



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: BRUS-bygget, Tromsø
Dato: 10.02.2010
Tid: 10:00

Forfall meldes direktørens forkontor, tlf 776 26010. Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Anette Fosse	Medlem	
Hanne CS Iversen	Medlem	
Hanne Frøyshov	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Åse Berit Vrenne	Medlem	
Arne Luther	Medlem	
Marius Nilsen	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	

Saksnr	Innhold
ST 1/2010	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 2/2010	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 09.12.2009
ST 3/2010	Virksomhetsrapportering pr november og desember 2009
ST 4/2010	Prosjektplan for reduksjon av gjestepasientutgiftene, økning av ISF-inntektene og reduksjon av pasienttransportutgiftene
ST 5/2010	Høringsuttalelse lokalsykehusstrategien
ST 6/2010	Orienteringssaker
ST 7/2010	Referatsaker
ST 8/2010	Justering av lønn til adm. direktør
ST 9/2010	Eventuelt

ST 1/2010 Godkjenning av innkalling og saksliste



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
2/2010	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen	10.02.2010

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 09.12.2009

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 9. desember 2009.

Tromsø, 2. februar 2010

Tor Ingebrigtsen
Adm. direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
3/2010	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Jorunn Lægland	10.02.2010

Virksomhetsrapportering pr november og desember 2009

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er fornøyd med resultatutviklingen i foretaket, og tar virksomhetsrapporten for november og desember 2009 til orientering.
2. Styret er ikke fornøyd med den høye andelen fristbrudd blant pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, og ber direktøren om å iverksette tiltak for å sikre pasientene undersøkelse og behandling innen gjeldende frister. Styret ber om månedlig rapportering.

Sammenheng

Foreløpig regnskap for 2009 viser et resultat på -47,7 mill kr. Reduksjonen i antall månedsverkflater nå ut med en stabilisering i overkant av 5900. Sykefraværet er stabilt innenfor vanlige sesongvariasjoner, og det egenmeldte arbeidsrelaterte fraværet er lavt. Aktiviteten i pasientbehandlingen tok seg opp i oktober, november og desember 2009 slik at totalt antall pasientkontakter lå nær 2007 og 2008 i 3. tertial. Gjennomgangen av ventelistene viser at antall pasienter på venteliste er redusert med 5 % fra 2008, og at ventetidene sett over tid fra 1. tertial 2008 til 2. tertial 2009 har vært stabile. Det er registrert fristbrudd hos 1 188 (23 %) av til sammen 5 278 pasienter med rett til nødvendig helsehjelp på venteliste.

Direktøren er fornøyd med foretakets resultatutvikling og mener at utgangspunktet for god virksomhetsstyring i 2010 er godt. Oppmerksomheten må nå rettes mot arbeidsmiljøet og kvaliteten i pasientbehandling, forskning og undervisning, med et spesielt fokus på fristbrudd, epikrisetid og strykninger fra operasjonsprogrammet. Det må etableres et bedre samarbeid med vertskommunene for å redusere antall utskrivingsklare pasienter.

Bakgrunn

Virksomhetsrapporten har til hensikt å gi nyttig ledelsesinformasjon om økonomi, personalressurser, aktivitet og kvalitetsindikatorer. Rapporten skal gi status for den siste perioden, samt vise og forklare utviklingstrender.

Saksutredning

Økonomisk resultat

En foreløpig regnskapsavslutning viser et resultat for 2009 på -47,7 mill kr. Det vil bli redegjort nærmere for dette i møtet.

Bemanning

Gjennomsnittlige antall månedsværk var 5 934 i 2009. Dette er en nedgang på 100 sammenlignet med 2008, og på nærmere 300 sammenlignet med 2007. Trenden for siste halvdel av 2009 var at antall månedsværk stabiliserte seg når det ble korrigert for periodesvingninger med bruk av 12 måneders glidende gjennomsnitt. Tallene er imidlertid ikke direkte sammenlignbare år for år fordi UNN er tilført nye funksjoner og stillinger underveis, sist oppgjørsenheten for pasientreiser som vi overtok fra NAV høsten 2009.

Sykefraværet er fortsatt høyt (10 % i november), stabilt sammenlignet med tidligere år. Det egenmeldte arbeidsrelaterte fravær rapporteres nå rutinemessig, og dette ligger lavt (18 tilfeller i desember).

Aktivitet somatisk virksomhet

Antall innleggelser (heldøgnsopphold) er redusert med 1 416 (4 %) sammenlignet med 2008, men nedgangen var kun 2 % siste tertial. Antall dagopphold er redusert med 1 897 (15 %), men også her viser tall for siste tertial at nedgangen ikke er så stor som tall for 1. og 2. tertial. Antall dagkirurgiske opphold har økt med 122 (1 %) sammenlignet med i 2008. Antall polikliniske konsultasjoner ble reduserte med 18 108 (8 %) sammenlignet med 2008, men aktivitetsnivået her er også på vei mot nivået i 2008. Til sammen var det 21 421 (8 %) færre pasientkontakter enn året før, men over 75 % av nedgangen oppsto i 1. og 2. tertial.

UNN har fortsatt mellom 15 og 25 utskrivingsklare pasienter til enhver tid, hovedsakelig i Medisinsk klinikk. Tromsø kommune har et middels høyt forbruk med 6 utskrivingsklare per 1000 innbyggere, men står likevel for en stor andel på grunn av sin størrelse.

Aktivitet psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Antall innleggelser i psykisk helsevern for voksne har økt med 137 (5 %), mens antall liggedøgn er redusert med 559 (1 %) sammenlignet med i 2008. Gjennomsnittlig liggetid er redusert med 1 døgn i 2009. Det har vært en økning på 1 433 (3 %) i antall polikliniske konsultasjoner.

Antall Innleggelser i psykisk helsevern for barn og unge har økt med 47 (30 %), mens antall liggedøgn øker med 6 % sammenlignet med i 2008. Gjennomsnittlig liggetid er redusert med 2,7 døgn i 2009. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 1 649 (6 %).

Antall innleggelser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling økte med 126 (36 %), og antall liggedøgn var 17 % høyere enn i 2008. Gjennomsnittlig liggetid er redusert med 6 døgn. Den polikliniske aktiviteten økte med 1 401 (15 %) konsultasjoner. Total aktivitet, målt som antall pasientkontakter, økte med 1 527 (16 %). Aktivitetsøkningen har blant annet sammenheng med utvidelse av antallet behandlingsplasser både i Tromsø og ved Nordlandsklinikken.

Ventetid

Vi har tidligere redegjort for at en nye prosedyrekrav fra Helsedirektoratet fra og med januar 2009 førte til at gjennomførte opphold ikke ble registrert som avsluttet i vårt pasientadministrative system. Dette førte til at vi rapporterte lengre ventetider og flere fristbrudd enn det som var reelt. Klinikken har nå fullført gjennomgangen som skulle sikre at alle

gjennomførte opphold ble registrert som avsluttet, og vi er igjen i stand til å rapportere antall pasienter på venteliste, ventetider og antall fristbrudd. Rapporteringen av ventetid har fortsatt svakheter på grunn av tekniske mangler som systemleverandøren DIPS fortsatt ikke har rettet. Vi rapporterer derfor ventetider basert på uttrekk fra Norsk pasientregister (NPR), og disse er ikke oppdaterte lengre enn til og med september 2009.

Antall pasienter på venteliste er redusert med 5 % fra 16 907 ved utgangen av 2008 til 16 023 ved utgangen av 2009. Gjennomsnittlig ventetid ved utgangen av september var 83 dager (65 dager for pasienter med og 97 dager for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp). Saksfremlegget viser at ventetidene økte noe i 3. tertial 2008 og 1. tertial 2009, men i 2. tertial 2009 var det en nedgang slik at det til sammen ikke har vært endringer av betydning når man ser årene 2008 og 2009 under ett.

Antall registrerte fristbrudd er redusert med 932 (44 %) fra 2 120 i august til 1188 ved utgangen av 2009. Antall pasienter med rett til nødvendig helsehjelp på samme tidspunkt var 5 278. Det betyr at andelen som opplevde et fristbrudd var 23 %.

Medvirkning

Arbeidsmiljøutvalget er tilfreds med at det nå rapporteres på egenmeldt arbeidsrelatert fravær og ønsker at analysene av disse tallene skal videreutvikles etter hvert som vi opparbeider sammenligningsgrunnlag over tid. Brukerutvalget og drøftingsmøtet med de foretakstillitsvalgte er tilfreds med at antall fristbrudd er redusert, men begge mener at antall fristbrudd fortsatt er for høyt.

Vurdering

Det foreløpige økonomiske resultatet på -47,7 mill kr er noe bedre enn sist rapporterte prognose på -60 ± 5 mill kr. Bedringen skyldes delvis engangseffekter. Inngangshastigheten til 2010 som ble lagt til grunn for årets budsjett, synes å være korrekt vurdert. Utgangspunktet for god økonomistyring inneværende år burde dermed være godt.

Reduksjonen i antall månedsverk synes nå å være i ferd med å flate ut. Dette er forventet siden de planlagte store omstillingene nå er nesten fullført. Direktøren er fornøyd med at nedbemanningen er gjennomført uten registrerbar økning i det arbeidsrelaterte fraværet. Sykefraværet vurderes likevel som for høyt, og UNN må som alle andre virksomheter arbeide for å redusere dette i 2010.

Direktøren er også fornøyd med at den registrerte aktivitetsnedgangen i 1. og 2. tertial langt på vei ble reversert i 3. tertial. Det er gledelig at aktiviteten nå viser ønsket dreining fra døgnopphold til dagkirurgi, mens det fortsatt er en utfordring å øke aktiviteten innenfor annen dagbehandling. Utskrivingsklare pasienter er fortsatt en utfordring, særlig i Medisinsk klinikk, og direktøren ser det som helt nødvendig å finne løsninger på dette, særlig for vertskommunene Tromsø og Narvik, som på grunn av sin størrelse har mange utskrivingsklare.

Reduksjonen i antall polikliniske konsultasjoner i barne- og ungdomspsykiatrien er ikke tilsiktet. Den synes å skyldes driftsproblemer i forbindelse med flytting til BRUS-bygget, og ubesatte stillinger, og det arbeides med å øke aktiviteten igjen. Det er gledelig at aktiviteten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling øker som planlagt.

Gjennomgangen av ventelistene viser at UNN har færre pasienter på venteliste nå enn for et år siden, og at ventetidene har endret seg lite gjennom omstillingsperioden. Direktøren vurderer dette som tilfredsstillende, og som et godt utgangspunkt for å nå jobbe med å redusere ventetidene. Det er imidlertid ikke tilfredsstillende at leverandøren av det pasientadministrative

systemet ikke har løst de tekniske utfordringene knyttet til det å rapportere oppdaterte ventetider. Det vil fra UNNs side bli lagt stor vekt på å løse dette.

Ved utgangen av 2009 var 23 % av alle med rett til nødvendig helsehjelp registrert med et aktivt fristbrudd. De fleste får behandling eller undersøkelse kort tid etter fristen, men dette er likevel ikke godt nok. Det vil være en prioritert oppgave for klinikkene våren 2010 å redusere antall fristbrudd til et minimum. Det må samtidig rettes mer oppmerksomhet mot kvalitetsparametrene, spesielt epikrisetid og strykninger fra operasjonsprogrammet.

Konklusjon

Virksomhetsrapporten for november og desember 2009 viser at UNN har et godt utgangspunkt for god virksomhetsstyring i 2010. Det er gjennomført store omstillinger i 2008 og 2009 uten at sykefraværet eller ventetidene har økt. Oppmerksomheten må nå rettes mot arbeidsmiljøet og kvaliteten i pasientbehandling, forskning og undervisning, med et spesielt fokus på fristbrudd, epikrisetid og strykninger fra operasjonsprogrammet.

Tromsø, 2. februar 2010

Tor Ingebrigtsen
Adm. direktør

Vedlegg:
Virksomhetsrapport for november og desember 2009

Virksomhetsrapport

UNN HF

November og Desember 2009



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	10
Sammendrag	11
Personal	12
Bemanning	12
Omstilling og nedbemanning.....	13
Sykefravær	13
Aktivitet.....	16
Somatisk virksomhet	16
Psykisk helsevern – voksne.....	20
Psykisk helsevern – barn og unge.....	20
Rusomsorg	20
Kvalitetsindikatorene	22
Bakgrunn - Ventelisteregistrering.....	22
Venteliste	22
Ventetid	23
Fristbrudd	24
Korridorpasienter	26
Epikrisetid	26
Strykninger av planlagte operasjoner.....	27
Utskrivningsklare pasienter	27

Sammendrag

Foreløpige regnskapstall viser et resultat på -46 mill kr. Det vil bli redegjort nærmere for dette i styremøtet.

Aktivitetsnivået innen somatisk virksomhet har vært lavere enn planlagt i 2009, men tall for 3. tertial viser at aktiviteten er i ferd med å reetablere seg på samme nivå som 2008. Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært høyere i 2009 enn i 2008, mens det har vært en liten nedgang i aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge.

Antall utbetalte årsverk var 5 934 i 2009. Dette er en nedgang på 100 månedsverk sammenlignet med året før. Trenden siste halvdel av 2009 viste at antall månedsverk stabiliserte seg når det ble korrigert for periodesvingninger (12 måneders glidende gjennomsnitt).

Sykefraværet for november måned var 10 %. Fraværet er noe høyere enn i de to foregående årene, men langtidsfraværet er stabilt.

Antall ventende pr. 31. desember 2009 var ca. 16 000. Antall fristbrudd er redusert med 44 %, blant annet som følge av ryddeprosessen foretatt i fjor høst, og pr. 31. desember 2009 var det 1188 fristbrudd.

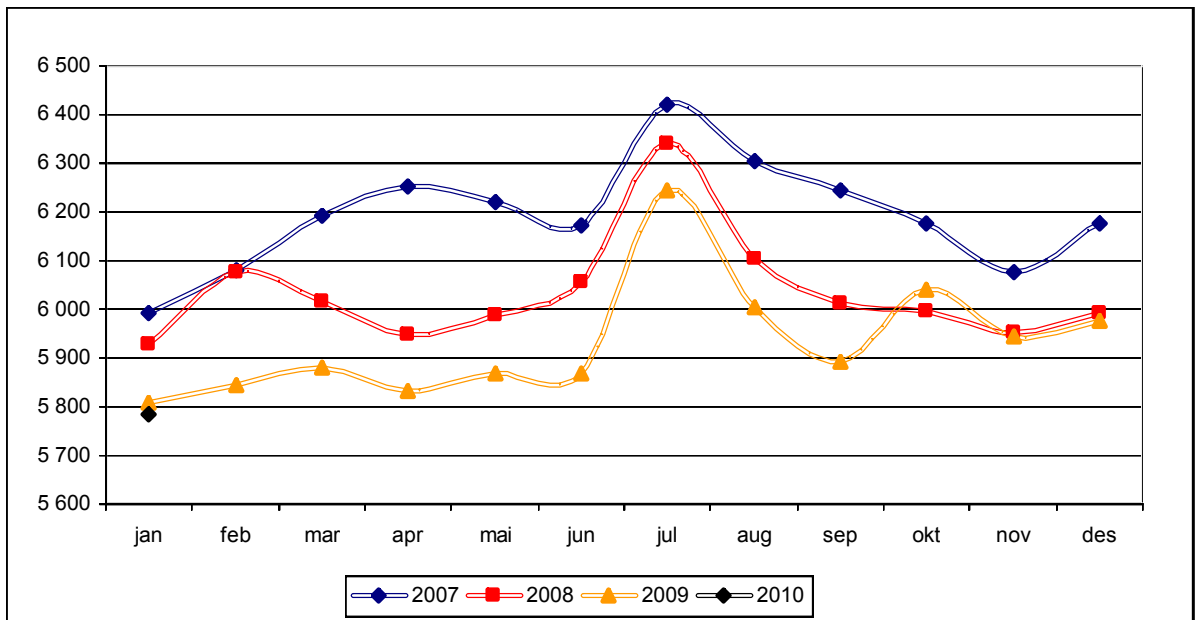
Gjennomsnittlige ventetid for UNN HF pasienter er 83 dager pr. 2. tertial 2009, mens pasienter med rett til nødvendig helsehjelp venter i gjennomsnitt 65 dager på behandling. Dette er omtrent på samme nivå som 2. tertial i 2008.

Personal

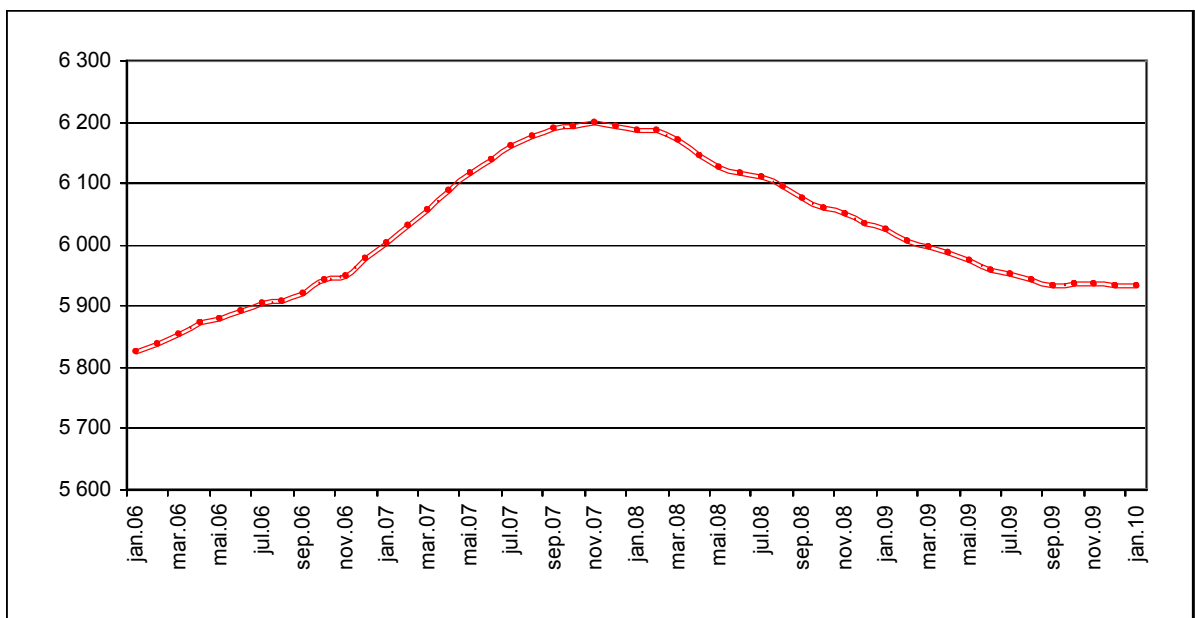
Bemanning

Antall utbetalte årsverk ved UNN HF i fjor var 5 934 (gjennomsnitt av månedsverktallene). Dette er 100 årsverk lavere enn i 2008, og nærmere 300 lavere enn i 2007. Det har vært en økning på ca. 50 månedsverk i 2009 pga. opprettelse av nye stillinger (pasienttransport, observasjonspost, slagenhet og eksterntfinansierte prosjektstillinger) slik at tallene ikke er direkte sammenlignbare år for år. Utviklingstrenden presentert i figur 2 viser at antall månedsverk, målt som et glidende 12 måneders gjennomsnitt, har stabilisert seg på et nivå rett over 5 900 månedsverk.

Figur 1 Brutto utbetalte årsverk



Figur 2 Utviklingen i antall utbetalte årsverk



Tabell 1 Endringer i utbetalte månedsverk fordelt på profesjonsgruppe

Profesjonsgruppe	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	sum	omgjort til årsverk
Adm og kontorpersonell	1	14	12	20	35	36	29	28	35	45	29	44	327	27
Andre	4	0	-14	-8	-7	-10	-10	-12	-13	-11	-13	-7	-100	-8
Annet behandlingpersonell	1	-3	-9	9	4	-6	29	21	7	51	148	151	401	33
Hjelpepleiere	-22	-33	-21	-19	-23	-25	-24	-18	-29	-33	-38	-32	-316	-26
Leger	24	-11	12	-3	1	-13	-14	23	13	41	33	5	110	9
Pers. i annet pasientrettet arbeid	-46	-59	-35	-24	-34	-25	-18	-29	-59	-27	-28	-36	-420	-35
Service - Teknisk - Drift	-51	-64	-49	-39	-45	-65	-70	-51	-42	-42	-144	-152	-813	-68
Sykepleiere	-27	-74	-30	-51	-54	-76	-14	-56	-30	16	1	7	-388	-32
(tom)	0	-1	-1	2	-1	0	-2	-2	-1	0	2	0	-4	0
Totalt	-117	-231	-135	-114	-123	-184	-94	-97	-120	41	-10	-20	-1 202	-100

Omstilling og nedbemanning

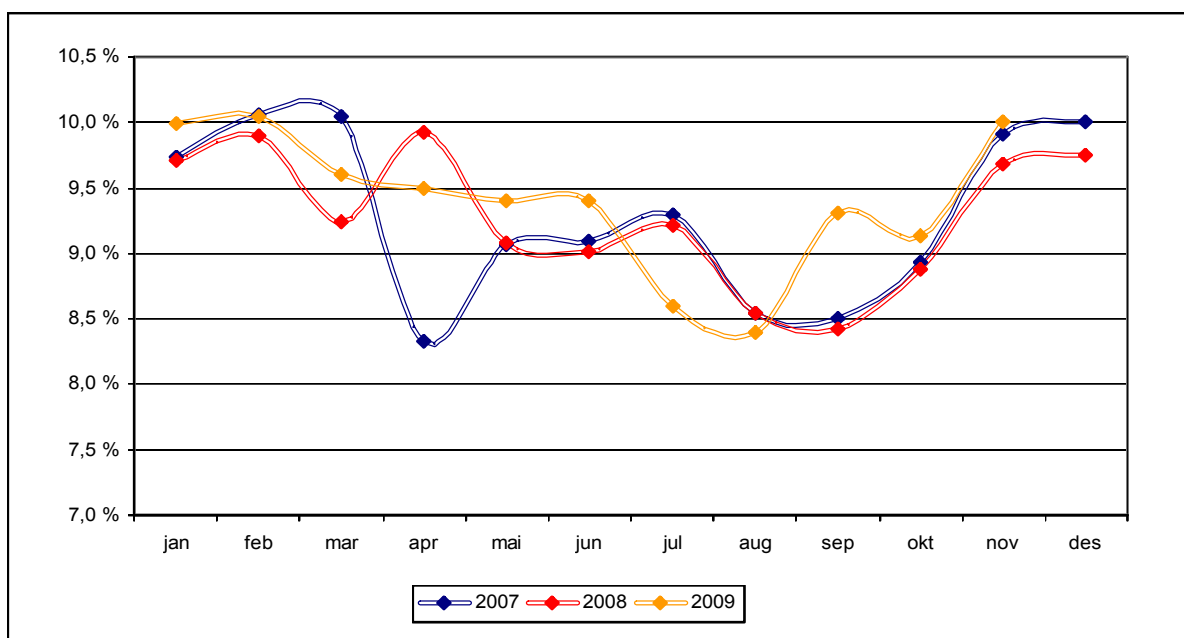
Fra 1. januar 2008 er totalt 83 ansatte ved UNN HF meldt overtallige. Pr. 12. desember 2009 har 50 ansatte fått effektivert oppsigelse. Av disse har 45 fått tilbud om annen stilling ved UNN HF. 26 ansatte har takket ja til stilling fast ansettelsesforhold, mens 11 har takket ja til vikariat. I tillegg er det åtte ansatte som mottok tilbud om stilling ved UNN HF, men som takket nei til tilbudet og valgte å avslutte sitt ansettelsesforhold.

Sykefravær

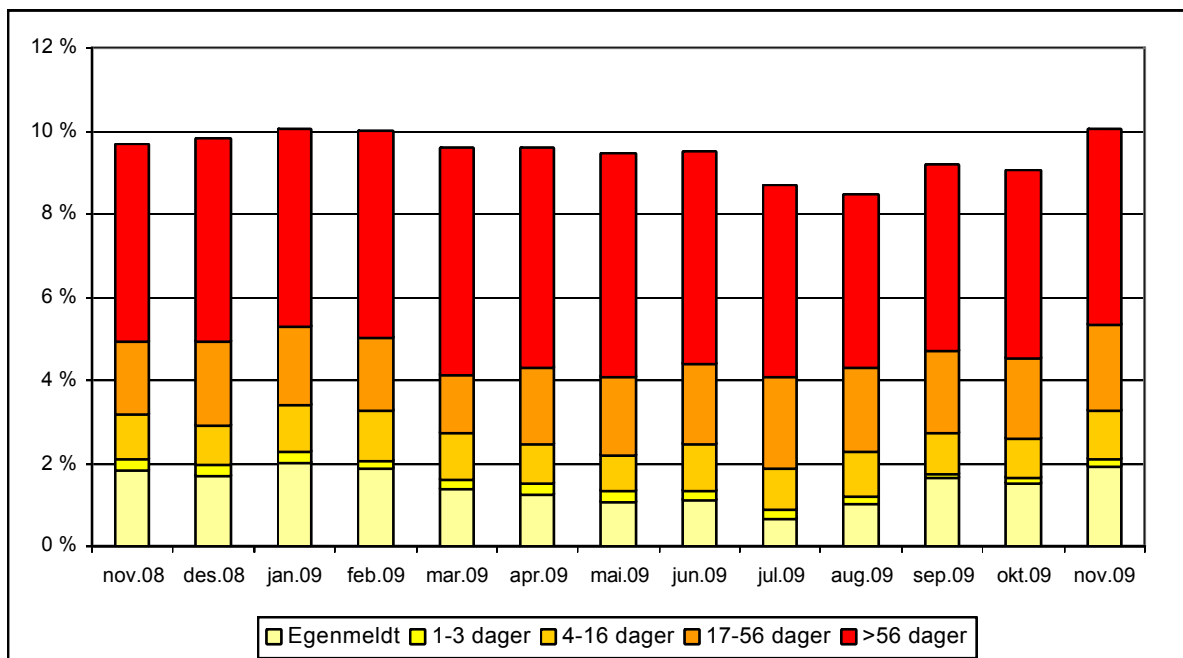
Det totale sykefraværet ved UNN HF var i november måned 10 %. Sykefraværet var til sammenligning 9,7 % for samme måned i fjor. Langtidsfraværet (over 56 dager) er stabilt, mens det er små økninger på egenmeldinger og fravær 17-56 dager.

Det ble registrert 500 ansatte med sykemeldinger utover 16 dager i november, og av disse var 138 graderte (25 %). Det ble i november innmeldt totalt 77 tilfeller hvor ansatte sier at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert. For desember var tilsvarende tall 18 tilfeller.

Figur 3 Sykefravær for perioden 2007-2009



Figur 4 Sykefravær siste 12 måneder fordelt etter lengde for fravær



Tabell 2 viser at det er forskjeller i sykefravær mellom klinikkene. Dette følges opp med et særskilt ledelsesmessig fokus på denne problematikken i de klinikkene som har høyest fravær.

Tabell 2 Sykefravær pr. november 2009

Klinikk	Pr. okt	Pr. nov
Akuttmedisinsk klinikk / Anestesi- og operasjonsklinikken	8,99	9,08
Allmennpsykiatrisk klinikk	11,97	11,95
Barne- og ungdomsklinikken	8,49	8,42
Diagnostisk klinikk	8,75	8,93
Hjerte- og lungeklinikken	9,27	9,41
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	8,96	8,96
Medisinsk klinikk	9,55	9,71
Nevro- og ortopediklinikken	8,99	9,00
Rehabiliteringsklinikken	9,75	9,88
Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk	10,96	11,05
Longyearbyen sykehus	2,87	3,34
Administrasjonssentret	9,69	9,51
Fag- og forskningssenteret	5,36	5,08
HR-senteret	7,29	7,20
Kommunikasjonssenteret	0,96	2,12
Nasjonalt senter for samh. og telemed.	10,07	9,97
Senter for drift og eiendom	9,40	9,67
Økonomi og analysesenteret	6,95	6,76
Turnusleger, raskere tilbake ++ (kost sted 62*)	4,54	4,23
Totalt UNN HF	9,35	9,41

Tabellene 3 og 4 viser egenmeldt årsak til sykefravær og hvorvidt dette var arbeidsrelatert eller ikke. Kategoriene er ikke eksklusive (samme arbeidstaker kan oppgi mer enn en årsak). Årsakene til sykefravær har vært stabile siden mai 2009, og det egenmeldte arbeidsrelaterte fraværet er lavt. Det bygges i løpet av 2010 gradvis opp et sammenligningsgrunnlag slik at vi kan følge utviklingen på dette området.

Tabell 3 Årsaksforhold sykefravær

Årsak fravær	Stress/ belastning - bemanning	Muskel / ergonomi	Smitte ¹	Konflikt	Inne klima	Skader i jobb	Allergier	Ikke oppgitt	Usikker ²
Mai	7	6	4	1	7	3	0	1	21
Jun	14	9	0	1	3	1	0	9	12
Jul	3	0	1	0	3	1	0	8	12
Aug	5	11	1	0	1	0	1	11	12
Sep	14	10	2	0	2	1	1	3	13
Okt	11	3	1	0	2	3	2	9	2
Nov	4	10	46	2	2	1	0	14	12
Des	3	5	1	0	1	2	0	9	10

Tabell 4 Arbeidsrelatert fravær pr. klinikk

Klinikk	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Akuttmedisinsk klinikk	4	2	1	3	1	3	4	0
Allmennpsykiatrisk klinikk	8	11	3	5	4	1	4	1
Anestesi- og operasjonsklinikken	1	1	2	0	2	0	9	0
Barne- og ungdomsklinikken	3	1	1	0	1	2	4	1
Diagnostisk klinikk	4	6	3	3	10	5	12	3
Hjerte- og lungeklinikken	1	1	0	0	0	3	8	1
Kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken	6	4	3	2	5	1	7	3
Medisinsk klinikk	8	5	2	4	5	3	9	5
Nevro- og ortopediklinikken	2	1	0	0	2	4	12	0
Rehabiliteringsklinikken	1	3	0	0	4	0	2	1
Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk	1	5	2	6	5	4	4	0
Administrasjonssenteret	0	1	0	0	0	0	0	0
Nasjonalt senter for samh. og telemed.	0	1	0	0	1	1	0	1
Senter for drift og eiendom	5	2	2	2	2	3	1	2
HR-senteret	0	0	0	1	0	0	0	0
Turnusleger, raskere tilbake ++	0	0	0	0	0	1	0	0
Fag- og forskningssenteret	0	0	0	0	0	0	1	0
Totalt	44	42	19	26	42	31	77	18

¹ 40 av tilfellene er satt i sammenheng med svineinfluensavaksinen (50 dagers fravær), mens seks av tilfellene har fått påvist svineinfluensa (35 dagers fravær).

² Ansatte som på egenmelding har meldt at de er usikre på om fraværet er arbeidsrelatert.

Aktivitet

Tabell 5 Aktivitet UNN HF

Aktivitet UNN HF		2009	2008	2007	Endring 08-09	
					Antall	i %
Utskrivelser fra døgnopphold	Somatikk	35 839	37 255	38 062	-1 416	-4
Utskrivelser- tap av opphold etter DIPS sammenslåing	Somatikk	568				
Dagbehandlinger	Somatikk	10 486	12 383	17 374	-1 897	-15
Dagkirurgiske opphold	Somatikk	12 115	11 993	10 378	122	1
DRG poeng (2009 logikk)	Somatikk	50 073	53 817		-3 744	-7
DRG poeng- tapte poeng etter DIPS sammenslåing	Somatikk	472				
Liggedager i perioden	Somatikk	180 400	190 710	197 644	-10 310	-5
Polikliniske konsultasjoner	Somatikk	214 433	232 541	223 284	-18 108	-8
Laboratorieanalyser	Somatikk	3 797 286	3 797 767	3 783 190	-481	0
Røntgenundersøkelser	Somatikk	187 108	191 071	186 746	-3 963	-2
Polikliniske strålefelt	Somatikk	53 284	52 737	50 866	547	1
Undersøkelser - Coronar angiografi	Somatikk	3 183	3 144	3 056	39	1
Behandlinger - PCI	Somatikk	1 451	1 447	1 458	4	0
Hjerteoperasjoner	Somatikk	611	606	570	5	1
Pasientkontakter	Somatikk	260 758	282 179	278 720	-21 421	-8
Utskrivelser fra døgnopphold	VOP	3 022	2 885	2 873	137	5
Liggedager i perioden	VOP	50 917	51 476	53 470	-559	-1
Polikliniske konsultasjoner	VOP	45 853	44 420	45 668	1 433	3
Pasientkontakter	VOP	48 875	47 305	48 541	1 570	3
Utskrivelser fra døgnopphold	BUP	203	156	117	47	30
Liggedøgn	BUP	2 398	2 260	3 314	138	6
Polikliniske konsultasjoner	BUP	27 661	29 310	26 005	-1 649	-6
Pasientkontakter	BUP	27 864	29 466	26 122	-1 602	-5
Utskrivelser fra døgnopphold	Rusomsorg	479	353	344	126	36
Liggedøgn	Rusomsorg	18 079	15 442	17 965	2 637	17
Polikliniske konsultasjoner	Rusomsorg	10 530	9 129	5 637	1 401	15
Pasientkontakter	Rusomsorg	11 009	9 482	5 981	1 527	16

Somatisk virksomhet

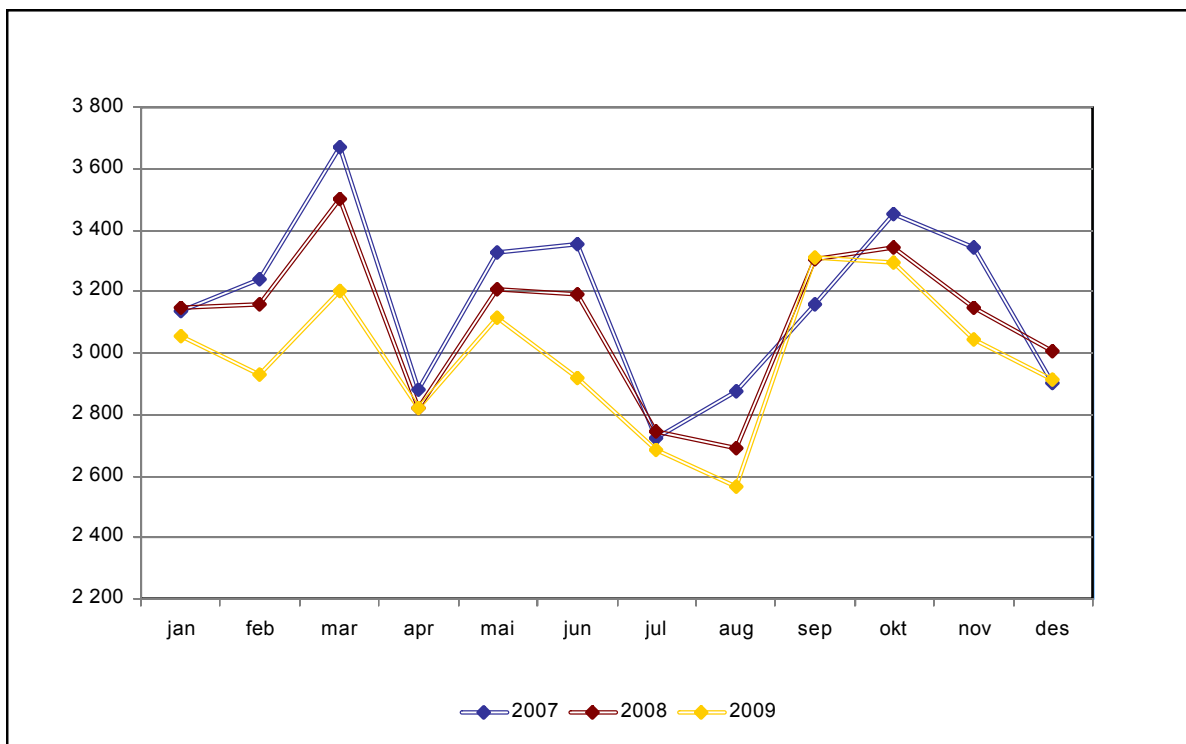
Aktivitetsnivået innen den somatiske virksomheten har som kjent vært lavere i 2009 enn i 2008. Det var færre utskrivelser, færre dagopphold, samt lavere forbruk av liggedøgn. Antall dagkirurgiske opphold økte imidlertid med 1 %. Antall polikliniske konsultasjoner falt også, noe som er beskrevet mer detaljert nedenfor.

Tall for 3. tertial viser imidlertid at aktivitetsnivået tok seg opp igjen og nærmet seg 2008-nivået. Antall utskrivelser siste tertial var for eksempel på samme nivå som i 2008, mens nedgangen i antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner ble mer enn halvert sammenlignet med 1. og 2. tertial.

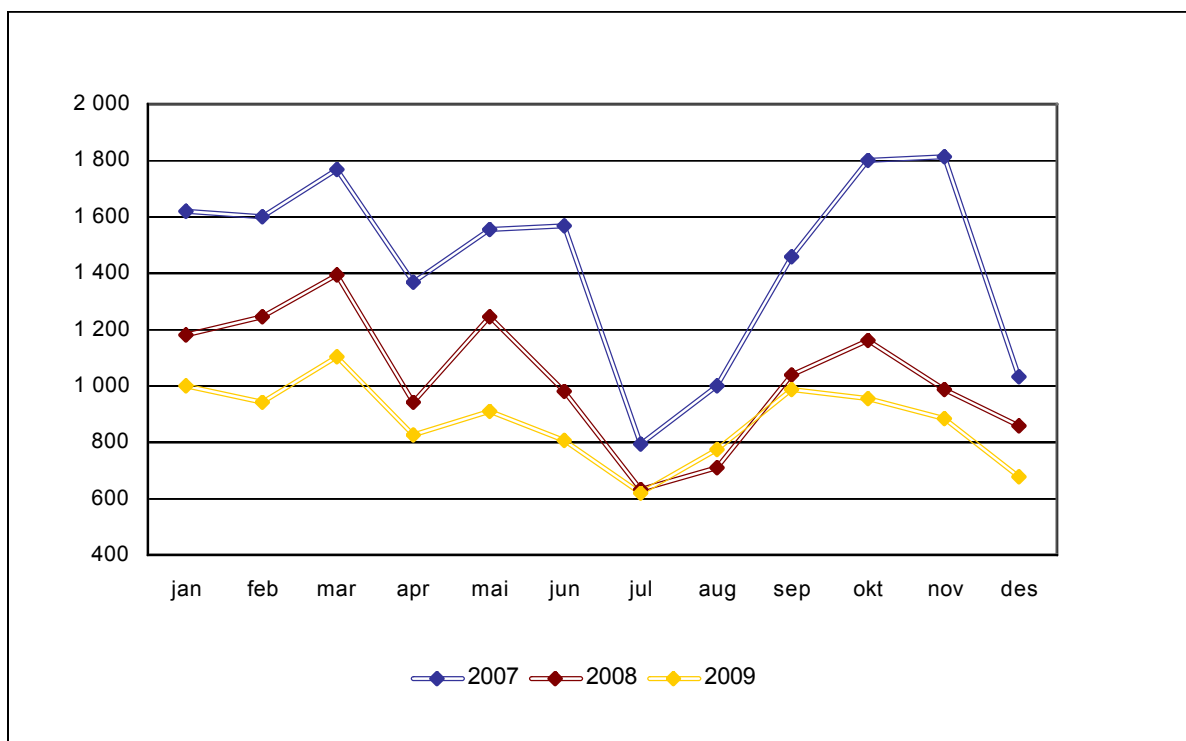
Hvor mye av nedgangen som skyldes overgang til ny klinikkstruktur og andre organisatoriske grep er usikker, men det vil helt sikkert forklare en del av nedgangen. Sammenslåing av DIPS databasene for de tre sykehusene har også i en viss grad påvirket aktivitetsregistreringene og gir utslag i statistikken (beregnet til 568 utskrivelser i 2009).

Det ble foretatt 35 839 utskrivelser fra heldøgnsopphold i den somatiske virksomheten. Dette er en nedgang på 4 % sammenlignet med i 2008. Figur 5 viser at det kun var i påskemånedene samt i september, da antallet var på samme nivå som i 2008. Nye tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at nedgang i antall døgnopphold er en nasjonal trend når tallene for 2. tertial 2009 sammenlignes med året før (tall for 1. tertial viser tilsvarende trend). For de andre helseregionene øker imidlertid antall dagbehandlinger, mens dette ikke er tilfelle for Helse Nord og UNN HF.

Figur 5 Utskrivelser/heldøgn - somatisk virksomhet



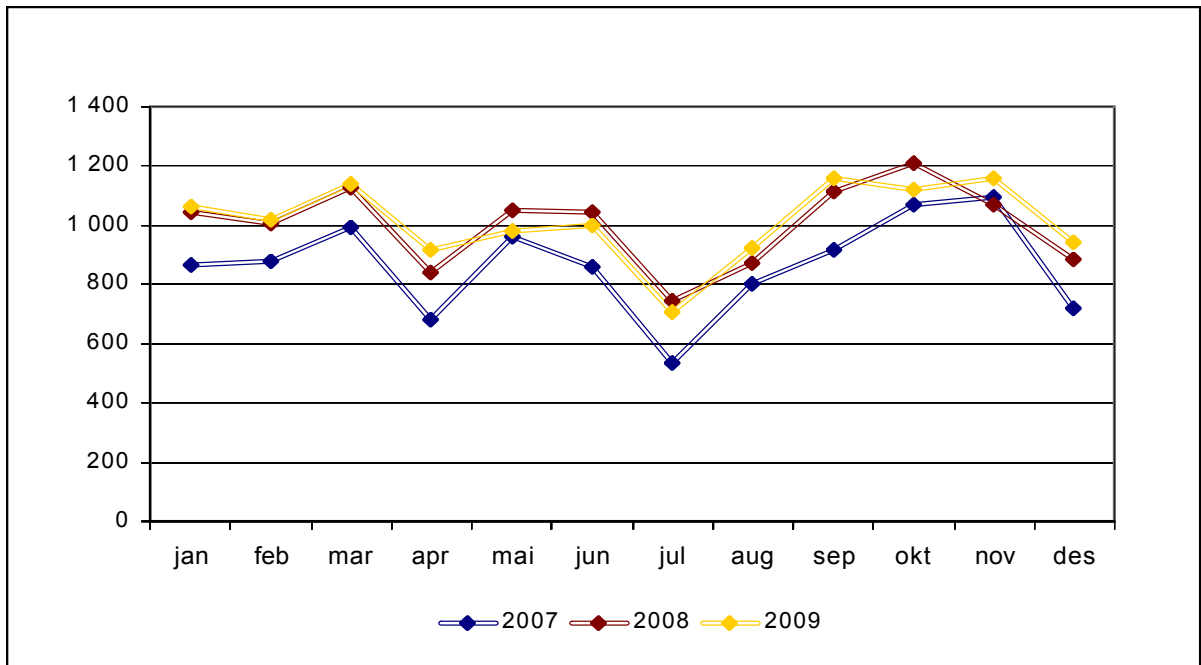
Figur 6 Dagopphold – somatisk virksomhet



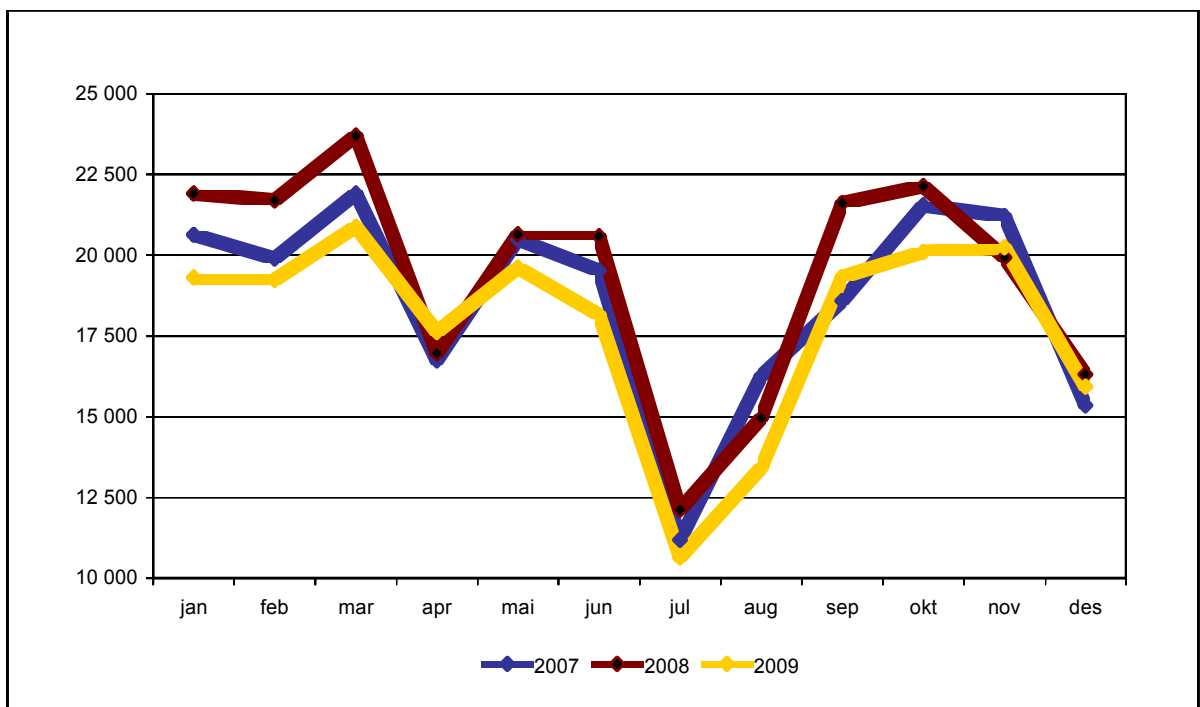
Antall dagopphold er redusert med nesten 1 900 (15 %) sammenlignet med i 2008 og står i kontrast med nasjonale tall fra NPR som viser en økning på nesten 4 % pr. 2. tertial 2009. En av forklaringene ved UNN HF er at mange dagrehabiliteringsopphold nå registreres som rehabiliteringskonsultasjoner i det polikliniske omsorgsnivået i stedet for dagopphold som i 2008. Disse utgjør ca. 1 000 dagopphold, og korrigerer den reelle aktivitetsnedgangen i dagopphold til under det halve.

Antall dagkirurgiske opphold økte med 122 (1 %) sammenlignet med 2008. Sammenligning viser at det for 3. tertial var ca. 100 flere dagkirurgiske opphold enn samme tertial i 2008.

Figur 7 Dagkirurgiske opphold – somatisk virksomhet



Figur 8 Polikliniske besøk - somatisk virksomhet

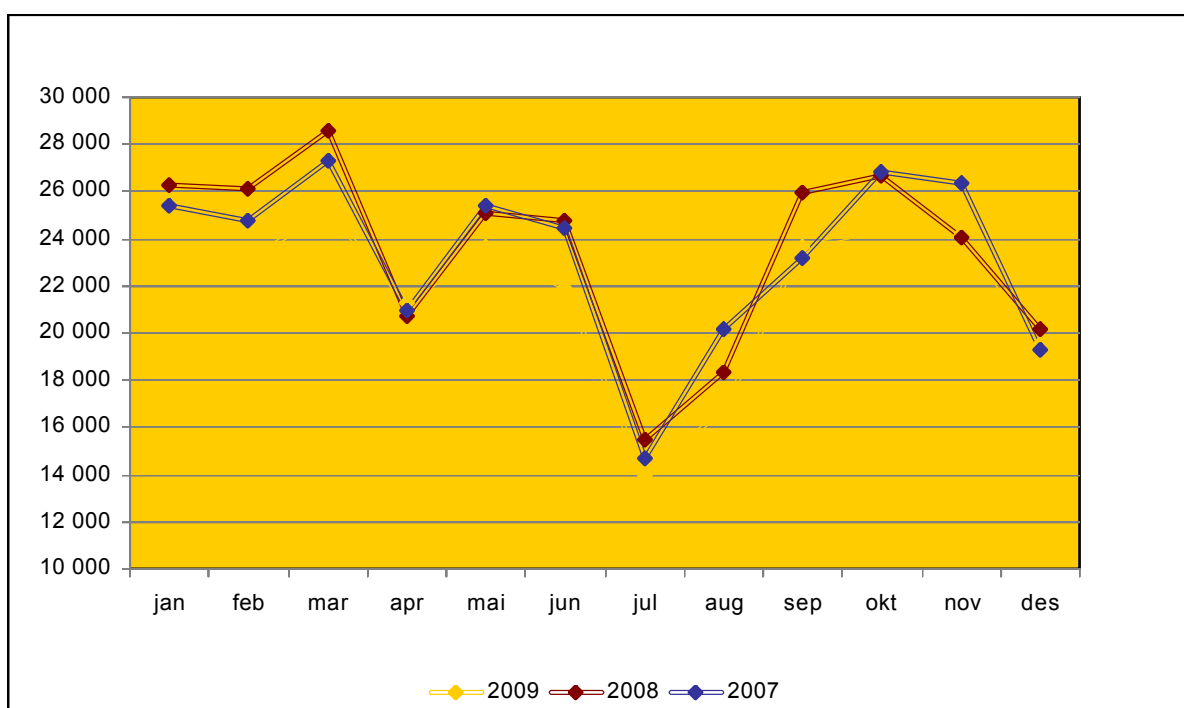


Antall polikliniske konsultasjoner gikk ned med ca. 18 000 (8 %) fra 2008 til 2009. Oppsigelse av avtalen med hudspesialist i Narvik fra og med 1. januar 2009 er en av årsakene og står alene for en nedgang på ca. 5 000 konsultasjoner (lysbehandlinger) sammenlignet med 2008. Det

arbeides nå med å etablere en ambuleringsordning til Narvik for hudlege, og med reetablering av lysbehandlingstilbudet.

Det har vært en relativt stor nedgang i den polikliniske aktiviteten i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, men klinikkens nye interne organiseringen er ikke direkte sammenlignbar med den gamle og det er derfor vanskelig å identifisere hvor i klinikken aktiviteten er redusert. Det dreier seg imidlertid ikke om reduksjon av dagkirurgiske inngrep. Hos samme klinikk er det registrert ca. 5 000 færre kontroller i 2009 sammenlignet med 2008. Det skal også presiseres at tallene ikke er uten usikkerhet siden noe aktivitet som tidligere (før konvertering av DIPS) ble registrert på kirurgisk avdeling i Harstad og kirurgisk avdeling Narvik nå er lagt til Nevro- og ortopediklinikken.

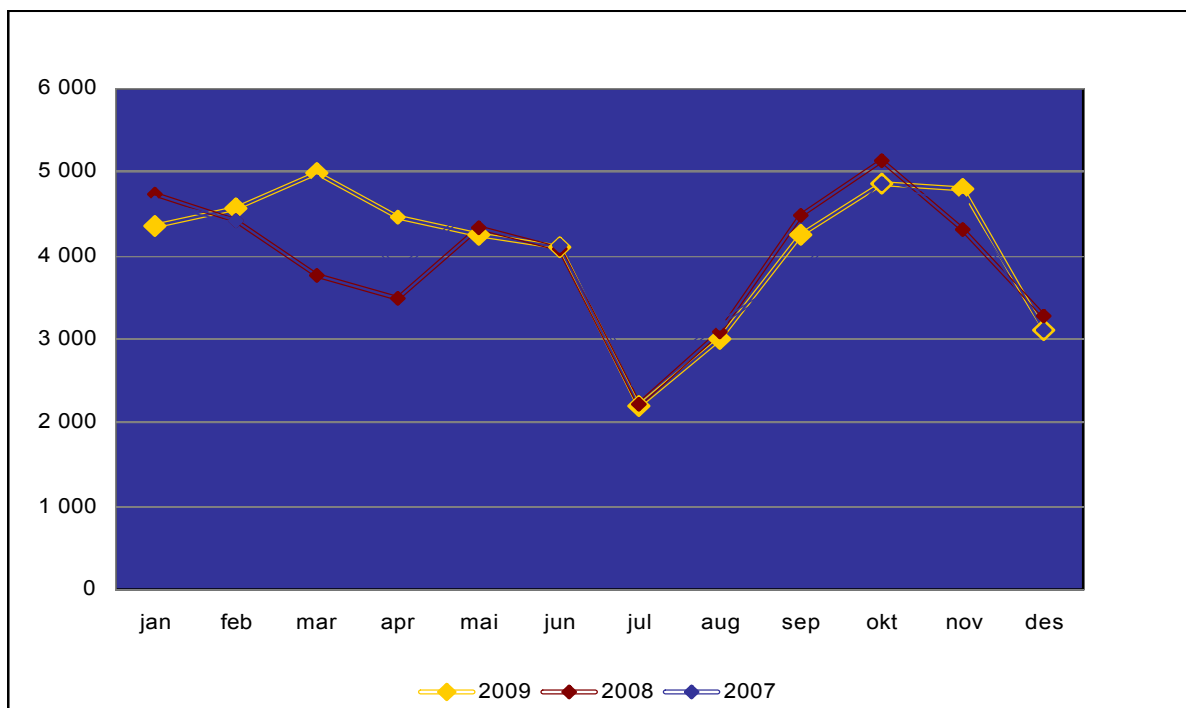
Figur 9 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Det ble foretatt 260 758 pasientkontakter i somatisk virksomhet i 2009. Dette er en nedgang på ca. 21 000 (8 %) sammenlignet med i 2008. Samlet sett var aktiviteten i 3. tertial ca. 5 % lavere enn samme tertial i 2008, og tilnærmet samme nivå som i 2008 for de to siste månedene.

Psykisk helsevern – voksne

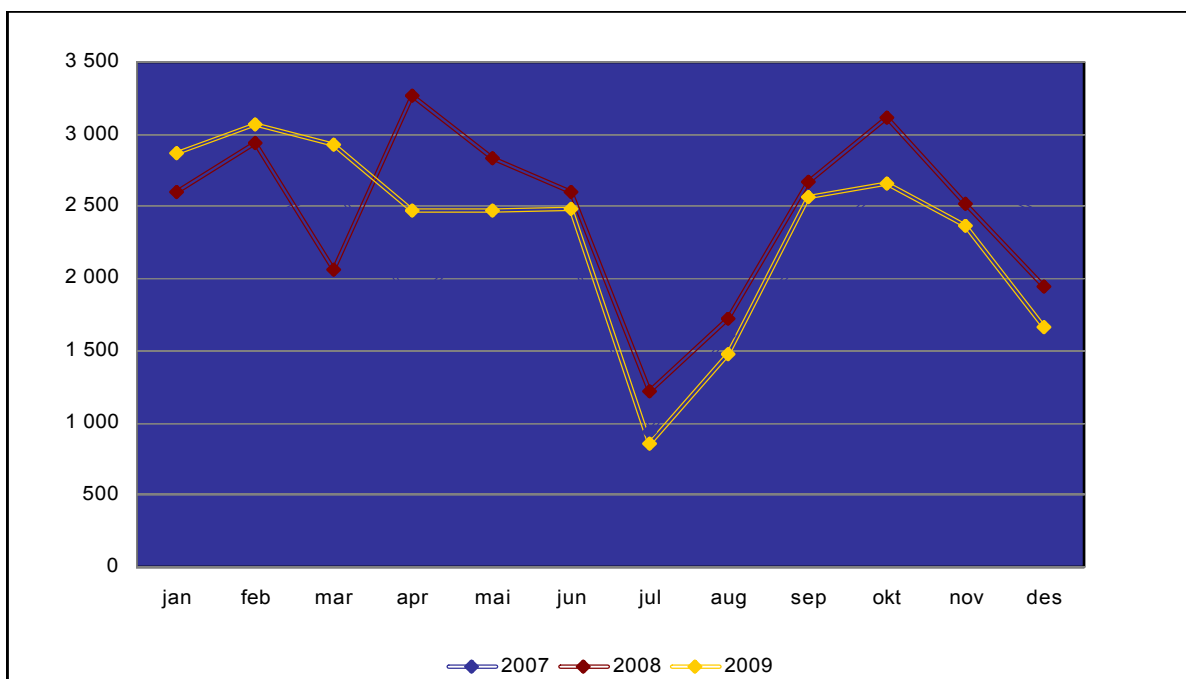
Figur 10 Pasientkontakter - Psykisk helsevern for voksne



Psykisk helsevern – barn og unge

Antall pasientkontakter i Psykisk Helsevern for barn- og unge er redusert med 5 % sammenlignet med i 2008. Nedgangen kan forklares med lavere aktivitet i forbindelse med innflytting i det nye BRUS-bygget, samt flere vakante stillinger.

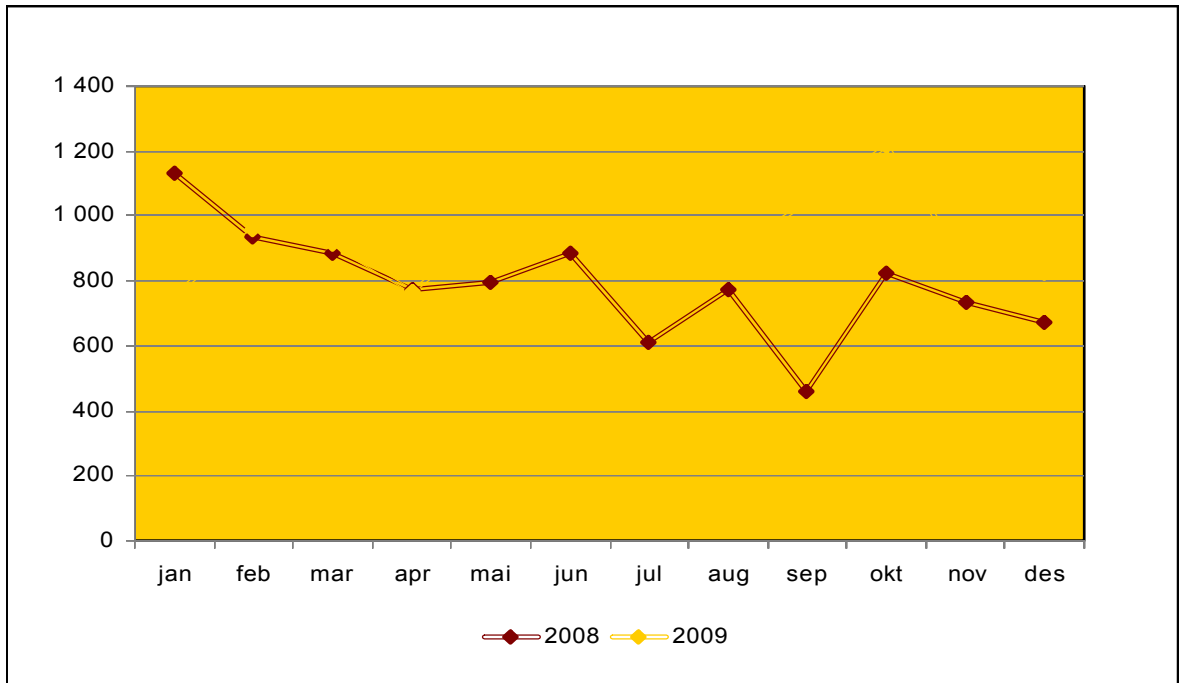
Figur 11 Pasientkontakter - Psykisk helsevern for barn og unge



Rusomsorg

Aktiviteten i Rusomsorgen er økt med 1527 pasientkontakter (16 %) sammenlignet med i 2008.

Figur 12 Pasientkontakter Rusomsorgen



Kvalitetsindikatorene

Bakgrunn - Ventelisteregistrering

Ved gjennomgang av virksomhetsrapporten for september 2009 ble det påvist dårlig kvalitet i interne ventelisteregistreringer. Hvis ventelisteregistrering er mangelfull gir dette feil statistikk på antall ventende, avviklede, gjennomsnittlig ventetid og antall fristbrudd. Direktøren på klinikken å gå gjennom gamle henvisninger med sikte på å rette opp mangelfull registrering av særlig oppmøtedato/sluttdato for ventetid. Klinikken har gått gjennom egne ventelister og rettet opp henvisninger som ikke var avsluttet korrekt. Økonomi- og analysesenteret har fulgt opp med veiledning og nye oversikter underveis.

Venteliste

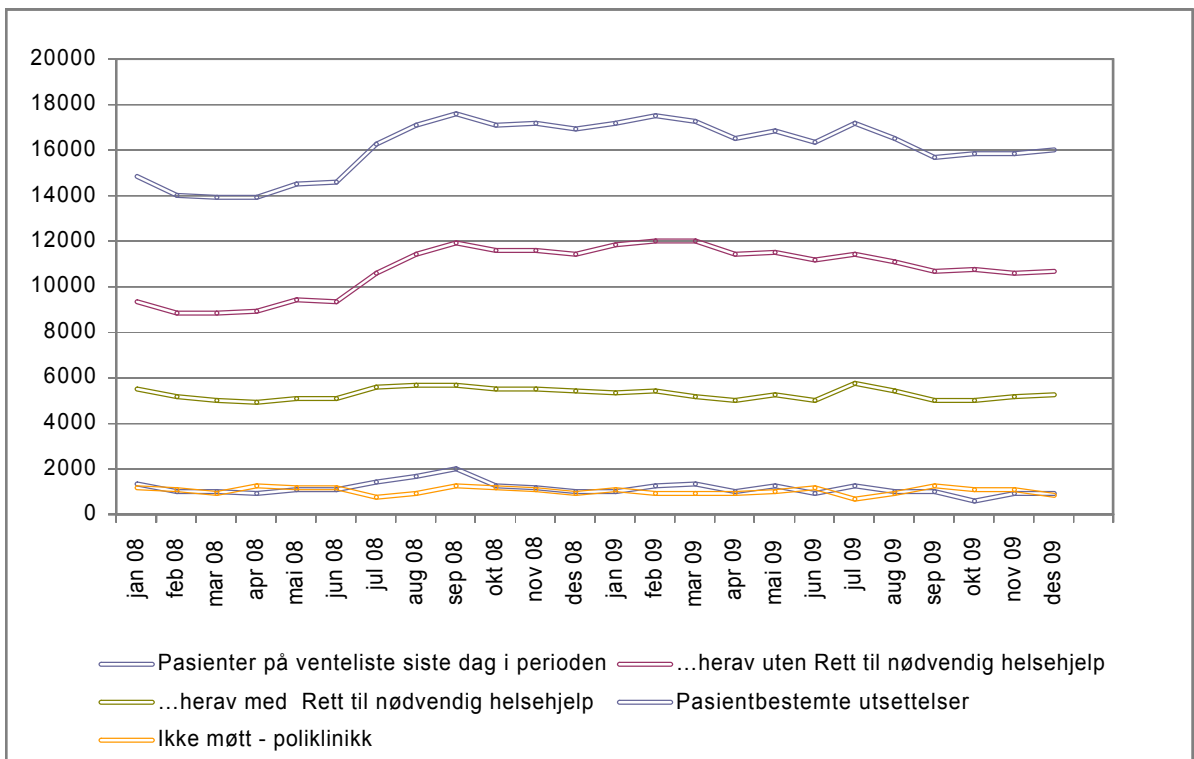
Historisk har alle virksomhetsrapporter presentert antall på venteliste i UNN HF i henhold til det vi har rapportert til VentSys (nasjonalt system for uttrekk av ventelistedata) fordi det har vært konsistens i dette tallmaterialet bakover i tid og fordi NPR fortsatt har valgt å bruke dette som grunnlag for sin presentasjon av nasjonale ventelisteoversikter.

Tabell 6 Ventelistestatus ved årsskiftet (VentSys)

	2009	2008	Avvik	Endring %
Pasienter på venteliste siste dag i perioden	16 023	16 907	-884	-5
...herav uten Rett til nødvendig helsehjelp	10 684	11 457	-773	-7
...herav med Rett til nødvendig helsehjelp	5 278	5 381	-103	-2
Ikke møtt til poliklinisk avtale	11 880	11 886	-6	0
Pasienter med behandling påbegynt i perioden	51 798	53 634	-1 836	-3
...herav pasienter uten Rett til nødvendig helsehjelp	29 859	29 695	164	1
...herav pasienter med Rett til nødvendig helsehjelp	21 938	23 930	-1 992	-8
Andel med Rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	42	45		
Andel med Rett til nødvendig helsehjelp - på venteliste i øyeblikket	42	45		

Ved utgangen av 2009 var det 16 023 pasienter på venteliste. Antallet er redusert med 884 i forhold til samme tid i fjor. Henvisninger som tidligere ble sendt mellom Harstad, Narvik og Tromsø er nå borte fordi de pasientadministrative systemene er slått sammen. Reduksjonen i antall henvisninger på venteliste kan sannsynligvis forklares av dette.

Figur 13 Øyeblikkstatus - venteliste, utsettelse og "ikke-møtt"



Ventetid

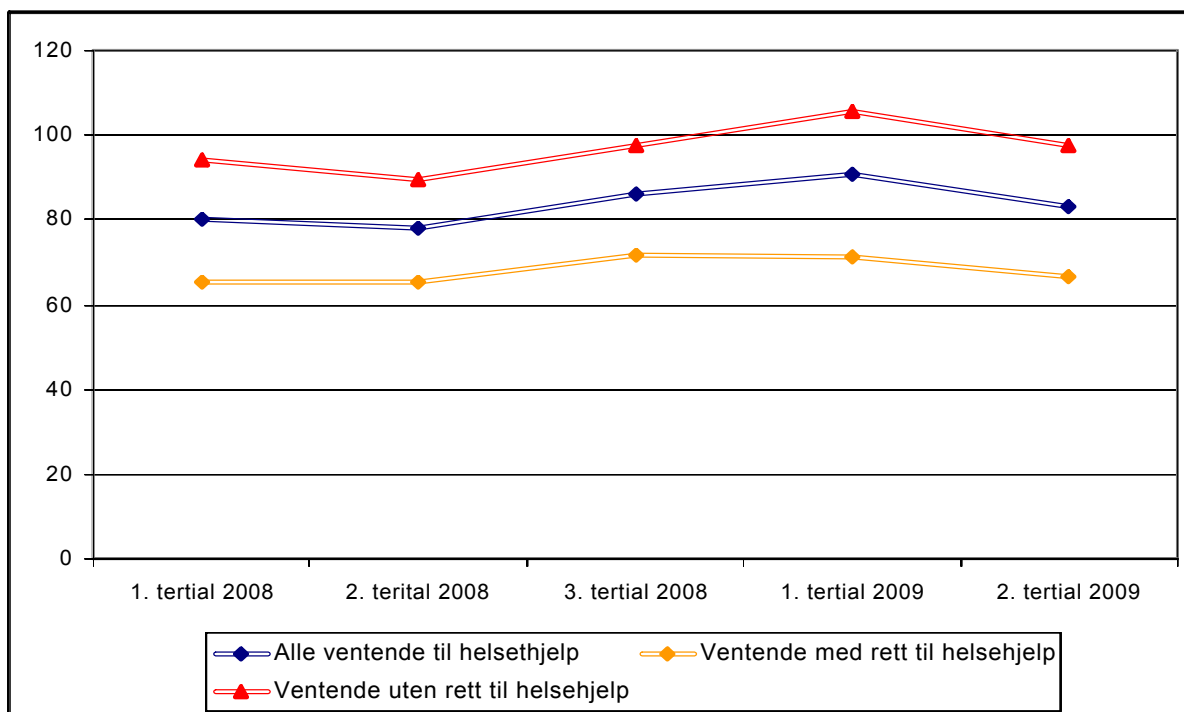
VentSys-uttrekket i DIPS gir ikke informasjon om statistiske størrelser som for eksempel gjennomsnittlig ventetid og median. Dette må derfor hentes fra andre uttrekk. Testing av tre forskjellige venteregistreringsrapporter i DIPS viser imidlertid at det er tekniske mangler i dette uttrekket. Dette er påpekt overfor DIPS flere ganger, men uten at det har blitt rettet ennå. Inntil denne rettingen er på plass, vil det ikke være mulig å få oppdaterte, pålitelige resultater på gjennomsnittlig ventetid.

Alternativt kan gjennomsnittlig ventetid ved UNN HF hentes fra NPR (fra VentSys, men i et annet format enn det som er tilgjengelig for oss gjennom DIPS). De sist tilgjengelige tallene er pr. 2. tertial 2009 (til og med september). Gjennomsnittlig ventetid for de som er ordinært avvirket i perioden (2. tertial) ved UNN HF er 83 dager.

Tallene fra NPR bekrefter, som vist i tidligere virksomhetsrapporter, en økning fra 3. tertial 2008 til 1. tertial 2009. Figuren nedenfor viser at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp ikke venter lenger pr. 2. tertial 2009 (66 dager) enn for samme tid i 2008, mens det er pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp som har noe økt ventetid før behandling starter.

I og med at det har vært umulig å få pålitelige ventetidstall fra eget system (DIPS), har det heller ikke vært mulig å presentere klinikkvise ventetidstall.

Figur 14 Gjennomsnittlig ventetid (NPR)



Fristbrudd

For å få oversikt over hvor mange fristbrudd som fortsatt er aktive, er det tatt utgangspunkt i de fire siste NPR-uttrekkene. Dette er uttrekk som er kjørt ut fra egen DIPS database på eksakt dato, dvs. månedens siste dag. Ettersom det er oppdaget tekniske mangler ved uttrekket som kunne ha påvirket resultatene, har vi gått direkte inn i DIPS og gjenfunnet antall fristbrudd fra desemberuttrekket der.

Øyeblikksdatoene i oversikten nedenfor er bevisst valgt før og etter at klinikkene har gått gjennom og ryddet opp i egne henvisninger. Fristbruddene pr. fagområde er deretter testet direkte mot registreringer i DIPS. De fordeler på fagområder som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 7 Aktive fristbrudd pr. fagområde ved utløpet av perioden

Fristbrudd - der pasienten fortsatt venter...	31.08.2009	30.09.2009	31.10.2009	30.11.2009	31.12.2009
Anestesiologi	6	3	4	3	1
Annet	2	1	2	2	1
App 1	0	2	1	1	1
App 4	0	0	1	1	0
Barnekirurgi (<15)	2	2	3	2	3
Barnesykdommer	268	273	280	93	74
Blodsykdommer (hematologi)	3	1	2	1	1
Endokrinologi	8	10	10	14	11
Fordøyelsessykdommer	161	89	87	75	63
Fysikalsk medisin og (re) rehabilitering	29	32	29	18	16
Gastroenterologisk kirurgi	103	103	105	109	93
Generell indremedisin	7	7	7	7	6
Generell kirurgi	138	138	134	134	106
Geriatri	20	18	22	13	9
Hjertesykdommer	77	60	60	55	34
Hud og veneriske sykdommer	13	22	25	37	13
Håndkirurgi	25	18	21	13	13
Infeksjonssykdommer	1	1	1	0	1
Kar kirurgi	20	15	23	21	9
Klinisk nevrofysiologi	10	11	9	13	10
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	298	310	317	332	285
Lungesykdommer	44	49	67	59	32
Medisinsk genetikk	7	8	12	12	7
Nevrokirurgi	6	3	2	4	5
Nevrologi	60	56	47	14	14
Nyresykdommer	4	3	4	3	2
Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakirurgi)	134	87	67	40	30
Plastikk-kirurgi	13	13	15	12	9
Psykisk helsevern barn og unge	1	1	1		
Psykisk helsevern voksne	54	37	37	24	36
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	14	7	6	2	5
Terapeutisk onkologi og radioterapi	1	1	0	1	1
Thoraxkirurgi (inkl. hjertekirurgi)	0	1	1	2	0
Urologi	83	96	90	98	96
Øre-nese-hals sykdommer	433	330	264	228	182
Øyesykdommer	75	70	89	25	19
Totalt	2120	1878	1845	1468	1188

Tabellen viser at det for flere fagområder har vært ryddet opp i henvisninger. Spesielt gjelder dette for fagområdene barnesykdommer, fordøyelsessykdommer, ortopedisk kirurgi og øre-, nese-, og halssykdommer. Pr. desember er det 932 færre fristbrudd som er aktive enn det var ved utgangen av august. Klinikken har lagt ned mye ressurser og stor innsats i å rette opp tidligere feilregistreringer. Utfordringen blir å opprettholde den gode kvaliteten i ventelisteføringen.

Det er likevel fortsatt for mange fristbrudd innenfor barnesykdommer, fordøyelsessykdommer, kirurgiske fag, kvinnesykdommer og øre-nese-hals.

Barnesykdommer

En ny gjennomgang av de fristbruddene som nå er registrert, viser at hovedårsaken er at pasienter som ikke skal ha rett til nødvendig helsehjelp, for eksempel barn som skal delta på eksemskole og barn med mindre alvorlige allergiske lidelser, er gitt slik rett. Barne- og ungdomsklinikken arbeider videre med forbedringer i legenes registreringspraksis.

Fordøysessykdommer

En oppdatert gjennomgang fra Medisinsk klinikk viser 50 reelle fristbrudd på dette fagområdet. De aller fleste gjelder fortsatt pasienter som venter på gastroskopi-undersøkelse. Klinikken må vurdere om pasientene gis høy nok prioritet internt, og informere pasienter med fristbrudd om retten til undersøkelse utenfor UNN.

Kirurgiske fag og kvinnesykdommer

En oppdatert gjennomgang på disse fagområdene konkluderer med at de fleste fristbruddene som nå er registrert er reelle. Det planlegges tiltak for å sikre at pasientene får tilbud om undersøkelse og/eller behandling i løpet av kort tid. Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken må vurdere om pasientene gis høy nok prioritet internt i klinikken, og informere pasienter med fristbrudd om retten til behandling utenfor UNN.

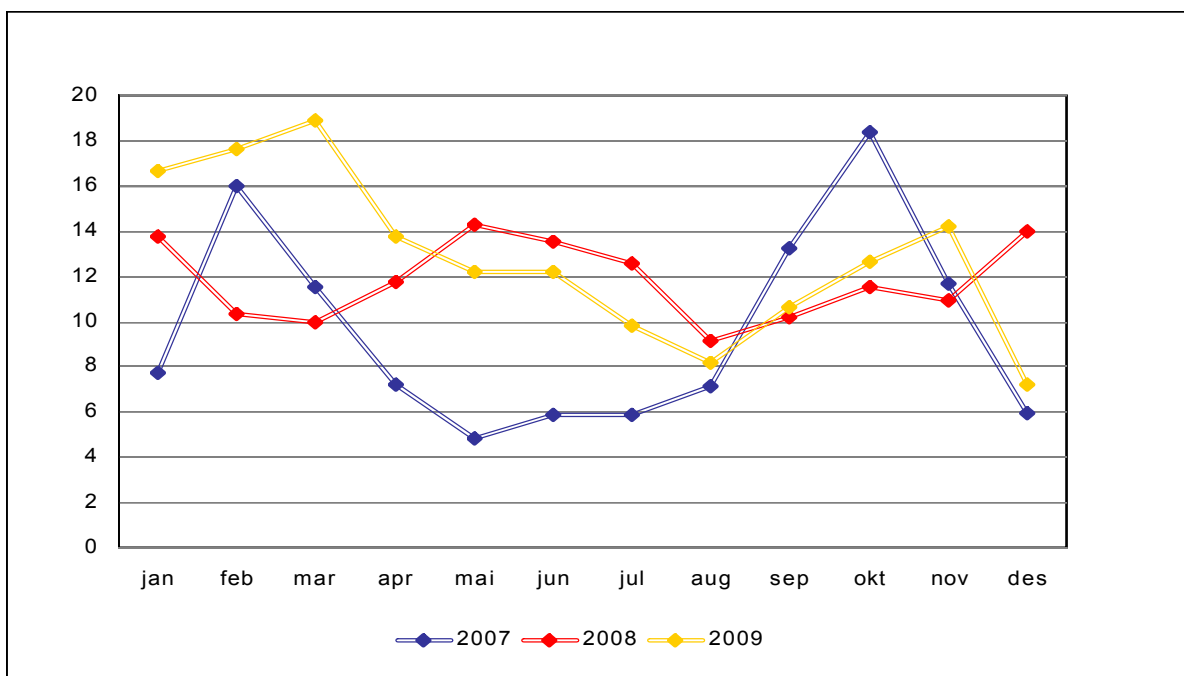
Øre-nese-hals

De registrerte fristbruddene på dette området synes å være reelle. Nevro- og ortopediklinikken må vurdere om pasientene gis høy nok prioritet internt i klinikken, og informere pasienter med fristbrudd om retten til behandling utenfor UNN.

Korridorpasienter

Antallet korridorpasienter varierte mellom 18,9 pr. kalenderdag i mars 2009 og 7,1 i snitt pr. kalenderdag i desember.

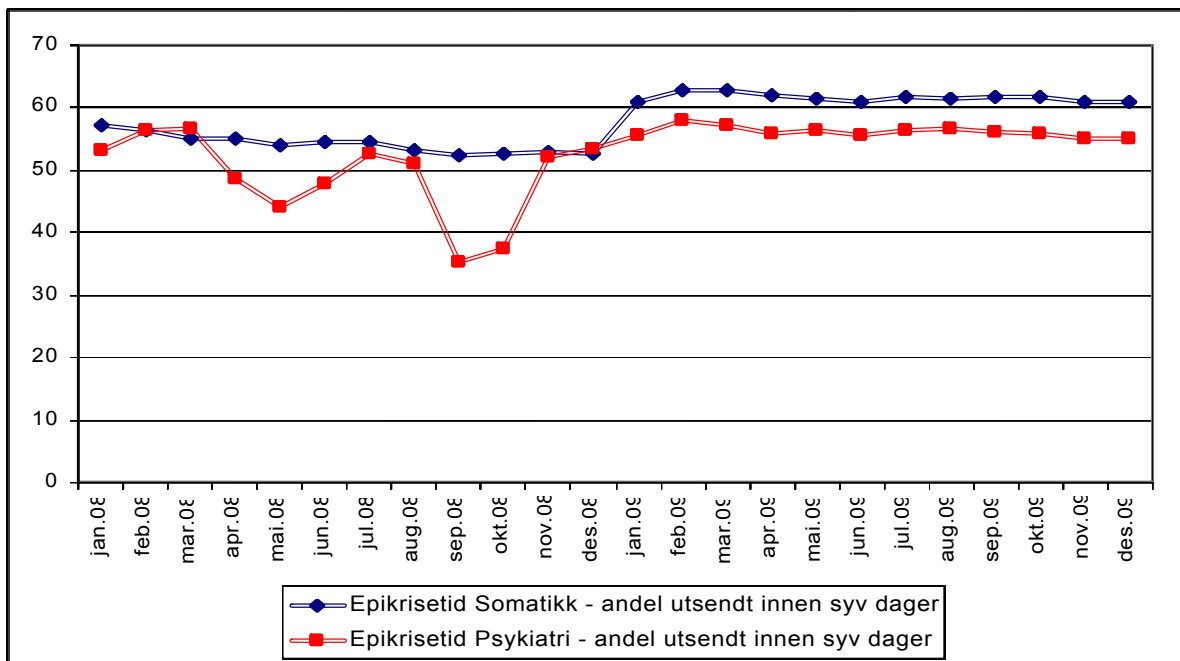
Figur 15 Korridorpasienter pr. kalenderdag



Epikrisetid

Andelen epikriser som sendes ut innen syv dager har stabilisert seg på ca. 60 % i somatisk virksomhet og ca. 55 % i Psykisk helsevern. Det nasjonale målet er for begge en andel på 80 %.

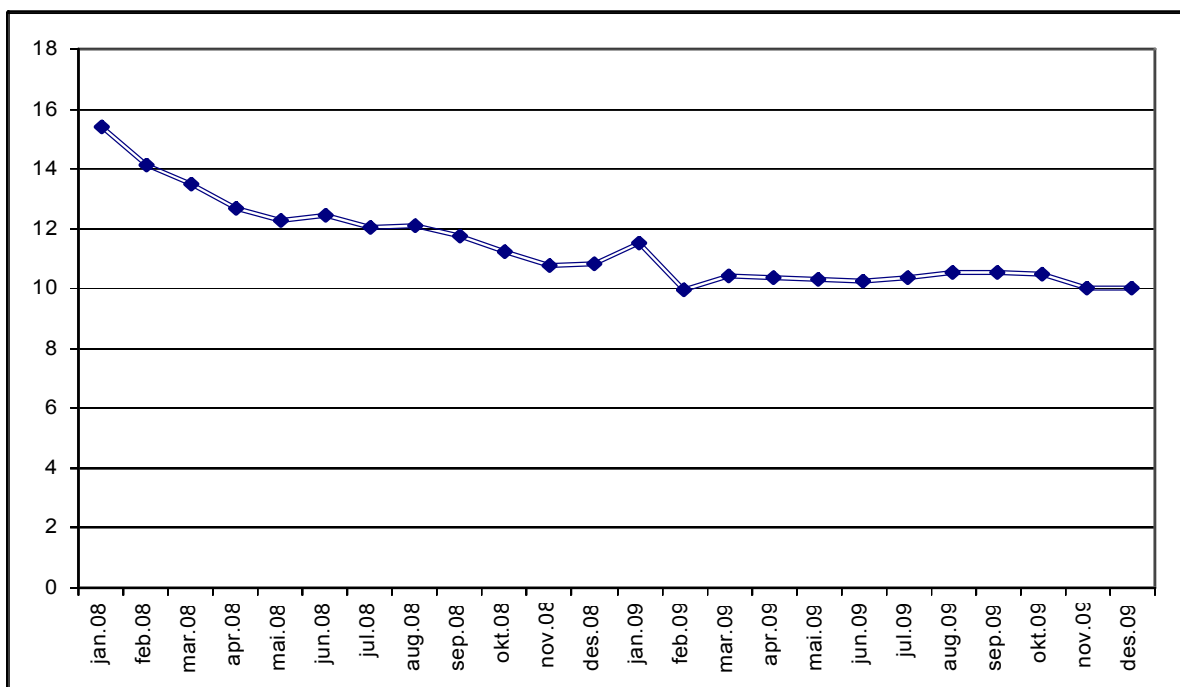
Figur 16 Epikrisetid



Strykninger av planlagte operasjoner

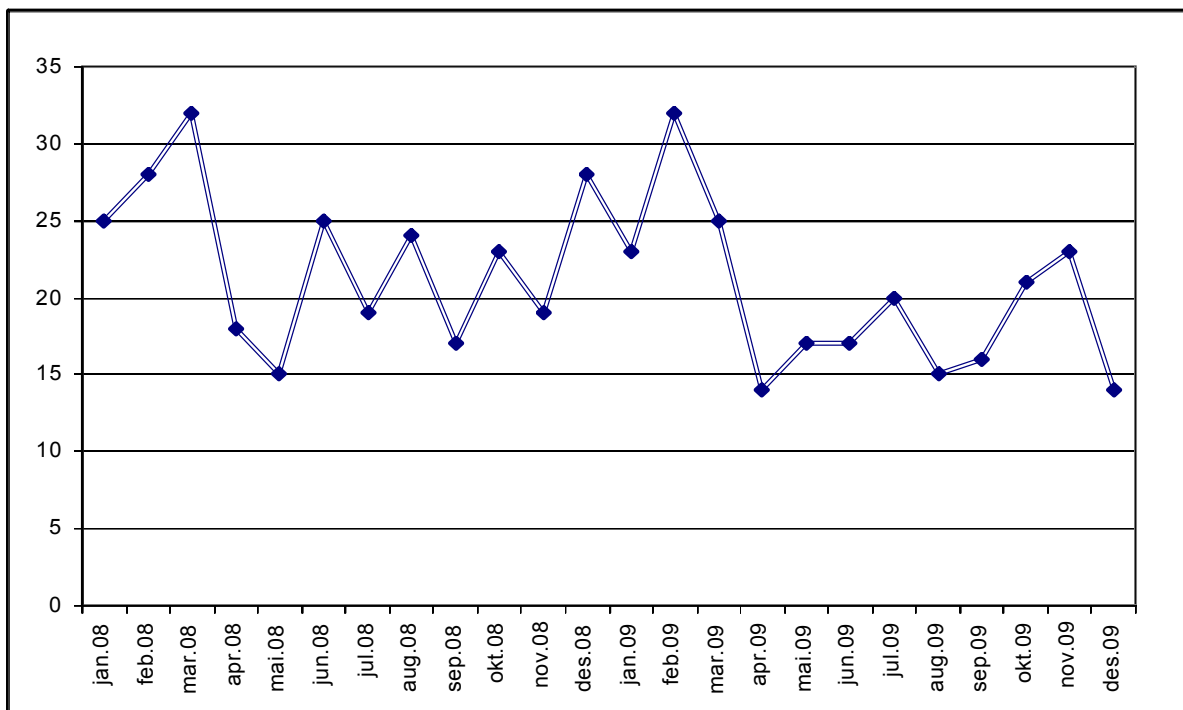
Andelen strykninger av planlagte operasjoner er stabil på ca. 10 %, mens Helse Nord har et mål om at denne andelen skal med mot 5 %.

Figur 17 Strykninger av planlagte operasjoner



Utskrivningsklare pasienter

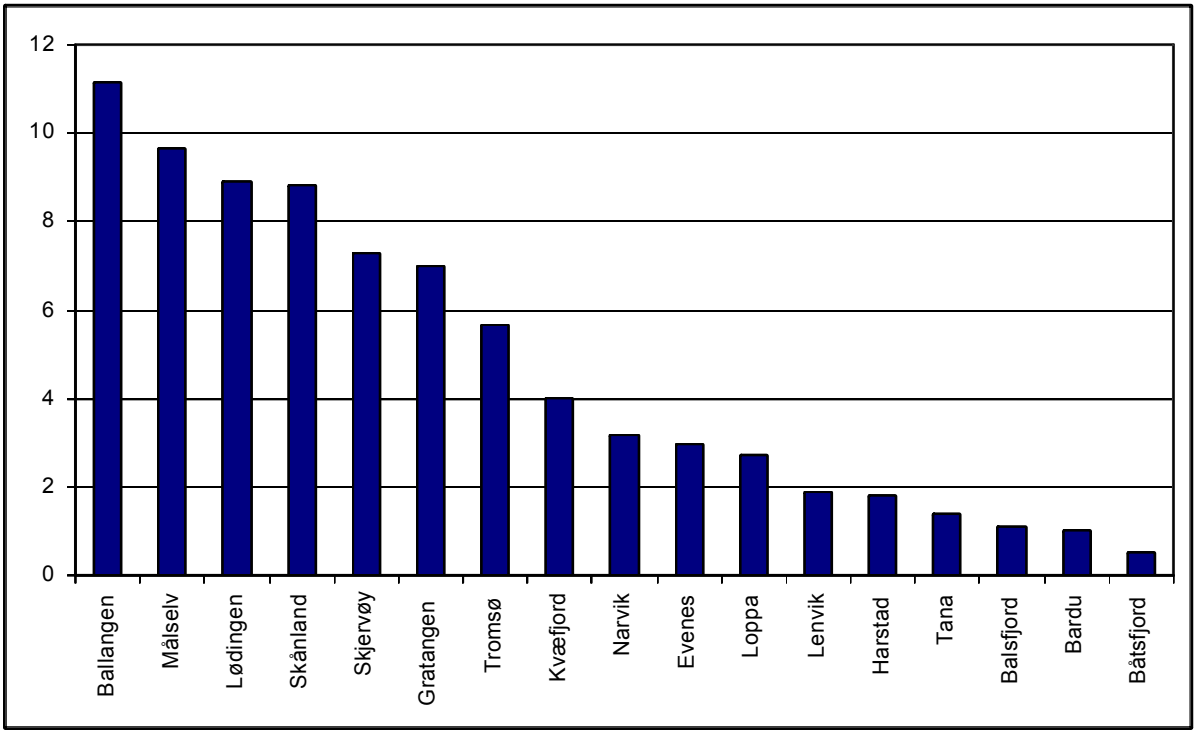
Figur 18 Utskrivningsklare pasienter siste dag i perioden - somatisk virksomhet



Antallet utskrivingsklare pasienter i somatisk virksomhet har siden april 2009 vært markert lavere enn tidligere. Antallet utskrivingsklare har stabilisert seg på mellom på mellom 15 og 20 pasienter, unntatt oktober og november da det oversteg 20 pasienter.

Figuren nedenfor viser hvordan forbruket av samtlige utskrivningsklare døgn i desember 2009 fordelte seg pr.1000 innbygger/kommune. Den viser at Ballangen kommune hadde høyeste forbruk av ferdigbehandlede døgn/innbygger på 11,2 døgn, mens Målselv kommune hadde 9,6 døgn.

Figur 19 Utskrivingsklare døgn pr. 1000 innbyggere i desember 2009





STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
4/2010	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Jorunn Lægland	10.02.2010

Prosjektplan for reduksjon av gjestepasientutgiftene, økning av ISF-inntektene og reduksjon av pasienttransportutgiftene

Innstilling til vedtak

3. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner de fremlagte prosjektplanene.
4. Styret understreker at det fortsatt knytter seg betydelig usikkerhet til de aktuelle budsjettpostene, og at det derfor er behov for effektiv prosjektstyring og tett oppfølging av resultatene. Styret ber derfor om at det rapporteres særskilt på disse prosjektene i de månedlige virksomhetsrapportene. Rapporteringen må tydeliggjøre tallfestede resultatmål i henhold til budsjett, og måloppnåelse.

Sammendrag

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har en omstillingsplan for 2010 som forutsetter reduserte kostnader og økte inntekter på til sammen 105,7 mill kr. Styret har bedt om å få seg forelagt prosjektplaner for å øke de aktivitetsbaserte inntektene, redusere gjestepasientkostnadene og redusere pasientreisekostnadene med til sammen 44,7 mill kr. Målet med denne saken er å vedta prosjektorganiseringen og prosjektplanene. Saken redegjør for hvordan de tre prosjektene foreslås organisert. Den økonomiske effekten foreslås rapportert særskilt i de månedlige virksomhetsrapportene.

Bakgrunn

Styret ved UNN vedtok i styresak 78/2009 Virksomhetsplanlegging 2010 en omstillingsplan på til sammen 121,3 mill kr (105,7 mill kr etter risikovurdering). Pasienttransport, gjestepasientutgifter og aktivitetsbaserte inntekter skal bidra til å øke inntektene eller redusere kostnadene med til sammen 44,7 mill kr, fordelt slik:

- Reduserte gjestepasientkostnader 10,3 mill kr
- Økte aktivitetsbaserte inntekter 31,9 mill kr

- Reduserte pasienttransportkostnader 2,5 mill kr

Styret vurderte risikoen i budsjettet som lavere enn i 2009, men pekte likevel på utfordringene på disse områdene, og ba om å få seg forelagt prosjektplanene for det klinikkovergrepene arbeidet på disse områdene i neste styremøte.

Direktøren har også vurdert arbeidet på disse områdene som spesielt utfordrende siden de økonomiske effektene i hovedsak ligger på fellesområdet i budsjettet slik at ingen enkeltstående leder er direkte ansvarlig for resultatene. Vi har derfor valgt å prosjektorganisere arbeidet med økonomisjefen som koordinator. Arbeidet med å redusere gjestepasientkostnadene konsentreres om de to områdene der vi har størst utgifter – tverrfaglig spesialisert rusbehandling og ortopedi. Målet med denne saken er å vedta prosjektorganiseringen og prosjektplanene.

Reduserte gjestepasientkostnader tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I 2009 utgjorde gjestepasientkostnadene på dette området 54,0 mill kr. Fortsatt opptrapping av tverrfaglig spesialisert rusbehandling er prioritert i UNNs budsjett for 2010. I år er budsjettet for kjøp av gjestepasientplasser på dette fagområdet lagt til Rus og spesialpsykiatrisk klinikk. Målet med dette er å plassere ansvaret for kostnadene i den der kostnadene oppstår, og å åpne muligheten for alternativ anvendelse av midlene internt i klinikken til styrking av egne tilbud.

Rus og spesialpsykiatrisk klinikk har utviklet følgende plan for å redusere gjestepasient-utgiftene:

Prosjekteier

Klinikkisjef Grete Furu

Mål for prosjektet

- Redusere gjestepasientkostnadene i henhold til budsjettet
- Styrke egne behandlingstilbud som beskrevet i virksomhetsplanen
- Redusere ventetiden

Tiltak

- Smidige inntak og felles vurderingsteam
- Økt kapasitet og utnyttelse av egne tilbud
- Redusert bruk av private behandlingsplasser uten driftsavtale med Helse-Nord
- Redusert bruk av lange gjestepasientopphold

Rapportering

Prosjektet rapporterer ukentlig til prosjekteier, som rapporterer månedlig til direktøren i forbindelse med uarbeiding av foretakets månedlige virksomhetsrapport.

- Ukentlig rapportering av kapasitetsutnyttelse i forhold til måltall
- Ukentlig rapportering av ventelistetid i forhold til måltall
- Månedlig rapportering av gjestepasientforbruk
- Månedlig innsparing av gjestepasientkostnader

Utfordringer i forhold til måloppnåelse

Utbyggingen av Nordlandsklinikken er ennå ikke ferdig, noe som kun vil gi halvårseffekt på dette tilbudet. Vi vil kunne bruke Ofoten DPS midlertidig til ruspasienter. Når det blir kjent at

kapasiteten økes, kan det komme flere henvisninger. Løsningen vil da måtte bli kortere innleggelser og mer poliklinikk.

Reduserte gjestepasientkostnader ortopedi

Vi antar at høye gjestepasientutgifter for pasienter som får gjennomført hofte- og kneprotesekirurgi skyldes lange ventetider ved UNN slik at pasienter har valgt sykehus utenfor Nord-Norge. Nevro- og ortopediklinikkens tiltak er derfor rettet inn mot å redusere ventetiden, samt formidle dette til fastleger og pasienter.

Gjennom klinikkintern effektivisering og gjennom samarbeid med Operasjons- og intensivklinikken for å øke kapasiteten, spesielt for protesekirurgi (hofte og kne), er det allerede gjennomført mye. Ventetidene for begge kategoriene er nå 16 uker for innleggelse.

Prosjekteier

Klinikkssjef Jens Munch-Ellingsen

Mål for prosjektet

- Redusere gjestepasientkostnadene i henhold til budsjettet
- Redusere ventetiden til 12 uke

Iverksatte tiltak

- Det er startet et lean-prosjekt for protesekirurgi (hofte) som vi forventer vil øke vår kapasitet og pasienttilfredshet ytterligere. Vi regner også med overslagseffekt til protesekirurgi (kne).
- Det er kjøpt inn utstyr til operasjonsseksjonen i Harstad som forkorter ventetid mellom proteseinngrepene slik at man kan gjennomføre flere inngrep per dag.
- Noe kirurgi er flyttet til Narvik.
- Det gjennomføres protese kirurgi (hofte) i regi av "Raskere Tilbake" som reduserer den generelle ventetiden.

Planlagte tiltak

Ventetid til poliklinikk for ortopediske pasienter er 52 uker og målet for 2010 er 12 uker. NO-klinikken skal blant annet gjennomføre følgende tiltak:

- Bedre prioritering av søknader til poliklinikken. Pasienter som ikke anses å ha nytte av undersøkelse henvises tilbake til fastlege for videre tiltak.
- Vurdere gjeninnføring av direkte henvisning til operasjon fra fastleger og andre spesialister. Tidligere erfaringer er imidlertid delte slik at prosedyrene må evalueres og eventuelt forbedres.
- Veldokumenterte søknader som beskriver behov for protesekirurgi med høy sannsynlighet skal prioriteres frem i ventelisten til poliklinikken, på bekostning av andre pasientkategorier.
- Etablering av ettermiddagspoliklinikk innen ortopedi i regi av "Raskere Tilbake". Dette vil korte ned den generelle ventetid til poliklinikken.

Rapportering

Prosjektet rapporterer til prosjekteier, som rapporterer månedlig til direktøren i forbindelse med utarbeiding av foretakets månedlige virksomhetsrapport.

Økte aktivitetsbaserte inntekter

Økning av de aktivitetsbaserte inntektene i den innsatsstyrte finansieringen (ISF) krever økt kunnskap om korrekt medisinsk koding hos leger, sykepleiere og kontoransatte. Det ble derfor planlagt et obligatorisk kodekurs som skal gjennomføres for alle leger i somatikken første halvår 2010 (det er ikke ISF inntekter i psykiatrien). Prosjektet heter "Bedre kvalitet på medisinsk koding ved UNN".

Prosjektet vil etablere halvårlige opplæringskurs. Det betyr at vi sikrer oss at alle legene har nødvendig kodekompetanse. I tillegg blir det halvårlig opplæring av sykepleiere og kontoransatte som deltar i koding av pasientopphold.

Prosjekteier

Økonomisjef Jorunn Lægland

Mål for prosjektet

- Oppnå ISF-inntekter i henhold til budsjett 2010
- Sikre medisinsk faglig korrekt koding

Tiltak

- Gjennomføre halvårlig opplæring av medisinsk koding for leger og annet helsepersonell
- E-læringskurs for nye turnusleger
- Opplæring av kontorphersonell
- Lage system for internkontroll av medisinsk koding
- Utvikle dataverktøy for kvalitetssikring av medisinsk koding

Opplæring i medisinsk koding for leger i somatikken ved UNN starter opp i februar 2010. Ca 400 leger skal gjennomføre grunnkurs i medisinsk koding i løpet av våren.

Kursplanen er godkjent av legeföreningen som frivillig kurs og gir 6 timers uttelling for leger under spesialisering.

Sykepleiere og jordmødre som utfører selvstendige konsultasjoner skal få opplæring i medisinsk koding. Søknad til sykepleierforbundet om godkjent faglig kurs er sendt. Dette vil kunne gi kursuttelling for programmet Klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleier. Det planlegges å arrangere interne kurs med opplæring både vår og høst.

Det ansettes turnusleger ved UNN to ganger per år. Som et opplæringstiltak i medisinsk koding for nytilsatte turnusleger skal det gjennomføres oppstartsamling for E-læringskurs med generell innføring i medisinsk koding.

I november 2009 ble det arrangert kurs i medisinsk koding og DRG-systemet for kontorphersonale og felles kontorsenter (FKU) i Harstad og Narvik. Det planlegges undervisning for FKU i Tromsø i løpet av våren. I Tromsø deltok DRG-rådgiverne ved UNN på sekretærtimen i desember 2009, noe som gjentas i februar. DRG-rådgiverne har jevnlig undervisning på avdelinger og poliklinikker.

Rapportering

Prosjektet rapporterer til prosjekteier, som rapporterer månedlig til direktøren i forbindelse med utarbeiding av foretakets månedlige virksomhetsrapport.

Reduserte pasientreisekostnader

UNN har overtatt ansvaret og oppgaven for saksbehandling av enkeltoppgjør, dvs. betaling for pasientreiser til og fra behandlingsstedet. Det betyr i praksis at pasienter og pårørende ikke lenger skal gå til NAV og få utbetalt oppgjør for reiser til/fra UNN og andre behandlingssteder, og at UNN kan organisere pasientreisene selv.

UNN skal tilby pasientreiser i henhold til pasientens rettigheter i Pasientrettighetsloven § 2.6 og Syketransportforskriften. Vi skal bevisstgjøre helsepersonell om at pasientreiser dekkes av helseforetaket og at unødvendige drosjekostnader går på bekostning av behandling. Vi forventer at dette sammen med kontinuerlig opplæring i gjeldende lov og forskrift føre til reduserte pasientreisekostnader.

Reduserte kostnader i ambulansetjenesten

I Akuttmedisinsk klinikk budsjett for 2010 er to av tiltakene å redusere ambulanseskjøring på passiv tid og å starte opp med syketransport på bære som alternativ til bruk av ambulanse. I samarbeid med Pasientreiseavdelingen i Økonomi- og analysesenteret vil Akuttmedisinsk klinikk opprette et prosjekt med tanke på praktisk gjennomføring og informasjon til rekvirenter i UNN og primærhelsetjenesten om de nye ordningene. Dette arbeidet organiseres sammen med det generelle arbeidet med å redusere reiseutgiftene.

Prosjekteiere

Økonomisjef Jorunn Lægland og klinikkssjef Jon Mathisen

Mål for prosjektet

- Å redusere kostnadene til pasientreiser i henhold til budsjett 2010
- Å oppfylle pasientenes rettigheter etter Pasientrettighetslovens §2.6 og Syketransportforskriften
- Å redusere kostnadene til ambulanseskjøring på passiv tid i henhold til Akuttmedisinsk klinikk budsjett for 2010

Tiltak

- Implementering av ny rutine for rekvisisjon av pasientreiser
- Opplæring av alt personell som er involvert i rekvisisjon av pasientreiser
- Samordning av drosjeturer

Ny rutine for vurdering/rekvirering av pasientreiser er vedtatt av UNNs ledelse og trådte i kraft i januar 2010. Denne rutinebeskrivelsen skal gjøres kjent på intranett og som plakatooppslag på alle avdelinger /enheter ultimo jan. 2010.

Det skal gjennomføres opplæring av alt personell på UNN som er involvert i pasientreiser til/fra behandling. Det er gjennomført og/eller planlagt opplæring av følgende grupper:

- Obligatorisk opplæring av leger samtidig med DRG-opplæring.
- Det er gjennomført møter med ledelsene i begge de psykiatriske klinikkene, og undervisning i klinikkene er planlagt.
- Det er gjennomført opplæring av kontorpersonell på sekretærtimen nov 2009.
- Det er gjennomført opplæring av sykepleiere og annet helsepersonell på fagdager og fagmøter ved flere avdelinger i 2009.

Det skal innføres elektronisk rekvirering av drosjer i hele landet. Dette erstatter dagens papirrekvisisjon som pasienten får av fastlegen. Innføring av elektronisk rekvirering og forhåndsbestilling av pasientreiser med drosje vil gi også oss mulighet til å samordne de kommuneinterne turene, i tillegg til langturene som har vært samordnet i mange år. I tillegg vil elektronisk rekvirering gi oss betydelig bedre mulighet for kontroll av oppgjør.

Rapportering

Prosjektet rapporterer til prosjekteier, som rapporterer månedlig til direktøren i forbindelse med uarbeiding av foretakets månedlige virksomhetsrapport.

Medvirkning

Arbeidsmiljøutvalget har behandlet saken og bemerket at prosjektplanene ikke redegjør for eventuelle arbeidsmiljømessige konsekvenser av prosjektene. Det er delvis redegjort for dette i de klinikkvise virksomhetsplanene som ble vedtatt i styresak 78/2009 Virksomhetsplanlegging 2010. Prosjektene vurderes generelt å medføre lite eller ingen påvirkning av arbeidsmiljøet. Brukerutvalgets arbeidsutvalg har særlig vurdert prosjektet som skal redusere pasienttransportkostnadene. Utvalget er opptatt av at pasientrettighetene ivaretas og ønsker å følge utviklingen. Drøftingsmøtet med de foretakstillitsvalgte hadde ikke merknader til prosjektene.

Vurdering

Denne saken viser at prosjektarbeidet med å redusere gjestepasientutgiftene og pasienttransportutgiftene, samt arbeidet med å øke ISF-inntektene, er planlagt og påbegynt. Direktøren vurderer dette arbeidet som utfordrende siden de prosjektansvarlige bare indirekte kan påvirke beslutningstakerne som genererer de aktuelle inntektene og utgiftene. Det er også en utfordring å sikre at ikke budsjettmålene setter korrekte medisinsk faglige vurderinger og pasientrettigheter til side. Hovedstrategiene i de tre prosjektene er derfor å styrke egen behandlingsskapitet, og å lære opp helsepersonell slik at gjeldende regler kan praktiseres riktig.

Det er grunn til å tro at gjestepasientutgiftene lar seg redusere. All erfaring viser at pasientene foretrekker behandling i eget foretak hvis ikke ventetiden er vesentlig kortere andre steder.

Det er også grunn til å tro at ISF-inntektene kan økes. UNN har sammenlignet med de andre universitetssykehusene lav DRG-indeks, noe som tyder på at vi koder færre og mindre inntektsbringende diagnose- og prosedyrekoder enn det er grunnlag for.

Vi har også tall som viser at kostnadene til drosjetransport har økt mer enn aktiviteten de siste årene. Det er derfor grunn til å tro at bedre administrering av pasientreisene kan redusere kostnadene.

Direktøren anser prosjektplanene som realistiske og gjennomførbare. Den økonomiske effekten vil bli særskilt rapportert i de månedlige virksomhetsrapportene.

Tromsø, 2. februar 2010

Tor Ingebrigtsen
Adm. direktør

Vedlegg:

Vedlegg 1: Prosjektplan for reduserte gjestepasientkostnader

Vedlegg 2: Prosjektplan for bedre koding

Vedlegg 3: Prosjektplan for reduserte pasientreisekostnader

PROSJEKTPLAN FOR REDUSERTE GJESTEPASIENTUTGIFTER

Prosjektplan for Rus og spesialpsykiatrisk avdeling

Rus og spesialpsykiatrisk klinikk vil fokusere på flere strategier for å redusere gjestepasientutgiftene. Overordnede mål i denne sammenheng:

1. Redusere de største gjestepasientkostnadene

Det meste av gjestepasientutgiftene går til dekking av avtalefestede private behandlingsplasser innen regionen. I tillegg brukes store midler til kjøp av ikke avtalefestede behandlingsplasser til høyere pris. Det er ofte fristbrudd som har gått til NAV pasientformidling (Helfo). Dette er relativt få, men dyre tiltak, som vi vil ivareta selv

2. Styrking av egne behandlingstilbud

Reduserte gjestepasientutgifter avhenger av bedre utnyttelse av egne behandlingstilbud, både i forhold til kapasitet og type tilbud.

Tiltak

1. Smidige inntak - felles vurderingsteam:

Vurdering av rett til helsehjelp, inntak til behandling, og pasientstrøm/kjøp av gjestepasientplasser i regionen ses i en sammenheng. UNN vurderer 80 % av alle henvisninger i Helse-Nord. UNN sine 2 vurderingsteam slås sammen til ett. Inntak til behandling legges til vurderingsteamet. Månedlige samarbeidsmøter med regional koordineringsenhet om pasientstrøm/kjøp av gjestepasientplasser.

Vurderingsteamet tillegges nødvendig myndighet og styrkes til å kunne ivareta en koordinert tjeneste. Godkjent som Lean-prosjekt (pasientforløp).

Risiko Middels

Gevinst Høy

2. Økt kapasitet og utnyttelse av egne tilbud

- Døgnbehandlingsseksjonen ReStart har i 2009 økt sin kapasitet med 2 plasser.
- Døgnbehandlingsseksjonen Færingen vil innen 1.2.10 øke sin kapasitet med 3 plasser.
- Avrusingsseksjonen Avrusing og utredning øker fra 1.1.10 sin kapasitet med 3 plasser.
- Avrusingsseksjonen ved Nordlandsklinikken vil fra 1.7.10 øke sin kapasitet med 5 plasser.

Når alle ombygginger er iverksatt vil den totale døgnkapasiteten økes med 11 plasser, derav 8 avrusingsplasser. I tillegg økes tilbudet innen poliklinisk behandling, behandlingsslengden reduseres og det settes krav om 90 % belegg for året ved samtlige seksjoner.

Risiko Middels

Gevinst Middels/høy

3. Redusert bruk av private behandlingsplasser uten driftsavtale med Helse-Nord

Det er et mål å utnytte egne og avtalefestede behandlingsplasser fullt ut, og redusere Helfo-saker til et minimum.

I dag går saken direkte til Helfo dersom vi ikke kan gi et tilbud. Helfo står da fritt til å velge type, lengde og pris på tilbudet. Ny rutine innføres hvor saker i stedet går fra oss til koordineringsenheten som kan forhandle samme pris som avtaleplasser. På den måten vil vi bedre kunne kvalitetssikre pris, behandlingstilbud og behandlingsslengde.

Risiko Middels
Gevinst Høy

4. Redusert bruk av lange gjestepasientopphold

Det meste av avtalefestede gjestepasientplasser er langtidsplasser (opptil ett år). Disse blir ofte forlenget etter vurdering fra behandlingsstedet selv. Redusert behandlingstid vil skape økt gjennomstrømming og redusere ventelistene som skaper fristbrudd og dermed Helfo-saker.

Helse-Nord har inngått avtalene med de private tjenesteyterne. Disse regulerer bl.a. type behandling, inkludert behandlingsslengde. Vurderingsteamet har likevel påvirkning.

Ved kjøp av gjestepasientplasser vil det bli utarbeidet en behandlingsplan med absolutte behandlingsslengder, hvor det framgår at ...”UNN HF dekker ikke utgifter utover avtalt dato”. Det vil selvsagt være behov for individuelle vurderinger som vi av erfaring vet at de private behandlingstilbudene benytter seg av. Det innføres frist for søknad om forlengelse slik at dette kan vurderes og kvalitetssikres i god tid og i løpet av det avtalte oppholdet.

Risiko Middels
Gevinst Middels/høy

5. Reduserte ventelister

Ved rapportering av ventetid skal ”lengste forventede ventetid” benyttes. Samtidig erfarer vi at ventetider vi rapporterer påvirker hvor kommunene søker behandling.

Gjennom økt kapasitet, bedre utnyttelse, mer poliklinikk og kortere behandlingsopphold vil ventelistene reduseres, faren for fristbrudd avta og etterspørsel etter alternative behandlingstilbud minke. Øke planmessig ”overbooking” og gi kortere ventetid.

Risiko Lav
Gevinst Middels

Måling av effekt

For lettere å kunne kvalitetssikre og justere tiltakene benyttes følgende indikatorer:

1. Ukentlig rapportering av kapasitetsutnyttelse i forhold til måltall.
2. Ukentlig rapportering av ventelistetid i forhold til måltall.
3. Månedlig rapportering på gjestepasientforbruk.
4. Månedlig innsparing av gjestepasientkostnader.

Gjestepasientforbruk periodiseres i forhold budsjett. Måling av innsparing blir målt på to måter:

1. Reduksjon av forbruk i forhold til budsjettet (tilsvarende eller større enn innsparingskravet).
2. Innsparing i kroner gjennom behandling ved UNN av faktiske Helfo-saker.

Utfordringer som vil kunne påvirke måloppnåelse

- Utbygging ved Nordlandsklinikken. Planlagt avrusingsenhet krever ombygging fram til 1.6.10. Dette vil kun gi halvårseffekt på dette tilbudet. Kan påvirke kapasiteten i øvrig byggemasse.
Løsning: Bruk av ledig kapasitet ved Ofoten DPS.
- Utbygging ved Færingen. Ombygging for å ivareta tidligere vedtatt kapasitetsøkning. Full kapasitet fra 1.februar.
- Flere henvisninger.
Løsning: Kortere innleggelser og mer poliklinikk.

Tiltaksplan fra Nevro-ortopediklinikken

Vi antar at gjestepasientutgifter for pasienter som får gjennomført hofte og kneprotesekirurgi skyldes tidligere lange ventetider ved UNN slik at pasienter har valgt sykehus utenfor Nord-Norge. Våre tiltak er derfor alle rettet inn mot å redusere ventetid og formidle dette til fastleger og pasienter.

Det er allerede gjennomført mye, spesielt gjennom klinikkintern effektivisering og gjennom samarbeid med Operasjons- og intensivklinikken for å øke kapasiteten innenfor ortopedisk kirurgi og da spesielt for protesekirurgi (hofte og kne). Ventetidene for begge kategorier er nå 16 uker for innleggelse. Vårt mål for 2010 er å få denne ventetiden ned til 12 uker. Dette skal vi få til gjennom følgende tiltak:

- Tjenesteplan for ortopedene er øket fra 40 timer til 47-48 timer i uken.
- Det er startet ett LEAN-prosjekt for protese kirurgi (hofte) som vi forventer ytterligere vil øke vår kapasitet og pasienttilfredsheten. Vi regner med overslagseffekt til protese kirurgi (kne).
- Det er innkjøpt utstyr til operasjonsavdelingen i Harstad som forkorter ventetid mellom protese inngrepene slik at man kan gjennomføre flere inngrep per dag.
- Vi har flyttet noe kirurgi til Narvik men det er en utfordring innen logistikk, kostnad og arbeidsmiljø knyttet til dette (i realiteten flytting av pasienter og kirurg fra Tromsøregionen/Tromsø) slik at vi må fortløpende evaluere i hvilket omfang dette er kostnadseffektivt.
- Det gjennomføres protese kirurgi (hofte) i regi av "Raskere Tilbake" som reduserer den generelle ventetid.
- Vi arbeider for å tilføre NO-klinikken 1 operasjonsstue på fredager i Tromsø, dette forutsetter oppbemanning med en 1/2 operasjonssykepleierstilling. Potensialet for denne stuen om det forutsettes kun protesekirurgi er ca 90 inngrep årlig.
- Vi arbeider med ytterligere overgang fra døgn til dagkirurgi og fra dagkirurgi til poliklinisk kirurgi. Dette vil frigjøre "innsluset" operasjonsstuekapasitet for tyngre kirurgi.
- Bedre utnyttelse av pasienthotellet til ortopediske og plastikk kirurgiske pasienter vil frigjøre plass på sengeposten.
- Utvidelse av infeksjonsavdelingen i Tromsø vil gjøre at en del pasienter som i dag ligger ved Ortopedisk-plastikk kirurgisk avdeling vil kunne ligge der og dermed frigjøres det plass på sengeposten.

- Vi har og vil fortsette med å informere legevaktsentralene i midtregionen om at ø.hjelp innleggelser skal, om tilstanden gir rom for det, i større grad henvises til Narvik og Harstad. Det overordnede prinsipp skal være at den geografiske grense mhp pasient tilhørighet er flytende i forhold til den aktuelle kapasitet ved de tre lokasjoner. Dette krever også samarbeid med Akutt medisinsk klinikk i forhold til deres kapasitet. I visse situasjoner kan det være hensiktsmessig at denne grensen flyttes nordover til Balsfjord kommune. Dette frigjør kapasitet i Tromsø.
- Det pågår en mulighetsstudie mhp avtale med eksterne aktører (private sykehus) om leie av operasjonsstue/personell i Tromsø slik at UNNs egne kirurger kan gjennomføre operasjoner på pasienter søkt til UNN. En slik skjermet elektiv virksomhet vil ha høy kapasitet for standardiserte operasjoner.

Ventetid til poliklinikk for ortopediske pasienter er 52 uker og målet for 2010 er 12 uker. Dette skal vi få til gjennom følgende tiltak:

- Bedre prioritering av søknader til poliklinikken, pasienter som ikke anses å kunne ha nytte av undersøkelse skal henvises tilbake til fastlege for videre tiltak.
- Vi vurderer gjeninnføring av direktehenvisning til operasjon fra fastleger og andre spesialister. Tidligere erfaringer er dog delte slik at prosedyrene må evalueres og eventuelt forbedres.
- Veldokumenterte søknader som beskriver med sannsynlighet behov for protesekirurgi skal prioriteres frem i ventelisten til poliklinikken. Dette vil være på bekostning av andre pasientkategorier.
- Dagkapasiteten ved poliklinikken (ortopedi) i Tromsø er fullt utnyttet, den begrensende faktor er areal. Vi vil derfor vurdere ettermiddagspoliklinikk.
- Implementering av felles venteliste slik at kapasiteten i Harstad, Tromsø og Narvik utnyttes maksimalt.
- Det er startet ettermiddagspoliklinikk innen ortopedi i regi av "Raskere Tilbake" dette vil korte ned den generelle ventetid til poliklinikken.
- Ortopedisk og plastikk kirurgisk poliklinikk i Tromsø er organisatorisk en poliklinikk men driftes på grunn av uhensiktsmessige arealer på to steder. Dette gjør at man ikke får full utnyttelse av den samlede personalgruppe. Arealene på begge steder er fullt utnyttet og lite hensiktsmessige. Vi ser et innsparings og effektiviserings potensial i å flytte pasienter fra dagkirurgisk nivå ned til poliklinisk nivå. Dette forutsetter mulighet for å innrede 1-2 polikliniske operasjonsstuer noe som det dessverre i dag ikke er arealmessig mulighet for.

I tillegg vil vi, når disse målene er nådd, spre denne informasjonen via Fastlegenytt og Pingvinen slik at man fjerner "ryktet" om lange ventetider.



Bedre kvalitet på medisinsk koding ved UNN

Prosjektplan Januar 2010

Berit Sannes, Torgunn Gerhardsen & Berglind Smáradóttir
DRG-rådgivere

Økonomi- og Analysesenteret
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	41
1. Bakgrunn.....	42
2. Mål for ”Bedre kvalitet på medisinsk koding ved UNN”	33
3. Tiltaksplan.....	43
3.1 Gjennomføre systematisk opplæring i medisinsk koding	43
3.2 Organisere system og fordele ansvar for internkontroll av medisinsk koding.....	45
3.3 Utvikle dataverktøy for kvalitetssikring av pasientdata og medisinsk koding.....	46
4. Aktuelle linker og referanser.....	47

1. Bakgrunn

Avsluttede helsehjelpsepisoder hos spesialisthelsetjenesten registreres med medisinske og administrative koder.

Pasientens hoveddiagnose og bidiagnoser klassifiseres med ICD-10-koder (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 2005). Service og tjenester som ytes av spesialisthelsetjenesten registreres som prosedyrekoder (Klassifikasjon av medisinske prosedyrer og kirurgiske inngrep, 2010).

De medisinske kodene danner grunnlag for statistikk på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, kvalitetssikring, forskning og for finansiering av helsevesenet.

De medisinske og administrative kodene rapporteres til Norsk pasientregister (NPR), HelseDirektoratet tre ganger per år.

”NPR har til hovedmål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen” (Norsk pasientregisterforskrift).

Innrapporterte pasientdata grupperes gjennom programmet Norsk Pasientklassifisering (NPK) til DiagnoseRelaterte Grupper (DRG). DRG-strukturen består av 870 medisinske og kirurgiske grupper fordelt heldøgns- og poliklinisk behandling. Hver DRG er knyttet til en spesifikk vekt som baseres på gjennomsnittlig behandlingskostnad for pasientene i gruppen.

40 % av den økonomiske overføringen fra staten til de regionale helseforetakene er beregnet på grunnlag av aktivitetsbaserte tall fra DRG-systemet, også kalt Innsatsstyrt finansiering (ISF).

Helsehjelpsepisoder som er påført manglende eller ugyldig medisinsk og administrativ koding forkastes og blir ikke refundert. Helseforetakene er pålagt og selv å måtte tilse kvalitetskontroll av innsendt pasientdata.

Arbeidsflyten ved UNN HF

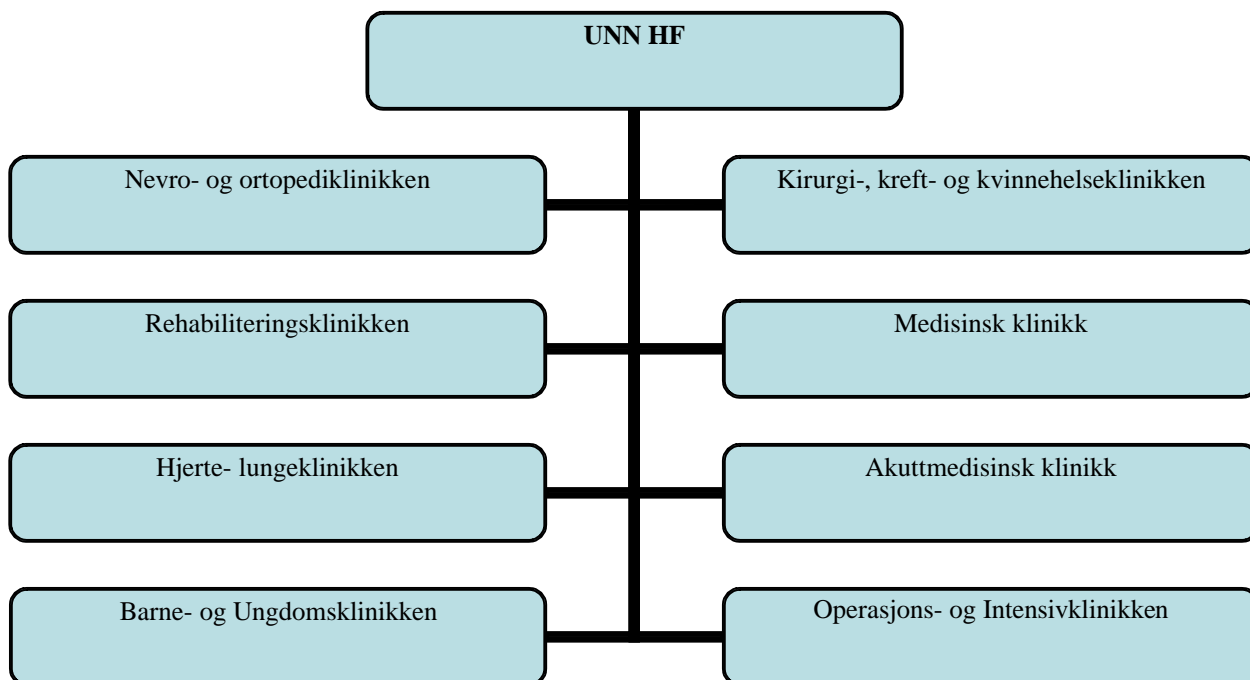
Ved avsluttet helsehjelpsepisode dikteres eller skrives epikrise eller poliklinisk notat av lege, sykepleier eller annet helsepersonell. Medisinske koder er en del av informasjonen som skal skrives i pasientjournalen. Ved diktering sendes notatet til Felles Kontorsenter (FKU) for skriving. Skrevne notater og epikriser sendes for godkjenning til den som har diktert.

For at registrering av helsehjelpsepisoden skal bli korrekt må diagnosekoder og prosedyrekoder føres inn i bildet ”Medisinsk registrering” i DIPS. I tillegg må datoer for inn- og utskrivelse og klokkeslett være korrekt, samt administrative data som post- og kommunenummer.

Når ingen medisinske koder føres inn i ”Medisinsk registrering” havner oppholdet i DRG 470, mangelfulle registreringer som forkastes refusjonsmessig. Hvis for få eller feil medisinske koder

registreres kan helsehjelpsepisoden havne i feil DRG og få en lavere vekt enn utført behandling skulle tilsi. Dette gir også feil tallgrunnlag i aktivitetsrapporter.

Ved UNN HF rapporteres aktivitetstallene fra åtte av klinikkene til NPR (se figur 1).



Figur 20. Klinikker inkludert i aktivitetsrapportering til NPR

Ved Økonomi- og Analysecenteret, UNN fører DRG- rådgivere tilsyn og kontroll med pasientdata som skal innrapporteres. I begynnelsen av hver måned gjøres flatfil- og XML-uttrekk fra DIPS. Tallmaterialet fra uttrekket sendes til Analysecenteret AS for preparering og analyse. Resultatet bearbeides med et datavarehus (ASL-LIS).

Basert på datavarehuset lager DRG-rådgiver klinikkvise rapporter i word/pdf-format over feilregistreringer og mangelfulle registreringer (DRG 470). Hver klinikk får flere forskjellige lister tilsendt per e-post. For klinikkene utgjør opprettingslistene en betydelig arbeidsmengde.

2. Mål for ”Bedre kvalitet på medisinsk koding ved UNN”

1. Gjennomføre systematisk opplæring i medisinsk koding.
2. Organisere system og fordele ansvar for internkontroll av medisinsk koding.
3. Utvikle dataverktøy for kvalitetssikring av pasientdata og medisinsk koding.

3. Tiltaksplan

3.1 Gjennomføre systematisk opplæring i medisinsk koding

Økonomi- og Analysecenteret har fått ansvar for å lede arbeidet med kompetanseheving.

3.1.1 Kurs i medisinsk koding for legene ved UNN

Systematisk opplæring i medisinsk koding for leger i somatikken ved UNN starter opp i februar 2010. Ca 400 leger skal gjennomføre grunnkurs i medisinsk koding i løpet av våren. Det er laget kursplan for et todelt kurs i medisinsk koding. Kursplanen er godkjent av legeforeningen som frivilling kurs og gir 6 timers uttelling for leger under spesialisering.

Del 1:

Leger i somatikken skal gjennomføre E-læringskurs med tema på diagnosekoder (ICD-10) og prosedyrekoder (NCMP & NCSP). Kodekasuistikker skal utarbeides for egen avdeling/poliklinikk. DRG-rådgiver deler ut kursfolder og minnepenn med E-læringskurs på avdelingens morgenmøte.

Del 2:

Halvdagsseminarer arrangeres i Linken konferansesenter i Tromsø fra februar til juni 2010. I Harstad og Narvik arrangeres halvdagsseminarer våren 2010, dato kommer senere. Det er planlagt totalt 25 kursdager før sommeren 2010.

Tema for seminarene: Hva er medisinsk koding og hvorfor koder vi?

- Gjennomgang av grunnene i medisinsk koding med vekt på kvalitet, fag og forskning.
- Grunnleggende begreper i DRG-systemet og Innsatsstyrt finansiering (ISF).
- Kodeverksted med praktiske øvelser basert på problembasert læring.
- Praktisk koding i pasientjournalen
- Webbasert kursprøve og kursevaluering

Forelesere:

Tor Øystein Seierstad & Morten Eimot, medisinsk faglige rådgivere, Analysesenteret AS.
Berglind Smaradottir & Berit Sannes DRG-rådgivere, Økonomi- og Analysesenteret, UNN.

Fra 1. september skal psykiatrien begynne å bruke prosedyrekoder. Til høsten planlegges systematisk opplæring for leger i psykiatrien.

Det planlegges å videreføre opplegget med E-læringskurs og halvdagsseminar hvert halvår for nyansatte leger, slik at alle får obligatorisk systematisk opplæring i medisinsk koding.

3.1.2 E-læringskurs for nye turnusleger

Det ansettes turnusleger ved UNN to ganger per år. Som et opplæringstiltak i medisinsk koding for nytilsatte turnusleger gjennomføres oppstartsamling for E-læringskurs med generell innføring i medisinsk koding i løpet av den første måneden i Harstad, Narvik og Tromsø. Fire nettbaserte moduler følges individuelt og kasuistikker leveres inn.

E-læringskurset avsluttes etter fire uker med kodeverksted der de innleverte oppgavene diskuteres i plenum. Hver deltaker får tilbakemelding på utført koding. Samlingene ledes av medisinsk faglig rådgiver fra Analysesenteret AS.

3.1.3 Opplæring av kontorpersonale

Kontorpersonale har en nøkkelfunksjon vedrørende sjekk av de medisinske kodene i ”medisinsk registrering” i DIPS. Det bør gis målrettet og systematisk undervisning til kontorpersonale på avdelinger, ekspedisjoner, poliklinikker og FKU (Felles kontorsenter) om medisinsk koding og rutiner for internkontroll.

I november 2009 ble det arrangert kurs i medisinsk koding og DRG-systemet for kontorpersonale og FKU i Harstad og Narvik. Det planlegges undervisning for FKU i Tromsø i løpet av våren. I Tromsø deltok DRG-rådgiverne ved UNN på sekretærtimen i desember 2009 og det gjentas i februar. DRG-rådgiverne har undervisning jevnlig på avdelinger og poliklinikker.

3.1.4 Opplæring av sykepleiere og annet helsepersonell (ergoterapeuter, fysioterapeuter med flere)

De som utfører konsultasjoner/behandlinger på poliklinikker og laboratorier skal bruke prosedyrekoder. Noen er inkludert i DRG-systemet, andre ikke. Det er viktig at medisinsk registrering utføres slik at aktivitetsrapporteringen blir korrekt.

DRG-rådgiverne har vært i dialog med Rehabiliteringsklinikken og hatt informasjonsmøte for avdeling for kliniske terapeuter om prosedyrekoder i januar 2010.

Sykepleiere og jordmødre som utfører selvstendige konsultasjoner bør få systematisk opplæring i medisinsk koding. Søknad til sykepleierforbundet om godkjent faglig kurs er sendt. Dette vil kunne gi kursuttelling for programmet Klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleier. Datoer er ikke fastsatte, men det planlegges å arrangere interne kurs med systematisk opplæring både vår og høst 2010 og etter det gjentas hvert halvår.

3.1.5 Samarbeid med Helsevitenskaplig fakultet

Det bør rettes fokus på en dialog med Helsevitenskaplig fakultet ved Universitetet i Tromsø vedrørende undervisning i medisinsk koding for aktuelle helsefaglig utdanninger; leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer og tannleger .

3.2 Organisere system og fordele ansvar for internkontroll av medisinsk koding

Helseforetakene er ansvarlige for kvalitetskontroll av rapporteringspliktige data.

3.2.1 Økonomi- og Analysesenteret ved UNN

Økonomi- og Analysesenteret ved UNN har tre DRG- rådgivere.

Ansvar:

- Kvalitetskontroll og rapportering av pasientdata til NPR, aktivitetsrapporter.
- Koordinere og lede undervisning og møtevirksomhet relatert til medisinsk koding og DRG. Kodeveiledning og rådgiving.
- Delta ved interne koderevisjoner.

3.2.2 Kodeansvarlig lege per klinikk

Ved UNN er alle klinikker som er inkludert i DRG- ordningen pålagt å etablere en ordning med kodeansvarlig lege. Den kodeansvarlige legen skal sørge for kvalitetssikring av koding på inneliggende og polikliniske pasienter. Ansvar for jevnlig interne koderevisjoner, samt veilede klinikkens ansatte i koding og klassifikasjoner.

Plan:

1. Det bør utarbeides skriftlige retningslinjer for ansvar og oppgaver til kodeansvarlig lege.
2. Det bør dannes et forum for disse kodeansvarlige legene med jevnlig informasjonsmøter med DRG- rådgiverne fra Økonomi- og Analysesenteret.
3. Arrangere seminar høsten 2010 med tema Kvalitet på medisinsk koding for de kodeansvarlige legene i samarbeid med medisinsk faglig foreleser.

3.2.3 Kodeansvarlig per avdeling

Mange klinikker ønsker å utpeke kodeansvarlig ved hver avdeling /seksjon. I mange tilfeller vil denne funksjon innehas av en kontoransatt som delegeres ansvar for å gjennomgå medisinsk koding i epikriser og påse at disse kodene er ført inn i ”medisinsk registrering” i DIPS.

Plan:

1. Det bør utarbeides skriftlige retningslinjer for delegert ansvar og oppgaver til kodeansvarlig kontoransatt/ annet helsepersonell.
2. Det bør dannes et forum for kodeansvarlige kontoransatt/ annet helsepersonell med jevnlig møter ledet av DRG- rådgiverne fra Økonomi- og Analysesenteret.
3. Arrangere heldagsseminar for ansatte med denne funksjonen. Program: Undervisning og praktiske oppgaver i medisinsk koding. Innføring i gode rutiner for internkontroll og kvalitetssikring av medisinsk koding og administrative data. Opplæring i bruk av DIPS-rapporter.

Det bør utredes om skrevne epikriser burde sendes til ”kodeansvarlig helsesekretær” i avdelingen/klinikken for gjennomgang og kvalitetskontroll av den medisinske kodingen før epikrisen sendes til godkjenning hos dikterende lege. Kan eventuelt løses ved at hver avdeling/klinikk får opprettet en arbeidsgruppe i DIPS kalt ”kodeansvarlige” for kvalitetskontroll av medisinske koder i epikriser og ”Medisinsk registrering” i DIPS .

3.3 Utvikle dataverktøy for kvalitetssikring av pasientdata og medisinsk koding

Idag håndteres mye av arbeidet med kvalitetssikring og kontroll manuelt ved UNN. Det gjøres manuelt uttrekk fra DIPS i begynnelsen av hver måned og opprettingslister med feilregistreringer lages i word/pdf og sendes per epost til kontaktpersoner ved klinikkene.

Mål: Finne en løsning som er automatisert og der data kan lagres på sikker server. Gi brukerne på klinikkene direkte adgang til sine rapporter over feilregistreringer og aktivitetsrapporter . Dette vil gi klinikkene mulighet å arbeide kontinuerlig med sin internkontroll av registrerte data og dermed øke kvaliteten på den medisinske kodingen.

3.3.1 Ønsket funksjonalitet fra datasystemet:

- Automatisk uttrekk hvert døgn fra DIPS
- Gruppering av data via NPK (Norsk Pasientklassifisering) og lagring på sikker server
- Automatisk generering av rapporter (aktivitetstall & DRG-poeng, DRG-470, administrative feil etc.)

- Aktuelle brukere på klinikkene får adgang til "min avdeling" og kan ta ut sine feillister daglig om ønskelig.

3.3.2 Forslag til to alternative systemløsninger

Alternativ 1. Funksjonaliteten legges til LIS

Prosjektledelsen for LIS hos Helse Nord RHF (Kenneth Lauritsen og Oddgeir Strømsnes) har fått forespørsel om muligheten for å implementere denne funksjonaliteten som en modul i LIS, hvilket vil kunne gi aktuelle brukere tilgang til oppdaterte data fra egen klinikk.

Tilbakemeldingen er at dette er fullt mulig, men på grunn av stor arbeidsmengde må alternativet vente en stund før det kan utredes. Økonomi- og Analysesenteret ved UNN har bedt prosjektledelsen ved Helse Nord RHF om en kostnadsanalyse for denne funksjonaliteten.

Denne løsningen vil nok være av stor interesse for alle sykehusene i Helse Nord som et interaktivt verktøy for å bedre internkontrollen av den medisinske kodingen.

Alternativ 2. Utvikle et eget system med ønsket funksjonalitet

Helse Nord IKT og Analysesenteret AS har drøftet og laget en plan for en mulig webportal med sikker server der brukere får adgang til å hente ut sine data. Økonomi- og Analysesenteret ved UNN har bedt Helse Nord IKT om en kostnadsanalyse for denne funksjonaliteten. Oppgitt pris: kr. 80 000.

4. Aktuelle linker og referanser

FOR 2007-12-07 nr 1389: Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20071207-1389.html>

ICD-10 Den internasjonale statiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, Helsedirektoratet, 2005.

Innsatsstyrt finansiering 2010, Helsedirektoratet

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00274/Regelverk_innsatsst_274039a.PDF

Klassifikasjon av medisinske prosedyrer og kirurgiske inngrep, Helsedirektoratet, 2010.

Nasjonale kodeverk:

http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_____1039.aspx

Prosjektplan for reduksjon av reisekostnader ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF i 2010

Overordnet mål

Tilby pasientreiser i henhold til pasientens rettigheter i Pasientrettighetsloven § 2.6 og Syketransportforskriften. Bevisstgjøring av at pasientreiser dekkes av helseforetak og at unødvendige drosjekostnader går på bekostning av behandling. Dette vil sammen med kontinuerlig opplæring i gjeldende lov og forskrift føre til reduserte pasientreisekostnader.

Tiltaksplan

1. Universitetssykehuset Nord-Norge HF

1.1 Rutine for vurdering/rekvirering av pasientreiser i UNN HF

Rutine for vurdering/rekvirering av pasientreiser er vedtatt av UNNs ledelse og trådt i kraft pr. jan. 2010. Denne rutinebeskrivelsen skal bekjentgjøres på intranett og som plakatooppslag på alle avdelinger /enheter ultimo jan. 2010.

1.2 Målrettet undervisning til de yrkesgrupper som er involvert i reise til/fra behandling:

- Klinikkvis opplæring av leger samtidig med DRG-opplæring for de 8 klinikker som er inkl. i ISF-ordningen. Starter opp febr. 2010.
- Psykiatriske klinikker – Møter med ledelsen for begge psykiatriske klinikker er gjennomført pr. 20.01.10. Undervisning for klinikkens avdelinger er startet opp og det planlegges undervisning til DPS-enhetene i samarbeid med klinikkledelse.
- Kontorfaglig personell:
 - Opplæring på Sekretærtimen 6.11.2009 og andre aktuelle fora i 2010.
 - Opplæring i bruk av Pasientens timebok i DIPS for samordning av timer er gjennomført av SKIS i 2009 og vil bli fulgt opp i 2010.
- Sykepleiere og annet helsepersonell – Opplæring på fagdager og fagmøter er gjennomført ved flere avdelinger i 2009 og vil fortsette i 2010.

2. Primærhelsetjenesten

Overtakelsen av saksbehandling av reiseregninger, når pasient har lagt ut for reise til behandler, informasjon og veiledning fra NAV ultimo 2009 gjør at UNN nå vil ha større kontroll på riktig rekvisisjonspraksis og refusjon av rimeligste transport. Hovedfokus på Pasientreiser er prinsippet om rimeligste transport m/ rutegående/egen bil/Helsebuss, fremfor drosje, som er UNNs største utgiftspost på Pasientreiser.

2.1 Reisepolicy-plakater for primærhelsetjenesten/private avtaleparter
Reisepolicy-plakater for Helsebuss Sør og Nord kommuner + Hurtigbåtplakat for de kommuner det er aktuelt for, er under produksjon og skal distribueres på alle legekantor, fysioterapeuter og private avtalepartnere primo 2010.

2.2 Undervisning legekantor og opplæring i elektronisk rekvirering
Pasientreisens plan var å gjennomføre besøk til alle legekantor i 2009, men pga. tekniske utfordringer med implementering av elektronisk rekvisisjon i legekantorenes datasystem kunne dette ikke gjennomføres som planlagt.

Legekantor i 8 kommuner fikk undervisning i regelverket og opplæring i E-rek. i 2009:
Midt-Troms kommunene Lenvik, Sørreisa, Berg, Tranøy, Dyrøy, Torsken, Salangen og Karlsøy.

De øvrige 23 kommunene planlegges besøkt 1. halvår 2010 etter følgende plan:

Februar: Tromsø, Lyngen, Storfjord, Balsfjord.

Mars: Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Harstad, Bjarkøy, Kvæfjord.

April: Ibestad, Lavangen, Skånland, Gratangen.

Mai: Narvik, Ballangen, Tysfjord.

Juni: Kvænangen, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Målselv, Bardu.

Høsten 2010: Oppfølging av fysioterapeuter og andre behandlere.

3. Øvrige tiltak mot økte drosjeutgifter

Samordning av kommuneinterne turer

På bakgrunn av innføring av automatisk frikort til pasient, ønske om større sikkerhet mot identitetstyveri og en bedre kontroll med turbestilling innføres elektronisk rekvirering via Norsk Helsenett i hele landet. Dette erstatter dagens papirrekvisisjon.

Innføring av elektronisk rekvirering og forhåndsbestilling av pasientreiser med drosje vil gi oss mulighet til å samordne også de kommuneinterne turene, i tillegg til langturene som har vært samordnet i mange år. I tillegg vil elektronisk rekvirering gi oss betydelig bedre mulighet for kontroll av oppgjør.

Tromsø kommune

Ny avtalepart ultimo 2009 vil gi reduserte kostnader i 2010. Det skal settes opp faste ruter i Tromsø byområde. Pr d.d. er det startet opp med maxitaxi fra Harstadbåten hver morgen, for de pasienter som har rekvisisjon på drosje til UNN.

Helsebuss

Startet opp Helsebuss Tromsø - Storslett 18.08.09, i tillegg til Helsebuss Tromsø-Narvik.

Buss til/fra flyplass i Tromsø

3 bussavganger morgen og ettermiddag til/fra flyplass UNN Tromsø Breivika.

Vedlegg: Rutine for vurdering/rekvirering av pasientreiser i UNN HF

Rutine for vurdering/rekvirering av pasientreiser i UNN HF

Innkalling av pasienter

Ved innkalling av pasienter skal "Pasientens timebok" i DIPS brukes aktivt til samordning av timer for den enkelte pasient. Timer i somatikk og psykiatri skal samordnes hvis mulig. Overnatting vil være rimeligere enn flere reiser frem og tilbake ved lange avstander og skal vurderes ved innkalling av pasienter.

Pasientreise skal vurderes etter følgende punkt:

Ventetid på transport må påregnes for å redusere utgifter.

1. Rutegående transport - buss/hurtigbåt
2. Flybuss
Egen flybuss til Tromsø lufthavn fra Breivika kl. 13, 14 og 15. Mand – fred.
3. Helsebuss / kombinert rutegående m/egen bussvertinne
Helsebuss t/r Tromsø – Narvik – egen bil evt. drosje til/fra holdeplass
Helsebuss t/r Tromsø – Storslett – egen bil evt. drosje til/fra holdeplass
4. Egen bil
Hvis ikke pasienten kjører bil selv, kan pårørende hente?
5. Rutefly
Pasienter tilhørende helseforetak utenfor UNN HF vil i hovedsak rutefly være billigste transportmiddel.
Fly til/fra Tromsø/Narvik/Evenes/Sørkjosen i UNN HF kan være billigere enn drosje, hvis drosje er eneste alternativ og det ikke er ledig kapasitet i samledrosje på kjørekontoret.
6. Leiebil
Utskrivelse fra Psykiatriske avdelinger: Hvis ledsager må følge pasient vurder leiebil, blir ofte billigere enn drosje. Pasienter tilhørende andre HF sendes faktura på leiebil og lønnsutgifter til det HF pasienten er hjemmehørende.
7. Drosje
Drosje skal kun rekvireres hvis pasienten ikke kan komme seg hjem med rimeligere alternativ eller pasientens helsetilstand gjør at det må benyttes drosje.
Internrekvisisjon UNN – Drosje - Psykiatri
Skal kun brukes når annet transportalternativ ikke er tilgjengelig.
Kun ansvarshavende på vakt kan utstede rekvisisjon.
Det må klart fremgå på rekv. om reisen gjelder Helsepersonell eller pasient og bruk av drosje skal begrunnes
Kostnadssted, dato og signatur MÅ påføres rekvisisjon



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
5/2010	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen	10.02.2010

Høringsuttalelse lokalsykehusstrategien

Innstilling til vedtak

1. Styret slutter seg til direktørens vurderinger.

Bakgrunn

Helse Nord RHF fikk i oppdragsdokumentet for 2009 i oppdrag å utvikle en lokalsykehusstrategi for regionen. Det foreligger nå et forslag utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av Helse Nord RHF. Helseforetakene er i brev datert 22.12.2009 invitert til å komme med en høringsuttalelse før videre behandling av forslaget.

Generelle betraktninger

Forslaget til lokalsykehusstrategi synes å være basert på en forståelse av lokalsykehuset som en isolert funksjonell enhet lokalisert i ett spesifikt bygg. Dette fører til at man forsøker å beskrive det meste av spesialisthelsetjenestens innhold i denne konteksten. Resultatet fremstår som en ikke-prioritert liste over funksjoner som spesialisthelsetjenesten burde yte. De aller fleste nåværende tilbud foreslås videreført uten endringer av betydning, og det foreslås i tillegg etablert en rekke nye tilbud.

Forslaget tar ikke inn over seg at dagens helseforetak er organisatorisk og geografisk komplekse nettverksorganisasjoner som leverer sammensatte tilbud (pasientforløp). Et pasientforløp strekker seg vanligvis over tid, og det inkluderer ofte komponenter gitt på forskjellige geografiske lokalisasjoner. Dette er nødvendig for å sikre likeverd i tilgjengelighet og kvalitet. Det foreliggende forslaget håndterer ikke denne utfordringen. Det er heller ikke tatt hensyn til klare politiske styringssignaler i samhandlingsreformen om at det nå er kommunehelsetjenesten, og ikke spesialisthelsetjenesten som skal vokse. Forslaget har derfor begrenset verdi som strategisk plandokument i helseforetakene. Den svarer ikke på det viktigste strategiske spørsmålet: Hvilken innretning skal Helse Nord ha på sine desentraliserte spesialisthelsetjenester i årene som kommer?

Hvis det skal lykkes å utvikle et strategidokument som gir retning for fremtiden, så må arbeidet skje i en annen kontekst: Lokalsykehusfunksjonen må forstås som en integrert del av hele

helseforetakets oppgaver, og det må etableres en forståelse av hva det eventuelt er som skiller denne funksjonen fra andre funksjoner som foretaket har ansvar for.

Svar på spørsmålene i høringsbrevet

1. **Strategiens fokus/profil**
Forslaget har ikke en tilstrekkelig vektning mellom de ulike områdene, og det er ikke i tilstrekkelig grad gitt prioritet til de viktigste utfordringene.
2. **Rammer for økonomi og personell**
Forslaget tar ikke hensyn til klare politiske styringssignaler om at veksten i spesialisthelsetjenesten vil bli lav i årene som kommer. Den tar heller ikke inn over seg hvor store rekrutteringsutfordringene er på noen områder, og at den ser bort fra at helsearbeidere som utdannes nå ikke vil akseptere den vakthyppheten mange har i dag.
3. **Faglig kvalitet, trygghet og nærhet**
Forslaget er tydelig i sin vektlegging av nærhet som en vesentlig dimensjon i kvalitetsbegrepet, men ser nesten bort fra at andre kvalitetskrav ofte er viktigere enn nærhet når det gjelder planlagt behandling i spesialisthelsetjenesten.
4. **Samhandling**
Sykehusenes vertskommuner har en stor utfordring med høyt sykehusforbruk og i hovedsak fravær av planer for etablering av halvannenlinjetjenester. Forslaget til lokalsykehusstrategi inneholder få konkrete tanker rundt hvordan kommunene og spesialisthelsetjenesten sammen kan løse denne utfordringen.
5. **Beredskap**
UNN mener at trygghet og tilgjengelighet i øyeblikkelig-hjelp situasjoner er det tradisjonelle lokalsykehusets viktigste funksjon. Det er likevel sannsynlig at fagutviklingen, særlig innenfor kirurgi, og krav om redusert vakthypphet for leger, vil gjøre det vanskelig å videreføre dagens beredskap med god kvalitet på samtlige lokalisasjoner i Nord-Norge. Vi kan imidlertid ikke se at noen er tjent med planlagt eller styrt avvikling av akuttfunksjoner, og ønsker derfor at strategien skal være å videreføre disse så lenge det er mulig.
6. **Undervisning/forskning**
Strategien belyser nesten ikke potensialet for en betydelig desentralisering av helseutdanningene. Helse Nord og UiT har en unik mulig til å gjennomføre en slik utdanningsstrategi etter sammenslåingen av universitetet og høyskolen. Strategien bør ha som ambisjon å beskrive hvordan helseforetakene kan legge til rette for å realisere denne muligheten.
7. **Det indremedisinske tilbudet**
Det indremedisinske fagområdets betydning som en kjernefunksjon i lokalsykehuset er godt beskrevet, men faget bør prioriteres enda tydeligere. En strategi for å rekruttere indremedisinere bør vektlegges relativt mye sterkere i forhold til mange andre spesialiteter. Det bør diskuteres om en slik prioritering av indremedisin også bør få rekrutterings- og utdanningsmessige konsekvenser for andre faggrupper, kanskje særlig sykepleiere.

8. Rus og psykisk helse
Disse fagområdene er for lite vektlagt i forslaget. Det er særlig behov for å beskrive hvordan rusfeltet kan integreres i psykisk helsevern og somatikk der det er behov for det. UNN arbeider med å utvikle et konsept for dette i forbindelse med planleggingen av nytt sykehus i Narvik.
9. Brukermedvirkning
Brukermedvirkning er viktig, men utgjør en generell utfordring som ikke er spesielt knyttet til lokalsykehusfunksjonen.

Medvirkning

Lokalsykehusstrategien er behandlet både av brukerutvalgets arbeidsutvalg og av drøftingsmøtet med de foretakstillitsvalgte, og det er fremkommet mange synspunkter som ikke er innarbeidet i direktørens forslag til høringsuttalelse fra foretaket. Det er åpnet for at både ansatteorganisasjonene, avdelinger og klinikker i UNN, og den enkelte ansatte kan avgi egne høringsuttalelser til Helse Nord RHF.

Konklusjon

Det foreliggende forslaget til lokalsykehusstrategi svarer ikke på fremtidens utfordringer fordi arbeidet har tatt utgangspunkt i en foreldet konseptuelle forståelse av lokalsykehuset som organisasjon. Arbeidet må videreføres i en annen kontekst: Forståelsen av lokalsykehusfunksjonen som en integrert del av hele helseforetakets oppgaver.

Tromsø, 2. februar 2010

Tor Ingebrigtsen
Adm. direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
6/2010	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen	10.02.2010

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar orienteringssaken til orientering.

Saksutredning

- Oppsummering av styrets arbeid i 2009

Tromsø, 2. februar 2010

Tor Ingebrigtsen
Adm. direktør

Sak: Oppsummering av styrets arbeid 2009
Til: Styret ved UNN
Fra: Magne Johnsen
Møtedato: 2. februar 2010

Oppsummering av styrets arbeid i 2009 og prioriteringer for 2010

Formål / sammendrag

Formålet med denne saken er å gi en oversikt over styrets arbeid i 2009, å evaluere arbeids- og ansvarsdelingen mellom administrerende direktør og styret samt administrasjonens oppfølging av saker, og å gjøre prioriteringer for styrets arbeid i 2010. Gjennomgangen viser at det i 2009 ble avholdt ti styremøter og behandlet 83 saker, herav 41 beslutningssaker. Antall saker og profilen på disse vurderes å ha vært tilfredsstillende. Arbeidet med å bringe foretakets drift i økonomisk balanse har vært prioritert. Oppfølgingen av vedtakene vurderes å ha vært tilfredsstillende. Videre oppfølging av foretakets økonomi-, aktivitets- og arbeidsmiljøutvikling samt foretakets overordnede langsiktige strategi blir styrets viktigste arbeidsområder i 2010. Direktøren ønsker å videreføre arbeidet med å forbedre kvaliteten i saksfremleggene i 2010.

Bakgrunn/fakta

Vedlagt fremlegges utdrag av styreprotokollen over saker behandlet i 2009. Det ble avholdt 10 styremøter og behandlet til sammen 83 saker, herav 41 beslutningssaker, fordelt slik:

Type saker	2008	2009
1. Andre saker	10	11
2. Økonomisaker	12	21
3. Fagsaker	5	4
4. Eiendomssaker	10	5

De resterende 42 sakene var godkjenning av innkalling og sakliste, referatsaker, orienteringssaker og eventuelsaker.

Økonomisaker	2008	2009
Økonomi- og aktivitetsrapporter pr. mnd.	7	9
Regnskap forrige år	1	1
Investeringsramme	1	2
Nye tiltak for tilpasning til den økonomiske rammen	1	7
Forberedelse til budsjett 2010	1	1
Budsjett 2010	1	1

Fagsaker	2008	2009
Forskningsstrategi for UNN	1	
Fødeavdelingen i Narvik – sommerstenging	1	
Etablering av inkontinenssenter	1	
Mobilt PET – CT	1	1
Mammografi på UNN-Narvik	1	1
Søknad om med.kompetansesentra		1
Forskningsstrategi Helse Nord RHF		1

Eiendomssaker	2008	2009
Avhending av eiendommer	1	
Nybygg eller ombygging UNN-Narvik	1	
Avtale om arealer for Biobank	1	
Salg av eiendommer	3	
Konseptfase UNN-Narvik	1	
Verdibevaring og vedlikeholdsetterslep	1	
Finansiering av Biobankarealer	1	
Utbedring av helikopterlandingsplass	1	
Bygningsmessige endringer vedr. LUO		1
Store byggeprosjekter ved UNN, Tromsø		1
Tomtevalg Narvik		1
Brusbygget		1

Andre saker	2008	2009
Overordnet samarbeidsavtale med lokalsykehuskommunene	1	
Årlig melding	1	1
Klage- og skadesaker	1	
Avvikling av Senter for internasjonal helse, SIH	1	
Internkontrollsystem	1	
Legelønn	1	
Helseberedskap i Nordområdene	1	
Samarbeidsavtale UNN og UIT- Det medisinske fakultet	1	
Møteplan 2. halvår 2008	1	
Møteplan 2009/2010	1	1
HMS-strategi		1
Undervisningsstrategi		1
Kommunikasjonsstrategi		1
Pasientforløpsstrategi		1
Seniorpolitikk		1
Valg av ansatte representanter i styret		1
Oppfølging av oppdragsdokumentet		1
Lønnssaker		2

Vurdering og prioriteringer for 2010

Styret la premissene for UNNs langsiktige utvikling og omstilling (LUO-prosjektet) gjennom styrevedtak i 2007, og dette arbeidet ble fulgt opp i 2008 med skriftlige og muntlige orienteringer samt diskusjoner i styreseminarer. Omstillingsarbeidet ble avviklet som prosjekt i juni 2008, og ansvaret for videre ledelse av omstillingen ble plassert i den nye linjeorganisasjonen.

Den fortløpende saksbehandlingen i styret i 2009 har vært preget av at administrasjonen og styret har fokusert på oppfølging av omstillingsarbeidet, og ut over dette hovedsakelig lagt frem obligatoriske saker og saker knyttet til arbeidet med å oppnå økonomisk balanse i driften. Direktøren mener at styret behandler de rette sakene, og at arbeids- og ansvarsdelingen mellom administrerende direktør og styret fungerer tilfredsstillende.

De månedlige virksomhetsrapportene styrebehandles, og øvrige økonomisaker ligger også innenfor styrets ansvarsområde. I 2010 skal styret behandle saker om investeringer, regnskap 2009 og budsjett 2011. Utviklingen av den økonomiske situasjonen vil avgjøre om det blir behov for flere økonomisaker. Oppfølgingen av foretakets økonomiske situasjon og

aktivitetsutvikling vil være sentralt i styrets arbeid også i 2010, men oppmerksomheten må samtidig rettes mer mot arbeidsmiljøet samt kvaliteten i pasientbehandling, forskning og undervisning.

I 2008 var det uvanlig mange eiendomssaker. Disse var nødvendige for oppfølging av styrets vedtak om salg av eiendommer og saker vedrørende UNN Narvik. I 2009 har det ikke vært behov for så mange eiendomssaker. Det er behandlet saker om bygningsmessige endringer i LUO-prosjektet, større byggeprosjekter ved UNN, Tromsø, tomtevalg for nye UNN Narvik og en orientering om byggeprosjektet for BRUS bygget.

Noen av sakene i kategorien andre skal behandles årlig, slik som årlig melding, klage- og skadesaker og møteplan. Det ble behandlet fem fagstrategier av stor betydning i 2009: HMS-strategi, undervisningsstrategi, kommunikasjonsstrategi, pasientforløpsstrategi og en sak om seniorpolitikk i UNN. For 2010 vil det være aktuelt å behandle HR-strategien og organisering av bedriftshelsetjenesten. Det vil og bli fremmet en sak om revidert langsiktig overordnet strategi for UNN HF. Oppfølging av risiko- og sårbarhetsanalyse i forbindelse med helseberedskap i nordområdene vil også bli aktuell for styrebehandling i 2010.

Saksfremleggenes kvalitet vurderes fortsatt som varierende. Direktøren ønsker å fremme saker som består av en styresak på 3-5 sider og en saksutredning som kan være lengre og ha vedlegg. Intensjonen er at det normalt skal være tilstrekkelig for styremedlemmene å lese selve styresaken. Saksutredningen og vedleggene skal vise hvordan det er arbeidet med saken, og gi mulighet for å sette seg inn i detaljene i saken. Det bør tilstrebnes saksbehandlingsrutiner som sikrer at innspill fra arbeidsmiljøutvalget, brukerutvalget og drøftingsmøter er inkludert i saksfremleggene. Direktøren ønsker å videreføre arbeidet med å forbedre og standardisere sakene i 2010.

Gjennomgangen viser at styresakene som ble behandlet i 2009 er fulgt opp på en tilfredsstillende måte. Oppfølgingsrutinene vurderes å være tilfredsstillende. Det planlegges ikke endringer i disse rutinene i 2010.

Tromsø, 2. februar 2010

Tor Ingebrigtsen
Administrerende direktør

Vedlegg:
Oppsummering av styresaker 2009



Oppsummering styresaker 2009

A=Andre	B=Økonomi	C=Fag	D=Eiendom			
Styresak	Vedtak			Kategori	Fullført	Oppfølging
6/2009 HMS- strategi UNN	<ol style="list-style-type: none">1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar den fremlagte HMS-strategien og ber om at denne blir en del av foretakets internkontrollsystem.2. Styret forutsetter at strategidokumentet oppdateres i henhold til opplysningene i dette saksfremlegget, og deretter fortløpende som en konsekvens av det pågående organisatoriske omstillingsarbeidet.3. Styret ber om at strategien implementeres i løpet av vårsemesteret 2009.			A	Ja	Oppfølging Implemen- tering kontinuerlig
7/2009 Investerin gsplan 2009-2018	<ol style="list-style-type: none">1 Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar den foreliggende investeringsplanen til etterretning og erkjenner at tidligere års disposisjoner har ført til at vi for 2009 ikke har midler til nødvendige investeringer.2 Styret ønsker at befolkningen i Nord-Norge til enhver tid skal ha et best mulig medisinsk tilbud og vi er derfor bekymret over at medisinsk teknisk utstyr ikke byttes ut før det bryter sammen. Styret gir direktøren fullmakt til å reanskaffe medisinteknisk utstyr som bryter sammen når slik reanskaffelse er nødvendig for å opprettholde normal drift. Styret ber om å bli fortløpende orientert om alle slike investeringer gjennom de månedlige økonomi- og aktivitetsrapportene. Andre investeringer			B	Ja	Rullering

skal forhåndsgodkjennes av styret.

Styret ber administrasjonen om å gjennomgå investeringstiltakene og vurdere hvorvidt det er mulig å utsette/reducere kostnadene ved enkelttiltak. Styret ber om å få framlagt en slik konsekvensutredning til neste styremøte.

Styret presiserer viktigheten av økonomisk balanse i 2009 for å sikre rom for nødvendige investeringer.

- 3 Styret erkjenner at det også må gjennomføres ombygginger for å fullføre foretakets omstillingsarbeid i LUO-prosjektet, og ber om å få seg forelagt en egen sak for godkjenning av dette i neste møte. Styret forutsetter at direktøren søker på tilgjengelig omstillingsmidler fra Helse Nord RHF for delfinansiering av disse ombyggingene.
- 4 Styret viser til tidligere vedtak vedrørende den ekstraordinære bygningsmessige situasjonen ved UNN Narvik, og ber om at Helse Nord RHF klargjør om de nødvendige økonomiske forutsetninger for planlagt fremdrift i konseptfaseplanleggingen av nytt sykehus i Narvik fortsatt er til stede.
- 5 Styret mener at det nåværende investeringsregimet ikke er bærekraftig over tid og ber om at Helse Nord RHF følger opp denne problemstillingen overfor eier.

8/2009	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge	B	Ja
Virksomhetsrapportering	tar virksomhetsrapporten for desember til orientering.		
9/2009	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge	B	Ja
Vurdering av mulige tiltak for reduksjon av risiko i budsjett 2009	tar saken til orientering.		
10/2009	Styreleder og nestleder gis fullmakt til å lage forslag til lønnsjustering for administrerende direktør. Forslag legges fram for nytt	A	Ja
Lønnsjustering for			

administrerende direktør

styremøte.

16/2009
Årlig
melding
2008

- 1 Styret ved UNN HF godkjenner årlig melding for 2008 med de endringer som framkom i møtet, bl.a. etter gjennomgang av drøftingsprotokollen og protokoll fra FAMU behandling av gjeldende styresaker. Rapporten oversendes Helse Nord RHF.
- 2 Styret er tilfreds med aktivitetsdreiningen mot mer bruk av poliklinikk og dagbehandling, og med at forskningsaktiviteten øker.
- 3 Styret ser det som positivt at det fokuseres på forbedring av pasientprosesser gjennom LEAN-metodikk.
- 4 UNN HF må fortsatt arbeide med å forbedre resultatene på de nasjonale kvalitetsindikatorerne, spesielt epikrisetid og korridorpasienter.
- 5 Med bakgrunn i det store omstillingsarbeidet som pågår vil styret peke på at 2008 har vært spesielt utfordrende for de ansatte på alle nivåer i organisasjonen. De ansattes innsats har likevel sikret opprettholdelse av aktivitet og kvalitet i kjernevirksomheten.

A

Ja

<p>17/2009 Ny behandling av budsjett 2009 - oppdatert risikovurdering og utredning av nye tiltak for økonomisk balanse i budsjett 2009</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret opprettholder vedtakene i sak 74/2008 Budsjett 2009 og legger disse til grunn i det videre arbeidet, men erkjenner at risikoen i Budsjett 2009 fremdeles er høy. 2. Styret ber direktøren utvikle nye tiltak for 50 mill kr i tråd med forslagene i saksfremlegget og legge frem en konkretisering av tiltakene for behandling i neste styremøte, med konsekvens og risikoanalyse av tiltakene for behandling i neste styremøte. Det må sikres ansattemedvirkning ved utredning av nye tiltak. Tjenestetilbudet til pasienter skjermes mest mulig. 	B	Ja	
<p>18/2009 Virksomhetsrapportering pr januar 2009</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar virksomhetsrapporten for januar 2009 til etterretning. 2. Underskuddet på 6,4 mill kr krever utvikling av kompenserende tiltak og det vises i denne sammenhengen til sak 17/2009 - Oppdatert risikovurdering og utvikling av nye tiltak for økonomisk balanse i budsjett 2009. 	B	Ja	
<p>19/2009 Investeringer i bygningsmessige endringer for fullføring av LUO-prosjektet og fordeling av investeringssmidler fra regjeringens krisepakke</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret tar til etterretning Helse Nord RHF's fordeling av midler fra regjeringens krisepakke og iverksetter investeringer for 38 mill kr i henhold til saksfremlegget. 2. Styret godkjenner at det investeres til sammen 20,2 mill kr i bygningsmessige endringer i Breivika for fullføring av LUO-prosjektet i henhold til saksfremlegget. 3. Investeringene forutsettes delfinansiert med midler fra regjeringens krisepakke og tilskudd fra Helse Nord RHF's omstillingsmidler. 4. Styret forutsetter at direktøren søker ytterligere omstillingsmidler hvis Helse Nord RHF stiller slike til disposisjon etter søknad i løpet av året. 5. Styret ber om en nærmere gjennomgang av planene for investeringer i forbindelse med LUO-prosjektet på rus- og psykiatrifeltet i 	D	Ja	Under slutføring

neste møte.

21/2009 Fastsettelse av lønn til administrere nde direktør	Administrerende direktør gis en lønnsøkning på 4 % fra og med 1.1.2009. Enstemmig vedtatt	A	Ja
23/2009 Søknad om medisinske kompetans esenter	Styret aksepterer at det søkes om medisinske kompetansesenter i inkontinens og systemiske vaskulitter.	C	Ja
24/2009 Regnskap 2008	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge godkjenner det fremlagte regnskapet for 2008, bestående av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling, noter og årsberetning. Styret foreslår at årets underskudd på kr 207 417 037 føres til udekket tap. Styret vedtar at det tilføyes i note 5 at det er endret beregningsmåte fra 2007 til 2008. Styret vedtar at det tilføyes i Årsberetningen 2008, punkt 4 Likestilling, følgende: UNN har i 2008 hatt fokus på ufrivillig deltid og vil i fremtiden jobbe for å redusere dette.	B	Ja
25/2009 Virksomhe tsrapporte ring pr februar 2009	1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar virksomhetsrapporten for februar 2009 til etterretning. 2. Styret er bekymret for aktivitetsreduksjonen i den ISF-finansierte delen av virksomheten, og ber direktøren følge utviklingen fortløpende og vurdere å iverksette kompenserende tiltak. 3. Styret registrerer med bekymring at antall utskrivingsklare pasienter øker og understreker kommunenes ansvar i denne sammenhengen. Styret ber direktøren om å: a. Utrede eventuell drift av en sykehjemspost i egenregi b. Fremme forslag om økte døgnsetser for utskrivingsklare pasienter for Overordnet samarbeidsorgan c. Fremme forslag om utredning av interkommunale løsninger for utskrivingsklare pasienter for Overordnet samarbeidsorgan.	B	Ja
26/2009 Videre	1. Styret erkjenner at omstillingsutfordringen for 2009 har økt	B	Ja

utredning
av nye
tiltak for
økonomisk
balanse i
budsjett
2009

fra 50 mill til 63 mill kr som følge av underskuddet i februar.

2. Styret ber om det gjennomføres en ny vurdering av risiko for utilstrekkelig gjennomføring av planlagte tiltak før neste styremøte. Det må i denne sammenheng rettes sterk oppmerksomhet mot nødvendigheten av gjennomføring. Styret forventer at gjennomføringsgraden økes til minst 90 % og at dette gir en økonomisk effekt på 23 mill kr.
3. Styret godkjenner at det gjennomføres mulighetsstudier for kjøkkendrift og renhold og vil på bakgrunn av resultatene fra mulighetsstudiene ta stilling til om interne tiltak eller konkurranseutsetting skal gjennomføres. Saken fremmes for styret på ny i juni for endelig avgjørelse.
4. Styret ber om a det gjøres en gjennomgang av samtlige brøyteavtaler inklusive utarbeiding av konkurransegrunnlag for Breivika og Åsgård, og om at saken fremmes for styret på ny i juni for endelig avgjørelse om eventuell konkurranseutsetting.
5. Styret vedtar at UNN HF som hovedprinsipp ikke skal eie og drive biler (med unntak av ambulanser) i egen regi. Styret gir prinsipiell tilslutning til at UNN HF trer inn i anbudet for bildrift som er fremforhandlet av Helseforetakenes innkjøpssamarbeid (HINAS) og forutsetter at dette gir betydelig økonomisk effekt. Styret ber om å senest i juni få seg forelagt kontraktsforslag med aktuell leverandør og nærmere beregning av den økonomiske effekten før det tas en endelig avgjørelse.
6. Styret gir sin tilslutning til at planlagte ansettelse i nyopprettede fagstillinger knyttet til innflyttingen i det nye BRUS-bygget utsettes til årsskiftet 2009/2010 og forventer en økonomisk effekt på 1 mill kr i 2009.
7. Styret forutsetter at det fra og med mai 2009 foreligger pålitelige aktivitetstall for

poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Styret ber om at direktøren i juni legger frem en vurdering av aktivitetsnivået og et eventuelt forslag om økte krav til aktivitet per behandler, med beregnet økonomisk effekt. Styret forutsetter at antallet konsultasjoner pr. behandler i de voksenpsykiatriske poliklinikkene økes, og at de nasjonale måltallene for slike konsultasjoner oppnås innen utgangen av året

8. Styret ber om at resultatene fra benchmarking samarbeidet i Helse Nord følges opp med konkrete vurderinger på de områdene som er beskrevet i saksfremlegget. Det bes om rapportering og forslag til konkrete tiltak med beregnet økonomisk effekt i juni-møtet.
9. Styret anmoder Helse Nord RHF om å gjennomføre den pågående utredningen av struktur og innhold i DPSene så snart som mulig og med oppmerksomheten rettet mot mulige strukturtiltak som kan redusere kostnadene betydelig.

- 27/2009
 Investering i
 bygningsmessige
 endringer
 for
 fullføring
 av LUO-
 prosjektet.
 Ny
 behandling
 av
 investering
 er for
 samlokalisering
 av
 Rus- og
 spesialpsykiatriklinikken
 virksomhet i Tromsø
 på Åsgård-området.
- Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF viser til tidligere vedtak i sak 7/2009 og vedtar investeringsplanen for 2009-2018 slik den nå foreligger i saksfremlegget.
2. Styret tar til etterretning at investeringsrammen for 2009 i hovedsak er disponert slik at det for 2009 bare gjenstår 4,3 mill kr til styrets disposisjon.
 3. Styret gir direktøren fullmakt til å reanskaffe driftsteknisk utstyr som bryter sammen når slik reanskaffelse er nødvendig for å opprettholde forsvarlig drift.

 Styret ber om å bli fortløpende orientert om alle slike investeringer gjennom de månedlige virksomhetsrapportene.
 4. Styret ber direktøren arbeide videre med alternativ finansiering av PET-CT og nytt pasienthotell som foreslått i saksfremlegget, og velger derfor inntil videre å ikke sette disse opp mot de andre investeringsprosjektene i prioriteringssammenheng.
 5. Styret mener at det ikke foreligger et vurderingsgrunnlag som er godt nok til å prioritere mellom nytt sykehus i Narvik og utbygging av A-fløya i Breivika.
 Direktøren bes gjennomgå A-fløya prosjektet på ny i lys av fagutviklingen og de organisatoriske endringene som er gjennomført i LUO-prosjektet, og fremme en egen sak for styret om prioritering mellom de to prosjektene før Helse Nord RHF's rullering av investeringsplanen i november 2009.
 6. Styret erkjenner at gjennomføring av de store byggeprosjektene forutsetter drift i økonomisk balanse eller med overskudd, og at disse prosjektene må ledsages av organisasjonsutviklingsprosjekter som muliggjør mer kostnadseffektiv drift etter at nye bygg er tatt i bruk.
 7. Styret mener at Helse Nord RHF's foreslåtte

fordelingen av økt basisramme etter ferdigstilling av de forskjellige byggeprosjektene i regionen bør oppdateres, og anmoder Helse Nord RHF om å gjøre dette i forbindelse med rulleringen av investeringsplanen.

	8.	Styret i UNN ser det som problematisk å gjennomføre pålagte oppgaver og å løse de investeringsutfordringene UNN står ovenfor innenfor den rammen investeringsmidler som er tildelt.		
28/2009 Sluttbehandling av styresak investeringsplan 2009-2018	1.	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vurderer samlokalisering av Rus- og spesialpsykiatriklinikken virksomhet i Tromsø til Åsgård-området som fornuftig og gir sin prinsipielle tilslutning til de foreliggende planene.	B	Ja
	2.	Styret ber Helse Nord RHF om å øke UNNs investeringsramme for 2009 slik at delprosjekt 1 med en investering på 21,4 mill kr kan realiseres i 2009. Styret godkjenner denne investeringen under forutsetning av at investeringsrammen økes.		
	3.	Styret ber Helse Nord RHF om å øke UNNs investeringsramme for 2010 slik at delprosjekt 2 med en investering på 19,9 mill kr kan realiseres i 2010. Styret godkjenner denne investeringen under forutsetning av at investeringsrammen økes.		
29/2009 Valg av ansatte representanter og vararepresentanter til styret for UNN		Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge vedtar innstillingen fra valgstyret, jfr. vedlagte protokoll av 2. april 2009.	A	Ja

<p>30/2009 Forslag til ny Forsknings strategi Helse Nord 2010-2013 - Høring</p>	<p>Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar Helse Nords høringsutkast til forskningsstrategi til orientering og vedtar vedlagte høringsuttalelse som oversendes til Helse Nord RHF innen høringsfristen 170409.</p> <p>Møteleder tok opp saken til avstemning.</p> <p>Direktørens nye forslag, punkt 1 til 4 enstemmig vedtatt.</p>	C	Ja
<p>35/2009 1. Tertialrap portering 2009</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar tertialrapporten for 1. tertial 2009 og oversender den til Helse Nord RHF. 2. Styret er ikke fornøyd med den økonomiske utviklingen i foretaket og viser i denne sammenheng til styresak 36/2009 Videre utredning av nye tiltak for økonomisk balanse i budsjett 2009. 3. Styret registrerer at det er en økning i ventetid for enkelte pasientgrupper, og ber om at denne utviklingen følges nøye. 	B	Ja
<p>36/2009 Videre utredning av nye tiltak for økonomisk balanse i budsjett 2009</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar til etterretning at omstillingsutfordringen i 2009 er økt til 86 mill kr, men understreker at målet om økonomisk balanse likevel ligger fast. 2. Styret tar den fremlagte orienteringen om det pågående arbeidet med å utvikle nye tiltak til orientering, og forutsetter at tiltaksarbeidet konkretiseres ytterligere i neste styremøte slik saksfremlegget foreslår. 3. Styret legger til grunn at poliklinisk aktivitet i UNN HF skal være lederstyrt. Direktøren bes stille krav om at budsjettansvarlige ledere skal sette krav til aktivitet per behandler, og etablere administrative systemer som sikrer at den enkelte behandler må gjennomføre en aktivitet som minst ligger på det nivået ledelsen definerer. For psykisk helsevern forutsetter styret at de nasjonale måltallene er sterkt normerende i denne sammenhengen. 4. Styret viser til de store forskjellene i 	B	Ja

kostnad per DRG-poeng og arbeidsproduktivitet som er påvist mellom lokalsykehusene i Helse Nord, og ber direktøren om å prioritere arbeidet med å gjennomføre nærmere analyser av disse forskjellene med tanke på utvikling av nye omstillingstiltak.

Protokolltilførsel/stemmeforklaring fra ansattes representanter i styret:

”Sammenligning av kostnader knyttet til den DRG-finansierte virksomheten kan ikke gjøres uten at resultatene settes inn i en helhetlig sammenheng. DRG-poeng sier ingenting om kvalitet, best praksis eller det totale kostnadsbilde knyttet til pasientrettet virksomhet: behandling, pleie, pasientopplæring, undervisning, forskning, veiledning, beredskap og rekrutteringsutfordringer m.m. i det enkelte HF.

Utregning av arbeidsproduktivitet som årsverk per DRG-poeng sier heller ingenting om de omliggende faktorer som også må taes med for å få et helhetlig bilde av kostnadene til pasientbehandlingen.

I det videre arbeidet med å analysere nærmere noen av de ulikhetene som er sett på i rapporten er det viktig at flere faktorer tas med, slik at kostnadsbildet blir mer helhetlig, og dermed en mer reell sammenligning. Først når en slik analyse er gjennomført vil det kunne trekkes noen konklusjoner og evt. iverksette tiltak for forbedringer.”

37/2009
Møteplan
for
styremøter
UNN 2010

Høstsemesteret 2009:
28082009 flyttes til 03092009
01102009 og 02102009 som tidligere vedtatt
04112009 som tidligere vedtatt
09122009 som tidligere vedtatt

A Ja

Vårsemesteret 2010:
Onsdag 10022010
Onsdag 07042010
Onsdag 05052010
Onsdag 02062010
Mandag og tirsdag 21062010 og 22062010

Høstsemesteret:
Mandag 06092010
Tirsdag 05102010

Onsdag og torsdag 03112010 og 04112010
Onsdag 08122010

41/2009 Virksomhetsrapportering pr mai 2009	<ol style="list-style-type: none">1. Styret tar virksomhetsrapporten for mai til orientering.2. Styret viser til sak 42/2009 når det gjelder håndtering av budsjettavviket.	B	Ja
42/2009 Videre utredning av nye tiltak for økonomisk balanse i budsjett 2009	<ol style="list-style-type: none">1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar til etterretning at omstillingsutfordringen for 2009 har økt til 89 mill kr, men understreker igjen at målet om økonomisk balanse ligger fast.2. Styret tar den fremlagte orienteringen om det pågående arbeidet med å utvikle nye tiltak til orientering, og ber om at arbeidet videreføres med de tidsfristene som saksfremlegget foreslår.3. Styret er kjent med vedtaket i Helse Nord RHF's styresak 4-2009 og anser at kravet om utvikling av nye tiltak for 27,4 mill kr er ivaretatt gjennom den foreliggende saken. Styret forutsetter at direktøren fremmer forslag til vedtak som konkretiserer tiltak for minst dette beløpet når saken rulleres i neste styremøte.	B	Ja
43/2009 Oppfølging av Oppdragsdokumentet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF	<ol style="list-style-type: none">1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF gir sin tilslutning til den beskrevne rutinen for oppfølging av kravene i Oppdragsdokumentet.2. Styret er tilfreds med at kravene i Oppdragsdokumentet innarbeides i dialogavtalene mellom direktøren og klinikk-, senter- og stabslederne, og med at det utvikles et årshjul som sikrer systematikk i styrets oppfølging.3. Styret forutsetter at arbeidet med dialogavtalene bygger på en "bottom-up" prosess som sikrer involvering av de ansatte i driftsenhetene i utformingen av avtalene.	A	Ja

<p>44/2009 Ny organisering av det brystdiagnostiske tilbudet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ønsker likeverdig kvalitet i det brystdiagnostiske tilbudet i hele UNN, og at Brystdiagnostisk senter (BDS) tillegges ansvaret for denne funksjonen i hele foretaket. 2. Styret gir sin tilslutning til at det planlegges et brystdiagnostisk tilbud under BDS ved UNN Narvik. Nødvendige investeringer i denne sammenheng må håndteres prioritert i forbindelse med den årlige rulleringen av investeringsplanen. 3. Styret viser til at det er planlagt en oppgradering av MR-tilbudet ved UNN Harstad for blant annet å kunne foreta mer avansert kreftdiagnostikk, og ber om å bli nærmere orientert om dette i et senere styremøte. 	C	Ja	Under arbeid
<p>45/2009 Etablering av PET-CT ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner at det inngås avtale om kjøp av mobile PET-CT undersøkelser fra 01.01.2010. 2. Styret godkjenner at det investeres 1,4 mill kr til dette formålet i 2010 og ber om at dette innarbeides i den årlige rulleringen av investeringsplanen. 	C	Ja	Under arbeid
<p>46/2009 Seniorpolitikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ønsker å legge til rette for at eldre arbeidstakere skal kunne stå lengre i jobb slik at seniorene i størst mulig grad kan bidra med sin kompetanse i pasientbehandlingen. Den fremlagte seniorpolitikken vurderes å legge til rette for dette og vedtas innført. 2. Styret ber direktøren sørge for at det etableres systemer for gjennomføring og oppfølging av seniorpolitikken innenfor de tidsfrister som er avtalt i Helse Nord-gruppen. 3. Styret ber direktøren sørge for at grunnleggende holdninger til seniorer som ressurs søkes innarbeidet hos ledere og tillitsvalgte gjennom aktiv opplæring 	A	Ja	

med fokus på en personalpolitikk som både ivaretar medarbeiderkompetanse og sørger for tilrettelegging etter individuelle behov.

4. Styret ber om at det inngås senioravtaler fra og med 01.07.09 slik saksfremlegget foreslår. Det må gis mulighet til å inngå avtaler med tilbakevirkende kraft til denne dato i løpet av høsten 2009.
5. Styret ber direktøren bidra til at seniorpolitikken videreutvikles av et regionalt partssammensatt utvalg slik saksfremlegget foreslår.
6. Styret ber om at det rapporteres på innført seniorpolitikk gjennom årlig melding for 2009 og 2010, og om at det gjøres en evaluering av den gjennomførte seniorpolitikken innen utgangen av 2011.

47/2009
Store
byggeprosj
ekter ved
UNN
Tromsø -
ny strategi

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF gir sin tilslutning til at det utredes om arealbehovene i Breivika kan løses gjennom realisering av to (og ikke tre) store byggeprosjekter; pasienthotellet og A-fløya.
2. Styret godkjenner at det på bakgrunn av denne saken utarbeides et mandat for konseptfaseplanlegging av A-fløya, og at SINTEF Helse innenfor allerede inngåtte rammeavtaler får i oppdrag å gjennomføre en helhetlig konseptfaseplanlegging for Narvik sykehus og A-fløya.

D

Ja

Under
arbeid

48/2009 Kommunikasjonsstrategi 2009-2012 for Universitetssykehuset Nord - Norge HF	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vurderer den foreslåtte kommunikasjonsstrategien som et godt strategisk verktøy for å nå foretakets mål og innfri krav fra eier. 2. Styret vedtar og gir sin tilslutning til implementering av kommunikasjonsstrategien. 	A	Ja
49/2009 Undervisnings- og læringsstrategi 2009-2014 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vurderer den foreslåtte Strategi for undervisning og læring 2009-2014 som et godt strategisk verktøy for å nå foretakets mål på undervisningsområdet. 2. Styret vedtar og gir sin tilslutning til implementering av undervisningsstrategien. 	A/C	Ja
55/2009 Virksomhetsrapportering pr juli 2009	<ol style="list-style-type: none"> 5. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar virksomhetsrapporten for juni og juli til orientering. 6. Styret er fornøyd med at driftskostnadene i foretaket er redusert. 7. Styret er fornøyd med aktivitetsutviklingen i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 8. Styret er ikke fornøyd med at ventetiden for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og antall fristbrudd øker i den somatiske delen av virksomheten. Styret ber direktøren vie aktiviteten i de nyetablerte dagenhetene og poliklinikkene særskilt ledelsesmessig oppmerksomhet. Det forventes målrettet økning av aktiviteten slik at ventetiden for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og antall fristbrudd reduseres. 	B	Ja
56/2009	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret tar den fremlagte saken til 	B	Ja

Videre utredning av nye tiltak for økonomisk balanse i budsjett 2009	orientering og ber om at det konkretiseres tiltak minimum svarende til omstillingsutfordringen i neste styremøte.		
	<p>2. Styret vedtar følgende aktivitetsmål for psykiatriske poliklinikker:</p> <p style="padding-left: 40px;">Barne- og ungdomsklinikken (BUK)</p> <p style="padding-left: 80px;">- 2 tiltak per behandler per dag</p> <p>Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk</p> <p style="padding-left: 20px;">- 2 konsultasjoner per behandler per dag i ruspoliklinikken (kombinasjon av ambulant og ordinær poliklinisk virksomhet)</p> <p style="padding-left: 20px;">- 1,5 konsultasjoner per behandler per dag i virksomheter som hovedsakelig driver ambulant virksomhet</p> <p style="padding-left: 20px;">- 1 konsultasjon per behandler per dag i virksomheter som hovedsakelig driver døgnbasert behandling</p> <p>Allmennpsykiatrisk klinikk</p> <p style="padding-left: 20px;">- 3 konsultasjoner per behandler per dag</p>		
57/2009 Forberedelse til budsjett 2010	<p>1. Styret slutter seg til de strategier og prioriteringer som direktøren har lagt til grunn for budsjettarbeidet 2010.</p> <p>2. Styret forutsetter at det legges frem et budsjett i balanse i desembermøtet.</p> <p>3. Styret forutsetter, som hovedprinsipp, at de klinikkene som ikke greier å oppfylle de økonomiske omstillingskravene i 2009, utvikler og gjennomfører tiltak slik at totale krav til omstilling i den enkelte klinikk gjennomføres.</p>	B	Ja
63/2009 2. Tertialrapportering 2009	<p>1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar tertialrapporten for 2. tertial 2009 og oversender den til Helse Nord RHF.</p> <p>2. Styret er ikke fornøyd med den økonomiske utviklingen i foretaket og viser i denne sammenheng til styresak 64/2009. Videre utredning av nye tiltak for økonomisk balanse i budsjett 2009, og til det pågående budsjettarbeidet for</p>	B	Ja

2010.

3. Styret ber om at det rettes et særskilt ledelsesmessig fokus mot optimalisering av aktiviteten i somatikken, særlig i de nyetablerte enhetene for dag- og poliklinisk behandling.

4. Styret registrerer at størrelsen av og mønsteret i aktivitetsnedgangen inneværende år har vært stabil fra tidlig på året. Dersom tallene også for september bekrefter trenden forutsetter styret en grundig analyse av årsaker og et forslag til tiltak til neste møte.

64/2009 Videre utredning av tiltak for økonomisk balanse i budsjett 2010	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saksfremlegget til etterretning og ber om at det som beskrevet gjennomføres tiltak med økonomisk effekt på minst 6,7 mill kr inneværende år. 2. Styret ber om at tiltaksarbeidet som er beskrevet i denne saken følges opp i arbeidet med budsjett 2010. 3. Styret understreker betydningen av å komme i økonomisk balanse, og spesielt betydningen av å etablere drift som er i balanse ved inngangen til 2010, og ber derfor om at arbeidet med å implementere tiltak som utvikles i budsjettarbeidet starter umiddelbart. 	B	Ja
65/2009 Strategi for pasientforløpsprosjektet 2009-2011	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar Strategi for pasientforløpsprosjektet ved UNN HF 2009 – 2011. 	A/C	Ja
72/2009 Virksomhetsrapportering pr september 2009	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar virksomhetsrapporten for september til orientering, og ser det som en gledelig utvikling at foretaket er nærmere drift i økonomisk balanse ved inngangen til 2010. 2. Styret vil presisere viktigheten av fortsatt fokus på økonomien for å redusere akkumulert underskudd mest mulig. 3. Styret forutsetter at den påviste rutinesvikten som ligger til grunn for det høye antallet registrerte fristbrudd rettes opp innen utgangen av året. 	B	Ja
77/2009 Virksomhetsrapportering pr oktober 2009	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar virksomhetsrapporten for oktober til orientering. 2. Styret er ikke fornøyd med at det ikke er mulig å rapportere korrekte ventetider og korrekt antall fristbrudd og forutsetter at dette rettes opp i 	B	Ja

virksomhetsrapporteringen for november
og desember.

78/2009
Virksomhe
tsplanleggi
ng 2010

B

Ja

1. Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen med tilhørende budsjett for 2010 slik det fremgår av tabellen under:

Direktøren gis fullmakt til å foreta mindre budsjettjusteringer.
2. Styret understreker at det er nødvendig å nå resultatkravet på 10 mill kr for å sikre fremtidige investeringer, og vedtar omstillingspakken på til sammen 121,3 mill kr som beskrevet i saksfremlegget.
3. Styret er tilfreds med at det er gjennomført et omfattende planleggingsarbeid i alle driftsenheter, og forutsetter at omstillingstiltakene gjennomføres i tråd med fremstillingen i saksfremlegget og dialogavtalene.
4. Styret er innforstått med at økonomiske omstillingskrav vil kunne få konsekvenser for pasienter og ansatte. Styret forutsetter at kravene til forsvarlig pasientbehandling, ansattemedvirkning og involvering av KVAM-utvalgene ivaretas i virksomhetsstyringen, og ber om at eventuelle uforutsette konsekvenser av betydning forelegges styret.
5. Styret registrerer at endringer i ambulansetjenesten skaper bekymring for samtidighetskonflikter, og forutsetter at utviklingen på dette området følges nøye.
6. Styret vurderer risikoen i budsjettet som lavere enn i 2009, men forutsetter likevel at direktøren sørger for fortløpende og tett oppfølging av virksomheten i samtlige driftsenheter. Styret vil spesielt peke på utfordringene innen pasienttransport, gjestepasientutgifter og aktivitetsbaserte inntekter, og ber om å få seg forelagt prosjektplanene for det klinikkovergripende arbeidet på disse områdene i neste styremøte.

7. Styret er tilfreds med at UNN er kommet godt i gang med strukturert samhandlingsarbeid. Styret vil understreke at fortsatt sterkt fokus på samhandling både internt og eksternt er nødvendig for å oppnå både kvalitet og effektivitet.
8. Styret viser til at utskrivingsklare pasienter utgjør en risiko både i virksomhetsplanen og budsjettet, og ber om at direktøren prioriterer videreutvikling av samhandlingen med kommunene gjennom det overordnede samarbeidsorganet (OSO) for å møte denne utfordringen.
9. Styret viser til at befolkningstilveksten i Nord-Norge er lavere enn i resten av landet, og til at dette medfører reduserte inntekter til Helse Nord RHF, og dermed til UNN, selv om strukturkostnadene med å drive mange sykehus for en relativt liten befolkning ligger fast. Styret ber Helse Nord RHF om å arbeide målrettet mot eier for å få rettet opp denne svakheten i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen.

De ansattes representanter fremmet følgende protokolltilførsel:

”Mange fagmiljø er svært sårbare. Ved omstillinger kan man miste viktig kompetanse og få problemer med rekruttering av spesialisert personell. Det er derfor spesielt viktig å ta hensyn til framtidig kompetansebehov. Det er ellers vanskelig å tilslutte seg de eksakte beløp for innsparing i den enkelte avdeling før konsekvensene foreligger. Det er i prioriteringsarbeidet viktig å se på alle deler av sykehuset for å få et godt faglig og mest mulig likt tilbud til pasientene uavhengig av geografi og diagnose.

Vi er bekymret for uheldige konsekvenser for de ansatte som følge av omstillingen. Vi mener det må tas større hensyn til arbeidsmiljø, forholdet mellom oppgaver og resurser, arbeidstidsordninger og det å unngå oppsigelser.

De ansatte vil jobbe videre med innspill til

HR-strategien i det kommende året for å sette fokus på lav grunnbemanning kontra innleie og overtid samt kompetanseplanlegging og seniorpolitikk.”

Mai-Britt Martinsen Jan Eivind Pettersen
Hanne Frøyshov Rune Moe

79/2009 Tomtevalg UNN Narvik	<ol style="list-style-type: none">1. Styret tilslutter seg administrerende direktørs anbefaling om Furumoen som tomtevalg for nytt sykehus i Narvik.2. Styret anbefaler overfor styret i Helse Nord RHF og Narvik bystyre at Furumoen velges som tomtevalg for nytt sykehus i Narvik.	D	Ja
81/2009 Ferdigstill else av BRUS- bygget	Styret registrerer at BRUS-bygget som prosjekt har overskredet de vedtatte rammer. Styret kan ikke se at ordinære saksbehandlingsprosedyrer har vært fulgt, og ønsker å påpeke at dette er en framgangsmåte som ikke vil bli akseptert i framtiden.	D	Ja



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
7/2010	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen	10.02.2010

Referatsaker

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar referatsakene til etterretning.

Saksutredning

- Brev datert 04.12.09 fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap vedr Rapport etter revisjon ved UNN, vedtak om lukking av avvik
- Brev datert 15.12.09 fra Arbeidstilsynet vedr. Vedtak om pålegg – Ambulansetjenesten
- Brev fra Helse Nord datert 19.01.10 vedr. Arbeidet med å finne operasjonelle løsninger knyttet til flyvninger til Svalbard – foreløpig tilbakemelding

Tromsø, 2. februar 2010

Tor Ingebrigtsen
Adm. direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
8/2010	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.02.2010

Justering av lønn til adm. direktør

Tromsø, 2. februar 2010

Jorhill Andreassen
Styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
9/2010	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen	10.02.2010

Eventuelt

Tromsø, 2. februar 2010

Tor Ingebrigtsen
Adm. direktør