



# INNKALLING

**Styret ved**

**Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Møtetid**

**Onsdag 14. september 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: 14.9.2016  
Tid: 09:00

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 26010 eller til [Nina.Ostli.Johansen@unn.no](mailto: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 68/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

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. Oppfølgings sak – Sivilombudsmannens rapport

### *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.*

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



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
69/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.9.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### **Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtene 22.6.2016 og 23.8.2016**

#### **Innstilling til vedtak**

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

Tromsø, 2.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg;

1. Møteprotokoll fra styremøtet 22.6.2016
2. Møteprotokoll fra styremøtet 23.8.2016



## MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Møtested: UNN Narvik, Peisestua i Søsterveien  
 Dato: 22.6.2016  
 Tid: 09:00-13.30

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
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	
Tove Skjelvik	Medlem	
Vibeke Haukland	<i>Første varamedlem for ansattevalgte medlemmer</i>	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av Brukerutvalget</i>

### Forfall:

Eivind Mikalsen	Medlem
Rune Moe	Medlem

### Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef (styresekretær)
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Arthur Revhaug	klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Bjørn Yngvar Nordvåg	klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Einar Bugge	fag- og forskningssjef
Elin Gullhav	klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Gina M. Johansen	drifts- og eiendomssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Jon Mathisen	klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk
Magnus Hald	klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken
Hege Andersen	rådgiver

## ST 55/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 22.6.2016

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 22.6.2016, med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *fet kursiv*).

<b>Saksnr.</b>	<b>Innhold</b>
ST 55/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 56/2016	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 1.6.2016
ST 57/2016	Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2016
ST 58/2016	Tilsynsrapport - eksterne tilsyn
ST 59/2016	Ledelsens gjennomgang
ST 60/2016	Forberedende virksomhetsplanlegging 2017 og orientering om arbeidet med langtidsplan
ST 61/2016	Kontinuerlig forbedring - tentativ gjennomføringsplan for UNN
ST 62/2016	Møteplan for styremøter 2017
ST 63/2016	Orienteringssaker

#### *Skriftlige orienteringer*

1. Resultatkvalitet
2. Protesekirurgi ved UNN - oppfølgingssak

#### *Muntlige orienteringer*

3. Pasienthistorie
4. Nasjonal helse- og sykehusplan – føringer fra Helse Nord RHF vedrørende oppfølging i UNN
5. Tiltak for å sikre åpen og god dialog i sykehusene – oppfølging av sak 52/2016-3
6. Etablering av felles regional forvaltning av kliniske IKT-systemer i UNN
7. Innføring av nye regionale kliniske IKT-systemer i UNN høsten 2016
8. Evaluering av sykestuene i Nord-Troms
9. Regional plan for geriatri – orientering om endret strategisk tilnærming fra Helse Nord RHF
- 10. Fortsatt godkjenning av røntgenavdeling som utdanningsavdeling**
- 11. Status i lønnsforhandlingene mellom Spekter og Den norske legeforening**

ST 64/2016	Referatsaker
------------	--------------

1. Brev fra Lenvik kommune, vedrørende *Uttalelse som er sendt fra Utvalg for helse- og omsorg i Lenvik kommune om pasienttransport i Midt-Troms*, datert 27.5.2016
2. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 6.6.2016
3. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøtet 22.6.2016, datert 7.6.2016

4. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte 7.6.2016
5. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 8.6.2016
6. Referat Brukerutvalgets møte 15.6.2016
7. Protokoll fra drøftingsmøte 2 med tillitsvalgte og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøtet 22.6.2016, datert 17.6.2016

ST 65/2016                      Eventuelt

### **ST 56/2016 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 1.6.2016**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 22.6.2016**

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 1.6.2016.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 1.6.2016.

### **ST 57/2016 Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2016**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 22.6.2016**

Innstilling til vedtak

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

Direktøren foreslo følgende tilleggspunkt til innstillingen (tilleggspunktet var tilsendt styret i forkant av møtet):

2. *Styret viser til at antall utskrivningsklare pasienter fortsetter å øke, og til orienteringen om at dette nå medfører betydelig risiko knyttet til pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Styret anmoder kommunene, særlig Tromsø og Harstad kommune, om å iverksette strakstiltak for å ta imot sine utskrivningsklare pasienter slik at sommerferiedriften kan gjennomføres forsvarlig.*

Styreleder tok først innstillingen opp til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Deretter tok styreleder opp punkt 2 til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2016* til orientering.
2. Styret viser til at antall utskrivningsklare pasienter fortsetter å øke, og til orienteringen om at dette nå medfører betydelig risiko knyttet til pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Styret anmoder kommunene, særlig Tromsø og Harstad kommune, om å iverksette strakstiltak for å ta imot sine utskrivningsklare pasienter slik at sommerferiedriften kan gjennomføres forsvarlig.

### **ST 58/2016 Tilsynsrapport - eksterne tilsyn**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 22.6.2016**

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 7.3. til og med 30.5.2016 til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 7.3. til og med 30.5.2016 til etterretning.



**ST 59/2016 Ledelsens gjennomgang**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 22.6.2016**

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2016* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Per Erling Dahl foreslo følgende tilleggspunkt til saken:

*Styret er opptatt av smittevernvisitter som virkemiddel i kvalitetssikringsarbeidet, og ber om at det gjennomføres i alle aktuelle avdelinger.*

Styreleder tok først innstillingen opp til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Styreleder tok deretter opp tilleggsforslaget opp til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2016* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.
2. Styret er opptatt av smittevernvisitter som virkemiddel i kvalitetssikringsarbeidet, og ber om at det gjennomføres i alle aktuelle avdelinger.

**ST 60/2016 Forberedende virksomhetsplanlegging 2017 og orientering om arbeid med langtidsplan**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 22.6.2016**

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til direktørens strategi for virksomhetsplanleggingen 2017.
2. Styret er ikke fornøyd med at friske midler fordeles gjennom inntektsmodellen uten at nye vedtatte regionale oppgaver fullfinansieres. Styret viser til tidligere styrevedtak og ber Helse Nord RHF på nytt om å igangsette arbeidet med å revidere den regionale inntektsmodellen.
3. Styret forutsetter at 2017 som konsolideringsår benyttes til å komme tidligere i gang med virksomhetsplanlegging og tiltaksarbeid for 2018, slik det er beskrevet i saken.
4. Styret tar arbeidet med *Langtidsplan 2018-2022* til orientering.

Direktøren trakk innstillingens punkt 2, og foreslo følgende justeringer av punkt 4 (justeringer i *fet kursiv*):

Styret tar *informasjonen om* arbeidet med *Langtidsplan 2018 - 2022* til orientering, *og ber om å få seg forelagt en sak som foreslår metode i dette arbeidet. Styret ber om at saken synliggjør milepæler der styret gis anledning til å gi sine innspill i og føringer for arbeidet.*

Styrerepresentant Jan Terje Nedrejord foreslo følgende tilleggspunkt i saken:

*Styret forutsetter at virksomhets- og langtidsplaner også har fokus på samiske pasienters behov innen spesialisthelsetjenesten.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til direktørens strategi for virksomhetsplanleggingen 2017.
2. *Punkt to ble trukket.*
3. Styret forutsetter at 2017 som konsolideringsår benyttes til å komme tidligere i gang med virksomhetsplanlegging og tiltaksarbeid for 2018, slik det er beskrevet i saken.
4. Styret tar informasjonen om arbeidet med *Langtidsplan 2018 - 2022* til orientering, og ber om å få seg forelagt en sak som foreslår metode i dette arbeidet. Styret ber om at saken synliggjør milepæler der styret gis anledning til å gi sine innspill i og føringer for arbeidet.
5. Styret forutsetter at virksomhets- og langtidsplaner også har fokus på samiske pasienters behov innen spesialisthelsetjenesten.

## ST 61/2016 Kontinuerlig forbedring - tentativ gjennomføringsplan for UNN

### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 22.6.2016

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saken til foreløpig orientering, og støtter hovedinnretningen i gjennomføringsplanen.
2. Styret ber om å få saken framlagt til endelig vedtak i neste styremøte. Styret ber i denne sammenhengen om en risikovurdering av gjennomføringsplanen og en vurdering av eventuelle konsekvenser for styrets arbeid.

Enstemmig vedtatt.

#### Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saken til foreløpig orientering, og støtter hovedinnretningen i gjennomføringsplanen.
2. Styret ber om å få saken framlagt til endelig vedtak i neste styremøte. Styret ber i denne sammenhengen om en risikovurdering av gjennomføringsplanen og en vurdering av eventuelle konsekvenser for styrets arbeid.

## ST 62/2016 Møteplan for styremøter 2017

### Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 22.6.2016

#### Innstilling til vedtak (endringer i *fet kursiv*)

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 <i>evt. 29</i>	27		1 21			14	4	15	14
Styreseminar						20					14	

<b>Regionalt seminar</b>			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	Onsdag 22. /29. mars
Informasjonssikkerhet. RHF's Plan 2018-2021.	Tromsø	<b>Torsdag 27. april</b>
Første tertialrapport.	Tromsø	<b>Torsdag 1. juni</b>
LGG, forberedende virksomhetsplanlegging 2017.	Harstad	Onsdag 21. juni
Status oppdragsdokument 2016	Tromsø	<b>Torsdag 14. sept.</b>
Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.	Tromsø	Onsdag 5. oktober
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Svalbard	Onsdag 16. november
Virksomhetsplan og budsjett for 2017	Tromsø	<b>Torsdag 14. desember</b>

Enstemmig vedtatt.

Vedtatt:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner følgende møteplan for 2017:

<b>Møter</b>	<b>Jan</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Apr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Aug</b>	<b>Sep</b>	<b>Okt</b>	<b>Nov</b>	<b>Des</b>
<b>Styremøter</b>		8	22 evt. 29	27		1 21			14	4	15	14
<b>Styreseminar</b>						20					14	
<b>Regionalt seminar</b>			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	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 2016	Tromsø	Torsdag 14. sept.
Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.	Tromsø	Onsdag 5. oktober
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Svalbard	Onsdag 16. november
Virksomhetsplan og budsjett for 2017	Tromsø	Torsdag 14. desember

## **ST 63/2016 Orienteringssaker**

### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 22.6.2016**

Innstilling til vedtak:

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

#### *Skriftlige orienteringer*

1. Resultatkvalitet
2. Protesekirurgi ved UNN - oppfølgingssak

#### *Muntlige orienteringer*

3. Pasienthistorie
4. Nasjonal helse- og sykehusplan – føringer fra Helse Nord RHF vedrørende oppfølging i UNN
5. Tiltak for å sikre åpen og god dialog i sykehusene – oppfølging av sak 52/2016-3  
- siste del av saken ble lukket i medhold av fvl. § 13.1 – opplysninger som er underlagt taushetsplikt
6. Etablering av felles regional forvaltning av kliniske IKT-systemer i UNN
7. Innføring av nye regionale kliniske IKT-systemer i UNN høsten 2016
8. Evaluering av sykestuene i Nord-Troms
9. Regional plan for geriatri – orientering om endret strategisk tilnærming fra Helse Nord RHF
10. Fortsatt godkjenning av røntgenavdeling som utdanningsavdeling
11. Status i lønnsforhandlingene mellom Spekter og Den norske legeförening

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar orienteringssakene til orientering.

## **ST 64/2016 Referatsaker**

### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 22.6.2016**

1. Brev fra Lenvik kommune, vedrørende *Uttalelse som er sendt fra Utvalg for helse- og omsorg i Lenvik kommune om pasienttransport i Midt-Troms*, datert 27.5.2016

2. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 6.6.2016
3. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøtet 22.6.2016, datert 7.6.2016
4. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte 7.6.2016
5. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 8.6.2016
6. Referat Brukerutvalgets møte 15.6.2016
7. Protokoll fra drøftingsmøte 2 med tillitsvalgte og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøtet 22.6.2016, datert 17.6.2016

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 65/2016 Eventuelt**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 22.6.2016**

Tromsø, 22.6.2016

Jorhill Andreassen (s.)  
styreleder



## MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Møtested: Adm. Møterom/ telefonmøte  
 Dato: 23.8.2016  
 Tid: 18:00-19:50

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

Forfall: Ingen forfall

### Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef ( <i>styrets sekretær</i> )
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Elin Gullhav	klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken
Jon Mathisen	klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk
Siren Hoven	konstituert klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken
Magnus Hald	klinikksjef (i permisjon) Psykisk helse- og rusklinikken
Gry Andersen	klinikksjef Diagnostisk klinikk
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef
Hilde Johannessen	styreassistent

**ST 66/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 23.8.2016**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til ekstraordinært styremøte 23.8.2016.

<b>Saksnr.</b>	<b>Innhold</b>
ST 66/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 67/2016	Oppfølgingssak etter Sivilombudsmannens besøksrapport ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 26.-28.4.2016

**ST 67/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 23.8.2016**

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner saksliste for ekstraordinært styremøte 23.8.2016.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner saksliste for ekstraordinært styremøte 23.8.2016.

**ST 67/2016 Oppfølgingssak etter Sivilombudsmannens besøksrapport ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 26.-28.4.2016**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 23.8.2016**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken til foreløpig orientering.
2. Styret godkjenner direktørens forslag til plan for oppfølging.



3. Styret ber om at det i styremøtene høsten 2016 rutinemessig fremmes en skriftlig orienteringssak om arbeidet med å følge opp anbefalingene som vil komme i Sivilombudsmannens endelige rapport.
4. Styret ønsker å utvikle en hovedindikator som er egnet til å følge utviklingen i bruk av tvang i psykisk helsevern over tid, og ber direktøren fremlegge forslag til en slik indikator i neste styremøte.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken til foreløpig orientering.
2. Styret godkjenner direktørens forslag til plan for oppfølging.
3. Styret ber om at det i styremøtene høsten 2016 rutinemessig fremmes en skriftlig orienteringssak om arbeidet med å følge opp anbefalingene som vil komme i Sivilombudsmannens endelige rapport.
4. Styret ønsker å utvikle en hovedindikator som er egnet til å følge utviklingen i bruk av tvang i psykisk helsevern over tid, og ber direktøren fremlegge forslag til en slik indikator i neste styremøte.

Silsand/ Tromsø, 23.8.2016

Jorhill Andreassen (s.)  
styreleder



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
70/2016	Styret - Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.9.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

### Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2016

#### Innstilling til vedtak

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

#### Bakgrunn

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

#### Formål

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 juli 2016, var 55 (median 39) dager. Dette er 23 dager mindre enn for samme periode i 2015. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 51 (median 38) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet i gjennomsnitt 445 (median 337) dager. Antall pasienter på venteliste ved utgangen av juli var 9 711, noe som er en nedgang på 5 312 pasienter (-35 %) fra året før.

Gjennomsnittlig ventetid for de som fortsatt står på venteliste er 74 dager, en reduksjon på 34 dager sammenlignet med samme tid i 2015 (-31 %). Ved utgangen av juli var det 115 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Sammenlignet med utgangen av juli 2015 er dette en reduksjon på 520 pasienter (-82 %).

Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i juli var 694, en nedgang på 223 (-24 %) fra i fjor. Antall fristbrudd ved utgangen av juli var 75, en reduksjon på 35 (-32 %) sammenlignet med samme tid i 2015.

Andelen epikriser sendt innen syv dager var i juli 72 % og 86 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall pasienter som lå på korridor per dag i juli var 5, mens andelen strykninger av planlagte operasjoner var 4,1 %.

### **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 (+3 %). Antall døgnopphold er høyere enn plan (+1 %), og polikliniske dagbehandlinger er høyere enn plan (+7 %). DRG-aktiviteten er 695 poeng over plan (+2 %) hittil i år.

Antall røntgenundersøkelser er høyere enn plan (+3 %), og 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 (-7 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (-8 %) er lavere enn plan.

Antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet har økt med 71 (+17 %) i juli måned sammenlignet med samme periode i 2015. Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 188 utskrivningsklare døgn (-68 %).

Pasienthotellet hadde i juli 53 % belegg i perioden mandag til og med torsdag, mens andelen av innlagte døgn var 7,1 %.

### **Personal**

Antall månedsverk i juli var 6 706. Dette er en økning på 101 månedsverk sammenlignet med samme måned i fjor. Det ble i juli leid inn 39 sykepleiermånedsverk og 7,7 legemånedsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er redusert med 12,5 månedsverk sammenlignet med samme måned i fjor, mens bruken av innleide leger har økt med 2,3 månedsverk.

Totalt sykefravær ved UNN i juli 2016 er 8,6 %, og høyere enn plantallet på 7,5%. Sykefraværet er på 9,0 % hittil i år. I juli var fraværet 6,7 %.

### **Økonomi**

Regnskapet for juli viser et overskudd på 3,4 mill kr. Det er 0,1 mill kr høyere enn budsjettet, men 4,1 mill kr lavere enn styringsmålet. Akkumulert per juli er det et budsjettavvik på +9,4 mill kr, men 19,8 mill kr lavere enn styringsmålet. For juli er de samlede inntektene 17,3 mill kr lavere enn budsjettet og driftskostnadene er samlet sett 17,0 mill kr lavere enn budsjettet i juli. Finanspostene har et positivt avvik på 0,4 mill kr.

I 2016 er det budsjettet med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I juli er det beregnet en realisert effekt på 13,9 mill kr, tilsvarende en gjennomføringsgrad på 77 %. Til og med juli er gjennomføringsgraden 71 %.

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I juli er det bokført investeringer for 102,8 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 12,7 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 45,2 mill kr. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 18,9 mill kr. UNN har per utgangen av juli en likviditet på 827 mill kr.

## Kommunikasjon

I juli har tematikken om utskrivningsklare pasienter ved Universitetssykehuset Nord-Norge dominert mediebildet. Ved inngangen til ferien var antallet utskrivningsklare pasienter så høyt at Fylkesmannen i Troms uttrykte bekymring for pasientsikkerheten ved UNN. Saken fikk stor oppmerksomhet. TV2 omtaler en sak om en kreftsyk pasient fra Narvik som for noen år siden ikke fikk den behandling hun skulle hatt ved UNN. Pasienten er tilkjent erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning, og UNN beklager at behandlingen ikke har vært som den burde.

## Medvirkning

Saken ble forelagt brukerutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjeneste samt arbeidsmiljøutvalg 29., 30. og 31.8.2016. Protokoll og referat fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styrets møte 14.9.2016.

Arbeidsmiljøutvalget vektla i sin gjennomgang manglende registrering av det arbeidsrelaterte fraværet, og at virksomheten i sterkere grad systematisk må kartlegge og identifisere faktorer som kan føre til slikt fravær. I tillegg var utvalget opptatt av at oppfølgingsarbeidet mellom ledere og medarbeidere måtte styrkes, og at et for sterkt fokus på målstyring innenfor sykefraværsområdet lett kan føre til motsatt effekt enn tiltenkt.

Brukerutvalget uttrykte bekymring for økning i sykefraværet innenfor psykiatriområdet, og betydningen dette kan ha for kvaliteten i pasientbehandlingen. Utvalget var også opptatt av hvordan UNN også inneværende år vil forsterke forebygging av sykehusinfeksjoner.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten støttet direktørens bekymring over antallet utskrivningsklare pasienter, samt arbeidet med å undersøke de interne ventetidene i foretaket. I tillegg var de opptatt av sykefraværsutviklingen sommerstid, herunder andel av tilstedeværelse på jobb og hvorvidt dette påvirker sykefraværsstatistikken.

## Vurdering

Det er positivt at UNN i kreftpakkeforløpsarbeidet totalt sett fortsatt ligger godt over det nasjonale mål for andel av nye kreftpasienter i pakkeforløp, og at det ved siste måling bare er tre forløp med relativt få pasienter som ikke er innenfor nasjonalt måltall på 70 %. Andelen pakkeforløp behandlet innenfor tidsfristen ligger totalt sett innenfor nasjonalt mål, men med større variasjoner forløpene imellom. Det er fortsatt forbedringspotensial for noen kreftformer og det opprettholdes et tydelig lederfokus på gjennomføring av kreftpakkeforløpene. Utviklingen gjennom ferieperioden viser også at det må gjøres et enda bedre planleggingsarbeid for at ferieavviklingen ikke skal medføre redusert måloppnåelse i gjennomføring av pakkeforløpene.

Gjennomsnittlig ventetid i UNN har utviklet seg svært godt i riktig retning det siste året. I lavdriftsperioden i sommerferien utredes og behandles i det vesentlige pasienter med mistenkte eller avklarte alvorlige tilstander. Det er derfor naturlig at gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter er betydelig lavere i juli enn før sommeren. Imidlertid er det en uønsket økning i antall fristbrudd, og en liten økning i antall langtidsventende, i juli. Dette tydeliggjør at planleggingen av ferieavvikling og drift i ferieperioden ikke har vært god nok. Det vil bli arbeidet systematisk med å bedre dette frem mot neste sommerferie. Det er fortsatt både reelle fristbrudd og

feilkodinger blant de registrerte fristbruddene, og det er vedvarende reelle kapasitetsutfordringer innen dagkirurgi og noen hjerteundersøkelser, og det er fortsatt behov for bedret langtidsplanlegging innen noen fagområder.

Direktørens vurdering er likevel at enhetene i foretaket nå gjennomgående har kontroll på sine ventelister for nyhenviste, og at gjennomsnittlig ventetid i UNN vil fortsette å ligge svært nær og mest sannsynlig under nasjonalt krav på 65 dager i de kommende måneder. Det planlegges å dreie oppmerksomheten mer mot ventetiden for pasienter i påbegynte forløp, de såkalte interne ventetidene, til høsten.

Situasjonen ved inngangen til sommerferien med svært høyt antall utskrivningsklare pasienter var særlig bekymringsfull. Fylkesmannens initiativ medførte at det ble satt inn ekstraordinære tiltak i de største kommunene. Dette førte til at antall utskrivningsklare pasienter ble redusert fra 42 til 15 i løpet av 2-3 uker, og har hatt stor betydning for driftssituasjonen i mange sengeposter i UNN gjennom sommerferien. Parallelt med at antall utskrivningsklare ble redusert, har det også vært en klar nedgang i antall korridorpasienter. Dette er utvilsomt bra for kvalitet og pasientsikkerhet, for pasientopplevelse, og for arbeidsmiljøet.

Det totale sykefraværet ved UNN i juli 2016 er på 8,7 %, og er høyere 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. Hittil i år er sykefraværet på klinikknivå relativt stabilt.

Størst andel av sykefraværet er langtidsfravær, og dette samvarierer med det totale sykefraværet. Første kvartal 2016 var langtidsfraværet stabilt på omlag 6,3 %. I juli var fraværet 6,5 %. Korttidsfraværet viser en stabil nedgang så langt i år. Utviklingen innen både korttids- og langtidsfraværet hittil i år er lik utviklingen for samme periode i 2015.

Den økonomiske utviklingen gjennom sommeren har vært omtrent likt utviklingen først halvår. Direktøren er ikke fornøyd med at det økonomiske resultatet er dårligere enn plan. Selv om gjennomføringsgraden for planlagte tiltak er har økt de siste månedene (77 % juli, 71 % akkumulert per juli), forventes det, og stilles krav til klinikkene om ytterligere forbedringer utover høsten. Direktøren følger den økonomiske utviklingen tett og vurderer det fortsatt som realistisk å opprettholde prognose i henhold til resultatmål.

Regnskapet for august vil akkurat være ferdigstilt til styremøtet, og styret vil bli muntlig orientert om økonomisk resultat for august i møtet.

Tromsø, 2.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg: Kvalitets- og virksomhetsrapport for juli 2016

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Kvalitets- og virksomhetsrapport

---

Juli 2016



KVALITET

TRYGGHET

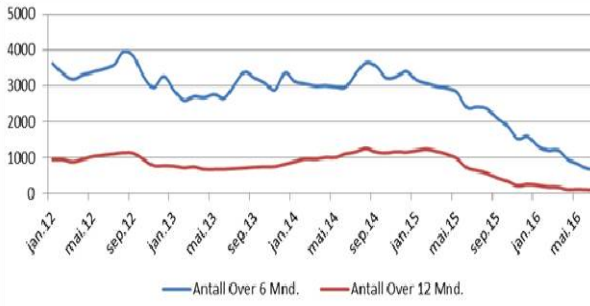
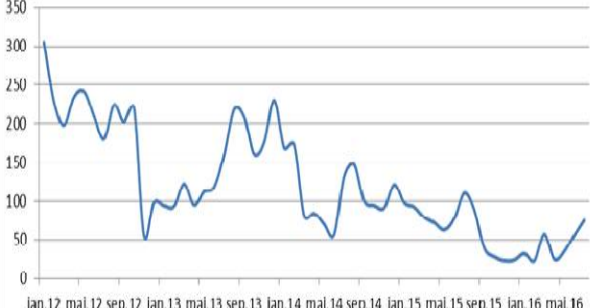
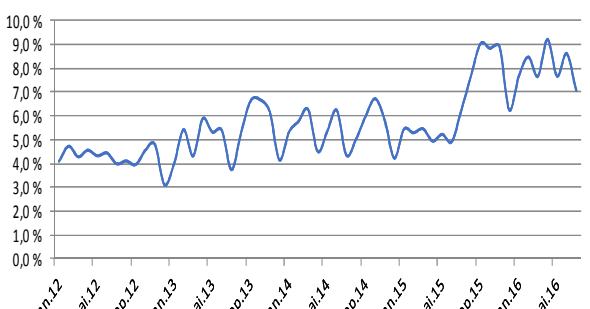
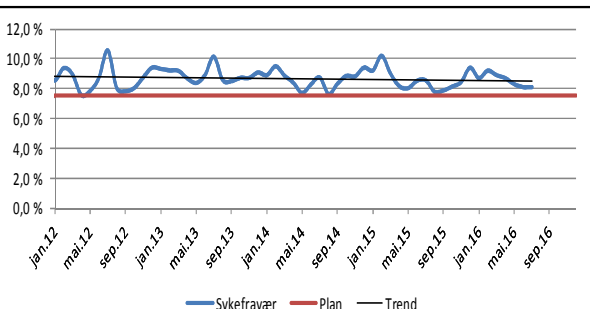
RESPEKT

OMSORG

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	2
Hovedindikatorer UNN HF .....	3
Kvalitet .....	4
Pakkeforløp – kreftbehandling.....	4
Pasientsikkerhetsprogram. ....	6
Ventelister .....	7
Ventetid .....	7
Fristbrudd.....	8
Korridorpasienter .....	12
Strykninger .....	12
Epikrisetid .....	12
Aktivitet.....	13
Somatisk virksomhet .....	13
Psykisk helsevern voksne .....	16
Psykisk helsevern barn og unge.....	17
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	17
Samhandling .....	18
Utskrivningsklare pasienter .....	18
Bruk av pasienthotell .....	20
Personal.....	21
Bemanning .....	21
Sykefravær.....	24
Kommunikasjon .....	26
Sykehuset i media.....	26
Økonomi.....	27
Resultat .....	27
Gjennomføring av tiltak .....	31
Prognose.....	31
Likviditet.....	32
Investeringer.....	33
Byggeprosjekter .....	33

## Hovedindikatorer UNN HF

<p><b>Antall langtidsventende ved utgangen av juli (ventet mer enn 12 måneder)</b></p> <p><b>115</b></p>	
<p><b>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av juli</b></p> <p><b>75</b></p>	
<p><b>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</b></p> <p><b>7,1 %</b></p>	
<p><b>Sykefravær</b></p> <p><b>8,1 %</b></p>	
<p><b>Pakkeforløp – kreft</b></p> <p>Andel i pakkeforløp <b>88%</b></p> <p>Andel innenfor frist <b>71%</b></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 juli 2016

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	301	281	93	70
Hode- halskreft	73	64	87	70
Kronisk lymfatisk leukemi	9	4	44	70
Myelomatose	15	11	73	70
Akutt leukemi	14	8	57	70
Lymfom	86	82	95	70
Bukspyttkjertelkreft	46	42	91	70
Tykk- og endetarmskreft	245	232	94	70
Blærekreft	100	89	89	70
Nyrekreft	62	58	93	70
Prostatakreft	244	186	76	70
Peniskreft	3	3	100	70
Testikkelkreft	27	26	96	70
Livmorkreft	63	52	82	70
Eggstokkreft	42	39	92	70
Livmorhalskreft	36	32	88	70
Hjernekreft	36	27	75	70
Lungekreft	229	209	91	70
Kreft hos barn	9	8	88	70
Kreft i spiserør og magesekk	62	58	93	70
Primær leverkreft	13	12	92	70
Skjoldbruskkjertelkreft	28	24	85	70
Føflekkreft	84	72	85	70
Galleveiskreft	21	12	57	70
<b>Totalt</b>	<b>1848</b>	<b>1631</b>	<b>88</b>	

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

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

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	246	183	74	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	47	44	93	13	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			15	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	55	46	83	19	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	7	6	85	16	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	38	25	65	25	28
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	8	8	100	4	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			2	
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	10	9	90	2	8
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	84	57	67	13	21
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	10	5	50	28	28
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	27	15	55	33	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	4	100	21	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	188	128	68	28	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	2	33	37	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	42	31	73	27	39
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	94	69	73	31	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	12	9	75	24	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	2	66	41	46
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	36	16	44	45	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	4	100	18	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	77	27	35	76	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	71	32	45	42	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	19	10	52	53	66
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	2	1	50	12	37
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	2	1	50	3	31
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	4	44	53	38
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	51	44	86	25	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.	62	54	87	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	10	6	60	30	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	15	12	80	26	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	2	33	32	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	9	8	88	28	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	25	24	96	12	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	5	4	80	16	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	50	36	72	35	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	52	47	90	20	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	71	45	63	30	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	2	1	50	5	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	7	7	100	4	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	13	11	84	27	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	17	15	88	20	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	14	12	85	33	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	3	60	28	39
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	29	13	44	43	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1			36	43
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	93	82	88	14	35
NEVROENDOKRINE SVULSTER	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	2	56
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	8	8	100	22	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	118	89	75	15	22

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

## Pasientsikkerhetsprogram.

### Rapportering av status til pasientsikkerhetsprogrammet

Aktuelle enheter har hittil rapportert på status i pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder ved hjelp av fargekoder:

<b>Innsatsområdet er ikke aktuelt for enheten</b>
<b>Tiltakspakken vært i bruk &gt; 3mnd og evaluert</b>
<b>Tiltakspakken påbegynt</b>
<b>Tiltakspakke ikke innført</b>
<b>Modifisert tiltakspakke aktuelt</b>

Denne rapporteringen er skjønnsmessig og litt lite nyansert. Den regionale kompetansetjenesten for pasientsikkerhet ved Nordlandssykehuset har utarbeidet et dokument for en mer presis rapportering, som vi nå piloterer ved to sengeposter i Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken og ved to enheter ved Operasjon- og intensivklinikken. Når dette verktøyet er tilpasset UNN og tatt i bruk, vil vi utover høsten kunne gi langt bedre rapporter på reell status i gjennomføring av pasientsikkerhetsprogrammet i de ulike enhetene i foretaket.

## Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
<b>Pasienter på venteliste</b>	16 895	15 023	9 711	-5 312	-35
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 684	4 693	9 294	4 601	98
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp *)	12 241	10 330	417	-9 913	-96
...herav med fristbrudd	132	110	75	-35	-32
...herav med ventetid over 365 dager	1 161	635	115	-520	-82
Gjennomsnittlig ventetid dager	125	108	74	-34	-31
<b>Ikke møtt til planlagt avtale</b>	954	917	694	-223	-24

\*) Pasienter henvist før 01.11.15

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
<b>Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år</b>	30 342	30 466	28 619	-1 847	-6
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	13 595	14 416	26 430	12 014	83
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	16 747	16 050	2 189	-13 861	-86
...herav med fristbrudd	827	750	325	-425	-57
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	45	47	92	45	95

\*) Pasienter henvist før 01.11.15

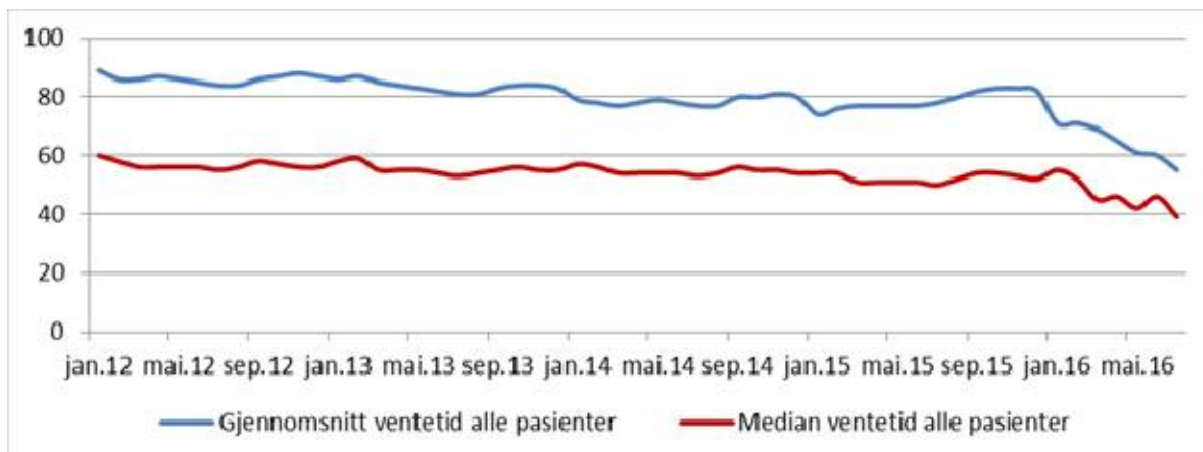
## Ventetid

Tabell 5 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

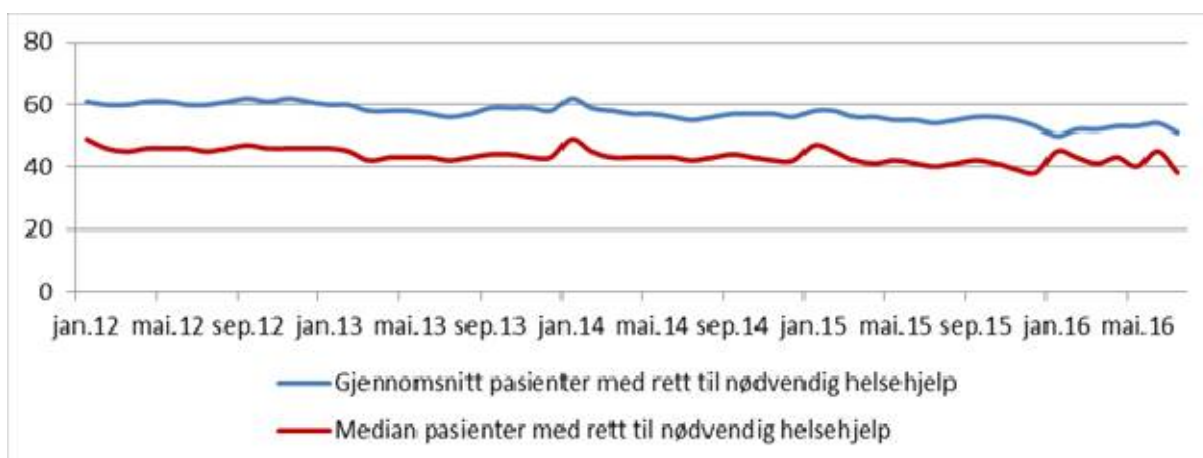
	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
<b>Gjennomsnittlig ventetid i dager</b>	77	78	55	-23	-29
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	55	54	51	-3	-6
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	94	99	445	346	349
<b>Median ventetid i dager</b>	53	50	39	-11	-22
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	42	40	38	-2	-5
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	64	63	337	274	435

\*) Pasienter henvist før 01.11.15

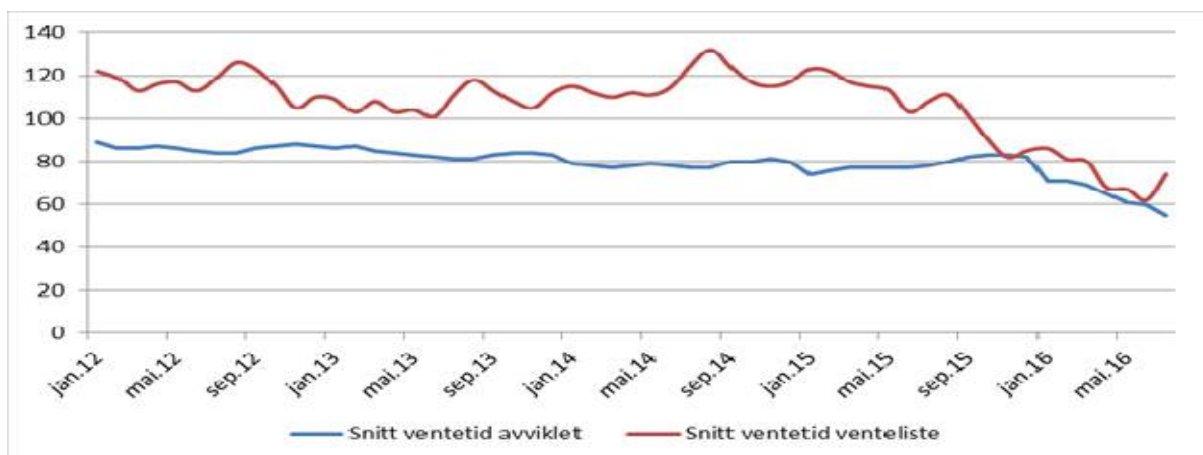
Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



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

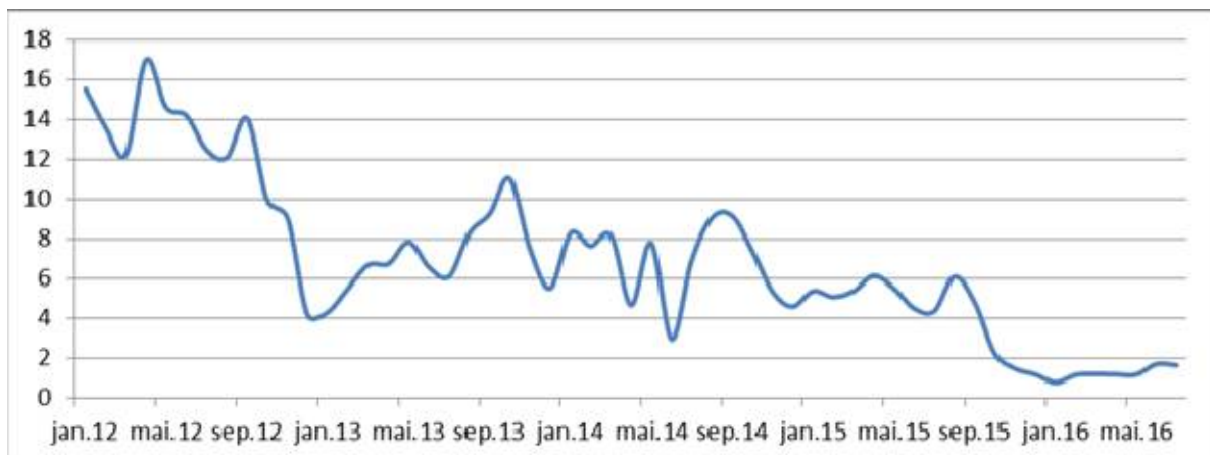


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av juli 2016

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	43	2 039	2
Medisinsk klinikk	7	890	1
Hjerte- og lungeklinikken	13	541	2
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	12	4 849	0
UNN	75	8 319	1

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

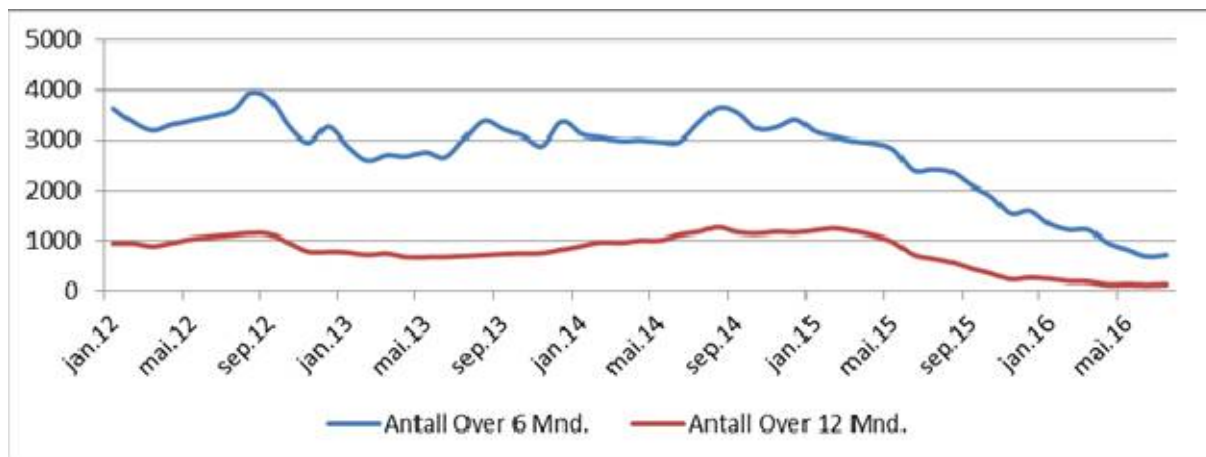
Figur 5 Prosent avvirket fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå



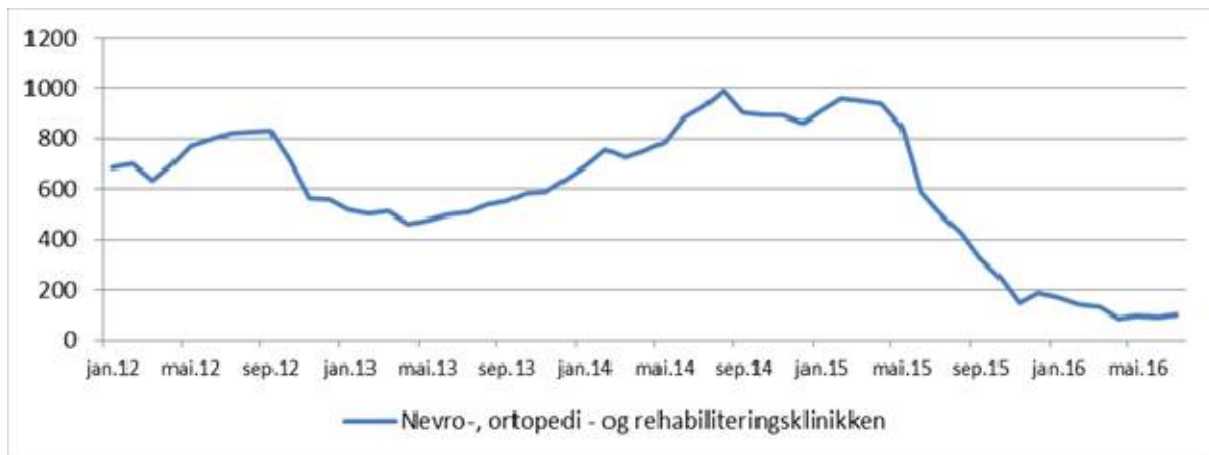
Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	jun.16	jul.16
Hjerte- og lungeklinikken	7	8
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	31	11
Medisinsk klinikk	2	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	26	17
Psykisk helse- og rusklinikken	5	1
UNN	71	38

Figur 6 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 7 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



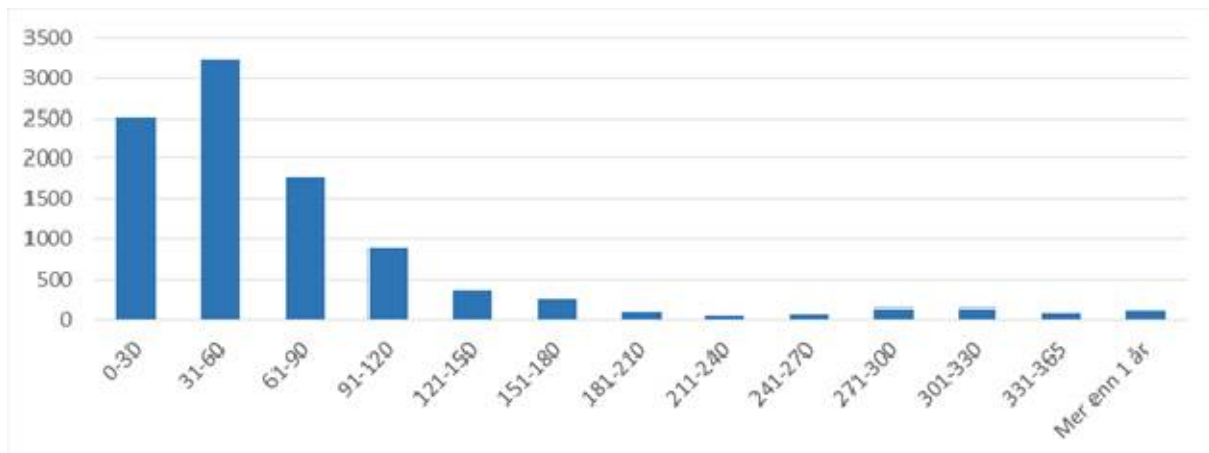
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

Tabell 8 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av juli 2016

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	6	0
Medisinsk klinikk	2	0
Hjerte- og lungeklinikken	5	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	102	2
UNN	115	1

Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

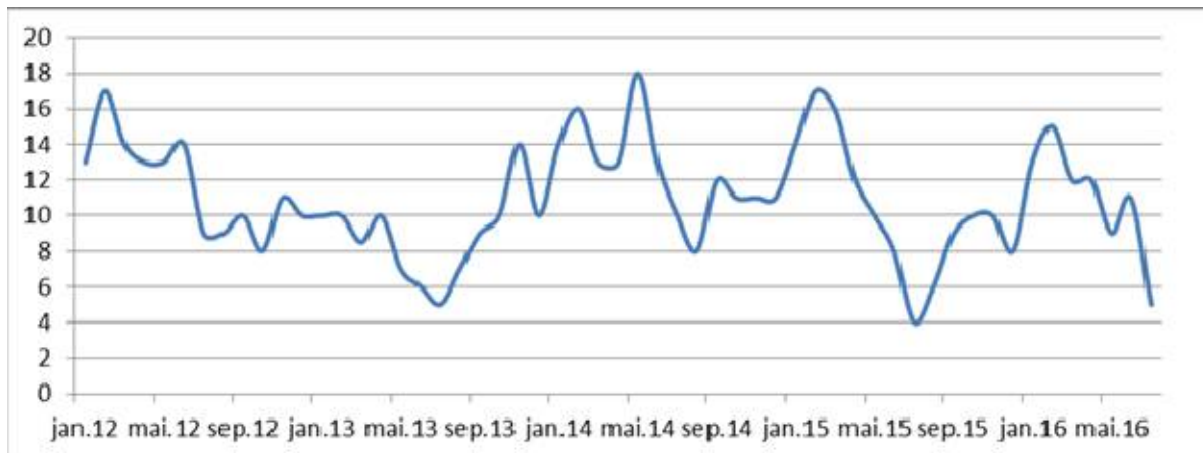
Figur 8 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)





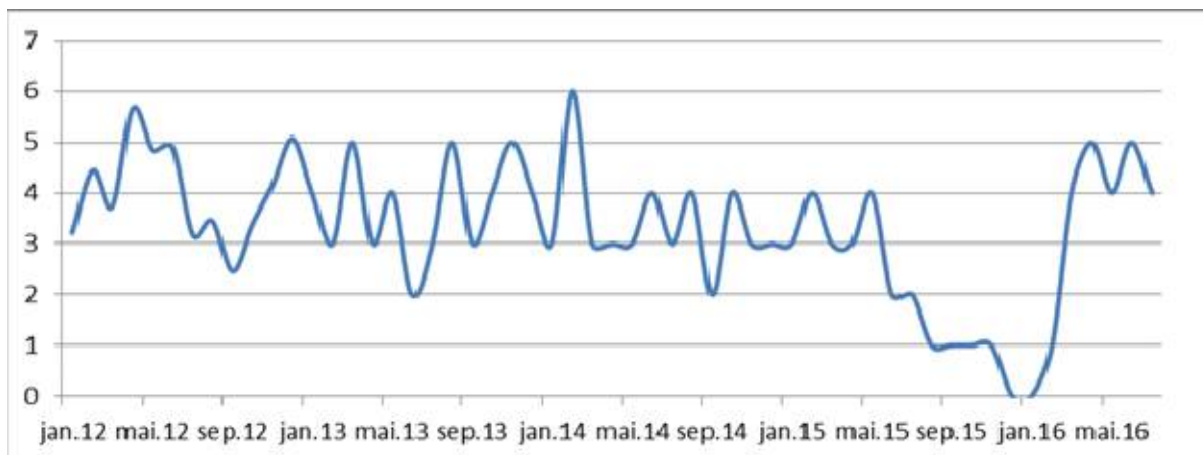
## Korridorpasienter

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



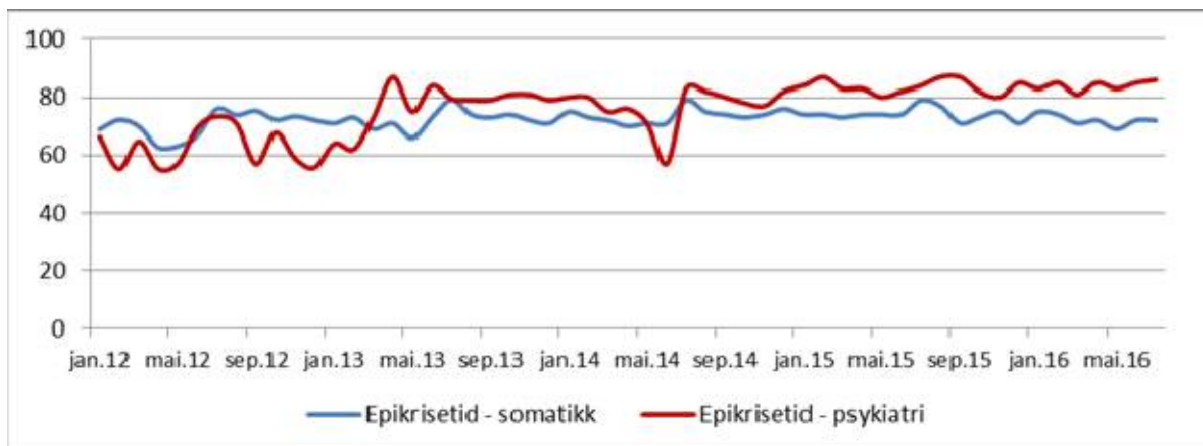
## Strykninger

Figur 10 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



## Epikrisetid

Figur 11 Epikriser - andel sendt innen syv dager



## Aktivitet

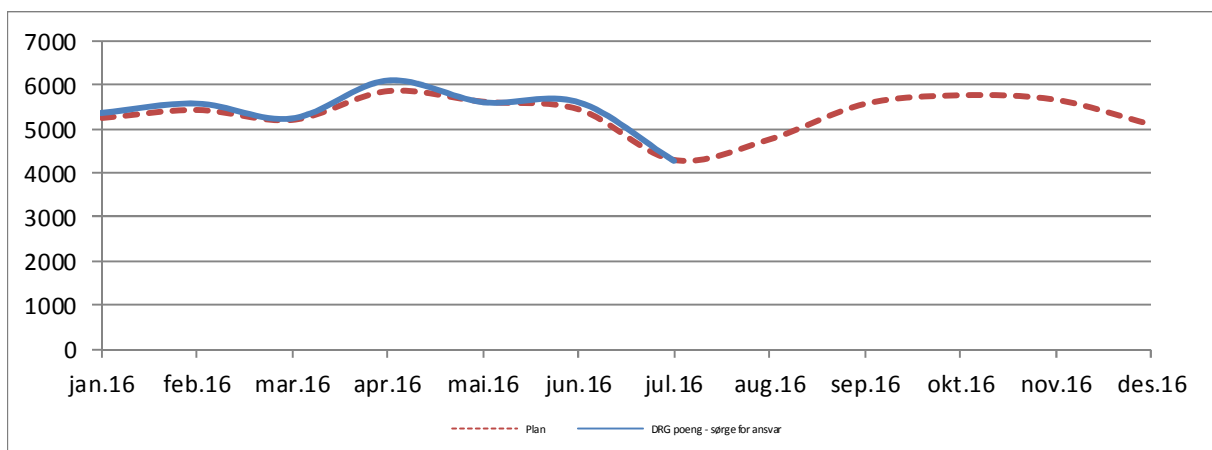
Tabell 9 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2014	2015	2016	Plantall 2016	Avvik fra 2015		Avvik fra plan 2016	
					Antall	%	Antall	%
<b>Somatikk</b>								
Utskrivelser heldøgn	23 370	23 160	23 591	23 450	431	2	141	1
Innlagte dagopphold	3 576	3 515	3 820	3 697	305	9	123	3
Polikliniske dagbehandlinger	15 881	15 659	17 355	16 295	1 696	11	1 060	7
DRG poeng (2016 logikk)	36 301	36 141	37 770	37 075	1 629	4	695	2
Liggedager i perioden	96 597	95 637	102 095	96 213	6 458	7	5 882	6
Polikliniske konsultasjoner	144 697	144 286	150 618	139 344	6 332	4	11 274	8
Herav ISF	120 623	120 733	127 346	124 666	6 613	5	2 680	2
Kontrollandel poliklinikk	34 %	34 %	32 %	31 %	-2 %		1 %	
Laboratorieanalyser	2 921 533	2 948 725	3 167 705	2 911 575	218 980	7	256 130	9
Røntgenundersøkelser	113 629	107 173	111 994	109 042	4 821	4	2 952	3
Fremmøte stråleterapi	7 993	7 719	7 696	7 050	-23	0	646	9
Pasientkontakter	171 643	170 961	178 029	166 491	7 068	4	11 538	7
<b>VOP</b>					0		0	
Utskrivelser heldøgn	1 933	1 982	1 832	1 825	-150	-8	7	0
Liggedager i perioden	29 237	28 605	24 802	27 197	-3 803	-13	-2 395	-9
Polikliniske konsultasjoner	32 899	35 059	34 567	37 986	-492	-1	-3 419	-9
Pasientkontakter	34 832	37 041	36 399	39 811	-642	-2	-3 412	-9
<b>BUP</b>					0		0	
Utskrivelser heldøgn	132	113	97	186	-16	-12	-89	-48
Liggedager i perioden	1 658	1 854	1 417	2 089	-437	-26	-672	-32
Polikliniske konsultasjoner	14 748	14 323	14 286	15 277	-37	0	-991	-6
Pasientkontakter	14 880	14 436	14 383	15 463	-53	0	-1 080	-7
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>					0		0	
Utskrivelser heldøgn	389	406	398	396	-8	-2	2	1
Liggedager i perioden	12 285	11 902	11 858	11 940	-44	0	-82	-1
Polikliniske konsultasjoner	6 052	7 047	6 143	6 688	-904	-15	-545	-8
Pasientkontakter	6 441	7 453	6 541	7 083	-912	-14	-542	-8

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

## Somatisk virksomhet

Figur 12 DRG-poeng UNN 2016

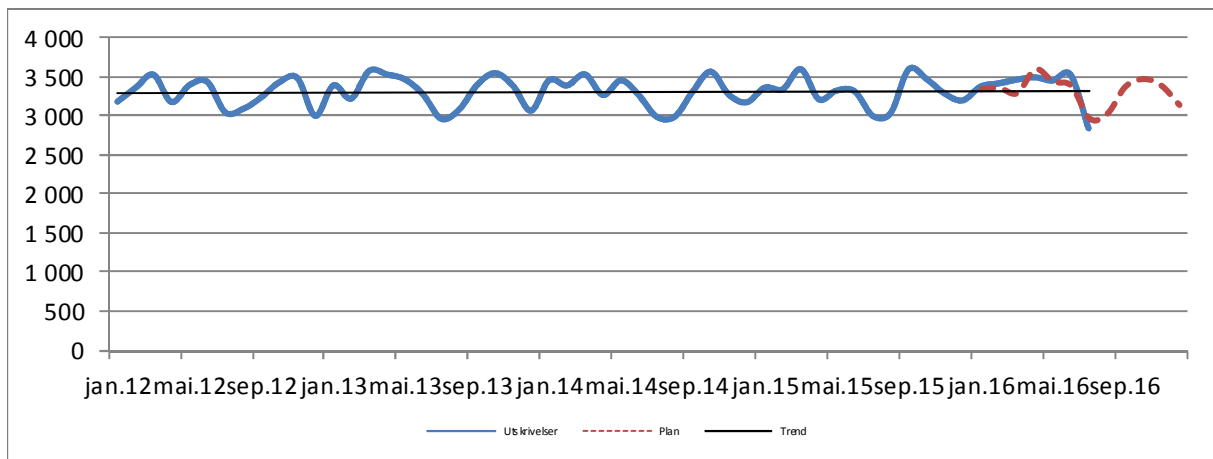


Tabell 10 DRG-poeng hittil i år 2016 fordelt på klinikk

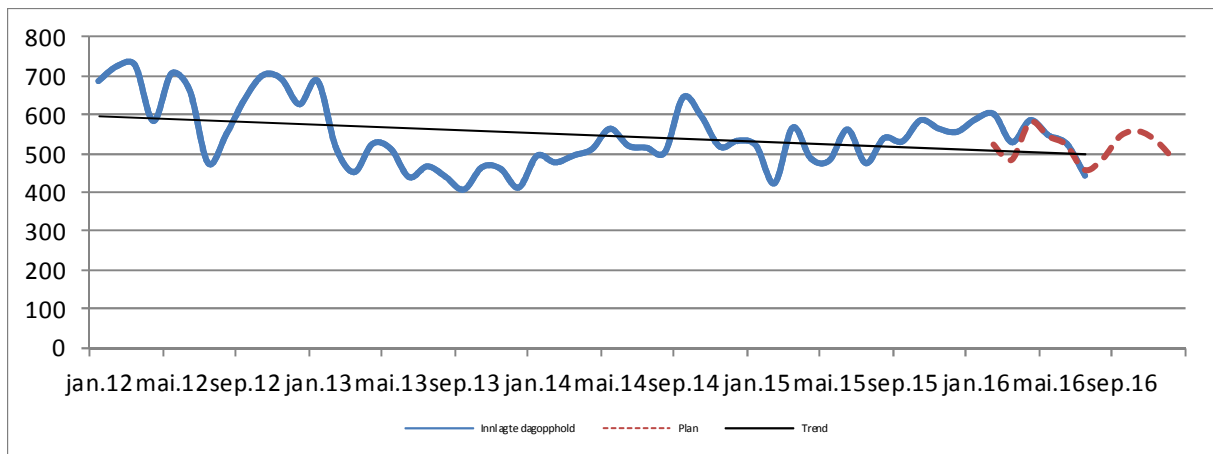
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	847	855	-8
Barne- og ungdomsklinikken	1 660	1 829	-169
Hjerte- og lungeklinikken	6 194	6 001	194
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	10 428	10 121	307
Medisinsk klinikk	7 041	6 967	74
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	10 644	10 875	-231
Operasjons- og intensivklinikken	221	227	-7
<b>Totalt</b>	<b>37 035</b>	<b>36 875</b>	<b>161</b>

DRG-poeng – egen produksjon.

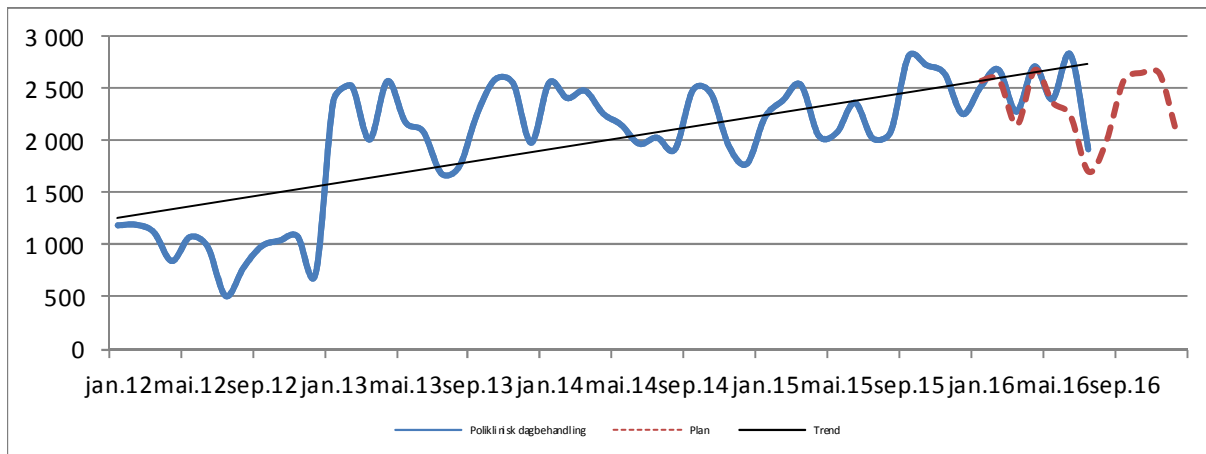
Figur 13 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



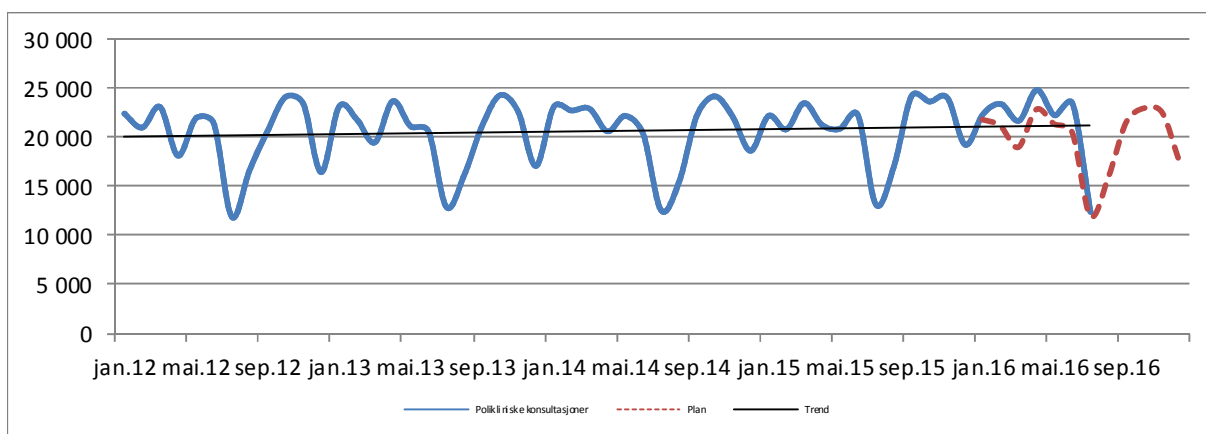
Figur 14 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



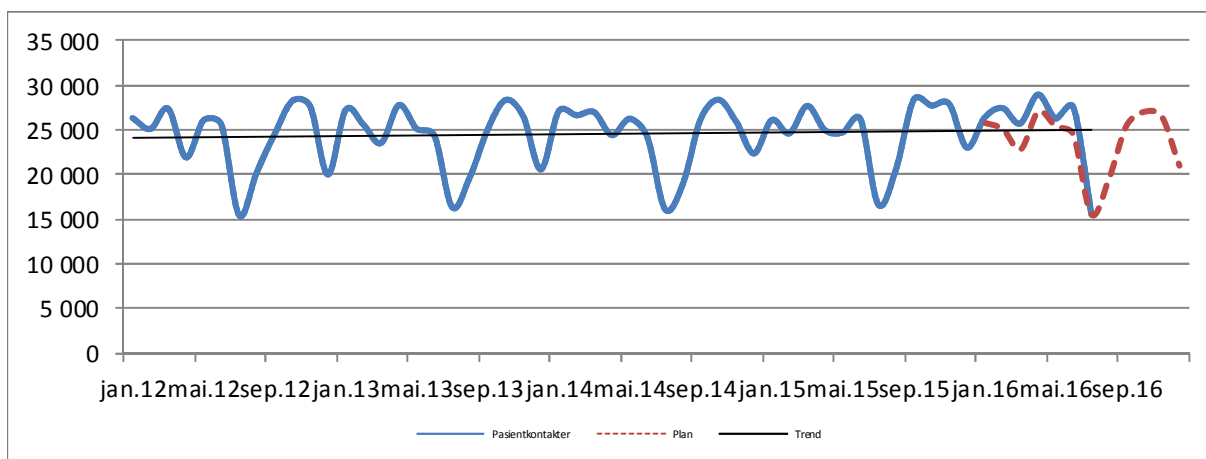
**Figur 15 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet**



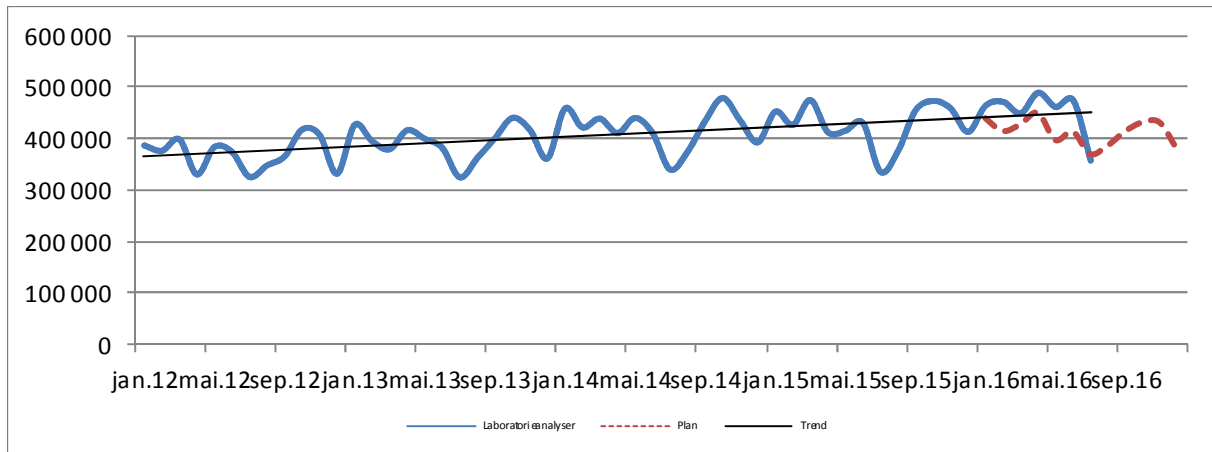
**Figur 16 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet**



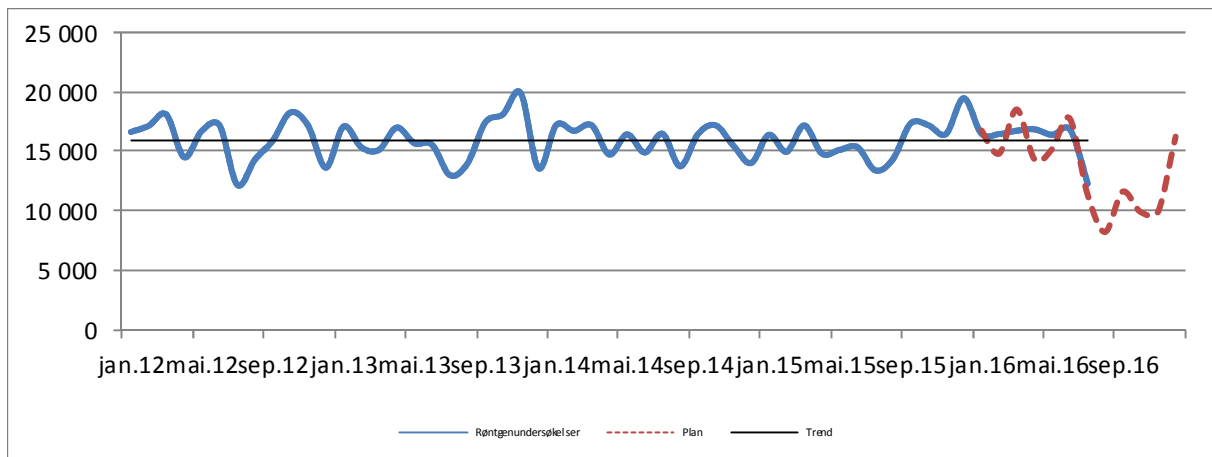
**Figur 17 Pasientkontakter - somatisk virksomhet**



**Figur 18 Laboratorieanalyser**

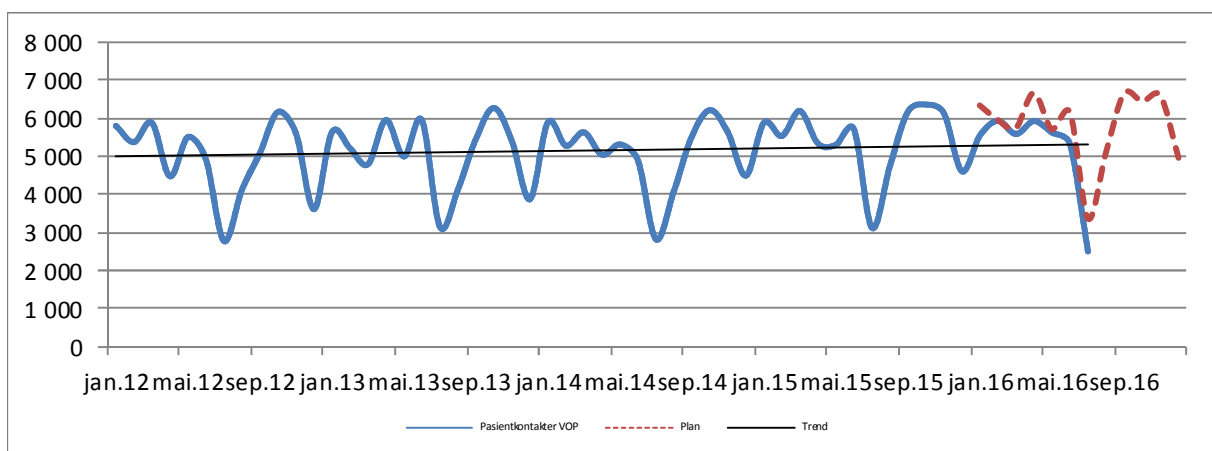


**Figur 19 Røntgenundersøkelser**



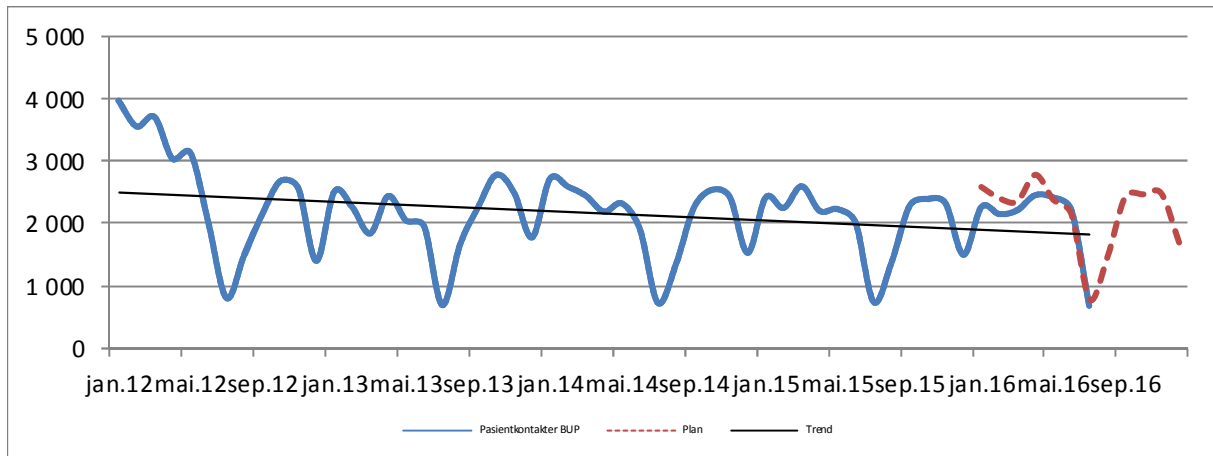
**Psykisk helsevern voksne**

**Figur 20 Pasientkontakter – VOP**



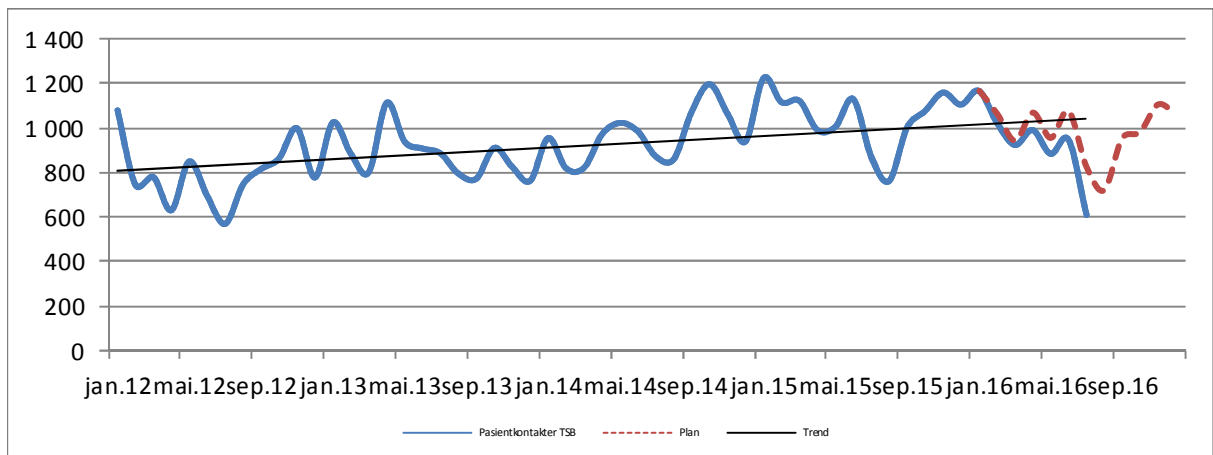
## Psykisk helsevern barn og unge

Figur 21 Pasientkontakter – BUP



## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 22 Pasientkontakter- TSB

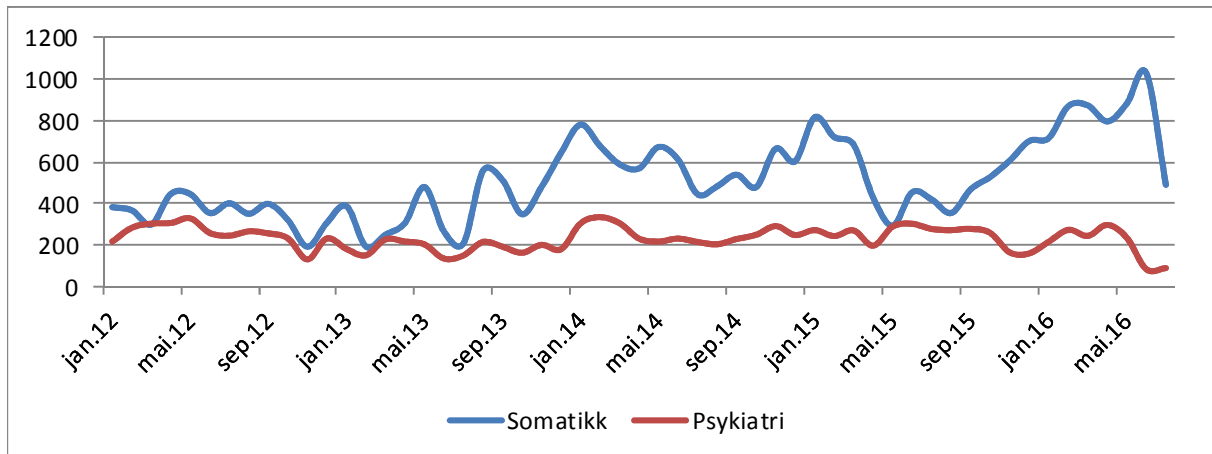


## Samhandling

### 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



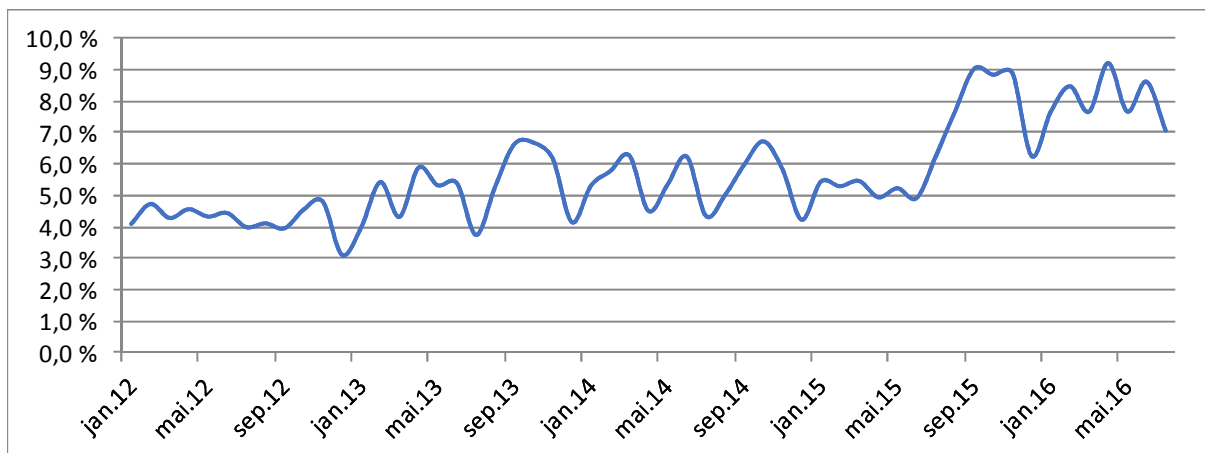
Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-juli	Antall opphold jan-juli	Utskrivningsklare døgn jan-juli pr 1000 innbyggere
TRANØY	131	21	85
TROMSØ	3 409	344	47
HARSTAD	852	417	35
SALANGEN	76	21	34
EVENES	36	29	26
LØDINGEN	51	41	24
IBESTAD	33	32	23
NARVIK	382	188	20
SKÅNLAND	58	50	19
TJELDSUND	24	22	19
GRATANGEN	20	11	18
KARLSØY	40	6	17
BALLANGEN	45	39	17
MÅLSELV	106	31	16
KVÆFJORD	47	45	15
BALSFJORD	80	17	14
LYNGEN	30	8	10
BARDU	41	17	10
TYSFJORD	18	8	9
STORFJORD	15	3	8
DYRØY	8	5	7
KÅFJORD	13	6	6
LAVANGEN	5	4	5
NORDREISA	22	7	5
BERG	4	4	4
LENVIK	41	29	4
SØRREISA	9	7	3
TORSKEN	2	2	2
SKJERVØY	5	3	2
<b>Totalsum</b>	<b>5 603</b>	<b>1 417</b>	<b>29</b>

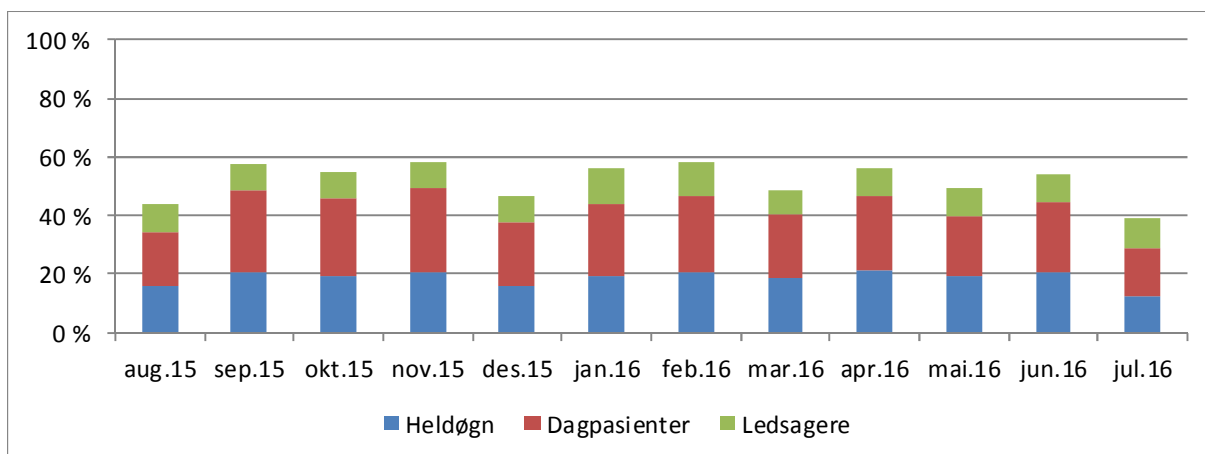


## Bruk av pasienthotell

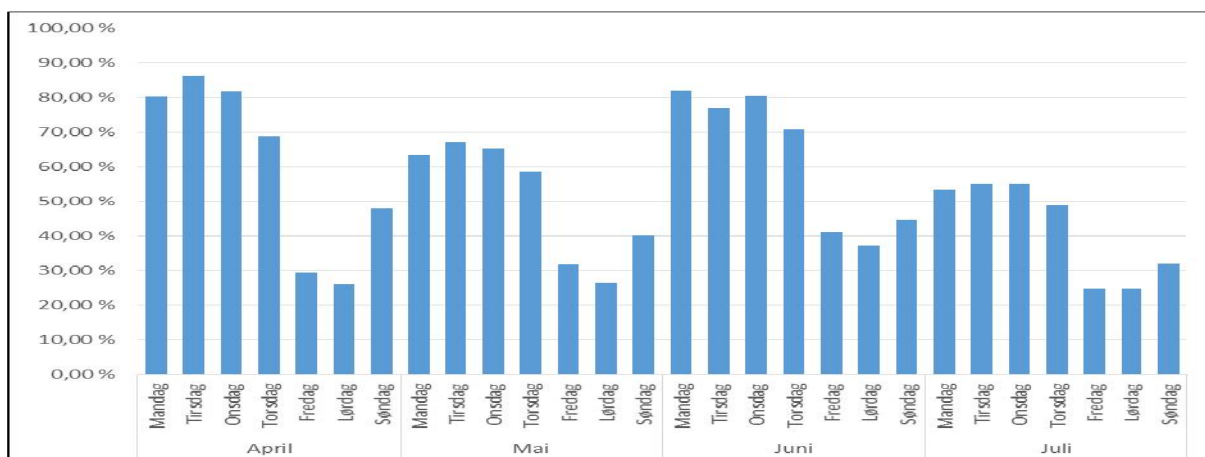
Figur 24 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)

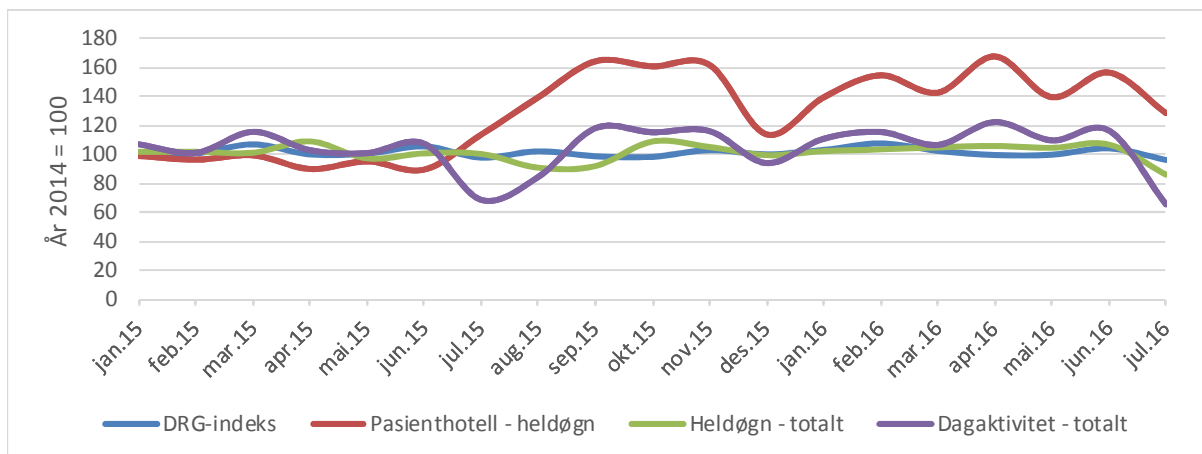


Figur 25 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Figur 26 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



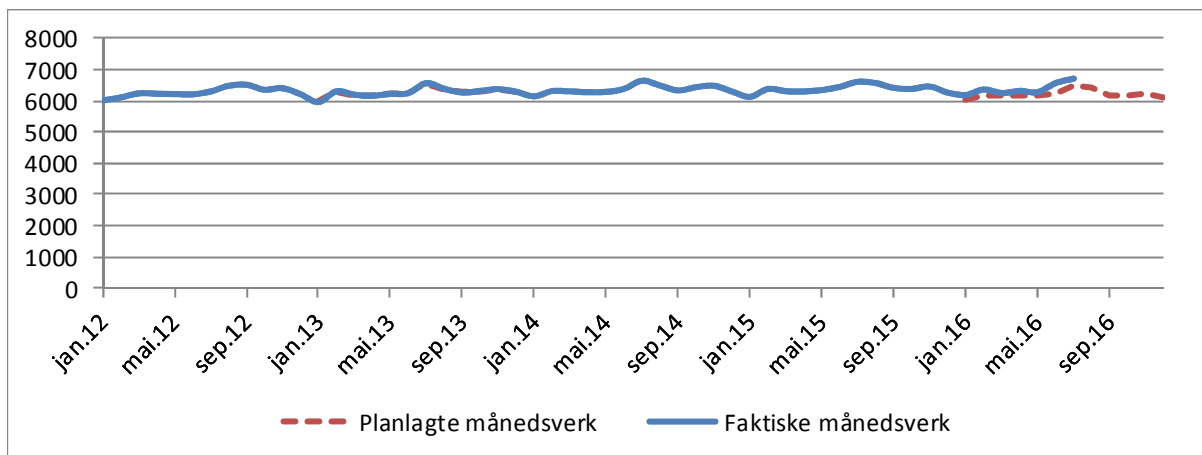
**Figur 27 Indeksregulerte verdier DRG-indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt**

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

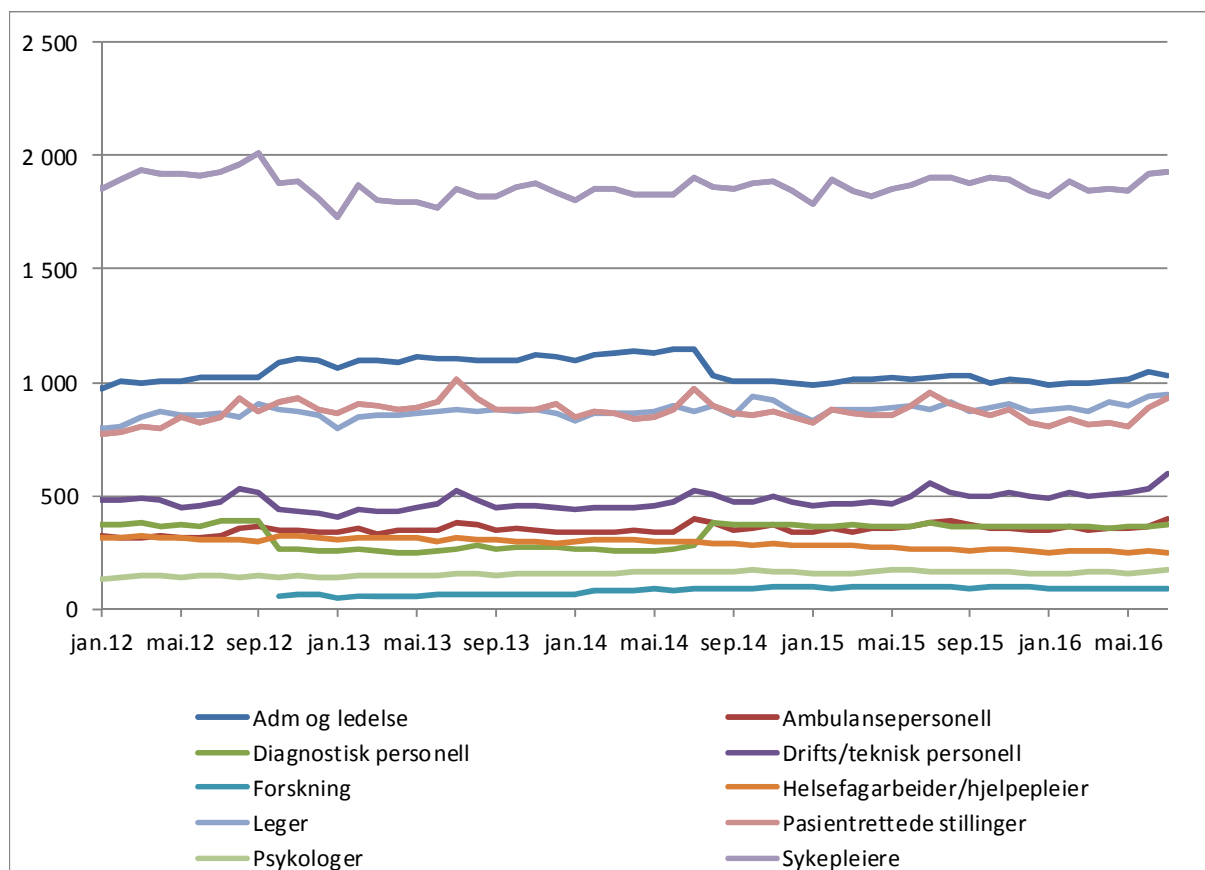
### Bemanning

**Figur 28 Brutto utbetalte månedsverk 2012-2016**

Tabell 12 Brutto utbetalte månedsverk 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	6 565	6 245	120
Juli	6 639	6 605	6 706	6 496	101
August	6 486	6 563		6 413	
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	
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 331</b>	<b>6 356</b>	<b>6 379</b>	<b>6 210</b>	<b>23</b>

Figur 29 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2012-2016

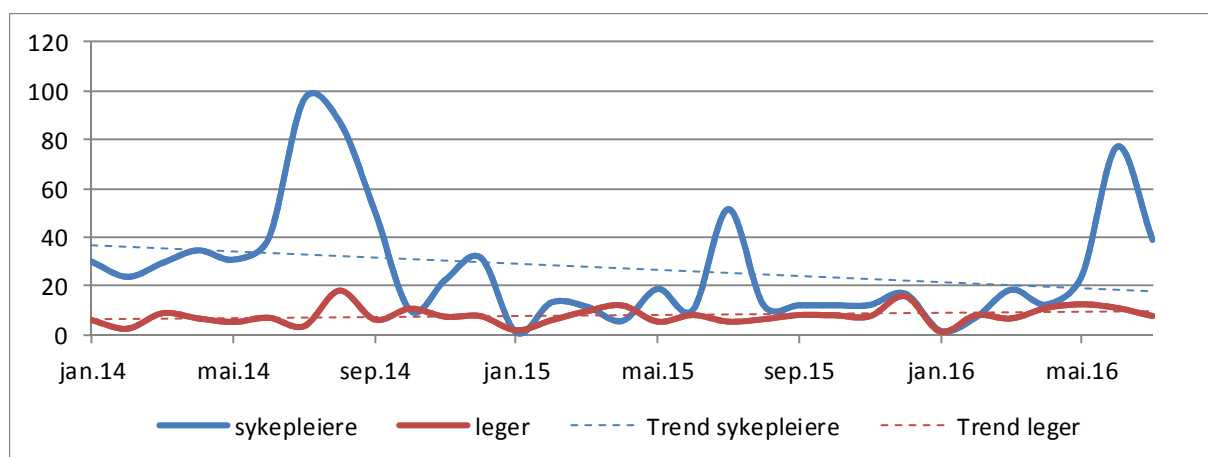


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2014-2016

Profesjon	2014	2015	2016	Avvik fra 2015
Adm og ledelse	1 129	1 010	1 011	1
Ambulanspersonell	348	371	362	-10
Diagnostisk personell	263	374	363	-11
Drifts/teknisk personell	461	483	520	38
Forskning	80	96	88	-7
Helsefagarbeider/hjelpepleier	300	273	253	-21
Leger	866	876	905	29
Pasientrettede stillinger	875	875	843	-32
Psykologer	159	163	160	-2
Sykepleiere	1 842	1 855	1 872	17
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 331</b>	<b>6 356</b>	<b>6 330</b>	<b>-26</b>

Figur 30 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

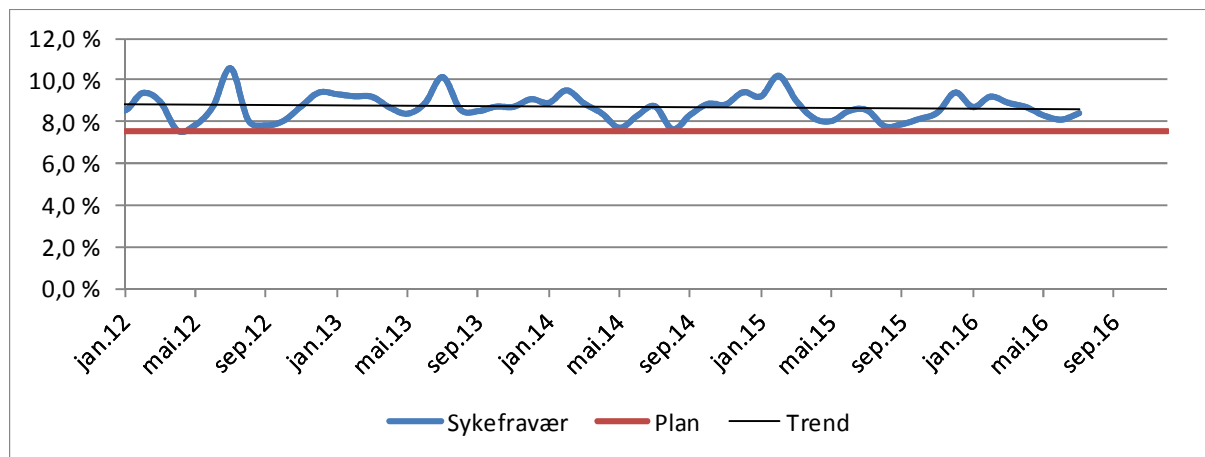


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

## Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær juli 2016 er 8,6 %. Samme måned i 2015 var sykefraværet 9,1 %. Dette er en nedgang på 0,5 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 2,0 % og viser en reduksjon på 0,1 prosentpoeng. Det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,8 %, og viser en økning på 0,5 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 3,9 % og viser en reduksjon på 0,8 prosentpoeng. Hver dag i juli var i snitt 200 ansatte borte fra jobb pga. sykdom.

Figur 31 Sykefravær 2012-2016



Tabell 14 Sykefravær fordelt på klinikk gjennomsnittlig siste 12 måneder og juli 2016

Klinikk	Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd	Sykefravær juli 2016
Akuttmedisinsk klinikk	9,6%	11,2%
Longyearbyen sykehus	4,3%	5,6%
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,0%	6,2%
Hjerte og lungeklinikken	7,5%	6,0%
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9,5%	8,2%
Medisinsk klinikk	8,2%	9,0%
Barne- og ungdomsklinikken	8,1%	8,5%
Operasjons- og intensivklinikken	9,8%	8,8%
Psykisk helse- og rusklinikken	11,3%	12,1%
Diagnostisk klinikk	8,1%	7,2%
Kvalitets- og utviklingscenteret	*	10,1%
Nasjonalt senter for ehelseforskning og utredning	*	5,6%
Drift og eiendomscenteret	9,9%	9,8%
Stabscenteret	7,4%	6,6%
Turnusleger, raskere tilbake	2,9%	1,5%
<b>Totalt</b>	<b>8,9%</b>	<b>8,6%</b>

\* 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.

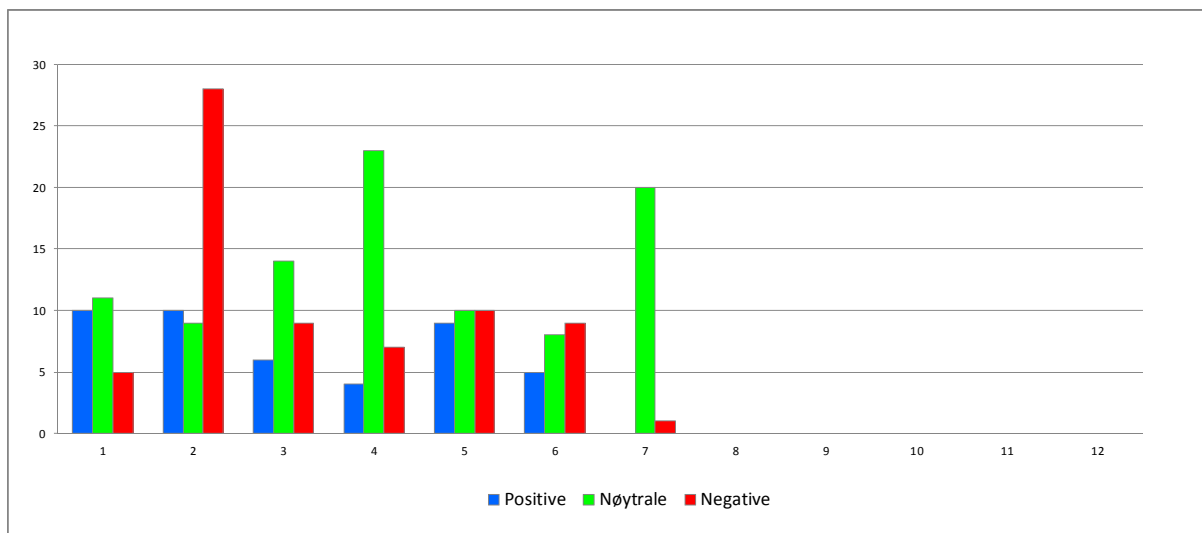
## Kommunikasjon

### Sykehuset i media

I juli har tematikken om utskrivningsklare pasienter ved Universitetssykehuset Nord-Norge dominert mediebildet. Ved inngangen til ferien var antallet utskrivningsklare pasienter så høyt at Fylkesmannen i Troms uttrykte bekymring for pasientsikkerheten ved UNN. Saken fikk stor oppmerksomhet og det ble satt inn ekstraordinære tiltak i de største kommunene. Dette førte til at antall utskrivningsklare pasienter ble redusert fra 42 til 15 i løpet av 2-3 uker.

TV2 omtaler en sak om en kreftsyk pasient fra Narvik som for noen år siden ikke fikk den behandling hun skulle hatt ved UNN. Pasienten er tilkjent erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning, og UNN beklager at behandlingen ikke har vært som den burde.

**Figur 32 Mediestatistikk 2016**

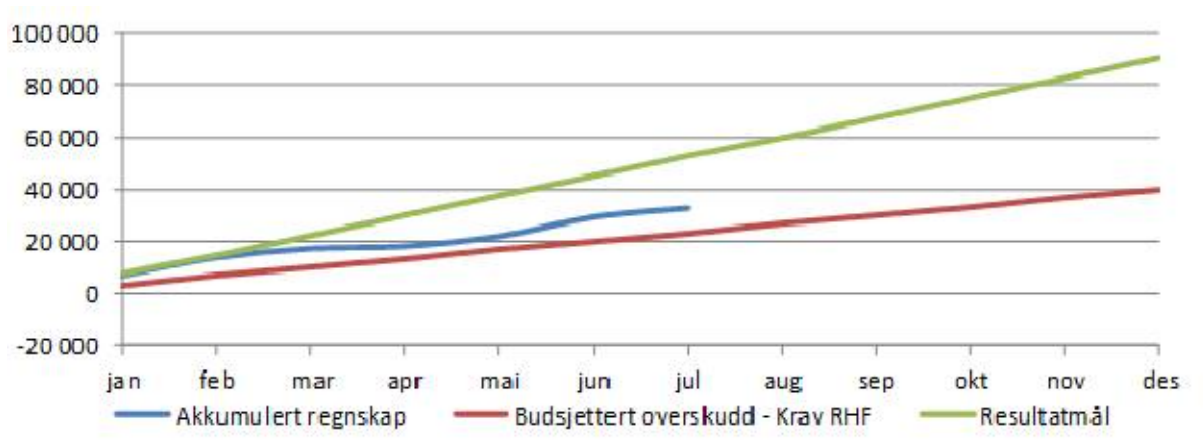


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

## 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 4,2 mill kr høyere enn budsjettetert).

Regnskapet for juli viser et overskudd på 3,4 mill kr. Det er 0,1 mill kr høyere enn budsjettetert, men 4,1 mill kr lavere enn styringsmålet. Akkumulert per juli er det et budsjettavvik på +9,4 mill kr, men 19,8 mill kr lavere enn styringsmålet.

For juli er de samlede inntektene 17,3 mill kr lavere enn budsjettetert. ISF-inntektene og andre driftsinntekter viser et negativt avvik på hhv 6,5 mill kr og 5,6 mill kr. Øremerkede tilskudd har et negativt avvik på 6,1 mill kr. Polikliniske inntekter viser et positivt avvik på 1,9 mill kr.

Driftskostnadene er samlet sett 17,0 mill kr lavere enn budsjettetert i juli. Kjøp av helsetjenester viser et overforbruk på 2,5 mill kr i forhold til budsjett. Aktivitetsdrevne varekostnader viser et positivt avvik på 1,7 mill kr. Lønnspostene har samlet sett et positivt avvik på 14,8 mill kr og andre driftskostnader viser et underforbruk på 2,9 mill kr.

Finanspostene har et positivt avvik på 0,4 mill kr.



Tabell 15 Resultatregnskap juli 2016

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Juli				Akkumulert per Juli			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	347,0	347,0	0,0	0 %	2 743,6	2 743,6	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	18,3	18,3	0,0	0 %
ISF egne pasienter	90,6	95,1	-4,4	-5 %	803,1	790,0	13,1	2 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,4	4,5	-2,1	-47 %	39,7	43,4	-3,7	-8 %
Gjestepasientinntekter	2,5	2,8	-0,3	-11 %	16,7	19,5	-2,8	-15 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	14,1	12,2	1,9	15 %	127,1	123,1	4,0	3 %
Utskrivningsklare pasienter	1,2	1,3	-0,2	-12 %	17,0	17,2	-0,2	-1 %
Inntekter "raskere tilbake"	1,4	1,9	-0,4	-22 %	13,6	13,7	-0,1	-1 %
Andre øremerkede tilskudd	17,1	23,2	-6,1	-26 %	144,4	157,9	-13,5	-9 %
Andre driftsinntekter	23,5	29,1	-5,6	-19 %	211,5	207,4	4,1	2 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>502,4</b>	<b>519,7</b>	<b>-17,3</b>	<b>-3 %</b>	<b>4 135,1</b>	<b>4 134,1</b>	<b>1,0</b>	<b>0 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	14,3	13,6	0,7	5 %	111,7	97,8	13,9	14 %
Kjøp av private helsetjenester	9,0	7,2	1,8	25 %	40,8	45,8	-5,0	-11 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	56,5	58,1	-1,7	-3 %	450,4	439,8	10,6	2 %
Innleid arbeidskraft	4,9	2,6	2,3	90 %	26,4	13,9	12,6	90 %
Lønn til fast ansatte	223,5	235,8	-12,3	-5 %	2 061,0	2 126,5	-65,5	-3 %
Overtid og ekstrahjelp	24,5	30,9	-6,4	-21 %	161,9	134,9	27,0	20 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	62,1	62,1	0,0	0 %	434,5	434,4	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,6	-22,2	-1,4	6 %	-151,9	-151,7	-0,2	0 %
Annen lønnskostnad	30,1	27,1	3,0	11 %	172,4	167,0	5,5	3 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>259,5</b>	<b>274,3</b>	<b>-14,8</b>	<b>-5 %</b>	<b>2 269,9</b>	<b>2 290,6</b>	<b>-20,7</b>	<b>-1 %</b>
Avskrivninger	20,2	20,2	0,0	0 %	144,4	144,4	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	79,6	82,5	-2,9	-4 %	663,6	669,5	-6,0	-1 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>501,1</b>	<b>518,0</b>	<b>-17,0</b>	<b>-3 %</b>	<b>4 115,3</b>	<b>4 122,4</b>	<b>-7,1</b>	<b>0 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>1,3</b>	<b>1,7</b>	<b>-0,3</b>	<b>-19 %</b>	<b>19,8</b>	<b>11,7</b>	<b>8,1</b>	<b>69 %</b>
Finansinntekter	2,0	1,7	0,4		13,1	11,7	1,4	
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0		0,1	0,0	0,1	
Finansresultat	2,0	1,7	0,4		12,9	11,7	1,3	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>3,4</b>	<b>3,4</b>	<b>0,0</b>	<b>1 %</b>	<b>32,7</b>	<b>23,3</b>	<b>9,4</b>	<b>40 %</b>

Tabell 16 Resultatregnskap juli 2016, eks eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Juli ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Juli ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	347,0	347,0	0,0	2 743,6	2 743,6	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	18,3	18,3	0,0
ISF egne pasienter	90,6	95,1	-4,4	803,1	790,0	13,1
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,4	4,5	-2,1	39,7	43,4	-3,7
Gjestepasientinntekter	2,5	2,8	-0,3	16,7	19,5	-2,8
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	14,1	12,2	1,9	127,1	123,1	4,0
Utskrivningsklare pasienter	1,2	1,3	-0,2	17,0	17,2	-0,2
Inntekter "raskere tilbake"	1,4	1,9	-0,4	13,6	13,7	-0,1
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	23,5	29,1	-5,6	211,5	207,4	4,1
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>485,3</b>	<b>496,5</b>	<b>-11,2</b>	<b>3 990,7</b>	<b>3 976,2</b>	<b>14,5</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	14,3	13,6	0,7	111,7	97,8	13,9
Kjøp av private helsetjenester	9,0	7,2	1,8	40,7	45,7	-5,0
Varekostnader knyttet til aktivitet	55,8	57,2	-1,4	444,8	433,7	11,1
Innleid arbeidskraft	4,9	2,6	2,3	26,4	13,9	12,6
Lønn til fast ansatte	214,6	223,8	-9,2	1 986,3	2 044,9	-58,6
Overtid og ekstrahjelp	22,5	28,2	-5,7	145,2	116,6	28,6
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	59,9	59,1	0,8	416,1	414,4	1,8
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,0	-21,3	-1,6	-146,7	-146,0	-0,7
Annen lønnskostnad	29,0	25,6	3,4	162,6	156,2	6,4
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>248,1</b>	<b>258,8</b>	<b>-10,8</b>	<b>2 173,8</b>	<b>2 185,5</b>	<b>-11,7</b>
Avskrivninger	20,2	20,2	0,0	144,4	144,4	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	76,7	78,6	-1,9	639,3	643,0	-3,7
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>484,0</b>	<b>494,8</b>	<b>-10,9</b>	<b>3 970,9</b>	<b>3 964,5</b>	<b>6,4</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>1,3</b>	<b>1,7</b>	<b>-0,3</b>	<b>19,8</b>	<b>11,7</b>	<b>8,1</b>
Finansinntekter	2,0	1,7	0,4	13,1	11,7	1,4
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Finansresultat	2,0	1,7	0,4	12,9	11,7	1,3
<b>Ordinært resultat</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>0,0</b>	<b>32,7</b>	<b>23,3</b>	<b>9,4</b>

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

#### Inntekter

- -6,5 mill kr ISF-inntekter
- +1,9 mill kr polikliniske inntekter
- -0,3 mill kr gjestepasientinntekter
- -0,2 mill kr utskrivningsklare pasienter
- -5,6 mill kr andre driftsinntekter

#### Driftskostnader

- -2,4 mill kr kjøp av helsetjenester
- +1,4 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +10,8 mill kr lønn (+9,2 mill kr fast lønn, +1,6 mill kr variabel lønn).
- +1,9 mill kr andre driftskostnader

De viktigste avvikene akkumulert per juli er (ekskl. eksternfinansiert virksomhet):

#### Inntekter

- +9,4 mill kr ISF-inntekter
- -2,8 mill kr gjestepasientinntekter
- +4,0 mill kr polikliniske inntekter
- +4,1 andre driftsinntekter

## Driftskostnader

- -8,9 mill kr kjøp av helsetjenester
- -11,1 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +11,7 mill kr lønn (+58,6 mill kr fast lønn, -46,9 mill kr variabel lønn).
- +3,7 mill kr andre driftskostnader

Tabell 17 Funksjonsregnskap

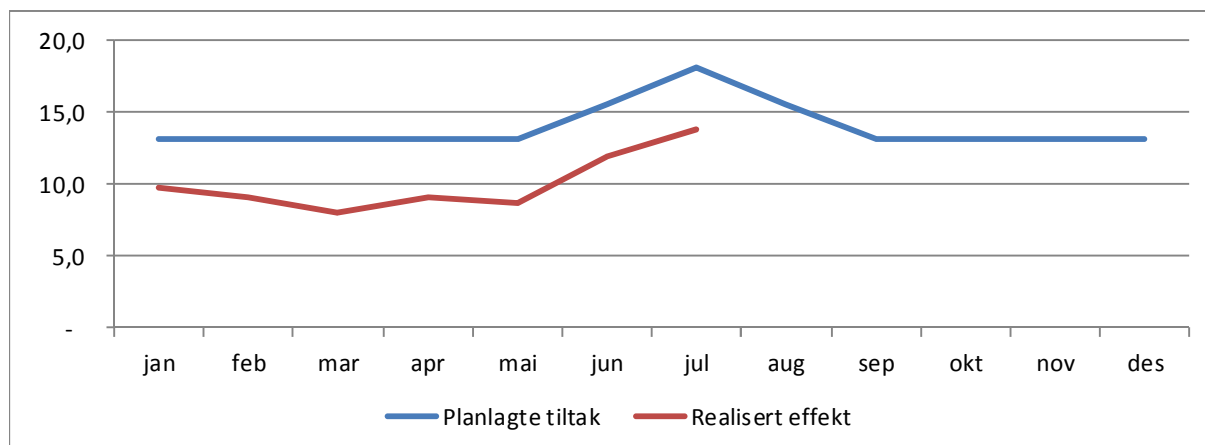
Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201607								
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år
Somatikk	293,1	293,4	2 337,7	2 376,4	2 354,0	22,4	1,66 %	4 139
Somatikk, (re-hab)	18,8	19,9	164,5	163,1	175,8	(12,7)	-0,8 %	306
Lab/rtg	65,2	62,9	513,5	523,5	512,0	11,5	1,9 %	902
<b>Somatikk inkl lab/rtg</b>	<b>377,1</b>	<b>376,1</b>	<b>3 015,6</b>	<b>3 063,0</b>	<b>3 041,8</b>	<b>21,2</b>	<b>1,6 %</b>	<b>5 347</b>
VOP, sykehus og annen beh	23,6	26,6	231,5	215,7	224,1	(8,4)	-6,8 %	401
VOP, DPS og annen beh	24,4	28,6	228,0	206,7	228,7	(21,9)	-9,3 %	404
BUP	12,6	13,6	97,2	99,1	108,8	(9,7)	1,9 %	192
<b>Psykisk helse</b>	<b>60,6</b>	<b>68,8</b>	<b>556,8</b>	<b>521,6</b>	<b>561,5</b>	<b>(39,9)</b>	<b>-6,3 %</b>	<b>997</b>
RUS, behandling	17,8	17,8	127,2	138,7	138,5	0,2	9,0 %	244
<b>Rusomsorg</b>	<b>17,8</b>	<b>17,8</b>	<b>127,2</b>	<b>138,7</b>	<b>138,5</b>	<b>0,2</b>	<b>9,0 %</b>	<b>244</b>
Ambulanse	28,0	30,4	232,2	247,0	246,4	0,5	6,3 %	431
Pasienttransport	16,1	15,2	123,9	129,5	129,6	(0,1)	4,5 %	232
<b>Prehospitale tjenester</b>	<b>44,1</b>	<b>45,6</b>	<b>356,2</b>	<b>376,4</b>	<b>376,0</b>	<b>0,4</b>	<b>5,7 %</b>	<b>662</b>
Administrasjon (skal være 0 p)	-	4,5	-	0,0	(8,7)	8,7	0,0 %	(8)
Personalboliger, barnehager	1,7	5,1	8,2	15,0	13,4	1,6	83,9 %	20
<b>Personal</b>	<b>1,7</b>	<b>9,6</b>	<b>8,2</b>	<b>15,0</b>	<b>4,6</b>	<b>10,4</b>	<b>83,9 %</b>	<b>13</b>
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>501,3</b>	<b>518,0</b>	<b>4 063,9</b>	<b>4 114,7</b>	<b>4 122,4</b>	<b>(7,7)</b>	<b>1,2 %</b>	<b>7 263</b>

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

Regnskap per klinikk per juli - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	32,1	33,5	1,4	-0,3	210,0	207,0	-3,0	-0,2
11 - Longyearbyen sykehus	3,1	3,0	-0,1	0,0	15,6	14,8	-0,8	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	22,6	19,9	-2,7	1,6	83,1	78,8	-4,4	7,0
13 - Hjerte- lungeklinikken	17,9	18,7	0,8	0,9	84,6	85,9	1,2	5,3
15 - Medisinsk klinikk	33,7	27,5	-6,2	-2,5	138,7	130,1	-8,6	3,0
17 - Bame- og ungdomsklinikken	19,2	20,0	0,8	-1,0	96,8	99,9	3,0	-3,6
18 - Operasjons- og intensivklinikken	58,0	54,9	-3,1	-0,2	370,1	360,2	-9,9	-0,1
19 - Neuro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	40,9	37,5	-3,4	-1,9	150,7	145,2	-5,6	-2,3
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	62,3	62,9	0,6	0,0	372,0	371,9	-0,2	0,0
30 - Diagnostisk klinikk	48,5	50,1	1,6	0,0	309,6	303,2	-6,4	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	2,6	0,0	-2,6	0,0	1,0	0,3	-0,8	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	45,3	47,3	2,0	0,0	335,6	336,1	0,4	0,0
52 - Stabssenteret	13,3	14,1	0,7	0,0	83,3	84,6	1,3	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	13,3	12,8	-0,4	0,0	75,9	82,2	6,3	0,0
62 - Felles	-415,9	-405,5	10,4	-3,2	-2 360,5	-2 323,2	37,3	0,5
<b>Totalt</b>	<b>-3,4</b>	<b>-3,4</b>	<b>0,0</b>	<b>-6,5</b>	<b>-32,7</b>	<b>-23,3</b>	<b>9,4</b>	<b>9,4</b>

## Gjennomføring av tiltak

Figur 34 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I 2016 er det budsjettet med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I juli er det beregnet en realisert effekt på 13,9 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 77 %. Til og med juli er gjennomføringsgraden 71 %.

## Prognose

UNN opprettholder resultatmålet på + 90 mill kr (+50 mill kr i forhold til budsjett).

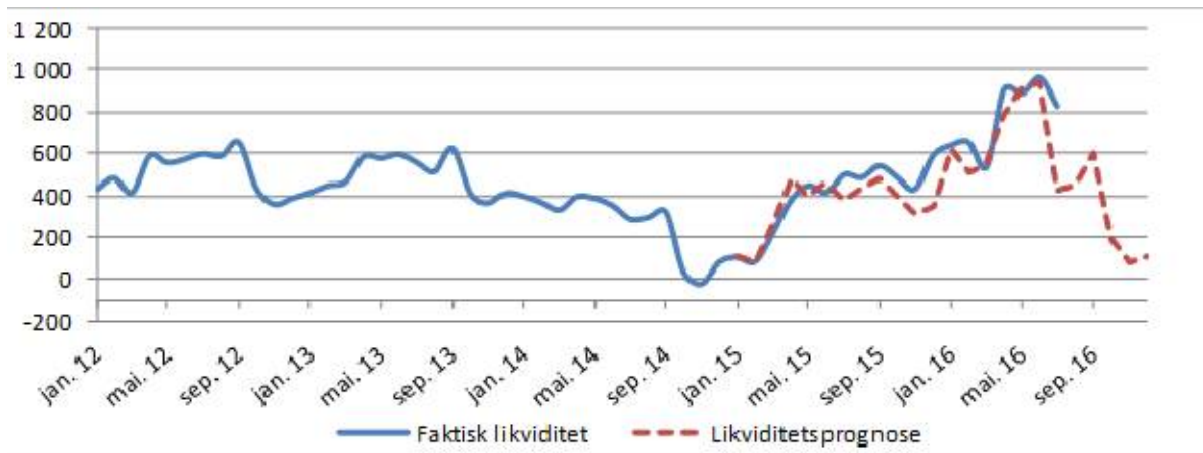
Klinikkenes underskuddsprognose kompenseres med risikoreduserende buffer og reserver på felles.

Tabell 19 Prognose per klinikk (beløp i mill kr)

Prognose per juli	Avvik mai	Avvik juni	Avvik juli	Avvik - Hittil i år	Prognose per juli
10 - Akuttmedisinsk klinikk	-1,2	1,6	1,4	-3,0	-5,0
11 - Longyearbyen sykehus	0,4	-0,8	-0,1	-0,8	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-1,1	4,0	-2,7	-4,4	-1,5
13 - Hjerte- lungeklinikken	-1,1	3,5	0,8	1,2	-4,0
15 - Medisinsk klinikk	-1,3	4,2	-6,2	-8,6	0,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	0,4	0,7	0,8	3,0	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-1,7	-2,5	-3,1	-9,9	-10,0
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	-6,2	9,7	-3,4	-5,6	-15,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	-1,5	-2,3	0,6	-0,2	0,0
30 - Diagnostisk klinikk	0,4	-2,9	1,6	-6,4	-8,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,4	1,2	-2,6	-0,8	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	-0,6	-0,1	2,0	0,4	0,0
52 - Stabsenteret	0,4	-2,0	0,7	1,3	2,5
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	3,4	2,2	-0,4	6,3	5,0
<b>Sum klinikker og sentre</b>	<b>-9,4</b>	<b>16,4</b>	<b>-10,6</b>	<b>-27,3</b>	<b>-36,0</b>

## Likviditet

Figur 35 Likviditet



UNN har per utgangen av juli en likviditet på 827 mill kr.

## Investeringer

Tabell 20 Investeringer (tall i 1000 kr)

Investeringer , tall i mill kr	Restramme overført fra 2015	Investeringsramme 2016	Samlet investeringsramme 2016	Investert juni 2016	Investert juli 2016	Sum investert 2016	Rest-forpliktelse (godkjent tidligere) juli	Rest disponibel investeringsramme inkludert forpliktelse	Forbruk i år av disponibel ramme
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	10,0		10,0	0,0	0,0	3,4		6,6	34 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	142,3	290,0	432,3	34,3	62,5	292,8		139,5	68 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-75,8	50,0	-25,8	0,8	26,5	84,0		-109,9	-325 %
Nytt sykehus Narvik	-1,4		-1,4	0,1	0,1	0,7		-2,1	-53 %
<b>SUM Nybygg</b>	<b>75,1</b>	<b>340,0</b>	<b>415,1</b>	<b>35,2</b>	<b>89,1</b>	<b>381,0</b>	<b>0,0</b>	<b>34,1</b>	<b>0,9</b>
Åsgård øvrige prosjekter	1,2		1,2	0,0	0,0	0,0		1,2	0 %
Åsgård Bygg 7	34,6		34,6	1,5	0,4	17,1		17,5	49 %
<b>SUM Rehabilitering</b>	<b>35,8</b>	<b>0,0</b>	<b>35,8</b>	<b>1,5</b>	<b>0,4</b>	<b>17,1</b>	<b>0,0</b>	<b>18,7</b>	<b>0,5</b>
Datarom	1,8		1,8	0,0	0,0	2,5		-0,7	141 %
Tiltak kreftplan	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	
VAKe	0,1		0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0 %
Nytt nødnett	0,5		0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0 %
ENØK	12,7		12,7	0,3	0,5	1,3		11,4	10 %
<b>SUM Prosjekter</b>	<b>15,0</b>	<b>0,0</b>	<b>15,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>3,8</b>	<b>0,6</b>	<b>10,7</b>	<b>0,3</b>
Medisinteknisk utstyr	-0,2	87,0	86,8	8,4	3,2	34,4	45,5	-3,3	40 %
Teknisk utstyr	8,0	12,0	20,0	1,0	2,2	5,2	-0,8	12,5	26 %
Annet utstyr disponert av MTU-midler				0,7	0,2	1,1		-1,1	
Ombygginger		17,0	17,0	0,6	0,3	1,2		15,8	7 %
Ambulanser	-8,0	12,0	4,0	1,6	3,3	5,1		-1,0	125 %
EK KLP	0,0	22,0	22,0	22,4	3,6	26,0		-4,0	118 %
<b>SUM Utstyr med mer</b>	<b>-0,1</b>	<b>150,0</b>	<b>149,89</b>	<b>34,7</b>	<b>12,7</b>	<b>73,0</b>	<b>44,7</b>	<b>18,9</b>	<b>0,5</b>
<b>SUM total</b>	<b>125,8</b>	<b>490,0</b>	<b>615,8</b>	<b>71,8</b>	<b>102,8</b>	<b>474,9</b>	<b>45,2</b>	<b>82,4</b>	<b>0,8</b>

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I juli er det bokført investeringer for 102,8 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 12,7 mill kr og fremtidige forpliktelse er på 45,2 mill kr. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 18,9 mill kr.

## Byggeprosjekter

Tabell 21 Byggeprosjekter ved utgangen av juli

	Pasienthotell	A-fløya	PET-senter	Bygg 7 Åsgård
HMS		H=55	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstilling		01.11.2017	20.11.2017	18.05.2016
Klinisk drift		24.01.2018	20.02.2018	01.09.2016
Fremdrift		Ingen avvik	4 mnd	3 uker
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2015	10 mill kr	432,3 mill kr	-25,8 mill kr	20,3 mill kr
Sum investert hittil 2016	3,4 mill kr	230,3 mill kr	58,2 mill kr	16,7 mill kr
Sum investert tidligere år	371,7 mill kr	472,0 mill kr	65,3 mill kr	71,4 mill kr
Sum investert totalt	321 mill kr	702,3 mill kr	123,5 mill kr	88,1 mill kr
Investeringsramme P50	404 mill kr	1 596 mill kr	493,1 mill kr	96 mill kr
Prognose økonomiavvik	-82 mill kr	0	+7 mill kr	0



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
71/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.9.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

### Virksomhetsplanlegging ved UNN –årshjul

#### Innstilling til vedtak

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

#### Bakgrunn og formål

Virksomhetsplanleggingen i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) består av en langtidsplan utledet av strategisk utviklingsplan, tilbakemelding til Helse Nord RHF's langtidsplan samt årlig virksomhetsplanlegging. De klinikkvise strategiske utviklingsplanene er ferdigstilte, og arbeidet med langtidsplanen er igangsatt. Årshjulet for virksomhetsplanleggingen foreslås korrigert for å implementere langtidsplanen, samt øke kvaliteten i hele virksomhetsplanleggingen. Målet med saken er å invitere styret til å vedta årshjul for virksomhetsplanleggingen i UNN.

#### Saksutredning

Virksomhetsplanleggingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er en omfattende prosess og består av langtidsplan utledet fra strategisk utviklingsplan, tilbakemelding til Helse Nord RHF's langtidsplan og årlig virksomhetsplanlegging. Den årlige virksomhetsplanleggingen utføres på alle nivåer i organisasjonen og er svært arbeidskrevende.

De klinikkvise strategiske utviklingsplanene er ferdigstilt og arbeidet med langtidsplan er igangsatt. For å sikre at de årlige virksomhetsplanene er i tråd med UNN's langsiktige målsetninger er det behov for en tett kobling mellom strategisk utviklingsplan, langtidsplan og de årlige virksomhetsplanene. I tillegg viser tiltaksgjennomføringen de siste årene at det er behov for bedre kvalitet i tiltaksarbeidet. En av utfordringene er at mange tiltak krever omfattende detaljplanlegging. Det er også behov for lengre tid til å iverksette og implementere tiltak og endringer. Hovedarbeidet med påfølgende års virksomhetsplan må dermed gjøres på våren slik at arbeid med kvalitetssikring og prosesser for iverksettelse er utført innen årsskiftet.

Langtidsplanen for UNN skal bidra til å øke forutsigbarheten i den årlige virksomhetsplanleggingen for å legge til rette for høyere måloppnåelse både på klinikk og foretaksnivå, samt redusere arbeidsmengden i det årlige planleggingsarbeidet. Langtidsplanen skal inneholde prioriterte tidsfaste satsinger i en rullerende fireårsperiode. Arbeid med langtidsplanen foreslås lagt til høsten. For å sikre nok tid til detaljert prosjektplaner for enkeltoppdrag i langtidsplanen, og sikre tilstrekkelige detaljnivå for implementering til årlige virksomhetsplaner må arbeidet med langtidsplanen gjøres med ett års margin. Det vil si at høsten 2016 planlegges langtidsplan for 2018-2021. Årshjulet for virksomhetsplanleggingen foreslås korrigert for å ta høyde for disse forbedringsbehovene, tabell 1.

Tidspunkt	Årlig virksomhetsplan/langtidsplan	Hvem	Sak/møte	Formål
Januar	Årlig virksomhetsplanlegging	Styret UNN	Styresak: Direktørens dialogavtale	Dialogavtale påfølgende år
Januar	Årlig virksomhetsplanlegging	Direktørens ledergruppe, tillitsvalgte, verneombud	Konferanse virksomhetsplan 2018	Starte arbeidet med VP 2018 basert på vedtatt langtidsplan. Prioriteringer, tiltak, og planlegge videre arbeid
Februar	Årlig virksomhetsplanlegging	Styret UNN	Styresak: Oppdragsdokument fra RHF	Oppdragsdokument for inneværende år
Februar	Årlig virksomhetsplanlegging	Fra Helse Nord RHF	Budsjettbrev 1	Foreløpige føringer for VP påfølgende år fra Helse Nord RHF. Foretakene inviteres til å komme med innspill på langtidsplan
Mars	Årlig virksomhetsplanlegging	Ledere UNN	Ledersamling UNN	Klinikkene jobber med VP 2018
Mars	Årlig virksomhetsplanlegging	Styret UNN	Tilbakemelding til RHF plan 2018-2021	Innspill fra UNN til Helse Nord's langtidsplan, baseres på UNNs langtidsplan
Mai	Årlig virksomhetsplanlegging	Direktørens ledergruppe, tillitsvalgte, verneombud	Konferanse virksomhetsplan 2018	Gjennomgang av klinikkens VP arbeid for 2018. Evt korrigeringer som følge av Helse Nord's langtidsplan
Mai	Årlig virksomhetsplanlegging	Styret UNN	Styresak: Forberedende virksomhetsplanlegging 2018	Få styrets tilslutning til strategi for det årlige virksomhetsplanarbeidet basert på langtidsplan
Mai	Årlig virksomhetsplanlegging o	Fra Helse Nord RHF	Langtidsplan RHF og detaljbudsjett påfølgende år, inkludert investeringsrammer	Premisser fra Helse Nord RHF for langtidsplan og påfølgende års VP
Septembe	Årlig virksomhetsplanlegging	Direktørens ledergruppe, tillitsvalgte, verneombud	Konferanse virksomhetsplan 2018, 1/2 dag	Gjennomgang av klinikkens VP arbeid for 2018.
Septembe	Langtidsplan	Direktørens ledergruppe, tillitsvalgte, verneombud	Konferanse langtidsplan 2019-2022	Gjennomgang av oppgaver/prosjekter fra Strategisk utviklingsplan. Diskutere strategier, prioriteringer, rekkefølge på prioriteringer, videre detaljplanlegging
Septembe	Årlig virksomhetsplanlegging	Direktør - klinikk/sjef/senterleder	Dialogmøter direktøren - senter/klinikk	Gjennomgå og vedta endelig VP pr klinikk/senter inkludert detaljbudsjett, tiltak, plantall aktivitet og kvalitet
Oktober	Langtidsplan	Styret UNN	Styresak: Forberedende langtidsplan 2018-2021	Styrets innspill og tilslutning til strategi angående prioriteringer og rekkefølge i gjennomføring
Oktober	Årlig virksomhetsplanlegging	Fra HOD	Statsbudsjett	Statsbudsjett for påfølgende år
Oktober	Årlig virksomhetsplanlegging	Fra Helse Nord RHF	Budsjettbrev 3	Endelige premisser fra Helse Nord RHF for VP påfølgende år
November	Langtidsplan	Direktørens ledergruppe, tillitsvalgte, verneombud	Konferanse langtidsplan 2019-2022	Vedta endelig langtidsplan for 2018-2021 basert på arbeid fra september og styrets vedtak i oktober
Desember	Årlig virksomhetsplanlegging	Styret UNN	Styresak: Virksomhetsplan 2018	Vedtatt neste års virksomhetsplan inkludert detaljbudsjett, investeringsbudsjett, plantall aktivitet og kvalitet
Desember	Langtidsplan	Styret UNN	Styresak: Langtidsplan 2019-2022	Vedta langtidsplan for perioden 2018-2021. Rulleres årlig. Inkludert gjennomføringsplan for detaljplanlegging for de prioriterte prosjektene/oppgavene

**Tabell 1 - Årshjul for virksomhetsplanlegging ved UNN fra og med 2017**

Arbeidet med UNNs første langtidsplan er igangsatt. Dette er svært arbeidskrevende og til dels nybrottsarbeid. Det er en målsetning å invitere styret til å vedta endelig langtidsplan for perioden



2018-2021 i desember. Styret inviteres til å vedta strategi for prioriteringer og videre arbeid med planen i oktober, for å sikre riktig retning på arbeidet i høst.

Arbeidet med årlig virksomhetsplanlegging for 2017 er i full gang. Høsten 2016 vil dette arbeidet gå parallelt med langtidspanarbeidet, tabell 2. Fra januar 2017 starter virksomhetsplanleggingen i tråd med nytt årshjul.

Tidspunkt	Årlig virksomhetsplan/langtidspan	Hvem	Sak/møte	Formål
September	Langtidspan	Direktørens ledergruppe, tillitsvalgte, verneombud	Konferanse langtidspan 2018-2021	Gjennomgang av oppgaver/prosjekter fra Strategisk utviklingsplan. Diskutere strategier, prioriteringer, rekkefølge på prioriteringer, videre detaljplanlegging
September	Årlig virksomhetsplanlegging	Direktørens ledergruppe, tillitsvalgte, verneombud	Konferanse virksomhetsplan 2017	Gjennomgang av klinikkens VP arbeid for 2017.
Oktober	Årlig virksomhetsplanlegging	Direktør - klinikk/sjef/senterleder	Dialogmøter direktøren - senter/klinikk	Gjennomgå og vedta endelig VP pr klinikk/senter inkludert detaljbudsjett, tiltak, plantall aktivitet og kvalitet
Oktober	Langtidspan	Styret UNN	Styresak: Forberedende langtidspan 2018-2021	Styrets innspill og tilslutning til strategi angående prioriteringer og rekkefølge i gjennomføring
Oktober	Årlig virksomhetsplanlegging	Fra HOD	Statsbudsjett	Statsbudsjett for påfølgende år
Oktober	Årlig virksomhetsplanlegging	Fra Helse Nord RHF	Budsjettbrev 3	Endelige premisser fra Helse Nord RHF for VP påfølgende år
November	Langtidspan	Direktørens ledergruppe, tillitsvalgte, verneombud	Konferanse langtidspan 2018-2021	Vedta anbefaling til styret: langtidspan for 2018-2021 basert på arbeid fra september og styrets vedtak i oktober
Desember	Årlig virksomhetsplanlegging	Styret UNN	Styresak: Virksomhetsplan 2017	Vedta neste års virksomhetsplan inkludert detaljbudsjett, investeringsbudsjett, plantall aktivitet og kvalitet
Desember	Langtidspan	Styret UNN	Styresak: Langtidspan 2018-2021	Vedta langtidspan for perioden 2018-2021. Rulleres årlig. Inkludert gjennomføringsplan for detaljplanlegging for de prioriterte prosjektene/oppgavene

**Tabell 2 - Virksomhetsplanlegging ved UNN høsten 2016**

## Medvirkning

### *Medvirkning i planarbeidet*

UNN har etablert praksis med deltakelse fra foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud i plankonferansene i direktørens ledergruppe. Denne praksisen er videreført i nytt årshjul og er tatt med i tabell 1 og 2. Direktøren ønsker at også brukermedvirkning skal inn i virksomhetsplanleggingen. En plan for hvordan dette skal skje er under utarbeidelse, og tabell 1 og 2 oppdateres så snart planen er klar.

Saken ble forelagt UNNs ledergruppe 23.8.2016 med påfølgende drøftingsrunde i brukerutvalg, arbeidsmiljøutvalg og ansattes organisasjoner og vernetjenesten 29., 30. og 31.8.2016.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg etterlyste en sterkere vektlegging av pasientens helsetjeneste i planen, ettersom dette er et prioritert område for hele Helse Nord. Utvalget ønsket en sterkere involvering av brukerne i kommende prosesser, og viste til oppdragsdokumentets vektlegging av dette.

Arbeidsmiljøutvalget samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til planen samt at saken forelegges styret til sluttbehandling i den form den ble presentert i møtene.

## Vurdering

Direktøren mener at sammenhengen mellom Strategisk utviklingsplan, langtidsplan og årlig virksomhetsplan styrkes gjennom det nye årshjulet for virksomhetsplanlegging. I tillegg vil tilbakemeldingen til RHF's rullering av langtidsplan både bli mindre arbeidskrevende, ha høyere kvalitet og være godt forankret i eget foretak og styre på grunn av arbeid med og rullering av egen langtidsplan.

Direktøren fastslår at kvaliteten på planlegging og implementering av det årlige tiltaksarbeidet har ikke vært god nok. Bedre tid mellom planlegging, iverksettelse og forventet effekt forventes å øke gjennomføringsgraden på planlagte tiltak. Økt gjennomføringsgrad vil redusere behov for kompensere eller nye varige tiltak, frigi tid og skape økt forutsigbarhet i alle deler av organisasjonen. Direktøren er samtidig klar over at organisasjonen kan miste impulsivitet og kreativitet, evne til å raske omstillinger, evne til å igangsette nye oppdrag med korte frister og fleksibilitet. En noe større sentral økonomisk buffer kan bidra til å redusere disse ulempene. Problemstillingen tas med i virksomhetsplanarbeidet fremover.

Årshjulet for virksomhetsplanlegging legger til rette for at omstillingsbehov synliggjøres tidligere enn før både gjennom rullering av langtidsplanen og årlig virksomhetsplan. Dette vil legge til rette for viktige prioriteringsdiskusjoner både for oppgaver som skal prioriteres opp og ned, samt synliggjøre gjensidig avhengighet og rekkefølgeavhengighet mellom disse.

Direktøren er fornøyd med at årshjulet legger til rette for at styret får reell innvirkning på både langtidsplan og årlig virksomhetsplan i styresakene *Forberedende virksomhetsplanlegging* og *Forberedende langtidsplan* henholdsvis vår og høst.

Direktøren har innhentet informasjon om hvordan brukervedvirkning ivaretas i planprosessene i Helse Nord RHF. Direktøren vurderer det som fornuftig å etablere lignende praksis som i Helse Nord RHF, og vil lage en plan som sikrer at dette skjer.

## Konklusjon

Styret inviteres til å vedta årshjul for virksomhetsplanlegging i UNN.

Tromsø, 2.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
72/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.9.2016
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Walter Andersen

### Godkjenning av HMS-strategien ved UNN

#### 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.

#### Bakgrunn

Strategi for helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-strategien) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ble iverksatt i 2009, og er nå undergitt en revisjon. Nødvendige tilpasninger til overordnet strategi, strategisk utviklingsplan, UNN-boka samt andre strategier og sentrale satsingsområder er påkrevet. I tillegg er det behov for et sterkere fokus på det helhetlige HMS-arbeidet, noe forskrift om systematisk HMS-arbeid legger opp til. Dette innebærer å få delområdene arbeidsmiljø, brann, ytre miljø, strålevern, el-sikkerhet (MTU) ennå tydeligere frem i lyset som en del av det systematiske arbeidet.

Saken ble behandlet i arbeidsmiljøutvalget 18.5.2016, og det ble påpekt gap mellom UNNs egne målsettinger for området, og den faktiske situasjonen. Dette med referanse til tilgjengelig dokumentasjon og krav til systematisk HMS-arbeid.

#### Formål

Formålet med strategien er å bidra til å redusere gapet mellom nåværende situasjon og UNNs ambisjoner på HMS-området.

## Saksutredning

Strategi for helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-strategien) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er under revisjon. Arbeidet med revisjonen har vært utført av en arbeidsgruppe av fagpersonell med deloppgaver innen HMS-feltet, samt foretaksverneombudet. I tillegg ble det etablert en referansegruppe av tre klinikkjefer. Som en del av forberedelsen til dette arbeidet gjennomgikk ledergruppen ved UNN e-læringsprogrammet for HMS. Saken er behandlet i arbeidsmiljøutvalget, og forslaget ble også presentert for medarbeidere og ledere under et onsdagsmøtet.

Den fremlagte strategien gir nødvendige føringer for arbeidet med HMS. Det er ingen store endringer i innretningen på selve arbeidet i praksis, men synliggjør bedre kopling til kjerneoppgavene, samt behov for forbedret opplæring og styring av arbeidet med HMS.

## Medvirkning

HMS-strategien ble behandlet i arbeidsmiljøutvalget 18.5.2016, og ble forelagt brukerutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten 29. og 30.8.2016. Protokoll og referat fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styrets møte 14.9.2016.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg sluttet seg til hovedretningen i strategien, men uttrykte misnøye med manglende brukervedvirkning i prosessen, og viste til Oppdragsdokumentets vektlegging av dette.

## Vurdering

Strategiarbeidet har vært gjennom ei grundig behandling:

- Innspill fra en høringsrunde i KVAM-utvalgene i forhold til eksisterende strategi
- Vurdering av virkemidlene i eksisterende strategi
- Innspill etter gjennomgang av e-læringsprogrammet for HMS i ledergruppen
- Workshop for arbeidsgruppe og referansegruppe
- Behandling i arbeidsmiljøutvalget

Både arbeidsgruppen og referansegruppen har påpekt nødvendigheten av å kople HMS-arbeidet til arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Kvalitet- og utviklingscenteret (KvalUt) vil ta dette inn i arbeidet med UNNs implementering av den regionale kvalitetsstrategien. Direktøren har prioritert den interne medvirkning i prosessen for å styrke den helhetlige forståelsen gjennom en bredest mulig ledelsesforankring. Koplingen mot pasientsikkerhet og kvalitet har skjedd som en del av prosessen, og er derfor synliggjort som en samordning mellom HMS, pasientsikkerhet og kvalitet, og forsterket av kvalitetsstrategien for Helse Nord som kom i slutfasen av dette arbeidet (desember 2015).

Fra strategien fremgår det at *Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet skal være planlagt og forutsigbart, understøtte arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet og forankres i ledelsessystemene og daglig drift.* Sett i lys av dette er det nødvendig å vurdere brukervedvirkning i arbeidet med handlingsplanen for gjennomføring av kvalitetsstrategien i UNN jf. punkt 5 i etterfølgende tabell, hvor det fremkommer hvilke utviklingsoppgaver som er nødvendig som følge av arbeidet med strategien.

Oppgave	Ansvar
1. Delegasjonsreglement for UNN der HMS-ansvaret fremkommer	Stabssenteret
2. Automatisere, samordne og forenkle det praktiske arbeidet med HMS (skjema, sjekklister, prosedyrer, IKT m.m.)	KvalUt/ fagnettverk HMS
3. Styrke opplæring av nytilsatte – opprette arbeidsgruppe som legger frem forslag om dette til arbeidsmiljøutvalget	Stabssenteret
4. Implementere HMS-indikatorer (nasjonale og lokale indikatorer som brann, miljø, sikkerhet m.v.)	KvalUt /fagnettverk HMS
5. Samordning av HMS, pasientsikkerhet og kvalitet der det er mulig	KvalUt
6. Revidere prosedyre for LGG slik at den ivaretar de klinikkvise gjennomgangene	KvalUt

**Tabell – utviklingsoppgaver som følge av strategiarbeidet**

Direktøren anser saken som godt belyst og anser strategien som nødvendig for å ta nye steg i dette arbeidet.

## Konklusjon

HMS-strategien understøtter nå den overordnede strategien, og synliggjør behovet for bedre samordning av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Den viderefører det tidligere arbeidet med et sterkere ledelsesmessig fokus, samt sterkere forankring i ledergruppen i UNN og i virksomhetsstyringen. For de ulike enhetene vil det i praksis ikke bli store endringer, men de skal kunne forvente bedre oppfølging av overordnet ledelse og bedre måloppnåelse. Strategien peker på tre hovedområder: Målarbeid, resultatoppfølging og opplæring.

Tromsø, 2.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg: Revidert HMS-strategi for UNN



**«Sikker, helsefremmende og miljøvennlig»**

- en strategi for helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i UNN

## Innledning

UNN samkjører HMS-, kvalitets- og kulturarbeidet fordi vi mener at godt arbeidsmiljø gir god kvalitet i pasientbehandlingen, og fordi en tydelig og god bedriftskultur er en forutsetning for godt arbeidsmiljø.

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (IK-forskriften) har som formål å fremme forbedringsarbeidet innen:

- Arbeidsmiljø og sikkerhet
- Forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelser fra produkter eller forbrukertjenester
- Vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall slik at målene i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen oppnås.

*Styret vedtar strategien og følger den opp gjennom Ledelsens gjennomgang og tilsynsrapportering.*

Direktøren utøver sin internkontroll i forhold til HMS på følgende måte:

- Vedta årlige mål for UNN på bakgrunn av innspill fra fagmiljøene og arbeidsmiljøutvalg
- Følge opp målområdene gjennom ledermøter og dialogmøter med klinikkledelsen
- Behandle Ledelsens gjennomgang der indikatorer for Helse, Miljø og Sikkerhet inngår
- Vedta program for interne revisjoner og som følges opp gjennom Ledelsens gjennomgang
- Sørge for læring på tvers gjennom løpende behandling i kvalitetsutvalg, arbeidsmiljøutvalg og ledergruppe

## Begrepsavklaring

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid stiller krav til at UNN HF skal ha et system som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen. I UNN HF er dette arbeidet integrert i kvalitets- og styringssystemet. Dette innebærer at helse, miljø og sikkerhet inngår i:

- Dialogavtale med fastsetting av mål for helse, miljø og sikkerhet
- Ledelsens gjennomgang på foretaks- og klinikknivå med rapportering på helse-, miljø- og sikkerhetsindikatorer
- Programmet for interne revisjoner – helse, miljø og sikkerhet skal være tema på noen av de prioriterte revisjoner hvert år
- Avvikssystemet – registrering, behandling og analyse
- Risikostyring – analyse, vurdering og evaluering
- Tilsynsrapportering til styret

I enhetene handler systematisk HMS-arbeid om gjennomføring av opplæring, øvelser, egenkontroll (brann- og vernerunder), møter i kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper, samt oppfølging av mål i dialogavtalene, arbeidsmiljø- og pasientsikkerhetskulturerundersøkelser og

andre sentrale og lokale satsingsområder (f.eks. Grønt sykehus, nærværarbeid og inkluderende arbeidsliv)

## Mål ny HMS-strategi

### Visjon

*«Det er resultatene for pasienten som teller! Vi gir den beste behandling!»*

### Strategisk hovedretning:

Pasientforløp, medvirkning, samhandling, kvalitet, utdanning, forskning, teknologi og e-helse og kultur.

Helse, Miljø og Sikkerhetsarbeidet skal være planlagt og forutsigbart, understøtte arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet og forankres i ledelsessystemene og daglig drift.

*«Sikker, helsefremmende og miljøvennlig»*

### Overordnede mål og delmål:

#### Pasienter

UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt. Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet skal også bidra til pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen:

- ha lokaler og utstyr som er planlagt, innredet, vedlikeholdt og driftet slik at de er i tråd med gjeldende krav
- sikre at helsepersonell har kompetanse innen sikkerhet, miljø og systematisk forbedringsarbeid, slik at pasienten opplever at behandlingen foregår i trygge omgivelser
- sikre at alle som arbeider pasientnært har dokumentert tilstrekkelig opplæring i utstyr og systemer

#### Samfunnet

UNN er det norske universitetssykehuset for nordområdene og en viktig samfunnsaktør som er:

- ansvarlig, åpen og med høy kvalitet på helsetjenestene
- miljøvennlig og attraktiv arbeidsplass som kompetent arbeidskraft søker seg til

#### Medarbeidere

UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives, der ledelse utøves slik at medarbeiderne yter sitt beste og omsorg vektlegges i arbeidssituasjonen.

UNN skal:

- gjennomføre nødvendig opplæring av ledere, verneombud og medlemmer i KVAM
- ha systemer og kommunikasjonsformer som bidrar til læring av uønskede hendelser og avvik
- måle medarbeidertilfredshet og bruke resultatene til forbedring

Medarbeidere skal:



- arbeide sammen om forbedring av kvalitet, arbeidsmiljø og kultur, også over organisatoriske grenser
- kjenne til og bidra aktivt i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, foreslå forbedringer og melde avvik
- fremme åpenhet, sosialt samhold, nærvær og arbeidsglede

### **Studenter**

UNN skal i samarbeid med universitetene, høyskolene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente medarbeidere, også med kunnskap innen helse-, miljø og sikkerhetsarbeid:

- fremstå som en moderne arbeidsplass der helse, miljø og sikkerhet synliggjøres i daglig drift
- lære studenter og elever hvordan UNN jobber for å unngå skader på mennesker, materiell og miljø

### **Suksessfaktorer**

Arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er en del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet og krever langsiktighet. Erfaringsoverføring og læring baseres på klare organisatoriske strukturer, gode samarbeidsforhold, god kompetanse, åpenhet og god kommunikasjon. Grunnlaget ligger i følgende faktorer:

- Ledere på alle nivå tar ansvar og fremstår som rollemodeller for HMS.
- HMS-mål fastsatt og evaluert gjennom dialogavtalen.
- Fungerende vernetjeneste og KVAM-struktur med tilstrekkelig faglig bredde og opplæring til å ivareta oppgavene.
- Klare ansvarsområder, rolle- og oppgavefordeling.

### **Strategiske hovedområder**

#### **Mål**

Det utarbeides et *årlig måldokument* basert på:

- Ledelsens gjennomgang
- Avviksanalyse
- Arbeidsmiljø- og pasientsikkerhetskulturundersøkelser
- Myndighetskrav, tilsynsrapporter og interne revisjoner
- Oppdragsdokument og vedtatte satsingsområder og programmer (*f.eks. klima- og miljøprogram, IA-mål og handlingsplan, kjemikaliesatsingen*)

Målene godkjennes av direktøren/ledergruppen etter innspill fra arbeidsmiljøutvalg og kvalitetsutvalg. Måldokumentet skal være ferdig og oversendt klinikkene/sentrene i forkant av dialogavtalearbeidet for kommende år.

#### **Resultatoppfølging innen HMS-feltet**

Målene følges opp gjennom direktørens oppfølgingsmøter med klinikkene og videre gjennom linjen:

- Integrering av HMS i dialogavtalen
- Forbedret resultatoppfølging i Ledelsens gjennomgang på foretaks- og klinikknivå ved bruk av vedtatte indikatorer
- Klinikkerne initierer egne interne revisjoner som en del av forbedringsarbeidet
- Bruk av årshjul for HMS-aktiviteter med oppfølging av fremdrift på alle ledernivå

### **Opplæring/kompetanse**

Alle ledere skal ha nødvendig opplæring i HMS. Arbeidsmiljøloven stiller krav om at ledere har plikt til å gjennomgå opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. For å oppfylle dette kravene skal alle ledere i UNN gjennomgå fire av modulene i HMS-kurset. For å få dette til skal UNN særlig fokusere på:

- Interesse og kompetanse innen HMS ved tilsetting av ledere
- Tett oppfølging av nytilsatte ledere i prøveperioden spesielt med tanke på obligatoriske kurs i lederutviklingsprogrammet
- At gjennomføring av opplæring inngår i Ledelsens gjennomgang i klinikkene, dialogmøtene i klinikkene og i UNNs ledergruppe som en del av ledergruppens årshjul
- Personal og organisasjonsavdelingen og Kvalitetsavdelingen bistand med å tilrettelegge gode prosesser internt i klinikkene

Verneombud skal gjennomføre alle åtte moduler i HMS-kurset, KVAM-medlemmer minimum de fire første modulene.

### Referanser til andre dokumenter

1. [Internkontrollprogrammet](#)
2. [Dokumentsamlinger/håndbøker](#)
  - [HMS-prosedyrer](#)
  - [HMS-skjemaer](#)
  - [Smittevern](#)
  - [Miljø](#)
  - [Avfall](#)
  - [Strålevern](#)
  - [Brann](#)
  - [MTU](#)
  - [Katastrofeplan](#)
  - [KVAM](#)
3. [Personalhåndboka](#)
4. [Pasientsikkerhetsprogrammet](#)
5. [Kvalitetsstrategien i Helse Nord 2016-2020](#)

## Det er resultatene for pasienten som teller! Vi gir den beste behandling.

Pasientforløp, samhandling, kvalitet, utdanning og forskning, \*medvirkning, teknologi og e-helse og kultur  
\* Medvirkning omfatter både pasientmedvirkning og ansattmedvirkning

### Strategiske hovedretninger

Helse, Miljø og Sikkerhetsarbeidet skal være planlagt og forutsigbart, understøtte arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet og forankres i ledelsessystemene og daglig drift.  
«Sikker, helsefremmende og miljøvennlig»

### Overordnede mål

Pasienter	Samfunnet	Medarbeidere	Studenter
<p>UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt. Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet skal også bidra til pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ha lokaler og utstyr som er planlagt, innredet, vedlikeholdt og driftet slik at de er i tråd med gjeldende krav</li> <li>• sikre at helsepersonell har kompetanse innen sikkerhet, miljø og systematisk forbedringsarbeid, slik at pasienten opplever at behandlingen foregår i trygge omgivelser</li> <li>• sikre at alle som arbeider pasientnært har dokumentert tilstrekkelig opplæring i utstyr og systemer</li> </ul>	<p>UNN skal være det norske universitets- sykehuset for nordområdene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ansvarlig, åpen og med høy kvalitet på helsetjenestene</li> <li>• miljøvennlig og attraktiv arbeidsplass som kompetent arbeidskraft søker seg til</li> </ul>	<p>UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives, der ledelse utøves slik at medarbeiderne yter sitt beste og omsorg vektlegges i arbeidssituasjonen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UNN skal gjennomføre nødvendig opplæring av ledere, verneombud og medlemmer i KVAM</li> <li>• UNN skal ha systemer og kommunikasjonsformer som bidrar til læring av uønskede hendelser og avvik</li> <li>• UNN skal måle medarbeidertilfredshet og bruke resultatene til forbedring</li> <li>• Medarbeidere skal arbeide sammen om forbedring av kvalitet, arbeidsmiljø og kultur, også over organisatoriske grenser</li> <li>• Medarbeidere skal kjenne til og bidra aktivt i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, foreslå forbedringer og melde avvik</li> <li>• Medarbeidere skal fremme åpenhet, sosialt samhold, nærvær og arbeidsglede</li> </ul>	<p>UNN skal i samarbeid med universitetene, høyskolene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente medarbeidere, også med kunnskap innen helse-, miljø og sikkerhetsarbeid</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fremstå som en moderne arbeidsplass der helse, miljø og sikkerhet synliggjøres i daglig drift</li> <li>• lære studenter og elever hvordan UNN jobber for å unngå skader på mennesker, materiell og miljø</li> </ul>



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
73/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.9.2016
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

### Orienteringssaker

#### 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

#### *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.*

Tromsø, 9.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



**Sak:** Tilsynssak i ambulansetjenesten ved UNN  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Jon H. Mathisen – kliniksjeff ved Akuttmedisinsk klinikk  
**Møtedato:** 14.9.2016

---

## Bakgrunn

Det er sendt bekymringsmelding til fylkesmannen vedrørende at ambulanser har vært ute av drift på grunn av personellmangel. Fylkesmannen har konkludert med at Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelseloven og internkontrollforskriften.

## Saksutredning

I perioder har det vært utfordrende å bemanne ambulanser på grunn av sykefravær og lite tilgang på vikarer. Dette gjelder spesielt ambulansestasjoner i distrikt der det er lav aktivitet, vaktordning med hjemmevakt (lav avlønning) og få eller ingen lokalt tilsatte. For året 2015 da disse sakene ble meldt var tilgjengelighet på døgnambulanser i UNN 99,3 %. For første halvår 2016 er tilgjengelighet 99,42 %.

## Vurdering

I rapporten ser det ut til at det er tre forhold som samlet gjør at fylkesmannen vurderer at UNN har brutt forsvarlighetskravet.

1. *Fylkesmannen har ikke mottatt informasjon som tilsier at UNN har gjort noen utfyllende risiko- og sårbarhetsanalyse med tanke på forsvarligheten av å ta ambulanser ut av drift som følge av bemanningsproblemer. Vi kan heller ikke se at UNN har synliggjort hva som eventuelt blir gjort for å unngå å ta ambulanser ut av drift (eksempelvis omrokking av personell), eller vurderinger i forhold til om det iverksettes tilstrekkelig med kompenserende tiltak (som tilgjengelig helikopter, endring av vaktordninger, tiltak i regi av primærhelsetjenesten etc.) i situasjoner hvor ambulanser har vært tatt ut av drift.*

UNN planlegger ikke beredskapsavbrudd, men vi må forholde oss til at det likevel skjer i om lag 1 % av beredskapstiden, og har derfor prosedyrer for hvordan driftsavbrudd skal håndteres. Risikovurderinger ved slike hendelser foregår fortløpende 24/7/365 ved at AMK-sentralen har oversikt over alle ambulanserbiler, ambulansebåter, ambulanshelikoptre og ambulansfly og har en rekke tiltak som iverksettes når akuttberedskapen i ett område svekkes. Virkemidler kan være å utsette oppdrag med hastegrad vanlig, møtekjøring, flytting av ambulansberedskap eller bruk av luftambulans. Dette er et dynamisk arbeid med mange faktorer og vi gjør disse vurderingene hele tiden.

2. *"I tilfeller hvor ambulanser er satt ut av drift/ikke er forskriftsmessig bemannet får AMK sentralen i Tromsø informasjon. På steder med spredt bosetting og lange geografiske avstander må det også kunne sies å være av stor betydning at det er et godt samarbeid mellom ambulansetjenesten og den kommunale legevaktstjenesten. Etter fylkesmannens vurdering tilsier god praksis at også nabostasjoner får informasjon med tanke på*



*prioritering av type oppdrag, og de vil ha mulighet til å kunne gjøre vurderinger, eller følge kjente instruksjoner/rutiner med tanke på endring av vaktordning.”*

Begrunnelsen for fylkesmannens vurdering i dette avsnittet opplever vi er basert på feil forståelse av vårt system. Det er AMK-sentralen som vurderer, prioriterer og sender ut ressurser, ikke ambulansestasjonene. Seksjonslederne informeres fortløpende om ambulanser som tas ut av drift (også ambulanser som ligger i andre seksjoner) og vurderer endret vaktordning som risikoreduerende tiltak. Informasjon til vaktgående personell på nabostasjoner har derfor ikke betydning for ambulanseberedskapen. En oppgradering i AMK-datasystemene vil denne høsten uansett sørge for ”live” informasjon til alt ambulanspersonell i vakt.

3. *Det har i noen tilfeller vært svikt i varslingen til primærhelsetjenesten.*

Samarbeidet med primærhelsetjenesten er svært viktig for ambulanseavdelingen og UNN. Våre rutiner er at legevakten alltid skal varsles når det er beredskapsavbrudd. Dessverre har dette sviktet ved noen tilfeller og AMK-sentralen og ambulanseavdelingen arbeider kontinuerlig med forbedring på dette området.

## Konklusjon

Fylkeslegens oppsummerende vurdering:

*Ettersom det vil få konsekvenser for ambulansetjenestens responstid ved akutt og hasteoppdrag, kan det ikke anses som en forsvarlig løsning at ambulanser tas ut av drift som følge av bemanningsproblemer uten at UNN har gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse, eller synliggjort hvilke vurderinger og tiltak som likevel kan medføre at pasienten får forsvarlig helsehjelp.*

Premisset for konklusjonen om uforsvarlig praksis kan diskuteres. Akuttmedisinsk klinikk har derfor tatt initiativ til møte for å avklare noen faktiske forhold. Etter dialog har vi blitt enig om at videre kommunikasjon rundt saken opptas etter at vi har besvart deres brev innen 15/12-16.

Etter vår vurdering peker Fylkeslegen i hovedsak på følgende forhold:

1. Manglende gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyse ved beredskapsavbrudd.
2. Manglende varsling av personell på nabostasjoner.
3. Manglende varsling av legevaktslege.

Etter samtale med assisterende fylkeslege er det avklart en forventning om at en ”basis” risikovurdering skal ligge til grunn for fortløpende beredskapsplanlegging i AMK. Dette vil bli gjennomført i tiden frem til desember.

Når det gjelder punkt 2. er vi uenige med Fylkeslegen og vi ønsker å diskutere premissene for vurderingen. Men vi vil uansett møte kravet ved å innføre ”live” informasjon til personell i vakt om beredskap.

Når det gjelder punkt 3. er vi enige med Fylkeslegen og arbeider med forbedring. Her innarbeides det nå en ny prosedyre for enda bedre kommunikasjon med legevaktene.



**Sak:** Salg av C00  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Tor-Arne Hanssen  
**Møtedato:** 14.09.2016

---

## Sammendrag

### Bakgrunn

I styresak 32-2014 besluttet styret i UNN å endre gjennomføringsstrategi for A-fløya fra 2 faser til en fase. Dette innebar å etablere midlertidige bygg for deler av virksomheten som eksisterte i A2. Modulbygget C00 er kjøpt inn som del av A-fløy prosjektet, og installasjonen ble utført i parallell med A00. C00 er et bygg UNN har kjøpt, mens A00 er et leiebygg.

Budsjettet til gjennomføring av A-fløy prosjektet er basert på salg av C00 for 30 millioner kr.

### Saksutredning

Modulbygget C00 er kjøpt inn som del av A-fløy prosjektet, og installasjonen ble utført i parallell med A00. C00 er et bygg UNN har kjøpt, mens A00 er et leiebygg.

Planen og bestillingen i prosjektet er at C00 skal avvikles og legges ut for salg i det åpne marked når A-fløy prosjektet er ferdig og klinisk drift er iverksatt. A00 blir demontert av utleier og tatt tilbake til kontraktfestet kostnad.

C00 består av 3 etasjer fordelt på laboratorier, poliklinikk og rene operasjonsstuer. Bygget er koblet inn til C-fløya med en gangbro. Bygget er i stor grad skreddersøm tilpasset UNN sitt behov i denne byggeperioden slik at markedet for salg er begrenset til tilsvarende virksomhet innen helse- og/eller forskningsinstitusjoner. Ved et salg er det tenkelig å dele bygget i flere salgsobjekter hvis dette er hensiktsmessig og lønnsomt. Oppsplitting i flere salgsobjekter vil medføre betydelige reetableringskostnader for de enkelte delene. Grovt estimert kan en tredeleing av bygget bety omkring en dobling av total kostnad for eventuelle kjøpere.

Verdimessig er innkjøpene forbundet med C00 priset til 100 millioner kr, mens antatt salgsverdi er i prosjektet satt til 30 MNOK. Dette er gjort ut i fra forsiktige sonderinger hos opprinnelig leverandør.

---

UNN HF	Besøksadresse:	Kontonr:	Org nr:	Telefon: 77 62 60 00*	Internett:
9038 Tromsø	Sykehusveien 38	4700.04.02008	MVA 983 974 899 NO	Telefaks: 77 62 60 42	www.unn.no
	9038 Tromsø				





I forhold til gjennomføringen av et slikt salg har vi starter dette gjennom et varsel til Sykehusbygg slik at de kan være klar over muligheten. Videre er det etablert samtaler med opprinnelig produsent i forhold til deres markedsarbeid. Dette er skissert slik at de kan fremskaffe en kunde, og deretter påta seg de rene entreprenøroppgaver ved nedrigging og nyinstallering hos ny kunde.

Det er videre noen forhold UNN må ta beslutninger på:

1) Skal C00 selges, eller finnes det fremtidige formål i organisasjonen som tilsier at den bør beholdes. Dette kan være til opplæringsformål, forskning m.m. En slik beslutning tilsier at man internt må finansiere opp de budsjetterte salgssinntekter på 30 millioner kr.

2) Selve gjennomføring av salget i forhold til offentlige konkurranseregler er ikke diskutert. Det bør besluttes om dette skal gjøres som en offentlig konkurranse, eller om man skal foreta en forretningsmessig tradisjonell markedssondering for å fremskaffe en kunde for en direkte avtale. Det bør gjøres en enkel juridisk vurdering av dette.

Tidsmessig skal teknisk testing av A-fløya starte 1.11.2017, og klinisk drift starte medio januar 2018. Formell overtagelse av A-fløya skal skje i april 2018. I praksis vil C00 kunne frigjøres våren 2018, etter at Hjertepoliklinikken flytter inn i B fløya plan 6.. Det er å anta at salgsprosessen kan være tidkrevende slik at de prinsipielle avklaringer bør være på plass i første kvartal 2017.

## Vurdering

Prosjektledelsen er i ferd med å avklare formalia omkring salgsprosess på juridisk basis. Det pågår også uformell markedssondering. Den rent forretningsmessige handteringen av salg vil starte i løpet av andre kvartal 2017.

Interne vurderinger omkring eventuelt videre bruk av bygget eller salg må avklares innen første kvartal 2017, parallelt med fullføring av Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2030.

## Konklusjon

A-fløy prosjektet har budsjettert med salg av C00 med nettogevinst på 30 millioner kroner. Forberedelsene av prosessen er kommet i gang og selve forretningsdelen av salget planlegges startet i 2. kvartal 2017. Innen den tid må eventuelle interne avklaringer være gjennomført og forankret i foretaket.

**Sak: Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan  
- kirurgisk akuttberedskap**

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Fra: Tor Ingebrigtsen/ Hege Andersen

Møtedato: 14.9.2016

**Bakgrunn**

UNN HF har fått flere oppfølgingsoppdrag med bakgrunn i Nasjonal helse- og sykehusplan. Denne prosjektplanen omfatter området Rapport om framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi. Selve oppdraget er beskrevet i mandatet fra Helse Nord RHF. Prosjektplanen er en operasjonalisering av oppdraget, og herunder en plan for organisering av arbeidet, tidsfrister og del-leveranser.

**Saksutredning og vurdering**

Denne første orienteringen om UNN HF sin oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan skjer i form av at utkast til prosjektplan, utredning av kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder for UNN Narvik, legges fram for styret. Utredningen skal oversendes Helse Nord RHF innen 1. april 2017 og UNN-styret skal fatte vedtak i saken i sitt møte 29. mars 2017. UNN-styret holdes orientert underveis ved å motta statusrapporteringer tilsvarende Helse Nord RHF, hhv 15. oktober og 1. desember 2016.

Oppdraget vil hovedsakelig løses gjennom etablering av en prosjektgruppe. Prosjektleder Odd Søreide skal lede utredningsoppdraget. Gruppen settes sammen i tråd med mandatet. I tillegg etableres fire arbeidsgrupper som skal gi faglige innspill til prosjektgruppen. Detaljer omkring milepæler, framdrift- og møteplan, organisering og medvirkning framkommer av prosjektplanen. UNN-styret holdes orientert underveis ved å motta statusrapporteringer tilsvarende Helse Nord RHF, hhv 15. oktober og 1. desember 2016.

**Konklusjon**

Prosjektgruppen skal utrede løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik og UNN HF skal anbefale en løsning til Helse Nord RHF. Utredningen skal styrebehandles ved UNN HF, før saken fremmes for styret i Helse Nord RHF. Prosjektgruppen skal søke å komme fram til en omforent anbefaling til UNN-styret.

Vedlegg: Prosjektplan, versjon 1.1.



---

## *Prosjektplan*

### *Oppfølging Nasjonal Helse- og Sykehusplan, kirurgisk akuttberedskap UNN Narvik*

*UNN HF, versjon 1.1. Dato: 02.09.16*

---

#### **Innledning**

UNN HF har av Helse Nord RHF fått i oppdrag å utrede kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder, inkludert innhold og organisering av fødetilbudet for UNN Narvik, med bakgrunn i Nasjonal helse- og sykehusplan. Utredningen skal oversendes Helse Nord RHF innen 1. april 2017. Saken skal orienteres om i UNNs styremøte 14. september 2016, og styret skal fatte vedtak i saken i sitt møte 29. mars 2017.

#### **Bakgrunn**

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars i år, og etter påfølgende foretaksmøte med Helse Nord RHF og styrebehandling utarbeidet Helse Nord RHF et mandat for oppfølging 5. juli 2016 (vedlegg 1). Denne prosjektplanen omfatter området Rapport om framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi. Selve oppdraget er beskrevet i prosjektmandatet, og gjengis ikke her. Prosjektplanen er en operasjonalisering av oppdraget, og herunder en plan for organisering av arbeidet, tidsfrister og del-leveranser.

#### **Metode for datainnsamling**

Mandatet beskriver oppdraget inngående og det gjentas derfor ikke her. Oppdraget vil hovedsakelig løses gjennom etablering av en prosjektgruppe og prosjektleder Odd Søreide, som skal lede utredningsoppdraget. Gruppen settes sammen med utgangspunkt i mandatet, med en representant fra UNN Tromsø i tillegg til tre fra UNN Narvik og en fra UNN Harstad, tre representanter fra kommunene, konsernverneombud og brukerrepresentant. Det planlegges 6 dagsmøter ved UNN Narvik. I tillegg etableres følgende arbeidsgrupper som skal gi faglige innspill til prosjektet (se vedlegg 2 for oppdrag):



1. Kommunale tjenestetilbud med relevans for kirurgivirksomheten ved UNN Narvik
2. Prehospitaltjenester, tilgjengelighet (transport) og traumeorganisering UNN Narvik
3. Fødetilbudet ved UNN Narvik
4. Kirurgi

I tillegg vil det være nødvendig med administrativ innhenting av fakta og andre informasjonselementer. Dette arbeidet vil skje uten bruk av arbeidsgrupper, men med leveranser. Det kan bli behov for ad hoc referansepersoner/referansegrupper. Arbeidsgruppene vil bli brukt til evt kvalitetssikring av innhentet informasjon. Det er behov for informasjonssinnhenting bl a på følgende områder:

- Rekruttering, kompetanse og bemanning.
  - i. Fakta fra bemanningsprosjektet ved UNN Narvik.
- Drifts- og virksomhetsdata fra nasjonale, regionale og lokale databaser og datakilder, analysert av
  - i. SKDE
  - ii. Sykehusbygg eller andre eksterne analyseenheter
  - iii. UNNs analyseenhet (ØAS)
  - iv. Andre
- Kartlegging – oppgaver og drift ved andre små sykehus i Norge (definert som sykehus med historisk opptaksområde på ca 40.000 innbyggere og mindre)
- Statusbeskrivelser – forhold knyttet til kirurgi- og fødetilbudet ved UNN Narvik
  - i. Beskrivelse av prehospitaltjenester
  - ii. Tilgjengelighetsanalyser (transport og reisetider)
  - iii. Fødedata (antall, tilhørighet, resultater)
  - iv. Omtale av kirurgifagene, foreslåtte endringer.
  - v. Kodepraksis

## Milepæls-, framdrifts- og møteplan

### Milepæler (jf mandatets pkt 10)

ID	Dato	Milepæl
M1	14.09.16	Prosjekteier har godkjent prosjektplan, styret i HF orientert
M2	22.09.16	Konstituering av prosjektgruppen, første møte
M3	15.10.16	Rapportering til Helse Nord RHF (styret i UNN HF og direktøren mottar kopi)
M4	01.12.16	Rapportering til Helse Nord RHF (styret i UNN HF og direktøren mottar kopi)
M5	29. 03.17	Styrebehandling UNN HF



M6	01.04.17	Prosjektrapport oversendt Helse Nord RHF
----	----------	--

### Framdrifts- og møteplan

Nr.	Hovedaktivitet	Ansvar	Dato/ frist
1.	Prosjektplan klar til å oversendes styret HF til orientering i styremøtet 14.09.16	Prosjektleder	02.09.16
2.	Prosjektgruppe konstituert – 6 heldagsmøter avholdes ved UNN Narvik	Prosjektleder	22.09.16, 18.10.16, 15.11.16, 15.12.16, 12.01.17, 14.02.17
3.	Rekruttering av aktuelle deltakere til undergrupper for faglige innspill innen hhv kirurgi, føde og prehospitaltjenester	Prosjektleder/ ressurspersoner	Innen 2.09.16
4.	Oppstart og leveranse fra undergrupper.	Ressurspersoner	Etter oppnevning
5.	Datainnsamling. Analyse. Skrive rapport-utkast.	Prosjektleder/ Sekretariat	Se mandat
6.	Risikovurdering, høring og ferdigstilling av rapport-utkast	Prosjektleder/sekretariat ev eksternt kompetanse	Innen xx.03.17
7.	Styrebehandling i UNN HF etter drøftinger mv	Adm.dir UNN HF	29.03.17
8.	Oversende rapport til RHF	Adm.dir UNN HF	01.04.17

### Organisering

Selve navet i utredningen blir prosjektgruppen, som er sammensatt med utgangspunkt i mandatets pkt 9.2, med en representant fra UNN Tromsø og en fra UNN Narvik i tillegg. Klinikksjefene ga innspill til aktuelle deltakere fra hhv Tromsø, Harstad og Narvik. Direktøren utpekte UNN-representantene, med særlig vekt på sammensetningen, slik at både lege- og sykepleierfaget, og de aktuelle fagområdene er representert.

Brukerutvalget ved UNN utpekte selv sin representant, og tilsvarende for de konserntillitsvalgte/konsernverneombud i Helse Nord.

Narvik kommune har i samarbeid med hhv Tysfjord, Ballangen, Evenes, Bardu, Lavangen, Gratangen og Salangen kommune samarbeidet om å utpeke sine representanter. Dette arbeidet er ikke sluttført og vi avventer endelig avklaring. Narvik kommune ved Heidi Lakså er koordinator for kommunene. Direktøren ved UNN HF som prosjekteier har det overordnede ansvar for å sette sammen denne gruppen.



Arbeidet ledes av prosjektleder Odd Søreide. Det er etablert et prosjektsekretariat tilknyttet arbeidet, ledet av Hege Andersen.

Rolle	Navn	Tilhørighet
Prosjekteier	Tor Ingebrigtsen	Direktør UNN HF
Prosjektleder	Odd Søreide	Innleid konsulent
Prosjektsekretariat	Hege Andersen	Direktørens stab
Prosjektdeltakere	Esben Haldorsen	Brukerrepresentant
	Bengt-Ole Larsen	Konsernverneombud
	Avventer endelig avklaring	Kommunene i nedslagsområdet
	Avventer endelig avklaring	Kommunene i nedslagsområdet
	Avventer endelig avklaring	Kommunene i nedslagsområdet
	Jon Harr, overlege	UNN Narvik
	Anne Marthe F Jenssen, overlege	UNN Narvik
	Kari Fiske, seksjonsleder	UNN Narvik
	Rita P Martnes, avdelingsleder	Unn Harstad
	Knut Kjørstad, avdelingsleder	UNN Tromsø

I tillegg blir det som nevnt etablert 4 arbeidsgrupper for faglige innspill. Oppdrag for og sammensetning av disse følger som vedlegg 2.

## Oppdraget

Prosjektgruppen skal utrede løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik (jf pkt 3 i mandatet) og UNN HF skal anbefale en løsning til Helse Nord RHF. Fødetilbudet inngår i det akuttkirurgiske tilbudet og skal også vurderes (jf pkt 4). Elektiv kirurgisk virksomhet skal beskrives (pkt 5). Konsekvensene av ev foreslåtte endringer skal vurderes (pkt 6 og 7).

Forståelsen og føringene i Nasjonal helse- sykehusplan (Meld.St. 11 (2015-2016)) om samarbeid mellom sykehus (sykehus i nettverk) for å dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester skal legges til grunn for arbeidet.

Utredningen skal styrebehandles ved UNN HF, før saken fremmes for styret i Helse Nord RHF (jf pkt 9.4). Prosjektgruppen skal søke å komme fram til en omforent anbefaling til UNN-styret.

## Kommunikasjon og medvirkning

Det vises særlig til pkt 9 i mandatet om åpenhet og involvering. Det utarbeides en egen kommunikasjonsplan og interessentanalyse tilknyttet dette arbeidet. Sistnevnte er en oversikt over prosjektets interessenter, der disse sorteres i ulike interessegrupper. Det er viktig så tidlig



som mulig å synliggjøre hvordan interessentene påvirkes av prosjektet for derved å kunne planlegge kommunikasjonstiltak og involvering. Interessentanalysen er et levende dokument som oppdateres etter hvert som nye faser i utredningsarbeidet inntreffer. Det utarbeides også en kommunikasjonsplan som støtte til interessentanalysen for å tydeliggjøre hvilke kommunikasjonstiltak som rettes mot de ulike interessentgrupper, og når tiltakene skal gjennomføres. Mål for kommunikasjonsarbeidet er: «*Interessentene har tillit til prosessen, prosjektet og målsettingen*».

Ansatte i UNN Narvik spesielt og ved UNN generelt har mottatt informasjon om at arbeidet er i gang, og det er etablert en nettside på internett. Det planlegges også informasjonsmøter for de ansatte i forbindelse med møter i prosjektgruppen. Det er også etablert en «postkasse» for henvendelser til prosjektet som rutes til prosjektsekretariat. All mediekontakt skal skje gjennom pressevakta ved UNN HF.

En utfordring i prosjektet og i informasjonsarbeidet er å skille mellom det som er prosjektets mandat og ansvar, og spørsmål og forhold som angår løpende driftsutfordringer og strategiske planer/planarbeid, jf styrets vedtak om utviklingsplan for UNN HF.

Det legges opp til høringer slik det er beskrevet i mandatet.

## Andre forhold

I hht mandatet vil Helse Nord RHF delta i oppstartsmøtet i prosjektgruppen.

Det pågår et tilsvarende utredningsarbeid ved Nordlandssykehuset HF. Det er etablert kontakt mellom prosjektlederne og det gis mulighet for en observatørrolle for disse i det tilsvarende prosjekt i det andre foretaket og for utveksling av relevant informasjon.

Vedlegg 1: Mandat fra Helse Nord RHF

<https://unn.no/Documents/Om-oss/Utredninger%20etc/Nasional%20helse-%20og%20sykehusplan%20%282016%29/Nasional%20helse-%20og%20sykehusplan%20-%20Mandat%20for%20oppf%c3%b8lgging.pdf>

Vedlegg 2: mandat for de fire arbeidsgruppene



## Vedlegg 2: Arbeidsgrupper

**Arbeidsgruppe – kommunale tjenestetilbud med relevans for kirurgivirksomheten ved UNN Narvik.**

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars i år. Etter påfølgende foretaksmøte og styrebehandling, utarbeidet Helse Nord et mandat for oppfølging. Oppdraget UNN HF har fått fra Helse Nord RHF er å utrede innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbud og elektiv kirurgi, og utrede løsninger for framtidig akuttberedskap. Se prosjektmandat fra Helse Nord av 05.07.2016 i linken under: <https://unn.no/om-oss/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Arbeidet er organisert med en prosjektgruppe oppnevnt av adm. dir. UNN HF. Prosjektgruppen har behov for statusbeskrivelse/faglige innspill til arbeidet.

Arbeidsgruppen for kommunale tjenestetilbud med relevans for kirurgivirksomheten ved UNN Narvik skal gi innspill til prosjektet ved å beskrive følgende:

- Gi en oversikter for folketallet i kommunene og SSBs befolkningsfremskrivning 2016-2040 (etter MMMM-alternativet), evt supplert med data fra regionale befolkningsfremskrivninger 2016-2040.
  - Det gis samlet antall innbyggere og fordeling på alderskategorier.
- Legevakten(e) i kommunene; lokalisering, interkommunalt samarbeid og organisering.
  - Bruk av observasjonssenger el. akuttsenger tilknyttet legevakten.
- Beskrive beredskapsarbeidet i kommunene med vekt på akutte kirurgisk skader; avtaler mellom sykehusene (foretaket) og kommunene, etablert praksis.
- Rutiner og praksis og arbeidsdeling mellom kommunehelsetjenesten (legene) og AMK-sentral ved alvorlige skader/ulykker.

Arbeidsgruppen skal inneholde sykepleiefaglig- og legefaglig kompetanse med deltagelse fra mer enn 2 kommuner. Arbeidsgruppen ledes av NN (utfylles). Ansvarlig for koordinering av arbeidet: Kommunalsjef Heidi E Laksaa (Narvik kommune).

Frist for arbeidet: 1. november 2016





## Arbeidsgruppe – prehospitale tjenester, tilgjengelighet (transport) og traumeorganisering UNN Narvik

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars i år. Etter påfølgende foretaksmøte og styrebehandling, utarbeidet Helse Nord et mandat for oppfølging. Oppdraget UNN HF har fått fra Helse Nord RHF er å utrede innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbud og elektiv kirurgi, og utrede løsninger for framtidig akuttberedskap. Se prosjektmandat fra Helse Nord av 05.07.2016 i linken under: <https://unn.no/om-oss/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Arbeidet er organisert med en prosjektgruppe oppnevnt av adm. dir. Prosjektgruppen har behov for faglige innspill til arbeidet.

Arbeidsgruppen for prehospitale tjenester, tilgjengelighet (transport) og traumeorganisering UNN Narvik skal levere faglige premisser til prosjektgruppen. Arbeidet skal bygge på nasjonale føringer og regionale vedtak og planer. Tema for arbeidet er gitt under.

- Beskriv luftambulansetjenesten med responstider, regularitet, etc.
  - Av alle oppdragene, hvor stor andel er knyttet til kirurgiske problemstillinger og traume og til fødselsomsorgen.
  - Gi evt data som kan belyse omfang av situasjonen” Når helikopteret ikke kommer”, jf utredninger/analyser i Helse Vest RHF (Stord, Nordfjordeid).
- Beskrive traumeomsorgen/traumesystemet i Norge (nasjonale og regionale planer) og ved UNN Narvik og foreta en kvalitativ vurdering av traumesystemet ved UNN Narvik, f.eks. basert på kriterier brukt i Norge<sup>1</sup>.
  - Beskrive (som kopi av gjeldende dokumenter) gjeldende traumeprosedyrer ved UNN Narvik.
- Kartlegging av ”rød respons” fra AMK-sentralen(e) *relatert til skader/ulykker* (med traumerelatert innleggelsesgrunn)<sup>2</sup>.
  - Klargjør begrepet *overtriagering*.
  - Klargjør alvorlige traume/skade vs. mindre alvorlige skader/traumer (hverdagsskader)
- Tallfest/sannsynliggjør omfanget av *alvorlige* traumer<sup>3</sup> akutt innlagt ved UNN Narvik ved bruk av eksisterende data, evt list opp diagnoser (indeks-diagnoser<sup>4</sup>) og prosedyrekoder (indeks-prosedyrer<sup>5</sup>) som kan brukes for søk i administrative databaser.
  - Gi oppsummerende data fra det nasjonale traumeregisteret for pasienter behandlet ved UNN Narvik og UNN Harstad.

<sup>1</sup> Se T. Dehli et al. Implementation of a trauma system in Norway: a national survey. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2015;59:384-391.

<sup>2</sup> Se tilsvarende utredning for Nordfjord sykehus (<http://www.helse-vest.no/no/FagOgSamarbeid/Framtidslokalsjuehus/Documents/sr/10%20Akutt%20traume%20-%20raude%20responsar%20i%20Nordfjord.pdf>).

<sup>3</sup> Bruk internasjonale definisjoner.

<sup>4</sup> f.eks. S36 Skader på organer i bukhulen.

<sup>5</sup> f.eks. GAB00 Nødtorakotomi.



- Drøfte og definere begrepet  *vurderingskompetanse*<sup>6</sup> og  *stabiliseringskompetanse* (må samordne med arbeidsgruppe for kirurgi).

Arbeidsgruppen skal inneholde sykepleiefaglig- og legefaglig kompetanse med deltagelse fra UNN Narvik, UNN Harstad, og UNN Tromsø, samt foretakstillitsvalgt/verneombud. Arbeidsgruppen ledes av NN (utfylles).

Styret i UNN HF har vedtatt en Strategisk utviklingsplan 2015-2015, og det foreligger klinikkspesifikke planer som bygger på denne. I den grad det er relevant skal arbeidsgruppens arbeid legge disse planene til grunn.

Frist: 1. Desember 2016

---

<sup>6</sup> I foretaksmøtets protokoll brukes begrepet "kirurgisk vurdering"



## Arbeidsgruppe - fødetilbudet ved UNN Narvik

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars i år. Etter påfølgende foretaksmøte og styrebehandling, utarbeidet Helse Nord et mandat for oppfølging. Oppdraget UNN har fått fra Helse Nord RHF er å utrede innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbud og elektiv kirurgi, og utrede løsninger for framtidig akuttberedskap. Se prosjektmandat fra Helse Nord av 05.07.2016 i linken under: <https://unn.no/om-oss/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Arbeidet ved Sykehuset UNN Narvik er organisert med en prosjektgruppe oppnevnt av adm. dir. Prosjektgruppen har behov for faglige innspill til arbeidet.

Arbeidsgruppen for fødetilbudet ved UNN Narvik skal levere faglige premisser til prosjektgruppen. Arbeidet skal bygge på nasjonale føringer nevnt i mandatet, Regional plan for helhetlig svangerskaps- fødsels- og barselomsorg i Helse Nord, seleksjonskriterier tilpasset landsdelen og videre oppfølging av kvalitet og risiko. Tema for arbeidet er gitt under.

- Beskrive fødetilbudet ved UNN Narvik, inkl jordmor- og legefaglig bemanning. Det skal gis en kort statusbeskrivelse for implementering av Helse Nord RHF sine vedtak om fødselsomsorgen, spesielt avvik fra ev seleksjonskriterier som gjelder UNN Narvik, og avtaler med kommunene om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.
- Vurdere resultatene<sup>7</sup> knyttet til fødsler (ikke planlagte fødsler utenfor institusjon, alvorlig maternell morbiditet, premature fødsler, nyfødtes Apgar-score, fødselsvekt, perinatal dødelighet, dødelighet første levemåned, overflytting til barneavdeling, ev andre data).
- Gi en kortfattet beskrivelse av hvordan den legefaglige kompetansen ved UNN Narvik brukes utenom fødselsomsorgen. Aktiviteten, spesielt poliklinisk aktivitet og dagbehandling, bør tallfestes og dokumenteres med data, jf fotnote.

Arbeidsgruppen skal inneholde jordmorfaglig- og legefaglig kompetanse med deltagelse fra UNN Narvik, UNN Harstad, og UNN Tromsø, samt foretakstillitsvalgt/verneombud. Arbeidsgruppen ledes av NN (utfylles).

Styret i UNN HF har vedtatt en Strategisk utviklingsplan 2015-2015, og det foreligger klinikkspesifikke planer som bygger på denne. I den grad det er relevant skal arbeidsgruppens arbeid legge disse planene til grunn.

Frist: 1. desember 2016

---

<sup>7</sup> Framskaffet administrativt



## Arbeidsgruppe for kirurgi

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars i år. Etter påfølgende foretaksmøte og styrebehandling, utarbeidet Helse Nord et mandat for oppfølging. Oppdraget UNN HF har fått fra Helse Nord RHF er å utrede innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbud og elektiv kirurgi, og utrede løsninger for framtidig akuttberedskap. Se prosjektmandat fra Helse Nord av 05.07.2016 i linken under: <https://unn.no/om-oss/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Arbeidet er organisert med en prosjektgruppe oppnevnt av adm. dir. Prosjektgruppen har behov for faglige innspill til arbeidet.

Arbeidsgruppen for kirurgi ved UNN Narvik skal levere faglige premisser til prosjektgruppen. Arbeidet skal bygge på føringene nevnt i mandatet fra Helse Nord RHF. Tema for arbeidet er gitt under.

- Fagområdet *kirurgi*<sup>8</sup> er et samlebegrep. Beskriv organiseringen/oppbyggingen av kirurgisk virksomhet ved UNN Narvik.
- Beskriv (i stikkords form) fremtidig behov og utviklingstrender i de kirurgiske fagene (se også mandatets pkt 3).
- Beskriv gjeldende oppgavefordeling innenfor kirurgi slik det framgår av vedtak i Helse Nord RHF eller på nasjonalt nivå. Vedtak som gjelder akutt kirurgisk virksomhet skal vektlegges spesielt.
- Drøfte og definere begrepet *vurderingskompetanse*<sup>9</sup> og *stabiliseringskompetanse* (må samordne med arbeidsgruppe for traumeomsorg).
- Oversikt over overføringer til andre sykehus (direkte og samme døgn) for akutt innlagte pasienter ved UNN Narvik<sup>10</sup>

Arbeidsgruppen skal inneholde sykepleiefaglig- og legefaglig kompetanse med deltagelse fra UNN Narvik, UNN Harstad, og UNN Tromsø, samt foretakstillitsvalgt/verneombud. Arbeidsgruppen ledes av NN (utfylles).

Styret i UNN HF har vedtatt en Strategisk utviklingsplan 2015-2015, og det foreligger klinikkspesifikke planer som bygger på denne. I den grad det er relevant skal arbeidsgruppens arbeid legge disse planene til grunn.

Frist: 1. November 2016.

<sup>8</sup> Gjelder det tradisjonelle kirurgifaget. Andre fagområder som bruker kirurgi som metode (f.eks. Øye, Øre-nese-Hals, Gynekologi) skal ikke omtales

<sup>9</sup> I foretaksmøtets protokoll brukes begrepet "kirurgisk vurdering"

<sup>10</sup> Det må fremgå hva en bygger oversikten på (type data, evt skjønnsmessige vurderinger).

Helseforetakene i Helse Nord

Deres ref.:

Vår ref.:  
2014/309-30

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Kristian Iversen Fanghol, 950 76 075

Sted/Dato:  
Bodø, 05.07.2016

## Nasjonal helse- og sykehusplan - Mandat for oppfølging

Det vises til Helse Nord RHF styresak 60-2016 Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet og styrets vedtak i saken (1).

Helseforetakene bes gjennomføre arbeidet med oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan innen rammen av dette mandatet.

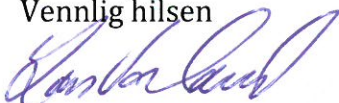
Organisering av stedlig ledelse skal være ferdig utredet, styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 25.11.2016.

Rapport om framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomheten og elektiv kirurgi skal være ferdig utredet, styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 01.04.2017.

Helse Nord RHF vil understreke behovet for at vi utvikler framtidsrettede og gode løsninger. Arbeidet må gjennomføres med god medvirkning fra berørte interesser, jf. beskrivelse i prosjektmandatet.

Lykke til med arbeidet!

Vennlig hilsen



Lars Vorland  
Adm.direktør



Randi Spørck  
Seksjonsleder somatikk

Kopi: Vertskommunene for sykehusene  
KS Finnmark, Troms og Nordland  
KVT/KVO  
Regionalt brukerutvalg

# Nasjonal helse- og sykehusplan

Prosjektmandat for oppfølging av styresak 60–2016 i Helse Nord RHF



Versjon		Utarbeidet av	Godkjent av	Dato
1.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan	RS/KIF/JN	Adm.dir. LV	21.06.2016
2.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan			28.06.2016
3.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan	RS/KIF/JN	Adm.dir LV	05.07.2016

## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning og bakgrunn .....	3
2. Oppdraget .....	3
3. Kirurgisk akuttberedskap.....	4
4. Organisering av fødetilbudet .....	6
5. Elektiv virksomhet.....	7
6. Effekter/konsekvenser for helheten i foretaket og Helse Nord av foreslåtte tiltak. ....	7
7. Vurdere konsekvensene for andre tjenester. ....	7
8. Stedlig ledelse .....	8
9. Organisering, roller og rammer for gjennomføringen .....	8
9.1 Organisering kirurgisk akuttberedskap.....	8
9.2 Organisering stedlig ledelse.....	9
9.3 Prosesser .....	9
10. Milepæler.....	10
11. Budsjett og rammer .....	10
Litteratur.....	11

## 1. Innledning og bakgrunn

---

Bakgrunnen for mandatet er Helse Nord RHF styresak 60-2016 Nasjonal helse- og sykehusplan- mandat for det videre arbeidet og styrets vedtak i saken (1).

Spørsmålene om organisering av kirurgisk akuttberedskap og stedlig ledelse har vært gjengangere i den offentlige debatt over lang tid. Helse Nord RHF's oppfølging av foretaksmøtets vedtak vil legge vekt på å utrede og finne løsninger som kan være bærekraftige over tid for begge disse tema. Dette gjelder særlig kirurgisk akuttberedskap. Alle aktører (befolkning, lokalsamfunn, fagpersoner og helsetjenesten) skal sikres en grundig og god gjennomgang av problemstillingene.

Videre i dette dokumentet konkretiseres oppfølging av Helse Nord RHF styrets vedtak punkt 1.

*«Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å legge til rette for at felles metodikk kan brukes i utrednings- og analysearbeidet, før utredningsarbeidet starter i helseforetakene».*

Forlag til utforming av tjenestetilbudene ved sykehusene i Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal gjøres innenfor rammene av føringer gitt i dette mandatet. Arbeidet skal bidra til at utformingen av tjenestetilbudet blir framtidsrettet og at løsningene som foreslås ivaretar faglig kvalitet og utvikling, pasientsikkerhet og økonomiske rammer.

Temaet om stedlig ledelse skal utredes innen de rammer som lov og forskrifter setter og foretaksmøtets oppfølging av stortingets behandling av nasjonal helse- og sykehusplan.

## 2. Oppdraget

---

I dette mandatet beskrives en generell og felles metodikk i utredning og analyse av området kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder (se pkt1).

Helse Nord RHF ber helseforetaket levere to utredninger:

1. Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder
  - a) innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap
  - b) innhold og organisering av fødetilbudet
  - c) innhold og organisering av elektiv kirurgi



## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

### 2. Stedlig ledelse

Alle helseforetak skal utrede/ beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf. foretaksmøtets rammer og kravet om en leder på alle nivå, jf. spesialisthelsetjenestelovens §3,9.

Etter at helseforetakene har utredet og styrebehandlet begge utredningene skal styret i Helse Nord RHF sluttbehandle sakene.

Helseforetaket har selv ansvar for å organisere utredningsarbeidet innenfor de rammer som her er trukket opp.

### 3. Kirurgisk akuttberedskap

I foretaksmøtets protokoll heter det:

*«Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akutfunksjoner. I tillegg skal det legges til grunn følgende presiseringer:*

- *De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akuttisykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.*
- *Akuttisykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.*
- *Akuttisykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.*
- *Akuttisykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.*
- *Eventuell endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fjødetilbudet.*

Foretaksmøtet la til grunn at i den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Dette er også den modell som ligger til grunn for organiseringen av spesialisthelsetjenesten i Helse Nord med en vel utviklet arbeidsdeling mellom ulike sykehus.

## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

Helse Nord RHF ber Nordlandssykehuset og UNN utrede alternative løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik og NLSH Lofoten:

Helse Nord RHF ber Nordlandssykehuset og UNN utrede løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved NLSH Lofoten og UNN Narvik:

- Et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå med dagens).
- Et døgnkontinuerlig akutt kirurgisk tilbud som minimum har vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi.

UNN HF og Nordlandssykehuset HF skal anbefale en løsning til Helse Nord RHF.

Utredningene skal vise hvordan befolkningen får ivaretatt sitt behov for slike tjenester, inkludert traumeberedskap, Eventuelle konsekvenser for andre fagområder og for foretakets øvrige sykehus bør også kort beskrives.

Utredningsarbeidet skal basere seg på bl.a.:

- Nåværende oppgavefordeling (nåsituasjonen) mellom sykehus på relevante fagområder (intensiv, kreftkirurgi, ortopedi, traume mv.) (24-7).
- En beskrivelse av forholdet til øvrig akuttberedskap/virksomhet i sykehuset.
- En vurdering av framtidig behov for kompetanseheving, rekrutterings- og bemanningssituasjon for relevante fagområder ved ulike løsninger.
- En framskriving av fremtidige behov og forventet faglig og teknisk utvikling innen fagområdet.
- Tilgjengelige data om aktivitet og innhold i aktivitet.
- Oversikt over pasientstrømmer.
- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft.
- Andre relevante data.

De viktigste dataene som skal legges til grunn for kartleggingen er levert av Sykehusbygg. Pasientdata er hentet fra Norsk Pasientregister (NPR) for 2014. Vi gjør oppmerksom på at datakvaliteten kan være varierende, og avhenger blant annet av kodepraksis, grad av feil koding og/eller systemfeil i innrapporteringen til /fra spesialisthelsetjenesten til NPR. Datakvalitet knyttet til kirurgiske inngrep er, etter erfaring, gjennomgående bedre enn på

## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

andre områder. Mulige feilkilder i grunnlagsdata bør vurderes og beskrives. Dette gjelder også hvordan de er håndtert.

Den felles tilnærmingen til arbeidet med tolking og analyse av datagrunnlaget skal baseres på blant annet:

- prosedyrekoder
- å kartlegge omfanget av kirurgisk øyeblikkelig hjelp fordelt på ortopedi og bløtdelskirurgi
- å kartlegge hva som er øyeblikkelig hjelp – hva haster – prosedyrekoder
- behov for vurderingskompetanse
- indremedisinens behov for kirurgisk vurderingskompetanse
- å belyse teknologiske muligheter for tilgang til spesialisert bistand/vurderingskompetanse
- en risikovurdering av ulike alternativ

Tilgjengelighet til sykehus/mulighet til transport vurderes ut fra:

- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft. Evt. tillagt egne data fra ambulansetjenesten (AMIS) og fra luftambulansetjenesten (LABAS).
- Tidligere erfaringer fra andre sykehus (2).

Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset skal ikke utrede endringer i sitt akuttkirurgiske tilbud, men beskrive framtidig organisering av akuttkirurgisk beredskap og gjøre en vurdering av hvordan krav til kompetanse kan ivaretas inkludert ev behov for bistand fra andre helseforetak.

#### 4. Organisering av fødetilbudet

Helse Nord RHF har fulgt opp nasjonale føringer (8,9) og iverksatt en Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord (10). Denne planen er fulgt opp med seleksjonskriterier tilpasset vår landsdel (11) og videre oppfølging av blant annet kvalitet og risiko (12-15). Målet for Helse Nord er å ivareta og videreutvikle et helhetlig, godt og trygt fødetilbud.

Fødetilbudet inngår i det akuttkirurgiske tilbudet og skal vurderes. De nevnte nasjonale føringer/standarder (8,9) og regionale tilpasninger/oppfølginger (11-15) skal legges til grunn.

Følgende datakilder bør inkluderes i utredningen.

- NPR data.
- Medisinsk fødselsregister (16).
- Evt. egne data i foretaket fra f.eks DIPS, PARTUS, AMIS, DocMap etc.
- Evt. aktuelle data fra tilsynssaker (Statens helsetilsyn etc.).

## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

I tillegg skal utredningsarbeidet basere seg på og inkludere bl.a.:

- En framskriving av forventet utvikling innen fagområdet, herunder beskrive den tekniske utvikling.
- Nåværende oppgavefordeling (nåsituasjonen) mellom sykehusene og oversikt over pasientstrømmer.
- En beskrivelse av forholdet til øvrig akuttberedskap/virksomhet i sykehuset.
- En vurdering av framtidig rekrutterings- og bemanningsbehov og et særlig fokus på konsekvenser ved ulike løsninger (17, 18).
- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft
- Andre relevante data.
- En risikovurdering av ulike alternativ

### 5. Elektiv virksomhet

---

Helse Nord RHF ber om at følgende punkter beskrives for sykehusene i Narvik og Lofoten:

- Dagens elektive kirurgiske virksomhet ved lokalsykehusene
- Foretakets forslag til framtidig elektive virksomhet, inkludert hva som kan overføres fra andre sykehus
- Evt. andre forhold.

### 6. Effekter/konsekvenser for helheten i foretaket og Helse Nord av foreslåtte tiltak.

---

Helseforetakene er kompliserte organisasjoner preget av stor grad av samvirke mellom de ulike tjenestene. Interne endringer i et sykehus kan derfor medføre konsekvenser for andre deler av sykehusets virksomhet, andre sykehus i foretaket og andre foretak i regionen.

I utredningen skal konsekvensene av ev foreslåtte endringer i akuttkirurgi med traumeberedskap, fødetilbudet og elektiv virksomhet vurderes.

### 7. Vurdere konsekvensene for andre tjenester.

---

RHFet ber om at det spesifikt beskrives konsekvenser for følgende aktører, herunder eventuelle behov for kompetansehevede tiltak:

- *Prehospitaltjenester:* Det bes spesifikt beskrevet eventuelle konsekvenser i forhold til bil og luftambulansetjenester (19, 20).
- *Kommunehelsetjeneste:* Eventuelle konsekvenser for kommunale akuttfunksjoner og samhandling med disse bes beskrevet (eks. legevakt).
- Evt. andre aktører

## 8. Stedlig ledelse

I protokollen fra foretaksmøtet heter det:

*«Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak:*

*"Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus." Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker.*

*I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner».*

Alle helseforetak skal utrede/ beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf foretaksmøtets rammer og kravet om en leder på alle nivå, jf. spesialisthelsetjenestelovens §3,9.

Forvaltningen av foretaket hører under styret. Det har ansvaret for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet. Administrerende direktør har ansvaret for å ha en organisasjon som kan løse oppgavene og er ansvarlig for all virksomhet overfor styret.

## 9. Organisering, roller og rammer for gjennomføringen

### 9.1 Generelt

Arbeidet har stor betydning for befolkningen og vil ha stor offentlig oppmerksomhet. Prosessene skal baseres på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/pårørende, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. Berørte interesser skal kunne delta i høringsprosesser før helseforetakene gjør sine anbefalinger. Aktuelle dokumenter og styresaker i Helse Nord RHF og nasjonale føringer bør inkluderes i arbeidet (1-24).

## 9.2 Organisering av arbeidet med kirurgisk akuttberedskap, elektiv kirurgi og føde

Organisasjonen for prosjektet i hvert helseforetak skal sikre faglighet i utredninger og beslutningsprosesser kombinert med informasjon og medvirkning fra berørte aktører.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF ber om at minimum følgende deltakere er representert i prosjektarbeidet:

- 2 repr. fra NLSH Lofoten/UNN Narvik
- 1 repr. fra NLSH Vesterålen/UNN Harstad
- 3 repr. fra kommunene i nedslagsområdene
- 1 repr. KTV/KVO i hvert HF's utredning
- 1 brukerrepresentant

## 9.3 Organisering av arbeidet med stedlig ledelse

I arbeidet skal medbestemmelse for arbeidstakerne ivaretas i tråd med bestemmelsene i hovedavtalen og arbeidsmiljøloven. Det forutsettes at medarbeidere fra lokalsykehusene medvirker i utredningsarbeidet.

Kommunene skal informeres om arbeidet og medvirke gjennom etablerte samarbeidsorgan.

## 9.4 Prosesser

Underveis i arbeidet kan det dukke opp behov for avklaringer, for eksempel i forhold til problemstillinger som går på tvers av flere helseforetak i regionen. Slike behov meldes inn til Helse Nord RHF underveis i arbeidet. Helse Nord RHF vil også følge opp arbeidet gjennom de regelmessige oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Etter at helseforetakene har gjennomført sin utredning, og styrebehandlet denne i egne helseforetak, vil en samlet sak bli fremmet for styret i Helse Nord RHF.

## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

## 10. Milepæler

Milepæler		Dato
M1	Prosjekt godkjent av AD.	30.06.2016
M2	Prosjektarbeidet i hvert HF er organisert og arbeidet er initiert. Oppstartsmøte er gjennomført med deltakelse fra RHF.	10.09.2016
M3	Statusrapportering er gjort til Helse Nord RHF	15.10. og 01.12. 2016
M4	Ferdigstilling og styrebehandling av rapport om stedlig ledelse med oversending til Helse Nord RHF innen	25.11.2016
M5	Prosjektrapport er skrevet, høringer gjennomført og rapporten er styrebehandlet i eget HF samt oversendt til Helse Nord RHF.	01.04.2017
M6	Endelig styrebehandling i Helse Nord RHF styret.	April 2017

## 11. Budsjett og rammer

Prosjektet skal gjennomføres innenfor den ordinære driften og de rammer som foretakene er tildelt for 2016.

## OPPFØLGING NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN - PROSJEKTMANDAT

## Litteratur

1. Helse Nord RHF. Styresak 60 – 2016. Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet. Helse Nord RHF, Bodø, mai 2016.
2. Helsedirektoratet. Sentralisering av akuttkirurgi. Sykehusopphold og ambulanseaktivitet berørt. IS-2424. Helsedirektoratet, Oslo, 03/2015.
3. Helse Nord RHF. Regionalt traumesystem. Helse Nord RHF, Bodø, 23.04.2010.
4. Helse Nord RHF. Styresak 133-2010. Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – regional traumesystem, oppfølging av styresak 7-2009, 57-2010 og 65-2010. Helse Nord RHF, Bodø, 2010.
5. Helse Nord RHF. Styresak 135-2010. Funksjonsfordeling av kirurgi for kreft i tykk og endetarm. Helse Nord RHF, Bodø, 2010.
6. Helse Nord RHF. Styresak 147-2013. Regional Kreftplan 2014-2021. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
7. Helse Nord RHF. Regional kreftplan. Helse Nord RHF, Bodø, 2.september, 2013.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselomsorg. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2009.
9. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. IS-1847. Helsedirektoratet, Oslo, 12/2010.
10. Helse Nord RHF. Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord. Konsekvenser av foreslåtte kvalitetskrav. Helse Nord RHF, Bodø, november 2010.
11. Helse Nord RHF. Seleksjonskriterier for fødselsomsorg i Helse Nord – Fagråd i gynekologi og fødselshjelp. Helse Nord RHF, Bodø, 13. februar 2012.
12. Helse Nord RHF. Styresak 31-2011. Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid.
13. Helse Nord RHF. Styresak 117-2015. Fødselsomsorgen i Helse Nord RHF – En analyse av kvalitet og vurdering av risiko, oppfølging av styresak 121-2012.
14. Helse Nord RHF. Fødselsomsorgen i Helse Nord. En analyse av kvalitet og vurdering av risiko. Helse Nord RHF, 20. okt. 2015.
15. Helse Nord RHF. Styresak 117-2015. Fødselsomsorgen i Helse Nord – en analyse av kvalitet og vurdering av risiko, oppfølging av styresak 121-2012, tilleggsopplysninger og nytt forslag til vedtak. Helse Nord RHF, Bodø, 2015.
16. Medisinsk fødselsregister. Medisinsk fødselsregister. Folkehelseinstituttet, Oslo, 2016. (Tilgjengelig fra [www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister/statistikk](http://www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister/statistikk))
17. Helse Nord RHF. Styresak 20-2014. Strategisk kompetanseplan fase 2. Helse Nord RHF, Bodø, 2014.
18. Helse Nord RHF. Strategisk kompetanseplan fase 2. Rapport fra regional prosjektgruppe. Helse Nord RHF, Bodø, 2014.
19. Helse Nord RHF. Ambulanshelikopter mellom Bodø og Tromsø – utredning av kapasitet og dekning. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
20. Helse Nord RHF. Styresak 102-2013. Ambulanshelikopterbase i Midtre Hålogaland (Sør-Troms/Nordre Nordland), utredning og lokalisering. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
21. Finnmarkssykehuset HF. Alta nærsykehus. Forprosjekt. Finnmarkssykehuset HF, Hammerfest, 22.01.2016.
22. Norsk pasientskadeerstatning. Statistikk for regionale helseforetak 2014. Norsk pasientskadeerstatning, Oslo, 2015.
23. Helse Nord RHF. Dagkirurgi i Norge 201-2013- utvalgte inngrep (SKDE)
24. Lov om spesialisthelsetjenesten §3-9.





**Sak:** Ny studie om bruk av stent under hjerteoperasjoner ved UNN  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Direktøren  
**Møtedato:** 14.9.2016

---

En ny studie i regi av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og Universitetet i Tromsø (UiT) viser oppsiktsvekkende resultater. Direktøren vil redegjøre for dette i møtet, og viser til vedlagte artikler om saken. I det etterfølgende vises et utdrag om samme sak fra et nyhetsoppslag 30.8.2016 fra NRK Troms.

***Millioner kan spares i behandling av hjertepasienter***

*Helsevesenet kan spare millioner på behandling av pasienter med tette blodårer, uten at det går ut over livskvalitet og leveår, viser studien. Dette ved å velge en billigere type stent enn den som vanligvis brukes. – Det å bruke den dyre stenten fører ikke til at pasienten lever lengre eller bedre enn om man får en billigere behandling, sier Kaare Harald Bønaa, prosjektleder for studien, ifølge UiT –Norges arktiske universitet.*

***Fungerer like godt***

*Det er to typer stenter som brukes ved behandling av pasienter med innsnevninger i blodårene til hjertet. Medikamentstenter, som er en ny type, er tilsatt et medikament som skal hindre at åren gror igjen på nytt. Metallstenter er ikke tilsatt dette medikamentet. Disse to stentene er sammenlignet i NorStent-studien. De minst brukte metallstentene koster omtrent 600 kr, mens de mest brukte medikamentstentene ligger på omtrent 1200 kr. Til tross for prisforskjellen, fungerer de likevel like godt.*

***To typer***

*Funnene, som mandag ble presentert på verdens største hjertekongress i Roma, kan ha innflytelse på behandlingen millioner av hjertepasienter får verden over, ifølge UiT. – Hvis vi tenker på at dette er inngrep som gjøres over hele verden hvor noen land og sykehus har mye dårligere råd enn det vi har her, så vil det være viktig for alle å vite at de billigste stentene gir en like god behandling, sier Inger Njøstad, professor ved Institutt for samfunnsmedisin.*

***Åpner blodårer***

*En stent brukes for å hjelpe tette blodårer rundt hjertet å holde seg åpne, og brukes i stedet for en full hjerteoperasjon. – Dette er den vanligste metoden dersom noen har hjertekrampe, eller hvis noen kommer inn med hjerteinfarkt så er det en eller flere blodårer som har gått tett, forklarer Inger Njøstad, professor ved Institutt for samfunnsmedisin.*

***Færre blodpropper***

*En forskjell er det riktig nok på de to stentene. Det blir noen færre blodpropper med de medikamentavgivende stenter, altså den som brukes mest i dag. – Men når man ser på det som er de viktige endepunktene, som for eksempel om folk dør i større grad, eller får flere hjerteinfarkt enn med dem medikamentavgivende stenten, viser det seg at det ikke er noen forskjell, sier Njøstad. – Anbefalingen fra European Society of Cardiology er å benytte medikamentstenter fremfor metallstenter, men denne anbefalingen bør kanskje modifiseres i lys av NorStent-funnene våre, forklarer Kaare Harald Bønaa.*

**Vedlegg:**

1. Artikkel 1 – Original article/ The new England journal of medicine
2. Artikkel 2 – Editorial/ The new England journal of medicine

## ORIGINAL ARTICLE

# Drug-Eluting or Bare-Metal Stents for Coronary Artery Disease

K.H. Bønaa, J. Mannsverk, R. Wiseth, L. Aaberge, Y. Myreng, O. Nygård, D.W. Nilsen, N.-E. Kløw, M. Uchto, T. Trovik, B. Bendz, S. Stavnes, R. Bjørnerheim, A.-I. Larsen, M. Slette, T. Steigen, O.J. Jakobsen, Ø. Bleie, E. Fossum, T.A. Hanssen, Ø. Dahl-Eriksen, I. Njølstad, K. Rasmussen, T. Wilsgaard, and J.E. Nordrehaug, for the NORSTENT Investigators\*

## ABSTRACT

**BACKGROUND**

Limited data are available on the long-term effects of contemporary drug-eluting stents versus contemporary bare-metal stents on rates of death, myocardial infarction, repeat revascularization, and stent thrombosis and on quality of life.

**METHODS**

We randomly assigned 9013 patients who had stable or unstable coronary artery disease to undergo percutaneous coronary intervention (PCI) with the implantation of either contemporary drug-eluting stents or bare-metal stents. In the group receiving drug-eluting stents, 96% of the patients received either everolimus- or zotarolimus-eluting stents. The primary outcome was a composite of death from any cause and nonfatal spontaneous myocardial infarction after a median of 5 years of follow-up. Secondary outcomes included repeat revascularization, stent thrombosis, and quality of life.

**RESULTS**

At 6 years, the rates of the primary outcome were 16.6% in the group receiving drug-eluting stents and 17.1% in the group receiving bare-metal stents (hazard ratio, 0.98; 95% confidence interval [CI], 0.88 to 1.09;  $P=0.66$ ). There were no significant between-group differences in the components of the primary outcome. The 6-year rates of any repeat revascularization were 16.5% in the group receiving drug-eluting stents and 19.8% in the group receiving bare-metal stents (hazard ratio, 0.76; 95% CI, 0.69 to 0.85;  $P<0.001$ ); the rates of definite stent thrombosis were 0.8% and 1.2%, respectively ( $P=0.0498$ ). Quality-of-life measures did not differ significantly between the two groups.

**CONCLUSIONS**

In patients undergoing PCI, there were no significant differences between those receiving drug-eluting stents and those receiving bare-metal stents in the composite outcome of death from any cause and nonfatal spontaneous myocardial infarction. Rates of repeat revascularization were lower in the group receiving drug-eluting stents. (Funded by the Norwegian Research Council and others; NORSTENT ClinicalTrials.gov number, NCT00811772.)

The authors' full names, academic degrees, and affiliations are listed in the Appendix. Address reprint requests to Dr. Bønaa at the Clinic for Heart Disease, St. Olav's University Hospital, N 7006 Trondheim, Norway, or at kaare.harald.bonaa@ntnu.no.

\*Committees, study centers, and investigators participating in the Norwegian Coronary Stent Trial (NORSTENT) are listed in the Supplementary Appendix, available at NEJM.org.

This article was published on August 30, 2016, at NEJM.org.

DOI: 10.1056/NEJMoal607991

Copyright © 2016 Massachusetts Medical Society.

**P**ERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION (PCI) with implantation of drug-eluting or bare-metal stents has become one of the most frequently performed therapeutic procedures in medicine.<sup>1</sup> Each year, millions of patients are treated worldwide.<sup>1,2</sup> The use of drug-eluting stents has been shown to be more effective in the prevention of restenosis than the use of bare-metal stents,<sup>1</sup> and the use of newer-generation drug-eluting stents, as compared with first-generation devices,<sup>3,4</sup> may also reduce the rate of stent thrombosis.<sup>5-8</sup> It has been suggested that the benefits associated with the use of newer-generation drug-eluting stents may translate into reduced rates of death and myocardial infarction.<sup>7-10</sup>

Although newer-generation drug-eluting stents have been found to perform better than their first-generation predecessors,<sup>5,11,12</sup> the evidence in favor of the newer stents over contemporary bare-metal stents may not be as strong as has been thought. Randomized trials have had limited generalizability and statistical power owing to patient-selection criteria and sample size.<sup>7,8,13</sup> Meta-analyses have used indirect evidence from trials that did not directly compare newer-generation drug-eluting stents with contemporary bare-metal stents,<sup>9,14,15</sup> and registry data may yield erroneous conclusions because of bias and residual confounding.<sup>6,12,16,17</sup>

We therefore evaluated the long-term risks and benefits of the use of contemporary drug-eluting stents versus bare-metal stents in a large, randomized trial.

## METHODS

### TRIAL DESIGN AND OVERSIGHT

The Norwegian Coronary Stent Trial (NORSTENT) was a multicenter, randomized trial conducted at all eight centers in Norway that perform PCI. The trial protocol is available with the full text of this article at [NEJM.org](http://NEJM.org). The trial was funded by the Norwegian Research Council and other not-for-profit organizations. The steering committee designed the study, gathered the data, and made the decision to submit the manuscript for publication. The first and second-to-last author analyzed the data, and the first, third, and last two authors wrote the first draft of the manuscript. All the authors vouch for the accuracy and completeness of the data and the analyses, as well as for the fidelity of this report to

the trial protocol. The sponsors had no role in the design of the study, the gathering or analysis of the data, the writing of the manuscript, or the decision to submit the manuscript for publication.

The trial was approved by the Norwegian Regional Committee for Medical and Health Research Ethics—Region North. All the patients provided written informed consent.

### PATIENTS

Between September 15, 2008, and February 14, 2011, all the patients undergoing PCI in Norway were evaluated for enrollment. Eligible patients were men and women who were at least 18 years of age and who presented with stable angina or an acute coronary syndrome, had lesions in native coronary arteries or coronary-artery grafts (all of which were amenable for implantation of either drug-eluting stents or bare-metal stents), had a Norwegian national identification number and were able to communicate in Norwegian, and provided informed consent. Patients were excluded if they had previously been treated with a coronary stent, had a bifurcation lesion requiring treatment with a two-stent technique, had a serious medical condition other than coronary artery disease with a life expectancy of less than 5 years, were participating in another randomized trial, had intolerable side effects to any drug in use during PCI or contraindications to long-term dual-antiplatelet therapy or had been prescribed warfarin, or were not able to follow the trial protocol, as judged by the investigator.

### RANDOMIZATION AND PCI PROCEDURES

The patients were randomly assigned in a 1:1 ratio to receive drug-eluting stents or bare-metal stents after diagnostic angiography and before PCI. Each patient received as many stents as was judged to be clinically appropriate; the protocol specified that only stents of the randomly assigned type be placed in any patient. The assignment schedule was based on computer-generated random numbers. Randomization was performed in blocks of 8 to 20 patients, with stratification according to center.

Coronary stents for use in the trial were commercially available and in routine use in Norway during the trial period. All stents were purchased by the participating hospitals, and reimbursement was the same as for patients not enrolled in the trial. Patients, operators, and clinicians providing

clinical care were aware of the types of stents that were being placed.

PCI was performed according to standard techniques at the discretion of each operator. The same type of stent (on the basis of the randomized assignment) was to be used in patients with multiple lesions and in staged procedures. All the patients in the two groups were prescribed aspirin at a daily dose of 75 mg indefinitely and clopidogrel at a daily dose of 75 mg for 9 months after the procedure regardless of the randomized assignment or the indication for PCI. Drugs for secondary prevention were prescribed according to current guidelines. Operators were encouraged to use the assigned type of stent if PCI was repeated during follow-up. Restenosis could be treated by means of balloon dilation, a cutting balloon, drug-eluting stents, or a combination of those methods at the discretion of the operator.

#### FOLLOW-UP AND OUTCOMES

Clinical follow-up of the patients was performed according to routine practice at the participating centers. There were no per-protocol follow-up visits, and no routine follow-up coronary angiography was performed. A quality-of-life questionnaire was administered to a representative sample of 941 patients (10%) at baseline and was mailed to all the patients at 6, 12, 24, 36, 48, and 60 months.

The primary outcome was a composite of death from any cause and nonfatal spontaneous myocardial infarction at a median follow-up of 5 years, as specified in an amendment to the protocol made by the steering committee in May 2012. Secondary outcomes were subcategories of death; fatal and nonfatal spontaneous and periprocedural myocardial infarction and stroke; hospitalization for unstable angina pectoris; revascularization of a target lesion, target vessel, or nontarget vessel with PCI or coronary-artery bypass grafting (CABG); definite stent thrombosis; major bleeding episodes; and health-related quality of life.

The manual for definitions and classifications of outcomes is provided in the Supplementary Appendix, available at NEJM.org. Definite stent thrombosis was defined according to the Academic Research Consortium criteria.<sup>18</sup> Bleeding was defined according to the Bleeding Academic Research Consortium (BARC) criteria.<sup>19</sup>

Outcome events were collected by means of electronic linkage to the Norwegian Patient Registry through December 31, 2014, with the use of a unique 11-digit Norwegian national identification number for each patient. The patient registry includes the codes of the *International Classification of Diseases, 10th Revision* (ICD-10), with respect to all the main diagnoses and up to 20 secondary diagnoses and all procedure codes from all hospitalizations in Norway. A broad search was performed to identify any hospitalization for cardiovascular disease with or without coronary angiography, PCI, or CABG and any hospitalization for suspected bleeding. Search criteria are provided in the Supplementary Appendix. Copies of discharge letters and medical-record notes from all hospitalizations that were identified by the electronic search were then obtained from the hospitals. The date and cause of death were obtained by linkage to the Norwegian Causes of Death Registry.

All outcomes were adjudicated by members of an end-points committee of clinical and interventional cardiologists and an epidemiologist who were unaware of the patients' treatment assignments. The methods used for blinding are described in the Supplementary Appendix. All outcomes were assessed by at least two members of the end-points committee. In cases of disagreement, consensus was obtained. A few angiograms were reassessed by local investigators because the medical records were incomplete.

Disease-specific health status and quality of life were assessed by means of a validated Norwegian translation of the Seattle Angina Questionnaire, a 19-item survey that measures five domains of health status related to coronary artery disease: physical limitations, angina stability, angina frequency, treatment satisfaction, and quality of life.<sup>20,21</sup> Each domain produces a summary score ranging from 0 to 100, with higher scores indicating fewer symptoms and better health status.

#### STATISTICAL ANALYSIS

For the calculation of sample size, we assumed that the 5-year incidence of the primary outcome would be 17%. The planned enrollment of 8000 patients, with a median follow-up time of 5 years, was expected to provide a statistical power of 93% to detect an absolute between-group difference in the incidence rate of the primary out-

come of 3 percentage points (rate ratio, 1.18) and a power of 65% to detect a difference of 2 percentage points (rate ratio, 1.12), given a two-sided alpha value of 0.05. An independent data and safety monitoring board reviewed the data after one interim analysis, with formal stopping rules, as described in the study protocol. Because mortality in the study group as a whole was lower than expected, in March 2010 the steering committee decided to increase enrollment to 9000 patients and to follow all the patients until December 31, 2014.

Differences in baseline characteristics between the groups were tested with the independent-samples t-test for continuous variables, with the Pearson chi-square test for independent-observations binary variables, and with generalized estimating equations with the logit functions for binary variables that had repeated observations within some patients. Outcome analyses were performed according to the intention-to-treat principle with the use of time-to-event methods. In analyses of each outcome, follow-up continued until the occurrence of a trial outcome, emigration, or death or until December 31, 2014. Estimates of hazard ratios and 95% confidence intervals were obtained with the use of Cox proportional-hazards models and were adjusted for the trial center. Hazard ratios comparing drug-eluting stents with bare-metal stents were also assessed in subgroups. Possible differences in hazard ratios between subgroups were assessed by including cross-product terms between the intervention-group variable and indicator variables of subgroups and tested with likelihood-ratio tests. Kaplan–Meier survival analysis was used to compare the survival distributions between the two groups. The cumulative failure rate was estimated as one minus the Kaplan–Meier survivor function at 6 years of follow-up. Linear mixed models were used to estimate time-point-specific marginal mean scores on the Seattle Angina Questionnaire and to test for group differences. The reported P values are two-sided and have not been adjusted for multiple comparisons. P values of less than 0.05 were considered to indicate statistical significance.

The trial was registered at ClinicalTrials.gov on December 18, 2008. Owing to investigator oversight, 369 of the 9013 participating patients were enrolled between September 15, 2008, and the date of registration at ClinicalTrials.gov.

## RESULTS

### PATIENTS AND FOLLOW-UP

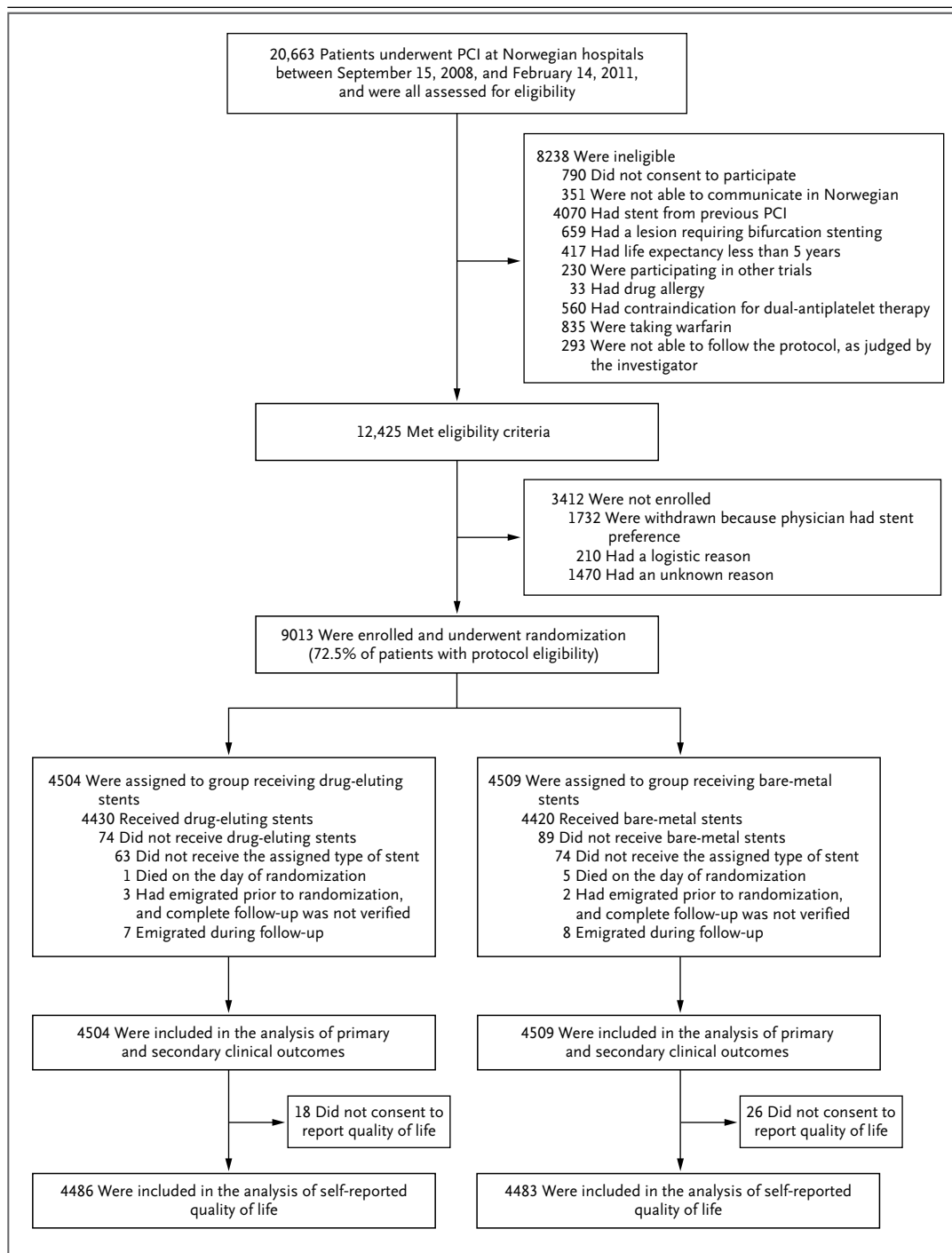
From September 15, 2008, to February 14, 2011, a total of 20,663 patients underwent PCI in Norway. Of the 12,425 patients who were eligible to participate in the trial, 9013 (72.5%) underwent randomization (Fig. 1). The two study groups were well balanced for most clinical characteristics (Table 1), although there were imbalances in total stent length, lesion type (see the Supplementary Appendix), and the proportion of lesions in coronary-artery bypass grafts. In the group receiving drug-eluting stents, 82.9% of the patients received everolimus-eluting stents and 13.1% received zotarolimus-eluting stents. All the patients in the group receiving bare-metal stents underwent placement of contemporary devices with thin struts. The names and manufacturers of all types of stents that were placed at baseline are provided in Table S1 in the Supplementary Appendix.

The median follow-up time was 59 months (range, 1 day to 76 months). No patients were lost to follow-up with respect to death, but the completeness of clinical follow-up was uncertain for 5 patients. The response rate to the quality-of-life questionnaire was 91% at 6 months, 88% at 1 year, 84% at 2 years, 82% at 3 years, 80% at 4 years, and 78% at 5 years.

### STUDY OUTCOMES

At 6 years, the rate of the primary composite outcome of death from any cause and nonfatal spontaneous myocardial infarction was 16.6% in the group receiving drug-eluting stents and 17.1% in the group receiving bare-metal stents (hazard ratio, 0.98; 95% CI, 0.88 to 1.09,  $P=0.66$ ) (Table 2 and Fig. 2). There was also no significant between-group difference in the primary outcome after adjustment for baseline imbalances in smoking status, hypertension, history of myocardial infarction, target-lesion type, and total stent length (data not shown). The results for the primary outcome were consistent in subgroups defined according to demographic, clinical, lesion, and procedural characteristics (Fig. S1 in the Supplementary Appendix).

There were no significant between-group differences in the rates of the individual components of the primary outcome. There were no significant differences between the study groups



**Figure 1. Enrollment, Randomization, and Follow-up.**

All the patients who were treated with percutaneous coronary intervention (PCI) at Norwegian hospitals from September 15, 2008, through February 14, 2011, were considered for enrollment in the Norwegian Coronary Stent Trial (NORSTENT). Of the 12,425 patients with protocol eligibility, 9013 (72.5%) underwent randomization, with 4504 assigned to receive drug-eluting stents and 4509 assigned to receive bare-metal stents. All the patients were included in the intention-to-treat analyses of the clinical outcomes, and a total of 8969 patients were included in the analyses of disease-specific quality of life.

<b>Table 1. Characteristics of the Patients at Baseline.*</b>		
<b>Characteristic</b>	<b>Drug-Eluting Stents (N=4504)</b>	<b>Bare-Metal Stents (N=4509)</b>
Age — yr	62.6±10.8	62.6±10.9
Male sex — no. (%)	3377 (75.0)	3380 (75.0)
Body-mass index†	27.1±4.1	27.1±4.2
Current smoker — no. (%)	1538 (34.1)	1609 (35.7)
Medical history — no. (%)		
Diabetes mellitus	575 (12.8)	548 (12.2)
Hypertension	1934 (42.9)	1857 (41.2)
Hypercholesterolemia	2413 (53.6)	2455 (54.4)
Previous myocardial infarction	433 (9.6)	479 (10.6)
Previous stroke	177 (3.9)	169 (3.7)
Previous coronary-artery bypass grafting	293 (6.5)	300 (6.7)
Indication for percutaneous coronary intervention — no. (%)		
Angina		
Stable	1309 (29.1)	1327 (29.4)
Unstable	567 (12.6)	538 (11.9)
Myocardial infarction		
No ST-segment elevation	1404 (31.2)	1438 (31.9)
ST-segment elevation	1201 (26.7)	1171 (26.0)
Other clinical presentation	19 (0.4)	25 (0.6)
Multivessel disease — no. (%)	1813 (40.3)	1768 (39.2)
Lesion characteristic — no. (%)‡		
Lesion type B2 or C	2227 (49.4)	2118 (47.0)
Bifurcation lesion	688 (15.3)	664 (14.7)
Chronic total occlusion	180 (4.0)	177 (3.9)
Lesion in coronary-artery bypass graft	101 (2.2)	133 (2.9)
Ostial lesion	335 (7.4)	301 (6.7)
Calcified lesion	1042 (23.1)	1026 (22.8)
Thrombotic lesion	1041 (23.1)	1035 (23.0)
Index procedure characteristic		
Patients with more than one procedure — no. (%)	293 (6.5)	264 (5.9)
Procedures with radial approach only — no./total no. (%)	3991/4809 (83.0)	4011/4782 (83.9)
No. of treated lesions per patient	1.4±0.7	1.4±0.7
No. of stents implanted per patient	1.7±1.0	1.6±1.0
Total stent length per patient — mm	28.5±18.2	26.9±17.1
Receipt of allocated stent type — no. (%)	4441 (98.6)	4435 (98.4)
Segments with angiographic success — no./total no. (%)	6265/6422 (97.6)	6229/6350 (98.1)

\* Plus-minus values are means ±SD. There were no significant differences between the groups except for lesion type B2 or C (P=0.02), lesion in coronary-artery bypass graft (P=0.03), and total stent length per patient (P<0.001).

† The body-mass index is the weight in kilograms divided by the square of the height in meters.

‡ Definitions of lesion characteristics are provided in the Supplementary Appendix.

**Table 2. Clinical Events during Follow-up and Cumulative Rates at 6 Years.\***

Clinical Event	Drug-Eluting Stents (N=4504)	Bare-Metal Stents (N=4509)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
	<i>no. of patients (cumulative rate)†</i>			
Primary outcome	643 (16.6)	656 (17.1)	0.98 (0.88–1.09)	0.66
Nonfatal spontaneous myocardial infarction	356 (9.8)	399 (10.5)	0.89 (0.77–1.02)	0.10
Death from any cause	287 (7.5)	257 (7.4)	1.11 (0.94–1.32)	0.21
Death from any cause‡	331 (8.5)	302 (8.4)	1.10 (0.94–1.29)	0.22
Cardiac	103 (2.6)	98 (3.0)	1.06 (0.80–1.39)	0.70
Vascular	28 (0.7)	23 (0.6)	1.23 (0.71–2.13)	0.47
Noncardiovascular	183 (5.1)	170 (4.7)	1.08 (0.88–1.34)	0.45
Unknown cause	17 (0.4)	11 (0.3)	1.56 (0.73–3.32)	0.25
Total spontaneous acute myocardial infarction	428 (11.4)	470 (12.5)	0.91 (0.80–1.03)	0.14
Nonfatal	356 (9.8)	399 (10.5)	0.89 (0.77–1.02)	0.10
Fatal	72 (1.8)	71 (2.2)	1.01 (0.73–1.40)	0.95
Total periprocedural myocardial infarction	139 (3.4)	168 (3.8)	0.83 (0.66–1.04)	0.10
Nonfatal	137 (3.3)	167 (3.8)	0.82 (0.65–1.03)	0.09
Fatal	2 (<0.1)	1 (<0.1)	1.98 (0.18–21.8)	0.58
Death, nonfatal spontaneous myocardial infarction, or nonfatal periprocedural myocardial infarction related to repeat PCI during follow-up	660 (17.0)	675 (17.5)	0.97 (0.87–1.08)	0.61
Death, nonfatal spontaneous myocardial infarction, or nonfatal periprocedural myocardial infarction related to index PCI or repeat PCI during follow-up	751 (19.0)	785 (19.9)	0.95 (0.86–1.05)	0.30
Stroke	143 (3.4)	117 (3.0)	1.23 (0.97–1.57)	0.09
Nonfatal	122 (2.9)	99 (2.5)	1.24 (0.95–1.62)	0.11
Fatal	21 (0.5)	18 (0.5)	1.18 (0.63–2.21)	0.61
Hospitalization for unstable angina pectoris	216 (5.2)	243 (5.7)	0.89 (0.74–1.07)	0.21
Any revascularization	630 (16.5)	799 (19.8)	0.76 (0.69–0.85)	<0.001
Target-lesion	205 (5.3)	421 (10.3)	0.47 (0.40–0.56)	<0.001
With PCI	178 (4.6)	360 (8.9)	0.48 (0.40–0.58)	<0.001
With CABG	33 (0.8)	72 (1.7)	0.46 (0.30–0.69)	<0.001
Any PCI	567 (14.9)	709 (17.7)	0.78 (0.70–0.87)	<0.001
Any CABG	77 (2.0)	116 (2.8)	0.66 (0.50–0.88)	0.005
Definite stent thrombosis	32 (0.8)	50 (1.2)	0.64 (0.41–1.00)	0.0498
BARC 3, 4, or 5 bleeding	225 (5.5)	229 (5.6)	0.99 (0.82–1.18)	0.88

\* Hazard ratios and P values were adjusted for the study center in the Cox proportional-hazards model. BARC denotes Bleeding Academic Research Consortium, CABG coronary-artery bypass grafting, and PCI percutaneous coronary intervention.

† The cumulative outcome rates (expressed as percentages) were calculated with the use of the Kaplan–Meier method.

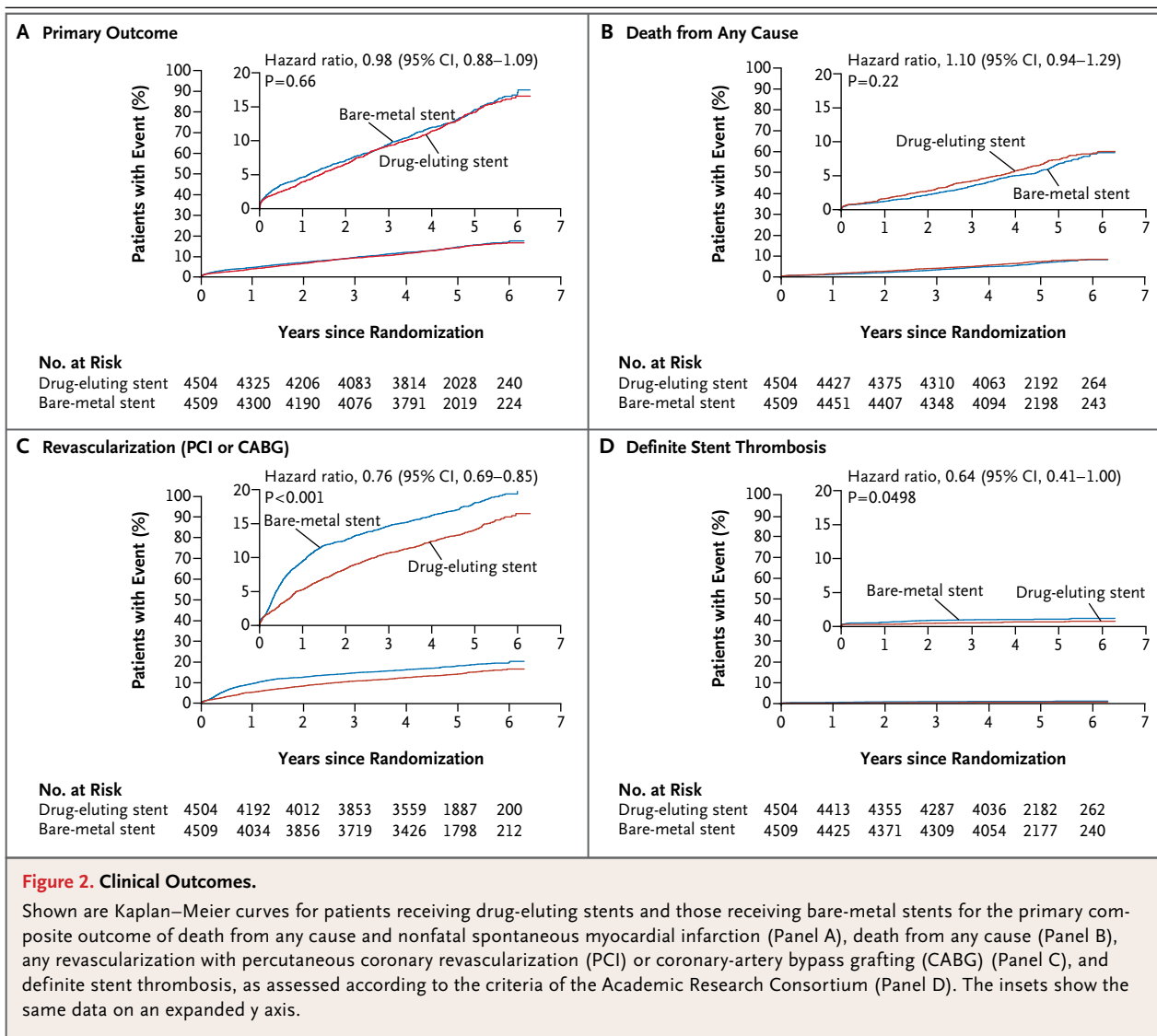
‡ The total number of deaths from any cause is higher than the number of deaths in the composite primary outcome because some patients had a nonfatal spontaneous myocardial infarction before their subsequent death.

in the rates of death from cardiac, vascular, or noncardiovascular causes, in the rates of stroke (Fig. S2 in the Supplementary Appendix), or in the rates of hospitalization for unstable angina.

At 6 years, the cumulative rate of spontane-

ous myocardial infarction was 11.4% in the group receiving drug-eluting stents and 12.5% in the group receiving bare-metal stents (hazard ratio, 0.91; 95% CI, 0.80 to 1.03; P=0.14) (Table 2, and Fig. S2 in the Supplementary Appen-



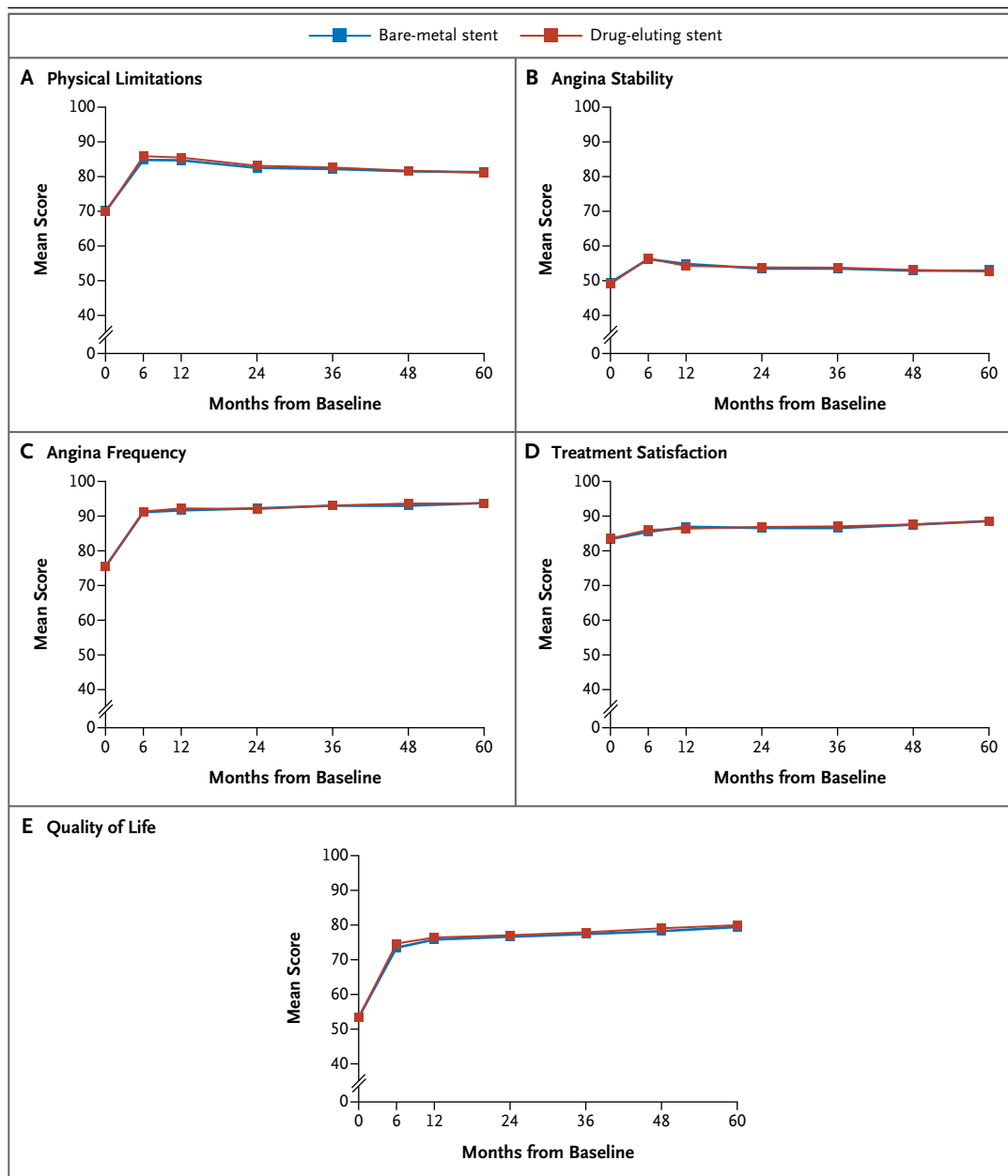


dix). The corresponding event rates for periprocedural myocardial infarction were 3.4% and 3.8%, respectively (hazard ratio, 0.83; 95% CI, 0.66 to 1.04;  $P=0.10$ ). There were no significant differences between groups in the composite outcomes that included the primary outcome plus periprocedural myocardial infarction. The 28-day case fatality rate was 16% after spontaneous myocardial infarction, as compared with 1% after periprocedural myocardial infarction.

The 6-year rate of any revascularization was 16.5% in the group receiving drug-eluting stents and 19.8% in the group receiving bare-metal stents, an absolute risk reduction of 3.3 percent-

age points (hazard ratio, 0.76; 95% CI, 0.69 to 0.85;  $P<0.001$ ) (Table 2 and Fig. 2). On the basis of this result, 30 patients would need to be treated with drug-eluting stents rather than bare-metal stents to prevent one repeat revascularization. The difference in any revascularization between groups was driven by lower rates of target-lesion revascularization in the group receiving drug-eluting stents.

At 6 years, the rates of definite stent thrombosis were low in both groups — 0.8% in the group receiving drug-eluting stents and 1.2% in the group receiving bare-metal stents ( $P=0.0498$ ); the rates for BARC 3, 4, or 5 bleeding were 5.5%



**Figure 3. Mean Scores for Disease-Specific Health Status.**

Disease-specific health status was assessed with the use of the Seattle Angina Questionnaire, a 19-item survey that measures five domains of health status related to coronary artery disease: physical limitations, angina stability, angina frequency, treatment satisfaction, and quality of life.<sup>20,21</sup> Scores range from 0 to 100, with higher scores indicating fewer symptoms and better health status. There were no significant differences in disease-specific health status between patients assigned to receive drug-eluting stents and those assigned to receive bare-metal stents.

and 5.6%, respectively. Measures of disease-specific health status and quality of life did not differ significantly between the two groups during follow-up (Fig. 3, and Table S2 in the Supplementary Appendix).

## DISCUSSION

In NORSTENT, we did not find a significant difference between contemporary drug-eluting stents and bare-metal stents in the rates of death from

any cause or nonfatal spontaneous myocardial infarction during 6 years of follow-up. The rate of repeat revascularization was significantly lower in the group receiving drug-eluting stents, which showed the durability of this effect over 6 years. Rates of definitive stent thrombosis were low in both groups and appeared to be lower in the group receiving drug-eluting stents than in the group receiving bare-metal stents ( $P=0.0498$ ). The type of stent had no significant effect on quality of life, as assessed by means of the Seattle Angina Questionnaire. We compared the effectiveness of contemporary drug-eluting stents versus bare-metal stents in a broad group of patients that included more than 72% of those who were eligible, and the study was conducted in the setting of real-world patient care, which supports the generalizability of the results.

In the Basel Stent Kosten Effektivitäts-Pro prospective Validation Examination (BASKET-PROVE) trial<sup>13</sup> involving 2314 patients undergoing PCI, the investigators did not detect a difference between contemporary drug-eluting stents and bare-metal stents in rates of death or myocardial infarction at 2 years of follow-up, although they found a lower rate of target-vessel revascularization in the group receiving drug-eluting stents. Inclusion in that study was restricted to patients requiring larger coronary stents. In the Everolimus-Eluting Stent versus Bare-Metal Stent in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (EXAMINATION) trial<sup>7</sup> involving 1504 patients, second-generation everolimus-eluting stents did not reduce the primary end point of death from any cause, recurrent myocardial infarction, or revascularization at 1 year, but rates of stent thrombosis and target-lesion revascularization were significantly lower in the group receiving drug-eluting stents. At 5 years,<sup>8</sup> the primary end point was significantly lower in patients receiving drug-eluting stents than in those receiving bare-metal stents, a benefit that was driven mainly by a lower rate of noncardiac death, and there was a nonsignificantly lower occurrence of stent thrombosis.

A higher risk of stent thrombosis has been seen in patients receiving first-generation drug-eluting stents than in those receiving bare-metal stents,<sup>4</sup> and the long-term safety of drug-eluting stents has been a concern. NORSTENT contrib-

utes to the growing evidence that contemporary drug-eluting stents, as compared with first-generation drug-eluting stents,<sup>4</sup> may have a lower risk of stent thrombosis than bare-metal stents,<sup>5-10</sup> and demonstrates that this effect persists during long-term follow-up. However, the findings of fewer repeat revascularizations and a potentially lower rate of stent thrombosis with drug-eluting stents did not translate into any difference in the primary outcome or in quality of life, findings that may be explained by the low rates of restenosis and stent thrombosis in the two study groups.

Our trial has several limitations. NORSTENT was an open-label trial, although all outcomes were evaluated by an event committee whose members were unaware of study-group assignments. Patients were recruited during the period from 2008 through 2011, but 95% of the patients in the group receiving drug-eluting stents underwent placement of everolimus-eluting or zotarolimus-eluting stents, which are still commonly used. The quality-of-life data should be interpreted with caution, since the Seattle Angina Questionnaire may not be sensitive enough for evaluation of stent performance. The primary outcome did not include periprocedural myocardial infarction. However, as has been shown in other studies,<sup>2</sup> we found that periprocedural myocardial infarction had less prognostic significance than spontaneous myocardial infarction.

In conclusion, in our evaluation of clinical outcomes in 9013 patients with stable or unstable coronary artery disease, we found no significant difference in the 6-year rates of death or spontaneous myocardial infarction between patients receiving contemporary drug-eluting stents and those receiving bare-metal stents. There was also no significant between-group difference in quality of life. The rate of repeat revascularization was lower with the use of drug-eluting stents.

Supported by the Norwegian Research Council, the Northern Norway Regional Health Authority, University of Tromsø—the Arctic University of Norway, the Western Norway Regional Health Authority, the Norwegian Council on Cardiovascular Disease, the Northern Norway University Hospital, St. Olav's University Hospital, Haukeland University Hospital, Stavanger University Hospital, Sørlandet Hospital, Oslo University Hospital, and Feiring Heart Clinic.

Disclosure forms provided by the authors are available with the full text of this article at NEJM.org.

APPENDIX

The authors' full names and academic degrees are as follows: Kaare H. Bønaa, M.D., Ph.D., Jan Mannsverk, M.D., Rune Wiseth, M.D., Ph.D., Lars Aaberge, M.D., Ph.D., Yngvar Myreng, M.D., Ph.D., Ottar Nygård, M.D., Ph.D., Dennis W. Nilsen, M.D., Ph.D., Nils-Einar Kløw, M.D., Ph.D., Michael Uchto, M.D., Thor Trovik, M.D., Ph.D., Bjørn Bendz, M.D., Ph.D., Sindre Stavnes, M.D., Reidar Bjørnerheim, M.D., Ph.D., Alf-Inge Larsen, M.D., Ph.D., Morten Slette, M.D., Terje Steigen, M.D., Ph.D., Ole J. Jakobsen, M.D., Øyvind Bleie, M.D., Ph.D., Eigil Fossum, M.D., Ph.D., Tove A. Hanssen, R.N., Ph.D., Øystein Dahl-Eriksen, M.D., Inger Njølstad, M.D., Ph.D., Knut Rasmussen, M.D., Ph.D., Tom Wilsgaard, Ph.D., and Jan E. Nordrehaug, M.D., Ph.D., for the NORSTENT Investigators

The authors' affiliations are as follows: the Department of Community Medicine (K.H.B., I.N., T.W.) and the Department of Clinical Medicine (T.S., T.A.H., K.R.), University of Tromsø—the Arctic University of Norway, and the Department of Cardiology, University Hospital of North Norway (J.M., T.T., T.S., T.A.H., Ø.D.-E., K.R.), Tromsø, the Departments of Public Health and General Medicine (K.H.B.) and Circulation and Medical Imaging (R.W.), Norwegian University of Science and Technology, and the Clinic for Heart Disease, St. Olav's University Hospital (K.H.B., R.W., M.S.), Trondheim, the Departments of Cardiology (L.A., B.B., E.F.), Radiology, (N.-E.K.), and Heart Disease (R.B.), Oslo University Hospital, and the Faculty of Medicine, University of Oslo (N.-E.K., B.B.), Oslo, the Department of Cardiology, Feiring Heart Clinic, Feiring (Y.M., S.S.), the Department of Heart Disease, Haukeland University Hospital (O.N., Ø.B.), and the Department of Clinical Science, University of Bergen (O.N., D.W.N., A.-I.L., J.E.N.), Bergen, the Department of Cardiology, Stavanger University Hospital, Stavanger (D.W.N., A.-I.L., J.E.N.), and the Department of Medicine, Sørlandet Hospital, Arendal (M.U., O.J.J.) — all in Norway.

REFERENCES

1. Stefanini GG, Holmes DR Jr. Drug-eluting coronary-artery stents. *N Engl J Med* 2013;368:254-65.
2. Prasad A, Herrmann J. Myocardial infarction due to percutaneous coronary intervention. *N Engl J Med* 2011;364:453-64.
3. Nordmann AJ, Briel M, Bucher HC. Mortality in randomized controlled trials comparing drug-eluting vs. bare metal stents in coronary artery disease: a meta-analysis. *Eur Heart J* 2006;27:2784-814.
4. Camenzind E, Steg PG, Wijns W. Stent thrombosis late after implantation of first-generation drug-eluting stents: a cause for concern. *Circulation* 2007;115:1440-55.
5. Jensen LO, Thayssen P, Christiansen EH, et al. Safety and efficacy of everolimus- versus sirolimus-eluting stents: 5-year results from SORT OUT IV. *J Am Coll Cardiol* 2016;67:751-62.
6. Sarno G, Lagerqvist B, Fröbert O, et al. Lower risk of stent thrombosis and restenosis with unrestricted use of 'new-generation' drug-eluting stents: a report from the nationwide Swedish Coronary Angiography and Angioplasty Registry (SCAAR). *Eur Heart J* 2012;33:606-13.
7. Sabaté M, Cequier A, Iñiguez A, et al. Everolimus-eluting stent versus bare-metal stent in ST-segment elevation myocardial infarction (EXAMINATION): 1 year results of a randomised controlled trial. *Lancet* 2012;380:1482-90.
8. Sabaté M, Brugaletta S, Cequier A, et al. Clinical outcomes in patients with ST-segment elevation myocardial infarction treated with everolimus-eluting stents versus bare-metal stents (EXAMINATION): 5-year results of a randomised trial. *Lancet* 2016;387:357-66.
9. Palmerini T, Biondi-Zoccai G, Della Riva D, et al. Stent thrombosis with drug-eluting and bare-metal stents: evidence from a comprehensive network meta-analysis. *Lancet* 2012;379:1393-402.
10. Bhatt DL. EXAMINATION of new drug-eluting stents — top of the class! *Lancet* 2012;380:1453-5.
11. Alfonso F, Fernandez C. Second-generation drug-eluting stents. Moving the field forward. *J Am Coll Cardiol* 2011;58:26-9.
12. Räber L, Magro M, Stefanini GG, et al. Very late coronary stent thrombosis of a newer-generation everolimus-eluting stent compared with early-generation drug-eluting stents: a prospective cohort study. *Circulation* 2012;125:1110-21.
13. Kaiser C, Galatius S, Erne P, et al. Drug-eluting versus bare-metal stents in large coronary arteries. *N Engl J Med* 2010;363:2310-9.
14. Bangalore S, Kumar S, Fusaro M, et al. Short- and long-term outcomes with drug-eluting and bare-metal coronary stents: a mixed-treatment comparison analysis of 117 762 patient-years of follow-up from randomized trials. *Circulation* 2012;125:2873-91.
15. Palmerini T, Biondi-Zoccai G, Della Riva D, et al. Clinical outcomes with drug-eluting and bare-metal stents in patients with ST-segment elevation myocardial infarction: evidence from a comprehensive network meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2013;62:496-504.
16. Venkitachalam L, Lei Y, Magnuson EA, et al. Survival benefit with drug-eluting stents in observational studies: fact or artifact? *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2011;4:587-94.
17. Stone GW, Pocock SJ. Randomized trials, statistics, and clinical inference. *J Am Coll Cardiol* 2010;55:428-31.
18. Cutlip DE, Windecker S, Mehran R, et al. Clinical end points in coronary stent trials: a case for standardized definitions. *Circulation* 2007;115:2344-51.
19. Mehran R, Rao SV, Bhatt DL, et al. Standardized bleeding definitions for cardiovascular clinical trials: a consensus report from the Bleeding Academic Research Consortium. *Circulation* 2011;123:2736-47.
20. Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 1995;25:333-41.
21. Weintraub WS, Spertus JA, Kolm P, et al. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med* 2008;359:677-87.

Copyright © 2016 Massachusetts Medical Society.

## EDITORIAL



## Balancing the Evidence Base on Coronary Stents

Eric R. Bates, M.D.

The development of percutaneous coronary intervention (PCI) transformed the treatment of obstructive coronary artery disease by creating a less invasive revascularization option to coronary-artery bypass grafting.<sup>1</sup> In the first decade of PCI, clinical outcomes associated with the use of balloon catheters were limited by operator learning curves, early interventional equipment, inadequate antithrombotic therapy, acute vessel closure requiring emergency bypass surgery in 6% of patients, and target-lesion restenosis within 6 months in half the patients. In the second decade, bare-metal stents mostly solved the problem of acute closure by scaffolding the arterial wall and reduced restenosis rates to approximately 20% but created the new challenge of in-stent restenosis. In the third decade, the use of first-generation drug-eluting stents further reduced restenosis rates to less than 5% for most coronary stenoses but was associated with delayed arterial healing and the risk of late stent thrombosis. Now in the fourth decade of PCI, changes in stent design and metal composition, surface polymer coating, and antiproliferative agents have created a second generation of drug-eluting stents that may have better outcomes and a lower risk of stent thrombosis than either their first-generation predecessors or bare-metal stents.<sup>2-4</sup>

The clinical advantages of bare-metal stents over balloon angioplasty, of drug-eluting stents over bare-metal stents, and of second-generation over first-generation drug-eluting stents are obvious to any interventional cardiologist who has performed PCI during the past 25 years. PCI has now evolved into an outpatient procedure with very low complication rates, and recurrent patient symptoms are usually due to progressive disease

rather than to target-lesion restenosis or stent thrombosis. At the same time, the investigators in the Norwegian Coronary Stent Trial (NORSTENT), who now report their results in the *Journal*,<sup>5</sup> were aware that the findings for bare-metal stents have also improved, with new stent designs, different metal composition, and thinner struts. So they decided to reexamine outcomes by comparing second-generation drug-eluting stents with newer-generation bare-metal stents in a randomized trial that was pragmatic, very inclusive, properly powered, inexpensive, and (perhaps most important) not sponsored by industry. Each of these points makes this trial unique in coronary-stent research and sets new standards for subsequent studies.

Of the 20,663 patients undergoing PCI at eight centers in Norway during a 29-month period, 12,425 met the study eligibility criteria, and 9013 (72.5%) were randomly assigned to receive either contemporary drug-eluting stents or bare-metal stents. After a median of 5 years of follow-up, there were no significant between-group differences in the primary composite outcome of death from any cause or nonfatal spontaneous myocardial infarction, nor were there differences in the individual end points of death, myocardial infarction, stroke, or hospitalization for unstable angina.

These observations are important because they balance the claim by some observers that there is no longer a role for bare-metal stents in PCI because of the superiority of their drug-eluting counterparts in these outcomes. Such conclusions have often been derived from studies that were underpowered or observational or that included selected patients or from meta-analyses that

pooled the results.<sup>2-4</sup> And yet, the NORSTENT findings should not be surprising, because the historical evidence base in coronary stenting has never shown a reduction in these clinical events on the basis of stent type. Atherosclerosis is not a focal disease, but a systemic disease, for which lifestyle interventions, risk-factor control, and drug therapy have been shown to decrease rates of death, myocardial infarction, and stroke. Rather, what the advances in stent technology have accomplished over the years is a decrease in rates of target-lesion revascularization because of restenosis and stent thrombosis.

This trial supports that progress, although such results were not the primary end points. Second-generation drug-eluting stents performed better than the latest generation of bare-metal stents, with rates of target-lesion revascularization of 5.3% for drug-eluting stents and 10.3% for bare-metal stents ( $P < 0.001$ ), rates of any revascularization of 16.5% and 19.8%, respectively ( $P < 0.001$ ), and rates of definite stent thrombosis of 0.8% and 1.2% ( $P = 0.0498$ ). The lack of a between-group difference in health status or quality of life probably reflects the limitation of the measurement tool, not the lack of a real patient benefit of avoiding revascularization events. It should be noted that the event rates with latest-generation bare-metal stents were lower than may be appreciated by most interventional cardiologists and that rates of stent thrombosis were low in both stent groups.

The outcomes with second-generation drug-eluting stents make them preferred in most clinical situations, and recent recommendations for shorter-duration dual-antiplatelet therapy make that choice even more attractive.<sup>6</sup> Nevertheless, the use of bare-metal stents remains an important option for PCI in some patients, including those with a large vessel diameter in whom restenosis rates are low,<sup>7</sup> those who cannot complete the longer duration of dual-antiplatelet therapy recommended for drug-eluting stents because of noncompliance or need for noncardiac surgery, those who cannot pay for drug-eluting stents or

a longer duration of dual-antiplatelet therapy because of increased cost, and those at increased risk for bleeding (e.g., patients with recent bleeding or a need for concomitant anticoagulation therapy).<sup>8</sup> The results of this important trial should increase confidence in choosing to implant bare-metal stents in selected patients if clinical indications favor that decision and should support guideline recommendations endorsing that option.<sup>9</sup>

Disclosure forms provided by the author are available with the full text of this editorial at NEJM.org.

From the Division of Cardiovascular Diseases, Department of Internal Medicine, University of Michigan Medical Center, Ann Arbor.

This editorial was published on August 30, 2016, at NEJM.org.

1. King SB III The development of interventional cardiology. *J Am Coll Cardiol* 1998;31:Suppl B:64B-88B.
2. Bangalore S, Kumar S, Fusaro M, et al. Short- and long-term outcomes with drug-eluting and bare-metal coronary stents: a mixed-treatment comparison analysis of 117 762 patient-years of follow-up from randomized trials. *Circulation* 2012;125:2873-91.
3. Valgimigli M, Sabaté M, Kaiser C, et al. Effects of cobalt-chromium everolimus eluting stents or bare metal stent on fatal and non-fatal cardiovascular events: patient level meta-analysis. *BMJ* 2014;349:g6427.
4. Palmerini T, Benedetto U, Biondi-Zoccai G, et al. Long-term safety of drug-eluting and bare-metal stents: evidence from a comprehensive network meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2015; 65:2496-507.
5. Bønaa KH, Mannsverk J, Wiseth R, et al. Drug-eluting or bare-metal stents for coronary artery disease. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa1607991.
6. Levine GN, Bates ER, Bittl JA, et al. 2016 ACC/AHA guideline focused update on duration of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2016 March 23 (Epub ahead of print).
7. Kaiser C, Galatius S, Erne P, et al. Drug-eluting versus bare-metal stents in large coronary arteries. *N Engl J Med* 2010;363: 2310-9.
8. Morice MC, Urban P, Greene S, Schuler G, Chevalier B. Why are we still using coronary bare-metal stents? *J Am Coll Cardiol* 2013;61:1122-3.
9. Levine GN, Bates ER, Blankenship JC, et al. 2011 ACCF/AHA/SCAI guideline for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *J Am Coll Cardiol* 2011;58(24):e44-e122.

DOI: 10.1056/NEJMe1610485

Copyright © 2016 Massachusetts Medical Society.



**Sak: Etablering av partikkelterapi og protonbehandling**

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Fra: Direktøren

Møtedato: 14.9.2016

---

Styret ved Helse Nord RHF har gjort vedtak i saken (sak 89-2016) etter at konseptfaserapporten om etablering av partikkelterapi og protonbehandling var ferdigstilt. Styret anbefalte i sitt vedtak en etablering av to sentre i Oslo og ett i Bergen, med maksimal kapasitet.

I etterfølgende utdrag fra protokollen fra RHF's styremøte 31.8.2016 fremkommer alle vedtakspunktene i saka.

Direktøren vil supplere saken muntlig i møtet.

Vedlegg:

Styresak 89-2016 fra Helse Nord RHF – *Etablering av partikkelterapi og protonbehandling – konseptfaserapport.*

Møtedato: 31. august 2016  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Rune Sundset, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 19.8.2016

## **Styresak 89-2016      Etablering av partikkelterapi og protonbehandling - konseptfaserapport**

Vi viser til e-post av 16. juni 2016 med oversendelse av *styresak 89-2016 Etablering av partikkelterapi og protonbehandling - konseptfaserapport* - til elektronisk behandling i styret i Helse Nord RHF.

Alle styremedlemmer og observatør fra Regionalt brukerutvalg har gitt tilbakemelding på adm. direktørs forslag til vedtak. Alle har gitt sin tilslutning til forslaget, og det ble dermed enstemmig vedtatt. Vedtaket protokollføres i styremøte, den 31. august 2016.

Styresaken med vedlegg er lagt ut på Helse Nord RHF's nettside - se her: [Styremøte i Helse Nord RHF 16. juni 2016](#)

### Styret i Helse Nord RHF fattet følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om konseptfaserapporten for etablering av partikkelterapi og protonbehandling til orientering.
2. Styret støtter adm. direktørs anbefaling om valg av alternativ 2b, to sentre i Oslo og Bergen, med maksimal kapasitet.
3. Dersom endelig beslutning faller på utbygging av ett protonsentre, kan styret anbefale dette subsidiært, under forutsetning av at man går for en regionalisert modell med utbygging i flere regioner. I en slik regionalisert modell vil det være naturlig å starte utbyggingen i Oslo.
4. Styret forutsetter at det legges til rette for forskning ved alle alternativene.



**Sak: Oppfølging av besøksrapport fra Sivilombudsmannen**

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
Fra: Siren Hoven, klinikkjef ved Psykisk helse- og rusklinikken  
Møtedato: 14.9.2016

---

Sivilombudsmannens besøksrapport forutsettes kjent. Rapporten gir totalt 32 anbefalinger (vedlegg 1). Utover disse ligger det også omtale av forhold som vi internt ser behov for å følge opp gjennom den videre oppfølgingen.

Som uttalt i klinikkens tilbakemelding på foreløpig rapport tar en denne alvorlig og som et uttrykk for at virksomheten ikke i tilfredsstillende grad har klart å ta hensyn til pasientens perspektiv og opplevde erfaringer inn i utformingen av virksomheten. I tråd med dette vil klinikken i tiden framover ha en overordnet prioritet rundt oppfølging av rapportens anbefalinger med rapportering til administrerende direktør, styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) samt åpenhet rundt arbeidet overfor offentligheten.

Innledningsvis er det grunn til å fremheve at en står overfor et omfattende og sammensatt arbeid. Arbeidet er omfattende i den forstand at dette vil måtte dekke svært 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 økt vektlegging av opplevelses-/erfarperspektivet for pasientene. Arbeidet er sammensatt i den forstand at de nevnte forhold på flere områder henger sammen. Det er særlig grunn til å fremheve at begrepet institusjonskultur på mange måter omfatter elementer av samtlige forhold. Arbeidet vil naturlig involvere store deler av virksomheten og dens ansatte.

**1. Status for prosessiden av arbeidet pr. 7.9.2016**

- Foreløpig rapport og endelig rapport er behandlet i lederteam på flere nivåer: Klinikkk, avdelinger og seksjoner. Det er videre avviklet flere møter innenfor rammen av Akuttpsykiatrisk seksjon: Med aktuelle ledere, med personale (i form av personalmøter) og gjennom eget møte med nattpersonalet. Det vil også i fortsettelsen bli lagt opp til møter med personalet på akuttpostene med målsetting å skape felles forståelse av problemstillingene og få til bred medvirkning og innspill til videre arbeid.
- Klinikksjef avviklet et eget større anlagt møte med ledere, faglig ansvarlige (overleger) og fagutviklere ved UNN Åsgård 24.8.2016. Her ble det redegjort for sentrale elementer i foreløpig rapport med diskusjon av tilhørende problemstillinger. Møtet oppfattes som positivt i forhold til videre arbeid. Det vil være nødvendig og naturlig å nytte dette forum også ved senere milepæler underveis i det videre arbeidet. Bred forankring av tiltaksarbeidet vil generelt stå sentralt.
- Foreløpig rapport er behandlet i klinikkens KVAM-utvalg 25.8.2016. Samtlige av klinikkens KVAM-grupper vil også bli involvert i forhold til utvikling og implementering av tiltak i forhold til funn fra rapporten som peker utover Akuttpsykiatrisk seksjon.
- Foreløpig rapport er behandlet som sak på månedlig dialogmøte med klinikktillitsvalgte og klinikkkverneombud 2.9.2016. Som resultat av diskusjon knyttet til rapportens påpekte



utfordringer vedrørende skillet mellom personalet på dag og natt (rapportens side 37), ble det besluttet nedsatt en egen arbeidsgruppe (se senere omtale under tiltak).

- Merknader til foreløpig rapport ble oversendt fra UNN til Sivilombudsmannen 24.8.2016. Endelig rapport er mottatt 29.8.2016. Endelig rapport skiller seg ikke fra den foreløpige på vesentlige punkter. Rapporten vil være tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker dette. Utover at rapporten er lagt ut på Sivilombudsmannens internettside og gjennom flere media, er rapporten lagt ut på UNNs intranettside. Alle klinikkens ansatte vil bli tilsendt lenke til rapporten. Informasjonsarbeidet vil skje i nært samarbeid med Kommunikasjonsenheten.
- Det ble allerede etter mottak av foreløpig rapport etablert en egen ressursgruppe for videre oppfølging av anbefalingene i rapporten. Gruppen skal også bistå lederne i arbeidet som gjelder særlig på hver enhet. Ressursgruppen består foruten klinikkjef av ansatte ved Personal og organisasjon og ansatte ved Kvalitetsavdelingen, erfaringskonsulent og ansatte fra klinikken. Ressursgruppens sammensetning vil være dynamisk i den forstand at sammensetningen vil være tilpasset de aktuelle problemstillingene for arbeidet til enhver tid.

Ressursgruppen er i gang med arbeidet og endel oppgaver er allerede fordelt:

- Fagutvikling, forskning og utdanning har startet arbeid knyttet til utarbeidelse av forslag til tiltak med hensyn til oppfølging av anbefalingene i rapporten. Forslagene vil måtte bli gjort til gjenstand for videre drøfting og prioritering på en tidsakse for arbeidet.
- Kvalitetsavdelingen arbeider med problemstillinger rundt særlig læring av pasienthendelser. Kvalitetsavdelingen vil også bistå i forhold til arbeidet på andre områder.
- Personal og organisasjon bidrar i forhold til lederstøtte.

Arbeidet knyttet til såvel tiltaksutforming som implementering vil kreve bistand fra en rekke stabs- og støttefunksjoner i UNN.

- Ny klinisk struktur og organisering fra 1.1.2016 er etablert blant annet med tanke på en enhetlig utviklingsretning på seksjonene. Enhetene er nå samlet under en felles ledelse og en fagutviklingsgruppe er nedsatt for å samkjøre rutiner og prosedyrer til å gjelde for hele virksomheten. Som del av dette vil det bli stilt tydelige krav både med hensyn til at uønskede pasienthendelser skal meldes og gis fastsatt oppfølging. Arbeidet med redusert og riktig bruk av tvang, samt å styrke lederperspektivet og det holdningsskapende arbeidet, er i gang.
- Dialog og drøfting av rapporten: Det er avtalt møte med UNNs brukerutvalg 13.9.2016. Det vil videre bli avviklet et åpent møte for brukere og brukerorganisasjoner 19.9.2016. Klinikken vil utover dette initiere møter med Kontrollkommisjonen i Tromsø, og Pasient- og brukerombudet i Troms. Det er også avtalt at Helsetilsynet i Troms initierer møte.
- Plan for økt frivillighet ble utarbeidet høsten 2013 med planlagt implementering i perioden 2014-2016. Planen har sitt utgangspunkt i Nasjonal strategi for økt frivillighet i



psykiske helsetjenester (HoD, 2012) og Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang (Helse Nord RHF, 2013). Planen ble styrebehandlet i UNN gjennom sak nr. 23/2014.

- Planen er omfattende med en rekke tiltaksområder: Tiltak for å øke frivillighet ved innleggelse, bedre bruker- og pårørendemedvirkning, sikre god kvalitet og bedre kunnskapen om bruk av tvang, bedre dokumentasjon om tvangsbruk og bedre datakvalitet, verdige transportordninger for psykisk syke, bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten samt verdige og gode bygg. Opp mot disse tiltaksområdene er det knyttet 52 underliggende tiltakspunkter.
- Planen var, og er, ambisiøs både med hensyn til de måltall som ble satt for arbeidet og i forhold til omfang. Sett i ettertid burde en kanskje valgt færre og mer fokuserte tiltaksområder og tiltak. Klinikken har da også underveis i planperioden valgt å fokusere særlig på tiltak knyttet til mekaniske tvangsmidler og tvunget vern uten døgnopphold.
- Planen er gjennomgått både med hensyn til status for tiltak samt kobling og innarbeiding i oppfølgingen av anbefalingene i Sivilombudsmannens rapport. Det vedlagte statusdokumentet (vedlegg 2) redegjør for planens ulike tiltakspunkter og gir en nærmere beskrivelse av hva som er gjort og hva som gjenstår. Noen tiltakspunkter i statusdokumentet er, i forhold til plandokumentet, slått sammen og teksten er gitt en noe mer komprimert form. Dette med hensikt å forenkle oversikten. Det vises forøvrig til planen for utfyllende informasjon under de enkelte tiltaksområder.
- Tiltakspunktene er merket med grønn, gul eller rød farge som indikerer status i forhold til gjennomføringsgrad og måloppnåelse. Av de tiltakspunktene som det er redegjort for gjennom statusdokumentet, er 20 vurdert som gjennomført (grønn), 21 som pågående (gul) og 9 som ikke gjennomført/oppnådd (rød). To tiltak er tatt ut da de vurderes som uaktuelle. De opprinnelig fastsatte tidsfristene er, som omtalt på planens side 4, gjort til gjenstand for endringer.
- Til tross for at det er iverksatt mange ulike tiltak, er det tankevekkende at en åpenbart ikke har oppnådd det overordnede målet om å øke frivilligheten/ redusere bruken av tvungent psykisk helsevern. Planen inneholder bl.a. målsettinger om bl.a. 5% reduksjon i antall tvangsinnleggelse ved akuttposter, 10% reduksjon i antall vedtak om tvangsmiddelbruk, 50% reduksjon i bruk av beltelegging. Disse målene er ikke oppnådd. Tiltak som systematisk gjennomgang av beltelegginger og systematisk bruk av ettersamtale med pasient etter beltelegging er ikke gjennomført.
- Det er heller ikke gjennomført tiltak i forhold til kartlagte mangler ved bygningsmassen på Åsgårdområdet utover reovering av bygg 7. Den bygningsmessige tilstandsanalysen i regi av Helse Nord RHF fra 2011, som ble revidert i 2015, påpeker behov for en betydelig oppgradering av bygningsmassen på Åsgårdområdet. Behovene knytter seg til tekniske, drifts- og lovmessige krav samt ikke minst tilpasning til tidsmessig oppdatert pasientbehandling. Arbeidet med idfaseprosjekt for nye arealer for psykisk helsevern og TSB i Tromsø har oppstart i september måned 2016.
- Oppsummert er hoveddelen av tiltakspunktene gjennomført eller pågående. Likevel er ønsket reduksjon av tvangsmessige tiltak ikke oppnådd. Vi må i det videre analysere dette nærmere, for best mulig å forstå denne manglende sammenhengen mellom tiltak og



resultat. Dette også som ledd i utviklingen av nye, mest mulig målrettede tiltak, som vil ses i sammenheng også med Sivilombudsmannens rapport.

- Arbeid med en egnet indikator med månedlig uttrekk for å kunne monitorere omfanget av tvungent psykisk helsevern i klinikkens virksomhet er igangsatt gjennom et arbeidsmøte med ressurspersoner som har utarbeidet et notat med mulige forslag (vedlegg 3). Gruppen vil på bakgrunn av videre innspill videreutvikle arbeidet med mulig indikator.

## 2. Status for konkret plan- og tiltaksarbeid

Det arbeides for tiden med en konkret handlingsplan for oppfølging av anbefalingene i Sivilombudsmannens rapport. Som omtalt innledningsvis vil dette være et omfattende og sammensatt arbeid der prioriteringer og implementering over en tidsakse vil være nødvendig. Klinikksjef har besluttet at det skal utarbeides en samlet plan der det knyttes konkrete tiltak til Sivilombudsmannens anbefalinger.

Tiltakene vil ha tilhørende ansvarsklargjøring og tidsfrister med angivelse av milepæler. I forhold til oppfølging av tiltak må planens utforming også legge til rette for en oversiktlig fremstilling av framdrift. Planen må sikres bred forankring i virksomheten inkludert bli gjort til gjenstand for drøfting med tillitsvalgte og vernetjeneste.

Arbeidet med en slik plan ble påbegynt allerede etter mottak av foreløpig rapport. En er nå kommet såvidt langt i arbeidet på enkelte områder at forslag til handlingsplan vil bli fremlagt til behandling på neste styremøte.

Sentrale elementer i planen vil være:

- Tiltak i tilknytning oppfølging av tvangsmiddelbruk
- Under dette punktet er det under utforming flere konkrete tiltak både i forhold til forebygging, håndtering/gjennomføring og etterarbeid/oppfølging (f.eks. ved ettersamtaler). Her vil det også bli konkretisert målsetting om reduksjon av antall hendelser.
- Fagutvikling, forskning og utdanning vil bli gitt i oppgave å utforme dette videre i konkret samhandling med de kliniske avdelingene og enhetene. Opp mot dette arbeidet vil det være behov for å sette ned arbeidsgrupper for tiltaksutvikling med tilhørende plan for oppfølging. Arbeidet er initiert.
- Tiltak i forhold til den identifiserte utfordringen beskrevet som skillet mellom personale på dag og natt
- Tiltak under dette punktet vil knytte seg til den beskrevne utfordringen i rapporten (rapportens side 37). Utfordringen er bekreftet i flere sammenhenger i tilknytning til de ulike gjennomganger av rapporten innad i virksomheten, samt gjennom drøftingen i KVAM-utvalget.
- Gjennom møte med klinikktiltitsvalgte og klinikkverneombud 2.9.2016 er det enighet om å etablere en egen arbeidsgruppe bestående av tiltitsvalgte, vernetjeneste og ledelse med



støtte fra Personal og organisasjon som skal vurdere mulige tiltak. Klinikksjef vil beslutte nødvendige endringer så raskt som mulig innenfor gjeldende avtaleverk.

- Tiltak i forhold til Akuttpost Nord
- Prosessarbeidet frem til i dag gir støtte til forståelsen av behovet for særskilt oppmerksomhet ved denne enheten. Klinikksjef vil, gjennom den videre oppfølgingen, vurdere om de generelle tiltak som er under utarbeidelse vil være tilstrekkelige, eventuelt beslutte særskilte tiltak.
- Tiltak i forhold til ledelse
- Lederoppgavene sett i lys av de foreliggende oppgaver og utfordringer er gitt, og vil også fremover bli gitt særskilt oppmerksomhet. De ulike aspekter ved ledelsesoppgavene, herunder vurdering av behov for lederstøtte, kompetanseheving, samt motivasjon for- og oppfølging av de prioriterte utfordringene vil følges opp. Det prioriterte endringsarbeidet må gjenspeiles hos ledere på alle nivå.
- Tiltak i tilknytning til pasienthendelser
- Tiltaket vil knytte seg til bedre kvalitet i arbeidet med registrering, håndtering og ikke minst læring av uønskede pasienthendelser. Fagutviklingsenheten og Kvalitetsavdelingen vil være sentrale i dette arbeidet som vil bli gjeldende for hele klinikken. Psykiatrisk avdeling vil bli prioritert i oppstart av arbeidet. Arbeidet vil starte med utarbeidelse av en konkret delplan for opplæring av avviksregistrering og avvikshåndtering, utvikling av prosedyrer, tydeliggjøring og oppfølging av læringsaspekter m.v.
- Arbeidet er igangsatt med frist for ferdigstilt delplan 1.10.2016 Implementering fra oktober måned.
- Tiltak i forhold til lovgivning
- Klinikksjefen har entydig kommunisert til alle ansatte at lovkravene for virksomheten er absolutte, og at den enkelte leder og de ansatte følgelig er personlig forpliktet til å følge dem.
- UNN er som arbeidsgiver ansvarlig for å legge forholdene til rette slik at den enkelte ansatte kan følge de lovmessige kravene.
- Utover tiltakene som knyttes til ulike sider ved psykisk helsevernlovens § 4-8 (bruk av tvangsmidler), vil det bli besluttet konkrete endringer knyttet til andre anbefalinger i forhold til lovverket (rapportens anbefalinger nr. 6,7,13-18, 21,23,26,27,30).
- Tiltak i forhold til fysiske forhold og aktivisering
- På dette område vil Drifts- og eiendomssenteret (DES) bli bedt om å foreta en gjennomgang av de bygningsmessige forholdene som er påpekt for byggene 1 og 2 samt



fremlegge forslag til konkrete tiltak for oppfølging av disse. Arbeidet krever et tett samarbeid med aktuelle sengeposter. En arbeider for at en rapport skal kunne foreligge innen 1.10.2016.

- Et allerede igangsatt forskningsprosjekt knyttet til implementering av psykoseveilederen vil bidra til implementeringsstøtte i forhold til implementeringsstøtte til fysisk helse/aktivitet. Forskningsprosjektet har tidshorisont 2016-2018.
- Indikatorer for monitorering av tvungent psykisk helsevern
- Vedlegg 3 gjør rede for status i arbeidet med utvikling av mulig indikator for tvang i psykisk helsevern i UNN. Metodisk er det vanskelig å beskrive bruken av tvang med en enkelt indikator. En bør blant annet ta stilling til om man primært ønsker å følge tvangsinnleggelsene, (som ved den nasjonale indikatoren), eller om man velger å følge gjennomføringstiltakene (Kap.4 i Psykisk helsevernloven), som Sivilombudsmannen primært har fokusert. Forslag til hovedindikator for monitorering av tvungent psykisk helsevern vil bli fremlagt som del av handlingsplanen

Klinikkjefen vil fortløpende vurdere hvilke tiltak og ressurser som kreves for å sikre arbeidet knyttet til planutvikling, gjennomføring og implementering/oppfølging av plan. Det vurderes som en viktig faktor å sikre bred forankring i alle deler av virksomheten for at de ulike elementene samlet sett kan gi seg utslag i ønsket kulturendring, og totalt kan øke muligheten for best mulig pasientopplevelse, også i situasjoner hvor tvangsmessige tiltak er en relevant og nødvendig del av behandlingen.

I dette arbeidet vil også UNNs verdier **Kvalitet, Trygghet, Respekt og Omsorg** stå som sentrale begreper i endringsarbeidet. Også andre elementer, blant annet slik de er formulert i UNN-boka omkring forventninger til medarbeidere og ledere vil holdes frem i arbeidet med kulturendringer.

*”Alle vi som jobber i UNN har ett felles oppdrag: Vi skal hver for oss og sammen, i alt vi gjør, bidra til å virkeliggjøre visjonen om å gi den beste pasientbehandling.”*

Vedlegg:

1. Anbefalinger i Sivilombudsmannens rapport
2. Statusplan for økt frivillighet pr 09-2016
3. Vedrørende mulig indikator for tvang i psykisk helsevern



Vedlegg:

### ***Anbefalinger i Sivilombudsmannens rapport***

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet besøkte Psykiatrisk avdeling 26-28.4.2016. 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:

- Fysiske forhold
- Aktivisering av pasienter
- Pasientrettigheter
- Bruk av tvungent psykisk helsevern
- Bruk av tvangsmidler
- Bruk av skjerming
- Institusjonskultur

#### **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.

#### **Aktivisering 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.

#### **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 Kontroll-kommisjonen, 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.

#### **Bruk av tvungen psykisk helsevern (punkt 13):**

13. Sykehuset bør sørge for at det finnes rutiner som sikrer at det aldri fattes vedtak om tvungen psykisk helsevern uten at det er dokumentert at lovens hovedvilkår er oppfylt

#### **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 en ettersamtale om tvangshendelsen.
23. Sykehuset bør forbedre dokumentasjonen i tvangs- protokollene 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.

### **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 skjermings- pasienter 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.

### **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.



## PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET

## Tiltak og status

## 1. Tiltak for å øke frivilligheten ved innleggelse

Tiltak	Ansvar	Tid	Status
Utrede muligheten for å etablere et lokalt medisinfritt tilbud i tråd med nasjonale føringer. Bruker- og pårørende medvirkning vil være sentralt i arbeidet.	Klinikkledelse	2015-2016	Arbeidet ble ferdigstilt i februar 2016 da protokoll oversendt Helse Nord. Styret for Helse Nord har vedtatt 20 millioner per år til drift av enheten som skal ha 6 senger og regional funksjon. Leder, fagutvikler og psykologspesialist ansatt. Andre stillinger er under ansettelse, men mange har oppsigelsestid. Planlagt oppstart medio november måned 2016
Rutine for paragrafvurdering gjennomgås og tydeliggjøres. Det tilstrebes en ordning som best mulig understøtter frivillige tilbud samtidig som god rettsikkerhet ivaretas.	Fagutviklingsenhet	2014-2015	Det arbeides systematisk for mer ens praksis blant vedtaksansvarlige som tilstreber økt frivillighet. Det eksisterte før 2014 ikke treffpunkter for diskusjon av praksis mellom de som fatter vedtak etter Psykisk Helsevernloven i UNN. Dette gjøres nå kontinuerlig på møtene. Det er ikke noe som tyder på at det behov for å endre rutine.
Møter for vedtaksansvarlige 2-4 ganger i året. Det vektlegges refleksjon over praksis og gjennomgang av vanskelige vurderinger og det tilstrebes en praksis hvor frivillighet vektlegges.	Fagutviklingsenhet	Løpende fra 2014	Det har vært gjennomført regelmessige møter fra høsten 2014. Oppmøte har vært variabelt, men vanligvis har 10-15 personer møtt. Fra en avdeling har det vært meget god oppmøte, mens det fra en annen har vært labert. Det er gjennomsnittlig blitt arrangert 3 møter per semester. Møtene vurderes som svært nyttig av deltagerene.
I samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner utvikles spørre- undersøkelse om pasientfornøydhet ved utskrivning. Dette for å få fram erfaringer fra innleggelsen (bl.a. om formell og opplevd tvang). Spørreundersøkelsen skal pilotutprøves først.	Fagutviklingsenhet i samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner samt relevante samarbeidspartnere	2015	Det er fortsatt ikke besluttet hva slags undersøkelser man ønsker utført. Er det snakk om kontinuerlig tilfredshetsundersøkelse eller med særskilt fokus på tvang? Stavanger Universitetssykehus har siden 2012 gjort kontinuerlige brukerundersøkelser og får dermed løpende informasjon om erfaringer og tilfredshet. Herunder må tekniske løsninger og kostnader vurderes. I TUD Tromsø prosjektet bruker man spørreskjema for opplevd tvang. Flere Bruker Spør Bruker undersøkelser og spørreskjema undersøkelser (BSB) er gjennomført siste 2 år.
Med utgangspunkt i psykisk helsevernlovens (IS-9/2012) omtale av pårørendes rett til informasjon, etablere rutiner i tilknytning til vedtak etter Psykisk helsevernloven	Klinikkledelsen i samarbeid med Fagutviklingsenhet	2015	Det har vært betydelig fokus på i fht. pårørendes rett til informasjon ved etablering av tvang blant de vedtaksansvarlige og praksis er tilpasset til lovendringene. Møte for vedtaksansvarlige har fokus på dette. Pasientsikkerhetsarbeidet har fokus på pårørendes rettigheter. Tiltak i forbindelse med oppfølgingen knyttet til Siviltombudsmannens rapport.



## PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET

### Tiltak og status

	Øke frivillighet ved utskrivelse ut fra målsetting om å redusere behovet for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD).	Klinikk, avdelinger og seksjoner i samarbeid med kommuner	2015	Klinikken til enhver tid rundt 140 pasienter på TUD i klinikken. Arbeidet med økt frivillighet har i hovedsak vært knyttet til ulike prosjekter med ekstern finansiering (Avdeling nord og Avdeling sør). Eget forskningsprosjekt rundt TUD.
	Dialog med kontrollkommisjonen mht. mulige endringer i arbeidsform	Klinikksjef	2015	Klinikksjef initierer møte med kontrollkommisjonen september måned 2016.
	Redusert bruk av tvungent psykisk helsevern * 5 % reduksjon i antall tvangsinnleggelses ved akuttposter sammenlignet med 2013. * Tvungen innskrivning (N-005). Reduksjon til 12 %. * Reduksjon i antall vedtak om tvangsmiddelbruk med 10 % sammenlignet med 2013	Klinikk	2015	Målene er ikke oppnådd. Det er registrert en økning på flere områder i perioden 2013-2015.



## PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET

### Tiltak og status

2. Tiltak for Bedre bruker- og pårørende medvirkning				
	Tiltak	Ansvar	Tid	Status
	Systematisk gjennomgang av uheldige hendelser og sikre tilstrekkelig åpenhet mot både pasient og pårørende i denne sammenheng.	Klinikk, avdelings- og seksjonsledelse i samarbeid med Fagutviklingsenhet brukere og brukerorganisasjoner	2015	Gjennomgang av uheldige hendelser skjer primært på enhetsnivå. Systematikken med hensyn til å dele har ikke vært tilfredsstillende. Klinikken har vært representert i Pasientsikkerhetsutvalget i hele perioden. Det er etablert samarbeid med kvalitetsavdelingen i forhold til systematisk arbeid omkring dette fra august måned 2016.
	Gjennomføre nyansattekurs der viktigheten av pårørendes rolle og bidrag synliggjøres. Juridiske forhold relatert til ansattes taushetsplikt gjennomgås samt tilby årlig oppfriskningskurs av relevant jus for ansatte slik at juridiske rammer tydeliggjøres.	Fagutviklingsenhet	Løpende fra 2011	4 slike 4 dagers kurs er gjennomført siden 2011. Til sammen har mer enn 150 ansatte deltatt på kursene som er blitt arrangert. Evalueringene er har hatt høy svarprosent og deltagerene svært godt fornøyd med kurset. 2016/17 kurset går av stabelen i oktober 2016 og mars 2017.
	Alle enheter bør ha faste møter for etisk refleksjon. Dette kan med fordel være integrert i personalets veiledning. Invitere brukere og pårørende der dette er naturlig.	Avdelings- og seksjonsledelse i samarbeid med Fagutviklingsenhet samt brukere og brukerorganisasjoner	2015	Alderspsykiatrisk seksjon og to enheter i Akuttpsykiatrisk seksjon gjennomfører i dag etisk refleksjon. En rekke andre enheter og seksjoner har imidlertid veiledning som også omfatter refleksjon over etiske problemstillinger som en naturlig del. Fagutviklingsenheten tilbyr veiledning på veiledning. Flere fagdager om etisk refleksjon er gjennomført. Det er etablert et samarbeid med senter for medisinsk eikk ved Universitetet i Oslo i fht kompetanse bygging rundt etisk refleksjon.
	Sikre god og systematisk informasjon til brukere og pårørende mht. rettigheter mv.	Avdelings- og seksjonsledelse i samarbeid med Fagutviklingsenhet samt brukere og brukerorganisasjoner	2015	Her er det fremdeles et potensiale for utvikling. Ikke tilfredsstillende systematikk. Tiltak i forbindelse med oppfølgingen knyttet til Sivilombudsmannens rapport.
	Det etableres system for tilbakemelding for brukere og pårørende der det er aktuelt.	Fagutviklingsenhet i samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner	2015	Se punkt 7.
	Brukerutvalg/brukerråd skal regelmessig forelegges tall for bruk av tvang. Klinikksjef går i dialog med brukertutvalget i UNN vedr. rapportering.	Klinikksjef	2015	Klinikksjef tar kontakt med brukertutvalget i UNN for videre oppfølging i september måned 2016.



## PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET

### Tiltak og status

	<p>Prosjekter som omhandler økt frivillighet skal ha tilstrekkelig bruker- og pårørende deltakelse.</p>	<p>Avdelings- og seksjonsledelser</p>	<p>2015</p>	<p>Fagutviklingsprosjekter i Psykisk helse- og rusklinikken bør ha tilstrekkelig bruker- og pårørende deltakelse. I Tromsø har man fått på plass en kompetansegruppe med pasienter som er undelagt TUD samt hatt ansatt bruker i 10% stilling. Pasienttransportprosjektet to erfaringskonsulenter ansatt i hhv 60 og 20%. I pasienttransport prosjektet ble Bikuben (regionalt brukerstyrt senter) bedt om å koordinere representasjon fra bruker/interesse organisasjonene.</p>
	<p>Samarbeid med kommunehelsetjenesten og Lærings- og Mestringssenteret (LMS) om å avklare hvilke pasient- og pårørende opplæringstilbud som skal tilbys på ulike nivå. Omfatter aktiv dialog med LMS mht. utvikling av pasient- og pårørende opplæringstilbud der slike tilbud ikke er etablert.</p>	<p>Avdelinger og Seksjoner</p>	<p>2015</p>	<p>Det har tidligere vært samarbeidet med LMS om å lage et felles undervisningsopplegg for pårørende. For øvrig finnes en rekke pasient- og pårørende opplæringstilbud. Fagutviklingsenhet rus- og psykiatri bistår med avklaring i fht. hvilke tilbud som finnes. Dette må også sees i sammenheng med pasient- og pårørende opplæringstilbud i kommunene. 17/2-16 ble det avholdt møte mellom LMS, 3 avdelinger i PHRK samt flere fra fagutviklingsenhten for å se på pårørendetilbudet.</p>
	<p>Dialog med Bikuben, regionalt brukerstyrt senter o.a. om mulige opplæringstilbud knyttet til bruker- og pårørende medvirkning.</p>	<p>Fagutviklingsenhet</p>	<p>2015</p>	<p>Det samarbeides med Bikuben fra sak til sak i forbindelse med ulike arrangementer, oppnevning til deltagelse i prosjekter, høringsrunder, kurs mv.</p>
	<p>Utarbeide plan for brukermedvirkning på systemnivå.</p>	<p>Fagutviklingsenhet</p>	<p>2014</p>	<p>Utført. Planen gir anbefalinger knyttet til hvordan brukermedvirkning best mulig kan ivaretas i virksomheten. Planen gir også anbefalinger knyttet til implementering inkludert videre arbeid knyttet til organisering, opplæring, ressursbehov m.v. Behandlet i klinikkledelse og er under delvis implementering. En av gjenstående tiltak vil ha en betydelig ressurssside som må avklares.</p>



## PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET

## Tiltak og status

## 3. Tiltak for å sikre god kvalitet og bedre kunnskapen om bruk av tvang:

Tiltak	Ansvar	Tid	Status
Innhente et bredest mulig datagrunnlag mht. bruk av tvungent psykisk helsevern, både som underlag for tiltak i planen, oppfølging av målsettinger og som grunnlag for videre tiltaksutvikling.	Klinikk	2015-2016	Data er regelmessig innhentet og kommunisert i virksomheten. Datakvaliteten oppfattes som god. Data er ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp m.h.t. konkrete tiltak.
Tilrettelegge for kultursensitiv og språklig tilpasset behandling også ved tvungent psykisk helsevern.	Klinikk	2015-2016	Bruk av RVTS sin kompetanse og relasjonen til SANKS er av betydning her. Det er ikke iverksatt særskilte tiltak området utover bruk av tolketjenester.
Fortsette dialog med brukerne hvor erfaringer og betraktninger om innhold og praksis relatert til TUD deles.	Avdelinger og seksjoner	2015-2016	Det pågående TUD prosjektet i Avdeling nord understøttes ressursmessig. Om mulig inkluderes deler av River( Riktig vern til riktig tid) prosjektet i TUD Tromsø. Prosjektet har som nevnt meget god brukerinvolvering.
Samarbeid med kommunehelsetjenesten i fht. hvordan man forstår og forholder seg til TUD. Gjennomgå TUD vedtak sammen med hjemkommune/DPS.	Avdelinger og seksjoner	2015-2016	TUD-Tromsø prosjektet er i samarbeid med Tromsø kommune. I tillegg finnes eksisterende areaner mellom klinikken og kommunene i lokalsykehusopptaksområdet gjennom OSO-oppnevnte samarbeidfora.
Fokus på at en større andel pasienter på TUD har kriseplan.	Avdelinger og seksjoner	2015	TUD Tromsø prosjektet arbeider med systematisk utprøving av krisemestringsplaner. Erfaringene herfra vil bli nyttig i det videre arbeidet. Krisemestringsplan ligger nå i DIPS og kan brukes for alle pasienter.
Etablere TUD forum	Lokalt akuttnettverk etablerer og drifter TUD forum i samarbeid med Fagutviklingsenhet	2015	Tiltaket utgår i lys av satsing på andre fora (for eksempel akuttpsykiatrisk nettverk, møter for vedtaksansvarlige og legers interne undervisning).
Legge til rette for videre deltakelse i nasjonalt konsensusprosjekt om skjerming.	Klinikkledelse	Prosjekt-periode	Alle tre akuttposter har deltatt i prosjektet og levert inn materialet de skulle.
Sikkerhetspsykiatri har deltatt i det nasjonale skjermingsprosjektet hvor formålet er utvikling av pålitelig måling av skjerming. Oppfølging av arbeidet.	Sikkerhetspsykiatri	Prosjekt-periode	Tre ulike skjerminger er beskrevet i detalj. Hensikten er å lage måleerktøy for skjerming. Utprøvingen skjedde fra april til september 2014.



## PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET

### Tiltak og status

Deling av erfaringer fra lokale prosjekter (Akuttpost Tromsøs prosjekt som skjerming og fysisk aktivitet).	Lokalt akuttnettverk og Fagutviklingsenhet	2017	Prosjektet har avsluttet registrering av skjerminger. Er planlagt presentert på felles fagutviklingsmøte, praksisseminar, legenes litteraturmøte og psykologfagmøte når data foreligger (2017).
Reduksjon av tvangsmiddelbruk med spesielt fokus på beltelegging. 50 % reduksjon i bruk av beltelegging fram til 2015.	Klinikkledelse	2015	Ikke oppnådd målsetting. Det er registrert en økning i antall vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler fra 2013 til 2015.
Systematisk gjennomgang av beltelegginger i regi av aktuell enhet evt. med bistand fra Fagutviklingsenhet rus- og psykiatri.	Avdelinger og seksjoner	2015-2016	Kartlegging m.h.t. rutiner og etablert praksis for dette har ikke gitt godt nok kunnskapsgrunnlag. Vil bli sett videre på i lys av anbefalingene i Sivilombudsmannens rapport.
Systematisk bruk av ettersamtale med pasienten når beltelegging er benyttet.	Avdelinger og seksjoner	2015-2016	Ingen enheter gjør dette systematisk. Helse-Bergen har utviklet mal for ettersamtale som der er lagt i DIPS. Lokal mal er utviklet, men ennå ikke lagt inn i DIPS. Vil bli sett videre på i lys av anbefalingene i Sivilombudsmannens rapport.
Utvikle retningslinjer for tvangsmiddelbruk som har brukermedvirkningselementer i seg.	Klinikkledelse	2015	Tiltaket utgår.
Kartlegging/gjennomgang av pasienter som har gjentatte kortvarige tvangsinnleggelse. Behandlingsplaner og oppfølgingstiltak drøftes med samarbeidspartnere.	Avdelinger og seksjoner	2014-2016	På bakgrunn av kartlegging/gjennomgang er det etablert et eget poliklinisk behandlingstilbud i Tromsø for en gruppe pasienter som hadde gjentatte korte tvangsinnleggelse. Erfaringene fra dette er gjennomgående gode. Ytterligere kartlegging/gjennomgang ansees som et viktig tiltak i videre oppfølging.



## PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET

### Tiltak og status

#### 4. Tiltak for å bedre dokumentasjon om tvangsbruk og bedre datakvalitet:

Tiltak	Ansvar	Tid	Status
<p>Forbedre kvaliteten på, og kvalitetssikring av, registrerte innleggelse med vedtak om tvang og utskrivelser med vedtak om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD).</p> <p>Det utarbeides skriftlige rutiner for registrering i PAS/DIPS (og i protokollene). Revidering av prosedyre for registrering av frivillige innleggelse for pasienter med TUD mht. registrering av TUD ved SPH/DPS som ikke er godkjent for tvunget psykisk helsevern.</p> <p>Det gis opplæring i bruk av ny revidert registreringsveileder fra NPR.</p>	<p>Klinikk i samarbeid med Avdelinger og seksjoner</p>	<p>2014</p>	<p>Alle punkter under tiltaksområde 4 er ivaretatt..</p>





## PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET

## Tiltak og status

## 5. Tiltak for verdige transportordninger - mindre bruk av politi:

Tiltak	Ansvar	Tid	Status
Fokus verdige transportordninger for psykisk syke med særskilt fokus på områder med utstrakt bruk av politi under transport.	Transportprosjektet fase 3	Prosjekt-periode	Alle punkter under innsatsområde 5 ivaretas av TRAP fase 3 (transport av psykisk syke prosjektet).
Etablere ledsagertjeneste/ordninger i kommuner hvor dette ikke er på plass.	Transportprosjektet fase 3	Prosjekt- periode	Det er etablert eldsagertjenste i 20 kommuner. I tillegg har en del kommuner ledssagerordninger.
Styrke etablerte ledsagertjenester gjennom bistand til rekruttering og stabilisering. Herunder kursing av ledsagere (grunnkurs- og videregående kurs).	Transportprosjektet fase 3	Prosjekt-periode	Introduksjon til ledsagelse kurs er gjennomført på Storslett og i Harstad med til sammen ca 5 deltagere fra alle kommuner, ambulansetjeneste mfl.
Sørge for at retningslinjer og rundskriv er kjent og blir praktisert.	Transportprosjektet fase 3	Prosjekt-periode	Sendt ut informasjon til legevakter mfl. i to runder. Tidligere samarbeid med fylkesmannens kommunelege 1 gruppe.
Videreføre ordningen med å utdanne psykiatrikontakter i ambulanse-tjenesten. Mål om to veiledere per ambulanseområde innen 2015.	Transportprosjektet fase 3	Prosjekt-periode	Alle områder har minimum 1 psykiatrikontakt som har deltatt på nyansatt kurs. Ambulanseavdelingen blir regelmessig invitert til å delta på nyansattkurs, men har ikke deltatt på de siste to kursene ettersom deler av innholdet ikke vurderes som relevant. Kan delta på deler av kurset.
Følge opp arbeidet med registrering av pasientfornøydhets under transport og vurdere å ta dette i bruk som lokal kvalitetsindikator.	Transportprosjektet fase 3	Prosjekt-periode	Tilfredshetsundersøkelse er gjennomført på akuttpostene i mai/juni 2015 og fra februar til mai 2016. Høsten 2015 ble det gjennomført Bruker Spør Bruker(BSB) undersøkelse på samme sted. Her ble 24 pasienter intervjuet.
Fagdager for ambulanspersonell i samarbeid med SPH og lokale psykiatriveiledere.	Transportprosjektet fase 3	Prosjekt-periode	Fagdager med leder for psykiatriambulansen i Bergen ble gjennomført i april 2016. Fokus var på egensikkerhet og lovverk. Alle fagutviklerene i ambulansavdelingen, 6 psykiatiske sykepleiere og erfaringskonsulent fra psykisk helse- og rusklinikk var blant deltagerene på kurset.



## PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET

## Tiltak og status

## 6. Tiltak for å bedre samhandling mellom spesialist og kommunehelsetjenesten

	Tiltak	Ansvar	Tid	Status
	Sammen med kommunene utarbeide gode prosedyrer for vurdering og håndtering av akutte situasjoner, spesielt for legevakten. Legevakten må kjenne til alternative ordninger som er etablert for å unngå å begjære tvangsinnleggelse. DPS har en viktig oppgave å bistå legevakten.	Avdelinger og seksjoner	2015-2016	Deler av arbeidet tas gjennom pasienttransportprosjektets fase 3 hvor man vil ha et tett samarbeid med legevaktene. Evalueringen av DeVaVi vil videre kunne gi nyttig informasjon fra lgevakter, pasienter og pårørende.
	Styrke arbeidet omkring individuelle planer og kriseplaner. DPS og sykehusavdelinger skal i samarbeid med kommuner utarbeide kriseplaner for pasienter som har vært innlagt tidligere for å sikre at krisituasjoner håndteres på en god og trygg måte og at pasienten gis innflytelse på behandlingsforløpet.	Avdelinger og seksjoner	2015-2016	Det er nasjonalt stor mangel på utarbeidelse og oppdatering av individuelle planer, og det er lite som tilsier at status er annerledes i Psykisk- helse og rusklinikken. TUD Tromsø prosjektet har som målsetting å gi alle pasienter underlagt TUD i Tromsø kommune krisemestringsplan.
	Systematisk samarbeid med kommunene omkring pasienter med omfattende og sammensatte behov med målsettingen om at disse gis et best mulig tilbud i tråd med prioriteringsanbefalinger, herunder også tilrettelagte boliger og adekvat oppfølging.	Avdelinger og seksjoner	2015-2016	Det har vært noe fokus på dette i TUD prosjektene og sengepostene som har oppfølgingsansvar for pasientene arbeider kontinuerlig med dette. Krisemestringsplan og samarbeid med aktuelle etater vil ha stor betydning her. Det er imidlertid behov for bedre systematikk i dette arbeidet. Arbeid etter ACT-teammodell vil være et viktig tiltak i forhold til arbeidet med denne gruppen. ACT-team er foreløpig bare etablert i Tromsø, men vil av klinikken bli løftet fram som et helt sentralt satsingsområde i forbindelse med UNNs langstidsplan.
	Samarbeide med kommunene om å analysere problemstillingene rundt pasienter med hyppige innleggelser for å utforme konkrete handlingsplaner i samråd med andre etater om hvordan de kan hjelpe aktuelle pasienter bedre enn ved gjentatte tvangsinnleggelser.	Avdelinger og seksjoner	2015-2016	SE PÅ DETTE!



## PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET

### Tiltak og status

#### 7. Verdige og gode bygg til de alvorligste psykisk syke

	Tiltak	Ansvar	Tid	Status
	Bygg 7 på Åsgård vil gjennomgå renovering i 2014/2015. Dette gir nye og renoverte arealer for Akutt-team, Akuttpost Tromsø og Døgnetromsø ved PSTO.	Klinikkledelse	2015-2016	Er ferdigstilt og innflytting skjer primo september 2016.
	Idéskisse og prosjekt for framtidige lokaler for voksenpsykiatri og Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk i Tromsø er under utarbeidelse.	Klinikkledelse	2016-2017	Arbeidet igangsettes september måned 2016.
	Fokus på betydningen av løpende vedlikehold av bygningsmassen og god interiørmessig standard. Det vil være sentralt å holde tritt med slitasje knyttet til virksomheten.	Klinikkledelse	Løpende	Klinikkens arealer på Åsgård-området oppfattes gjennomgående (med unntak av bygg 5 og 7) å være betydelig preget av forfall/slitasje samt ha en lite tilpasset og tidsriktig utforming i forhold til oppgaver og funksjoner.



## PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET

### Tiltak og status

#### 8. Ressurser og økonomi

	Tiltak	Ansvar	Tid	Status
	Koordinering av plan for økt frivillighet ivaretas av fagutviklingsenhet rus og psykiatri innenfor ordinær drift. Dette forutsetter at bemanningen opprettholdes på nåværende nivå.	Fagutviklingsenheten (Njål Bjørhovde)	2015-2016	Det ble skissert ressursbehov på 50% stilling som koordinator og 20% stilling som erfaringskonsulent for oppfølging av planen, men dette ble ikke tilstrekkelig prioritert innenfor klinikkens rammer. Oppfølging av planen er derfor utført som del av Fagutviklingsenhetens ordinære oppgaver.
	Erfaringskonsulent ansettes i 20 % engasjement for å sikre brukerperspektivet i implementering og oppfølging av planen (2015-2016).	Fagutviklingsenheten	2015-2016	se punktet ovenfor.

### **Vedlegg 3 - Vedrørende mulig indikator for tvang i psykisk helsevern**

#### *Nasjonal rapportering på bruk av tvang*

Omfang av tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne (PHV) belyses på nasjonal basis gjennom virksomhetenes rapportering til Norsk Pasientregister (NPR). Rapporteringskrav til NPR er delt i tre hovedområder:

1. Henvisningsformalitet
2. Rettslig grunnlag for helsehjelpen (til enhver tid, kan endres i forløpet)
3. Gjennomføringstiltak etter § 4 i Lov om psykisk helsevern.

Dette belyses ved sju indikatorer i Helsedirektoratets årlige rapporter om bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne, sist fra 2014 (1):

1. Tvingen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (omtalt som tvangsinnleggelse)
2. Median varighet av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold
3. Døgn under tvang
4. Vedtak om tvangsmiddelbruk og skjerming
5. Pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (omtalt som TUD-pasienter)
6. Pasienter under tvungent psykisk helsevern (omtalt som TPH-pasienter)
7. Pasienter under tvangsbehandling

#### *Datakvalitet for de tre ulike hovedområdene*

Datakvalitet for henvisningsformalitet er bedret de seneste årene, og følges med en nasjonal kvalitetsindikator som angir kompletthet i henvisningsformalitet ved henvisning til psykisk helsevern for voksne (2).

Det er også bedring i rapportering på rettslig grunnlag, og andel tvangsinnleggelse har siden 2014 blitt publisert av Helsedirektoratet som nasjonal kvalitetsindikator(3).

Det er ifølge Helsedirektoratet vanskelig å si hvordan rapporteringen er på det tredje punktet om gjennomføringstiltak i hht § 4 i LPH - en økning i rapportering av gjennomføringsvedtak de siste årene tolkes likevel som økt kompletthet, og ikke økt bruk av tvang.

#### **Valg av indikator for UNN**

Det vil være ønskelig å kunne følge alle tre hovedområder beskrevet ovenfor, da disse belyser ulike aspekter ved tvangsbruk. Det er slik vi vurderer det vanskelig å belyse tvangsbruk ved hjelp av én indikator. Hovedfokus i Sivilombudsmannens rapport er imidlertid gjennomføringstiltak etter § 4 i Psykisk helsevernloven, og det kan derfor være ønskelig med en mer detaljert rapportering på dette området, eventuelt at §4-8 vedtak velges som indikator i første omgang. I tillegg vil kontinuerlig rapportering på to utvalgte indikatorer for å følge opp henvisningsformalitet og rettslig grunnlag gi relevant informasjon. De indikatorer som foreslås i trinn 1 nedenfor rapporteres allerede til NPR. De er derfor relativt å enkle å framstille og beskrive for hver måned, og rapportering kan settes i verk umiddelbart. Fokus på indikatorene vil også kunne forbedre datakvalitet i rapportering til NPR som en positiv bieffekt. For ytterligere målrettet kvalitetsutvikling vil man eventuelt kunne planlegge et

trinn 2, der blant annet *innhold* og *varighet* for vedtak etter § 4 i LPH skal monitoreres. Dette vil kreve utviklingsarbeid og opplæring knyttet til forvaltning av § 4, der målingene beskrevet under trinn 1 vil brukes aktivt. Klinikkenes erfaringskonsulenter bør også trekkes inn i dette arbeidet, som vil foregå parallelt med trinn 1.

#### Trinn 1

Følgende indikatorer foreslås fulgt med månedlige rapporter:

1. **Antall § 4-vedtak** spesifisert på underpunkter
  - § 4-3 Skjerming med vedtak
  - § 4-4 Tvangsbehandling med legemidler
  - § 4-8a Vedtak om bruk av mekanisk tvang
  - § 4-8c Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemiddel
  - §4-8d Kortvarig fastholding
2. Nasjonal kvalitetsindikator om **andel tvangsinnleggelses** (3)
3. **Antall innlagte med vedtak** om tvunget psykisk helsevern i hht § 3 i PHVL

#### Trinn 2

1. Registrering av **varighet** i tvangsmiddelbruk
2. Registrering av **opplevd tvang**, basert på skjema Experienced Coercion Scale utviklet av Forsknings- og utredningsavdelingen ved Ahus som ledd i nasjonalt tiltak for reduksjon av tvang (4)
3. Implementere regionalt kvalitetsregister for registrering av **nettverksarbeid** i hele virksomheten
4. Utvikle en indikator der gjennomføringsgrad av **ettersamtale** etter tvangsmiddelbruk kan monitoreres

De punkter som foreslås under trinn og trinn 2 er i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale strategi for bedre kvalitet og økt frivillighet i psykiske helsetjenester (5).

Tromsø, 060916

#### Referanser

1. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
2. <https://helsedirektoratet.no/Documents/Kvalitetsindikatorer/KI%20definisjoner%20Psykiatri%20og%20rus/kompletthet%20i%20henvisningsformalitet%20PHV.pdf>
3. <https://helsedirektoratet.no/Documents/Kvalitetsindikatorer/KI%20definisjoner%20Psykiatri%20og%20rus/Tvangsinnleggelses%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne.pdf>
4. <https://www.napha.no/multimedia/4366/Experienced-Coercion-Scale-ECS.pdf>
5. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt\\_frivillighet.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf)



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
74/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.9.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Referatsaker

#### Innstilling til vedtak

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

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.

Tromsø, 2.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør



## MØTEREFERAT

### Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

---

**Møtedato:** Torsdag 04.02.2016 kl 12-17.30

**Møtested:** Glassburet, Kunnskapsparken, Finnsnes

**Tilstede:** Medlemmer: Oda Kjærvik (leder), Vegar Adriansen, Regine Elvevold, Helene Westgaard, Magnhild Hjelme (nestleder), Eirik Walør Fagertun (siste del)

**Koordinator/rådgiver:** Mariann Sundström, Martha Bergum, Elisabeth Warvik (referent)

**Forfall:** August Sæther, Eline Isaksen

---

### Saksliste

#### UR-1/16 Godkjenning av referat fra forrige møte

Referat godkjent uten merknader.

#### UR-2/16 Diskusjon om taushetsplikt og ansvar

**Bakgrunn for saken:** Taushetsplikt er et viktig tema å diskutere. Det var ikke mulig å finne foredragsholder til dette tema. Det ble derfor lagt til rette for at ungdommene kunne drøfte utfordringer med utgangspunkt i to caser. Casene tok utgangspunkt i dilemmaer når man er på sykehuset som representant for Ungdomsrådet og ser/får informasjon om bekjente som er på sykehuset av helsemessige årsaker.

**Vedtak:** Tema vil bli diskutert regelmessig framover. Det vil også stå som eget punkt i avtalen som skal inngås mellom UNN og medlemmene av Ungdomsrådet.

#### UR-3/16 Avtale for medlemmer av Ungdomsrådet på UNN

**Bakgrunn for saken:** Det skal inngås avtale mellom UNN og medlemmene av Ungdomsrådet. Avtalen vil også ta inn taushetsplikt, og det skilles mellom medlemmer over og under 18 år.

**Vedtak:** Det ble ikke tid til å gjennomgå saken på dagen møte. Saken utsettes, men det jobbes videre med å tilpasse et forslag til avtale.



**UR-4/16      Innspill med egne erfaringer fra medlem av Ungdomsrådet – Hva gjør man når man føler seg urettferdig behandlet?**

**Bakgrunn for saken:** Et medlem som har lang erfaring som pasient sa litt om egne erfaringer rundt overgangen til voksenavdeling. Det ble satt fokus på at det plutselig er andre og større krav og forventninger til pasienten, at man ikke lenger har krav på å ha med ledsager, klage på selve behandlingen eller måten man tilsnakkes på.

**Vedtak:** Saken ble tatt til orientering. Ungdomsrådet vil jobbe videre for at overgangen skal oppleves bra. Særlig det faktum at pasienter fortsatt kan ha et ledsagerbehov etter fylte 18 år framgikk av saken. Det ble også fremmet et forslag om at tilbakemelding til UNN etter er avdelingsopphold kan være nyttig. Det ble foreslått at ungdommer mellom 18-23 år på utvalgte avdelinger kunne deltatt i en undersøkelse, hvor evaluering av oppholdet for den aktuelle aldersgruppen gjennomføres. Saken vil bli fulgt opp.

**UR-5/16      Ungdom i spesialisthelsetjenesten i distrikt – Innlegg ved BUP Midt-Troms**

Leder ved Bup Silsand heter Guro Strand Thorbjørnsen og deltok med innspill. Det benyttes samme behandlingsveileder i hele landet som også sier noe om frist for start av behandling. Aktuelle behandlingsbehov kan være depresjon, angst, ADHD, Asberger syndrom, psykisk utviklingshemming eller andre tilstander som går ut over normal fungering. Det er stor pågang til BUP. Det antas at 2 av 3 behandles for en psykisk tilstand før eller siden i livet. Behandlingen består av samtaler, handlingsplan, medisiner og god oppfølging så lenge det er behov. Foreldre er med fram til fylte 16 år, og deretter kan pasienten selv velge. Pasienter kan følges opp til 23 år i barne- og ungdomspsykiatrien. Innsyn i journal er inndelt slik at foreldrene har full innsynsrett fram til 12 års alder. Deretter har foreldrene begrenset innsyn med samtykke fra pasient. Fra fylte 16 år har pasienten selv full innsynsrett. I Helse Nord er journaldokumenter etter 101014 tilgjengelig for pasienten på HelseNorge.no. Spesielle utfordringer i distriktet er behandlingsressurser og at disse er ustabile over tid. Det finnes evalueringsskjema som behandler kan velge å benytte underveis i behandlingen.

**UR-6/16      Omstilling i Barne- og ungdomsavdelingen – innlegg ved koordinator Martha Bergum**

**Bakgrunn for saken:** Barne- og ungdomsavdelingen på UNN har høsten 2016 laget en omstillingsutredning. Dokumentet som omhandler omstillingen er sendt Ungdomsrådets medlemmer for gjennomsyn før møtet. Koordinator Martha Bergum presenterte de viktigste momentene for Ungdomsrådet. Momentene som trekkes fram i saken er økt fokus på dagbehandling. Det planlegges for en økning av kapasiteten på 10%, samt utvidet åpningstid til kl 19. Samtidig reduseres antall senger fra 17 til 15 på sengeposten. En generell trend i tiden er at pasient og pårørende er mer tilstede i behandling og beslutninger. Av saken framgår det også at antall sykepleiere på sengeposten skal reduseres og antall på dagenheten skal øke. Skoletilbud og mye av lokalene er uendret, foruten at romkapasitet og antall senger mellom sengepost og dagenheten justeres.

**Vedtak:** Saken tas til orientering. En klar tilbakemelding fra Ungdomsrådet var at det er viktig at innredningen oppleves litt personlig og hjemmekoselig.

**UR-7/16 Kommunikasjonsstrategi for Ungdomsrådet UNN v/Mariann Sundstöm**

**Bakgrunn for saken:** Framover skal det utarbeides en tydelig kommunikasjonsstrategi for Ungdomsrådet i samarbeid med Kommunikasjonsavdelingen på UNN. Denne gangen tenker vi litt fritt men deler inn i hvem Ungdomsrådet ønsker å nå med hvilken informasjon og hvordan. Under pkt for "Hvem" framgikk følgende: Brukerorganisasjoner, sykehusledelsen, ungdommer, skoler inkludert elevråd, pasienter, media, ansatte på sykehus, pårørende, offentligheten (alle), brukerutvalget. Under pkt for "Hva" framgikk følgende: Informasjon a) mål med UR, hvem er vi og hvordan vi jobber b) saksinformasjon, videre opplæring av helsepersonell i oppmerksomhet, nå fram i UNN med forslag fra UR. Under pkt for "Hvordan" ble følgende nevnt: Facebook, foredrag, informasjonsmøter, avisa, linker til blogger, avisa virkelig, Pingvinavisa, plakater på UNN, radio, reklame, egen nettside, legekontor, video, kommunikasjonsavdelingen på UNN, åpen linje i et begrenser tidsrom på for eksempel facebook, møter med samarbeidsaktører jevnlig som Brukerutvalget, klinikkledelsen og direktørens ledergruppe.

**Vedtak:** Saken blir en av hovedsakene framover i nært samarbeid med Kommunikasjonsavdelingen. Det blir et arbeidsmøte mandag 290216 i denne saken.

**UR-8/16 Eventuelt og neste møtedatoer**

Det ble ikke meldt eventuelt saker. Neste ordinære møte for UR blir fredag 080416. Det ligger an til å bli kun to møter på våren. Noen av medlemmene kan imidlertid bli forespurt om å delta torsdag 260516 på en konferanse om unges helse.

**Neste møte i Ungdomsrådet UNN: fredag 080416**



## MØTEREFERAT

### Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

---

**Møtedato:** Fredag 080416 kl 11-15.00

**Møtested:** Bupa T-113

**Tilstede:** Medlemmer: Oda Kjærvik (leder), Magnhild Hjelme (nestleder), Vegar Adriansen, August Sæther, Eirik Walør Fagertun

**Koordinator/rådgiver:** Mariann Sundström, Martha Bergum, Elisabeth Warvik (referent)

**Forfall:** Regine Elvevold, Helene Westgaard, Emil Karlsen

---

### Saksliste

#### UR-9/16 Godkjenning av referat fra forrige møte

Referat godkjent uten merknader.

#### UR-10/16 Kommunikasjonsplan for Ungdomsrådet v/kommunikasjonssjef Hilde Pettersen

**Bakgrunn for saken:** Det er viktig at Ungdomsrådet blir mer synlig både i UNN og utenfor UNN. I samarbeid med Oda Kjærvik, leder for Ungdomsrådet, har koordinatorene og Kommunikasjonssjef Hilde Pettersen utarbeidet forslag til kommunikasjonsplan for Ungdomsrådet. Dette for å sikre en målrettet prosess for å bli mer bevisst hvem Ungdomsrådet er og hvem vi ønsker å nå ut til. Formålet med planen blir da å tydeliggjøre hvem målgruppen er, hva er budskapet, hvilken kanal benyttes, tidspunkt for gjennomføring og hvem er ansvarlig. Det er viktig at Ungdomsrådet jobber i små steg mot det å bli mer synlig både internt på sykehuset mot ansatte og pasienter, samt eksternt utenfor sykehuset. På møtet jobbet Ungdomsrådet med å utarbeide tekst til plakat. Denne teksten kan senere brukes i profilering av rådet. Det er tatt til etterretning at UNNs profilhåndbok også griper inn i prosessen. Andre momenter som kom fram i saken er at Ungdomsrådet har lyst til å arrangere et seminar på sikt hvor aktuelle ressurser inviteres til å delta. Videre at det så tidlig som mulig lages en sak om Ungdomsrådet til UNN sin facebookside. Dette gjør vi i samarbeid med Hilde Pettersen. Til høsten jobbes det videre med tekst til brev som skal sendes sentrale brukerorganisasjoner.

**Vedtak:** Kommunikasjonsplanen ble vedtatt og legges ved referatet.

**UR-11/16 Presentasjon av «Mine behandlingsvalg» v/rådgiver Anne Regine Lager og Anne-Grete Johnsen**

**Bakgrunn for saken:** Det har vært jobbet med dette prosjektet i to år. Verktøyet «Mine behandlingsvalg» er utviklet for at pasienter som står overfor reelle valg i sitt behandlingstilbud skal stå sterkere rustet til å delta i beslutninger. Både brukere og behandlere har vært med på utviklingen av innholdet i løsningen, som i dag teller 5 ulike sykdommer. Verktøyet nås via sykehusets hjemmeside. Det er fire inndelinger i selve beslutningen: Mitt valg – hvorfor være med å bestemme, behandlingmuligheter – må vise alle mulighetene, sammendrag – slik at pas får en oversikt, mine refleksjoner – som støtter opp under selve beslutningen som skal tas. Nå der det ønskelig at også ungdommer skal få være med på å gi råd i utviklingen av verktøyet når det retter seg mer mot ungdommer.

**Vedtak:** Saken er tatt til etterretning. I dialogen kom det fram at et lett språk er å foretrekke. Videre at bruk av animasjon kan være spennende. Ungdommer skal ofte ta slike beslutninger i nært samarbeid med sine foreldre/pårørende. Det jobbes videre med å finne aktuelle sykdommer man kan starte opp med. Ungdomsrådet ser fram til videre samarbeid i utvikling av løsninger som retter seg mer mot barn og unge.

**Neste møte i Ungdomsrådet UNN ser ut til å bli: Fredag 260816**

Finnmarkssykehuset HF  
Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Nordlandssykehuset HF

SENDES KUN PER E-POST

Deres ref.:

Vår ref.:  
2016/12-7/ 163

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Jan-Petter Monsen, 906 53 840

Sted/dato:  
Bodø, 28.06.2016

## **Flytrente 2. halvår 2016 og tilbud om fastrente**

Følgende rentebetingelser gjelder fra 1. juli 2016:

Flytrente 1. juli – 31. desember 2016: 1,06 %

Fastrente 3 år nominell rente: 1,06 %

Fastrente 5 år nominell rente: 1,21 %

Fastrente 10 år nominell rente: 1,56 %

Frist for anmodning om fastrente er 8. juli 2016.

Med vennlig hilsen

Jann-Georg Falch  
signert  
Økonomidirektør

Jan-Petter Monsen  
signert  
Rådgiver

## Jensen Katrin

---

**Fra:** Andersen Grethe  
**Sendt:** 7. juli 2016 08:37  
**Til:** RHF-Postmottak  
**Kopi:** Monsen Jan-Petter; Falch Jann Georg; Sund Anne Berit; Schjølberg Tommy; Bertheussen Gøril; Ingebrigtsen Tor; Jensen Katrin  
**Emne:** Tilbud om fastrente

Viser til brev fra Helse Nord RHF av 28.juni 2016 angående flytrente 2. halvår 2016 og tilbud om fastrente.

*Følgende rentebetingelser gjelder fra 1. juli 2016:*

*Flytrente 1. juli – 31. desember 2016: 1,06 %*

*Fastrente 3 år nominell rente: 1,06 %*

*Fastrente 5 år nominell rente: 1,21 %*

*Fastrente 10 år nominell rente: 1,56 %*

**UNN ønsker ikke å benytte tilbud om fastrente.**

*Sendes kun som mail - Katrin, kan du arkivere i E-phorte.*

Med vennlig hilsen

**Grethe Andersen**

Økonomisjef

**Mob:** +47 95 76 93 26

---

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Økonomi- og analyseavdelingen

Det er resultatene for pasienten som teller!  
Vi gir den beste behandling.

---

Tenk miljø – ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig



Deres ref.:

Vår ref.:  
2016/3615-1

Saksbehandler/dir.tff.:  
Tor Ingebrigtsen, 77626011

Dato:  
13.07.2016

### Vedrørende klage på lege ved UNN

Det vises til din henvendelse til oss datert 07.07.2016, inklusive vedlegget datert 15.01.2016 som ikke har vært oversendt UNN tidligere.

Vi har vurdert saken ut fra de foreliggende opplysninger, og konkludert med at dette er et rent privat forhold som ikke angår UNN som arbeidsgiver. Henvendelsen vil bli behandlet som referatsak i førstkommende styremøte 14. september.

Det kan i tillegg, på generelt grunnlag, opplyses at det er Helsetilsynet som har mandat til å vurdere hvorvidt en lege er personlig skikket til å inneha autorisasjon.

Med vennlig hilsen

Tor Ingebrigtsen  
Adm. dir.



Administrerende direktør Lars Vorland  
 Helse Nord RHF  
[postmottak@helse-nord.no](mailto:postmottak@helse-nord.no)

Deres ref.:      Vår ref.:      Saksbehandler/dir.tlf.:      Dato:  
                     2016/3626-1      Tor Ingebrigtsen, 77626011      14.07.2016

### **Samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Forsvarets sanitet - anmodning om avklaring rundt overordnede føringer**

#### **Bakgrunn**

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) behandlet i 2007 en henvendelse fra Forsvaret vedrørende samarbeid om utdanning av legespesialister. Forsvaret trappet på dette tidspunktet opp sin deltakelse i internasjonale operasjoner, og ønsket å finansiere og opprette utdanningsstillinger ved regionsykehusene. Forslaget til samarbeidsavtale medførte at legene skulle være ansatt i Forsvaret, tjenestegjøre i utdanningsstilling i UNN, og være forpliktet til å arbeide for Forsvaret både underveis i og etter utdanningen.

Det var på dette tidspunktet inngått tilsvarende avtaler mellom Forsvaret og henholdsvis Ullevål universitetssykehus, Stavanger universitetssykehus og Helse Bergen. Saken medførte betydelig engasjement i UNN. Det ble mobilisert bred støtte blant våre ansatte både mot og for inngåelse av en slik avtale. Avtalen ble i første omgang avvist av UNN-styret, som gjorde følgende vedtak i sak 87/2007 *Eventuelt*:

1. *Styret har ingen innvendinger mot at Forsvaret rekrutterer enkeltpersoner fra UNN HF for å bistå i Forsvarets oppdrag.*
2. *Styret ber om at man senere får en egen sak som drøfter sykehusets samarbeidsrelasjoner med Forsvaret.*

Vedtaket førte til at daværende Senter for internasjonal helse ved UNN/Universitetet i Tromsø (UiT), fikk i oppdrag å utarbeide en faglig utredning. Arbeidet ble gjennomført av en arbeidsgruppe med medisinsk og etikk-faglig kompetanse.

Utredningen slo fast at totalforsvarskonseptet bygger på en tett integrering av sykehusenes og Forsvarets virksomheter i tilfelle krig eller andre større katastrofer, at Forsvaret ikke hadde mulighet til å utdanne legespesialister selv, og at samarbeid med helseforetakene derfor var en forutsetning for rekruttering av nødvendig kompetanse.

De medisinsk-etiske sidene ved avtaleforslaget ble vurdert. Her ble særlig ansettelsesforholdet i Forsvaret problematisert i forhold til arbeid i sykehuset. Utvalget konkluderte med at det ikke



forelå noen etisk relevant forskjell mellom allerede eksisterende samarbeidsformer og det foreliggende avtaleutkastet.

UNN-styret behandlet saken på ny i sak 4/2008 *Orienteringssaker*. Styret ble her forelagt den nevnte utredningen, og en vurdering fra direktøren som konkluderte med at avtaleforslaget neppe ville løse Forsvarets rekrutteringsbehov. Direktøren anbefalte derfor at man heller arbeidet videre med å fremforhandle en annerledes og mer omfattende samarbeidsavtale rundt oppbygging av kompetanse på helseberedskapsområdet, og at dette burde skje innenfor rammen av Helseberedskapsrådets anbefalinger.

UNN-styret gjorde følgende vedtak:

*Styret uttrykker tilfredshet med de avklaringer som er gjort om etiske og praktiske forhold knyttet til samarbeid med Forsvaret, og legger til grunn at direktøren så snart som mulig inngår en avtale med Forsvarets sanitet vedrørende medisinsk samarbeid og utvikling.*

Etter dette valgte Forsvaret å ikke prioritere videre samarbeidet med UNN. Saken lot seg derfor ikke følge opp slik styret la til grunn. Forsvaret inngikk isteden en avtale med Nordlandssykehuset HF, og de aktuelle utdanningsstillingene ble opprettet ved Nordlandssykehuset Bodø. Etter det UNN kjenner til lyktes det aldri å rekruttere til stillingene, og Forsvarets utdanningsbehov ble derfor aldri ivaretatt i Helse Nord.

### **Aktualisering av saken**

Sjefen for Forsvarets sanitet (FSAN) har nå tatt et generelt initiativ til fornyelse av samarbeidet mellom Forsvaret og helseforetakene. FSAN ønsker en rammeavtale som regulerer samarbeidet mellom partene på et overordnet nivå (vedlegg 1). Et eventuelt videre konkret samarbeid om for eksempel utdanning av legespesialister vil måtte reguleres i underavtaler hjemlet i den overordnede rammeavtalen.

Sjef FSAN har i et møte med UNN redegjort nærmere for initiativet. Forsvaret har nå har erfart at ordningen beskrevet ovenfor ikke løste personal- og kompetansebehovet, og at landet står overfor et endret trusselbilde. Risikoen for avgrensede, men potensielt langvarige væpnede konflikter og terrorhandlinger i eller nær Norge vurderes som økende. Samtidig er det brede mobiliseringsforsvaret med egne militære feltsykehus avviklet. I en krisesituasjon vil derfor de sivile sykehusene fortløpende måtte integrere håndteringen av stridsskader i den ordinære virksomheten.

Forsvaret ønsker med bakgrunn i dette å tydeliggjøre sykehusenes rolle i totalforsvaret, og å bygge opp bemanningsressurser som kan disponeres fleksibelt i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Forsvarets operative hovedkvarter ved behov. Man ser for seg en samlet personellstyrke med base i flere sykehus som kan rykke ut i felt, eller settes inn ved det eller de sykehusene som trenger det mest.

Dette forutsetter et nytt og bredere samarbeid mellom FSAN og Helseberedskapsavdelingen i Helsedirektoratet, og en tydeligere tverrdepartemental koordinering enn tidligere. Det er allerede inngått rammeavtaler med de andre universitetssykehusene. Det arbeides med tilsvarende avtaler

mellom FSAN og universitetene, og det er inngått avtale med UiT. Det er imidlertid, etter det vi er kjent med, ikke gitt overordnede føringer knyttet til dette fra helsemyndighetene.

### Vurdering

Ved UNN vurderer vi det som uklart hvilke forutsetninger som nå skal legges til grunn for samarbeidet med FSAN. Helseberedskapsrådet er gitt mandat til å løse viktige oppgaver knyttet til sivil-militær planlegging og samhandling under kriser i fred og krig, men verken de regionale helseforetakene eller Helse- og omsorgsdepartementet er representert i rådet. Det er ikke gitt noen formelle oppdrag til helseforetakene på dette området gjennom oppdragsdokumentene, og overordnede helsemyndigheter har etter det vi vet ikke vært involvert i arbeidet med de rammeavtalene som allerede er inngått mellom FSAN og de andre universitetssykehusene.

Vi ser positivt på at Forsvaret nå tar initiativ til et samarbeid som kan bli starten på en reell styrking av helseberedskapen i tilfelle store kriser eller krig. Slikt samarbeid kan tilføre UNN bemanningsressurser som generelt vil styrke både beredskapen og den elektive kapasiteten i regionen, og samtidig løse Forsvarets behov for kompetanse. Forsvarets vurderinger av trusselbildet tilsier at arbeidet er spesielt viktig i vår region.

Samtidig står UNN for en lang og stolt tradisjon når det gjelder internasjonalt humanitært solidaritetsarbeid, og det er viktig for våre ansatte at samarbeid med Forsvaret gis et innhold som ikke rokker ved tilliten til dette. Vi oppfatter det som uavklart hva slags rolle sivile sykehus har i dagens totalforsvar, hva slags rettslig beskyttelse sykehusene har mot å bli definert som legitime mål av en fiende i en eventuell konflikt, om dette allerede er endret som følge av endret rolledeling i totalforsvaret, og om det vil kunne påvirkes ytterligere gjennom et utvidet samarbeid med Forsvaret. Dette er viktige spørsmål som vi ønsker avklart før vi eventuelt forplikter oss til et nytt og utvidet samarbeid med Forsvaret.

Direktøren ber med bakgrunn i dette om at Helse Nord RHF bistår UNN i å avklare hva som er gjeldende nasjonale føringer for samarbeidet mellom helseforetakene og Forsvaret, og hva som er UNNs oppdrag som regionsykehus i denne sammenhengen. Vi avventer tilbakemelding fra Helse Nord RHF før arbeidet med å inngå en rammeavtale om samarbeid med FSAN eventuelt videreføres.

Med vennlig hilsen

Tor Ingebrigtsen  
adm. dir.

Kopi: Sjef FSAN

ARKIVVERKET  
STATSARKIVET I TROMSØ

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Felles kontorsenter UNN  
9038 TROMSØ

Deres ref

Vår ref.  
2016/8971 TRKADato  
21.07.2016**Tilsynsrapport**

Vi viser til vårt tilsyn varslet 15.4.2016, utført 24.5.2016. Vedlagt følger tilsynsrapport av 21.7.2016.

Med hilsen



Trond Inge Karlsen e.f.  
arkivar



## Tilsyn med arkivforhold ved UNN HF Tromsø

---

<b>Tilsynsrapport</b>	
<b>Sak 2016/8971</b> <b>Dato for tilsyn: 24.5.2016</b> <b>Sted: Tromsø</b>	<b>Rapportdato: 21.7.2016</b> <b>Utarbeidet av:</b> <b>Trond Inge Karlsen</b>

## 1. Innledning

Med hjemmel i Arkivloven § 7b foretok Statsarkivet i Tromsø ved statsarkivar Solbjørg E. Fossheim og arkivar Trond Inge Karlsen tilsyn med rutinene rundt digitalisering av pasientjournaler ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Tromsø (UNN). Bakgrunnen for tilsynet var oppslag i media om feilplassering av pasientinformasjon i tjenesten Min pasientjournal. Formålet med tilsynet var å undersøke om UNN oppfyller de krav som stilles i arkivlov (Lov av 4. desember 1992 nr. 126 om arkiv), arkivforskrift (Forskrift om offentlige arkiver av 11. desember 1998 nr 1193) og Riksarkivarens bestemmelser for offentlige arkiv (Forskrift til arkivloven av 01.12.1999 nr. 1566 om utfyllende tekniske og arkivfaglige bestemmelser om behandling av offentlige arkiver) med hensyn til kvalitetssikring ved digitalisering og tilgjengeliggjøring av pasientjournaler i den aktuelle tjenesten der pasienter får elektronisk tilgang til sykehusjournalen sin.

Tilsynet ble innledet med et møte der følgende møtte fra UNN: avdelingsleder Siw Jaklin, Felles kontorsenter UNN, Kvalitets- og utviklingssenteret (med det daglige operative ansvar for arkiv), rådgiver Line Aslaksen, Stabssenteret, samt sikkerhetssjef IKT/Personvernombud Per Bruvold, Kvalitets- og utviklingssenteret, som møtte som representant for den øverste administrative ledelsen. Statsarkivet informerte kort om Arkivverket og Statsarkivet i Tromsø, samt redegjorde for tilsynsansvaret for arkivarbeidet i offentlige organ.

Under tilsynet ble det lagt vekt på å avklare på hvilke områder UNN må etablere forbedringer for å innfri de krav som stilles i gjeldende lover og forskrifter i forhold til personvern.

## 2. Min pasientjournal - avvik

UNN informerte om tjenesten Min pasientjournal med bakgrunn i det som er kommet fram i media om feilplassering av pasientinformasjon. Tjenesten Min pasientjournal har vært et tilbud til pasienter ved Helse Nord siden desember 2015. Ved å logge seg inn på helsenorge.no får pasienten se dokumenter i sin sykehusjournal helt tilbake til 1. oktober 2014. Ca 100.000 har samtykket til å bruke tjenesten og rundt 2000 personer bruker tjenesten hver dag. Pasientene har i mange år hatt rett til innsyn i egne journaler. Med Min pasientjournal på nett skal tilgangen bli enklere. Et mål med tjenesten er å gi pasientene bedre informasjon om egen helse. En har vurdert å gi tilgang til sykehusjournal tilbake til 2010 eller 2007.

UNN startet Min pasientjournal som et pilotprosjekt etter ønske fra Helsedirektoratet. Tjenesten er ikke lengre et prosjekt, men er nå i drift som en del av de faste oppgavene. Min pasientjournal har vært en stabil tjeneste i teknisk forstand. Men det er forekommet feil knyttet til selve innholdet i journalen. Det er seks tilfeller der en pasient i sin journal har funnet et dokument som inneholder opplysninger som tilhører andre. Dette har skyldtes menneskelig svikt ved godkjenning av elektronisk epikrise. Det er mange personer involvert fram til godkjenning av dokumentasjon for tilgjengeliggjøring. Rutinebeskrivelsene har vært gode, men gjennomføringen har altså ikke fungert i 100 % av tilfellene.

UNN har allerede foretatt risiko- og sårbarhetsvurderinger, og etablert regionale kontroll- og avviksrutiner for hele Helse Nord HF for å unngå at slike alvorlige brudd på taushetsplikten skjer. Både i forkant av tilgjengeliggjøring og ved eventuell avdekking av avvik i etterkant skal bestemte prosedyrer følges for å henholdvis eliminere avvik og minimere skadeomfang for de involverte. Slikt sett har pilotprosjektet avdekket de svakheter som lå i (opprettelsen av)

tjenesten og daværende rutiner. UNN har fokus på at det må være tillit mellom sykehus og den enkelte pasient, både når det gjelder behandling men også når det gjelder behandling av pasientopplysninger. Det drives i dag obligatorisk opplæring i informasjonssikkerhet for alle ansatte, der bl.a. behandling av personopplysninger inngår. Det er et mål at en i løpet av året skal få i gang en ordning der denne opplæringen gjentas for alle ansatte hvert 3. år. Problemsstillingene rundt personvern tas også opp jevnlig på klinikk møter og dialog samtaler.

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 er skjedd i pilotprosjektet 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. Tillit mellom sykehus og pasient og - i en større sammenheng – forvaltningen og brukerne er helt essensiell, og er avgjørende for gode tjenester. Statsarkivet i Tromsø vil i kraft av å være tilsynsmyndighet følge opp arbeidet med Min pasientjournal framover, og støtte det arbeidet som gjøres med hensyn til både tilgjengeliggjøring og vern rundt personopplysninger.

### **3. Pålegg**

Ut fra de rutiner som er etablert ved UNN ser Statsarkivet i Tromsø ingen grunn til å gi noen pålegg i saken.



Tlf : 23 11 91 00  
Fax:  
www.bdo.no

Kystens Hus  
Postboks 290 9253  
Tromsø

Foretaksregisteret

8910 Brønnøysund

### Erklæring

Undertegnede, BDO AS, revisornummer 993606650 bekrefter at vi har påtatt oss oppdraget som revisor i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, org.nr. 983974899.

Tromsø, 15. august 2016

BDO AS

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Frode Kristian Danielsen'. The signature is fluid and cursive.

Frode Kristian Danielsen  
Statsautorisert revisor




---

## REFERAT EKSTRAORDNÆRT KVALITETSUTVALGSMØTE (KU-møte)

### Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

**Tid:** Tirsdag 23.8.2016 kl. 16.00-17.30

**Sted:** Administrasjonens møterom D1 707

#### Deltakelse:

<u>Kvalitets- og utviklingssenteret</u>	<u>Einar Bugge (møteleder)</u>
<u>Administrerende direktør</u>	<u>Tor Ingebrigtsen</u>
<u>Akuttmedisinsk klinikk</u>	<u>Jon Mathisen</u>
<u>Barne- og ungdomsklinikken</u>	<u>Elin Gullhav</u>
<u>Diagnostisk klinikk</u>	<u>Gry Andersen</u>
<u>Foretaksverneombud</u>	<u>Einar Rebni</u>
<u>Hjerte- og lungeklinikken</u>	<u>Kristian Bartnes</u>
<u>Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken</u>	<u>Arthur Revhaug</u>
<u>Kvalitets- og utviklingssenteret</u>	<u>Grethe Åsvang</u>
<u>Medisinsk klinikk</u>	<u>Markus Rumpsfeld</u>
<u>Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken</u>	<u>Bjørn-Yngvar Nordgård</u>
<u>Operasjons- og intensivklinikken</u>	<u>Eva-Hanne Hansen</u>
<u>Psykisk helse- og rusklinikken</u>	<u>Siren Hoven</u>
<u>Stabsenteret</u>	<u>Gøril Bertheussen</u>
<u>Viseadministrerende direktør</u>	<u>Marit Lind</u>

#### Øvrige:

<u>Kvalitetsavdelingen</u>	<u>Grete Åsvang</u>
<u>Medisinsk klinikk</u>	<u>Trine Olsen</u>
<u>Psykisk helse- og rusklinikken</u>	<u>Magnus Hald</u>
<u>Stabsenteret</u>	<u>Leif Hovden (referent)</u>

#### Forfall:

<u>Drifts -og eiendomssenteret</u>	<u>Kristina Bratrein</u>
<u>Brukerutvalgets leder</u>	<u>Cathrin Carlyle</u>
<u>Smittevernoverlege</u>	<u>Torni Myrbakk</u>



SAKSOVERSIKT	Ansvarlig
<p><b>26.2016 Oppfølging av rapport fra Sivilombudsmannen ved Psykisk helse- og rusklinikken</b></p> <p>Fungerende klinikkjef Siren Hoven innledet til saken. Kritikkverdige forhold er påpekt i besøksrapporten fra Sivilombudsmannen, og klinikkjefen vektla at det er ønskelig å involvere også Kvalitetsutvalget i videre oppfølging av saken.</p> <p>Videre ga klinikkjefen sammen med fast klinikkjef (Magnus Hald i permisjon) en kort redegjørelse om funnene, hva som er avdekket, hva som er gjort av konkrete forbedringstiltak og hva som er planlagt videre. Hensikten med å ta opp saken i Kvalitetsutvalget var å bidra til å sikre at nødvendige forbedringstiltak iverksettes, samt å sikre nødvendig læring på tvers av organisasjonen.</p> <p>Utvalget diskuterte hva UNN kan lære av det som er avdekket i saken, etter følgende innretning:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er det som har sviktet?</li> <li>- Kan samme problem være gjeldende i andre enheter også?</li> <li>- Forbedringsområder/ hvordan sikrer vi at det ikke skjer igjen?</li> <li>- Hva må UNN gjøre av evt. systemtiltak?</li> </ul> <p>Status og tilnærming:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det pågår prosesser i klinikken, medarbeidere og ledere er i erkjennelsesfasen.</li> <li>- Ledelsen får ikke tidlig nok tak i viktig informasjon om svikt.</li> <li>- Det må vurderes om prosedyrene god nok, samtidig som det arbeides systematisk og langsiktig for å fremme en kultur for handling i tråd med UNNs verdier og økt etterlevelse av prosedyrer.</li> <li>- Har foretaksledelsen hatt for lite fokus på psykisk helsevern?</li> <li>- Eksternt kontrollorgan (Kontrollkommisjonen) har ikke fanget opp samme svikt. Dette kan ha bidratt til manglende erkjennelse av svikt hos ledere.</li> <li>- Kan det at ansatte velger å handle i strid med organisasjonens verdier og retningslinjer tyde på feil fokus fra ledelsen?</li> <li>- Vi deler for sjelden erfaringer om svikt i ledergruppen.</li> <li>- Rutiner for føring av protokoll over tvangsmiddelbruk er ikke fulgt som følge av at samme hendelse registreres i Dips, noe som vil bli fulgt opp i klinikken.</li> </ul> <p>Mulige områder for forbedringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Styrke enhets- og seksjonsledere</li> <li>- Sortere ut de mest belastete områdene</li> </ul>	Siren Hoven

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lære å undersøke forholdene på andre måter enn tidligere</li> <li>- Utfordring å ikke sette hensynet til personale og pasienter opp mot hverandre</li> <li>- Alle fagmiljøer bruker rapporten målrettet for egen utvikling</li> <li>- Opprette pilotavdeling som ledd i et revisjonsarbeid for å få innblikk i hele linjestrukturen</li> </ul> <p><u>Beslutning</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kvalitetsutvalget slutter seg til det opplegg for videre oppfølging av saken som Psykisk helse- og rusklinikk skisserte, og der så vel Kvalitetsavdelingen som Personal- og organisasjonsavdelingen bidrar.</li> <li>2. KU ber om å få presentert arbeidet med oppfølgingen i et senere møte inneværende semester med særlig fokus på diskusjon av læringspunkter for andre enheter i foretaket.</li> </ol>	
<p><b>27.2016 Sviktende/mangelfulle rutiner i medikamenthåndtering avdekket i forbindelse med medikamentsvinnsak i Medisinsk klinikk</b></p> <p>Forrige ukes fungerende klinikkssjef Trine Olsen ga en kort redegjørelse om hva som er avdekket, hva som er gjort av konkrete forbedringstiltak og hva som er planlagt videre. Videre redegjorde fast klinikkssjef (Markus Rumpsfeld) om oppfølgingen som har skjedd etter avdekking av problemet.</p> <p>Hensikten med å ta opp saken i Kvalitetsutvalget er å bidra til å sikre at nødvendige forbedringstiltak iverksettes, samt å sikre nødvendig læring på tvers av organisasjonen.</p> <p>Utvalget diskuterte følgende: Hva kan vi lære av det som er avdekket i saken?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er det som har sviktet?</li> <li>- Kan samme problem være gjeldende i andre enheter også?</li> <li>- Forbedringsområder/ hvordan sikrer vi at det ikke skjer igjen?</li> </ul> <p>Kvalitetsutvalget oppsummerer i møterefateratet hva som skal følges opp videre og det besluttet hvem som er ansvarlig for oppfølgingen av de ulike tiltak.</p> <p><u>Oppfølging</u> Hva er det som har sviktet? Medikamentsvinn avdekkes ikke på et tidlig nok tidspunkt.</p>	Einar Bugge

<p>Kvalitetsutvalget diskuterte en rekke mulige områder for forbedring i sammenheng med den konkrete saken, og sett i lys av de sakene som har vært omtalt i media tidligere i år der ledere i UNN ikke har varslet eksterne myndigheter i tide ved medikamentsvinn. Den aktuelle saken har i så måte vært håndtert korrekt, men avdekker at det kan gå for lang tid før medikamentsvinn varsles til leder.</p> <p>Utvalget samlet seg om følgende oppfølgingspunkter:</p> <p><u>Oppfølging</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle kliniksjefer oppsøker minimum en sengepost i egen klinikk for å gjennomgå og diskutere kontroll av A- og B-preparater og hvordan eventuelt svinn som avdekkes varsles og følges opp.</li> <li>2. Saken forelegges KVAM-utvalgene i alle klinikker for diskusjon og gjennomgang, for å øke bevisstheten rundt kontroll av A- og B-preparater.</li> <li>3. Kvalitetsavdelingen tar initiativ til en større gjennomgang av prosedyrer og rutiner for kontroll av A- og B-preparater, inkludert risikovurdering for å avdekke områder med mulighet for svikt. Arbeidet gjøres i samarbeid med sykehusapoteket og relevante ledere/ansatte i sengeposter. Det kommende kvalitetsnettverket i UNN involveres i det videre arbeidet med hensyn til læring på tvers. Det vurderes også hvordan RELIS og/eller Legemiddelkomiteen kan trekkes inn i arbeidet, slik at man benytter eksisterende strukturer der det er hensiktsmessig.</li> <li>4. Status i saken rapporteres i Kvalitetsutvalgets møte i oktober 2016.</li> </ol>	Kvalitetsavdelingen
<b>EVENTUELT</b>	
Ingen saker.	



Foretakstillitsvalgt for YLF,  
Elisabeth Olstad

Deres ref.:

Vår ref.:  
2015/2407-4

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Gøril Bertheussen, 97 60 08 37

Dato:  
26.08.2016

### Avsluttende møte 17. august 2016 vedr medieutspill om «Ukulturen i UNN»

Det vises til vårt møte 17. august 2016 på UNN hvor følgende var tilstede:

Elisabeth Olstad, foretakstillitsvalgt YLF ved UNN  
Frode Solberg, DNLF  
Kristin Juliussen, Spekter  
Gøril Bertheussen, stabssjef UNN

Tema for møtet var å få klarhet i forhold rundt ditt avisinnlegg kalt «Ukulturen ved UNN». Vi takker for møtet og er glad for din avklaring om at avisinnlegget ikke var ment som et varsel om straffbare forhold ved UNN. Vi oppfattet din tilbakemelding i møtet slik at du ser på avisinnlegget som en varsling av en frykttkultur, men ikke som varsling av enkeltsaker. Enkeltsakene er trukket frem for å illustrere frykttkulturen som du ønsket å varsle om. Vi oppfattet videre at både du og Solberg i møtet bekreftet at det ikke dreier seg om en varsling etter arbeidsmiljøloven.

På bakgrunn av dette anser vi dialogen om ditt medieutspill som avsluttet fra vår side.

Som du er kjent med er det iverksatt et arbeid for å fremme åpenhetskultur og dialog i sykehusene, hvor arbeidsgiver, tillitsvalgte og vernetjenesten deltar. Vi ser frem til fortsatt dialog med DNLF om dette, og andre, tema i tråd med Hovedavtalens intensjoner om samarbeid.

Med vennlig hilsen

Gøril Bertheussen  
stabssjef

Kopi: Frode Solberg, DNLF  
Kristin Juliussen, Spekter

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

9038 TROMSØ

Deres ref.:

Vår ref.:  
2010/127-79/ 031

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Anne Berit Sund, 917 73 586

Sted/dato:  
Bodø, 27.06.2016

## Svar på informasjon om mottak av pengegave til syklotron og skannere i PET-senteret

Vises til informasjon mottatt per e-post 19. mai 2016.

Sett i lys av konsernbestemmelsene for helseforetakenes håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond vurderer Helse Nord RHF det som forsvarlig å motta gaven slik den er beskrevet i styresak 39/2016 i Universitetssykehuset Nord-Norge.

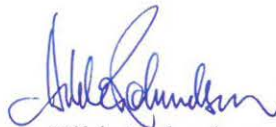
Helse Nord RHF's vurdering er basert på forutsetningen om at ytelser som ikke er omfattet av gavetilsagnet, service og vedlikeholdstjenester til PET-CT og PET-MR, blir kunngjort av Universitetssykehuset Nord-Norge og kjøpt i samsvar med anskaffelsesregelverket.

Gaven trenger ikke styrebehandles i Helse Nord RHF.

Med vennlig hilsen



Lars Vorland  
Adm. direktør



Hilde Rolandsen  
Eierdirektør



## MØTEREFERAT

### Brukerutvalgets arbeidsutvalg (BAU) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

---

**Møtedato:** Mandag 29.8.2016 14.00 – 15.30

**Møtested:** Møterom C0.441 Kvalitetsavdelingen

**Tilstede:** Medlemmer: Cathrin Carlyle og Esben Haldorsen

**Fra adm.:** Leif Hovden, Heidi Robertsen (referent), Tommy Schjøberg, Walter Andersen

**Forfall:** Laila Edvardsen

---

#### **BAU 40/16 Behandling av drøftingssaker til styremøte 14.9.2016**

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 26.8.2016

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

##### 1. *Kvalitets- og virksomhetsrapport*

BAU ber om at mer utfyllende informasjon for Pasientsikkerhetskampanjen tas med i rapporten før den ferdigstilles.

BAU imøteser en kommentar i styresaken for hvordan UNN HF i 2016 har videreført sin *forsterkede innsats* for å forebygge sykehusinfeksjoner.

##### 2. *Årlig virksomhetsplan – årshjul*

Brukerutvalget (BU) etterspør brukermedvirkning i planen for 2016.

BU vil i sitt møte i september komme med en tilbakemelding og etterspørre konkrete tiltak for hvordan UNN vil involverer brukere i planleggingsarbeidet på en god måte. BAU synes det er oppsiktsvekkende samt en stor svakhet at brukermedvirkning ennå ikke er tatt med i denne planen.

BAU synes det er bekymringsverdig at sykefraværet i Psykisk helse- og rusklinikken er oppadgående, og uttrykker bekymring for det høye sykefraværet. Som BAU tidligere har kommentert er de bekymret for at høyt sykefravær kan bidra til å svekke kvaliteten i pasientbehandling.

BAU ber UNN i den videre virksomhetsplanleggingen vektlegge at pasienten kommer først!

### 3. HMS-strategi

BAU stiller spørsmål ved UNNs vektlegging av involvering for brukermedvirkning i planen. BAU mener foretaket ikke har vært gode nok på å videreføre brukermedvirkning, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø i sammenheng i den nye HMS-strategien.

BAU påpeker at UNN har gjengitt brukermedvirkning i hovedstrategien, men at det ikke foreligger noen samhandling overhodet.

BAU etterspør plan i saksfremlegget som klar viser at det er resultatet for pasienten som er viktigst, i tråd med visjonen og brukermedvirkningsstrategien.

#### **BAU-41/16 HOD Høring – Forslag til veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten**

Høringsforespørselen var mottatt og sendt Brukerutvalgets medlemmer 29.6.2016.

*Frist for innspill Kvalitets- og utviklingscenteret (KVALUT) 5.9.2016*

##### Behandling

Brukerutvalgets arbeidsutvalg (BAU) er positive til den konkrete og gode veiledning som gis i høringsforespørselen, og spesielt i forhold til «Barn som pårørende».

#### **BAU-42/16 HOD Høring – Innføring av automatisk frikort for egenandelstak 2 og avvikling av sykdomslisten i fysioterapiordningen m.m.**

Høringsforespørselen var mottatt 4.7.2016.

*Frist for innspill KVALUT 14.9.2016*

##### Behandling

BAU ga ingen uttalelse i saken.

#### **BAU-43/16 HOD Høring – Oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.**

Høringsforespørselen var mottatt 23.6.2016.

*Frist for innspill KVALUT 20.9.2016*

##### Behandling

BAU ga ingen uttalelse i saken.

#### **BAU-44/16 Forespørsel fra Helse Nord – Prosjekt Helsetjenester for eldre**

*Svarfrist Helse Nord 1.9.2016*

Fagavdelingen Helse Nord RHF inviterte til oppnevning av lokal brukerrepresentant.

Forespørsel ble 19.8.2016 sendt BUs medlemmer med svarfrist BAU 24.8.2016.

Obiajulu Odu og Britt-Eva E. Jakobsen meldte sin interesse for deltakelse.

##### Behandling

BAU ønsker å melde inn begge interessentene på bakgrunn av deres ulike erfaringsbakgrunn.

Dersom Helse Nord RHF ikke ønsker to deltakere fra Brukerutvalget UNN bes det om tilbakemelding på hvilken kompetanse som etterspørres.

#### **BAU-45/16 Informasjon om prospektiv Hepatitt E-studie**

Virusforskningsgruppen ved Avdeling for mikrobiologi og smittevern ved UNN henvendte seg til Brukerutvalget ved UNN med forespørsel om brukermedvirkning

##### Behandling

BAU stiller seg positive og ønsker å støtte studien dersom dette ikke skaper presedens for valg av forskningsprosjekt, ettersom det er forutsatt at Brukerutvalget må gi en skriftlig anbefaling til studien. BU kan bl.a. stille seg til disposisjon ved utprøving av spørreskjema.

#### **BAU-46/16 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan**

Det opprettes en prosjektgruppe kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik sammensatt i tråd med mandat fra Helse Nord RHF.

##### Behandling

BAU oppnevner brukerutvalgets nestleder Esben Haldorsen som brukerrepresentant, og sekretariatet ber om at møteplanen oversendes.

#### **BAU-47/16 Vararepresentant til Sykehusapoteket Nord**

BU var i brev av 6.5.2016 bedt om å foreslå to representanter fra det nyutnevnte BU innen 1.9.2016. Med utgangspunkt i innkommende forslag vil styret til Sykehusapotek Nord HF oppnevne en fast representant og en personlig vararepresentant fra hvert HF i styremøte 14.9.2016.

##### Behandling

BAU besluttet å oppnevne Obiajulu Odu som BUs representant sammen med Martin A. Moe.

#### **BAU-48/16 BUs observatørrolle i styremøtet 14.9.2016**

##### Behandling

BU deltar som observatører under dialogdelen av styremøtet 14.9.2016. BUs leder følger styremøtet videre, og BUs nestleder leder BU-møtet (del 2) 14.9.2016.

#### **BAU-49/16 Nettbrett til BUs medlemmer**

Det ble i BU-møte 15.6.2016 besluttet at BAU tar stilling til om det er hensiktsmessig at BU-medlemmene skal benytte nettbrettløsning.

##### Behandling

Det ble besluttet at BAUs medlemmer kjører pilot som vurderes på nyåret 2017. Saken tas deretter opp ved en senere anledning.



**BAU-50/16 Dagsorden BU 13.9.2016**

Behandling

Sakslisten ble godkjent.

Kopi: Brukerutvalget og styret i UNN

---

**PROTOKOLL**


---

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 14.9.2016**

Dato: 30.8.2016

Tidspunkt: 14.00-15.05

Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

---

Fra arbeidsgiver

Grete Andersen (sak 5)  
Walter Andersen (sak 3)  
Leif Hovden

Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, foretakshovedverneombud  
Mai-Britt Martinsen, NSF  
Terje Møien, foretakshovedverneombud  
Ulla Dorte Mathisen, DNLF  
Andreas Dybesland, NFF  
Yvonne Sollied, DNJ  
Rigmor Frøyum, Fagforbundet

Protokollsignering:

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

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
Kvalitets- og virksomhetsrapport	<p><i>Økonomisjefen innledet kort til saken.</i></p> <p><i>Saken ble diskutert, og ansattes organisasjoner og vernetjenesten støttet direktørens bekymring for antall utskrivningsklare pasienter. I tillegg var de opptatt av sykefraværsutviklingen sommerstid, herunder andel av tilstedeværelse på jobb og hvordan dette påvirker sykefraværsstatistikken.</i></p> <p><i>I tillegg ble det stilt spørsmål ved registreringsordningen knyttet til jobbrelatert fravær. Aktiv støtte til undersøkelse av interne ventetider.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken blir fremmet til styrets behandling.</i></p> <p><u><i>Fagforbundet hadde følgende merknad til protokollen:</i></u>  <i>Fagforbundet registrerer at antall stillinger for helsefagarbeidere/hjelpepleiere fortsetter å reduseres. Vi mener det vil være grunn til bekymring, dersom en svært allsidig og fleksibel yrkesgruppe som helsefagarbeidere forsvinner ut av sykehusene.</i></p>

<p><b>Virksomhetsplanlegging ved UNN – godkjenning av årshjul</b></p>	<p><i>Økonomisjefen innledet til saken, med vektlegging av langtidsplanleggingens virkning på den årlige planlegging av kvalitet, virksomhetsplaner og brukervedvirkning.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken blir fremmet til styrets behandling.</i></p>
<p><b>Godkjenning av strategi for helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS) ved UNN</b></p>	<p><i>HMS-rådgiver Walter Andersen innledet til saken, og vektla ledelsesforankringen av strategien i tillegg til at det ses i sammenheng med kvalitet og pasientsikkerhet og integreringen med dette.</i></p> <p><i>Saken ble diskutert, og ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av at arbeidsmiljøbruddene må prioriteres som indikator i videre oppfølging av strategien.</i></p> <p><i>Sammenhengen mellom arbeidsmiljø og kvalitet er vesentlig, og bør komme som egen sak i AMU, ledergruppen og styret.</i></p>

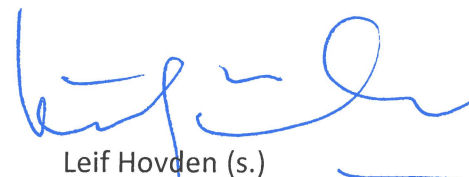
Tromsø, 30.8.2016



Mai-Britt Martinsen (s.)  
FTV NSF



Rigmor Frøyum (s.)  
FTV Fagforbundet



Leif Hovden (s.)  
administrasjonssjef



## Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget

**Tid:** Onsdag 31.8.2016 kl. 10.30-12.30

**Sted:** Breivika D1 707, UNN Narvik H104.2, Vestibyle UNN Harstad

**Virtuelt møterom:** 99 79 56 fra Skype: [UNN.D1-707@uc.nhn.no](mailto:UNN.D1-707@uc.nhn.no)

Til stede (x):

<b>Arbeidsgiversiden:</b>		<b>Varamedlemmer</b>	
Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU (perm)		Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	x
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken (perm)		Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	x
Arthur Revhaug, klinikkssjef, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	
Brita Jørgensen, avdelingsleder, Operasjon og intensivavdelingen, UNN Narvik	x	Liv Finjord, avdelingsleder, Medisinsk avdeling, UNN Harstad	
<b>Arbeidstakersiden:</b>			
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	x	Tore Ovesen, Fagforbundet UNN Harstad	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø	x	Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	
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 Leif Hovden på sak 39/16.

**Sak 36/16 Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Vedtak:**

Innkalling og saksliste godkjennes.

**Sak 37/16 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 8.6.16**

Protokoll var utsendt med saksdokumentene.

**Vedtak:**

Protokollen godkjennes.

**Sak 38/16 Orienterings- og diskusjonssaker**

- a) Endring i sammensetning i AMU og Arbeidsutvalg, muntlig orientering ved direktør og arbeidsutvalg
- b) Møteplan AMU – høsten 2016 – skriftlig orientering fra Arbeidsutvalget
- c) Åpenhetskultur – muntlig orientering om arbeidet i partssammensatt gruppe v/Tor Ingebrigtsen

**Vedtak:**

- a) AMU tar endringene i sammensetning til orientering. Tor Arne Hansen inngår i Arbeidsutvalget i permisjonsperioden til Gina Johansen.
- b) Møteplan for AMU høsten 2016 godkjennes med de merknader som kom frem i møtet.
- c) AMU tar saken til orientering og ber Arbeidsutvalget legge frem en sak om AMUs rolle som styringsgruppe for arbeidet.

**Sak 39/16 Styresaker**

AMU hadde fått drøftingsdokumenter fra følgende saker til behandling:

**a) Kvalitets- og virksomhetsrapport for juli 2016.**

Arbeidsmiljøutvalget vektla i sin gjennomgang særlig dette med manglende registrering av det arbeidsrelaterte fraværet. Videre at UNN i sterkere grad systematisk må kartlegge og identifisere faktorer som kan føre til slikt fravær. I tillegg var utvalget opptatt av at oppfølgingsarbeidet mellom ledere og medarbeidere måtte styrkes, og at et for sterkt fokus på målstyring innenfor sykefraværsområdet lett kan føre til motsatt effekt enn tiltenkt.

**b) Årlig virksomhetsplan – årshjul**

AMU hadde ingen merknader

**c) Godkjenning av HMS-strategien ved UNN HF.**

AMU har hatt saken tidligere til behandling, men vektla i diskusjonen betydningen av at både AMU og styret burde ha en rolle i oppfølgingen av strategien.

**Vedtak:**

Sakene tas til orientering.

Kvalitet og virksomhetsrapporten: AMU følger opp arbeidet med sykefravær og inkluderende arbeidsliv med en egen sak i møtet 30.11.16.

HMS-strategi: AMU vil følge opp strategien med en egen årlig rapportering, og som styret vil få til orientering.

**Sak 40/16 Søknad om ytterligere støtte til miljøtur fra to avdelinger ved UNN Harstad**

AMU fikk forelagt en tilleggsøknad fra avdelingene fra AnOp og Medisinsk avdeling ved UNN Harstad angående utgifter til miljøtur med faglig innhold. I hovedsak går tilleggsøknaden ut på dekket inn de utgifter klinikkene/avdelingen skulle ha bidratt med, tilsvarende et beløp på kr 38000,-. Arbeidsutvalgets vurdering er at de momenter som fremføres i denne søknaden var vurdert allerede ved AMUs behandling 13.4.16. og innstilte på at tilleggsøknaden på kr 38000 avslås.

**Vedtak:**

AMU opprettholder vedtak fra møtet 13.4.16 og avslår tilleggsøknaden.

*Vedlegg: Møteplan AMU høsten 2016*

**Vedlegg:****Møteplan AMU høsten 2016**

Vedtatt i AMU 31.8.16

<b>Dato</b>	<b>Tema</b>	<b>Ansvarlig</b>
31.aug	Møteplan høsten 2016	AU
21. sept	Måldokument HMS 2017 Prosedyrer for håndtering av konflikter, håndtering av mobbing/trakassering og varsling av kritikkverdige forhold	WA PO
2. nov	Revisjon av retningslinjer for skader, vold og trusler Gjennomgang av verneområder i UNN AML-brudd i Gat Åpenhetskultur i UNN Orientering om gjennomføring av MU	KVALUT/arbgr FHVO PO DIR/partsgr. PO
30.nov	AMU-seminar Oppfølging av arbeidet med IA-handlingsplaner med sammenstilling av gjennomførte tiltak	GB/AU PO



## Protokoll Arbeidsmiljøutvalget

**Tid: Onsdag 8.6.2016 kl. 10.30-13.30**

Sted: Breivika D1 707, UNN Narvik H104.2, UNN Harstad AUD

Virtuelt møterom: 99 79 56 fra Skype: [997956@uc.nhn.no](mailto:997956@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	x	Tor-Arne Hanssen, utbyggingsjef	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken		Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	x
Arthur Revhaug, klinikkssjef, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	
Rita Pernille Martnes, avdelingsleder, Operasjon og intensivavdelingen, UNN Harstad		Ove Laupstad, avdelingsleder, Medisinsk avdeling, UNN Narvik	
<b>Arbeidstakersiden:</b>			
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	x
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø	x	Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	
Ulla Dorte Martinsen, DNLF		Ikke oppnevnt, Ylf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Monica F. Sørensen, NSF	

Møteleder: Gøril Bertheussen

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Kristin Mølmann Planting

Dessuten møtte: Hege Signete Fredheim-Kildal på sak 31/16 a, Leif Hovden på sak 32/16, Tor Arne Hanssen på sak 34/16.



**Sak 29/16 Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Vedtak:**

Innkalling og saksliste godkjennes med tilføyelse av sak under eventuelt.

**Sak 30/16 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 18.5.16**

Protokoll fra AMU 18.5.16 var vedlagt saksdokumentene.

**Vedtak:**

Protokollen godkjennes

**Sak 31/16 Orienterings- og diskusjonssaker**

- a. Vedrørende kompetansemodul, skriftlig orientering v/Hege Signete Fredheim-Kildal
- b. Praktisering av røykeforbud i UNN, diskusjonssak med bakgrunn i to meldinger til AMU om brudd på røykeforbudet
- c. Om arbeidet i AMU – skriftlig orientering om hvilke saker Arbeidsmiljøutvalget skal behandle v/Gøril Bertheussen
- d. Om prosess Måldokument HMS 2017, muntlig orientering v/Walter Andersen

**Vedtak:**

- a. Saken tas til orientering
- b. AMU er oppmerksom på at røyking, blant annet ved hovedinngangene til sykehusene, er et problem. Gruppen av røykere består både av ansatte, pasienter og pårørende/andre besøkende og den er til sjenanse for alle som må passere områdene. Dette har vært tatt opp i AMU med ujevne mellomrom og flere tiltak er iverksatt. Det er informert om at UNN er et røykfritt sykehus i flere kanaler og med skilting, og vekterne følger opp med rettleiding/kontroll. AMU ber om at klinikk- og senterlederne igjen retter fokus mot dette, og følger opp at ansatte følger [arbeidsreglementet](#) vårt.

**«Røyking**

*Universitetssykehuset er et røykfritt sykehus. Ansatte plikter å overholde røykeforbudet i arbeidstiden på arbeidsstedet. Linjeleder har et særskilt ansvar for å følge opp den enkelte medarbeider dersom vedtaket om røykfri arbeidsplass ikke overholdes. Linjeleder har ansvar for å sørge for at alle medarbeidere er kjent med reglene at brudd på disse ikke aksepteres og at de skal samtale med medarbeider som ikke overholder beslutningen om et røykfritt sykehus. Kvam-grupper og utvalg skal iverksette lokale tiltak dersom vedtaket om røykfritt sykehus ikke overholdes. Avvik i Docmap skal vurderes ved brudd. Bistand fra BHT skal også vurderes.»*

- c. AMU gir arbeidsutvalget i oppgave å skissere et opplegg for AMU høsten 2016.
- d. Saken tas til orientering.

**Sak 32/16 Styresaker**

Drøftingsdokumentene av styringssakene var sendt ut i eposter fra Stabssenteret.

**Vedtak:**

AMU slutter seg til at sakene fremmes til styret for behandling.

**Sak 33/16 Søknad om velferdsmidler UNN Harstad**

Etter behandling i sak 19/16 den 13.4.16 hadde AMU et resterende beløp på kr 83.229 som kan brukes til klinikkovergripende velferdstiltak. En gruppe ansatte ved UNN Harstad har tatt initiativ til et felles velferdsarrangement og søker om midler til skjærgårdstur for ansatte ved UNN Harstad.

**Vedtak:**

Søknaden innvilges med ei tildeling på kr 40000

**Sak 34/16 Medvirkning og utforming av kontorlokaler (PET-senteret)**

Entreprenørs fremdriftsplan for prosjektering er i en hektisk fase. Prosjektering av tekniske anlegg og bygg er tilnærmet ferdig, og prosjektering av innredning vil starte i april. I løpet av mai vil entreprenør ha ferdigstilt en foreløpig layout for kontoretasjene. UNN vil ha rett til å komme med innspill og endringer til denne frem til 30 oktober 2016, deretter vil layout være låst til ferdigstilling.

Under diskusjon i AMU kom det frem følgende momenter:

- at en i slike lokaler må legge til grunn en rimelig fordeling mellom cellekontor, stillekontor og landskap uavhengig av hvem som skal flytte inn
- at Bedriftshelsetjenesten har kompetanse på ergonomi og erfaringer med innredning av lokaler som kan brukes i denne sammenheng

**Vedtak:**

AMU tar saken til orientering og ber om at overordnet arealutvalg, tillitsvalgte og verneombud involveres i videre planleggingsprosess.

**Sak 35/16 Eventuelt: Orientering om arbeidet med åpenhetskultur v/Tor Ingebrigtsen**

**Vedtak:**

AMU slutter seg til den foreslåtte prosessen og er positive til at utvalget tillegges rollen som styringsgruppe i oppfølgingen.

**Sak 38/16 b: Møteplan AMU høsten 2016**

Til: AMU

Fra: AU

Dato: 31.8.16

**Anbefaling:**

Med bakgrunn i tidligere saker og det Arbeidsutvalget kjenner til kommer av saker i løpet av høsten 2016 har vi satt opp følgende møteplan:

<b>Dato</b>	<b>Tema</b>	<b>Ansvarlig</b>
31.aug	Møteplan høsten 2016	AU
21. sept	Måldokument HMS 2017 Prosedyrer for håndtering av konflikter, håndtering av mobbing/trakassering og varsling av kritikkverdige forhold	WA PO
2. nov	Revisjon av retningslinjer for skader, vold og trusler Gjennomgang av verneområder i UNN	KVALUT/arbgr FHVO
30.nov	AMU-seminar Oppfølging av arbeidet med IA-handlingsplaner med sammenstilling av gjennomførte tiltak	GB/AU PO

Sak: 40/16: **Tilleggssøknad miljøtur Anop/Medisinsk avdeling UNN Harstad**

Til: AMU

FRA: Arbeidsutvalget

DATO: 31.8.16

### **Konklusjon og anbefaling:**

Den 13.4.16 tildelte AMU midler på bakgrunn av innkomne søknader. Blant søknadene var to søknader fra UNN Harstad om tilskudd til miljøturer med faglig innhold. Den ene søknaden berørte tre avdelinger/klinikker den andre to.

AMU gjorde følgende vedtak i tilknytning til disse sakene:

- i) To søknader fra UNN Harstad ang miljøturer med faglig innhold fra AnOp/K3K/NOR og AnOp/Medisinsk avdeling, tildeles kr 1000,- pr deltaker begrenset oppad henholdsvis til kr. 50000/95000.

I ettertid har vi fått en tilleggssøknad fra de sistnevnte avdelingene. I hovedsak går tilleggssøknaden ut på dekket inn de utgifter klinikkene/avdelingen skulle bidra med, kr 38000,-.

Arbeidsutvalgets vurdering er at de momenter som fremføres i denne søknaden var vurdert allerede ved AMUs behandling 13.4.16.

Arbeidsutvalget innstiller på at tilleggssøknaden på kr 38000 avslås.

### **Saksgangen:**

I forbindelse med behandlingen av den første søknaden sendt Arbeidsutvalget denne epost til søkerne med kopi til berørte klinikkjefer:

*«Arbeidsutvalget (AU) hadde et møte 29.3.16 der bl.a. søknadene fra AnOP/K3K/NOR og AnOp/MED ved UNN Harstad ble vurdert, se vedlegg. AU kommer til å innstille på at dere får kr 1000,- pr deltaker begrenset oppad henholdsvis til kr. 50000/95000.*

*AU ber om at det avklares med klinikkledelsene om de vil bidra med resterende beløp slik at turene lar seg gjennomføre.*

*Vi ber om tilbakemelding innen **7.4.16** slik at endelig behandling kan foretas i AMU-møtet den 13.4.16.»*

Vi fikk bekreftet fra avdelingsleder Rita Pernille Martens AnOP at de tok imot tilbudet og arbeidet videre innenfor klinikkene med resten av finansieringen.

Den 29.6.16 mottar vi følgende søknad fra verneombud Synnøve Langstrand på vegne av søkerne:

*«Sender deg som avtalt prisoverslaget,-pr person med frokost hjemreisedagen: kr 73 290,- i tillegg kommer reise t/r 220,- Harstad/Engenes/Harstad med hurtigbåt. Til sammen blir dette kr 82 530,-. Innvilget beløp var 90 000,- men begrenset til kr 1000,-pr person. Vi er da i manko for kr 40 000,- og har fått avslag fra Klinikken på tilskudd. Er det mulig å komme oss i møte med noen kroner ekstra blir det mulig å gjennomføre turen.»*

Denne er utdypet av avdelingsleder Liv Finjord en 1.7.16:

*«Jeg tenker det er naturlig at klinikkene bidrar inn med noen kroner. Jeg tenker at 10000 kroner hhv fra medisin og intensiv kan være et utg pkt.*

*I tillegg til selve turen har vi også en utgift på kr 15000 til foreleser Olav Daae.*

*Vi søker med andre ord om totalt 80000 kr fra AMU og av disse er vi innvilget 42000 kr. Vi håper på å få tilført ytterligere kr 38000. Totalt kommer turen på 100 000 kroner. Kontakt meg gjerne dersom noe er uklart.»*

Ved behandlingen av saken i AMU var det en klar forutsetning at klinikkene burde bidra. Dette i tråd med retningslinjene for tildeling som åpner for at det kan søkes om «*delvis tilskudd til andre nye velferdstiltak som kan ansees som klinikkovergripende*». Dette med varierende antall deltaker var også vurdert og derfor ble dette med et tilskudd pr deltaker fastsatt.

For Arbeidsutvalget

Walter Andersen



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
75/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.9.2016
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

### Eventuelt

Tromsø, 2.9.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør