



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Onsdag 5. oktober kl. 09:00

Møtested

UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
Dato: 5.10.2016
Tid: 09:00

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 26010 eller til Nina.Ostli.Johansen@unn.no
Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget

ST 77/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 77/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 78/2016	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.9.2016
ST 79/2016	Tertialrapport for UNN - andre tertial 2016 - med Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2016
ST 80/2016	Tertialrapport 2/2016 for utbyggingsprosjekter
ST 81/2016	Tilsynsrapport - eksterne tilsyn
ST 82/2016	Høringssak – Regional smittevernplan og tuberkulosekontroll-program 2016-2020
ST 83/2016	Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. Kjøp av helsetjenester
2. SAMDATA-rapporten

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie
4. Klagesak – henvendelse til styreleder
5. Klinikkpresentasjon NOR-klinikken
6. Røntgenavdelingens status som utdanningsinstitusjon
7. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan
8. Status for MRSA-situasjonen v/Barne- og ungdomsklinikken
9. Status vedrørende reguleringssaken for Åsgårdmarka
10. Varsel om alvorlige hendelser ved UNN - *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.*

ST 84/2016	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none">1. Referat fra Brukerutvalget 13.-14.9.2016.2. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 19.9.2016.3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 20.9.2016.4. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 21.9.2016.5. Brev vedrørende <i>reguleringssaken fra Åsgårdmarka</i> datert 21.9.2016.6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 23.9.2016.
ST 85/2016	Oppfølgings sak – Sivilombudsmannens rapport
ST 86/2016	Møte- og årsplan 2017 for styret ved UNN - justering
ST 87/2016	Eventuelt



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
78/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	5.10.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 14.9.2016

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 14.9.2016.

Tromsø, 23.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg;

1. Møteprotokoll fra styremøtet 14.9.2016



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 14.9.2016
 Tid: 09:00-15.10

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	
Vibeke Haukland	Første vararepresentant	<i>Ansattevalgt</i>
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av Brukerutvalget</i>

Forfall:

Mai-Britt Martinsen Medlem

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef (<i>styrets sekretær</i>)
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Arthur Revhaug	klinikk sjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Bjørn Yngvar Nordvåg	klinikk sjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Elin Gullhav	klinikk sjef Barne- og ungdomsklinikken
Gry Andersen	klinikk sjef Diagnostisk klinikk
Jon Mathisen	klinikk sjef Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klinikk sjef Hjerte- og lungeklinikken
Siren Hoven	konstituert klinikk sjef Psykisk helse- og rusklinikken
Einar Bugge	fag- og forskningssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef

ST 68/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.9.2016

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 14.9.2016, med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv).

Saksnr.	Innhold
ST 68/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 69/2016	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 22.6.2016 og 23.8.2016
ST 70/2016	Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2016
ST 71/2016	Virksomhetsplanlegging ved UNN – årshjul
ST 72/2016	Godkjenning av HMS-strategien ved UNN
ST 73/2016	Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. Tilsynssak ambulansetjenesten
2. Forberedelse til salg av C00
3. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan - kirurgisk akuttberedskap
4. UNN/UiT-forskning gir oppsiktsvekkende resultater – stentbruk ved hjerteoperasjoner
5. Etablering av partikkelterapi og protonbehandling
6. Oppfølgingssak – Sivilombudsmannens rapport (*Omgjøres til vedtakssak*)

Muntlige orienteringer

7. Innføring av nye regionale kliniske IKT-systemer i UNN høsten 2016
8. Pasienthotelltilbudet
9. Alvorlig hendelser ved UNN - *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. hpl. § 21 jf. 23.*
10. Forsinkelse i sak 61/2016 – Kontinuerlig forbedring
11. Status for Røntgenavdelingens status som utdanningsinstitusjon
12. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan
13. Partssammensatt arbeidsgruppe for å sikre en åpen og god dialog i UNN
14. Status om streiken for Akademikerne
15. Status etter MRSA-utbruddet ved Nyfødt-intensivavdelingen

ST 74/2016

Referatsaker

1. Ettersendt referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 4.2.2016.
2. Ettersendt referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 8.4.2016.
3. Tilbakemelding på tilbud om flyt-/fastrente, datert 7.7.2016.
4. Brev vedrørende *klage på lege ved UNN*, datert 13.7.2016.
5. Brev til Helse Nord RHF, vedrørende *Samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Forsvarets sanitet* –

anmodning om avklaringer rundt overordnede føringer, datert 14.7.2016.

6. Brev fra Statsarkivet i Tromsø, vedrørende *Tilsyn med arkivforhold ved UNN HF Tromsø*, datert 21.7.2016.
7. Brev til Foretaksregisteret vedrørende erklæring om ny revisor, datert 15.8.2016.
8. Referat fra ekstraordinært kvalitetsutvalgsmøte 23.8.2016.
9. Brev vedrørende medieutspill i UNN, datert 26.8.2016.
10. Brev fra Helse Nord RHF vedrørende mottak av pengegave til syklotron og skannere, datert 27.8.2016.
11. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 29.8.2016.
12. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 30.8.2016.
13. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 31.8.2016.

ST 75/2016 Eventuelt

ST 69/2016 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 22.6.2016 og 23.8.2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 14.9.2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtene 22.6.2016 og 23.8.2016.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtene 22.6.2016 og 23.8.2016.

Per Erling Dahl leverte følgende protokolltilførsel til sak 69/2016:

Bruk av bestemmelsen om unntatt offentlighet med henvisning til fvl. § 13.1 bør kun brukes i saker hvor personidentifikasjon er mulig.

ST 70/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 14.9.2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2016* til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2016* til orientering.

ST 71/2016 Virksomhetsplanlegging ved UNN –årshjul

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 14.9.2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar årshjul for virksomhetsplanlegging ved UNN.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar årshjul for virksomhetsplanlegging ved UNN.

ST 72/2016 Godkjenning av HMS-strategien ved UNN

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 14.9.2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner den reviderte strategien for Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-strategien) ved UNN, med virkningstid 2016-2020.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner den reviderte strategien for Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-strategien) ved UNN, med virkningstid 2016-2020.

ST 76/2016 Oppfølgingssak – Sivilombudsmannens rapport

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.9.2016

Saken ble under godkjenning av saklisten (sak 68) omgjort fra orienterings- til vedtakssak, og behandlet rekkefølgemessig i forkant av sak 73.

Direktøren gjorde følgende innstilling til vedtak:

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til foreløpig orientering, og viser til at det skal rapporteres også i kommende styremøter.
2. Styret viser til anbefalingene i Sivilombudsmannens endelige rapport, og ber om at det i neste møte fremlegges en konkret plan med tidsfrister for gjennomføring av tiltak samt forslag til indikator for monitorering av bruken av tvang.
3. Styret forutsetter at lovkravene for bruk av tvungent psykisk helsevern etterleves til enhver tid.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret tar saken til foreløpig orientering, og viser til at det skal rapporteres også i kommende styremøter.
2. Styret viser til anbefalingene i Sivilombudsmannens endelige rapport, og ber om at det i neste møte fremlegges en konkret plan med tidsfrister for gjennomføring av tiltak samt forslag til indikator for monitorering av bruken av tvang.
3. Styret forutsetter at lovkravene for bruk av tvungent psykisk helsevern etterleves til enhver tid.

ST 73/2016 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.9.2016

Innstilling til vedtak:

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

Skriftlige orienteringer

1. Tilsynssak ambulansetjenesten
2. Forberedelse til salg av C00
3. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan - kirurgisk akuttberedskap
4. UNN/UiT-forskning gir oppsiktsvekkende resultater – stentbruk ved hjerteoperasjoner
5. Etablering av partikkelterapi og protonbehandling
6. Oppfølgingssak – Sivilombudsmannens rapport (*Omgjøres til vedtakssak*)

Muntlige orienteringer

7. Innføring av nye regionale kliniske IKT-systemer i UNN høsten 2016
8. Pasienthotelltilbudet
9. Alvorlig hendelser ved UNN - *unntatt off. i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.*
 - Tre alvorlige hendelser i foretaket med vesentlige følger for pasient
 - Tre alvorlige hendelser i foretaket – dødsfall
10. Forsinkelse i sak 61/2016– Kontinuerlig forbedring
11. Status for Røntgenavdelingens status som utdanningsinstitusjon
12. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse
13. Partssammensatt arbeidsgruppe for åpenhetskultur i UNN
14. Status om streiken for Akademikerne
15. Status etter MRSA-utbruddet ved Nyfødt-intensivavdelingen

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar orienteringssakene til orientering.

ST 74/2016 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 14.9.2016

1. Ettersendt referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 4.2.2016.
2. Ettersendt referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 8.4.2016.
3. Tilbakemelding på tilbud om flyt-/fastrente, datert 7.7.2016.
4. Brev vedrørende *klage på lege ved UNN*, datert 13.7.2016.
5. Brev til Helse Nord RHF, vedrørende *Samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Forsvarets sanitet – anmodning om avklaringer rundt overordnede føringer*, datert 14.7.2016.
6. Brev fra Statsarkivet i Tromsø, vedrørende *Tilsyn med arkivforhold ved UNN HF Tromsø*, datert 21.7.2016.

7. Brev til Foretaksregisteret vedrørende erklæring om ny revisor, datert 15.8.2016.
8. Referat fra ekstraordinært kvalitetsutvalgsmøte 23.8.2016.
9. Brev vedrørende medieutspill i UNN, datert 26.8.2016.
10. Brev fra Helse Nord RHF vedrørende mottak av pengegave til syklotron og skannere, datert 27.8.2016.
11. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 29.8.2016.
12. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 30.8.2016.
13. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 31.8.2016.

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar referatsakene til orientering.

ST 75/2016 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 14.9.2016

Ingen saker.

Tromsø, 14.9.2016

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
79/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	5.10.2016
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Kristian Pettersen

Tertialrapport for UNN - andre tertial 2016 - med Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2016* til orientering.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *tertialrapporten for andre tertial 2016* og oversender denne til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Tertialrapportene fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) utgjør en rapportering av status til Helse Nord RHF på oppdragsdokumentet for 2016. Dette legges frem til behandling i styret som egen rapport (vedlegg 1). Kvalitets- og virksomhetsrapporten (vedlegg 2) presenterer resultater for helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse-, miljø- og sikkerhet. Denne rapporten oversendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdataene både på foretaks- og konsernnivå. Tertialvis har UNN valgt å presentere rapportene i samme styresak ettersom mange av punktene er sammenfallende.

Formål

Tertialrapporten skal vise framdrift på gjennomføring av punkter i oppdragsdokumentet. Kvalitets- og virksomhetsrapporten skal gi nødvendig ledelsesinformasjon om status ved UNN i forhold til eiers krav og interne satsningsområder.

Saksutredning

Kvalitet

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) som ble tatt til behandling fra venteliste per august 2016, var 66 (median 49) dager. Dette er 14 dager mindre enn for samme periode i 2015. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 54 (median

44) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet i gjennomsnitt 226 (median 198) dager. Antall pasienter på venteliste ved utgangen av august var 9 592, noe som er en nedgang på 4 301 pasienter (-31 %) fra året før.

Gjennomsnittlig ventetid for de som fortsatt står på venteliste er 75 dager. Dette er en reduksjon på 36 dager sammenlignet med samme tid i 2015 (-32 %). Ved utgangen av august var det 141 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Sammenlignet med utgangen av august 2015 er dette en reduksjon på 417 pasienter (-75 %). Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i august var 1 130, en nedgang på 37 (-3 %) fra i fjor. Antall fristbrudd ved utgangen av august var 76, en reduksjon på 13 (-15 %) sammenlignet med samme tid i 2015.

Andelen epikriser sendt innen syv dager var i august 76 % og 84 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall pasienter som lå på korridor per dag i august var 6, mens andelen strykninger av planlagte operasjoner var 3,65 %.

Aktivitet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+7 %). Dette skyldes høy poliklinisk aktivitet (8 % over plan) og innlagte dagopphold (+4 %). Antall døgnopphold er høyere enn plan (+1 %), og polikliniske dagbehandlinger er høyere enn plan (+6 %). DRG-aktiviteten¹ er 682 poeng over plan (+2 %) hittil i år. Antall røntgenundersøkelser er høyere enn plan (+8 %), mens antall laboratorieanalyser er høyere enn plan (+9 %).

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne har vært lavere enn plan (-9 %). Også aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge (-5 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (-6 %) er lavere enn plan.

Antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet har økt med 183 (+52 %) i august måned sammenlignet med samme periode i 2015. Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 185 utskrivningsklare døgn (-68 %). Pasienthotellet hadde i august 59 % belegg i perioden mandag til og med torsdag, mens andelen av innlagte døgn var 7,2 %.

Kvalitetsparametere som rapporteres i tertialrapporten

Risikostyring og internkontroll

Det er ikke gjennomført nye risikovurderinger i andre tertial. Oppfølgingen av vurderingen gjort i 1.tertial skjer nå delvis gjennom tavlemøter som er etablert i sykehusledelsen. Flere av risikoområdene er de samme som rapporteres som utfordrende i tertialrapporten.

Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

UNN deltar aktivt i arbeidet med å videreutvikle felles nasjonal løsning for Medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM). Det er ferdig implementert i UNN i mars

¹ *Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene.*

2016 og det arbeides nå med nasjonale rapporteringsmoduler som gjør det mulig å hente frem ledelsesinformasjon om MTU og BHM. UNN deltar aktivt i dette arbeidet og bidrar med rundt 600 timeverk pr år.

Anskaffelsesområdet

UNN har rapporter oversikt over løpende innkjøpsavtaler innen gitte frister. Utarbeidelse av en omforent plan for felles anskaffelser med andre foretak er forsinket og arbeidet vil tila i høst på dette området.

Pasientens helsetjeneste

For ventetider og fristbrudd vises det til ovenstående. I andre tertial har UNN hatt i gjennomsnitt 6 pasienter på korridor pr døgn. Det arbeides med flere tiltak for å redusere og fjerne pasienter på korridor.

UNN har etablert alle kreftpakkeforløp og disse overvåkes om monitorers gjennom tilbakemeldinger fra NPR og gjennom HN-LIS. I andre tertial har gjennomføringsgraden innen frist sunket noe og UNN har tatt 67 % av pasientene til behandling innen frist. Målkrevet er 70%. Andelen kreftpasienter registrert i forløp er 83%.

UNN har etablert et helhetlig tilbud til pasienter med sykkelig overvekt. Ventetiden monitorers og man har økt kapasiteten på lærings og mestringskurs. Brukeropplevd kvalitet registreres.

Bruk av resultatene fra nasjonale kvalitetsregister er varierende. Styret ble fremlagt rapporten «resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregister for sykehus i Helse Nord» i juni. Der fremgår det at flere, men ikke alle, av registrene har initiert forskning og forbedringsarbeid.

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

Personal

Antall månedsverk i august var 6 445. Dette er en nedgang på 118 månedsverk sammenlignet med samme måned i fjor. Det ble i august leid inn 52,6 sykepleiermånedsverk og 14,9 legemånedsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er økt med 40,5 månedsverk sammenlignet med samme måned i fjor, mens bruken av innleide leger har økt med 8,5 månedsverk.

Totalt sykefravær ved UNN i august 2016 var 7,1 %, og lavere enn plantallet på 7,5%. Sykefraværet var på over 9 % i første kvartal i 2016, men viser en nedgang mot sommeren. Denne utviklingen er som forventet grunnet naturlige sesongvariasjoner. Utviklingen i sykefravær hittil i år er tilnærmet lik utviklingen de siste to år for samme periode. Åtte av fjorten klinikker/sentrer har i august måned sykefravær som er lavere enn plantall. Hittil i år er sykefraværet på klinikknivå relativt stabilt.

Den største andelen av sykefraværet er langtidsfravær, som samvarierer med det totale sykefraværet. Første kvartal 2016 var langtidsfraværet stabilt på omlag 6 %, men viser moderat nedgang mot sommeren. Korttidsfraværet viser en stabil nedgang gjennom første kvartal og mot august 2016. Utviklingen innen både korttids- og langtidsfraværet hittil i år er lik utviklingen for samme periode i 2015.

Økonomi

Regnskapet for august viser et overskudd på 7,3 mill kr. Det er 4,0 mill kr høyere enn budsjettert, men 0,2 mill kr lavere enn styringsmålet. Akkumulert per august er det et budsjettavvik på +13,4 mill kr, men 20 mill kr lavere enn styringsmålet. For august er de samlede inntektene 8,7 mill kr lavere enn budsjettert, og driftskostnadene er samlet sett 12,6 mill kr lavere enn budsjettert i august. Lønnspostene har samlet sett et positivt avvik på 14,5 mill kr og andre driftskostnader viser et mindreforbruk på 1,3 mill kr. Finanspostene har et positivt avvik på 0,1 mill kr.

I 2016 er det budsjettert med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I august er det beregnet en realisert effekt på 9,8 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 63 %. Til og med august er gjennomføringsgraden 70 %.

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I august er det bokført investeringer for 16,3 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 6,7 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 38,9 mill kr. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 32,1 mill kr. UNN har per utgangen av august en likviditet på 745 mill kr.

Kommunikasjon

Sivilombudsmannens rapport fra et besøk i Psykiatrisk avdeling i Tromsø fikk mye medieoppmerksomheten i lokale medier i august. I tillegg ble et utbrudd av MRSA ved nyfødt intensiv avdeling i Tromsø i slutten av måneden en stor mediesak både lokalt og nasjonalt. UNN offentliggjorde selv denne saken i en pressemelding, og fulgte opp med oppdatert informasjon til media i flere dager etter utbruddet.

Av positive saker kan nevnes en pasientopplevelse ved UNN Narvik som fikk rosende omtale i Fremover hvor en rapport (PasOpp) om pasienters tilfredshet med sykehusopphold i 2015 ble omtalt.

Medvirkning

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter henholdsvis 19., 20. og 21.9.2016. Protokoller og referat fra møtene vil forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 5.10.2016.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten hadde spørsmål knyttet til *Den gylne regel*, om at det skal være større vekst i psykisk helsevern enn i somatikken. I tillegg var det spørsmål ved registreringspraksis knyttet til sykefravær, som bidrar til etterslep ved hvert månedsskifte. Det ble også stilt spørsmål ved at liggedager inkluderer utskrivningsklare pasienter, og om UNN dermed har et reelt sett lavere antall aktive behandlingsdøgn enn det som fremkommer i tabellen.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg stilte spørsmål ved hvordan UNN jobber lokalt (klinikkvis) for å nå sine mål, og ønsket en gjennomgang på hvordan UNN tenker ivareta brukermidvirkning for å nå sine mål. BAU tok også opp at UNN heller ikke i andre tertial klarer å etterleve *Den gylde regel*, og utvalget etterlyser hvilke tiltak som settes inn slik at målet i Oppdragsdokumentet nås.

For øvrig ga samtlige møter sin tilslutning til at saken sluttføres i tråd med innspill under møtene og deretter fremmes til styrebehandling.

Vurdering

Det er positivt at UNN i andre tertial er svært nær å ha nådd nasjonalt mål for gjennomsnittlig ventetid. Det viser at foretakets strategi med å arbeide for kortere ventetid gjennom å redusere antall langtidsventende over 12 måneder har vært riktig og har fungert. Med liten forskjell i gjennomsnittlig ventetid mellom avviklede pasienter og dem som fortsatt står på venteliste er det lite sannsynlig at det ikke skal være i samsvar med nasjonalt mål fremover.

Det er ikke tilfredsstillende at det fortsatt regelmessig forekommer fristbrudd, og at antallet har økt gjennom sommeren. Det er fortsatt behov for opplæring og sikring av kvalitet i gjennomføring av registreringene, det er behov for bedret langtidsplanlegging i flere enheter, og det er fortsatt reelle kapasitetsutfordringer på noen områder. Det siste gjelder nå særlig dagkirurgi, der det nå identifiseres og gjennomføres tiltak i samarbeid mellom primært Kirurgiskreft- og kvinnehelseklinikken og Operasjons- og intensivklinikken for å få avvirket etterslep og unngå fremtidige fristbrudd. Det viser seg at det i flere tilfeller heller ikke har vært mulig å skaffe disse pasientene tilbud gjennom Helfo, og utfordringen må derfor løses internt.

Andel kreftpasienter som inkluderes i pakkeforløp er fortsatt høy, mens andelen som gjennomføres innen normert tid har sunket litt under nasjonalt mål i sommer. Det er ikke tilfredsstillende. Utviklingen i antall langtidsventende, fristbrudd og pakkeforløpene viser at planleggingen av årets sommerferie ikke har vært god nok. Det pågår en nærmere evaluering av årets ferieavvikling og planlegging, og det er igangsatt arbeid for å sikre bedre planlegging neste år. I pakkeforløparbeidet har arbeidet med prostatakreftforløpene hele tiden vært en særlig utfordring, og det er nå tatt et regionalt initiativ for å identifisere tiltak for å bedre disse prosessene.

Parallelt med at antall utskrivningsklare pasienter har blitt redusert i sommer, har det også vært en klar nedgang i antall korridorpasienter. Dette er utvilsomt bra for kvalitet- og pasientsikkerhet, for pasientopplevelse, og for arbeidsmiljøet. Det er fortsatt sengeposter i foretaket som har for høyt belegg, og det må arbeides videre med å sikre gode pasientforløp på tvers av nivåene, bruk av pasienthotell, samhandling internt og eksternt, bruk av pasientsentrerte helsetjenesteteam og lokalsykehusprosjekt i UNN Tromsø, for å komme nærmere målsettingen om null korridorpasienter.

Den overordnede status i arbeidet med implementering av tiltaksområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet viser at det nå er god fremgang i arbeidet i mange enheter, men at det fortsatt ledelsesmessig fokus på gjennomføringen er helt påkrevet for å nå målet om full implementering på alle områder, innen årets utgang. Dette påpekes også i den regionale, interne revisjonen på gjennomføring av samstemming av legemiddellister, som omtales i statusrapporten for tilsyn som styret forelegges i dette møtet. Kvalitetsutvalget vil få seg forelagt en mer inngående statusrapport for oppfølging av pasientsikkerhetsprogrammet i slutten av september, og vil da anbefale tiltak for å sikre gjennomføring. Direktøren forventer at dette følges tett opp av linjeledelsen i klinikkene.

Poliklinisk aktivitet i somatikken er hittil i år betydelig over plan, og også høyere enn i fjor. Det er ikke holdepunkter for at antall henvisninger har økt, og den økte aktiviteten ser derfor i hovedsak ut til å være egengenerert. Det er i oppfølgingsmøter og i rapporteringen ikke fremkommet klare årsaker til dette, og dette følges opp i arbeidet med virksomhetsplanlegging for 2017. Det er også noe økning i antall liggedøgn i somatikken i forhold til plantallene, noe som høyst sannsynlig skyldes de mange liggedøgn med utskrivningsklare pasienter hittil i år.

Selv om UNN i virksomhetsplanen for 2016 hadde tatt høyde for at *den gylne regel* med høyere vekst i økonomi og aktivitet innen psykisk helse og rus enn i somatikken, viser utviklingen hittil i år at dette målet ikke vil nås. De somatiske klinikkene som har underskudd følges tett opp i forhold til korrigerende tiltak, og det arbeides med å sikre rekruttering og dermed øke aktiviteten innen psykisk helsevern. Det settes også igjen et økt fokus på å sikre korrekt aktivitetsregistrering i forhold til indirekte konsultasjoner i Psykisk helse- og rusklinikken.

Det totale sykefraværet ved UNN i august 2016 er på 7,1 %, og er lavere enn plantallet på 7,5 %. Sykefraværet var på over 9 % i første kvartal i 2016, men viser en nedgang mot sommeren. Denne utviklingen er som forventet grunnet naturlige sesongvariasjoner. Utviklingen i sykefravær hittil i år er tilnærmet lik utviklingen de siste to år for samme periode. Seks av fjorten klinikker/sentrer har i juli måned sykefravær som er lavere enn plantall. Hittil i år er sykefraværet på klinikknivå relativt stabilt.

Det økonomiske resultatet i august er nært styringsmålet på 7,5 mill kr. Akkumulert er resultatet 20 mill kr dårligere enn styringsmålet. Direktøren vurderer det som realistisk å opprettholde prognose i henhold til styringsmålet til tross for 20 mill kr under per august. UNN har en reserve sentralt på grunn av estimert årsoverskudd for medikamenter som UNN overtok finansieringsansvaret for. I tillegg ligger en sentral risikobuffer som vil bedre resultatet fremover.

Tromsø, 23.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Andre tertialrapport 2016 for UNN
2. Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2016



2. tertialrapport 2016 til

Helse-Nord R fra Universitetssykehuset Nord Norge



Innhold

1 Om rapporteringen	3
2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser.....	4
2.3 Risikostyring og internkontroll	4
2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	4
2.5 Anskaffelsesområdet	5
2.6 Klima- og miljøtiltak	5
3 Pasientens helsetjeneste	5
- ventetid, variasjon og effektivitet.....	5
3.1 Somatikk.....	12
3.2 Psykisk helsevern og rus.....	12
3.3 Samhandling	13
4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap	13
4.1 Kvalitet.....	13
4.2 Pasientsikkerhet.....	14
4.3 Smittevern	14
4.4 Beredskap	14
5 Personell, utdanning og kompetanse	14
5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	16
6 Forskning og innovasjon	17
7 Styringsparametere 2016.....	17
8 Oppfølging og rapportering	18
9 Sak til HF styrebehandling	18

1 Om rapporteringen

Se også Kap. 8.

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2016** til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2016, foretaksspesifikke mål 2016 og styringsparametere 2016.

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

De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

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

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

2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

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

2.3 Risikostyring og internkontroll

Mål 2016

- Gjennomførte risikovurderinger¹, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602).

Det er ikke utført nye, overordnede risikovurderinger i 2. tertial. Kvalitet og utviklingscenteret har bestillinger fra klinikkene på risikovurderinger i 3. tertial. Oppfølgingen av 1. tertial vurderingen skjer gjennom direktørens ledermøter der utfordrende mål og oppdrag gjennomgås regelmessig. Direktøren har fra august startet med tavlemøter i sykehusledelsen der foretakets hovedindikatorer samt områder med spesielle utfordringer diskuteres og tiltak skal planlegges, gjennomføres, kontrolleres og korrigeres dersom mål ikke innfris.

2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

- Innen første tertial etablere plan for innfasing til nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

Rapporteringstekst 2.tertial

Som et resultat av nasjonalt arbeid der UNN har deltatt aktivt, er det etablert en felles database (FDV) for både MTU og BHM. Arbeidet med oppsett av felles løsning har vært løst ved deltagelse i arbeidsgrupper sammen med en rekke sykehus der alle helseregioner var representert. UNN og Helse Midt har vært piloter i etableringsfasen av verktøyet mht MTU-databasen. UNN tok verktøyet for MTU i bruk i mars 2015, mens BHM fulgte året etter i mars 2016. Forsinkelsen for BHM's del skyldes at verktøyet ikke var ferdig utviklet før dette.

Implementeringsfasen for andre sykehus er et pågående arbeid og status per nå er at UNN, Helse Midt, Helgelandssykehusene og OUS har etablert felles FDV som muliggjør søk på tvers av databasene med potensiell nytteverdi både fra teknisk side (erfaringsdata og risikovurderinger), kvalitetssikring (prosedyrer og feilkoder) og økonomi (tallmateriale og aktivitetsrapportering).

Det pågår nå en videreutvikling av en tilleggsmodul til verktøyet for å sikre bedre rapportering primært til ledelsen av foretakene. Tidligere har Clic view vært vurdert, men Forvaltningsrådet har konkludert med at verktøyet Logi Analytics er mest egnet. OUS og Helse Midt har et samarbeid med leverandøren med tanke på å utarbeide funksjonelle rapporter som kan komme andre foretak til gode.

Det har siden oppstarten av dette prosjektet vært enighet om at en felles forvaltning og et nasjonalt Forvaltningsråd som kan utøve fellesoppgaver knyttet til systemet er nøkkelkomponenter for å hente ut de ønskede gevinstene. UNN deltar per i dag i arbeidet med administrering og videreutvikling av den nasjonale løsningen ved deltagelse i dette rådet som har en ramme på 3,5

¹ Viser til brev oversendt foretakene 24.2.2016 «Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2016»

årsverk nasjonalt. I prosjektet ligger det føringer for at UNN skal være den drivende parten innen Helse Nord der det er anslått at tidsforbruket vil ligge på ca 600 timer/år. I tillegg deltar UNN i Systemerstyret for FDV både på MTU-siden og BHM.

2.5 Anskaffelsesområdet

Samordning

Foretakene skal

- Innen 28.2.16 ha oppdatert oversikt over foretakets løpende, konkurransebaserte avtaler og levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og/- eller startes opp i løpet av 2016.

Rapporteringstekst 2.tertial

Oversikt over foretakets løpende innkjøpsavtaler samt oversikt over igangsatte og planlagte anskaffelser for 2016 ble oversendt Helse Nord RHF 26. februar i år.

- Innen 31.3.16 levere en omforent plan for hvilke anskaffelser som i 2016 kan gjøres felles for to eller flere av foretakene.

Rapporteringstekst 2.tertial

UNN hadde innen 31.3.16 ikke utarbeidet omforent plan for felles anskaffelser med andre foretak. UNN vil likevel senere i høst invitere de andre foretakene til deltakelse i felles tilbudskonkurranse på intraokulære linser. Dette er et avtaleområde UNN også per i dag administrerer på vegne av de andre foretakene, og der de medisinske fagmiljøene har vært enige om felles anskaffelse.

De aller fleste av de planlagte anskaffelsene som skal gjøres lokalt i 2016 er enkeltanskaffelser av utstyr eller tjenester som egner seg lite for samordning. UNN har heller ikke mottatt forespørsel fra andre foretak om deltakelse på noen av våre planlagte anskaffelser.

UNN har hatt store forventninger til at kategoristyringsprosjektet i regi av Helse Nord RHF allerede skulle ha fått utarbeidet kategori-/innkjøpgruppestrategier med tilhørende handlingsplaner inkludert planer for felles anskaffelser i Helse Nord.

2.6 Klima- og miljøtiltak

Ingen rapporteringspunkter etter 2. tertial.

3 Pasientens helsetjeneste

- ventetid, variasjon og effektivitet

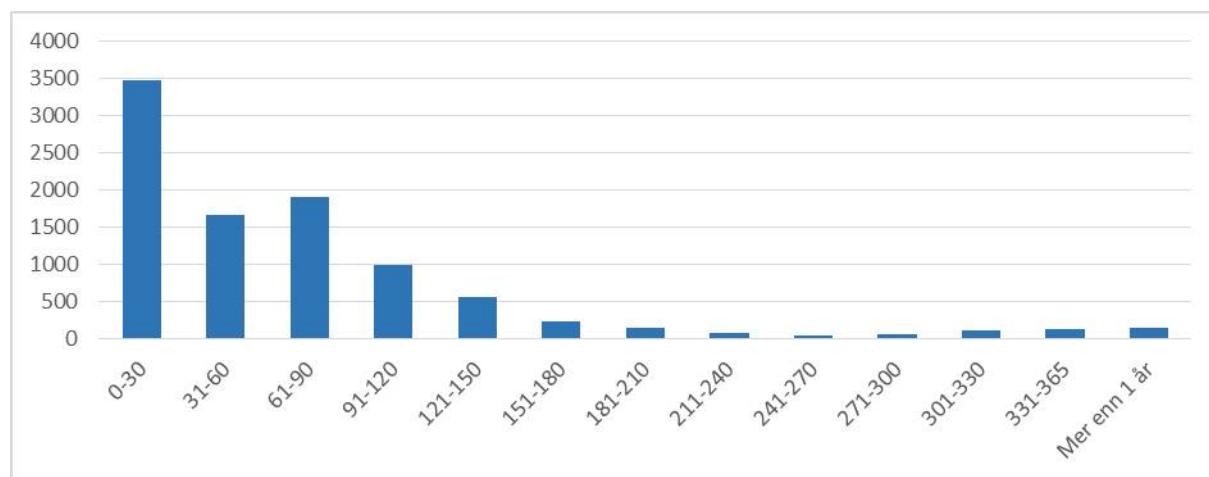
Mål 2016

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.

Rapporteringstekst 2.tertial

Gjennomsnittlig ventetid var ved utgangen av 2.tertial 66 dager for pasienter avviklet i august. Ventetiden har vært stabilt nedadgående og har i perioden mai – juli vært under resultatkravet. Økningen i august skyldes sesongvariasjon etter lavdrift i sommer og det ventes at dette justerer seg inn i løpet av høsten.

For pasienter som fortsatt står på venteliste er gjennomsnittlig ventetid bare litt høyere enn gjennomsnittlig ventetid for de avviklede. Dette innebærer at sannsynligheten for at ventetid for avviklede pasienter skal øke vesentlig fremover er svært liten. Det arbeides fortsatt med å få ned antallet langtidsventende. Vedlagte kurve venstreforskyves månedlig og viser at det avvikles i den «lange» enden. UNN har få pasienter som har ventet lenge og trekker opp den gjennomsnittlige ventetiden. 349 pasienter henvist før 01.11.2015 uten rett til prioritert helsehjelp står på venteliste ved utgangen av 2. tertial 2016.

Pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)

- Ingen fristbrudd.

Rapporteringstekst 2.tertial

Antall fristbrudd varierer nå mellom 20 og 60 ved utgangen av hver måned. Fristbruddene følges nå regelmessig i tavlemøter i direktørens ledergruppe. Det har hittil i år vært reelle kapasitetsutfordringer innen enkelte områder, blant annet hjertelab og dagkirurgi. Førstnevnte er løst ved å øke kapasiteten (= flere ansatte), mens det nå pågår arbeid for å løse utfordringen med etterslep på dagkirurgi. Det er fortsatt utfordringer med feilregistreringer og ikke tilstrekkelig langtidsplanlegging i enkelte enheter. Foretaket har hatt stor nytte av gjennomgangene til det regionale innsatsteamet, og vil bruke disse erfaringene systematisk fremover.

- Ingen korridorpasienter.

Rapporteringstekst 2.tertial

Antall korridorpasienter har før sommeren vært stabilt og varierer rundt ti pasienter pr døgn i gjennomsnitt, med en klar nedgang i sommer som følge av færre utskrivningsklare pasienter. Ved utgangen av august hadde UNN seks pasienter på korridor pr døgn i gjennomsnitt. Det arbeides med kommunene, først og fremst Tromsø for å få utskrivningsklare pasienter videre i kjeden. Pasientforløpsarbeidet fortsetter og det er et vedvarende fokus på muligheter for jevnere drift, mer dagbehandling og bruk av pasienthotell, i tillegg til det pågående lokalsykehusprosjekt indremedisin i UNN Tromsø.

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

Rapporteringstekst 2.tertial

Andelen kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er ved utgangen av august 83%. Tallet er beregnet ut fra pasienter med påbegynt forløp i 2016 (NPR-rapportering).

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

Rapporteringstekst 2.tertial

Andelen kreftpasienter som har påbegynt behandling innenfor frist er ved utgangen av august 67 %. Tallet er beregnet ut fra pasienter med påbegynt forløp i 2016. (NPR-rapportering). Andelen har falt noe i 2. tertial, hvilket tilskrives ferieavvikling med lavdrift. Kreftpakkeforløpene følges tett i direktørens ledermøter og data fra HN-LIS medio september viser at andelen er i ferd med å ta seg opp igjen.

- Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft). Mål minst 70 %

Rapporteringstekst 2.tertial

Brystkreft 88%
Lungekreft 91%
Prostatakreft 76%
Endetarmskreft 85%

Samlet innfrir disse 4 krefttypene kravet på 70%

- Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid. Mål minst 70 %

Rapporteringstekst 2.tertial

Brystkreft 67%
Lungekreft 73%
Prostatakreft 47%

Endetarmskreft 60 %

UNN oppfyller ikke kravet til andel pasienter innen standard forløpstid på 3 av 4 kreftformer. For brystkreft, lungekreft og tykk-/endetarmskreft skyldes dette sesongvariasjon med lavdrift i 2. tertial. Median forløpstid i UNN er lavere enn standard forløpstid, med unntak av prostatakreft. Det er nå tatt initiativ til en regional prosess for å identifisere tiltak som kan bidra til raskere gjennomføring av prostatakreft forløpene.

- Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt). Mål minst 70 %

Rapporteringstekst 2.tertial

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	123	109	88	70
Hode- halskreft	44	36	81	70
Kronisk lymfatisk leukemi	7	2	28	70
Myelomatose	11	7	63	70
Akutt leukemi	14	6	42	70
Lymfom	44	36	81	70
Bukspyttkjertelkreft	39	31	79	70
Tykk- og endetarmskreft	110	94	85	70
Blærekreft	55	46	83	70
Nyrekreft	34	30	88	70
Prostatakreft	141	108	76	70
Peniskreft	3	3	100	70
Testikkelkreft	15	15	100	70
Livmorkreft	39	35	89	70
Eggstokkreft	28	26	92	70
Livmorhalskreft	20	18	90	70
Hjernekreft	28	16	57	70
Lungekreft	95	87	91	70
Kreft hos barn	6	5	83	70
Kreft i spiserør og magesekk	37	34	91	70
Primær leverkreft	10	8	80	70
Skjoldbruskkjertelkreft	24	22	91	70
Føflekkreft	55	45	81	70
Galleveiskreft	14	4	28	70
Totalt	996	823	83	

UNN innfrir kravet på andelen i pakkeforløp på 23 av 28 kreftforløp. Det arbeides kontinuerlig med kreftforløpene og disse følges opp i direktørens ledermøter.

- Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid. Mål minst 70 %.

Rapporteringstekst 2.tertial

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	107	66	61	26	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	21	20	95	9	24
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	22	18	81	20	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	4	100	4	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	18	11	61	25	28
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	6	100	7	30
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	7	7	100	3	8
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	41	26	63	14	21
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	5	2	40	37	28
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	18	8	44	38	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	3	3	100	21	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	85	51	60	31	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	1	50	0	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	14	9	64	27	39
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	59	44	74	31	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	10	7	70	34	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	41	46
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	28	10	35	49	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	53	20	37	74	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	58	26	44	42	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	4	57	24	66
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	68	37
TESTIKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	1	100	3	31
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	2	40	61	38
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	31	24	77	29	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	36	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2	2	100	20	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	38	32	84	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	7	4	57	30	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	10	8	80	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	2	50	27	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	6	5	83	24	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	16	14	87	9	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	12	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	31	18	58	42	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	18	16	88	21	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	33	26	78	26	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	57	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	5	100	3	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	6	4	66	2	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	13	13	100	25	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	9	8	88	33	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	3	0	0	45	39
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	27	14	51	41	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1			36	43
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	60	56	93	12	35
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	5	100	30	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	56	43	76	16	22

Ved utgangen av 2. tertial er det flere av kreftforløpene som ikke innfrir kravet til standard forløpstid. Dette skyldes i hovedsak effekten av lavdrift i 2.tertial. Resultatene følges opp jevnlig i direktørens ledergruppe og er tema for tavlemøter der tiltak diskuteres og iverksettes.

- Opprette helhetlig pasientforløp for sykkelig overvekt og måle effekt av implementering herunder utvikling i ventetid (volum) og pasientopplevd kvalitet.

Rapporteringstekst 2.tertial

Pasientforløpet for sykkelig overvekt er standardisert der pasienten gjennomgår kartlegging og veiledningskonsultasjon hos sykepleier før lege konsultasjon med fokus på medisinske

følgetilstander. Pasientene deltar på lærings og mestringskurs (LMS) som etterfølges av gruppeveiledning over ca. 6 mnd. Forløpet avsluttes med legekonsultasjon. I samråd med pasienten henvises de enten til kirurgisk overvekts behandling, rehabilitering eller tilbake til primærhelsetjenesten.

Ventetiden følges nøye og det er en viss ventetid på LMS kurs. UNN har derfor økt fra 4 til 6 kurs pr år. Alle som er på LMS kurs besvarer et spørreskjema som kartlegger pasientopplevd kvalitet.

- Bruke data fra nasjonale kvalitetsregistre systematisk i lokalt klinisk
- Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.

Rapporteringstekst 2.tertial

For å kunne anvende data fra nasjonale kvalitetsregistre i forbedringsarbeid er det avgjørende med tilstrekkelig dekningsgrad. Fagmiljøene i UNN bekrefter at det registreres data i alle aktuelle kvalitetsregistre fra UNN, og mange fagmiljø gjør en meget stor og ressurskrevende innsats for å sikre høy dekningsgrad. Styret i UNN ble i juni forelagt en orienteringssak om resultat kvalitet som bygger på rapporten «Resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre for sykehus i Helse Nord». De fremstilte resultater fra kvalitetsregistrene viser gode resultater på noen områder, middels resultater på noen områder og mindre gode resultater på noen områder. Det pekes på flere områder der fagmiljøene dels har brukt resultatene til forbedringsarbeid, dels pågår slikt arbeid og dels er det under planlegging. Flere av fagmiljøene i UNN bruker data fra kvalitetsregistrene i forskningsprosjektene før eventuelt forbedringsarbeid iverksettes, for slik å sikre at endringer er evidensbaserte, eksempelvis ryggregisteret. Det er gjennomført forbedringer i blant annet slagbehandling og oppfølging av diabetes hos barn og unge basert på registerdata.

UNN har de siste to årene økt fokuset på sykehusinfeksjoner, og intensivt arbeidet med å forebygge disse i betydelig grad, blant annet gjennom utvikling av et antibiotika-styringsprogram og innføring av månedlige smittevernvisitter i alle sengeposter.

Noen, men langt fra alle, nasjonale kvalitetsregistre inkluderer pasientrapporterte erfaringsvurderinger (PREMs) og/eller pasientrapporterte resultatparametere (PROMs). Det er ønskelig og viktig at flere av registrene utvikles til å inkludere også slike data, som ledd i å ha datagrunnlag for å ytterligere utvikle og forbedre tjenestene. Det arbeides med å få inn slike PREMs og PROMS i flere nasjonale kvalitetsregistre der UNN har databehandleransvar.

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

Rapporteringstekst 2.tertial

Kostnader inkl. avsk, medikament og pensjon	Endring
VOP	-8,4 %
BUP	1,4 %
RUS	6,8 %
Somatikk	1,2 %
Kostnader ekskl. avsk, medikament og pensjon	Endring
VOP	-4,1 %
BUP	6,6 %
RUS	14,2 %
Somatikk	4,4 %
Aktivitet	Endring
VOP	-2,2 %
BUP	1,5 %
RUS	-11,0 %
RUS ekskl. LAR	2,0 %
Somatikk	4,4 %
Månedsværk	Endring
VOP	-2,1 %
BUP	-1,8 %
RUS	-8,1 %
Somatikk	1,3 %

Veksten innen psykisk helse er mindre enn for somatisk virksomhet på de gitte indikatorene i UNN. Gylden regel er definert på et regionalt nivå. I virksomhetsplanen for 2016 er den gyldne regel hensyntatt, med høyere planlagt vekst både i budsjett og aktivitet innen psykisk helse og rus enn innen somatikk. Imidlertid bruker Psykisk helse- og rusklinikken ikke opp sitt budsjett hittil i år, hovedsakelig som følge av mangel på fagpersoner. Dermed blir aktiviteten også lavere enn plan innen dette området. En medvirkende årsak til nedgang i aktivitet innen TSB er at den planlagte desentralisering av LAR-oppfølgingen til Helgeland og Finnmark er gjennomført. Et systematisk overforbruk og aktivitet høyere enn plan i de somatiske klinikkene bidrar også vesentlig til at den gyldne regel ikke overholdes hittil i år i UNN.

Universitetssykehuset Nord- Norge

- Ferdigstille og oppsummere PING -prosjektet innen andre tertial. Gi anbefaling til regional bruk av løsningen.

Rapporteringstekst 2.tertial

Det har vært utprøvinger i poliklinikk og sengepost ved utplasserte Ipad. Erfaringene så langt er at relativt få pasienter gir tilbakemelding uoppfordret. Konklusjonen er også at det er rom for forbedring i selve designet, dette er nå utført etter pilot gjennomgangen. I tillegg til Ipad-løsningen foreligger det nå tilgjengelige skjema på WEB som kan benyttes til tilbakemeldinger. Disse kan distribueres gjennom nettsider, mail og SMS.

Videre arbeid i 2. tertial er å ferdigstille rapportløsninger og se på import av data til HN-LIS. Flere avdelinger etterspør nå om det finnes en elektronisk løsning. Piloterfaringen viser at det må en sterk lederforankring til for at pasienter skal gi tilbakemeldinger. Det må være tydelig ønsket gjennom linje og behandler.

Prosjektet vil i løpet av oktober måned komme med evalueringsrapport av pilotene. Det har valgt å gjøre småskala tester og gjør korrigeringer underveis etter forbedringsmodellen. I september

planlegges ytterligere to tester etter korrigeringer fra sommerens piloter.

3.1 Somatikk

Mål 2016

3.2 Psykisk helsevern og rus

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Bidra med kompetanse ved overføringen av LAR-ansvaret til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. Rapporteres innen utgangen av første tertial.

Rapporteringstekst 2.tertial

Pasientene ble overført til Finnmarkssykehuset pr 1. jan 2016. Helgelandssykehuset overtok hele sitt ansvarsområde fra 1. mai 2016. UNN har hatt overføringsmøter. I tillegg har UNN opprettet et LAR-nettverk i Helse Nord for ledere, overleger og brukerorganisasjon som arbeider med LAR. Helse Nord har innvilget midler til nettverket.

- Sikre tilgjengelighet til forsvarlige medikamentfrie tilbud for pasienter i psykisk helsevern innen 1. juni 2016. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

Rapporteringstekst 2.tertial

Medikamentfri behandlingseenhet ved UNN er under etablering med planlagt oppstart medio november 2016.

Leder er på plass i 100 % stilling fra 01.08.16. Det er videre foretatt ansettelse av fagutvikler, erfaringskonsulent og psykologspesialist. Det er videre utsendt ansettelsestilbud i forhold utlyste turnusstillinger. LIS er engasjert. Resterende stillinger utlyses i lys av tilsetninger i allerede utlyste turnusstillinger.

Utforming av tilbudet skal skje i nært samarbeid med brukerorganisasjonene. Arbeidsgruppen for mer konkret utforming av tilbudet er etablert og hadde første møte 12.08.16. Brukerorganisasjonene er i.h.t. omforent protokoll representert her. Brukerorganisasjonene har forøvrig her uttrykt fornøydhet med at en har valgt å etablere en egen enhet for tilbudet (andre steder er tilbudet f.eks. etablert som del av annen enhet).

Forskning vil være en integrert del av virksomheten. Det vil bli knyttet egen følgeforskning til tilbudet. Forskningsprotokoll er under utarbeidelse med frist 01.09.16. Informasjonsarbeid vedrørende tilbudet vil være viktig fremover. En vil i dette arbeidet også ha kontakt med RHF.

- Opprette et regionalt tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser (OCD) for barn og unge. Tilbudet skal også kunne gis over lyd/bilde. Sikre drift av OCD-team for voksne, herunder nødvendig implementering og opplæring.

Rapporteringstekst 2.tertial

Etablering av regionalt tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser (OCD) for barn og unge etableres av Barne- og ungdomsklinikken. De desentrale barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene som tidligere var enheter i Psykisk helse- og rusklinikken er fra 01.09.16 organisert som del av Barne- og ungdomsklinikken. Helse Nord har mottatt egen rapport om framdriften i dette arbeidet i september 2016.

Regionalt OCD-team for voksne er etablert i regi av Psykisk helse- og rusklinikken med organisering som del av Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, poliklinikk. Teamet har vært i drift fra 2014.

3.3 Samhandling

- Iverksette tiltak for å gjøre tjenesteavtalene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kjent, med tertialvis rapportering på status.

Rapporteringstekst 2.tertial

OSO har nedsatt et eget KSU (Klinisk samarbeidsutvalg) som har revidert Overordnet samarbeidsavtale og de underliggende tjenesteavtalene (unntatt tjenesteavtale 4 og ledsageravtalen). De reviderte avtalene er anbefalt av OSO, vedtatt av styret i UNN og er nå under behandling i kommunene. Arbeidet med tjenesteavtale 4 samt ledsageravtalen er i gang, samtidig skal KSUet laget en sak til OSO om tiltak for å gjøre disse kjent i løpet av høsten.

- Sikre at foretakets rutiner for utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon er i samsvar med tjenesteavtale 5, med tertialvis rapportering på status.

Rapporteringstekst 2.tertial

Samhandlingsavdelingen har en prosjektstilling som «utskrivningskoordinator», hvor målet er å kvalitetssikre at rutiner knyttet til utskrivning blir fulgt. Prosedyrer for utskrivning blir oppdatert som følge av revidert tjenesteavtale 5. Utskrivningskoordinator ivaretar også opplæring ute i den enkelte klinikk / avdeling.

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

4.1 Kvalitet

Mål 2016

- Dokumentere at alle relevante ansatte får opplæring i pasientadministrative systemer.

Rapporteringstekst 2.tertial

Fagforum pasientadministrative rutiner har, med bakgrunn i HOS-prosjektets opplæringsstruktur, utarbeidet overordnet opplæringsstruktur for UNN som er godkjent av direktørens ledergruppe. Ved

implementering av HOS trinn 2 i UNN (felles journal i Helse Nord) juni – oktober 2016 er denne strukturen benyttet og ser ut til å fungere. Det er utarbeidet e-læringskurs for en del prosedyrer og EPJ-rådgivere gjennomfører tilpasset klasseromsundervisning for 150 superbrukere fra forskjellige faggrupper ved klinikkene. Superbrukeropplæringen er tilpasset slik at superbrukerne settes i stand til å gjennomføre opplæring av sluttbrukerne internt i egen klinikk.

Det er en stor utfordring å sikre god og tilgjengelig dokumentasjon på opplæring av ansatte i foretaket, særlig utover kurs som ligger i den regionale e-læringsportalen. Innføring av den regionale kompetansemodule tilknyttet Personalportalen som nå står for døren vil være et svært viktig tiltak for å løse denne utfordringen.

4.2 Pasientsikkerhet

4.3 Smittevern

- Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig i henhold til forskrift. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine prevalenstall to ganger i året til Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst 2.tertial

Prevalensregistrering ble i første tertial utført 11. mai 2016. Alle enheter ved de tre sykehusene gjennomførte registreringen.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har satt som krav for 2016 at prevalens av sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 %. Prevalenstallet for UNN HF var på 5,3 %. UNN jobber kontinuerlig med tiltak for måloppnåelse, herunder fortsatt fokus på smittevernvisitter, gjennomføring av pasientsikkerhetsprogrammets tiltaksområder og grundige gjennomganger og tiltaksplaner i forhold til enkelte kirurgiske inngrep.

- NOIS-registrering: Det skal være minst 95% oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine infeksjonstall for hvert tertial til Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst 2.tertial

Frist for innlevering av NOIS tall første tertial til FHI var 1. september. Disse tallene er pr. dato ikke sendt ut i UNN til aktuelle avdelinger og ledelse. Årsaken til forsinkelsen er MRSA utbruddet på Nyfødt Intensiv

4.4 Beredskap

5 Personell, utdanning og kompetanse

- Ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, innen 30. juni, med seks måneders planleggingshorisont, både i GAT og DIPS.

Rapporteringstekst 2.tertial

Legers tjenesteplaner ligger i GAT for noen få seksjoner/avdelinger i UNN.

I vår ble det gjennomførte et pilotprosjekt i Medisinsk klinikk med bistand fra GATsoft for å få tjenesteplanene lagt inn i GAT for denne klinikken. Det ble gjennomført for nesten hele klinikken. Planen er å få de resterende tjenesteplanene lagt inn i klinikk for klinikk. På grunn av midlertidige kapasitetsproblemer hos GATsupport i UNN blir dette arbeidet dessverre forsinket.

Rekrutteringsprosessene er godt i gang, men det vil ta noen måneder før GATsupport er tilbake på tidligere kapasitetsnivå. Det er derfor noe usikkert når og hvor fort vi får lagt inn tjenesteplanene for de øvrige klinikkene. I løpet av høsten vil det bli utarbeidet plan for videre arbeid.

- Ha oppdaterte planer for videreutdanning innen 1. juni 2016 og ha oversikt over utdanningskapasitet.

Rapporteringstekst 2.tertial

Planer for videre- og masterutdanninger

UNN har laget oversikt over utdanningskapasitet for alle relevante utdanninger og er presentert i en egen virksomhetsrapport. Virksomhetsrapporten gjelder 2015, tallene for 2016 er under utarbeidelse og vil foreligge ved neste tertialrapportering.

Det er utarbeidet egen handlingsplan for UNNs utdannings samarbeid med Norges Arktiske Universitet, UiT Helsefakultetet. Dette styrer utdanningskapasitet og utdanningstilbud.

1. Ny struktur og utdanningsløp for spesialistutdanning for leger

Behov for og omfang av «ledige» stillinger for midlertidig tjenestegjøring for leger fra andre helseforetak og øvrige utdanningsinstitusjoner har vært vurdert, og knyttet til dimensjonering av stillinger ved gruppe-1-sykehusene.

Fremdrift i arbeidet:

- Regional koordinator startet opp 1. mars 2016
- Lokal koordinator UNN på plass pr. 1.3.16.
- Medisinsk fagsjef (faglig rådgiver LIS) starter opp 1.10.16
- Regional og lokal koordinator bidrar inn prosjektgruppen for etablering av ny nasjonal spesialistutdanning for LIS
- Regionalt nettverk for koordinering av gruppe 1. tjeneste er etablert og i gang med arbeidet
- Arbeid for utforming og etablering av regionalt utdanningscenter i prosess
- Planlegging for gjennomføring av pilot for virksomhetsoverdragelse av legeföreningens kurskontor pr. 1.1.17 er under arbeid.
- Endring av introduksjonsdagene for nye turnusleger er samkjørt mellom UNN Tromsø, UNN Harstad og UNN Narvik, og tilpasninger for nytt utdanningsløp prøves ut fortløpende

2. UNNS satsning på rekruttering til utdanningsstillinger - videreutdanninger innen spesialsykepleie

- Opptak Kull 2016 - videreutdanning innen anestesi-, barn-, intensiv, -kreft, -og operasjonssykepleie (ABIKO). Her ble det igangsatt rekrutteringsprosess og prosess for ansettelse i UNNs utdanningsstillinger, basert på behovskartlegging i de aktuelle

klinikker. *Totaltallet ved studiestart var på 48. Søknadsmengden anses som god utenom for videreutdanning i kreft- og barnesykepleie.*

- UNN har i samarbeid med Norges arktiske universitet, UiT, Helsefakultetet startet en prosess for å etablere videreutdanning innen akuttsykepleie, tuftet på somatiske akuttmottak, AMK-sentral etc. Utgangspunktet for prosessen er behovskartleggingen i UNNs klinikker.

4. Videreutdanning i nukleærmedisin og strålevern

- UNN har i samarbeid med Norges arktiske universitet, UiT, Helsefakultetet startet prosess med opprettelse av 15 poengs-kurs i nukleærmedisin og strålevern. Arbeidet er basert på UNNs behov for denne type kompetanse fremover.

5. Videreutdanning for helsesekretærer og kontorfaglig personell på fagskolenivå

- UNN har 15 studieplasser på nettstudiene Helsekoordinator og Helseadministrasjonssekretær ved eCademy. Antall studieplasser er basert på behovskartlegging i UNNs klinikker. Studieplassene finansieres gjennom Troms Fylkeskommune, Utdanningsetaten.

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Mål 2016

- Følge opp felles regional plan for gjennomføring og videreutvikling av medarbeiderundersøkelsen.

Rapporteringstekst 2.tertial

UNN har etablert en overordnet lokal plan for gjennomføring av MU i 2016 og oppfølging av undersøkelsen i 2017. Selve undersøkelsen blir gjennomført i ukene 46-48. Planleggingsarbeid og forberedelser i henhold til plan er iverksatt og vil løpe fremover. Det vil bli gitt opplæring og informasjon til ledere, verneombud og tillitsvalgte i forkant av undersøkelsen.

UNN vil ta stilling pilotering av ny nasjonal samordnet undersøkelse - Kulturundersøkelsen og melder forslag inn til Helse Nord RHF i løpet av høsten.

- Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Primært skal dette gjøres internt mellom egne sykehus, men også på tvers av helseforetakene for egnede områder av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer.

Rapporteringstekst 2.tertial

UNN skal i løpet av høsten 2016 foreta en evaluering av årets sommerferieavviklingen.

Evalueringen vil bygge på en lokal vurdering av samsvar mellom planlagt resultat og faktisk resultat i ferieperioden (basert på prinsippene i ABP) og analyser av en del måleparameter som bruk av overtid, vakansvakter, innleie fra byrå og omfang av særskilte sommertiltak i den enkelte klinikk, samt utvikling i ventetid, fristbrudd, gjennomføring av kreftpakkeforløp og utvikling i meldte avvik med mer.

Evaluering av ferieavviklingen 2016 vil danne grunnlag for planlegging av ferieavviklingen 2017. UNN har for ferieavviklingen 2017 lagt til rette for god informasjonsflyt og koordinering gjennom etablering av interaktiv plattform for informasjonsdeling mellom klinikkene knyttet til ferieperioden. UNN har i tillegg besluttet endringer i planlegging og håndtering av ferieavvikling for å oppnå samme kvalitet på tjenesten i denne perioden som ellers i året. Prinsippene om aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) skal være gjeldende under ferieavvikling som ellers i året. Behov/definert aktivitet og vikartilgang, samt samordning med samarbeidende klinikker skal være førende for planlegging, slik at en overordnet føring på 2- eller 3-delt kun blir veiledende. UNN har besluttet å etablere en klinikkovergripende arbeidsgruppe med det formål å sikre like prosesser for ferieplanlegging, standardiserte aktivitets- og bemanningsplaner, felles forståelse av behov for samhandling, sterk styring av ferieavvikling, prioriteringer knyttet til driftsreduksjon, avklaring av innleiebehov og vurdering av personellflyt på tvers av klinikkene. UNN venter også på resultat av arbeidet knyttet til ferieavvikling som pågår i Helse Nord og vil vurdere hvordan vårt arbeide sammenfaller med bedre samordning mellom foretakene i Helse Nord.

- Ha et gjennomsnittlig sykefravær under 7,5 % for 2016. I første tertial rapporteres tiltak for å nå målet.

Rapporteringstekst 2.tertial

Alle enheter i UNN skal ha utarbeidet mål og handlingsplaner innen IA. Planene skal minimum beskrive enhetenes arbeid i forhold til:

- Gjennomføring og oppfølging av medarbeiderundersøkelse. Dvs. gjennomgang av resultater og utarbeidelse av bevarings- og forbedringstiltak.
- Tilby utviklingssamtaler til alle medarbeidere i hver enhet.
- Obligatorisk IA-opplæring for ledere med personalansvar, og IA-opplæring som tilbud til tillitsvalgte og verneombud.
- Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere iht. prosedyre «Oppfølging av gravide arbeidstakere».
- Enheter med sykefravær over 7,5% skal identifisere og analysere årsaker til fravær og sette inn tiltak som kan reduserer dette.
- Voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri samt rus skal jobbe med forebygging av vold og trusler.

Det er gjennomført og planlagt en rekke IA kurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud i 2016. Ett av temaene på IA kurset er forebygging av sykefravær, deriblant forebygging av trusler og vold på arbeidsplassen. Det er planlagt 3 kurs om oppfølging av gravide arbeidstakere i 2016. Det er gjennomført risikovurdering av trusler og vold i enheter som har høyt fravær. Risikovurderingene danner grunnlag for arbeidet med målrettede tiltak.

6 Forskning og innovasjon

7 Styringsparametere 2016

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

Ingen rapporteringspunkter etter 2. tertial.

8 Oppfølging og rapportering

Der er kun offisielle NPR data som er grunnlag for rapportering, og der det er mulig kan NPR data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Andre nyttige linker som kan brukes for innhenting av informasjon:

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

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

Helsenorge - Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer

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

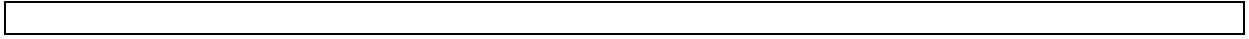
Nasjonale medisinske kvalitetsregistre - <http://www.kvalitetsregistre.no/kvalitetsregistre/>

9 Sak til HF styrebehandling

- Tertialvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2016, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2016, med tiltak.

Rapporteringstekst 2.tertial		
UNN har identifisert punkter i oppdragsdokumentet for 2016 som vi ser blir utfordrende å gjennomføre. Disse er sammenfallende med tilsvarende punkter etter 1. tertial. Punktene er fremstilt i nedenstående tabell, som også beskriver tiltak det arbeides med for å nå målene så langt det anses mulig.		
Oppdragspunkt	Årsak	Tiltak
Ingen sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016.	Krevende målsetning	UNN jobber systematisk mot visjonen, og arbeider systematisk med mange tiltak for å komme nærmere 0 visjonen.
Et sykefravær under 7,5 % for 2016.	Sykefraværet kan reduseres over tid – det vil ta tid før tiltak blir virkningsfulle i en stor organisasjon.	Følger opp med systematisk arbeid med IA-handlingsplan i alle enheter, definerer tiltak i alle enheter med sykefravær over nasjonalt

		mål
Ingen korridorpasienter.	Fortsatt mange korridorpasienter. Mange utskrivningsklare pasienter er en hovedårsak.	Jobber mot kommunene, først og fremst Tromsø. Pasientforløpsarbeid. Mer dagbehandling. Bruk av pasienthotell. Lokalsykehusprosjekt indremedisin i UNN Tromsø. Pasientsentrerte helsetjenesteteteam.
Legge til rette for innregistrering av PROMs i kvalitetsregistrene.	Mangler blant annet tekniske løsninger	I dialog med registrene om PING kan være en løsning.
Iverksette tiltak, sammen med pasienter og deres pårørende, for å bedre helsepersonells kommunikasjon og informasjon (muntlig og skriftlig).	Ikke iverksatt systematiske tilbakemeldinger i alle deler av organisasjonen.	Bruk av pasienttilbakemeldinger – PING rapporteringer. Oppfølging av «mine behandlingsvalg». Forløpskoordinatorer kreftpakkeforløpene. Bruk av brosjyren «Bare spør». Invitere til diskusjon/innspill fra Brukerutvalget.
Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).	Dette er ivaretatt i virksomhetsplanen for 2016, men så lenge de somatiske klinikkene overskrider budsjett og Psykisk helse- og rusklinikken har store rekrutteringsutfordringer og underforbruk er dette utfordrende å nå.	Tiltak for å holde budsjett i de somatiske klinikkene, samt bedre aktivitetsstyringen i somatikken. Intensivere arbeidet med å rekruttere behandlere til de desentraliserte enhetene innen psykisk helse og rus for derved å oppnå de fastsatte aktivitetsmålene.
Dokumentere at alle relevante ansatte får opplæring i pasientadministrative systemer.	Manglende system for kompetanse-styring	Det gjøres mye og systematisk opplæring, men dokumentasjonen av denne er krevende når den må gjøres manuelt. Tiltak er primært å bidra i regionalt prosjekt med innføring av kompetansestyringssystem (Dossier), og sikre god implementering av dette i UNN i løpet av 2017.
Etablere et eget tilbud til sped- og småbarns psykiske helse (0-3 år.)	Mangler finansiering.	Starter planlegging når inntektsmodellen gjennomføres.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

August 2016



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Kvalitet	4
Pakkeforløp – kreftbehandling.....	4
Ventetid	10
Fristbrudd.....	12
Korridorpasienter	14
Strykninger	14
Epikrisetid	15
Aktivitet.....	16
Somatisk virksomhet	16
Psykisk helsevern voksne	19
Psykisk helsevern barn og unge.....	20
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	20
Samhandling	21
Utskrivningsklare pasienter	21
Bruk av pasienthotell	23
Personal	24
Bemanning	24
Sykefravær (oppdatert per juli)	27
Kommunikasjon	29
Sykehuset i media.....	29
Økonomi.....	30
Resultat	30
Gjennomføring av tiltak.....	34
Prognose.....	34
Likviditet.....	35
Investeringer.....	36

Hovedindikatorer UNN HF

<p>Antall langtidsventende ved utgangen av august (ventet mer enn 12 måneder)</p> <p style="text-align: center;">141</p>	
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av august</p> <p style="text-align: center;">76</p>	
<p>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</p> <p style="text-align: center;">7,2 %</p>	
<p>Sykefravær (august)</p> <p style="text-align: center;">7,1 %</p>	
<p>Pakkeforløp – kreft</p> <p>Andel i pakkeforløp 83%</p> <p>Andel innenfor frist 67%</p>	<p>Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp.</p> <p>Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling.</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 som inngår i et organspesifikt forløp per august 2016

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	123	109	88	70
Hode- halskreft	44	36	81	70
Kronisk lymfatisk leukemi	7	2	28	70
Myelomatose	11	7	63	70
Akutt leukemi	14	6	42	70
Lymfom	44	36	81	70
Bukspyttkjertelkreft	39	31	79	70
Tykk- og endetarmskreft	110	94	85	70
Blærekreft	55	46	83	70
Nyrekreft	34	30	88	70
Prostatakreft	141	108	76	70
Peniskreft	3	3	100	70
Testikkelkreft	15	15	100	70
Livmorkreft	39	35	89	70
Eggstokkreft	28	26	92	70
Livmorhalskreft	20	18	90	70
Hjernerkeft	28	16	57	70
Lungekreft	95	87	91	70
Kreft hos barn	6	5	83	70
Kreft i spiserør og magesekk	37	34	91	70
Primær leverkreft	10	8	80	70
Skjoldbruskkjertelkreft	24	22	91	70
Føflekkreft	55	45	81	70
Galleveiskreft	14	4	28	70
Totalt	996	823	83	

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

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per august 2016

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	107	66	61	26	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	21	20	95	9	24
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	22	18	81	20	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	4	4	100	4	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	18	11	61	25	28
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	6	6	100	7	30
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	7	7	100	3	8
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	41	26	63	14	21
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	5	2	40	37	28
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	18	8	44	38	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	3	3	100	21	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	85	51	60	31	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	2	1	50	0	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	14	9	64	27	39
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	59	44	74	31	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	10	7	70	34	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	41	46
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	28	10	35	49	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	53	20	37	74	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	58	26	44	42	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	4	57	24	66
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	68	37
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	1	100	3	31
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	5	2	40	61	38
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	31	24	77	29	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	1	0	0	36	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2	2	100	20	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	38	32	84	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	7	4	57	30	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	10	8	80	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	4	2	50	27	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	6	5	83	24	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	16	14	87	9	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	12	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	31	18	58	42	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	18	16	88	21	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	33	26	78	26	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	57	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	5	5	100	3	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	6	4	66	2	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	13	13	100	25	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	9	8	88	33	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	3	0	0	45	39
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	27	14	51	41	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling	1			36	43
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	60	56	93	12	35
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	5	100	30	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	56	43	76	16	22

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

Pasientsikkerhetsprogrammet

Rapportering av status til pasientsikkerhetsprogrammet per august

Somatisk virksomhet

Spredningskartet i tabell 3 nedenfor er basert på innmelding fra klinikkene, hvor de har brukt følgende fargemarkeringer:

Rødt: Tiltakspakke ikke innført

Gult: Tiltakspakken påbegynt

Grønt: Tiltakspakken er iverksatt og målinger registreres

«Tilpasset»: Tilpasset innsatsområde kan være aktuelt

Grått: innsatsområdet er ikke aktuelt for enheten

Denne inndelingen er grov, og det arbeides med et bedre verktøy for tilbakemelding av status i samarbeid med den regionale kompetansetjenesten for pasientsikkerhet ved Nordlandssykehuset.

En del enheter har valgt å innføre hele eller deler av tiltakspakker selv om de per definisjon ikke er «relevant enhet». Man ønsker å følge progresjonen på implementeringen også for disse enhetene. Her er det markert «Tilpasset» i ruten med innmeldt status.

Trygg kirurgi: Tiltakspakken er delt mellom de avdelingene som forbereder pasientene til kirurgiske inngrep og operasjonsavdelingene, men oppfølgingen skjer ved Operasjons- og intensivklinikken, og resultatene publiseres månedlig på intranett. Sjekklisten er også i bruk ved intervensjonsradiologisk laboratorium ved Røntgenavdelingen.

Legemiddelsamstemming: Denne tiltakspakken er den siste som er implementert, og det er enda fire sengeposter som ikke har startet. Undervisning er avholdt for legegruppene og prosedyrer er vedtatt. Det kreves god lederoppfølging og legeinvolvering ved de gjenværende enheter for at denne tiltakspakken skal være innført i hele UNN til årsskiftet. Legemiddelsamstemming har vært tema for Helse Nords internrevisjon og vil følges opp med egen sak.

Forebygging av urinveisinfeksjoner (UVI): Her er det kun en sengepost som ikke er i gang og to som er i oppstartsfasen. En rekke sengeposter har vist stabilt gode resultater i mer enn seks måneder og kontrollmåler ved månedlige smittevernvisitter.

Forebygging av infeksjon ved sentrale venekateter (SVK): En sengepost har ikke startet og en er i oppstartsfasen. Dette er også et innsatsområde som følges opp ved månedlige smittevernvisitter.

Forebygging av fall: En sengepost har ikke startet, og en har startet med de elektive pasientene. Det kan synes som om sengepostene er blitt mye flinkere til å melde fall som avvikshendelser og lære av hendelsene for å forebygge nye.

Forebygging av trykksår: En sengepost har ikke startet, og en har startet med de elektive pasientene. Det er kjøpt inn flere trykkavlastende overmadrasser i løpet av 2016 og det har også vært en arbeidsgruppe som har kartlagt status på øvrig madrasser i UNN.

Behandling av hjerneslag: Denne tiltakspakken er revidert, og enhetene registrerer nå direkte i Norsk hjerneslagsregister.

Pasientsikkerhetstavler: Stadig flere enheter tar i bruk pasientsikkerhetstavler, hvor de følger opp sine resultater med jevnlige møter ved tavlen, diskuterer uønskede hendelser og ser på hvordan man kan lære av disse.

Tidlig intervensjon ved livstruende tilstander (TILT) er et system for å følge opp pasienter med sikte på å oppdage en eventuell forverring så tidlig som mulig. Dette vil bli et innsatsområde i 2017. Ved UNN har vi allerede startet opp med dette i regi av anesthesioverlege Shirin Frisvold.

Tabell 3 Status og spredningsplan pasientsikkerhetsprogrammet somatikk per august

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN pr. augu	Trygg Kirurgi	Legemiddel- samstemming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhetsp rosj.
Akuttmedisinsk klinikk								
Ambulansetjenesten							Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	
Akuttmottaket		Kan bli aktuell når resten av UNN er på plass	Tilpasset			01.11.2016	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	
Obspost		01.09.2016				lvaretas i akuttmottaket	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	TILT
BUK								
Ungdomspsykiatrisk avd		Tilpasset						
Barne- og ungdomsseksjonen		Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset		PedSAFE
Nyfødt intensiv		Tilpasset	Tilpasset					Tavle
Reg. senter for spiseforstyrrelser		Tilpasset						
Barnehabiliteringen		Tilpasset						
Hjerte- og lungeklinikken								
Hjertemed sengepost								
MHO		01.11.2016						
Lab								
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost								TILT, tavle
Hjerteoperasjon					Tilpasset	Tilpasset		
Lungemed								
K3K								
Fødel/Barsel	Tilpasset	Tilpasset						
Kreft	Tilpasset							
Gastro kir	Tilpasset				Startet med screening elektive			TILT
Uro, endo, gyn	Tilpasset							
Kir. Harstad	Tilpasset				01.09.2016	01.09.2016		
Medisinsk klinikk								
Hematologisk								TILT, visittstol
Inf med								TILT
Gastro/Nyre								Tavle
Geriatrisk								Tavle
Medkir Narvik	Tilpasset			Tilpasset, PVK				Tavle
Med A Harstad								
Med B Harstad								
Neuro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken								
Neuro-, hud- og revmatologiskavdeling		01.09.2016	04.10.2016	04.10.2016				Tavle
Neurokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdelingen								Tavle
Ortplast								Tavle
Ort. Harstad								Tavle
FRMA Tromsø (døgn)		01.10.2016						
FRMA Harstad(døgn)								Tavle
Operasjons- og intensivklinikken								
INOPV Oppvåkning Tromsø	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Forebygging av overfylt urinblære, tavle
INOPV Intensiv Tromsø		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Innslusa Tromsø			Tilpasset, starter september 2016	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Dagkirurgi Tromsø					Tilpasset	Tilpasset		Tavle
Smerteavdelinga Tromsø								Henvisningsprosjekt
ANOP Sterilsentralen Tromsø								vaskeprosess av instr, tavle
ANOP Intensiv Harstad	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Akuttmottak Harstad			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Ane/opr Harstad			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Akuttmottak Narvik					Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Intensivperi Narvik		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset		Tavle
ANOP Ane/opr Narvik			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset		Tavle

Psykisk helse og rusklinikken:

Innsatsområdene forebygging av selvmord og forebygging av overdosedødsfall er implementert ved aktuelle avdelinger. Legemiddelsamstemming er under innføring. Psykisk helse- og rusklinikken har valgt å kjøre jevnlig læringsnettverkssamlinger, hvor enheter fokuserer på det de opplever er deres viktigste forbedringsområder innen pasientsikkerhet. Dette arbeidet har vært ledet av fagutviklingsenheten ved klinikken. Forbedringsområdene rapporteres også på ved innsending av rapporter og telematikk-møter hvor fremdrift følges opp og diskuteres. Tema på siste møte var innføring av legemiddelsamstemming. Neste samling er 10. november.

Tabell 4 Status og spredningsplan pasientsikkerhetsprogrammet psykiatri per august

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN pr.august 2016	Legemiddel-samstemming	Forebygging av selvmord	Forebygging av overdose-dødsfall
Psykisk helse- og rusklinikken			
Rusavdelingen	Felles oppst.møte 27/5		
Avdeling Sør	Felles oppst.møte 27/5	akutt døgnet	
Avdeling Nord	Felles oppst.møte 27/5	akutt døgnet	
Psykiatrisk avdeling	Felles oppst.møte 27/5 Alderspsyk "grønn"	akutt døgnet	

Ventelister

Tabell 5 Venteliste

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Pasienter på venteliste	16 753	13 893	9 592	-4 301	-31
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 481	4 260	9 243	4 983	117
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp *)	12 272	9 633	349	-9 284	-96
...herav med fristbrudd	147	89	76	-13	-15
...herav med ventetid over 365 dager	1 257	558	141	-417	-75
Gjennomsnittlig ventetid dager	132	111	75	-36	-32
Ikke møtt til planlagt avtale	1 130	1 167	1 130	-37	-3

*) Pasienter henvist før 01.11.15

Tabell 6 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	33 578	34 259	31 998	-2 261	-7
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	15 175	16 191	29 776	13 585	84
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	18 403	18 068	2 222	-15 846	-88
...herav med fristbrudd	970	858	380	-478	-56
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	45	47	93	46	97

*) Pasienter henvist før 01.11.15

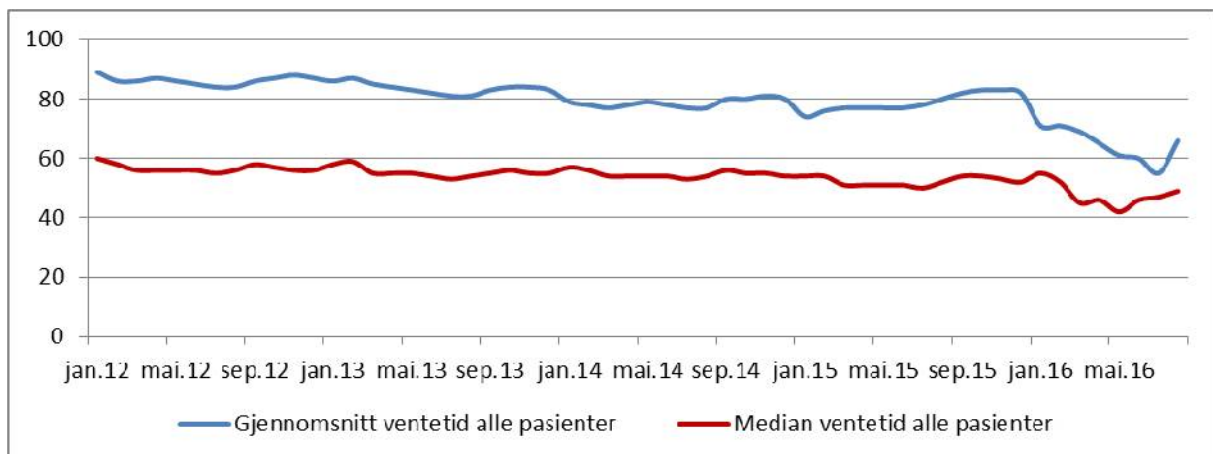
Ventetid

Tabell 7 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

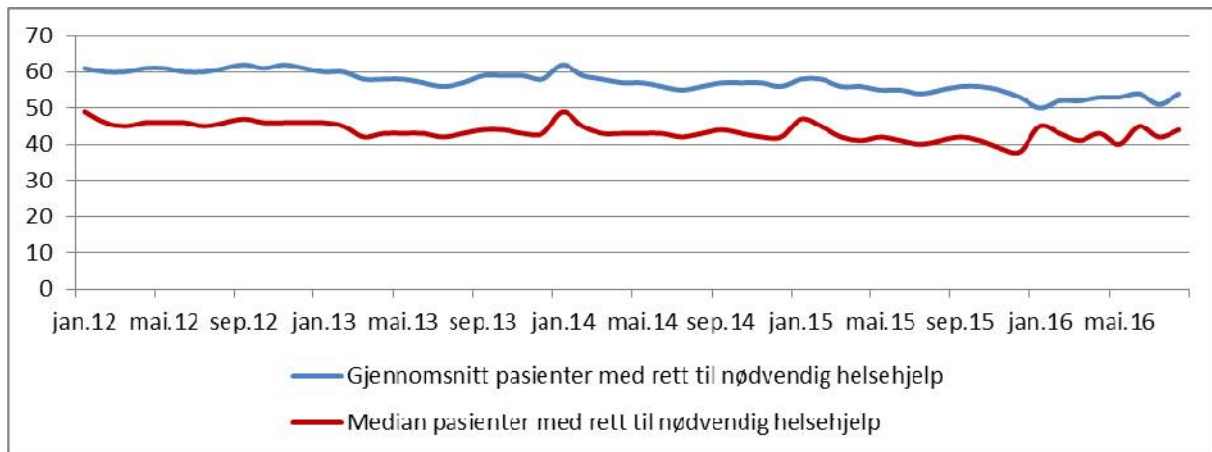
	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	77	80	66	-14	-18
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	56	55	54	-1	-2
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	94	102	226	124	122
Median ventetid i dager	54	52	49	-3	-6
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	43	41	44	3	7
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	66	65	198	133	205

*) Pasienter henvist før 01.11.15

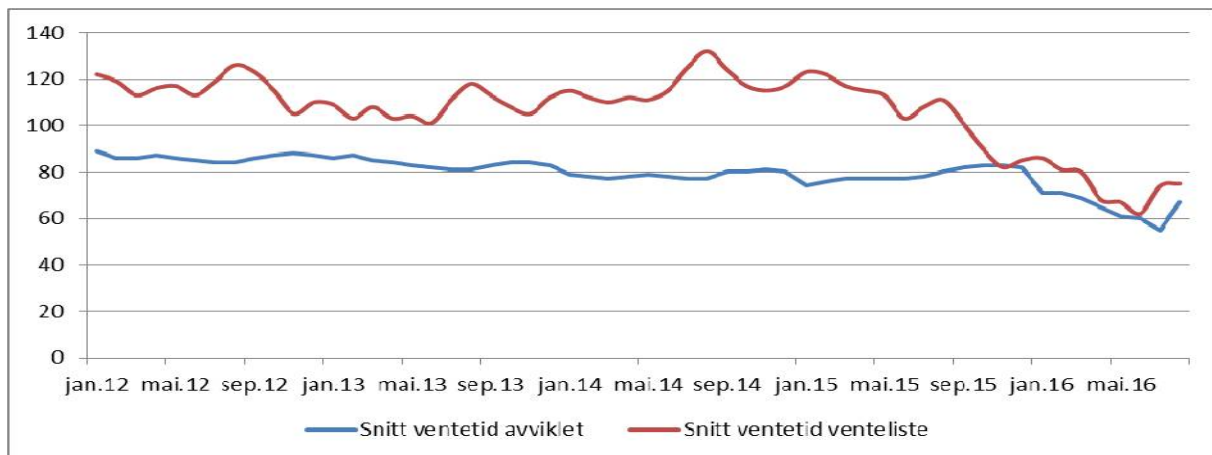
Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



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

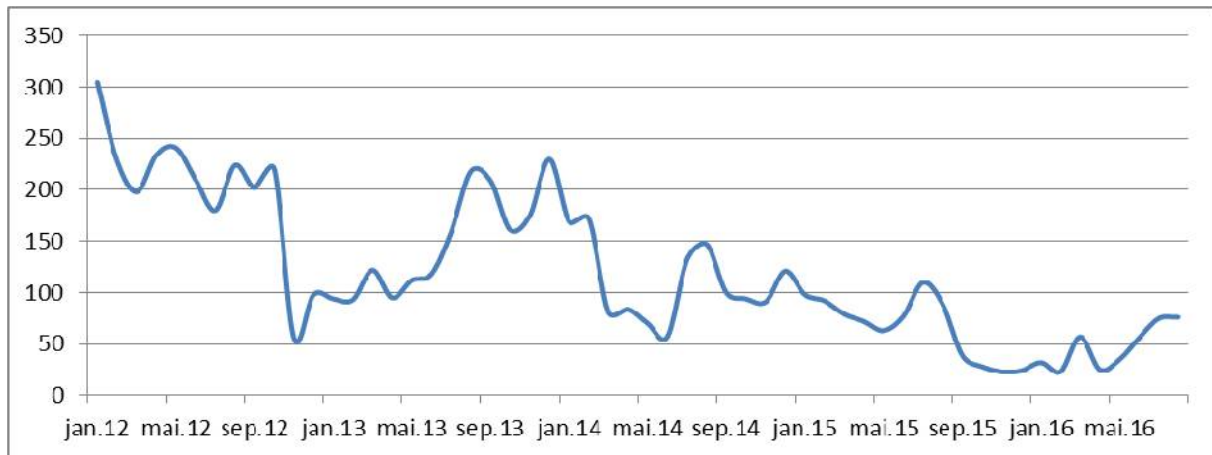


Figur 3 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste



Fristbrudd

Figur 4 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

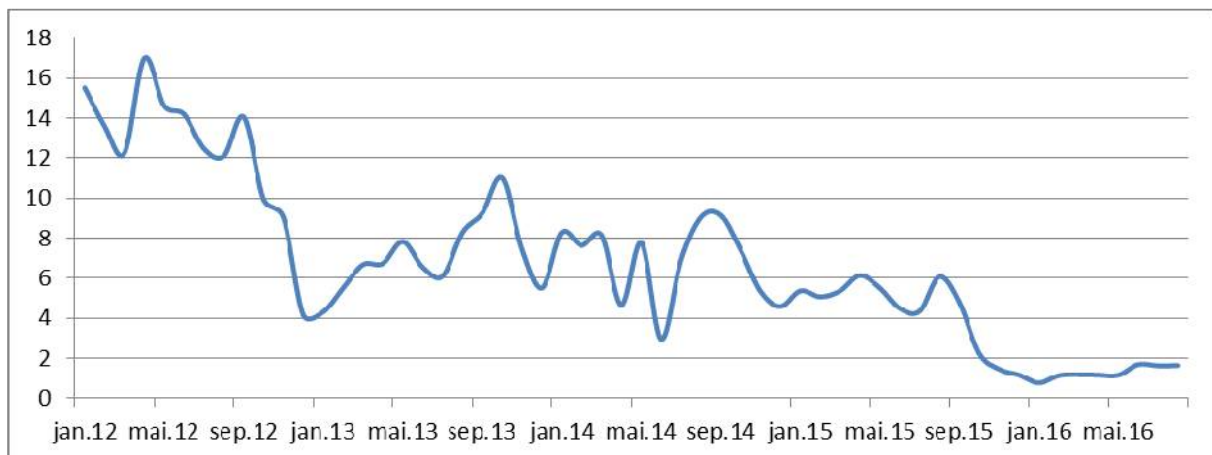


Tabell 8 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av august 2016

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	36	2 086	2
Medisinsk klinikk	7	739	1
Hjerte- og lungeklinikken	14	645	2
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	19	4 979	0
UNN	76	8 449	1

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

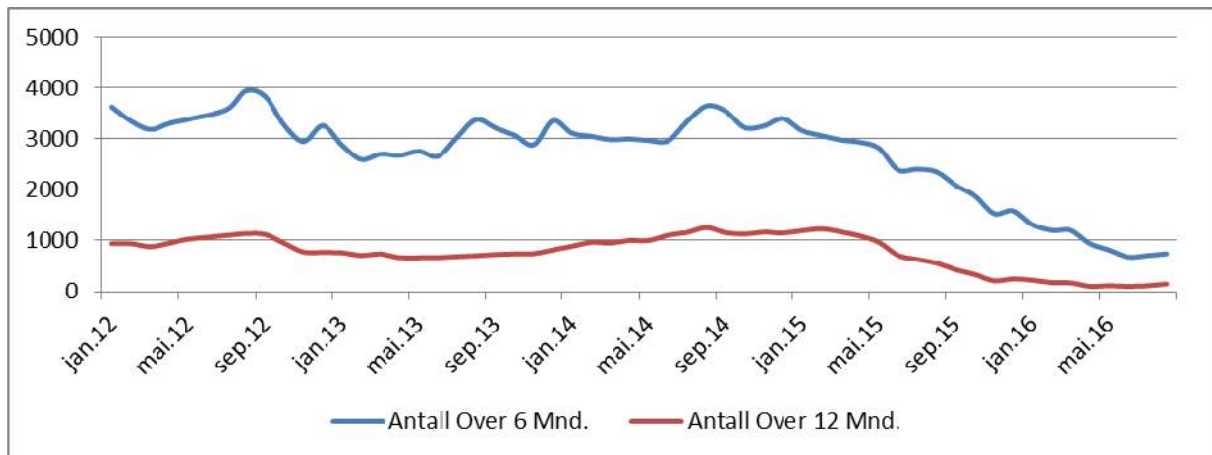
Figur 5 Prosent avviklet fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå



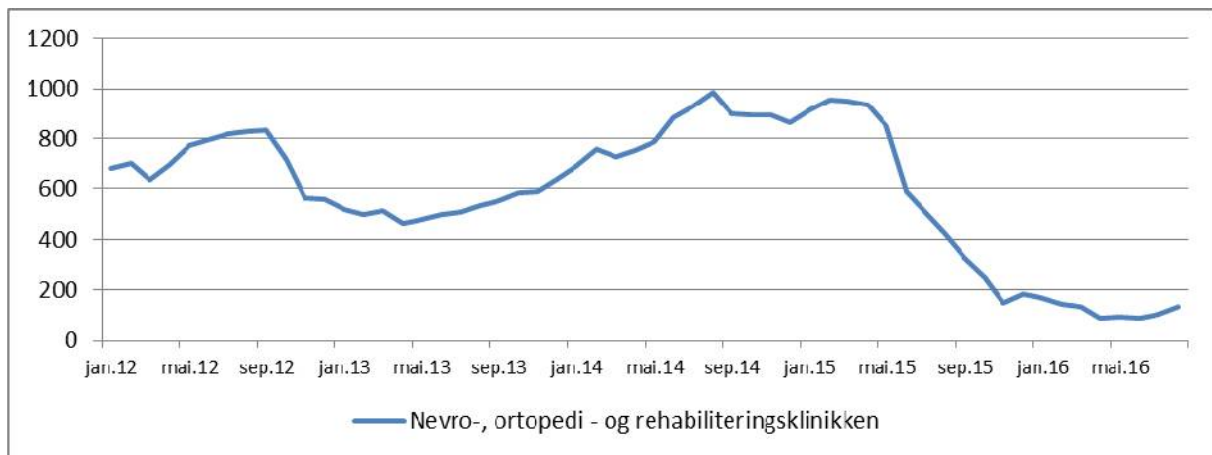
Tabell 9 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	jul.16	aug.16
Hjerte- og lungeklinikken	8	10
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	11	23
Medisinsk klinikk	1	2
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	17	18
Psykisk helse- og rusklinikken	1	2
UNN	38	55

Figur 6 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 7 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



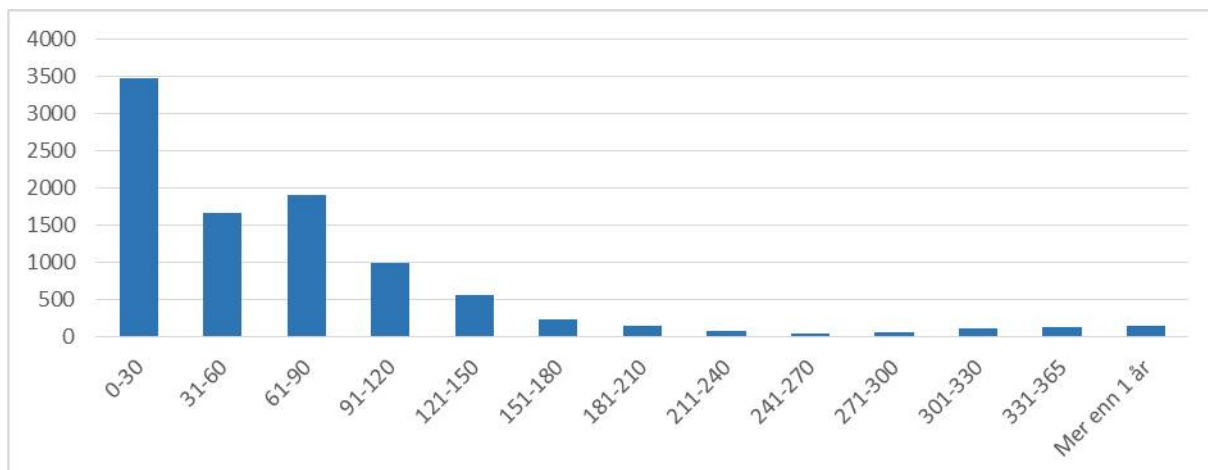
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

Tabell 10 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av august 2016

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	16	1
Medisinsk klinikk	1	0
Hjerte- og lungeklinikken	2	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	132	3
UNN	151	2

Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

Figur 8 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



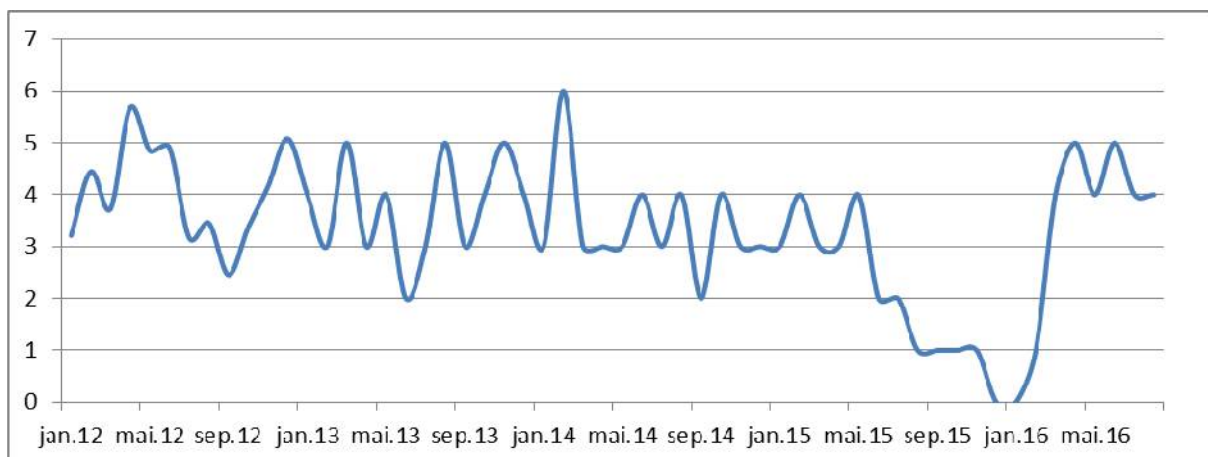
Korridorpasienter

Figur 9 Korridorpasienter – somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



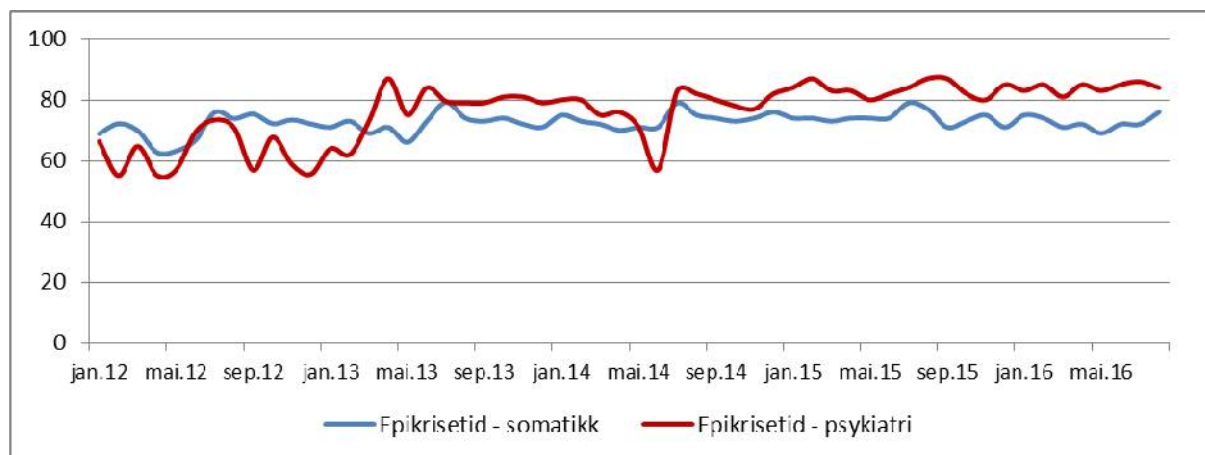
Strykninger

Figur 10 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



Epikrisetid

Figur 11 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Aktivitet

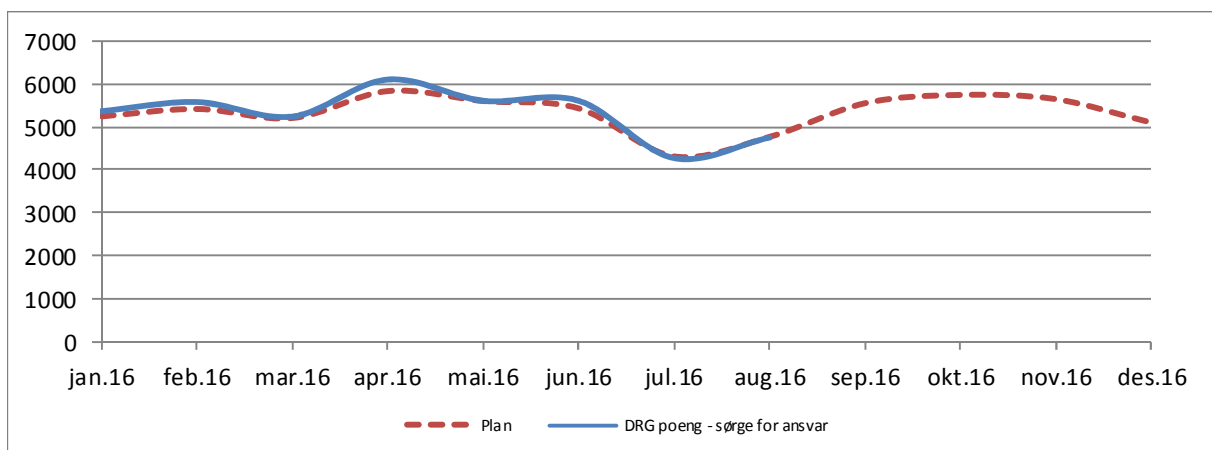
Tabell 11 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2014	2015	2016	Plantall 2016	Avvik fra 2015		Avvik fra plan 2016	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser heldøgn	26 365	26 176	26 664	26 486	488	2	178	1
Innlagte dagopphold	4 079	4 055	4 362	4 185	307	8	177	4
Polikliniske dagbehandlinger	17 801	17 745	19 360	18 279	1 615	9	1 081	6
DRG poeng (2016 logikk)	41 001	40 843	42 522	41 840	1 679	4	682	2
Liggedager i perioden	108 826	108 318	113 385	109 021	5 067	5	4 364	4
Polikliniske konsultasjoner	160 160	161 263	168 390	155 304	7 127	4	13 086	8
Herav ISF	133 524	134 905	142 533	138 999	7 628	6	3 534	3
Kontrollandel poliklinikk	35 %	34 %	32 %	31 %	-2 %		1 %	
Laboratorieanalyser	3 296 357	3 324 430	3 598 775	3 298 002	274 345	8	300 773	9
Røntgenundersøkelser	127 364	121 497	126 599	117 266	5 102	4	9 333	8
Fremmøte stråleterapi	9 075	8 839	8 795	8 262	-44	0	533	6
Pasientkontakter	190 604	191 494	199 416	185 975	7 922	4	13 441	7
VOP					0		0	
Utskrivelser heldøgn	2 203	2 244	2 057	2 067	-187	-8	-10	0
Liggedager i perioden	33 192	32 276	27 978	30 688	-4 298	-13	-2 710	-9
Polikliniske konsultasjoner	36 717	39 545	38 672	42 846	-873	-2	-4 174	-10
Pasientkontakter	38 920	41 789	40 729	44 913	-1 060	-3	-4 184	-9
BUP					0		0	
Utskrivelser heldøgn	141	121	105	199	-16	-11	-94	-47
Liggedager i perioden	1 858	2 018	1 592	2 274	-426	-23	-682	-30
Polikliniske konsultasjoner	16 076	15 686	15 917	16 731	231	1	-814	-5
Pasientkontakter	16 217	15 807	16 022	16 930	215	1	-908	-5
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)					0		0	
Utskrivelser heldøgn	433	464	443	452	-21	-5	-9	-2
Liggedager i perioden	13 805	13 467	13 353	13 510	-114	-1	-157	-1
Polikliniske konsultasjoner	6 867	7 750	6 897	7 355	-853	-12	-458	-6
Pasientkontakter	7 300	8 214	7 340	7 807	-874	-12	-467	-6

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

Somatisk virksomhet

Figur 12 DRG-poeng UNN 2016

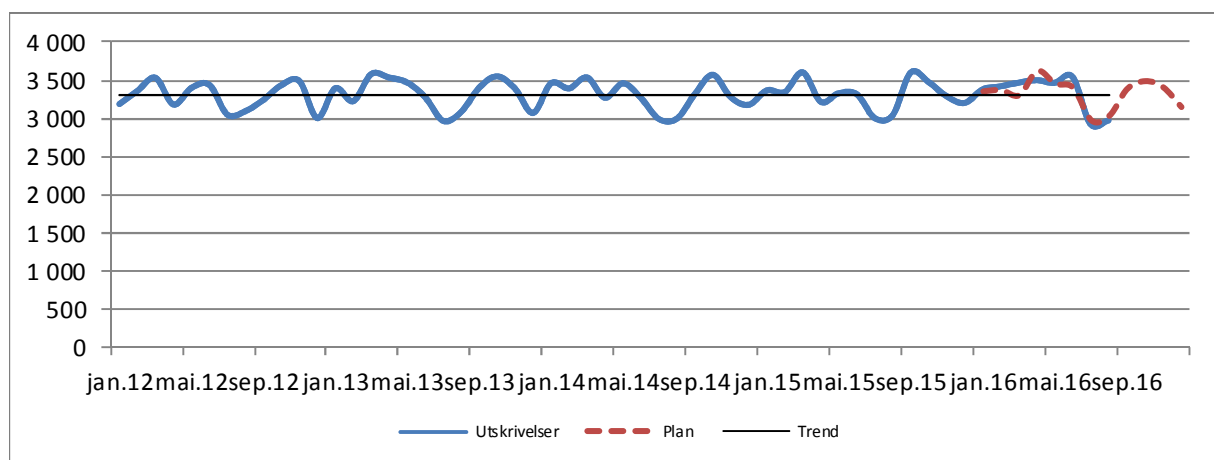


Tabell 12 DRG-poeng hittil i år 2016 fordelt på klinikk

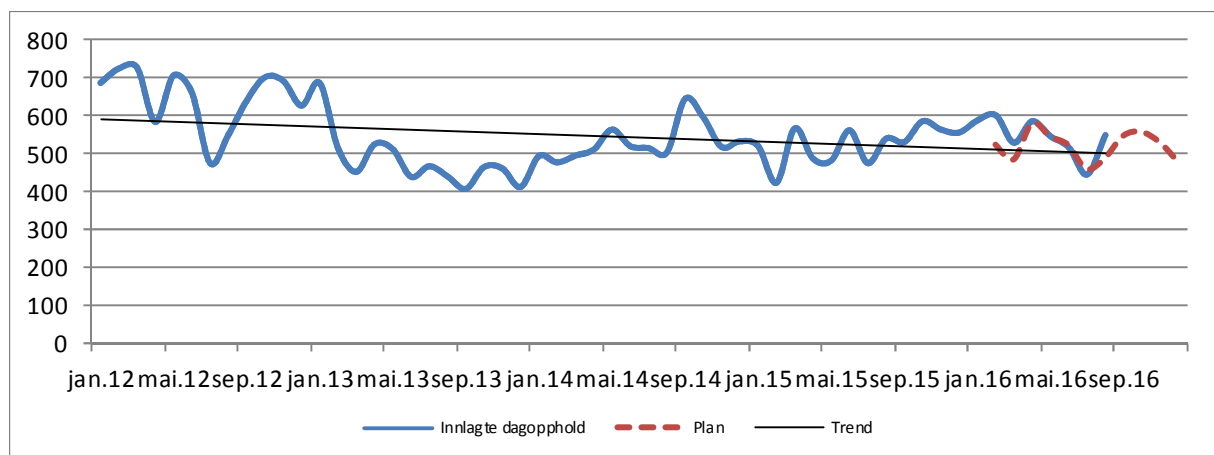
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	959	988	-29
Barne- og ungdomsklinikken	1 906	2 036	-130
Hjerte- og lungeklinikken	7 056	6 831	225
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	11 721	11 477	244
Medisinsk klinikk	8 017	7 946	70
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	11 872	12 211	-339
Operasjons- og intensivklinikken	253	258	-6
Totalt	41 782	41 748	35

DRG-poeng – egen produksjon.

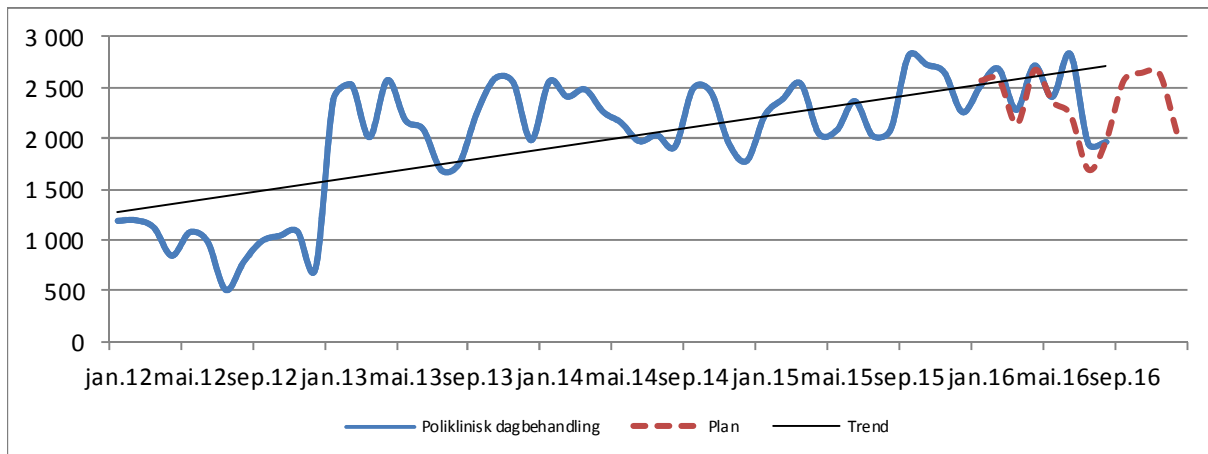
Figur 13 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



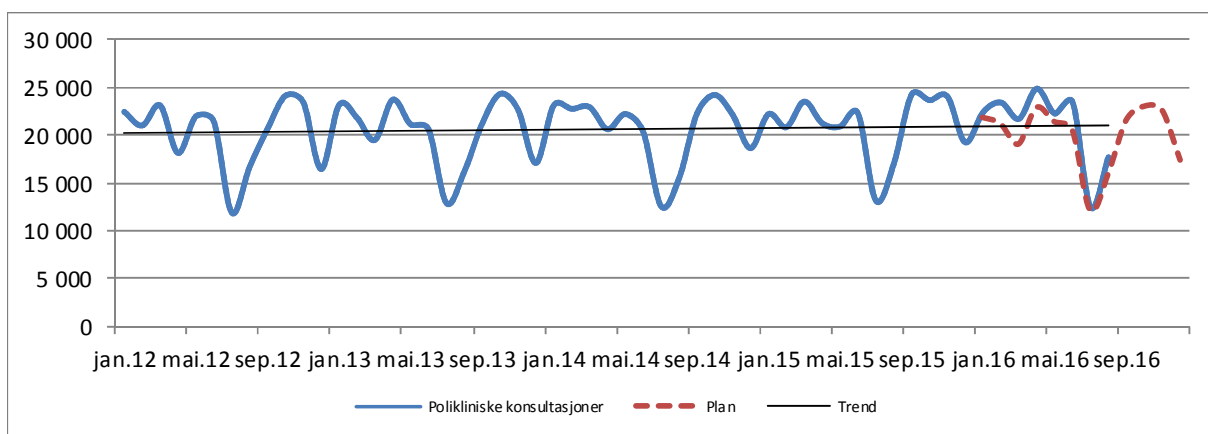
Figur 14 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



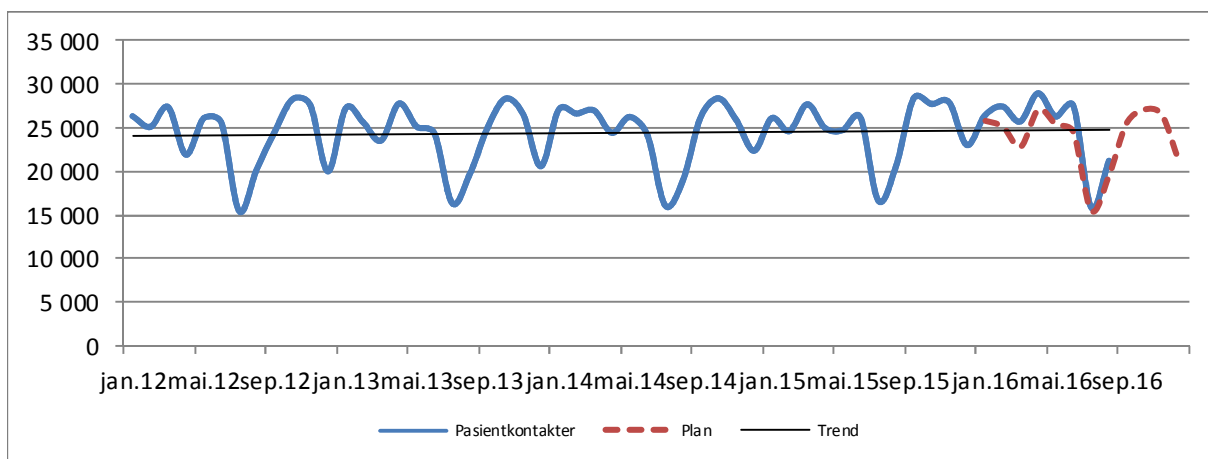
Figur 15 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



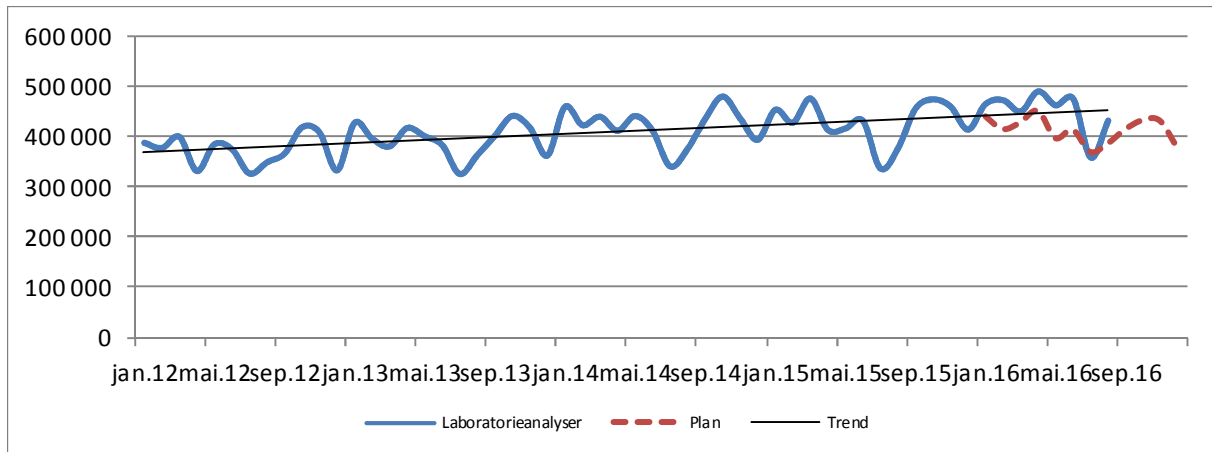
Figur 16 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



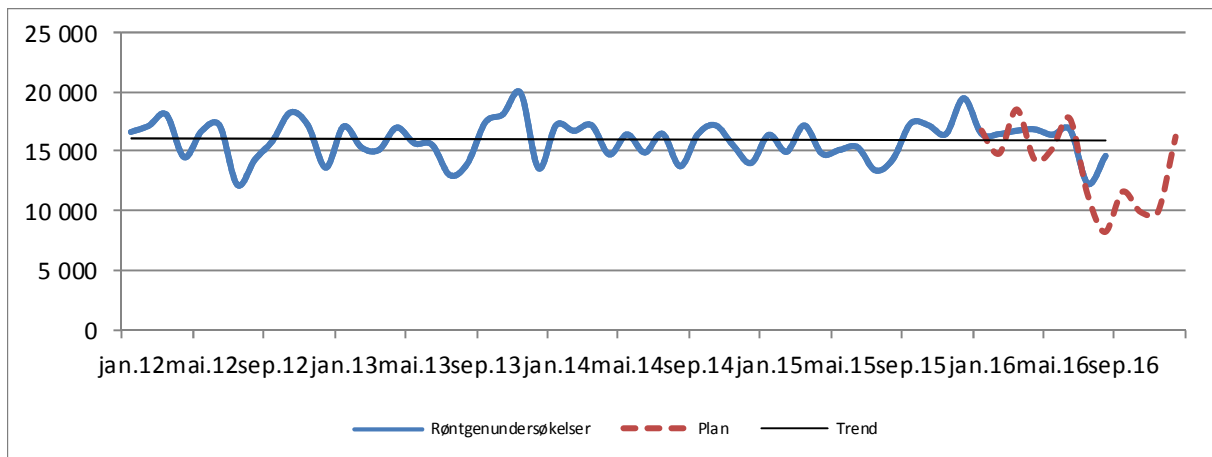
Figur 17 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 18 Laboratorieanalyser

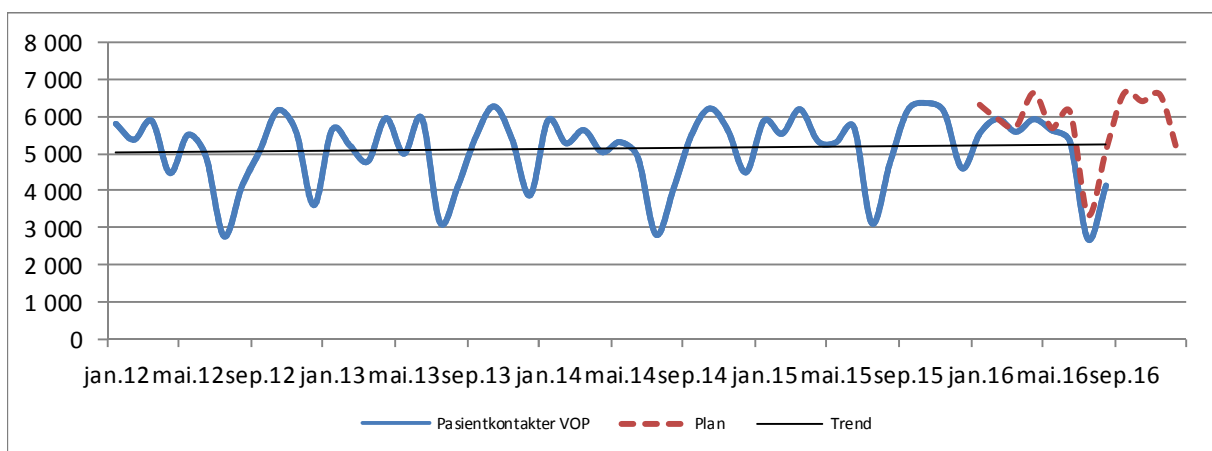


Figur 19 Røntgenundersøkelser



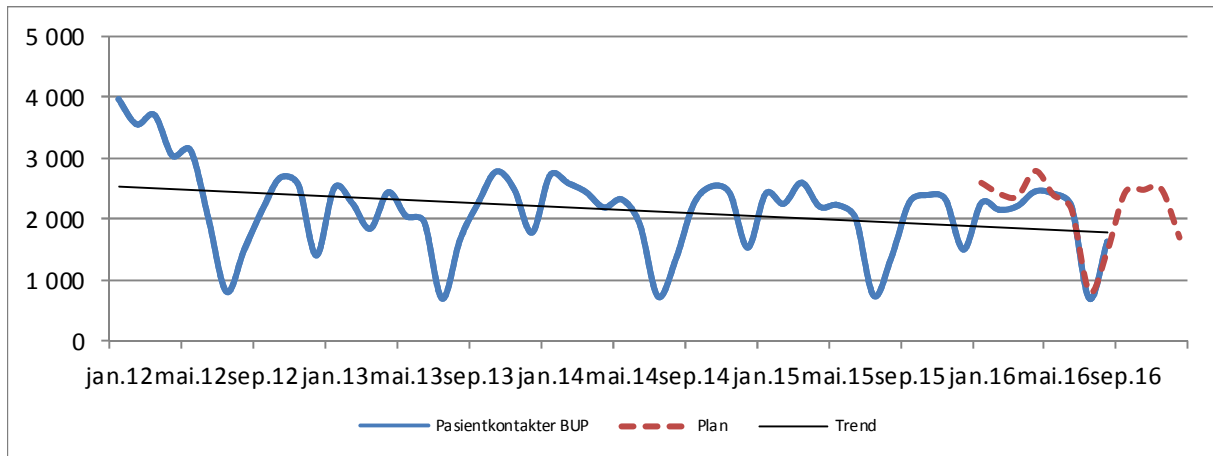
Psykisk helsevern voksne

Figur 20 Pasientkontakter – VOP



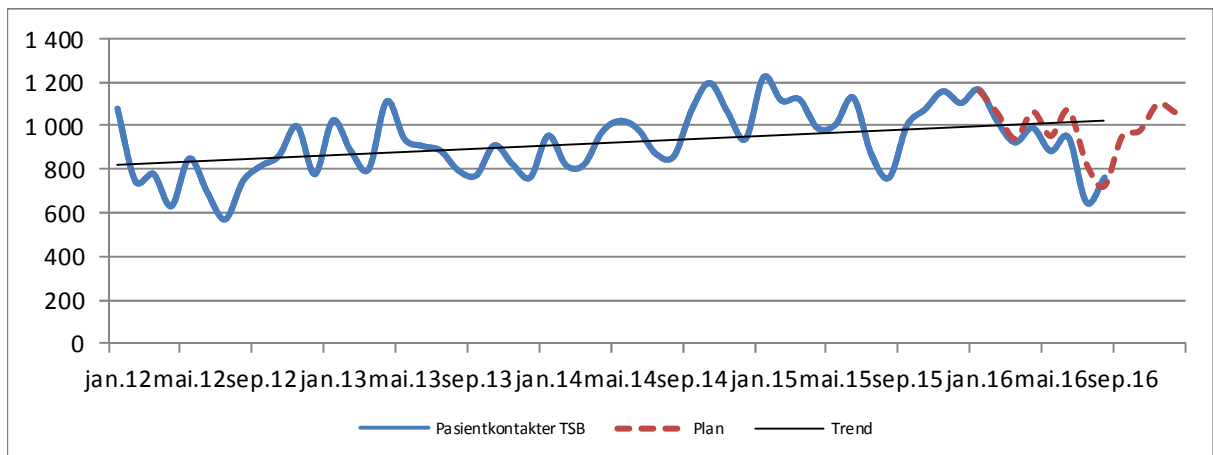
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 21 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 22 Pasientkontakter- TSB

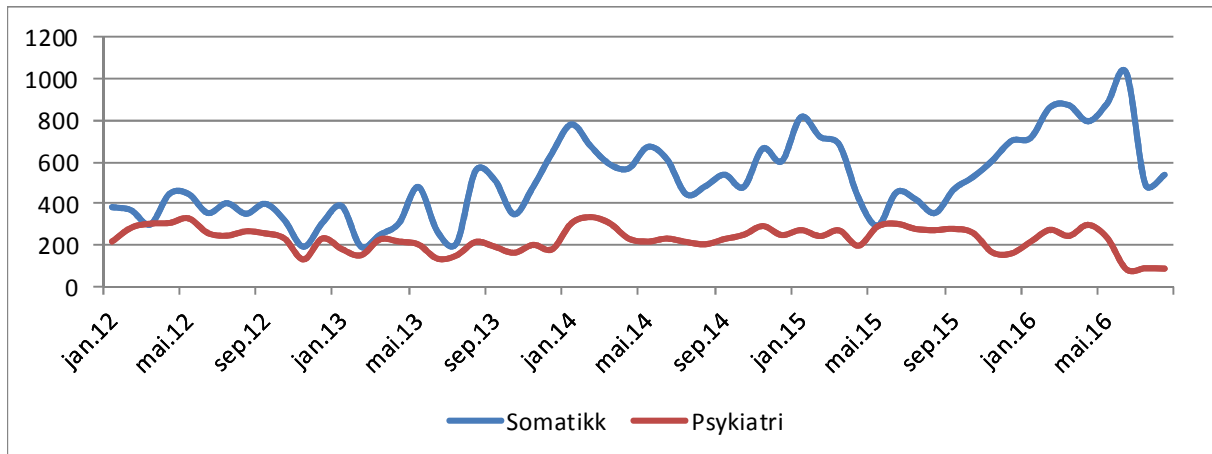


Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

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

Figur 23 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

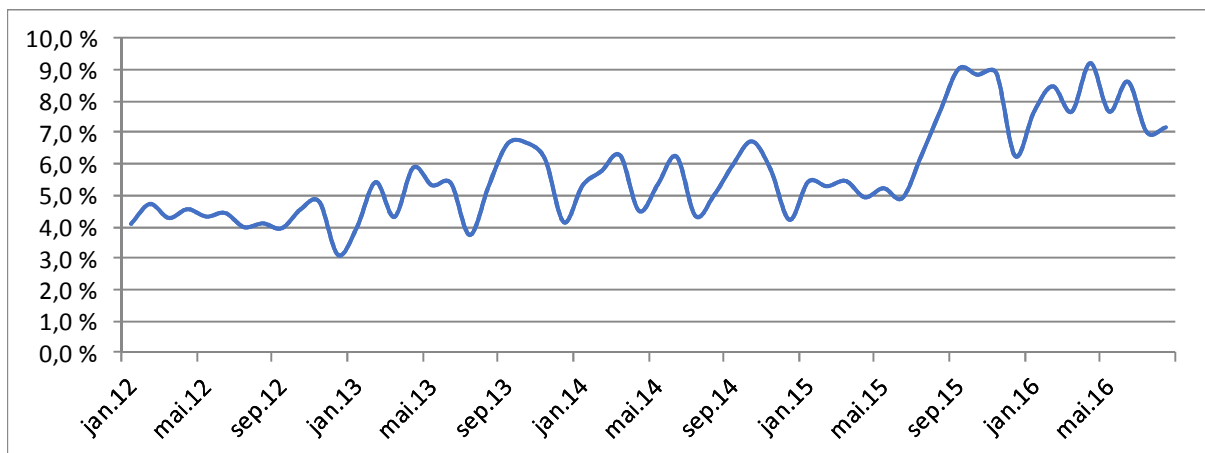


Tabell 13 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

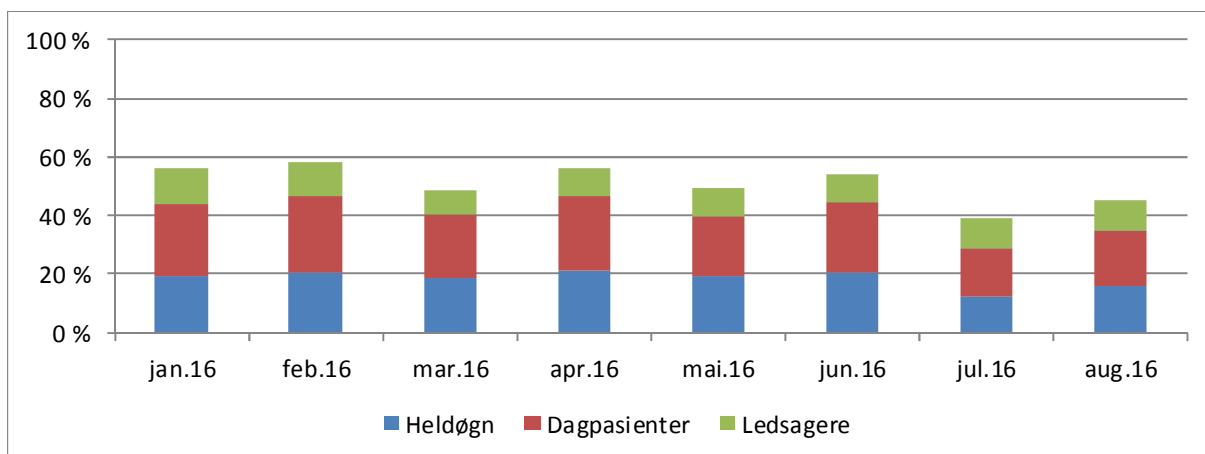
Kommune	Utskrivnings-klare døgn jan-aug	Antall opphold jan-aug	Utskrivningsklare døgn jan-aug pr 1000 innbyggere
TRANØY	131	21	85
TROMSØ	3 624	381	50
HARSTAD	952	480	39
SALANGEN	77	22	35
IBESTAD	40	38	28
EVENES	39	32	28
LØDINGEN	59	49	27
NARVIK	454	216	24
MÅLSELV	156	38	23
SKÅNLAND	65	57	22
TJELDSUND	27	25	21
GRATANGEN	22	12	19
KARLSØY	42	7	18
BARDU	72	24	18
BALLANGEN	45	39	17
KVÆFJORD	51	49	17
STORFJORD	29	5	15
BALSFJORD	83	19	15
TYSFJORD	22	10	11
LYNGEN	30	8	10
KÅFJORD	17	7	8
DYRØY	8	5	7
BERG	6	5	7
LAVANGEN	6	5	6
NORDREISA	22	7	5
LENVIK	43	31	4
SØRREISA	9	7	3
TORSKEN	2	2	2
SKJERVØY	5	3	2
Totalsum	6 138	1 604	32

Bruk av pasienthotell

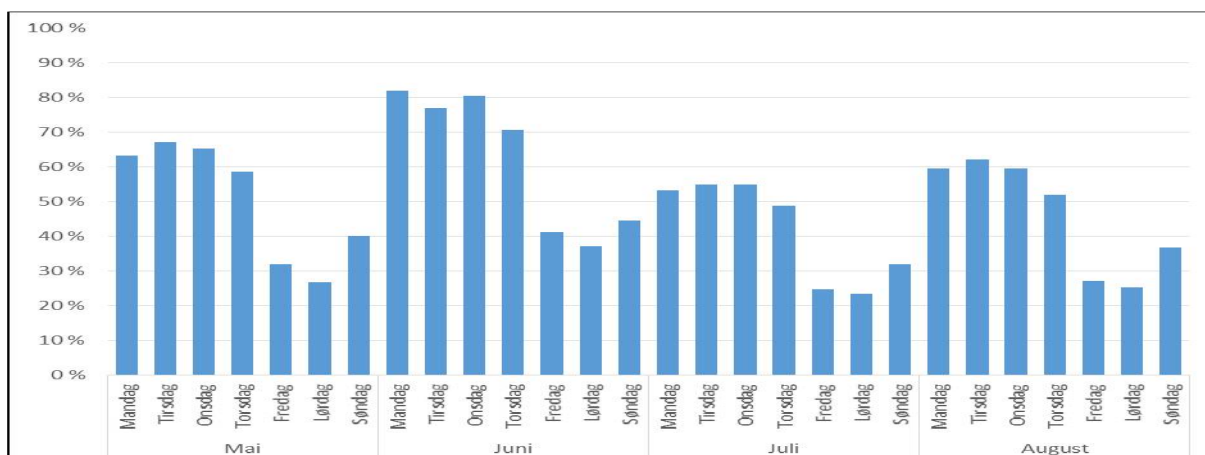
Figur 24 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)

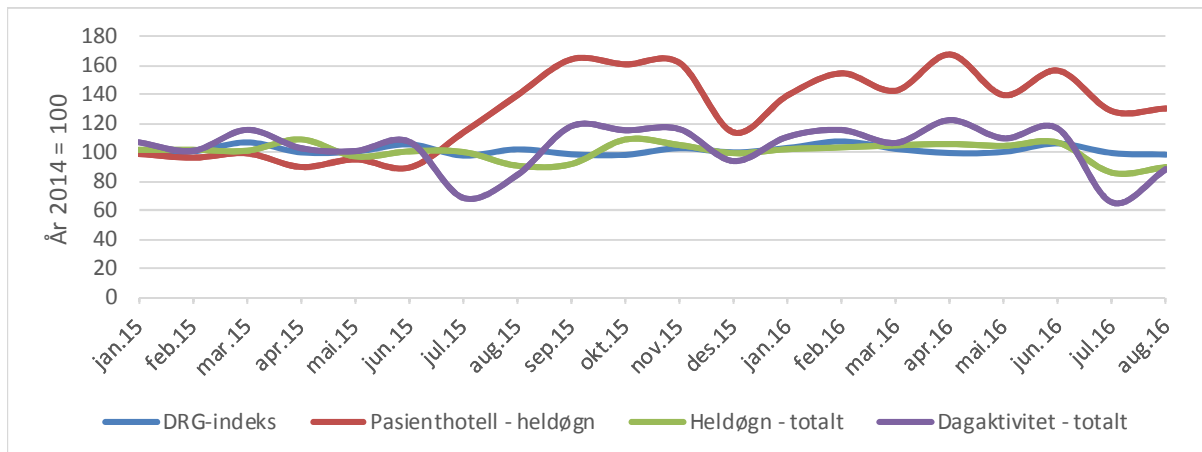


Figur 25 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Figur 26 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



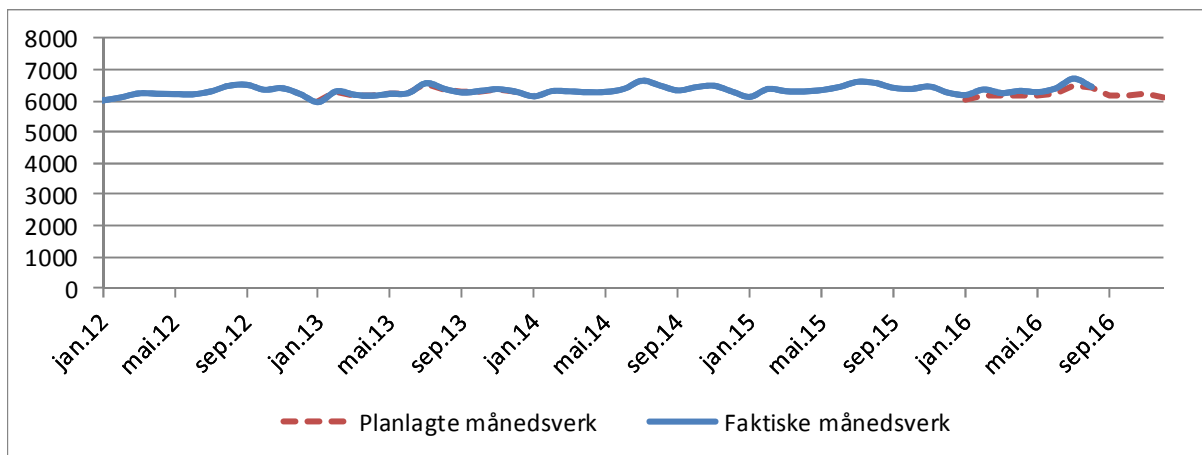
Figur 27 Indeksregulerte verdier DRG-indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt

Indeksregulerte verdier (år 2014=100)

Figuren viser endringen i DRG-indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt sett i forhold til gjennomsnittet for 2014, der gjennomsnittet for 2014 settes lik 100. Dagaktivitet består av dagopphold, dagkirurgi og poliklinikk.

Personal

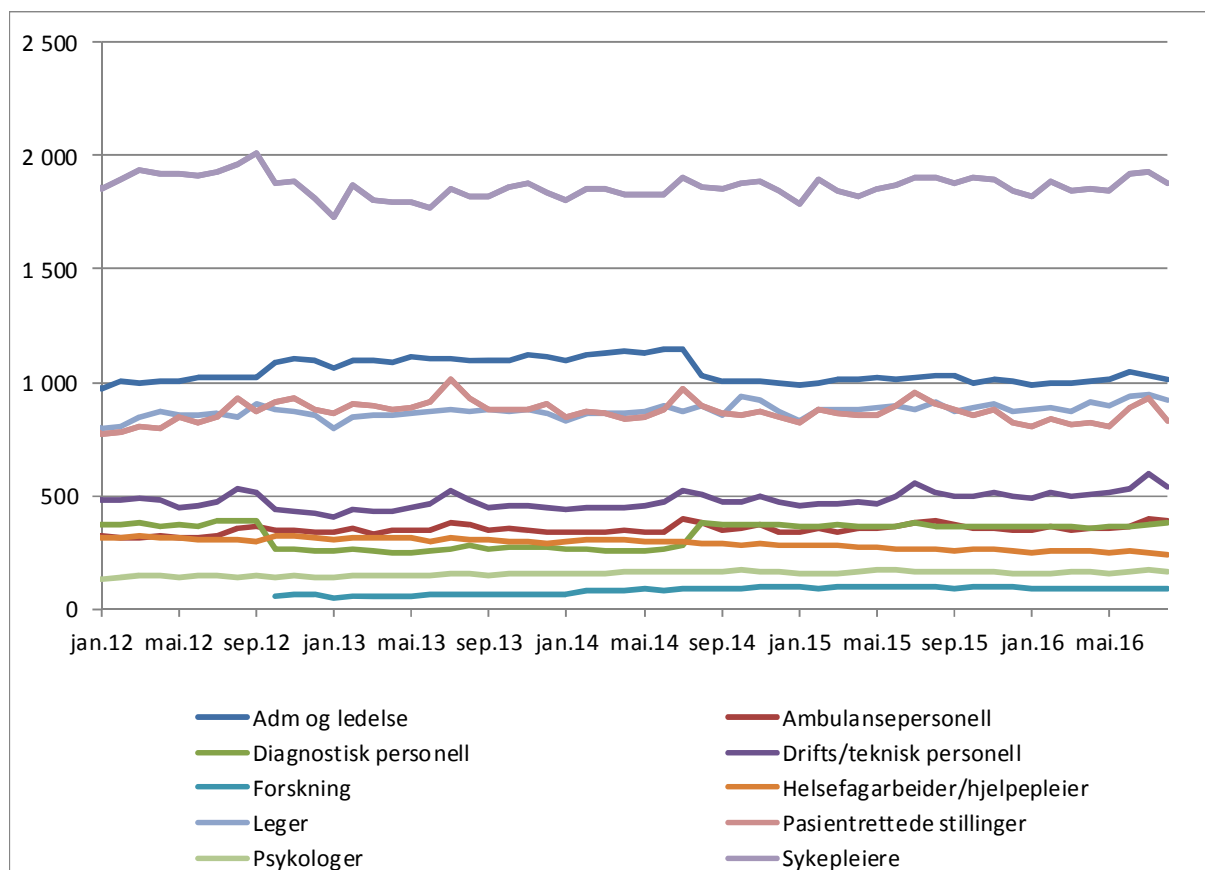
Bemanning

Figur 28 Brutto utbetalte månedsverk 2012-2016

Tabell 14 Brutto utbetalte månedsværk 2014-2016

Måned	2014	2015	2016	Plantall 2016	Avvik fra 2015
Januar	6 139	6 123	6 185	6 048	62
Februar	6 308	6 376	6 360	6 188	-16
Mars	6 299	6 305	6 245	6 153	-60
April	6 271	6 296	6 313	6 155	17
Mai	6 282	6 341	6 276	6 186	-65
Juni	6 377	6 445	6 394	6 245	-51
Juli	6 639	6 605	6 707	6 496	102
August	6 486	6 563	6 445	6 413	-118
September	6 329	6 410		6 147	
Oktober	6 433	6 378		6 191	
November	6 478	6 454		6 257	
Desember	6 293	6 251		6 123	
Snitt hittil i år	6 350	6 382	6 366	6 235	-16

Figur 29 Brutto utbetalte månedsværk fordelt på profesjon 2012-2016

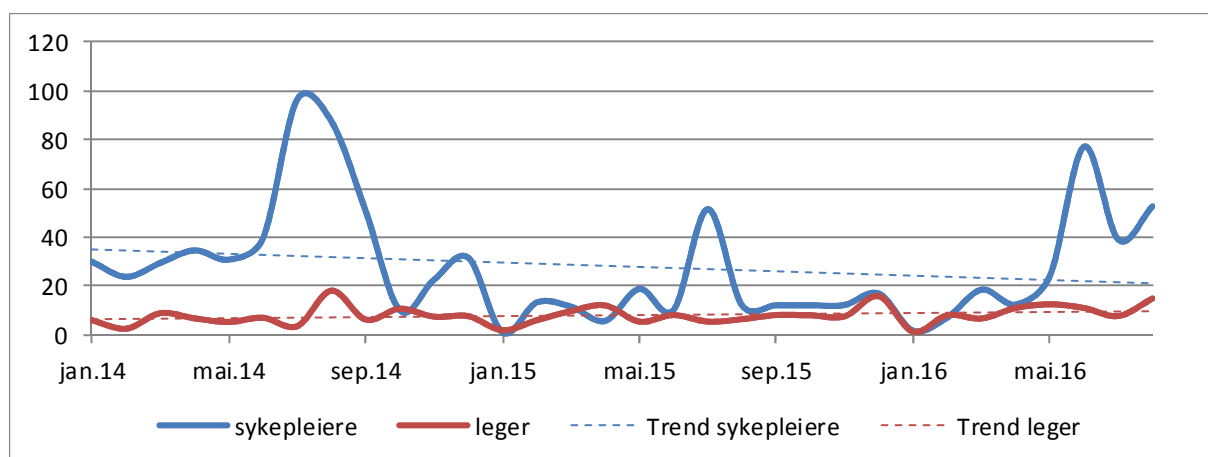


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 15 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2014-2016

Profesjon	2014	2015	2016	Avvik fra 2015
Adm og ledelse	1 116	1 012	1 011	-1
Ambulanspersonell	352	371	365	-7
Diagnostisk personell	277	374	365	-9
Drifts/teknisk personell	466	486	522	36
Forskning	81	96	88	-8
Helsefagarbeider/hjelpepleier	298	272	251	-21
Leger	869	881	907	26
Pasientrettede stillinger	877	879	842	-37
Psykologer	160	163	161	-2
Sykepleiere	1 845	1 862	1 873	11
Snitt hittil i år	6 350	6 382	6 366	-16

Figur 30 Innleide månedsverk sykepleiere og leger



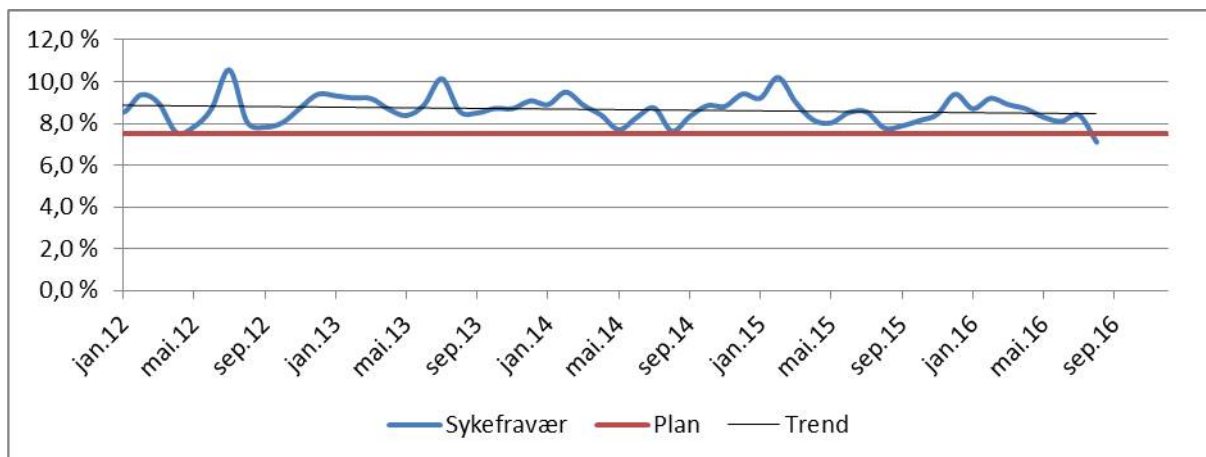
Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i august 2016 er på 7,1%. Samme måned i 2015 var sykefraværet 8,1%. Dette er en reduksjon på 1,0 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 2,4% og viser en økning på 0,3 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger stabilt på 2,2%. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 2,5% og viser en reduksjon på 1,3 prosentpoeng.

I snitt var det hver dag i august 227 ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN HF.

Figur 31 Sykefravær 2012-2016



Tabell 16 Sykefravær fordelt på klinikk gjennomsnittlig siste 12 måneder og august 2016

Klinikk	Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd	Sykefravær august 2016
Akuttmedisinsk klinikk	9,6	9,5
Longyearbyen sykehus	4,4	8,0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,0	5,5
Hjerte og lungeklinikken	7,4	4,7
Medisinsk klinikk	8,0	6,4
Barne- og ungdomsklinikken	8,1	7,4
Operasjons- og intensivklinikken	9,7	7,9
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9,3	7,9
Psykisk helse- og rusklinikken	11,1	8,7
Diagnostisk klinikk	8,0	7,1
Kvalitets- og utviklingscenteret	*	6,9
Nasjonalt senter for ehelseforskning og utredning	*	4,1
Drift og eiendomscenteret	9,8	7,8
Stabscenteret	7,0	3,1
Turnusleger, raskere tilbake	2,9	3,2
Totalt	8,8	7,1

* Det er ikke gjort historisk mapping, så gjennomsnitt er ikke hentet ut.

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

I juli ble ingen egenmeldinger registrert i HN-LIS hvor ansatte meldte at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

I juli 2016 er totalt 430 ansatte med sykmelding utover 16 dager registrert. Av disse var 183 graderte. Det tilsvarer en andel på 42,6 % av alt fravær utover 16 dager. Andelen er 9,8 prosentpoeng lavere enn forrige måned (52,4 %).

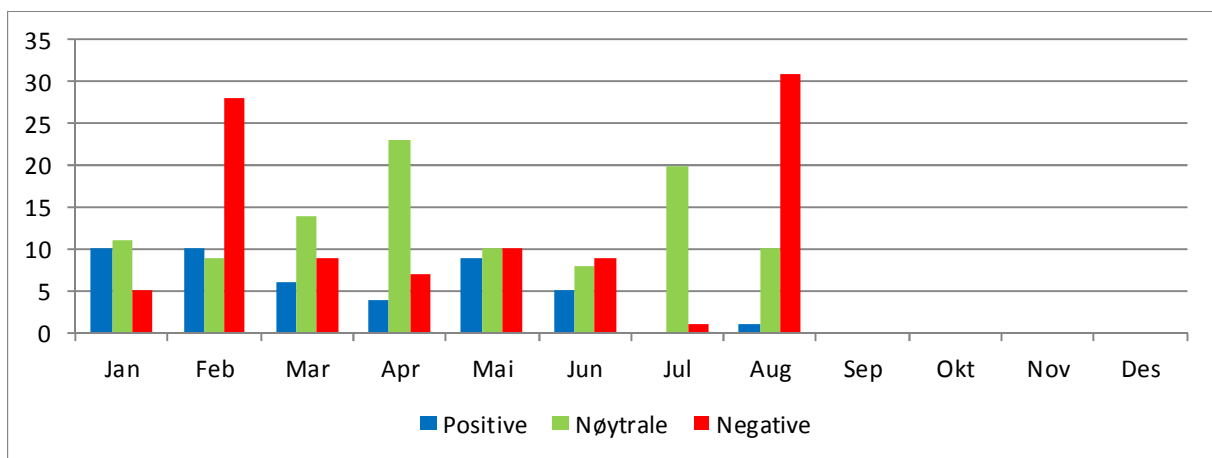
Gradert sykemelding er en hovedstrategi i IA-arbeidet. Partene i IA-avtalen, dvs. myndighetene, arbeidsgiversida og arbeidstakersida, har satt mål om at 50% av sykmeldingene skal være gradert.

Kommunikasjon

Sykehuset i media

Sivilombudsmannens rapport fra et besøk i Psykiatrisk avdeling i Tromsø fikk mye medieoppmerksomheten i lokale medier i august. I tillegg ble et utbrudd av MRSA ved nyfødt intensiv avdeling i Tromsø i slutten av måneden en stor mediasak både lokalt og nasjonalt. UNN offentliggjorde selv denne saken i en pressemelding, og fulgte opp med oppdatert informasjon til media i flere dager etter utbruddet. Av positive saker kan nevnes en pasientopplevelse ved UNN Narvik som fikk rosende omtale i Fremover hvor en rapport (PasOpp) om pasienters tilfredshet med sykehusopphold i 2015 ble omtalt.

Figur 32 Mediestatistikk 2016

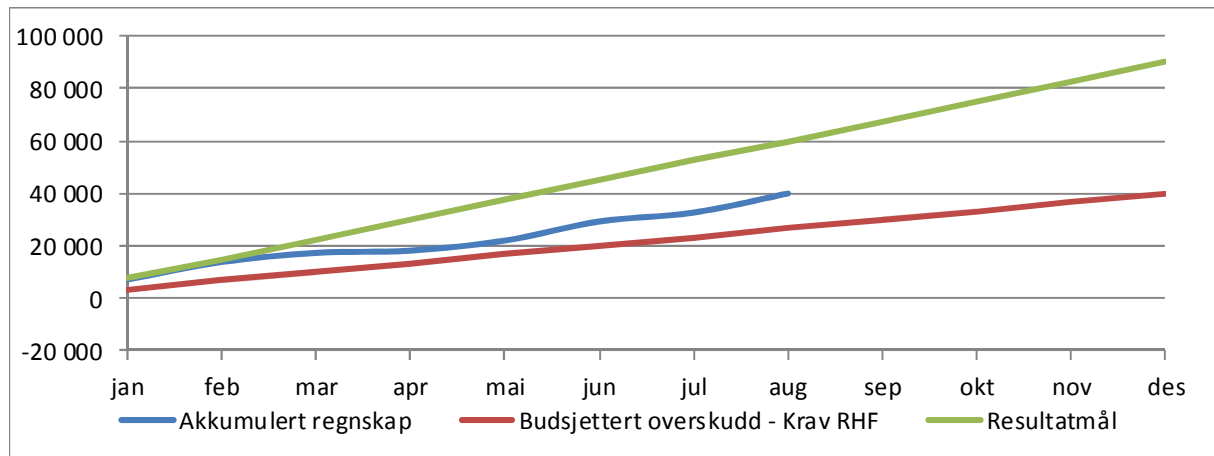


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 33 Akkumulert regnskap og budsjett 2016



For 2016 er det et overskuddskrav på 40 mill kr. Det er budsjettetert med 3,3 mill kr i overskudd hver måned. I tillegg styres det etter et ytterligere overskudd på 50 mill kr, slik at styringsmålet for 2016 er et overskudd på til sammen 90 mill kr (7,5 mill kr per måned og 4,1 mill kr høyere enn budsjettetert).

Regnskapet for august viser et overskudd på 7,3 mill kr. Det er 4,0 mill kr høyere enn budsjettetert, men 0,2 mill kr lavere enn styringsmålet. Akkumulert per august er det et budsjettavvik på +13,4 mill kr, men 20,0 mill kr lavere enn styringsmålet.

For august er de samlede inntektene 8,7 mill kr lavere enn budsjettetert. ISF-inntektene viser et negativt avvik på 8,3 mill kr, mens andre driftsinntekter har et positivt avvik på 1,2 mill kr. Øremerkede tilskudd har et negativt avvik på 2,6 mill kr. Polikliniske inntekter viser et positivt avvik på 1,1 mill kr.

Driftskostnadene er samlet sett 12,6 mill kr lavere enn budsjettetert. Kjøp av helsetjenester viser et overforbruk på 0,7 mill kr i forhold til budsjett. Aktivitetsdrevne varekostnader viser et negativt avvik på 2,5 mill kr. Lønnspostene har samlet sett et positivt avvik på 14,5 mill kr og andre driftskostnader viser et mindreforbruk på 1,3 mill kr.

Finanspostene har et positivt avvik på 0,1 mill kr.

Tabell 17 Resultatregnskap august 2016

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August				Akkumulert per August			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	369,3	369,3	0,0	0 %	3 112,9	3 112,9	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	21,0	20,9	0,0	0 %
ISF egne pasienter	100,6	106,3	-5,6	-5 %	903,8	896,3	7,5	1 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	1,8	4,4	-2,6	-59 %	41,5	47,8	-6,3	-13 %
Gjestepasientinntekter	2,7	2,8	-0,1	-3 %	19,4	22,3	-2,9	-13 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	16,7	15,6	1,1	7 %	143,8	138,6	5,2	4 %
Utskrivningsklare pasienter	1,3	1,3	-0,1	-4 %	18,3	18,6	-0,3	-1 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,0	2,0	0,0	-2 %	15,5	15,7	-0,2	-1 %
Andre øremerkede tilskudd	21,8	24,4	-2,6	-11 %	166,2	162,0	4,2	3 %
Andre driftsinntekter	29,2	28,0	1,2	4 %	240,7	235,4	5,3	2 %
Sum driftsinntekter	548,0	556,7	-8,7	-2 %	4 683,1	4 670,5	12,6	0 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	15,4	13,6	1,7	13 %	127,0	111,4	15,6	14 %
Kjøp av private helsetjenester	6,4	7,3	-1,0	-13 %	47,2	53,1	-5,9	-11 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	62,2	59,8	2,5	4 %	512,7	499,6	13,0	3 %
Innleid arbeidskraft	7,4	3,6	3,8	107 %	33,8	17,4	16,4	94 %
Lønn til fast ansatte	248,4	261,9	-13,5	-5 %	2 309,4	2 368,1	-58,7	-2 %
Overtid og ekstrahjelp	26,0	24,4	1,5	6 %	187,9	159,3	28,6	18 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	63,0	63,0	0,0	0 %	497,5	497,4	0,1	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-25,5	-22,2	-3,3	15 %	-177,4	-173,9	-3,4	2 %
Annen lønnskostnad	26,9	30,0	-3,1	-10 %	199,3	197,0	2,3	1 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	283,1	297,7	-14,5	-5 %	2 553,0	2 567,9	-14,9	-1 %
Avskrivninger	20,1	20,1	0,0	0 %	164,6	164,6	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	92,3	93,6	-1,3	-1 %	755,9	763,1	-7,2	-1 %
Sum driftskostnader	542,5	555,0	-12,6	-2 %	4 657,8	4 657,2	0,6	0 %
Driftsresultat	5,5	1,7	3,9	231 %	25,3	13,4	11,9	89 %
Finansinntekter	1,9	1,7	0,2		14,9	13,3	1,6	
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0		0,2	0,0	0,2	
Finansresultat	1,8	1,7	0,1		14,8	13,3	1,4	
Ordinært resultat	7,3	3,3	4,0	120 %	40,1	26,7	13,4	50 %

Tabell 18 Resultatregnskap august 2016, eks eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per August ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	369,3	369,3	0,0	3 112,9	3 112,9	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	21,0	20,9	0,0
ISF egne pasienter	100,6	106,3	-5,6	903,8	896,3	7,5
ISF av legemidler utenfor sykehus	1,8	4,4	-2,6	41,5	47,8	-6,3
Gjestepasientinntekter	2,7	2,8	-0,1	19,4	22,3	-2,9
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	16,7	15,6	1,1	143,8	138,6	5,2
Utskrivningsklare pasienter	1,3	1,3	-0,1	18,3	18,6	-0,3
Inntekter "raskere tilbake"	2,0	2,0	0,0	15,5	15,7	-0,2
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	-20,3	20,3
Andre driftsinntekter	29,2	28,0	1,2	240,7	235,4	5,3
Sum driftsinntekter	526,2	532,3	-6,1	4 516,9	4 488,2	28,7
Kjøp av offentlige helsetjenester	15,4	13,6	1,7	127,0	111,4	15,6
Kjøp av private helsetjenester	6,3	7,3	-1,0	47,0	53,0	-5,9
Varekostnader knyttet til aktivitet	61,4	58,8	2,6	506,2	492,5	13,7
Innleid arbeidskraft	7,4	3,6	3,8	33,8	17,4	16,4
Lønn til fast ansatte	237,1	249,2	-12,1	2 223,4	2 273,8	-50,4
Overtid og ekstrahjelp	23,4	21,6	1,8	168,6	138,2	30,4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	60,2	59,9	0,3	476,3	474,2	2,1
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-24,7	-21,3	-3,3	-171,4	-167,3	-4,0
Annen lønnskostnad	25,4	28,4	-3,0	188,0	184,6	3,4
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	268,6	281,4	-12,8	2 442,5	2 446,7	-4,2
Avskrivninger	20,1	20,1	0,0	164,6	164,6	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	88,6	89,5	-0,8	727,9	732,5	-4,5
Sum driftskostnader	520,7	530,6	-10,0	4 491,6	4 474,9	16,7
Driftsresultat	5,5	1,7	3,9	25,3	13,4	11,9
Finansinntekter	1,9	1,7	0,2	14,9	13,3	1,6
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Finansresultat	1,8	1,7	0,1	14,8	13,3	1,4
Ordinært resultat	7,3	3,3	4,0	40,1	26,7	13,4

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

Inntekter

- -8,2 mill kr ISF-inntekter
- +1,1 mill kr polikliniske inntekter
- -0,1 mill kr gjestepasientinntekter
- -0,1 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +1,2 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -1,8 mill kr kjøp av helsetjenester
- -2,6 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +12,8 mill kr lønn (+12,1 mill kr fast lønn, +0,7 mill kr variabel lønn).
- +0,8 mill kr andre driftskostnader

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

Inntekter

- +1,2 mill kr ISF-inntekter
- -2,9 mill kr gjestepasientinntekter
- +5,2 mill kr polikliniske inntekter
- +5,3 andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -9,6 mill kr kjøp av helsetjenester
- -13,7 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +4,2 mill kr lønn (+50,4 mill kr fast lønn, -46,2 mill kr variabel lønn).
- +4,5 mill kr andre driftskostnader

Tabell 19 Funksjonsregnskap

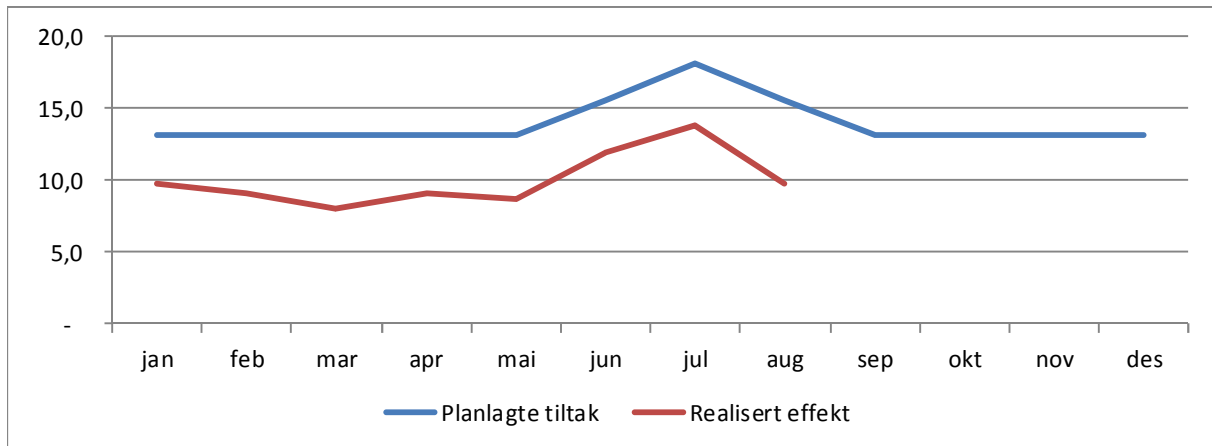
Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201608								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	317,3	329,5	2 662,7	2 693,7	2 671,8	21,8	1,16 %	4 127
Somatikk, (re-hab)	20,3	23,4	184,7	183,4	198,1	(14,7)	-0,7 %	305
Lab/rtg	70,5	71,5	582,2	593,9	581,2	12,7	2,0 %	899
Somatikk inkl lab/rtg	408,0	424,4	3 429,5	3 471,0	3 451,2	19,8	1,2 %	5 331
VOP, sykehus og annen beh	27,4	30,2	262,1	243,1	252,9	(9,8)	-7,2 %	398
VOP, DPS og annen beh	25,9	31,6	257,5	232,7	259,0	(26,4)	-9,6 %	401
BUP	12,9	14,7	110,4	112,0	122,9	(11,0)	1,4 %	190
Psykisk helse	66,2	76,5	630,0	587,8	634,9	(47,1)	-6,7 %	990
RUS, behandling	17,3	19,2	146,1	156,0	156,9	(0,9)	6,8 %	243
Rusomsorg	17,3	19,2	146,1	156,0	156,9	(0,9)	6,8 %	243
Ambulanse	31,9	33,5	262,6	278,8	278,5	0,3	6,2 %	428
Pasienttransport	16,9	15,4	138,8	146,4	144,9	1,4	5,4 %	232
Prehospitaltjenester	48,8	48,9	401,5	425,2	423,4	1,7	5,9 %	659
Administrasjon (skal være 0 p	(0,0)	(15,0)	-	-	(23,7)	23,7	0,0 %	(23)
Personalboliger, barnehager	2,9	1,1	9,1	17,9	14,5	3,4	95,9 %	20
Personal	2,9	(13,9)	9,1	17,9	(9,3)	27,1	95,9 %	(2)
Sum driftskostnader	543,1	555,0	4 616,2	4 657,8	4 657,2	0,6	0,9 %	7 221

Tabell 20 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk per august - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	35,5	34,9	-0,5	-0,5	245,5	242,0	-3,5	-0,7
11 - Longyearbyen sykehus	1,5	1,9	0,3	0,0	17,1	16,6	-0,5	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	25,8	23,8	-2,0	-1,4	108,9	102,6	-6,4	5,6
13 - Hjerte- lungeklinikken	14,8	14,8	0,0	0,9	99,4	100,6	1,2	6,2
15 - Medisinsk klinikk	32,3	29,3	-3,0	-0,9	171,0	159,3	-11,6	2,0
17 - Bame- og ungdomsklinikken	18,6	19,3	0,7	0,8	115,5	119,2	3,7	-2,8
18 - Operasjons- og intensivklinikken	55,3	58,8	3,6	0,0	425,3	419,0	-6,4	-0,1
19 - Neuro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	35,5	33,9	-1,7	-2,3	186,2	179,0	-7,2	-4,6
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	61,6	63,9	2,4	0,0	433,6	435,8	2,2	0,0
30 - Diagnostisk klinikk	49,5	50,8	1,3	0,0	359,1	354,0	-5,1	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,8	0,0	-0,7	0,0	1,8	0,3	-1,5	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	50,1	48,0	-2,1	0,0	385,7	384,0	-1,7	0,0
52 - Stabssenteret	13,2	15,1	2,0	0,0	96,5	99,7	3,2	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	12,1	13,3	1,3	0,0	87,9	95,5	7,6	0,0
62 - Felles	-413,1	-411,1	1,9	-4,9	-2 773,6	-2 734,3	39,3	-4,4
Totalt	-7,3	-3,3	4,0	-8,3	-40,1	-26,7	13,4	1,2

Gjennomføring av tiltak

Figur 34 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I 2016 er det budsjettetert med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I august er det beregnet en realisert effekt på 9,8 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 63 %. Til og med august er gjennomføringsgraden 70 %.

Prognose

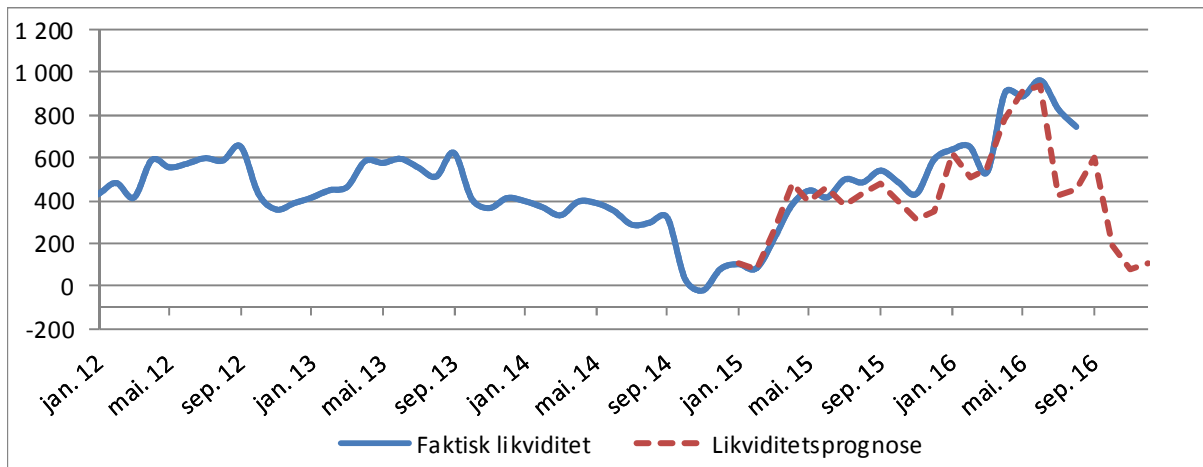
Per august ligger UNN omtrent 20 mill kr bak styringsmålet på +90 mill kr. Det ligger en reserve sentralt på grunn av estimert årsoverskudd for medikamenter som UNN overtok finansieringsansvaret for 1.januar 2016. I tillegg ligger en sentral risikobuffer som vil bedre resultatet fremover. Med dette utgangspunktet opprettholdes prognosen på +90 mill kr.

Tabell 21 Prognose per klinikk (beløp i mill kr)

Prognose per august	Avvik August	Avvik - HiA	Prognose August
10 - Akuttmedisinsk klinikk	-0,5	-3,5	-5,0
11 - Longyearbyen sykehus	0,3	-0,5	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-2,0	-6,4	-6,1
13 - Hjerte- lungeklinikken	0,0	1,2	-7,2
15 - Medisinsk klinikk	-3,0	-11,6	-4,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	0,7	3,7	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	3,6	-6,4	-12,0
19 - Neuro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	-1,7	-7,2	-15,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	2,4	2,2	12,0
30 - Diagnostisk klinikk	1,3	-5,1	-5,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	-0,7	-1,5	0,2
45 - Drifts- og eiendomssenter	-2,1	-1,7	0,0
52 - Stabssenteret	2,0	3,2	2,5
54 - Kvalitet- og utviklingscenteret	1,3	7,6	8,3
62 - Felles	1,9	39,3	81,3
Totalt	4,0	13,4	50,0

Likviditet

Figur 35 Likviditet



UNN har per utgangen av august en likviditet på 745 mill kr.

Investeringer

Tabell 22 Investeringer (tall i 1000 kr)

Investeringer , tall i mill kr	Restramme overført fra 2015	Investeringsramme 2016	Samlet investeringsramme 2016	Investert juli 2016	Investert august 2016	Sum investert 2016	Rest-forpliktelser (godkjent tidligere) august	Rest disponibel investeringsramme inkludert forpliktelser	Forbruk i år av disponibel ramme
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	10,0		10,0	0,0	0,2	3,6		6,4	36 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	142,3	290,0	432,3	62,5	5,5	298,3		134,0	69 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-75,8	50,0	-25,8	26,5	2,5	86,6		-112,4	-335 %
Nytt sykehus Narvik	-1,4		-1,4	0,1	0,1	0,8		-2,2	-60 %
SUM Nybygg	75,1	340,0	415,1	89,1	8,3	389,3	0,0	25,8	0,9
Åsgård øvrige prosjekter	1,2		1,2	0,0	0,0	0,0		1,2	0 %
Åsgård Bygg 7	34,6		34,6	0,4	1,3	18,4		16,3	53 %
SUM Rehabilitering	35,8	0,0	35,8	0,4	1,3	18,4	0,0	17,4	0,5
Datarom	1,8		1,8	0,0		2,5		-0,7	141 %
Tiltak kreftplan	0,0		0,0	0,0		0,0		0,0	
VAKe	0,1		0,1	0,0		0,0	0,1	0,0	0 %
Nytt nødnett	0,5		0,5	0,0		0,0	0,5	0,0	0 %
ENØK	12,7		12,7	0,5	0,1	1,4		11,3	11 %
SUM Prosjekter	15,0	0,0	15,0	0,5	0,1	3,9	0,6	10,6	0,3
Medisinteknisk utstyr	-0,2	87,0	86,8	3,2	4,1	38,5	39,2	9,1	44 %
Teknisk utstyr	8,0	12,0	20,0	2,2	0,0	5,2	-0,9	15,7	26 %
Annet utstyr disponert av MTU-midler				-0,1	2,4	3,3		-3,3	
Ombygginger		17,0	17,0	0,3	0,1	1,3		15,7	8 %
Ambulanser	-8,0	12,0	4,0	3,3	0,0	5,1		-1,1	126 %
EK KLP	0,0	22,0	22,0	3,6		26,0		-4,0	118 %
SUM Utstyr med mer	-0,1	150,0	149,89	12,4	6,7	79,4	38,4	32,1	0,5
SUM total	125,8	490,0	615,8	102,5	16,3	490,9	38,9	85,9	0,8

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I august er det bokført investeringer for 16,3 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 6,7 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 38,9 mill kr. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 32,1 mill kr.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
80/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	5.10.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Tertialrapport 2/2016 for utbyggingsprosjekter

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 31.8.2016 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering.
2. Styret tar til orientering at det foreligger risiko for overskridelse for PET-senterprosjektet, og forutsetter at konsekvensene av dette bearbeides og følges opp av styringsgruppen.

Bakgrunn

Det pågår 3 store utbyggingsprosjekter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). A-fløya, Renovering Bygg 7 ved UNN Åsgård og PET-senteret. I denne styresaken fremlegges et sammendrag av tertialrapport for andre tertial pr 31.08.2016.

Investeringsrammen for A-fløya er gitt i styrevedtak 54-2015 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013* og er 1 594 mill kr.

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

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

Formål

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

Saksutredning

A-fløya

Status og fremdrift i prosjektet

Overordnet fremdriftsplan holdes og klinisk drift planlegges startet 24.01.18. Milepæl for tett bygg 15.august 2016 er oppnådd, og alle fasader (ikke transportåpninger) er montert. UNN har godkjent milepelen som oppnådd. Innvendig ble det i juni startet arbeider med oppdeling av bygget med montasje av lettvegger. Alle arbeider ligger i en taktplan som følges. Arbeidene ferdigstilles fra 10. plan og nedover i bygget.

Økonomi

Budsjett for prosjektet overholdes. Konto 12 inneholder rokadekostnader for interne ombygginger og flyttekostnader, og har vært forbundet med usikkerhet. Dette har medført at budsjettet på 15 mill kr er overskredet, og posten må behandles opp mot prosjektets sikkerhetsmargin. Alle større arbeider som vil inkluderes i posten er ferdigstilt, og prosjektledelsen anses å ha kontroll over kostnaden. Initiale avklaringer omkring salg av C00-bygget er startet opp for å sikre realisering av budsjettet inntekt. Prognose for finanskostnader viser en gevinst for prosjektet sett opp mot budsjett, som følge av lavere renter og bruk av egenkapital.

Helse, miljø og sikkerhetsarbeid (HMS)

Det har vært gjennomført 24 vernerunder og det har vært 130 registrerte uønskede hendelser (RUH) i byggefasen. Tre av disse har medført mindre personskader med sykemelding og prosjektets H-verdi er 26,3 (H = arbeidsulykker x 1.000.000 / totalt antall arbeidstimer).

Miljø og avfallshåndtering

Rapport for avfallshåndtering etter rivearbeidet på A2 er under utarbeiding.

Risikohåndtering

Risikohåndtering i prosjektet har vært fulgt opp gjennomgående i prosjektet. I planleggingsfasen ble det gjennomført regelmessige risiko- og mulighetsanalyser der tiltak ble vurdert fortløpende. I byggefasen er det innført tilsvarende analyser sammen med entreprenør og underentreprenør. De tre største risikoer som er identifisert i prosjektet er brukerinitierte endringer, kontraktsforståelse og byggherrens utstyrsleveranser. Rokadekostnader og interne ombygginger har tidligere vært vurdert blant de høyeste risikoene i prosjektet. I den fasen som prosjektet er inne i nå vurderes denne risikoen som lav og under kontroll.

Størst mulighetsrom ansees det å ligge i kontinuerlig økonomiavklaring mellom byggherre og entreprenør, opplæringsplaner og fremdriftseffektive løsninger. Det er planlagt tiltak for å redusere risiko ved kjente faktorer.

Renovering Bygg 7 Åsgård

Status og fremdrift i prosjektet

Bygget er overtatt fra entreprenør og har vært inne i en testfase i sommer, parallelt med at utomhus og fasadearbeider har blitt ferdigstilt og overtatt av UNN. Fullskalatester har blitt utført innenfor brann. Møblering er foretatt og innflytting skjedde i begynnelsen av september, før den offisielle åpningen ved helse- og omsorgsministeren 13.9.2016. Prosjektet vil avsluttes i løpet av neste rapporteringsperiode.

Økonomi

Prosjektet har gått i henhold til planer, og har prognose til å ende opp i budsjettmessig balanse.

Helse, miljø og sikkerhetsarbeid (HMS)

Det har vært gjennomført 40 vernerunder, det er registret 52 RUH og prosjektets H-verdi er 0.

Miljø og avfallshåndtering

Entreprisen knyttet til riving har hatt en total mengde på avfall på 557,3 tonn der 529,3 tonn av disse har vært sortert. Dette gir en sorteringsgrad på 95 %.

Risikohåndtering

Prosjektet er i en fase der risikoen anses som så lav at det ikke er aktuelt med denne oppfølgingen lengre.

PET-senter

Status og fremdrift i prosjektet

Prosjektet arbeider med etablering av etasjeskillere i betongelementer og bærende elementer i stål i plan 8-10 for kontoretasjene. Videre arbeides det med klargjøring for oppstart av tekniske fag som begynner montasjen omlag 15.9.16. Arbeidene med kulvert mellom PET-senteret og A-fløya er startet, og planlegges gjennomført innen 31.12.16. Det er vektlagt å minimere driftsforstyrrelsene for pasienter og den daglige driften ved UNN. Busstrafikk er omlagt til enveiskjøring i Hansine Hansensvei i en kort periode.

Det har vært et mindre branntilløp i forbindelse med sveisearbeid. Dette ble slukket før brann- og redningstjenesten kom til stedet. Episoden har ingen konsekvenser for prosjektet.

Det arbeides med detaljplanlegging av kontoretasjene i plan 8-10 der ansatterepresentanter, bedriftshelsetjeneste og vernetjeneste er involvert. PET-sentrets ferdigstillelse vil bli utsatt som følge av denne utvidelsen av prosjektet, og klinisk drift planlegges startet 20.2.2018.

Økonomi

Prosjektet har vært inne i en intensiv periode for å avklare og ferdigstille alle nødvendige forhold. I denne perioden er det også gjennomført risikoanalyser og økonomigjennomgang. Dette har medført at prosjektet har avdekket flere forhold som har vært nødvendig å innlemme i prosjektet, og som vil medføre kostnadsøkning. Disse avvikene skyldes i hovedtrekk 1) Endrede forutsetninger/ eksterne forhold, 2) Mangler og feilkalkuleringer i prosjektet, 3) Andre forhold. Totalt dreier disse punktene seg til en kostnadsøkning på omkring 50 mill kr. Det blir i løpet av september måned gjennomført vurderinger knyttet til mulige kutt, med påfølgende behandling i prosjektets styringsgruppe i oktober.

Helse, miljø og sikkerhetsarbeid (HMS)

Det har vært gjennomført 16 vernerunder, innmeldt 134 RUH og ingen personskader. Prosjektets H-verdi er lik 0.

Miljø og avfallshåndtering

Det har ikke vært gjennomført rivearbeider i forbindelse med prosjektet. Rapport for avfallshåndtering er ikke utarbeidet ennå.

Risikohåndtering

Det er gjennomført risiko- og mulighetsanalyser i prosjektet. De største risikoer som er avdekket er mulighet for prosjekteringsfeil, endringsønsker og fremdrift av byggherrens utstyrsleveranser.

Det har vært jobbet intenst med å avklare muligheter for prosjekteringsfeil, og noen mangler har blitt oppdaget og har medført ekstra kostnader i prosjektet. Det er også tilkommet noen kostnader ved fremdriftskoordinering av byggherrens utstyrsleveranser. I tillegg har det vært gjennomført risikoanalyse av tekniske anlegg, og avdekket behov for etablering av egen forsyning av reservekraft og trykkluft. Dette er anlegg som opprinnelig ikke var inkludert i prosjektet da dette skulle forsynes fra eksisterende anlegg ved UNN. Resultat av disse forholdene oppsummeres i prosjektets økonomiske utfordring.

Mulighetene er oppsummert som gaver til senteret, godt samarbeid mellom byggherre og entreprenør og medfinansiering fra Universitetet i Tromsø (UiT) og sykehusapoteket. Det pågår diskusjon med UiT om økning av deres anleggsbidrag i tråd med bestilt arealøkning til forskning.

Organisasjonsutvikling

I styresak 128-2015 *Konsernbestemmelser for investeringer – oppdatering* i Helse Nord RHF er det stilt krav til rapportering om organisasjonsutvikling (OU) og gevinstrealisering i forbindelse med nye byggeprosjekter. Status i UNN er at det er vedtatt organisering og struktur på hvordan dette skal gjennomføres. Beslutning ble gjort i direktørens ledermøte den 19.4.2016. Saksfremlegget definerer at OU er et linjeansvar og direktøren besluttet etablering av en koordinerende funksjon ved Stabsenteret. Den koordinerende enheten er under etablering. I andre tertial er noe konkret arbeid kommet i gang i klinikkene, og arbeidet planlegges intensivt i tredje tertial.

Medvirkning

Saken var forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i eget møte fredag 23.9.2016. Protokollen fra møtet vil forelegges styret til behandling som egen referatsak i styremøtet 5.10.2016. For øvrig redegjorde direktøren muntlig for saken i arbeidsmiljøutvalgets møte 21.9.2016, hvorpå de tok saken til orientering.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten forutsatte at de ekstra påløpte kostnadene løses innenfor P85-grensen, og ikke må resultere i en kostnadmessig belastning for UNNs lokalsykehusfunksjon, men finansieres i et regionalt perspektiv.

Det ble for øvrig gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert under drøftingsmøtet.

Vurdering

Arbeidet med A-fløya er kommet godt i gang og holder fremdriftsplanen. Det er oppnådd tett bygg og innvendige arbeider er startet opp i henhold til fremdriftsplan.

Renoveringsarbeidet på bygg 7 ved UNN Åsgård er fullført i henhold til plan. Innflytting og åpning er gjennomført før styret behandler denne saken, og styret kunne med selvsyn se at bygget fremstår som en betydelig oppgradering for psykiatribehandlingen ved UNN. Arbeidet med å forbedre forholdene for psykiatrien følges opp ved at idèfasen for bygningsmassen gjennomføres denne høsten, og det tas sikte på å legge frem en rapport om dette arbeidet i første tertial 2017.

Det er gledelig at byggearbeidene ved PET-senteret og kontoretasjene er godt i gang. Gjennomføringen av dette er av stor betydning for UNN. Direktøren er bekymret for økonomistatusen i prosjektet, og vurderer at det foreligger risiko for at prosjektkostnaden kan komme til å overstige P50-rammen. Dette vil i så fall være beklagelig, men det må sees i sammenheng med at prosjektet er det mest komplekse i UNNs regi. Prosjektet er unikt i nasjonal og internasjonal målestokk ved at det inneholder både human PET, syklotron, nukleærmedisin, forskningsfasiliteter og apotekets legemiddelfabrikk. Tertialrapporten viser at det har vært jobbet kontinuerlig med formål å sikre god gjennomføring og kostnadsreduksjoner i prosjektet. Det vil bli jobbet videre med økonomi og mulige kostnadsreduksjoner frem til styringsgruppemøtet medio oktober. Direktørens styringssignal er fortsatt at P50-rammen skal holdes. Dersom dette viser seg å ikke være mulig, vil saken bli fremmet for styrebehandling i henhold til konsernbestemmelsene for investeringer i Helse Nord.

Konklusjon

Direktøren er tilfreds med at Bygg 7 ved UNN Åsgård er fullført, og at arbeidet med A-fløya og PET-senteret er godt i gang. Den økonomiske prognosen for PET-senteret er utfordrende for prosjektledelsen, og bearbeides derfor videre. Prosjektets styringsgruppe følger opp dette arbeidet.

Direktøren anbefaler at tertialrapporten for utbyggingsprosjektene ved UNN tas til orientering.

Tromsø, 30.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tertialrapport 2-2016 for utbyggingsprosjektene ved UNN



Utsatt innsyn jf. offlv § 5 – sladdet versjon - Saksmappe ePhorte: 2014/849

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 2/2016



Nyrenovert fasade på Bygg 7 - i høstsol

	A-fløya	Bygg 7 Åsgård	PET
HMS	H=26	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse	01.11.2017	18.05.2016	20.11.2017
Klinisk drift	24.01.2018	01.09.2016	20.02.2018
Fremdrift	Ingen avvik	Ingen avvik	4 mnd
Ramme inneværende år	432,3 mill kr	20,3 mill kr	-25,8 mill kr
Sum investert hittil 2016	298,4 mill kr	16,8 mill kr	86,7 mill kr
Sum investert totalt	770,4 mill kr	88,8 mill kr	152,0 mill kr
Investeringsramme P50	1596 mill kr	96,3 mill kr	493,1 mill kr
Prognose økonomiavvik	0	0	7,7 mill kr

Innhold

1	A-fløya.....	5
1.1	Oppsummering	5
1.2	Sikkerhet, Helse og arbeidsmiljø.....	6
1.2.1	Vernerunder	6
1.2.2	Uønskede hendelser.....	6
1.2.3	Støy.....	6
1.2.4	Ytre miljø	6
1.3	Fremdrift.....	7
1.3.1	Gjeldende fremdriftsplan.....	7
1.3.2	Avvik fra fremdriftsplan.....	7
1.4	Økonomi	7
1.4.1	Investeringsramme (P85).....	8
1.4.2	Godkjent budsjett (P50).....	8
1.4.3	Prisstigning	9
1.4.4	Forventet produksjon pr år	9
1.4.5	Finanskostnad	9
1.4.6	Investeringsplan.....	9
1.4.7	Risikostyring	10
1.4.8	Økonomioppsummering	10
1.5	Delkapitler	10
1.5.1	Generelle og spesielle kostnader	10
1.5.2	Entreprenørkostnader	10
1.5.3	Medisinteknisk utstyr	11
1.6	Overordnede beslutninger	11
2	Bygg 7 Åsgård.....	12
2.1	Oppsummering	12
2.2	Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø.....	12

2.2.1	Vernerunder.....	12
2.2.2	Hendelser.....	12
2.2.3	Støy.....	12
2.2.4	Ytre miljø	12
2.3	Fremdrift.....	12
2.3.1	Gjeldende fremdriftsplan.....	12
2.3.2	Avvik fra fremdriftsplan.....	12
2.4	Økonomi	13
2.4.1	Investeringsramme	13
2.4.2	Godkjent budsjett.....	13
2.4.3	Prisstigning.....	13
2.4.4	Forventet produksjon pr år	14
2.4.5	Forventet finanskostnad.....	14
2.4.6	Investeringsplan.....	14
2.4.7	Risikostyring	14
2.4.8	Økonomioppsummering.....	14
2.5	Delkapitler	14
2.5.1	Generelle og spesielle kostnader	14
2.5.2	Entreprenørarbeider.....	15
2.5.3	Utstyr.....	15
2.6	Overordnede beslutninger	15
3.	PET-Senter	16
3.1	Oppsummering.....	16
3.2	Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø.....	16
3.2.1	Vernerunder.....	16
3.2.2	Hendelser.....	17
3.2.3	Ytre miljø	17
3.2.4	Støy.....	17
3.3	Fremdrift.....	17
3.3.1	Gjeldende fremdriftsplan.....	17
3.3.2	Avvik i fremdriftsplan	17

3.4	Økonomi.....	17
3.4.1	Investeringsramme	17
3.4.2	Godkjent budsjett.....	18
3.4.3	Prisstigning.....	20
3.4.4	Forventet produksjon pr år	20
3.4.5	Forventet finanskostnad.....	20
3.4.6	Investeringsplan.....	20
3.4.7	Risikostyring	20
3.4.8	Økonomioppsummering.....	21
3.5	Delkapitler.....	23
3.5.1	Generelle og spesielle kostnader	23
3.5.2	Entreprenørarbeider.....	23
3.5.3	Utstyr.....	24

1 A-fløya

1.1 Oppsummering

Milepæl for tett bygg 15. august 2016 er oppnådd, og alle fasader (ikke transportåpninger) er montert. UNN har godkjent milepelen som oppnådd. Innvendig ble det i juni startet arbeider med innvending oppdeling av bygget med montasje av lettvegger. Alle arbeider ligger i en taktplan som følges. Arbeidene ferdigstilles fra 10. etasje og nedover i bygget (11. etasje er en ren teknisk etasje som ferdigstilles i parallell).

Det har vært noen forhold i denne innledende byggefasen som ikke har vært som ønsket/forutsatt;

- Kapasitet på fundamenter - dette er løst gjennom en forsterkning.
- Kvalitet på eksisterende betong er dårligere enn forutsatt (lavere faktiske trykkfastheter enn hva konstruksjonsklassen tilsier). Dette er løst gjennom økning av antall innfestningsbolter (forankring av skjær- og moment) i eksisterende trapperom, samt mot B - fløy.
- Driftsavbrudd pga støyende arbeider. I praksis får vi flere akutte avbrudd enn forutsatt, og dette krever gode kommunikasjonsrutiner. Dette er et punkt som i planleggingen er vurdert for enkelt, og vi ser at det er store krav til hvordan prosjektet tilnærmer seg sykehusdriften i disse spørsmålene. Dette er et kontinuerlig arbeid.

Salgsprosess av C00 er ikke iverksatt, men dette ligger som et økonomisk grunnlag i prosjektets økonomi. Her er prosessen startet, og det gjøres innledende avklaringer. Det innhentes juridiske vurderinger av hvorvidt dette må gjennomføres som en konkurranse iht offentlige innkjøpsregler, eller om dette kan gjøres åpent i markedet.

Det er også gitt en melding til Sykehusbygg for å sjekke deres evt. behov i andre prosjekter. Dette er ikke endelig avsjekket.

I det øvrige ligger prosjektet godt an i forhold til sin plan. All prosjektering avsluttes nå i disse dager, og resterende er da rene gjennomføringsarbeider. Det legges nå mye vekt på forberedelser av oppstart/ testfaser med tilhørende FDVU kombinert med opplæringsplaner.

Det er pr. dato 7 BIE - brukerinitierte endringer. Dette er behandlet i prosjektets styringsgruppe.

1.2 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø

A-fløyprosjektet er et komplisert prosjekt hvor det skal bygges samtidig som man skal opprettholde drift under bygging. Dette vil kreve mye av både sykehus- og prosjektorganisasjonen. Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø vil på grunn av nevnte kompleksitet ha særdeles høy prioritet i prosjektet. Det gjennomføres risikovurderinger av både bygging og driftsulemper under bygging, og det er utarbeidet planer som ivaretar SHA i byggefase.

Det er et særlig fokus i forhold til publikum og ansatte som bruker forplassen og hovedinngangspartiet. Dette har gjennom parallellprosjektet PET-senter, den tilhørende kulvert med omlegging av veg og kjøremønster medført en skjerping av SHA-oppfølgingen av forplassen og områdene rundt.

Det vil være nødvendig å stenge ned hovedinngangen i A-fløya i perioder.

Det bør jobbes langsiktig med en bedre logistikk for både personal-, bil- og kollektivtrafikk inn og ut av UNN.

1.2.1 Vernerunder

Det gjennomføres vernerunder på byggeplass hver 14. dag i regi av totalentreprenør. Byggherren deltar på disse vernerundene. I tillegg foretar byggeledelsen egne befaringer uavhengig av entreprenør. Alvorlige avvik er ikke registrert.

Det er gjennomført 24 vernerundemøter for A- fløya.

1.2.2 Uønskede hendelser

Det er 130 registrerte uønskede hendelser (RUH) pr. dato i byggeperioden. Vi har av dette hatt 3 spesifikke skader, og dette gir en H verdi= 26,3 pr august. ($H\text{-verdi (Hyppighetsverdi)} = (\text{antall personskader med fravær som følge av arbeidsulykker på byggeplassen} / \text{antall utførte timer}) \times 1.000.000$). Relativt sett er dette en forbedring i forhold til forrige rapport. Det gjennomføres sikker jobb-analyser (SJA) i godt samarbeid mellom entreprenør og UNN. SJA-analyser gjennomføres løpende og etter behov.

1.2.3 Støy

Varsling av støyende arbeider har vært gjennomført i henhold til utarbeidet rutine. Støy er kilde til driftsavsbrudd da klinikkene i akutte situasjoner krever stopp. Rutinene er justert og ettergås kontinuerlig. Det er etablert en tydelige plan for støyende arbeider, og dette fungerer i hovedsak godt. Akutte forhold løses fortløpende.

1.2.4 Ytre miljø

Rapport for avfallshandtering etter rivearbeidet på A2 er under utarbeiding

1.3 Fremdrift

1.3.1 Gjeldende fremdriftsplan

Fremdriftsplan er ikke endret siden siste rapportering.

Kontraktens milepæler	Dato
Kontrakt signering	17.06.15
Opplæringsplan	01.10.15
Oppstart prøvedrift	01.11.17
Prøveperiode	01.11.17 - 18.04.18
Klinisk drift	24.01.18
Siste delovertagelse	18.04.18
Ferdigattest	18.04.18

Perioden bak oss har gått med til å rive A2, samt etablere bæresystem for bygget gjennom søyler, bjelker og prefabrikerte dekker. Fasademontasjen startet 01.03.16 er gjennomført som planlagt. Bygget er tett og lukket pr. 15.08.16.

Prosjekteringen er under avslutning pr. medio september 2016. Prosjektering i denne sammenheng er utvikling av arbeidstegninger basert på underlag i kontrakten tuftet på funksjonsprosjektet.

Arbeidene med opplæringsplan og forberedelser til klinisk drift er startet. Planen er sendt ut til teknisk avdeling med formål at man planlegger sin ressurssetting for høsten 2017. Dette vil være en krevende periode.

Vi diskuterer også hvordan klinisk drift fra 24. januar 2018 skal gjennomføres. Prosjektet vurderer at man starter med innflytting/ oppstart av 10. etasje (Laboratorier) for deretter å flytte inn én etasje ad gangen med 14-dagers mellomrom. Første innflytting tenkes da umiddelbart over nyttår 2018.

1.3.2 Avvik fra fremdriftsplan

Det er ikke meldt avvik fra revidert fremdriftsplan. Det er mindre interne avvik i planen, men dette er forhold som ikke påvirker viktige milepæler. Det kan bli mindre, praktiske endringer som prosjektet gjør av hensyn til nødvendig helhet.

1.4 Økonomi

I styresak 54-2015 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013* vedtok styret i Helse Nord RHF å utvide rammen for prosjektet til 1594 mill kr hvorav 1547 ligger i rammen til UNN.

1.4.1 Investeringsramme (P85)

Kostnadsrammen for prosjektet fastsatt til 1.594 mill kr.

Investeringsramme inneværende år

Investeringer tall i mill kr	Investering ramme overført til 2016	Investerings ramme 2016	Rest investerings ramme	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2016	Restramme 2016	Forbruk i år av disponibel ramme %
A-fløya	142,3	290,0	432,3	68,0	298,4	133,9	69%

1.4.2 Godkjent budsjett (P50)

Prosjektets forventede prosjektkostnad P50 er kr 1.594 mill kr inkl mva og prisstigning i byggeperioden (jf styrevedtak 54/2015 i Helse-Nord RHF).

Kostnadsoversikt per 31.08.2016 samlet for alle kostnadsbærere i denne fasen av prosjektet framgår av tabellen under.

PNS	PNS Navn	Prognose	Fakturert Akkumulert

Konto 12 inneholder flytte- og rokadekostnader ved interne ombygginger og flyttinger for å klargjøre for bygging av A-fløya. Denne posten har vært svært vanskelig å forutse kostnaden av. I opprinnelig A-fløy-budsjett var det satt av 15 mill kr til rokader og flyttinger, dette har vist seg å være en betydelig underestimering. På grunn av dette er det valgt å behandle det som en egen post uten budsjett, men som i praksis sees opp mot sikkerhetsmargin i prosjektet. Denne måten å behandle posten på, utgjør en usikkerhet i prosjektet.

Detaljert entreprisekostnad (signerte kontrakter):

	Konto	Entreprenør	Kontrakt (kr) Inkl mva
E01	Totalentreprise	Consto AS	
K201	Graving grunn og fundamenter	Bjørn Bygg	
K207	Operasjonsstuer	Olympus Norge	
K208	Møbler og løst inventar		
K209	Medisinskteknisk utstyr	Diverse	
K403	Reservekraft		
K501	Nettverksutstyr		
911	Midlertidig bygg C00	Malthus	
912	Midlertidig bygg A00	Malthus	
	Budsjett inklusive mva		

1.4.3 Prisstigning

Det er avtalt fast sum for lønns- og prisstigning med entreprenør på 34 mill kr. Inkludert prisstigning vil prosjektkostnad i 2018 være 1596 mill kr.

1.4.4 Forventet produksjon pr år

Produksjon MNOK	Før 2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	47	81,7	115,5	228,2	521	505	95,6

1.4.5 Finanskostnad

Byggelånsrenter MNOK	2015	2016	2017	2018
Forventet finanskostnad	1,0	3,3	7,0	1,0
Bokførte rentekostnader	1,0	1,6		

Opprinnelig var det budsjettert med 51.625.000 kr inkl mva for byggelånsrenter. Nytt estimat utgjør 12,5 mill kr. Årsak er selvfinansiering og lavere rente (etter informasjon fra Økonomi- og analysesenteret ved UNN).

1.4.6 Investeringsplan

I styresak 72-2016 har styret i Helse Nord RHF revidert investeringsplan for perioden 2017-2024. Planen medfører at hele sluttrammen for prosjektet er lagt til 2017, i tråd med prosjektets fremdrift.

Utdrag investeringsplan:

Investeringsramme MNOK	Før 2015	2015	2016	2017	2018

A-fløy	329	290	290	638	0
--------	-----	-----	-----	-----	---

1.4.7 Risikostyring

Risikohåndtering i prosjektet har vært fulgt opp gjennomgående i prosjektet. I planleggingsfasen ble det gjennomført regelmessige risiko- og mulighetsanalyser der tiltak ble vurdert fortløpende. I byggefasen er det innført tilsvarende analyser sammen med entreprenør og underentreprenør. De 3 største risikoer som er identifisert i prosjektet er brukerinitierte endringer, kontraktsforståelse og byggherrens utstyrsleveranser. Rokadekostnader og interne ombygginger har tidligere vært vurdert blant de høyeste risikoene i prosjektet. I den fasen som prosjektet er inne i nå vurderes denne risikoen som lav og under kontroll.

Størst mulighetsrom ansees det å ligge i kontinuerlig økonomiavklaring mellom byggherre og entreprenør, opplæringsplaner og fremdriftseffektive løsninger. Det er planlagt tiltak for å redusere risiko ved kjente påvirkbare faktorer.

1.4.8 Økonomioppsummering

Budsjett for prosjektet overholdes. Konto 12 inneholder rokade kostnader for interne ombygginger og flyttekostnader og har vært uforutsigbart. Dette har medført at budsjett på 15 mill kr er overskredet og at posten behandles opp mot prosjektets sikkerhetsmargin. Alle større arbeider som vil inkluderes i posten er ferdigstilt og prosjektledelsen anser derfor å ha kontroll over kostnaden. Øvrige risikoområder behandles fortløpende og prosjektet vurderer samlet å ha god kontroll på økonomien.

1.5 Delkapitler

1.5.1 Generelle og spesielle kostnader

08. Generelle kostnader		Budsjett	Fakturert per 31.08.2016	Status
80	Påløpt forprosjekt	38 916 310	38 916 310	Ferdig
81	Programmering	1 733 179	1 733 179	Ferdig
82	Prosjektering	106 645 098	91 681 218	Pågå
83	Administrasjon	62 884 509	39 905 036	Pågå
84	B kostnader	6 875 000	4 537 055	Pågå
85	Forsikringer og gebyrer	1 250 000	1 072 848	Pågå
89	Andre generelle kostnader	1 875 000	388 025	Pågå
Sum Generelle kostnader		220 154 026	178 233 671	

1.5.2 Entreprenørkostnader

Pågående byggarbeider består av Consto AS sin totalentreprise og Olympus sin tilsvarende kontrakt på integrerte og prefabrikkerte operasjonsstuer. Hovedarbeidene i regi av Consto har passert milepæl for tett bygg. Viser til tabeller for respektive kontraktsummer.

1.5.3 Medisinteknisk utstyr

Innkjøp av medisinteknisk utstyr pågår i henhold til plan. Det neste tunge innkjøpet er telemetri og øvrig innkjøp.

1.6 Overordnede beslutninger

Ingen overordnede beslutninger i dette tertial.

2 Bygg 7 UNN Åsgård

2.1 Oppsummering

Bygget er overtatt fra entreprenør og har vært inne i en testfase i sommer, parallelt med at utomhus og fasadearbeider har blitt ferdigstilt og overtatt av UNN. Fullskalatester har blitt utført innenfor brann. Møblering er foretatt og innflytting pågår i disse dager.

2.2 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø

I forhold til entreprenøren er målsettingen om H-verdi= 0 (dvs. ingen skader som medfører fravær) oppnådd.

Entreprenøren har gjennomført 15 Sikker Jobb Analyser (SJA) og har 0 i skadeomfang.

2.2.1 Vernerunder

Antall vernerunder utført i byggefase er totalt 40 stk.

2.2.2 Hendelser

Antall meldinger om uønsket hendelser ble totalt 52 stk.

2.2.3 Støy

Bygg 7 ligger for seg selv og prosjektet har ikke mottatt klager på støy i byggeperioden.

2.2.4 Ytre miljø

Rive-entreprisen har hatt en total mengde på avfall på 557,3 tonn der 529,3 tonn av disse har vært sortert. Dette gir en sorteringsgrad på 95 %.

2.3 Fremdrift

2.3.1 Gjeldende fremdriftsplan

Byggestart: 09.03.2015

Delfrist: 12.05.2016

Sluttfrist: 18.05.2016

Innflytting:

Akutt-teamet 1. etg: 23- 24. august

Døgn 1, 3. etg: 07. september

Akuttpost Tromsø, 2. etg: 08. september

2.3.2 Avvik fra fremdriftsplan

Ingen avvik i forhold til tidligere rapportert.

2.4 Økonomi

2.4.1 Investeringsramme

Rammen for prosjektet er uendret fra forrige rapportering.

Investeringsramme totalt, per år

Investeringer tall i mill kr	Før 2013	2013	2014	2015	2016	Totalt
Bygg 7 Åsgård	0,9	4	18,1	47,0	26,3	96,3

Investeringsramme inneværende år

Investeringer tall i mill kr	Investering ramme overført til 2016	Investerings ramme 2016	Rest investerings ramme	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2016	Restramme 2016	Forbruk i år av disponibel ramme %
Bygg 7 Åsgård	-6,0	26,3	20,3	3,2	16,8	3,5	82,8 %

2.4.2 Godkjent budsjett

Budsjettet er satt opp med en svært nøktern strategi og med en marginal reserve. Ved kalkulasjon av entreprisekostnad var det tatt betydelig høyde for prosjektspesifikke forhold. Prosjektledelsen mener derfor at tallene er realistiske, men den krever tett oppfølging. Fortløpende prognoser utarbeides derfor i ISY prosjektregnskap.

Godkjent budsjett bygg 7 Åsgård

Kapittel	Beskrivelse	Sum inkl mva
Kapittel 1-7	Sum budsjetterte entreprisekostnader	
Kapittel 8	Sum budsjetterte generelle kostnader	
Kapittel 9	Sum budsjetterte spesielle kostnader	
Samlet	Total prosjektkostnad Bygg 7	

Kontrakter inngått:

Beskrivelse	Entreprenør	Sum kr. eks mva	Sum kr. inkl mva
Prosjektering RIE	Norconsult AS		
Prosjektering ARK, RIV, RIB,	Amundsen AS		
Rive-entreprise	AK Miljø		
Ombyggingsentreprise	Bjøm Bygg AS		

2.4.3 Prisstigning

Prisstigning er innbakt i kapittel 1-7 i budsjett.

2.4.4 Forventet produksjon pr år

Prosjektet ferdigstilles i år og det forventes ikke kostnader utover 2016.

2.4.5 Forventet finanskostnad

Byggeprosjektet er ikke lånefinansiert.

2.4.6 Investeringsplan

Det ligger ikke midler til prosjektet i investeringsplan utover 2016.

2.4.7 Risikostyring

Prosjektet er i en fase der risikoen anses som så lav at det ikke er aktuelt med denne oppfølgingen lengre. I planleggingsfasen ble det gjennomført risikovurdering på sentrale anlegg.

2.4.8 Økonomioppsummering

Investeringsramme er uendret fra siste rapportering. Kontrakter er inngått for ca 78 mill kr og dette er i henhold til budsjett. Prosjektet har prognose til å gå i balanse med budsjett. Sluttoppgjøret gjenstår og det er noen poster der byggherre og entreprenør er uenig. Dette forutsettes avgjort i forhandlinger og vil med meget stor sannsynlighet ikke påvirke økonomien totalt sett.

2.5 Delkapitler**2.5.1 Generelle og spesielle kostnader**

Generelle kostnader består av prosjekteringskostnader, byggeledelse og div. administrative kostnader. Byggeledelse og prosjekterendes oppfølging i byggefase er de oppgavene som har høyest aktivitet nå. Spesielle kostnader består av etablering av flytte- og rokadekostnader.

Generelle kostnader	
Gjeldende budsjett	96 300 000 NOK
Totalt fakturert	88 778 574 NOK
Andel fakturert av	92,0%

Hovedaktiviteten i prosjektet er innvendig ombygging, med hovedvekt på oppføring av teknisk infrastruktur samt oppføring vegger i 2.- og 3. etasje.

Konto	Beskrivelse	Budsjett	Påløpt	Gjenstående
1-7	Bygging			
8	Generelle kostnader			
9	Spesielle kostnader			
	Sum kr inkl mva			

2.5.2 Entreprenørarbeider

Prosjektet har bestått av to entrepriser; ombyggingsentreprisen (generalentreprise etter 8405) og rive-entreprise (etter 8405). Disse har vært parallellforskøvet i tid, slik at det har kun vært en kontraktspart inne i bygget om gangen.

2.5.3 Utstyr

Det har vært gjennomført innkjøp av inventar og gardiner i et eget budsjett, finansiert av UNN (4,5 mill)

2.6 Overordnede beslutninger

UNN har avsatt egne investeringsmidler til etablering av utvendig solavskjerming i bygg 7. Dette har vært på 1,3 mill og er ferdigstilt. Løsningen ivaretar Riksantikvarens fredningsbestemmelse og er godkjent.

3. PET-Senter

3.1 Oppsummering

Prosjektet arbeider med etablering av hulldekker og bærende stål i plan 8-10 for kontoretasjene. Videre arbeides det med klargjøring for oppstart av tekniske fag som begynner montasjen ca 15.09.16.

Arbeidene med kulvert er startet og planlegges gjennomført innen 31.12.16. Det er vektlagt å minimere driftsforstyrrelsene for pasienter og den daglige driften ved UNN. Busstrafikk er omlagt til enveiskjøring i Hansine Hansens vei i en kort periode.

Det har vært et mindre branttilløp i forbindelse med sveisearbeid. Dette ble slukket før brann og redning var på stedet. Episoden har ingen konsekvenser for prosjektet.

Prosjektet har vært inne i en intensiv periode for å avklare og ferdigstille alle nødvendige forhold. I denne perioden er det også gjennomført risikoanalyser og økonomigjennomgang. Dette har medført at prosjektet har avdekket flere forhold som har vært nødvendig å innlemme i prosjektet, og som vil medføre kostnadsøkning.

Disse avvikene skyldes i hovedtrekk 1) Endrede forutsetninger/eksterne forhold, 2) Mangler og feilkalkuleringer i prosjektet, 3) Andre forhold

Totalt dreier disse punktene seg til en kostnadsøkning på omkring 50 mill kr. Det blir i løpet av september måned gjennomført vurderinger omkring mulige kutt som vil bli behandlet i prosjektets styringsgruppe i oktober.

Etableringen av kontoretasjene i plan 8-10 er i gang. Det arbeides med detaljplanlegging av disse hvor ansatterepresentanter, bedriftshelsetjenesten og vernetjenesten er involvert.

PET-sentrets ferdigstillelse vil bli utsatt grunnet denne utvidelsen av prosjektet, og klinisk drift starter 20.02.2016.

3.2 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø

3.2.1 Vernerunder

Totalentreprenør har nesten fullført arbeidene med fundamenter, stål og betongarbeider. Det er utarbeidet SHA plan som følges opp i henhold til etablerte rutiner i byggeprosjektene. Det er etablert rutiner for HMS arbeidet og gjennomføres vernerunder hver 14 dag på byggeplass. Arbeidet fungerer tilfredsstillende. Det samarbeides med A-fløya prosjektet om sikkerhetstiltak mellom anleggsområdene.

3.2.2 Hendelser

Det er registrert 134 stk RUH pr. 05.08.2016. Det er ikke registrert hendelser som har medført personskader. Generelt er det gjentakelse av manglende bruk av sikring under arbeid i høyden som er mest fremtredende for alvorlige RUH. H-verdi er 0.

3.2.3 Ytre miljø

Det har ikke vært utført rivearbeider i forbindelse med prosjektet.

3.2.4 Støy

Varslingsrutiner er gjennomført og det er ikke rapportert om støyproblemer fra UNN eller UIT i byggefasen.

3.3 Fremdrift

3.3.1 Gjeldende fremdriftsplan

Følgende tidsfrister er spesifisert i kontrakt med Totalentreprenør:

Ferdigdato 20.11.2017

Overlevering til klinisk prøvedrift: 20.02.2018

PET-sentrets ferdigstillelse er utsatt grunnet utvidelsen av prosjektet med 3 kontoretasjer.

3.3.2 Avvik i fremdriftsplan

Innarbeiding av kontorbygg har vært noe mer omfattende enn forvente, men er nå innarbeidet i en fremdriftsplanen.

Klinisk prøvedrift starter 20.02.2018.

3.4 Økonomi

3.4.1 Investeringsramme

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

I forbindelse med endringsmelding E1 etter samspillsfase har administrerende direktør i Helse Nord gitt UNN anledning til å benytte 7,7 mill kr av P85 rammen for å dekke økt kostnad i byggentreprisen.

Investeringer tall i mill kr	Investering ramme overført til 2016	Investerings ramme 2016	Rest investerings ramme	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2016	Restramme 2016	Forbruk i år av disponibel ramme %
PET senter	-75,8	50	-25,8	29,0	86,7	-112,5	

3.4.2 Godkjent budsjett

Prosjektet hadde ved siste rapporteringsperiode prognose på prosjektkostnad 7,7 mill kr over P50 nivå. Dette tilkom etter ferdig samhandlingsfase og endringsmelding E1 fra entreprenør.

I 2. tertial har prosjektet har vært inne i en intensiv periode for å avklare og ferdigstille alle nødvendige forhold. I denne perioden er det også gjennomført risikoanalyser og økonomigjennomgang. Dette har medført at prosjektet har avdekket flere forhold som har vært nødvendig å innlemme i prosjektet, og som vil medføre ytterligere kostnadsøkning.

Disse avvikene skyldes i hovedtrekk 1) Endrede forutsetninger/eksterne forhold, 2) Mangler og feilkalkuleringer i prosjektet, 3) Andre forhold

1) Endrede forutsetninger

- Reservekraft har vært beregnet tilført bygget fra nytt teknisk hus ved Pasienthotellet. Denne løsningen har måtte utgå grunnet nye krav fra Helse Nord IKT. Nytt reservekraftanlegg planlegges plassert i nytt teknisk hus ved PET-sentrets vestsida.

- Medisinsk trykkluft var forutsatt tilført PET-sentret fra A-fløya som skulle ha tilstrekkelig kapasitet. Dette har vist seg å ikke være tilfelle slik at nytt anlegg planlegges plassert i nytt teknisk hus ved PET-senteret.

- UNN har i dag alle kompressorer for medisinsk trykkluft i samme rom. Dette vurderes til å være en betydelig risiko slik at en planlegger en mulighet for backup fra PET-sentrets anlegg. Det er i det videre arbeidet medtatt ny kompressor og nytt ledningsanlegg for nødforsyning av kritiske anlegg i A-fløya plassert i nytt teknisk hus ved PET-sentret.

- Det er betydelige merkostnader forbundet med etablering av PET-MR jfr etablering av PET-CT.

- Nytt teknisk hus ved PET-senteret (ca 150m²) grunnet behov for reservekraft og trykkluftanlegg.

2) - Kostandene i forbindelse med etablering av kulvert har vært kalkulert for lavt. Herunder kostnader i forbindelse med tilpasning til eksisterende vindfang i A-fløya.

3) - Etablering av avslippsplass i Klokkargårdbakken for å sikre trafikkavvikling i byggeperioden.

- Kostnader til Helse Nord IKT overstiger alle kalkyler grunnet kostnadsdrivende særkrav fra disse.

Totalt dreier disse punktene seg til en kostnadsøkning på omkring 50 mill kr. Det blir i løpet av september måned gjennomført vurderinger omkring mulige kutt som vil bli behandlet i prosjektets styringsgruppe i oktober.

Ny budsjettrevisjon vil bli gjennomført i uke 43. Det vil bli innarbeidet resultat av endringsmelding E1, økte kostnader, kutt tiltak og styringsgruppebehandling.

Foreløpig budsjettoversikt (ikke godkjent):

PNS Navn	TOTAL, inkl. avgift		
	1 Godkjent budsjett Kalkyle forprosjekt	Revisjon	11 Fakturert Akkumulert
UNN PET-senter			
UNN PET-senter			
Felleskostnader			
Bygning			
Grunnentreprise			
Totalentreprise			
VVS-installasjoner			
Elkraft			
Høyspent Troms kraft			
Tele og automatisering			
Helse Nord IKT			
Andre installasjoner			
Utendørs			
Generelt			
Spesielle kostnader			
Forventede tillegg			
Sikkerhetsmargin			
Byggelånsrenter			
Prisindeks			
Bidrag byggekostnader UiT			
Sikkerhetsmargin P85 Helse Nord			
RHF			

Kontrakter inngått med entreprenør:

	Konto	Entreprenør	Kontrakt (kr)
			Inkl mva
	Grunnarbeider	Roald Madsen AS	
	Totalentreprise	Consto AS	
	Syklotron og hotceller	GE AS	
	Budsjett inklusive mva		

3.4.3 Prisstigning

Prosjektet har beregnet en prisstigning på 17 mill kr i perioden 2014 til ferdigstillelse i 2017. Dette er inkludert i budsjett under kapittel 10.

3.4.4 Forventet produksjon pr år

Produksjon MNOK	2014	2015	2016	2017
	14,2	150	163,9	165

3.4.5 Forventet finanskostnad

Byggelånsrenter MNOK	2015	2016	2017
Forventet finanskostnad	2	5	10
Bokførte rentekostnader	0	0	

3.4.6 Investeringsplan

Investeringsramme MNOK	2015	2016	2017	2018
	25 mill	50 mill	418 mill	0

Ramme Helse Nord RHF er revidert i styresak 72-2016 pr juni 2016.

3.4.7 Risikostyring

Det er gjennomført risiko- og mulighetsanalyser i prosjektet. De største risikoer som er avdekket er mulighet for prosjekteringsfeil, endringsønsker og fremdrift av byggherrens utstyrsleveranser. I tillegg har det vært gjennomført risikoanalyse av tekniske anlegg og avdekket behov for etablering av egen forsyning av reservekraft og trykkluft.

Under arbeid med behov for medisinsk trykkluft i PET-senteret kom det frem at UNN Breivika ikke har ivarettatt forsyningssikkerheten for disse anleggene da alle eksisterende trykkluftkompressorer er plassert i samme rom. Ved et eventuelt branntilløp i rommet vil disse anleggene med stor sannsynlighet bli satt ut av drift og føre til driftsstans i sentrale deler

av sykehusdiftten ved operasjons- og intensivavdelingene. Utbyggingsavdelingens konklusjon er at det anbefales å etablere en back-up for medisinsk trykkluft A-fløy i forbindelse med etablering av medisinsk trykkluft for PET-sentret.

PET-sentrets kompleksitet er til fulle kommet til syne i forbindelse med etablering av gassforsyning for bla syklotron og legemiddelproduksjon. Våre referanseprosjekter ved hhv Haukeland og Radiumhospitalet har ikke på langt nær samme funksjonalitet og mulighet for forskning som PET-senteret ved UNN. Kombinasjonen av pre-klinisk forskning, klinisk forskning og legemiddelfremstilling har så vidt forskjellige behov at disse ikke kan benytte samme gassforsyning grunnet forskjellige kvaliteter og trykkbehov. Den prosjekterte løsningen ved felles anlegg for funksjonene vurderes å kunne forårsake kontaminering av for eksempel et legemiddel ved samtidig produksjon av isotoper til forskning og FDG. Det er av denne grunn avdekket behov for forskjellige anlegg til hvert enkelt funksjon, noe som medfører økte kostnader på gassanleggene. Dette har ikke vært fanget opp av prosjektet da våre referanseprosjekter og andre anlegg vi har vært i kontakt med ikke har så mange forskjellige funksjoner i samme bygg, og dermed ikke har samme problematikk.

Mulighetene er oppsummert som gaver til senteret, godt samarbeid mellom byggherre og entreprenør og medfinansiering fra UIT og Sykehusapoteket Nord HF. Godkjent gave fra eksternt gir inkluderer finansiering av syklotron og hot-celler til 47 mill kr, PET CT og PET MR. Dette vil dekke finansiering av om lag 70 mill kr i utstyr som ligger inne i prosjektets budsjett. PET MR er utenfor prosjektets godkjente budsjett.

3.4.8 Økonomioppsummering

Prosjektet har pr 31. august 2016 en anstrengt økonomisk situasjon, og ligger an til en overskridelse av P50 kostnad på omkring 50 mill kr.

Grunnarbeider for PET-senteret er kontrahert med 19.897.133,- kr. Dette er i henhold til budsjett.

Totalentreprenør er kontrahert med 281.681.577,- kr. Prosjektets kontraktssum er i etterkant av samspillsfasen utvidet med endringsmelding E1 pålydende 29,5 mill- kr

Leverandør for syklotron og hot-celler er kontrahert med 47.500.000,- kr. Dette er i henhold til budsjett.

Prosjektet har siden mottak av tilbud 14.08.2016 vært gjenstand for to perioder med forhandlinger hvor en i første periode arbeidet med å kutte kostnader gjennom å redusere kvaliteter på mindre kritiske bygningsdeler, tekniske anlegg mv samt redusert fleksibilitet ved andre deler av bygget fra plasstøpt betong til betongelementer.

Endringene i forhandlingsfase 1 har vært i hovedtrekk vært:

Endringer/kutt i forhandlinger 14.08-24.09.15	Pris
Reduksjon omfang rigg og drift	
Reduksjon pris	
Endring plasstøpt betong til element i deler av p5-7 - Redusert kvalitet på overflater betong mv er inkludert	
Justering mengder og kvaliteter jfr tilbudsunderlag bygningsmessig arbeid	
Redusert omfang glass med blyskjerming	
Forenkling kontorer og publikumsarealer mv	
Dobbel glassfasade endret til enkel fasade med glass ytterkledning	
Ventilasjon- endringer, forenklinger mv	
Røranlegg- endringer, forenklinger mv	
Automasjon- Schneider endres til annen leverandør	
Elektro - endringer, forenklinger mv	
Reduksjon pris nr 2 (i forhandling)	
Korrigerings	
Forenkling utenomhus (trapper og stier mv mot UiT utgått)	
Sum endring etter forhandling pr 24.09.15	

Alle tall er ekskl mva

Etter første forhandlingsperiode hvor en inngikk kontrakt med entreprenøren har det vært gjennomført en samspillfase hvor alle anlegg har vært gjennomgått og optimalisert mhp livsløps- og driftskostnader. Nytt tilbud ble mottatt fra entreprenør hvor bla alle kostnader og risiko for prosjektering ble overført fra UNN til entreprenør.

Endringene i Samspillfasen har vært i hovedtrekk vært:

Endringer i samspillperioden 24.09.15 - 14.01.16	Pris
Ventilasjon- endringer, risikooverføring og prosjektering til entreprenør	
Rør- endringer, risikooverføring og prosjektering til entreprenør	
Automasjon - endringer, risikooverføring og prosjektering til entreprenør	
Elektro - endringer, risikooverføring og prosjektering til entreprenør	
Bygg - endringer, risikooverføring og prosjektering til entreprenør	
Sum endring etter samspill pr 14.01.16	

Alle tall er ekskl mva

De største kostnadene er i forbindelse med risikooverføring av prosjektert materiale i regi UNN samt kostnader for videre prosjektering. Det er i denne forbindelse kommet klart frem at prosjektledelsen har undervurdert behovet for detaljering i dette prosjektet betydelig. Det bemerkes at usikkerhetsanalysene gjennomført av uavhengige tredjeparter heller ikke har avdekket denne feilvurderingen.

På bakgrunn av mottatt tilbudspris etter samspill har det vært gjennomført ytterligere en forhandlingsrunde for å kutte kostnader. Arbeidet har vært fokusert på å redusere risiko i prosjektet samt i større grad byggherrestyre den videre detaljprosjekteringen. Begge deler har gitt en betydelig reduksjon i entreprenørens endelige tilbudspris.

Endringene i forhandlingsfase 2 har vært i hovedtrekk vært:

Endringer/kutt 14.01-15.02.16	Pris
Ventilasjon- reduksjon/endringer	
Rør - reduksjon/endringer	
Automasjon- reduksjon/endringer	
Elektro - reduksjon/endringer	
Bygg - reduksjon/endringer	
Sum endring etter forhandling pr 14.02.16	

Alle tall er ekskl mva

I rapportert prognose ble det vurdert å være en stor mulighet for å kutte ytterligere kostnader i bla i forbindelse med skjerming mot stråling ved å redusere størrelse på spesialglass. Potensialet for besparelse i dette har vært betydelig overvurdert da dette er spesialglass som produseres kun etter bestilling. I prognosen var det også vurdert å være mulighet for reduksjoner i de tekniske anlegg som det i etterkant har vist seg å ikke være gjennomførbare. Herunder mulighet for reduksjon i deteksjon av utslipp til luft ved å sammenslå enkelte anlegg.

På bakgrunn av de økte kostnadene vil prosjektet gjennomgå følgende muligheter for innsparinger og diskutere denne kuttlisten i prosjektets styringsgruppe:

Potensielle besparelser (ikke kostnadsberegnet):

- kompressor og ledningsnett for medisinsk trykkluft til A-fløy.
- areal for reservekraftanlegg reduseres til å kun ha plass til 1 stk aggregat, dvs ingen utvidelsesmulighet uten å bygge ut teknisk hus.

Etableringen av kontoretasjene i plan 8-10 er i gang. Det arbeides med detaljplanlegging av disse hvor ansattrepresentanter, bedriftshelsetjeneste og vernetjenesten er involvert.

3.5 Delkapitler

3.5.1 Generelle og spesielle kostnader

Generelle kostnader	
Gjeldende budsjett	
Totalt fakturert	
Andel fakturert	

3.5.2 Entreprenørarbeider

Arbeidene med kulvert er startet og planlegges gjennomført innen 31.12.16. Det er vektlagt å minimere driftsforstyrrelsene for pasienter og den daglige driften ved UNN. Busstrafikk er omlagt til enveiskjøring i Hansine Hansens vei i en kort periode. Disse arbeidene

gjennomføres i nært samarbeid/ koordinert med arbeidene ved A-fløya. Prosjektet arbeider med etablering av hulldekker og bærende stål i plan 8-10 for kontoretasjene. Videre arbeides det med klargjøring for oppstart av tekniske fag som begynner montasjen ca 15.09.16. Syklotronhvelvet er støpt og «lokk» over transportåpning for syklotron er lagt på. Det arbeides med sikte på å ha lukket bygget ca 01.12.2016. Detaljplanlegging er under avslutning og det gjennomføres kvalitetskontroll av alle fag, med spesiell fokus på kritiske tekniske fag.

3.5.3 Utstyr

Konkurranse på syklotron med tilhørende føringsveier og hot-celler er ferdig. Ingen nye konkurranser er utlyst.

Følgende konkurranser er under utarbeidelse og/eller planlegges gjennomført:

1. QC-utstyr til radiofarmakaproduksjon
2. Sikkerhetskabinett og avtrekkskap
3. Innredninger
4. Medisinteknisk utstyr
5. Inventar

Videre arbeides det med funksjonsbeskrivelse/kravspesifikasjon for PET-CT og PET-MR.

3.6 Overordnede beslutninger

Vedtak i styresak 29-2016 Helse Nord RHF, Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø – utvidelse av prosjekt PET-senter med kontorer, beslutning om å bygge.

1. Styret i Helse Nord RHF utvider investeringsrammene til Universitetssykehuset Nord-Norge HF med 99 mill. kroner for å realisere tre nye etasjer ved PET-senteret i Tromsø. Investeringen godkjennes under forutsetning av at det gjennomføres en arealeffektivisering på knapt 30 %, som beskrevet fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
2. Styret godkjenner at Universitetssykehuset Nord-Norge HF inngår en finansiell leasingavtale på 8,64 mill. kroner pr. år, med de vilkår som fremkommer av saksfremlegget, for å finansiere investeringen.
3. Styret ber om at saken legges frem i foretaksmøte med Helse- og omsorgsdepartementet før endelig godkjenning, siden den totale verdien av dette prosjektet (inkl. kostnader til finansiell leasing) overstiger 100 mill. kroner.

Vedtak i styresak 18-2016 ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, utvidelse av PET-senter prosjektet Kontorbygg, oppfølging av styresak 17-2016:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at forståelsen av grunnlag for fullmaktsvurderingen har vært feil, og at prosjektets nåverdi er over 100 mill kr og derfor må besluttes i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Styret tar til orientering de oppdaterte forutsetningene vedrørende tilbud og juridisk vurdering omkring gjennomføring av prosjektet, og forutsetter om at dette følges opp i videre prosess. Styret ber om at aktiviteter som sikrer nødvendig tinglysing igangsettes umiddelbart.
3. Styret bekrefter vedtakspunkt 1 og 2 i sak 17/2016 og ber styret i Helse Nord RHF om å gjøre vedtak om å legge saken frem for foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
81/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	5.10.2016
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Annika Gustafsson

Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn til og med 14.9.2016 til etterretning.

Bakgrunn

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

Formål

Formålet med denne saken er å gi styret oversikt over funn i, og oppfølging av, gjennomførte eksterne tilsyn, samt interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF i helseforetaket fra 1.6. til og med 14.9.2016. I saken rapporteres det på status for foretakets egen oppfølging.

Saksutredning

Hensikten med tilsyn er å kontrollere om det er etablert et internkontrollsystem som sørger for at virksomhetens tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lovverk og gjeldende prosedyrer. Tilsynsmyndighetene representerer en viktig ressurs for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i det løpende forbedringsarbeidet. De er opptatt av og undersøker om ledelsen planlegger, kontrollerer og korrigerer egen virksomhet slik at pasientene får forsvarlig og trygg helsehjelp, og at de ansatte har et forsvarlig arbeidsmiljø. Tilsyn og revisjoner gir gode bidrag til å avdekke områder der helseforetaket har forbedringspotensial. De gir detaljerte beskrivelser av avvik, og begrunner dem, hva som er god praksis og hva som må til for at avvik skal kunne lukkes. Det er i denne rapporten ikke beskrevet avvik som vurderes å innebære høy risiko i pasientbehandlingen.

Statusrapport

Nye tilsynsrapporter mottatt siden 1.6.2016

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført revisjon innenfor *Samstemming av legemiddellister*. Revisjonens formål er å kartlegge status i foretakets arbeid med innføring av *Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for samstemming av legemiddellister*, samt bekrefte at foretaket har konkrete planer som gir rimelig sikkerhet for at tiltakene er implementert innen utgangen av 2016. Det er mottatt rapport som ble lagt fram for Helse Nord RHF-styret 31.8.2016, med seks konkrete anbefalingspunkter for oppfølging i UNN. Forslag til oppfølgingsplan i UNN forelegges Kvalitetsutvalget 27.9.2016.

Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved UNN Narvik (somatikk) 21.4.2015. Bakgrunnen for tilsynet var å se om virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade. Arbeidstilsynet har gitt pålegg i forhold til mangler ved kartlegging og risikovurderinger og tiltak og planer for å redusere risikoforholdene i virksomheten. Det er etablert en omfattende prosess for å følge opp påleggene, gjennomføre risikovurderinger og tiltak innen fristen for tilbakemelding som er 1.11.2016.

I forhold til Besøksrapport fra Sivilombudsmannens besøk i Psykisk helse- og rusklinikken i april 2016 vises til egne orienteringssaker til styret. Saken omtales ikke i denne rapportering.

Tilsyn som er avsluttet etter 1.6.2016

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) hadde tilsyn 10.9.2014 ved UNN Longyearbyen sykehus. Hensikten var å få inntrykk av virksomhetens forebyggende arbeid og etterlevelse av regelverk på utvalgte områder, samt forebyggende vedlikehold på el-utstyr og el-installasjoner). Innskjerping av rutiner er foretatt, og saken er lukket fra DSB 15.8.2016.

Arkivverket/Statsarkivet i Tromsø gjennomførte tilsyn 24.5.2016 på bakgrunn av medieoppslag om feilplassering av pasientinformasjon (Min pasientjournal). Statsarkivet i Tromsø tar til etterretning at UNN har fokus på risiko og sårbarhet knyttet til drift av tjenesten *Min pasientjournal*, og legger til grunn at de avvik som skjedde er blitt håndtert med de involverte, og har virket som en sterk pådriver for å etablere rutiner for å nå målet om at ingen avvik skal forekomme. Ut fra de rutiner som er etablert ved UNN ser Statsarkivet i Tromsø ingen grunn til å gi noen pålegg i saken.

Statens stråleverntilsyn i september 2015, der til sammen 9 pålegg ble oppført, er nå lukket. Det har vært godt samarbeide mellom strålevernkoordinator ved UNN, berørte klinikker/enheter og Statens strålevern. UNN har sendt inn omfattende dokumentasjon gjeldende de ulike pålegg. Spesielt viktig er at en gjennomfører opplæring i strålevern og strålebruk til aktuell personale årlig.

Mattilsynet hadde inspeksjon 9.8.2016 hos Kafé Evert ved UNN Tromsø/ Breivika. Tilsynet kontrollerte etterlevelse av sentrale krav i matlovgivningen. Mattilsynet fant ikke regelverksbrudd som krever oppfølging, kun bagatellmessige regelverksbrudd, der de påpeker plikten til å følge regelverket.

Kommende tilsyn

Det er varslet tilsyn fra Fylkesmannen i Troms ved Senter for psykisk helse- og rusbehandling Sør-Troms 4.–5.10.2016.

Det er også varslet tilsyn fra Statens Helsetilsyn vedrørende håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon ved UNN 17.–20.10.2016

I tillegg er det varslet tilsyn fra Fylkesmannen i Troms ved UNN Tromsø, Akuttmottak vedrørende sepsisbehandling i januar 2017.

Medvirkning

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter henholdsvis 19., 20. og 21.9.2016. Protokoller og referat fra møtene vil forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 5.10.2016.

I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i ovennevnte møter.

Vurdering

I det systematiske forbedringsarbeidet ved UNN, vektlegges sikkerhetstenkning og risikostyring i den tertialvise rapporteringen *Ledelsens gjennomgang*. Resultater etter tilsyn og revisjoner følges opp blant annet i dialogavtaler, oppfølgingsmøter med enhetene og i kvalitetsutvalg, ved behov også i egne møter. Tilsynsmyndighetene har ved ulike tilsyn likevel funnet mangler ved prosedyrer, og manglende etterlevelse av prosedyrer.

I oppfølgingen av arbeid med å utvikle UNN som en lærende organisasjon har direktørens ledergruppe like før sommeren behandlet en oppfølgende sak, der ny sammensetning og mandater for pasientsikkerhetsutvalg og kvalitetsutvalg er vedtatt. I tillegg er det under planlegging og påbegynt gjennomføring, en rekke andre tiltak med mål om at disse skal kunne bidra ytterligere i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon. Økt forbedringskompetanse gjennom mer systematisk -og bedre opplæring av ledere og ansatte, samt bedret lederstøtte og tiltak for å involvere medarbeidere, er viktige elementer i dette. Noen av tiltakene kan gjennomføres på kort sikt, mens andre er mer langsiktige. Arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon er en kontinuerlig prosess.

Et område som over tid har vært påpekt fra flere tilsynsorgan at er en utfordring i UNN, er mangel på dokumentasjon av lederes og ansattes opplæring og kompetanse på ulike områder. Dette påpekes også i den regionale, interne revisjonen på vedlikehold og utvikling av kompetanse i foretaket. Det pågår nå et regionalt prosjekt med innføring av en egen kompetansemodul i tilknytning til det regionale personalhåndteringssystemet *Personalportalen*. Dette skal innføres i hele UNN i løpet av 2017, og vil gi muligheter for en langt mer systematisk og tilrettelagt dokumentasjon og planlegging av kompetanse.

Arbeidet med gjennomføring av risikovurderinger som gjøres i foretaket er viktig. Risikovurdering er en systematisk gjennomgang av hva som kan gå galt, og brukes for å vurdere om eksisterende tiltak er gode nok, eller om det må iverksettes og gjennomføres nye tiltak for å redusere risikoen. Dette kan igjen danne grunnlag for handlingsplaner og fokusert innsats for å

minske risiko for svikt. Flere tilsyn etterspør risikovurderinger, og videre oppfølging av dette vil bli vektlagt fremover.

Tromsø, 23.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Statusrapport eksterne tilsyn pr. 14.9.2016

14.9.2016/AG

Tabellen under viser hvilke eksterne tilsyn som er gjennomført før 14.9.16, hvor de er utført, funn, frister, tiltak og hvilke pålegg /avvik som er lukket siden forrige rapport.

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

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

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

REVISJONS -PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR. 1 Arkivverket Statsarkivet i Tromsø	UNN HF 24.5.2016	Tilsyn med UNNs arkiver	Tjenesten Min pasientjournal er en stabil tjeneste i teknisk forstand. Det er seks tilfeller der en pasient i sin journal har funnet et dokument som inneholder opplysninger som tilhører andre. Dette har skyltes menneskelig svikt ved godkjenning av elektronisk epikrise.	16/ 1959	UNN har allerede foretatt risiko- og sårbarhetsvurderinger, og etablert regionale kontroll- og avviksrutiner for hele Helse Nord RHF. Det drives obligatorisk opplæring i informasjonssikkerhet for alle ansatte, der bl.a. behandling av personopplysning inngår. Målsetting at en i løpet av året skal få i gang en ordning der opplæring i informasjonssikkerhet gjentas for alle ansatte hvert 3. år.	LUKKET 1 BREV AV 25.7.2016	Problemstillingene rundt personvern tas opp jevnlig i møter på klinikknivå, avdelingsnivå og dialogsamtaler.
NR. 2 Arbeids- tilsynet	UNN Narvik 21.4.2016	Tilsyn for å se om virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade	Arbeidstilsynet har gitt pålegg i forhold til mangler ved kartlegging og risikovurderinger og tiltak og planer for å redusere risikoforholdene i virksomheten; Arbeidsgiver skal kartlegge de farer og problemer som kan påvirke arbeidstakernes fysiske eller psykiske helse og sikkerhet. På bakgrunn av kartleggingen skal arbeidsgiver vurdere risikoen for skade eller fare for arbeidstakerne. Dette skal	16/ 1335	Det er etablert en omfattende prosess for oppfølging av saken, gjennomføring av risikovurderinger og nødvendige tiltak for lukking av avvik i samarbeid mellom involverte klinikker, Stabscenteret og Kvalitets- og utviklingssenteret.	Frist 1.11-2016	

REVISJONS -PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			gjøres i samarbeid med verneombud/ansattes representant.				
NR. 3 Helse Nord RHF	Sykehus- ledelsen, Medisinsk klinikk Kvalitets- og utviklings- senteret, Sykehus- apotek Nord 21.4.2016	Samstemming av legemiddellister Formålet med revisjonen er å undersøke status i arbeidet med innføring av pasient-sikkerhetsprogrammets tiltakspakke for samstemming av legemiddellister, og bekrefte at foretaket har konkrete planer som gir rimelig sikkerhet for at tiltakene er implementert innen utgangen av 2016	Internrevisjonen har anbefalt foretakene å: 1. Gjennomgå og oppdatere spredningsplanen for å sikre konsistens i hvordan relevante enheter defineres og synliggjøres (alle). 2. Forsikre seg om at det ved alle relevante enheter er avklart og kommunisert hvem som har ansvar for tiltaksgjennomføring, resultatoppnåelse og forbedringsarbeid (alle). 3. Sørg for aktiv ledelsesoppfølging av implementeringsprosessen i gjenstående enheter (UNN). 4. Sørg for at alle tiltakspakkens målinger gjennomføres som anbefalt i nasjonal måleveiledning og inkludere måleresultater i rapportering til ledelse og styre (HSYK, FIN og UNN). 5. Legge nasjonale kriterier, supplert med regionale/interne avklaringer, til grunn for framtidige statusrapporteringer (HSYK, FIN og UNN). 6. Ta initiativ til en regional avklaring av hvilken status og hvilke måleresultater som forventes når tiltakspakken «inngår som del av ordinær aktivitet» (NLSH).	16/ 1527	Kvalitets- og utviklingscenteret har utarbeidet forslag til handlingsplan for oppfølging av anbefalingene fra internrevisjonen. Handlingsplanen forelegges Kvalitetsutvalget 27.9.16. Handlingsplanen vil deretter bli formidlet til klinikkledelsen i UNN, og referert for Styret ved neste rapportering.	Rapporten lagt frem for HN-styret 31.8.2016 – sak 96/2016. Videre til kvalitetsutvalget i møte 27.9.2016.	Alle aktuelle enheter følger opp handlingsplanen i tråd med den anbefaling Kvalitetsutvalget gir.
NR.4. Statens lege-middel- verk	Diagnostisk klinikk Laboratorie medisin Uke 16/ 2016	Tilsynet omfatter blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter. Hensikten er å påse om tilvirkningen er i overensstemmelse med gjeldende regelverk for tilvirkning av blodkomponenter	På oppsummeringsmøte ble det enighet mellom tilsynet og klinikkisjef og avdelingsleder ved Laboratoriemedisin om 13 forbedringsområder/ observasjoner . Fem observasjoner gjelder funn av prosedyrer som enten er utdatert, uautorisert eller at det foreligger to prosedyrer som dekker samme tema. -Validering av It systemer godkjennes	15/ 5896	Laboratoriemedisin er i gang med å rette opp samtlige avvik. De sendte inn en fremdriftsplan 21.6. Statens legemiddelverk har bedt om mer dokumentasjon og gitt ny frist 30.11.2016	Ny frist 30.11.2016	

REVISJONS -PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			<p>av en person, skal være to personer.</p> <p>-I 2015 var 2 av kvalitetskontrollene for hemoglobin i erytrocyttkonsentrat utenfor kravene. Hittil i 2016 har 5 av 42 prøver vært utenfor spesifikasjonene.</p> <p>-I Tromsø foreligger det ingen kurver eller diagram som benyttes til rutinemessig å følge utviklingen av kvalitetskontroller.</p> <p>-Kasser med blod og trombocyttkonsentrat som sendes fra tappestasjon i Tromsø til prosessering ved sykehuset forsegles ikke når de sendes med budbil eller taxi.</p> <p>-Produksjonsloggen for komponentfremstilling ved Tromsø er en hendelseslogg. Det foreligger ikke et system for trending av hendelsene. Det foreligger ingen kommentarer eller dokumenterte tiltak i de tilfellene når kjøleskapttemperaturen, der kontroller til viruscreening lagres, er under minimumskravet.</p> <p>-Seksjon 1 har hatt stor utskiftning av sin bemanning.</p>				
NR. 5 Intern- revisjonen i Helse Nord RHF	Psykisk helse- og rusklinikken, Diagnostisk klinikk Nevro-, ortopedi- og	Vedlikehold og utvikling av kompetanse Revisjonens formål er å bekrefte at det er etablert en intern styring og kontroll i	Rapporten gir fem anbefalinger: 1. Innføre retningslinjer som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres, med tilhørende maler og verktøy. 2. Vurdere og beskrive	15/ 5758	Stabscenteret ved Personal og organisasjonsavdelingen har ansvar for å koordinere UNNs oppfølging av rapporten. Det vil i løpet av oktober 2016 bli utarbeidet en handlingsplan for oppfølging av rapportens anbefalinger i UNN.	Rapporten ble behandlet i styret i Hele Nord 15.6. 2016	Rapporten har læring til samtlige klinikker og i oppfølgingsplanen vil det inngå hvordan læring og oppfølging i foretaket skal sikres.

REVISJONS -PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
	rehabiliteringsklinikken 8. og 9 februar 2016	foretaket som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles i samsvar med foretakets behov.	kompetansebehovet på egnet nivå i foretaket. 3. Sørg for at det foreligger oppdaterte kompetanse-oversikter i alle enheter. 4. Sørg for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetanse-tiltak som skal prioriteres i en definert tidsperiode. 5. Dokumentere gjennomførte kompetansetiltak slik at det fremkommer hva som har vært tema og hvem som har deltatt.		Handlingsplanen vil bli rapportert til Styret i en senere tilsynsrapportering. Oppfølgingen vil bli knyttet til den forestående innføring av egen kompetansemodul i tilknytning til Personalportalen i UNN og Helse Nord.		
NR. 7 Riks- revisjonen	UNN HF 19.1. 2016	Bruk av poliklinisk bildediagnostikk		16/ 397	Utvalg av henvisninger og E-postadresser til alle radiologer er sendt innenfor fristen 23.2.	Venter rapport fra riksrevisjonen til Stortinget ila våren 2017. Det kommer ikke egen tilbakemelding til UNN fra Riksrevisjonen.	
NR 8 Riks- revisjonen	UNN HF 26.11.2015	Medisinsk koding i spesialist-helsetjenesten	UNN HF er ett av ti sykehus som er valgt ut til denne revisjonen	15/ 5562	Avdelingsdokumentasjon og Journaldokumentasjon er oversendt	Venter rapport fra Riksrevisjonen til Stortinget ila våren 2017. Det	

REVISJONS -PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
						kommer ikke egen tilbakemelding til UNN fra riksrevisjonen.	
NR. 10 Troms Kraft	UNN HF 11.11. 2015	Kontroll av det elektriske anlegget i 12 boenheter i Ishavsveien	Her ble det avdekket feil i 5 boenheter_	15/ 5504	Alle forholdene er bestilt rettet av Bravida, men Troms Kraft ved Det Lokale Eltilsyn (DLE) melder 2.5. 2016 at de ikke har mottatt melding om at feil og mangler er tilfredsstillende utbedret. Dette følges opp fra Drifts- og eiendomssenteret.	Venter på svar fra teknisk	
NR 12 Arbeids-tilsynet	Akutt- medisinsk klinikk, Ambulanse- avdelingen, Seksjon 6. 26.10.-4.11. 2015	Undersøke om UNN HF jobber systematisk med helse, miljø og sikkerhet for å ivareta arbeidsmiljøet til ansatte og ledere i ambulansetjenesten.	Det ble varslet om 8. pålegg innenfor HMS, alle gjengitt i tidligere rapportering til styret i UNN. Fem pålegg gjenstår: 1 Opplæring –arbeidstaker som er satt til å lede andre. 2. HMS-arbeid –kartlegging og risikovurdering 3. Arbeidstid – rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene 4.Arbeidstid-vurdering av om arbeidstidsordningen er fullt forsvarlig	15/ 4326	Klinikken har gitt tilbakemelding og Arbeidstilsynet har svart med å lukke tre pålegg. Pålegg som gjenstår har fått ny frist 1.10.2016 Arbeidstilsynet har for hvert pålegg beskrevet hva om må gjøres og levere av etterspurt dokumentasjon.	Ny frist 1.10-2016	Etter lukking av avvikene vil tiltakene gjøres kjent i hele ambulanseavdelingen.

REVISJONS -PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			5. Arbeidsplasser og arbeidslokaler- utforming og innredning.				
NR 13 Arbeids- tilsynet	Akutt- medisinsk klinikk, Ambulanse- avdelingen, Seksjon 7. 16.9. 2015	Postalt tilsyn: Det bes om kommentarer til verneombudets melding om mangler vedr. ambulanse- stasjonenes lokaler. Stedlig tilsyn 1.7.2016	Arbeidstilsynet ber i brev av 4.2. 16 om oppdatert statusrapport mht. hvordan arbeidsmiljøet p.t. ved hhv. Ambulansetjenesten Harstad og Hansnes, samt en beskrivelse av hvordan det arbeides med å få løst opp i de arbeidsmiljøutfordringene som synes å være tilstede ved begge stasjonene. Når det gjelder Hansnes avsluttet Arbeidstilsynet denne saken 8.7.15, men etter ny henvendelse fra verneombud gjenopptar de saken. Arbeidstilsynet oppfordrer arbeidsgiver og arbeidstakersiden om å gå i dialog og gi en felles tilbakemelding. Arbeidstilsynet har etter en omfattende korrespondanse i saken gjennomført et stedlig tilsyn 1.7.2016 Her ble det gitt ett pålegg: Arbeidsplasser og arbeidslokaler- utforming og innredning.	15/ 4368	Etterspurt dokumentasjon er sendt innenfor frist 5.10.2015 19.10.2015 ble det avholdt møte hvor lokal ambulansetjeneste og verneombud deltok. Her er forbedringsområdene gjennomgått slik at de har en felles forståelse av nødvendige tiltak. Enkelte tiltak er allerede iverksatt. Ambulansetjenesten fortsetter der den i dag er lokalisert. Klinikken skal innen 1.1.2017 gi en beskrivelse av hvordan UNN vil sikre at arbeidsmiljøet i nåværende arbeidslokaler til ambulansetjenesten Harstad blir tilrettelagt slik at arbeidstakerne ikke påføres uheldige belastninger i perioden frem til nye lokaler tas i bruk.	Frist 1.1.2017	
NR. 15 Helse Nord RHF	Medisinsk klinikk, Hjerte- og lungeklinikk -en	Revisjonen omfatter Helse Nord RHF's og helseforetakenes rutiner for oppfølging av fagplaner generelt,	Internrevisjonen har gitt anbefalinger innenfor alle revisjonens fokusområder, både til Helse Nord RHF og til helseforetakene, som kan øke sikkerheten for en faglig utvikling i	15/ 4035	Styret i Helse Nord RHF behandlet denne rapporten 24.2. 2016 og tar <i>Internrevisjonsrapport 09/2015:</i> <i>Oppfølging av vedtatte fagplaner i</i>	Ikke avklart frist	

REVISJONS -PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
	UNN HF 30.9. og 1.10.2015	samt den konkrete oppfølgingen av følgende fagplaner: Regional handlingsplan for: -Nyremedisin -Lungemedisin -Smittevern-plan -Diabetes -Tuberkulose-kontrollprogram	samsvar med vedtatte fagplaner. Heleforetakene får 3 anbefalinger: 1. Utarbeider implementeringsplaner for hver enkelt fagplan. 2. Integrerer mål/tiltak for fagplaner i sine styringssystemer. 3. Har en aktiv oppfølging i lederlinjen for å sikre at eventuelle mangler i gjennomføringen blir avdekket og korrigert i tide. Internrevisjonen har konstatert at det i liten grad framkommer av formelle styringsdokumenter at vedtatte fagplaner er fulgt opp ved konkretisering i oppdragsdokument og budsjett det enkelte år, slik styrevedtakene for flere av fagplanene forutsetter.		<i>Helse Nord</i> til orientering. Styret i Helse Nord RHF ba adm. direktør om en tilbakemelding høsten 2016, om hvordan rapportens anbefalinger følges opp. Rapporten har vært diskutert i regionalt direktørmøte, og videre oppfølging i UNN avventes i påvente av nærmere føringer fra Helse Nord RHF. Direktørmøtets holdning er at oppfølging av regionale fagplaner må skje gradvis og ses i et helhetlig prioriteringsperspektiv.		
NR. 17 Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap (DSB)	Longyear-byen sykehus 10.9.2014	Oppfølging av revisjon 2013	To avvik: 1. Prosedyren som skal sikre at det elektromedisinske utstyr brukes i hht. bruksanvisning følges ikke av legene. 2. I følge fremlagt dokumentasjon av vedlikehold av det elektromedisinske utstyr er det restanser i det planlagte vedlikehold. Generelle funn: De elektriske anleggene synes å være i god stand. Det mangler risikovurdering av de elektriske anlegg (Bygget er fra 1991).	14/ 4398	Innskjerping av rutiner er foretatt. Dokumentasjon på gjennomført opplæring arkiveres i ePhorte. Det er sendt svar til DSB hvor tiltakene for å lukke avvik er beskrevet.	Lukket i email fra DSB 12.10.2015	Sikre rutinemessige ettersyn med at prosedyrer følges og utstyr vedlikeholdes, som en del av årshjulet.

REVISJONS -PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR. 18 Ofoten Brann IKS	Psykisk helse- og rusklinikken/ Russeksjon Narvik 25.9. 2014 Buveien 75 Håkvik	Brannsikkerhet	Tilsynet fant at et avvik fra tidligere tilsyn (2013) ikke var lukket: Stasjonære slokkeanlegg mangler kontrollavtale I tillegg ble det avdekket 4 avvik: -HMS er mangelfullt dokumentert, -Dokumentasjon av sikkerhet er mangelfull -Ansvarlig brannvernleder er ikke utpekt etter omorganisering -Stasjonære slokkeanlegg mangler noe dokumentasjon.	13/ 4650	Det er utarbeidet tiltaksplan for å lukke avvikene. Planen er sendt innenfor fristen. (2.11. 2015)	Venter på tilbake-melding	
NR. 19 By- utvikling Tromsø kommune	Psykisk helse- og rusklinikken. 23.4.2015	Postalt tilsyn etter bekymringsmelding fra Tromsø Kommune etter tilsyn ved UNN Åsgård	I forbindelse med utførelsen av brannteknisk inspeksjon av Tromsø Kommune ble det avdekket forhold som synes i strid med Plan og bygningsloven	12/ 3057	Det er utarbeidet svar med plan for utbedring av den branntekniske tilstand. Det er sendt rapport fra periodisk sikkerhetskontroll, utført av Heiskontrollen.	Venter på tilbake-melding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drift og eiendomssenteret.
NR. 20 Brann og redning Tromsø Kommune	Drifts- og eiendoms-senteret, Teknisk drift 30.6.2014	Brannsikkerhet; bygningsmessige, tekniske og utstyrsmessige brannsikrings tiltak	Fem avvik: 1. Eiers bygningsdokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 2. Eiers tekniske dokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 3. Røyk og branncellebegrensede bygningsdeler/ konstruksjoner virker ikke som forutsatt 4. Farlig stoff/ anlegg er ikke meldt til DSB 5. Rømningsveier tilfredsstillende ikke krav om rask og sikker rømming	14/ 4296	Teknisk avdeling arbeider for å finne løsninger for å utbedre de avvik som er beskrevet, samt etablere og vedlikeholde rutiner i hht. HMS forskriften. Det er utarbeidet en tiltaksplan med opplysninger om når og hvordan avvik vil bli rettet opp innenfor frist 1.11. 2014	Venter på tilbake-melding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drifts- og eiendomssenteret

REVISJONS -PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR.21 Fylkes- mannen i Troms	Diagnostisk klinikk, Røntgen- avdelingen. 8.9.2015	Bekymringsmelding hvor det fremgår at bemanningssituasjonen medfører lang ventetid på beskrivelser av billed- diagnostiske undersøkelser	Fylkesmannen har fått etterspurt dokumentasjon og finner at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jfr. Internkontrollforskriften § 4 Fylkesmannen ber om ny redegjørelse om situasjonen ved røntgenavdelingen per. 1. 4. 2016. Redegjørelsen bør inneholde statusoppdatering og vurdering fra ledelsen	15/ 4314	Klinikksjefen har i sin tilbakemelding redegjort for situasjonen. Svartiden er for lang og prosedyren som prioriterer rekkefølgen av undersøkelser følges ulikt. Det er gjennomført flere tiltak for å stabilisere driften. Det er lyst ut flere overlegetillinger og det arbeides med å få på plass nye leger. Når nye LIS leger er opplært til vakt vil overlegene som nå tar disse vaktene være mer tilstede på dagtid og vil bedre situasjonen med lang svartid. I Harstad tilsettes det to nye radiologer i løpet av første halvår 2016. Fylkesmannen finner at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-32, jfr. Internkontrollforskriften §4 Fylkesmannen ber om ny redegjørelse om situasjonen innen 1.4. 2016	Fylkesman nen i Troms har fått ny redegjørels e om situasjonen innenfor frist. Venter på tilbake- melding	

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

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

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

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Definisjon av avvik

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

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

Definisjon på pålegg

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

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

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



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
82/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	5.10.2016
Saksansvarlig: Markus Rumpsfeld		Saksbehandler: Mona Ringstrand

Hørings sak – Regional smittevernplan og tuberkulosekontrollprogram 2016-2020

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord HF tar forslaget til Regional smittevernplan og tuberkulosekontrollprogram 2016-2020 til orientering.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som her påpekes i det videre smittevernsarbeid i regionen, som skal sikre høy kvalitet, forebygging og videre utvikling gjennom gode strategier og samhandling.

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har mottatt høringsdokumentet Høring – Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord og Tuberkulosekontrollprogram 2016-2020 Helse Nord fra Helse Nord RHF.

Helse Nord RHF har spesielt bedt om tilbakemelding og gode innspill fra ledere for steriltforsyning i helseforetakene, knyttet til beskrivelsen i smittevernplanen av utfordringer og foreslåtte tiltak for denne tjenesten.

Planene har vært på intern høringsrunde i UNNs fagmiljøer, og det er gitt innspill til planen som kommer til uttrykk i etterfølgende saksfremstilling.

Saksutredning

På oppdrag fra administrerende direktør ved Helse Nord RHF, er det utarbeidet utkast til revidert *Smittevernplan og Tuberkulosekontrollprogram for perioden 2016-2020*.

Smittevernplan 2016-2020 definerer strategiske mål for smittevernarbeidet i regionen og tilrettelegger for smittevern av høy faglig standard. Den er forankret i nasjonale strategier og retningslinjer, i tillegg til Kvalitetsstrategi 2016-2020 for Helse Nord, Pasientsikkerhets-

programmet og oppdragsdokumenter. Tuberkulosekontrollprogrammet er en del av Smittevernplanen og er derfor revidert parallelt.

Smittevernplanen baserer seg på innspill fra fagfolk i Helse Nord RHF. I tillegg har en arbeidsgruppe for revisjon av Smittevernplanen, med representanter fra Finnmarkssykehuset, UNN, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, fra Helse Nord RHF og kommunehelsetjenesten, samt en brukerrepresentant, gitt gode innspill til revisjonsarbeidet.

Hovedsatsingsområder Helse Nord viderefører fra forrige smittevernplan er infeksjonsmedisin og sterilforsyning. Samtidig introduseres nye satsingsområder som antibiotikastyringsprogram, smittevern ved nybygg og ombygging, renhold i sykehus, IKT-systemer i infeksjonsforebyggende arbeid, samt styrket samhandling om smittevern med kommunehelsetjenesten. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten 2015-2020 er tatt hensyn til i planen. Etterfølgende innspill fra klinikkene er kommet etter at saken var sendt på intern høringsrunde i UNN:

Operasjons – og Intensivklinikken

Operasjons- og Intensivklinikken (OpIn), UNN har ansvaret for sterilforsyningen i helseforetaket, det vil si ved UNN Narvik, UNN Harstad og UNN Tromsø. Utkastet til Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord er gjennomgått og diskutert med seksjonsleder Sterilforsyning og Spesialrenhold.

OpIn har gitt en grundig tilbakemelding på innhold og ordlyd i smittevernplanen, og er positiv til innhold og struktur. Det påpekes imidlertid at ansvaret for de ulike oppfølgingspunktene må gjennomgås på nytt med tanke på om ansvaret er plassert rett. Tilbakemeldingen er særlig rettet mot kapittel 4, med fokus på kapittelet som omfatter renhold, IKT og smittevern samt kapitelet som omhandler dekontaminering og sterilisering. Detaljer om dette fremkom i eget vedlegget.

Medisinsk klinikk

Medisinsk klinikk stiller seg positiv til Smittevernplanen og påpeker samtidig viktigheten av å styrke forskningsmiljøer innenfor infeksjonsmedisin. Imidlertid anbefaler man å ikke begrense tiltaket til D-stilling spesifikt, men at man formulerer seg slik at man åpner for ulike tiltak som fremmer forskning.

Diagnostisk klinikk

Diagnostisk klinikk konkluderer at det er gjort en omfattende og god jobb. Samtidig kommenteres følgende:

- Planen burde si noe om poliklinikker inklusiv prøvetakningsenhet. Hvordan håndteres personer med kjent MRSA og tuberkulose ved besøk i poliklinikker og prøvetakningsenhet.*
- Planen burde si noe om personell som yter service til kliniske avdelinger, eksempel bioingeniør som i løpet av sin vakt kan besøke mange ulike avdelinger.*
- I planen fokuseres det nesten utelukkende på smittevern knyttet til pasienter, mens smittevern knyttet til ansatte er lite vektlagt.*

Barne- og ungdomsklinikken (BUK)

BUK vil gi sin fulle støtte til konklusjonene, og spesielt påpeke at det planlagte luftsmitteisolatet i Barne- og ungdomsavdelingen ennå ikke er bygget, og derfor må prioriteres.

Medvirkning

Medisinsk klinikk har sendt ut forespørsel til alle klinikkene på UNN, og responsen er tatt inn i ovenstående tekst.

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter henholdsvis 19., 20. og 21.9.2016. Protokoller og referat fra møtene vil forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 5.10.2016.

I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i ovennevnte møter.

Vurdering

Planens innhold innenfor smittevern og tuberkulosekontroll støttes i all hovedsak av UNNs fagmiljøer, og høringsinnspillene støtter i stor grad hovedtrekkene i planen. Fagmiljøene påpeker betimelig nok at smittevern for ansatte i Helseforetak burde vært gjort til gjenstand for større omtale enn det som kan gjenfinnes i planutkastet. Dette sees i lys av det betydelige faglige og politiske fokuset på sykehusbakterier og økt antibiotikaresistens.

Fagmiljøene i UNN tilbakemelder at de to rapportene gir en grundig gjennomgang av dagens status og framtidige oppgaver og utfordringer vedrørende smittevern og tuberkulosekontroll og -behandling. Imidlertid kan planen med fordel spisses i forhold til ansvar, og konkretiseres enda mere gjennom tydelig målsetting og oppdrag. I forhold til pasienter og smittevern er rapportene dekkende, men en nærmere omtale av smittevern i forhold til ansatte etterspørres. Dette gjelder både rutiner for ansatte som beveger seg mellom ulike avdelinger, og ansatte som skal være i kontakt med smittede pasienter. Fagmiljøene gjør videre oppmerksom på manglende isolatkapasitet i flere klinikker.

Direktørens vurdering er at innspillene som er kommet fra UNNs fagmiljøer er i tråd med UNNs overordnede strategier og planer. Planen må anses å være ambisiøs, og det er viktig at Helse Nord RHF i tilknytning til sin styrebehandling sikrer at det regionalt legges til rette for å finansiere ønsket ambisjonsnivå.

Konklusjon

Styret anbefales å ta forslaget til handlingsplan til orientering, samt be Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som påpekes i denne saken, under ferdigstillingen av dokumentene.

Tromsø, 23.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Regional plan for *Smittevernplan og Tuberkulosekontrollprogram 2016-2020* legges til styrets medlemmer på nettbrettene og er tilgjengelig for øvrige interessenter på UNNs nettsider.
2. Høringsinnspill fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) til *Smittevernplan og Tuberkulosekontrollprogram 2016-2020*

Vedlegg

Høringsinnspill fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) til Smittevernplan og Tuberkulosekontrollprogram 2016-2020

Innledningsvis ønsker UNN å understreke at oppbyggingen av dokumentet er ryddig og oversiktlig. Det fremkommer tydelige mål med oppfølgingsansvar. UNN anbefaler imidlertid en grundig gjennomgang og vurdering av fordelingen av ansvar for å sikre plassering og myndighet til gjennomføring.

Videre foreslås en generell konkretisering av punkter som omhandler oppfølging og gjennomføring ved bruk av ordet "skal" fremfor "kan" (eksempelvis i punkt 4.5.4).

Kapittel 4.4.2 Infeksjonsmedisin

Medisinsk klinikk støtter styrkingen av forskningsmiljøer innenfor infeksjonsmedisin. Imidlertid anbefaler UNN å ikke begrense tiltaket til D-stilling spesifikt, men at man formulerer seg slik at man åpner for ulike tiltak som fremmer forskning.

OpIn-klinikken har som ansvarlig for sterilforsyningen gitt følgende innspill:

Kapittel 4.5.5 Renhold

- I dette kapitelet mangler punktet «*Regional oppfølging*». Dette bør tilføyes. Inn under dette bør det være et punkt om at «*Helse Nord har ansvar for at det utarbeides av standard på renhold ved ulike type arealer i sykehus (pasient rom , kontor, operasjonsstuer etc)*».
- Under punktet "Oppfølging i helseforetaket" bør punkt 3 fjernes. Det er mange områder i sykehuset som bør fokuseres på når det gjelder renhold - både gjennomgås og kvalitetssikres. Hvis det utarbeides standard/krav til renhold av ulike areal vil renhold av seng, nattbord og areal rundt seng inngå i denne.

Kapitel 4.6 IKT og Smittevern

I dette kapitelet vises det til Rapporten fra "Prosjekt sterilforsyning Helse Nord 2010".

Rapportens konklusjon var at sterilforsyningstjenesten i regionen måttet rustes opp/styrkes både faglig og organisatorisk. Oppfølgingen av anbefalingen i rapporten oppleves å ha vært relativt fraværende fra Helse Nord RHF's side.

- Anbefalingen i rapporten om regional anskaffelse av elektronisk logistikk/sporingsverktøy(dataverktøy) i sterilforsyningen må følges opp og bør tilføyes som et regionalt oppfølgingsansvar.
- Det bør også tydelig fremkomme at T- DOC er det sporings/logistikk/dokumentasjons systemet som skal brukes, da dette allerede er tatt i bruk med meget god erfaring ved 3 sykehus og deriblant ved den største virksomheten i Helse Nord UNN Tromsø.
- Punkt 5 under "Regional oppfølging" foreslås endret til "Det skal gjøres en regional anskaffelse av IKT systemet T- DOC for infeksjonsforebygging og logistikk. T- DOC skal tas i bruk ved alle foretakene i Helse Nord"
- Når det gjelder punktene 1-4 under "Regional oppfølging" er dette svært viktige punkter. Per i dag er det store utfordringer ifht for eksempel T- DOC.

Kapitel 4.7 Dekontaminering og sterilisering

- Kapitelet bør "strammes opp" :
 1. I første avsnitt 2. linje vises det til "Forskrift om smittevern" uten at denne gjenfinnes i vedlegg 2 på side 37 "Viktige lover og forskrifter". Det vises i

samme avsnitt til "Håndteringsforskriften av 2013" d2013-11-29-137 det er uklart om dette er den samme forskriften som i vedlegg 2 benevnes FOR "Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr"

2. I første avsnitt vises det også til Håndteringskriften som beskriver sterilforsyningsansvar som også stiller krav til kompetanse hos sterilforsyningsleder. Dette utsagnet og setningen om "ISO sertifisering av sterilforsyning gir et godt styringsverktøy for ledere..." bør utdypes. Er det per i dag formelle kompetanse krav til ledere av sterilforsyningen eller er det ønskelig å utarbeide det? Er det krav til ISO sertifisering eller er dette noe som er et mål å få etablert/innført?
3. I andre avsnitt står følgende "Helse Nord har kun få ansatte med utdanning som sterilforsyningsteknikere og ingen som sterilforsyningsleder" Vi er ikke kjent med at det er etablert en egen utdanning som sterilforsyningsleder og foreslår derfor at siste del av setningen strykes dvs at setningen endres til: "Helse Nord har få ansatte med utdanning som sterilforsyningstekniker". I samme avsnitt 4. linje foreslår vi at ordet *mangedelt* fjernes.

- Mål :

Under punktet mål foreslår vi at det tilføyes et punkt som omhandler at konklusjonen i rapporten fra "Prosjekt sterilforsyning Helse Nord 2010" skal følges opp. Konkret kan for eksempel følgende setning tilføyes: "Anbefalingen i rapporten fra " Prosjekt sterilforsyning i Helse Nord 2010" skal følges opp og tjenesten skal i plan perioden rustes opp både faglig og organisatorisk" .

- Regional oppfølging:

1. Punkt 1. foreslås endret til « *Utarbeide kompetansehevningsplan for sterilforsyningene i Helse Nord og bidra i nasjonalt arbeid innenfor dette området*»
2. Punkt 2. bør det tilføyes en tidsfrist for implementering av sporingssystem et T-DOC for eksempel innen 2018.
3. Punkt 1 under «Oppfølging i helseforetakene» som omhandler gjenopptakelse av regionalt fagnettverk bør flyttes og stå som et punkt 3. under regional oppfølging. Vi foreslår følgende tekst «*Regionalt fagnettverk skal reetableres. Fagnettverket skal bidra til å etablere en felles plattform for kvalitetssikring av sterilforsyning i Helse nord*». Ansvar for etableringen av fagnettverk kan ikke tillegges leder ved sterilforsyningen ved UNN Tromsø og NHLS HF. Dette mener vi er et Helse Nord ha ansvar for.

- Oppfølging i Helseforetakene:

1. Punkt 1 bør omarbeides og flyttes under punktet «regional oppfølging» se forslag punkt 3 ovenfor.
2. I punkt 2-8 må beskrivelse av ansvaret endres: Punkt **ansvar** endres fra sterilforsyningsleder *ledelsen i helseforetaket*.
3. Punkt 5. foreslås fjernet. ISO sertifisering av sterilforsyning bør være en sak som tas opp i det Fagnettverket som skal etableres.

4. Punkt 6. Dette punktet foreslås fjernet. Det pågår per i dag en diskusjon om etablering utdanning for ledere av sterilforsyning i fagmiljøet nasjonalt og denne er ikke slutført. Blant annet er det en diskusjon om det skal kreves en bestemt type utdanning for ledere ved sterilforsyning og nivået på utdanning eller om kan man være kvalifisert via ulike type utdanninger samt erfaring.
5. Punkt 7. og 8 bør omformuleres. Det er bra at det skal utarbeides en plan for å utdanne steril teknikere, men denne bør inngå i en kompetanseplan. Vi er imidlertid ikke enig i at det i planen skal stilles krav om at alle som jobber ved sterilforsyningen skal ha denne utdanningen. Det kan være andre opplærings alternativ som for eksempel intern opplæring etc/ e-læringskurs som bør utredes.

Følgende formuleringer/setninger foreslår vi strykes «Nyansatte skal forplikte seg til å gjennomføre slik utdanning» og «Ufaglærte som ikke tar utdanning som steriltekniker(for eksempel pga høy alder) skal delta på kurs/konferanse eller hospitere i en større sterilforsyning minimum en gang i året». Vi foreslår at punkt 7. og 8 slås sammen og endres til « *Det skal i hvert helseforetak utarbeides en konkret plan for faglig styrking av sterilforsyningene i foretaket. Planen skal ta utgangspunkt i nasjonale og regionale føringer og anbefalinger fra fagnettverket. Planen skal inneholde en handlingsplan og en tidsplan*»

Laboratoriemedisin

Vår konklusjon er at arbeidsgruppene har gjort en omfattende og god jobb, vi har dog to kommentarer:

- Planen burde si noe om poliklinikker inklusiv prøvetakningsenhet. Hvordan håndteres personer med kjent MRSA og tuberkulose ved besøk i poliklinikker og prøvetakningsenhet.
- Planen burde si noe om personell som yter service til kliniske avdelinger, eksempel bioingeniør som i løpet av sin vakt kan besøke mange ulike avdelinger.

Klinisk patologi

Jeg har lest raskt gjennom forslaget til ny smittevernplan. Der fokuseres det nesten utelukkende, så langt jeg kunne se, på smittevern i forhold til pasienter. Smittevern i forhold til ansatte, som er mest aktuelt for oss, var lite vektlagt.

Barne og ungdomsklinikken

Disse to rapportene gir en grundig gjennomgang av dagens status og framtidige oppgaver og utfordringer vedrørende smittevern og tuberkulosekontroll og -behandling.

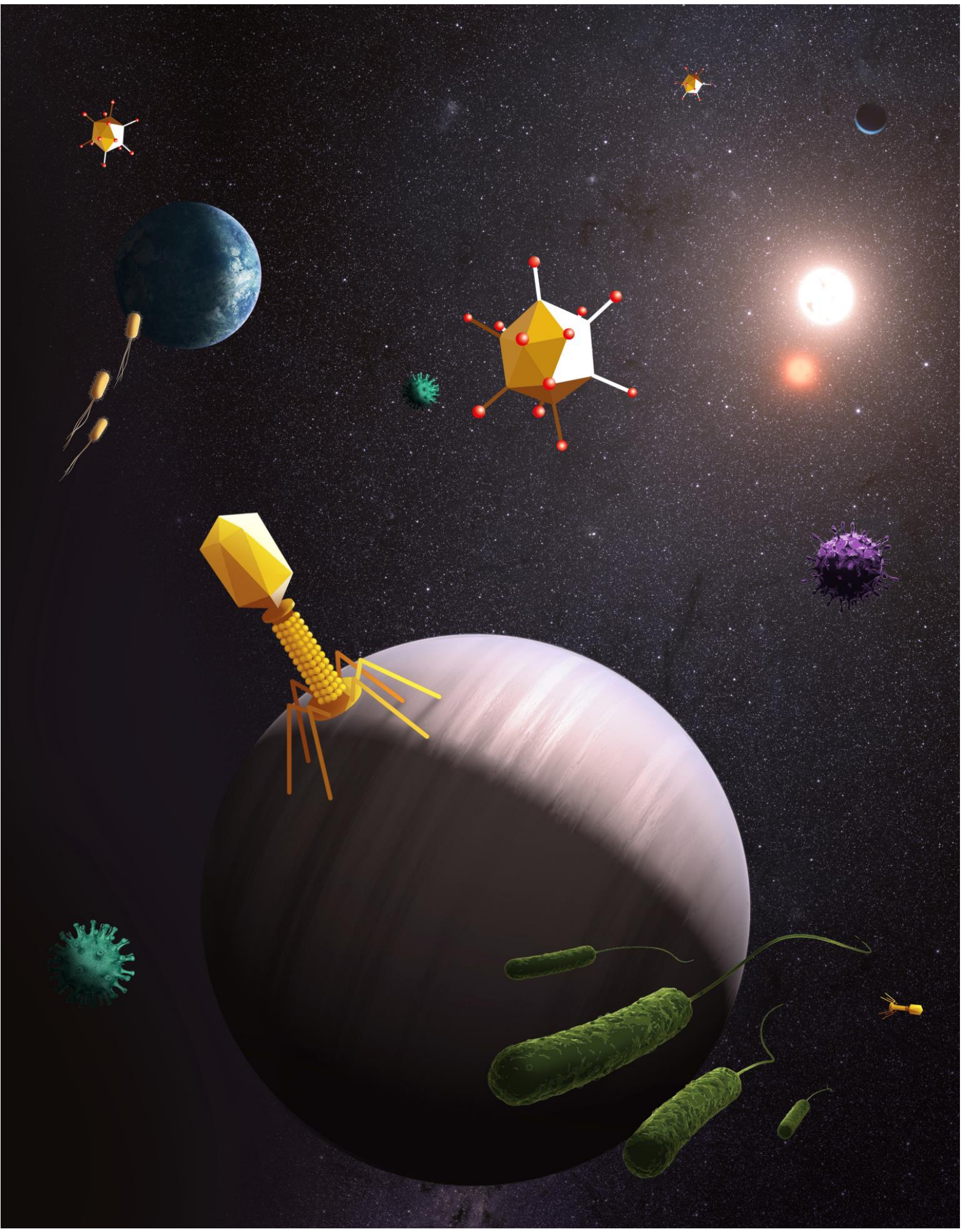
BUK vil gi sin fulle støtte til konklusjonene, og spesielt påpeke at det planlagte luftsmitteisolatet i Barne- og ungdomsavdelingen ennå ikke er bygget, og derfor må prioriteres.

Medisinsk klinikk har hatt høringen som skal i klinikkledermøte og har følgende innspill:

Punkt 4.4.2

Medisinsk klinikk støtter styrkingen av forskningsmiljøer innenfor infeksjonsmedisin. Imidlertid anbefaler vi å ikke begrense tiltaket til D-stilling spesifikt, men at man formulerer seg slik at man åpner for ulike tiltak som fremmer forskning.

Det foreslås en konkretisering av punkter som omhandler oppfølging gjennom at man bruker ordet ”skal” fremfor ”kan” (eksempelvis i punkt 4.5.4).





Arbeidsgruppa som har revidert Smittevernplanen - fra venstre: Anne Mette Asfeldt, Marit Gulbrandsen, Anita Brekken, Jørgen Dahl, Hanne Husom Haukland, Børre Johnsen, Merete Lorentzen, Kirsten Gravningen, Torri Myrbakk, Hans Erling Simonsen og Bente Karin Jensen.

FORORD

Helse Nord's tredje smittevernplan for 2012-2015 beskrev en rekke tiltak for å styrke smittevern i regionen. Ved gjennomgang av planen fant vi at det fortsatt gjenstår arbeid før alle tiltaksområdene er gjennomført. Nye tiltaksområder er aktuelle, og det er gjennomført en omfattende revisjon.

Smittevern er i vinden som aldri før og byr på stadig nye utfordringer på alle nivåer i helsetjenesten, både i Norge og internasjonalt. Smittevernarbeid i spesialisthelsetjenesten må være kunnskapsbasert, systematisk og forankret i ledelsen i hvert helseforetak. Det må være tydelige ansvarsforhold som sikrer implementering av smitteverntiltak. I denne smittevernplanen vil vi styrke langsiktig, kontinuerlig og systematisk smittevernarbeid som fremmer varig forbedring av vår helsetjeneste.

Smittevernplan 2016-2020 definerer strategiske mål for smittevernarbeidet i regionen og tilrettelegger for smittevern av høy faglig standard. Smittevernloven (*Lov 1994-08-05 nr. 55 Lov om vern mot smittsomme sykdommer*) med tilhørende forskrifter er førende for Smittevernplanen. Den er forankret i nasjonale strategier og retningslinjer, i tillegg til Kvalitetsstrategi 2016-2020 for Helse Nord, Pasientsikkerhetsprogrammet og oppdragsdokumenter. Tuberkulosekontrollprogrammet er en del av Smittevernplanen og er derfor revidert parallelt.

Internrevisjonen av regionale fagplaner i Helse Nord høsten 2015 viste at forrige Smittevernplan var lite integrert i helseforetakenes styringssystemer. Ansvaret for de oppgavene vi ønsker gjennomført er derfor tydeligere beskrevet i denne planen. Helseforetakene skal årlig gjennomgå tiltakene i Smittevernplanen og rapportere til Helse Nord RHF, mens RHF-et årlig skal etterspørre oppfølging av planen i helseforetakene.

Satsingsområder Helse Nord viderefører fra forrige smittevernplan og løfter frem også i kommende planperiode, er blant annet infeksjonsmedisin og sterilforsyning. Nye satsingsområder er antibiotikastyringsprogram, smittevern ved nybygg og ombygging, renhold i sykehus, IKT-systemer i infeksjonsforebyggende arbeid, samt styrket samhandling om smittevern med kommunehelsetjenesten. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten 2015-2020 viser hvilke tiltak helsemyndighetene vil sette i verk for å oppnå reduksjon i antibiotikabruk i befolkningen med 30 % innen 2020 sammenliknet med 2012, og er tatt hensyn til i vår plan.

Smittevernplan 2016-2020 for Helse Nord ble vedtatt i styret for Helse Nord RHF den xx.xx.2016 med følgende vedtakspunkt:

1. XXX
2. XXX

Arbeidsgruppen for revisjon av Smittevernplanen har hatt representanter fra Finnmarkssykehuset, UNN, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, fra Helse Nord RHF og kommunehelsetjenesten, samt en brukerrepresentant. Disse har gitt gode innspill til revisjonsarbeidet. Jan Fredrik Frantzen, kommunikasjonsrådgiver ved UNN, har tatt de fleste bildene i planen. Helse Nord RHF ønsker å takke alle som har bidratt. Nå ser vi frem til det videre samarbeidet om godt smittevern i Helse Nord.

Bodø, xx.xx.2016

INNHold

1	Innledning	4
2	Visjon, politikk og strategi	5
3	Smittevern i Helse Nord	6
3.1	Organisering	6
3.1.1	Tvangsvedtak i smittevern	7
3.2	Risikoområder	7
3.3	Smittevern i nordområdene, inklusive Svalbard og Jan Mayen	9
4	Mål og tiltak	10
4.1	Implementering	10
4.1.1	Internrevisjon	11
4.1.2	E-læring i smittevern	12
4.2	Antibiotikabruk og resistente mikrober	13
4.2.1	Antibiotikabruk	13
4.2.2	Resistente bakterier	15
4.3	Infeksjonsovervåking	16
4.4	Kompetanse i smittevern, infeksjonssykdommer og mikrobiologi	17
4.4.1	Smittevern	17
4.4.2	Infeksjonsmedisin	18
4.4.3	Mikrobiologi	20
4.4.4	Regionalt fagråd for infeksjonsmedisin/smittevern/mikrobiologi	21
4.5	Bygg og infrastruktur	23
4.5.1	Nybygg og ombygging	23
4.5.2	Pasientrom og isolater	23
4.5.3	Behandlingsrom, undersøkelsesrom og andre arealer	25
4.5.4	Pasienthotell	26
4.5.5	Renhold	27
4.6	IKT og smittevern	28
4.7	Dekontaminering og sterilisering	30
4.8	Samhandling om smittevern	32
4.9	Forskning og undervisning	34
5	Vedlegg	35
5.1	Vedlegg 1 - Definisjoner/forkortelser	35
5.2	Vedlegg 2 - Viktige lover og forskrifter (tilgjengelige på https://lovdata.no/)	37
5.3	Vedlegg 3 – Tabeller	38
5.4	Vedlegg 5 - Status per februar 2016 av foreslåtte tiltak i Smittevernplan 2012-15	44
5.5	Vedlegg 6 - Mandat for revisjon av Smittevernplanen	46
5.6	Vedlegg 7A og 7B – sjekklister for Helse Nord RHF og helseforetakene	47

1 Innledning

Helsetjenesteassosierte infeksjoner er blant de vanligste uønskede hendelser ved sykehus i Norge, og over halvparten av infeksjonene kan forebygges. Økende utbredelse av antibiotikaresistente bakterier er en alvorlig medisinsk trussel globalt, og også i Norge registreres en foruroligende økning av resistente bakterier. Forskning viser at infeksjonsforebyggende arbeid i sykehus har effekt. Det kan spare pasientene for unødvendig lidelse og i verste fall død, og spare helsetjenesten og samfunnet for store kostnader. Manglende infeksjonskontroll er dyrt og farlig.

Helse Nords visjon er at helsetjenesteassosierte infeksjoner som kan forebygges skal være null innen utgangen av 2016. For å nå dette målet må det utvikles en kultur for godt smittevern gjennom systematisk og kunnskapsbasert tilnærming til infeksjonsforebygging på alle nivåer i sykehusene - fra ledelsen til behandlingen av den enkelte pasient. Sviktende lederansvar, dvs. svak ledelse, uklare roller og ansvar for infeksjonskontroll og mangel på aktiv støtte fra ledelsen, svekker smittevernet. Ledelsen må formidle et tydelig budskap om smittevern. Smitteverntiltak skal være enhetlige og gjenkjennbare. Ansatte må gis opplæring og utøve godt smittevern i møtet med hver enkelt pasient.

Sammenhengende helsetjenester er viktig. Det samhandles daglig om smittevern mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen medfører kortere liggetid i sykehus, og kommunene tar imot stadig flere og sykere pasienter fra sykehus. Når kommunen får ansvar for sykere pasienter, må kommunen ruste opp smittevernet. Risiko for smittespredning øker ved flytting av pasienter mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Smittevernplanen anbefaler at smittevern skal styrkes og utdypes i tjenesteavtalene mellom helseforetak og kommunen. Godt smittevern på alle nivåer sikres gjennom god informasjonsflyt og tilpassede løsninger, både ved utskrivelse fra sykehus og ved innleggelse fra kommunehelsetjenesten. Styrket samarbeid om smittevern kan bidra til mindre smittespredning, mindre antibiotikabruk og et bedre liv for mennesker med langvarig smittebærerskap.

Smittevernplanen beskriver samarbeidsstrukturer og ressurser i smittevern ved ordinær drift i spesialisthelsetjenesten og i samhandling med kommunehelsetjenesten. Beredskap innen smittevern er en del av det samlede smittevernarbeidet, og beskrives i Regional helseberedskapsplan for Helse Nord. Hvert helseforetak skal ha oppdaterte, operative beredskapsplaner som inkluderer smittevernberedskap ved ekstraordinære hendelser med biologiske og infeksjøs agens, for eksempel ved pandemi. Helseforetakenes beredskapsplaner i smittevern skal samordnes med Helse Nords beredskapsplaner og vise versa. Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord gjennomgås årlig av Helse Nord RHF i samarbeid med Kompetansesenter i smittevern (KORSN) og Regionalt fagråd for infeksjonsmedisin/smittevern/mikrobiologi. Behov for justeringer meldes til KORSN.

2 Visjon, politikk og strategi

Visjon

Helsetjenesteassosierte infeksjoner som kan forebygges skal være null i helseforetakene i Helse Nord.

Mål

Helse Nord skal tilrettelegge for smittevern av høy faglig standard, samt ansvarliggjøre ledere og ansatte med hensyn til forebygging av helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Strategi

- Helseforetakene skal ha kultur for godt smittevern – dette krever at lederansvar tydeliggjøres og ansatte gis opplæring
- Smittevernarbeid i Helse Nord skal være kunnskapsbasert og følges opp gjennom internrevisjon
- Smitteverntiltakene skal være enhetlige og gjenkjennbare for pasienter, pårørende og ansatte på tvers av helseforetakene i Helse Nord
- Antibiotikaresistente bakterier skal ikke bli en del av den vanlige bakteriefloraen ved sykehus i Helse Nord
- Infeksjonsovervåking skal styrkes, og resultatene brukes systematisk som grunnlag for forbedring og økt kvalitet i pasientbehandling
- Ved nybygg og ombygging skal smittevernperspektivet ivaretas fra idéfasen og gjennom hele byggeprosessen
- Smittevernsamarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten i Helse Nord og kommunene skal konkretiseres og styrkes

Følgende arbeidsgruppe (oppnevnt av Helse Nord RHF) har revidert Smittevernplan 2012-2015 og utarbeidet forslag til Smittevernplan 2016-2020:

- Kirsten Gravningen, regional smittevernoverlege, KORSN/leder
- Merete Lorentzen, regional smittevernsykepleier, KORSN/sekretær
- Anne Mette Asfeldt, rådgivende smittevernoverlege Finnmarkssykehuset, KORSN
- Anita Brekken, hygienesykepleier/tuberkulosekoordinator, Finnmarkssykehuset Kirkenes
- Torni Myrbakk, smittevernoverlege, UNN
- Hans Erling Simonsen, spesialist i infeksjonssykdommer/overlege, Nordlandssykehuset
- Børre Johnsen, hygienesykepleier/seksjonsleder smittevern, Nordlandssykehuset
- Bente Karin Jensen, hygienesykepleier, Helgelandssykehuset
- Marit Gulbrandsen, kommuneoverlege med ansvar for smittevern, Tromsø kommune
- Hanne Husom Haukland, medisinsk rådgiver, Helse Nord RHF
- Jørgen Dahl, medlem i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF
- Elena Michaelidou, observatør/smittevernlege, Helgelandssykehuset

Gruppen har hatt 4 heldagsmøter (28.9. og 2.11.2015, og 15.1. og 29.2.2016) og kontakt via epost og telefon.

3 Smittevern i Helse Nord

3.1 Organisering

Helse Nord omfatter helseforetakene Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), Nordlandssykehuset (NLSH), Helgelandssykehuset og Sykehusapotek Nord (Tabell 1, Vedlegg 6.3). Helse Nord IKT vil i 2016 gå fra å være en avdeling under Helse Nord RHF til å bli et eget helseforetak.

Regionalt Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN) bistår smittevernpersonell i spesialist- og kommunehelsetjenesten, og skal bidra til økt kompetanse innen smittevern. KORSN er etablert ved Smittevernsenteret ved UNN Tromsø og har 2,9 årsverk, samt ett prosjektårsverk for rådgivende smittevernoverlege ved Finnmarkssykehuset (2014-2016). KORSN samordner smittevernarbeidet i regionen, gir råd om smittevern, bidrar i overvåking og oppklaring av utbrudd i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt, driver forskning/undervisning og er faglig rådgiver for Helse Nord RHF. Hjemmeside: <http://www.unn.no/category13484.html>.

Smittevernpersonell ved sykehus i Helse Nord

Smittevernarbeid er blitt mer profesjonalisert, noe som krever at kompetente fagpersoner jobber systematisk med smittevern. Organiseringen i sykehusene i Helse Nord er ulik. Mindre sykehus har utpekt smittevernlege i 0-20% stilling (organisert i sin kliniske avdeling) uten dedikert tid, og de bidrar derfor ikke effektivt i smittevernarbeidet. Ved Finnmarkssykehuset er smittevernsykepleiere og TB-koordinatorer lagt til Senter for fag, forskning og samhandling under medisinsk fagsjef. Ved UNN/KORSN er alle smittevernoverleger, smittevernsykepleiere og tuberkulose(TB-)koordinatorer organisert ved Smittevernsenteret, Avdeling for mikrobiologi og smittevern, UNN. Ved Nordlandssykehuset (NLSH) er smittevernoverlege, smittevernsykepleiere og NOIS-koordinator lagt til Seksjon for smittevern, Avdeling for laboratoriemedisin i Diagnostisk klinikk, mens TB-koordinator tilhører lungeavdelingen. Helgelandssykehusets 3 smittevernsykepleiere er organisert på 4 ulike steder: medisinsk poliklinikk (Mosjøen), Senter for fag, forskning og utdanning (Mo i Rana), kirurgisk avdelingssjef (Mo i Rana) og kirurgisk poliklinikk (Sandnessjøen), mens TB-koordinator tilhører medisinsk poliklinikk i Sandnessjøen. Erfaring viser at deltidsstillinger og ulik organisering av smittevernpersonell innad i samme helseforetak svekker fremdrift og kvalitet i smittevernarbeidet. Smittevernpersonell i samme helseforetak skal ikke jobbe alene, men være organisert sammen for å sikre et faglig fellesskap og felles rapporteringsvei til ledelsen. Arbeidsgruppa mener at normen skal være hele stillinger for smittevernsykepleiere. Smittevernleger skal ha definert stillingsbrøk, og fast avsatt tid til samarbeid med det øvrige smittevernpersonell.

Samarbeidsutvalg for smittevern i Helse Nord (SUSH) omfatter smittevernleger og -sykepleiere, samt TB-koordinatorer ved sykehusene i Helse Nord. KORSN har leder- og sekretærfunksjon i SUSH og arrangerer årlige fagmøter.

Nasjonale oppgaver som ivaretas av Helse Nord RHF

Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM) er et nasjonalt helseregister opprettet i 2003 med hjemmel i helseregisterloven med nærmere bestemmelser i NORM-registerforskriften. Det er lagt til Avdeling for mikrobiologi og smittevern ved UNN Tromsø. Hjemmeside: <http://www.unn.no/norm/category8926.html>

Nasjonal kompetansetjeneste for påvisning av antibiotikaresistens (K-res) er referanselaboratorium og nasjonalt senter for kompetanseoppbygging, kurs og formidlingsvirksomhet innenfor antibiotikaresistens. Det er lagt til Avdeling for mikrobiologi og smittevern ved UNN Tromsø. Hjemmeside: <http://www.unn.no/k-res/category21588.html>

3.1.1 Tvangsvedtak i smittevern

Det regionale helseforetaket skal ifølge smittevernloven § 7-3 utpeke en *sykehuslege som kan gjøre tvangsvedtak* etter § 4-2 (Forbud mot utførelse av arbeid m.m.) og § 5-8 (Hastevedtak) sammen med kommunelegen. Fra 2016 har Helse Nord RHF utpekt seksjonsoverlege ved infeksjonsmedisin UNN Tromsø eller dennes stedfortreder til å treffe beslutning om tvangsvedtak innen smittevern iht. loven.

3.2 Risikoområder

Flere faktorer gir store utfordringer for smittevernarbeidet; moderne medisinsk behandling blir stadig mer avansert, vi behandler eldre og mer sårbare pasienter, vi reiser mer, og vi ser en økt forekomst av multiresistente bakterier. Planen omhandler en rekke risikoområder innen smittevern, blant annet:

Etterlevelse av retningslinjer

Implementering av smitteverntiltak i det daglige rutinearbeidet i helsevesenet er en utfordring. Ledelsesforankring har stor betydning. Ledere og smittevernpersonell har behov for kunnskap om og ferdigheter i hvordan lykkes med implementering og atferdsendring.

Resistente bakterier

Forekomsten av resistente bakterier har økt betydelig de siste årene. Dette stiller økte krav til smittevern for å hindre spredning av slike mikrober og unødvendig bruk av bredspektret antibiotika.

Knapphet på personell med kompetanse i smittevern

Økte krav til infeksjonsovervåking, flere infeksjonsutsatte pasienter og økt forekomst av antibiotikaresistens gjør at behovet for smittevernpersonell øker. Det finnes for øyeblikket ingen nasjonal eller nordisk utdanning for smittevernpersonell, og rekrutteringen står i fare.

Bygg

Sykehusbygg må være hensiktsmessig utformet med tanke på pasient- og personalflyt. Innredningen av pasientrom, undersøkelsesrom, lagerplass og transportveier må legges til rette for, og ikke hindre, godt smittevern. Arbeidsstasjoner for helsepersonell må være tilrettelagt for godt smittevern og renhold. Garderobefasiliteter for ansatte må være tilstrekkelige og hensiktsmessig plassert.

Mangel på isolater/enerom

Enerom må prioriteres på grunn av økende antall pasienter med bærerskap av multiresistente bakterier. Det er for få isolater og enerom i sykehusene i Helse Nord. Sykehuset i Kirkenes planlegger kun enerom i sitt nybygg (2017), mens NLSH Bodø går mot faglige anbefalinger og planlegger både enerom og tosengsrom i sitt nybygg (2019). Luftsmitteisolater for intensivpasienter, vil Finnmarkssykehuset Kirkenes få i 2017, UNN Tromsø i 2018 og NLSH Bodø i 2019.

Buffetservering

Helse Nord's Kvalitetsstrategi 2016-2020 sier at pasienthender ikke skal berøre felles mat. Bortsett fra NLSH har alle sykehus i Helse Nord buffetservering hvor pasientene forsyner seg selv. Dette er en utfordring med tanke på å forebygge smitte av for eks. resistente bakterier via hender og bestikk.

Renhold og desinfeksjon

Det er behov for bedre kvalitetssikring av rengjøring og desinfeksjon av kontaktpunkter og pasientnært utstyr i sykehusene. Det må tydeliggjøres hvem som har ansvar for hvilket renhold. Renholdspersonell bør i samråd med ledelse og smittevernpersonell gjøre risikovurderinger for å tilpasse renholdet. Bedre kontrollsystemer må på plass for å kunne vurdere om renholdet er tilfredsstillende utført.

IKT-systemer

Bruk av antibiotika i sykehus vil fremover reguleres gjennom antibiotikastyringsprogram. Elektronisk pasientjournal mangler verktøy for å overvåke antibiotikabruk. Det er en vedvarende utfordring at sykehusene stadig pålegges overvåkingsoppgaver i smittevern uten at nødvendige IKT-systemer er på plass.

Personell til sterilforsyninger

I Helse Nord er det mangel på ansatte med formell kompetanse i sterilforsyning (ledere og teknikere), mindre enheter mangler sporingsverktøy, og flere har ikke etablert tilstrekkelig service- og vedlikeholdsprogram for maskinparken.

Samhandling med kommunehelsetjenesten

Det er en utfordring å få til god samhandling og informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten om overvåking og forebygging av helsetjenesteassosierte infeksjoner, samt håndtering av felles pasienter med infeksjoner og bærerskap av resistente bakterier.

Smittevernkompetanse blant helsepersonell

Smittevern har for liten plass i den teoretiske og praktiske utdanningen av leger, sykepleiere og annet helsepersonell. Det er derfor stort behov for at helseforetakene selv driver kontinuerlig opplæring av alle yrkesgrupper, samtidig som man må jobbe målrettet for å få smittevern inn i alle helsefagutdanningene.



3.3 Smittevern i nordområdene, inklusive Svalbard og Jan Mayen

Nordvest-Russland

Finmark grenser mot Nordvest-Russland, og Kirkenes (Sør-Varanger kommune) er Norges eneste kommune med en Schengengrense. Kommunikasjon- og reisevirksomhet over grensa øker stadig. Fra 2012 har folk bosatt nært grensa i begge land kunne passere ved bruk av grenseboerbevis. I 2015 utgjorde russere omlag 10 % av befolkningen i Kirkenes. Helseforskjellene mellom befolkningene i de to land er store. På norsk side har man vært bekymret for import av smittsomme sykdommer (HIV/AIDS, seksuelt overførte infeksjoner, tuberkulose), men økt forekomst i grensenære områder har ikke vært påvist. Fra 2007 har Finnmarkssykehuset Kirkenes hatt et strukturert samarbeid med Murmansk fylke og sykehuset i Petchenga.¹ Aktuelle avtaler gjelder for 2014-2018 og omfatter blant annet smittevern og beredskap. Hvert annet år er det samarbeidskonferanser vekselvis i Norge og Russland. Samarbeidet gir innsyn i forekomst av smittsomme sykdommer og utforming av smitteverntiltak på hver side av grensa, og muliggjør nettverkssamarbeid innen smittevern. Samarbeidet bidrar også med grunnlagsmateriale til praktisering av avtale om grensepassering for ambulanse. Smittevern er et prioritert område i helsesamarbeidet mellom landene i Barentsregionen. Samarbeidsprogrammet for Russland og Norge omfatter blant annet folkehelse, kriseberedskap, utdanning og forskning. Det er viktig å følge opp avtaler som allerede er inngått av helseforetakene, og nye initiativ til samarbeidstiltak, jamfør Helse Nord RHF's Oppdragsbrev 2016 til helseforetakene, kapittel 1.

Høsten 2015 var det masseinnvandring av ca. 5000 asylsøkere over grensa på Storskog. Smittevernpersonell ved sykehuset i Kirkenes samarbeidet tett med kommunehelsetjenesten for å sikre godt smittevern i transittmottaket, og gjennomføre lovpålagt tuberkulosekontroll. Ved innleggelse i sykehus er det pålagt å screene asylsøkere for resistente bakterier og isolere til negativt svar foreligger, og det var mangel på isolater. Sykehuset i Kirkenes hadde i en periode økt beredskap, og den lange avstanden til annen spesialisthelsetjeneste ble aktualisert. Andre smittevernoppgaver måtte nedprioriteres. Tidligere smittevernplaner har påpekt at én kombinert stilling for tuberkulosekoordinator/smittevernsykepleier i Kirkenes er sårbart, noe erfaringen fra asylsituasjonen bekreftet. Helse Nord må i sine planer for sykehusbygg, bemanning og beredskap ta høyde for at Finnmarkssykehuset Kirkenes har en utsatt beliggenhet.

Svalbard og Jan Mayen

1. oktober 2015 trådte Forskrift om anvendelse av helselover og -forskrifter på Svalbard og Jan Mayen i kraft. Dette innebærer at en rekke lover og forskrifter som tidligere kun gjaldt på fastlandet, nå gis hel eller delvis anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. Endringer knyttet til følgende lover får størst konsekvens for smittevern: smittevernloven (oppgaver knyttet til meldings- og varslingsplikt, tradisjonelle kommuneoverlegeoppgaver, dekning av utgifter tilknyttet smittsom sykdom), spesialisthelsetjenesteloven (forsvarlighet knyttet til bemanning, kompetanse og beredskap) og helseberedskapsloven (utfordring å ha nok personell tilstede for å ivareta en større hendelse/ulykke). Brev av 7.3.2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF sier at selv om spesialisthelsetjenesteloven ikke er gjort direkte gjeldende for Svalbard, gjelder likevel prinsippene i lovens § 5-3 som sier at utgifter ved undersøkelse og behandling som ikke dekkes av folketrygden, skal dekkes av vedkommende helseinstitusjon dersom pasienten ikke kan dekke utgiftene selv.

¹<http://www.finnmarkssykehuset.no/Barentssamarbeid/>

4 Mål og tiltak

4.1 Implementering

Alle sykehus har retningslinjer for forebygging av infeksjoner, men erfarer at etterlevelsen av retningslinjene er dårlig. Implementering av smitteverntiltak er ikke enkelt. Ulike personellgrupper i sykehus krever ulik grad av kunnskapsgrunnlag for å bli motivert til å endre atferd. Det må jobbes for å endre holdninger, og det må praktisk legges til rette for godt smittevern (for eks. hensiktsmessige personalgarderober). Smittevernarbeid må forankres i ledelsen i hvert sykehus. Ledelsen kan beslutte at helsepersonell skal endre atferd for å optimalisere smittevernet, og ledelsen må ta stilling til hvordan man forholder seg til ansatte som ikke etterlever vedtatte retningslinjer, for eks. vedrørende bruk av arbeidstøy. Det er godt dokumentert at følgende tiltak gir økt etterlevelse av faglige retningslinjer blant helsepersonell: tydelige ledelse, påminnelser, praksisbesøk/hospitering, lokale opinionsledere (alfaindivider), og skreddersydde tiltak og undervisning². Smittevernpersonell i Helse Nord erfarer at følgende elementer bidrar til effektiv implementering av smitteverntiltak:

- Tydelig forankring i ledelsen
- Definerte ansvarsforhold
- Undervisning og informasjon til aktuelle personellgrupper
- Opplæring av nyansatte
- Forståelse, identifikasjon og reduksjon av forhold som hinder endring
- Motivasjon og vilje blant ledere og andre ansatte (holdninger)
- Etablering og vedlikehold av ny adferd gjennom vedvarende oppmerksomhet fra ledelsen

Mål

Implementering av smitteverntiltak i Helse Nord skal styrkes

Regional oppfølging

1. Smittevern inkluderes i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til helseforetakene
Ansvar: Helse Nord RHF
2. Smittevernplanens anbefalinger for *regional oppfølging* gjennomgås årlig (sjekklister i Vedlegg 7A). Regionalt fagråd kan bidra til dette (kap 5.4.4).
Ansvar: Helse Nord RHF
3. Årlig gjennomgang av smittevernplanens *oppfølging i helseforetakene* etterspørres i hvert helseforetak til Årlig melding
Ansvar: Helse Nord RHF



²Fretheim A, Flottorp S, Oxman AD. Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 10 – 2015. ISBN 978-82-8121-959-5 ISSN 1890-1298. Publisert 13.05.2015: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-tiltak-for-implementering-av-kliniske-retningslinjer?vis=sammendrag>

Oppfølging i helseforetakene

1. Smittevernplanens *oppfølging i helseforetakene* skal gjennomgås årlig ved at helseforetakene besvarer dette i Årlig melding til Helse Nord RHF (sjekklister i Vedlegg 7B).
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
2. Det skal være tydelige ansvars plassering for og ledelsesforankring av smitteverntiltak i helseforetakene i Helse Nord.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
3. Smittevern skal inngå som en obligatorisk del av opplæring av nyansatte og ledere, samt i internundervisning for ansatte i helseforetakene. Avdelingsledelsen sikrer at opplæring dokumenteres.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak i samarbeid med sitt smittevernpersonell
4. Ansatte i Helse Nord gjennomfører aktuelle e-læringskurs i smittevern. Avdelingsledelsen sikrer at det er avsatt tid og at opplæring gjennomføres.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
5. Identifikasjon av forhold som hindrer implementering av infeksjonsforebyggende retningslinjer.
Ansvar: Den enkelte ansatte og ledelsen i hvert helseforetak
6. Reduksjon av barrierer mot implementering av infeksjonsforebyggende retningslinjer.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak

4.1.1 Internrevisjon

Internrevisjon er en systematisk og strukturert metode for å undersøke om retningslinjer etterleves, og om praksis er i tråd med lover og forskrifter. Alle sider av virksomheten kan undersøkes. Internrevisjoner er hjemlet i internkontrollforskriften, og internrevisjon i smittevern er hjemlet i smittevernforskriften. Det enkelte helseforetaks infeksjonskontrollprogram (IKP) er en del av virksomhetens internkontrollsystem, og skal revideres jevnlig. Ledelsesforankring er avgjørende siden det er helseforetakets ledelse som bestiller internrevisjon, og den utføres på deres vegne. Revisjonsleder skal ha nødvendig opplæring i å gjennomføre internrevisjon. Fagrevisor skal ha tilstrekkelig kompetanse for fagområdet som skal revideres, og det anbefales at fagpersoner får opplæring i revisjon.

Mål

Helseforetakene i Helse Nord skal utføre årlig internrevisjon av eget infeksjonskontrollprogram. Helse Nord RHF skal jevnlig utføre internrevisjon av Smittevernplanen og Tuberkulosekontrollprogrammet

Regional oppfølging

1. Helse Nord RHF skal jevnlig utføre internrevisjon av Smittevernplanen og Tuberkulosekontrollprogrammet.
Ansvar: Helse Nord RHF

Oppfølging i helseforetakene

1. Alle helseforetak skal ha en plan for gjennomføring av internrevisjoner av sine infeksjonskontrollprogram, både årsplan (minimum ett punkt) og en mer langsiktig plan.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak

4.1.2 E-læring i smittevern

Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN) skal ha faglig og eventuelt redaksjonelt ansvar for utvikling og revisjon av e-læringskurs i smittevern for helseforetakene i Helse Nord. Utvikling av e-læringskurs er ressurskrevende. Arbeidet må koordineres nasjonalt for å unngå at det lages samme kurs i flere regioner. Via de regionale kompetansesentre i smittevern må det sikres nasjonale faglige innspill underveis for at kursene utformes slik at de kan brukes i alle helseforetak. E-læringskurs skal holde høy faglig og pedagogisk standard. Antall tilgjengelige e-læringskurs i smittevern vurderes fortløpende. Det er bedre med få gode kurs enn mange kurs av variabel kvalitet.

Mål

E-læringskurs i smittevern skal være tidsriktige og ha høy faglig og pedagogisk standard

Regional oppfølging

1. Behov for nye e-læringskurs i smittevern meldes til Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN). Nettverksforum for smittevern i spesialisthelsetjenesten³ og tverregionalt e-læringsnettverk behandler forslag og beslutter om kurset skal lages, og hvem som eventuelt skal gjøre det.

Ansvar: KORSN



³ Rådgivende forum i smittevern som består av 2 fagpersoner fra hvert av de 4 regionale kompetansesentre i smittevern, én administrativ person hvert RHF og 3 personer fra Avdeling for infeksjonsovervåking, Folkehelseinstituttet (sekretariat).

4.2 Antibiotikabruk og resistente mikrober

4.2.1 Antibiotikabruk

Antibiotika er en begrenset ressurs i en tid med økende forekomst av multiresistente mikrober, som MRSA, VRE og ESBL (Vedlegg 6.1 - Definisjoner). Forskning viser at høyt antibiotikabruk øker forekomst av antibiotikaresistens. Rasjonell og nøktern bruk av antibiotika er nødvendig for å sikre at vi kan behandle infeksjoner også i fremtiden. Stadig mer avansert medisinsk og kirurgisk behandling kan medføre komplikasjoner hvor antibiotika er livsviktig medisin. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten fra 2015 sier at antibiotikabruk i befolkningen skal reduseres med 30 % innen 2020 sammenliknet med 2012.⁴

Helse Nord RHF sitt oppdragsdokument til helseforetakene for 2015 og 2016 satte som langsiktig mål at hvert helseforetak skal ha et antibiotikastyringsprogram tilpasset virksomheten. Programmet omfatter blant annet årlig rapportering av antibiotikabruk fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger. Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten skal implementeres og etterleves i helseforetakene. Kompetansetjenesten for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS) har utarbeidet et rammeverk for hvilke elementer et antibiotikastyringsprogram kan inneholde, se tabellen under. En detaljert beskrivelse av antibiotikastyringsprogram finnes på: www.antibiotika.no

	Sentrale elementer	Forklaring og enkle eksempler
1	Forankring i sykehusledelsen	Legitimitet og ansvar
2	Antibiotikapolitikk gjøres kjent	For eksempel følge nasjonalfaglig retningslinje for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten
3	Antibiotikateam	Fagpersoner med kompetanse og mandat til å styre antibiotikabruk
4	Konkret målsetting	Klart formulerte kort- og langsiktige mål for antibiotikabruk
5	Tiltak	Eksempler:
5a	Undervisning	Tradisjonelle møteplasser for fagfolk, E-læring, med mer.
5b	Tilbakemelding	Revisjon av forskriving, forbruksrapport, oversikt over resistensforhold, kollegabasert veiledning
5c	Restriksjon (begrensning)	Krav om revurdering av antibiotikabehandling
5d	Struktur	Medikamentkurve egnet til registrering
6	Kartlegging av barrierer og tilretteleggere	Organisatoriske, kulturelle og individuelle forhold som kan hindre eller forenkle implementeringen
7	Evaluering	Årlig evaluering, med justering av kurs ved antibiotikateamet

Flere helseforetak i Helse Nord utarbeider antibiotikastyringsprogram (Vedlegg 3, tabell 2). Helseforetakets smittevernlege(r) skal være direkte involvert i dette arbeidet eller være pådriver(e) for å få helseforetaket til å prioritere dette. Forskning viser at gode IKT-verktøy med integrert antibiotikastyring og -overvåking, samt faglig forankring hos ledelsen er viktige for vellykket implementering av antibiotikastyringsprogram. Sykehusene skal også gjennomføre



⁴<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-antibiotikaresistens-i-helsetjenesten/id2469646/>

prevalensregistrering av antibiotikabruk minimum to ganger i året iht. NOIS-registerforskriften (Vedlegg 6.1).

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt RHF-ene om å styrke sine regionale kompetansesentre, både for å bistå med implementering av antibiotikastyringsprogram i sykehusene, og for å gi økt bistand til den kommunale helse- og omsorgstjenestes arbeid med å redusere antibiotikabruk.⁵ IKT-systemer i mikrobiologiske laboratorier og elektronisk pasientjournal (EPJ) skal anvendes for overvåking og rapportering av alarmbakterier i tid og lokalisasjon blant annet ved å hente ut relevant pasienthistorikk (Vedlegg 6.1 - Definisjoner).

Mål

Alle helseforetak i Helse Nord skal utarbeide og aktivt implementere et antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonal faglig retningslinje, dvs. riktig medikament i riktig dose med riktig intervall og riktig behandlingstidslengde

Regional oppfølging

1. Helse Nord RHF setter tydelige mål for antibiotikabruk i sitt årlige oppdragsdokument til helseforetakene. Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN) bidrar til å gjøre målene kjent, blant annet ved deltakelse i utarbeidelse av antibiotikastyringsprogram.
Ansvar: Helse Nord RHF, KORSN
2. Styrke KORSN med lege eller farmasøyt for å bistå med implementering av antibiotikastyringsprogram i sykehus og gi økt bistand til den kommunale helse- og omsorgstjenestes arbeid med å redusere antibiotikabruk.
Ansvar: Helse Nord RHF

Oppfølging på helseforetakene

1. Helseforetakene skal utvikle antibiotikastyringsprogram tilpasset sin virksomhet (rapportering av forbruk, implementering av nasjonalfaglig retningslinje, fokus på og kunnskap om rasjonell antibiotikabruk).
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
2. Helseforetakene skal implementere antibiotikastyringsprogrammet.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
3. Alle helseforetak i Helse Nord skal redusere forbruket av bredspektrede antibiotika (karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner) med 30 % fra 2012 til 2020.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
4. Helseforetakene skal ha oppdaterte og implementerte infeksjonskontrollprogram (IKP) for å forebygge infeksjoner og spredning av multiresistente bakterier.
Ansvar: Smittevernpersonell oppdaterer IKP. Ledelsen i hvert helseforetak er ansvarlig for implementering av IKP.

⁵Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten, kap 2.3:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/915655269bc04a47928f9ce917e4b25f5/handlingsplan-antibiotikaresistens.pdf>

4.2.2 Resistente bakterier

Multiresistente bakterier som MRSA, VRE og ESBL er en av de største utfordringer for moderne medisin (Vedlegg 6.1 - Definisjoner). Det vil til enhver tid finnes symptomfrie bærere av resistente bakterier i befolkningen. Sykehus fungerer som 'drivhus' for resistens pga. mye bruk av bredspektrede antibiotika og at de sykeste pasientene behandles der. Pasienter som er bærere av multiresistente bakterier og som får antibiotikabehandling, vil kunne få en betydelig økning av disse bakteriene. De vil forekomme i høyt antall på pasienten selv og i de nærmeste omgivelser, og vil lett kunne spres til andre via helsepersonell og utstyr. Riktig antibiotikabruk, effektivt smittevern og høy standard på desinfeksjon av pasientnære omgivelser, inklusive pasientsenger, og generelt renhold i sykehus beskytter mot smitte. Bærerskap av multiresistente bakterier skal ikke forsinke diagnostikk og behandling for den enkelte pasient.

Mål

Multiresistente bakterier skal ikke bli en del av normalfloraen i sykehus i Helse Nord

Regional oppfølging

1. Det skal være tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i smittevern og mikrobiologi for å kunne oppklare mistenkte utbrudd eller smitte med viktige resistente mikrober.

Ansvar: Helse Nord RHF

Oppfølging i helseforetakene

1. Det skal være mulighet for rask og sikker påvisning av multiresistente bakterier ved de mikrobiologiske sykehuslaboratoriene i Helse Nord.

Ansvar: Laboratoriene ved UNN Tromsø og NLSH Bodø

2. Tiltak for å begrense spredning av multiresistente bakterier skal konkretiseres og inngå i generelle tjenesteavtaler mellom hvert helseforetak og deres opptakskommuner.

Ansvar: Samhandlingsenheten i hvert helseforetak i samarbeid med KORSN og smittevernsykepleiere KHT

3. Helseforetakene skal ha prosedyrer i tråd med nasjonale anbefalinger fra Folkehelseinstituttet for smitteverntiltak ved mistenkte/påviste multiresistente bakterier. Prosedyren skal også beskrive varsling og samhandling internt og med andre helseinstitusjoner eller kommuner som har hatt eller vil få ansvar for pasienten.

Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak

4. IKT-systemer i mikrobiologiske laboratorier og elektronisk pasientjournal (EPJ) skal anvendes for overvåking og rapportering av alarmbakterier.

Ansvar: Mikrobiologiske laboratorier ved UNN Tromsø/NLSH Bodø i samarbeid med IKT-leverandører og Helse Nord IKT



4.3 Infeksjonsovervåking

Infeksjonsovervåking (dvs. datainnsamling, analyse og målrettet rapportering) er et effektivt virkemiddel for å forebygge helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Alle helseforetak i Helse Nord skal gjennomføre helårlig insidensregistrering av utvalgte postoperative sårinfeksjoner iht. NOIS-registerforskriften. Sykehusene gjennomfører også prevalensregistrering av HAI og antibiotikabruk minimum to ganger i året. Helseforetakene løser oppgaver knyttet til infeksjonsovervåking på ulik måte: Ved større sykehus har avdelingene selv ansvar for registrering, mens smittevernpersonell har ansvaret i mindre sykehus. Det omfattende videre arbeidet med å kvalitetssikre og rapportere data til Folkehelseinstituttet (FHI) utføres av smittevernpersonell. I tillegg rapporterer smittevernpersonell ved noen sykehus resultatene til helseforetakets ledelse og til aktuelle avdelinger. Det bør i tillegg til nasjonal pålagt overvåking, også legges til rette for lokal overvåking av alarmbakterier og virus etter behov. Hovedutfordringene i infeksjonsovervåking er mangel på gode IKT-systemer (noe som medfører tidkrevende manuelt arbeid), manglende etablerte rutiner for god rapportering av resultater i eget sykehus, og manglende rutiner for aktiv bruk av resultater i eget forbedringsarbeid.

Mål

Infeksjonsovervåkingen i Helse Nord skal styrkes og effektiviseres gjennom bedre IKT-løsninger. Helseforetakene skal aktivt bruke resultater fra overvåkingen i eget forbedringsarbeid.

Regional oppfølging

1. Helse Nord skal ha relevante og adekvate IKT-løsninger som sikrer data av god kvalitet i infeksjonsovervåkingen i helseforetakene (se kapittel 4.6 om IKT).
Ansvar: Helse Nord RHF, Helse Nord IKT og regionale forvaltningscentre for kliniske IKT-systemer
2. Helse Nord RHF skal bidra til å standardisere og samordne metodene for overvåking av helsetjenesteassosierte infeksjoner regionalt og nasjonalt.
Ansvar: Medlemmer oppnevnt fra Helse Nord RHF til NOIS-referansegruppe ved FHI
3. Det skal etterspørres, via leverandør, at IKT-systemer kan fasilitere mikrobiologisk overvåking med uthenting av data.
Ansvar: Helse Nord RHF og regionale forvaltningscentre for kliniske IKT-systemer

Oppfølging i helseforetakene

1. Utføre prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk minimum to ganger årlig. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine prevalenstall minimum 2 ganger i året til Helse Nord RHF.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
2. Det skal være minst 95% oppfølging for alle NOIS-inngrep som omfattes av NOIS-forskriften. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine infeksjonstall tertialvis til Helse Nord RHF.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
3. Helseforetakene skal etablere rutiner for å bruke resultater fra infeksjonsovervåkingen i eget forbedringsarbeid.
Ansvar: Ledelsen og klinikerne i hvert helseforetak

4.4 Kompetanse i smittevern, infeksjonssykdommer og mikrobiologi

4.4.1 Smittevern

Fokus på smittevern og kvalitet i sykehus er intensivert de siste årene. Ledelsen skal sørge for at sykehuset har nødvendig og kvalifisert smittevernpersonell, herunder sykepleiere og leger. Disse skal ha tilstrekkelige tid og nok ressurser til å utføre oppgavene, og få nødvendig opplæring og vedlikehold av sine kunnskaper (forskrift om smittevern i helsetjenesten §2-3, §3-1).

Smittevernlegen har ansvar for å koordinere smittevernet i institusjonen (sykehuset), og skal i slike spørsmål være direkte underlagt institusjonens ledelse. Alle sykehus skal ha en smittevernlege. I tråd med forskrift om smittevern har det regionale kompetansesenteret (KORSN) og regionsykehuset (UNN) smittevernoverlege i full stilling (Vedlegg 3, tabell 3). Ved Finnmarkssykehuset er det et 3-årig prosjekt (2014-2016) med rådgivende smittevernoverlege som er organisert ved KORSN. Denne samarbeidsmodellen har vært evaluert, og anbefales videreført som en varig ordning. NLSH Bodø har i fra juli 2014 til mai 2016 vært uten smittevernoverlege. Dette fører til betydelig merbelastning for mikrobiologer og infeksjonsleger ved NLSH Bodø. Helgelandssykehuset ansatte i 2015 en 50 % smittevernlege på foretaksnivå. Mindre sykehus har utpekt smittevernlege i 0-20 % stilling uten dedikert tid, og dette bidrar ikke effektivt til smittevernarbeidet.

Erfaring viser at *smittevernsykepleier* i redusert stilling gir dårlig framdrift og lite kontinuitet i arbeidet. Førrige smittevernplan anbefalte 100 % stilling for smittevernsykepleiere, eventuelt å slå sammen deltidstillinger i mindre sykehus. Dette har ikke skjedd (Vedlegg 3, tabell 3). Flere smittevernsykepleiere i regionen mangler spesialutdanning i smittevern. Det er bekymringsfullt at slik utdanning nå ikke er tilgjengelig i Norden. Universitetet i Tromsø (UiT) og Avdeling for mikrobiologi og smittevern, UNN Tromsø vil vurdere muligheten for å bidra i en nordisk masterutdanning i smittevern.

Helse Nord RHF har styrket smittevernbistand til kommunehelsetjenesten (KHT) iht. forskriftens §3-1 ved å gi midler til 4 stillinger som *smittevernsykepleier for KHT* i helseforetakene. Fortsatt har Helgelandssykehuset ikke opprettet slik stilling. Spesialisthelsetjenesten er tjent med at stillingen *smittevernsykepleier KHT* videreføres i helseforetakene. Ordningen er gratis for kommunen og bidrar til bedre kvalitet og forenkling av pasientforløpene i sykehus og mellom ulike nivåer i kommunehelsetjenesten.

Tuberkulosekoordinator er organisert sammen med smittevernpersonell i flere sykehus og er et viktig bindeledd mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Tabell 3 viser årsverk og lokalisasjon.

Asylsituasjonen i Finnmark høsten 2015 bekreftet at kombinert stilling for smittevernsykepleier/ tuberkulosekoordinator i Kirkenes er sårbart, og begge stillinger må derfor utvides.

Tuberkulosekontroll er nærmere beskrevet i Tuberkulosekontrollprogram 2016-2020 Helse Nord.

Mål

Det skal være tilstrekkelig antall smittevernpersonell med rett kompetanse til å gjennomføre effektivt og forsvarlig smittevern og ivareta lovpålagte oppgaver ved helseforetakene i Helse Nord



Regional oppfølging

1. Prosjektstilling for rådgivende smitteverneverlege ved Finnmarkssykehuset videreføres som varig ordning fra 2017.
Ansvar: Helse Nord RHF
2. Bidra til å opprette utdanning av smittevernsykepleiere og smittevernleger på nasjonalt eller nordisk nivå.
Ansvar: Helse Nord RHF, KORSN
3. Sikre at helseforetakene benytter tildelte midler til smittevernsykepleier KHT iht. intensjonen.
Ansvar: Helse Nord RHF
4. Organisere årlige fagmøter for smittevernpersonell, bistå med faglig oppdatering og ha oversikt over smittevernpersonellet i Helse Nord.
Ansvar: KORSN
5. Støtte et fremtidig nasjonalt arbeid for å gjøre smittevern til egen legespesialitet eller kompetanseområde. Støtte at arbeid med smittevern teller som godkjent tjeneste til spesialitet i infeksjonsmedisin.
Ansvar: Helse Nord RHF, KORSN

Oppfølging i helseforetakene

1. Oppfylle målsettingen om bemanning av smittevernpersonell som er 1/100-1/125 senger, alternativt 1/5000⁶ innleggelser. For smittevernleger er det 1/25 000 innleggelser.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
2. Smittevernlegen skal ha klart definert arbeidstid til smittevernarbeid på dagtid, uavhengig av stillingsbrøk.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
3. Smittevernlegen skal rapportere direkte til ledelsen.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
4. Smittevern skal forankres i ledelsen ved jevnlige møter med smittevernpersonell.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
5. Øke stillingsbrøk til 100 % for alle smittevernsykepleiere.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
6. Øke stillingsbrøk for smittevernsykepleier (0,65) og tuberkulosekoordinator (0,35) til hhv. 1,0 og 0,5 ved sykehusene i Kirkenes og Hammerfest.
Ansvar: Finnmarkssykehuset
7. Legge til rette for at smittevernpersonell tar nødvendig etterutdanning i smittevern.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak

4.4.2 Infeksjonsmedisin

Endringer i pasientsammensetning og medisinsk utvikling gjør at behovet for leger med infeksjonsmedisinsk kompetanse har økt betydelig de siste årene. Dette har medført økt arbeidsmengde for spesialister i infeksjonsmedisin ved UNN Tromsø og NLSH Bodø i forbindelse med rådgivning, tilsyn til pasienter og undervisning. I tillegg er infeksjonsmedisinere sentrale i arbeidet med antibiotikastyring i sykehusene. All erfaring viser at det er nødvendig for Nord-Norge å ha et selvstendig utdanningsprogram for leger for å sikre at kompetansen forblir i landsdelen. Det må også være tilstrekkelig antall infeksjonsmedisinske senger for å sikre kvalitet og erfaringsgrunnlag for leger i spesialisering. Seksjonen ved UNN Tromsø fikk i forrige planperiode oppfylt målene om 5 overlegestillinger, 2 utdanningsstillinger (B-gren) og 18 senger, og har gruppe-1 status for utdanning

⁶ Van den Broek, PJ et al: How many infection control staff do we need in hospitals? Journal of Hospital Infection, 2007 (65) 108-111

av spesialister. Det er fortsatt mangel på faste overleger og mye bruk av vikarer. Forskning har ikke vært prioritert, og den planlagte fordypningsstillingen for lege i spesialisering (LIS) er ikke finansiert.

Ved NLSH Bodø var situasjonen for infeksjonsmedisin prekær ved utgangen av forrige planperiode 2012-2015. Målet om å styrke seksjonen ble ikke nådd. Antall overlegeårsverk ble i 2015 økt fra 1,25 til 1,5 (målet var 2,25). Infeksjonsmedisinerne har hatt betydelig økt arbeidspress fordi smittevernoverlegestillingen ved NLSH Bodø har vært ubesatt fra juli 2014. Per mai 2016 er situasjonen bedre: én hjemmel i hematologi er omgjort til fast overlegestilling i infeksjonsmedisin. Det er gitt tilbud om fast overlegestilling til 2 infeksjonsmedisinske spesialister. Totalt er det 3,5 overlegeårsverk. En ubesatt B-grenstilling i infeksjonsmedisin som var brukt til annet formål, skal i 2016 utlyses som utdanningsstilling med definert utdanningsprogram. NLSH Bodø har nå 4 infeksjonssenger samlokalisert med hematologisk seksjon. Ny infeksjonsmedisinsk seksjon med 10 senger åpner i nybygg i 2019. Ledelsen ved NLSH Bodø må også starte rekruttering av infeksjonssykepleiere, og fortsette arbeidet med å få på plass nødvendig antall spesialister i infeksjonsmedisin.

Mål

Et godt og likeverdig tilbud innen infeksjonsmedisin til alle innbyggere i Helse Nord

Regional oppfølging

1. Sikre at Helse Nord har komplett utdanningsprogram for spesialistutdanning i infeksjonsmedisin.

Ansvar: Helse Nord RHF

Oppfølging i helseforetakene

1. Øke antall overlegeårsverk i infeksjonsmedisin ved NLSH Bodø til 4,0 i 2018.
Ansvar: NLSH Bodø
2. Ansette lege i spesialisering i infeksjonssykdommer ved NLSH Bodø.
Ansvar: NLSH Bodø
3. Sørge for utdanningsplaner for LIS i infeksjonsmedisin ved NLSH Bodø, inklusive gruppe-1 tjeneste ved UNN Tromsø.
Ansvar: NLSH Bodø i samarbeid med UNN Tromsø
4. Sikre at minimum 4 sykepleiere ved NLSH Bodø får tilbud om lønnet videreutdanning i infeksjonssykepleie, samt tilbud om fast ansettelse ved ny infeksjonspost i 2018.
Ansvar: NLSH Bodø
5. Tilrettelegge for forskning i infeksjonsmedisin ved blant annet å finansiere fordypningsstilling for lege i spesialisering i infeksjonsmedisin ved UNN Tromsø.
Ansvar: UNN Tromsø



4.4.3 Mikrobiologi

Tjenester fra et velfungerende mikrobiologisk laboratorium er en forutsetning for effektivt smittevern. Dedikerte bioingeniører med høy faglig kompetanse er en essensiell ressurs i drift av laboratoriet. Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen i regionen er sikret nødvendig laboratorieundersøkelse mht. smittsomme sykdommer (smittevernloven §7-3).

Avdeling for mikrobiologi og smittevern (AMS), UNN Tromsø utfører et bredt spektrum av mikrobiologiske analyser, gjør avansert molekylærbiologisk diagnostikk, og mottar hovedsakelig prøver fra Troms og Finnmark. I tillegg har AMS nasjonale funksjoner innen overvåking og diagnostikk av antibiotikaresistens og som referanselaboratorium. Laboratoriet er akkreditert (godkjent etter en internasjonal standard). AMS skal til enhver tid drive forskning i smittevern, bakteriologi og virologi. Laboratoriet utførte 514 000 analyser i 2015, og har 6,2 årsverk for overleger og 4 for leger i spesialisering (LIS) (Vedlegg 3, tabell 4). Avdelingen organiserer i tillegg 3 årsverk for smittevernoverleger ved hhv. UNN, KORSN og Finnmarkssykehuset. AMS er stabil mht. ressurser (personell, utstyr) og faglig utvikling, og smittevernplanen vil derfor prioritere NLSH Bodø i denne planperioden.

Mikrobiologisk fagområde ved NLSH Bodø er en del av Avdeling for laboratoriemedisin i Diagnostisk klinikk, der også smittevern er organisert. Laboratoriet mottar hovedsakelig prøver fra Nordland og utførte 299 000 analyser i 2015. Det er 2 hele stillinger for overleger og 2 for LIS. På grunn av spesialistmangel er den ene overlegestillingen midlertidig omgjort til LIS-stilling (Vedlegg 3, tabell 4). Erfaring viser at man må utdanne egne kandidater for å sikre faste spesialister i medisinsk mikrobiologi ved NLSH Bodø. Mangel på smittevernoverlege ved NLSH Bodø fra juli 2014 og foreløpig til april 2016 har ført til betydelig økt press på den ene overlegen i mikrobiologi. Laboratoriet samarbeider nært med AMS, UNN Tromsø. De to laboratoriene har en midlertidig samarbeidsavtale fra 4.9.2015 med foreløpig varighet ut 2016. Legeforeningens spesialistkomité konkluderte etter besøk i 2015 med at laboratoriet i Bodø har et stort prøvevolum med bredt og godt analyserepertoar, men har marginal overlegebemanning. Komitéen anbefalte minimum 3 overleger for å sikre tilstrekkelig legedekning ved fravær.

Mål

Befolkningen i regionen skal sikres nødvendig laboratorieundersøkelse mht. smittsomme sykdommer. Det skal være tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i medisinsk mikrobiologi for å kunne oppklare mistenkte utbrudd eller smitte med multiresistente mikrober



Regional Oppfølging

1. Befolkningen i regionen skal sikres nødvendige laboratorieundersøkelser mht. smittsomme sykdommer gjennom stabile, robuste fagmiljøer i medisinsk mikrobiologi ved UNN Tromsø og NLSH Bodø
Ansvar: Helse Nord RHF
2. Kompetanse i medisinsk mikrobiologi ved NLSH Bodø skal styrkes gjennom oppretting av minimum én ny overlegestilling og rekruttering av utdanningskandidater som sikres hele sin spesialistutdanning i landsdelen
Ansvar: Helse Nord RHF (i samarbeid med NLSH og UNN)

Oppfølging i helseforetakene

1. Det skal etableres én ny overlegestilling slik at det blir totalt minimum 3 overlegeårsverk ved Mikrobiologisk fagområde NLSH Bodø
Ansvar: NLSH Bodø (i samarbeid med Helse Nord RHF)
2. Sørge for utdanningsplaner for LIS i medisinsk mikrobiologi ved NLSH Bodø, inklusive gruppe-1 tjeneste ved UNN Tromsø, uten at det går utover legebemanningen ved laboratoriet i Bodø
Ansvar: NLSH Bodø i samarbeid med UNN Tromsø
3. Det skal legges til rette for at gruppe-1 tjeneste for LIS ved NLSH Bodø kan utføres ved UNN Tromsø
Ansvar: NLSH Bodø og UNN Tromsø
4. Mikrobiologisk fagområde NLSH Bodø skal fortsatt ha 2 LIS-stillinger (i tillegg til minimum 3 overlegestillinger)
Ansvar: NLSH Bodø
5. Samarbeidsavtalen mellom AMS, UNN Tromsø og Mikrobiologisk fagområde, NLSH Bodø videreføres så lenge NLSH Bodø kun har én spesialist i medisinsk mikrobiologi
Ansvar: NLSH Bodø og UNN Tromsø

4.4.4 Regionalt fagråd for infeksjonsmedisin/smittevern/mikrobiologi

Infeksjonsmedisinske ressurser i Helse Nord omfatter fagområdene infeksjonsmedisin, medisinsk mikrobiologi og smittevern (heretter: infeksjonsrelaterte fag). Endringer i pasientsammensetning og medisinsk utvikling, økt innvandring, endret reisemønster i befolkningen, økende antibiotikaresistens og nye alvorlige infeksjoner krever økt samarbeid og bedre koordinering av de infeksjonsmedisinske ressursene i regionen. Smittevernplanen definerer strategiske mål for infeksjonsrelaterte fag, og foreslår tiltak innen disse i helseregionen. Ved Helse Nord's internrevisjon av forrige smittevernplan høsten 2015, fant man at det manglet årlig gjennomgang av planens anbefalte tiltak, og at fagplanen ikke var integrert i helseforetakenes styringssystemer.

Fagdirektør i Helse Nord RHF oppretter et regionalt fagråd for infeksjonsmedisin/smittevern/mikrobiologi for perioden 1.6.2016-1.6.2019. Fagrådet skal være rådgivende for fagdirektør i Helse Nord RHF i spørsmål av faglig art med relevans for behandlingkjeder, både innad i og på tvers av foretaksgrensene og for oppgavefordeling mellom helseforetakene. Det skal gi råd om viktige faglige og strategiske veivalg ut fra aktuelle utfordringer for fagområdet. Med utgangspunkt i regionale og nasjonale planer og vedtak, skal fagrådet foreslå relevante saker på dagsorden. Fagrådet skal behandle saker på bestilling fra fagavdelingen i Helse Nord RHF.

Mål

Godt samarbeid mellom og koordinering av infeksjonsrelaterte fag i Helse Nord

Regional Oppfølging

1. Opprette og bidra med sekretær og driftsmidler til Regionalt fagråd for infeksjonsmedisin/smittevern/mikrobiologi
Ansvar: Helse Nord RHF
2. Bruke fagrådet aktivt i det infeksjonsforebyggende arbeidet i regionen
Ansvar: Helse Nord RHF

Oppfølging i helseforetakene

1. Bruke Regionalt fagråd for infeksjonsmedisin/smittevern/mikrobiologi som en ressurs ved å foreslå aktuelle saker til fagrådet
Ansvar: Ansatte i alle helseforetak i Helse Nord



4.5 Bygg og infrastruktur

4.5.1 Nybygg og ombygging

Ved nybygg og ombygging i Helse Nord skal smittevernperspektivet ivaretas i form av hensiktsmessige utforminger, materialer, utstyr og tilstrekkelig lagerplass/garderobes. Sykehusbygg HF (stiftet 2014) skal sikre et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og –bygging, og skal benyttes ved større byggeprosjekter. Sykehusbygg HF skal benyttes ved alle større byggeprosjekter i sykehus. Helseforetakene i regionen er byggeier og byggherre. Smittevernpersonell må involveres tidlig og systematisk gjennom hele byggeprosessen, spesielt i *konseptfasen* (Vedlegg 6.1 - Definisjoner). Sykehusbygg HF vil i 2016 utarbeide en veileder for smittevern i sykehusbygg som vil være basis for å utvikle nye standarder for sykehusbygg. Nasjonale retningslinjer og kravspesifikasjoner for utforming av sykehusbygg i et smittevernperspektiv, finnes i dag ikke som et samlet dokument. Norske anbefalinger skal følges dersom de finnes. Der slike mangler, kan internasjonale retningslinjer som er i tråd med norsk smittevern benyttes. For hvert byggeprosjekt i Helse Nord skal det oppnevnes en styringsgruppe som også inkluderer RHF-ets byggefaglige representant.

Mål

Ved nybygg og ombygging i Helse Nord ivaretas smittevernperspektivet i alle faser av byggeprosessen. Bygg smittevern inn – forebygg infeksjoner og ta vare på pasientsikkerheten

Regional oppfølging

1. Ved nybygg og ombygging i Helse Nord skal smittevern ivaretas i form av hensiktsmessige utforminger, materialer, utstyr og tilstrekkelig lagerplass/garderobes. Dette nedfelles skriftlig i planene for alle byggefaser.
Ansvar: Helse Nord RHF og ledelsen i hvert helseforetak.
2. Helse Nord RHF sin representant i Sykehusbygg HF skal søke faglig bistand fra Kompetansesenter i smittevern Helse Nord i alt samarbeid med Sykehusbygg HF som involverer smittevern.
Ansvar: Helse Nord RHF

Oppfølging i helseforetakene

1. Det skal sikres at smittevernpersonell er systematisk involvert fra start og gjennom hele byggeprosessen ved nybygg/ombygging i eget helseforetak. Dette nedfelles skriftlig i byggeplanene i alle byggefaser.
Ansvar: Ledelsen i helseforetaket, som byggherre
2. Det skal være tilstrekkelig smittevernressurser i hvert helseforetak til å ivareta smittevernperspektivet ved nybygging og ombygging.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak, som byggherre

4.5.2 Pasientrom og isolater

Både enerom og isolering er effektive tiltak for å hindre smittespredning i sykehus. Isolering kan bidra til å forebygge infeksjoner og øke pasientsikkerheten. Behovet for å kunne isolere pasienter med multiresistente bakterier forventes å øke. Med enkelte unntak mangler sykehusene i Helse Nord enerom med eget bad/toalett (Vedlegg 3, tabell 5). Ved nybygg og ombygging skal det derfor kun bygges enerom med eget bad og toalett. I eksisterende bygg må muligheten for å få flere enerom vurderes. Moderne medisinsk behandling krever mer enn bare sengeplass til pasienten. Pasientnært

er det behov for areal til å utføre prosedyrer og stell, og til bruk av teknisk utstyr og andre hjelpemidler.

I tillegg til enerom skal det være kontakt- og luftsmitteisolater. Antall isolater skal baseres på risikoanalyse. Førrige smittevernplan anbefalte 5 luftsmitteisolater ved UNN Tromsø (hvorav 3 nå er i drift, det fjerde ferdigstilles i 2017, mens det femte på barneavdelingen mangler tidsramme) og 4 luftsmitteisolater ved NLSH Bodø, hvorav de siste to blir ferdig i 2017. Pga. sin nære beliggenhet mot russisk grense får Kirkenes ett luftsmitteisolat i sitt nye sykehus i 2019. Helgelandssykehuset har ikke luftsmitteisolat. Per dato finnes det ikke luftsmitteisolat på noen av barneavdelingene i Helse Nord.

Et velfungerende luftsmitteisolat er teknisk vanskelig å bygge, kostbart - spesielt i eksisterende bygg, plasskrevende, og krever regelmessig funksjonstesting og vedlikehold. Videre må helsepersonell som jobber med pasienter med alvorlige infeksjoner, ha nødvendig kompetanse og regelmessig erfaring. Ved behandling av smitteførende tuberkulose er luftsmitteisolat anbefalt, men ikke påkrevd⁶.

Behandling av multiresistent tuberkulose (MDR TB) i Helse Nord skal kun skje ved UNN Tromsø Infeksjonsmedisinsk seksjon. For følgende infeksjoner anbefales luftsmitteisolat: vannkopper, generalisert herpes zoster, meslinger og MRSA-infeksjon med økt spredningsrisiko. Dersom luftsmittisolat ikke finnes, kan kontaktsmitteisolat benyttes. Ved sterk mistanke om sjeldne alvorlige agens som for eks. Ebola, er høysikkerhetsisolat ved Oslo Universitetssykehus Ullevål førstevalg. Dersom innleggelse der ikke er mulig, er andre prioritert et universitets- eller regionsykehus med infeksjonsavdeling og luftsmitteisolat.

Med bakgrunn i økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier, tilrår revisjonsgruppa at det prioriteres bygging av flere enerom med eget bad/wc og kontaktsmitteisolater fremfor flere luftsmitteisolater i aktuelle planperiode. Helseforetakene må gjøre fortløpende risikovurderinger da situasjonen kan endre seg.

Mål

I Helse Nord skal det være tilstrekkelig antall enerom med eget bad/toalett, kontaktsmitte- og luftsmitteisolater til å dekke behovet ved ordinær drift

Regional oppfølging

1. Det holdes løpende oversikt over isolater ved sykehusene i Helse Nord ved årlig gjennomgang av Smittevernplanen.

Ansvar: Helse Nord RHF

Oppfølging i helseforetakene

1. Det må gjøres risiko- og behovsanalyser for nybygg og eksisterende bygg med tanke på behov for isolater.
2. Ved nybygg/ombygging bygges kun enerom med eget bad/toalett. I eksisterende bygg må muligheten for å få flere enerom med eget bad/toalett vurderes.

Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak, som byggherre

⁶Tuberkuloseveilederen, kapittel 7.2.1: <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/tuberkuloseveilederen>

4.5.3 Behandlingsrom, undersøkelsesrom og andre arealer

Med økt satsing på dagbehandling og færre inneliggende pasienter, reduseres antall sengeplasser. Ved mangel på sengeplass må ikke pasienter legges på korridor, eller rom som for eks. dagligstuer, handicap-toalett, undersøkelsesrom eller pårønderom, hvor smittevernet ikke kan ivaretas. Det må planlegges tilstrekkelig antall undersøkelsesrom og behandlingsrom til dagpasienter, noe som vil sikre godt smittevern for hver pasient. Pasienter skal for eks. ikke ha intravenøs behandling bak et skjerm Brett på korridor. Behandlingsrom må ha fleksible løsninger med mulighet for endret bruk uten for store tiltak. Medisinsk utstyr og hjelpemidler krever tilstrekkelig lagerplass, og skal ikke lagres i korridor eller fellesarealer. Dårlig plass medfører vanskelig renhold og problemer med å opprettholde basale smittevernrutiner. Støtterom som desinfeksjonsrom, avfallsrom og vaskerom må sikres nødvendig areal slik at de blir funksjonelle, og smittevernet kan ivaretas.

Mål

Det skal være enkelt å gjennomføre smitteverntiltak på behandlingsrom og andre støtterom. Areal og adkomst må være dimensjonert for å kunne tilpasses forskjellige funksjoner. Pasientutstyr skal lagres på en smittevernmessig forsvarlig måte.

Oppfølging i helseforetaket

1. Pasienter skal ikke ligge på rom eller motta behandling på rom som ikke er godkjent til dette formålet.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
2. Det må sikres at smittevern er hensiktsmessig ivaretatt på behandlingsrom, støtterom og andre arealer.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak



4.5.4 Pasienthotell

En økende andel selvhjulpne pasienter vil i fremtiden overnatte på pasienthotell fremfor i sykehussenger. Dette reiser spørsmål om hvilket ansvar sykehuset har for pasienter som bor på pasienthotellet. NLSH Bodø inkluderte i 2003 pasienthotellet i sitt infeksjonskontrollprogram. UNN Tromsø har landets største pasienthotell, men hotellet er ikke utformet for å håndtere smitte. Både UNN Tromsø og NLSH Bodø har besluttet at pasienter som krever isolering eller særskilte smitteverntiltak, ikke skal bo på pasienthotellet, men innlegges i sykehuset med smitteverntiltak. Denne gruppen vil dermed oppta sykehussenger beregnet for sykere pasienter. Med økende forekomst av pasienter som er bærere av multiresistente bakterier, må det vurderes om pasienthotell i fremtiden skal utformes og driftes med et smittevernperspektiv.

Mål

Pasienthotell skal drives slik at pasientene ikke blir utsatt for smitte når de bor på hotellet

Regional oppfølging

1. Ved nybygg og ombygging av pasienthotell i Helse Nord ivaretas smittevern i form av hensiktsmessige utforminger og materialer. Dette nedfelles skriftlig i planene for alle byggefaser.

Ansvar: Helse Nord RHF

Oppfølging i helseforetaket

1. Ved nybygg og ombygging av pasienthotell i Helse Nord ivaretas smittevern i form av hensiktsmessige utforminger og materialer. Dette nedfelles skriftlig i planene for alle byggefaser.

Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak, som byggherre

2. Helseforetaket avgjør hvilke pasientgrupper som kan bo på pasienthotellet. Smittevernpersonell kan bidra til å utarbeide smittevernrutiner for matsservering, håndtering av tøy, avfall, osv. for pasienthotell ved egne helseforetak.

Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak



4.5.5 Renhold

Høy standard på generelt renhold i sykehus motiverer til god smittevernkultur, og det er god dokumentasjon på at renhold har betydning for effektivt smittevern⁷. Det foreligger imidlertid ingen nasjonal standard for renhold i sykehus. De fleste sykehus i Helse Nord utfører renhold etter standarden INSTA 800⁸, eller planlegger å implementere denne. Denne standarden er ikke godt nok utformet med tanke på å hindre smittespredning i sykehus. Følgende områder innen renhold har dokumentert betydning for smittevern i sykehus:

- **Opplæring:** Opplæring av personell som utfører renhold øker kvaliteten på renholdet.
- **Ansvarsfordeling:** Det må være en tydelig ansvarsfordeling mellom renholdere og pleiepersonell for hvem som gjør hva av renhold.
- **Tid:** Det må være avsatt tilstrekkelig tid slik at de som skal utføre renholdet, får gjort dette i henhold til retningslinjene. Pasientnære områder er smittevernmessig viktigst med hensyn til renhold. I sykehus i Helse Nord overlates renhold av disse områdene til pleiepersonell, og dette arbeidet nedprioriteres i en travel hverdag.
- **Risikostyring/behovstilpasning:** Renhold skal behovstilpasses. Ulike avdelinger, rom og utstyr vil ha ulike behov for kvalitet på renhold. Spesielt er pasientsenger utfordrende å rengjøre etter at sengesentralene ble nedlagt.
- **Kontroll:** Det må etableres systemer⁹ i sykehus for rutinekontroller med monitorering av mikrober i miljøet i høyriskoområder, og dette må brukes aktivt til å justere renholdet. Visuell kontroll av renhold er ikke et godt nok mål på renhetsgrad i sykehus.

Mål

Renhold i sykehus i Helse Nord skal være av en slik standard at det hindrer smittespredning i miljøet og mellom pasienter. Renholdspersonell skal ha nødvendig kompetanse for å utføre renhold i sykehus

Oppfølging i helseforetaket

1. Alle grupper som utfører renhold skal ha god nok opplæring og tid avsatt til å gjennomføre renholdet. Ansvarsfordeling for hvem som utfører hva av renhold må foreligge skriftlig, og renholdet bør tilpasses behovet ut fra et smittevernperspektiv. Det skal i tillegg sikres at man har et godt nok system for kontroll av kvaliteten på renholdet.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak
2. Smittevernpersonell skal bidra i undervisning til grupper som utfører renhold, i tillegg til rådgivning til ledelsen vedrørende et behovs- og kvalitetsstyrt renhold.
Ansvar: Smittevernpersonell i hvert helseforetak.
3. Rutiner for rengjøring av pasientsenger skal gjennomgås og kvalitetssikres.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak

⁷Dancer SJ. The role of environmental cleaning in the control of hospital-acquired infection. J Hosp Infect. 2009; 4: 378-385

⁸Nordisk standard fra 2000, revidert i 2011, som bruker definerte kvalitetsnivåer og målekriterier for renhold.

⁹Visuell kontroll må suppleres med fysiske tester: mikrobiologisk renholdskontroll, ATP-målinger, inspeksjon med ultraviolet lys, se: <http://www.hygienegruppen.no/hygieneconsult/hygienekontroll/>

4.6 IKT og smittevern

Det er behov for gode IKT-systemer i det infeksjonsforebyggende arbeid i sykehus knyttet til infeksjonsovervåking, antibiotikaovervåking og logistikk-/sporing i sterilforsyningen. Resultater fra infeksjonsovervåking (NOIS) brukes som nasjonal kvalitetsindikator og publiseres offentlig. Sykehusene får stadig nye nasjonale krav knyttet til NOIS uten at IKT-systemene oppdateres tilsvarende. Dette medfører tidkrevende manuelt arbeid på alle nivåer i infeksjonsregistreringen for fagpersoner i sykehus. Elektronisk medikamentkurve med funksjonalitet for antibiotikastyring er et viktig verktøy for implementering og måling av effekt av antibiotikastyringsprogram. Sykehusene skal ha startet innføring av antibiotikastyringsprogram i 2016¹⁰. *Prosjekt sterilforsyning Helse Nord 2010*¹¹ anbefalte felles regional anskaffelse av elektronisk logistikk-/sporingssystem i sterilforsyningene, men dette er kun gjort i UNN Tromsø, NLSH Bodø og Sandnessjøen som separate avtaler (T-doc). Flere nye IKT-systemer som er nødvendige for det infeksjonsforebyggende arbeidet, planlegges implementert i neste planperiode, blant annet DIPS Arena og elektronisk medikamentkurve. En hovedutfordring i forbindelse med NOIS-registrering og drift av T-doc er manglende bistand fra dedikert personell med rett kompetanse. Ansvar og roller i teknisk og funksjonell forvaltning av IKT i Helse Nord, samt oppfølging av avtaler med eksterne leverandører, må tydeliggjøres overfor brukerne. Det må bygges bro mellom Helse Nord IKT (teknisk forvaltning), helseforetakenes IKT-enheter (bestilling/forvaltning) og fagpersoner (brukere av IKT), for å sikre optimal drift og utvikling av IKT-systemer knyttet til infeksjonsforebyggende arbeid i sykehus.

Mål

IKT-systemer i det infeksjonsforebyggende arbeidet i sykehus skal fungere og oppdateres slik at sykehusene kan oppfylle lovpålagte krav

Regional oppfølging

1. Roller og ansvar i forvaltning av IKT-systemer i sykehusene i Helse Nord må avklares.
Ansvar: Helse Nord RHF
2. Roller og ansvar i forvaltning av IKT-systemene må formidles og synliggjøres.
Ansvar: Helse Nord RHF
3. Det må gjennom skriftlige vedlikeholdsavtaler sikres at ekstern IKT-leverandør løpende oppdaterer aktuelle programvarer iht. lovpålagte krav.
Ansvar: Helse Nord RHF
4. Ved support fra ekstern IKT-leverandør må Helse Nord IKT sørge for nødvendige og relevante tilganger i IKT-systemet.
Ansvar: Helse Nord IKT
5. Det skal kun gjøres regionale anskaffelser av IKT-systemer for infeksjonsforebygging (ikke separate avtaler på sykehus-/helseforetaksnivå)
Ansvar: Helse Nord RHF
6. Ved behov for funksjonell eller teknisk bistand med IKT-systemer for infeksjonsovervåking skal brukerne ha én effektiv vei inn til personell med rett kompetanse.
Ansvar: Helse Nord RHF og Helse Nord IKT i samarbeid med hvert helseforetak

¹⁰ HOD: Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (12/2015). Publikasjonskode 1.171 B

¹¹ Styresak 52-2012 Smittevernplan 2012-2015 og Tuberkulosekontrollprogram 2012-2015 for Helse Nord. Vedtakspunkt 3: Det forutsettes at kvalitetsarbeidet ved sterilforsyningsenheter følges opp i henhold til anbefalingene i rapporten fra 2010.

Oppfølging i helseforetakene

1. Roller og ansvar i forvaltning av IKT-systemene må avklares, formidles og synliggjøres.
Ansvar: Hvert helseforetak, som IKT-systemeier, og bestillerfunksjonsheten for IKT i hvert HF
2. Det må sikres nødvendig opplæring og kompetanse blant ansatte som bruker IKT-systemer i infeksjonsforebyggende arbeid.
Ansvar: Hvert helseforetak, som IKT-systemeier
3. Ved behov for funksjonell eller teknisk bistand til IKT-systemer for infeksjonsovervåking skal brukerne ha én effektiv vei inn til personell med rett kompetanse.
Ansvar: Hvert helseforetak i samarbeid med Helse Nord RHF og Helse Nord IKT

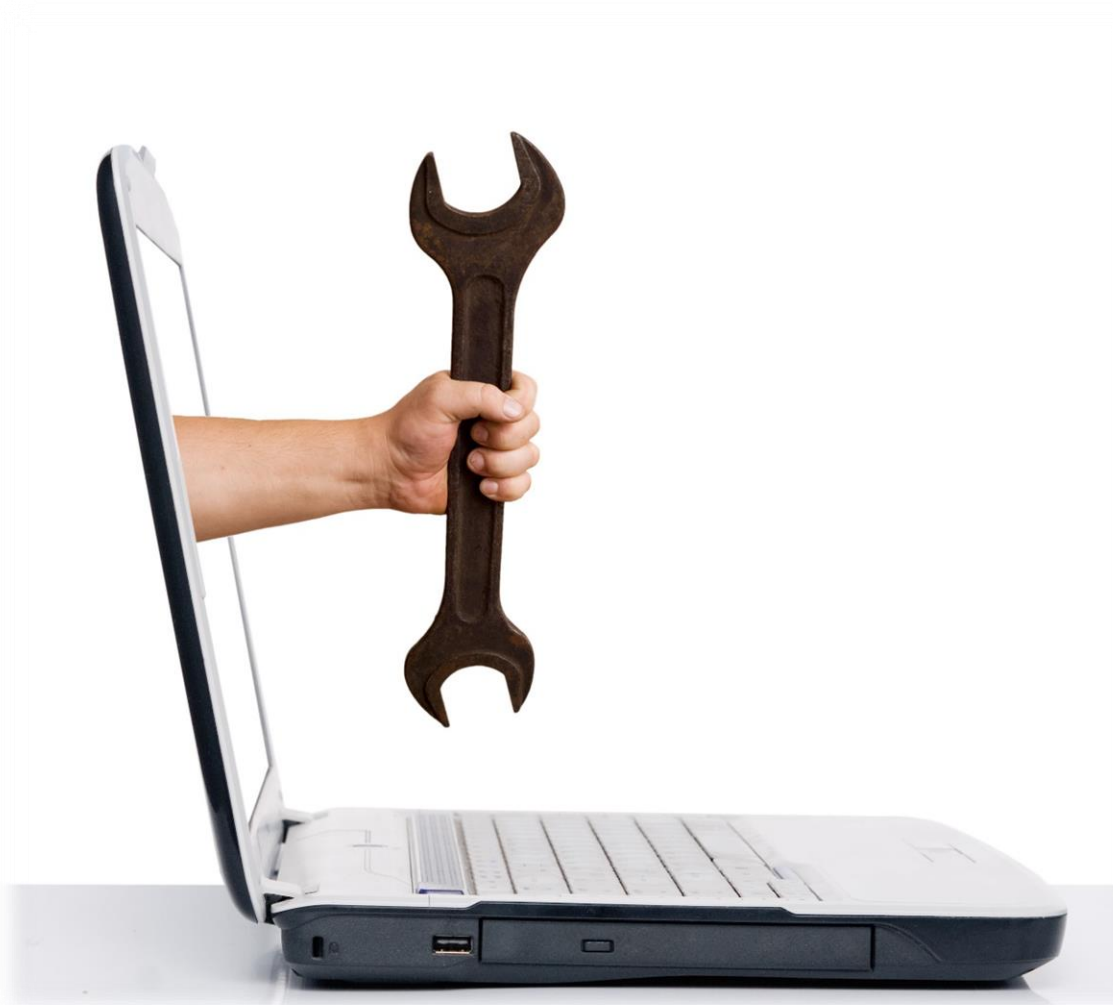


Foto: colourbox

4.7 Dekontaminering og sterilisering

Risiko for smitteoverføring ved bruk av medisinsk gjenbruksutstyr og forurenset sterilt engangsutstyr er stort. Det er nødvendig, og pålagt gjennom forskrift om smittevern, at sykehusene har skriftlige rutiner for rengjøring, desinfeksjon og sterilisering av medisinsk gjenbruksutstyr, og at sterilt engangsutstyr håndteres slik at det ikke blir kontaminert. Utfordringer i sterilforsyningen er knyttet til kompleksiteten av medisinsk utstyr i omløp, innføring av nye metoder for rengjøring og sterilisering og høyere effektivitetskrav. Økt effektivitet krever kort responstid for teknisk personell med spesialkunnskap om service og vedlikehold av maskinparken. Håndteringsforskriften¹² beskriver sterilforsyningsansvar som *egen leverandør* av sterilt utstyr, noe som stiller store krav til kompetanse hos sterilforsyningsleder. ISO-sertifisering av sterilforsyningen gir et godt styringsverktøy for leder, bidrar til kvalitetssikring og sikrer nødvendig dokumentasjon.

Helse Nord har kun få ansatte med utdanning som sterilforsyningstekniker og ingen som sterilforsyningsleder (Vedlegg 3, tabell 6). Mindre sterilforsyninger har dedikert personell kun i ordinær arbeidstid. Sterilforsyningsoppgaver utføres ellers av ansatte i operasjonsavdelinger som går i mangedelt turnus. *Prosjekt sterilforsyning 2010* anbefalte å vurdere anskaffelse av elektronisk sporingssystem på regionalt nivå. Likevel ble IKT-systemet T-doc anskaffet som separate avtaler i sterilforsyningene ved UNN Tromsø og NLSH Bodø, samt sykehuset i Sandnessjøen. Separate avtaler gjør det vanskelig å få tilgang på bistand fra Helse Nord IKT ved oppdateringer og vedlikehold. En regional avtale må derfor tilstrebes. Sterilforsyningene i Helse Nord bør implementere felles IKT-system for å dokumentere desinfeksjons- og steriliseringsprosesser, sporbarhet og produksjonstall (også for fleksible skop og sterile gjenbruksprodukter). Flere sterilforsyninger mangler dedikert teknisk personell for service og vedlikehold av maskinparken. Et regionalt fagnettverk initiert gjennom *Prosjekt sterilforsyning 2010* avholdt årlige møter fra 2008-2010, men har siden ikke vært aktivt. Fra 2013 har sterilforsyningene ved UNN HF møttes regelmessig i en samarbeidsgruppe. Utdanning for *sterilforsyningsleder* er per mars 2016 ikke tilgjengelig i Norge. Videreutdanning for *sterilforsyningsteknikere* finnes i Hordaland, Oslo/Akershus og Rogaland.

Mål

Smitteoverføring via medisinsk utstyr skal unngås gjennom kvalitetssikring av alle ledd i sterilforsyningskjeden. Elektronisk sporingssystem skal implementeres i alle sterilforsyningsenheter i Helse Nord som en regional anskaffelse

Regional oppfølging

1. Bidra i nasjonalt arbeid med oppretting av høyskoleutdanning for sterilforsyningsledere.
Ansvar: Helse Nord RHF
2. Elektronisk sporingssystem skal implementeres i alle sterilforsyningsenheter i Helse Nord som en regional anskaffelse.
Ansvar: Helse Nord RHF, i samarbeid med Helse Nord IKT

¹² Håndteringsforskriften av 2013

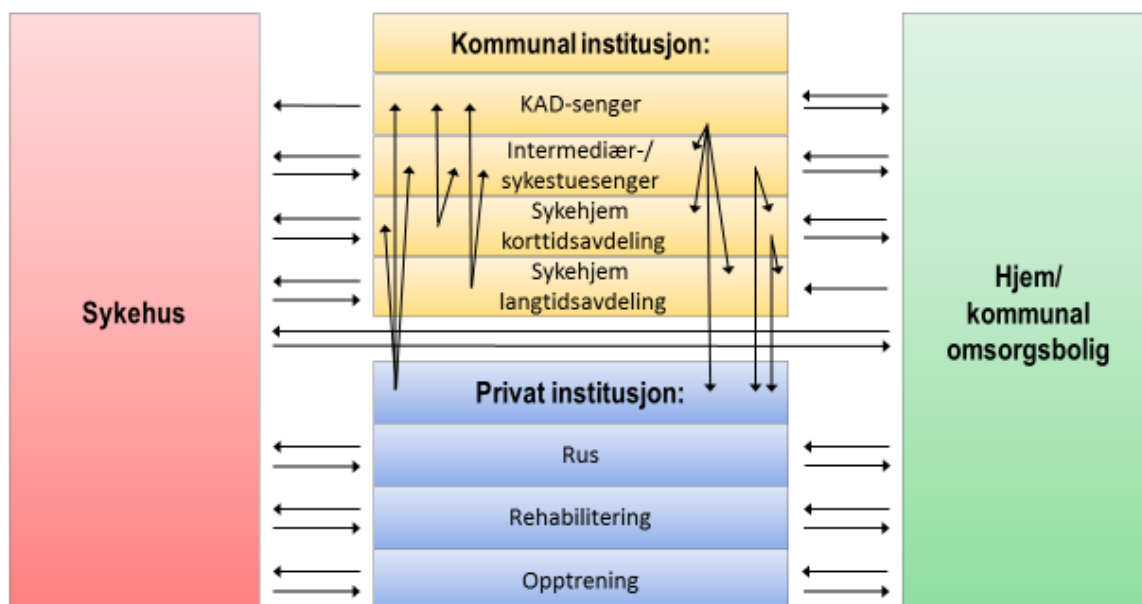
Oppfølging i helseforetakene

1. Gjenoppta drift av regionalt fagnettverk for å etablere en felles plattform for kvalitetssikring av sterilforsyning i Helse Nord. Det utpekes en ansvarlig leder ved etablering.
Ansvar: Sterilforsyningsledere ved UNN Tromsø og NLSH Bodø initierer arbeidet i 2016.
Ledelsen i hvert sykehus har økonomisk ansvar for at sterilforsyningsleder kan delta på møtene.
2. Sykehusene skal ha en egen plan for dekontaminering av medisinsk gjenbruksutstyr som en del av infeksjonskontrollprogrammet. Planen bør som et minimum inneholde beskrivelse av roller og ansvar i sterilforsyningen, system for dokumentasjon i produksjonsprosessene, og system for internrevisjon av sykehusets dekontamineringsrutiner.
Ansvar: Sterilforsyningsleder i hvert sykehus
3. Det skal gjøres rutinekontroll og validering av dekontaminerings- og steriliseringsprosessene som inkluderer årlig validering av autoklaver iht. Prosjekt sterilforsyning 2010.
Ansvar: Ledelsen i helseforetaket i samarbeid med sterilforsyningsleder i hvert sykehus
4. Alle sterilforsyninger skal ta i bruk elektronisk sporingssystem for registrering og sporing av utstyr, lagerhold og dokumentasjon av dekontamineringsprosesser, også for fleksible skop.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak i samarbeid med sterilforsyningsleder i hvert sykehus
5. Sterilforsyningene ved UNN Tromsø og NLSH Bodø skal starte arbeidet med ISO-sertifisering etter NS-EN 2001:2008 av deler av sin virksomhet.
Ansvar: Sterilforsyningsleder ved UNN Tromsø og NLSH Bodø
6. Sterilforsyningsledere i Helse Nord skal ha formell utdanning som sterilforsyningsleder, enten ved ansettelse eller snarest mulig. Mindre enheter (maks. 3 ansatte) kan ha faglig leder med sterilforsyningsteknikerutdanning.
Ansvar: Ledelsen i hvert helseforetak skal tilrettelegge for gjennomføring av utdanning.
7. Utarbeide en plan for at ufaglært personell i hver sterilforsyning kan gjennomføre utdanning som sterilforsyningstekniker. Nyansatte skal forplikte seg til å gjennomføre slik utdanning.
Ansvar: Sterilforsyningsleder i hvert sykehus.
8. Ufaglærte som ikke tar utdanning som sterilforsyningstekniker (for eks. pga. høy alder), skal delta på kurs/konferanse eller hospitere i en større sterilforsyning minimum én gang i året.
Ansvar: Sterilforsyningsleder i hvert sykehus



4.8 Samhandling om smittevern

Som følge av Samhandlingsreformen og endret sykehusdrift med kortere liggetid og økt poliklinisk/ dagbehandling, vil kommunene ta imot flere og sykere pasienter. Pasientene flyttes mer mellom ulike nivåer i helsetjenesten, noe som gir økt risiko for smittespredning. Det samhandles om smittevern daglig. Figur 1 viser pasientflyten mellom senger i spesialisthelsetjenesten, kommunale og private helseinstitusjoner og hjem/kommunal omsorgsbolig.



Figur 1. Pasientflyt mellom senger i spesialisthelsetjenesten, kommunale og private helseinstitusjoner og hjem/kommunal omsorgsbolig (KAD; kommunale akutte døgnplasser).

Når kommunen får ansvar for sykere pasienter, må kommunen prioritere opp smittevernet. Kommunen er lovpålagt å ha kommunal smittevernlege og en kommunal smittevernplan. Kommunen har overordnet ansvar for etablering og implementering av infeksjonskontrollprogram (IKP) i sine helseinstitusjoner. Det forventes at antall kommunale akutte døgnplasser (KAD) vil øke betydelig i løpet av planperioden etter hvert som kommunene bygger ut sitt tilbud (Vedlegg 3, tabell 1). Som en følge av økt flyktningstrøm er det etablert asylmottak i mange kommuner. Personer som bor tett med andre i mottak, utsettes for et større smittepress enn ellers. Dermed får infeksjoner som gastroenteritt, hepatitt A og influensa stort spredningspotensiale, og kan gi omfattende utbrudd. I tråd med forskrift om smittevern i helsetjenesten §3-1 har Helse Nord RHF fulgt opp kravet om å yte tilbud om smittevernbistand til kommunehelsetjenesten (KHT) ved å opprette stillinger som *smittevernsykepleier for KHT* i hvert helseforetak. Helgelandssykehuset har ikke etablert slik stilling. Smittevernsykepleier KHT inngår i fagfellesskap med smittevernpersonell ved Finnmarkssykehuset, UNN Tromsø og NLSH Bodø. De bistår helseinstitusjoner, hjemmebasert omsorg og asylmottak med veiledning og undervisning i smittevern, samt rådgivning ved smitteutbrudd, ved utarbeiding av rutiner til IKP og bidrar ved planlegging av byggeprosjekter. For at smittevernsykepleier KHT skal bidra i nødvendig, langsiktig smittevernarbeid på systemnivå i kommunehelsetjenesten, må samarbeidet ha en tydeligere struktur. Hvis kommunene og helseforetakene gjensidig skal kunne nyttiggjøre seg den ressursen smittevernsykepleier KHT representerer, må det etableres samarbeid mellom kommunal smittevernlege og sykepleier KHT. Stillingen smittevernsykepleier KHT er gratis for

kommunene, og bidrar til bedret kvalitet og forenkling og av pasientforløpene mellom sykehus og ulike nivåer i kommunehelsetjenesten.

Kommuner og helseforetak plikter å inngå tjenesteavtaler om pasientforløp. I februar 2016 utarbeidet KORSN og smittevernsykepleiere KHT sammen med representanter fra Helse Nord RHF, Samhandlingsenhetene og kommunene (Kommunenes sentralforbund, kommunelege og etatsleder) tekstforslag om smittevern til tjenesteavtale 10 mellom hvert helseforetak og deres opptakskommuner. Hensikten er å styrke smittevern i samhandling mellom sykehus og kommune, sikre god informasjonsflyt, kompetanseoverføring og tilpassede smittevernløsninger ved utskrivelse fra og innleggelse i sykehus. Forslaget vil behandles i relevante fora før eventuelt vedtak. Godt samarbeid i smittevern kan bidra til mindre smittespredning, færre infeksjoner, mindre antibiotikabruk og et bedre liv for mennesker med smittebærerskap eller kroniske infeksjoner, og dessuten redusere kostnader for kommuner og sykehus.

Mål

Gode pasientforløp hvor kjent eller mistenkt smitte ikke forsinkes diagnostikk, behandling eller utskrivning. Redusert smittespredning ved styrket samhandling i smittevern mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Regional oppfølging

1. Sikre videre drift av smittevernsykepleier KHT i hvert helseforetak.
Ansvar: Helse Nord RHF, i samarbeid med hvert helseforetak

Oppfølging i helseforetakene

1. Opprette stilling som smittevernsykepleier for KHT ved Helgelandssykehuset.
Ansvar: Ledelsen ved Helgelandssykehuset HF
2. Inkludere smittevern i tjenesteavtale 10 mellom hvert helseforetak og deres opptakskommuner.
Ansvar: Samhandlingsenheten i hvert helseforetak i samarbeid med opptakskommunene.
3. Formalisere samarbeidet mellom smittevernsykepleier KHT i helseforetaket og opptakskommunene (kommuneoverlegen ev. kommunal smittevernlege)
Ansvar: Smittevernsykepleier KHT i samarbeid med kommunene
4. Styrke kommunikasjonen om smittevern ved å ha varslingsrutiner og gi tilpassede råd ved utskrivning av smitteførende pasienter til kommunale helsetjenester.
Ansvar: Utskrivende sykehusavdeling i samarbeid med sitt smittevernpersonell
5. Gjennom å inkludere smittevern i tjenesteavtaler sikre at kommunen har rutiner for screening for multiresistente bakterier og varsling når pasient henvises til eller innlegges i sykehus.
Ansvar: Samhandlingsenheten i hvert helseforetak i samarbeid med opptakskommunene.



4.9 Forskning og undervisning

Infeksjonsrelaterte fag omfatter smittevern, infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi, med ulike forskningstradisjoner. Smittevern faget i regionen har hatt svak akademisk tilknytning, og både regionalt og nasjonalt er det lite forskning på smittevernrelaterte problemstillinger. I Helse Nord har det vært lite infeksjonsmedisinsk forskning, mens UNN Tromsø har bygget opp et sterkt forskningsmiljø innen antibiotikaresistens og mikrobiologi.

Hovedsatsingsområder for forskning i smittevern er infeksjonsforebygging, forebygging av resistensutvikling og spredning av resistente mikrober. Det mangler intervensjonsstudier i smittevern og kliniske studier med integrert mikrobiologisk informasjon. Dersom forskning i smittevern skal ha betydning for infeksjonsforebyggende arbeid i sykehus, må det etableres robuste forskningsmiljøer hvor forskning relateres til klinisk virksomhet. Regionalt fagnettverk i smittevern (SUSH) inkluderer smittevernpersonell ved alle sykehus i Helse Nord, noe som gir mulighet for multisenter studier. Kliniske/mikrobiologiske data fra pasienter i sykehus kan ved data fra Tromsøundersøkelsen, Universitetet i Tromsø (UiT) kobles mot kontrollgrupper i den generelle befolkningen. UiT gir mulighet for forskningssamarbeid innen epidemiologi og mikrobiologi. Avdeling for smittevern og mikrobiologi (AMS), UNN Tromsø gir tilgang til avansert laboratorieteknologi. Implementering av elektronisk medikamentkurve tilknyttet pasientjournal i sykehusene i Helse Nord vil gjøre at data om antibiotikabruk på avdelings- og forskrivernivå enklere kan hentes ut til forskningsformål.

Smittevern er et fag i rask endring, og det er nødvendig at oppdatert, forskningsbasert kunnskap formidles av fagfolk i feltet. Smittevern har en bred undervisningsportefølje ved at alle helsefagutdanninger har omfattende læringsmål tilknyttet faget, spesielt er smittevern en av bærebjelkene i sykepleierfaget. Smittevern er ikke satt strukturert inn i undervisningen for helseprofesjonene. Det er ikke etablert faste universitetsstillinger i smittevern. Undervisningen blir dermed fragmentert og ikke kvalitetssikret, og helsetjenestens undervisningsbehov støttes ikke av undervisningen som gis ved universitet. Det må defineres en samarbeidsmodell mellom universitet og sykehus for undervisning og forskning i smittevern. Videre må det opprettes nødvendige dedikerte undervisningsstillinger for klinisk smittevernpersonell (deltid) og eventuelt et professorat i smittevern. Universitetssamarbeidet (USAM), et samarbeidsorgan mellom Helse Nord RHF og universitetene i Nord-Norge, kan bidra ved å beskrive samarbeidsmodeller.

Mål

Forskning i smittevern skal styrkes i Helse Nord. Undervisning i smittevern på helsefagutdanninger bør koordineres, styrkes og knyttes til klinisk smittevernarbeid i sykehus

Regional oppfølging

1. USAM i samarbeid med Kompetansesenter i smittevern Helse Nord skal definere en samarbeidsmodell for forskning og undervisning i smittevern mellom sykehus og universitet
Ansvar: Helse Nord RHF initierer prosessen gjennom USAM

5 Vedlegg

5.1 Vedlegg 1 - Definisjoner/forkortelser

Alarmbakterier: Forekomsten av utvalgte bakterier på utvalgte avdelinger overvåkes. For eks. kan økning i funn av gule stafylokokker på spedbarn intensiv være en indikator på svikt i smittevernrutiner, og da bør tiltak iverksettes.

Antibiotikastyringsprogram: Fellesbetegnelse for systematiske initiativ der det brukes ulike typer intervensjoner for å påvirke leger til mer rasjonell antibiotikaforskriving og -bruk.

AMS: Avdeling for mikrobiologi og smittevern ved UNN Tromsø.

ESBL (Ektendert Spektrum BetaLaktamase): Resistensmekanisme hos gramnegative stavbakterier som gjør dem motstandsdyktige mot blant annet penicilliner, cefalosporiner og eventuelt karbapenemer. Benevnes ofte som multiresistente bakterier.

Fagrevisor: Fagperson med tilstrekkelig kompetanse innen fagområdet som skal revideres. Ubeskyttet tittel. Revisjonsleder er ansvarlig for utvelgelse av faglig ekspertise (fagrevisor) og for å gjøre fagrevisor kjent med sin oppgave iht. integritet, upartiskhet, uavhengighet og taushetsplikt.

FHI: Folkehelseinstituttet/Nasjonalt folkehelseinstitutt i Oslo er et forskningsbasert forvaltningsorgan under Helse- og omsorgsdepartementet. FHI har nasjonale oppgaver blant annet innen smittevern.

HAI: Helsetjenesteassosierte infeksjoner. Infeksjoner som oppstår under eller etter, og som følge av opphold i en helseinstitusjon og ble tidligere benevnt sykehusinfeksjoner.

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet.

Hygienesykepleier/smittevernsykepleier: Sykepleier med spesialkompetanse innen infeksjonsforebyggende arbeid. I Smittevernplanen brukes kun benevnelsen smittevernsykepleier.

Infeksjon: Invasjon, vekst og formering av bakterier, virus, sopp eller parasitter i en organisme.

Infeksjonskontrollprogram (IKP): Sykehus og sykehjem er pålagt gjennom forskrift om smittevern i helsetjenesten å ha IKP. Det er et program som omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge og motvirke at helsetjenesteassosierte infeksjoner oppstår og overføres, og for håndtering og oppfølging av utbrudd av infeksjoner. IKP skal være en del av virksomhetens internkontrollsystem.

Internkontroll: Systematiske tiltak som skal sikre at virksomheten blir planlagt, organisert, utført og vedlikeholdt i samsvar med krav fastsatt i lovgivningen. Internkontroll utgjør kjernen i virksomhetens kvalitetssystem.

Internrevisjon: Systematisk og strukturert metode for å undersøke om retningslinjer etterleves og om praksis er i samsvar med lover og forskrifter.

Insidens: Antall nye sykdomstilfeller som oppstår i et gitt tidsrom i en gitt befolkning.

ISO-sertifisering: Virksomheter styres etter ISO-standarder utgitt av International Standard Organization. Standardene er utviklet for å veilede virksomheter i kvalitetsstyring. Å bli sertifisert innebærer en garanti for at sertifikatet er internasjonalt anerkjent, og at styringssystemet blir fulgt opp og vedlikeholdt gjennom revisjon.

KAD: Kommunale akutte døgnplasser. Alle kommuner skal innen 1. januar 2016 ha etablert KAD-senger. KAD er et allmennmedisinsk tilbud som tilbys pasienter med behov for observasjon og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus, og hvor innleggelse i KAD kan erstatte sykehusinnleggelse. Sykehus kan ikke legge inn pasienter i KAD-senger.

KAS: Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten lokalisert til Helse Bergen.

KHT: Kommunehelsetjenesten

Kommunal smittevernlege: Lovpålagt funksjon for å ivareta kommunale oppgaver innen smittevern. I mindre kommuner fungerer gjerne kommuneoverlegen som smittevernlege. Større kommuner har vanligvis egen smittevernlege i del- eller heltids stilling.

Konseptfase: følger etter idéfasen ved sykehusbygging. I denne fasen skal forslag til alternative løsninger fra idéfasen utredes i detalj. Utredningene skal være tilstrekkelig detaljerte og omfattende til å gi grunnlag for å velge ett alternativ og dokumentere konsekvenser av valget som gjøres.

KORSN: Kompetansesenter i smittevern Helse Nord; www.unn.no/korsn

Luftsmitteisolat (undertrykksisolat): Isolat med sluse og kontrollert undertrykksventilasjon. Skal ha eget bad med toalett, dusj og dekontaminator.

Mikrobiologi: Læren om mikroorganismer.

MRSA (MeticillinResistente Staphylococcus Aureus): Gule stafylokokker som er motstandsdyktige mot en gruppe antibiotika som kalles betalaktamer. Omtales ofte som multiresistente bakterier.

Multiresistente bakterier: Omfatter ESBL, MRSA og VRE

NLSH: Nordlandssykehuset

NOIS: Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner. Forankret i NOIS-registerforskriften.

Pandemi: Stor verdensomspennende epidemi. Begrepet er særlig brukt i forbindelse med influensa forårsaket av nye, fryktede varianter av influensavirus.

Prevalens: Antall nye og gamle sykdomstilfeller som finnes på et gitt tidspunkt i en gitt befolkning.

Smittevern: Alle enkelttiltak som er med å hindre at infeksjoner og smittebærerskap oppstår og spres i befolkningen, inkludert blant pasienter og helsepersonell i en helseinstitusjon.

Smittevernsykepleier/hygiensykepleier: Sykepleier med spesialkompetanse innen infeksjonsforebyggende arbeid. I Smittevernplanen brukes kun benevnelsen smittevernsykepleier.

Smittevernlege i sykehus: Legespesialist i infeksjonssykdommer, medisinsk mikrobiologi eller annen relevant bakgrunn, som hovedsakelig arbeider med smittevern i sykehus.

T-DOC: IKT-system som benyttes til sporing og logistikk i sterilforsyning. Systemet kan dokumentere alle prosesser, maskiner, pasienter, operasjoner, leger osv. som et instrument støter på, fra innkjøp til kassering. Slik dokumenteres historikken til hvert enkelt instrument.

UiT: Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet

Utbrudd (epidemi): Når en type infeksjon påvises i høyere antall enn vanlig i et avgrenset geografisk område i et gitt tidsrom. Alternativt 2 eller flere tilfeller av samme infeksjon med antatt felles smittekilde (næringsmidler, vann, osv.)

VRE (Vankomycin Resistente Enterokokker): Enterokokker som er motstandsdyktig mot vankomycin. Omtales ofte som multiresistente bakterier.



5.2 Vedlegg 2 - Viktige lover og forskrifter (tilgjengelige på <https://lovdata.no/>)

- LOV 1994-08-05-55:** Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)
- LOV-1999-07-02-61:** Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- LOV-1999-07-02-64:** Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)
- LOV-2011-06-24-29:** Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)
- LOV-2011-06-24-30:** Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV-1984-03-30-15:** Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (Helsetilsynsloven)
- LOV-2000-06-23-56:** Lov om helsemessig og sosial beredskap (Helseberedskapsloven)
- LOV-2005-06-17-62:** Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v. (Arbeidsmiljøloven)
- LOV-2015-06-19-65:** Lov om medisinsk utstyr
- FOR-2005-06-17-610:** Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten
- FOR-2003-06-20-740:** Forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften)
- FOR-2009-02-13-205:** Forskrift om tuberkulosekontroll
- FOR-2005-06-17-611:** Forskrift om Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-registerforskriften)
- FOR-2003-11-14-1353:** Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkningssystem for resistens hos bakterier, sopp og virus (Resistensregisterforskriften)
- FOR 2015-12-07-1430:** Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev (Forskrift om håndtering av humane celler og vev)
- FOR-2005-02-04-80:** Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (Blodforskriften)
- FOR-2002-12-20-1731:** Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
- FOR-2007-12-21-1573:** Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften)
- FOR-1996-07-05-700:** Forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet-antibiotikaresistente bakterier
- FOR-2011-12-06-1357:** Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (Forskrift om utførelse av arbeid)
- FOR-1996-12-06-1127:** Forskrift om systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)
- FOR-2009-10-02-1229:** Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram
- FOR-2003-06-20-739:** Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskriften)
- FOR-2015-06-22-747:** Forskrift om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen
- FOR-2013-11-29-1373:** Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr
- FOR-1996-09-12-903:** Forskrift om innførsel, transport og annen håndtering av materiale som er smittefarlig for mennesker
- FOR-2005-10-11-1196:** Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.
- FOR-2005-12-15-1690:** Forskrift om medisinsk utstyr
- Retningslinjer til §§ 4, 5 og 7 i forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet-antibiotikaresistente bakterier. Se www.helsedirektoratet.no

5.3 Vedlegg 3 – Tabeller

Tabell 1. Helseforetakenes opptaksområder med kommuner, innbyggere og sykehjem, samt sykehusenes virksomhet innen somatikk og psykiatri/ tverrspecialisert rusbehandling (TSB) i 2014. KAD-liggedøgn og KAD-senger er fra 2015.

Helseforetak (HF)	Sykehus	Opptaksområde					Somatikk ¹				Psykiatri ²			
		Kommuner ³	Innbyggere ⁴	KAD-liggedøgn	KAD-senger	Sykehjem	Innleggelser	Liggedøgn	Dag-behandl.	Poliklinisk konsultasj.	Innleggelser	Liggedøgn	Dag-behandling	Poliklinisk konsultasj.
Finnmarks-sykehuset	Kirkenes Hammerfest	19	75 207	Ikke rapportert	9,7	27 ⁵	4 225 7 785	15 023 28 068	1 888 3 212	26 502 36 023	918	15 338	174	34 217
UNN	Tromsø Harstad Narvik	30	188 241	2214 ⁶	21	49	39 794	161 586	30 693	221 627	3 978	72 284	687	94 247
NLSH	Bodø			403 ⁷	9,1	21	17 151	68 527	10 932	102 057	1 598	34 336	0	36 691
	Lofoten	21	136 442	651	2,9	7	3 717	13 402	2 534	16 808	0	0	0	9 158
	Vesterålen			113	1,6	9	4 476	14 988	3 809	20 675	286	2 237	0	7 891
Helgelands-sykehuset	Mo i Rana ⁸			402	4		4 699	18 378	3 342	28 884				
	Mosjøen ⁸	18	78 244	584	3	27	2 388	6 784	3 014	25 137	368	11 007	116	42 169
	Sandnessjøen			15	2		5 289	18 995	2 671	39 366				
Totalt		88	478 134	3946	53,3	140	89 524	345 751	62 095	517 079	7 148	135 202	977	224 373

UNN, Universitetssykehuset Nord-Norge; NLSH, Nordlandssykehuset; KAD, kommunale akutte døgnplasser

¹ HN LIS aktivitetsdata

² Finnmarksykehuset HF, UNN HF og Helgelandsykehuset HF (via Frank Ivar Nohr): Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge, IS-nummer IS-2289 (<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>), Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), IS-nummer IS-2301 (<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>). NLSH-egen rapport (Kjell-Åge Moen)

³ Kommunetabell – Jan-Petter Monsen, dobbeltsjekket basert på NPRs referansetabellen.

⁴ NPRs referansetabellen fra 1. januar 2014. ⁵ Inklusive 2 private sykehjem

⁶ Mangler tall fra Bardu og Skervøy slik at totalt antall liggedøgn er noe høyere for 2015.

⁷ Antall KAD-liggedøgn og KAD-senger for NLSH HF for 2015. KAD-senger som er fasett inn i løpet av 2015 er ikke inkludert.

⁸ Mo i Rana og Mosjøen rapporterte 2014-tall, øvrige KAD-senger er fra 2015

Antall KAD-liggedøgn/-senger er forventet å øke betydelig de neste årene etter som KAD blir mer innarbeidet i tjenesten. HOD har stipulert et høyere antall liggedøgn per år, men flere kommuner har ikke etablert sitt KAD-tilbud, og kapasiteten utnyttes ikke fullt i etablerte KAD-senger.

Tabell 2. Rapportering av antibiotikabruk i sykehusene (helseforetakene) i Helse Nord i **2014** basert på salgstall fra apotekene.

Helseforetak (HF)	Sykehus	Definert mål for antibiot. bruk	Rapportering av antibiotikabruk i sykehuset (HF'et) i 2014						Sammenstiller data & rapporterer	Rapport publisert på intranett	Mottaker av rapport om antibiotikabruk				
			Årlig	Totalt antibiotika- bruk per sykehus	Antibiotika- bruk per avdeling	Antall antibiotika- klasser	DDD/ 100 liggedøgn	DDD/ innleggelse			Sykehus- ledelsen (direktør)	Kvalitets- utvalget	Klinikk leder	Avd. over- lege	Alle leger
Finnmarks- sykehuset	Kirkenes	Nei	Ja	Ja	Ja	11	Ja	Ja	Smv.lege ¹	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
	Hammerfest	Nei	Ja	Ja	Ja	11	Ja	Ja	Smv.lege ¹	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
UNN HF	Tromsø	Ja ²	Ja	Ja ³	Ja	11	Ja	Ja	Smv.lege ⁴	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Harstad	Ja ²	Ja	Ja ³	Ja	11	Ja	Ja	Smv.lege ⁴	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Narvik	Ja ²	Ja	Ja ³	Ja	11	Ja	Ja	Smv.lege ⁴	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
NLSH	Bodø	Nei	Nei	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
	Lofoten	Nei	Nei	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
	Vesterålen	Nei	Nei	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Helgeland- sykehuset	Rana	Nei	Nei	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
	Mosjøen	Nei	Nei	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
	Sandnessjøen	Nei	Nei	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-

UNN, Universitetssykehuset Nord-Norge; NLSH, Nordlandssykehuset

DDD, antatt gjennomsnittlig døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne

DDD/100 liggedøgn, gjennomsnittlig antibiotikadose per 100 liggedøgn

DDD/innleggelse, gjennomsnittlig antibiotikadose per innleggelse

¹Rådgivende smittevernoverlege for Finnmarkssykehuset

²Minst 50 % av antibiotikabruken skal være penicilliner (men denne andelen vil variere mellom ulike avdelinger ut fra kliniske indikasjoner)

³Rapporteres på helseforetaksnivå (statistikk kan ikke hentes ut for hvert sykehus)

⁴Smittevernoverlege ved UNN HF i samarbeid med sykehusfarmasøyt og avdelingsoverlege ved mikrobiologen UNN Tromsø

⁵NLSH har ikke definert hvem som skal sammenstille og rapportere antibiotikabruk i sykehuset

⁶Høsten 2015 ble tverrfaglig antibiotikagruppe for Helgelandssykehuset (medisinsk direktør, smittevernleger, hygienesykepleiere og farmasøyter) re-etablert for utarbeiding og implementering av antibiotikastyringsprogram. Det ligger i forslaget til gruppas mandat å rapportere antibiotikabruk ved Helgelandssykehuset for 2015.

Tabell 3. Oversikt smittevernpersonell og tuberkulosekoordinatorer per sykehus i Helse Nord per desember 2015.

Helseforetak	Sykehus	Smittevernlege		Smittevernsykepleier /hygienesykepleier		NOIS-koordinator		Smittevernsykepleier KHT ¹		Kontoransatt		Tuberkulose-koordinator	
		Personer	Årsverk ²	Personer	Årsverk	Personer	Årsverk	Personer	Årsverk	Personer	Årsverk	Personer	Årsverk
Finnmarks-sykehuset	Kirkenes	1	0	1	0,65		0	1	1,0		0	1	0,35
	Hammerfest	1	0,2	1	0,65		0				0	1	0,35
UNN HF	Tromsø ³	1	1,0	3	3,0		0	1	1,0	1	0,4	2	1,5
	Harstad ³	1	0	1	1,0		0				0	1	0,5
	Narvik ³	1	0	1	1,0		0				0		0
NLSH	Bodø	1	1,0 ⁴	2	2,0	1	1,0	1	1,0		0	1	1,0 ⁵
	Lofoten		0	1	0		0				0		0
	Vesterålen	1	0	1	0,5		0				0		0
Helgelands-sykehuset	Mo i Rana	1	0,5 ⁶	1	1,0		0		0 ⁷		0		0
	Mosjøen	1	0 ⁶	1	0,4		0				0		0
	Sandnessjøen	2	0 ⁶	1	0,5		0				0	1	0,5
KORSN		2	2,0 ⁸	1	1,0		0			1	0,4	1	0,5
Sum årsverk		13	4,7	15	12,0	1	1,0	3	3,0	1*	0,8	8	4,4

UNN, Universitetssykehuset Nord-Norge; NLSH, Nordlandssykehuset; KORSN, Kompetansesenter i smittevern Helse Nord, *Samme person ved UNN Tromsø og KORSN

¹Smittevernsykepleier ansatt i helseforetaket, men har ansvar for smittevernåtgivning til kommunehelsetjenesten i opptakskommunene.

²Kun smittevernoverlege og smittevernleger med *definert stillingsbrøk* (dvs. reelt avsatt tid til arbeidet) er angitt med årsverk

³Smittevernsenteret UNN består av: smittevernoverlege UNN Tromsø, smittevernsykepleiere UNN Tromsø/Harstad/Narvik, tb-koordinator UNN Tromsø, samt kontor- og KORSN-ansatte. Smittevernleger ved UNN Harstad og UNN Narvik er organisert i kliniske avdelinger uten avsatt tid til smittevern

⁴Smittevernoverlegen ved NLSH Bodø har rådgivende smittevernansvar i hele NLSH

⁵Tuberkulosekoordinator NLSH Bodø har ansvar i hele NLSH

⁶Helgelands-sykehuset har 3 smittevernleger i full klinisk stilling som i tillegg er utpekt som 10 % smittevernlege uten reelt avsatt tid til arbeidet. I 2015 opprettet Helgelands-sykehuset 50 % stilling for smittevernlege på helseforetaksnivå lagt til Senter for fag, forskning og utdanning som ledes av medisinsk direktør.

⁷Helgelands-sykehuset har som eneste helseforetak i Helse Nord ikke opprettet stilling som smittevernsykepleier for kommunehelsetjenesten

⁸KORSN smittevernoverleger inkluderer: regional smittevernoverlege og rådgivende smittevernoverlege for Finnmarkssykehuset (3-årig prosjekt 2014-2016)

Tabell 4. Oversikt over legeressurser innen medisinsk mikrobiologiske og infeksjonsmedisin, samt mikrobiologiske analyser og infeksjonsmedisinske senger i Helse Nord per desember 2015.

Helseforetak (HF)	Avdelingstilhørighet	Mikrobiologi						Seksjon for infeksjonsmedisin								
		Overleger		LIS i mikrobiologi		LIS i side-utdanning		Antall analyser i 2015	Nasjonale funksjoner	Overleger		LIS i infeksjonsmedisin		LIS i rotasjon		Antall senger
		Per-soner	Års-verk	Per-soner	Års-verk	Per-soner	Års-verk			Per-soner	Års-verk	Per-soner	Års-verk	Per-soner	Års-verk	
Finnmarks-sykehuset	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
UNN HF	Avdeling for mikrobiologi og smittevern, UNN Tromsø	7	6,2 ¹	4	4,0	0	514 000	NORM K-RES	5	5,0	2	2,0	1	0,67	18	
NLSH	Mikrobiologisk fagområde, Diagnostisk klinikk, NLSH Bodø	1	1,0 ²	3	3,0	0	299 134	-	2	1,5 ³	0	1,0	0	0	4 ⁴	
Helgelands-sykehuset	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Totalt		8	7,0	7	7,0				7	6,5	2	3,0	1	0,67	22	

UNN, Universitetssykehuset Nord-Norge; NLSH, Nordlandssykehuset; LIS, lege i spesialisering

NORM, 'Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens' hos mikrober er et nasjonalt helseregister opprettet i 2003 med hjemmel i Helseregisterloven med nærmere bestemmelser i NORM-registerforskriften. Hjemmeside: <http://www.unn.no/norm/category8926.html>

K-res, 'Nasjonal kompetansetjeneste for påvisning av antibiotikaresistens' er et nasjonalt referanselaboratorium og senter for kompetanseoppbygging, kurs og formidlingsvirksomhet innenfor antibiotikaresistens. Hjemmeside: <http://www.unn.no/k-res/category21588.html>

¹Overlegeårsverk i diagnostisk virksomhet i laboratoriet mikrobiologi ved UNN Tromsø: (4,0), NORM (2,0), K-res (0,2). I tillegg 3 årsverk som smittevernoverlege som er beskrevet i tabell 3 og derfor ikke inkludert i tabell 4.

²En overlegestilling i mikrobiologi er (etter dispensasjon) midlertidig omgjort til LIS i påvente av utdanning av spesialist i medisinsk mikrobiologi ved NLSH Bodø

³En infeksjonsoverlege/spesialist ved NLSH Bodø går i overlegestilling i hematologi (pga manglende overlegestillinger i infeksjon)

⁴Det er 4 dedikerte infeksjonssenger på en 22-sengs enhet som deles med hematologi (18 senger)

Tabell 5. Oversikt over totalt sengetall, enerom med eget bad/toalett, kontaktsmitteisolater, luftsmitteisolater og intensivsenger i somatiske sykehus (helseforetak) i Helse Nord RHF, samt antall rom i pasienthotell per desember 2015.

Helseforetak (HF)	Sykehus	Somatiske sykehus (helseforetak)							Pasienthotell
		Totalt antall senger ¹	Enerom med eget bad/wc ²	Kontaktsmitte-isolat ³	Luftsmitte-isolat ⁴	Intensivsenger ⁵			Antall rom
						Kirurgisk	Medisinsk	Nyfødt	
Finnmarks-sykehuset	Kirkenes	48	4	2	0(1) ⁶	2	2	N/A	4
	Hammerfest	85	2	2	0	3	4	3	9
UNN HF	Tromsø	370	30	22	3(1) ⁶	10	7	15	243
	Harstad	78	7	10	0	2	5	N/A	8
	Narvik	51	1	3	0	5*	-	N/A	6
NLSH	Bodø	227	23	5	2(2) ⁶	6	5	5	42(61) ⁶
	Lofoten	47	2	3	0	2	2	N/A	0
	Vesterålen	55	50	5	0	1	2	N/A	9
Helgelands-sykehuset	Mo i Rana	67	12	4	0	5	5	N/A	0
	Mosjøen	27	3	2	0	0	3	N/A	0
	Sandnessjøen	57	3	7	0	10*	-	N/A	0
Totalt		1112	137	66	5(4) ⁶	46*	35	23	314(61) ⁶

UNN, Universitetssykehuset Nord-Norge; NLSH, Nordlandssykehuset; N/A, sykehuset har ikke barneavdeling/nyfødt intensiv

*Felles intensivavdeling for kirurgi og indremedisin i Narvik og Sandnessjøen

¹Sum av totalt antall senger på hvert somatiske sykehus (helseforetak) og inkluderer: senger på enerom med eget bad/wc, komplette kontaktsmitteisolat og luftsmitteisolat, samt senger i enerom uten eget bad/wc, 2-sengsrom og flersengsrom. Følgende senger er *ikke* inkludert i totalt sengetall: intensiv (tekniske senger), psykiatri, akuttmottak, oppvåkning og dagbehandling (dialyse, dagkirurgi, annen type dagbehandling)

²Inkluderer *kun* kategorien 'enerom med eget bad/wc' (ikke kontakt-/luftsmitteisolat) ³Inkluderer *kun* kontaktsmitteisolat (ikke enerom eller luftsmitte)

⁴Inkluderer *kun* luftsmitteisolat med korrekt ventilasjon iht. Isoleringsveilederen

⁵Intensivsenger er tekniske senger som *ikke* er inkludert i 'Totalt antall senger'

⁶Tall i parentes viser planlagte nye luftsmitteisolater og senger i pasienthotell i nybygg i henholdsvis Kirkenes (2017), UNN Tromsø (2017) og NLSH Bodø (2018)

⁷I ombyggingfasen disponerer UNN Narvik én etasje i hotellet til poliklinikk/annen drift

Kommentar: Senger på enerom og isolater i akuttmottaket, oppvåkningen og dagbehandlingsenheter er *ikke* inkludert i tabellen. Det er viktig å ha enerom og isolater på disse enhetene, men siden dette ikke er døgnenger, telles de ikke med.

Tabell 6. Sterilforsyningsenheter i Helse Nord per desember 2015

Helseforetak (HF)	Sykehus	Egen seksjon for sterilforsyningen	Ansatte med oppgaver i sterilforsyn.		Utdanning blant de ansatte			IKT-system ² for:		Antall ³ brikker & enkeltinstrument sterilisert i 2014	Daglig & periodisk kontroll av instrumentvaskemaskiner	Dedikert lokalt teknisk personell for service/vedlikehold	Utført validering av autoklaver i 2014
			Personer	Faktiske årsverk	Utdannet sterilforsyningsleder	Utdannet sterilforsynings- tekniker	Ufaglært /annen ¹ helsefag- utdanning	Dokumentasj. av dekontaminerings- prosessen	Sporing & sporbarhet				
Finnmarks- sykehuset	Kirkenes	Nei	12	1,7 ⁴	0	0	1/11	Nei	Nei	Ikke reg.	Ja	Ja	Ja
	Hammerfest	Nei	17	1,3 ⁴	0	0	3/17	Nei	Nei	Ikke reg.	Ja	Nei	Ja
UNN HF	Tromsø	Ja	33	29,2	0 ⁵	12	18/3	Ja (T-doc)	Ja	139 000	Ja	Ja	Ja
	Harstad	Ja	7	5	0	0	0/7	Nei	Nei	Ikke reg.	Ja	Nei	Ja
	Narvik	Nei	15	1,5 ⁴	0	0	1/14	Nei	Nei	Ikke reg.	Ja	Ja	Ja
NLSH	Bodø	Ja	13	12,2	0 ⁶	0	0/13	Ja (T-doc)	Ja	61 000	Ja	Ja	Ja
	Lofoten	Nei	2	1,1	0	0	0/2	Nei	Nei	Ikke reg.	Ja	Nei	Ja ⁷
	Vesterålen	Nei	11	1,5 ⁴	0	0	0/11	Nei	Nei	Ikke reg.	Ja	Ja	Ja
Helgelands- sykehuset	Rana	Nei	16	3,0	0	0	1/15	Nei	Nei	Ikke reg.	Ja	Ja	Nei ⁸
	Mosjøen	Nei	10	1,0 ⁴	0	0	0/10	Nei	Nei	Ikke reg.	Ja	Ja	Nei
	Sandnessjøen	Nei	11	1,6 ⁴	0	0	0/11	Ja (T-doc)	Nei ⁹	Ikke reg ⁹	Ja 1 av 3 ¹⁰	Ja	Ja
Totalt			134	58,6	0	12	24/114						

UNN, Universitetssykehuset Nord-Norge; NLSH, Nordlandssykehuset

¹Inkluderer ansatte med utdanning som operasjonssykepleier, sykepleier, hjelpepleier, barnepleier, apotektekniker og fagbrev i renhold

²IKT-systemet T-doc har mulighet for tilknytning til elektronisk pasientjournal for sporbarhet opp mot pasient, noe som foreløpig ikke er implementert i sterilforsyningene

³Aktivitetsmål for sterilforsyningene i 2014: totalt antall brikker & enkeltinstrumenter. Sterilforsyninger uten IKT-system og Sandnessjøen (med IKT) leverer ikke årlige produksjonstall

⁴Fast ansatte har daglig ansvar i sterilforsyningen, og operasjonsansatte i mangedelt turnus har oppgaver i sterilforsyningen på ettermiddag, kveld og helg

⁵Sterilforsyningsleder UNN Tromsø har fagutdanning i spesialrenhold i helsevesenet (senere omgjort til utdanning for sterilforsyningstekniker)

⁶Sterilforsyningsleder NLSH Bodø er sykepleier med ettårig lederutdanning. Nestleder er operasjonssykepleier

⁷Autoklaver fra 1995.

⁸Innførte årlig validering av autoklaver i 2015.

⁹T-doc gir mulighet for elektronisk sporing & sporbarhet og telling av antall steriliserte brikker/enkeltinstrumenter, men funksjonene er ikke tatt i bruk i Sandnessjøen

¹⁰To eldre instrumentvaskemaskiner kontrolleres ikke regelmessig. Nyanskaffelse er budsjettert i 2016

5.4 Vedlegg 5 - Status per februar 2016 av foreslåtte tiltak i Smittevernplan 2012-15

Tiltak	Ansvar	2012	2013	2014	2015	Status
Infeksjonskontrollprogram						
Utarbeide 1-2 felles regionale prosedyrer årlig	KORSN	X	X	X	X	Utgår
Tuberkulosekontrollprogram/Smittevernplan						
Revidere regionalt tuberkulosekontrollprogram og smittevernplan	Reg. arbeidsgruppe				X	Ferdig 2016
Beredskap						
Evaluere og oppdatere pandemiplan i hvert HF	Hvert HF	X	X	X	X	Pågår
Evaluere/oppdatere smittevernkapittel i Plan for helse- og sosial beredskapsplan i HN	Helse Nord RHF	X				Ikke utført Videreføres
Etablere forpliktende avtale mellom nasjonalt beredskaps lab. ved FHI og de mikrobiologiske lab. i Helse Nord	FHI				X	Utført
Kompetansesenter i smittevern Helse Nord						
Årlige smittevernkampanjer	KORSN & hvert HF	X	X	X	X	Utført og videreføres
Kompetanseheving regionalt smittevernpersonell SUSH	KORSN	X	X	X	X	Utført og videreføres
Starte prosjekter for utvikling og forskning i smittevern	KORSN	X	X	X	X	Pågår
E-læring i smittevern	KORSN/ HN RHF	X	X	X	X	Utført Pågår
Mikrobiologiske undersøkelser						
Sikre at smittevernrelaterte prøver analyseres i nord	Alle	X	X	X	X	Utført
Sikre optimal prøvetaking, transport, diagnostikk og svarrutiner for smittevernprøver	Alle	X	X	X	X	Utført
Rapporter om lokale antibiotikaresistensdata	UNN HF, NLSH HF	X	X	X	X	UNN HF
Internrevisjon smittevern						
Utvikle regional mal for internrevisjon	KORSN		X			Utgår
Minimum én smittevernfagrevisor per sykehus (per lokalisasjon)	Hvert HF	X	X	X	X	Utført, minus Helgelandssyk.
Rekruttering/utdanning av smittevernpersonell i spesialisthelsetjenesten						
Opprette nye hygienespl. årsverk slik at man bare har fulle stillinger (100%)	Hvert HF	X	X	X	X	Kun UNN Videreføres
Øke stillingsstørrelsen på smittevernlegeårsverkene	Hvert HF	X	X	X	X	Videreføres
Infeksjonsmedisinsk kompetanse						
Fullføre utvidelsen av infeksjonsmed. seksjon UNN Tromsø fra 10 til 18 senger	UNN	X				Utført
Finansiere opprettet D-stilling for infeksjonsspesialist UNN Tromsø	HN RHF/ UNN HF	X				Ikke utført
Øke antall hjemler infeksjonsspesialist NLSH Bodø fra 1,25 til 2,25	NLSH HF	X				Ikke utført
Tvang						
Etablert ordning videreføres	HN RHF	X	X	X	X	Videreføres
Informasjonstavle smittevernpersonell						
Videreutvikle KORSNs hjemmeside	KORSN	X	X	X	X	Pågår
Infeksjonsovervåking						

Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord

Etablere elektronisk og kontinuerlig registrering av alle infeksjoner iht. NOIS	Hvert HF	X	X	X	X	Alle minus UNN Narvik. Store dataproblemer!
Overvåking antibiotikaforbruk						
Etablere rapportordning	Sh.apotek Nord	X	X	X	X	UNN HF, Finnmarkssyk.
Kommunikasjon og tilbakemelding vedrørende antibiotikaforbruk	Avd. Overlege	X	X	X	X	Kun UNN HF
Isolater						
Ferdigstille luftsmitteisolater UNN Tromsø til totalt 5 og utføre risiko- og behovs analyse	UNN HF	X	X	X	X	3 av 5
Ferdigstille luftsmitteisolater NLSH Bodø til totalt 4	NLSH Bodø	X				2 av 4
Utrede behov for og ev opprette ett luftsmitteisolat i Helgelandsykehuset HF	Helgelandsykehuset					Ikke utført
Utrede behov for og ev. bygge ett luftsmitteisolat i Finnmarkssykehuset	Finnmarkssykehuset			X	X	Ikke utført
Sørge for at det bygges flest mulig enerom i nye sykehusbygg	Hvert HF/ HN RHF	X	X	X	X	NLSH Vesterål.
Sterilforsyningsenheter						
Sikre at minst en ansatt ved hvert HF starter videreutdanning i sterilforsyning 2012	Hvert HF	X				Ikke utført
Plan for utskifting/oppdatering/validering av steriliseringsutstyr	Hvert HF	X	X	X	X	Noe utført
Anskaffe elektronisk sporbarhetssystem i hvert HF	Hvert HF, HN RHF	X	X	X	X	UNN Tromsø, NLSH Bodø, Sandnesj.
Regionalt fagnettverk for sterilforsyning må opprettholdes og være i drift	Arbeidsgruppen					Ikke utført
Stillingsbeskrivelser og skriftlige prosedyrer må på plass i alle enheter	Sterilf.enhet i hvert HF	X	X	X	X	Noen
Smittevern bistand til kommunale institusjoner						
Etablere og følge opp avtaler rettet mot kommunehelsetjenesten i Nord-Norge	HN RHF, Hvert HF	X	X	X	X	Alle, minus Helgelandsyk.
Implementere modell tilpasset lokale forhold	HF/KHT	X	X	X	X	Alle, minus Helgelandsyk.
Smittevern for ansatte						
Gjennomgå organisering per HF	Hvert HF	X	X	X	X	Gjennomført, BHT har oftest ansvar
Influensavaksinasjon av ansatte	Hvert HF	X	X	X	X	Alle får tilbud, oftest via BHT
Oversikt influensavaksinerte per HF	Vaks pers	X	X	X	X	BHT har oversikt

5.5 Vedlegg 6 - Mandat for revisjon av Smittevernplanen

Mandatet for arbeidsgruppa ble gitt av fagdirektør i Helse Nord 7.10.2015. Arbeidsgruppa for revisjon av Smittevernplanen skal med forankring i smittevernloven med forskrifter og i samsvar med gjeldende planverk i Helse Nord (for eks. Kvalitetsstrategi Helse Nord og Oppdragsdokument fra Helse Nord):

- Revidere og oppdatere eksisterende smittevernplan med vekt på et enhetlig smittevern i helseforetakene
- Fremme samarbeid og felles løsninger innen smittevern mellom helseforetakene
- Utforme en smittevernplan som bygger på kunnskapsbasert praksis og som omfatter alle helsetjenester innenfor helseforetakene i Helse Nord, dvs. somatisk medisin, psykiatri, rus og prehospitale tjenester
- Se Smittevernplanen i sammenheng med de helsemessige utfordringene i nordområdene
- Beskrive implementering av antibiotikastyringsprogram i sykehus
- Beskrive behovet for at smittevern sikres ved alle nybygg og ombygginger
- Beskrive behovet for videreføring av strukturert smittevernbistand til kommunehelsetjenesten i Nord-Norge
- Kort beskrive behovet for smittevernberedskap i Helse Nord

5.6 Vedlegg 7A og 7B – sjekklister for Helse Nord RHF og helseforetakene

Kap	7A. Regional oppfølging av tiltak i Smittevernplanen	Ansvar	2016	2017	2018	2019	2020
4.1	Implementering						
1.	Smittevern inkluderes i årlig oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til helseforetakene	Helse Nord RHF					
2.	Smittevernplanens anbefalinger for <i>regional oppfølging</i> gjennomgås årlig (denne sjekklisten). Regionalt fagråd kan bidra.	Helse Nord RHF					
3.	Årlig gjennomgang av Smittevernplanens <i>oppfølging i helseforetakene</i> etterspørres i hvert helseforetak til Årlig melding	Helse Nord RHF					
4.1.1	Internrevisjon						
1.	Helse Nord RHF skal jevnlig utføre internrevisjon av Smittevernplanen og Tuberkulosekontrollprogrammet	Helse Nord RHF					
4.1.2	E-læring i smittevern						
	Behov for nye e-læringskurs i smittevern meldes KORSN. Nettverksforum for smittevern i spesialisthelsetjen. og tverregionalt e-læringsnettverk behandler forslag, beslutter om kurset skal lages, hvem som skal gjør det	KORSN					
4.2.1	Antibiotikabruk						
1.	Helse Nord RHF setter tydelige mål for antibiotikabruk i sitt årlige oppdragsdokument til HF-ene. KORSN bidrar til å gjøre målene kjent, bla ved deltakelse i utarbeidelse av antibiotikastyringsprogram	Helse Nord RHF, KORSN					
2.	Styrke KORSN med lege eller farmasøyt for å bistå med implementering av antibiotikastyringsprogram i sykehus og gi økt bistand til kommunal helse- og omsorgstjenestes arbeid med å redusere antibiotikabruk	Helse Nord RHF					
4.2.2	Resistente bakterier						
1.	Det skal være tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i smittevern og mikrobiologi for å kunne oppklare mistenkte utbrudd eller smitte med viktige resistente mikrober	Helse Nord RHF					
4.3	Infeksjonsovervåking						
1.	Helse Nord skal ha relevante og adekvate IKT-løsninger som sikrer data av god kvalitet i infeksjonsovervåkingen i helseforetakene	HN IKT og regionale forvaltnings-sentre for kliniske IKT-systemer					
2.	Helse Nord RHF skal bidra til å standardisere og samordne metodene for overvåking av helsetjenesteassosierte infeksjoner regionalt og nasjonalt	Medlemmer fra Helse Nord RHF i NOIS-referansegruppe ved Folkehelseintituttet					
3.	Det skal etterspørres at leverandør av IKT-systemer fasiliterer mikrobiologisk overvåking med uthenting av data	HN-IKT og regionale forvaltnings-sentre for kliniske IKT-systemer					
4.4.1	Smittevern						

Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord

1.	Prosjektstillingen for rådgivende smittevernoverlege ved Finnmarkssykehuset videreføres som varig ordning fra 2017	Helse Nord RHF					
2.	Bidra til å opprette utdanning av smittevernsykepleiere og smittevernleger på nasjonalt eller nordisk nivå	Helse Nord RHF, KORSN					
3.	Sikre at helseforetakene benytter tildelte midler til smittevernsykepleier KHT iht. intensjonen	Helse Nord RHF					
4.	Organisere årlige fagmøter for smittevernpersonell, bistå med faglig oppdatering og ha oversikt over smittevernpersonellet i Helse Nord	KORSN					
5.	Støtte et fremtidig nasjonalt arbeid for å gjøre smittevern til egen legespesialitet eller kompetanseområde. Støtte at arbeid med smittevern teller som godkjent tjeneste til spesialitet i infeksjonsmedisin	Helse Nord RHF, KORSN					
4.4.2	Infeksjonsmedisin						
1.	Sikre at Helse Nord har komplett utdanningsprogram for spesialister i infeksjonsmedisin	Helse Nord RHF					
4.4.3	Mikrobiologi						
1.	Befolkningen i Helse Nord skal sikres nødvendig laboratorieundersøkelse mht. smittsomme sykdommer gjennom stabile, robuste fagmiljøer i medisinsk mikrobiologi ved UNN Tromsø og NLSH Bodø	Helse Nord RHF					
2.	Kompetanse i medisinsk mikrobiologi ved NLSH Bodø skal styrkes gjennom oppretting av minimum én ny overlegestilling og rekruttering av utdanningskandidater som sikres hele sin spesialistutdanning i landsdelen	Helse Nord RHF (i samarbeid med NLSH Bodø og UNN)					
4.4.4	Regionalt fagråd for infeksjon/smittevern/mikrobiologi						
1.	Opprette og bidra med sekretær og driftsmidler til Regionalt fagråd for infeksjonsmedisin/smittevern/mikrobiologi	Helse Nord RHF					
2.	Bruke fagrådet aktivt i det infeksjonsforebyggende arbeidet i regionen	Helse Nord RHF					
4.5.1	Nybygg og ombygging						
1.	Ved nybygg og ombygging i Helse Nord skal smittevern ivaretas i form av hensiktsmessige utforminger, materialer, utstyr og tilstrekkelig lagerplass/garderobes. Dette nedfelles skriftlig i planene i alle byggefaser	Helse Nord RHF og ledelsen i hvert helseforetak					
2.	Helse Nord RHF sin representant i Sykehusbygg HF skal søke faglig bistand fra KORSN i alt samarbeid med Sykehusbygg HF som involverer smittevern.	Helse Nord RHF					
4.5.2	Pasientrom og isolater						
1.	Det holdes løpende oversikt over isolater ved sykehusene i Helse Nord ved årlig gjennomgang av Smittevernplanen.	Helse Nord RHF					

Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord

4.5.3	Behandlingsrom, undersøkelsesrom og andre arealer						
-	-	Helse Nord RHF					
4.5.4	Pasienthotell						
1.	Ved nybygging og ombygging av pasienthotell i Helse Nord ivaretas smittevern i form av hensiktsmessige utforminger og materialer. Dette nedfelles skriftlig i planene for alle byggefaser	Helse Nords byggfaglige representant i Sykehusbygg HF					
4.5.5	Renhold						
-	-						
4.6	IKT og smittevern						
1.	Roller og ansvar i forvaltning av IKT-systemene i sykehusene i Helse Nord må avklares	Helse Nord RHF					
2.	Roller og ansvar i forvaltning av IKT-systemene i sykehusene i Helse Nord må formidles og synliggjøres						
3.	Det må gjennom skriftlige vedlikeholdsavtaler sikres at ekstern IKT-leverandør løpende oppdaterer programvare iht. lovpålagte krav.	Helse Nord RHF					
4.	Ved support fra ekstern IKT-leverandør må Helse Nord IKT sørge for nødvendige og relevante tilganger i Helse Nords IKT-system	Helse Nord IKT					
5.	Det skal kun gjøres regionale anskaffelser av IKT-systemer for infeksjonsforebygging (ikke separate avtaler på sykehus-/HF-nivå)	Helse Nord RHF					
6.	Ved behov for funksjonell eller teknisk bistand med IKT-systemer for infeksjonsovervåking skal brukerne ha én effektiv vei inn til personell med rett kompetanse	Helse Nord RHF og Helse Nord IKT i samarbeid med hvert helseforetak					
4.7	Dekontaminering og sterilisering						
1.	Bidra i nasjonalt arbeid med oppretting av høyskoleutdanning for sterilforsyningsledere	Helse Nord RHF					
2.	Elektronisk sporingsystem skal implementeres i alle sterilforsyninger i Helse Nord som en regional anskaffelse	Helse Nord RHF, i samarbeid med Helse Nord IKT					
4.8	Samhandling om smittevern						
1.	Sikre videre drift av <i>smittevernsykepleier KHT</i> i hvert helseforetak	Helse Nord RHF (i samarbeid med hvert HF)					
4.9	Forskning og undervisning						
1.	USAM i samarbeide med KORSN skal definere en samarbeidsmodell for forskning og undervisning i smittevern mellom sykehus og universitet	Helse Nord RHF initierer prosessen gjennom USAM					

Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord

Kap	7B. Oppfølging i helseforetakene av Smittevernplanen	Ansvar	2016	2017	2018	2019	2020
4.1	Implementering						
1.	Smittevernplanens <i>oppfølging i helseforetakene</i> skal gjennomgås årlig ved at HF-ene besvarer dette i Årlig melding til Helse Nord RHF	Ledelsen i hvert helseforetak					
2.	Det skal være tydelige ansvars plassering for og ledelsesforankring av smitteverntiltak i HF-ene i Helse Nord	Ledelsen i hvert helseforetak					
3.	Smittevern skal inngå som en obligatorisk del av opplæring av nyansatte og ledere, samt i internundervisning av ansatte i HF-ene. Avdelingsledelsen sikrer at opplæring dokumenteres	Ledelsen i hver HF i samarbeid med sitt smittevernpersonell					
4.	Ansatte i Helse Nord gjennomfører aktuelle e-læringskurs i smittevern. Avdelingsledelsen sikrer at det er avsatt tid og at opplæring gjennomføres.	Ledelsen i hvert helseforetak					
5.	Identifikasjon av barrierer mot implementering av infeksjonsforebyggende retningslinjer	Den enkelte ansatte og ledelsen i hvert helseforetak					
6.	Reduksjon av barrierer mot implementering av infeksjonsforebyggende retningslinjer	Den enkelte ansatte og ledelsen i hvert helseforetak					
4.1.1	Internrevisjon						
1.	Alle HF skal ha en plan for gjennomføring av internrevisjoner av sine infeksjonskontrollprogram, både årsplan (min. ett punkt) og en mer langsiktig plan	Ledelsen i hvert helseforetak					
4.1.2	E-læring i smittevern						
1.	Behov for nye e-læringskurs i smittevern meldes til KORSN. Nettverksforum for smittevern i spesialisthelsetjenesten og tverrregionalt e-læringsnettverk behandler forslag og beslutter om kurset skal lages, og hvem som eventuelt skal gjøre det.	KORSN					
4.2.1	Antibiotikabruk						
1.	HF-ene skal utvikle antibiotikastyringsprogram tilpasset sin virksomhet (rapportering av forbruk, implementering av nasjonalfaglig retningslinje, fokus på og kunnskap om rasjonell antibiotikabruk).	Ledelsen i hvert helseforetak					
2.	HF-ene skal implementere antibiotikastyringsprogrammet	Ledelsen i hvert helseforetak					
3.	Alle HF i Helse Nord skal redusere forbruket av bredspektrede antibiotika (karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner) med 30% fra 2012 til 2020	Ledelsen i hvert helseforetak					
4.	HF-ene skal ha oppdaterte og implementerte IKP for å forebygge infeksjoner og spredning av multiresistente bakterier	Smittevernpersonell oppdaterer IKP. Ledelsen i hvert HF har ansvar for implementering av IKP.					
4.2.2	Resistente bakterier						
1.	Det skal være mulighet for rask og sikker påvisning av multiresistente bakterier ved de mikrobiologiske sykehuslaboratoriene i Helse Nord.	Laboratoriene ved UNN Tromsø og NLSH Bodø					

Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord

2.	Tiltak for å begrense spredning av multiresistente bakterier skal konkretiseres og inngå i generelle tjenesteavtaler mellom hvert HF og deres opptakskommuner.	Samhandlingsenheten i hvert HF i samarbeid med KORSN og smittevernsykepleiere KHT					
3.	HF-ene skal ha prosedyrer i tråd med nasjonale anbefalinger fra FHI for smitteverntiltak ved mistenkte/påviste multiresistente bakterier. Prosedyren skal også beskrive varsling og samhandling internt og med andre helseinstitusjoner eller kommuner som har hatt eller vil få ansvar for pasienten.	Ledelsen i hvert helseforetak					
4.	IKT-systemer i mikrobiologiske laboratorier og EPJ skal anvendes for overvåking og rapportering av alarmbakterier.	Mikrobiologiske laboratorier v. UNN Tromsø/NLSH Bodø i samarbeid m. IKT-leverandører og Helse Nord IKT					
4.3	Infeksjonsovervåking						
1.	Utføre prevalensundersøkelse av HAI og antibiotikabruk min. 2 ganger årlig. Hvert HF skal rapportere og kommentere sine prevalenstill min. 2 ganger årlig til Helse Nord RHF.	Ledelsen i hvert helseforetak					
2.	Det skal være minst 95% oppfølging for alle NOIS-inngrep som omfattes av NOIS-forskriften. Hvert HF skal rapportere og kommentere sine infeksjonstill tertialvis til Helse Nord RHF.	Ledelsen i hvert helseforetak					
3.	HF-ene skal etablere rutiner for å bruke resultater fra infeksjonsovervåkingen i eget forbedringsarbeid.	Klinikerne og ledelsen i hvert helseforetak					
4.4	Kompetanse i smittevern, infeksjonssykdommer og mikrobiologi						
4.4.1	Smittevern						
1.	Oppfylle målsettingen om bemanning av smittevernpersonell som er 1/100-1/125 senger, alternativt 1/5000 innleggelser. For smittevernleger 1/25 000 innleggelser.	Ledelsen i hvert helseforetak					
2.	Smittevernlegen skal ha klart definert arbeidstid til smittevernarbeid på dagtid, uavhengig av stillingsbrøk.	Ledelsen i hvert helseforetak					
3.	Smittevernlegen skal rapportere direkte til ledelsen.	Ledelsen i hvert helseforetak					
4.	Smittevern skal forankres i ledelsen ved jevnlig møter med smittevernpersonell.	Ledelsen i hvert helseforetak					
5.	Øke stillingsbrøk til 100 % for alle smittevernsykepleiere.	Ledelsen i hvert helseforetak					
6.	Øke stillingsbrøk for smittevernsykepleier (0,65) og tuberkulosekoordinator (0,35) til hhv. 1,0 og 0,5 ved sykehusene i Kirkenes og Hammerfest.	Finnmarkssykehuset					
7.	Legge til rette for at smittevernpersonell tar nødvendig etterutdanning i smittevern.	Ledelsen i hvert helseforetak					
4.4.2	Infeksjonsmedisin						
1.	Øke antall overlegeårsverk i infeksjon ved NLSH Bodø til 4,0 i 2018.	NLSH Bodø					
2.	Ansette lege i spesialisering i infeksjonssykdommer ved NLSH Bodø.	NLSH Bodø					

Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord

3.	Sørge for utdanningsplaner for LIS i infeksjonsmedisin ved NLSH Bodø, inklusive gruppe-1 tjeneste ved UNN Tromsø	NLSH Bodø i samarbeid med UNN Tromsø					
4.	Sikre at min. 4 sykepleiere ved NLSH Bodø får tilbud om lønnet videreutdanning i infeksjonssykepleie, samt tilbud om fast ansettelse ved ny infeksjonspost i 2018.	NLSH Bodø					
5.	Tilrettelegge for forskning i infeksjonsmedisin ved blant annet å finansiere fordypningsstilling for leger i spesialisering i infeksjonsmedisin ved UNN Tromsø.	UNN Tromsø					
4.4.3	Mikrobiologi						
1.	Det skal etableres én ny overlegestilling slik at det blir totalt minimum 3 overlegeårsverk ved Mikrobiologisk fagområde NLSH Bodø	NLSH Bodø (i samarbeid med Helse Nord RHF)					
2.	Sørge for utdanningsplaner for LIS i medisinsk mikrobiologi ved NLSH Bodø, inklusive gruppe-1 tjeneste ved UNN Tromsø, uten at det går utover legebemanningen ved laboratoriet i Bodø.	NLSH Bodø i samarbeid med UNN Tromsø					
3.	Det skal legges til rette for at gruppe-1 tjeneste for LIS ved NLSH Bodø kan utføres ved UNN Tromsø	NLSH Bodø og UNN Tromsø					
4.	Mikrobiologisk fagområde NLSH Bodø skal fortsatt ha 2 LIS-stillinger (i tillegg til minimum 3 overlegestillinger)	NLSH Bodø					
5.	Samarbeidsavtalen mellom AMS, UNN Tromsø og Mikrobiologisk fagområde, NLSH Bodø videreføres så lenge Bodø kun har én spesialist i medisinsk mikrobiologi	NLSH Bodø og UNN Tromsø					
4.4.4	Regionalt fagråd for infeksjonsmedisin/smittevern/mikrobiologi						
1.	Bruke Regionalt fagråd for infeksjonsmedisin/smittevern/mikrobiologi som en ressurs ved å foreslå aktuelle saker til fagrådet	Ansatte i alle helseforetak i Helse Nord					
4.5	Bygg og infrastruktur						
4.5.1	Nybygg og ombygging						
1.	Det skal sikres at smittevernpersonell er systematisk involvert fra start og gjennom hele byggeprosessen ved nybygg/ombygging i eget HF. Dette nedfelles skriftlig i byggeplanene i alle byggefaser.	Ledelsen i hvert helseforetak, som byggherre					
2.	Det skal være tilstrekkelig smittevernrressurser i hvert HF til å ivareta smittevernspektivet ved nybygg og ombygging.	Ledelsen i hvert helseforetak, som byggherre					
4.5.2	Pasientrom og isolater						
1.	Det må gjøres risiko- og behovsanalyser for nybygg og eksisterende bygg med tanke på behov for isolater	Ledelsen i hvert helseforetak					
2.	Ved nybygg/ombygging bygges kun enerom med eget bad/toalett. I eksisterende bygg må muligheten for å få flere enerom med eget bad/toalett vurderes	Ledelsen i helseforetaket (som byggherre)					
4.5.3	Behandlingsrom, undersøkelsesrom og andre arealer						
1.	Pasienter skal ikke ligge på rom eller motta behandling på rom som ikke er godkjent til dette formålet.	Ledelsen i hvert helseforetak					

Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord

2.	Det må sikres at smittevern er hensiktsmessig ivare tatt på behandlingsrom, støtterom og andre arealer.	Ledelsen i hvert helseforetak					
4.5.4	Pasienthotell						
1.	Ved nybygging og ombygging av pasienthotell i Helse Nord ivaretas smittevern i form av hensiktsmessige utforminger og materialer. Dette nedfelles skriftlig i planene for alle byggefaser.	Ledelsen i helseforetaket (som byggherre)					
2.	HF-ene avgjør hvilke pasienter som kan bo på pasienthotellet. Smittevernpersonell kan bidra til å utarbeide smittevernrutiner for matservering, håndtering av tøy, avfall, osv. for pasienthotell i egen HF.	Ledelsen i hvert helseforetak					
4.5.5	Renhold						
1.	Alle grupper som utfører renhold skal ha god nok opplæring og tid avsatt til å gjennomføre renholdet. Det må foreligge skriftlig ansvarsfordeling for hvem som utfører hva av renhold, og det bør behovstilpasses ut fra et smittevernperspektiv. Det skal i tillegg sikres at man har et godt nok system for kontroll av renholdskvaliteten.	Ledelsen i hvert helseforetak					
2.	Smittevernpersonell kan bidra i undervisning til grupper som utfører renhold, i tillegg til rådgivning mot ledelsen vedr. et behovs- og kvalitetsstyrt renhold.	Smittevernpersonell i hvert helseforetak					
3.	Rutiner for rengjøring av pasientsenger skal gjennomgås og kvalitetssikres.	Ledelsen i hvert helseforetak					
4.6	IKT og smittevern						
1.	Roller og ansvar i forvaltning av IKT-systemene må avklares, formidles og synliggjøres.	Hvert helseforetak, som IKT-systemeier, og bestillerfunksjons-enheten for IKT i hvert HF					
2.	Det må sikres nødvendig opplæring og kompetanse blant ansatte som bruker IKT-systemer i infeksjonsforebyggende arbeid.	Hvert helseforetak, som IKT-systemeier					
3.	Ved behov for funksjonell/teknisk bistand til IKT-systemer for infeksjons-overvåking skal brukerne ha én effektiv vei inn til personell med rett kompetanse.	Hvert helseforetak i samarbeid med Helse Nord RHF og Helse Nord IKT					
4.7	Dekontaminering og sterilisering						
1.	Gjenoppta drift av regionalt fagnettverk for å etablere en felles plattform for kvalitetssikring av sterilforsyning i Helse Nord. Det utpekes en ansvarlig leder ved etablering.	Sterilforsyningsledere ved UNN Tromsø og NLSH Bodø initierer i 2016. Ledelsen i hvert sykehus: økonomisk ansvar.					
2.	Sykehusene skal ha egen plan for dekontaminering av medisinsk gjenbruksutstyr som en del av IKP. Bør som et min. inneholde: roller og ansvar, systemer for dokumentasjon av prosesser og interrevisjon av dekontamineringsrutiner.	Sterilforsyningsleder i hvert sykehus					

Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord

3.	Det skal gjøres rutinekontroll og validering av dekontaminerings- og steriliseringsprosesser, inkludert årlig validering av autoklaver iht. <i>Prosjekt sterilforsyning 2010</i>	Ledelsen i hvert HF i samarbeid med sterilforsyningsleder i hvert sykehus					
4.	Alle sterilforsyninger skal ta i bruk elektronisk sporingssystem for registrering og sporing av utstyr, lagerhold og dokumentasjon av dekontamineringsprosesser, også for fleksible skop.	Ledelsen i hvert HF i samarbeid med sterilforsyningsleder i hvert sykehus					
5.	Sterilforsyningene ved UNN Tromsø og NLSH Bodø skal starte arbeidet med ISO-sertifisering etter NS-EN 2001:2008 av deler av sin virksomhet	Sterilforsyningsledere ved UNN Tromsø og NLSH Bodø					
6.	Sterilforsyningsledere i Helse Nord skal ha formell utdanning som sterilforsyningsleder, enten ved ansettelse eller snarest mulig. Mindre enheter (maks. 3 ansatte) kan ha faglig leder med sterilforsyningsteknikerutdanning.	Ledelsen i hvert helseforetak legger til rette for gjennomføring av utdanning					
7.	Utarbeide en plan for at ufaglært personell i hver sterilforsyning kan gjennomføre utdanning som sterilforsyningstekniker. Nyansatte skal forplikte seg til å gjennomføre slik utdanning.	Sterilforsyningsleder i hvert sykehus					
8.	Ufaglærte som ikke tar utdanning som sterilforsyningstekniker, skal delta på kurs/konferanse eller hospitere i større sterilforsyning min. én gang årlig.	Sterilforsyningsleder i hvert sykehus					
4.8	Samhandling om smittevern						
1.	Opprette stilling som smittevernsykepleier KHT ved Helgelandssykehuset	Ledelsen ved Helgelandssykehuset					
2.	Inkludere smittevern i tjenesteavtale 10 mellom hvert HF og deres opptakskommuner.	Samhandlingsenheten i hvert HF i samarbeid med opptakskommunene					
3.	Formalisere samarbeidet mellom smittevernsykepleier KHT i helseforetaket og opptakskommunene (kommuneoverlegen ev. kommunal smittevernlege)						
4.	Styrke kommunikasjon om smittevern ved å ha varslingsrutiner og gi tilpassede råd ved utskrivning av smitteførende pasienter til kommunehelsetjenesten	Utskrivende sykehusavdeling i samarbeid med smittevernpersonell					
5.	Gjennom å inkludere smittevern i tjenesteavtaler sikre at kommunen har rutiner for screening av multiresistente bakterier og varsling når pasient henvises til eller innlegges i sykehus.	Samhandlingsenheten i hvert HF i samarbeid med opptakskommunene					
4.9	Forskning og undervisning						
	-						





STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
83/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	5.10.2016
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Kjøp av helsetjenester
2. SAMDATA-rapporten

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie
4. Klagesak – henvendelse til styreleder
5. Klinikkpresentasjon NOR-klinikken
6. Røntgenavdelingens status som utdanningsinstitusjon
7. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan
8. Status for MRSA-situasjonen v/Barne- og ungdomsklinikken
9. Status vedrørende reguleringssaken for Åsgårdmarka
10. Varsel om alvorlige hendelser ved UNN - *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.*

Tromsø, 30.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Sak: Kjøp av helsetjenester ved UNN
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen / Tommy Schjølberg
Møtedato: 5.10.2016

Bakgrunn

Styret har bedt om en oversikt over kjøp av helsetjenester, og denne saken har til hensikt å redegjøre for kostnadene knyttet til kjøp av private helsetjenester og kjøp av offentlige helsetjenester.

Saksutredning

I 2015 ble det kjøpt helsetjenester for til sammen 292,1 mill kr. Av dette utgjorde 222,4 mill kr kjøp av offentlige helsetjenester og 69,7 mill kr var kjøp av private helsetjenester. Akkumulert per august ligger UNN omtrent på samme nivå som i 2015. Denne saken vil i hovedsak fokusere på regnskapstall for 2016 med utgangspunkt i akkumulerte tall per august måned.

Kjøp av private helsetjenester

Til og med august er det regnskapsført 47,2 mill kr for kjøp av private helsetjenester. Av dette utgjør 30,9 mill kr gjestepasientkostnader (inkl. kjøp av behandling i utlandet) og 12,1 mill kr kjøp av tjenester vedrørende ambulansetjenester. Tabellen under viser de største postene.

Tabell 1. Kjøp av private helsetjenester (januar-august)

Kjøp av private helsetjenester. Alle tall i mill kr	2015	2016
Sigma Nord AS	7,6	12,1
Sogneskys Vindedal	5,9	5,8
Brødrene Johansen Legeskys AS	3,4	3,4
Helse Nord RHF	7,1	3,3
H. HOEL SJØTRANSPORT AS	2,9	3,1
Aleris Ungplan & BOI AS	2,1	2,2
Stiftelsen Fossumkollektivet	0,6	2,0
Aleris Helse AS	0,1	1,5
Volvat Tromsø	-	1,5
Veslelien	-	1,3
HELFO stønad	-	1,1
Manifestsenteret	-	1,0
Teres Tromsø	0,9	-
SynsLaser Kirurgi AS	0,5	0,5
STOCKHOLM CARE AB	0,4	0,3
Akademiska Sjukhuset	0,1	0,2
Rigshospitalet	0,1	0,2
HOPITAL FOCH	0,1	0,1
Andre under 100.000,-	3,8	7,5
Sum	34,7	47,2



For å få oversikt over hvilke behandlinger, antall pasienter eller nærmere detaljer om hva som inngår i disse beløpene, kreves det gjennomgang av hver enkelt faktura som er blitt betalt. Det er ikke gjort i denne omgang.

Kjøp av offentlige helsetjenester

Til og med august er det regnskapsført 127,0 mill kr for kjøp av offentlige helsetjenester. Gjestepasientkostnader utgjør av dette 78,0 mill kr. Driftstilskudd til kommuner og ø-hjelpsengeter utgjør 30,1 mill kr. Andre store utgiftsposter er kjøp av lab/røntgentjenester som hittil utgjør 15,6 mill kr. Tabellen under viser de største postene.

Tabell 2. Kjøp av offentlige helsetjenester (januar-august)

Kjøp av offentlige helsetjenester. Tall i mill kr	2015	2016
Oslo Universitetssykehus HF	37,8	32,0
Lenvik kommune	16,5	14,6
St.Olavs hospital HF	11,1	9,6
Nordreisa Kommune	17,9	9,3
Helse Bergen HF	7,2	6,3
Vestre Viken HF	3,6	5,4
Sykehuset Innlandet HF	2,7	3,6
Diakonhjemmets sykehus	1,6	3,5
Martina Hansens Hospital AS	2,3	3,4
Skjervøy kommune	1,7	2,4
Akershus Universitetssykehus HF	3,4	2,3
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	2,5	2,1
LHL Helse AS	0,3	2,0
Bardu Kommune	1,7	2,0
SUNNAAS SYKEHUS HF	1,7	1,6
Vitusapotek Helsehuset - Tromsø	2,4	1,6
Sykehuset i Vestfold HF	0,7	1,1
Andre kjøp	24,4	24,3
Totalsum	139,4	127,0

Gjestepasientkostnader

Gjestepasientkostnader utgjør en stor andel av kostnadene knyttet til kjøp av helsetjenester. Akkumulert per august utgjør gjestepasientkostnader 106,8 mill kr. Dette gjelder kjøp både fra private og offentlig.

Basert på anonymiserte rapporter fra Norsk pasientregister (NPR) har vi fått tilgang til noe mer detaljert informasjon knyttet til gjestepasientproduksjon ved andre helseforetak innenfor somatikk. Vi får kjennskap til hvilket helseforetak behandlingen er utført på, hoveddiagnosegruppe, DRG kode og fakturert beløp. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (PHV) har vi ikke tilsvarende informasjon.

Tabellene på neste side viser detaljert informasjon over kostnader fordelt på hvilke institusjoner som har behandlet pasientene, hvilke hoveddiagnosegruppe pasientene tilhører og DRG kode- og navn for disse pasientene.



Tabell 3. Gjestepasientkostnader somatikk fordelt per foretak

Foretak	2015	2016
Oslo universitetssykehus	33,0	33,4
St. Olavs Hospital	10,2	8,6
Haukeland universitetssykehus	6,7	5,1
Vestre Viken	2,6	4,4
Sykehuset Innlandet	2,5	3,7
Diakonhjemmets sykehus	1,5	3,4
Martina Hansens Hospital	2,3	3,1
Lovisenberg diakonale sykehus	2,2	2,3
Sunnaas sykehus	1,3	2,0
Akershus universitetssykehus	3,5	1,7
Andre med kjøp under 1 mill kr	5,2	5,8
Sum	71,0	73,4

Tabell 4. Gjestepasientkostnader somatikk per hoveddiagnosegruppe

Gjestepasientkostnader somatikk per hoveddiagnosegruppe. Tall i mill kr	2015	2016
Hoveddiagnosegruppe 1: Sykdommer i nervesystemet	10,7	9,9
Hoveddiagnosegruppe 2: Øyesykdommer	1,3	1,0
Hoveddiagnosegruppe 3: Øre-, nese- og halssykdommer	3,2	3,8
Hoveddiagnosegruppe 4: Sykdommer i åndedretsorganene	2,9	2,7
Hoveddiagnosegruppe 5: Sykdommer i sirkulasjonsorganene	8,5	7,4
Hoveddiagnosegruppe 6: Sykdommer i fordøyelsesorganene	2,8	2,9
Hoveddiagnosegruppe 7: Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	3,0	2,5
Hoveddiagnosegruppe 8: Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	19,3	22,7
Hoveddiagnosegruppe 9: Sykdommer i hud og underhud	0,6	0,7
Hoveddiagnosegruppe 10: Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	0,7	1,2
Hoveddiagnosegruppe 11: Nyre og urinveissykdommer	3,2	3,5
Hoveddiagnosegruppe 12: Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	1,0	0,9
Hoveddiagnosegruppe 13: Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,4	1,0
Hoveddiagnosegruppe 14: Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid	0,9	0,3
Hoveddiagnosegruppe 15: Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden	2,4	0,6
Hoveddiagnosegruppe 16: Sykdommer i blod, bloddannede organer og immunapparat	0,9	1,2
Hoveddiagnosegruppe 17: Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	0,0	1,4
Hoveddiagnosegruppe 18: Infeksiøse og parasittære sykdommer	1,2	0,5
Hoveddiagnosegruppe 19: Psykiske lidelser og rusproblemer	0,4	0,8
Hoveddiagnosegruppe 21: Skade, forgiftninger og toksiske effekter av medikamenter/andre stoffer	0,3	1,2
Hoveddiagnosegruppe 22: Forbrenninger	0,0	-
Hoveddiagnosegruppe 23: Faktorer som påvirker helsetilstand – andre kontakter med helsetjenesten	3,3	4,7
Hoveddiagnosegruppe 30: Sykdommer i bryst	0,3	0,3
Hoveddiagnosegruppe 40: Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	3,0	1,3
Hoveddiagnosegruppe 99: Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	0,6	1,0
Sum	71,0	73,4



Tabell 5. Gjestepasientkostnader somatikk fordelt per DRG kode og navn

DRG kode	DRG Navn	2015	2016
209E	Innsetting av hoftelddsprotese u/bk	2,6	5,3
209G	Innsetting av protese i kne eller ankel	2,3	4,6
462A	Rehabilitering, kompleks	2,8	4,0
25	Kramper & hodepine >17 år u/bk	2,0	2,1
302	Nyretransplantasjon	1,9	2,0
112B	Perkutan ablationsbehandling for hjertearytmi	2,2	1,8
209D	Innsetting av hoftelddsprotese m/bk	0,8	1,7
49B	Cochleaimplantat	1,3	1,6
26	Kramper & hodepine 0-17 år	0,8	1,5
214A	Kombinert fremre/ bakre spondylodese	2,4	1,5
491	Proteseop & replantasjon i skulder/albue/håndledd	1,3	1,3
112A	Annen perkutan kardiovaskulær prosedyre	0,8	1,3
209C	Utskifting av hoftelddsprotese	0,5	1,2
481B	Allogen stamcelletransplantasjon >17 år	-	1,2
570	Innsetting eller bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr	0,8	1,1
398	Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD m/bk	0,7	1,0
823U	Hyperbar oksygenbehandling	0,4	1,0
	Alle andre behandlinger under 1 mill kr	47,3	39,4
Sum		71,0	73,4

Vurdering og konklusjon

Saken viser at akkumulert per august er kostnadene knyttet til kjøp av helsetjenester på samme nivå som i 2015. Kjøp av helsetjenester fra private har økt med 12,5 mill kr (+36 %). Kjøp av helsetjenester fra offentlige er redusert med 12,4 mill kr (-8,9 %).



Sak: SAMDATA - spesialisthelsetjenesten 2015
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen / Kristian Pettersen
Dato: 5.10.2016

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 2015.

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 tverrfaglig spesialisert behandling, heretter kalt TSB), samt noe om kostnadseffektivitet innen somatisk virksomhet. På grunn av forsinket publisering av personellstatistikk fra SSB inneholder ikke rapporten tall for samlet personellinnsats i sektoren.

Saksutredning

2015 var preget av vekst i spesialisthelsetjenesten. Antall pasienter i spesialisthelsetjenesten økte med 4,2 % fra 2014 til 2015. Dette er en sterkere vekst enn man har sett tidligere i perioden 2011 til 2015. Det var om lag 122 000 årsverk som stod for pasientbehandlingen og de samlede driftskostnadene var 138,2 mrd kr (+1,2 % realvekst).

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 unntatt TSB er noe nedgang i døgnaktiviteten. Det er fortsatt visse forskjeller mellom helseregionene i bruk av spesialisthelsetjenestene, og størst er den for TSB.

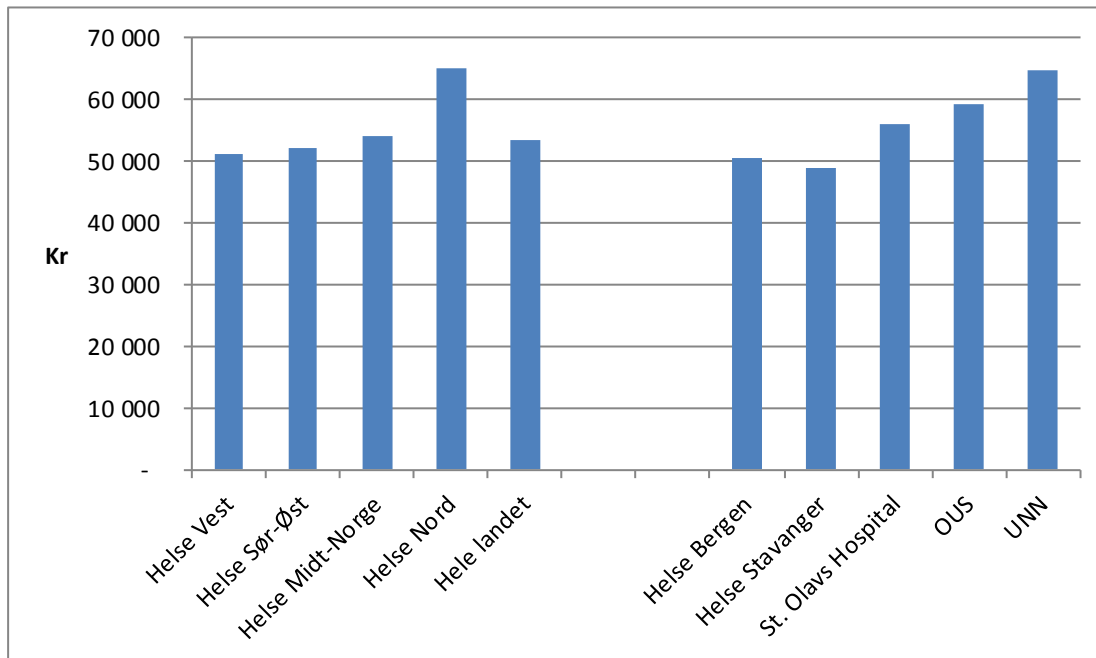
Helse Nord hadde i 2015 totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten på 16,4 mrd kr (+0,3 %). Kostnadsveksten er lavere enn landsgjennomsnittet både siste år og i siste femårs periode. Den samlede kostnaden per innbygger var 34 005 kr (128 % av landsgjennomsnittet).

Somatisk virksomhet

I 2015 brukte Helse Nord 11,1 mrd kr innen somatisk virksomhet (+1,0 %). Dette utgjør et beløp per innbygger på 23 098 kr (122 % av landsgjennomsnittet).



Figur 1 Driftskostnad for ISF-aktiviteten målt per DRG-poeng 2015



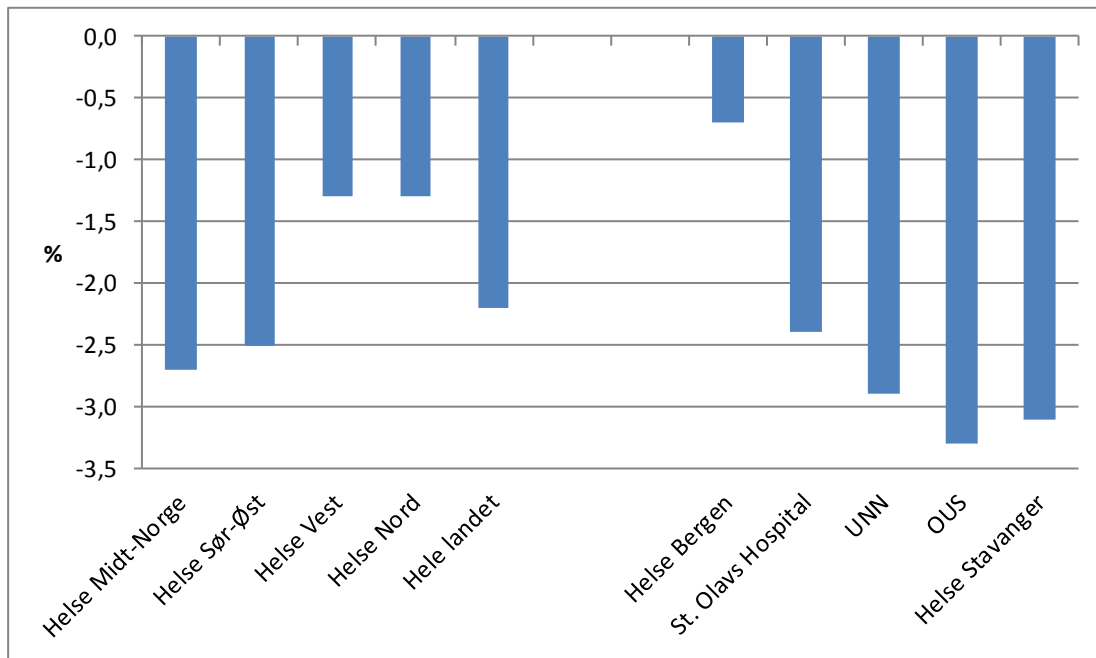
Helse Nord har det høyeste kostnadsnivået (1,22) målt som driftskostnad per DRG-poeng. UNN har det høyeste kostnadsnivået blant universitetssykehusene (1,21). I Helse Nord gikk kostnaden per DRG-poeng ned med 1,3 % fra 2014 til 2015, en noe svakere utvikling enn for landet samlet sett. Produktivitetsforbedringen for helseforetakene i Helse Nord var dermed svakere enn for landet samlet.

Kostnadene i Helse Nord økte med 0,9 % i 2015, mens DRG-poengene økte med 2,1 %. Ved UNN gikk kostnaden per DRG-poeng ned med nærmere 3 % fra 2014 til 2015. Dette relateres i hovedsak til en nedgang i kostnader til pasientbehandling ved UNN, mot en svak kostnadsvekst for regionen samlet.

Tidligere ble kostnadsnivået dekomponert til kostnadsgrupper (lønn, varekostnader, etc.). Dette er ikke gjort av SAMDATA for 2015.

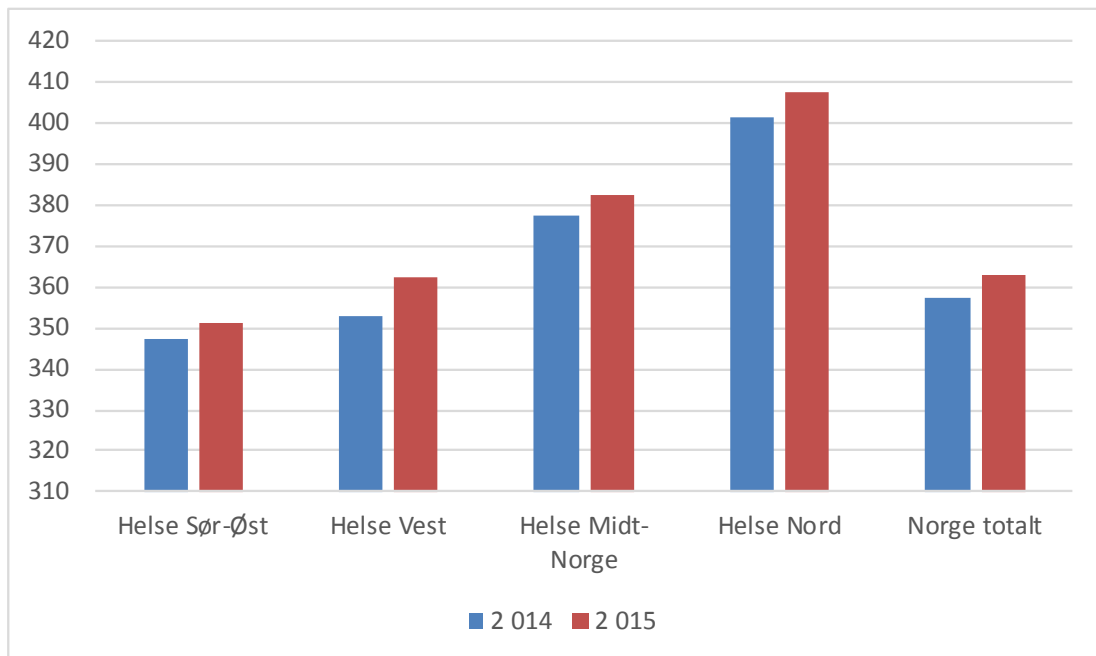


Figur 2 Utvikling i driftskostnad per DRG-poeng 2014-2015



Trenden med økt bruk av polikliniske konsultasjoner fortsetter i alle helseregioner, med en økning på 4,1 % fra 2014 (lavest vekst i Helse Nord +2,5 %). Dagkirurgiraten for Helse Nord er redusert i siste femårsperiode (-0,8 %).

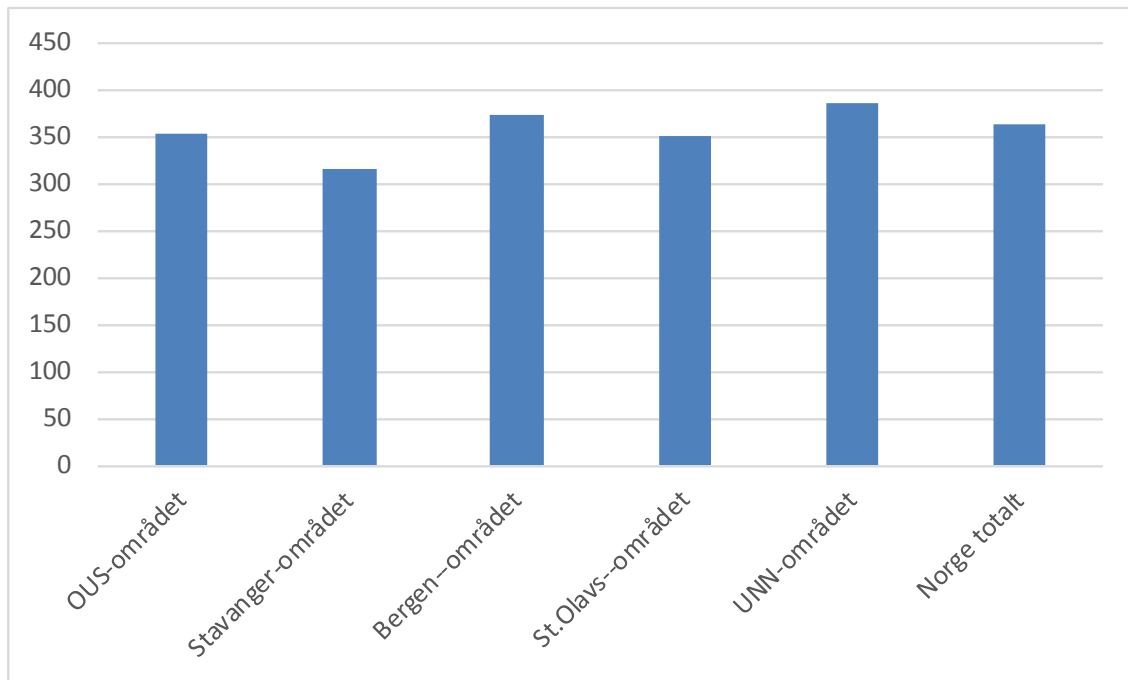
Figur 3 Antall pasienter per 1000 innbyggere per helseregion 2014-2015



Helse Nord hadde i 2015 størst forbruk av spesialisthelsetjenester (112 % av landsgjennomsnittet). Korrigert for behov (NOU2008;2) blir pasientraten lavere enn både Helse Vest og Helse Midt-Norge, men litt over landsgjennomsnittet.

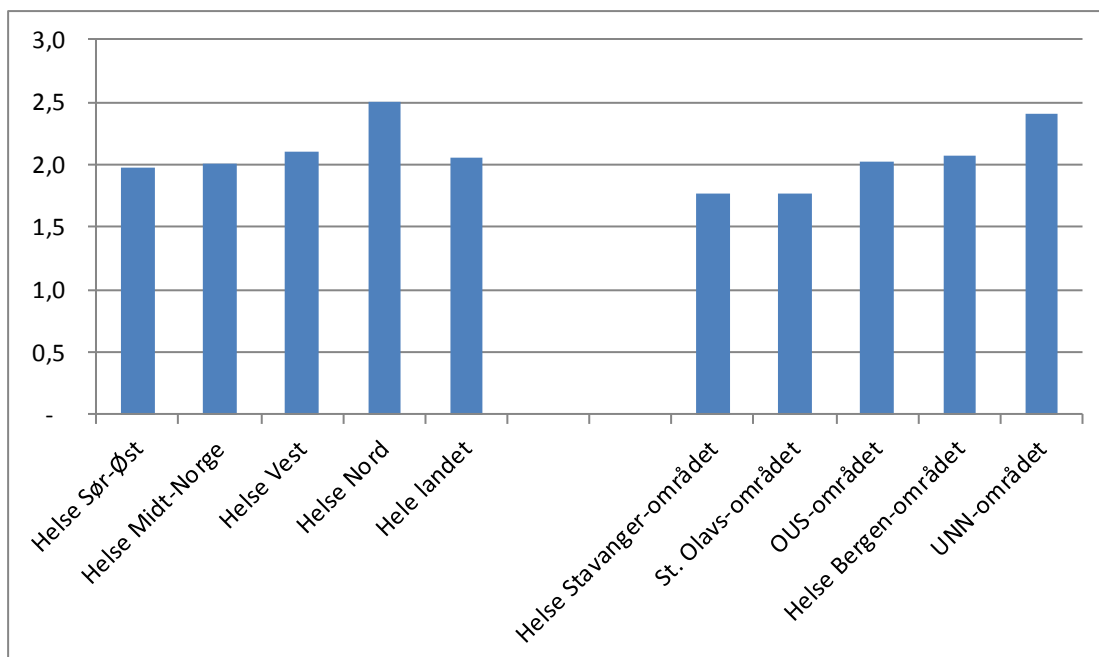


Figur 4 Antall pasienter per 1000 innbyggere per helseforetaksområde 2015 (ikke behovskorrigert)



Helse Nord hadde i 2015 en gjennomsnittlig liggetid på 4,2 dager (korrigert for overføringer mellom regioner), høyest av alle regionene. Helse Nord har et stabilt nivå siste tre år, de andre regionene har reduksjon i samme periode. Gjennomsnittlig liggetid i UNN var 4,7 dager i 2015 (112 % av landsgjennomsnittet). Til sammenligning har OUS (4,9) lengre liggetid, mens Stavanger (4,5), Helse Bergen (4,4) og St. Olav (4,6) har lavere liggetid enn UNN. I siste femårsperiode har UNN hatt en nedgang i liggetid på ca. 10 %.

Figur 5 Antall effektive senger somatikk per 1000 innbyggere 2015





Psykisk helsevern

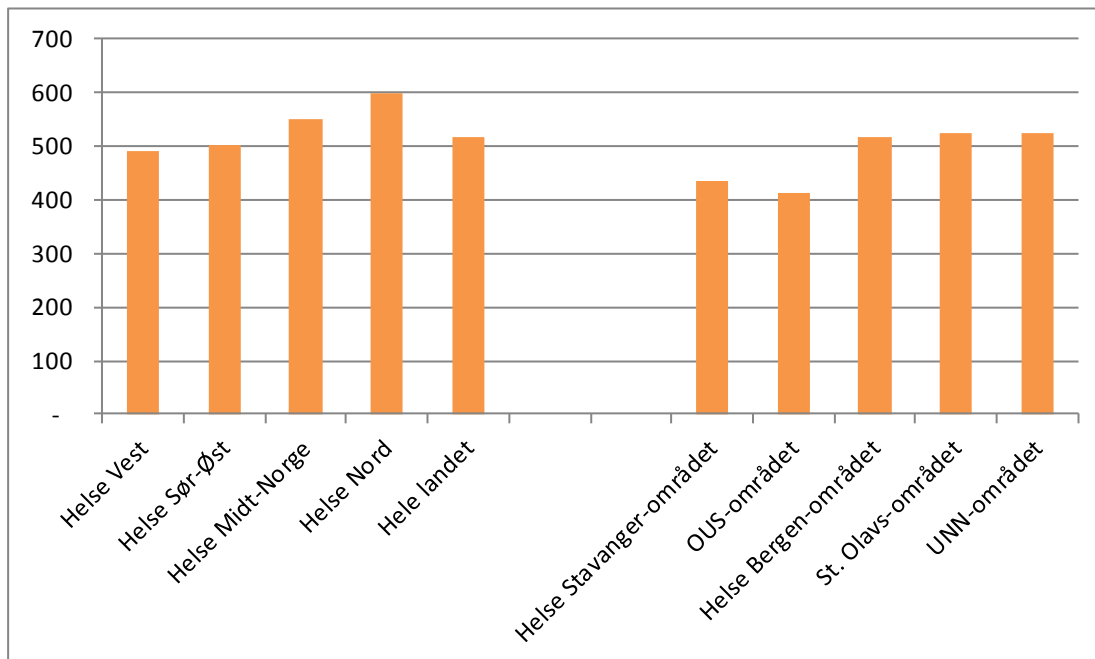
Totale driftskostnader til psykisk helsevern var for Helse Nord 2,4 mrd kr (-3 %) i 2015. Det ble brukt 4 966 kr per voksne innbygger i Helse Nord (105 % av landsgjennomsnittet), mens det ble brukt 5 084 kr per barn og unge (129 % av landsgjennomsnittet).

I perioden 2011 til 2015 har det i tjenestene for barn og unge vært en økning i årsvekstraten for poliklinikkene på 6 %. For voksne har den tilsvarende veksten vært 9 %.

Fra 2011 til 2015 ble døgnplassraten for barn og unge redusert med 11 % i Helse Nord, mens døgnplassraten for voksne ble redusert med 17 %. Innen psykisk helsevern for barn og unge har det vært en betydelig økning i pasientraten (om lag 150 %) siden 1999.

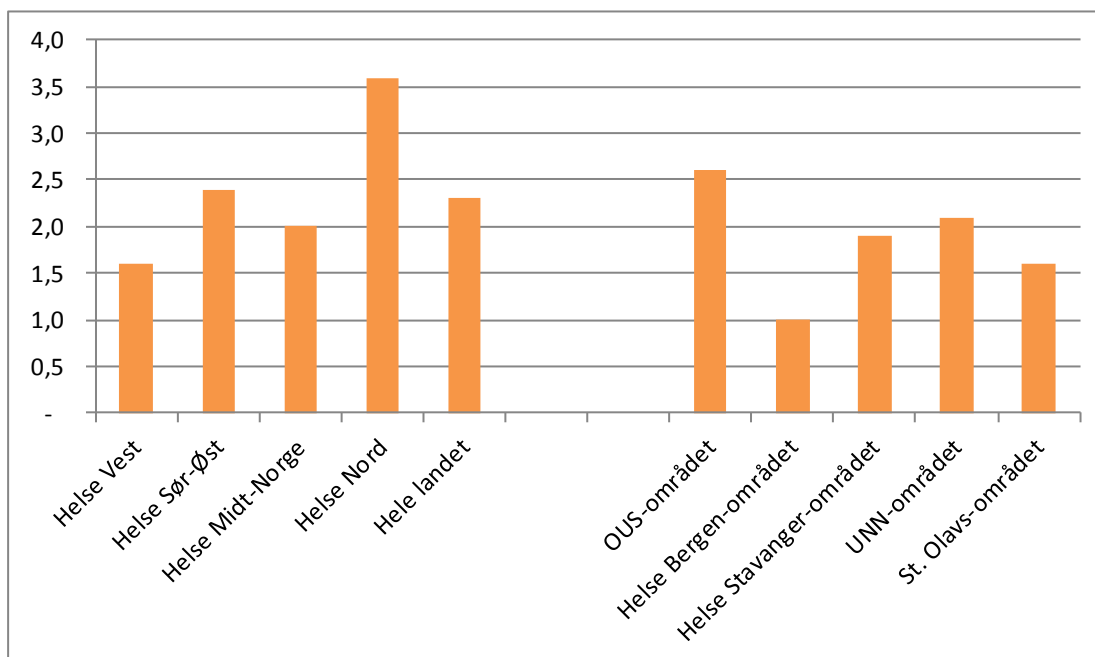
Innen psykisk helsevern for barn og unge hadde Helse Nord i perioden 2011 til 2015 en høyere pasientrate enn de andre regionene, dette gjelder både døgn- og utskrivningsrater. I perioden har Helse Nord hatt en nedgang i pasientraten på 11,5 %.

Figur 6 Antall pasienter totalt per 10 000 innbyggere, psykisk helsevern for barn og unge 2015



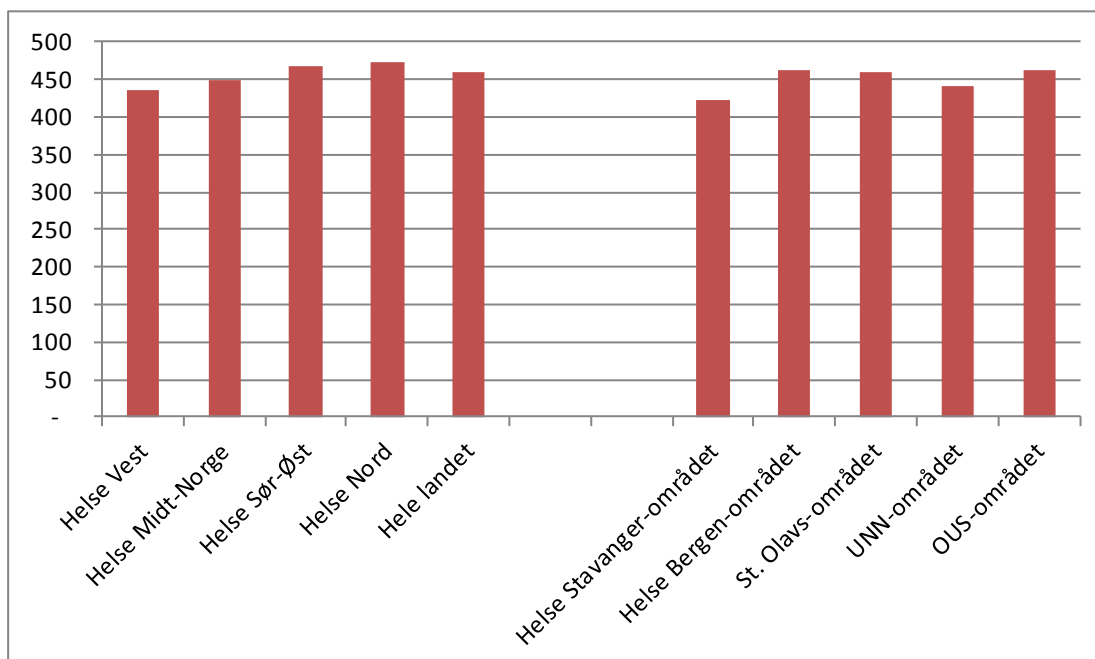


Figur 7 Antall effektive døgnplasser totalt per 10 000 innbyggere, psykisk helsevern for barn og unge 2015



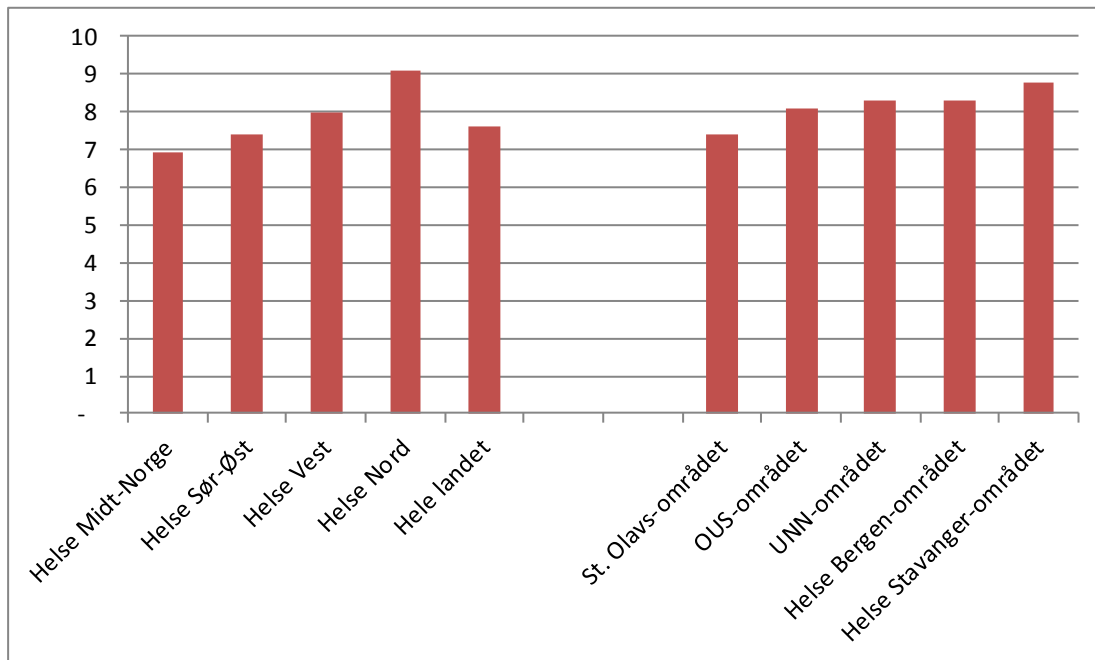
Det har vært en økning i pasientraten innen psykisk helsevern for voksne på 6 % i Helse Nord i perioden 2011-2015. På landsbasis har økningen vært 8 %. Utskrivningsraten har gått ned med 12 % i perioden 2011 til 2015, mot 6 % samlet sett for alle helseforetakene.

Figur 8 Antall pasienter totalt per 10 000 innbyggere, psykisk helsevern for voksne 2015





Figur 9 Antall effektive døgnplasser totalt per 10 000 innbyggere, psykisk helsevern for voksne 2015

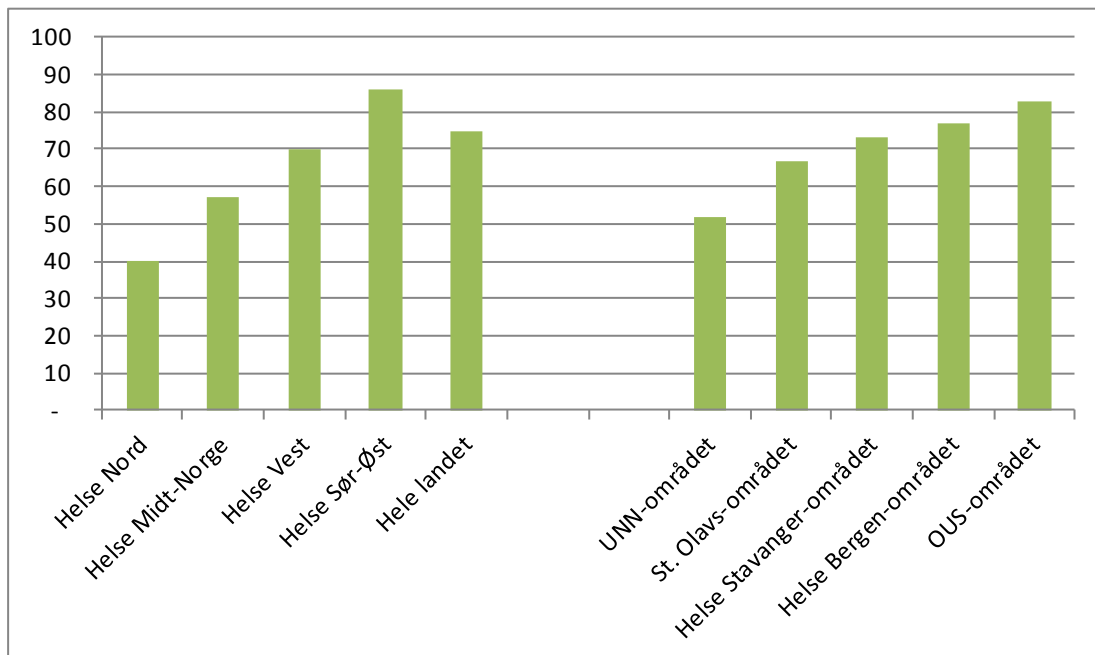


Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Totale kostnader til TSB var for Helse Nord 390 mill kr i 2015 (+5,1 %). Det betyr at det i Helse Nord ble brukt 1 022 kroner per innbygger innenfor TSB (80 % av landsgjennomsnittet).

Døgnkapasiteten per 100 000 innbyggere i Helse Nord er uendret fra 2014 til 2015 (104 % av landsgjennomsnittet). SAMDATA viser at antall pasienter per 10 000 innbyggere i Helse Nord er 54 (67 % av landsgjennomsnittet). Dette er lavest blant helseregionene.

Figur 10 Antall pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling per 10 000 innbyggere 2015





STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
84/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	5.10.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra Brukerutvalget 13.-14.9.2016.
2. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 19.9.2016.
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 20.9.2016.
4. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 21.9.2016.
5. Brev vedrørende *reguleringssaken fra Åsgårdmarka* datert 21.9.2016.
6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 23.9.2016.

Tromsø, 23.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



MØTEREFERAT

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: 13.9.2016 Del 1

Møtested: «Huskestua» Åsgård

Tilstede: **Medlemmer:** Cathrin Carlyle, Laila Edvardsen, Esben Haldorsen, Obiajulu Odu, Martin André Moe, Britt-Eva Elvejord Jakobsen, Margrethe Larsen, Johanne Sundmann, Britt Sofie Illguth (vara)

Observatører: Erfaringskonsulenter Astrid Weber og Annika Alexandersen

Forfall: Hans-Johan Dahl, Klemet Anders Sara

Møtedato: 14.9.2016 Del 2

Møtested: Møterom Økonomi UNN Breivika

Tilstede: Laila Edvardsen, Johanne Sundmann, Britt-Eva E. Jacobsen, Obiajulu Odu, Britt Sofie Illguth (vara)

Forfall: Cathrin Carlyle, Esben Haldorsen, Martin André Moe, Margrethe Larsen, Hans-Johan Dahl, Klemet Anders Sara

Fra adm.: Leif Hovden, Heidi Robertsen (referent), *Hilde Anne Johannessen (observatør)*

Saksliste

Sak nr.: **Tittel:**

BU-29/16 **Godkjenning av innkalling og saksliste**

Vedtak BU godkjente innkalling og sakliste.

BU-30/16 **Velkommen til Åsgård**

Konstituert klinikkjef Psykisk helse- og rusklinikken Siren Hoven og avdelingsleder PsykRus Ruben Sletteng møtte og presenterte status for implementering, klinisk struktur, organisering og utfordringer fremover.

Erfaringskonsulentene orienterte om kampanje for etablering av brukermedvirkningsforum i Psykisk helse- og rusklinikken. Erfaringskonsulentene ga uttrykk for ønske om bistand fra Brukerutvalget i forhold til samtidighetsproblematikk samt rekruttering av personale til arbeide med psykisk helse og rus.

Brukerutvalget drøfter enda nærmere involvering av pårørende samt barn som

pårørende i brukerorganisasjonenes organer.

Administrasjonssjefen vil på vegne av Brukerutvalget be om en tilbakemelding fra direktøren for hvordan klinikkene og klinikksjefene vurderer brukermedvirkning i KVAM-utvalg.

Vedtak Brukerutvalget tar orienteringen til orientering.

BU-31/16 Referat Brukerutvalgets møte 15.6.2016

Vedtak Brukerutvalget godkjente referatet.

BU-32/16 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 29.8.2016
2. Referat fra møte i Ungdomsrådet UNN 8.4.2016
3. Referat fra møte i Klinisk etisk komité (KEK) 12.5.2016
4. Referat fra møte i Regionalt Brukerutvalg (RBU) 8.6.2016
5. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget UNN 23.8.2016

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering

BU-33/16 IKT-løsninger og tjenester i UNN_

Seksjonsleder E-Helse og IKT-forvaltning Heidi Jacobsen møtte og informerte om prosessen rundt arbeidet med strategisk plan for informasjons- og teknologistrategi.

E-helse og IKT-forvaltning ba om innspill fra Brukerutvalget på hvordan brukersiden ser at UNN bør rigge IKT-løsninger og tjenester for å møte pasienten på en god måte.

Behandling

BU stilte spørsmål ved innføring av elektronisk journal, og påpekte at en slik tilgang bør tilpasses alle brukere.

Brukerutvalget etterspurte informasjon om hvordan UNN i fremtiden tenker å dele informasjon elektronisk.

Vedtak Brukerutvalget besluttet at brukerutvalgets arbeidsutvalg følger opp saken med behandling i møte 19.9.2016.

BU-34/16 Status og visjoner for samvalg

Prosjektmedarbeider Anna Klara Måseide og Mirjam Lauritzen møtte og presenterte visjon, konsept og status i prosjekt knyttet til samvalg i pasientforløp.

Behandling

Brukerutvalget var tilfredse med prosjektets involvering av brukermedvirkning.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-35/16 Pasientsikkerhetsprogrammet og «Bare Spør»

Pasientsikkerhetskoordinator Mette Fredheim fra Kvalitetsavdelingen møtte og orienterte for status i Pasientsikkerhetsprogrammet og brosjyren «Bare Spør»

Behandling

Kampanjen «Bare Spør» har forventet oppstart januar 2017.

Brukerutvalget anmodes om å bidra i presentasjon av kampanjen, og Mette Fredheim tar kontakt ved en senere anledning.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen og anmodningen til orientering.

BU-36/16-1 Rapport fra Sivilombudsmannen

Brukerutvalget ble forelagt Sivilombudsmannens rapport etter besøk ved Universitetssykehuset Nord-Norge 26. – 28.4.2016.

Behandling

Brukerutvalget imøteser en situasjonsrapport fra Psykisk helse- og rusklinikken i løpet av våren 2017.

Vedtak Brukerutvalget tar rapporten til orientering

BU-36/16-2 Barnevoldsutvalget

Informasjon og mandat fra Barne- og likestillingsdepartementet for «Lov om informasjonstilgang m.m. for Barnevoldsutvalget» (ref. 16/2160)

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og slutter seg til Ungdomsrådets videre behandling av saken.

BU-36/16-3 Hepatitt E-studien

Brukerutvalget mottok forespørsel fra virusforskningsgruppen ved Avdeling for mikrobiologi og smittevern ved UNN om brukermedvirkning. Brukerutvalgets arbeidsutvalg (BAU) besluttet i møte 29.8.2016 at Brukerutvalget UNN stiller seg til disposisjon.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering, og gir sitt samtykke til BAUs vedtak om deltakelse.

BU-36/16-4 Oppdatering fra prosjekter/arbeidsgrupper

Behandling

Brukerutvalget bemerket manglende innkallinger av brukerrepresentanter til prosjekter/arbeidsgrupper.

Brukerutvalgets representanter gir tilbakemelding til Brukerutvalgets sekretariatet som følger opp ved manglende innkallinger.

Vedtak Brukerutvalget tar orienteringen fra de ulike prosjekter/utvalg til orientering.

BU-37/16 Eventuelt

1. Praksis for fakturering ved Pingvinhotellet

Brukerutvalget stilte spørsmål ved Pingvinhotellets rutiner for fakturering av ledsagere.

Behandling

Skriftlig redegjørelse fra hotellsjef Astrid Ronesen ble lagt frem for Brukerutvalget.

Redegjørelsen ble tatt til orientering.

2. Pasientreiser Alta – Tromsø

Brukerutvalget stilte spørsmål til Pasientreiser Finnmark om praksis ved pasientreiser for pasienter tilhørende Alta.

Muntlig svar fra Pasientreiser Finnmark ble skriftlig lagt frem for Brukerutvalget.

Behandling

Brukerutvalget stiller spørsmål ved Pasientreisens løsning med at som tilhører Alta må benytte siste flyavgang Tromsø - Alta, selv om de har time ved UNN på formiddagen. Brukerutvalget UNN ber om en bedre løsning for disse pasientene.

Dersom det stemmer at Pasientreiser Finnmark bare refunderer en slik ordning, ber Brukerutvalget UNN om en redegjørelse for hvilken begrunnelse som ligger bak denne avtalen.

3. Møteinnkallingsrutiner

Brukerutvalget ble bedt om å vurdere ordningen med møteinnkalling pr. e-post og få fremlagt sakspapirer ved møtestart.

Behandling

Brukerutvalgets møtende representanter ønsket å videreføre ordningen.

Pga. forfall sender sekretariatet forespørsel pr. e-post til brukerutvalgsmedlemmer som ikke kunne stille i møtet.

Laila Edvardsen (sign.)
Arbeidsutvalgsmedlem

Heidi Robertsen (sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 9.11.2016

Kopi til:

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



MØTEREFERAT

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

Møtedato: Mandag 19.9.2016 14.00 – 15.30

Møtested: Møterom C0.441 Smittevernssenteret

Tilstede: Medlemmer: Cathrin Carlyle (pr. tlf), Laila Edvardsen

Forfall: Esben Haldorsen

Fra adm.: Leif Hovden, Heidi Robertsen (referent), Hilde Anne Johannessen (observatør), Grethe Andersen

Til innkallingen bemerket utvalgsleder at det for ettertiden må fremkomme Skype-adresse for avstandsdeltagelse ved behov.

BAU 51/16 Behandling av drøftingssaker til styremøte 5.10.2016

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 16.9.2016.

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

1. Tertialrapport 2 – 2016 – inkludert Kvalitets- og virksomhetsrapport

Behandling

Kvalitets- og virksomhetsrapporten:

- BAU stilte spørsmål ved om hvorfor diagnosegruppe *pakkeforløp kreft* ligger så lavt i forhold til de andre forløpene. Ref. figur 19 - stilte BAU spørsmål ved om dårlige gjennomføring i pakkeforløpene henger sammen med overgang til nytt røntgensystem.
- BAU stilte spørsmål ved hvorfor UNN ikke klarer å opprettholde sine måltall i forhold til tall fra NPR.
- BAU bemerket et noe mangelfullt avsnitt om Pasientsikkerhetsprogrammet fra august. Omtalen i saksfremlegget er mangelfull og ikke spesielt god. BAU etterlyser hva som er gjort i løpet av sommeren og høsten.
- Vedrørende legemiddelsamstemmingen, er BAU utålmodige ettersom de har hørt om forbedringstiltakene over mange år, uten at det vises til konkrete resultater.

- BAU stilte spørsmål ved det høye tallet for ventelisten.
- Tabell 16 – BAU etterlyser oppdaterte tall for hele året.
- BAU er fortsatt bekymret for det høye sykefraværet i UNN, og spesielt for Psykisk helse- og rusklinikken, og etterlyste oppdaterte tall på sykefravær for august.

Tertialrapporten:

- BAU er bekymret for at tallene for 2. tertial er nedadgående. BAU viste til rapporteringstekst for 2. tertial, og stilte spørsmål ved hva det somatiske arbeidet med langtidsventende innebærer.
- BAU stilte spørsmål ved hvordan UNN jobber for å nå sine lokale mål. BAU ønsket svar på hvordan UNN tenker involvere brukermedvirkning for å nå sine mål.
- Brukerutvalget påpekte at Brukerutvalget ikke har blitt forespurt om å delta i evalueringen av prosjekt PING, og håper det er naturlig at brukermedvirkning tas med i evalueringen innen prosjektet ferdigstilles.
- BAU stiller spørsmål ved at UNN hele tiden er på etterskudd i forhold til sine planer.
- *Pkt. 3.2 – Det bes om at teksten sendes BAU før den blir styresak.*

BAU imøteser at Kvalitetsavdelingen deltar i BAU-møtene på relevante saker, slik at sakene kan svares ut fortløpende.

2. Byggeprosjekter ved UNN – tertialrapportering 2

Behandling

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

3. Tilsynsrapport

Behandling

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

4. Høring – Smittevernplan og tuberkulosekontrollprogram

Behandling

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

BAU-52/16 Utlysning av anbud for landeveistransport i Helse Nord

Pasientreiser UNN ved Bernt Nerberg møtte og orienterte for saken, og ba om innspill fra BAU.

Behandling

- BAU er tilfredse med at pasientreiser involverer brukermedvirkning før anbudet legges frem.
- BAU ber pasientreiser vektlegge tilbakemeldinger fra pasienter og gi transportørene tilbakemeldinger på disse.
- BAU ønsker også brukerperspektiv og tilbakemeldinger vektlegges, og påpeker viktigheten av forståelsen for at det er pasienter som skal transporteres.

Konklusjon

Pasientreiser imøteser behandling i RHFet – og gir tilbakemeldinger til BAU da.

BAU-53/16 Handicapparkering ved UNN

Jonny Svendsen, seksjonsleder teknisk drift møtte og redegjorde for nåværende parkeringssituasjon ved UNN Breivika.

Behandling

- BAU synes det er fint at UNN tilrettelegger parkering for sine ansatte, men fra brukerperspektivet er det et stort poeng at pasienter med behov for handicapparkering tildeles en bedre løsning enn dagens.
- BAU ber om det finnes en løsning for UNN-ansatte med behov for tilrettelagt parkering, og etterspør at det i forbindelse med utbyggingen av A-fløya utarbeides løsninger.
- Jonny Svendsen vil be Europark tilpasse handicapplassene bedre, samt se om det er mulig reservere plasser ved det gamle pasienthotellet for de med blått handicapparkeringskort.

Konklusjon

Saken tas opp i BAU ved en senere anledning, og om ønskelig kan Laila Edvardsen møte i et parkeringsutvalgsmøte for å gi direkte innspill til fremtidig løsning.

BAU-54/16 IKT-strategi for UNN

Brukerutvalget 14.9.2016 besluttet at BAU følger opp saken med behandling i møte 19.9.2016.

Behandling

BAU ber *e-helse og IKT* involverer Brukerutvalget ved behov. Sekretariatet kontakter *e-helse og IKT* for en mer spesifikk bestilling av hvordan brukermedvirkning er planlagt inn i arbeidet.

BAU-55/16 Brukermedvirkning i KVAM-utvalg

Brukerutvalget vil be om en tilbakemelding fra direktøren på hvordan klinikkene og klinikkssjefene vurderer brukermedvirkning i KVAM-utvalgene.

Behandling

Administrasjonen videresender dette som innspill til direktøren.

BAU-53/16 Medvirkergruppen for Idéfase psykiatri- og rusbehandling

I BU-møtet 14.9.2016 ba brukerutvalget om at BAU 19.9. tar stilling til aktuell brukerrepresentant.

Behandling

BAU foreslår en representant fra ungdomsrådet samt Esben Haldorsen fra BAU.
BAU oppfordrer Ungdomsrådet å velge en ungdomsrådsrepresentant til dette arbeidet.

Kopi: Brukerutvalget og styret i UNN

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 5.10.2016**

Dato: 20.9.2016

Tidspunkt: 14.00-14.40

Sted: Adm møterom D1 707

I forkant av møtet var det tilsendt arbeidsgiver en anmodning om at drøftingsmøtet ble utsatt i påvente av løsning for akademikerstreiken. Arbeidsgiver valgte å gjennomføre drøftingsmøtet, og følgende møtte:

Fra arbeidsgiver
 Gøril Bertheussen
 Einar Bugge
 Leif Hovden

Fra arbeidstakerne
 Terje Møien, foretakshovedverneombud
 Rune Moe, Fagforbundet
 Mai-Britt Martinsen, NSF

Protokollsignering:

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

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
Tertialrapport 2 – 2016 med Kvalitets- og virksomhetsrapport	<p><i>Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge møtte og redegjorde for tertialrapporten. Derneft redegjorde stabssjef Gøril Bertheussen for Kvalitets- og virksomhetsrapporten.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten hadde spørsmål knyttet til Den gylne regel, om at det skal være større vekst i psykisk helsevern enn i somatikken. I tillegg var det spørsmål ved registreringspraksis knyttet til sykefravær, hvilket bidrar til etterslep ved hvert månedsskifte. Det ble også stilt spørsmål ved at liggedager inkluderer utskrivningsklare pasienter, og UNN dermed har et reelt sett lavere antall aktive behandlingsdøgn enn det som fremkommer i tabellen. Dette belyses nærmere i styresaken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at styresaken slutføres i tråd med innspillene under møtet.</i></p>
Byggeprosjekter ved UNN	<i>Saken ettersendes og eget drøftingsmøte fredag 23.9.2016.</i>
Tilsynsrapport	<i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at styresaken slutføres i tråd med hvordan saken ble presentert i møtet.</i>
Høringssak – Smittevernplan	<i>Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge redegjorde for saken</i>

<p>og tuberkolosekontroll- program 2016-2020</p>	<p><i>innledningsvis.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ønsket et sterkere fokus på smittevern for ansatte og mulighetene for flere isolat ved UNN.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at styresaken sluttføres i tråd med innspillene under møtet.</i></p>
--	---

Tromsø, 20.9.2016



Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV NSF



Rune Moe (s.)
FTV Fagforbundet



Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



Møte: Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 21.9.2016 kl. 10.30-13.00

Sted: Breivika D1 707, Adm. Møterom UNN Harstad, Store telestudio 5.etg UNN Harstad
 Virtuelt møterom: 99 79 56 fra Skype: UNN.D1-707@uc.nhn.no

Til stede (x):

Arbeidsgiversiden:		Varamedlemmer	
Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU (perm)		Tor-Arne Hanssen, utbyggingsjef	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken (perm)		Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	
Arthur Revhaug, klinikkssjef, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	x	Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	
Brita Jørgensen, avdelingsleder, Operasjon og intensivavdelingen, UNN Narvik		Liv Finjord, avdelingsleder, Medisinsk avdeling, UNN Harstad	
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	
Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik		Tore Ovesen, Fagforbundet UNN Harstad	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø		Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	x
Kristine Amundsen, Dnlf	x	Ulla Dorte Mathisen, Dnlf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Monica F. Sørensen, NSF	

Møteleder: Gøril Bertheussen

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte Siren Hoven på sak 43/16 a, Leif Hovden og Hilde A Johannessen på sak 44/16.

Sak 41/16 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes

Sak 42/16 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet

Vedtak:

Protokollen godkjennes

Sak 43/16 Orienterings- og diskusjonssaker 31.8.16

- a) Orientering om oppfølging etter tilsynsbesøk i Psykiatrisk avdeling v/ kst. klinikkjef Siren Hoven.
Klinikkjefen informerte om bakgrunnen for arbeidet fra Sivilombudsmannen, arbeidsmåten, resultatet av besøket, og arbeidet som er igangsatt i ettertid med involvering av ansatte i personalmøter, møter med tillitsvalgte og i KVAM-strukturen.
- b) Orienteringer fra vernetjenesten v/FHVO Einar Rebni.
Foretakshovedverneombudet informerte om de undersøkelser som var gjort av vernetjenesten når det gjelder avtaler om tidsbruk mellom leder og verneombud. Videre om meldinger som vernetjenesten har fått om utfordringer når det gjelder sommerdriften ved UNN Narvik og SPHR Sør-Troms.
- c) Sikkerhet for pasienter og ansatte ved UNN Harstad. AMU-medlem Geir Magne Johnsen har i epost tatt opp sikkerheten ved UNN Harstad dette med bakgrunn i en nylig uønsket hendelse på UNN Harstad der en ansatt som var alene i avdelingen ble truet med slagvåpen av en inntrenger.
- d) Orienteringer fra adm. Direktør: Driftsrådene i Harstad og Narvik er tildelt 100.000 kr til sin disposisjon. Oppfølging av Nasjonal helse og sykehusplan er startet opp i 2 prosjekter; det ene skal vurdere akutfunksjonen ved Narvik sykehus, og det andre prosjektet skal vurdere stedlig ledelse. Evaluering av Operasjon- og intensivklinikken skjer i tråd med tidligere beslutninger (LUO) gjennomføres evaluering av OPIN-klinikken. Arbeidet starter opp nå og er planlagt ferdig til april 2017.

Vedtak:

Pkt a, b og d: Tas til orientering.

c. AMU ønsker sikkerheten ved UNN Harstad vurdert og ber direktøren følge dette opp ved å gi oppdraget til drifts- og eiendomssjefen. Oppdraget/vurderingen skal gjøres i samråd med driftsrådets leder.

Sak 44/16 Styresaker

Direktøren innledet og svarte ut spørsmål til følgende saker:

- Tertialrapport 2 2016 inkl Kvartals- og virksomhetsrapport
- Byggeprosjekter ved UNN – tertialrapport 2
- Tilsynsrapport

- Høring – Smittevernplan og Tuberkulosekontrollprogram

Vedtak:

AMU ga sin tilslutning til sakene slutføres og oversendes til styrets behandling 5.10.2016.

Sak 45/16 Måldokument HMS 2017

Etter tilsyn fra DSB i 2014 ble det påpekt svik i det systematiske HMS-arbeidet. Et av tiltakene den gang var å utarbeide et Måldokument for HMS som skulle forankres i Dialogavtalen. Dette videreføres nå som en fast praksis i forbindelse med den reviderte HMS-strategi.

Kvalitet- og utviklingssenteret har til oppgave å koordinere det systematiske HMS-arbeidet og derfor samarbeidet med de andre enheter som har et fagansvar innen HMS-forskriftens virkeområde, samt vernetjenesten, under utarbeidelsen av dette måldokumentet.

Vedtak:

AMU slutter seg til det fremlagte måldokumentet for 2017 med de endringsforslag som ble besluttet i møtet:

- Skriftlig avtale mellom leder og verneombud tas inn i måldokumentet.
- Punktet om utvikling av dialogavtaleverktøyet tas ut av måldokumentet.

Fylkesmannen i Troms og sivilombudsmannen

Tromsø kommune, Byutvikling
Postboks 6900
9299 Tromsø
Att: Kurt Krutnes

Tromsø, 2016-09-21

Vår ref: 520577-01,

PLAN 1725 – ÅSGÅRDMARKA, EIEND. 118/1561 M.FL - KLAGE PÅ KOMMUNESTYRETS VEDTAK AV 31.08.16, SAK 157-16

Vedr. saksnummer 09/873.

Asplan Viak as vil på vegne av grunneier og oppdragsgiver Universitetsykehuset i Nordnorge og Troms fylkeskommune klage på kommunestyrets vedtak om utsettelse av detaljregulering for Åsgårdmarka i møte 31.08.2016 saknr. 157/16:

«Saken utsettes i påvente av behandling av ny KPA og ses i sammenheng med fastsetting av markagrense.

Komiteen ber administrasjonen om å sørge for en helhetlig tilnærming til området sør-vest på Tromsøya, hvor det legges til rette for boligbygging og også areal til ny skole inngår som en del av plangrunnlaget.»

Planforslaget

Planforslaget tilrettelegger for 455 nye boenheter på et attraktivt område sentralt på Tromsøya, noe som er etterspurt av Tromsø kommune. Planforslaget er i tråd med overordna strategi om bærekraftig arealbruk og fortetting i sentrale strøk og langs kollektivforbindelser. Området er tilrettelagt med store grøntområder mellom boligene, god tilgang til marka og barnehage innenfor planområdet. Planen tilrettelegger for god bokvalitet. Planen ligger inntil markagrensa, men går ikke inn i selve marka.

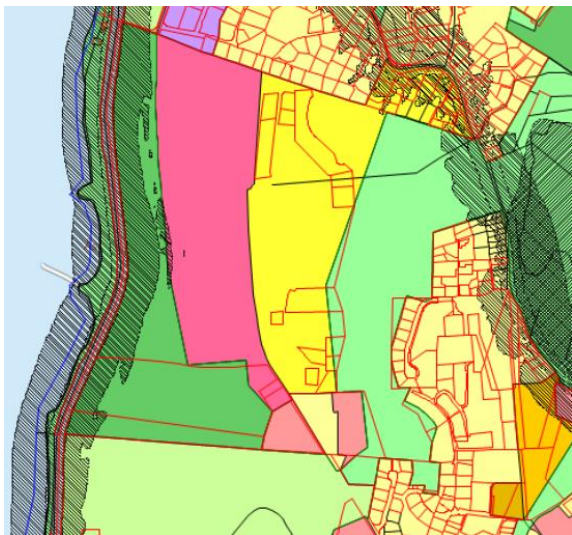
Prosess

Planarbeidet har gått over svært lang tid, siden 2009, er grundig gjennomarbeidet gjennom flere faser, og er utarbeidet i nært samarbeid med planmyndigheten i Tromsø kommune.

Planforslaget er i tråd med forutsetninger og innspill fra planmyndigheten og fra øvrige overordna myndigheter. Det har vært tett dialog med Avinor og Fylkesmannen, og det er gjort egne omfattende utredninger vedrørende restriksjoner i forhold til flyplassen og støy etter krav fra myndighetene. Dette har vært en både kostnadskrevende, tidskrevende og dessverre også nå en uforutsigbar planprosess.

Planen er i tråd med kommunens vedtatte overordna planer

Planen er i tråd med gjeldende kommuneplans arealdel (KPA) og forslag til arealdel som var vedtatt av k-styret høst -15, og nå opphevet. Planområdet er avsatt til fremtidig boligbebyggelse i både gjeldende og i forslag til ny KPA fra 26.08.2016. Så vidt vi vet er det ikke gjort justeringer av markagrensa i revidert forslag til KPA, som skal behandles i oktober -16.



Gjeldende KPA

Forslag til KPA 26.08.15

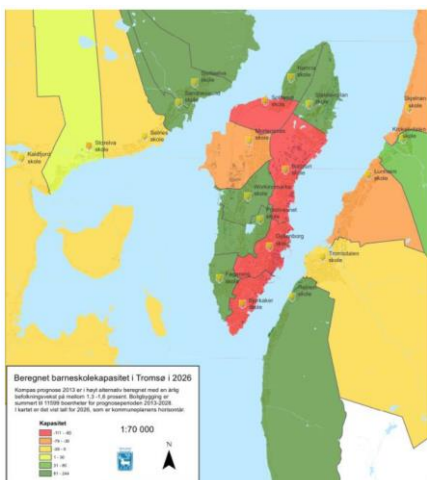
Markagrensen

Planen forholder seg til vedtatt markagrense i både gjeldende og forslag til ny plan. Planforslaget avgrenses langs markagrensen og det er ikke foreslått ny bebyggelse eller andre tiltak i marka. Så vidt vi vet er det i ny KPA, som skal behandles i oktober-16, ikke lagt opp til justering av markagrensa. Dersom kommunen skal gjennomføre et nytt arbeid med å gå opp markagrensa på nytt, vil dette være et stort arbeid som må gå over tid. Alle tilgrensende arealer, som tidligere har vært avsatt til byggeformål i KPA, må i så fall båndlegges i ny KPA i påvente av ny plan for marka.

Skolekapasitet

Planen er i tråd med utredning om skolestruktur i kommuneplanens samfunnsdelen, vedtatt i kommunestyret 26.08.15.

I følge Kommuneplanens samfunnsdel 2012-2026 må boligbyggingen skje på en slik måte at det ikke er behov for bygging av nye barneskoler i kommuneplanperioden. Beregnet barneskolekapasitet i Tromsø i 2026 framgår av planen.



Beregnet barneskolekapasitet i Tromsø i 2026 jf kommuneplanens samfunnsdel 2012-2026

Planens forslag til strategi og tiltak, viser at verken Workinnmarka eller Fagereng skolekrets er pekt ut som områder hvor det er behov for tiltak i perioden 2015 til 2026.

Strategier og tiltak:

1. Skolekretsendringer vil bli brukt som kapasitetsøkende strategi.
2. Ut fra forventet boligutbygging og barnetallsvekst må det først sikres kapasitetsøkende tiltak ved barneskolene Solneset, Borgtun, Gyllenborg, Prestvannet og Bjerkaker og ved Kvaløysletta ungdomsskole.
3. Boligbyggingen må skje på en slik måte at det ikke er behov for bygging av nye barneskoler i kommuneplanperioden.
4. I distriktene prioriteres bygging av ny skole på Brensholmen og utvidelse av arealene på Ersfjordbotn skole.

I følge planen fremgår det at i utbyggingspolitikken er optimal utnyttelse av eksisterende skolekapasitet og annen infrastruktur viktig for å hindre kostbare investeringer. Det stilles spørsmål om hvordan boligbyggingen kan skyte fart i områder der skolekapasiteten er god og det er areal som er ferdig regulert til boligformål. Tromsø kommune vil konsentrere byveksten rundt knutepunkter der infrastrukturen er på plass.

Åsgårdmarka er et slikt område, hvor det både er skolekapasitet på to nærliggende skoler (Workinnmarka skole og Fagereng skole), området ligger i gangavstand fra sentrum og langs eksisterende busstrasé, og det finnes en ferdig utarbeidet reguleringsplan. Planområdet omfatter svært bratt terreng, og er derfor ikke egnet til skoleformål. Det er derfor uforståelig at forslag til detaljregulering stoppes med en slik begrunnelse.

Planstrategi 2016-2019:

Følgende utsnitt fra planstrategi 2016-19 beskriver Tromsøs strategi med tanke på boligbygging og befolkningsutvikling:

- Befolkningsutvikling og boligbygging

Tromsø kommune utarbeider befolkningsframskrivninger for å prøve ut ulike alternativer for vekst og boligbyggefördeling. Resultatvurderingene skal vise mulige konsekvenser på sosial og teknisk infrastruktur i byområdet. Det er et viktig styringsgrunnlag i annet planarbeid og ikke minst for å koble langsiktige utfordringer mot ressursfordelingen i økonomiplanen. Ny framskrivning er under arbeid og ventes ferdig i løpet av våren 2016.

Spørsmål om ny skole i dette området har ikke på noe tidspunkt vært tatt opp av kommunen i forbindelse med denne saken.

Forutsigbarhet i kommunens planbehandling

Tromsø kommune har uttrykt en målsetning om å være forutsigbar og framtidsrettet når det gjelder utvikling av byen. De byene i Norge som lykkes med dette for tiden, for eksempel Bodø og Drammen, kjennetegnes med at de har tydelige overordna planer som følges opp over tid, både administrativt og politisk på tvers av styresett og partier. Dette gir en forutsigbar situasjon for utbyggere, og det er mulig å få til nye grep som virkelig kan løfte byen.

Slik vi ser det gjør Tromsø kommune det stikk motsatte i denne saken.

Konklusjon

Planarbeidet har allerede tatt uforholdsmessig lang tid, bla. pga. avklaringer med overordna myndigheter. Planbehandlingen i Tromsø kommune framstår som uforutsigbar når en plan som følger alle overordna planer og vedtak, og utarbeides i tett dialog med Byutvikling, likevel stoppes i sluttbehandlingen med helt ny og uforståelig begrunnelse i strid med overordna planer og vedtak.

Universitetssykehuset i Nord-Norge og Troms fylkeskommune har hatt en velbegrunnet forventning om at planen ville blitt vedtatt, ettersom planen er i tråd med overordna planer og man har fulgt alle kommunens råd gjennom hele planprosessen. Innstillingen fra administrasjonen til politisk behandling var positiv.

Det klages med denne begrunnelsen på kommunestyrets vedtak om utsettelse av saken uten forståelig grunn. Å avslå/ utsette et reguleringsforslag som er i tråd med overordnet plan (KPA) er såpass spesielt at det må gis en god og gjennomarbeidet begrunnelse. Vi mener ikke den her gitte begrunnelse er forståelig eller gjennomarbeidet.

Vi ber om at detaljreguleringen behandles, slik at fortetting med høy bokvalitet kan fortsette på Tromsøya, i tråd med prinsipper om bærekraftig utvikling.

Vennlig hilsen
Asplan Viak AS

Gruppeleder Plan og Analyse
Tlf: 46445370

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresak om Utbyggingsprosjektene til 5.10.2016**

Dato: 23.9.2016

Tidspunkt: 10.30-11.15

Sted: Møterom Biblioteket D1 704

Fra arbeidsgiver

Leif Hovden
Tor Arne Hanssen
Hilde Johannessen

Fra arbeidstakerne

Terje Møien, foretakshovedverneombud
Rune Moe, Fagforbundet
Mai-Britt Martinsen, NSF


Protokollsignering:

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

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
Byggeprosjekter ved UNN – tertialrapport 2	<p><i>Saken var tilsendt i forkant av møtet. Utbyggingssjefen innledet kort til saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av hvor kostnadsøkningen i PET-senterprosjektet hadde oppstått, og stilte spørsmål ved kostnadene knyttet til kulvert, trykkluft og leveranse av reservestrøm.</i></p> <p><i>Det ble i tillegg påpekt som forutsetning at de ekstra påløpte kostnadene løses innenfor P85-grensen, og ikke må resultere i en kostnadmessig belastning for UNNs lokalsykehusfunksjon, men finansieres i et regionalt perspektiv.</i></p> <p><i>Vernetjenesten vektla at HMS-metodikken i utbyggingsprosjektene er undergitt løpende oppmerksomhet fra alle parter side, og at samarbeidet gir god læring i forebygging av ulykker og skader.</i></p>

Tromsø, 23.9.2016


Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV NSF


Rune Moe (s.)
FTV Fagforbundet


Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
85/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	5.10.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Siren Hoven

Oppfølgings sak – Sivilombudsmannens rapport

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner handlingsplanen til oppfølging etter Sivilombudsmannens besøksrapport.
2. Styret vedtar å bruke psykisk helsevernlovens § 4-8a-vedtak om bruk av mekanisk tvang som hovedindikator, og følge antall § 4-8a-vedtak månedlig. Valg av indikator evalueres etter seks måneder, med eventuell endring av indikator ved behov.

Bakgrunn

Sivilombudsmannen gjennomførte varslet besøk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 26.-28.4.2016. I etterkant av besøket har Sivilombudsmannen publisert besøksrapport som gir 32 anbefalinger på 7 områder. Anbefalingene har som målsetting å sikre at lovkrav samt kravene i FNs konvensjon etterleves. Om lag to tredjedeler av anbefalingene omhandler lovmessige forhold, mens de resterende tar for seg fysiske forhold, aktivisering og institusjonskultur.

Styret har behandlet saken på ekstraordinært møte 23.8.2016 (sak 67/2016) og på styremøte 14.9.2016 (sak 73-6/2016). Det vises til saksfremlegget fra styremøtet 23.8.2016 og notat «*Oppfølging av besøksrapport fra sivilombudsmannen*» til styret ved UNN 14.9.2016.

Formål

Hensikten med saken er å få styrets godkjenning av handlingsplanen til oppfølging etter Sivilombudsmannens besøksrapport samt å vedta hovedindikator.

Saksutredning

Innholdet i rapporten er alvorlig og forstås blant annet som uttrykk for at virksomheten ikke i tilfredsstillende grad har klart å ta hensyn til pasientens perspektiv og opplevde erfaringer med, i utformingen av virksomheten.

Psykisk helse- og rusklinikken vil i tiden framover prioritere oppfølgingen av rapportens anbefalinger med rapportering til styret samt åpenhet rundt arbeidet. Arbeidet er omfattende i den forstand at det omfatter mange dimensjoner ved tilbudet: Fysiske forhold, aktivisering, forhold knyttet til bedre ivaretagelse av pasientrettigheter, forhold knyttet til bedre ivaretagelse av elementer i Lov om psykisk helsevern (vedtak, bruk av tvangsmidler og bruk av skjerming), institusjonskultur og større vektlegging av opplevelsese-/erfaringsperspektivet for pasientene.

Arbeidet er sammensatt i den forstand at de nevnte forhold på flere områder henger sammen. Det er særlig grunn til å framheve at begrepet institusjonskultur på mange måter omfatter elementer av samtlige forhold. Arbeidet vil måtte involvere store deler av virksomheten og dens ansatte.

Handlingsplanen er organisert i forhold til følgende områder:

- Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk
- Tiltak i forhold til lovgivning
- Tiltak i forhold til identifisert utfordring beskrevet som skillet mellom personale dag og natt
- Tiltak i forhold til Akuttpost nord
- Tiltak i forhold til ledelse
- Tiltak i forhold til pasienthendelser
- Institusjonskultur som grunnlag for pasientperspektiv
- Tiltak i forhold til fysiske forhold og aktivisering
- Indikator for monitorering av tvungent psykisk helsevern

Gjennom planen knyttes konkrete tiltak til Sivilombudsmannens anbefalinger. Tiltakene har tilhørende ansvarsklargjøring og tidsfrister med angivelse av milepæler. I forhold til oppfølging av tiltak er det lagt til rette for en oversiktlig fremstilling av framdrift som vil være løpende oppdatert for rapportering.

Når det gjelder innføring av en hovedindikator for bruk av tvang i psykisk helsevern, er det vurdert som metodisk vanskelig å utvikle en indikator som dekker hele bredden i bruken av tvang. Klinikksjefen foreslår etter en helhetlig vurdering at antall § 4.8a-vedtak per måned rapporteres som hovedindikator til styret. Denne indikatoren gir et bilde av hvor hyppig de alvorligste tvangstiltakene, nemlig bruk av mekaniske tvangsmidler, forekommer. Det foreligger gode rutiner for registrering av disse vedtakene, og dermed grunn til å tro at man vil kunne rapportere data av høy kvalitet. Det er imidlertid en svakhet at én enkeltstående indikator ikke gir et helhetlig bilde. For eksempel fremkommer ikke informasjon om varigheten av tvangsmiddelbruken gjennom denne indikatoren. Indikatoren vurderes likevel som velegnet siden det er et uttalt mål at bruken av mekaniske tvangsmidler skal reduseres.

Internt i klinikken vil det bli brukt et bredere utvalg indikatorer for å fremskaffe en mer helhetlig oversikt, som redegjort for i notatet til styret i forrige møte.

Medvirkning

Styresaken og handlingsplanen har av tidsmessige årsaker foreløpig ikke vært drøftet formelt med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i henhold til vanlig prosedyre. Ledelsen ved Psykisk helse- og rusklinikken har gjennomført flere informasjons- og innspillmøter med ansatte, etter at innholdet i rapporten ble kjent. Besøksrapporten er presentert i KVAM-utvalget og på klinikkens dialogmøte med de tillitsvalgte. Det planlegges tilsvarende møter med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten i forhold til handlingsplanen i de kommende uker.

Vurdering

Det har vært gjennomført en omfattende prosess i forhold til arbeidet med handlingsplanen som har involvert en rekke ledere, ansatte, erfaringskonsulent, bruker/interesseorganisasjoner samt pasienter og pårørende. Den foreslåtte handlingsplanen er utarbeidet på bakgrunn av dette arbeidet.

I forslag til handlingsplan ligger både kortsiktige og langsiktige tiltak i henhold til de ulike områdene. Som det fremkommer i handlingsplanen er anbefalingene fra Sivilombudsmannen gruppert i ulike innsatsområder, som totalt sett ivaretar alle foreslåtte områder i besøksrapporten. Samtidig ser direktøren behov for ytterligere arbeid innenfor områder der det ikke er gitt konkrete anbefalinger fra Sivilombudsmannen. Dette er gjenspeilet i forslag til handlingsplan.

Direktøren deler klinikk sjefens vurdering når det gjelder forslag til hovedindikator som styret kan bruke til å følge utviklingen.

Direktøren ønsker å komme tilbake med konkrete forslag til evaluering og etterlevelse av gjennomføring av planen samt effekt av tiltakene på et senere styremøte. Dette vil kunne gjøres gjennom intern revisjon og utvikling av måleparametere samt bruker/tilfredshetsundersøkelser.

Konklusjon

Sivilombudsmannens besøksrapport har lagt grunnlag for den foreslåtte handlingsplanen og forslag om hovedindikator. Handlingsplanen har omfattende tiltak på en rekke områder. Direktøren vil i tiden framover prioritere oppfølgingen av rapportens anbefalinger med månedlig rapportering til styret samt åpenhet rundt arbeidet.

Direktøren foreslår at styret godkjenner handlingsplanen til oppfølging av Sivilombudsmannens besøksrapport og § 4-8 a som styrets hovedindikator.

Tromsø, 30.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger

Handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger

1. *Anbefalinger i Sivilombudsmannens rapport*

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkte Psykiatrisk avdeling 26-28 april 2016. Etter besøket har Sivilombudsmannen gjennom sin besøksrapport gitt 32 anbefalinger. Av disse er det 2 som gjelder Kontrollkommisjonen. 14 av punktene angår i hovedsak de vedtaksansvarlige og praksis knyttet til lovgivning. Særlig fokusert er vedtakspraksis, klagerettigheter samt informasjon til pasienter og pårørende.

Det er gitt anbefalinger på følgende områder:

- A. *Fysiske forhold*
- B. *Aktivering av pasienter*
- C. *Pasientrettigheter*
- D. *Bruk av tvungent psykisk helsevern*
- E. *Bruk av tvangsmidler*
- F. *Bruk av skjerming*
- G. *Institusjonskultur*

A Fysiske forhold (punkt 1-2)

1. Sykehuset bør sikre at de fysiske forholdene ved seksjon for akuttpsykiatri legger til rette for helsefremmende terapeutiske tiltak og forebygger umenneskelig behandling.
2. Alle pasienter bør umiddelbart sikres mulighet for lysavskjerming om natten.

B Aktivering av pasienter (punkt 3-5)

3. Sykehuset bør forbedre mulighetene for meningsfulle aktiviteter for sine pasienter.
4. Sykehuset bør satse på forbedring av miljøterapeutiske tiltak i akuttpsykiatrisk seksjon.
5. Sykehuset bør sikre at pasienter ved klinikken får tilgang til daglig friluft og daglig fysisk aktivitet.

C Pasientsikkerhet (punkt 6-12)

6. Pasienter bør alltid få muntlig og skriftlig informasjon om tvangsvedtak samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet). Pasienten bør som hovedregel ikke måtte be om journalinnsyn eller selv logge seg inn i elektronisk journal for å motta informasjon om hvorfor et tvangsvedtak er fattet.
7. Vedtak og journalnotater bør inneholde konkret og detaljert informasjon om begrunnelsen for tvangsmiddelbruk og bør også inneholde informasjon om forsøk på bruk av lempelige midler
8. Kontrollkommisjonen bør spørre pasienten direkte om de ønsker å snakke med kommisjonen.
9. Seksjonene bør sikre at informasjonen om Kontrollkommisjonen, Fylkesmannen og Sivilombudsmannen alltid er synlig og lett tilgjengelig for pasienter.
10. Sykehuset bør sørge for å ha rutiner som sikrer at skade på pasienter alltid meldes internt og at meldeplikt overfor Helsedirektoratet og Helsetilsynet overholdes.
11. Sykehuset bør ha rutiner som sikrer at behandlingsansvarlig helsepersonell har ansvar for oppfølging av pasientskader.
12. Sykehuset bør sørge for at kontrollkommisjonen blir opplyst om avvik og pasientskader.

D Bruk av tvungent psykisk helsevern (punkt 13)

13. Sykehuset bør sørge for at det finnes rutiner som sikrer at det aldri fattes vedtak om tvunget psykisk helsevern uten at det er dokumentert at lovens hovedvilkår er oppfylt

E Bruk av tvangsmidler (punkt 14 – 25)

14. Sykehuset bør sørge for at det finnes rutiner som sikrer at det alltid fattes vedtak ved bruk av tvangsmidler.
15. Det bør sikres at alle som har vakt med ansvar for vedtak er klar over hvem som skal føre vedtak i journal.
16. Det bør sikres at vedtak om tvangsmiddelbruk opphører så snart faren for skade ikke lenger er til stede og at det aldri fattes vedtak om tvangsmiddelbruk på grunnlag av tidligere vurderinger.

17. Det bør sikres at det alltid fattes vedtak for kortvarig fastholding.
18. Bruk av tvangsmidler etter pasientenes ønsker bør ikke finne sted med mindre lovens vilkår er oppfylt.
19. Tvangsmidler skal brukes på en så skånsom og respektfull måte som mulig.
20. Klinikken bør sørge for opplæring og regelmessig trening på utførelse av bruk av tvangsmidler. Opplæringen bør også inkludere forståelse av hvordan pasienten kan oppleve tvang.
21. Nærmeste pårørende bør informeres umiddelbart om bruk av tvangsmidler, med mindre pasienten motsetter seg dette. Sykehuset bør sørge for at det utvikles rutiner for dette som følges på samtlige enheter.
22. Pasienten bør få tilbud om ettersamtale i forbindelse med tvangshendelsen.
23. Sykehuset bør forbedre dokumentasjonen i tvangsprotokollene slik at det alltid omfatter pasientens navn og fødselsnummer, klokkeslett for begynnelse og slutt av tvangstiltak, begrunnelse for tvangsvedtak, navn på både vakthavende lege og den som er faglig ansvarlig for tvangsvedtak og registrering av skader på pasient eller ansatte.
24. Pasienter bør ha anledning til å vedlegge kommentarer til tvangsprotokollen, og de bør ha rett til innsyn i tvangsprotokollen som gjelder deres hendelse.
25. Kontrollkommisjonen bør sikre at den ikke signerer mangelfulle tvangsprotokoller.

F Skjerming (punkt 26-30)

26. Det bør sikres at vedtak om skjerming er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger av vedtaksansvarlig.
27. Sykehuset bør legge til rette for at også pasienter som er skjermet jevnlig kan komme ut i friluft.
28. Belteseng bør ikke plasseres i skjermingsenheten.
29. Det bør sikres at skjerming ikke medfører isolasjon og at skjermingspasienter ikke holdes adskilt fra personellet som deltar i gjennomføring av skjerming. Pasienten bør derfor ikke være alene i skjermingsenheten mens ansatte oppholder seg i korridoren på den andre siden av en lukket dør.

30. Dersom pasientens helsetilstand er slik at vedkommende ikke kan motta vedtaket i det øyeblikket vedtaket fattes, bør pasienten informeres igjen når vedkommende er bedre i stand til å motta og forstå informasjon.

G Institusjonskultur (punkt 31 og 32)

31. Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akuttpsykiatrisk seksjon. Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes for å sikre dette ved akuttpost Nord.

32. Sykehuset bør sørge for enhetlige rutiner for ivaretagelse av ansatte etter alvorlige hendelser.

2. Planens oppbygning

Handlingsplanen er organisert i forhold til følgende områder:

- Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk
- Tiltak i forhold til lovgivning
- Tiltak i forhold til identifisert utfordring beskrevet som skillet mellom personale dag og natt
- Tiltak i forhold til Akuttpost nord
- Tiltak i forhold til ledelse
- Tiltak i forhold til pasienthendelser
- Institusjonskultur som grunnlag for pasientperspektiv
- Tiltak i forhold til fysiske forhold og aktivisering
- Indikatorer for monitorering av tvungent psykisk helsevern


3. Handlingsplan

Gjennom planen knyttes konkrete tiltak til Sivilombudsmannens anbefalinger.

Tiltakene har tilhørende ansvarsklargjøring og tidsfrister med angivelse av milepæler. I forhold til oppfølging av tiltak legges det til rette for en oversiktlig fremstilling av framdrift som vil være løpende oppdatert for rapportering.

3.1 Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk

Anbefalinger: 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24 og 28

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrister	Status
1. Arbeid omkring det som skjer i situasjonene hvor det blir brukt tvangsmidler.	1. Etablere arbeidsgruppe som skal se på det som skjer i og rundt hendelsene hvor det blir brukt tvangsmidler. Herunder vurdere alternativer til tvang og bruk av lempelige midler.	Fagutviklings-enhet rus og psykiatri (FUE)	1.11.16 - 1.4.17	1. Ikke igangsatt
2. Systematisk opplæring i forståelse og mestring av aggresjon.	2. Etablere FMA ressursgruppe bestående av bl.a. representanter fra sikkerhet og akuttpsykiatri. Opplæringen skal skje med hjelp av interne og eksterne ressurser. Få på plass instruktøropplæring.	FUE	1.11.16 - 1.11.17	2. Forespørsel om oppnevning av deltakere til ressursgruppe sendt 21.9-16.
3. Bestemmelser i Psykisk helsevernloven tematiseres til de vedtaksansvarlige på deres møter høsten 2016.	3. Gjennomgått på møte 20.9.16. Følges videre opp på vedtaksansvarlig møtene høsten 16. Lage instruks i forhold til dette.	FUE	1.12.16	3. Påbegynt. Etter møtene må behov for skriftlig instruks vurderes.  Referat fra møte om FMA 070916.docx
4. Systematisk opplæring av miljøpersonalet i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften.	4. Internundervisning gjennomføres ved alle enheter i akuttpsykiatrisk seksjon.	FUE	1.1.17	4. Påbegynt. Er gjennomført to runder på akuttpost Nord pr 20.9.16.

<p>5. Systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</p>	<p>5. Etablering av arbeidsgruppe som får på plass systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</p> <p>Gjennomføre internkontroll/ revisjon i forhold til dette.</p> <p>Ettersamtale bør være eget notat i DIPS og ikke frase for at etterprøvbareheten skal være best mulig.</p>	<p>FUE</p>	<p>1.11.16 - 1.10.17</p>	<p>5. Ikke igangsatt.</p> <p>Helse Bergen har laget ulike dokumenter som beskriver innholdet i ettersamtale. Vurdere å ta disse i bruk eller justere dem.</p> <p>Dette tas med journalgruppa. Læringsnettverket kobles på.</p> <p>Viktig at de som allerede er i gang med ettersamtale fortsetter med dette uavhengig av denne prosessen.</p>
---	--	------------	------------------------------	---

3.2 Tiltak i forhold til lovgivning

Anbefalinger: 13, 15, 26, 27, 29 og 30

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjelder presiseringer omkring lovgiving som ikke omhandler bruk av tvangsmidler.	Alle punkter i forhold til lovgiving tas opp på felles vedtaksansvarlig møtene høsten 2016.	FUE	1.12.16	Påbegynt. Er begynt gjennomgått som planlagt på vedtaksansvarlig møte 20.9.16. Følges videre opp på neste vedtaksansvarlig møtene.
	Vedtaksansvarlig møtet skal se nærmere på punktene som omhandler forholdet mellom isolasjon og skjerming samt kortvarig fastholding. Utarbeide prosedyre ved behov.	FUE	1.12.16	
	Vurdere behovet for egen instruks med presiseringer av lovverket.	Klinikksjef	1.12.16	
	Seminar med professor Aslak Syse rundt bestillinger i forhold til aktuelle juridiske problemstillinger	Klinikksjef	09.03.17	Dato for seminar avtalt.

3.3 Tiltak i forhold til identifisert utfordring beskrevet som skillet mellom personale på personale dag og natt

Anbefalinger: 31 og 32.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Redusere skillet mellom personale dag-natt som påpekt (rapportens s. 37). Oppfølging av konkrete forslag.	<p>Etablering av arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, vernetjeneste og ledelse med mandat å foreslå konkrete forslag m.h.t. endringer i skillet mellom personalet på dag og natt.</p> <p>Drøftingsmøte med tillitsvalgte planlagt medio oktober.</p>	<p>Avdelingsleder Psykiatrisk avdeling med bistand fra Personal og organisasjon</p>	1.11.16	<p>Påbegynt. 3 møter er gjennomført og ytterligere 1 møte er planlagt.</p> <p>Iverksettelse i.h.t. gjeldende regelverk og avtaler i UNN.</p>

3.4 Tiltak i forhold til Akuttpost nord

Anbefaling: 2,3,4,5, 28 og 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.</p> <p>Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes ved akuttpost Nord (anbefaling 31)</p>	Vurdere om de generelle tiltakene i handlingsplanen er tilfredsstillende også for Akuttpost nord	Klinikksjef	1.1.17	Fortløpende vurdering.
	Nedsette arbeidsgruppe på Akuttpost nord som vurderer behov for interne tiltak	FUE/Avd.leder Psyk. avdeling	15.11.16	
	Arrangere postseminar for Akuttpost nord 1. halvår 2017 som tar utgangspunkt i besøksrapport, handlingsplan, føringer om utvikling og arbeidsgruppens anbefalinger.	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/ seksjonsleder	1.6.17	
	Terma kurs for Akuttpost nord 11-15.12. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon og de andre akuttpostene får to plasser hver på kurset. Kurset evalueres via questback samt dialog med deltagerne.	FUE	1.1.17	Avtale med Terma programmet om gjennomføring av kurs er inngått.
	Systematisk bruk av etisk refleksjon rundt egen virksomhet igangsettes.	FUE/Avd. leder	1.11.16	
	Systematisk undervisning i Psykisk helsevernloven sett i lys av Sivilombudsmannens rapport.	FUE	1.11.16	Påbegynt. To runder med undervisning om Psykisk helsevernloven sett i lys av Sivilombudsmannens rapport er gjennomført pr 15.9.16.
	Systematisk undervisning i helsepersonell loven og pasient- og brukerrettighetsloven.	FUE	1.3.17	



3.5 Tiltak i forhold til ledelse

Anbefalinger: 31 og 32

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Lederoppgavene sett i lys av de foreliggende oppgaver og utfordringer er gitt, og vil også fremover bli gitt særskilt oppmerksomhet.	Samtaler med aktuelle ledere i akuttpsykiatrisk seksjon. Viktige tema vil være behov for lederstøtte, kompetanseheving samt motivasjon for- og oppfølging av de prioriterte utfordringene	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/Personal og organisasjon	1.11.16	Igangsett. Første samtaler er gjennomført. Det er behov for noen oppfølgingsamtaler.
Det prioriterte endringsarbeidet må gjenspeiles hos ledere på alle nivå	Personal- og organisasjon lager questback undersøkelse som sendes til alle ledere i klinikken vedrørende hva slags utdanning og kurs de har i forhold til ledelse/hvilke kurs de har behov for.	Personal og organisasjon	Questback innen 1.11.16	Personal og organisasjon har tatt oppgaven.
	På bakgrunn av dette arbeidet skal det tilbys kurs på de områder hvor det er behov.	Klinikksjef/Personal og organisasjon	Kurstilbud gis innen 1.10.17	

3.6 Tiltak i forhold til pasienthendelser

Anbefalinger: 10, 11 og 12

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Utarbeide delplaner i forhold til pasienthendelser. To områder er avgrenset for spesiell oppfølging:				Referat fra møte 19.9.16  Møteoppsummering alvorlige hendelse
1. Melding av pasienthendelser	Systematisk opplæring i bruk av Docmap. Superbrukere må også benyttes her.	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.12.16	Forslag til delplan er utarbeidet. 
2. Lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser.	Utarbeide forslag til delplan for lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser.	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.10.16	Forslag til handlingsplan uheld
Dialog med tilsynsmyndighet, kontrollkommisjon og Pasient- og brukerombud.	Dialog med kontrollkommisjonen om hvordan rapporteringen om avvik og pasientskader skal foregå.	Klinikksjef	1.11.16	Dialog innledet.
	Dialog med Fylkesmannen om at årlig samarbeidsmøte skal ha besøksrapporten som tema	Klinikksjef	1.11.16	
	Dialog med Pasient- og brukerombudet om samarbeidsmøte med besøksrapporten som tema	Klinikksjef	1.11.16	

3.7 **Institusjonskultur som grunnlag for ivaretagelse av pasientperspektivet**

Anbefaling: 9, 21, 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Sørge for at informasjonsmateriell med klageinformasjon utdeles rutinemessig som forutsetning for å oppfylle pasientrettigheter og ivareta rettssikkerheten.	Sørge for at slik informasjon alltid forefinnes. Biblioteket sørger for å bestille og lagre slike brosjyrer mm. Informasjon om klagerett og tilhørende skjema lagt ut på UNNs internett.	FUE	1.10.16	Informasjonsmøte for brukere og pårørende og organisasjoner 19.9-16. Skriv med klageinformasjon og plakater til oppslag er utarbeidet og distribuert. Gjennomført
Gjennomgang av samarbeidet med bruker/ interesseorganisasjonene og Bikuben.	Vurdere å etablere faste dialogmøter med bruker/interesseorganisasjoner, pårørende og brukere.	Klinikkssjef	1.1.17	
Vurdere videre behov for erfaringskonsulenter.	Opprette 50% stilling som erfaringskonsulent ved psykiatrisk avdeling. Vurdere videre tilførsel.	Klinikkssjef	1.12.16	Påbegynt
Vurdere gjennomføring av systematisk innhenting av brukererfaringer.	Systematiske tilfredshets/brukerundersøkelser.	FUE		Løsninger og teknologi må avklares.
Systematisk bruk av etisk refleksjon.	Arbeid pågår i samarbeid med senter for medisinsk etikk, UIO	Seksjonsledere/FUE	15.09.16	Påbegynt
Sikre delaktighet i egen behandling	Pasienter skal tas aktivt med i behandlingsplanlegging og utforming av behandlingsplan.	Klinikkssjef		Avklare rammer og forutsetninger.


3.8 Tiltak i forhold til fysiske forhold og aktivisering

Anbefalinger: 1, 3, 4 og 5

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjennomgang av bygg 1 og 2 som må skje i tett samarbeid med aktuelle enheter i byggene.	Oppfølging av konkrete forslag til bygningsmessige tiltak.	Drift- og eiendoms-senteret (DES)/ klinikk-sjef	1.12.16	Dialog mellom direktør, klinikk-sjef og DES i saken. Saken gitt høy prioritet.
Pasientens behandlingsplan skal inneholde informasjon om aktiviteter.	Nedsette arbeidsgruppe som ser på videreutvikling av aktivitetstilbudet.	Klinikk-sjef/Kulturavd.	1.12.17	
Aktivitet må sees som en del av og grunnlag for det terapeutiske arbeidet.	Videreutvikle undervisningstilbudet i miljøterapi.	FUE	1.6.17	
	Forskningsprosjekt om implementering av psykose veilederen gir implementeringsstøtte i f.h.t. fysisk helse/aktivitet.	Forskningsprosjekt	Prosjektperiode 2016-18	Påbegynt

3.9 Indikatorer for monitorering av tvungent psykisk helsevern

Dette er bestilling fra styret.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Det foreslås å bruke § 4-8a Vedtak om bruk av mekanisk tvang som indikator. Det vil si å følge antall § 4-8a vedtak måned for måned.</p> <p>Evalueres etter 6 måneder, med eventuell endring av indikatorvalg ved behov</p> <p>Utvikle indikatorsystemet til internt bruk</p>	<p>Se notat med vedrørende mulige indikatorer for tvang i psykisk helsevern.</p>	Klinikksjef	1.12.16	 <p>Til pkt 4 UNN tvang.docx</p> <p>Notat om indikatorer.</p>
	<p>Videreutvikle LIS til å kunne benyttes til tettere monitorering av tvungent psykisk helsevern, eventuelt utvikle eget internt målekort</p>	Klinikksjef	1.12.16	



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
86/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	5.10.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Leif Hovden

Møte- og årsplan 2017 for styret ved UNN - justering

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar følgende justerte møteplan for 2017:

Møter/ seminarer	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli/ Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Styremøter		8.	28.-29.	27.		1.+ 21.		14.	4.	15.	14.
Styreseminar UNN						20.				14.	
Helsefak/ UNN				28.							
Regionalt seminar			29.-30.						25.-26.		

2. Styret godkjenner følgende justerte *årsplan 2017* i tråd med krav i styreinstruksen for UNN:

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Evalueringsrapport av styrets arbeid, styrets dialogavtale med direktøren og oppdragsdokumentet for 2017.	Tromsø	onsdag 8.2.2017
Årsregnskap, årlig melding, investeringer og UNNs tilbakemelding på RHFes Plan 2018-2021.	Bodø	tirsdag 28.3. (etterm.) og onsdag 29.3.2017
Informasjonssikkerhet ved UNN.	Tromsø	torsdag 27.4.2017
Tertialrapport, resultat kvalitet, forberedende virksomhetsplanlegging 2017	Tromsø	torsdag 1.6.2017
Ledelsens gjennomgang	Harstad	onsdag 21.6.2017
Status oppdragsdokument 2017	Tromsø	torsdag 14.9.2017
Tertialrapport, pasientsikkerhet, forberedende langtidsplanlegging 2019-2022	Tromsø	onsdag 4.10.2017
Ledelsens gjennomgang	Svalbard	onsdag 15.11.2017
Virksomhetsplan og budsjett 2017, langtidsplan for UNN 2019-2022	Tromsø	torsdag 14.12.2017

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i styresak 62/2016 møteplanen for 2017, inkludert styrets årsplan. Vedtaket var som følger:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner følgende møteplan for 2017:

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter		8	22 evt. 29	27		1 21			14	4	15	14
Styreseminar						20					14	
Regionalt seminar			29- 30							25- 26		

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

<u>Årsplanens saker</u>	<u>Sted</u>	<u>Møtetidspunkter</u>
Styrets evaluering av egen virksomhet og OD 2017.	Tromsø	Onsdag 8. februar
Årsregnskap, årlig melding og investeringer.	Tromsø/ Bodø	Onsdag 22.el.29. mars
Informasjonssikkerhet. RHF's Plan 2018-2021.	Tromsø	Torsdag 27. april
Første tertialrapport.	Tromsø	Torsdag 1. juni
LGG, forberedende virksomhetsplanlegging 2017.	Harstad	Onsdag 21. juni
Status oppdragsdokument 2017	Tromsø	Torsdag 14. sept.
Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.	Tromsø	Onsdag 4. oktober
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Svalbard	Onsdag 15. november
Virksomhetsplan og budsjett for 2017	Tromsø	Torsdag 14. desember

Styret vedtok 14.9.2016 i styresaken 71/2016 *Virksomhetsplanlegging ved UNN – årshjul*. Behandlingstidspunkter fra denne saken er nå lagt inn i årsplanen for styret. I tillegg er felles styreseminar med UiT/Helsefakultetet lagt til 28.4.2017 (i tilknytning til styremøtet dagen før), etter innspill fra felles ledermøte for Helsefak og UNN.

Tromsø, 30.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
87/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	5.10.2016
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 29.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør