



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
103/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	14.12.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen

### Nye hovedindikatorer for UNN

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende åtte hovedindikatorer for virksomhetsstyringen i 2017:
  1. Infeksjoner (prevalens)
  2. Legemiddelsamstemming (andel)
  3. Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)
  4. Fristbrudd (antall)
  5. Tvangsvedtak (antall)
  6. Sykefravær (andel)
  7. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
  8. Tiltaksgjennomføring (andel)
2. Styret ber om rapportering på indikatorene i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene, men tar til etterretning at det kan ta noe tid før rapportering av indikatorene 1-3 er på plass med ønsket kvalitet.

#### Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i sak 32/2015 *Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2015* å innføre fem hovedindikatorer for å redusere risikoen for manglende måloppnåelse. Reduksjon av antall langtidsventende og fristbrudd samt god måloppnåelse i innføringen av kreftpakkeforløpene ble vurdert å være de aller viktigste målene i pasientbehandlingen. Økt gjennomføringsgrad for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging kombinert med rask økning i bruken av pasienthotellet etter åpningen, ble vurdert å være viktigst for måloppnåelse innen driftsøkonomien. Det ble ut fra dette gjort en enkel vurdering av hvilke indikatorer det var mulig å måle gjennomgående i hele organisasjonen månedlig, og følgende ble valgt:

1. Langtidsventende (antall pasienter som har ventet >12 mnd ved månedens utgang)
2. Fristbrudd (antall ved månedens utgang)

3. Bruk av pasienthotellet (andel av alle liggedøgn i hotell)
4. Sykefravær (gjennomsnittlig andel sykmeldte i måneden)
5. Kreftpakkeforløp
  - a. Andel nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp
  - b. Andel kreftpasienter som er innenfor frist fra mottatt henvisning til start behandling

Det er nå vel ett og et halvt år siden hovedindikatorne ble innført. Antall langtidsventende er redusert fra om lag 1200 til rundt 150 og antall fristbrudd fra om lag 150 til rundt 30 (antallet har økt noe igjen etter sommeren 2016). Andel døgnopphold økte raskt fra 4 til 9 % etter åpning av Pingvinhotellet og har siden vært stabil. Kreftpakkeforløpene ble innført med god måloppnåelse i de fleste forløp og resultatene har i hovedsak vært stabile. Valget av sykefravær som hovedindikator hadde som forventet ingen umiddelbar effekt, men fraværet kan nå synes å være fallende.

## Formål

Styret har i forbindelse med virksomhetsplanleggingen for 2017 gitt signaler om at hovedindikatorne bør revurderes for å sikre at oppmerksomheten fortsatt rettes mot de viktigste områdene der det er risiko for manglende måloppnåelse. Målet med denne saken er å behandle forslag til hovedindikatorer for 2017.

## Saksutredning

### Indikatorer i spesialisthelsetjenesten

Måling av prosess- og resultat kvalitet er et vel etablert virkemiddel som de fleste virksomheter anvender for å sikre at definerte mål nås. I spesialisthelsetjenesten er det etablert et stort antall målinger og indikatorer i flere forskjellige systemer:

- Virksomhetsstyringen  
Ventelistedata, utvalgte kvalitetsmål (for eksempel andel korridorpasienter og epikrisetid), aktivitetsdata, økonomidata og personaldata måles månedlig og gjennomgående i hele organisasjonen, og rapporteres til styret og eier.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer  
Data om blant annet behandling av sykdom og overlevelse, pasienterfaringer, bruk av legemidler og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus rapporteres med ulike mellomrom (for eksempel tertialvis eller årlig) og publiseres på nettstedet [helsenorge.no](http://helsenorge.no).
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre  
En rekke prosess- og resultatindikatorer fra over 50 sykdoms- og/eller prosedyrespesifikke kliniske registre registreres fortløpende og publiseres årlig på [kvalitetsregistre.no](http://kvalitetsregistre.no).

Den samlede datamengden fra disse systemene er svært stor. Det registreres sannsynligvis data for mange hundre mulige indikatorer.

## Balansert målstyring

Det store antallet mulige indikatorer i moderne virksomheter gjør at det ikke er mulig for styret og toppledelsen å sitte med en samlet detaljert oversikt over organisasjonens måloppnåelse på alle måleområder. Denne utfordringen har UNN og de fleste andre store virksomheter valgt å løse gjennom *balansert målstyring*.

Balansert målstyring er en metode som er utviklet for å kunne implementere og ytelsesmål vedtatte strategier på alle nivåer i en organisasjon. Metoden bygger på at man velger noen *nøkkelindikatorer* (i UNN kalt hovedindikatorer) som er egnet til å måle om organisasjonen når sine strategiske mål. Dette forutsetter en presis analyse av hvilke prosesser og aktiviteter som er viktige for å sikre måloppnåelse samt et balansert utvalg av indikatorer, slik at man understøtter måloppnåelse på alle viktige målområder.

## Risikostyring

Risikostyring er en metode som anvendes for å vurdere hvor det er størst risiko for manglende måloppnåelse, og for å utvikle tiltak som reduserer risikoen. Effektiv risikostyring forutsetter at man velger hovedindikatorer som belyser målområdene der det er størst risiko for og konsekvens av manglende måloppnåelse. Helseforetakene er pålagt å drive risikostyring, og Helse Nord RHF utarbeider hvert år egne mål for risikostyringen, samt måleparametere som skal anvendes.

## Valg av indikatorer

Valg av indikatorer er komplisert fordi det ofte ikke er sammenfall mellom det vi ønsker å måle og det som er mulig å måle. I komplekse virksomheter som sykehus er det også en utfordring at prosessene og aktivitetene som understøtter måloppnåelse ikke er de samme i alle enheter. Det er derfor vanskelig å finne gjennomgående indikatorer som er relevante i hele organisasjonen. Dette er årsaken til at det som nevnt ovenfor er etablert svært omfattende målesystemer.

SMART-kriteriene er et anerkjent verktøy for vurdering av indikatorer:

Kriterium	Krav
Specific	Indikatoren må være spesifikt rettet mot et relevant forbedringsområde
Measurable	Det må være praktisk gjennomførbart å måle indikatoren, og målingen må kunne gjøres med ønsket frekvens
Agreed	Det må være bred enighet i organisasjonen om at det indikatoren måler er viktig
Realistic	Det må være realistisk (mulig) å nå definerte mål
Time-bound	Det må være mulig å tidfeste når målet skal nås

Det er en vanlig anbefaling at antall hovedindikatorer bør begrenses til tre til syv for å sikre tilstrekkelig prioritering av de viktigste risikoområdene. Dette må imidlertid sees opp mot kompleksiteten i virksomheten. Vi har gjennom studieturer og nettsøk fremskaffet en grov oversikt over hvilke indikatorer som brukes i sykehusorganisasjoner som er internasjonalt anerkjent for sitt kvalitetsarbeid. De fleste bruker mellom 10 og 15 indikatorer.

## Indikatorer for UNN

Hovedindikatorer for UNN må knyttes opp mot de fire hovedmålene i den overordnede strategien:

1. UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt
2. UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene
3. UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives
4. UNN skal i samarbeid med universitetene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere

*Hovedmål 1* er overordnet de tre andre målene og bør vektlegges tyngst i en balansert målstyring.

Helse Nord RHF revurderer målene for risikostyringen årlig. Målene for 2017 er:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen
2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning
3. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
4. Innfri de økonomiske mål i perioden

*Mål 1* er sammenfallende med UNNs *hovedmål 1*, og *mål 2* er et delmål under *mål 1* i UNNs strategi. Helse Nord RHF's *mål 3* er sammenfallende med UNNs *hovedmål 3* og *4*. Innfrielse av økonomiske mål er ikke tatt med som et hovedmål i UNNs strategi fordi dette har vært vurdert som en grunnleggende forutsetning. Samlet er det likevel full overensstemmelse mellom hovedmålene i UNNs overordnede strategi og Helse Nord RHF's mål for risikostyringen. Utvikling av hovedindikatorer som kan brukes til begge formål burde dermed være mulig.

Endelig valg av indikatorer fra Helse Nord RHF foreligger ikke, men det er etablert en dialog som har til hensikt å sikre mest mulig sammenfall. Hvis det ikke oppnås fullt sammenfall, vil UNN måtte rapportere til Helse Nord RHF på noen indikatorer som kommer i tillegg til egne hovedindikatorer.

## Risikovurdering og mulige indikatorer

Områder med stor risiko for manglende måloppnåelse ansees å være vel kjent fra tidligere og pågående prosesser, og det er derfor ikke gjennomført noen egen risikovurdering i forbindelse med revisjon av hovedindikatorene.

Tabellen under viser hvilken risikoforståelse som er lagt til grunn under de fire hovedmålene, og mulige indikatorer:

Hovedmål	Risiko	Mulige indikatorer
1. UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er godt ivaretatt	a. Risiko for at pasienter påføres sykehusinfeksjoner b. Risiko for feilbehandling med legemidler c. Risiko for vedvarende utfordringer med plassering av akutt pasienter på riktig sengepost d. Risiko for vedvarende	a. Infeksjoner (prevalens) b. Legemiddelsamstemming (andel gjennomført) c. Oppholdstid akutt mottak (andel <4 t) Korridor pasienter (antall) d. Strykninger operasjon

	kapasitetssvikt i operasjonsvirksomheten e. Risiko for kvalitetssvikt i pasientadministrative rutiner f. Risiko for unødvendig bruk av tvang	(andel) e. Fristbrudd (antall) f. Tvangsvedtak (antall)
2. UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene	a. Risiko for uønsket pasientlekkasje ut av regionen	a. Gjestepasientkostnader
3. UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives	a. Risiko for at arbeidsmiljøutfordringer medfører sykefravær b. Risiko for kvalitetssvikt i aktivitetsbasert bemanningsplanlegging	a. Sykefravær (andel) Sykefravær (antall enheter over måltall) b. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
4. UNN skal i samarbeid med universitetene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere	a. Risiko for misforhold mellom fremtidige behov og antall helsearbeidere som utdannes	
5. Annet	a. Risiko for at budsjettoverskridelser reduserer investeringsevnen	a. Regnskapsresultat Tiltaksgjennomføring (andel)

### Valg av indikatorer

Hovedindikatorerne skal brukes i styrets månedlige oppfølging av direktøren, og med minst tilsvarende frekvens internt i organisasjonen. De mulige indikatorerne er derfor vurdert opp mot SMART-kriteriene med dette for øye.

#### 1. Infeksjoner

Forekomst (prevalens) av infeksjoner vurderes å kunne oppfylle SMART-kriteriene. Det er ikke mulig å måle antall sykehuspåførte infeksjoner, og man må derfor måle samlet forekomst av infeksjoner som proxy. Dette er vel etablert metodisk og gjennomføres to ganger årlig i de nasjonale prevalensundersøkelsene. Det vil kreve noe økt ressursinnsats å måle månedlig, men dette vurderes som gjennomførbart.

#### 2. Legemiddelsamstemming

Legemiddelsamstemming er under innføring. Måling av andel heldøgnpasienter som får samstemming forutsettes gjennomført i den nasjonale løsningen Extranet, men er ikke konsistent gjennomført. Det foreligger metodiske utfordringer med å aggregere data fra seksjons- og avdelingsnivå til klinikk- og foretaksnivå. Indikatoren vurderes å oppfylle SMART-kriteriene, men det kreves noe utviklingsarbeid før det vil være mulig å rapportere på foretaksnivå.

#### 3. Oppholdstid i akuttmottaket

Gjennomsnittlig oppholdstid i akuttmottaket (timer) registreres rutinemessig i DIPS, og det ble i UNN-KIS prosjektet etablert funksjonalitet for å måle andel med opphold undr

måltallet på 4 t. Lang oppholdstid i akuttmottaket kan ha flere årsaker, men antas på aggregert nivå å gi en god indikasjon på om systemet for plassering av akuttpasienter på sengepost fungerer. Indikatoren vurderes å kunne oppfylle SMART-kriteriene, men den har svakheter når det gjelder spesifisitet. Det gjenstår noe utviklingsarbeid for å implementere funksjonaliteten som ble utviklet i UNN-KIS i Helse Nord LIS, men dette vurderes å være håndterbart.

4. Korridorpasienter

Andel korridorpasienter er en nasjonal indikator som også antas å gi en god indikasjon på om rutine for plassering av akuttpasienter på sengepost fungerer, men denne indikatoren har betydelige svakheter når det gjelder spesifisitet. Det foreligger i tillegg definisjonsproblemer som gjør at det er usikkert om det er enighet om at den indikatoren måler er viktig. Det er usikkert om den oppfyller SMART-kriteriene.

5. Strykning av planlagt operasjon

Andel pasienter som ikke får gjennomført planlagt operasjon (andel strykninger) er også en nasjonal indikator. Den kan påvirkes både av kvaliteten i aktivitetsplanleggingen og av kapasiteten. Det er derfor utfordringer knyttet til spesifisiteten. Også for denne indikatoren foreligger det definisjonsproblemer som gjør at det neppe er enighet om at den måler er viktig. Det bør vurderes å utvikle en lokal indikator som gir et bedre bilde av arbeidsflyten.

6. Fristbrudd

Andel fristbrudd er en nasjonal indikator som er godt definert. Den oppfyller SMART-kriteriene.

7. Tvangsvedtak

Andel tvangsvedtak er nylig tatt inn som hovedindikator etter ønske fra styret, som en konsekvens av Sivilombudsmannens besøksrapport. Det er en svakhet at det er vanskelig å definere et konkret mål. Indikatoren vurderes ellers å oppfylle SMART-kriteriene. Det er fra før besluttet at bruken av indikatoren skal evalueres etter seks måneder.

8. Gjestepasientkostnader

Gjestepasientkostnadene faktureres av mottaende sykehus. Rutinene for dette varierer, og det er derfor stor tilfeldig variasjon i når UNN mottar faktura. Det er derfor utfordringer knyttet til selve målbarheten som gjør at indikatoren ikke vurderes å oppfylle SMART-kriteriene.

9. Sykefravær

Andel sykefravær måles nå rutinemessig, men det er vanskelig å tidfeste når et mål skal nås fordi sykefraværet påvirkes sterkt av generelle trender i samfunnet. Indikatoren vurderes bortsett fra dette å oppfylle SMART-kriteriene.

10. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven (AML-brudd) vurderes å kunne gi en god indikasjon på kvaliteten i sammenhengene mellom planlegging av aktivitet og arbeidstidsplanleggingen (aktivitetsbasert bemanningsplanlegging). Det er imidlertid store utfordringer knyttet til både selve målemetoden og definisjonen av hva et AML-brudd er. Indikatoren oppfyller derfor ikke SMART-kriteriene.

11. Tiltaksgjennomføring og regnskapsresultat

Gjennomføring av budsjetterte omstillingstiltak er en forutsetning for å nå budsjettmålene. Målingen er etablert, og kan brytes ned på klinikk- og avdelingsnivå. Gjennomføringsgrad vurderes å være mer spesifikt rettet mot forbedringsområdene enn regnskapsresultat, og denne indikatoren vurderes derfor å oppfylle SMART-kriteriene best av de to.

## Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 29. og 30.11.2016. Protokoller og referat fra møtene vil forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 14.12.2016. I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i møtene.

## Vurdering

Det har som nevnt innledningsvis vært god resultatutvikling for samtlige av de fem hovedindikatorerne som ble valgt i 2015. Dette vurderes å være et tydelig uttrykk for at styrets valg av hovedindikatorer er et kraftfullt virkemiddel i virksomhetsstyringen.

Det er nå vurdert til sammen 13 mulige hovedindikatorer (to forskjellige knyttet til sykefravær og økonomi) for 2017. Hensikten er å bruke indikatorene til å redusere risikoen for mangelfull oppnåelse av de fire hovedmålene i den overordnede strategien. Det bør være et mål å holde fast ved flest mulig av hovedindikatorerne over tid, for eksempel i et to til fem års perspektiv. Dette må sees opp mot at UNN arbeider med å utvikle et bedre system for kontinuerlig forbedring. Det kan bli aktuelt å revurdere indikatorene i denne sammenhengen.

Flere av indikatorene har betydelige svakheter vurdert opp mot SMART-kriteriene, og for *hovedmål 2 og 4* har det ikke lyktes å identifisere indikatorer som kan brukes i fortløpende virksomhetsstyring. Disse områdene må inntil videre følges opp gjennom mer skjønnsmessige vurderinger med lavere frekvens i tertial- og årsoppgjørene.

Bruk av indikatorene for infeksjoner, legemiddelsamstemming og oppholdstid i akuttmottaket krever noe økt ressursinnsats samt en del utviklingsarbeid. Disse målområdene vurderes som svært viktige for sikkerheten og kvaliteten i pasient-behandlingen og ressursbruken vurderes derfor som forsvarlig. Det er noe usikkerhet knyttet til hvor raskt det er mulig å etablere målingene, men direktøren anbefaler at det nødvendige utviklingsarbeidet gis prioritet, og at styret aksepterer at det kan ta noe tid før rapporteringen er på plass med ønsket kvalitet.

De øvrige foreslåtte indikatorene (med unntak av brudd på arbeidstidsbestemmelsene) er alle målbare uten metodeproblemer av betydning.

Målemetoden for brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven er egentlig ikke god nok til å oppfylle kriteriene for en hovedindikator. Det anbefales likevel å ta denne indikatoren i bruk for å rette oppmerksomheten mot et viktig forbedringsområde, og for å sikre at arbeidet med å videreutvikle målemetoden fortsetter.

Fristbrudd oppfattes av mange som mindre viktig enn for eksempel "interne ventetider", men det er store metodeproblemer knyttet til måling av sistnevnte. Fristbruddene vurderes dessuten å gi en god generell indikasjon på kvaliteten i det pasientadministrative arbeidet, og anbefales derfor videreført som indikator. Denne indikatoren vurderes også å indirekte rette tilstrekkelig



oppmerksomhet mot langtidsventende slik at det ikke lenger er nødvendig å ha disse inne blant hovedindikatorene.

Arbeidsflyten i kreftpakkeforløpene vurderes nå å være stabil. Det anbefales derfor å avslutte bruken av indikatorer på dette området som hovedindikatorer. Målingene må likevel videreføres, og det er fortsatt noe risiko på området, særlig knyttet til operasjonskapasiteten.

En god indikator knyttet til arbeidsflyten i operasjonsavdelingene er sterkt ønsket. Den etablerte målingen av strykninger vurderes ikke å oppfylle SMART-kriteriene godt nok. Det anbefales derfor at det arbeides videre med å utvikle en bedre indikator på dette området.

Økonomisk resultatoppnåelse inngår ikke i hovedmålene i UNNs overordnede strategi. God økonomistyring vurderes likevel å være en grunnleggende forutsetning for å lykkes på alle andre områder, og det foreslås derfor at gjennomføringsgrad for planlagte omstillingstiltak tas inn som en hovedindikator.

## Konklusjon

Etter en samlet vurdering foreslås følgende hovedindikatorer:

2. Infeksjoner (prevalens)
3. Legemiddelsamstemming (andel)
4. Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)
5. Fristbrudd (antall)
6. Tvangsvedtak (antall)
7. Sykefravær (andel)
8. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
9. Tiltaksgjennomføring (andel)

Det kreves noe utviklingsarbeid for å etablere hovedindikatorene 1-3. Direktøren ber derfor om at styret aksepterer at det kan ta noe tid før rapporteringen er på plass med ønsket kvalitet.

Tromsø, 2.12.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør