



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Tirsdag 6. oktober 2015 kl. 09:00

Møtested

Tromsø, Adm. møterom D1-707



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
Dato: 6.10.2015
Tid: 9:00

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 26010 eller til Reidun.Holm@unn.no eller til Nina.Ostli.Johansen@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 73/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 74/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 16.9.2015
ST 75/2015	Tertialrapport 2–2015 med Kvalitets- og virksomhetsrapport pr aug. 2015
ST 76/2015	Utbyggingsprosjektene – tertialrapportering 2-2015
ST 77/2015	Tilsynsrapport – eksterne tilsyn
ST 78/2015	Pasientsikkerhet – UNN-styrets involvering i langsiktig arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet
ST 79/2015	Orienteringssaker <i>Skriftlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pågående virksomhetsplanlegging 2016 – status 2. Oppfølging foretaksmøtet –UNNs svar til Helse Nord RHF <i>Muntlige orienteringer (ref. orienteringssak 70/2015)</i> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasienttransport i Midt-Troms – oppfølging av anbud pasientreiser 4. Anskaffelse PET-senter – unntatt offentlighet i medhold av Off. loven § 23 tredje ledd jf. Fvl. § 13.2., forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde. 5. Orientering om mulig rettstvist etter anskaffelse av midlertidige bygg - unntatt offentlighet i medhold av Off. loven § 23 tredje ledd jf. Fvl. § 13.2., forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde.
ST 80/2015	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 22.9.15 2. Referat fra møte i Brukerutvalget 15.9.15 3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 21.9.15 4. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 23.9.15 5. Kopi av brev til Helse Nord fra Tromsø-området regionråd datert 4.9.15 6. Brev fra Helsetilsynet datert 18.9.15
ST 81/2015	Eventuelt

ST 73/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
74/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	06.10.2015

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 16.9.2015

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 16.9.2015.

Tromsø, 25.9.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 16.9.2015
 Tid: 10:45-15.10

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Hanne CS Iversen	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

Forfall:
 Helga Marie Bjerke

Fra administrasjonen møte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Jon Mathisen	klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk
Elin Gullhav	klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Kristian Bartnes	klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken
Markus Rumpsfeld	klinikkssjef Medisinsk klinikk
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Bente Christiansen	fungerende senterleder NST (sak 70/2015-1)
Gøril Bertheussen	stabssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Einar Bugge	fag- og forskningssjef
Tommy Schjølberg	økonomirådgiver
Leif Hovden	administrasjonssjef

I forkant av at styremøtet ble satt, deltok styret på UNNs interne temamøte, Onsdagsmøtet. Direktøren hadde invitert brukerutvalgets leder til å fokusere på tema brukervedvikning. I etterkant av dette gjennomførte styret og brukerutvalget sitt årlige dialogmøte med samme tema.

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.9.2015

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 16.9.15 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv)

Saksnr.	Innhold
ST 66/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 67/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 25.3.2015
ST 68/2015	Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2015
ST 69/2015	Endringer i Brukerutvalget - oppnevning av ny nestleder
ST 70/2015	Orienteringssaker

Skriftlig orientering:

1. Felles innføring av kliniske systemer (FIKS) – Gevinstrealisering
2. Fritt behandlingsvalg – høringssak
3. Sammenligning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord for 2014

Muntlig orientering:

4. Pasienttilfredshet i norske sykehus 2014 - presentasjon
5. Alvorlig hendelse ved UNN 1.8.2015 – *unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23*
6. Utbygging av dialyseenhet i Nordreisa
7. Prosedyrefeil ved Botox-behandling
8. Rentebetingelser for investeringslån
9. Oppfølging av tidligere styresak - *unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Flv. § 13.1*
10. *Pasienttransport i Midt-Troms – oppfølging av anbud pasientreiser*
11. *Egenbetaling på Pingvinhotellet*
12. *Samdata 2014 – foreløpig orientering*
13. *Utvikling av direktørens ledergruppe*
14. *Tilleggsdokumentet til Oppdragsdokument 2015 jf. referatsak 7*
15. *Anskaffelse PET-senter – unntatt offentlighet i medhold av Off. loven § 23 tredje ledd jf. Fvl. § 13.2., forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde.*
16. *Orientering om mulig rettstvist etter anskaffelse av midlertidige bygg - unntatt offentlighet i medhold av Off. loven § 23 tredje ledd jf. Fvl. § 13.2., forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde.*

ST 71/2015

Referatsaker

1. Notat fra direktøren angående forbud mot bruk av e-sigaretter i UNN, datert 14.7.2015.

Sak 74/2015 - vedlegg 1

2. Brev fra SANKS vedrørende Revidert utdanningsstrategi ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – høring styrevedtak, datert 31.7.2015.
3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 1.9.2015
4. Referat fra drøftingsmøtet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 1.9.2015.
5. Protokoll fra AMU-møtet, datert 2.9.2015
6. Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 2.9.2015
7. Foretaksmøte Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.9.2015, datert 1.9.2015

ST 72/2015 Eventuelt

1. *Felles styreseminar med Helsefak*

ST 67/2015 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 23.6.2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.9.2015

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 23.6.2015.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 23.6.2015.

ST 68/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.9.2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for juli 2015* til orientering.
2. Styret støtter direktørens anbefaling om å godkjenne fire utstyrssøknader på til sammen 4,63 mill kr. Investeringsramma for utstyr med mer for 2015 (inkludert forpliktelser) er i sin helhet disponert, og styret ber derfor Helse Nord RHF om å godkjenne investeringen.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for juli 2015* til orientering.
2. Styret støtter direktørens anbefaling om å godkjenne fire utstyrssøknader på til sammen 4,63 mill kr. Investeringsramma for utstyr med mer for 2015 (inkludert forpliktelser) er i sin helhet disponert, og styret ber derfor Helse Nord RHF om å godkjenne investeringen.

ST 69/2015 Endringer i Brukerutvalget - oppnevning av ny nestleder

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.9.2015

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner Obiajulu Odu som ny nestleder i Brukerutvalget ved UNN.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner Obiajulu Odu som ny nestleder i Brukerutvalget ved UNN.

ST 71/2015 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.9.2015

Skriftlig orientering:

1. Felles innføring av kliniske systemer (FIKS) – Gevinstrealisering
2. Fritt behandlingsvalg – høringssak
3. Sammenligning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord for 2014

Muntlig orientering:

4. Pasienttilfredshet i norske sykehus 2014 - presentasjon
5. Alvorlig hendelse ved UNN 1.8.2015 – unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23.
6. Utbygging av dialyseenhet i Nordreisa
7. Prosedyrefeil ved Botox-behandling
8. Rentebetingelser for investeringslån
9. Oppfølging av tidligere styresak – Sak 27/2015 – ble avgradert fra unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Fvl. § 13.1

Sak 74/2015 - vedlegg 1

10. Pasienttransport i Midt-Troms – oppfølging av anbud pasientreiser
11. Egenbetaling på Pingvinhotellet
12. Samdata 2014 – foreløpig orientering
13. Utvikling av direktørens ledergruppe
14. Tilleggsdokumentet til Oppdragsdokument 2015 jf. referatsak 7
15. Anskaffelse PET-senter – unntatt offentlighet i medhold av Off. loven § 23 tredje ledd jf. Fvl. § 13.2., forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde.
16. Orientering om mulig rettstvist etter anskaffelse av midlertidige bygg - unntatt offentlighet i medhold av Off. loven § 23 tredje ledd jf. Fvl. § 13.2., forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde.

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.

ST 71/2015 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.9.2015

1. Notat fra direktøren angående forbud mot bruk av e-sigaretter i UNN, datert 14.7.2015.
2. Brev fra SANKS vedrørende Revidert utdanningsstrategi ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – høring styrevedtak, datert 31.7.2015.
3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 1.9.2015
4. Referat fra drøftingsmøtet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 1.9.2015.
5. Protokoll fra AMU-møtet, datert 2.9.2015
6. Referat fra møtet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 2.9.2015
7. Foretaksmøte Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.9.2015, datert 1.9.2015

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtakk:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar referatsakene til orientering.

ST 72/2015 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.9.2015

1. Felles styreseminar med Helsefak 2016
- Forslag fra felles ledermøte mellom UNN og Helsefak om å legge styreseminaret til 28.4.2016, dagen etter UNNs styremøte fikk tilslutning fra styret.

Tromsø, 16.9.2015

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
75/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	06.10.2015
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Einar Bugge/Hans Petter Bergseth

Tertialrapport 2. tertial 2015 - Med Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner andre tertialrapport 2015 for oversendelse til Helse Nord RHF.
2. Styret tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for august 2015 til orientering.
3. Styret støtter direktørens anbefaling om å godkjenne to utstyrssøknader på tilsammen 0,6 mill kr. Investeringsramma for utstyr med mer for 2015 (inkludert forpliktelser) er i sin helhet disponert, og styret ber derfor Helse Nord RHF om å godkjenne investeringen.

Sammendrag

Andre tertialrapport 2015 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og Kvalitets- og virksomhetsrapporten for august, 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 Kvalitets- og virksomhetsrapporten er de fem hovedindikatorerne som styret har vurdert som spesielt viktige, vurdert og presentert.

Rapportene viser blant annet at;

- Ventetidene i hovedsak er stabile med gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i mars på 80 (+3) dager (med rett til prioritert helsehjelp 55 (-1) og uten rett 102 (+8) dager). Antall langtidsventende som har ventet mer enn ett år (558) og antall fristbrudd (89) ved utgangen av august ligger fortsatt for høyt, men er nedadgående. Mål for ventetid og fristbrudd er fortsatt ikke nådd.
- Aktiviteten innen somatikk ligger 1 % over plan og samlet antall DRG-poeng er 300 over plan (+1 %). Hittil i år er antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet redusert med 321 (-7 %) sammenlignet med samme tid i fjor, mens det innen psykisk helsevern har vært en økning på 81 (+4 %). Bruk av pasienthotell er økende.

Sak 75/2015

- Gjennomsnittlig var det ved utgangen av august 6 378 månedsverk som er 28 (+0,4 %) månedsverk mer enn samme tid i fjor. Bruken av innleid helsepersonell i august var 51 månedsverk, noe som er en reduksjon fra i fjor.
- Sykefraværet i august var 7,8 %.
- Regnskapet for august viser et resultat på +2,9 mill kr, noe som gir et budsjettavvik på -0,4 mill kr. Akkumulert hittil i år viser regnskapet et overskudd på 7,7 mill kr og et budsjettavvik på -19,0 mill kr.
- Ledelsens gjennomgang styrebehandles i tråd med oppdragsdokumentet.
- Foretaket har gjort en god innsats i forhold til etablering av standardiserte kreftpakkeforløp, med høy grad av måloppnåelse for mange kreftformer.
- Målsetting om høyere vekst innen psykiatri og rus enn innen somatisk virksomhet evalueres ut fra flere parametre. Foretaket oppnår ikke målet i «den gyldne regel» i forhold til økonomi, men oppnår målet i forhold til aktivitet, ventetider og fristbrudd.
- Reiseoppgjør saksbehandles innen kravet på 21 dager. Målravet om omsetning innenfor innkjøps- og logistikksystemet Clockwork nås ikke i 2015, men det foreligger planer for hvordan volumet kan økes i løpet av året.
- UNN følger opp ROS-analyser på informasjonssikkerhet i henhold til oppdragsdokumentet.

Direktøren er fornøyd med innføringen av kreftpakkeforløpene og med at antall fristbrudd og langtidsventende går ned, men understreker at arbeidet med å forbedre de pasientadministrative rutinene fortsatt må gis stor oppmerksomhet i hele organisasjonen for å nå målene. Bruken av pasienthotellet øker som forutsatt, og det systematiske arbeidet med å redusere sykefraværet er startet gjennom prosjektet *Tettere på*. Det regnskapsmessige resultatet for august var nær budsjett, og direktøren mener det er realistisk å opprettholde prognosen om at budsjettmålet på +40 mill kr kan nås.

Bakgrunn

Tertialrapportene fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) til Helse Nord RHF oppsummerer status for arbeidet knyttet til kravene i oppdragsdokumentet. Kvalitets- og virksomhetsrapporten 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.

Rapporteringen i tertialrapporten er nært knyttet til resultatene som presenteres i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene, og rapportene omtales derfor i en felles styresak, med begge rapporter som vedlegg.

Formål

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

Saksutredning

Kvalitetsparametere som rapporteres kun i tertialrapporten

Risikostyring og internkontroll

UNN rapporterer virkningen av internkontrollen tertialvis til styret gjennom rapporten Ledelsens gjennomgang. Det er i 2015 gjort justeringer i innholdet slik at gjennomgangene er i tråd med oppdragsdokumentet. UNN oppfylder nå de kravene som oppdragsdokumentet stiller til ledelsens gjennomgang.

Styret i UNN har i møte den 3.6.2015 blitt orientert om arbeidet med informasjonssikkerhet og statusen på arbeidet. Der det er avdekket svakheter er det igangsatt tiltak. FIKS- og HOS-programmene samt implementering av styringssystem er tiltak som er iverksatt. Det er utført tre risikovurderinger i informasjonssikkerhet i UNN første halvår.

Innkjøp

UNN legger til grunn den regionale innkjøpsstrategien for sin anskaffelsesvirksomhet. Kravet til etisk handel må samordnes på regionalt og nasjonalt nivå for å kunne sikre effektiv oppfølging av leverandørene. Det foreligger per i dag etiske vilkår i UNNs standardkontrakter.

Kravet om 0,5 mrd omsetning gjennom logistikksystemet Clockwork har en måloppnåelse på 62,6 %. Det er planlagt flere tiltak for å øke omsetningen gjennom logistikksystemet. Flere artikler skal gå gjennom systemet og det legges en plan innen 1.oktober som skal bidra til full måloppnåelse. Hovedårsaken til at UNN ikke vil nå målet inneværende år er utskiftninger i personalet på innkjøpssiden.

Pasientens helsetjeneste

Det er etablert ti nye standardiserte pasientforløp for kreftpasienter i 2. tertial. I alt 14 kreftpakkeforløp er implementert og forberedelsen til ytterligere 14 forløp er igangsatt. Det er etablert forløpskoordinatorer og forløpsledere for alle pakkeforløp samt systemer for monitorering av oppnådde forløpstider. Det er avsatt ressurser for å utvikle HN-LIS med nye moduler for kontroll av pakkeforløp. Måloppnåelse for arbeidet med kreftpakkeforløpene er høy i UNN for de fleste av de viktigste kreftformene, og blant de beste i landet.

Arbeidet med implementering av ny pasientrettighetslov er igangsatt. Nye krav til pasientadministrative rutiner er etablert med prosedyrer og nye brevmaler. Opplæring i de nye rutinene gjennomføres i 3.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 som er noe lavere enn veksten i somatikk, og antall månedssverk i psykiatri og rus er noe redusert i forhold til somatisk virksomhet. Aktiviteten har samlet sett likevel økt mer innen psykisk helsevern og rus enn innen somatikken, og kravene til fristbrudd og ventetider er i hovedsak oppfylt.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for pasienters reiseoppgjør var ved utgangen av august innenfor kravet på 21 dager i juli og august. UNN er ved utløpet av tertialet innenfor det nasjonale mål på 14 dagers saksbehandlingstid.

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.

Sak 75/2015

Arbeidet med å sikre at det ikke finnes ”åpne dokumenter” i DIPS er igangsatt og det utarbeides handlingsplaner i klinikkene for å kvalitetssikre at alle dokumenter kvitteres ut. Det er også iverksatt tiltak for å få ned antallet henvisninger uten planlagt ny kontakt. Dette rapporteres i etablerte fagfora og korrigeres månedlig. Opplæring i korrekt avslutning av henvisninger og håndtering av ”åpne dokumenter” vil bli gitt i forbindelse med innføring av nye rutiner i pasientrettighetsloven. UNN har imidlertid ikke definert overordnet hva som er normalt nivå for antall åpne dokumenter.

Ventetidene for rekonstruksjon av bryst er innenfor nasjonale retningslinjer for pasienter som skal ha primær og sekundær rekonstruksjon. For pasienter som skal ha korreksjoner, utskifting av rekonstruksjonsballonger og brystvorterekonstruksjon er ventetiden 12-16 måneder lengre enn ønsket. Manglende operasjonskapasitet er hovedårsaken til at disse pasientene ikke blir ferdigbehandlet innen nasjonale frister

Kvalitet

Arbeidet med å få ned ventetiden mot et gjennomsnitt på 65 dager for alle pasienter fortsetter med tiltaksplaner på overordnet nivå og lokale tiltak. Arbeidet følges opp av to fagfora med analyser og nye prosedyrer. Arbeidet skal sikre at alle pasienter blir ivarettatt ved innføring av ny pasientrettighetslov. Alle klinikker har gjennomgått ventelister og avklart tekniske eller administrative forhold rundt langtidsventende. Det foreligger planer for hvordan langtidsventende skal avvikles. Fristbrudd overvåkes fortløpende og forventes unngått i løpet av høsten 2015.

Kvalitetsparametere som rapporteres i Kvalitets- og virksomhetsrapporten:

Hovedindikatorer

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

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

Kvalitet

Ventetid

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling fra venteliste per august var 80 (median 52) dager. Dette er en dag mindre enn samme periode i fjor. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 55 (median 41) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet 102 (median 65) dager. Ventetiden for de som fortsatt står på venteliste er 111 dager, en reduksjon på 21 dager sammenlignet med i fjor.

Ved utgangen av august var det 558 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Dette er en reduksjon på 699 (-56 %) sammenlignet med samme tid i fjor.

Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i august var 1 167, en økning med 37 (3 %) sammenlignet med samme måned i fjor.

Fristbrudd

Antall fristbrudd ved utgangen av august var 89 (2 % av rettighetspasientene på venteliste). Dette er 58 (-39 %) færre enn på samme tid i fjor.

Måloppnåelse kreftpakkeforløp

Andel kreftpasienter som utredes i pakkeforløp i UNN er godt innenfor den nasjonale målsettingen på 70 % for brystkreft (85 %), tykk og endetarmskreft (81 %), spiserør og magesekk (78 %), hode-halskreft (87 %) og lymfomer (85 %). Totalt 62 % av pasientene utredes i pakkeforløp. Tallmaterialet er estimert av Norsk pasientregister ut fra diagnosekoding. Det ble implementert 10 nye forløp i 2 tertial. Ytterligere 14 forløp skal implementeres i 3. tertial

Av forløpstidene for de komplette pakkeforløp, fra henvisning mottatt til første behandling, er 76 % innenfor de anbefalte forløpstidene. Prostatakreft skiller seg ut med en lav andel innenfor forløpstidene.

Kodekvaliteten er ennå ikke optimal. Mange forløp forkastes og blir ikke med i beregningsgrunnlaget. Forløpsledere og koordinatorene må sammen ta ansvar for å bedre kvaliteten i kodingen.

Andre kvalitetsindikatorer

Det er i hovedsak stabile resultater for de øvrige kvalitetsindikatorer. Andelen epikriser sendt innen syv dager var i august 87 % og 77 % for henholdsvis psykisk helsevern og somatisk virksomhet. Gjennomsnittlig antall korridorpatienter per dag var 6 i august. Andelen strykninger av planlagte operasjoner var i august 1 %.

Aktivitet

Somatikk

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+5 %) og skyldes først og fremst økning i polikliniske konsultasjoner (+5 %). Antall polikliniske dagbehandlinger (-3 %) er lavere enn plan, mens både innlagte dagopphold (+1 %) og heldøgnsopphold er noe høyere enn plan (+1 %). Samlet antall DRG-poeng er 300 mer enn plan (+1 %).

Bruk av Pingvinhotellet målt som andel av liggedøgn viser økning etter at hotellet åpnet nå i sommer. For august måned er andelen 7,7 %.

Hittil i år er antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet redusert med 321 (-7 %) sammenlignet med samme tid i fjor, mens det innen psykisk helsevern har vært en økning på 81 (+4 %).

Antall røntgenundersøkelser (+5 %) og laboratorieanalyser (+6 %) er høyere enn plan. Det siste skyldes blant annet høy forekomst av influensa i 2015 i årets første måneder.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne (+5 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (+4 %) ligger over plan. Akkumulert er aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge (-3 %) fortsatt noe lavere enn plan, men aktiviteten har tatt seg opp de siste månedene og har vært høyere enn plan i sommermånedene.

Personal

Antall månedsverk i august var 6 538. Dette gir et gjennomsnitt hittil i år på 6 378, som er en økning på 28 månedsverk (+0,4 %) sammenlignet med i fjor. I tillegg er det i august leid inn 44,7 sykepleiermånedsverk og 6,4 legemånedsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er redusert (-49 %) sammenlignet med samme måned i fjor, mens nivået for innleide leger er redusert med (-65 %).

UNNs totale sykefravær i august 2015 er på 7,8 %. Samme måned i 2014 var sykefraværet 7,6 %. Dette er en økning på 0,2 prosentpoeng. Det korte (1-16 dager) sykefraværet viser en reduksjon på 0,1 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dager) sykefraværet viser en økning på 0,1 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) viser en økning på 0,2 prosentpoeng.

I snitt var det hver dag i august 235 ansatte borte fra jobb pga sykdom i UNN.

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i august måned ikke blitt registrert egenmelding i GAT hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

Gradert fravær

Tall for andelen gradert fravær er midlertidig tatt ut av rapporten da det jobbes med å få til en rapportering som er i samsvar med rapportering fra NAV. Målsetningen er at dette er klart til Kvalitets- og virksomhetsrapporten for september.

Økonomi

Driftsresultat

For 2015 er det et overskuddskrav på 40 mill kr. Det er budsjettet med 3,3 mill kr i overskudd hver måned. Regnskapet for august viser et resultat på +2,9 mill kr, noe som gir et budsjettavvik på -0,4 mill kr. Akkumulert hittil i år viser regnskapet et overskudd på 7,7 mill kr og et budsjettavvik på -19,0 mill kr.

Driftsinntektene for august viser et avvik på +20,7 mill, hvorav ISF utgjør et avvik på +3,5 mill kr. Driftskostnadene har et avvik på -23,3 mill kr. Kjøp av helsetjenester (-2,3 mill kr) og et negativt avvik på lønn (-22,7 mill kr) utgjør avvikene.

Årsprognosen for 2015 er et resultat i tråd med styringsmålet på +40 mill kr. Et lavere lønnpoppgjør enn budsjettet er hovedårsaken til den forventede forbedringen i resultatet.

Gjennomføring av planlagte tiltak

I august er det realisert en økonomisk effekt av tiltak på 18,4 mill kr. Akkumulert hittil i år er det beregnet en økonomisk effekt på 114,0 mill kr, som utgjør en gjennomføringsgrad på 63,3 %. For august måned isolert var gjennomføringsgraden 70,7 %.

Investeringer

Det ble investert for 9,0 mill kr i august. Hittil i år er det investert for 327,8 mill kr av en samlet investeringsramme på 582,3 mill kr. For utstyr med mer er det hittil i år investert for 70,6 mill kr og det er utestående forpliktelser på 35,0 mill kr. Direktøren godkjente i september kjøp av erstatning for kassert nyrestenknuser til 0,35 mill kr.

For pasienthotellet er det hittil i år brukt 20,3 mill kr mer enn budsjett, og det kommer flere fakturaer før totalregnskapet for prosjektet avsluttes. Forventet merverdiavgiftskompensasjon på 55 mill kr, som kommer helt i sluttfasen av det endelige regnskapet for pasienthotellet, reduserer

Sak 75/2015

totalkostnadene for prosjektet. Prognosen opprettholdes på 20 mill kr lavere enn vedtatt investeringsramme.

Likviditeten ved utgangen av august er 485 mill kr som er i tråd med likviditetsprognosen.

Kommunikasjon

Det har vært 31 negative, 5 positive og 6 nøytrale medieoppslag for UNN i august. Det er botox-saken fra Nevrologi, hud og revmatologisk avdeling ved Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken i Tromsø som gir det store utslaget med 23 negative oppslag. Av positive saker kan vi nevne oppslag i Fremover om gave til kreftenheten ved Medisinsk avdeling i Narvik, sak i Harstad Tidende om et nytt forskningsprosjekt på Medisinsk avdeling ved UNN Harstad om irritert tarm, og oppslag i iTromsø om at UNN og Helse Nord er gode på pakkeforløp for kreft.

Medvirkning

Saken ble forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalget samt drøftingsmøtet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter henholdsvis 21., 22. og 23.9.2015. Brukerutvalgets arbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalget tok saken til orientering. Drøftingsmøtet rettet oppmerksomheten mot kravet om størst vekst på psykisk helse- og rusområdet samt behovet for bedre registrering av arbeidsrelatert fravær, men tok eller rapporten til orientering.

Vurdering

UNN innfrir helt eller delvis de fleste av kravene i oppdragsdokumentet som det rapporteres på etter annet tertial. Ventetider og fristbrudd er fortsatt områder der målene ikke nås. UNN har nylig avgitt egen rapportering til Helse Nord RHF med beskrivelse av tiltak på kort og lang sikt på de viktigste fagområder der det fortsatt er langtidsventende og fristbrudd, og det har vært møter med det regionale innsatsteamet i henhold til kravene i foretaksmøtet 4.9.2015. Det er få områder med reell kapasitetsmangel, men mange fagområder med liten bufferkapasitet. Tilstrekkelig opplæring av alt involvert personell i pasientadministrative rutiner er en nøkkelfaktor for å oppnå målene, og det er behov for et felles kompetansestyringssystem som gjør det lettere for lederne å sikre oppfølging av opplæring i egen virksomhet. Det er fortsatt nødvendig å bruke mye ressurser på oppfølging, kontroll og retting av feilregistreringer. Helse Nord's styringsportal (HN-LIS) gir god oversikt over aktuelle og truende fristbrudd og over ventetider, og er et godt verktøy for ledere i oppfølgingen. Direktøren mener fortsatt at den viktigste nøkkelen til å oppnå lavere ventetider er å unngå langtidsventende.

Direktøren er tilfreds med at det så langt er gjort et meget godt arbeid med innføring av pakkeforløp for kreftpasienter, og at måloppnåelsen for UNN er høyere enn for de fleste andre foretak. Det er viktig med et fortsatt sterkt fokus på pakkeforløpene, særlig i forhold til de forløp der måloppnåelsen fortsatt er lav. Prostatakraft er et område med spesielle utfordringer, både i forhold til å sikre at tallene som analyseres er korrekt, og i forhold til kapasitet og spesialistressurser. Dette arbeides det aktivt med.

«Den gylne regel» om høyere vekst i psykisk helsevern og rus enn i somatisk virksomhet evalueres ut fra flere parametere. UNN oppfylder målet i forhold til aktivitet, der relativ vekst samlet sett er høyest innen de prioriterte områdene. Psykisk helsevern og rus oppfylder kravene til ventetider og har få fristbrudd. Målt i forhold til økonomisk vekst når ikke UNN målet.

Sak 75/2015

Planene i foretakets budsjett inneværende år ivaretar kravet om høyest vekst innen de prioriterte områder, men når flere somatiske klinikker har underskudd, nås likevel ikke målet regnskapsmessig. Den store økningen i utgifter til nye, effektive og svært kostbare legemidler særlig til kreftbehandling gjør det vedvarende utfordrende å nå målet. Økende varekostnader som følge av svekket kronkurs er også i ferd med å bli en utfordring. Disse problemstillingene er løftet frem i oppfølgingsmøtet med Helse nord RHF.

Aktiviteten viser en ønsket økning innen psykisk helsevern for voksne, men er noe høyere enn plan innen somatisk, poliklinisk virksomhet. I forhold til tilsvarende periode i fjor, er aktiviteten i somatisk virksomhet uendret. Samtidig er antall pasienter på venteliste betydelig redusert, særlig antall pasienter uten rett til prioritert helsehjelp. Dette er en ønsket utvikling, som dels kan gjenspeile den betydelige rydding i ventelistene som foregår i klinikkene, men også bedre prioritering av henvisninger.

Oppdragsdokumentets krav om etablering av måltall for normalt antall åpne dokumenter i vår elektroniske pasientjournal DIPS, samt tiltaksplan for å redusere antall åpne dokumenter til riktig nivå er ikke oppfylt. Alle klinikker har et pågående arbeid med å følge opp at medarbeiderne ikke har uønskete restanser i arbeidslistene, og utviklingen går i riktig retning i alle klinikker. Det er gjennomgående enkeltpersoner som har større restanser, og dette vil bli fulgt opp tettere. I løpet av høsten vil måltall for åpne dokumenter og tiltaksplan for gjenstående opprydding i arbeidslister bli utviklet.

Direktøren er fornøyd med at det regnskapsmessige driftsresultatet er forbedret, og at gjennomføringsgraden for planlagte tiltak øker. Årsprognosen opprettholdes i tråd med styringsmålet på + 40 mill kr.

Sykefraværet i foretaket er høyt og kan påvirke både kvalitet på tjenesten og arbeidsmiljø. I tiden fremover vil dette følges opp gjennom prosjektet *Tettere på* med tiltak for å øke nærværet på det enkelte arbeidssted. I tråd med tiltakene i IA avtalen vil forebygging av sykefravær være hovedfokus for arbeidet.

Tromsø, 25.9.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

1. Andre tertialrapport til Helse-Nord RHF
2. Kvalitets- og virksomhetsrapporten for august 2015



Rapporteringsmal for tertialrapport og årlig melding 2015

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÄRKKU BUOHCCVIESSU



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVIESSU



Innhold

Innhold	2
1 Om rapporteringen	3
2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser	4
2.3 Risikostyring og internkontroll	4
2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning	4
2.5 Innkjøp	4
3 Pasientens helsetjeneste.....	5
3.1 Somatikk	7
3.2 Psykisk helsevern og rus	9
3.3 Samhandling	9
4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap.....	9
4.1 Kvalitet.....	9
4.2 Pasientsikkerhet	9
4.3 Smittevern	9
4.4 Beredskap.....	9
5 Personell, utdanning og kompetanse	11
6 Forskning og innovasjon	11
7 Styringsparametre 2015.....	11
7.1 Styringsparamete.....	11
7.2 Rapporteringskrav	13
9.1	14
8. Sak til HF styrebehandling	14

1 Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2015** til Helse Nord RHF. De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

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 2.tertial

UNN gjennomfører 3 årlige gjennomganger av internkontrollen. Samtlige gjennomganger styrebehandles og er basert på statistikker som omfatter kvalitet og pasientsikkerhet. Det er i 2015 gjort justeringer i innholdet slik at gjennomgangene er i tråd med oppdragsdokumentet. UNN oppfylder nå de kravene som oppdragsdokumentet stiller til ledelsens gjennomgang.

2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

2.5 Innkjøp

- 2.3.2 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 2.tertial

UNN hadde andre tertial 2015 en omsetning i Clockwork på 100,5 mill kr. Omsetningen i CWL var samlet for første og andre tertial 2015 på 208,5 mill kr. Dette tilsvarer en måloppnåelse på 62,6 %. Videre utrulling av CWL har blitt satt på vent i 2015 på grunn av at prosjektleder for Bølge 2 ved UNN sluttet 31. januar i år. I tillegg har to andre innkjøpere sluttet ved avdelingen i vinter. Innkjøpsavdelingen har derfor prioritert rekruttering og opplæring av 3 nye innkjøpere i år, før vi fortsetter den planlagte utrulling av CWL. Når det gjelder bruk av CWL har UNN til nå prioritert å legge til rette for prosesseffektive bestillings- og

^[2] 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.

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 også i større grad benytte MA-ordre løsningen for å få opp omsetningen i CWL. Ved denne type ordre skjer fakturabehandlingen i AIM. UNN vil i løpet av høsten 2015 opprette CWL-artikler for Operasjon Utsluset. Dette gjelder ca. 170 artikler som tidligere ikke har vært registrert i CWL. Disse artiklene er planlagt å inngå i lager 70. Vi forventer en årlig omsetning av disse varene på ca. 2 mill kr i året. Videre er innkjøpsavdelingen i prosess med røntgenavdelingen for å opprette lagerstyring. Omsetningen på røntgenlageret er beregnet til ca. 7 mill kr i året, men mye av dette bestilles allerede som skaffevare gjennom CWL. Innkjøpsavdelingen er også i prosess med Hjertemedisinsk lab slik at de foretar sine skaffevarebestillinger gjennom CWL. Omsetningspotensialet er her trolig nærmere 35 mill kr i året.

Innkjøpsavdelingen vil også bistå Mikrobiologisk avdeling med å ta i bruk CWL. Vi anslår her en omsetning på 2 mill kr i året.

Det foregår for tiden et arbeid i regi av Helse nord RHF for å kunne benytte CWL til å bestille helsevikarer. Her er potensialet for UNN nærmere 60 mill kr i året.

Innkjøpsavdelingen planlegger i større grad å benytte MA-ordreløsningen ved utstyrskjøp, for eksempel vil UNN begynne å bestille ambulanserbiler gjennom CWL. Vi vil også se på muligheten for å bestille ambulansetjenester via CWL. Dette genererer få bestillinger, men omsetningspotensialet er nærmere 25 mill kr i året.

UNN foretar også mange bestillinger i CWL uten pris. Omsetningen over disse bestillingene blir ikke registrert, men er betydelig.

Summerer en omsetningen ovenfor er potensialet for økt årlig omsetning innenfor nevnte områder over 100 mill kr. Forhåpentligvis vil vi kunne begynne å bestille varer og tjenester med CWL innenfor de fleste av de nevnte områdene i løpet av året. Omsetningseffekten av dette i år i CWL vil imidlertid bli lav.

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 kr 500 millioner kroner i årlig omsetning i CWL.

3 Pasientens helsetjeneste

Mål 2015:

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

Rapporteringstekst 2.tertial

Det er etablert 28 standardiserte pasientforløp i UNN i henhold til nasjonale retningslinjer for kreftpakkeforløp. Det er utnevnt forløpskoordinatorer for hvert forløp, denne rollen og øvrige roller knyttet til forløpene har egne funksjonsbeskrivelser. Forløpskoordinatorene har tilstrekkelige fullmakter og opplæring til å overvåke og kode pasientforløpene, samt svare på henvendelser fra pasienter og fastleger. Ytterligere behov for fullmakter, tilganger og opplæring kartlegges i september. Videre endrings- og forbedringsarbeid gjennomføres fortløpende basert på behov. Pr. august i år er andel pasienter inkludert i pakkeforløp på UNN 63 %, og andel pasienter som får behandling innen anbefalt forløpstid på UNN 78 % .

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

Rapporteringstekst 2.tertial

Det er utført et omfattende arbeid med å implementere Pakkeforløp for kreft i hele UNN. Registrering og opplæring av kodeverk er en del av dette arbeidet. Det har vært holdt flere dagskurs i registrering og koding der alle forløpskoordinatorene har deltatt i tur og orden. To medarbeidere fra Felles kontorsenter, NST, har fått spesialkompetanse på registrering og koding og har deltatt på alle oppstartsmøtene for å bli kjent med særegenhetene i de ulike pakkeforløpene. De har nå holdt kodekurs og vil framover være en felles ressurs i virksomheten. Alle forløpskoordinatorene samles jevnlig til nettverksmøter der det utveksles erfaringer og kodepraksis justeres og gjøres felles.

Flere sentrale personer i UNN har bidratt svært aktivt for at HN LIS nå har en pakkeforløpsmodul. Mye av kunnskapen fra UNN KIS er delt og medarbeidere både fra det kliniske miljøet, fra Økonomi- og analysesenteret og fra Kvalitetsavdelingen har bidratt som aktive deltagere i utviklingen og ved utprøving av testversjoner.

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 2.tertial

UNN ved ledergruppen har opprettet to fagfora som skal bidra i implementering av nye pasientadministrative rutiner. Det er laget en handlingsplan for den nye pasient- og brukerrettighetsloven som er vedtatt av foretakets ledergruppe. FFS og NST samarbeider om å tilrettelegge for opplæring av det personalet som skal ivareta endringene. Opplæringen inkluderer nasjonalt e-kurs om ny Pasient- og brukerrettighetslov, samt opplæring i ny DiPS-funksjonalitet. Det er et lederansvar i klinikkene å sørge for at aktuelle medarbeidere gjennomfører opplæringen. DiPS blir utfordret på at det må bli mulig å ta ut rapporter som viser at pasientene håndteres etter det nye lovverket. Uten rapporter har vi ikke overordnet mulighet til å følge opp at endringene implementeres korrekt.

3.0.4 Delta i oppfølgingsteam for avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN v /Rehabiliteringsavdelingen er klar til å delta i dette teamet, men avventer avklaring fra Helse Nord RHF på oppstart av teamet, sammensetning og arbeidsform. Dette er ikke kommet i gang.

3.0.5 Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst 2.tertial

Pasienterfaringer fra PASOP undersøkelsene gjennomgås av ledergruppen, styret og brukerutvalget. I tillegg er det igangsatt lokale brukerundersøkelser i Hjerte- og lungeklinikken, Psykisk helse -og rusklinikken samt Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken. Brukererfaringene benyttes i lokalt forbedringsarbeid. PASOP undersøkelsene gjøres tilgjengelig på internett.

¹ Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem

UNN har igangsatt et arbeid for lettere å kunne gjøre brukerhistorier tilgjengelig. Innen utgangen av 2015 vil det være tilgjengelige undersøkelser og resultater på internett.

3.0.6 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 2.tertial

Per 2.tertial har det regnskapsmessig vært en høyere vekst i somatikk enn i psykisk helsevern og TSB. Målt i aktivitet er det høyere vekst i psykisk helsevern for voksne og TSB enn i somatikk. Innen BUP-feltet er det en liten reduksjon. Hva gjelder månedsverk er det en liten økning i somatikk og en nedgang i de prioriterte vekstområdene.

Endring regnskap 2014-2015 tom august:

VOP; 4,5%

BUP; 3,6 %

RUS; 1,5 %

Somatikk; 5,5 %

Endring aktivitet 2014-2015 tom august(pasientkontakter):

VOP; +2364, 6,07 %

BUP: -472, -2,91 %

RUS: +882, 12, %

Somatikk: +538, 0,28 %

Endring månedsverk 2014-2015 tom august:

VOP; -0,1 %

BUP; -0,9 %

RUS; -0,7 %

Somatikk; 0,5 %

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

Rapporteringstekst 2.tertial

Gjennom sommeren har det vært iverksatt tiltak i form av økt innleie for å redusere saksbehandlingstiden og overholde kravet.

I slutten av august kom UNN innenfor kravet på 21 dager. UNN er nå innenfor det nasjonale målet på 14 dager, og har per midten av september en saksbehandlingstid på cirka en uke.

Arbeidet med produktivitetsøkning og reduksjon av sykefravær fortsetter for å holde saksbehandlingstiden lav.

3.1 Somatikk

Mål 2015:

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

Rapporteringstekst 2.tertial

Hos UNN Tromsø, UNN Narvik og UNN Harstad tilbys tolketjenester ved behov.

I Nord-Troms er historie, kultur og naturbruk preget av «de tre stammers møte» - møte mellom norsk, samisk og kvensk språk og kultur. OGT Nord-Troms har god tradisjon for å møte alle disse kulturene og språket. Sykepleiere med samisk språk er med under behandlingen fra terapeuter, trening i ADL og samtaler med pasient og pårørende. På samme måte benytter OGT Midt-Troms pårørende som tolk i møte med pasienter med samisk som språk.

3.1.2 Etablere ventelister innenfor røntgenområdet samt rapportere ventetidene til NPR² innen utgangen av 2015.

Rapporteringstekst 2.tertial

Alle pasienter som henvises til røntgenundersøkelser i UNN settes direkte på time, slik at det ikke opereres med ventelister. Derfor er kravet om å etablere slike ventelister ikke fulgt opp.

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 2.tertial

UNN har startet arbeidet med å få kontroll med antall åpne dokumenter og samt åpne henvisningsdokumenter uten ny kontakt. Det er etablert to fagfora i sykehuset som bl.a. arbeider med disse problemstillingene. Disse foraene tar opp 1. problemstillinger rundt pasientadministrative rutiner. 2. rapport og analyseproblematikk.

For å sikre en bedre datakvalitet har fagforaene fokusert på korrekt input av data. DIPS gir mange muligheter til innregistrering av pasientadministrative data, noe som krever en høy grad av standardisering. Dette arbeidet er langt mer krevende enn først antatt og UNN er ikke kommet helt i mål innen 2. tertial.

Klinikkene har startet en kontrollaktivitet for å sikre at antallet åpne dokumenter reduseres. Problemstillingen diskuteres månedlig i de etablerte fagfora.

Klinikkene har også startet en kontrollaktivitet for å sikre at antallet pasienter uten planlagt kontakt blir avsluttet korrekt. Problemstillingen diskuteres månedlig i de etablerte fagfora. Klinikkene er kommet ulikt langt i dette arbeidet og UNN har ved utgangen av august 29.000 pasienter som står uten planlagt kontakt tilbakedatert fra 2010. 10.000 av disse er røntgenhenvisninger i DIPS som er håndtert i røntgensystemet.

² Norsk pasientregister

Ved utgangen av august hadde UNN 22.000 åpne dokumenter eldre enn 14 dager. Det er stor variasjon i "normalt nivå" ut fra avdelingenes virksomhet. Også her er klinikken kommet ulikt langt ved å definere sitt normale nivå. Det er i mange tilfeller enkeltpersoner som har etterslep på dette arbeidet.

Det er planlagt målrettet undervisning i pasientadministrative rutiner i forbindelse med ny pasientrettighetslov. I den forbindelse vil det bli gjennomgått rutinemessig korrekt pasientadministrative registrering. Opplæringen skal være gjennomført innen 1.11.2015.

UNN vil i tredje tertial etablere felles krav til godkjenning av ulike dokumenttyper i DiPS der dette er mulig, og en handlingsplan for å nå de mål som settes.

3.1.4 Ventetid for rekonstruksjon av bryst.

Rapporteringstekst 2.tertial

Ventetiden til **primærrekonstruksjon** av bryst (umiddelbar rekonstruksjon ved cancer, rekonstruksjon ved genmutasjon) er nå innenfor Nasjonale retningslinjer. Likeledes ventetid på **sekundær rekonstruksjon** med store lapper av eget vev. For pasienter som skal ha korreksjoner, utskifting av rekonstruksjonsballonger og brystvorterekonstruksjon er ventetiden 12-16 måneder lengre enn ønsket. Manglende operasjonskapasitet er hovedårsaken til at disse pasientene ikke blir ferdigbehandlet innen nasjonale frister

3 . 2 Psykisk helsevern og rus

3 . 3 Samhandling

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

4 . 1 Kvalitet

4 . 2 Pasientsikkerhet

4 . 3 Smittevern

4 . 4 Beredskap

4.4.1 Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS³-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 01.06.15. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik skal være lukket innen 31.12.15.

Rapporteringstekst 2.tertial

Informasjonssikkerhet med ROS analyser ble behandlet i foretakets styre 3. juni 2015. Styresaken beskrev de utfordringer som var knyttet til informasjonssikkerhet. Det er iverksatt tiltak på området blant annet gjennom FIKS og HOS prosjektene. I tillegg er det gjort ytterligere vurderinger knyttet til informasjonssikkerheten.

Det er gjennomført 3 risikovurderinger i informasjonssikkerhet 1. halvår 2015:

- 1) ROS av Helsemail
Helsemail brukes som verktøy for sikker utveksling av informasjon mellom Diagnostisk klinikk og andre eksterne aktører, eks. UniLabs.
ROSen avdekket ingen alvorlige risikoområder, 3 områder med medium risiko og 5 områder med lav risiko. Det er gjennomført tiltak som gjør at bruken av Helsemail kan iverksettes.
- 2) ROS av ReConnect-løsningen
ReConnect er et web-basert applikasjon som benyttes for å tilby pasientene et støtteverktøy som kan brukes ved siden av vanlig oppfølging og behandling hvor både pasienten og helsepersonell kan kommunisere på en sikker måte. Tjenesten er administrert av Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling.
Det ble avdekket 21 risiki hvorav 9 ble ansett som alvorlig, men med liten sannsynlighet ville oppstå. Det er gjennomført tiltak for å redusere risikoen slik at løsningen kan tas i bruk. Det vil bli gjort en revidert risikovurdering etter ett år.

HelseCSIRT gjennomførte en inntrengingstest på datasystemene til Helse Nord IKT og UNN i juni 2015.

Det ble avdekket 4 kritiske og 4 sårbarheter av høy risiko. Disse risikoene vil trolig gjelde alle foretak i regionen, og Informasjonssikkerhetsforumet i regionen vil sammen med HN-IKT se på hvilke tiltak som må iverksettes. De fleste av disse risiki gjelder oppsett og kontroll som må gjennomføres av HN-IKT, men ett av forholdene gjelder høy bruk av administrator-konto i UNN.

³ Risiko- og sårbarhetsanalyse

5 Personell, utdanning og kompetanse

6 Forskning og innovasjon

7 Styringsparametre 2015

7.1 Styringsparamete

5.1.1 Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Rapporteringstekst 2.tertial

Følgende tiltak er iverksatt hittil i 2015:

Ventetidene i UNN er ikke bragt under 65 dager i gjennomsnitt. Det arbeides fortsatt med tiltakene for å bringe gjennomsnittlig ventetid ned. I 2. tertial har nedgangen i antall langtidsventere fortsatt og ved utgangen av august hadde UNN 558 pasienter som har ventet lengre enn 365 dager. Ventetid rapporteres månedlig i viksomhetsrapportene.

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 HN LIS 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 HN LIS
6. Det er etablert et *Fagforum for rapport og analyse* som består av kompetanspersoner fra alle klinikker og sentra. Hovedfokus var 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 i 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.

5.1.2 Ingen fristbrudd⁴.

Rapporteringstekst 2.tertial

Utviklingen i antall fristbrudd viser en sakte nedadgående trend. Ved utgangen av august var det registrert 89 bestående fristbrudd. Det er utarbeidet varslingsrapport der truende fristbrudd kan identifiseres og korrigeres pga. 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, og at utfordringen i hovedsak er av administrativ karakter og ikke en reell kapasitetsutfordring. Ved aktiv bruk av varslingsrapporten vil dette kunne identifiseres og korrigeres enklere.

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

Rapporteringstekst 2.tertial

Ved utgangen av 2.tertial ligger UNN på mellom 60 og 70 % når det gjelder andel av alle nye kreftpasienter som er inkludert i pakkeforløp. Av de 10 forløpene som ble startet i mai er det bare noen få som faktisk kom godt i gang før sommeren. Sommeravviklingen skapte problemer og noen avdelinger hadde ikke lagt tilstrekkelig robuste planer for hvordan dette skulle håndteres. Resultatet av disse vil trekke ned gjennomsnittet på de andre forløpene som stort sett fungerer langt over målet på 70 %. Det eneste forløpet UNN som har hatt vedvarende problem med inklusjon er prostataforløpet. Det jobbes med dette fra flere hold.

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

Rapporteringstekst 2.tertial

Så langt ser det ut som at vel 80 % av forløpene gjennomføres på anbefalt total forløpstid. UNN ligger altså godt over den nasjonale målsettingen. Det ser imidlertid ut som det er noe vanskelig å oppfylle alle intervallene på anbefalt tid. Det gjelder spesielt tid fra ferdig utredning til start av kirurgisk behandling. Foreløpig observeres det at ca. 50 % av pasienter som skal til kirurgi for hhv brystkreft og tykk- og endetarmskreft må vente lengre enn anbefalt. Dette er forårsaket i knapp operasjonskapasiteten ved UNN. Operasjonsplanleggingen for 2016 skal i større grad ta høyde for kreftpasientene.

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

Rapporteringstekst 2.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.

⁴ 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.

7.2 Rapporteringskrav

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

Rapporteringstekst 2.tertial

Det er vanskelig å få rapportert tall for hele 2. tertial. Dette på grunn av at nevrologisk avdeling hele tiden ligger minst en måned på etterskudd med registreringen. Dette etterslepet er helt bevist for å sikre at alle som skal være i registeret faktisk registreres. Tall fra Slagregisteret for mai og juni viser at andelen pasienter under 80 år som fikk trombolyse da var 20 % i UNN Tromsø. Vi har ikke tilgjengelig tilsvarende tall for UNN Harstad eller UNN Narvik.

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

Rapporteringstekst 2.tertial

Det er vanskelig å få rapportert tall for hele 2. tertial. Dette på grunn av at nevrologisk avdeling hele tiden ligger minst en måned på etterskudd med registreringen. Dette etterslepet er i følge avdelingen helt bevist for å sikre at alle pasienter registreres. For mai og juni viser tall fra Hjerneslagregisteret at andelen som ble lagt direkte på slagenhet var 73 %. Det vil være umulig nå 100 % da noen pasienter får slag på andre avdelinger, andre kommer inn med uklart symptombylde og en tredje gruppe sendes direkte til kirurgi eller intensiv.

5.1.8 Antall legemiddelgjennomganger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord.

Rapporteringstekst 2.tertial

Sykehusapotek Nord har gjort til sammen 309 legemiddelgjennomganger i 2. tertial. Disse fordeler seg slik: Sengepost for urologi, gynekologi og endokrin kirurgi: 13 legemiddelgjennomganger, intensiv 112 legemiddelgjennomganger, Alderspsykiatrisk avdeling 150 legemiddelgjennomganger og Pasientsentrert helsetjenesteteam 34 legemiddelgjennomganger.

Legemiddelgjennomgang er en fast aktivitet på Intensiv, på Alderspsykiatrisk og i Pasientsentrert helsetjeneste

team. Legemiddelgjennomganger utover det gjøres sporadisk på forespørsel.

5.1.9 Antall legemiddelsamstemminger gjennomført av farmasøyt ansatt i Sykehusapotek Nord.

Rapporteringstekst 2.tertial

Sykehusapotek Nord har gjort til sammen 48 legemiddelsamstemminger i 2. tertial. Disse fordeler seg slik: Intensiv 1 legemiddelsamstemming, Medisinsk avdeling, Harstad 13 legemiddelsamstemminger, Pasientsentret helsetjenesteteam 34 legemiddelsamstemminger.

Samstemmingene som blir gjort er i forbindelse med SamStem prosjektet

8. Sak til HF styrebehandling

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

Rapporteringstekst 2.tertial

Styret behandlet oppdragsdokumentet for 2015 i sitt møte i mars 2015, og status for oppfølging inngår først og fremst i tertialrapportene, i tillegg til at viktige krav følges opp i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene. Spesielle utfordringer i 2015 er implementering av kreftpakke forløp og implementering av ny pasientrettighetslov. Det er iverksatt arbeidsgrupper og avsatt ekstra personellressurser til innføring av begge disse tiltakene. Styret har ikke behandlet dette i egne saker, men oppfølging av kreftpakkeforløpene inngår i de månedlige rapporteringene til styret. Styret har i april 2015 behandlet egen sak om tiltak for å redusere antall langtidsventende.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

August 2015



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Kvalitet	4
Pakkeforløp- kreftbehandling	4
Ventetid	6
Fristbrudd.....	8
Korridorpasienter	11
Strykninger	11
Epikrisetid	11
Aktivitet.....	12
Somatisk virksomhet	12
Psykisk helsevern voksne	15
Psykisk helsevern barn og unge.....	16
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	16
Samhandling	17
Utskrivningsklare pasienter	17
Forbruksrater.....	18
Bruk av pasienthotell	19
Personal	19
Bemannings	19
Sykefravær.....	21
Kommunikasjon	23
Sykehuset i media.....	23
Økonomi	24
Resultat	24
Prognose.....	28
Gjennomføring av tiltak	28
Likviditet.....	29
Investeringer.....	29
Byggeprosjekter	30

Hovedindikatorer UNN HF:

<p>Antall langtidsventende ved utgangen av august (ventet mer enn 12 måneder)</p> <p>558</p>	
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av august</p> <p>89</p>	
<p>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</p> <p>7,7 %</p>	
<p>Sykefravær</p> <p>7,8 %</p>	
<p>Pakkeforløp – kreft</p> <p>Andel i pakkeforløp 62 %</p> <p>Andel innenfor frist 76 %</p>	<p><i>Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp.</i></p> <p><i>Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling.</i></p> <p><i>Det er under bearbeidelse en tidsgraf for begge disse indikatorene.</i></p>

Kvalitet

Pakkeforløp- kreftbehandling

Fra og med denne måneden vil vi ha fokus på to kreftpakkeforløpsindikatorer. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

Tabell 1 Nye kreftpasienter per august 2015

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN, antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	133	114	85	70
Tykk- og endetarmskreft	104	85	81	70
Spiserør og magesekk	14	11	78	70
Lungekreft	93	61	65	70
Prostatakreft	112	23	20	70
Blærekreft	18	6	33	70
Nyrekreft	8	0	0	70
Testikkelkreft	5	2	40	70
Livmorkreft	16	3	18	70
Eggstokkreft	9	1	11	70
Livmorhalskreft	5	3	60	70
Hode- halskreft	24	21	87	70
Lymfomer	21	18	85	70

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

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per august 2015

	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	108	84	77	21	27
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	18	17	94	13	24
TYKK- OG ENDETARMSKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	76	53	69	29	35
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	2	1	50	12	24
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	22	18	81	26	39
SPISERØR OG MAGESEKK					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	4	4	100	26	43
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	4	3	75	13	43
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	3	3	100	26	43
LUNGEKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	11	9	81	24	42
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	17	15	88	19	35
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	22	18	81	18	42
PROSTATAKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	11	5	45	70	66
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	7	2	28	48	37
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	5	2	40	87	66
BLÆREKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	9	8	88	28	46
NYREKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	1	1	100	16	43
LIVMORKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	2	2	100	15	30
EGGSTOKKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	3	3	100	21	30
HODE- HALSKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	21	17	80	15	28
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	1	1	100	16	
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	7	5	71	26	28
LYMFOM					
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	27	20	74	13	21
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	3	3	100	15	28
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP					
Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	17	11	64	15	22

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

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter på venteliste	16 600	16 753	13 893	-2 860	-17
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 776	4 481	4 260	-221	-5
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp	11 824	12 272	9 633	-2 639	-22
...herav med fristbrudd	218	147	89	-58	-39
...herav med ventetid over 365 dager	708	1 257	558	-699	-56
Gjennomsnittlig ventetid dager	118	132	111	-21	-16
Ikke møtt til planlagt avtale	1 316	1 130	1 167	37	3

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

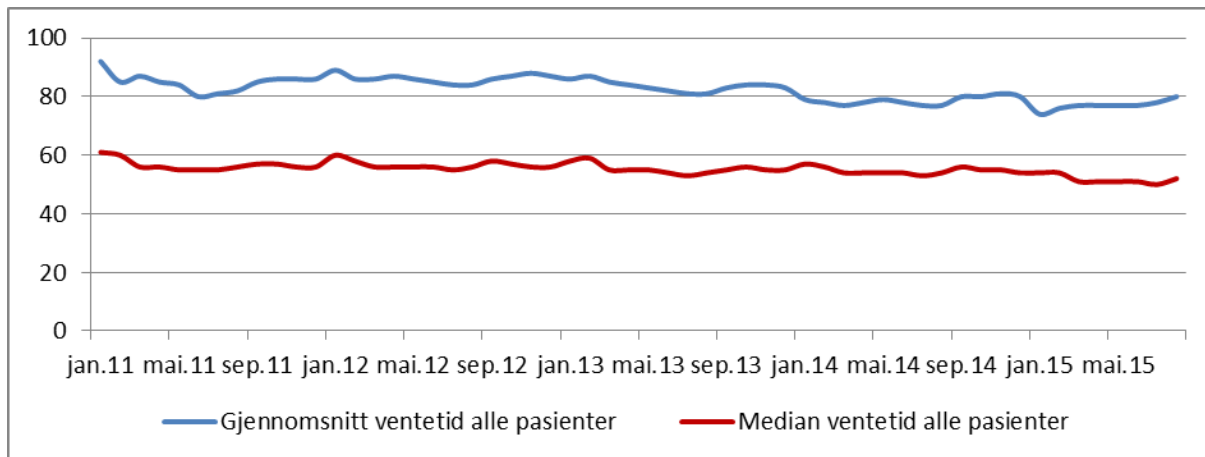
	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	33 119	33 578	34 259	681	2
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	15 195	15 175	16 191	1 016	7
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	17 924	18 403	18 068	-335	-2
...herav med fristbrudd	973	970	858	-112	-12
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	46	45	47	2	5

Ventetid

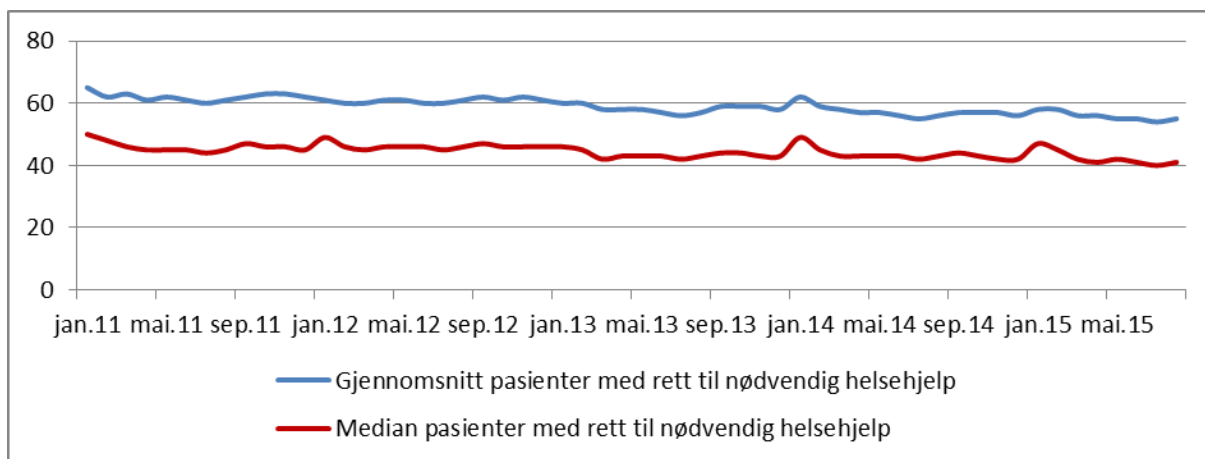
Tabell 5 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	81	77	80	3	4
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	57	56	55	-1	-2
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	101	94	102	8	9
Median ventetid i dager	54	54	52	-2	-4
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	43	43	41	-2	-5
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	64	66	65	-1	-2

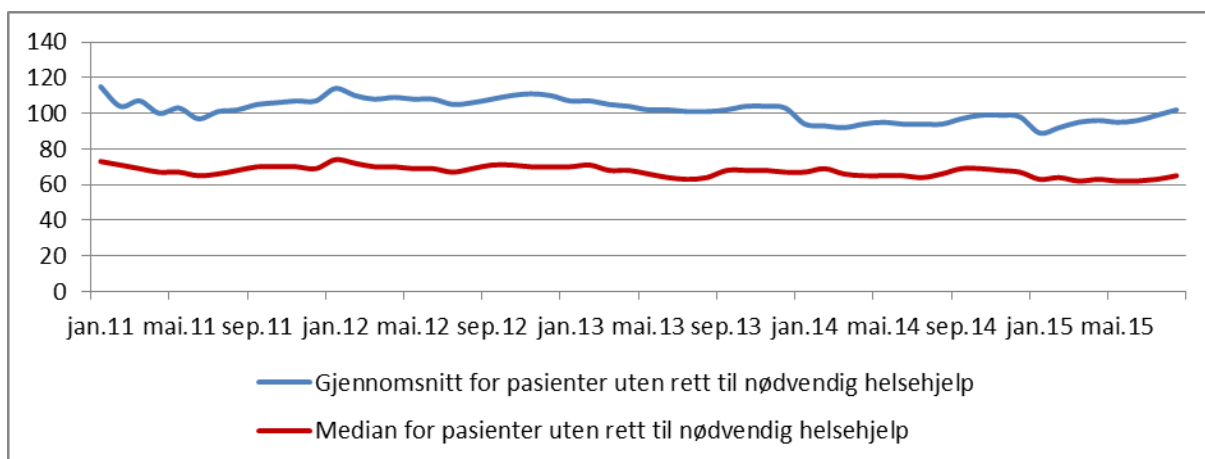
Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



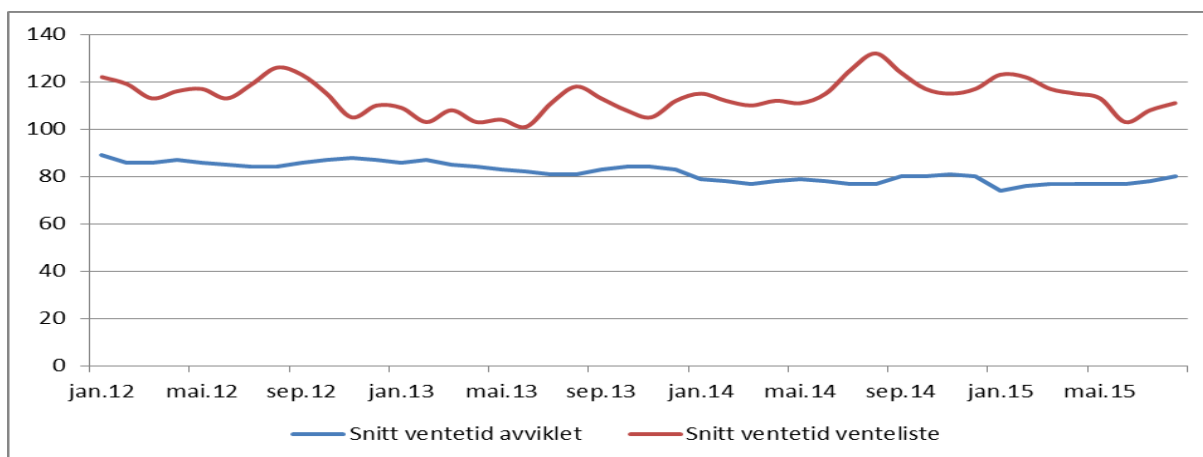
Figur 2 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter med rett til nødvendig helsehjelp



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

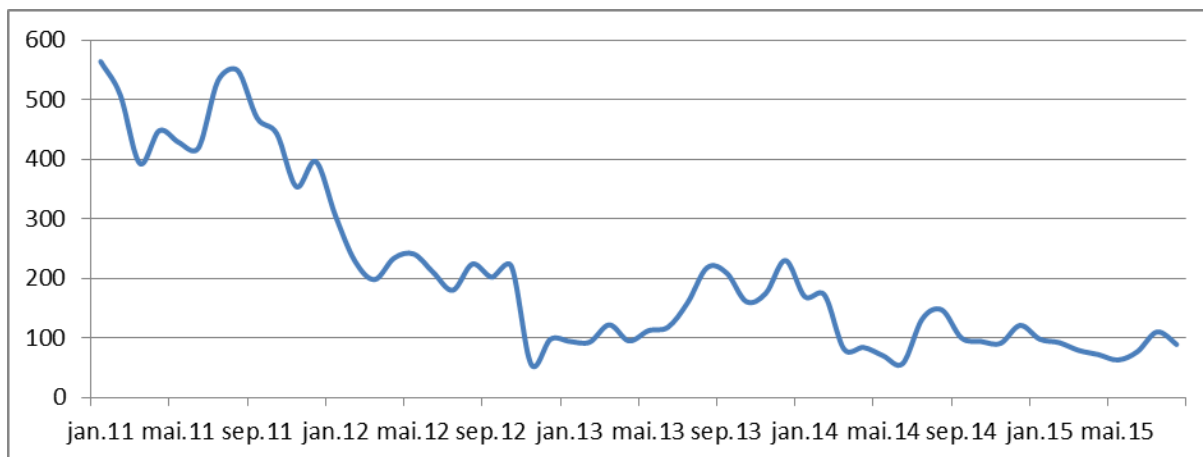


Figur 4 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste



Fristbrudd

Figur 5 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

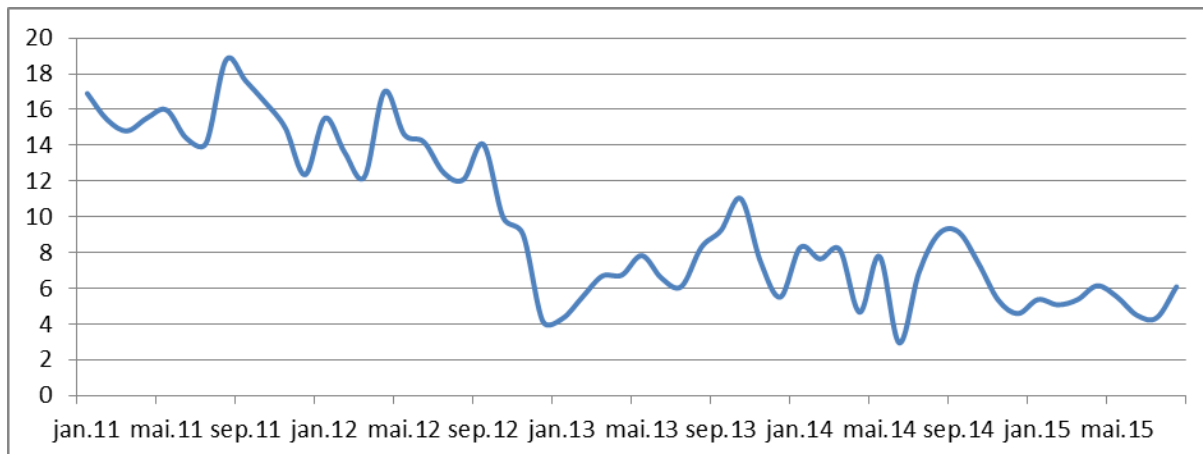


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av august 2015

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	18	211	9
Barne- og ungdomsklinikken	3	264	1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	27	584	5
Medisinsk klinikk	4	488	1
Hjerte- og lungeklinikken	8	374	2
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	29	2 339	1
UNN	89	4 260	2

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

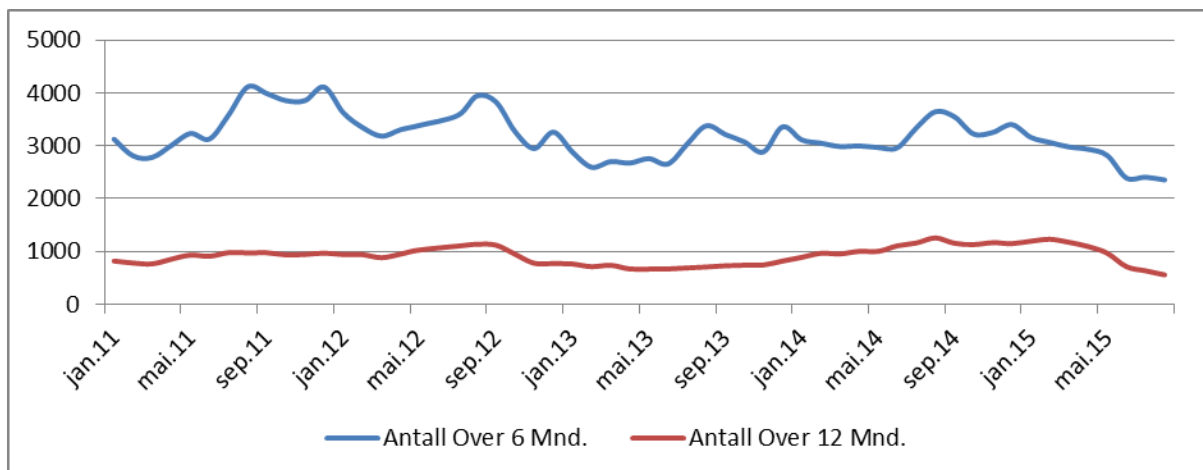
Figur 6 Prosent avvirket fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå



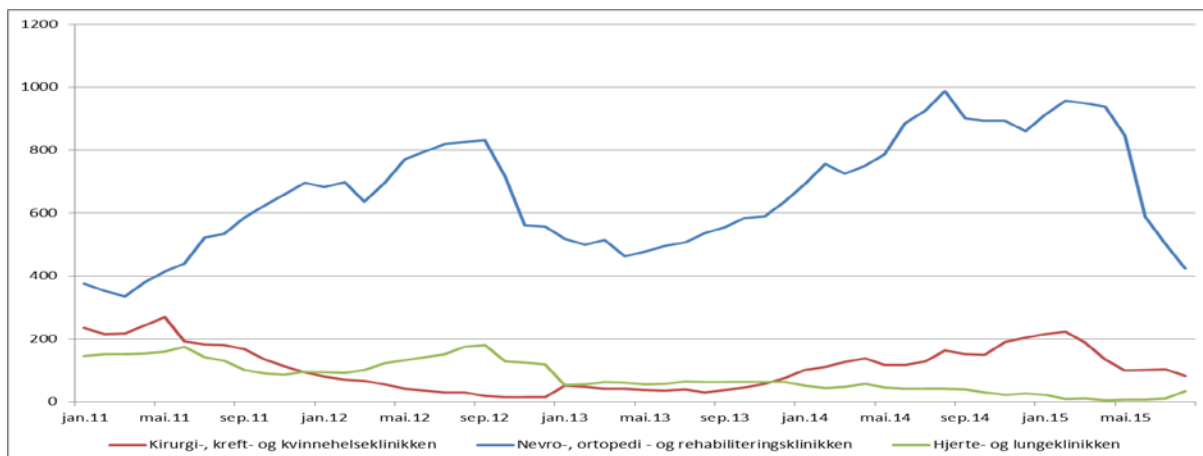
Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	jul.15	aug.15
Barne- og ungdomsklinikken	0	2
Hjerte- og lungeklinikken	9	13
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	23	26
Medisinsk klinikk	8	9
Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	19	46
Psykisk helse- og rusklinikken	6	12
UNN	65	108

Figur 7 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 8 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



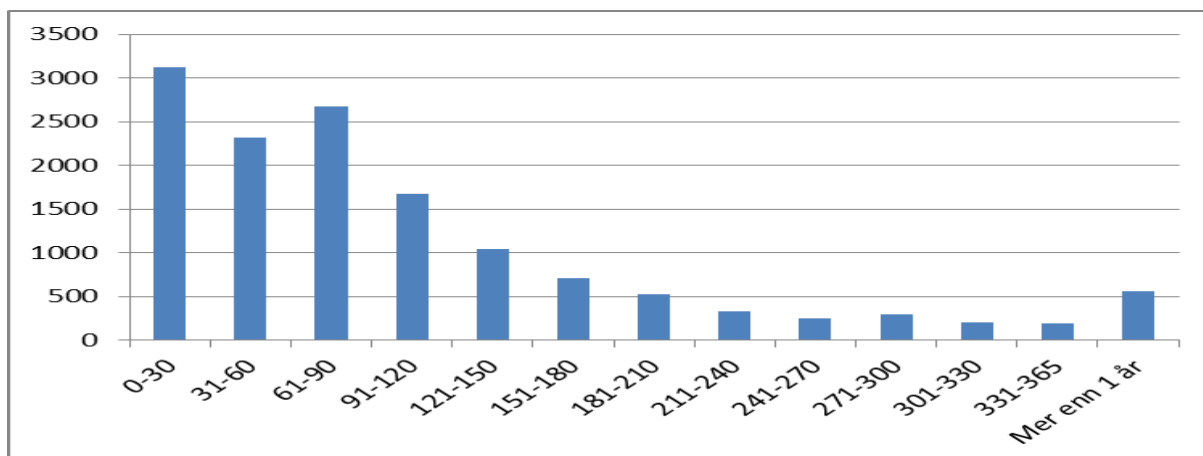
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

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

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	0	0
Barne- og ungdomsklinikken	1	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	82	3
Medisinsk klinikk	17	1
Hjerter- og lungeklinikken	34	3
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	424	6
UNN	558	4

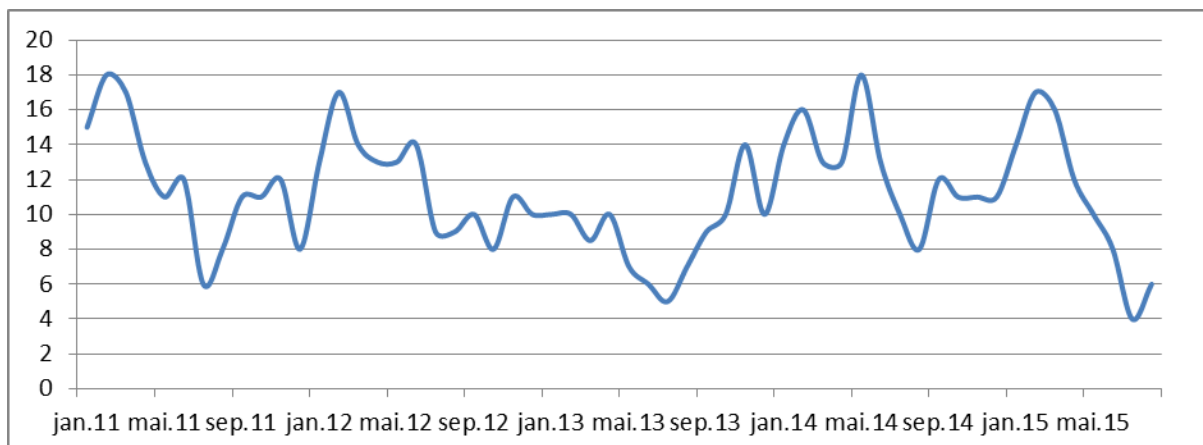
Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

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



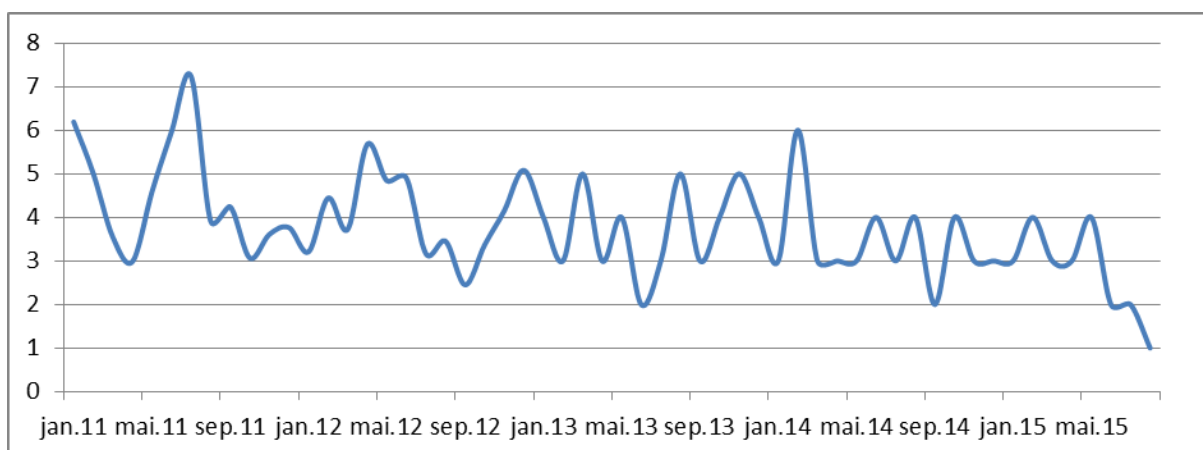
Korridorpasienter

Figur 10 Korridorpasienter- somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



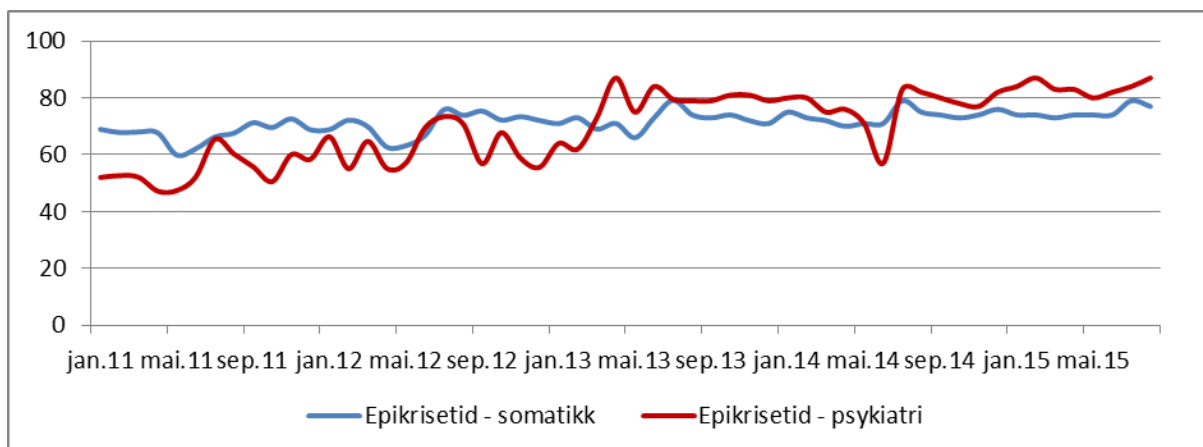
Strykninger

Figur 11 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



Epikrisetid

Figur 12 Epikriser - andel sendt innen syv dager



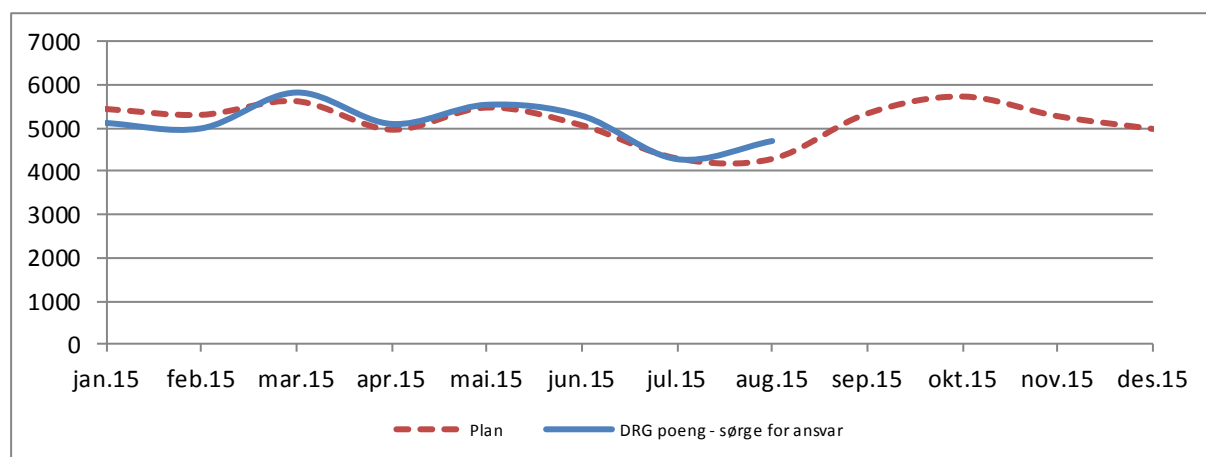
Aktivitet

Tabell 9 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2013	2014	2015	Plantall 2015	Avvik fra 2014		Avvik fra plan 2015	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser heldøgn	26 524	26 365	26 057	25 898	-308	-1	159	1
Innlagte dagopphold	4 037	4 079	4 060	4 034	-19	0	26	1
Polikliniske dagbehandlinger	17 219	17 801	17 555	18 152	-246	-1	-597	-3
DRG poeng (2015 logikk)	40 027	41 001	40 843	40 543	-158	0	300	1
Liggedager i perioden	108 897	108 826	108 318	108 853	-508	0	-535	0
Polikliniske konsultasjoner	159 146	160 160	161 025	152 747	865	1	8 278	5
Herav ISF	132 482	133 524	134 430	132 683	906	1	1 747	1
Kontrollandel poliklinikk	34 %	32 %	32 %	32 %				
Laboratorieanalyser	3 087 336	3 296 357	3 324 430	3 134 430	28 073	1	190 000	6
Røntgenundersøkelser	122 737	127 364	121 497	116 226	-5 867	-5	5 271	5
Fremmøte stråleterapi	10 833	9 075	8 769	9 091	-306	-3	-322	-4
Pasientkontakter	189 707	190 604	191 142	182 678	538	0	8 464	5
VOP								
Utskrivelser heldøgn	2 317	2 203	2 244	2 219	41	2	25	1
Liggedager i perioden	33 134	33 192	32 276	30 683	-916	-3	1 593	5
Polikliniske konsultasjoner	37 453	36 717	39 040	36 998	2 323	6	2 042	6
Pasientkontakter	39 770	38 920	41 284	39 217	2 364	6	2 067	5
BUP								
Utskrivelser heldøgn	119	141	121	161	-20	-14	-40	-25
Liggedager i perioden	1 501	1 858	2 018	1 741	160	9	277	16
Polikliniske konsultasjoner	15 270	16 076	15 624	15 997	-452	-3	-373	-2
Pasientkontakter	15 389	16 217	15 745	16 159	-472	-3	-414	-3
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Utskrivelser heldøgn	439	433	463	432	30	7	31	7
Liggedager i perioden	13 771	13 805	13 468	13 888	-337	-2	-420	-3
Polikliniske konsultasjoner	6 905	6 867	7 719	7 444	852	12	275	4
Pasientkontakter	7 344	7 300	8 182	7 876	882	12	306	4

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

Somatisk virksomhet

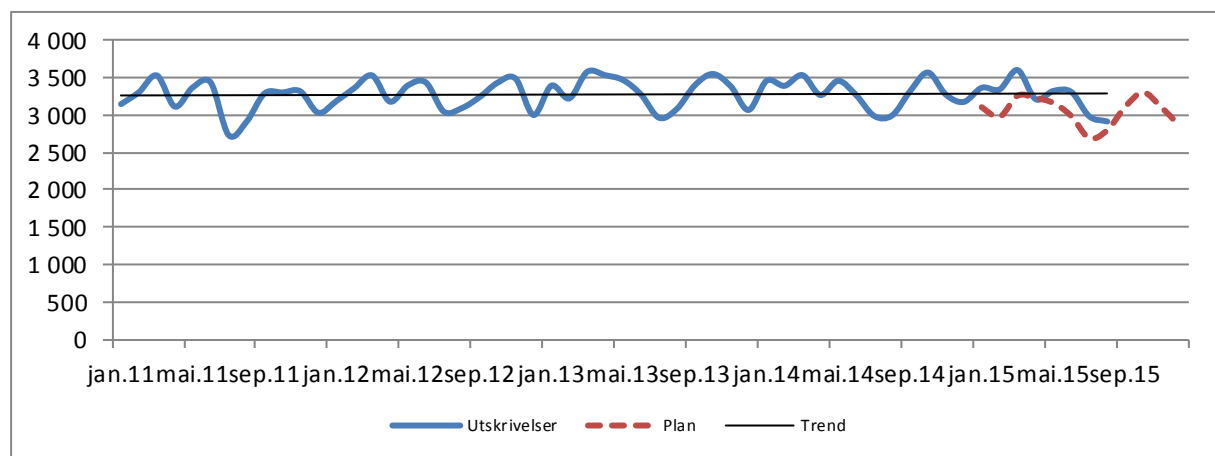
Figur 13 DRG poeng UNN 2015


Tabell 10 DRG poeng hittil i år 2015 fordelt på klinikk

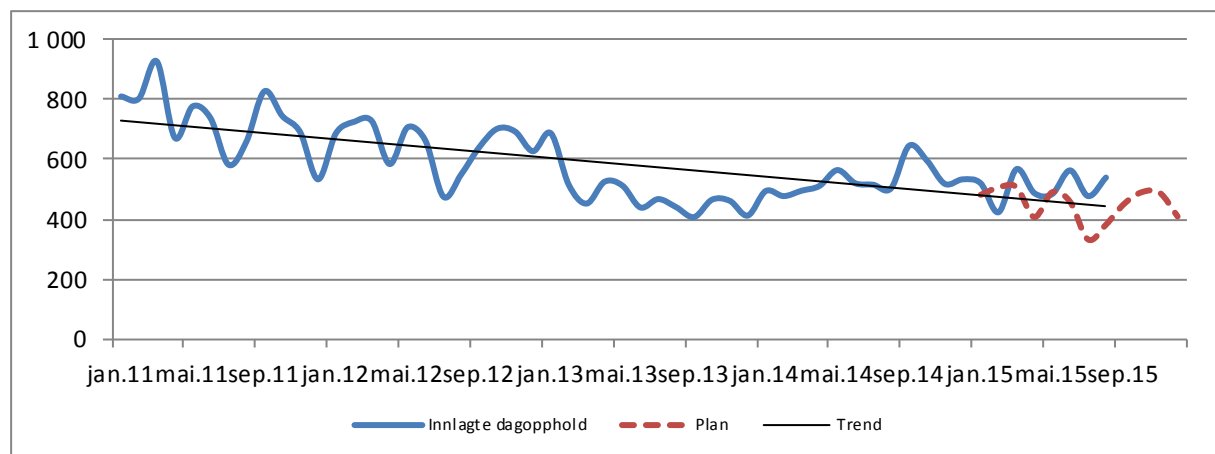
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	965	965	1
Barne- og ungdomsklinikken	1 962	1 910	52
Hjerte- og lungeklinikken	6 788	6 716	72
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	10 974	10 544	430
Medisinsk klinikk	7 859	7 622	237
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	11 235	11 244	-10
Operasjons- og intensivklinikken	242	250	-8
Totalt	40 026	39 251	774

DRG poeng – egen produksjon.

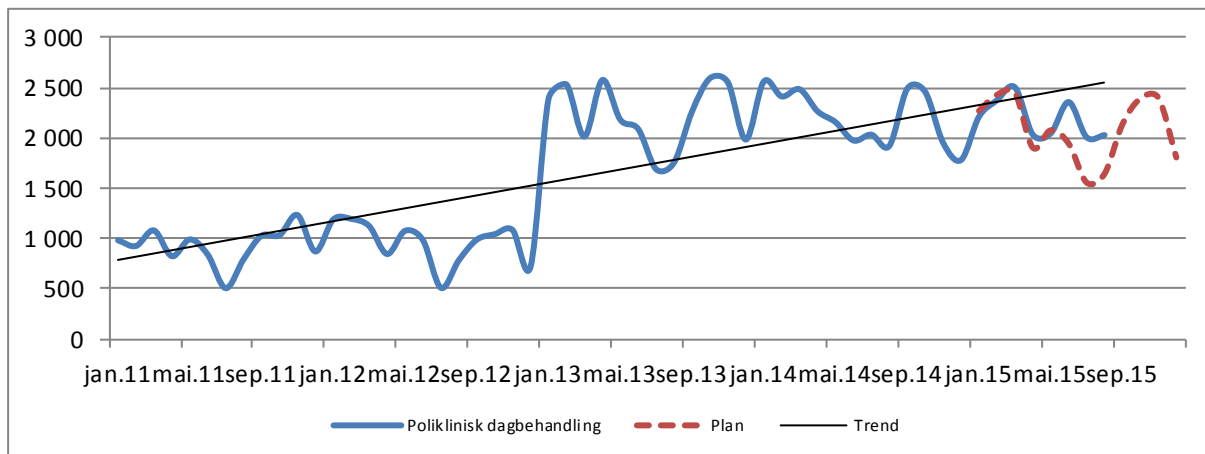
Figur 14 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



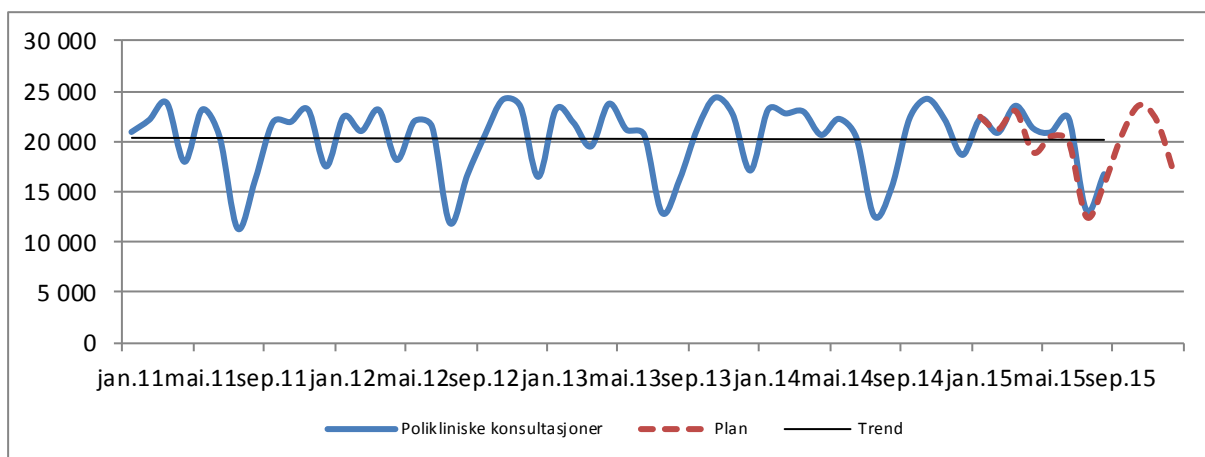
Figur 15 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



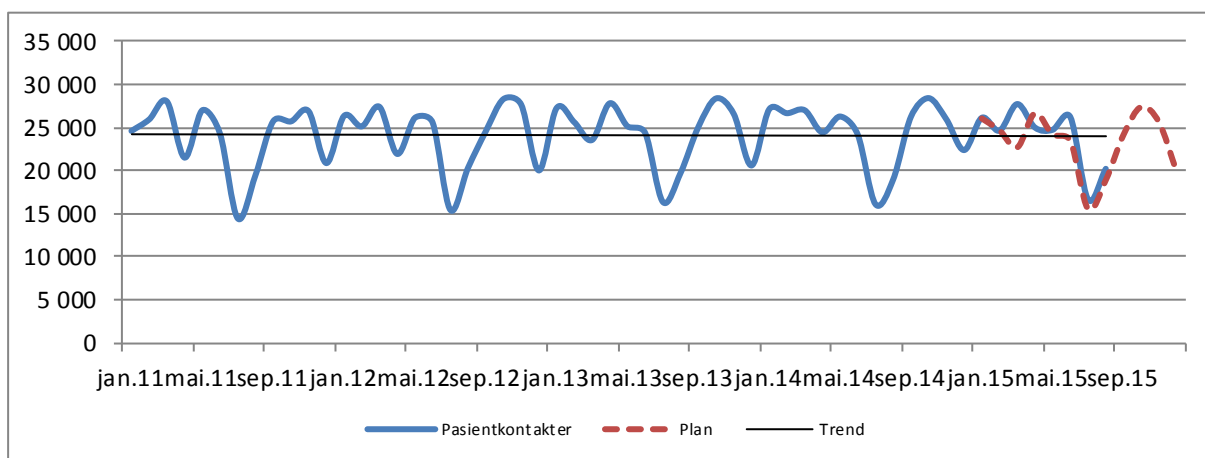
Figur 16 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



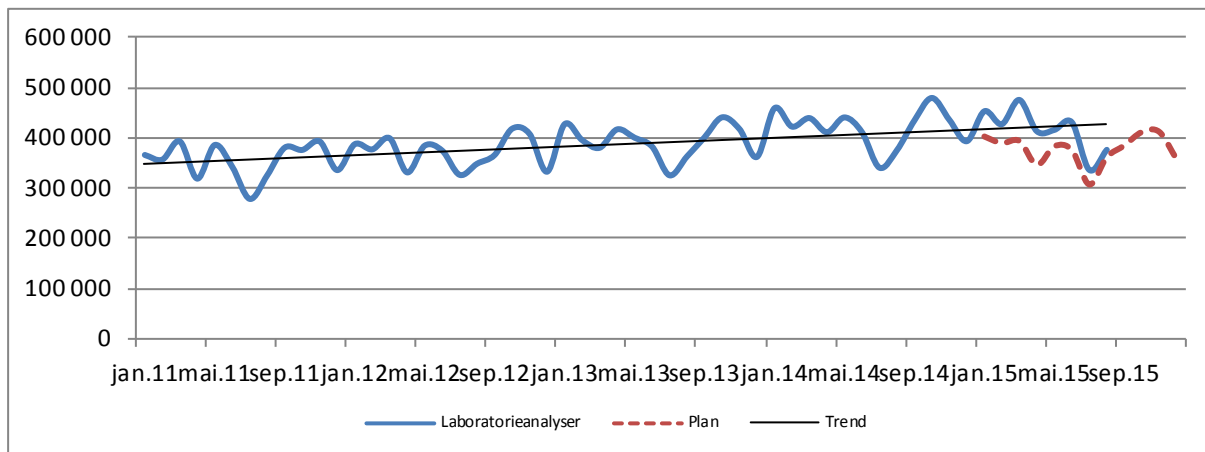
Figur 17 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



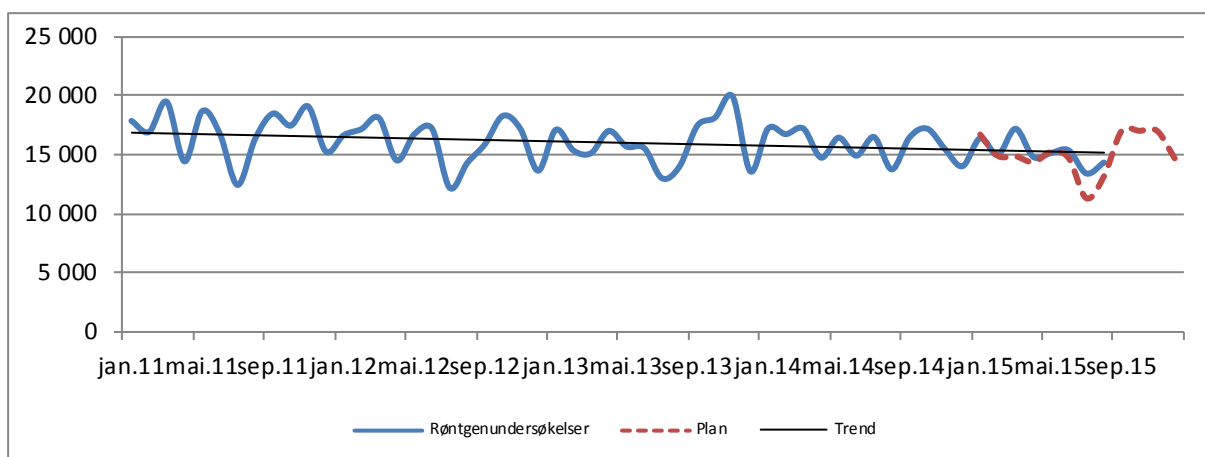
Figur 18 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 19 Laboratorieanalyser

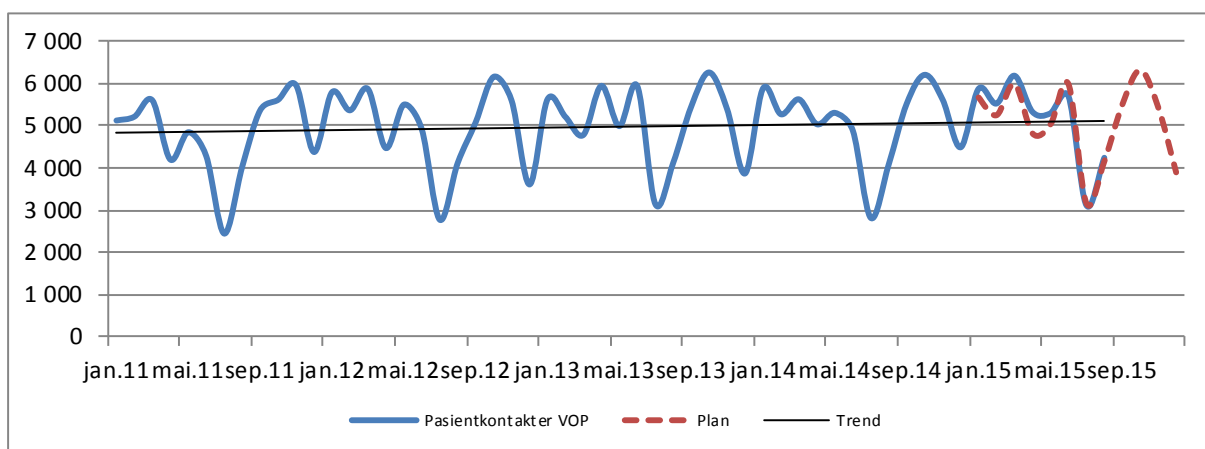


Figur 20 Røntgenundersøkelser



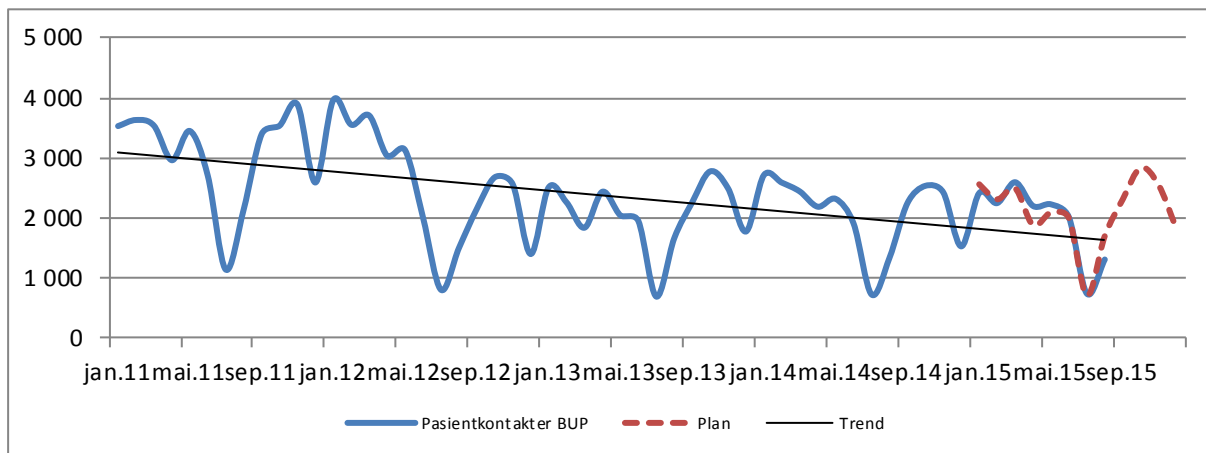
Psykisk helsevern voksne

Figur 21 Pasientkontakter – VOP



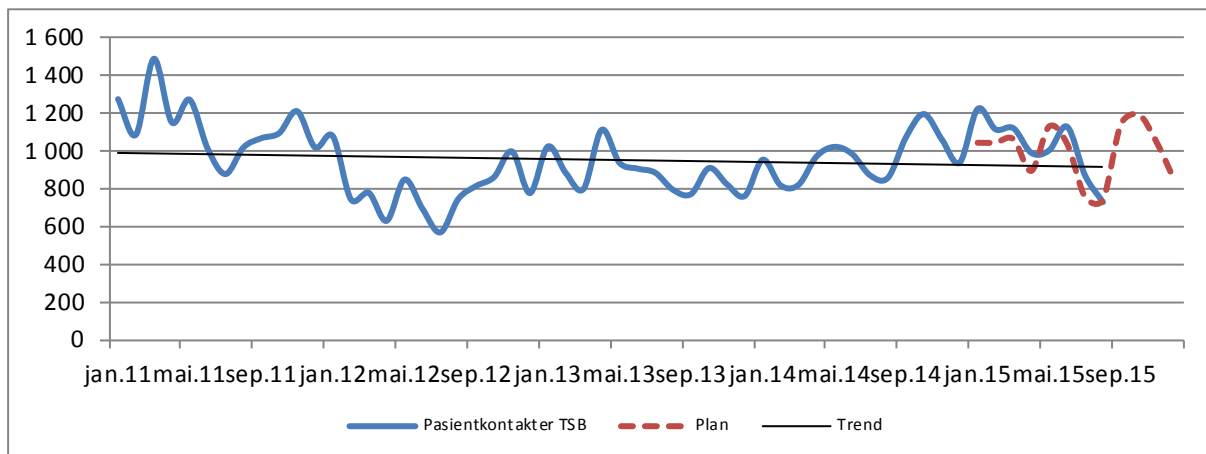
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 22 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 23 Pasientkontakter- TSB

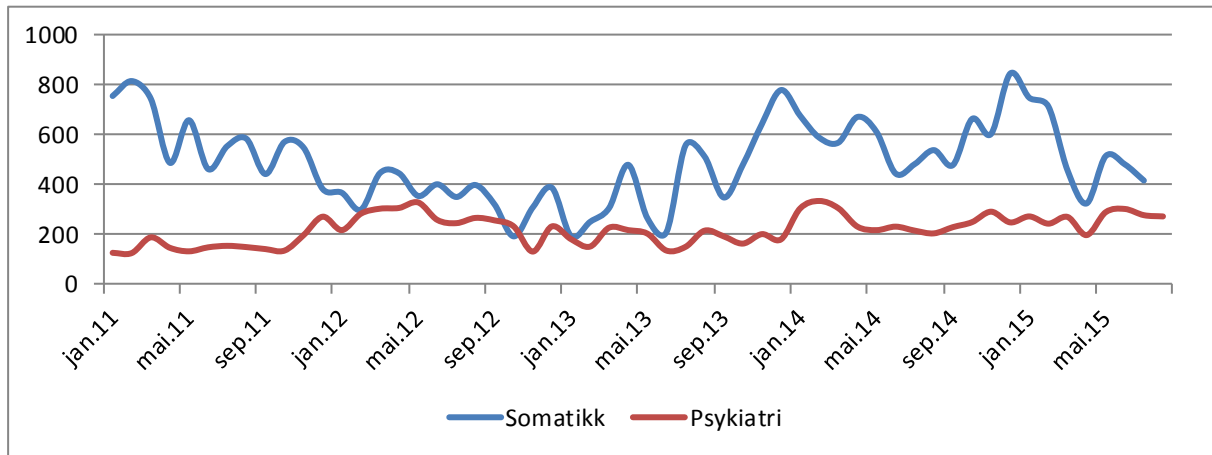


Samhandling

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

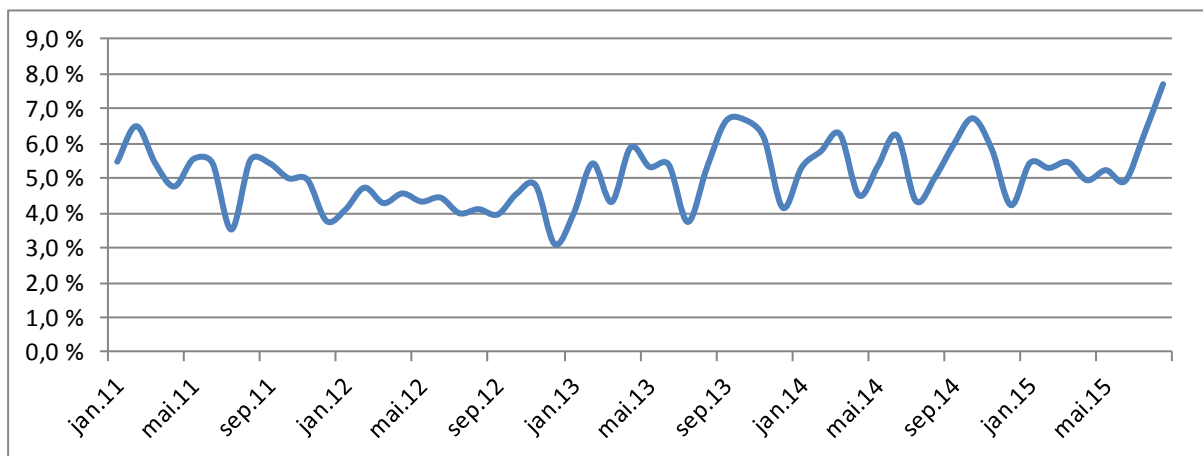
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-aug	Utskrivningsklare opphold jan-aug	Utskrivningsklare døgn jan-aug pr 1000 innbyggere
SALANGEN	134	30	60
GRATANGEN	38	13	33
HARSTAD	767	390	31
TROMSØ	2 155	310	30
NORDREISA	137	22	28
NARVIK	514	231	27
TRANØY	35	10	23
LØDINGEN	36	39	17
BALLANGEN	41	32	16
TJELDSUND	20	16	16
IBESTAD	21	22	15
KARLSØY	33	8	14
BARDU	56	14	14
SKÅNLAND	39	39	13
DYRØY	13	3	11
BERG	10	3	11
LYNGEN	32	5	11
LENVIK	121	48	10
KVÆFJORD	31	37	10
KÅFJORD	21	8	10
STORFJORD	18	5	9
MÅLSELV	54	22	8
EVENES	11	11	8
TYSFJORD	11	7	6
SØRREISA	19	12	6
SKJERVØY	15	7	5
TORSKEN	4	2	5
LAVANGEN	4	4	4
BALSFJORD	22	9	4
Totalsum	4 484	1 380	24

Forbruksrater

Det jobbes med å 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

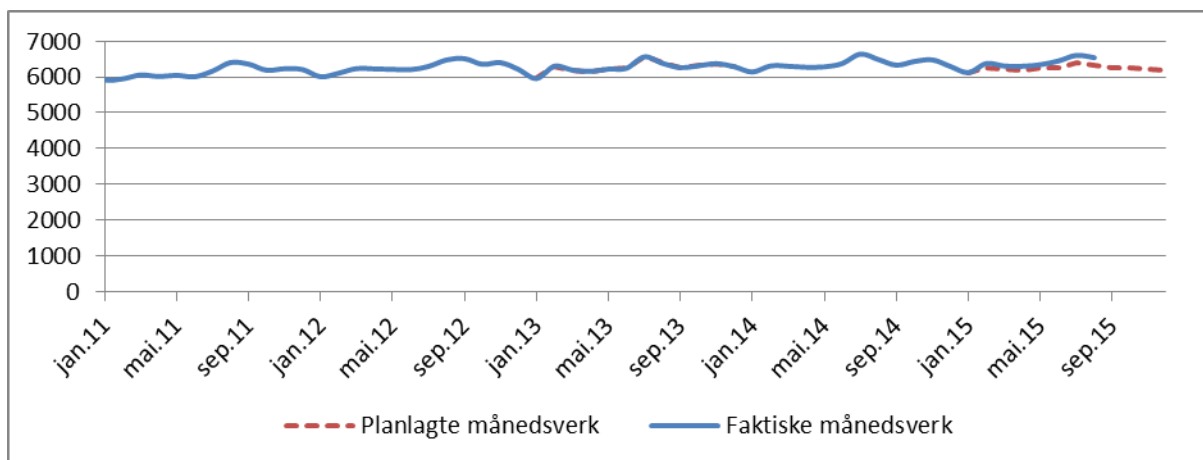
Figur 25 Andel liggedøgn på pasienthotell av alle heldøgn (postopphold)



Personal

Bemanning

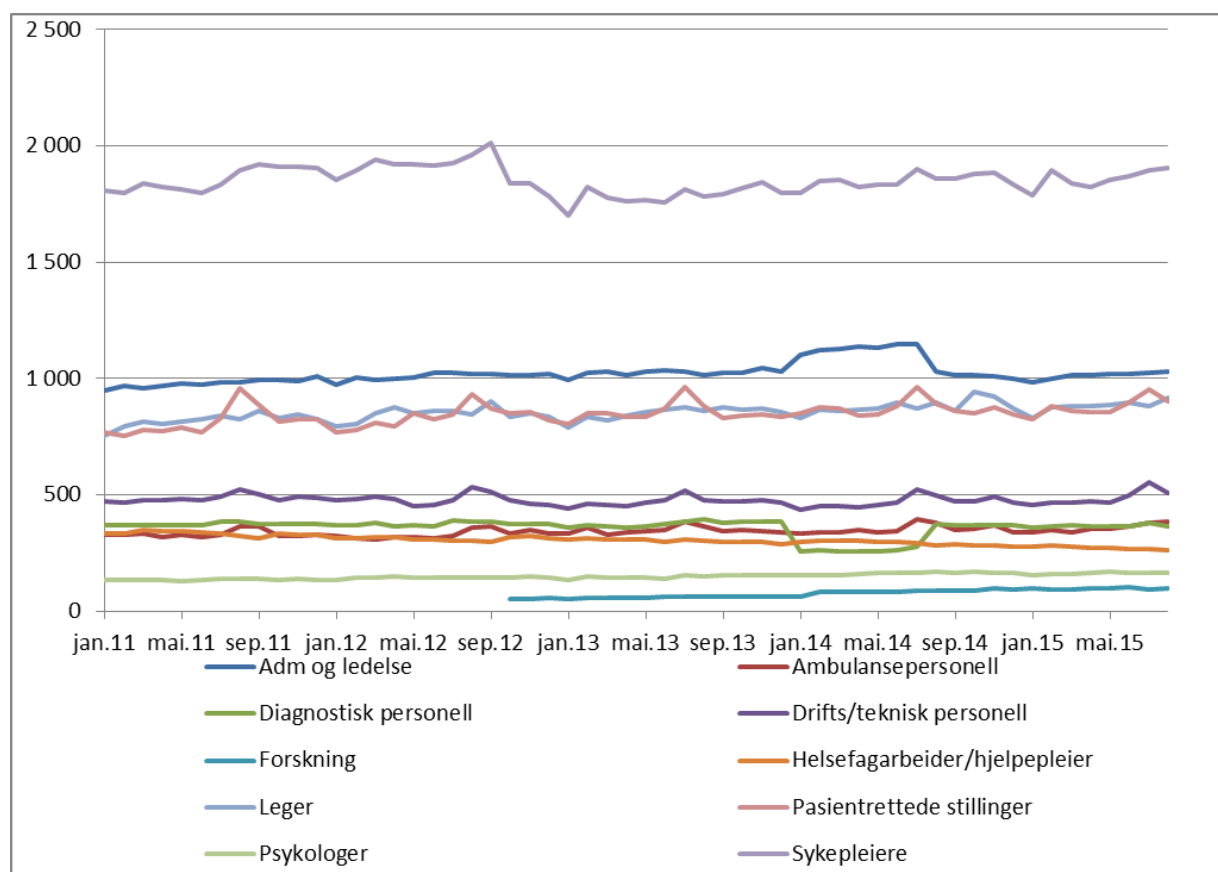
Figur 26 Brutto utbetalte månedsverk 2011-2015



Tabell 12 Brutto utbetalte månedsverk 2013-2015

Måned	2013	2014	2015	Plantall 2015	Avvik fra 2014	Avvik fra plan 2015
Januar	5 956	6 139	6 121	6 120	-18	1
Februar	6 301	6 308	6 375	6 235	67	140
Mars	6 191	6 299	6 305	6 203	5	102
April	6 157	6 271	6 298	6 198	27	100
Mai	6 219	6 282	6 342	6 238	61	104
Juni	6 242	6 377	6 445	6 252	68	193
Juli	6 561	6 639	6 603	6 401	-36	202
August	6 382	6 486	6 538	6 333	52	206
September	6 262	6 329		6 244		
Oktober	6 312	6 433		6 238		
November	6 371	6 478		6 210		
Desember	6 285	6 293		6 190		
Snitt hittil i år	6 251	6 350	6 378	6 247	28	131

Figur 27 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2011-2015

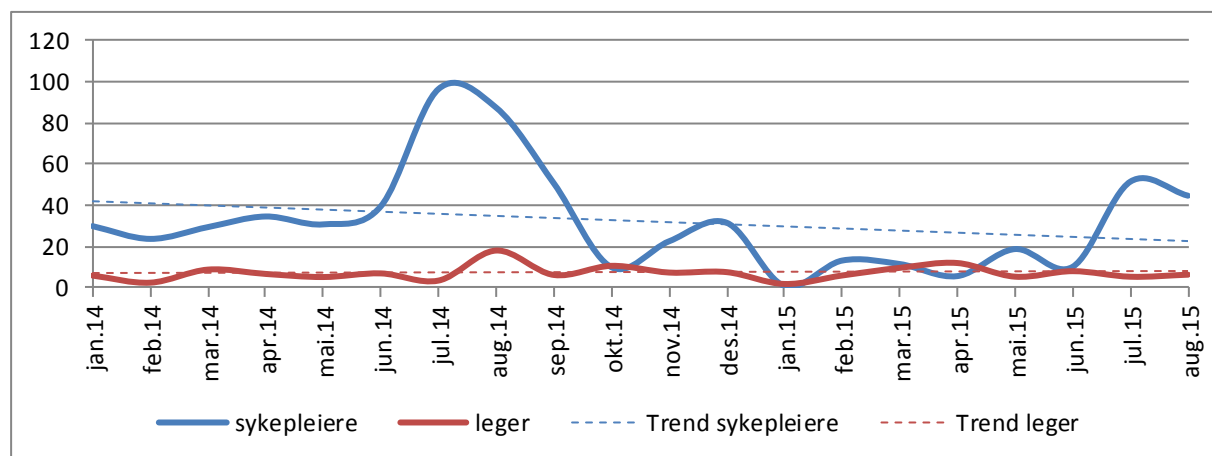


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2013-2015 til og med august

Profesjon	2013	2014	2015	Avvik fra 2014
Adm og ledelse	1 097	1 116	1 013	-103
Ambulanspersonell	352	352	358	6
Diagnostisk personell	258	277	367	90
Drifts/teknisk personell	452	466	486	19
Forskning	58	81	96	15
Helsefagarbeider/hjelpepleier	309	298	272	-26
Leger	855	869	881	11
Pasientrettede stillinger	912	877	879	2
Psykologer	146	160	163	3
Sykepleiere	1 805	1 845	1 861	15
Snitt hittil i år	6 251	6 350	6 378	28

Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

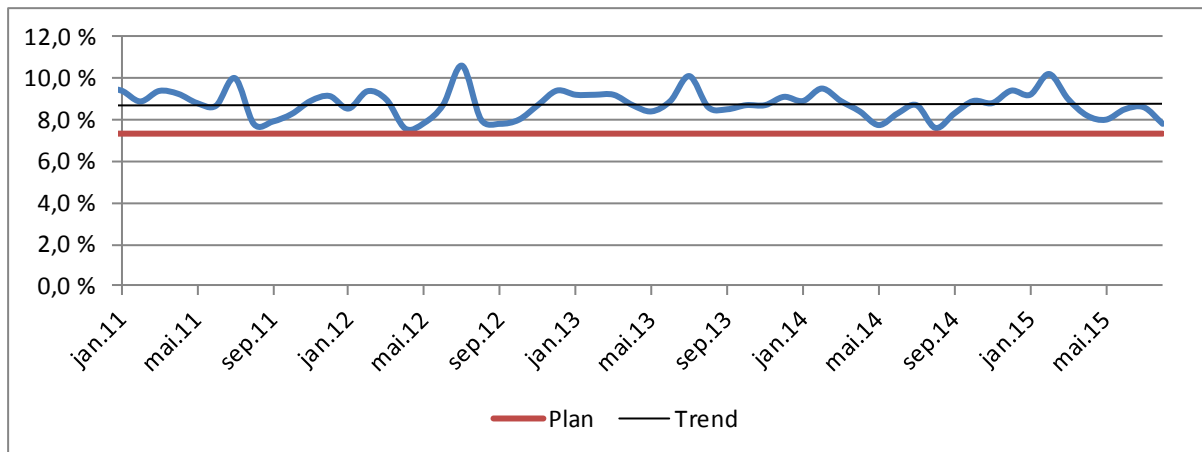


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i august 2015 er på 7,8 %. Samme måned i 2014 var sykefraværet 7,6 %. Dette er en økning på 0,2 prosentpoeng. Det korte (1-16 dgr) viser en reduksjon på 0,1 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet viser en økning på 0,1 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) viser en økning på 0,2 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i august 235 ansatte borte fra jobb pga sykdom i UNN HF.

Figur 29 Sykefravær 2011-2015



Tabell 14 Sykefravær fordelt på klinikk i august og gjennomsnittlig sykefravær siste 12 måneder

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

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i august måned ikke blitt registrert egenmelding i GAT hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

Gradert fravær

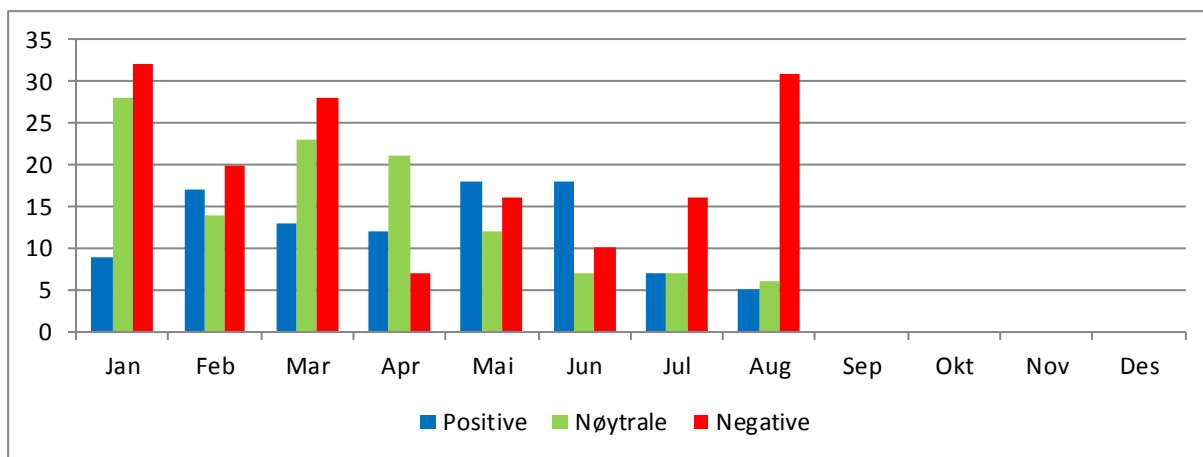
Tall for andelen gradert fravær er midlertidig tatt ut av rapporten da det jobbes med å få til en rapportering som er i samsvar med rapportering fra NAV. Målsetningen er at dette er klart til Kvalitets- og virksomhetsrapporten for september.

Kommunikasjon

Sykehuset i media

Botox-saken fra nevrologi, hud- og revmatologisk avdeling i Tromsø ved Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken er saken som gir det store utslaget med 23 negative oppslag. Av positive saker kan vi nevne oppslag i Fremover om gave til kreftenheten ved medisinsk avdeling i Narvik, sak i Harstad Tidende om et nytt forskningsprosjekt på medisinsk avdeling ved UNN Harstad om irritert tarm, og oppslag i iTromsø om at UNN og Helse Nord er gode på pakkeforløp for kreft.

Figur 30 Mediestatistikk 2015

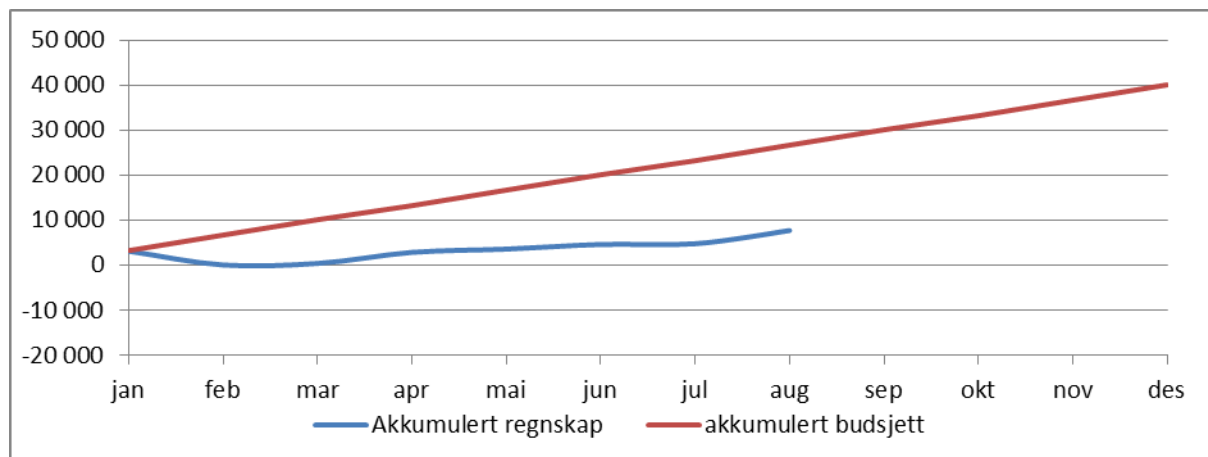


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 31 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 august er det et regnskapsmessig avvik på 2,9 mill kr som gir et budsjettavvik på -0,4 mill kr. Hittil i år er det akkumulert et budsjettavvik på -19,0 mill kr.

For august er de samlede inntektene 20,8 mill kr høyere enn budsjettet. ISF utgjør et positivt avvik på 3,5 kr og øremerkede tilskudd har et positivt avvik på 13,1 mill kr.

Driftskostnadene er samlet sett 23,3 mill kr høyere enn budsjett. Kjøp av helsetjenester (-2,3 mill kr) og et negativt avvik på lønn på -22,7 mill kr utgjør avvikene.

Finanspostene viser et positivt avvik på 2,0 mill kr

Tabell 15 Resultatregnskap august 2015

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August				Akkumulert per August				Akkumulert per August	
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Endring ift 2014	Endring i %
Basisramme	362,3	362,4	-0,1	0 %	3 177,1	3 177,8	-0,6	0 %	217,6	7 %
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	0 %	23,9	23,9	0,0	0 %	4,8	25 %
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	99,3	95,7	3,6	4 %	853,6	834,8	18,8	2 %	208,6	32 %
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	-152,4	-100 %
Samlet ordinær ISF-inntekt	99,3	95,7	3,6	4 %	853,6	834,8	18,8	2 %	56,1	7 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	3,4	3,5	-0,1	-2 %	37,5	50,1	-12,6	-25 %	-1,9	-5 %
Gjestepasientinntekter	3,6	2,4	1,2	48 %	22,9	19,6	3,3	17 %	3,7	19 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rø)	14,5	15,4	-0,9	-6 %	135,9	131,5	4,4	3 %	12,1	10 %
Utskrivningsklare pasienter	0,9	1,0	-0,1	-9 %	12,3	8,0	4,3	54 %	-2,1	-14 %
Inntekter "raskere tilbake"	1,7	1,0	0,7	76 %	14,3	9,1	5,2	57 %	0,5	4 %
Andre øremerkede tilskudd	37,7	24,6	13,1	53 %	128,3	210,0	-81,7	-39 %	6,9	6 %
Andre driftsinntekter	27,6	24,2	3,4	14 %	209,7	193,4	16,3	8 %	17,9	9 %
Sum driftsinntekter	554,1	533,2	20,8	4 %	4 615,6	4 658,2	-42,5	-1 %	315,6	7 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,5	16,2	2,4	15 %	139,4	126,8	12,6	10 %	6,6	5 %
Kjøp av private helsetjenester	4,4	4,6	-0,1	-3 %	34,7	40,2	-5,5	-14 %	-0,8	-2 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	54,4	57,1	-2,7	-5 %	475,9	460,1	15,7	3 %	18,1	4 %
Innleid arbeidskraft	4,7	3,3	1,4	40 %	24,8	27,4	-2,6	-10 %	-15,9	-39 %
Lønn til fast ansatte	250,9	242,1	8,8	4 %	2 275,7	2 372,7	-97,0	-4 %	69,3	3 %
Overtid og ekstrahjelp	25,7	12,7	13,0	103 %	173,6	102,8	70,8	69 %	-4,3	-2 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	87,1	87,0	0,1	0 %	638,1	638,1	0,1	0 %	151,9	31 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,3	-19,8	-2,5	12 %	-179,2	-154,6	-24,6	16 %	-22,2	14 %
Annen lønnskostnad	29,2	27,1	2,1	8 %	190,9	180,0	10,9	6 %	-5,2	-3 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	288,2	265,4	22,7	9 %	2 485,8	2 528,4	-42,6	-2 %	21,7	1 %
Avskrivninger	21,1	21,1	0,0	0 %	172,1	172,1	0,0	0 %	8,9	5 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0 %
Andre driftskostnader	78,8	77,9	0,9	1 %	670,5	664,5	6,0	1 %	26,3	4 %
Sum driftskostnader	552,5	529,2	23,3	4 %	4 616,4	4 630,1	-13,7	0 %	232,6	5,3 %
Driftsresultat	1,5	4,0	-2,5	-61 %	-0,8	28,0	-28,8	-103 %	82,9	99 %
Finansinntekter	1,5	0,1	1,4		9,7	1,0	8,7		-1,4	13 %
Finanskostnader	0,1	0,8	-0,7		1,3	2,4	-1,1		0,4	46 %
Finansresultat	1,4	-0,7	2,0		8,5	-1,4	9,9		-1,8	18 %
Ordinært resultat	2,9	3,3	-0,4	-12 %	7,7	26,7	-19,0	-71 %	81,1	110 %

Tabell 16 Resultatregnskap august 2015, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August, ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per August, ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	362,3	362,4	-0,1	3 177,1	3 177,8	-0,6
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	23,9	23,9	0,0
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	99,3	95,7	3,6	853,6	834,8	18,8
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Samlet ordinær ISF-inntekt	99,3	95,7	3,6	853,6	834,8	18,8
ISF av legemidler utenfor sykehus	3,4	3,5	-0,1	37,5	50,1	-12,6
Gjestepasientinntekter	3,6	2,4	1,2	22,9	19,6	3,3
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rø)	14,5	15,4	-0,9	135,9	131,5	4,4
Utskrivningsklare pasienter	0,9	1,0	-0,1	12,3	8,0	4,3
Inntekter "raskere tilbake"	1,7	1,0	0,7	14,3	9,1	5,2
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	27,6	24,2	3,4	209,7	193,4	16,3
Sum driftsinntekter	516,4	508,6	7,8	4 487,3	4 448,1	39,2
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,5	16,2	2,4	139,4	126,8	12,6
Kjøp av private helsetjenester	4,4	4,6	-0,1	34,6	40,0	-5,4
Varekostnader knyttet til aktivitet	53,0	56,1	-3,2	470,9	452,0	18,9
Innleid arbeidskraft	4,7	3,3	1,4	24,8	27,4	-2,6
Lønn til fast ansatte	231,4	229,3	2,1	2 209,3	2 264,1	-54,8
Overtid og ekstrahjelp	21,3	9,8	11,5	158,7	78,4	80,3
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	82,3	83,8	-1,6	621,8	611,4	10,4
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-20,9	-18,9	-2,0	-174,6	-147,0	-27,6
Annen lønnskostnad	26,6	25,5	1,2	182,2	165,7	16,4
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	263,1	249,0	14,1	2 400,4	2 388,7	11,7
Avskrivninger	21,1	21,1	0,0	172,1	172,1	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	72,4	73,7	-1,3	648,9	629,2	19,7
Sum driftskostnader	514,8	504,6	10,2	4 488,1	4 420,1	68,0
Driftsresultat	1,5	4,0	-2,5	-0,8	28,0	-28,8
Finansinntekter	1,5	0,1	1,4	9,7	1,0	8,7
Finanskostnader	0,1	0,8	-0,7	1,3	2,4	-1,1
Finansresultat	1,4	-0,7	2,0	8,5	-1,4	9,9
Ordinært resultat	2,9	3,3	-0,4	7,7	26,7	-19,0

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

Inntekter

- +3,5 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- -0,9 mill kr polikliniske inntekter
- +3,4 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- +3,2 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -2,3 mill kr kjøp av helsetjenester (offentlige -2,4 mill kr, private +0,1 mill kr)
- -14,1 mill kr lønn (-2,1 mill kr fast lønn, -12,8 mill kr variabel lønn)
- +1,3 mill kr andre driftskostnader

De viktigste avvikene akkumulert til og med august er (ekskl. eksterntfinansert virksomhet):

Inntekter

- +6,2 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- +4,4 mill kr polikliniske inntekter
- +4,3 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +16,3 mill kr Andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -18,9 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -7,2 mill kr kjøp av helsetjenester
- -11,7 mill kr lønn (+54,8 mill kr fast lønn, -77,7 mill kr variabel lønn)
- -19,7 mill kr andre driftskostnader

Tabell 17 Funksjonsregnskap per august

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201508								
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	325,0	312,0	2 524,3	2 662,7	2 641,5	21,1	5,5 %	4 101
Somatikk, (re-hab)	20,2	20,0	178,0	184,7	189,0	(4,4)	3,7 %	292
Lab/rtg	68,7	65,6	540,1	582,2	584,5	(2,3)	7,8 %	898
Somatikk inkl lab/rtg	413,9	397,6	3 242,5	3 429,5	3 415,0	14,5	5,8 %	5 292
VOP, sykehus og annen beh	30,6	30,2	250,8	262,1	272,0	(9,9)	4,5 %	421
VOP, DPS og annen beh	29,5	28,7	246,1	257,5	268,2	(10,7)	4,6 %	416
BUP	13,2	12,5	106,6	110,4	115,4	(5,0)	3,6 %	179
Psykisk helse	73,2	71,4	603,5	630,0	655,6	(25,6)	4,4 %	1 016
RUS, behandling	18,9	16,5	144,0	146,1	147,0	(0,9)	1,5 %	229
Rusomsorg	18,9	16,5	144,0	146,1	147,0	(0,9)	1,5 %	229
Ambulanse	30,4	29,7	245,4	262,6	261,5	1,1	7,0 %	401
Pasienttransport	14,9	14,3	134,9	138,8	137,6	1,2	2,9 %	217
Prehospitale tjenester	45,3	44,1	380,3	401,5	399,1	2,3	5,6 %	618
Administrasjon (skal være 0 p	-	(0,1)	0,0	-	(0,2)	0,2	0,0 %	(1)
Personalboliger, barnehager	1,0	0,4	13,1	9,1	7,7	1,4	-30,3 %	18
Personal	1,0	0,3	13,1	9,1	7,5	1,7	-30,3 %	17
Sum driftskostnader	552,3	529,8	4 383,3	4 616,2	4 624,2	(8,1)	5,3 %	7 172

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

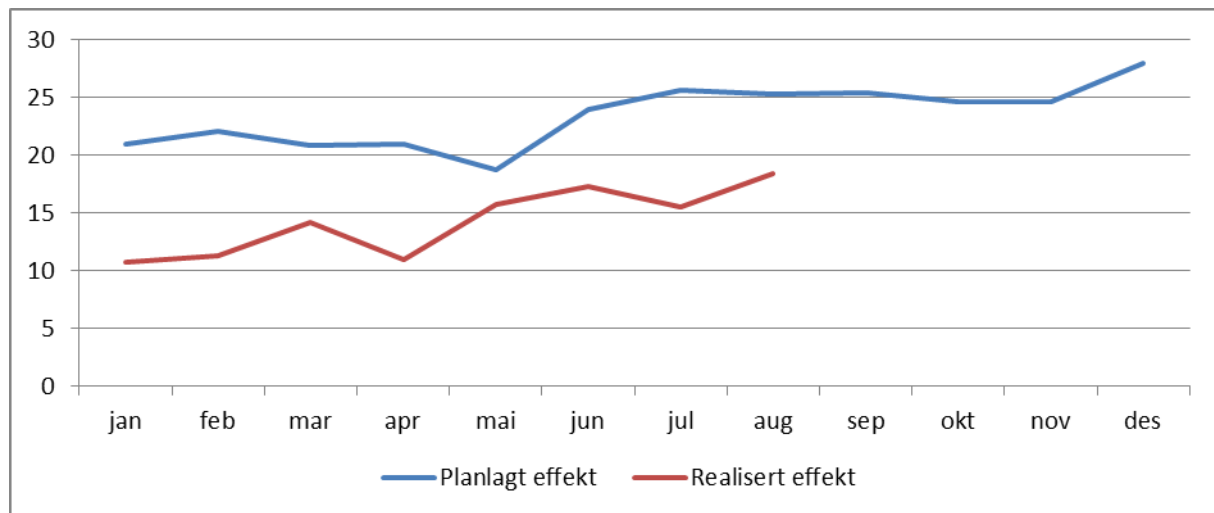
Klinikk, økonomiske tall i mill kr	August				Akkumulert per August			
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF
Totalt 10 - Akuttmedisinsk klinikk	32,8	32,9	0,1	0,2	232,0	223,1	-8,9	0,1
Totalt 11 - Longyearbyen sykehus	2,3	2,9	0,6		16,3	17,1	0,8	
Totalt 12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	20,9	22,6	1,7	4,1	111,0	100,4	-10,6	8,4
Totalt 13 - Hjerter- lungeklinikken	16,9	20,2	3,3	3,0	102,3	97,5	-4,8	1,6
Totalt 14 - Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	34,4	35,0	0,6	2,7	181,9	173,3	-8,6	0,9
Totalt 15 - Medisinsk klinikk	24,2	23,6	-0,6	0,3	134,1	136,0	1,9	5,1
Totalt 17 - Barne- og ungdomsklinikken	19,6	17,5	-2,1	0,2	113,3	110,9	-2,4	1,3
Totalt 18 - Operasjons- og intensivklinikken	54,8	56,8	2,0	0,0	402,8	389,8	-13,1	-0,2
Totalt 20 - Psykisk helse- og rusklinikken	65,2	62,5	-2,7		432,8	430,1	-2,7	
Totalt 30 - Diagnostisk klinikk	47,7	45,8	-1,9		336,6	331,2	-5,4	
Totalt 40 - Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	-6,6	-5,6	1,0		47,7	44,2	-3,5	
Totalt 45 - Drifts- og eiendomssenter	44,0	46,5	2,5		374,9	375,1	0,2	
Totalt 52 - Stabsenteret	13,4	13,1	-0,4		94,4	100,1	5,7	
Totalt 54 - Fag- og forskningssenter	4,2	4,8	0,6		34,6	37,2	2,6	
Totalt 62 - Fellesinntekter/-kostnader	-378,2	-381,6	-3,4	-7,0	-2624,0	-2593,9	30,1	-11,0
	2,9	-3,3	-0,4	3,5	7,7	26,7	-19,0	6,2

Prognose

Årsprognosen for 2015 er et resultat i tråd med styringsmålet på +40 mill kr. Et lavere lønnpoppjør enn budsjettert er årsaken til den forventede forbedringen i resultatet.

Gjennomføring av tiltak

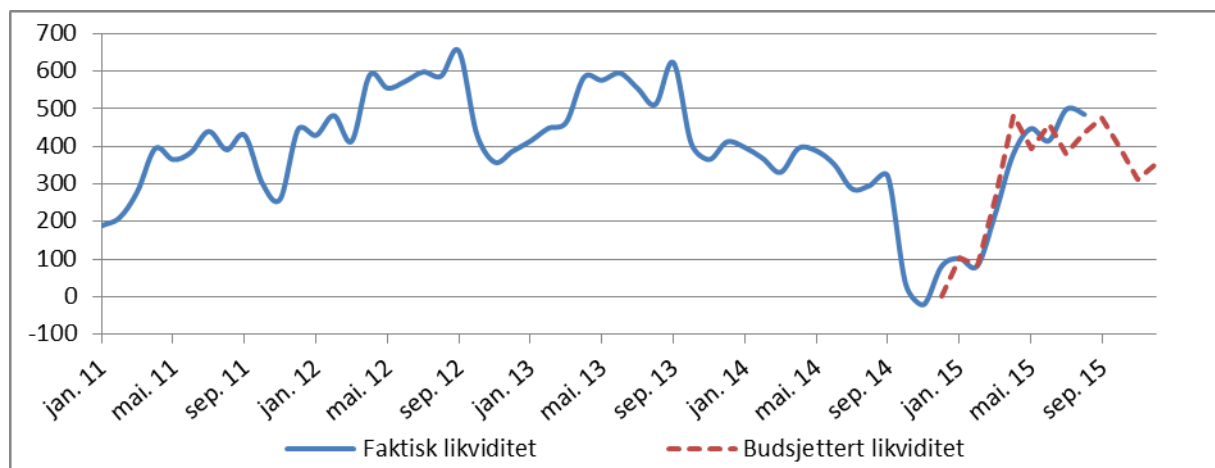
Figur 32 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I august er det realisert en økonomisk effekt på 18,4 mill kr. Akkumulert hittil er det beregnet en økonomisk effekt på 114,0 mill kr. Dette gir en gjennomføringsgrad på 63,3 % hittil i år. For august isolert var gjennomføringsevnen noe høyere på 70,7 %.

Likviditet

Figur 33 Likviditet



UNN har per utgangen av august en likviditet på 485 mill kr. Så langt i år er utviklingen godt i tråd med prognosen. Økning i likviditeten ved årets start skyldes egenkapitaltilskudd fra Helse Nord RHF og låneopptak i forbindelse med A-fløya.

Investeringer

Tabell 19 Investeringer (tall i 1000 kr)

	Investerings ramme overført til 2015	Investerings ramme 2015	Rest investerings ramme	Investert juli 2015	Investert august 2015	Sum investert 2015	Rest- forpliktelser (godkjent tidligere) august	Rest disponibel investerings ramme	Forbruk i år av disponibel ramme
Investeringer , tall i mill kr									
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	-10,0	69,0	59,0	19,6	0,6	79,3		-20,3	134 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	84,1	290,0	374,1	8,2	3,8	112,3		261,8	30 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-24,3	0,0	-24,3	8,4	0,7	23,8		-48,2	-98 %
Nytt sykehus Narvik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,8		-0,8	0 %
SUM Nybygg	49,8	359,0	408,8	36,2	5,6	216,2		192,6	53 %
Åsgård øvrige prosjekter	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0		1,2	0 %
Åsgård Bygg 7	71,4	16,3	87,7	0,2	2,3	21,7		66,0	25 %
SUM Rehabilitering	72,6	16,3	88,9	0,2	2,3	21,7		67,2	24 %
Tromsø undersøkelsen	10,0	5,0	15,0	0,0	0,0	15,0		0,0	100 %
Datarom	5,2	0,0	5,2	1,5	0,0	2,4		2,8	46 %
Tiltak kreftplan	0,0	1,0	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	67 %
Nytt nødnett	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,5		0,5	53 %
ENØK	13,5	0,0	13,5	0,0	0,0	0,7		12,8	5 %
SUM Prosjekter	29,6	7,0	35,6	1,5	0,0	19,3		16,3	54 %
Narvik inkl alle underprosjekter	-32,3	0,0	-32,3	0,0		8,2	0,0	-40,5	-25 %
Medisinteknisk utstyr	-50,4	200,0	149,6	3,3	0,8	33,4	26,7	88,7	22 %
Teknisk utstyr	17,6	0,0	17,6	5,1	0,0	6,0	0,0	11,7	34 %
Landingsplass Narvik	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,7	-1,0	
Ombygginger	-52,4	0,0	-52,4	0,2	0,2	-1,1	-0,2	-51,3	2 %
Ambulanser	1,1	0,0	1,1	0,0	0,0	1,3	7,8	-8,0	118 %
UNN-KIS	-13,0	0,0	-13,0	0,0	0,0	1,2	0,0	-14,1	-9 %
EK KLP	-2,8	0,0	-2,8	21,3	0,0	21,3	0,0	-24,1	-774 %
SUM Utstyr med mer	-132,1	200,0	67,9	30,4	1,0	70,6	35,0	-38,6	104 %
SUM total	19,9	582,3	601,2	68,3	9,0	327,8	35,0	237,5	55 %

I august 2015 er det forbrukt 9,0 mill kr av investeringsrammen og hittil i år er det totalt investert 327,8 mill kr av en samlet investeringsramme på 582,3 mill kr. For utstyr med mer er det hittil i år brukt 70,6 mill kr og utestående forpliktelser på 35,0 mill kr.

For pasienthotellet er det hittil brukt 20,3 mill kr mer enn budsjett, og det vil komme ytterligere fakturaer. Forventet mva kompensasjon på 55 mill kr som kommer helt i slutfasen

av det endelige regnskapet for pasienthotellet reduserer total kostnadene for prosjektet, og prognosen opprettholdes derfor på 20 mill kr lavere enn vedtatt investeringsramme.

Tabell 18 Utstyrssøknader til styret

Klinikk/ Avdeling	Type utstyr	Årsak til søknad	Nødvendig for opprettholdelse av normal drift	Nødvendig for opprettholdelse av liv og helse	Sparte driftskostnader	Tilsyns- pålegg	Konsekvenser	Stipulert kostnad (inkl mva) mill. kr
Medisinsk klinikk - Medisinsk avdeling Harstad	Colonoskop	Kassasjonsmelding	Absolutt nødvendig for driften	Absolutt nødvendig som standard utstyr i en sykehusenhet for å opprettholde skopiaktiviteten. Herunder krefutredning.	Skopet er 3,5 år gammelt og har en normert levetid på 4 år. Det er nå skadet og reparasjonen vil koste 158 000. Nytt skop koster 390 000.		Konsekvens av manglende erstatning av skopet vil være ineffektiv bruk av gastrolab og etter hvert betydelig reduksjon i aktivitet. Vi benytter i dag et colonoskop fra 2009 som fungerer som reserveskop og hvor en nok må påkjenne problemer dersom den daglige, hyppige bruken det nå er utsatt for fortsetter. Dette vil da medføre en katastrofal reduksjon i ant colonoskopier.	0,4
Kirurgi/kreft og kvinnehelse- klinikken/ Medisinsk klinikk - Poliklinikk-Narvik	Holter, 7-dagers. Modell: DigiTrak XT 128	Erstatte utrangert R-test utstyr med rimeligere og mer hensiktsmessig/pålitelig apparat.	Absolutt nødvendig for driften av kardiologisk poliklinikk	Absolutt nødvendig som standard- utstyr i poliklinisk virksomhet for å kunne utrede og behandle arytmi.	Ved å ha muligheten til å opprettholde nødvendig medisinsk tilbud, unngås dyre pasientreiser for banale undersøkelser.		Avgjørende for å kunne bedrive kardiologi på lokalsykehuset.	0,2
							Totalt	0,6

Byggeprosjekter

Tabell 19 Byggeprosjekter ved utgangen av august 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	8 uker	Ingen avvik
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2014	114,0 mill kr	374,1 mill kr	148,5 mill kr	77,8 mill kr
Sum investert hittil 2015	59,1 mill kr	112,3 mill kr	33,6 mill kr	25,8 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	1 596 mill kr	493,1 mill kr	96 mill kr
Prognose økonomiavvik	-20 mill kr	0	0	0



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
76/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen	6.10.2015

Utbyggingsprosjektene - tertialrapport 2 - 2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 31.8.2015 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering

Sammendrag

I denne saken fremlegges et sammendrag av tertialrapport for 2. tertial 2015 for de store utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Rapporten omfatter prosjektene Nytt pasienthotell, A-fløya og PET senter i Breivika samt Renovering Bygg 7 på Åsgård. Saksfremlegget er sammenfallende med tilsvarende orienteringssak til styret ved Helse Nord RHF.

Pasienthotellet er i henhold til tidsplanen, og den økonomiske prognosen er 20 mill kr under P50-rammen. Hotellet ble åpnet for drift 1.6., og offisielt åpnet av helseministeren den 1.9.2015. Prosjekteringen av Vardesenteret og Lærings- og mestringssenteret pågår, og forslag til løsning med økonomisk ramme vil bli lagt frem for administrerende direktør i løpet av høsten.

A-fløya har i rapporteringsperioden gjennomført forhandlinger med aktuelle tilbydere, og har i mai måned lagt frem forslag til gjennomføring med ny ramme på 1594 mill kr. I styresak 54-2015 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013* vedtok styret i Helse Nord RHF en utvidet ramme på samme sum. I august var entreprenøren i gang med arbeidet.

For Bygg 7 ved UNN Åsgård er det undertegnet kontrakt om renovering, og arbeidet pågår i henhold til plan.

For PET-senteret er det gjennomført grunnarbeider, slik at byggegroppen nå er klargjort for byggets konstruksjoner. Konkurransen på gjennomføring av bygging hadde svarfrist 14.8.2015. Som følge av det økonomiske omfanget på entreprisen, ble konkurransen avlyst, og det pågår nå forhandling med tilbyder. Prosjektet er 8 uker forsinket i henhold til plan.

Sak 76/2015

Direktøren er tilfreds med at fremdriften i prosjekterings- og byggearbeider hovedsakelig går i henhold til gitte mandater. Direktøren anbefaler derfor at Tertialrapport 2 – 2015 for store byggeprosjekter ved UNN, tas til orientering.

	Pasienthotell	A-fløya	Bygg 7 Åsgård	PET
HMS	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse	23.04.2015	26.02.2018	18.04.2016	24.02.2017
Fremdrift	Ingen avvik	Ingen avvik	Ingen avvik	8 uker
Ramme inneværende år	114,0 mill kr	374,1 mill kr	77,8 mill kr	148,5 mill kr
Sum investert hittil 2015	59,1 mill kr	112,3 mill kr	25,8 mill kr	33,6 mill kr
Sum investert totalt	358,9 mill kr	356,2 mill kr	46,7 mill kr	56,9 mill kr
Investeringsramme P50	403 mill kr	1596 mill kr	96,3 mill kr	493,1
Prognose økonomiavvik	-20,0 mill kr	0r	0	0

Bakgrunn

Det pågår fire store utbyggingsprosjekter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN): Nytt pasienthotell, A-fløya, Renovering Bygg 7 ved UNN Åsgård og PET-senter. I denne styresaken fremlegges et sammendrag av tertialrapport for andre tertial, per 31.8.2015.

Investeringsrammen for nytt pasienthotell er gitt i Helse Nord RHF's styrevedtak 45-2013 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø Breivika, nytt pasienthotell – prosjektramme og stadfestelse av vedtak om byggestart* og 75-2013 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, pasienthotell – økt behov utover opprinnelig prosjekt, oppfølging av styresak 45-2013*. Bevilget investeringsramme er i henhold til dette totalt 403,7 mill kroner (P50, 2015). I tillegg kommer Helse Nord IKTs datarom (Datasenter 1) til 13 mill kr. UNN kan dessuten disponere inntil 15 mill kr av egen investeringsramme til finansiering av Vardesenter og Lærings- og mestringscenter.

Investeringsrammen for A-fløya er gitt i RHFets styrevedtak 70-2012 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy – godkjenning av forprosjektrapport og beslutning om detaljprosjektering og bygging*. Kostnadsrammen for prosjektet ble fastsatt til 1185,4 mill kr i kostnadsnivå per 1.6.2012, inkludert utstyr og byggelånsrenter. Prisstigning i byggeperioden er antatt til 100 mill kr. Samlet investeringsramme er dermed beregnet til 1285,4 mill kr (P50, 2018). I styresak 54-2015 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013* justerte Helse Nord RHF rammen for prosjektet til 1 594 mill kr etter at anbudskonkurranse og forhandlinger var gjennomført.

Investeringsrammen for Renovering Bygg 7 ved UNN Åsgård er gitt i Helse Nord RHF's styresaker 69-2011 *Plan 2012-2015, inkludert rullering av Investeringsplan* og 72-2013 *Plan 2014-2017, inkludert rullering av Investeringsplan*. Det er i tillegg gitt administrativt tilsagn til utvidelse av rammen i brev av 18.12.2014. Samlet investeringsramme er 96,3 mill kr.

Investeringsrammen for PET-senter er gitt i Helse Nord RHF's styresak 144-2014 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, PET-senter – forprosjektrapport, oppfølging av styresak 18-2014*. Investeringsrammen er satt til 536,3 mill kr (P85) hvor styringsmålet er satt til 493,1 mill kr (P50, 2017)

Formål

Denne styresaken har som formål å oppdatere styret ved UNN og styret i Helse Nord RHF på status i arbeidet med å realisere vedtatte utbyggingsprosjekter ved UNN. I henhold til rapporteringsplanene skal dette skje gjennom tertialvise rapporteringer.

Saksutredning

I denne styresaken fremlegges et sammendrag av tertialrapport for 2. tertial pr 31.8.2015.

Nytt Pasienthotell

Bygging av pasienthotellet er fullført, kun mindre utenom husarbeider gjenstår. Vi er nå inne i en periode der noen reklamasjonsarbeider, opplæring og trimming av tekniske anlegg pågår. Økonomisk er hotellprosjektet i balanse, med prognose til en margin på 20 mill kr. Bygging av lokale til datasenter 1 (DS1), teknisk bygg og kulvert er nærmest fullført og Helse Nord IKT sitt innredningsprosjekt pågår.

Videre arbeid med utredning/prosjektering av Vardesenter samt Lærings- og mestringssenter er startet, og forventes ferdig i høst. Løsningen som utredes, er å bygge to etasjer til over gangbroen mellom Pasienthotellet og A-fløya. Hvis denne løsningen blir valgt og lar seg finansiere, må gjennomføringen organiseres som et eget prosjekt, eventuelt i tilknytning til Vestibyleprosjektet, ettersom Pasienthotellet er ferdigstilt.

Det er etablert god internkontroll i forbindelse med HMS-forhold i pågående prosjekter, og det er ikke meldt om avvik som har resultert i personskader.

A-fløya

Kontrakt ble signert 17.6., og arbeid ble startet 3.8.2015. Kontraktsinngåelsen skjedde noe senere enn planlagt, men dette vil ikke endre tidspunkt for ferdigstillelse. Det pågår nå arbeider med kulvert i plan 4/5 og sanering av A2 før riving.

Konkurransentreprenører E01	Tidsfrister
Prekvalifiseringsprosess ferdig	13.8.2014
Utsendelse konkurranse	15.9.2014
Mottak tilbud	14.1.2015
Evaluerings/Oppstart forhandling	Forventet konkludert 27.3.2015
Kontrakt inngåelse	17.6.2015
Byggestart	3.8.2015
Overtakelse (uendret)	26.2.2018

Bygging av midlertidige bygg er ferdigstilt. Det er bygget ca. 3000 m² midlertidige bygg på omlag 6 måneder. Begge byggene har fått ferdigattest, og er i drift.

Det pågår dialog med entreprenør vedrørende sluttoppgjør for byggene. UNN-styret ble orientert nærmere om dette muntlig i forrige møte. Det forventes fortsatt at budsjettet overholdes.

Det gjennomføres HMS-arbeid i pågående prosjekter i henhold til planer, og det er ikke meldt om noen avvik som har resultert i personskader.

Renovering Bygg 7 Åsgård

Kontrakt er skrevet med Bjørn Bygg AS om renovering av bygg 7, og arbeidet pågår i henhold til avtalt økonomi og fremdriftsplan. Ferdigstilling er planlagt 18.4.2016. Det er avtalt å bruke 10 mill kr av UNN sitt vedlikeholdsbudsjett til å renovere fasaden på bygget samtidig med innvendige arbeider. Valgt løsning for vedlikehold av fasade er godkjent av Riksantikvaren. Prosjektledelsen ivaretar denne bestillingen.

Vernerunder gjennomføres annenhver uke i byggeperioden. Riveentreprise ble gjennomført uten uønskede hendelser.

PET-senter

PET-senteret er i en oppstartsfasen med intens detaljprosjektering og koordinering mot brukernes basisprosjekt som er en forutsetning for godkjenning av legemiddelproduksjon. I perioden er grunnarbeider gjennomført med sprenging tett inntil trafikkert vei og bussholdeplass. Arbeidet har blitt gjennomført på to uker kortere tid enn anslått og til budsjett. Ingen uønskede hendelser med personskader er registrert.

Anbud med entrepriseformen totalentreprise ble kunngjort 20.4. med innlevering 14.8.2015. Tilbudene var dyrere enn forventet, og det ble valgt å avlyse konkurransen på dette grunnlaget, og å gå i forhandling med tilbydere. Dette arbeidet antas å være gjennomført i løpet av september. Direktøren kommer til å orientere nærmere om status i forhandlingene i styremøtet. Det har også vært utlyst konkurranse på syklotron med tilhørende utstyr. Evaluering av denne konkurransen pågår.

Arbeid med prosjektering og kontrahering er åtte uker forsinket i forhold til opprinnelig fremdriftsplan. Dette hovedsakelig på grunn av forsinket arkitektleveranse og uheldig konkurransestart i forhold til fellesferie.

Det ble gjennomført ny usikkerhetsanalyse i mai/juni i henhold til anbefalinger i prosjektets kvalitetssikringsrapport.

Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt Arbeidsmiljøutvalget i egne møter henholdsvis 21., 22. og 23.9.2015. Protokoller og referater fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 6.10.2015.

Saken ble tatt til orientering i samtlige utvalgsmøter.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at bygging av det nye pasienthotellet er gjennomført, og at den økonomiske prognosen er +20 mill kr i forhold til P50-rammen. Det er spesielt gledelig at hele prosjektet har vært gjennomført uten at det har forekommet alvorlige personskader.

Det er gledelig at arbeidet med hovedentreprisen i A-fløya prosjektet nå er igang, og at bygget ser ut til å kunne ferdigstilles innenfor tidsrammen.

Sak 76/2015

Renoveringsarbeidet på Bygg 7 ved UNN Åsgård pågår i henhold til plan, og vil bli et løft for psykiatrien i Tromsø og omegn når bygget etter hvert tas i bruk. Det er viktig for fremtidig utnytting av arealene ved UNN Åsgård at Riksantikvaren har godkjent foreslått løsning for vedlikehold av fasade.

En mindre forsinkelse i oppstarten av PET-senteret kan vise seg vanskelig å ta igjen som følge av knapp tidsplan, men det er gledelig at grunnarbeidet allerede er gjennomført i henhold til plan.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at tertialrapport tas til orientering.

Tromsø, 25.9.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Tertialrapport for utbyggingsprosjektene ved UNN, utsatt offentlighet



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
77/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	6.10.2015
Saksansvarlig Einar Bugge		Saksbehandler: Turid Oliva Fossem

Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 12.5. til og med 15.9. 2015 til etterretning.
2. Styret merker seg at etterlevelse av etablerte prosedyrer samt læring på tvers i hele organisasjonen etter tilsyn er en utfordring, og er fornøyd med at direktøren i denne sammenhengen reviderer saksbehandlingsrutinene og revurderer Kvalitetsutvalgets rolle.

Sammendrag

Etter behandlingen av foregående rapport, er det utført fem nye tilsyn ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Det foreligger endelig rapport fra tre tilsyn, hvorav ett tilsyn er avsluttet, og to gir pålegg og anbefalinger til forbedringer. Statens strålevern har nettopp avholdt sitt tilsyn, og deres funn ble presentert på sluttmøte. Det foreligger ikke endelig rapport fra dette. Fra Arbeidstilsynet pågår nå et såkalt postalt tilsyn¹. Saken synliggjør status for det enkelte tilsyn under saksutredningen i selve styresaken samt i vedlagte statusoversikt.

Saken viser at oppfølgingen etter tilsyn der det er mottatt rapporter med avvik og/eller anmerkninger, er igangsatt. Ett tilsyn fra 2013 pågår fremdeles. Det gjelder Fylkesmannen i Troms, som etter tilsyn med helseforetakets styring og ledelse av barne- og ungdoms-psykiatriske poliklinikker fant mangler ved diagnostiseringen av kliniske tilstander hos barn og unge. Tiltakene som er iverksatt har ikke vært tilstrekkelig, og Fylkesmannen får ny rapport i desember 2015.

¹ Arbeidstilsynet ber kun om tilsending av nødvendig dokumentasjon, i motsetning til ved *stedlig* tilsyn.

Sak 77/2015

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) har lukket fire av fem avvik etter deres tilsyn i 2014, det siste avviket fikk utsatt utbedringsfrist (31.8.2015) og svar er sendt innen fristen.

Et godt eksempel på god oppfølging etter tilsyn, er iverksatte tiltak etter tilsyn av Fylkesmannen i Troms vedrørende spesialisthelsetjenestens håndtering av henvisninger, og viderehenvisninger av pasienter med kreft, og fram til start av nødvendig helsehjelp. På bakgrunn av gjennomførte tiltak er tilsynet nå lukket.

Fylkesmannens tilsyn om samhandling rundt utskrivingsklare pasienter samt botox-saken har avdekket svakheter i UNNs saksbehandlingsrutiner vedrørende tilsyn og Kvalitetsutvalgets rolle i læring på tvers, og direktøren har derfor startet et arbeid med å revurdere disse.

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 helseforetak.

Formål

Formålet med denne saken er å gi styret nødvendig oversikt over gjennomførte eksterne tilsyn og interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF i helseforetaket fra 12.5. til og med 14.9.2015. I saken rapporteres det på resultater og status på egen oppfølging.

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 og gjeldende prosedyrer. For Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er tilsynsmyndighetene en viktig ressurs, som gir et godt bidrag til å avdekke hvor helseforetaket har forbedringspotensial, 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 dokumenterbar opplæring i bruk av medisinteknisk utstyr og i strålevern og strålebruk, avdekkes det mangler. Relevant opplæring stiller krav til at opplæringen skal være dokumenterbar i forhold til omfang og innhold for den enkelte. Her avdekker ulike tilsyn at UNN fortsatt har svakheter som må forbedres. Det samme gjelder for implementering og etterlevelse av egne prosedyrer.

Statusrapport

Det er siden forrige rapportering gjennomført fem nye tilsyn:

- Mattilsynet har levert rapport etter tilsyn med detaljomsetning og servering av mat og drikke ved kafé Evert ved UNN Tromsø. De fant at mat som selges over disk, ment for umiddelbart salg, ikke i tilstrekkelig grad er merket slik at alle allergene ingredienser tydeliggjøres i frambudet.
- Statens vegvesen har levert rapport etter tilsyn i henhold til Forskrift om krav til opplæring, prøve og kompetanse for utrykningskjøretøy ved Akuttmedisinsk klinikk,

Sak 77/2015

Ambulanseavdelingen. De fant at omfanget og gjennomføringen av opplæringen er i henhold til undervisningsplanen, men utrykningskjøretøyet manglet godkjenning. Så snart dette er avklart, er tilsynet avsluttet.

- Arbeidstilsynet har levert rapport etter tilsyn ved UNN Ambulanse Nordreisa. Hensikten med tilsynet var å undersøke om arbeidsmiljøforholdene ved stasjonen var tilfredsstillende. Under tilsynet ble de informert om ombyggingsplaner samt at huseier vil sende inn søknad om Arbeidstilsynets samtykke etter arbeidsmiljøloven § 18-9 (1). Arbeidstilsynet finner ikke grunn til oppfølging, og har lukket saken.
- Arbeidstilsynet gjennomfører et postalt tilsyn ved UNN Ambulanse Bjerkvik etter en henvendelse fra verneombudet. Etterspurt dokumentasjon er sendt innenfor gitt frist.
- Statens strålevern har gjennomført et tredagers systemrettet tilsyn ved åtte avdelinger/seksjoner ved UNN Tromsø. Hensikten var å undersøke om virksomhetens organisering og arbeid med strålevern oppfyller kravene gitt i strålevernloven, strålevernforskriften og internkontrollforskriften, og om vilkårene gitt i godkjenningene er oppfylt. Det foreligger ikke rapport, men på sluttmøte ble det presentert og akseptert ni avvik og åtte anmerkninger. Overordnet er avvikene rettet mot at virksomheten mangler et system som sikrer årlig, relevant opplæring i strålevern og strålebruk for alt personell. Skriftlig rapport avventes.

Kommende tilsyn

Det er meldt om seks nye tilsynsbesøk:

- Helse Nord RHF har meldt om internrevisjon vedrørende oppfølging av vedtatte fagplaner 30.9.-1.10.2015
- DSB har meldt om oppfølging av revisjonen i 2014 ved UNN Tromsø 9-13.11.2015
- Nemko har meldt om første oppfølgingsrevisjon etter at UNN ble sertifisert som Grønt sykehus, 12-14.10.2015
- Arbeidstilsynet har meldt om tilsyn ved UNN Ambulanse Narvik 26.10.2015
- Fylkesmannen i Troms har startet tilsynssak på bakgrunn av en bekymringsmelding fra Røntgenseksjonen ved UNN Harstad.
- Fylkesmannen i Troms åpner tilsynssak og har sendt anmodning om opplysninger etter at UNN har informert om avvik fra god praksis i forbindelse med injeksjonsbehandling med legemiddelet botox.

Medvirkning

Saken ble forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt Arbeidsmiljøutvalget i egne møter 21., 22. og 23.9.2015. Referater og protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet 6.10.2015.

Saken fikk tilslutning fra samtlige utvalg, slik den forelå til behandling i de respektive møtene.

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. Oppfølging sikres som oftest best gjennom opplæringstiltak og gjennomgang av prosedyrer, retningslinjer og praksis. Det kan være en utfordring å sikre at planlagte tiltak faktisk gjennomføres, og det kan være en risiko for at varig forbedring ikke skjer.

Fylkesmannens tilsyn som omhandler samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen avdekker dels at UNNs rutiner rundt samhandlingen ikke har vært tilstrekkelige, men først og fremst at gjeldende rutiner ikke etterlevs i tilstrekkelig grad. Felles gjennomgang av erfaringene med dette tilsynet i både UNN og kommunene i siste OSO-møte viste i tillegg at både vi og kommunene har betydelig utfordringer med læring på tvers i hele organisasjonen etter tilsyn. Direktøren mener at våre etablerte prosedyrer for dette, samt Kvalitetsutvalgets funksjon i denne sammenhengen, ikke er god nok. Direktøren har derfor bedt Fylkesmannen om utsatt frist til 20.10.2015 for å avgi et utfyllende svar. Fag- og forskningssjefen har fått i oppdrag å revidere saksbehandlingsprosedyren og Kvalitetsutvalgets rolle.

Konklusjon

Saken belyser den faste oppfølgingen av gjennomførte og pågående tilsyn. Tilsyn er ett av flere viktige virkemidler for å følge opp intensjonene i lovverket, og skal medvirke til at tjenestene er faglig forsvarlig. Gjennom økt fokus på eierskapet til oppfølging av forbedringsområder, anbefalinger og avvik, ønsker direktøren å sikre at UNN har en best mulig kvalitetsstyring. Fylkesmannens tilsyn om samhandling rundt utskrivingsklare pasienter samt botox-saken har avdekket svakheter i UNNs saksbehandlingsrutiner vedrørende tilsyn og Kvalitetsutvalgets rolle i læring på tvers, og direktøren har derfor startet et arbeid med å revurdere disse.

Tromsø, den 25.9.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

Sak 77/2015 - vedlegg 1

Tabellen under viser hvilke eksterne tilsyn som er gjennomført før 16.9.-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
NR 1 Statens strålevern	UNN Tromsø 8.-10. 9. 2015	Organisering og internkontroll av strålevern, kompetanse og ressurser, opplæring, kvalitetskontroll og vedlikehold av apparatur,	På sluttmøte ble det presentert 10 avvik. 9 ble akseptert. I tillegg ble det presentert 8 anmerkninger hvorav en bortfalt.	15/ 3230	Samtlige reviderte avdelinger og enheter var representert på sluttmøte og fikk presenter tilsynets sine funn og vil starte umiddelbart med å lukke avvikene.	Venter på foreløpig rapport	De berørte avdelinger og enheter ved UNN Harstad og UNN Narvik blir orientert om tilsynets funn for å finne aktuelle læringsområder.
NR 2 Arbeids-tilsynet	Ambulanse-stasjon 6 Bjerkvik Meldt 31.8. 2015	Postalt tilsyn hvor de ber om dokumentasjon / opplysninger etter henvendelse fra verneombud	Uavhengig av funn fra dette postale tilsynet melder de om stedlig tilsyn i uke 44. 2015	15/ 4088	Klinikken har svart innenfor frist 15.9. 2015	Venter på tilbake-melding	
NR 3 Mattilsynet	UNN Kafé Evert kantine 16.6. 2015	Detaljomsetning og servering av mat og drikke	Virksomheten har mangler ved informasjon og merking av mat som selges over disk ment for umiddelbart salg slik at alle allergene ingredienser tydeliggjøres i frambudet.	15/ 3350	Mattilsynet har fått tilsendt plan for utbedring og tiltakene vil være på plass før fristen 31.8.15.	Venter på tilbake-melding	Tiltakene gjøres kjent og iverksettes ved samtlige kantiner i UNN

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR 4 Statens vegvesen	Akuttmedisinsk klinikk 30.6.2015	Tilsyn i hht. Forskrift om krav til opplæring, prøve og kompetanse for utrykningskjøretøy 30.6.2015	VH 17551 som ble brukt i opplæringsøyemed mangler godkjenning	15/3513	Bilen er nå godkjent og papirene er sendt Statens vegvesen.	Venter på tilbakemelding	
NR 5 Fylkesmannen i Troms	Hjerte- og lungeklinikken v/ Lunge-medisinsk avdeling	Samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. 22.-23.4..2015	UNN sikrer ikke at informasjonsutvekslingen i forbindelse med utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er i samsvar med myndighetskrav,	15/274	Det ble svart fra klinikkledelsen 15.7. 15 hvor det ble beskrevet tiltak for å lukke avviket. Etter at saken var oppe i OSO-møtet 17.9. i år ble det tydeliggjort at det må gjøres mer for å unngå at tilsvarende svikt vedvarer i andre enheter i foretaket. Fylkeslegen har i sin tilbakemelding vist forståelse for at det er tidkrevende å implementere gode rutiner for utskriving av pasienter i hele foretaket, og at det er stor sannsynlighet for at den svikten som ble avdekket i forbindelse med tilsyn også kan forekomme ved andre enheter. Direktøren har etter å ha blitt orientert i OSO møte om dette tilsynet bedt om utvidet frist til 20.10.15., noe Fylkeslegen har imøtekommet.	Frist 20.10.15	Funn fra dette tilsynet skal gjøres kjent for alle kliniske avdelinger som har pasienter som skrives ut til kommunene. Ny rutiner for utskriving er under arbeid og skal implementeres i hele foretaket. Det skal legges en plan for å sikre implementeringen.
NR 6 Arbeids-tilsynet	Ambulanse-tjenesten Nordreisa 25.6. 2015	Undersøke om arbeidsmiljø-forholdene er tilfredsstillende	Under tilsynet ble det redegjort for ombyggingsplaner og de finner ikke grunn for å følge opp videre. Gjennom	15/1560		LUKKET I brev av 10.7.2015	

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			byggesaksbehandlingen som skjer i egen sak vil det fra Arbeidstilsynet bli gjort nødvendige undersøkelser for å sikre at arbeidsmiljøet ivaretas.				
NR 7 Mattilsynet	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 skjærefjølør 2:mangler revidering/ oppdatering av fareanalyseplanen 3:Virksomheten har ikke fulgt opp egen prøveuttaksplan for kontroll av forekomst av ev. Listeriabakterie i mat og produksjonsmiljø	15/ 2286	Mattilsynet har fått handlingsplan for utbedring av samtlige funn 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	Venter på tilbake-melding	Funn fra dette tilsynet tas opp ved samtlige produksjonskjøkken i foretaket.
NR 8 Statens strålevern	Diagnostisk klinikk Røntgen-avdelingen 15.5. 2015	Hendelsesbasert tilsyn etter mediaomtale av en bekymrings-melding	Tilsynet avdekket 1.avvik og 2 anmerkninger: Noen strålerelaterte hendelser ved Helgelandssykehuset HF, som berører samarbeidsavtalen med	15/ 1044	Det er gitt kommentarer til det varslede pålegget innenfor fristen 9.10.2015, hvor det fremgår at UNN tolker forskriftens § 19. slik at UNN spiller rollen som oppdagende virksomhet og melder da straks til Strålevernet (telefonisk) mens andre i HF regionen blir « ansvarlige virksomheter » og har som	Venter på tilbake-melding	Opplæring i avviksbehandling og implementering av revidert samarbeidsavtale.

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			UNN HF, er ikke meldt til Statens strålevern av UNN HF		ansvarlige plikt i henhold til § 19 å sende skriftlig rapport . Samarbeidsavtalen mellom UNN HF og Helgelandssykehuset vil bli revidert og tydeliggjort i forhold til ansvarsforholdet. Dette er tatt opp muntlig med Strålevernet og så snart avtalen er klar vil avviket bli lukket.		
NR 9 Helse Nord	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 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.	14/ 4533	HR har startet med å utarbeide tiltak i forhold til de anbefalingene som de fikk.	Handlingsplanen legges frem i neste styremøte og oversendes Helse Nord RHF	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.
NR: 10 Direktoratet for samfunns sikkerhet og beredskap (DSB)	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	14/ 4398	Innskjerping av rutiner er foretatt. Gjennomført opplæring arkiveres i ePhorte Det er sendt svar til DSB hvor tiltakene for å lukke avvik er beskrevet.	Venter på tilbakemelding	

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			planlagte vedlikehold. Generelle funn: De elektriske anleggene synes å være i god stand. Mangler risikovurdering av de elektriske anlegg (Bygget er fra 1991)				
NR 11: Ofoten Brann IKS	UNN Nordlands-klinikken, Buveien 75 Håkvik 25.9. 2014	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 -Stasjonære slokkeanlegg mangler en del på dokumentasjon.	13/4650	Det er utarbeidet plan som er sendt til Ofoten brann IKS innenfor frist for å lukke avvik etter årets tilsyn.	Venter på tilbake-melding	
NR 12 Riks revisjonen	Kirurgi, - kreft og kvinnehelse-klinikken Nevro- og ortopedi Klinikken/ Nevro-	Utvidet kontroll om utviklingen i dag og døgnekirurgisk behandling.	Etter at den innsendte dokumentasjonen er gjennomgått har de valgt å gjennomføre kontroll ved UNN HF.	14/4713 og 15/733	Riksrevisjonen har fått svar i forhold til den tilsendte spørsmålslisten vedr. 6 ulike behandlinger og om foretakets samlede kirurgiske aktivitetsutvikling.	Venter på tilbake-melding	

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
	ortopedi- og rehabiliterings-klinikken						
NR 13 Byutvikling Tromsø kommune	UNN Åsgård 23.4.2015	Postalt tilsyn etter bekymrings-melding 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.
NR 14 Brann og redning Tromsø Kommune	UNN Tromsø 30.6.2014 Drift – og eiendomssenter et	Brannsikkerhet, bygnings-messige, 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 bygningsdeler/ 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
NR 15	Barne og ungdoms-	Lands-omfattende	UNN HF sørger ikke for at diagnostisering av	13/769	Det er utarbeidet og sendt en fremdriftsplan hvor det er redegjort for	Ny frist desember	Konklusjonene og erfaringene fra tilsynet følges opp i alle Barne- og

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
Fylkesmannen i Troms	psykiatriske poliklinikker i UNN Høst 2013 Stedlig tilsyn BUP UNN Harstad 29.30. og 31. oktober 2013	tilsyn med helseforetakenes styring og ledelse av barne- og ungdoms-psykiatriske poliklinikker	kliniske tilstander hos barn og unge som trenger helsehjelp fra BUP Sør Troms er basert på en systematisk og tverrfaglig utredning. Avviket bygger på følgende: Virksomheten har utarbeidet skriftlige rutiner for utredningsplaner, i tråd med faglige retningslinjer. Disse følges bare unntaksvis.		hvilke tiltak som iverksettes. Rapporten er gjennomgått etter interne møter ved BUP Sør Troms og med alle BUP lederne i UNN. Fylkesmannen har bedt om og fått fortløpende tilbakemeldinger (4) om oppfølgingen og tiltak for å lukke avvik. I brev av 29.6.2015 til Fylkesmannen beskrives det at de heller ikke denne gangen har greid å lukke alle avvik. Tiltakene de har iverksatt har ikke vært tilstrekkelig i og med at det fortsatt er poliklinikker med avvik. I løpet av september vil de ha en felles gjennomgang for å lære av de som har lukket avvikene. I tillegg vil det bli gjennomført en ny internkontroll i desember 2015	2015	ungdomspsykiatriske enheter i UNN.
NR 16 Tromsø Kommune	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 å identifiserte anlegg, det er laget skriftlige prosedyrer som implementeres i DV-systemet. Gjeldende prosedyrer revideres og legges i DV-systemet På bakgrunn av gjenstående avvik og funn under tilsynet er det gitt frist for retting og skriftlig tilbakemelding innen 17.7.15 Denne ble ikke overholdt, ny frist 17.10.2015	Frist 17.10.2015	Drifts- og eiendomssenteret følger opp samme problemstilling i forhold til UNNs øvrige lokalisasjoner.
NR 17 Riksrevisjon	UNN HF Nov. 2013 – april 2014	Kontroll med helseopplysninger i EPJ-systemet Datainnsamling	Gjeldende regelverk er ikke tilstrekkelig implementert Ansatte har tilgang til heleseopplysninger utover det reelt behov	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	Venter på tilbakemelding	Funn fra denne kontrollen blir satt opp som obligatorisk tema for alle ledere som gir medarbeidere tilgang i EPJ-systemet. Tilbakemeldingen til Riksrevisjonen er levert til ledergruppen som en del

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			tilsier Ingen systematisk kontroll og oppfølginger av tilganger til EPJ Mangelfull internkontroll av helseforetakenes tilgangsstyring		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 etterleves.		av « Status informasjonssikkerhet i Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) »
NR 18 Direktoratet for samfunns sikkerhet og beredskap (DSB)	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 Avvik: 1. Helseforetaket har en mangelfull oppfølging for å avdekke, rette opp, og forebygge overtredelse av krav fastsatt i eller medhold av HMS-lovgivningen 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	14/ 1890	Det er gitt tilbakemelding til DSB hvor det er beskrevet at avvik 1-4 er fulgt opp og lukket innen fristen. For avvik nr. 5 ble det gitt utsatt frist til 31.8.15. Svar er sendt innen fristen. Teknisk avdeling har gjennomført nødvendige oppdateringer i Plania, slik at de anser at tiltak for å lukke avvik nr 5 er tilfredsstillende.	Venter på tilbakemelding	Forankring av opplæring i MTU bør inngå i dialogavtale/årsplaner. Etablering av et fagnettverk for MTU med ressurser fra klinikkene som kan holde et kontinuerlig trykk på dette arbeidet gjennom året. Ved Operasjon- og intensivklinikken fant revisjonen ingen avvik. Klinikkleder vil derfor presentere i KU hva som er gjort i klinikken for å lykkes med og sikre at de ansatte har fått nødvendig opplæring og at dette er dokumentert.

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			vedlikehold/PV) på den elektriske installasjonen dokumenteres ikke på en systematisk måte i fagsystemet(Plania) Anmerkning: Usikkerhet om hva som skal meldes og hvem som skal melde uønskede hendelser knyttet opp mot MTU				
NR 19 Arbeids-tilsynet	UNN Ambulanse Hansnes 13.1.2015	Oppfølging etter at ambulanse-arbeider har meldt om arbeidsmiljø-utfordringer ved ambulanse-stasjonen	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 skriftlig instruks for bruk av redningsvest. Det er utarbeidet prosedyre for sikkerhetsopplæring og årlig øvelse på ambulansebåt	LUKKET i brev av 10.7.2015	Læringsmomenter og funn fra tilsynet presenteres og diskuteres i -klinikkledelsen. -avdelingsledelsen -Kvamgrupper
NR 20 Arbeids-tilsynet Meldt første gang 1.10.2014 og avsluttet. Gjenåpnet 14.1.2015	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	14/ 4490	Arbeidstilsynet har mottatt arbeidsgivers valg av metode for å undersøke og følge opp arbeidsmiljøet i avdelingen. Avdelingen har innhentet råd fra eksterne konsulenter som har erfaring med komplekse arbeidsmiljøproblemer og at anbefalingene som ble gitt var å gjøre en faktaundersøkelse. Internt i avdelingen er det uttrykt bekymring for at metoden vil bidra til å eskalere konflikten. Det er etter	LUKKET i brev av 21.5.2015	

REVISJONS-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			forbedringsarbeidet og når arbeidsmiljøet er evaluert etter at det er slutført.		nøye vurdering likevel bestemt at den valgte metoden skal brukes. Arbeidstilsynet finner ikke grunnlag for å overprøve arbeidsgivers beslutning og finner heller ikke grunnlag for å gi noe pålegg i saken.		
NR 21 Arbeids- tilsynet	UNN Ambulansesenter Narvik 10.3.2015	Virksomhetens systematiske arbeidsmiljø som verktøy for å forebygge uheldige belastninger, arbeidsrelatert sykdom og skader	Tilsynet varslers om tre pålegg: 1. Valg av og opplæring av verneombud 2. Opplæring i håndtering av vold og trusler 3. Iverksette rutine for håndtering av konflikter som kan føre til uheldige helsebelastninger	15/495	Klinikken har gjennomført opplæringene og har iverksatt rutiner for håndtering av vold og trusler.	LUKKET i brev av 10.6.2015	
NR 22 Fylkes- mannen i Troms	Kirurgi-kreft og kvinnehelseklinikk 25.-26. november 2014	Håndtering av henvisninger og viderehenvisninger 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.	LUKKET i brev av 1.6. 2015	Videre oppfølging skal ivaretas av FFs ved at det skal gjennomføres en intern revisjon høsten 2015.

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, instruksjoner, 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.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
78/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Einar Bugge	6.10.2015

Pasientsikkerhet - UNN-styrets involvering i langsiktig arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF anerkjenner den sterke vektleggingen av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i foretaket, og slutter seg til den foreslåtte planen for hvordan styret skal engasjeres i dette arbeidet.
2. Styret tar orienteringen om status i arbeidet med det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet i UNN til orientering.

Sammendrag

Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ba i styreseminaret i juni 2015 direktøren om å fremme en egen sak for styret med forslag til hvordan styret best kan involveres i det viktige arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg er det i oppdragsdokumentet forutsatt at styret skal behandle en egen sak om pasientsikkerhetsarbeidet i virksomheten hvert år. Dette går således inn som et ledd i styrets egne møteplan. Målsettingen er å bidra til en god pasientsikkerhetskultur i UNN ved å sikre at styret engasjeres og involveres i arbeidet, har fokus på pasientsikkerhet i et større perspektiv, og ikke først og fremst på rapportering og enkeltparametre.

Det foreslås at styret ved innledningen til hvert styremøte får presentert en pasienthistorie fra foretaket. I de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene presenteres tiltaksområdene i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet suksessivt fra og med rapporten for oktober 2015, inkludert kort omtale av tiltaksområdet, status i implementering i UNN og resultater der dette er tilgjengelig. Tilsynsrapporter med vurderinger fremmes regelmessig for styret. Tertialvis behandler styret Ledelsens gjennomgang som inkluderer blant annet data om avvikshåndtering og om medholdssaker fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE), data fra smittevernvisitter og interne revisjoner, resultater for postoperative sårinfeksjoner for enkelte inngrep samt de sist publiserte nasjonale kvalitetsindikatorer.

Direktøren vurderer saken slik at styret årlig blir presentert utdrag fra UNNs resultater i nasjonale kvalitetsregistre og resultater fra den nasjonale målingen av pasienttilfredshet,

Sak 78/2015

PasOpp. Tertialrapporter og årlig melding vil, avhengig av formuleringer i UNNs oppdragsdokument, også omhandle aspekter ved pasientsikkerhetsarbeidet. Direktøren vil også presentere for styret større og mindre enkeltprosjekter i foretaket som separate redegjørelser, eller inkludert i de nevnte regelmessige sakene. Samlet vil disse sakene gi styret omfattende kjennskap til så vel viktige deler av det kontinuerlige og langsiktige arbeidet for kvalitet og pasientsikkerhet som foretaket fokuserer på, som resultater av dette arbeidet.

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sin visjon om at *Det er resultatet for pasienten som teller! – vi gir den beste behandling*, innebærer en betydelig forpliktelse for samtlige ledd i foretaket om å sette pasientens beste i fokus i alle saker. Ikke minst innebærer visjonen og UNNs overordnede strategi en sterk forpliktelse for så vel ledelse og ansatte som styret, til å ha et kontinuerlig fokus på langsiktig og kontinuerlig arbeid for kvalitet og pasientsikkerhet. UNN-styrets seminar i juni 2015 omhandlet styrets engasjement i dette arbeidet, med presentasjon fra Regional kompetansenhet for pasientsikkerhet ved Nordlandssykehuset og etterfølgende kafédialog. Direktøren ble bedt om at den bebudete saken om pasientsikkerhet 6.10.2015 skulle synliggjøre hvordan styrets engasjement i arbeidet med pasientsikkerhet kan økes gjennom de saker som fremmes for styret.

Formål

Formålet med denne saken er å legge frem direktørens forslag til hvilke styresaker som vil omhandle pasientsikkerhet, for å bidra til styrets engasjement i og kunnskap på dette viktige området.

Saksutredning

Følgende plan foreslås for styrets involvering i kvalitet og pasientsikkerhet.

1. Alle styremøter innledes med en kort presentasjon av en pasienthistorie fra foretaket. Kvalitetsavdelingen vil bidra med eksempler på uheldige hendelser som kan og bør gi læring, og klinikkene vil bidra med positive historier.
2. I de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene inkluderes, fra og med rapporten for oktober 2015, en suksessiv presentasjon av tiltaksområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Innholdet i tiltaksområdene, status for gjennomføring i foretaket, og resultater (i den grad de foreligger), presenteres. Kvalitets- og virksomhetsrapportene inkluderer også måloppnåelse i arbeidet med kreftpakkeforløpene.
3. De regelmessige tilsynsrapportene med vektlegging av områder for læring på tvers av enheter, presenteres for styret også i fortsettelsen.
4. I de tertialvise sakene *Ledelsens gjennomgang* (LGG) presenteres resultater fra nasjonale målinger av forekomst av postoperative sårinfeksjoner for noen inngrep, resultater fra smittevernvisitter, og to ganger årlig også resultat fra nasjonal måling av forekomst (prevalens) av sykehusinfeksjoner hos innlagte pasienter. I LGG presenteres også resultater fra de sist publiserte nasjonale kvalitetsindikatorer, avvikshåndtering i UNN, rapportering fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og resultat ved interne revisjoner. En gang årlig inkluderes også funn ved systematiske journalgjennomganger for å identifisere uheldige hendelser, GTT-målinger.
5. I egne orienteringssaker fremlegges i første tertial hvert år utdrag fra UNNs resultater i nasjonale kvalitetsregistre, og årlig også funn i den nasjonale pasienttilfredshetsmålingen *PasOpp*. Annet hvert år fremlegges også resultater fra nasjonal pasientsikkerhetskulturmåling.

6. Tertialrapporter og Årlig melding inkluderer aspekter ved pasientsikkerhet avhengig av formuleringer i oppdragsdokumentet.
7. Direktøren ønsker også ved gitte anledninger at styret får kortfattede, fortrinnsvis muntlige, orienteringer om/presentasjoner av ulike forbedringsprosjekter rettet mot pasientsikkerhet i foretaket.

Medvirkning

Saken var forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt Arbeidsmiljøutvalget i egne møter henholdsvis 21., 22. og 23.9.2015. Referater og protokoller blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet 6.10.2015.

Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken fremmes for styret i den form saken ble presentert for utvalgene.

Vurdering

Arbeidet med å sikre god pasientsikkerhet er et langsiktig og kontinuerlig arbeid. En god pasientsikkerhetskultur fordrer et kontinuerlig engasjement for de mange små ledd i dette arbeidet, i alle deler av organisasjonen, til enhver tid. Fokus på risikoområder og reduksjon av uønsket variasjon er viktige elementer som inngår i blant annet det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, i det som registreres i nasjonale kvalitetsregistre og det som måles i nasjonale kvalitetsindikatorer. Dette vil derfor være viktige elementer i de styresaker direktøren fremmer for å bidra til et ekte engasjement for, nysgjerrighet på, og kunnskap om pasientsikkerhetsarbeid, også hos foretakets styre. Presentasjon av større og mindre enkeltprosjekter vil bidra til å gi styret innsikt i bredden i arbeidet som gjøres i foretaket. Det å innlede alle styremøter med en pasienthistorie fra foretaket, med godt eller uønsket utfall, vil etter direktørens syn bidra til å sikre at fokus, også i styrets arbeid, til enhver tid er der det må være – på pasienten.

Direktøren vil legge vekt på at sakene som presenteres for styret, i tillegg til å beskrive status, også inkluderer hvilke mål foretaket setter seg, og hva vi konkret planlegger å gjøre for å strekke oss mot nye og ambisiøse mål. Det foreligger etter direktørens mening ingen mangel på data, men i noen sammenhenger er det utfordrende at resultater blir tilgjengelige for lang tid etter at data er registrert. Direktøren kommer til å vektlegge kompetansebygging og metodeutvikling innen kontinuerlig forbedring i toppledelsen.

Den vedlagte orienteringen presenterer status i arbeidet med å implementere tiltaksområdene i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet. Nasjonal målsetting er at alle relevante tiltaksområder skal være implementert i aktuelle enheter innen utgangen av 2016, mens UNN har en høyere ambisjon med målsetting om implementering i løpet av 2015. Oversikten viser god fremgang i dette viktige arbeidet til utgangen av august i år, og direktøren vurderer at vår interne målsetting fortsatt er realistisk. Det vil dog kreve betydelig engasjement og lederfokus særlig å innføre samstemming av legemiddellister i alle aktuelle enheter før året er omme.

Tromsø, 25.9.2015

Sak 78/2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

Notat vedrørende status i arbeidet med å implementere tiltaksområdene i det nasjonale
Pasientsikkerhetsprogrammet i UNN



Sak: Status *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 pr. 1. halvår 2015*
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: Einar Bugge / saksbehandler Mette Fredheim
Møtedato: 16.9.2015

Sammendrag

Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder implementeres ved stadig flere enheter i UNN. Det forventes at alle innsatsområdene er igangsatt på alle aktuelle enheter innen utgangen av 2015. Saken beskriver de forskjellige innsatsområdene og arbeidet med implementering av disse i UNN pr første halvår i 2015.

Vedtak: Styret tar orienteringen til orientering.

Bakgrunn

Hensikten med denne orienteringssaken er å gi en oppdatering på status i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24 -7* ved UNN.

Det nasjonale programmet har tre overordnede målsettinger:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

De utvalgte innsatsområdene som skal være innført i løpet av 2015 er:

- [Trygg kirurgi, med særlig oppmerksomhet på å forebygge postoperative sårinfeksjoner](#)
- [Samstemming av legemiddellister](#)
- [Behandling av hjerneslag](#)
- [Forebygging av selvmord i døgnspsykiatriske avdelinger](#)
- [Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon](#)
- [Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter](#)
- [Forebygging av trykksår](#)
- [Forebygging av fall i helseinstitusjoner](#)
- [Forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med kateterbruk](#)
- [Ledelse av pasientsikkerhet](#)

I tillegg kommer regelmessige målinger av skadenivået ved bruk av Global Trigger Tool (GTT) og pasientsikkerhetskulturmålinger hvert 2. år, neste gang våren 2016.

Tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet skal ikke oppfattes som å komme i tillegg til annen virksomhet. Krav til forsvarlig behandling og kontinuerlig forbedring inngår i sentrale lover og forskrifter som regulerer norsk helse- og omsorgstjeneste. Pasientsikkerhetsarbeidet er et ordinært linjeansvar. Ledere på alle nivåer har ansvar for at relevante tiltakspakker blir implementert, og ansvar for at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse i forbedringsarbeid.



Ledere har også ansvar for å følge opp resultatene. Den enkelte helsearbeider har ansvar for å gjennomføre forbedringstiltak og for å tilegne seg den kunnskap som kreves for å ta del i forbedringsarbeidet. (sitat Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet)

Saksutredning

I det følgende presenteres alle innsatsområdene ett for ett. Fire innsatsområder er fullstendig implementert i UNN i forhold til programmets målsetning:

- Trygg kirurgi
- Behandling av hjerneslag
- Forebygging av selvmord
- Forebygging av overdosedødsfall

For de øvrige presenteres hvor mange sengeposter som har implementert innsatsområdet, hvor mange som er i gang og hvor mange som ikke har startet.

Trygg kirurgi

Formålet med tiltakspakken er å redusere komplikasjoner i tilknytning til kirurgi, med hovedfokus på postoperative sårinfeksjoner.

Dette innsatsområdet omfatter både operasjon, anestesi og sengeposter innenfor det kirurgiskanestesiologiske området. Arbeidet med implementering av tiltakspakken ”Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner” ble startet i 2013. Nye rutiner og prosedyrer ble innført, sammen med ukentlige prosessmålinger. Målet er at sjekklisten brukes ved alle kirurgiske inngrep (100 %) og ekstraordinære tiltak skal settes i gang når resultatet er under 80 %. Det forventes at ledere følger opp målingene og iverksetter tiltak.

Tiltakspakken består av fire tiltak:

1. Bruk av sjekkliste ”Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner”
2. Sikre at hårfjerning blir gjort korrekt før operasjon
3. Sikre at pasient ikke blir nedkjølt under operasjonen
4. Sikre forsvarlig valg av og administrering av antibiotika som forbehandling (profylakse)

Resultatene publiseres ukentlig på nyhetssiden på UNNs intranett.

Resultatene viser at bruk av sjekklisten varierer mellom 100 % (Hjerte- og Lungeklinikken) og 59 % (Øyeblikkelig-hjelpsteam Tromsø). Narvik og Harstad har jevnt over høyere andel sjekklistebruk enn Tromsø. Også når det gjelder korrekt hårfjerning, temperaturmåling før operasjon og korrekt antibiotikaprofylakse er det jevnt over best resultat i Narvik.

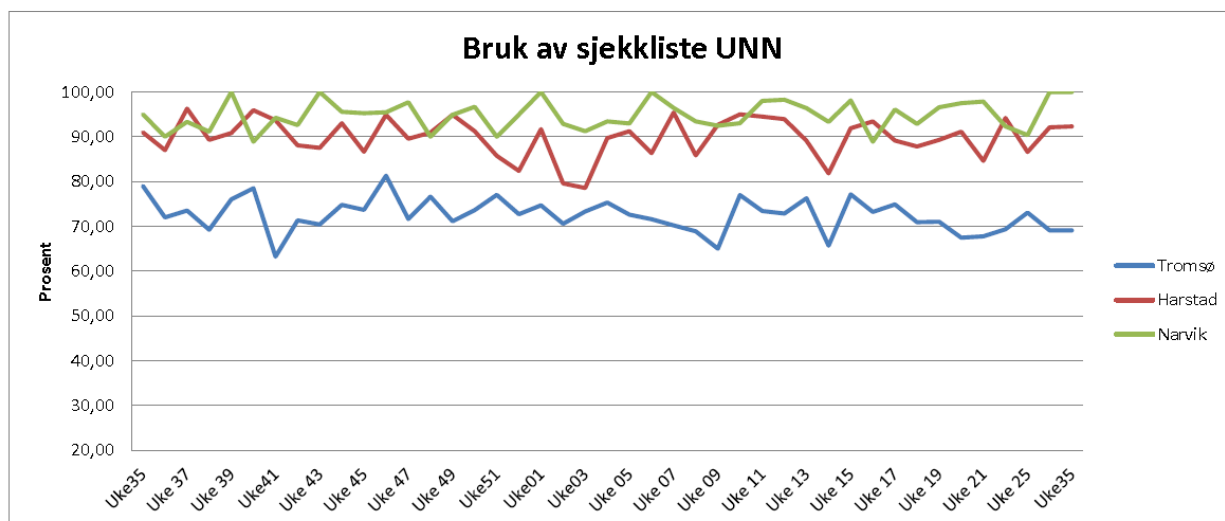
Figuren under illustrerer utviklingen for bruk av sjekklisten innenfor Trygg kirurgi:



Bruk av sjekkliste viser til operasjoner der alle deler av den kirurgiske sjekklisten er brukt, da dette er et krav fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Utregning: Antall operasjoner der alle tre deler av sjekklisten er dokumentert brukt/alle operasjoner x 100. Vi inkluderer både ø-hjelp og elektive.

(2014-2015)



Behandling av hjerneslag

Tiltakspakken omfatter ti ulike tiltak som bygger på nasjonale retningslinjer. Tiltakspakken er implementert ved slagenheten i Nevro-hud og revmatologisk avdeling i Tromsø og ved de medisinske avdelingene i Harstad og Narvik. Alle tiltakene er nå en del av Norsk hjerneslagsregister, registreres og følges opp i dette registeret av de aktuelle enheter.

Registreringen i Extranet (Pasientsikkerhetsprogrammets felles nettsted for registrering av prosess- og resultatmål) er derfor i ferd med å avsluttes.

Det skal etableres et system for løpende oppfølging av resultatene.

Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger og Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse er implementert i de avdelingene som er angitt som aktuelle i det nasjonale programmet (akuttpsykiatriske døgnavdelinger og døgnenheter innenfor rusbehandling). Det er ikke definert resultatmål for disse innsatsområdene, men enhetene følger prosessen med en sjekkliste hvor de registrerer tiltak for den enkelte pasient.

Psykisk helse- og rusklinikken har i tillegg etablert et eget læringsnettverk over ca ett år, hvor alle enheter deltar med ulike forbedringsområder innenfor pasientsikkerhet og samtidig lærer seg metodikk for forbedringsarbeid.

Tabellen under viser de ulike enhetene og hvilke tema de har valgt.



Pårørendearbeid

Post:	Tema/ Problemstilling:
Nordlandsklinikken	Økt pårørendeinvolvering i pasientbehandling
Restart	Tiltak for pårørendeinvolvering i pas.beh
Færingen	Pårørendeinvolvering, tiltak for dette
SPH Midt-Troms	Pårørendearbeid

Selvmondsforebygging

Post:	Tema/ Problemstilling:
SPH Nord-Troms, Storslett	Bedre suicidvurderingen
Avrusning og utredning	Forebygging av selvmordsfare på sengepost
Ruspoliklinikken og Forebyggende familieteam	Forebygging av overdose på poliklinikk
SPHH Døgn og APT	Selvmondsrisikovurdering

Samlebolk

Post:	Tema/ Problemstilling:
Alderspsykiatrisk	Medikamentsamstemming
Akuttpost Sør	Forbedringsarbeid
Akuttpost Nord	Krisemestringsplaner
Akuttseksjonen, PST (Akutteam, Døgn 1 Tromsø, Akuttpost Tromsø)	Pasientforløp i Akuttseksjonen
Ambulant rehabilitering og døgnsesjon, PSTO	Fokus på pasientens somatiske helse, samt kvalitetssikring av pasientens totale medikamentbruk.
VPP Tromsø/ St.nes?	Avvikling av ordinær venteliste

Øvrige innsatsområder:

Tabellen viser utviklingen ved sengepostene siden årsskiftet på de områdene som ikke er fullt ut implementert:

Innsatsområde som ikke er fullt ut implementert:	Desember 2014			September 2015		
	Helt	Delvis	Ikke startet	Helt	Delvis	Ikke startet
Legemiddelsamstemming	0	1	Alle øvrige	1	6	Alle øvrige
UVI	3	12	8	11	6	8
SVK	1	6	11	7	4	10
Fall	2	12	7	10	7	4
Trykksår	2	12	7	9	10	2

Forebygging av trykksår

Dette innsatsområdet handler om å vurdere alle pasienter som legges inn for risiko for å utvikle trykksår, og dersom slik risiko identifiseres, å iverksette nødvendige tiltak. Dette innsatsområdet er helt implementert på 9 sengeposter mens 10 sengeposter har startet implementering. 2 sengeposter har ikke startet.

Det har vært avholdt et halvdags startseminar med undervisning og planlegging av arbeid på egen enhet. Her var det deltakelse fra 8 sengeenheter samt ergoterapi og tøyforsyning.



Lungemedisinsk avdeling har vært pilot, og har oppnådd imponerende resultater, med over 500 dager uten trykksår! Når først risikopasienten er identifisert har de erfart at trykkavlastende overmadrasser har vært avgjørende for et godt resultat. Det er foretatt innkjøp av flere slike madrasser til tøvforsyningen, slik at flere avdelinger kan ta disse i bruk.

Det måles på andel pasienter som risikovurderes og på antall dager mellom hvert nyoppståtte trykksår. Disse resultatene lar seg ikke aggregere på UNN-nivå.

Forebygging av fall

Dette innsatsområdet handler om å vurdere fallrisiko hos alle innlagte pasienter over 65 år, og dersom slik risiko identifiseres, iverksette nødvendige tiltak. Dette innsatsområdet er helt implementert på 10 sengeposter og 7 sengeposter har startet implementering. Fire sengeposter har ikke startet. Her var Geriatrisk seksjon pilot i UNN HF, og de har blant annet laget en brosjyre som kan deles ut til pasienter og pårørende i forhold til hva de selv kan gjøre for å forebygge fall.

Det måles på andel pasienter som risikovurderes og på antall dager mellom hvert fall. Disse resultatene lar seg ikke aggregere på UNN-nivå.

Forebygging av kateterrelaterte urinveisinfeksjoner (UVI)

Pasienter med blærekateter har forhøyet risiko for å erverve en urinveisinfeksjon. Innsatsområdet handler om å sikre at kateter kun legges inn på adekvat indikasjon, at dette dokumenteres og at det daglig vurderes om behovet fortsatt er tilstede. Dette innsatsområdet er helt implementert på 11 sengeposter og 6 sengeposter har startet implementering. 8 sengeposter har ikke startet. De månedlige smittevernvisittene fokuserer også på unødvendig bruk av kateter, og alle enheter har derfor en månedlig punkttelling på dette.

Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter (SVK)

Innsatsområdet handler i hovedsak om å gjennomføre 6 definerte tiltak ved **innleggelse** av sentrale venekateter. Dette foregår i all hovedsak på operasjonsavdelingen. Ved sengepostene er tiltaket å vurdere daglig om det fortsatt er indikasjon for SVK, og å fjerne de som ikke lenger er nødvendige. Dette innsatsområdet er helt implementert på 5 sengeposter samt oppvåkning og intensiv og 4 sengeposter har startet implementering. 10 sengeposter har ikke startet opp, men en del av disse har svært få SVK. Dette er også et område som fokuseres i smittevernvisittene.

Legemiddelsamstemming

Legemiddelsamstemming (LMS) går ut på å lage en fullstendig oversikt over alle medisinene pasienten bruker. Manglende samstemming av legemiddellister er kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt. Denne tiltakspakken er primært rettet mot sykehus og fastleger.

Piloten ved Hjertemedisinsk sengepost er nå ferdig, og sluttrapporten er levert. Erfaringene viser at den regionale prosedyren fungerer godt, at sykepleiernes bidrag i innhenting av opplysninger er viktig, men at det er problematisk å nå ut til alle med opplæring. Sykehusapoteket Nord sitt bidrag med farmasøythjelp er helt nødvendig for gjennomføring og målinger.

Det er igangsatt et arbeid ved intensivavdelingen for å klargjøre rutiner og ansvarsområder for samstemming mellom avdelingene. I tillegg har Medisinsk avdeling, Harstad og Alderspsykiatrisk avdeling startet med samstemming.

I løpet av høsten vil dette innsatsområdet bli breddet i hele UNN.



Klinikker med spesielle utfordringer

Mange av innsatsområdene er ikke tilpasset Barne- og ungdomsklinikken (BUK), Akuttmedisinsk klinikk og Operasjons- og intensivklinikken (OpIn). Det er allikevel viktig med fokus på pasientsikkerhet også i disse klinikkene.

OpIn har laget en handlingsplan for hvilke innsatsområder som er aktuelle og hvordan innsatsområdene skal tilpasses og innføres før årsskiftet.

OPIN	Trygg kirurgi	Samstemning av legemiddellister	Forebygging av trykksår	Forebygging av UVI	Forebygging av SVK	Ledelse av pasientsikkerhet	Behandling av hjemmeslag	Forebygging av fall
Oppvåkning								
Intensiv					Pilot TR		HA+NA	
ANOP								
Akuttmottak								
Smerte								

Igangsett
Igangsettes
ikke aktuelt

Det har også vært gjort en gjennomgang ved BUK av hvilke innsatsområder som er aktuelle ved de ulike enhetene, dette vil følges opp i løpet av høsten.

Forbedringstavler

En del enheter har tatt i bruk forbedringstavler for å synliggjøre sine mål og resultater og øke oppmerksomheten i personalgruppa. Dette rapporteres å være et godt verktøy. Bildet viser Medisinsk/kirurgisk sengepost, Narvik sin tavle. Denne henger i korridor utenfor vaktrommet, godt synlig for både pasienter, pårørende og personalet. Den oppdateres hver morgen.



Nordisk forbedringsagentutdanning

UNN har hatt kandidater på alle de siste kullene, og de som gjennomfører denne utdanningen er godt rustet til å drive forbedringsarbeid ved egen enhet.

Nå er kull 5 lyst ut, og vi håper å få med en til to kandidater også på dette kullet.

Vurdering

Det legges ned en betydelig innsats for å implementere innsatsområdene og gjennom dette gjøre UNN til et sikrere sykehus for pasientene. Det blir viktig å opprettholde fokus og oppmerksomhet blant alle som arbeider med pasienter for å få de resterende områdene på plass.

Lederforankring har vist seg å være en suksessfaktor ved implementeringen, og denne må opprettholdes. Ledere på de enkelte enhetene må etterspørre resultater av innsatsen som legges ned.

Det vil i det videre fokuseres på å tilrettelegge systemer (DIPS-maler, skjema, kurveark, felles prosedyrer etc.) som understøtter arbeidet og gjør det lettere å opprettholde tiltakene som en del av daglig drift. Det blir også viktig å dele gode erfaringer på tvers av avdelinger og klinikker.



Målesystemet (Extranet) som er satt opp for pasientsikkerhetsprogrammet er innrettet mot lokalt forbedringsarbeid. Avdelingene setter seg mål, og måler på prosess og resultater og sammenlikner med seg selv over tid. Disse målingene er i svært liten grad egnet for aggregering. Det vil bli igangsatt et arbeid for gradvis å gjøre resultater tilgjengelig på et overordnet nivå.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
79/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	06.10.2015

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Pågående virksomhetsplanlegging 2016 – status
2. Oppfølging foretaksmøtet –UNNs svar til Helse Nord RHF

Muntlige orienteringer (ref. orienteringssak 70/2015)

3. Pasienttransport i Midt-Troms – oppfølging av anbud pasientreiser
4. Anskaffelse PET-senter – unntatt offentlighet i medhold av Off. loven § 23 tredje ledd jf. Fvl. § 13.2., forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde.
5. Orientering om mulig rettstvist etter anskaffelse av midlertidige bygg
- unntatt offentlighet i medhold av Off. loven § 23 tredje ledd jf. Fvl. § 13.2.,
forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde.

Tromsø, 25.9.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg



Sak: Pågående virksomhetsplanlegging 2016 - status
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Tor Ingebrigtsen
Møtedato: 6.10.2015

Sammendrag

I styremøtet 23.6.2015 ga styret sin tilslutning til strategi og plan for det videre arbeidet med virksomhetsplanlegging for 2016. Denne saken er en orientering om status og fremdrift i arbeidet. Både omstillingsutfordring og intern fordeling av innsparingskrav er uendret i forhold til tidligere. Vedtatt budsjettstrategi og fremdriftsplan opprettholdes.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har gitt Helse Nord RHF innspill til vedtatt investeringsplan. Innspillene gjelder periodisering av investeringsrammen for A-fløya som må korrigeres i tråd med vedtatt fremdriftsplan for prosjektet, samt forespørsel om å forskyve deler av investeringsrammen for nye UNN Narvik frem til perioden 2015-2017 for å ivareta arbeidet med at konseptrapporten skal verifiseres, adkomstveg etableres og reguleringsplan med konsekvensanalyse utarbeides.

Bærekraft- og likviditetsanalyser i tråd med UNNs innspill, inkludert PET-senteret, viser at UNN har en omstillingsutfordring på 41 mill kr i 2018, økende til 94 mill kr i 2023. Likviditeten er positiv i perioden bortsett fra 2017. Årlige interne omprioriteringer i budsjettet er ikke tatt med i analysen.

Direktøren er fornøyd med at virksomhetsplanleggingen følger opprinnelig plan og vedtatte strategier med en tilfredsstillende fremdrift i arbeidet.

Bakgrunn og formål

I styremøtet 23.6.2015 ga styret sin tilslutning til strategi og plan for det videre arbeidet med virksomhetsplanlegging for 2016, og ba samtidig om en orientering om status og fremdrift i arbeidet i styremøtet i oktober.

Denne saken redegjør for status og fremdrift i arbeidet med virksomhetsplanleggingen, samt oppdatert bærekraft- og likviditetsanalyse.

Saksutredning

Styret i Helse Nord RHF behandlet sak 64-2015 *Plan 2016-2019, inkludert rullering av investeringsplanen 2016-2023* i sitt styremøte i juni. Vedtak i saken er hensyntatt i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sitt planarbeid og oppdaterte bærekraft- og likviditetsanalyser. Videre skal styret i Helse Nord RHF behandle budsjett 2016 i sitt styremøte 30. oktober. Det kan i denne forbindelse bli vedtatt justeringer både i budsjettet og investeringsrammen.

Omstillingsutfordring og intern fordeling av innsparingskrav 2016

I styresak 59/2015 *Forberedende virksomhetsplanlegging 2016* ble det redegjort for en omstillingsutfordring for 2016 på 146,5 mill kr, forutsatt at inngangshastigheten er i henhold til



resultatkrav (+40 mill kr). Verken Helse Nord RHF's styresak 64-2015 eller andre forhold internt eller eksternt, har til nå medført endringer i omstillingsutfordringen. UNN jobber derfor videre med mål om totalt 156,5 mill kr i tiltak for 2016, og opprettholder dermed strategien om å budsjettere 10 mill kr til direktørens disposisjon som en risikoreserve.

Fordeling av tiltak internt i organisasjonen ble gjort før sommeren, og er uendret. Prinsipper for fordeling og beløp pr klinikk og senter er redegjort for i styresak 59/2015.

Status og plan for videre arbeid med virksomhetsplan 2016

Klinikkene og sentrene har siden fordelingen ble besluttet jobbet med egne tiltaksplaner. Budsjettkonferansen 8.9.2015 ble årets tredje i direktørens ledergruppe, der også hovedverneombud og foretakstillitsvalgte deltok. Klinikkenes og sentrenes tiltaksplaner ble presentert og diskutert. Gjennomgangen viste at risikoen for å ikke nå budsjettbalanse i 2016 er noe varierende, og sannsynligvis størst i Hjerter- og lungeklinikken og Operasjons- og intensivklinikken. Øvrige klinikker og sentre var kommet langt i å komplettere tiltakslisten.

Flere av de somatiske klinikkene planlegger å løse deler av omstillingsutfordringen med økte ISF-inntekter. Disse er fra og med inneværende år for første gang lagt på klinikknivå, og dette har fungert som et sterkt insentiv til bedre medisinsk koding. Til tross for betydelig inntektsøkning har UNN fortsatt en DRG-indeks som ligger lavere enn sykehus det er naturlig å sammenligne seg med. Inntektsøkning også i 2016 er derfor vurdert som realistisk. Direktøren har opprettholdt intern fordeling av innsparingskrav også etter gjennomgangen i budsjettkonferansen. I budsjettprosessens slutfase, etter at plantall for aktivitet er endelig avstemt mellom klinikkene, må imidlertid noe av den budsjetterte inntektsøkningen på ISF-området fordeles til Operasjons- og intensivklinikken samt Diagnostisk klinikk, siden disse bærer en betydelig andel av kostnadene, men er uten mulighet til å øke sine inntekter.

Plan for videre arbeid opprettholdes. Nå pågår arbeidet med å kvalitetssikre og detaljere tiltakene i hele organisasjonen frem mot dialogmøtene med direktøren som avholdes i månedsskiftet oktober/november. Tiltakene skal detaljeres, konsekvensutredes og risikovurderes. Detaljerte plantall for aktivitet, kvalitet og månedsverk skal være klare og periodiserte i forkant av dialogmøtene. Dersom kvaliteten på tiltak og plantall ikke er tilfredsstillende, vurderes nye møter fortløpende.

Helse Nord RHF har i forkant av sin budsjettbehandling i oktober invitert foretakene til å komme med innspill, særlig når det gjelder behov for styrket finansiering av nye oppgaver, og kvalitets- og pasientsikkerhetstiltak. UNN forutsetter at noen mindre nye oppgaver blir fullfinansiert, og ellers spilt inn at kreftpakkeforløpene og utviklingen på medikamentområdet, særlig innen kreftbehandling, er viktige kvalitetshevende tiltak som er kostnadsdrivende og krever styrket finansiering. Ut over dette har UNN holdt fast ved at eventuelt økt handlingsrom i statsbudsjettet hovedsakelig bør brukes til investeringer i utstyr med mer.

Oppdatert bærekraft- og likviditetsanalyse

I Helse Nord RHF's styresak 64-2015 ble investeringsplanen vedtatt slik (tabell 1):

Tabell 1 Vedtatt investeringsramme 2016-2023



Investeringsplan 2014-2022 inkl. PET-senter	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Sum
Nytt Narvik sykehus			10,0	60,0	250,0	500,0	230,0		1050,0
A-fløy	290,0	217,0	468,0						1594,0
Økt MTU	80,0								
MTU, ambulanser, rehab med mer	70,0	100,0	150,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0	
Sum investeringsplan UNN	440,0	317,0	618,0	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0	

Bærekraft og likviditet i henhold til vedtatt investeringsplan viser en liten omstillingsutfordring i 2022 på 6 mill kr, økende til 39 mill kr i 2023 (tabell 2). Bærekraftanalysen inkluderer ikke interne omprioriteringer i de årlige budsjettene.

Tabell 2. Bærekraftanalyse iht. vedtatt investeringsplan

Bærekraftanalyse UNN HF inkl. PET-senter	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	40	-66	-24	-100	-102	-108	-116	-122	-195
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Internt overskuddskrav UNN		50	50	50	50	50	50	50	50
Sum resultatkrav		90	90	90	90	90	90	90	90
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	0	-156	-64	-140	-142	-148	-156	-162	-235
Sum effekter tiltaksplan 2016	0	156	156	156	156	156	156	156	156
Uløst omstilling etter tiltaksplan	0	0	92	16	14	8	0	-6	-39

Likviditeten er positiv i hele perioden (tabell 3).

Tabell 3 Likviditetsanalyse iht. vedtatt investeringsplan

Likviditetsberegning eks. PET-senter	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Netto endring i kontanter	147	45	-156	81	37	-76	28	121
IB 01.01	224	371	417	261	342	379	303	332
UB 31.12	371	417	261	342	379	303	332	453
Ramme for kassakreditt	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100

Korrigert bærekraft- og likviditetsanalyse

Planleggingen for nye UNN Narvik er gjennomført til og med konseptrapport i henhold til *Tidligfaseveileder for sykehusbygg*. Prosjektet ligger i Helse Nord RHF's investeringsplan med oppstart i 2019. Planleggingen går nå inn i en fase der konseptrapporten skal verifiseres, adkomstveg skal etableres og reguleringsplan med konsekvensanalyse skal utarbeides. Krav til medvirkning tilsier en intensiv intern fremdrift i perioden 2015-2016, med forventet oppstart av teknisk prosjektering fra slutten av 2017. Med en slik fremdrift vil ferdigstilling i fjerde kvartal 2022 være realistisk. Fremdriftsplanen krever frigjøring av til sammen 111 mill kr fordelt over perioden 2015-2016 til etablering av nødvendig infrastruktur for adkomst til tomte innen utgangen av 2018. UNN har derfor bedt Helse Nord RHF om at deler av investeringsrammen for nye UNN Narvik sykehus flyttes frem.

Investeringsrammen for PET-senteret er foreløpig budsjettet hos RHFet. Når prosjektet blir endelig formelt vedtatt flyttes rammen over til UNN.

Investeringsrammen for A-fløya har feil periodisering i vedtatt investeringsplan i forhold til planlagt og vedtatt fremdrift i prosjektet. Dette er meldt inn til Helse Nord RHF.



Tabell 4 og 5 viser oppdatert bærekraft- og likviditetsanalyse korrigert for forholdene over.

Tabell 4 Bærekraftsanalyse basert på vedtatt investeringsplan, PET-senter, korrigert periodisering A-fløy og fremskjøvet investeringsramme Narvik sykehus

Bærekraftsanalyse UNN HF inkl. PET-senter	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sum inntekter	7 219	7 259	7 270	7 290	7 290	7 290	7 311	7 311	7 311
Totale kostnader	7 179	7 325	7 341	7 447	7 449	7 456	7 483	7 489	7 561
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	40	-66	-71	-157	-159	-166	-172	-178	-250
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Internt overskuddskrav UNN		50	50	50	50	50	50	50	50
Sum resultatkrav		90	90	90	90	90	90	90	90
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	0	-156	-111	-197	-199	-206	-212	-218	-290
Sum effekter tiltaksplan 2016	0	156	156	156	156	156	156	156	156
Uløst omstilling etter tiltaksplan	0	0	45	-41	-43	-50	-56	-62	-94

Korrigert bærekraftsanalyse viser at det er behov for nye tiltak for 41 mil kr i 2018, økende til 94 mill kr i 2023. Årlige interne omprioriteringer i budsjettet er ikke tatt med i analysen.

Tabell 5 Likviditetsanalyse basert på vedtatt investeringsplan, PET-senter, korrigert periodisering A-fløy og fremskjøvet investeringsramme Narvik sykehus

Likviditetsberegning inkl. PET-senter	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Netto endring i kontanter	-144	-144	169	88	43	-39	35	127
IB 01.01	205	61	-82	86	174	217	177	212
UB 31.12	61	-82	86	174	217	177	212	339
Ramme for kassakreditt	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100

Korrigert likviditetsanalyse (tabell 5) viser at kontantstrømmen er positiv i hele perioden bortsett fra i 2017. Vi er marginalt innenfor rammen av kassakreditten, og er svært sårbar for månedlige likviditetssvingninger. Det er ikke lagt inn lånefinansiering for Narvik før 2018. Dersom vi får lån fra og med 2016 bedrer dette likviditeten med ca. 70 mill i perioden 2016-2017.

Medvirkning

Verneombud og tillitsvalgte deltok i budsjettkonferansen i direktørens ledergruppe 8.9.2015. I tillegg er tillitsvalgte involvert i klinikkens og sentrenes arbeid. Formelle drøftinger av klinikkvise og sentervise planer skal gjennomføres i forkant av dialogmøtene med direktøren i oktober/november.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at omstillingsutfordringen ikke har økt som følge av eksterne eller interne forhold siden oppstarten av virksomhetsplanarbeidet tidlig i vår. Dette bidrar til arbeidsro og forutsigbarhet i organisasjonen. Interne innsparingskrav er opprettholdt med bakgrunn i den samme argumentasjon, men det vil bli gjennomført en vurdering av fordelingen av ISF-inntektene mellom de klinikkene som disse tilfaller og Operasjons- og intensivklinikken samt Diagnostisk klinikk i budsjettprosessens slutfase.

Vedtatte budsjettstrategi opprettholdes, og tiltaksplanen inkluderer internt pålagt overskuddskrav for å frigjøre midler fra drift til investering i medisinteknisk utstyr med mer. Hovedsatsningen i tiltaksarbeidet er fremdeles å redusere lønnskostnadene som et ledd i målsetningen om å bringe



de totale kostnadene for UNN nærmere landsgjennomsnittet. Direktøren vurderer dette som helt nødvendig for å nå målene i strategisk utviklingsplan i årene fremover.

Direktøren er fornøyd med at arbeidet har kommet lengre, har høyere kvalitet og bedre detaljeringsgrad enn tidligere år og mener det bidrar til å redusere risikoen i budsjettet. Klinikkene med størst risiko i sitt tiltaksarbeid forventes å redusere risikoen til et akseptabelt nivå innen dialogmøtene avholdes senere i høst.

Godt tiltaksarbeid og budsjett disiplin i alle deler av organisasjonen er avgjørende for å opprettholde intensjonen om økte investeringer i utstyr med mer. Dette er, og vil fortsatt være, kontinuerlig kommunisert i foretaket.

Konklusjon

Direktøren er fornøyd med at virksomhetsplanleggingen følger opprinnelig plan og vedtatte strategier, med en tilfredsstillende fremdrift i arbeidet.



Sak: Oppfølging foretaksmøtet
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: Einar Bugge
Møtedato: 6.10.2015

Utdrag av e-post sendt Helse Nord RHF:

Vedlagt utfylt skjema for UNN. Neppe optimalt arbeid, men det er dette som har vært mulig å få til med den korte frist.

Det er lite konkret om hva et regionalt «innsatsteam» evt. kan bidra med i vedlegget. Følgende forhold er helt sentralt å få på plass, og muligens kan det regionale nivå bidra mer på dette:

- Optimal utnyttelse av samlet kapasitet der det finnes avtalespesialister og private tilbydere. Dette inkluderer gode prioriteringer over hele linja, felles retningslinjer for kontrollvirksomhet (eller opphør av sådan) mm.
- Bedre opplæring i håndtering av henvisninger og oppfølging av ventelister. Her er nasjonalt e-kurs i forhold til ny pasientrettighetslov på plass, men det trengs i tillegg god opplæring for alle involverte i DiPS-funksjonalitet. Det lager vi system på i UNN, men det kan sikkert gjøres enda bedre. Tilsvarende opplæring i forhold til oppfølging av ventelister etc. For å kunne gi ledere mulighet for å ha kontroll på at deres medarbeidere har påkrevet opplæring trenger vi snarest (i går!) et godt verktøy for kompetansestyring/kompetanseoppfølging. Den regionale prosessen på dette må forseres, og det må fattes beslutning om en brukbar løsning meget raskt. Dette haster, og man må unngå en fortsatt langdryg prosess der «det beste blir det godes fiende».
- Økonomiske midler til prosjekter som kveldpoliklinikk og sekretærressurser for å ta unna «pukler» av langtidsventende og ekstrainnsats fra sekretærer for å få satt etterslepet av pasienter på time. Dette må kobles på lokale prosesser med å sørge for matching av kapasitet og behov for å unngå stadige behov for nye «ta-unna-etterslep-prosjekter».

Sak 80/2015 - vedlegg 2a

Handlingsplan tilleggsdokument OD 2015	Mål	Problemområde topp 5	Årsak	Tiltak som gjøres i dag	Tiltak kort sikt	Forutsetninger for måloppnåelse på kort sikt	Tiltak lang sikt som skal sikre varige forbedringer	Forutsetninger for måloppnåelse på lang sikt	Topp 5 områder som regionalt innsatsteam kunne bidra med i forbedrings/omstillingsprosene	Ansvar for oppfølging
Ventetid	< 65 dager i snitt	Poliklinikk ortopedi/plastikkirurgi/håndkirurgi. Polikliniske operasjoner hånd- og plastikkirurgi	Manglende kapasitet, totalt sett for mange funksjoner som skal dekkes i forhold til kapasitet med dagens organisering og prioriteringer	Personaleressurser styres i større grad, og settes opp der det er størst behov.	Operasjonskapasiteten som ikke blir utgitt på grunn av mangel ressurser på operasjonsavdelingen, gjøres om til poliklinikk og PPK på kort varsel.	Frigitt poliklinisk kapasitet brukes på langtidsvendende og ordinær arbeidstid for å ta unna langtidsventende og rydding i ventelister (per i dag ikke budsjett for dette)	Samsvar inntak og kapasitet. God og langsiktig planlegging av arbeidsplaner. Innebærer også rydding i ventelister.	Samsvar inntak og kapasitet. God og langsiktig planlegging av arbeidsplaner	Ressurser til mer fritidsbasert (kortsiktig) poliklinikk ortopedi, håndkirurgi og plastikkirurgi. PPK (polikliniske operasjoner for hånd og plastikk)	Avdelingsleder
Ventetid	Gjennomsnittlig ventetid er under 65 dager	Øye - Lette grader av grå stær, grå stær på bare ett øye, kirurgi på øyelokk og tåreveier	Gjeldende intern prioritering ift alvorlighetsgrad på ikke rettighetspasienter.	Så mange som mulig settes opp på time innen 01.11.15	Gi den høyest prioriterte behandling raskere time. Ikke å gi behandling til de som i dag har lengst ventetid. Øke den totale behandlingsskapasitet. Hindre økt tilstrømming av pasienter		Færre pasienter i nevnte kategorier får rett til helsehjelp. Avvis pasienter som ikke trenger helsetjenester på Universitetssykehusnivå. Samordne prioriteringsrutiner med Avtalespesialister og øvrige sykehuspoliklinikker i Helse Nord.		Bidra til optimal utnyttelse av kapasitet hos avtalespesialistene, herunder riktige prioriteringer også hos disse. Samordne timelister/kapasitetsutnyttelse	
Ventetid	Gjennomsnittlig ventetid er under 65 dager	Urologi Gastrokirurgi Inkontinens uro/gyn	For noen få av operasjonspasientene skyldes lang ventetid et etterslep pga ubesatt overlegestilling en periode i 2014.	Fulle lister hver dag Innført slottider for hastende Dedikeret personer på ventelistene Sender pasienter til andre HF	som foran	som foran	Rekrutterer og utdanner urologer. Systematisk arbeid med drift og kvitetsplanlegging tilpasset behovene			
Ventetid	Gjennomsnittlig ventetid er under 65 dager	Ortopedi/plastikkirurgi: 29 fristbrudd fordelt på h.h.v 24 i Tromsø og 5 i Harstad	Mangel på operasjonskapasitet, men først og fremst manglende oppfølging av prosedyrer om å kontakte andre institusjoner, evt. Helfo.	Oppfølging av seksjonsleder kontor og avdelingsleder. Mangler kontorpersoneell på grunn av høyt sykefravær	Implementering av rutiner.	Implementering av rutiner	Implementering av rutiner og tilpasse inntak med reell kapasitet.	Finne alternativt behandlingssted for kneproteser som har fått frist i ferien.		Seksjonsleder kontor i samarbeid med avdelingsleder og avdelingslederteam.
Fristbrudd	Ingen fristbrudd									

Sak 80/2015 - vedlegg 2a

Fristbrudd	Ingen fristbrudd									
Fristbrudd	Ingen fristbrudd	Urologi Gastrokirurgi Inkontinens	Økende antall henvisninger pga demografi og pakkeforløp Inkontinens et nytt behov som krever spesialkompetanse hos flere personellgrupper	Fuller lister hver dag Innført slottider for hastende Dedikeret personer på ventelistene Sender pasienter til andre HF	som foran	som foran	Rekrutterer og utdanner urologer. Systematisk arbeid med drift og aktivtetsplanlegging tilpasset behovene			
Status innføring lengre planleggings- og timetildelingshorisont ved poliklinikker	6 mnd	Aktivitetsstyrte bemanningsplanlegginger er i oppstart for 6mndr horisont for alle personellgrupper								
Tildeling av time	I første svar på vurdering	Opplæring av personellet er startet for å tilpasse nye rutiner Aktivitetsstyrte bemanningsplanlegginger er i oppstart for 6mndr horisont for alle personellgrupper								



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
80/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	06.10.2015

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 22.9.15
2. Referat fra møte i Brukerutvalget 15.9.15
3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 21.9.15
4. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 23.9.15
5. Kopi av brev til Helse Nord fra Tromsø-området regionråd datert 4.9.15
6. Brev fra Helsetilsynet datert 18.9.15

Tromsø, 25.9.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 6.10.2015**

Dato: 22.9.2015

Tidspunkt: 14.00-14.55

Sted: Biblioteket D1 704

Tilstede:

Fra arbeidsgiver
Tommy Schjølberg
Tor-Arne Hanssen
Leif Hovden

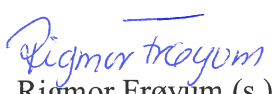
Fra arbeidstakerne
Einar Rebni, foretakshovedverneombud
Rigmor Frøyum, Fagforbundet
Ulla Dorthe Mathisen, DNLF

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Rigmor Frøyum og Ulla Dorte Mathisen valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
Tertialrapport 2 – samt KVR pr august 2015	<p>Økonomirådgiver Tommy Schjølberg innledet til saken, med vektlegging på den økonomiske delen.</p> <p>Kravet til høyere vekst er bare delvis innfridd ettersom veksten innen somatikk er høyere enn psykiatrien både når det gjelder økonomi, månedsverk og aktivitet.</p> <p>Kun egenmeldt, arbeidsrelatert fravær registreres, men dette er ikke en del av rapportene lengre. Det etterlyses en permanent løsning på dette. Heller ikke sykemeldt, arbeidsrelatert fravær blir registrert. Det er likevel kjent at dette er en realitet.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten tok saken for øvrig til orientering.</p>
Utbyggingsprosjektene – tertialrapportering 2 – 2015	<p>Utbyggingssjefen møtte og svarte på spørsmål om ulike forhold til saken.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten tok saken til orientering.</p>
Tilsynsrapporten – eksterne tilsyn	<p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten tok saken til orientering.</p>
Pasientsikkerhet i UNN	<p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten tok saken til orientering.</p>

Tromsø, 22.9.2015


Rigmor Frøyum (s.)
FTV Fagforbundet


Ulla Dorthe Mathisen (s.)
FTV DNLF


Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



MØTEREFERAT - BRUKERUTVALGET UNN HF (UNN)

Møtedato:	15.9.2015 12.00 – 16.00
Møtested:	Møterom Galapagos Pingvinhotellet UNN Tromsø
Neste møte:	4.11.2015

Tilstede:

Navn	Tittel	Organisasjon
Cathrin Carlyle	leder	Kreftforeningen
Obiajulu Odu	Nestleder (<i>for Sander Henriksen</i>)	Autismeforeningen
Greta Altermark	medlem	FFO Nordland
Bjørg Molander	medlem	FFO Troms
Johan Morland	medlem	FFO Finnmark
Martin André Moe	medlem	FFO Nordland -Diabetesforbundet
Klemet Anders Sara	medlem	FFO Troms
Karin Næsvold	medlem	Troms fylkes eldreråd
Britt Sofie Illguth	medlem (<i>for Tone Tobiassen</i>)	Kreftforeningen

Forfall:

Jon Arne Østvik	medlem (<i>for Håkon Elvenes</i>)	Prematurforeningen
Randi Nilsen	vara	FFO Troms

Fra adm. :

Leif Hovden	Administrasjonssjef
Heidi Robertsen	Sekretær/referent

Saksliste

Sak nr.:

Tittel:

BU-Sak 33/15

Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak

Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste.

Som følge av ulike forfall rykker 3 varamedlemmer opp som faste brukerutvalgsmedlemmer inntil nytt utvalget settes. Brukerutvalget har nå kun én fast vara.

BU-sak 34/15

Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 17. juni 2015

Vedtak

Referat fra Brukerutvalgets møte 17.6.2015 godkjennes

BU-sak 35/15

Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 2.9.2015
2. Referat fra Klinisk etisk komite 16.4.2015 og 28.5.2015
3. Referat fra Brukerutvalget for sykehusapoteket Nord 3.6.2015
4. Referat fra Kvalitetsutvalget 9.6.2015
5. Referat fra møte i Regionalt Brukerutvalg 10.06.2015
6. Endringer i lov om Pasient og brukerrettigheter med tilhørende forskrift. Orientering om implementeringsplan for UNN 23.6.2015 -
7. Ikrafttredelse av endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og fritt behandlingsvalg 23.6.2015
8. Svar på henvendelse fra Brukerutvalget om Universell utforming ved Pingvinen hotell 2.7.2015
9. Innføring av forbud mot bruk av e-sigaretter i UNN datert 14.7.2015
10. Høringsuttalelse – forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjeneste mot betaling fra staten.
11. Skriftlig redegjørelse pakkeforløp kreft 1.9.2015
12. Tilbakemeldinger fra strålepasienter som bor på pasienthotellet *Svarbrev ikke mottatt. Det forutsettes at BU blir orientert i møtet.*
13. Frivillighetserklæringen – erklæring for samspillet mellom regjeringen og frivillig sektor - OK

Kommentar til BU-sak 35/15 pkt. 12

Hotellsjef ved Pingvinhotellet Astrid Ronesen møtte og ga en muntlig redegjørelse i saken.

Vedtak

1. Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.
2. Brukerutvalget formulerer en skriftlig tilbakemelding til Vardesenteret i sak 35/15 pkt. 12, og vil følge opp saken i et senere møte.

BU-sak 36/15

Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetskoordinator Mette Fredheim møtte og orienterte om status for implementering av tiltakspakker i pasientsikkerhetsprogrammet i UNN.

Rådgiver Operasjons- og intensivklinikken Tonje Mortensen Drecker møtte og orienterte om status på implementering av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke «Trygg kirurgi» i UNN.

Vedtak

BU tar informasjonen til orientering, og er tilfreds med at implementeringen er godt i gang.

BU-sak 37/15

Direktørens time

Administrerende direktør Tor Ingebrigtsen møtte og presenterte relevante styresaker til styrebehandling 16.9.2015, og svarte på spørsmål fra utvalget.

Vedtak

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-sak 38/15

Orientering om pakkeforløp kreft

Prosjektleder for pakkeforløp Merete Postmyr møtte og orienterte om status for implementering av pakkeforløpene for kreft i UNN.

Vedtak

1. Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.
2. Orientering om pakkeforløp blir fast post i følgende Brukerutvalget møter.

BU-sak 39/15

Egenbetaling på pasienthotellet

Hotellsjef ved Pingvinhotellet Astrid Ronesen møtte og redegjorde for hotellets satser.

Vedtak

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

- BU-sak 40/15** **Oppdatering av deltakelse i prosjekter og arbeidsgrupper**
- Vedtak** Brukerutvalget gjennomgikk status for representantenes deltakelse i de ulike utvalg og prosjekter.
-
- BU-sak 41/15** **Pasienthistorie**
- Brukerutvalget behandlet sak vedrørende pasient som ble utskrevet etter dagkirurgisk inngrep.
- Vedtak** Brukerutvalget ber Operasjons- og intensivklinikken om å gi tilbakemelding på rutiner for hjemsendelse av pasienter til distriktene etter inngrep.
-
- BU-sak 42/15** **Eventuelt**
- Følgende saker ble tatt opp under eventuelt:
- 1. Forespørsel fra Barne- og ungdomsklinikken vedørende brukerrepresentant i forbindelse med Strategisk utviklingsplan**
- Beslutning
Brukerutvalgets leder kontakter Ungdomsrådet angående erstatning av fratrudd representant fra Brukerutvalget UNN.
- 2. Forespørsel fra Koordinerende utvalg vedrørende ny brukerrepresentant**
- Beslutning
Brukerutvalgets leder kontakter koordinerende utvalg angående erstatning av fratrudd representant fra Brukerutvalget UNN.
- 3. UNNs håndtering av det store antallet polikliniske pasienter som ikke møter til time**
- Beslutning
Brukerutvalget sender Brukerutvalgets arbeidsutvalg innspill til forespørsel om oppdatering fra NO-klinikkens erfaringer i saken.
- 4. Manglende lokale til Møteplassen**
- Beslutning
Saken er under oppfølging av SAFO/FFO.
Brukerutvalget beslutter å legge saken på vent inntil videre i byggeperioden.
- 5. Nedleggelse av «Stillerom»**
- Beslutning
Brukerutvalget etterspør Drifts- og eiendomssenteret om erstatning for Stillerom.

Cathrin Carlyle (sign)
utvalgsleder

Heidi Robertsen (sign.)
sekretær

Kopi til:

- Direktør Tor Ingebrigtsen, UNN
- Helse Nord v/Brite Jacobsen, Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Finn Sørensen
- Lærings- og mestringssenteret, UNN
- Styret ved UNN HF - som orienteringssak



MØTEREFERAT

Brukerutvalgets arbeidsutvalg ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Mandag 21.9.2015 kl. 14.00 – 15.30

Møtested: Møterom D2.719 Møterom økonomi- og analyseavdelingen UNN Tromsø

Tilstede: Medlemmer: Cathrin Carlyle og Obiajulu Odu

Fra adm.: Leif Hovden, Heidi Robertsen (referent), Einar Bugge, Turid Fossem

Saksliste

Sak nr.: **Tittel:**

BAU 65/15 Behandling av drøftingssaker til styremøte 6.10.2015

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU torsdag 17.9.2015.

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

1. *Tertialrapport 2 – 2015 med KVR pr. aug. 2015*
BAU tar saken til orientering.
2. *Utbyggingsprosjektene – tertialrapportering 2 – 2015*
BAU tar saken til orientering.
3. *Tilsynsrapport*
BAU tar orienteringen til orientering.

BAU er tilfredse med at UNN har kommet så langt med opplæring av medisinteknisk utstyr, og håper UNN klarer å dokumentere at de faktisk klarer å gjennomføre dette.

4. *Pasientsikkerhet*
BAU tar orienteringen til orientering.
5. *Rammeavtale med forsvarrets sanitet*
BAU tar saken til orientering.

BAU gikk gjennom innkomne saker, med følgende konklusjoner:

BAU-66/15 Høringsforespørsel (HOD) – Fritt rehabiliteringsvalg - Frist FFS 23.9.2015

Behandling

Brukerutvalgets høringsuttalelse oversendes FFS.

BAU-67/15 Høringsforespørsel – Utkast til IS-2355 Veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 - Frist FFS 25.9.2015

Behandling

Høringsforespørselen oversendes og besvares av RIO.

BAU-68/15 Høringsforespørsel – Helse Nord – Utkast til kvalitetsstrategi – Frist FFS 9.10.2015

Behandling

Brukerutvalgets høringsuttalelse oversendes FFS.

BAU-69/15 Forespørsel fra avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Lise Balteskard vedrørende Nye rutiner for journalføring og informasjonsutveksling i forkant av behandling

Behandling

BAU stiller seg positive til en ordning, forutsatt at målet er forenkling og sikring av best mulig Informasjon til pasienten.

BAU-70/15 FFO Troms og SAFO Nord ber om at prosjektgruppen «Støtte på veien videre», får presentere prosjektet som omhandler markedsføring av likepersontjenesten på UNN i BU.

Behandling

BAU beslutter å invitere FFO og SAFO i Brukerutvalgets møte 4.11.2015.

BAU-70/15 Eventuelt

1. Administrasjonen undersøker og avklarer eventuelt suppleringsvalg for medlemmer samt funksjonstid for brukerutvalgets leder.
2. Status for PING etterlyses, og Hans Petter Bergseth inviteres for å informere om saken i Brukerutvalgets møte 4.11.2015.

Kopi: Brukerutvalget og styret i UNN

PROTOKOLL FRA AMU 23.9.15

Utvalg: Arbeidsmiljøutvalget (AMU)

Tidspunkt: 23.9.15 10.30-13.30

Sted: D1 707 Breivika, Store telestudio 5 etg. UNN Narvik, Adm Møterom UNN Harstad

Til stede (x):

Arbeidsgiversiden:		Varamedlemmer	
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		Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	x
Arthur Revhaug, klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	x	Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	
Rita Pernille Martnes, avdelingsleder, Operasjon og intensivavdelingen, UNN Harstad	x**	Lars Knutson, avdelingsleder, Kirurgisk avdeling, UNN Narvik	
Arbeidstakersiden:			
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN	x	Terje Møien, foretaksverneombudet UNN	
Geir Magne Johnsen, HTV NSF – UNN Harstad	x	Wenche Olsen, PTV NSF, Medisinsk avdeling UNN Harstad	
Tore Ovesen, Fagforbundet UNN Harstad		Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik	
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	

*Deltok på sak 43-46/15, **Deltok på sak39-41/15

Møteleder: Gøril Bertheussen

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Kristin Planting Mølmann

Dessuten møtte HR-sjef Mai-Liss Larsen under sak 44/15 og 45/15, bedriftssykepleier Karina Fredheim under sak 45/15, fag- og forskningssjef Einar Bugge på sak 42/15, samt klinikkssjef Gry Andersen og avdelingsleder Ulf Isaksen på sak 43/15.



Sak 39/15 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Sak 40/15 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 2.9.15

Vedtak:

Protokollen godkjennes.

Sak 41/15 Styresaker

Stabssenteret har sendt ut drøftingsdokumenter av følgende saker:

- Tertialrapport 2 – med Kvalitets- og virksomhetsrapport for aug. 2015
- Tertialrapport Utbyggingsprosjektene
- Tilsynsrapport
- Pasientsikkerhet

Vedtak:

Sakene tas til orientering.

Sak 42/15 Søknader om midler fra AMU

Restpotten på kr 125.000 har vært annonsert på intranett og i epost til klinikkene/sentrene. I tillegg er kr 40000,-, som tidligere er overført til Kulturavdelingen/naustet Åsgård, tilbakeført til AMU etter brannen i sommer.

Ved søknadsfristens utløp var det kommet inn 4 søknader på tilsammen kr 155.000.

Arbeidsutvalget har behandlet søknadene med bakgrunn i gjeldende retningslinjer som legger til rette for at det kan søkes om «*delvis tilskudd til andre nye velferdstiltak som kan anses som klinikkovergripende, og som naturlig ikke finansieres av klinikkens egne velferdsmidler.*» Søknad fra Brystdiagnostisk senter kommer ikke inn under dette.

Vedtak:

Trykking av veneombudsboka i UNN	13.125
6.etasje UNN Harstad	20.000
Brystdiagnostisk senter	0
Forflytningskurs UNN Harstad	50.000



Sak 43/15 Orienteringssaker

- Oppfølgingen om arbeidsmiljøet ved Røntgenavdelingen UNN Tromsø, muntlig orientering v/klinikkssjef Gry Andersen og avdelingsleder Ulf Isaksen

Vedtak:

Saken tas til orientering.

Sak 44/15 Status for arbeidet med Inkluderende arbeidsliv

UNN har inngått "Samarbeidsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv" fra 04.03.14 til 31.12.18. I møtet 28.1.15 behandlet AMU «Mål og handlingsplan for arbeidet med IA i UNN» der det ble vedtatt at AMU skulle følge opp saken. Stabssenteret la frem en rapport om arbeidet med IA i UNN.

Vedtak:

1. AMU tar statusen til orientering.
2. AMU ber hver klinikk/senter om å legge til rette for to medarbeidere som har behov for arbeidsutprøving.
3. Stabssjefen bes om å følge opp arbeidet med å utarbeide eget informasjons- og opplæringsmaterieil for seniorpolitikken i UNN, og legge frem en anbefaling til AMU.

Sak 45/15 Oppfølging av prosjekt «Tettere på»

AMU behandlet denne rapporten første gang i møtet 20.5.15, sak 25.15, og gjorde følgende 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 iverksettes, 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.*

Stabssenteret la frem en egen sak om oppfølging av denne rapporten.

Vedtak:

1. AMU tar den fremlagte rapporten «Tettere på» til orientering.
2. AMU tiltrer de tiltakene som foreslås i saksfremlegget, og ber direktøren følge dette opp.
3. Rapportering på utvikling av sykefraværet i UNN gis i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene.



Sak 46/15 Måldokument for HMS 2016

I forbindelse med at DSB har meldt avvik gjentatte ganger på at «foretaket har en mangelfull oppfølging med tanke på og avdekke, rette opp og forbygge overtredelser i Helse-, Miljø og Sikkerhetslovgivningen», gjorde FFS ei grundig vurdering av hvilke elementer i vår internkontroll som må forbedres for å unngå nye avvik. Denne planen ble behandlet i AMU, som understrekte «..betydningen av at det utarbeides et måldokument for HMS som en del av arbeidet med dialogavtalene i klinikkene.». Stabsmøtet har sluttet seg til vedtaket.

Fag- og forskningssenteret har i samarbeid med berørte fagenheter utarbeidet et forslag til måldokument som ble lagt frem for AMU.

Vedtak:

Måldokumentet inngår som *avtalte satsinger* i arbeidet med dialogavtalen 2016.



Tromsø-området regionråd



Balsfjord
kommune



Karlsøy
kommune



Tromsø
kommune

HELSE NORD

8038 BODØ

Tromsø, 4.9.2015

UTTALELSE: PASIENTENES TILBUD I DISTRIKTENE SVEKKES AV PASIENTREISER

Med bakgrunn i den siste tids medieoppslag og en rekke henvendelser til ordførere i kommunene Balsfjord og Karlsøy vedrørende kapasitetsproblemer når det gjelder pasienttransport til og fra UNN, behandlet Tromsø-området regionråd i regionrådsmøte 28. august 2015, sak 27d/15, *Pasientenes tilbud svekkes av UNN.*

Et enstemmig regionrådsmøte vedtok følgende uttalelse

Tromsø-området regionråd er bekymret for det tilbudet som Universitetssykehuset i Nord-Norge ved Pasientreiser gir sine pasienter i dag og ber derfor Helse Nord RHF vurdere denne situasjonen.

Med vennlig hilsen

Hanny Ditlefsen

Leder, Tromsø-området regionråd

Kopi:

Universitetssykehuset Nord-Norge RHF, ved styret

Media

Postadresse:	Gateadresse:	Org.nummer:	Telefon / fax:	E-post:	Bank / post:
Postboks 6900	Rådhusgata 2	NO 940 101 808 MVA	777 90 000		
9299 Tromsø	postmottak@tromso.kommune.no		4750 05 08236		
			777 90 001		



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Postboks 100 Langnes

9038 TROMSØ

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:
2015/455 4 ANG

DATO: / DATE:
18. september 2015

Svar på varsel om alvorlig hendelse – ordinær varselhåndtering og ingen videre tilsynsmessig oppfølging

Statens helsetilsyn viser til varsel om alvorlig hendelse mottatt 14. september 2015 fra Universitetssykehuset i Nord-Norge, og til telefonsamtale mellom avdelingsleder Siren Hoven og fagsjef Anders Gaasland, Statens helsetilsyn, samme dag. Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 har vi innhentet informasjon.

Hendelsen er varslet etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a som lyder:
"For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko."

Helsetilsynsloven § 2 sjette ledd lyder:
"Når Statens helsetilsyn mottar varsel etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, skal Statens helsetilsyn snarest mulig foreta stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst".

Statens helsetilsyn vurderer i samråd med Fylkesmannen i Troms at det ikke er nødvendig med tilsynsmessig oppfølging i saken. Årsaken til dette er at saken er godt opplyst og at det ikke er tegn til svikt.

Statens helsetilsyn viser imidlertid til internkontrollforskriften om virksomhetens plikt til å gjennomgå hendelsen som ledd i sin interne avvikshåndtering.

Oppfølging av varselet er med dette avsluttet.

Vi ber om at pårørende, om mulig, informeres om at hendelsen er varslet, og om vår beslutning i saken. De må få den informasjon de har rett på etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, samt om deres klagemuligheter til Fylkesmannen jf.

pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4. Dersom pårørende klager til Fylkesmannen vil saken bli tatt opp igjen.

I henhold til våre rutiner informeres også foretakets direktør gjennom denne e-posten.

Med hilsen

Anders Gaasland
fagsjef

Morten Venberget
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Kopi:
Fylkesmannen i Troms

Saksbehandler: fagsjef Anders Gaasland, tlf. 21 52 99 39



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
81/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Leif Hovden	06.10.2015

Eventuelt

Tromsø, 25.4.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør