksjonaliteten i Dips med tanke på endring

## Status

Saken belyser følgende forhold knyttet til status:

1. Implementering av styringssystem for informasjonssikkerhet er godt i gang. Over 4000 ansatte er meldt opp til obligatorisk e-læring i informasjonssikkerhet, hvorav 46,2 % har gjennomført pr. 2.5.2015.
2. Arbeid med å lukke Riksrevisjonens kontroll med tilgangsstyringen i UNN pågår. Mange av de funn som ble avdekket lukkes gjennom FIKS- og HOS programmene, samt gjennom implementeringen av styringssystemet.
3. Fare for brudd på informasjonssikkerheten utenifra er økende.
4. Fag- og forskningssenteret har etablert et PVO-team som skal effektivisere saksbehandlingen for forsknings- og kvalitetsstudier ved UNN. Målet er 14 dagers saksbehandling innen utgangen av 2015.



## Sak 47/2015

5. UNN deltar i Helse Nord IKTs prosjekt *Jobb smartere* der ny autentiseringsløsning ved bruk av såkalt smartkort (ala bankkort) tas i bruk for blant annet «*Sikker utskrift*».
6. Tilgang på tvers og felles registre i Helse Nord er utfordrende. Arbeidet med å tilrettelegge for dette pågår sammen med FIKS-programmet.
7. Det forventes økende grad av henvendelser fra pasienter som følge av pasientens egen elektroniske tilgang til journal -og innsynslogger.
8. Beredskapsplaner og øvelser for interne hendelser hva angår informasjonssystemene er mangelfulle i UNN.

### **Regional – og nasjonal satsing**

UNN deltar aktivt i regionens informasjonssikkerhetsforum, og har i de senere år hatt lederrollen i forumet. Forumets formål er å bidra til felles rutiner og prosedyrer for informasjonssikkerheten, samt bidra til felles fortolkning av lovkrav. Forumets mandat er for tiden under revisjon.

Sikkerhetssjefen deltar i flere nasjonale prosjekter, blant annet felles løsning for logganalyse, og er regionens representant i styringsgruppen for *Normen*.

### **Medvirkning**

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, Arbeidsmiljøutvalget og drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 18. og 20.5., der saken fikk tilslutning slik den forelå.

### **Vurdering**

Informasjonssikkerhet er et ledelsesansvar. Det daglige operative ansvaret for informasjonssikkerheten ivaretas av sikkerhetssjef for IKT, som organisatorisk er plassert ved Fag- og forskningssenteret. Sikkerhetssjefen rapporterer i tillegg til administrerende direktør.

UNN har eget personvernombud oppnevnt med godkjenning fra Datatilsynet som ivaretas av samme person.

Klinikker som har startet implementeringen av Helse Nord RHF's felles styringssystem for informasjonssikkerhet, har allerede fått gode resultater av arbeidet. De administrative oppgavene har økt de senere år, og dette gjør det krevende for avdelingslederne i UNN å følge opp på alle områder. Det er derfor viktig at vi gir god støtte til dette nivået i organisasjonen, slik at de har tid nok til å sikre kvaliteten på arbeidet med informasjonssikkerhet.

Direktøren vil prioritere dette arbeidet i innværende og kommende år, og bygge videre på det arbeidet som er igangsatt lokalt, regionalt og nasjonalt.

## **Konklusjon**

Direktøren vurderer at arbeidet med informasjonssikkerheten ved UNN må gis prioritet, slik at medarbeideres og pasienters sikkerhet blir ivaretatt. På denne bakgrunnen anbefales det at styret tar saken til etterretning.

Tromsø, den 22.5.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapport om status for informasjonssikkerhet ved UNN

Sak: **Rapport om status informasjonssikkerhet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

Til : Direktørens ledergruppe

Fra: Arthur Revhaug/  
Fag- og forskningssenteret ved Per Bruvold, sikkerhetssjef IKT/personvernombud

Dato: 13.5.2015

---

## 1. Innledning

Det daglige operative ansvaret for informasjonssikkerheten ivaretas av Sikkerhetssjef IKT, som organisatorisk er plassert i Fag- og forskningssenteret. Sikkerhetssjefen rapporterer i tillegg direkte til administrerende direktør.

UNN har eget personvernombud oppnevnt med godkjenning fra Datatilsynet som ivaretas av samme person.

UNN deltar aktivt i regionens informasjonssikkerhetsforum, og har i de senere år hatt lederrollen i forumet. Forumets formål er å bidra til felles rutiner og prosedyrer for informasjonssikkerheten samt bidra til felles fortolkning av lovkrav. Forumets mandat er for tiden under revisjon.

Sikkerhetssjefen deltar i flere nasjonale prosjekter bl.a. felles løsning for logganalyse og er regionens representant i Styringsgruppen for Normen<sup>1</sup>.

## 2. Risikovurderinger

I perioden 2009-2010 ble det gjennomført risikovurdering ved bruk av Dips i alle klinikker i UNN (en avdeling pr. klinikk)<sup>2</sup>. For Diagnostisk klinikk ble røntgensystemet vurdert. Det ble totalt avdekket 172 tenkelige trusler/hendelser som kunne true informasjonssikkerheten eller pasientsikkerheten. Av disse ble 50 vurdert for risikoreduserende tiltak. Hovedkonklusjonen kan oppsummeres i 5 punkter:

- Manglende eller mangelfull bevisstgjøring/opplæring av ansatte i informasjonssikkerhet
- Manglende eller mangelfull rutiner og prosedyrer
- Høy risiko for pasientopplysninger på avveie – primært ved utskrift av journalnotater
- Mangelfull funksjonalitet i Dips journalsystem
- Mangelfull autentiseringssystem for brukere

Som resultat av dette ble følgende tiltak iverksatt:

- Utarbeide og implementere et styringssystem for informasjonssikkerhet. Dette styringssystemet ble senere revidert og tilpasset en felles regional styringssystem for regionen av Informasjonssikkerhetsforumet. Styringssystemet inneholder 25 felles

<sup>1</sup> Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren

<sup>2</sup> Se vedlegg: oversikt Risikovurderinger 2010-2015

prosedyrer og implementeringen medfører 15 konkrete tiltak avdelingene skal gjennomføre<sup>3</sup>.

- Innføre «Sikker utskrift» i UNN
- Revidere UNNs autentiseringsløsning for tilgang til informasjonssystemene
- Øvrige funksjonelle krav til Dips blir ivaretatt gjennom FIKS- og HOS programmet.

I perioden 2014-2015 er det gjennomført få risikovurderinger hva angår informasjonssikkerhet. Dette skyldes i hovedsak mangel på ressurs. I tillegg er sikkerhetssjefen med i mange av Fiks- og HOS programmets prosesser. Bl.a. felles tilgangsstyringsprosedyre og prosedyrer for bruk av pasientjournalen. Det understrekes at det i prosessene som gjennomføres i disse programmene utføres fortløpende risikovurderinger. Disse vurderingene fremkommer ikke som egne ROS-rapporter, men er innarbeidet i de løsninger som foreslås gjennomført. Det er fra Sikkerhetssjefens side vurdert at det på nåværende tidspunkt ikke vil være nødvendig med ytterlige ROS-vurderinger av EPJ i klinikkene. Det vil bli aktuelt å gjennomføre ROS/sikkerhetsrevisjon av EPJ etter at FIKS- og HOS programmet er gjennomført i UNN.

UNN har gjort risikovurdering av leverandørtilganger (for support og vedlikehold), men dette er ikke godt nok dokumentert. Oppdatering av risikovurderingene vil måtte gjøres utover høsten.

### 3. Tilsyn/Sikkerhetsrevisjoner

Fag- og forskningssenteret gjennomfører interne revisjoner i klinikkene og bistår ved eksterne tilsyn/revisjoner. For 2014 deltok Fag- og forskningssenteret i 25 eksterne tilsyn og 15 interne revisjoner.

I forbindelse med Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2013 ble det gjort tilsyn ved 4 helseforetak i hver helseregion. I helse Nord ble 4 avdelinger i UNN revidert av Riksrevisjonen.

Riksrevisjonens hovedfunn:

- **Helseforetakene har ikke i tilstrekkelig grad implementert gjeldende regelverk om informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger.**
  - **Brukernes feilregistrering og manglende kunnskap om hvordan tilgangsstyringen fungerer.**  
*Dette forstås slik at de ansatte må ha kunnskap nok til å registrere korrekt begrunnelse for oppslag i pasientjournaler, herunder forstå at innsynsloggen ellers ikke vil vise korrekt begrunnelse verken for pasienten selv eller UNNs loggoppfølging. Sikkerhetssjefen mener at dette lukkes ved at den enkelte ansatte gjennomfører den obligatoriske e-læringskurset i informasjonssikkerhet og at det gjennom HOS-programmet gis tilstrekkelig informasjon om dette.*
  - **Manglende sikkerhetsrevisjon av tilgangsstyringen i EPJ.**  
*Sikkerhetssjefen mener dette ikke er et avvik ut fra rapportens beskrivelse. Oppfølging av tilganger gjøres som en del av den løpende forvaltningen og*

<sup>3</sup> Se vedlegg Implementering styringssystem

internkontroll i avdelingene, uten at det benevnes som revisjon hver gang oppsettet av tilgangsstyringen følges opp. Tilgangsstyringen i Dips er nok bedre kvalitetssikret enn andre deler av informasjonssystemet, og sikkerhetsrevisjon har derfor ikke vært prioritert i den perioden rapporten omfatter.

- **Utpeking og registrering av journalansvarlig.**  
*Forslag til utpeking og registrering av journalansvarlig i pasientjournalen er p.t. til behandling i Klinisk IKT-fagråd i Helse Nord. Avviket vil lukkes når ny prosedyre implementeres. I tillegg vil UNN alltid oppnevnes en navngitt journalansvarlig for journaler som pasienter ønsker å begrense innsyn i (sperring).*
- **Ansatte i helseforetakene har tilgang til helseopplysninger utover tjenstlig behov.**
  - **Fravær av systematiske vurderinger av den enkelte ansattes individuelle tjenstlige behov.**  
*Helse Nord har gjennom HOS-programmet standardisert tilgangsroller for de ulike funksjonene i foretakene. Sikkerhetssjefen anser at kravet oppfylles gjennom avdelingsledernes konkrete vurdering av hvem som skal gis oppgaver og roller overfor pasientene. Det er dette som menes i Helse Nord felles prosedyre for tilgangsstyring og passordpolicy når det benevnes «Avdelingsledelsen på den enkelte avdeling har ansvar for tildeling av ulike tilganger til pasientjournalen til ulike yrkesgrupper og ansatte tilknyttet avdelingen»*
  - **Ulikt oppsett for autorisasjon generelt og spesielt om tilgang på tvers av systemområdene somatikk og psykisk helsevern.**  
*Sikkerhetssjefen ser ikke på helsepersonellens tilgang til journalopplysninger registrert av ansatte med roller i ulike fagområder som noe avvik. Det avgjørende er retten til nødvendig informasjon for å yte forsvarlig helsehjelp. Det finnes m.a.o. ingen hjemmel i loven som skulle tilsi et skille mellom somatikk og psykiatri. Helse Nord har gjennom HOS-programmet også besluttet at det skille som har vært tidligere skal mykes opp.*
  - **Manglende rutiner for systematisk å avslutte tilganger når ansatte bytter arbeidssted internt.**  
*UNN har i styringssystem for informasjonssikkerhet og prosedyren Tilgangsstyring og passordpolicy i Helse Nord etablert nødvendige rutiner for å sikre dette. I praksis er det slik at når en bruker bytter arbeidssted internt må brukeransvarlig på ny avdeling gjøre endringer slik at tilgang på ny arbeidssted fungerer. Sikkerhetssjefen innser dog at dette kan bedres ytterligere.*
  - **Dips viser sensitive strukturerte pasientadministrative opplysninger og skannede dokumenter som bilder.**  
*Bakgrunn for dette var at dokumenter scannet inn i psykiatrien kunne leses av en ansatt i en somatisk avdeling. Dette ses ikke som et avvik, ref. pkt. ovenfor. Sikkerhetssjefen er enig at pasientadministrative opplysninger kan røpe forhold som oppfattes som sensitive, men det er ikke noe prinsipiell forskjell på tilgang til*

dokumenter som er lagret elektronisk eller om de er scannet inn i journalen.

- **Feil i implementering av autorisasjoner: Ikke tidsbegrensning for de ansattes normale tilgang til pasientjournal i etterkant av utskrivning eller avsluttet konsultasjon.**

*Sikkerhetssjefen er enig i revisjonens konklusjon. Dette lukkes imidlertid gjennom HOS-programmet, se siste avsnitt i dette punktet (punkt 3).*

- **Feil i produktet Dips – ved aktualisering blir pasientjournalen tilgjengelig for øvrige ansatte på tvers av somatikk og psykiatri.**

*I utgangspunktet er Dips satt opp slik at når en må aktualisere en pasient så er tilgangen kun gjeldende for vedkommende. Det betyr at det som fremkommer i rapporten ikke er i tråd med oppsettet og derfor kan betraktes som feil. Ved gjennomgang er det avdekket at testen som ble gjort er for dårlig dokumentert. Det er muligheter i forbindelse med begrunnelse å angi en begrunnelse som vil kunne gjøre at journalen blir tilgjengelig for andre i et gitt tidspunkt. Alt avhengig av hvilken begrunnelse som velges, eksempelvis til vurdering, etterarbeid mv.*

*UNN vil i månedsskifte juni/juli gjøre en ny test som dokumenteres tilstrekkelig for å avdekke om det foreligger en feil i Dips systemet.*

- **Helseforetakene har ingen systematisk kontroll og oppfølging av ansattes tilganger til EPJ**

- **Mangelfull oppfølging av tilganger på avdelingsnivå**

*Helse Nord har standardisert tilgangsstyringen til EPJ gjennom roller og funksjon. Det vil for avdelingene bare være nødvendig å tildele ansatte konkrete roller og oppgaver. Sikkerhetssjefen anser kravet for oppfylt.*

- **Mangelfull kontroll av innsynslogger**

*På UNN gjennomføres det årlig flere titalls kontroller av innsyn i pasientjournaler. Primært på forespørsel fra pasienter. UNN har imidlertid en prosedyre for systematisk kontroll av innsyn som ikke har vært godt nok gjennomført. Det skyldes i hovedsak 2 forhold; 1) kapasitet og 2) venter på en nasjonal løsning for automatisk loggkontroll. En komplett ferdig nasjonal løsningen ligger noe frem i tid, men Oslo Universitetssykehus har vært pilot for utprøvingen og er nå i slutfasen på prosjektet. Det er ønskelig at UNN får gjort en prøveinstallasjon i løpet av 2015 for å kunne tilegne seg erfaring og på den måten oppfylle lovkrav til kontroll på en mer effektiv måte enn i dag. Sikkerhetssjefen innser imidlertid at UNN parallelt må ta i bruk den manuelle prosedyren i påvente av en endelig nasjonale løsningen. Det må også nevnes at selv om den systematiske kontrollen har vært mangelfull så er det likevel gjennomført mange kontroller basert på det som ovenfor er nevnt.*

- **Innsynslogger gir ikke godt grunnlag for kontroll**

*Bakgrunnen for dette avviket er primært at teksten på den forhåndsdefinerte begrunnelsen for aktualiseringen som fremkommer i loggen oppleves som lite i samsvar med forståelsen til den ansatte. Eksempelvis vil den forhåndsdefinerte teksten «Inneliggende pasient» fremkomme i loggen når oppslag gjøres av*

*helsearbeideren lenge etter at pasienten er ferdigbehandlet og utskrevet fra sykehuset. Dette rettes på gjennom reduksjon av tiden en journal er «åpen». Gjennom HOS-programmet vil dette nå endres til 14 dager mot 90 dager tidligere (for leger 120 dager), ref. det som er nevnt ovenfor.*

- **Helseforetakene har mangelfull internkontroll av tilgangsstyringen i EPJ.**

*Dette avviket er lite konkretisert i rapporten, men omhandler kontroll med tilgangsstyringen, manglende risikovurderinger, virksomhetens ansvar for opplæring i bruk av EPJ-systemet og kontroll av opplæringen, samt gjennomføring av innsynskontroller og ledelsens gjennomgang. Sikkerhetssjefen anser at dette er beskrevet ovenfor og i avsnittet nedenfor. Sikkerhetssjefen erkjenner likevel at statusrapportering til ledelsens gjennomgang har vært noe mangelfull/sporadisk.*

Riksrevisjonens krav til dokumentasjon var for årene 2012 og 2013. Dette medførte til at all risikovurdering hva angår bruk av Dips som ble gjennomført i perioden 2010 og 2011 ikke er hensyntatt i rapporten. Rapporten har heller ikke tatt høyde for at UNN allerede hadde igangsatt implementeringen av Styringssystemet for informasjonssikkerhet hvor bl.a. obligatorisk sertifisering (opplæring i bruk av journaldata) av alle ansatte inngår. Implementeringen av Styringssystemet vil bidra til å lukke de avvik som Riksrevisjonen påpekte. HOS-programmet som gjennomføres i UNN vil ytterligere bidra til at forståelsen av regelverk og behandling av helseopplysninger spres til alle ansatte i helseforetaket. Tilgangsstyringen gjennom HOS-programmet medfører bl.a. at tilgang til helseopplysninger for ansatte innsnevres til det minimum som ansees som forsvarlig for pasientsikkerheten (eksempelvis vil en lege kunne implisitt ha tilgang til en pasient som vedkommende har behandlet 14 dager etter siste konsultasjon, mot tidligere 120 dager. Etter 14 dager må en nå eksplisitt beslutte tilgang til journalen).

UNN må, sammen med Helse Nord IKT, i det kommende året forberede og gjennomføre sikkerhetsrevisjon av leverandører.

## 4. Status

- **Generelt**

Informasjonssikkerhet er et ledelsesansvar. Avdelingsledelsene har mange administrative oppgaver i tillegg til selve pasientbehandlingen, FIKS og HOS programmene krever mye og det er en utfordring å få tid hos avdelingens lederteam til å behandle informasjonssikkerhet og de krav som settes til lederne. Dog må det sies at implementeringen av Helse Nord's felles Styringssystem for informasjonssikkerhet har møtt velvilje fra de klinikker som har startet implementeringen. Det er kun 2 klinikker som enda ikke har startet dette arbeidet i tillegg til administrasjon og Longyearbyen sykehus.

UNN avgir mye ressurs til regionens informasjonssikkerhetsforum gjennom ledervernet i forumet som medfører mange oppgaver.

Den endrede politiske situasjonen i Europa og ellers stor aktivitet fra enkelte land viser at bruk av teknologi til spionasje og forsøk på manipulasjon og angrep er økende. Vi må anta at dette også vil kunne ramme norske virksomheter og sykehus er i så måte også utsatt.

Nasjonal Sikkerhetsmyndighet har merket nesten en fordobling i antall alvorlige



sikkerhetshendelser mot virksomheter i Norge i det siste året. Det betyr at store virksomheter som UNN må ha tilstrekkelig ressurs til å kunne motvirke og avgrense eventuelle skader. Dette må gjøres i samhandling med resten av regionen og Helse Nord IKT.

- **Implementering Styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Nord (SIS)<sup>4</sup>**

UNN er kommet i gang med implementeringen av SIS. Målet er at alle ansatt i UNN skal ha gjennomført obligatorisk e-læring i informasjonssikkerhet, og at arbeidet med å fullføre resterende oppgaver vil løpe utover høsten-15 og våren -16.

Denne opplæringen (sertifisering) er som nevnt obligatorisk for alle ansatte med krav om bestått test innen 30 dager etter påmelding. Når de fleste har bestått dette vil dette bli endret slik at når en nyansatt kommer til UNN vil vedkommende ikke få tilgang til informasjonssystemene (les Dips) før testen er bestått. På den måte sikrer UNN at alle har tilstrekkelig kunnskap om personvern og bruk av journaldata.

Pr. 2.5.2015 har 4280 ansatte i UNN blitt oppmeldt til sikkerhetskurset. Nær halvparten av disse har hittil fullført testen. Arbeidet med planlegging/ involvering av øvrige ansatte pågår.

- **Bruk av sosiale medier**

Økt bruk av sosiale medier blant ansatte både i privat- og jobb sammenheng øker også risikoen for uønskede hendelser. Trusler som kontokapring og innholds baserte trusler som ondsinnede lenker og såkalte phishingforsøk. I sikkerhetsmiljøer ser en at virksomhetsrelaterte sider, profiler og kontoer i sosiale medier er mest utsatt for svindel, phishing, hacking og datatyveri.

Undersøkelser viser at 40 % av facebook-kontoer er falske, 20 % av Twitter-kontoer er falske og spam på sosiale medier har økt med 658 % siden midten av 2013.

UNN vil bruke ressurser utover høsten 2015 og våren 2016 til bevisstgjøring av ansatte om sikker bruk av denne type tjenester.

- **Datavirus/Hacking**

UNN har årlig flere tusen forsøk på kompromittering av informasjonssikkerheten gjennom falske e-poster til ansatte og andre direkte forsøk på å hacke seg inn i informasjonssystemene. Utviklingen dataangrep er at de er mer og mer målrettet og mer og mer avanserte. Samhandling med Helse Nord IKT er god og må opprettholdes for å ha proaktive verktøy og tiltak. En større test (penetration test) mot våre informasjonssystemer for å kontrollere styrken i våre (og Helse Nord) beskyttelsestiltak vil trolig måtte gjennomføres i løpet av året.

- **Forskning- og kvalitetsprosjekter**

Det er høy aktivitet på forsknings- og kvalitetsstudier i UNN. Det er personvern- og lovmessige utfordringer mellom Universitetet i Tromsø og UNN når slike studier går på tvers av virksomhetene. Dagens praksis vil måtte gjennomgås i løpet av høsten 2015.

UNN har over tid hatt et kapasitetsproblem hva angår saksbehandling av forsknings- og kvalitetsprosjekter. Fag- og forskningssenteret har opprettet et personvernsteam (PVO-team)

<sup>4</sup> Se status implementering styringssystem



som skal effektivisere saksbehandlingen. Målsettingen er at det ved utgangen av året skal saksbehandlingstiden ned til 14 dager.

- **Nye lover – samhandling – tilgang på tvers**

Ny journallov og helseregisterlov vil nå muliggjøre en bedre samhandling på tvers av virksomhetene. Det vil imidlertid være ressurskrevende å få på plass et velfungerende system for tilgang på tvers og felles registre slik loven åpner for. UNN deltar aktivt i dette arbeidet gjennom FIKS- og HOS programmet, samt med deltakelse i andre nasjonale fora.

- **Jobb smartere**

UNN er aktiv med i Helse Nord IKTs prosjekt Jobb smartere hvor bl.a. ny autentiseringsløsning ved bruk av såkalt smartkort (ala bankkort) tas i bruk. Dette kortet vil ha følgende funksjonaliteter i første omgang:

- Adgangskort til dører
- Sikker utskrift
- Elektronisk sertifikat (elektronisk signatur – for bl.a. signering av resepter og sikker samhandling elektronisk).

- **Pasientrettigheter**

UNN har registrert et økende behov fra pasienter for å kontrollere hva som står i en journal og hvem som gjør oppslag i journalen. Flere av disse henvendelsene har ført til ytterligere undersøkelser og i noen tilfeller påtale for urettmessig innsyn. UNN har påbegynt et prosjekt hvor pasienten selv skal kunne slå opp i sin egen journal og også kunne kontrollere hvem som gjør oppslag i journalen. Sikkerhetssjefen forventer at antall henvendelser fra pasienter vil øke i takt med utbredelsen av tilbudet.

- **Sky-tjenester (Cloud computing)**

Det har i den senere tid vært økende etterspørsel om å kunne bruke sky-teknologi i ulike sammenhenger i UNN. Bruk av sky-tjenester i en virksomhet som UNN er svært utfordrende på grunn av de lovkrav som en helseinstitusjon har og den usikkerhet som tjenesten er bygget opp rundt. Tjenesten har imidlertid en rekke positive effekter hva angår kostnader og effektivitet. Det må påregnes å bruke ressurser på å avklare hvilke type oppdrag UNN kan sette ut i en slik sky-tjeneste, hvilke sikkerhetsmekanismer skal inngå og hva konsekvensen vil være for øvrige systemer som samhandler i dag innenfor dagens løsning.

- **Beredskap**

UNN har i dag planer for bruk dersom informasjonssystemet Dips er utilgjengelig. Det er imidlertid en svakhet at dette ikke øves. Det vil også være andre kritiske systemer som kan rammes. UNN er flink til øvelser når det gjelder eksterne hendelser, men interne hendelser øves ikke. Ved overgangen til år 2000 ble det lagt planer for flere senarier som ikke omfattet ulykker med personskade (stopp i vannforsyning, stopp i strøm, elektronisk journal ikke tilgjengelig mv.). Dette bør etter sikkerhetssjefens vurdering inn som en del av UNNs katastrofeberedskap.

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
48/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3.6.2015
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

**Tilslutning til strategiplan for innkjøp i Helse Nord 2014-2017****Innstilling til vedtak**

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar vedlagt organisasjonsplan som retningsgivende for anskaffelsesvirksomheten i foretaket.
2. Styret vedtar vedlagte samarbeidsavtale som styrende for foretakets samarbeid med det regionale helseforetaket, samt de øvrige helseforetakene i regionen.

**Bakgrunn**

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har mottatt en oppfølgingssak fra Helse Nord RHF med referanse til deres styresak 19-2014, Strategiplan for innkjøp i Helse Nord 2014-2017.

**Formål**

Formålet med saken er å styrebehandle den regionale organisasjonsplanen for anskaffelsesvirksomheten i helseregionen, samt samarbeidsavtalen som er inngått i samme sak.

**Saksutredning**

I strategiplanen fremkom at behovet for økte ressurser skulle organiseres hos de enkelte helseforetak. I ettertid er det konkludert med at de økte ressursene organiseres i Helse Nord RHF, med kontor i Tromsø og Bodø. Dette har medført behov for justering både i organisasjonsmodellen, samt samarbeidsavtalen mellom helseforetakene i Helse Nord.

Det er utarbeidet en korrigerert versjon av organisasjonsplanen som reflekterer organisering besluttet av styringsgruppen og forankret i Helse Nord's direktørmøte. Det samme er gjort med samarbeidsavtalen, som forplikter det regionale helseforetaket og helseforetakene i det videre arbeidet med innkjøp i regionen. Samarbeidsavtalen er behandlet og godkjent av kategoristyringsprosjektets styringsgruppe.

## **Konklusjon**

Direktøren anbefaler styret å gjøre et vedtak i tråd med innstillingen.

Tromsø, 22.5.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Organisasjonsplan
2. Samarbeidsavtale mellom RHF og HFene
3. Oversendelsesbrev av 8.4.2014

## Kategoristyring av innkjøp i Helse Nord

Beskrivelse av organisasjonsmodell og veiledning til kategoristyring i Helse Nord

Oppdatert etter innspill fra Styringsgruppa 24. mai 2012,  
oppdatert 6. desember 2013 av TAW etter møte i prosjektgruppa 4.  
desember 2013,

Oppdatert 7. februar 2014 etter høringsrunde i foretaksgruppen Helse Nord  
Samt oppdatert etter direktørmøte 13. juni 2014 av RSA

Oppdatert 31. oktober 2014 av JJE  
Oppdatert 12. desember 2014 av JJE

## Innhold

1	Kategoristyring.....	3
1.1	Bakgrunn og mandat .....	3
1.2	Definisjon av kategoristyring .....	3
2	Oppbygging av kategoriteam .....	5
3	Rollebeskrivelse .....	6
3.1	Kategorileder .....	6
3.2	Innkjøpsrådgiver .....	6
3.3	Fagstrateger .....	7
3.4	Spesialisert støtte.....	7
4	Kategoristrategiarbeidet.....	9
4.1	Målsetninger for kategoristrategiarbeidet.....	9
4.2	Metodikk.....	10
4.2.1	Vurdering og prioritering.....	10
4.2.2	Utvikling av strategi .....	11
4.2.3	Implementering av strategi.....	12
4.2.4	Drifting og kontinuerlig forbedring .....	12
4.3	Gjennomføring av strategisk analyse .....	13
4.4	Innhold i kategoristrategien .....	15
4.5	Fra strategi til handling .....	16
4.6	Tilretteleggerrollen .....	16
4.7	Gevinstrealisering og endringsledelse.....	16
4.8	Styringsgruppe i anskaffelsesprosessene.....	17
5	Referansedokumenter .....	18
6	Vedlegg.....	19

# 1 Kategoristyring

## 1.1 Bakgrunn og mandat

Styret i Helse Nord RHF ble i styresak 22-2011/5 orientert om prosjektet kategoristyrte organisering av anskaffelsesvirksomheten i Helse Nord. Anbefalingene er kategoristyrte organisering av anskaffelsesvirksomheten basert på prosjektgruppens rapport, tilleggsutredningene, uttalelsene fra helseforetakene med styrebehandling og styringsgruppens tilrådning.

Styringsgruppa for kategoristyringsprosjektet behandlet foreløpig organisasjonsplan i møte 19. januar 2012 og tok den foreløpige planen til orientering. Styringsgruppas øvrige innspill pr 24. mai 2012 til organisasjonsplanen er innarbeidet foreliggende plan.

## 1.2 Definisjon av kategoristyring

Kategoristyring er mer enn bare anskaffelser. Kategoristyring er en disiplin som virksomheter benytter for å optimalisere pengestrømverdien som benyttes eksternt.

Inndeling av innkjøpsvolumet i kategorier gjør virksomheten i stand til å benytte forskjellige innkjøpsstrategier på de forskjellige kategorier i stedet for å behandle alle innkjøp og leverandører med samme sett av strategiske virkemidler. For eksempel kan en virksomhet fokusere på konsolidering av leverandørbasen for en kategori, samtidig som en fokuserer på å øke tilfanget av leverandører for en annen kategori. I en tredje kategori kan fokus være å anvende strategier for å øke konkurranse mellom leverandørene.

Effekten av en egen innkjøpsstrategi pr. kategori er at virksomheten settes i stand til å velge mellom beste tilgjengelige innkjøpspraksis og egen organisasjons kompetanse for å sikre best mulig bruk av midler. Kompetansen innen innkjøpsvirksomheten spesialiseres innenfor den enkelte kategori.

Kategoristyring kan forstås som;

«En anskaffelsesfunksjons forsøk på å speile leverandørmarkedets egen segmentering, for å sikre best mulig effekt av ressursene funksjonen besitter, i den hensikt å tilpasse best mulig leverandørmarkedenes kompetanse og kjennskap til det aktuelle leverandørmarkedets verdikjede.»

Helse Nord sitt overordnede mål med kategoristyring av innkjøp er;

«å etablere strategier som ivaretar helseregionens fremtidige behov for varer og tjenester»

Hovedmålet kan operasjonaliseres til to delmål:

«Alle innkjøpene i Helse Nord skal deles i definerte kategorier. Kategoristyring skal gi oversikt og kontroll over samlet innkjøpsvolum i helseregionen. Dette skal hjelpe hver enkelt enhet til å

opptre korrekt i forhold til norsk lov og interne rutiner.»

«Det skal etableres anskaffelsesstrategier for hver enkelt kategori. Anskaffelsesstrategiene skal etableres i samarbeid med fagmiljøet i foretakene, og skal identifisere satsnings- og forbedringsområder innen kategoriene.»

Kategorilederne organiseres i Helse Nord RHF. Ansvaret for å utforme strategier, handlingsplaner, gjennomføre felles tilbudskonkurranser, inngå kontrakter, implementere og forvalte avtaler innenfor de ulike kategorier vil således bli liggende på regionalt nivå i det enkelte kategoriteam.

Alle helseforetakene må sette av innkjøpsressurser og fagressurser til kategoriarbeidet.

## 2 Oppbygging av kategoriteam

Kategoriteamets rolle i innkjøpsfunksjonen er overordnet de operative innkjøpsprosessene. Kategorileder skal i sin rolle ha fokus på kategorien som helhet, planer for gjennomføring av anskaffelser i kategorien, leverandørmarkedene kategorien forholder seg til, samt analyser av mulige områder for standardisering på tvers av foretakene i regionen.

Kategoriteamene har mandat til å styre porteføljen i sin kategori. Med dette menes at kategoriteamet:

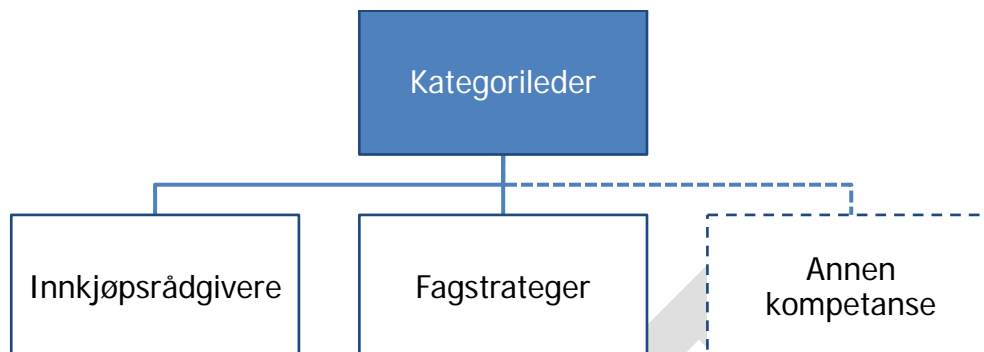
- Kjenner behovene til brukerne av artiklene som anskaffes, og utarbeider og eier kategoriens behovsbeskrivelser
- Bygger og deler innkjøpsfaglig kompetanse for sin kategori
- Setter målsetninger for kategorien
- Utarbeider handlingsplaner, herunder etablering av innkjøpsplaner
- Utarbeider strategier, herunder prioriteringer og styring av etterspørsel
- Organiserer arbeidet i kategorien, herunder etablering av underkategorier og funksjonsteam for å få gjennomført anskaffelser
- Driver fram og følger opp anskaffelsesprosesser
- Definerer datafangst og analyserer innkjøpsdata
- Følger opp leverandører og avtaler
- Måler progresjon på målsetninger
- Rapporterer resultater

Mandatet definerer hva som skal rapporteres, hvilke utslag av elementer/endringer som krever rapportering, og hvem som skal motta ulike rapporter. På denne måten sikrer man at problemstillinger og endringer, både for innkjøpsmiljøet og leverandørmarkedet, som kan berøre andre kategorier fanges opp tidlig slik at man oppnår en «vital» oppdatering på tvers av de respektive kategoriinndelingene.



### 3 Rollebeskrivelse

Kategoriteamet består av følgende roller:



#### 3.1 Kategorileder

Rollen som kategorileder vil i de fleste tilfeller innehas av en innkjøper. Kategorileder har et regionalt ansvar for innkjøp, kontrakt og forvaltning av alt innkjøp (inkludert styring av leverandørkommunikasjon) i sin kategori. Kategorileder har ansvar for framdrift i – og leveranse fra funksjonsteamene i kategorien. Viktige oppgaver for kategorileder er å;

- Lede og drive fram arbeidet i kategorien
- Sette kvalitative målsetninger for kategorien sammen med kategoriteamet
- Utarbeidelse av strategier og planer for kategorien
- Koordinering mot andre kategoriledere for å identifisere risiko i grensesnitt, og muligheter for samarbeid og synergier
- Identifisere områder for standardisering, og iverksette formålstjenelige tiltak.
- Utvikle kategorien innkjøpsfaglig, samt bygge opp fagkompetanse til å håndtere dialogen med fagmiljøene på en god måte
- Utvikle kategorien administrativt, herunder å videreutvikle innkjøpshåndbok og maler
- Sikre grunnlagsdata løpende fra eksterne og interne kilder for kategorien, slik at påfølgende konkurranseprosesser baseres på korrekt grunnlag
- Rapportere i henhold til etablerte rutiner og på forespørsel, herunder å gi input til årsbudsjett- og langtidsplanarbeidet i foretaksgruppen
- Ivareta det overordnede ansvaret for organisering og gjennomføring av anskaffelsene.

#### 3.2 Innkjøpsrådgiver

Hvert kategoriteam må inneha tilstrekkelig kompetanse for å ivareta det kommersielle innkjøps- og kontraktsansvar. Dette betyr at de innkjøpsfaglige representantene i teamet i sum må dekke tre hovedkompetanseområder:

- Det faglige ansvaret for at alle innkjøpsprosesser gjennomføres i henhold til lov og forskrift om offentlige anskaffelser, samt andre formelle krav.
- Det merkantile markedsansvaret
- Forvaltningsansvaret

Det er som regel en og samme person som dekker flere eller alle tre kompetanseområdene for kategoriteamet, men i store kategoriteam kan det være flere enn en innkjøper som samarbeider.

### **3.3 Fagstrateger**

Helseforetakene avgir faste fagstrateger til kategoriteamene. Fagstrategene innehar rollene fordi de har spesielt god innsikt i fagområdet gjennom akademisk eller stillingsmessig autoritet. Fagstrategene skal gi innspill til strategi og planer, men ikke ha administrative oppgaver.

Formålet med å involvere fagstrateger i et kategoriteam er blant annet å sikre at anskaffelser innen kategorien blir strukturert hensiktsmessig og faglig forsvarlig, at representanter for brukerne blir hørt og involvert i en tidlig fase (før anbudsrundene kjøres), samt tilføre kunnskap knyttet til satsings- og utfordringsområder innen kategorien. Fagstrategene er således helt sentral i forhold til å sikre at de innkjøpsfaglige strategiene er hensiktsmessige og formålstjenlige, samt at de er faglig forankret hos brukerne. Dette er svært viktig med tanke på å sikre gode og produktive anbudsprosesser.

### **3.4 Spesialisert støtte**

Innkjøpsfunksjonen har behov for et sett av spesialistroller for å understøtte kategoristrukturen. Dette gjelder:

- Kvalitetssikring av prosess og dokumenter fram til beslutning i styringsgruppe.
- Utarbeidelse og vedlikehold av felles prosesser, retningslinjer og rutiner,
- Opplæring.
- Service til de andre definerte rollene på spesifikke områder.
- Utvikle og forbedre spesialistområdet
- Bistand ved innføring av nye rutiner/systemer innen innenfor eget spisskompetanseområde.

Støtterollene er ikke nødvendigvis tilknyttet kategoriteam på fast basis, men tilbyr støtte i planlegging og gjennomføring av innkjøpsprosessen. Støtterollene kan helt eller delvis være en del av innkjøpsfunksjonen. Rollene kan også bli supplert med kompetanse fra det enkelte HF eller RHF.

Aktuelle støtte/spesialistområder er (representerer ikke antall stillinger):

- Juridisk kompetanse på innkjøpsområdet samt sivilprosess

- e-handel, kataloghåndtering
- Miljø og etisk handel
- Controllerfunksjon (oversikt over avtaleområdene m.m.)
- Innsamling/analyse av grunndata
- Systemeierskap til alle innkjøpsrelaterede system
- Prosjektkompetanse

## 4 Kategoristrategiarbeidet

Alle kategorier skal ha et levende kategoristrategidokument. Kategoristrategien skal gi føringer for hvordan kategoriarbeidet skal gjennomføres og har som formål å avdekke interne og eksterne momenter og hensyn som vil påvirke hvordan Helse Nord skal håndtere innkjøp innenfor hver kategori.

### 4.1 Målsetninger for kategoristrategiarbeidet

Helse Nord har et overordnet strategisk rammeverk for kjerneoppgavene til det regionale helseforetaket, som Innkjøpsstrategi i Helse Nord 2014-2017 bygger på. Kategoristyring skal være et verktøy som skal hjelpe HFene og RHFet i å nå de målsetningene som overordnet strategi legger opp til.

Delmål for kategoriarbeidet:

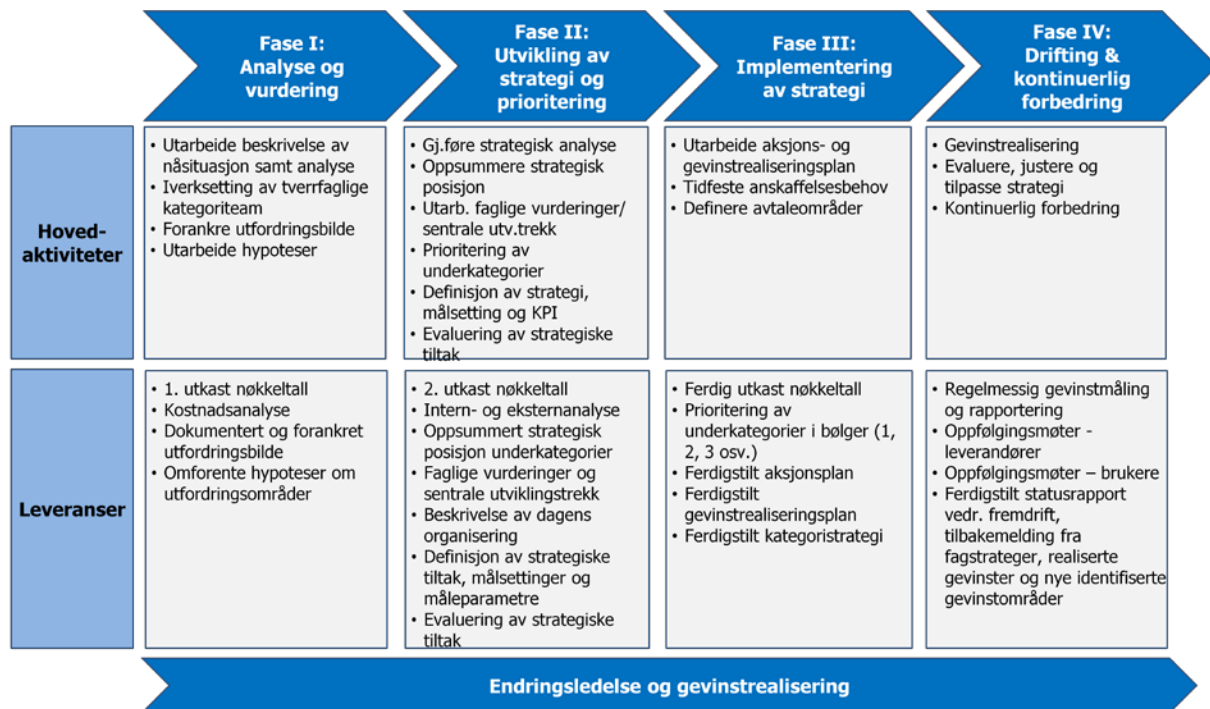
- Gi en oversikt over avtaledekning innen kategorien
- Forbedret avtaleforvaltning og mer effektive innkjøpsprosesser
- Forankre innkjøpsstrategi i fagmiljøet
- Etablere innkjøpsstrategier som tar hensyn til faglig utvikling
- Identifisere mulige satsningsområdet innen anskaffelsesområdet til kategorien
- Utvikle gode leverandørmarkedsanalyser

Delmålene skal videre resultere til konkrete nytteeffekter:

- Økt verdiskapning ved anskaffelser av varer og tjenester i foretaksgruppen.
- Spesialisering innen kategoriområder,
- Standardisering og harmonisering av sortiment mot nasjonalt nivå,
- Tydelig ansvars- og fullmaktsstruktur.
- Bedre utnyttelse av ressursbruk (tid og kompetanse)
- Bedre avtaleforvaltning. Gode og effektive anbudsprosesser
- Fagstrategene representerer sitt fagområde og gir føringer for hvordan helseregionen skal gjennomføre anskaffelser innen kategorien
- Innovasjon i anskaffelsesprosessen

## 4.2 Metodikk

Metodikken tilknyttet strategiarbeidet bygger på beste praksis innen kategoristyring.



Figur 2 Metodikk for strategiarbeid

Metodikken legger opp til fire sentrale hovedsteg i kategoristrategiarbeidet.

### 4.2.1 Vurdering og prioritering

Formålet med denne fasen er å utarbeide et nåsituasjonsbilde av kategorien. I denne fasen avdekkes og systematiseres nøkkeltall og nåsituasjon i hvert foretak og på RHF-nivå. Videre definerer og prioriterer kategoriteamet underkategorier i kategorien og etablerer og forankrer et utfordringsbilde.

<b>Vurdering og prioritering</b>		<b>Leveranser</b>
<b>Aksjon</b>	<b>Est. timer</b>	
1. Bearbeide nøkkeltall og kostnadsanalyse	24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. utkast nøkkeltall</li> <li>• Kostnadsanalyse</li> <li>• Dokumentert utfordringsbilde</li> <li>• Prioritert underkategorier</li> <li>• Omforent hypoteser om utfordringsområder</li> </ul>
2. Tegne opp et utfordringsbilde	4	
3. Forberede oppstartsmøte	8	
4. Gjennomføre oppstartsmøte	8	
5. Etterarbeid/dokumentere oppstartsmøte	4	
6. Ev. oppfølgingsmøte på tlf.	4	
7. Utarbeide prosjektplan	4	
8. Kvalitetssikring	8	
		<b>Endringsledelse og gev.realisering</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forankre kategoristrategiarbeidet</li> <li>• Tydeliggjøre rolle og ansvarsområde</li> <li>• Skape eierskap hos kategorileder og fagstrateg</li> </ul>

#### 4.2.2 Utvikling av strategi

Basert på utfordringsbildet utarbeider kategoriteamet hypoteser om forbedrings- og mulighetsområder. Deretter utarbeides en intern- og ekstern analyse for underkategoriene som oppsummeres i strategisk posisjoner. Denne strategiske posisjonen danner så grunnlaget for utarbeidelsen av strategiske tiltak, målsettinger og måleparametere (KPI) for hver underkategori. Samtlige underkategorier med tilhørende strategiske tiltak evalueres med hensyn på gjennomførbarheten og gevinstpotensial.

For faglige vurderinger og utviklingstrekk er det viktig å identifisere sentrale (nasjonale), regionale og lokale føringer som påvirker kategorien.

Alle helseforetakene er eller er i ferd med å bli miljøsertifisert i henhold til ISO 14001 og som følge av dette er det særlig kategoriens påvirkning på ytre miljø som skal identifiseres og eventuelt foreslås tiltak for.

<b>Utvikling av strategi</b>		<b>Leveranser</b>
<b>Aksjon</b>	<b>Est. timer</b>	
1. Bearbeide nøkkeltall	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2. utkast nøkkeltall</li> <li>• Intern- og eksternanalyse</li> <li>• Oppsummering strategisk posisjon for alle underkategorier</li> <li>• Faglige vurderinger og sentrale utviklingstrekk tilknyttet underkategorier</li> <li>• Beskrivelse av dagens organisering</li> <li>• Definisjon av strategiske tiltak</li> <li>• Målesetninger og måleparametre</li> </ul>
2. Gjennomføre leverandørmarkedsanalyse	16	
3. Foreberede møte 2 og 3	24	
4. Gjennomføre møte 2 og 3	16	
5. Etterarbeid/dokumentere møte 2 og 3	8	
6. Kvalitetssikring	16	
		<b>Endringsledelse og gev.realisering</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forankre kategoristrategiarbeidet</li> <li>• Skape eierskap hos kategorileder og fagstrateger</li> </ul>

### 4.2.3 Implementering av strategi

Basert på evalueringen av de strategiske tiltakene utarbeider kategoriteamet en aksjonsplan for de prioriterte underkategoriene som tar hensyn til anskaffelsesbehov innen underkategorien. Her defineres også fremtidige avtaleområder. Strategien ferdigstilles og sendes for godkjenning til Styringsgruppen<sup>1</sup>. Når planen er godkjent implementeres den i Helse Nord i henhold til gjeldende aksjonsplan.

Implementering av strategi		Leveranser
<b>Aksjon</b>	<b>Est. timer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ferdig utkast nøkkeltall</li> <li>Evaluering av strategiske tiltak</li> <li>Prioritering av underkategorier</li> <li>Ferdigstille kategoristrategi</li> </ul>
1. Bearbeide nøkkeltall	4	<b>Endringsledelse og gev.realisering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ferdigstille aksjonsplan</li> <li>Ferdigstille gevinstrealiseringsplan</li> <li>Sikre at kategorileder følger eierskap til strategidokument</li> </ul>
2. Forberede møte 4	8	
3. Gjennomføre møte 4	8	
4. Etterarbeide/dokumentere møte 4	4	
5. Ev. å avholde møte 5		
6. Ferdigstille kategoristrategi	40	
7. Korrigere etter høring	8	
8. Kvalitetssikring	16	

### 4.2.4 Drifting og kontinuerlig forbedring

Etter hvert som strategien har gjort seg gjeldende i Helse Nord møtes kategoriteamet igjen i forbedringsgrupper for å evaluere om strategien har fungert etter intensjonen. Kategorileder presenterer målinger og realiserte gevinster innen relevante underkategorier. Kategoriteamet utarbeider, hvis mulig, forbedringstiltak og lister ytterligere gevinstområder. Kategoristrategien skal være et levende dokument som oppdateres etter forbedringsgruppene. I enkelte tilfeller, hvor det foretas større endringer, vil dette kunne medføre at kategoristrategien må godkjennes på nytt hos Styringsgruppen<sup>2</sup>.

Kategoriteamet skal gjennom arbeidet svare på hvilke strategiske tiltak som vil være formålstjenlig i forhold til behovene som man forventer i tiden fremover.

Sluttproduktet er en begrunnet strategi- og handlingsplan for anskaffelser innen den enkelte kategori. Aksjonsplanen skal være operasjonell og konkret i formen, både for de tiltakene som det vil ta lengre tid å realisere og de tiltakene som raskt kan settes i verk.

Strategien skal være et levende dokument og det skal kontinuerlig arbeides med fornyelse og oppdatering av strategien. Kategoriteamet vil videre ha telefonkonferanser og fysiske samlinger der teamet gjennomgår status i kategorien, evaluerer strategien og justerer/tilpasser dersom det er behov for det, oppsummerer gevinster og utarbeider nye aksjoner og flere gevinstområder.

<sup>1</sup> Nivå 2 lederne (eierdirektør og økonomisjefene) i RHF og HF

<sup>2</sup> Nivå 2 lederne (eierdirektør og økonomisjefene) i RHF og HF

<b>Implementering av strategi</b>		<b>Leveranser</b>
<b>Aksjon</b>	<b>Est. timer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regelmessig gevinstmåling og rapportering</li> <li>Oppfølgingsmøter – leverandører</li> <li>Oppfølgingsmøter – brukere</li> <li>Ferdigstille statusrapport vedr. fremdrift, tilbakemelding fra fagstrateger, realiserte gevinster og nye identifiserte gevinstområder</li> </ul>
1. Oppdatere relevante nøkketall	8	<b>Endringsledelse og gev.realisering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oppdatert aksjonsplan</li> <li>Oppdatert gevinstrealiseringsplan</li> <li>Sikre eierskap hos brukerne</li> </ul>
2. Måle og dokumentere oppnådde gevinster	8	
3. Forberede statusmøter	4	
4. Gjennomføre statusmøter	4	
5. Etterarbeid/dokumentere statusmøte	4	
6. Oppdatere statusrapport	4	

### 4.3 Gjennomføring av strategisk analyse

For hver underkategori gjennomføres det en strategisk analyse som identifiserer strategisk posisjon for underkategorien. Strategisk posisjon er en kombinasjon av resultatene fra intern og ekstern analyse. Basert på erfaring fra kategoriarbeidet har analysen blitt tilpasset og justert slik at de treffer på hensiktsmessig nivå i forhold til kategoriarbeidet.

Strategisk analyse gjennomføres ved at underkategoriene scores fra 1-6 på 3 interne spørsmål knyttet til strategisk viktighet (Y1- Y3) og 3 eksterne spørsmål knyttet til leverandørmarkeds kompleksitet (X1- X3). Snittverdien av svarene utgjør underkategoriens vurdering innen de to områdene.

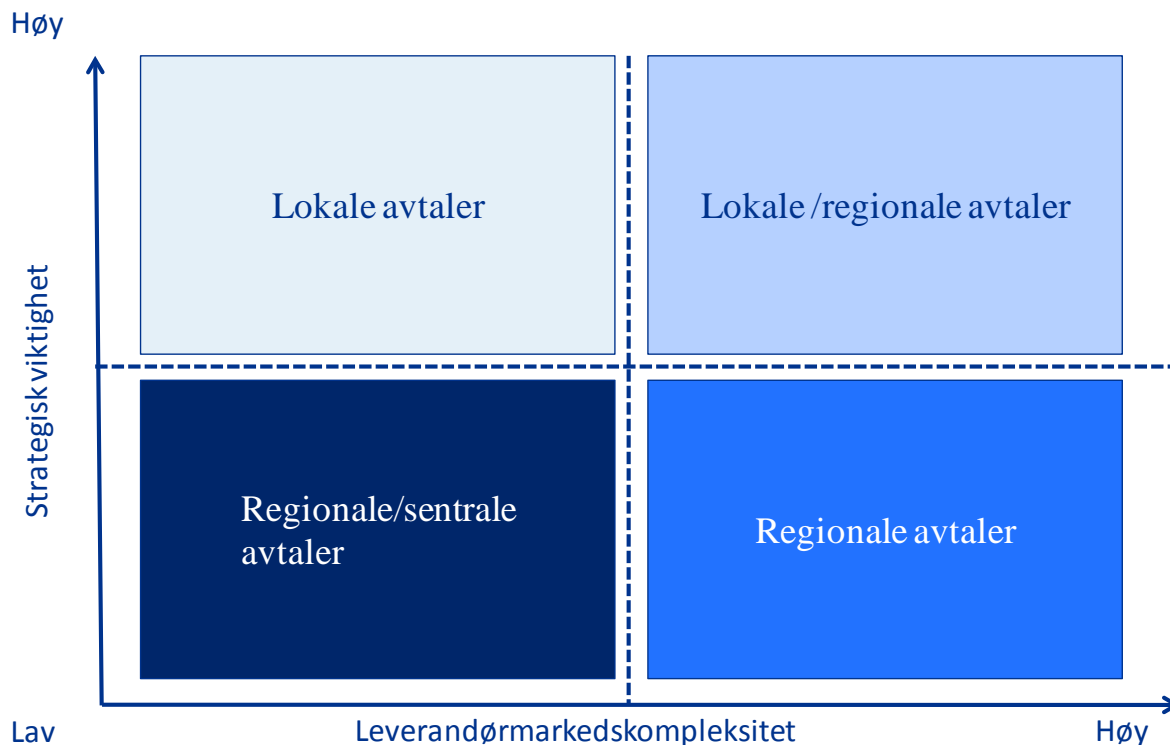
	<b>Tema</b>	<b>Spørsmål</b>
X1	Regulatoriske barrierer	Er det vanskelig for nye aktører å etablere seg i markedet?
X2	Antall kvalifiserte leverandører	Er det mange eller få kvalifiserte aktører i regionen/lokalt?
X3	Økonomiske barrierer	Krever det store grunnlagsinvesteringer for å kunne etablere seg i markedet?
Y1	Beredskapshensyn	Er det viktig å ha kort responstid/lokal tilstedeværelse
Y2	Teknologisk utvikling	I hvilken grad er det stor utvikling innen teknologier som er dominerende innen kategorien?
Y3	Virksomhetskritikalitet	Vil teknisk nedetid ha direkte innvirkning på virksomhetens kjernevirksomhet?

Snittverdiene plottes så i et diagram hvor interne faktorer utgjør X akse og eksterne faktorer utgjør Y akse. Dette plasserer kategorien i en av fire kvadranter som vist i figuren under.



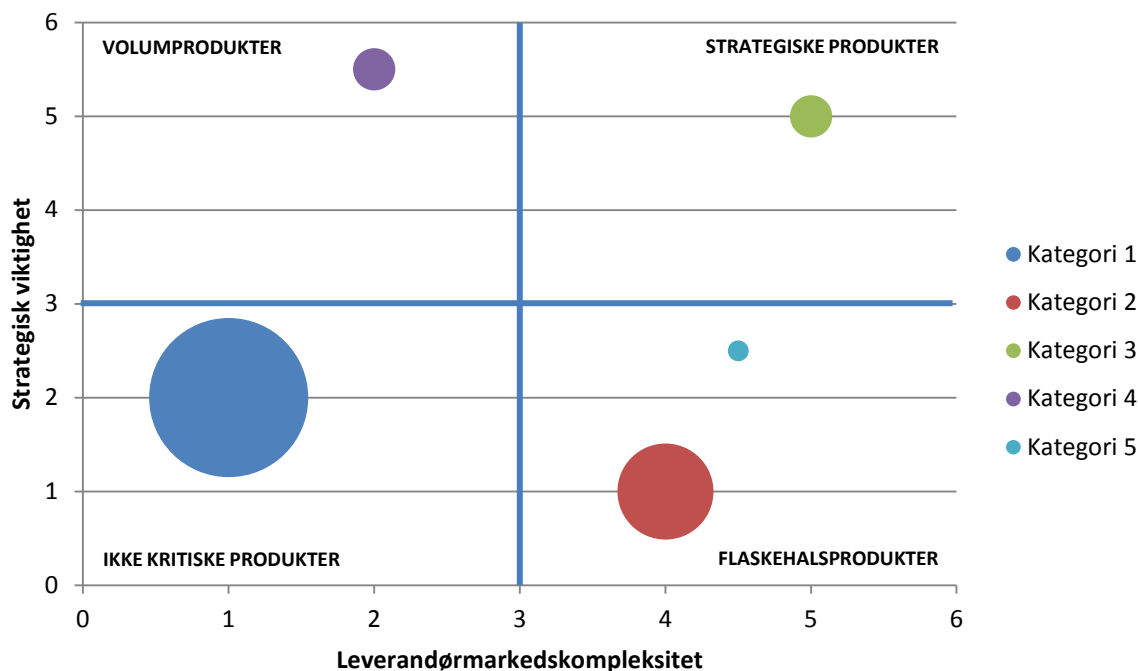


En underkategori sin plassering i diagrammet gir innspill til hvilken strategi man skal velge for underkategorien, og da spesielt hvilke type avtaler som er egnet.



Det er imidlertid viktig at ikke resultatene fra analysen brukes ukritisk, da det kan være nyanser ved kategoriene som ikke kommer frem i analysene. Erfaringsmessig er diskusjonene som oppstår i arbeidet med analysen like viktig som selve resultatet, da metoden bidrar til å tilrettelegge diskusjonen rundt underkategorien. Den strategiske analysen er også et viktig verktøy for å gjennomføre prioritering i kategorien.

For å oppsummere de strategiske posisjonene til alle underkategoriene i en kategori kan resultatene plottes samlet i et diagram. Størrelsen på sirklene i diagrammet representerer kjøpsvolumet i underkategorien. (Illustrert under).



#### 4.4 Innhold i kategoristrategien

Innholdet i kategoristrategien varierer fra kategori til kategori og må tilpasses kategoriens innhold og struktur. Det er likevel noen generelle aspekter som kategoristrategien bør omfatte for at den skal gi ønsket effekt.

- Det er svært viktig med sterk faglig forankring gjennom faglige vurderinger og vurdering av utviklingstrekk i kategorien. Det er viktig at dette fremheves tidlig i kategoriarbeidet, slik at kompetansen til fagmiljøet gjennomsyrrer arbeidet.
- Videre må de faglige vurderingene vurderes opp mot mulighetsområdet både organisatorisk, administrativ og juridisk, for å sikre en realistisk og gjennomførbar strategi.
- Det er viktig at man klarer å gå fra fremstilling og analyse av tall til å se på hva funnene faktisk medfører og hvordan disse kan operasjonaliseres/håndteres. Det har liten hensikt å presentere tall uten at deres betydning og påvirkning for strategien fremheves.
- For å sikre at strategien blir operasjonalisert er det viktig at det lages konkrete mål og handlingsplaner hvor det er frister og ansvarlige for gjennomføring. Vedrørende gjennomføring må det fremkomme av strategien hvem som skal ha ansvar for å planlegge anskaffelsesprosessen, gjennomføre anskaffelsen av kontrakt og forvalte avtale, og at dette arbeidet kan være fordelt mellom HINAS, HN RHF og HF-ene og HN IKT. Videre er det sentralt at disse planene blir fulgt opp.

## 4.5 Fra strategi til handling

Ferdigstilt kategoristrategi må operasjonaliseres i linjen. For å beslutte endelig strategi gjennomføres:

- Høringsrunde i HF-ene. Etter at eventuelle endringer er implementert gir kategoriteamet gitt sin tilslutning til strategien.
- Strategien besluttes av regionalt styringsorgan, som er nivå 2 lederne (eierdirektør og økonomisjefene) i RHF og HF med ansvar for innkjøp. Strategien overleveres til «NN» for implementering og oppfølging

Etter kategorien er overlevert har «NN» ansvar for:

- Etterspørre anbefalinger fra kategorien til å oppdatere årlig anskaffelsesplan
- Sikre at kategoridokumentene blir jevnlig oppdatert
- Sikre at kategoristrategiene etterlevs i alle helseforetakene og at tiltak implementeres på tvers av regionen
- Sikre at fagstrateger er tilgjengelig for videre arbeid innen kategorien fra det enkelte helseforetak
- Etterspørre gevinstmåling fra kategorileder

Kategorilederen og kategoriteamet skal gjennomføre oppdateringene.

## 4.6 Tilretteleggerrollen

Innføring av kategoritankegang er en ny og krevende øvelse for innkjøpsmiljøene. I oppstartsfasen er det viktig at Helse Nord stiller til rådighet en egen prosjektorganisasjon for å støtte kategorilederne i arbeidet. Prosjektorganisasjonen skal sørge for at første fase av kategoriarbeidet blir gjennomført, påse kvaliteten i leveransene, samt holde tempo oppe i prosessen. Samtidig er det viktig at eierskapet til strategien ligger i kategoriteamet. Fremover er det viktig at Helse Nord bygger opp kategoriledernes kompetanse for å sikre at arbeidet i større grad kan gjennomføres uten støtte fra prosjektorganisasjonen.

## 4.7 Gevinstrealisering og endringsledelse

For å sikre at tiltakene fra kategoristrategien blir implementert og etterlevd er det viktig at kategorilederne og kategoriteamet blir fulgt opp på en kontinuerlig basis.

Kategoriarbeidet skal sørge for god forankring og involvering av nøkkelpersonell/-interessenter, oppfølging og støtte til de ansatte fra ledere og mellomledere, riktig og presis kommunikasjon og informasjon underveis, fortløpende måling og oppfølging av gevinster, samt sikre at de involverte i endringen får den opplæringen som eventuelt behøves for å arbeide etter intensjonen. Helse Nord og tilhørende helseforetak har investert tid og ressurser i dette arbeidet, og innkjøp står høyt på agendaen hos topplederne i Helse Nord. Det vil derfor bli viktig å vise til resultater fra dette arbeidet så snart som mulig.

Gjennom hele prosessen fokuseres det på endringsledelse og gevinstrealisering. For å sikre forankring blant de involverte har det vært helt sentralt å involvere og sikre eierskap underveis i prosessen. De strategiske tiltakene vil generere små og store gevinster både for innkjøpsmiljøet og for brukerne. Gevinster her vil på overordnet nivå

kunne være bedre avtaledekning, mer effektive innkjøp gjennom koordinerte prosesser, bedre kvalitet, bedre priser, mindre administrasjon, osv.

De potensielle gevinstene knyttet til hvert enkelt tiltak i strategiplanen vil innlemmes i en gevinstrealiseringsplan, som fortløpende følges opp. Dette for å sikre at man faktisk klarer å realisere strategiplanens intensjoner. Fortløpende kommunikasjon av realiserede gevinster skaper større oppslutning om strategiplanen og forsterker også endringsviljen blant de ansatte som er involvert i denne typen innkjøp.

Gevinster knyttet til tiltak i kategoristrategien identifiseres, dokumenteres og måles fortløpende av kategorileder og kategorimedlemmene, med bistand fra prosjektorganisasjonen. Etter hvert som gevinster realiseres, rapporteres disse i henhold til gjeldende struktur.

Det vil være et positivt signal til samfunnet, styret og ledelsen ved helseforetakene og Helse Nord at det er fokus på hvilke gevinster som skapes og at disse synliggjøres.

#### **4.8 Styringsgruppe i anskaffelsesprosessene**

Den enkelte anskaffelsesprosess gjennomføres som et prosjekt, der funksjonsteamet utgjør prosjektgruppa. Det må gjøres en konkret vurdering på om det er nødvendig med egen styringsgruppe. En styringsgruppe kan bestå av en eller flere personer avhengig av anskaffelsens kompleksitet og omfang. I en anskaffelsesprosess vil styringsgruppen ha følgende oppgaver og myndighet.

- Prosjektplanlegging:
  - Godkjenning av prosjektplan, herunder anskaffelsesstrategi og fremdriftsplan
- Konkurransesgrunnlag:
  - Godkjenning av konkurransegrunnlag
- Avlysning:
  - Godkjenne eventuell avlysning av konkurranse
- Tildeling:
  - Beslutning om tildeling og godkjenning av gevinstrealiseringsplan
- Kontraktperioden:
  - Oppfølging av leverandører og godkjenne endringer i kontraktsforhold
- Prolongering:
  - Godkjenne prolongering

Det må utvikles rutiner for juridisk kvalitetssikring og samhandling med juridisk støttefunksjon i forkant av i forkant av beslutningspunktene.

## **5 Referansedokumenter**

Referat fra styringsgruppemøte 8. juni 2011

Styringsdokument datert 10. april 2011

Sluttrapport fra fase 1

Referat fra styringsgruppemøte 16. juni 2010

Tilleggsnotat fra prosjektgruppen 30. september 2010

Referat fra styringsgruppemøte 20. desember 2010

Styresak 22-2011-5

## 6 Vedlegg

- Excel-modell for intern og ekstern analyse
- Mal for kategoristrategidokument
- Samarbeidsavtale mellom RHF og HFene

## **SAMARBEIDSAVTALE**

### **MELLOM**

**HELSE NORD RHF**

### **OG**

**FINNMARKSSYKEHUSET HF  
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF  
NORDLANDSSYKEHUSET HF  
HELGELANDSYKEHUSET HF  
SYKEHUSAPOTEKET NORD HF**

## **OM REGIONAL INNKJØPSORGANISERING**

### **1. Innledning og bakgrunn**

Det er besluttet å gjennomføre kategoristyring av innkjøp i Helse Nord, jfr styrevedtak 22-2011/5.

### **2. Formål med avtalen**

Avtalen formaliserer samarbeidet mellom Helse Nord RHF og helseforetakene i Helse Nord, og fastsetter rammer, rettigheter og plikter for samarbeidet. Helse Nord IKT forpliktes som selvstendig deltaker gjennom egen signatur.

### **3. Prinsipper for deltakelse**

Partene er enige om at forutsetningen for best mulig effekt av regional kategoristyring og felles anbudsprosesser er at foretakene i Helse Nord forplikter seg til samarbeid. Samtlige HF med underliggende virksomheter skal delta i de felles anskaffelsesprosesser som blir anbefalt innen det enkelte kategoriområdet og som besluttes av RHF.

Partene er enige om å delta felles i alle anskaffelsesprosesser, og at unntak fra dette skal være begrunnet i særskilte forhold. Som særskilte forhold anses bl a:

- a) at HFet har juridiske forpliktelser i forhold til annen avtale av slik varighet at deltakelse er svært u hensiktsmessig. HFet tiltrer likevel felles avtaler når eksisterende avtaler utløper.

- b) at det foreligger andre økonomiske, juridiske eller faglige forhold som medfører at deltakelse anses som en vesentlig ulempe eller svært uhensiktsmessig for det aktuelle HF.

Anmodning om unntak skal oversendes RHF. Dokumentasjon for at et eller begge vilkårene over er innfridd skal vedlegges anmodningen. RHF beslutter om fritak fra deltakelse skal gis.

#### **4. Overordnede prinsipper for samarbeidet / partenes gjensidige forpliktelser**

Det forutsettes at partene stiller riktige og tilstrekkelige ressurser (personell) tilgjengelig i det strategiske og operasjonelle arbeidet i kategoriteamene og funksjonsteamene. Ressursbruken skal alltid stå i forhold til anskaffelsens kompleksitet.

Felles ansvars- og fullmaktsstruktur skal legges til grunn i arbeidet for kategoriledere og kategoriteam, funksjonsteamledere og funksjonsteam.

#### **5. Signering av avtaler**

Tildelte avtaler signeres av det enkelte HF, i henhold til intern fullmaktsstruktur, med mindre avtalen etter sin art skal inngås på konsernnivå.

#### **6. Tvisteløsning**

Partene er enige om at eventuell uenighet knyttet til denne avtale og i den enkelte prosess, som ikke lar seg løse ved forhandlinger direkte mellom de involverte, forelegges administrerende direktør i Helse Nord RHF for avgjørelse.

#### **7. Vedlegg til avtalen**

Følgende dokumenter skal legges til grunn for samarbeidet:

- Helse Nord's innkjøpsstrategi med tilhørende handlingsplan
- Organisasjonsplan

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Helse Nord RHF

\_\_\_\_\_  
Helse Finnmark HF



---

Universitetssykehuset Nord-Norge  
HF

---

Nordlandssykehuset HF

---

Helgelandssykehuset HF

---

Sykehusapoteket Nord HF

---

Helse Nord IKT

Helseforetakene i Helse Nord

Deres ref.:

Vår ref.:  
2014/26 /016

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Jonny Jensen, 77 75 58 97

Sted/dato:  
Bodø, 08.04.2014

## Styresak 19-2014 Strategiplan for innkjøp i Helse Nord 2014-2017

Viser til vedlagt styresak 19-2014 «Strategiplan for innkjøp i Helse Nord 2014-2017» med vedlegg 1 «Strategiplan for innkjøp i Helse Nord 2014-2017», vedlegg 2 «Organisasjonsplan» og vedlegg 3 «Samarbeidsavtale mellom RHF og HFene».

I vedlegg 1 «Strategiplan for Helse Nord 2014-2017, pkt 7 Organisering» og fremkommer det at innkjøpsområdene skal inndeles i kategorier der det enkelte helseforetak skal få ansvar for et bestemt antall kategorier på tvers av foretaksgruppen. Funksjonaliteten i kategoristyrte organiseringen fremkommer detaljert i vedlegg 2 «Organisasjonsplan».

Etter at styresak 19-2014 var forelagt styret i Helse Nord RHF har fagmiljøene (brukerne) blitt involvert i prosessen med fordeling av kategoriansvaret mellom helseforetakene, noe som har avstedkommet en annen oppfatning om plassering av kategoriansvar på tvers av foretaksgruppen. Denne prosessen med fagmiljøene er ikke ferdigstilt.

Det er gjort nærmere vurderinger av styrke og svakhet ved organisatorisk spredning av kategoriansvaret, vurdert i sammenheng med økende nasjonal samordning av anskaffelser, samarbeid om utvikling av innkjøps- og logistikkområdet og fremtidig organisering av samarbeidet mellom de regionale helseforetakene.

Uten at det for konsekvenser for funksjonaliteten i kategoristyrte organisering av innkjøpsområdene – herunder det enkelte helseforetak og dets fagmiljøer sin innflytelse og påvirkning – vil prosjektet vurdere samlokalisering av kategoriansvaret i Helse Nord basert på følgende momenter:

- Kategorilederne vil få ansvar for flere kategoriteam sammensatt av ulike fagmiljøer med høy ledelsesmessig og faglig tyngde. Kategorilederne vil få sammenfallende organisatoriske og prosessuelle utfordringer som forutsetter kunnskapsdeling gjennom hyppige formelle, men også uformelle møter kategorilederne imellom.
- Kategorilederne må ha mulighet til raske avklaringer med fagmiljø utover formell aktivitet i kategoriteamene, noe som forutsetter effektiv tilgang på nødvendige fagmiljøer.

Sak 48/2015 - Vedlegg 3  
Spørsmål om lokaliserings- og ivaretagelsen av kategoriensvaret og kategorilederne som Side 2 av 2  
spesialisert faggruppe vil kunne medføre at eventuelle stordriftsfordeler i mindre grad kan tas ut. En samlokalisering vil i større grad kunne sikre at anskaffelsesvirksomheten trekker i samme retning.

- Samlokalisering av kategoriensvaret vil i større grad kunne bygge robuste fagmiljøer og trekke til seg kompetanse som ønsker å bli værende over tid.
- Tids- og reisekostnader i forbindelse med nødvendig samhandling mellom helseforetakene må legges til grunn.
- Samlokalisering av kategoriensvaret vil sette Helse Nord i stand til å imøtekomme utviklingen nasjonalt med økende samordning av anskaffelser og ressurser, etablering av nasjonalt kategoriensvar i regionene og regionsavdelinger i regi av HINAS.

I prosessen videre skal det etableres arbeidsgrupper som skal gjøre nærmere vurderinger av enkelte kategoriområder, herunder lokalisering av kategoriensvar. Resultatet av fra arbeidsgruppene skal deretter behandles i prosjektgruppen og styringsgruppen, før endelig konklusjon sannsynligvis tas i direktørmøtet.

Det presiseres at en endelig konklusjon om lokalisering av kategoriensvaret i Helse Nord ikke får betydning for helseforetaksstyrenes behandling av styresak 19-2014 som omfatter «Strategiplan for innkjøp i Helse Nord 2014-2017», «Organisasjonsplan» og «Samarbeidsavtale mellom RHF og HFene». Prinsippet om kategoristyrte organisering av innkjøpsvirksomheten blir ivarettatt uavhengig av lokalisering av kategoriensvar.

Med vennlig hilsen

Hilde Rolandsen  
signert  
Eierdirektør

Vedlegg

- Styresak 19-2014 Strategiplan for innkjøp i Helse Nord
- Strategiplan for innkjøp i Helse Nord 2014-2017
- Organisasjonsplan
- Samarbeidsavtale mellom RHF og HFene



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
49/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	3.6.2015

### Orienteringssaker

#### Innstilling til vedtak

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

#### *Skriflig orientering:*

1. PET – drift og produksjon av radiofarmaka
2. Reduksjon av ventetider i UNN HF
3. Informasjon om kirurgisk- og anesthesiologisk operasjonskapasitet i byggeperioden for A-fløya
4. Nasjonale kvalitetsindikatorer for UNN

#### *Muntlig orientering:*

5. Ventetid og fristbrudd
6. Alvorlig hendelse – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13 jfr. Hpl. § 1, jf. 23

Tromsø, 22.5.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg



**Sak:** PET – drift og produksjon radiofarmaka  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Gry Andersen, klinikkjef ved Diagnostisk klinikk  
**Møtedato:** 3.6.2015

---

## Sammendrag

I forbindelse med UNN styrets behandling av sak 110/2014 PET-senter 10.12.2014 ble det avtalt at det skulle legges fram en oppfølgingssak i løpet av våren 2015 om organisering av PET-senteret.

En arbeidsgruppe sammensatt av medarbeidere og ledere fra Sykehusapotek Nord og UNN, samt kvalitets- og forskningsdirektør Helse Nord RHF, har på oppdrag fra adm. direktør UNN vurdert og anbefalt driftsmodell for regionalt PET-senter. I tillegg har arbeidsgruppen beskrevet kompetansebehov, samt gitt en anbefaling på mulig løsning knyttet til endringer i utstyrspark etter gavetildeling fra Trond Mohn. Arbeidsgruppen har innhentet informasjon fra inn- og utland på ulike organisasjonsmodeller for PET-senter. Fordeler og ulemper med ulike organisasjonsmodeller er diskutert med hensyn til personellbehov, synergieffekt, lov- og forskriftskrav, forskning og utvikling, regionsfunksjon, økonomi, forutsigbar drift og god funksjonalitet for de som skal yte tjenestene.

Det har primært vært to modeller som har vært diskutert som aktuelle:

A) UNN har ansvaret for hele driften av PET-senteret, inkludert radiofarmakaproduksjonen og  
B) UNN har ansvaret for driften av PET-senteret og Sykehusapoteket Nord har ansvaret for radiofarmakaproduksjonen.

Arbeidsgruppen har også vurdert en tredje driftsmodell (modell C) hvor eksterne aktører (kommersielle aktører eller andre) har ansvar for syklotrondrift og radiofarmakaproduksjon. Denne modellen er av arbeidsgruppen vurdert som uaktuell fordi man er prisgitt markedspriser på tjenestene i et marked uten reell konkurranse. Modellen vil bety stor grad av avhengighet til eksterne aktører, mulige synergieffekter vil bli vanskeligere å få til da det vil være både interne og eksterne aktører.

Juridiske vurderinger om hva som kan inkluderes i egenregi internt i regionen, og som ikke krever anbud ved leveranse av tjenester, er utført av foretaksadvokat i Helse Nord RHF. Det har vært dialog med Statens Legemiddelverk (SLV) om lov- og forskriftskrav til produksjonsansvarlig. Konkrete forhold rundt anbefalte driftsmodell følges opp med SLV. Kompetansebehovet ved senteret og tidsrammer for å rekruttere inn eller lære opp personell med kompetanse innen syklotrondrift, radiofarmakaproduksjon, kvalitet i PET-senter drift er beskrevet i avsnitt Kompetanse. Økonomiske forhold som må være på plass for å rekruttere til stillinger tidlig i planlegging- og byggefasen er diskutert med Helse Nord RHF, og UNN har i mai 2015 fått avklart tildeling av midler til disse.

I notat datert 8.3.2015 fra Trond Mohn bekreftes det at UNN får to modaliteter i gave: en PET/CT og en PET/MR. I dag har UNN en PET/CT i kontainer, også gitt i gave fra Trond Mohn.

Arbeidsgruppens enstemmige anbefaling er:

- 1) Det inngås en intensjonsavtale mellom Sykehusapoteket Nord og UNN (modell B). Avtalen beskriver at sykehusapoteket skal ha ansvaret for driften av radiofarmakaproduksjonen og UNN har driftsansvaret for senteret. Utkast til avtale er vedlegg 1.
- 2) Stillingene som leder for PET-senteret og kvalitetslederstillingen lyses ut i juni. Sykehusapoteket og UNN samarbeider i tillegg om en midlertidig kvalitetslederfunksjon som skal følge opp byggeprosjektet og sikre at lov- og forskriftskravene, blant annet til produksjonslokaler, er ivaretatt.
- 3) De to nye modalitetene installeres i PET-senteret. Dagens PET/CT i konteiner sørger for denne typen tjenester i regionen fram til senteret er klart til bruk. Vi unngår dermed nedetid eller ekstra kostnader med å sende pasienter til PET-undersøkelser ved andre foretak eller private institusjoner.
- 4) Arbeidsgruppen anbefaler at UNN, i samarbeid med NLSH og Helse Nord, vurderer om nåværende PET/CT i konteiner kan flyttes til NLSH. Det betyr en videreføring av gaven fra Trond Mohn. En slik ordning følger opp intensjonen fra giver om at PET/CT og konteineren er en gave til den nordnorske befolkningen. Driftsøkonomien må avklares internt i regionen hvis det er aktuelt for NLSH å overta UNNs PET/CT maskin. I regional kreftplan er det foreslått at det skal være PET/CT både ved NLSH og UNN.
- 5) Bærekraftsanalysen som er forelagt styret tidligere justeres ikke.
- 6) Adm. direktør Sykehusapoteket og adm. direktør UNN har ansvar for at det er inngått avtale om drift av radiofarmakaproduksjonen og etablering av samarbeidsfora innen utgangen av august 2015.
- 7) Adm. direktør UNN sørger for en dialog med NLSH og HN om flytting av dagens PET/CT til Bodø etter at PET-senteret er klart til bruk.

**Bakgrunn**

Nord-Norge er i vekst og vil være sentrum for store investeringer, innovasjon og nytt næringsliv i løpet av de neste 20 årene. PET-senteret kan spille en viktig rolle i å binde helseteknologiutviklingen til regionen.

PET-senteret i UNN har unike muligheter til å være nyskapende, det er få andre PET virksomheter i verden som er så tett plassert på både klinikk og forskning. Det er tilgang på gode forskere og klinikere, og det kan utvikles nye produkter og kompetanse som vil komme den nordnorske befolkningen til gode. Senteret kan bli et forbilde innen translasjonsmedisin.

**Arbeidsgruppens mandat:**

- innhente informasjon om hvordan andre PET-senter nasjonalt, og eventuelt i Norden, har valgt å organisere produksjon av PET radiofarmaka
- foreslå en tydelig og funksjonell organisering av PET radiofarmakaproduksjon i senteret, så vel faglig ansvar som drift- og budsjettansvar, med klare ansvarslinjer. Evt. behov for



avtaler mellom involverte enheter må også beskrives, inkludert hvilke områder disse avtalene skal dekke

- beskrive nødvendig kompetanse for å drifte tjenesten
- sikre at forslaget til organisering tar hensyn til at PET-senteret har en regional funksjon og at det i den regionale kreftplanen planlegges med PET skanner ved NLSH. Juridiske forhold (eks. anbudsregler, økonomi, markedsføringstillatelse) knyttet til leveranse utenfor UNN HF må beskrives
- sørge for at rapporten har en form som kan legges fram som styresak

En tilleggsoppgave arbeidsgruppen fikk var å gjøre en vurdering av konsekvensene av ny tildeling av gaver (PET/CT og PET/MR) fra Trond Mohn og plassering av instrumentene.

### **Driftsmodeller andre sykehus eller PET virksomheter**

Arbeidsgruppen har innhentet informasjon fra andre PET virksomheter i Norge og Norden.

Modellene som er vurdert:

A) UNN HF har ansvaret for alle aktivitetene i PET-senteret, inkludert radiofarmakaproduksjonen, preklinisk PET er kjernefaset som i dag

B) UNN HF har ansvaret for driften av PET-senteret, preklinisk PET er kjernefaset som i dag og Sykehusapotek Nord har ansvaret driften av radiofarmakaproduksjonen. Det etableres avtaler om drift- og samarbeidsform

C) UNN har ansvaret FoU og kliniske virksomhet, eksterne aktører som f.eks NMS og GE Health driver syklotron og radiofarmakaproduksjon

Helse Bergen sitt PET-senter inngår i samme enhet som radiologi er en del av. Sykehuset har valgt en modell hvor PET-senteret har ansvar alle aktivitetene som inngår i PET-senter virksomheten og de har ikke inne samarbeidspartnere i syklotrondriften eller radiofarmakoproduksjonen. Denne måten å organisere driften brukes også i Danmark og i Sverige. Modellen tilsvare modell A).

Arbeidsgruppen er kjent med at det har vært apotek involvert i radiofarmakaproduksjon i Stockholm. Denne måten å organisere på kan sammenlignes med modell B).

OUS HF, St Olav Hospital og Aleris har PET skannere og ivaretar den kliniske virksomheten. De får levert radiofarmaka fra aktører som inkluderer både GE Health og NMS som ligger utenfor sykehusenes driftsansvar. OUS HF er deleier i NMS. Denne måten å organisere på er den samme som punkt C).

UNN får i dag radiofarmaka (FDG) fra privat aktør MAP i Helsinki.

På grunn av foretaksmodellen er det vanskelig å finne helt parallelle organisasjonsformer internasjonalt. Per i dag er det i Norge bare Helse Bergen som har både syklotron og radiofarmakaproduksjonen inkludert i sykehusets drift. St Olav Hospital er under planlegging av sin syklotron og radiofarmakaproduksjon.

PET-senteret skal ha en organisasjonsmodell som bidrar til at UiT, UNN og Sykehusapoteket i fellesskap ivaretar et meget godt faglig tilbud for pasienter. Senteret skal ha en smidig organisasjon med effektiv drift. Lokal tilhørighet er vurdert som viktig for å få til et fleksibelt og



skapende senter. Pasientbehandling og utvikling av nye, nyttige substanser for effektiv translasjonsmedisin må stå i sentrum. FoU må trekke kompetansen fra UiT og UNN inn i PET-senteret. Driften skal ivareta en regional funksjon og bidra til måloppnåelse av regional kreftplan. Det inkluderer et tett faglig samarbeid med NLSH om PET/CT aktivitet.

### **Formål**

Formålet med dette notatet er å gi en anbefaling på driftsmodell for radiofarmakaproduksjonen i PET-senter i UNN.

## **Saksutredning**

### **Legemiddelproduksjon**

Det er en rekke lov- og forskriftskrav knyttet til legemiddelproduksjonsaktivitet. Produksjon av radiofarmaka er legemiddelproduksjon. For produksjon av radiofarmaka stilles det krav til kompetanse som farmasøyt, godkjent kvalitetssystem, tilvirkertillatelse fra Statens legemiddelverk (SLV) godkjenning Strålevernet. Driften skal være i henhold til Good Manufacturing Practice (GMP).

Den som har ansvaret for GMP må også eie GMP. Det betyr at UNN ikke kan eie GMP for radiofarmaka og lage avtale med apoteket om å drifte den på vegne av UNN. Det er heller ikke mulig at UNN kan drive radiofarmakaproduksjon med bakgrunn i godkjenning som eies av apoteket. Den organisasjonen som har GMP-godkjenningen har helhetlig ansvar for driften og innholdet i radiofarmakaproduksjonen.

I Helse Nord er det Sykehusapotek Nord som innehar produksjonskompetansen og godkjenning fra SLV for tilvirkning av legemidler til foretakene i regionen. Godkjenning fra Strålevernet for bygget som helhet, inkludert radiofarmakaproduksjon, må foreligge. Forhold som berører krav om markedsføringstillatelse ved salg av egenproduserte legemidler skal drøftes med SLV.

UNN har ikke GMP godkjenning, tilvirkertillatelse eller annen godkjenning for radiofarmakaproduksjon. UNN kan ansette farmasøyter, lære opp og søke om GMP og drifte radiofarmakaproduksjon innen UNN. Erfaringene fra blant annet Helse Bergen er at dette er en tidkrevende prosess. Det er spesielt godkjenningssprosessene som tar lang tid. Helse Bergen kan ikke selge eller levere ut radiofarmaka til andre foretak innen Helse Vest eller til foretak utenfor regionen.

### **Produksjon av radiofarmaka og salg mellom søsterhelseforetak – egenregi**

Arbeidsgruppen har bedt om en vurdering fra Helse Nord RHF's foretaksadvokat med grunnlag i anskaffelsesregelverket (vedlegg 3).

Utgangspunktet for vurderingen fra advokaten er at Helse Nord RHF har ansvaret for at regionens befolkning tilbys spesialisthelsetjenester. Utøvende virksomhet er organisert i helseforetak som er 100 % eid/kontrollert av RHF. Helseforetakene er dermed RHF's verktøy for å oppfylle sitt "sørge-for ansvar" etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Styret i RHF har lagt funksjonen som regionalt PET-senter til UNN. På sikt er også Nordlandssykehuset HF (NLSH) tiltenkt en viss rolle. Produksjon av radiofarmaka skal utføres i Helse Nord's region.



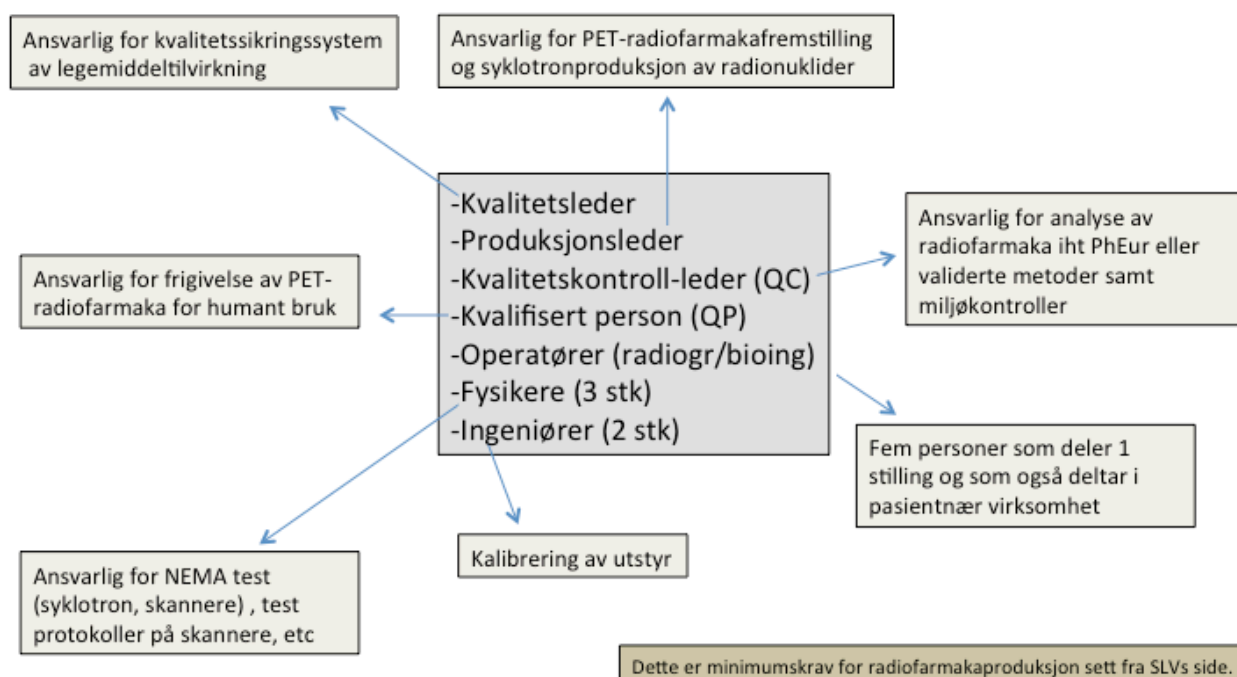


Foretaksadvokatens vurdering er at Sykehusapoteket kan produsere radiofarmaka til UNN og NLSH uten å konkurranseutsette kjøpene. Produksjonen er en del av egenregien innen Helse Nord.

### Kompetanse

Apoteket har kompetanse på kvalitetskontrollerer (QC) og kvalifisert person innen legemiddelproduksjon (QP). UNN har bioingeniører som må læres opp til sine roller innen syklotrondrift og eventuelt radiofarmaka. UNN har medisinske fysikere, men må innen slutten av 2015/tidlig 2016 rekruttere inn radiokjemiker. UNN og apoteket må sikre nødvendig kompetanse for å kunne ivareta et fullverdig PET-senter. Det er derfor viktig å få på plass leder av PET-senteret og kvalitetsleder innen 2015.

## Stillinger til produksjon av PET-radiofarmaka samt drift av utstyr



Figur 1. viser kompetanse som inngår i syklotrondrift og radiofarmakaproduksjon

Arbeidsgruppen har vært i dialog med SLV og innhentet informasjon om kompetansekrav til denne typen legemiddelproduksjon. Vi har i tillegg fått funksjons- og stillingsbeskrivelser fra andre virksomheter som har syklotrondrift og produksjon av radiofarmaka. Disse vil ligge til grunn for rekruttering og utforming av kompetanseplaner.

### Medvirkning

Saken er en informasjonssak og er ikke drøftet med tillitsvalgte eller vernetjenesten i de to berørte institusjonene. Representant fra tillitsvalgte har deltatt i arbeidsgruppen.



Arbeidsgruppen har bestått av:

Kurt Gschib (FTV NRF), Britt Mikkelsen (innkjøp ØAS, UNN), Kristian Forsberg (farmasøyt, Sykehusapoteket), Espen Mælen Hauge (Adm Dir Sykehusapoteket), Rune Sundset (Kvalitets- og forskningsdirektør Helse Nord), Torbjørn Fredenfeld (overbioingeniør nukleærmedisin UNN), Gry Andersen (Klinikkjef Diagnostisk klinikk, UNN, leder og sekretær for gruppen)

## Vurdering

### Arbeidsgruppens vurdering

Modell A og B vil kreve ca. likt antall personer ansatt i syklotrondrift og legemiddelproduksjon.

Modell A:

- kan medføre en forsinkelse i oppstart av syklotron og radiofarmakaproduksjon fordi det tar lang tid å få på plass kompetanse og godkjenninger
- krever ingen avtaler siden UNN da har helhetlig ansvar for alle aktiviteter i driften
- ivaretar UNNs krav til FOU
- imøtekommer ikke Sykehusapotekets krav til FOU
- gir ikke synergieffekt mellom Sykehusapoteket og UNNs kompetanse, drift og FoU innen PET virksomheten og legemiddeltilvirkning for øvrig lokalisert i senteret.
- kompliserer mulighetene for leveranse av radiofarmaka til NLSH
- UNN må rekruttere inn farmasøytter som må få nødvendig kompetanse

Modell B:

- krever avtale mellom Sykehusapoteket og UNN
- Sykehusapoteket har kompetanse og erfaring med GMP og lovkravene til legemiddelproduksjon
- Gir mulighet for synergi mellom farmasi, farmakologi, og andre medisinske spesialiteter
- Krever at Sykehusapoteket forplikter seg til en tydelig FoU-virksomhet
- Nyskapende modell som bidrar til at Helse Nord kan utnytte etablerte fagmiljø og kompetanse innenfor sine foretak, samt en styrkning av sine forskningsmiljø, og gir nye strategiske muligheter
- Kan sikre leveranser til et PET-tilbud ved NLSH fordi dette ligger inn under egenregi begrepet og fordi apoteket leverer legemiddeltjenester til NLSH i dag
- Sykehusapotekets eksisterende forretningsmodell utfordres og det må sørges for at UNN ikke får tilleggsgifter ved denne modellen i forhold til modell A)

Modell C:

Denne modellen er av arbeidsgruppen vurdert som uaktuell fordi man er prisgitt markedspriser på tjenestene i et marked uten reell konkurranse. Modellen vil bety stor grad av avhengighet til eksterne aktører, mulige synergieffekter vil bli vanskeligere å få til da det vil være både interne og eksterne aktører.

## Konklusjon

Arbeidsgruppens enstemmige anbefaling er modell B. Dette er begrunnet ut i fra lov- og forskriftskrav, regional funksjon, byggets muligheter for samdrift, synergieffekter for pasienttilbud, kompetanse, forskning og utvikling.

## Vedlegg 2

### **Definisjoner:**

**Tilvirkning:** Fremstilling, pakking, ompakking, etikettering, ometikettering og frigivelse av legemidler, samt de nødvendige kontroller i forbindelse med disse aktiviteter. Alle operasjoner som inngår i produksjon av kontroll fra mottak av råvarer til godkjenning av ferdigprodukt, samt dispensering av ferdigprodukt eller råvare regnes som tilvirkning.

**Tilvirker:** Innehaver av tilvirkertillatelse for legemidler

**Resepturproduksjon:** Tilvirkning av legemiddel (i apotek) for det enkelte tilfelle (i.e. til den enkelte pasient).

- Et apotek kan bare tilvirke legemidler dersom det har tilvirkertillatelse for gjeldende apotek. For tilvirkning av radiofarmaka kreves også tillatelse fra Statens strålevern. (jmf. § 4, Forskrift om tilvirkning av legemidler i apotek)

**Magistrelt legemiddel:** Legemiddel som tilvirkes i apotek etter bestilling fra rekvirent til en bestemt bruker/pasient.

**Lagerproduksjon:** Tilvirkning av legemiddel til lager og som ikke er resepturproduksjon. (Ikke relevant for radiofarmaka, men viser forskjell)

**Kvalifisering:** Fremgangsmåte for å bevise at utstyr fungerer korrekt og gir forventede resultater.

**Validering:** Bevise, i samsvar med prinsippene om GMP, at prosedyre, prosess, utstyr, materiale, aktivitet eller system gir forventede resultater.

**Kvalifisert person: QP** Person som oppfyller kravene i § 2-11 (Forskrift om tilvirkning og import av legemidler) og er godkjent av Statens legemiddelverk.

### **Relevant regelverk for legemiddelproduksjon:**

Lov om legemidler m.v. (legemiddeloven) LOV-1992-12-04-132

Lov om apotek (apotekloven) LOV-2000-06-02-39 – Spesielt kap. 7.

Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften) FOR-2009-12-18-1839

Forskrift om tilvirkning og import av legemidler FOR-2004-11-02-1441

Forskrift om tilvirkning av legemidler i apotek FOR-2001-06-26-738

Forskrift om legemidlers kvalitet, standarder m.m. FOR-1995-07-20-698

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp FOR-2008-04-03-320

### **EU GMP Volum 4 Part 1, 2 og 3, samt:**

- Annex 1, Manufacture of Sterile Medicinal Products
- Annex 3, Manufacture of Radiopharmaceuticals
- Annex 8, Sampling of starting and packaging materials
- Annex 11, Computerised systems
- Annex 15, Qualification and validation
- Annex 16, Certification by a Qualified Person and Batch Release
- Annex 19, Reference and Retention Samples

### **Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme – PIC/S guidance documents/GMP guide, bl.a.:**

- PE 010-04 Guide to good practices for the preparation of medicinal products in health care establishments

## Sak 49/2015 - vedlegg 1

- PI 006-3 Validation master plan, installation and operational qualification, non-sterile process validation, cleaning validation
- PI 007-6 Validation of aseptic processes
- PI 011-3 Good practices for computerised systems in regulated GXP environments
- PE 009-11 Annex 1 Manufacture of sterile medicinal products
- PI 012-3 Recommendations on sterility testing

## **NS/ISO-standarder**

## INTERNT NOTAT

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:

Sted/dato:

Bodø, 15.4.2015

Til: Rune Sundset, Kvalitet - og forskningsdirektør  
Fra: Ann Elisabeth Rødvei, foretaksadvokat

### Produksjon av radiofarmaka og salg mellom søsterhelseforetak – egenregi

#### Innledning

Helse Nord RHF (heretter RHF) har ansvar for at regionens befolkning tilbys spesialisthelsetjenester. Utøvende virksomhet er organisert i helseforetak som er 100 % eid/kontrollert av RHF. Helseforetakene er dermed RHF's verktøy for å oppfylle sitt "sørge-for ansvar" etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.

Styret RHF i har lagt funksjonen som regionalt PET – senter til Universitetssykehuset Nord – Norge HF (UNN). På sikt er også Nordlandssykehuset HF (NLSH) tiltenkt en viss rolle. Produksjon av radiofarmaka skal utføres i Helse Nord region.

#### Problemstillinger

1. Hvorvidt våre helseforetaks kjøp av radiofarmaka fra sitt produserende søsterhelseforetak, Sykehusapotek Nord HF (SN) omfattes av anskaffelsesregelverket.
2. Hvorvidt NLSHs kjøp av radiofarmaka fra UNN omfattes av anskaffelsesregelverket, dersom legemiddelproduksjonen skal ivaretas av UNN.

Problemstillingene er kun vurdert i forhold til anskaffelsesregelverket. Om salg av radiofarmaka mellom søsterhelseforetak i Helse Nord krever tillatelse av legemiddelverket er ikke vurdert. Prosjektet anbefales å avklare dette med legemiddelverket.

Forutsetninger for vurdering og konklusjon er dagens organisering med de begrensninger mht eierskap og markedsorientering som følger av helseforetaksloven, i tillegg til forutsetningene som følger av anskaffelsesregelverket.

#### Sammendrag, konklusjon og anbefaling

RHF kontrollerer både UNN/NLSH og SN fullt ut. SNs vedtektsfestede hovedoppgave er bl a å være leverandør av legemidler, apotekvarer, yte farmasøytiske tjenester, samt

samordne apotek-tjenestene i regionen. Avtale mellom SN og UNN/NLSH om kjøp av radiofarmaka må derfor funksjonelt sett likestilles med et tilfelle av egentlig egenregi - en forvaltningsintern transaksjon.

Basert på EF/EU – domstolens praksis og nyere rettskilder, herunder direktiv 2014/24/EU er min vurdering at UNN/NLSH kan kjøpe radiofarmaka av SN uten å konkurransenutsette kjøpet.

NLSH kan også kjøpe radiofarmaka av UNN, uten å konkurransenutsette kjøpet. Dersom denne løsningen velges anbefaler jeg at styret i RHF vedtar hvem som skal produsere radiofarmaka når styret tar endelig stilling til saken.

I begge tilfeller må avtaler mellom HFene utarbeides. Avtalene må ha andre tvisteløsningsmekanismer enn ordinære kommersielle avtaler.

Også oppdragsdokumentene bør få et innhold som gir uttrykk for den løsning som velges.

### **Utvidet egenregi - rettskildebildet**

Utgangspunktet er at en kontrakt i anskaffelsesrettslig forstand foreligger når to selvstendige rettssubjekter inngår en avtale.

EU-domstolens praksis slår imidlertid fast at det kan være slik tilknytning mellom to selvstendige rettssubjekter at anskaffelsesregelverket likevel ikke får anvendelse, såkalt utvidet egenregi. For at unntaket for utvidet egenregi skal komme til anvendelse, må to vilkår<sup>1</sup> være oppfylt.

Begrunnelsen for unntaket er at spørsmålet om anskaffelsesregelverket kommer til anvendelse ikke bør styres av hvordan oppdragsgiver organiserer sin virksomhet. Også andre konstellasjoner enn der oppdragsgiver kontrollerer leverandøren har vært akseptert. Avgjørende er om hensynene bak unntaket for utvidet egenregi gjør seg gjeldende i den aktuelle konstellasjonen<sup>2</sup>, dvs. om samarbeidet funksjonelt sett er å likestille med et tilfelle av egentlig egenregi - en forvaltningsintern transaksjon.

Også juridisk litteratur<sup>3</sup> har tatt til orde for at horisontalt samarbeid der mor kontrollerer både oppdragsgiver og oppdragstaker og partenes aktivitet i hovedsak er rettet mot hhv mor, søster eller begge to, faller inn under unntaket for utvidet egenregi.

Rettstilstanden har imidlertid vært uavklart.

---

<sup>1</sup> Kontroll – og omsetningsvilkåret. Se bl.a. EU-domstolens avgjørelse i C-107/98 *Teckal*.

<sup>2</sup> Se bl. a. C-480/06, *Stadtreinigung Hamburg*, som omhandler horisontalt samarbeid.

<sup>3</sup> Bl. a. Janicke Wiggen "Anskaffelsesdirektivet og samarbeid i offentlig sektor: Kontraktsbegrepets grenser" 2013, side 163 flg. Se også hennes henvisning i note 519, side 168.

26. februar 2014 ble nytt anskaffelsesdirektiv vedtatt, direktiv 2014/24/EU. Direktivet klargjør rettstilstanden og kodifiserer domstolens praksis<sup>4</sup>. Direktivets artikkel 12 nr. 2 åpner uttrykkelig for omvendt egenregi – dvs. at et underliggende organ foretar en anskaffelse fra et overordnet organ, og for egenregi mellom søsterrettssubjekter som er kontrollert av samme mor (her RHF).

Kontroll og omsetningsvilkårene er kodifisert i artikkel 12 nr. 1. I tillegg er det et vilkår at det ikke skal være privat eierskap/kapital i selskapet som tildeles kontrakten<sup>5</sup>.

25. mars 2014 uttalte KOFA i sak 2013/99, at UNNs kjøp hos Helse Nord IKT, dvs kjøp hos eier, omfattes av unntaket for utvidet egenregi, og at kjøpet ikke representerte brudd på anskaffelsesregelverket. I juli 2014 lukket ESA klagen mot Norge som gjaldt samme klage.

Unntaket for utvidet egenregi (vertikalt, omvendt vertikalt og horisontalt) er tilsvarende foreslått regulert i ny anskaffelsesforskrift som skal gjennomføre direktivet i norsk rett, § 2-8 (3). Forskriften er ute på høring pr i dag, med høringsfrist i juni 2015.

Selv om direktivet formelt ikke er gjennomført i norsk rett ennå, må det legges til grunn at direktivets materielle innhold med hensyn til hva som skal være tillatt som egenregi og vilkårene for dette er gjeldende rett. Rettkildemessig må direktivets presisering gis avgjørende vekt. UNN/NLSH kan derfor inngå avtaler med SN om kjøp av radiofarmaka, uten å konkurransenutsette kjøpene. Dette gjelder også avtale mellom NLSH og UNN om kjøp av samme, se dog anbefalingen i sammendrag, konklusjon og anbefalinger.

---

<sup>4</sup> Se bl. a. fortalens (31) flg.

<sup>5</sup> Gjelder et unntak fra dette vilkåret, som er ikke relevant i vår sammenheng.



**Sak:** Plan for reduksjon av ventetider  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
**Fra:** Tor Ingebrigtsen  
**Møtedato:** 3.6.2015

---

Saken ble behandlet i foretaksmøtet med Helse Nord RHF 13.5.2015.

Direktøren vil med dette orientere styret om saken, med bakgrunn i vedleggene (saksfremstilling og protokoll).

Vedlegg:  
Innkallingen til foretaksmøtet  
Protokoll fra foretaksmøtet







Foretaksmøtet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal planlegge og gjennomføre driften på en faglig god og mest mulig effektiv måte.
2. Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal snarest gjennomføre tiltak som sikrer:
  - Styrket ledelsesmessig oppmerksomhet om virksomhetsplanleggingen, der behandlingen skjer.
  - Planleggingshorisont på minimum fire måneder for alle faggrupper/medarbeidere i pasientbehandlingen.
  - Bruk av arbeidsplansystemet GAT slik at dette reflekterer de faktiske arbeidsplaner.
  - Sette mål for bruk av kapasitet og antall pasienter som skal kunne behandles innenfor en dag.
  - At kapasiteten på poliklinikk og operasjonsstuer utnyttes mer rasjonelt innenfor normal arbeidstid og alle virkedager.
  - Iverksette ekstraordinære tiltak for å få kontroll med ventetider og fristbrudd.
  - Bruk av regionale Docmap prosedyre (DS8171) aktivt i arbeidet med å unngå fristbrudd.
  - Teknisk rydding av ventelistene.
3. Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal rapportere om gjennomføringen av tiltakene innen 1. juli 2015.

Bodø, den 7. mai 2015

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg: Styresak 49-2015 Plan for reduksjon av ventetider

Vedlegget er lagt ut på Helse Nord RHF's nettsted – se her:  
[Styremøte i Helse Nord RHF, den 29. april 2015](#)

## Protokoll

Vår ref.:  
2014/713-7/012

Referent/dir.tlf.:  
Karin Paulke, 75 51 29 36

Sted/Dato:  
Bodø, 13.5.2015

<b>Møtetype:</b>	Foretaksmøte
<b>Møtedato:</b>	13. mai 2015 - kl. 13.00
<b>Møtested:</b>	Telefonmøte i Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

### Tilstede - fra Helse Nord RHF:

Navn:	
Bjørn Kaldhol	styreleder
Finn Henry Hansen	direktør <i>Finn Henry Hansen møtte med fullmakt fra Lars Vorland, adm. direktør i Helse Nord RHF (vedlagt denne protokollen).</i>
Karin Paulke	stabsdirektør
Kristian I. Fanghol	kommunikasjonsdirektør

### Tilstede - fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

Navn:	
Jorhill Andreassen	styreleder
Tor Ingebrigtsen	adm. direktør

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med helseforetaksloven § 45.

Postadresse:  
Helse Nord RHF  
8038 BODØ

Besøksadresse:  
Sjøgata 10  
8006 BODØ

Tlf.: 75 51 29 00  
Faks: 75 51 29 01

www.helse-nord.no  
postmottak@helse-nord.no  
Org.nr.: 883 658 752

*BR*

**Sak 14-2015 Godkjenning av innkalling**

Styreleder i Helse Nord RHF, Bjørn Kaldhol, med fullmakt til å utøve eiermyndighet på vegne av Helse Nord RHF ønsket velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

I tråd med etablert praksis ledes felles foretaksmøter av eiers styreleder. Foretaksmøtet ble ledet av styreleder Bjørn Kaldhol.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

**Sak 15-2015 Godkjenning av sakliste**

Møtelederen spurte om noen hadde merknader til den utsendte sakslisten. Det var ingen merknader til sakslisten.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Sakslisten godkjennes.

**Sak 16-2015 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder**

Jorhill Andreassen ble foreslått til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Jorhill Andreassen ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

BK

**Sak 17-2015**

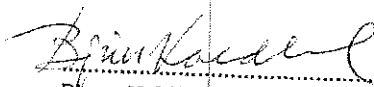
**Plan for reduksjon av ventetider i  
Universitetssykehuset Nord-Norge HF**


Det vises til saksfremlegget. Styreleder Bjørn Kaldhol redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

1. Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal planlegge og gjennomføre driften på en faglig god og mest mulig effektiv måte.
2. Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal snarest gjennomføre tiltak som sikrer:
  - Styrket ledelsesmessig oppmerksomhet om virksomhetsplanleggingen, der behandlingen skjer.
  - Planleggingshorisont på minimum fire måneder for alle faggrupper/medarbeidere i pasientbehandlingen.
  - Bruk av arbeidsplansystemet GAT slik at dette reflekterer de faktiske arbeidsplaner.
  - Sette mål for bruk av kapasitet og antall pasienter som skal kunne behandles innenfor en dag.
  - At kapasiteten på poliklinikk og operasjonsstuer utnyttes mer rasjonelt innenfor normal arbeidstid og alle virkedager.
  - Iverksette ekstraordinære tiltak for å få kontroll med ventetider og fristbrudd.
  - Bruk av regionale Docmap prosedyre (DS8171) aktivt i arbeidet med å unngå fristbrudd.
  - Teknisk rydding av ventelistene.
3. Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal rapportere om gjennomføringen av tiltakene innen 1. juli 2015.

Bodø, den 13. mai 2015

  
Bjørn Kaldhol, styreleder  
Helse Nord RHF

  
Jorhill Andreassen, styreleder  
Universitetssykehuset Nord-Norge HF



Foretaksmøte i  
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Deres ref.:

Vår ref.:  
2014/713 /012

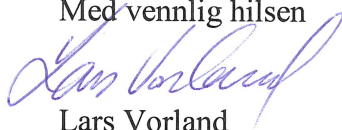
Saksbehandler/dir.tlf.:  
Karin Paulke, 75 51 29 36

Sted/dato:  
Bodø, 12.5.2015

**Foretaksmøte, den 13. mai 2015 - Universitetssykehuset Nord-Norge HF, fullmakt  
fra adm. direktør Lars Vorland**

Jeg gir med dette *direktør Finn Henry Hansen* fullmakt til å være min stedfortreder i foretaksmøte med Universitetssykehuset Nord-Norge HF, den 13. mai 2015.

Med vennlig hilsen



Lars Vorland  
adm. direktør



**Sak: Informasjon om kirurgisk- og anesthesiologisk operasjonskapasitet i byggeperioden for A-fløya**

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
 Fra: Birgith Nerskogen, konst. klinikkjef ved OpIn-klinikken/  
 Avdelingsleder AnOp-avdelingen Snorre Manskow Sollid  
 Møtedato: 3.6.2015

---

## Bakgrunn

Fra primo juni 2015 reduseres det totale antallet operasjonsstuer med 2 ved UNN Tromsø. Dette skjer som en følge av at en-faseplanen for A-fløya iverksettes fra dette tidspunktet. Forberedelsene for den kirurgiske virksomheten til dette er redegjort for og behandlet tidligere i Direktørens ledergruppe 23. september 2014 (172.14-1), 25. november 2014 (220.14-4) og 13. januar 2015 (12.15-1) og som skriftlig orientering for styret i UNN HF 10. desember 2014 (ST 115/2014-1).

Avdelingsleder ved Anestesi- og operasjonsavdelingen ønsker å redegjøre for status i forberedelsene til byggeperioden for A-fløya.

Den totale operasjonskapasiteten ved UNN HF består av operasjonsstueene, det personellet som bemanner disse og den utstyrsparken som er tilgjengelig ved sykehusene i Harstad, Narvik og Tromsø. Til sist påvirkes kapasiteten av hvor effektivt disse ressursene utnyttes. Når UNN Tromsø fra juni 2015 går inn i byggeperioden for A-fløya, stenges 7 operasjonsstuer ved UNN Tromsø (A<sub>2</sub>, plan 7). Som erstatning for dette er det etablert 5 midlertidige operasjonsstuer i et eget bygg (C00-bygget). Dette medfører at Anestesi- og operasjonsavdelingens virksomhet i Tromsø deles i to geografisk adskilte arealer, og at det blir 2 færre operasjonsstuer. Denne situasjonen vil vedvare under hele byggeperioden for A-fløya (til 2018). Reduksjonen i antall operasjonsstuer skal ikke medføre reduksjon i kirurgisk produksjon, og skal løses innenfor de økonomiske rammebetingelsene som foreligger.

## Tiltak

For å løse utfordringen med å opprettholde kirurgisk aktivitet og å nå målet med å dekke det kirurgiske behovet i UNN er flere tiltak iverksatt. Grovt deles disse tiltakene inn i; overordnet fordeling av operasjonskapasitet, forbedre infrastruktur ved alle tre sykehus i UNN og organisasjonsutvikling som støtter opp om ny arealsituasjon og økt effektivitet.

### Fordeling av operasjonsstuekapasitet:

1. I samarbeid med de kirurgiske klinikkene og deres fagmiljøer i Harstad, Narvik og Tromsø er de totale operasjonsressursene i UNN fordelt med fokus på å:
  - a. sikre regionsfunksjonene ved UNN Tromsø
  - b. overføre pasientgrupper mellom de tre lokasjonene som best mulig utnytter den totale kapasiteten. Ledermøtesak 12.15-1 redegjør for omfordeling av enkelte pasientforløp mellom sykehusene i UNN (vedlegg 1).
2. Detaljplanlegging av operasjonskapasitetene er gjennomført i samarbeid med de kirurgiske klinikkene, barneavdelingen og andre samarbeidspartnere for å tilpasse drift





med eksisterende utrednings- og behandlingsforløp. Forslaget ble behandlet i overordnet planleggings- og koordineringsgruppe 25.3.2015 (vedlegg 2). Konsekvenser for enkelte pasientforløp er beskrevet i vedlegget. Detaljplanene er ytterligere bearbeidet i samarbeid mellom AnOp og de samarbeidende avdelingene.

#### Forbedret infrastruktur:

1. Legge til rette for effektiv drift ved Anestesi- og operasjonsavdelingene ved UNN Harstad, Narvik og Tromsø:
  - a. Operasjonsstuearealene i Harstad og Narvik er opprustet til en standard som tilfredsstillende kravene til høy kvalitet og moderne operasjonsstuedrift. Samtlige operasjonsstuer ved UNN Narvik ble ferdig renoverert innen sommeren 2014. Dagkirurgiske operasjonsstuer ved UNN Harstad ble ferdig renoverert sommeren 2014.
  - b. Funksjonelle støttearealer for operasjonsstuene (pre- og postoperative arealer for dagkirurgiske forløp) er etablert slik at effektiv drift er mulig. Ved UNN Narvik har den perioperative enheten (pre- og postoperative funksjoner) overtatt arealene til Intensiv, og med dette kommet tett på operasjonsstuene. Ved UNN Harstad er dagkirurgisk enhet renoverert tett opp mot de dagkirurgiske operasjonsstuene.
  - c. Anskaffe tilstrekkelig medisinskteknisk utstyr og annet operasjonsutstyr som legger til rette for økt antall operasjoner per operasjonsstue innenfor "åpningstiden". Utstyrslistene for Harstad og Narvik er revidert inntil for kort tid tilbake, og er nå satt i bestilling innenfor de rammene som ble presentert for Direktørens ledergruppe 23. september 2014. Utstyret vil først være på plass noen uker seinere enn oppstart av drift ved C00-bygget i Tromsø. Anskaffelsene er avgjørende for å få til en økt produktivitet.
  - d. Etablert funksjonelle midlertidige arealer for dagkirurgisk virksomhet ved UNN Tromsø (C00-bygget), som støtter opp under effektiv dagkirurgisk drift og samling av alle kirurgiske dagforløp. Forløpene til pasienter som inntil nå har hatt sine forløp via Kirurgisk dagbehandling B<sub>6</sub> vil etter start av drift i C00-bygget også foregå der.
  - e. Deling av arealene for kirurgisk virksomhet ved UNN Tromsø medfører et økt utstyrsbehov. Sambruk av utstyr innenfor dagens areal bli da ikke lengre mulig, og flere prosedyrer vil bli gjennomført samtidig i begge arealene. For å oppnå effektiv drift og unødig ressursbruk på logistikk av utstyr, er det derfor iverksatt innkjøp av så vel medisinsk teknisk utstyr som ordinære operasjonsinstrumenter. Hoveddelen av dette utstyret vil være på plass innen 1. juni 2015. Noe utstyr (eks. operasjonsmikroskop) er forsinket i leveranse med ca 2 uker. Slike forhold er lagt til grunn i operasjonsplanleggingen for den første driftsperioden etter 1. juni. Mye av dette utstyret er planlagt over i ny A-fløy etter 2018.

#### Organisasjonsutvikling:

1. AnOp-seksjonene ved UNN Harstad og Narvik ble etablert som avdelinger før årsskiftet 2014/15.
2. Organisatorisk endring av AnOp-avdelingen ved UNN Narvik er nå tilpasset den dagkirurgiske driften og de nye arealene.
3. Organisatorisk endring av AnOp-avdelingen ved UNN Tromsø er nå tilpasset drift i nye arealer. Hovedtrekkene er:



- a. Egen seksjon for dagkirurgi. Seksjonen er lokalisert i C00-bygget, og skal fungere som en lukket enhet for dagkirurgi og andre prosedyrer i dagforløp som krever anestesistøtte (eks. skopi, invasive prosedyrer på barn). Det er ansatt en ny funksjon som seksjonsoverlege dagkirurgi. Modernisering av driften er planlagt for å øke produktiviteten. Seksjonen vil kun ha drift på dagtid, og skal skjermes for øyeblikkelig hjelp. Lederteamet ved seksjon dagkirurgi har gjennomført besøk ved Dagkirurgisk senter, Ahus og ved Aleris sykehus, Oslo for å videreutvikle organisering og drift av den dagkirurgiske virksomheten. Det er planlagt en team-basert driftsmodell både ved seksjon dagkirurgi og seksjon innslusa. Av andre tiltak som iverksettes, er etablering av dagkirurgisk kapasitet til ”grønn” Øhj for ortopedi/plastikk og håndkirurgi.
- b. Egen seksjon for kirurgi for pasienter i heldøgnsforløp (seksjon innslusa) som inkluderer øvrig øyeblikkelig hjelp og anestesistøtte til prosedyrer ved ”utestasjoner” (Øye, MR, tannbehandling, ECT). Seksjonen vil ha ansvaret for 12 operasjonsstuer i B<sub>3</sub>, plan 7 (Innslusa).
- c. Begge seksjonene har etablert nye lederteam. Teamet knyttet til seksjon dagkirurgi har gjennomført oppdatering av faglige prosedyrer for å modernisere og standardisere de dagkirurgiske forløpene. Det innføres daglig målstyring av kirurgisk aktivitet i seksjonen.

### **Plan for flytting av drift til midlertidige arealer**

Midlertidig bygg for operasjonsstuer (C00) er under ferdigstilling. Tilbakemeldinger omkring klargjøring av bygget tilsier at Anestesi- og operasjonsavdelingen kan flytte inn i de nye lokalene 29-31.2015. Siste driftsdag i eksisterende arealer vil derfor være 28.5.2015, og oppstart av drift i nye arealer vil bli 1. juni. Dette medfører ”nedetid” på kun 1 dag ifm flyttingen. I første driftsuke er driften planlagt med litt færre pasienter. Dette er vurdert som nødvendig basert på erfaringsutveksling med Nordlandssykehuset Bodø etter deres flytting inn i nye operasjonsstuer høsten 2014. Fra tidligere er det planlagt redusert elektiv drift mot slutten av første driftsuke (4. og 5. juni) som en følge av endringer i EPJ (HOS).

### **Risikovurdering**

I saksfremlegget for Direktørens ledergruppe 23.9.2014 beskrives risikoer knyttet til den planlagte driften i byggeperioden for A-fløya. Sentralt for at målsettingen skal oppnås er at produktiviteten ved operasjonsstuen i Harstad og Narvik, samt de gjenværende operasjonsstuen i Tromsø økes. Tiltak i form av forbedret infrastruktur, effektivisering av driften og organisasjonsendringer vurderes å redusere risikoen til et akseptabelt nivå. I tillegg er samspillet mellom Anestesi- og operasjonsavdelingene og de kirurgiske avdelingene avgjørende for å planlegge drift og operasjonsprogrammer med optimal utnyttelse av ressursene. Dette er en kontinuerlig prosess. Flere prosesser pågår for å styrke dette samarbeidet. Spesielt nevnes forbedring av aktivitetsplanlegging. Prosesser som pågår er både rettet inn mot planlegging på kort sikt (AKTIV-prosjektet) og med et perspektiv på mer enn 4 mnd. OpIn-klinikken deltar også aktivt i utviklingsprosjektet knyttet til DIPS Arena vedrørende ny modul for operasjonsplanlegging.

### **Vurdering**

Sentralt i vurderingen er om beskrevne tiltak er tilstrekkelig for å oppnå målsettingen om uendret eller øket kirurgisk produksjon i byggeperioden for A-fløya. Det er fra flere hold



tidligere reist spørsmål om å øke bemanningen ved sykehusene i Harstad og Narvik for å kunne planlegge drift på samtlige tilgjengelige operasjonsstuer. Avdelingsleder vurderer at et slikt tiltak i liten grad vil øke produktiviteten, og har en stor kostnad. Muligheten til å rekruttere spesialsykepleiere (spesielt operasjonssykepleiere) er en av utfordringene. En må da i tilfelle påregne bruk av vikarer, noe som har en høy kostnad. Moderne operasjonsstuedrift kan lettere oppnås med noe overskudd på areal i forhold til personell. En slik situasjon er hensiktsmessig for å innføre "fast track" systemer med vekselbruk av operasjonsstuer. Dette planlegges for alle tre sykehusene. For å oppnå dette vil en styrking av utstyrsparken gi en større produktivitetsgevinst enn å øke antallet ansatte. Reduksjon av antall operasjonsstuer ved UNN Tromsø medfører ikke et redusert personellbehov her. Denne eventuelle bufferen på personellsiden er utnyttet til økte åpningstider og en mindre sårbarhet ved fravær/sykdom for strykninger.

Avdelingsleder anbefaler derfor at man i første omgang monitorer driften månedlig og vurderer fortløpende om ytterligere tiltak er nødvendig. OpIn-klinikken har i samarbeid med Økonomi- og analysesenteret utviklet gode verktøy for en slik monitorering. Analysene så langt har vist en positiv utvikling på antall gjennomførte prosedyrer for alle sykehusene i UNN (vedlegg 3).

Avdelingsleder ønsker også å vektlegge betydning av systematisk operasjonsplanlegging. Dette krever et tett samarbeid mellom Anestesi- og operasjonsavdelingene og de kirurgiske avdelingene. Det foreligger fortsatt et uutnyttet potensiale i å standardiserte operasjonsprogrammene og gjøre en bedre forberedelse av pasientene som meldes til operasjon.

## Konklusjon

Anestesi- og operasjonsavdelingene i Harstad, Narvik og Tromsø har i samarbeid med de kirurgiske avdelingene gjort en rekke forberedende tiltak for å møte utfordringene med redusert antall operasjonsstuer i UNN HF. Tiltakene vurderes som tilstrekkelig for å oppnå målet med uendret eller øket kirurgisk produksjon i UNN HF. Ytterligere risikoreduserende tiltak anbefales ikke i første omgang, men at aktiviteten følges fortløpende

### Vedlegg

- 1 - Ledermøtesak 12.15-1 (13.1.2015)
- 2 - Saksnotat til OPK 25.3.2015
- 3 - Nøkkeltall – Operasjon Tromsø 2010- 2015

**Sak:** Operasjonskapasiteten ved UNN HF i byggeperioden for A- fløya

**Til:** Direktørens ledergruppe

**Fra:** Eva-Hanne Hansen

**Møtedato:** 6.1.2015

---

### **Sammendrag**

Denne saken var først opp som beslutningssak i ledergruppen jf sak 172.14-1. Deretter var saken til behandling som skriftlig orienteringssak i styret 10.12.2014, og settes her opp til behandling i direktørens ledermøte til videre oppfølging.

I byggeperioden for A- fløya reduseres det totale antallet operasjonsstuer ved UNN HF med 7 operasjonsstuer. Fire og en halv av disse erstattes med midlertidige operasjonsstuer i CM- bygget ved UNN Tromsø, mens produksjonen på de resterende stuenes løses organisatorisk.

På bakgrunn av anbefaling utarbeidet av Operasjons- og Intensivklinikken(OpIn) har direktøren besluttet fordelingen av operasjonskapasiteten mellom UNN Narvik, UNN Harstad og UNN Tromsø i byggeperioden for A- fløya. Beslutningen bygger på de kirurgiske klinikkene; K3K, NO og HLK sine plantall og meldte behov, funksjonsfordelingsplan og beslutningen i UNN ledermøte sak 172.14-1 om en klarere prioritering av regionfunksjonen ved UNN Tromsø(vedlegg 1). Forslag til fordeling av operasjonskapasiteten har vært presentert for, diskutert med og justert etter møter med de kirurgiske klinikkene og samtlige lokalisasjoner. Saken har vært behandlet på 2 ledermøter i UNN HF og i OPK(Overordnet planlegging og koordinering)møte.

Planen for operasjonsstuekapasiteten i byggeperioden for A- fløya viser en tilnærmet uendret operasjonskapasitet beregnet i operasjonsstuetid i operasjonsstuetid(timer per år) og innebærer en effektivisering og optimalisering av driften ved alle lokalisasjonene. Planen medfører ingen økning i personell. Den estimerte kirurgiske produksjonen er i henhold til planen tilnærmet uendret sammenlignet med årsproduksjonen for 2013.

Det er laget en plan for risikoreduserende tiltak i Operasjons- og Intensivklinikken som investering i utstyr, styrking av planlegging og koordinering operasjonsplanlegging samt organisasjonsendring. Det forutsettes at de kirurgiske klinikkene gjør egne risikovurdering av sine pasientforløp og iverksetter risikoreduserende tiltak.

### Anbefaling

Direktørens ledergruppe drøfter konklusjonene i saken med sikte på ledelsesmessig oppfølging.

### **Bakgrunn**

Denne saken var først opp som beslutningssak i ledergruppen jf utskrift fra referatet, sak 172.14-1:

*Klinikkssjefen ved Operasjons- og intensivavdelingen Eva-Hanne Hansen innledet til saken.*

*I byggeperioden for A-fløya reduseres det totale antallet operasjonsstuer ved UNN med 7 stuer. Fire av disse skal erstattes med midlertidige operasjonsstuer (CM-bygget). Det er besluttet at produksjonen på de resterende tre stuene skal løses organisatorisk.*

*Anestesi- og operasjonsavdelingen presenterer i saken et forslag for fordeling av operasjonskapasitet i UNN. Forslaget viser en tilnærmet uendret operasjonskapasitet beregnet i operasjonsstuetid (timer per år) og innebærer en effektivisering og optimalisering av driften. Estimert kirurgisk produksjon i henhold til planen er tilnærmet uendret sammenliknet med årsproduksjonen i 2013.*

*Risikoreduserende tiltak i form av investering i utstyr i Harstad og Narvik, økning i antall operasjonsstuer i CM-bygget fra 4 til 5 stuer, styrking av planlegging og koordinering av operasjonsplanlegging og organisasjonsendring i Anestesi- og operasjonsavdelingen foreslås.*

*Alternative og/eller supplerende tiltak er å øke antallet operasjonsteam ved sykehusene i Harstad og/eller Narvik. Kostnader knyttet til å øke antallet operasjonsstuer i CM-bygget er ikke klarlagt.*

*Ledergruppen diskuterte behovet for at de kirurgiske klinikkene utarbeider plan for funksjonsfordeling av kirurgisk aktivitet mellom sykehusene i UNN (for byggeperioden for A-fløya). Deretter tok ledergruppen for seg om den foreslåtte operasjonskapasiteten i UNN i byggeperioden for A-fløya er i tråd med de behovene i de kirurgiske klinikkene. Til slutt tok ledergruppen opp spørsmålet knyttet til hvem som bør ha fullmakt til å gjøre organisatoriske grep hvis situasjonen krever det.*

### Beslutning

- 1. Direktørens ledergruppe ber om at de tre kirurgiske klinikkene fullfører funksjonsfordelingsplanen innen 1.11.2014 i henhold til føringene i saksnotatet, og i samråd med berørte klinikker.*
- 2. Ettersom det er vanskelig å vurdere om kapasiteten er god nok, innleder direktøren en dialog med Helse Nord RHF vedrørende behovet for en femte operasjonsstue*
- 3. Det gjøres en sluttvurdering av om operasjonskapasiteten er tilstrekkelig etter at planlegging av funksjonsfordelingen er gjennomført.*
- 4. Etter en tilrådning fra klinikkssjef for OpIn-klinikken, gjør direktøren en klarere prioritering av regionfunksjonene, og det legges frem en egen sak om dette til ledergruppen.*
- 5. Investeringene gjennomføres i henhold til det behovet som er beskrevet samt anskaffelsesprosedyren i UNN.*

### **Utredning**

I UNN ledermøte 23.9.2014 sak 172.14-1 presenterte OpIn- klinikken forslag til fordeling av operasjonskapasiteten i UNN HF i byggeperioden for A-fløya.



Direktøren besluttet i dette møtet at de kirurgiske klinikkene innen 1.11.2014 skulle gi konkret tilbakemelding på forslaget og fullføre funksjonsfordelingsplanen.

OpIn klinikken har på bakgrunn av tilbakemeldingene som er gitt fra de kirurgiske klinikkene og gjennomgang med enkelte klinikk (HLK, NO og K3K) utarbeidet en anbefaling til direktøren om endelig plan for operasjonskapasiteten i byggeperioden for A- fløya. Planen for operasjonskapasiteten tar utgangspunkt i 40 fulldriftsuker per år for elektive kirurgiske prosedyrer.

#### **NO-klinikken:**

NO-klinikken har ikke levert en samlet vurdering for hele klinikken.

Avdelingslederne har hver for seg gjort vurderinger, og sammen med avdelingsleder Anestesi- og operasjonsavdelingen vurdert behovet for operasjons- og stuekapasitet for de enkelte fagområdene.

#### *Avdeling for Ortopedi- og plastikkirurgi*

Ortopedisk- og plastikkirurgiske avdeling har gitt tilbakemelding på funksjonsfordeling. Plantallene er ikke tydelig beskrevet for ortopedi og plastikkirurgi. Avdelingsleder ortopedi og plastikkirurgi, fagansvarlig for plastikk og fagansvarlig for håndkirurgi har i samarbeid med Avdelingsleder Anestesi- og operasjonsavdelingen gjennomgått funksjonsfordelingen og operasjonsstuebehovet.

#### Ortopedi:

- Ortopedi har regionsfunksjon for avansert traumatologi, tumor, revmakirurgi, barneortopedi, revisjonsproteser, skulderproteser, avansert artroskopi, aksekorreksjoner og avansert bruskkirurgi.

*Følgende funksjonsfordeling og stuekapasitet er vurdert for ortopedi:*

(HD = Heldøgnspatienter/Innsluset, DK = Dagkirurgi/CM-bygget)

Fagområde	Tromsø	Harstad	Narvik	Andr	Totalt
<b>Traumatologi i elektiv kapasitet</b>	140 hverav 30 heldags (85 stuedager HD)	Som hovedregel skal Harstad ta Narviks ø-hjelpsoperasjoner i tillegg til sine egne. Dette utgjør ca 100 operasjoner i året. Seksjonsoverlegene melder om kapasitetsproblemer i dag.	Konservativ behandling av ø-hjelp. Mulig ta noe ø-hjelp hvis Harstad ikke klarer å ta alt fra Narvik.	e	140 (Tromsø)
<b>Tumor/Sarcom</b>	100 (40 stuedager DK/HD)	-	-	-	100 (60 DK, 40 HD)
<b>Barn/Revma</b>	30 ( 15	-	-	-	30 (HD)

	stuedager HD/DK)				
<b>Hofteproteser</b>	285 (35 revisjoner (18 stuedager), hemi/primær e ved fractur 40 (20 stuedager), 210 proteser primær (70 stuedager HD, forutsetter 3 per dag og at sengeposten kan absorbere pasientantall)	100 (60 primære, 40 hemi/primære ved fractur). Kan mulig økes slik som tidligere utredet av seksjonsoverleg e Brockmann.	-	-	385 inkludert revisjoner. Gir 350 primære hofteproteser i tråd med SKDE vurdert behov i UNN
<b>Kneproteser</b>	150 (inkl 30 revisjoner og 20 halvproteser) – 75 stuedager	90 primære. Kan mulig økes som tidligere utredet av seksjonsoverleg e Brockmann	-	-	190 primære, 30 revisjoner, 20 halvproteser
<b>Skulderproteser</b>	25 (13 stuedager HD)	-	-	-	25
<b>Artroskopi DK (kne, skulder, albue, ankel)</b>	200 (hvorav 100 diagnostiske, 40 avanserte skulder, 20 albuer, 40 korsbånd gir 75 stuedager- DK)	150 (80 ankel, 70 kne)	600 (200 skuldre, 390 kne, 10 korsbånd DK	RT, Aleris – antall ikke angitt	Totalt 950 Ankel 80, albue 20, skulder 240, kne 560, korsbånd 50
<b>Aksekorreksjon (femur/Tibia)</b>	15 (7,5 stuedager- HD)	-	-	-	15
<b>Avansert bruskkirurgi</b>	15 (7,5 stuedager- HD)	-	-	-	15
<b>Artrodeser (ankel)</b>	15 (7,5 stuedager- HD)	15	-	-	30
<b>Fj. osteosyntese</b>	30 avanserte (15	30	210 (enkle,	-	270

	stuedager, DK/HD)		overflyttes fra Ha og Tø- DK)		
<b>Fotkirurgi</b>	PPK – 160 pas per år (setter selv ankelblokkad e. flyttes fra DK). 4 per dag x stue x 40 uker.	144 DK, 50 HD avanserte	50 DK	Aleris – Basal .	Antall ikke angitt
		1100 (estimat fra tidligere år)	860	Antal I ikke angitt	

Behov for ortopedisk kapasitet vurderes å kunne dekkes på 8 operasjonsstuer for HD, og 3 operasjonsstuer for dagkirurgi per uke i Tromsø. En tydelig funksjonsfordeling av artroskopier og enklere fjerninger av osteosyntesemateriell til Narvik vil gi rom for regionsfunksjonene i Tromsø. Utnyttelse av Plastikk kirurgisk poliklinikk (PPK) for inngrep som i dag gjøres på Dagkirurgisk avdeling vil frigjøre plass for å flytte pasienter fra Innslusa til dagkirurgi i Tromsø.

#### Anbefaling:

Ortopedi gis 8 operasjons-stuekapasiteter per uke ved Innslusa og 3 stuekapasiteter per uke for dagkirurgi i Tromsø. Det foreslås ingen endringer av operasjons-stuekapasiteter for Harstad og Narvik.

#### Risiko:

1. For lav kapasitet til regionsfunksjoner ortopedi ved reduksjon av 1 operasjons-stuekapasitet per uke i Tromsø.
2. Kapasiteten til å overta Øhj fra Narvik blir for lav i Harstad (sengepost og operasjonsstuekapasitet).
3. For liten overføring pasienter fra Innslusa til dagkirurgi og fra dagkirurgi til PPK i Tromsø. Dette gjelder spesielt for ortopediske pasienter og i kategorien ”grønn Øhj”.

#### Plastikk- og håndkirurgi:

- Regionsfunksjoner for plastikkirurgi er blant annet avanserte brystrekonstruksjoner etter brystkreftoperasjon og annen avansert reskonstruksjonskirurgi knyttet til andre fagområder ved UNN Tromsø.
- Håndkirurgi er en tilnærmet ren regionsfunksjon. Almen håndkirurgi kan flyttes ut i noe grad, men noe må opprettholdes i Tromsø pga lite fagmiljø som utdanningsinstitusjon. Denne virksomheten ivaretas ved PPK. Behovet er økende, og det er økende ventelister. Det er gjennomført overføring av pasienter til andre helseregioner inneværende år.

*Følgende funksjonsfordeling og stuekapasiteter vurdert for plastikkirurgi og håndkirurgi:*

Fagområde	Tromsø	Harstad	Narvik	Andre	Totalt
DIEP	35 (1 per	-	-	-	35



	uke HD) – 35 stuedager				
<b>BRCA</b>	20 (1/2 dag per pasient HD) – 10 stuedager	-	-	-	20
<b>Annen brystrekonstr (DK)</b>	50 (4-5 per dag DK) – 10 stuedager	-	-	-	50
<b>Decubitus</b>	20 per år HD (sengepostk apasitet) – 10 stuedager	-	-	-	
<b>Osteomyelitter</b>	10-15 per år – 5 stuedager	-	-	-	
<b>Rekonstruksjoner etter overvektskirurgi HD</b>	50 per år (1/2 dag per pasient) – 25 stuedager	-	-	100 i Bodø	
<b>Brystreduksjoner (DK)</b>	15 – 5 stuedager				
<b>Bukplastikker DK</b>	10 – 5 stuedager				
<b>Malignt melanom m/centine! node (DK)</b>	40 – 10 stuedager				
<b>Malignt melanom m/glandeltoalett (HD)</b>	10 – 5 stuedager				
<b>Håndkirurgi Innslusa</b>	80 per år – 40 stuedager				
<b>Håndkirurgi Dagkirurgi</b>	240 per år – 80 stuedager				

Behov for håndkirurgisk kapasitet vurderes til 2 stuer Innsluset og 1 DK stue per uke, alternativt 1 innsluset og 2 DK. Anestesistøtte til 2 plexus 2 dager per uke (som i dag)  
Behov for plastikk-kirurgi er 2 stuedager Innsluset og 1 DK stuedager per uke

Anbefaling:

Behov for håndkirurgisk kapasitet er 1 operasjonsstue Innsluset og 2 DK operasjonsstue per uke.

Behov for plastikk-kirurgi er 2 operasjonsstuer Innsluset og 1 operasjonsstue dagkirurgi per uke. Økt operasjonsstue innsluset til plastikkirurgi løses ved at ortopedi avgir en stuekapasitet per uke. Økt stuekapasitet for dagkirurgi for håndkirurgi, løses ved å ta i bruk den 5. stuen en dag per uke.

**Risiko:**

1. Økende ventelister for håndkirurgi.
2. Økende behov for plastikkirurgisk korreksjon etter fedmekirurgi. Estimert fremtidig behov ca. 100 per år. produksjon 2013 og 2014 har vært 50 per år. Venteliste per nå er under kontroll.
3. Produksjon på PPK er sårbar ift bemanning av operasjonssykepleier.

*Avdeling for Øye, Nevrokirurgi, i ØNH/oralkirurg*

Øye, Nevrokirurgisk- og ØNH-avdelingen har for hver av sine fagområder gitt separate tilbakemeldinger og gjennomgått disse med avdelingsleder Anestesi- og operasjonsavdelingen (AnOp). Øye beskrives ikke, da de har egen operasjonsstuekapasitet og rammes ikke av bygging av A-fløya. AnOp-avdelingen gir anestesistøtte til denne virksomheten på fastsatte tidspunkt ilt uken. det planlegges ingen endring av dette etter 15. april 2015.

Nevrokirurgi:

- Nevrokirurgi har regionsfunksjon for all kraniekirurgi (kraniotomier, -plastikker, shuntkirurgi med mer).
- Nevrokirurgi har regionsfunksjon for all avansert spinalkirurgi
- Tilbudet for lettere lumbal spinalkirurgi bygges nå opp ved Nordlandssykehuset for å ivareta pasientgrunnet for disse prosedyrene der. For 2015 antas det at Nordlandssykehuset kan ivareta deler av dette pasientgrunnet.
- Nevrokirurgi etablerer nå samarbeid i med Teres i Tromsø for leie av operasjonsstuer, og planlegger 40 lette lumbale inngrep der per år (2015)

*Følgende funksjonsfordeling og stuekapasiteter vurdert for nevrokirurgi:*

Fagområde	Tromsø	Harstad	Narvik	Andre	Totalt
Intrakranial kirurgi	230 (130 stuedager – 2,5-3 stuedager per uke	-	-	-	
Tung spinalkirurgi	60 lumbale (2 per dag ved kapasitet til kl 1700 – mandager) – 30 stuedager per år. 70 nakker – 25	-	-	-	

	stuedager per år				
<b>Lett spinalkirurgi</b>	120 (3 per dag)	-	-	60 mikro- rygger Teres, 40 mikroryg- ger Bodø 2015	220 +100 Øhj per år Tø
<b>Annen kirurgi</b>	20 Funksjonell e (baklofen, vagus), 120 annen NK				
<b>Totalt</b>	650			100	

Behov for Innsluset kapasitet er 5 operasjonsstuer per uke og 1 dagkirurgisk operasjonsstue per uke for Nevrokirurgi.

Anbefaling:

Ingen endring av tildelt kapasitet jfr tidligere forslag.

Risiko:

1. Gjennomføring av etablering av lett lumbal ryggkirurgi i Bodø
2. For lav kapasitet for spinalkirurgi

ØNH:

Følgende funksjonsfordeling og stuekapasiteter vurdert for ØNH/oralkirurgi:

- ØNH har allerede flyttet ut flere lette prosedyrer som behandles ved private sykehus med RHF-avtale.
- Til UNN Harstad er det allerede flyttet over pasienter med behov for ørekirurgi med lange seansetider.
- Ved UNN Narvik er det en avtalespesialist ØNH (RHF-avtale) uten linjelederansvar fra UNN. Det foreligger ikke ventelistesamarbeid med ØNH UNN Tromsø.
- Flere øreinngrepene som i dag gjennomføres på Innslusa kan gjennomføres dagkirurgisk.
- Oralkirurgi er organisert via en samarbeidsavtale mellom Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TKNN) og UNN HF. Den kirurgiske virksomheten gjennomføres ved UNN Tromsø. Funksjonen er regional.

*Følgende funksjonsfordeling og stuekapasiteter vurdert for ØNH/oralkirurgi:*

Fagområde	Tromsø	Harstad	Narvik	Andre	Totalt
<b>Oralkirurgi Innslusa (HD)</b>	30 pasienter for heldøgnskir- urgi -- 30 stuedager				
<b>Oralkirurgi (DK), 3 pas per dag – 20</b>	60 pasienter, 3				

stuedager per år.	pas per dag – 20 stuedager per år.
<b>Ad (90), tons (90) og dren (90), totalt 360 pas per år. Utgjør 60 stuedager per år, altså 1,5 stuer per uke.</b>	360
<b>ØNH (HD)</b>	?
<b>Ørekirurgi (DK)</b>	
<b>Annen ØNH (DK)</b>	?

Opprinnelig plan foreslo 3 operasjonsstuer innsluset og 3 operasjonsstuer dagkirurgi, samt 1 operasjonsstue oralkirurgi dagkirurgisk (hver 2. uke) For tyngre oralkirurgi skulle dette dekkes på tildelt kapasitet for ØNH innsluset. Det vurderes at dette ikke dekker behovet for regionsfunksjonene for begge disse fagområdene (ØNH og oralkirurgi). Det er nødvendig prioritere forpliktelsene UNN HF har ift TKNN, og at dette fagområdet har økende ventelister. Det foreslås derfor at det avsettes egne ressurser til oralkirurgi både innsluset og dagkirurgisk med totalt 20 operasjonsstuekapasiteter innsluset per år og 20 operasjonsstuekapasiteter dagkirurgi per år.

#### Anbefaling:

ØNH inkludert oralkirurgi gis 4 operasjonsstuekapasiteter ved Innslusa og 5 operasjonsstuekapasiteter dagkirurgi per uke UNN Tromsø. Økt stuekapasitet på Innslusa løses ved at HLK avgir en stuekapasitet per uke. Økt stuekapasitet for dagkirurgi løses ved å ta i bruk den 5. operasjonsstuen ved CM-bygget en dag per uke til ØNH.

#### Risiko:

- Usikkerhet rundt volum av ØNH kirurgi ved UNN Narvik
- For få pasienter med lette operasjonsprosedyrer overføres til privat behandling

#### **K3K-klinikken**

K3K-klinikken har levert en samlet vurdering av forslaget til fordeling av operasjonskapasitet. Vurderingen er gjort med bakgrunn i en vurdering av deres behov/plantall (produksjon juni 2013 – juni 2014). Basert på denne vurderingen foreslår klinikken hvor mange operasjonsstuer de har behov for i Tromsø per dag i 40 fulldriftsuker, samt antall inngrep som må gjennomføres i Harstad, Narvik og Tromsø. Avdelingsleder Anestesi- og operasjonsavdelingen har i samråd med ledere i K3K-klinikken gjort siste gjennomgang av fordeling mellom UNN Harstad og UNN Narvik. Vurdering av om overflytting av de enkelte pasientgruppene medfører at kirurgi kan gjennomføres av personell i Harstad og Narvik, eller at kirurger kommer fra Tromsø er redegjort for i interne notater fra K3K-klinikken.

#### *Urokirurgisk avdeling*



Følgende funksjonsfordeling og fordeling av antall inngrep er vurdert for Urologi- og endokrinkirurgisk avdeling. Det er kun angitt antall stuedager for UNN Tromsø:

Fagområdet	Tromsø	Harstad	Narvik	Andre	Totalt
<b>Innslusa</b>	350 (160 stuedager)	150 + 80 flyttes fra Tø	21	-	601
<b>Utslusa</b>	550 (138 stuedager)	50 flyttes fra Tø	50 (TUR-P) flyttes fra Tø	-	650
<b>Dagkirurgi</b>	235 (105 stuedager)	178 + 40 flyttes fra Tø	54 + 40 Phimoser flyttes fra Tø	-	547
<b>Totalt</b>	1135	498	165	0	1798

#### Gastrokirurgisk avdeling

Følgende funksjonsfordeling er vurdert for Gastrokirurgisk avdeling:

Fagområdet	Tromsø	Harstad	Narvik	Andre	Totalt
<b>Innslusa</b>	370 (360 stuedager)	216 + 20 flyttes fra Tø	105	-	711
<b>Utslusa</b>	480 (138 stuedager)	30 ERCP flyttes fra Tø til Ha	-	-	510
<b>Dagkirurgi</b>	100 (40 stuedager)	312 + 10 flyttes fra Tø m/kirurg (rectopexi) + 70 brokk + 10 Lappgaller	126 + 40 lappgaller + 30 PNE	-	698
<b>Totalt</b>	950	668	301		1919

#### Kvinneklinikken

Følgende funksjonsfordeling er vurdert for Kvinneklinikken. Antall stuedager er kun angitt for UNN Tromsø:

Fagområdet	Tromsø	Harstad	Narvik	Andre	Totalt
<b>Innslusa – onkologi/genereil</b>	400 (200 stuedager)	149 + 30 flyttes fra Tø	72 + 20 flyttes fra Tø	-	671
<b>Utslusa</b>	200 (40 stuedager)	-	-	-	240
<b>Dagkirurgi</b>	155 (50)	318 + 50	281 + 60	-	864

	stuedager)	flyttes fra Tø	flyttes fra Tø	
<b>Totalt</b>	755	547	433	1775

Ovenstående fordeling gir følgende totale fordeling mellom Ha, Na og Tø for K3K-klinikken

- Harstad: 1713 inngrep
- Narvik: 899 inngrep
- Tromsø: 2840 inngrep
- Totalt K3K: 5452 inngrep

I tillegg skal K3K gjøre 150 variceoperasjoner ved UNN Narvik per år fra og med 2015. OpIn-klinikken vurderer at det totale antallet operasjoner som kan gjennomføres per år i Narvik er et sted mellom 2000 og 2200 inngrep. I over beskrevne plan for NO-klinikken og K3K-klinikken ligger tallet på 1909 inngrep. Det finnes med andre ord et ubrukt potensiale i klinikkenes planer. K3K-klinikkens ønske om økt dagkirurgisk stuekapasitet i Tromsø forutsettes i planen løst ved å flytte flere pasienter/inngrep til UNN Narvik.

#### Anbefaling:

Opprinnelig forslag om operasjonsstuefordeling videreføres.

#### Risiko:

- Planlegging og gjennomføring av den planlagte funksjonsfordelingen.

#### **HLK-klinikken**

HLK-klinikken har all sin virksomhet ved UNN Tromsø. HLK-klinikken har oversendt plan for sin kirurgiske aktivitet i form av en aktivitetskalender for 2015. Det er i samarbeid med HLK og K3K besluttet at venekirurgien (varicer) skal gjennomføres ved UNN Narvik (150 inngrep). Prosedyrene skal der gjennomføres av kirurger fra K3K. Noen få prosedyrer per år regnes som kompliserte, og gjennomføres i Tromsø i regi av HLK. Øvrige prosedyrer for HLK er regionsfunksjoner, og fordeling mellom Nordlandssykehuset HF og UNN HF foreligger fra tidligere.

Etter gjennomgang av behovet for HLK finner vi det forsvarlig å redusere operasjonsstuekapasiteten for HLK med 1 stue per uke. Denne stuen tas derfor fra tirsdager som til nå har vært brukt til karkirurgiske prosedyrer. Stuekapasiteten overføres til NO-klinikken (ØNH).

*Følgende funksjonsfordeling er vurdert for HLK-klinikken:*

Inngrep	Tromsø		Harstad	Narvik	Andre	Totalt
	< kl 16	> kl 16				
Hjerte inkl TAVI	488	38	-	-	-	526

<b>Lunge</b>	94	8	-	-	-	102
<b>Kar</b>	287	62	-	-	-	349
<b>TAVI</b>	52	-	-	-	-	
<b>Stengraft</b>	47	8	-	-	-	
<b>EBUS</b>	16	-	-	-	-	
<b>Varicer</b>	10-20		-	150	-	
<b>Totalt</b>	869	108	-	-	-	

Anbefaling:

HLK gis 8 stuekapasiteter per uke mot 9 i dag.

Risiko:

- Økt venteliste for karkirurgi

**Konklusjon**

Det vurderes at operasjonskapasiteten under utbygging av A-fløya vil være tilstrekkelig dekket ut fra forelagte plan for fordeling i UNN. Utfordringen med færre operasjonsstuer ved UNN Tromsø kan løses organisatorisk uten reduksjon i total tilgjengelig operasjonsstuetid. Planen medfører ingen økning i personell.

Det er potensial for å øke bemanningen ved UNN Narvik og UNN Harstad, og dette risikoreducerende tiltaket er utredet. Kostnadene ved å øke med ekstra operasjonsteam er estimert til ca 7 mill. kroner /år. Dette tiltaket er i første omgang ikke vurdert som nødvendig. Planen medfører med andre ord ingen økning av personell og/eller operasjonsteam ved UNN Narvik og Harstad.

Ny fordeling av operasjonsstuekapasitet for UNN Harstad, Narvik og Tromsø tar hensyn til at regionsfunksjonene skal prioriteres. Dette medfører omfordeling av ressurser internt ved UNN Tromsø, ved at fagområdet Ortopedi og Hjerter-, lunge- og karkirurgi hver avgir en Innslusa operasjonsstuekapasitet per uke (vedlegg 2). En operasjonsstuekapasitet tildeles fagområdet plastikkirurgi og en til fagområdene ØNH/Oralkirurgi. I tillegg tildeles for en operasjonsstuekapasitet for fagområdene ØNH/oralkirurgi og håndkirurgi per uke på den 5. stuen på CM bygget.

Det er tilstrebet optimal utnyttelse av operasjonskapasiteten UNN Harstad, Narvik og Tromsø. Etter gjennomgang ble det vurdert at det fantes noe ubrukt kapasitet ved UNN Narvik, men i planen forutsettes denne kapasiteten benyttet av K3K-klinikken.

Det foreligger noe risiko relatert til planen og disse er kortfattet listet for hvert fagområde. Risikoene består i om pasientgrupper faktisk blir overflyttet til Harstad/Narvik, om fagmiljøer er tilstrekkelig klar for nye pasientgrupper, og om logistikk og infrastruktur er tilstrekkelig klargjort for endring i ansvarsområder. En siste risiko er at forslag til fordeling av operasjonsressurser forutsetter en klar endring i planlegging fra de kirurgiske klinikkene for optimal utnyttelse av de begrensede operasjonsressursene. Det forutsettes at de kirurgiske klinikkene risikovurderer sine pasientforløp og iverksetter risikoreducerende tiltak.

Ytterligere arbeid med taktisk planlegging av operasjonsressursene starter så snart endelig fordeling av operasjonsressursene er gjort.

Vurdering av operasjonskapasiteten og fordeling av denne vil være en fortløpende prosess og en fast sak på de månedlige møtene i OPK. OpIn - klinikken gis mandat til å beslutte justeringer i fordelingen av operasjonskapasitet i byggeperioden for A-fløya.



## Saksnotat

Sak: Gjennomgang av operasjonskapasitet og pasientforløp for byggeperioden for A-fløya.  
Fra: Snorre Manskow Sollid, avdelingsleder AnOp-avdelingen, UNN Tromsø.  
Til: Overordnet planleggings- og koordineringsgruppe  
Dato: 18. mars 2015

---

### Bakgrunn

I byggeperioden for ny A-fløy endres driftsarealene i Anestesi- og operasjonsavdelingen, UNN Tromsø. Avdelingen vil fortsatt ha drift på 12 operasjonsstuer i B<sub>3</sub>, plan 7 (Seksjon Innslusa), samt at det etableres 5 midlertidige operasjonsstuer i et eget midlertidig bygg – C00 (Seksjon Dagkirurgi). Denne delingen av driftsareal medfører at avdelingen omorganiserer, og gjennomfører ny fordeling av operasjonskapasitet både i Seksjon Innslusa og Seksjon Dagkirurgi. Avdelingsleder AnOp-avdelingen ønsker i dette notatet å redegjøre den prosessen som er gjennomført, og de endringer i pasientforløp og fordeling av operasjonskapasitet dette medfører.

### Prosess

Overordnet fordeling av operasjonskapasiteten i UNN i byggeperioden for A-fløya, ble besluttet i direktørens ledermøte 13. januar 2015. Beslutningen beskriver hvordan flere pasienter må behandles i Harstad og Narvik, samt en beskrivelse over hvordan operasjonskapasiteten fordeles mellom de ulike fagområdene i Ha/Na/Tø. I etterkant av dette er det gjennomført flere møter med de kirurgiske klinikkene og deres fagområder for å detaljere planen ytterligere. Involvert i dette har også Barneavdelingen og Psykiatrisk avdeling vært. Som en følge av denne prosessen er det tydelig at enkelte pasientforløp kan videreføres som i dag, mens andre må endres for UNN Tromsø.

Anestesi- og operasjonsavdelingen gjennomfører endring av sin organisasjon for å tilpasse seg endring i driftsareal og byggeperioden for A-fløya. Hovedlinjene i denne organisasjonsendringen tar utgangspunkt i plan for drift i denne perioden. Hovedprinsippene er:

- Alle inneliggende pasienter skal behandles i seksjon Innslusa
- Alle Øhj-forløp skal behandles i seksjon Innslusa
- Dagkirurgiske forløp (inkludert utredningsløp hvor utredning skjer på en av Anestesi- og operasjonsavdelingen operasjonsstuer benyttes), skal gjennomføres i C00.
- Alle forløp som ikke endres som en følge av drift i C00 beholdes som i dag, og bemannes i seksjon Innslusa (utestasjoner).

Følgende operasjonsstuefordeling/-kapasitet foreslås:

**Seksjon Innslusa:**

○ **NO-klinikken**

Operasjonsstue 2	Mandag (til 1900)	Tirsdag	Onsdag (til 1900)	Torsdag	Fredag
Fagområde	Plast	Plast	ØNH	ØNH	ØNH
Operasjonsstyper	DIEP	Bukplastikk, brystreduksjon, torsoplastikk, TAP- lapp, Decubitus, Lår og overarmsplastikk, BRCA	Ørekir, Oralkir x 1 per mnd	Ørekir, bihule, små inngrep	Tons, MLS, parotis

Operasjonsstue 3	Mandag (til 1700)	Tirsdag	Onsdag (til 1700)	Torsdag	Fredag
Fagområde	NK	NK	NK	NK	NK
Operasjonsstyper	Rygg - stor	Kraniotomi	Barn, Rygg - stor, Hypofyse	Kraniotomi, Rygg, Div	Kraniotomi, Rygg, Div

Operasjonsstue 5	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde	Ort	Ort	Hånd	Ort	Ort
Operasjonsstyper	Valg osteotomi, traumer, tumor	Brusk	Proteser hånd/fingre, Artrodeser, rekonstr, artroskopi håndledd, korr. Osteotomi, pseudartrose, ASA 3 og 4, Øhj.	Valg osteotomi, brusk	Fjerne osteosynt. Mat., traumer,

Operasjonsstue 6	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde	Ort	Ort	Ort	Ort	
Operasjonsstyper	protese	protese	protese, Ankelavst., Pseudartr., traumer, tumor, barn	protese	

Operasjonsstue 10	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde		ØNH (til 1700)			
Operasjonsstyper		Cancer, andre lange inngrep			

o **K3K-klinikken**

Operasjonsstue 7	Uke nr	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde	1	UK	1 barn først + UK	UK	UK	UK
	2	UK	UK	KK	KK	KK
	3	UK	1 barn først + UK	UK	UK	UK
	4	UK	UK	KK	KK	KK

Operasjonsstue 8 (Robot)	Uke nr	Mandag (1700)	Tirsdag (1900)	Onsdag (1700)	Torsdag (1900)	Fredag (1530)
Fagområde	1	KK	GK	KK	KK	GK
	2	KK	GK	UK	UK	UK
	3	KK	GK	KK	GK	KK
	4	KK	GK	UK	UK	UK

Operasjonsstue 9	Uke nr	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde	1	GK	KK	GK	GK	KK
	2	GK	1 barn først + KK	GK	GK	GK
	3	GK	KK	GK	KK	GK
	4	GK	1 barn først + KK	GK	GK	GK

Operasjonsstue 12		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde	0800-1000	Inntil 3 barn (ONK)	UK (ca. Mamma)	UK	1 barn (ONK)	UK
	1000-1330	GK			UK	
	1330-1700	UK		GK	GK	

○ **HLK-klinikken**

Operasjonsstue 10 (HLK)		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde		Hjerte		Hjerte	Hjerte	
Operasjonsstyper						

Operasjonsstue 11 (HLK)		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde		Hjerte	Hjerte	Hjerte	Hjerte	Hjerte
Operasjonsstyper						

Operasjonsstue Radiologi (HLK)		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde			Hjerte			
Operasjonsstyper						

○ **OpIn-klinikken**

Operasjonsstue 6		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde						Veneport
Operasjonsstyper						

## ○ "Utestasjoner"

Stasjon	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
MR i narkose			X		
ECT	X		X		X
Tann/BRA		X	X		
Øye	X			X	
PPK (oppvåkn)	X	X			

**Seksjon Dagkirurgi:**

Operasjonsstue 14		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde		ØNH	NK	ØNH	ØNH	ØNH
Operasjonsstyper		Ørekirurgi (2) barn først, voksen tons (1)	RS (bare før lunsj), Mikrorygger, totalt 4 pas.	Tons, P+C (barn først)	Tons, P+C (før lunsj), Septum, FESS (etter lunsj).	Tons, P+C, andre korte inngrep

Operasjonsstue 15		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde		Hånd	Grønn Øhj (ort/plast/ hånd)	Ort	Hånd - skopi kun før lunsj	Ort
Operasjonsstyper		CMC-1- ledd, Tenolyse, Ganglion, Artroskopi håndledd, Dupuytren		Akillesforl, Skopi (albue, ankel, kne, skulder), Bruskbeh, Korsbånd, Rev. Korsbånd, Fjerne ostemat, Tumor, Div fot.	CMC-1- ledd, Tenolyse, Ganglion, Artroskopi håndledd, Dupuytren	Akillesforl, Skopi (albue, ankel, kne, skulder), Bruskbeh, Korsbånd, Rev. Korsbånd, Fjerne ostemat, Tumor, Div fot.

Operasjonsstue 16		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde				Oralkir (x2 per mnd), Hud (x1-2 per mnd), GM (x1 per mnd)	Plast	
Operasjonsstyper					Arrkorreksjoner, Brystred, Brystred, Bukplast, Fett TX, Fettsuging, Fjerne (brystproteser, tumores, innl. Prot.)	

Operasjonsstue 17		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde		UK til kl 12	UK til kl 12	UK	UK	KK
		KK e kl 12	KK e kl 12			
Operasjonsstyper						
UK		TURP, URS	TURP, URS	SN, Bryst, Axille (ca. Mamma)	URS, SN, SN, Bryst, Axille (ca. Mamma)	PIN, Strålepas, TVT, TCRE, lapraskopi
KK		TVT, Lapraskopi, TCREMP, Vag. Plast.	PIN, Hysteroskopi, Konisering, Cystoskopi			

Operasjonsstue 18		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Fagområde		BA til kl 12	GK	GK	BA til kl 12	GK
		GK e kl 12			GK e kl 12	
Operasjonsstyper						
BA						
GK		ERCP, Endoskopier, Stenting, Baskom	Øvre gastro ca. Anoprokto- logi	EMR, Anoprokto- logi, lipomer	Fettvevs- injeksjon	Baskom, Barnebrokk, Lapgalle, Fistler, Lipomer

Etter gjennomført detaljplanlegging av drift i byggeperioden foreslås følgende pasientforløp:

#### K3K:

- Pasientforløp til operasjonsstue 7, 8 og 9 (heldøgns pasienter): Ingen endringer
- Pasientforløp til operasjonsstue 12 – Utsluset operasjonsstue på Innslusa (heldøgns pasienter):
  - Forløp for Ca. mamma pasienter må gå via sengepost og Oppvåkningen.
  - Øvrige pasientforløp må gå via sengepost og Oppvåkningen
- Pasientforløp til operasjonsstuer i C00:
  - Hele forløpet tas på C00 uten bruk av andre arealer
- Andre pasientforløp som går via kirurgisk dagbehandling B6, må ivaretas i K3K-klinikken.

#### NO:

- Pasientforløp til Innslusa (heldøgns pasienter) må gå via sengepost og oppvåkningen som i dag.
- Tannbehandling/BRA i narkose
  - Barn må gå via Dragen (før og etter) og Oppvåkningen. Dette forutsetter at barn tas som nr 1, og kan reise før Dragen stenger kl 1600.
  - Voksne foreslås via ØNH poliklinikk, Oppvåkningen og til sengepost før utskrivning (må avklares med ØNH-pol og NKØØ sengepost)
- Ledningsanestesi ved PPK. Tilbudet videreføres med 2 pasienter 2 dager i uken. Disse dagene er i samråd med PPK satt til mandager og tirsdager.

#### Barneavdelingen:

- Alle onkologiske barn går enten via Dragen eller sengepost til operasjonsstue 12 (Innslusa) som i dag.

- Barneavdelingen har behov for 3 pasienter mandager, 1 pasient tirsdager og 1 pasient torsdager. Mandag og torsdag gjennomføres på stue 12, mens tirsdager vil alternere mellom stuene til uro/endo og gyn.
- Øvrige barn til elektive prosedyrer (colo- og gastroskopi, leddpunksjoner) har hele sitt forløp i C00. Dvs at de ikke skal via Dragen som i dag. Dette utgjorde 513 barn i 2014. Plan for eventuell poliklinisk konsultasjon dagen før, samt mulighet for "besøk" på C00 må utarbeides av Barneavdelingen.
- Dagkirurgiske urologiske barn som i dag tas via Dragen overfører hele sitt forløp til C00 (antall?)
- Barn til MR i narkose videreføres som i dag via Dragen/sengepost og Oppvåkningen. Dette utgjorde 130 barn i 2014.

#### Psykiatrisk avdeling

- ECT pasientene opprettholder sine pasientforløp ved Oppvåkningen som i dag.

#### Gastromedisinsk avdeling

- Pasienter til skopi med anestesistøtte i regi av gastromedisinsk avdeling gis tilbud ved C00 med samme kapasitet som tidligere. Disse vil da få hele sitt dagforløp via C00.

Tromsø, 18. mars 2015

Snorre Manskow Sollid  
Avdelingsleder  
Anestesi- og operasjonsavdelingen



**Sak:** Nøkkeltall –Operasjon Tromsø 2010- 2015  
**Til:** Klinikksjef OPIN  
**Kopi :**  
**Fra:** Økonomi- og analysesenteret  
**Dato:** 05.mai 2015

### Bakgrunn

Økonomi- og analysesenteret har med utgangspunkt i rapport fra DIPS (D-6946) bygget opp en database som gir nyttig informasjon om operasjonskapasiteten og hvordan denne utnyttes. Notatet har som formål å vise operasjonsaktivitet fra 2010-2015 ved UNN sine lokasjoner.

### Saksutredning

Uttrekket fra DIPS rapporten er «forsterket» med en del kategoriseringer ved hjelp av Excel-formler slik at det kan gjøres beregninger på blant annet knivtid, og stuetid

Noen forutsetninger ligger til grunn for figurene og tabellene brukt i notatet:

- Periode = 2010-2015 Januar-april
- Behandlingssted = Tromsø, Harstad og Narvik
- Strykningskode = ordinært avsluttet
- Elektive og Ø-hjelpsoperasjoner
- Klinikker = K3K,NOK,HLK, MED og BUK,
- Fagområde «Øye» er ikke med
- Knivtid og stuetid er oppgitt i hele døgn, dvs at oppgitt tall må multipliseres med 24 timer.
- 25 Inngrep utført på privat klinikk Tromsø er med i grunnlag for fagområdet Nevrokirurgi. Bakgrunn er at det er fylt ut operasjonsmelding i DIPS.

**Tabell 1 Antall inngrep pr fag totalt 2010-2015**

Fagområde	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Barn	62	51	88	83	104	96
Gastrokirurgi	1 198	1 197	1 279	1 261	1 279	1 302
Gastromedisin	23	24	26	16	22	28
Hasteinngrep	47	98	82	34	39	40
Hjertekirurgi	496	485	524	471	457	469
Hud	7	17	17	47	33	27
KK	811	748	750	839	828	853
Nevrokirurgi	272	298	305	286	289	336
Ortopedi	1 340	1 349	1 354	1 392	1 381	1 366
Plastikkirurgi	384	354	351	312	306	340
Rehabilitering	30	15	8	22	28	20
Urologi	584	674	728	719	769	860
ØNH	723	591	628	609	592	628
Uspesifisert	2	1	8	5		10
<b>Totalsum</b>	<b>5 979</b>	<b>5 902</b>	<b>6 148</b>	<b>6 096</b>	<b>6 127</b>	<b>6 375</b>

Tabell 2 Antall inngrep pr lokasjon og fagområde 2010-2015

Behandlingssted	Fagområde	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	Barn	61	48	88	80	100	95
	Gastrokirurgi	816	764	840	810	814	824
	Gastromedisin	20	23	25	14	17	16
	Hasteinngrep	35	71	36	32	26	37
	Hjertekirurgi	411	420	405	397	414	389
	Hud	6	14	14	44	29	21
	KK	470	423	442	478	458	486
	Nevrokirurgi	272	297	304	285	288	335
	Ortopedi	724	766	793	687	618	623
	Plastikkirurgi	355	309	318	273	284	302
	Rehabilitering	1					
	Urologi	457	481	507	553	579	586
	ØNH	439	385	408	398	393	409
	Uspesifisert	2	1	8	5		9
<b>Totalt Tromsø</b>		<b>4 069</b>	<b>4 002</b>	<b>4 188</b>	<b>4 056</b>	<b>4 020</b>	<b>4 132</b>
Harstad	Barn		1		1	2	1
	Gastrokirurgi	246	258	262	248	288	289
	Gastromedisin		1	1	2	4	12
	Hasteinngrep	6	5	8	2	3	1
	Hjertekirurgi	60	38	34	65	32	9
	Hud	1	2				1
	KK	182	207	173	187	189	209
	Ortopedi	400	412	415	456	427	476
	Plastikkirurgi	18	34	29	22	16	35
	Rehabilitering		4	5	18	28	19
	Urologi	95	108	129	102	151	156
	ØNH	218	163	168	167	199	195
	<b>Totalt Harstad</b>		<b>1 226</b>	<b>1 233</b>	<b>1 224</b>	<b>1 270</b>	<b>1 339</b>
Narvik	Barn	1	2		2	2	
	Gastrokirurgi	136	175	177	203	177	189
	Gastromedisin	3				1	
	Hasteinngrep	6	22	38		10	2
	Hjertekirurgi	25	27	85	9	11	71
	Hud		1	3	3	4	5
	KK	159	118	135	174	181	158
	Nevrokirurgi		1	1	1	1	1
	Ortopedi	216	171	146	249	336	267
	Plastikkirurgi	11	11	4	17	6	3
	Rehabilitering	29	11	3	4		1
	Urologi	32	85	92	64	39	118
	ØNH	66	43	52	44		24
Uspesifisert						1	
<b>Totalt Narvik</b>		<b>684</b>	<b>667</b>	<b>736</b>	<b>770</b>	<b>768</b>	<b>840</b>
<b>Totalsum</b>		<b>5 979</b>	<b>5 902</b>	<b>6 148</b>	<b>6 096</b>	<b>6 127</b>	<b>6 375</b>

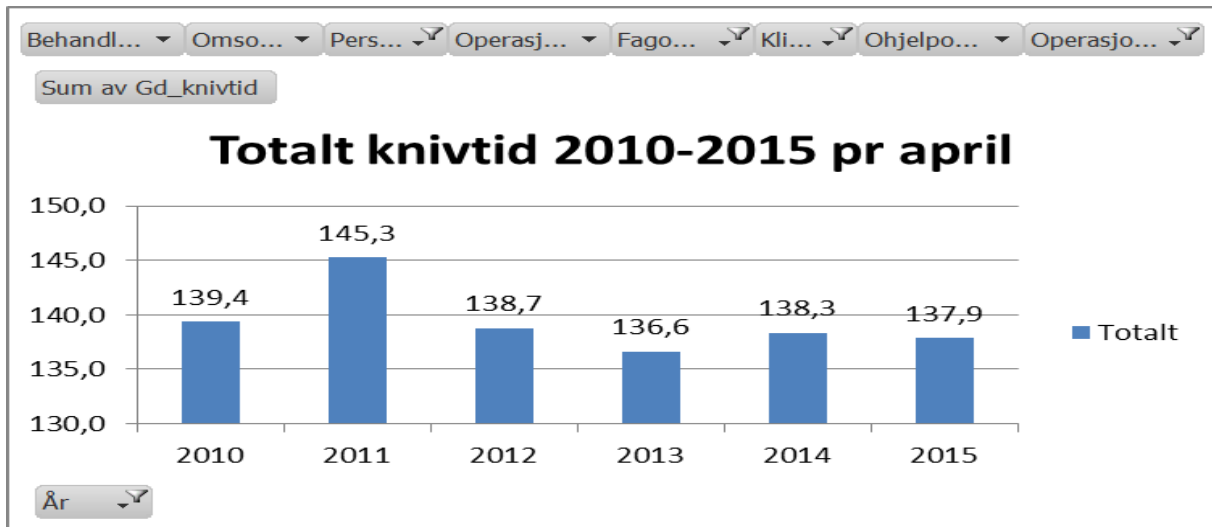
**Tabell 3 Antall Inngrep pr lokasjon pr omsorgsnivå 2010-2015**

Behandlingssted	Omsorgsnivå	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	Dagbehandling	1 166	1 117	1 313	1 256	1 182	1 154
	Heldøgn	2 903	2 885	2 875	2 800	2 838	2 978
Totalt Tromsø		4 069	4 002	4 188	4 056	4 020	4 132
Harstad	Dagbehandling	634	628	620	667	680	692
	Heldøgn	592	605	604	603	659	711
Totalt Harstad		1 226	1 233	1 224	1 270	1 339	1 403
Narvik	Dagbehandling	401	420	435	488	537	612
	Heldøgn	283	247	301	282	231	228
Totalt Narvik		684	667	736	770	768	840
Totalsum		5 979	5 902	6 148	6 096	6 127	6 375

**Tabell 4 Antall Inngrep pr lokasjon fordelt på knivtidsintervaller 2010-2015**

Behandlingssted	Knivtid-intervaller	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	0-1	2 268	2 187	2 400	2 323	2 170	2 281
	1-2	1 034	1 022	1 055	985	1 025	1 088
	2-3	419	423	408	377	459	410
	3-4	213	221	161	205	214	190
	4+	122	142	147	157	143	151
	ikke opr.start/slutt	13	7	17	10	9	13
Totalt Tromsø		4 069	4 002	4 188	4 057	4 020	4 133
Harstad	0-1	833	839	844	846	902	941
	1-2	285	292	270	310	323	342
	2-3	65	77	67	71	77	85
	3-4	25	12	23	19	23	17
	4+	15	11	12	13	12	17
	ikke opr.start/slutt	3	2	8	11	2	1
Totalt Harstad		1 226	1 233	1 224	1 270	1 339	1 403
Narvik	0-1	525	499	538	632	633	692
	1-2	107	134	153	100	118	141
	2-3	38	30	38	29	14	5
	3-4	13	4	6	6	1	1
	4+	1		1	3	1	1
	ikke opr.start/slutt					1	
Totalt Narvik		684	667	736	770	768	840
Totalsum		5 979	5 902	6 148	6 097	6 127	6 376

Figur 1 Knivtid totalt alle lokasjoner 2010-2015



Tabell 5 Knivtid pr lokasjon 2010-2015

Behandlingssted	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	95,7	105,8	96,0	94,5	98,0	94,8
Harstad	27,2	25,3	27,0	28,1	26,7	30,1
Narvik	16,5	14,2	15,7	14,1	13,6	13,0
<b>Totalsum</b>	<b>139,4</b>	<b>145,3</b>	<b>138,7</b>	<b>136,6</b>	<b>138,3</b>	<b>137,9</b>

Tabell 6 Knivtid pr lokasjon og omsorgsnivå 2010-2015

Behandlingssted	Omsorgsnivå	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	Dagbehandling	10,5	12,0	13,1	12,2	12,5	10,8
	Heldøgn	85,1	93,7	82,9	82,2	85,5	84,0
<b>Totalt Tromsø</b>		<b>95,7</b>	<b>105,8</b>	<b>96,0</b>	<b>94,5</b>	<b>98,0</b>	<b>94,8</b>
Harstad	Dagbehandling	9,5	9,6	9,0	10,3	10,3	9,0
	Heldøgn	17,6	15,6	18,1	17,8	16,4	21,1
<b>Totalt Harstad</b>		<b>27,2</b>	<b>25,3</b>	<b>27,0</b>	<b>28,1</b>	<b>26,7</b>	<b>30,1</b>
Narvik	Dagbehandling	6,9	6,0	7,0	5,8	7,1	8,1
	Heldøgn	9,6	8,2	8,7	8,3	6,5	4,9
<b>Totalt Narvik</b>		<b>16,5</b>	<b>14,2</b>	<b>15,7</b>	<b>14,1</b>	<b>13,6</b>	<b>13,0</b>
<b>Totalsum</b>		<b>139,4</b>	<b>145,3</b>	<b>138,7</b>	<b>136,6</b>	<b>138,3</b>	<b>137,9</b>

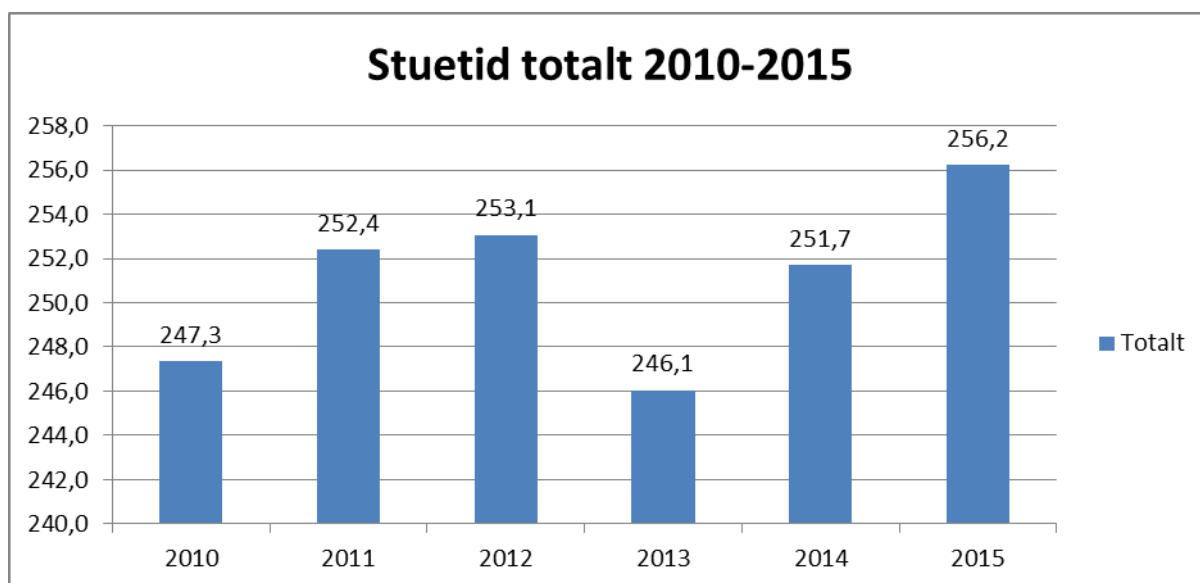
Tabell 7 Knivtid Elektiv og Ø-hjelp pr lokasjon 2010-2015

Behandlingssted	Ø-Hjelp vs Elektiv	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	Ø-hjelp	21,7	22,6	25,4	21,5	24,2	23,5
	Elektiv	73,9	83,2	70,6	73,0	73,8	71,3
<b>Totalt Tromsø</b>		<b>95,7</b>	<b>105,8</b>	<b>96,0</b>	<b>94,5</b>	<b>98,0</b>	<b>94,8</b>
Harstad	Ø-hjelp	5,3	5,6	7,6	5,7	6,4	8,7
	Elektiv	21,8	19,7	19,4	22,4	20,3	21,5
<b>Totalt Harstad</b>		<b>27,2</b>	<b>25,3</b>	<b>27,0</b>	<b>28,1</b>	<b>26,7</b>	<b>30,1</b>
Narvik	Ø-hjelp	2,9	4,3	4,4	4,4	3,7	2,6
	Elektiv	13,6	9,9	11,3	9,7	9,9	10,3
<b>Totalt Narvik</b>		<b>16,5</b>	<b>14,2</b>	<b>15,7</b>	<b>14,1</b>	<b>13,6</b>	<b>13,0</b>
<b>Totalsum</b>		<b>139,4</b>	<b>145,3</b>	<b>138,7</b>	<b>136,6</b>	<b>138,3</b>	<b>137,9</b>

Tabell 8 Knivtid, pr behandlingssted og fagområde

Behandlingssted	Fagområde	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	Barn	0,1	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3
	Gastrokirurgi	17,6	20,5	20,7	15,0	20,4	16,4
	Gastromedisin	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Hasteinngrep	0,6	0,9	0,5	0,7	0,3	0,9
	Hjertekirurgi	19,7	22,5	18,0	19,3	19,5	18,7
	Hud	0,0	0,2	0,1	1,0	0,4	0,3
	KK	8,4	9,6	6,9	9,0	7,6	9,6
	Nevrokirurgi	11,3	10,6	11,1	10,8	11,2	11,2
	Ortopedi	12,2	13,2	13,9	11,5	11,7	11,0
	Plastikkirurgi	9,6	9,3	9,0	9,4	9,3	7,5
	Rehabilitering	0,03	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Urologi	9,0	9,0	9,9	11,5	10,7	11,9
	ØNH	7,0	9,7	5,3	5,7	6,5	6,7
	Uspesifisert	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2
<b>Totalt Tromsø</b>		<b>95,7</b>	<b>105,8</b>	<b>96,0</b>	<b>94,5</b>	<b>98,0</b>	<b>94,8</b>
Harstad	Barn	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Gastrokirurgi	9,3	8,8	9,5	9,1	8,3	9,2
	Gastromedisin		0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
	Hasteinngrep	0,3	0,2	0,5	0,2	0,0	0,0
	Hjertekirurgi	1,9	1,1	0,8	1,3	0,8	0,2
	Hud	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	KK	4,2	3,8	2,6	3,4	2,6	4,1
	Ortopedi	8,4	8,2	9,2	9,6	9,6	10,3
	Plastikkirurgi	0,3	0,6	0,5	0,3	0,2	0,7
	Rehabilitering		0,0	0,2	0,4	0,5	0,6
	Urologi	1,4	1,4	1,6	1,5	2,3	2,3
	ØNH	1,5	1,1	2,1	2,3	2,2	2,7
	<b>Totalt Harstad</b>		<b>27,2</b>	<b>25,3</b>	<b>27,0</b>	<b>28,1</b>	<b>26,7</b>
Narvik	Barn	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Gastrokirurgi	5,2	4,8	4,9	4,4	4,6	3,7
	Gastromedisin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hasteinngrep	0,1	0,6	0,9	0,0	0,2	0,0
	Hjertekirurgi	0,6	0,9	1,9	0,2	0,2	1,0
	Hud	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
	KK	2,7	1,9	2,1	2,0	2,4	1,9
	Nevrokirurgi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Ortopedi	5,8	3,6	4,1	5,8	5,2	4,7
	Plastikkirurgi	0,4	0,1	0,1	0,3	0,1	0,0
	Rehabilitering	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	Urologi	0,8	1,8	1,2	1,0	0,9	1,4
	ØNH	0,4	0,3	0,5	0,3	0,0	0,1
	Uspesifisert	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
<b>Totalt Narvik</b>		<b>16,5</b>	<b>14,2</b>	<b>15,7</b>	<b>14,1</b>	<b>13,6</b>	<b>13,0</b>
<b>Totalsum</b>		<b>139,4</b>	<b>145,3</b>	<b>138,7</b>	<b>136,6</b>	<b>138,3</b>	<b>137,9</b>

Figur 2 Stuetid totalt alle lokasjoner 2010-2015



Tabell 9 Stuetider Pr lokasjon 2010-2015

Behandlingssted	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	163,5	174,1	168,2	161,3	169,4	168,3
Harstad	48,0	48,1	51,6	53,5	51,5	58,8
Narvik	35,9	30,2	33,2	31,3	30,7	29,1
<b>Totalsum</b>	<b>247,3</b>	<b>252,4</b>	<b>253,1</b>	<b>246,1</b>	<b>251,7</b>	<b>256,2</b>

Tabell 10 Stuetider pr Lokasjon og omsorgsnivå 2010-2015

Behandlingssted	Omsorgsnivå	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	Dagbehandling	21,6	23,6	26,8	24,2	24,5	21,9
	Heldøgn	141,9	150,5	141,4	137,1	144,9	146,4
<b>Totalt Tromsø</b>		<b>163,5</b>	<b>174,1</b>	<b>168,2</b>	<b>161,3</b>	<b>169,4</b>	<b>168,3</b>
Harstad	Dagbehandling	19,5	21,0	20,5	21,8	22,3	21,2
	Heldøgn	28,5	27,0	31,1	31,8	29,3	37,5
<b>Totalt Harstad</b>		<b>48,0</b>	<b>48,1</b>	<b>51,6</b>	<b>53,5</b>	<b>51,5</b>	<b>58,8</b>
Narvik	Dagbehandling	17,3	14,8	16,1	14,9	17,5	18,8
	Heldøgn	18,6	15,4	17,1	16,4	13,2	10,3
<b>Totalt Narvik</b>		<b>35,9</b>	<b>30,2</b>	<b>33,2</b>	<b>31,3</b>	<b>30,7</b>	<b>29,1</b>
<b>Totalsum</b>		<b>247,3</b>	<b>252,4</b>	<b>253,1</b>	<b>246,1</b>	<b>251,7</b>	<b>256,2</b>

Tabell 11 Stuetid pr loasjon Ø-hjelp vs Elektiv virksomhet 2010-2015

Behandlingssted	Ø-Hjelp vs Elektiv	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	Ø-hjelp	41,2	41,9	49,1	41,3	46,7	46,6
	Elektiv	122,3	132,2	119,1	120,0	122,7	121,7
Totalt Tromsø		163,5	174,1	168,2	161,3	169,4	168,3
Harstad	Ø-hjelp	10,3	11,0	14,9	11,6	12,7	17,0
	Elektiv	37,7	37,1	36,7	42,0	38,8	41,8
Totalt Harstad		48,0	48,1	51,6	53,5	51,5	58,8
Narvik	Ø-hjelp	6,3	8,4	8,9	8,9	7,9	5,8
	Elektiv	29,6	21,8	24,3	22,4	22,9	23,3
Totalt Narvik		35,9	30,2	33,2	31,3	30,7	29,1
Totalsum		247,3	252,4	253,1	246,1	251,7	256,2

Tabell 12 Stuetid pr lokasjon og klinikk 2010-2015

Behandlingssted	Klinikk	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	BUK	0,5	0,4	1,1	0,6	0,7	0,6
	Hjerte- og lunge	30,5	34,4	28,7	30,1	31,1	29,2
	K3K	60,4	64,1	65,0	61,9	67,5	67,8
	Medisinsk	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
	NOK	71,0	73,3	72,2	67,3	69,3	69,1
	Uspesifisert	0,9	1,6	1,0	1,1	0,5	1,4
	Totalt Tromsø		163,5	174,1	168,2	161,3	169,4
Harstad	BUK						0,0
	Hjerte- og lunge	2,9	1,8	1,8	2,3	1,5	0,4
	K3K	28,8	28,3	29,9	30,4	30,8	37,0
	Medisinsk		0,1	0,0	0,1	0,1	0,2
	NOK	15,9	17,6	19,1	20,6	19,1	21,1
	Uspesifisert	0,4	0,3	0,8	0,2	0,1	0,0
	Totalt Harstad		48,0	48,1	51,6	53,5	51,5
Narvik	BUK	0,1	0,1		0,0	0,0	
	Hjerte- og lunge	1,3	1,8	3,5	0,3	0,5	2,3
	K3K	21,3	18,9	18,8	18,4	17,4	16,6
	Medisinsk	0,1				0,0	
	NOK	12,8	8,3	8,9	12,5	12,5	10,1
	Uspesifisert	0,2	1,2	2,0		0,4	0,1
	Totalt Narvik		35,9	30,2	33,2	31,3	30,7
Totalsum		247,3	252,4	253,1	246,1	251,7	256,2

Tabell 13 Stuetider pr lokasjon og fagområde 2010-2015

Behandlingssted	Fagområde	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tromsø	Barn	0,5	0,4	1,1	0,6	0,7	0,6
	Gastrokirurgi	30,0	32,8	35,0	26,0	34,6	29,2
	Gastromedisin	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
	Hasteinngrep	0,9	1,6	1,0	1,1	0,5	1,4
	Hjertekirurgi	30,5	34,4	28,7	30,1	31,1	29,2
	Hud	0,0	0,4	0,3	1,9	0,9	0,6
	KK	14,7	15,7	12,6	16,0	13,8	17,1
	Nevrokirurgi	20,0	18,2	20,0	19,0	19,7	20,9
	Ortopedi	23,7	25,1	26,8	22,0	23,0	23,0
	Plastikkirurgi	15,8	15,1	15,7	14,4	15,4	13,7
	Rehabilitering	0,1					
	Urologi	15,8	15,6	17,5	19,9	19,0	21,2
	ØNH	11,2	14,5	9,2	9,5	10,3	10,7
	Uspesifisert	0,1		0,2	0,4		0,4
	<b>Totalt Tromsø</b>		<b>163,5</b>	<b>174,1</b>	<b>168,2</b>	<b>161,3</b>	<b>169,4</b>
Harstad	Barn						0,0
	Gastrokirurgi	14,0	14,6	15,6	15,0	14,3	16,4
	Gastromedisin		0,1	0,0	0,1	0,1	0,2
	Hasteinngrep	0,4	0,3	0,8	0,2	0,1	0,0
	Hjertekirurgi	2,9	1,8	1,8	2,3	1,5	0,4
	Hud	0,0	0,1				0,0
	KK	7,4	6,7	5,1	6,5	5,4	7,9
	Ortopedi	15,9	17,6	19,1	20,6	19,1	21,1
	Plastikkirurgi	0,7	1,3	1,2	0,7	0,5	1,6
	Rehabilitering		0,0	0,4	0,8	1,3	1,1
	Urologi	2,7	2,8	3,3	3,2	4,7	5,2
	ØNH	3,9	2,7	4,2	4,2	4,6	4,9
	<b>Totalt Harstad</b>		<b>48,0</b>	<b>48,1</b>	<b>51,6</b>	<b>53,5</b>	<b>51,5</b>
Narvik	Barn	0,1	0,1		0,0	0,0	
	Gastrokirurgi	9,4	8,6	9,4	9,1	9,0	8,1
	Gastromedisin	0,1				0,0	
	Hasteinngrep	0,2	1,2	2,0		0,4	0,1
	Hjertekirurgi	1,3	1,8	3,5	0,3	0,5	2,3
	Hud			0,2	0,1	0,1	0,2
	KK	6,8	4,6	4,8	5,1	5,9	4,4
	Nevrokirurgi		0,1	0,0		0,0	
	Ortopedi	12,8	8,3	8,9	12,5	12,5	10,0
	Plastikkirurgi	0,6	0,4	0,1	0,8	0,3	0,1
	Rehabilitering	1,3	0,5	0,1	0,1		
	Urologi	1,5	3,8	2,7	2,2	2,1	3,7
	ØNH	1,6	0,9	1,5	1,0		0,3
Uspesifisert						0,1	
<b>Totalt Narvik</b>		<b>35,9</b>	<b>30,2</b>	<b>33,2</b>	<b>31,3</b>	<b>30,7</b>	<b>29,1</b>
<b>Totalsum</b>		<b>247,3</b>	<b>252,4</b>	<b>253,1</b>	<b>246,1</b>	<b>251,7</b>	<b>256,2</b>





**Sak:** Nasjonale kvalitetsindikatorer for UNN  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
**Fra:** Lise Balteskar/Arthur Revhaug  
**Møtedato:** 3.6.2015

---

## Sammendrag

Helsemyndighetene ønsker at pasienter, pårørende og publikum skal få bedre kunnskap om kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten. Noen av resultatene fra spesialisthelsetjenesten offentliggjøres derfor jevnlig på nettstedet [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no) som nasjonale kvalitetsindikatorer. Det finnes nå vel 60 indikatorer for somatiske (35) og psykiske (26) helsetjenester. Av disse indikatorene er 33 grunnlag for Kvalitetsbasert finansiering, KFB. Indikatorene kan grupperes etter resultat, prosess og pasientopplevelse. Innenfor psykisk helsetjeneste er det definert kun prosessindikatorer. Innen somatikken finnes for eksempel overlevelsestill, antall sykehusinfeksjoner og fødselsrifter som resultatindikatorer.

Sammenlignet med landsgjennomsnittet har UNN noen gode resultater på resultatindikatorene. Langtidsoverlevelsen for endetarmskreft er den lengste i landet. 30-dagersoverlevelsen etter behandling ved UNN Tromsø for hjerteinfarkt og hoftebrudd er høyest i landet. Når det gjelder prosess, har UNN flere indikatorer der vi er bedre enn landsgjennomsnittet enn der vi er dårligere. På pasientopplevelse scorer UNN Tromsø og Harstad godt på flere indikatorer.

## Bakgrunn

Siden kvalitet i helsetjenesten vanskelig kan måles direkte, benyttes indikatorer som en pekepinn på tjenestens kvalitet. De nasjonale kvalitetsindikatorer skal være et hjelpemiddel for ledelsen, motivere til kvalitetsforbedring i tjenesten og opplyse pasienter om viktige kvalitetskjennetegn ved institusjonene. Indikatorene er valgt ut fordi de anses å være betydningsfulle, vitenskapelig begrunnede og jevnlig oppdaterte. Data til indikatorene hentes hovedsakelig fra NPR, men også fra andre sentrale registre som Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet (sykehusinfeksjon), og fra Kunnskapssenteret (PasOpp, pasienterfaring)

Når indikatorene blir publisert offentlig sammen med data fra kvalitetsregistrene, vil de gi grunnlag for en allmenn debatt om standard og forventninger knyttet til norske sykehus. For fagmiljøene og virksomhetene er hensikten at kvalitetsindikatorer skal bidra i kvalitetsutvikling i den enkelte institusjon. Det er viktig å få frem data som over tid viser egen status på ulike områder, i forhold til institusjoner det er naturlig å sammenligne seg med og ikke minst for vårt eget forbedringsarbeid.

### Kvalitetsbasert finansiering (KBF)

ble innført 1. januar 2014 som en forsøksordning. Dette er en finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten hvor en andel av de regionale helseforetakenes (RHF) inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål med bruk av kvalitetsindikatorer. Til grunn for beregning av KBF ligger et sett med 33 utvalgte kvalitetsindikatorer med tilhørende prestasjonsmål. De er valgt ut da de anses som betydningsfulle og har konsistent og god



datakvalitet. De utvalgte indikator typene innenfor KBF er ulikt vektet. Resultatindikatorne gis 50 % av fordelingspotten, prosessindikatorne får 20 % og pasientopplevelser 30 %. Datakompletthet er en forutsetning for å tildeles midler i KFB.

## Saksutredning

Direktøren ønsker en samlet framstilling av UNN sine resultater i de nasjonale kvalitetsindikatorne. Det kan fort kan bli uoversiktlig å framstille resultater fra over 60 indikatorne og det er derfor gjort et utvalg. Utvalget er delvis begrenset til de 33 indikatorne som inngår i Kvalitetsbasert finansiering 2015. Disse er ikke valgt fordi de er økonomisk lønnsomme, men fordi de er betydningsfulle og regnes for å ha god datakvalitet. De fleste av disse indikatorne ble publisert 7. mai 2015 og er altså helt ferske data. Se tabell 2. Det er i tillegg laget en oppsummering av noen utvalgte indikatorer som ikke er med i KBF, men som likevel er viktige å ha med i en slik samlet framstilling. Se tabell 1. Disse indikatorne er Sannsynlighet for reinnleggelse for eldre etter utskrivning for utvalgte tilstander, Andel pasienter med sykehusinfeksjon rapportert til Folkehelseinstituttet (prevalensundersøkelse), Andel voksne med schizofreni med individuell plan og Fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen psykisk helse for barn og unge. Mange av indikatorne som ikke er nevnt i dette saksframlegget omhandler prosess (ulike ventetider, fritt sykehusvalg, ulike vurderingsgaranti, ulike fristbrudd) og de fleste rapporteres jevnlig i Kvalitet- og virksomhetsrapportene for UNN.

## Smittevern

Det kan være verdt å nevne noen smittevernsindikatorer som ikke er spesifikt listet i framlegget. For utvalgte kirurgiske inngrep (hofte, keisersnitt, galle, hovedpulsåre, tykktarm) følges infeksjonsstatus opp etter 30 dager. Andelen som følges opp er tilnærmet 100 % ved alle tre sykehusene i UNN.

## Andre indikatorer som ikke er i KBF. Tabell 1

*Sannsynlighet for reinnleggelse for eldre* er lavere for pasienter behandlet ved UNN Tromsø enn for Norge som helhet for tilstander som astma/KOLS, hjerneslag, hjertesvikt og lungebetennelse. Etter brudd er det derimot litt høyere sannsynlighet for reinnleggelse enn for landet som helhet. Harstad og Narvik ligger omtrent på landsgjennomsnittet, med unntak for brudd der Harstad ligger noe under.

Den totale andel *Pasienter med infeksjon*, målt på en gitt dato, er ikke høyere ved UNN Tromsø, men spesifikke infeksjoner som urinveisinfeksjon, postoperative sårinfeksjoner og blodforgiftning er høyere i Tromsø enn i landet for øvrig. Narvik har rapportert null infeksjoner i 2014. Harstad har en høy totalandel rapportert til Folkehelseinstituttet, men ingen nedre luftveisinfeksjoner eller postoperative infeksjoner hos de opererte.

*Andel Voksne med schizofreni med individuell plan* er 23 % i UNN HF og ligger langt under landsgjennomsnittet. Det er stor spredning på behandlingsstedene i UNN og i landet.

UNN HF skiller seg ut med dårlige resultater for *Fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen psykisk helse for barn og unge*. Det er behandlingsstedene Silsand og Narvik som sto for nesten alle disse fristbruddene.

## Resultatindikatorne i KBF. Tabell 2

Fødselsrifter, grad 3 og 4: Tromsø ligger på nivå med resten av Norge, mens både Harstad og Narvik har andeler som er 30-40 % dårligere enn landsgjennomsnittet. Det årlige antallet her er



riktignok få og usikre.

5-års overlevelse etter kreft er langsiktige resultater basert på svært mange faktorer. Helse Nord og UNN Tromsø har over år hatt svært gode resultater for endetarmskreft og for 2013 ligger Helse Nord hele 4-5 % over landsgjennomsnittet. For de andre kreftformene har vi ikke resultater som skiller seg ut.

30-dagers overlevelsen etter behandling i Tromsø for både hoftebrudd og hjerteinfarkt er av de beste i landet.

### **Prosessindikatorer i KBF. Tabell 2**

Indikatoren *Korridorpasienter* er rapportert på UNN som helseforetak, ikke på enkeltsykehus, dette blir nå endret. UNN har 2.9 % korridorpasienter, mot Norge på 1.5 %, dvs. nesten dobbelt så høyt.

Harstad har svært gode resultater når det gjelder *Epikriser sendt ut innen 7 dager*, 79.5 %, mens Narvik med 61 % ligger langt under landsgjennomsnittet på 68,8.

Også på indikatoren *Strykninger fra planlagt operasjon* rapporterer UNN som helseforetak, ikke som enkeltsykehus. Dette vil bli rettet opp. Her har UNN svært gode resultater med en strykningsprosent på 3.5 % mot et landsgjennomsnitt på 5.6 %. Helse Nord RHF har utført en regional revisjon og vil lage en felles regional definisjon som UNN vil ta i bruk.

Andelen av pasienten under 80 år som får *Trombolysebehandling ved hjerneslag*, rapporteres å være lav ved alle UNN-sykehusene; Tromsø 8.5 %, Harstad 2.4 % og Narvik 0 %, Norge 14.1 %. Disse resultatene er basert på diagnoser og prosedyrer rapportert inn til NPR. Det nasjonale hjerneslagregisteret registrer i prinsippet de samme hendelsene, men baserer seg på manuell registrering. I hjerneslagregisteret er tilsvarende resultater; Tromsø 17 %, Harstad 7 % og Narvik 0 %. Det er bekymringsfullt at det rapporteres ulikt i to systemer for samme kvalitetsmåling. NOR-klinikken vil forbedre innrapporteringen til NPR.

Andel pasienter som er *Behandlet innen 20 dager* fra henvisning for tre sentrale kreftformer er et viktig mål som nå rapporteres for siste gang. Fra august vil sykehusene bli målt på forløpstidene i Pakkeforløpene. UNN Tromsø har større andel av pasienter med brystkreft og lungekreft i behandling innen 20 dager enn landsgjennomsnittet. UNN Tromsø har en mindre andel av pasienter med tykktarmkreft i behandling innen 20 dager enn landsgjennomsnittet, mens UNN Harstad har en større andel.

Andel *Fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen somatisk helsetjeneste* er svært høyt i Narvik og til dels også i Tromsø. Harstad har en andel godt under landsgjennomsnittet. Det er kommet inn fire nye indikatorer i KBF i 2015 som angår rus og psykiatri. *Epikrisetiden innen PHV* er tilnærmet gjennomsnittet i landet, mens den innenfor TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) er kort. Andelen som har fått en *Spesifisert hoveddiagnose* er tilnærmet lik landsgjennomsnittet for både PHV og TSB.

### **Pasientopplevelsesindikatorer i KBF. Tabell 2**

Av 70 spørsmål i den årlige PasOpp-undersøkelsen organisert av Kunnskapscenteret, er det utledet 10 nasjonal kvalitetsindikatorer som alle inngår i kvalitetsbasert finansiering. Generelt scorer UNN i overkant av landsgjennomsnittet. Resultatene for enkeltsykehusene i foretaket er omtrent like for *Organisering* og *Pasientsikkerhet*. Når det gjelder *Informasjon*, *Pleiepersonalet*, *Legene*, *Pårørende* og *Samhandling* er pasientene omtrent like fornøyd med Harstad og Tromsø og minst fornøyd med Narvik. Harstad scorer best på *Utskrivning*, mens Tromsø scorer best på *Standard* og *Ventetid* for elektive pasienter.



## Vurdering

Alle klinikker og avdelinger bør ha et forhold til resultatene fra de nasjonale kvalitetsindikatorerne som gjelder eget fagområde. Man må kjenne til resultatene og ha et aktivt forhold til forbedringsarbeid. Å bedre langtidsoverlevelsen for kreft for en hel helseregion er en kompleks og sammensatt prosess. Å bedre pasientopplevelsen i møte ved våre sykehus synes å være en mindre krevende, men ikke mindre viktig oppgave. Sammen med resultatene fra nasjonale kvalitetsregistre, gir de nasjonale kvalitetsindikatorerne en pekepinn på kvaliteten i pasientbehandlingen. Slike resultater må etterspørres av ledere på alle nivåer og det må også tas konsekvenser av de resultatene som UNN oppnår. Resultater fra de nasjonale kvalitetsindikatorerne skal fremover presenteres og diskuteres i Kvalitetsutvalget minst to ganger per år og Styret i UNN orienteres årlig. Endelig presentasjonsform er ikke bestemt.

## Konklusjon

Vårens resultater fra de nasjonale kvalitetsindikatorerne er gjennomgående gode for UNN. Flere av resultater for pasientbehandling er svært gode og pasienterfaringene er også over landsgjennomsnittet. Det er klare forbedringspotentialer innenfor sykehusinfeksjoner og flere prosessindikatorer. Med dette som utgangspunkt, bør UNN ha ambisjoner om å bli et av landets beste sykehus.

Vedlegg: Tabell 1 og 2



## Vedlegg

Andre kvalitetsindikatorer, inngår ikke i KFB	Norge	Helse Nord	Tromsø	Harstad	Narvik	Vurdering
<b>Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager, 2013</b>						
Etter utskriving for Astmas/KOLS	28,6	26,4	<b>21,3</b>	26,8	30,5	↑
Etter utskriving for Brudd	9,1	9,1	9,4	8,6	8,9	→
Etter utskriving for Hjerneslag	10,7	9,4	<b>8,6</b>	10,4	<b>9,4</b>	↑
Etter utskriving for Hjertesvikt	23,3	21	<b>15,3</b>	23,7	22,2	↑
Etter utskriving for Lungebetennelse	19,6	18,6	<b>15,9</b>	20,2	18,4	↑
<b>Sykehusinfeksjoner, prevalens november 2014</b>						
Andel med infeksjoner påført i eget sykehus	3,6	4,5	5,8	4,5	0	→
Andel med urinveisinfeksjoner	1,1	1,1	1	1,5	0	→
Andel med nedre luftveisinfeksjoner	1,3	1,2	1,4	0	0	→
Andel m/ postoperative sårinfeksjoner av alle innlagte	1,8	3,7	<b>3,4</b>	<b>4,5</b>	0	↓
Andel m/ postoperative sårinfeksjoner av de opererte	7,1	15,8	<b>10,5</b>	0 (?)	0	↓
Andel med blodforgiftninger	0,5	0,7	<b>1,4</b>	0	0	↓
<b>Prosessindikatorer psykiatri, 2014</b>						
Andel voksne med schizofreni med individuell plan	31,1	19	<b>22,7 (UNN HF)</b>			↓
Fristbrudd avviklede Barne Ungdomspsykiatri	2,3	6,7	<b>9,2 (UNN HF)</b>			↓

**Tabell 1. Utvalg av noen nasjonale kvalitetsindikatorer som ikke inngår i Kvalitetsbasert finansiering (KFB), her med resultater for Norge, Helse Nord og de tre UNN-sykehusene.**

Det er gitt en vurdering av UNN sine resultater i forhold til landsgjennomsnittet. ↑ er vurdert som et resultat bedre enn landsgjennomsnittet. ↓ er vurdert som et resultat under landsgjennomsnittet. → er vurdert å være tilnærmet lik landsgjennomsnittet.



Resultatindikatorer, pr Helse Nord		Norge		Helse Nord			Vurdering
1	5 års overlevelse endetarmskreft helseregion, 2013	Kvinner: 66.5 Mann: 67.2		Kvinner: <b>70.7</b> Mann: <b>71.0</b>			↑
2	5 års overlevelse tykktarmskreft helseregion, 2013	Kvinner: 63.3 Mann: 59.5		Kvinner: 64.7 Mann: 60.9			→
3	5 års overlevelse lungekreft helseregion, 2013	Kvinner: 18.8 Mann: 13.1		Kvinner: 17.2 Mann: 13.1			→
4	5 års overlevelse brystkreft helseregion, 2013	Kvinner: 89.0		Kvinner: 88.9			→
5	5 års overlevelse prostatakreft helseregion, 2012	Menn: 91.3		Menn: 91.0			→
Resultatindikatorer, pr UNN HF		Norge	Helse Nord	Tromsø	Harstad	Narvik	Vurdering
6	Perinealruptur (fødselsrifter) 3. og 4. grad, 2013	1,9	2,1	1,8	<b>2,5</b>	<b>2,7</b>	↓
7	30-dgrs overlevelse etter hoftebrudd, 2013	91,6	91,3	<b>92,8</b>	90,9	91,6	↑
8	30-dgrs overlevelse etter hjerteinfarkt, 2013	88	88	<b>91</b>	87	89	↑
9	30-dgrs overlevelse etter hjerneslag, 2013	86	88	86	87	87	→
10	30-dgrs overlevelse uansett årsak, 2013	95	95	95	95	95	→
Prosessindikatorer							
11	Korridorpasienter, 2014	1,5	1,9	<b>2.9</b> (UNN HF)			↓
12	Epikriser, andel sendt innen 7 dager, 2014	68,8	72	70,5	<b>79,5</b>	<b>61</b>	↑↓
13	Lårhalsbruddsoperasjoner innen 48 timer, 2014	93.3	94.3	92.1	<b>99.1</b>	92.6	↑
14	Strykninger fra planlagt operasjonsprogram, 2014	5,6	6,4	<b>3.5</b> (UNN HF)			↑
15	Trombolysbehandling, hjerneslag, 18-80 år, 2014	14,1	11,5	8,5	2,4	0	↓
16	Tid fra henvisning til 1. behandl, tykktarmskreft 2014	58,6	51,6	<b>43,6</b>	<b>65,2</b>	-	↓↑
17	Tid fra henvisning til 1. behandl, lungekreft 2014	37,6	49,8	<b>41,2</b>	-	-	↑
18	Tid fra henvisning til 1. behandl, brystkreft 2014	55	67.2	<b>66.7</b>	-	-	↑
19	Andel fristbrudd, somatikk, avviklede, 2014	5,5	7	<b>7,1</b>	5,8	<b>9,6</b>	↓
20	Epikriser PHV, andel sendt innen 7 dager (ny 2015)	71,9	70,3	72,7 (UNN HF)			→
21	Epikriser TSB, andel sendt innen 7 dager (ny 2015)	63,4	64	<b>83,7</b> (UNN HF)			↑
22	Registrering av hovedtilstand PHV (ny 2015)	97,9	94,5	97 (UNN HF)			→
23	Registrering av hovedtilstand TSB (ny 2015)	92,8	93,5	92,6 (UNN HF)			→
Pasienterfaring, 2013							
25	Pleiepersonalet	76	75	77	78	75	→
24	Informasjon	71	71	<b>74</b>	<b>74</b>	71	↑
26	Legene	75	74	77	77	73	→
28	Pårørende	76	77	79	78	75	→
27	Organisering	67	65	67	67	67	→
29	Standard	71	68	73	68	68	→
30	Utskriving	56	56	58	<b>63</b>	57	↑
31	Samhandling	64	64	67	<b>69</b>	<b>58</b>	↑↓
32	Pasientsikkerhet	89	89	89	90	90	→
33	Ventetid for elektive pasienter	64	66	<b>75</b>	58	54	↑

Tabell 2. Nasjonale kvalitetsindikatorer som inngår i Kvalitetsbasert finansiering (KFB) for 2015, her med resultater for Norge, Helse Nord og de tre UNN-sykehusene.

Det er gitt en vurdering av UNNs resultater i forhold til landsgjennomsnittet. ↑ er vurdert som et resultat bedre enn landsgjennomsnittet. ↓ er vurdert som et resultat under landsgjennomsnittet. → er vurdert å være tilnærmet lik landsgjennomsnittet.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
50/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	3.6.2015

### Referatsaker

#### Innstilling til vedtak

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

1. Protokoll fra foretaksmøte mellom Helse Nord RHF og UNN 24.4.2015
2. Kopi av brev datert 24.4.2015 til Helse Nord RHF fra Ofoten Regionråd vedrørende ambulanseberedskap i Midtre Hålogaland
3. Kopi av brev datert 29.4.2015 til Helse Nord RHF fra Ofoten Regionråd vedrørende ambulanseberedskap i Ofoten
4. Utskrift fra møtebok fra felles eldrerådsmøte for kommunene i Sør-Troms 22.4.2015: Uttalelse om onkolog på UNN Harstad
5. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 20.5.2015
6. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 21.5.2015
7. Referat fra OSO-møtet 16.4.2015
8. Protokoll fra AMU-møtet 20.5.2015
9. Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 18.5.2015

Tromsø, 22.5.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg



## Protokoll

Vår ref.:  
2014/713-5/012

Referent/dir.tlf.:  
Karin Paulke, 75 51 29 36

Sted/Dato:  
Bodø, 24.4.2015

<b>Møtetype:</b>	Foretaksmøte
<b>Møtedato:</b>	24. april 2015 – kl. 13.00
<b>Møtested:</b>	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

### Tilstede – fra Helse Nord RHF:

<b>Navn:</b>	
Bjørn Kaldhol	styreleder
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Erik Arne Hansen	regnskapssjef

### Tilstede – fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

<b>Navn:</b>	
Jorhill Andreassen	styreleder
Tor Ingebrigtsen	adm. direktør

### Tilstede – fra revisjonsselskapet KPMG:

<b>Navn:</b>	
Remi Selsbakk	stat. aut. revisor

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med helseforetaksloven § 45.



**Sak 7-2015                    Godkjenning av innkalling**

Styreleder i Helse Nord RHF, Bjørn Kaldhol, med fullmakt til å utøve eiermyndighet på vegne av Helse Nord RHF ønsket velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Han ga ordet til styreleder i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Jorhill Andreassen. Foretaksmøtet ledes av styreleder i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Jorhill Andreassen.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

**Sak 8-2015                    Godkjenning av saksliste**

Møtelederen spurte om noen hadde merknader til den utsendte sakslisten. Det var ingen merknader til sakslisten.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Sakslisten godkjennes.

**Sak 9-2015                    Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder**

Lars Vorland ble foreslått til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Lars Vorland ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

**Sak 10-2015            Godkjenning av årsregnskap og styrets beretning 2014,  
herunder disponering av årsresultat**

*I forbindelse med behandling av denne saken la styreleder Andreassen og adm. direktør Ingebrigtsen i Universitetssykehuset Nord-Norge HF frem en presentasjon av årsregnskap, aktivitet, kvalitetsindikatorer, oversikt over tilsynsrapporter m. m. for 2014.*

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Bjørn Kaldhol redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

1. Det fremlagte årsoppgjør med resultatregnskap, balanse og styrets beretning, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultat fastsettes som Universitetssykehuset Nord-Norge HFs regnskap for 2014.
2. Foretaksmøte gir sin tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.

**Sak 11-2015            Godkjenning av revisors godtgjørelse 2014**

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Bjørn Kaldhol redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Revisjonshonorar 2014 fastsettes i henhold til mottatte fakturaer til:

Lovpålagt revisjon	kr 337 750,-
Utvidet revisjon	kr 164 280,-
Andre attestasjonstjenester	kr 105 500,-
Andre tjenester utenfor revisjon	kr 231 224,-
<b>SUM</b>	<b>kr 838 754,-</b>

**Sak 12-2015            Årlig melding 2014, Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Bjørn Kaldhol redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Foretaksmøtet vedtar *Årlig melding 2014* for Universitetssykehuset Nord-Norge HF.


**Sak 13-2015            Universitetssykehuset Nord-Norge HF, egenkapitalinnskudd**


Det vises til saksfremlegget. Styreleder Bjørn Kaldhol redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

1. Det blir gjennomført et kapitalinnskudd i Universitetssykehuset Nord-Norge HF på 421 mill. kroner.
2. Innskuddet skal bokføres som annen innskutt egenkapital.

Bodø, den 24. april 2015

  
.....  
Jørhill Andreassen, styreleder  
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

  
.....  
Lars Vorland, adm. direktør  
Helse Nord RHF



Ofoten regionråd  
v/ Narvik kommune  
8512 Narvik  
post@ofotraadet.no  
Saksbehandler: Elisabeth Storjord

Narvik 24.04.2015

**Til**

Helse Nord RHF

### **AMBULANSEBEREDSKAP I MIDTRE HÅLOGALAND**

Midtre Hålogaland Regionrådsforum er et samarbeidsorgan for Lofotrådet, Vesterålen regionråd, Sør-Troms regionråd og Ofoten regionråd. I møte 13. april 2015 ble Midtre Hålogaland regionrådsforum enig om å komme med følgende uttalelse:

Vi registrerer at styret for Helse Nord varsler endringer, som etter vårt syn indikerer at tjenesten vurderes nedskalert til et nivå vi mener ikke er i tråd med pasientrettighetsloven, hva angår øyeblikkelig hjelp. En reduksjon i ambulanseberedskap for befolkningen i Midtre Hålogaland kan ikke aksepteres.

Vi ber om at i det videre arbeidet med utvikling av ambulansetjenesten i vårt område blir sikret at tilstrekkelig ambulansetjeneste opprettholdes slik at ikke liv og helse blir satt på spill.

Vennlig hilsen  
for Midtre Hålogaland Regionrådsforum

Tore Nysæter  
leder Ofoten regionråd

Sendes kun elektronisk

Kopi til:  
UNN helseforetak  
Nordlandssykehuset  
Helse- og omsorgsminister Bent Høie  
Lokalmedia



Ofoten regionråd  
v/ Narvik kommune  
8512 Narvik  
post@ofotraadet.no  
Saksbehandler: Elisabeth Storjord

Narvik 29.04.2015

**Til**

Helse Nord RHF

**AMBULANSEBEREDSKAP I OFOTEN**

Ofoten regionråd er et politisk samarbeidsorgan for kommunene Ballangen, Evenes, Narvik, Tjeldsund og Tysfjord.

Vi ber om at det i det videre planarbeidet for ambulansetjenesten tas hensyn til at tjenesten ikke blir nedskalert til et nivå som ikke er i tråd med pasientrettighetsloven, hva angår øyeblikkelig hjelp, og at i det videre arbeidet med utvikling av ambulansetjenesten i Midtre Hålogaland blir sikret at tilstrekkelig ambulanseberedskap dimensjoneres slik at ikke liv og helse blir satt på spill.

Vennlig hilsen

Tore Nysæter  
leder Ofoten regionråd

Sendes kun elektronisk

Kopi til:

UNN helseforetak

Nordlandssykehuset

Helse- og omsorgsminister Bent Høie

Lokalmedia



## Kvæfjord kommune

### Utskrift av møtebok fra felles eldrerådsmøte for kommunene i Sør-Troms 22.4.2015

#### 4/2015 Kreftspesialist/ onkolog ved Harstad sykehus

#### *Uttalelse om onkolog (legespesialist på kreftsykdommer) på Harstad Sykehus / UNN Harstad*

#### *Eldrerådene i Sør-Troms samlet til møte på Borkenes i Kvæfjord 22.04.2015 vil komme med følgende uttalelse:*

*Medisinsk avdeling ved Harstad sykehus behandler kreft og har ansvar for omsorg ved livets slutt. Moderne kreftbehandling er et samarbeidsprosjekt hvor en ikke snakker om enten Tromsø eller Harstad. Behandlingen i dag dreier seg om samarbeid i alle ledd. Det er mange pasienter som både diagnostiseres og ferdigbehandles ved sykehuset i Harstad, eller til at behandlingen må stoppes. Dette fagmiljøet er det viktig å ha. En ambulerende kreftspesialist vil behandle de aktuelle pasientene i Harstad, men en fast kreftspesialist vil lære opp teamene ved sykehuset. Synergieffekten ligger i at kreftspesialisten er til stede i Harstad. En kreftspesialist til Harstad er viktig. I dag er belastningen på helsepersonellet stort. Det er viktig med en kvalitetsheving for at belastningen ikke skal bli for stor. En onkolog vil avhjelpe den situasjonen. Med fast tilstedeværelse vil det hjelpe hele teamet, sykepleierne inkludert. Spesialisten må gi dem kompetanseheving. Det er sykepleierne som skal utføre behandlingen. Dette er viktige effekter av en kreftspesialist, i tillegg til å redusere pasientreiser. Befolkningen i vårt område må føle den tryggheten som helsevesenet skal gi. Pasientene trenger støtte for å bære en sykdom som medfører dødsangst. Pasientene trenger råd og støtte fra spesialister. **Vi krever bedre tilbud i vår region.** Å styrke staben ved Harstad sykehus med en **fast tilstedeværende onkolog i hel stilling**, vil gi pasientene et bedre tilbud.*

*Uttalelsen sendes styret i Helse Nord, styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge, kommunene i Sør-Troms og media.*

Resolusjonen ble enstemmig vedtatt.

Rett utskrift  
Marit Blekastad, sekretær  
11.5.2015

---

## PROTOKOLL

---

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 3.6.2015**

Dato: 20.5.2015  
Tidspunkt: 9.00-10.00  
Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

---

Fra arbeidsgiver  
Grethe Andersen  
Turid Fossem  
Per Bruvold  
Leif Hovden (ref.)

Fra arbeidstakerne  
Jan Eivind Pettersen, Delta  
Einar Rebni, Foretakshovedverneombud  
Mai-Britt Martinsen, NSF  
Rune Moe, Fagforbundet  
Yvonne Sollied, DNJ

Protokollsignering:


Fra arbeidstakersiden ble Jan Eivind Pettersen og Mai-Britt Martinsen valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

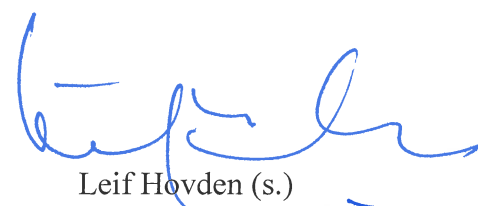
Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
Tertialrapportens Kvalitets- og virksomhetsrapport (KVR) pr april 2015	GA	<i>Økonomisjef Grethe Andersen redegjorde for KVR og svarte ut spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten hadde særskilt fokus på sykefraværsoppfølgingen. For øvrig ble saken tatt til orientering.</i> <u>Partene ble enige om eget drøftingsmøte torsdag 21.5. kl. 8.00 -9.00 for selve tertialrapporten og styresaken.</u>
Tilsynsrapport	AR	<i>Kvalitetsrådgiver Turid Fossem innledet kort til saken og svarte ut spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til saken slik den ble presentert i møtet.</i>
Status informasjonssikkerhet ved UNN	AR	<i>Sikkerhetsrådgiver Per Bruvold innledet kort til saken og svarte ut spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til saken slik den ble presentert i møtet, og uttrykte ønske om å få delta i e-læringen.</i>

Etter henvendelse fra DNLF blir tidspunkt for avholdelse av drøftingsmøtene flyttet til tirsdager kl 14-15.30.

Tromsø, 20.5.2015

  
Jan Eivind Pettersen (s.)  
FTV Delta

  
Mai-Britt Martinsen (s.)  
FTV NSF

  
Leif Hovden (s.)  
administrasjonssjef



---

**PROTOKOLL**


---

Tema: **Drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 3.6.2015**

Dato: 21.5.2015

Tidspunkt: 8.00-8.30

Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

---

Fra arbeidsgiver

Arthur Revhaug  
Hans Petter Bergseth  
Leif Hovden (ref.)

Fra arbeidstakerne

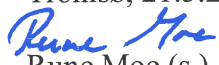
Einar Rebni, Foretakshovedverneombud  
Mai-Britt Martinsen, NSF  
Rune Moe, Fagforbundet  
Ulla Dorthe Mathisen, DNLF

Protokollsiknering:

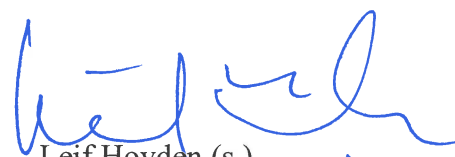
Fra arbeidstakersiden ble Rune Moe og Mai-Britt Martinsen valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
Tertialrapport 1 – 2015 -styresak og rapport	GA	<p><i>Kvalitets- og virksomhetsrapport (KVR) pr april ble drøftet i eget møte 20.5.</i></p> <p><i>Kvalitetsrådgiver Hans Petter Bergseth innledet til saken, og viste i den anledning til sammenhengen mellom Kvalitets- og virksomhetsrapporten og Tertialrapporten. Et hovedfunn i tertialrapporten er at UNN innfrir på de fleste av punktene som fremkommer i Oppdragsdokumentet, og som UNN skal iverksette for å oppnå sine mål. Ny pasient- og brukerrettighetslov stiller strengere krav til måloppnåelse på de viktigste måleparametrene.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av fordelingutviklingen av driftsmidler mellom somatikk og rus-/ psykiatriområdet. I tillegg ble det igjen tatt opp forhold rundt mulige arbeidsmiljølovsbrudd, og manglende registrering i GAT. Det ble uttrykt utålmodighet i forhold til opplæring, tidsbruk og holdninger til å få på plass et tilfredsstillende personaldatasystem for virksomheten. Det ble i tillegg vist til AMUs behandling av sykefraværsutviklingen i foretaket.</i></p>

Tromsø, 21.5.2015

  
Rune Moe (s.)  
HTV Fagforbundet

  
Mai-Britt Martinsen (s.)  
FTV NSF

  
Leif Hovden (s.)  
administrasjonssjef

**Referat fra møte i Overordnet Samarbeidsorgan (OSO)**

Møtedato: Torsdag 16. april 2015  
Sted: LINKEN- møterom Tromsdalstinden, Forskningsparken i Tromsø  
Tid: Møtestart kl. 11.00 Avsluttet kl. 15.20

---

**Tilstede**

Merete Hessen	Leder av OSO, adm.sjef Kvæfjord kommune, Sør-Troms reg.råd.
Magne Nicolaisen	Nestleder OSO, avd.leder samhandlingsavdelingen UNN
Trond Brattland	Kommuneoverlege Tromsø kommune (vara for Eva T. Olsen)
Karin Friborg Berger	Kommunalsjef Balsfjord kommune, Tromsø & omegn reg.råd.
Hanne Ness Eidsvik	Virksomhetsleder Lenvik kommune, Midt-Troms reg.råd. (vara for Inger Linaker.)
Wenche Folberg	Rådmann, Narvik kommune, Ofoten reg.råd.
Anne-Marie Gaino	Rådmann Nordreisa kommune, Nord-Troms reg.råd.
Tor Ingebrigtsen	Adm. Direktør UNN
Jon H. Mathisen	Klinikk sjef Akuttmedisinsk klinikk UNN
Kari Holte	Ass. Klinikk sjef Nevro-, Orto- og rehab.klinikken, UNN
Per Christian Valle	Avdelingsoverlege med.avd. UNN Harstad.

**Medlemmer med møte- og talerett**

Knut Ivar Berglund	Ass. Fylkeslege, Fylkesmannen i Troms.
Guri Moen Lajord	Rådgiver, KS Nord-Norge.

**Øvrige som møtte**

Robert Strand	Sekretariat, Samhandlingsavdelingen UNN.
Gerd Ersdal	Prosjektleder FUNNKe –prosjektet, til sak 15 og 16/15.
Magnar Solbakken	IKT-rådgiver, Tromsø kommune.
Bente Ervik	Kreftavdelingen UNN, til sak 24/15.

**Forfall**

Eva T. Olsen	Kommunalsjef Tromsø kommune. Vara Trond Brattland møtte.
Inger Linaker	Enhetsleder, Pleie- og omsorg, Bardu kommune. Vara Hanne Ness Eidsvik møtte.
Tor Kristian Grimeland	Rådgiver, senter for psykisk helse, UNN Narvik
Jon Arne Østvik	Brukerrepresentant, brukerutvalget UNN.
Svein R. Steinert	Fylkeslege Troms, Fylkesmannens helseavdeling. Vara Knut Ivar Berglund møtte.

Møteleder Merete Hessen ønsket velkommen.  
En ny sak ble meldt inn; Oppnevning av styringsgruppe for Samhandlingsbarometeret.

**Sak:** 13/15  
**Tittel:** Referat fra møte 5.02.15

Utkast til referat ble sendt OSO's medlemmer kort tid etter forrige møte, som ble avholdt torsdag 5. februar. Det var ikke mottatt kommentarer eller forslag til endringer.

**Vedtak:**  
Referat fra OSO møte 5. februar 2015 godkjennes.

**Sak:** 14/15  
**Tittel:** Orientering fra OSO- representantene om aktuelle saker i egen region/ klinikk

OSO medlemmene var oppfordret til å informere om aktuelle saker i egen region / klinikk, med særskilt fokus på hvordan vedtakene i OSO gjøres kjent og forankres i egen region/klinikk.

**Vedtak:**  
Orientering fra OSO-medlemmene tas til orientering.

**Sak:** 15/15  
**Tittel:** Evaluering av Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtaler, hva bør prioriteres for 2015?

I forbindelse med Samhandlingsreformen ble kommuner og foretak pålagt å inngå «Overordna samarbeidsavtale» samt 11 underliggende tjenesteavtaler. Avtalene ble gjennomgått og vedtatt i hvert enkelt kommunestyre, samt i ledermøte på UNN. Pr. i dag er ordlyden i avtalene mellom UNN og de 30 kommunene som sokner til UNN identisk. I avtalene har partene blant annet forpliktet seg til en årlig gjennomgang av avtalene, samt sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

**Vedtak:**  
Det nedsettes en arbeidsgruppe som utarbeider;

- Forslag på organisering av permanent ordning for forvaltning av avtalene, jfr §7
- Rutiner / retningslinjer for revisjon av avtalene, jfr §12.
- Forslag på prioritering av arbeidet med de ulike avtalene.

Arbeidsgruppa legger fram sin innstilling på neste møte i OSO, 18. Juni 2015.  
Arbeidsgruppen bør ha juridisk kompetanse fra både UNN og kommunenes side, og arbeidet bør koordineres med tilsvarende arbeid i Helse Nord RHF.

**Sak:** 16/15  
**Tittel:** Status fra KSU 1- 2014; «Samarbeid om IKT- utvikling». Forslag til endring av Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtale 5.

KSU 1- 2014 foreslår justeringer i tjenesteavtale 5; «Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehus.» samt en tilføyelse i Overordnet Samarbeidsavtale.

**Vedtak:**

OSO ber om at forslåtte endringer i Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtale 5 tas med når forslag til revisjon av avtalene ferdigstilles.

**Sak:** 17/15  
**Tittel:** Ny turnuslegeordning – erfaringer og utfordringer

Ny turnuslegeordning medfører noen utfordringer når det gjelder å rekruttere og beholde turnusleger i kommunale plasser. Spesielt har dette vært et problem i UNN Tromsø sitt primærområde, men en ser det samme i andre foretaksområder også, bl.a. i Finnmark. Etter at ordningen ble søknadsbasert, har det oppstått et «turnuslegenes arbeidsmarked» hvor turnuslegene har større frihet og bedre valgmulighet når det gjelder hvor de vil gjennomføre sin turnustjeneste, spesielt gjelder dette kommuneperioden. Det er ikke nok turnusleger til å fylle alle kommuneplassene, og en risikerer at turnuslegen trekker seg og finner ny plass i annen kommune via turnusportalens resttorg.

**Vedtak:**

1. OSO oppfordrer Narvik kommune, Harstad kommune og Tromsø kommune, som vertskommuner for helseforetak, til å påta seg ansvaret for å koordinere turnuslegeordningen på vegne av kommunene i sine områder. Koordinatorfunksjonen vil omfatte 5 kommuner koblet mot UNN Narvik, 10 kommuner koblet mot UNN Harstad og 10 kommuner koblet mot UNN Tromsø.
2. OSO anbefaler at det utarbeides en samarbeidsavtale mellom involverte kommuner i hvert av områdene. Avtalen bør omfatte mandat i forhold til koordinering, tilsetting og fordeling av turnusleger, samt ansvarsfordeling mellom kommunene. Avtalen bør også beskrive evt. rullering av funksjonene.
3. OSO ber KS bistå kommunene med å utarbeide samarbeidsavtale og årshjul som inneholder oppgaver og tidsfrister i koordinering av turnuslegeordningen.
4. OSO oppfordrer bykommunene til å bidra til at distriktskommunene sikres turnuslege i hver periode.
5. OSO ber tilsettingsutvalgene prioritere kandidater med lokal tilknytning så langt det er adgang til.

**Sak:** 18/15  
**Tittel:** KomUT Nord 2015-2017 – etablering av kompetansenettverk for videreutvikling av e-meldingstjenester, (etterfølger FUNNKe-prosjektet)

KomUT Nord 2015-2017 er et kompetansenettverk for støtte, drift og videreutvikling av digital kommunikasjon innen helse - og omsorg. Nettverket erstatter prosjekt FUNNKe. KomUT nord blir organisert i fire lokale nettverk, knyttet opp mot hvert av helseforetakene i Nord-Norge. Det er også etablert en regional samarbeidsgruppe, og styringsgruppe (videreført etter FUNNKe). I tillegg til elektronisk meldingsutveksling skal nettverkene utfra mandatet jobbe med kjernejournal, velferdsteknologi og kvalitet i bruk av elektronisk pasientjournal.

**Vedtak:**  
Saken tas til orientering.

**Sak:** 19/15  
**Tittel:** Samarbeidsavtalen mellom kommunene i Nord-Norge og Helse Nord RHF, status og plan for videreføring

Det ble på OSO-møtet gitt en muntlig orientering om status for samarbeidsavtalen mellom kommunene i Nord-Norge og Helse Nord RHF, samt plan for videreføring av dette samarbeidsorganet.

**Vedtak:**  
Saken tas til orientering.

**Sak:** 20/15  
**Tittel:** Hva kan UNN tilby av lærlingeplasser og hva er kommunenes behov?

Norge står overfor en stor utfordring med tanke på å skaffe nødvendig arbeidskraft innen mange sektorer i årene som kommer. Tilgangen på fagarbeidere er et av de mest kritiske punktene. I følge SSB kan vi mangle så mye som 90 000 fagarbeidere i 2035, hvorav 57 000 av disse er helsefagarbeidere.

**Vedtak:**  
Saken tas til orientering. Tema settes opp på neste møte i OSO, hvor også fylkeskommunen inviteres til å delta på møtet.

**Sak:** 21/15  
**Tittel:** Helsetjenesteplanlegging, oppfølging av sak 21/14, 30/14 og 45/14

For å sikre god planlegging av kommunenes kapasitet til å ta imot utskrivningsklare har Tromsø kommune i samarbeid med KS og sekretariatet i OSO utarbeidet beregninger for sykehjemsdekningen i OSO-området med framskrivninger.

**Vedtak:**

Saken tas til orientering, og følges opp på OSO-møte i september. Dette bør også være tema på Dialogforum høsten 2015.

**Sak:** 22/15  
**Tittel:** Finansiering av fellesaktiviteter, oppfølging av sak 3/14, 22/14 og 8/15

En viktig oppgave i OSO er å oppnevne medlemmer til kliniske samarbeidsutvalg (KSU) og gi disse mandat. I tillegg oppretter OSO jevnlig andre arbeidsgrupper for å utrede problemstillinger som er felles for kommunene og UNN. I vedtektene til OSO § 5 står følgende; «OSO har ikke eget budsjett. Partene i samarbeidet bærer selv sine kostnader».

**Vedtak:**

OSO opphever vedtak fra 19. februar 2014 vedr. finansiering av fellesaktiviteter. OSO vedtar at UNN dekker kostnader for brukerrepresentasjon, mens kommunene dekker kostnader knyttet til fastleger i de KSU / arbeidsgrupper OSO vedtar å etablere.

**Sak:** 23/15  
**Tittel:** Status etablering av Ø- hjelpsenger

Som et ledd i samhandlingsreformen blir kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp utvidet til også å omfatte kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp / kommunal akutt døgnenhet (KAD). Søknadsfrist er 1. mars hvert år, og det legges opp til at dette blir en lovpålagt plikt for kommunene fra 01.01.2016. Det betyr at 1. mars 2015 var «siste frist» for å søke slike midler.

**Vedtak:**

Saken tas til orientering. OSO ber sekretariatet fremme forslag til opprettelsen av et KAD forum til neste OSO-møte. Forumet bes også utarbeide forslag til felles driftsplan for disse sengene.

**Sak:** 24/15  
**Tittel:** Andre orienteringer

#### A) Modell for samhandling innfor kreft – og lindrende behandling

Årsrapport fra «Fagnettverk for ressurspsykepleiere i kreft og lindrende behandling» ble presentert av Bente Ervik, leder av «Lindring i nord», kreftavdelingen UNN.

**Vedtak:**  
Saken tas til orientering.

#### B) Styringsgruppe for Samhandlingsbarometeret

Det skjer mye spennende med «Samhandlingsbarometeret», og ting går fort framover. Det bør nå etablere en styringsgruppe for prosjektet, og da prosjektet er forankret i OSO – er det OSO som bør oppnevne en slik styringsgruppe.

**Vedtak:**  
OSO oppnevner styringsgruppe for Samhandlingsbarometeret med følgende sammensetning;

- Repr. fra kommune (KS eller repr. fra en liten kommune)
- Trond Brattland, kommuneoverlege Tromsø kommune
- Brukerrepresentant
- Repr. fra Økonomi og analysesenter UNN
- Repr. fra Fylkeslegen i Troms
- Repr. fra Universitetet i Tromsø
- Magne Nicolaisen, samhandlingsavdelingen UNN. Leder av styringsgruppa og redaktøransvaret for selve barometeret.

**Sak:** 25/15  
**Tittel:** Neste møte

**Vedtak:**  
Neste møte er fastsatt til **torsdag 18. Juni**, kl. 11.00 – 16.00. Møtested er Finnsnes. Formøte for h.h.v. kommunene og UNN fra kl. 10.00 samme sted.

**PROTOKOLL FRA AMU-MØTE 20.5.15**

Utvalg: Arbeidsmiljøutvalget (AMU)  
Tidspunkt: 20.5.15 10.30-13.30  
Sted: D1 707 Breivika Lille telestudio 5etg Narvik, Vestibyle møterom 1. etg Harstad

Til stede (x):

<b>Arbeidsgiversiden:</b>		<b>Varamedlemmer</b>	
Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU	x	Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken	x	Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	
Arthur Revhaug, klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	x	Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	
Ove Laupstad, avdelingsleder Medisinsk avdeling UNN Narvik		Anders Nordgård, avdelingsleder Kirurgisk avdeling UNN Harstad	
<b>Arbeidstakersiden:</b>			
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN	x	Terje Møien, foretaksverneombudet UNN	
Geir Magne Johnsen, HTV NSF – UNN Harstad	x	Elisabeth Hole, PTV NSF, UNN Tromsø	
Tore Ovesen, Fagforbundet UNN Harstad		Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik	x
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø		Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	x
Elisabeth Olstad, Ylf	x	Jo Endre Midtbu, Ylf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Monica F. Sørensen, NSF	

Møteleder: Gøril Bertheussen  
Sekretær: Walter Andersen  
Representant for BHT: Kristin Mølmann

Dessuten møtte Ole Marin Andersen fra Stabscenteret på sak 21/15.





### **Sak 19/15 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Innmeldt eventuelt sak «Nye parkeringsavgifter ved UNN».

**Vedtak:**

Innkalling og saksliste godkjennes.

### **Sak 20/15 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 14.4.15**

Protokoll fra AMU-møtet 15.4.15. var vedlagt saksdokumentene.

**Vedtak:**

Protokollen godkjennes.

### **Sak 21/15 Orienteringssaker**

- Muntlig orientering: Status i oppfølgingsarbeidet etter Medarbeiderundersøkelsen v/Ole-Martin Andersen HR-senteret

**Vedtak:**

Saken tas til orientering.

### **Sak 22/15 Styresaker**

Følgende saker til styret 3.6.15 ble behandlet i AMU denne gang:

- Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2015
- Tilsynsrapport
- Informasjonssikkerhet

Drøftingsdokumentene ble sendt AMU fredag 15.5.15.

**Vedtak:**

Styresakene tas til orientering.

AMU er fornøyd med at sykefravær er kommet med som en av fem hovedindikatorer i Kvalitets- og virksomhetsrapporten.



### **Sak 23/15 Søknad om midler fra AMU – ytterligere tildelinger 2015**

AMU har i 2015 kr. 870.000,- til drift og fordeling. I møtet 14.4.15 fordelte AMU midler tilsvarende kr. 483.500,-

Til dette møtet hadde AMU følgende søknader som ble utsatt fra forrige møte, på grunn av at de var kommet for sent inn eller ikke var tilstrekkelig belyst:

Tilleggssøknad for vedlikehold hyttene Innset  
Kulturavdelingen Bigband  
Kulturavdelingen Naustet Åsgård  
Kulturavdelingen UNN-Q-lele Narvik  
UNN-koret Artic Voices

Arbeidsutvalget la frem forslag til fordeling i møtet. Etter grundig behandling fattet AMU følgende vedtak:

#### **Vedtak:**

1. AMU vedtar å tildele midler til følgende tiltak:

Tilleggssøknad for vedlikehold hyttene Innset	15000
Kulturavdelingen Bigband	80000
Kulturavdelingen Naustet Åsgård	40000
Kulturavdelingen UNN-Q-lele Narvik	11000
UNN-koret Artic Voices	70000
2. AMU ønsker å stimulere til arbeidsmiljøtiltak på tvers av klinikkene, og ber AU legge frem forslag om hvordan vi kan oppnå dette. Restpotten på 125.000 kr tildeles til høsten.
3. Retningslinjer for tildelinger av midler fra AMU tas frem for revisjon i egen sak høsten 2015.

### **Sak 24/15 Verneombudsboka i UNN**

Denne saken ble første gang behandlet i AMU 29.10.14. AMU gjorde da følgende vedtak: «AMU ber om at dokumentet redigeres med de merknader som kom frem i møtet, og legges frem for behandling i KVAM-utvalgene og ledergruppen i UNN.»

Saken har nå vært på behandling i klinikkens KVAM-utvalg og foretakshovedverneombudene har redigert dokumentet.

Vernetjenesten legger også frem en sjekklister for vernetjenesten. Etter AMUs vurdering kan sjekklister inngå som et vedlegg til verneombudsboka.

#### **Vedtak:**

AMU ber om at de merknader som kom frem i møtet innarbeides i det endelige dokumentet, og ber om ny behandling i AMU før godkjenning.



### **Sak 25/15 Rapport fra arbeidsgruppe "Tettere på"**

Det vises til sak 25/14 og sak 40/14 der AMU behandlet arbeidet med å styrke jobbnærværet i forbindelse med inngåelse av ny IA-avtale.

Arbeidsgruppen har nå fullført sin behandling og rapporten fulgte vedlagt saksdokumentene.

#### **Vedtak:**

1. AMU er ikke fornøyd med det høye sykefraværet i UNN og vil spesielt følge opp funnene i prosjekt "Tettere på".
2. Beskrivelsene i rapporten må analyseres slik at tiltakene som foreslås iverksatt målrettes i forhold til foretakets utfordringer. AMU ber stabssjefen utdype funnene i rapporten og utarbeide forslag til tiltak, samt forslag til handlingsplan for videre arbeid med rapporten i UNN.

### **Sak 26/15 Eventuelt**

#### **a. Nye parkeringsavgifter ved UNN**

Det er kommet henstillinger om at den saken bør behandles i AMU. Med bakgrunn i de opplysninger som kom frem i møtet finner ikke AMU grunn til å ta denne saken til behandling. Når parkeringsutvalget senere i år har vurdert endring i retningslinjene for parkering vil AMU få saken til behandling.



## MØTEREFERAT – BRUKERUTVALGETS ARBEIDSUTVALG UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

---

**Møtedato:** 18.5.2015 kl. 14.00 – 15.30  
**Møtested:** Møterom D1.744 Administrasjonen

**Tilstede:**

**Medlemmer:** Cathrin Carlyle

**Fra adm.:** Line Aslaksen, Heidi Robertsen, Grethe Andersen, Turid Fossem

**Forfall:** Sander O. Henriksen, Leif Hovden, Arthur Revhaug og Per Bruvold

### **BAU 39/15 Behandling av drøftingssaker til styremøte 3.6.2015**

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 15.5.2015. Terialrapport 1. tertial 2015 var bebudet ettersendt

#### **Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;**

1. *Terialrapport 1. tertial 2015 – med Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2015*  
Virksomhetsrapporten er ikke ferdig, ettersendes BAU.

BAU bemerker at det er svært beklagelig at FFS ikke kunne stille og gi ytterligere kommentarer til tertialrapporten.

Kvalitets- og virksomhetsrapporten ble tatt til orientering.

2. *Tilsynsrapport*

BAU tar orienteringen til orientering.

3. *Status informasjonssikkerhet i UNN*

BAU bemerker at det er svært beklagelig at FFS ikke kunne stille og gi ytterligere kommentarer til rapporten.

BAU gikk gjennom innkomne saker, med følgende konklusjoner:

**BAU-40/15** Psykiske helse- og rusklinikken (PHRK) og Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO) var representert i møtet ved erfaringskonsulent Astrid Weber og Asbjørn Larsen.

Samtaleemner var omstillingsprosess i PHRK samt brukervedvirkning.

Behandling

Brukerutvalgets leder vil løfte temaet overordnet strategi for rus- og psykiatri i møte i Regionalt brukerutvalg i Bodø 20. mai 2015.

Brukerutvalget vil i kommende møter bli forelagt relevante referater fra Regionalt fagnettverk for bruker- og pårørendes erfaringskompetanse og brukervedvirkning innen psykisk helse og rus i Helse Nord.

Inntil Brukerutvalget får oppnevnt representant fra rusomsorgen vil Astrid Weber og Asbjørn Larsen rutinemessig inviteres som observatører til brukerutvalgets møter.

**BAU-41/15** Forespørsel – Høring fra Helse- og omsorgsdepartementet – Nye utkast til helseforetakenes pasientbrev - *Frist FFS 18.5.2015*

Behandling

Høringen var oversendt Brukerutvalget 12.5.2015. BU ga ingen innspill i saken.

**BAU-42/15** Orientering om fremtidig plan for PETØ-tilbudet for barn og voksne fra høst 2015

Behandling

BAU tar orienteringen til orientering.

**BAU-43/15** Henvendelse fra Medisinsk Intensiv vedrørende ventefasiliteter for pårørende

Behandling

Saken legges til Brukerutvalgets møte 17.6.2015.

**BAU-44/15** Representant til OSO - Styringsgruppe for Samhandlingsbarometeret

Behandling

Forespørselen videresendes Brukerutvalgets medlemmer.

**BAU-45/15** Eventuelt

1. Brev til KEK og BU datert 15.5.2015 fra avdelingsleder NEHR Synøve Kalstad og klinikkssjef NOR Bjørn-Yngvar Nordvåg - vurdering av utsendelse av brev til pasienter vedrørende injisering og smittesporing

Behandling

KU behandlet saken i møte 12.5.2015. KEK behandler saken i møte 28.5.2015. Administrasjonen etterspør på vegne av BAU frist for tilbakemelding.

2. Henvendelse fra avdelingsleder FFS Lise Balteskard datert 15.5.2015 angående kostnader ved å ringe pasientreiser

Behandling

Administrasjonen undersøker på vegne av BAU tidligere behandling av saken.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
51/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Reidun Holm	3.6.2015

### Eventuelt

Tromsø, 22.5.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør