



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Onsdag 22. juni kl. 09:00

Møtested

UNN Narvik, Peisestua i Søsterveien



MØTEINNKALLING

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

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

Innkalling er sendt til:

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

ST 55/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
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 arbeid 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

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
------------	-----------



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
56/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	22.6.2016
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 1.6.2016

Innstilling til vedtak

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

Tromsø, 10.6.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Møteprotokoll fra styremøtet 1.6.2016



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1 - 707
 Dato: 1.6.2016
 Tid: 09:00-14.30

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Vibeke Haukland	Varamedlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av Brukerutvalget</i>

Forfall:

Jan Eivind Pettersen	Medlem
Kjersti Markussen	Medlem

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Arthur Revhaug	klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Bjørn Yngvar Nordvåg	klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Jon Mathisen	klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken
Magnus Hald	klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken
Markus Rumpsfeld	klinikkssjef Medisinsk klinikk
Elin Gullhav	klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Gry Andersen	klinikkssjef Diagnostisk klinikk
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingscenterets sjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Kristina Bratrein	avdelingsleder Eiendom (<i>sak 50-53</i>)
Kari Holthe	avdelingsleder Rehabiliteringsavdelingen (<i>sak 50</i>)
Line Aslaksen	for administrasjonssjefen

ST 46/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 1.6.2016

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 1.6.2016, med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv).

Saksnr.	Innhold
ST 46/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 47/2016	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 27.4.2016
ST 48/2016	Tertialrapport 1. tertial 2016 - Med Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2016
ST 49/2016	Tertialrapport 1/2016 for utbyggingsprosjekter
ST 50/2016	Strategi for frivillig innsats ved UNN
ST 51/2016	Samarbeidsavtaler med kommunene
ST 52/2016	Orienteringssaker <i>Skriftlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none">1. Pasientreiser2. Sykehusfarmasitjenester til UNN3. <i>Tiltak for å sikre en åpen og god dialog i sykehusene – orientering om oppfølging i UNN</i> <i>Muntlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none">4. Pasienthistorie5. Om bruken av det nye pasienthotellet i UNN6. Rettstvist mellom UNN og Mottak AS (<i>unntatt offentlighet</i>)7. Utfall av rettstvist mellom UNN og Øyfart AS8. <i>Medikamentsvinn</i>
ST 53/2016	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Kopi av brev fra helseminister Bent Høie, vedrørende <i>Tiltak for å sikre en åpen og god dialog i sykehusene</i>, datert 16.3.20162. Brev fra Helse Nord RHF, vedrørende <i>Tiltak for å sikre en åpen og god dialog i sykehusene</i>, datert 27.4.20163. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte 10.5.20164. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøtet 1.6.2016, datert 18.5.20165. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 18.5.20166. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 18.5.2016
ST 54/2016	Eventuelt

ST 47/2016 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 27.4.2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 1.6.2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 27.4.2016.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 27.4.2016.

ST 48/2016 Tertialrapport 1. tertial 2016 - Med Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 1.6.2016

Innstilling til vedtak

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 49/2016 Tertialrapport 1/2016 for utbyggingsprosjekter

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 1.6.2016

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 30.4.2016 for utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering

Direktøren trakk opprinnelig innstilling og la frem følgende reviderte innstilling til vedtak (ny innstilling var tilsendt styret i forkant av møtet):

1. Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar rapporten *Utbyggingsprosjektene - Tertialrapport 1. tertial 2016 til orientering.*
2. *Styret viser til direktørens muntlige orientering om at fremdriften i PET senter-prosjektet er forsinket med om lag fire måneder fordi prosessen med å realisere tre ekstra etasjer har tatt lengre tid enn forutsatt, uten at dette forventes å medføre behov for endringer i prosjektets investeringsramme.*
3. *Styret tar til etterretning at ny ferdigdato settes til 20.11.2017 og ny dato for overlevering til klinisk prøvedrift til 20.2.2018, under forutsetning av at revidert rammetillatelse fra Tromsø kommune foreligger innen 08.6.2016.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar rapporten *Utbyggingsprosjektene - Tertialrapport 1. tertial 2016 til orientering.*
2. Styret viser til direktørens muntlige orientering om at fremdriften i PET senter-prosjektet er forsinket med om lag fire måneder fordi prosessen med å realisere tre ekstra etasjer har tatt lengre tid enn forutsatt, uten at dette forventes å medføre behov for endringer i prosjektets investeringsramme.
3. Styret tar til etterretning at ny ferdigdato settes til 20.11.2017 og ny dato for overlevering til klinisk prøvedrift til 20.2.2018, under forutsetning av at revidert rammetillatelse fra Tromsø kommune foreligger innen 08.6.2016.

ST 50/2016 Strategi for frivillig innsats ved UNN

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 1.6.2016

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar Strategi for frivillig innsats ved UNN.

Direktøren trakk opprinnelig innstilling og la frem følgende reviderte innstilling til vedtak (ny innstilling var tilsendt styret i forkant av møtet):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar Strategi for frivillig innsats ved UNN.
2. *Styret viser til at oppretting av en koordinatorstilling er vurdert å være en forutsetning for oppfølging av strategien, og ber om at direktøren arbeider for ekstern finansiering av en slik stilling. Direktøren bes orientere styret om status i arbeidet med å finansiere stillingen i forbindelse med behandlingen av virksomhetsplan 2017.*

Direktøren la frem i møtet følgende reviderte innstilling i pkt. 2 til vedtak:

- 2 *Styret viser til at oppretting av en koordinatorstilling er vurdert å være en forutsetning for oppfølging av strategien, og ber om at direktøren arbeider for ~~ekstern~~ finansiering av en slik stilling. Direktøren bes orientere styret om status i arbeidet med å finansiere stillingen i forbindelse med behandlingen av virksomhetsplan 2017.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar Strategi for frivillig innsats ved UNN.
2. Styret viser til at oppretting av en koordinatorstilling er vurdert å være en forutsetning for oppfølging av strategien, og ber om at direktøren arbeider for finansiering av en slik stilling. Direktøren bes orientere styret om status i arbeidet med å finansiere stillingen i forbindelse med behandlingen av virksomhetsplan 2017.

ST 51/2016 Samarbeidsavtaler med kommunene

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 1.6.2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Overordnet samarbeidsavtale* samt 10 underliggende tjenesteavtaler.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalene med den enkelte kommune.

Direktøren trakk opprinnelig innstilling og la frem følgende reviderte innstilling til vedtak (ny innstilling var tilsendt styret i forkant av møtet):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner Overordnet samarbeidsavtale, *under forutsetning av at hele presiseringen om brukermedvirkning fra opprinnelig Tjenesteavtale 2, punkt 7, tas inn i den overordnede avtalen.*
2. *Styret godkjenner tjenesteavtalene 1-3 og 5-11, og ber om å få tjenesteavtale 4, som omhandler samarbeid om og beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, til behandling når denne er ferdig revidert på grunnlag av ny veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet.*
3. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalene med den enkelte kommune.*
4. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i avtalene, under forutsetning av at disse ikke er av vesentlig karakter.*

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner Overordnet samarbeidsavtale, under forutsetning av at hele presiseringen om brukermedvirkning fra opprinnelig Tjenesteavtale 2, punkt 7, tas inn i den overordnede avtalen.
2. Styret godkjenner tjenesteavtalene 1-3 og 5-11, og ber om å få tjenesteavtale 4, som omhandler samarbeid om og beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, til behandling når denne er ferdig revidert på grunnlag av ny veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet.

3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalene med den enkelte kommune.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i avtalene, under forutsetning av at disse ikke er av vesentlig karakter.

ST 52/2016 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 1.6.2016

Innstilling til vedtak:

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

Skriftlige orienteringer

1. Pasientreiser
2. Sykehusfarmasitjenester til UNN
3. Tiltak for å sikre en åpen og god dialog i sykehusene – orientering om oppfølging i UNN

Muntlige orienteringer

4. Pasienthistorie
5. Om bruken av det nye pasienthotellet i UNN
6. Rettstvist mellom UNN og Mottak AS (*behandlet i lukket møte, unntatt offentlighet*)
7. Utfall av rettstvist mellom UNN og Øyfart AS
8. Medikamentsvinn

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar orienteringssakene til orientering.

ST 53/2016 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 1.6.2016

1. Kopi av brev fra helseminister Bent Høie, vedrørende *Tiltak for å sikre en åpen og god dialog i sykehusene*, datert 16.3.2016

2. Brev fra Helse Nord RHF, vedrørende *Tiltak for å sikre en åpen og god dialog i sykehusene*, datert 27.4.2016
3. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte 10.5.2016
4. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøtet 1.6.2016, datert 18.5.2016
5. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 18.5.2016
6. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 18.5.2016

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 54/2016 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 1.6.2016

Tromsø, 1.6.2016

Jorhill Andreassen (s.)

styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
57/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	22.6.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Kristian Pettersen

Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2016

Innstilling til vedtak

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

Sammendrag

Saken viser at Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), innenfor kvalitetsområdet, totalt sett ligger 19 % over det nasjonale måltallet for andel av nye kreftpasienter i pakkeforløp. Det er kun ett forløp som ikke er innenfor nasjonalt måltall på 70 %. Andelen pakkeforløp behandlet innenfor tidsfristen ligger totalt på 71 %. Her er det større variasjoner forløpene imellom og det jobbes videre med forbedringer på enkelte kreftforløp. Videre presenteres innsatsområdet *Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter (SVK)* i Pasientsikkerhetsprogrammet.

Gjennomsnittlig ventetid ved utgangen av mai var 67 dager. Ved utgangen av mai hadde 116 pasienter ventet mer enn ett år på behandling, noe som er en betydelig nedgang sammenlignet med samme tid året før (-88 %). Antall fristbrudd ved månedsskiftet var 35, dette representerer en reduksjon på 44 % siste år. Antall pasienter på venteliste var ved utgangen av mai 9 387, en reduksjon på 36 %. Andel epikriser sendt ut innen sju dager var 69 % og 83 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern, mens andel strykninger fra planlagt operasjonsprogram var 3,8 % i mai.

Pasienthotellet hadde i mai 64 % belegg i perioden mandag til og med torsdag. Andelen innlagte pasienter var 7,7 %.

For personalområdet viser saken at UNN hadde 6 294 årsverk i mai. Dette er en nedgang på 46 årsverk sammenlignet med samme periode i 2015. I tillegg ble det leid inn helsepersonell tilsvarende 36,6 årsverk. Sykefraværet i mai var 8,3 %, en økning på 0,2 % sammenlignet med mai 2015.

Det økonomiske resultatet for mai 2016 viser et regnskapsmessig overskudd på 3,8 mill kr og et positivt budsjettavvik på 0,5 mill kr, som er 3,7 mill kr lavere enn internt styringsmål. Per mai

var det et akkumulert positivt budsjettavvik på 5,3 mill kr, 15,5 mill kr lavere enn internt styringsmål. Prognosen opprettholdes i tråd med internt styringsmål på + 90 mill kr. Klinikkene som har underskuddsprgnose har fått i oppdrag å utvikle kompenserende tiltak innen 17. juni.

Direktøren oppsummerer med at UNN, samlet sett, i stor grad gjennomfører kreftpakkeforløpene som forutsatt. Det er fortsatt et forbedringspotensial for å oppnå anbefalt forløpstid for noen av kreftformene, og for ulike trinn i enkelte pakkeforløp. Det er svært positivt at gjennomsnittlig ventetid nå er nært nasjonalt krav på 65 dager, selv om reduksjonen i antall langtidsventende er noe mindre enn milepælsplanen som ble fremlagt i april la opp til. Selv om den samlede utviklingen for ventetid og fristbrudd siste år er god, er ikke direktøren fornøyd med at antall fristbrudd ikke kommer ned mot null. Det er viktig at implementeringen av aktuelle tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet fullføres i alle aktuelle enheter, og at implementeringsgraden følges med kontinuerlige målinger.

Direktøren oppfatter at det er svært bekymringsfullt at antall utskrivningsklare pasienter, særlig fra Tromsø kommune og Harstad kommune, fortsatt er høyt. Forhåpentlig innebærer åpningen av flere institusjonsplasser i Mellomveien i Tromsø at kommunen nå i større grad klarer å ta seg av sine utskrivningsklare pasienter.

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 styringsdataene både 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 mai 2016, var 61 (median 46) dager. Dette er 16 dager mindre enn for samme periode i 2015. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 53 (median 43) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet i gjennomsnitt 283 (median 245) dager. Antall pasienter på venteliste ved utgangen av mai var 9 387, noe som er en nedgang på 5 218 pasienter (-36 %) fra året før.

Gjennomsnittlig ventetid for de som fortsatt står på venteliste er 67 dager. Dette er en reduksjon på 46 dager sammenlignet med samme tid i 2015 (-41 %).

Ved utgangen av mai var det 116 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Sammenlignet med utgangen av mai 2015 er dette en reduksjon på 851 pasienter (-88 %).

Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i mai var 1 320, en nedgang på 7 (-1 %) fra i fjor. Antall fristbrudd ved utgangen av mai var 35, en reduksjon på 28 (-44 %) sammenlignet med samme tid i 2015.

Andelen epikriser sendt innen syv dager var i mai 69 % og 83 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall pasienter som lå på korridor per dag i mai var 9, mens andelen strykninger av planlagte operasjoner var 3,8 %.

Pasientsikkerhet

Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter (SVK)

Ved innleggelse av alle typer katetre i blodbanene som perifere og sentrale venekatetre brytes hudbarrieren, og det lages en inngangsport for mikroorganismer. Dette medfører alltid en viss risiko for infeksjoner. Blodbaneinfeksjoner er en alvorlig komplikasjon med store konsekvenser.

UNN var nasjonal pilot tilbake i 2013, representert ved Intensivavdelingen i Tromsø og Nyfødtintensiv. I den forbindelse ble det utviklet en sjekkliste for innleggelse av SVK samt en egen [utstyrspakke](#) til bruk ved denne prosedyren.

Tiltakspakken består av følgende to tiltak:

Tiltak 1 Etterlevelse av kritiske infeksjonsforebyggende faktorer ved innleggelse av SVK:

Her foregår det p.t. et revisjonsarbeid på prosedyrer ved innleggelse av katetertyper som skal ligge lenge inne, f.eks veneport, Hickman- og dialysekateter og innleggelse og stell av mer midlertidige kateter, «vanlig» SVK. Innleggelse av sentralvenøse katetre betraktes som en kirurgisk, steril prosedyre og gjøres i hovedsak på operasjonsavdelingen. Dette innebærer at sjekklisten for trygg kirurgi benyttes. Det foreligger ingen andre målinger enn bruk av sjekklisten.

Tiltak 2 Vurder daglig om det foreligger indikasjon for SVK:

Sengeposter som har i snitt mer enn ti sentralvenøse kateterdøgn pr måned omfattes av målinger i forhold til dette tiltaket. Det vil bli tatt en ny gjennomgang av hvilke poster dette er i løpet av høsten. Smittevernvisittene har også som tema om det er indikasjon for de sentralvenøse katetrene som finnes i sengeposten ved visitt-tidspunkt og om det benyttes aseptisk teknikk ved innleggelse og stell, slik at dette gjennomgås rutinemessig en gang pr måned.

Aktivitet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+6 %). Dette skyldes høy poliklinisk aktivitet (7 % over plan) og innlagte dagopphold (+5 %). Antall døgnopphold er på nivå med plan, mens polikliniske dagbehandlinger er lavere enn plan (-7 %). DRG-aktiviteten er 625 poeng over plan (+2 %) hittil i år.

Antall røntgenundersøkelser er høyere enn plan (+4 %), antall laboratorieanalyser er også høyere enn plan (+10 %).

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne har vært lavere enn plan (-7 %). Også aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge (-9 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (-4 %) er lavere enn plan.

Antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet har økt med 587 (+200 %). Innen psykisk helsevern har det vært en nedgang på 54 utskrivningsklare døgn (-18 %).

Pasienthotellet hadde i mai 64 % belegg i perioden mandag til og med torsdag, mens andelen av innlagte døgn var 7,7 %.

Personal

Antall månedsverk i mai var 6 294. Dette er en nedgang på 46 månedsverk sammenlignet med samme måned i fjor. Det ble i mai leid inn 24,1 sykepleiermånedsverk og 12,5 legemånedsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er økt med 12,5 månedsverk sammenlignet med samme måned i fjor, mens bruken av innleide leger har økt med 7,1 månedsverk.

Sykefraværet i mai var 8,3 %. Dette er økning på 0,2 prosentpoeng sammenlignet med mai 2015. UNN har som målsetting at sykefraværet ikke skal overstige 7,5 %. Nærværarbeid krever systematisk oppfølging over lang tid. UNN vil fortsatt ha fokus på oppfølging av enheter med sykefravær på over 7,5 %, og særskilt iverksette tiltak for tilrettelegging for gravide og forebygging av vold og trusler. Langtidsfraværet viser en nedgang på 0,8 %, mens korttidsfraværet viser en økning på 0,2 %. Mellomlangt sykefravær (17-56 dager) har økt med 0,7 %. Sykefraværprosenten gjenspeiler at det i gjennomsnitt var 276 ansatte borte fra UNN hver dag i mai. Det var i mai registrert 551 ansatte med sykemelding utover 16 dager, hvorav 304 (55,2 %) var graderte. Andelen er 0,9 % høyere enn i forrige måned (54,3 %).

Økonomi

For 2016 er det et overskuddskrav på 40,0 mill kr. Det er budsjettert 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 90,0 mill kr (7,5 mill kr per måned og 4,2 mill kr høyere per måned enn budsjettert).

Regnskapet for mai viser et overskudd på 3,8 mill kr. Det er 0,5 mill kr høyere enn budsjettert, men 3,7 mill kr lavere enn styringsmålet. Akkumulert per mai er det et budsjettavvik på +5,3 mill kr, men 15,5 mill kr lavere enn styringsmålet.

For mai er de samlede inntektene 8,9 mill kr lavere enn budsjettert. ISF-inntektene og øremerkede tilskudd viser positive avvik på hhv 0,6 mill kr og 3,3 mill kr. Utskrivningsklare pasienter viser et positivt avvik på 1,5 mill kr.

Driftskostnadene er samlet sett 8,9 mill kr høyere enn budsjettert i mai. Kjøp av helsetjenester viser et overforbruk på 2,9 mill kr i forhold til budsjett. Aktivitetsdrevne varekostnader er i mai 0,7 mill kr høyere enn budsjettert. Lønnspostene har samlet sett et negativt avvik på 8,3 mill kr og andre driftskostnader viser et mindreforbruk på 1,5 mill kr.

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

Gjennomføring av planlagte tiltak

I 2016 er det budsjettert med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I mai er det beregnet en realisert effekt på 9,6 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 74 %. Til og med april er gjennomføringsgraden 70 %.

Investeringer

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I mai er det bokført investeringer for 5,4 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 3,0 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 88,0 mill

kr, som også inkluderer forpliktelser for egenkapitalinnskudd til KLP som forfaller til betaling i juni. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 36,3 mill kr.

UNN har ved utgangen av mai en likviditet på 884,0 mill kr i tråd med prognosen.

Kommunikasjon

I mai har mediebildet vært ganske balansert med fordeling av både positive og negative saker. Flere medikamentsaker ved UNN er beskrevet med negativt fortegn. En ambulansarbeider er suspendert fordi han er mistenkt for medikamenttyveri både fra en ambulansebil og en ambulansebåt. Saken omtales i flere medier. I tillegg har Nordlys et oppslag om at 2290 tabletter ikke kan gjøres rede for i Psykisk helse- og rusklinikken. Denne saken er til vurdering hos Statens helsetilsyn og det foreligger ingen konklusjon ennå.

iTromsø gir UNN positiv oppmerksomhet i en artikkel hvor det fremheves at ventelistene nå er historisk lav og for første gang under kravet om 65 dager. Fremover retter opp inntrykket fra flere tidligere artikler om at lang utrykningstid ved en ambulansetrykning til Kjøpsvik førte til at en pasient døde. Fylkeslegens konkluderer med at lang utrykningstid ikke hadde noe å si for utfallet for pasienten og Fremover presenterer begrunnelsen til fylkeslegen i nøytrale ordelag.

Medvirkning

Saken ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i eget drøftingsmøte 17.6.2016. Under drøftingsmøtet var de spesielt opptatt av å presisere at resultater innenfor både kvalitet og økonomi, i stor grad er avhengig av god planlegging. Derfor er prioritering av aktivitetsbasert planlegging særdeles viktig. I tillegg ble det uttrykt bekymring over planleggingen knyttet til kommende sommerdrift, spesielt med hensyn på manglende vikartilgang og påfølgende bruddsituasjoner på arbeidstidsbestemmelsene.

Det kom også innspill på at styret, i sin vurdering av eventuelt nye hovedindikatorer, bør vurdere å fokusere på interne ventelister.

Protokollen fra møtet blir behandlet som egen referatsak i styremøtet 22.6.2016.

Vurdering

Det er positivt at UNN i kreftpakkeforløpsarbeidet totalt sett ligger godt over det nasjonale mål for andel av nye kreftpasienter i pakkeforløp og at det ved siste måling kun er ett forløp 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.

Gjennomsnittlig ventetid i UNN har utviklet seg svært godt i riktig retning det siste året, og det er positivt at gjennomsnittlig ventetid nå er nært et nasjonale kravet på 65 dager. UNNs hovedstrategi for å få redusert gjennomsnittlig ventetid har vært å arbeide systematisk for å fjerne alle langtidsventende (over 12 måneder) fra ventelistene. Det siste året har foretaket oppnådd en betydelig reduksjon i antall langtidsventende. Dette har ført til redusert ventetid, samt at gjennomsnittlig ventetid for de som fortsatt står på venteliste og forskjellen mellom

median og gjennomsnittlig ventetid er betydelig redusert. Utviklingen viser at UNNs strategi har virket. Direktørens vurdering er at enhetene i foretaket nå gjennomgående har kontroll på sine ventelister for nyhenviste, og at gjennomsnittlig ventetid i UNN vil fortsette å ligge 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.

I henhold til den milepælsplan som ble lagt frem for styret i april i år skulle antall langtidsventende ved utgangen av april være under 80, et mål som ikke er nådd. Dette skyldes i all hovedsak forsinket gjennomføring og ikke full effekt av noen tiltak innen håndkirurgi, øye og øre- nese- hals i NOR-klinikken. Klinikken vurderer det som lite sannsynlig at de vil nå sitt mål om null langtidsventende innen ferieavviklingen starter, slik planen har vært. Dette vil etter direktørens vurdering uansett ikke medføre at gjennomsnittlig ventetid for UNN igjen stiger vesentlig over kravet på 65 dager, men direktøren forventer likevel at alle klinikker gjør sitt ytterste for å unngå langtidsventende over 12 måneder.

Antall fristbudd er nokså stabilt og fler enn milepælsplanen fra april tilsa, og skyldes fortsatt dels feilregistreringer og dels reelle fristbrudd. Andel fristbrudd blant de avviklede fra venteliste er lavest i regionen. Det er fortsatt kapasitetsutfordringer på dagkirurgi i Tromsø, der det vil være nødvendig å bruke helsetjenesteformidlingen gjennom Helfo for å unngå fristbrudd selv når kapasiteten i Harstad og Narvik er utnyttet fullt ut. Det er også utfordringer innen ortopedi og håndkirurgi som det fortsatt anses at langt på vei kan løses gjennom bedre langtidsplanlegging. Det vil nok ta noe tid før en bedre langtidsplanlegging får effekt.

Det er bekymringsfullt at antall utskrivningsklare pasienter fortsatt er høyt, noe som er en viktig årsak til at antall korridorpasienter fortsatt er høyt. Dette forklarer også mye av økningen i gjennomsnittlig liggetid for innlagte pasienter i somatikken. Dette har vedvarende negative konsekvenser for kvalitet, pasientsikkerhet og tilbudet UNN kan gi til særlig lokalsykehuspasientene som tilhører UNN Tromsø. I midten av april åpnet Tromsø kommune nye senger i Mellomveien, men på grunn av forsinket ferdigstilling av bygget tas det i full bruk først i disse dager. Forhåpentlig vil dette bedre situasjonen på kort sikt, men dette er ikke tilstrekkelig på lengre sikt. UNN vil fortsatt ha en tett dialog med Tromsø kommune om dette. I tillegg har også Harstad kommune nå økende problemer med å ta imot sine utskrivningsklare. Dette har medført en svært krevende driftssituasjon ved Medisinsk avdeling ved UNN Harstad. Det er etablert tett dialog med ledelsen i kommunen uten at det til nå er funnet en tilfredsstillende løsning.

Det totale sykefraværet ved UNN HF i mai 2016 er på 8,3 %, 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. Fem av fjorten klinikker/sentre har i mai måned sykefravær som er lavere enn plantall. Hittil i år er sykefraværet på klinikknivå relativt stabilt.

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

Direktøren er ikke fornøyd med at den økonomiske utviklingen viser at resultatet for mai er dårligere enn plan, samt at gjennomføringsgraden for planlagte tiltak fortsatt er for lav (74 % mai, 70 % akkumulert). Det er gjennomført oppfølgingsmøter med alle klinikker og sentre og

klinikker med underskudd følges særskilt opp med krav om beskrivelse av nye kompenserende tiltak innen 17. juni. Styret vil bli muntlig orientert om tiltaksarbeidet i styremøtet. Direktøren følger den økonomiske utviklingen tett med flere ekstraordinære oppfølgingsmøter, og vurderer det fortsatt som realistisk å opprettholde prognose i henhold til resultatmål.

Tromsø, 17.6.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport for mai 2016

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Mai 2016



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer UNN HF	3
Kvalitet	4
Pakkeforløp – kreftbehandling	4
Pasientsikkerhetsprogrammet	6
Ventelister	7
Ventetid	7
Fristbrudd	8
Korridorpasienter	11
Strykninger	11
Epikrisetid	11
Aktivitet	12
Somatisk virksomhet	12
Psykisk helsevern voksne	15
Psykisk helsevern barn og unge	16
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	16
Samhandling	17
Utskrivningsklare pasienter	17
Bruk av pasienthotell	19
Personal	20
Bemanning	20
Sykefravær	23
Kommunikasjon	25
Sykehuset i media	25
Økonomi	26
Resultat	26
Gjennomføring av tiltak	30
Prognose	30
Likviditet	31
Investeringer	32
Byggeprosjekter	32

Hovedindikatorer UNN HF

<p>Antall langtidsventende ved utgangen av mai (ventet mer enn 12 måneder)</p> <p>117</p>	<p>— Antall Over 6 Mnd. — Antall Over 12 Mnd.</p>
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av mai</p> <p>35</p>	
<p>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</p> <p>7,7 %</p>	
<p>Sykefravær</p> <p>8,3 %</p>	<p>— Sykefravær — Plan — Trend</p>
<p>Pakkeforløp – kreft</p> <p>Andel i pakkeforløp 89 %</p> <p>Andel innenfor frist 71 %</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 mai 2016

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	267	255	95	70
Hode- halskreft	62	54	87	70
Kronisk lymfatisk leukemi	10	4	40	70
Myelomatose	11	9	81	70
Akutt leukemi	10	7	70	70
Lymfom	72	68	94	70
Bukspyttkjertelkreft	37	32	86	70
Tykk- og endetarmskreft	222	211	95	70
Blærekreft	88	82	93	70
Nyrekreft	47	46	97	70
Prostatakreft	209	155	74	70
Peniskreft	2	2	100	70
Testikkelkreft	23	23	100	70
Livmorkreft	47	40	85	70
Eggstokkreft	41	37	90	70
Livmorhalskreft	26	23	88	70
Hjernekreft	33	26	78	70
Lungekreft	203	186	91	70
Kreft hos barn	7	5	71	70
Kreft i spiserør og magesekk	48	44	91	70
Primær leverkreft	11	11	100	70
Skjoldbruskkjertelkreft	22	20	90	70
Føflekkreft	59	51	86	70
Galleveiskreft	14	12	85	70
Totalt	1571	1403	89	

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

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

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	230	170	73	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	42	40	95	11	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			15	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	47	41	87	17	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	4	80	17	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	34	23	67	25	28
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	7	7	100	7	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			2	
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	8	88	3	8
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	67	46	68	13	21
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	10	5	50	28	28
BUKSPYTJKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	19	12	63	30	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	4	100	21	36
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	164	115	70	28	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	2	40	37	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	39	30	76	27	39
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	86	63	73	32	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.	33	14	42	51	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	4	100	18	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	69	24	34	74	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	60	27	45	43	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	3	33	53	38
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	42	35	83	25	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	36	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	22	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	48	41	85	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	6	66	30	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	14	11	78	26	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	2	40	32	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	6	6	100	27	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	22	21	95	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.	46	32	69	36	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	42	37	88	20	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	59	35	59	33	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	2	1	50	5	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	5	100	4	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	12	11	91	26	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	12	10	83	20	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	13	11	84	33	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	3	60	28	39
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	20	7	35	47	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1			36	43
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	74	65	87	13	35
NEVROENDOKRINE SVULSTER	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	2	56
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	9	9	100	27	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	102	76	74	15	22

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

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

Pasientsikkerhetsprogrammet

Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter (SVK)

Ved innleggelse av alle typer katetre i blodbanene som perifere og sentrale venekatetre brytes hudbarrieren, og det lages en inngangsport for mikroorganismer. Dette medfører alltid en viss risiko for infeksjoner. Blodbaneinfeksjoner er en alvorlig komplikasjon med store konsekvenser.

UNN var nasjonal pilot tilbake i 2013, representert ved Intensivavdelingen i Tromsø og Nyfødtintensiv. I den forbindelse ble det utviklet en sjekkliste for innleggelse av SVK samt en egen [utstyrspakke](#) til bruk ved denne prosedyren.

Tiltakspakken består av følgende to tiltak:

Tiltak 1- Etterlevelse av kritiske infeksjonsforebyggende faktorer ved innleggelse av SVK

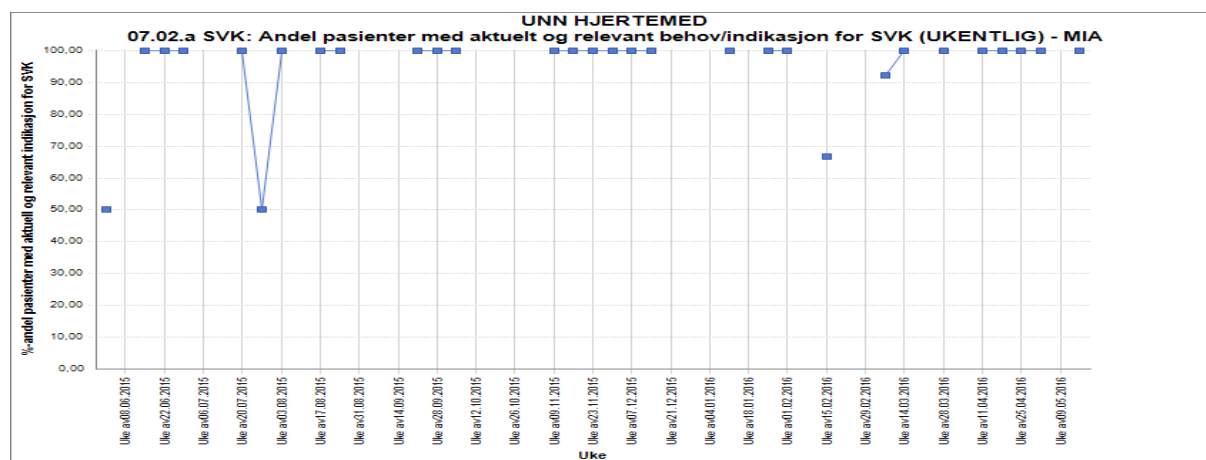
Tiltak 2- Vurder daglig om det foreligger indikasjon for SVK

Tiltak 1: Her foregår det p.t. et revisjonsarbeid på prosedyrer ved innleggelse av katetertyper som skal ligge lenge inne, f.eks veneport, Hickman- og dialysekateter og innleggelse og stell av mer midlertidige kateter, «vanlig» SVK. Innleggelse av sentralvenøse katetre betraktes som en kirurgisk, steril prosedyre og gjøres i hovedsak på operasjonsavdelingen. Dette innebærer at sjekklisten for trygg kirurgi benyttes. Det foreligger ingen andre målinger utover bruk av sjekklisten.

Tiltak 2: Sengeposter som har i snitt mer enn ti kateterdøgn pr måned omfattes av målinger i forhold til dette tiltaket. Det vil bli tatt en ny gjennomgang av hvilke poster dette er i løpet av høsten. Smittevernvisittene har også som tema om det er indikasjon for de sentralvenøse katetrene som finnes i sengeposten ved visitt-tidspunkt og om det benyttes aseptisk teknikk ved innleggelse og stell, slik at dette gjennomgås rutinemessig en gang pr måned.

Eksempel på måling fra Extranet på andel pasienter med aktuelt og relevant behov for SVK:

Figur 1 Andel pasienter med aktuelt og relevant behov for SVK



Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Pasienter på venteliste	16 047	14 605	9 387	-5 218	-36
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 476	4 277	8 825	4 548	106
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp *)	11 571	10 328	562	-9 766	-95
...herav med fristbrudd	70	63	35	-28	-44
...herav med ventetid over 365 dager	1 003	967	116	-851	-88
Gjennomsnittlig ventetid dager	111	113	67	-46	-41
Ikke møtt til planlagt avtale	1 674	1 327	1 320	-7	-1

*) Pasienter henvist før 01.11.15

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	23 384	23 002	21 977	-1 025	-4
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	10 310	10 651	19 903	9 252	87
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	13 074	12 351	2 074	-10 277	-83
...herav med fristbrudd	677	583	216	-367	-63
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	44	46	91	44	96

*) Pasienter henvist før 01.11.15

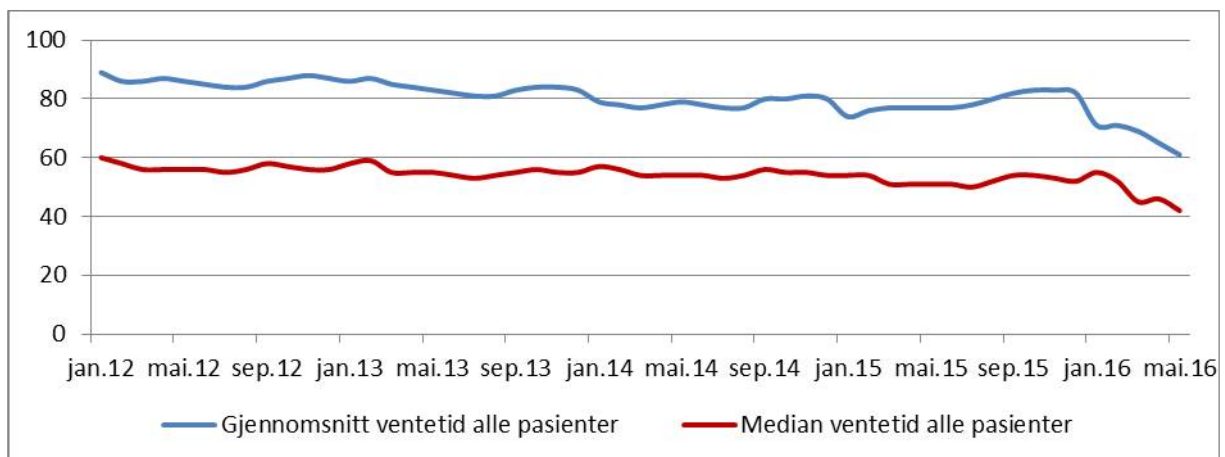
Ventetid

Tabell 5 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år

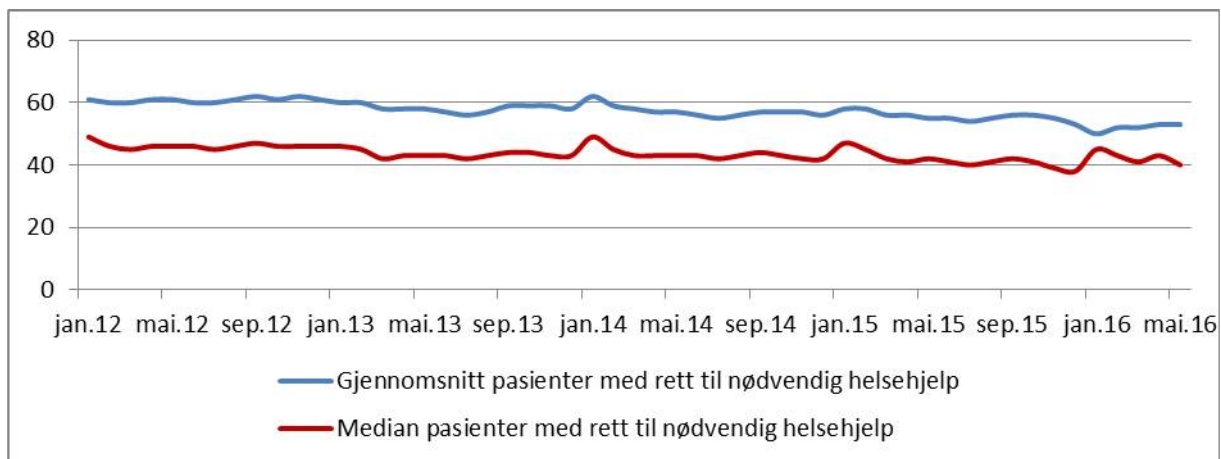
	2014	2015	2016	Endring 2015-2016	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	79	77	61	-16	-21
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	57	55	53	-2	-4
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	95	95	283	188	198
Median ventetid i dager	54	51	46	-5	-10
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	43	42	43	1	2
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp *)	65	62	245	183	295

*) Pasienter henvist før 01.11.15

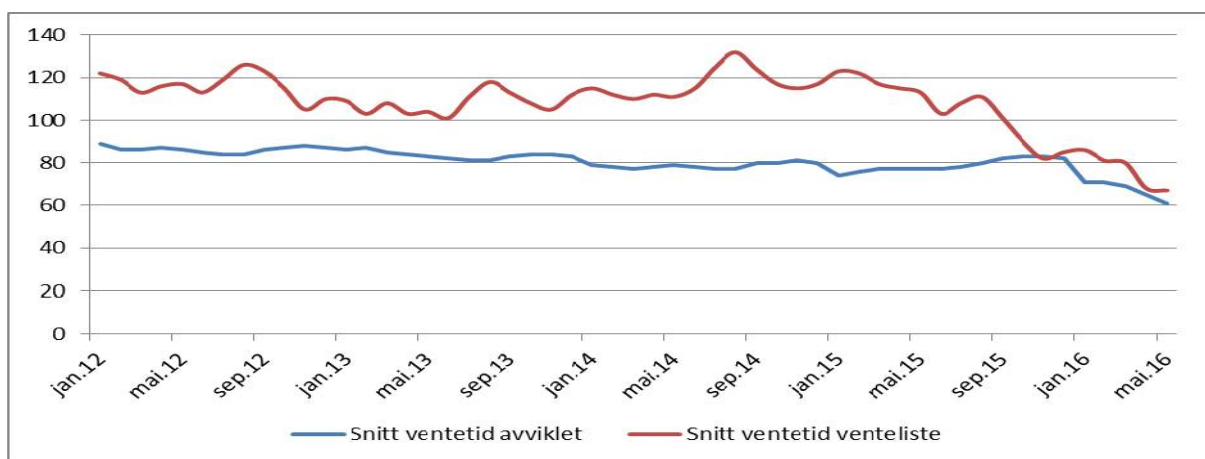
Figur 2 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



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

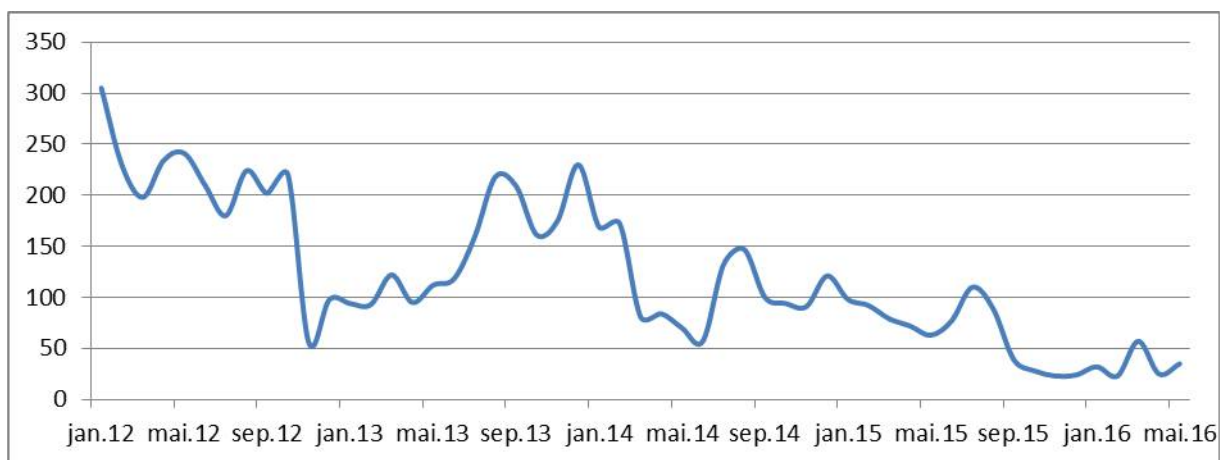


Figur 4 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste



Fristbrudd

Figur 5 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

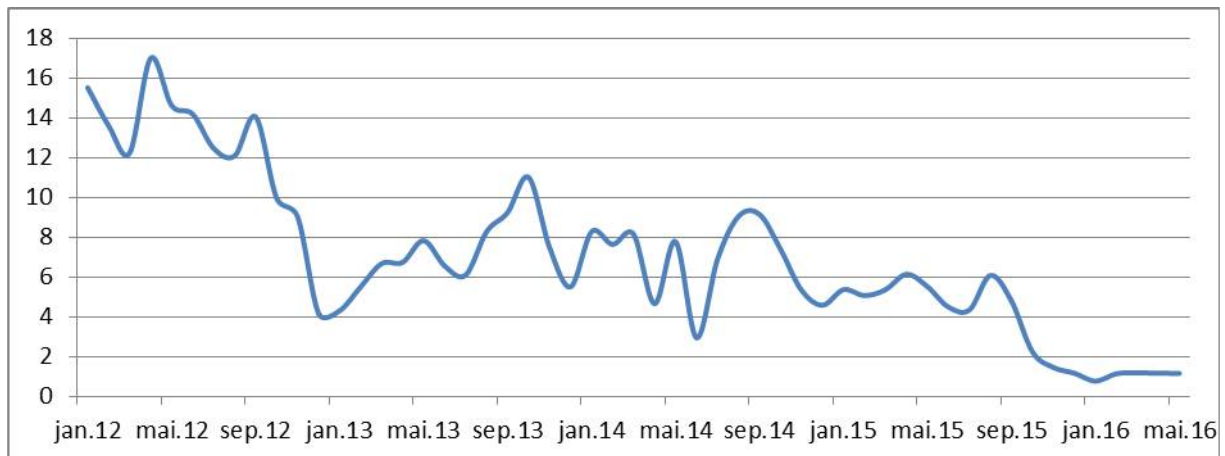


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av mai 2016

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	21	1 946	1
Medisinsk klinikk	4	843	0
Hjerte- og lungeklinikken	2	423	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8	4 730	0
UNN	35	7 942	0

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

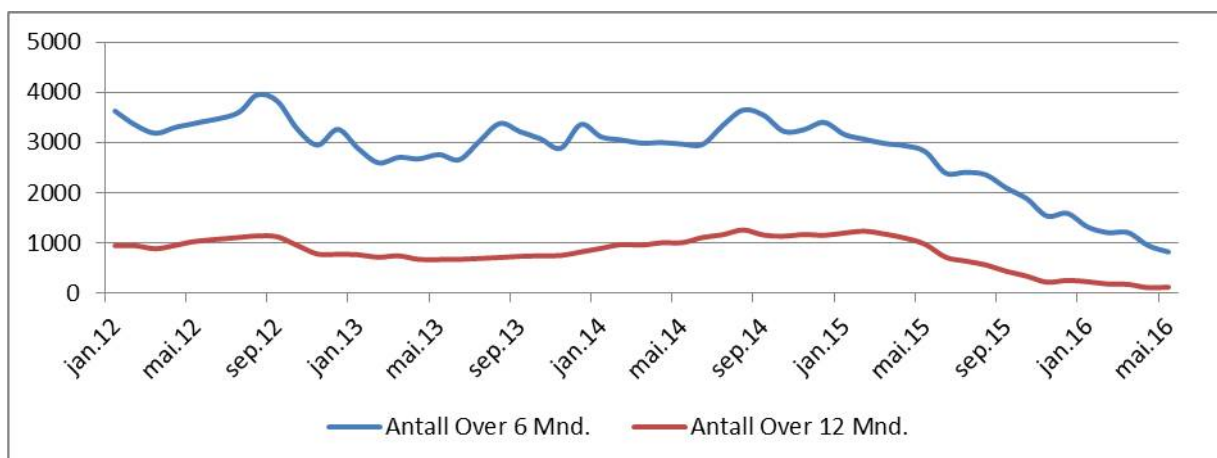
Figur 6 Prosent avvirket fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå



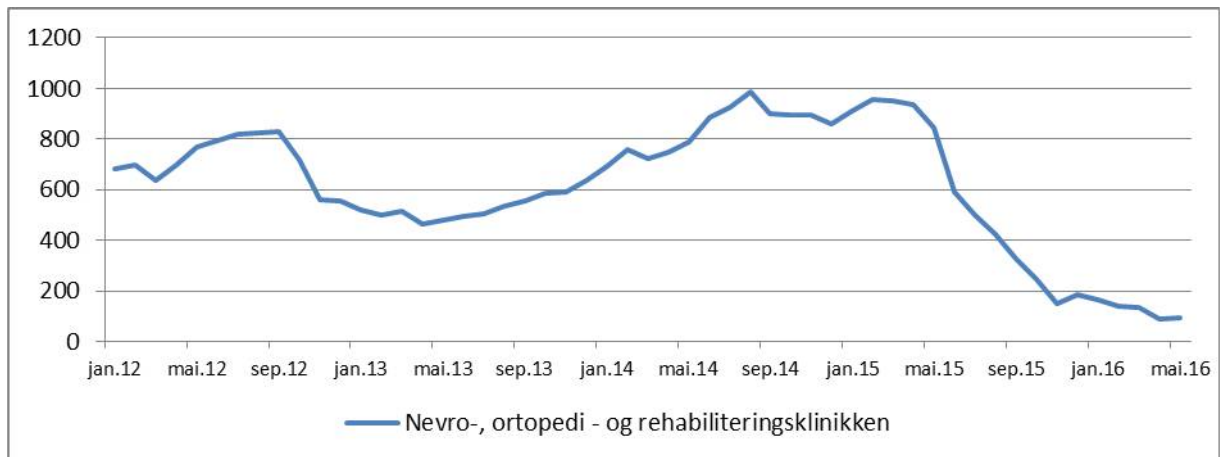
Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	apr.16	mai.16
Hjerte- og lungeklinikken	9	11
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	15	16
Medisinsk klinikk	1	4
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	24	13
Psykisk helse- og rusklinikken	1	1
UNN	50	45

Figur 7 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 8 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



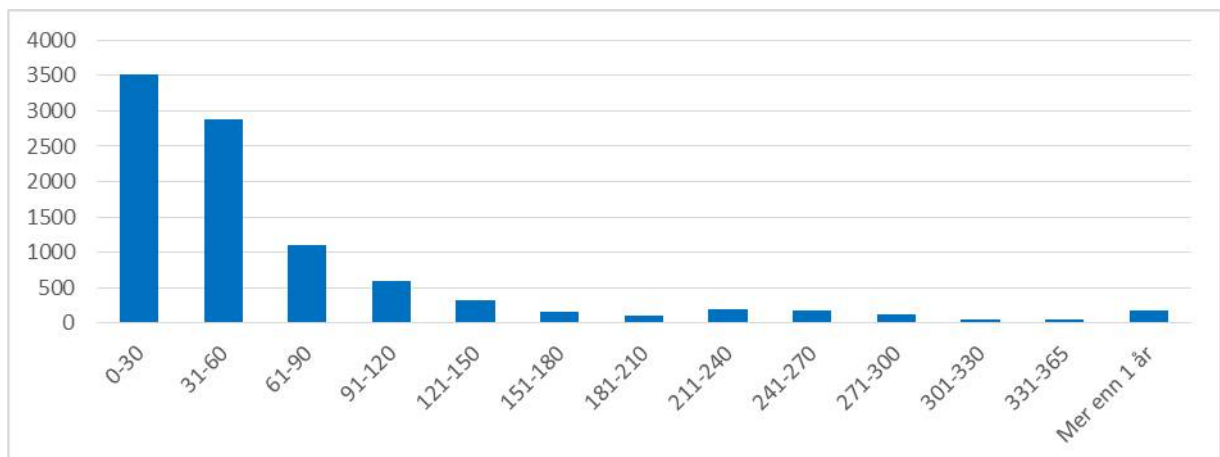
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

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

Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	10	0
Medisinsk klinikk	9	1
Hjerte- og lungeklinikken	3	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	94	2
UNN	117	1

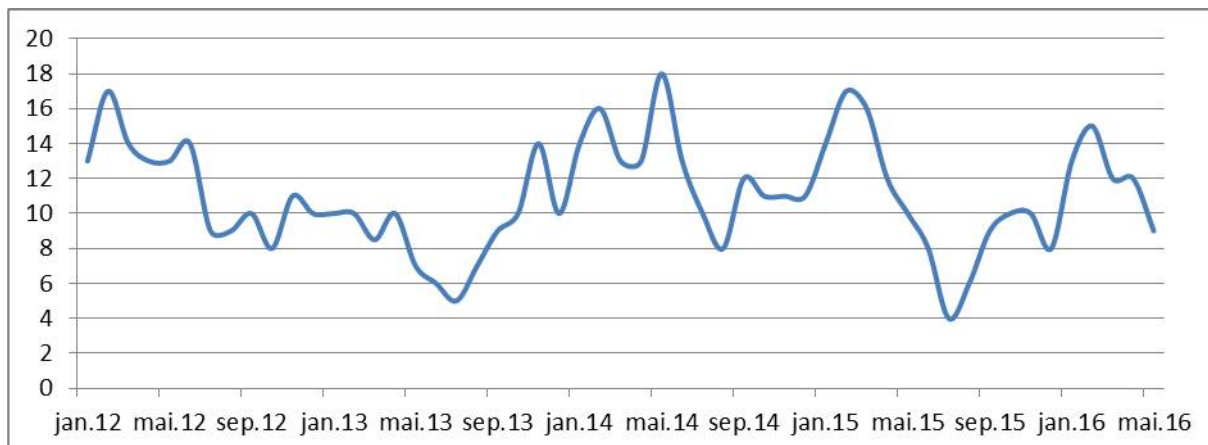
Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

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



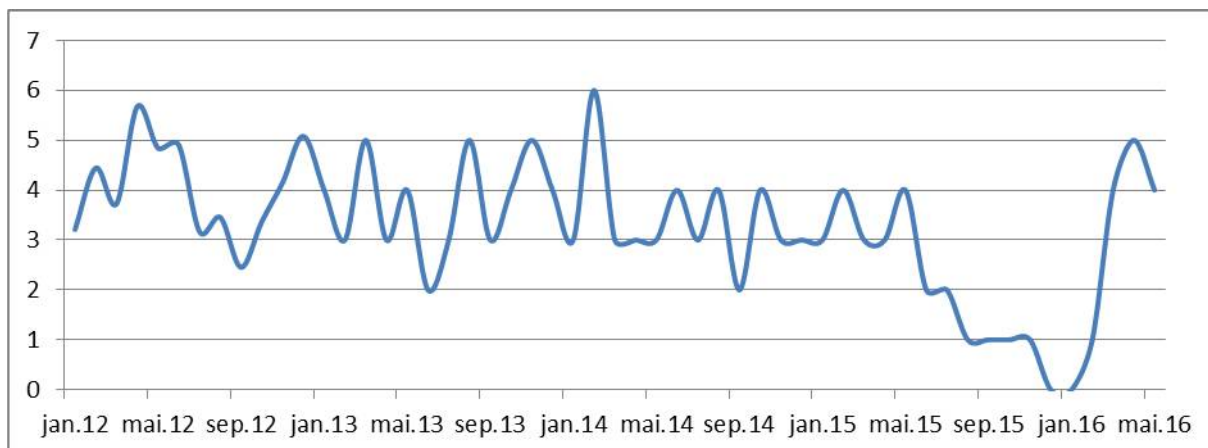
Korridorpasienter

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



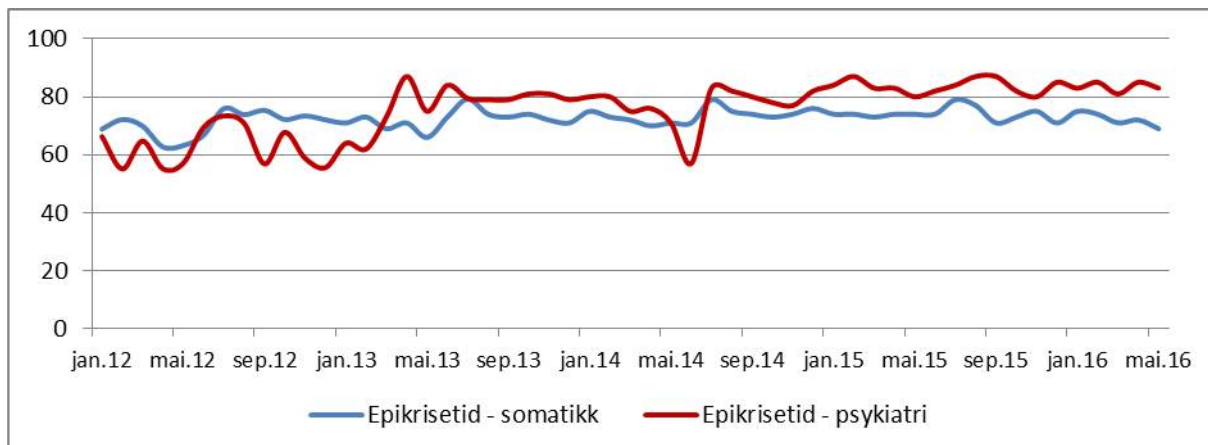
Strykninger

Figur 11 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



Epikrisetid

Figur 12 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Aktivitet

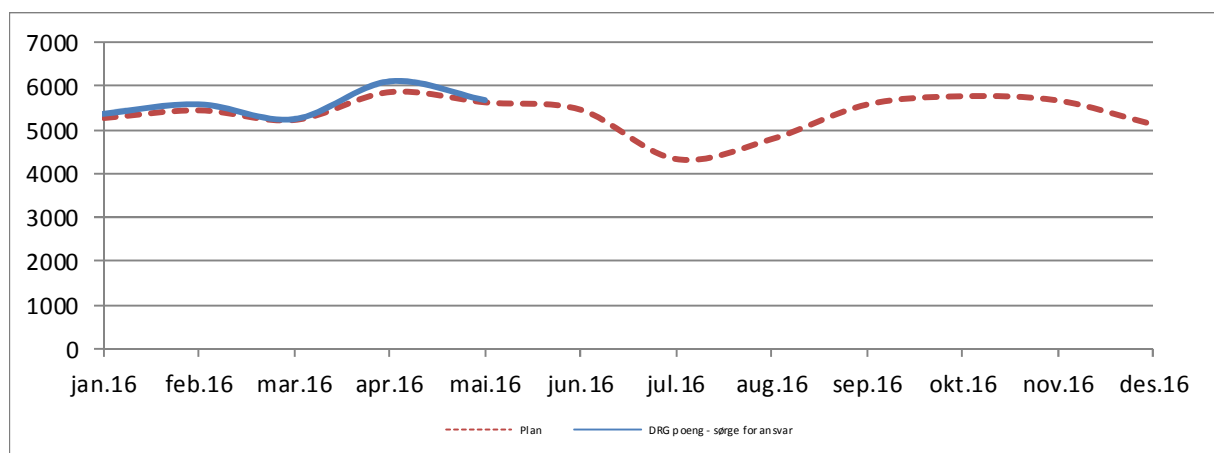
Tabell 9 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2014	2015	2016	Plantall 2016	Avvik fra 2015		Avvik fra plan 2016	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser heldøgn	17 115	16 852	17 065	17 077	213	1	-12	0
Innlagte dagopphold	2 541	2 479	2 849	2 715	370	15	134	5
Polikliniske dagbehandlinger	11 875	11 273	11 441	12 352	168	1	-911	-7
DRG poeng (2016 logikk)	26 953	26 573	27 951	27 326	1 378	5	625	2
Liggedager i perioden	71 449	70 961	75 859	71 240	4 898	7	4 619	6
Polikliniske konsultasjoner	111 755	108 801	114 398	106 645	5 597	5	7 753	7
Herav ISF	93 174	91 169	96 423	95 233	5 254	6	1 190	1
Kontrollandel poliklinikk	34 %	34 %	32 %	31 %	-2 %		1 %	
Laboratorieanalyser	2 170 521	2 182 530	2 335 606	2 128 530	153 076	7	207 076	10
Røntgenundersøkelser	82 264	78 427	82 896	79 764	4 469	5	3 132	4
Fremmøte stråleterapi	5 717	5 238	5 236	4 992	-2	0	244	5
Pasientkontakter	131 411	128 132	134 312	126 436	6 180	5	7 876	6
VOP					0		0	
Utskrivelser heldøgn	1 403	1 434	1 320	1 321	-114	-8	-1	0
Liggedager i perioden	21 702	21 181	18 277	20 139	-2 904	-13	-1 862	-9
Polikliniske konsultasjoner	25 726	26 781	26 962	29 017	181	1	-2 055	-7
Pasientkontakter	27 129	28 215	28 282	30 337	67	0	-2 055	-7
BUP					0		0	
Utskrivelser heldøgn	95	85	80	140	-5	-5	-60	-43
Liggedager i perioden	1 281	1 449	1 151	1 633	-298	-23	-482	-30
Polikliniske konsultasjoner	12 153	11 598	11 255	12 371	-343	-3	-1 116	-9
Pasientkontakter	12 248	11 683	11 335	12 511	-348	-3	-1 176	-9
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)					0		0	
Utskrivelser heldøgn	291	294	286	287	-8	-3	-1	0
Liggedager i perioden	9 194	8 735	8 833	8 763	98	1	70	1
Polikliniske konsultasjoner	4 295	5 159	4 670	4 896	-489	-11	-226	-5
Pasientkontakter	4 586	5 453	4 956	5 182	-497	-11	-226	-4

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

Somatisk virksomhet

Figur 13 DRG poeng UNN 2016

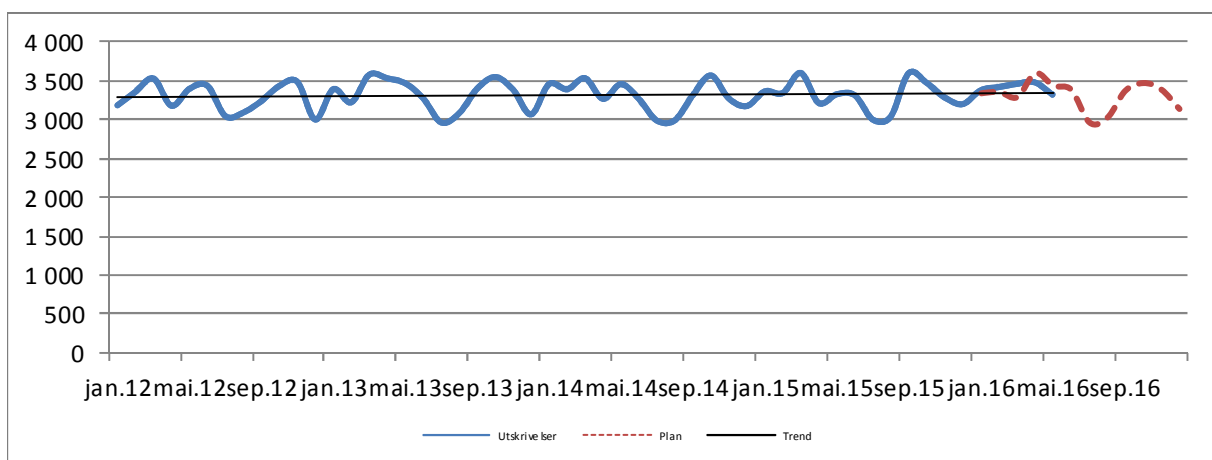


Tabell 10 DRG poeng hittil i år 2016 fordelt på klinikk

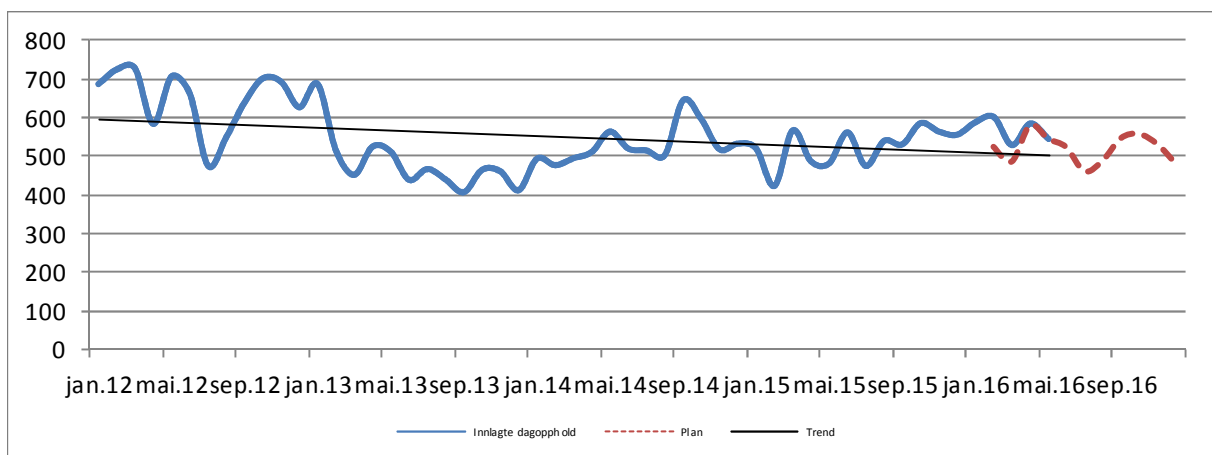
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	606	602	4
Barne- og ungdomsklinikken	1 227	1 342	-115
Hjerte- og lungeklinikken	4 497	4 455	42
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7 404	7 348	56
Medisinsk klinikk	5 287	4 967	320
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	7 938	8 220	-282
Operasjons- og intensivklinikken	162	162	0
Totalt	27 121	27 096	24

DRG poeng – egen produksjon.

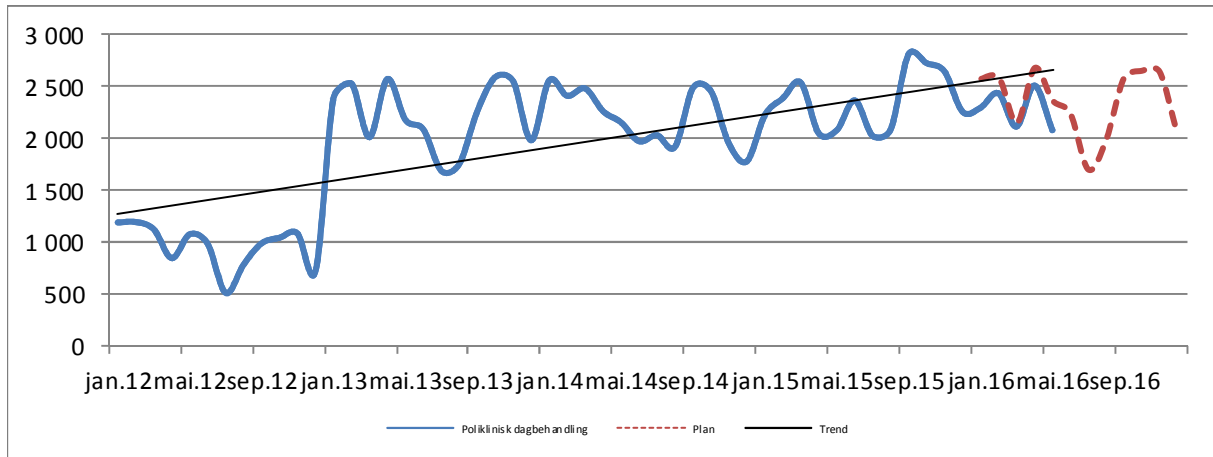
Figur 14 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



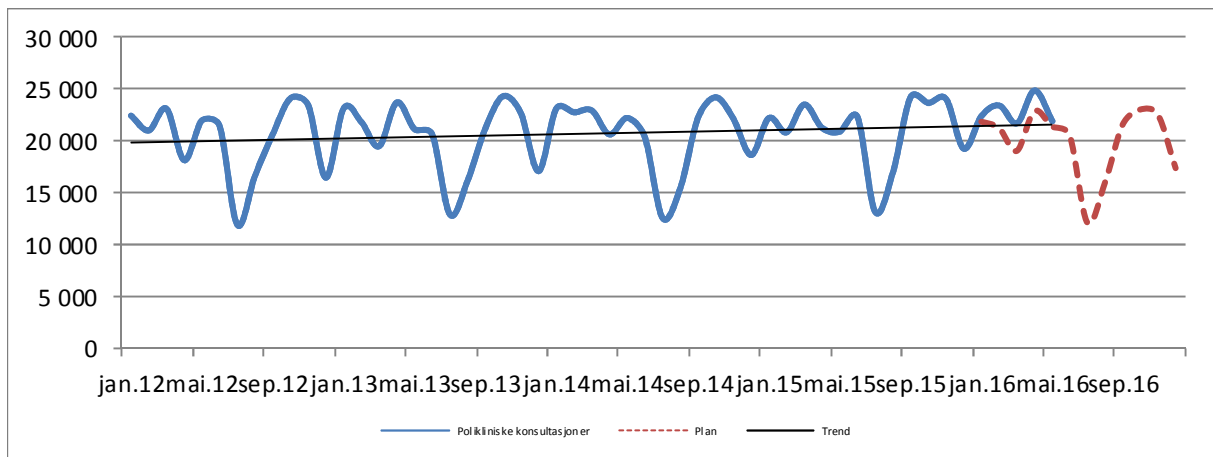
Figur 15 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



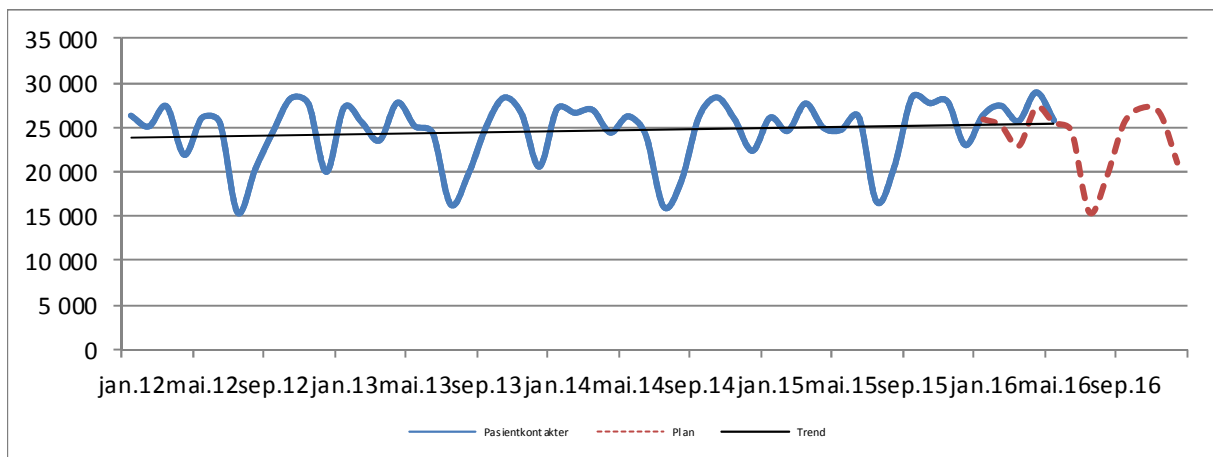
Figur 16 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



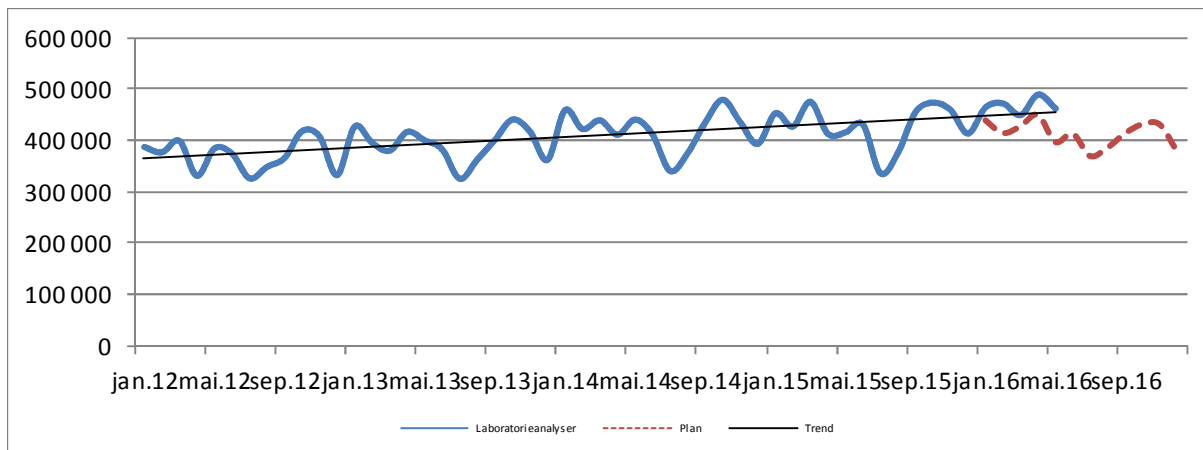
Figur 17 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



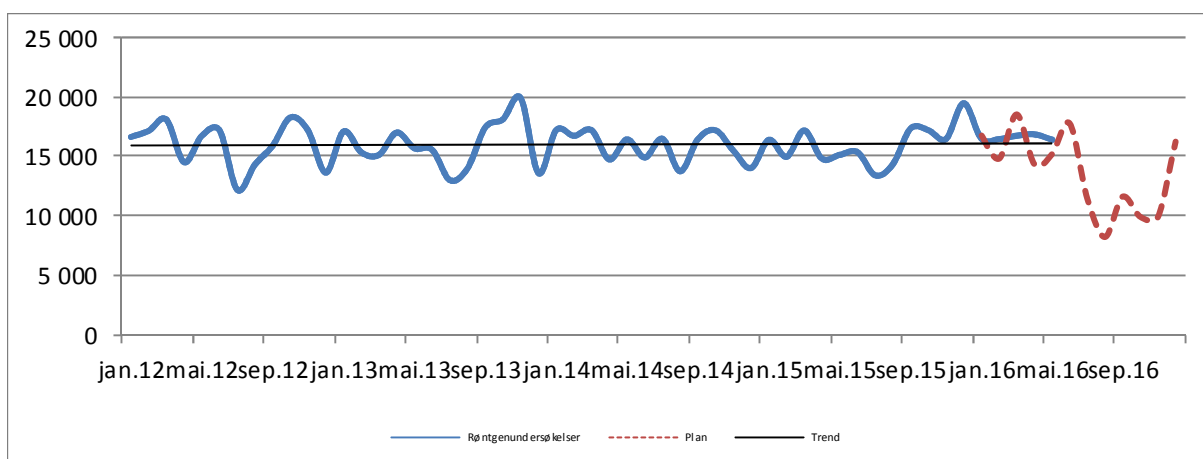
Figur 18 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 19 Laboratorieanalyser

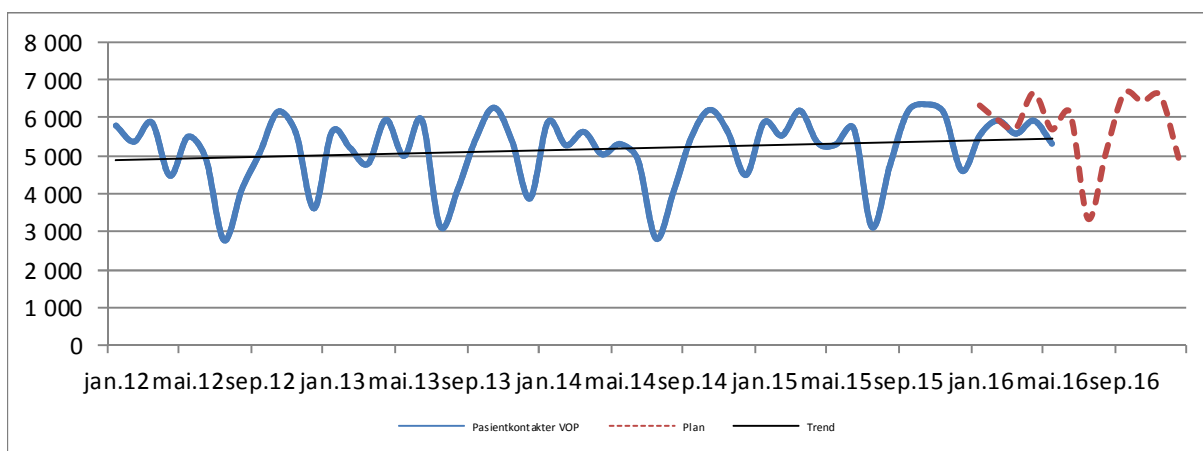


Figur 20 Røntgenundersøkelser



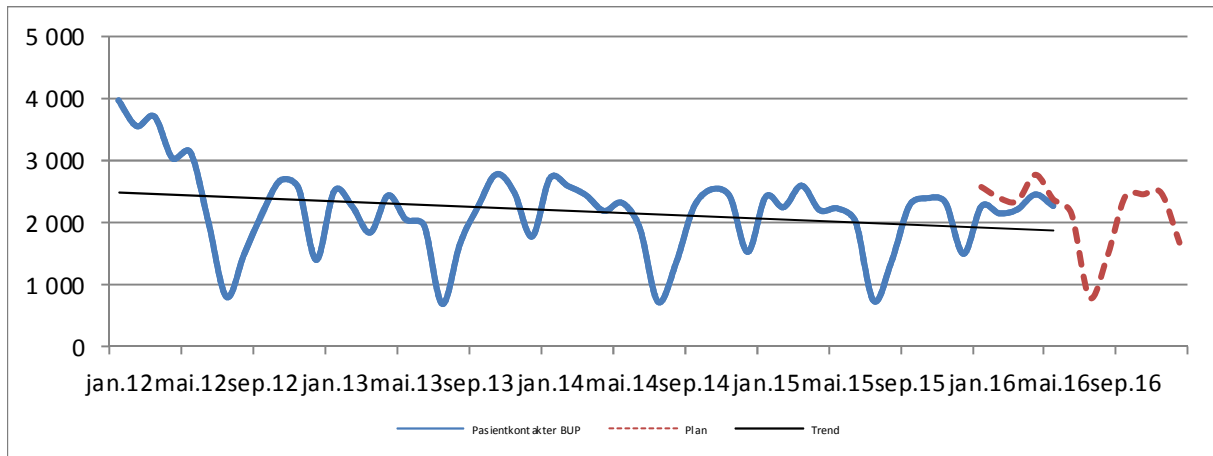
Psykisk helsevern voksne

Figur 21 Pasientkontakter – VOP



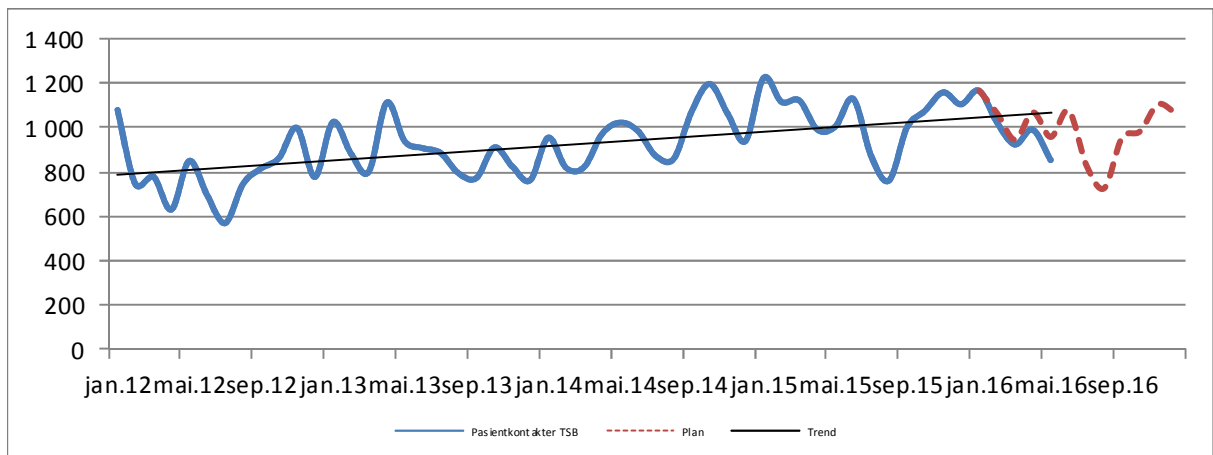
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 22 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 23 Pasientkontakter- TSB

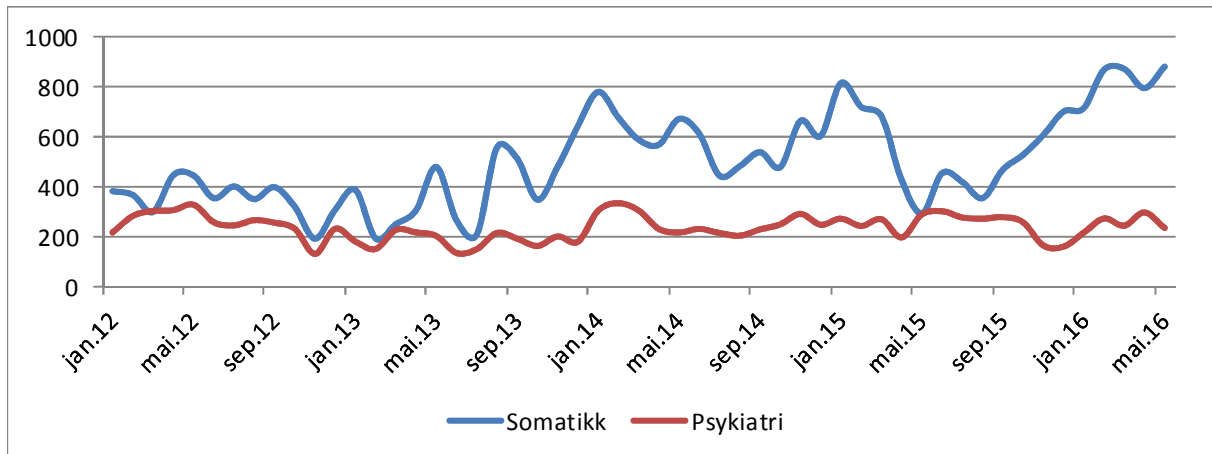


Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

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

Figur 24 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykiatri

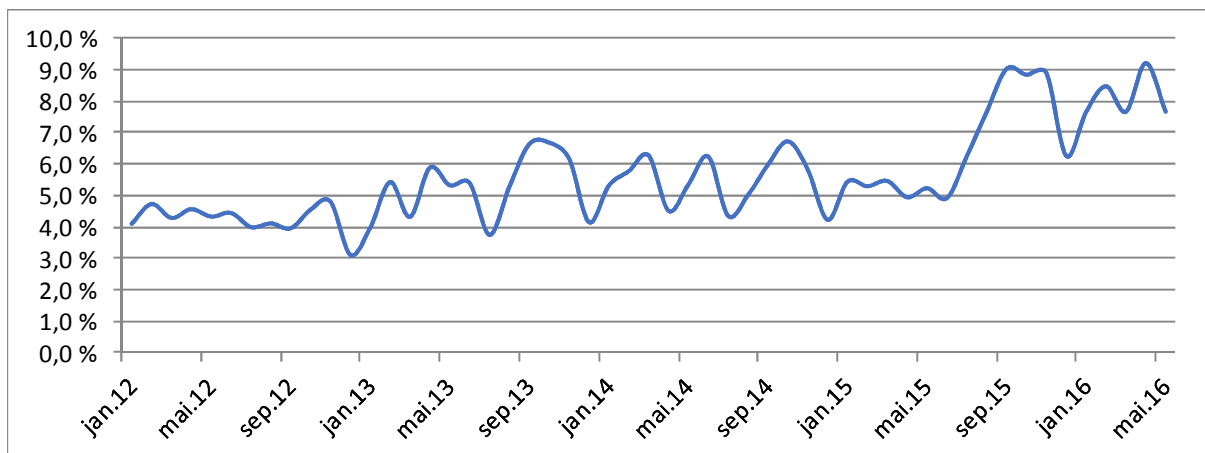


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

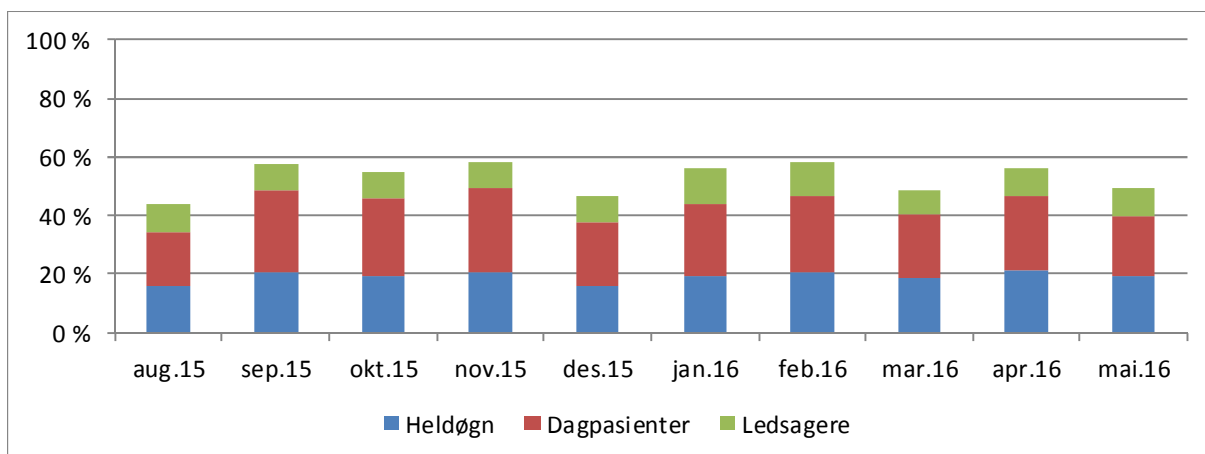
Kommune	Utskrivnings-klare døgner jan-mai	Antall opphold jan-mai	Utskrivningsklare døgner jan-mai pr 1000 innbyggere
TRANØY	125	17	81
TROMSØ	2 604	252	36
HARSTAD	568	284	23
SALANGEN	51	16	23
IBESTAD	24	24	17
GRATANGEN	18	10	16
KARLSØY	35	4	15
EVENES	21	21	15
TJELDSUND	17	16	13
SKÅNLAND	39	36	13
LØDINGEN	28	27	13
KVÆFJORD	39	37	13
BALSFJORD	70	13	12
BALLANGEN	31	26	12
STORFJORD	22	4	12
MÅLSELV	74	23	11
NARVIK	196	127	10
TYSFJORD	18	8	9
BARDU	30	12	7
DYRØY	8	5	7
LYNGEN	13	3	4
KÅFJORD	9	3	4
LAVANGEN	4	3	4
NORDREISA	19	6	4
BERG	3	3	3
LENVIK	28	20	2
SØRREISA	7	6	2
SKJERVØY	5	3	2
TORSKEN	1	1	1
Totalsum	4 107	1 010	22

Bruk av pasienthotell

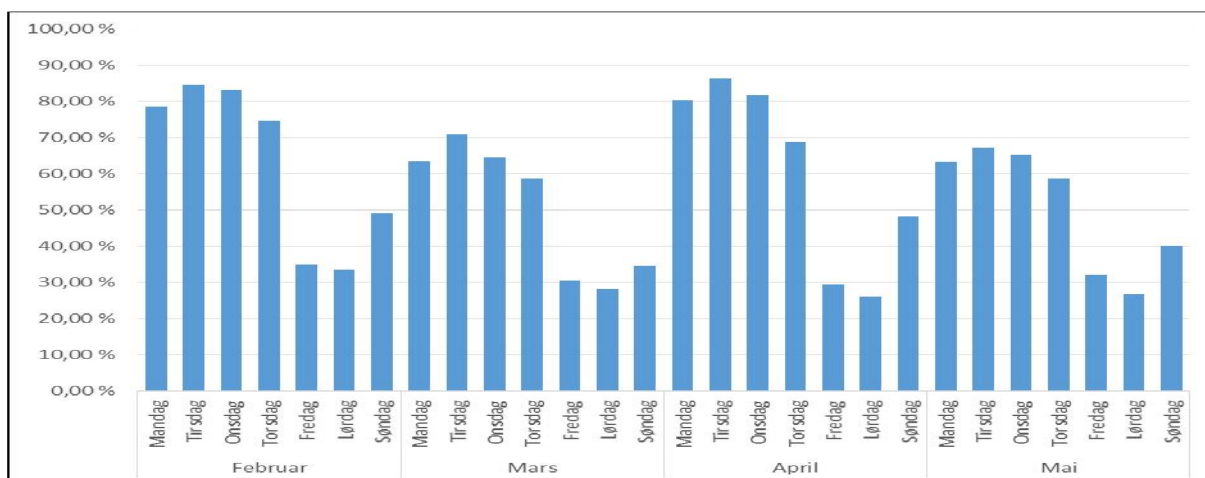
Figur 25 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)

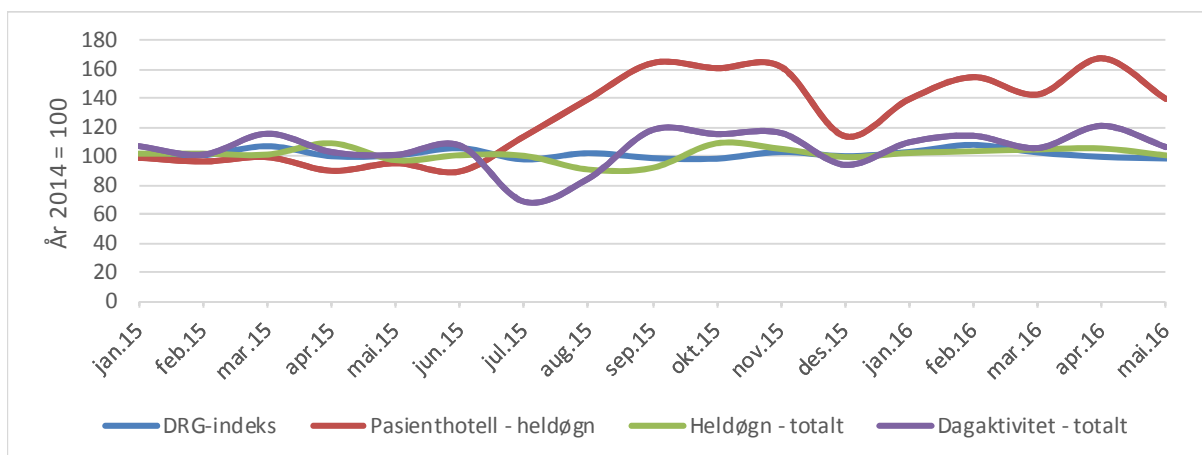


Figur 26 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Figur 27 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



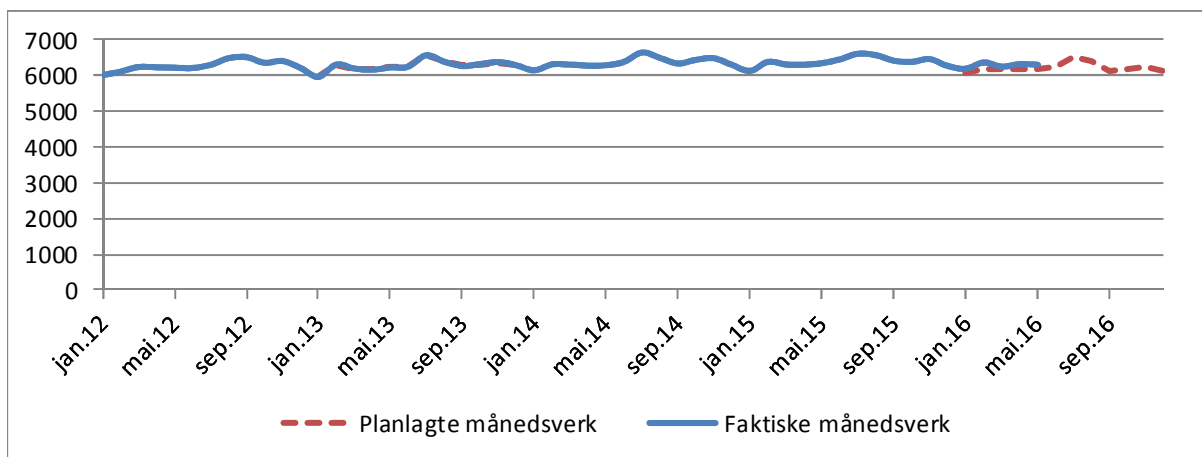
Figur 28 Indeksregulerte verdier DRG-indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt

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

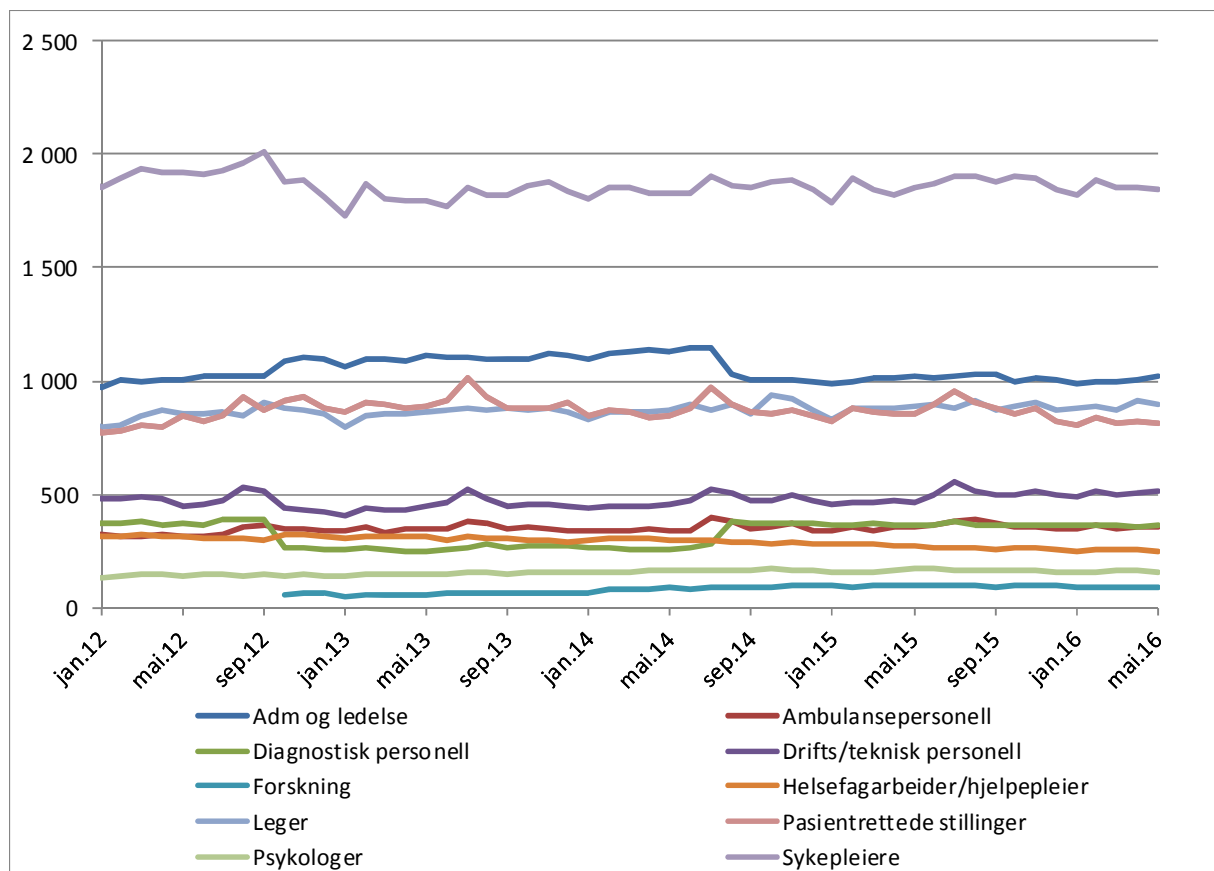
Bemanning

Figur 29 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	6 294	6 186	-46
Juni	6 377	6 445		6 245	
Juli	6 639	6 605		6 496	
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	
Snitt hittil i år	6 260	6 288	6 279	6 146	-9

Figur 30 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2012-2016

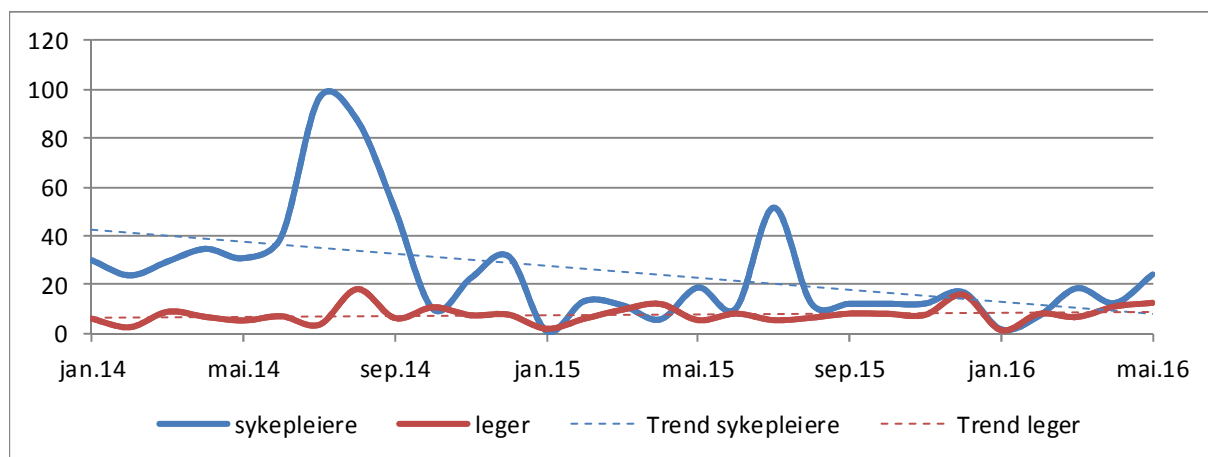


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2014-2016

Profesjon	2014	2015	2016	Avvik fra 2015
Adm og ledelse	1 123	1 006	1 002	-4
Ambulansepersonell	340	371	354	-18
Diagnostisk personell	259	374	361	-13
Drifts/teknisk personell	448	465	502	37
Forskning	77	95	89	-6
Helsefagarbeider/hjelpepleier	301	276	254	-22
Leger	859	871	889	18
Pasientrettede stillinger	855	854	819	-35
Psykologer	157	161	158	-3
Sykepleiere	1 833	1 842	1 851	8
Snitt hittil i år	6 260	6 288	6 279	-9

Figur 31 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

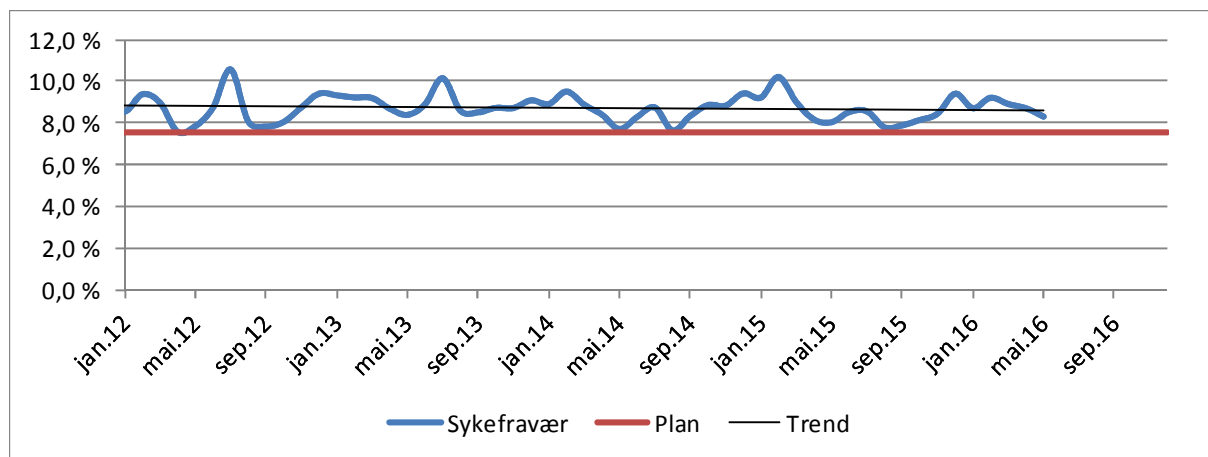


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i mai 2016 er på 8,3 %. Samme måned i 2015 var sykefraværet 8,1 %. Dette er en økning på 0,2 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) er 2,4% og viser en økning på 0,2 prosentpoeng, mens det mellomlange sykefraværet (17-56 dgr) er 2,1% viser en økning på 0,7 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) er 3,8% og viser en reduksjon på 0,8 prosentpoeng. I snitt var 276 ansatte borte fra jobb i mai pga sykdom i UNN HF.

Figur 32 Sykefravær 2012-2016



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

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

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

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i mai måned vært registrert fire egenmeldinger i GAT hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

Gradert fravær

Det har i mai 2016 vært registrert totalt 551 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 304 graderte. Det tilsvarer en andel på 55,2 % graderte sykemeldinger. Andelen er 0,9 prosentpoeng høyere enn i forrige måned (54,3%).

Gradert sykmelding 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.

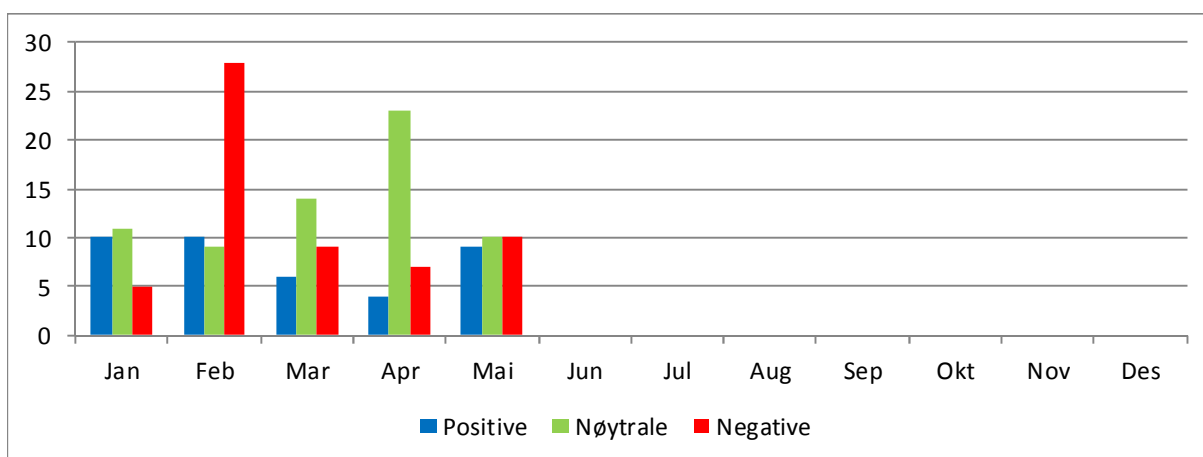
Kommunikasjon

Sykehuset i media

I mai har mediebildet vært ganske balansert med fordeling av både positive og negative saker. Flere medikamentsaker ved UNN er beskrevet med negativt fortegn. En ambulansarbeider er suspendert fordi han er mistenkt for medikamenttyveri både fra en ambulansebil og en ambulansebåt. Saken omtales i flere medier. I tillegg har Nordlys et oppslag om at 2290 tabletter ikke kan gjøres rede for i Psykisk helse- og rusklinikken. Denne saken er til vurdering hos Statens helsetilsyn og det foreligger ingen konklusjon ennå.

iTromsø gir UNN positiv oppmerksomhet i en artikkel hvor det fremheves at ventelistene nå er historisk lav og for første gang under kravet om 65 dager. Avisa Fremover retter opp inntrykket fra flere tidligere artikler om at lang utrykningstid ved en ambulansetrykning til Kjøpsvik førte til at en pasient døde. Fylkeslegen konkluderer med at lang utrykningstid ikke hadde noe å si for utfallet for pasienten og Fremover presenterer begrunnelsen til fylkeslegen i nøytrale ordelag.

Figur 33 Mediestatistikk 2016

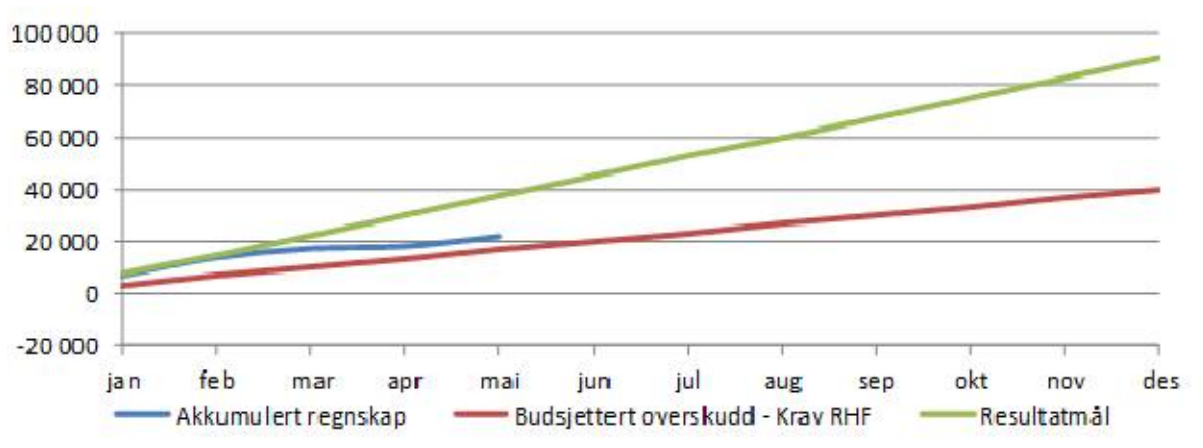


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 34 Akkumulert regnskap og budsjett 2016



For 2016 er det et overskuddskrav på 40 mill kr. Det er budsjettert 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 budsjettert).

Regnskapet for mai viser et overskudd på 3,8 mill kr. Det er 0,5 mill kr høyere enn budsjettert, men 3,7 mill kr lavere enn styringsmålet. Akkumulert per mai er det et budsjettavvik på +5,3 mill kr, men 15,5 mill kr lavere enn styringsmålet.

For mai er de samlede inntektene 8,9 mill kr høyere enn budsjettert. ISF-inntektene, andre driftsinntekter og øremerkede tilskudd viser positive avvik på hhv 0,6 mill kr, 2,7 mill kr og 3,3 mill kr. Utskrivningsklare pasienter har et positivt avvik på 1,5 mill kr.

Driftskostnadene er samlet sett 8,9 mill kr høyere enn budsjettert i mai. Kjøp av helsetjenester viser et overforbruk på 2,9 mill kr i forhold til budsjett. Aktivitetsdrevne varekostnader er 0,7 mill kr lavere enn budsjettert. Lønnspostene har samlet sett et negativt avvik på 8,3 mill kr og andre driftskostnader viser et mindreforbruk på 1,5 mill kr.

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

Tabell 15 Resultatregnskap mai 2016

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mai				Akkumulert per Mai			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	437,8	437,8	0,0	0 %	2 129,6	2 129,6	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	13,1	13,0	0,1	1 %
ISF egne pasienter	120,3	119,0	1,3	1 %	593,8	581,2	12,6	2 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,0	5,7	-0,7	-12 %	32,6	33,4	-0,8	-2 %
Gjestepasientinntekter	3,0	2,8	0,2	9 %	13,7	14,0	-0,2	-2 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,6	17,2	0,5	3 %	93,7	92,0	1,7	2 %
Utskrivningsklare pasienter	2,9	1,3	1,5	115 %	12,5	6,7	5,9	88 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	2,0	0,1	3 %	10,2	9,9	0,4	4 %
Andre øremerkede tilskudd	23,1	19,8	3,3	17 %	113,2	121,3	-8,1	-7 %
Andre driftsinntekter	32,8	30,1	2,7	9 %	150,2	147,3	2,9	2 %
Sum driftsinntekter	647,2	638,3	8,9	1 %	3 162,7	3 148,4	14,3	0 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	15,8	13,7	2,2	16 %	74,4	68,3	6,1	9 %
Kjøp av private helsetjenester	7,9	7,2	0,7	10 %	26,2	32,8	-6,6	-20 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	64,0	64,7	-0,7	-1 %	324,2	313,1	11,0	4 %
Innleid arbeidskraft	4,0	1,9	2,1	108 %	13,2	9,6	3,6	37 %
Lønn til fast ansatte	324,7	325,5	-0,9	0 %	1 554,8	1 603,2	-48,4	-3 %
Overtid og ekstrahjelp	25,3	18,4	6,9	37 %	120,3	77,6	42,6	55 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	84,9	84,9	0,0	0 %	422,8	422,8	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,2	-22,1	-0,1	0 %	-106,4	-107,8	1,5	-1 %
Annen lønnskostnad	27,8	27,7	0,1	0 %	135,2	131,3	4,0	3 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	359,7	351,5	8,1	2 %	1 717,1	1 713,9	3,2	0 %
Avskrivninger	20,8	20,8	0,0	0 %	104,0	104,0	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	92,4	93,8	-1,5	-2 %	480,8	485,2	-4,4	-1 %
Sum driftskostnader	645,5	636,6	8,9	1 %	3 149,5	3 140,0	9,5	0 %
Driftsresultat	1,7	1,7	0,0	2 %	13,2	8,3	4,8	58 %
Finansinntekter	2,1	1,7	0,5		8,9	8,3	0,6	
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0		0,1	0,0	0,1	
Finansresultat	2,1	1,7	0,4		8,8	8,3	0,5	
Ordinært resultat	3,8	3,3	0,5	14 %	22,0	16,7	5,3	32 %

Tabell 16 Resultatregnskap mai 2016, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mai ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Mai ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	437,8	437,8	0,0	2 129,6	2 129,6	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	13,1	13,0	0,1
ISF egne pasienter	120,3	119,0	1,3	593,8	581,2	12,6
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,0	5,7	-0,7	32,6	33,4	-0,8
Gjestepasientinntekter	3,0	2,8	0,2	13,7	14,0	-0,2
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,6	17,2	0,5	93,7	92,0	1,7
Utskrivningsklare pasienter	2,9	1,3	1,5	12,5	6,7	5,9
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	2,0	0,1	10,2	9,9	0,4
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	32,8	30,1	2,7	150,2	147,3	2,9
Sum driftsinntekter	624,1	618,5	5,6	3 049,5	3 027,1	22,4
Kjøp av offentlige helsetjenester	15,8	13,7	2,2	74,4	68,3	6,1
Kjøp av private helsetjenester	7,9	7,2	0,7	26,1	32,6	-6,6
Varekostnader knyttet til aktivitet	63,1	63,9	-0,8	319,8	308,4	11,3
Innleid arbeidskraft	4,0	1,9	2,1	13,2	9,6	3,6
Lønn til fast ansatte	312,7	315,3	-2,6	1 496,2	1 540,5	-44,2
Overtid og ekstrahjelp	22,6	16,1	6,5	107,1	63,6	43,6
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	82,0	82,4	-0,4	408,4	407,3	1,1
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,3	-21,4	0,0	-102,3	-103,5	1,2
Annen lønnskostnad	26,3	26,4	-0,1	127,5	123,0	4,5
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	344,3	338,4	5,9	1 641,8	1 633,2	8,6
Avskrivninger	20,8	20,8	0,0	104,0	104,0	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	88,5	90,5	-2,1	461,8	464,8	-3,0
Sum driftskostnader	622,4	616,8	5,6	3 036,3	3 018,7	17,6
Driftsresultat	1,7	1,7	0,0	13,2	8,3	4,8
Finansinntekter	2,1	1,7	0,5	8,9	8,3	0,6
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Finansresultat	2,1	1,7	0,4	8,8	8,3	0,5
Ordinært resultat	3,8	3,3	0,5	22,0	16,7	5,3

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

Inntekter

- +0,6 mill kr ISF-inntekter
- +0,5 mill kr polikliniske inntekter
- +1,5 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +2,7 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -2,9 mill kr kjøp av helsetjenester
- +0,8 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -5,9 mill kr lønn (+2,6 mill kr fast lønn, -8,5 mill kr variabel lønn).
- +2,1 mill kr andre driftskostnader

De viktigste avvikene akkumulert per mai er (ekskl. eksternfinansier virksomhet):

Inntekter

- +11,8 mill kr ISF-inntekter
- +1,7 mill kr polikliniske inntekter
- +5,9 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +2,9 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- +0,4 mill kr kjøp av helsetjenester
- -11,3 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -8,6 mill kr lønn (+44,2 mill kr fast lønn, -52,8 mill kr variabel lønn).
- +3,0 mill kr andre driftskostnader

Tabell 17 Funksjonsregnskap

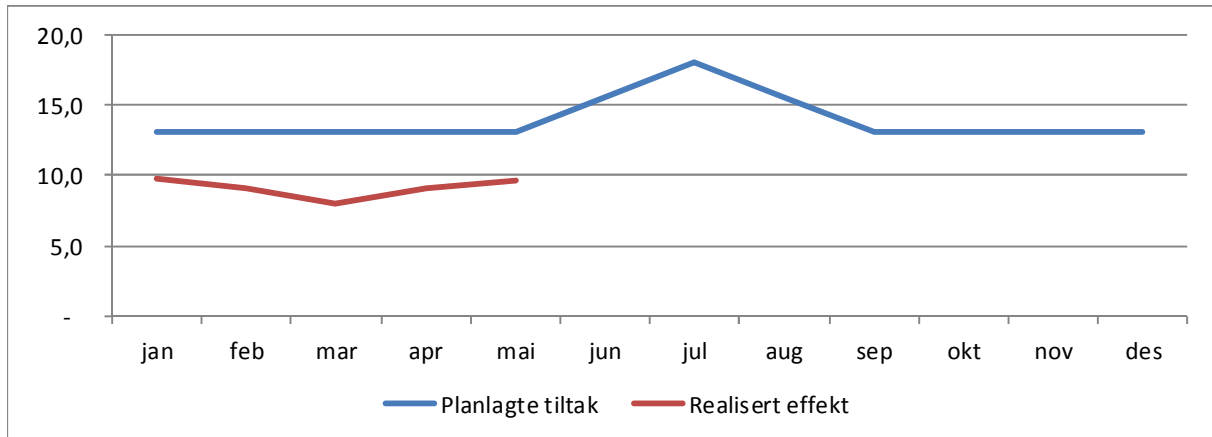
Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201605									
Funksjon	Regnskap denne mnd	Budsjett denne mnd	Regnskap hittil i fjor	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Endring hittil i fjor - hittil i år	JB totalt i år	
Somatikk	376,4	365,2	1 729,8	1 815,0	1 780,5	34,4	4,9 %	4 261	
Somatikk, (re-hab)	25,6	24,9	122,2	128,1	131,5	(3,4)	4,8 %	319	
Lab/rtg	79,1	77,8	377,3	402,3	393,7	8,6	6,6 %	935	
Somatikk inkl lab/rtg	481,2	467,9	2 229,3	2 345,3	2 305,7	39,6	5,2 %	5 515	
VOP, sykehus og annen beh	32,2	33,6	171,1	162,3	172,2	(9,9)	-5,1 %	407	
VOP, DPS og annen beh	32,4	35,4	170,5	159,1	177,4	(18,3)	-6,7 %	420	
BUP	15,6	17,0	72,5	77,2	85,0	(7,9)	6,5 %	198	
Psykisk helse	80,2	86,0	414,0	398,5	434,6	(36,1)	-3,7 %	1 025	
RUS, behandling	23,9	20,7	93,0	113,5	103,7	9,8	22,1 %	247	
Rusomsorg	23,9	20,7	93,0	113,5	103,7	9,8	22,1 %	247	
Ambulanse	39,1	38,6	168,3	189,8	184,9	4,8	12,7 %	447	
Pasienttransport	18,4	19,2	89,9	93,7	95,3	(1,5)	4,2 %	233	
Prehospitale tjenester	57,5	57,8	258,3	283,5	280,2	3,3	9,8 %	680	
Administrasjon (skal være 0 p)	-	1,7	-	0,0	8,4	(8,4)	0,0 %	19	
Personalboliger, barnehager	2,3	2,5	6,1	8,0	7,1	0,9	30,1 %	21	
Personal	2,3	4,1	6,1	8,0	15,5	(7,5)	30,1 %	40	
Sum driftskostnader	645,1	636,5	3 000,7	3 148,9	3 139,8	9,1	4,9 %	7 507	

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

Regnskap per klinikk per mai - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	35,7	34,4	-1,2	0,0	168,3	162,4	-5,9	0,1
11 - Longyearbyen sykehus	2,6	3,0	0,4	0,0	11,6	11,6	0,1	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	20,3	19,2	-1,1	-0,3	83,4	77,7	-5,6	2,7
13 - Hjerte- lungeklinikken	16,8	15,7	-1,1	-0,3	75,3	72,2	-3,1	2,1
15 - Medisinsk klinikk	22,4	21,0	-1,3	0,9	111,4	104,8	-6,6	3,9
17 - Barne- og ungdomsklinikken	16,7	17,2	0,4	0,4	82,4	83,9	1,5	-2,5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	61,7	60,0	-1,7	-0,3	290,0	285,8	-4,3	0,0
19 - Neuro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	30,1	23,9	-6,2	-1,9	128,0	116,2	-11,8	-3,3
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	63,6	62,1	-1,5	0,0	298,0	299,5	1,6	0,0
30 - Diagnostisk klinikk	47,3	47,7	0,4	0,0	245,7	240,5	-5,2	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	1,5	1,9	0,4	0,0	2,1	2,8	0,7	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	47,1	46,5	-0,6	0,0	255,9	254,4	-1,5	0,0
52 - Stabssenteret	13,4	13,8	0,4	0,0	68,5	71,0	2,5	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	11,9	15,2	3,4	0,0	60,7	65,3	4,5	0,0
62 - Felles	-395,0	-385,1	10,0	2,0	-1 903,8	-1 865,1	38,7	8,8
Totalt	3,8	3,3	0,5	0,6	22,0	16,7	5,3	11,8

Gjennomføring av tiltak

Figur 35 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I 2016 er det budsjettert med en tiltakspakke på til sammen 167,1 mill kr. I mai er det beregnet en realisert effekt på 9,6 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 74 %. Til og med mai er gjennomføringsgraden 70 %.

Prognose

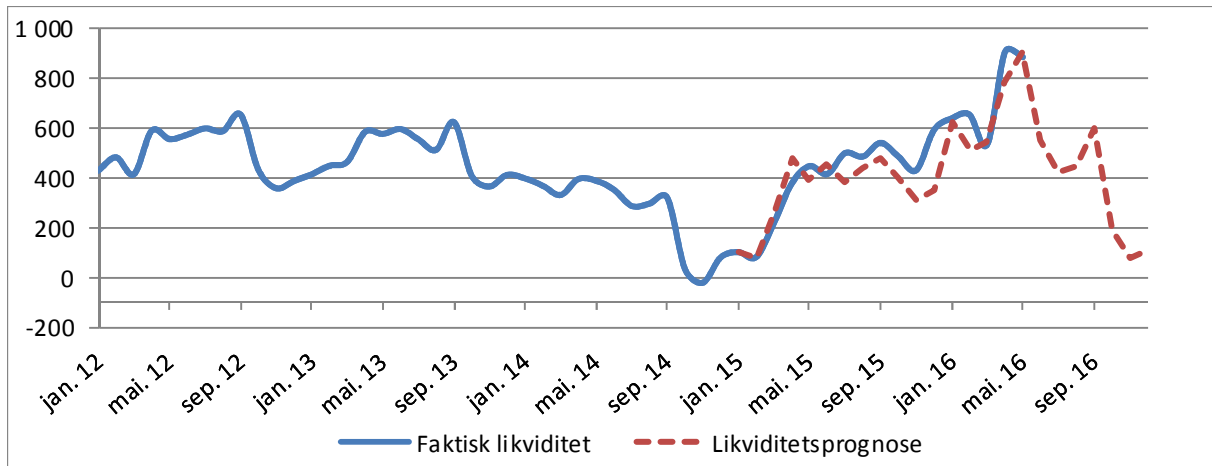
Tabell 19 Prognose fordelt på klinikk og nye tiltak (beløp i mill kr)

Regnskap	Avvik april	Avvik mai	Avvik per mai	Prognose mai	Nye tiltak	Behov for ytterligere nye tiltak
10 - Akuttmedisinsk klinikk	-0,3	-1,2	-5,9	-7,0	0,0	-7,0
11 - Longyearbyen sykehus	0,2	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-2,0	-1,1	-5,6	-6,6	5,1	-1,5
13 - Hjerter- lungeklinikken	5,1	-1,1	-3,1	-3,6	3,6	0,0
15 - Medisinsk klinikk	-1,5	-1,3	-6,6	-6,0	8,0	2,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	1,0	0,4	1,5	0,0	0,0	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	2,0	-1,7	-4,3	-10,0	0,0	-10,0
19 - Neuro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	-2,3	-6,2	-11,8	-19,0	0,0	-19,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,2	-1,5	1,6	0,0	0,0	0,0
30 - Diagnostisk klinikk	-2,6	0,4	-5,2	-12,0	12,2	0,2
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	-1,1	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	-1,4	-0,6	-1,5	0,0	0,0	0,0
52 - Stabssenteret	-1,3	0,4	2,5	0,0	0,0	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingscenteret	2,1	3,4	4,5	0,0	0,0	0,0
Sum klinikker og sentre	-2,1	-9,4	-33,2	-56,6	27,2	-35,3

UNN opprettholder resultatmålet på + 90 mill kr (+50 mill kr i forhold til budsjett). De klinikkene som har en underskuddsprognose for året, har fått i oppdrag å utvikle nye kompensierende tiltak innen 17. juni.

Likviditet

Figur 36 Likviditet



UNN har per utgangen av mai en likviditet på 884 mill kr i tråd med prognosen.

Investeringer

Tabell 20 Investeringer (tall i 1000 kr)

Investeringer , tall i mill kr	Restramme overført fra 2015	Investeringsramme 2016	Samlet investeringsramme 2016	Investert april 2016	Investert mai 2016	Sum investert 2016	Rest-forpliktels er (godkjent tidligere) mai	Rest disponibel investeringsramme inkludert forpliktelser	Forbruk i år av disponibel ramme
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	10,0		10,0	-1,2	-0,3	3,4		6,6	34 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	142,3	290,0	432,3	40,9	1,3	196,1		236,2	45 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-75,8	50,0	-25,8	15,7	0,5	56,7		-82,6	-220 %
Nytt sykehus Narvik	-1,4		-1,4	0,1	0,1	0,5		-1,9	-37 %
SUM Nybygg	75,1	340,0	415,1	55,5	1,6	256,7	0,0	158,4	0,6
Åsgård øvrige prosjekter	1,2		1,2	0,0	0,0	0,0		1,2	0 %
Åsgård Bygg 7	34,6		34,6	3,2	0,8	15,1		19,5	44 %
SUM Rehabilitering	35,8	0,0	35,8	3,2	0,8	15,1	0,0	20,7	0,4
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	0,0	0,4		12,2	3 %
SUM Prosjekter	15,0	0,0	15,0	0,3	0,0	2,9	0,6	11,5	0,2
Medisinteknisk utstyr	-0,2	87,0	86,8	6,8	2,8	22,8	63,6	0,4	26 %
Teknisk utstyr	8,0	12,0	20,0	0,9	0,2	2,0	2,3	15,7	10 %
Annet utstyr disponert av MTU-midler				0,2	0,0	0,3		-0,3	
Ombygginger		17,0	17,0	0,0	0,0	0,3		16,7	2 %
Ambulanser	-8,0	12,0	4,0	0,2	0,0	0,2		3,9	5 %
EK KLP	0,0	22,0	22,0	0,0	0,0	0,0	22,0	0,0	0 %
SUM Utstyr med mer	-0,1	150,0	149,89	8,1	3,0	25,6	88,0	36,3	0,2
SUM total	125,8	490,0	615,8	67,1	5,4	300,4	88,5	226,9	0,5

Samlet investeringsramme for 2016 er 615,8 mill kr. I mai er det bokført investeringer for 5,4 mill kr. For utstyr med mer er det bokført 3,0 mill kr og fremtidige forpliktelser er på 88,0 mill kr, som også inkluderer forpliktelser for egenkapitalinnskudd til KLP som forfaller til betaling i juni. Rest disponibel investeringsramme for utstyr med mer inkludert forpliktelsene er 36,3 mill kr.

Byggeprosjekter

Tabell 21 Byggeprosjekter ved utgangen av mai

	Pasienthotell	A-fløya	PET-senter	Bygg 7 Åsgård
HMS		H=55	Ingen avvik	Ingen avvik
Planlagt ferdigstillelse		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	34,6 mill kr
Sum investert hittil 2016	3,4 mill kr	196,1 mill kr	56,7 mill kr	15,1 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	667,2 mill kr	123,5 mill kr	86,6 mill kr
Investeringsramme P50	404 mill kr	1 596 mill kr	493,1 mill kr	96 mill kr
Prognose økonomiavvik	-82 mill kr		0	0



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
58/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	22.6. 2016
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Turid Oliva Fossem

Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

Innstilling til vedtak

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

Sammendrag

Etter behandlingen av foregående rapport, rapporteres det i denne saken fra fire nye tilsyn ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Av samtlige tilsyn som har pågått siden forrige rapportering, er tre avsluttet.

Saken synliggjør status for det enkelte tilsyn under saksutredningen i selve styresaken samt i vedlagte statusoversikt. Saken viser at frister for tilbakemelding etter tilsyn er overholdt, med ett unntak. Det gjelder oppfølgingen etter kontroll fra Troms kraft A/S. De venter på tilbakemelding etter deres tilsyn 11.11.2015, hvor de gjennomførte kontroll av elektriske anlegg ved 12 boenheter/ adresser i Tromsø (Ishavsveien).

Det foreligger sluttrapport fra tre eksterne tilsyn etter forrige rapportering. Den første rapporten er fra Internrevisjonen i Helse Nord RHF. Internrevisjonen har undersøkt om det er etablert internstyring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles, i samsvar med foretakets behov. Revisjonen ga fem anbefalinger til forbedringer. Disse vil bli fulgt når det felles regionale IKT-verktøyet for kompetansestyring er implementert, etter planen i løpet av 2017.

Den andre rapporten er fra Arbeidstilsynet, etter tilsyn ved Pingvinhotellet UNN Tromsø. Formålet med dette tilsynet var å se om virksomheter som driver med overnatting og servering følger Arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade. De fant ingen grunn til å varsle om pålegg.

Den tredje er også fra Arbeidstilsynet, etter tilsyn ved UNN Narvik, Medisinsk -og kirurgisk felles sengepost. Arbeidstilsynet varsler at de vurderer å gi pålegg for manglende kartlegging og risikovurdering, tiltak og planer innenfor helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.

Direktøren er opptatt av å se resultater etter tilsyn i sammenheng med risikostyringen og bruken av avviksmeldingssystemet. Det pågår nå videreutvikling av disse systemene, og sammenhengene er nærmere beskrevet i sakens vurderingsdel.

Bakgrunn

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

Formål

Formålet med denne saken er å gi styret oversikt over funn i, og oppfølging av, gjennomførte eksterne tilsyn, samt interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF i helseforetaket fra 7.3.2016 til og med 30.5.2016. I saken rapporteres det på status for foretakets egen oppfølging.

Saksutredning

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

Statusrapport

Det er siden forrige rapportering gjennomført fire tilsyn.

- Statens legemiddelverk har gjennomført tilsyn ved Diagnostisk klinikk, Laboratoriemedisin, Blodbanken i uke 16. Tilsynet omfattet blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter. Hensikten med tilsynet var å påse at tilvirkningen er i overensstemmelse med gjeldende regelverket. Det ble observert 13 avvik, ingen var kritisk og det er iverksatt tiltak for å lukke samtlige.
- Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført revisjon innenfor *Samstemming av legemiddellister*. Revisjonens formål er å kartlegge status i foretakets arbeid med innføring av *Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke* for samstemming av legemiddellister, samt bekrefte at foretaket har konkrete planer som gir rimelig sikkerhet for at tiltakene er implementert innen utgangen av 2016. Det er mottatt en foreløpig rapport som er til høring med svarfrist 8.6.2016.
- Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved UNN Narvik (somatikk) 21.4.2015. Bakgrunnen for tilsynet var å se om virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade. Det er mottatt varsel om at de vurderer å gi

pålegg. Dersom virksomheten mener at Arbeidstilsynets beskrivelser ikke er korrekte, ber de om skriftlig tilbakemelding innen 10.6.2016.

- Arkivverket/ Statsarkivet i Tromsø har gjennomført tilsyn ved UNN sine arkiver 24.5.2016. Bakgrunnen for tilsynet var oppslag i mediene om feilplassering av pasientinformasjon ved digitalisering.

Avsluttede tilsyn

I tillegg til at Arbeidstilsynets tilsyn ved Pasienthotellet, Pingvinhotellet er avsluttet, har Miljødirektoratet avsluttet sitt tilsyn etter kontroll av kjøle- og ventilasjonsanlegg.

Arbeidstilsynet har lukket tre av åtte pålegg ved Ambulanseavdelingen, seksjon 6. De fem gjenværende pålegg har fått nye frister.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har avsluttet sitt tilsyn etter sitt besøk høsten 2015. Dette var et oppfølgingstilsyn rettet mot foretakets systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, i tillegg til opplæring i sikker bruk av medisinteknisk utstyr samt melderutiner.

Statens strålevern har tidligere lukket fire avvik etter deres tilsyn vedrørende organisering og internkontroll av strålevern, kompetanse og ressurser, opplæring, kvalitetskontroll og vedlikehold av apparatur. De resterende fem avvikene er utbedret og det er formidlet til Strålevernet innen frist. Statens strålevern har nå meldt tilbake at to avvik står fortsatt åpen. Det gjelder for persondosimetri ved Anestesi- og operasjonsavdelingen og system for dokumentasjon av opplæring i laserbruk ved Hudavdelingen. Det er anslått at kartleggingen av behov for persondosimetri vil ta én til to måneder, og Statens strålevern har gitt UNN frist til 1.8.2016 for å lukke begge avvikene.

Kommende tilsyn

Det er ikke meldt om nye tilsyn.

Medvirkning

Saken ble forelagt brukerarbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalg samt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 6-8.6.2016. Protokoller og referat fra møtene vil bli behandlet som egne referatsaker i styrets møte 22.6.2016.

Internrevisjonen vedrørende vedlikehold og utvikling av kompetanse, ble av ansattes organisasjoner og vernetjenesten ansett som et så viktig område, at de vil ta saken til videre vurderinger med Personal- og organisasjonsavdelingen.

For øvrig fikk saken tilslutning i samtlige møter til å fremmes for styrets behandling.

Vurdering

Med hensyn til det systematiske forbedringsarbeidet ved UNN, vektlegges sikkerhetstenkning og risikostyring i den tertialvise rapporteringen *Ledelsens gjennomgang*. Resultater etter tilsyn og revisjoner følges opp blant annet i dialogavtaler, oppfølgingsmøter med enhetene og i

kvalitetsutvalget. Tilsynsmyndighetene har ved ulike tilsyn likevel funnet mangler ved prosedyrer, og manglende etterlevelse av prosedyrer.

I oppfølgingen av arbeid med å utvikle UNN som en lærende organisasjon er det gjennomført en workshop i direktørens ledergruppe. Hensikten var å belyse hvordan håndteringen av meldte avvik følges opp, både når det gjelder å definere forbedringstiltak samt å sikre læring i hele foretaket. Etter dette møtet ble det gjennomført oppfølgende gjennomganger med leder av brukerutvalget og med Pasient- og brukerombudet i Troms, samt med de ansattes organisasjoner.

Direktørens ledergruppe vil i slutten av juni 2016 behandle en oppfølgende sak og vedta ny sammensetning av og nye mandater for pasientsikkerhetsutvalget og kvalitetsutvalget, samt en rekke andre tiltak med mål om at disse skal kunne bidra ytterligere i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon. Økt forbedringskompetanse gjennom mer systematisk og bedre opplæring av ledere og ansatte samt bedret lederstøtte og tiltak for å involvere medarbeidere inngår også i dette. Noen av tiltakene kan gjennomføres på kort sikt, mens andre er mer langsiktige. Arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon er en kontinuerlig prosess.

Direktøren vil fremheve arbeidet med gjennomføring av risikovurderinger som gjøres i foretaket. Risikovurdering er en systematisk gjennomgang av hva som kan gå galt, og brukes for å vurdere om eksisterende tiltak er gode nok, eller om det må iverksettes og gjennomføres nye tiltak for å redusere risikoen. Dette kan igjen danne grunnlag for handlingsplaner og fokusert innsats for å minske risiko for svikt. Oppfølging av dette vil bli vektlagt fremover.

Konklusjon

Denne saken belyser den faste oppfølgingen av gjennomførte og pågående tilsyn. Tilsyn er ett av flere viktige virkemidler for å følge opp intensjonene i lovverket, og skal medvirke til at tjenestene og arbeidsmiljøet er fullt ut forsvarlig, og i tråd med vedtatte planer og føringer. Det overordnede mål for direktøren i det arbeidet som er igangsatt er å sikre kontinuerlig forbedring av kvalitet og avviksbehandling, for slik å utvikle UNN som en lærende organisasjon.

Tromsø, 10.6.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tilsynsrapport – eksterne tilsyn – status

Tabellen under viser hvilke eksterne tilsyn som er gjennomført før 30.5 2016 hvor de er utført, funn, frister, tiltak og hvilke pålegg /avvik som er lukket siden forrige rapport.

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

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

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

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR. 1 Arkivverket Statsarkivet i Tromsø	UNN HF 24.5.2016	Tilsyn av UNNs arkiver		16/ 1959		Venter på rapport	
NR. 2 Arbeidstilsynet	UNN Narvik 21.4.2016	Tilsyn for å se om virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade.	Arbeidstilsynet varsler at de vurderer å gi pålegg i forhold til deres funn av mangler ved kartlegging og risikovurderinger og tiltak og planer for å redusere risikoforholdene i virksomheten.	16/ 1335		Frist 10.6.2016	
NR. 3 Helse Nord	Sykehusledelsen, Medisinsk klinikk, Kvalitets- og utviklings-senteret og Sykehusapotek Nord 21.4.2016	Samstemming av legemiddellister. Formålet med revisjonen var å undersøke status i arbeidet med innføring av pasient- og sikkerhetsprogrammets tiltakspakke for samstemming av legemiddellister, og bekrefte at foretaket har konkrete planer	Utkast til rapport er til høring, frist 8.juni 2016	16/ 1527		Venter på endelig rapport	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
		som gir rimelig sikkerhet for at tiltakene er implementert innen utgangen av 2016					
NR. 4 Statens lege-middel-verk	Diagnostisk klinikk Laboratorie medisin Uke 16/ 2016	Tilsynet omfatter blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter. Hensikten er å påse om tilvirkningen er i overensstemmelse med gjeldende regelverk for tilvirkning av blodkomponenter	På oppsummeringsmøte ble det enighet mellom tilsynet, klinikkssjef og avdelingsleder ved Laboratoriemedisin om 13 forbedringsområder/ observasjoner. Fem observasjoner gjelder funn av prosedyrer som enten er utdatert, uautorisert eller at det foreligger to prosedyrer som dekker samme tema. -Validering av IT systemer godkjennes av en person, skal godkjennes av to personer. -I 2015 var 2 av kvalitetskontrollene for hemoglobin i erytrocyttkonsentrat utenfor kravene. Hittil i 2016 har 5 av 42 prøver vært utenfor. -I Tromsø foreligger det ingen kurver eller diagram som benyttes til rutinemessig å følge utviklingen av kvalitetskontroller. -Kasser med blod og trombocyttkonsentrat som sendes fra tappestasjon i Tromsø til prosessering ved sykehuset forsegles ikke når de sendes med budbil eller taxi. -Produksjonsloggen for	15/ 5896	Laboratoriemedisin er i gang med å rette opp samtlige avvik.	Venter på rapport.	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			komponentfremstilling ved Tromsø er en hendelseslogg. Det foreligger ikke et system for trending av hendelsene. Det foreligger ingen kommentarer eller dokumenterte tiltak i de tilfellene når kjøleskapttemperaturen, der kontroller til viruscreening lagres, er under minimumskravet.				
NR. 5 Intern-revisjonen i Helse Nord	-Psykisk helse- og rusklinikken -Diagnostisk klinikk -Nevro-, ortopedi- og rehabklinikken Februar 2016	Vedlikehold og utvikling av kompetanse. Revisjonens formål er å bekrefte at det er etablert en intern styring og kontroll i foretaket som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles i samsvar med foretakets behov.	Rapporten gir fem anbefalinger 1. Innføre retningslinjer som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres, med tilhørende maler og verktøy. 2. Vurdere og beskrive kompetansebehovet på egnet nivå i foretaket. 3. Sørg for at det foreligger oppdaterte kompetanse-oversikter i alle enheter. 4. Sørg for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetanse-tiltak som skal prioriteres i en definert tidsperiode. 5. Dokumentere gjennomførte kompetansetiltak slik at det fremkommer hva som har vært tema og hvem som har deltatt.	15/ 5758	Rapporten er sendt til de berørte og en person til å ha ansvar for at den blir fulgt opp blir utpekt. Når handlingsplanen er klar legges den ved styresak som vedlegg og sendes til Internrevisjonen Helse Nord.	Rapporten skal behandles i styret i Hele Nord 15.6. 2016	Rapporten har læring til samtlige klinikker. Stabscenteret koordinerer oppfølging i foretaket.
NR. 6 Arbeids-tilsynet	UNN HF Pasient-Hotellet 27.1. 2016	Oppfølging/ kontroll vedr. Arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom	Arbeidstilsynet fant ikke grunn til å gi varsel om pålegg for de temaene som de gikk igjennom under tilsynet: -Organisering av arbeidet -Arbeidsavtaler og arbeidstid,	16/ 218		LUKKET i brev av 31.3.2016	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
		og skade	-Verneombudsordning, -Medvirkning, -Opplæring og bruk av bedriftshelsetjeneste				
NR. 7 Riks-revisjonen	UNN HF 19.1. 2016	Bruk av poliklinisk bildediagnostikk		16/ 397	Etterspurte opplysninger er sendt innenfor fristen 23.2. Tilbakemelding forventes å komme i Riksrevisjonens årlige rapport november 2016, ikke spesifikt til UNN	Venter på tilbakemelding,	
NR 8 Riks-revisjonen	UNN HF 26.11.2015	Medisinsk koding i spesialist-helsetjenesten	UNN HF er ett av ti sykehus som er valgt ut til denne revisjonen	15/ 5562	Avdelingsdokumentasjon og Journaldokumentasjon er oversendt Tilbakemelding som over.	Venter på tilbakemelding, som over	
NR. 9 Miljø-direktorat-et	Drift- og eiendoms-senteret, Teknisk avdeling 27.10.2015	Landsomfattende kontroll med anleggseiere av kjøle/ ventilasjonsanlegg som inneholder fluorholdige klimagasser (f-gasser)	To avvik: -Virksomheten kan ikke dokumentere at det er gjennomført lekkasjetesting i henhold til krav i regelverket -Noen av virksomhetens ventilasjon-/ kjøleanlegg er ikke tilstrekkelig merket. Miljødirektoratet melder 8.1. 16 at de ikke har mottatt tilbakemelding etter deres inspeksjon. Fristen var satt til 1.12.2015. De gir nå en ny frist og skriver at dersom de ikke mottar en skriftlig tilbakemelding innen 10.2. 2016 som bekrefter at avvikene er rettet, påløper en tvangsmulkt på kr 30.000,-.	15/ 5648	Teknisk avdeling har utarbeidet en grundig handlingsplan som viser hva de har gjort og videre plan for å rette opp avvikene. Dette ble levert innenfor ny frist og det blir ingen tvangsmulkt. Miljødirektoratet tar redegjørelsen til orientering og forutsetter at avvikene er rettet opp. Gjennomføringen av tiltakene vil bli fulgt opp ved neste tilsyn. Inspeksjonen anses som avsluttet.	LUKKET i brev av 10.3.2016	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR. 10 Troms Kraft	UNN HF 11.11. 2015	Kontroll av det elektriske anlegget i 12 boenheter i Ishavsveien	Her ble det avdekket feil i 5 boenheter_	15/ 5504	Alle forholdene er bestilt rettet av Bravida, men Troms Kraft ved Det Lokale Eltilsyn (DLE) melder 2.5. 2016 at de ikke har mottatt melding om at feil og mangler er tilfredsstillende utbedret.	Venter på svar fra teknisk	
NR. 11 Fylkesmannen i Troms	Akutt-medisinsk klinikk, Ambulanse-avdelingen, Seksjon 6. 27.10.2015	Anmodning om opplysninger i tilsynssak vedrørende bemanningen i Ambulanse-avdelingen i Seksjon 6. og at biler har vært satt ut av drift.		15/ 5116	Fylkesmannen har fått svar. (13.11.2015) Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær. Det er planlagt utarbeidelse av ny ambulanseplan i 2016. I den forbindelse skal det gjøres en ny analyse av dagens organisering og dimensjonering av tjenesten. Denne skal styrebehandles sannsynligvis i desember 2016.	Venter på tilbake-melding	Følges opp i Akuttmedisinsk klinikk blant annet i arbeidet med ny ambulanseplan.
NR. 12 Arbeids-tilsynet 26.10.2016	Akutt-medisinsk klinikk, Ambulanse-avdelingen, Seksjon 6.	Undersøke om UNN HF jobber systematisk med helse, miljø og sikkerhet for å ivareta arbeidsmiljøet til ansatte og ledere i ambulansetjenesten.	Det ble varslet om 8. pålegg innenfor HMS: <i>HMS arbeid - gjennomgang av internkontrollen</i> - Lukket <i>HMS-arbeid - kartlegging og risikovurdering</i> - Vedtak om pålegg med frist 01.06.2016 <i>HMS arbeid - opplæring i bruk av avvikssystem</i> - Lukket <i>Opplæring - arbeidstaker som er satt til å lede andre</i>	15/ 4326	Virksomheten har gitt tilbakemeldinger slik at tre av åtte pålegg er lukket. De resterende pålegg har fått nye frister for lukking. Virksomheten arbeider med å lukke påleggene innenfor ulike frister. Når det gjelder arbeidsplasser og arbeidslokaler – utforming og innredning er det krav til arbeidsgiver om å sørge for at arbeidslokalet og atkomsten er utformet og innredet	Ny frist 1.9.2016	Tiltakene etter oppfylte vilkår gjøres kjent i hele ambulanseavdelingen.

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			<ul style="list-style-type: none"> - Vedtak om pålegg med frist 01.06.2016 <i>Bedriftshelsetjeneste - plan for bistand</i> - Lukket <i>Arbeidstid - vurdering av om arbeidstidsordningene er fullt forsvarlig</i> - Vedtak om pålegg med frist 01.06.2016 <i>Arbeidstid - rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene</i> - Vedtak om pålegg med frist 01.08.2016 <i>Arbeidsplasser og arbeidslokaler - utforming og innredning</i> Gjennomgang av internkontrollen -Kartlegging og risikovurdering -Opplæring i bruk av avvikssystem -Opplæring –arbeidstaker som er satt til å lede andre -Bedriftshelsetjeneste -plan for bistand -Arbeidstid-vurdering av om arb.tidsordningen er fullt forsvarlig -Arbeidstid – rutine for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene -Arbeidsplasser og arbeidslokaler-utforming og innredning 		med sikte på den virksomheten og de arbeidsplasser som skal finnes i lokalet og at en velferdsmessig standard er ivaretatt.		
NR. 13	Akutt-	Postalt tilsyn: Det bes om	Arbeidstilsynet ber i brev av 4.2.16 om oppdatert statusrapport mht. hvordan	15/ 4368	Etterspurt dokumentasjon er sendt innenfor frist 5.10. 2015	Ny frist er ikke	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
Arbeids-tilsynet	medisinsk klinikk, Ambulanse-avdelingen, Seksjon 7. 16.9. 2015	kommentarer til verneombudets melding om mangler vedr. ambulanse-stasjonenes lokaler	arbeidsmiljøet p.t. ved hhv. Ambulansetjenesten Harstad og Hansnes følges opp, samt en beskrivelse av hvordan det arbeides med å få løst opp i de arbeidsmiljøutfordringene som synes å være tilstede ved begge stasjonene. Når det gjelder Hansnes avsluttet Arbeidstilsynet denne saken 8.7.15, men etter ny henvendelse fra verneombud gjenopptar de saken. Arbeidstilsynet oppfordrer arbeidsgiver og arbeidstakersiden om å gå i dialog og gi en felles tilbakemelding. Arbeidstilsynet ga 10.3. 2016 ny frist for å få en oppdatert statusrapport mht. hvordan arbeidsmiljøet er p.t. ved ambulansestasjonen samt en beskrivelse av hvordan de gjennom en systematisk HMS- arbeid arbeider med de arbeidsmiljøutfordringene som synes å være til stede. Her ga Arbeidstilsynet frist 1.5. 2016.		19.10.2015 ble det avholdt møte hvor lokal ambulanseledelse og verneombud deltok. Her er forbedringsområdene gjennomgått slik at de har en felles forståelse av nødvendige tiltak. Enkelte tiltak er allerede iverksatt. Ambulansestasjonen fortsetter der den i dag er lokalisert. Virksomheten fikk ikke levert etterspurt dokumentasjon innenfor fristen 1.5. 2015 og ba om ny utsettelse. Venter på svar. Rapporten er nå klar fra seksjonsleder og er til gjennomgang med tillitsvalgte og verneombud.	avklart	
NR. 14 Direktorat-et for samfunns-sikkerhet og beredskap	Hjerte- og lunge- klinikk, - Operasjons- og intensiv klinikk -Diagnostisk klinikk	Oppfølging etter tilsyn i 2014, rettet mot foretakets systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Opplæring og sikker bruk av MTU Melderutiner	Funn og inntrykk fra dette tilsynet ble presentert på sluttmøte 13.11. 2015. UNN får god tilbakemelding på iverksatte tiltak og viser til et aktivt internkontrollsystem hvor alle prosedyrer er beskrevet i Docmap. Overordnede prosedyrer er felles for alle sykehusene, de er kjent og benyttes på avdelingsnivå.	15/3103	DSB sendte purring på tilbakemelding på de tiltak som skulle ha vært iverksatt innen 31.1. 2016. Det ble gitt ny frist, saken besvart innen denne. DSB aksepterer virksomhetens oppfølging av avvik og anmerkninger og anser tilsynet for avsluttet.	LUKKET i brev av 13.5. 2016	Opplæring og informasjon om melderutiner ved uønskede hendelser med medisinsk teknisk utstyr tas opp ved samtlige lokalisasjoner.

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
(DSB)	9.-13.11. 2015		Det ble gitt to avvik og to anmerkninger. Det første avviket skyldes at Helseforetaket ikke er registrert i Elvirksomhetsregisteret og det andre er at UNN ikke systematisk rapporterer alle uønskede hendelser/avvik på elektromedisinsk utstyr til DSB.				
NR. 15 Helse Nord RHF	Medisinsk klinikk, Hjerte- og lungeklinikk -en UNN HF 30.9. og 1.10.2015	Revisjonen omfatter Helse Nord RHF's og helseforetakenes rutiner for oppfølging av fagplaner generelt, samt den konkrete oppfølgingen av følgende fagplaner: Regional handlingsplan for: -Nyremedisin -Lungemedisin -Smittevern-plan -Diabetes -Tuberkulose-kontrollprogram	Internrevisjonen har gitt anbefalinger innenfor alle revisjonens fokusområder, både til Helse Nord RHF og til helseforetakene. Anbefalinger som kan øke sikkerheten for en faglig utvikling i samsvar med vedtatte fagplaner. Helseforetakene får tre anbefalinger: 1. Utarbeide implementeringsplaner for hver enkelt fagplan. 2. Integrere mål/tiltak for fagplaner i sine styringssystemer. 3. Ha en aktiv oppfølging i lederlinjen for å sikre at eventuelle mangler i gjennomføringen blir avdekket og korrigert i tide. Internrevisjonen har konstatert at det i liten grad framkommer av formelle styringsdokumenter at vedtatte fagplaner er fulgt opp ved konkretisering i oppdragsdokument og budsjett det enkelte år, slik styrevedtakene for flere av fagplanene	15/ 4035	Rapporten er sendt til ledelsen og til dem som deltok i revisjonen. UNNs oppfølging av anbefalingene vil bli lagt ved som vedlegg til styresaken så snart den er klar. Styret i Helse Nord RHF behandlet denne rapporten 24.2. 2016 og tar <i>Internrevisjonsrapport 09/2015: Oppfølging av vedtatte fagplaner i Helse Nord</i> til orientering. Styret ber adm. direktør om en tilbakemelding høsten 2016, om hvordan rapportens anbefalinger følges opp.	Ikke avklart frist	Rapportens anbefalinger tas opp i ledermøter. Det avventes saker i regionalt direktørmøte og fagsjefmøte for tiltaksplan utarbeides.

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			forutsetter.				
NR. 16 Statens strålevern	UNN Tromsø 8.-10. - 9. 2015	Organisering og internkontroll av strålevern, kompetanse og ressurser, opplæring, kvalitetskontroll og vedlikehold av apparatur,	9. Pålegg: 1. Virksomheten må etablere et system for årlig opplæring i strålevern og strålebruk LUKKET med forbehold. 2. Hudavdelingen må etablere skriftlige prosedyrer for bruk av co2 laseren LUKKET 3. Hudavdelingen må etablere rutiner som sikrer dokumentasjon av apparatspesifikk opplæring ved bruk av laser. 4. Virksomheten må utarbeide en plan for gjennomføring av dokumentasjon av den apparatspesifikke opplæringen for de som er involvert i bruken av C-buer i lokalene til anestesi- og operasjonsavdelingen LUKKET 5. Virksomheten må utarbeide en plan for gjennomføring av optimalisering av strålebruken i lokalene til operasjon- og anesthesiavdelingen 6. Virksomheten må kartlegge behovet for persondosimetri for personell som arbeider i lokalene til anestesi- og operasjonsavdelingen 7. Generell Røntgen / CT må utarbeide en plan for gjennomføring og dokumentasjon av apparatspesifikk opplæring. 8. Generell Røntgen / CT må utarbeide en plan for gjennomføring av optimalisering av protokoller /	15/ 3230	Det er sendt inn en ryddig oversikt over hvordan virksomheten ønsker å lukke de gjenstående avvikene. På denne bakgrunn lukker de avvik 1. under forutsetning av at Dental virksomhet inkluderes i tidsplanen. I tillegg lukkes avvik 4. og 7. Når det gjelder avvik 3. mangler det en prosedyre for CO2 laseren. Avvik 6.: Her skal det sendes inn konklusjon på den kartleggingen som er igangsatt.	Frist 1.8.2016	Tilsynets funn og konklusjoner følges opp av strålevernfunksjonen i UNN i alle aktuelle lokalisasjoner i foretaket. Det berørte personalet må pålegges en frist for gjennomgang av denne opplæringen og leder må sikre at opplæringen dokumenteres.

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			prosedyrer LUKKET 9. Generell Røntgen / CT må utarbeide rutiner som sikrer at stråledosen ved undersøkelser av barn alltid blir registrert. LUKKET				
NR. 17 Direktorat et for samfunns- sikkerhet og beredskap (DSB)	Longyear- byen sykehus 10.9.2014	Oppfølging av revisjon 2013	To avvik: 1. Prosedyren som skal sikre at det elektromedisinske utstyr brukes i hht. bruksanvisning følges ikke av legene. 2. I følge fremlagt dokumentasjon av vedlikehold av det elektromedisinske utstyr er det restanser i det planlagte vedlikehold. Generelle funn: De elektriske anleggene synes å være i god stand. Det mangler risikovurdering av de elektriske anlegg (Bygget er fra 1991).	14/ 4398	Innskjerping av rutiner er foretatt. Dokumentasjon på gjennomført opplæring arkiveres i ePhorte. Det er sendt svar til DSB hvor tiltakene for å lukke avvik er beskrevet.	Venter på tilbake-melding	
NR. 18 Ofoten Brann IKS	Psykisk helse- og rusklinikken/ Russeksjon Narvik 25.9. 2014 Buveien 75 Håkvik	Brannsikkerhet	Tilsynet fant at et avvik fra tidligere tilsyn (2013) ikke var lukket: Stasjonære slokkeanlegg mangler kontrollavtale I tillegg ble det avdekket 4 avvik: -HMS er mangelfullt dokumentert, -Dokumentasjon av sikkerhet er mangelfull -Ansvarlig brannvernleder er ikke utpekt etter omorganisering -Stasjonære slokkeanlegg mangler noe dokumentasjon.	13/ 4650	Det er utarbeidet tiltaksplan for å lukke avvikene. Planen er sendt innenfor fristen. (2.11. 2015)	Venter på tilbake-melding	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
NR. 19 By-utvikling Tromsø kommune	Psykisk helse- og rusklinikken. 23.4.2015	Postalt tilsyn etter bekymrings-melding fra Tromsø Kommune etter tilsyn ved UNN Åsgård	I forbindelse med utførelsen av brannteknisk inspeksjon av Tromsø Kommune ble det avdekket forhold som synes i strid med Plan og bygningsloven	12/ 3057	Det er utarbeidet svar med plan for utbedring av den branntekniske tilstand	Venter på tilbakemelding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drift og eiendomssenteret.
NR. 20 Brann og redning Tromsø Kommune	Drifts- og eiendomssenteret, Teknisk drift 30.6.2014	Brannsikkerhet; bygningsmessige, tekniske og utstyrsmessige brannsikrings tiltak	Fem avvik: 1. Eiers bygningsdokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 2. Eiers tekniske dokumentasjon var mangelfull slik det fremkom under tilsynet 3. Røyk og branncellebegrensede bygningsdeler/ konstruksjoner virker ikke som forutsatt 4. Farlig stoff/ anlegg er ikke meldt til DSB 5. Rømningsveier tilfredsstillende ikke krav om rask og sikker rømming	14/ 4296	Teknisk avdeling arbeider for å finne løsninger for å utbedre de avvik som er beskrevet, samt etablere og vedlikeholde rutiner i hht. HMS forskriften. Tiltaksplan med detaljert beskrivelse av tiltak, hvem som er ansvarlig for at de blir gjennomført og tidsfrister er sendt innenfor frist.	Venter på tilbakemelding	Planen for utbedring tas bredt opp i Drifts- og eiendomssenteret
NR. 21 Fylkesmannen i Troms	Diagnostisk klinikk, Røntgenavdelingen. 8.9.2015	Bekymrings-melding hvor det fremgår at bemannings-situasjonen medfører lang ventetid på beskrivelser av billed-diagnostiske undersøkelser	Fylkesmannen har fått etterspurt dokumentasjon og finner at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jfr. Internkontrollforskriften § 4 Fylkesmannen ber om ny redegjørelse om situasjonen ved røntgenavdelingen per. 1. 4. 2016. Redegjørelsen bør inneholde statusoppdatering og	15/ 4314	Klinikksjefen har i sin tilbakemelding redegjort for situasjonen. Svartiden er for lang og prosedyren som prioriterer rekkefølgen av undersøkelser følges ulikt. Det er gjennomført flere tiltak for å stabilisere driften. Det er lyst ut flere overlegestillinger og det arbeides med å få på plass nye leger. Når nye LIS leger er opplært til vakt vil overlegene som nå tar disse vaktene	Venter på tilbakemelding	

REVISJON S-PART	STED	TEMA	FUNN	SAKS NR	TILTAK I KLINIKKEN/ FORETAKET	STATUS	LÆRINGSMOMENTER FOR ANDRE AVDELINGER/ ENHETER
			vurdering fra ledelsen		være mer tilstede på dagtid og vil bedre situasjonen med lang svartid. I Harstad tilsettes det to nye radiologer i løpet av første halvår 2016. Ledelsen har gitt ny redegjørelse innenfor fristen 1.4. 2016, som beskriver situasjonen som fortsatt vanskelig. Det bukes svært mye tid og ressurser på å bedre situasjonen og de har beskrevet flere tiltak og løsninger som de forventer skal gi pasienten et bedre tilbud.		

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

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

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

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Definisjon av avvik

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

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

Definisjon på pålegg

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

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

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



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
59/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	22.6.2016
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Line Lura/ Einar Bugge

Ledelsens gjennomgang

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.

Sammendrag

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

Ledelsens gjennomgang avdekker svakheter i og områder for forbedring av det etablerte systemet. Denne gjennomgangen, knyttet til målinger for første tertial 2016, fokuserer i hovedsak på virkningen og gjennomføring av aktiviteter knyttet til internkontrollsystemet, på meldekultur og avvikshåndtering samt ivaretagelse av pasientsikkerhet med fokus på smittevern. Direktøren vurderer *Ledelsens gjennomgang* tertialvis på foretaksnivå samt årlig gjennomgang på klinikknivå som et nyttig og nødvendig tiltak i kvalitetsarbeidet.

På bakgrunn av *Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2016*, har Kvalitetsutvalget i UNN anbefalt følgende forbedringstiltak:

- Kvalitetsavdelingen foretar utvalg og analyse av årsaksforhold som kan være indikatorer for HMS-forhold, med hovedfokus på arbeidsmiljørelaterte forhold, og forelegger dette Kvalitetsutvalget og AMU.
- Antibiotikastyringsprogrammet følges opp i henhold til vedtatt plan.
- Kvalitetsutvalget anbefaler direktøren å be klinikkjef for Kirurgi- kreft- og kvinnehelseklinikken om tilbakemelding på hva som konkret gjøres for å sikre at oppfølging av forekomst av postoperative sårinfeksjoner (NOIS-registreringer) kommer på plass også ved UNN Narvik.

I tillegg følges arbeidet med alle områder i kvalitetssystemet opp i tråd med tidligere vedtak i kvalitetsutvalg og ledergruppe. Det vises også til den til dels omfattende tiltakslisten som ble presentert i forbindelse med *Ledelsens gjennomgang* for 3. tertial 2015.

Bakgrunn

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

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

Formål

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

Saksutredning

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

I denne *Ledelsens gjennomgang* er det emnet *smittevern* som bidrar til å gi styret konkret informasjon om status for pasientsikkerhet i foretaket.

Styrende dokumenter

UNN har nå 20 336 dokumenter som inngår i kvalitetssystemet. Det er fortsatt flere nyutgivelser av dokumenter enn det antallet som trekkes tilbake. Knapt 5 % av dokumentene er ikke vedlikeholdt og revidert innen fristen (en liten nedgang fra forrige tertial). Det er viktig at innholdet i de enkelte dokument er av faglig god standard, ikke minst med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet, og dermed for at UNN skal kunne leve opp til visjonen. UNN har fortsatt en utfordring med for mange parallelle og overlappende prosedyrer mellom enhetene, som bør samles i færre, felles prosedyrer.

Avviksbehandlingen

Det har de siste årene vært en jevn økning i antall meldte avvik i foretaket. Antall avviksmeldinger er 2565 i 1. tertial 2016, som er 4 % økning fra samme tertial 2014. Den hyppigst angitte årsak til avvik også siste tertial er *Skriftlig prosedyre ikke fulgt*.

Kvalitetsavdelingen har startet et arbeid med å identifisere avvik som kan være indikatorer for HMS-forhold, og vil arbeide videre med å analysere og vurdere dette.

Det meldes betydelig flere pasienthendelser (avvik knyttet til enkeltpasienter), 449 i første tertial 2016 mot 232 i samme tertial i fjor. Det er i første tertial 2016 meldt 147 pasienthendelser mot 160 i første tertial 2015 til Nasjonalt kunnskapssenter etter §3-3, hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient.

Interne revisjoner

Det er i første tertial 2016 gjennomført fire interne revisjoner i UNN. Det arbeides systematisk med å sikre gjennomføring av årets plan for interne revisjoner.

Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på pasientsaker første tertial 2016 er 19 dager mot 20 dager i første tertial 2015. Klager fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og pasient/pårørende er de saker som har lengst svartid fra avdelingene.

Smittevern

Smittevernssenteret i UNN utarbeider årlig rapport over antibiotikabruken i foretaket. Denne rapporten, sammen med data fra nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten viser at UNN de siste årene har hatt en klar nedgang i samlet antibiotikabruk, og særlig en nedgang i bruk av bredspektrede antibiotika. UNN er nå det foretaket i landet som har lavest forbruk av bredspektrede antibiotika, korrigert for liggedøgn.

Det har de siste to årene vært satt et kraftig fokus på intensivering av smittevernarbeidet for å oppnå bedret pasientsikkerhet med færre sykehusinfeksjoner ved UNN. Smittevernutvalget ledet av smittevernoverlegen har foreslått tiltak som har vært iverksatt og fulgt opp.

Tall fra *Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner* (NOIS) for 2015 viser at andel pasienter som får dype infeksjoner etter hjertekirurgi er redusert sammenlignet med de foregående årene, og gjennomgående er det få pasienter som får dype infeksjoner etter de kirurgiske inngrep som er inkludert i målingene. Det er god oppfølging av alle inngrep med unntak av galleblæreoperasjoner ved UNN Tromsø og UNN Harstad, men manglende oppfølging av flere inngrep ved UNN Narvik for hele 2015.

Det rapporteres etter 1. tertial 2016 om god gjennomføring av smittevernvisitter i mange enheter ved UNN, der det blant annet er fokus på basale smittevernrutiner som korrekt bekledning samt at ansatte har fått opplæring i håndhygiene. Mange sengeposter kan vise til 100 % gjennomføring av månedlige smittevernvisitter, mens andre enheter ikke følger dette opp like godt.

Medvirkning

Rapporten ble forelagt brukerarbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalg og drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 6-8.6.2016. Styresaken ble deretter ferdigstilt. Protokoller og referat fra møtene blir behandlet som egne referatsaker i styret 22.6.2016.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten gjennomgikk rapporten med fokus på arbeidet med kontinuerlig læring og forbedring (tidligere benevnt læringsoverføring) samt utvikling av volumet på melding av hendelser. Det ble på nytt oppfordret til at registreringer som gjøres

vedrørende brudd på arbeidstidsbestemmelsene, også må rapporteres i *Ledelsens gjennomgang*. Etter dette innspillet ble det tatt inn et eget avsnitt i rapporten om registreringene, og som er kommentert under vurderinger i styresaken.

For øvrig var det aktiv tilslutning i samtlige møter til at saken forelegges styret til sluttbehandling.

Vurdering

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

Den etablerte systematikken avdekker områder som må forbedres. Forbedringsarbeid krever stor grad av oppmerksomhet fra ledere på alle nivå. UNN øker fokuset på arbeidet med pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og bedring av resultater med flere ulike tiltak, blant annet med styrking av styringsstrukturer, lederoppfølging og prosessforbedringer.

Det har vært stor økning i antall meldte avvik i UNN over flere år, og særlig de siste to årene også en økning i antall avvik meldt som pasienthendelser. Det er direktørens vurdering at dette skyldes en bedret meldekultur, og ikke en reell øking i antall avvikshendelser. Dette understøttes av at det også nasjonalt har vært en økning i melding av pasienthendelser til den nasjonale meldeordningen, og en gradvis økning i antall svært alvorlige hendelser meldt til Statens helsetilsyn. Økningen i antall avviksmeldinger har skjedd parallelt med et økt fokus på avvik og forbedringsarbeid både nasjonalt og lokalt, og enheter i UNN har aktivt oppfordret sine ansatte til å bruke avvikssystemet i større grad, når de oppdager forhold som bør forbedres.

Likevel anser direktøren det som svært viktig å ytterligere bedre åpenhets- og meldekulturen i foretaket, og utvikle UNN som en lærende organisasjon. Dette ikke minst i lys av den senere tids mediefokus på utsagn om fryktkultur i foretaket, og resultater av den nasjonale måling av pasientsikkerhetskultur fra 2014. Kvalitetsutvalget anbefalte tidligere i år en rekke tiltak for å bidra til ytterligere bedring av melde- og læringskultur i UNN, og direktøren legger stor vekt på at disse tiltakene følges opp i tråd med intensjonen.

Det er fortsatt et stort potensiale for i større grad å bruke avvik i egne og andres enheter, til systematisk arbeid med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet. Selv om antall avvik knyttet til pasienthendelser øker, er det mange fagmiljø som har et betydelig potensiale for å melde flere alvorlige komplikasjoner. Det er ulike tradisjoner for å melde alvorlige komplikasjoner som anses som sjeldne, men likevel kjente (påregnelige komplikasjoner). Som også anført overfor styret tidligere, anser direktøren det som viktig at denne type avvik meldes i større grad. Dette vil bidra til å sikre at hendelsene gjennomgås raskt for å identifisere mulige tiltak for å forebygge nye, tilsvarende hendelser.

Selv om median tid for saksbehandling av pasientklagesaker er redusert med 10 dager sammenlignet med fjoråret, er det fortsatt enkeltsaker der det tar uakseptabelt lang tid før pasient, ombud, tilsyn eller NPE får svar fra UNN. Direktøren følger dette opp i dialogmøter med klinikkene, og har en klar forventning om at enhetene behandler slike saker korrekt og innenfor de frister som gjelder.

Det er gledelig at så vel samlet antibiotikaforbruk som forbruk av bredspektrede antibiotika i UNN går ned. Det er nå i tråd med årets oppdragsdokument vedtatt antibiotikastyringsprogram for foretaket, og oppfølging av dette vil være viktig for å sikre videre utvikling mot de nasjonale mål for antibiotikaforbruk.

Det intensiverte arbeidet med smittevern i UNN de siste to årene synes å ha gitt positive resultater. Forekomst av dype postoperative infeksjoner er stort sett lav. Likevel har foretaket fortsatt utfordringer med infeksjoner, og den regionale nullvisjonen for forebyggbare infeksjoner innen utgangen av 2016 er ikke nådd. I tillegg til fagspesifikke tiltak, fokuseres det fortsatt på mer koordinerte tiltak som gjøres gjeldende for hele foretaket, herunder sterkt fokus på mer gjennomgripende implementering av tiltaksområdene i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet, fokus på bekledning og gjennomføring av smittevernvisitter. Det pågår også arbeid for å utrede aktuelle tiltak, blant annet i forhold til bygningsmasse og renhold. Det er ikke akseptabelt at det ikke er god oppfølging av postoperative sårinfeksjoner ved UNN Narvik, og direktøren forutsetter at dette ikke vedvarer.

Styret har tidligere bedt om at det utredes om brudd på Arbeidsmiljøloven kan rapporteres på en hensiktsmessig måte i Ledelsens gjennomgang. Totalt omfang av varsel om AML-brudd 1.tertial 2016 viser en økning på 18,4 prosent sammenlignet med samme periode i 2015. Økningen kan skyldes registreringsutfordringer i Gat, økt aktivitet utenom det ordinære for å redusere fristbrudd eller annet. Stabssenteret har i oppfølgingsmøter med klinikkene hatt fokus på viktigheten av å registrere AML-dispensasjoner i Gat. Å få pålitelige tall på klinikknivå er viktig. Derfor er det positivt at det pågår et regionalt arbeid som vil gi tall på dette nivå innen utgangen av sommeren.

I forbindelse med behandling av denne ledelsens gjennomgang anbefalte Kvalitetsutvalget relativt få nye tiltakspunkter for å forbedre internkontrollen. Dette må ses i sammenheng med et stort antall oppfølgingspunkter fra tidligere ledelsens gjennomganger. Samlet sett pågår det et omfattende arbeid med å utvikle UNN i retning av en lærende organisasjon, der kontinuerlig, systematisk forbedringsarbeid står sentralt. I dette ligger også fortsatt gjennomføring av vedtatte tiltak for infeksjonsforebygging, implementering av tiltaksområdene i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet samt et fortsatt sterkt fokus på involvering av KVAM-strukturen i det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring. Direktøren legger også vekt på at HMS-arbeidet ses i nær sammenheng med øvrig kvalitetsarbeid.

Tromsø, 10.6.2016

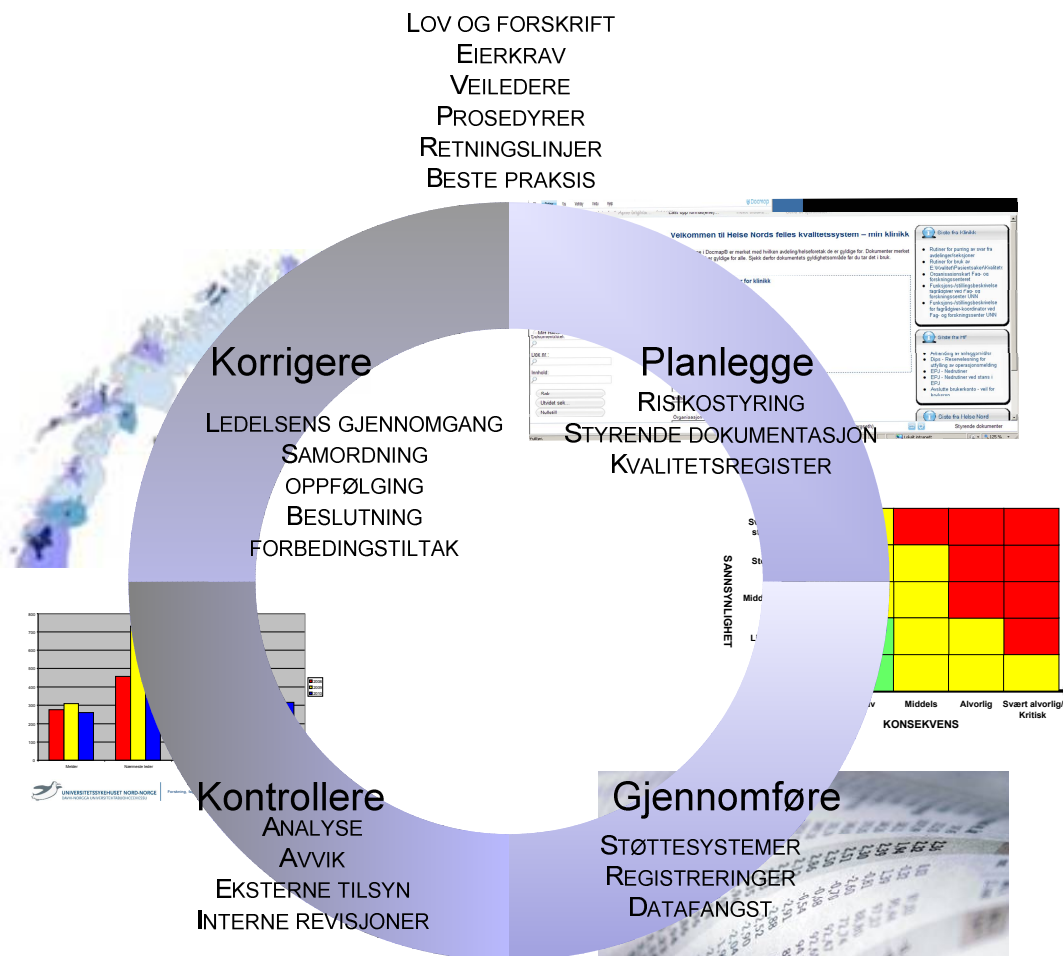
Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapporten *Ledelsens gjennomgang 1.tertial 2016*

Ledelsens gjennomgang 1.tertial 2016

Styringshjul



Figur 1 Styringshjul for kvalitetsstyring (ISO)

Innhold

Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2016.....	2
Formål	2
Sammendrag.....	3
Helse Nord LIS og Kvalitetsinformasjonssystem UNN KIS	4
Styrende dokumenter.....	4
Status dokumentvedlikehold	4
Vurdering	5
Avviksbehandlingen.....	5
Meldeutvikling 1.tertial 2016	5
Hendelsestyper - Kategorier.....	6
Kategorier av meldte avvik	7
Årsaker til avvik	8
Pasienthendelser § 3.3 meldinger.....	9
Nasjonalt klassifikasjonssystem	10
Vurdering avvik.....	10
Tiltak:	10
Interne revisjoner.....	10
Tilsyn.....	12
Pasientsikkerhetsprogrammet.....	12
Pasientklagesaker	12
Smittevern	14
Antibiotika.....	14
NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner etter inngrepene aortakoronarbypass, keisersnitt, innsetting av proteser i hofteldd,olecystektomi og koloninngrep	16
Smittevernvisitter	20
Vurdering smittevern.....	22
Tiltak smittevern:	22
Helse, Miljø og Sikkerhet.....	22
Bedriftshelsetjenesten UNN HF 2015	22
Resultat kjemikaliesatsingen	23
Vurdering HMS.....	25
Kvalitetskulturen i UNN	26
Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring	26

Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2016

Formål

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

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

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

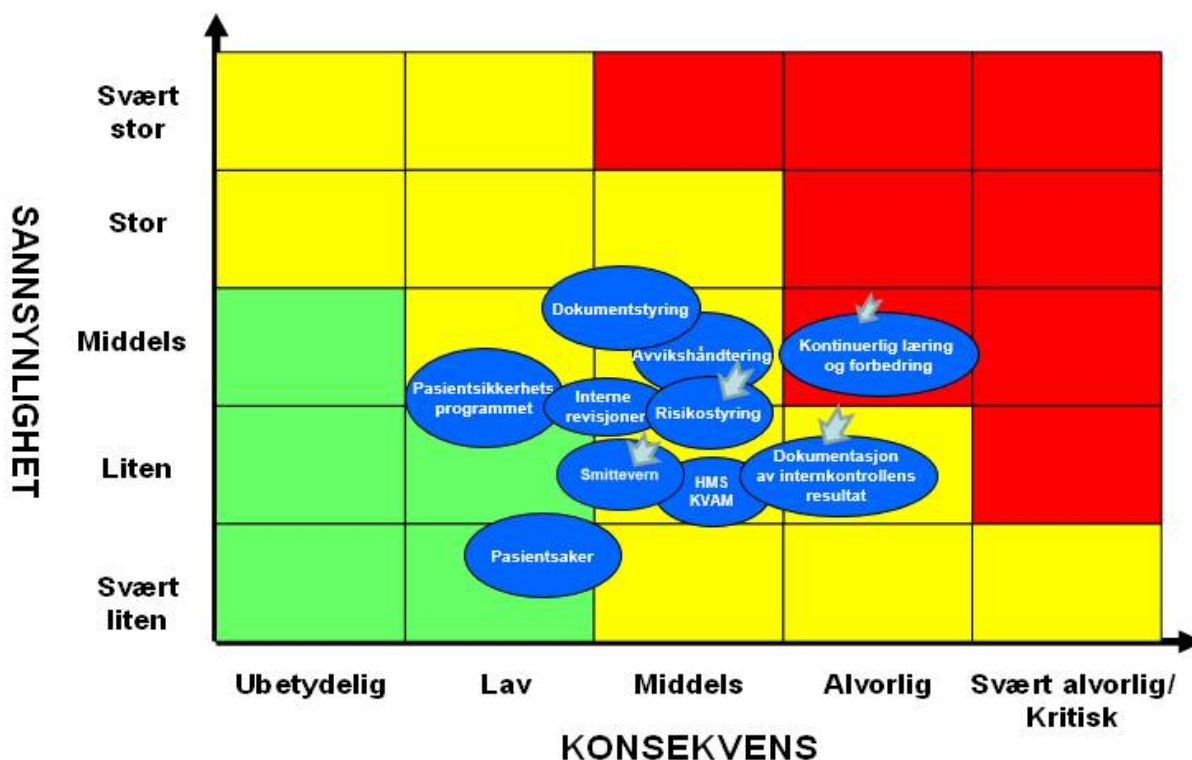
³ Kvalitets- og utviklingssenteret benytter kvalitetsstandarder som ISO 9001-2000, og European Foundation for Quality Management (EFQM) sin modell i systemoppbyggingen i UNN.

utviklingscenteret (KVALUT) har gjort en vurdering av de ulike elementene i internkontrollen for å sikre UNN et system som virker etter intensjonen. Denne rapporten behandles i UNN sitt kvalitetsutvalg før den forelegges styret i UNN.

Sammendrag

UNN har etablert strukturer og prosesser som kreves for å ha et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom tilsyn fra blant annet Statens Helsetilsyn, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Ved tilsyn har UNN imidlertid fått avvik for manglende kjennskap til og oppfølging av de etablerte systemene. I tillegg kan klinikkene fortsatt ikke dokumentere tilstrekkelig virkning av internkontrollen på alle områder. Det har det siste tertialene vært bedring i resultatene av smittevernarbeidet. Risikostyring er vurdert som forbedret med at det blant annet har vært gjennomført klinikkvise opplæringer i risikostyring, og risikostyringen gjennomføres i tråd med krav i oppdragsdokumentet. Området «erfaringsoverføring» endres til «kontinuerlig læring og forbedring» da dette er et begrep som bedre enn erfaringsoverføring beskriver det som ønskes oppnådd. Det er igangsatt arbeid med å identifisere en rekke tiltak for å utvikle UNN som lærende organisasjon, herunder forbedring i avvikshåndtering, bedret funksjonalitet for Kvalitetsutvalg og Pasientsikkerhetsutvalg. Tiltakene er ikke endelig vedtatt i 1. tertial. Det er fortsatt ytterligere forbedringspotensial på disse områdene. Tidligere har «avvikssystem» vært et eget område i vurderingen; dette beskriver det tekniske systemet for avvikshåndtering, og har vært i grønt risikoområde i flere tertialer. I stedet er «avvikshåndtering» tatt inn som et eget område i figuren, som et svært viktig område å forbedre for å utvikle UNN som lærende organisasjon. Vurderingen er vist i fig. 2.

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



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

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

Helse Nord LIS og Kvalitetsinformasjonssystem UNN KIS

Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem LIS har gjennom 2015 fått betydelig bedret funksjonalitet. Daglig oppdaterte rapporter på blant annet fristbrudd, ventetider, kreftpakkeforløp, sykefravær og økonomi er nå tilgjengelig for alle ledere. Innholdet i LIS utvikles stadig. UNN-KIS er i drift, og inneholder 150 indikatorer og 10 spesifikke rapporter. Det er imidlertid fortsatt utfordringer med kvalitet på indikatorene, og eventuell videre utvikling avventes i påvente av en pågående prosess der foretaket skal definere hvilke indikatorer det er behov for, hvilke som skal prioriteres innenfor aktuelle rammer, og hvilke(t) system(er) som skal prioriteres for utvikling.

Styrende dokumenter

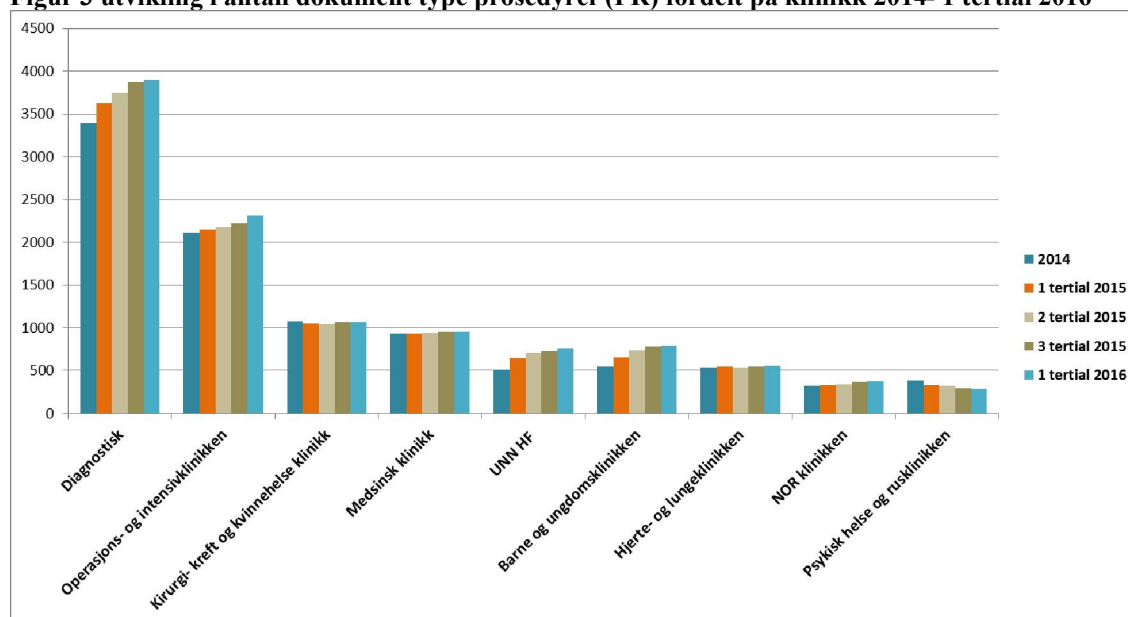
Status dokumentvedlikehold

Oppdatering av UNNs rutiner og prosedyrer er et viktig kvalitetsarbeid. Det registreres mellom 300 og 400 samtidige brukere i Docmap på dagtid. Økningen i antall samtidige brukere kan med stor grad av sikkerhet tilskrives at brukerne nå har automatisk pålogging i Docmap.

Det er i snitt over 197.000 oppslag pr måned i prosedyresamlingene i Docmap pr 1. tertial 2016. Med utstrakt bruk av prosedyrer i Docmap er det viktig at innholdet er kvalitetssikret, oppdatert og gyldig.

UNN har nå 21075 dokumenter i Docmap, en økning på 739 dokumenter fra forrige tertial. Av disse er det 972 som skulle vært revidert pga. overskredet dato. Dette er en nedgang fra forrige tertial rapport (1112 ved utgangen av 3. tertial 2015, fremgår ikke av figuren nedenfor). Målet er at alle dokumenter skal være revidert innen frist.

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

Figur 3 utvikling i antall dokument type prosedyrer (PR) fordelt på klinikk 2014- 1 tertial 2016

Økning av antall dokumenttype prosedyre i perioden 2014 til 1. tertial 2016 er i hovedsak på Diagnostisk klinikk og Barne- og ungdomsklinikken (medisinsk genetikk), Operasjons- og intensivklinikken og UNN HF nivå

Vurdering

I første tertial 2016 er det OPIN som har hatt den største økningen. NOR klinikken er her for første gang fremstilt som sammenslått. Nye prosedyrer gitt ut siste tertial er i hovedsak gitt ut der det er akkrediterte avdelinger/seksjoner (laboratorievirksomheten), radiologi og operasjonsaktivitet.

For å bidra til gjennomgang og rydding i klinikkens prosedyrer, har Kvalitetsavdelingen sendt ut lister til klinikkene over dokumenter som har overskredet revisjonsfrist, med varsel om at prosedyrer som ikke revideres innen en gitt frist vil bli trukket tilbake fra systemet. Klinikken har brukt mer tid enn forventet, kvalitetsavdelingen har derfor ikke trukket tilbake noen dokumenter i 1. tertial 2016. Dette arbeidet pågår og følges opp. Resultat av ryddingen vil ikke vises før neste tertiale, i form av færre prosedyrer med overskredet revisjonsdato.

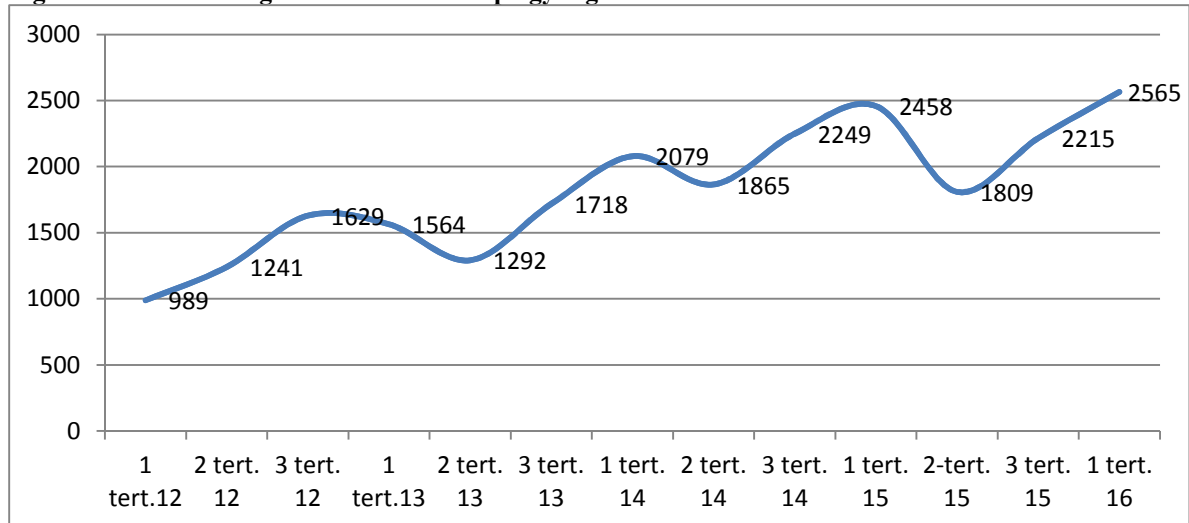
Avviksbehandlingen

Uttrekk er tatt ca. 1 måned etter avslutning av hvert tertial. De endringer, saksbehandling og etterregistreringer som kommer etter at uttrekket er gjort, kommer ikke med i statistikken

Meldeutvikling 1.tertial 2016

Ved direkte uttrekk av databasen fremkommer at det er registrert 2565 avvik pr 1. tertial 2016 mot 2458 avvik pr 1. tertial 2015, som tilsvarer en økning på over 4 %. Antall unike meldere øker også; det er registrert 1128 unike meldere 1.tertial 2016 mot 990 i 1. tertial 2015.

Figur 4 Meldeutvikling i UNN HF uttrekk på gyldighetsområde



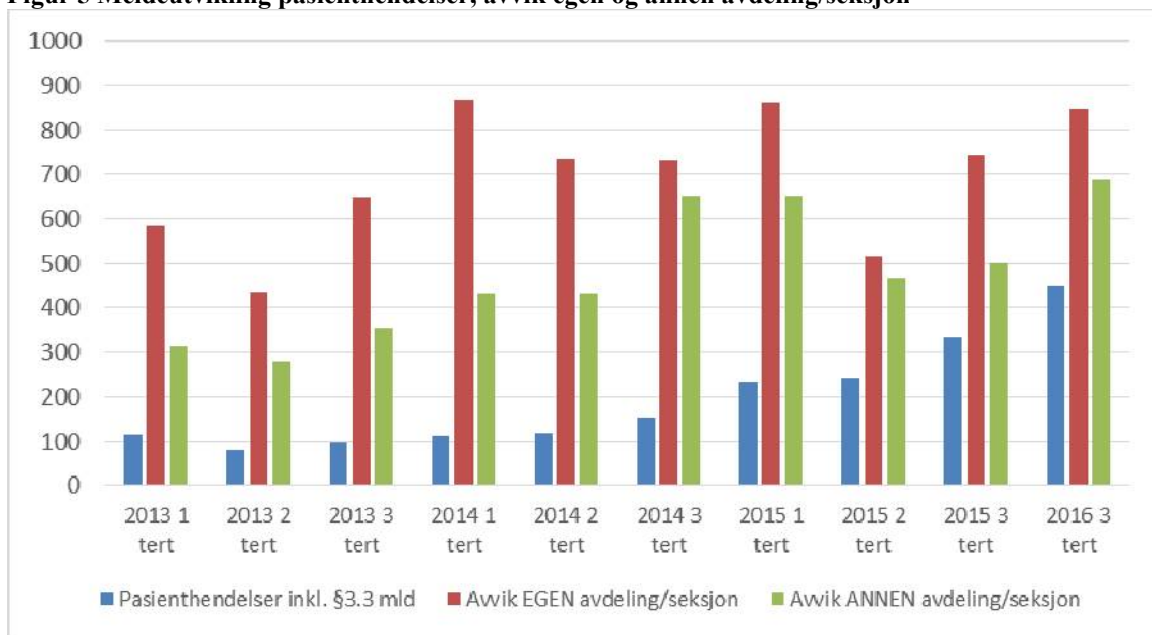
Hendelsestyper - Kategorier

Det er registrert⁴ 2438 avvik klassifisert på hendelsestype i Docmap i 1. tertial 2016. Årsak til forskjell i antall avvik registrert og antall avvik registrert på hendelsestype er at noen avvik ikke har klassifisering og noen avvik er ikke ferdig saksbehandlet og derfor ikke har registrert hendelsestyper.

I tallene for avvikstypene pasienthendelser (inkludert §3.3 meldinger), avvik egen enhet og avvik annen avdeling/seksjon ses klare trender. Ved sammenligning 1. tertial 2015 og 1. tertial 2016 er det økning i antall meldte pasienthendelser. Økningen i pasienthendelser viser at det i større grad meldes hendelser direkte knyttet til pasienter og pasientbehandling. Dette tilsier at vridningen mot å observere og vurdere hendelsene direkte i sammenheng med pasientbehandling, er vedvarende.

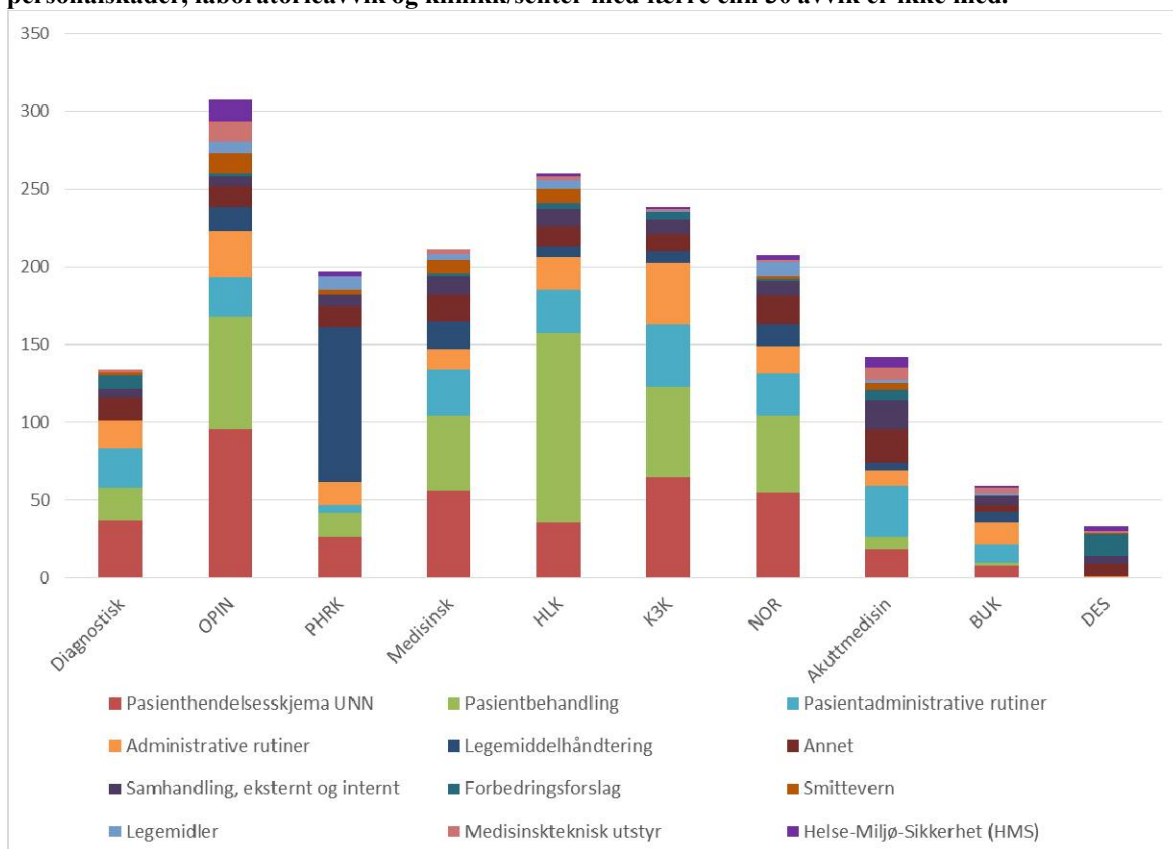
⁴ Hendelsestyper relatert til faglig virksomhet i laboratorier er 320 og disse håndteres særskilt av laboratoriene. Samhandlingsavvik, pasienthendelser, forbedringsforslag, svikt i elektromedisinsk utstyr, personalskader, avvik byggeprosjekt og strålevernavvik er talt som egne kategorier og med i statistikk.

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



Kategorier av meldte avvik

Figur 6 Kategorier avvik meldt 3.tertial 2015 fordelt på klinikk/senter. Kategorier med færre enn 30 avvik, personalskader, laboratorieavvik og klinikk/senter med færre enn 30 avvik er ikke med.

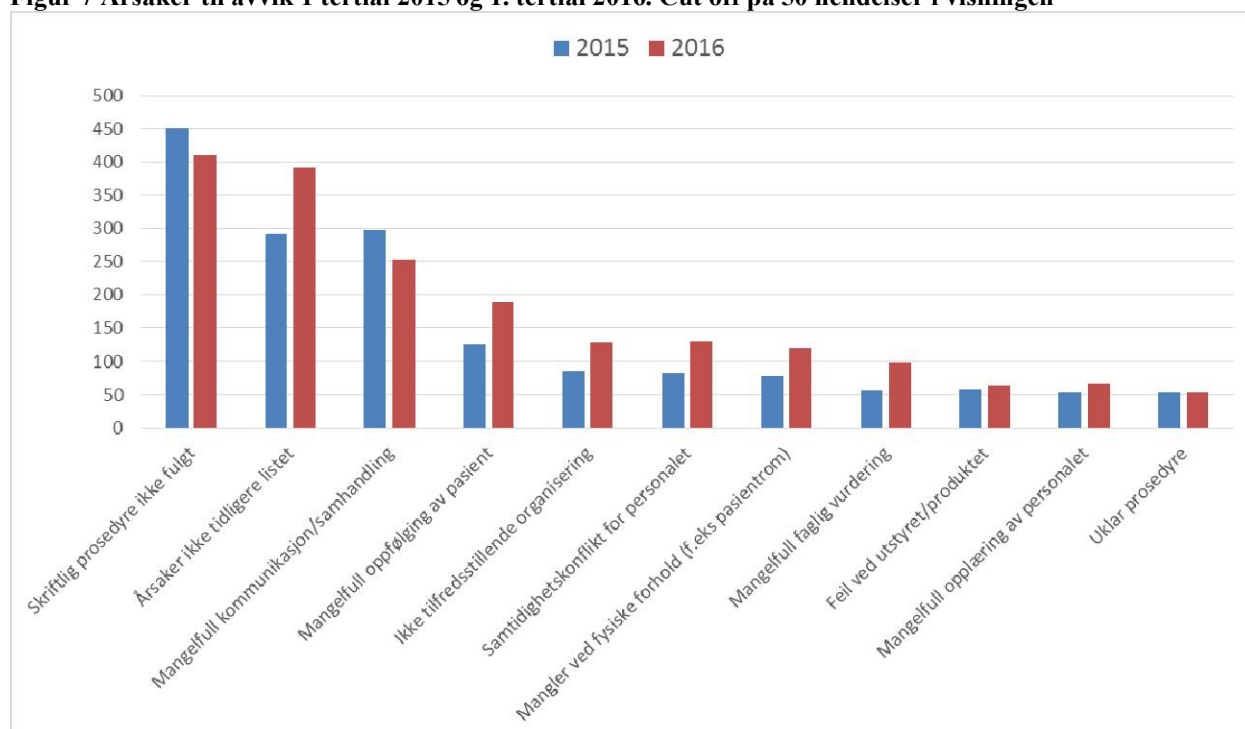


Årsaker til avvik

I figur under er årsaker på avvik for 1. tertial 2015 og 1. tertial 2016 sammenstilt. Dette er direkte uttrekk fra databasen og kan ikke sammenlignes med tertialtall i tidligere LGG. Det er også i 1. tertial 2016 avvik som ikke er ferdig saksbehandlet og derfor ikke kommer med i uttrekket.

«Skriftlig prosedyre ikke fulgt» og «årsak ikke tidligere listet» er de hyppigste årsaker til avvik. Utover «skriftlig prosedyre ikke fulgt», «årsak ikke tidligere listet» og «mangelfull oppfølging av pasient», er det endring i flere kategorier avvik som *kan* være indikatorer på at HMS-forhold kan være medvirkende til avvikshendelser. Se tabell 1.

Figur 7 Årsaker til avvik 1 tertial 2015 og 1. tertial 2016. Cut off på 50 hendelser i visningen



Meldekultur har også vært tema i Arbeidsmiljøutvalget, der det kom frem et ønske om å få bedre oversikt over HMS-avvik. UNN har relativt god oversikt de hendelser som har hatt konsekvens for ansatte i form av personskade. Andre avvik som svikt i forbyggende rutiner og hendelser som kunne medført personskade blir i liten grad gjenfunnet i Docmap. Det samme gjelder systemavvik som opplæring, egenkontroll/vernerunder, brannøvelser, KVAM-aktivitet, vernetjeneste, m.m.

Det vil ofte være en sammenheng mellom avvik som rammer/kan ha rammet pasient og arbeidsmiljøforhold. I tabell 1 vises en oversikt over en avdeling som har god meldekultur, der det er kjørt årsaksanalyse på alle avvik registrert i en periode på 1 år og 4 måneder. Disse data kan brukes som utgangspunkt for forbedringsarbeid og på å måle forbedringer.

Tabell 1 Årsaker som *kan* være indikatorer på HMS forhold i avdelingene

Årsak:	Antall
Ikke tilfredsstillende organisering	9
Ikke tilgang på nødvendig faglig kompetanse	3
Mangelfull faglig vurdering	14
Mangelfull kommunikasjon/samhandling	24
Mangelfull oppfølging av pasient	36
Mangelfull opplæring av personalet	5
Mangelfulle sikkerhetsrutiner	5
Samtidighetskonflikt for personalet	21
Uklare ansvarsforhold	3

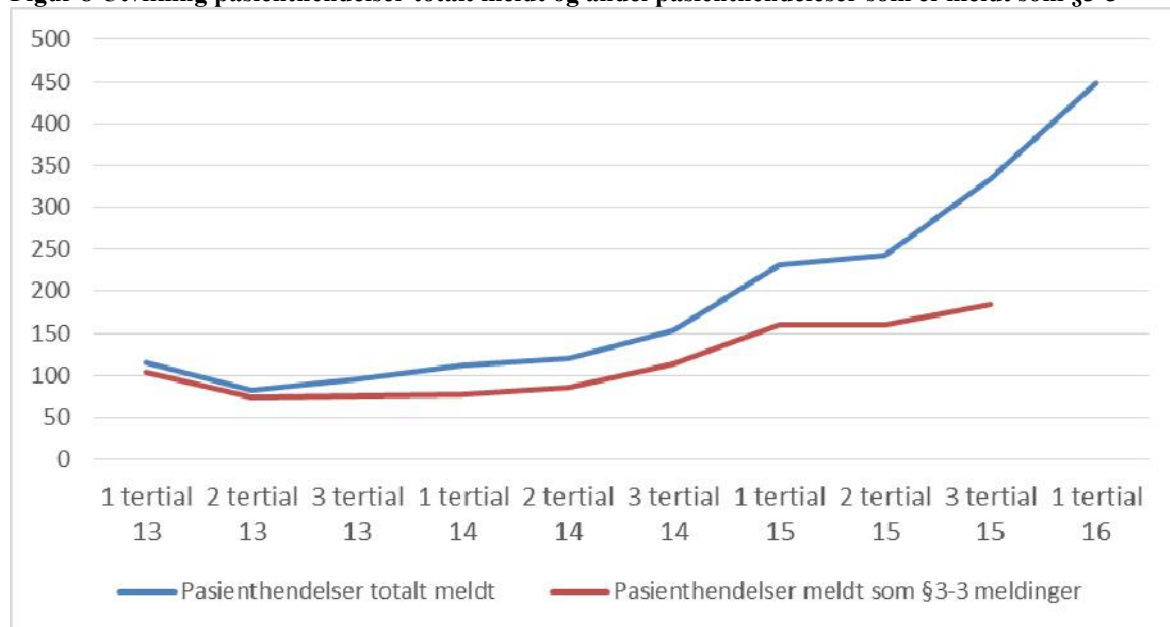
Pasienthendelser § 3.3 meldinger

Det er i 1. tertial 2016 meldt 147 pasienthendelser mot 160 i 3. tertial 2015 til Helsetilsynet etter §3-3, hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient.

Nesten alle pasienthendelser, ikke bare de som meldes til Kunnskapssenteret, gjennomgås i Pasientsikkerhetsutvalget. UNN har i 1. tertial 2016 ikke publisert anonymiserte § 3.3 meldinger på www.unn.no.

I figur 8 er avvik i form av pasienthendelser fremstilt, både totalt og antall §3.3-meldinger. For 1. tertial 2016 er imidlertid ikke §3-3-meldinger tatt med. Dette skyldes at 50 % av alle pasienthendelser meldt i dette tertiale ikke er avsluttet/lukket. Det er mulig å sende §3-3 melding til Helsetilsynet på alle saksbehandlingsledd og dermed må sakene avsluttes før vi kan måle antall §3-3 meldinger.

Figur 8 Utvikling pasienthendelser totalt meldt og andel pasienthendelser som er meldt som §3-3



I 1. tertial 2016 er årsak «mangelfull oppfølging av pasient» «årsak ikke tidligere listet» og «skriftlig rutine ikke fulgt» fortsatt de hyppigste årsaker angitt i §3.3-meldingene.

Nasjonalt klassifikasjonssystem

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

I Helse Nord er det igangsatt arbeid med å implementere de nye klassifikasjoner i Docmap. Det er et mål å få iverksatt endringen senest i løpet av 2. tertial 2016. Denne endring vil etter all sannsynlighet gi en bedret kategorisering og årsaksvurdering på pasienthendelser, som igjen vil gi et bedre grunnlag for analyse av pasienthendelser.

Vurdering avvik

UNN har 4 % økning i antall meldte avvik sett i forhold til samme tertial forrige år. Det er fortsatt økning i unike meldere, og det er fortsatt en klar økning i avvik meldt som pasienthendelser. Denne økningen anses å være uttrykk for en bedret meldekultur, heller enn noen reell økning i antall pasienthendelser. Det ses tilsvarende økning nasjonalt, både i antall avvik meldt til den nasjonale meldeordningen, og i antall svært alvorlige hendelser meldt til Statens Helsetilsyn. Det har også i mange enheter i UNN vært satt økt fokus på melding og oppfølging av avvik. Det er likevel sannsynlig at det fortsatt meldes for få komplikasjoner i tilknytning til pasientbehandlingen, og særlig avvik klassifisert som «kjent, men sjelden komplikasjon» forventes at bør øke som følge av en ytterligere bedret meldekultur. Arbeidsmiljøutvalget har også poengtert viktigheten i å jobbe med meldekultur. Det er utfordrende å få oversikt over HMS-/arbeidsmiljørelaterte avvik, men vi ser at det ofte er sammenheng mellom pasienthendelser og arbeidsmiljørelaterte forhold. Kvalitetsavdelingen kan bistå klinikker og avdelinger som ønsker å bruke årsaksanalyser av registrerte avvik i forbedringsarbeidet.

Organisasjonen har også en utfordring i å sikre god samhandling på avvik som meldes og skal behandles på tvers av fagansvar og ledelseslinjer. Dette blir tatt med som del av prosessen med å utvikle UNN som lærende organisasjon.

Fortsatt klassifiseres en stor andel av pasienthendelser med «årsak ikke tidligere listet». Nytt nasjonalt klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse forventes å bidra til at det blir enklere å nyttiggjøre avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet. UNN har nå en stor database med hendelser som kan og bør brukes i systematisk forbedringsarbeid i klinikkene.

Tiltak:

- Kvalitetsavdelingen foretar utvalg og analyse av årsaksforhold som kan være indikatorer for HMS forhold, med hovedfokus på arbeidsmiljørelaterte forhold, og forelegger dette Kvalitetsutvalget og AMU.

Interne revisjoner

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

Tabell 2 oversikt alle internrevisjoner og gjennomførte internrevisjoner pr 1 tertial 2016.

Tema – Revisjoner planlagt 2016	Tertial			Sted	Antall avvik	Gjennomført
	1	2	3			
A. Helselovgivning/ FAG/ Ledelse Totalt 9 revisjoner						
Europeisk hodestudie: FAS nr 730 – «Center TBI = Collaborative European Neurotrauma Effectiveness Research in TBI” (traumatic brain injury)	X			Operasjons- og intensiv- klinikken 26.5. 2016		Gjennomført i mai sendt ut foreløpig rapport.
Etterlevelse av nye retningslinjer for vurdering, behandling og overflytting til UNN Tromsø av barn (0-15 år) med akutte kirurgiske problemstillinger	X				1 avvik	Gjennomført
Gjennomgang av prosjektoversikten i Eutro og FAS Helsefak og UNN skal årlig gå gjennom prosjektene som er registrert i Eutro og FAS. Gjennomgangen skal utføres av Seksjon for forskningstjenester på Helsefak og av Klinisk Forskningsavdeling på UNN.	X					Gjennomført som postal revisjon. Under arbeid, snart ferdigstilt.
Etterlevelse av infeksjonskontrollprogrammet med fokus på opplæring i smittevern behandling. Tiltak etter Fylkesmannens tilsyn som fant avvik fra god praksis ved injeksjon av Botox. (Opplæring i smittevern)			X			
Nasjonalt Kvalitetsregister Myndighetskrav			X	UNN HF		Flyttet fra 1. til 3. tertial på grunn av kapasitetsproblemer.
Håndtering av humane celler og vev, oppfølging etter tilsyn av Statens helsetilsyn. (Sak 13/5355)			X	Lab. Medisin, K3K, NOR Klinikken,		
Gjennomføring av Pasientsikkerhetsprogrammet, revisjon av et par enheter			X			Under planlegging
Oppfølging av tidligere intern revisjon på blodbanken / transfusjonsrutiner på avdelingene			X	UNN-HF- Blodbanken		Flyttet fra 2. til 3. tertial pga. tilsyn fra Statenslegemiddelverk
Håndtering av henvisninger og viderehenvisninger og revisjon av ny Pasient og brukerrettighetslov med fokus på opplæring og etterlevelse, prioriterer legene likt?			X			
Etterlevelse av Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus		X		Medisinsk klinikk		Under planlegging
Behandling av proteseinfeksjoner ved ortopedisk avdeling			X			
Bruk av Docmap i prosedyresammenheng			X	NOR klinikken		
B. Helse, miljø og sikkerhet Totalt 4 revisjoner						
Revisjoner i forkant av neste revisjon på UNNs miljøsertifisering (DNV)		X				Under planlegging
KVAM-gruppenes oppfølging av MU, nærver- og sykefraværarbeid mm.		X		Hjerte- lunge karkirurgisk avdeling Avd. sør Kirurgisk avdeling Harstad		2 avdelinger revideres 1.06.16. 1 avdeling tas i august pga pågående flytteaktiviteter
Oppfølging av handlingsplan for kjemikaliesatsingen vedtatt i KU.		X				Under planlegging

Tema – Revisjoner planlagt 2016	Tertial			Sted	Antall avvik	Gjennomført
Gjennomføre 6 minirevisjoner etter modell fra smittevernvisitten						
C. Kvalitetsikring i bruk av medisinsk-teknisk utstyr						
Opplæring i MTU oppfølging av pålegg fra DSB	X	X	X	1. tertial Nyfødt intensiv		
E.Lean prosjekter						
Internrevisjon pakkeforløp Det vises til beslutning i sak 41.15 i Kvalitetsutvalget 24.11.15 På bakgrunn av forslag fra Kvalitetsavdelingen besluttet det at følgende forløp revideres. 1) Hode-Hals kreft. NOR klinikken 2) Prostatakreft. K3K. 3) Livmorkreft K3K			X	1) ØNH avd 2) Gyn/Uro avdeling 3) Gyn/Uro avdeling (+ DK, OPIN)		

Tilsyn

Resultater av, og oppfølging etter, tilsyn behandles i egne rapporter til Kvalitetsutvalget og styret.

Pasientsikkerhetsprogrammet

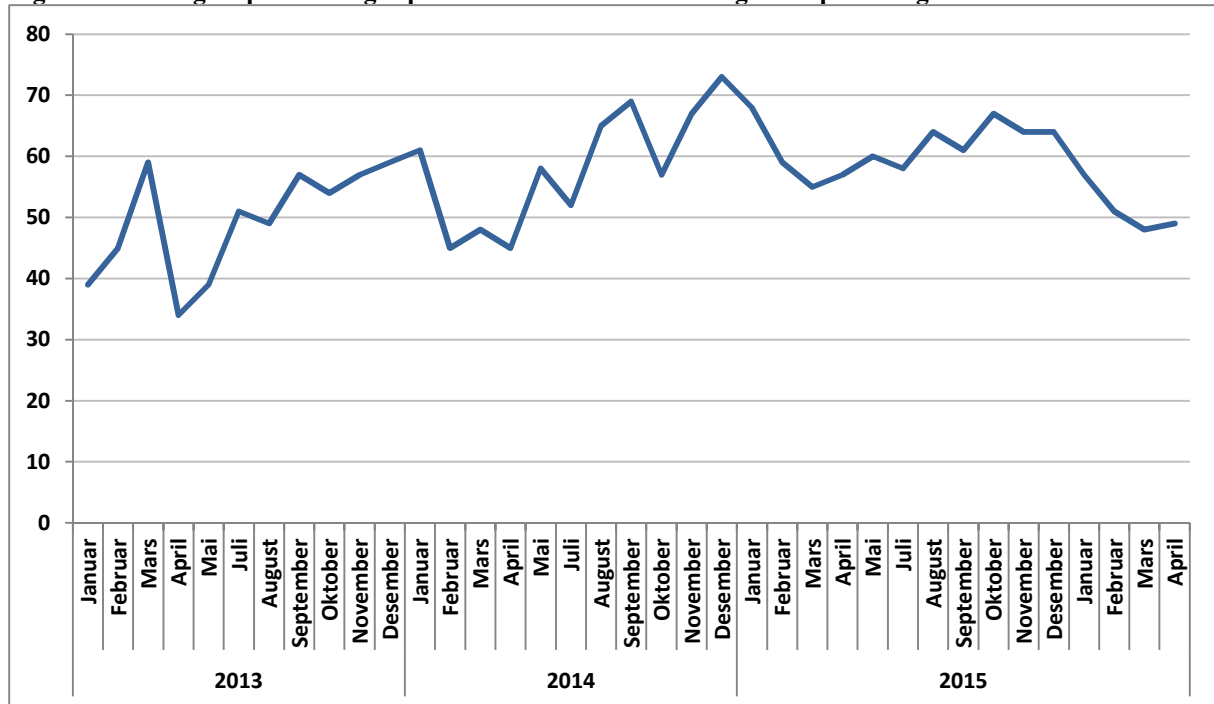
Gjennomføring av programmet diskuteres fortløpende i Kvalitetsutvalget og rapporteres i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapporter til ledergruppe og UNN-styret, og omtales derfor ikke nærmere i LGG.

Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på pasientsaker 1. tertial 2016 er 19 dager mot 20 dager i 1. tertial 2015. Saker vedrørende journalinnsyn/kopi, NAV og interne pasientskader meldt i Docmap er ikke tatt med.

Klager fra Pasient- og brukerombud, Helsetilsynet og NPE er de saker som har lengst svartid fra avdelingene. Klinikken har ansvar for å svare ut klagesaker og henvendelser innen frist. Lang saksbehandlingstid kan medføre at pasienter klager til Pasientombudet, Helsetilsynet og i noen grad til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) før de får svar fra UNN.

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



Det ble etablert nye rutiner for oppfølging av pasientskadesaker i 2012 og dette førte til en betydelig forbedring i intern saksbehandlingstid i foretaket. Det har det siste tertiale vært en bedring av saksbehandlingstid.

Tabell 3 NPE saker i 1. tertial 2016 med brutt intern og NPE tidsfrist fordelt på klinikk

Klinikker	Antall NPE saker totalt 1.tertial 2016	Antall passert intern frist 35 dager	Antall over NPE frist 56 dager
Akuttmedisinsk klinikk	0	0	0
Barne- og ungdomsklinikken	3	0	0
Diagnostisk klinikk	4	0	0
Hjerte- og lungeklinikken	6	4	4
Kirurgi, kreft- og kvinneklinikken	26	10	5
Medisinsk klinikk	5	1	0
NOR klinikken	42	11	5
Operasjon- og intensivklinikken	0	0	0
Psykisk helse- og rusklinikken	10	3	1

Enkelte klinikker har fortsatt utfordring å få til saksbehandlingstid innenfor intern frist som er 35 dager. Dette gjelder også for de klinikker som mottar få saker.

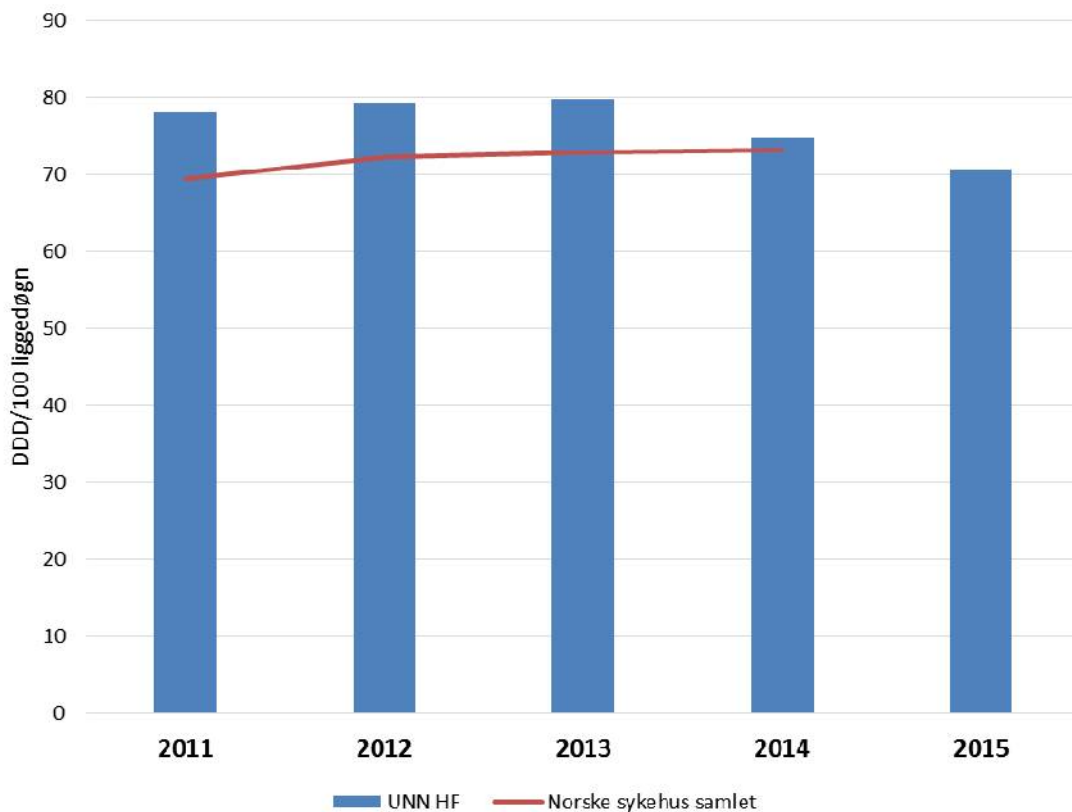
Smittevern

Antibiotika

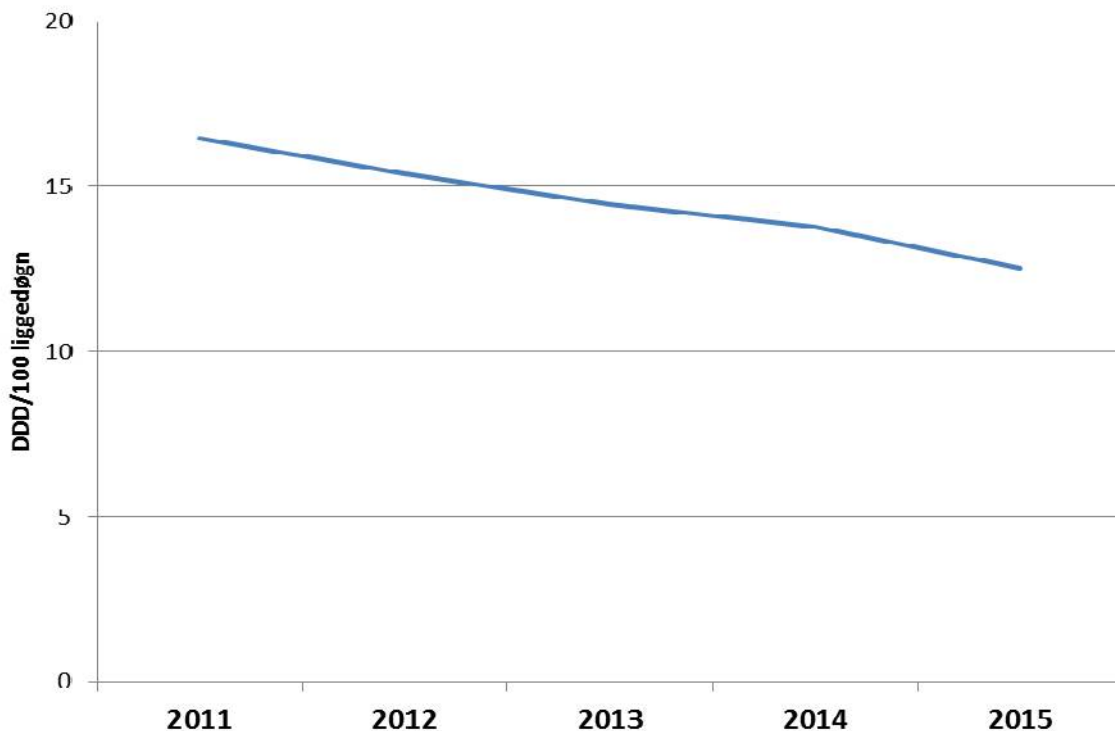
Regjeringen la i 2015 frem en strategi mot antibiotikaresistens som angir at totalforbruket av antibiotika skal ned med 30 % i 2020 sammenlignet med 2012. I januar 2016 kom en handlingsplan fra Helse- og omsorgsdepartementet som beskriver hvordan man skal nå dette målet og det angis at sykehusene må redusere sin bruk av bredspektret antibiotika med 30 % innen 2020 sammenlignet med 2012. UNN HF har hatt fokus på antibiotikabruk de siste årene og har en nedgang både i totalforbruk av antibiotika og forbruk av bredspektrede midler. I 2015 var UNN det helseforetaket som brukte minst bredspektret antibiotika.

Alle helseforetak er nå pålagt å innføre et «Antibiotikastyringsprogram» og UNN vil få dette på plass i løpet av 2016. For å nå regjeringens mål om antibiotikabruk kreves et kontinuerlig arbeid ved UNN.

Figur 10 Totalforbruk av antibiotika ved UNN HF vs norske sykehus samlet (somatikk)- korrigert for liggedøgn

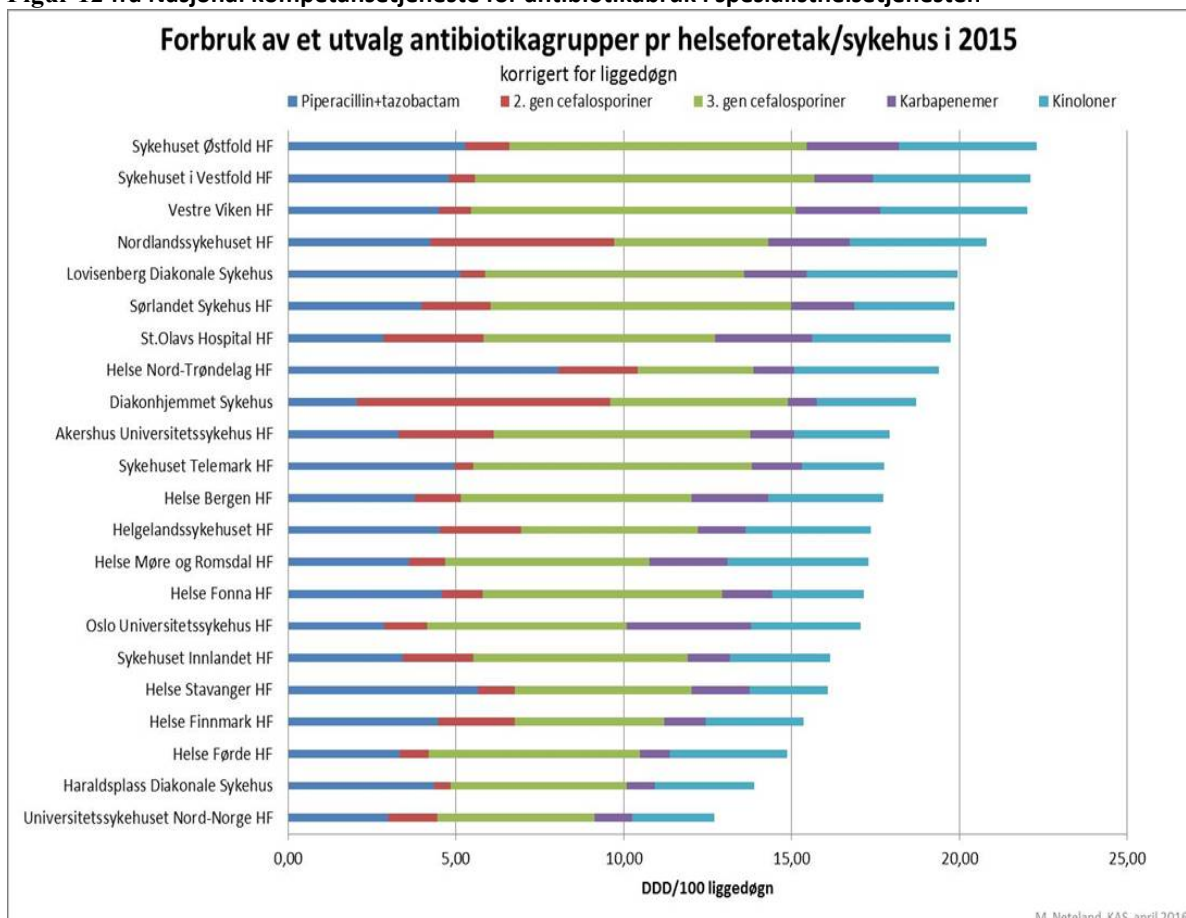


Figur 11 Forbruk av bredspektrert* antibiotika ved UNN HF - korrigert for liggedøgn



*2. og 3. gen cefalosporiner, karbapenemer, ciprofloxacin, pip-tazo

Figur 12 fra Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten

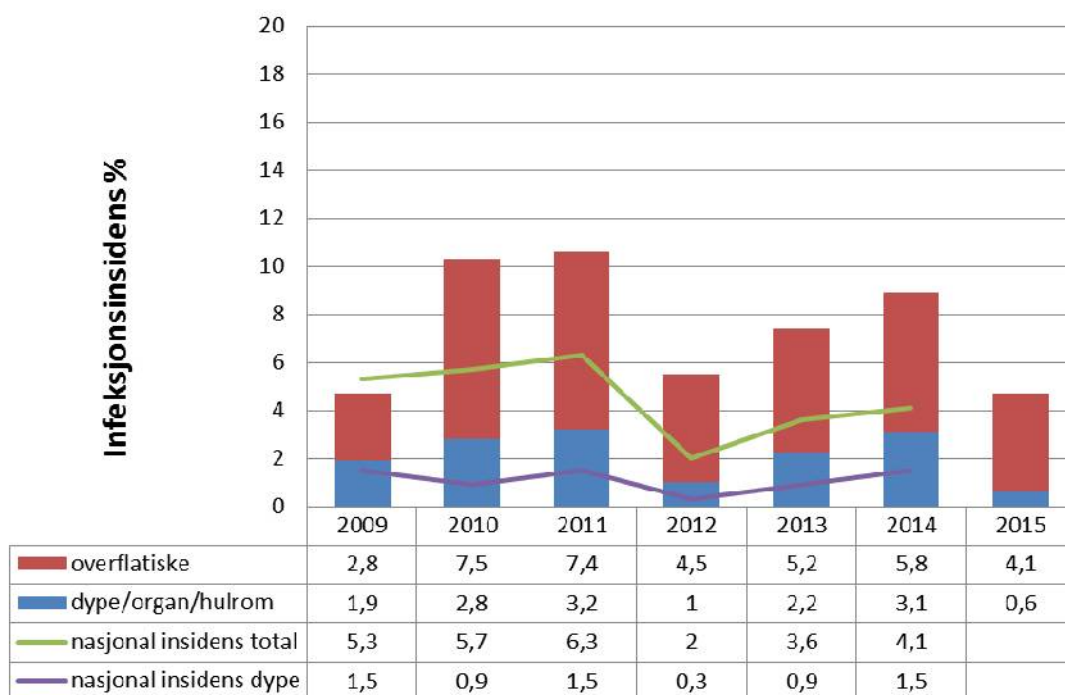


NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner etter inngrepene aortakoronarbypass, keisersnitt, innsetting av proteser i hofteledd, kolecystektomi og koloninngrep.

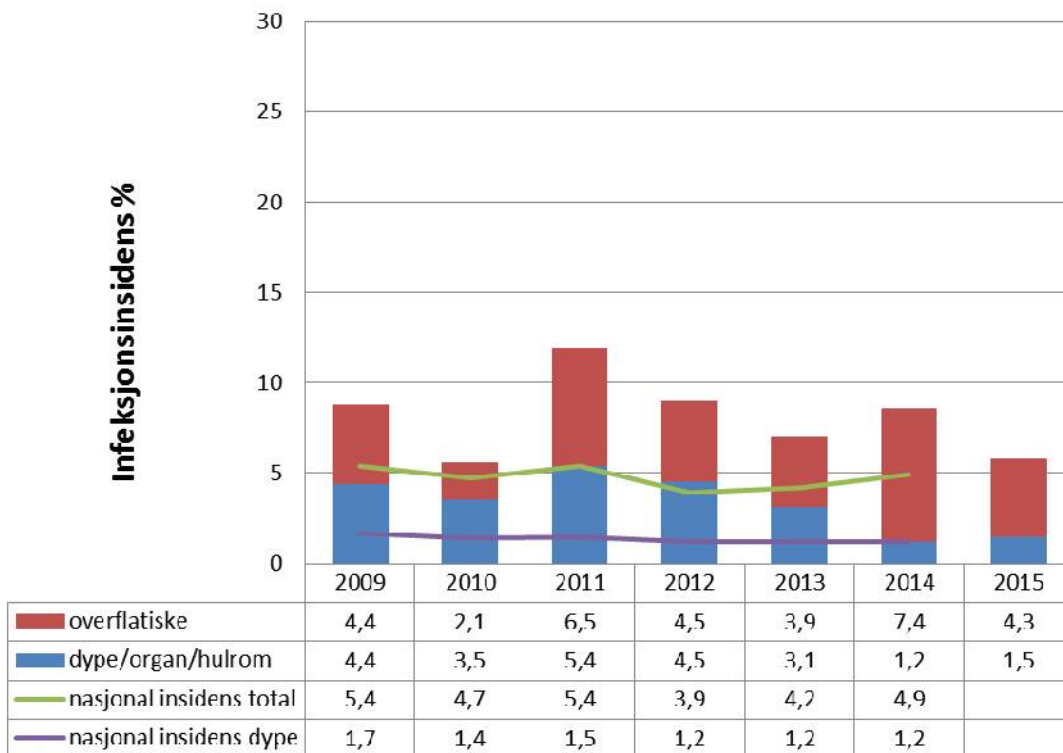
Frist for innlevering av resultater for 3.tertial 2015 var 1.april, dessverre ble det heller ikke denne gangen levert tall for hofte- og gastrokirurgiske inngrep i Narvik. Oppsummert for hele 2015 er det kun aortakoronare bypass og kolecystektomi (fjerning av galleblære) som har nedgang både i dype og overflatiske infeksjoner sammenlignet med 2014. Helse Nord har som mål 95 % oppfølging av NOIS inngrep. Følgende inngrep når ikke Helse Nord's mål for oppfølging for 2015: Keisersnitt Harstad (91,4 %), totalprotese og hemiprotese hofte Narvik (0 %), kolecystektomi Tromsø (82,5 %), kolecystektomi Narvik (0 %), kolon (tykktarminngrep) Tromsø (90 %), kolon Narvik (0 %).

Under er infeksjonsresultatene for hvert inngrep for UNN samlet. Nasjonale tall for 2015 foreligger ikke ennå.

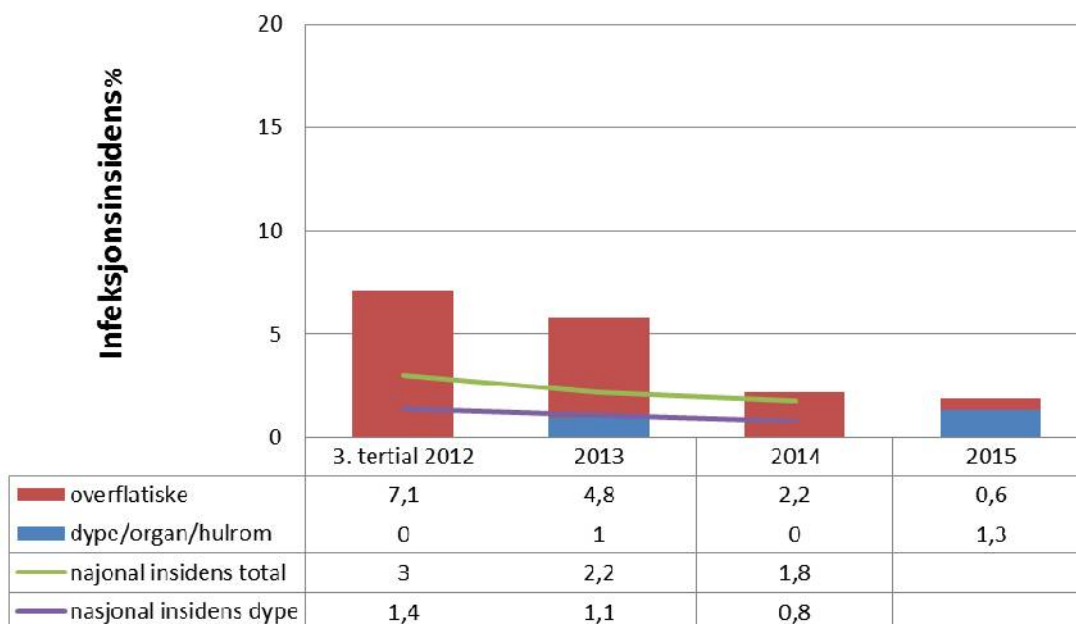
Figur 13 Infeksjoner etter bypass, sternum UNN 2009 - 3. tertial 2015



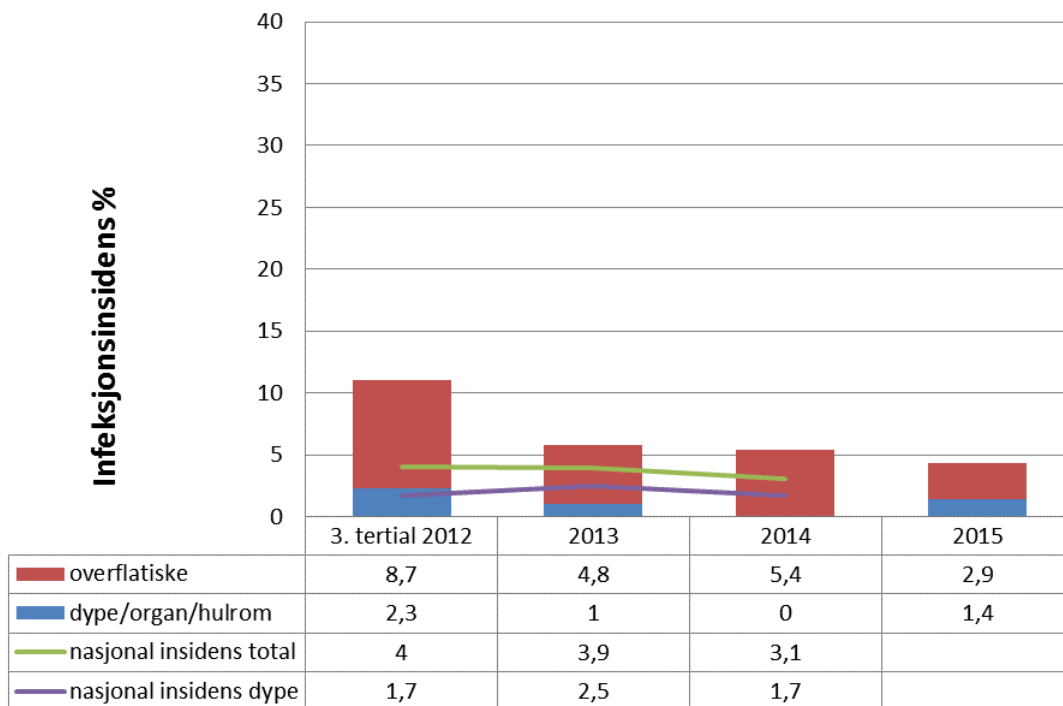
Figur 14 Infeksjoner etter keisersnitt UNN 2009 - 3. tertial 2015



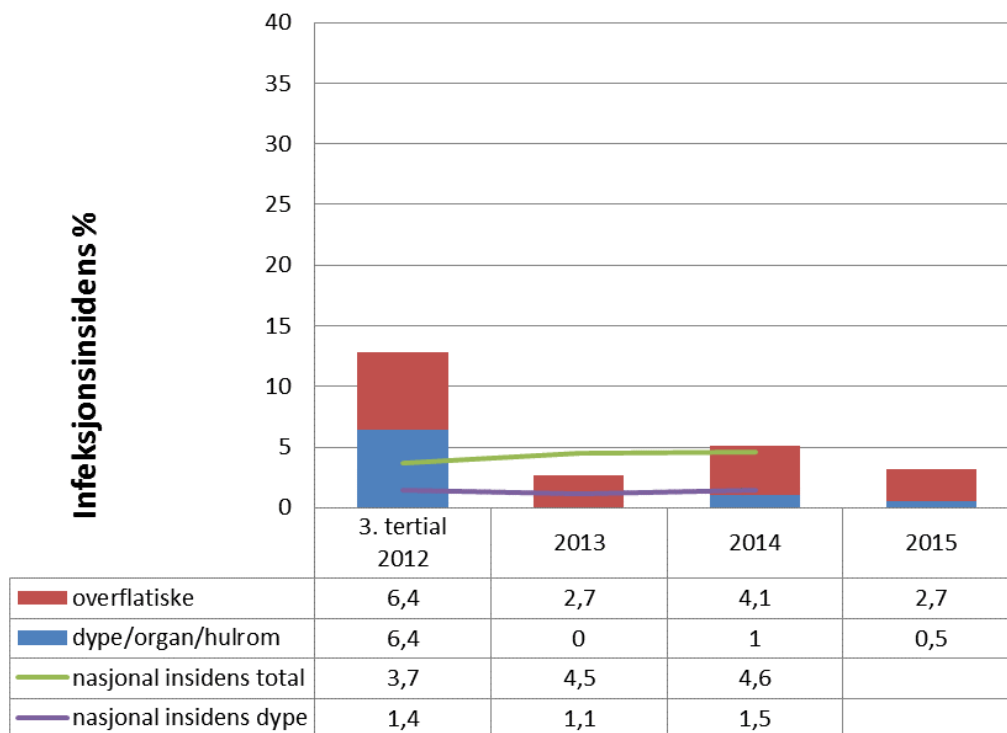
Figur 15 Infeksjoner etter innsetting totalhoffteprotese UNN 2009 - 3.tertial 2015



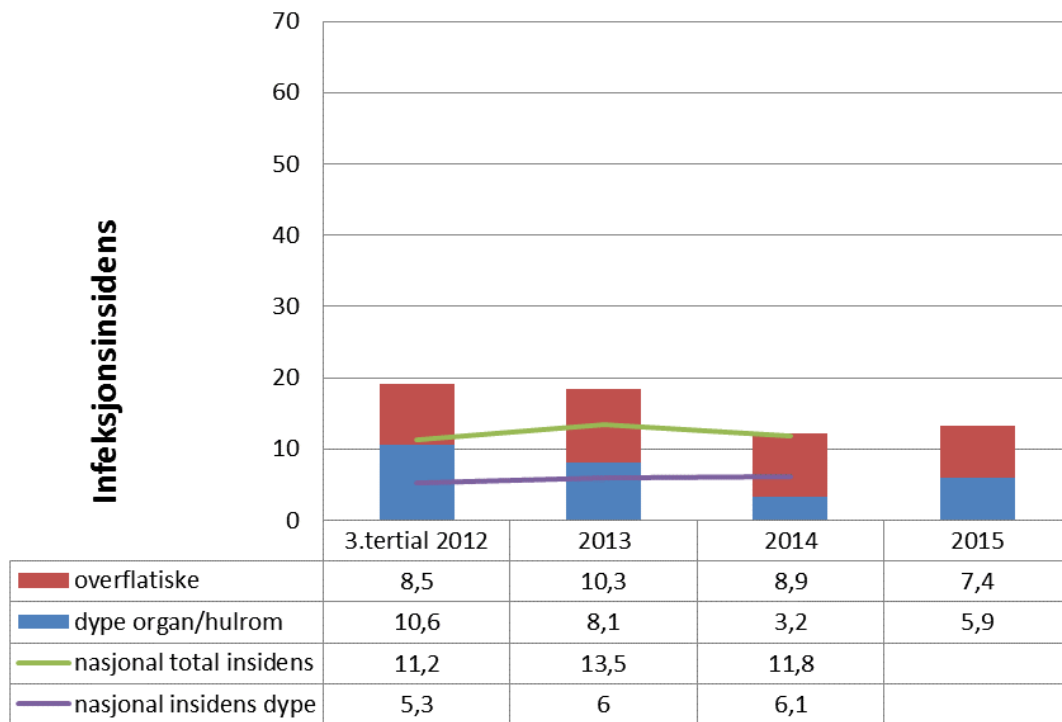
Figur 16 Infeksjoner etter innsetting hemiprotese UNN 2009 - 3 tertial 2015



Figur 17 Infeksjoner etter Kolecystektomi (fjerning av galleblære) UNN 2009- 3.tertial 2015



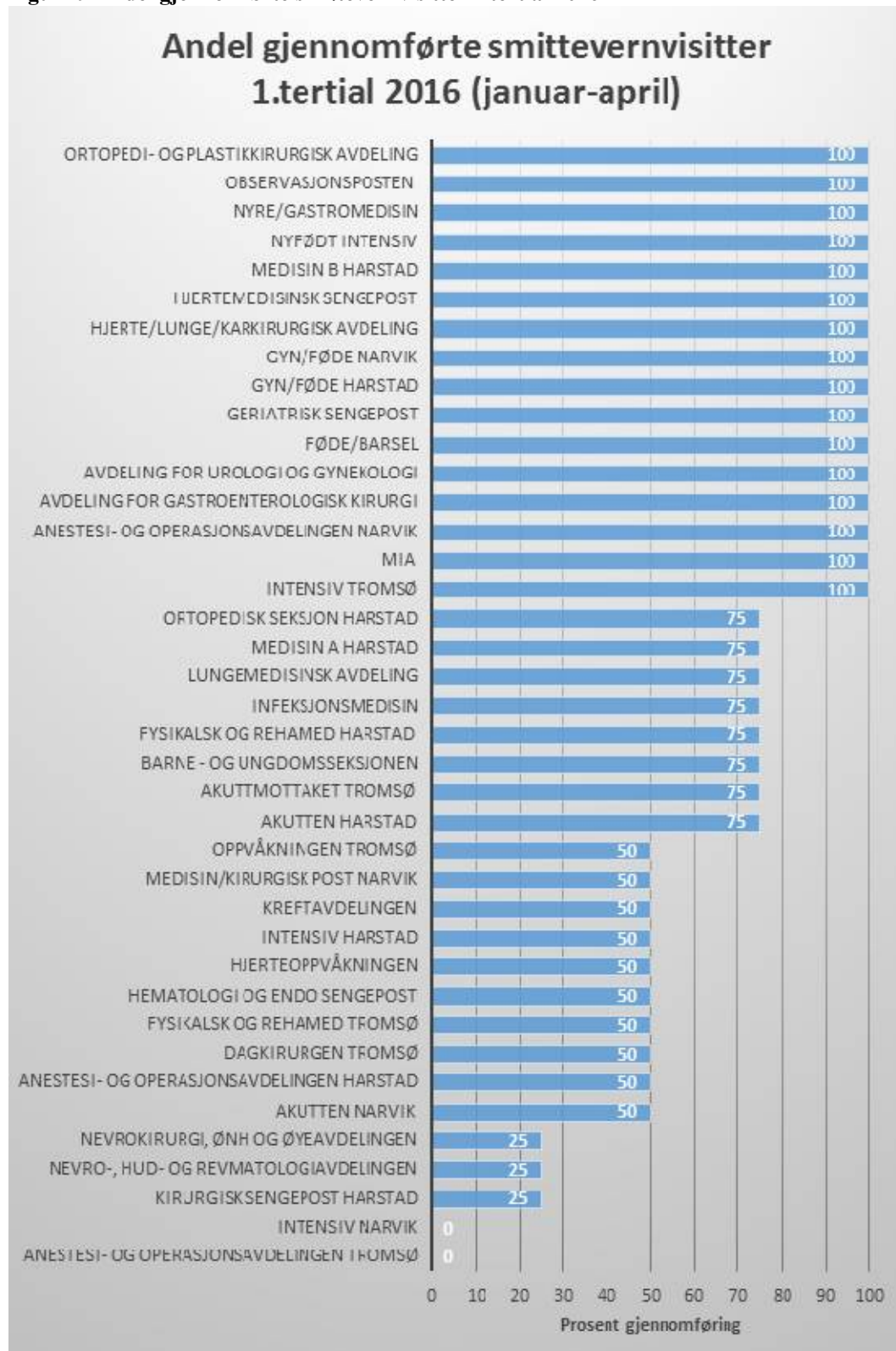
Figur 18 Infeksjoner etter kolonkirurgi (tykktarmkirurgi) UNN 2009- 3.tertial 2015



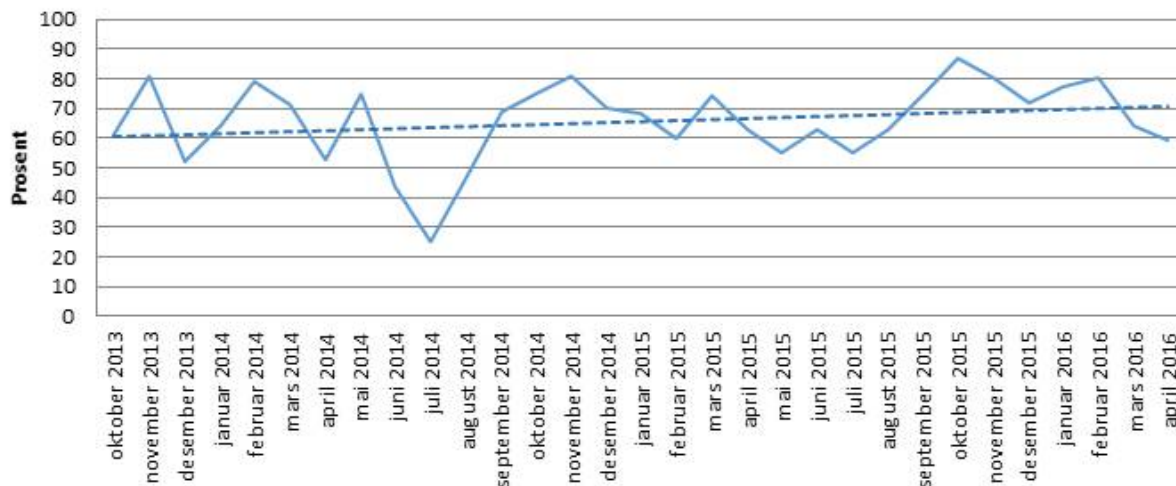
Smittevernvisitter

Nedenfor er oppdatert oversikt over gjennomføring og resultater fra smittevernvisittene tom april 2016

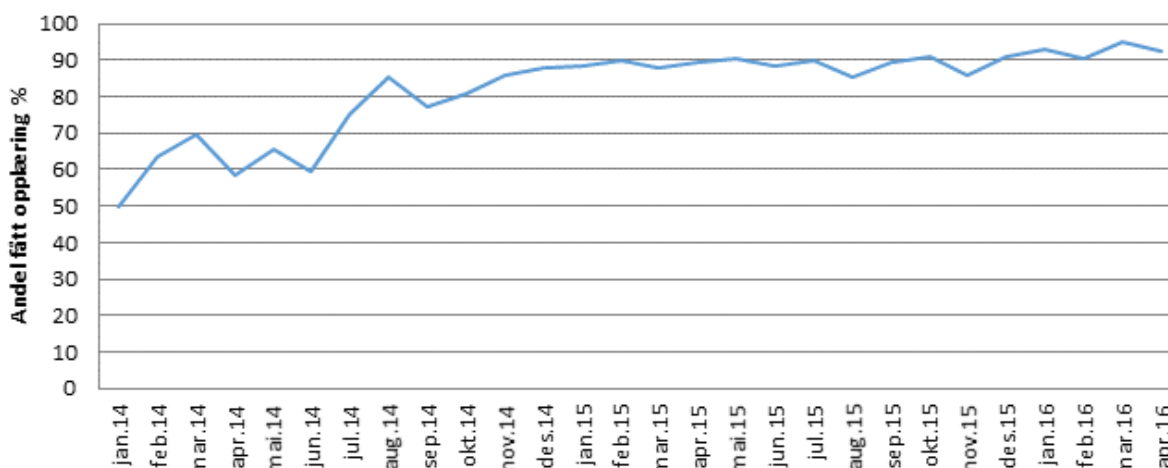
Figur 19 Andel gjennomførte smittevernvisitter 1 tertial 2016



Figur 20 Smittevernvisitter – andel gjennomførte UNN HF

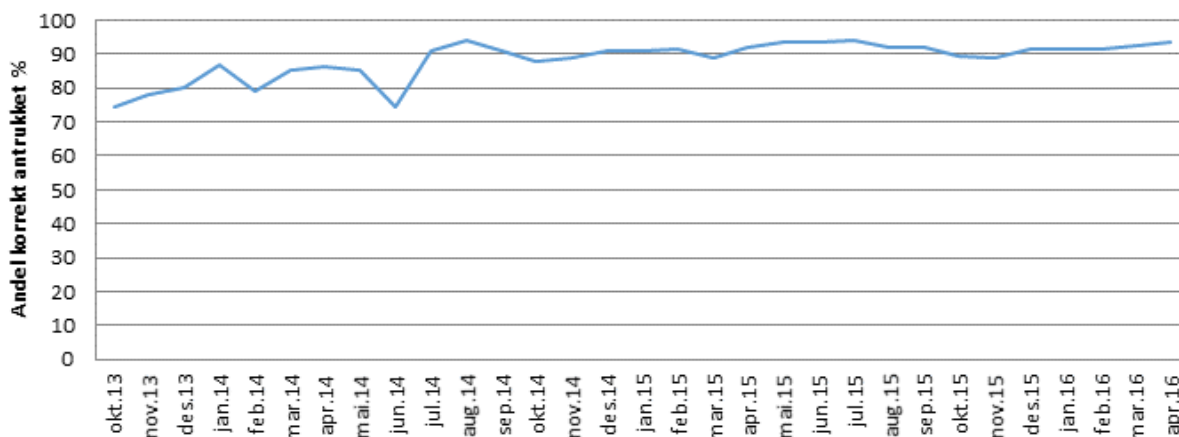


Figur 21 Andel ansatte med oppløring håndhygiene UNN HF



Det er fortsatt økning i andel ansatte som har fått oppløring i håndhygiene. Alle ansatte skal gjennomføre e-læringskurs i håndhygiene som ligger på Campus. Ledere kan ta ut lister over ansatte som har tatt kurset og påminne de som ikke ennå har tatt det.

Figur 22 Andel ansatte korrekt antrukket UNN HF



De ansatte som telles på smittevernvisittene er i direkte pasientkontakt og skal selvfølgelig følge retningslinjen for bekledning.

Vurdering smittevern

UNN har vært i forkant nasjonalt med et tydelig fokus på å redusere bruk av antibiotika generelt, og bredspektrede antibiotika spesielt, med blant annet årlige rapporter på antibiotikabruk i foretaket siden 2010. UNN har vedtatt antibiotikastyringsprogram, og er relativt godt posisjonert i forhold til videre arbeid med å nå nasjonale mål om ytterligere reduksjon frem mot 2020. Det er behov for snarest å iverksette tiltak for å sikre oppfølging av forekomst av postoperative sårinfeksjoner også i UNN Narvik, som dessverre ikke har fulgt opp dette i 2015. For å oppnå ytterligere forbedring på smittevernområdet er fortsatt fokus på basale smittevernrutiner viktig og nødvendig, og i så måte er smittevernvisittene et godt tiltak. Der er det fortsatt et forbedringspotensiale i oppfølgingen for flere enheter. Det er nødvendig at ledere aktivt korrigerer brudd på retningslinjen for arbeidsantrekk dersom UNN skal oppnå 100% etterlevelse.

Tiltak smittevern:

- Antibiotikastyringsprogrammet følges opp i henhold til vedtatt plan.
- Kvalitetsutvalget anbefaler direktøren å be klinikksjef for Kirurgi- kreft- og kvinnehelseklinikken om tilbakemelding på hva som konkret gjøres for å sikre at oppfølging av forekomst av postoperative sårinfeksjoner (NOIS-registreringer) kommer på plass også i UNN Narvik.

Helse, Miljø og Sikkerhet

Bedriftshelsetjenesten UNN 2015

Bedriftshelsetjenesten (BHT) skal bistå UNN HF med å skape sunne og trygge arbeidsplasser. Kjernevirksomheten til BHT er forebyggende arbeid innenfor kategoriene fysisk, kjemisk, biologisk, organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø. Det leveres årlige rapporter til arbeidsmiljøutvalget, og omtales kortfattet i Ledelsens gjennomgang en gang pr. år.

Dialogavtalen for BHT har i 2015 blant annet hatt følgende satsningsområder:

- Fortsatt satsning på smittevern for ansatte
- Bistå klinikkene i IA- arbeid
- Bistå klinikkene i kjemikaliearbeid gjennom kjemikaliegruppen i UNN.
- Utvikle og gjennomføre IA undervisning til ledere tillitsvalgte og verneombud
- Bistå klinikkene i konfliktforebygging og konflikthåndtering
- Utarbeide handlingsplaner for målrettet bistand med klinikkene

BHT har i stor grad gjennomført tiltakene innenfor disse satsningsområdene foruten satsningen som omhandler handlingsplaner for målrettet bistand med klinikkene.

Resultat kjemikaliesatsingen

Tabell 4 Organisatorisk oversikt over risikovurdering av kjemikalier i 2013 og 2016

Klinikk	2013		2016	
	Antall stoffer	% risikovurdert	Antall stoffer	% risikovurdert
Akuttmedisinsk klinikk	189	11,6	187	12,2
Allmennpsykiatrisk klinikk	274	9,1		
Barne- og ungdomsklinikk	136	16,7	257	34,6
Diagnostisk klinikk	1407	41,7	2028	77,5
Drift- og eiendomssenter	1014	20,1	1249	42,3
Kvalitet- og utviklingscenteret	41	80,4	54	98,1
Hjerte & lunge klinikk - Lungemedisin	330	52,1	331	78,4
HR senteret	16	31,0		
Kirurgi, kreft - og kvinnehelseklinikk	355	5,7	364	25,5
Longyearbyen sykehus	43	0,0	106	0
Medisinsk klinikk	712	57,9	1088	85,9
NST				
Nevrologi, ortopedi klinikk	299	11,7		
Nevrologi, ortopedi og rehabiliteringsklinikk			438	5,7
Operasjon- og intensivklinikken	371	96,4	819	91,2
Psykisk helse- og rusklinikken			556	11,8
Rehabiliteringsklinikken	62	37,0		
Rus & spesialpsykiatrisk klinikk	191	0,0		
Stabssenteret			40	67,5
UNN HF	5481	35,1	7517	58,6

Kjemikaliesatsingen som har foregått de to siste årene i regi av en egen ressursgruppe. Det er skjedde en endring i at flere stoffer er registrert, og flere stoffer er risikovurdert. Når det gjelder miljøfare er det registrert betydelig flere stoffer merket miljøfarlig. Rapport fra ressursgruppen med oppsummering og anbefaling for videre tiltak vil foreligge i løpet av høsten 2016.

Varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)

Arbeidstidsbestemmelsene er utformet slik at ett tilfelle kan gi flere brudd for de samme timene/vaktene. Tallmaterialet under viser ikke faktiske brudd, men varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene. For å kunne redegjøre for antall faktiske brudd må en gå inn i hver enkel arbeidsplan å kontrollere at lovlig etablerte dispensasjoner er registrert for gjeldende ansatte. Tilfeller der dispensasjoner og lokale avtaler med fagforeninger ikke er registrert i arbeidsplansystemet vil generere varsel om brudd.⁵ I tillegg er arbeidsplansystemet bygget opp slik at rekkefølgen på registrering av overtid, vaktbytter og merarbeid er utslagsgivende for varsel om brudd. Videre vil akutte hendelser som krever forlenget arbeidstid for ansatte kunne føre til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Disse hendelsene vil imidlertid ved tilsyn

⁵ Dette gjelder gjennomsnittsberegning av arbeidstid, avtalt kortere hviletid på døgn og uke, avtalt utvidet overtidsgrense på døgn, uke, måned samt overenskomst regulert kortere arbeidstid.

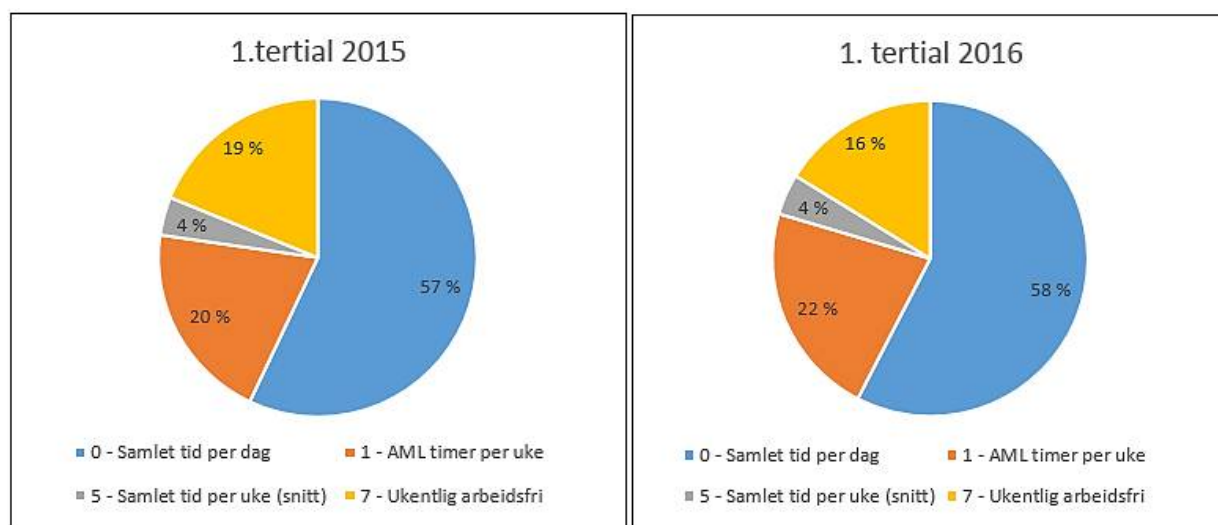
kunne forklares ut fra fare for liv og helse. Det må derfor utvises varsomhet i bruken av materialet.

Tabellen under viser omfanget av utvalgte varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene for 1.tertial i 2015 og 2016 ved UNN HF.

Det er registrert en økning innen samtlige bruddtyper fra 1. tertial 2015 til samme periode i 2016. Den største økningen er innenfor bruddtypen «*AML timer per uke*», med en økning på 28,5 prosent. Innenfor bruddtype «*samlet tid per uke (snitt)*» er det en tilnærmet lik økning. Det totale omfanget av varsel om brudd i 1.tertial 2016 viser en økning på 18,38 prosent fra samme periode i 2015. Økningen kan skyldes ulike faktorer. Én mulig faktor er utfordringer knyttet til registreringer i Gat. En annen er økt aktivitet utover det ordinære for å redusere fristbrudd.

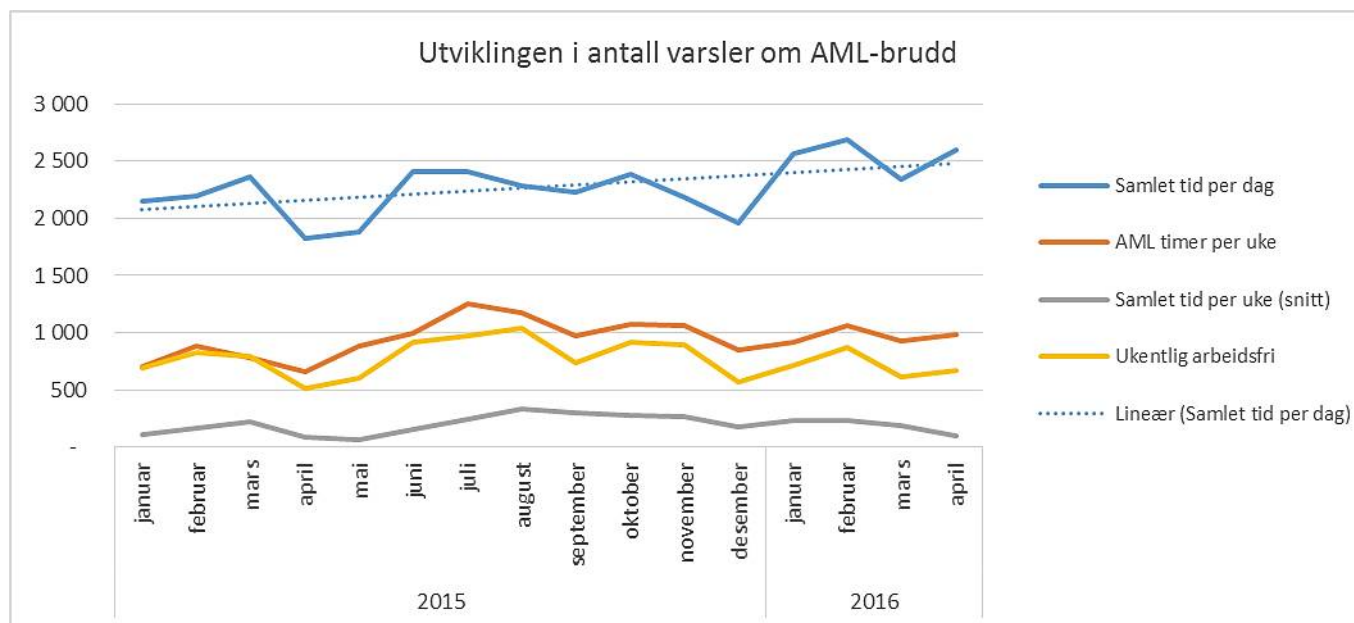
Bruddtype	1.tertial 2015	1. tertial 2016	Endring fra 2015
0 - Samlet tid per dag	8 532	10 201	19,56 %
1 - AML timer per uke	3 029	3 892	28,49 %
5 - Samlet tid per uke (snitt)	579	742	28,15 %
7 - Ukentlig arbeidsfri	2 820	2 874	1,91 %
Totalsum	14 960	17 709	18,38 %

5 - Antall varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i AML i 1.tertial for 2015 og 2016 for UNN HF.



6 - Prosentfordelingen av varsel om ulike bruddtyper i 1.tertial 2015 og 2016.

Andelen av varsler om de ulike bruddtypene for gjeldende perioder viser kun små endringer. Hovedfordelingen av varsler om bruddtypene forholder seg stabil, der bruddtype «*samlet tid per dag*» utgjør den største andelen, og «*samlet tid per uke (snitt)*» den minste andelen i begge perioder.



3 - Utviklingen i omfanget av varsler om AML-brudd fra 2015 til og med april 2016.

Samtlige bruddtyper viser store variasjoner gjennom året, med høye verdier i ferieperioden. Bruddtype «*samlet tid per dag*» som utgjør den største andelen av bruddtypene i både 2015 og 2016 viser en økende trend. Bruddtypene «*ukentlig arbeidsfri*» og «*AML timer per uke*» samvarierer som forventet. Samtlige bruddtyper, med unntak av bruddtype «*samlet arbeidstid*», er økende i utgangen av 1.tertial 2016. Til sammenligning var samtlige bruddtyper synkende i samme tertial i 2015.

Rapportering på klinikknivå

Tabellen over viser akkumulert statistikk på foretaksnivå. Gat som arbeidsplansystem har per i dag ingen gode løsninger for uttrekk av AML-data på klinikknivå. Rapportering på klinikknivå betinger manuell datavask, kartlegging av ansatte, deres arbeidsforhold og dispensasjoner for samtlige forekomster av varsler om brudd. I tillegg til at prosessen er svært tidkrevende, gir manuell databearbeidelse stor usikkerhet knyttet til datakvalitet. Se for øvrig ytterligere vurderinger under neste avsnitt.

Vurdering HMS

BHTs hovedoppgave er å jobbe med forebyggende HMS-arbeid. BHT erfarer at de med sin bistand i 2015 har jobbet mye med gjenopprettende arbeid. Det vil si at BHT blir bedt om bistand når skade har skjedd. BHT vil jobbe for at det skjer en dreining mot forebyggende HMS-arbeid, for å fremme godt arbeidsmiljø og reduksjon i sykefraværet. For å få oppnå en slik dreining må UNN motiveres til å jobbe systematisk med sitt HMS- arbeid. Dette inkluderer å utarbeide og gjennomføre HMS-årshjul, ha målrettede og gjennomførbare handlingsplaner for forbedringsarbeid og involvere BHT og eventuelt andre støttefunksjoner i forbedringsarbeid der det er behov. Ikke minst vil det være viktig at KVAM- strukturen er vel etablert og fungerer på alle nivå. For å lykkes med dette må BHT, i lag med AMU, arbeidsgivere, vernetjenesten og tillitsvalgte være gode pådrivere.

Gjennom IA-handlingsplan og rapporten fra arbeidsgruppen «Tettere på» har BHT fått føringer for hvilke områder som skal prioriteres i 2016 og 2017. Forebygging av trusler og

vold i arbeidsmiljøet, bistand i arbeidet med å forebygge sykefravær og ivaretagelse av gravide arbeidstakere er sentrale satsninger.

Det pågår for tiden et arbeid på regionalt nivå med å gjøre Gat-data tilgjengelig i datavarehuset. Blant disse dataene er det også data på varsler om AML-brudd. Datamaterialet behandles i datavarehuset slik at ovennevnte manuelle operasjoner blir automatisert. Arbeidet er godt i gang, og det forventes at Gat-data er tilgjengelig i datavarehuset innen utgangen av sommeren. Det vil da være mulig å rapportere på klinikknivå gjennom HN-LIS. Stabssenteret har i oppfølgingsmøter med klinikkene hatt fokus på viktigheten av å registrere AML-dispensasjoner i Gat.

Kvalitetskulturen i UNN

UNNs overordnede systemer for kvalitet gjennomgår kontinuerlig utvikling for å bidra til forbedring. Foretaket har likevel fortsatt et forbedringspotensial i systemtilnærmingen til kvalitet. Kvalitet i henhold til egen standard hos den enkelte medarbeider gir ikke automatisk god kvalitet på helheten. Dette bekreftes blant annet gjennom interne revisjoner, i avvik og i arbeidet med pasientforløpene.

Det er økning i antall dokumenter i dokumentstyringssystemet, og arbeidet med å overvåke antall dokumenter bør fortsette.

Erfaringsoverføring og læring av avvik og funn ved tilsyn og revisjoner er en vedvarende utfordring. Dette er aktualisert gjennom pågående diskusjoner om åpenhetskultur og resultater av pasientsikkerhetskulturundersøkelsen fra 2014, og det er viktig at det opprettholdes stort fokus på å gjennomføre tiltak på dette området.

Det har vært en stor økning i antall meldte avvik de siste årene, og meldekulturen i foretaket er utvilsomt bedret. Det viktigste arbeidet fremover er fortsatt å sørge for en ytterligere bedret meldekultur, der også flere alvorlige hendelser som anses som påregnelige komplikasjoner meldes. Sammen med bedret analyse av avvik og god oppfølging på alle ledernivå der avvik faktisk medfører forbedringstiltak vil legge til rette for læring og utløse forbedringspotensialer i organisasjonen.

Pasientforløpsarbeidet, det systematiske arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetssikringen gjennom internkontroll utfyller hverandre og UNN arbeider med å etablere en forbedringskultur basert på fakta og observasjoner. Det er nær sammenheng mellom arbeidsmiljø og kvalitet, og det er viktig å sette fokus også på HMS-forhold i kvalitetsarbeidet.

Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring

ISO-14001 inneholder krav om oversikt over vedtatte og gjennomførte tiltak fra styrets behandling av LGG. Det gis en her oversikt over tiltakene, gjennomførte tiltak vil kun vises i det tertiale de er gjennomført. 6 tiltak som ble gjennomført i forrige tertial (presentert i LGG for 3. tertial 2015) og vises ikke i oversikten.

Tabell 7 Gjennomføring av tidligere vedtak i LGG

Foreslåtte tiltak	Gjennomført
-------------------	-------------

Kvalitetsavdelingen utarbeider egen sak til Kvalitetsutvalget om avvik knyttet til legemiddelhåndtering.	Leveres 3 tertial 2016
For å ytterligere fokusere på ledernes oppfølging av avvik skal andel avvik som ikke er avsluttet fremgå av dashbordet i UNN-KIS eller HN-LIS for alle enheter så snart denne funksjonen er på plass i et av systemene.	Det er igangsatt arbeid med å få data fra Docmap inn i HN LIS
Klinikkjefene og rådgiver fra kvalitetsavdelingen gjør i fellesskap en grundigere gjennomgang av klinikkens risikovurderinger for å oppnå en mer lik tilnærming til de ulike elementene i vurderingen.	Dette er fulgt opp i prosess med klinikkene i forbindelse med oppdragsdokumentets krav om risikovurdering i 2016
Kvalitetsutvalget anbefaler at de klinikker som har få prosedyrer i Docmap gjennomgår i hvilken grad prosedyreverktøyet faktisk brukes slik det er forutsatt, og eventuelt gjennomfører tiltak for å ta det i bruk der det tidligere ikke har vært gjort i tilstrekkelig grad.	
Pasientsikkerhetsutvalget restruktureres, gis nytt mandat og endrer arbeidsform for å oppnå bedre oppfangning og videreformidling av læringspunkter fra avvik og uheldige hendelser for foretaket.	Nytt mandat og ny sammensetning for PSU vedtas i ledergruppen 28.6.2106
Kvalitetsutvalget oppfordrer til større ledelsesmessig fokus på rettidig behandling av NPE-saker, tilsynssaker og andre pasientsaker i de klinikker som har utfordringer med å svare innen fastsatt frist.	Fulgt opp i dialogmøter med klinikkene
Kvalitetsavdelingen sender ut regelmessig oversikt over dokumenter med overskredet revisjonsdato på 3 måneder til klinikkene. Klinikene vil da få 1 måned på å revidere dokumentet. Hvis dette ikke blir gjort blir dokumentet trukket tilbake.	Gjennomført og videreføres.
Kvalitetsavdelingen sender ut oversikt over dokumenter som har hatt fem eller færre oppslag i 2015 og ber klinikken om å ta en gjennomgang om disse dokumenter blir/skal brukes. Denne forespørsel må svares ut med hvilke dokument som kan trekke tilbake.	Gjennomført.
Kvalitetsavdelingen forbereder sak til UNNs ledergruppe, evt. også Kvalitetsutvalget, om hvordan prosedyrearbeidet kan følges bedre opp i foretaket. Saken skal også inkludere om det bør etableres nytt overordnet prosedyrevalg, og forslag til prosess for hvordan nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer kan tas i bruk i UNN.	Igangsatt, ikke fullført
Kvalitetsutvalget ber alle klinikker om å initiere systematiske diskusjoner om meldekultur i fagmiljøene, samt i KVAM-strukturene i klinikkene. Her bør det være særlig fokus på at terskelen for å melde alvorlige komplikasjoner skal være lav slik at en sikrer at disse raskt blir fulgt opp med nødvendige forebyggende tiltak for å unngå nye, lignende hendelser.	Bekreftet fulgt opp av klinikkjefene
Direktørens ledergruppe har startet en intern prosess med fokus på hvordan ledergruppen selv, i sin måte å utøve ledelse på, i større grad enn i dag kan bidra til å skape engasjement omkring pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedringsarbeid.	Pågående
Direktøren løfter frem pasientsikkerhet, meldekultur og betydningen av å	Fulgt opp

utvikle UNN som en lærende organisasjon i statusmøter for ledere og i direktørens ledersamling.	
Kvalitets- og utviklingssjefen har sammen med direktøren planlagt et halvdags møte for UNNs ledergruppe nå i mars med tema læring av uheldige hendelser, tilsyn etc. Dette som et ledd i arbeidet med nye mandat, sammensetning og arbeidsform for Pasientsikkerhetsutvalg og Kvalitetsutvalg og andre tiltak som ledd i arbeidet for å utvikle UNN som en lærende organisasjon med fokus på pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring.	Gjennomført april 2016
Kvalitetsavdelingen utarbeider forslag til hvordan hendelsesanalyser systematisk kan tas i bruk som verktøy for å sikre læring og erfaringsoverføring etter alvorlige hendelser i UNN.	Igangsett. Workshop i august 2016
Kvalitetsavdelingen tar initiativ til å etablere nettverk for klinikkens kvalitetsrådgivere for å bidra til erfaringsutveksling, læring på tvers av klinikkene og opplæring.	Første møte blir planlagt høsten 2016
Kvalitetsutvalget ber direktør og kvalitets- og utviklingssjefen om å ha oppfølging av pasientsaker, inkludert NPE- og tilsynssaker samt saker fra Pasient- og brukerombud som tema i oppfølgingsmøter med klinikkene.	Fulgt opp
Kvalitetsutvalget oppfordrer klinikkene til et fortsatt sterkt fokus på ytterligere bedret gjennomføring av infeksjonsforebyggede arbeid med blant annet smittevernvisitter, gjennomføring av pasientsikkerhetsprogrammets tiltaksområder, systematiske gjennomganger av pasientforløp og prosedyrer for å identifisere andre infeksjonsforebyggende tiltak.	
Medisinsk klinikk v/Smittevernsenteret bes utarbeide sak til Kvalitetsutvalget om hva som må til for at UNN skal nå den regionale nullvisjonen for sykehusinfeksjoner som kan forebygges.	
Det systematiske arbeidet for å redusere forekomst av personalskader som er utført i samarbeid mellom Barne- og ungdomsklinikken og Bedriftshelsetjenesten følges opp i AMU, og identifiserte tiltak følges også opp i Psykisk helse- og rusklinikken.	Under oppfølging



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
60/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	22.6.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

Forberedende virksomhetsplanlegging 2017 og orientering om arbeid med langtidsplan

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.

Sammendrag

Virksomhetsplanleggingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for 2017 har vært tema i to konferanser med ledergruppen og tillitsvalgte samt på UNNs ledersamling i mars. Helse Nord RHF's styresak 72/2016 *Plan 2017-2020 – inkludert rullering av investeringsplan 2017-2024* er lagt til grunn for premisser og føringer i denne saken.

Summen av alle pågående prosjekter og tiltak gjennom flere år gjør at endringskapasitets-situasjonen for mellomlederne er meget krevende. For 2017 foreslås det å utsette nye satsinger og prioriteringer slik at omstillingsutfordringen blir lavest mulig for å konsolidere virksomheten etter mange år med store omstillinger og prosjekter. Direktøren vil derfor starte virksomhetsplanleggingen for 2018 allerede rett over nyttår 2017.

Basisrammen for UNN øker med 41 mill kr (+0,8 %) i forhold til vedtatt budsjett 2016 før lønns- og prisvekst. De største endringene gjelder fri realvekst på 17,1 mill kr og økt satsing på psykisk helse- og rusområdet med 8,9 mill kr. Overskuddskravet fra Helse Nord RHF opprettholdes på + 40 mill kr. For å realisere strategien om lavest mulig omstillingsutfordring for 2017, foreslås det å redusere det interne overskuddskravet med 25 mill kr (fra 50 mill kr til 25 mill kr).

Budsjettet for Psykisk helse- og rusområdet (+0,7 %) øker prosentvis litt mer enn somatikk (+0,6 %) i budsjett 2017.

Langtidsplanen skal binde sammen strategisk utviklingsplan og de årlige virksomhetsplanene. Det er opprettet en arbeidsgruppe som skal jobbe med å utvikle en langtidsplan for UNN for 2018-2022.

Direktøren er ikke fornøyd med at Helse Nord RHF ennå ikke har tatt initiativ til en gjennomgang av bruken av den regionale inntektsfordelingsmodellen. Direktørens vurdering om at skjevheter i den regionale inntektsfordelingsmodellen gir utilsiktet nedprioriteringer av regionfunksjonene, er uendret.

Saken viser at UNN har et stabilt aktivitetsnivå og omtrent uendret antall månedsverk i perioden 2013-2016, til tross for store økonomiske omstillinger de siste årene. Direktøren mener at de siste års prioriteringer i kombinasjon med økonomisk måloppnåelse viser at foretaket er i stand til å håndtere fremtidige utfordringer. Direktøren er ikke fornøyd med tiltaksgjennomføringen. Direktøren ønsker å bruke konsolideringsåret til å starte planleggingen for 2018 rett over nyttår 2017. Samdata viser at vi fremdeles (2014) er 21 % dyrere enn landsgjennomsnittet, og direktøren mener at vi fremdeles har et potensial for effektivisering gjennom godt planlagte tiltak og kontinuerlig forbedring.

Direktøren er fornøyd med at arbeidet med langtidsplan er igangsatt og mener at langtidsplanen, når den er ferdigstilt, vil bli et viktig verktøy i de krevende prioriteringene som må gjøres fremover.

Bakgrunn

Virksomhetsplanleggingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for 2017 startet med konferanse for direktøren ledergruppe, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud 1.3.2016. Tema for konferansen var foreløpig omstillingsutfordring for 2017, samt oppstart på arbeidet med å utvikle langtidsplan for foretaket. Virksomhetsplanlegging 2017 har vært tema på UNNs ledersamling 9-10.3.2016, ekstraordinært ledermøte i mai, og ny konferanse 3.6.2016. Helse Nord RHF's styresak 72/2016 *Plan 2017-2020 – inkludert rullering av investeringsplan 2017-2024* er lagt til grunn for premisser og føringer i denne saken, og det er lagt egen lenke til denne RHF-saken i oversendelsen av styredokumentene. Saken behandles i RHF-styret 15.6.2016.

Formål

Formålet med saken er å orientere styret om virksomhetsplanleggingen for 2017, samt å få styrets tilslutning til valgt strategi for planleggingen. I tillegg orienteres styret om arbeidet med å utvikle langtidsplan for UNN for 2018-2022.

Saksutredning

Omstilling og prioriteringer de siste årene

I årene 2006 til og med 2009 gjorde Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) store økonomiske omstillinger for å nå styringskravet om økonomisk balanse. I årene med økonomisk balanse har omstillingen fortsatt. Med bakgrunn i endrede eksterne forutsetninger, prioriteringer i UNNs virksomhets, satsing på IKT-investeringer i regionen og investeringer i utstyr med mer har UNN omstilt for til sammen omlag 800 mill kr de siste seks årene. I tillegg til endringer i eksterne forutsetninger (inntektsmodell, endringer i statsbudsjett m.v.) har UNN gjort prioriteringer i de årlige budsjettene som gjelder faglige satsinger i klinikkene, IKT, ombygginger og vedlikehold og overskudd til investeringer i utstyr med mer. UNN har planlagt tiltak hvert år i tråd med omstillingsutfordringen. Gjennomføringsgraden av planlagte tiltak er i gjennomsnitt på 56 % i perioden januar 2014 til april 2016.

I perioden 2013-2016 har det vært relativt små endringer i samlet aktivitetsnivå, bortsett fra laboratorieanalyser som har økt med 16 % fra 2013. Også gjennomsnittlig antall månedsværk for samme periode er stabilt. Samdata fra 2014 viser at UNN ligger 21 % høyere enn landsgjennomsnittet målt i kostnader pr DRG-poeng. Dette er høyest av universitetssykehusene.

Strategi for virksomhetsplanleggingen 2017

I tillegg til store økonomiske omstillingstiltak over flere år, har det pågått, og pågår fortsatt, mange store prosjekter i UNN som krever deltakelse fra fagpersoner i organisasjonen, samt behov for endringskapasitet i alle ledelsesnivåer. Summen av alle pågående prosjekter og tiltak gjør at ledere ikke har kapasitet til å påbegynne ytterligere nye prosjekter, og har behov for å bruke nok tid på god planlegging for 2018. For 2017 foreslås derfor å utsette nye satsinger og prioriteringer slik at omstillingsutfordringen blir lavest mulig for å konsolidere virksomheten etter mange år med store omstillinger og prosjekter. Målsetting for 2017 er som følger:

- Ferdigstille pågående prosjekter slik at prosjektbelastningen reduseres.
- Starte tiltaksarbeidet for 2018 tidlig i 2017 for å sikre bedre kvalitet i tiltaksplanleggingen med mulighet for planlegge tiltak i et lengre perspektiv enn i dag.
- Ferdigstille detaljene i langtidsplanen.
- Skape tid og rom for kontinuerlig forbedringsarbeid.

Foreløpige budsjettpremisser fra RHF

Basisrammen for UNN øker med 41 mill kr (+0,8 %) i forhold til vedtatt budsjett 2016 før lønns- og prisvekst. De største endringene gjelder fri realvekst på 17,1 mill kr og økt satsing på psykisk helse og rus. For sistnevnte øker bevilgningen med 8,9 mill kr og kommer som en følge av prioriterte tiltak fra RHF, innfasing av revidert inntektsmodell og oppdatering av kriterieverdier og pasientstrømmer. I tillegg har vi fått 5 mill kr til prosjekt vedrørende medikamentfritt tilbud i 2016. Overskuddskravet opprettholdes på + 40 mill kr for 2017.

Foreløpig omstillingsutfordring

Omstillingsutfordringen er et resultat av endrede eksterne forhold, interne prioriteringer og endrede kostnader og inntekter. I tråd med foreslått strategi er innspill fra klinikkene og sentrene

om økte satsinger i 2017 utsatt for å redusere utfordringen for 2017 så mye som mulig. Foreløpig omstillingsutfordring er på 24,3 mill kr.

- UNN får 6 mill kr i oppstartsstøtte for PET-senteret. Foreløpige beregninger viser at kostnadene vil beløpe seg til ca 10 mill kr i 2017.
- Kriterieverdier og pasientstrømmer er oppdatert i inntektsmodellen for somatikk og gir UNN en økt inntekt på 3 mill kr.
- Inntektsmodellen for psykisk helsevern er oppdatert og det er besluttet en gradvis innfasing av effektene. I tillegg er modellen oppdatert med kriterieverdier og pasientstrømmer. Helse Nord RHF har vedtatt en tiltaksplan for psykisk helse og rus, og UNN tildeles 9,8 mill kr i 2017, i tillegg til at 5 mill kr bevilget i 2016 for prosjektet medikamentfritt tilbud videreføres. Til sammen er det en økning på 8,9 mill kr i økt basisramme for psykisk helsevern og rus i 2017, som videreføres uavkortet til disse områdene i UNN.
- UNN har fått 1,2 mill kr til utdanningsstillinger i anestesi.
- UNN får henholdsvis 6 mill kr og 17 mill kr til generell styrking av foretakene og fri realvekst. Styrking av HF er fordelt etter inntektsmodellen til somatikk, mens fri realvekst er fordelt med nesten 60 % til UNN, ca 36 % til Nordlandssykehuset HF, som i tillegg får 2,5 mill kr til økt tilbud innen gastro-/koloskopier, og 4 % til Finnmarkssykehuset HF. Helgelandssykehuset får ingen fri realvekst, men får i stedet 9 mill kr til rekrutteringsprosjekt og utviklingsprosjekt. Summen av disse tildelingene er for UNNs del den samme som om inntektsmodellen ble brukt. Dette innebærer at vi ikke får økte rammer for å håndtere vedtatte regionale oppgaver og må evt bruke av frie midler for å finansiere disse.
- Effektiviseringskrav på 6,9 mill kr.
- IKT-kostnadene øker med 30 mill kr i 2017.
- Renter og avskrivninger reduseres med til sammen 5 mill kr i 2017. Det er avskrivninger på eksisterende bygningsmasse som reduseres.
- Det foreslås å budsjettere med 10 mill kr i 2017 til direktørens disposisjon. Dette skal brukes til eventuelle uforutsette kostnader.
- Serviceavtaler, insulinpumper og diverse leiekostnader øker med 17,7 mill kr i 2017.
- UNN ba Helse Nord RHF om 16,4 mill kr til vedtatte, nye regionale oppgaver i mai 2017. Av dette har vi fått 1,2 mill kr til utdanningsstillinger innen anestesi. De øvrige 15,2 mill kr må finansieres av den frie realveksten. Det må vurderes om noen av disse oppgavene kan forskyves i tid.
- For å realisere strategien om lavest mulig omstillingsutfordring for 2017, foreslås det å redusere det interne overskuddskravet med 25 mill kr (fra 50 mill kr til 25 mill kr). Dette får konsekvenser for investeringsrammen for utstyr med mer i 2018, og gir følgende investeringsramme for utstyr med mer:
 - 2016: 230 mill kr
 - 2017: 185 mill kr
 - 2018: 240 mill kr

Den gylne regel

Satsingene i budsjett 2017 på somatikk gjelder økte kostnader serviceavtaler, insulinpumper, regionale oppgaver (tabell 8) og PET senter, til sammen 35,4 mill kr, en økning på 0,6 %. (25,4 mill kr og 0,5 % eksklusive PET-senteret). Satsingene på psykisk helse- og rusområdet er på til sammen 8,9 mill kr, en økning på 0,7 %. Øvrige kostnadsøkninger er felles for hele organisasjonen. Budsjettet for psykisk helse- og rusområdet øker dermed prosentvis litt mer enn somatikk i budsjett 2017.

Omstillingsutfordringen på til sammen 24,3 mill kr foreslås flatt fordelt mellom alle klinikker og sentre i UNN.

Risiko

Risikofaktorer i virksomhetsplan 2017:

- Ingen reserve for å håndtere eventuelle overraskelser fra Statsbudsjettet som kommer i oktober.
- Ingen sentral reserve til eventuelle nye økte kostnader (ekskl. medikamenter).
- Liten pott til direktørens disposisjon.
- Manglende tilgang på vikarer:
 - Risiko for at vi ikke klarer å opprettholde ordinær planlagt drift i enkelte deler av virksomheten.
 - Risiko for økte overtidskostnader.
 - Kan medføre økt arbeidsbelastning som gir risiko for økt sykefravær og negativ innvirkning på arbeidsmiljø.

Risikoreduserende faktorer i virksomhetsplan 2017:

- Lav omstillingsutfordring gir lavere risiko i tiltaksgjennomføring.
- Det arbeides med å utvikle alternative strategier for drift i sommerferien for å redusere risikoen knyttet til lav tilgang på vikarer.

Videre arbeid med virksomhetsplanlegging 2017

Klinikkene og sentrene jobber etter følgende tidsplan for å ferdigstille elementene i virksomhetsplanen.

Langtidsplan

Langtidsplan skal binde sammen strategisk utviklingsplan og de årlige virksomhetsplanene. I langtidsplankonferansen 1.3.2016, der direktørens ledergruppe deltok sammen med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud, ble det besluttet å opprette en arbeidsgruppe langtidsplan (ALP) som skal arbeide videre samt forberede sak til ledergruppen. ALP består av tre klinikkjefer, foretakstillitsvalgte fra Den norske legeförening (Dnlf) og Norsk Sykepleierforbund (NSF), økonomisjef, foretakscontroller og rådgiver direktøren.

Arbeidsgruppen har fått i mandat å definere hovedmål, strategiske problemstillinger, strategiske målsettinger, delmål og resultatmål utledet fra strategisk utviklingsplan. ALP skal beskrive hovedmål innenfor alle prioriterte utviklingsområder i strategisk utviklingsplan som ledergruppen deretter skal prioritere fra. Etter beslutning om prioritering fortsetter arbeidet med detaljplanlegging.

Styret inviteres til å vedta langtidsplan for 2018-2022 i november.

Medvirkning

Styresak med saksfremlegg ble forelagt brukerarbeidsutvalg, arbeidsmiljøutvalg og drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter 6-8.6.2016. Protokoller og referat fra møtene blir behandlet som egne referatsaker i styret 22.6.2016.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten uttrykte aktiv støtte til forslaget om at 2017 blir et konsolideringsår for organisasjonen, og i samtlige møter ble det tilslutning til at saken forelegges styret til sluttbehandling.

Vurdering

Gjennom mange år har prosjekter innenfor bygg, IKT og omorganisering krevd stor deltakelse fra mange fagfolk og ledere på alle nivåer. Det samme gjelder tydelige krav om måloppnåelse vedrørende fristbrudd, ventetider, pasientsikkerhetskampanjen og kreftpakkeforløp i tillegg til kontinuerlige store økonomiske omstillingstiltak. Direktøren vurderer det slik at endringskapasiteten for mellomledere i hele organisasjonen er nådd og anser det som nødvendig å bruke 2017 på å konsolidere driften. 2017 vil bli brukt til å ferdigstille påbegynte prosjekter og bruke god nok tid på planleggingen for 2018 slik at langsiktige varige tiltak kan planlegges med høy kvalitet. Direktøren vil derfor starte virksomhetsplanleggingen for 2018 allerede rett over nyttår 2017. Det understrekes at denne budsjettstrategien ikke må misforstås som et signal om at behovet for økonomiske omstillinger nå er varig redusert.

Strategien lar seg ikke gjennomføre uten å redusere det planlagte overskuddet fra 90 til 65 mill kr. Dette er isolert sett lite ønsket, men etter direktørens vurdering forsvarlig, etter at det er investert mye i nytt medisinsk teknisk utstyr de to siste årene.

Direktøren er ikke fornøyd med at Helse Nord RHF ennå ikke har tatt initiativ til en gjennomgang av bruken av den regionale inntektsfordelingsmodellen. Direktørens vurdering om at skjevheter i den regionale inntektsfordelingsmodellen gir utilsiktet nedprioriteringer av regionfunksjonene er uendret. Fordeling av frie midler gjør også denne gangen at UNN må bruke av realveksten for å finansiere nye vedtatte regionsfunksjoner. UNN får ikke betaling fra de andre foretakene gjennom mobilitetskomponenten før året etter oppstart av nye oppgaver. I tillegg er betalingen gjennom modellen lavere enn UNNs kostnadsnivå som er 21 % over landsgjennomsnittet. Dette må vi delvis ta ansvar for selv ved å redusere kostnadsnivået, men det er direktørens vurdering at UNN har strukturulempesom gjør at det ikke er realistisk å bringe kostnadsnivået ned til landsgjennomsnittet.

Saken viser at UNN har et stabilt aktivitetsnivå og omtrent uendret antall månedsværk i perioden 2013-2016, til tross for store økonomiske omstillinger de siste årene. Dette viser at UNN har klart å gjøre interne omprioriteringer uten nedgang i aktivitet eller månedsværk. Prioriteringer blir, etter direktørens vurdering, enda viktigere i årene som kommer. Med medisinsk utvikling, nye behandlingsmetoder, nye dyre effektive medikamenter og flere eldre i kombinasjon med relativt sett færre helsearbeidere og liten budsjettvekst, er det avgjørende at UNN prioriterer i tråd med pasientenes behov og UNNs overordnede strategi. Direktøren mener at de siste års prioriteringer i kombinasjon med økonomisk måloppnåelse viser at foretaket er i stand til å håndtere fremtidige utfordringer.

Direktøren er ikke fornøyd med tiltaksgjennomføringen. Den lave gjennomføringsgraden skyldes både at vi er for ambisiøs i forventet effekt, forsinkelse av gjennomføring og tiltak som

ikke lar seg gjennomføre. Tiltak som ikke skal iverksettes, korrigering av tidsplaner og beregninger og erstatning med nye kompensierende tiltak gjennom året gjøres i liten grad. Det ser samtidig ut som om det gjennomføres tiltak utenom vedtatt plan, siden vi stort sett har klart å nå budsjettmålene til tross for lav gjennomføringsgrad i planlagte tiltak.

Direktøren mener med bakgrunn i dette at vi må bruke lengre tid på planleggingen, planlegge flere langsiktige tiltak og generelt øke kvaliteten i arbeidet. Dette forutsetter blant annet at planarbeidet starter tidligere enn tradisjonen har vært til nå, og direktøren ønsker å bruke konsolideringsåret til å starte planleggingen for 2018 rett over nyttår 2017. Samdata viser at vi fremdeles (2014) er 21 % dyrere enn landsgjennomsnittet, og direktøren mener at dette viser at vi fremdeles har et potensial for effektivisering gjennom godt planlagte tiltak og kontinuerlig forbedring.

Risikoen i budsjettet for 2017 vurderes som noe høyere enn tidligere år. Strategien om å utsette alle nye oppgaver som kan utsettes vil gjelde hele 2017, og direktørens pott vil kun disponeres til eventuelle uforutsette kostnader. I tillegg bidrar den lave omstillingsutfordringen for 2017 til å redusere risikoen.

Arbeidet med langtidsplanlegging er komplisert, krevende og til dels nybrottsarbeid. Direktøren er fornøyd med at arbeidet er igangsatt og mener at langtidsplanen, når den er ferdigstilt, vil bli et viktig verktøy i de krevende prioriteringene som må gjøres fremover.

Konklusjon

Direktøren mener foretaket har behov for å konsolidere driften etter mange år med store, krevende prosjekter og omstillinger. Konsolideringsåret vil brukes til å ferdigstille prosjekter og øke kvaliteten i planleggingen ved å starte tidligere på året. Direktøren anbefaler styret å slutte seg til strategien i virksomhetsplanleggingen for 2017.

Tromsø, 10.6.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg – Forberedende virksomhetsplanlegging 2017



SAKSFREMLEGG TIL STYRESAKEN

Sak: Forberedende Virksomhetsplanlegging 2017 og arbeid med langtidsplan
Til: Styret VED Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen og Grethe Andersen
Møtedato: 22.6.2016

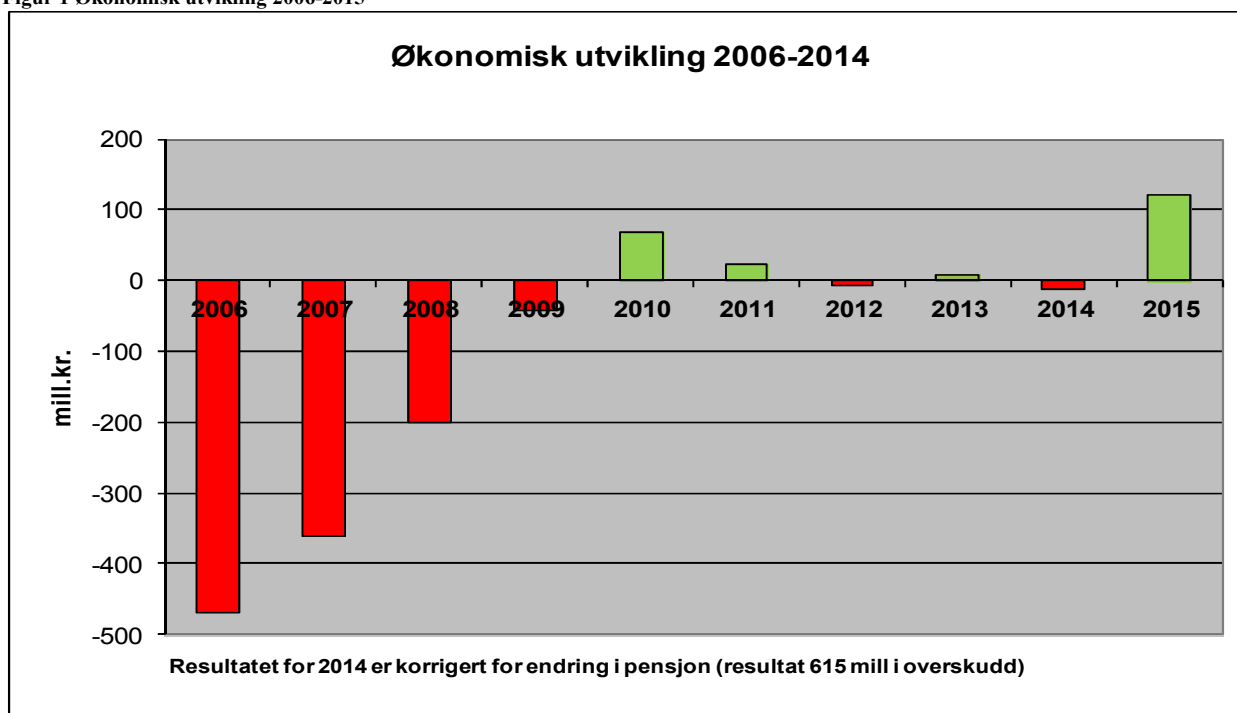
Saksfremlegget redegjør for:

1. Omstilling og prioriteringer de siste årene
2. Strategi
3. Foreløpige budsjettpremisser fra Helse Nord RHF
4. Foreløpig omstillingsutfordring og fordeling
5. Risiko
6. Arbeid med langtidsplan 2018-2022

1. Omstilling og prioriteringer de siste årene

I 2006 hadde UNN et underskudd på nesten en halv mrd kr. Underskuddet ble gradvis redusert de påfølgende 3 årene, før vi i 2010 realiserte et overskudd. I årene fra 2010-2015 har vi hatt stabile regnskapsmessige resultat. Overskuddet i 2015 var en konsekvens av ekstraordinære ISF-inntekter fra året før, samt overskudd grunnet et lavt lønnsoppgjør.

Figur 1 Økonomisk utvikling 2006-2015



I årene 2006 til og med 2009 gjorde UNN store økonomiske omstillinger for å nå styringskravet om økonomisk balanse. I årene med økonomisk balanse har omstillingen fortsatt, men med bakgrunn i endrede eksterne forutsetninger, prioriteringer i UNNs virksomhet, satsing på IKT-



investeringer i regionen og investeringer i utstyr med mer. UNN har omstilt for til sammen ca 800 mill kr de siste 6 årene.

Tabell 1 Omstilling UNN 2011-2016

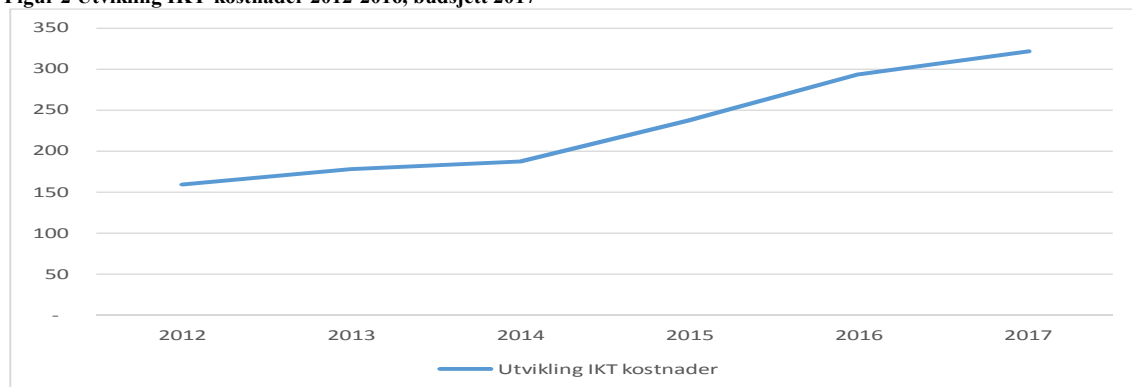
Omstilling 2011-2016 (tall i mill kr)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Omstillingsutfordring	83,6	107	67,3	175,6	220,5	167,3

I tillegg til endringer i eksterne forutsetninger (inntektsmodell, endringer i statsbudsjett etc) har UNN gjort prioriteringer i de årlige budsjettene som vist i tabell 2

Tabell 2 Prioriteringer 2011-2016

Prioriteringer (beløp i mill kr)	2011-2016
Faglig satsninger - Styrking klinikker	320
IKT	195
Ombygginger, vedlikehold og bygg	65
Økte investeringsmidler	50
Økte pensjonskostnader utover komper	22
ABIKO	13

Figur 2 Utvikling IKT-kostnader 2012-2016, budsjett 2017



De faglige satsingene i perioden er på ca 320 mill kr. Eksempler på faglige satsninger/styrking klinikkene i perioden 2011-2016 (listen er ikke uttømmende):

- Brystrekonstruksjon, økt aktivitet
- Sentralisering kreftbehandling
- Kreftmedikamenter og biologiske legemidler
- Operasjonsaktivitet og robotkirurgi – økt bemanning
- Operasjonsmateriell og annet medisinsk utstyr
- Behandlingshjelpemidler
- Serviceavtaler medisinteknisk utstyr
- Opptrapping fødselsomsorg
- ECMO behandling
- OCD team og økt sengetall psykisk helsevern barn og unge
- Ombygginger
- Kvalitetsprosjekter/kvalitetstiltak i klinikkene



I perioden 2013-2016 har det vært relativt små endringer i samlet aktivitetsnivå, bortsett fra laboratorieanalyser som har økt med 16 % fra 2013. Tabell 3 viser endringer i aktivitet i forhold til 2016.

Tabell 3 Endring i aktivitet i forhold til 2016.

April						
Aktivitet UNN HF	Endring fra 2013		Endring fra 2014		Endring fra 2015	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Somatikk						
Utskrivelser heldøgn	-170	-1	-94	-1	36	0
Innlagte dagopphold	124	6	326	15	306	15
Polikliniske dagbehandlinger	-240	-3	-452	-5	64	1
DRG poeng (2016 logikk)	1 201	6	938	4	1 246	6
Liggedager i perioden	2 423	4	4 272	8	3 787	7
Polikliniske konsultasjoner	4 218	5	2 951	3	4 575	5
Herav ISF	5 988	8	4 181	5	5 217	7
Kontrollandel poliklinikk	-2 %		-2 %		-2 %	
Laboratorieanalyser	256 106	16	143 859	8	106 933	6
Røntgenundersøkelser	1 967	3	669	1	3 199	5
Fremmøte stråleterapi	-1 653	-28	-410	-10	-38	-1
Pasientkontakter	4 172	4	3 183	3	4 917	5
VOP	0		0		0	
Utskrivelser heldøgn	-176	-14	-88	-8	-103	-9
Liggedager i perioden	-2 995	-17	-2 709	-17	-2 094	-13
Polikliniske konsultasjoner	1 576	8	1 234	5	151	1
Pasientkontakter	1 400	6	1 146	5	48	0
BUP	0		0		0	
Utskrivelser heldøgn	5	8	-8	-7	-5	-7
Liggedager i perioden	166	21	-35	-3	-238	-20
Polikliniske konsultasjoner	23	0	-852	-9	-381	-4
Pasientkontakter	28	0	-860	-8	-386	-4
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	0		0		0	
Utskrivelser heldøgn	-10	-4	-6	-3	-14	-6
Liggedager i perioden	-289	-4	-322	-5	96	1
Polikliniske konsultasjoner	293	8	545	14	-332	-8
Pasientkontakter	283	7	539	13	-346	-8

Gjennomsnittlig antall månedsverk i perioden 2013-2016 er stabil. Tabell 4 viser gjennomsnittlige månedsverk pr klinikk, og figur 3 viser gjennomsnittlige månedsverk pr profesjon.

Tabell 4 Gjennomsnittlig månedsverk pr klinikk 2013-2016

Gjennomsnittlig månedsverk per år (perioden jan-april)	2013	2014	2015	2016	Endring 16 vs 13
10 - Akuttmedisinsk klinikk	494	497	506	510	17
11 - Longyearbyen sykehus	27	24	25	23	-4
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	611	610	624	608	-3
13 - Hjerte- lungeklinikken	391	395	377	364	-27
15 - Medisinsk klinikk	559	578	585	583	24
17 - Barne- og ungdomsklinikken	335	344	340	330	-5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	621	625	633	633	11
19 - NOR klinikken	750	768	772	764	14
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	1 016	1 008	1 004	960	-55
30 - Diagnostisk klinikk	554	568	584	587	32
43 - Nasjonalt senter for ehelseforskning og utredning	-	-	0	49	49
45 - Drifts- og eiendomssenter	387	398	394	387	-0
52 - Stabssenter	189	189	186	178	-11
54 - Kvalitets- og utviklingssenteret	239	261	242	177	-62
62 - Felles/øvrige	98	100	108	108	10
Totalt	6 270	6 367	6 380	6 262	-8

Tabell 5 Gjennomsnittlig månedsverk pr profesjon 2013-2016

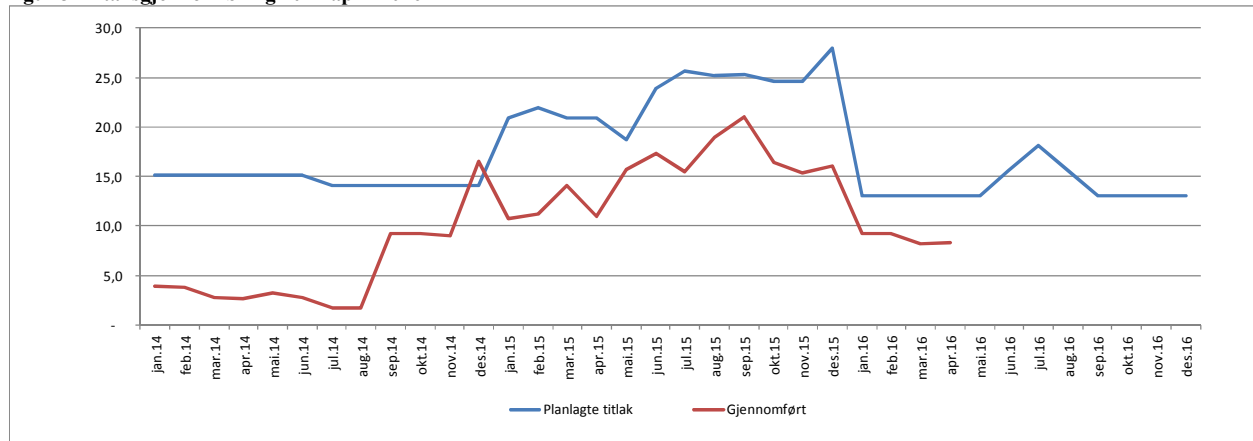


Profesjon	2013	2014	2015	2016	Endring 2013-2016
Adm og ledelse	1087	1 122	1003	998	-89
Ambulanspersonell	342	339	346	354	12
Diagnostisk personell	254	260	366	360	106
Drifts/teknisk personell	427	446	465	500	72
Forskning	55	75	95	89	34
Helsefagarbeider/hjelpepleier	312	302	277	255	-57
Leger	836	856	867	888	52
Pasientrettede stillinger	888	857	854	819	-68
Psykologer	143	156	158	158	15
Sykepleiere	1799	1 833	1839	1 853	54
Udefinert/annet	128	120	110	-11	-139
Gjennomsnitt	6 270	6 367	6 380	6 262	-8

Adm og ledelse, diagnostisk personell og udefinert/annet må ses i sammenheng med endringer i koblinger til profesjonsgruppe (felles i Helse Nord)

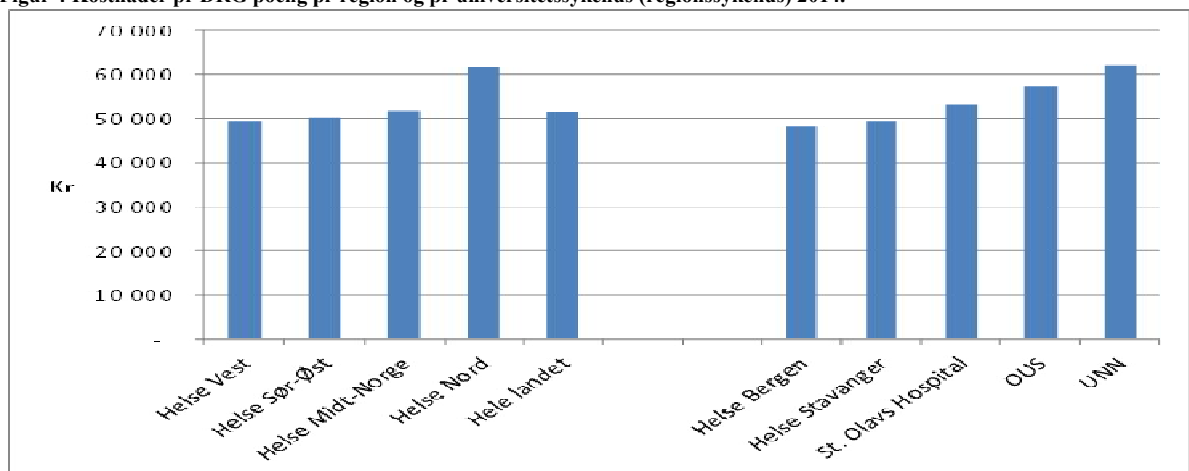
UNN har planlagt tiltak hvert år i tråd med omstillingsutfordringen. Gjennomføringsgraden av planlagte tiltak er i gjennomsnitt på 56 % i perioden januar 2014-april 2016.

Figur 3 Tiltaksgjennomføring 2014-april 2016



Samdata fra 2014 viser at UNN ligger 21 % høyere enn landsgjennomsnittet målt i kostnader pr DRG-poeng. Dette er høyest av universitetssykehusene.

Figur 4 Kostnader pr DRG poeng pr region og pr universitetssykehus (regionssykehus) 2014.



2. Strategi



I tillegg til store økonomiske omstillingstiltak over flere år, har det pågått, og pågår fortsatt, mange store prosjekter i UNN som krever deltakelse fra fagpersoner i organisasjonen, samt behov for endringskapasitet fra alle ledelsesnivåer. Store ressurskrevende prosjekter som pågår og fortsetter i 2017 er blant annet:

- Implementering/innføring/utvikling IKT-systemer
- Organisasjonsutviklingsprosess A-fløya
- Etablering PET-senteret
- Omorganiseringsprosesser i Psykisk helse og rusklinikken og Kvalitets- og utviklingssenteret
- Implementering kreftpakkeforløp
- Krav om måloppnåelse i fht fristbrudd, ventetider og pasientsikkerhetsprogrammet
- Gjennomføring av vedtatte tiltak

Summen av alle pågående prosjekter og tiltak gjør at ledere ikke har kapasitet til å påbegynne ytterligere nye prosjekter, og har behov for å bruke nok tid på god planlegging for 2018. For 2017 foreslås det å utsette nye satsinger og prioriteringer slik at omstillingsutfordringen blir lavest mulig for å konsolidere virksomheten etter mange år med store omstillinger og prosjekter. Målsetting for 2017:

- Ferdigstille pågående prosjekter slik at prosjektbelastningen normaliseres.
- Starte tiltaksarbeidet for 2018 tidlig i 2017 for å sikre bedre kvalitet i tiltaksplanleggingen og med mulighet for å planlegge tiltak i et lengre perspektiv enn i dag.
- Ferdigstille detaljene i langtidsplanen.
- Skape tid og rom for kontinuerlig forbedringsarbeid.

3. Foreløpige budsjettpremisser fra RHF

Basisrammen for UNN øker med 41 mill kr (+0,8 %) i forhold til vedtatt budsjett 2016 før lønns- og prisvekst. Regulering av lønns- og prisvekst til helseforetakene videreføres i tråd med statsbudsjettet. De største endringene gjelder fri realvekst på 17,1 mill kr og økt satsing på psykisk helse og rus. For sistnevnte øker bevilgningen med 8,9 mill kr og kommer som en følge av prioriterte tiltak fra RHF, innfasing av revidert inntektsmodell og oppdatering av kriterieverdier og pasientstrømmer. I tillegg har vi fått 5 mill kr til prosjekt vedrørende medikamentfritt tilbud i 2016.

Helse Nord øker satsningen på Mine behandlingsvalg og øker bevilgningen med 8,2 mill kr. 4,9 mill kr av økningen har vi fått i justert budsjett 2016.

Basisrammen reduseres med til sammen 6,9 mill kr som følge av krav til effektivisering innen klinisk farmasi, pasientreiser, legemidler og ERL.

Tabell 6 Endringer i basisramme 2017 (i forhold til vedtatt budsjett)



Endringer basisramme 2017 (i forhold vedtatt budsjett oktober 2015)	mill kr
Oppdatering inntektsmodell somatikk	3,0
Oppdatering inntektsmodell psykisk helse/innfasing	4,0
Oppdatering inntektsmodell rus	-4,9
Inndraging HF engangstilskudd - nødnett	-3,8
Inndraging tilskudd - NST	-4,0
Inndraging HF engangstilskudd - URE helseteam	-0,7
Inndragning kompensasjon FIKS-deltakelse	-7,7
Forvaltning IKT EPJ i HF	3,4
Styrking HF	6,0
Tiltak plan psykisk helse og rus	14,8
PET senter oppstart støtte og fullfinansiering	2,0
Flyseteavgift	3,7
Astma allergisenter UNN	2,9
Prosjekt Samvalg	8,2
KORSN kompetanse	0,3
KORSN antibiotikaresistens	1,0
Styrking drift kvalitetsregistre	0,6
Delfinansiering professorstilling PHBU	0,4
Fri realvekst	17,1
LIS-stillinger Anestesi UNN/NLSH	1,2
Rituell omskjæring	0,5
Klinisk farmasi, krav til effektivisering	-1,3
Pasientreiser, krav til effektivisering	-0,5
Legemidler, krav til effektivisering	-4,3
ERL, krav til effektivisering	-0,9
Sum endringer	41,0

Resultatkravet for UNN for 2017 opprettholdes på + 40 mill kr.

4. Foreløpig omstillingsutfordring

Omstillingsutfordringen er et resultat av endrede eksterne forhold, interne prioriteringer og endrede kostnader og inntekter. I tråd med foreslåtte strategi er innspill fra klinikkene og sentrene om økte satsinger i 2017 utsatt for å redusere utfordringen for 2017 så mye som mulig. Tabell 7 viser foreløpig omstillingsutfordring for 2017.



OMSTILLINGSUTFORDRING 2017, tall i mill kr	2017
Inngangshastighet	0,0
Idefaseutredning Åsgård	-3,5
Sum korreksjon for engangseffekter	-3,5
Oppstartsstøtte PET senter	-6,0
Inntektsmodell somatikk	-3,0
Inntektsmodell psykisk helsevern/innfasing oppdatert modell	-4,0
Inntektsmodell rus	4,9
Tiltak plan psykisk helse og rus	-9,8
Utdanningsstillinger anestesi	-1,2
Styrking HF	-6,0
Fri realvekst	-17,0
Effektiviseringskrav	6,9
Sum endrede eksterne inntektsforutsetninger	-35,2
Økte IKT kostnader	30,0
Driftskostnader PET senter/oppstartskostnader	10,0
Psykisk helsevern og TSB inntektsmodell og tiltak plan	8,9
Endring i renter og avskrivninger	-5,0
Direktørens disposisjon	10,0
DK: Økte kostnader insulinpumper og serviceavtaler	9,0
DES: Økte kostnader vedrørende utleieforhold	8,7
Økte kostnader regionale funksjoner	16,4
Redusert overskuddkrav	-25,0
Sum endrede internt påførte økte utfordringer	63,0
Omstillingsutfordring UNN HF 2017	24,3

Inntekter: minustall, kostnader: plusstall

Inngangshastighet

Det fortsettes et resultat i henhold til internt resultatmål slik at inngangshastigheten for 2017 er i balanse.

Idefaseutredning Åsgård

Engangskostnad i 2016

Oppstartsstøtte PET-senter

UNN får 6 mill kr i oppstartsstøtte for PET-senteret. Foreløpige beregninger viser at kostnadene vil beløpe seg til ca 10 mill kr i 2017.

Inntektsmodell somatikk

Kriterieverdier og pasientstrømmer er oppdatert i modellen og gir UNN en økt inntekt på 3 mill kr.

Inntektsmodell psykisk helsevern/innfasing oppdatert modell, inntektsmodell rus og tiltak plan psykisk helse og rus

Inntektsmodellen for psykisk helsevern er oppdatert og det er besluttet en gradvis innfasing av effektene. I tillegg er modellen oppdatert med kriterieverdier og pasientstrømmer. Helse Nord RHF har vedtatt en tiltaksplan for psykisk helse og rus, og UNN tildeles 9,8 mill kr i 2017, i tillegg til at 5 mill kr bevilget i 2016 for prosjektet medikamentfritt tilbud videreføres. Til



sammen er det en økning på 8,9 mill kr i økt basisramme for psykisk helsevern og rus i 2017, som videreføres uavkortet til disse områdene i UNN.

Utdanningsstillinger anestesi

UNN har fått 1,2 mill kr til utdanningsstillinger i anestesi

Styrking HF og fri realvekst

UNN får henholdsvis 6 mill kr og 17 mill kr til generell styrking av foretakene og fri realvekst. Styrking av HF er fordelt etter inntektsmodellen i somatikk, mens fri realvekst er fordelt med nesten 60 % til UNN, ca 36 % til Nordlandssykehuset HF som i tillegg får 2,5 mill kr til økt tilbud innen gastro/koloskopier, og 4 % til Finnmarkssykehuset HF. Helgelandssykehuset får ingen fri realvekst, men får i stedet 9 mill kr til rekrutteringsprosjekt og utviklingsprosjekt. Summen av disse tildelingene er for UNNs del den samme som om inntektsmodellen ble brukt. Dette innebærer at vi ikke får økte rammer for å håndtere vedtatte regionale oppgaver og må evt bruke av frie midler for å finansiere disse.

Effektiviseringskrav

Helse Nord RHF reduserer basisrammen til alle foretakene i et effektiviseringskrav som for UNN utgjør 6,9 mill kr.

Økte IKT-kostnader

Oppdatert oversikt fra Helse Nord IKT viser at IKT-kostnadene øker med 30 mill kr i 2017. Dette gjelder renter og avskrivninger av prosjekter, igangsatte prosjekter og driftskostnader.

Endring i renter og avskrivninger

Renter og avskrivninger reduseres med til sammen 5 mill kr i 2017. Det er avskrivninger på eksisterende bygningsmasse som reduseres.

Direktørens disposisjon

Det foreslås å budsjettere med 10 mill kr i 2017 til direktørens disposisjon. Dette skal brukes til eventuelle uforutsette kostnader.

Diagnostisk klinikk (DK) økte kostnader

Serviceavtaler og insulinpumper øker med 9 mill kr i 2017.

Drifts- og eiendomssenteret (DES) økte kostnader vedrørende utleieforhold

Kostnader vedrørende utleieforhold øker med 8,7 mill kr i 2017.

Økte kostnader regionale funksjoner

UNN ba Helse Nord RHF om 16,4 mill kr til vedtatte, nye regionale oppgaver i mai 2017. Av dette har vi fått 1,2 mill kr til utdanningsstillinger innen anestesi. De øvrige 15,2 mill kr må finansieres av den frie realveksten. Det vil vurderes om noen av disse oppgavene kan forskyves i tid.

Tabell 8 Regionale funksjoner, innspill til RHF om økt budsjett 2017



Regionale funksjoner, innspill til RHF om økt budsjett 2017	mill kr
ECMO transportoppdrag	6,0
Intervensjonsradiologisk behandling av hjemmeslag	3,0
Registerenhet	1,4
Utdanningsstillinger	4,0
Regionsfunksjon for kreftbehandling	2,0
SUM	16,4

Redusert overskuddskrav

For å realisere strategien om lavest mulig omstillingsutfordring for 2017 foreslås det å redusere det interne overskuddskravet med 25 mill kr (fra 50 mill kr til 25 mill kr). Dette får konsekvenser for investeringsrammen for utstyr med mer i 2018. Tabell 9 viser investeringsrammen for utstyr med mer for årene 2016-2018 med redusert overskuddskrav. Overskuddskrav i 2016 på 50 mill kr kan brukes i 2017. Overskuddskrav på 25 mill kr i 2017 kan brukes i 2018.

Tabell 9 Investeringsrammer utstyr med mer

Investeringsramme/år (tall i mill kr)	2016	2017	2018
Investeringsramme	70	100	150
Tilleggsramme	80		
Fra overskuddkrav RHF	0	20	40
Overskudd utover styringskrav	80		
Økt ramme til ambulansestasjon med mer		15	25
Internt overskuddkrav		50	25
Sum investeringsramme utstyr med mer	230	185	240

- Ordinær investeringsramme øker fra 100-150 mill kr fra 2017-2018
- Overskuddskrav fra RHF øker fra 0 til 40 mill kr. Årsaken til at vi har 0 i 2016 og 20 i 2017 er at vi betaler tilbake på forskuttert ramme i 2015. I 2017 er «siste avdrag» på 20 mill kr, og i 2018 får vi disponere hele overskuddet.
- I perioden 2017-2018 har vi fått til sammen 40 mill kr til ambulansestasjon og investeringer knyttet til regionale funksjoner.

Til tross for forslag om å redusere internt overskuddskrav i 2017 til 25 mill kr er den totale investeringsrammen for utstyr med mer høyere i 2018 enn i både 2016 og 2017. Men konsekvensen av å redusere overskuddskravet er at etterslepet i reanskaffelser tar lengre tid å eliminere enn opprinnelig planlagt.

Den gylne regel

Satsingene i budsjett 2017 for somatikk gjelder økte kostnader serviceavtaler, insulinpumper, regionale oppgaver (tabell 8) og PET senter, til sammen 35,4 mill kr, dvs en økning på 0,6 % (25,4 mill kr og 0,5 % eksklusive PET-senteret). Satsingene for psykisk helse og rus er på til sammen 8,9 mill kr, en økning på 0,7 %. Øvrige kostnadsøkninger er felles for hele organisasjonen. Budsjettet for psykisk helse og rus øker dermed prosentvis litt mer enn somatikk i budsjett 2017.

Fordeling omstillingsutfordring.

Omstillingsutfordringen på til sammen 24,3 mill kr foreslås flatt fordelt mellom alle klinikker og sentre i UNN.



Tabell 10 Fordeling omstillingsutfordring 2017

Klinikk/senter	mill kr
Akuttmedisinsk klinikk	1,8
Longyearbyen sykehus	0,1
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	2,7
Hjerte- lungeklinikken	1,5
Medisinsk klinikk	2,2
Barne- og ungdomsklinikken	1,4
Operasjons- og intensivklinikken	2,6
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	3,0
Psykisk helse- og rusklinikken	3,7
Diagnostisk klinikk	2,5
Drifts- og eiendomssenter	1,2
Stabssenter	0,7
Kvalitets- og utviklingssenteret	0,7
Totalt	24,3

5. Risiko

Risikofaktorer i virksomhetsplan 2017:

- Ingen reserve for å håndtere eventuelle overraskelser fra Statsbudsjettet som kommer i oktober.
- Ingen sentral reserve til eventuelle nye økte kostnader (eks medikamenter)
- Liten pott til direktørens disposisjon
- Manglende tilgang på vikarer:
 - Risiko for at vi ikke klarer å opprettholde ordinær planlagt drift i enkelte deler av virksomheten.
 - Risiko for økte overtidskostnader.
 - Kan medføre økt arbeidsbelastning som gir risiko for økt sykefravær og negativ innvirkning på arbeidsmiljø.

Risikoreduserende faktorer i virksomhetsplan 2017:

- Lav omstillingsutfordring gir lavere risiko i tiltaksgjennomføringen.

Videre arbeid med virksomhetsplanlegging 2017

Klinikkene og sentrene jobber etter følgende tidsplan for å ferdigstille elementene i virksomhetsplanen.

Tabell 11 Tidsplan for videre arbeid



01.sep	Ferdige plantall for aktivitet, kvalitet og månedsverk
01.sep	Komplette tiltaksplaner
12.sep	Virksomhetsplankonferanse: Klinikkerne og sentrene presenterer komplette tiltaksplaner inkludert risiko - og konsekvensvurdering
20.sep	Ferdige plantall aktivitet Diagnostisk klinikk og Operasjons- og intensivklinikken
01.okt	Ferdige klinikkvise investeringslister for 2017 , prioritert
01.nov	Forslag til UNNs totale investeringsplan ferdigstilles i overordnet investeringsgruppe
Okt/nov	Dialogmøter med direktøren. Ferdige dialogavtaler og budsjett, klinikkenes/sentrenes totale virksomhetsplan ferdig drøftet før dialogmøtet
14.des	Styret UNN inviteres til å vedta Virksomhetsplan 2017

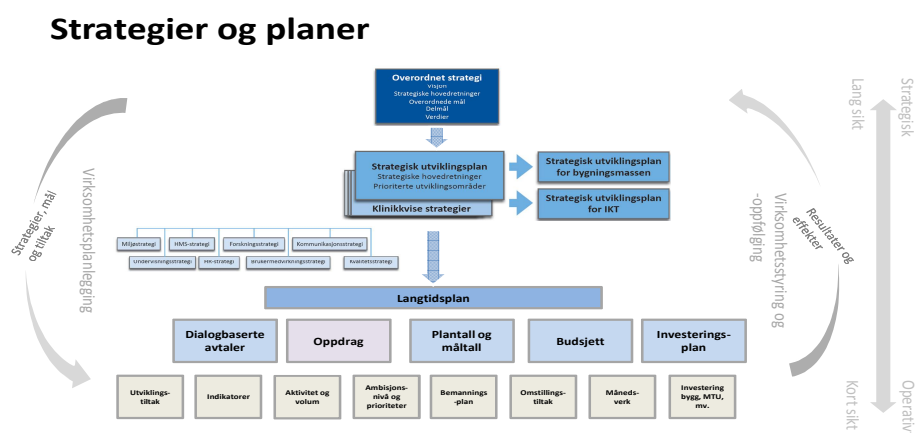
6. Langtidsplan

Langtidsplan skal binde sammen strategisk utviklingsplan og de årlige virksomhetsplanene. I langtidsplankonferansen 1. mars der direktørens ledergruppe deltok sammen med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud ble de viktigste gevinstene ved å lage og rullere langtidsplan diskutert:

- Strategisk utviklingsplan blir brukt og er forpliktende
- Prioriteringer i strategisk utviklingsplan følges
- Prioriteringene er avstemt på foretaksnivå
- Tidsnok oppstart av prosjekter
- Koordinering av aktiviteter kan planlegges og avstemmes
- Ressursallokering – diskusjon i forbindelse med langtidsplan
- Årlig virksomhetsplanlegging mer forutsigbart
- Årlig virksomhetsplanlegging mindre arbeidsintensivt

Figur 5 viser sammenhengen mellom langtidsplan og øvrige strategier og planer

Figur 5 UNNs strategier og planer



I langtidsplankonferansen ble det besluttet å opprette en arbeidsgruppe langtidsplan (ALP) som skal arbeide videre samt forberede sak til ledergruppen. ALP består av:



Klinikksjef HLK, Kristian Bartnes
 Klinikksjef MK, Markus Rumpsfeld
 Klinikksjef PHRK, Magnus Hald
 Foretakstillitsvalgt DNL, Ulla Dorthe Mathisen
 Foretakstillitsvalgt NSF, Mai-Britt Martinsen
 Økonomisjef Grethe Andersen
 Foretakscontroller Roger Dahl
 Rådgiver direktøren, Joakim Sjøbeck

Arbeidsgruppen har fått i mandat å definere hovedmål, strategiske problemstillinger, strategiske målsettinger, delmål og resultatmål utledet fra strategisk utviklingsplan. ALP skal beskrive hovedmål innenfor alle prioriterte utviklingsområder i strategisk utviklingsplan. Antall hovedmål som skal defineres tallfestes ikke, men det skal være mange nok til at ledergruppa kan velge fra flere når de skal beslutte hvilke som skal prioriteres i plan 2018-2021.

Ledergruppen skal prioritere fra hovedmålene som er utarbeidet av ALP. Etter beslutning om prioritering fortsetter arbeidet med detaljplanlegging. Fremdriftsplan for arbeidet er beskrevet i tabell 12.

Tabell 12 Fremdriftsplan utvikling av langtidsplan

Dag	Dato	Klokkeslett	Hvem	Hva
Tirsdag	03.mai	09.00-09.30	Direktørens ledergruppe	Beslutte mandag
Tirsdag	16.jun	16.00-18.00	Direktørens ledergruppe	Innspill til foreløpige mål i langtidsplanen
Tirsdag	06.sep	08.00-12.00	Direktørens ledergruppe	Diskusjon (og evt beslutning) mål i langtidsplanen
Tirsdag	20.sep	09.00-09.30	Direktørens ledergruppe	Endelig beslutning mål langtidsplan etter evt innspill og korrigeringer fra ledermøtet 6. september
Tirsdag	18.okt	12.30-15.30	Direktørens ledergruppe	Langtidsplan 2018-2021 (inkl mål, tiltak, årsplan etc)

Styret inviteres til å vedta langtidsplan for 2018-2022 i november.

Arbeidet med langtidsplanlegging er komplisert, krevende og til dels nybrottsarbeid. Dersom det i løpet av arbeidet kommer frem nye momenter som ALP mener er vesentlig for langtidsplanleggingen kan det være aktuelt å be ledergruppa om å godkjenne revidert mandat og/eller revidert tidsplan for arbeidet.

Det kan tenkes at ett eller flere hovedmål er gjensidig avhengig av hverandre, og at noen hovedmål konkurrerer om de samme ressursene (både driftsmidler, investeringsmidler, arbeidsinnsats, ledelsesmessig oppmerksomhet og involvering etc). Det blir derfor viktig å velge en riktig miks av hovedmål for hver periode for å sikre gjennomføring.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
61/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	22.6.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Hege Andersen

Kontinuerlig forbedring - tentativ gjennomføringsplan for UNN

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.

Sammendrag

Etter gjentatte diskusjoner omkring utfordringsbildet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), herunder krav om å sørge for de nødvendige tiltak for å oppfylle vilkårene for en kultur preget av åpenhet og læring, besluttet direktørens ledergruppe tidligere i år å innføre et organisasjonsomfattende system for ledelse av kontinuerlig forbedring. Dette er et langsiktig arbeid med en tidshorison på minimum 10 år. I denne saken konkretiseres det hva innføringen av et slikt system innebærer for UNN generelt, og for ledergruppen spesielt. Mer spesifikt legges det fram en tentativ gjennomføringsplan i åtte punkter.

En slik kulturell transformasjon forutsetter sterk forankring i styret for å kunne lykkes. Direktøren ber derfor om at styret gir sin tilslutning til hovedinnretningen i saken, og imøteser innspill og justeringer av den tentative gjennomføringsplanen. Direktøren vil deretter holde styret løpende orientert om videre framdrift, risikovurderinger og mulige konsekvenser disse endringene har for styrets virke og ansvarsområde.

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har i de siste åtte årene satset systematisk på pasientforløpsprosjekter ved hjelp av Lean-metodikk, implementering av pasientsikkerhetsprogrammet med videre. Til tross for målrettet satsing, har ikke UNN lyktes

med å etablere et eget *system* for kontinuerlig forbedring av våre arbeidsprosesser. På noen områder lykkes vi, som for eksempel i implementeringen av kreftpakkeforløpene, mens rutinene raskt faller tilbake til gammel praksis på andre områder. Et sterkt fokus på forbedring utfra pasientens behov har stor tilslutning, men potensialet for gode, forbedrede pasientforløp er ikke tatt ut. UNN har over tid observert spredte lommer av forbedring, heller enn et system for endring og tankesett for forbedring som gjennomsyrrer hele organisasjonen. Potensialet for forbedring kan ikke tas ut uten at UNN tar de nødvendige skritt for å etablere et slikt organisasjonsomfattende system og tilhørende kulturendring.

I likhet med andre helseforetak, har UNN de senere år vært preget av gjentatte, krevende saker som sår tvil om hvorvidt organisasjonen har en kultur som i tilstrekkelig grad er preget av åpenhet og læring. Helseministeren har bedt helseforetakene om å følge opp med tiltak som kan bidra til at vilkårene for en kultur preget av åpenhet og læring, sikres ref. inneværende års oppdragsdokument.

Etter en studietur til ThedaCare, Wisconsin (USA), besluttet direktørens ledergruppe å innføre et system for kontinuerlig forbedring ved UNN, tilpasset lokale behov og utfordringer, for å bøte på dette. To av de viktigste elementer som må være til stede for skape en kultur for kontinuerlig forbedring, åpenhet og læring, er å øke kapasiteten for endring samt å lede i tråd med visjon, mål og strategier. Å øke gjennomføringsevnen, fart og spredning av UNNs utviklings-, endrings- og forbedringsarbeid, innebærer å:

1. Sette organisasjonen i stand til å forbedre, gjennom å:
 - a. Øke **kapasitet** for endring –å berede grunnen, rigge, prioritere og satse riktig
 - b. Øke **evne** til endring – en lærende organisasjon, kunnskap og erfaring.
2. Sørge for at alle går i samme retning, ved å koordinere, følge opp, holde fast, og lede i tråd med gjeldende visjon, mål og strategier. Disse må operasjonaliseres slik at det kommer til uttrykk i både lederes og ansattes atferd.

For å få dette til, må UNN som organisasjon arbeide på flere felt samtidig, nedenfra i forbedringsprosjekter (slik vi har gjort og fortsatt skal gjøre), på systemnivå (med styrket innsats på systematisk opplæring, standarder for gjennomføring og oppfølging), og ovenfra og innover (noe vi ikke har gjort i særlig grad tidligere).

Utgangspunktet for denne saken er sistnevnte, krav til system og endringsledelse for å få etablert kontinuerlig forbedring. Målet er at UNN skal være en åpen, lærende organisasjon, som gir den beste behandling.

Formål

Formålet med styresaken er å konkretisere hva oppfølgingen av UNNs utfordringsbilde og innføringen av et system for organisasjonsomfattende kontinuerlig forbedring innebærer for UNN generelt, og for ledergruppen spesielt.

Saksutredning

En litteraturgjennomgang av *Lean i sykehus* (ref PhD-avhandlingen til Hege Andersen, 2016), viser at Lean virker og at ledelse er det viktigste vilkår for å lykkes med forbedringsarbeid. Ledelsens støtte, forankring, eierskap og forpliktelse er grunnforutsetningen for varig forbedring. Fokusgruppeintervjuer og spørreundersøkelser viser at det samme gjelder lokalt. De

viktigste faktorene for å understøtte forbedring, er ledelse, støtte, koordinering og kontinuitet. UNN ønsker å ta et forskningsbasert utgangspunkt ved valg av økt satsing på ledelse. Etter 20 års erfaring er det ikke et spørsmål om lean eller tilsvarende metodikk virker i helsetjenesten, men om *hvordan* UNN velger å implementere metodikken på en virkningsfull måte.

I organisasjoner på linje med UNN, som har gjennomført spredte forbedringsprosjekter over år, rapporteres det om tilsvarende funn. Forbedringskultur spres ikke av seg selv, og resultatene legger seg ofte på et gitt nivå – og stagnerer der. Kim Barnas (2011) har intervjuet sykehusledere om denne stagnasjonen, og konkluderer med at ledere mangler verktøy for å lede denne typen arbeid. Det er oppstått et gap mellom områdene som forbedres og de strategiske prioriteringene, og ledere mangler eierskap til de forbedrede arbeidsprosessene. Målet ved å gjennomføre kontinuerlig forbedring med initiativ og gjennomføring fra toppledelsen, er å sørge for at lederne settes i stand til å ta de rette avgjørelsene, i omgivelser der de kan skille informasjon fra organisatorisk støy, der de lærer av feil, og forstår hva som skjer. Det forutsettes at lederne skal være pådriver i forbedringsarbeidet, i betydning av at også den enkelte leders arbeid må forutsettes å tilføre verdi for pasienten.

Å arbeide med forbedring på systemnivå impliserer at hele organisasjonen involveres og engasjeres i arbeidet. Det er ikke slik at ansvaret alene vil ligge hos toppledelse, kvalitetsavdelingen eller personal- og organisasjonsavdelingen. Alle organisasjonsledd skal ta et delansvar for at organisasjonen som et hele beveger seg i riktig retning. Satsingen angår pasientene (kvalitet og pasientsikkerhet), de ansatte (læring og arbeidsmiljø) og virksomheten som sådan (økonomi, aktivitet). Utgangspunktet i kontinuerlig forbedring er å skape verdi som kvalitet/ kostnad.

Forankringen til styret må være sterk, og vedvarende over tid. Dette fordrer at styret er kjent med, og stiller seg bak, gjennomføringsplanen, også progresjon over tid. Endringer i organisasjonen, med sterkere fokus på kontinuerlig forbedring, vil også få konsekvenser for styrets arbeid. Erfaringer fra andre sykehus tilsier at det må forventes en del motgang og motstand, pukkelkostnader og andre, midlertidige utfordringer. Tålmodighet og vedvarende støtte fra styret vil være avgjørende i slike perioder.

En hovedutfordring med satsinger som denne, basert på verdi for pasienten, er knyttet til at hierarkier snus ved at forbedringspotensialet identifiseres og tiltak gjennomføres, av de ansatte. Driveren i forbedringsarbeidet er ansatte og mellomledere, ikke toppledelsen. Visuelle målinger fra dag til dag synliggjør driften, inklusive feil og mangler. En kultur for forbedring tilsier at en må tåle å bli sett i kortene, uten at noen gjøres til syndebukk når uheldige hendelser avdekkes. Det krever mot og åpenhet å gjennomføre en slik endring.

En fare i implementeringen er erfaringsvis at satsingen gjennomføres for fort, feil og at det investeres for lite, i form av ressurser, opplæring med videre. UNN må utvikles til å bli en lærende organisasjon i alle ledd for at organisasjonen skal utvikle seg i ønsket retning. Dette tar tid og er ressurskrevende. En realistisk gjennomføringsplan må ha et 10 års tidsperspektiv.

I tråd med anbefalingene fra forskning samt andre sykehus sin erfaring, tar gjennomføringsplanen utgangspunkt i direktørens ledergruppes vurderinger, og angir hvordan et slikt system bør etableres over tid. Gjennomføringsplanen kan oppsummeres i følgende punkter:

1. Oppslutning fra toppledelsen og styret gjennom leder- og styremøte-behandling i juni 2016. Direktøren etablerer noen få grunnleggende prinsipper for endringsarbeidet. Formål og plan for satsingen risikovurderes og kommuniseres ut i alle ledd av organisasjonen.

2. Nøkkelprioriteringer og tilhørende målinger for UNN etableres etter drøftinger i sykehusledelsen. Det tas utgangspunkt i de prioriterte hovedområdene og disse knyttes til sykehusets visjon, mål og satsingsområder. Tavlemøter legges inn som fast punkt i eksisterende møtestruktur. Dette prøves ut fra og med første ledermøte i august.
3. Direktørens ledergruppe får grundig opplæring og trening i kontinuerlig forbedring, med fokus på ledelse. Opplegget kan igangsettes høsten 2016.
4. Teambygging i toppledelsen vektlegges i et eget, internt opplegg for dette formål, der ekstern kompetanse bidrar inn. Dette planlegges for oppstart høsten 2016, og gjennomføres innen våren 2017.
5. Etablering av et nytt system for håndtering av avvik, der avvik søkes løst på lavest mulig nivå men i siste instans havner på tavlemøte i toppledelsen om nødvendig. Kvalitetsavdelingen er i gang med å planlegge en slik struktur som kan testes ut, i tråd med PDSA-sirkelen, høsten 2016.
6. Gjennomgang av alle større arbeidsprosesser i sykehusledelsen, både administrative prosesser, møtestruktur og årshjul-baserte aktiviteter. Kartleggingen starter opp høsten 2016.
7. Det etableres et mer strukturert langsiktig opplæringsprogram for ledere og ansatte ved UNN der de lærer opp i forbedringsmetodikk og vårt eget system for kontinuerlig forbedring. Da e-læringsverktøyet allerede er tilgjengelig, kan en planmessig utrulling skje allerede fra høsten 2016.
8. Det etableres et nettverk av forbedringskonsulenter for kunnskapsspredning og kontinuitet. Disse vil utgjøre spydspissen i det langsiktige arbeidet. Oppstart høsten 2016, da det allerede er en rekke erfarne lean-konsulenter i de fleste klinikkene.

Medvirkning

Saken er forelagt ansattes organisasjoner og vernetjeneste samt brukerarbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalg i egne møter 6-8.6.2016. Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken fremmes for styret i den form og omfang det ble behandlet i ovennevnte møter. Protokoller og referat fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 22.6.2016. Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken fremmes for styret til behandling.

Vurdering

Direktøren mener at det er noen grunnleggende forutsetninger som må være til stede før UNN går i gang med et slikt organisasjonsomfattende system for kontinuerlig forbedring. Først og fremst må UNN som organisasjon vite hvor man er og hvor man skal. I tillegg må organisasjonen ha klart for seg hvor godt den presterer per i dag, hva resultatet av det den gjør er, samt hvorvidt dagens situasjon anses for å være en krise. I tillegg kommer spørsmål som:

- Hva kan gå galt om vi ikke gjør noe?
- Hvor mye skal vi forbedre, og hvor?
- Hva er godt nok?
- Hvor godt kunne vi prestert?
- Hva skal vi måle opp mot?

I forlengelsen av dette er det en rekke krav til vellykket implementering av et slikt system. Toppledelsen må angi retning gjennom å fokusere på de få nøkkelprioriteringene samt måling av disse. Det kreves en systematisk og detaljert prosess for å komme fram til disse målene og

indikatorerne. Det må brukes tid på målingene, og de må gjøres synlige. Lederne må lære, og benytte de ulike metodene for problemløsning i arbeidet. I tillegg må lederne i større grad bli fasilitatorer, mentorer og lærere, og bevege seg i retning fra å styre til å lede. Dette krever atferdsendring i utøvelse av ledelse.

Toppledergruppen må fungere som et team. Dette er et krevende og langsiktig arbeide, som berører både atferds- og kulturendring. Direktøren mener at UNN ikke har et tilstrekkelig apparat til å arbeide med teambygging i ledelsen, og vil knytte til seg ekstern kompetanse i denne delen av arbeidet.

Toppledere må være til stede i kjernevirksomheten, og undervise, lytte og fjerne barrierer for de ansatte. Dette krever førstehånds kunnskap om forbedringsmetodikk og stedene der verdiskapningen skjer. Det krever også at det frigjøres operativ ledertid, et ansvar som primært ligger hos den enkelte leder, men som også må ses i sammenheng med de overordnede arbeidsprosesser sykehusledelsen inngår i. Også disse må gjennomgås og forbedres ut fra verdiskapningen som ligger i den enkelte prosess.

Det må etableres systemer som sikrer at toppledelsen har inngående kjennskap til kjernevirksomheten. Dette igjennom et system for håndtering av avvik, der et problem som er avdekket til syvende og sist havnet på ledergruppens bord, med mindre det løses i mellomliggende ledd.

Det må presiseres at arbeidet er tids- og ressurskrevende. UNN har i dag ikke tilgjengelige ressurser eller kompetanse for å lykkes. Dette må bygges opp over tid. I bunn og grunn er kontinuerlig forbedring på systemnivå ikke et prosjekt eller et program, men en kulturell transformasjon. Dette betyr også at satsingen ikke har en mållinje der systemet er ferdig implementert, og der en kan gå tilbake til tradisjonelle handlingsmønstre.

For å få en realistisk gjennomføringsplan for dette omfattende arbeidet, må det prioriteres i gitt rekkefølge, i de delene av systemet der det til enhver tid gjennomføres. I tillegg kreves det 100 prosent oppslutning fra toppledelse og styret.

En slik omfattende systemendring og kulturell transformasjon krever også et omfattende kommunikasjonsarbeid på flere plan. Vilje til endring må sikres gjennom en felles forståelse av behovet for endring. Kapasitet for endring må sikres gjennom at det skapes rom for å gjøre jobben, der organisasjonen flytter fokus fra organisasjonsendring, eller «boksene», til forbedring, eller «innholdet i boksene» igjen.

Direktøren vil etablere noen grunnleggende prinsipper for arbeidet, der UNN eksempelvis ikke vil igangsette omfattende nye organisasjonsendringer utover konsolidering av LUO I og II, slutføringen av LUO II og de endringer som må påregnes å følge av igangsatte og planlagte byggeprosesser. Organisasjonen skal endre fokus til kontinuerlig og varig forbedringer av våre arbeidsprosesser, med verdiskapning for pasienten som ledetråd.

Konklusjon

Direktøren ledergruppe har gitt sin tilslutning til at det ved UNN skal innføres et organisasjonsomfattende system for kontinuerlig forbedring. For å få etablert et slikt system, forutsettes det en rekke krevende endringer i måten vi arbeider på, i alle ledd av organisasjonen.

En slik kulturell transformasjon er helt avhengig av sterk forankring i styret for å lykkes. Direktøren anbefaler derfor styret om å gi sin tilslutning til hovedinnretningen i denne saken. Videre åpner direktøren for innspill og justeringer av den tentative gjennomføringsplanen ved styrebehandlingen, og vil holde styret løpende orientert om videre framdrift og mulige konsekvenser disse endringene har for styrets virke og ansvarsområde.

Tromsø, 10.6.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
62/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	22.6.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Leif Hovden

Møteplan for styremøter 2017

Innstilling til vedtak

- 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	26	31	21			13	4	15	13
Styreseminar						20					14	
Regionalt seminar			29-30							25-26		

- Styret vedtar følgende årsplan i tråd med krav i styreinstruksen for UNN:

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Styrets evaluering av egen virksomhet og OD 2017.	Tromsø	Onsdag 8. februar
Årsregnskap, årlig melding og investeringer.	Tromsø	Onsdag 22. mars
Informasjonssikkerhet. RHF's Plan 2018-2021.	Tromsø	Onsdag 26. april
Første tertialrapport.	Tromsø	Onsdag 31. mai
LGG, forberedende virksomhetsplanlegging 2017.	Harstad	Onsdag 21. juni
Status oppdragsdokument 2016	Tromsø	Onsdag 14. september
Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.	Tromsø	Onsdag 5. oktober
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Svalbard	Onsdag 16. november
Virksomhetsplan og budsjett for 2017	Tromsø	Onsdag 14. desember

Saksutredning

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) legger til grunn ovennevnte møteplan for 2017. Den er tilpasset møteplan for styret ved Helse Nord RHF, vedtatt i deres styremøte 25.5.d.å., med vektlegging på avleveringsfrister fra helseforetakenes styrer for tertialrapporter, regnskap og årlig melding. Helse Nord RHF har stilt krav om behandling av noen eksplisitte saker i oppdragsdokumentet for inneværende år, som styret ved UNN har behandlet i egen sak

10.2.2016. Disse kravene er forutsatt også vil følge i 2017, og er derfor lagt inn i årsplandelen. De regionale styreledermøtene er ennå ikke fastlagt, og derfor ikke tatt med i møteplanen.

Frister

Det er samtidig forsøkt tatt hensyn til *tidligst mulige intern leveringsfrist* for utarbeidelse av virksomhetsrapportene hver måned. I tillegg må det gis mulighet for nødvendig behandling i forkant samt drøftinger med ansattes organisasjoner, brukerutvalg og arbeidsmiljøutvalg før utsendelse av sakene til styrebehandling. Det vil ved enkelte av de oppsatte møtene bli krevende å kunne levere ferdige kvalitets- og virksomhetsrapporter innenfor gitte frister, som følge av at møtetidspunktene er styrt ut fra hensynet til andre samarbeidspartnere og aktører. Dette kan medføre behov for ettersendelse av disse sakene, etter fristen på 10 dager før styremøtet.

Lokaliseringer

Foreslåtte lokaliseringer for møtene er gjort skjønnsmessig, ut fra hensynet til en ønsket variasjon og tilstedeværelse i vertskommunene for de største enhetene.

Styreseminarer

Styret har tidligere prioritert å avsette tid til ett eget styreseminar pr semester, og disse er lagt inn i tilknytning til siste møte før sommerferien samt novembermøtet 2017. Styret må ta stilling til hvor seminarene ønskes avviklet. Svalbard er foreslått i november, etter innspill under forrige styreseminar, november 2015.

I tillegg er det foreslått et felles styreseminar med Helsefakultetet ved Universitetet i Tromsø, etter begge styrenes ønsker, der fokus på forskning blir prioritert i tråd med intensjonene i årets felles styreseminar. Se avsnittet under om nødvendige avklaringer.

De regionale styreseminarene er lagt inn i planen i tråd med Helse Nord RHF's vedtatte plan.

Til avklaring

Styremøtene er lagt til onsdager gjennom hele året, i tråd med styrets uttrykte ønske. For to av møtene, i mai og i september, er det fra direktørens side ønskelig å skyve møtene fra onsdag til torsdag, og møtet 22.6.2016 må avklare dette.

Felles styreseminar med Helsefakultetet er foreslått årlig lagt i tilknytning til ett av styremøtene i mars, april eller mai, etter innspill fra felles ledermøte Helsefak/ UNN 7.6.2016. Avklaringer med respektive styrever og administrasjoner pågår.

Tromsø, 17.6.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
63/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	22.6.2016
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

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
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

Tromsø, 10.6.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Sak: Resultatkvalitet for UNN - resultater for Nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale kvalitetsregistre

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

Fra: Einar Bugge

Møtedato: 22.6.2016

Sammendrag

Saken presenterer Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s resultater for nasjonale indikatorer for resultatkvalitet, og dekningsgrad og resultater for utvalgte nasjonale kvalitetsregistre.

For nasjonale resultatindikatorer har UNN gjennomgående resultater på eller over nasjonalt gjennomsnitt, med få unntak. Overlevelse etter hjerteinfarkt er høy, fem års overlevelse for endetarmskreft (målt regionalt) er høy, og andel eldre pasienter som reinnlegges etter sykehusopphold er lavere enn gjennomsnittet nasjonalt. For brystkreft og prostatakreft er overlevelsen på nivå med landet for øvrig, mens overlevelse for menn med tykktarmskreft er noe lavere i Helse Nord enn gjennomsnittet nasjonalt. For forekomst av sykehusinfeksjoner har UNNs resultater bedret seg de siste årene, og ved måling høsten 2015 hadde UNN for første gang forekomst av sykehusinfeksjoner lavere enn landsgjennomsnittet.

Kvalitetsregistrene er en viktig kilde til å dokumentere og forbedre pasientsikkerhet og kvalitet ved sykehusene våre. Medisinske kvalitetsregistre er avhengig av at flest mulig innen den aktuelle pasientgruppen innregistreres, slik at registrene blir så komplette som mulig (høy dekningsgrad). For kvalitetsregistre viser saken at fagmiljøene registrerer data i de aller fleste aktuelle registre, og dekningsgraden er høy for mange registre, middels for noen og lav for andre.

Saken viser videre at resultater fra kvalitetsregistrene, oppsummert, viser at UNN har flere gode resultater for blant annet hjerteinfarktbehandling, slagbehandling, hjertekirurgi, hofteproteser og overlevelse etter hoftebrudd. Resultatene er under gjennomsnitt for blant annet barne- og ungdomsdiabetes og for behandling av kvinnelig inkontinens, og gjennomsnittlige for en rekke andre forhold. Data fra registrene viser også en stor variasjon i regionen i blant annet andel kvinner med brystkreft med små svulster som får brystbevarende kirurgi og ulikheter innad i UNN i behandling av pasienter med hjerteinfarkt.

Det er en vesentlig mangel ved både de nasjonale indikatorene for resultatkvalitet og de nasjonale kvalitetsregistrene at de kun omfatter somatisk virksomhet, og ikke psykisk helsevern og rusbehandling. Det er stort behov for å utvikle resultatindikatorer og registre også på disse områdene.

Saken oppsummeres med at det ligger svært mye god innsats fra dyktige, motiverte og engasjerte medarbeidere bak de mange gode resultatene, og arbeidet med innregistrering av data i kvalitetsregistrene er meget omfattende og tidkrevende. Det er viktig at resultatene brukes av fagmiljøene til å gjøre vurderinger av egne resultater, sammenligne seg fortrinnsvis med de beste, og gjennomføre stadig forbedringsarbeid. Saken beskriver flere gode eksempler på godt forbedringsarbeid, og peker på områder hvor slikt arbeid bør iverksettes. Kun ved kontinuerlig forbedringsarbeid som ikke minst er basert på måling av resultatkvalitet kan UNN leve opp til visjonen.

Saksutredning

Nasjonale kvalitetsindikatorer – resultat kvalitet

Det publiseres regelmessig et etterhvert stort antall nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Indikatorene publiseres på helsenorge.no, og er der tilgjengelig for alle. Det presenteres nye/oppdaterte indikatorer tre – fire ganger årlig. Mange av indikatorene er prosessindikatorer, men det er de siste årene også utviklet et ikke ubetydelig antall resultatindikatorer for somatisk virksomhet. Det er ikke etablert resultatindikatorer for psykisk helse eller rusbehandling. Resultatene nasjonalt, regionalt og for UNN-sykehusene Tromsø, Harstad og Narvik for nasjonale resultatindikatorer er fremstilt i nedenstående tabell. Disse indikatorene er publisert på helsenorge.no i perioden november 2015 – mai 2016.

Indikator	Norge	Helse Nord	Tromsø	Harstad	Narvik
Overlevelse					
Overlevelse 30 dager etter innleggelse (2014)	95,2	95,1	95,2	95,2	94,4
Overlevelse 30 dager etter hjerteinfarkt (2014)	89,8	89,4	92,1	88,4	86,7
Overlevelse 30 dager etter hjerneslag (2014)	87,3	87,2	87	88	85,6
Overlevelse 30 dager etter hoftebrudd (2014)	91,6	90,9	92,3	90,8	91,3
Fem års overlevelse lungekreft, kvinner % (2014)	19,5	16,6			
Fem års overlevelse lungekreft, menn % (2014)	13,9	12,4			
Fem års overlevelse endetarmskreft, kvinner % (2014)	67,6	73,3			
Fem års overlevelse endetarmskreft, menn % (2014)	67,7	70,5			
Fem års overlevelse tykktarmskreft, kvinner % (2014)	64,7	64,8			
Fem års overlevelse tykktarmskreft, menn % (2014)	61,1	57,3			
Fem års overlevelse etter brystkreft % (2014)	88,3	88,3			
Fem års overlevelse etter prostatakreft % (2014)	90,7	91			
Dødelighet i nyfødteperioden (antall døde barn pr. 1000 fødsler) (2014)	1,8	1,7	2,2	0	0
Reinnleggelse etter sykehusopphold					
Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager, 2014	15,4	15,2	12,7	15,3	15,4
Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager, hjerneslag	11,1	10,8	10	10,9	ikke oppgitt
Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager, astma/KOLS	28,2	25,9	22,8	27,9	28,9
Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager, Hjertesvikt	23,9	22	15	26,1	25,3
Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager, Lungebetennelse	20	19,7	17,2	18,9	20,5
Sykehusinfeksjoner					
Sykehusinfeksjoner (Prevalens, målt høst 2015)	5,1	6,3	4,8	1,5	7,7
Postoperative dype sårinfeksjoner etter innsetting av total hofteprotese, % (2015)	1,2	1,8	2	0	-
Postoperative sårinfeksjoner etter hemiprotese hofte, % (2015)	2,5	2,5	1,4	1,6	-
Postoperative dype sårinfeksjoner etter koronar bypass operasjon, % (2015)	1,3	0,6	0,6	-	-
Postoperative dype sårinfeksjoner etter keisersnitt, 5 (2015)	0,8	1,4	1,8	1,2	0
Postoperative dype sårinfeksjoner etter tykktarmoperasjon, % (2015)			0	12,7	-
Postoperative dype sårinfeksjoner etter galleblærefjernelse, % (2015)	1,3	1,3	0	1,9	-
Annet					
Amputasjoner blant diabetespasienter (antall amputasjoner pr. 1000 pasienter)	2,4	2,2	Kun regionale data		
Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen (2014)	14,1	15,3	14,1	15,8	9,1
Trombolysebehandling av hjerteinfarkt innen 40 minutter (2104)	57,1	41,1	38,9	ikke oppgitt	
Fødselsrifter (hos mor) grad 3 og 4	1,9	2,2	1,9	3,1	1,6

Tabell 1. Data for nasjonale indikatorer for resultat kvalitet for UNNs sykehus, sammenlignet med nasjonalt og regionalt gjennomsnitt. Indikatorene for fem års overlevelse etter kreftsykdommer publiseres kun på regionalt nivå (hvorav de langt fleste i Helse Nord behandles i UNN Tromsø). Rød markering = resultat under landsgjennomsnittet, grønn markering = resultat over landsgjennomsnittet.

Kommentarer og vurdering nasjonale resultatindikatorer

For indikatoren 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse for eldre pasienter er resultatene for UNN på eller nær nasjonalt gjennomsnitt. Det er fra kunnskapscenteret også utgitt en mer detaljert analyse av denne indikatoren, som viser at UNN kan oppnå forbedring på denne indikatoren ved å gjennomføre forbedringer for å redusere dødeligheten for

lungepasienter. Dette er formidlet til fagmiljøene i UNN, med en forventning om at de ser nærmere på tallene, vurderer sin praksis og identifiserer og følger opp forbedringstiltak.

For UNN Tromsø er overlevelse etter hjerteinfarkt for eldre pasienter nær høyest i landet, og signifikant bedre enn gjennomsnittet, slik det har vært over flere år. Dette kan tas til inntekt for et systematisk og godt arbeid både med det prehospitale og intrahospitale forløpet for disse pasientene over lang tid. UNN Tromsø har også noe høyere overlevelse etter hoftebrudd hos eldre enn landsgjennomsnittet. Dette til tross for at sykehuset har relativt lav skår for prosessindikatoren for samme tilstand, andel hoftebrudd operert innen 48 timer (ikke vist).

Data på regionalt nivå for fem års overlevelse etter viktige kreftformer viser at det er høy overlevelse for pasienter med endetarmskreft for pasienter fra Helse Nord. Disse behandles i all hovedsak i UNN Tromsø. Samtidig gir tallene for tilsvarende overlevelse etter tykktarmskreft grunn for fagmiljøene i regionen til å se på hvordan disse pasientene håndteres, og identifisere mulige forbedringsområder.

Det er gledelig at tallene for reinnleggelser av eldre etter innleggelse både totalt sett og for flere tilstander isolert er gjennomgående lavere for UNN Tromsø enn landsgjennomsnittet. For UNN Harstad og UNN Narvik er tilsvarende tall nær landsgjennomsnittet, noe som kan gi grunn for fagmiljøene til å sikre at rutinene og oppfølgingen er lik i hele foretaket.

Forekomst av sykehusinfeksjoner, både ved punktmålinger to ganger årlig, og kontinuerlige målinger etter enkelte kirurgiske inngrep, er viktige resultatindikatorer. UNN har de siste to årene økt fokuset på sykehusinfeksjoner, og intensivert arbeidet med å forebygge disse i betydelig grad. Det er gledelig at infeksjonsforekomsten i UNN-sykehusene gjennomgående er redusert de siste årene, og at punktmåling høsten 2015 viser litt lavere verdier for UNN enn landsgjennomsnittet – i motsetning til foregående år.

Selv om blodproppløsende behandling (trombolyse) ved hjerneslag som skyldes blodpropp (infarkt) i seg selv er en prosessindikator, er det godt dokumentert at det å gi slik behandling til de pasienter som har indikasjon for dette, og også at behandlingen gis raskest mulig, er viktig for utfallet for pasientene. Disse indikatorene er derfor tatt med i oversikten over resultatindikatorer. Fagmiljøene som har ansvar for slagpasientene i UNN Tromsø har gjennomført et omfattende forbedringsprosjekt for å oppnå bedre resultater i forhold til å få gitt trombolyse raskt etter innleggelse. De måler kontinuerlig sine resultater, og har meddelt at andelen som får trombolyse innen 40 minutter hittil i år er over 90 %, og dermed betydelig bedret sammenlignet med tallene for 2014. Også i UNN Harstad og Narvik har det vært gjennomført viktige tiltak for å ytterligere forbedre slagbehandlingen, som har resultert i høyere trombolyseandel i disse sykehusene de siste årene.

Nasjonale kvalitetsregistre - dekningsgrad og resultater

Kvalitetsregistrene er en viktig kilde til å dokumentere og forbedre pasientsikkerhet og kvalitet ved sykehusene våre. Det fantes ved siste årsskifte 52 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status, alle tilknyttet somatisk virksomhet. UNN har ansvar for å drifte seks av disse:

- Nasjonalt register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer
- Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi
- Norsk nakke- og ryggregister
- Nordisk kvalitetsregister for hidradenitis suppurativa
- Norsk register for analinkontinens

- Norsk register for gastrokirurgi

Med bakgrunn i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet stiller de regionale helseforetakene krav til helseforetakene om at de skal levere data til samtlige aktuelle nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helseforetakene har tilsvarende plikt til og krav om å anvende resultatene i eget forbedringsarbeid.

Medisinske kvalitetsregistre er avhengig av at flest mulig innen den aktuelle pasientgruppen innregistreres, slik at registrene blir så komplette som mulig. Det kreves kontinuerlig arbeid fra de som har databehandleransvaret for det enkelte registeret å sikre nasjonal utbredelse og opprettholde oppslutning. Det kreves også av de kliniske avdelingene som skal registrere data inn til registrene at dette arbeidet prioriteres og at resultatene etterspørres i en travel hverdag. Kun på denne måten kan høy dekningsgrad og dermed tillitsvekkende resultater oppnås.

Fra høsten 2013 ble det stilt krav om offentliggjøring av resultater for kvalitetsindikatorer fra alle de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Noen resultater krever ledsagende kommentarer og fortolkninger i større grad enn andre. Dette gjelder først og fremst der man har utfordringer med såkalt "case mix". Det betyr at noen behandler sykere pasienter eller pasienter med høyere risiko enn andre, og resultatene blir dermed ikke direkte sammenlignbare. Resultatene må ikke bli så viktige at det utvikles en kultur for å selekttere pasienter behandling som gir størst sannsynlighet for gode resultater i det nasjonale registeret. Det må heller ikke utvikles kultur for å underrapportere på komplikasjoner som gir institusjonen «dårlig ranking».

Denne saken bygger på rapporten «Resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre for sykehus i Helse Nord» utgitt i april 2016 av Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE), som beskriver dekningsgrad og utvalgte resultater fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene tilgjengeliggjort desember 2015 for sykehus i Helse Nord.

Dekningsgrad

Rapporten presenterer dekningsgrad for de 13 nasjonale kvalitetsregistre der vi pr i dag har opplysninger om dekningsgrad for sykehusene i Helse Nord:

- Norsk hjerneslagregister
- Norsk hjerteinfarktregister
- Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer
- Norsk Kvinnelig Inkontinensregister
- Nasjonalt register for leddproteser
- Nasjonalt korsbåndregister
- Norsk gynekologisk endoskopiregister
- Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft
- Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft
- Nasjonalt kvalitetsregister for lymfom og lymfoide leukemier
- Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi
- Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft
- Nasjonalt register for prostatakreft

UNN-sykehusene innregistrerte i 2014/2015 data i de aller fleste av de registrene som er aktuelle for det enkelte sykehus, se nedenstående tabell.

	Antall registre det <u>skal</u> registreres i	Antall registre det <u>faktisk</u> registreres i	Andel registre det registreres i
UNN-Tromsø	40	38	95 %
UNN-Harstad	19	17	89 %
UNN-Narvik	15	12	80 %

Tabell 1 andel av aktuelle registre UNN-sykehusene faktisk registrerte innregistrerte data i, 2015

UNN Tromsø registrerte i 2015 ikke inn data i KOLS-registeret og i Gastronet (register over «kikhullsundersøkelser», endoskopier, i mage- tarmkanalen). UNN Harstad registrerte i 2015 ikke inn data i KOLS-registeret og i Norsk gynekologisk endoskopiregister. UNN Narvik registrerte ikke inn data i KOLS-registeret, i Norsk gynekologisk endoskopiregisteret eller i Gastronet.

Dekningsgraden er høy for de fleste aktuelle registre man har pålitelige data for:

Dekningsgrader ved UNN-sykehusene for nasjonale kvalitetsregistre				
Register	Norge	Tromsø	Harstad	Narvik
Norsk hjerneslagregister	87	88	98	91
Norsk hjerteinfarktregister	86	95	92	88
Norsk kvinnelig inkontinensregister	78	100	20	100
Norsk register for leddproteser (hofteproteser, primæroperasjoner)	96	98	100	92
Norsk register for leddproteser (kneproteser, primæroperasjoner)	95	98	98	88
Korsbåndregisteret	78	74		63
Brystkreftregisteret	73	100	-	-
Føflekkreftregister	48	69	-	-
Lymfom/leukemiregister	60	81	-	-
Prostateregister	81	100	100	-
Tykkarmskreftregister	84	60	90	-
Endetarmskreftregister	79	55	-	-
Ryggkirurgiregister	60	80	-	-

Tabell 2. Dekningsgrad for UNN-sykehusene i 13 nasjonale kvalitetsregistre (% av aktuelle pasienter som det er registrert data for i registrene)

Tromsø har lav dekningsgrad i tre av 13 registre i oversikten (tykk- og endetarmskreft og gynekologisk endoskopi). Tromsø har en sterk forbedring av dekningsgrad i Prostatakreftregisteret fra ca. 55% til 100 % fra 2012 til 2013. UNN Harstad har høy dekningsgrad for alle de aktuelle registre unntatt Norsk kvinnelig inkontinensregister, og UNN Narvik for alle unntatt korsbåndregistret.

Kommentarer og vurdering – dekningsgrad

Det gjøres en stor og meget ressurskrevende innsats i foretaket med å registrere data inn i aktuelle nasjonale kvalitetsregistre, noe ovenstående dekningsgradanalyser viser. Høy dekningsgrad er en forutsetning for at resultater fra registrene skal kunne nyttiggjøres til forbedringsarbeid. Funnene fra SKDEs undersøkelse i fjor, som viste at UNN ikke registrerte data i enkelte nasjonale kvalitetsregistre er fulgt opp med fagmiljøene, og de har bekreftet at det inneværende år registreres i alle aktuelle nasjonale kvalitetsregistre.

Den svært høye dekningsgraden i hjerneslagregisteret og i hjerteinfarktregisteret er gledelig og imponerende, også i lys av at disse registrene har hatt nasjonal status i bare relativt få år. Det er også svært positivt at dekningsgraden i prostateregisteret er bedret betydelig de siste årene. Den lavere dekningsgraden for tykk- og endetarmskreftregistrene er tatt opp med

fagmiljøet i Tromsø, som har bekreftet at innregistreringen nå er ajour og at dette følges opp videre.

Resultater

Her presenteres resultater for 12 utvalgte nasjonale kvalitetsregistre med gode resultat kvalitets-indikatorer og tilfredsstillende dekningsgrad.

Norsk hjerneslagregister

Norsk hjerneslagregister er det nasjonale kvalitetsregisteret for behandling av hjerneslag. Alle pasienter med akutt hjerneslag innlagt i norske sykehus skal registreres. Norsk hjerneslagregister har som formål å forbedre helsetjenesten for pasienter med hjerneslag gjennom å registrere og måle resultater av behandling, prosedyrer og ressursbruk. Registeret fikk nasjonal status i 2006 og inkluderer om lag 12 000 pasienter årlig. Registeret presenterer 11 kvalitetsindikatorer for god slagbehandling, stort sett prosessindikatorer. Registeret definerer tre grader av måloppnåelse:

Høy, Moderat, og Lav

Indikator	Norge	Tromsø	Harstad	Narvik
Dekningsgrad, %	87			
Innlagt direkte i slagenhet, %	76			
Behandlet i slagenhet, %	88			
Trombolyse ved hjerneinfarkt, < 80 år, %	17			
Trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse, %	57			

Tabell 3. Resultater for UNN-sykehusene for fem av de 11 indikatorene presentert fra slagregisteret

Av de 11 indikatorene definert av slagregisteret (hvorav fem er vist i tabell 3) har UNN Tromsø høy måloppnåelse for fire og moderat måloppnåelse for syv. UNN Harstad har høy måloppnåelse for fire, moderat for tre og lav for tre indikatorer. UNN Narvik har høy måloppnåelse for syv og moderat for to indikatorer. Harstad og Narvik har for lavt antall pasienter for å angi resultater for henholdsvis en og to indikatorer.

Kommentar

Totalt sett er resultatene tilfredsstillende sammenlignet med gjennomsnittet nasjonalt, men samtidig peker resultatene på områder som kan forbedres. Arbeidet med å redusere tid fra innleggelse til trombolyse er gitt er beskrevet tidligere, og de nyeste resultatene viser at innsatsen har bedret prosessen. Det at måloppnåelse for andel pasienter innlagt direkte i slagenhet kun er moderat i UNN Tromsø kan ha sammenheng med at noen pasienter med hjerneblødning legges inn primært i nevrokirurgisk avdeling (som ikke har slagenhet) for vurdering, samt at UNN Tromsø som regionsykehus mottar en del av de aller dårligste hjerneslagpasientene som legges på intensiv. Fagmiljøet bør dog vurdere om det er grunn til å gjennomføre forbedringstiltak.

Norsk hjerteinfarktregister

Norsk hjerteinfarktregister skal registrere alle pasienter som innlegges i sykehus og får diagnosen akutt hjerteinfarkt. Registerets formål er å bidra til å bedre kvaliteten på hjerteinfarktbehandlingen i Norge. Registeret fikk nasjonal status i 2004 og inkluderer om lag 12 000 pasienter årlig.

Hjerteinfarkt kan grovt deles inn i to typer og klassifiseres ut fra forandringene i EKG i akuttforløpet som enten ST-elevasjonsinfarkt (STEMI) eller ikke-ST-elevasjonsinfarkt (NSTEMI). Ved STEMI er det viktig å åpne blodåren som er tett snarest mulig med blodproppopløsende medisin eller mekanisk med utblokking (PCI). I dag skal også de med ikke-ST-elevasjonsinfarkt (NSTEMI) utredes tidlig med tanke på eventuell utblokking hvis det ikke foreligger andre forhold som gjør slik behandling mindre aktuell. Registeret presenterer 6 kvalitetsindikatorer for god hjerteinfarktbehandling.

Data for tre av disse er slik for UNN-sykehusene:

- 30 dagers overlevelse. Måles kun regionalt, 95 % i Helse Nord, som i landet for øvrig
- Andel pasienter med NSTEMI som utredes med kransårerøntgen innen 72 timer: UNN Tromsø 85 %, UNN Harstad 47 % og UNN Narvik 52 % (Nasjonalt gjennomsnitt 58 %)
- Andel pasienter som skrives ut med kolesterolsenkende behandling: UNN Tromsø 96 %, UNN Harstad 86 % og UNN Narvik 68 % (Nasjonalt gjennomsnitt 87 %)

Kommentar

Også i registerets resultater fremkommer at UNN Tromsø har svært god 30-dagers overlevelse for hjerteinfarktpasienter, i tråd med det som er omtalt tidligere under nasjonale kvalitetsindikatorer, men som omfattet kun eldre pasienter. UNN Tromsø synes også å etterleve retningslinjer for medikamentell behandling ved utreise i høy grad. Både innad i UNN og i regionen som helhet er det stor variasjon i andel pasienter med NSTEMI som utredes med kransårerøntgen innenfor anbefalt tidsramme, og det tilsier at forløpene for disse pasientene bør analyseres nærmere og tiltak gjennomføres for å sikre håndtering mest mulig i tråd med gjeldende retningslinjer. Resultatene tilsier også at fagmiljøet i UNN Narvik bør vurdere om det er grunnlag for å gjøre tiltak for å sikre at medikamentell behandling etter hjerteinfarkt er i tråd med anerkjente retningslinjer.

Norsk hjertekirurgiregister

Formålet med hjertekirurgiregisteret er å registrere utførte hjerteinngrep, kjente risikofaktorer og resultater i form av 30-dagers mortalitet og komplikasjoner ved de fem sentrene som utfører all hjertekirurgi i Norge. Pasientene er operert med åpne eller lukkede kirurgiske inngrep på hjertet og de store hjertenære kar. Registreringer gjennom 20 år gjør det mulig å følge endringer og trender over tid. Registeret fikk nasjonal status i 2013 og inkluderer om lag 4 300 pasienter årlig.

Resultater beskrives som gode nasjonalt og sammenlignbare for alle de hjertekirurgiske enhetene i Norge (inkludert UNN Tromsø). UNN Tromsø hadde i 2014 null 30-dagers dødelighet etter by-pass kirurgi på hjertet (de øvrige sentre i landet 0,2 – 0,9 %). Etter operasjon med innsetting av ny aortaklaff i hjertet var 30-dagers dødeligheten i UNN Tromsø 1,4 % (de øvrige sentre i landet 0 – 3,9 %).

Kommentar

Det norske hjertekirurgiske miljøet har over mange år levert data til hjertekirurgiregisteret, som relativt nylig har fått status som nasjonalt kvalitetsregister. Dekningsgraden er svært høy, og det hjertekirurgiske miljøet i UNN har over mange år brukt registerdata aktivt i et kontinuerlig arbeid for å bedre sine resultater. Det har utvilsomt bidratt til at resultatene gjennomgående er svært gode, og fortsatt stadig forbedres.

Norsk register for invasiv kardiologi

Norsk register for invasiv kardiologi (NORIC) er et nasjonalt kvalitetsregister for pasienter som utredes og behandles ved hjelp av utstyr som føres opp til hjertet via en blodåre fra armen eller lysken (invasivt). Registeret omfatter i hovedsak to pasientgrupper; pasienter med mistenkt eller kjent sykdom i kransårene og pasienter med sykdom i hjerteklaffene. Registeret fikk nasjonal status i 2012.

Resultatene viser blant annet at UNN Tromsø har kort ventetid for angiografi/PCI for direkteinnlagte pasienter med NSTEMI-infarkt, der 75 % av pasientene får utredning innen ett døgn. Ventetiden for henviste pasienter ved UNN Tromsø er lengre, og først innen 4 døgn er 75 % av pasientene utredet/behandlet.

Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft

Tykk- og endetarmskreftregisteret inneholder detaljert informasjon om alle pasienter som får tykk- og endetarmskreft, dvs. opplysninger om utredning, behandling og oppfølging av pasientene. Tykk- og endetarmskreftregisteret skal bidra til å styrke kvaliteten på helsehjelpen som gis til pasientene. Registeret fikk nasjonal status i 2009 og inkluderer om lag 4 000 pasienter årlig.

For tykktarmskreft ligger overlevelsestallene for sykehusene i Helse Nord på nasjonalt nivå (81 %). Overlevelse i Tromsø ligger i underkant av nasjonalt nivå.

For endetarmskreft ligger overlevelsestallene for Tromsø og Bodø på nasjonalt nivå (86 %).

UNN Tromsø har lav dekningsgrad i registeret for både tykk- og endetarmskreft, noe som kan påvirke de fremstilte resultatene.

Kommentar

Fagmiljøet i UNN Tromsø har sikret at etterslepet på registrering i registeret er tatt inn, og bekrefter at de nå har god dekningsgrad. De har god registrering av viktige komplikasjoner, og benytter ulike data for å identifisere mulige tiltak for forbedring.

Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft

Prostatakreftregisteret inneholder detaljert informasjon om alle pasienter som får prostatakreft hvilket innebærer at registeret får opplysninger om utredning, behandling og oppfølging av pasientene. Prostatakreftregisteret skal bidra til å styrke kvaliteten på helsehjelpen som gis til pasientene. Registeret fikk nasjonal status i 2009 og inkluderer om lag 5 000 pasienter årlig.

Både for lokalisert sykdom og for lokalavansert sykdom er andelen preparater med ufri rand ikke signifikant forskjellig fra nasjonale tall for Tromsø. Fri reseksjonsrand etter operasjon er

ønskelig og kan være betydningsfullt for om pasienten trenger strålebehandling etter operasjon. Samtidig er betydningen av fri rand etter operasjon omdiskutert internasjonalt, da det ikke er påvist at ufri rand har noen innvirkning på overlevelse.

Noe av variasjonene mellom sykehus kan skyldes ulik vurdering av kirurgisk margin mellom patologer, og systematiske forskjeller mellom sykehus er sannsynlig.

Norsk kvalitetsregister for brystkreft

Brystkreftregisteret skal inneholde detaljert informasjon om alle pasienter som får brystkreft, det innebærer at registeret får opplysninger om utredning, behandling og oppfølging av pasientene. Formålet med brystkreftregisteret er å bidra til å styrke kvaliteten på helsehjelpen som gis til kvinner med brystkreft. Registeret fikk nasjonal status i 2013 og inkluderer om lag 3 000 pasienter årlig.

- Det er forskjeller mellom sykehus i andel pasienter som får brystbevarende behandling. Ved Nordlandssykehuset Bodø får 96 % av pasienter brystbevarende behandling, mens tilsvarende tall for UNN Tromsø er ca. 72 %. Nasjonalt er andelen 73 %.
- Andel pasienter som har fått brystbevarende kirurgi og deretter får fjernet brystet er knapt 10 % for UNN, og ca. 5 % nasjonalt.

Andel pasienter som får rekonstruksjon under primæroperasjon er lav i Helse Nord: 6-7 %.

Kommentar

Andelen pasienter med relativt små kreftsvulster som behandles med brystbevarende kirurgi i Tromsø har økt betydelig fra 2013 til 2014, men er likevel vesentlig høyere i Bodø enn i Tromsø. Dette indikerer at det kan være grunn for fagmiljøene i regionen til gjennomgå egen praksis, og gjøre tiltak for å sikre lik og likeverdig behandling i regionen.

Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes

Barnediabetesregisteret består av to deler. Den første registrerer alle barn og ungdom med nyoppdaget diabetes. Her registreres personalia, kliniske data og blodprøver. Den andre delen registrerer kvaliteten på diabetesbehandlingen ved hjelp av internasjonalt definerte diabetes kvalitetsvariabler. Hver pasient undersøkes en gang i året (årskontroll) i forhold til kliniske data, opplysninger fra spørreskjema, urin og blodprøver registreres. Registeret fikk nasjonal status i 2006 og inkluderer om lag 360 nye pasienter årlig.

- Andelen barn med registrert gjennomført årskontroll ved UNN Tromsø er om lag 85 %, UNN Harstad ca. 91 % og nasjonalt ca. 95 %.
- For Tromsø er andelen som når behandlingsmålet for «langtidsblodsukker», HbA1c, lav, ca. 13 %, i UNN Harstad ca. 18 %, nasjonalt ca. 25 %
- For andel barn med insulinpumpe ligger Tromsø og Harstad rundt nasjonalt nivå på 70 %

Kommentar

For UNN Tromsø er det her god grunn til at fagmiljøet gjennomgår sin oppfølging og behandling av barn og unge med diabetes, med sikte på å øke andelen pasienter som når nasjonalt behandlingsmål for «langtidsblodsukker». Fagmiljøet bekrefter at et slikt arbeid vil

skje i nær fremtid, med fokus blant annet på omstrukturering av hvordan de håndterer pasienter med nyoppdaget diabetes, intensivt oppfølging av pasienter som har langtidsblodsukker over målet, bruk av dataverktøy og fokus på å bedre støtte ved psykososiale problemer hos pasientene.

Nasjonalt hoftebruddregister

Hoftebrudd er hyppige og rammer ofte eldre mennesker som er beinskjøre.

Pasientgruppen som omfattes av Nasjonalt Hoftebruddregister er alle som blir operert for hoftebrudd på sykehus i Norge med protese (kunstig ledd) eller osteosyntese (bruddet festes sammen med skruer, nagler og/eller metallplater). Også pasienter som senere blir reoperert på grunn av problem etter første operasjon blir inkludert. Registeret fikk nasjonal status i 2009 og inkluderer om lag 1 600 pasienter årlig.

- For andel ikke-reopererte pasienter ligger UNN Tromsø og UNN Harstad rundt landsgjennomsnittet (93 %), mens UNN Narvik ligger i underkant med 86%.
- For 30-dagers overlevelse har UNN Tromsø overlevelse > 95 %, signifikant høyere enn landsgjennomsnittet. UNN Harstad og UNN Narvik ligger nær landsgjennomsnittet.

Nasjonalt register for leddproteser

Leddproteseregisteret startet registrering av hofteproteseoperasjoner i 1987. Registreringen ble utvidet til å omfatte innsetting av alle typer leddproteser i 1994. Bakgrunnen for at registeret ble startet, var at det på 1980-tallet hadde vært flere dårlige hofteproteser i bruk i Norge, og siden ingen hadde oversikt over resultatene tok det lang tid før problemene ble avdekket.

Formålet med registeret er at pasientene skal få best mulig behandling ved kvalitetssikring og forbedring av behandlingsmetodene og tilbudet til pasientene. Med registeret studeres forskjeller i resultat for de mange ulike protesetyper og operasjonsmetodene som blir benyttet i Norge

Årlig opereres ca. 15000 pasienter i Norge med innsetting eller utskifting av et kunstig ledd (leddprotese) på grunn av sykdom i leddet.

- Andelen pasienter som ikke må reopereres etter innsetting av hofteprotese ligger rundt landsgjennomsnittet (93 %) i UNN Harstad og UNN Narvik. UNN Tromsø har signifikant bedre resultater enn landsgjennomsnittet (ca. 97 %).
- Andelen pasienter i UNN Tromsø som ikke må reopereres etter innsetting av kneprotese ligger rundt landsgjennomsnittet (92,6 %).

Norsk intensivregister

Registeret mottar data fra ca. 40 intensivenheter, og representerer (med få unntak) alle store, mellomstore og de fleste mindre intensivenheter i Norge. Registeret har som formål å utarbeide faglige kvalitetsindikatorer for virksomheten i norske intensivenheter, gi grunnlag for årlig rapport tilbake til deltagende sykehus og til sentrale helsemyndigheter om virksomheten ved norske intensivenheter og gi grunnlag for forskning. Registeret fikk nasjonal status i 2006 og inkluderer om lag 15 000 pasienter årlig.

- Reinnleggelser: For lokalsykehusene i UNN er reinnleggelsesandelen på eller under nasjonalt nivå (5 %). For Tromsø ser vi sterk reduksjon i andel reinnleggelser på

medisinsk intensiv fra 2013 til 2014, og stor ulikhet mellom kirurgisk og medisinsk intensiv.

Lokalsykehus	2013	2014
Narvik		5.1
Harstad	5.5	4.2
<i>Alle lokalsykehus</i>		<i>5</i>
Regionsykehus		
Tromsø Kir. intensiv		13.3
Tromsø Med. intensiv	12	5.0
<i>Alle regionsykehus</i>		<i>8.4</i>
<i>Alle sykehus</i>	<i>6</i>	

Tabell 4. Andel reinnleggelser (%) etter utskrivelse fra intensiv avdeling

- Standard mortalitets ratio (SMR) er antall døde på sykehus/antall døde forventet ut fra alvorlighets-skåre. SMR < 1 tyder på bedre overlevelse enn forventet ut fra alvorlighet, mens SMR > 1 tyder på lavere overlevelse enn forventet. UNN Harstad har likt med gjennomsnittet for lokalsykehus, 0.76, mens SMR er 0,91 i UNN Narvik. Tromsø har SMR 0,52 for kirurgisk intensiv, som er noe under nasjonalt snitt for regionsykehus (0.63).

Kommentar

Den høye reinnleggelsesraten (reinnleggelse i intensivavdeling) for pasienter som har vært innlagt i kirurgisk intensiv i UNN Tromsø kan skyldes knapphet på intensivsenger i UNN, og dermed stort press på å få pasientene skrevet ut fra intensiv til vanlige sengeposter. Det er positivt at standard mortalitetsratio for samme enhet likevel er noe lavere enn for gjennomsnittet av regionsykehusene, men reinnleggelsesraten indikerer likevel at praksis må vurderes nøye, og understreker sannsynligvis betydningen av at intensivkapasiteten økes slik den vil gjøre når A-fløya tas i bruk. I mellomtiden er risikoreduserende tiltak for å sikre tilstrekkelig oppfølging av pasienter med behov for overvåkings- eller intensivsenger nå under utredning.

Norsk kvinnelig inkontinensregister

Fem – seks prosent av den kvinnelige befolkning over 30 år (ca. 70 000 pasienter) er betydelig plaget av anstrengelsesutløst urininkontinens (stressinkontinens). Noen pasienter lekker kun i forbindelse med stress, men de fleste lekker både ved stress og i forbindelse med trang til å late vannet (urgency inkontinens). Rundt 2000 kvinner blir årlig operert for urinlekkasje ved offentlige sykehus i Norge.

Registeret har som mål å sikre kvaliteten på urininkontinenskirurgi ved norske sykehus. Målgruppen er kvinner som blir operert for urinlekkasje ved alle offentlige sykehus. Registerets formål er at det enkelte sykehus skal få oversikt over egne resultater (ønskede og uønskede) og bruke informasjonen til forbedringsarbeid.

- Andel pasienter som er veldig fornøyd 6-12 mnd. etter operasjon er 100 % i UNN Harstad, 88 % i UNN Narvik og 80 % i UNN Tromsø. Nasjonalt gjennomsnitt 86 %.
- Andel reoperasjoner i perioden 2012 – 2014 er i registeret angitt til knapt 15 % for UNN Tromsø, knapt 4 % for UNN Harstad og 0 % for UNN Narvik. Andel pasienter

med komplikasjoner registrert i registeret er oppgitt til 8 % nasjonalt og i UNN Tromsø, 4 % i UNN Narvik og 0 % i UNN Harstad.

Kommentar

Den høye reoperasjonsraten i UNN Tromsø tilskrives av fagmiljøet at Tromsø får henvist og reopererer pasienter det har oppstått problemer med ved behandling på andre sykehus i regionen, og at komplikasjonsraten i hvert fall delvis kan tilskrives at regionsykehuset operer mer kompliserte pasienter. I lys av noe lavere andel pasienter som er veldig fornøyd med resultatet kan det likevel være grunn for fagmiljøet i Tromsø til å vurdere om det er behov for å identifisere tiltak for forbedring.

Samlet vurdering

UNN har med sin visjon «Det er resultatene for pasienten som teller. Vi gir den beste behandling» satt resultat kvalitet høyt på dagsorden. Resultatene for de nasjonale indikatorene for resultat kvalitet viser at UNN på mange viktige områder har god resultat kvalitet, og er dårligere enn landsgjennomsnittet på få områder, å tråd med visjonen.

Høy dekningsgrad er en forutsetning for at data fra kvalitetsregistre skal være valide, og kunne brukes i forbedringsarbeid. Antall nasjonale kvalitetsregistre har økt betydelig de siste årene, og det er et omfattende arbeid å innregistrere komplette data i registrene. Det er positivt at vi nå har fått bekreftet fra fagmiljøene at det faktisk registreres data i alle aktuelle kvalitetsregistre fra UNN, og mange fagmiljø gjør en meget stor og ressurskrevende innsats for å sikre høy dekningsgrad. Denne rapporten viser dekningsgrad for et utvalg av de nasjonale kvalitetsregistrene, og dekningsgraden er ikke god nok for alle. Også for enkelte registre som ikke er vist i oversikten er det lavere dekningsgrad enn ønskelig, og de aktuelle fagmiljøene i UNN oppfordres til å ytterligere forbedre dekningsgraden. Enkelte fagmiljø bruker høyt spesialisert personell på arbeidet med å innregistrere data, og det kan være aktuelt for noen miljø å vurdere om dette er oppgaver som kan vurderes for oppgaveglidning til andre yrkesgrupper. Utvikling i ikt-systemene med mer strukturerte data vil på sikt sannsynligvis kunne redusere behovet for manuell registrering av data i kvalitetsregistrene.

De fremstilte resultater fra kvalitetsregistrene viser gode resultater på noen områder, middels resultater på noen områder og mindre gode resultater på noen områder. Det pekes på flere områder der fagmiljøene dels har brukt resultatene til forbedringsarbeid, dels pågår slikt arbeid og dels er det under planlegging. Resultater fra kvalitetsregistre egner seg svært godt til bruk i forbedringsarbeid der man bruker metodikken i Demmings forbedringssirkel (PDSA, «Plan – Do - Study – Act»), der man måler sine resultater, justerer prosessene, kontrollerer om man oppnår ønsket forbedring, gjør nye justeringer etc. i en stadig prosess for å oppnå kontinuerlig forbedring. For at UNN skal leve opp til visjonen er det viktig at vi ikke nødvendigvis er tilfreds med resultater som ikke er dårligere enn gjennomsnittet, men fortrinnsvis sammenligner oss med de beste.

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

Det er en stor mangel ved så vel de nasjonale resultat kvalitetsindikatorerne som ved de nasjonale kvalitetsregistrene at de foreløpig ikke inkluderer psykisk helsevern eller rusomsorgen. Slike indikatorer og registre bør prioriteres for utvikling fremover.

Oppsummert har UNN, først og fremst takket være mange hardt arbeidende, høyt motiverte og dyktige medarbeidere på mange områder gode resultater, og det er mange gode eksempler på at resultatene brukes til godt forbedringsarbeid. Dersom UNN skal leve opp til vår visjon, er det samtidig viktig og nødvendig at fagmiljøene etterspør og nyttiggjør seg egen resultater i et kontinuerlig forbedringsarbeid.



Sak: **Protesekirurgi ved UNN – statusrapport - oppfølgingsak**
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Bjørn-Yngvar Nordvåg
Møtedato: 22.6.2016

Sammendrag og oppsummering fra forrige rapport

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har bedt om en oppdatert redegjørelse for status og iverksatte tiltak for å imøtekomme utfordringen med de lange ventetidene for protesekirurgi ved UNN. Det vises til første rapport som ble presentert for styret ved møtet den 30.3.2016.

Det ble totalt for UNN operert 206 primære hofteproteser og 144 kneproteser i 2015. Ventetidene for protesekirurgi har vært økende de senere år, og var ved tidspunkt for siste rapport om lag 50 uker i Tromsø og 40 uker i Harstad (netto, etter poliklinisk vurdering). Pasientlekkasjen for protesekirurgi til andre RHF var økende spesielt fra og med 2. halvår 2015. Det er registrert 135 inngrep i andre RHF i løpet av 2015.

Det er begrenset kapasitet for proteseinngrep i Tromsø som følge av lav operasjonskapasitet generelt. I tillegg er det nødvendig å benytte elektiv operasjonskapasitet (tiltenkt blant annet protesekirurgi) til Ø-hjelpsingrep ("grønn Ø-hjelp") som det ikke er plass til innen den vanlige Ø-hjelpskapasitet. Protesevirksomheten i UNN var frem til medio mars på samme nivå som i 2015 i Tromsø, mens den viste beskjeden økning i Harstad.

Det er planlagt en økning i antall proteseinngrep på årsbasis ved UNN med 140 hofter og 36 knær, noe som svarer bedre til det reelle behov i befolkningen. Re-innføring av «fast-track» pasientforløp ved alle UNNs lokalisasjoner er ansett som nødvendig for å få dette til. Oppstart var offisielt 2.5.2016 i Tromsø og Harstad, og planlagt fra 5.9.2016 i Narvik. Det har ikke vært utført proteseoperasjoner i Narvik det siste året. Sannsynligvis vil antall opererte pasienter ikke øke med mer enn en tredjedel av det planlagte i 2016, men med full virkning fra 2017. Aktivitetsøkningen krever nøye planlagt samarbeid mellom NOR-klinikken og flere andre klinikker, spesielt OpIn. Bemanning og pasientprosedyrer må justeres ved alle UNNs lokalisasjoner. Det er i første omgang nødvendig å få på plass en økt ortopedisk bemanning i Narvik gjennom utstrakt bruk av ambuleringsordningen for å lykkes.

Bakgrunn

Ventetidene for protesekirurgi ved Ortopedi- og plastikkirurgisk avdeling UNN har vært økende, spesielt de siste årene. På styremøtet for UNN den 8.2. d.å, ble det reist spørsmål om hvorfor ventetidene er så lange her, mens den er vesentlig kortere ved andre HF. Styret ble 30.3. s.å. forelagt en skriftlig orientering som redegjorde for status for protesekirurgien ved UNN, og for planlagte tiltak for å bedre situasjonen. Styret ønsket en oppdatert statusrapport i juni ettersom situasjonen ikke var tilstrekkelig avklart.

Saksutredning

Det ble i 2015 satt inn 136 primære hofteproteser og 84 kneproteser i Tromsø, mens det i Harstad ble satt inn 70 hofteproteser og 77 kneproteser. I tillegg ble det i Tromsø satt inn 30 halvproteser i kne og 43 revisjonsproteser i hofter og knær. Ved UNN Narvik ble det ikke utført protesekirurgi. Ventetidene var ved tidspunkt for siste rapport om lag 50 uker i Tromsø og 40 uker i Harstad (netto, etter poliklinisk vurdering). Pasientlekkasjen for protesekirurgi til andre RHF var økende, spesielt fra og med andre halvår 2015. Det er registrert 135 inngrep i andre RHF i løpet av 2015.

For å imøtekomme befolkningens behov for protesekirurgi bedre, ble det bestemt at antall hofteopererte skulle økes med 100 i Tromsø og 40 i Harstad. Antall kneproteseinngrep ble planlagt økt med 16 i Tromsø og 20 i Harstad. For å klare økningen, ble det bestemt at *fast-track-kirurgi* skulle gjeninnføres i sin helhet både i Tromsø og Harstad, og at en del av Tromsø-protesene må opereres i Narvik, anslagsvis 60-80 hofteproteser per år. En planlagt økning av protesevirksomheten vil samtidig gi nødvendig forbedring av klinikkens økonomi.

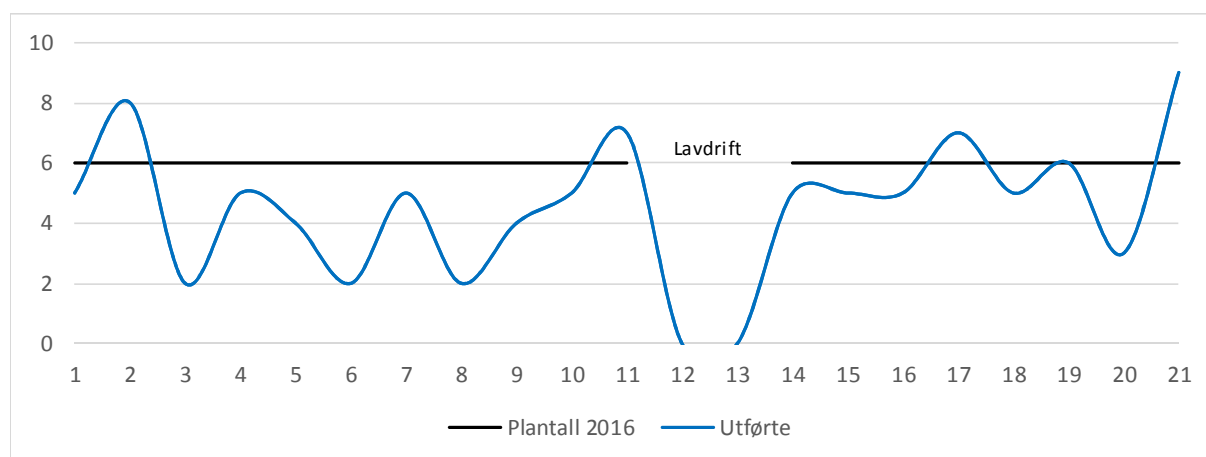
Status for protesekirurgisk virksomhet ved UNN

Tromsø

Fast-track protesekirurgi er delvis implementert i løpet av våren. Det opereres som regel 3 pasienter per operasjonsdag. Unntak forekommer ved omprioritering som følge av Ø-hjelp. Liggetiden er på veg ned, men for tiden ikke redusert tilstrekkelig. Det er det planlagt seks hofteoperasjoner per uke i 39 uker i 2016. Dette tilsvarer 234 pasienter på årsbasis, noe som er i henhold til behovet for hofteprotese kirurgi i Tromsø. Det er planlagt fire kneproteseoperasjoner per uke.

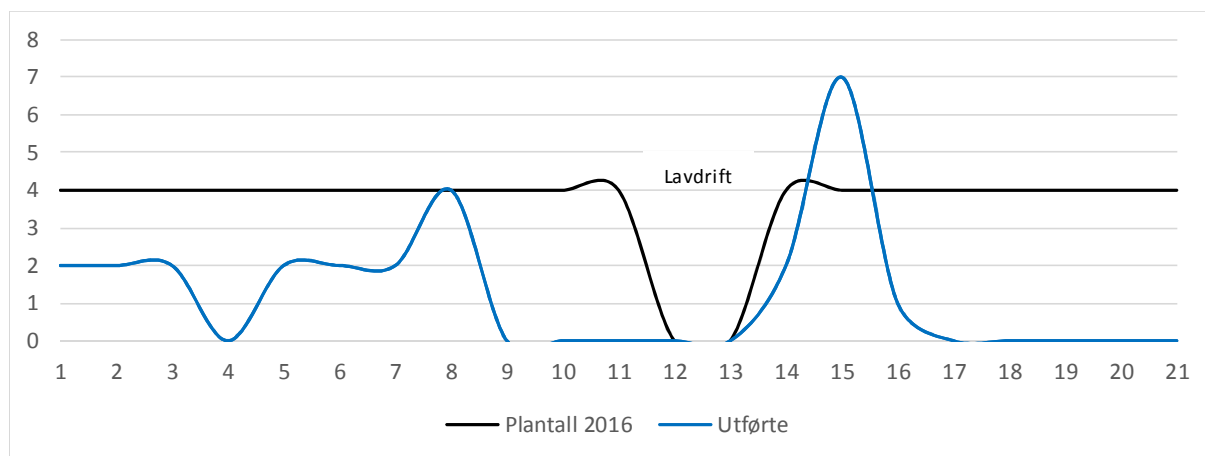
Per 29.5.2016 er det er satt inn 94 hofteproteser, noe som er i underkant av plantallene til samme tidspunkt (108). Det er i samme tidsrom satt inn 26 kneproteser (ca 1/3 av plantall = 72). Dette skyldes mangel på ortoped med kompetanse i knekirurgi (langtids sykemelding). Resultatet fra uke 9 til 21 viser en positiv utvikling ved at det både planlegges og utføres flere hofteproteseoperasjoner pr uke i Tromsø (3 inngrep per dag). Dette er ansett som resultat av øket effektivitet ved operasjonsstuene. Ventetiden for hofteprotese kirurgi er redusert med 13 uker i perioden 7. mars til 1. juni 2016. I samme periode har ventetiden for kneprotese kirurgi økt.

Figur 1: Hofteprotese kirurgi Tromsø uke 1 – 21, 2016



Datagrunnlag: Planlagte og gjennomførte operasjoner 2016, NOR-klinikken, UNN. Manuell telling av gjennomførte operasjoner i DIPS.

Figur 2: Kneprotesekirurgi Tromsø uke 1 – 21, 2016

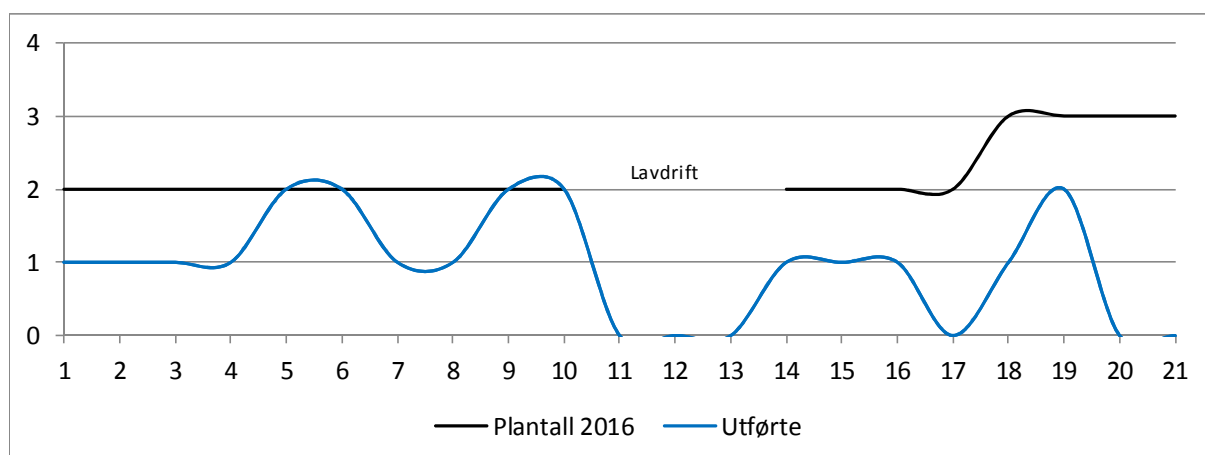


Datagrunnlag: Planlagte og gjennomførte operasjoner 2016, NOR-klinikken, UNN. Manuell telling av gjennomførte operasjoner i DIPS.

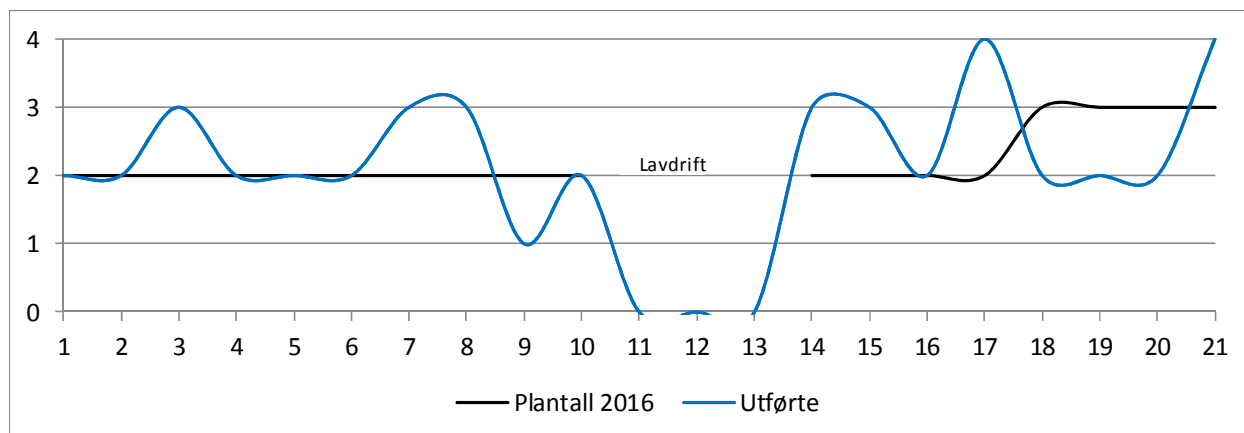
Harstad

Fast-track ble i prinsipp innført 2.5.2016. Planlagte inngrep justert opp fra to til tre pasienter per uke for både hofteledds- og kneleddsproteser. I praksis har man ikke klart å innføre tre operasjoner per dag, men i stedet økt antall operasjonsdager per uke fra to til tre. Det stilles krav til økt bemanning ved AnOp for å kunne gjennomføre planlagt økning i antall inngrep fra to til tre per operasjonsdag. Dette planlegges gjennomført fra 1.11.2016, og vil frigjøre kapasitet til flere inngrep per uke. Det er gjennomført en beskjeden oppbemanning av fysioterapeut (0,5 stilling) og sykepleier (0,2 stilling) som følge av protesekirurgiøkningen. Liggetiden er lenger enn forventet, vesentlig på grunn av mange eldre og komplekse pasienter. Hittil i år er det satt inn 40 hofteproteser og 44 kneproteser. Dette er under plantallene hva gjelder hofteproteser, men i samsvar med plantallene for kneproteser. Ventetiden er uendret fra forrige rapport i mars.

Figur 3 Hofteprotesekirurgi Harstad uke 1 – 21, 2016



Datagrunnlag: Planlagte og gjennomførte operasjoner 2016, NOR-klinikken, UNN. Manuell telling av gjennomførte operasjoner i DIPS.

Figur 4: Kneprotesekirurgi Harstad uke 1 – 21, 2016

Datagrunnlag: Planlagte operasjoner 2016, NOR-klinikken, UNN. Manuell telling av planlagte og gjennomførte operasjoner i DIPS.

Narvik

Protesekirurgien planlegges med oppstart den 5.9. d.å. Det skal til å begynne med gjennomføres to proteseinngrep per uke. Operasjonene skal utføres av ambulerende ortopeder. Disse vil dekke fire uker per måned (40 uker per år). Det er inngått ambuleringsavtaler med tre svensker og én ortoped fra Tromsø. Disse vil også bli benyttet til økt generell ortopedisk virksomhet i Narvik, inkludert ivaretagelse av en del Ø-hjelp, til avlastning for nåværende praksis med å sende pasienter til Harstad for operasjon. Det lyktes ikke å få ansatt fast ortoped i Narvik, til tross for utlysning i hele Skandinavia.

Forhandlinger med AnOp Narvik, Medisinsk sengepost i Narvik samt Medisinsk kontortjeneste er i avsluttende fase. Finansiering av økt ortopedisk tilstedeværelse inkludert protesekirurgi, må avklares nærmere, da organiseringen omfatter flere klinikker.

Det er nødvendig å legge en langtidsplan for protesevirksomhet i Narvik, spesielt om det skal satses på å få til en betydelig elektiv virksomhet der.

Status venteliste protesekirurgi ved UNN

Oppdaterte ventelistetall er angitt i Tabell 1, som viser utviklingen i ventetid Tromsø og Harstad våren 2016.

Tabell 1: Ventetid Tromsø og Harstad pr 1.6.2016.

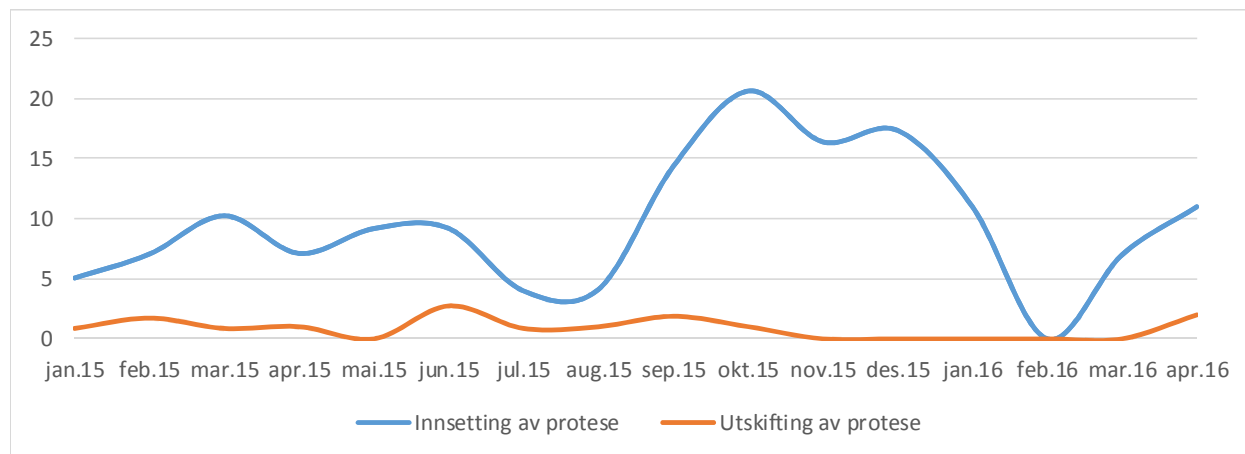
	Tromsø		Harstad	
	Ventetid 08.03.16	Ventetid 01.06.16	Ventetid 08.03.16	Ventetid 01.06.16
Hofteprotesekirurgi	52 uker	39 uker	36 uker	36 uker
Kneprotesekirurgi	48 uker	52 uker	44 uker	44 uker

Datagrunnlag: DIPS - Vis venteliste/ Helsenorge.no/ventetider behandling

Pasientstrømmen til andre regioner

Tall fra første tertial 2016 viser en nedgang i pasientflukten i januar og februar med en ny økning i mars og april. 11 pasienter valgte behandlingssted utenfor regionen i april. Totalt er det registrert 21 pasienter operert i andre regioner i løpet av første tertial (Fig 5). Bare unntaksvis blir pasienter som trenger utskifting av protese henvist til operasjon ved sykehus i andre RHF.

Figur 5: Pasientstrøm fra UNN 2015 og tom april 2016, hoft- og kneproteser. (Datagrunnlag: Faktura fra helseforetak utenfor Helse Nord i 2015 og 2016).



Vurdering / konklusjon

Ventelistene for hofteprotese kirurgi har blitt redusert i Tromsø i løpet av 2016, og er ikke signifikant forskjellig fra ventetiden i Harstad (36 – 39 uker). Årsaken til reduksjonen er sannsynligvis noe økt operasjonsvirksomhet. For kneproteser har ventetiden i Tromsø økt på grunn av redusert kapasitet på grunn av opererende leges sykefravær. Ventetidene i Harstad har ikke endret seg i løpet av året.

Forutsetningen for å nå plantallene er at satsningen på *fast-track* lykkes fullt ut.

Implementeringen startet primo mai d.å. i både Tromsø og Harstad, og forventes å komme i rute i løpet av høsthalvåret. Det er behov for å styrke ressursene ved AnOp i Harstad for å få til nødvendig kapasitetsøkning til tre inngrep per stuedag. Kapasiteten i Narvik tas i bruk fra september ved hjelp av ambulering av ortopeder fra Tromsø og Sverige.

Det har vært mer krevende enn forutsatt å få til en nødvendig oppskalering av protesevirksomheten. Viljen til å lykkes er stor blant alle involverte. Detaljene i nødvendige avtaler er ved å falle på plass. Det er nødvendig med noe økning av ressurser til personell i sengeposter og på operasjonsavdelinger for å få dette til.

NOR-klinikkens vurdering er at det vil være mulig å få ventelistene under kontroll i løpet av 2017 slik at de gradvis kan reduseres til et akseptabelt nivå, på linje med andre HF. Det er noe operasjonskapasitet ved Helgelandssykehuset som også kan benyttes for å få ned ventelistene. En raskere ventelistereduksjon kan eventuelt skje ved å sende pasienter til andre regioner. NOR-klinikken har som mål å klare oppgaven innenfor de totale rammer som finnes ved UNN.

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
64/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	22.6.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker**Innstilling til vedtak**

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

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

Tromsø, 17.6.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Fylkeslegen i Troms
Postboks 6105

9291 TROMSØ

Deres ref.:

Vår ref.: 15/1110 - 9009/16 - G00 &34

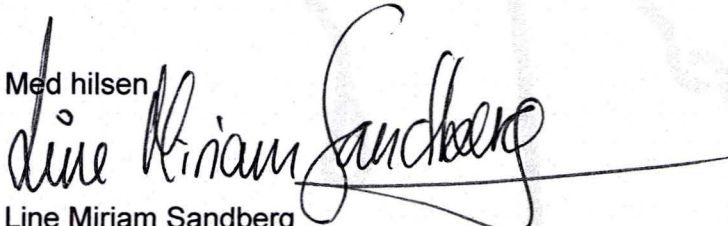
Dato: 27.05.2016

Angående uttalelse som er sendt fra Utvalg for helse- og omsorg i Lenvik kommune om pasienttransport i Midt-Troms

Utvalget for helse og omsorg i Lenvik kommune har stor bekymring for at bestemmelser om plikter fastsatt i, eller i medhold av helselovgivning er brutt og daglig brytes til stor ulempe for pasienter i Midt- Troms. Dette er oppstått etter tildeling av ny avtale om pasienttransport 2015.

Utvalget for helse og omsorg i Lenvik kommune ber Fylkeslegen i Troms iverksette tilsyn i saken.

Med hilsen


Line Miriam Sandberg
Leder Utvalg for helse og omsorg i Lenvik kommune

Kopi til:

Styreleder ved Universitetssykehuset Nord-Norge Jorhill Andreassen
✓ Adm.direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tor Ingebrigtsen
Adm.direktør ved Helse Nord RHF Lars Vorland
Styreleder ved Helse Nord RHF Marianne Telle
Stabsdirektør ved Helse Nord RHF Karin Paulke



MØTEREFERAT

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

Møtedato: Mandag 6.6.2016 14.00 – 15.30

Møtested: Møterom D1 746 Administrasjonen

Tilstede: Medlemmer: Cathrin Carlyle og Obiajulu Odu

Administrasjonen:
Leif Hovden, Grete Åsvang, Turid Fossem

Forfall: Espen Haldorsen

BAU 35/16 Behandling av drøftingssaker til styremøte 22.6.2016

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 3.5.2016.

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

1. *Kvalitets- og virksomhetsrapport*
Rapporten var oversendt samme dag, og ble ikke gjenstand for behandling.
2. *Tilsynsrapporten – eksterne tilsyn og revisjoner*
Spørsmål fra BAU om ulike tilsyn/ revisjoner i rapporten ble svart ut av kvalitetssjef og kvalitetsrådgiveren.
3. *Ledelsens gjennomgang*
BAU gjennomgikk rapporten, med vektlegging av risikovurderingene knyttet til kontinuerlig læring og forbedring, og fikk svar på spørsmål til saken.
4. *Resultatkvalitet*
Ettersom saken er en orienteringssak, valgte BAU å ta den til foreløpig orientering.
5. *Langtidsplan 2017-2020/ Foreløpig virksomhetsplanlegging for 2017*
Rapporten var oversendt samme dag, og ble ikke gjenstand for behandling.
6. *Kontinuerlig forbedring – tentativ gjennomføringsplan for UNN*
BAU tok saken til foreløpig orientering, og vil vurdere den på nytt når den legges frem til sluttbehandling.

BAU-36/16 Dagsorden BU 15.6.2016

1. Godkjenning av innkalling og dagsorden
2. Presentasjon av medlemmer i nyoppnevnt brukerutvalg
3. Godkjenning av referat fra 20.4.2016
4. Norsk helsevesen – oppbygging og innhold (utvalgslederen)
5. Universitetssykehuset Nord-Norge – et helseforetak (direktøren)
6. Om å orientere seg i UNN-systemet via nettsiden (kommunikasjonsrådgiver)
7. Lunsj
8. Kvalitets- og virksomhetsrapportering i UNN (økonomi- og kvalitetssjefene)
9. Brukerhåndboken for UNN
10. Konstituering av det nye brukerutvalget – valg av arbeidsutvalg
11. Fordeling av verv/ deltakelse i prosjekter, utvalg og arbeidsgrupper
12. Møteplan 2016
13. Referatsaker
14. Eventuelt

Behandling

Sakslisten ble godkjent.

Kopi: Brukerutvalget og styret ved UNN

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 22.6.2016**

Dato: 7.6.2016

Tidspunkt: 14.00-15.35

Sted: Møterom D1 704

Tilstede:

Fra arbeidsgiver

Grete Andersen (sak 5)

Grethe Åsvang (sak 2,3,4)

Hege Andersen (sak 6)

Turid Fossem (sak 2)

Leif Hovden

Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, foretakshovedverneombud

Mai-Britt Martinsen, NSF

Rune Moe, Fagforbundet

Protokollsignering:

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

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
Kvalitets- og virksomhetsrapport	<i>Styresaken var ikke ferdigstilt til drøftingsmøtet. Det settes opp et eget drøftingsmøte for denne saken i neste uke.</i>
Tilsynsrapport	<i>Styresaken ble gjennomgått med fokus på de tilsyn som har frister som er nært forestående.</i> <i>Tilsyn 5, internrevisjon vedrørende vedlikehold og utvikling av kompetanse, blir ansett som et prioritert satsingsområde, og vil bli tema på de faste møtene organisasjonene og vernetjenesten har med personal- og organisasjonssjefen.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken blir fremmet til styrets behandling.</i>
Ledelsens gjennomgang	<i>Avdelingsleder ved Kvalitets- og utviklingscenteret, Grethe Åsvang, innledet til saken. Rapporten ble gjennomgått med fokus på arbeidet med kontinuerlig læring og forbedring (tidligere læringsoverføring) samt utvikling av volumet på melding av hendelser.</i> <i>Brudd på arbeidstidsbestemmelsene må rapporteres i Ledelsens gjennomgang.</i>

	<i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresak og rapport blir fremmet til styrets behandling.</i>
Resultatkvalitet	<p><i>Saken er en skriftlig orienteringssak til styret, og ansattes organisasjoner og vernetjenesten gir innspill om at betydningen for UNN, rent økonomisk, blir drøftet i tilknytning til denne saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken blir fremmet til styrets behandling.</i></p>
Langtidsplan 2018-2021 med foreløpig virksomhetsplanlegging for 2017	<p><i>Styresaken var tilsendt, og økonomisjefen innledet til saken. Omstillingsutfordringen er på om lag 50 mill kr, etter å ha redusert overskuddskravet med 25 mill kr. Som en orienteringsdel av saken, er langtidsplanen nå under utvikling, i tråd med tidligere plan knyttet til Strategisk utviklingsplan.</i></p> <p><i>Saken ble diskutert, og ansattes organisasjoner og vernetjenesten støttet strategien om å bruke 2017 som et konsolideringsår. I tillegg oppfattet de at Helse Nord RHF underfinansierer regionfunksjonene som UNN er pålagt å yte. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken blir fremmet til styrets behandling.</i></p>
Kontinuerlig forbedring - tentativ gjennomføringsplan for UNN	<p><i>Rådgiver og saksbehandler, Hege Andersen, presenterte saken og svarte på spørsmål til den.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken blir fremmet til styrets behandling.</i></p>

Tromsø, 7.6.2016

Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV NSF

Rune Moe (s.)
FTV Fagforbundet

Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



REFERAT KVALITETSUTVALGSMØTE (KU-møte)

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Tid: Tirsdag 7.6.2016 kl. 10.00-12.00

Sted: Administrasjonens møterom D1 707

Deltakelse:

Kvalitets- og utviklingssenteret	Einar Bugge (møteleder)
<u>Administrerende direktør</u>	<u>Tor Ingebrigtsen</u>
<u>Akuttmedisinsk klinikk</u>	<u>Jon Mathisen (ankom kl 10.45)</u>
<u>Brukerutvalgets leder</u>	<u>Cathrin Carlyle</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>Kvalitets- og utviklingssenteret</u>	<u>Grethe Åsvang</u>
<u>Medisinsk klinikk</u>	<u>Markus Rumpfeld</u>
<u>Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken</u>	<u>Bjørn-Yngvar Nordgård</u>
<u>Operasjons- og intensivklinikken</u>	<u>Eva-Hanne Hansen</u>
<u>Smittevernoverlege</u>	<u>Torni Myrbakk</u>
<u>Stabsenteret</u>	<u>Gøril Bertheussen</u>
<u>Visedirektør</u>	<u>Marit Lind</u>

Øvrige:

<u>Stabsenteret</u>	<u>Leif Hovden (referent)</u>
<u>Kvalitetsavdelingen</u>	<u>Grete Åsvang</u>
<u>Kvalitetsavdelingen</u>	<u>Mette Fredheim</u>

Forfall:

<u>Drifts- og eiendomssenteret</u>	<u>Gina Johansen</u>
<u>Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken</u>	<u>Arthur Revhaug</u>
<u>Psykisk helse- og rusklinikken</u>	<u>Magnus Hald</u>

SAKSOVERSIKT	Ansvarlig
20.16-1 Gjennomgang av virksomhetstall Gjennomgang av Helse Nord LIS-tallene, med vektlegging av status på ventetider og fristbrudd. Fortsatt er det noen fagmiljøer som ikke greier å få bukt med fristbrudd.	Einar Bugge

<p><u>Oppfølging</u> De fagmiljøene som sliter med fristbrudd, må følges opp med sikte på læring av de som har lyktes i arbeidet.</p>	
<p>21.16-2 Godkjenning av referat fra KU-møtet 10.5.2016 (16/686) Referatet ble gjennomgått og godkjent med de justeringer som fremkom under behandling av saken.</p>	
BESLUTNINGSSAKER	
<p>22.16-1 Ledelsens gjennomgang 1. tertial (16/1200) Rapporten var vedlagt saken, og ble gjennomgått med vektlegging av blant annet risikovurderinger knyttet til smittevern og kontinuerlig læring og forbedring. I tillegg kom det innspill om at fordelingen av prosedyremengden i foretaket drøftes nærmere i saken om prosedyresystemet, som er under utvikling, og forelegges KU senere.</p> <p>Utvalget etterlyste en nærmere vurdering av om økningen i antall avvik meldt som pasienthendelser i hovedsaka kan tilskrives bedret meldekultur, eller om det i større grad heller skyldes faktisk økning i antall avvikshendelser.</p> <p><u>Oppfølging</u> KU anbefalte følgende tiltakspunkter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kvalitetsavdelingen foretar utvalg og analyse av årsaksforhold som kan være indikatorer for HMS forhold, med hovedfokus på arbeidsmiljørelaterte forhold, og forelegger dette Kvalitetsutvalget og AMU. - Antibiotikastyringsprogrammet følges opp i henhold til vedtatt plan. - Kvalitetsutvalget anbefaler direktøren å be kliniksjeff for Kirurgi- kreft- og kvinnehelseklinikken om tilbakemelding på hva som konkret gjøres for å sikre at oppfølging av forekomst av postoperative sårinfeksjoner (NOIS-registreringer) kommer på plass også i UNN Narvik. <p>Rapporten justeres i tråd med anbefalingene i møtet, og styresaken oppdateres i tråd med dette.</p>	Einar Bugge
<p>23.16 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn (16/8-2) Leder av Kvalitets- og utviklingscenteret innledet til saken. Samtlige tilsyn ble gjennomgått av utvalget, med angivelse av status og videre oppfølging.</p>	Einar Bugge

<p><u>Beslutning</u> Kvalitetsutvalget anbefalte at styresaken slutføres i tråd med utkastet som var forelagt utvalget til behandling.</p>	
ORIENTERINGS- OG DRØFTINGSSAKER	
<p>24.16 Forbruk av antibiotika ved UNN 2011-2015 Egen rapport var vedlagt saken, og smittevernoverlegen presenterte resultatene med vektlegging av de nasjonale retningslinjer og målsettinger. UNN har hatt en gledelig nedgang i bruk av antibiotika generelt, og i bruk av bredspektrede antibiotika spesielt. UNN fremstår i oversikten som det helseforetaket i landet som nå relativt sett har lavest forbruk av bredspektrede antibiotika.</p>	Torni Myrbakk
<p>24.16 Smittevernvisitter 1. tertial 2016 Smittevernoverlegen presenterte oversikt over omfanget av smittevernvisitter, herunder at dette viser en positiv utvikling. For øvrig ble det også vist til en økning i opplæring innenfor håndhygiene og bruk av riktig arbeidstøy. Det fra utvalget påpekt at gjennomføring av basale smittevernrutiner ovenfor alle pasienter, er en forutsetning for et effektivt vern mot infeksjoner.</p> <p><u>Oppfølging</u> KU tar orienteringen til etterretning, og ber klinikkene følge opp og etterspørre gjennomføring av smittevernvisitter for å ytterligere øke gjennomføringsgraden.</p>	Torni Myrbakk
EVENTUELT	
<p>25.16-1 Oppstart av HOS Trinn 2 ved UNN Det ble minnet om innkalling av ledergruppa vedrørende HOS Trinn 2 torsdag 16.6.2016.</p>	Direktørens ledergruppe
<p>25.16-2 Nasjonal sikkerhetskonferanse i Tromsø 22-23. september Det ble oppfordret til distribusjon i egne enheter for å øke deltakelsen fra UNN.</p>	Deltakerne
<p>25.16-3 Dokumentasjon på helsepersonells autorisasjon Klinikksjef for diagnostisk klinikk oppfordret alle klinikksjefer til å sikre at det foreligger dokumentasjon på autorisasjon i Personalportalen (registrert i Helsepersonellregisteret, HPR).</p>	Klinikksjefene/Klinikksjefene



Protokoll Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 8.6.2016 kl. 10.30-13.30

Til stede (x):

Arbeidsgiversiden:		Varamedlemmer	
Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU	x	Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken		Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	x
Arthur Revhaug, klinikkssjef, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	
Rita Pernille Martnes, avdelingsleder, Operasjon og intensivavdelingen, UNN Harstad		Ove Laupstad, avdelingsleder, Medisinsk avdeling, UNN Narvik	
Arbeidstakersiden:			
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN	x	Terje Møien, foretaksverneombudet UNN	
Geir Magne Johnsen, HTV NSF – UNN Harstad	x	Wenche Olsen, PTV NSF, Medisinsk avdeling UNN Harstad	
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 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 flytte inn
- at Bedriftshelsetjenesten har kompetanse på ergonomi og erfaringer med innredning av lokaler

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.



MØTEREFERAT

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Onsdag 15.6.2016 kl. 09.00 – 14.00

Møtested: Møterom D1.707 Administrasjonens møterom UNN Tromsø

Tilstede: Cathrin Carlyle, Esben Haldorsen, Obiajulu Odu, Laila Edvardsen, Klemet Anders Sara, Britt Eva Jakobsen, Hans-Johan Dahl, Johanne Sundmann og Margrethe Larsen.

Forfall: Martin André Moe

Fra adm.: Leif Hovden, administrasjonssjef (referent)

BU-21/16 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak BU godkjenner innkalling og sakliste.

BU-22/16 Brukeropplæring

Medlemmene presenterte seg innledningsvis for hverandre, med bakgrunn og organisatorisk tilhørighet.

- 1. Norsk helsevesen – oppbygging og innhold*
Utvalgslederen presenterte strukturen i helsevesenet, og utvalget ga innspill på ønsket arbeidsmåte i kommende periode. Blant annet var det ønskelig at dokumenter til møtene kun sendes ut elektronisk, og at sakene trykkes og legges ut til møtestart.
- 2. Universitetssykehuset Nord-Norge – et helseforetak*
Viseadministrerende direktør Marit Lind presenterte helseforetakets oppgaver i et overordnet perspektiv, og i et brukermedvirkningsrelatert perspektiv. Spesielt ble det vektlagt UNNs desentrale struktur gjennom fire sykehus og flere distriktsmedisinske -og distriktpspsykiatriske sentre. Videre ble det svart ut spørsmål til sengereduksjoner, liggetid, sykefravær m.v. Tilslutt ble det redegjort for arbeidet med nasjonal sykehusplan samt saken om åpenhet og dialog i helseforetaket, i media kalt frykttkultur.
- 3. Om å orientere seg i UNN-systemet via nettsiden*
Kommunikasjonsrådgiver Jan Fredrik Frantzen fra Stabssenterets

kommunikasjonsavdeling møtte og presenterte de nye nettsidene i Helse Nord og UNN. Spesielt ble det fremhevet at rettigheter, sikkerhet og personvern samt kontaktinformasjoner som oppdateres fortløpende. Medlemmene ble oppfordret til å tilbakemelde om forbedringsforslag via skjema nederst på forsiden.

4. *Kvalitets- og virksomhetsrapportering i UNN*
Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge møtte og gjennomgikk oppbygging og innretning av den månedlige kvalitets- og virksomhetsrapporten, med vektlegging av kvalitetsparametrene i rapporten.
5. Brukerhåndboken for UNN
Utvalgslederen gjennomgikk brukerhåndbokens ulike deler, slik som medlemsliste med kontaktinformasjon, mandat, handlingsplan, overordnet strategi, strategi for brukermedvirkning, vedtekter, oppdragsdokument og pasient- og brukerrettighetslov. I tillegg ble det delt ut egen utvalgsmappe med tilhørende støttelitteratur, slik som UNN-boken, UNN-brosjyren, egen informasjonbrosjyre om pasientssikkerhetsarbeidet «I trygge hender» samt boken Brukermedvirkning i helsetjenesten. Det ble også gitt opplysninger om ungdomsrådet, et utvalg som rapporterer til brukerutvalget, styret og administrerende direktør.

Vedtak Brukerutvalget uttrykte tilfredshet med opplæringen, og ønsker å arbeide i tråd med de prinsipper og arbeidsmåter som opplæringsprogrammet har lagt til grunn, og som fremgår av utdelte brukerhåndbok.

BU-23/16 Konstituering av brukerutvalget og oppnevning av arbeidsutvalg

Styret ved UNN har oppnevnt leder og nestleder. For øvrig konstituerer utvalget seg selv. I henhold til brukerutvalgets mandat skal det oppnevnes et eget arbeidsutvalg til behandling av mindre påkomne saker samt gjennomgang av saker som skal til månedlig styrebehandling. Hittil har utvalget bestått av leder og nestleder. I tillegg har én annet medlem møtt på sak, etter særskilt innkalling. Hittil har dette fungert tilfredsstillende.

Ettersom strategi for brukermedvirkning har medført et atskillig høyere aktivitetsnivå for utvalget samt at leder deltar i flere nasjonale prosesser som medfører utstrakt reisevirksomhet, anbefales at man utvider arbeidsutvalget til tre faste medlemmer for å sikre kapasitet og kontinuitet i saksbehandlingen.

Vedtak: Brukerutvalget oppnevner leder, nestleder og medlem Laila Edvardsen som faste medlemmer i arbeidsutvalget (BAU).

BU-24/16 Godkjenning av referat fra brukerutvalgets møte 20.4.2016

Vedtak Referatet fra BU 20.4.2016 ble godkjent.

BU-25/16 Referatsaker
1. BAU-referat fra 18.5.2016
2. BAU-referat fra 6.6.2016

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

BU-26/16 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper samt nyoppnevninger
Prosjektporteføljen ble gjennomgått og oppdatert med ny deltakelse.

Vedtak Brukerutvalget godkjenner oppdateringer og videre deltakelse i prosjekter, møter og arbeidsgrupper.

BU-27/16 Møteplan 2016
Møtene for Brukerutvalget følger en fast plan i tråd med mandatet, minimum 6 møter pr. år. Møtene er innpasset saksflyten til styremøtene slik at det er mulig for utvalget i gitte saker å bli oppdatert på aktuelle saker samt komme med uttalelser til disse i forkant av styremøtene. I vedlagte Årshjul for styret og direktørens ledergruppe fremgår denne innpassingen, og planen for resterende deler av 2016 blir da som følger:

September: tirsdag 13.9. kl 12-16 samt utvalgsmiddag på kvelden. Påfølgende dag deltar BU i dialogmøte med styret under oppstarten av styremøtet samt som eventuelle observatører under resten av styremøtet. Alternativ opplegg for BU til observatørrolle vurderes nærmere av BAU.

November: onsdag 9.11. kl 9-15.

Desember: onsdag 7.12. kl 9-15.

Vedtak Brukerutvalget tar møteplan 2016 til etterretning.

BU-28/16 Eventuelt

1. *Prestetjenesten ved UNN*
Saksnotat ble forelagt utvalget i møtet, og stabssjef Gøril Bertheussen redegjorde og svarte ut spørsmål til saken.

Brukerutvalget tok saken til orientering og tilbakemeldte følgende:

a) Brukerutvalget er tilfreds med at prestedtjenesten viderefører sitt arbeid med å utvikle gode samtaletilbud også for pasienter og pårørende som ønsker samtalepartnere fra en annen tros- og livssynstradisjon enn Den norske kirke.

b) Brukerutvalget støtter prestetjenestens forslag om å etablere et faglig nettverk bestående av representanter fra flere eksterne og interne fagmiljøer, som nevnt under alternativ C i saksutredningen (Klinisk etikkomité m. fl.).

2. *Arbeidsmåten i Brukerutvalget*

Brukerutvalget var enig om at innmelding av eventueltsaker til BU-møtene skal tilsendes i forkant av møtene, slik at de kan sjekkes og svares ut uten unødig opphold.

Arbeidsutvalget vurderer om det er ønskelig med en ordning for nettbrett i utvalget.

3. *Pasientreiser – pasienter fra Alta til UNN*

Pasientreiser inviteres til å gi generell informasjon i neste møte.

4. *Frivilligstrategien*

Esben Haldorsen etterspurte saken og denne sendes ut sammen med referatet.

5. *Evaluering av møtet*

Utvalget uttrykte tilfredshet med innhold og gjennomføring.

Cathrin Carlyle (sign.)
utvalgsleder

Leif Hovden (sign.)
administrasjonssjef/ referent

Referatet godkjennes endelig i BU-møte tirsdag 13.9.2016.

Kopi til:

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

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 22.6.2016**

Dato: 17.6.2016

Tidspunkt: 9.00-9.35

Sted: Møterom D1 704

Tilstede:

Fra arbeidsgiver

Tommy Schjølberg

Leif Hovden

Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, foretakshovedverneombud

Ulla Dorthe Mathisen, DNLF (OLF)

Mai-Britt Martinsen, NSF

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
<p>Kvalitets- og virksomhetsrapport</p>	<p>Seksjonsleder Tommy Schjølberg møtte og svarte på spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten presiserte at resultater innenfor kvalitet og økonomi er avhengig av god planlegging. Derfor er en sterkere prioritering av aktivitetsbasert planlegging særdeles viktig for UNN.</p> <p>Det ble uttrykt bekymring over planleggingen knyttet til kommende sommerdrift, spesielt med hensyn på manglende vikartilgang og påfølgende bruddsituasjoner på arbeidstidsbestemmelsene.</p> <p>Det kom også innspill på at styret, i sin vurdering av nye hovedindikatorer, bør vurdere å fokusere på interne ventelister.</p> <p>Saken for øvrig ble tatt til orientering, og det ble gitt tilslutning til at saken blir fremmet til styrets sluttbehandling i den form og med den innretning saken ble presentert i drøftingsmøtet.</p>

Tromsø, 17.6.2016

Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV NSF

Rigmor Frøyum (s.)
FTV Fagforbundet

Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
65/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	22.6.2016
Saksansvarlig:	Leif Hovden	Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 10.6.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør