



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Onsdag, 11 november 2015 kl. 09:00

Møtested

UNN Narvik, Peisestua i Søsterveien



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: UNN Narvik, Peisestua i Søsterveien
Dato: 11.11.2015
Tid: 9:00

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 26010 eller til Shalini.Manoharan@unn.no
eller til Nina.Ostli.Johansen@unn.no

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jørhill 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

ST 82/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 82/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 83/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 06.10.2015
ST 84/2015	Kvalitets- og virksomhetsrapport pr.sep.2015
ST 85/2015	Ledelses gjennomgang
ST 86/2015	Orienteringssaker
	<i>Skriftlige orienteringer</i>
	1. Endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven
	2. Endringer i Helselovgivning for Svalbard og Jan Mayen
	3. Sykefraværsoppfølgingen ved UNN – <i>Tettere på</i>
	4. Luftambulansetjenesten på Evenes – driftsdata
	5. Samdata for spesialhelsetjenesten 2014
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	6. Pasienthistorie fra Narvik
	7. Krav om erstatning ifbm anbuds konkurranse vedr. ambulansébåttjenester
ST 87/2015	Referatsaker
	1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 26.10.2015
	2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 27.10.2015
	3. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalget 27.10.2015
	4. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalget 28.10.2015
	5. Protokoll fra styremøte i Helse Nord RHF 28.10.2015
	6. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 28.10.2015
	7. Brev fra Sykehusapotek Nord vedrørende tilbud om besøk fra sykehusapotek Nord, datert 30.10.2015
ST 88/2015	Eventuelt



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
83/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.11.2015

Saksansvarlig: Leif Hovden
Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll til styremøtet 6.10.2015

Innstilling til vedtak

Styre ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 06.10.2015.

Tromsø, 30.10.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Møteprotokoll fra styremøtet 06.10.2015



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 6.10.2015
 Tid: 9:00-14.00

Navn	Funksjon	Merknader
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Erling Espeland	Medlem	
Hanne CS Iversen	Medlem	<i>Ankom kl. 10.15</i>
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Utvalgsleder, Brukerutvalget</i>

Forfall:

Tove Skjelvik	Medlem	<i>Meldt forfall</i>
Eivind Mikalsen	Medlem	<i>Meldt forfall</i>

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Gry Andersen	klinikkssjef ved Diagnostisk klinikk (<i>sak 73-78</i>)
Elin Gullhav	klinikkssjef ved Barne- og ungdomsklinikken (<i>sak 73-78</i>)
Markus Rumpsfeld	klinikkssjef ved Medisinsk klinikk (<i>sak 73-78</i>)
Magnus Hald	klinikkssjef ved Psykisk helse- og rusklinikken
Jon Mathisen	klinikkssjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Arthur Revhaug	klinikkssjef ved Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken (<i>sak 73-78</i>)
Bjørn-Yngvar Nordgård	klinikkssjef ved Nevro-, ortopedi- og rehab-klinikken (<i>sak 73-78</i>)
Susann Bäckström	senterleder ved NST (<i>sak 73-78</i>)
Gøril Bertheussen	stabssjef
Einar Bugge	fag- og forskningssjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef (<i>sak 73-78</i>)
Grethe Andersen	økonomisjef
Shalini M. Johansen	styreassistent (observatør)
Leif Hovden	administrasjonssjef/ styresekretær

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 6.10.2015

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 6.10.15 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv eller overstrykninger)

- 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
- Skriftlige orienteringer*
1. Pågående virksomhetsplanlegging 2016 – status
 2. Oppfølging foretaksmøtet –UNNs svar til Helse Nord RHF
- Muntlige orienteringer*
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.~~
 4. *Oppnevning av nasjonalt utvalg som skal utrede ny organisering av spesialisthelsetjenesten – brukerutvalgets leder ved UNN er oppnevnt som Nord-Norges representant*
 5. *Orientering om rettstvist mellom UNN og Øyfart AS*
 6. *Alvorlig hendelse ved UNN - unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23*
 7. *Endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven fra 1.11.2015*
 8. *Endringer i ambuleringsordning mellom Helse Finnmark og UNN*
- ST 80/2015 Referatsaker
1. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 22.9.2015
 2. Referat fra møte i Brukerutvalget 15.9.2015
 3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 21.9.2015
 4. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 23.9.2015
 5. Kopi av brev til Helse Nord RHF fra Tromsø-området regionråd, datert 4.9.2015
 6. Brev fra Helsetilsynet, datert 18.9.2015
 7. *Referat fra møte i OSO 17.9.2015*
 8. *Referat fra Kvalitetsutvalgsmøtet 29.9.2015*
- ST 81/2015 Eventuelt

ST 74/2015 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 16.9.2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 6.10.2015

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 75/2015 Tertialrapport 2 – 2015 med Kvalitets- og virksomhetsrapport pr. august 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 6.10.2015

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.

Enstemmig vedtatt.

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.

Sak 83/2015 - vedlegg 1

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.

ST 76/2015 Utbyggingsprosjektene – tertialrapportering 2 – 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 6.10.2015

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.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 77/2015 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 6.10.2015

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.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Sak 83/2015 - vedlegg 1

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.

ST 78/2015 Pasientsikkerhet – UNN-styrets involvering i langsiktig arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 6.10.2015

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.

Enstemmig vedtatt.

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.

ST 79/2015 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 6.10.2015

Skriftlige orienteringer

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

Muntlige orienteringer

Sak 83/2015 - vedlegg 1

3. Pasienttransport i Midt-Troms – oppfølging av anbud på pasientreiser, ref. orienteringssak 70/2015.
4. Oppnevning av nasjonalt utvalg som skal utrede ny organisering av spesialisthelsetjenesten – brukerutvalgets leder ved UNN er oppnevnt.
5. Orientering om dom i rettstvist mellom UNN og Øyfart AS
6. Alvorlig hendelse - unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13, jf. Hpl. § 21, jf. 23
7. Endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven 1.11.2015
8. Endringer i ambuleringsordning mellom Helse Finnmark HF og UNN
- *ansattevalgte representanter fratrådte i tråd med bestemmelsene i vedtektenes § 6 del 2.*

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 80/2015 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 6.10.2015

1. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 22.9.2015
2. Referat fra møte i Brukerutvalget 15.9.2015
3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 21.9.2015
4. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 23.9.2015
5. Kopi av brev til Helse Nord RHF fra Tromsø-området regionråd datert 4.9.2015
6. Brev fra Helsetilsynet datert 18.9.2015
7. Referat fra møte i OSO 17.9.2015
8. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget 29.9.2015

Innstilling til vedtak:

Sak 83/2015 - vedlegg 1

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 81/2015 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 6.10.2015

Ingen saker ble meldt opp.

Tromsø, 6.10.2015

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
84/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.11.2015

Saksansvarlig: Gøril Bertheussen
 Saksbehandler: Grethe Andersen/Thomas Krogh

Kvalitets- og virksomhetsrapport for september 2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for september 2015* til orientering.
2. Styret godkjenner seks utstyrssøknader på tilsammen 15,1 mill kr, inkludert to søknader som er hastegodkjent av direktøren. I henhold til konsernbestemmelsene skal utstyr over 10 mill kr godkjennes av Helse Nord RHF, og styret ber derfor Helse Nord RHF om å godkjenne investeringen i SPECT-CT skanner.
3. Styret gir sin tilslutning til direktørens fremlagte milepælsplan for når fristbrudd skal være fjernet, og ventetiden redusert, men ber om at direktøren legger frem en oppdatert plan i neste møte.

Sammendrag

Denne rapporten viser at Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) samlet sett oppfyller nasjonale mål for andel nye kreftpasienter som inkluderes i pakkeforløp, og tidsfrist fra mottatt henvisning til start av behandling for pasienter inkludert i pakkeforløp.

Fire av de ni obligatoriske tiltaksområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet er nå implementert i alle aktuelle enheter ved UNN, mens status for de øvrige fem er varierende. Det har vært fremgang i implementeringsgraden for alle områdene i 2015.

Gjennomsnittlig ventetid ved utgangen av september var 82 (+2) dager (med rett til prioritert helsehjelp 56 (-1) og uten rett 104 (+7) dager). Ved utgangen av september hadde 438 pasienter ventet mer enn ett år på behandling (-62 %). Antall fristbrudd ved månedsskiftet var 39 (-61 %).

Epikriseandel innen sju dager var 71 % og 87 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern, mens andel strykninger fra planlagt operasjonsprogram var 0,8 % i september.

Gjennomsnittlig antall månedsverk per september ved UNN er 6384. I tillegg ble det leid inn helsepersonell tilsvarende 24 månedsverk. Sykefraværet i september var 7,9 %.

Regnskap for september viser et overskudd på 3,0 mill kr, men et budsjettavvik på -0,3 mill kr. Akkumulert hittil i år viser regnskapet et overskudd på 10,7 mill kr og et budsjettavvik på -19,3 mill kr. Merforbruket på investeringssiden er nå korrigert.

Direktøren er fornøyd med at trenden tilknyttet færre fristbrudd og langtidsventende fortsetter, og foreslår, som oppfølging av styrevedtak i Helse Nord RHF, en milepælsplan for når fristbrudd skal være fjernet, og ventetiden redusert. UNN har i stor grad lyktes med å etablere kreftpakkeforløpene som forutsatt, men det er fortsatt forbedringspotensial for flere av pakkeforløpene. Bruken av pasienthotellet er økende, med forventning om ytterligere økning i månedene fremover. Prognosen er oppjustert til +60 mill kr basert på høyere ISF-inntekter og lavere kostnader knyttet til lønnsoppgjøret.

Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) presenterer resultater rundt helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse, miljø og sikkerhet. Rapporten oversendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdata både på foretaks- og konsernnivå.

Formål

Kvalitets- og virksomhetsrapporten skal gi nødvendig ledelsesinformasjon om status ved UNN i forhold til eiers krav samt interne satsningsområder.

Saksutredning

Kvalitet

Nasjonal målsetting er at minst 70 % av nye kreftpasienter skal utredes i pakkeforløp. UNN overholder denne målsettingen for kreftpasientene, samlet sett. For pasienter med brystkreft, tarmkreft, hode- og halskreft, lungekreft, lymfom samt kreft i spiserør og magesekk, er over 70 % av pasientene inkludert i pakkeforløp. For pasienter med prostatakreft (25 %), blærekreft (37 %) og diagnostiske pakkeforløp (62 %) er målsettingen ennå ikke oppnådd. Pasientgrunlaget for de øvrige pakkeforløpene er lite.

For den totale forløpstiden fra mottak av henvisning til start av første behandling, oppnås anbefalt forløpstid i de fleste pakkeforløpene. For noen behandlingalternativer er antall pasienter så lavt at resultatet målt i prosent ikke kan vektlegges vesentlig. Det er fortsatt utfordringer med å oppnå normert forløpstid, fra ferdig utredning/klinisk beslutning til start av kirurgisk behandling, for brystkreft og tarmkreft.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling fra venteliste til og med september, var 82 (median 54) dager. Dette er to dager mer enn for samme periode i fjor. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 56 (median 42) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet 104 (median 69) dager. Antall pasienter på venteliste er 13 059, en nedgang på 3 383 (-21 %) fra i fjor.

Sak 84/2015

Ventetiden for de som fortsatt står på venteliste er 101 dager. Dette er en reduksjon på 23 dager sammenlignet med i fjor (-19 %). Rettighetspasientene har i gjennomsnitt stått 61 dager på venteliste, mens de uten rett til prioritert helsehjelp har ventet 120 dager.

Ved utgangen av september var det 438 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Dette er en reduksjon på 718 pasienter (-62 %) sammenlignet med samme tid i fjor.

Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i september var 1 546, en nedgang fra i fjor med 36 (-2 %).

Antall fristbrudd ved utgangen av september var 39, en reduksjon på 61 (-61 %) sammenlignet med samme tid i fjor.

Andelen epikriser sendt innen syv dager var i september 71 % og 87 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall pasienter som lå på korridor per dag i september var ni, mens andelen strykninger av planlagte operasjoner var 0,8 %. Nedgangen i strykninger skyldes etter all sannsynlighet opprettelsen av ny dagkirurgisk enhet.

Pasientsikkerhet

Det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet omfatter blant annet ni obligatoriske tiltaksområder. Nasjonalt mål er at alle disse skal være fullt implementert innen utgangen av 2016, mens UNN har intern målsetting om at dette skal være gjennomført i løpet av inneværende år. Status for fire av disse er at de er fullt implementert i UNN (trygg kirurgi, behandling av hjerneslag, forebygging av selvmord og forebygging av overdosedødsfall). Tiltaksområdene forebygging av urinveisinfeksjon ved blærekateter, forebygging av fall og forebygging av trykksår er helt eller delvis implementert i et flertall av aktuelle enheter, mens forebygging av blodbaneinfeksjon ved sentralt venekateter og samstemming av legemiddellister, er de tiltaksområdene der færrest enheter har fullført eller startet implementeringsarbeidet. Når det gjelder legemiddel-samstemming, planlegges det klinikkvis implementering, med Medisinsk klinikk samt Hjerte- og lungeklinikken som de to første.

Aktivitet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+6 %). Dette skyldes økning i polikliniske konsultasjoner (+7 %). Antall døgnopphold er også noe høyere enn plan (+2 %), mens både polikliniske dagbehandlinger (-1 %) og innlagte dagopphold (-2 %) er lavere enn plan. DRG-aktiviteten er 782 poeng over plan (+2 %). Bruk av pasienthotellet øker. Dette gjelder både den generelle beleggprosenten som økte fra 44 i august til 58 i september, og andel liggedøgn på hotell som for september var 9 %.

Hittil i år er antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet redusert med 269 (-5 %) sammenlignet med samme tid i fjor, mens det innen psykisk helsevern har vært en økning på 130 (+6 %). Antall røntgenundersøkelser (+4 %) og laboratorieanalyser (+7 %) er høyere enn plan. Det siste skyldes blant annet høy forekomst av influensa i 2015 i årets første måneder. Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne (+7 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (+2 %) ligger over plan. Akkumulert er aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge noe (-2 %) lavere enn plan.

Personal

Antall månedsverk i september var 6 407. Dette gir et gjennomsnitt hittil i år på 6 384, som er en økning på 36 månedsverk sammenlignet med i fjor. I tillegg leies det i gjennomsnitt 17 sykepleiermånedsverk og syv legemånedsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er redusert (-63 %), mens antall innleide leger er på samme nivå som i fjor.

Sykefraværet i september var 7,9 %. Dette er en nedgang på 0,4 % sammenlignet med samme måned i 2014. Nedgangen skyldes først og fremst at langtidsfraværet har gått ned (-0,6 %). Sykefraværsprosenten gjenspeiler at det i gjennomsnitt var 308 ansatte borte fra UNN hver dag i september. I september var det registrert 422 ansatte med sykemelding utover 16 dager, hvorav 196 (46,5 %) var graderte. Dette er en forbedring fra forrige måned, men fortsatt under måltallet på 50 %.

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 september viser et resultat på +3,0 mill kr, noe som gir et budsjettavvik på -0,3 mill kr. Akkumulert hittil i år viser regnskapet et overskudd på 10,7 mill kr og et budsjettavvik på -19,3 mill kr.

Driftsinntektene for september viser et avvik på -1,4 mill kr. Øremerkede tilskudd har det største negative avviket (-8,8 mill kr), mens ISF har positivt avvik (+9,8 mill kr). Driftskostnadene har et avvik på -1,9 mill kr. Varekostnader (-7,0 mill kr) og lønn (+14,1 mill kr) har de største avvikene. Finanspostene viser et avvik på +2,9 mill kr.

Årsprognosen for 2015 er et resultat på +60 mill kr. Et lavere lønnsoppgjør samt høyere ISF-inntekter enn budsjettet utgjør hovedpunktene for den positive prognosen utover styringsmålet. I tillegg ligger det ubrukte midler knyttet til fritt behandlingsvalg mot slutten av året.

Gjennomføring av planlagte tiltak

I september er det realisert en økonomisk effekt på 21,0 mill kr. Akkumulert hittil er det beregnet en økonomisk effekt på 135,5 mill kr. Dette gir en gjennomføringsgrad på 65,9 % hittil i år. For september isolert var gjennomføringsevnen høyere, 82,1 %.

Investeringer

I RHF's styresak 110-2015 *Budsjett 2016 foretaksgruppen, rammer og føringer* er investeringsrammene for utstyr med mer økt med 33 mill kr som følge av forventet overskudd på Pasienthotellet. Videre er rammen for Pasienthotellet korrigert til 328 mill kr. I september 2015 er det forbrukt 82,8 mill kr av investeringsrammen og hittil i år er det totalt investert for 410,6 mill kr.

For utstyr med mer er det hittil i år bokført investeringer for 82,8 mill kr. Rest investeringsramme i 2015 er 48,3 mill kr. UNN har utestående forpliktelser på 38,8 mill kr. Det er usikkert hvor mye av dette som kommer og bokføres i 2015. Erfaringsmessig er det et etterslep som tilsier at ca 1/3 av forpliktelsene påløper inneværende år, mens de øvrige forpliktelsene påløper neste år. Rest investeringsramme pr september, inkludert andel forpliktelser som bokføres inneværende år, gir en disponibel investeringsramme for utstyr med mer, på omlag 35 mill kr.

UNN har per utgangen av september en likviditet på 540 mill kr. Så langt i år er utviklingen godt i tråd med prognosen. Økning i likviditeten ved årets start, skyldtes egenkapitaltilskudd fra

Helse Nord RHF og låneopptak i forbindelse med A-fløya. Utbetaling av pensjonsforpliktelser vil redusere likviditeten i oktober, noe prognosen har tatt høyde for.

Kommunikasjon

Endelig klarsignal for at UNN får låne penger til å bygge PET-senter samt offisiell åpning av Pingvinhotellet, ga positive medieoppslag i september. Lærings- og mestringssenteret ved UNN Harstad fikk god omtale av sine kurs rettet mot pasienter og pårørende, og det ga positiv uttelling at Barneavdelingen mottar penger til kreftforskning for barn. Utfordringer knyttet til den nye drosjeavtalen i Midt-Troms medførte nye negative omtaler i lokalavisene, ettersom det fortsatt er kapasitetsproblemer i dette området.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalget, samt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 26-28.10.2015. Referater/ protokoller fra møtene legges frem til styrets behandling som egne referatsaker 11.11.2015.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg forventer at tiltak for å få ned legemiddelavvik blir iverksatt, og bemerker i tillegg at *brudd på rutine eller prosedyre* representerer største årsak til avvik. Ansattes representanter og vernetjenesten var opptatt av at det er ønskelig med et sterkere fokus på aktivitetsbasert bemanningsplanlegging i den daglige virksomheten. Arbeidsmiljøutvalget ga sin tilslutning til en anbefaling fra Bedriftshelsetjenesten om å ikke rapportere arbeidsrelatert fravær for det legemeldte fraværet.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at antall langtidsventende og fristbrudd fortsetter å gå ned. Dette viser at rydding i ventelistene og avvikling av langtidsventende har effekt. Det er bemerkelsesverdig at antall pasienter på venteliste er vesentlig redusert uten at aktiviteten har økt tilsvarende. Dette kan skyldes dels noe strammere prioritering av henvisninger, og bedre rydding i ventelistene. Avvikling av langtidsventende og rydding i ventelister har medført at ventetiden for de som fortsatt står på venteliste er redusert med nesten 20 % på ett år. Økningen i ventetiden for pasienter avviklet fra venteliste er et resultat av avvikling av flere langtidsventende.

Aktiviteten har økt som et resultat av flere polikliniske konsultasjoner. Direktøren vil trekke frem voksenpsykiatrien som har en aktivitet som øker i tråd med oppdragsdokumentet. Samtidig er antall fristbrudd innen voksenpsykiatrien nå null. Det er samtidig krevende med et vedvarende høyt nivå for antall utskrivingsklare i voksenpsykiatri. Dette følges opp mot kommunene.

Trenden med vekst i antall DRG-poeng sammenlignet med plantall fortsetter. Dette vurderes å være et resultat av målrettet innsats for å bedre den medisinske kodingen. Inntektsøkningen, høyere gjennomføringsgrad enn tidligere for planlagte tiltak og effekten av lavere lønnsoppgjør enn budsjettet, gir grunnlag for å justere prognosen for det økonomiske resultatet for 2015 til +60 mill kr, hvilket er 20 mill kr bedre enn budsjett. Hvis prognosen nås, vil 20 nye millioner kunne frigis til investeringer i medisinskteknisk utstyr neste år.

Sak 84/2015

Investeringsregnskapet viser at merforbruket nå er korrigert. Dette skyldes stram styring hittil i år og utvidet ramme fra Helse Nord RHF til medisinskteknisk utstyr med mer etter blant annet korrigerings av rammen i Pasienthotellprosjektet. Styret i Helse Nord RHF skal behandle en presisering av konsernbestemmelsene for investeringer i november. Direktøren utarbeider en skriftlig orientering om dette og konsekvenser for UNN til neste møte.

Sykefraværet er fortsatt for høyt. Styret har tidligere drøftet hvorvidt arbeidsrelatert fravær bør rapporteres også for det legemeldte fraværet. Dette er nå utredet av Bedriftshelsetjenesten, som ikke anbefaler en slik løsning, delvis fordi det vil være metodisk vanskelig å innhente pålitelige tall, og delvis fordi tall på aggregert nivå vil være av beskjedne verdi. Arbeidsmiljøutvalget har gitt sin tilslutning til denne vurderingen, og anbefaler at årsakene til sykefravær følges opp lokalt i henhold til handlingsplanen for HMS-arbeid som utvalget nylig har vedtatt.

Nytt pasienthotell gir UNN muligheter for bedre pasientbehandling og logistikk. Utnyttelse av kapasiteten følges nå ved indikatorene *andelen av liggedøgnene som er på pasienthotellet* og den totale *beleggsprosenten* på hotellet. Begge indikatorer viser en økning i bruk, og forventes å øke ytterligere.

UNN har etter innføringen av pakkeforløpene gode resultater å vise til for mange av kreftforløpene. Det er likevel forbedringspotensial for flere av dem, spesielt de siste som er startet opp, både når det gjelder andelen pasienter som utredes i pakkeforløp og overholdelse av tidsfristene. Det siste henger delvis sammen med operasjonskapasiteten. Omfordeling av operasjonskapasitet for 2016 vil bli vurdert når endelige plantall foreligger i løpet av november.

Milepælsplan for fjerning av fristbrudd og reduksjon i ventetid

I tråd med styrevedtak i Helse Nord RHF foreslår direktøren en milepælsplan for fjerning av fristbrudd og reduksjon i ventetid. Foretakets strategi for å få redusert gjennomsnittlig ventetid til nasjonalt krav på 65 dager, er som tidligere å unngå langtidsventende over 12 måneder, samtidig som antall ventende over seks måneder også skal reduseres. Den store reduksjonen i antall langtidsventende inneværende år, har medført en betydelig nedgang i gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fortsatt står på venteliste. Dette understøtter at ventetid for avviklede pasienter vil gå betydelig ned når alle langtidsventende er avviklet. Direktøren foreslår derfor at milepælsplanen, i tillegg til å beskrive utvikling i antall fristbrudd, også beskriver utvikling i antall langtidsventende over 12 måneder, fremfor utvikling i ventetid.

Etter ikrafttredelse av ny Pasient- og brukerrettighetslov 1.11.2015 har foretaket plikt til selv å kontakte Helfo for pasienter der man ser at det er risiko for fristbrudd. Dette vil gjøre det noe enklere å unngå fristbrudd, samtidig som det øker forventningen til at fristbrudd ikke skal forekomme. Sett i sammenheng med utviklingen hittil i år, den aktuelle situasjon og ny ordning for håndtering av fristbrudd, anses derfor nedenstående milepælsplan for utvikling i antall reelle fristbrudd, som realistisk.

For langtidsventende har tiden fra bestillingen om å utvikle milepælsplan, vært for kort til en tilstrekkelig grundig prosess i alle klinikker som har langtidsventende. Tallene for langtidsventende er derfor grovere anslag fra øverste ledelse gjort ut fra nåværende status og utviklingen den senere tid. Direktøren vil i neste styremøte presentere mer gjennomarbeidede tall for den enkelte klinikk som fortsatt har utfordringer med langtidsventende.

Basert på ovenstående foreslår direktøren følgende milepælsplan:

Sak 84/2015

<i>Utgang av måned</i>	<i>Ventende over 12 måneder</i>	<i>Fristbrudd</i>
November 2015	300	20
Desember 2015	250	15
Januar 2016	200	5
Februar 2016	100	0
Mars 2016	0	0

Tromsø, 30.10.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapporten september 2015
2. Søknad til Helse Nord RHF

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

September 2015



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Kvalitet	4
Pakkeforløp- kreftbehandling	4
Pasientsikkerhetsprogrammet	6
Ventelister	6
Ventetid	7
Fristbrudd.....	9
Korridorpasienter	12
Strykninger	13
Epikrisetid	13
Aktivitet.....	14
Somatisk virksomhet	15
Psykisk helsevern voksne	18
Psykisk helsevern barn og unge.....	18
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	18
Samhandling	19
Utskrivningsklare pasienter	19
Forbruksrater.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Bruk av pasienthotell	21
Personal.....	21
Bemanning	21
Sykefravær.....	24
Kommunikasjon	25
Sykehuset i media.....	25
Økonomi.....	26
Resultat	26
Prognose.....	30
Gjennomføring av tiltak	30
Likviditet.....	31
Investeringer.....	31
Byggeprosjekter	33

Hovedindikatorer UNN HF:

<p>Antall langtidsventende ved utgangen av september (ventet mer enn 12 måneder)</p> <p style="text-align: center;">438</p>	
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av september</p> <p style="text-align: center;">39</p>	
<p>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</p> <p style="text-align: center;">9,0 %</p>	
<p>Sykefravær</p> <p style="text-align: center;">7,9 %</p>	
<p>Pakkeforløp – kreft</p> <p>Andel i pakkeforløp 70 %</p> <p>Andel innenfor frist 72 %</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

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

Tabell 1 Nye kreftpasienter per september 2015

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN, antall	Antall i pakkeforløp	pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	146	135	92	70
Hode- halskreft	30	26	86	70
Myelomatose	2	1	50	70
Akutt leukemi/myelodysplasi	1	0	0	70
Lymfomer	29	26	89	70
Bukspyttkjertelkreft	1	1	100	70
Tykk- og endetarmskreft	118	104	88	70
Blærekreft	27	10	37	70
Nyrekreft	14	1	7	70
Prostatakreft	85	22	25	70
Testikkelkreft	6	6	100	70
Livmorkreft	19	7	36	70
Eggstokkreft	11	3	27	70
Livmorhalskreft	10	7	70	70
Hjernekreft	1	0	0	70
Lungekreft	107	76	71	70
Spiserør og magesekk	18	15	83	70
Føflekkreft	9	9	100	70
Galleveiskreft	3	2	66	70
Diagnostisk pakkeforløp	40	25	62	70

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

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

	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Forløp innenfor frist, %	Median forløpstid	Anbefalt forløpstid
BRYSTKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	117	93	79	21	27
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	20	19	95	10	24
TYKK- OG ENDETARMSKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	85	57	67	29	35
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	3	1	33	37	35
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	23	19	82	27	39
LUNGEKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	14	12	85	26	42
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	21	19	90	19	35
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	26	20	76	20	42
PROSTATAKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	12	4	33	70	66
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	9	4	44	39	37
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	5	2	40	87	66
BLÆREKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	12	10	83	22	46
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	1	1	100	13	46
HODE- HALSKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	28	24	85	15	28
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	2	2	100	15	28
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	15	9	60	27	28
LYMFOMER					
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	29	22	75	13	21
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	4	3	75	15	28
MYELOMATOSE					
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	1	1	100	8	30
BUKSPYTTKJERTEKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	1	1	100	20	36
NYREKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	2	2	100	15	43
TESTIKKELKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	1	1	100	3	31
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	2	1	50	28	38
LIVMORKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	5	5	100	15	36
EGGSTOKKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	4	4	100	21	36
LIVMORHALSKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	1	0	0	125	36
HJERNEKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	1	1	100	10	21
KREFT HOS BARN					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	1	1	100	5	27
SPISERØR OG MAGESEKK					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	4	4	100	26	43
Fra henvisning mottatt til start Medikamentell behandling.	6	5	83	19	43
Fra henvisning mottatt til start Strålebehandling	3	3	100	26	43
FØFLEKKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	11	11	100	8	35
GALLEVEISKREFT					
Fra henvisning mottatt til start Kirurgisk behandling.	1	1	100	14	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP					
Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	32	21	65	16	xx

*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innen for standardforløpstid.

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

Pasientsikkerhetsprogrammet

Fire innsatsområder er fullstendig implementert i UNN HF i forhold til programmets målsetning:

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

Tabell 3 Utvikling på innsatsområder som ikke er fullt implementert, målt i antall sengeposter

Innsatsområde som ikke er fullt ut implementert	01.12.2014			01.06.2015			01.09.2015		
	Helt	Delvis	Ikke startet	Helt	Delvis	Ikke startet	Helt	Delvis	Ikke startet
Legemiddelsamstemming	0	1	Alle øvrige	1	5	Alle øvrige	1	5	Alle øvrige
UVI	3	12	8	7	8	8	10	6	7
SVK	1	6	12	4	4	11	7	4	8
Fall	2	12	7	9	7	5	10	7	4
Trykksår	2	12	7	8	10	3	9	10	2

Det har vært liten utvikling i sommermånedene, men nå merkes etterspørsel fra flere avdelinger i forhold til starthjelp. Når det gjelder legemiddelsamstemming, er det vanskelig å angi totalt antall enheter, da dette skal implementeres også i poliklinikker og dagenheter der det gjøres endringer i pasientens legemidler. Her planlegges klinikkvis implementering med Medisinsk klinikk og Hjerter- og lungeklinikken som første klinikker.

Ventelister

Tabell 4 Venteliste

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter på venteliste	16 176	16 442	13 059	-3 383	-21
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 642	4 414	4 283	-131	-3
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp	11 534	12 028	8 776	-3 252	-27
...herav med fristbrudd	209	100	39	-61	-61
...herav med ventetid over 365 dager	730	1 156	438	-718	-62
Gjennomsnittlig ventetid dager	113	124	101	-23	-19
Ikke møtt til planlagt avtale	1 538	1 582	1 546	-36	-2

Tabell 5 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

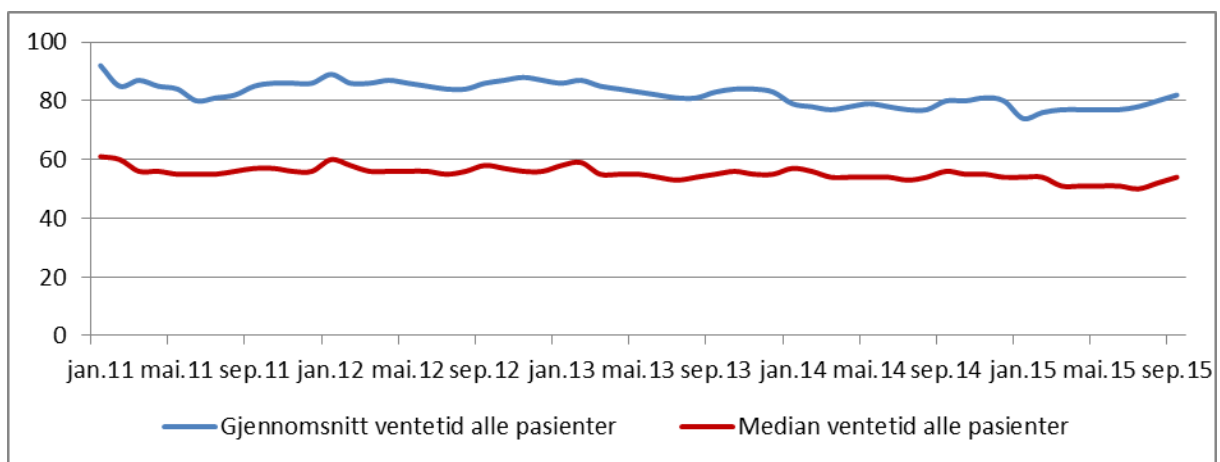
	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	37 620	38 515	39 477	962	2
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	17 132	17 296	18 486	1 190	7
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	20 488	21 219	20 991	-228	-1
...herav med fristbrudd	1 152	1 164	968	-196	-17
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	46	45	47	2	4

Ventetid

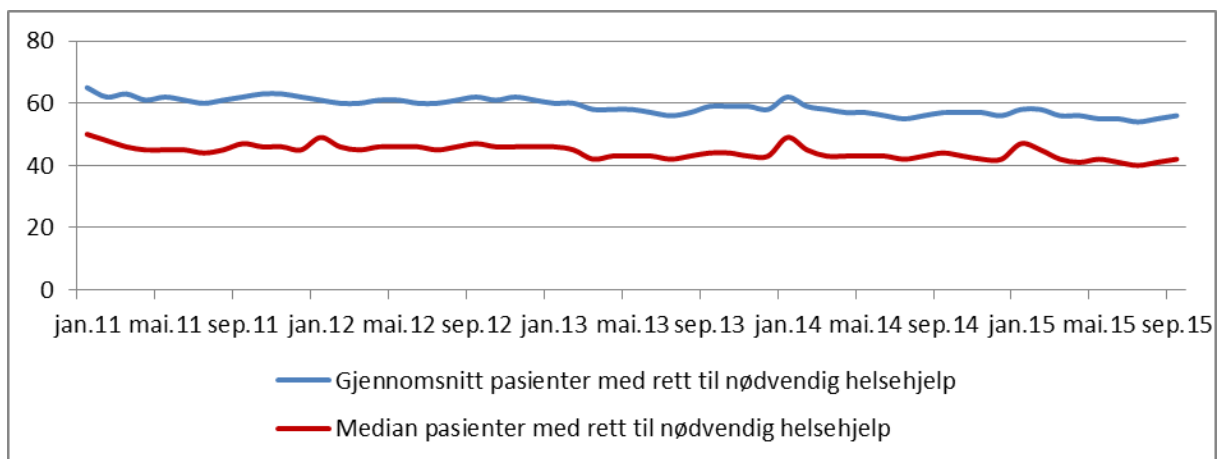
Tabell 6 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	83	80	82	2	3
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	59	57	56	-1	-2
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	102	97	104	7	7
Median ventetid i dager	55	56	54	-2	-4
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	44	44	42	-2	-5
.....pasienter uten Rett til nødvendig helsehjelp	68	69	69	0	0

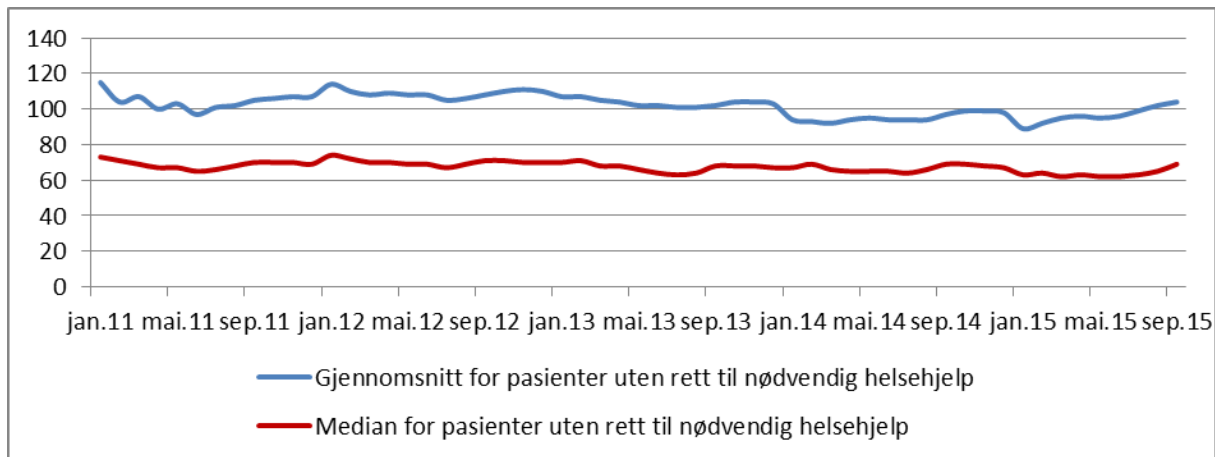
Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



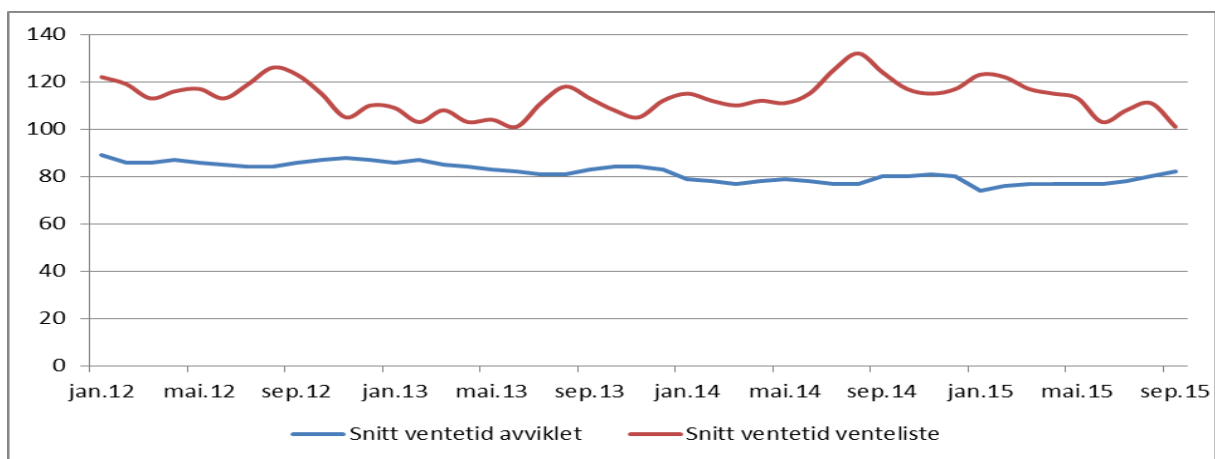
Figur 2 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter med rett til nødvendig helsehjelp



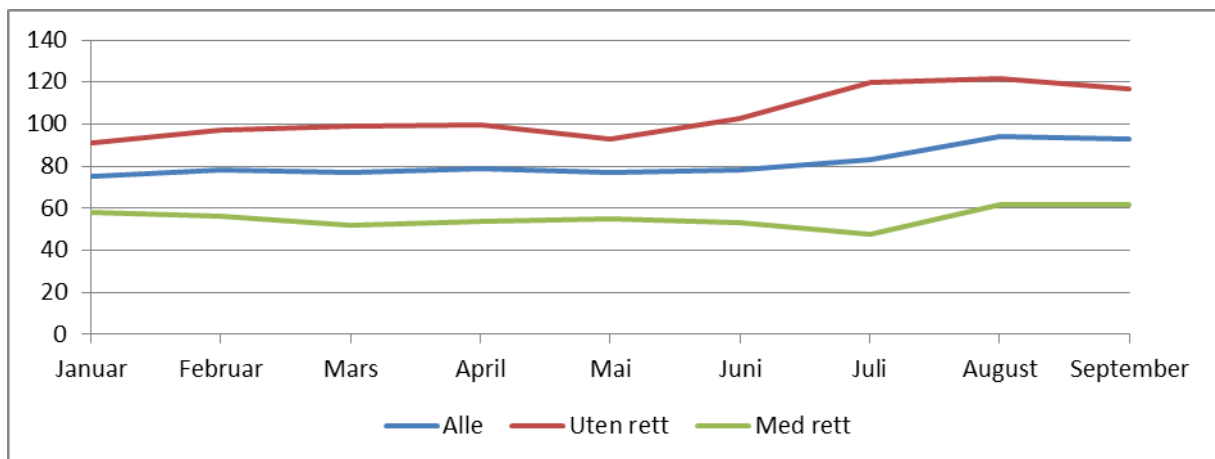
Figur 3 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp



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

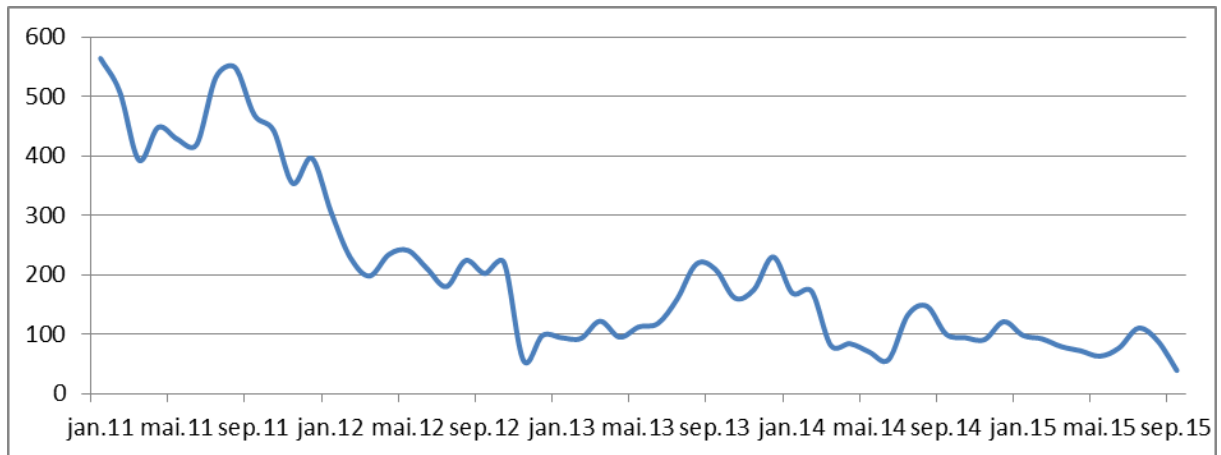


Figur 5 Utvikling i ventetid hittil i år for pasienter avviklet fra venteliste – måned for måned



Fristbrudd

Figur 6 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

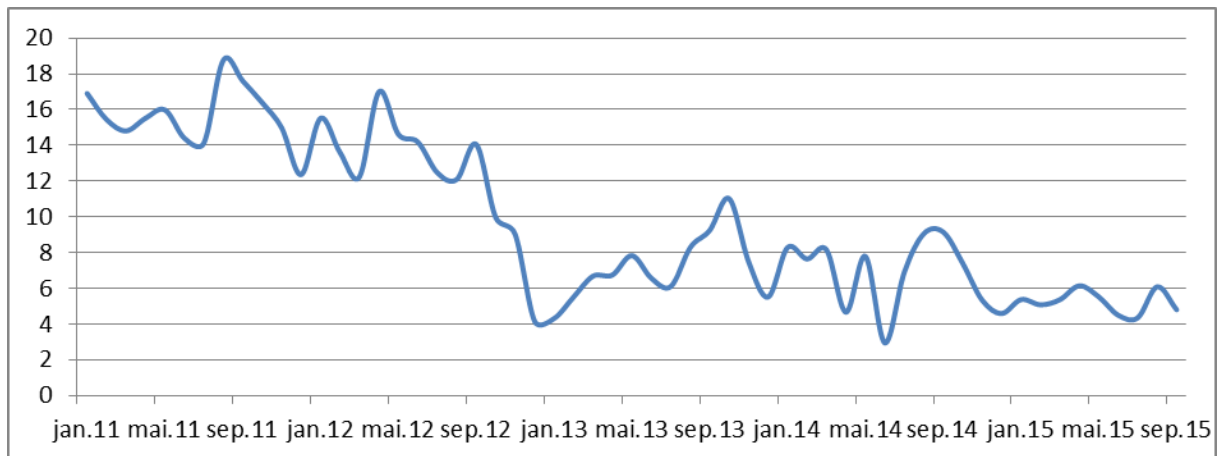


Tabell 7 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av september 2015

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	204	0
Barne- og ungdomsklinikken	2	232	1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7	564	1
Medisinsk klinikk	3	526	1
Hjerte- og lungeklinikken	6	387	2
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	20	2 370	1
UNN	39	4 283	1

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

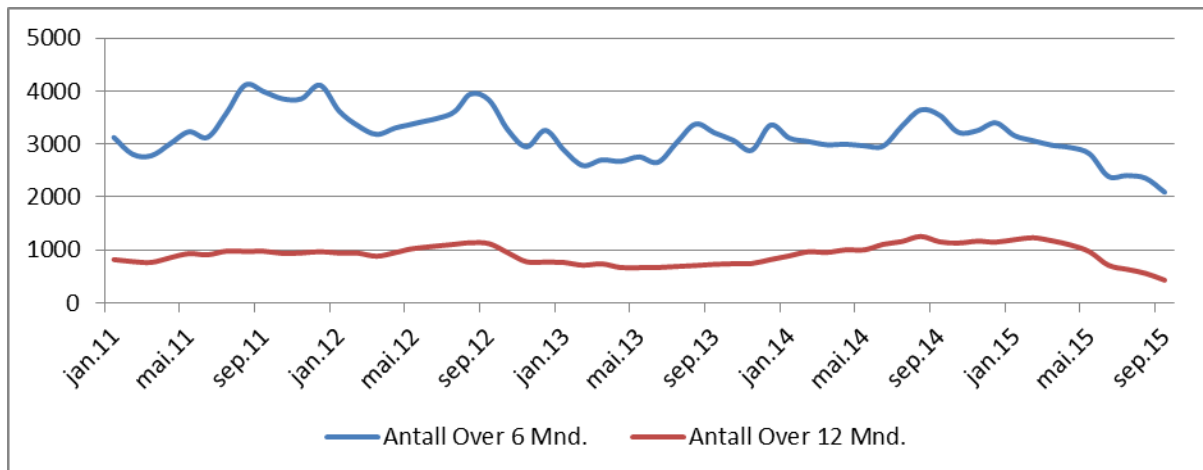
Figur 7 Prosent avvirket fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå



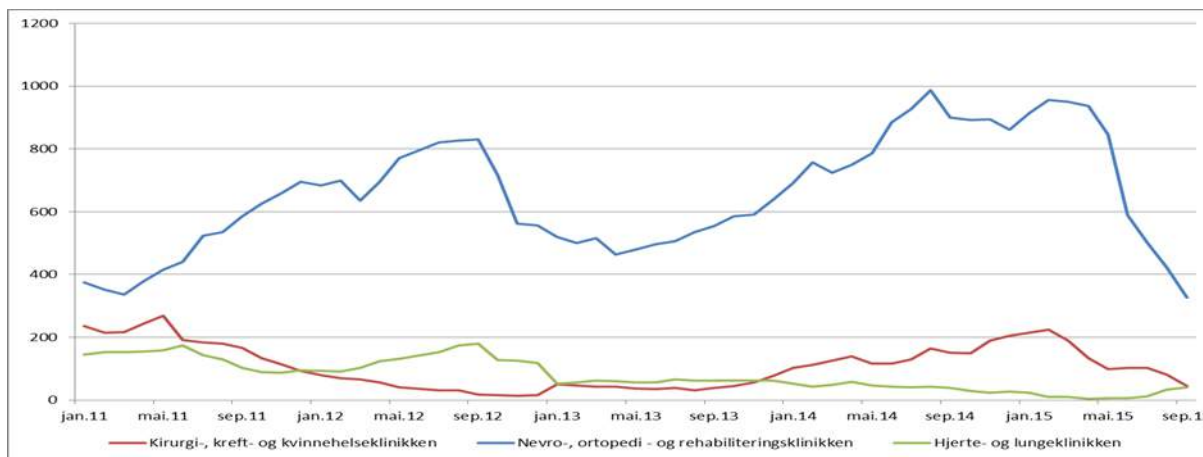
Tabell 8 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	aug.15	sep.15
Barne- og ungdomsklinikken	2	2
Hjerte- og lungeklinikken	13	12
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	26	43
Medisinsk klinikk	9	8
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	46	31
Psykisk helse- og rusklinikken	12	12
UNN	108	110

Figur 8 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 9 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



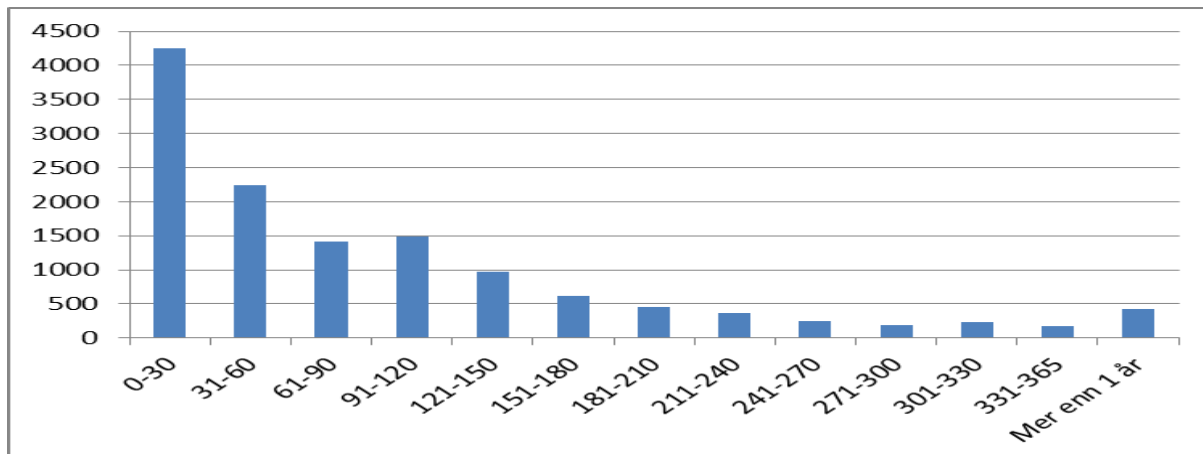
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

Tabell 9 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av september 2015

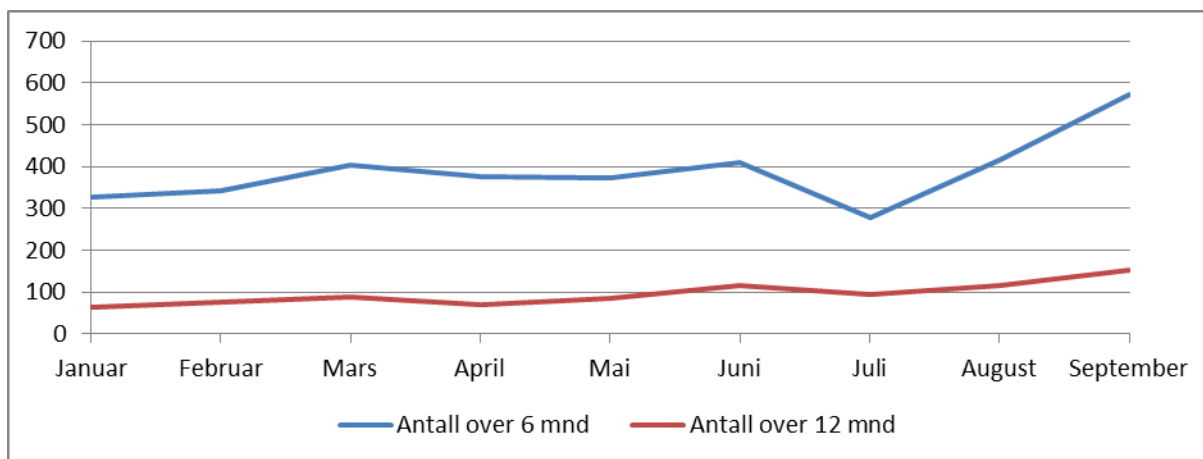
Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	45	2
Medisinsk klinikk	18	1
Hjerter- og lungeklinikken	40	4
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	327	5
UNN	431	3

Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

Figur 10 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)

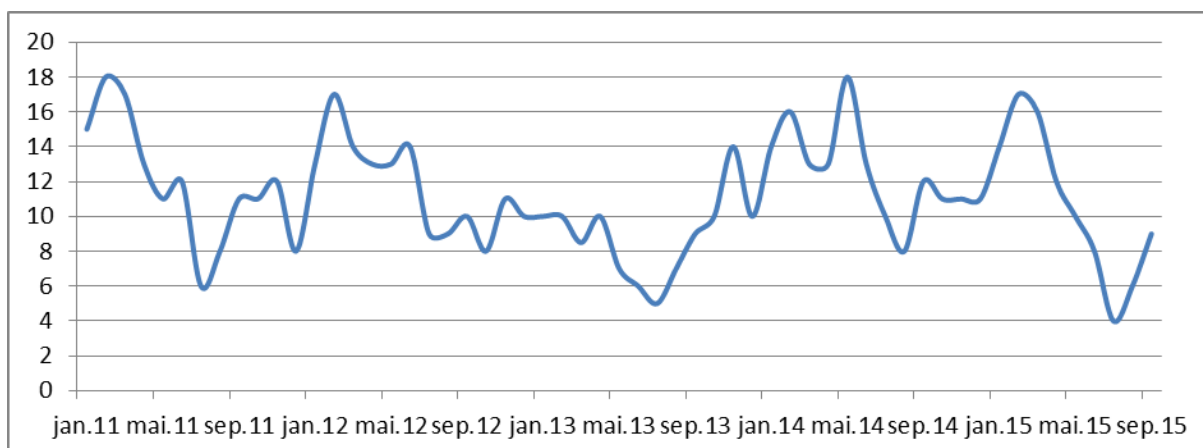


Figur 11 Utvikling i antall langtidsventende avvirket fra venteliste hittil i år – måned for måned



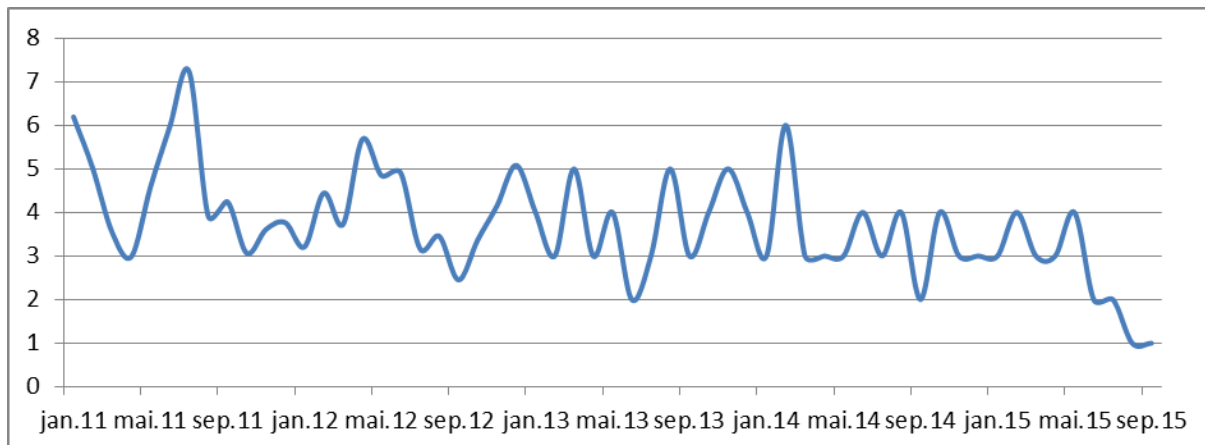
Korridorpasienter

Figur 12 Korridorpasienter– somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



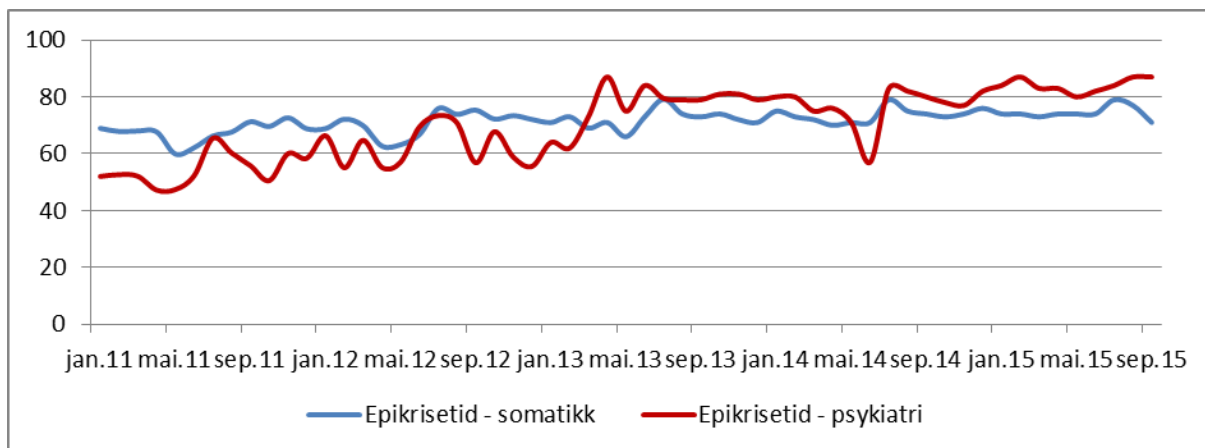
Strykninger

Figur 13 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



Epikrisetid

Figur 14 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Aktivitet

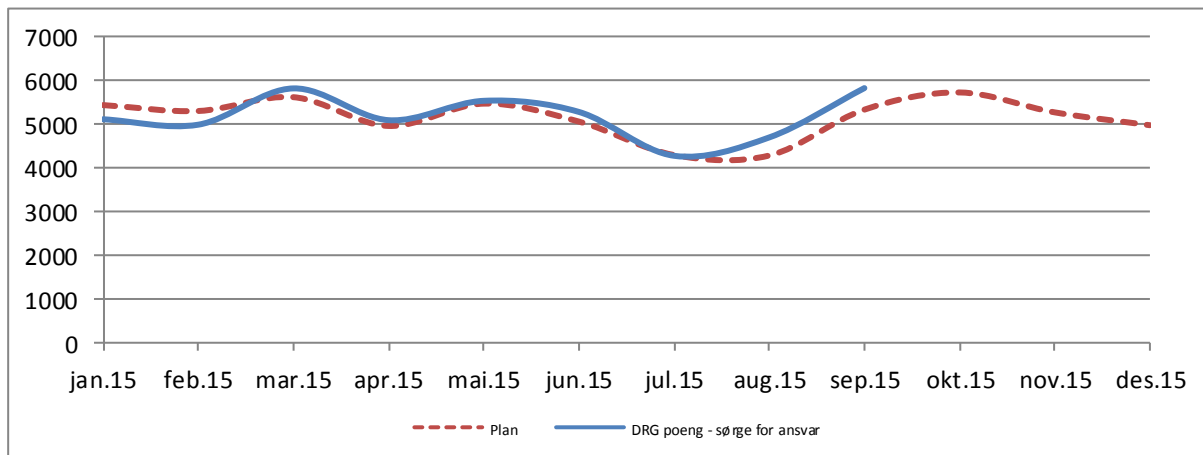
Tabell 10 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2013	2014	2015	Plantall 2015	Avvik fra 2014		Avvik fra plan 2015	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser heldøgn	29 923	29 683	29 665	29 157	-18	0	508	2
Innlagte dagopphold	4 444	4 724	4 579	4 671	-145	-3	-92	-2
Polikliniske dagbehandlinger	19 481	20 290	20 502	20 690	212	1	-188	-1
DRG poeng (2015 logikk)	45 181	46 530	46 674	45 892	144	0	782	2
Liggedager i perioden	123 322	122 701	122 426	122 732	-275	0	-306	0
Polikliniske konsultasjoner	180 381	182 427	185 310	173 984	2 883	2	11 326	7
Herav ISF	150 026	151 744	154 825	151 130	3 081	2	3 695	2
Kontrollandel poliklinikk	34 %	33 %	32 %	32 %				
Laboratorieanalyser	3 487 869	3 730 560	3 779 214	3 542 888	48 654	1	236 326	7
Røntgenundersøkelser	140 168	143 801	138 571	133 300	-5 230	-4	5 271	4
Fremmøte stråleterapi	12 202	10 265	10 261	10 283	-4	0	-22	0
Pasientkontakter	214 748	216 834	219 554	207 812	2 720	1	11 742	6
VOP								
Utskrivelser heldøgn	2 615	2 470	2 541	2 488	71	3	53	2
Liggedager i perioden	36 859	37 061	36 279	34 260	-782	-2	2 019	6
Polikliniske konsultasjoner	42 608	41 975	45 172	42 296	3 197	8	2 876	7
Pasientkontakter	45 223	44 445	47 713	44 784	3 268	7	2 929	7
BUP								
Utskrivelser heldøgn	132	160	132	183	-28	-18	-51	-28
Liggedager i perioden	1 800	2 306	2 186	2 161	-120	-5	25	1
Polikliniske konsultasjoner	17 516	18 304	17 911	18 214	-393	-2	-303	-2
Pasientkontakter	17 648	18 464	18 043	18 398	-421	-2	-355	-2
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Utskrivelser heldøgn	482	484	526	486	42	9	40	8
Liggedager i perioden	15 431	15 460	15 235	15 697	-225	-1	-462	-3
Polikliniske konsultasjoner	7 634	7 889	8 657	8 522	768	10	135	2
Pasientkontakter	8 116	8 373	9 183	9 008	810	10	175	2

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

Somatisk virksomhet

Figur 15 DRG poeng UNN 2015

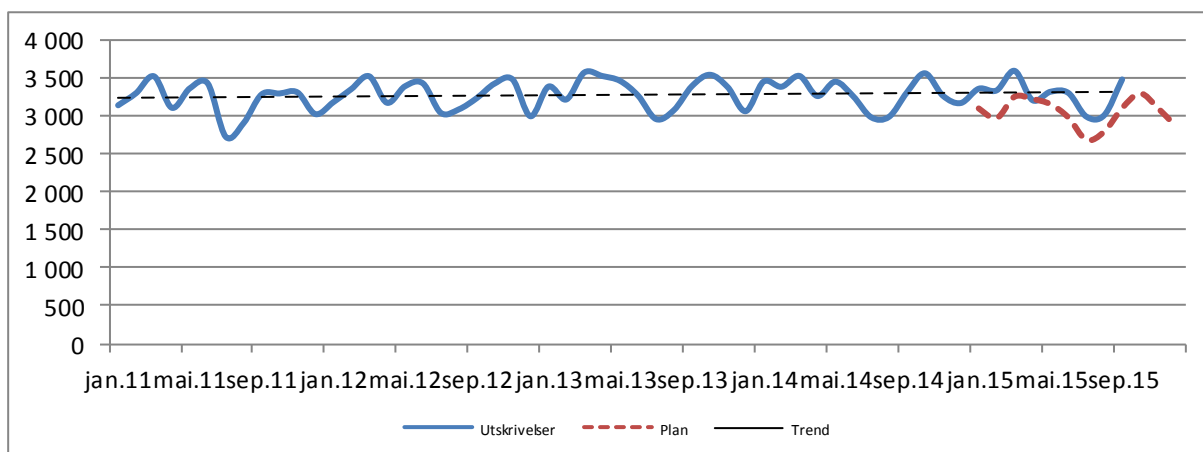


Tabell 11 DRG poeng hittil i år 2015 fordelt på klinikk

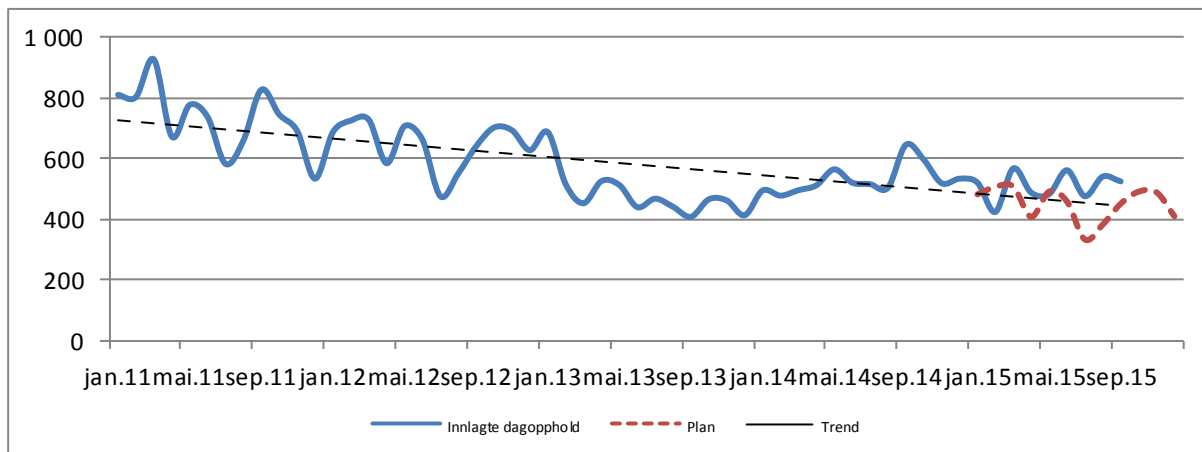
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 080	1 073	7
Barne- og ungdomsklinikken	2 145	2 083	62
Hjerte- og lungeklinikken	7 846	7 626	220
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	12 567	11 894	673
Medisinsk klinikk	8 929	8 565	364
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	12 899	12 823	76
Operasjons- og intensivklinikken	277	276	2
Totalt	45 744	44 339	1 404

DRG poeng – egen produksjon.

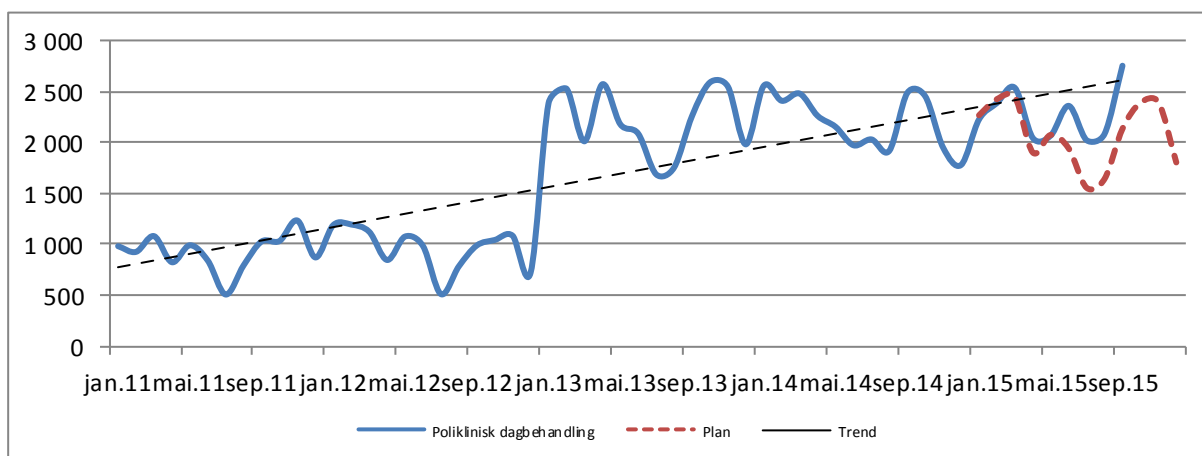
Figur 16 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



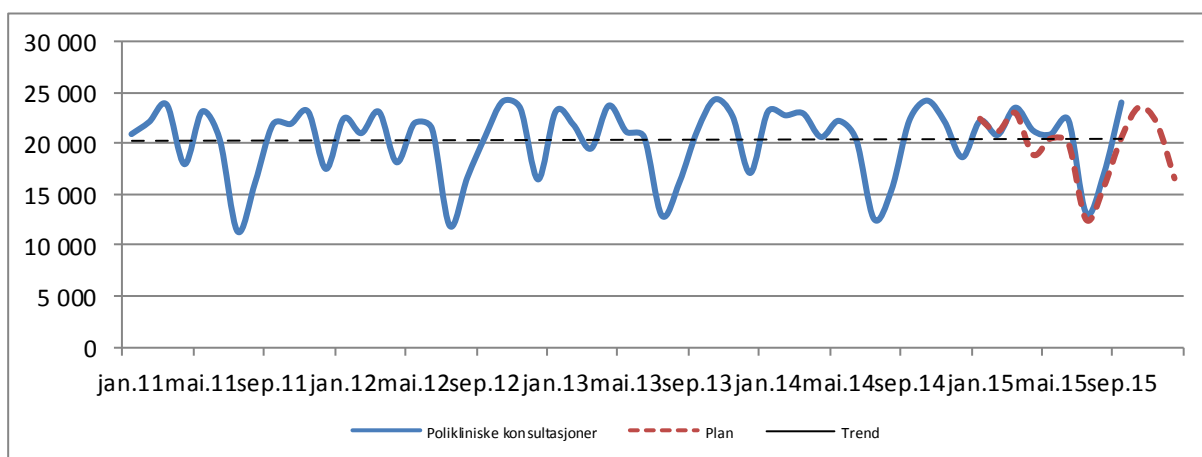
Figur 17 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



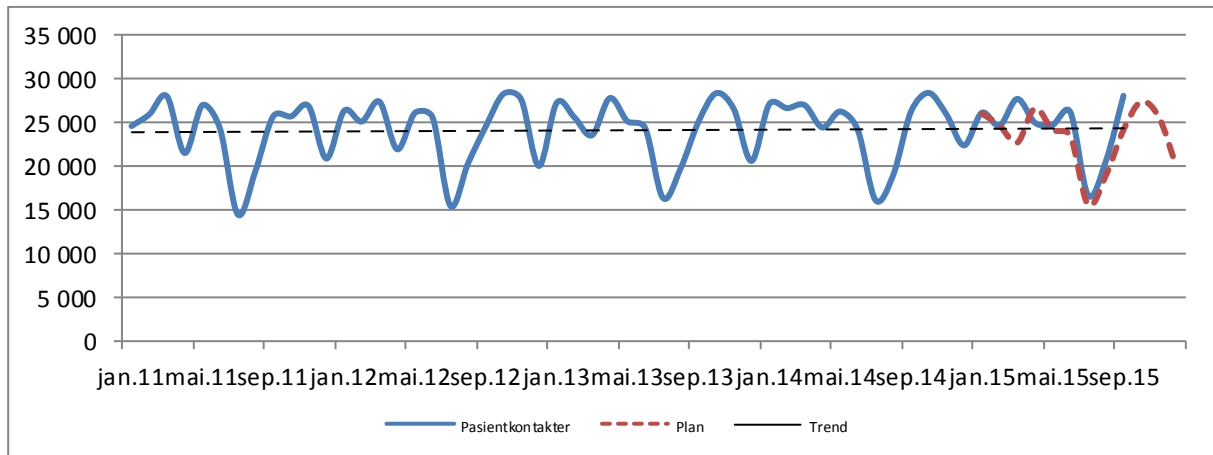
Figur 18 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



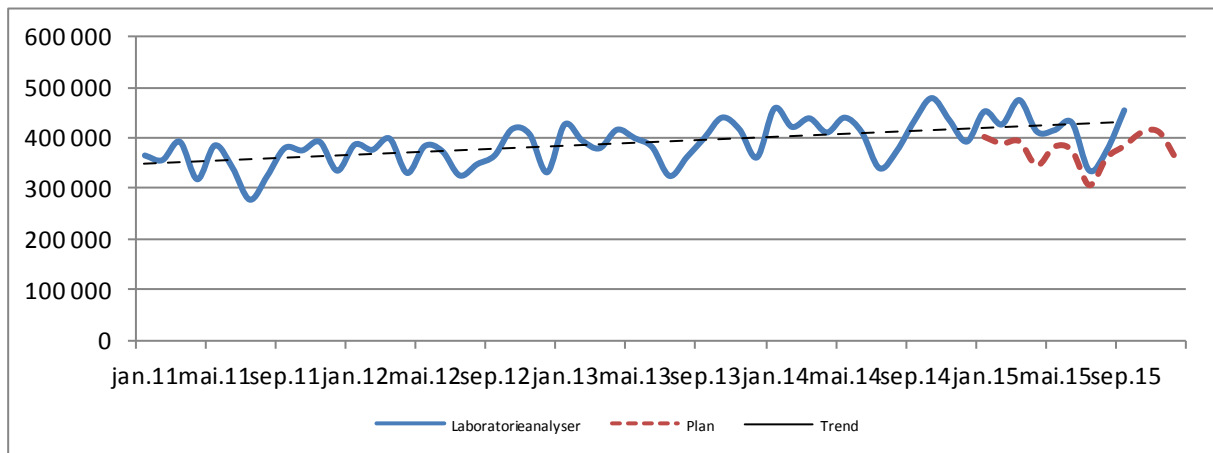
Figur 19 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



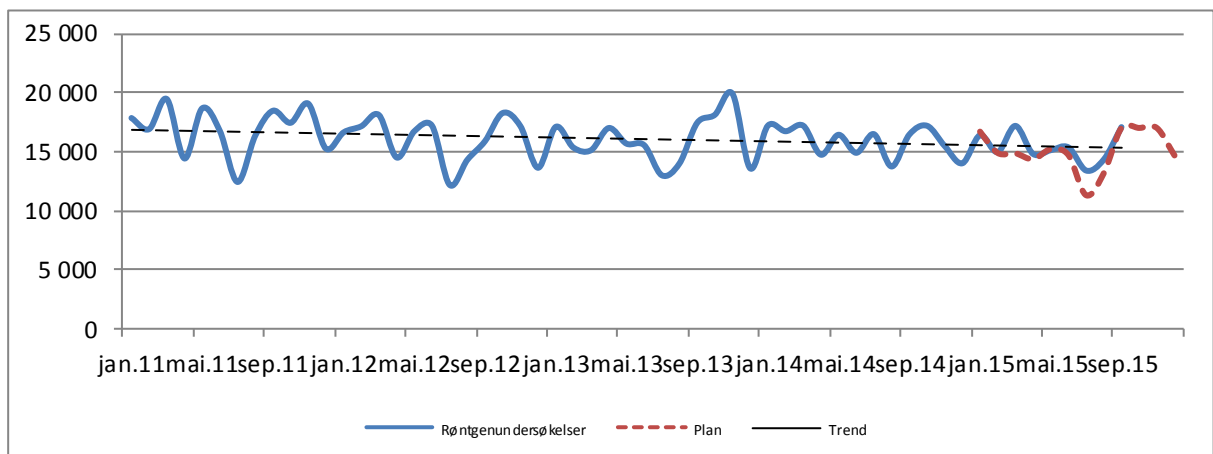
Figur 20 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 21 Laboratorieanalyser

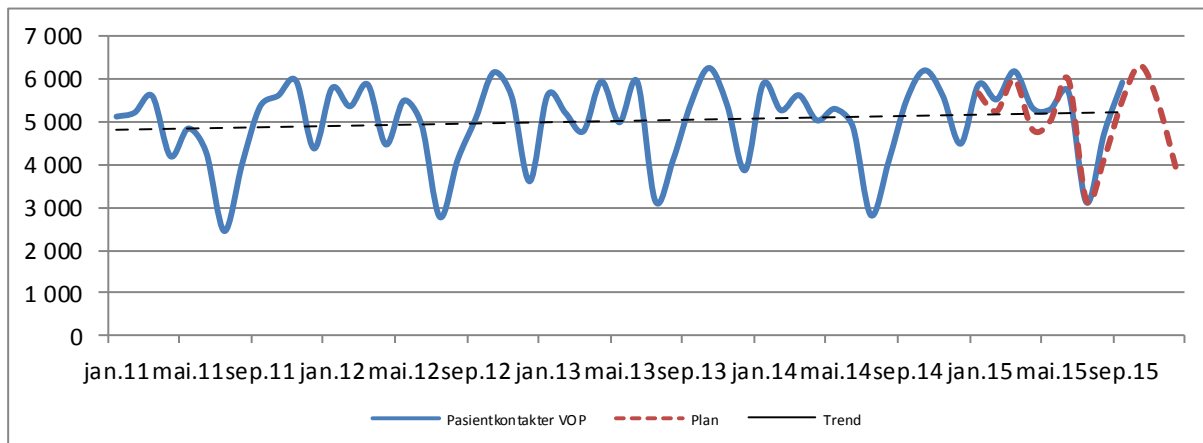


Figur 22 Røntgenundersøkelser



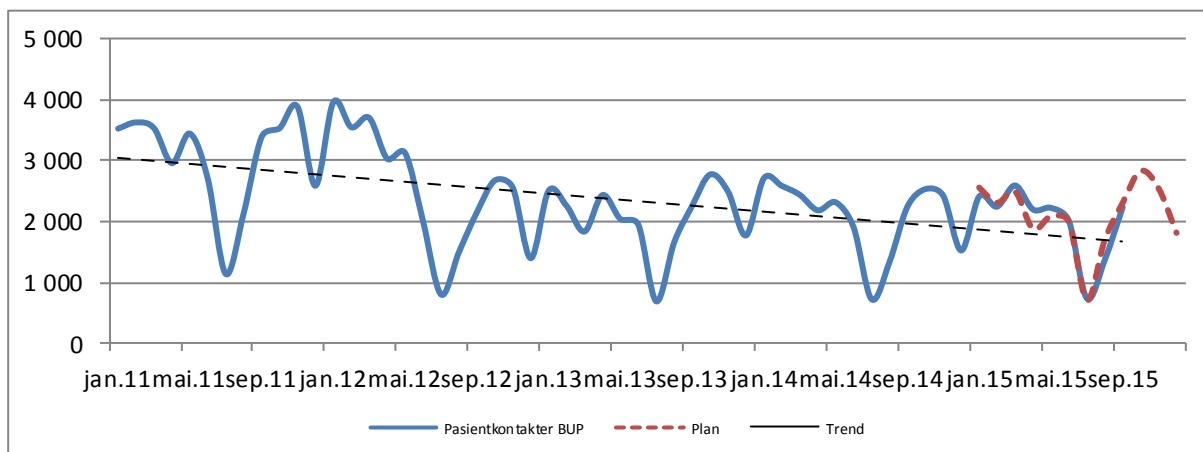
Psykisk helsevern voksne

Figur 23 Pasientkontakter – VOP



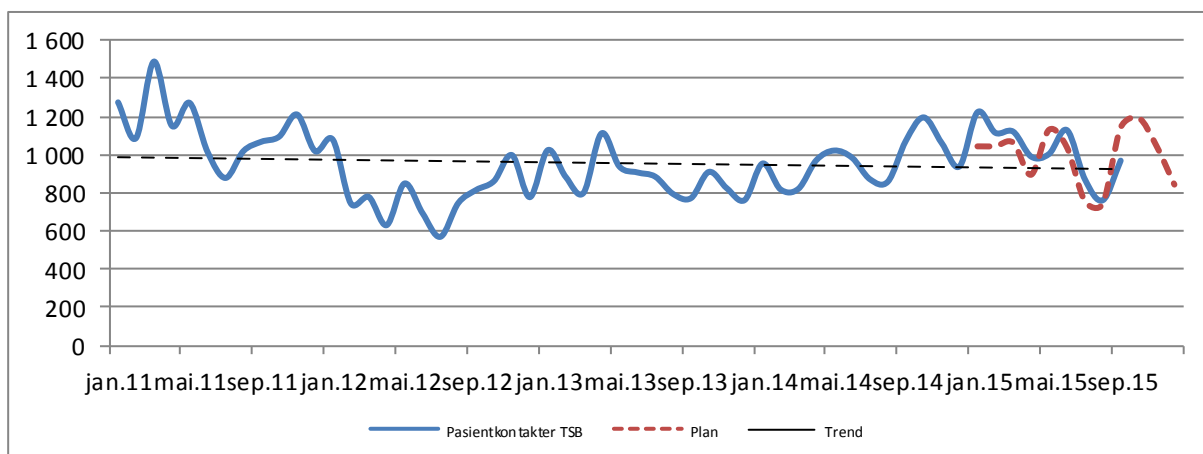
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 24 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 25 Pasientkontakter- TSB

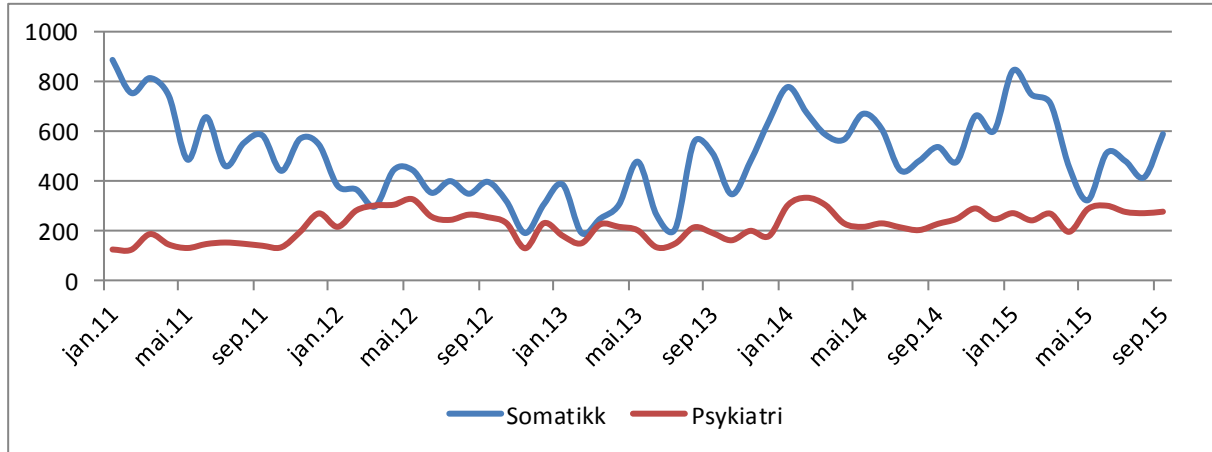


Samhandling

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 26 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykiatri

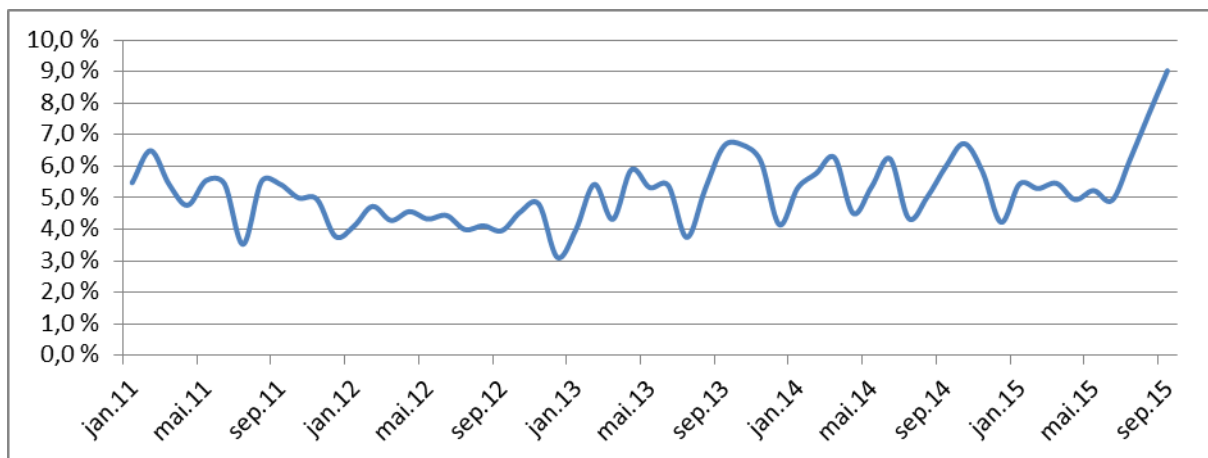


Tabell 12 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

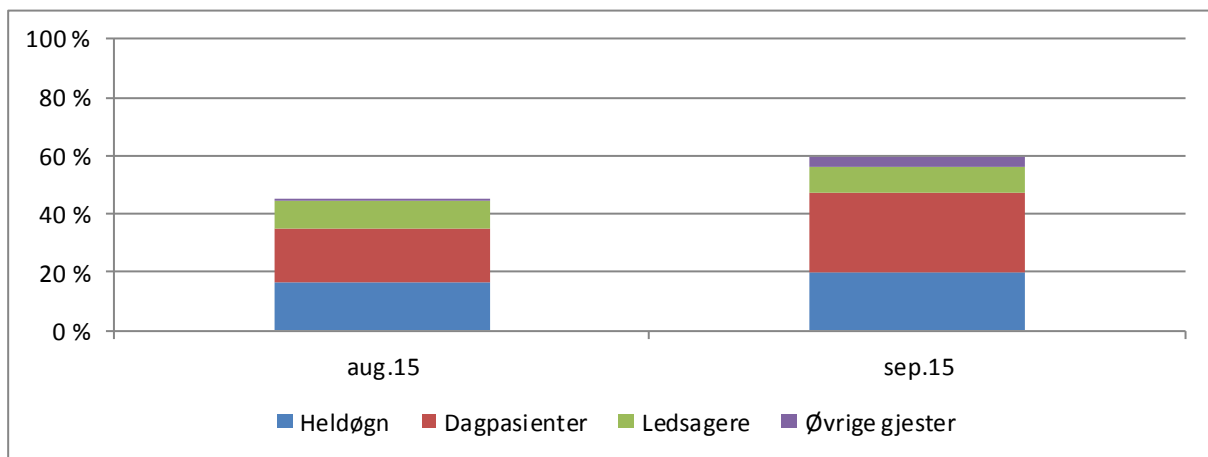
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-sep	Utskrivningsklare opphold jan-sep	Utskrivningsklare døgn jan-sep pr 1000 innbyggere
SALANGEN	134	30	60
HARSTAD	925	459	37
GRATANGEN	39	14	34
TROMSØ	2 449	352	34
TRANØY	47	14	30
NARVIK	542	255	29
NORDREISA	140	23	29
KVÆFJORD	70	46	23
BERG	17	5	19
LØDINGEN	40	42	19
TJELDSUND	22	18	17
IBESTAD	24	25	17
BALLANGEN	42	33	16
BARDU	63	16	15
KARLSØY	35	9	15
SKÅNLAND	45	45	15
DYRØY	13	3	11
LYNGEN	32	5	11
LENVIK	125	51	11
EVENES	14	13	10
KÅFJORD	21	8	10
STORFJORD	18	5	9
MÅLSELV	55	23	8
TYSFJORD	14	10	7
SØRREISA	21	13	6
SKJERVØY	16	8	6
TORSKEN	4	2	5
BALSFJORD	23	10	4
LAVANGEN	4	4	4
Totalsum	4 994	1 541	26

Bruk av pasienthotell

Figur 27 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



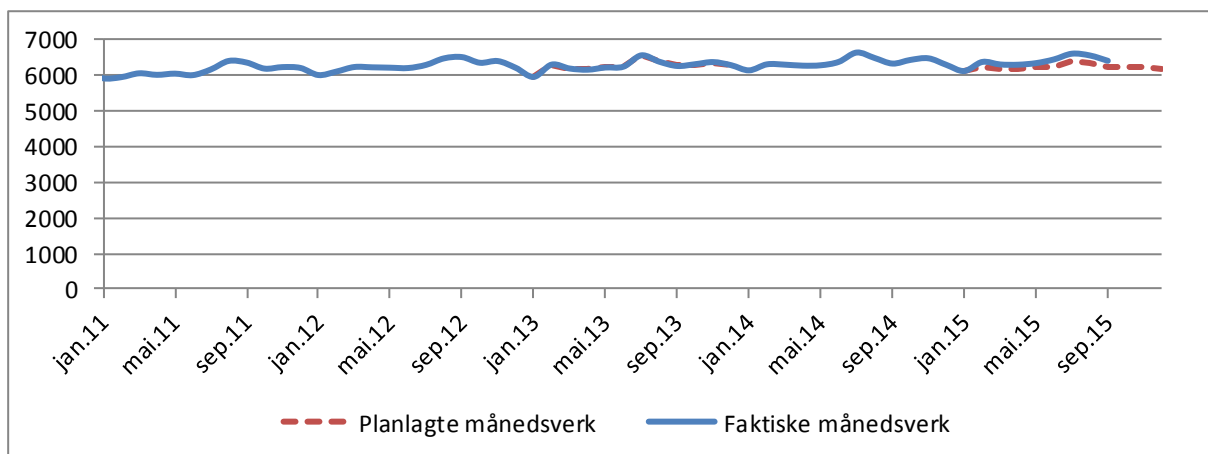
Figur 28 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Personal

Bemanning

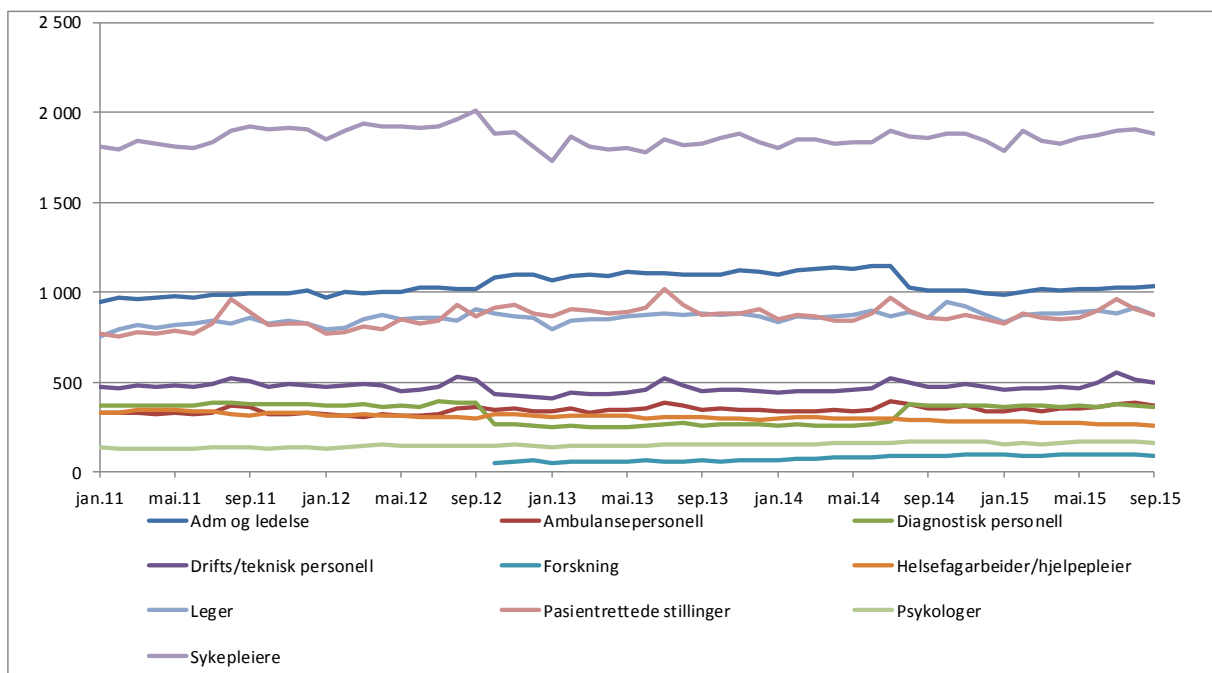
Figur 29 Brutto utbetalte månedsverk 2011-2015



Tabell 13 Brutto utbetalte månedsværk 2013-2015

Måned	2013	2014	2015	Plantall 2015	Avvik fra 2014
Januar	5 956	6 139	6 121	6 120	-19
Februar	6 301	6 308	6 375	6 235	67
Mars	6 191	6 299	6 305	6 203	5
April	6 157	6 271	6 298	6 198	27
Mai	6 219	6 282	6 342	6 238	61
Juni	6 242	6 377	6 447	6 252	70
Juli	6 561	6 639	6 607	6 401	-32
August	6 382	6 486	6 557	6 333	71
September	6 262	6 329	6 407	6 244	78
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	6 252	6 348	6 384	6 247	36

Figur 30 Brutto utbetalte månedsværk fordelt på profesjon 2011-2015

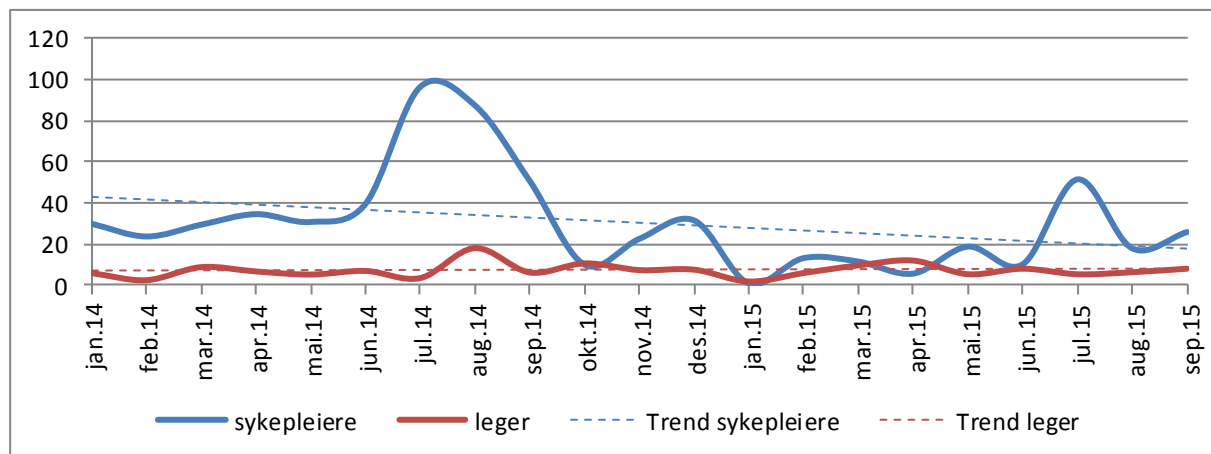


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 14 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2013-2015 til og med september

Profesjon	2013	2014	2015	Avvik fra 2014
Adm og ledelse	1 097	1 104	1 015	-89
Ambulansepersonell	351	352	359	8
Diagnostisk personell	258	288	367	80
Drifts/teknisk personell	452	467	488	21
Forskning	58	81	95	14
Helsefagarbeider/hjelpepleier	308	297	271	-26
Leger	858	868	880	12
Pasientrettede stillinger	908	875	879	4
Psykologer	146	160	163	3
Sykepleiere	1 807	1 847	1 863	17
Snitt hittil i år	6 252	6 348	6 384	36

Figur 31 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

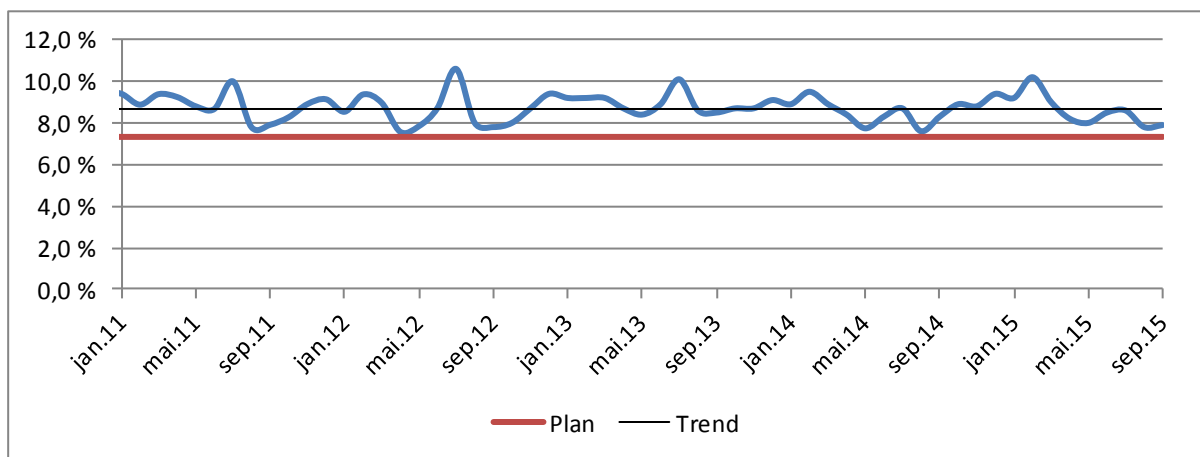


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i september 2015 er på 7,9 %. Samme måned i 2014 var sykefraværet 8,3 %. Dette er en reduksjon på 0,4 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) viser en reduksjon på 0,2 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet viser en økning på 0,3 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) viser en reduksjon på 0,6 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i september 308 ansatte borte fra jobb pga sykdom i UNN HF.

Figur 32 Sykefravær 2011-2015



Tabell 15 Sykefravær fordelt på klinikk i september og gjennomsnittlig sykefravær siste 12 måneder

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

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

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

Gradert fravær

Det har i september 2015 vært registrert totalt 422 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 196 graderte. Det tilsvarer en andel på 46,5 % graderte sykemeldinger. Andelen er høyere enn i forrige måned (37,2 %).

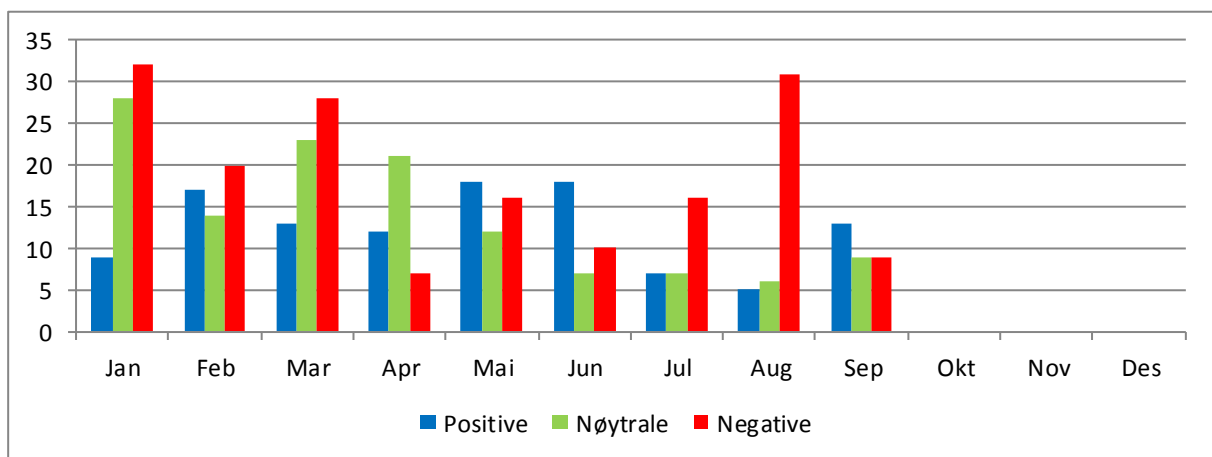
Gradert sykemelding er en hovedstrategi i IA-arbeidet. Partene i IA-avtalen, dvs. myndighetene, arbeidsgiversida og arbeidstakersida har satt mål om at 50 % av sykmeldingene skal være gradert.

Kommunikasjon

Sykehuset i media

Endelig klarsignal for at UNN får låne penger til å bygge PET-senter samt offisiell åpning av Pingvinhotellet, gir positive medieoppslag i september. Lærings- og mestringssenteret i Harstad får god omtale av sine kurs rettet mot pasienter og pårørende og det gir positiv uttelling at barneavdelingen mottar penger til kreftforskning for barn. Utfordringer knyttet til den nye drosjeavtalen i Midt-Troms fortsetter i negative ordelag i lokalavisene ettersom det fortsatt er kapasitetsproblemer i dette området.

Figur 33 Mediestatistikk 2015

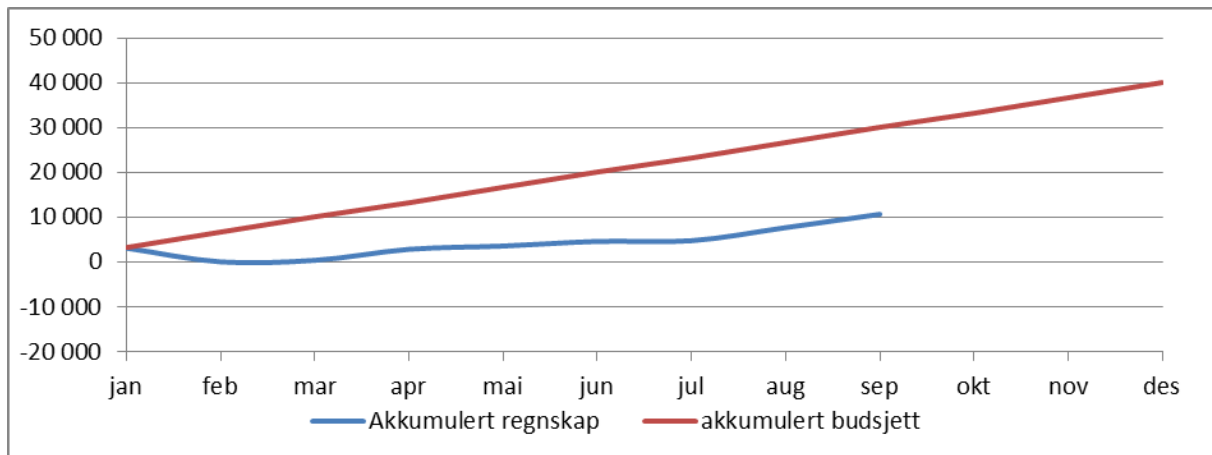


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nr.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 34 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 september er det et regnskapsmessig avvik på 3,0 mill kr som gir et budsjettavvik på -0,3 mill kr. Hittil i år er det akkumulert et budsjettavvik på -19,3 mill kr.

For september er de samlede inntektene 1,4 mill kr lavere enn budsjettet. ISF utgjør et positivt avvik på 9,8 mill kr og øremerkede tilskudd har et negativt avvik på 8,8 mill kr som de største avvikene.

Driftskostnadene er samlet sett 1,9 mill kr høyere enn budsjett. Varekostnader (-7,0 mill kr) og et positivt avvik på lønn (+14,1 mill kr) er de største avvikene.

Finanspostene viser et positivt avvik på 2,9 mill kr

Tabell 16 Resultatregnskap september 2015

Resultatrapportering (tall i mill kr)	September				Akkumulert per September				Akkumulert per September	
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Endring i drift 2014	Endring i %
Basisramme	382,0	382,1	-0,1	0 %	3 559,1	3 559,8	-0,7	0 %	226,5	7 %
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	0 %	26,9	26,9	0,0	0 %	5,4	25 %
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	121,5	110,8	10,7	10 %	975,1	945,6	29,5	3 %	242,0	33 %
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	-172,3	-100 %
Samlet ordinær ISF-inntekt	121,5	110,8	10,7	10 %	975,1	945,6	29,5	3 %	69,7	8 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,8	3,7	-0,8	-23 %	40,4	53,8	-13,4	-25 %	-1,7	-4 %
Gjestepasientinntekter	2,9	2,4	0,5	18 %	25,8	22,0	3,8	17 %	4,9	24 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/røntgen)	18,0	18,3	-0,3	-2 %	153,9	149,8	4,1	3 %	13,4	10 %
Utskrivningsklare pasienter	0,2	1,0	-0,8	-85 %	12,5	9,0	3,5	39 %	-3,6	-22 %
Inntekter "raskere tilbake"	1,9	1,3	0,6	50 %	16,2	10,4	5,8	56 %	0,1	1 %
Andre øremerkede tilskudd	24,8	33,5	-8,8	-26 %	153,1	243,5	-90,4	-37 %	10,4	7 %
Andre driftsinntekter	29,7	32,0	-2,3	-7 %	239,4	225,4	14,0	6 %	17,1	8 %
Sum driftsinntekter	586,7	588,1	-1,4	0 %	5 202,3	5 246,2	-43,9	-1 %	342,2	7 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	17,4	16,2	1,2	8 %	156,8	143,0	13,9	10 %	10,1	7 %
Kjøp av private helsetjenester	4,8	5,1	-0,4	-7 %	39,5	45,3	-5,9	-13 %	-0,4	-1 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	65,8	58,8	7,0	12 %	541,7	518,7	23,0	4 %	27,9	5 %
Innleid arbeidskraft	1,7	3,0	-1,3	-42 %	26,5	30,4	-3,9	-13 %	-19,7	-43 %
Lønn til fast ansatte	260,5	288,1	-27,7	-10 %	2 536,1	2 660,9	-124,7	-5 %	51,3	2 %
Overtid og ekstrahjelp	27,0	13,2	13,8	105 %	200,6	116,0	84,6	73 %	-4,8	-2 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	90,1	90,1	0,0	0 %	728,2	728,1	0,1	0 %	178,6	33 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,4	-19,1	-2,3	12 %	-200,6	-173,7	-26,9	15 %	-24,0	14 %
Annen lønnskostnad	27,4	24,1	3,3	14 %	218,3	204,1	14,2	7 %	-6,2	-3 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	295,1	309,2	-14,1	-5 %	2 780,9	2 837,6	-56,7	-2 %	-3,3	0 %
Avskrivninger	21,0	21,0	0,0	0 %	193,1	193,1	0,0	0 %	10,1	6 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0 %
Andre driftskostnader	91,8	83,7	8,1	10 %	762,3	748,5	13,8	2 %	33,2	5 %
Sum driftskostnader	586,0	584,1	1,9	0 %	5 202,4	5 214,2	-11,8	0 %	256,2	5,2 %
Driftsresultat	0,7	4,0	-3,3	-82 %	-0,1	32,0	-32,1	-100 %	86,0	100 %
Finansinntekter	1,6	0,1	1,5		11,3	1,1	10,2		-1,1	9 %
Finanskostnader	-0,7	0,8	-1,4		0,6	3,2	-2,6		-0,3	-35 %
Finansresultat	2,3	-0,7	2,9		10,7	-2,0	12,8		-0,8	7 %
Ordinært resultat	3,0	3,3	-0,3	-9 %	10,7	30,0	-19,3	-64 %	85,2	114 %

Tabell 17 Resultatregnskap september 2015, ekskl. eksterntfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	September, ekskl eksterntfinansiering			Akkumulert per September, ekskl eksterntfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	382,0	382,1	-0,1	3 559,1	3 559,8	-0,7
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	26,9	26,9	0,0
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	121,5	110,8	10,7	975,1	945,6	29,5
ISF kommunal medfinansiering	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Samlet ordinær ISF-inntekt	121,5	110,8	10,7	975,1	945,6	29,5
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,8	3,7	-0,8	40,4	53,8	-13,4
Gjestepasientinntekter	2,9	2,4	0,5	25,8	22,0	3,8
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/røntgen)	18,0	18,3	-0,3	153,9	149,8	4,1
Utskrivningsklare pasienter	0,2	1,0	-0,8	12,5	9,0	3,5
Inntekter "raskere tilbake"	1,9	1,3	0,6	16,2	10,4	5,8
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	29,7	32,0	-2,3	239,4	225,4	14,0
Sum driftsinntekter	561,9	554,6	7,4	5 049,2	5 002,7	46,5
Kjøp av offentlige helsetjenester	17,4	16,2	1,2	156,8	143,0	13,9
Kjøp av private helsetjenester	4,8	5,1	-0,4	39,3	45,1	-5,8
Varekostnader knyttet til aktivitet	64,8	57,5	7,3	535,7	509,2	26,5
Innleid arbeidskraft	1,7	3,0	-1,3	26,5	30,4	-3,9
Lønn til fast ansatte	247,7	270,8	-23,1	2 457,0	2 534,9	-77,9
Overtid og ekstrahjelp	24,1	9,3	14,8	182,8	87,7	95,1
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	86,9	85,8	1,1	708,7	697,2	11,6
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-20,5	-17,9	-2,6	-195,1	-164,9	-30,2
Annen lønnskostnad	25,7	21,8	3,9	207,8	187,5	20,4
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	278,7	286,9	-8,2	2 679,1	2 675,6	3,5
Avskrivninger	21,0	21,0	0,0	193,1	193,1	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	87,6	78,1	9,5	736,5	707,6	29,0
Sum driftskostnader	561,2	550,6	10,6	5 049,3	4 970,7	78,6
Driftsresultat	0,7	4,0	-3,3	-0,1	32,0	-32,1
Finansinntekter	1,6	0,1	1,5	11,3	1,1	10,2
Finanskostnader	-0,7	0,8	-1,4	0,6	3,2	-2,6
Finansresultat	2,3	-0,7	2,9	10,7	-2,0	12,8
Ordinært resultat	3,0	3,3	-0,3	10,7	30,0	-19,3

De viktigste avvikene for september er (ekskl. eksterntfinansert virksomhet):

Inntekter

- +9,8 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- -0,8 mill kr utskrivningsklare pasienter
- -2,3 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -7,3 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -0,8 mill kr kjøp av helsetjenester (offentlige -1,2 mill kr, private +0,4 mill kr)
- +8,2 mill kr lønn (+23,1 mill kr fast lønn, -13,6 mill kr variabel lønn)
- -9,5 mill kr andre driftskostnader

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

Inntekter

- +16,0 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF av biologiske legemidler)
- +4,1 mill kr polikliniske inntekter
- +3,5 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +14,0 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -26,5 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -8,1 mill kr kjøp av helsetjenester
- -3,5 mill kr lønn (+77,9 mill kr fast lønn, -91,2 mill kr variabel lønn)
- -29,0 mill kr andre driftskostnader

Tabell 18 Funksjonsregnskap per september

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201509								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	338,8	334,4	2 850,3	3 001,5	2 975,9	25,6	5,30 %	4 100
Somatikk, (re-hab)	22,4	22,5	200,9	207,0	211,6	(4,6)	3,1 %	292
Lab/rtg	76,4	73,3	609,4	658,6	657,7	0,8	8,1 %	903
Somatikk inkl lab/rtg	437,6	430,2	3 660,6	3 867,1	3 845,3	21,8	5,6 %	5 295
VOP, sykehus og annen beh	30,8	34,2	282,3	292,8	306,2	(13,3)	3,7 %	421
VOP, DPS og annen beh	31,8	33,5	276,8	289,3	301,7	(12,4)	4,5 %	416
BUP	13,5	14,4	119,6	123,9	129,8	(5,9)	3,6 %	179
Psykisk helse	76,1	82,1	678,7	706,1	737,7	(31,6)	4,0 %	1 016
RUS, behandling	19,0	18,9	162,8	165,0	165,9	(0,9)	1,4 %	229
Rusomsorg	19,0	18,9	162,8	165,0	165,9	(0,9)	1,4 %	229
Ambulanse	31,3	32,6	275,9	293,9	294,1	(0,2)	6,5 %	401
Pasienttransport	19,4	19,2	153,1	158,2	156,8	1,4	3,3 %	217
Prehospitale tjenester	50,7	51,8	429,0	452,1	450,9	1,2	5,4 %	617
Administrasjon (skal være 0 på	-	(0,1)	0,0	-	(0,4)	0,4	0,0 %	(1)
Personalboliger, barnehager	2,9	1,7	14,5	12,0	9,4	2,6	-17,2 %	18
Personal	2,9	1,6	14,5	12,0	9,1	3,0	-17,2 %	17
Sum driftskostnader	586,2	584,6	4 945,7	5 202,4	5 208,9	(6,5)	5,2 %	7 174

Tabell 19 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

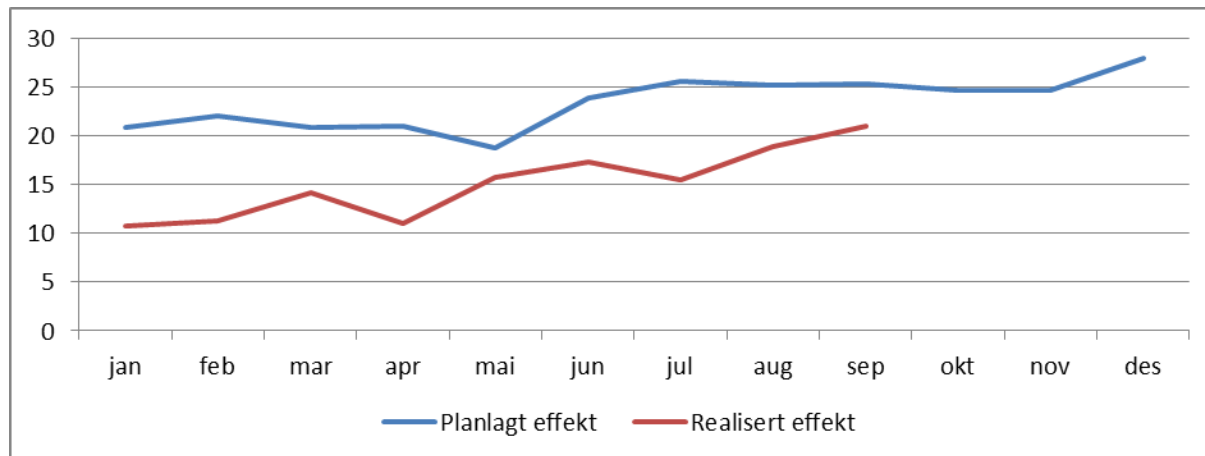
Klinikk, økonomiske tall i mill kr	September				Akkumulert per September			
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF
Totalt 10 - Akuttmedisinsk klinikk	32,4	33,5	1,1	0,1	264,4	256,6	-7,8	0,2
Totalt 11 - Longyearbyen sykehus	2,4	1,8	-0,5		18,7	18,9	0,3	
Totalt 12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	11,8	14,4	2,6	5,7	122,8	114,8	-8,0	14,1
Totalt 13 - Hjerter- lungeklinikken	14,4	17,5	3,0	3,1	116,7	115,0	-1,8	4,6
Totalt 14 - Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	23,7	23,5	-0,2	2,0	205,6	196,8	-8,8	2,9
Totalt 15 - Medisinsk klinikk	19,1	23,3	4,2	2,7	153,2	159,2	6,0	7,8
Totalt 17 - Barne- og ungdomsklinikken	18,4	18,9	0,5	0,0	131,7	129,8	-1,9	1,3
Totalt 18 - Operasjons- og intensivklinikken	56,2	55,7	-0,6	0,2	459,1	445,4	-13,6	0,1
Totalt 20 - Psykisk helse- og rusklinikken	59,4	65,7	6,2		492,3	495,8	3,5	
Totalt 30 - Diagnostisk klinikk	50,3	46,6	-3,7		386,9	377,8	-9,1	
Totalt 40 - Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	4,3	3,7	-0,6		52,0	47,9	-4,1	
Totalt 45 - Drifts- og eiendomssenter	49,7	48,7	-1,0		424,6	423,8	-0,8	
Totalt 52 - Stabsenteret	14,1	14,3	0,2		108,5	114,4	5,9	
Totalt 54 - Fag- og forskningssenter	3,7	4,0	0,3		38,3	41,2	2,9	
Totalt 62 - Fellesinntekter/-kostnader	-362,8	-374,5	-11,8	-4,0	-2986,8	-2968,4	18,3	-15,0
	3,0	-3,3	-0,3	9,8	10,7	30,0	-19,3	16,0

Prognose

Årsprognosen for 2015 er et resultat på +60 mill kr. Et lavere lønnsoppgjør samt høyere ISF-inntekter enn budsjettet utgjør hovedpunktene for den positive prognosen utover styringsmålet. I tillegg ligger det noe ubrukte midler knyttet til fritt behandlingsvalg mot slutten av året.

Gjennomføring av tiltak

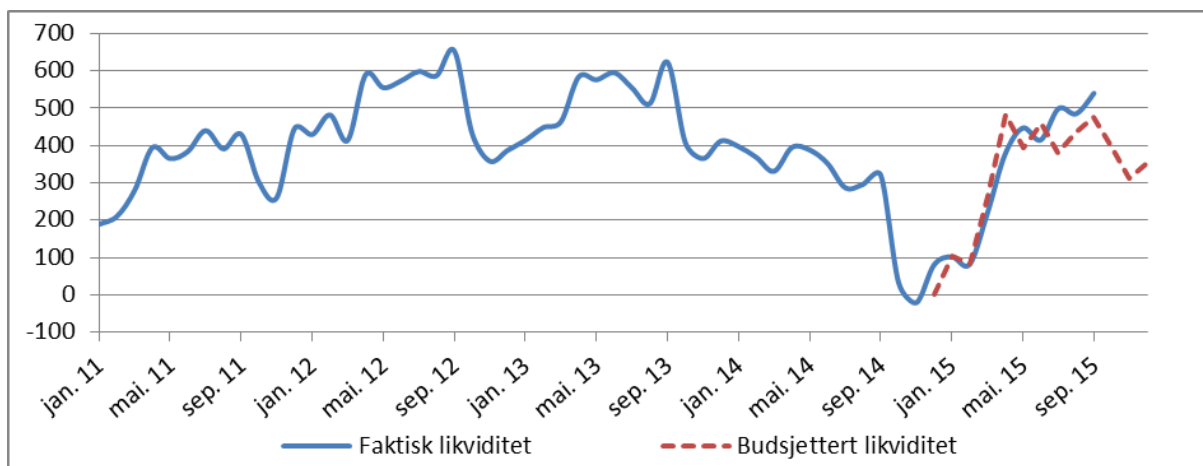
Figur 35 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I september er det realisert en økonomisk effekt på 21,0 mill kr. Akkumulert hittil er det beregnet en økonomisk effekt på 135,5 mill kr. Dette gir en gjennomføringsgrad på 65,9 % hittil i år. For september isolert var gjennomføringsevnen noe høyere på 82,1 %.

Likviditet

Figur 36 Likviditet



UNN har per utgangen av september en likviditet på 540 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. Utbetaling av pensjonsforpliktelser vil redusere likviditeten i oktober som prognosen har tatt høyde for.

Investeringer

Tabell 20 Investeringer (tall i 1000 kr)

	Investerings ramme overført til 2015	Investerings ramme 2015	Rest investerings ramme	Investert august 2015	Investert september 2015	Sum investert 2015	Rest- forpliktelser (godkjent tidligere) september	Rest disponibel investerings ramme	Forbruk i år av disponibel ramme
Investeringer , tall i mill kr									
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	-10,0	78,0	68,0	0,6	23,1	102,4		-34,4	151 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	84,1	290,0	374,1	3,8	35,9	148,2		225,9	40 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-24,3	0,0	-24,3	0,7	6,4	30,3		-54,6	-124 %
Nytt sykehus Narvik	0,0	0,0	0,0	0,6	0,2	1,0		-1,0	0 %
SUM Nybygg	49,8	368,0	417,8	5,6	65,7	281,9		135,9	67 %
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	2,3	7,6	29,3		58,4	33 %
SUM Rehabilitering	72,6	16,3	88,9	2,3	7,6	29,3		59,6	33 %
Tromsø undersøkelsen	10,0	5,0	15,0	0,0	0,0	15,0		0,0	100 %
Datarom	5,2	0,0	5,2	0,0	1,0	3,4		1,8	65 %
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	0,3	67 %
Nytt nødnett	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,5	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	0,0	1,0	20,2	0,8	15,4	57 %
Narvik inkl alle underprosjekter	-32,3	0,0	-32,3	0,0	0,0	8,2	0,0	-40,5	-25 %
Medisinteknisk utstyr	-50,4	200,0	149,6	0,8	2,9	36,3	27,2	84,8	24 %
Teknisk utstyr	17,6	0,0	17,6	0,0	0,0	6,0	8,0	11,7	34 %
Landingsplass Narvik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5	0,5	-1,1	
Ombygginger	-52,4	0,0	-52,4	0,2	0,3	-0,8	0,0	-51,6	1 %
Ambulanser	1,1	0,0	1,1	0,0	5,2	6,5	2,4	-13,2	599 %
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	0,0	0,0	21,3	0,0	-24,1	-774 %
SUM Utstyr med mer	-132,1	200,0	67,9	1,0	8,6	79,2	38,1	-48,3	117 %
SUM total	19,9	591,3	610,2	9,0	82,8	410,6	38,8	162,6	67 %

I RHF's styresak 110-2015 *Budsjett 2016 foretaksgruppen, rammer og føringer* er investeringsrammene for utstyr med mer økt med 33 mill kr som følge av forventet overskudd på Pasienthotellet. Videre er rammen for Pasienthotellet korrigert til 328 mill kr.

I september 2015 er det forbrukt 82,8 mill kr av investeringsrammen og hittil i år er det totalt investert for 410,6 mill kr.

For utstyr med mer er det hittil i år bokført investeringer for 82,8 mill kr. Rest investeringsramme i 2015 er 48,3 mill kr. UNN har utestående forpliktelser på 38,8 mill kr. Det er usikkert hvor mye av dette som kommer og bokføres i 2015, erfaringsmessig er det et etterslep som tilsier at ca 1/3 av forpliktelsene påløper inneværende år, mens de øvrige forpliktelsene påløper neste år. Rest investeringsramme pr september inkludert andel forpliktelser som bokføres inneværende år gir en disponibel investeringsramme for utstyr med mer på ca 35 mill kr. Det foreligger 6 investeringssøknader på til sammen 15,1 mill kr som styret inviteres til å godkjenne i dette styremøtet. Herav er 2 søknader, 1,9 mill kr hastegodkjent av direktøren.

Tabell 21 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	Tilsynspålegg	Konsekvenser	Kommentar	Stipulert kostnad (inkl mva) mill. kr	Godkjent direktør
1 Kirurgi/kreft og kvinnehelse-klinikken/ Medisinsk klinikk Poliklinikk-Narvik	Ultralydapparat	Oppgradering av 9 år gammelt utstyr som er avskrevet og som har mye driftsstans gr feil/mangler.	Ja	En forutsetning for lovpålagt drift tft rutine ultralyd og tidlig ultralyd	Ja, da alternativet vil være kveldspoliklinikk og lengre ventelister samt enda mer slitasje på øvrig materiell		Manglende kapasitet til å ivareta lovpålagte oppgaver. Manglende mulighet til å ivareta syke gravide og fostre. Nødvendig med bruk av kveldspoliklinikk.		1,3	
2 Medisinsk klinikk Gastro-og Nyremedisinsk avdeling	2 Koloskop	Kassasjon	Ja	Ja	Nå har vi som en hasteløsning låneskop som også er en dyr løsning.		Koloskop er en helt nødvendig del av driften på gastrolab. Dette er utstyr som brukes i Tykktarmskreftpakke forløpet og manglende skop vil medføre flere fristbrudd.		1,0	Godkjent 26.10.2015
3 Medisinsk klinikk Gastro-og Nyremedisinsk avdeling	Ultralydapparat	Kassasjon	Ja	Ultralyd apparatet brukes for diagnostikk av kronisk leversykdom, krettsykdom i bukspyttkjertel og lever. Et fornyet apparat bør både ha mulighet for nålepålysning av leveren og dessuten ha mulighet for å gjøre vurdering av bindevev i lever uten nålepålysning (såkalt elastografi)	Hvis vi får et apparat med tilleggsmodul for elastografi, kan vi spare reiser til Oslo som pasienter med leverbetennelse i dag gjør for å få undersøkelse der.		Ultralyd apparatet er nødvendig for optimal drift av gastrolab med ansvar for to kreftpakker.		0,9	Godkjent 26.10.2015
4 Diagnostisk klinikk Radiologisk avdeling - Nukleærmedisin/ PET	SPECT-CT Skanner	Kassasjon, se vedlegg.	Ja - 50% av kapasitet NM	Ja - viktige kreftundersøkelser og hjerte us.	Sparer dyre reparasjoner - se MTA rapport.	Nei	Inntil 50% reduksjon i antall NM us.		10,0	
5 Kirurgi-kreft og kvinnehelse-klinikken - Fødepoliklinikk-Tø	Ultralydapparat Voluson BTIE 10	Økt aktivitet på fødepol. For få tilgjengelige Ultralydmaskiner, doblet drift de siste 5 år	JA	JA	Vil gi økte inntekter, flere konsultasjoner		Vil ikke kunne ivareta nasjonale krav for fødsels og barselomsorgen hvis ikke et ekstra apparat kjøpes inn.		1,0	
6 Kirurgi-kreft og kvinnehelse-klinikken - Uro-kirurgisk poliklinikk-Ha	Ultralydapparat	Pre-kassasjon	Brukes 10-15 ganger i uka på urologisk poliklinikk UNN Harstad		Ved stopp vil det medføre betydelige økte reisekostnader til UNN Tromsø/ UNN Narvik.		Pakkeforløpspasienter vil ikke bli vurdert innen frist. 10-15 pasienter i uka vil måtte overføres til UNN Tromsø/ UNN Narvik som allerede har problemer med kapasitet		0,9	
Totalt									15,1	

Byggeprosjekter

Tabell 22 Byggeprosjekter ved utgangen av september

	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	102,4 mill kr*	148,2 mill kr	30,3 mill kr	29,3 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



Helse Nord RHF
Sjøgata 38

8038 Bodø

28. oktober 2015

Søknad om godkjenning av utstyrskjøp – SPECT-CT scanner

Det er et stort behov for en fullt ut operativ SPECT-CT skanner da SPECT (Tomografisk avbildning) er standard for de fleste nukleærmedisinske undersøkelser. Det planlegges nå i tillegg å starte med Myocard Perfusjons –SPECT.

Dagens SPECT scanner er 12 år gammel. Denne scanneren representerer 50 % av vår Nukleærmedisinske undersøkelseskapasitet og kan nå ikke brukes til tomografisk avbildning (SPECT-CT). Ifølge MTA og Fysikerrapport kan ikke SPECT funksjonen brukes og skanneren anbefales kassert.

Den nye generasjon av slike skannere reduserer undersøkelsestiden drastisk (CT delen med 20 minutter per pasient).

Utdrag fra rapport

«Viser til rapport fra fysiker på apparat nr. 38046 "GE Infinia Hawkeye". Konklusjonen i rapporten er at kvaliteten på tomografibildene er svært dårlige (SPECT-CT). Kvaliteten holder ikke fastsatte spesifikasjoner, og bør derfor ikke brukes til diagnostikk. Gammakamera funksjonen er fortsatt innenfor spesifikasjonene, men uten muligheter for å kjøre SPECT-CT, er kanskje den viktigste funksjonaliteten til dette apparatet borte. Å forsøke å få dette reparert vil fort bli dyrt og uhensiktsmessig. Apparatet er 12 år gammelt, har ingen restverdi, og det blir derfor ikke prioritert å bruke penger på å få SPECT-delen innenfor spesifikasjoner. Vi anbefaler derfor at apparatet kasseres og erstattes med nytt».

I henhold til konsernbestemmelsene for investeringer må utstyr over 10 mill kr søkes til Helse Nord RHF. Det søkes med utgangspunkt i dokumentasjon vedlagt i dette notatet om at søknaden knyttet til kjøpt av SPECT-CT skanner til en kostnad over 10 mill kr godkjennes.

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
85/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.11.2015

Saksansvarlig: Einar Bugge
Saksbehandler: Line Lura / Einar Bugge

Ledelsens gjennomgang**Innstilling til vedtak**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2015* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Sammendrag

Ledelsen gjennomgang ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen. Gjennomgangen behandles av kvalitetsutvalget, rapporteres til styret og skal bidra til nødvendig dialog mellom ledernivåene for å sikre kontinuerlig forbedring av styringssystemene. Saksfremlegget viser at UNN har de nødvendige prosesser, systemer og rutiner på plass for å kunne sikre styring og internkontroll.

Ledelsens gjennomgang avdekker svakheter i, og områder for, forbedring av det etablerte systemet. Denne gjennomgangen, knyttet til målinger for andre tertial 2015, fokuserer i hovedsak på risikostyring, på virkningen og gjennomføring av aktiviteter knyttet til internkontrollsystemet og systemer for ivaretagelse av pasientsikkerhet, inkludert smittevern. Direktøren vurderer *Ledelsens gjennomgang* tertialvis på foretaksnivå samt årlig gjennomgang på klinikknivå, som et nyttig og nødvendig tiltak i kvalitetsarbeidet.

På bakgrunn av *Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2015*, har kvalitetsutvalget ved UNN anbefalt følgende forbedringstiltak:

1. Klinikksjefene og rådgiver fra Fag- og forskningssenteret (FFS) gjør i fellesskap en grundigere gjennomgang av klinikkens risikovurderinger for å oppnå en mer lik tilnærming til de ulike elementene i vurderingen.
2. Kvalitetsutvalget anbefaler at de klinikker som har få prosedyrer i Docmap gjennomgår i hvilken grad prosedyreverktøyet faktisk brukes slik det er forutsatt, og eventuelt gjennomfører tiltak for å ta det i bruk der det tidligere ikke har vært gjort i tilstrekkelig grad.

3. Pasientskadeutvalget restruktureres, gis nytt mandat og endrer arbeidsform for å oppnå bedre oppfangning og videreformidling av læringspunkter fra avvik og uheldige hendelser for foretaket. Dette følges opp av fag- og forskningssjefen.
4. Kvalitetsavdelingen gjør uttrekk av avvik klassifisert med årsak *Mangelfull faglig vurdering* som grunnlag for diskusjon i kvalitetsutvalget.
5. Kvalitetsutvalget anmoder UNNs ledergruppe om å diskutere og klargjøre hvordan ansvar for å sikre tilstrekkelig oversikt over avvik i enhetene fordeles mellom linjeledelse og stab.
6. Kvalitetsutvalget oppfordrer til større ledelsesmessig fokus på rettidig behandling av NPE-saker, tilsynssaker og andre pasientsaker i de klinikker som har store utfordringer med å svare innen fastsatt frist.
7. Kvalitetsutvalget oppfordrer klinikkene til å prioritere smittevernvisitter i alle sengeposter.

I tillegg følges arbeidet med alle områder i kvalitetssystemet opp i tråd med tidligere vedtak i kvalitetsutvalg og ledergruppe.

Bakgrunn

Styrebehandling og gjennomføring av *Ledelsens gjennomgang* av internkontrollen er et krav i oppdragsdokumentet. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har etablert strukturer og prosesser for å oppnå et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom flere tilsyn, eksempelvis fra Statens helsetilsyn, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

Ved disse tilsynene har imidlertid UNN også den senere tid fått avvik for manglende kjennskap til, og oppfølging av, de etablerte systemene. Den informasjonen som ligger i de avdekte forholdene (avvik) i interne og eksterne revisjoner er svært verdifull, men benyttes fortsatt i for liten grad til læring og forbedring.

Formål

Formålet med saken er å opplyse styret om ledelsens arbeid med å sikre at virksomhetens internkontroll fungerer etter hensikten, og at avvik blir fulgt opp på forsvarlig vis.

Saksutredning

UNN arbeider langsiktig med å etablere og forbedre rutiner og prosesser som er nødvendige for å dokumentere et tilstrekkelig system for internkontroll. Kvalitetsutvalget og ledergruppen ser at utfordringen med ivaretagelsen av resultatdokumentasjon fra internkontrollaktiviteten gradvis er blitt bedre, men det er fortsatt et forbedringspotensial. Gjennom Fag- og forskningssenteret (FFS) arbeides det videre med å ytterligere bedre systematikk i hvordan aktivitetene i internkontrollen skal utføres, hvor og hvordan de skal dokumenteres, og ikke minst med hvordan man skal bedre læring på tvers av enhetene i UNN.

I denne *Ledelsens gjennomgang* er det særlig emnene *nasjonale kvalitetsindikatorer* og *smittevern* som bidrar til å gi styret konkret informasjon om status for pasientsikkerhet i foretaket.

Risikostyring

Kravene til risikostyring som ligger i oppdragsdokumentet er i løpet av 2. og 3. tertial fulgt opp i de fleste klinikkene og sentre, og det presenteres nå for første gang en samlet risikovurdering på viktige områder for foretaket. Gjennomgående vurderes risikoen i UNN som middels i forhold til å oppnå de fastsatte mål for kvalitet og pasientsikkerhet, reduksjon i sykefravær, økonomiske resultater, og oppgradering og utvikling av utstyr og bygg. Rapporten fra risikovurderingene viser at klinikkene har tilnærmet seg problematikken med ulikt utgangspunkt, og vurderingene som er gjort spriker. Det er i prosessen likevel identifisert en rekke tiltak i klinikkene for å redusere risiko for manglende måloppnåelse. Det er også gjennomført en egen risikovurdering av fødetilbudet i UNN, der vurderingene tilsier at risikoen er lav, forutsatt gjennomføring av planlagte tiltak. UNNs system for risikovurdering er fortsatt under utvikling.

Styrende dokumenter

UNN har nå 19 454 dokumenter som inngår i kvalitetssystemet. Det er fortsatt flere nyttegivelser av dokumenter enn det antallet som trekkes tilbake. 6 % av dokumentene er ikke vedlikeholdt og revidert innen fristen (tilnærmet uendret fra forrige tertial). Det er viktig at innholdet i de enkelte dokumenter er av faglig god standard, ikke minst med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet, og dermed for at UNN skal kunne leve opp til visjonen. UNN har fortsatt en stor utfordring med for mange parallelle og overlappende prosedyrer mellom enhetene, som bør samles i færre, felles prosedyrer.

Avviksbehandlingen

Det har de siste årene vært en jevn økning i antall meldte avvik i foretaket, med noe utflating siste tertial. Antall avviksmeldinger er 1776 i andre tertial i 2015, som er knapt 6 % økning, sammenlignet med andre tertial i 2014. Det meldes flere pasienthendelser (avvik knyttet til enkeltpasienter) enn tidligere.

Den årsak til avvik som øker mest i siste tertial, er *Mangelfull faglig vurdering*. Kvalitetsutvalget vil gjøre et detaljert uttrekk av dette som grunnlag for videre diskusjon i utvalget. *Skriftlig prosedyre ikke fulgt* er fortsatt den største årsak til avvik.

Interne revisjoner

Det er hittil i 2015 gjennomført seks interne revisjoner, hvorav ikke alle er ferdigstilt. Rapport fra en intern revisjon (blodtransfusjoner) er behandlet i Kvalitetsutvalget som følge av vesentlige avvik med stort potensiale for læring i hele UNN. Rapporten fra denne interne revisjonen følges opp i klinikkens KVAM-utvalg¹.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

I *Ledelsens gjennomgang for 2. tertial 2015* presenteres resultater for et utvalg av de nasjonale kvalitetsindikatorerne som ble offentliggjort i august. UNN skårer høyt på gjennomføring av kreftpakkeforløp og oppfølging av de fleste aktuelle kirurgiske inngrep i forhold til postoperativ

¹ Kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg

Sak 85/2015

sårinfeksjon. UNN skårer lavt på andel korridorpasienter og andel epikriser sent innen syv dager ved UNN Tromsø og UNN Narvik. Ved UNN Harstad skåres det bedre på begge disse. Registrert andel pasienter med hjerneinfarkt som behandles med trombolyse (blodproppløsende medisin) er nær nasjonalt mål ved UNN Tromsø, men null ved UNN Narvik og UNN Harstad. I den nasjonale målingen av pasienterfaringer, gjennomført høsten 2014, skårer UNN gjennomsnittlig på de fleste indikatorer, men lavere enn tidligere på ventetid for elektive pasienter ved UNN Tromsø og UNN Narvik, samt på bygningsmessig standard ved UNN Harstad.

Smittevern

Det har de siste to årene vært satt et kraftig fokus på intensivering av arbeidet med bedret smittevern for å oppnå bedret pasientsikkerhet med færre sykehusinfeksjoner. Det er etablert et eget smittevernutvalg ledet av smittevernoverlegen, og tiltak foreslått av dette utvalget har vært iverksatt og fulgt opp. Det rapporteres etter andre tertial i 2015 om stort sett tilfredsstillende gjennomføring av smittevernvisitter, der det blant annet er fokus på korrekt bekledning samt at ansatte har fått opplæring i håndhygiene. Enkelte sengeposter kan vise til 100 % gjennomføring av månedlige smittevernvisitter, mens andre enheter ikke følger dette opp like godt.

Tall fra *Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner* (NOIS) for første tertial i år, viser at andel pasienter som får dype infeksjoner etter hjertekirurgi har gått ned, og gjennomgående er det få pasienter som får dype infeksjoner etter de kirurgiske inngrep som er inkludert i målingene. Det er god oppfølging av alle inngrep med unntak av galleblæreoperasjoner ved UNN Tromsø og UNN Harstad, men manglende oppfølging av flere inngrep ved UNN Narvik i siste tertial. Samlet for UNN nås målet om oppfølging av over 95 % av pasientene.

KVAM

Gjennomgang av referater fra KVAM-utvalgene i klinikkene viser at aktiviteten er større enn tidligere. Klinikkene bruker KVAM-strukturen mer aktivt under endringsprosesser, og aktiviteten i KVAM-systemet virker bedre planlagt og styrt. Sentrale satsinger i UNN gjenspeiles i møterefaterne, med unntak av smittevern. Avviksanalyser har vært tema i KVAM i de fleste klinikker. Gjennomgang av referatene peker også mot at KVAM-strukturen i større grad kan benyttes til å oppnå læring på tvers.

Medvirkning

Rapporten *Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2015* er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalg, samt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 26-28.10.2015. Referater/ protokoller fra møtene legges frem til styrets behandling som egne referatsaker 11.11.2015.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten påpekte at på flere områder gjør det seg gjeldende en ubalanse mellom aktivitet og personell, som antakelig medfører høyere vikarbruk enn nødvendig. Derfor etterlyste de en mer systematisk bruk av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging.

Arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg sluttet seg til en slutføring av styresaken i tråd med slik saken ble presentert i møtene.

Vurdering

UNN har systemer og prosesser som sammen skal sikre en god internkontroll. Det er etablert en systematikk med datafangst og evaluering av virkningen av internkontroll og kvalitet. Dokumentasjon og synlighet av resultatene forbedres kontinuerlig. Arbeidet med internkontroll og kvalitet er langsiktig. Det er direktørens oppfatning at tertialvise gjennomganger, først med kvalitetsutvalget og deretter med styret, er et viktig bidrag for å sikre at internkontrollen er hensiktsmessig og virkningsfull.

Den etablerte systematikk avdekker områder som må forbedres. Dette er et kontinuerlig forbedringsarbeid som er tidkrevende og som krever ledernes oppmerksomhet. UNN fortsetter arbeidet med kontinuerlig forbedring med styrking av styringsstrukturer, prosessforbedringer og bedring av resultater. Gjennomgangen viser at UNN totalt sett fortsatt gradvis styrker systemene for internkontroll og korrigerer for manglene. Det er positivt at foretaket nå for første gang kan rapportere en felles risikovurdering på viktige områder, og at det i prosessen med risikovurderinger i klinikkene er identifisert en rekke tiltak for å redusere risiko for manglende måloppnåelse. Samtidig avdekker rapporten at det er et stort potensial for å utvikle dette videre. Det er nødvendig at klinikkene i større grad er harmonisert i sin tilnærming til risikovurderingene, og det er ønskelig at risikostyringen i integreres i den helhetlige virksomhetsstyringen og utvides til å omfatte flere områder.

Meldekulturen i UNN har de siste årene utviklet seg positivt. Det er utvilsomt et stort potensial for i større grad å bruke avvik i egne og andres enheter til systematisk arbeid med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet. Forhold ved avvikssystemet og nåværende system for klassifisering av avvikene, fremholdes som hindre for dette, og direktøren vil følge opp arbeidet med å bedre dette. Det pågår i denne sammenhengen nasjonale prosesser som forventes å understøtte vårt arbeid lokalt. Direktøren ønsker også en gjennomgang av mandat, sammensetning og arbeidsform for både pasientsikkerhetsutvalg og kvalitetsutvalg, for å legge til rette for at avvik og uheldige hendelser i større grad fører til læring i hele organisasjonen. Fag- og forskningssjefen har fått i oppdrag å utarbeide forslag til hvordan dette best kan gjøres.

Selv om det er en positiv utvikling i forekomst av postoperative sårinfeksjoner, har UNN fortsatt utfordringer med infeksjoner. I tillegg til de fagspesifikke tiltak fokuseres det på mer koordinerte tiltak som gjøres gjeldende for hele foretaket, herunder sterkt fokus på mer gjennomgripende implementering av tiltaksområdene i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet, fokus på bekledning og gjennomføring av smittevernvisitter. Det er nedsatt arbeidsgrupper som skal vurdere renholdet og forsyningsfunksjonene til sengepostene i smittevernspektiv.

Det er gledelig at UNN totalt sett har høy måloppnåelse for gjennomføring av kreftpakkeforløp og andre viktige nasjonale kvalitetsindikatorer. Samtidig viser resultatene fra de nasjonale indikatorene at UNN har forbedringspotensial på viktige områder. Direktøren forventer at videre oppfølging av tiltak blant annet i forhold til pasientbelegg, planlegging av operasjonsvirksomheten, arbeidet med å fjerne langtidsventende og fristbrudd og redusere ventetid, og fornying av bygningsmassen, vil føre til høyere skår på mange av de nasjonale kvalitetsindikatorerne som UNN nå skårer middels eller lavt på. Det pågår en gjennomgang og justering av pasientforløpet for slagpasienter ved UNN Tromsø, og det er viktig at dette følges opp med tilpassede justeringer også ved UNN Harstad og UNN Narvik, slik at også slagpasienter som innlegges der er sikret en best mulig behandling.

Sak 85/2015

I arbeidet med virksomhetsplanene for 2016 vil direktøren ytterligere forsterke fokuset på kontinuerlig, systematisk forbedringsarbeid for å oppnå bedre pasientsikkerhet generelt, og smittevern spesielt. I dette ligger fortsatt gjennomføring av vedtatte tiltak for infeksjonsforebygging, implementering av tiltaksområdene i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet samt et fortsatt sterkt fokus på involvering av KVAM-strukturen i det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring. Det er positivt at KVAM-strukturen har satt seg bedre i foretaket, og at gjennomgang av KVAM-referater viser at denne strukturen brukes i viktige prosesser og i arbeid med oppfølging av sentrale tiltaksområder. Samtidig vil direktøren legge vekt på at KVAM-strukturen brukes mer aktivt i smittevernarbeid og arbeid med å lære på tvers av enheter av tilsyn, interne revisjoner, avvikshendelser og klagesaker.

Tromsø, 30.10. 2015

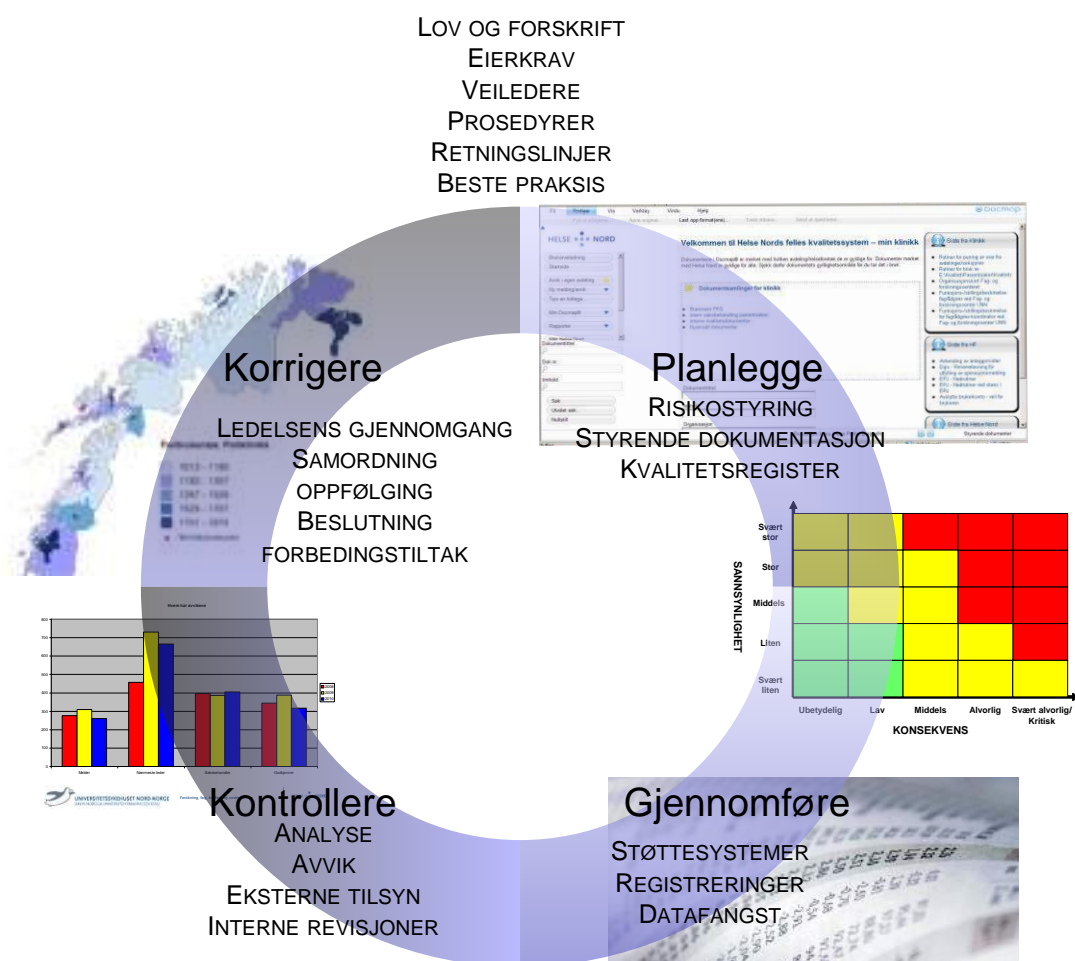
Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapport - Ledelsens gjennomgang 2.tertial 2015
2. Rapport - Risikoanalyse jf Oppdragsdokument 2015
3. Rapport – Risikoanalyse for fødetilbudet ved UNN

Ledelsens gjennomgang 2.tertial 2015

Styringshjul



Figur 1 Styringshjul for kvalitetsstyring (ISO)

Innhold

Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2015	2
Formål	2
Sammendrag	3
Risikostyring	4
Risikovurdering av mål gitt i oppdragsdokumentet for 2015	4
Risikovurdering av fødetilbudet i UNN	5
Tiltak risikostyring:	5
Kvalitetsinformasjonssystem UNN KIS	6
Styrende dokumenter	6
Status dokumentvedlikehold	6
Tiltak:	7
Avviksbehandlingen	7
Meldeutvikling i 2.tertial 2015	7
Kategorier av meldte avvik	9
Årsaker til avvik	10
Pasienthendelser § 3.3 meldinger	10
Tiltak:	11
Vurdering avvik	11
Interne revisjoner	12
Tilsyn	13
Nasjonale kvalitetsindikatorer	14
Pasientsikkerhetsprogrammet	14
Pasientklagesaker	14
Tiltak:	16
Smittevern	16
Smittevernvisitter	16
Tiltak:	17
NOIS	17
KVAM	21
Møteaktivitet i KVAM-utvalgene i klinikkene 1. og 2.tertial	21
Kvalitetskulturen i UNN	21
Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring	22

Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2015

Formål

Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen¹ (kvalitetssystemet²) i Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) og undersøke og bedømme om systemet for internkontroll er tilstrekkelig, hensiktsmessig og virkningsfullt. Dersom det i gjennomgangen avdekkes mangler, skal ledelsen iverksette tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen. UNN arbeider etter dokumenterte standarder for kvalitetsstyring (ISO, EFQM)³. Styringshjulet i fig 1. illustrerer aktivitetene som anbefales i standardene for å sikre en hensiktsmessig virkning av internkontrollen. Fag- og forskningssenteret (FFS) har gjort en vurdering av de ulike elementene i internkontrollen for å

¹ Internkontroll: Det styringssystem organisasjonen må ha for å sikre at lover og forskrifter følges.

² Kvalitetssystem: Det styringssystem som organisasjonen må ha for å sikre internkontroll og de selvpålagte krav (mål) til kvalitet.

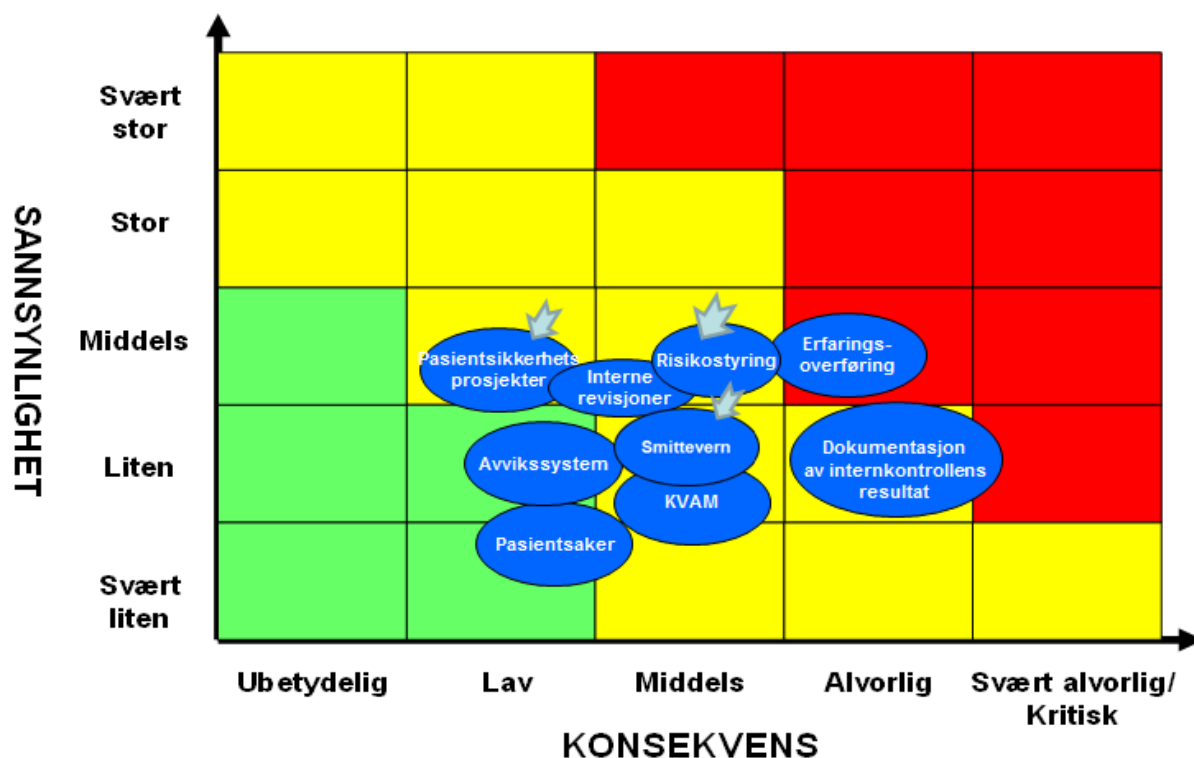
³ Fag- og forskningssenteret benytter kvalitetsstandarder som ISO 9001-2000, og European Foundation for Quality Management (EFQM) sin modell i systemoppbyggingen i UNN.

sikre UNN et system som virker etter intensjonen. Denne rapporten behandles i UNN sitt kvalitetsutvalg/ledergruppe før den forelegges styret i UNN.

Sammendrag

UNN har etablert de strukturer og prosesser som kreves for å ha et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom tilsyn fra Statens Helsetilsyn, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Ved tilsyn har UNN imidlertid fått avvik for manglende kjennskap til og oppfølging av de etablerte systemene. I tillegg kan klinikkene fortsatt ikke dokumentere tilstrekkelig virkning av internkontrollen på alle områder. Det har de siste tertialene vært bedring i smittevernarbeidet, foretaket har kommet lenger med risikostyringen, og det er bedre fremdrift i arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet. Det er likevel et ytterligere forbedringspotensial på alle disse områdene. Vurderingen er vist i fig. 2.

Figur 2 Risikovurdering av delementene i internkontrollen (kvalitetssystemet). Vurderingen baserer seg på i hvilken grad elementene bidrar til å redusere sannsynlighet/risiko for svikt i UNN. Områder som har ligget i «grønt» område i mer enn 1 år er tatt ut av matrisen, men overvåkes.



Kvalitetsutvalget/ledergruppen mottar denne rapporten som en samlet vurdering av kvalitetssystemet i UNN, og den følges opp med styresak om foretakets håndtering av rapporten. Det er verdt å merke seg at slike systemer aldri blir perfekt, men er gjenstand for kontinuerlig forbedring. Rapporten påpeker også denne gang enkelte systemsvakheter og områder for forbedring.

Grunnleggende prinsipper må være på plass og virksomme i hele organisasjonen, for at UNN skal ha et velfungerende kvalitetssystem. Hovedemnene i denne rapporten er disse grunnleggende prinsippene.

Risikostyring

Risikovurdering av mål gitt i oppdragsdokumentet for 2015

Bakgrunn

På oppdrag fra Helse Nord RHF skal Universitetssykehuset Nord - Norge (UNN) gjennomføre risikoanalyse av definerte målområder gitt i oppdragsdokumentet for 2015. Oppdragene er gitt til de enkelte klinikker som har vurdert målområdene innenfor sin virksomhet. Vurderingen av økonomimål er gitt til Økonomi og analyse (ØAS), og vurderingen av bygg og utstyr er gitt Drift og -eiendomssenteret. Senterne og klinikkene rapporterer sine vurderinger til Fag og -forskningscenteret.

Sammendrag

Klinikkene har vurdert risikoen for ikke å nå de definerte målområdene gjennom et vurderingsverktøy gitt av Helse Nord. FFS har mottatt rapporter fra Hjerte- og lungeklinikken, Psykisk helse- og rusklinikken, Barne- og ungdomsklinikken, Kirurgi- kreft- og kvinnehelseklinikken samt Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken. Samlet risikobilde for UNN er utarbeidet etter de vurderinger som klinikken har gjort. I arbeidet med å vurdere de enkelte risikoelementer finner klinikkene områder som kan forbedres og det iverksettes risikoreducerende tiltak i den enkelte klinikk. For noen av målområdene mangler samlede og koordinerte tiltak.

Risikoen som er avdekket knyttet opp mot måloppnåelse og er ikke direkte knyttet til fare for den enkelte pasient. En samlet vurdering av fire målområder gir UNN ett risikobilde med middels risiko for måloppnåelse. Enkelte områder utpeker seg med høy risiko der UNN ikke har tilstrekkelig utarbeidet felles plan for målområdet.

1. Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet:

Områdene som klinikkene var bedt om å risikovurdere inkluderer ventetid, fristbrudd, gjennomføring av nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, muligheten for å nå nullvisjonen om sykehusinfeksjoner, oppfylle mål for forløpstider i kreftpakkeforløpene samt økt bruk av pasienthotell. Samlet risikonivå vurdert ut fra klinikkenes egne risikovurderinger: Middels

2. Redusere sykefravær:

Samlet risikonivå vurdert ut fra klinikkenes egne risikovurderinger: Middels
Det mangler felles strategisk plan for å redusere sykefravær.

3. Innfri økonomiske mål i perioden:

Risikonivå: Middels

Det er en høy risiko knyttet til gevinstutnyttelse av FIKS-prosjektet. Det er ikke beskrevet hvilke tiltak som skal iverksettes for å ta ut disse gevinstene.

4. Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling

Risikonivå: Middels

Det er en høy risiko knyttet til nødvendige ressurser til vedlikehold. I tillegg har UNN lite informasjon om arealplanen er i tråd med fagutviklingen.

For detaljer vises til vedlagte rapport *Risikoanalyse gitt i oppdragsdokument 2015 Universitetssykehuset Nord- Norge HF*.

Risikovurdering av fødetilbudet i UNN

Bakgrunn

På oppdrag fra Helse Nord RHF skal UNN gjennomføre risikoanalyse av fødetilbudet i foretaket. Analysen gjøres etter felles mal gitt av Helse Nord RHF. Fagmiljøet i regionen har utarbeidet risikokriteriene i samarbeid med Helse Nord RHF.

Sammendrag

Gruppen vurderer dagens praksis som forsvarlig og allment akseptert i fagmiljøet. Det foreligger ikke forhøyet risiko ved UNN enn det som er kjent i fagmiljøene. I arbeidet med å vurdere de enkelte risikoelementer finner gruppen imidlertid områder som kan forbedres.

Risikoen som er avdekket er knyttet opp mot måloppnåelse og er ikke direkte knyttet til konkret risiko for den enkelte pasient. Klinikken har i all hovedsak de ressurser, rutiner, kompetanse og trening som er nødvendig for å kunne takle hendelser som kan føre til en akutt situasjon. Det foreligger rapporter og meldinger om uønskede hendelser i forbindelse med fødsler i avvikssystemet. I alt er det registrert 53 avvik i kvinneklinikken i 2014 og 2015. 35 (66 %) avvik er pasienthendelser og 5 (9 %) omhandler pasientadministrative rutiner. Journaler er ikke gjennomgått med tanke på å avdekke svikt i svangerskapsomsorg og/eller fødetilbud som del av risikovurderingen.

En samlet vurdering av fem målområder gir UNN et risikobilde med middels risiko for måloppnåelse. Ved gjennomføring av tiltak vurderes risikoen som lav.

Vedlagt rapport fra *Risikoanalyse av fødetilbudet i Universitetssykehuset Nord- Norge HF*.

Tabell 1 Samlet risikovurdering av 5 måltall UNN HF

Mål / krav:	Målnr	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Helseforetakene ivaretar sin del av en helhetlig svangerskapsomsorg i tråd med regionale kvalitetskrav.	M1	2	2	Lav	2	2	Lav
Et differensiert fødetilbud i tråd med regionale kvalitetskrav.	M2	2	3	Middels	2	2	Lav
En familievennlig barselomsorg i tråd med intensjonen i Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen	M3	3	3	Middels	3	2	Lav
Kvalitet i alle ledd	M4	3	3	Middels	3	3	Middels
Et bredt brukerperspektiv.	M5	2	2	Lav	2	2	Lav

Tiltak risikostyring:

- Klinikksjefene og rådgiver fra FFS gjør i fellesskap en grundigere gjennomgang av klinikkens risikovurderinger for å oppnå en mer lik tilnærming til de ulike elementene i vurderingen.

Kvalitetsinformasjonssystem UNN KIS

Etter medio juni 2015 er det ikke lest inn nye data fra DIPS til UNN KIS. Årsaken er at databasene i DIPS for Helse Nord da ble slått sammen. Strukturen for UNN sine databaser ble endret for å samsvare med øvrige HF i regionen. Konsekvensen er at uttrekk av data fra DIPS til UNN-KIS feiler, og ikke lenger lar seg hente inn i UNN KIS på grunn av at a) mengden av data overskrider grenseverdiene for serverens lagringskapasitet b) tabellene i data uttrekket fra DIPS har fått en struktur som ikke lar seg håndtere i UNN KIS. Det er i ettertid gjennomført kartlegging og analyse av oppståtte feil etter driftsbruddet, og utarbeidet forslag til korrigering og feilretting. Videre er det laget prosessplan for dette arbeidet, samt laget kostnadskalkyler knyttet til kjøp av tjenester hos programvareleverandøren Rehfeld. Som beslutningsgrunnlag for UNN ledelsen omkring hvorvidt det skal satses videre på løsningen er det dessuten utarbeidet risiko- og sårbarhetsanalyse vedrørende feilretting, korrigering, drift og videreutvikling.

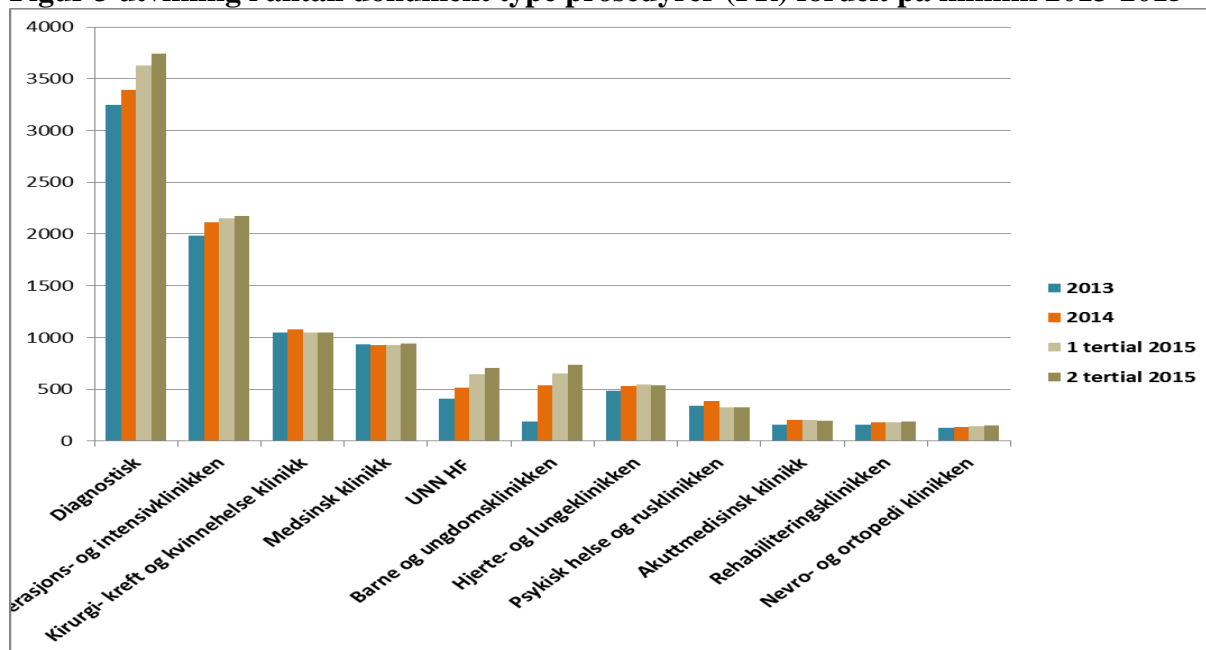
Styrende dokumenter

Status dokumentvedlikehold

Oppdatering av UNNs rutiner og prosedyrer er et viktig kvalitetsarbeid. Det registreres mellom 250 og 320 samtidige brukere i Docmap på dagtid. Det er i snitt over 215.000 oppslag pr måned i prosedyresamlingene i Docmap pr 2. tertial 2015. Med utstrakt bruk av prosedyrer i Docmap er det viktig at innholdet er kvalitetssikret, oppdatert og gyldig. UNN har nå 19454 dokumenter i Docmap, noe som er en økning på 374 dokumenter fra forrige tertial. Av disse er det 1099 som skulle vært revidert pga. overskredet dato. Dette er en nedgang på 21 fra forrige tertial rapport (1120 ved utgangen av 1. tertial 2015, fremgår ikke av figuren nedenfor). Målet er at alle dokumenter skal være revidert innen frist. Revisjonsvarsel i Docmap har i 1. og 2. tertial 2015 hatt funksjonsfeil og FFS har ikke fått sendt ut varsel til klinikkene over dokumenter som er overskredet frist med mer enn 3 måneder. Dette arbeidet vil igangsettes så snart systemet er utbedret.

Økningen i dokumenter er i hovedsak innen følgende områder: prosedyrer, dokumentsamlinger, sjekklister og retningslinjer. Dokumentsamlinger er strukturvisende samlinger av dokumenter.

Økning av antall dokumenttype PR (= prosedyre) i perioden 1. tertial 2013 til 2. tertial 2015 er som man ser i figuren under i hovedsak på foretaksnivå UNN HF, Diagnostisk klinikk og Barne- og ungdomsklinikken (medisinsk genetikk).

Figur 3 utvikling i antall dokument type prosedyrer (PR) fordelt på klinikk 2013-2015

Vurdering

Økningen på foretaksnivå er i hovedsak på styringsdokumenter vedrørende utbygging, økonomi/ bestiller rutiner og beredskap. På klinikknivå ser vi at nye prosedyrer gitt ut siste tertial er i hovedsak gitt ut der det er akkrediterte avdelinger/seksjoner, radiologi og operasjonsaktivitet. Det kan se ut for at klinikkene jobber med å holde antallet prosedyrer på et eksisterende nivå. FFS vil påpeke at det er påfallende forskjell i antall prosedyrer i klinikker med samme størrelsesorden i bredde på fagfelt og pasientbehandling.

Tiltak:

- Kvalitetsutvalget anbefaler at de klinikker som har få prosedyrer i Docmap gjennomgår i hvilken grad prosedyreverktøyet faktisk brukes slik det er forutsatt, og eventuelt gjennomfører tiltak for å ta det i bruk der det tidligere ikke har vært gjort i tilstrekkelig grad.

Avviksbehandlingen

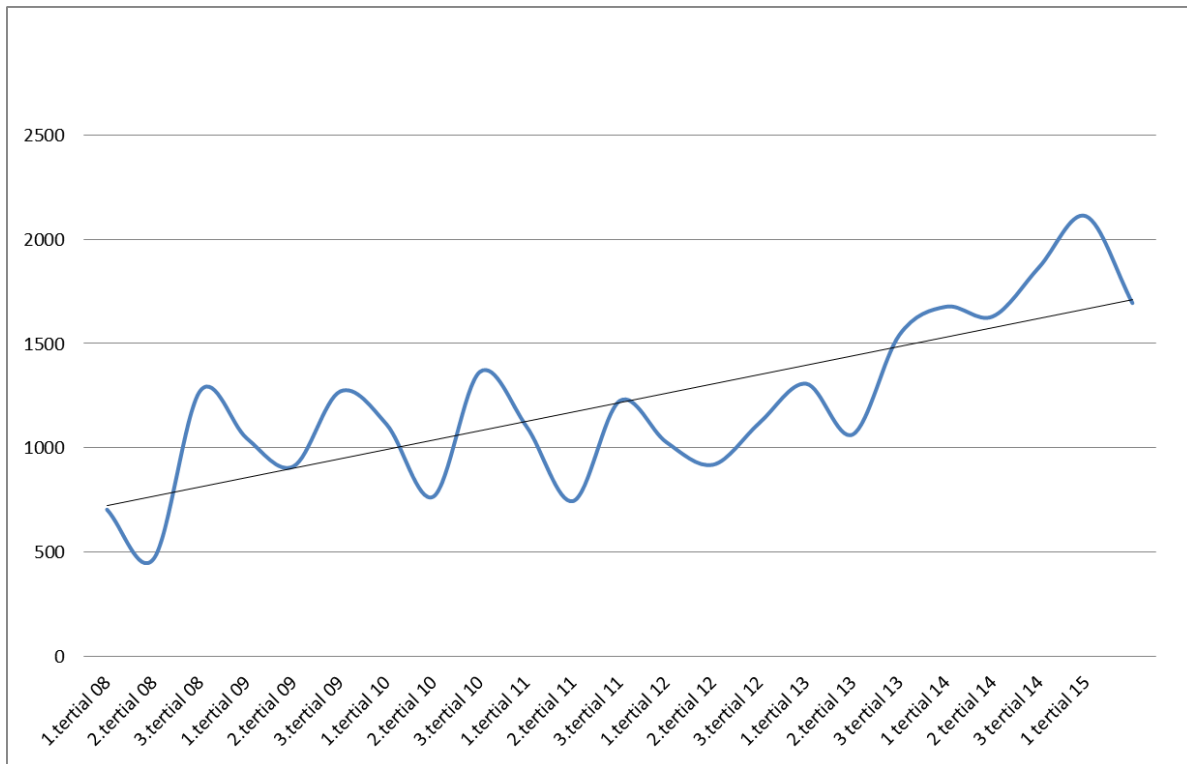
Etter en jevn økning i antall meldte avvik over flere år, ser det nå ut til å være en utflating eller svak nedgang. Uttrekk er tatt 1 måned etter avslutning av hvert tertial. De endringer, saksbehandling og etterregistreringer som kommer etter at uttrekket er gjort, kommer ikke med i statistikken.

Meldeutvikling i 2.tertial 2015

Ved direkte uttrekk av databasen fremkommer at det er registrert 1776 avvik pr 2. tertial 2015 mot 1677 avvik pr 2. tertial 2014, som tilsvarer en økning på knapt 6 %. Antall unike meldere øker; det er registrert 869 unike meldere 2.tertial 2015 mot 807 i 2. tertial 2014.

Det er registrert ⁴ 1694 avvik klassifisert på hendelsestype i Docmap i 2. tertial 2015. Årsak til forskjell i antall avvik registrert og antall avvik registrert på hendelsestype er at noen avvik er ikke ferdig saksbehandlet og derfor ikke har registrert hendelsestyper.

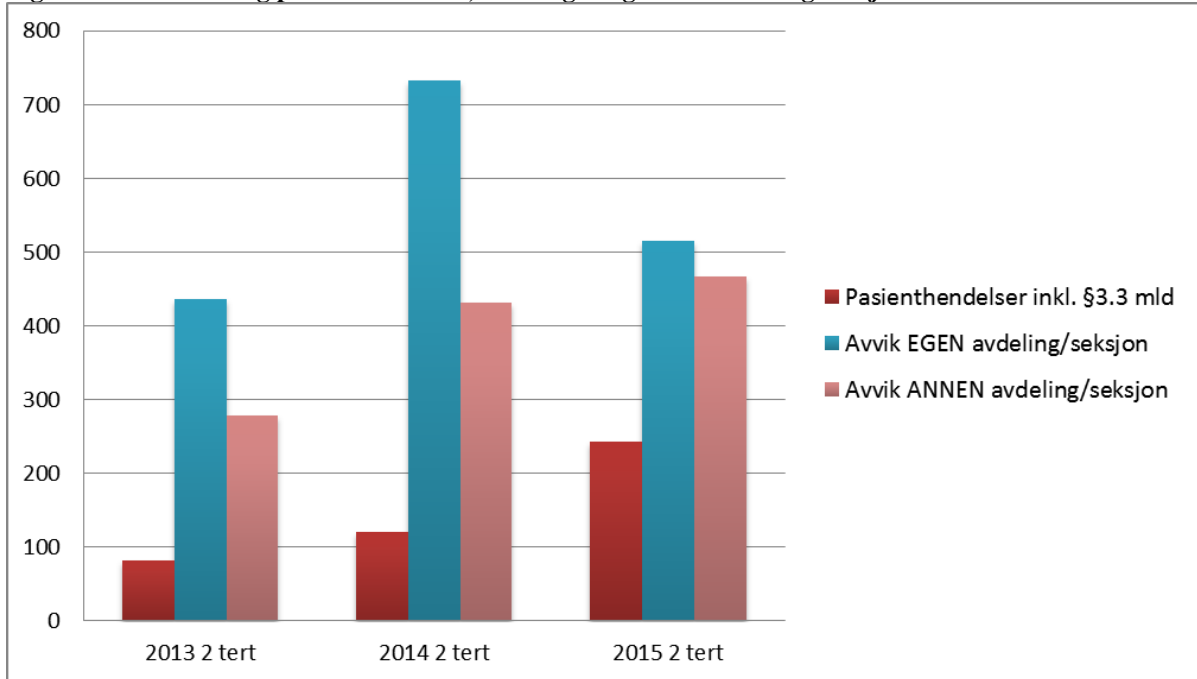
Figur 4 Meldeutvikling i UNN HF uttrekk på hendelsestyper



I tallene for avvikstypene pasienthendelser (inkludert §3.3 meldinger), avvik egen enhet og avvik annen avdeling/seksjon fremkommer noen endringer. I 2. tertial 2015 er det meldt flere pasienthendelser og færre avvik egen avdeling. Det meldes nå hendelser direkte knyttet til pasienter og pasientbehandling i større grad. Dette tilsier at det er en vridning mot å se og vurdere hendelsene i direkte sammenheng med pasientbehandling.

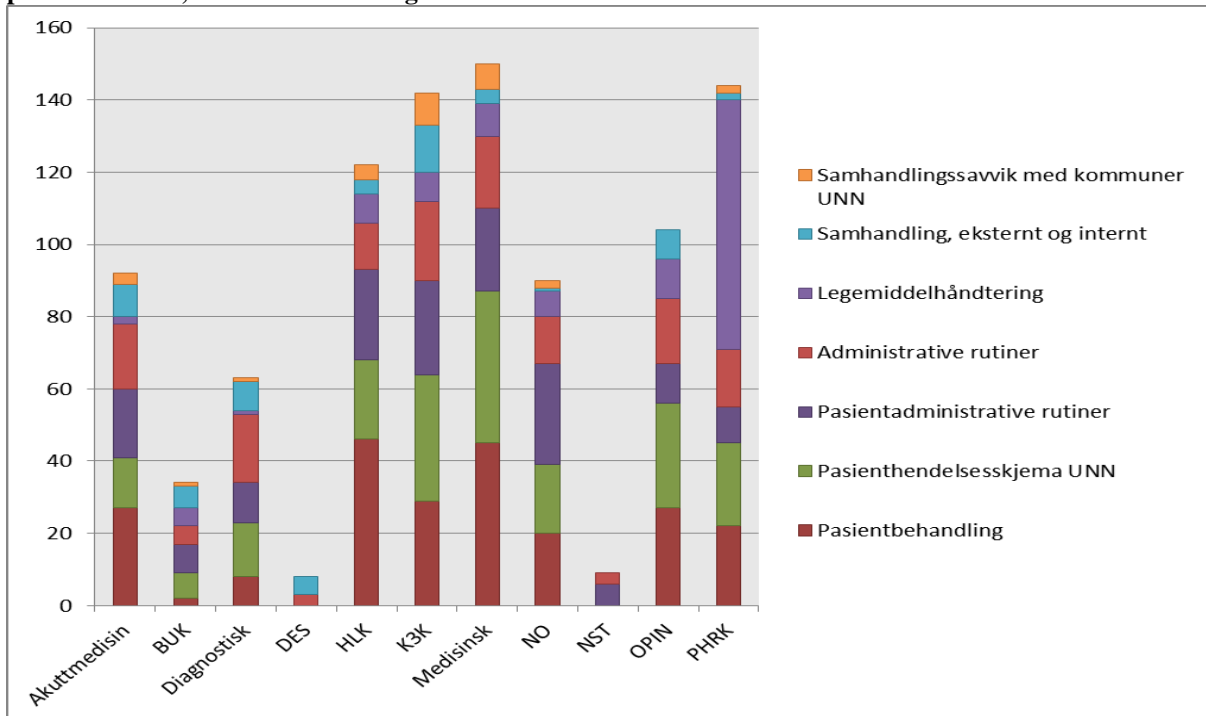
⁴ Hendelsestyper relatert til faglig virksomhet i laboratorier holdes utenom denne statistikken. Avvik i laboratorier håndteres særskilt. Samhandlingsavvik, personalskader og pasienthendelser er talt som egne kategorier og med i statistikk.

Figur 5 Meldeutvikling pasienthendelser, avvik egen og annen avdeling/seksjon



Kategorier av meldte avvik

Figur 6 Kategorier avvik meldt 1.tertial 2015 fordelt på klinikk/senter. Kategorier med færre enn 30 avvik, personalkader, laboratorieavvik og klinikk/senter med færre enn 30 avvik er ikke med.



Årsaker til avvik

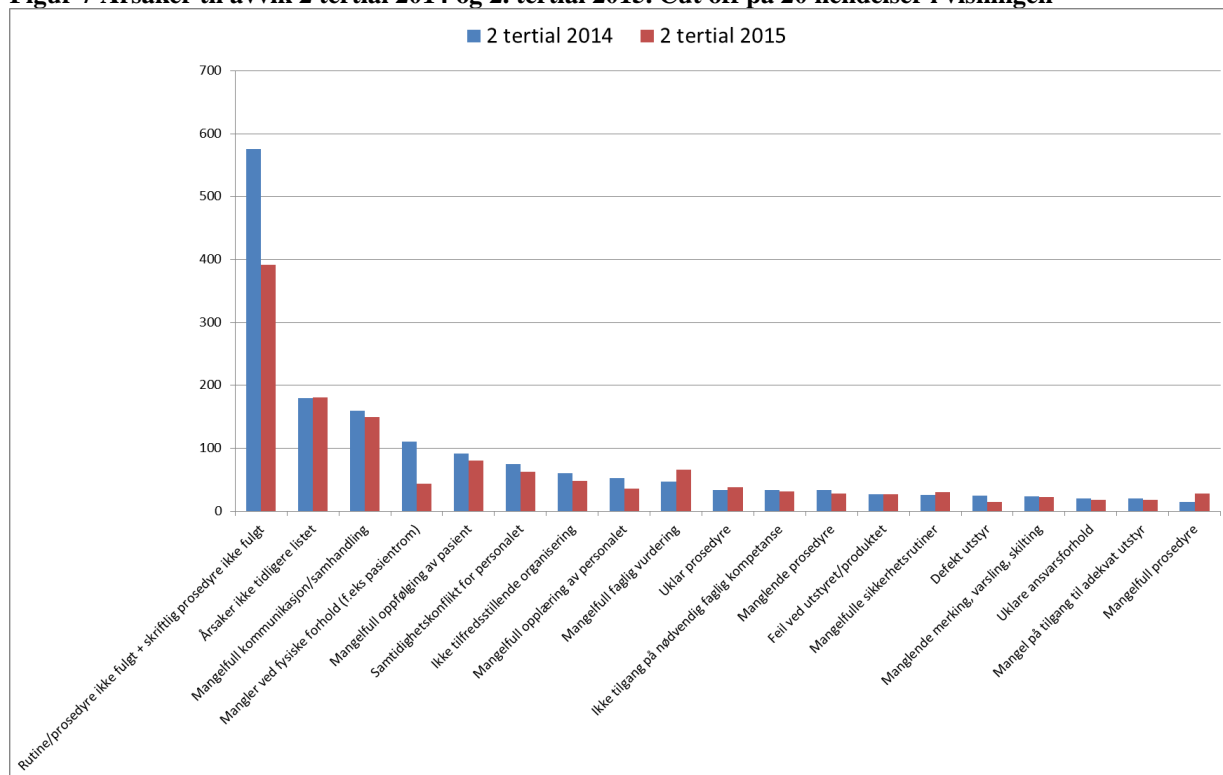
1.1.2015 ble «rutine/prosedyre ikke fulgt» erstattet med «skriftlig prosedyre ikke fulgt», med unntak for laboratorieavvik. I denne sammenstillingen er laboratorieavvik inkludert.

I 2. tertial 2014 var det 548 avvik som hadde årsak «rutine/prosedyre ikke fulgt» og 27 avvik med årsak «skriftlig prosedyre ikke fulgt». I 2. tertial 2015 var det 116 avvik som hadde årsak «rutine/prosedyre ikke fulgt» og 275 avvik med årsak «skriftlig prosedyre ikke fulgt».

I figur 7 er årsaker til avvik for 2. tertial 2014 og 2. tertial 2015 sammenstilt.

Her er «rutine/prosedyre ikke fulgt» sammenslått med «skriftlig prosedyre ikke fulgt». Det kan se ut for at spesifisering av ordlyd har fått betydning, og at ledernes årsaksvurdering har en annen fordeling. Brudd på skriftlig prosedyre er fremdeles største årsak til avvik.

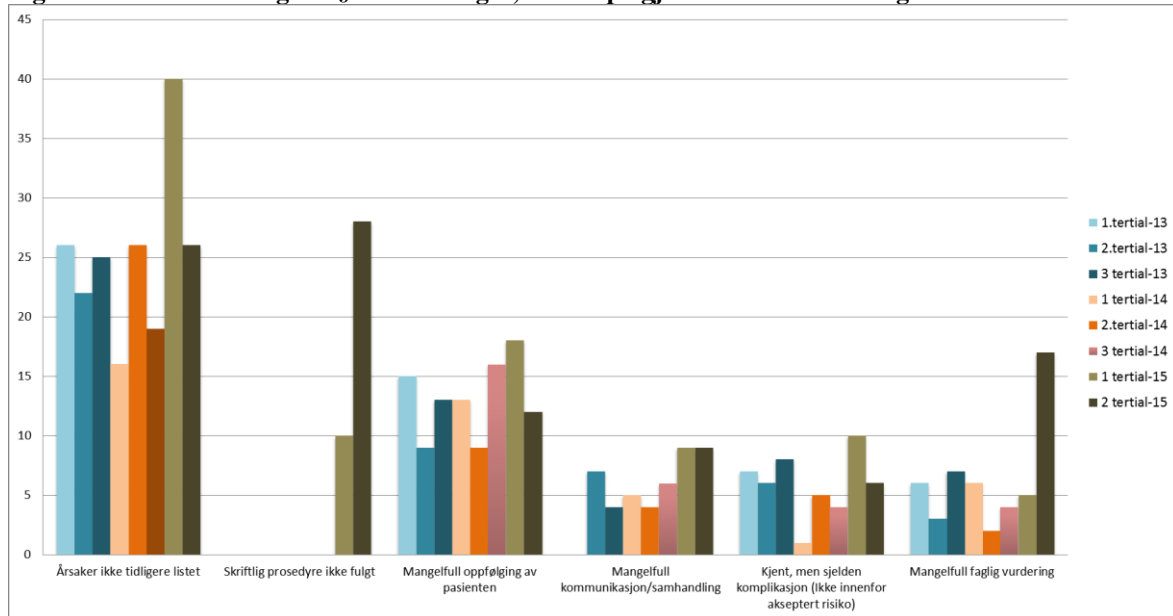
Figur 7 Årsaker til avvik 2. tertial 2014 og 2. tertial 2015. Cut off på 20 hendelser i visningen



Pasienthendelser § 3.3 meldinger

Det er meldt 123 saker 2. tertial 2015 mot 82 saker 2. tertial 2014, til Nasjonalt kunnskapscenter om hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient.

Nesten alle pasienthendelser, ikke bare de som meldes til Kunnskapscenteret gjennomgås i Pasientsikkerhetsutvalget. UNN har et etterslep i publisering av anonymiserte § 3.3 meldinger på www.unn.no. Årsak «ikke tidligere listet» og «skriftlig rutine ikke fulgt» er fortsatt største årsak. Det som er verd å merke seg er at mangelfull faglig vurdering og samtidigtskonflikt (ikke vist i diagrammet) har hatt en økning.

Figur 8 Årsaks fordeling for § 3.3 meldinger, cut off på gjennomsnitt 5 meldinger i tertiale.

Nasjonalt klassifikasjonssystem

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt mandat til å utarbeide felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser. Nasjonalt kunnskapssenter har ansvar for å sikre koordinering mellom det norske klassifikasjonsarbeidet og klassifikasjonsprosjektet i regi av WHO. Nordlandssykehuset har vært pilot i test av nye klassifikasjoner, gjennomført i juni/juli 2015.

Når de nye klassifikasjoner blir implementert vil det etter all sannsynlighet bli en bedret kategorisering og årsaksvurdering på pasienthendelser. Dette vil gi et bedre grunnlag for analyse av pasienthendelser.

Tiltak:

- PSU restruktureres, gis nytt mandat og endrer arbeidsform for å oppnå bedre oppfangning og videreformidling av læringspunkter fra avvik og uheldige hendelser for foretaket.
- Kvalitetsavdelingen gjør uttrekk av avvik klassifisert med årsak «Mangelfull faglig vurdering» som grunnlag for diskusjon i Kvalitetsutvalget.
- Kvalitetsutvalget anmoder UNNs ledergruppe om å diskutere og klargjøre hvordan ansvar for å sikre tilstrekkelig oversikt over avvik i enhetene fordeles mellom linjeledelse og stab.

Vurdering avvik

UNN HF har for første gang på 3 år en utflating i antall meldte avvik sett i forhold til samme tertial forrige år. Det er fortsatt økning i unike meldere. Det synes klart at meldekulturen er blitt betydelig bedre de siste år.

Det er for tidlig å vurdere om det er noen indikasjoner på at antall meldinger har nå kommet opp til et naturlig nivå eller om det er tilfeldige svingninger. Fortsatt klassifiseres en stor andel av pasienthendelser med «årsak ikke tidligere listet». Nytt nasjonalt

klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse forventes å bidra til at det blir enklere å nyttiggjøre avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet. UNN har nå en stor database med hendelser som kan og bør brukes i systematisk forbedringsarbeid i klinikkene.

Interne revisjoner

Det utarbeides en årlig intern revisjonsplan på bakgrunn av tilsyn, hendelser, risikovurderinger og bestilling fra direktørens ledergruppe, AMU og Kvalitetsutvalget. Revisjonsplanen besluttet av direktørens ledergruppe. FFS gjennomfører revisjonene i samarbeid med relevante fagmiljøer. Nedenstående tabell viser oversikt over gjennomføringsgrad av planlagte interne revisjoner.

Tabell 2 oversikt alle internrevisjoner og gjennomførte internrevisjoner pr 1 tertial 2015.

Tema – Revisjoner planlagt til 1. tertial 2015	Sted	Terrial			Antall avvik	Gjennomført
		1	2	3		
Intern revisjon på forskningsprosjektet « Kirurgisk behandling av urininkontinens og vaginalt prolaps epidemiologi og langtidsresultater Helse Nord 1994 (KURIPRO)	Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken	x			3	x
Intern revisjon på forskningsprosjektet «Fødselsrelatert urininkontinens og vaginalt prolaps» (FRURIPRO)	Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken	x			1	x
Opplæring i MTU oppfølging av pålegg fra DSB Påbegynt - ikke ferdigstilt.	Medisinsk klinikk					x
Personalskader – rutiner forebygging og oppfølging	Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling		x			x
Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi (NKR).	Fag- og forskningssenteret NOR klinikken		x			Ikke startet
Etterlevelse av Nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika på sykehus Oppfølging fra tidligere tilsyn som over: Postalt tilsyn, gjennomgang av journaler.	Medisinsk klinikk NOR klinikken			x		
Prøveregistrering og svarrapportering klinisk patologi. Utgår pga ny versjon av SymPathy 1 oktober, som sannsynligvis vil løse tidligere problemer med elektronisk utsvaring.	Klinisk patologi		x			Utgår
Blodtransfusjoner Oppfølging av tidligere intern revisjon på blodbanken	Diagnostisk klinikk		x		1	x
Oppfølging av Samhandlingsavtalen mellom Kommuner og UNN HF Utsatt til 2016 år pga. eksternt tilsyn på Lungemedisin.	Hjerte- og lungeklinikken			x		utsatt

Implementering av prosedyre «barn som pårørende»	Avdeling SØR - seksjon SØR			x	Ikke ferdig rapport	x
Renholdskvalitet ved UNN Tromsø NS-INSTA 800 standard som angir et system for å fastsette og bedømme renholds kvaliteten. Startet 2 tertial ikke ferdig	Drift- og eiendomssenteret		x			pågår
Meldekultur i UNN-ulikheter mellom seksjoner Utgår. Kvalitetsavdelingen er ikke i stand til å avsette nok ressurser til at denne revisjonen kan gi valide resultater i 2015.		x				utgår
Lean Hjerneslag Utgår i 2015 pga pågående gjennomgang av pasientforløpet.		x				utgår
Oppfølging etter tidligere tilsyn og revisjoner : tema : Håndtering av henvisninger og viderehenvisninger av pasienter med kreft fram til start av nødvendig helsehjelp. Utgår pga innføring av nasjonale kreftpakkeforløp med månedlige målinger	K3K Kreftavdelingen			x		utgår

Tilsyn

Tilsyn behandles i egne rapporter til Kvalitetsutvalget og styret.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Tabell 3 Utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer UNN HF 2 tertial 2015

Prosessindikatorer, UNN HF, jan-april 2015	Norge	Helse N	UNN HF	Vurdering		
Nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for kre	57,6	56,5	70			
Pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid	77,7	84,7	85			
Prosessindikatorer	Norge	Helse N	Tromsø	Harstad	Narvik	Vurdering
Korridorpasienter, jan-april 2015	2,1	2,4	3,6	2,5	3,5	
Epikriser, andel sendt innen 7 dager, jan-april 2015	80	74,9	74,4	83,7	68,5	
Lårhalsbruddsoperasjon innen 48 timer, jan-april 2015	94,3	93,9	76,9	100	< 5 pas	
Strykninger fra planlagt op.program, jan-april 2015	5,5	7,2	4,1	1,3	0,4	
Trombolyse, hjerneslag, 18 - 80 år, jan-april 2015	14,5	15,6	18,4	0	0	
Andel akutte keisersnitt, jan-april 2015	10	10,4	10,9	17,4	13,5	
Andel fristbrudd, somatikk, avviklede, jan-april 2015	5,1	6,2	5,1	3,1	7,7	
Inf.status oppfølg. e 30 dager, sept-des 2014	Norge	Helse N	Tromsø	Harstad	Narvik	Vurdering
Infeksjonsstatus Koloninngrep	95	97	92	100	100	
Infeksjonsstatus Galleblære	88	91	67	95	100	
Infeksjonsstatus helprotese	97	100	100	100	100	
Infeksjonsstatus halvprotese	92	94	98	93	100	
Infeksjonsstatus keisersnitt	90	95	98	93	100	
Infeksjonsstatus bypass (hjerter)	93	97	97	-	-	
Pasienterfaring, 2014	Norge	Helse N	Tromsø	Harstad	Narvik	Vurdering
Pleiepersonalet	76	76	78	75	75	
Informasjon	73	73	73	75	71	
Legene	76	76	77	76	75	
Pårørende	80	77	80	76	74	
Organisering	68	67	67	69	67	
Standard	72	70	72	67	73	
Utskriving	58	57	57	60	58	
Samhandling	63	62	63	64	67	
Pasientsikkerhet	89	89	89	90	90	
Ventetid for elektive pasienter	65	62	59	68	59	
Rødt er vurdert som et resultat under landsgjennomsnittet						
Gult er vurdert som et resultat tilnærmet lik landsgjennomsnittet						
Grønt er vurdert som et resultat over landsgjennomsnittet						

Pasientsikkerhetsprogrammet

Gjennomføring av programmet diskuteres fortløpende i Kvalitetsutvalget og rapporteres i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapporter til ledergruppe og UNN-styret, og omtales derfor ikke nærmere i LGG.

Pasientklagesaker

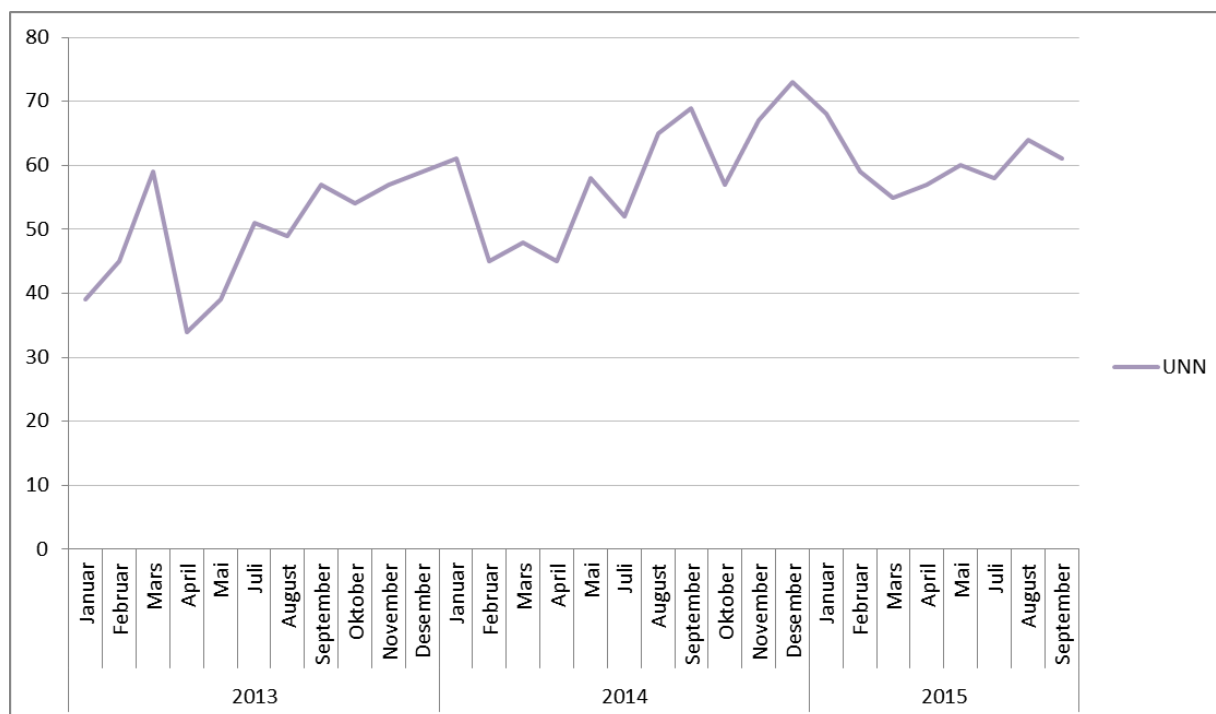
Median saksbehandlingstid på pasientsaker 2. tertial 2015 er 31 dager mot 34 dager i 2.tertial 2014. Saker vedrørende journalinnsyn/kopi og interne pasientskader meldt i Docmap er ikke tatt med.

Klager fra NPE og pasient/pårørende er de saker som har lengst svartid fra avdelingene

Det finnes enkelt saker fra NPE med mer enn 150 dager behandlingstid.

Lang saksbehandlingstid kan medføre at pasienter klager til Pasientombudet, Helsetilsynet og i noen grad til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) før de får svar fra UNN. Dette kan føre til at arbeidsmengden for UNN blir unødvendig stor.

Figur 9 Utvikling av pasientklager passert intern saksbehandlings frist på 35 dager



Det ble etablert nye rutiner for oppfølging av pasientskadesaker i 2012 og dette førte til en betydelig forbedring i intern saksbehandlingstid i foretaket. Fra og med 2013 har saksbehandlingstiden vært tilnærmet uendret.

Tabell 4 NPE saker i 2. tertial 2015 med brutt intern og NPE tidsfrist fordelt på klinikk

Klinikker	Antall NPE saker Totalt 2.tertial 2015	Antall passert intern frist 35 dager	Antall over NPE frist 56 dager
Akuttmedisinsk klinikk	0	0	0
Psykisk helse- og rusklinikken	8	2	1
Barne- og ungdomsklinikken	4	3	0
Diagnostisk klinikk	4	1	1
Hjerte- og lungeklinikken	7	4	3
Kirurgi, kreft- og kvinneklinikken	39	16	8
Medisinsk klinikk	4	2	1
Nevro- og ortopediklinikken	24	13	6
Operasjon- og intensivklinikk	2	2	2
Rehabiliteringsklinikken	0	0	0
Totalsum	92	43	22

Det er klinikker som overskrider den interne fristen på 35 dager for saksbehandling av NPE saker i mer enn 50 % tilfellene. Klinikkene har fortsatt utfordring å få til saksbehandlingstid innenfor intern frist som er 35 dager.

Tiltak:

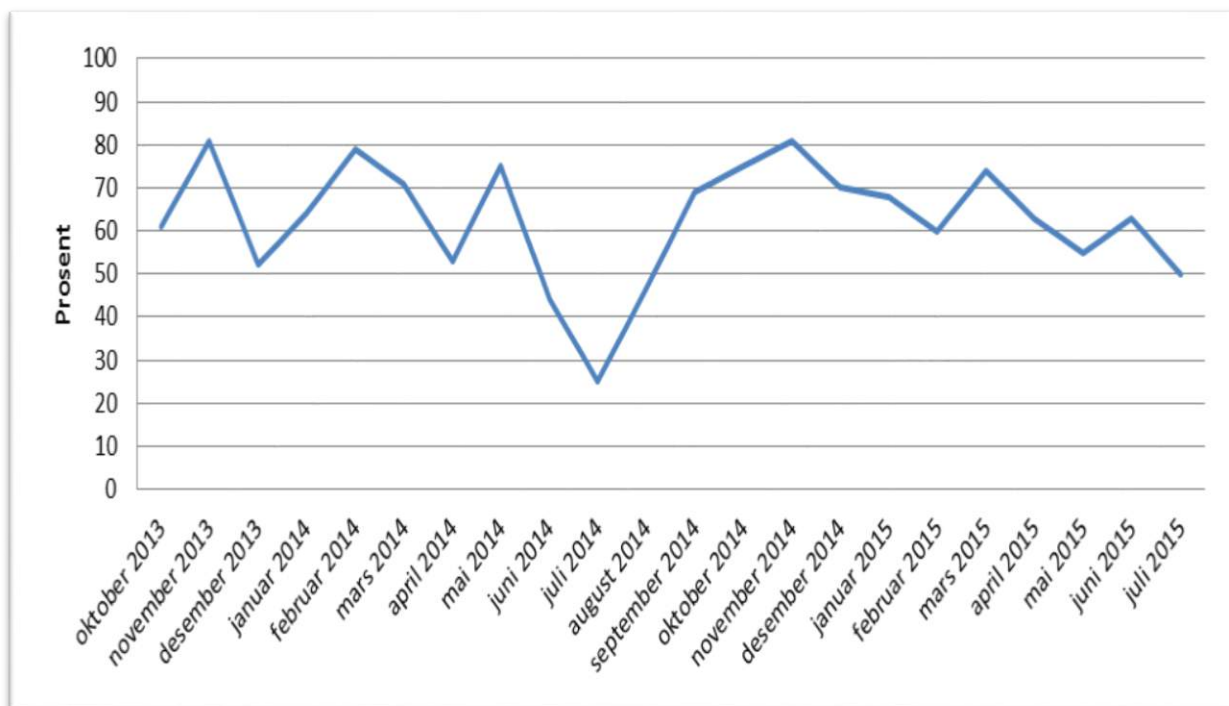
- Kvalitetsutvalget oppfordrer til større ledelsesmessig fokus på rettidig behandling av NPE-saker, tilsynssaker og andre pasientsaker i de klinikker som har utfordringer med å svare innen fastsatt frist.

Smittevern

Smittevernvisitter

Smittevernvisitter er et av UNNs tiltak i arbeidet for å nå Helse Nords 0-visjon vedrørende sykehusinfeksjoner. Visittene ble startet opp i oktober 2013 og alle somatiske sengeposter skal 1 x månedlig gjennomføre visitter etter fastlagt skjema med fokus på blant annet arbeidstøy, håndhygiene, blærekateter, sentralt venekateter, antibiotikabruk og generell rengjøring og orden. Ledende lege og sykepleier har hatt ansvar for visitten. Flere enheter foruten de opprinnelige somatiske sengepostene har på eget initiativ satt i gang smittevernvisitter inkludert akuttmottak og operasjonsavdelinger. Totalt registreres 38 enheter for UNN HF (Tromsø 24, Harstad 9 og Narvik 5). Visittene har oppslutning på jevnt over mellom 60-80 % (nedgang i feriemåneder som jul, påske og sommer).

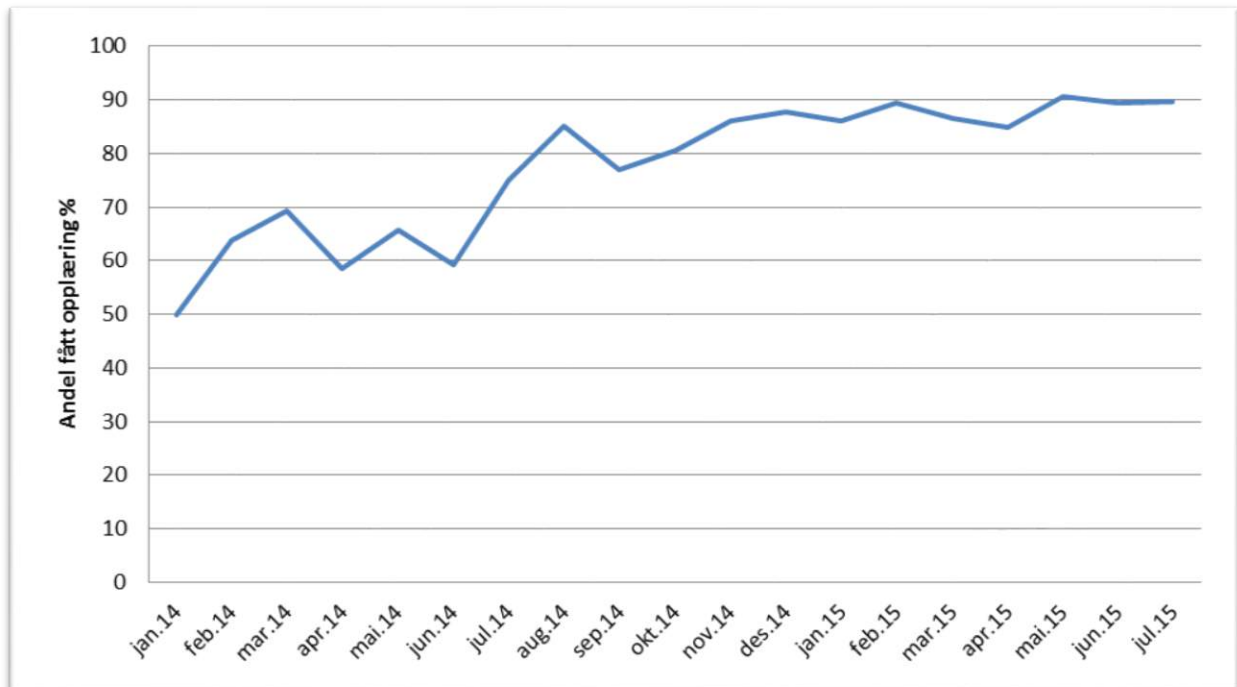
Figur 10 Smittevernvisitter -andel gjennomførte UNN HF



Smittevernvisittene har vært positivt mottatt. Enhetene selv og smittevernpersonell opplever det som et viktig kontaktpunkt. Visittene viser en økning i andel ansatte som har fått opplæring i basale smittevernrutiner som håndhygiene og bruk av arbeidstøy. Visittene fanger

også opp nyansatte som ikke har fått slik opplæring. Spesielt har visittene avdekket behovet for gode rutiner vedrørende generell orden, renhold og desinfeksjon av pasientnært utstyr og at enhetene har mange av de samme utfordringene når det gjelder å gjennomføre godt smittevern (eks mangel på enerom/isolat). I august 2015 ble det vedtatt av direktør i smittevern og Smitteverngruppe UNN HF at Smittevernvisittene er kommet for å bli.

Figur 11 Andel ansatte med opplæring håndhygiene UNN HF



Tiltak:

- Kvalitetsutvalget oppfordrer klinikkene til å prioritere smittevernvisitter i alle sengeposter.

Styreseminar i Narvik i november og direktørens halvårslige møter i Narvik og Harstad i desember, der ledergruppen deltar, er en god anledning for klinikksjefene til å delta på smittevernvisitter der.

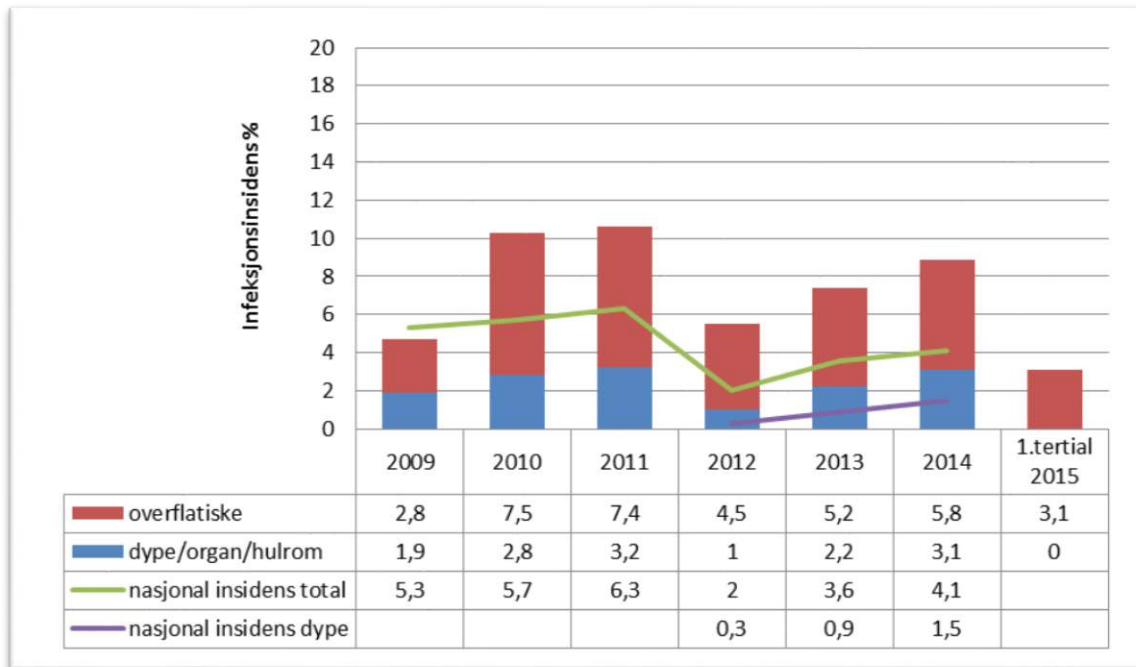
NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner etter inngrepene aortakoronarbypass, keisersnitt, innsetting av proteser i hofteledd, kolecystektomi og koloninngrep.

Tall for 1.tertial 2015 hadde innleveringsfrist Folkehelseinstituttet 1.september 2015. Narvik har ikke levert for fire inngrep og Tromsø klarte ikke Folkehelseinstituttets minimumskrav på 80 % for oppfølging etter kolecystektomi.

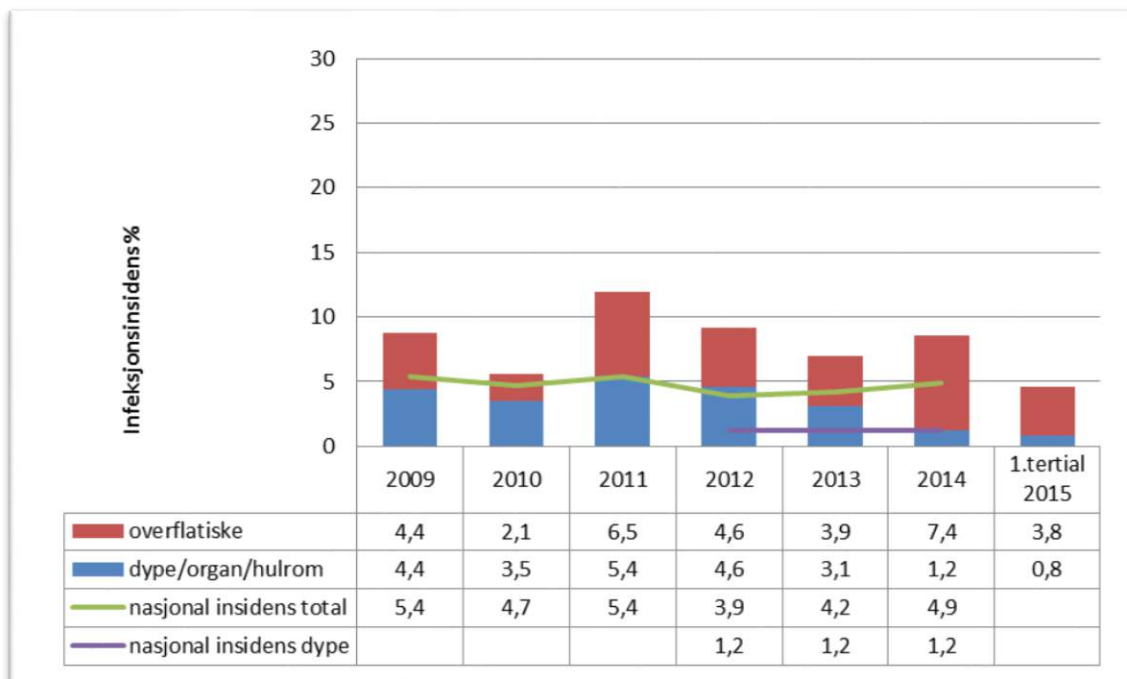
Kort oppsummert for UNN HF totalt er det en gledelig nedgang i infeksjonsinsidens for aortakoronare bypass, ingen dype infeksjoner denne perioden. Keisersnitt har nedgang i dype og overflatiske infeksjoner. Totalprotese og hemiprotese hofte hadde ingen dype infeksjoner i hele 2014, men det er registrert 1 dyp infeksjon for begge disse 1.tertial 2015 i Tromsø. Kolon

er noenlunde uendret. Kolecystektomi har ingen dype infeksjoner, men svært lav oppfølgingsprosent på kun 49,3 % for UNN samlet. UNN har som mål minimum 95 % oppfølging. For UNN samlet er det kun aortakoronare bypass, keisersnitt og innsetting av hemiprotese som i denne perioden når dette målet.

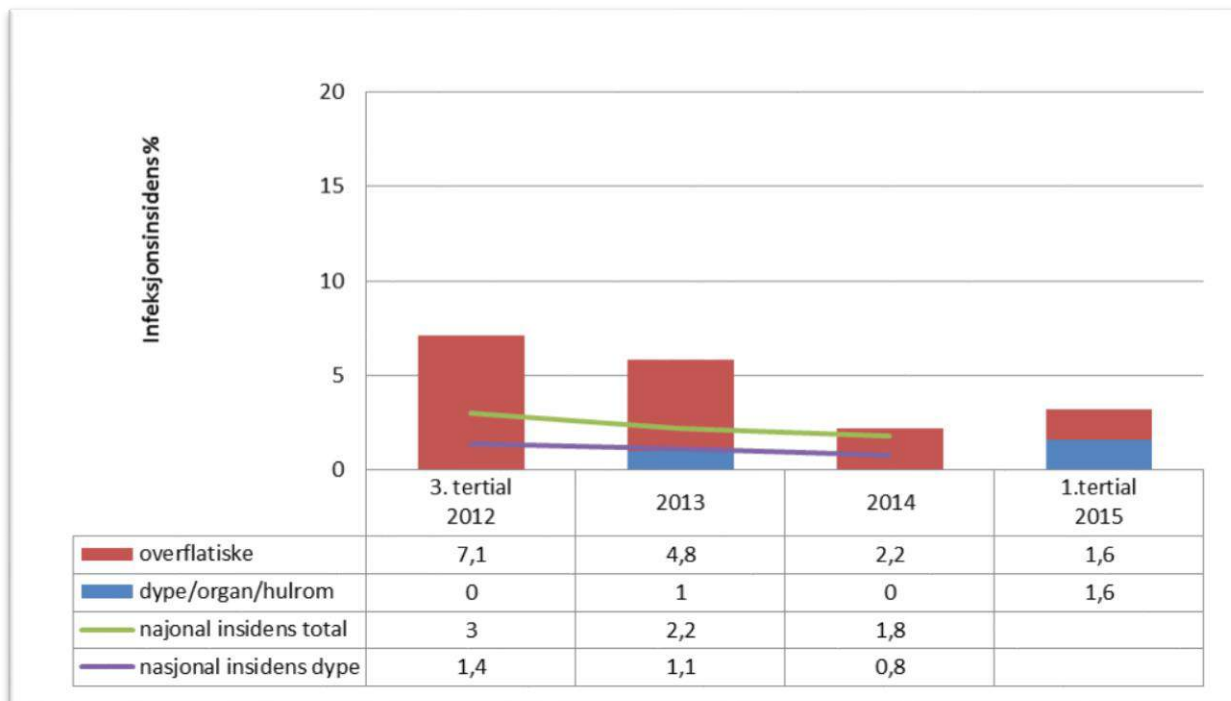
Figur 12 Infeksjoner etter bypass, sternum UNN HF 2009- 1. tertial 2015



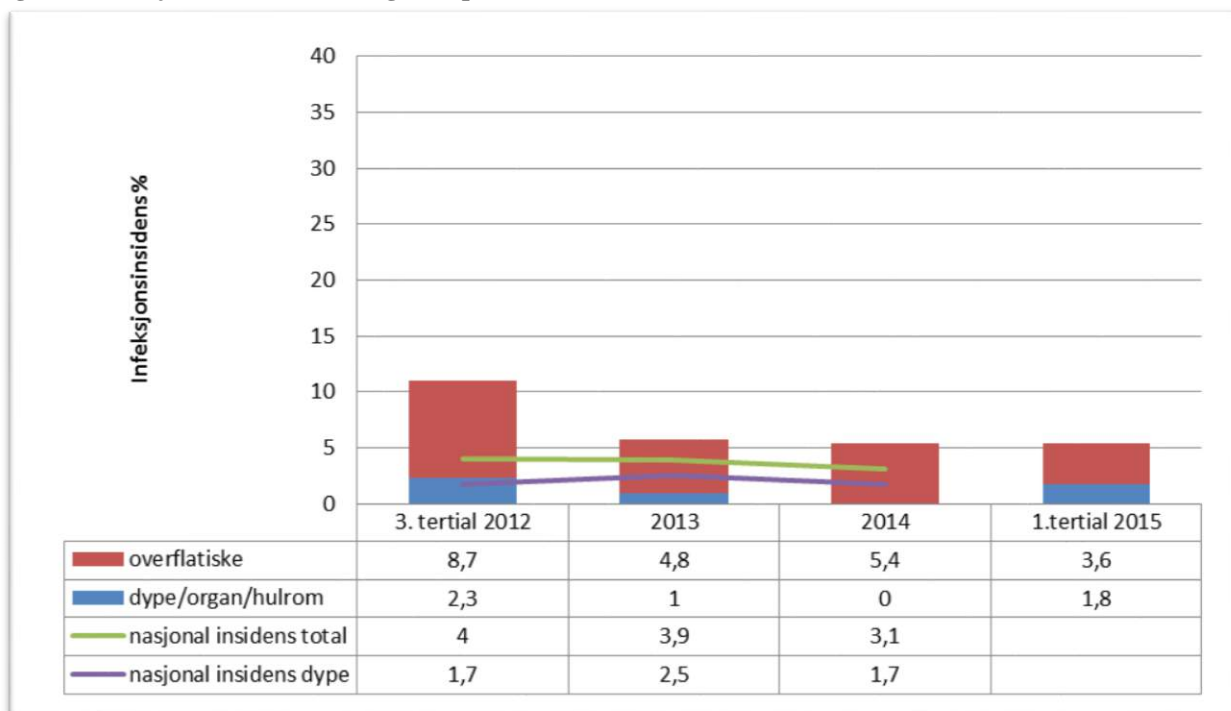
Figur 13 Infeksjoner etter keisersnitt UNN HF 2009- 1 tertial 2015



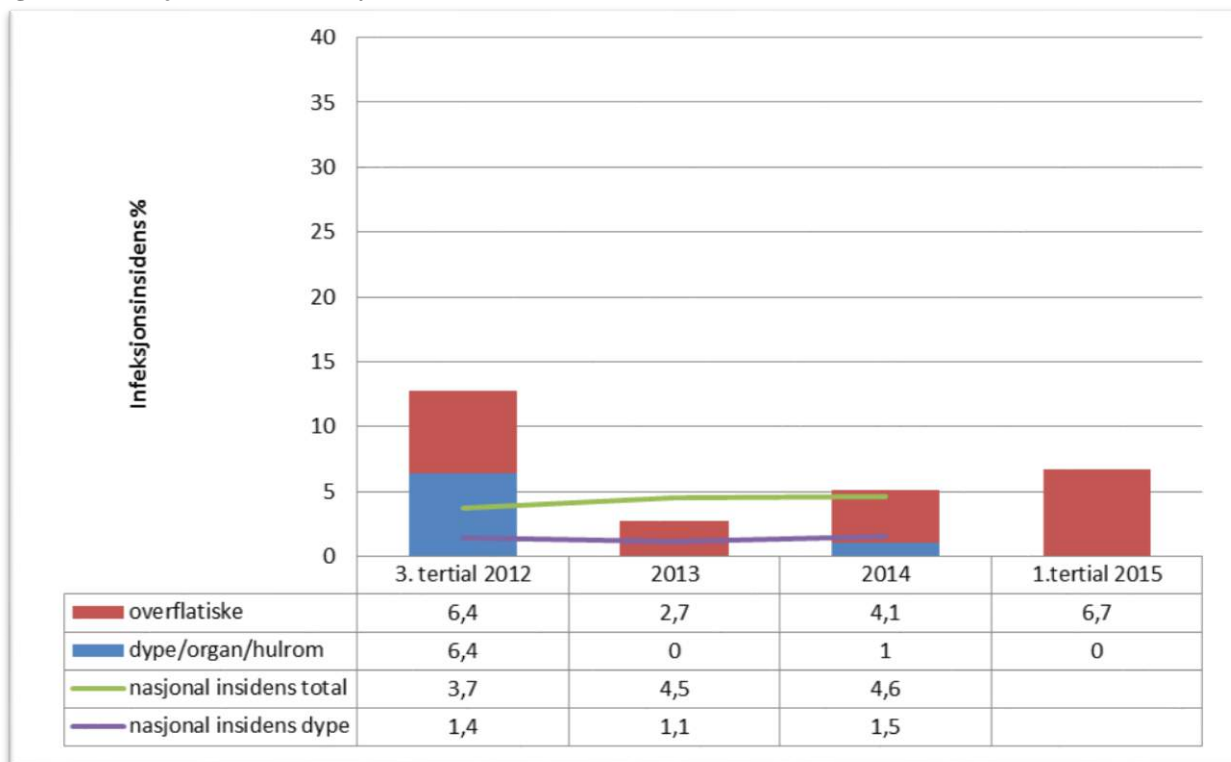
Figur 14 Infeksjoner etter innsetting totalhoffteprotese UNN HF 2009- 1.tertial 2015



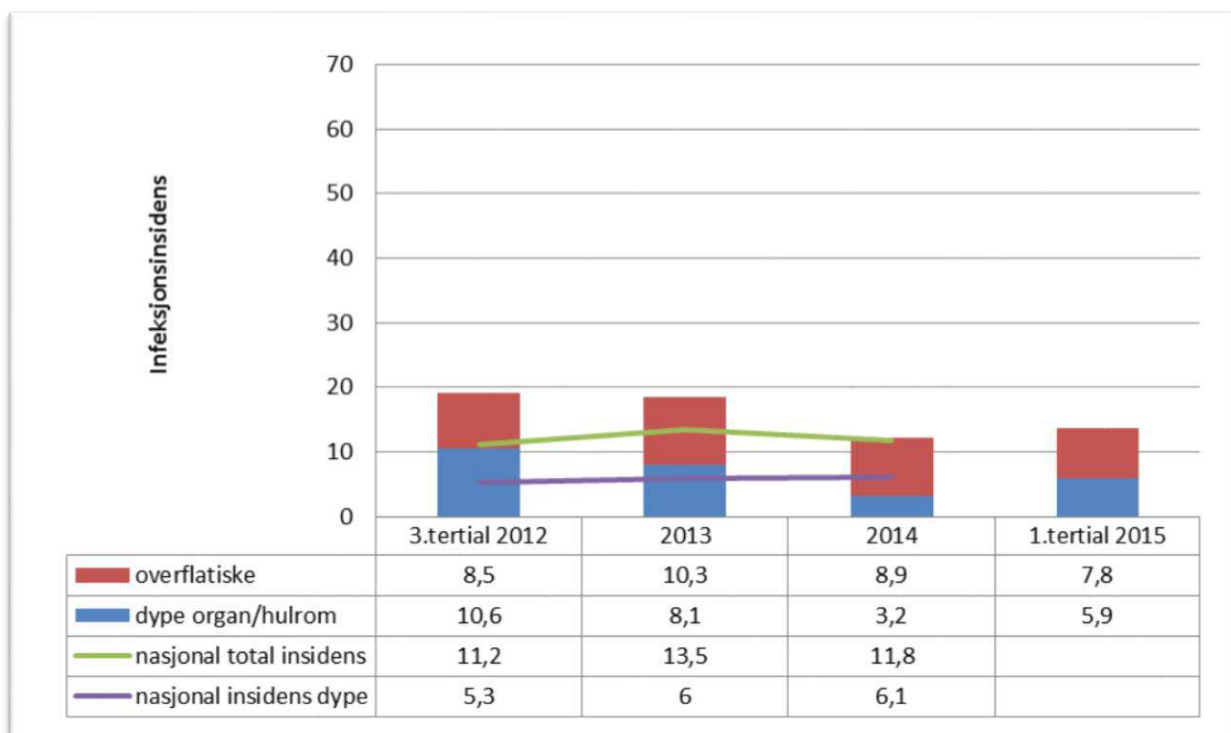
Figur 15 Infeksjoner etter innsetting hemiprotese UNN HF 2009- 1 tertial 2015



Figur 16 Infeksjoner etter Kolecystektomi UNN HF 2009- 1.tertial 2015



Figur 17 Infeksjoner etter kolonkirurgi UNN HF 2009- 1.tertial 2015



KVAM

Møteaktivitet i KVAM-utvalgene i klinikkene 1. og 2.tertial

FFS har gjennomgått referater fra 1. og 2.tertial 2015, som er lagt ut i ePhorte, fra KVAM-utvalgene i klinikkene/sentrene. Samlet sett er aktiviteten større enn da vi gjorde samme undersøkelse i 2013. De fleste klinikker/sentre har møteaktivitet over minstekravet.

Vurderingen fra Fag- og forskingssenteret er at den økte møteaktiviteten skyldes delvis at klinikker under bruker KVAM-strukturen mer aktivt under endringsprosesser. Dernest at saksomfanget er så stort at det av den grunn har vært nødvendig å øke antall møter. Aktiviteten virker også bedre styrt med fokus på mål, dialogavtale, årsplan, årshjul og oppfølging av KVAM-grupper.

Når vi ser på de saker som er behandlet i denne perioden så avspeiles sentrale satsinger i møtereferatene f.eks. Grønt sykehus, pasientsikkerhetsprogrammet, medarbeiderundersøkelsen. På den annen side avspeiles ikke Kvalitetsutvalgets betydelige oppmerksomhet mot smittevernsarbeidet i referatene fra KVAM-utvalget i samme grad. Læring på tvers er ei utfordring i foretaket og bør i større grad fokuseres på i KVAM-utvalgene. De fleste klinikker har hatt avviksanalyse på sakskartet, delvis initiert av Kvalitetsavdelingen tilstedeværelse.

I denne perioden har fire klinikker hatt innholdet i ledelsens gjennomgang på sakskartet i en eller annen form. En klinikk har LGG avdelingsvis, to klinikker har halvårsrapportering utfra gitte kvalitets- og arbeidsmiljøindikatorer, og en klinikk bruker foretakets tertialvise LGG som grunnlag for behandling i KVAM-utvalget.

Det er bare en klinikk som har hatt brukerrepresentant til stede i KVAM-utvalget i denne perioden.

KVAM-strukturen har satt seg i foretaket, noe som tydeliggjøres ved at man gjør tilpasninger i KVAM-strukturen ved organisatoriske endringer, manglende måloppnåelse og ved uønskede hendelser, samt at det jobbes mer systematisk enn tidligere. En videreføring av dette er å få revitalisert Ledelsens gjennomgang i alle klinikker og sentre.

Kvalitetskulturen i UNN

UNNs overordnede systemer for kvalitet forbedres stadig, og foretaket har fortsatt et forbedringspotensial i systemtilnærmingen til kvalitet. Kvalitet i henhold til egen standard hos den enkelte medarbeider gir ikke automatisk god kvalitet på helheten. Dette bekreftes gjennom interne revisjoner, i avvik og i arbeidet med pasientforløpene.

Erfaringsoverføring og læring av avvik og funn ved tilsyn og revisjoner er en vedvarende utfordring.

Det er en svak økning i antall dokumenter og arbeidet med å overvåke antall dokumenter bør fortsette. Det har vært en stor økning i antall meldte avvik de siste årene, med en utflating siste tertial. Meldekulturen i foretaket er utvilsomt bedret. Det viktigste arbeidet fremover er

fortsatt å få økt fokus på analyse av avvik, for å legge til rette for læring og å utløse forbedringspotensialer i organisasjonen.

Pasientforløpsarbeidet, det systematiske arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetssikringen gjennom internkontroll utfyller hverandre og UNN arbeider med å etablere en forbedringskultur basert på fakta og observasjoner. Helse Nord LIS og eventuelt også UNN KIS vil kunne bidra ved å gjøre dataene tilgjengelig.

Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring

ISO-14001 inneholder krav om oversikt over vedtatte og gjennomførte tiltak fra styrets behandling av LGG. Det gis en her oversikt over tiltakene, gjennomførte tiltak vil kun vises i det tertiale de er gjennomført. Tiltakene blir vist i oversikten fra 3.tertial 2013 og til de er gjennomført.

Det er 3 tiltak som ble gjennomført i forrige tertial (presentert i LGG for 1. tertial 2015) og dermed ikke vises i oversikten. Grønn markering er tiltakene som er slutført siden forrige rapport.

Tabell 5 Gjennomføring av tidligere vedtak i LGG

Foreslåtte tiltak	Gjennomført
KVAM-utvalg og KVAM-grupper får i oppdrag å etterspørre flere avvik i legemiddelhåndtering.	Ikke sporbart i referat. Et unntak: HLK
FFS utarbeider egen sak til KU i løpet av 2014 om avvik knyttet til legemiddelhåndtering.	Vår 2016
Kvalitetsutvalget vil høsten 2014 diskutere hvordan den fortsatt ugjorte oppgaven med å få gjennomført en bedre koordinering og samling av parallelle prosedyrer mellom enhetene i foretaket skal følges opp.	Utsatt til første del av 2016
For å ytterligere fokusere på ledernes oppfølging av avvik skal andel avvik som ikke er avsluttet fremgå av dashbordet i UNN-KIS for alle enheter så snart denne funksjonen er på plass i KIS.	Utsatt pga. prioritering av utvikling og implementering av Kreftpakken i UNN KIS, samt på grunn av at KIS har ligget nede siden juni 2015
Fag- og forskningssenteret lager senere i 2014 egen sak med nærmere gjennomgang av statistikk over NPE-saker der klager har fått medhold, inkludert eksempler på viktige enkeltsaker for å øke læringen i foretaket av disse sakene.	Sak har vært behandlet i ledergruppen og KU. Det er for kort tidsoverlapp mellom ny innføring av ny meldeordning til kunnskapssenteret og medhold i NPE saker til analyse. Sak ønskes tatt opp igjen

	om 1 år Dette arbeidet er påbegynt i september 2015
Gjennomgang av medholds saker fra Norsk pasientskadeerstatning følges opp i alle klinikkens KVAM-utvalg.	Det er ikke registrert i referat i ePhorte, utfordrende å bekrefte om dette gjennomført.
Status i oppfølging/lukking av avvik skal være fast sak i alle KVAM-utvalg.	Sjekkes i referater fra KVAM -utvalg gjennomført i 1 tertial 2015 Det er 5 klinikker/senter som pr 1.tertial 2015 har avvik som tema. Påminnelse om vedtak går ut til KVAM utvalgene.
Rutiner og systemer for oppfølging av pasientklagesaker settes opp som egen sak i Kvalitetsutvalget første halvår 2015 for å bidra til intern erfaringsoverføring og læring mellom klinikkene.	Dette inngår i oppdraget FFS sjef har fått om å utarbeide forslag til ny sammensetning og arbeidsform for KU og PSU.
Klinikker og sentrer gjennomgår opplæringsbehovet blant nye ledere med bakgrunn i oversikten ovenfor og sørger for at aktuelle ledere gjennomfører opplæring.	Kan ikke verifiseres av FFS gjennom tilgjengelige data.



Rapport:

Risikoanalyse gitt i Oppdragsdokument 2015 for Universitetssykehuset Nord- Norge HF

Utarbeidet av Fag og forskningssenteret

10.9.2015

Hans Petter Bergseth



Bakgrunn:

På oppdrag fra Helse Nord RHF skal Universitetssykehuset Nord - Norge HF (UNN) gjennomføre risikoanalyse av definerte målområder gitt i oppdragsdokumentet for 2015. Oppdragene er gitt til de enkelte klinikker som har vurdert målområdene innenfor sin virksomhet. Vurderingen av økonomimål er gitt til Økonomi og analysesenteret (ØAS), og vurderingen av bygg og utstyr er gitt Drift- og eiendomssenteret (DES). Sentre og klinikker rapporterer sine vurderinger til Fag- og forskningssenteret (FFS).

Sammendrag

Klinikkene har vurdert risikoen for ikke å nå de definerte målområdene gjennom et vurderingsverktøy gitt av Helse Nord RHF. FFS har mottatt rapporter fra Hjerte- og lungeklinikken, Psykisk helse- og rusklinikken, Barne- og ungdomsklinikken, Kreft-, kirurgi- og kvinnehelseklinikken samt Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken. Samlet risikobilde for UNN er utarbeidet etter de vurderinger som klinikken har gjort. I arbeidet med å vurdere de enkelte risikoelementene, finner klinikkene områder som kan forbedres, og det iverksettes risikoreducerende tiltak i den enkelte klinikk. For noen av målområdene mangler samlede og koordinerte tiltak.

Risikoen som er avdekket knyttet opp mot måloppnåelse og er ikke direkte knyttet til fare for den enkelte pasient. En samlet vurdering av fire målområder gir UNN et risikobilde med middels risiko for måloppnåelse. Enkelte områder utpeker seg med høy risiko, der UNN ikke har en tilstrekkelig utarbeidet felles plan for målområdet.

1. Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet:

Områdene som klinikkene var bedt om å risikovurdere inkluderer ventetid, fristbrudd, gjennomføring av nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, muligheten for å nå nullvisjonen om sykehusinfeksjoner, oppfylle mål for forløpstider i kreftpakkeforløpene samt økt bruk av pasienthotell. Samlet risikonivå vurdert ut fra klinikkens egne risikovurderinger: **Middels**

2. Redusere sykefravær:

Samlet risikonivå vurdert ut fra klinikkens egne risikovurderinger: **Middels**
Det mangler felles strategisk plan for å redusere sykefravær.

3. Innfri økonomiske mål i perioden:

Risikonivå: **Middels**

Det er en høy risiko knyttet til gevinstutnyttelse av FIKS prosjektet. Det er ikke beskrevet hvilke tiltak som skal iverksettes for å ta ut disse gevinstene.

4. Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling

Risikonivå: **Middels**

Det er en høy risiko knyttet til nødvendige ressurser til vedlikehold. I tillegg har UNN lite informasjon om arealplanen er i tråd med fagutviklingen.

Gjennomføring av analysen:

Analysen er gjennomført som teamanalyse ved bruk av risikomatrix i den enkelte klinikk. Fag- og forskningssenteret har hatt veiledningsmøter med klinikkene og sentrene i forkant, men har ikke vært deltakende i selve analysen.



Resultater

1. Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

- a. Gjennomsnittlig ventetid mindre enn 65 dager

Det foreligger samlet sett en middels risiko i UNN som helhet for ikke å nå målet om en gjennomsnittlig ventetid mindre enn 65 dager. De enkelte klinikker har skissert tiltak og det er utarbeidet felles tiltakspakker for å redusere ventetiden. Disse er tidligere styrebehandlet.

- b. Ingen fristbrudd

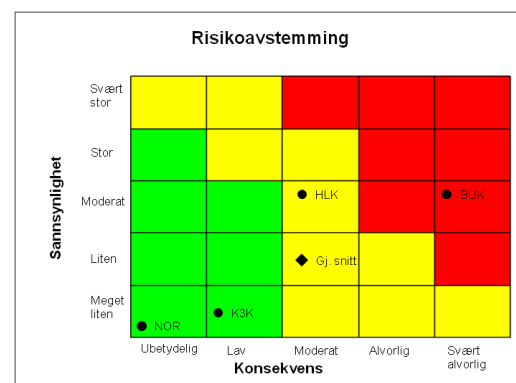
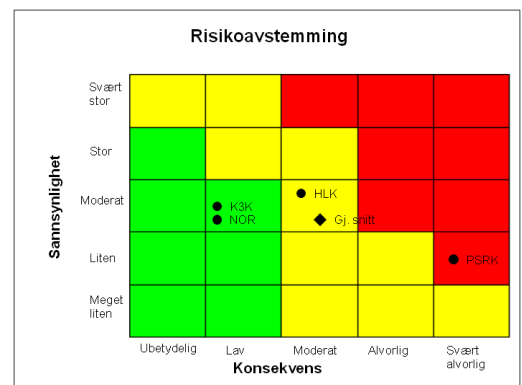
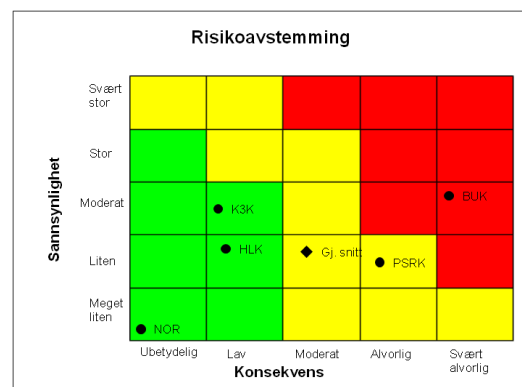
Det foreligger samlet sett middels risiko for fristbrudd i UNN. Barne- og Ungdomsklinikken har beskrevet risikoreduserende tiltak for å unngå fristbrudd og vurderer risikoen for dette som høy.

- c. Sørg for at innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet videreføres og tas i bruk i daglig drift.

Det foreligger samlet sett middels risiko for ikke å nå målene for gjennomføring av pasientsikkerhetsprogrammet i UNN. Psykisk helse- og rusklinikken og Hjerter- og lungeklinikken iverksetter risikoreduserende tiltak høsten 2015 for å komme i mål med programmet.

- d. Iverksette tiltak slik at vi når 0-visjonen for sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016.

Det foreligger samlet sett en middels risiko i UNN for å ikke nå målet i 0-visjonen. Barne- og ungdomsklinikken angir høy risiko på dette området.



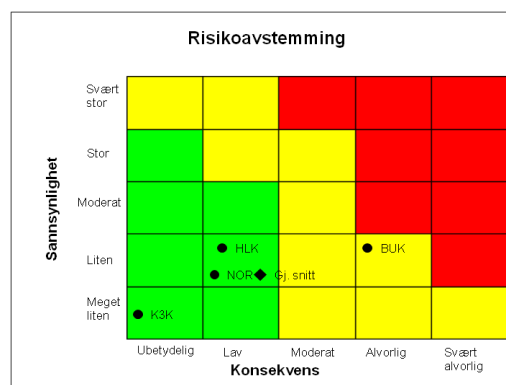


- e. Oppfylle tidskravene i de nasjonale kreftforløpene

Det foreligger samlet sett middels risiko i UNN for ikke å nå målet for tidskravene i kreftforløpene. Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken koordinerer flest forløp, og det er manglende kapasitet på operasjoner, røntgen og poliklinikk som er de største risikofaktorene.

- f. Øke andelen heldøgn i pasienthotell

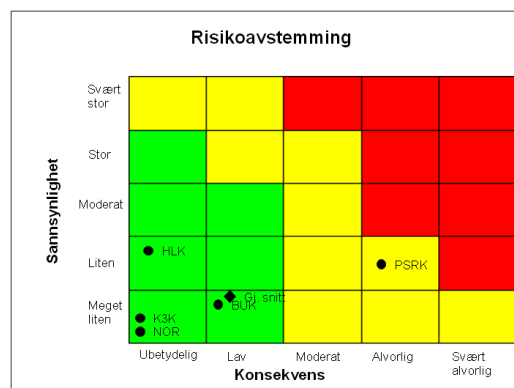
Klinikkene mener det er en lav risiko for ikke å nå målet med å øke andelen pasienter i pasienthotell.



2. Redusere sykefravær

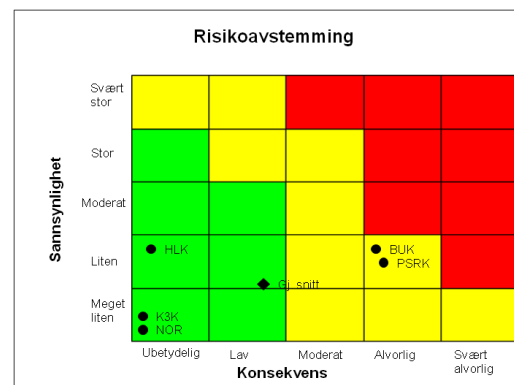
- a. Personaloppfølging ved langtidsfravær

Samlet vurderes det for UNN en lav risiko forbundet med manglende oppfølging av langtidsfravær. Psykisk helse- og rusklinikken mener de har en middels risiko knyttet til målet om oppfølging ved langtidsfravær.



- b. Oppfølging av IA-avtalen

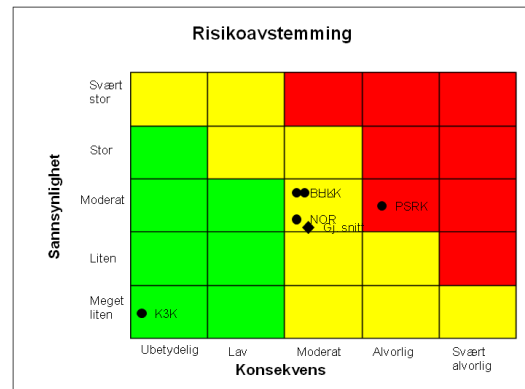
Samlet vurderes det for UNN en lav risiko forbundet med manglende oppfølging av IA-avtalen. Barne- og ungdomsklinikken og Psykisk helse- og rusklinikken vurderer at det er en middels risiko for manglende oppfølging av avtalen.





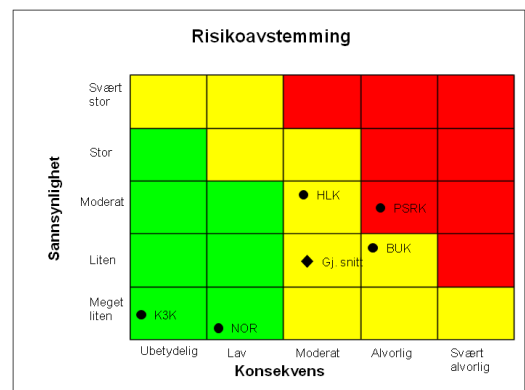
c. Forebygging av sykefravær

UNN har en middels risiko forbundet med å kunne forebygge sykefraværet. Psykisk helse- og rusklinikken har en høy risiko for forebygging av sykefraværet. Det er skissert tiltak for å få ned denne risikoen.



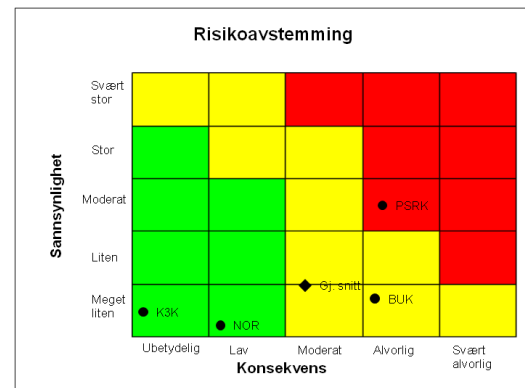
d. Tilrettelegging for arbeidstakere ned redusert arbeidsevne.

UNN har en middels risiko forbundet med å kunne tilrettelegge for arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Psykisk helse- og rusklinikken angir en høy risiko. Det er skissert tiltak for å få ned denne risikoen.



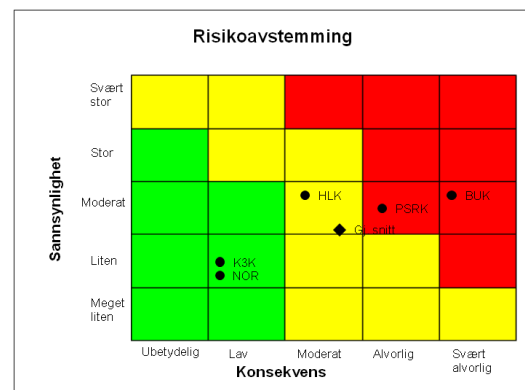
e. Tilstrekkelig administrativt system for oppfølging av sykefravær.

UNN har samlet sett middels risiko forbundet med målet om å ha tilstrekkelig administrativt system for oppfølging av sykefravær. Psykisk helse- og rusklinikken angir høy risiko. Det er skissert tiltak for å få ned denne risikoen.



f. Identifisering av faktorer som medvirker til sykefravær.

Barne og ungdomsklinikken og Psykisk helse- og rusklinikken angir høy risiko forbundet med at faktorer som bidrar til sykefravær ikke er tilstrekkelig identifisert.



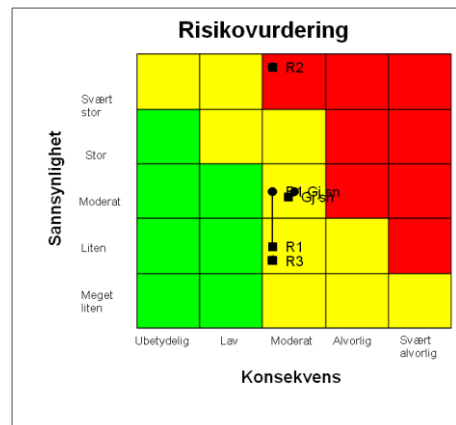


3. Mål: Innfri økonomiske mål i perioden

Deltakere: Levert av Økonomi -og analysesenteret

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Planlegge nøkternt med langsiktige forutsetninger.	Manglende planlegging, manglende gjennomføring av planer, ikke tilstrekkelige detaljerte tiltaksplaner for gjennomføring	Det er utarbeidet en tiltakspakke vektet etter Helse Nord's risikovekting som betyr at UNN har utviklet tiltak for 270 mill kr, 100 mill kr mer enn omstillingsutfordringen. Dette er gjort for å redusere risikoen ved manglende gjennomføring.	3	3	Middels	Direktøren	Budsjettregulert nye tiltak for 34 mill kr på bakgrunn av manglende tiltaksgjennomføring.	Stabsjef	#####	2	3	Middels
R2	Ta ut gevinstene av FIKS- programmet	Manglende identifisering av gevinster. Manglende tiltaksplaner for gevinstrealisering. Manglende gjennomføringsevne	Arbeidet ikke påbegynt. Må ledes av NST.	5	3	Høy	Direktøren		Stabsjef		5	3	Høy
R3	Ta ut gevinstene av andre investeringer	Manglende identifisering av gevinster. Manglende tiltaksplaner for gevinstrealisering. Manglende gjennomføringsevne	Arbeidet med langtidsplan for utstyrsinvesteringer er igangsatt og arbeid med økt bruk av pasienthotellet pågår.	2	3	Middels	Direktøren		Stabsjef		2	3	Middels

Risikoen for ikke klare å innfri økonomiske mål i perioden vurderes som middels. Det er en høy risiko knyttet til gevinstutnyttelse av FIKS-prosjektet. Det er ikke beskrevet hvilke tiltak som skal iverksettes for å ta ut disse gevinstene. For å ta ut gevinster på andre investeringer, er det igangsatt arbeid med en langtidsplan for utstyrsinvesteringer og arbeid med økt bruk av pasienthotell.



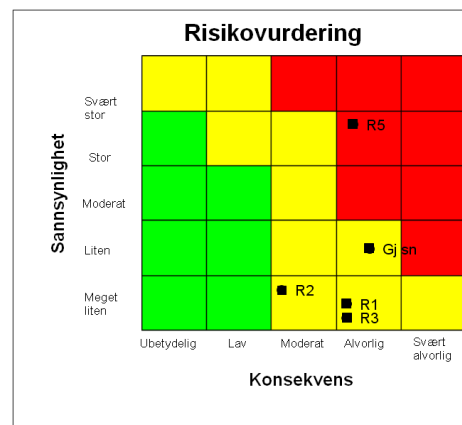
4. Mål: Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling

Deltakere: Drift og eiendomsenteret

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Planer med behovsanalyser for bygg og utstyr	Manglende planverk		1	4	Middels	Direktøren		Drift og eiendomssjef, Klinikkssjef diagnostisk klinikk				
R2	God kommunikasjon med fagmiljøene og identifisering av nye behov.	Manglende kommunikasjon		1	3	Middels	Direktøren		Drift og eiendomssjef, Klinikkssjef diagnostisk klinikk				
R3	Oversikt over levealder på utstyr	Manglende oversikt over utstyr		1	4	Middels	Direktøren		Drift og eiendomssjef, Klinikkssjef diagnostisk klinikk				
R4	Oppdaterte arealplaner i tråd med fagutviklingen	Manglende arealplaner basert på faglig utvikling					Direktøren		Drift og eiendomssjef, Klinikkssjef diagnostisk klinikk				
R5	Tilstrekkelige resurser	Manglende resurser		4	4	Høy	Direktøren		Drift og eiendomssjef, Klinikkssjef diagnostisk klinikk				



Tilstekkelige ressurser er en faktor som det er knyttet en høy risiko til, for å innfri målet med å oppgradere bygg og utstyr i tråd med faglig utvikling. I tillegg mangler informasjon om det finnes oppdaterte arealplaner i tråd med fagutviklingen. Dersom dette ikke er kjent i fagmiljøet, må det ansees som en høy risiko for målet.



Klinikkvise resultater og tiltak

Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken

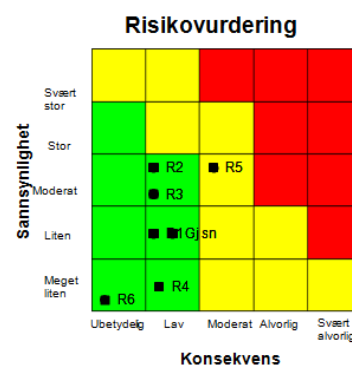
Deltakere: Gunnel Axelsson, Ingard Nilsen, Gro Jensen, Ann Harriet Konradsen, Turid R. Kristiansen, Tone Nordøy

Mål: Oppfylle Nasjonale krav til kvalitet -og pasientsikkerhet

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Gjennomsnittlig ventetid mindre enn 65 dager	Mange langtidsventere over 365 dager, manglende opfølging av ventelister. Mange ventende over 180 dager.	Fodrer tilgjengelig opr. Kapasitet etter behov og plantall, areal	2	2	Lav	Direktør		Klinikkjef				
R2	Ingen fristbrudd	Fristbrudd forekommer regelmessig (månedlig)	Nøyte overvåking av truende fristbrudd, rydding i ventelister. Vurdering i henhold til prio.veilederne	3	2	Lav	Direktør		Klinikkjef				
R3	Sørge for at innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet videreføres og tas i bruk i daglig drift	Manglende aktivitet og/eller registreringer på ett eller flere av innsatsområdene. (Alle tiltaksområdene vil ikke være aktuell for alle Klinikker)	Trygg kirurgi, Samstemming av legemiddellister, forebygging av trykksår, forebygging av uvi, forebygging av infeksjon svk, forebygging av fall	3	2	Lav	Direktør		Klinikkjef				
R4	Iverksette tiltak slik at vi når 0-visjonen for sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016	Manglen plan/tiltak for å oppnå 0-visjonen	Smittevernvisitter-pasientsikkerhetskampanjen	1	2	Lav	Direktør		Klinikkjef				
R5	Oppfylle tidskravene i de nasjonale kreftforløpene	Manglende forløpskoding, manglende koordinering av forløp, kapasitetsbrist, manglende planlegging innenfor tidsrammen av	Manglende operasjonskapasitet og rgt kapasitet, poliklinikk kapasitet	3	3	Middels	Direktør	Vi presser på opr og rgt	Klinikkjef				
R6	Øke andelen heldøgn i pasienthotell	Manglende seleksjon av pasienter til		1	1	Lav	Direktør		Klinikkjef				

Klinikken vurderer det er liten eller ingen risiko for at de nasjonale målsetningene ikke skal nås på områdene ventetider, fristbrudd, sykehusinfeksjoner og kreftforløp.

Klinikken mener det er en middels risiko for ikke å nå kravene i kreftforløpene. Tiltak her er å presse på operasjon og røntgen for å holde frister.

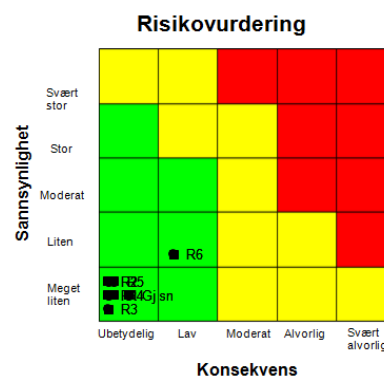




Mål: Redusere sykefravær

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Personalloppfølging ved langtidssykefravær	Manglende oppfølging		1	1	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R2	Opfølging av IA avtalen	Manglende oppfølging		1	1	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R3	Forebygging av sykefravær	Manglende forebygging		1	1	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R4	Tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne	Manglende tilrettelegging		1	1	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R5	Tilstrekkelig administrativt støttesystem for oppfølging av sykefravær	Manglende støttesystem for oppfølging av sykefravær		1	1	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R6	Identifisering av faktorer som medvirker til sykefravær	Manglende identifisering av faktorer		2	2	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				

Klinikken vurderer at det er ingen risiko for at målet med å redusere sykefravær ikke skal nås. Klinikken har ikke beskrevet tiltak for hvordan dette skal nås.



Barne- og ungdomsklinikken

Deltakere: Lederteam

Mål: Oppfylle Nasjonale krav til Kvalitet og pasientsikkerhet

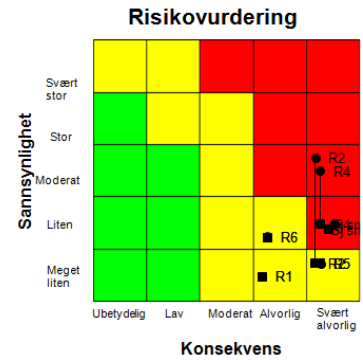
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Gjennomsnittlig ventetid mindre enn 65 dager	Mange langtidsventer over 365 dager, manglende oppfølging av ventelister. Mange ventende over 180 dager.	Detaljert oppfølging av pasientlister	1	4	Middels	Direktør		Klinikkssjef				
R2	Ingen fristbrudd	Fristbrudd forekommer regelmessig (månedlig)	Detaljert oppfølging av pasientlister	3	5	Høy	Direktør	Bedre ressursstyring økt tilstedeværelse	Klinikkssjef		1	5	Middels
R3	Sørge for at innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet videreføres og tas i bruk i daglig drift	Manglende aktivitet og/eller registreringer på ett eller flere av innsatsområdene. (Alle tiltaksområdene vil ikke være aktuelle for alle klinikker)	Trygg kirurgi, Samstemming av legemiddellister, forebygging av trykksår, forebygging av uvi, forebygging av overdosedødsfall, behandling av hjerneslag, forebygging av infeksjon svk, forebygging av fall, forebygging av selvmord, ledelse av pasientsikkerhetsprogrammet.				Direktør		Klinikkssjef				
R4	Iverksette tiltak slik at vi når 0-visionen for sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016	Manglende plan/tiltak for å oppnå 0-visionen	Etterlevelse av planene er kanskje en større risiko. En del forventet risiko(ekstremt preamture)immunsupprimerte	3	5	Høy	Direktør	Påpeke brudd på retningslinjer, fokus på håndhygiene	Klinikkssjef				
R5	Oppfylle tidskravene i de nasjonale kreftforløpene	Manglende forløpskoding, manglende koordinering av forløp, kapasitetsbrist, manglende planlegging innenfor tidsrammen av forløp		1	5	Middels	Direktør		Klinikkssjef		2	5	Høy
R6	Øke andelen heidag i pasienthotell	Manglende seleksjon av pasienter til pasienthotell.		2	4	Middels	Direktør		Klinikkssjef				





Klinikken vurderer at det vil være svært utfordrende å nå 0-visjonen om sykehuspåførte infeksjoner innen 2016. Selv med risikoreduserende tiltak som håndhygiene og tett oppfølging av regelbrudd vurderes dette som høy risiko.

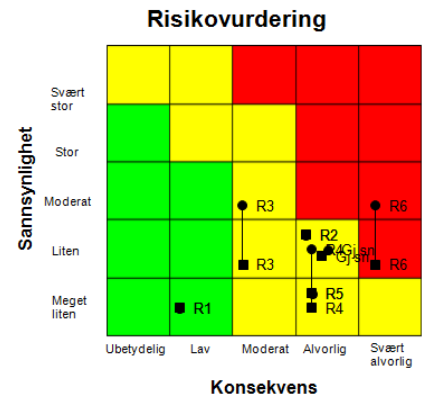
Å redusere antall fristbrudd til 0, oppfylle tidskrav i kreftforløp samt målet om øke andelen pasienter i pasienthotellet har en middels risiko. Bare og ungdomsklinikken er ikke inkludert i pasientsikkerhetsprogrammet på nasjonalt plan.



Mål: Redusere sykefravær

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Personaloppfølging ved langtidssykefravær	Manglende oppfølging		1	2	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R2	Oppfølging av IA avtalen	Manglende oppfølging		2	4	Middels	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R3	Forebygging av sykefravær	Manglende forebygging		3	3	Middels	Direktøren	Utviklingssamtaler som kvalitetsindikator	Klinikkssjefer/H R sjef		2	3	Middels
R4	Tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne	Manglende tilrettelegging		2	4	Middels	Direktøren	Tydeligere skille mellom midlertidig og varig tilrettelegging	Klinikkssjefer/H R sjef		1	4	Middels
R5	Tilstrekkelig administrativt støttesystem for oppfølging av sykefravær	Manglende støttesystem for oppfølging av sykefravær		1	4	Middels	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R6	Identifisering av faktorer som medvirker til sykefravær	Manglende identifisering av faktorer		3	5	Høy	Direktøren	Oppfølging av MBU og pasientsikkerhetskultur. Utviklingssamtaler	Klinikkssjefer/H R sjef		2	5	Høy

Manglende identifisering av faktorer som bidrar til økt sykefravær vurderes som høy risiko for ikke å nå målet om redusert fravær. Risikoen for å nå målet etter tiltak vurderes som middels.





Nervo-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken

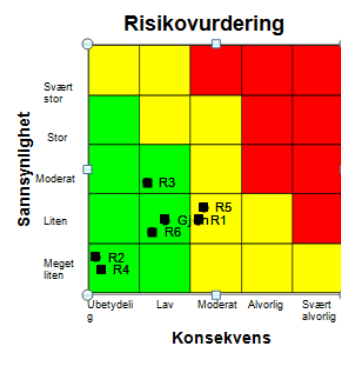
Deltakere: Bjørn-Yngvar Nordvåg, May-Liss Johansen, Mona-Lisa Olsen, Roar Kloster, Christoph Schäfer, Synøve Kalstad, Torill D Nilsen, Marianne Johansen

Mål: Oppfylle Nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Gjennomsnittlig ventetid mindre enn 65 dager	Mange langtidsventere over 365 dager, manglende oppfølging av ventelister. Mange ventende over 180 dager.	-Rydding i ventelister iht HOS regionale prosedyrer DS0427 - Frigjøre kapasitet ved å avslutte kontroller - Ekstra poliklinikk i Tromsø og/eller kirurgi (orpl 70 dager med 10 nyhenviste) - Avvise andre pasienter som tilhører andre helseforetak - Vurdere oversendelse til private med avtale	2	3	Middels	Direktør	Nytt fokus på langtidsventende over 6 måneder	Klinikkisjef				
R2	Ingen fristbrudd	Fristbrudd forekommer regelmessig (månedlig)	-Kontinuerlig overvåking av truende fristbrudd iht HOS regional prosedyre SJ6150 - Avsette ledige timer hver uke til rettighetspasienter med truende fristbrudd - Rydding i ventelister iht HOS regionale prosedyrer	2	1	Middels	Direktør	-Strengere krav om rapportering av status til klinikkisjef	Klinikkisjef				
R3	Sørge for at innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogram met videreføres og tas i bruk i daglig drift	Manglende aktivitet og/eller registreringer på ett eller flere av innsatsområdene. (Alle tiltaksområdene vil ikke være aktuell for alle klinikker)	Trygg kirurgi, Samstemming av legemiddellister, forebygging av trykksår, forebygging av uvi, forebygging av overdosedødsfall, behandling av hjerneslag, forebygging av infeksjon svk, forebygging av fall, forebygging av selvmord, ledelse av pasientsikkerhetsprogrammet	3	2	Lav	Direktør		Klinikkisjef				
R4	Iverksette tiltak slik at vi når 0-visjonen for sykehuspåførte infeksjoner innen utoanngen av 2016	Manglen plan/tiltak for å oppnå 0-visjonen	- Månedlige smittevernvisitter, ihht til prosedyre Fokus på hygieniske prinsipper og opplæring	1	1	Lav	Direktør		Klinikkisjef				
R5	Oppfylle tidskravene i de nasjonale kreftforløpene	Manglende forløpskodning, manglende koordinering av forløp, kapasitetsbrist, manglende planlegging innenfor tidsrammen av forløp	-Planer for NOR-klinikkens kreftpakkeforløp følges (hjernekreft, føflekk, hode/halskreft, sarcomkreft)	2	3	Middels	Direktør		Klinikkisjef				
R6	Øke andelen heldøgn i pasienthotell	Manglende seleksjon av pasienter til pasienthotell	-Avtalt planleggingsmøter med prosjektgruppe	2	2	Lav	Direktør		Klinikkisjef				

Klinikken vurderer det samlet sett er lav risiko for ikke å oppnå nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet. Klinikken har iverksatt tiltak på alle målområdene.

Det er en middels risiko for ikke å nå målene om 65 dager gjennomsnittlig ventetid samt å innfri tidskravene i de nasjonale kreftforløpene.

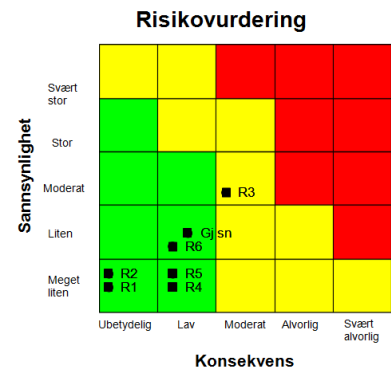




Mål: Redusere sykefravær

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Personalfølgning ved langtidsfravær	Manglende oppfølging	- Følge de lovpålagte retningslinjer i IA-avtalen	1	1	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R2	Oppfølging av IA avtalen	Manglende oppfølging	-Oppfølging av den enkelte i en bestemt livssituasjon, eks sykdom	1	1	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R3	Forebygging av sykefravær	Manglende forebygging	-Personalmøter (dialog) -Kollegialstøtte -Rådgivning HMS og vernetjeneste -Styrke jobbnærveret -Hindre utstøtning og frafall fra arbeidslivet	3	3	Middels	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R4	Tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne	Manglende tilrettelegging	-Personalsamtale -Dialog med BHT, NAV, lege, leder og ansatt	1	2	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R5	Tilstrekkelig administrativt støttesystem for oppfølging av sykefravær	Manglende støttesystem for oppfølging av sykefravær	-Personalportalen		2	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				
R6	Identifisering av faktorer som medvirker til sykefravær	Manglende identifisering av faktorer	-Medarbeider undersøkelsen -Vernerunder -Dialog med ansatt -KVAM	2	2	Lav	Direktøren		Klinikkssjefer/H R sjef				

Klinikken vurderer det er lav risiko for ikke å nå målet om redusert sykefravær. Tiltak er Personalmøter, kollegastøtte og rådgivning på HMS og vernetjeneste. Videre er det å følge IA-avtalen og oppfølging av den enkelte medarbeider tiltak som beskrives.





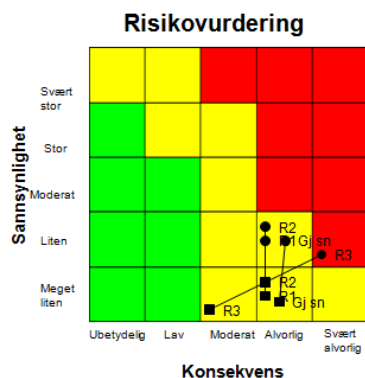
Psykisk helse- og rusklinikken

Deltakere: Bård Schive, Fred Emil Bjerke, Alex Jensen, Magnus P. Hald, Carl-Erik Westgren, Minna K. Hansen, Tordis S. Høifødt, Elisabeth Klæbo Reitan

Mål: Oppfylle Nasjonale krav til Kvalitet og pasientsikkerhet

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Gjennomsnittlig ventetid mindre enn 65 dager	Mange langtidsventere over 365 dager, manglende oppfølging av ventelister. Mange ventende over 180 dager.	PH: Videre oppfølging av poliklinikkprosjektet, årlig inntaksskole for inntaksteam. <u>TSB</u> . Følges opp kontinuerlig gjennom ukentlig oppfølging. Følges opp lokalt på seksjonene og i Vurderingsinstans rus.	2	4	Middels	Direktør	PH: Månedlig oppfølging, VPP Tromsø følges særskilt opp. <u>TSB</u> . Kontinuerlig oppfølging. Videre gjennomføring av praksis.	Klinikkisjef	01.09.2015	1	4	Middels
R2	Ingen fristbrudd	Fristbrudd forekommer regelmessig (månedlig)	PH: Videre oppfølging av poliklinikkprosjektet, årlig inntaksskole for inntaksteam. <u>TSB</u> . Følges opp kontinuerlig gjennom ukentlig oppfølging. Følges opp lokalt på seksjonene og i Vurderingsinstans rus.	2	4	Middels	Direktør	PH: Månedlig monitorering <u>TSB</u> . Kontinuerlig oppfølging. Videre gjennomføring av praksis.	Klinikkisjef	01.09.2015	1	4	Middels
R3	Sørge for at innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet videreføres og tas bruk i daglig drift	Manglende aktivitet og/eller registreringer på ett eller flere av innsatsområdene. (Alle tiltaksområdene vil ikke være aktuell for alle klinikker)	Forbygging av overdoser: Pr	2	5	Høy	Direktør	Overdoser:	Klinikkisjef	Høsten 2015	1	3	Middels
R4	Iverksette tiltak slik at vi når 0-visjonen for sykehuspårte infeksjoner innen utgangen av 2016	Manglen plan/tiltak for å oppnå 0-visjonen					Direktør		Klinikkisjef				
R5	Oppfylle tidskravene i de nasjonale kreftforløpene	Manglende forløpskodning, manglende koordinering av forløp, kapasitetsbrist, manglende planlegging innenfor tidsrammen av forløp					Direktør		Klinikkisjef				
R6	Øke andelen heidøgn i pasienthotell	Manglende seleksjon av pasienter til pasienthotell.	Oppfattes som ikke relevant for klinikken.				Direktør		Klinikkisjef				

Klinikken vurderer risikonivået som middels for ikke å kunne nå nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet. Innen pasientsikkerhet er det iverksatt tiltak på områdene sevlmordsforebygging og overdosedødsfall etter utskriving. Ventelister og fristbrudd gjennomgås og kontrolleres.



Mål: Redusere sykefravær

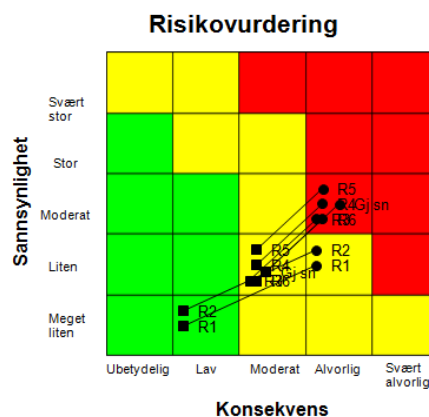
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Personaleoppfølging ved langtidsfravær	Manglende oppfølging	Linjeledere følger opp syke	2	4	Middels	Direktøren	BHT og HRU har rett	Klinikkisjefer/HR sjefer	Lederopplæring høst 2015	1	2	Lav
R2	Oppfølging av IA avtalen	Manglende oppfølging	Sikre kursing av ledere og	2	4	Middels	Direktøren	Vurdere skreddersy	Klinikkisjefer/HR sjefer	Høst 2015.	1	2	Lav
R3	Forebygging av sykefravær	Manglende forebygging	Lokalt fokus på tilrettelegg	3	4	Høy	Direktøren	Vurdere skreddersy	Klinikkisjefer/HR sjefer	Høst 2015.	2	3	Middels
R4	Tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne	Manglende tilrettelegging	Lokalt fokus på tilrettelegg	3	4	Høy	Direktøren	Lederopplæring og f	Klinikkisjefer/HR sjefer	Kontinuerlig	2	3	Middels
R5	Tilstrekkelig administrativt støttesystem for oppfølging av sykefravær	Manglende støttesystem for oppfølging av sykefravær	Ønsker tettere samarbeid	3	4	Høy	Direktøren	Tettere samarbeid m	Klinikkisjefer/HR sjefer	Kontinuerlig	2	3	Middels
R6	Identifisering av faktorer som medvirker til sykefravær	Manglende identifisering av faktorer	Virksomhetens art bidrar t	3	4	Høy	Direktøren	Tematisere arbeidsf	Klinikkisjefer/HR sjefer	Kontinuerlig	2	3	Middels



Klinikken vurderer risikoen for å ikke nå målet om redusert sykefravær som høyt. Tiltak for å få ned sykefraværet: Sak i KVAM-utvalget vedr. sykefraværsoppfølging. Vurdere skreddersydd lederopplæring for klinikken i samarbeid med BHT og HRU. Bistand fra BHT og HRU i forhold til enheter med høyt sykefravær. Vri oppmerksomhet fra sykefravær til nærvær. Aktivitetsplikten etter 8 ukers sykemelding: Søke dialog rundt arbeidsrettede tiltak før dette.

Kunne spille på klinikkens samlede virksomhet ved behov for arbeidsutprøving og eventuell arbeidsomplussing. Oppfølging av MU-undersøkelser og fokus på HMS. Bruke metodikken knyttet til ”Medarbeiderskap” (arbeidsmiljø og holdninger) i forhold til forebyggingsarbeid. Tilbud om prosessveiledning.

Nytte systematisk veiledning som forebyggingstiltak. Lederopplæring og fokus i KVAM. Tettere samarbeid med BHT og HR. Få disse tydeligere på tilbudssiden, gjerne etter modell fra ØAS. Behov for tettere bistand fra HR og BHT i forhold til målrettet arbeid med både arbeidsmiljø og forebygging samt sykefraværsoppfølging. Må være tydeligere og mer konkret på hva vi trenger bistand til. Tematisere arbeidsrelatert fravær i KVAM og personalmøter.



Hjerte- og lungeklinikken

Deltakere: Kristian Bartnes

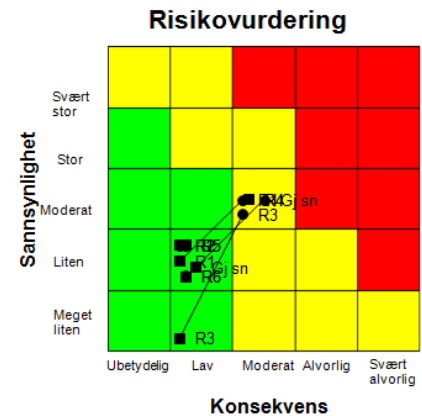
Mål: Oppfylle Nasjonale krav til Kvalitet og pasientsikkerhet

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier	Nye tiltak	Ansvarlig	Frist	S	K	Risikonivå	
R1	Gjennomsnittlig ventetid mindre enn 65 dager	Mange langtidsventere over 365 dager, manglende oppfølging av ventelister. Mange ventende over 180 dager.	I gang med å sette pasienter rett på time. Meldt inn behov for ressurser fra RHF.	3	3	Middels	Direktør		Klinikkisjef			2	2	Lav
R2	Ingen fristbrudd	Fristbrudd forekommer regelmessig (månedlig)	Handler ut fra månedlig rapport om truende fristbrudd.	2	2	Lav	Direktør		Klinikkisjef					
R3	Sørge for at innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet videreføres og tas i bruk i daglig drift	Manglende aktivitet og/eller registreringer på ett eller flere av innsatsområdene. (Alle tiltaksområdene vil ikke være aktuell for alle klinikker)	Trygg kirurgi, Samstemming av legemiddellister, forebygging av trykksår, forbygging av uvi, forbygging av overdosedødsfall, behandling av hjerneslag, forebygging av infeksjon svk, forebygging av fall, forebygging av selvmord, ledelse av pasientsikkerhetsprogrammet.	3	3	Middels	Direktør	Legemiddel samstemming gjenstår å implementere på 2 avdelinger.	Klinikkisjef	28.01.2752		1	2	Lav
R4	Verksette tiltak slik at vi når 0-visjonen for sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016	Manglen plan/tiltak for å oppnå 0-visjonen	Undervisning, holdningsoppbyggende arbeid, i ferd med å innføre screening for staph A-bærerskap, endret antibiotikaprofylakse, smittevernisitter	3	3	Middels	Direktør	Gjennomføre igangsatt tiltakspakke	Klinikkisjef	29.01.2752		3	3	Middels
R5	Oppfylle tidskravene i de nasjonale kreftforlovene	Manglende forløpskodning, manglende koordinering av forløp, kapasitetsbrist, manglende planlegging innenfor tidsrammen av forløp	Lungekreftforløp er etablert.	2	2	Lav	Direktør		Klinikkisjef					
R6	Øke andelen heldøgn i pasienthotell	Manglende seleksjon av pasienter til pasienthotell.	Forløpsarbeid igangsatt. Avgjørende at også noen ø-hj-innlagte kan ha deler av oppholdet på pasienthotell.	2	2	Lav	Direktør		Klinikkisjef					



Klinikken vurderer risikoen for å ikke oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet som middels. Etter tiltak på Pasientsikkerhetsprogrammet og ventetider vurderes risikonivået som lavt.

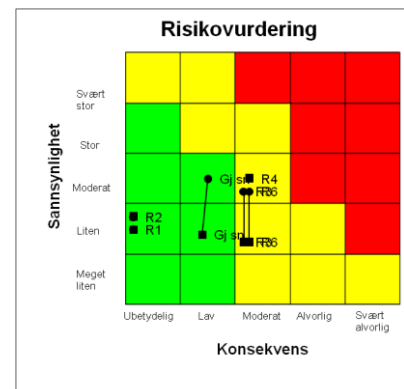
Tiltakene er å få iverksatt legemiddelsamstemmingen på to gjenværende avdelinger samt gjennomføre igangsatt tiltakspakke på hygiesiden.



Mål: Redusere sykefravær

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Personaloppfølging ved langtidsfravær	Manglende oppfølging	Etablerte rutiner følges	2	1	Lav	Direktøren		Klinikkjefer/H R sjef		2	1	Lav
R2	Oppløsing av IA avtalen	Manglende oppfølging	Etablerte rutiner følges	2	1	Lav	Direktøren		Klinikkjefer/H R sjef		2	1	Lav
R3	Forebygging av sykefravær	Manglende forebygging	Fraværet er i noen enheter vesentlig høyere enn realistisk målsetting.	3	3	Middels	Direktøren	Prosjekt etter mønster av Gastrokir. avd. BI a fokus på arbeidsevne i svangerskapet.	Klinikkjefer/H R sjef	31.12.2015	2	3	Middels
R4	Tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne	Manglende tilrettelegging	Etablerte rutiner følges	3	3	Middels	Direktøren	Individualisert tilnærming. Avdelingsovergripen de tiltak ikke igangsatt.	Klinikkjefer/H R sjef		3	3	Middels
R5	Tilstrekkelig administrativt støttesystem for oppfølging av sykefravær	Manglende støttesystem for oppfølging av sykefravær	se R1				Direktøren		Klinikkjefer/H R sjef				
R6	Identifisering av faktorer som medvirker til sykefravær	Manglende identifisering av faktorer	Lavt antall sykmeldinger tydelig relatert til forhold på arbeidsplassen.	3	3	Middels	Direktøren	Gjennomgang av medarbeiderundersøkelsen og oppfølging med avdelingsvise handlingsplaner	Klinikkjefer/H R sjef	31.12.2015	2	3	Middels

Klinikken vurderer det som en lav risiko ikke å innfri målet om redusert sykefravær. Oppfølging av eksisterende tiltak gjennom etablerte rutiner, individuell oppfølging av medarbeidere, og prosjekt etter mal fra gastrokirurgen, beskrives som tiltak for å få ned sykefravær.





Rapport:

Risikoanalyse av fødetilbudet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utarbeidet av Fag og forskningssenteret og Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken

28.8.2015

Hans Petter Bergseth
Gunnbjørg Andreassen



Bakgrunn:

På oppdrag fra Helse Nord RHF skal Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomføre risikoanalyse av fødetilbudet i foretaket. Analysen gjøres etter felles mal gitt av Helse Nord RHF. Risikokriteriene er utarbeidet av fagmiljøet i regionen i samarbeid med Helse Nord RHF.

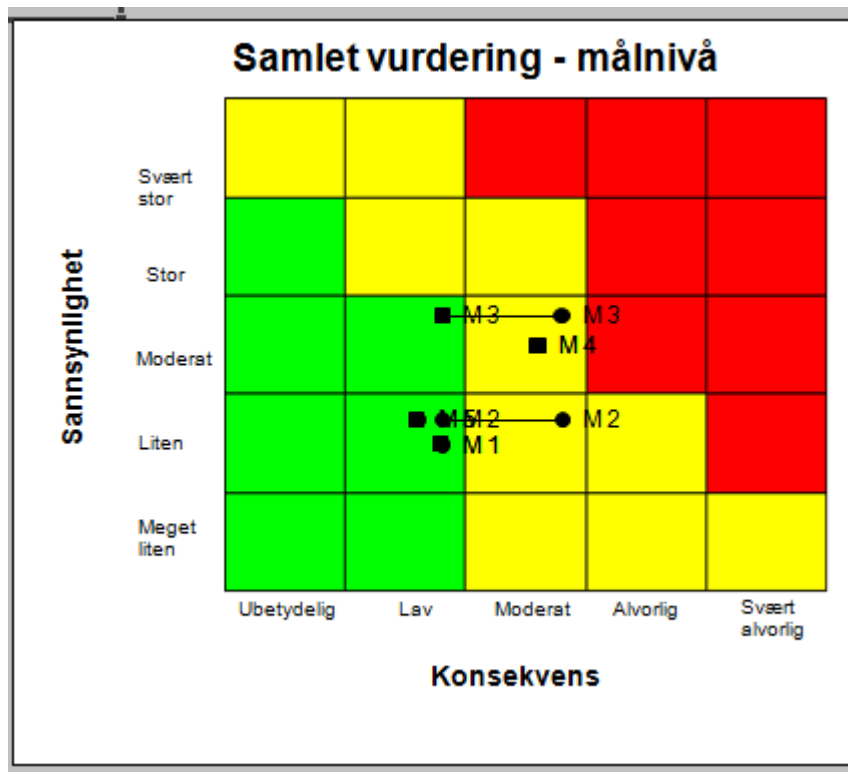
Sammendrag

Gruppen vurderer dagens praksis som forsvarlig og allment akseptert i fagmiljøet. Det foreligger ikke forhøyet risiko ved UNN enn det som er kjent i fagmiljøene. I arbeidet med å vurdere de enkelte risikoelementer finner gruppen imidlertid områder som kan forbedres.

Risikoen som er avdekket knytte opp mot måloppnåelse og er ikke direkte knyttet til konkret risiko for den enkelte pasient. Klinikken har i all hovedsak de ressurser, rutiner, kompetanse og trening som er nødvendig for å kunne takle hendelser som kan føre til en akutt situasjon. Det foreligger rapporter og meldinger om uønskede hendelser i forbindelse med fødsler i avvikssystemet. I alt er det registrert 53 avvik i kvinneklinikken i 2014 og 2015. 35 (66 %) avvik er pasienthendelser og 5 (9 %) omhandler pasientadministrative rutiner. Journaler er ikke gjennomgått med tanke på å avdekke svikt i svangerskapsomsorg og/eller fødetilbud som del av risikovurderingen.

En samlet vurdering av fem målområder gir UNN ett risikobilde med middels risiko for måloppnåelse. Ved gjennomføring av tiltak vurderes risikoen som lav.

Mål / krav:	Målnr	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Helseforetakene ivaretar sin del av en helhetlig svangerskapsomsorg i tråd med regionale kvalitetskrav.	M1	2	2	Lav	2	2	Lav
Et differensiert fødetilbud i tråd med regionale kvalitetskrav.	M2	2	3	Middels	2	2	Lav
En familievennlig barselomsorg i tråd med intensjonen i Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen	M3	3	3	Middels	3	2	Lav
Kvalitet i alle ledd	M4	3	3	Middels	3	3	Middels
Et bredt brukerperspektiv.	M5	2	2	Lav	2	2	Lav



Gjennomføring av analysen:

Analysen er gjennomført som teamanalyse ved bruk av risikomatrise.

Problemstilling:

Risikoanalyser foretaket evne til å ivareta sin del en helhetlig og trygg svangerskapsomsorg i tråd med retningslinjer. Tilbudet skal være differensiert, familievennlig med kvalitet i alle ledd samt ha et bredt brukerperspektiv.

1. Helseforetakene ivaretar sin del av en helhetlig svangerskapsomsorg i tråd med regionale kvalitetskrav.

		Gjenn risiko for målet:			2	2	Lav					2	2	Lav
Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå		
Faglig forsvarlig seleksjon hvor den gravide og fødende blir henvist til det tilbudet som er best tilpasset kvinnen og fostrets behov.	Manglende seleksjonskriterier	Ulik oppfatning av seleksjonskriterier. Manglende kjennskap kriterier (nytilsatte vikarer)	2	2	Lav					2	2	Lav		
Risikogravide tilbys overvåking og oppfølging i tråd med regionale kvalitetskrav	Manglende kjennskap til kvalitetskrav		2	2	Lav					2	2	Lav		
System er etablert for håndtering av selekterte gravide som har behov for opphold i nærheten av fødested.	Manglende system for håndtering av selekterte gravide		1	2	Lav					1	2	Lav		
For kvinner med lang reisevei til fødeinstitusjon er det etablert følgetjeneste i samarbeid med kommunene.	Manglende etablert følgetjeneste.		1	1	Lav					1	1	Lav		

Gjennomsnittlig risiko for måloppnåelse: Lav



2. Et differensiert fødetilbud i tråd med regionale kvalitetskrav

		Gjennomsnittlig risiko for målet:			2	3	Middels					2	3	Lav
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/merknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå	
R1	Seleksjon av fødende gjennomføres i henhold til regionale kvalitetskrav gjeldende for sitt fødested og fødenivå.	Manglende difrensiering av tilbud.		1	1	Lav					1	1	Lav	
R2	Nødvendig personell med tilstrekkelig kompetanse er tilstede under fødsler jmf regionale kvalitetskrav.	Manglende kvalifisert personell	Sonjatun: Ikke jordmor i bakvakt. Harstad/Narvik: 30 min responstid på operasjonsteam. (15 Min krav på katastrofe sectio)	4	4	Høy		Etablere bakvaktordning på Sonjatun. Tilkalle operasjonsteam tidlig ved risikofødsler er etablert.			3	3	Middels	
R3	Unødig inngrep under normal fødsel unngås.	Unødig inngrep forekommer		2	3	Middels		Implementere nye retningslinjer			2	2	Lav	
R4	Intervensjon i fødsel der det er nødvendig i tråd med kunnskapsbasert praksis.	Manglende intervensjon i hht kunnskapsbasert forekommer		2	2	Lav					2	2	Lav	
R5	Overflytting til høyere nivå skjer uten unødvendige forsinkelser.	Forsinkelser forekommer ved overflytting	Samtidigheitskonflikt med ambulansse. Hviletid på helikopter. Sårbart for fødestuene.	3	3	Middels					3	3	Middels	

Gjennomsnittlig risiko for manglende måloppnåelse: Middels

Ved tiltak reduseres risikoen til: Lav

Gruppen mener det er en høy risiko for at ikke er tilstrekkelig kompetent personell til stede ved fødsler i enkelte tilfeller. Dette begrunnes med manglende bakvaktordning for jordmødre på Sonjatun, og at det er en lang responstid for operasjonsteam ved UNN Harstad (30 minutter). Katastrofe Sectio har en et krav på 15 minutters responstid.

Risikoreduserende tiltak:

1. Det bør etableres en bakvaktordning for jordmødre ved Sonjatun.
2. UNN Harstad har etablert en tidlig varsling av operasjonsteam ved risiko for hastesectio.

Unødig inngrep ved normalfødsel vurderes som en middels risiko.

Risikoreduserende tiltak:

Gruppen anbefaler en gjennomgang -og eventuelt implementering av oppdaterte faglige retningslinjer.



3. En familievennlig barselomsorg i tråd med intensjonen i Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	Gjennsnittlig risiko for målet:			Risikoene:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	Gjennsnittlig risiko for målet:		Risiko-nivå
				S	K	Risiko-nivå					S	K	
R1	Individuell støtte med ammeveiledning i tråd med "Ti trinn for vellykket amming" til alle kvinner som føder barn	Manglende individuell støtte i tråd med veileder	Tromsø: Dårlig tid til individuell veiledning for inneliggende, ikke tilstrekkelig kompetanse.	4	4	Høy		Etterutdanne hjelpepleiere til barnepleier. Plan og fokus på ammeveiledning, internopplæring. Øke generell bemanning på barselavdeling			3	2	Lav
R2	Barseltilbudet er tilrettelagt for samvær med partner og eventuelle søsken.	Tilbudet er ikke tilrettelagt for samvær med partner	Manglende overnattingstilbud i barselavdeling for far spesielt ved mors/barns sykdom.	3	3	Middels		Etablere familierom i barselavdeling			2	3	Middels
R3	Mulighet for tilbakeføring til barseltilbud nær hjemsted etter fødsel ved fødeavdeling eller kvinneklinikk når mor og barn er friske.	Manglende mulighet for tilbakeføring til barseltilbud nær hjemsted		2	2	Lav					2	2	Lav
R4	Før utskrivning fra barsel har fødestedet forsikret seg om at kvinnen har fått god informasjon og tilrettelagt oppfølging ut fra sine behov.	Manglende informasjon og tilrettelegging		2	2	Lav					2	2	Lav

Gjennomsnittlig risiko for manglende måloppnåelse: Middels

Ved tiltak reduseres risikoen til: Lav

Det er en høy risiko for at det ikke gis individuell ammeveiledning til alle fødende kvinner i avdelingen ved UNN i Tromsø.

Risikoreduserende tiltak:

1. Etterutdanne hjelpepleiere til barnepleier. Plan og fokus på ammeveiledning, internopplæring. Øke generell bemanning på barselavdeling.

Det er en middels risiko for at barseltilbudet ikke er godt nok tilrettelagt for samvær med partner i barselperioden. Dette gjelder spesielt ved mors sykdom.

Risikoreduserende tiltak:

1. Etablere familierom i barselavdeling.



5. Et bredt brukerperspektiv

Gjennomsnittlig risiko for målet: 2 2 Lav													
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/mærknad til risikoen	S	K	Risikonivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risikonivå
R1	Kvinnen og familien er informert om innholdet i den lokale og regionale organiseringen av svangerskap - fødsel og barselomsorgen.	Brukere er ikke informert eller orientert om organiseringen av tilbudet	Innad i UNN HF er det bra. Utfordringer med pasienter fra Helse Finnmark. Kjenner ikke rettigheter og tilbud.	3	2	Lav					2	2	Lav
R2	For kvinnen og familien er det skissert et forløp fra tidlig i svangerskapet til barsel. Kvinnen gis god informasjon ved eventuelle endringer underveis.	Manglende informasjon om forløp, endringer		1	1	Lav					1	1	Lav
R3	Kvinnen og familien opplever at det er god samhandling mellom involverte aktører gjennom hele forløpet	Manglende evalueringer av samhandling	Utfordringer dersom det er spesielle behov, pasienten har tverrfaglige utfordringer. Rus, psykiatri, sosiale forhold, tileggsykdommer. Medikamentbruk. Varierende kjennskap til retningslinjer hos fastleger fører til samhandlingsutfordringer.	3	3	Middels					3	3	Middels
R4	Tilbudet oppleves som trygt uavhengig hvor de føder og den enkeltes behov	Tilbudet oppleves utrygt	Kvinner opplever utrygghet rundt sommerstegning. Endret tilbud i forløpet skaper utrygghet i forhold til kjent tilbud.	2	2	Lav					2	2	Lav

Gjennomsnittlig risiko for manglende måloppnåelse: Lav

Metode:

Analysegruppen brukte strukturert idedugnad (SWOT) og med påfølgende hendelses- og feiltreanalyse (bow-tie). Gruppen er utfordret til å trekke svakheter i dagens rutiner og finne frem tiltak som vil ha vesentlig risikoreduserende effekt. Barrierer er primærforebyggende tiltak som er iverksatt for å unngå manglende måloppnåelse eller uønskede hendelser.

Sammensetning av analysegruppen

Sonjatun: Hanne Fjellstad, avdelingsleder jordmor fødestue
 Finnsnes: Anne Grete Rånes, avdelingsleder jordmor fødestue
 Tromsø: Åse Torunn Pettersen, seksjonsoverlege
 Gunnel Axelsson, seksjonsleder (avtroppende 1.9.2015)
 Bente Mietinen, jordmor (påtroppende seksjonsleder 1.9.2015)
 Gunnbjørg Andreassen, fag og forskningsjordmor

I studio:

Narvik: Bodil Eilertsen (jordmor/stedfortreder seksjonsleder)
 Paul Larsen (jordmor – som tillitsvalgt)

Harstad: Maria Nordmann jordmor/seksjonsleder

Gjennomføring:

Tid: Møtedato 16.6.2015 kl 10:30 – 15:00

Sted: Møterom BC-507 telestudio Harstad og Narvik

10:30 – 11:00 Introduksjon og presentasjon av deltakerne, klargjøring og metodegjennomgang

11:00 – 14:45 Kartlegging av sterke og svake sider, sårbarhet risikoreduserende tiltak i tjenesten

14:45 -15.00 Oppsummering



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
86/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.11.2015

Saksansvarlig: Gøril Bertheussen
Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven
2. Endringer i helselovgivningen for Svalbard og Jan Mayen
3. Sykefraværsoppfølgingen ved UNN - *Tettere på*
4. Luftambulansetjenesten på Evenes - driftsdata
5. Samdata for spesialisthelsetjenesten 2014

Muntlige orienteringer

6. Pasienthistorie fra Narvik
7. Krav om erstatning ifbm anbudskonkurranse vedr. ambulansebåttjenester

Tromsø, 30.10.15

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Sak: Endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Einar Bugge
Møtedato: 11.11.2015

Sammendrag

Ny pasient- og brukerrettighetslov trådte i kraft 1.11.2015. Den nye loven medfører vesentlige endringer, med økte rettigheter for pasientene og økte forpliktelser for helsetjenesten. Blant annet blir det kortere frist for vurdering av henvisninger, alle pasienter som settes på venteliste blir rettighetspasienter med juridisk bindende frist, økt krav om langsiktig planlegging med tildeling av time til pasientene i første svar på henvisningen og ny ordning for håndtering av fristbrudd.

Saksutredning

Hovedpunkter i den nye loven

- Vurderingstiden (dvs. den tid sykehuset har på å prioritere og svare på en henvisning til helsehjelp) kortes ned fra 30 til 10 virkedager. Skal supplerende opplysninger innhentes, må det gjøres innenfor de 10 virkedagene.
- I «gammel» lov ble pasientene skilt i to grupper; en gruppe som fikk «rett til nødvendig helsehjelp», med en juridisk bindende frist for når helsehjelpen skal gis. Den andre gruppen fikk såkalt «rett til annen helsehjelp», som innebar at de ble satt på venteliste, men uten juridisk bindende frist for når helsehjelp skulle gis. Kravet om forsvarlighet lå selvsagt til grunn for håndtering av alle pasientene.

I den nye loven er dette skillet mellom rettighetspasienter og «behovs»-pasienter opphevet. Har man medisinsk behov spesialisthelsetjenester så får man rett til nødvendig helsehjelp, og juridisk bindende frist for oppstart av helsehjelpen. Dvs. at alle pasienter blir rettighetspasienter.

- Utvidet informasjonsplikt - innen 10 virkedager skal pasientene informeres om:
 - Utfallet av henvisningsvurderingen
 - Fristen for når helsehjelpen senest skal starte.
 - Hvis den juridiske fristen er kortere enn 4 måneder fram i tid skal oppmøtetidspunkt angis med dato og klokkeslett (time)
 - Hvis den juridiske fristen er lenger fram i tid enn 4 måneder kan oppmøtetidspunkt angis innenfor et tidsintervall som ikke bør overstige en uke (f.eks. uke 40)
 - Henviser skal ha samme informasjon som pasienten



- Ny ordning ved fristbrudd:
Spesialisthelsetjenesten skal kontakte Helfo hvis fristen ikke kan holdes eller tidspunkt for helsehjelp endres slik at fristen ikke kan holdes. Helfo skal ta kontakt med pasienten og tilby sine tjenester. Pasienten kan velge å stå på venteliste ved ønsket sykehus etter fristbrudd. Etter «gammel» lov var det pasienten selv som måtte kontakte Helfo ved fristbrudd for å få helsehjelp fra annen institusjon.

Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften gjelder bare for pasienter som skal vurderes i spesialisthelsetjenesten når lovendringene er trådt i kraft. Det er ikke laget overgangsbestemmelser for «behovspasienter» som allerede er i spesialisthelsetjenesten når endringen trer i kraft og som står på venteliste, men uten frist. Disse «behovspasientene» skal ikke rettighetsvurderes på nytt, men utredes og behandles innen medisinsk faglig forsvarlig tid.

Mottak av henvisninger

Henvisningen skal vurderes ved den kliniske enheten som pasientens helsetilstand i hovedsak sorterer under. Henvisninger må vurderes så snart som mulig etter at de er mottatt.

- For å sikre forsvarlig forløp dersom henvisningen skal videresendes til annen enhet i spesialisthelsetjenesten
- For å avgjøre om pasienten skal inn i pakkeforløp for kreft

Hva gir rett til helsehjelp?

Det er to vilkår for å få rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten:

- Det må være forventet nytte av helsehjelpen
- Kostnadene må stå i rimelig forhold til forventet effekt

Dersom de to vilkårene er oppfylt, skal det settes en frist for start helsehjelp (utredning eller behandling) basert på alvorlighet av tilstanden og hastegrad, dvs. basert på faglig forsvarlighet. Det er den legen som vurderer henvisningen og setter frist som gir pasienten en juridisk rettighet. Det skal kun gjøres rettighetsvurdering én gang i et pasientforløp; dersom en henvisning er vurdert i ett sykehus/helseforetak og frist satt, kan den ikke senere overprøves selv om pasienten overføres annet helseforetak. Det legges vekt på at det i langt større grad enn i dag skal registreres om pasienten venter på helsehjelp i form av *utredning* eller i form av *behandling*.

Hjelpemidler

I forbindelse med innføring av den nye loven er det under ledelse fra Helsedirektoratet utarbeidet:

- Nye prioriteringsveiledere for 33 fagområder. Veilederne angir for grupper av pasienter hvem som bør ha rett til nødvendig helsehjelp, veiledende frist for gruppen som helhet, samt individuelle forhold som kan tilsi endret rettighetstildeling eller annen frist. Veilederne er ment å dekke 75 – 80 % av henvisningene innen hvert fagområde. Veilederne publiseres kun elektronisk, lanseres ca. 1.7.2015.
- E-læringskurs i ny lov og forskrift samt bruk av prioriteringsveiledere, beregnet på alt helsepersonell som håndterer henvisninger. Kurset lanseres fra direktoratet før 1. juni 2015.
- Ny henvisningsveileder (ikke fagspesifikk).

Ny funksjonalitet i DiPS som er tilpasset den nye loven er utviklet og tatt i bruk fra tidspunktet for lovens ikrafttredelse.



Vurdering

Ny pasient- og brukerrettighetslov stiller foretaket overfor store utfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet har i Oppdragsdokumentet ytterligere skjerpet kravene og økt kravet til planhorisont på poliklinikkene fra lovkravet på fire måneder til seks måneder. Dette er krevende, men gir også gode muligheter til å sikre bedre aktivitetsplanlegging og adekvat opplæring av alle ansatte som håndterer henvisninger. Sistnevnte er en absolutt forutsetning for at pasientenes rettigheter i forbindelse med ny lov kan oppfylles. Kravet om langsiktig planlegging er i tråd med foretakets fokus på aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, og vil gi en bedre mulighet til å styre aktiviteten slik at fristbrudd og uønsket ventetid unngås, blant annet ved å bruke den samlede kapasitet i foretaket og eventuelt supplement fra private tilbydere.



Sak: Orienteringssak til styret - Konsekvenser av ikrafttredelse (1.10.2015) av Forskrift om anvendelse av helselover og forskrifter på Svalbard og Jan Mayen

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
 Fra: Tor Ingebrigtsen
 Møtedato: 11.11.2015

Bakgrunn

Store deler av helselovgivningen er fra 1.10.2015 gjort gjeldende for Svalbard. Saksutredningen og vurderingene i denne saken er en orientering utarbeidet av juridisk rådgiver Trude Johannessen i Fag- og forskningssenteret. Det redegjøres for UNNs foreløpige vurderinger av konsekvensene av lovgivningen. Det er etter utarbeidelse av saken avholdt et møte mellom UNN, Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), der problemstillingene er ytterligere belyst. Det arbeides med bakgrunn i dette med et bedre konkretisert skriftlig innspill til HOD. Det er enighet om at det foreligger flere uklarheter som må belyses bedre, og om at det må føres en videre dialog om eventuelle organisatoriske og økonomiske konsekvenser av den nye lovgivningen. Direktøren kommer til å holde styret orientert om denne dialogen.

Saksutredning med vurderinger

Helselover -og forskrifter som allerede gjelder for Svalbard:

Lov om atomenergivirksomhet, Lov om vern mot tobakkskader, Lov om forbud mot kjønnslemlestelse, Lov om strålevern og bruk av stråling, Lov om erstatning ved pasientskader, Lov om helseforetak m.m., Forskrift om svangerskapsavbrudd og Forskrift om alkoholordningen for Svalbard.

Helselover, og i noen grad tilhørende forskrifter, som gis hel eller delvis anvendelse fra 1. oktober:

Spesialisthelsetjenesteloven, Helsepersonelloven, helsetilsynsloven, helseberedskapsloven, smittevernloven, apotekloven, folkehelseloven, legemiddeloven, matloven, kosmetikkloven, psykisk helsevernloven, helseforskningsloven, steriliseringsloven, behandlingsbiobankloven, bioteknologiloven og lov om alternativ behandling av sykdom.

Spesialisthelsetjenesteloven

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vurderte departementets forslag i høringsrunden som hensiktsmessig og støttet forslaget om innføring av et begrenset antall paragrafer (forsvarlighet, ø-hjelp, meldeplikt mv). Når det gjaldt kravet om forsvarlighet, forutsatte UNN en vurdering ut fra forholdene på Svalbard og ikke ut fra de krav som stilles til spesialisthelsetjenesten på fastlandet. Etter en gjennomgang av det regelverket som vil tre i kraft i oktober, oppfattes at det i en forsvarlighetsvurdering må vurderes ytterligere bemanning, kompetanse, beredskap mv., se nedenfor.

Helsepersonelloven

Helsepersonellovens anvendelse på Svalbard innebærer en del mindre endringer som til sammen vil kunne øke ressursbehovet:



- Legemiddelhåndtering (dobbel kontroll anbefalt)
- Utvidet meldeplikt. Alle dødsfall skal meldes Dødsårsaksregisteret
- Opplysningsplikt til Sysselmannen – gravide rusmisbrukere (ved fare for barnet)
- Opplysningsplikt til Sysselmannen og Lokalstyret når det er grunn til å tro at barn blir mishandlet eller der det foreligger alvorlig omsorgssvikt
- Innføring av forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven
- Journalføringsbestemmelser og forskrifter
- Pliktmessig avhold
- Økt trykk på helsetjenesten i Longyearbyen som følge av krav om norsk autorisasjon/lisens for utenlandske leger (Barentsburg)

Helsetilsynsloven

Helsetilsynsloven med forskrifter (noen unntak) gis i sin helhet anvendelse for Svalbard. Statens helsetilsyn får hjemmel til å føre tilsyn og til å gi pålegg. Hensynet til kvalitet i tjenestene, pasientsikkerhet og faglig forsvarlig virksomhet tilsier i følge HOD, at de samme krav til etablering av internkontroll for helsetjenester på fastlandet, skal gjelde for Svalbard. Hvis det ikke allerede er gjort, bør Longyearbyen sykehus gjennomgå internkontrollforskriften og se om man oppfyller de krav som der stilles.

Lov om psykisk helsevern

Paragrafer som gjøres gjeldende i lov om psykisk helsevern:

- § 3-1 (legeundersøkelse)
- § 3-6 (varsling- og bistandsplikt)
- § 4-8 (bruk av tvangsmidler i påvente at pasienten kan bringes til fastlandet eller under transporten) - ikke inntatt i høringsforslaget

Pasienter med behov for psykisk helsevern må gjennomgående overføres til fastlandet for nærmere undersøkelse og behandling. I dag er det slik at det er politiet/Sysselmannen som tar seg av overføringer til fastlandet. På Longyearbyen sykehus har man ikke bemanning til å kunne ta seg av slike situasjoner. Psykisk helse- og rusklinikken ved UNN vurderer at etablering av tiltak for å kunne praktisere § 4-8 ikke bør iverksettes (dvs. eget rom, reimseng osv.). Nødvendige kontrolltiltak i påvente av -og under transport bør i følge psykiatrien, være et samarbeid mellom helse og politi.

Det anbefales at spørsmålet om implementering av lov om psykisk helsevern, diskuteres med Helse Nord RHF.

Helseberedskapsloven

Helseberedskapsloven gis i sin helhet anvendelse for Svalbard.

Forskriften stiller krav om at virksomheten skal sørge for å ha nødvendig personell til disposisjon i tilfelle krise, katastrofe eller krig. UNN v/Longyearbyen sykehus pålegges gjennom forskriften et formelt ansvar for å sørge for tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler til egen virksomhet.

UNN skrev i sitt høringsvar at forsynings sikkerheten må betraktes som et nasjonalt ansvar. Videre skrev UNN: *”Lov- og forskriftsendringen stiller et økt krav til beredskap på Svalbard. Det må avklares hvilke rutiner/systemer som skal legges til grunn, slik at man sikrer en god beredskap, men samtidig ikke på et nivå som for fastlandet. Det må på denne bakgrunn foretas en ny risiko- og sårbarhetsanalyse. I tillegg må det utarbeides en beredskapsplan. Vi anser det i utgangspunktet som ikke mulig å ha nok personell tilstede lokalt til å ivareta en større hendelse/ulykke.”*



Problemstillingen vurderes av Akuttmedisinsk klinikk som at implementering av loven gjør det enda tydeligere at Helse Nord har ansvar for helseberedskapen på Svalbard. Det vurderes videre at det « .. må gjennomføre grundig risikovurdering og beslutte hvordan helseberedskapen skal skrus sammen og tilpasses innenfor rammene av helseberedskapsloven. Vi må også dokumentere hvilke justeringer vi gjør i forhold til beredskapen på fastlandet og hvorfor».

Det anbefales at det arrangeres et avklarende møte mellom UNN (direktøren, Longyearbyen sykehus, akuttberedskapen, smittevern og psykiatrien) og Helse Nord.

Smittevernloven

Longyearbyen sykehus får meldingsplikt og varslingsplikt etter smittevernloven (MSIS, Tuberkuloseregisteret og SYSVAK) i tillegg til varsling etter IHR-forskriften, som skal gjelde alt helsepersonell på Svalbard. Det fastsettes videre at Longyearbyen sykehus skal ha myndighet som etter smittevernloven og forskrifter på fastlandet er lagt til kommunelegen. UNN må skaffe seg full oversikt over dette området, det vil etter alt å dømme dreie seg om undersøkelse av smittede personer, smitteoppsporing, vaksinerings og immunisering av befolkningen, gi arbeidsforbud, fatte vedtak, utarbeide plan for vern mot smittsomme sykdommer, ha oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold på Svalbard, utarbeide forslag til forebyggende tiltak for Svalbard osv. Myndigheten skal utøves i samråd med Sysselmannen og Longyearbyen lokalstyre.

Oppgaver som i loven tilligger kommunen er gitt til Sysselmannen og Longyearbyen lokalstyre, men de skal utføres i samråd med Longyearbyen sykehus. Hastevedtak etter smittevernloven fattes av sykehuset alene.

Det anbefales å forespørre Helse Nord om å trekke sin regionale smittevernoverlege inn i en konkretisering av hva implementeringen av smittevernlovgivningen innebærer. Videre foreslås at Longyearbyen sykehus tar opp problemstillingen med Sysselmannen og Longyearbyen lokalstyre.

Smittevernoverlege i Tromsø kommune har sagt ja til å bli kontaktet i forbindelse med et konkretiseringsarbeid. Fylkeslegen er interessert i et møte for å diskutere konsekvenser av implementering av smittevernloven.

Bestemmelsene om betaling og utgiftsfordeling i Smittevernloven er gitt unntak. HOD er forelagt disse problemstillingene 1.9.2015, og tilbakemelding avventes. Videre er det forespurt oppnevnt en kontaktperson ved behov for bistand når det gjelder forskriften som sådan.

Folkehelseloven

Longyearbyen sykehus har for Svalbard fått myndigheten som etter lovens kapittel 3 (miljørettet helsevern) er lagt til kommunelegen. Dette gjelder hastevedtak. Det er også fastsatt regler om samarbeid med Sysselmannen og Longyearbyen lokalstyre. I tillegg skal Longyearbyen sykehus bistå i tilsynsarbeid som er pålagt Sysselmannen og Lokalstyret.

Hva endringene konkret vil innebære, vil kanskje ikke fremkomme før man har hatt møte med Sysselmannen og Longyearbyen lokalstyre. I forbindelse med dette arbeidet, vil det muligens være en idé å samarbeide med en kommunelege eller eventuelt Fylkesmannen. Fylkeslegen har sagt seg villig til å møte UNN for å diskutere konsekvenser av ikrafttredelsen .

Steriliseringsloven

Det utføres i dag sterilisering av menn ved Longyearbyen sykehus, men ikke av kvinner. Implementeringen vil antakelig innebære at også kvinner skal kunne få utført sterilisering på Svalbard eller på fastlandet mot fastsatt egenbetaling.

Matloven og kosmetikkloven



Longyearbyen sykehus er pålagt å bistå ved tilsyn som har sine hjemler i disse lovene.

Lov om alternativ behandling, Apotekloven og legemiddeloven, Helseforskningsloven, Behandlingsbiobankloven og Bioteknologiloven

Ikrafttredelse av disse lovene, har så langt UNN vurderer på nåværende tidspunkt, ingen umiddelbar betydning.



Sak: Sykefraværsoppfølging i UNN – *Tettere på*
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen
Møtedato: 11.11.2015

Sammendrag

En arbeidsgruppe har, på oppdrag fra AMU, kartlagt sykefravær og nærværarbeid i foretaket. I tillegg har den foreslått tiltak som styrker kompetanse om hva som fremmer nærvær, forbedrer arbeidsmiljø og arbeidsinnhold samt fremmer kultur for tilrettelegging for økt nærvær. Arbeidsgruppen konkluderer med at foretaket har nødvendige system og kunnskap, men at dette i for liten grad blir brukt. Derfor foreslår gruppen økt fokus på sykefravær og nærværarbeid på alle nivå i organisasjonen, å sikre at partene har tilstrekkelig med kompetanse og at etablerte arenaer blir tatt i bruk. Direktøren er enig i konklusjonene i rapporten, og mener at nærværarbeid kan gjøres med ressurser som er tilgjengelig i organisasjonen.

Arbeidsgruppen beskriver flere utfordringer og foreslår tiltak innenfor områdene større fokus, kompetanseutvikling og kulturarbeid. For å sikre måloppnåelse mener Direktøren at fire tiltak bør prioriteres:

1. Utarbeide og gjennomføre mål og tiltak i *IA Handlingsplan* i samtlige enheter
2. Identifisere og gjennomføre målrettede tiltak i avdelinger/seksjoner/enheter som har høyt sykefravær
3. Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere
4. Forebygge vold og trusler

De to første tiltakene vil ta høyde for flere av tiltakene som foreslås i arbeidsgruppens rapport. I tillegg ønsker direktøren at det iverksettes to tiltak mot sårbare grupper. Direktørens samlede vurdering er at dette er tilstrekkelig for å øke kompetansen, bedre arbeidsmiljøet og fremme en god kultur.

AMU behandlet rapporten i møte 23.9.2015, dernest direktørens ledergruppe 5.10.2015 der de sluttet seg til vedtaket i AMU, tok rapporten til etterretning, og viste til UNN-bokens presiseringer knyttet til lederskap og medarbeiderskap.

Bakgrunn

UNN har et høyt sykefravær. Gjennomsnittlig fraværspersent første halvår 2015 er 8,9 %. I denne perioden var med andre ord 323 ansatte borte fra jobb hver dag på grunn av sykdom.

Det er flere viktige grunner til å fokusere på sykefravær og nærværarbeid i foretaket:

1. Høyt sykefravær kan føre til at pasienten får dårligere kvalitet på tjenesten.
2. En syk medarbeider har rett til å bli fulgt opp av leder og ledere har plikt til å følge opp syke medarbeidere.
3. Høyt sykefravær fører til økt arbeidsmengde for de som er på jobb.
4. I 2014 kostet sykefraværet i UNN over 300 millioner kroner.

AMU vedtok derfor i sak 40/14 at det skulle opprettes en arbeidsgruppe som fikk følgende mandat:

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

Arbeidsgruppen har bestått av representanter fra ledere på ulike nivå, HR, FFS, vernetjenesten, tillitsvalgte og NAV arbeidslivssenter. Arbeidsgruppen leverte endelig rapport i september 2015.

Saksutredning

Sykefravær i UNN 2014¹

Gjennomsnittelig sykefraværet i UNN var 8,7 % i 2014. Kvinner stod for 10,1 % og menn 5,1 %. Målsettingen er at sykefravær skal være 7,5 % innen utgangen av 2018, jfr. IA-avtalen. Det innebærer en reduksjon på 1,2 prosentpoeng.

Korttidsfraværet i foretaket i 2014 var på 2,9 %. Prosentvis fordeling mellom kvinner og menn var henholdsvis 2,5 % og 1,5 %.

Klinikker/sentra varierer når det gjelder sykefravær. Psykisk helse og rusklinikken har det høyeste fraværet i foretaket (over 10 %). Klinikken har også det høyeste korttidsfraværet (over 4 % for kvinner og over 2 % for menn). Funn fra medarbeiderundersøkelsen viser også at vold og trusler er en utfordring i klinikken.

Det er variasjon i fravær mellom yrkesgrupper. Helsefagarbeidere har det høyeste sykefraværet (over 14 %). Drift- og teknisk personell har et sykefravær på over 11 %, mens sykepleiere har over 9 %.

Fraværet er høyest i aldersgruppene 40-49 år (9,1 %), 50-59 år (9,2 %) og 60-69 år (10,8).

Tall fra 4. kvartal 2014 viser at litt under 40 % av det legemeldte sykefraværet skyldes muskel-/skjelettlidelser, i underkant av 20 % skyldes psykiske lidelser og litt under 10 % skyldes svangerskapsrelaterte sykdommer.

Omregnet svarer en sykefraværsprosent i UNN på 8,7 % til 126 138 dagsverk i 2014. Hvert tapte dagsverk koster i følge et svært forsiktig anslag gjennomsnittelig kr 2 500.² Sykefraværet i 2014 svarer i så fall til kr 315 345 000.

Dagens arbeid med å redusere sykefravær og arbeidsgruppens forslag til tiltak:

I følge arbeidsgruppens rapport har UNN det som skal til for å arbeide med å redusere sykefraværet og øke nærværet i foretaket. Som eksempler kan nevnes at foretaket har:

¹ Definisjon av sykefravær i Helse Nord RHF: Det relative forholdet mellom antall mulige månedsverk og antall tapte månedsverk. Korttidsfravær: 0-16 dager (arbeidsgiverperioden). Langtidsfravær: Over 16 dager.

² Brutto dagsverkskostnader er beregnet til gjennomsnittelig kroner 2500/ dagsverk. Brutto betyr i denne sammenhengen at alt fravær erstattes med tilsvarende ressurs.

- IA avtale som forplikter oss til å definere mål, ha oppfølgingsrutiner for sykemeldte og utforme en handlingsplan
- Vedtatt IA handlingsplan
- KVAM struktur
- IA-kontaktperson
- Sykefraværstatistikk
- Kurs i sykefraværarbeid og IA-arbeid
- Medarbeiderundersøkelse
- Utviklingssamtaler
- Lederopplæring
- Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging
- Rådgivning i sykefravær- og nærværarbeid
- Bedriftshelsetjeneste
- Samarbeid med NAV Arbeidslivssenter

Arbeidsgruppen konkluderer med at foretaket har nødvendige system og kunnskap, men at dette i for liten grad blir brukt. De viktigste tiltakene er å øke fokuset på sykefravær og nærværarbeid på alle nivå, sikre at ledere og ansatte har tilstrekkelig kompetanse og få til et systematisk og langsiktig nærværarbeid i hverdagen. Tiltakene fra arbeidsgruppen oppsummeres i rapporten som økt fokus, kompetanseheving og kulturarbeid.

Økt fokus

Arbeidsgruppen anbefaler et sterkere fokus på sykefravær- og nærværarbeid på alle nivå i organisasjonen. Arbeidet må starte på øverste ledernivå, hvor man gjennomfører tiltak slik man ønsker det skal være på andre nivåer i UNN. Videre må øverste ledernivå kommunisere et tydelig ønske om at UNN skal være en god arbeidsplass, og et sted hvor den enkeltes kompetanse og tilstedeværelse er helt sentralt. Et godt nærværarbeid innebærer at man har et langsiktig perspektiv og nærværarbeidet må bli en del av arbeidshverdagen til ledere på alle nivå i organisasjonen. Arbeidsgruppen anbefaler at det opprettes en egen stilling som skal arbeide i forhold til KVAM strukturen med fokus på å gi bistand til nærværarbeidet og HMS arbeid i praksis.

Kompetanseheving

UNN har mange gode kurstilbud til ledere som er viktig for nærværarbeidet. Som eksempler nevnes HMS kurs, sykefraværsoppfølging, IA arbeid, relasjonsledelse, arbeidstidsplanlegging og PULS. Gjennom NAV, BHT og HR er det mulig å få bistand til kurs og oppfølging som er tilpasset den enkelte enhet. Arbeidsgruppen anbefaler en større satsning på praksisnær kursing hvor ledere kjenner igjen sin arbeidshverdag og har praktisk nytte av kursingen i etterkant.

En av grunnsteinene i et godt nærværarbeid er fokus på medvirkning og gode relasjoner mellom ansatt og leder. Arbeidsgruppen anbefaler at ansattes medvirkning gjennom KVAM strukturen må kommuniseres og etterleves. Ansatte trenger også kompetanseheving innen nærværarbeid. Arbeidsgruppen anbefaler helt konkret å tilby informasjonsmøter der sykemeldte arbeidstakere kan møte NAV og BHT.

Kulturarbeid

Arbeidsgruppen fremhever at den lokale kunnskapen om utfordringene i egen enhet avgjør hvilke tiltak som er viktig for nærværarbeid. Om tiltakene skal være rettet mot muskel-/skjelettlidelser, psykisk helse, gravide arbeidstakere, arbeidsmiljøtiltak, forflytning, lederopplæring, vold på arbeidsplassen må man bestemme i den enkelte enhet. Denne type arbeid må gjøres i hele organisasjonen.

Arbeidsgruppen fremhever at UNN har det som trengs med tanke på kunnskap og systemer for å kunne arbeide godt med nærværarbeidet i sin organisasjon. Manglende fokus, bruk av systemer og kompetanse på ulike nivåer er i følge arbeidsgruppen den største utfordringen i UNN.

Formål

Å legge fram arbeidsgruppens kartlegging av nå situasjonen og foreslåtte tiltak, samt direktørens vurdering.

Vurdering

Direktøren er enig i arbeidsgruppens vurdering om at foretaket har nødvendige systemer og kunnskap i arbeidet med å øke nærværet, men at dette i for liten grad blir brukt. Direktøren mener at nærværarbeidet kan gjøres med ressurser som er tilgjengelig i organisasjonen, og støtter ikke arbeidsgruppen anbefaling om å opprette en stilling.

Arbeidsgruppen beskriver flere utfordringer og foreslår tiltak innenfor områdene fokus, kompetanseutvikling og kulturarbeid. For å sikre måloppnåelse mener direktøren at fire tiltak bør prioriteres:

1. Utarbeide og gjennomføre mål og tiltak i IA handlingsplan i samtlige enheter
2. Identifisere og gjennomføre målrettede tiltak i avdelinger/seksjoner/enheter som har høyt sykefravær
3. Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere
4. Forebygge vold og trusler

De to første tiltakene vil ta høyde for flere av tiltakene som foreslås i arbeidsgruppens rapport. I tillegg ønsker direktøren at det iverksettes to tiltak mot sårbare grupper.

Utarbeide og gjennomføre mål og tiltak i IA handlingsplan i samtlige enheter

For å få til et inkluderende arbeidsliv er det viktig at alle enheter i UNN konkretiserer IA-arbeidet ved å sette egne mål og utarbeide tiltak. AMU vedtok i sak 6/15 *Mål og handlingsplan for arbeidet med IA i UNN* at samtlige enheter i UNN skal utarbeide egne IA-handlingsplaner innen 1.4.2015 som minimum skal beskrive mål og tiltak i forhold til:

- Oppfølging etter medarbeiderundersøkelsen. Gjennomgå resultater og utarbeide bevarings- og forbedringstiltak.
- Gjennomføring av utviklingsamtale med alle medarbeidere i hver enhet.
- Obligatorisk IA-opplæring for ledere.

Direktørens ledergruppe spiller en avgjørende rolle for å nå målene. Direktørens ledergruppe fungerer som foretakets utstillingsvindu i dette viktige arbeidet, og sykefraværsoppfølging settes på dagsorden i alle møtene når styrets hovedindikatorer gjennomgås. Stabscenteret har ansvar for å tilføre ledergruppa kunnskap om sykefravær og nærværarbeid. Det anbefales at det utarbeides en egen IA-handlingsplan for ledergruppen og at gjennomføring av tiltakene i planen følges opp med jevne mellomrom. Klinik- og sentersejfer medvirker i dette arbeidet.

Som utstillingsvindu vil direktørens ledergruppe sette standarden for hvordan arbeidet skal tas videre ned i organisasjonen. Arbeidet med medarbeiderundersøkelsen i direktørens ledergruppe og i resten av organisasjonen er et eksempel til gjentakelse i nærværarbeidet.

AMU vedtok i sak 6/15 *Mål og handlingsplan for arbeidet med IA i UNN* å følge opp arbeidet ved å veilede ved behov, etterspørre handlingsplaner og sammenstille gjennomførte tiltak ved årets slutt. For å sikre implementering av vedtaket i AMU etterspørres dette i oppfølgingsmøtene med klinikker og sentra, og bringes inn i direktørens ledergruppe.

Identifisere og gjennomføre målrettede tiltak i avdelinger/seksjoner/enheter som har høyt sykefravær

Flere enheter har svært sykefravær. I disse enhetene må lederne ta initiativ til å analysere hva som er mulige årsaker til fraværet og hvilke tiltak som kan redusere det. BHT, HR og NAV kan være viktige støttespillere i dette arbeidet, både med hensyn til analysearbeid og identifisering og iverksetting av tiltak. Arbeidet inngår som en del av enhetens IA-handlingsplan.

Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere

Svangerskapsrelaterte sykdommer utgjør nesten 10 % av det legemeldte fraværet i foretaket. Flere undersøkelser viser at gravide arbeidstakere ofte blir sykemeldt. Direktøren mener at det er behov for bedre oppfølging og tilrettelegging for gravide arbeidstakere i UNN. Prosedyren "Oppfølging av gravide arbeidstakere" må benyttes i større grad for å få til en systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere. Det anbefales at BHT inviterer seg inn i de ulike klinikkene og tilbyr undervisning i hvordan ledere skal følge opp gravide arbeidstakere og hvem som kan trekkes inn som støttespillere i dette arbeidet.

Forebygge vold og trusler

Funn fra medarbeiderundersøkelsen viser at vold og trusler er en utfordring innen flere enheter innen voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus. Flere av disse enhetene står også for det høyeste sykefraværet i UNN. Noen av disse enhetene har allerede startet et arbeid med å forebygge vold og trusler på arbeidsplassen. Direktøren anbefaler at BHT inviterer ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten innenfor disse fagområdene til seminar hvor man i fellesskap ser på utfordringer, utveksler erfaringer og lærer av hverandre. Seminaret finner sted innen utgangen av 2015.

Plan for gjennomføring av tiltak er vedlagt.

AMU behandlet rapporten i møte 23.9.2015 og vedtok følgende:

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

Likeledes behandlet direktørens ledergruppe samme sak 5.10.2015 med påfølgende beslutning:

1. *Direktørens ledergruppe tar den fremlagte rapporten "Tettere på" til etterretning.*
2. *Direktørens ledergruppe tiltrer tiltakene og gjennomføringsplanen som foreslås i saksfremlegget, herunder oppfølging gjennom KVAM-strukturen, i tråd med anbefalingene fra AMU.*
3. *Rapportering på utvikling av sykefravær i UNN gis i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapporter.*
4. *Det vises til UNN-bokens avsnitt om medarbeiderskap og lederskap.*
5. *Det skal arbeides videre med ledergruppens handlingsplan for IA-arbeidet.*

I styremøte 6. oktober ble det stilt spørsmål om hvorvidt sykemeldinger er arbeidsrelatert. Spørsmålet er svært komplisert fordi svaret ofte er at diagnosen kan henge sammen med arbeidet, men trenger ikke å gjøre det. På gruppenivå er det mulig å slå fast noen sammenhenger gjennom forskning som er gjort, men dette er mye vanskeligere på individnivå. På individnivå vil det nok bli en sannsynliggjøring av en eller annen form for korrelasjon, men nærmest umulig å slå fast en kausal sammenheng fordi det er så mange andre (både bakenfor og mellom liggende) variabler enn arbeidsmiljø som kan bidra til en diagnose. Direktøren mener at fokus bør være på hva medarbeideren er i stand til, hva jobben krever samt hvordan man kan dekke "gapet" mellom disse to gjennom ulike former for tilrettelegging slik at den sykemeldte får bruk

sin restarbeidsevne i størst mulig grad. Dagens sykemeldingsblankett legger godt til rette for dette i kombinasjon med de individuelle oppfølgingsplanene som lages. Tilsvarende er det viktig å forebygge sykdom og direktøren mener at det er viktig å sikre at man jobber proaktivt med dette på systemnivå. Det betyr i praksis at leder, sammen med sine medarbeidere, må snakke om hvordan enheten best mulig kan forhindre unødvendig skade/sykdom på den konkrete enheten med dens aktuelle utfordringer enten det er snakk om tunge løft, eksponering for stråling, støy eller annet. Følgelig er det mer relevant å etterspørre lokale handlingsplaner for IA enn om den enkelte sykemelding er arbeidsrelatert eller ikke basert på legens vurdering.

Økonomi

Direktøren mener at de foreslåtte tiltakene kan iverksettes innenfor dagens økonomiske ramme.

Konklusjon

Direktøren er enig i konklusjonene i rapporten, og mener at nærværarbeid kan gjøres med ressurser som er tilgjengelig i organisasjonen, og støtter ikke arbeidsgruppens anbefaling om å opprette en stilling.

Arbeidsgruppen beskriver flere utfordringer og foreslår tiltak innenfor områdene fokus, kompetanseutvikling og kulturarbeid. For å sikre måloppnåelse mener direktøren at fire tiltak bør prioriteres:

1. Utarbeide og gjennomføre mål og tiltak i egen IA-handlingsplan i samtlige enheter
2. Identifisere og gjennomføre målrettede tiltak i avdelinger/seksjoner/enheter som har høyt sykefravær
3. Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere
4. Forebygge vold og trusler

De to første tiltakene vil ta høyde for flere av tiltakene som foreslås i arbeidsgruppens rapport. I tillegg ønsker direktøren at det iverksettes to tiltak mot sårbare grupper. Direktørens samlede vurdering er at dette er tilstrekkelig for å øke kompetansen, bedre arbeidsmiljøet og fremme en god kultur.



”Tettere på”

Arbeidsgruppens rapport - april 2015

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU



la inkluderende arbeidsliv

DU ER VIKTIG!

VI TRENGER DEG!



Hver dag bidrar 6000 medarbeidere i UNN til å skape et trygt og godt sykehus!

At du er på jobb gjør arbeidsdagen lettere for dine kolleger, og bedre for pasientene.



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

Innhold

Kap 1: Sammendrag	4
Kap 2 Innledning	4
2.1 Gruppens arbeid og oppbygging av rapporten	4
Kap 3: Her og Nå	5
3.1 Status ved UNN HF - sykefravær	5
3.2 Teoretisk faktorer	6
3.2.1 Nærværsfaktorer i et arbeidsmiljø	6
3.2.2 Årsaker til fravær	7
3.2.3 Kvinnedominert arbeidsplass	8
3.2.4 Ledelse – en viktig enkeltfaktor	9
3.2.5 Kontrollspenn	10
3.2.6 Relasjonsledelse	11
3.2.7 Regelverket	12
Kap 4 Hvilke systemer finnes i UNN HF som et grunnlag for nærværsarbeidet?	13
4.1 Kvalitet og arbeidsmiljø (KVAM)	13
4.2 Vernetjenesten:	14
4.3 Tillitsvalgte	14
4.4 Medarbeiderundersøkelsen (MU)	15
4.5 Utviklingssamtaler	15
4.6 Sykefravær	16
4.7 Gradert sykemelding	19
4.8 Aktivitetskrav innen 8 ukers sykefravær	20
4.9 Delvis uføre, rett arbeid og rett tilstedeværelse	20
4.10 Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging	21
4.11 Avvikssystemet	21
4.12 Støttefunksjoner	22
Kap 5 Forslag til tiltak	23
Vedlegg 1: Erfaringer fra andre foretak	28
1.1 Helse Finnmark	28
1.2 Helse Førde	28
1.3 Sørlandet sykehus	28
Vedlegg 2: Erfaringer internt i UNN	29
2.1 Gastrokirurgisk avdeling -Tromsø	29

Sak 86/2015 - Orienterings sak 3 - vedlegg 1

2.2 FKU.....	32
2.3 Røntgen - Harstad.....	35
2.4 Psykisk helse- og rusklinikken.....	35
Vedlegg 3: Fraværsstatistikker.....	36
Vedlegg 4: Mål og handlingsplan 2015	5

Kap 1: Sammendrag

Rapportens oppsummeres kort i 3 punkter:

- 1) UNN har de systemer og kompetansen som trengs for å kunne arbeide aktivt og godt med nærværarbeidet
- 2) Fokus på nærværarbeidet må gjennomføres på alle nivåer i organisasjonen.
- 3) Lokal kunnskap og fokus på nærværarbeid er helt sentralt. Hver enkelt enhet har tilgang på det som trengs for å kunne gjøre et godt og systematisk arbeid.

Kap 2 Innledning

UNN HF har med bakgrunn i IA avtalen (040214-311218) et ønske om å øke nærværet i arbeidssammenheng. Arbeidsgruppens arbeid må sees i en sammenheng hvor det i det videre skal arbeides strategisk og målrettet for økt nærvær i UNN HF gjennom økt fokus på faktorer som er viktig for å lykkes.

I mandat til arbeidsgruppen fra Arbeidsmiljøutvalget (AMU) 3. september 2014 ble det bedt om at det skulle utarbeides en analyse av nå-situasjonen i UNN i fht fravær og nærværarbeidet, basert på allerede tilgjengelig informasjon.

Arbeidsgruppen har følgende mandat:

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

Arbeidsgruppen rapporterer til AMU. Når AMU har behandlet forslagene fra arbeidsgruppen skal AMU ta stilling til hvordan det videre arbeidet skal organiseres.

2.1 Gruppens arbeid og oppbygging av rapporten

Arbeidsgruppen har bestått av

- Karina Fredheim, bedriftssykepleier UNN BHT (leder arbeidsgruppen).
- Kate Myreng, avdelingsleder Klinisk patologi.
- Monica Dybwad, avdelingssykepleier med/kir avd. Narvik.
- Kirsti Fosland, avdelingssykepleier Gastrokirurgisk avdeling.
- Siw Jaklin, ass. seksjonsleder Felles kontorsenter UNN (FKU).

- Gunn-Ingvil Derås, IA-kontakt UNN.
- Walter Andersen, HMS-rådgiver FFS.
- Terje Møien, foretakshovedverneombud.
- Marianne Johnsen, hovedtillitsvalgt Fagforbundet.
- Mai-Britt Martinsen, foretakstillitsvalgt NSF.
- Tove Ottem, seniorrådgiver NAV Arbeidslivssenter.

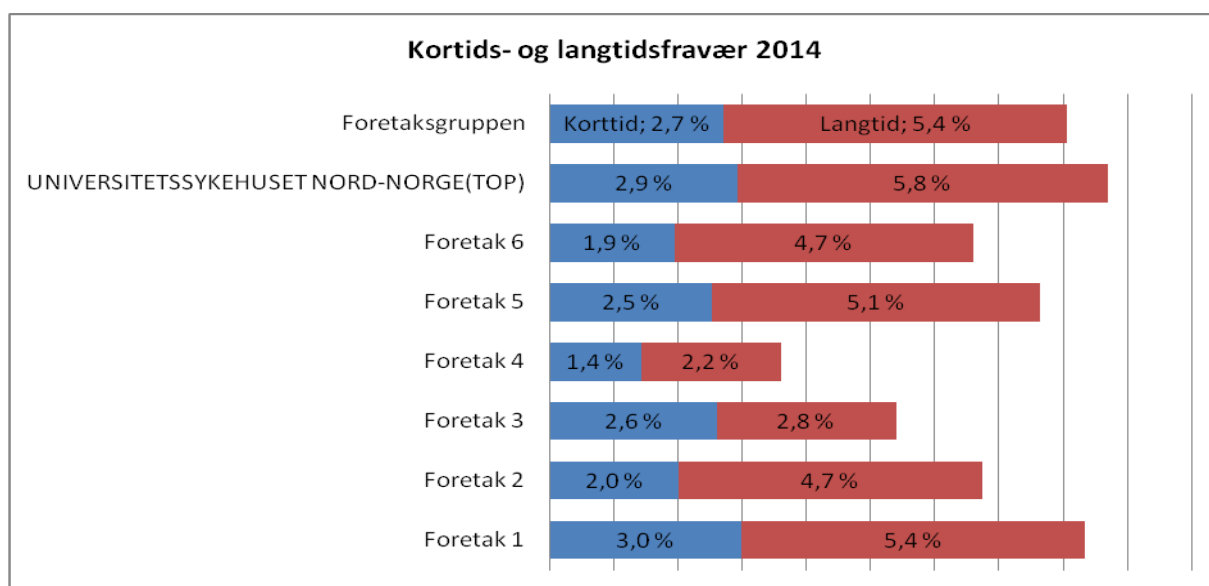
Det har vært gjennomført seks møter. Det har vært utfordrende å få til gode møter og deltagelse, i kombinasjon med gjennomføring i hht forventet fremdriftsplan. Alle har hatt sine faste oppgaver i egen funksjon i tillegg til arbeidsgruppen. Mange representanter fra gruppen og andre i organisasjonen har bidratt med skriftlig arbeid til rapporten. Rapporten gjenspeiler slik arbeidsgruppen ser utfordringer og gir forslag til tiltak.

Kap 3: Her og Nå

Sykefraværstatistikk er slik arbeidsgruppen ser det den eneste oversikten vi har i UNN på nærvær. Litt av utfordringen med å ha fokus på fraværstatistikk er at det kan være utfordrende å se at nærværarbeid er mye mer enn å arbeide bare med sykefraværet. Sykefraværarbeidet er en faktor, blant flere. En forståelse for dette ligger til grunn også for å kunne utøve et godt tiltaksarbeid lokalt, der oppgaven må utføres. UNN HF er en IA bedrift, arbeidsgruppen vil ikke gå nærmere inn på dette i rapporten. Der foreligger en avtale mellom UNN og NAV på dette arbeidet.

3.1 Status ved UNN HF - sykefravær

Sammenlignes sykefravær i UNN HF med andre HF i Helse Nord ser vi at UNN har høyest fravær. Spesielt langtidsfraværet er bekymringsfullt.



Arbeidsgruppen har ikke grunnlag for å si konkret hvorfor det er slik. Forholdene for de ulike HF er trolig sammenlignings bare når det gjelder utfordringer og arbeidsbelastninger. Vedlagt ligger også utdrag av ulike statistikker med sykefravær på klinikker, mellom kjønn og yrkesgrupper. Sykefraværet vil omtales senere i rapporten som en av nærværsfaktorene det anbefales å arbeide med. UNN har inngått avtale om inkluderende arbeidslivet med NAV. Avtalen er en del av grunnlaget for nærværsarbeidet. Mål og handlingsplan for IA avtalen ligger vedlagt.

3.2 Teoretisk faktorer

Det synes viktig og relevant at leser av rapporten har en teoretisk forståelse for nøkkelfaktorer i nærværsarbeidet. Dette for å ha tilstrekkelig kunnskap, for å kunne forstå bakgrunn for og på en god måte gjennomføre en tiltaksdel. De teoretiske gjennomganger avsluttes med spørsmål som arbeidsgivere bør stille seg når det skal arbeides med eget nærvær.

3.2.1 Nærværsfaktorer i et arbeidsmiljø

Der finnes flere definisjoner for nærværsarbeid. Arbeidsgruppen legger følgende definisjon til grunn: Nærværsarbeid forstås som den samlede innsatsen for å oppnå et miljø hvor flest mulig kan være tilstede på arbeidsplassen, og i samspill med andre mestre arbeidets krav og utfordringer og trives med det (Bauer og Odijk 2004). Bauer og Odijk (2003) mener nærværsarbeid berører holdninger og verdier for den enkelte og for fellesskapet, og at disse bør forankres i organisasjonens formelle dokumenter, og sette preg på kulturen og organisasjonens identitet.

Som grunnlag for diskusjonen i arbeidsgruppen har vi tatt utgangspunkt i hvilke faktorer som påvirker nærvær. I den sammenheng kan det være verdt å se på ulike motivasjonsteorier. Grappa mener at de jobbpsykologiske krav til Thorsrud & Emerly (1970) kan være et godt grunnlag for diskusjonen om nærvær på arbeidsplassen. Noen av de viktigste faktorene gjengis punktvis under.

Ha et innhold i arbeidet som fordrer noe utover ren utholdenhet og som gir en viss variasjon

- Lære noe i jobben, og kunne videreutvikle sin kunnskap.
- Treffe selvstendige beslutninger innenfor et avgrenset område.
- Ha anseelse med en viss mellommenneskelig støtte og respekt.
- Oppleve en sammenheng i det en gjør og vite at dette betraktes som nyttig og verdifullt.
- Oppleve at jobben er forenlig med en ønskelig fremtid, uten at det nødvendigvis betyr avansement.

Flere av disse temaene går igjen i Medarbeiderundersøkelsen og det vil derfor nå være opportunt å diskutere på arbeidsplassene.

Nærværsfaktorer vil imidlertid variere mellom ulike sektorer/bransjer. Kunnskapen finnes lokalt. Hva disse faktorene er vil de ansatte, vernetjenesten, tillitsvalgte og ledere kunne svare på for eget arbeidssted. Da vil man også enkelt kunne se hva som er viktig å ha fokus på i eget arbeid.

Selv om en bevisstgjøring og informasjonsaktiviteter er et godt utgangspunkt for en handlingsplan i nærværsarbeidet, er det ikke i seg selv nok til å endre menneskers atferd eller skape en helsefremmende arbeidsplass. Generelt sett har de beste programmene for helsefremmende arbeidsplasser benyttet en multistrategisk tilnærming som kombinerer følgende:

- Aktiviteter som sikter mot å skape et **positivt arbeidsmiljø**, og som reflekterer en forpliktelse til helsefremmende arbeidsplasser fra toppledelsens side.
- **Bevisstgjørende** aktiviteter gir de ansatte den informasjonen de trenger for å ta veloverveide avgjørelser.
- Aktiviteter som har fokus på **kompetansetilegning**, inspirerer mennesker til å ta en proaktiv rolle når det gjelder å endre vanene sine.

Hva dette betyr i praksis vil være avhengig av mange faktorer som kan varierer på ulike enheter. Det er derfor kun egen arbeidsplass som kan definere sine nærværsfaktorer. Kjenner dere til nærværsfaktorene i din enhet/seksjon/avdeling/klinikk?

3.2.2 Årsaker til fravær

I følge Solveig Osborg Ose fra SINTEF kan man anta at 50 % av sykemeldingene er arbeidsrelatert (Forelesningen Kunnskapsgrunnlag for videre sykefraværsarbeid i UNN KVAM dagene 16.10.14). Primært er det denne delen av fraværet arbeidsgiver bør og skal ha fokus på. De andre faktorer som kan være årsak til fravær er for eksempel alvorlig sykdom, familieutfordringer, økonomiske utfordringer og lignende vil man vanskelig kunne iverksette adekvate tiltak mot. Det man uansett ser er at hvis man har godt arbeidsmiljø vil man ved

private forhold/utfordringer som ellers har ført til fravær lettere kunne stå i arbeidet. Et godt arbeidsmiljø er godt å komme til, også når man kan ha det tøft på andre områder i livet.

Arbeidsrelaterte forhold/fraværsårsak

(fra undersøkelse blant sykmeldte i en kommune)

Dårlig arbeidsmiljø
Manglende tilrettelegging
Mye sykefravær blant kolleger og stor belastning
Arbeidskonflikt
Tungt arbeid i svangerskap
For mange oppgaver som skal gjøres parallelt
Dårlig inneklima
Mobbing
For lite pauser mellom harde arbeidsøkter

(Ose, forelesning KVAM dagene 16.10.14)

På nasjonalt nivå er sykefraværet redusert med 12,7 % siden starten av IA-avtalen i 2002. I UNN har vi ikke lyktes med å redusere fraværet iht til forventninger. Mange virksomheter har imidlertid gode resultater. Norsk industri har siden 2002 redusert sykefraværet med 35 %, og NHO's medlemsbedrifter har 21 % lavere fravær enn før den første IA-avtalen (tall hentet fra NAV).

Hver enhet i UNN bør ha en oversikt over fraværsfaktorene på egen arbeidsplass, og gjennom systematisk arbeid med disse, vil man kunne øke nærværet på arbeidsplassen. Analyser av egne tall synes viktig. Enheten må selv prioritere hva som er viktigst å ta tak i og kartlegge enhetens utfordringer.

Tilrettelegging og systematisk arbeid er en *vinn-vinn* situasjon, sett i sammenheng med konsekvensene rundt langt fravær, og den markante reduksjonen i fraværstid ved gradert sykefravær Erfaringsvis vil man ha kompetanse tilgjengelig, belastningen på ansatte reduseres, og det blir satt av tid til systematisk arbeid. Dette vil igjen kunne gjenspeile arbeidsglede og en viktig motiverende faktor for de ansatte.

På generelt grunnlag vil arbeidsgruppen hevde at kunnskap om vanlige fraværsårsaker synes viktige i et opplysende arbeid blant egne ansatte, når det kommer til holdningsarbeid, rettigheter og plikter. Det vil igjen kunne bidra til gode løsninger i et arbeidsperspektiv, men også i et økonomisk perspektiv. Hvordan arbeider dere med sykefraværet? Har du oversikt over årsaken til "tallene", har du og dine ansatte kunnskaper om rettigheter og plikter? Hvilke fordeler med økt tilstedeværelse ser dere?

3.2.3 Kvinnedominert arbeidsplass

I UNN er den dominerende del av ansatte kvinner. Forskingen går ikke direkte på forhold i spesialisthelsetjenesten, arbeidsgruppen må derfor støtte seg til den generelle forskning som finnes da vi finner dette som relevant uavhengig av arbeidssted.

I Forskningsrapporten Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeids helse (Ose, Jiang og Bungu, 2014) oppsummerer de følgende:

- De vanligste årsakene til sykefravær blant både kvinner og menn er muskelskjelettlidelser og psykiske lidelser.
- Kvinner har større risiko for å utvikle muskelskjelettplager, sykdommer og smerter enn menn. Angst, depresjoner og andre relativt vanlige psykiske lidelser er også konsistent funnet å ramme kvinner hyppigere enn menn.
- Ulik helse og ulik risiko for å utvikle sykdommer og plager, forklarer sannsynligvis det meste av kjønnsforskjellene i sykefraværet. Det er generelt godt samsvar med risiko for ulike helsetilstander og det kvinner og menn er sykemeldt for.
- Kjønnsforskjeller i sykefraværet som ikke forklares av ulik helse mellom kvinner og menn, forklares med at kvinner og menn arbeider i ulike deler av arbeidsmarkedet.
- Kvinner jobber i større grad i yrker som gir fysisk og psykisk belastning enn menn.
- At kvinner og menn mestrer sykdom, smerte og dårlig arbeidsmiljø ulikt, bidrar også til å forklare at kvinner trenger lenger tid for å bli frisk etter sykdom.

Dårlige holdninger, lav arbeidsmoral, dobbeltroller eller for mange krav eller forventninger til kvinner - ser i liten grad ut til å være det som forklarer kjønnsforskjeller i sykefraværet.

Kunnskap om dette synes relevant både for arbeidsgivere og arbeidstakere. Det at den enkelte ansatte er fysisk ulike bygd og skapt, har ulike måter å møte utfordringer i et arbeidsmiljø, vil oppfattes som en enda viktigere indikator på at arbeidsmiljøarbeidet i en kvinnedominert arbeidsplass er avgjørende.

Er det slik at siden UNN er en kvinnedominert arbeidsplass, at vi kanskje må akseptere et høyere sykefravær enn i mannsdominert yrker? Er dette faktisk kunnskap man som organisasjon bør ta inn over seg i sine målsetninger, eller er det slik at med fokus på disse plager som man vet kvinner er mer utsatt for bør være mer forebyggende i sitt arbeid for å hindre fravær?

3.2.4 Ledelse – en viktig enkeltfaktor

Sykefravær har mange årsaker, og ledelse har blitt utpekt som en av de viktigste årsakene (Dahle 2008; Kuvaas 2010). Organisering og ledelse på arbeidsplassen har vist seg å påvirke ansattes helse i større grad enn ansattes livsstil.

I henhold til Kuvaas (2010) handler det om å skape gode arbeidsplasser med god ledelse, organisering og tilrettelegging og for motiverende arbeidsoppgaver. Til tross for at mange faktorer påvirker sykefravær, mener Bernstrøm og Kjekshus (2012) at lederatferd en av de letteste å endre. Leder må se sine ansatte, jobbe målrettet, være problemløsende og bidra til å

skape samspill mellom ansatte og mellom ansatte og leder. Denne form for ledelse vil bidra til mer fornøyde ansatte som yter sitt beste for at organisasjonen skal nå sine mål, og for at medarbeiderne vil ønske å gå på jobb selv om en ikke føler seg helt i form.

Når vi ser dette i sammenheng med fraværsårsaker som er nevnt tidligere, ser vi at med å arbeide for et godt arbeidsmiljø og med de faktorer som man vet fører til fravær fra arbeid vil man kunne lykkes med sitt nærværarbeid. I dette arbeidet vil ledelses fokus (på alle nivåer) og kompetanse være helt sentralt for å lykkes.

Er det da betimelig å stille seg spørsmålet om leder i UNN får god nok opplæring, kompetanse, gode nok veiledere og systemer de kan benytte seg av for å lykkes? Benyttes de arena for ledere som finnes godt nok også til disse oppgaver, og benytter man interne ressurser for veiledning, opplæring og bistand?

Det er viktig å vise til ansattes medvirkningsplikt i hht AML i HMS arbeidet, samtidig som ledelse er svært viktig, som premissleverandør for å medvirke.

3.2.5 Kontrollspenn

I vurderinger av formelle organisasjonsstrukturer diskuteres ofte begrepet "kontrollspenn". En vanlig definisjon av kontrollspenn er antall underordnede som rapporterer til én leder (NOU 1999:10).

Begrepet dreier seg med andre ord om størrelsen på enheter eller hvor mange underordnede en leder kan eller bør ha uten at det skaper kommunikasjons-, koordinerings-, eller kapasitets- og effektivitetsproblemer. Spørsmålet står i direkte sammenheng med antallet hierarkiske nivåer i en organisasjon, og vil derfor påvirke om organisasjonspyramiden blir spiss eller flat.

I lang tid var det nærmest synonymt med et generelt normativt prinsipp at kontrollspennet skulle være minst mulig. I dag ser man i større grad på dette som situasjonsavhengig og i forhold til organisasjonstype og andre behov. Siden de fleste virksomheter ivaretar ulike oppgavetyper, er det også åpenbart at kontrollspennet kan og bør variere innen en og samme virksomhet, ikke bare vertikalt mellom ulike ledernivåer, men også horisontalt mellom ulike avdelinger og enheter - alt etter hvilke oppgaver som utføres.

Størrelsen på kontrollspennet er ikke nødvendigvis avgjørende for hvor stor kontroll som faktisk utøves. Direkte kontroll er bare én av flere kontroll- og koordineringsmekanismer. En organisasjon kan utøve kontroll enten ved hjelp av direkte tilsyn eller ved standardisering av arbeidsprosesser, resultatkrav, profesjonell kompetanse/ekspertise eller normer. Kontrollen kan derfor skje direkte eller indirekte både ved et bredt og et smalt kontrollspenn.

Det klassiske prinsippet om kontrollspenn kan reformuleres til følgende hovedspørsmål: "Hvor mye kommunikasjon, koordinering - og direkte lederkontroll trengs i det enkelte tilfelle, og hvilke mekanismer og virkemidler er ellers i bruk for å ivareta dette behovet i denne spesielle organisasjonen, avdelingen eller enheten?"

For å svare på dette spørsmålet kan følgende situasjonsbestemte faktorer være relevante:

- Trekk ved virksomhetens omgivelser, rammebetingelser og mandat/rolle.
- Oppgavens art og særlig hvilke typer avhengighet som foreligger mellom oppgavene.
- Valg av overordnet organiseringsprinsipp (funksjon eller marked).
- Kompetanse.
- Ledelse på ulike ledernivåer.
- Individuelle variasjoner mellom ledere.
- Forekomst og bruk av ulike styrings- og kommunikasjonssystemer (NOU 1999:10)

Det finnes ingen enkle regler for fastsetting av kontrollspennets størrelse. Det avhenger av arbeidets art, hvor mye som er rutine, og hvor mye som krever høy kompetanse og nytenkning. Andre faktorer er lederens kapasitet, de underordnedes modenhet og selvstendighet, og hvor mye kontakt gruppen har med omverdenen.

I denne rapportens sammenheng synes det viktig at man også har fokus på om leder, som skal og må stå i front for nærværarbeidet har mulighet og rom til å arbeide med dette. Som man ser er det ikke bare antall personer man er satt til å lede som vil være avgjørende men også faktorer ved lederens kompetanse, erfaring og personlighet.

Er det ikke interessant å spørre seg hvorfor noen lykkes og andre mislykkes i sitt nærværarbeid. Hva er det som skal til for at du som leder skal lykkes? Kontrollspenn kan være en faktor som gjør at man ikke får det til. Arbeidsgruppen anbefaler at rammen for å utøve ledelse og nærværarbeidet må drøftes ut fra den kontekst man er leder i. Denne konteksten vil kunne variere - også internt i UNN HF.

3.2.6 Relasjonsledelse

Ledelse handler om å skape resultat ved å påvirke andre. I relasjonsledelse er fokus på den mellommenneskelige faktoren i ledelse. Ledere må derfor ha kvalifikasjoner til å gå inn i relasjoner og samspill, der de har mulighet for å påvirke. Dette krever ydmykhet og respekt, og interesse for de du skal lede.

Relasjonsteorien blir knyttet sterkt opp mot psykologi, pedagogikk og sosiologi, og vil ta opp i seg sterke elementer fra kunnskap vi har om individet i samspill med sine omgivelser.

Relasjonsledelse bygger på humanistisk og etisk menneskesyn som grunnmur for påvirkning. Ledere setter seg i en påvirkningssituasjon mer enn andre og må forstå hvilke etiske fordringer dette innebærer. Etisk ledelse har blitt definert som det å vise normativt passende

adferd gjennom personlige handlinger og i kontakt med andre, og fremme slik adferd overfor medarbeiderne.

Relasjonsledelse bygger på norske idealer og norsk lederstil som kjennetegnes ved:

- Mindre statusforskjell mellom leder og medarbeider.
- Likeverdighet, tillit og samarbeid er verdier som preger forholdet.
- De tillitsvalgte har betydningsfull innflytelse i organisasjonen.
- Arbeidsmiljøloven og norsk lovverk sikrer medvirkning og involvering.

For å håndtere dette kreves det trygge ledere som er menneskeorienterte og evner å ta ut det beste i sine medarbeidere.

Ny forskning viser at Relasjonsledelse påvirker:

- Motivasjon (BI forskning 2012)
- Jobbprestasjoner (BI forskning 2012)
- Økonomi (BI forskning 2012)
- Helse (Karolinska Institutet 2009)

Har du en god relasjon til dine ansatte, hva trenger du for å få det? Trenger ansatte noe for å få god relasjon til deg? Hvilke faktorer er det som er hemmende/fremmende i relasjonsarbeidet der du arbeider? Er forventningene som ligger i relasjonen tydelig? God relasjon mellom ledelse og ansatte og mellom ansatte er et viktig grunnlag for nærværsarbeidet og trivsel på arbeidsplassen.

3.2.7 Regelverket

Arbeidslivets spilleregler er regulert gjennom lovverket og forskrifter. Det at man er fortrolig med og klar over selve reguleringene og rammene for hvordan loven skal forstås, er med på å skape realistiske forventninger og tydelighet for hva som betraktes som et godt arbeidsmiljø. Spesielt Arbeidsmiljølovens kap. 4 omhandler krav til arbeidsmiljøet. Kunnskap på dette området er en essensiell rettesnor, og som en grunnleggende plattform, for forståelsen av muligheter, rettigheter og plikter.

Medvirkningsplikten i arbeidsforholdet er svært viktig. Like viktig er det at alle ansatte har kunnskap om dette, og ikke minst kjenner til de arenaer hvor det er lagt til rette for medvirkning. At alle aktører kjenner sin rolle i arbeidsmiljøet og dennes rolle i nærværsarbeidet synes som en viktig faktor for å lykkes.

Er arbeidslivets spilleregler tydelig for deg og dine ansatte?

Kap 4 Hvilke systemer finnes i UNN HF som et grunnlag for nærværsarbeidet?

For å kunne foreslå relevante tiltak i nærværsarbeidet er det viktig å skaffe seg oversikt over hvilke systemer som arbeidsgivere og arbeidstakere har tilgang på i sitt arbeid. Dette for å hindre å foreslå og innføre systemer som ligner på allerede etablerte systemer, og ikke minst vurdere om man i organisasjonen har tilgang på det man trenger for et arbeid med nærvær. Internkontrollforskriften, forskrifter om Organisering, ledelse og medvirkning og arbeidsmiljøloven legger premisser for systematisk HMS arbeid. Dette er en viktig forankring for nærværsarbeidet og de tiltak som iverksettes på en arbeidsplass.

Gradert sykemelding og aktivitetskravet etter 8 uker er tiltak som er initiert gjennom NAV sin satsning for reduksjon av sykefravær. Disse vil nok påvirke også UNN sitt nærværsarbeid, med tanke på behov for midlertidig tilrettelegging. Det er således ikke systemer internt i UNN, men systemer gjennom NAV/fastlege som påvirker UNN som arbeidsstedet og deres nærværsarbeid.

4.1 Kvalitet og arbeidsmiljø (KVAM)

Arbeid med kvalitet og kvalitetsutvikling er en kontinuerlig prosess som skal bidra til stadig bedre resultater ved UNN. Klinikksjefen har ansvaret for utvikling av kvalitet og HMS i klinikken. KVAM skal bidra til kontinuerlig forbedring av UNN's tjenester og HMS, medvirkning fra ansattes representanter og utvikling av system for internkontroll, slik at det blir et felles mål om å levere god kvalitet i en avdeling preget av godt arbeidsmiljø.

KVAM skal være rådgivende og til hjelp og støtte for ledelsen i dette arbeidet. Saker skal søkes løst på lavest mulig nivå iht til mal i Docmap. KVAM skal ha en tverrfaglig sammensetning med lik representasjon fra ledelse og ansatte og skal bestå av 4-8 medlemmer. Hovedoppgaven til KVAM er å påse at kvalitetsarbeidet fungerer etter intensjonene. Dette innebærer å behandle sentrale oppgaver som årsplan (årshjul), dialogavtale, ledelsens gjennomgang av kvalitetssystemet, rapporter etter eksterne og interne revisjoner.

KVAM-utvalg på klinikknivå og KVAM grupper på enhet/avdelingsnivå er den viktigste ressursen inne nærværsarbeidet. Oppbygging og struktur for KVAM bør være godt kjent etter snart 8 år. Det skal dog presiseres at det er store variasjoner på UNN i forhold til hyppigheten av møtevirksomhet og utarbeidelse av HMS-planer i KVAM-strukturen.

4.2 Vernetjenesten:

Verneombudet skal representere vernetjenesten i saker som angår ansatte i forhold til det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet. Verneombudet skal foreslå HMS-tiltak, ha en tilsynsrolle og være medlem i KVAM-gruppe på seksjonsnivå og KVAM-utvalg på klinikknivå. På foretaksnivå har vi i dag tre foretakshovedverneombud; ett for Harstad/Narvik og to i Tromsø.

I de tilfeller der en enhet ikke er formalisert i en egen KVAM-gruppe (en seksjon kan bestå av flere enheter) bør den enkelte enhet ha en lokal KVAM-gruppe for å koordinere og systematisere HMS-arbeidet i det daglige virke.

En lokal KVAM-gruppe bør bestå av leder, verneombud, tillitsvalgte og evt. flere ansatte. Det finnes egen prosedyre også for referat føring og hvilke saker man skal og bør behandle i KVAM. Her anbefales månedlige møter. En viktig påpekning er at det er arbeidsgiver som har det juridiske ansvaret for at Arbeidsmiljøloven blir fulgt. Vernetjenesten vil også løfte frem viktigheten av å ha et nært samarbeid med de tillitsvalgte, da mange av sakene en jobber med overlapper hverandre.

Foretakshovedvernombudene på UNN påpeker viktigheten av at alle ansatte kjenner godt til hvordan man skal bruke vernetjenesten mest mulig hensiktsmessig, og at man har kunnskap om hvordan man melder saker i systemet. Prinsippet er at man benytter vernetjenesten på lavest mulig nivå, slik at man ikke undergraver den avgjørende betydningen av å ha lokale verneombud.

Verneombudets rolle er for øvrig beskrevet i [RL3526 Retningslinjer for vernetjenesten](#).

4.3 Tillitsvalgte

Tillitsvalgte skal her representere medlemmer ved behov, i saker som angår det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet. Tillitsvalgte skal bistå og være pådriver i HMS-arbeid, og være en samarbeidspart i miljøet. Tillitsvalgte kan, og bør være medlem i KVAM-gruppe på seksjonsnivå og KVAM-utvalg på klinikknivå. Organisasjonene har ofte tillitsvalgte på alle nivå i organisasjonen som kan bistå medlemmer.

Tillitsvalgte bør bli involvert så tidlig som mulig i prosesser og utvalg/grupper, for å kunne være bidragsyter. Prinsippet er at man benytter tillitsvalgte på lavest mulig nivå, slik at man ikke undergraver den avgjørende betydningen av å ha lokale tillitsvalgte.

Tillitsvalgtes rolle er for øvrig beskrevet i fagforeningenes hovedavtale, jmf Personalthåndboka:

http://spekter.compendia.no/Spekter/compendia_spekter.nsf/content?ReadForm&page=COMH-88WHQX&resource=TVAD-7LXF3T

4.4 Medarbeiderundersøkelsen (MU)

Resultatene fra medarbeiderundersøkelsen ble sendt ut til klinikkene/sentrene ved klinikksjef/senterleder i uke 6, 2015.

MU benytter en metode som i hovedsak består av to deler som henger nøye sammen. En spørreundersøkelse som kartlegger de ansattes oppfatninger og vurderinger på områder som virker inn på trivsel, motivasjon og helse på arbeidsplassen. Spørreundersøkelsen står imidlertid ikke på egne ben. For å få til forbedring av arbeidsmiljøet må undersøkelsen følges opp av et prosessorientert forbedringsarbeid. Forbedringsarbeidet tar utgangspunkt i det som kommer frem i kartleggingen i en dialog med de ansatte. Metoden, en såkalt survey-feedbackmetode, er anerkjent og benyttes av flere store aktører innen feltet. Samtlige medarbeidere vil få presentert resultatene for sin egen enhet/avdeling. Alle får også muligheten til å delta i et forbedringsarbeid med utgangspunkt i kartleggingen.

Resultatene fra MU skal primært brukes som utgangspunkt for lokalt forbedringsarbeid i egen enhet. Med enhet menes organisasjonsenhet som utgjør et arbeidsfellesskap der en leder med personalansvar har ansvar for å følge opp arbeidsmiljøet.

Når det gjelder den sentrale oppfølgingen har direktøren bestemt han selv vil følge tett opp avdelinger/enheter som utmerker seg med tydelige arbeidsmiljøutfordringer. Dette vil skje i nært samarbeid med de tillitsvalgte på foretaksnivå, og vil ha sin hovedforankring i AMU.

MU er en kartlegging som er viktig, et annet viktig verktøy man har i UNN er risikovurdering. Risikovurdering er ikke bare sentralt, men også pålagt gjennom lovverket. Dette anbefales også brukt i fht eget nærværarbeid. UNN gjennomfører medarbeiderundersøkelser i hver enhet. Denne gir grunnlag for et systematisk arbeid med tiltak i forhold til egne forbedrings- og bevaringsområder.

4.5 Utviklingssamtaler

Utviklingssamtaler er en planlagt, forberedt og tilbakevendende samtale mellom leder og medarbeider. Utviklingssamtalen skal ha fokus på medarbeiderens potensial for vekst, utvikling og aktivt medarbeiderskap.

Samtalen er ment å være et lederverktøy for styring og utvikling av medarbeidere, avklare ansvars- og myndighetsforhold, tydeliggjøre medarbeiders arbeidsområde og arbeidsoppgaver. Det skal bidra til å utvikle medarbeiderskap og medvirkning, ha fokus på trivsel og arbeidsmiljø og styrke relasjon mellom leder og medarbeider.

Samtalene skal tilbys alle medarbeidere årlig, og bygges opp etter en felles temabasert mal, men skal tilpasses enhetenes og ansattes behov. Samtalen skal ha et innhold som gjenspeiler mål og verdier i UNN gjennom tema ledelse, trivsel og arbeidsmiljø, arbeidsoppgaver og kompetanseutvikling. Det bør utarbeides utviklingsmål for hver medarbeider.

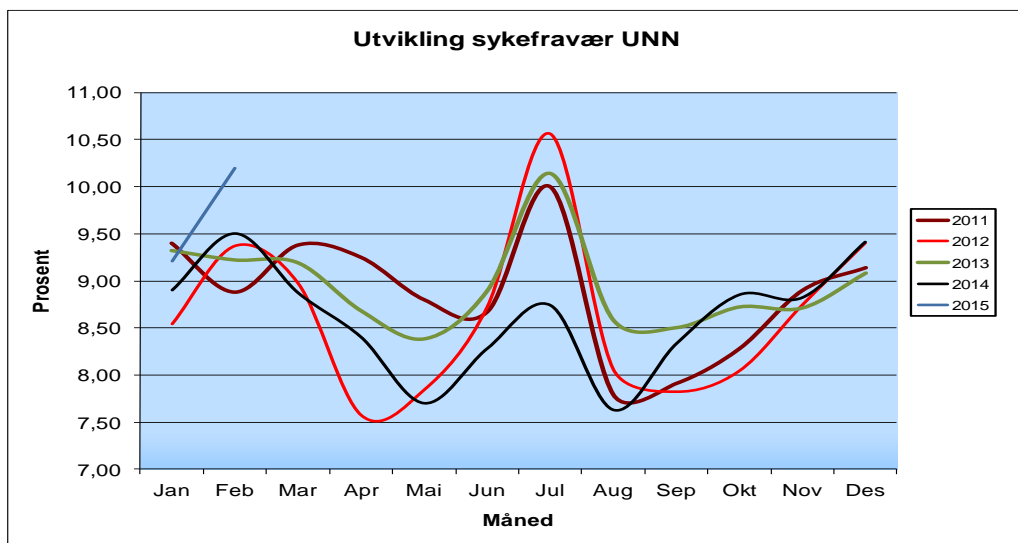
I UNN finnes det både opplæringsmulighet i bruk av dette verktøyet samt gode maler og dokumentasjonsmuligheter. UNN har også veiledningstilbud til ledere som trenger dette i denne type samtaler.

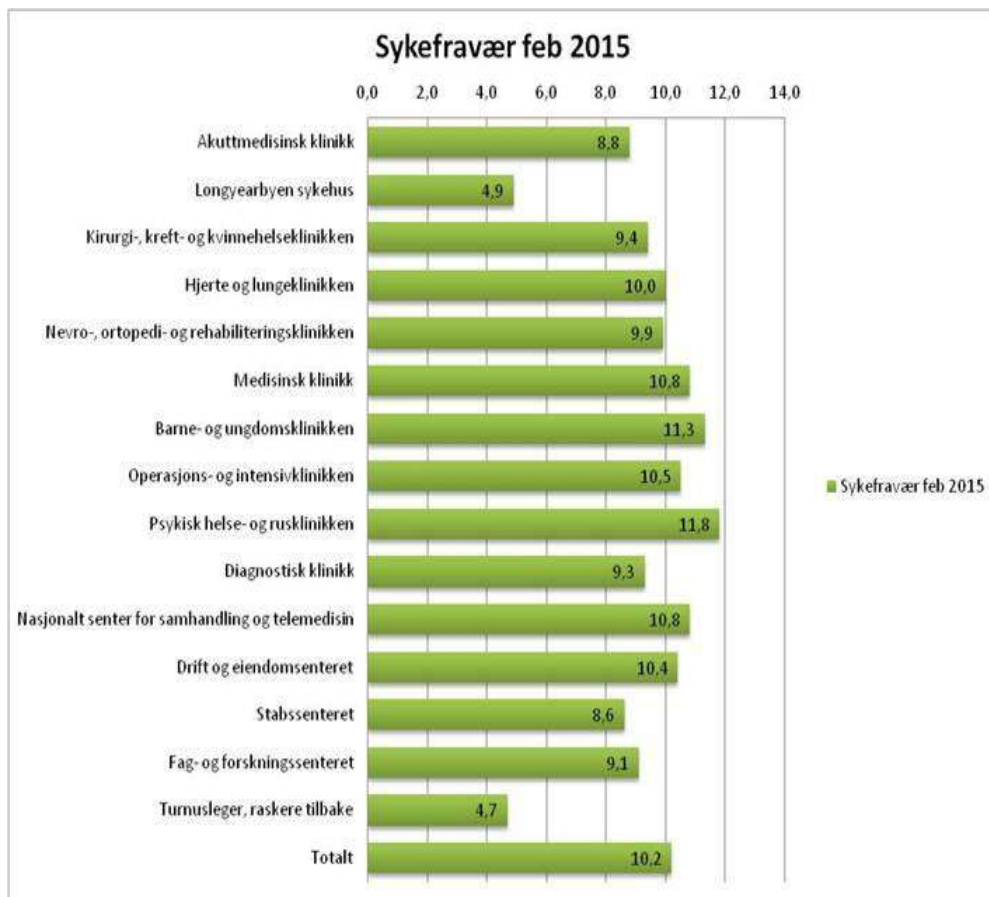
4.6 Sykefravær

Det presenteres månedlige tall for fraværet i UNN. Fraværstallene gir arbeidsgiver og ansatte en mulighet for å arbeide med å øke nærværet. Deres lokale kunnskap er grunnlaget for tiltak som iverksettes.

UNN HF's totale sykefravær i februar 2015 er på 10,2 %. Samme måned i 2014 var sykefraværet 9,5 %. Dette er en økning på 0,7 prosentpoeng. Det korte (1-16 dgr) viser en økning på 0,6 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet viser en reduksjon på 0,2 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) viser en økning på 0,3 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i februar 2015 398 ansatte borte fra jobb pga sykdom i UNN HF.

Sykefraværet 2011-2015

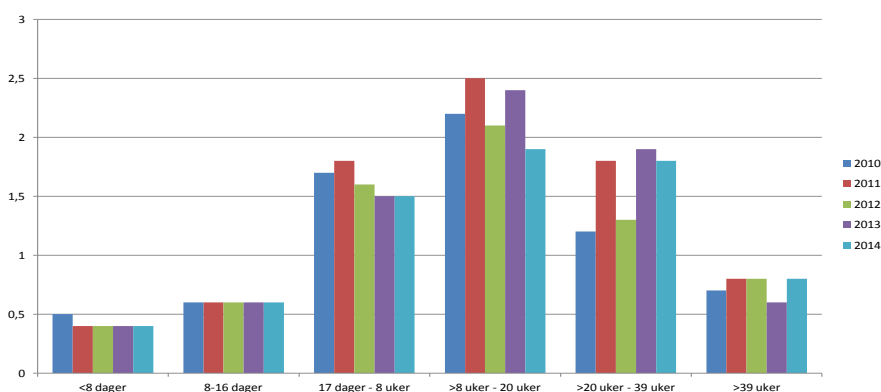




I tillegg til statistikken og tilgang til analyse internt i UNN, har NAV gode muligheter til å bidra med relevant statistikk. Disse kan benyttes i vurderingen av målrettede tiltak direkte til ulike enheter/seksjoner/avdelinger/klinikker. Nedenfor vises enkelte utdrag av informasjon som kan hentes ut fra NAV sine systemer. Dette kan spesifiseres enda mer i et direkte og målrettet arbeid.

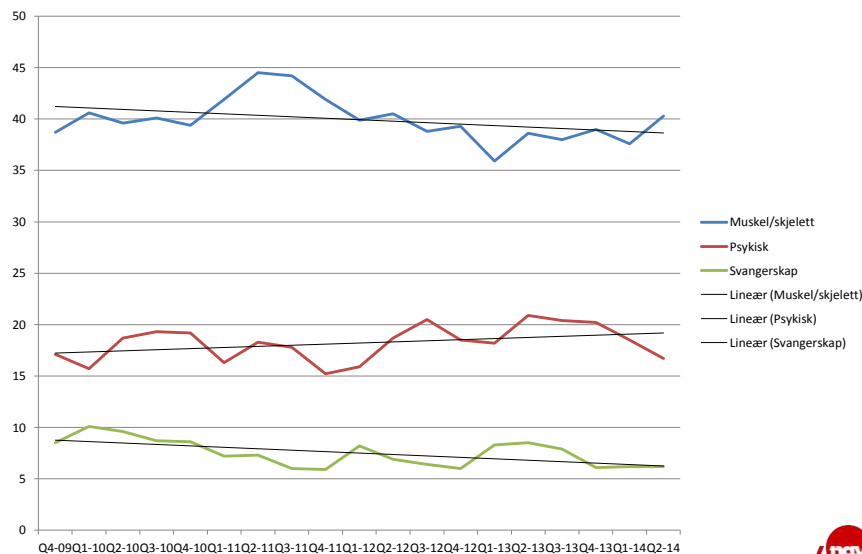


Fordeling varighet legemeldt sykefravær %





Diagnosefordeling, tapte dagsverk i %



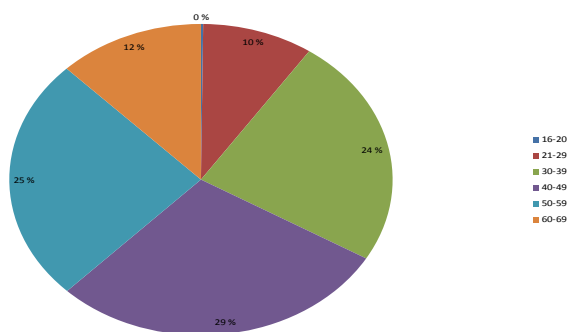
IA, 05.12.2014



Side 5



Legemeldt sykefravær fordelt på alder



IA, 05.12.2014



Side 6

Etablerte systemer i UNN muliggjør gode oversikter på fraværet og årsaker. Den lokale kunnskapen og oppfølging gir ofte arbeidsgiver et svært tydelig bilde. Dette vil igjen være et grunnlag for å kunne arbeide systematisk sammen med ansatte i forebyggende sykefraværarbeid, som gir en sekundærgvinst med økt nærvær på arbeid.

Det er viktig for arbeidsgruppen å presisere at det ikke bare er fokus på fraværet som er nærværarbeid. Det er en blant flere faktorer, slik som det også presenteres i denne rapporten.

4.7 Gradert sykemelding

Gradert istedenfor full sykemelding forårsaker et markert fall i sykefraværets varighet, og at graderingsbeslutningen faktisk fører til en halvering av det totale antall fraværstimer knyttet til et langtidssykefravær. Samtidig bidrar graderingen til å redusere risikoen for tilbakefall til nye sykefravær og påfølgende bruk av arbeidsavklaringspenger, attføringspenger, eller uførestønad. Men kanskje aller viktigst: Gradert sykemelding bidrar til å redusere risikoen for å falle ut av arbeidsmarkedet. Empiriske funn innebærer at sannsynligheten for å være i arbeid to år etter sykmeldingens begynnelse øker med rundt 12–15 prosentpoeng (Markussen, Mykletun og Røed, 2012).

I kommuner hvor bruken av gradert sykefravær øker, reduseres totalsykefraværet. Nedgangen kom delvis i samme måned som økningen i graderingsandelen, men førte også til reduksjon i sykefraværet det påfølgende året (Kann, Brage, Kolstad, Nossen, Thune 2012).

En undersøkelse (Kann m.fl. 2012) viser at det kan se ut til at gradert sykefravær er mer effektivt som tiltak mot langtidssykefravær enn kortere fravær. Gradering av sykefravær ser ut til å forkorte både varigheten av sykefraværet, men reduserer også forekomst av sykefravær.

Dokumentasjonen er solid for at økt bruk av gradert sykefravær fører til redusert totalsykefravær og lav risiko for utstøting fra arbeidsmarkedet (Effekter av tiltak under IA-avtalen – Folkehelseinstituttet)

Gradert sykemelding er en hovedstrategi i IA-arbeidet. Ved sykemelding skal den ansatte komme raskest mulig tilbake i arbeid. Dersom sykemelding er nødvendig, skal førstevalget være gradert sykemelding.

Den praktiske gjennomføringen er avhengig av at arbeidsgiver tilrettelegger for delvis arbeid. Arbeidsgiveren og den sykemeldte må samarbeide om å finne fram til en funksjonell og akseptabel arbeidsordning. Det er viktig at det er et mål og en plan for oppfølgingen og graderingen. De fleste delvis sykemeldte vil på redusert tid kunne utføre deler av sine vanlige arbeidsoppgaver, eventuelt andre oppgaver som har en verdi for bedriften. Det er også et alternativ at arbeidstakeren bruker lengre tid på å utføre deler av sine vanlige arbeidsoppgaver, for eksempel hele dagen på å utføre 50 prosent av sine oppgaver. Dialogen mellom den sykemeldte, arbeidsgiver og lege/sykmelder er viktig for god bruk av gradert sykemelding.

For å få til økt og bedre bruk av gradert sykemelding er det viktig at det er en god relasjonsledelse og en bevissthet rundt den ansattes arbeidsoppgaver og arbeidsevne. Man må tidlig diskutere forebyggende tilrettelegging. Det vil være en stor fordel dersom den ansatte kontakter sin nærmeste leder fremfor å oppsøke legen før de blir syke- eller når de sliter med å stå i jobb. Dette ser vi på som en del av den medvirkningen ansatte skal ha til egen tilstedeværelse og er svært viktig for lykkes.

4.8 Aktivitetskrav innen 8 ukers sykefravær

I følge NAV Arbeidslivssenter har Troms lenge vært ett av de fylkene i landet med høyest sykefravær. Sykefravær er en viktig årsak i seg selv til at mange faller ut av arbeidslivet. Jo lenger man går sykmeldt, jo større er faren for at man ikke kommer tilbake på jobb. Dette er uheldig for samfunnet, men også for den enkelte som faller utenfor arbeidslivet.

Av og til er 100 % sykmelding det eneste og beste alternativ, men slett ikke alltid. Det er ingen grunn til at sykefraværet skal være høyere i de nordligste fylkene enn i resten av landet. I løpet av våren 2015 har NAV Troms og NAV Nordland satt i gang tiltak som betyr at det stilles ytterligere krav både til leger, arbeidsgivere og arbeidstakere når det gjelder sykefraværsarbeidet. Dette betyr at aktivitetsplikten ved 8 ukers sykefravær vil praktiseres strengere. NAV har gjort en erkjennelse av at unntaksbestemmelsen ved 8 ukers sykmelding blir brukt for ofte. Unntaksbestemmelsen skal kun benyttes dersom arbeid overhodet ikke er mulig etter 8 uker. Dette vil ikke få konsekvenser for alvorlig syke, men det er sjelden at en person har diagnoser av så alvorlig grad at de ikke kan jobbe noe.

Denne fokusendringen fra NAV, vil trolig i større grad føre til graderte sykemeldinger. Behovet for tilrettelegging og god dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver vil muligens øke.

Kunnskapen om gradert sykemelding og dens fordeler både på individ og organisasjons nivå bør være slik gruppen ser det motiverende i et forebyggende og tilretteleggende arbeidsmiljø. Aktivitetsplikten som inntreffer ved 8 ukers vil nok trolig stille forventninger til tilrettelegging for arbeidstakere. Når man ser disse to faktorer (gradert sykemelding og aktivitetsplikten) vil nok dette få konsekvenser for arbeidstakers tilrettelegging.

4.9 Delvis uføre, rett arbeid og rett tilstedeværelse

I forbindelse med nærværsarbeidet er det også relevant å ha fokus på rett arbeid i rett arbeidsprosent, på rett sted. Arbeidsgiver vil i den enkelte enhet ha oversikt over dette. Det synes som opplagt viktig for arbeidsgiver å ha fokus på ansatte som er gjentagende fraværende på arbeid. Dette for å kunne iverksette tiltak som bidrar til mer tilstedeværelse. Her er det også viktig at organisasjonen har gode systemer for å kunne bistå arbeidstaker, arbeidsgiver og vernetjeneste i denne type arbeid, nettopp fordi dette er utfordrende. Muligheten og tilrettelegging for arbeidsutprøving i andre typer arbeid med de rammer som ligger for dette, er et system som vil være viktig å få til å fungere.

Tall nedenfor (høsten 2014) forteller bare antallet som har en uføredel gjennom KLP i UNN. Det finnes ingen lignende oversikt i fht delvis uførhet opp mot NAV. Vi tar med denne tabellen kun med tanke på at denne problemstillingen må arbeidsgivere og arbeidstakere ta med i sin vurdering i nærværsarbeidet. Arbeidsgiver og ansatte som arbeider i enheten, er selv klar over om dette er en faktor man må se på, eller ikke.

Aldersgruppe		Pensjonsordningen for sykepleiere		Pensjonsordningen for sykehusleger		KLPs felles pensjonsordning for statlige helseforetak m.v.	
		Antall		Antall		Antall	
30-34	Kvinne	4				3	
	Mann					1	
35-39	Kvinne	7				18	
	Mann					1	
40-44	Kvinne	15		2		29	
	Mann			2			
45-49	Kvinne	21		1		49	
	Mann			1		7	
50-54	Kvinne	29		3		42	
	Mann					5	
55-59	Kvinne	28				91	
	Mann	1				6	
60-64	Kvinne	42		1		89	
	Mann	3		2		10	
65-69	Kvinne	1		1		31	
	Mann			2		1	
Total		151		15		383	

4.10 Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) er en metode avdelingene skal bruke for å få en bemanning bedre tilpasset drift. Metoden er ment å forsterke fokus på arbeidet som gjøres før utarbeidelse av arbeidsplaner og benytter kjent informasjon slik at god ressursstyring i UNN sikres.

I vedtak i UNN-styret ([sak 96/2012](#)) fremgår det at ABP er et sentralt tiltak i forbindelse med virksomhetsplanleggingen.

4.11 Avvikssystemet

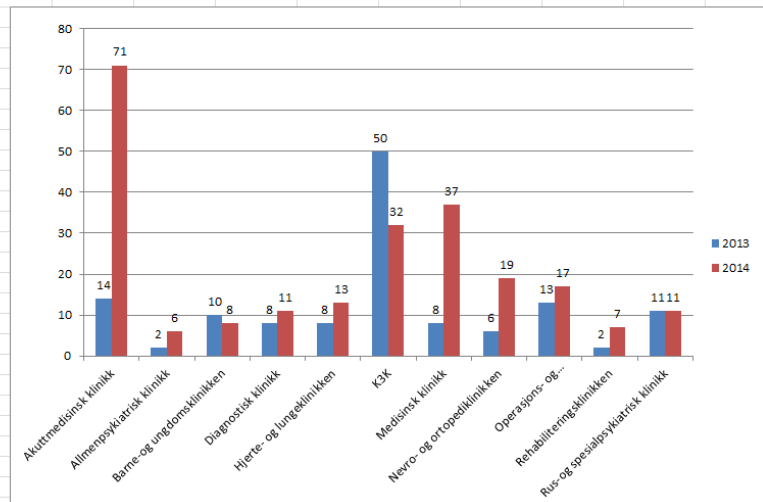
Når det gjelder avvik som har betydning for utføring av arbeidsoppgaver, vil bl.a. disse momentene ha stor betydning: Samtidighetskonflikter, arbeidsbelastning, bemannings- og personalmangel.

Til eksempel blir det nevnt at Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken (K3K) har hatt en klar reduksjon i slike typer avvik. Samtidig har det ikke blitt utført noe systematisk kartlegging som kan forklare årsaken. Det kan både være et resultat av systematisk arbeid, driftsendringer, like fullt som det kan henspore mot manglende opplæring på å melde avvik blant de ansatte.

Hovedpoenget i fht avvikssystemet vil helt klart være at man lokalt kan bruke dette aktivt i eget arbeid med å redusere risiko for belastninger, og at dette genererer et økt nærvær. Alle enheter har mulighet for opplæring i disse systemene, evt. bistand fra systemadministratorer fra Fag- og forskningscenteret.

Meldte avvik i Docmap - søkekriterier samtidighetskonflikt, arbeidsbelastning, bemanning, personalmangel, personell

	1.1.-31.8.2013	1.1.-31.8.2014
Akuttmedisinsk klinikk	14	71
Allmenpsykiatrisk klinikk	2	6
Barne- og ungdomsklinikken	10	8
Diagnostisk klinikk	8	11
Hjerte- og lungeklinikken	8	13
K3K	50	32
Medisinsk klinikk	8	37
Nevro- og ortopediklinikken	6	19
Operasjons- og intensivklinikken	13	17
Rehabiliteringsklinikken	2	7
Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk	11	11
	132	232



Avvik som gjelder skade på ansatte er også sentralt i et forebyggende øyemed. Er det gjentagende risikofaktorer som kan påvirke nærværet på arbeid?

Innenfor rus og psykiatri er det størst mengde meldte avvik med personalskade: 361 avvik av totalt 575 meldte i 2014. Vi ser at også fraværsprosenten på 11,8 %, i februar 2015, er den høyeste på UNN. Heller ikke her vil vi ha noen grunnlag for å konkludere noe, men det synes som interessante parameter for de som skal arbeide lokalt med sitt nærværarbeid.

4.12 Støttefunksjoner

Som nevnt tidligere er sosial støtte svært viktig for å fremme den psykiske helsen på arbeidsplassen. Sosial støtte lindrer de skadelige effektene stress har på enkeltpersoner, ved å påvirke menneskers oppfatning av stressfaktorer og ved å oppmuntre til utvikling av strategier for å takle stresset.

Organisasjoner kan gi to typer støtte: instrumentell støtte, som gjelder fullføring av oppgaver; og emosjonell støtte, som er mer sentrert rundt den enkelte. Disse to formene for støtte synes å beskytte den enkelte enten ved å forebygge eller redusere virkningen av en episode med psykisk ubehag. Instrumentell støtte kan for eksempel gjøre det lettere for den ansatte å utføre sine daglige oppgaver gjennom diskusjoner om problemer som er oppstått eller strategier som kan benyttes. Emosjonell fagfellestøtte gir oppbacking og beroligelse samt en følelse av å tilhøre en gruppe, og alt dette skaper en sterk buffer.

Også når det gjelder støtte er leder en sentral faktor, men også den støtte man mottar fra kollega er viktig.

I fht psykisk støtte har UNN noen tjenester til sine ansatte. Prestetjenesten har mulighet å bistå ansatte med samtale. UNN BHT kan også gi ansatte samtale og veiledning. Ut over dette har NAV tilbud, som man kan benytte seg av i forbindelse med systematisk arbeid, for eksempel i bedrift, kurs og lignende. Fastlege har mulighet å henvise til *Raskere tilbake* - tiltak, for eksempel akutt psykologtjeneste. NAV har også tilbud gjennom *Raskere tilbake*. Den største støtten uansett er den man kan få og gi gjennom et godt arbeidsmiljø. Det inkluderer både gode kollega og ledere med omsorg.

Disse støttefunksjoner som er nevnt, i kombinasjon med verne- og tillitsvalgttjenesten er viktige bistandsyttere i et nærværarbeid.

Kap 5 Forslag til tiltak

Tiltak kan oppsummeres slik:

- 1)Fokus
- 2)Kompetanseheving
- 3)Kultur arbeid

Arbeidsgruppens forslag til tiltak er forankret i de systemer og kunnskap som organisasjonen allerede har. Det som foreslås som viktigste tiltak er økt fokus på alle nivå og bruk av de allerede etablerte fora, samt kompetanseheving i bruk av de systemer og arbeidsverktøy som allerede finnes.

Arbeidsgruppen mener det systematiske arbeidet må på plass før man begynner med direkte tiltak i ulike enheter. Med dette som grunnlag vil ikke gruppen presentere "en liste" med tiltak i denne rapporten. Når enheter har gjort sin vurdering av hva de trenger å arbeide systematisk med, er kunnskapen om hva som skal og bør gjøres også lokalisert hos disse. Samtidig vil for eksempel BHT, NAV og HR kunne bidra i tiltaksdelene.

Arbeidsgruppen anbefaler at det settes av ressurs til å kunne arbeide med å gi støtte til klinikker og avdelinger gjennom KVAM i deres arbeid med nærværet. Gjennom utarbeidelse av egen prosjektskisse for denne stillingen vil man kunne søke midler gjennom ulike fond/tiltak for refusjon for deler/evt hele stillingen. Prosjektskissen bør utarbeides av arbeidsgiver med grunnlag i arbeidsgruppens rapport.

Fokus som tiltak nr 1 gjelder på alle nivåer i organisasjonen. Arbeidsgruppen vil allikevel påpeke at fokuset må begynne på øverste ledelsesnivå, hvor man gjennomfører tiltak slik man

ønsker det skal være på andre nivåer i organisasjonen. På denne måten mener gruppen at motivasjon for å arbeide med nærværet kan forplantes ned i organisasjonen. Vi anbefaler at øverste ledelse har nærvær og systematisk HMS-arbeid som en viktig del av eget arbeid, både i ord og gjerninger. Fokuset på fordelene med økt nærvær anbefales fremhevet, samtidig som de økonomiske begrunnelser ikke fokuseres like sterkt. Ønske om at UNN skal være en god arbeidsplass, hvor den enkeltes kompetanse og tilstedeværelse er helt sentralt anbefales kommunisert ut enda mer, og tydelig. Videre vil økt tilstedeværelse kunne gi bedre pasientsikkerhet, og det frigjøres tid til mer faglig og systematisk HMS arbeidet. Det anbefales også at ved start av nærværarbeid har et langsiktig perspektiv, effekten av dette arbeidet sees etter lengre tids satsing. De som har lyktes med sitt arbeid har arbeidet systematisk over tid. UNN har vist til gode effekter av tiltak for eksempel til gravide, men etter at fokuset forsvinner øker fraværet igjen. Det er med på å underbygge at et systematisk arbeid må bli en del av hverdagen, og ikke bare periodisk. Fokus på hva man ønsker i fht nærværarbeid vil også være viktig i for eksempel rekrutteringsarbeidet i lederposisjoner. Det å arbeide for å ha de ansatte på jobb vil være en av de viktigste oppgavene leder i UNN vil ha etter gruppens vurdering.

Tiltak gjennom kompetanseheving er en sentral del av det å holde fokus. UNN har mange gode tilbud om kurs innen sentrale områder som er viktig for nærværarbeidet. Arbeidsgruppen mener at god kompetanse på alle nivåer i organisasjonen betyr færre feil og unødvendige negative konsekvenser for både ansatte, arbeidsgiver og det totale arbeidsmiljøet. Kompetanse hos ledere synes viktig på alle nivå. Det finnes tilbud innen kurs eller veiledning innen alle systemer UNN har, kurstilbud innen IA arbeid, lederutvikling/kompetanse er til stede. Her mener arbeidsgruppen at det er spesielt viktig at kompetansen finnes på alle ledernivå, da leder og ansatte skal henvende seg i linje ved utfordringer. Mangel av kompetanse på et nivå kan gi store konsekvenser for et annet nivå. Gjennom NAV, BHT og HR er mulighetene for bistand til kurs og opplæring/veiledning som er tilpasset enheter mulig. Arbeidsgruppen anbefaler en praksisnær kursing hvor ledere kjenner igjen sin arbeidshverdag og har praktisk nytte i sin utøvelse i etterkant. Kompetanseheving satt i system for ledere anbefaler arbeidsgruppen stort fokus på. Dette da som tidligere vist til er ledere på alle nivå nøkkelfaktoren for å lykkes. Trygghet i rollen og gode relasjoner til sine ansatte er en viktig grunnstein i nærværarbeidet.

Fokus på medvirkning hos ansatte og en god relasjon er en av grunnsteinene i nærværarbeidet. Ansattes arena for medvirkning gjennom spesielt KVAM må kommuniseres ut og etterleves i praksis. Gjennom å medvirke til utarbeidelse av HMS planer og gode relasjoner til kollega og ledelse vil man kunne oppnå økt nærvær. Det vil også være med på at alle arbeider i samme retning. Det vil alltid være mange ting man kunne/burde jobbe med på en arbeidsplass, men gjennom å synliggjøre hva man skal arbeide med vil det bli oversiktlig for alle. Ansatte trenger også kompetanseheving innen området nærværarbeid, bla gjennom kunnskap om medvirkningsplikt, rolle kunnskap om TV, VO, arbeidsgiver og arbeidstaker, vite hvor man kan få bistand etter utfordrende situasjoner, arbeide for gode relasjoner, kunnskap om for eksempel raskere tilbake også som forebyggende tiltak. Helt konkret anbefales også å innføre informasjonsmøter hvor ansatte som er sykemeldt møter NAV og

BHT. I disse møter vil tilrettelegging, medvirkning, refleksjon, rettigheter og plikter være hovedfokus

Kulturarbeid er tiltak nr 3, men gir seg selv gjennom tiltak nr 1 og 2. Det og systematisk arbeidet med de faktorer som arbeidsgruppen anbefaler bidrar til et godt nærværarbeid. Over tid vil det bli en kultur for å tenke systematisk, forbygge, holde fokus og heve kompetanse. I tiltaket angående kulturarbeid legger også arbeidsgruppen at man får inn i ”ryggmargen” å bruke og arbeid med og i de systemer som er tilgjengelig i UNN. Arbeidsgruppen vil hevde det er både tidsbesparende i fht dokumentasjonskravene og lovverk, samt positivt for oversikten av satsningsområder og hva det er fokus på for både ansatte og arbeidsgiversiden.

Den lokale kunnskapen er det som avgjør hvilke tiltak som er viktig for eget nærværarbeid. Om det er rettet mot muskel og skjelett plager, psykisk helse, gravide arbeidstakere, arbeidsmiljø tiltak, forflytning undervisning, leder opplæring, vold på arbeidsplassen osv må man bestemme på det nivået man er på. Denne type arbeid må gjøres på hvert nivå i organisasjonen. Arbeidsgruppen ønsker å fremheve at UNN har det som trengs med tanke på kunnskap og systemer for å kunne arbeide godt med et nærværarbeid i sin organisasjon. Manglende fokus, manglende bruk av systemer og manglende kompetanse på ulike nivåer i organisasjonen er den største utfordringen slik gruppen ser det.

Skjematisk sett kan forslag til tiltak på de ulike nivåer presenteres slik:

Overordnede ledelsesnivå	Klinikkledelse	Avd. ledere og Mellomleder	Medarbeidere
IA mål og handlingsplan - etterspørre arbeidet med dette i organisasjonen.	- Etterspørre nærværarbeidet og påse at det utarbeides HMS handlingsplaner alle enheter - Utarbeide en plan for klinikkens nærværarbeid	<u>Utarbeide HMS handlingsplan</u> Bruke MU aktivt, bruke de system som finnes for god forankring med nærværarbeidet til egen avdeling/enhet (Avvikssystemet, Sykefraværstall, HMS planer, KVAM, VO/TV)	Kjennskap til og medvirke i HMS og IA arbeidet og utarbeidelse av handlingsplan.
Ha IA , HMS arbeid nærværarbeidet i Dialogavtalen etterspørres på hver gjennomgang	Forankre IA- og nærværarbeidet i dialogavtalen og HMS planer på eget nivå og etterspørre dette i hver enhet.	Etterleve satsning på IA og nærværarbeid som avtalt i dialogavtalen og HMS planer på eget og underliggende nivå. Lokale tilpassninger ut fra behov for fokus.	Bidra til gjennomføring av IA- og nærværarbeidet i hht dialogavtalen og HMS planer
<u>Kompetanse om</u> Arbeidsmiljøloven Relasjonsledelse HMS og IA arbeid Rollekunnskap (VO, TV, arbeidsgiver- og arbeidstakerrollene) Risikovurdering	<u>Kompetanseheving</u> Arbeidsmiljøloven HMS/IA arbeid Relasjonsledelse Rollekunnskap(VO, TV, arbeidsgiver og arbeidstakerrollene) Risikovurdering	<u>Kompetanseheving:</u> -HMS/IA arbeid - Relasjonsledelse - Arbeidsmiljøloven - Risikovurdering - Risikokommunikasjon, tydelighet kontra omsorg? - Rollekunnskap(VO, TV, arbeidsgiver- og arbeidstakerrollene) Samarbeid med: Fastlege NAV BHT VO/TV	<u>Kompetanseheving:</u> Plikter og rettigheter - IA opplæring (sykefravær, tilrettelegging, medvirkningsplikten) -HMS opplæring - Medarbeiderskap - Rollekunnskap(VO, TV, arbeidsgiver- og arbeidstakerrollene)
Ta opp IA og nærværarbeid på faste halvårige møter og i egen ledergruppe. Utøve dette i praksis.	Etterleve at IA og nærværarbeidet gjennomføres i praksis	Fokus på IA- og nærværarbeidet. Viktig med tydelig støtte i saker: fra HR, NAV, BHT, VO/TV	Tydelig støtte fra involverte parter med ulike roller(BHT, NAV, HR, VO/TV)

Sak 86/2015 - Orienteringssak 3 - vedlegg 1

Fokus på tilstedeværelse, mer kompetanse tilgjengelig, flere ressurser til stede, bedre kvalitet. Senke fokuset i fht økonomi, blir en sekundær gevinst.	Arbeide med rekruttering av ledere med ønskede kvalifikasjoner (Sørge for god opplæring og veiledning av nye ledere)		
Gjennomføre utviklingssamtaler	Gjennomføre utviklingssamtaler	Gjennomføre utviklingssamtaler	Avklare forventninger. Delta og bidra i utviklingssamtaler
Kultur og premiss leverandør i nærversarbeid	Kultur – for tilrettelegging og nærvær	Kultur – for tilrettelegging og nærvær	Kultur – for tilrettelegging og nærvær
Etterspørre KVAM struktur, plan i eget HMS arbeid	KVAM UTVALG- med HMS, IA arbeid - og nærversfokus som sak	KVAM Grupper- HMS, IA arbeid- og med nærversfokus som sak	Kunnskap om HMS saksgang og KVAM
			<p>Psykisk helse: Kurs: Hverdagsmestring</p> <p>Tydeliggjøring av tiltak som finnes feks: - Senter for jobbmestring - Coperiosentret - lbedrift (NAV)</p>
Utarbeide prosjektskisse til egen stilling som skal arbeide mot KVAM- med fokus om å gi bistand til nærvers og HMS arbeid i praksis.			

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAHLGRENSEN UNIVERSITETSSYKEHUSET

la inkluderende arbeidstiv

ARBEIDSGLEDE ER BRA FOR HELSA!

HVORDAN BIDRAR DU I ARBEIDSMILJØET?



Hver dag bidrar 6000 medarbeidere i UNN til å skape et trygt og godt sykehus.
At du er på jobb gjør arbeidsdagen lettere for dine kolleger, og bedre for pasientene.



KVALITET TRYGGHET RESPEKT OMSORG

Vedlegg 1: Erfaringer fra andre foretak

Etter å ha kontaktet flere Helseforetak fikk vi tilbakemeldinger fra disse tre om deres nærværarbeid:

1.1 Helse Finnmark

Styret i Finnmarkssykehuset ønsker å øke nærværet i foretaket. Et av tre tiltak som skal ha hovedfokus fremover er mulighetssamtalen (Styresak 47/2013). Senter for HR har startet opp dette tiltaket og en rådgiver har fått ansvaret for gjennomføring. Mulighetssamtalen er pr i dag ikke sluttevaluert, men foreløpig evaluering viser at det er ikke implementert godt nok i organisasjonen.

1.2 Helse Førde

Helse Førde jobber systematisk med sykefraværet. De bruker HR- rådgivere, BHT og har sykefravær som tema i AMU. De har tidligere hatt noen små prosjekt som var koblet opp mot nærvær.

De jobber med å implementere IA arbeidet ut i klinikkene, og lederne følger opp sykemeldte systematisk etter rutiner og sikrer god kommunikasjon mellom leder og ansatt. HMS-seksjonen jobber med å utarbeide et nytt flytskjema som skal inkludere basisen i oppfølgingen av den sykemeldte.

I dette arbeidet er det viktig å ha et godt samarbeid med vernetjeneste, tillitsvalgte og ledelsen.

Målsetting for 2015 er sykefravær på 5,5 %.

1.3 Sørlandet sykehus

Sørlandet sykehus har et forskningsprosjekt på sykefravær. De har ca 10 enheter i sykehuset som har vært gjennom en prosess for å få ned sykefraværet. Hovedfokuset er arbeidsmiljøet, og leder har en avgjørende rolle for å følge opp dette. De har erfart at fraværet kan bli høyt dersom leder ikke klarer å ta ansvar eller ikke har rammebetingelser for å ta ansvar. Dette handler om holdninger og trivsel, og FAGET må flagges høyt i en kompetansebedrift. De ansatte må være delaktige i arbeidsmiljøet og det må være et tett samarbeid med tillitsvalgte

og vernetjenesten. Man jobber strategisk med kultur, fag og kompetanse. BHT skal kontaktes dersom sykefraværet er høyt og det blir avklart om BHT skal inn i oppfølgingsarbeidet.

Man starter kartleggingen av arbeidsmiljøet ved å bruke en intervjuguide. Det er åpne spørsmål som stilles i en gruppe av leder, tillitsvalgte, verneombud, representanter fra ansatte eller grupperinger i et miljø. Det kan være ressurskrevende, men det må deltagelse til for å få endringer på sik

Vedlegg 2: Erfaringer internt i UNN

I det videre vil vi nå presentere fire forskjellige avdelinger og deres nærværarbeid, der man har satset ulikt og dermed fått varierende resultater. Det som allikevel er viktig er at man har et bevist forhold til hvilke faktorer man har fokus på og tiltak deretter, samt at resultater bygges over et strategisk arbeid over tid. Gastrokirurgisk avdeling – UNN Tromsø, Felles kontorsenter UNN (FKU), Røntgen Harstad og Psykisk helse- og rusklinikken har selv levert bidraget som er gjengitt i det kommende. I det siste eksemplet fra den nyopprettede Psykisk helse- og rusklinikken skisseres det mer for hvordan KVAM-utvalget ser for seg at det forbyggende nærværarbeidet skal se ut.

2.1 Gastrokirurgisk avdeling -Tromsø

Å redusere sykefraværet på en arbeidsplass er et komplekst arbeid med veldig mange faktorer som spiller inn. Dette gjør at en må tenke helhetlig og jobbe langsiktig og kontinuerlig.

Bak alt arbeidet som er gjort i vår avdeling ligger en kultur med åpenhet og god kommunikasjon mellom de ansatte og ledelsen. Dette er noe som har fulgt avdelinga i 15-20 år, og som vi har vært bevisst på at vi må beholde videre.

I tillegg til dette har vi i alle år fokusert på at vi skal ha et godt arbeidsmiljø, både faglig og psykososialt.

Tilstedeværelse / kommunikasjon:

Sykepleierledelsen i avdelingen har bevisst valgt å ha arbeidsplassen sin inne i avdelingen. På denne måten fanges det opp hva som ”rører” seg i avdelingen, og det er lett for ansatte å komme inn til lederne. Mange uformelle samtaler blir tatt her og mange utfordringer løst.

Ledelsen har årlige medarbeidersamtaler med de ansatte

Plikter og ansvar:

Avdelinga har laget egne kjøreregler for hvordan vi vil ha det på gastrokirurgen med tydeliggjøring av hva som er ansattes plikter, hva som er leders plikter og hva som er alles

plikter. Dette basert på arbeidsmiljøloven. Disse ble gjort kjent på personalmøte og delt ut. Alle nyansatte får disse.

Faglig ansvar:

Ansvar blir gitt og de ansatte tar dette ansvaret. Gastrokirurgisk avdeling har i mange år hatt fokus på å gi ansatte faglig ansvar og utfordringer. Avdelingen har blant annet ikke fagutviklings sykepleier, men faggrupper. Dette for at flere skal få mulighet til å fordype seg i deler av faget og bli ressurspersoner i avdelinga og på UNN. Det blir satt av tid i kalenderplanen slik at hver gruppe av og til får en fagdag sammen. Avdelingen har også egen poliklinikk en dag pr. uke som er bemannet av en sykepleier fra faggruppene og en lege.

Hver annen uke kjører avdelingen internundervisning i tillegg til temakvelder. Undervisningen her gis enten av interne sykepleiere/leger på avdelingen eller personale fra andre avdelinger på UNN.

Avdelingen anser det også som viktig at de ansatte får reise på relevante kurs utenfor sykehuset.

Miljø:

Avdelingen har hatt som punkt på personalmøter og fagdager hvordan den enkeltes adferd påvirker miljøet i avdelingen og hva hver og en av oss kan gjøre for å påvirke miljøet positivt.

Vi synes det er viktig å opprettholde fagdage da alle faggruppene i avdelinga er med og vi har kan jobbe både med fag og miljø og personalet blir bedre kjent med hverandre.

I tillegg har vi med jevne mellomrom felles sosiale sammenkomster for alle yrkesgruppene i avdelingen.

Sykefravær:

Avdelingen har over år hatt en aktiv oppfølging av sykefraværet. Sykefraværet er fast tema på personalmøter og på avdelingens KVAM-gruppemøter.

Sykepleierledelsen går hver måned inn i gat og ser på sykefraværet siste måned og bryter det ned for å finne ut hva som ligger bak og hva vi kan ta fatt i.

Vi har også fulgt IA oppfølgingen med samtaler og møter aktivt.

Samarbeidspartnere her har vært NAV, HR, ergoterapeut og den ansattes fastlege. Det har i noen tilfeller vært bedt om arbeidsevnevurdering for å se om den ansatte har arbeidsevne til å fylle den stillingsprosenten som han/hun er ansatt i. Arbeidsutprøving har vært gjennomført og i noen tilfeller har stillingsprosenten blitt justert i samarbeid med den ansatte.

Gjennom samtaler med den ansatte har man i noen tilfeller kommet frem til tilretteleggingstiltak som gjør at den ansatte kan stå i jobb i sin stillingsprosent men andre plasser enn vår avdeling.

Dette er samtaler som kan oppleves som vanskelige og tunge å gå inn i for både den ansatte og leder. I ettertid har vi fått tilbakemelding om at det har vært en tung prosess, men at de nå ser at det var nødvendig og at de har det bedre.

Tilrettelegging:

Avdelingen strekker seg langt for å legge til rette turnusmessig i forhold til de ansattes livsfase der det er nødvendig. Det gjøres også tilrettelegging av andre årsaker. Det er viktig at disse tilretteleggingene er tidsbegrenset slik at man har mulighet til å tilrettelegge for flere.

For å kunne gjøre disse tilretteleggingene er det viktig å kommunisere ut til de ansatte at dette er mulig.

Det er også gjort vurdering på om det er hjelpemidler avdelingen trenger for å gjøre hverdagen lettere og mindre stressende for de ansatte.

Rutineendring:

Gastrokirurgen har endret sine pasientforløp for flere år tilbake slik at alle pasienter som skal til kirurgi blir utredet poliklinisk. Pasientene blir i dag innlagt dagen før operasjonen, men bor på pasienthotellet natta før operasjonen. I tillegg er sykepleierinnkomsten gjort pr. telefon før pasienten kommer til avdelingen. Dagpasienter tas i dag på kirurgisk poliklinikk og observasjonsposten er med på å redusere ø.hjelpsinnleggelser til post. Disse tiltakene har gjort at posten oppleves som roligere. Forberedelsene som er gjort før innkomst, reduserer sykepleiernes arbeidsbelastning og stressnivå.

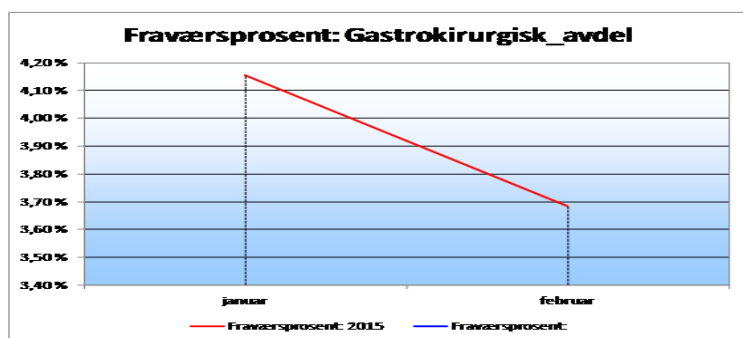
Avdelingen har redusert sengetallet fra 30 til 26, og har nå fått en mer riktig pleiefaktor i forhold til den pasientgruppen vi har.

Tidligere uttrykte mange sykepleiere at de synes det var belastende å ha teamlederfunksjon. Sammen med personalet endret vi derfor endret organiseringen av sykepleierne i avdelingen fra å ha en teamleder på hver gruppe til ”tospannjobbing”. Dette innebærer at pleierne jobber sammen to og to, og den jobben som teamleder gjorde tidligere er nå fordelt til de pleierne som har rommene. Dette gjorde at vi fikk tre pleiere som tidligere hadde administrativt arbeid, ble frigitt til pleie. Nye sykepleiere går nå sammen med en erfaren pleier, og føler det som en trygghet.

Avdelingen har også tatt i bruk kalenderplan. Dette gjør at den ansatte får mulighet til å planlegge inn i turnus når de har behov for fri. Driftinga i avdelinga blir også mer forutsigbar da alt av planlagte kurs legges inn i turnus og man får lite uforutsett fravær.

Legenes organisering er også endret de siste årene. Kirurgien for øvre gastroinngrep og kirurgien for nedre gastroinngrep har nå faste ukedager noe som gjør arbeidshverdagen mer forutsigbar for kirurgene. I tillegg har vi innført postoverlegeuke. En overlege har da ansvaret for sengeposten en hel sammenhengende uke. Dette skaper kontinuitet i legevisitten og avgjørelser blir tatt raskere.

Den kirurgiske teknikken har de siste årene endret seg fra laparatomier til laparescopier. De fleste pasientene har dermed lettere postoperative forløp.



2.2 FKU

Avdelingen FKU har 75 ansatte, inkludert fire seksjonsledere og én avdelingsleder. Totalt 67 stillingshjemler fordelt på seksjonene FKU-Tromsø, FKU-Harstad og FKU-Narvik. Avdelingen består av en homogen arbeidsgruppe, medisinskfaglige kontormedarbeider, og er en overbyggende service avdeling som leverer skrivetjeneste og pasientarkivtjeneste i UNN. FKU mottar daglig 35 timer lydfiler fra somatiske avdelinger i UNN. Transkribering av lydfiler tilsvarer 50 % av avdelingens pasientadministrative arbeidsoppgaver. De resterende 50 % går til utskrift og kvalitetssikring av pasientadministrative oppgaver, journalarkiv samt oppgaveglidning mot ivaretagelse av lokal EPJ-forvaltning.

Ansatte er organisert i fagteam på tvers av seksjonene som er lokalisert i Tromsø, Harstad og Narvik. Fagteamene speiler UNNs klinikkorganisering og driften koordineres av fagkoordinator med utvidet ansvar for drift innen eget team i en avtalt periode. Fagkoordinator rekrutteres internt i avdelingen. Denne ordningen fungerer som kvalifisering og kompetanseheving for videreutvikling av fremtidens forvaltningsoppgaver, og virker motiverende med hensyn til å ta del i mer varierte arbeidsoppgaver. Endring og omstilling har vært, og er en del av FKUs arbeidshverdag. Avdelingen har de siste årene begynt å klargjøre seg for en kommende og mer omfattende omstillingsprosess for å ivareta lokal EPJ-forvaltning etter innføringen av DIPS Arena og strukturert journal.

Tiltak som har vært med på å få stabilisert driften og korrigert (syke-)fraværet ved FKU :

Fraværet har vært jevnt høyt siden oppstart av FKU, noe som til tider har medført u hensiktsmessige lang skrivetid. I 2012 ble FKUs drift nøye gjennomgått av Direktøren, og det ble opprettet serviceavtaler med klinikkene som innbefatter krav til kvalitet og leveringstid leveransen fra både klinikkene og FKU. Status på skrivetid har siden vært meldt ukentlig til samtlige samarbeidspartnere, og driften er justert slik at avdelingen innfrir i henhold til avtalene.

En vesentlig forbedring var å forsøke dekke opp fraværet, men med år hvor kompetanse i faget har vært en knapp ressurs, ble tiltak om å rekruttere medisinerstudenter fra Universitetet i Tromsø (UiT) en vesentlig suksessfaktor for å få kontroll på driften. Avdelingen kan på den andre siden også ta del i å være et universitetssykehus med økt oppmerksom på opplæring av fremtidig helsepersonell, og gjennom de fem siste årene har ca 30-40 studenter fått grundig opplæring i bruk av EPJ/DIPS. Etter hvert som de er ferdig i studiet, rekrutteres fra neste kull, og for tiden har avdelingen 10 – 15 medisinerstudenter tilgjengelig som ekstravakter. Studentene er også en viktig miljøfaktor da vi har inkludert dem som en del av vår daglige drift og følger dem opp på samme måte som våre faste ansatte. I tillegg benyttes innleie fra et eksternt helsepersonell byrå i Oslo ved behov.

I forbindelse med innfrielse av serviceavtalene er det innført produksjonskrav på antall diktatminutt per dagsverk. Tiltaket førte til forbedret styring av driften, og bedre oppfølging av den enkelte ansatt gjennom individuelle samtaler med nærmeste leder. Effekten ble bedret dialog mellom leder og ansatt. Samtalene var i utgangspunktet tenkt månedlig, men ble av hensyn til leders arbeidsbelastning justert først til en samtale i kvartalet og deretter justert ned til en samtale hver fjerde måned (tertialet). Imidlertid har en kommet til at beste løsning er korte månedlige tilbakemeldingsmøter mellom ansatt og leder med fokus på den enkelte ansattes leveranse siste måned vedrørende arbeidsmiljøet, egen mestring, opplæringsbehov, avvik og produksjonstill. Ansatte oppmuntres også til å sette egne mål. Ordningen med individuelle samtaler ble nøye vurdert og drøftet med tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer før iverksetting. Leder innkaller minimum to uker i forveien og både ansatt og leder møter godt forberedt.

Når 50 % av ressursene må settes av til avskrivning av lydfiler gir dette begrenset mulighet for tilrettelegging for variasjon i arbeidsoppgaver. FKU gir imidlertid mulighet for tilrettelegging med variasjon i arbeidstid, egne kontor samt noen få tilpassede arbeidsoppgaver som utskrift og kvalitetskontroll. Avdelingen har mange kronisk syke (ca 20 %) hvor tilretteleggingen medfører kombinasjon med redusert stilling/uførhet og tidvis sykefravær. Erfaringene fra tilretteleggingsarbeidet, gjennomført i henhold til forventninger som IA-bedrift, har vist at det krever systematisk og bevist lederskap.

FKU fikk egen KVAM-gruppe fra 1. januar 2014, og fra oppstarten har det vært bevisst satsing i gruppen på at samtlige ledere og ansatte skal fullføre UNNs HMS kurs. Det arbeides videre med å velge ut videre satsningsområde med utgangspunkt i de ulike modulene.

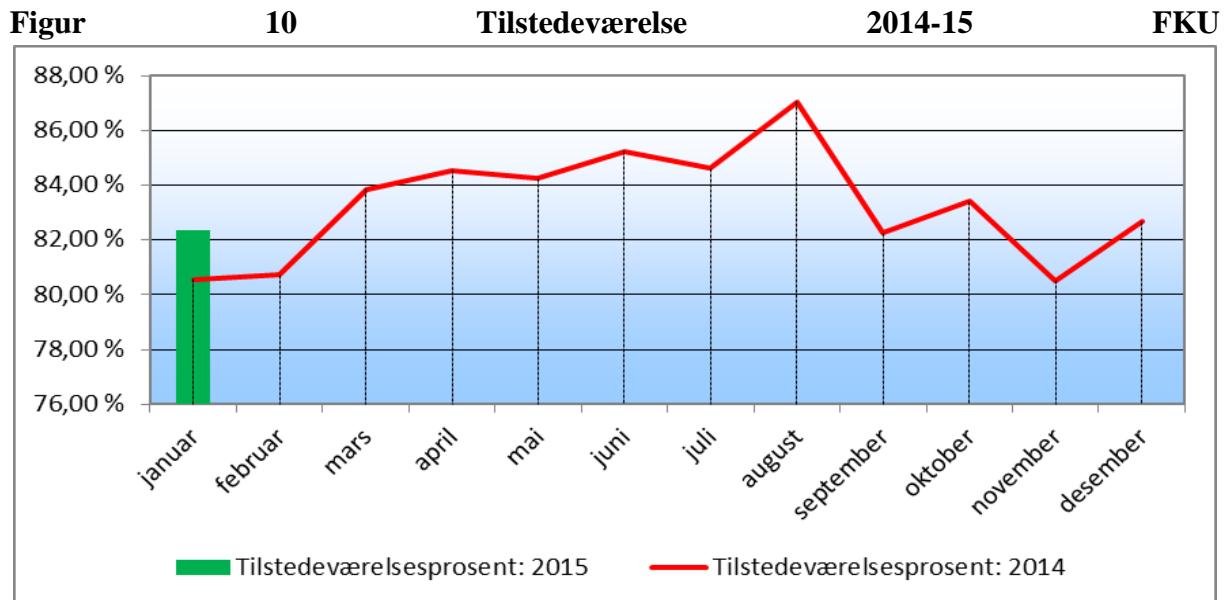
Møtearenaer for kompetanseheving og bygging av mestringsfølelse:

Lederne har ukentlige driftsmøter med fagkoordinatorne og fagkoordinator har månedlige møter med sine team, hvor ulike faglige spørsmål avklares og internopplæring gis. Alle seksjonene gjennomfører hver sine månedlige personalmøter, hvor ansatte gis mulighet å melde inn saker. Det avholdes formøte med PTV/VO en uke før, hvor det fremkommer hva som rører seg i seksjonene. På den måten treffer man bedre med saker og ansatte føler seg inkludert og kan medvirke når saken kommer opp på personalmøtet. Ansatte mottar månedlig nyhetsbrev fra avdelingslederteamet, og KVAM-gruppen og strukturen rundt benyttes i tillegg

til fastsatt ansvarsområde. Gruppen er også aktiv som arbeidsgruppe i enkeltsaker, som for eksempel ved innføring av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging.

Nærværprosessen fremover:

FKU jobber kontinuerlig med å få til økt tilstedeværelse. Målet er 90 % tilstedeværelse innen utgangen av 2015.



Kilde: Virksomhetsrapport NST, februar -15

Som tiltak har avdelingen innført FRISKSamtaler istedenfor tidligere sykefraværsoppfølging og etablert konseptet LangtidsFRISK fra januar 2014. Konseptet har hovedfokus på å fremme ansattes bevissthet til å gjøre arbeidsdagen som best, samt å ha kompetente medarbeidere som trives på jobb.

Oppsummering:

Det jobbes systematisk og bevist av lederne for å øke tilstedeværelsen/nærværet i FKU. I januar 2014 var fraværet 19,4 %, mens januar i år (2015) var det 17,7 %. Hovedfokus er å se den enkelte ansatt, sette tydelige mål og gi tydelige tilbakemeldinger, få til individuelle tilpasninger som gir økt mestringsfølelse, motivasjon og forhåpentligvis også økt tilstedeværelse.

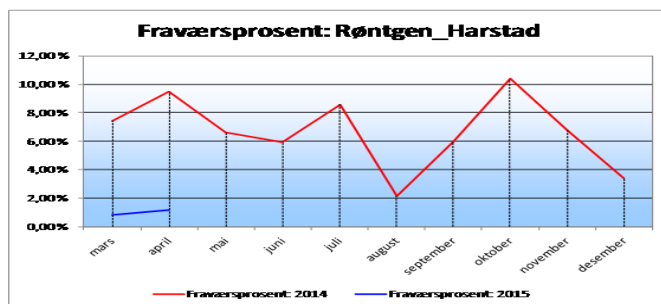
For å få til effektive og gode arbeidsprosesser har avdelingen nylig startet kartleggingsarbeid ved bruk av leanmetodikk. Vi ønsker å finne frem til beste praksis i små og detaljerte arbeidsprosesser slik at arbeidet oppleves som nyttig og meningsfullt.

For å få til en tettere og mer motiverende prosess er det ønskelig med større grad av samtidighet på UNNs månedlige sykefraværsstatistikken, som for tiden blir presentert to måneder etterpå.

2.3 Røntgen - Harstad

Rtg ved UNN Harstad har et stabilt personale og svært høy grad av nærvær. På forespørsel om hva de gjør så oppsummerer de følgende:

Man erkjenner hverandre som yrkesgrupper, hvorpå en ser at man er gjensidig avhengig av hverandre for å løse oppgavene (leger, radiograf og kontorpersonell). Man respekterer ulike kompetansenivå, styrker og svakheter. Vi er ulike med ulike kvaliteter. Det er en sterk lagånd, hvor man er solidarisk, og man erkjenner at mitt fravær genererer merarbeid for andre kollegaer. Leder gir stor individuell frihet. Herunder vet de ansatte at de betyr noe, samt at det du gjør utgjør en forskjell og at bidraget ditt er betydningsfullt. Man arbeider for og får til at man ser hverandre på arbeidsplassen, feed back, klapp på skuldra og små justeringer før negativ kritikk er en del av arbeidshverdagen. At lederstrukturen er tydelig og klar gir en trygghet i arbeidshverdagen. Leder er også tilgjengelig for ansatte i saker/spørsmål som er grenseland arbeid/privat. Noe som er bidragsyter til gode relasjoner. Leders tanker om at det man investerer i arbeidstaker får man tilbake x 2 er viktig også i nærværarbeid og arbeidsmiljø sammenheng. Det sosiale som skjer er selvfølgelig en viktig faktor, ansatte støtter opp om sosiale sammenkomster av ulike slag. Dette lager et godt og viktig grunnlag hos oss!



2.4 Psykisk helse- og rusklinikken

Etter forespørsel fra nærværgruppen om hvordan den nye klinikken vil jobbe med det forebyggende arbeidet i å redusere sykefraværet og styrke jobbnærværet, kom følgende tilbakemelding:

- Aktiv bruk av medarbeiderundersøkelsen – grunnlag for lokalt forbedringsarbeid knyttet til bl.a. arbeidsmiljø og nærværproblematikk

- Aktivitetsplikten etter 8 ukers sykemelding: Søke dialog rundt arbeidsrettede tiltak før dette. Viktig å ha en strategi på området.
- Kunne spille på klinikkens samlede virksomhet ved behov for arbeidsutprøving og eventuell arbeidsomplussing.
- Personer med kroniske helseplager: Hvordan komme i mer aktiv dialog med disse m.h.t. IA-tiltak? Ofte en utfordring – også i forhold til arbeidstilrettelegging, arbeidsutprøving og omplussing.
- Behov for tettere bistand fra HR og BHT i forhold til målrettet arbeid med både arbeidsmiljø og forebygging samt sykefraværsoppfølging. Må være tydeligere og mer konkret på hva vi trenger bistand til.
- Bruke metodikken knyttet til ”Medarbeiderskap” (arbeidsmiljø og holdninger) i forhold til forebyggingsarbeid.
- Nytte systematisk veiledning som forebyggingstiltak.
- Vet vi nok om sykefraværet – statistikken er ikke finmasket nok. Skulle gjerne hatt data spesifisert på kjønn, alder, yrkesgruppe mv. Ville på en annen måte åpne for tiltaksdiskusjon – fra registrering til mer aktiv oppfølging.
- Behov for bistand fra HR i forhold til de situasjoner hvor det er behov for å veilede ansatte ut av virksomheten.
- BHT og HR inviteres inn til neste møte i KVAM-utvalget.

Vedlegg 3: Fraværsstatistikker

Definisjon av sykefravær i Helse Nord RHF:

Det relative forholdet mellom antall mulige månedsværk og antall tapte månedsværk.

Korttidsfravær: 0-16 dager (arbeidsgiverperioden)

Langtidsfravær: Over 16 dager

NB! Sammenslått pr. 1.9.14

ALLMENNPSYKIATRISK KLINIKK(20)
PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN(20)
RUS OG SPESIALPSYKIATRISK KLINIKK(21)
PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN(21)

Tabell 1 Sykefraværprosent i UNN HF pr. klinikk/ senter, 2014

KLINIKK/ SENTER	Kvinner	Menn	Begge kjønn
AKUTTMEDISINSK KLINIKK(10)	9,5 %	8,7 %	9,0 %
ALLMENNPSYKIATRISK KLINIKK(20)	11,3 %	6,5 %	9,7 %
PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN(20)	12,9 %	8,0 %	11,3 %
BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN(17)	10,2 %	3,1 %	8,7 %
BYGGEPROSJEKTER(71)	0,6 %	0,0 %	0,3 %
DIAGNOSTISK KLINIKK(30)	9,9 %	3,5 %	7,8 %
DIREKTØREN(50)	5,1 %	10,0 %	7,2 %
DRIFTS- OG EIENDOMSSENTERET(45)	12,3 %	7,5 %	9,9 %
FAG- OG FORSKNINGSSENTERET(54)	10,9 %	3,4 %	9,1 %
FELLESINNTEKTER/-KOSTNADER(62)	5,7 %	1,7 %	4,2 %
HJERTE- LUNGEKLINIKKEN(13)	10,7 %	3,8 %	9,0 %
HR-SENTERET(58)	7,5 %	4,4 %	6,4 %
KIRURGI-, KREFT- OG KVINNEHELSEKLINIKKEN(12)	8,9 %	2,1 %	7,8 %
KOMMUNIKASJONSSENTERET(56)	0,3 %	2,2 %	1,8 %
LONGYEARBYEN SYKEHUS(11)	1,2 %	0,5 %	1,0 %
MEDISINSK KLINIKK(15)	9,9 %	2,5 %	8,4 %
NASJONALT SENTER FOR SAMHANDLING OG TELEMEDISIN(40)	11,5 %	3,7 %	9,2 %
NEVRO- OG ORTOPEDIKLINIKKEN(14)	9,4 %	2,8 %	7,8 %
OPERASJONS- OG INTENSIVKLINIKKEN(18)	10,6 %	3,4 %	9,3 %
REHABILITERINGSKLINIKKEN(16)	9,4 %	4,6 %	8,6 %
RUS OG SPESIALPSYKIATRISK KLINIKK(21)	11,4 %	6,8 %	9,7 %
PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN(21)	12,5 %	6,4 %	10,3 %
ØKONOMI OG ANALYSEENTERET(60)	12,2 %	5,6 %	9,7 %
UNN HF	10,2 %	5,1 %	8,7 %

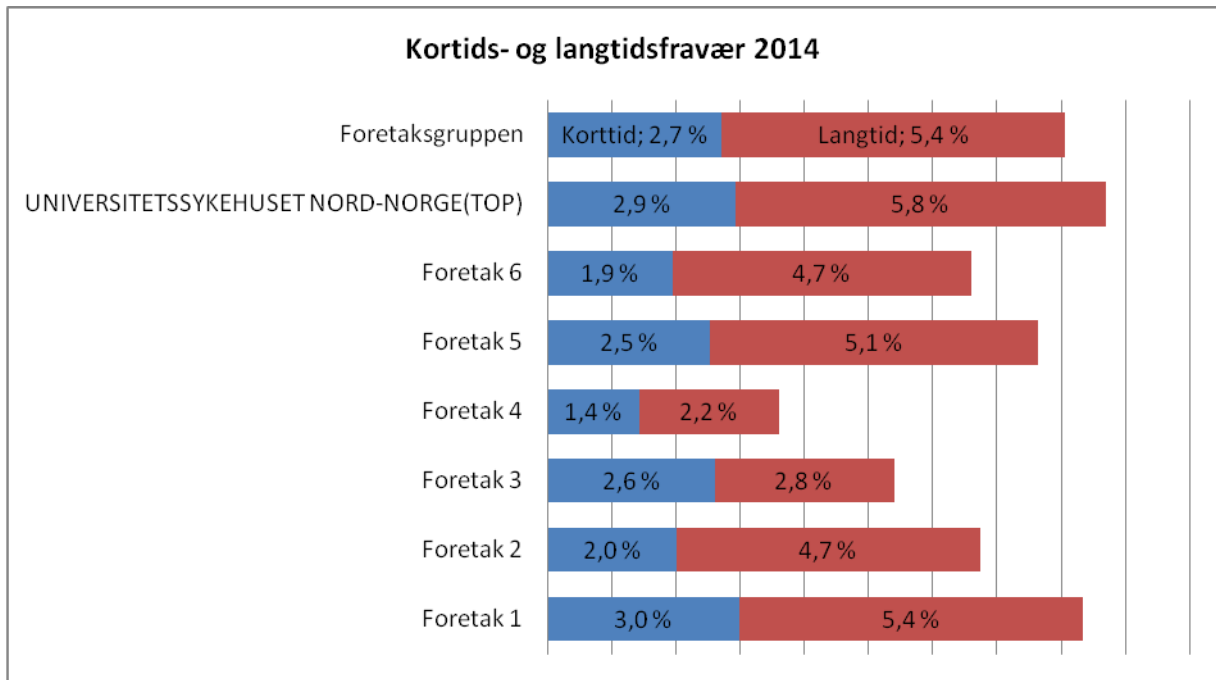
Kilde: Paga, juli 2015

Det gjennomsnittelige sykefraværet i UNN HF var i 2014 på 8,7 %. Innen utgangen av 2018 er målsettingen at sykefravær skal være på 7,5 %, jfr. IA-avtalen. Det innebærer en reduksjon i sykefraværet på 1,2 %.

Omregnet svarer en sykefraværprosent i UNN HF på 8,7 % til 126 138 dagsverk i 2014. Hvert tapte dagsverk koster gjennomsnittlig kroner 2 500 (SINTEF XXXX)¹. Sykefraværet i 2014 svarer til kroner 315 345 000. Om sykefraværet ble redusert med 1,2 %-poeng (tilsvarende målsettingen i IA-avtalen) utgjør dette ca. kr 43 000 000.

Figur 1 Korttids- og langtidssykefraværet i 2014 i UNN HF sammenlignet med tilsvarende sykefravær i foretaksgruppen i Helse Nord.

¹ Brutto dagsverkskostnad er beregnet til gjennomsnittlig kroner 2500/ dagsverk. Brutto betyr i denne sammenhengen at alt fravær erstattes med tilsvarende ressurs.



Kilde: Paga, juli 2015

Tabell 2 Kortids- og langtidssykefravær i UNN HF pr. klinikk/ senter fordelt på kjønn (prosentvis), 2014

	Kjønn	Korttid	Langtid	Korttid + langtid	Samlet begge kjønn
UNN HF	K	2,5 %	5,2 %	7,6 %	8,7 %
	M	1,5 %	2,1 %	3,6 %	
AKUTTMEDISINSK KLINIKK(10)	K	2,8 %	6,7 %	9,5 %	9,0 %
	M	2,4 %	6,3 %	8,7 %	
ALLMENNPSYKIATRISK KLINIKK(20)	K	4,0 %	7,3 %	11,3 %	9,7 %
	M	3,2 %	3,3 %	6,5 %	
BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN(17)	K	3,6 %	6,6 %	10,2 %	8,7 %
	M	2,0 %	1,1 %	3,1 %	
BYGGEPROSJEKTER(71)	K	0,6 %	0,0 %	0,6 %	0,3 %
	M	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
DIAGNOSTISK KLINIKK(30)	K	3,6 %	6,3 %	9,9 %	0,3 %
	M	2,1 %	1,4 %	3,5 %	
DIREKTØREN(50)	K	1,5 %	3,6 %	5,1 %	7,2 %
	M	1,1 %	9,0 %	10,0 %	
DRIFTS- OG EIENDOMSSENTERET(45)	K	3,0 %	9,2 %	12,3 %	9,9 %
	M	2,3 %	5,1 %	7,5 %	
FAG- OG FORSKNINGSSENTERET(54)	K	3,3 %	7,6 %	10,9 %	9,1 %
	M	1,8 %	1,6 %	3,4 %	
FELLESINNTEKTER-/KOSTNADER(62)	K	1,4 %	4,4 %	5,7 %	4,2 %
	M	0,6 %	1,1 %	1,7 %	
HJERTE- LUNGEKLINIKKEN(13)	K	3,1 %	7,6 %	10,7 %	9,0 %
	M	1,9 %	1,9 %	3,8 %	
HR-SENTERET(58)	K	2,8 %	4,7 %	7,5 %	6,4 %
	M	1,6 %	2,8 %	4,4 %	
KIRURGI-, KREFT- OG KVINNEHELSEKLINIKKEN(12)	K	2,5 %	6,4 %	8,9 %	7,8 %
	M	0,8 %	1,3 %	2,1 %	
KOMMUNIKASJONSSENTERET(56)	K	0,3 %	0,0 %	0,3 %	1,8 %
	M	2,2 %	0,0 %	2,2 %	
LONGYEARBYEN SYKEHUS(11)	K	1,2 %	0,0 %	1,2 %	1,0 %
	M	0,5 %	0,0 %	0,5 %	
MEDISINSK KLINIKK(15)	K	2,9 %	7,0 %	9,9 %	8,4 %
	M	1,3 %	1,1 %	2,5 %	
NASJONALT SENTER FOR SAMHANDLING OG TELEMEDISIN(40)	K	3,7 %	7,9 %	11,5 %	9,2 %
	M	1,9 %	1,8 %	3,7 %	
NEVRO- OG ORTOPEDIKLINIKKEN(14)	K	3,6 %	5,8 %	9,4 %	7,8 %
	M	1,1 %	1,7 %	2,8 %	
OPERASJONS- OG INTENSIVKLINIKKEN(18)	K	3,8 %	6,8 %	10,6 %	9,3 %
	M	1,7 %	1,6 %	3,4 %	
PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN(20)	K	3,7 %	9,2 %	12,9 %	11,3 %
	M	3,1 %	5,0 %	8,0 %	
PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN(21)	K	4,5 %	8,1 %	12,5 %	10,3 %
	M	2,2 %	4,2 %	6,4 %	
REHABILITERINGSKLINIKKEN(16)	K	3,5 %	5,8 %	9,4 %	8,6 %
	M	2,6 %	2,0 %	4,6 %	
RUS OG SPESIALPSYKIATRISK KLINIKK(21)	K	3,4 %	8,0 %	11,4 %	9,7 %
	M	2,6 %	4,2 %	6,8 %	
ØKONOMI OG ANALYSESENTERET(60)	K	3,0 %	9,2 %	12,2 %	9,7 %
	M	2,3 %	3,4 %	5,6 %	

Kilde: Paga, juli 2015

Tabell 3 Sykefraværet i UNN HF (prosentvis) pr. klinikk/ senter fordelt på hovedstillingskategorier, 2014

		01. Adm. og ledere	02. Pasient rettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeidere/hjelperepleiere	07. Diagnostisk personell	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulansesersonell	11. Forskning	
	Kjønn	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	
UNN HF	K+M	7,4%	9,8%	3,8%	6,4%	9,9%	14,7%	9,1%	11,3%	9,6%	3,4%	
AKUTTMEDISINSK KLINIKK(10)	K	5,2%	6,8%			13,2%	4,0%		6,7%	9,1%		
	M	3,5%	16,0%	0,4%		3,2%	0,0%		6,7%	10,0%		
ALLMENNPSYKIATRISK KLINIKK(20)	K	7,6%	12,2%	10,8%	8,9%	12,8%	13,3%		3,4%		45,3%	
	M	6,4%	5,8%	1,3%	2,9%	8,0%	12,7%		16,1%			
BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN(17)	K	9,2%	9,2%	11,4%	10,0%	11,5%	11,3%	5,0%	4,7%		7,4%	
	M	2,6%	3,8%	1,4%	0,9%	7,5%		7,1%	0,0%		0,8%	
BYGGEPROSJEKTER(71)	K	0,6%										
	M	0,0%							0,0%			
DIAGNOSTISK KLINIKK(30)	K	9,5%	14,2%	4,6%		8,4%	20,0%	9,3%	13,4%		4,6%	
	M	2,0%	1,0%	3,1%		2,9%	0,0%	5,3%	3,8%		0,5%	
DIREKTØREN(50)	K	5,1%										
	M	10,0%										
DRIFTS- OG EIENDOMSSENTERET(45)	K	6,7%	2,7%				0,0%		14,0%			
	M	3,9%	5,7%						8,5%			
FAG- OG FORSKNINGSSENTERET(54)	K	9,5%	43,7%	0,0%		10,4%		1,7%			6,4%	
	M	3,7%							0,0%		0,4%	
FELLESINNTAKTER/-KOSTNADER(62)	K	0,5%	6,8%	6,2%	2,3%							
	M	0,0%	0,8%	2,0%								
HJERTE- LUNGEKLINIKKEN(13)	K	4,5%	8,1%	1,3%		12,9%	18,8%		16,0%		1,0%	
	M	1,8%	0,1%	2,7%	0,0%	6,4%	5,8%		0,0%		0,0%	
HR-SENTERET(58)	K	7,5%	11,7%	0,5%		2,9%						
	M	3,7%	11,0%									
KIRURGI-, KREFT- OG KVINNEHELSEKLINIKKEN(12)	K	7,9%	11,4%	6,7%		7,3%	14,4%	16,1%	7,4%		13,4%	
	M	1,0%	0,0%	1,8%		3,0%	0,0%	11,4%			0,0%	
KOMMUNIKASJONSSENTERET(56)	K	0,3%										
	M	2,2%										
LONGYEARBYEN SYKEHUS(11)	K	0,0%	1,6%	0,0%		1,3%	2,7%		0,0%			
	M	0,9%	0,0%	0,0%		1,3%						
MEDISINSK KLINIKK(15)	K	10,3%	13,5%	5,8%		9,4%	14,6%	12,9%	2,1%		2,0%	
	M	5,5%	2,2%	1,5%		3,7%	3,3%	5,6%	2,1%		0,5%	
NASJONALT SENTER FOR SAMHANDLING OG TELEM(40)	K	10,3%	20,3%	0,0%	0,0%		52,3%		15,5%		1,6%	
	M	3,7%	13,4%	2,0%					0,1%		2,8%	
NEVRO- OG ORTOPEDIKLINIKKEN(14)	K	9,2%	10,0%	4,6%	0,0%	10,9%	13,0%	0,0%	15,3%		15,5%	
	M	1,3%	1,3%	2,4%	0,0%	6,5%	7,3%		0,0%		0,0%	
OPERASJONS- OG INTENSIVKLINIKKEN(18)	K	11,2%	8,9%	2,3%	3,3%	9,7%	11,0%		19,2%		0,0%	
	M	0,0%	0,0%	3,5%	0,0%	3,3%	1,5%		7,9%			
PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN(20)	K	9,2%	15,2%	1,4%	9,2%	14,4%	15,2%		11,1%		0,0%	
	M	2,3%	6,6%	0,6%	2,4%	16,9%	16,9%		2,4%			
PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN(21)	K	5,9%	15,6%	3,7%	8,7%	19,4%	21,9%		11,1%			
	M	4,8%	5,9%	0,3%	7,8%	4,6%	22,8%					
REHABILITERINGSKLINIKKEN(16)	K	16,8%	6,4%	8,2%	1,8%	13,5%	10,7%				11,0%	
	M	0,7%	2,6%	9,8%	6,9%	7,0%	1,3%					
RUS OG SPESIALPSYKIATRISK KLINIKK(21)	K	5,7%	14,5%	4,7%	5,9%	15,1%	22,5%		4,6%			
	M	10,3%	5,0%	4,1%	2,2%	7,8%	15,6%		7,0%			
ØKONOMI OG ANALYSESENTERET(60)	K	12,3%	1,6%	0,0%								
	M	5,6%										

Kilde: Paga, juli 2015

Tabell 4 Sykefraværet i UNN HF pr. klinikk/ senter fordelt på alder, 2014

		0-19 år	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70 år og over	Alle aldre
		Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær	Samlet fravær
	Kjønn								
UNN HF		1,5%	6,3%	8,6%	9,1%	9,2%	10,8%	0,6%	8,7%
AKUTTMEDISINSK KLINIKK(10)	K	2,7%	6,7%	12,8%	11,8%	8,2%	6,9%		9,5%
	M	0,1%	2,8%	5,7%	9,8%	13,3%	20,8%		8,7%
ALLMENNPSYKIATRISK KLINIKK(20)	K	0,0%	9,2%	8,6%	10,6%	12,6%	15,6%	2,3%	11,3%
	M	0,0%	2,6%	5,3%	7,0%	8,9%	7,5%	0,0%	6,5%
BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN(17)	K	0,0%	6,5%	14,4%	10,8%	8,1%	8,0%	1,4%	10,2%
	M		0,7%	2,4%	3,5%	4,9%	3,3%	0,0%	3,1%
BYGGEPROSJEKTER(71)	K			1,5%	0,0%				0,6%
	M				0,0%	0,0%	0,0%		0,0%
DIAGNOSTISK KLINIKK(30)	K	0,0%	7,5%	10,1%	10,7%	10,5%	9,2%	0,0%	9,9%
	M	10,4%	3,3%	3,8%	2,7%	3,5%	4,7%		3,5%
DIREKTØREN(50)	K			3,1%	11,1%	0,0%	2,3%		5,1%
	M		62,7%	1,3%	1,4%	0,0%	0,0%		10,0%
DRIFTS- OG EIENDOMSSENTERET(45)	K	0,9%	8,0%	13,3%	14,0%	14,2%	12,4%	0,0%	12,3%
	M	1,2%	4,3%	8,3%	7,0%	8,0%	11,3%	0,0%	7,5%
FAG- OG FORSKNINGSSENTERET(54)	K			22,9%	9,8%	4,9%	21,3%		10,9%
	M	0,0%	0,0%	0,0%	4,1%	0,7%	9,6%		3,4%
FELLESINTEKTER-/KOSTNADER(62)	K		3,8%	7,9%	13,4%	0,3%	0,2%		5,7%
	M		1,9%	0,7%	0,0%	6,5%	5,4%		1,7%
HJERTE- LUNGEKLINIKKEN(13)	K	0,0%	7,2%	13,4%	8,3%	14,4%	10,8%	0,0%	10,7%
	M		4,9%	4,0%	3,7%	1,4%	9,9%	0,0%	3,8%
HR-SENTERET(58)	K		7,6%	5,3%	6,1%	9,6%	7,8%		7,5%
	M		0,0%	3,3%	3,5%	1,2%	10,1%		4,4%
KIRURGI-, KREFT- OG KVINNEHELSEKLINIKKEN(12)	K	0,0%	4,2%	8,4%	10,3%	9,8%	12,4%	0,0%	8,9%
	M	0,0%	0,2%	0,8%	2,0%	2,1%	7,0%	0,0%	2,1%
KOMMUNIKASJONSSENTERET(56)	K				1,7%	0,0%			0,3%
	M			1,9%	2,4%				2,2%
LONGYEARBYEN SYKEHUS(11)	K			0,0%	3,4%	0,8%	1,3%		1,2%
	M					0,0%	1,1%		0,5%
MEDISINSK KLINIKK(15)	K	1,2%	6,5%	11,9%	10,3%	8,8%	16,1%	0,0%	9,9%
	M		3,3%	2,5%	1,9%	2,8%	2,2%	0,0%	2,5%
NASJONALT SENTER FOR SAMHANDLING OG TELEMEDISIN(40)	K		11,2%	11,4%	13,4%	10,8%	9,3%		11,5%
	M	1,1%	0,3%	4,6%	4,1%	2,1%	7,1%		3,7%
NEVRO- OG ORTOPEDIKLINIKKEN(14)	K	1,2%	9,5%	9,9%	11,2%	6,2%	10,4%	0,0%	9,4%
	M		2,8%	1,8%	1,1%	6,0%	0,3%	0,0%	2,8%
OPERASJONS- OG INTENSIVKLINIKKEN(18)	K	2,9%	12,4%	10,3%	11,4%	10,8%	7,8%	0,0%	10,6%
	M	0,0%	5,0%	2,5%	4,2%	3,8%	1,6%	0,0%	3,4%
PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN(20)	K		10,6%	10,1%	12,2%	12,5%	21,4%	0,0%	12,9%
	M	0,0%	1,4%	5,9%	5,4%	12,2%	15,0%		8,0%
PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN(21)	K		21,4%	9,5%	14,4%	12,6%	5,5%	0,0%	12,5%
	M		5,5%	6,3%	5,0%	6,4%	12,3%		6,4%
REHABILITERINGSKLINIKKEN(16)	K		8,0%	8,5%	10,8%	8,4%	16,5%	3,8%	9,4%
	M		0,6%	3,5%	8,8%	3,4%	3,2%		4,6%
RUS OG SPESIALPSYKIATRISK KLINIKK(21)	K		7,5%	10,9%	8,9%	14,1%	20,4%	0,0%	11,4%
	M	0,0%	1,7%	3,7%	8,8%	7,8%	12,9%		6,8%
ØKONOMI OG ANALYSESENTERET(60)	K		28,4%	13,5%	9,3%	13,0%	8,1%	0,0%	12,2%
	M		0,6%	2,6%	4,7%	0,0%	16,9%		5,6%

Kilde: Paga, juli 2015

Tabell 5 Brutto månedsværk i UNN HF (alder, hovestillingskategori og kjønn)

Overordnet stillingsgruppe	Kjønn	Alle aldre	0-19 år	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70 år <
UNN HF	<i>Kvinne</i>	4 503	16	719	1 095	1 198	1 058	408	10
	<i>Mann</i>	1 850	8	229	499	523	407	178	6
	<i>Begge kjønn</i>	6 353	24	947	1 594	1 721	1 465	586	16
01. Adm. og ledere	<i>Kvinne</i>	761	0	30	127	242	257	104	1
	<i>Mann</i>	318	0	15	55	121	93	35	0
	<i>Begge kjønn</i>	1 079	0	45	182	363	350	139	1
02. Pasientrettede stillinger	<i>Kvinne</i>	651	2	96	142	181	169	59	2
	<i>Mann</i>	221	0	57	54	52	39	20	0
	<i>Begge kjønn</i>	872	2	152	196	232	208	79	2
03. Leger	<i>Kvinne</i>	434	0	56	207	107	52	12	0
	<i>Mann</i>	445	0	44	145	99	92	61	4
	<i>Begge kjønn</i>	879	0	100	352	205	144	74	5
04. Psykologer	<i>Kvinne</i>	114	0	18	46	29	14	6	1
	<i>Mann</i>	48	0	3	16	10	12	9	0
	<i>Begge kjønn</i>	162	0	21	62	38	26	14	1
05. Sykepleiere	<i>Kvinne</i>	1 594	0	320	384	418	359	112	2
	<i>Mann</i>	258	0	37	83	85	40	14	1
	<i>Begge kjønn</i>	1 852	0	356	466	503	398	125	3
06. Helsefagarbeider/hjelpepleier	<i>Kvinne</i>	253	0	23	25	40	93	68	3
	<i>Mann</i>	41	0	2	9	13	13	5	0
	<i>Begge kjønn</i>	293	0	26	34	53	106	72	3
07. Diagnostisk personell	<i>Kvinne</i>	235	0	48	59	79	35	13	0
	<i>Mann</i>	73	0	8	24	24	11	6	0
	<i>Begge kjønn</i>	308	0	56	83	103	46	19	0
09. Drifts/teknisk personell	<i>Kvinne</i>	278	13	56	47	68	63	31	0
	<i>Mann</i>	192	8	26	31	42	63	20	1
	<i>Begge kjønn</i>	470	21	82	78	110	127	51	1
10. Ambulansepersonell	<i>Kvinne</i>	132	0	69	41	16	5	0	0
	<i>Mann</i>	220	0	31	72	65	43	8	0
	<i>Begge kjønn</i>	352	0	100	113	82	48	8	0
11. Forskning	<i>Kvinne</i>	52	0	3	17	17	12	3	0
	<i>Mann</i>	33	0	7	10	13	1	2	0
	<i>Begge kjønn</i>	85	0	10	27	31	13	4	0

Kilde: Paga, juli 2015

Vedlegg 4: Mål og handlingsplan 2015



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGÁ UNIVERSITEHTABUOHCEVIESSU

HELSE NORD

Inkluderende arbeidsliv i UNN Mål og handlingsplan 2015



Mål og delmål

UNN har inngått ny avtale om inkluderende arbeidsliv (IA) for perioden 2015 - 2018. UNN slutter seg til IA-avtalens overordnede mål om å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

UNN har formulert følgende delmål:

1. Redusere sykefraværet til 7,5 prosent innen utgangen av avtaleperioden.
2. Hindre frafall av personer med redusert funksjonsevne.
3. Ha et livsfaseperspektiv som i denne perioden tar sikte på at arbeidstakere skal stå lengre i arbeid.

Lokale mål og handlingsplaner 2015

Som IA virksomhet har UNN forpliktet seg til å stille seg bak målene i IA-avtalen og til å utarbeide overordnet mål og handlingsplan. For å få til et godt og inkluderende arbeidsliv skal alle enheter i UNN konkretiserer IA- arbeidet ved å sette egne mål og utarbeide tiltak. Mål og tiltak for IA-arbeidet bør integreres i klinikkene og sentrenes eksisterende HMS-planer. Øverste ledelse er ansvarlige for at det utarbeides lokale handlingsplaner som sikrer at det på alle nivåer i UNN jobbes med de foreslåtte tiltakene gjennom den etablerte KVAM-strukturen. For å realisere målene i IA avtalen er det viktig å understøtte allerede etablerte tiltak rettet både mot individ- og enhetsnivå.

Planen skal som et minimum, beskrive enhetenes mål og tiltak i forhold til:

- Gjennomføring av medarbeiderundersøkelse (MU).
Oppfølging av MU ved å gjennomgå resultater og utarbeide bevarings- og forbedringstiltak.
- Gjennomføring av utviklingssamtale med alle medarbeidere i hver enhet.
Utviklingssamtaler er en planlagt, tilbakevendende og personlig samtale mellom leder og medarbeider. Samtalen skal tilbys minst en gang i året og skal blant annet ha fokus på arbeidsmiljø, vekst og utvikling. Det bør utarbeides utviklingsmål for hver enkelt medarbeider.

UNN HF
9038 Tromsø

Besøksadresse:
Sykehusveien 38
9038 Tromsø

Kontorrr:
4700.04.02008

Org nr:
MVA 983 974 899 NO

Telefon: 77 62 60 00*
Telefaks: 77 62 60 42

Internett:
www.unn.no

Vedlegg 1

Plan for gjennomføring av tiltak for å sikre et godt sykefraværs- og nærværsarbeid i foretaket. Oppfølging av rapport "Tettere på".

Tiltak	Oppgaver	Ansvarlig	Lederstøtte i arbeidet	Tidsfrist
Utarbeide og gjennomføremål og tiltak i IA handlingsplan	Oppfølging av medarbeiderundersøkelsen	Ledere på samtlige nivå	HR-Utvikling	31.12.2015
	Gjennomføring av utviklingssamtale	Ledere på samtlige nivå	HR-Utvikling	31.12.2015
	Obligatorisk IA opplæring for ledere	Ledere på samtlige nivå	IA-kontaktperson	31.12.2015
Identifisere og gjennomføre målrettede tiltak i enheter som har høyt sykefravær	Identifisere målrettede tiltak i enheter med høyt sykefravær	Ledere i enheter med høyt sykefravær i samarbeid med KVAM utvalg/grupper	IA-kontaktperson BHT NAV Arbeidslivssenter	1.3.2015
	Gjennomføre målrettede tiltak i enheter med høyt sykefravær	Ledere i enheter med høyt sykefravær	IA-kontaktperson BHT NAV Arbeidslivssenter HR-Utvikling HR-Personal og arbeidsgiverstøtte	Frister settes i den enkelte enhet
Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere	Tilby klinikkvis undervisning som gis i etablerte møtearenaer	BHT		31.12.2015
	Oppfølging av gravide arbeidstakere i tråd med etablerte prosedyrer	Leder	BHT	Kontinuerlig
Forebygge vold og trusler	Planlegge og arrangere seminar for ledere, TV og VO tillitsvalgte om hvordan man kan forebygge vold og trusler	BHT i samarbeid med ledere i berørte fagområder		15.12.2015



Sak: Rapport – Driftsdata fra Luftambulansen Evenes
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Tor Ingebrigtsen
Møtedato: 11.11.2015

Sammendrag

Vedlagte rapport er utarbeidet av Luftambulansetjenesten ved UNN v/overlege og prosjektleder Bård Rannestad, og baserer seg på driftsdata fra de fire første månedene etter åpning av basen, 30.4.-20.8.2015.

Rapporten tar for seg rekvisisjoner og reaksjonstider i perioden, og viser til totalt 236 rekvisisjoner, hvorav 73,7 % ble gjennomført. I tillegg gir den begrunnelse for hvorfor oppdrag er avbrutt eller avvist, samt hvor oppdragene er lokalisert (hentested).

Rapporten viser videre til hvordan oppdragene fordeler seg på oppdragstyper og hastegrad, og hvilke samarbeidspartnere basen forholder seg til. Behandlingsinstitusjonene er også oppgitt for hele pasientmengden. I tillegg fremkommer hvilke spesialiteter som er anvendt i behandlingen samt hvilke kategorier behandlingstiltak som er iverksatt.

Rapporten oppsummeres med hva som er oppnådd av resultater i form av beredskap og overlevelse.

Konklusjon

Rapporten konkluderer med at luftambulansebasen på Evenes har hatt bra med oppdrag siden oppstart, men at det antakelig har oppstått en lett overtriagering i bruk av ambulanshelikopter i oppstartsfasen. Oppdragene har relativt lik profil som helikopterambulansebasen i Tromsø, med unntak av oppdrag knyttet til fødselskomplikasjoner, og at andelen søk- og redningsoppdrag er relativt høyt.

Ett hovedfunn er at det er relativt få sekundærtransporter fra NLSH Vesterålen og NLSH Lofoten, sammenlignet med de øvrige regionene. Det er imidlertid ingen holdepunkter for at Evenes-basen har bidratt til utilsiktet pasientstrøm. Pasientene flys til definert behandlingsnivå, til lokalsykehus eller større sykehus i henhold til Helse Nord RHF's strategi og intensjon.

Ambulansestasjonen har gjennomført oppdrag som har redusert sykkeligheten eller sykdomsfrekvensen i befolkningen, og det er høyst sannsynlig at det er oppdrag som har redusert dødeligheten.

Vedlegg: Presentasjon/ rapport - *Driftsdata Luftambulansen Evenes (EVE/RW)*



Driftsdata Luftambulansen Evenes (EVE/RW)

-
30/4-15 – 30/8-15 (4 mnd)



Overlege/prosjektleder Bård Rannestad
Luftambulansetjenesten
Akuttmedisinsk klinikk
UNN HF

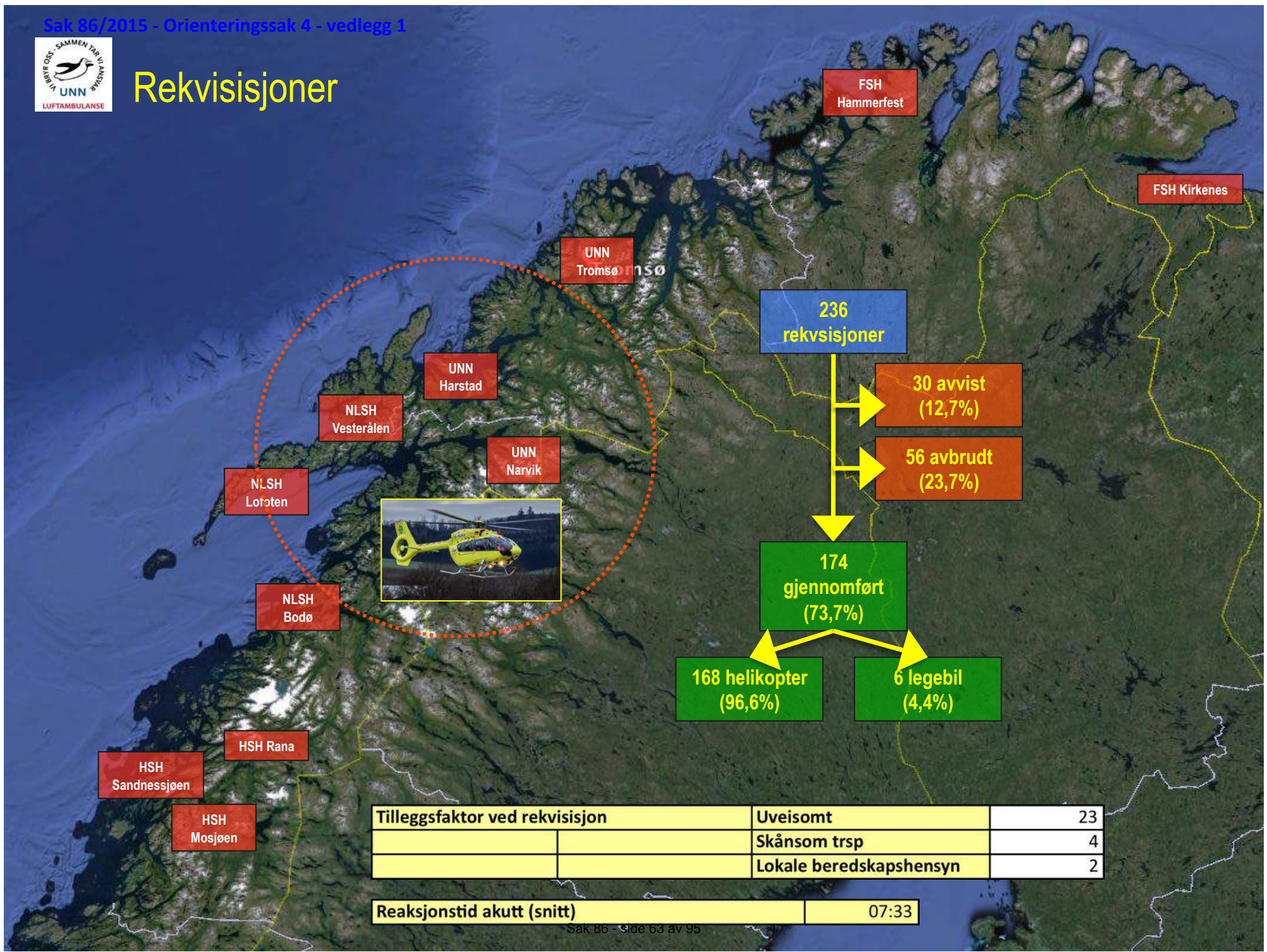


Metode og feilkilder

- Metode:
 - Materialet er hentet ut fra virksomhetsregistreringsverktøyet LABAS®
- Feilkilder:
 - Materialet er begrenset, og omfatter måneder med best lys og best vær i landsdelen
 - Data er ikke kvalitetssikret på nivå med årsrapporter som leveres til Luftambulansetjenesten ANS



Rekvisisjoner



Tilleggsfaktor ved rekvisisjon	Uveisomt	23
	Skånsom trsp	4
	Lokale beredskapshensyn	2

Reaksjonstid akutt (snitt)	07:33
----------------------------	-------



Avvik



**30 avvist
(12,7%)**

Årsak "annet"	2
Årsak "fartøytetknisk"	3
Årsak "ikke behov"	17
Årsak "Koodinering"	2
Årsak "mors"	2
Årsak "samtidighet"	2
Årsak "tjenestetid"	1
Årsak "Vær"	1

**56 avbrudt
(23,7%)**

Fartøytetknisk	1
Ikke behov	15
Koordinering	4
Mors	4
Samtidighet	1
Vær	1

Overført til:

BOO/FW	2
BOO/RW	2
TOS/RW	5
TOS/FW	3
Ikke registrert	4
Ambulansse	24
LV	7
Andre	9



Rekvirenter/aksjonsledere



**AMK-LA
Tromsø**
LRS TPD

**AMK
Harstad -
>1.6.15**
LRS MHPD

**SOS
Sverige**

**SOS
Finland**

AMK Bodø
HRS N
LRS SPD

AMK Harstad	21
AMK LA	93
AMK Bodø	42
HRS	9
LRS MHPD	7
SOS Finland	1
SOS Sverige	1



Oppdragstyper og hastegrad

Primær	126	72,4
Sekundær	35	20,1
SAR	17	9,8
Tilbakeføring	0	0,0

Primæroppdrag	Akutt	104
	Haster	16
	Vanlig	2
Sekundæroppdrag	Akutt	23
	Haster	11
	Vanlig	1
SAR-oppdrag	Akutt	3
	Haster	12
	Vanlig	2



Lødingen	11
Tysfjord	11
Narvik	10
Evenes	9
Lenvik	7
Hadsel	6
Ibestad	6
Vågan	6
Andøy	5
Hamarøy	5
Skånland	4
Ballangen	3
Bardu	3
Kvæfjord	3
Bø	2
Gratangen	2
Harstad	2
Lavangen	2
Målselv	2
Salangen	2
Tranøy	2
Tromsø	2
Værøy	2
Øksnes	2
Balsfjord	1
Berg	1
Dyrøy	1
Fauske	1
Finland	1
Flakstad	1
Karlsøy	1
Nordreisa	1
Skjervøy	1
Sortland	1
Steigen	1
Sverige	1
Torsken	1

Hentested

Sekundær

UNN Harstad	25
UNN Narvik	9
NLSH Lofoten	1
NLSH Vesterålen	0

SAR

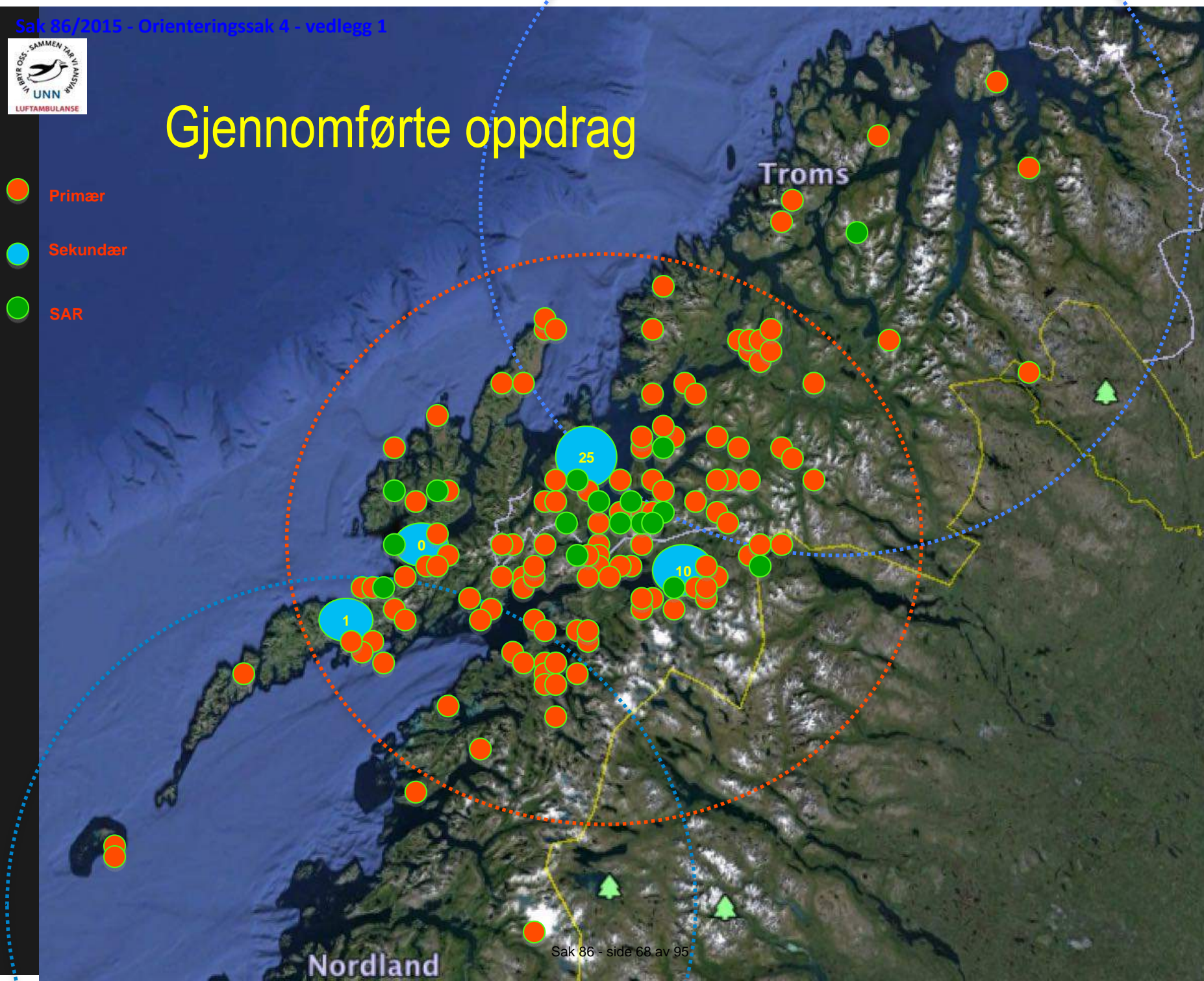
Evenes	2
Hadsel	2
Harstad	2
Narvik	2
Øksnes	2
Ibestad	1
Kvæfjord	1
Tjeldsund	1
Tromsø	1





Gjennomførte oppdrag

- Primær
- Sekundær
- SAR





Samarbeidspartnere

Ambulanse	128
Lege	60
Spl	34
Andre	25
Politi	11
Brann/redning	8





Leveringssteder

UNN Tromsø	70
Ikke trsp av LA	34
UNN Harstad	34
UNN Narvik	13
NLSH Vesterålen	9
NLSH Bodø	5
Lokal ambulanse	2
NLSH Lofoten	2
Annen LA	1





Hentekommune og leveringssted

Lødingen	7
Ibestad	6
Andøy	3
Harstad	3
Skånland	3
Bardu	2
Lenvik	2
Tysfjord	2
Dyrøy	1
Lavangen	1
Målselv	1
Salangen	1
Tranøy	1

Hadsel	4
Øksnes	2
Andøy	1
Tysfjord	1
Vågan	1

UNN Harstad
NLSH Vesterålen

UNN Tromsø

UNN Narvik

NLSH Lofoten

Vågan	1
-------	---

NLSH Bodø

Hamarøy	2
Steigen	2
Fauske	1
Flakstad	1
Vestvågøy	1

Tysfjord	5
Narvik	4
Gratangen	1
Lavangen	1
Sverige	1
Tranøy	1

Harstad	24
Narvik	12
Lenvik	5
Evenes	3
Ballangen	2
Hamarøy	2
Lødingen	2
Skånland	2
Tysfjord	2
Vågan	2
Andøy	1
Balsfjord	1
Bardu	1
Berg	1
Bø	1
Finland	1
Gratangen	1
Karlsøy	1
Kvæfjord	1
Nordreisa	1
Salangen	1
Skjervøy	1
Sortland	1
Torsken	1



Pasientdata, alvorlighetsgrad (NACA)

Antall totalt		180	
Mann		97	53,9
	Snittalder	49	
Kvinne		77	55,6
	Snittalder	43	
Ikke reg (SAR)		6	
Variasjonsbredde alder		0-88	
<10 år		15	12,8

NACA1		14
NACA2		18
NACA3		60
NACA4		50
NACA5		26
NACA6		8
NACA7		4

NACA snitt primær	3,74
NACA snitt sekundær	4,03
NACA snitt SAR	2,25





Samarbeidende subspesialiter på SH

Spesialitet	Traumatologi	56
	Kardiologi	40
	Nevrologi	29
	Pediatri	21
	Generell indremedisin	12
	Infeksjonsmedisin	12
	Ingen sykdom/skade	11
	Obstetikk	8
	Generell kirurgi	5
	Karkirurgi	3
	Hematologi	2
	Ophtalmologi	2

Traumatologi

Traumeårsak	Fall fritid/arbeid	22
	Bil	8
	Motorsykkkel	5
	Brann	3
	Downhillsykling	3
	Kappsag/verktøy	3
	Skålding	3
	Sykkkel	2
	ATV	1
	Fjellklatring	1
	Fotball	1
	Hund	1
	Snøscooter	1

Traumatologi	Andre traumer	35
	Multitraume uten hodeskade	7
	Mild/moderat hodeskade	5
	Multitraume med hodeskade	4
	Alvorlig brannskade	3
	Alvorlig hodeskade	2

Andre traumer	Underekstremitet	15
	Overekstremitet	7
	Caput/ansikt	4
	Columna	3
	Inhalasjonsskade, mild	3
	Thorax	3





Kardiologi

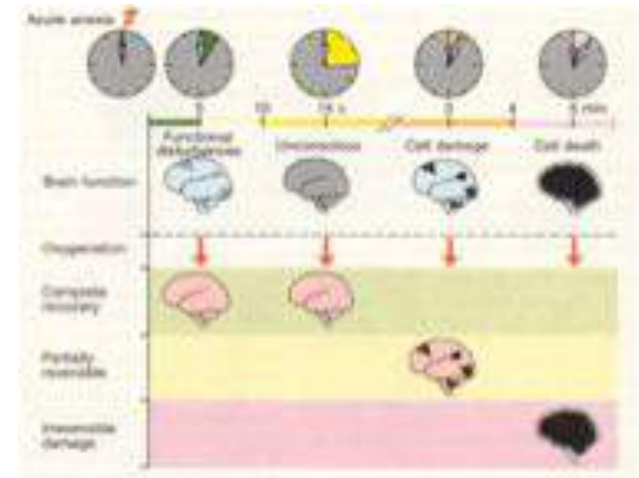
Kardiologi	STEMI	12
	ACS uspesifisert	9
	Hjertestans	9
	Arytmi	4
	Dekompensert svikt/kardiogent sjokk	3
	NSTEMI m/RF	2
	ICD innslag	1





Nevrologi

Nevrologi	Hjerneslag (ischemi el blødn)	17
	Bevisstløshet	9
	Økt ICP	3





Pediatri

Pediatri	Traumatologi, alle typer	6
	Sepsis	4
	Blødningstendens	2
	Høyt ICP	2
	Anafylaksi	1
	Bevistløshet	1
	Hjertesvikt	1
	Alvorlig respirasjonssvikt	1
	Alvorlig sepsis	1
	Akutt øye	1





Andre spesialiteter

Generell indremedisin	Intoksikasjon	5
	Respirasjonssvikt	4
	Anafylaksi	2
Infeksjonsmedisin	Sepsis	6
	Alvorlig sepsis	6
Obstetikk	Truende prematur fødsel	5
	Blødning i sv.skap	2
	Fødsel, prehospitalt	1
Generell kirurgi	Akutt abdomen	5
Karkirurgi	Thoracalt AA/AD	2
	Abdomialt AA	1
Ophthalmologi	Bulbusinfeksjon	1
	Ak.iridocyklitt	1

Avanserte prehospitalt behandlingstiltak

Anestesi	11
Analgesi	36
Kardiovasoaktiva	24
Trombolyse	2
Intubasjon	13
Respirator	12
AHLR voksen	4
AHLR barn	0
Mekanisk hjertekompresjonsmaskin	2
Intraosseøs	1
Sentralt venekateter (Sekalon)	2
DC m/ny multimonitor	3
Thoraxdren/thoracostomi	1
Omfattende sårbehandling	2
Reponering ekstremitet	1
Fiksert leie columna	4
Blodtransfusjon	1
Kuvøse	0
Fødselshjelp	1
UL	>20





Søk- og redningsoppdrag (SAR)

Årsak	Forlis	1
	Savnet land	5
	Med.evak	3
	Annet	9
Objekt	Personer	15
	Småbåt	1
	Funn EVE/RW	11
	Funn andre	3
Redningsdata	Uveisomt	21
	Bratt lende	7
	Frigjøring	1
Metode redning	Horisontalt leie	8
	Annen	3
	Underheng	4
	Taulengde 30 m	1
	Taulengde 20 m	3





Diagnoser på primæroppdrag hvor EVE/RW har vært nærmest lokalsykehus, men levert v/UNN Tromsø

ACS m/AHLR	3
STEMI	7
NSTEMI m/RF	2
AAA	1
Kardiogent sjokk	1
Amputasjon ekstr.	1
Partiell amputasjon ekstr.	1
Multitraume m/hode el thx-skade	3
Alv.brannskade barn	1
Meningitt barn	1





Noen tolkninger fra LA UNN

- Rekvisisjoner og avvik:
 - Ut ifra datamaterialet kan antall rekvisisjoner til EVE/RW ligge på +/- 700 oppdrag/år
 - Relativt høy andel avviste/avbrudte oppdrag sammenlignet med TOS/RW
 - Primær årsak er "ikke behov"
 - Overtriage på alarmering av EVE/RW i oppstartsfasen (har blitt mer normalisert mot slutten av perioden)
 - Estimat på antall gjennomførte +/- 600 oppdrag/år
 - Antall RW rekvisisjoner for LA UNN (EVE+TOS/RW) ligger 25-30% høyere enn tidligere
 - TOS/RW har redusert antall oppdrag med 20-25%
 - Andelen oppdrag løst med legebil er som forventet lav, men det forventes en ukjent økning når mørke og dårlig vær blir hverdagen
- Rekvirenter:
 - AMK LA/Tromsø fungerer svært godt opp mot EVE/RW
 - AMK Bodø har i økende grad rekvirert EVE/RW i perioden
- Oppdragstyper og hastegrader:
 - Andelen sekundæroppdrag er litt lavere enn forventet (20%), mens andelen SAR oppdrag er som forventet relativt høy (10%)
 - EVE/RW brukes i liten grad som ressurs fra NLSH Vesterålen eller NLSH Lofoten selv om ressursen trolig vil være den raskeste ved tidskritiske hendelser
 - En relativt høy andel oppdrag med hastegrad haster og vanlig understøtter en viss overtriage.



- Hentested og opptaksområde:
 - Primæroppdrag (til primærhelsetjenesten):
 - Bevisst strategi fra LA UNN at EVE/RW skal brukes vestover, og det er en økende andel oppdrag i AMK Bodøs opptaksområde
 - Oppdrag nordover skyldes oppdrag som oppstår ifm retur fra UNN Tromsø eller at TOS/RW er sendt til Nord-Troms eller Finnmark
 - Sekundæroppdrag:
 - UNN Harstad har ikke flyplass nært sykehus, er det største lokalsykehuset og har en klart størst andel sekundæroppdrag
 - Svært få oppdrag fra NLSH Vesterålen og Lofoten (N=1). Pasienter går sannsynligvis med ambulansefly som før etableringen av EVE/RW
 - SAR oppdrag
 - Oppdragene har et naturlig nedslagsfelt mellom 330 i Bodø og TOS/RW
- Leveringssted:
 - 37 % av pasientene er levert på lokalsykehus:
 - Pasientene leveres til nærmeste lokalsykehus med enkelte unntak. "Utilsiktet" pasientstrøm ser ut til å være et unntak i materialet
 - 41% på UNN Tromsø
 - 3 pasientgrupper:
 - De som har UNN Tromsø som nærmeste sykehus
 - Sekundæroppdrag
 - De som flys direkte til definitivt behandlingsnivå selv om et lokalsykehus ligger nærmere
 - Ut ifra diagnosene til disse pasientene har samtlige av disse transportene hatt behov for behandling eller behandlingsteam som kun tilbys på UNN Tromsø eller hvor dette var nærmest



- Pasientdata:
 - Pasientpopulasjonen ligner den vi ser ved TOS/RW med traumatologi og kardiologi som største diagnosegrupper
 - Alvorlighetsgraden er i snitt litt lavere enn på TOS/RW.
 - Siden det er leger som også tjenestegjør ved TOS/RW som har bemannet EVE/RW i perioden, er det lite sannsynlig at dette er betinget i forskjellig scorings-kultur
 - Lavere alvorlighetsgrad underbygger andre data som indikerer en viss overtriage.
 - Overtriagen var trolig mest uttalt i oppstartsfasen
- Diagnoser:
 - Fordeles omtrent som for TOS/RW med unntak av obstetrikk
 - TOS/RW har flere desentraliserte fødestuer i sitt nedslagsfelt
- Behandlingstiltak:
 - Litt færre avanserte akuttmedisinske behandlingstiltak sammenholdt med erfaringene fra TOS/RW
 - Det er likevel dokumentert en rekke avanserte prehospitalt behandlingstiltak hos kritisk syke/skadde pasienter som helt sikkert har redusert morbiditet og sannsynligvis redusert mortalitet/vært livbergende
 - Basen har ikke gjennomført kuvøsetransporter selv om den har kapasitet til det
- SAR oppdrag:
 - Basen har relativt sett en bra andel SAR oppdrag, som i hovedsak er knyttet til hendelser over land og ift til personer
 - Bratt lende med redning og søk er gjengangere (som for TOS/RW)
 - Pasienten i denne oppdragsgruppen har hatt lmedisinske tilstander med lav alvorlighetsgrad
 - Basen har gjennomført underhengende oppdrag over land, men ikke over vann



Hovedkonklusjoner

- EVE/RW har hatt bra med oppdrag siden oppstart
- Lett overtriage ift bruk av ambulanshelikopter i oppstartsfasen
- Oppdragene har relativt lik profil som TOS/RW med unntak av obstetrikk, andelen SAR-opdrag er relativt høyt
- Få sekundærtransporter fra NLSH Vesterålen/NLSH Lofoten
- Ingen holdepunkter for at EVE/RW har bidratt til utilsiktet pasientstrøm. Pasientene flys til definitivt behandlingsnivå, som kan lokalsykehus eller større sykehus ihht strategi og intensjon
- EVE/RW har gjennomført oppdrag som har redusert morbiditet, og det er høyst sannsynlig at det er oppdrag som har redusert mortalitet



Videre strategiske satsningsområder

- Fortsatt fokus på aksjoner vestover i samarbeid med AMK Bodø og Nordlandssykehuset HF
- Tidskritiske sekundærtransporter fra NLSH Vesterålen og NLSH Lofoten til høyere behandlingsnivå må være et satsningsområde
- Videre tett monitorering av virksomheten





Sak: SAMDATA - spesialisthelsetjenesten 2014
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Økonomi- og analysesenteret
Dato: 30.10.2015

Sammendrag

Sammenlignet med andre helseregioner har Helse Nord høyest forbruk (pasientrate) både innen somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge, men lavest for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Forskjellene på landsbasis er størst innen TSB. Korrigert for behov blir pasientraten for somatisk virksomhet lavere (101 % av landsgjennomsnittet).

Helse Nord hadde i 2014 driftskostnader til spesialisthelsetjenesten som tilsvarer 31 894 kr per innbygger (129 % av landsgjennomsnittet). Forskjell mot nasjonalt nivå er størst innen psykisk helsevern for barn og unge (131 % av landsgjennomsnittet) og TSB (81 % av landsgjennomsnittet).

Kostnads- og årsverksveksten er for alle helseregioner større innen somatisk virksomhet enn for psykisk helsevern. Helse Nord skiller seg ut som eneste helseregion hvor aktivitetsveksten er lavere innen psykisk helsevern enn somatisk virksomhet.

Helse Nord har høyest kostnadsnivå målt som driftskostnader per DRG-poeng (1,20), mens UNN har høyest kostnadsnivå blant universitetssykehusene (1,21).

Bakgrunn

SAMDATA produseres årlig av Helsedirektoratet og har som formål å presentere styringsdata for hele spesialisthelsetjenesten. Dette notatet har til hensikt å gi et kort sammendrag av noen av funnene i rapporten for 2014.

Det ble avdekket feil i kostnadsgrunnlaget i SAMDATA tidligere i høst. Etter gjennomgang med Helsedirektoratet er dette korrigert slik at datagrunnlaget som finnes på nettsiden til SAMDATA nå er korrekt.

Notatet vil i hovedsak ta for seg forbruk og ressursbruk for alle sektorer (somatisk virksomhet, psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern for barn og unge og TSB), samt noe om kostnadseffektivitet innen somatisk virksomhet. Hovedfokus vil være på de fire regionale helseforetakene, samt sammenligning av universitetssykehusene der dette er mulig.

Saksutredning

2014 var preget av vekst i spesialisthelsetjenesten. Nesten 2,5 millioner pasienter (+1,5 %) hadde en eller flere kontakter med tjenesten. Det var om lag 105 000 årsverk (+2,6 %) som sto for pasientbehandlingen og de samlede driftskostnadene var 128 mrd kr (+3,4 %).



Spesialisthelsetjenesten har hatt en kontinuerlig økning i den polikliniske aktiviteten de siste fem årene. Dette gjelder både somatiske fagområder, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og TSB, mens det for alle sektorer er noe nedgang i døgnaktiviteten. Det er fortsatt visse forskjeller mellom helseregionene i bruk av spesialisthelsetjenestene, og størst er den for TSB.

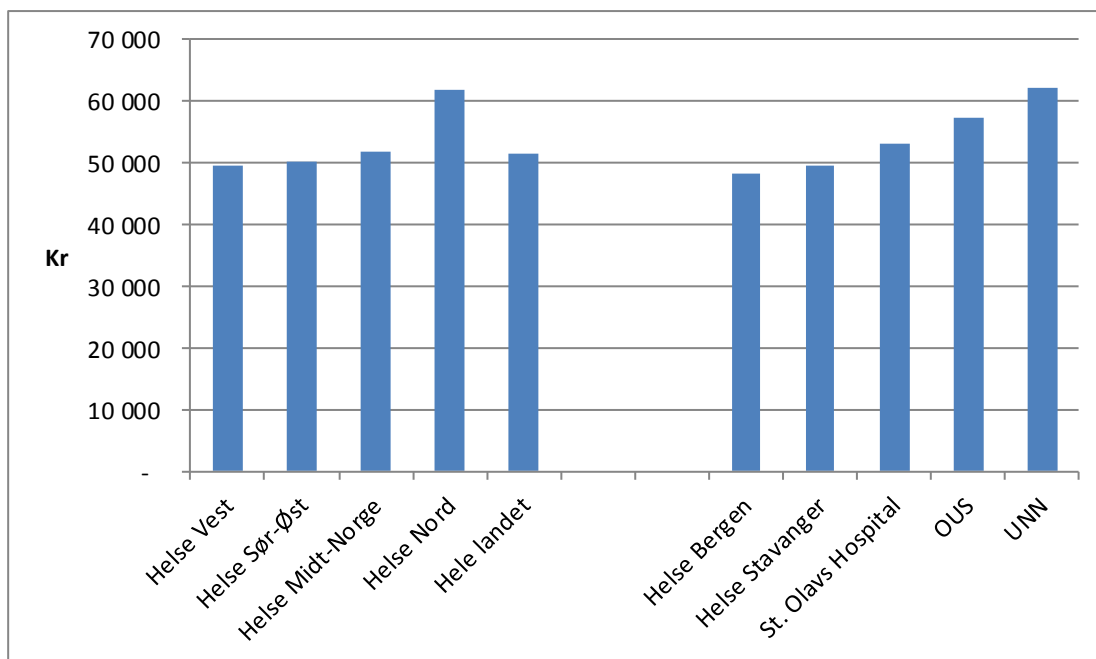
Helse Nord hadde i 2014 totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten på 15,3 mrd kr (+3,1 %). Kostnadsveksten er lavere enn landsgjennomsnittet både siste år og i siste femårs periode. Den samlede kostnaden per innbygger var 31 894 kr (129 % av landsgjennomsnittet).

I 2014 var den prosentvise kostnadsveksten til somatiske sykehus (+4,2 %) høyere enn psykisk helsevern (+0,7 %). Dette gjaldt for alle helseregioner. Innen psykisk helsevern var det sterkere vekst i kostnadene til DPS-ene (+1,4 %) enn til sykehusene (+0,2 %). Kostnadsveksten til TSB var størst (5,2 %). Fra 2013 til 2014 var det større økning i antall årsverk på somatiske sykehus (+3 %) enn i psykisk helsevern (+1,2 %). Årsverkene i TSB økte med 5,5 %. Når det gjelder aktivitet, skiller Helse Nord seg ut som eneste helseregion med lavere vekst i både døgnbehandling og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne enn på somatiske sykehus.

Somatisk virksomhet

I 2014 brukte Helse Nord 10,3 mrd kr innen somatisk virksomhet (+3,6 %). Dette utgjør et beløp per innbygger på 21 484 kr (122 % av landsgjennomsnittet).

Figur 1 Driftskostnad for ISF-aktiviteten målt per DRG-poeng 2014



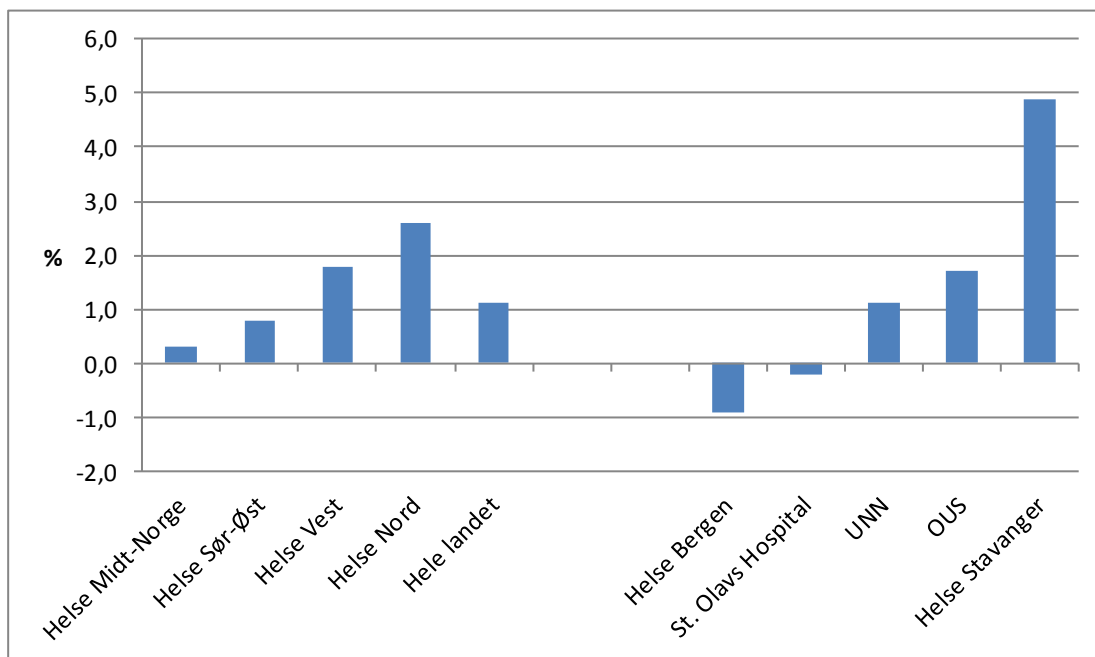
Helse Nord har det høyeste kostnadsnivået (1,20) målt som driftskostnad per DRG-poeng. UNN har det høyeste kostnadsnivået blant universitetssykehusene (1,21). Etter avdekking av feil i SAMDATA er grunnlagsdataene for utregning av kostnadsnivået korrigert (viste tidligere et kostnadsnivå på 1,24). I tillegg er det avdekket at UNN i større grad enn andre helseforetak rammes av korrigering for pensjon. Dette ville også bidratt til et lavere kostnadsnivå relativt sett,



men korrigeres ikke. Kostnadsnivå per DRG-poeng økte vesentlig mindre i UNN (1,1 %) enn i Helse Nord sett under ett (3,7 %) fra 2013 til 2014.

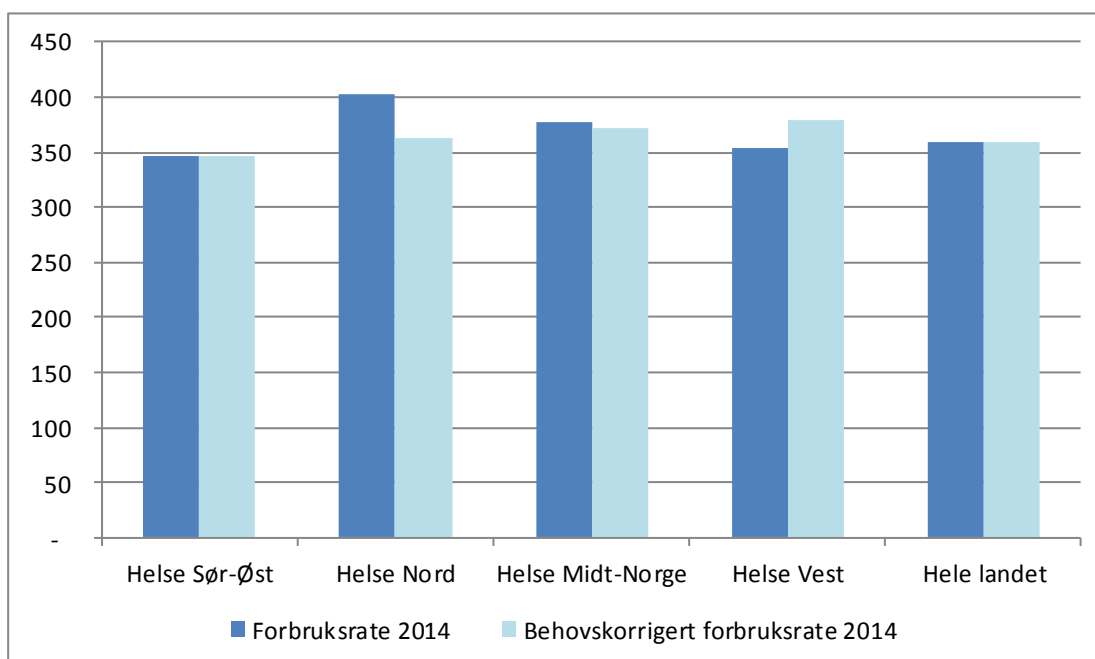
Tidligere ble kostnadsnivået dekomponert til kostnadsgrupper (lønn, varekostnader, etc.). Dette er ikke gjort av SAMDATA for 2014.

Figur 2 Utvikling i driftskostnad per DRG-poeng 2013-2014



Trenden med økt bruk av polikliniske konsultasjoner var lik i alle helseregioner (for Helse Nord +2,1 %). Dagkirurgiraten for Helse Nord er redusert i siste fem års periode (-7 %), men økte fra 2013 til 2014 (+0,5 %).

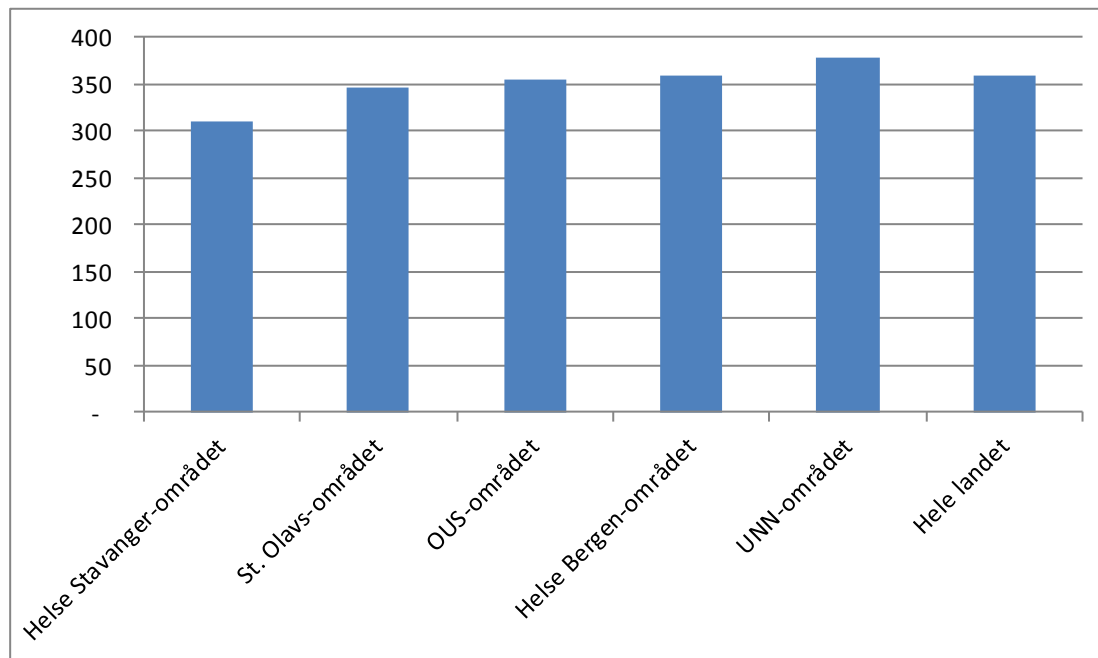
Figur 3 Antall pasienter per 1000 innbyggere per helseregion





Helse Nord hadde størst forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester (112 % av landsgjennomsnittet). Korrigert for behov (NOU2008:2) blir pasientraten lavere enn både Helse Vest og Helse Midt-Norge, men litt over landsgjennomsnittet.

Figur 4 Antall pasienter per 1000 innbyggere per helseforetaksområde (ikke behovskorrigert)



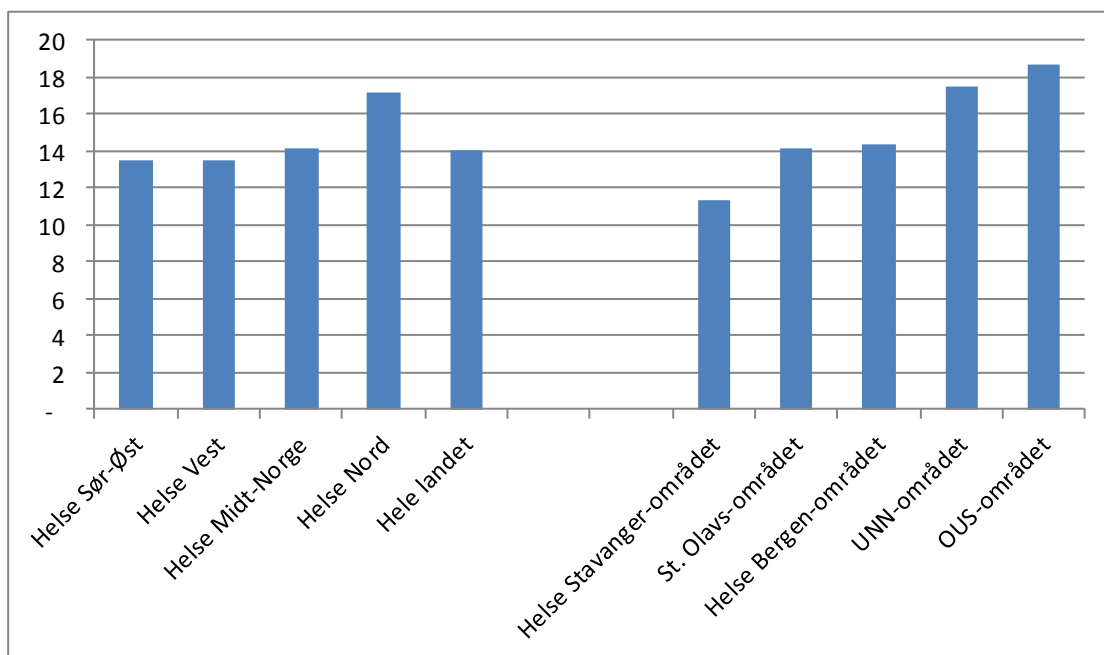
UNN hadde i 2014 en gjennomsnittlig liggetid på 4,7 (110 % av landsgjennomsnittet). Til sammenligning har OUS (4,9) lengre liggetid, Helse Stavanger (4,7) samme nivå, mens St. Olavs Hospital (4,6) og Helse Bergen (4,5) har lavere liggetid enn UNN. I den siste femårs perioden har Helse Bergen, Helse Stavanger og UNN hatt en nedgang i liggetid på ca. 10 %.

Fra 2013 til 2014 var det en vekst på 2 119 årsverk (+3 %). Dette innebærer en økning selv når det korrigeres for befolkningsvekst. Veksten har vært størst for leger og sykepleiere. Helse Nord har størst ressursbruk i form av årsverk blant helseregionene (123 % av landsgjennomsnittet).

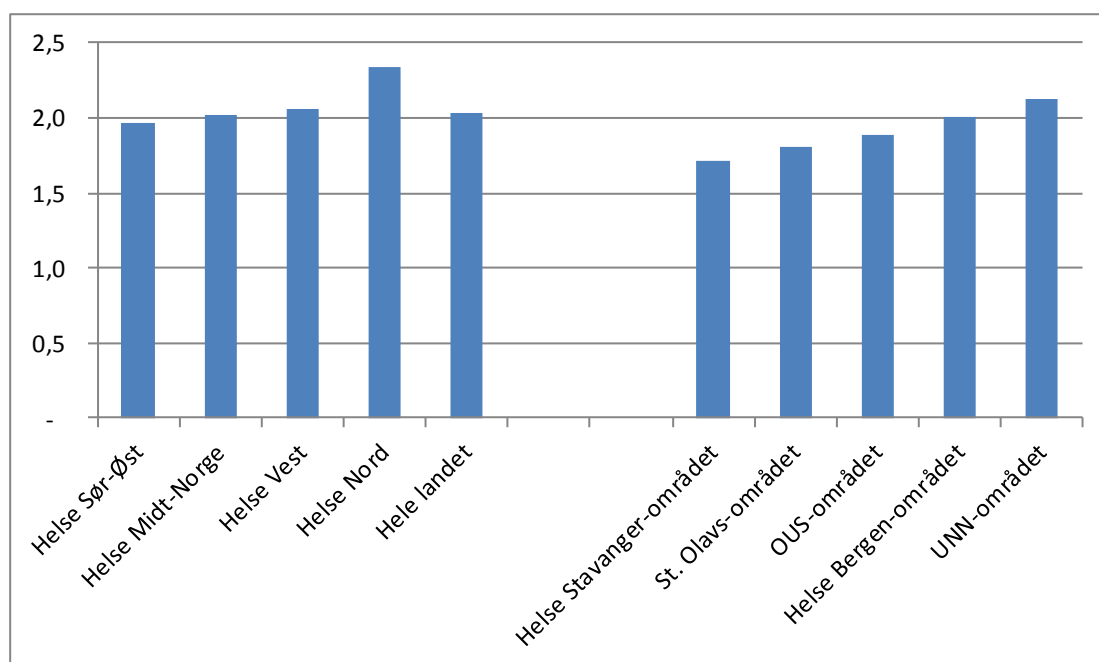
UNN hadde i 2014 et ressursbruk på 17,5 per 1000 innbyggere (125 % av landsgjennomsnittet). Av universitetssykehusene har OUS den høyeste ressursbruken med 18,7. Ressursbruken ved UNN er fordelt med 2,9 leger (138 % av landsgjennomsnittet), 6,5 sykepleiere (118 % av landsgjennomsnittet), 3,6 annet helsepersonell (133 % landsgjennomsnittet) og 4,4 annet personell (122 % av landsgjennomsnittet).



Figur 5 Antall årsverk per 1000 innbyggere



Figur 6 Antall senger per 1000 innbyggere



Psykisk helsevern

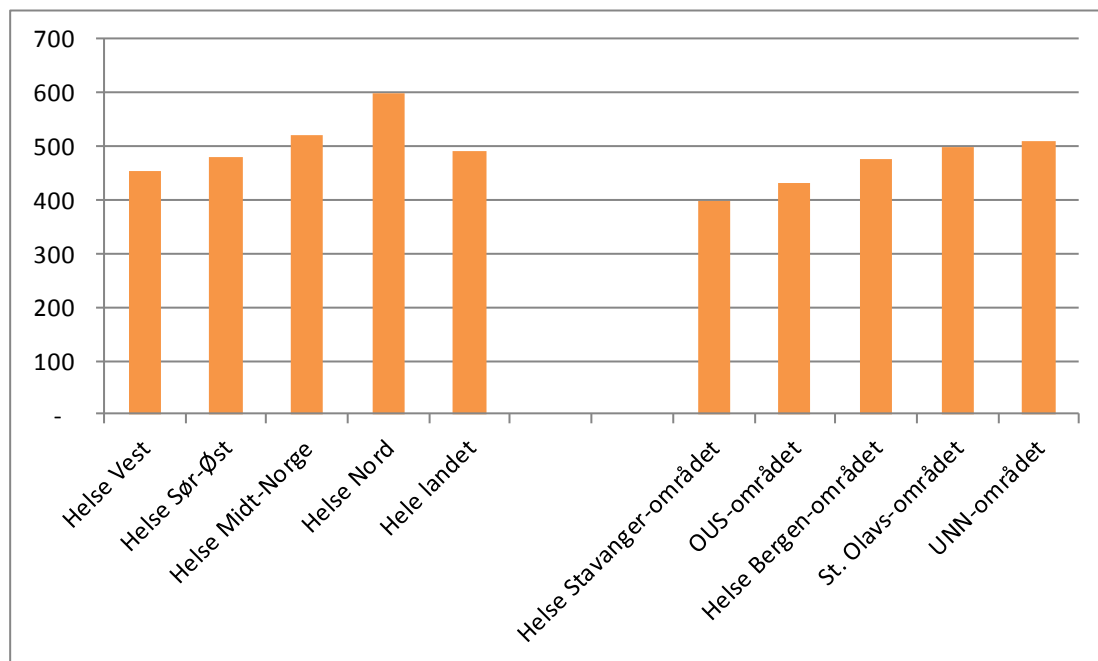
Totale driftskostnader til psykisk helsevern var for Helse Nord 2,35 mrd kr (+1 %) i 2014. Dette fordelte seg på 1,86 mrd kr (+0,2 %) til psykisk helsevern for voksne (hvorav 1,02 mrd kr gjelder DPS) og 0,49 mrd kr (+4,1 %) til psykisk helsevern for barn og unge.

Det ble brukt 4 912 kr per voksne innbygger i Helse Nord (109 % av landsgjennomsnittet), mens det ble brukt 4 830 kr per barn og unge (131 % av landsgjennomsnittet).

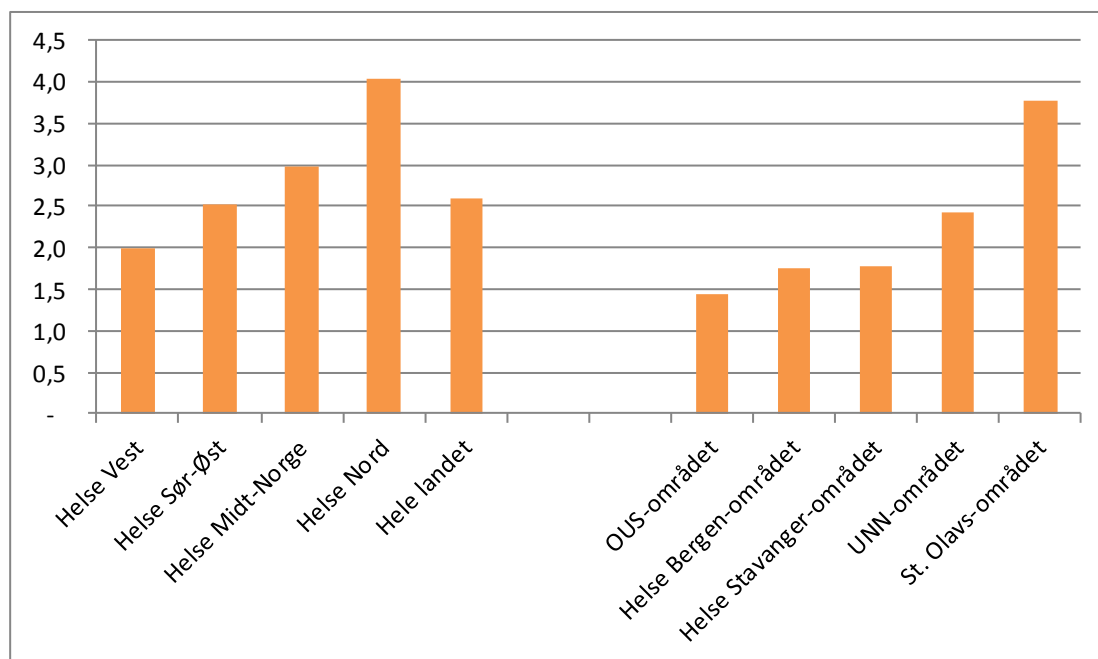


Innen psykisk helsevern for barn og unge behandlet Helse Nord flest pasienter per 10 000 innbyggere sammenlignet med de andre helseregionene (122 % av landsgjennomsnittet). Det har vært en betydelig økning i pasientraten (+150 %) siden 1998. Veksten har de siste årene stoppet opp, mens konsultasjonsraten fremdeles øker. Blant universitetssykehusene hadde UNN den høyeste pasientraten (104 % av landsgjennomsnittet).

Figur 7 Antall pasienter per 10 000 innbyggere, psykisk helsevern for barn og unge



Figur 8 Antall døgnplasser per 10 000 innbyggere, psykisk helsevern for barn og unge



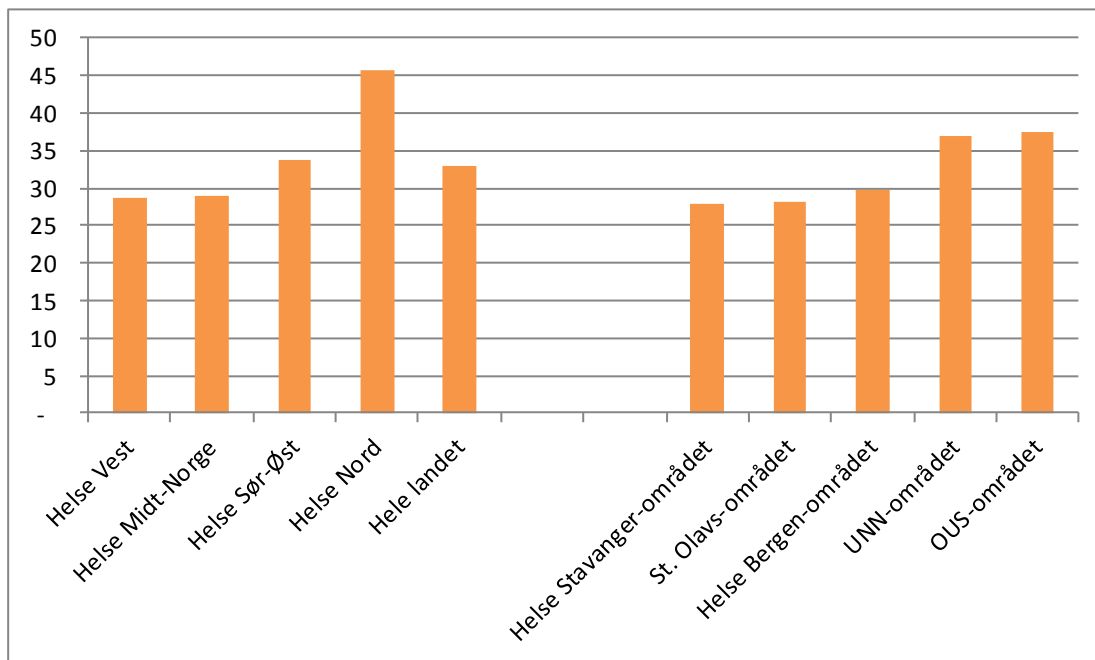
Antall døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 innbyggere var for Helse Nord 4,0 (155 % av landsgjennomsnittet), mens UNN hadde 2,4 (95 % av



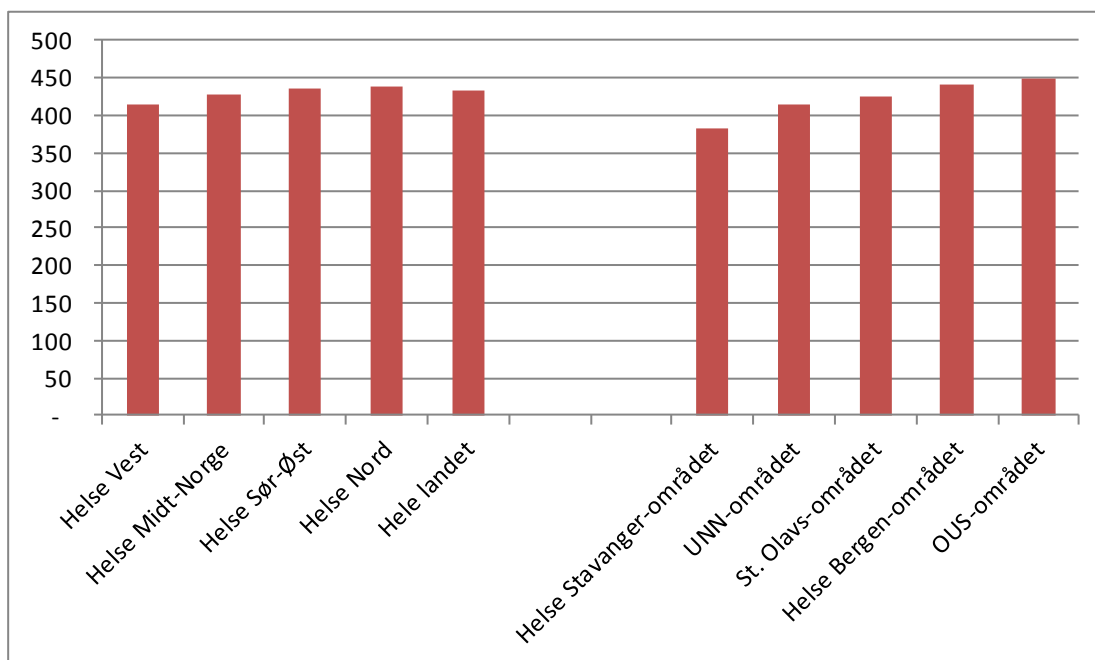
landsgjennomsnittet). Helse Nord disponerer dobbelt så mange døgnplasser som Helse Vest sett i forhold til befolkningen.

Antall årsverk per 10 000 innbyggere var for Helse Nord høyest blant helseregionene (139 % av landsgjennomsnittet). Personellraten i Helse Nord var 60 % høyere enn den for Helse Vest og Helse Midt-Norge. UNN hadde en personellrate på 36,9 (112 % av landsgjennomsnittet).

Figur 9 Antall årsverk per 10 000 innbyggere, psykisk helsevern for barn og unge



Figur 10 Antall pasienter per 10 000 innbyggere, psykisk helsevern for voksne

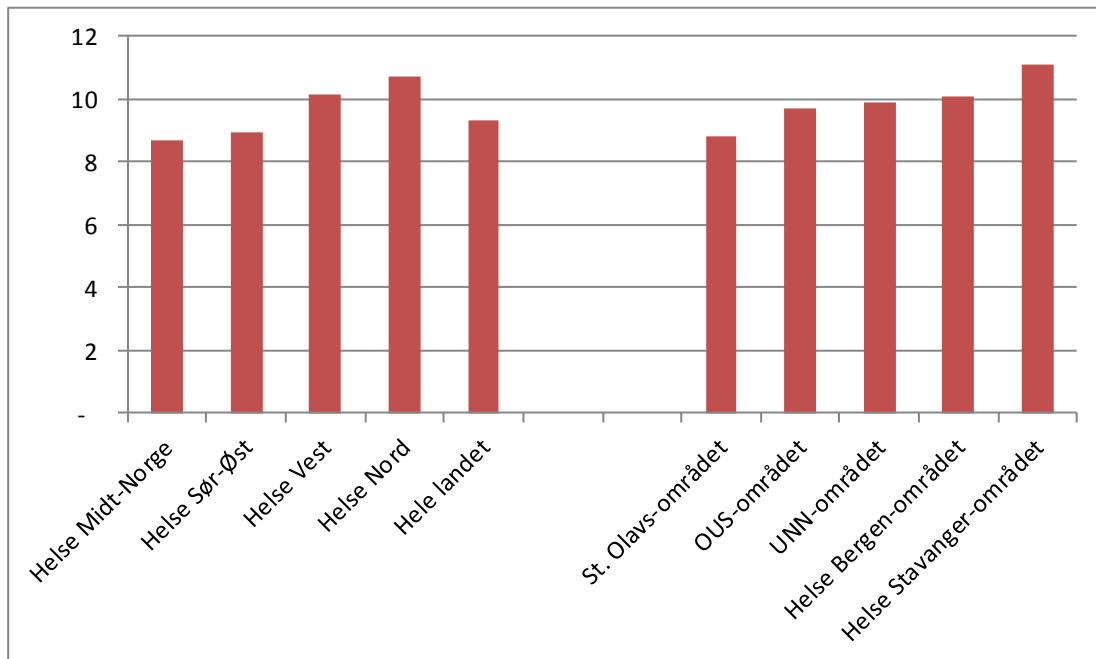




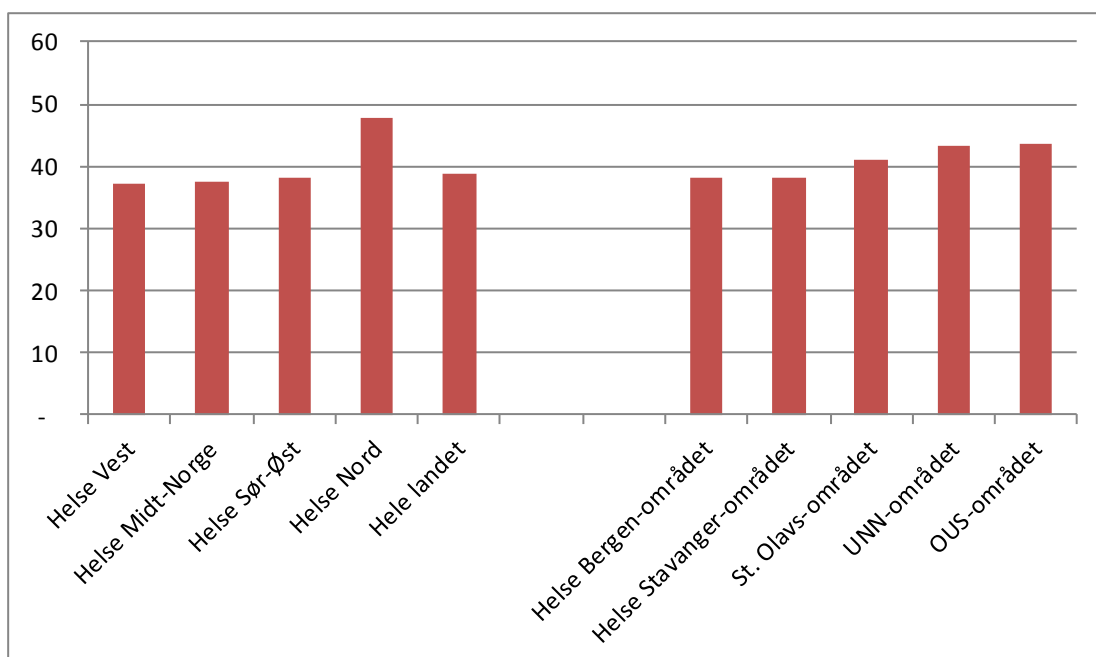
Forbruket av tjenester innen psykisk helsevern for voksne var ganske likt, men Helse Nord hadde litt høyere pasientrate enn de andre helseregionene (101 % av landsgjennomsnittet). UNN hadde nest lavest av de sammenlignbare universitetssykehusene (96 % av landsgjennomsnittet).

Helse Nord hadde landets høyeste antall døgnplasser per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern for voksne med 10,7 (115 % av landsgjennomsnittet). For UNN var raten 9,9 (106 % av landsgjennomsnittet). Ressursbruken målt som antall årsverk per 10 000 var størst i Helse Nord med 47,9 (123 % av landsgjennomsnittet). UNN hadde en personellrate på 43,4 (112 % av landsgjennomsnittet).

Figur 11 Antall døgnplasser per 10 000 innbyggere, psykisk helsevern for voksne



Figur 12 Antall årsverk per 10 000 innbyggere, psykisk helsevern for voksne





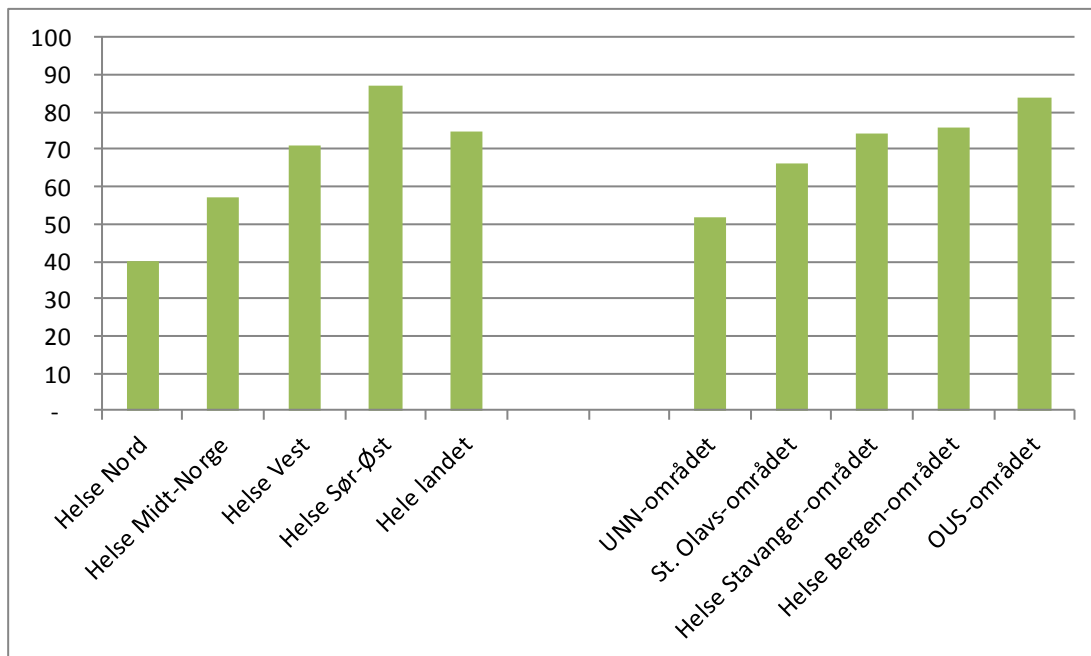
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Totale kostnader til TSB var for Helse Nord 348 mill kr i 2014 (-2,4 %). Det betyr at det i Helse Nord ble brukt 916 kroner per innbygger innenfor TSB (81 % av landsgjennomsnittet).

Døgnkapasiteten per 100 000 innbyggere i Helse Nord har økt fra 41 i 2013 (95 % av landsgjennomsnittet) til 49 i 2014 (104 % av landsgjennomsnittet). Helse Nord har lavest dekningsgrad når det gjelder personellinnsats. Årsverk per 100 000 innbyggere var 81 % av landsgjennomsnittet i 2014, mens det i 2013 var 85 %. Resten av landet har økt dekningsgraden, mens Helse Nord har en liten nedgang.

SAMDATA viser at antall pasienter per 100 000 innbyggere i Helse Nord er 40 (53 % av landsgjennomsnittet). Dette er lavest blant helseregionene. UNN har en dekningsrate for pasienter i TSB på 52 (69 % av landsgjennomsnittet). Dette er samme nivå som i 2013.

Figur 13 Antall pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 100 000 innbyggere





STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
87/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.11.2015

Saksansvarlig: Gøril Bertheussen
Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 26.10.2015
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 27.10.2015
3. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 27.10.2015
4. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 28.10.2015
5. Protokoll fra styremøte i Helse Nord RHF 28.10.2015
6. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 28.10.2015
7. Brev fra Sykehusapotek Nord vedrørende tilbud om besøk fra sykehusapotek Nord, datert 30.10.2015

Tromsø, 30.10.15

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



MØTEREFERAT

Brukerutvalgets arbeidsutvalg ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Mandag 26.10.2015 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, Grethe Andersen

Saksliste

Sak nr.: **Tittel:**

BAU 71/15 Behandling av drøftingssaker til styremøte 11.11.2015

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 23.10.2015.

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

1. *Kvalitets- og virksomhetsrapport – september 2015*

Legemiddelhåndtering er et viktig punkt i Pasientsikkerhetskampanjen. Feil i legemiddelhåndtering kan gi alvorlige konsekvenser for pasienten. BAU forventer at tiltak for å få ned legemiddelavvik gjennomføres.

BAU bemerker brudd på rutine/prosedyre som største årsak til avvik. Rutiner på så mange områder som mulig vil bidra til å bedre pasientsikkerheten.

2. *Ledelsens gjennomgang*

BAU tar saken til orientering.

3. *Tilsynsrapport*

Utgår – utsettes til desember 2015.

Orienteringssaker(orienteringssak og rapport var vedlagt)

BAU tar orienteringen til orientering.

BAU gikk gjennom innkomne saker, med følgende konklusjoner:

**BAU-72/15 Høringsforespørsel – Ny strategi for Sykehusapoteket Nord –
Frist FFS 11.11.2015**

Behandling

Høringsforespørsel oversendes Brukerutvalgsmedlem Martin Moe, som bes å vurdere innspill på vegne av Brukerutvalget.

BAU-73/15 Høringsforespørsel – Endring i forskrifter til spesialisthelsetjenesteloven i folketrygdloven

Behandling

BAU ga ingen uttalelse i saken.

BAU-74/15 Stillingtaken til vårens Brukerutvalgsmøte

Brukerutvalgsmøtet 15.9.2015 fremmet ønske om å ha Brukerutvalgsmøtet april 2016 i Narvik.

Behandling

BAU ønsker at det legges til rette for å legge møtet til Bodø juni 2015 i forbindelse med opplæring av nye brukerutvalsrepresentanter.

Saken behandles i Brukerutvalgsmøte 4.11.2015.

BAU-75/15 Henvendelse fra prosjektleder Steinar Ivan Narve Lakså vedrørende involvering av brukerrepresentant til prosjektet «Fra raskere tilbake til raskt tilbake».

Behandling

BU har i denne omgang ikke kapasitet til å avgi ressurser for deltakelse, men ønsker allikevel å ha kjennskap til prosjektets videre arbeid.

BAU-76/15 Honorering av brukerrepresentanter

Spørsmål vedrørende honorering av brukerrepresentanter stilt ved deltakelse både i Overordnet samarbeidsorgan (OSO) og Klinisk etikkomité (KEK).

Behandling

Jamfør UNNs policy for brukermedvirkning på alle nivå i organisasjonen, skal deltakelse i KEK og OSO godtgjøres av den ansvarlige enhet sitt budsjett, enten det gjelder prosjektdeltakelse eller i råd -eller utvalg.

BAU-77/15 Brukermedvirkning i forskning

Klinisk forskningsavdeling v/Anne Sofie Sand etterlyser brukerinvolvering i forskningsprosjekter.

Behandling

Nestleder BAU vurderer deltakelse, og ber om nærmere opplysninger.

BAU-78/15 Godkjenning av dagsorden BU 4.11.2015

Behandling

Sakslisten godkjennes.

Kopi: Brukerutvalget og styret i UNN



REFERAT
KVALITETSUTVALGSMØTE (KU-møte)
 ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Tid: Tirsdag 27.10.2015 kl. 9.00-12.00

Sted: Administrasjonens møterom D1 707

Deltakelse:

<u>Fag- og forskningssenteret</u>	<u>Einar Bugge</u>
<u>Administrerende direktør</u>	<u>Tor Ingebrigtsen</u>
<u>Akuttmedisinsk klinikk</u>	<u>Jon Mathisen</u>
<u>Barne- og ungdomsklinikken</u>	<u>Elin Gullhav</u>
<u>Brukerutvalgets leder</u>	<u>Cathrin Carlyle</u>
<u>Diagnostisk klinikk</u>	<u>Gry Andersen</u>
<u>Drifts -og eiendomssenteret</u>	<u>Gina M. Johansen</u>
<u>Foretaksverneombud</u>	<u>Einar Rebni</u>
<u>Hjerte- og lungeklinikken</u>	<u>Kristian Bartnes</u>
<u>Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk</u>	<u>Arthur Revhaug</u>
<u>Medisinsk klinikk</u>	<u>Markus Rumpsfeldt</u>
<u>Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin</u>	<u>Susann Bäckström</u>
<u>Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken</u>	<u>Bjørn-Yngvar Nordgård</u>
<u>Operasjons- og intensivklinikken</u>	<u>Snorre Sollid for Eva-Hanne Hansen</u>
<u>Psykisk helse- og rusklinikken</u>	<u>Magnus Hald</u>
<u>Smittevernoverlege</u>	<u>Torni Myrbakk</u>
<u>Stabssenteret</u>	<u>Gøril Bertheussen</u>
<u>Visedirektøren</u>	<u>Marit Lind</u>

Øvrige:

Administrasjonssenteret Leif Hovden (referent)

Forfall:

SAKSOVERSIKT	Ansvarlig
35.15 Godkjenning av referat fra KU-møtet 29.9.2015 Referatet ble godkjent. Oppfølgingssaken knyttet til «røde tiltaksområder» i pasientsikkerhetsprogrammet må aktuelle klinikksjefer melde til pasientsikkerhetskoordinator Mette Fredheim snarest. Koordinator ettersender til KUs medlemmer så snart hun har mottatt opplysninger fra klinikkene.	Leif Hovden

<p>mandat, arbeidsform og sammensetning av pasientsikkerhetsutvalget for at flere læringspunkter fra meldte avvik skal fanges opp og videreformidles.</p> <p>Kvalitetsavdelingen foretar et uttrekk av avvik klassifisert med årsak «manglende faglig oppfølging», som presenteres i KU innen utløpet av januar 2016, for diskusjon om læringspunkter.</p> <p>KU anmoder UNNs ledergruppe om å diskutere hvordan ansvaret for å holde oversikt over avvik i enhetene tilligger linjeledelse eller stab.</p> <p><i>Nasjonale kvalitetsindikatorer</i> I LGG presenteres et utvalg av de nasjonale kvalitetsindikatorerne, primært de som er knyttet til innsatsstyrt finansiering. Gjennomgangen viser at de fleste indikatorene UNN ikke skårer godt på inngår i tiltak som er prioritert i andre sammenhenger.</p> <p><u>Oppfølging</u> KU ber Medisinsk klinikk sikre gode rutiner for trombololysebehandling av hjerneinfarkt ved UNN Narvik og UNN Harstad.</p> <p>KU oppfordrer klinikkene til å gjennomgå de nasjonale indikatorene, og indentifisere eventuelle nye tiltak for forbedring.</p> <p><i>Smittevern</i> Visittene viser at vi fortsatt har utfordringer i gjennomføringen i noen enheter, mens andre enheter har stabil, høy gjennomføring. Målet er 100 % gjennomføring.</p> <p><u>Oppfølging</u> KU oppfordrer klinikkene til å prioritere smittevernvisitter i alle sengeposter. Styreseminar i Narvik i november og direktørens halvårlege møter i Narvik og Harstad i desember, der ledergruppen deltar, er en god anledning for klinikksefene til å delta på smittevernvisitter der.</p>	<p>Markus Rumpsfeld</p> <p>Klinikksefer</p> <p>Klinikksefer</p>
<p>ORIENTERINGS- OG DRØFTINGSSAKER</p>	
<p>37.15-1 Pakkeforløp for kreft - status Obversikt over inklusjon og gjennomføring i UNN pr. september 2015 er vedlagt.</p>	<p>Einar Bugge</p>
<p>37.15-2 Svarbrev til fylkeslegen etter samhandlingsavvik Brev, datert 19.10.2015 var vedlagt, og ble gjennomgått i møtet.</p> <p><u>Oppfølging</u> Flytskjema for elektronisk utskrivningsprosedyre, som ikke er i samsvar med tjenesteaftale 5, skal legges frem for direktørens ledergruppe til behandling.</p>	<p>Susann Bäckström</p>

<p>37.15-3 Supplerende opplysninger i Botox-saken Brev, u. off., datert 21.10.2015 til fylkeslegen var oversendt KU i separat vedlegg.</p> <p><u>Oppfølging</u> Opplæring i smittevern følges opp i UNNs smittevernutvalg, og kommer som sak til direktørens ledergruppe fra Medisinsk klinikk. Opplæring i smittevern bør være gjenstand for intern revisjon i UNN i 2016.</p>	<p>Einar Bugge</p> <p>Markus Rumpsfeld</p>
<p>37.15-4 Avvikshendelser ved Observasjonsposten Saksfremlegg er vedlagt.</p> <p>Pasientsikkerhetsutvalget (PSU) har over tid registrert et antall avvik fra observasjonsposten i UNN Breivika som omhandler manglende oppfølging av pasienter innlagt i observasjonsposten fra lege fra ansvarlig lege avdeling. I sitt møte 7.10.2015 i år gjennomgikk utvalget to slike saker. Begge avviksmeldinger er vedlagt.</p> <p>Begge disse avvik er klassifisert som alvorlige, og sammen med flere tidligere meldte avvik om tilsvarende forhold fra samme enhet, ser PSU at dette indikerer at risiko for uheldige hendelser som følge av manglende oppfølging fra ansvarlig lege av pasienter innlagt på observasjonsposten er høy.</p> <p>Kvalitetsutvalget var bedt av fag- og forskningssjefen om å drøfte hvilke risikoreduserende tiltak som bør iverksettes, og hvor ansvaret for oppfølging av disse bør plasseres.</p> <p>Kvalitetsutvalget viste til at avviksbehandlingen må involvere ansvarlige ledere i de avdelinger som har faglig ansvar for pasientene. I tillegg viser saken til at pasientflyten ikke håndteres på en forutsigbar måte.</p> <p><u>Oppfølging</u> Avvikene tilsendes ansvarlig avdeling, og følges opp i driftsrådet for observasjonsposten og akuttmottaket.</p>	<p>Einar Bugge</p> <p>Jon Mathisen</p>
<p>37.15-5 Meldepraksis og håndtering av 3.3A-meldinger Fagsjef fra <i>Undersøkelsesenheten</i> ved Statens helsetilsyn, Anders Gaasland innledet. Fokuset lå på tilsyn som virkemiddel, og alvorlig svikt utover påregnelig risiko i helsetjenesten. Det ble pekt på at tilsynet primært ønsker med sin virksomhet å understøtte <i>den gode praksis</i> og <i>forvarlig virksomhet</i>.</p> <p>Arbeidsmåten i varslingsaker er at varsel sendes på e-post fra HFene innen 24 timer etter en alvorlig hendelse. Tilsynet responderer påfølgende virkedag, og følger opp med kontakt mot fylkesmannen. Videre oppfølging kan følge fem ulike spor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fylkesmannen følger opp videre mot foretaket 	<p>Einar Bugge</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Redegjørelse fra foretaket - Ordinær håndtering t.o. (kan også be om intern rapport) - Stedlig tilsyn - Tilsynssak i statens helsetilsyn <p>Kvalitetsutvalget var i påfølgende spørsmålsrunde spesielt opptatt av meldingspraksis innenfor psykisk helse knyttet til suisidalitet. Tilsynet undersøker først og fremst virksomheter der det påviselig har skjedd svikt i forløpet.</p> <p>I tillegg ble det spurt om forståelsen av begrepet <i>alvorlig svikt utover påregnelig risiko</i> i helsetjenesten. Tilsynet viste til <i>Aronsen-utvalget</i> som utreder pasientsikkerhet, og skal om kort tid legge frem en NOU, der en undersøkelseskomisjon også vil bli vurdert som virkemiddel. Det påregnes å komme en høring i kjølvannet av NOUen, der det er mulig å komme med innspill også fra helseforetakene.</p>	
EVENTUELT	
<p>38.15 Vedrørende oppfølging av endrede krav i ny pasient- og brukerrettighetslov</p> <p>Direktøren refererte til møter med Fagforum for pasientadministrative rutiner samt dialogmøtene, som viser at alle klinikker vil få en ”uløst” andel pasienter med rettigheter, som kan påføre UNN store kostnader frem i tid. NST ved Fagforum for pasientadministrative rutiner blir bedt om å utarbeide overordnede rutiner for hvordan klinikkene skal overvåke faren for å pådra seg fristbrudd.</p>	<p>Direktøren</p> <p>Susann Bäckström</p>

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 11.11.2015**

Dato: 27.10.2015
 Tidspunkt: 14.00-14.35
 Sted: Biblioteket D1 704
 Tilstede:

Fra arbeidsgiver
 Grethe Andersen
 Leif Hovden

Fra arbeidstakerne
 Terje Møien, foretakshovedverneombud
 Mai-Britt Martinsen, Norsk sykepleierforbund
 Ulla Dorthe Mathisen, DNLF
 Andreas Dybesland, Norsk fysioterapiforbund

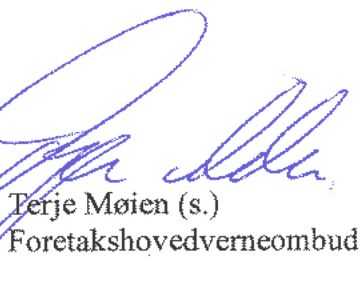
Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Terje Møien og Mai-Britt Martinsen valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport - september 2015	GB	<p><i>Ansattes representanter og vernetjenesten mente at det er ønskelig med et sterkere fokus på aktivitetsbasert bemanningsplanlegging i den daglige virksomheten.</i></p> <p><i>De viste blant annet til at ifølge aktivitetstabellen blir kliniske konsultasjoner tilsynelatende systematisk planlagt lavere enn det man ender opp med.</i></p> <p><i>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg for øvrig til at saken blir fremmet til styrebehandling i den form den ble forelagt drøftingsmøtet.</i></p>
2. Ledelsens gjennomgang	EB	<i>Det ble enighet om at saken skulle utsettes til eget drøftingsmøte onsdag 28.10.2015.</i>
3. Nye bestemmelser for investeringer i UNN	GB	<i>Saken ble trukket, og er utsatt til styremøtet i desember.</i>

Tromsø, 27.10.2015


 Mai-Britt Martinsen (s.)
 FTV NSF


 Terje Møien (s.)
 Foretakshovedverneombud


 Leif Hovden (s.)
 administrasjonssjef

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresak Ledelsens gjennomgang til 11.11.2015**

Dato: 28.10.2015
 Tidspunkt: 9.30-10.00
 Sted: Biblioteket D1 704
 Tilstede:

Fra arbeidsgiver
 Einar Bugge
 Leif Hovden

Fra arbeidstakerne
 Einar Rebni, foretakshovedverneombud
 Terje Møien, foretakshovedverneombud
 Mai-Britt Martinsen, Norsk sykepleierforbund
 Andreas Dybesland, Norsk fysioterapiforbund

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Terje Møien og Mai-Britt Martinsen valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
Ledelsens gjennomgang	EB	<p><i>Ansattes representanter og vernetjenesten etterspurte hvorfor aktivitetsbasert bemanningsplanlegging tilsynelatende systematisk ikke er med i Ledelsens gjennomgang. Det ble påpekt at på flere områder gjør det seg gjeldende i en ubalanse mellom aktivitet og personell, eksempelvis gjennom høyere vikarbruk.</i></p> <p><i>Videre etterlyste ansattes representanter og vernetjeneste bedre rapporter fra GAT vedrørende omfanget av brudd på arbeidsmiljølovens bestemmelser.</i></p> <p><i>Fag- og forskningssjefen bekreftet at det skal gjøres en nærmere undersøkelse av mangelfulle faglige vurderinger, slik det fremkommer i rapporten, i en egen sak til Kvalitetsutvalget.</i></p> <p><u>Oppsummert</u> <i>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg for øvrig til at saken blir fremmet til styrebehandling i den form den ble forelagt drøftingsmøtet.</i></p>

Tromsø, 28.10.2015

Mai-Britt Martinsen (s.)
 FTV NSF

Terje Møien (s.)
 Foretakshovedverneombud

Leif Hovden (s.)
 administrasjonssjef

I forkant av styremøtet gjennomførte styret i Helse Nord RHF styrets egnevaluering for 2015. Oppsummeringen fra evalueringen vil bli oversendt Helse- og omsorgsdepartementet, når den er ferdig.

I starten av styremøtet la revisjonsselskapet KPMG frem en oppsummering av tertialrevisjon nr. 2-2015. Orienteringen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 5. I den forbindelse ble det også avholdt møte mellom ekstern revisor KPMG og styret i Helse Nord RHF - uten deltakelse fra administrasjonen, jf. revisjonslovens § 2-3.

I etterkant av dette styremøtet ble det avholdt åpent styreseminar for helseforetakene i Helse Nord, den 28. til 29. oktober 2015.

Styresak 106-2015 Godkjenning av innkalling og saksliste

- | | |
|--------------|--|
| Sak 106-2015 | Godkjenning av innkalling og saksliste |
| Sak 107-2015 | Godkjenning av protokoll fra styremøte
30. september 2015 |
| Sak 108-2015 | Tertialrapport nr. 2-2015 |
| Sak 109-2015 | Virksomhetsrapport nr. 9-2015
<i>Saksdokumenter var ettersendt.</i> |
| Sak 110-2015 | Budsjett 2016 foretaksgruppen, rammer og føringer |
| Sak 111-2015 | Budsjett 2016 Helse Nord RHF |
| Sak 112-2015 | Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>
3. Regionalt program for traumekompetanse - informasjon
4. Anskaffelse av pasientreiser landeveistransport 2015 -
orientering om resultatet av anskaffelsen, oppfølging av styresak
91-2014 |
| Sak 113-2015 | Referatsaker
1. Protokoll fra drøftingsmøte, den 23. oktober 2015 ad.
tertialrapport nr. 2-2015
<i>Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.</i>
2. Protokoll fra drøftingsmøte, den 23. oktober 2015 ad. budsjett
2016 for foretaksgruppen
<i>Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.</i>
3. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 21. oktober
2015
<i>Kopi av protokollen var ettersendt.</i>
4. Protokoll fra drøftingsmøte, den 26. oktober 2015 ad. budsjett
2016 for Helse Nord RHF
<i>Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.</i> |
| Sak 114-2015 | Eventuelt
A. Flyktnings situasjonen i Nord-Norge |

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med den endringen som kom frem under behandling av saken.

**Styresak 107-2015 Godkjenning av protokoll fra styremøte
30. september 2015**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 30. september 2015 godkjennes.

Styresak 108-2015 Tertialrapport nr. 2-2015

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret i Helse Nord RHF ~~tar~~ godkjenner tertialrapport nr. 2-2015 *til orientering*.
2. Styret ber adm. direktør om å ha tett oppfølging av helseforetakenes arbeid med tiltak knyttet til de nasjonale kvalitetsindikatorene i tiden fremover.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner tertialrapport nr. 2-2015.
2. Styret ber adm. direktør om å ha tett oppfølging av helseforetakenes arbeid med tiltak knyttet til de nasjonale kvalitetsindikatorene i tiden fremover.

Styresak 109-2015 Virksomhetsrapport nr. 9-2015

Saksdokumenter var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 9-2015 til orientering.
2. Styret viser til *styresak 94-2015 Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument, handlingsplan, oppfølging av styresak 75-2015* (styremøte 30. september 2015) og ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene har den nødvendige fremdriften i gjennomføringen av tiltakene for å redusere ventetidene og fristbrudd i tråd med tidligere vedtak.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 9-2015 til orientering.
2. Styret viser til *styresak 94-2015 Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument, handlingsplan, oppfølging av styresak 75-2015* (styremøte 30. september 2015) og ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene har den nødvendige fremdriften i gjennomføringen av tiltakene for å redusere ventetidene og fristbrudd i tråd med tidligere vedtak.

Styresak 110-2015 Budsjett 2016 foretaksgruppen, rammer og føringer

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 64-2015 Plan 2016-2019 - inkl. rullering av investeringsplanen 2016-2023* (styremøte 17. juni 2015). Denne skal ligge til grunn for virksomheten i 2016.
2. Planlagt aktivitetsvekst i somatisk virksomhet i helseforetakene skal innrettes mot områder med lange ventetider og fristbrudd, og gjennomføring av fagplanene.
3. Aktivitetsvekst skal være sterkere innen psykisk helsevern for voksne og TSB enn i somatisk virksomhet. Fristbrudd skal fjernes og ventetidene reduseres innen alle fagområder.

4. Resultatkrav for 2016 vedtas slik:	
Helse Nord RHF/styrets disposisjon	+ 327 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+37 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+ 5 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT	0
Sum	+ 429 mill. kroner

5. Basisrammen for 2016 fastsettes til (i 1000 kr):

Sum av Basisramme	Kolonnetiketter						
Radetiketter	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalt	
Ambulanse	180 413	317 702	222 551	138 345	370 686	1 229 697	
Pasientreiser	244 389	202 208	240 263	139 357	25 955	852 172	
Psykisk helse	289 049	957 078	793 304	255 738	106 384	2 401 554	
TSB (rus)	38 682	191 539	65 605	46 602	35 042	377 470	
Somatikk	729 642	3 056 999	1 480 819	757 797	678 923	6 704 180	
Overgangsordninger	25 015	78 261	74 788	11 801		189 864	
Kapital	79 303	289 452	243 290	69 654	258 001	939 701	
Felleskostnader/adm					186 533	186 533	
Totalt	1 586 495	5 093 238	3 120 621	1 419 294	1 661 523	12 881 171	

- Investeringsrammen som stilles til disposisjon for styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF økes med 33 mill. kroner til investering i utstyr.
- Investeringsrammen til Finnmarkssykehuset HF økes med 15 mill. kroner til investering i varmepumpe i Hammerfest.
- Investeringsrammen for PET-senter (P50) overføres fra Helse Nord RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
- IKT-prosjektet *Elektronisk Kurve og Medikasjon* forseres, og investeringsrammen på 16,6 mill. kroner fremskyndes fra 2017 til 2016. Ramme for 2016 er 42,6 mill. kroner.
- Basisrammen til Helse Nord RHF økes med 5 mill. kroner, blant annet til oppfølging av pasientsikkerhet.

11. Helseforetakene kan i 2016 ta opp investeringslån i tråd med fremdriften i prosjektene innenfor følgende rammer:
- Nordlandssykehuset HF: 300 mill. kroner til Nordlandssykehuset Bodø
 - Universitetssykehuset Nord-Norge HF: 50 mill. kroner til PET-senter og 250 mill. kroner til A-fløy
 - Finmarkssykehuset HF: Resterende låneramme på 768 mill. kroner til nye Kirkenes sykehus

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

- Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 64-2015 Plan 2016-2019 - inkl. rullering av investeringsplanen 2016-2023* (styremøte 17. juni 2015). Denne skal ligge til grunn for virksomheten i 2016.
- Planlagt aktivitetsvekst i somatisk virksomhet i helseforetakene skal innrettes mot områder med lange ventetider og fristbrudd, og gjennomføring av fagplanene.
- Aktivitetsvekst skal være sterkere innen psykisk helsevern for voksne og TSB enn i somatisk virksomhet. Fristbrudd skal fjernes og ventetidene reduseres innen alle fagområder.
- Resultatkrav for 2016 vedtas slik:

Helse Nord RHF/styrets disposisjon	+ 327 mill. kroner
Finmarkssykehuset HF	+37 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+ 5 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT	0
Sum	+ 429 mill. kroner

5. Basisrammen for 2016 fastsettes til (i 1000 kr):

Sum av Basisramme	Kolonneetiketter						
Radetiketter	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalt	
Ambulanse	180 413	317 702	222 551	138 345	370 686	1 229 697	
Pasientreiser	244 389	202 208	240 263	139 357	25 955	852 172	
Psykisk helse	289 049	957 078	793 304	255 738	106 384	2 401 554	
TSB (rus)	38 682	191 539	65 605	46 602	35 042	377 470	
Somatikk	729 642	3 056 999	1 480 819	757 797	678 923	6 704 180	
Overgangsordninger	25 015	78 261	74 788	11 801		189 864	
Kapital	79 303	289 452	243 290	69 654	258 001	939 701	
Felleskostnader/adm					186 533	186 533	
Totalt	1 586 495	5 093 238	3 120 621	1 419 294	1 661 523	12 881 171	

6. Investeringsrammen som stilles til disposisjon for styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF økes med 33 mill. kroner til investering i utstyr.
7. Investeringsrammen til Finnmarkssykehuset HF økes med 15 mill. kroner til investering i varmepumpe i Hammerfest.
8. Investeringsrammen for PET-senter (P50) overføres fra Helse Nord RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
9. IKT-prosjektet *Elektronisk Kurve og Medikasjon* forseres, og investeringsrammen på 16,6 mill. kroner fremskyndes fra 2017 til 2016. Ramme for 2016 er 42,6 mill. kroner.
10. Basisrammen til Helse Nord RHF økes med 5 mill. kroner, blant annet til oppfølging av pasientsikkerhet.
11. Helseforetakene kan i 2016 ta opp investeringslån i tråd med fremdriften i prosjektene innenfor følgende rammer:
 - a. Nordlandssykehuset HF: 300 mill. kroner til Nordlandssykehuset Bodø
 - b. Universitetssykehuset Nord-Norge HF: 50 mill. kroner til PET-senter og 250 mill. kroner til A-fløy
 - c. Finnmarkssykehuset HF: Resterende låneramme på 768 mill. kroner til nye Kirkenes sykehus

Styresak 111-2015 Budsjet 2016 Helse Nord RHF

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF godkjenner det fremlagte forslaget til budsjett for Helse Nord RHF, inkludert Helse Nord IKT for 2016.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF godkjenner det fremlagte forslaget til budsjett for Helse Nord RHF, inkludert Helse Nord IKT for 2016.

Styresak 112-2015 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundtlig*
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundtlig*
 - *Oppdragsdokument 2015 -tilleggsdokument, informasjon om oppfølging av kravene, jf. styresak 75-2015, vedtakets punkt 6: Styret i Helse Nord RHF ber om at oppfølgingen av kravene fra Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument rapporteres som fast punkt på adm. direktørs orientering i hvert styremøte ut 2015. Adm. direktør orienterte om status i helseforetakene på oppfølging av kravene fra Oppdragsdokument 2015 – tilleggsdokument. Orienteringen ble gitt under behandling av styresak 108-2015 og 109-2015.*
 - *Styresak 112-2015/4 Anskaffelse av pasientreiser landeveistransport 2015 - orientering om resultatet av anskaffelsen, oppfølging av styresak 91-2014. Adm. direktør presiserte følgende:*
 - o Konkurransenes tildelingskriterium var laveste pris.
 - o Krav til kvalitet ble stilt i kravspesifikasjonen, og dersom bilene f. eks. ikke oppfylte krav til alder, kunne tilbudet blitt avvist.
 - o Det ble ikke stilt krav til miljø. Miljøkrav er likevel ivaretatt gjennom kravene til bilens alder.
 - o Konkurransetilsynet har ikke anbefalt å velge laveste pris.
 - *Alvorlige hendelser:*
 - o *Sak nr. 1:* Pasient under behandling av spesialisthelsetjenesten - dødsfall: Statens Helsetilsyn er varslet etter § 3-3. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn: Ingen stedlig tilsyn etter hendelsen, men saken overføres til Fylkesmannen for videre tilsynssaksbehandling.
 - o *Sak nr. 2:* Pasient under behandling på fødeinstitusjon – alvorlig hendelse: Det rapporteres ikke noen åpenbar svikt i helsehjelp, men Statens Helsetilsyn er varslet etter § 3-3. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn: Ingen stedlig tilsyn etter hendelsen, men saken overføres til Fylkesmannen for videre tilsynssaksbehandling.
 - o *Sak nr. 3:* To alvorlige hendelser etter rutinemessig tilførsel av probiotika. Statens Helsetilsyn er varslet etter § 3-3. Redegjørelse er sendt til aktuelle avdelinger i alle landets sykehus. Kontakt mot produsenten av medikamentet om det har vært ev. endringer i produksjonsprosess. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn: Ingen stedlig tilsyn, men nødvendig med tilsynsmessig oppfølging. HF-et er bedt om en redegjørelse for HF-ets egen vurdering og oppfølging etter hendelsen(e).
 - o *Sak nr. 4:* Pasient under behandling av spesialisthelsetjenesten – dødsfall: Statens Helsetilsyn er varslet etter § 3-3. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn foreligger ikke pr. dags dato.
 - o *Sak nr. 5:* Pasient under behandling ved observasjonsenhet på en medisinsk klinikk - dødsfall: Statens Helsetilsyn er varslet etter § 3-3. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn foreligger ikke pr. dags dato.
 - o *Sak nr. 6:* Pasient under behandling av spesialisthelsetjenesten – dødsfall: Statens Helsetilsyn er varslet etter § 3-3. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn foreligger ikke pr. dags dato.

- *Sak nr. 7: Pasient under behandling på fødeinstitusjon - alvorlig hendelse, jf. styresak 102-2015/2 Orienteringssaker, adm. direktørs muntlige orienteringer, nestsiste strekpunkt, sak nr. 2. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn: Ikke nødvendig med tilsynsmessig oppfølging i saken. Det fremkommer ikke opplysninger som gir indikasjoner om at det foreligger svikt i pasientbehandlingen.*
Informasjonen gis unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.
 - *Helse- og omsorgsdepartementets høstmøte, den 12. oktober 2015: Informasjon*
 - *Felles oppfølgingsmøter for RHF-ene etter 2. tertial 2015, den 19. oktober 2015: Informasjon*
 - *Statsråd Bent Høies besøksrunde på Helgeland, den 19. og 20. oktober 2015: Informasjon*
 - *Skandinavisk kreftkonferanse i regi av Dagens Medisin, den 22. oktober 2015 i Stockholm: Informasjon*
 - *Seminar om miljøgifter og sykdomsutvikling, den 23. oktober 2015: Informasjon*
 - *Nøytral merverdiavgift, høringsuttalelse - jf. styresak 105-2015:*
 - *Informasjon om endring i høringsuttalelsen etter innspill fra Helse- og omsorgsdepartementet.*
 - *Adm. direktør orienterte om endringen, og den utsendte versjonen av høringsuttalelsen ble delt ut i styremøtet.*
 - *Flyktningsituasjon i Nord-Norge: Adm. direktør orienterte om status i foretaksgruppen med bakgrunn i situasjonsrapport nr. 3-2015 av 23. oktober 2015 og e-post av 28. oktober 2015 fra Fylkesmannen i Troms, jf. styresak 114-2015 Eventuelt, sak A. Finnmarkssykehuset HF har hevet beredskapen til nivå gult.*
3. *Regionalt program for traumekompetanse - informasjon*
 4. *Anskaffelse av pasientreiser landeveistransport 2015 - orientering om resultatet av anskaffelsen, oppfølging av styresak 91-2014*

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 113-2015 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. *Protokoll fra drøftingsmøte, den 23. oktober 2015 ad. tertialrapport nr. 2-2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.*
2. *Protokoll fra drøftingsmøte, den 23. oktober 2015 ad. budsjett 2016 for foretaksgruppen
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.*
3. *Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 21. oktober 2015
Kopi av protokollen var ettersendt.*
4. *Protokoll fra drøftingsmøte, den 26. oktober 2015 ad. budsjett 2016 for Helse Nord RHF
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.*

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 114-2015 Eventuelt

A. Flyktnings situasjonen i Nord-Norge

Styremedlem Sandnes stilte spørsmål ad. flyktnings situasjonen i regionen, herunder kapasitet, finansiering og samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Adm. direktør orienterte om situasjonen, basert på situasjonsrapport nr. 3-2015 av 23. oktober 2015 og e-post av 28. oktober 2015 fra Fylkesmannen i Troms, jf. *styresak 112-2015 Orienteringssaker*, adm. direktørs muntlige orienteringer, siste strekpunkt.

Styrets vedtak:

Informasjonen fra adm. direktør tas til orientering.

Tromsø, den 28. oktober 2015

*godkjent av Bjørn Kaldhol,
i etterkant av styremøtet,
den 28OKT2015 - kl. 12.25*

Bjørn Kaldhol


Protokoll AMU-møte 28.10.2015

Utvalg: Arbeidsmiljøutvalget (AMU)
 Tidspunkt: 23.9.15 10.30-13.30
 Sted: D1 707 Breivika, 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 Hjerter- 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	x	Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø		Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	x
Ikke oppnevnt, Ylf		Ikke oppnevnt, Ylf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Monica F. Sørensen, NSF	

*deltok på sak 47, 48, 49

Møteleder: Gøril Bertheussen
 Sekretær: Walter Andersen
 Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte rådgiver Lars Rye, Stabssenteret under sak 51/15, og prosjektet "Grønt sykehus" v/ Aud Nergård og Bengt Dahl, Drift og eiendomssenteret under sak 49/15 a. Administrasjonssjef Leif Hovden møtte på sak 53/15.

Sak 47/15 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Sak 48/15 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 23.9.15

Protokoll fra AMU-møtet 23.9 var sendt ut med sakspapirene.

Vedtak:

Protokollen fra møtet 23.9.15 godkjennes.

Sak 49/15 Orienteringssaker

- a) Skriftlig orientering om «Grønt sykehus» ved prosjektleder Aud Nergård
- b) Muntlig orientering om oppfølging av sak angående røntgenavdelingen i møtet 23.sept. v/stabssjef Gøril Bertheussen

Vedtak:

Sakene tas til orientering

Sak 50/15 Plan for målrettet bistand fra bedriftshelsetjenesten

Arbeidstilsynets «Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning», § 13-3. a), stiller krav til at arbeidsgiver skal utarbeide planer for bedriftshelsetjenestens (BHT) bistand i virksomheten. BHT vurderer dette som hensiktsmessig da plan for bistand vil gi mer systematisk bruk av BHT og at dette skje på klinikknivå.

Vedtak:

AMU utsetter saken i påvente av nærmere utredning av metodikk som skal brukes for å utarbeide plan for bruk av BHT.

Sak 51/15 Plastikkirurgiens framtidige organisatoriske tilhørighet

Direktøren initiert i juni 2015 en prosess for å beslutte plastikkirurgiens framtidige organisatoriske tilhørighet for at UNN skal være et regionalt kreftsenter. Alternativene som vurderes er enten i Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (som i dag) eller flytting til Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken. Hensikten med å legge saken fram for AMU var todelt. For det første er det ønskelig at AMU gjennom direkte innspill kan bidra til at direktørens beslutning og gjennomføringen av beslutningen blir best mulig. Deretter er det i følge UNN sine retningslinjer for omstilling et formkrav om at AMU (evt. KVAM) skal uttale seg i omstillingsprosesser.

Vedtak:

AMU vurderer det slik at medvirkningen fra de ansatte, de ansattes organisasjoner og vernetjenesten er godt i varetatt i prosessen for å avklare plastikkirurgens framtidige organisatoriske tilhørighet.

Sak 52/15 Innspill til interne revisjoner 2016

Saken ble lagt frem uten innstilling og medlemmene ble bedt om å komme med innspill i møtet. Følgende forslag kom frem i drøftingene:

Brannvernrunder, vernerunder, politiattest, autorisasjonsbevis, systemundersøkelse av dialogavtalen med tanke på delegering og oppfølging, pasientrettighetsloven, KVAM-gruppenes oppfølging av MU, nærvær- og sykefraværarbeid mm.

Vedtak:

AMU ber om at de innspill som kom frem i møtet blir vurdert av Fag- og forskningssenteret.

Sak 53/15 Styresaker

Drøftingsdokumentene av styresakene var sendt ut i en egen epost fra stabssenteret.

Vedtak:

AMU tar sakene til orientering og stiller seg bak at styresakene fremmes slik de foreligger.

Sak 54/15 Eventuelt

- a. Søknad om midler fra AMU angående sammenslåing to poster i Psykisk helse og rusklinikken.

Vedtak: Søknad avslås da den faller utenfor gjeldende retningslinjer.

- b. Røyking ved hovedinngangen ved UNN Breivika.



Til styreleder i Helse Nord Bjørn Kaldhol
Til styreleder i Finnmarkssykehuset Ulf Syversen
Til styreleder i UNN Jorhill Andreassen
Til styreleder i Nordlandssykehuset Svein Blix
Til styreleder i Helgelandssykehuset Frode Mellemvik

Deres ref:

Vår ref:
EMH

Dato:
30. oktober 2015

TILBUD OM BESØK FRA SYKEHUSAPOTEK NORD

Det vises til styreseminar i Helse Nord 28. og 29. oktober 2015 med innlegg fra fagsjef Margaret A. Antonsen og administrerende direktør Espen Mælen Hauge om legemiddelsikkerhet i Helse Nord, og ikke minst til den påfølgende diskusjon i plenum hvor det ble etterspurt hva styrene kan gjøre.

For å følge opp dette, vil vi gjerne tilby besøk til HF-styrene og legge fram foretakspesifikke tall og utviklingstrekk innenfor legemiddelsikkerhet. Med dette og styrenes egne problemstillinger som utgangspunkt, vil vi gjerne drøfte hvordan Sykehusapotek Nord kan samarbeide med foretakene for å bedre legemiddelsikkerheten, og diskutere hvordan styrene kan bidra til et kontinuerlig fokus på legemiddelsikkerhet i foretakene.

Vi vil gjerne tilby et tilsvarende besøk til styret i Helse Nord RHF, tilpasset regionale problemstillinger på legemiddelområdet.

Ta gjerne snarlig kontakt med forslag til dato dersom dette er interessant for dere.

Med hilsen


Anne Helen Hansen
Styreleder


Espen Mælen Hauge
direktør

Kopi:
Adm.dir i Helse Nord RHF
Adm.dir HF
Leder for brukerutvalgene i Helse Nord

Sykehusapotek Nord HF
Postboks 6147
9291 Tromsø

Besøksadresse:
Sykehusveien 38
9019 Tromsø

Telefon: 77 62 62 56
Telefaks: 77 62 66 69

Saksbehandler:
Espen Mælen Hauge
Dir. tlf: 77 66 93 36

Kontonummer:
4750.17.10225

Org.nr:
MVA 983 974 937 NO

Internett:
www.sykehusapotek-nord.no

Saksbehandlers e-post:
cspcn.maelen.hauge@sykehusapotek-nord.no



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
88/2015	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	11.11.2015
Saksansvarlig: Leif Hovden		
Saksbehandler: Leif Hovden		

Eventuelt

Tromsø, 30.10.2015

Tor Ingebrigtsen
administrerende direktør